

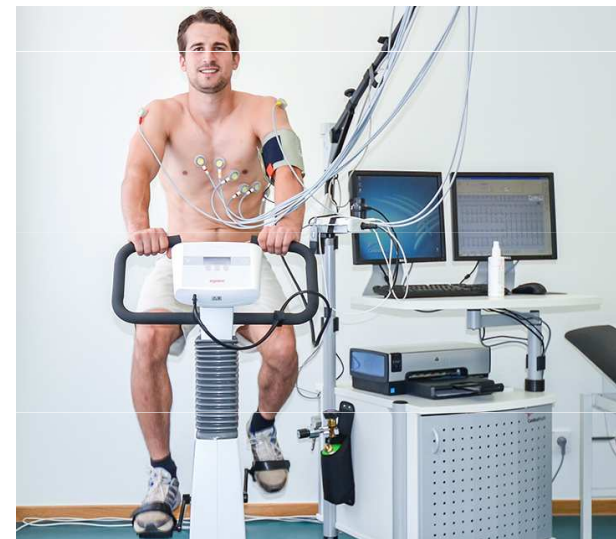
**MUNI
MED**

Ergometrie

Studijní materiály byly vytvořeny za podpory projektu MUNI/FR/1474/2018

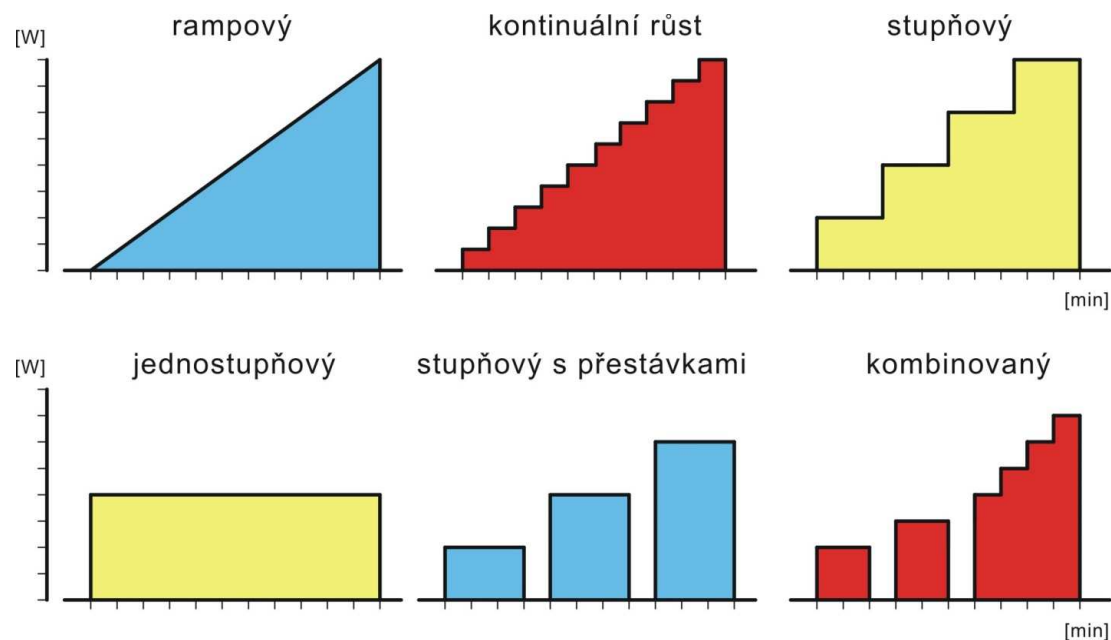
Ergometrie

- Zátěžové vyšetření – snímání EKG a dalších parametrů v závislosti na zvyšujícím se stupni zátěže na ergometru
- Kromě EKG lze snímat:
 - spotřeba O₂, výdej CO₂, krevní tlak, krevní vzorky (hlavně laktát)
- Typy ergometrů
 - Rotoped – zátěž hlavně dolní poloviny těla
 - Veslařský trenažér – zátěž horní poloviny těla
 - Rumpálový ergometr – rotoped pro ruce, u para/kvadruplegie
 - Schůdky
 - Běžící pás
- Uplatnění
 - Sportovní medicína
 - Rehabilitační medicína
 - Kardiologie



