

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ



ΕΝΑ ΑΙΝΙΓΜΑ ΜΕ ΠΟΛΛΕΣ ΛΥΣΕΙΣ

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΚΩΣΤΑΓΙΑΝΝΗ ΑΘΗΝΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Δίδα ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ:

1) Δίδα ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ

2) Κος ΚΟΥΝΗΣ

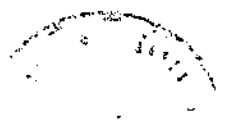
3)



ΠΑΤΡΑ - 1992

ΑΡΙΘ. ΟΞ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

631 B



Ευχαριστώ θερμά την υπεύθυνη
καθηγήτρια δ. Γεωργούση, για
τη βοήθεια που μου πρόσφερε,
καθώς και τον κ. Κούνη, που
με βοήθησαν να διεκπεραιώσω
την εργασία αυτή.

- Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α -

-Πρόλογος	σελ.	1
-Εισαγωγή		2

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

-Ιστορική αναδρομή		4
-Σύγχρονη επιστημονική έρευνα		5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

-Ορισμός Παχυσαρκίας		7
-Κλινική εικόνα Παχυσαρκίας		7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

-Μορφές Παχυσαρκίας		10
1) Παχυσαρκία απο επιβράδυνση καύσεων		10
2) Παχυσαρκία απο ανικανότητα στην καύση λιπών		10
3) Παχυσαρκία νευρικής φύσεως		10
4) Παχυσαρκία απο κατακράτηση		11
-Αιτιολογικοί παράγοντες Παχυσαρκίας		12
1) Κληρονομικότητα και περιβάλλον		12
2) Αίτια οικονομικά-κοινωνικά-ψυχολογικά		13
3) Ορμονικοί παράγοντες Παχυσαρκίας		14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

-Παχυσαρκία και συνυπάρχοντα νοσήματα		16
-Πορεία της ασθένειας και διάγνωση		21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

-Προετοιμασία για θεραπεία		22
-Θεραπεία Παχυσαρκίας		24
1) Αυτοέλεγχος		24

2)Χρήση φαρμάκων	25
3)Αθλητισμός.	27
4)Διαιτητική θεραπεία.	28
5)Χειρουργική θεραπεία	28
-Νεώτερες τάσεις στη θεραπεία της Παχυσαρκίας	32

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

-Πρόληψη Παχυσαρκίας	34
-Πίνακας ιδεώδους βάρους	36
-Πίνακας σωστής διατροφής.	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

-Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στο πρόβλημα της Παχυσαρκίας	38
-Συχνότερες συγγενείς παθήσεις και η Νοσηλευτική παρέμβαση	40
-Περιστατικό I.	42
-Νοσηλευτική διεργασία.	43
-Περιστατικό II	46
-Νοσηλευτική διεργασία	48
-Σύντομες οδηγίες και πληροφορίες	51
-Επίλογος.	52
-Βιβλιογραφία	53

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ:

Η παραγνωρισμένη αρρώστια. Η άχαρη όψη του σώματος που λέγεται ευτροφία ή παχυσαρκία, παρουσιάζεται σε τρεις μορφές: η πρώτη μπορεί να είναι επίληψη, η δεύτερη κωμική και η τρίτη αξιολάτρευτη.

Η ταξινόμηση αυτή ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα γιατί ποτέ η παχυσαρκία δεν είναι ζηλευτή. Οι περισσότεροι παχύσαρκοι κατανοούν κωμικοί και είναι όλοι για λύπηση.

L. Williams

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με πρόσφατες απόψεις, η παχυσαρκία θεωρείται πολυπαραγοντική πάθηση, στην οποία κύριο λόγο παίζουν η γενετική, η νευροχημεία και η ψυχολογία. Πιστεύεται ότι στο μέλλον θα διαχωριστούν ομάδες παχυσάρκων με κοινή ξεκαθαρισμένη αιτιολογία, για τους οποίους θα σχεδιάζεται και θα εφαρμόζεται εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα όπως γίνεται σήμερα με την αναιμία, την υπέρταση ή το διαβήτη.

Η παχυσαρκία είναι η αρρώστια της εποχής μας και εμφανίζεται όχι μόνο σε άτομα ευπόρων οικογενειών, όπως παλιότερα, αλλά κυρίως σε λαϊκά στρώματα, όντας έτσι μια "λαϊκή αρρώστια" με δυσάρεστες επιπτώσεις, τόσο στον κοινωνικό-οικονομικό τομέα, όσο και στα δυναμικά βιολογικά αποθέματα μιας κοινωνίας, αφού είναι γνωστό ότι ευθύνεται για πολλές εκφυλιστικές παθήσεις, όπως η αρτηριοσκλήρωση, η υπέρταση διάφορες καρδιοπάθειες και τέλος για τη βράχυνση της ζωής αυτών των ατόμων.

Με δυο λόγια η παχυσαρκία είναι ύπουλος εχθρός για την αισθητική του σώματος και σοβαρή απειλή για την υγεία. Και ενώ σε προϊστορικές εποχές η παχυσαρκία μπορεί να έπαιζε το ρόλο μια αποθήκης λίπους και να εξασφάλιζε την επιβίωση σε περιόδους λιμού, το μόνο που εξασφαλίζει σήμερα είναι η μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης του ατόμου.

Παχυσαρκία μπορεί να επισυμβεί καθόλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου και να επηρεάσει και τις τέσσερις ηλικίες του. Μερικές φορές μάλιστα μπορεί να προσλάβει δραματικές διαστάσεις και να φέρει τον κίνδυνο "προ των πυλών". Είναι αυτή η κατάσταση που χαρακτηρίζεται ως κακοήθης παχυσαρκία.

Η παχυσαρκία είναι συνώνυμη της διάχυτης υπερλίπωσης και χαρα-

κτηρίζεται από υπερβολική εναπόθεση λίπους στις λιπαροθήκες του σώματος. Φυσιολογικά, το λίπος στο σύνολό του, αποτελεί το 15-20% του σωματικού βάρους για τον άνδρα και το 20-25% για τη γυναίκα. Στην παχυσαρκία, το ποσοστό αυτό μπορεί να φτάσει και το 40%, ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις και το 70% (κακοήθης παχυσαρκία).

Υπερλίπωση με τη μορφή παχυσαρκίας ήταν γνωστή και στην αρχαιότητα, όπως επίσης υπήρχαν ενδείξεις ότι το ίδιο πρόβλημα υπήρχε και στην παλαιολιθική εποχή. Ακόμη και στην Αναγέννηση, πολλές από τις "ωραίες κυρίες" που πόζαραν ως μοντέλα των καλλιτεχνών της εποχής εκείνης, μετα σημερινά δεδομένα θα εθεωρούντο παχύσαρκες. Ίσως το να είναι κανείς "λίγο παχουλός" να αποτελούσε τότε δείγμα ευζωίας και οικονομικής ευμάρειας.

Μ Ε Ρ Ο Σ

Π Ρ Ο Τ Ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΙΣΗ

Τέσσερις αιώνες προ Χριστού, ο Ιπποκράτης, ο πατέρας της ιατρικής, έγραψε: "Ας είναι η τροφή σας το φάρμακό σας και το φάρμακό σας η τροφή σας". Κατά τον Ιπποκράτη η παχυσαρκία δεν είναι μόνο αρρώστια αυτή η ίδια, αλλά και προάγγελος για άλλες αρρώστιες. Ο Αριστοτέλης συμφώνησε μ' αυτό, όταν έγραψε: "Τα παχιά άτομα γεράζουν νωρίς, γι' αυτό και πεθαίνουν νωρίς". Από τότε λοιπόν, οι μεγαλοφυείς στοχαστές στην αρχαία Ελλάδα προειδοποιούσαν τον κόσμο για τους κινδύνους της παχυσαρκίας.

Όταν ο μεγάλος ελληνορωμαϊκός πολιτισμός κατάρρευσε και οι βάρβαροι κυριάρχησαν στην Ευρώπη, το ιατρικό ενδιαφέρον για την παχυσαρκία χάθηκε, όπως φαίνεται, στον αγώνα για την επιβίωση από τις άθλιες και ανθυγιεινές συνθήκες που επικράτησαν τότε και - μόλις στα μέσα του 19ου αιώνα - οι γιατροί, στην Αγγλία είχαν αρκετή ειρήνη και ευημερία, ώστε να χρησιμοποιούν την αύξουσα επιστημονική γνώση και περιέργειά τους στην έρευνα και επανεξέταση των αιτιών της παχυσαρκίας. Τότε ακριβώς φάνηκε στο προσκήνιο ο ωτορινολαρυγγολόγος χειρουργός Χάρβεϋ με τον άρρωστό του τον Μπάντινγκ (1806-76).

Το 1872, ο Χάρβεϋ δημοσίεψε την ανακοίνωσή του "Για την παχυσαρκία σε σχέση προς τη νύηση - με μερικές παρατηρήσεις για τη δίαιτα". Τα επιχειρήματα που αναφέρει ο Χάρβεϋ στην ανακοίνωσή του αυτή, προηγούνται της εποχής τους κατά έναν αιώνα - στην πραγματικότητα, μόλις και αρχίζουμε να τα καταλαβαίνουμε σήμερα.

Αλλά, επίσης πρωτοπόρος της σωστής ερμηνείας της παχυσαρκίας είναι ο Δρ Φράνσις Χαίαρ, που το 1905 κυκλοφόρησε ένα δίτομο βιβλίο

με τίτλο "Η τροφή ως παράγοντας νόησης".

Όπως βλέπουμε λοιπόν, ήδη από την καμπή του αιώνα, μερικοί φημισμένοι γιατροί είχαν την υπόνοια ότι η παχυσαρκία δεν ήταν απλώς αποτέλεσμα πολυφαγίας και η θεραπεία της απλώς εξάσκηση στον περιορισμό των θερμίδων, αλλά κάτι πιο πολύπλοκο, που σχετιζόταν περισσότερο με το είδος παρά με την ποσότητα της τροφής μας, και στο οποίο έπαιζαν ρόλο κάποιες διαφορές του μεταβολισμού ανάμεσα στα διάφορα άτομα. Το άμυλο και το σάκχαρο είχαν ήδη κατηγορηθεί και η αδυναμία του ατόμου να καίει ολόκληρη την ποσότητα της προσλαμβανόμενης τροφής εξετάστηκε υπό το πρίσμα των ολοένα περισσότερων παρατηρήσεων επί της λειτουργίας των φυσιολογικών μηχανισμών. Από τα χρόνια εκείνα, λοιπόν, μεχρι και σήμερα - 75 περίπου αργότερα - οι ενδείξεις για την ορθότητα της μεταβολιστικής άποψης έγιναν προοδευτικά εγκυρώτερες, χάρη στο έργο άλλων γιατρών και επιστημόνων, που - όπως ο Χάρβεϋ και ο Χαίαρ - δε φοβήθηκαν να εκφράσουν την αντίθεσή τους προς την καθιερωμένη σκέψη. Αλλά καθώς ο 20ος αιώνας πλησίαζε στην τρίτη δεκαετία του, άρχισε να γίνεται δεκτή, ολοένα και περισσότερο, η άποψη πως η παχυσαρκία οφειλόταν στο ότι η εισαγόμενη στον οργανισμό ενέργεια ήταν πολύ μεγαλύτερη από τη δαπανώμενη, εξαιτίας απλώς και μόνο της πολυφαγίας και της λαιμαργίας του παχύσαρκου ατόμου.

Τα εκλαϊκευμένα βιβλία για το αδυνάτισμα άρχισαν να ασχολούνται κυρίως με τεχνάσματα, με τα οποία προσπαθούσαν να πείσουν τους ανθρώπους να τρώνε λιγότερο, ενώ φαινομενικά τους επέτρεπαν να τρώνε περισσότερο.

Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Τα τελευταία δέκα χρόνια, η ατομική έρευνα προσέφερε στους φυσιολόγους τεράστια βοήθεια για την εξακρίβωση των βιοχημικών αντιδράσεων, που συμβαίνουν στο σώμα. Ραδιενεργά ισότοπα χρησιμοποιήθηκαν ως "ιχνηθέντες" χημικών ουσιών, ώστε να καταστεί δυνατή η παρακολούθηση της πορείας των ουσιών, μέσα στο σώμα. Με το μέσο αυτό αποσαφηνίστηκαν λεπτομέρειες του μεταβολισμού των λιπών και των υδατανθράκων, που προηγούμενα τις θεωρούσαν ανεξήγητες και από το πρίσμα των νέων αυτών γνώσεων, δόθηκαν στα παλιά πειραματικά δεδομένα, νέες ερμηνείες, έτσι ώστε από ένα σύμφυρμα φαινομενικών γεγονότων, για την παχυσαρκία να σχηματιστεί μια λογική εικόνα.

