

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΘΕΜΑ:**

**«ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ  
ΕΝΑ ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ»**



**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: κ. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΒΡΥΩΝΗ ΕΥΣΤΑΘΙΑ**

**ΠΑΤΡΑ, 2005**



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 περίμετρος της κνήμης του είναι 1,3 m και της μέσης του 2,5 m (Φωτ. «ΕΝΑ» 1987 – Ιατρική εφημερίδα 31.10.87).

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



Πρόλογος	5
Εισαγωγή	6
<b>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b>	
1.1. Ορισμός παχυσαρκίας	8
1.1.1 Καθορισμός	8
1.1.2 Πίνακες ιδεώδους Βάρους	10
1.1.3 Επιδημιολογία	12
1.2. Αιτιολογία παχυσαρκίας	12
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b>	
2.1. Κλινική εικόνα της παχυσαρκίας	16
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b>	
<b>A. Επακόλουθα της παχυσαρκίας</b>	17
3.1. Επιβάρυνση της καρδιακής λειτουργίας	17
3.2. Σακχαρώδης Διαβήτης	18
3.3. Αύξηση χοληστερίνης	18
3.4. Υπέρταση και παχυσαρκία	19
3.5. Καρκίνος και παχυσαρκίας	19
3.6. Χολολιθίαση	19
3.7. Επιβάρυνση πνευμονικής λειτουργίας	19

3.8. Σκελετικό σύστημα	20
3.9. Ηπατοπάθειες	20
3.10. Ενδοκρινικές παθήσεις και παχυσαρκία	21
3.11. Άλλα	21
<b>B. Πορεία της ασθένειας και πρόγνωση</b>	<b>22</b>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

<b>A. Προετοιμασία για θεραπεία</b>	<b>24</b>
<b>B. Θεραπεία παχυσαρκίας</b>	<b>26</b>
4.1. Διαιτητική θεραπεία	26
4.2. Χρήση φαρμάκων	29
4.3. Τροποποίηση συμπεριφοράς	31
4.4. Χρήση φαρμάκων	31
4.5. Χειρουργική θεραπεία	32

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

5.1. Επιπλοκές απώλειας βάρους	41
--------------------------------	----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

6.1. Αποφυγή Υποτροπής	47
6.1.1. Άσκηση	48
6.1.2. Συμπεριφερειολογικές τεχνικές	49

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>**

7.1. Αυξομοιώσεις του βάρους	52
------------------------------	----

## **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>**

8.1. Πρόληψη εμφάνισης παχυσαρκίας	55
8.1.1. Ποιος έχει πιθανότητες να παχύνει	55
8.1.2. Ποιο είναι το πρώιμο σημείο	56
8.1.3. Πως μπορούμε να αποφύγουμε την αύξηση του σωματικού βάρους.	56
8.1.4. Ποιες είναι οι υποχρεώσεις της πολιτείας στον τομέα της πρόληψης.	57
8.1.5. Ποιες είναι οι υποχρεώσεις της επιστημονικής κοινότητας	58

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>**

9.1. Νοσηλευτικές απόψεις και πρακτικές του θέματος.	59
9.2. Ο ρόλος του νοσηλευτική στο πρόβλημα της παχυσαρκίας.	61
9.3. Κλινικό περιστατικό 2 - Νοσηλευτική Διεργασία.	63

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>**

10.1. Γενικές διαιτητικές οδηγίες	66
10.2. Διαιτητικές συμβουλές για τις αγορές τροφίμων.	67
10.3. Σύντομες οδηγίες - Πληροφορίες	68
<b>Επίλογος</b>	71
<b>Βιβλιογραφία</b>	73

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

### **Παχυσαρκία:**

«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 καταντούν κωμικοί και είναι όλοι για λύπηση».<sup>1</sup>

*Γουίλιαμ, καθηγητής παιδιατρικής*

## 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 μία «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 δύο λόγια 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 μία αποθήκη 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 χαρακτηρίζεται από υπερβολική εναπόθεση λίπους στις λιπαροθήκες του σώματος.

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 με τα σημερινά δεδομένα θα εθεωρούντο παχύσαρκες. Ίσως το να είναι κανείς «λίγο παχουλός» να αποτελούσε τότε δείγμα ευζωΐας και οικονομικής ευμάρειας.<sup>1</sup>



## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

#### Ορισμός της παχυσαρκίας και αίτια αυτής

**1.1. Ορισμός:** Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) χαρακτηρίζει την παχυσαρκία ως κατάσταση εκσεσημασμένης συσσώρευσης λίπους στο σώμα ώστε η σωματική υγεία και ευεξία του ατόμου να επηρεάζονται αρνητικά.

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (Body Mass index) βάρος σώματος  $\text{kg}/\text{ύψος σώματος (m}^2\text{)}$  είναι διεθνώς καθιερωμένος ως τρόπος εκτίμησης του σωματικού βάρους και της παχυσαρκίας. Όταν ο δείκτης αυτός υπερβαίνει τα  $25\text{kg}/\text{m}^2$  πρόκειται για παχυσαρκία, ενώ άνω των  $40\text{kg}/\text{m}^2$  πρόκειται για νοσογόνο ή κακοήθη παχυσαρκία.<sup>7, 9, 10, 14, 15, 16, 19.</sup>

#### 1.1.1. Καθορισμός

Η διάγνωση της παχυσαρκίας μπορεί να γίνει στις περισσότερες περιπτώσεις με την απλή παρατήρηση του ατόμου όμως, η εκτίμηση της βαρύτητας της παχυσαρκίας απαιτεί τον υπολογισμό του ολικού σωματικού λίπους και υπάρχουν σχετικές τεχνικές, οι οποίες δεν μπορεί να χρησιμοποιηθούν στη συνήθη κλινική έρευνα. Στην πράξη καταφεύγει κανείς στους ακόλουθους τρόπους.

#### - Καθορισμός ιδανικού βάρους από σχετικούς πίνακες:

Έχουν συνταχθεί πίνακες που συσχετίζουν το ιδανικό βάρος ατόμου με το ύψος του σε διάφορες ηλικίες. Οι πίνακες αυτοί είναι δυνατό να αποτελέσουν χρήσιμο οδηγό, όμως δεν μπορεί να

εφαρμοσθούν πάντοτε πιστά και κυρίως σε άτομα με διαφορετική σωματική διάπλαση.

**- Πάχος δερματικής πτυχής:**

Επειδή το 50% περίπου του λιπώδους ιστού εντοπίζεται υποδορικόως, η διάγνωση της παχυσαρκίας μπορεί να γίνει με τη βοήθεια δερματικών διαβητών με τους οποίους υπολογίζεται το πάχος των πτυχών του δέρματος στην περιοχή του τρικέφαλου μυός τιμές μεγαλύτερες από 13mm στους άνδρες και 25mm στις γυναίκες υποδηλώνουν παχυσαρκία.

**- Δείκτης σωματικής μάζας:**

Αυτό είναι ο λόγος του βάρους σε kg προς το τετράγωνο του ύψους του σε m. Τιμές του δείκτη αυτού 25-30 υποδηλώνουν παχυσαρκία βαθμού Z (ήπια), τιμές 30-40 παχυσαρκία βαθμού ZZ (μέτρια) και μεγαλύτερες από 40 παχυσαρκία βαθμού ZZZ ή βαριάς μορφής.<sup>15</sup>

## 1.1.2. Πίνακας Ι

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

	Υγιής	Υπέρβαρος	Παχύσαρκος
Ύψος	Βάρος σε κιλά		
1,47	53 ή λιγότερο	54-64	65 ή περισσότερο
1,50	55 ή λιγότερο	56-66	67 ή περισσότερο
1,52	57 ή λιγότερο	58-68	69 ή περισσότερο
1,55	59 ή λιγότερο	60-71	72 ή περισσότερο
1,57	61 ή λιγότερο	62-73	74 ή περισσότερο
1,60	63 ή λιγότερο	64-76	77 ή περισσότερο
1,63	65 ή λιγότερο	66-79	80 ή περισσότερο
1,65	67 ή λιγότερο	68-81	82 ή περισσότερο
1,68	69 ή λιγότερο	70-84	85 ή περισσότερο
1,70	71 ή λιγότερο	72-86	87 ή περισσότερο
1,73	74 ή λιγότερο	75-89	90 ή περισσότερο
1,75	76 ή λιγότερο	77-91	92 ή περισσότερο
1,78	78 ή λιγότερο	79-94	95 ή περισσότερο
1,80	80 ή λιγότερο	81-96	97 ή περισσότερο
1,83	83 ή λιγότερο	84-99	100 ή περισσότερο
1,85	85 ή λιγότερο	86-102	103 ή περισσότερο
1,88	87 ή λιγότερο	88-105	106 ή περισσότερο
1,90	89 ή λιγότερο	90-107	108 ή περισσότερο

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ

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

Ηλικία σε έτη	Άνδρες	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

### 1.1.3. Επιδημιολογία

**α) Ηλικία:** Η παχυσαρκία χαρακτηρίζει ιδιαίτερα τη μέση ηλικία. Με την πάροδο του χρόνου, στις αναπτυγμένες κοινωνίες παρατηρείται μία προοδευτική αύξηση της συχνότητάς της στην παιδική και στην εφηβική ηλικία ως αποτέλεσμα της μειωμένης φυσικής δραστηριότητας ή και του υπερσιτισμού.

**β) Φύλο:** Εμφανίζεται και στα δύο φύλα αλλά συχνότερα στις γυναίκες μετά από την κύηση ή την εμμηνόπαυση. Μέρος της αυξημένης συχνότητας μετά από κύηση οφείλεται στην απουσία θηλασμού και στην έλλειψη βασικών γνώσεων διατροφής κατά την εγκυμοσύνη.

**γ) Κοινωνική τάξη:** Στις αναπτυγμένες κοινωνίες αποτελεί χαρακτηριστικό της μέσης και της φτωχότερης κοινωνικής τάξης.<sup>10</sup>

### 1.2. Αιτιολογία παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία είναι νόσος του ενεργειακού ισοζυγίου. Για να παχύνει δηλαδή ένας άνθρωπος, θα πρέπει απαραίτητα να πάρει περισσότερη ενέργεια (δηλ. θερμίδες μέσω της τροφής) από αυτή που καταναλώνει οι διάφορες αιτίες που θα αναφερθούν παρακάτω επιδρούν είτε μειώνοντας τις καύσεις, είτε αυξάνοντας πάνω από το φυσιολογικό επιθυμίες προς τροφές που ευνοούν την αύξηση του σωματικού βάρους όπως είναι κυρίως τα λιπαρά και λιγότερο η ζάχαρη.

Εκείνο όμως που θα πρέπει από την αρχή να γίνει κατανοητό είναι ότι η αιτία της παχυσαρκίας δεν είναι μία αλλά πολλές ακόμα και για το ίδιο άτομο θα πρέπει τις πιο πολλές φορές να συνδυαστούν περισσότεροι από έναν παράγοντες για την εμφάνιση αλλά και

διαιώνισή της. Για την ταξινόμηση της παχυσαρκίας υπάρχουν διάφοροι τρόποι<sup>1</sup>

### **Ταξινόμηση Α**

**Πρωτοπαθής:** Δεν υπάρχουν δηλαδή κάποια άλλα νοσήματα, τουλάχιστον γνωστά, που να προδιαθέτουν στην αύξηση του σωματικού βάρους. Στις πρωτοπαθείς μορφές περιλαμβάνονται και τα άτομα με μειωμένη γενετήσια λειτουργία καθώς και οι γυναίκες που παχαίνουν κατά την εμμηνόπαυση.

**Δευτεροπαθής:** Δηλαδή αποτέλεσμα άλλων νόσων, συνήθως ενδοκρινικών και κληρονομικών. Στην δευτεροπαθή μορφή περιλαμβάνονται περιπτώσεις με μειωμένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος που έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση των καύσεων και επομένως την αύξηση του σωματικού βάρους.

Χαμηλή δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος παρατηρείται σε:

- α) Δίαιτα πλούσια σε λίπη
- β) Νηστεία
- γ) Κληρονομική παχυσαρκία
- δ) Παθήσεις του θυρεοειδούς
- ε) Υψηλή θερμοκρασία του περιβάλλοντος
- στ) Γαλουχία.

### **Ταξινόμηση Β**

**Συγγενής (κληρονομική) παχυσαρκία:** Η επίδραση της κληρονομικότητας στην εμφάνιση ή όχι παχυσαρκίας είναι σήμερα αναμφισβήτητη. Μελέτες που έγιναν σε παιδιά παχύσαρκων γονέων

υιοθετημένα από λεπτόσωμα άτομα (θετοί γονείς), έδειξαν ότι όσο τα παιδιά μεγάλωναν, αποκτούσαν πιο συχνά τα χαρακτηριστικά σωματικού βάρους των φυσικών τους γονέων παρά των θετών. Το αντίθετο ακριβώς παρατηρείται όταν οι φυσικοί γονείς είναι λεπτόσωμοι και οι θετοί παχύσαρκοι.

**Επίκτητη παχυσαρκία:** Είναι η παχυσαρκία που εμφανίζεται σε άτομα χωρίς κληρονομικές καταβολές για την νόσο. Μελέτες σε μεγάλα τμήματα πληθυσμών έχουν δείξει ότι η επίδραση του περιβάλλοντος είναι ισχυρή από την επίδραση ακόμα και της κληρονομικότητας.

Όταν λέμε «περιβάλλον» ευνοούμε τον τρόπο ζωής του ατόμου, τις διατροφικές του συνήθειες, τη γενική σωματική δραστηριότητα, την επαγγελματική σωματική δραστηριότητα και το επίπεδό του.

### Ταξινόμηση Γ

**Μεταβολική παχυσαρκία:** Πρόκειται για άτομα τα οποία παρουσιάζουν μειωμένες καύσεις σε σχέση με αυτές που θα έπρεπε να έχουν, αναλογικά πάντα με το φύλο, την ηλικία, το σωματικό βάρος, το σωματικό ύψος και το επίπεδο της σωματικής τους δραστηριότητα.

**Υπερφασική παχυσαρκία:** Είναι οι περιπτώσεις εκείνες που κάποιες μη ομαλές συνθήκες του περιβάλλοντος ή και κάποιο ταραγμένο νευροορμονικό υπόστρωμα ή και κάποιες ψυχολογικές αποκλίσεις κάνουν το άτομο να μην μπορεί να έχει έλεγχο στο τι και πόσο τρωει.

### Ταξινόμηση Δ

**Βιολογική παχυσαρκία:** Είναι το σύνολο των περιπτώσεων με παθολογικά μειωμένες καύσεις ή με παθολογικά αυξημένη επιθυμία για

λήψη τροφής ή με αδυναμία εμφάνισης κορεσμού της πείνας μετά λήψη φυσιολογικών ποσοτήτων τροφής.

**Κοινωνική παχυσαρκία:** Είναι σήμερα γνωστό ότι άτομα χαμηλού κοινωνικό-οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό βαρεία παχυσαρκία. Αλλά και άτομα με έντονη κοινωνική ζωή είναι συχνά υπέρβαρα και μάλιστα εμφανίζουν και σωρεία άλλων διατροφικών νόσων, αφού κάθε κοινωνική εκδήλωση αρχίζει και τελειώνει με γεύμα.

**Ψυχολογική παχυσαρκία:** Τα ψυχολογικά προβλήματα των υπέρβαρων ατόμων είναι συχνά και πολλά, πολλές φορές δε είναι και καθοριστικά για όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του. Εκείνο που είναι δύσκολο να απαντηθεί είναι το αν οι ψυχολογικές διαταραχές προκάλεσαν την παχυσαρκία ή αν η παχυσαρκία αυτές. Πάντως, είτε είναι αίτιο είτε είναι αποτέλεσμα, χωρίς σωστή ψυχολογική προσπέλαση του υπέρβαρου ατόμου και χωρίς τροποποίηση της διαιτητικής του συμπεριφοράς, οι πιθανότητες μόνιμης αντιμετώπισης του προβλήματος θα παραμείνουν όνειρο.<sup>6</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### 2.1. Κλινική εικόνα της παχυσαρκίας

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 μία εικόνα αναπνευστικής ανεπάρκειας που ονομάζεται σύνδρομο του Pick wick (από 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 από 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, λεκάνης και τέλος δεν είναι σπάνιες οι δερματικές φλεγμονές από βακτηρίδια και μύκητες. Αυξημένη είναι επίσης η συχνότητα των κυρσών και των επιπλοκών τους (φλεβίτιδα, θρόμβωση), η χρόνια παραμορφωτική αρθρίτιδα και ειδικά οι αρθροπάθειες.<sup>1</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

**3.1. Καρδιο-αγγειακό σύστημα:** Η σπουδαιότητα του αυξημένου σωματικού βάρους για την εμφάνιση καρδιο-αγγειακών προβλημάτων έχει αποδειχθεί εδώ και πολλά χρόνια. Μελέτες σε μεγάλες ομάδες πληθυσμών σε όλα τα μήκη και πλάτη του κόσμου, απέδειξαν ότι κυρίως η Στεφανιαία νόσος και τα εγκεφαλικά επεισόδια είναι συχνότερα στα βαρύτερα άτομα αλλά δεν είχε γίνει σαφής διάκριση αν τούτο οφείλετο σε αυτή καθαυτή την παχυσαρκία ή στην επίδραση των άλλων προδιαθεσικών παραγόντων για καρδιοπάθειες που συχνά παρατηρούνται ταυτόχρονα με αυτή.