Základní protokoly ergometrie

- Rampový
- Kontinuální růst
- Stupňovitý
- Jednostupňový
- Stupňovitý s přestávkami
- Kombinovaný

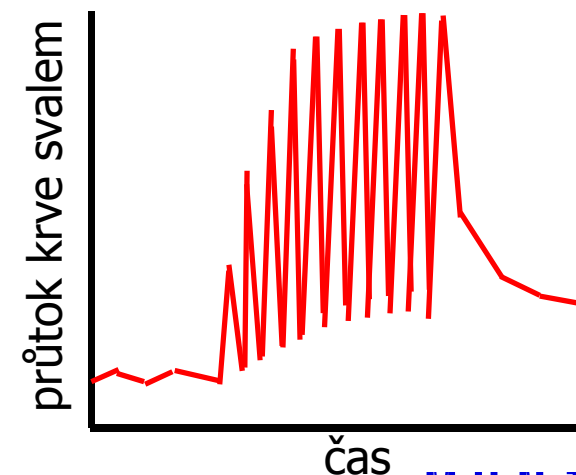


Metabolismus srdečního svalu

- Náročný na prokrvení, hustá kapilarizace
 - Prokrvuje se především na začátku diastoly, protože v systole je sval v kontrakci a cévy jsou uzavřené. To platí především pro levou komoru, která vyvíjí vyšší tlak – je zranitelnější.
- Srdce je jako domácí prasátko, zpracuje, co se mu dává
 - 60 % volné mastné kyseliny, triglyceridy (60 – 90 % acetyl_CoA z beta oxidace)
 - 35 % sacharidy
 - 5% ketolátky (hladovění nebo neléčený diabetes)
 - Za normálních okolností (mimo ischemii a max výkon) metabolizuje laktát
- Vysoká spotřeba kyslíku
 - Fyziologicky jen oxidativní fosforylace – maximalizace tvorby ATP, vysoké množství mitochondrií
 - Stačí malá ischemie pro narušení metabolismu
 - Patologicky za anaerobních podmínek (ischémie) se pyruvát redukuje na laktát – anaerobní glykolýza - ztráta kontraktilní funkce, arytmie, smrt buněk. Uvolnění troponinu z cytoplazmy myocytů – marker infarktu myokardu

Metabolismus kosterního svalu

- Během svalové práce se svalové cévy rozšiřují (metabolická autoregulace) a průtok krve svalem stoupá
 - Při posilování dochází k prokrvení až po relaxaci svalu
 - Rytmická zátěž vede ke kolísání průtoku, který však v průměru může být až 20 x vyšší než v klidu
- Je-li prokrvení dostatečné, nabídka O₂ pokrývá poptávku – zdrojem ATP jsou aerobní procesy
- Je-li zátěž příliš vysoká, že poptávka po O₂ převyšuje nabídku – aerobní resyntéza ATP nestačí
 - Část O₂ se zpočátku uvolní z myoglobinu
 - Zpočátku resyntéza ATP pomocí kreatinfosfátu
 - Anaerobní glykolýza – méně efektivní, tvorba laktátu
 - Hromadění laktátu → acidóza, inhibice enzymů a svalové práce
 - Krátkodobě výrazné navýšení svalového výkonu
 - Sprint na 100m – 85% energie z anaerobní glykolýzy
 - Závod na 2,5 km, 10 min – 20% anaerobně
 - Běh na víc jak hodinu – 5% anaerobně