Το πρώτο πράγμα που πρέπει να καταλάβουμε, είναι ότι οι υδατάνθρακες κάνουν τον άνθρωπο να παχαίνει. Όταν το άτομο με το σταθερό βάρος τρώει υδατάνθρακες, ο οργανισμός του επιστρέφει αυτόματα τις καύσεις του επιταχύνοντας έτσι το μεταβολισμό του, ώστε να καταναλωθούν οι επί πλέον θερμίδες. Τίποτα δεν απομένει για να αποταμιευτεί σαν λίπος και το βάρος παραμένει αμετάβλητο. Οι φυσιολογικοί μηχανισμοί, που το επιτρέπουν αυτό στον οργανισμό του, λειτουργούν με αξιοπαρατήρητη ακρίβεια και είναι πραγματικά εκπληκτικό, το ότι άτομα με σταθερό βάρος όπως ο Αβραάμ Λίνκολν, ο ηθοποιός Τζαίημς Στιούαρτ και άλλοι, μπορούσαν και μπορούν να τρώνε όπως θέλουν και όσο θέλουν κάθε μέρα, και παρ' όλ' αυτά να διατηρούν σταθερό το βάρος τους, με μισό ή ένα κιλό διαφορά, σ' όλη τους τη ζωή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η αυξημένη αποθήκευση λίπους είναι εξαιρετικά δύσκολο να ορισθεί και να μετρηθεί ακριβώς. Πρακτικά, ένα έμπειρο μάτι μπορεί να εκτιμήσει ικανοποιητικά την παρουσία παχυσαρκίας, ιδιαίτερα στο γυμνό αρρώστο. Για να μετρήσει ο γιατρός χρειάζεται τις παραμέτρους του ύψους, του βάρους, της ηλικίας και του φύλου του αρρώστου.

Οι εταιρίες ασφάλειας ζωής έχουν δημοσιεύσει πίνακες που δείχνουν το επιθυμητό ιδανικό βάρος ανδρών και γυναικών διαφορετικού ύψους, που είναι και το βάρος που συνοδεύεται με τη χαμηλότερη θνησιμότητα. Ένα άτομο με βάρος 10% μεγαλύτερο από το ιδανικό λέγεται ότι έχει σχετικό βάρος 110%. Η παχυσαρκία μπορεί να ορισθεί αδρά σαν το σχετικό βάρος το μεγαλύτερο του 110%, μερικοί λένε και μεγαλύτερο του 120%. Διάφοροι δείκτες παχυσαρκίας έχουν εφευρεθεί. Ο καλύτερος είναι η σχέση B/Y^2 , όπου Β είναι το βάρος του σώματος σε kgf και Υ είναι το ύψος σε μέτρα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παραμόρφωση του σώματος είναι η πρώτη επίπτωση της παχυσαρκίας. Οι ωαίες γυναικείες καμπύλες και οι ανατομικές αναγλυφές χάνονται, οι μαστοί κρεμούν, η κοιλιά γεμίζει λίπος και προεξέχει, οι γλουτοί μοιάζουν καπούλια φοράδας και το πρόσωπο παραγεμισμένη ντομάτα, ενώ τα λεπτά χαρακτηριστικά απαλείφονται. Με λίγα λόγια αποδιοργανώνεται η ανατομική φόρμα του σώματος, που γίνεται άσχημο και λειτουργικά ανεπαρκές. εικ.

Η αύξηση του βάρους παρεμποδίζει τις δραστηριότητες των ατόμων και πολλές φορές εξουδετερώνει ωαίες, ίσως, πρωτοβουλίες του. Αδρανοποιεί το σώμα και αναγκάζει το άτομο να μετακινεί και να μεταφέρει



Εικόνα 7. Άνδρας ηλικίας 42 ετών και βάρους 453 kg. Είναι Αμερικανός και ονομάζεται Ουώλτερ Χάντσον. Λόγω του υπερβολικού του βάρους μένει συνεχώς στο κρεβάτι. Η περιμετρος της κνήμης του είναι 1,3 m και της μέσης του 2,5 m (Φωτ. «ΕΝΑ» 1987 – Ιατρική εφημερίδα 31.10.87).

το βάρος του απο τόπο σε τόπο με μεγαλύτερη δυσκολία. Τελικά οι δραστηριότητες ενός τέτοιου ατόμου περιορίζονται στις βασικές μετακινήσεις του, ως το τραπέζι του φαγητού κι ως το κρεβάτι του ύπνου και στις αναγκαίες κινήσεις για τη στοιχειώδη επιτέλεση των λειτουργιών της εργασίας του και όλα αυτά με περισσότερο κόπο. Μια τέτοια κατάσταση υποβαθμίζει τη λειτουργικότητα του σώματος και υπονομεύει την ψυχική υγεία του ατόμου. Δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, απο τον οποίο δεν μπορεί να βγει το άτομο χωρίς βοήθεια.

Η συμπτωματολογία που συνοδεύει συνήθως ένα παχύσαρκο άτομο αφορά κυρίως το κεντρικό σύστημα. Ο παχύσαρκος παρουσιάζει αγωνία, κατάθλιψη, κόμπλεξ κατωτερότητας, με απώλεια της αυτοεκτίμησής του, έλλειψη ενδιαφερόντων, ματαιοπονία και πιο σπάνια, επιθετικότητα και αυτοκαταστροφή.

Όταν ο βαθμός παχυσαρκίας είναι μεγάλος εκδηλώνεται μια εικόνα αναπνευστικής ανεπάρκειας που ονομάζεται σύνδρομο του Pickwick (απο τον ομώνυμο παχύσαρκο συγγραφέα) που παρουσιάζεται με υπνηλία, κυάνωση και μπορεί να φτάσει μέχρι ακραίες περιπτώσεις στο κώμα και στο θάνατο.

Το δέρμα του παχύσαρκου τείνει να γίνει πιο παχύ απο το φυσιολογικό, επίσης η υπερτρίχωση δεν είναι σπάνια. Σύνηθες είναι το δερματικό ερύθημα, στο σημείο της μασχάλης, στις πτυχές του μαστού, της χώρας της ήβης περινέου, λεικάνης και τέλος δεν είναι σπάνιες οι δερματικές φλεγμονές απο βακτηρίδια και μύκητες. Αυξημένα είναι επίσης η συχνότητα των κυρσών και των επιπλοκών τους (φλεβίτιδα, θρόμβωση), η χρόνια παραμορφωτική αρθρίτιδα και ειδικά οι αρθροπάθειες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

1. Παχυσαρκία απο επιβράδυνση των καύσεων

Οι ασθενείς δεν καίνε αυτά που τρώνε, αλλά τα εναποθηκεύουν. Είναι μαλθακοί, άτονοι, νωθροί και αδρανείς. Γρήγορα κουράζονται, γιατί ο οργανισμός τους δεν αποδίδει αρκετή ενέργεια. Για να προμηθευτούν θερμίδες αυξάνουν το ποσό της τροφής τους, αλλά επειδή η ικανότητά τους να ξοδέψουν ενέργεια είναι ελαττωμένη, παχαίνουν ακόμα περισσότερο. Η φυσική δραστηριότητα δεν μπορεί πια να αυξήσει την κατανάλωση ενέργειας.

Γενικά αυτοί οι άρρωστοι πάσχουν απο διάφορες ενδοκρινικές ανεπάρκειες (θυροειδούς, ωοθηκών ή όρχεων). Ο βασικός τους μεταβολισμός είναι χαμηλός. Αυτά τα άτομα δεν βελτιώνονται απο τον αυστηρό περιορισμό στην τροφή τους, παρά μόνον αν η κατάλληλη ορμονοθεραπεία επαναφέρει τις καύσεις στο φυσιολογικό τους επίπεδο.

2. Παχυσαρκία απο ανικανότητα στην καύση των λιπών

Ο οργανισμός καίει έντονα τους υδατάνθρακες και τα λευκώματα που του δίνουν, αλλά δεν μπορεί να κάψει τα λίπη, που μένουν αχρησιμοποίητα και συσσωρεύονται στο δέρμα. Ο βασικός μεταβολισμός είναι χαμηλός.

Οι ασθενείς αυτοί αγαπούν τα αμυλώδη και τα γλυκά όχι απο λαίμαργία, αλλά σαν τη μόνη διαθέσιμη πηγή ενέργειας. Οι περιορισμοί στις τροφές δύσκολα γίνονται ανεκτοί και ενα τυχαίο αδυνάτισμα πραγματοποιείται σε βάρος των ευγενών ιστών και όχι του λιπώδους ιστού.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, οφείλουμε να υποπτευθούμε μια ηπατική ανεπάρκεια και με μια λεπτομερή εξέταση του αρρώστου να βρούμε το αίτιο της ανικανότητας της χρησιμοποίησης των λιπών, ώστε να καταπολεμήσουμε αυτό πρώτα και μετά να εφαρμόσουμε την κατάλληλη δίαιτα.

3. Παχυσαρκία νευρικής φύσεως

Η παχυσαρκία αυτή φυσικά είναι ενδογενής και συχνά μικτή. Ο μετα-

βολισμός των λιπών δεν εξαρτιέται αποκλειστικά απο τις μορφές των τροφών και τις εσωτερικές οξειδώσεις, αλλά και απο ένα ευαίσθητο νευροφυτικό οργανισμό που δέχεται την επίδραση των ενδοκρινών αδένων και ρυθμίζει την ανάλυση και σύνθεση των λιπών. Μόλις επέλθει μια διαταραχή σε αυτό το νευροφυτικό σύστημα και υπερισχύσει η σύνθεση των λιπών, αρχίζει η συσσώρευση του λίπους. Ο Lichwitz μιλάει για τέτοιες περιπτώσεις ενδογενούς παχυσαρκίας με εξωτερική προέλευση δηλαδή απο τις τροφές.

Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν μπορούμε να κάνουμε τίποτα. Συνήθως όμως συνυπάρχει πάντα κάποιο στοιχείο απο τα αναφερθέντα προηγούμενα, που η κατάλληλη θεραπεία του οδηγεί σε κάποιο θετικό αποτέλεσμα.

4. Παχυσαρκία απο κατακράτηση

Αυτή δεν οφείλεται σε γενική διαταραχή του μεταβολισμού αλλά είναι μια πάθηση του κυτταρολιπώδους ιστού που συχνά οφείλεται στην μιας τοπικής διαταραχής του νευροφυτικού συστήματος.

Αυτά τα άτομα παρουσιάζουν βασικό μεταβολισμό φυσιολογικό. Το βασικό στοιχείο της θεραπείας τους είναι η φυσιοθεραπεία.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Τα παιδιά απο φυσιολογικούς μη παχύσαρκους γονείς έχουν μόνο 10% πιθανότητες να γίνουν κι αυτά παχύσαρκα. Οι πιθανότητες αυξάνουν, όταν ο ένας απο τους δυο είναι παχύσαρκος, ενώ τα παιδιά δυο παχύσαρκων γονέων έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να γίνουν κι αυτά παχύσαρκα.

Το ερώτημα που ανακύπτει είναι κατά πόσο αυτό οφείλεται στο περιβάλλον ή στην κληρονομικότητα. Μια συνοπτική απάντηση θα ήταν: "τόσο στην κληρονομικότητα όσο και στο περιβάλλον, όπως και σε διάφορες παθήσεις που έχουν ανάλογο ρόλο στη δημιουργία της παχυσαρκίας".

Διάφορες μελέτες έδειξαν ότι παιδιά ηλικίας 4 ετών που προέρχονταν απο παχύσαρκους γονείς ήταν ήδη παχύσαρκα στην ηλικία αυτή, παρόλο που οι προσλαμβανόμενες θερμίδες ήταν κατά 24% λιγότερες ανα kg στο 24ωρο, απο παιδιά μη παχύσαρκων γονέων.

Κλασσικές θεωρούνται οι παρατηρήσεις που έγιναν σε υιοθετημένα παιδιά. Οι μελέτες αυτές βρίσκουν ότι τα υιοθετημένα παιδιά αυξάνουν σε βάρος όπως ακριβώς και τα άλλα, γενετικά άσχετα, αδέρφια τους και απο αυτό συμπεραίνουν ότι το περιβάλλον είναι εξίσου σπουδαίο, όσο και η κληρονομικότητα.

Πρόσφατες μελέτες σε άτομα αδύνατα και παχύσαρκα δείχνουν ότι οι παχύσαρκοι ξοδεύουν λιγότερη ενέργεια μετά το γεύμα τους.

Πρέπει επίσης να σημειώσουμε με έμφαση και τις κοινωνικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας, ιδιαίτερα σε νεαρά άτομα, που ίσως είναι πολύ περισσότερο σοβαρές απο τις άλλες φυσικές επιπτώσεις.

Τα παχιά παιδιά γίνονται σε μικρότερο βαθμό αποδεκτά απο μικρούς και μεγάλους, γιατί θεωρούν αυτά τα ίδια υπεύθυνα για την κατάστασή τους. Τα παχιά παιδιά, παρ' ότι δεν έχουν χαμηλό διανοητικό ηλικίο, μειονεκτούν σε ίσες ευκαιρίες σπουδών και ιδιαίτερα οι γυναίκες, ό-

που ασκείται ρατσιστική αντιμετώπιση, τόσο στα σχολεία όσο και στην ανεύρεση εργασίας. Γι' αυτό και μεγαλύτερη ανεργία παρατηρείται στα παχύσαρκα άτομα.

Η παχυσαρκία είναι 6 φορές πιο συχνή σε γυναίκες χαμηλής κοινωνικοοικονομικής στάθμης, σε σχέση με τις γυναίκες υψηλής κοινωνικοοικονομικής στάθμης.

ΑΙΤΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ-ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ

Εχει αποδειχτεί ότι το παχύσαρκο άτομο "νιώθει πείνα" και όταν λείπουν οι γαστρικές συσπάσεις. Το αίσθημα πείνας μπορεί να προέρχεται από καταστάσεις πολύ διαφορετικές, έτσι ώστε στον παχύσαρκο δεν φτάνει ποτέ στο τυπικό αίσθημα πείνας του στομάχου του ατόμου με φυσιολογικό βάρος, δηλαδή στις μυϊκές συσπάσεις του στομάχου.

Για να γίνει κατανοητό αυτό το θέμα, αναφέρουμε το παράδειγμα μιας μελέτης που έγινε από Αμερικανούς μελετητές οι οποίοι απομόνωσαν από το συνηθισμένο περιβάλλον τους μια ομάδα αδυνάτων και μια ομάδα παχύσαρκων ατόμων.

Έτσι τα αδύνατα άτομα, αν και σε διαφορετικές από τις συνήθειές τους τρέφονταν βάσει της αίσθησης της στομαχικής πείνας και δεν έχασαν βάρος ενώ οι παχύσαρκοι, στερούμενοι από τα συνηθισμένα ερεθίσματά τους, δεν κατάφεραν πια να τραφούν σύμφωνα με τα φυσιολογικά γαστρικά μηνύματα, επειδή είναι ανίκανοι να τα αναγνωρίσουν σαν αίσθημα πείνας και επομένως αδυνάτισαν σημαντικά αν και είχαν στη διάθεσή τους τροφές όσες ήθελαν. Από αυτή τη μελέτη γίνεται φανερό ότι παράγοντες ψυχολογικοί και περιβαλλοντικοί παίζουν καθοριστικό ρόλο στην παχυσαρκία του ατόμου και πιο συγκεκριμένα οι κοινωνικοί παράγοντες, οι οικονομικοί, η φυλή, η θρησκεία, η μόρφωση.

Πράγματι κατανοείται εύκολα πως ο τρόπος ζωής που έχει επιβάλει σήμερα ο εκβιομηχανισμένος πολιτισμός μας, τα μηνύματα που δεχόμαστε

απο τον τόπο, η έλλειψη αθλητικής δραστηριότητας και άλλα, όλα αυτά οδηγούν σε μια βαθμιαία ανισότητα ενέργειας που διευκολύνει τη δημιουργία και τη διαίώνιση του υπερβάρους.

Εκτός απο τα κοινωνικά και οικονομικά στοιχεία που αναφέρθηκαν, υπάρχουν παράγοντες γεννητικοί, ψυχολογικοί, οργανικοί.

Όσο αφορά τους ψυχολογικούς παράγοντες, ο κοινός παρονομαστής αυτών των καταστάσεων είναι η αναγνώριση στη διατροφή ενός μηχανισμού άμυνας, που είναι στόχος ευκολόπιαστος και που παρουσιάζεται σαν τρόπος φυγής για το άτομο. Είναι επωμένως φανερό ότι ο περιορισμός στη δίαιτα και μόνο δεν παρουσιάζει παρά μια τάση εξάλειψης ενός συμπτώματος της νόσου, χωρίς να ενεργεί στην ψυχοσωματική κατάσταση του παχύσαρκου.

ΟΡΓΑΝΙΚΟΙ Η ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Όλες οι μεταβολικές διεργασίες του λίπους στον άνθρωπο, αυτές δηλαδή που ελέγχουν τόσο την αποθήκευση, όσο και την κινητοποίηση και χρησιμοποίησή του, θεωρούνται βασικές αντιδράσεις και ο μεταβολισμός αυτός γίνεται χωρίς ορμονική επίδραση. Αυτό βέβαια που συμβαίνει στον άνθρωπο, αποτελεί εξαίρεση σε σχέση με τα άλλα ζώα. Παρ' όλ' αυτά, πρέπει να σημειωθεί ότι ορισμένες ορμόνες φαίνεται να έχουν κάποια εμφανή αλλά σύντομη δράση, στο μεταβολισμό του λιποκυττάρου και αυτές είναι οι κατεχολαμίνες και η ινσουλίνη.

Στα παχύσαρκα άτομα υπάρχει υπερβολική έκκριση ινσουλίνης. Η ινσουλίνη αρχίζει να ενεργεί, όταν εμφανίζονται στον πεπτικό σωλήνα υδατάνθρακες με τη μορφή της γλυκόζης. Αυτή η γλυκόζη που προορίζεται για παραγωγή ενέργειας, παρεμποδίζει την κατανάλωση των αποθεμάτων λίπους, δηλαδή τη λιπόλυση. Στην κινητοποίηση του αποθηκευμένου λίπους και στη λιπόλυση, βοηθητικό ρόλο παίζει και μια ορμόνη του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης, η λιποκινίνη, η οποία επιταχύνει αυτή την κινητοποίηση.

Η ινσουλίνη είναι αντιλιπολυτική. Δυστυχώς οι παχύσαρκοι χρειάζονται περισσότερη ινσουλίνη, για να κάψουν την ίδια ποσότητα σακχάρου, από ότι οι μη παχύσαρκοι, γεγονός που χαρακτηρίζεται ως αντίσταση στην ινσουλίνη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΕΡΤΟ

A. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

B. ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

A. Πέρα από παράγοντες αισθητικής και κοινωνικούς η παχυσαρκία αποτελεί κίνδυνο για τη ζωή. Καλά τεκμηριωμένες μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει μια αύξηση της θνητότητας που είναι ανάλογη με την παρουσία και το μέγεθος της παχυσαρκίας. Ο κίνδυνος θανάτου διπλασιάζεται όταν η αύξηση του βάρους φτάνει το 50% του αναμενόμενου για το φύλο και το ύψος του ασθενή. Στον παχύσαρκο ασθενή ο κίνδυνος αυτός εμφανίζεται συχνότερα απ' ό,τι στο μη παχύσαρκο.

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες προκύπτει ότι οι παχύσαρκοι πεθαίνουν συχνότερα, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, από καρδιαγγειακές και νεφρικές παθήσεις, από σακχαρώδη διαβήτη και από νόσους των χοληφόρων αγγείων. Επίσης οι παχύσαρκοι παρουσιάζουν συχνότερα οστεοαρθροπάθειες απ' ό,τι ο υπόλοιπος πληθυσμός.

Υπογραμμίζεται όμως ότι 10% μόνο όλων των παχύσαρκων δεν παρουσιάζουν ένα από τους παρακάτω επιβαρυντικούς παράγοντες:

- Υπέρταση
- Ελάττωση της ανοχής στη γλυκόζη
- Υπερχολυστεριναιμία
- Υπερτριγλυκεριδαιμία
- Υπεριουχαιμία.

α) Σακχαρώδης Διαβήτης

Η επίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη είναι πιο συχνή στους παχύσαρκους. Η παχυσαρκία αποτελεί μια από τις αιτίες του σακχαρώδους διαβήτη, αλλά όχι τη μοναδική. Η παχυσαρκία προκαλεί μείωση της ευαισθησίας των περιφεριακών ιστών (κυρίως του λιπώδους) στη δράση της ιν-

σουλίνης (υποδοχείς), έτσι ώστε να χρειάζεται περισσότερη ινσουλίνη για να γίνει ρύθμιση του μεταβολισμού.

Το β-κύτταρο προσπαθεί να προμηθεύσει αυτή την περισσότερη ινσουλίνη, με αποτέλεσμα την αύξηση του επιπέδου της στο σώμα (υπερ-ινσουλιναιμία των παχυσάρκων) και τελική εξάντληση του β-κυττάρου και εμφανή διαβήτη, μόνο όμως, εάν συνυπάρχει και ενδογενής προδιάθεση (κληρονομικότητα).

Η απώλεια βάρους αποκαθιστά στο φυσιολογικό την ευαισθησία των ιστών στην ινσουλίνη.

Η πολυφαγία υδατανθράκων (σάκχαρη) απαιτούν την έκκριση πολλής ινσουλίνης απ' το β-κύτταρο το οποίο και μπορεί να "εξαντληθεί" εφ' όσον όμως συνυπάρχει ενδογενής προδιάθεση.

β) Επιβάρυνση της καρδιακής λειτουργίας

Οι παράμετροι της καρδιακής λειτουργίας επιβαρύνονται απ' την παρουσία της παχυσαρκίας. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι διαταραχές επιστρέφουν σε φυσιολογικό επίπεδο με την ελάττωση του βάρους του σώματος.

γ) Στεφανιαία νόσος

Η επίπτωση της στεφανιαίας νόσου στο γενικό πληθυσμό καθορίζεται από γενετικούς παράγοντες του περιβάλλοντος παρουσία παθολογικών καταστάσεων όπως διαβήτη, υπερλιπιδαιμία, υπέρταση, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση και την εξέλιξή τους. Η παχυσαρκία μόνη της δε φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο. Αν συνοδεύεται όμως με έναν άλλο από τους παραπάνω παράγοντες τότε αποτελεί και αυτή κίνδυνο για την εμφάνιση και εξέλιξη της νόσου.

δ) Χολολιθίαση

Η παρουσία χολολιθίασης σε παχύσαρκους ασθενείς είναι ιδιαίτερα συχνή και παρατηρείται κυρίως στις γυναίκες. Η συχνότητα αυξάνεται με την ηλικία σε σχέση με πληθυσμούς μη παχύσαρκους.

ε) Επιβάρυνση πνευμονικής λειτουργίας

Η παχυσαρκία συνοδεύεται με επιβάρυνση ορισμένων παραμέτρων της πνευμονικής λειτουργίας. Τις περισσότερες φορές πρόκειται για ήπιες μεταβολές χωρίς σημαντική λειτουργική σημασία που αποδεικνύονται όμως με σπιρομέτρηση. Όσο το μέγεθος της παχυσαρκίας μεγαλώνει, τόσο οι διαταραχές γίνονται περισσότερο έκδηλες, για να εμφανιστεί τελικά το σύνδρομο "PICKWICK".

Το σύνδρομο αυτό που περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1932 έχει περιγραφεί σαν σύνδρομο παχυσαρκίας υποαερισμού επί των άκρων παχυσαρκικών ατόμων. Χαρακτηρίζεται από υπνηλία, κυάνωση, υποξία, υπερυπνία αναπνευστική αξέωση, δευτερογενή πολυκυτταρυναιμία πνευμονική υπέρταση, υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας και καρδιακή ανεπάρκεια. Οι πάσχοντες από το σύνδρομο "PICKWICK" προφανώς έχουν προδιαθέτοντες αδύνατους αναπνευστικούς μυς και πολύ χαμηλού βαθμού ελαστικότητα του θωρακικού τοιχώματος, ούτως ώστε ένα κρίσιμο συμβάν, το οποίο προκαλεί παροδική υπερκαπνία, δύναται να κινηήσει αυτοδιδαιωνιζόμενη αλληλουχία της καρδιοπνευμονικής ανεπάρκειας. Η απώλεια βάρους φαίνεται ότι αίρει την πηγή των παθοφυσιολογικών διαταραχών, αλλά δεν βελτιώνει την υπερβολική μείωση της ελαστικότητας του θωρακικού τοιχώματος.

στ) Κακή θρέψη

Αν και εκ πρώτης όψεως ο παχύσαρκος ασθενής φαίνεται σαν υπόδειγ-

μα καλής θρέψης, εν τούτοις τίποτε δεν θα μπορούσε να απέχει περισσότερο από την αλήθεια. Όπως έχουν δείξει μελέτες σύνθεσης του σώματος με αραίωση ισοτόπων, η παχυσαρκία σε ποσοστό μεγαλύτερο του 30-40% συνοδεύεται με ελάττωση της καθαρής σωματικής μάζας και αύξηση του λιπώδους ιστού του σώματος. Στην παχυσαρκία υπάρχουν ακόμα ορισμένες μεταβολικές αλλαγές που προδιαθέτουν στην ανάπτυξη κακής θρέψης, ιδιαίτερα όταν προστίθεται ο παράγοντας STRESS, όπως τραυματισμός ή σήψη. Πιο συγκεκριμένα στους παχύσαρκους:

1) Το επίπεδο των σπλαχνικών πρωτεϊνών είναι συχνά χαμηλό, πιθανό απ' τη μειωμένη πρωτεϊνοσύνθεση σαν αποτέλεσμα λιπώδους διήθησης του ήπατος.

2) Το ολικό νερό του σώματος είναι αυξημένο σαν αποτέλεσμα της αύξησης του λιπώδους ιστού.

3) Η καθαρή σωματική μάζα είναι σαφώς ελαττωμένη σαν ποσοστό επί τοις εκατό του συνολικού βάρους του σώματος.

4) Η ηπατική λειτουργία συχνά υπολείπεται όπως δείχνεται από αυξήσεις των ενζύμων της κυτταρικής λειτουργίας και της απόφραξης.

Όλα αυτά τα μεταβολικά μειονεκτήματα προδιαθέτουν στην εγκατάσταση σοβαρής μορφής κακής θρέψης, όταν συμβεί ασιτία επιπλεγμένη από τραυματισμό ή λοίμωξη. Για τους λόγους αυτούς σε παχύσαρκα άτομα πρέπει να εκτιμάται η κατάσταση της θρέψης τους για να μειώνεται ο κίνδυνος αυξημένης νοσηρότητας και θνητότητας από την παρουσία της.