Νεότερα όμως στοιχεία αποδεικνύουν ότι η παχυσαρκία αποτελεί ισχυρό προδιαθεσικό παράγοντα ανεξάρτητα από την ηλικία, την χοληστερίνη, την αρτηριακή πίεση, την καρδιακή υπερτροφία και την ύπαρξη ή όχι διαβήτη. Επί πλέον, στις γυναίκες βρέθηκε άμεση σχέση του βαθμού παχυσαρκίας με τη συχνότητα αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Είναι εντυπωσιακό το ότι μη καπνιστές άνδρες ηλικίας κάτω των 50 ετών, χωρίς υπέρταση, χωρίς σακχαρώδη διαβήτη, χωρίς καρδιακή υπερτροφία και με χοληστερίνη κάτω από 250 mg%, έχουν υπερδιπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης καρδιο-αγγειακών επεισοδίων όταν το σωματικό τους βάρος ξεπερνάει το 30% του φυσιολογικού, σε σχέση με άτομα φυσιολογικού βάρους. Άλλοι ερευνητές, βρήκαν 12πλάσια συχνότητα θανάτων σε παχύσαρκους άνδρες ηλικίας 25-34 ετών, από αυτήν του γενικού πληθυσμού. Το 54% των θανάτων αυτών οφείλετο σε στεφανιαία νόσο, ενώ το 25% των μελετηθέντων δεν είχε

κανένα προδιαθεσικό παράγοντα στεφανιαίας νόσου πλην της παχυσαρκίας.<sup>6,9,10,14</sup>

**3.2. Διαβήτης:** Η παχυσαρκία, παίζει σπουδαίο ρόλο στην εμφάνιση διαβήτη στα ενήλικα άτομα και, σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις, σε παιδιά. Δεν είναι απόλυτα σαφές αν η παχυσαρκία μόνη της είναι δυνατόν να προκαλέσει διαβήτη σε άτομα χωρίς κληρονομική προδιάθεση. Μελέτες σε δίδυμους απέδειξαν ότι, αν ο ένας παρουσιάσει διαβήτη και ο άλλος θα εμφανίσει τη νόσο οπωσδήποτε. Φαίνεται λοιπόν ότι η αιτιολογία του είναι κυρίως κληρονομική και έτσι υπάρχει μικρή πιθανότητα για άλλους, παράγοντες, όπως η παχυσαρκία, να ενοχοποιηθούν για την εμφάνισή του. Παρ'όλα αυτά, άλλοι ερευνητές, υποστηρίζουν ότι η παχυσαρκία διαδραματίζει σπουδαιότατο ρόλο στην έναρξη του διαβήτη, σε άτομα βέβαια με γενετική προδιάθεση στη νόσο.<sup>6,9</sup>

**3.3. Αύξηση χοληστερίνης:** Έχει αποδειχθεί ότι:

α) Η παχυσαρκία συνοδεύεται από αύξηση της χοληστερίνης, αύξηση των τριγλυκεριδίων και μετά τη Η.Δ.Λ.

β) Οι παθολογικές αυτές μεταβολές σχετίζονται με την αύξηση του βάρους, όπως και να εκφραστεί αυτό, είναι όμως πιο συχνές και πιο έντονες όταν το λίπος κατανέμεται στο επάνω μέρος του σώματος και κυρίως στην κοιλιά.

γ) Άτομα με φυσιολογικό βάρος σε νεαρή ηλικία έχουν λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης υπερλιπιδαιμίας τα επόμενα χρόνια της ζωής τους.

δ) Μικρές ακόμα μεταβολές του σωματικού βάρους προς τα άνω συνοδεύονται από πολλαπλάσια αύξηση της χοληστερίνης σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλλα.<sup>6</sup>

### **3.4. Υπέρταση και παχυσαρκία**

Κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες αποδεικνύουν ότι η συχνότητα της υπέρτασης στο γενικό πληθυσμό μεγαλώνει όσο αυξάνει το σωματικό βάρος. Σε μελέτη που έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες σε άνδρες ηλικίας 20-39 ετών με φυσιολογικό σωματικό βάρος, η συχνότητα υπέρτασης βρέθηκε 7% ενώ σε υπέρβαρα άτομα της ίδιας ηλικίας η συχνότητα ανέβηκε στο 18%. Ανάλογα ευρήματα υπήρξαν και σε άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας, όπως και σε γυναίκες.<sup>6,8</sup>

### **3.5. Καρκίνος και παχυσαρκία**

Η παχυσαρκία αλλά και γενικότερα ο τύπος της διατροφής του ανθρώπου, έχουν άμεσα πλέον συνδεθεί με την εμφάνιση ορισμένων καρκίνων. Σε παχύσαρκους άνδρες παρατηρείται αυξημένη συχνότητα καρκίνου του προστάτη και του παχέος εντέρου. Στις παχύσαρκες γυναίκες πολλαπλασιάζεται ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού, της χολυδόχου κύστεως, του τραχήλου της μήτρας, των ωοθηκών και του ενδομητρίου.<sup>6,7</sup>

### **3.6. Χολολιθίαση**

Η συχνότητα χολολιθίασης αυξάνει παράλληλα με την αύξηση του σωματικού βάρους. Υπολογίζεται ότι το 1/3 των γυναικών που έχουν κάνει χολοκυστεκτομή είναι παχύσαρκες. Στις Ηνωμένες Πολιτείες το κόστος μόνο για την αντιμετώπιση της χολολιθίασης που οφείλεται στην παχυσαρκία, φτάνει τα 3,2 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο.<sup>6</sup>

### **3.7. Αναπνευστικό σύστημα.**

Η παχυσαρκία επιδεινώνει όλα τα πνευμονικά νοσήματα γιατί δυσχεραίνει τη μηχανική της αναπνοής και την κυκλοφορία του αίματος στους πνεύμονες. Έχει βρεθεί ότι η αναπνευστική προσπάθεια αυξάνει

κατά 30% όταν το άτομο είναι υπέρβαρο. Επί πλέον, ο συνολικός όγκος αίματος είναι αυξημένος αλλά η ποσότητα οξυγόνου που περιέχεται σ' αυτό είναι μειωμένη.

Η περισσότερο όμως επικίνδυνη επίπτωση της παχυσαρκίας από το αναπνευστικό είναι η «αποφρακτική άπνοια του ύπνου». Πρόκειται για ένα είδος παροδικής ασφυξίας κατά τη διάρκεια του ύπνου. Εκδηλώνεται με έντονο ροχαλητό, διακοπή της αναπνοής τη νύκτα, κακή ποιότητα ύπνου, πρωινή υπνηλία, αρρυθμίες, υπέρταση κ.α. Η νόσος αυτή δεν είναι σπάνια, όπως ίσως φαντάζεστε, αφού η συχνότητά της φτάνει στο 2-8% του γενικού πληθυσμού. Συνδέεται αιτιολογικά με την παχυσαρκία και η θεραπεία της είναι η απώλεια βάρους.<sup>6</sup>

### **3.8. Σκελετικό σύστημα**

Οι συχνότερες επιπτώσεις της παχυσαρκίας στις αρθρώσεις είναι:

- Οστεοαρθρίτις εκείνων κυρίως των αρθρώσεων που κατ'εξοχήν σηκώνουν το βάρος του αίματος (γόνατα και ποδοκνημικές).
- Οσφυαλγία, ισχιαλγία, δισκοπάθεια.
- Υπερουριχαιμία και ουρική αρθρίτιδα.<sup>6</sup>

### **3.9. Ηπατοπάθειες**

Είναι πολύ συχνή η λιπώδης διήθηση του ήπατος στην παχυσαρκία με πιο σοβαρή εκδήλωση την «Μη αλκοολική στανονέκρωση» που μοιάζει πολύ με την αλκοολική ηπατίτιδα. Το ενδιαφέρον είναι ότι, όταν το σωματικό βάρος πλησιάσει στο φυσιολογικό, το ήπαρ αποκαθίσταται εντελώς, κάτι που δεν συμβαίνει με άλλες ηπατοπάθειες.<sup>6</sup>

### 3.10. Ενδοκρινικές διαταραχές

Η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται από πλήθος ενδοκρινικών διαταραχών από τις οποίες, άλλες προηγούνται της εμφάνισής της και άλλες είναι απλά επακόλουθό της. Πάντως, είτε είναι αιτία, είτε είναι αποτέλεσμα, σχεδόν πάντα είναι αντιμετωπίσιμες γι' αυτό και ένας καλός ενδοκρινικός έλεγχος πρέπει να γίνεται σε κάθε περίπτωση βαρείας παχυσαρκίας. Οι συχνότερες επιπτώσεις της είναι: Η γυναικομαστία στα παχύσαρκα αγόρια είναι συχνό φαινόμενο, με έντονα τραυματικές επιπτώσεις στη ψυχική τους ισορροπία, ενώ στα έφηβα κορίτσια είναι δυνατόν να προκαλέσει υπερτρίχωση. Γυναικομαστία είναι δυνατόν να παρατηρηθεί και σε παχύσαρκους άνδρες.

Στις ενήλικες γυναίκες υπάρχουν συχνά διαταραχές της περιόδου με μείωση της γονιμότητας ενώ στους άνδρες παρατηρείται μείωση των ανδρικών ορμονών.<sup>6</sup>

**3.11.** Αλλά το αισθητικό μέρος του προβλήματος δεν θα πρέπει να παραγνωρίζεται, αφού πολύ συχνά συνδέεται με την ψυχική υγεία των παχύσαρκων ατόμων αλλά και με τις επαγγελματικές τους ενασχολήσεις.

Οι ωραίες γυναικείες καμπύλες και ανατομικές αναγλυφές χάνονται οι μαστοί κρέμουν, η κοιλιά γεμίζει λίπος και προεξέχει, οι γλουτοί μοιάζουν καπούλια φοράδας και το πρόσωπο παραγεμισμένη ντομάτα, ενώ τα λεπτά χαρακτηριστικά του απολείφονται. Με λίγα λόγια, αποδιοργανώνεται η ανατομική φόρμα του σώματος, που γίνεται άσχημο και λειτουργικά ανεπαρκές. Η αύξηση του βάρους παρεμποδίζει τις δραστηριότητες του ατόμου και πολλές φορές εξουδετερώνει ωραίες, ίσως, πρωτοβουλίες του. Αδρανοποιεί το σώμα και αναγκάζει το άτομο να μετακινεί και να μεταφέρει το βάρος του από 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. Κι όλα αυτά με πολύ περισσότερο κόπο. Μια τέτοια κατάσταση υποβαθμίζει τη λειτουργικότητα του σώματος και υπονομεύει την ψυχική υγεία του ατόμου. Δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, από τον οποίο δεν μπορεί το άτομο να βγει μόνο του χωρίς βοήθεια.<sup>4</sup>

## **B. Πορεία της ασθένειας και πρόγνωση.**

Σύμφωνα με τους Kaplan και Sadock, η πρόγνωση της παχυσαρκίας για τη μείωση βάρους, είναι φτωχή και η πορεία της παχυσαρκίας στρέφεται σε μία σταθερή πρόοδο.

Έπειτα από ορισμένες ενδείξεις η πρόγνωση της παχυσαρκίας είναι ιδιαίτερα φτωχή σε άτομα τα οποία ήταν κατά την παιδική τους 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.<sup>6</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### Α. Προετοιμασία για θεραπεία

Πριν ξεκινήσουμε οποιοδήποτε θεραπευτικό σχήμα, είναι απαραίτητο να καθορίσουμε τα κλινικά χαρακτηριστικά της παχυσαρκίας του ατόμου που 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.

#### 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.

A

Διάγνωση

Απόκλιση

B

Επιλογή

Γ

Το τρίγωνο ΑΒΓ απεικονίζει σχηματικά τις δύο βασικές προϋποθέσεις (ΑΒ και ΒΓ), που θα βοηθήσουν το γιατρό στην επιλογή (ΒΓ) της ορθής θεραπείας.



Κατ'αρχήν πρέπει να καθοριστεί εάν η παχυσαρκία είναι ενδογενής ή εξωγενής, εξωγενής θεωρείται αυτή που αποδίδεται σε διαιτητικούς - περιβαλλοντικούς παράγοντες και ενδογενής, όταν οφείλεται σε μεταβολικές - ενδοκρινολογικές διαταραχές, νοσήματα κ.τ.λ. Σε περίπτωση ενδογενούς παχυσαρκίας που αντιπροσωπεύει το 5-10% των περιπτώσεων, η επιλογή της θεραπείας 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, πρέπει να καθοριστεί ο τύπος της, αν δηλαδή είναι υπερτροφική ή υπερπλαστική ενδέχεται ακόμη 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 πόσον στη δημιουργία της παχυσαρκίας του συμμετέχει ή ευθύνεται ο κληρονομικός παράγοντας και, επίσης αν η παχυσαρκία άρχισε στην παιδική ή σε κάποια φάση της ενήλικης ζωής. Η παιδική παχυσαρκία θεωρείται από τις πιο δύσκολες στην αντιμετώπισή της, γιατί συνήθως, υπάρχει προϊούσα επιδείνωση, ενώ η πρόγνωσή της θεωρείται βαρύτερη από άλλες παχυσαρκίες.

**Απόκλιση (ΑΓ):** Από τη στιγμή που θα γίνει η διάγνωση, το επόμενο βήμα είναι να καθοριστεί ο βαθμός της απόκλισης από το φυσιολογικό μέσο όρο και να βρεθεί το ορθό βάρος του κάθε ατόμου. Αυτό το βάρος βρίσκεται πρακτικά με τον τύπο  $B=Y-100$ .

Τώρα που γνωρίζουμε ότι το άτομο είναι π.χ. υπέρβαρο κατά X kg, πρέπει να καθορίσουμε και τον τρόπο απώλειας του βάρους αυτού με βάση ένα ρεαλιστικό πρόγραμμα, εξειδικευμένο για το κάθε άτομο χωριστά. Ένα παράδειγμα είναι το ακόλουθο: Άτομο ύψους (Y): 166cm  
βάρους (B): 85 kg.

- Ιδανικό βάρος  $IB = Y-100 = 66$  kg
- Υπερβάλλον βάρος  $B - IB = 85 - 66 = 19$  kg

Αυτά τα επιπλέον 19 kg πρέπει να απομακρυνθούν σε διάστημα 4 μηνών. Ας μην ξεχνάμε ότι το παχύσαρκο άτομο χρειάζεται κατ'αρχήν διαπαιδαγώγηση, ώστε να αλλάξει ισοβίως τρόπο διατροφής.

Ένα χρήσιμο στοιχείο που πρέπει να γνωρίζει από πριν ο θεραπευτής γιατρός, είναι ο βασικός μεταβολισμός (BH) του ατόμου. Αντικειμενικός σκοπός είναι να γίνει ένας πρώτος υπολογισμός κατά πάσον το άτομο έχει αυξημένο ή ελαττωμένο BH και η πληροφορία αυτή να ενσωματωθεί και να χρησιμοποιηθεί στο προγραμματισμό θεραπείας.

Η μέτρηση του BH πρέπει να γίνεται με το άτομο νηστικό, ξαπλωμένο στο κρεβάτι και σε πλήρη σωματική ηρεμία.