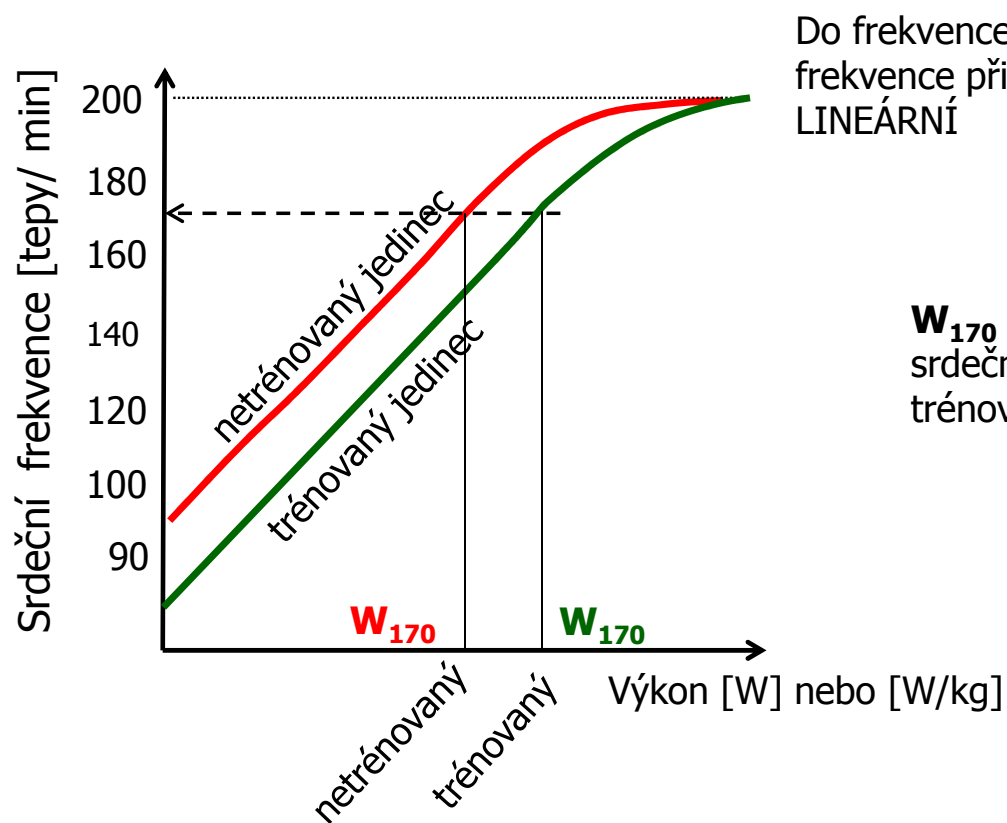
Srdeční frekvence a zátěž, W170

- Se zvyšující se zátěží roste srdeční frekvence (SF) lineárně až k dosažení maximální hodnoty
- Maximální srdeční frekvence - závislá na věku
 - Odhad max. srdeční frekvence = 220-věk (jsou i jiné vzorce)
 - Limitem je délka refrakterní fáze akčního potenciálu kardiomyocytu a také přílišné zkrácení diastoly, kdy se zkracuje čas pro plnění komor krví a prokrvení myokardu

věk	Do 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 – 70
Maximální srdeční frekvence	195	185	182	170	162

- Klidová srdeční frekvence – závislá na trénovanosti
 - U trénovaných jedinců klesá třeba až na 50 tepů/min v klidu
- Index W170: pracovní kapacita při srdeční frekvenci 170 tepů/min
- Max u netrénovaného 180 tepů/min, u trénovaného až 220 tepů/min

Srdeční frekvence a zátěž, W170



W_{170} : Index zjišťující pracovní kapacitu při srdeční frekvenci 170 tep/min. Je vyšší u trénovaného jedince.

