

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ

ΜΕ ΘΕΜΑ:

«Παχυσαρκία - Είδη - Τρόποι Αντιμετώπισης -
Νοσηλευτική Παρέμβαση»



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. Κων/νος Αντιωνακόπουλος

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

Διονυσία Σταθοπούλου

Πάτρα, 2002



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	6
Ορισμός – Ορισμοί	7
Επίπτωση – Επιδημιολογικά Χαρακτηριστικά	8
Αιτιολογία – Παθογενετικοί Μηχανισμοί – Επιπλοκές	10
Διάγνωση	30
Κλινική Συμπτωματολογία – Μορφές	38
Θεραπεία Παχυσαρκίας	41
Συντηρητική (Δίαιτα – Άσκηση)	41
Χειρουργική Επέμβαση	54
Ψυχοθεραπεία	66
Πρόγνωση	67
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	68
Πρωτογενής Πρόληψη Παχυσαρκίας – Νοσηλευτική Παρέμβαση	69
Δευτερογενής Αντιμετώπιση Παχυσαρκίας– Νοσηλευτική Παρέμβαση	
Συντηρητική	73
Τριτογενής Αντιμετώπιση Παχυσαρκίας – Χειρουργική	80
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	102
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	104
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	108

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το ενδιαφέρον του ανθρώπου για το φαγητό είναι τόσο παλιό όσο και ο άνθρωπος. Στις πρωτόγονες φάσεις της ανθρώπινης κοινωνίας λειτουργούσε μόνο στην κατεύθυνση του εφοδιασμού του οργανισμού με τις απαραίτητες, για την επιβίωσή του, θερμίδες, αλλά στην σύγχρονη εποχή πήρε άλλη διάσταση. Όλοι μας γνωρίζουμε την ευχαρίστηση που μας προσφέρει ένα καλό γεύμα, που δεν ενέχει μόνο την ανάγκη ικανοποίησης του φυσιολογικού ενστίκτου της πείνας αλλά και την τελετουργία του γεύματος, που εστιάζεται στην θέρμη που προέρχεται από το μοίρασμά του με άλλους. Ένα σημαντικό μέρος της ευχαρίστησης που παίρνουμε από το φαγητό ανάγεται στην πλουσιότητα και στην ποικιλία των ενδαιτητικών συνηθειών μας, στις παραδόσεις, στον κοινωνικό τομέα.

Σημαντική συμβολή στην ανάταση που προσφέρει ένα καλό γεύμα έχει και η σημερινή κουλτούρα, κατά την οποία οι ευχαριστήσεις που παρέχονται είναι κατά μεγάλο μέρος, γαστριμαργικές. Η βομβάρδιση από ένα κύμα διαφημίσεων που προτείνουν νέα κίνητρα στην αντιμετώπιση του φαγητού και που αυξάνει συνεχώς την επιθυμία γι' αυτό. Μερικοί ανθίστανται στην πίεση της ικανοποίησης των επιθυμιών τους, ή τουλάχιστον βάζουν κάποια όρια, άλλοι δεν ξέρουν ή δεν μπορούν να αντισταθούν, και για το λόγο αυτό παχαίνουν. Η παχυσαρκία αποτελεί καρπό της ανθρώπινης εξέλιξης και είναι διαδεδομένη σε όλες τις κοινωνίες, είτε πρόκειται για υψηλού, είτε για χαμηλότερου επιπέδου κοινωνία, αφορά δε τόσο τα παιδιά, όσο και τους ενήλικες.

Εξάλλου, σχεδόν ολοκληρωτική εξαφάνιση της παχυσαρκίας κατά τους δύο παγκόσμιους πολέμους, και η εξαφάνιση της παχυσαρκίας κατά τους δύο παγκόσμιους πολέμους, και η εμφάνιση της κατά την μεταπολεμική, βελτιωμένη

οικονομικά, περίοδο αποτελεί καθαρή ένδειξη της σχέσης που υφίστανται μεταξύ της παχυσαρκίας και της δυνατότητας πλούσιας ενδιαίτησης. Και όμως όταν το σώμα υπόκειται σε διακυμάνσεις βάρους του, δημιουργεί ένα σημαντικό μειονέκτημα.

Τα προβλήματα που δημιουργεί η παχυσαρκία έχουν οδηγήσει πολλούς επιστήμονες στην μελέτη της και ανάμεσα σ' αυτούς η Νοσηλευτική έρχεται να συμβάλλει ουσιαστικά στην μελέτη αυτή είτε μέσω της πληροφόρησης – διδασκαλία είτε μέσω της παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας.

Γ' αυτό και ο σκοπός αυτής της πτυχιακής είναι μια προσπάθεια ενημέρωσης των ατόμων που ασχολούνται με την υγεία και συγκεκριμένα με την Νοσηλευτική.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για να μπορέσει να επιτευχθεί αυτή η εργασία χρειάστηκε να συνεργαστούν αρκετά άτομα.

Ευχαριστώ,

Τον κ. Κωνσταντίνο Αντωνακόπουλο που δέχθηκε να γίνει η ανάπτυξη του θέματος και για την επίτευξή της.

Ακόμη όλους τους ιατρούς που βοήθησαν να βρεθεί το υλικό για το θέμα και τέλος ευχαριστώ το προσωπικό που εργάζεται στις διάφορες βιβλιοθήκες και στα αρχεία του ΠΠΝΡ, που βοήθησαν να βρεθούν τα ανάλογα περιστατικά.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πρόβλημα της παχυσαρκίας δεν αφορά μόνο τις γυναίκες αλλά και τους άνδρες, κυρίως της προχωρημένης ηλικίας, όταν το πρόβλημα της εξετάζεται και από την άποψη της υγιεινής, εκτός της αισθητικής. Το περιττό βάρος μπορεί να αποκαλύψει συγκρούσεις. Συνήθως ο παχύσαρκος δεν είναι ευχαριστημένος ούτε από τον εαυτό του, ούτε από τη θέση του στον κόσμο δεν είναι συνεπώς σε καλή σχέση με το σώμα του.

Οι παχύσαρκες γυναίκες αισθάνονται ότι η φυσική τους εμφάνιση δεν ανταποκρίνεται στο σύγχρονο ιδεώδες της ομορφιάς, γιατί, εντελώς παράδοξα, η ίδια πλούσια κοινωνία που μας προτείνει συνεχώς να τρώμε συγχρόνως ένα ανθρώπινο μοντέλο που αντικάσκει με αυτό το κλίμα της αφθονίας. Το καθημερινό ιδεώδες αντιπροσωπεύεται από την συχνότητα του σώματος και ο παχύσαρκος, που δεν εμπίπτει στις προδιαγραφές αυτές, αισθάνεται διαφορετικός, περιθωριοποιημένος και δεν νιώθει άνετα μέσα στην κοινωνία.

Αυτή η αντίληψη δημιουργεί πολλά προβλήματα στην κοινωνικότητα του ανθρώπου που είναι παχύσαρκος που με την σειρά δημιουργεί διαταραχή στην λειτουργία της κοινωνίας όπου σε συνδυασμό με τα προβλήματα υγείας που παρουσιάζει ο παχύσαρκος μετά από κάποιο διάστημα να τη θεωρούν ως ένα από τα πιο επικίνδυνα προβλήματα της κοινωνίας.

Επομένως η αυξημένη επικινδυνότητα του προβλήματος της παχυσαρκίας έδωσε το ερέθισμα να ερευνηθεί και να κατανοηθεί. Η ανεύρεση των στοιχείων δεν ήταν αρκετά εύκολη γιατί, ενώ υπάρχουν αρκετά στοιχεία, δεν είναι τοποθετημένα με σειρά δηλαδή, όλοι αναφέρονται στην παχυσαρκία όμως πολλοί λίγοι είναι αυτοί που την αναπτύσσουν απ' όλες τις πλευρές της.

Γενικά έγινε μια προσπάθεια να συγκεντρωθούν όλες οι πληροφορίες και να τοποθετηθούν σε μια σειρά αλλά πόσο κατατοπιστική είναι αυτή η πτυχιακή θα κριθεί από τους αναγνώστες και τους ακροατές.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ - ΟΡΙΣΜΟΙ

Παχυσαρκία είναι η αύξηση του βάρους σώματος, οφειλούμενη σε αυξημένη εναπόθεση λίπους¹.

Η υπερβολική συσσώρευση λίπους στον οργανισμό και η εναπόθεση του στον υποδόριο ιστό, στο επίπλοον και σε άλλους ιστούς και όργανα².

Με τον όρο παχυσαρκία εννοούμε μια αφύσικη αύξηση του βάρους του σώματος που προσδιορίζεται από υπερβολική συσσώρευση λίπους στον οργανισμό. Η συσσώρευση αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι το σώμα παίρνει περισσότερο, απ' ότι του χρειάζεται για να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, φαγητό, και από το γεγονός αυτό προέρχεται η έλλειψη ισορροπίας μεταξύ του αριθμού των θερμίδων που πήρε και της ενεργητικής ανάλωσης αυτών που είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη του οργανισμού και για τις λειτουργίες του³.