ζ) Ενδοκρινικές παθήσεις και παχυσαρκία

Η αιφνίδια εμφάνιση μεγάλης παχυσαρκίας συνοδευόμενη με λήθαργο ή πολουρία, δηλώνει υποθαλαμική βλάβη (σπάνια). Ενώ οι περιπτώσεις ακραίας παχυσαρκίας συνοδεύονται με καθυστέρηση της ήβης, οι ελαφρές υπερβολές στη λήψη τροφής είναι δυνατό να οδηγήσουν στην πρωι-

μότητα. Ο υποθυροειδισμός δε συνοδεύεται συνήθως από έντονη παχυσαρκία. Κατά τη νόσο ή σύνδρομο CUSHINGE υπάρχει εμφανής παχυσαρκία με χαρακτηριστική "βουβαλοειδή κύφωση" και παχυσαρκία του κορμού με λεπτά άκρα. Οι παραβδώσεις είναι συνήθως σε όλους τους τύπους της παχυσαρκίας, αλλά συχνότερα είναι πορφυρόχροοι κατά το σύνδρομο του CUSHINGE.

Η αμηνόρροια, η υπέρταση και η γλυκοζουρία ή η διαβητική καμπύλη ανοχής γλυκόζης, συνοδεύουν συχνά την παχυσαρκία και είναι δυνατό να βελτιωθούν με επαρκή απώλεια βάρους. Τα νησιδιοκυτταρικά αδενώματα, συνοδεύονται συχνά με αύξηση του σωματικού βάρους, αλλά είναι μάλλον σπάνια.

η) Αυξημένη συχνότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών

Όπως έχουν δείξει κλινικές μελέτες οι παχύσαρκοι ασθενείς έχουν αυξημένο τον κίνδυνο για μετεγχειρητικές επιπλοκές από το τραύμα, το αναπνευστικό σύστημα και την εμφάνιση θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Πιο συγκεκριμένα:

1. Η συχνότητα διαπύησης του χειρουργικού τραύματος κυμαίνεται από 4-14% για τους παχύσαρκους ασθενείς σε αντίθεση με τους μη παχύσαρκους που είναι 5-6%.
2. Η διάσπαση του τραύματος είναι 2% σε παχύσαρκους και λιγότερο από 0,5% σε μη παχύσαρκους.
3. Οι αναπνευστικές επιπλοκές παρουσιάζονται σε παχύσαρκους σε σημαντικά αυξημένα επίπεδα σε σχέση με τους μη παχύσαρκους.
4. Η συχνότητα της εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης είναι 4-5% σε παχύσαρκους ασθενείς και μόνο 0,1% σε μη παχύσαρκους.

Τονίζεται και πάλι ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός της παχυ-

σαρκίας, τόσο αυξάνει ο κίνδυνος των επιπλοκών μετεγχειρητικά σε σχέση με μη παχύσαρκους ασθενείς.

9) Αρθροπάθεια

Η συχνότητα της εκφυλιστικής οστεοαρθροπάθειας είναι 55% μεγαλύτερη σε παχύσαρκους απ' ό,τι ασθενείς με φυσιολογικό βάρος. Η εξήγηση αυτού του φαινομένου δεν είναι απολύτως γνωστή, αλλά το μηχανικό "STRESS" συμβάλλει αναμφίβολα.

Τέλος σε παχύσαρκους ασθενείς αναφέρονται προβλήματα διαταραχών του κύκλου.

B. ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σύμφωνα με τους KAPLAN και SADOCK, η πρόγνωση της παχυσαρκίας για τη μείωση του βάρους, είναι φτωχή και η πορεία της παχυσαρκίας στρέφεται σε μια σταθερή πρόοδο.

Έπειτα από ορισμένες ενδείξεις η πρόγνωση της παχυσαρκίας είναι ιδιαίτερα φτωχή σε άτομα τα οποία ήταν κατά την παιδική ηλικία παχύσαρκα. Ευνόητο είναι γι' αυτές τις περιπτώσεις παχυσαρκίας βρεφικής και παιδικής ηλικίας, η καλύτερη θεραπεία μείωσης βάρους είναι η πρόληψη.

Η αντιμετώπιση όμως της παχυσαρκίας κατά την εφηβική ηλικία είναι αρκετά δύσκολη λόγω των ψυχολογικών προβλημάτων που σχετίζονται με την ηλικία και την αντιδραστικότητα του χαρακτήρα.

Η εξακρίβωση εξάλλου του βαθμού της παχυσαρκίας είναι δύσκολη λόγω της αύξησης του σώματος. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για την ήβη, κατά την οποία ο ρυθμός αύξησης διπλασιάζεται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ †

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πριν ξεκινήσουμε οτιδήποτε θεραπευτικό σχήμα, είναι απαραίτητο να καθορίσουμε τα κλινικά χαρακτηριστικά της παχυσαρκίας του ατόμου θα υποβληθεί στη θεραπεία αυτή και να συγκεντρώσουμε όλες εκείνες τις πληροφορίες, σύμφωνα με όσα είπαμε, που θα εξασφαλίσουν όχι μόνο ασφάλεια εφαρμογής αλλά και αποτελεσματικότητα. Όλες οι παραπάνω πληροφορίες συμβάλλουν στην "αναγνώριση" του είδους της παχυσαρκίας και στην "υλοποίηση" της κατάλληλης θεραπείας.

Αναγνώριση

Η διάγνωση, η απόκλιση από το φυσιολογικό και η επιλογή της θεραπείας, μπορούν να θεωρηθούν ως οι τρεις άγνωστες πλευρές του τριγώνου ΑΒΓ, που είναι και το ζητούμενο.

Κατ' αρχήν πρέπει να καθοριστεί εάν η παχυσαρκία είναι ενδογενής ή εξωγενής. Σε περίπτωση ενδογενούς παχυσαρκίας, που αντιπροσωπεύει το 5-10% των περιπτώσεων, η επιλογή θα καθοριστεί μετά από ειδική εξέταση και εν πάση περιπτώσει αυτή υπάγεται στη δικαιοδοσία των ενδοκρινολόγων και των ειδικών γιατρών, ανάλογα με το πρωτογενές αίτιο.

Όταν η παχυσαρκία είναι εξωγενής (85-90%), πρέπει να καθοριστεί ο τύπος της, αν δηλαδή είναι υπερτροφική ή υπερπλαστική. Ενδέχεται να πρόκειται περί μικτού τύπου, όπως αυτή που χαρακτηρίζει την κακοήθη παχυσαρκία. Τόσο η υπερπλαστική, όσο και η μικτή παχυσαρκία ανθίστανται στη συντηρητική αγωγή, περισσότερο από την υπερτροφική. Στην υπερτροφική παχυσαρκία, ο αριθμός των λιποκυττάρων είναι φυσιολογικός, αλλά το μέγεθός τους είναι μεγάλο. Αντίθετα στην υπερπλαστική παχυσαρκία, το μέγεθος των λιποκυττάρων μπορεί να είναι φυσιολογικό, αλλά ο αριθμός τους είναι οπωσδήποτε αυξημένος.

Κατά τη διάγνωση θα πρέπει να ερευνηθεί και το ιστορικό του ασθενούς, για να καθοριστεί κατά πόσο στη δημιουργία της παχυσαρκίας του συμμετέχει ή ευθύνεται ο κληρονομικός παράγοντας και επίσης αν η παχυσαρκία άρχισε στην παιδική ηλικία ή σε κάποια φάση της ενήλικης ζωής. Η παιδική παχυσαρκία έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και θεωρείται από τις πιο δύσκολες στην αντιμετώπισή της, γιατί συνήθως υπάρχει προϊούσα επιδείνωση, ενώ η πρόγνωσή της θεωρείται βαρύτερη από τις άλλες παχυσαρκίες.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Πριν αποφασίσουμε το είδος της θεραπείας που θα ακολουθήσουμε είναι αναγκαίο, πριν να εξακριβώσουμε το βαθμό και το είδος της παχυσαρκίας, να μελετήσουμε την ψυχοσύνθεση του ατόμου, τις συνήθειές του, το μεταβολισμό του και τα ενδοκρινολογικά χαρακτηριστικά του.

Αυτά τα πολύπλοκα προβλήματα, αντιμετωπίζονται με χειρουργικές επεμβάσεις από ειδικευμένους γιατρούς με εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις και με μικροβιολογικές εξετάσεις.

Αυτή η ανάλυση χρειάζεται επωμένως εξοπλισμό και εργαστήρια κάποιου επιπέδου, που θα μπορούσαν να θεωρηθούν υπερβολικού ζήλου. Στην πραγματικότητα όμως, είναι μόνο η αρχή αν θέλουμε να φτάσουμε σε μια θεραπεία ικανοποιητική.

Αυτοέλεγχος

Στην αρχή της θεραπείας, χρήσιμο είναι να ανατρέξουμε σε ορισμένα φάρμακα που συζητούνται με προσοχή και επαναληπτικό έλεγχο.

Με αυτόν τον τρόπο θα έχουμε αποτελέσματα ενθαρρυντικά, που θα αναζωογονήσουν ψυχικά τον ασθενή. Θα το αποδείξει στον εαυτό του όμως, όταν βρεθεί μόνος του μπροστά στη δίαιτα.

Η θεραπεία έχει αντικειμενικά επιτυχία, δυστυχώς όμως αυτό συμβαίνει σπανίως. Ο παχύσαρκος, εάν γίνει καλή αγωγή και με συμαντική προσωπική προσπάθεια, καταφέρνει να ξανααποκτήσει τα φυσιολογικά όρια και πολλές φορές να γίνει "αδύνατος". Εάν όμως αφεθεί στη μοίρα του Σιγά-σιγά αλλά με βεβαιότητα θα ξαναρχίσει να συναισθάνεται τις ίδιες δικαιολογίες του περιβάλλοντός του, μεταβολικές και ψυχολογικές, που θα τον οδηγήσουν και πάλι στην παχυσαρκία. Εάν ο αυτοέλεγχος έτσι βαθμιαία εκφυλιστεί, θα επανέλθουν οι παλιές λανθασμένες συνήθειες, που θα επαναφέρουν το άτομο στο σημείο που άρχισε, σπαταλώντας πολ-

λές φορές προσπάθειες χρόνων.

Το κεντρικό πρόβλημα και το αληθινά ουσιαστικό που παραμένει, είναι εκείνο της πρόληψης της παχυσαρκίας. Μια γενική προσπάθεια, κοινωνική, οικονομική, πολιτική στο θέμα της διαπαιδαγώγησης της διατροφής είναι η μοναδική και πραγματικά εναλλακτική λύση σχετικά με αυτό το σοβαρό και συνεχώς διογκούμενο πρόβλημα, που τείνει να λάβει τεράστιες κοινωνικές προεκτάσεις.

Θεραπεία της παχυσαρκίας με χρήση φαρμάκων

Να λοιπόν που η δίαιτα δεν αρκεί, πρέπει να συμπληρωθεί από φάρμακο, που πάνω απ' όλα στην εγκαθίδρυση καινούριων συνηθειών, επιτρέπουν στον παχύσαρκο να διαπιστώσει ότι ανταπεξέρχεται και εκείνος στις δυσκολίες της θεραπείας, πραγματοποιώντας τη δύσκολη κυρίως από ψυχολογική άποψη αλλαγή των συνηθειών στη διατροφή του. Τα πιο χρήσιμα φάρμακα σ' αυτήν την πρώτη φάση είναι τα νευρολυτικά (αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά) και τα φάρμακα που κόβουν την όρεξη (Δηλαδή που δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη του αισθήματος της πείνας). Η χρήση όμως αυτών πρέπει να ελέγχεται προσεκτικά από το γιατρό για τις συχνές παρενέργειες που έχουν.

Όμως η ασφάλειά τους είναι τέτοια, ώστε να κάνει τη χρήση τους αρκετά συνηθισμένη και στα εξειδικευμένα περιβάλλοντα.

Πιο συγκεκριμένα, σήμερα ειδικά, χρησιμοποιούνται ορισμένα παράγωγα της αμφεταμίνης. Αυτό το όνομα μπορεί να προκαλέσει φόβο, κυρίως σε αυτούς που έχουν κάποια εξοικείωση με τον αθλητισμό.

Πρόκειται ακριβώς για εκείνη την ουσία, την ονομαζόμενη doping που για τον αθλητή είναι αυστηρά απαγορευμένη γιατί είναι βλαβερή σε όλους τους τύπους αθλημάτων.