Respirační kvocient (RQ)

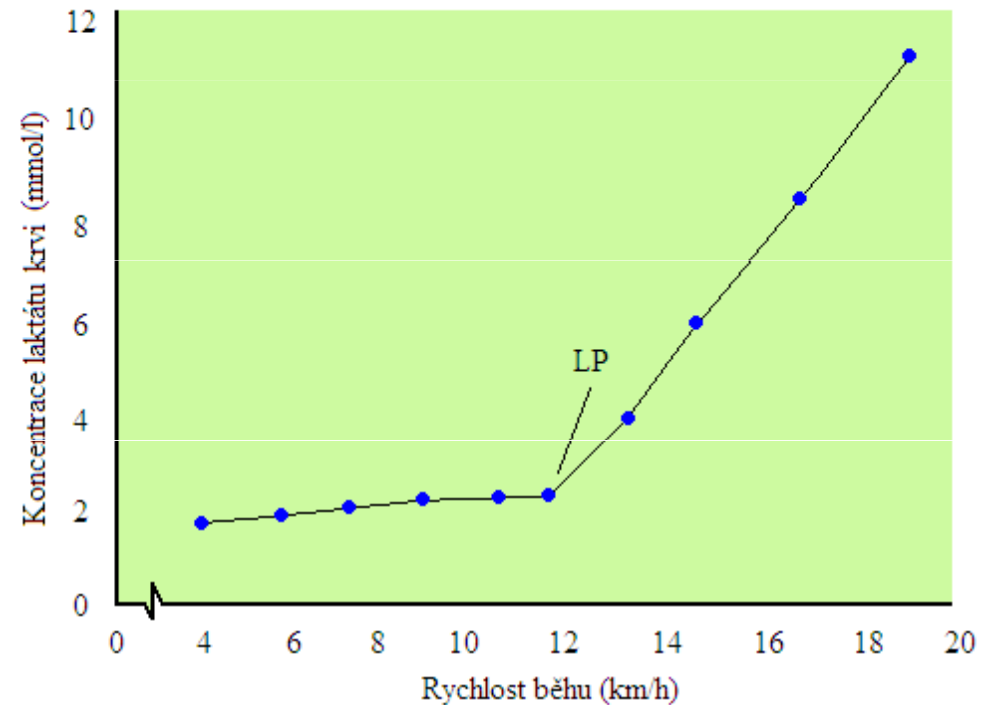
- Poměr: vyprodukovaný CO₂ / přijatý O₂
- Poskytuje informaci ohledně zpracovaného substrátu
 - Sacharidy: RQ = 1, Lipidy: RQ = 0,7; Proteiny: RQ = 0,8
- Poskytuje informaci o metabolismu
 - zátěž nebo metabolická acidóza RQ > 1; Volní hypoventilace nebo metabolická alkalóza RQ < 0,7
- Je ovlivněn ventilací
 - Volní hyperventilace RQ > 1 – CO₂ se vydychává z těla
 - Volní hypoventilace RQ < 0,7
- Intenzivní fyzická zátěž: RQ až 2, po zátěži QR = 0,5
 - Anaerobní glykolýza – tvorba laktátu, vydechuje se víc CO₂ než spotřebuje
 - Po zátěži obnovení energetických zdrojů – zpracování laktátu, obnovení ATP, kreatinfosfátu a okysličení myoglobinu – vyšší spotřeba O₂ než výdej CO₂
 - **Zlom křivky RQ v závislosti na stupni zátěže udává anaerobní práh**

Kyslíkový dluh

- Energie pokrývající práci svalu = aerobní zdroje + anaerobní zdroje
- Pokud poptávka po O₂ překročí nabídku, přechází sval na anaerobní glykolýzu (produkovaný laktát ve vyšší koncentraci však inhibuje enzymy a svalovou práci)
- Prokrvení svalu stoupá až lehce po začátku práce – už v tuto chvíli začíná kyslíkový dluh, který je ale při lehké zátěži konstantní a při těžké se stále zvyšuje.
- Anaerobní zdroje: oxidovaný myoglobin, kreatinfosfát, anaerobní glykolýza
- Kyslíkový dluh: kyslík, který je potřeba pro obnovu kreatinfosfátu, odbourání laktátu a oxidaci myoglobinu
 - Je to spotřeba kyslíku po zátěži, která převažuje nad klidovou spotřebou kyslíku
 - Měří se spotřeba O₂ po zátěži, dokud se neustálí na bazální hodnotě – dluh je rozdíl mezi O₂ po zátěži a bazální spotřebou O₂
- Dluh může být až 6x vyšší než klidová spotřeba – anaerobní glykolýza během zátěže umožňuje významné navýšení výkonu svalu