Σύμφωνα με τον τύπο του Read,  $BH = 2/3 (\Delta + \sigma)$  όπου  $\Delta =$  η διακύμανση (εύρος) αρτηριακής πίεσης και  $\sigma =$  σφύξεις/min π.χ. σε άτομο με αρτηριακή πίεση 130/180mmHg, το εύρος πίεσης είναι 50. Αν οι σφύξεις του είναι 100/min αντί των φυσιολογικών 72/min, τότε τα 2/3 του  $\Delta + \sigma$  είναι  $(50+100) 2/3 + 150 \times 2/3 = 100$ . Από την τιμή αφαιρούμε

τις φυσιολογικές σφύξεις (72/min), οπότε έχουμε  $100-72=28$ . Αυτή είναι και η απόκλιση. Άρα η διατύπωση του τύπου Read είναι:

$$BH = (\Delta + \sigma)X - 72$$

Τέλος, επειδή είναι γνωστό ότι ανεξάρτητα από το αίτιο, παχυσαρκία, δεν μπορεί να υπάρξει χωρίς θετικό ισοζύγιο θερμίδων καθορίζοντας επίσης το θερμιδικό δείκτη του κάθε ατόμου.<sup>4</sup>

## **B. Θεραπεία παχυσαρκίας**

Η αποτελεσματική θεραπεία της ανθρώπινης παχυσαρκίας έχει δύο στόχους: αρχικά τη μείωση βάρους με αποτελεσματική στη συνέχεια μακρόχρονη διατήρησή του. Σύμφωνα με τις μελέτες που διερεύνησαν τη γενετική προδιάθεση της ανθρώπινης παχυσαρκίας, η βραχυχρόνια αγωγή δεν είναι θεραπεία, λόγω του ότι η υποβόσκουσα γενετική/μεταβολική προδιάθεση δεν διορθώνεται, πολλές τεχνικές έχουν αποτέλεσμα για εβδομάδες και μήνες και άλλες προκαλούν δραματική απώλεια βάρους, αλλά μακροχρόνια σχεδόν όλες έχουν αποτύχει. Επίσης λίγα αντικειμενικά δεδομένα είναι διαθέσιμα, πάνω στα οποία να μπορεί να βασισθεί κανείς για να ελέγξει την επιτυχία προγραμμάτων αδυνατίσματος και πολύ λιγότερο τους κινδύνους και τη συγκριτική αποτελεσματικότητά τους. Μία αναφορά του Ινστιτούτου Ιατρικής της Εθνικής Ακαδημίας επιστημών παρέχει την καλύτερη δυνατή βάση για την εκτίμηση παλαιών αλλά και μελλοντικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.<sup>6</sup>

### **4.1. Δίαιτες**

Οι μη απαγορευτικές στρατηγικές δίαιτας, με σκοπό να επιτευχθεί ενεργειακό έλλειμμα περιλαμβάνουν δίαιτα πλούσια σε υπόλειμμα

(δίαιτα πλούσια σε ίνες), μείωση της απορρόφησης (ανταγωνιστές του αμύλου, δεσμευτικά των χολικών οξέων, αναστολείς λιπάσης) και μη απορροφήσιμα υποκατάστατα λίπων. Οι μέθοδοι αυτές όμως, είτε απλά δε δρουν είτε τα αποτελέσματά τους είναι πολύ μικρής πρακτικής αξίας. Έτσι, η κύρια προσέγγιση της παχυσαρκίας παραμένει η στέρηση θερμίδων. Το 25-50% των ενηλίκων στις ΗΠΑ είναι συνεχώς σε κάποια μορφή δίαιτας. Με κατάλληλη διαίτα επιτυγχάνεται συνήθως μερική και περιστασιακά ικανοποιητική απώλεια βάρους. Όμως, οι αυστηρές δίαιτες είναι συνήθως προσωρινές και συνήθως ακολουθεί υποτροπή και νέα αύξηση βάρους. Αυτό το φαινόμενο όχι μόνο προκαλεί σύγχυση, αλλά μπορεί να αποβεί επιβλαβές. Δύο πληθυσμιακές μελέτες αναφέρουν ότι οι αυξομειώσεις στο σωματικό βάρος σχετίζονται με αυξημένη συνολική θνησιμότητα, ειδικά λόγω στεφανιαίας νόσου όμως μετά από προσεκτικές ανασκοπήσεις μελετών σε ανθρώπους και ζώων των επιδράσεων της αυξομείωσης του σωματικού βάρους, η εθνική οργάνωση πρόληψης και θεραπείας της παχυσαρκίας κατέληξε ότι «τα προς το παρόν διαθέσιμα στοιχεία δεν είναι επαρκή ώστε να αντισταθμίσουν τα πιθανά οφέλη μιας μέτριας απώλειας βάρους σε παχύσαρκους ασθενείς». Για το λόγο αυτό, οι παχύσαρκοι πρέπει να προσπαθούν να αδυνατίσουν και να υιοθετούν μακροχρόνιες αλλαγές του τρόπου ζωής τους, ώστε να μπορέσουν να διατηρήσουν σταθερό σωματικό βάρος για μεγάλο χρονικό διάστημα.<sup>6,9</sup>

**Νηστεία.** Η πλήρης ασιτία ήταν δημοφιλής στη δεκαετία του 1960, λόγω της αποτελεσματικής, γρήγορης και δραματικής απώλειας βάρους. Αρχικά μία δραματική διούρηση σε συνδυασμό με απώλειες πρωτεϊνών και λίπους συνολικά περίπου 0,5 kg την ημέρα προκαλεί δραματική απώλεια βάρους. Παρ'ότι το μεγαλύτερο αυτής της απώλειας

είναι υγρά και λίπος, οι απώλειες καθαρής μάζας σώματος είναι αξιοσημείωτες από την πρώτη ημέρα και δεν πέφτουν ποτέ κάτω από 0,1 έως 0,15 kg ανά ημέρα πλήρους ασιτίας. Αυτή η ταχεία και μόνιμη απώλεια λευκώματος οδηγεί σε απώλεια λειτουργικού ιστού και τελικά κίνδυνο θνησιμότητα.

#### **Δίαιτες πολύ λίγων θερμίδων (very low calorie diets, VLCO).**

Αυτές οι δίαιτες παρασκευάζονται από τη φαρμακευτική βιομηχανία και περιέχουν λιγότερες από 600 kcal/ημέρα, ενώ παράλληλα είναι αναλογικά πλούσιες σε πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας. Η εφαρμογή τους απαιτεί στενή ιατρική παρακολούθηση και δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 4 εβδομάδες. Ενδείξεις χορήγησής τους είναι κυρίως η αστοχία των συνήθων διαιτών απίσχανσης καθώς και η μεγάλου βαθμού παχυσαρκία.

Οι δίαιτες αυτού του τύπου δεν πρέπει να δίδονται στην παιδική ηλικία καθώς και όταν συνυπάρχουν καρδιοαγγειακές και άλλες σοβαρές παθήσεις. Η αποτελεσματικότητά τους είναι μεγάλη, αλλά αυτό αφορά μόνο το χρονικό διάστημα της εφαρμογής τους. Στο παρελθόν παρόμοιες δίαιτες οδήγησαν σε υψηλό σχετικά ποσοστό αιφνίδιων θανάτων, γεγονός που αποδόθηκε στη χαμηλή περιεκτικότητα των παλαιότερων διαιτών σε υψηλής βιολογικής αξίας λεύκωμα.

**Συνήθεις υποθερμικές δίαιτες:** Οι δίαιτες αυτές αποτελούνται από συνήθεις φυσικές τροφές και η ενεργειακή τους περιεκτικότητα κυμαίνεται μεταξύ 800 και 1.800 kcal/ημέρα. Κοινά τους χαρακτηριστικά είναι η χαμηλή περιεκτικότητα σε λίπος και σακχαρώδη (ζάχαρη), η παροχή στον οργανισμό λευκώματος υψηλής βιολογικής αξίας, καθώς και το χαμηλό κόστος.

### Διάφορες δίαιτες.

**Πρωτοποριακές δίαιτες:** Η εμμονή σε τροφές και η εκμετάλλευση μεταβολικών λειτουργιών είναι στοιχεία πολύ δημοφιλών αγωγών αδυνατίσματος ή συμπληρωμάτων που προτείνουν μία μοναδική πρωτοποριακή ή «φυσική» προσέγγιση στην απώλεια βάρους. Οι περισσότερες από αυτές τις δίαιτες περιορίζουν αυστηρά τις επιλογές σε τρόφιμα ή ακόμα και αποκλείουν τη δυνατότητα επιλογής, με αποτέλεσμα μη ισορροπημένη δίαιτα. Όλα τα παραπάνω πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπ'όψιν, γνωρίζοντας τις αρχές που πρέπει να υπάρχουν ώστε να ακολουθείται μία διαιτητική αγωγή χωρίς κίνδυνο.

**Τροφές με λίγες θερμίδες:** Λόγω του ότι η παχυσαρκία είναι αποτέλεσμα της κατανάλωσης μεγαλύτερης ποσότητας ενέργειας απ'όση καταναλώνεται, η απλή λογική δείχνει ότι η πρόσληψη τροφών με λιγότερες θερμίδων βελτιώνει το βάρος. Όμως, τα περισσότερα στοιχεία δείχνουν ότι τα τεχνικά γλυκαντικά μέσα δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα στο αίσθημα πείνας, την πρόσληψη τροφής ή το σωματικό βάρος. Η πρόσφατη έγκριση από την οργάνωση τροφίμων και φαρμάκων των ΗΠΑ ενός πολυεστέρα της σουκρόζης, που αποτελεί υποκατάστατο λίπους που μπορεί να συμπεριληφθεί σε τηγανισμένα ή ψημένα τρόφιμα, θα περιπλέξει ακόμα περισσότερο το συγκεκριμένο θέμα.<sup>14,15,19</sup>

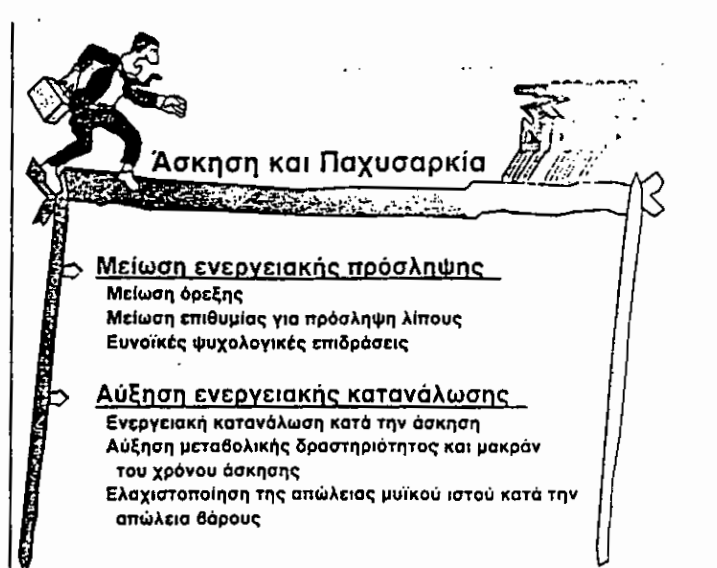
### 4.2. Άσκηση

Η άσκηση είναι κριτικής σημασίας για την επιτυχή μακροχρόνια ρύθμιση του βάρους. Τα πιθανά οφέλη της άσκησης και της καλής φυσικής κατάστασης περιλαμβάνουν την αυξημένη κατανάλωση ενέργειας, την καλύτερη διατήρηση του μυϊκού ιστού κατά τη διάρκεια

της διαίτας, το βελτιωμένο έλεγχο της όρεξης, την καλύτερη ψυχολογική κατάσταση και τη μείωση των κινδύνων καρδιαγγειακών και διαβητικών επιπλοκών που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Ως μοναδική θεραπευτική αγωγή όμως, η άσκηση σπάνια έχει ως αποτέλεσμα σημαντική απώλεια βάρους. Θα μπορούσε κάποιος να θυμηθεί ότι το ισοδύναμο σε θερμίδες μίας (1) λίμπρος [ $\frac{1}{2}$  kg] ιστού είναι περίπου 3.500 kcal ή ενέργεια που δαπανά ένας ενήλικας περπατώντας για 35 μίλια.

Όμως η άσκηση σε συνδυασμό με δίαιτα είναι ωφέλιμη. Μελέτες έχουν δείξει ότι η αεροβική άσκηση ελαχιστοποιεί την απώλεια μυϊκού ιστού, ενώ αυξάνει την απώλεια λίπους. Ασκήσεις αντίστασης/ δύναμης αυξάνουν τη μυϊκή μάζα κατά τη διάρκεια της μείωσης του σωματικού βάρους. Επίσης, όταν η άσκηση περιλαμβάνεται σε πρόγραμμα απώλειας βάρους τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα βελτιώνονται, ακόμη και όταν η άσκηση αποτυγχάνει ν' αυξήσει το ρυθμό απώλειας του βάρους. Λόγω του ότι οι παχύσαρκοι συχνά δεν έχουν τα προσόντα και την υποστήριξη να επιμείνουν στην άσκηση, η άσκηση θα πρέπει να θεωρείται τρόπος συμπεριφοράς που υπόκειται τροποποιήσεις.<sup>6,9,14,20</sup>

## ΣΧΗΜΑ



### **4.3. Τροποποίηση συμπεριφοράς**

Λόγω του ότι υπάρχει υψηλή συχνότητα εγκατάλειψης της δίαιτας, η τροποποίηση της συμπεριφοράς βελτιώνει τα βραχυχρόνια αποτελέσματα. Όταν συνδυάζεται με VLCD s, η τροποποίηση της συμπεριφοράς καθυστερεί, αλλά δεν εμποδίζει την αύξηση του βάρους που θα ακολουθήσει.

Η τροποποίηση συμπεριφοράς συνιστά προσοχή στη συνειδητοποίηση της λήψης τροφής, τον έλεγχο, της λήψης τροφής και στις συνέπειες της ανεξέλεγκτης λήψης τροφής. Τα κύρια στοιχεία ενός προγράμματος ελέγχου βάρους που βασίζεται στη συμπεριφορά πρέπει να περιλαμβάνουν αυτοέλεγχο των ασθενών απέναντι στις τροφές, στις ώρες λήψης τροφής και στις περιστάσεις που χαρακτηρίζουν την ώθηση για λήψη τροφής, έτσι ώστε να αναγνωρισθεί και να ελεγχθεί τι τον ωθεί στην ακατάσχετη επιθυμία να φάει, να αναπτυχθούν τεχνικές ελέγχου αυτής της συμπεριφοράς (π.χ. παράταση του χρόνου μάσησης της τροφής, μέτρηση των μπουκιών), ενθάρρυνση κυρίως ψυχολογική ώστε να συνεχιστεί αυτή η συμπεριφορά, ελαχιστοποίηση των αρνητικών σκέψεων και παρουσίαση ρεαλιστικών στόχων, σε συνδυασμό με διατροφική εκπαίδευση και άσκηση. Λόγω του ότι αυτή η συμπεριφερσιολογική απώλεια βάρους και το πρόγραμμα διατήρησης του είναι πέρα από την εμπειρία και την υπομονή των περισσότερων ιατρών, συνήθως παραϊατρικό και βοηθητικό προσωπικό παρέχει αυτές τις υπηρεσίες.<sup>6</sup>

### **4.4. Φάρμακα**

Η φαρμακευτική αγωγή στοχεύει στη μείωση της όρεξης και στην επιτάχυνση του μεταβολισμού.



Τα φάρμακα που δρουν κατά της παχυσαρκίας με ελάττωση της όρεξης, όπως η διαιθυλοπροπιάνης, η φτυφλουραμίνη, η φτυτερμίνη και η μανδιζόλη, χορηγούνται σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Αυτά δίδονται πάντα με συνταγή γιατί μπορεί να προκαλέσουν δυσάρεστες ή ακόμη και σοβαρές παρενέργειες, συμπεριλαμβανομένου και σε ορισμένες περιπτώσεις και του εθισμού προς το φάρμακο.

Οι αμφεταμίνες δεν αναγράφονται πλέον για ελάττωση βάρους, γιατί η κατάχρησή τους κατά το παρελθόν είχε αποτέλεσμα να εμφανισθούν φαινόμενα εξάρτησης σε μεγάλο ποσοστό.

Από τα φάρμακα που επιταχύνουν τον μεταβολισμό αναφέρονται η θυρεοειδής ορμόνη και η χοριονική συναδοτροφίνη. Η θυρεοειδής ορμόνη έχει μικρή θερμογενετική επίδραση και προάγει την απώλεια του βάρους, όταν χορηγείται σε μεγάλες δόσεις, που μπορεί να προκαλέσουν θυρεοειδοτοξίκωση. Η ωφέλεια από τη χορήγηση των φαρμάκων αυτών αμφισβητείται.

Καμιά φορά προστίθενται στη διαίτα παρασκευάσματα από μεθυλοκυτταρίνη, γιατί η ουσία αυτή απορροφά ύδωρ και προκαλεί αύξηση του περιεχομένου του γαστρεντερικού σωλήνα, αυξάνοντας το αίσθημα κορεσμού.

