

Το καλοκαίρι είναι η εποχή των διακοπών. Τα σχολεία κλείνουν και οι εργαζόμενοι παίρνουν τις άδειες τους. Όλοι θέλουν να χαρούν τη φύση και προπάντων τη θάλασσα. Η επαφή με τη θάλασσα εκτός από απόλαυση αποτελεί και υγιεινή άσκηση. Με το κολύμπι γυμνάζεται και αναζωογονείται όλο το σώμα. Χρειάζεται όμως προσοχή γιατί δεν λείπουν οι κίνδυνοι. «Ουδέν καλόν αμιγές κακού». Γι' αυτό όλοι μας, ανεξαρτήτου ηλικίας, εφόσον είμαστε υγιείς, μπορούμε μεν να κολυμπάμε και να απολαμβάνουμε τη θάλασσα, πρέπει όμως να τηρούμε ορισμένους βασικούς κανόνες προστασίας.

*Πρώτον*, δεν μπαίνουμε στη θάλασσα πριν περάσουν τουλάχιστον τρεις ώρες μετά από ένα κύριο γεύμα. Διαφορετικά, με την ανακατανομή του αίματος, αφ' ενός για την επίτευξη της λειτουργίας της πέψης, αφετέρου με την μυϊκή άσκηση με το κολύμπι, κουράζεται η καρδιά, αυξάνουν οι σφίξεις, ενδεχόμενα μειώνεται πολύ η αρτηριακή πίεση, έχουμε ζάλη ή λιποθυμία και επομένως υπάρχει κίνδυνος πνιγμού.

*Δεύτερον*, αποφεύγουμε την παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο. Εκτός από τις δερματικές βλάβες λόγω της ηλιακής ακτινοβολίας, έχουμε αγγειοδιαστολή, έντονη εφίδρωση με πιθανή αφυδάτωση και πτώση της αρτηριακής πίεσης με επακόλουθη ζάλη ή λιποθυμία. Επίσης έχουμε διαταραχή της θερμορύθμισης με κίνδυνο θερμοπληξίας. Ο κίνδυνος θερμοπληξίας αυξάνεται σε συνθήκες με πολύ υψηλή θερμοκρασία, αυξημένη υγρασία και άπνοια.

*Τρίτον*, αποφεύγουμε την υπέρμετρη παραμονή μέσα στη θάλασσα. Η φυσιολογική θερμοκρασία που έχει το σώμα μας είναι περίπου 37C<sup>0</sup>, ενώ η θάλασσα το καλοκαίρι περίπου 20C<sup>0</sup> ή και λιγότερο. Όπως γνωρίζουμε από τη Φυσική, η θερμότητα μεταφέρεται από ένα θερμό σώμα στο ψυχρότερο, όταν αυτά έλθουν σε επαφή, επομένως στην περίπτωση μας, όταν βρεθούμε στη θάλασσα, έχουμε συνεχή απώλεια θερμίδων προς το νερό. Επίσης, όσο μεγαλύτερη η διαφορά θερμοκρασίας, τόσο μεγαλύτερη η απώλεια ενέργειας-θερμότητας. Η παρατεταμένη λοιπόν παραμονή στη θάλασσα εξαντλεί την ενέργεια μας. Αν μάλιστα βρεθούμε μακριά από την ακτή, υπάρχει κίνδυνος να δυσκολευτούμε να επιστρέψουμε και να κινδυνεύσουμε να πνιγούμε. Κατά ένα μνημονοτεχνικό κανόνα, ο χρόνος παραμονής στη θάλασσα σε λεπτά της ώρας πρέπει να είναι ίσος με τη θερμοκρασία του νερού. Για παράδειγμα, μένουμε 20 λεπτά στη θάλασσα, όταν η θερμοκρασία είναι 20 βαθμοί της κλίμακας κελσίου.