Práh – anaerobní, laktátový

- Anaerobní práh – předěl mezi aerobním a anaerobním získáváním energie – úroveň zátěže, při které začíná anaerobní glykolýza
 - Stanovuje se podle laktátového prahu, ventilačního prahu nebo cirkulačního prahu a udává se v % jejich maximálních hodnot
- Laktátový práh
 - Během stupňující se zátěže se odebírá krev a zjišťuje se laktát. Z hodnot se vytvoří křivka a hledá se bod zlomu, kdy se laktát začíná rychleji hromadit



Práh – ventilační, cirkulační

– Ventilační práh

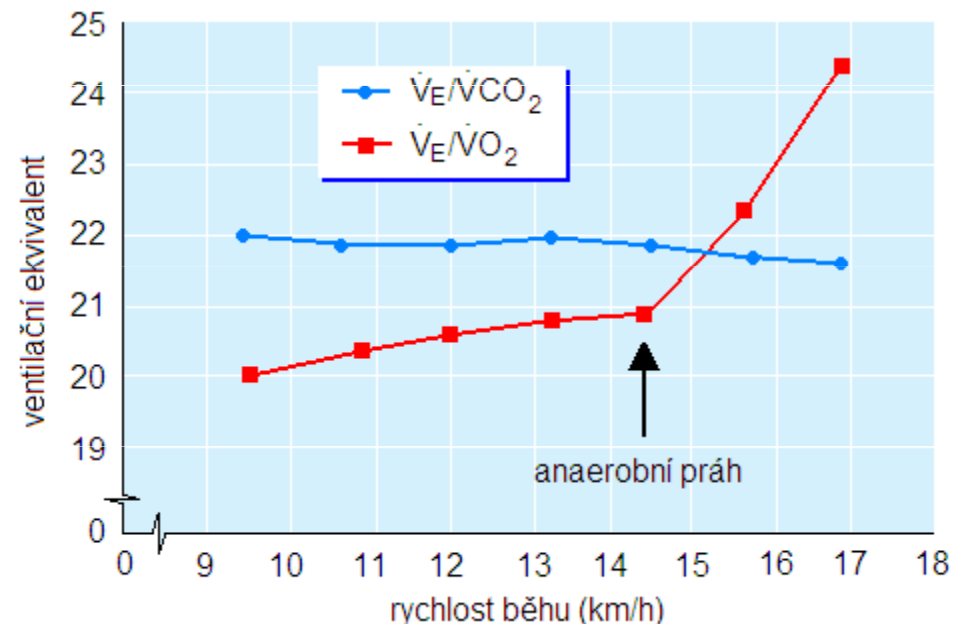
- Křivka ventilace, spotřeby O₂, respiračního kvocientu nebo ventilačního ekvivalentu pro kyslík v závislosti na stupni zátěže. Hledá se bod zlomu (změna trendu)

(Ventilační ekvivalent pro kyslík: množství kyslíku, který přijmeme z 1l vzduchu)