Η ενέργεια των αμφεταμινών βοηθάει να ελαττωθεί η αίσθηση κού-

ρασης και η ανάγκη για ξεκούραση και ανάκαυση. Επομένως οι αμφεταμίνες αυξάνουν τη φυσιολογική απόδοση χωρίς να αυξάνουν παράλληλα την ανάγκη σίτισης:

Στην ουσία το άτομο στο οποίο χορηγείται αμφεταμίνη είναι πιο ενεργητικό, έχει ετοιμότητα, αντέχει την απνία, είναι επιθετικό, έχει μεγάλη αποδοτικότητα ψυχική και σωματική και πάνω απ' όλα "δεν αισθάνεται πείνα". Αυτό εξηγεί την επιτυχία των φαρμάκων στη θεραπευτική αγωγή της παχυσαρκίας. Χρειάζεται όμως να χορηγηθούν με μεγάλη προσοχή γιατί οι αμφεταμίνες μπορεί να αναπτύξουν μια φυσική και πάνω απ' όλα μια ψυχική εξάρτηση, καθιστώντας το άτομο "εξαρτώμενο" του φαρμάκου. Όπως όλα τα φάρμακα, θα πρέπει να δίνονται με μεγάλη προσοχή (ειδικά συνταγολόγια, όχι επαναλαμβανόμενη χρήση, λεπτομερής περιγραφή, δοσολογία, διάρκεια και δικαιολόγηση της θεραπείας).

Πρόσφατα χρησιμοποιήθηκαν ορισμένες ουσίες που κοντά στη μέτρια δραστηριότητά τους, για την αίσθηση πείνας, ασκούν μια δράση ερεθίζοντας την "αίσθηση κορεσμού".

Τέτοια φάρμακα, όπως η φαινφλουραμίνη, φαίνεται ότι είναι σε θέση να καλυτερεύσουν τα μεταβολικά σφάλματα, δευτεροπαθή της παχυσαρκίας, όπως η υπεργλυκαιμία, και η υπερινσουλιναίμια και επομένως χρησιμοποιούνται και στην πρόληψη της διαβητικής νόσου. Σ' αυτήν την κατηγορία των "μεταβολικών φαρμάκων", που επανορθώνουν τα μεταβολικά σφάλματα του παχύσαρκου χωρίς να επιδρούν στην αίσθηση της πείνας, ανείκουν οι θυροειδείσορμόνες, που έχουν πλατιά χρήση στη θεραπεία απισχύανσης. Η κύρια δράση τους είναι εκείνη του να αυξήσουν την κινητικότητα των λιπαρών οξέων, από τις αποθήκες των λιπών, και να προκαλέσουν μια υπερβολική ποσότητα θερμίδων του ατόμου, που "καίει" με τόν τρόπο αυτό ένα μεγάλο μέρος των εισαγομένων τροφών, χωρίς να προλαβαίνουν να φτάσουν στις αποθήκες.

Μια άλλη κατηγορία φαρμάκων είναι τα διουρητικά, που αυξάνουν την ποσότητα ούρων που αποβάλλονται στο 24ωρο. Αυτά τα φάρμακα προκαλούν σημαντική απώλεια βάρους σε διάστημα λίγων ημερών. Το άτομο όμως δε χάνει λιπαρή μάζα, αλλά μόνο υγρά που θα επανακτήσει βαθμιαία τις ακόλουθες μέρες μέχρι να φτάσει στο βάρος από το ποίο ξεκίνησε.

Εκτός των άλλων η παρατεταμένη χρήση διουρητικών οδηγεί σε πτώχευση των αλάτων, αρκετά σημαντικών όπως το νάτριο, το κάλιο, το χλώριο, των οποίων οι ενέργειες δεν αργούν να εκδηλωθούν στους νεφρούς και την καρδιά. Η χρήση αυτών των φαρμάκων επωμένως δεν συνιστάται να γίνεται συνεχώς, αλλά σε συνυπάρχοντα με την παχυσαρκία νοσήματα που καθιστούν απαραίτητη τη χρήση τους, όπως λογουχάρη η αρτηριακή υπέρταση ή η καρδιοκυκλοφοριακή ανεπάρκεια. Φαίνεται από μόνο του, ότι αυτό το επιβαλλόμενο φάσμα φαρμάκων δεν χρησιμεύει σε τίποτα αν δεν συνδυαστεί με έναν αυστηρό περιορισμό της δίαιτας. Χωρίς αυτή δεν είναι δυνατή η απισχύανση με ικανοποιητικό και φυσιολογικό τρόπο.

Αθλητισμός

Εκτός από τη δίαιτα και τη φυσική εξάσκηση, έχει αξία στη θεραπεία του παχύσαρκου ασθενή, καθώς αυξάνει τη μείωση των θερμίδων που η θεραπεία συνιστά.

Μια μικρή φυσική άθληση, μπορεί να θεωρηθεί αρκετή για να διατηρηθεί μια καλή φυσική απόδοση. Συνιστάται στον ασθενή να ακολουθεί καθημερινά και όχι λιγότερο από 5 ημέρες την εβδομάδα, μια από τις ακόλουθες δραστηριότητες, που εξισώνονται μεταξύ τους, επειδή αποτελούν την ίδια οντότητα εργασίας:

- Διαδρομή 5 χλμ. με κανονικό βάδην σε χρόνο 35-40 λεπτών.
- Διαδρομή 10 χλμ. με τρέξιμο σε 15 λεπτά.
- Κολύμπι απόστασης 800 μέτρων.

Τένις για μισή ώρα.

Κάθε άτομο μπορεί να βρεί, στο επίπεδο της δράσης του, τον τρόπο και το χρόνο που θα διαθέσει σε μια απ' αυτές τις ασκήσεις και μπορεί να διαλέξει ανάλογα με τις ατομικές του προτιμήσεις.

Διαιτητική θεραπεία

Διαιτητική ή συντηρητική θεραπεία χαρακτηρίζεται εκείνη η θεραπεία όπου η απισχύανση και η απώλεια του βάρους επιδιώκεται με μη χειρουργικούς τρόπους και ξεκινά πάντα με ρύθμιση των ισοζυγίων των θερμίδων.

Υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία τέτοιων θεραπειών που μπορούν όμως, να ταξινομηθούν σε δυο μεγάλες κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται όλες εκείνες που αποσκοπούν στη μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων με τις τροφές, οι λεγόμενες διαιτητικές, ενώ στη δεύτερη κατηγορία εκείνες που στοχεύουν στην αύξηση της κατανάλωσης των θερμίδων που προσλαμβάνονται, δηλαδή στην αύξηση της κατανάλωσης της ενέργειας και με την έννοια αυτή μπορούμε να τις ονομάσουμε υπερενεργειακές. Φυσικά υπάρχουν και οι μικτές θεραπείες.

Η δίαιτα πρέπει να είναι καθαρή, εύκολης εφαρμογής, συνολικά φτωχή σε θερμίδες (απο 600-1.200-1.600 cal. ημερησίως) ποιότητας, φτωχή σε σάκχαρα και λίπη. Είναι σημαντικό η δίαιτα να "εξοικονομείται". Να ληφθούν δηλαδή υπ' όψη οι συνήθειες διατροφής του ασθενή, το ωράριό του, ως και τα γούστα του. Γι' αυτό το σκοπό είναι αναγκαίο να συμβουλευεται προσωπικό εξειδικευμένο, γενικά διαιτολόγους διπλωματούχους, σε βαθμό που να ικανοποιούν τις παραπάνω ανάγκες.

Χειρουργική θεραπεία

Όταν όλες οι προσπάθειες συντηρητικής θεραπείας έχουν αποτύχει ή όταν πρόκειται για ακοήθη παχυσαρκία, όπου οι κίνδυνοι για τη ζωή των ατόμων εκτιμώνται ως σοβαροί, εξαιτίας της παχυσαρκίας

(καρδιακά νοσήματα, αρτηριοσκλήρωση, διαβήτης κ.λ.π.), τότε η χειρουργική θεραπεία έχει τη θέση της, σε επιλεγμένες πάντοτε περιπτώσεις.

Ανάλογα με την περίπτωση καθορίζεται και η ενδεικνυόμενη χειρουργική θεραπεία.

Νευρεκτομή

Η θεραπεία αυτή συνίσταται στη διατομή της νευρικής οδού, που μεταδίδει τους νευρικούς ερεθισμούς από την υπόφυση στο πάγκρεας. Η λογική αυτής της επέμβασης στηρίζεται στην ελάττωση της υπερρέκρισης της ινσουλίνης, που θεωρείται υπεύθυνη για την αύξηση της όρεξης και της καύσης του σακχάρου, και έτσι, με την ελάττωση της έκκρισης της ινσουλίνης, το άτομο επανέρχεται στο φυσιολογικό του βάρος.

Πρόκειται για δραστική μέθοδο που είναι δύσκολο να εφαρμοστεί σε μεγάλη κλίμακα.

Τροποποιητικές εγχειρήσεις στο γαστρεντερικό σωλήνα

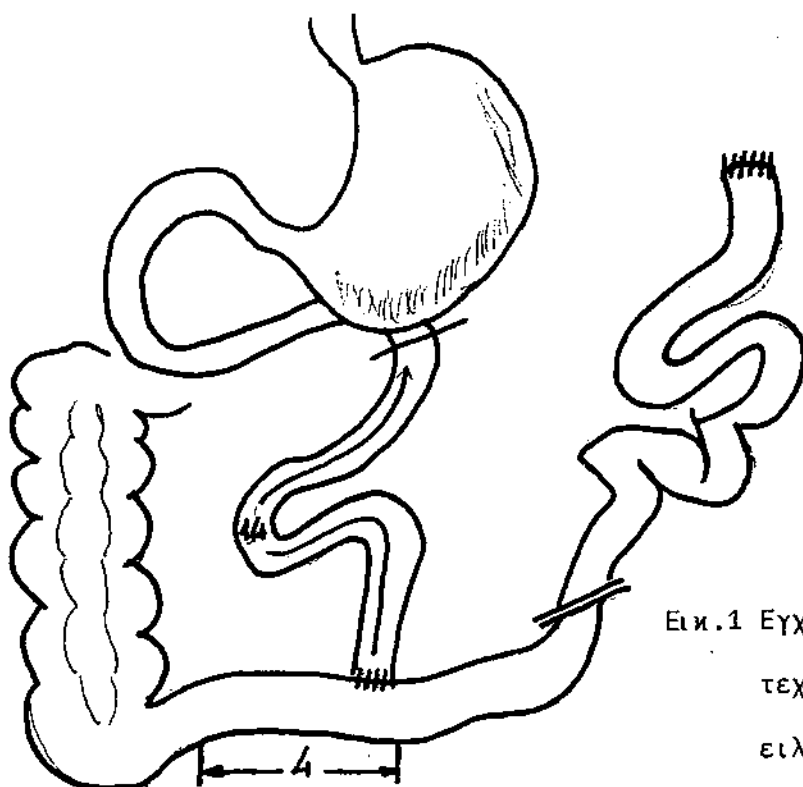
Η λογική των εγχειρήσεων αυτών στηρίζεται άλλοτε στη μείωση της επιφάνειας και του χρόνου απορρόφησης συστατικών της πέψης και άλλοτε στην παρεμπόδιση λήψης ορισμένων τροφών σε ποσότητα και ποιότητα, καθώς και στη μείωση δυνατότητας πέψης στο στομάχι.

Με τον τρόπο αυτό προκαλείται ένα είδος ατελούς απορρόφησης των προϊόντων της πέψης και με το "στερητικό" αυτό μηχανισμό πετυχαίνεται η μείωση του βάρους. Πρέπει από την αρχή να τονιστεί, ότι τέτοιες παραβιάσεις της φυσιολογικής λειτουργίας του γαστρεντερικού σωλήνα, δεν είναι άμοιρες κινδύνων και δυσάρεστων εξελίξεων, γι' αυτό και η απόφαση μιας τέτοιας θεραπείας πρέπει να παίρνεται από ειδική ιατρική ομάδα και να εφαρμόζεται σε ιατρικό κέντρο που διαθέτει την κατάλληλη εμπειρία για υποστήριξη του ασθενούς, σε οποιαδήποτε ενδεχόμενη επιπλοκή και που ακόμα μπορεί να προσφέρει μια συμπλη-

ρωματική επέμβαση, αν κριθεί απαραίτητη.

Εντερική παράκαμψη

Η εγχείρηση αυτή συνίσταται σε διατομή της νηστίδος 35cm από τη νηστιδοδωδεκαδακτυλική καμπή και σε αναστόμωση στον τελικό ειλεό 10cm από την ειλεοκαλική βαλβίδα, αφού βέβαια κλεισθεί το ελεύθερο άκρο της νηστίδος. Παρότι η επέμβαση αυτή δίνει σίγουρα αποτελέσματα απίσχναυσης, λόγω σοβαρών κινδύνων και επιπλοκών που μπορεί να προκαλέσει (λιπώδη εκφύλιση του ήπατος, σοβαρά διαρροϊκά σύνδρομα κ.α.), δεν εφαρμόζεται. Εντούτοις υπάρχουν χειρουργοί που πιστεύουν στη μέθοδο και παρουσιάζουν καλά αποτελέσματα.



Εικ.1 Εγχείρηση RAYNE-DEWIND
τεχνική τελικοπαγίας,
ειλεονηστιδικής παρά-
καμψης.

Γαστρική παράκαμψη και γαστροπλαστική

Γαστρικές παρακάμψεις με ή χωρίς αποκλεισμό του περιφερικού μέρους, αναπτύχθηκαν από τους Mason και Ito.