*Τέταρτον*, απαγορεύεται η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών πριν την κολύμβηση. Ο λουόμενος μπορεί εύκολα να χάσει τον προσανατολισμό και την ικανότητα του να αξιολογήσει και να αποφύγει ενδεχόμενους κινδύνους. Άλλωστε η κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί αγγειοδιαστολή και επομένως πιθανή πτώση της αρτηριακής πίεσης, με συνέπεια ζάλη και λιποθυμία.

Η τήρηση των ανωτέρω κανόνων προστασίας αφορά κατά μείζονα λόγο τους καρδιοπαθείς και όσους έχουν παράγοντες κινδύνου για μελλοντική καρδιοπάθεια.

#### **A) Υπερτασικοί ασθενείς.**

Οι υπερτασικοί ασθενείς που έχουν ρυθμίσει την πίεση τους επιτρέπεται να κολυμπούν ελεύθερα, λαμβάνοντας μόνο τις αναγκαίες προφυλάξεις που ισχύουν για τον γενικό πληθυσμό. Στην περίπτωση που η πίεση τους παραμένει υψηλή παρά την φαρμακευτική αγωγή, η απότομη είσοδος τους στη θάλασσα προκαλεί περαιτέρω αύξηση αυτής, μέσω περιφερικής αγγειοσυστολής. Για παράδειγμα εάν πριν το μπάνιο η αρτηριακή πίεση είναι 160mmHg με την απότομη είσοδο στη θάλασσα μπορεί να γίνει 190mmHg. Γι' αυτό πρέπει να προχωρούν όρθιοι χωρίς βιασύνη, βρέχοντας πρώτα τα άκρα, τη ράχη και την κοιλιακή χώρα. Έτσι ο οργανισμός προσαρμόζεται καλύτερα στο υγρό στοιχείο και μια πιθανή αύξηση της πίεσης με την είσοδο στη θάλασσα διορθώνεται ευκολότερα.

Υπάρχει και μια άλλη περίπτωση, εκείνη των υπερτασικών ασθενών με χαμηλή πίεση το καλοκαίρι. Σε αυτό συμβάλουν τα αγγειοδιασταλτικά αντιυπερτασικά φάρμακα που πιθανά λαμβάνουν και η επιπρόσθετη αγγειοδιαστολή από την ζέστη. Οι ασθενείς αυτοί προτού σκεφτούν τη θάλασσα και το κολύμπι, πρέπει προηγουμένως να επισκέπτονται τον γιατρό τους, για ρύθμιση- πιθανή μείωση της φαρμακευτικής τους αγωγής, ώστε η πίεση τους να ανέβει και να σταθεροποιηθεί στη τιμή των 120-130 mmHg.

#### **B) Διαβητικοί ασθενείς.**

Οι διαβητικοί ασθενείς που είναι ρυθμισμένοι είτε με χάπια είτε με ινσουλίνη, δεν δεσμεύονται για συνηθισμένες δραστηριότητες, εκδρομές ή κολύμπι. Επειδή κατά την καλοκαιρινή περίοδο καταναλώνονται μεγάλες ποσότητες αλκοολούχων ποτών και αναψυκτικών οι διαβητικοί πρέπει να γνωρίζουν τα εξής:

Η κατανάλωση οινοπνεύματος επιτρέπεται σε πολύ μικρές ποσότητες και εφόσον ο διαβητής είναι ρυθμισμένος. Το αλκοόλ πρέπει να λαμβάνεται κατά τη διάρκεια γεύματος καθώς μπορεί να προκαλέσει μείωση του σακχάρου έως και 12 ώρες μετά την κατανάλωση. Συνιστάται μάλιστα η μέτρηση του σακχάρου προ, κατά την διάρκεια και μετά την λήψη αλκοόλ. Συγκεκριμένα επιτρέπονται ένα, το πολύ δύο ποτά ημερησίως. Ένα ποτό θεωρείται για παράδειγμα, μία μπύρα (350ml-12 gr υδατάνθρακες), ένα ποτήρι κόκκινο κρασί (150 ml-5gr υδατάνθρακες), ένα ποτήρι λευκό κρασί (150ml-0 gr υδατάνθρακες).