Δεν πρέπει να διαφεύγει από την προσοχή ότι το όφελος που προσφέρει η χορήγηση των φαρμάκων αυτών μπορεί να είναι πρόσκαιρο. Για μακροχρόνιο αποτέλεσμα απαιτούνται συνεχείς αλλαγές στις συνήθειες της διατροφής.<sup>6,9,14</sup>

#### **4.5. Χειρουργική θεραπεία**

Μία ποικιλία χειρουργικών επεμβάσεων έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είτε αυξάνοντας τη

δυσασπορρόφηση από το έντερο είτε περιορίζοντας τη διαιτητική πρόσληψη (B) πίνακα III. Η υποτιδοειλεϊκή παράκαμψη δεν χαίρει πλέον εκτιμήσεως, λόγω υψηλού ποσοστού μεταβολικών επιπλοκών. Έχει αντικατασταθεί από περιοριστικές επεμβάσεις στο στόμαχο, ενώ η χολοπαγκρεατική παράκαμψη είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη επέμβαση στην Ευρώπη. Τα κριτήρια χειρουργικής επέμβασης για την παχυσαρκία και τα αποτελέσματά της ήταν το θέμα του συνεδρίου του Εθνικού Συνεδρίου Υγείας το Μάρτιο του 1991. Εκεί οι σύνεδροι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι (για επιλεγμένους ενήλικες με βαριά παχυσαρκία οριζόμενη με BMI > 40 ή BMI μεταξύ 35 και 40 για συγκεκριμένες επιπλοκές) η επέμβαση στομάχου είναι κατάλληλη μορφή θεραπείας (Bλ. πίνακα 4). Αυτή η σύσταση βασίστηκε στην αναγνώριση της παχυσαρκίας ως νόσους με συγκεκριμένα ποσοστά θνησιμότητας και θνητότητας, στη μικρή πιθανότητα διατήρησης της απώλειας βάρους μετά από συντηρητική συμπεριφερειολογική, φαρμακολογική ή διαιτητική προσέγγιση και στην ανάπτυξη νεότερων χειρουργικών τεχνικών επέμβασης του στομάχου, με αποδεικτική σχέση κινδύνου/οφέλους.<sup>4,6</sup>

**Πίνακας III Χειρουργικές επεμβάσεις για τη θεραπεία της παχυσαρκίας.**

**Παράκαμψη χοληφόρων και τεχνικές πρόκλησης δυσασπορρόφησης.**

Νηστιδοειλεϊκή παράκαμψη

Χολοπαγκρεατική παράκαμψη

## Επεμβάσεις περιορισμού του στομάχου

Κάθετη γαστροπλαστική

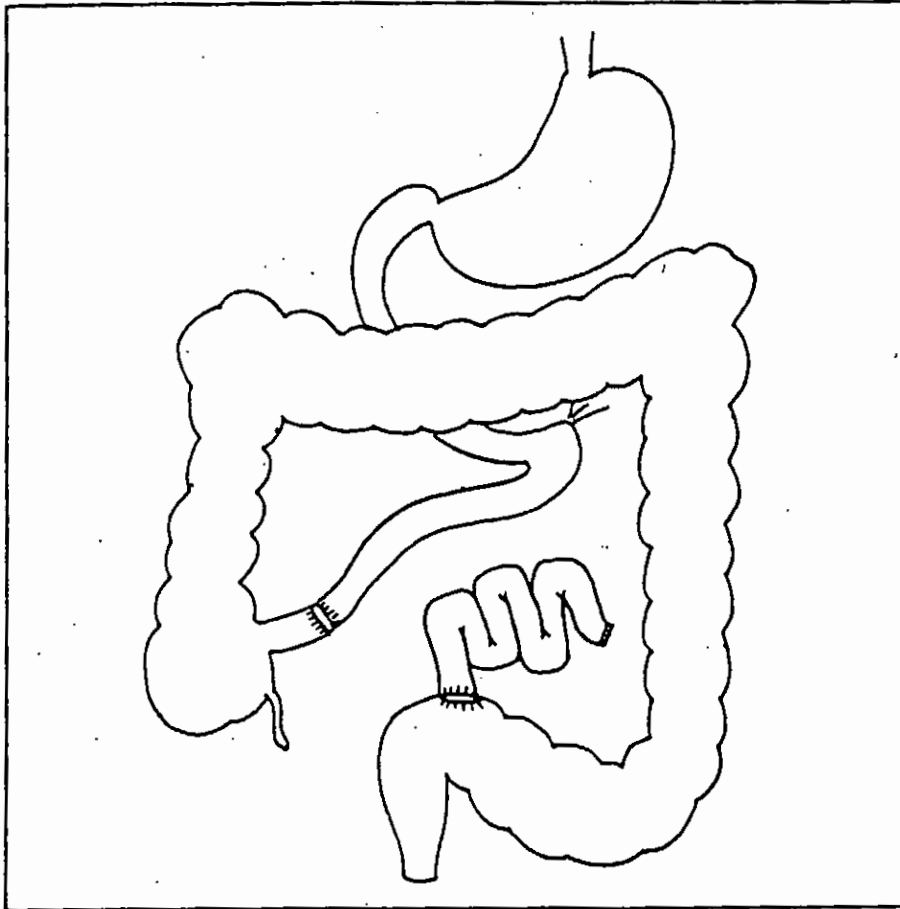
Γαστρική παράκαμψη Raix-en-y<sup>4</sup>

### Πίνακας 4 Κριτήρια επιλογής παχύσαρκων ασθενών για χειρουργική θεραπεία.

- BMI πάνω από 40kg/m<sup>2</sup> (ορισμός βαρείας παχυσαρκίας) ή BMI μεταξύ 35 και 40 kg/m<sup>2</sup> με σύγχρονη νοσηρότητα λόγω παχυσαρκίας (π.χ. υπέρταση, διαβήτης, άπνοια στον ύπνο, σύνδρομο pickwick, σοβαρή οστεαρθρίτιδα).
- Εξακριβωμένη αποτυχία διατήρησης της απώλειας βάρους με ιατρικούς χειρισμούς (συμπεριφερειολογική, φαρμολογική ή δίαιτα με λίγες θερμίδες).
- Ψυχολογική ικανότητα να αντεπεξέλθει σε μία χειρουργική επέμβαση και την απώλεια βάρους και θέληση να ακολουθήσει συνεχιζόμενη ιατρική καθοδήγηση.
- Ενήλικες, μη έγκυοι, απουσία κατάχρησης φαρμάκων ή χρόνιας νόσου με σχετιζόμενης με τη παχυσαρκία.
- BMI, δείκτης μάζας σώματος.<sup>6</sup>

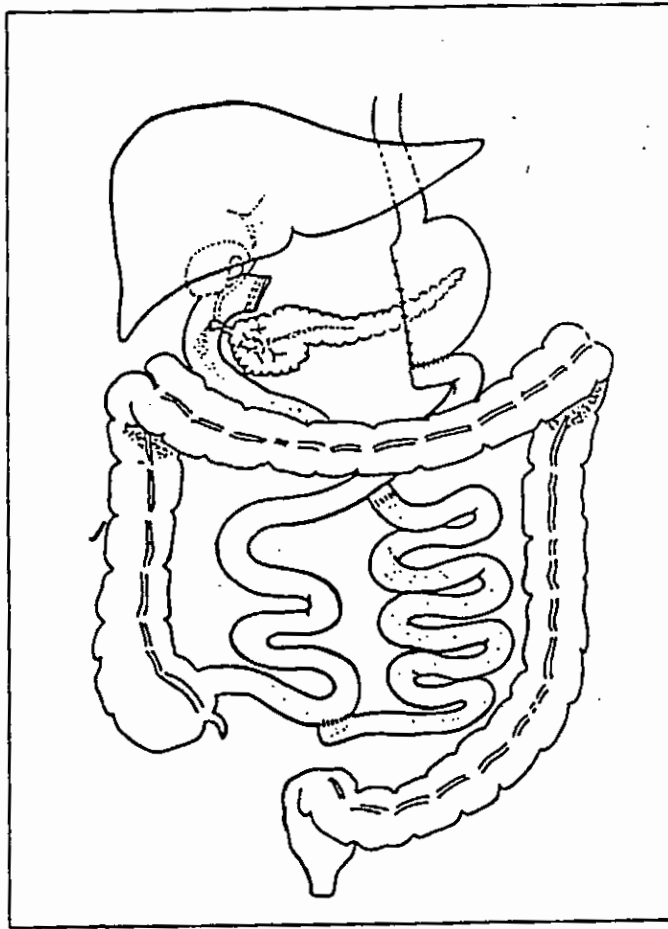
**Νηστιδοειλεϊκή Παράκαμψη:** Παρ'ότι σήμερα η επέμβαση αυτή σπάνια πραγματοποιείται, πολλοί μετεγχειρητικοί ασθενείς ζητούν ιατρική παρέμβαση για τις σοβαρές επιπλοκές της ή είναι υποψήφιοι για νέα επέμβαση. Ο αντικειμενικός στόχος της νηστιδοειλεϊκής παράκαμψης ήταν να ευνοήσει την απώλεια βάρους, εγκαθιστώντας εντερική δυσαπορρόφηση και διακόπτοντας τον εντεροηπατικό κύκλο.

Στην πιο συνήθη μορφή της επέμβασης το λεπτό απολινωνόταν 35cm περιφερικά του συνδέσμου του Treitz και αναστομώνόταν τελικοτελικά με τον ειλέο σε απόσταση 10cm από την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Το άκρο του λεπτού που παρακάμφθηκε σχημάτιζε μία αγκύλη που κατέληγε στο κόλον (εικόνα 1).



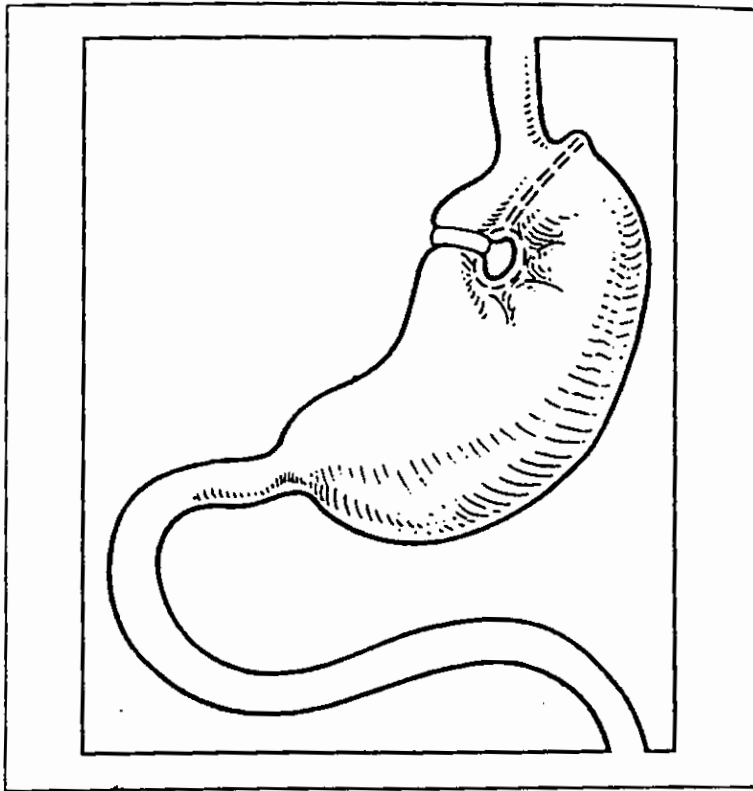
**Εικόνα 1.** Η τελικοτελική επέμβαση νηστιδοειλεϊκής παράκαμψης για βαριά παχυσαρκία. Η νήστιδα εκτέμνεται 30cm περιφερικά του συνδέσμου του Treitz και αναστομώνεται με το περιφερικό άκρο του ειλεού, 10cm κεντρικά της ειλεοτυφλικής βαλβίδας. Η μη λειτουργική πια αγκύλη του λεπτού, η οποία παρακάμπτεται, κλείνεται κεντρικά και παροχετεύεται περιφερικά στο κόλον. Στην τελικό-πλάγια παραλλαγή, που δε φαίνεται στην εικόνα, το απολινωμένο τμήμα της νήστιδας παροχετεύεται στο εναπομείναν τμήμα του ειλεού.

**Χολοπαγκρεατική παράκαμψη:** Αυτή η επέμβαση έχει σχεδιαστεί ώστε να προκαλεί σύνδρομο δυσαπορρόφησης χωρίς δημιουργία τυφλής εντερικής έλικας η διακοπή της εντεροηπατικής χολικής κυκλοφορίας όπως φαίνεται στην εικόνα 2, η επέμβαση περιλαμβάνει εκτομή των 2/3 του στομάχου, αναστόμωση 250cm λεπτού εντέρου με ολόκληρο τον ειλεό με γαστρικό κολόβωμα όγκου 200ml, και τέλος αναστόμωση του τμήματος του δωδεκαδάκτυλου - νήστιδος με τον τελικό ειλεό, 50 cm εσωτερικά της ειλεοτυφλικής βαλβίδας.

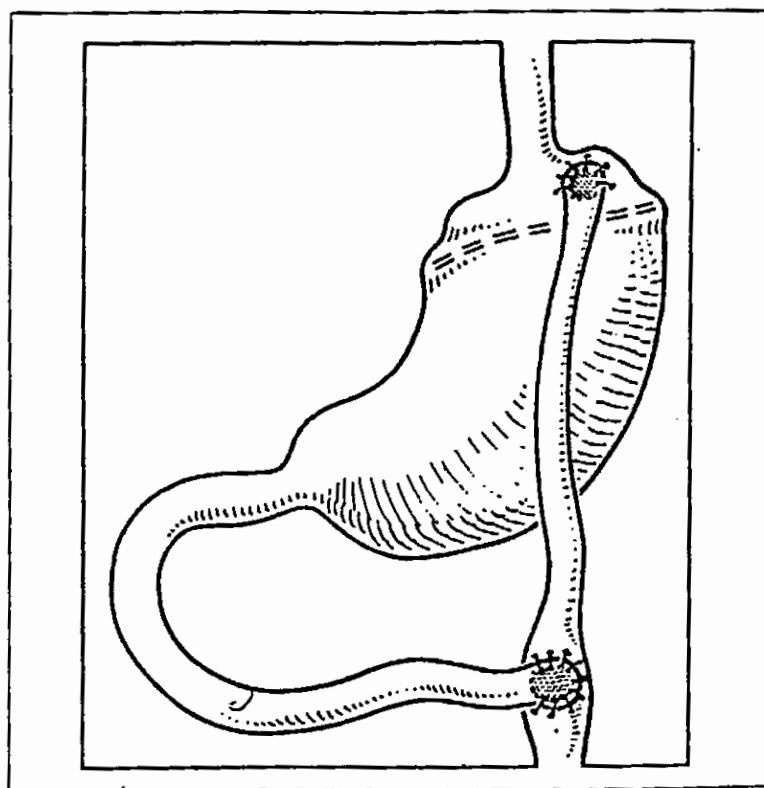


**Εικόνα 2.** Η επέμβαση χολοπαγκρεατικού by pass. Μετά την περιφερική γαστρεκτομή, τα 250 cm της περιφέρειας του λεπτού εντέρου, συμπεριλαμβανομένου του ειλεού, αναστομώνονται με τον υπόλοιπο στόμαχο όγκου 200ml. Μετά τη χολοκυστεκτομή, το δωδεκαδάκτυλο και η νήστιδα αναστομώνονται με τον τελικό ειλεό 50cm από την ειλεοτυφλική βαλβίδα, ώστε να δημιουργηθεί δίοδος για τις χολοπαγκρεατικές εκκρίσεις. (Αναπαραγωγή κατόπιν αδείας από Tataranni, P.A., Mingrone, G. Greco, A.V, et al. Gincose induced thermogenesis, in postobese women who have undergone biliopancreatic diversion. *Am. J. Clin. Nutr.* 60. 320, 1994).

**Επεμβάσεις περιορισμού του στομάχου:** Ανάλογα με την προτίμηση του χειρουργού, και η κάθετη διαμερισματοποίηση στομάχου, και η γαστρική παράκαμψη *Roux en Y* θεωρούνται χειρουργικές επεμβάσεις επιλογής από το πρόσφατο συνέδριο του εθνικού ινστιτούτου Υγείας. Όπως φαίνεται στις εικόνες 3 και 4, η οριζόντια διαμερισματοποίηση περιλαμβάνει τη δημιουργία ενός μικρού γαστρικού θυλάκου με στενωμένη έξοδο προς του κυρίως αυλό του στομάχου, ενώ η *Roux - en - Y* είναι η κατασκευή ενός μικρού σάκου που αποκλείεται από τον υπόλοιπο στόμαχο και κενώνεται μέσα σε τμήμα της νήστιδας με σχήμα Υ.<sup>1,2,5,6,17</sup>



**Εικόνα 3.** Κάθετη γαστροπλαστική. Ένας μικρός σάκος 50ml με έξοδο 12mm δημιουργείται προς το έλασσον τόξο του στομάχου, με διπλές συνδέσεις και ένα κυκλικό δίκτυο πολυπροπυλενίου (Αναπαραγωγή κατόπιν αδείας Consensus Development Panel. *Gastrointestinal surgery for severe obesity. Ann. Intern. Med* 115: 956).



**Εικόνα 4.** Γαστρική παράκαμψη κατά Roux-en-Y. Δημιουργία ενός σάκου στο θόλο του στομάχου όγκου περί τα 50ml, με συνέπεια τον αποκλεισμό του υπολοίπου τμήματος του στομάχου. Ο σάκος παροχετεύεται στο λεπτό έντερο μέσω της δημιουργίας αγκύλης κατά Roux-en-Y που αναστομώνεται στο πέρας του 12δακτύλου. (Αναπαραγωγή κατόπιν αδείας από Consensus development Panel. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Ann. Intern. Med. 115: 956 1991).