Η αρχική τεχνική ήταν η Billroth II εικ. 2, αλλά χωρίς την αφαίρεση του περιφερικού στομάχου. Στη συνέχεια, η εγχείρηση τροποποιήθηκε έτσι ώστε γινόταν πλήρης οριζόντιος διαχωρισμός από το θόλο του στομάχου και εκτομή μέρους του στομάχου από το έλασσον στο μείζον

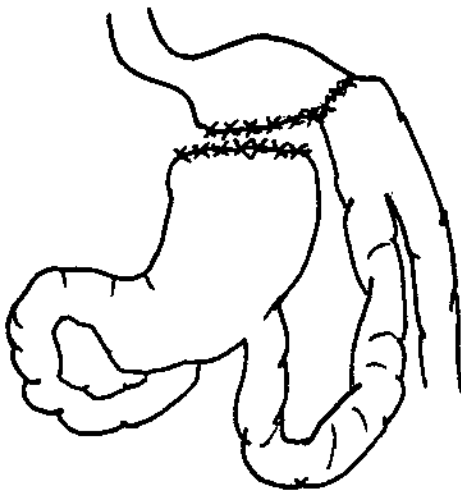
τόξο, αφήνοντας ένα σωλήνα στην πλευρά του μείζονος τόξου. Αυτή ονομάστηκε γαστροπλαστική εικ.3.

Η τεχνική αυτή βελτιώθηκε στη συνέχεια, με το να χρησιμοποιηθούν συνδετήρες χωρίς διατομή του τοιχώματος του στομάχου και να μετατραπεί η οριζόντια διαίρεση σε κάθετη, κοντά στο ελάσσον τόξο εικ.5.

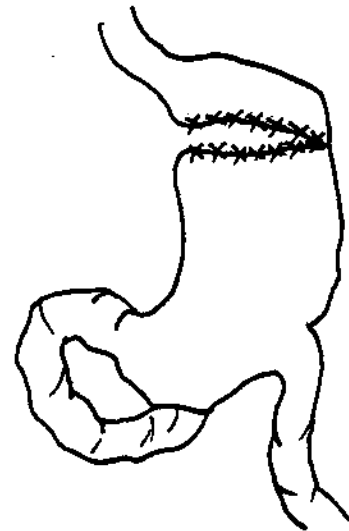
Επίσης ο Eriffen εφάρμοσε την Roux-en Y γαστρεντεροαναστόμωση αντί για αγκύλη και αυτό βελτίωσε ακόμα περισσότερο τα αποτελέσματα εικ.6.

Σήμερα 75% των χειρουργών της βαριατρικής χρησιμοποιούν τη γαστροπλαστική και 25% την Roux-en Y τεχνική.

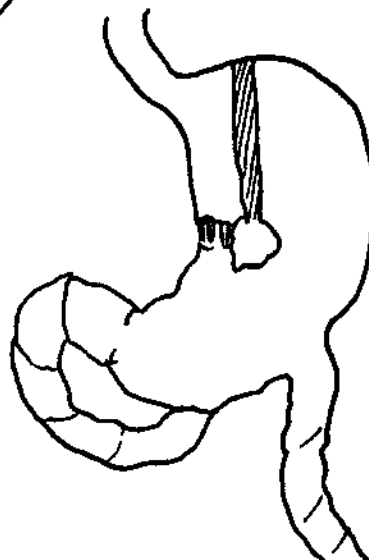
Τα αποτελέσματα από τη γαστροπλαστική είναι λιγότερο ικανοποιητικά από αυτά όπου εφαρμόζεται η τεχνική Roux-en Y, αλλά οι περισσότεροι προτιμούν την πρώτη, γιατί είναι απλούστερη, απαιτεί λιγότερο χρόνο, και φαίνεται πιο φυσιολογική.



Εικ.2 Εγχείρηση MAISON
τεχνική παράκαμψης



Εικ.3 Τεχνική MAISON
κλασσιική γαστρο-
πλαστική.



Εικ.4 Τεχνική MAISON
κάθετη γαστροπλα-
στική.

ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Το 1958 έγραφε ο STUNK ARD, ότι οι περισσότεροι δεν αρχίζουν θεραπεία καν. Ο ίδιος συγγραφέας τονίζει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό εκκείνων που ακολουθούν κάποιο πρόγραμμα θεραπείας, αποτυγχάνει να χάσει βάρος, ενώ απ' αυτούς που αδυνατίζουν, οι περισσότεροι τελικά ξαναπαχαίνουν. Η απογοητευτική αυτή εικόνα άλλαξε κάπως στα τελευταία χρόνια αλλά όχι σε επιθυμητό βαθμό.

Σημαντική προσφορά για τον παχύσαρκο έφηβο είναι η εφαρμογή ορισμένων μεθόδων επηρεασμού της συμπεριφοράς.

Είναι ξεκάθαρο ότι η θεραπεία των μεθόδων της συμπεριφοράς απεικονίζει μια βελτίωση της παραδοσιακής νοσηλίας του εξωτερικού ασθενή για μια ήπια και μετριασμένη παχυσαρκία. Όμως είναι νωρίς για μεγάλη υπόσχεση θεραπείας της παχυσαρκίας.

Η θεραπεία αυτή εφαρμόζεται από έμπειρους γιατρούς ή ψυχολόγους. Η διδασκαλία γίνεται κατά ομάδες ή κατά άτομο. Μια βασική αρχή της θεραπείας αυτής είναι η καθημερινή συστηματική καταγραφή απ' τον ίδιο τον παχύσαρκο, ορισμένων δραστηριοτήτων, όπως το ποσό, το είδος και ο χρόνος λήψης του φαγητού, το είδος, η ένταση και η διάρκεια της φυσικής δραστηριότητας, καθώς και παράγοντες που επηρεάζουν την επιθυμία για λήψη φαγητού π.χ. μια συγκίνηση. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στα γεγονότα που προηγούνται της επιθυμίας του φαγητού. Υπάρχει η δυνατότητα να περιορίσει κανείς το φαγητό τροποποιώντας τα γεγονότα αυτά. Επίσης δημιουργούνται συνθήκες που ελαττώνουν τον περιορισμό (απομάκρυνση γλυκισμάτων απ' το σπίτι, ενθάρρυνση για μαγείρεμα απ' τη λήψη φαγητών κ.α.). Είναι δυνατό βλέποντας λιγότερο τηλεόραση να επιτύχει κανείς μετριασμό φαγητού. Ορισμένοι παχύσαρκοι τρώγουν ανεξέλεγκτα παρακολουθώντας τηλεόραση. Επίσης συνίσταται η

επιβράδυνση λήψης του φαγητού.

Σ' ότι αφορά τη μυϊκή άσκηση, ενθαρρύνεται η αυξημένη μυϊκή δραστηριότητα στο πλαίσιο της καθημερινής εργασίας του ατόμου (π.χ. χρησιμοποίηση της σκάλας από τον ανελιυστήρα).

Αξίζει να σημειωθεί ότι στις Η.Π.Α. και σε άλλες χώρες έχουν δημιουργηθεί ομάδες αποτελούμενες από παχύσαρκα άτομα με σκοπό την "αυτοβοήθεια". Η ατμόσφαιρα που δημιουργείται στις ομάδες αυτές βοηθά το άτομο να αποκτήσει αυτοπεποίθηση και επί πλέον, καλλιεργείται η άμιλλα, ποιάς θα χάσει περισσότερο βάρος.

Οι STUNKARD και BROWNWELL (1980) τονίζουν ότι, παρότι δε γνωρίζουμε επακριβώς το βαθμό επιτυχίας των ομάδων "αυτοβοήθειας" (SELF HELP GROUPS) εντούτοις υπάρχουν λόγοι να νομίζουμε ότι τα αποτελέσματά τους δεν είναι χειρότερα από εκείνα που παρατηρούνται μετά από συνηθισμένη θεραπεία στα γραφεία των γιατρών και των διαιτολόγων.

Τέλος, σε ορισμένες περιπτώσεις παχυσαρσίας ενδέχεται η ψυχανάλυση να έχει καλά ή σχετικά καλά αποτελέσματα. Η ψυχανάλυση και η ψυχαναλυτική θεραπεία είναι ακριβοί τρόποι να χάσει βάρος. Αυτή ενδεικνύται σε άτομα που υποφέρουν σοβαρά από δυσφήμιση του σωματικού τους ειδώλου. Ενδεικνύται επίσης για τη θεραπεία της βουλημίας, μια άλλη ειδικά αυθεντική κατάσταση.

ΜΕΡΟΣ
ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Πρόληψη Παχυσαρκίας

Να προλάβουμε μια νόσο, ήδη αποτελεί μια θεραπευτική ενέργεια πολύ πιο λογική και αποδοτική, απ' όσο είναι η θεράπευσή της, όταν αυτή εκδηλωθεί. Αυτή η προληπτική αγωγή είναι ακόμα πιο σημαντική εαν εφαρμόστεί σε σχέση με παθολογικά επεισόδια μεγάλης συχνότητας στον πληθυσμό, όπως υπήρχαν στο παρελθόν τα λοιμώδη νοσήματα, που εξαφανίστηκαν ακριβώς με την πρόληψη δια του εμβολιασμού.

Για την παχυσαρκία δυστυχώς δεν υπάρχει εμβόλιο, όμως είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί ένα πρόγραμμα δράσης με σκοπό τη διατροφική διαπαιδαγώγηση, που πρέπει να πραγματοποιηθεί στα παιδιά, νέους και ενήλικες. Μ' αυτόν τον τρόπο θα μπορούμε σε λίγα χρόνια να δημιουργήσουμε μια γενιά που να έχει συνειδητοποιήσει ότι η παχυσαρκία είναι βλαβερή αλλά και οικονομικά και κοινωνικά ασύμφορη.

Μέχρι σήμερα αυτή η απόκτηση συνείδησης δεν υπάρχει εκτός από ορισμένες περιπτώσεις, όπως γιατρών, ψυχολόγων, διαιτολόγων, γυμναστών, κ.λ.π. Και εδώ όμως όχι σε ικανοποιητικό βαθμό. Πόσες φορές συμβαίνει πράγματι να είναι ο ίδιος ο γιατρός που καθησυχάζει τον παχύσαρκο και του συνιστά μια θεραπεία απίσχνασης και ο ίδιος να είναι παχύσαρκος; Η πίστη της κοινής γνώμης ότι όταν είσαι παχύσαρκος παρατείνεται η παρουσία μιας παθολογικής κατάστασης και μιας προδιάθεσης σε πολλές ασθένειες, κάνει το άτομο πιο συνεργάσιμο, με αποτέλεσμα να είμαστε αισιόδοξοι για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας.

Πρόληψη της παχυσαρκίας σημαίνει να γίνουν γνωστά στο κοινό όλα τα αρνητικά της σημεία από τα επίπεδα διαπαιδαγώγησης, τον τύπο και την Τ.Ν. . Σημαίνει να επαγρυπνούμε για τη διατροφή του παιδιού, επιδιορθώνοντάς την εαν υπάρχει τάση για απόκτηση βάρους έστω και εαν

αυτό στοιχίζει περιορισμούς που φαίνονται υπερβολικοί. Πράγματι παιδιά με φυσιολογικό βάρος, που ενημερώνονται από το σχολείο, την οικογένεια, τον τύπο και άλλα μέσα μαζικής ενημέρωσης για τη σημασία της καλής διατροφής, τείνουν να αποκτήσουν υπερβαρος όταν ενηλικιωθούν σε ένα ποσοστό περιπτώσεων πολύ χαμηλότερο από το σημερινό.

Κατά την άποψή μας η μόρφωση για τη διατροφή του ατόμου δίνεται από το σχολείο: π.χ. οι Αγγλοσάξονες και στις Η.Π.Α. ήδη τα πρώτα χρόνια του σχολείου, το παιδί μαθαίνει να αναγνωρίζει τη σύνθεση και τη θρεπτική αξία των τροφών, δέχεται καθημερινά παραδείγματα πώς θα έπρεπε να είναι μια ισορροπημένη και ορθή σίτιση, τι το περιμένει εάν γίνει παχύσαρκο κ.λ.π. Όλα αυτά φυσικά πραγματοποιήθηκαν μετά από τη σημαντική άνοδο που παρουσίασε η παχυσαρκία στους Αγγλοσάξονες και τα αποτελέσματα της διαπαιδαγώγησης θα φανούν μετά από κάποιο χρόνο. Τα διαφημιστικά-προπαγανδιστικά μηνύματα, τέλος, που καθημερινά αναγράφονται στον τύπο ή ακούγονται στο ραδιόφωνο και στην Τ.Β. μπορούν να βοηθήσουν, στην ενημέρωση για τη σωστή διατροφή, τους πολίτες και ιδιαίτερα τα παιδιά και τους νέους. Είναι φανερό ότι η απλή τεχνική επέμβαση, δηλ. ο γιατρός, στην περίπτωση της παχυσαρκίας δε φτάνει. Πρέπει να βρίσκονται δίπλα μας οργανωμένοι διοικητικοί φορείς, και αυτό είναι μια πολιτική αντιμετώπισης του προβλήματος, που μόλις πρόσφατα άρχισε να υλοποιείται.

Πίνακας I Ιδανικό βάρος σώματος ενηλίκων σε σχέση με τη διάπλαση του σώματος.