Σε περίπτωση που ένας διαβητικός πειεί μεγάλη ποσότητα αλκοόλ και μάλιστα νηστικός, εάν παίρνει δισκία που προκαλούν έκκριση ινσουλίνης η ρυθμίζεται με ινσουλίνη, υπάρχει κίνδυνος υπογλυκαιμίας με αποτέλεσμα, διάσπαση συγκέντρωσης και αδυναμία αντιμετώπισης πιθανών κινδύνων. Γι' αυτό δεν πρέπει να μπει στη θάλασσα για τουλάχιστον 6-12 ώρες μετά. Σε αντίθετη

περίπτωση, πρέπει να πάρει γεύμα με υδατάνθρακες και να μειώσει τη επόμενη δόση ινσουλίνης κατά 2-3 μονάδες.

Η κατανάλωση αλκοόλ δεν επιτρέπεται σε διαβητικούς που πάσχουν από διαβητική νευροπάθεια. Το αλκοόλ αυξάνει τον πόνο και επιδεινώνει τις βλάβες.

Όσον αφορά τα αναψυκτικά, επιτρέπονται ελεύθερα, όταν είναι τύπου light π.χ. Coca-cola light, coca -cola zero, sprite zero κ.λπ. Φυσικά το καλύτερο ποτό για αναπλήρωση υγρών παραμένει το νερό.

### **Γ) Στεφανιαίοι ασθενείς.**

Εάν είναι ασυμπτωματικοί στη συνήθη δραστηριότητα και η καρδιά λειτουργεί ικανοποιητικά σαν αντλία, ακόμη και αν υπάρχει ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου, εγχείρηση στεφανιαίων αγγείων (by-pass), ή αγγειοπλαστική (μπαλονάκι), επιτρέπεται κάθε συνήθης δραστηριότητα ή αναψυχή, επομένως και το κολύμπι.

Για να είμαστε σίγουροι για την ασφάλεια του ανωτέρω στεφανιαίου ασθενή, τον υποβάλουμε σε υπερηχογράφημα καρδιάς για την εκτίμηση της συστολικής λειτουργίας του μυοκαρδίου, σε δοκιμασία κόπωσης ή σε ανάλογη εξέταση ανίχνευσης ισχαιμίας (σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου, δυναμική υπερηχογραφία), στην περίπτωση που έχει να ελεγχθεί πολύ καιρό από την επέμβαση του, ή αναφέρει άτυπα προκάρδια άλγη, ή έχει αρρυθμισμούς, πολλούς από τους παράγοντες κινδύνου. Η δοκιμασία κόπωσης μας δίδει επίσης την πληροφορία για το μέγεθος της προσπάθειας που μπορεί να καταβάλει ακίνδυνα ο ασθενής. Γενικά η ένταση της άσκησης πρέπει να φθάνει περίπου στο 60%-85 % της μέγιστης συχνότητας κατά τη δοκιμασία κόπωσης ή σε συχνότητα τουλάχιστον κατά 10 σφύξεις μικρότερη από την συχνότητα που προκαλεί στον ασθενή συμπτώματα. Για παράδειγμα εάν η μέγιστη συχνότητα κατά τη δοκιμασία μιας φυσιολογικής κόπωσης ήταν 140 σφίξεις, η επιτρεπόμενη καρδιακή συχνότητα κυμαίνεται από 85-120 σφύξεις 3-5 φορές την εβδομάδα για 20-60 λεπτά της ώρας.

Εάν ο ασθενής πονάει με τυπική στηθάγχη και μάλιστα σε ηρεμία ή στην ελάχιστη προσπάθεια, τότε πρέπει πρώτα να εισαχθεί στο Νοσοκομείο και να θεραπευθεί, γιατί πάσχει από ασταθή στηθάγχη. Κάθε άλλη δραστηριότητα ή η επίσκεψη του στη θάλασσα είναι επικίνδυνη για τη ζωή του.