Παχυσαρκία ονομάζεται η παθολογική αύξηση του σωματικού λίπους. Παρ' όλο που η αύξηση του βάρους είναι πολύ συχνή στην παχυσαρκία υπάρχουν ειδικές περιπτώσεις (αθλητές, κ.ά.) όπου η αύξηση του βάρους οφείλεται σε εκλεκτική αύξηση της μυϊκής μάζας⁴.

Παχυσαρκία, όπως και η λέξη υπονοεί, σημαίνει αύξηση του σωματικού λίπους. Επειδή όμως ο προσδιορισμός του σωματικού λίπους δεν είναι εύκολο στην καθημερινή πράξη, για τον καθορισμό της παχυσαρκίας χρησιμοποιούμε το σωματικό βάρος σε σχέση με το ύψος⁵.

ΕΠΙΠΤΩΣΗ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η παραμόρφωση του σώματος είναι η πρώτη επίπτωση της παχυσαρκίας. Οι ωραίες γυναικείες καμπύλες και 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 του απαλείφονται. Με άλλα λόγια, αποδιοργανώνεται η ανατομική φόρμα του σώματος, που γίνεται άσχημο και λειτουργικά ανεπαρκές.

Από αποτελέσματα μελετών στην Αμερική, σχετικά με την παχυσαρκία, που δόθηκαν στην δημοσιότητα, προκύπτει ότι η παχυσαρκία προσβάλλει 34 εκατομμύρια Αμερικανών, αυξάνοντας θεαματικά τη συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων που αφορούν την υγεία.

Ο Bray σύγκρινε δεδομένα 16 περιπτώσεων κακοήθους παχυσαρκίας και βρήκε ότι η μέση ηλικία αυτών των ατόμων δεν υπερβαίνει τα 35 χρόνια, γεγονός που τοποθετεί την παχυσαρκία στους πιο θανάσιμους εχθρούς της ζωής.

Οi Dreuick et al βρήκαν ότι οι άνδρες 25 – 34 χρονών έχουν 12 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πεθάνουν, όταν είναι παχύσαρκοι, ενώ άνδρες ηλικίας 65-67 χρόνων έχουν μόνον δύο φορές περισσότερη τέτοια πιθανότητα⁶.

Οι σύγχρονες στατιστικές τονίζουν την γραμμική σχέση που υφίσταται ανάμεσα στην παχυσαρκία και το ποσοστό νοσηρότητας και θνησιμότητας. Σε αύξηση του βάρους 5-14% η θνησιμότητα αυξάνει κατά 122%. Στην αύξηση 15-24% κατά 144%, φτάνει τα 175% όταν το βάρος ξεπερνά τα 25%, και αυτό κύρια από αγγειοκαρδιακές αιτίες⁷.

Στις δυτικές χώρες η συχνότητα παχυσαρκίας φτάνει στο μέγιστο σε ηλικία μεταξύ 50 και 54 ετών όταν περίπου 15% των γυναικών και 10% των ανδρών είναι παχύσαρκοι. Οι άνθρωποι που οι γονείς τους έκαναν χειρωνακτικές εργασίες και που κάνουν κι αυτοί χειρωνακτικές εργασίες έχουν διπλάσια πιθανότητα να γίνουν παχύσαρκοι γύρω στα 40 από εκείνους που δεν κάνουν χειρωνακτικές εργασίες. Μεταξύ των γυναικών δύο ομάδες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες παχυσαρκίας είναι:

- α) εκείνες που δεν παντρεύονται
- β) εκείνες που έχουν τρεις ή περισσότερες εγκυμοσύνες⁸.

Στην Ελλάδα πρόσφατες στατιστικές δείχνουν ότι οι παχύσαρκοι ενήλικες αντιπροσωπεύουν το 30-50% του πληθυσμού³.

Οι καρδιολογικές παθήσεις είναι οι κυρίαρχες αιτίες θνησιμότητας και ανικανότητας στην Ευρώπη, οι οποίες είναι υπεύθυνες για το 52% των θανάτων. Τα αίτια των καρδιολογικών παθήσεων είναι πολλά άλλα αρκετά σημαντικό ρόλο παίζει η παχυσαρκία και οι σχέσεις της με την διατροφή⁹.

Ένας στους 4 Έλληνες έχει λίγα ή πολλά παραπανίσια κιλά, δηλαδή είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος. Πολλοί ειδικοί θεωρούν την παχυσαρκία ως την αναμενόμενη αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού σ' ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από αφθονία τροφίμων χαμηλής θρεπτικής αξίας με πολλές θερμίδες και από την παντελή έλλειψη σωματικής δραστηριότητας.

Υποστηρίζοντας ότι αν συνεχίσουν με αυτόν τον ρυθμό, τότε 1 στους 2 Ευρωπαίους της επόμενης γενιάς – της γενιάς του καναπέ και του «πρόχειρου» φαγητού θα είναι παχύσαρκος¹⁰.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Υπάρχουν πολλοί που αναρωτιούνται ποιοι είναι οι «ένοχοι» για την παχυσαρκία; Κατά πόσο φταίει ο μεταβολισμός ή οι ενδοκρινικές διαταραχές; Είναι υπεύθυνα τα γονίδια ή... η προαγωγή που πήρε στην δουλειά; Αυτά είναι μερικά από τα ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν ώστε να δοθεί μια εξήγηση για τα παραπανίσια κιλά.

α) Κληρονομικότητα

Ίσως κάποιος να μην έχουν άδικο, ιδιαίτερα αν και οι γονείς τους έχουν πολλά περιττά κιλά. Έχει διαπιστωθεί ότι οι παχύσαρκοι γονείς μπορεί να έχουν παχύσαρκα παιδιά σε ποσοστό που – σύμφωνα με ορισμένες μελέτες – αγγίζει το **90%**. Έρευνες σε διδύμους αποκαλύπτουν ότι εκείνοι που είναι μονοζυγωτικά δίδυμα δηλαδή μοιάζουν σαν δύο σταγόνες νερό έχουν **διπλάσιες** πιθανότητες να έχουν την ίδια αναλογία ύψους – βάρους.

Προσοχή όμως! Ας μην ενοχοποιείται η κληρονομικότητα περισσότερο από όσο πρέπει. Σύμφωνα με τους ειδικούς, η επίδραση του περιβάλλοντος, δηλαδή του **τρόπου ζωής και διατροφής**, είναι πιο ισχυρή από την κληρονομική προδιάθεση. Αν θέλουμε να μιλήσουμε με ποσοστά, θα δίναμε ένα **30% στην κληρονομικότητα και ένα 70% στο περιβάλλον**.

Δεν είναι άλλωστε τυχαίο, ότι σύμφωνα με έρευνες, οι Ιάπωνες που θεωρούνται αδύνατος λαός, όταν ζουν εκτός της χώρας τους – δηλαδή σε ένα διαφορετικό περιβάλλον, με άλλες διατροφικές συνήθειες και τρόπο ζωής -, είναι συχνότερα υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Σύμφωνα με μελέτη δε που έγινε στους ιθαγενείς των

νησιών του Ειρηνικού, οι οποίοι άλλαξαν τις διατροφικές τους συνήθειες επί το ... δυτικότερο, λόγω της μεγάλης τουριστικής κίνησης, διαπιστώθηκε αύξηση της παχυσαρκίας κατά **40-50%**, του σακχαρώδους διαβήτη κατά **55%** και της υπέρτασης σε ποσοστό άνω του **30%**!

Δεν μπορείτε να αλλάξετε τα γονίδιά σας, αλλά μπορείτε να αλλάξετε τον τρόπο ζωής και διατροφής σας!

β) «Μη σωστή διατροφή»

Όταν κάποιος νομίζει ότι τρώει πολύ και προτιμάει τρόφιμα πλούσια σε λιπαρά, τότε μόλις ανακάλυψε τον κύριο υπαίτιο της παχυσαρκίας. Όσο κι αν αναζητούνται άλλοι «ένοχοι» για το υπερβολικό βάρος, η αλήθεια είναι ότι αυτό προκαλείται όταν οι θερμίδες που παίρνετε είναι περισσότερες από αυτές που καίτε. Είναι γεγονός ότι τις τελευταίες δεκαετίες, η πρόσβασή μας στο «πρόχειρο» φαγητό, δηλαδή σε τροφές πλούσιες σε λίπος και θερμίδες, είναι πολύ εύκολη. Εκτιμάται ότι στην Αμερική κάθε δευτερόλεπτο περισσότεροι από **200 άνθρωποι** τρώνε από ένα χάμπουργκερ! Η άνεση με την οποία τροφοδοτούμε τόσο τα ντουλάπια της κουζίνας μας όσο και την κοιλιά μας με τροφές αυτού του είδους έχει αλλάξει εντελώς τις διατροφικές συνήθειες. Έχουμε μάθει να τσιμπολογάμε διάφορα σνακ αμφιβόλου ποιότητας, χαμηλής διατροφικής αξίας και, δυστυχώς, πλούσια σε θερμίδες και λιπαρά. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής απαιτεί να είμαστε διαρκώς εκτός σπιτιού, με αποτέλεσμα υγιεινές τροφές, όπως τα φρούτα και τα λαχανικά, να εξοβελίζονται από το καθημερινό μας διαιτολόγιο και να καταστρατηγούνται οι ώρες των γευμάτων (μεσημεριανό, δείπνο). Αντιθέτως διάφορα σνακ και «πρόχειρα» φαγητά αποτελούν τον κύριο τρόπο διατροφής.