Υψος (cm) με παπούτσια	Βάρος(kg) (ντυμένοι)	
	Ανδρες	Γυναίκες
1.60	52-65	48-61
1.65	55-69	50-64
1.70	58-73	53-68
1.75	62-77	57-72
1.80	69-85	61-76
1.85	85-91	64-80

Πίνακας II Ελάχιστο επίπεδο της πτυχής του βραχίονα, σημαντικό για την αρχόμενη παχυσαρκία.

Ηλικία σε ετη	Ανδρες	Γυναίκες
5-8 χρ.	12-14	14-17
9-13 χρ.	15-18	18-23
14-16 χρ.	18	23-25
17-21 χρ.	15-17	26-28
22-24 χρ.	18	28
25 χρ.	20	29
26 χρ.	20	29
27 χρ.	21	29
28 χρ.	22	29
29 χρ.	22	29
30-50 χρ.	23	30

Πίνακας σωστής διατροφής

Κύριες τροφές	Μονάδες	παιδιά ηλικίας 7-9 ετών	παιδιά ηλικίας 13-15 ετών	κορίτσια ηλικίας 16-19 ετών	αγόρια ηλικίας 16-19 ετών	γυναίκες ηλικίας 20-34 ετών	άνδρες ηλικίας 20-34 ετών	άτομα ηλικίας 50-59 ετών
Θερμίδες	η	2.020	2.780	2.300	2.960	2.160	3.000	2.700
Λευκώματα	g	45	66	54	67	53	64	64
Λίπη	g	67	93	67	94	60	83	75
Υδατάνθρακες	υι	330	448	371	480	375	532	472
Βιταμίνη Α	mg	1.330	2.410	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500
Βιταμίνη Β ₁	mg	0.8	1.1	0.9	1.2	0.9	1.2	1.1
Βιταμίνη Β ₂	mg	1.1	1.5	1.3	1.6	1.2	1.6	1.5
Βιταμίνη C	mg	40	45	45	45	45	45	45
Ασβέστιο	mg	500	700	700	700	600	600	500
Σίδηρος	g	9	12	18	15	18	10	10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η θέση της Νοσηλεύτριας στο πρόβλημα της παχυσαρκίας

Αναμφισβήτητα η παχυσαρκία είναι ένα πρόβλημα που έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις και απαιτεί πολύ σοβαρή αντιμετώπιση.

Είναι γεγονός ότι σήμερα είμαστε ολοι σε θέση να έχουμε κάποια άποψη σχετικά με την παχυσαρκία. Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας σε αυτό το πρόβλημα είναι πολύ σημαντικός. Είναι το πρόσωπο που, με τις γνώσεις που διαθέτει, είναι σε θέση να ενημερώσει, να διαφωτίσει, να ευαισθητοποιήσει.

Επίσης να έχει πείρα, να χειρίζεται άριστα το λόγο και ανάλογα να "ανεβαίνει" ή να "κατεβαίνει" στο επίπεδο του συνομιλητή της. Για να εφαρμοστεί μια ικανοποιητική θεραπεία, η σχέση του αρρώστου με τη Νοσηλεύτρια είναι καθοριστικής σημασίας.

Το παχύσαρκο άτομο είναι πράγματι πολύ ευαίσθητο, στην κάθε λεπτομέρειά της, της Νοσηλεύτριας που εμπιστεύεται.

Επομένως η Νοσηλεύτρια δεν πρέπει να υποτιμήσει τα σημεία που μπορούν να της φανούν χρήσιμα για να δημιουργήσει ένα κατάλληλο κλίμα επαφής αυτής και του παχύσαρκου, μια "γέφυρα" ταύτισης και εμπιστοσύνης.

Χωρίς αυτή την ευτυχή σύνδεση ο παχύσαρκος μπορεί να χάσει βάρος αλλά γρήγορα θα επαναποκτήσει το ίδιο ή περισσότερο από πριν. Αυτή η καλινδρόμηση μεταξύ επιτυχίας και αποτυχίας είναι τυπική στο άτομο που δεν κατάρθωσε να αναπτύξει μια ικανοποιητική σχέση με το περιβάλλον που βρίσκεται (νοσηλεύτρια, ιατρό, ιατρείο, νοσοκομείο κ.τ.λ.).

Το πιο συχνό λάθος σε αυτήν την κατεύθυνση είναι να τιμωρηθεί ο παχύσαρκος γιατί ακριβώς είναι τέτοιος ή γιατί αδυνατεί να χά-

σει βάρος παρ'ολη τη θεραπεία.

Η συμπεριφορά της τιμωρίας του θεραπευτή,δισειώνει στον ασθενή μια αίσθηση κατωτερότητας και υποδούλωσης που τον βγάζει απο τις ευθύνες,εκτός του οτι του ξαναξυπνάει τις επιθετικές τάσεις προς τη θεραπεία και το θεράποντα ιατρό.

Ένα ικανοποιητικό κλίμα μεταξύ γιατρού και ασθενή,αντίθετα,καθιστά πιο εύκολη και εφαρμόσιμη τη θεραπεία.Αυτή η τελευταία δεν μπορεί να παραβλέψει το διαιτητικό περιορισμό.

Η δίαιτα είναι ένα θεραπευτικό μέσο αναντικατάστατο και μέγιστης σημασίας.Το οποιοδήποτε εξειδικευμένο ιατρείο είναι σε θέση να έχει έτοιμο διαιτολόγιο για τους παχύσαρκους,απόλυτα εξατομικευμένο και με ισχυρή θερμιδική ικανότητα.

Πολλές φορές η δίαιτα μόνο δεν είναι αρκετή.Πρέπει να συμπληρωθεί απο φάρμακα που,πάνω απ'ολα στην εγκαθίδρυση καινούριων συνηθειών,επιτρέπει στον παχύσαρκο να διαπιστώσει οτι ανταπεξέρχεται κι εκείνος στις δυσκολίες της θεραπείας,πραγματοποιώντας τη δύσκολη κυρίως απο ψυχολογική άποψη αλλαγή των συνηθειών στη διατροφή του.

Τα πιο χρήσιμα φάρμακα σε αυτή την περίπτωση είναι τα νευρολυτικά (αντικαταθλιπτικά,αγχολυτικά) και τα φάρμακα που κόβουν την όρεξη δηλαδή που δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη του αισθήματος της πείνας.

Εκτός απο τα πιο πάνω ο αθλητισμός βοηθά πολύ στη θεραπεία της παχυσαρκίας καθώς και η χειρουργική θεραπεία.

Έτσι λοιπόν μια γενική προσπάθεια,κοινωνική,οικονομική,πολιτική στο θέμα της διαπαιδαγώγησης της διατροφής είναι η μοναδική και πραγματικά εναλλακτική λύση σχετικά με αυτό το σοβαρό και συνεχώς διογκούμενο πρόβλημα,που τείνει να λάβει τεράστιες κοινωνικές προεκτάσεις.

ΣΥΧΝΟΤΕΡΕΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑ-
ΒΗΤΗ.

Π ρ ο β λ ή μ α τ α	Ν ο σ η λ ε υ τ ι κ έ ς δ ρ α σ τ η ρ ι ό - τ η τ ε ς
Πολυουρία-Πολυδιψία	-Γίνονται εξετάσεις ούρων και αίματος -Αυξάνουμε την ποσότητα υγρών -Μετράμε τα υγρά που παίρνει και τα υγρά που αποβάλλει -Χορηγούμε ινσουλίνη στην καθορισμένη δόση και χρόνο
Ναυτία-Εμμετοι	-Χορηγούμε υγρά ενδοφλεβίως -Χορηγούμε ηλεκτρολύτες -Εξετάζουμε τα υγρά για ζάχαρο και οξύνη και παρακολουθούμε για συμπτώματα αφυδά- τωσης -Μετά απο κάθε εμμετό περιποιούμαστε τη στοματική κοιλότητα -Χορήγηση αντιεμμετικών φαρμάκων.
Ταχύπνοια	-Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση -Παρακολουθούμε το ρυθμό αναπνοής
Απόπνοια οξόνης	-Διακρίνουμε και ελέγχουμε την οσμή της εκπνοής
Κυκλοφοριακή ανεπάρκεια	-Γίνεται μέτρηση και καταγραφή των ζωτι- κών σημείων του σώματος -Χορηγούμε αγγειοσυσπαστικά φάρμακα

- Απώλεια συνειδήσεως-
κώμα
- Παρακολουθούμε συνέχεια τον ασθενή
 - Διατηρούμε τον ασθενή ζεστό
 - Τοποθετούμε μόνιμο καθετήρα ουροδόχου κύστεως.
 - Χορηγούμε την καθορισμένη δόση ινσουλίνης, και την ποσότητα υδατανθράκων.
 - Γίνεται συχνή μέτρηση των ζωτικών σημείων του σώματος.

Νοσηλευτική φροντίδα παχύσαρκου αρρώστου με καρδιακή ανεπάρκεια

Προβλήματα

Νοσηλευτική δραστηριότητα

- Δύσπνοια
- Συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου.
 - Παρακολούθηση του χρώματος του δέρματος
 - Τίθεται σε δίαιτα(
 - Χορήγηση O_2
 - Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων.
- Ολιγουρία
- Ακριβής μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλομένων υγρών.
 - Χορήγηση διουρητικών φαρμάκων.
 - Μέτρηση βάρους καθημερινά.
- Αίσθημα κοπώσεως
- Περιορισμός κινήσεως του αρρώστου.

Νοσηλευτική φροντίδα παχύσαρκων ασθενών με υπέρταση

Προβλήματα

Νοσηλευτική διεργασία

- Δύσπνοια
- Τοποθέτηση του ασθενή σε κατάλληλη θέση.
 - Χορήγηση O_2
 - Παρακολούθηση του χρώματος του δέρματος.
 - Χορήγηση αντιυπερτασικού φαρμάκου.
 - Βοήθεια του αρρώστου να κατανοήσει την φύση της κατάστασής του.

Π Ε Ρ Ι Σ Τ Α Τ Ι Κ Ο . 1

Όνοματεπώνυμο: Κιρκμανλή Κων/να

Ηλικία: 56 ετών

Βάρος: 111 κιλ.

Υψος: 1,54 CM

Επάγγελμα: Οικιακά

Πιθανή διάγνωση: Αιμόπτυση-θρομβοφλεβίτης (Δ) κάτω άκρων.

Ημ. Εισόδου 9-4-92

Ημ. Εξόδου 18-4-92

Ατομικό ιστορικό

Η ασθενής εισήχθει στην κλινική (ΚΠ) με αιμόπτυση και θρομβοφλεβίτη στα κάτω άκρα.

Από τις πληροφορίες που έχω πάρει από την ίδια, το βάρος της πριν 5 χρόνια περίπου, ήταν φυσιολογικό (δηλ. 50 ετών ήτανε 65-70 κ. περίπου). Τα προβλήματα με την υγεία της άρχισαν σε ηλικία 40 ετών όταν είχε πρόωρη εμμηνόπαυση. Μετά παρουσιάστηκε κάποια δερματική αλλεργία, όπου συνοδεύονταν από βήχα και πυρετό. Μετά από επίσκεψή της σε ιατρό, της δόθηκε κορτιζονούχα θεραπεία. Το βάρος της ανέβαινε σταδιακά, αλλά σημαντικά. Άρχισε το πρόβλημα της δυσκινησίας, πρήξιμο στα κάτω άκρα, πρόβλημα αναπνοής καθώς και κυκλοφοριακό πρόβλημα όπου συνεπάγεται θρομβοφλεβίτης. Της συστήθηκε να φορέσει ελαστική κάλτσα.

Η θρόμβωση αυτή όμως επιβάρυνε το αναπνευστικό της σύστημα, με αποτέλεσμα να καταλήξει σε πνευμονική εμβολή. Έτσι σήμερα σε ηλικία 56 ετών και βάρος 111 κιλών εισήχθηκε στο Νοσοκομείο με πιθανή, διάγνωση. Η δίαιτά της είναι ελαφρά, και τα Ζ.Σ φυσιολογικά.

ΑΠ=140mm Hg. περίπου θ=36-37⁰ C.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1 (Νοσηλευτική διεργασία).