Εάν ο ασθενής αναφέρει στηθαγχικό πόνο μετά από μεγάλη προσπάθεια, τότε έχει σταθερή στηθάγχη και δεν κινδυνεύει σημαντικά στη μέτρια καθημερινή του δραστηριότητα, αρκεί να λαμβάνει πιστά τη φαρμακευτική του αγωγή.

Μπορεί να πάει για κολύμπι με συνεσταλμένες δραστηριότητες, κολυμπώντας κοντά στην ακτή, με συντροφιά για ώρα ανάγκης και φυσικά όχι μακροβούτια, ψαροντούφεκο ή θαλάσσια σπορ.

#### Δ) Ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

Οι ασθενείς της κατηγορίας αυτής έχουν «κουρασμένη» καρδιά και δεν αντέχουν στη μεγάλη προσπάθεια. Το πιο συχνό αίτιο της πάθησης τους είναι ένα παλιό έμφραγμα μυοκαρδίου ενώ, οι βαλβιδοπάθειες και η αρτηριακή πίεση αποτελούν επίσης συχνά αίτια καρδιακής ανεπάρκειας . Άλλα λιγότερο συχνά αίτια χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, οι μυοκαρδιοπάθειες και οι μυοκαρδίτιδες.

Τα κύρια συμπτώματα τους είναι η δύσπνοια(επειδή το αίμα δεν προωθείται αρκετά από την καρδιά και συσσωρεύεται στους πνεύμονες) και η εύκολη κόπωση (επειδή δεν αρδεύονται ικανοποιητικά με αίμα οι περιφερικοί ιστοί ).

Από άποψη σοβαρότητας η λειτουργική αδυναμία της καρδιάς να αντιμετωπίσει τις ανάγκες αιμάτωσης των περιφερικών ιστών, διακρίνεται σε τέσσερις κατηγορίες.

Οι δύο πρώτες είναι ήπιες, ενώ οι δύο επόμενες είναι σοβαρές. Συγκεκριμένα, στη 1<sup>η</sup> κατηγορία δεν έχουμε συμπτώματα (δύσπνοια , εύκολη κόπωση) στη συνηθισμένη δραστηριότητα. Στη 2<sup>η</sup> κατηγορία ,έχομε συμπτώματα στη συνηθισμένη δραστηριότητα, αλλά οι ασθενείς τα βγάζουν πέρα. Έχουν δηλαδή, μικρό μόνο περιορισμό της φυσικής τους προσπάθειας. Στη 3<sup>η</sup> κατηγορία έχουμε συμπτώματα σε δραστηριότητα ακόμη μικρότερη της συνηθισμένης . Υπάρχει μεγάλος περιορισμός των δραστηριοτήτων . Τουλάχιστον όμως δεν υπάρχουν συμπτώματα σε ηρεμία. Στη 4<sup>η</sup> κατηγορία τα πράγματα είναι ακόμη πιο δύσκολα. Υπάρχουν συμπτώματα ακόμη και στην ηρεμία και μεγάλος περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας.

Εύκολα συμπεραίνει κανείς από τα ανωτέρω, ότι στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, εκτός του ότι όπως είναι γνωστό μειώνεται το προσδόκιμο επιβίωσης, βλάπεται και η ποιότητα της ζωής τους.

Στη προκείμενη περίπτωση, τίθεται το ερώτημα εάν οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια μπορούν να πάνε διακοπές και να απολαύσουν τη ζωή το καλοκαίρι. Η απάντηση εξαρτάται από την κατηγορία της καρδιακής τους ανεπάρκειας, στην οποία κατατάσσονται. Στις δύο πρώτες κατηγορίες δεν υπάρχει ουσιαστικός περιορισμός, ενώ όμως στις δυο τελευταίες υπάρχουν βασικοί περιορισμοί. Πρέπει βέβαια να διαχωρίσουμε τις διακοπές, ανάλογα με τις δραστηριότητες στις οποίες επιθυμούμε να επιδοθούμε κατά τη διάρκεια αυτών. Άλλη έννοια έχουν οι διακοπές με απλή αλλαγή του χώρου διαβίωσης και άλλη όταν συνδυάζονται με έντονη δραστηριότητα π.χ. ορειβασία ,κολύμπι. Εννοείται ότι στη 4<sup>η</sup> κατηγορία καρδιακής ανεπάρκειας δεν επιτρέπονται τέτοιες δραστηριότητες.