### **Είναι η λιποαναρρόφηση η λύση για εσάς;**

Τι είναι λιποαναρρόφηση; κάποιο λεξικό την ορίζει ως εξής: «Συνήθως πρόκειται για επέμβαση κοσμητικής χειρουργικής μέσω της οποίας αφαιρείται ο επιπλέον λιπώδης ιστός από μία συγκεκριμένη περιοχή του σώματος, όπως από τους μηρούς ή από την κοιλιά, μέσω αναρρόφησης. Επίσης ονομάζεται λιπεκτομή αναρρόφησης». Εντούτοις, μήπως αυτό σημαίνει ότι αποτελεί θεραπεία για την παχυσαρκία;

Το βιβλίο το Υγιές βάρος σύμφωνα με την κλινική Μάγιο (Mayo Clinic on Healthy Weight) λει ότι η λιποαναρρόφηση υπάγεται στην

κοσμητική χειρουργική. Δεν είναι πρόγραμμα απώλειας βάρους. Λιποκύτταρα αναρροφώνται από το σώμα μέσω ενός στενού σωλήνα που εισέρχεται κάτω από το δέρμα. Αρκετά κιλά μπορούν να αφαιρεθούν σε μία τέτοια επέμβαση. Ωστόσο, «η εγχείρηση δεν αποτελεί θεραπεία για την παχυσαρκία» είναι ασφαλής μέθοδος; «Τα άτομα με συγκεκριμένες ασθένειες που σχετίζονται με το βάρος, όπως ο διαβήτης και η καρδιοπάθεια, αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών από τη λιποαναρρόφηση».<sup>6</sup>

### **Να θυμάστε πάντα:**

- Η προσπάθεια απώλειας βάρους είναι μία πολύ επίπονη διαδικασία. Μόνο όποιος το έχει επιχειρήσει, μπορεί να το κατανοήσει. Αν λοιπόν κάνετε κάποιες αποκλίσεις από τις οδηγίες που σας δόθηκαν, κρατείστε το ηθικό σας ψηλά.
- Μην απογοητεύεστε είναι αρκετά δύσκολο να αλλάξετε τις παλιές διατροφικές σας συνήθειες και να υιοθετήσετε αυτές που θα σας βοηθήσουν να αποκτήσετε και διατηρήσετε το επιθυμητό βάρος.
- Κάθε φορά που κάνετε μία παράλειψη ή τρώτε παραπάνω, θυμηθείτε ότι μπορούμε να μάθουμε από τα λάθη μας, αρκεί να μην τα επαναλάβουμε.
- Προσπαθήστε να αναγνωρίζετε το λάθος σας πριν ή μόλις αυτό συμβεί. Έτσι σιγά - σιγά θα μάθετε να το αποφεύγετε.
- Το αίσθημα της ενοχής μετά από κρίση βουλιμίας, όχι μόνο δεν βοηθάει, αλλά σας οδηγεί σε φαύλο κύκλο πολυφαγίας.
- Αν δείξετε «αδυναμία» και αποτύχετε σε κάποια φάση της προσπάθειάς σας, μην απομακρυνθείτε από τον θεραπευτή σας λόγω



ντροπής. Αυτή είναι κυρίως η περίοδος που έχετε ανάγκη από υποστήριξη και βοήθεια.<sup>6</sup>

**Μάθετε να επιμένετε!**

**Τελικά θα επιτύχετε τους αρχικούς σας στόχους.**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### 5.1. Επιπλοκές απώλειας βάρους

Οι πολλές και ποικίλλες θεραπείες που χρησιμοποιήθηκαν και χρησιμοποιούνται τα τελευταία 30 χρόνια για τη θεραπεία της παχυσαρκίας, μπορεί να μην πρόσφεραν πολλά στη μόνιμη μείωση του σωματικού βάρους αλλά έχουν πλουτίσει τις γνώσεις μας για τις πολλές επιπλοκές που οφείλονται στις αλόγιστες θεραπείες. Δυστυχώς, μερικές φορές οι επιπλοκές αυτές δεν εμφανίζονται κατά την απώλεια βάρους αλλά αρκετά μετά από το τέλος της θεραπείας και έτσι υπάρχει μεγάλη δυσκολία στην αιτιολογική σύνδεση με αυτήν.

Οι συχνότερες επιπλοκές από τα διάφορα συστήματα είναι:

**5.1.1. Καρδιά και αγγεία:** Οι επιπλοκές από την καρδιά βάζουν συχνά σε κίνδυνο την ζωή του ανθρώπου, πολλές φορές μάλιστα χωρίς καν να δοθεί χρόνος για θεραπευτική επέμβαση. Την δεκαετία του 1970, αναφέρθηκαν τουλάχιστον 40 θάνατοι σε νέα και υγιή αλλά ατυχώς ..... παχύσαρκα άτομα, που αποδόθηκαν άμεσα στην δίαιτα. Τα άτομα εκείνα, έκαναν δίαιτα. Τα άτομα εκείνα, έκαναν δίαιτα με πολύ χαμηλές θερμίδες, η ποσότητα της πρωτεΐνης που έπαιρναν ήταν λίγη και χαμηλής ποιότητας, έχασαν δε πολύ βάρος σε μικρό χρονικό διάστημα. Δυστυχώς, ακόμα και σήμερα εξακολουθούν να αναφέρονται θάνατοι, καρδιακής αιτιολογίας, σε νεαρά άτομα που βέβαια είχαν την ευτυχία να πεθάνουν..... αδύνατα.

Τα περιστατικά αυτά, τις περισσότερες φορές, αναφέρονται μόνο σε ιατρικά περιοδικά και έτσι δεν γίνονται γνωστά στο ευρύτερο κοινό με αποτέλεσμα τη συνεχή οικονομική άνθιση της «Βιομηχανίας της δίαιτας».

**Υπόταση:** Κατά την απώλεια βάρους η πίεση μειώνεται σχεδόν πάντα. Το φαινόμενο αυτό είναι επιθυμητό σε υπερτασικά άτομα αλλά ανεπιθύμητο σε υποτασικά. Είναι απαραίτητο, για την πρόληψη υπότασης και λιποθυμιών που συχνά συμβαίνουν, τα άτομα που κάνουν δίαιτα να πίνουν πολύ νερό, να βάζουν κανονικό αλάτι στο φαγητό και να παίρνουν φάρμακα που σταθεροποιούν την πίεση, με την σύσταση πάντα του προσωπικού τους γιατρού. Προσοχή στις δίαιτες απώλειας βάρους που συστήνουν καταρόηση του αλατιού είναι ανεύθυνες και επικίνδυνες γιατί επιδιώκουν μείωση του σωματικού βάρους προκαλώντας απλά αφυδάτωση.

**Αρρυθμίες:** Όλοι οι τύποι αρρυθμίας είναι δυνατόν να παρατηρηθούν κατά τη δίαιτα απώλειας βάρους.

**Μυοκαρδιοπάθεια:** Παρατηρούνται εκφυλιστικές αλλοιώσεις στο μυοκάρδιο με εναποθέσεις λιποφουσκίνης.

**Άλλα:** κόλπο-κοιλιακός αποκλεισμός, συνήθως Mob12II, Συγκοπή, Ηλεκτρο-καρδιογραφικές αλλοιώσεις με επιμήκυνση του διαστήματος Q-T, το οποίο πολλές φορές είναι πρώιμο σημείο εμφάνισης κοιλιακής ταχυκαρδίας και χαμηλά επάρματα του συμπλέγματος QRS.

Η επαρκής χορήγηση πρωτεϊνών υψηλής βιολογικής αξίας, βιταμινών, μεταλλικών αλάτων και ιχνοστοιχείων συνήθως προλαβαίνει τις παραπάνω επιπλοκές.

### 5.1.2. Οστά και αρθρώσεις.

**Οστεοπόρωση και οστεομαλακία:** Υπεύθυνα θεωρούνται α) Δίαιτες χωρίς τις απαραίτητες ποσότητες Ασβεστίου, φωσφόρου και βιταμίνης D. β) Η χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων για απώλεια βάρους προκαλεί αποβολή με τα κόπρανα των μεταλλικών αλάτων έστω

και αν η διαίτα τα περιέχει σε κανονική ποσότητα, γ) Η λήψη του ασβεστίου μαζί με τα άλλα μεταλλικά άλατα, οπότε το ένα εμποδίζει την απορρόφηση του άλλου γιατί δημιουργούνται μη απορροφήσιμα σύμπλοκα άλατα.

**Ουρική αρθρίτιδα:** Κατά την απώλεια βάρους παρατηρείται σχεδόν πάντα αύξηση του ουρικού οξέος στο αίμα. Ταυτόχρονα δημιουργούνται και οι προϋποθέσεις λόγω της οξεώσεως, το αυξημένο αυτό ουρικό οξύ να κάνει κρυστάλλους και να καθιζήσει στις αρθρώσεις και τα νεφρά με αποτέλεσμα αρθρίτιδες και λίθους στα νεφρά. Είναι απαραίτητη λοιπόν, κατά την απώλεια βάρους, η συχνή μέτρηση του ουρικού οξέος στο αίμα και αν υπάρχει ανάγκη να χορηγούνται φάρμακα που μειώνουν την σύνθεσή του.

**Καθυστέρηση ανάπτυξης:** Η ολιγοθερμιδική διαίτα κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία προκαλούν συχνά καθυστέρηση της ανάπτυξης γι' αυτό και η απώλεια βάρους στις ηλικίες αυτές πρέπει να είναι πολύ αργή και να συστήνεται μόνο από γιατρό και μάλιστα ειδικό και έμπειρο στη θεραπεία της παχυσαρκίας.

### 5.1.3. Μυϊκό σύστημα.

**Απώλεια μυϊκού ιστού:** Παρατηρείται α) σε δίαιτες πτωχές σε πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας, β) κατά τη χορήγηση θυρεοειδικών ορμονών σε μεγάλες δόσεις, γ) σε γρήγορη απώλεια βάρους και κυρίως σε άτομα που το αρχικό τους βάρος δεν είναι πολύ αυξημένο ή είναι φυσιολογικό και παρ' όλα αυτά προσπαθούν να χάσουν βάρος.

**Κήλες και διαφραγματοκήλη:** Συμβαίνει όταν η απώλεια βάρους είναι γρήγορη, χωρίς παράλληλα να αυξηθεί η σωματική δραστηριότητα με την μορφή γυμναστικής.

#### 5.1.4. Νευρικό σύστημα

**Μόνο - και πολυνευρίτιδες:** Προκαλούνται από μερική ή πλήρη έλλειψη από το διαιτολόγιο των απαραίτητων βιταμινών, κυρίως του συμπλέγματος Β και ιχνοστοιχείων. Συχνή είναι η εμφάνιση πάρεσης του περονιαίου νεύρου χωρίς να μπορεί να ερμηνευθεί σαφώς η παθογένειά της.

**Κατάθλιψη:** Παρατηρείται σε μερικά άτομα μετά από μακροχρόνια δίαιτα και κυρίως όταν στερούνται τους υδατάνθρακες (ψωμί, ζυμαρικά, πατάτες, ρύζι, όσπρια, φρούτα) όπως συστήνεται στις «χημικές» δίαιτες.

**Ψυχογενής ανορεξία:** Πολλά άτομα με ψυχογενή πολυφαγία παρουσιάζουν αυτόματα και χωρίς σαφή εξωτερική αιτία ψυχογενή ανορεξία.

#### 5.1.5. Δέρμα - τριχωτό κεφαλής

**Η τριχόπτωση** είναι συνηθισμένη επιπλοκή και εμφανίζεται σε πολύ γρήγορη απώλεια, βάρους με πολύ στερητικά διαιτολόγια. Πάντως τις περισσότερες φορές τα μαλλιά ξαναβγαίνουν.

**Ραγάδες δέρματος, καλονυχία, γνωιακή χειλίτιδα, γλωσίτιδα κ.τ.λ.** από ανεπαρκή χορήγηση σιδήρου βιταμινών, μετάλλων και απαραίτητων λιπαρών οξέων και αμινοξέων.

**Χαλάρωση** δέρματος και υποδόριου ιστού: Αρκετά συχνά το αισθητικό αποτέλεσμα μετά μεγάλη απώλεια βάρους είναι απογοητευτικό. Τα πιο ευαίσθητα σημεία είναι ο λαιμός, τα μπράτσα, το κάτω μέρος της κοιλιάς και η εσωτερική επιφάνεια των μηρών. Πρόληψη του φαινομένου αυτού είναι σχετικά δύσκολη. Χρειάζεται βραδεία απώλεια βάρους ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να προστεθεί μακροχρόνια και συστηματική άσκηση. Το φαινόμενο αυτό θα πρέπει

τοπ υπέρβαρο άτομο να το δει από την αρχή λίγο..... φιλοσοφικά. Αν κανείς θέλει να είναι ωραίος και όταν είναι γυμνός, είναι προτιμότερο η τελική απώλεια βάρους να μην είναι μεγάλη. Αντίθετα, αν κανείς επιθυμεί να είναι ωραίος μόνο ντυμένος, μπορεί να χάσει όσο βάρος θέλει.

**5.1.6. Αιμοποιητικό σύστημα:** Αναιμία από έλλειψη σιδήρου είναι συχνή επιπλοκή, συνήθως σε γυναίκες στην φάση της ζωής τους που έχουν ακόμα περίοδο. Αλλά και μεγαλοβλαστική ή σιδηροχρηστική αναιμία μπορεί να παρατηρηθούν. Επίσης, είναι δυνατόν να μειωθούν τα λευκά αιμοσφαίρια του αίματος.

#### **5.1.7. Γαστρεντερικό σύστημα.**

**Δυσκοιλιότητα:** Σχεδόν κανόνας είναι η εμφάνιση δυσκοιλιότητας η οποία εφόσον χρονίσει, και συνήθως χρονίζει, επιπλέκεται από εκκολπωμάτωση του παχέος εντέρου και αιμοροϊδοπάθεια. Μοναδική πρόληψη είναι η αυξημένη περιεκτικότητα της διαίτας σε φυτικές ίνες.

**Ατροφικού τύπου οισοφαγίτιδες** από έλλειψη σιδήρου και βιταμινών.

**Ηπατική επιβάρυνση** από εξάντληση του ηπατικού γλυκογόνου.

**Χολολιθίαση:** Πολύ συχνή επιπλοκή, που πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη, είναι η χολολιθίαση και η λιθίαση του χοληδόχου πόρου, σε άτομα με ή χωρίς προηγούμενο ιστορικό αλλά και αν ακόμη έχει γίνει στο παρελθόν χλοκυστεκτομή. Οφείλεται σε λιθογόνες μεταβολές της χολής κατά τη διαίτα και προλαμβάνεται με χορήγηση ασπιρίνης ή ενός φαρμάκου που λέγεται ουρσο-δεαξυ-χολικό οξύ.

### **5.1.8. Ενδοκρινικό σύστημα.**

**Αμηνόρροια** στις γυναίκες επί απώλειας μεγαλύτερης από το 10% του αρχικού σωματικού βάρους και υπογεννησιμός στους άνδρες. Πάντως συνήθως η περίοδος επανέρχεται μόνη της όταν το βάρος σταθεροποιηθεί σε φυσιολογικά επίπεδα, αλλά ίσως και να μην επανέλθει ποτέ αν το βάρος φτάσει σε χαμηλότερα του φυσιολογικού όρια.

**Μείωση της μεταβολικής δραστηριότητας** δηλαδή μείωση των καύσεων και επομένως ευκολότερη επανάκτηση του χαμένου βάρους.

**Μείωση των ορμονών του θυρεοειδούς** και κυρίως της τριιωδοθυρονίνης.

**Μείωση έκκρισης αδρεναλίνης και Νορ-Αδρεναλίνης.**

**Μείωση των υποθαλαμικών εκλυτικών παραγόντων των υποφυσικών ορμονών.<sup>6</sup>**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### 6.1. Αποφυγή Υποτροπής

Παχύσαρκα άτομα, που σε κάποια φάση της ζωής τους έχουν επιτύχει μεγάλη απώλεια βάρους, δεν θέλουν να το ξαναπάρουν. Το πρόβλημα είναι ότι δεν παίρνουν μέτρα για να διορθώσουν μικρές αυξήσεις, που είναι πολύ εύκολο όπως καταλαβαίνετε, και έτσι, κάποια στιγμή, η αύξηση βάρους είναι τόσο μεγάλη που ξεφεύγει πια από τον προσωπικό έλεγχο.

Δυστυχώς, οι βιολογικές συνθήκες που δημιουργούνται μετά την απώλεια βάρους είναι τέτοιες που ευνοούν την επανάκτησή του ευκολότερα από ότι να αυξήσει κανείς το βάρος του για πρώτη φορά. Οι συνθήκες αυτές είναι οι εξής:

α) Αύξηση της δραστηριότητας της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης του λιπώδους ιστού, με αποτέλεσμα την ευκολότερη εναπόθεση λίπους στα λιποκύτταρα, αν βέβαια το πρώην παχύσαρκο άτομο προσλαμβάνει μεγαλύτερα ποσά ενέργειας από αυτά που καταναλώνει. Μην ξεχνάτε ότι με την απώλεια βάρους μειώνεται ο λιπώδης ιστός αλλά όχι και τα λιποκύτταρα.

β) Μείωση του μεταβολισμού ηρεμίας. Η μείωση αυτή δεν είναι απλώς ανάλογη αυτής που δικαιολογεί η μείωση του βάρους, αλλά είναι χαμηλότερη και από ομοειδή άτομα ιδίου σωματικού βάρους.

γ) Η μετά τη σίτιση θερμογένεση είναι μικρότερη μετά την απώλεια βάρους, συγκριτικά με αυτήν που είχαν τα ίδια ακριβώς άτομα όταν ήταν ακόμη παχύσαρκα.



Παράγοντες που φαίνεται να ευνοούν τη διατήρηση της απώλειας βάρους είναι:

**Μόνιμη διακοπή των ενδιάμεσων γευμάτων** και της συσχέτισης λήψης τροφής με ποικίλλες δραστηριότητες και καταστάσεις (μελέτη, ανία, χαρά, λύπη, stress).

**Στενή παρακολούθηση του σωματικού βάρους** χωρίς βέβαια να γίνεται ιδεο-ψυχαναγκασμός. Ζύγισμα μία φορά την εβδομάδα είναι αρκετό, με τις ίδιες όμως πάντα συνθήκες (π.χ. πρωί, νηστικοί, χωρίς ρούχα).