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός N.Φ.	Προγραμματισμός N.Φ.	Εφαρμογή N.Φ.	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>πόνος και οίδημα των κάτω άκρων</p>	<p>-ανακούφιση από τον πόνο. -ρύθμιση της κυκλοφορίας του αίματος.</p>	<p>-τοποθέτηση ελαστικής κάλτσας -χορήγηση αναλγητικών -χορήγηση αντιπηκτικών</p>	<p>Τοποθετήθηκε ελαστική κάλτσα την οποία την αφαιρούσαμε μία φορά το μεσημέρι, και το βράδυ, λόγω πίεσης του δέρματος δώσαμε παυσίπονο(Medla πολή Zidaron σε ισχυρό πόνο).Για την καταπολέμηση του πόνου, γίνεται αντιπηκτική ένεση Fraxiparine 0,6 μια φορά την ημέρα.</p>	<p>Το οίδημα δεν υποχώρησε τελείως. Ο πόνος σταμάτησε.</p>
<p>Δύσπνοια</p>	<p>-Αποκατάσταση αναπνευστικής λειτουργίας -Συναισθηματική τόνωση του ασθενούς.</p>	<p>-Χορήγηση O₂ -Αφαίρεση ορισμένων κλινοσκεπασμάτων</p>	<p>Δόθηκε O₂ με μάσκα σε 2 L. περίπου. Διευκόλυνε την αναπνευστική της</p>	<p>Η δύσπνοια υποχώρησε, η ασθενής νιώθει</p>

<p>ανακούφιση</p>	<p>λειτουργία αλλάζον ταςθέση(καθιστή).Επί- σης παρακολούθησαμε το χρώμα του δέρμα- τος.</p>	<p>-Αλλαγή θέσεως</p>	<p>βήχας αιμο- πτυση</p>	<p>-Ανακούφιση από το βή -Ελεγχος της αιμόπτυ- σης και αντιμετώπισή της.</p>
<p>0 βήχας σταμά- τησε καθώς και η αιμόπτυση,πα ρατηρήθηκε ότι προέρχονταν με τά από τη χρη- σιμοποίηση του O₂ και η αιμο- πτυση σε κάποι α ειδορά της τραχείας.</p>	<p>Τέθηκε σε δόση 1Χ3 σιρόπι Bisolvon για το βήχα -Εγινε εργαστηριακή εξέταση των πτυέλων (δεν βρέθηκε τίποτε)</p>	<p>-Αλλαγή θέσεως ελαυρά κτυπήματα στην πλάτη -Ενθάρυνση του ασθενή να βήχει. -Χορήγηση βρογχοδια - σταλτικών φαρμάκων</p>		

<p>ΑΓΧΟΣ</p>	<p>Ηρεμία-ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη</p>	<p>Συζήτηση με την ασθενή</p>	<p>Έγινε μια μικρή συζήτηση με την ασθενή. Ενημερώθηκε για διάφορα θέματα.</p>	<p>Νιώθει πιο ήρεμα, καθώς είναι πιο ευημερωμένη, για τις συνέπειες της ασθένειάς της.</p>
<p>Πόνος στη στομαχική κοιλότητα</p>	<p>Καταπολέμηση του πόνου. Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς</p>	<p>-Ελεγχος από τι προέρχεται ο πόνος Χορήγηση αντιόξινου φαρμάκου. Γαστροσκόπηση.</p>	<p>Δόθηκε σιρόπι SIMCO 1X3 (αντιόξινο)</p>	<p>-Ο πόνος υποχώρησε. -Ο πόνος προέρχονταν από αγχος.</p>

Σημ. Η κατάσταση της ασθενούς είναι πολύ καλή. Η ασθενής έφυγε από την κλινική, με εξιτήριο. Οι οδηγίες που της δόθηκαν είναι: Να κάνει ελάχιστη δίαιτα και να φορέει ελαστική κάλτσα.

Π Ε Ρ Ι Σ Τ Α Τ Ι Κ Ο 2

Όνοματεπώνυμο: Μάλλιου Χαρίκλεια

Ηλικία: 78 ετών

Βάρος: 111 κιλά

Ύψος: 1,56 CM

Επάγγελμα: οικιακά

Πιθανή διάγνωση: Κώμα Σ|Δ, υπέρταση.

Ημ. Εισόδου: 11-4-92

Ημ. Εξόδου: ———

Ατομικό Ιστορικό

Η ασθενής εισήχθει στην κλινική (ΚΠ) με κώμα Σ|Δ. Όπως είναι επόμενο, δεν επικοινωνούσε με το περιβάλλον. Οι πληροφορίες που έχω πάρει είναι από συγγενείς της.

Πρίν από μερικά χρόνια η ασθενής ήταν μεν "παχιά" αλλά όχι παχύσαρκη. Η δίαιτά της ήταν ελεύθερη. Μέχρι ηλικίας 70 ετών δεν είχε κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα. Από 70 ετών και μετά, παρουσιάστηκε πρόβλημα με την πίεσή της (ΑΠ: 180mmHg περίπου), καθώς και με το σάκχαρό της. Μετά απο επίσκεψη στον παθολόγο της συστήθηκε δίαιτα διαβητικού. Το βάρος της άρχισε να αυξάνεται σιγά-σιγά. Σήμερα ζυγίζει 126 κιλά. ΑΠ=180-190mmHg, θ=38-40⁰C και έχει έντονο πρόβλημα δύσπνοιας.

Μετά απο εργαστηριακές εξετάσεις, τέθηκε σε τρίωρη μέτρηση Ζ.Σ, καθώς και σε σύνδεση με συσκευή O₂. Τέθηκε ορός Rungers εμπλουτισμένος με KCl, Na, Nootrop και κρυσταλλική ινσουλίνη.

Η κατάσταση του μέρα με τη μέρα χειροτερεύει. Η θερμοκρασία της κυμαίνεται απο 39-41⁰C την οποία καταπολεμούσαμε με αντιπυρετικά φάρμακα, ενώ πολύ συχνά γινόταν αναρρόφηση.

Παρά τις όλες προσπάθειες,στις 18-4-1992,η κατάσταση της γίνεται πάρα πολύ βαριά ΑΠ=190mmHg,θ=42⁰C,όπου τελικά απεβίωσε.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2 (Νόσηλευτική διεργασία)

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός Ν.Φ.	Προγραμματισμός Ν.Φ.	Εφαρμογή Ν.Φ.	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Πυρετός που κυμαίνεται από 39-41</p>	<p>- Σταθεροποίηση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά όρια - Αποφυγή αφυδάτωσης.</p>	<p>- Τοποθέτηση υγρών κομπρέσων. - Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων - Αφαίρεση των πολλών κλινοσκεπασμάτων</p>	<p>Στην αρχή τοποθετήθηκαν κομπρέσες. Ο πυρετός μένει στάσιμος. Κάναμε 1.Μ 1AMP APOTEL. Μετά από 1 ωρ. περίπου ο πυρετός είχε μειωθεί στάσιμος. Με συννεύνηση του ιατρού γίνεται άλλη μια AMP APOTEL. Αφαιρέθησαν τα βαριά κλινοσκεπάσματα. Τέθηκε δεύτερος ορδός για την αποφυγή αφυδάτωσης με AMP KCL-Na - Naotrop</p>	<p>Ο πυρετός δεν έχει πέσει καθόλου 40°C περίπου. Τις τελευταίες ημέρες εφθάσε 42°C.</p>

<p>Υπέρταση ΑΠ=180mmHg Συσ110mmHg Σφυγ90- min 110</p>	<p>-Πτώση της ΑΠ κ' της συστολικής στα φυσιολογικά όρια</p>	<p>Μέτρηση ΑΠ πολύ συχνά -Χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων -Μέτρηση ούρων</p>	<p>Τέθηκε σε μέτρηση ΑΠ 1ώρ. καθώς και των ούρων. Με εντολή του γιατρού δόθηκε 1 ADAM-LAT του 10^{mg} (υπογλώσσιο Η ΑΠ μένει στο ίδιο επίπεδο. Αμέσως μετά έγινε 1AMP LASIX.</p>	<p>Μετά από αυτές τις προσπάθειες Η ΑΠ κυμαίνεται από 180-190mmHg</p>
<p>Βρογχικές εκκρίσεις</p>	<p>Αποβολή των βρογχικών εκκρίσεων Ανακούφιση του ασθενούς κ' ελευθερία της αναπνευστικής λειτουργίας.</p>	<p>-Χορήγηση αποχρεμπτικών φαρμάκων. -Εφαρμογή αναρροφήσεων</p>	<p>-Εμπλουτίσαμε τον ορό με αποχρεμπτικό διάλυμα (BISOLVON) -Γίνονται αναρροφήσεις -Σηκώσαμε το κρεβάτι λίγο πιο πάνω για βοήθεια.</p>	<p>Οι αναρροφήσεις συνεχίζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.</p>

<p><u>Δύσπνοια</u></p>	<p>Επανάρθωση της αναπνευστικής λειτουργίας.</p>	<p>-Χορήγηση O₂ -Τοποθέτηση σε ανάσπαστη θέση. -Ανακούφιση του ασθενούς από τις βροχικές εκκρίσεις.</p>	<p>-Δόθηκε O₂ Σηκώθηκε το σώμα της ασθενούς σε ανάσπαστη θέση Γίνονται συχνές αναρροφήσεις βροχικών εκκρίσεων.</p>	<p>Η ασθενής συνεχίζει να παίρνει O₂</p>
<p><u>Κυάνωση</u> (μπλέ άκρα κ. χείλη)</p>	<p>Επανάρθωση αναπνευστικής λειτουργίας</p>	<p>Χορήγηση O₂</p>	<p>Δόθηκε περισσότερο O₂ Γίνονται πιο συχνά αναρροφήσεις</p>	<p>Κυάνωση αποσύρθηκε. -Τα O₂ δίδεται ακόμη. -Οι αναρροφήσεις συνεχίζονται</p>

Σημ. Παρόλες τις προσπάθειες η κατάσταση της ασθενούς χειροτερεύει. Η ΑΠ φθάνει 190 mmHg θ=429. Έγιναν οι τελευταίες προσπάθειες αλλά η ασθενής απεβίωσε.

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΣΥΝΤΟΜΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

§Το λίπος αποτελεί το 15-20% του σωματικού βάρους στον άνδρα και το 20-25% στην γυναίκα.

§Στα παχύσαρκα άτομα, το λίπος αντιπροσωπεύει το 40% του σωματικού βάρους.

§Από το σύνολο του σωματικού λίπους, το μισό βρίσκεται κάτω από την επιφανειακή του δέρματος (υποδόριο ιστό).

§Όταν το άτομο είναι υπέρβαρο κατά 40-45%, ο δείκτης θνησιμότητας αυξάνει απότομα.

§Σε κάθε 10 Hg υπέρβαρου, η συστολική πίεση αυξάνεται κατά 3mmHg και η διαστολική κατά 2mmHg.

§Άτομα με κακοήγη παχυσαρκία έχουν μέσο όρο ζωής γύρω στα 35 χρόνια.

§Τα παιδιά από φυσιολογικούς μη παχύσαρκους γονείς έχουν μόνο 10% πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκα.

§Ο έλεγχος της παχυσαρκίας δεν είναι απλό μαθηματικό πρόβλημα, ισοζυγίων θερμίδων, αλλά σύνθετο ιατρικό πρόβλημα.

§Ο αριθμός των 35cal/gr θεωρείται ως η φυσιολογική ημερήσια πρόσληψη θερμίδων και για ένα άτομο 60 κιλά είναι $35 \times 60 = 2.100 \text{cal}$.

§Σε οποιοδήποτε διαιτολόγιο, μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων κάτω των 1200 δεν συνίσταται και θεωρείται επικίνδυνη χωρίς ειδική υποστήριξη.

§Πρόσληψη υδατανθράκων 0,75-1,5g/Kg ανά 24 ωρο θεωρείται απαραίτητη για να αποφευχθεί οξέωση από την διάσπαση πρωτεϊνών. Το ελάχιστο ποσό σακχάρου, του οποίου η λήψη θεωρείται απαραίτητη, είναι 100gr περίπου.

Επίλογος

Αν τα όσα αναφέρουμε πιο πάνω εφαρμοστούν - και αυτό δεν είναι δύσκολο, αρκεί να δώσουμε να το καταλάβουν καλά όλοι οι παχύσαρκοι - πιστεύουμε πως η παχυσαρξία, η μάστιγα αυτή των σύγχρονων καταναλωτικών χωρών, θα αποτελεί πια, μόνο παρελθόν.

Ευχόμαστε και ευελπιστούμε, το βιβλίο μας αυτό να συμβάλλει στην επίτευξη των υψηλών αυτών στόχων. _

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ζαμπάκος Ιωάννης: "Παχυσαρκία"
εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα 1989
- Ιωάννου Αυγουστής: "Διαβήτη-μεταβολικές κ' ενδοκρινικές
μεταβολές" Αθήνα 1988
- Κατσιλάμπρος Νικόλαος: "Η θεραπεία της παχυσαρκίας"
εκδόσεις Παρισιάνος Αθήνα 1982
- Μαγαρινού Μ. : "Παθολογική Χειρουργική" Τόμος Α+Β'
Κωσταντινίδου Σ. : εκδόσεις Ταβιθά Αθήνα 1987
- Μανωλίδης Ευστράτιος: "Φυσικό υγειινό αδυνάτισμα "
εκδόσεις Μανωλίδης, Αθήνα 1987
- Μερίκας Γεώργιος : "Εσωτερική Παθολογία" Α' Τόμος
εκδόσεις Πασχαλίδη , Αθήνα 1976
- Παπαηλιού Ασπασία : "Η διατροφή των ασθενών"
εκδόσεις Φελέκη Αθήνα 1979
- Read Alan : "Συγχρονη Παθολογία"- Μετάφραση :
Χ. Μουτσόπουλος, ιατρικές εκδόσεις
Λίτσας, Αθήνα 1984
- Σαχίνη-Καρδάση Α. : "Παθολογική και Χειρουργική Νοση-
λέυτική" Τόμος 2^{ος}
Πάνου Μ. : εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1995
- Τουρκαντώνης Αχιλλέας: "Η παχυσαρκία σαν ιατροκοινωνικό
πρόβλημα" εκδόσεις ΒΗΤΑ Θεσ|νίκη 1979
- Συγγράματα διαιτολόγων : "Υγεία κ' διατροφή" εκδόσεις
Μανιατέα Η. Τόμος Β' Αθήνα 1988.