Γενικά, στα δύο τελευταία στάδια καρδιακής ανεπάρκειας, οι θερινές διακοπές έχουν τους εξής περιορισμούς:

A) Ο ασθενής να μην έχει νοσηλευτεί πρόσφατα με καρδιακή κάμψη ή να έχει αναρρώσει ομαλά επί τρεις εβδομάδες τουλάχιστον μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο.

B) Πριν αλλάξει τόπο διαμονής, να επισκεφθεί τον γιατρό του, για κλινική εξέταση και πιθανή τροποποίηση της φαρμακευτικής του αγωγής. Ενδεχόμενα, να χρειάζεται μείωση των αγγειοδιασταλτικών φαρμάκων και κυρίως των διουρητικών. Όπως αναφέρθηκε και πρωτύτερα η ζέστη μπορεί να προκαλέσει αγγειοδιαστολή, εφίδρωση ή αφυδάτωση .

Γ) Ο τόπος διαμονής-παραθερισμού, να βρίσκεται κοντά ή τουλάχιστον να έχει εύκολη πρόσβαση σε Νοσοκομείο. Μην αποκλεισθεί, για παράδειγμα, σε ένα μικρό νησί ή κάπου όπου η μετακίνηση του να είναι δύσκολη. Σημειωτέων ότι όσοι έχουν σοβαρού βαθμού καρδιακή ανεπάρκεια έχουν μεγάλη νοσηρότητα και χρειάζονται συχνά νοσηλεία σε νοσοκομείο.

Δ) Στο τόπο προορισμού τους να δραστηριοποιούνται σε λογικά πλαίσια, μέχρι του σημείου που δεν εκδηλώνουν δύσπνοια. Η αντίληψη «να κουράσω τη καρδιά για να τη δυναμώσω» και μάλιστα χωρίς ιατρική επιτήρηση, είναι άκρως επικίνδυνη.

Ε) Χρειάζεται αποφυγή παρατεταμένης έκθεσης στον ήλιο και τη θάλασσα, το κολύμπι να γίνεται σε ρηκά νερά και ανάλογα με την αντοχή του ασθενούς. Καλύτερα το πρωί ή το απόγευμα και ποτέ το μεσημέρι. Εδώ επαναλαμβάνεται η σύσταση να αποφεύγουν το κολύμπι και την έκθεση στον ήλιο οι καρδιοπαθείς με καρδιακή ανεπάρκεια 4<sup>ης</sup> κατηγορίας.

ΣΤ) Από άποψη διατροφικών συνηθειών, απαγορεύονται τα αλκοολούχα ποτά, λόγω της γνωστής αγγειοδιαστολής και επειδή αποδυναμώνουν την καρδιά (αρνητική δράση στη συσταλτικότητα του μυοκαρδίου). Επίσης αποφεύγονται, οι αλμυροί μεζέδες, καθώς προκαλούν κατακράτηση υγρών και επακόλουθη απορρύθμιση της καρδιακής ανεπάρκειας, και τα ογκώδη («βαριά») και μάλιστα βραδινά γεύματα.

Χρειάζεται λοιπόν ιδιαίτερη προσοχή κατά τις θερινές διακοπές από τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Οι δραστηριότητες τους πρέπει να είναι με μέτρο, γιατί μια πολύ κουρασμένη καρδιά μπορεί εύκολα να τους προδώσει.

ΥΓ. Οι ανωτέρω οδηγίες είναι γενικές, στηρίζονται στην εμπειρία μας, ενώ τεκμηριώνονται και από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Ο κάθε ασθενής όμως, αποτελεί εξατομικευμένη περίπτωση και ο καλύτερος σύμβουλος του παραμένει ο θεράπων γιατρός.

ΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ  
«ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ».