γ) «Γάμος και η παραμονή για πολλές ώρες στην τηλεόραση»

Μπορεί να σας κάνει εντύπωση, αλλά είναι αλήθεια ότι ο γάμος «φιλοδωρεί» το ζευγάρι, ιδιαίτερα τους άνδρες με αρκετά παραπανίσια κιλά. Οι λόγοι σχετίζονται με το νέο τρόπο ζωής του ζευγαριού, τις κοινωνικές υποχρεώσεις, τα συχνά τραπέζια σε συγγενείς, όπου όλοι θέλουν να προσφέρουν ό,τι καλύτερο – και συνάμα πλούσιο σε θερμίδες – έχουν. Τα πλούσια γεύματα, που συχνά συνοδεύονται με ανεξέλεγκτη οινοποσία, έχουν ως συνέπεια την πρόσληψη επιπλέον θερμίδων, με αποτελέσματα που τα βλέπετε στην ζυγαριά σας. Ακόμη κι αν δεν τρώει κανείς πολύ περισσότερο, πχ. προσλαμβάνετε μόνο 200 παραπάνω θερμίδες την ημέρα (όσες έχουν 60 γρ κίτρινο τυρί) τα αποτελέσματα είναι συσσωρευτικά. Μια μέτρια αλλά συνεχής ημερήσια αύξηση της προσλαμβανόμενης ενέργειας κατά **50-200** θερμίδες οδηγεί σε μια περίοδο **4-10** ετών σε προοδευτική αύξηση του βάρους, που μπορεί να φτάσει ακόμη και τα 20 κιλά.

**Το μυστικό για να χάσετε βάρος
είναι να αντικαταστήσετε
τις κακές σας συνήθειες με καλές**

Η δήλωση ότι κάποιος βλέπει πολλή τηλεόραση επιδέχεται πολλές ερμηνείες αλλά στην προκειμένη περίπτωση μας ενδιαφέρει από την πλευρά ότι **«κάνετε καθιστική ζωή»**. Η τηλεόραση είναι ο κύριος **«ένοχος»** για τη ... στενή σχέση με τον καναπέ του σπιτιού, αλλά δεν αποκλείεται να υπάρχουν και άλλοι, πχ. περνάει πολλή ώρα μπροστά στον ηλεκτρονικό σας υπολογιστή. Με άλλα λόγια, το μόνο μέρος του σώματος σου γυμνάζετε καθημερινά είναι τα ... δάχτυλα στο τηλεκοντρόλ, στο ποντίκι του υπολογιστή ή στο πάτημα του κουμπιού του ανελκυστήρα. Ακόμη κι αν δεν **«πρώτε παραπάνω»** από τη στιγμή που η φυσική σας δραστηριότητα είναι μειωμένη έως μηδενική, είναι βέβαιο ότι θα πάρετε βάρος. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην

Αμερική, διαπιστώθηκε ότι η σημερινή ημερήσια πρόσληψη ενέργειας έχει μειωθεί κατά 200 θερμίδες σε σύγκριση με την δεκαετία του '60! Από την άλλη μεριά, όμως, η παχυσαρκία στη χώρα αυτή και όχι μόνο, εξαπλώνεται με διαστάσεις επιδημίας. Οι ειδικοί εκτιμούν ότι το φαινόμενο οφείλεται κατά έναν πολύ σημαντικό βαθμό στην έλλειψη φυσικής δραστηριότητας. Η καθιστική ζωή δεν οδηγεί μόνο στην πρόσληψη βάρους, αλλά επιδεινώνει και τις νόσους που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Πολυάριθμες έρευνες, πχ. έχουν δείξει ότι τα άτομα που κάνουν καθιστική ζωή κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν σακχαρώδη διαβήτη, ενώ ο κίνδυνος μειώνεται σχεδόν στο 1/5 του αρχικού όταν είναι δραστήρια.

Εκτιμάται ότι στην ηλικία των 12 - 17 ετών οι πιθανότητες εμφάνισης της παχυσαρκίας αυξάνονται κατά 2% για κάθε επιπρόσθετη ώρα παρακολούθησης τηλεόρασης

δ) «Διακοπή του τσιγάρου»

Το τσιγάρο αυξάνει ελαφρώς το ρυθμό του μεταβολισμού. Η διακοπή του καπνίσματος, λοιπόν, συνεπάγεται μικρή πτώση του μεταβολικού ρυθμού και συνήθως συνοδεύεται από αύξηση του βάρους. Έχει αποδειχθεί ότι το κόψιμο του τσιγάρου αυξάνει το σωματικό βάρος κατά 2 – 3 κιλά. Ίσως αυτά να φαίνονται λίγο και να μην συμβαδίζει με τα πολυάριθμα παραδείγματα καπνιστών που έκοψαν το τσιγάρο και πήραν πολλά κιλά. Είναι γεγονός ότι, από τη στιγμή που ο πρώην καπνιστής δεν αντιμετωπίζει το τσιγάρο ως μια συνήθεια που αποφάσισε να κόψει, αλλά ως μια διέξοδο για να αντιμετωπίσει τον εκνευρισμό και το άγχος του, τότε αυτός ο τρόπος θεώρησης του τσιγάρου θα μεταφερθεί και στο φαγητό. Ενώ μέχρι πρότινος κατέφευγε στο πακέτο με τα τσιγάρα για να καλύψει τη συναισθηματική αστάθεια, τώρα στρέφεται κατά τον

ίδιο τρόπο στο φαγητό. Το αποτέλεσμα είναι η αύξηση του βάρους να φτάσει ακόμη και τα 20 κιλά, ίσως και περισσότερα¹⁰.

ε) Μεταβολικοί Παράγοντες

α) Είναι πραγματικά δύσκολο να γίνει διάκριση μεταξύ αιτιών και αποτελεσμάτων σ' ό,τι αφορά τις μεταβολικές και ορμονικές διαταραχές της παχυσαρκίας. Κατ' αρχήν, οι γνώσεις μας σχετικά με τη ρύθμιση της ορέξεως είναι ανεπαρκείς. Πειράματα που έγιναν σε ζώα δείχνουν ότι βλάβες του μεσοκοιλιακού πυρήνα του υποθαλάμου προκαλούν υπερφαγία και παχυσαρκία, ενώ αντίστροφα, βλάβες του πλάγιου κοιλιακού πυρήνα συνδυάζονται με ανορεξία. Οι περιπτώσεις όμως παχυσαρκίας που οφείλονται σε εμφανή εγκεφαλικά αίτια είναι ελάχιστες.

β) Μια άλλη υπόθεση, που κερδίζει έδαφος τελευταία, είναι ότι το ένζυμο Na-K-ATPάση που βρίσκεται στις κυτταρικές μεμβράνες είναι λιγότερο δραστικό σε παχύσαρκους με αποτέλεσμα την ελάττωση της κατανάλωσης ενέργειας¹¹.

γ) *Ινσουλίνη*: Θεωρείται σήμερα βέβαιο ότι η παχυσαρκία συνδυάζεται με αντοχή του λιπώδους και του μυϊκού ιστού σ' αυτή την ορμόνη. Η αντοχή στην ινσουλίνη οδηγεί, με άγνωστο τρόπο, στην εμφάνιση ενός «αντιροππιστικού» υπερινσουλινισμού που αποτελεί αναστρέψιμο φαινόμενο. Είναι ενδιαφέρον ότι η κυκλοφορούσα ινσουλίνη ρυθμίζει μόνη της τον αριθμό των υποδοχέων της στο κυτταρικό τοίχωμα¹².