**Μεταβολή διαιτητικών προτιμήσεων.** Φαίνεται ότι και μόνο η μείωση της αναλογίας λίπους από την καθημερινή διατροφή, χωρίς παράλληλη μείωση της συνολικής ποσότητας της τροφής, είναι δυνατόν να προφυλάξει από υποτροπή της παχυσαρκίας.

**Απόκτηση εμπιστοσύνης στις προσωπικές δυνατότητες,** σταθερή εφαρμογή ενός διαιτολογίου σύμφωνα με τις ατομικές προτιμήσεις και συστηματική άσκηση.<sup>6</sup>

### 6.1.1. Άσκηση

- Η άσκηση αποτελεί ένα από τα καλύτερα μέσα διατήρησης του σωματικού βάρους όπως έχει δείχθει, σε ομάδες παχύσαρκων που έχασαν βάρος με ποικίλα διαιτητικά σχήματα σε συνδυασμό ή όχι με άσκηση, η επιτευχθείσα απώλεια διατηρήθηκε μόνο στην ομάδα που συνέχιζε την άσκηση και μετά το τέλος της δίαιτας. Αντίθετα, αυτοί που ασκούσαν κατά τη δίαιτα και διέκοψαν την άσκηση μετά το τέλος αυτής, ξαναπήραν όλο το βάρος που έχασαν. Είναι αξιοσημείωτο επίσης ότι, διατήρηση του βάρους που χάθηκε, υπήρξε και στα άτομα που άρχισαν άσκηση για πρώτη φορά μετά το τέλος της δίαιτα.

- Κάνετε τη σωματική άσκηση τρόπο ζωής. Η φυσική ευεξία και η σωματική δύναμη χρειάζονται χρόνο για να απαιτηθούν. Το σώμα σας προσαρμόζεται σιγά - σιγά στο επιθυμητό επίπεδο ευεξίας του νέου τρόπου ζωής. Αν ασκείστε τακτικά, οι μυς σας θα αναπτυχθούν σιγά - σιγά, θα γίνουν πιο ευλύγιστοι και δυνατοί. Το σώμα σας θα μεταφέρει οξυγόνο, θρεπτικές ουσίες και αίμα πιο αποτελεσματικά. Θα καταναλώνετε έτσι περισσότερες θερμίδες και θα μπορείτε να τρώτε περισσότερο χωρίς φόβο αύξησης του βάρους. Δυστυχώς όμως αυτές οι αλλαγές είναι παροδικές να οι δραστηριότητές σας μειωθούν.
- Διατηρήστε τον ενθουσιασμό σας για άσκηση με το να βρείτε συντροφιά. Έτσι ώστε η ώρα της γυμναστικής να περνάει γρήγορα και να είναι πιο ευχάριστη. Προσπαθείτε να μην ματαιώνετε τον περιπατό σας για κανένα λόγο όπως π.χ. όταν ο καιρός δεν είναι καλός ή όταν συμβεί κάτι απρόοπτο.
- Μία άλλη τακτική που θα σας βοηθήσει να συνεχίσετε να ασκήστε είναι να διαλέξετε δραστηριότητες που ταιριάζουν στον τωρινό τρόπο ζωής σας. Ασχοληθείτε με αθλήματα, δραστηριότητες, συντροφιάς και προγράμματα που σας ευχαριστούν και να επιμείνετε σε αυτά. Να θυμάστε ότι μπορείτε να αυξήσετε το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας χωρίς να ασχολείσθε με οργανωμένο αθλητισμό ή προγράμματα γυμναστικής.<sup>6</sup>

### 6.1.2. Συμπεριφερολογικές τεχνικές.

Αφού χάσετε βάρος, θα αντιμετωπίσετε την πιο σημαντική πρόκληση στην μέχρι τώρα προσπάθειά σας να διατηρηθείτε στο νέο σας βάρος θα βρίσκεστε καθημερινά κοντά σε προκλητικά και

επικίνδυνα φαγητά. Ο πειρασμός θα είναι συνεχής. Μην ξαναγυρίσετε ποτέ στις παλιές σας συνήθειες.

Θα πρέπει να μάθετε να ελέγχετε τα σφάλματα, τις υποτροπές, την ψυχική σας διάθεση και τις αντιδράσεις σας. Κάποιο σφάλμα ή η επιστροφή στις παλιές διατροφικές σας συνήθειες είναι η πρώτη στιγμή της υποτροπής. Για παράδειγμα, μπορεί να περάσατε μία άσχημη ημέρα και να φάγατε παραπάνω, ή να παραλείψατε μία εβδομάδα σωματικής άσκησης. Η υποτροπή, από το άλλο μέρος, συμβαίνει όταν ξαναγυρίζετε στις παλιές σας συνήθειες για μερικές ημέρες ή εβδομάδες. Η πλήρης κατάρρευση αρχίζει όταν δεν μπορείτε πια να χαλιναγωγήσετε την αρνητική σας πορεία και ξαναγυρίσετε μόνιμα στις παλιές σας συνήθειες διατροφής. Το κρίσιμο σημείο που πρέπει να κατανοήσετε είναι ότι το σφάλμα ή ακόμη και η υποτροπή δεν θα πρέπει να αξιολογούνται σαν αποτυχία. Αλλά αντίθετα σαν μία πρόκληση που πρέπει να αντιμετωπίσετε. Ακολουθείστε τους παρακάτω τρόπους συμπεριφοράς που θα σας βοηθήσουν σε στιγμές σαν τις προηγούμενες.

Αναγνωρίστε τις καταστάσεις υψηλού κινδύνου που συνήθως ακολουθούνται από παρορμητική και ασυνείδητη πρόσληψη τροφής είναι βασικό να μάθετε να ξεχωρίζετε την διαφορά που υπάρχει μεταξύ της φυσιολογικής πείνας και της λαιμαργίας. Η πείνα σας λειοί ότι είναι ώρα για φαγητό, που μπορεί να είναι ένα κανονικό γεύμα ή ένα κομμάτι φρούτο ή ένα ποτήρι άπαχο γάλα. Η παρορμητική πολυφαγία είναι κάτι διαφορετικό χαρακτηρίζεται από κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφών, συνήθως υδατανθρακούχων (ψωμί, γλυκά κ.α.) χωρίς να προηγείται πραγματική πείνα. Οι πιο συνηθισμένες ώρες παρορμητικής πολυφαγίας είναι οι απογευματινές, οι βραδινές και οι μεταμεσονύκτιες

τις περισσότερες φορές προηγείται κάποιο στρεσογόνο περιστατικό. Για τις γυναίκες οι πιο επικίνδυνες μέρες είναι αυτές πριν από την περίοδο.

Μπορείτε να ελέγχεται αυτές τις παρορμήσεις εφαρμόζοντας μερικές από τις παρακάτω τεχνικές:

**Καθυστερημένη ικανοποίηση:** Η καθυστερημένη ικανοποίηση είναι ένα συμπεριφερσιολογικό εργαλείο που πολλά άτομα χρησιμοποιούν με επιτυχία για να σταματήσουν την παρορμητική λήψη τροφής. Είναι άσκηση εγκράτειας. Όταν αισθανθείτε έντονη επιθυμία για φαγητό ορίστε ότι δεν θα φάει αν δεν περάσουν 15 λεπτά. Τις περισσότερες φορές, αυτή η μικρή καθυστέρηση είναι αρκετή για να μειώσει ή και να μηδενίσει την ποσότητα της τροφής που θα καταναλώνετε.

**Θεωρία ΑΒΓ:** Μάθετε να χρησιμοποιείτε άλλους τύπους συμπεριφοράς και αντίδρασης εκτός από το φαγητό για να αντιμετωπίζετε τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής. Η θεωρία έχει ως εξής: Εάν συμβεί το Α (για παράδειγμα μία διαφωνία με τον σύζυγό σας), πράττετε πάντοτε το Β (μένετε με αρνητικά συναισθήματα) και αυτό προκαλεί πάντοτε το Γ (αντιδράτε με υπερκατανάλωση φαγητού). Πως μπορείτε να το αλλάξετε αυτό; Αλλάξτε το Α ή το Β ώστε να μην έχετε λόγο να κάνετε το Γ, ή αλλιώς βρείτε έναν τρόπο αντίδρασης εκτός από την υπερκατανάλωση φαγητού, όπως το τρέξιμο αντοχής ή ο περίπατος ή ο διαλογισμός.

Μερικές φορές, η μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα οδηγεί σε πολυφαγία. Προσπαθήστε να μην βρεθείτε και εσείς ποτέ στην δυσάρεστη αυτή κατάσταση. Αποσυνδέστε το φαγητό από οποιαδήποτε άλλη εκδήλωση της ζωής, ευχάριστη ή δυσάρεστη.

Τα επεισόδια πολυφαγίας στις περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζονται όταν το άτομο είναι μόνο του. Μην ξεχνάτε ότι ο άνθρωπος είναι κοινωνικό ον. Όταν λείπει η επικοινωνία θα καταφύγει σε άλλες λύσεις - υποκατάστατα (φαγητό, ποτό, κάπνισμα, κ.λ.π.) με τελικό αποτέλεσμα την επιδείνωση του προβλήματος. Μην είστε μόνοι!<sup>6</sup>

### **Αυξομειώσεις του σωματικού βάρους.**

Οι αυξομειώσεις του σωματικού βάρους (weight cycling) είναι ένα φαινόμενο πολύ συνηθισμένο σε όλες και όλους τους επιδιδόμενους στο.....σπορ της δίαιτας. Το φαινόμενο έχει αναγνωριστεί από μακρού, έχει ήδη επεξηγηθεί επαρκώς (κεφ. «αποφυγή υποτροπής»), αλλά δεν έχει γίνει τίποτα για την επίλυσή του.

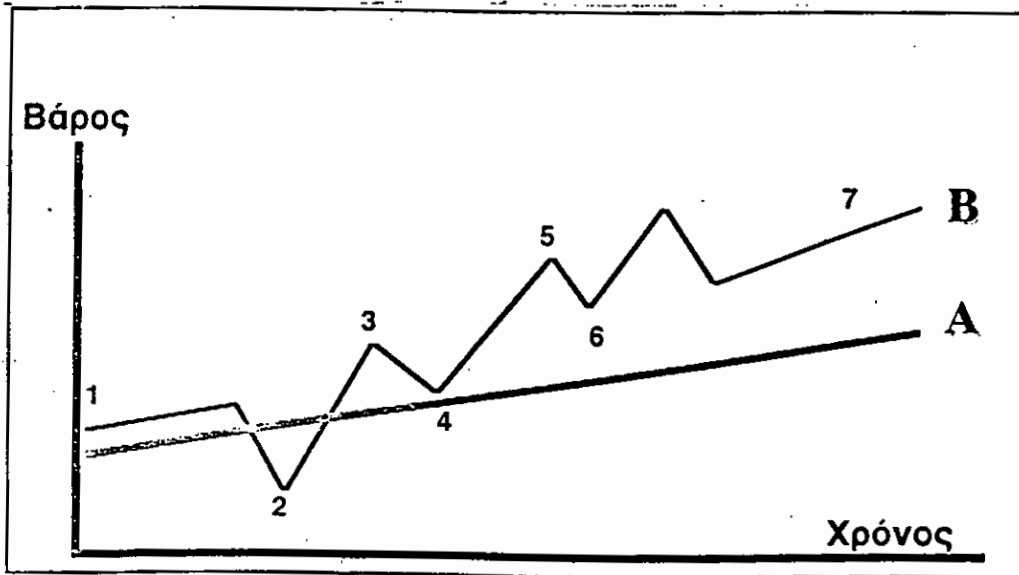
Για να υπάρχουν ανεπιθύμητες επιπτώσεις από τις μεταβολές του σωματικού βάρους πρέπει αυτές να είναι ίσες ή μεγαλύτερες από το 10% του αρχικού βάρους.

Η χαρακτηριστική πορεία του βάρους των παχύσαρκων ατόμων με ή χωρίς αυξομειώσεις φαίνεται στο σχήμα.

Ας δούμε αναλυτικά την πορεία τους. Ξεκινάνε και οι δύο με κάποιο παρόμοια αυξημένο σωματικό βάρος από το σημείο 1. Το άτομο Α δεν κάνει ποτέ προσπάθεια να χάσει βάρος. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα κάποια μικρή και προοδευτική αύξηση του βάρους μέχρι το χρονικό σημείο 7.

Το άτομο Β αποφασίζει κάποτε να..... λύσει το πρόβλημα της παχυσαρκίας του και υποβάλλεται σε κάποια θεραπευτική αγωγή με αποτέλεσμα στο χρονικό σημείο 2 να έχει χαμηλότερο βάρος από το άτομο Α. Νομίζοντας τότε ότι το πρόβλημα λύθηκε, επιστρέφει στις παλιές διαιτητικές συνήθειες με αποτέλεσμα στο χρονικό σημείο 3 να

έχει βάρος μεγαλύτερο από το άτομο Α. Τότε ακριβώς μαθαίνει για μία άλλη θαυματουργή μέθοδο απώλειας βάρους και ξεκινάει βάρος.



μία καινούργια προσπάθεια τη φορά αυτή, στο χρονικό σημείο 4, μετά δηλαδή την απώλεια, φτάνει με τα βίαια στο βάρος που θα είχε αν δεν έκανε ποτέ του κάποια προσπάθεια. Επειδή όμως τώρα το μεταβολικό του υπόστρωμα είναι επιβαρημένο, εύκολα φτάνει στο χρονικό σημείο 5 όπου το βάρος του είναι ψηλότερο από ποτέ. Παρασυρόμενος τότε από κάποιες πολλά υποσχόμενες διαφημίσεις που με λίγα χρήματα επιτυγχάνεις το θαύμα, κάνει κάποιες ακόμα προσπάθειες και κάθε φορά το βάρος που χάνει είναι λιγότερο και το βάρος που παίρνει περισσότερο (χρονικό σημείο 6). Τέλος, όταν αποφασίζει να σταματήσει κάθε προσπάθεια, έχει βάρος πολύ μεγαλύτερο από το άτομο Α και επί πλέον ο ρυθμός αύξησης που παρουσιάζει με τον χρόνο είναι μεγαλύτερος (χρονικό σημείο 7).

Η ανωτέρω πορεία που πιστεύω ότι είναι γνωστή στα περισσότερα παχύσαρκα άτομα, πρέπει να μας διδάξει μερικά πράγματα:

α) Είναι προτιμότερο να μην γίνει καμία προσπάθεια παρά να γίνονται αποτυχημένες προσπάθειες.

β) Ο αγώνας για τη λύση του προβλήματος που λέγεται παχυσαρκία αρχίζει πραγματικά μετά το τέλος της απώλειας βάρους. Προετοιμαστείτε λοιπόν ανάλογα και μη σπαταλάτε όλο το ψυχικό σας δυναμικό στη διαδικασία της απώλειας.

Οι ήδη αποδεδειγμένες επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των αυξομειώσεων του σωματικού βάρους είναι:

*α) αυξάνουν την θνησιμότητα*

*β) αποτελούν αυτόνομο προδιαθεσικό παράγοντα στεφανιαίας νόσου*

*γ) μειώνουν την πιθανότητα σταθεροποίησης του βάρους σε χαμηλότερα των αρχικών επίπεδα,*

*δ) μειώνουν τη μεταβολική δραστηριότητα*

*ε) έχουν τραγικές επιπτώσεις στην υφή των ιστών*

*στ) αυξάνουν τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα των παχύσαρκων ατόμων.<sup>6</sup>*

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΧΤΩ

#### 8.1. Πρόληψη εμφάνισης παχυσαρκίας.

Η ανάγκη για εξασφάλιση υγιεινής τροφής και υγιεινού νερού στην κοινότητα προηγείται και **το νοσηλευτικό** πρόγραμμα σκοπεύει στην πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη.

1. Πρωτογενής προληπτική παρεμβατική ενέργεια μπορεί να θεωρηθεί η ανάπτυξη και εφαρμογή ενός προγράμματος, ενημέρωσης των κατοίκων σχετικά με τις διατροφικές ανάγκες του οργανισμού.
2. Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στην φροντίδα των ατόμων της κοινότητας που παρουσιάζουν ήδη διατροφικά προβλήματα.
3. Η τριτογενής πρόληψη σκοπεύει στην ενεργοποίηση της κοινότητας για την αποκατάσταση των ατόμων που βρίσκονται στο στάδιο της αποθεραπείας μετά από διατροφικά προβλήματα και ανάπτυξη μακροπρόθεσμων στρατηγικών για εξασφάλιση της απαραίτητης διατροφής.<sup>6</sup>

##### 8.1.1. Ποιος έχει πιθανότητες να παχύνει;

Αναμφισβήτητα ΟΛΟΙ.

Κανένας άνθρωπος δεν έχει ανοσία στη νόσο που λέγεται παχυσαρκία περισσότερες όμως πιθανότητες έχουν αυτοί που προέρχονται από παχύσαρκους γονείς και αυτοί που σε οποιαδήποτε φάση της ζωής τους στο παρελθόν υπήρξαν παχύσαρκοι.