– Cirkulační práh

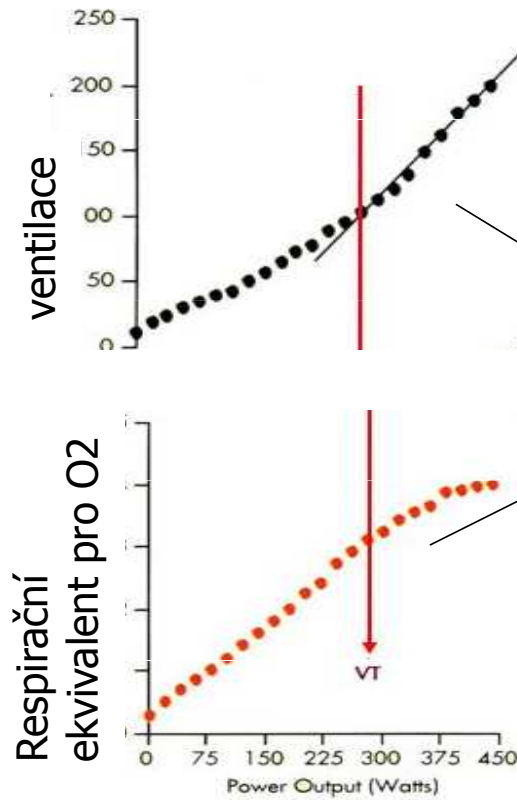
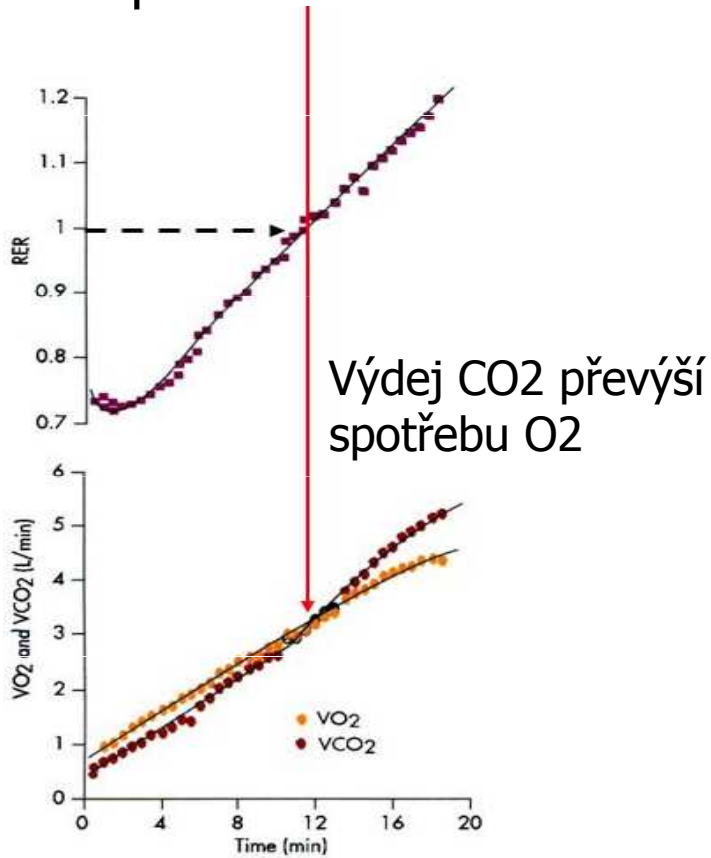
- Na záznamu srdeční frekvence v závislosti na stupni zátěže se měří, kdy došlo ke zpomalení nárůstu srdeční frekvence

- Obecně je schopnost dosahování maximálních výkonů limitovaná několika faktory: kardiovaskulární systém, dýchací systém, pohybový systém