δ) *Ορμονικά προβλήματα*: Τα ορμονικά προβλήματα σπανίως αποτελούν αίτιο παχυσαρκίας. Βέβαια δεν μπορεί κανείς να αποκλείσει αυτό το ενδεχόμενο. Γι' αυτό πρέπει να γίνεται έλεγχος για τις παθήσεις του ενδοκρινικού συστήματος που σχετίζονται με την παχυσαρκία όπως υποθυρεοειδισμός, σύνδρομο Cushing, σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, υπερπρολακτιναιμία, μεγαλακρία, υπογοναδισμός, παθήσεις υποθαλάμου, μελανίζουσα ακάνθωση. Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στον

υποθυρεοειδισμό, γιατί παλαιότερα πολλοί πίστευαν ότι είναι το κύριο αίτιο της παχυσαρκίας. Ο υποθυρεοειδισμός όμως αυξάνει κυρίως το νερό και όχι το λίπος του σώματος. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι σε πάσχοντες στους οποίους ρυθμίστηκε η λειτουργία του θυρεοειδούς αδένος η απώλεια βάρους ήταν αμελητέα. Η διαφορά βάρους τους ως υποθυρεοειδικών και ως ευθυρεοειδικών ήταν μόλις 200 γραμμάρια κατά μέσο όρο. Όσον αφορά το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών, πρέπει να αναφερθεί ότι δεν προκαλεί παχυσαρκία αλλά ευνοεί την ανάπτυξή τους. Όσο αυξάνεται δε το βάρος της πάσχουσας τόσο επιδεινώνεται το σύνδρομο, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος¹⁰.

στ) Ψυχολογικοί παράγοντες

Αρκετοί ψυχίατροι θεώρησαν ότι η ψυχολογική επιβάρυνση μπορεί να προκαλέσει «υποστροφή» σε πρώιμα στάδια στοματικής ικανοποίησης με αποτέλεσμα την υπερφαγία. Αν και ορισμένοι παχύσαρκοι παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα δεν είναι γνωστή όμως η ακριβής σχέση συγκινησιακών παραγόντων και παχυσαρκίας¹¹.

ζ) Φάρμακα

Έχει διαπιστωθεί ότι ορισμένα φάρμακα σχετίζονται με την παχυσαρκία. Αυτό ισχύει για την ινσουλίνη, τα οιστρογόνα, τα κορτικοειδή, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τους β-αναστολείς και άλλα¹².

η) Γενετικά σύνδρομα

Η παχυσαρκία μπορεί να οφείλεται σε γενετικά σύνδρομα όπως Kleinefelter, Turner, Prader Willi, Laurence-Moon-Birdl, Nooman κλπ. Στην περίπτωση αυτή τα συμπτώματα του συνδρόμου εκδηλώνονται εκ γενετής. Το κυριότερο χαρακτηριστικό αυτών των συνδρόμων όμως είναι η νοητική στέρηση οπότε η παχυσαρκία αποτελεί το λιγότερο σοβαρό πρόβλημα¹².

θ) Ιός της παχυσαρκίας

Πράγματι, ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα δύο συνολικά ερευνών που αναφέρονται στην ανακάλυψη ενός ιού ο οποίος θεωρήθηκε υπεύθυνος για την παχυσαρκία. Το θέμα όμως είναι ότι οι έρευνες έγιναν σε κοτόπουλα και όχι σε ανθρώπους. Προς το παρόν δεν έχει αποδειχθεί τίποτα σε σχέση με τους ανθρώπους¹⁰.

Γενικά

- Οι κακές συνήθειες διατροφής και η μειωμένη φυσική δραστηριότητα οδηγούν στην παχυσαρκία. Οι συνήθειες δικαιολογίες του τύπου «φταίνε οι ορμόνες μου» δεν ανταποκρίνονται στην αλήθεια, για τη συντριπτική πλειοψηφία των παχύσαρκων.
- Οι συχνές δίαιτες χωρίς την επίβλεψη του ειδικού οδηγούν στα αντίθετα από τα αναμενόμενα αποτελέσματα.
- Κοινωνικοί παράγοντες όπως ο γάμος ή η αλλαγή επαγγέλματος, καθώς και οι συναισθηματικοί λόγοι όπως μια σοβαρή απογοήτευση μπορούν να οδηγήσουν σε αύξηση του βάρους^{10,13}.

Πως, λοιπόν, δημιουργείται η παχυσαρκία;

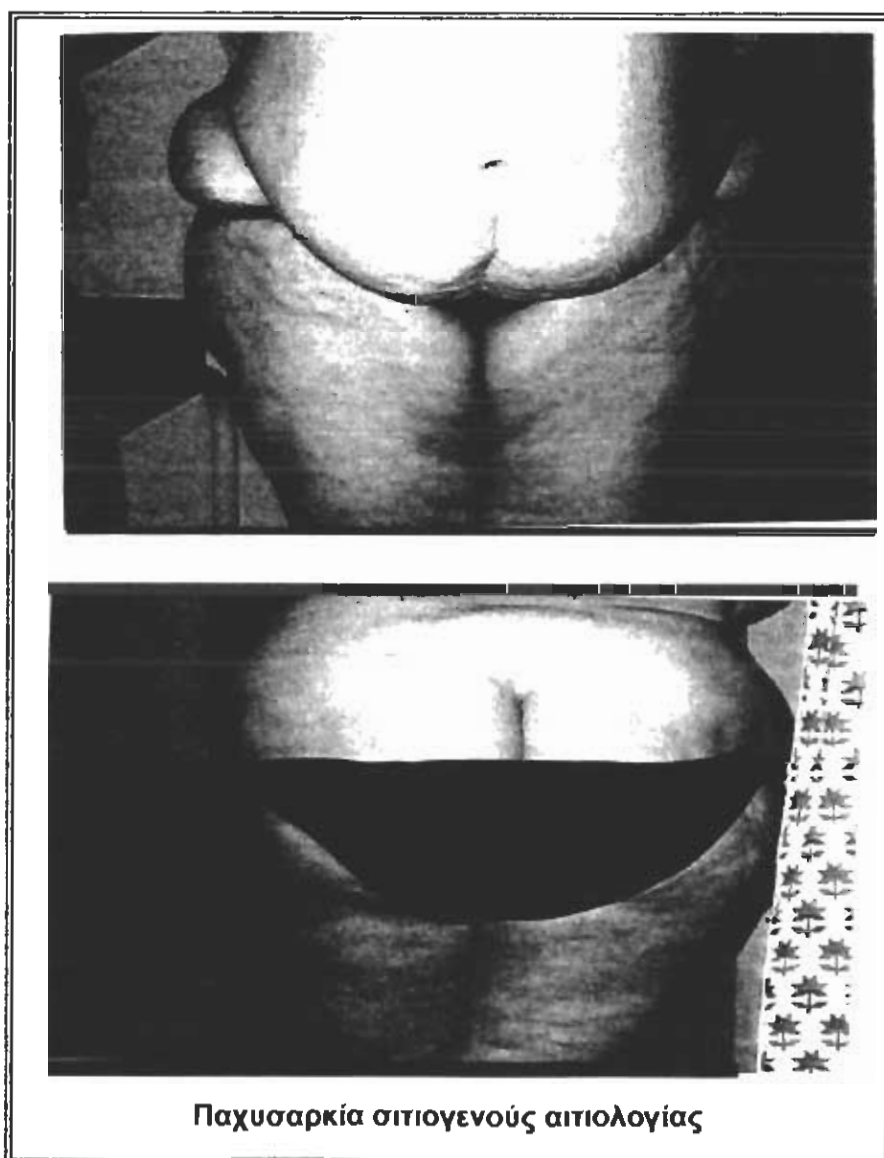
Τα παχύσαρκα άτομα δεν καταναλώνουν, γενικά, περισσότερη τροφή από τα λεπτόσωμα και πολλά τρώγουν λιγότερο. Λόγω της διατήρησης της μάζας και της ενέργειας, είναι σαφές ότι σε κάποια περίοδο της ζωής του το παχύσαρκο άτομο πήρε περισσότερες θερμίδες από όσες κατανάλωσε. Αυτή η προσωρινή διαταραχή του ισοζυγίου μεταξύ της πρόσληψης και της κατανάλωσης ενέργειας θα μπορούσε να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες (αναφέρονται στον πίνακα) που αφορούν το κεντρικό νευρικό σύστημα ή το ίδιο το λιποκύτταρο. Η ελαττωμένη δραστηριότητα του συμπαθητικού που εκδηλώνεται με χαμηλότερα επίπεδα νοραδρεναλίνης και αδρεναλίνης στο πλάσμα, με

ελαττωμένη θερμιδογένεση, θα μπορούσε να προκαλεί ελάττωση της κινητοποίησης και κατανάλωσης ενέργειας, ενώ η αυξημένη δραστηριότητα του παρασυμπαθητικού- τυπική των βλαβών του πρόσθιου μέσου υποθαλάμου – είναι δυνατό να αυξάνει την κατανάλωση τροφής. Επιπλέον, τουλάχιστον θεωρητικά, ο εγκέφαλος μπορεί να είναι αναισθητος στα φυσιολογικά νευρικά ή χυμικά ερεθίσματα του κορεσμού.