Η επίδραση της κληρονομικότητας είναι αναμφισβήτητη σήμερα και φαίνεται να δικαιολογεί το 1/3 των περιπτώσεων παχυσαρκίας. Επειδή όμως η ύπαρξη παχύσαρκου πατέρα, φαίνεται ότι η επίδραση του περιβάλλοντος είναι ισχυρότερη αφού οι διαιτητικές συνήθειες και ο τρόπος της ζωής της οικογένειας διαμορφώνονται από τη μητέρα. Πάντως, άτομα με κληρονομική μορφή παχυσαρκίας, παχαίνουν από τα πρώτα χρόνια της ζωής τους και είναι συνήθως βαρύτερα από άτομα με την επίκτητη μορφή της νόσου.<sup>6</sup>

### **8.1.2. Ποιο είναι το πρώιμο σημείο.**

Για τους ενήλικες, η αύξηση του σωματικού βάρους κατά 5 κιλά τα τελευταία 5 χρόνια η συνολική αύξηση κατά 8 κιλά, είναι τα πρώιμα σημεία για εγκατάσταση παχυσαρκίας.

Για τα παιδιά πρέπει να αρχίσουμε να είμαστε πολύ προσεκτικοί όταν το βάρος τους είναι πάνω από την 90η εκατοστιαία θέση (ανάλογα διαγράμματα υπάρχουν στα βιβλιάρια υγείας του παιδιού). Οριακή αύξηση βάρους για τον πρώτο χρόνο της ζωής του παιδιού φαίνεται ότι είναι τα 7,5 κιλά. Αν πάρουν πάνω από 7,5 κιλά τον πρώτο χρόνο της ζωής τους, οι πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες είναι τριπλάσιες από αυτές που έχουν τα παιδιά που πήραν λιγότερα από 7,5 κιλά.<sup>6</sup>

### **8.1.3. Πως μπορούμε να αποφύγουμε την αύξηση του σωματικού βάρους.**

Ο μοναδικός πρακτικά τρόπος είναι η διαρκής επιφυλακή για τους ενήλικες και προσπάθεια σταθεροποίησης του βάρους στα παιδιά στην ηλικία 5-7 ετών. Στις ηλικίες αυτές η απόλυτη διαφορά βάρους μεταξύ

φυσιολογικών και παχύσαρκων παιδιών είναι πολύ μικρή ενώ όσο η ηλικία αυξάνει, τόσο η διαφορά βάρους σε κιλά γίνεται μεγαλύτερη. Για να το κάνω πιο κατανοητό θα σας πω ένα παράδειγμα: ένα μέσο φυσιολογικό παιδί στην ηλικία των 5 ετών έχει βάρος 19 κιλά, ενώ ένα παχύσαρκο παιδί στην ίδια ηλικία έχει βάρος 23 κιλά, δηλαδή η απόλυτη διαφορά βάρους είναι μόνο 4 κιλά. Αντίθετα, στην ηλικία των 12 ετών, το μέσο φυσιολογικό παιδί έχει βάρος 41 κιλά ενώ το παχύσαρκο 61, δηλαδή η απόλυτη διαφορά βάρους είναι 20 κιλά, που όπως βέβαια καταλαβαίνετε, είναι πολύ δύσκολο να χαθούν πρακτικά, αν ένα παιδί είναι παχύσαρκο στην ηλικία των 5 ετών, δεν χρειάζεται να χάσει βάρος. Αρκεί μέχρι τα 12 να μην πάρει περισσότερα από 18 κιλά. Αυτό, θα του λύσει πρακτικά το πρόβλημα της παχυσαρκίας.<sup>6</sup>

#### **8.1.4. Ποιες είναι οι υποχρεώσεις της πολιτείας στον τομέα της πρόληψης.**

- α) Προώθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων στα σχολεία με έμφαση στη διατροφή, τη φυσική δραστηριότητα και τις γενικές αρχές υγείας.
- β) Ανάπτυξη κέντρων άθλησης σε περιοχές με εύκολη προσπέλαση από το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού.
- γ) Εξασφάλιση πλήρους και υγιεινής διατροφής για το σύνολο του πληθυσμού.
- δ) Δημιουργία υποδομής στους κρατικούς φορείς για αποτελεσματική και γρήγορη αντιμετώπιση εκείνων των κοινωνικών ομάδων που έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας.
- ε) Ανάπτυξη κοινωνικής πολιτικής για την ιατρο-φαρμακευτική προσπέλαση της νοσογόνου παχυσαρκίας.<sup>6</sup>

### 8.1.5. Ποιες είναι οι υποχρεώσεις της επιστημονικής Κοινότητας.

- α) Ο ακριβής καθορισμός των επιπέδων σωματικού βάρους που κάνουν αναγκαία την εφαρμογή μεθόδων πρόληψης και θεραπείας της παχυσαρκίας.
- β) Ο προσδιορισμός των ενδείξεων για το ποιος πρέπει να χάσει βάρος, γιατί, πότε και πως.
- γ) Η προώθηση στο κοινωνικό σύνολο της γνώσης ότι, η παχυσαρκία είναι ισχυρότατος προδιαθεσικός παράγοντας, για εμφάνιση και επιδείνωση καρδιαγγειακών και άλλων νόσων, ακόμα και όταν είναι μέτριας βαρύτητας.
- δ) Ο ακριβής καθορισμός των ενδείξεων για εφαρμογή θεραπευτικών μεθόδων (δίαιτα, φάρμακα, άσκηση, εγχειρήσεις).
- ε) Ο σχεδιασμός και η εκτέλεση βασικής έρευνας που τα αποτελέσματά της θα μπορούν να έχουν άμεση εφαρμογή στην κλινική πράξη.<sup>6</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ

### 9.1. Νοσηλευτικές απόψεις και πρακτικές του θέματος.

Καθώς η παχυσαρκία είναι σήμερα ένα μείζον πρόβλημα της δημόσια υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να το επιλύσουν σε πολλά επίπεδα.

Η νοσηλεία του παχύσαρκου ασθενή, ιδιαίτερα σε πλούσια εντατικής φροντίδας αποδεικνύεται ιδιαίτερα στρεσογόνος για τη θεραπευτική ομάδα, εξαιτίας της δυσκολίας της μεταφοράς και κινητοποίησης τέτοιων ασθενών. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους, το υγειονομικό προσωπικό θα εκφράσει πολλά παράπονα για τη σωματική καταπόνηση και τη γενικότερη δυσκολία της φροντίδας του παχύσαρκου. Υπάρχουν στοιχεία ερευνών, που δείχνουν ότι ορισμένες νοσηλεύτριες αντιμετωπίζουν αυτούς τους ασθενείς αρνητικά, όχι μόνο λόγω των προβλημάτων που δημιουργούνται κατά τη θεραπεία τους, αλλά και επειδή μοιράζονται τα αρνητικά στερεότυπα του γενικού πληθυσμού.

Σε έρευνες που έχουν γίνει, οι νοσηλευτές υποδεικνύουν τον τρόπο ζωής ως την κύρια αιτία και τα καρδιοκυκλοφορικά προβλήματα ως την κύρια συνέπεια της παχυσαρκίας, θεωρούν την απώλεια βάρους ευεργετική και αναφέρουν μεγάλο βαθμό αυτοπεποίθησης ως προς την συμβουλευτική τους ικανότητα σε αυτό το θέμα, όμως, οι προσδοκίες τους για την αποτελεσματικότητα των συμβούλων τους, είναι χαμηλές. Θεωρούν ότι η αποτυχία απώλειας βάρους βαραίνει τους ίδιους τους ασθενείς και δεν οφείλεται σε επαγγελματικούς παράγοντες. Οι

νοσηλευτές με χαμηλό δείκτη σωματικού βάρους αξιολογούν ως ευκολότερη την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας.

Μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών θεωρούν τους παχύσαρκους παθητικούς και μαλθακούς, όσον αφορά στην δραστηριότητα, αδύναμους και αναβλητικούς, όσον αφορά στη θέληση και κρίνουν ότι πάσχουν από έλλειψη αυτοκυριαρχίας και αυτοελέγχου. Ως ακόλουθο, η αρνητική θεώρηση των παχύσαρκων, ωθεί σε μία αρνητική αντιμετώπιση κατά τη νοσηλεία τους έχει επίσης παρατηρηθεί ότι οι νοσηλευτές που δεν είναι ικανοποιημένοι από το δικό τους σωματικό βάρος, έχουν πιο αρνητική συμπεριφορά.

Ωστόσο, οι περισσότεροι εκπαιδευμένοι νοσηλευτές έχουν πιο θετική στάση, παρόλο που η κλασική νοσηλευτική εκπαίδευση δεν κατευθύνει τη νοσηλευτική συμπεριφορά σε αυτά τα πλαίσια. Προσπάθειες τέτοιας εκπαίδευσης έχουν εμποδιστεί από την έλλειψη μιας κλίμακας συστηματικής αξιολόγησης της συμπεριφοράς και των αντιδράσεων των παχύσαρκων και ιδιαίτερα των νοσηρά παχύσαρκων ασθενών.

Η ανάγκη λοιπόν για συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση στη φροντίδα μη δημοφιλών ασθενών είναι επιτακτική, καθώς ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών απωθείται εντελώς από την εικόνα ενός νοσηρά παχύσαρκου και προτιμά να μην έρχεται καθόλου σε επαφή μαζί του.<sup>11,12,13</sup>

## 9.2. Ο ρόλος του νοσηλεύτη στο πρόβλημα της παχυσαρκίας

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη φροντίδα του νοσηρά παχύσαρκου ασθενή είναι πολυδιάστατος και ενεργός σε όλα τα στάδια της νοσηλείας του, όποιο πρόβλημα υγείας και αν αντιμετωπίζει.

Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην κοινότητα, ο ρόλος των νοσηλευτών είναι κυρίως συμβουλευτικός. Δίνονται διαιτητικές οδηγίες για χάσιμο βάρους, γίνεται ψυχολογική υποστήριξη και καθοδηγείται ο ασθενής για αλλαγή στη συμπεριφορά θρέψης. Γίνεται ενημέρωση για την ύπαρξη και την αποτελεσματικότητα της χειρουργικής αντιμετώπισης, διαγιγνώσκοντας προβλήματα υγείας που είναι απόρροια της νοσογόνου παχυσαρκίας και κατευθύνεται για περαιτέρω έλεγχο και θεραπεία.

Καθώς η νοσηλεία του νοσηρά παχύσαρκου ασθενή απαιτεί πολυδιάστατη και ομαδική προσέγγιση, η νοσηλεύτρια είναι εκείνη που οργανώνει και συντονίζει τη θεραπευτική ομάδα κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο, είναι εκείνη που έχει τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, την αφύπνιση και ευαισθητοποίηση για την έγκαιρη διάγνωση των προβλημάτων και δυσχερειών του νοσηρά παχύσαρκου και εκείνη που του παρέχει άμεση και αποτελεσματική ανακούφιση και ψυχολογική υποστήριξη γνωρίζοντας το ψυχολογικό του προφίλ.

Η νοσηλεύτρια του τμήματος φροντίζει για την ανεύρεση επιπρόσθετου προσωπικού για την ασφαλή μετακίνηση και κινητοποίηση του παχύσαρκου. Έχει την κατάλληλη επαγγελματική κατάρτιση για τη φροντίδα του σε όλες τις φάσεις της ασθένειάς του και την εποπτεία της νοσηλείας του, ώστε να γίνεται με άνεση, ασφάλεια και

σεβασμό. Φροντίζει να ξεπεράσει τις προκαταλήψεις της να μην επηρεάζεται από αρνητικές πεποιθήσεις και να αντιμετωπίζει το νοσηρά παχύσαρκο όπως και όλους τους άλλους ασθενείς, ως ξεχωριστή προσωπικότητα, με υπευθυνότητα, γνώσεις, ευαισθησία και πραγματικό ενδιαφέρον για τα προβλήματά του. Έχει ενεργό συμμετοχή στο Follow - up του, μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Οργανώνει και συμμετέχει ως συντονιστής σε ομάδες στήριξης ασθενών που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας τους.<sup>11,12,13</sup>

**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1**

Όνοματεπώνυμο: Γιαννακόπουλος Μιχάλης

Ηλικία: 78 ετών

Βάρος: 127 κιλά

Ύψος: 1,58 cm

Πιθανή διάγνωση: κώμα Σ/Δ Υπέρταση

Ημ. εισόδου: 11.12.2004

Ημ. εξόδου: -

Ο ασθενής εισήχθη στην κλινική με κώμα Σ/Δ όπως είναι επόμενο, δεν επικοινωνούσε με το περιβάλλον. Οι πληροφορίες που έχουμε πάρει είναι από συγγενείς του.

Πριν από μερικά χρόνια ο ασθενής ήταν μεν «παχύς» αλλά όχι παχύσαρκος. Η διαίτά του ήταν ελεύθερη. Μέχρι ηλικίας 70 ετών δεν είχε κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα. Από 70 ετών και μετά, παρουσιάστηκε πρόβλημα με την πίεσή του (ΑΠ: 180mmHg περίπου) καθώς και με το σάκχαρό του. Μετά από επίσκεψη στον παθολόγο του συστήθηκε δίαιτα διαβητικού. Το βάρος του άρχισε να αυξάνεται σιγά - σιγά. Σήμερα ζυγίζει 127 κιλά. Α.Π.: 180 - 190mmHg, Θ: 38-40°C και έχει έντονο πρόβλημα δύσπνοιας.

Μετά από εργαστηριακές εξετάσεις, τέθηκε σε τρίωρη μέτρηση Ζ.Σ., καθώς και σε σύνδεση με συσκευή O<sub>2</sub>. Τέθηκε ορός Ringers με Na, Nootrop και κρυσταλλική ινσουλίνη.

Η κατάστασή του μέρα με τη μέρα χειροτερεύει. Η θερμοκρασία του κυμαίνεται από 39-41°C την οποία καταπολεμούσαμε με αντιπυρετικά φάρμακα, ενώ πολύ συχνά γινόταν αναρρόφηση.



## ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ι (ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ)

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ Ν.Φ.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ Ν.Φ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ Ν.Φ.	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p><u>Πυρετός</u> Που κυμαίνεται από 39-41</p>	<p>Σταθεροποίηση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά όρια. Αποφυγή αφυδατώσεως.</p>	<p>Τοποθέτηση υγρών κομπρέσων Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων. Αφαίρεση των πολλών κλινοσκελεσμάτων. Τοποθέτηση ορού για την αποφυγή αφυδάτωσης. Παρακολουθούμε την ποσότητα και την πυκνότητα των ούρων. Μέτρηση θερμοκρασίας ανά 3ωρο ή ανά μία ώρα.</p>	<p>Στην αρχή τοποθετήθηκαν κομπρέσες. Ο πυρετός μένει στάσιμος κάναμε I.M. 1 AMP AROTEL. Μετά από 1 ώρα περίπου ο πυρετός είχε μείνει στάσιμος. Με συννεύνη του ιατρού γίνεται άλλη μία AMP AROTEL. Αφαιρέθηκαν τα βαριά κλινοσκελεσμάτα. Τέθηκε δεύτερος ορός. Για την αποφυγή αφυδάτωσης με AMP KCL-Na-Νοοτροπ.</p>	<p>Ο πυρετός δεν έχει πέσει καθόλου 40°C. Τις τελευταίες ημέρες έφθασε 42°C.</p>
<p><u>Υπέρταση</u></p>	<p>πτώση της Α.Π. και της συστολικής στα φυσιολογικά όρια.</p>	<p>Μέτρηση ΑΠ πολύ συχνά: • Χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων. • Μέτρηση ούρων.</p>	<p>Τέθηκε σε μέτρηση ΑΠ/1ωρ. καθώς και των ούρων. Με εντολή του γιατρού δόθηκε 1 ADALAT του 10mg. Η ΑΠ μένει στο ίδιο επίπεδο. Αμέσως έγινε 1 AMP Lasix.</p>	<p>Μετά από αυτές τις προσπάθειες, Η ΑΠ κυμαίνεται από 180-190mmHg.</p>

<u><b>Βρογχικές</b></u>	Αποβολή των βρογχικών εκκρίσεων. Ανακούφιση του ασθενούς και ελευθερία της αναπνευστικής λειτουργίας.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση αποχρεμπτικών φαρμάκων.</li> <li>Εφαρμογή αναρροφήσεων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εμπλουτίσαμε τον ορό με αποχρεμπτικό διάλυμα (Bisolvon)</li> <li>Γίνονται αναρροφήσεις.</li> <li>Σηκώσαμε το κρεβάτι λίγο πιο πάνω για βοήθεια.</li> </ul>	Οι αναρροφήσεις συνεχίζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.
<u><b>Δύσπνοια</b></u>	Επανόρθωση της αναπνευστικής λειτουργίας.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση O<sub>2</sub></li> <li>Τοποθέτηση σε ανάσπωση θέση.</li> <li>Ανακούφιση του ασθενούς από τις βρογχικές εκκρίσεις.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Δόθηκε O<sub>2</sub></li> <li>Σηκώθηκε το σώμα της σε ανάσπωση θέση.</li> <li>Γίνονται συχνές αναρροφήσεις βρογχικών εκκρίσεων.</li> </ul>	Η ασθενής συνεχίζει να παίρνει O <sub>2</sub> .
<u><b>Κυάνωση</b></u>	Επανόρθωση αναπνευστικής λειτουργίας.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση O<sub>2</sub></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Δόθηκε περισσότερο O<sub>2</sub></li> <li>Γίνονται πιο συχνά αναρροφήσεις.</li> </ul>	Κυάνωση αποσύρθηκε. Το O <sub>2</sub> δίδεται ακόμη. Οι αναρροφήσεις συνεχίζονται.