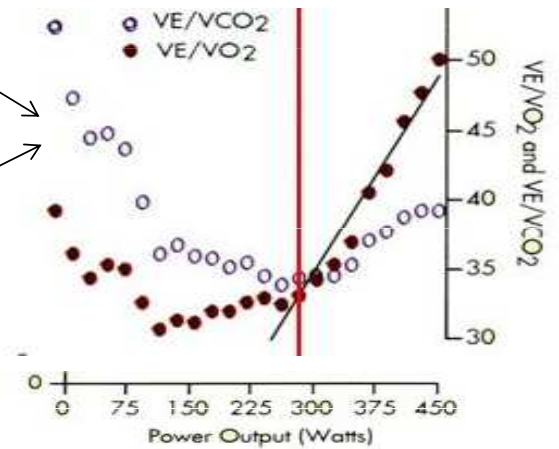


Práh - ventilační

Respirační kvocient



Ventilace/spotřeba O2
anebo výdej CO2

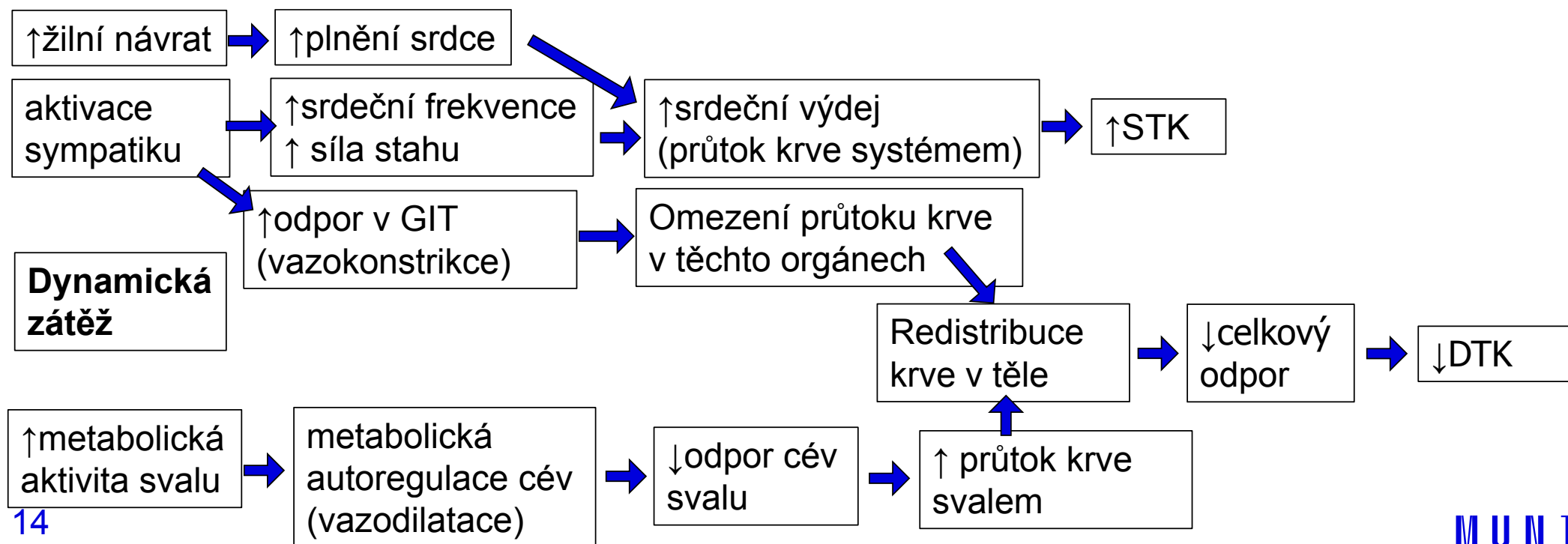


Termoregulace během zátěže

- Energie tvořená svalem \approx uskutečněná práce + tvorba ATP + teplo
- Účinnost svalu
 - pracujícího izotonicky je asi 50% (50% energie se mění v pohybovou, 50% v tepelnou)
 - Pracujícího izometricky je skoro 0%
- Zvýšená tvorba tepla ve svalu přetrvává až 30 min po skončení práce
 - metabolické procesy vedoucí k zotavení svalu
- Přebytné teplo je potřeba odvádět
 - Zapojené mechanismy termoregulace závisí na teplotě jádra a okolí
 - Pocení a evaporace, vedení, proudění, záření
 - Prokrvení povrchových žilních pletení – zpočátku dochází k omezení průtoku krve kůží kvůli redistribuci krve během zátěže, a to až dokud nepřeváží termoregulační mechanismy
- Tvorba tepla svalem se využívá k zahřátí těla během podchlazení
 - třesová termogeneze

Fyziologické změny během zátěže

- Cílem změn v kardiovaskulárním systému během zátěže je zvýšení průtoku a redistribuce krve směrem do pracujícího svalu. Změny proto budou záviset na intenzitě a typu zátěže (dynamická nebo statická).