Τα λιποκύτταρα που παρουσιάζουν αυξημένη δραστηριότητα λιποπρωτεϊνικής κινάσης είναι δυνατό να έχουν ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα ως προς την αφομοίωση των λιποπρωτεϊνικών τριγλυκεριδίων, όπως συμβαίνει στο σύνδρομο της **πολλαπλής συμμετρικής λιπωμάτωσης**. Είναι επίσης δυνατό το ίδιο το λιποκύτταρο να αντιστέκεται σε λιπολυτικά ερεθίσματα των νεύρων ή των κατεχολαμινών της κυκλοφορίας. Για παράδειγμα, το λίπος των γλουτών και των δύο φύλων παρουσιάζει μικρότερη λιπολυτική ανταπόκριση στην α-αδρενεργική διέγερση από όσο το κοιλιακό λίπος. Εξάλλου, μερικά αποθέματα λίπους είναι δυνατό να αντιστέκονται στην κινητοποίηση ακόμα και σε περίπτωση ασιτίας, όπως συμβαίνει στις γυναίκες με στεατοπυλία, που παρουσιάζουν αθρόα συσσώρευση λίπους στους γλουτούς και στους μηρούς. Στους άνδρες το κοιλιακό λίπος φαίνεται ότι παρουσιάζει αυξημένη λειτουργία α₂-αδρενεργικών υποδοχέων (αντιλιπολυτική) σε σχέση με τις γυναίκες που οδηγεί συχνότερα σε εμφάνιση προπέτειας της κοιλιάς («κοιλιά μπύρας») σ' αυτούς. Μπορεί επίσης, το λιποκύτταρο να μην εκπέμπει προς τον εγκέφαλο νευρικά (κεντρομόλα) ή χυμικά (πχ. με τη λιποσίνη [adipsin]) σήματα ενδεικτικά κορεσμού των περιφερικών λιπαποθηκών. Τέλος, όταν τα λιποκύτταρα μερικών ατόμων φθάσουν στο σχεδόν μέγιστο μέγεθός τους, είναι δυνατό να διεγείρουν τη διαφοροποίηση και τον πολλαπλασιασμό των προλιποκυττάρων, διακωνίζοντας την αύξηση της μάζας του λίπους.

Ανεξάρτητα από το βασικό μηχανισμό, σπουδαίο ρόλο στην παθογένεση των περισσότερων παχυσαρκιών φαίνεται να παίζουν τουλάχιστον παροδικές ελαττώσεις της κατανάλωσης ενέργειας. Τα βρέφη με μικρή συνολική

κατανάλωση ενέργειας τείνουν να κερδίζουν περισσότερο βάρος κατά το πρώτο έτος της ζωής τους και η μικρή κατανάλωση ενέργειας αποτελεί παράγοντα κινδύνου αύξησης του βάρους ακόμα και κατά την ενήλικη ζωή. Κατά παράδοξο τρόπο, η μεγάλη αύξηση του βάρους που προκαλεί παχυσαρκία, μπορεί να οδηγήσει σε επάνοδο της κατανάλωσης ενέργειας στα φυσιολογικά επίπεδα. Αντίθετα, ο περιορισμός των θερμίδων με σκοπό την απώλεια βάρους συνοδεύεται από ελάττωση της κατανάλωσης ενέργειας σε επίπεδα πολύ χαμηλότερα από εκείνα που παρακρατούνται στα φυσικά λεπτόσωμα^{14,15,16}.



ΠΙΝΑΚΕΣ

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΧΩΡΙΣ ΛΙΠΟΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΜΑΖΑΣ (LBM)* ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ				
ΗΛΙΚΙΑ	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
	(%) ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ			
ΗΛΙΚΙΑ	LBM	ΛΙΠΟΣ	LBM	ΛΙΠΟΣ
25	81	19	68	32
45	74	26	58	42
65	65	35	51	49

LBM = Lean Body Mass¹⁴

ΑΙΤΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

A. Ενδοκρινικές διαταραχές

Σύνδρομο Cushing – υπερπαραγωγή κορτιζόλης

Υποθυρεοειδισμός

Υποπαθυρεοειδισμός

Υπογοναδισμός

Υπερινσουλίνωμα, περίσσεια εξωγενούς ινσουλίνης

B. Διαταραχές γενετικές

Κληρονομική προδιάθεση παχυσαρκίας

Σύνδρομο Prader Willi / Lohen

Νόσος αποθήκευση γλυκαγόνου

Σύνδρομο Laurence – Moon – Barder – Birdl

Σύνδρομο Morgani – Morel

Ψευδοϋποπαθυρεοειδισμός

Σύνδρομο Klinefelter

Σύνδρομο Turner

Γ. Δυσλειτουργία Υποθαλάμου

Όγκοι

Φλεγμονή

Τραύμα και Χειρουργική κάκωση

Αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση

Λειτουργικές μεταβολές που προκαλούν υπερινσουλισμό

Δ. Φάρμακα

Φαινοθειαζίνες

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Λίθιο

Κορτικοστεροειδή

Ινσουλίνη

Κυπροεπταδίνη

Ε. Παράγοντες διαιτητικοί

Παράγοντες διαιτητικοί της μητέρας κατά την ενδομήτρια ζωή

Διαιτητικές συνήθειες νεογνών

Ζ. Περιβαλλοντικοί συμβάλλοντες παράγοντες

Μειωμένη δραστηριότητα – αδράνεια

Οικογενειακή επιρροή

Τύπος διαιτολογίου – διαιτητικές συνήθειες

Κοινωνικοί, οικονομικοί εθιμικοί

Ψυχολογικοί παράγοντες

Εκπαίδευση

Η. Παράγοντες ανατομικοί

Πολυκυτταρική ή και υπερτροφική, πρώιμης εισβολής, σοβαρή παχυσαρκία

Υπερτροφική κατά την ενηλικίωση μέσης βαρύτητας παχυσαρκία¹².

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	
Νευρολογικά:	Ελαττωμένη δραστηριότητα του συμπαθητικού Αυξημένη δραστηριότητα του παρασυμπαθητικού Αναισθησία στα αισθήματα του κορεσμού
Λιποκύτταρα:	Αυξημένη δραστηριότητα της λιποπρωτεΐνης λιπάσης Ελαττωμένη κινητοποίηση των λιπαρών οξέων Ελαττωμένα παλίνδρομα ερεθίσματα προς το ΚΝΣ Υπέρμετρος πολλαπλασιασμός των λιποκυττάρων ¹⁴

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η αύξηση του βάρους δεν θα προκαλούσε τόση ανησυχία αν δεν συνέβαλε καθοριστικά είτε στην εμφάνιση είτε στην επιδείνωση πολλών σοβαρών νοσημάτων. Ενημερωθείτε για τις νόσους που απειλούν την υγεία των υπέρβαρων και των παχύσαρκων.

α) Σακχαρώδης Διαβήτης

Η παχυσαρκία θεωρείται ο κατ' εξοχήν παράγοντας κινδύνου για την εκδήλωση σακχαρώδους διαβήτη τύπου II. Ένας υπέρβαρος με Δείκτη Μάζας Σώματος από 27 έως 29 κινδυνεύει σχεδόν 15 φορές περισσότερο από ένα άτομο φυσιολογικού βάρους, ενώ ένας παχύσαρκος με Δείκτη Μάζας Σώματος από 33 έως 35 κινδυνεύει 53 φορές περισσότερο.

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια μεταβολική διαταραχή κατά την οποία ο οργανισμός είτε δεν παράγει αρκετή ινσουλίνη είτε δεν μπορεί να την χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά (η ινσουλίνη είναι μια ορμόνη που ρυθμίζει τον μεταβολισμό των μακροστοιχείων της τροφής – πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες – δηλαδή βοηθάει στην μετατροπή των συστατικών της τροφής σε ενέργεια). Ο διαβήτης τύπου II είναι η πιο συχνή μορφή της νόσου και εκδηλώνεται κυρίως

στα άτομα μέσης ηλικίας (ο διαβήτης τύπου I ή νεανικός διαβήτης, σχετίζεται περισσότερο με γενετικά αίτια και αφορά λιγότερο από το 5% των διαβητικών).

β) Καρδιοπάθειες

Το υπερβολικό βάρος, σε συνδυασμό με την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, το αυξημένο στρες, το κάπνισμα και μια διατροφή πλούσια σε ζωικά λίπη, είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Το κυριότερο πρόβλημα είναι η στεφανιαία νόσος, αλλά μπορεί να παρουσιαστούν και άλλες σοβαρές καταστάσεις όπως καρδιακή ανεπάρκεια, ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Σύμφωνα με τους ειδικούς, ο κίνδυνος θανάτου από καρδιαγγειακές νόσους σχεδόν τριπλασιάζεται για άτομα με Δείκτη Μάζας Σώματος πάνω από 29, ενώ πενταπλασιάζεται για τους παχύσαρκους με Δείκτη Μάζας Σώματος πάνω από 32. Ο κίνδυνος είναι σαφώς υψηλότερος όταν παρατηρείται μεγαλύτερη συσσώρευση του λίπους στον κορμό⁵.