**ΣΗΜ.:** Παρ'όλες τις προσπάθειες η κατάσταση του ασθενούς χειροτερεύει. Η Α.Π. φθάνει 190mmHg, Θ=42°C, έγιναν οι τελευταίες προσπάθειες αλλά ο ασθενής απεβίωσε.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ

### 10.1. Γενικές διαιτητικές οδηγίες.

Από την αρχή θα πρέπει να τονιστεί και να γίνει απόλυτα κατανοητό ότι δεν υπάρχουν υγιεινά τρόφιμα αλλά υγιεινή διατροφή. Όλες οι τροφές επιτρέπονται και όλες απαγορεύονται αρκεί να υπάρχει μέτρο και σωστές αναλογίες. Το μέτρο και οι αναλογίες δεν είναι για όλους τους ανθρώπους το ίδιο εξαρτώνται από το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, το βαθμό της σωματικής δραστηριότητας, υπάρχουσες παθήσεις ή προδιάθεση για παθήσεις, ειδικές καταστάσεις όπως κύηση, θηλασμός, εφηβεία κ.τ.λ.

Οι παρακάτω πάντως γενικές αρχές ισχύουν για όλους μας και καλό θα είναι να γίνουν τρόπος ζωής:

- Η ποσότητα της τροφής, δηλαδή οι θερμίδες που παίρνουμε, πρέπει να είναι τόση ώστε να διατηρείται το βάρος μας στα επιθυμητά όρια.
- Η διατροφή θα πρέπει να μας προσφέρει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά στοιχεία στις ποσότητες που απαιτούνται για τον κάθε ένα από εμάς.
- Η συνολική ποσότητα λίπους της διατροφής μας δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερη από το 30% των συνολικών μας ενεργειακών αναγκών, δηλαδή 33 γραμμάρια λιπαρών ουσιών ανά 1.000 θερμίδες.
- Το 55% της διατροφής μας πρέπει να καλύπτεται από υδατάνθρακες, δηλαδή ψωμί, ρύζι, ζυμαρικά, πατάτες, φρούτα, χορταρικά, όσπρια.
- Είναι σκόπιμος ο περιορισμός της κατανάλωσης αλατιού.
- Η κατανάλωση καφέ δεν πρέπει ποτέ να ξεπερνάει τα 3 φλιτζάνια την ημέρα.

- Από τα οιοπνευματώδη, πρέπει να παίρνουμε κατ'ανώτατο όριο το 5% των ημερήσιων μας θερμίδων, δηλαδή μέχρι 2 ποτά την ημέρα.
- Η ποσότητα χοληστερίνης στην καθημερινή μας διατροφή είναι καλό να μην ξεπερνάει τα 250mg. Αυτό πάντως δεν είναι πάντα δεσμευτικό.
- Ένα επίσης σημείο που θα πρέπει να τονισθεί είναι το εξής: Το είδος του λίπους που παίρνουμε από τις διάφορες πηγές (κρέας, κοτόπουλο, ψάρι, αυγό) εξαρτάται κατά πολύ και από το είδος της διατροφής του ζώου που το παρήγαγε. Το κρέας π.χ. από κότες ή μοσχάρια ελεύθερης βοσκής είναι πολύ λιγότερο βλαπτικό από το κρέας που παρήχθη σε ειδικές μονάδες πάχυνσης.<sup>4,5,6</sup>

## 10.2. Διαιτητικές συμβουλές για τις αγορές τροφίμων.

Με λίγη εξάσκηση, τα μικρά μυστικά στα ψώνια θα σας γίνουν καθημερινή συνήθεια.

- Προσχεδιάστε τα γεύματά σας για την εβδομάδα και κάντε έναν κατάλογο πριν πάτε για ψώνια. Αυτό, θα σας βοηθήσει να αποφύγετε παρορμητικές αγορές ειδών που δεν περιλαμβάνονται στη συνηθισμένη διατροφή σας.
- Ποτέ μην πάτε να ψωνίσετε τρόφιμα νηστικοί. Η πείνα μπορεί να προκαλέσει την αγορά λανθασμένων ειδών διατροφής.
- Μην αγοράζετε τρόφιμα που είναι δυνατόν να καταναλωθούν χωρίς προηγούμενη διαδικασία παρασκευής.
- Αγοράστε είδη που είναι σε προσφορά, μόνον όταν συμπεριλαμβάνονται στην διατροφή σας, και γενικότερα σε όλο το

δισαιτητικό σας πρόγραμμα. Αλλιώς θα πάνε χαμένα ή θα τα φάτε χωρίς να πρέπει ή να το θέλετε.

- Αν θέλετε να μειώσετε το κόστος διατροφής σας αλλάζοντας τη μάρκα των προϊόντων που ήδη χρησιμοποιείτε, βεβαιωθείτε ότι συγκρίνατε τα συστατικά και τα ποσοστά στην ετικέτα και ότι αγοράσατε αυτό που πραγματικά θέλετε.
- Ελέγξτε τα συστατικά στην ετικέτα για αλάτι και άλλα παρεμφερή πρόσθετα. Προσέξτε οποιαδήποτε ετικέτα που αναφέρει την λέξη «νάτριο».<sup>4,6</sup>

### 10.3. Σύντομες οδηγίες και πληροφορίες

- Το λίπος αποτελεί το 15-20% του σωματικού βάρους στον άνδρα και το 20-25% στη γυναίκα.
- Στα παχύσαρκα άτομα, το λίπος αντιπροσωπεύει το 40% του σωματικού βάρους.
- Από το σύνολο του σωματικού λίπους, το μισό βρίσκεται κάτω από την επιφάνεια του δέρματος (υποδόριο ιστό).
- Όταν το άτομο είναι υπέρβαρο κατά 40-45%. Ο δείκτης θνησιμότητας αυξάνει απότομα.
- Σε κάθε 10Hg υπέρβαρου, η συστολική πίεση αυξάνεται κατά 3mHg και η διαστολική κατά 2mmHg.
- Άτομα με κακοήθη 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 55cal/gr θεωρείται ως η φυσιολογική ημερήσια πρόσληψη θερμίδων και για ένα άτομο 60 κιλών είναι  $35 \times 60 = 2.100$ .
- Σε οποιοδήποτε διαιτολόγιο, μείωση των προσλαμβανομένων θερμίδων κάτω των 1.200 δεν συνίσταται και θεωρείται επικίνδυνη χωρίς ειδική υποστήριξη.
- Πρόσληψη υδατανθράκων 0,75 - 1,5 g/kg ανά 24ωρο, θεωρείται απαραίτητο για να αποφευχθεί οξέωση από τη διάσπαση πρωτεϊνών το ελάχιστο ποσό σακχάρων, του οποίου η λήψη θεωρείται απαραίτητη είναι 100 gr περίπου.<sup>4,4,6</sup>

## Προτεινόμενη Πυραμίδα Υγιούς Διατροφής

**Γλυκά** Κάθε είδους γλυκίσματα ή ζαχαρωτά (σπανίως, όριο έως 75 θερμίδες τη μέρα)

**Λίπη** Ελαιόλαδο, ξηροί καρποί, λάδι κανόλας, αβοκάντο (3-5 μερίδες καθημερινά· μία μερίδα είναι 1 κουταλάκι του γλυκού λάδι ή 2 κουταλιές της σούπας ξηροί καρποί)

### Πρωτεΐνες και Γαλακτοκομικά

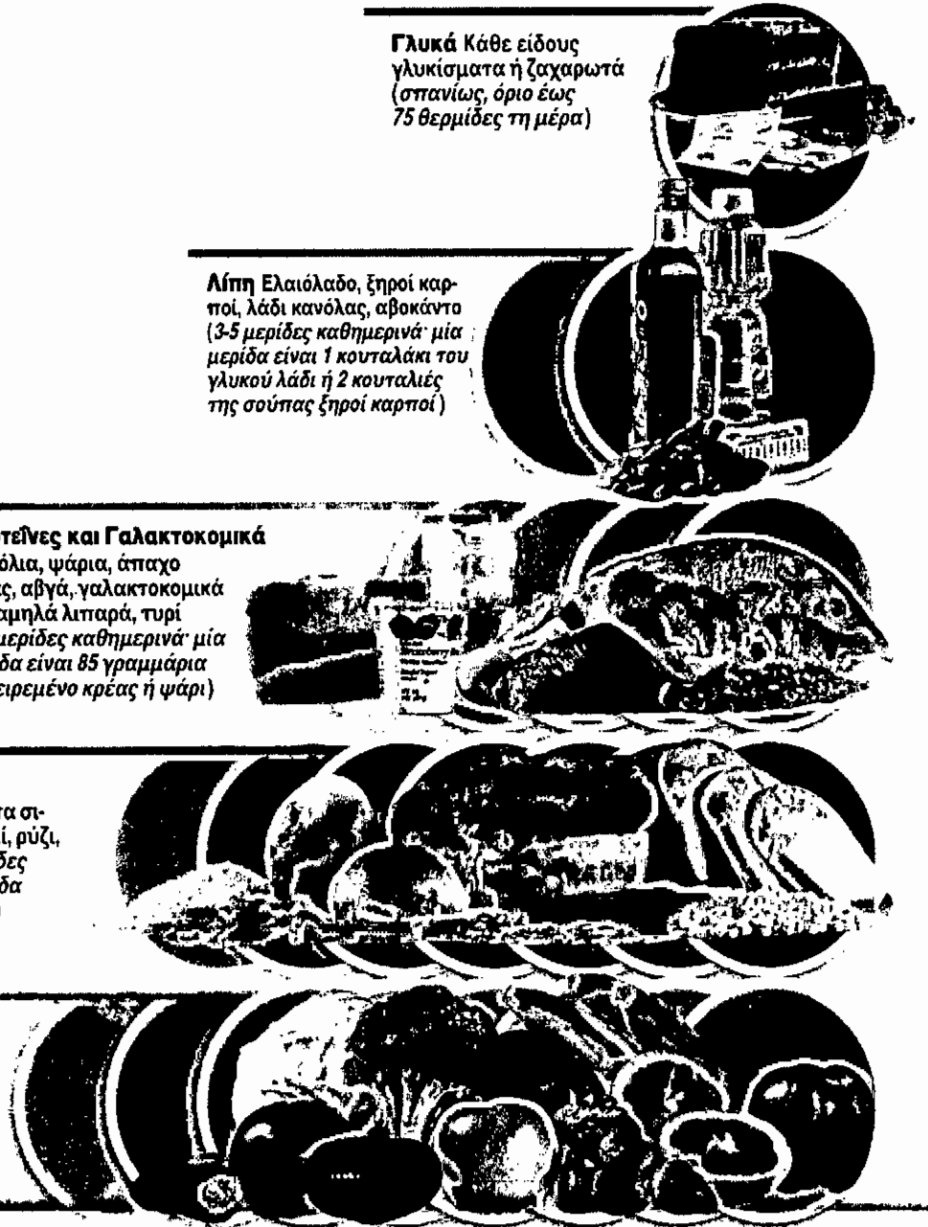
Φασόλια, ψάρι, άπαχο κρέας, αβγά, γαλακτοκομικά με χαμηλά λιπαρά, τυρί (3-7 μερίδες καθημερινά· μία μερίδα είναι 85 γραμμάρια μαγειρεμένο κρέας ή ψάρι)

### Υδατάνθρακες

Κυρίως αναποφλοιωτά σιτηρά-ζυμαρικά, ψωμί, ρύζι, δημητριακά (4-8 μερίδες καθημερινά· μία μερίδα είναι μία φέτα ψωμί)

### Φρούτα και Λαχανικά

Μεγάλη ποικιλία από κάθε κατηγορία (απεριόριστες μερίδες καθημερινά, το ελάχιστο 3 από την κάθε κατηγορία)



## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τελειώνοντας πρέπει να τονίσουμε ότι η παχυσαρκία αποτελεί ένα χρόνια πρόβλημα και η λύση του απαιτεί συνεχείς και μακροχρόνιες προσπάθειες. Δεν είναι σαν την πνευμονία ή άλλη λοίμωξη που αντιμετωπίζεται με μία απλή συνταγή από το γιατρό. Απαιτεί τη συνεργασία γονιών, γιατρού, σχολείου και σε ορισμένες περιπτώσεις τη βοήθεια καλά οργανωμένης ομαδικής θεραπείας.

Η σωστή διαιτητική, ο σωστός τρόπος ζωής ίσως απαιτεί αλλαγή νοοτροπίας, αλλαγή νοοτροπίας, αλλαγή συμπεριφοράς, επανιεράρχηση ενδιαφερόντων ώστε να μην αποτελεί το φαγητό τόσο σημαντική απόλαυση στη ζωή του ατόμου και ιδιαίτερα εκείνου που έχει εκδηλωμένη «τάση για παχυσαρκία».

Η αλλαγή των διαιτητικών συνηθειών όλης της οικογένειας αποτελεί απαραίτητο όρο. Είναι αδιανόητο οι μεγάλοι να τρώνε καλομαγειρεμένο φαγητό και το παιδί κοτόπουλο βραστό και σαλάτα χωρίς λάδι. Το παιδί που αποφασίζει να χάσει βάρος έχει ανάγκη από συνεχή ενθάρρυνση και σωστή τροφοδότηση των κινήτρων του ώστε να βοηθηθεί ν'αντιμετωπίσει το πρόβλημά του με θέληση και αισιοδοξία.

Δεν πρέπει να παραλείψουμε ν'αναφέρουμε ότι μόνο οι μισοί ίσως μόνο το ένα τρίτο των ατόμων που κάνουν οποιαδήποτε δίαιτα καταφέρνουν να χάσουν βάρος και ποτέ να μην το ξαναπάρουν, δηλαδή να διατηρήσουν μόνιμα το επιθυμητό βάρος. Γι'αυτό στις περιπτώσεις αποτυχίας οι νέοι θα πρέπει να ενισχύονται να ζουν με το πρόβλημά τους χωρίς αγανάκτηση και να δεχτούν τον εαυτό τους όπως είναι.

**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 παχυσαρκία, η μάστιγα αυτή των σύγχρονων καταναλωτικών χώρων, θα αποτελεί πια, μόνο παρελθόν.**

**Ευχόμαστε και ευελπιστούμε, τα όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω να συμβάλλουν στην επίτευξη των υψηλών αυτών στόχων.**

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ζαμπάκος Γ. (1989) *«Παχυσαρκία - ένα αίνιγμα με πολλές λύσεις»*, Εκδόσεις Βήτα.
2. Thomas Ellrott - Volker Pudel (1998) *«Θεραπεία της παχυσαρκίας»*, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου.
3. Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας (2001) *«Ένας ενημερωτικός και συμβουλευτικός οδηγός για την οικογένεια»*, Παιδική Παχυσαρκία, εκδόσεις Roche.
4. Τσιλιγκιρόγλου - Φαχαντίδου (1991) *«υγιεινή»*, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών.
5. Σαχίνη - Καρδάση Α., Πάνου Μ. *«Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική»* (2000), Τόμος Β', εκδόσεις Βήτα.
6. Μορτόγλου Αναστάσιος, *«Παχυσαρκία - ένας πρακτικός ενημερωτικός και θεραπευτικός οδηγός για όλους»*, έκδοση 1996.
7. Ματσανιώτης Ν. *«εμείς και το παιδί μας»*, έκδοση 1987.
8. Βαρσάμης Ευστράτιος, *«Η θεραπεία της υπέρτασης - η εξατομίκευση της αντιυπερτασικής αγωγής»*, έκδοση 1996.
9. Ράπτη Σωτηρίου, *«Εσωτερική παθολογία»*, Τόμος 4, έκδοση 1998.
10. Περιοδικό της Νοσηλευτικής, *«Απρίλιος - Ιούνιος»* 2001, Τόμος 40, Τεύχος 2.
11. Περιοδικό της Νοσηλευτικής *«Ιανουάριος - Μάρτιος 2003»*, Τόμος 42, τεύχος 1.
12. Περιοδικό της νοσηλευτικής *«Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2002»*, Τόμος 41, Τεύχος 3.
13. 26<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Κέρκυρα 25-27 Μαΐου 1999.

14. Πλέσσα Στ. «Ειδικές Δίαιτες», Αθήνα 1994.
15. Ξενοφ. Π. Οικονόμου, «Ειδική διαιτητική προληπτική και θεραπευτική» 1996.
16. Μπάρλου Ειρ. Πανοπούλου, «Εγχειρίδιο φυσικοθεραπείας», 1987.
17. Ν.Α. Μαλγαρινού - Κωνσταντινίδου, «Νοσηλευτική - Παθολογική Χειρουργική», Τόμος Β', 2001.
18. Μουτσόπουλος - Εμμανουήλ, «Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας», 1991.
19. SLEISENGER - FORDTRAN'S, «Γαστρεντερολογία και ηπατολογία», 1991.
20. Πετσίνη Κωνσταντίνου, «Πως να κόψεις το τσιγάρο», έκδοση 1978.