Fyziologické změny během zátěže

- Krevní tlak silně závisí na intenzitě a typu zátěže.
 - Dynamická zátěž zapojující více svalů vede k nárůstu systolického krevního tlaku (díky nárůstu srdečního výdeje) a k poklesu diastolického (díky poklesu celkové periferní rezistence) – například běh, plavání
 - Až 20x zvýšení prokrvení svalů, zvýšení srdečního výdeje (sval může odebírat až 90% srdečního výdeje)
 - Izometrická zátěž po čas kontrakce zvyšuje systolický i diastolický tlak – například vzpírání (cévy ve svalu jsou uzavřené svalovou kontrakcí)
 - Po ukončení zátěže je periferní rezistence stále nízká (cévy ve svalech a kůži jsou stále dilatované), ale žilní návrat klesá (sval již nepracuje) a srdeční aktivita klesá → hypotenze → mdloba (tzv. „vykrvácení do svalu“)
- pH: při těžké práci díky laktátu vzniká metabolická acidóza, lehká práce pH nemění
- Dýchací systém
 - Prvotní zvýšení je vyvoláno stimulací proprioreceptorů ve svalech
 - Se zvyšující se zátěží a spotřebou O₂ lineárně roste ventilace. Při těžké práci ventilace převyšuje spotřebu O₂ – metabolická acidóza způsobená laktátem zvyšuje ventilaci.
 - VO₂max: maximální spotřeba kyslíku, které tělo dokáže využít za 1min – závisí na věku, konstituci, zdravotním stavu, trénovanosti – je limitována jak pohybovým aparátem, tak kardiovaskulárním systémem
 - Hladiny O₂ a CO₂ v arteriální krvi se při aerobní zátěži nemění – ventilace pokrývá spotřebu. Při těžké práci v důsledku acidózy a hyperventilace klesá CO₂ v arteriální krvi.

Adaptace na zátěž - srdce

- Zvyšuje se vliv parasympatiku na srdce, snižuje se vliv sympatiku
- Sportovní srdce – fyziologické zvětšení srdce
 - hypertrofie svaloviny (bez zvýšení počtu vláken) – hlavně u rychlostních a silových sportů
 - dilatace dutin (především levé komory) – u vytrvalostních sportů
- Sportovní bradykardie – snížení klidové frekvence pod 60/min
- Rezervy:
 - Chronotropní rezerva = HR_{max}/HR_{klid} (3 -5)
 - Netrénovaný: klid 80 tepů/min, max 180 tepů/min
 - Trénovaný: klid 40, max 180 tepů/min
 - Rezerva systolického objemu = SV_{max}/SV_{klid} (1,5)
 - Netrénovaný: klid 70 ml, max 100 ml
 - Trénovaný: klid 140 ml, max 190 ml
 - Srdeční rezerva = srdeční výdej max/srdeční výdej klid
 - Netrénovaný (3): klid 5,6 l/min, max 18 l/min
 - Trénovaný (6): klid 5,6 l/min, max 35 l/min
 - Koronární rezerva: 3,5

Žilní návrat a mechanismy žilního návratu

- žilní návrat je návrat krve do pravého srdce
- mechanismy:
 - žilní chlopně a svalová pumpa
 - podtlak v hrudníku při nádechu (a přetlak v břišní dutině)
 - sací síla systoly – systola komor změnil tvar pravé síně (vtáhnutí trojcípé chlopně do komory), síň zvětší svůj objem a nasaje krev
 - síla zezadu (vis a tergo): tlak, co zbyl ze středního TK (z energie udělené kontinuitě proudění krve v okamžiku vypuzení systolického objemu srdečního do krevního řečiště)