γ) Οστεοαρθρίτιδα

Το γεγονός ότι οι παχύσαρκοι αναγκάζονται να σηκώνουν το μεγάλο βάρος του σώματος τους έχει ως αποτέλεσμα να υφίσταται αυξημένες πιέσεις και καταπονήσεις τόσο οι αρθρώσεις των γονάτων όσο και η μέση τους (οσφυαλγία). Ο κίνδυνος εμφάνισης αρθροπαθειών είναι τετραπλάσια για τους παχύσαρκους σε σχέση με τα άτομα φυσιολογικού βάρους. Εξυπακούεται ότι, όσο πιο πολλά χρόνια είναι κανείς παχύσαρκος, τόσο πιο νωρίς θα παρουσιάσει προβλήματα στις αρθρώσεις. Το κακό είναι ότι ακόμη και αν η αρθροπάθεια διορθώνεται χειρουργικά, η επέμβαση δεν θα είναι επιτυχής και δεν θα έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα αν ο πάσχων δεν χάσει βάρος.

Η οστεοαρθρίτιδα είναι η προοδευτική φθορά του χόνδρου που μπορεί να φθάσει μέχρι σχεδόν πλήρη καταστροφή του και αποκαλύψεως του

υποχονδρίου οστού και αφορά συνήθως αρθρώσεις που υπόκεινται σε χρόνια καταπόνηση¹⁷.

**Μην εγκαταλείπετε την προσπάθεια να χάσετε βάρος.
Ακόμη και αν παρεκτραπείτε, μην απογοητευτείτε.
Συνεχίστε το πρόγραμμά σας κανονικά¹⁰**

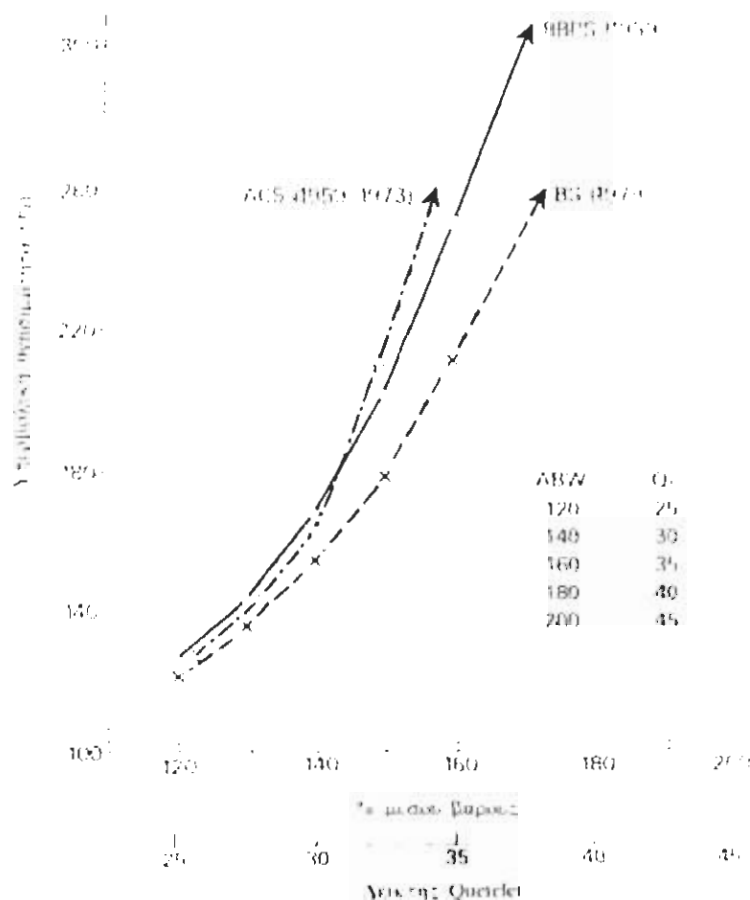
δ) Υπέρταση

Η υπέρταση είναι μια νόσος στην οποία η πίεση του αίματος στις αρτηρίες είναι διαρκώς αυξημένη, ακόμη και κατά τη διάρκεια του ύπνου. Είναι η χρονίως αυξημένη αρτηριακή πίεση > 140/90 mmHg. Θεωρείται παράγοντας κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο, το έμφραγμα και το εγκεφαλικό επεισόδιο. Όσο αυξάνεται ο Δείκτης Μάζας Σώματος, τόσο μεγαλώνει και ο κίνδυνος της υπέρτασης. Η συχνότητα εμφάνισης υψηλής αρτηριακής πίεσης είναι πάνω από διπλάσια για όσους έχουν Δείκτη Μάζας Σώματος άνω του 29 και πάνω από τριπλάσια για τους παχύσαρκους με Δείκτη Μάζας Σώματος άνω του 32. Εκτιμάται ότι το 60% των παχύσαρκων ανδρών κάτω των 45 ετών έχουν υπέρταση. Η υπέρταση είναι μια σιωπηρή νόσος, δηλαδή δεν παρουσιάζει συμπτώματα, ενώ στρέφει σταδιακά το καρδιαγγειακό σύστημα. Γι' αυτό επιβάλλεται να ελέγχετε την πίεσή σας τακτικά, προκειμένου να διαπιστωθούν εγκαίρως τυχόν προβλήματα¹⁸.

Οι φυσιολογικές τιμές της Α.Π.

- Συστολική 100 – 140 mmHg
- Διαστολική 60 – 90 mmHg

ΠΙΝΑΚΑΣ⁸



Αύξηση της θνησιμότητας με την παχυσαρκία. (Τα τμήματα των γραμμών πέρα από το 140% του μέσου βάρους στην περίπτωση της μελέτης της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας και πέρα από το 160% της Μελέτης Κατασκευής και Πίεσης Αίματος (BBPS) και της Μελέτης Κατασκευής (BS) είναι προεκτάσεις).

ε) Υψηλή Χοληστερίνη

Η παχυσαρκία επηρεάζει τις τιμές της χοληστερίνης και των τριγλυκεριδίων στο αίμα. Σύμφωνα με ορισμένες εκτιμήσεις, μια αύξηση του βάρους κατά 10% αντιστοιχεί σε αύξηση της χοληστερίνης κατά 12 μονάδες (mg). Το υπερβάλλον βάρος αυξάνει την LDL (κακή) χοληστερίνη, η οποία ευθύνεται για την αθηρωμάτωση στα αγγεία, ενώ αντιθέτως μειώνει την HDL

(καλή) χοληστερίνη, που δρα ευεργετικά στο καρδιαγγειακό σύστημα. Κατά συνέπεια, αυξάνεται ο κίνδυνος καρδιοπαθειών. Οι ειδικοί συμβουλεύουν να μην προσλαμβάνεται περισσότερο από 300 mg χοληστερίνη την ημέρα. Μείωση της ολικής χοληστερόλης και της LDL-χοληστερόλης και αύξηση της HDL-χοληστερόλης. Ο λόγος της ολικής χοληστερόλης προς την HDL-χοληστερόλη έχει ιδιαίτερη σημασία και μπορεί να προβλέψει θνησιμότητα από έμφραγμα.

Αν η ολική χοληστερόλη είναι 180 mg/dl και HDL 40 mg/dl ο λόγος της ολικής χοληστερόλης προς την HDL είναι 4,5. Γι' αυτό σε κάθε άτομο θα πρέπει ο λόγος αυτός να είναι κάτω από 4,5¹⁹.

στ) Ορισμένοι καρκίνοι

Παρ' όλο που τα αίτια εμφάνισης καρκίνου είναι πολλά, έχει διαπιστωθεί ότι ορισμένες μορφές καρκίνου απειλούν συχνότερα τους παχύσαρκους, τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες. Συγκεκριμένα:

Οι παχύσαρκες γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα καρκίνο του μαστού, του ενδομητρίου, του τραχήλου, της μήτρας, των ωοθηκών, του παχέος εντέρου και των χοληφόρων οδών.

Οι παχύσαρκοι άνδρες εμφανίζουν συχνότερα καρκίνο του προστάτη, του παχέος εντέρου και των χοληφόρων οδών.

ζ) Προβλήματα στο πεπτικό σύστημα

Οι παχύσαρκοι διατρέχουν σχεδόν τριπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης πέτρας στην χολή σε σχέση με τα άτομα φυσιολογικού βάρους. Η αυξημένη χοληστερίνη θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την πρόκληση χολολιθίασης, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι και οι συχνές εξαντλητικές δίαιτες μπορεί να έχουν το ίδιο αποτέλεσμα.

Οι λίθοι χοληστερίνης δημιουργούνται ως εξής: Τα χολικά άλατα είναι ευδιάλυτα στο νερό όπου σχηματίζουν μηκύλλια. Η χοληστερόλη είναι μερικώς ευδιάλυτη σε διαλύματα χολικών οξέων. Τα φωσφολιπίδια είναι αδιάλυτα στο

νερό και σχηματίζουν ρευστούς κρυστάλλους με τη χοληστερόλη από τους οποίους η χοληστερόλη μπορεί να καθιζάνει. Τα φωσφολιπίδια με τα χολικά άλατα σχηματίζουν ένα είδος μικτού μηκυλλίου στο κέντρο του οποίου συγκρατείται χοληστερόλης. Τα φωσφολιπίδια των μικτών αυτών μηκυλλίων αυξάνουν την ευδιαλυτότητα της χοληστερόλης. Κατά συνέπεια οι τρεις αυτές ουσίες θα πρέπει να βρίσκονται σε ορισμένη συγκέντρωση στην χολή.

Εκτός από την χολολιθίαση, η παχυσαρκία συνδέεται και με άλλα προβλήματα από το πεπτικό σύστημα, κυρίως με την γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (το κατώτερο τμήμα του οισοφάγου είναι χαλαρό, γεγονός που επιτρέπει την επιστροφή του περιεχομένου του στομάχου στον οισοφάγο^{10,11}).

η) Αναπνευστικές δυσκολίες

Συχνά οι παχύσαρκοι αντιμετωπίζουν αναπνευστικά προβλήματα. Λόγω της αυξημένης συσσώρευσης λίπους, το οποίο πιέζει το διάφραγμα, διαταράσσεται η ομαλή αναπνοή, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να εισπνεύσουν επαρκείς ποσότητες οξυγόνου και να εκπνεύσουν το διοξείδιο του άνθρακα. Ένα από τα σημαντικότερα αναπνευστικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι παχύσαρκοι είναι το σύνδρομο άπνοιας του ύπνου. Κατά τη διάρκεια της νύχτας κυριολεκτικά σταματάνε να αναπνέουν ακόμη και για διάστημα ενός λεπτού, γεγονός που επηρεάζει σοβαρά την καρδιά, η οποία δεν οξυγονώνεται σωστά. Όσο πιο αυξημένο είναι το σωματικό βάρος, τόσο εντονότερα είναι τα επεισόδια άπνοιας. Υπολογίζεται ότι το 40% των παχύσαρκων υποφέρουν από το σύνδρομο άπνοιας του ύπνου¹⁸.

θ) Ενδοκρινικές διαταραχές

Στους άνδρες με Δείκτη Μάζας Σώματος πάνω από 40, σε συνδυασμό με έντονη συσσώρευση λίπους στην κοιλιά, μπορεί να παρουσιαστεί υπογοναδισμός (ενδοκρινικό πρόβλημα που επηρεάζει την σεξουαλική

λειτουργία). Όσον αφορά τις γυναίκες, η παχυσαρκία μπορεί να επηρεάσει τον κύκλο της εμμήνου ρύσεως (ανωορρηκτικοί κύκλοι) και τη γονιμότητά τους.

ι) Δερματικές ενοχλήσεις

Το αυξημένο πάχος είναι πιθανό να συντελέσει σε φαινόμενα υπεριδρωσίας (έντονης και μη φυσιολογικής έκκρισης ιδρώτα) καθώς και στη συχνότερη εμφάνιση μυκητιάσεων και οιδήματος στα πόδια. Τα δερματικά προβλήματα μπορεί να είναι ήπιας ή μέσης βαρύτητας αλλά ιδιαίτερος ενοχλητικά¹⁰.

ια) Μειωμένη ποιότητα ζωής

Είναι πολύ συχνή η λιπώδης διήθηση του ήπατος στην παχυσαρκία με μια σοβαρή εκδήλωση την «Μη αλκοολική Στέατον κίρρωση» που μοιάζει πολύ με την αλκοολική ηπατίτιδα. Το ενδιαφέρον είναι ότι, όταν το σωματικό βάρος πλησιάζει το φυσιολογικό, το ήπαρ αποκαθίσταται εντελώς κάτι που δεν συμβαίνει με άλλες ηπατοπάθειες⁵.

- Η παχυσαρκία σχετίζεται με σοβαρές επιπλοκές για την υγεία, οι κυριότερες από τις οποίες είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος.
- Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν όσοι εμφανίζουν μεγάλη συσσώρευση λίπους στην κοιλιά, σε σύγκριση με εκείνους που έχουν μεγαλύτερη εναπόθεση λίπους στην περιοχή των γοφών.
- Η ποιότητα ζωής των παχύσαρκων είναι σαφώς μειωμένη.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΑ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΑΤΟΜΑ										
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΔΜΣ 19-25	ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ									
	27	28	29	30	31	32	33	34	35	
Θάνατος από καρ- διαγγειακές νόσους	210%			360%					480%	
Εμφάνιση σακχ. διαβήτη τύπου II	1.460%			2.660%		3.930%			5.300%	
Εμφάνιση υπέρτασης	180%			260%					350%	
Εμφάνιση αρθροπαθειών							400%			
Εμφάνιση χολολιθίασης		150%						270%		

ΕΚΤΙΜΗΣΤΕ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΤΗΣ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑΣ

Το οικογενειακό σας ιστορικό είναι ενδεικτικό των κινδύνων που μπορεί να απειλήσουν την υγεία σας. Όσο περισσότερα «ναι» απαντήσετε, τόσο πιο επιτακτική είναι η ανάγκη να ελέγξετε το βάρος σας, να προσέξετε τη διατροφή σας και να απευθυνθείτε σε ένα γιατρό.

ΤΕΣΤ

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
• Είναι πολλά μέλη της οικογένειάς σας υπέρβαρα ή παχύσαρκα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Πάσχει κάποιο ενήλικο μέλος της οικογένειάς σας από σακχαρώδη διαβήτη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Έχει κάποιο μέλος της οικογένειάς σας υψηλή χοληστερίνη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Πάσχει κάποιο μέλος της οικογένειάς σας από υπέρταση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Έχει κάποιο μέλος της οικογένειάς σας καρδιοπάθεια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Έχει υποστεί κάποιο μέλος της οικογένειάς σας έμφραγμα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Έχει υποστεί κάποιο μέλος της οικογένειάς σας εγκεφαλικό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Έχει νοσήσει κάποιο μέλος της οικογένειάς σας από καρκίνο των μαστών, του παχέος εντέρου ή του προστάτη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Παχύσαρκο, λοιπόν θεωρείται ένα άτομο όταν έχει Δείκτη Μάζας μεγαλύτερο του 30 [Δείκτης Μάζας Σώματος= Βάρος σε κιλά / (ύψος σε μέτρο²)]. Ατομα με δείκτη μάζας σώματος 25 – 30 θεωρούνται απλώς υπέρβαρα, ενώ φυσιολογικά είναι αυτά με δείκτη μάζας σώματος 20 – 25. Το πόσο βαρύς είναι ο σκελετός του ατόμου δεν παίζει κανένα ρόλο στον καθορισμό του φυσιολογικού ή και παθολογικού βάρους. Αν δύο άτομα, ίδιου φύλου, βάρους, ύψους και ηλικίας έχουν πρώτο βαρύ σκελετό και δεύτερο ελαφρύ, η διαφορά βάρους των δύο σκελετών δεν είναι μεγαλύτερη από 100 γραμμάρια.

Φυσικό ποσό σωματικού λίπους είναι:

Για άνδρες:

- 20 – 30 ετών 10 – 15% του συνολικού σωματικού βάρους
- 31 – 40 ετών 12 – 16% του συνολικού σωματικού βάρους
- 41 – 50 ετών 14 – 18% του συνολικού σωματικού βάρους
- > 50 ετών 15 – 20% του συνολικού σωματικού βάρους

Για γυναίκες:

- 20 – 30 ετών 18 – 22% του συνολικού σωματικού βάρους
- 31 – 40 ετών 20 - 24% του συνολικού σωματικού βάρους
- 41 – 50 ετών 21 - 50% του συνολικού σωματικού βάρους
- > 50 ετών 22 - 26% του συνολικού σωματικού βάρους

Όπως φαίνεται στις παραπάνω φυσιολογικές τιμές, το σωματικό λίπος αποτελεί ένα μεγάλο ποσοστό του συνολικού σωματικού βάρους και αυτό διότι το λιποκύτταρο δεν είναι μόνο μια απλή αποθήκη ενέργειας αλλά έχει και πολλές άλλες λειτουργίες, όπως πχ.,

- Λιπόλυση και παραγωγή ενέργειας
- Μεταβολισμό του σακχάρου και μετατροπή γαλακτικού οξέος
- Παραγωγή ενός ενζύμου με μεγάλη σημασία της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης.
- Αρωματοποίηση των ανδρογόνων και μετατροπή τους σε οιστρογόνα.
- Παραγωγή ουσιών με ιδιότητες ορμονών όπως η αδιψίνη, το αγγειοτενσινογόνο, ο παράγοντας νέκρωσης των ιστών η λεπτίνη κ.ά.
- Θερμορύθμιση μέσω της ιδιότητας, σαν μονωτικό υλικό, να εμποδίζει την μεγάλη αποβολή θερμότητας από το σώμα.

Για παιδιά και εφήβους δεν έχει μεγάλη σημασία ο ακριβής καθορισμός του φυσιολογικού σωματικού λίπους αφού ως αναπτυσσόμενοι οργανισμοί έχουν και μια διαρκή μεταβολή της υψής των ιστών. Πάντως, είναι γενικά περισσότερο λιπώδης από τους ενήλικες. Για τα παιδιά, παχυσαρκία είναι η υπέρβαση του βάρους τους της 95^{ης} εκατοστιαίας θέσης που αντιστοιχεί στο ύψος, φύλο και ηλικία. Στις περιπτώσεις αυτές η απλή μέτρηση της **δερματικής πτυχής του τρικέφαλου μυός** θα δώσει μερικές ακόμα πληροφορίες για το πόσο παχύσαρκα από υπέρβαρα είναι.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΟΛΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ

α) Μέτρηση της πυκνότητας του σώματος

Απαιτείται ζύγισμα του ατόμου στον αέρα και επανάληψη του ζυγίσματος με τον εξεταζόμενο βυθισμένο ολόκληρο μέσα στο νερό και σε κατάσταση πλήρους εκπνοής. Με τις δύο αυτές μετρήσεις και με μικρές διορθώσεις ως προς τον υπολειπόμενο στους πνεύμονες όγκο αέρος, υπολογίζουμε το ποσοστό του σωματικού λίπους με την εξίσωση του Siri ως εξής

$$B/II = B - X/1.1 + X/0.9$$

όπου το B = βάρος, Π = βάρος στο νερό, 1:1 είναι η πυκνότητα της άλιπης μάζας σώματος και 0.9 είναι η πυκνότητα του λιπώδους ιστού. Επιλύουμε την εξίσωση ως προς το X που είναι και το ζητούμενο.

Είναι η παλαιότερη αλλά και η ακριβέστερη μέθοδος, αποτελεί δε ακόμα και σήμερα το χρυσό standard ελέγχου της ακρίβειας άλλων μεθόδων.

Λιποδιαλυτά αέρια (κρυπτόν, ξένον)

Διάλυση ισοτόπων υδρογόνου (δευτέριο, τρίτιο), κ.ο.κ.

Πρόκειται για ακριβείς μεθόδους προσδιορισμού του σωματικού λίπους, αλλά όχι ακριβέστερες από την πυκνομετρία. Μειονέκτημα είναι το μεγάλο κόστος και η ανάγκη ύπαρξης ειδικού εξοπλισμού. Αυτοί είναι και οι λόγοι που χρησιμοποιούνται ελάχιστα σήμερα για ερευνητικούς σκοπούς.

β) Απορρόφηση διπλής ενέργειας ακτίνων x(DXA)

Επιτρέπει τον προσδιορισμό του ολικού σωματικού λίπους αλλά και την κατά περιοχές εντόπισή του με αρκετά μεγάλη ακρίβεια ειδικά όταν χρησιμοποιούνται συσκευές τελευταίας γενεάς. Μειονέκτημα το υψηλό κόστος του απαιτούμενου εξοπλισμού και επομένως το υψηλό κόστος ανά εξέταση και η επιβάρυνση του εξεταζόμενου με ακτινοβολία, έστω και μικρής δόσης.

γ) Βιοπλεκτική αντίσταση ιστών

Είναι μια απλή, ανώδυνη, αναίμακτη και ταχεία μέθοδος προσδιορισμού του σωματικού λίπους. Η ακρίβεια της μεθόδου δεν είναι πολύ μεγάλη αλλά είναι χρησιμότερη όταν εφαρμόζεται στο ίδιο το άτομο και σε διαφορετικές φάσεις ενός διαιτητικού σχήματος για να προσδιορισθούν συγκριτικές μεταβολές στην σύνθεσή του σώματος. Θεωρητικά, με την βιοηλεκτρική αντίσταση των ιστών και μαθηματικές εξισώσεις των Lukaski και συνεργατών, προσδιορίζεται η ποσότητα νερού του σώματος και από αυτήν υπολογίζεται έμμεσα η ποσότητα λίπους.

δ) Μέτρηση δερματικών πτυχών

Είναι η μέθοδος με την μεγαλύτερη χρησιμότητα στην κλινική πράξη αλλά και η περισσότερο αντικειμενική αφού προσδιορίζει επακριβώς το υποδόριο λίπος που αποτελεί και το μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού σωματικού λίπους. Επιπλέον, μας δίνει χρησιμότερες πληροφορίες για την κατανομή του, που έχει μεγάλη σημασία και ιδιαίτερα για την πρόγνωση των παραγόντων αρτηριοσκλήρωσης.

Το μοναδικό πρακτικά μειονέκτημα της μεθόδου είναι το ότι απαιτείται εμπειρία για τη σωστή μέτρηση των δερματικών πτυχών, διαφορετικά η επαναληψιμότητά της είναι πολύ χαμηλή. Η ακρίβεια, όταν οι μετρήσεις γίνουν από έμπειρο εξεταστή, φτάνει στο 97% της πραγματικότητας. Οι μετρήσεις πρέπει να γίνονται στο δεξιό ημιμόριο του σώματος για τους δεξιόχειρες και στο αριστερό για τους αριστερόχειρες. Τα συνηθέστερα σημεία μέτρησης των δερματικών πτυχών είναι:

- i) Η πυχή που αντιστοιχεί στον δικέφαλο και τον τρικέφαλο μυ.* Η μέτρηση πρέπει να γίνεται στην μεσότητα του βραχιόνιου οστού.
- ii) Η υποωμοπλάτιος πυχή.* Η μέτρηση πρέπει να γίνεται ακριβώς κάτω από την γωνία της ωμοπλάτης και με φορά παράλληλη προς τον επιμήκη άξονα του σώματος.
- iii) Η πυχή λαγονίου.* Η μέτρηση πρέπει να γίνεται στο ύψος της πρόσθιας λαγονίου ακάνθου.
- iv) Η πυχή του μηρού.* Η μέτρηση πρέπει να γίνεται στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού και στο ύψος του 1/3 της απόστασης μεταξύ μηροβουβωνικής πτυχής του και γόνατος.

Από το άθροισμα των 4 δερματικών πτυχών (δικέφαλου, τρικέφαλου, ωμοπλάτης και λαγονίου) μπορούμε με τις εξισώσεις του Derrin και των συνεργατών να υπολογίσουμε το συνολικό σωματικό λίπος ως εξής:

Για γυναίκες:

➤ Έως 30 ετών:

Σωματικό λίπος 3.5457 x άθροισμα πτυχών (mm) 0.50123

➤ Από 30 έως 39 ετών:

Σωματικό λίπος 5.4152 x άθροισμα πτυχών (mm) 0.41359

➤ Από 40 έως 49 ετών:

Σωματικό λίπος 7.0910 x άθροισμα πτυχών (mm) 0.36923

➤ Άνω των 49 ετών:

Σωματικό λίπος 7.7532 x άθροισμα πτυχών (mm) 0.36361

Για άνδρες

➤ Έως 30 ετών:

Σωματικό λίπος 1.6839 x άθροισμα πτυχών (mm) 0.59858

➤ Από 30 έως 39 ετών:

Σωματικό λίπος 3.3357 x άθροισμα πτυχών (mm) 0.46591

➤ Από 40 έως 49 ετών:

Σωματικό λίπος 2.8186 x άθροισμα πτυχών (mm) 0.53825

➤ Άνω των 49 ετών:

Σωματικό λίπος 2.7257 x άθροισμα πτυχών (mm) 0.56366

ε) Υπέρυθρες ακτίνες

Πρόκειται για ταχεία, ανώδυνη αναίμακτη και οικονομική μέθοδο αλλά με μεγάλο σφάλμα στον προσδιορισμό του σωματικού λίπους. Αυτό οφείλεται στο ότι με τις υπέρυθρες ακτίνες μετράμε πρακτικά μόνο το πάχος του δέρματος σε ένα σημείο του σώματος, συνήθως του βραχίονα, και από αυτό και μόνο το στοιχείο υπολογίζεται το ολικό σωματικό λίπος.

στ) Εμπειρικές μέθοδοι

Όταν δεν υπάρχει δυνατότητα εφαρμογής καμίας από τις παραπάνω ειδικές μεθόδους, μπορούμε να υπολογίσουμε αδρά το συνολικό σωματικό λίπος μόνο από το σωματικό βάρος, γνωρίζοντας από τους ακριβείς εργαστηριακές μεθόδους ότι το σωματικό λίπος αυξάνει στους περισσότερους ανθρώπους παράλληλα με το σωματικό βάρος πχ. με τον εμπειρικό τύπο του Knist και συνεργατών, που μόνο από το συνολικό βάρος και ύψος ενός ατόμου, μπορεί να υπολογίσει το βάρος του λίπους σε κιλά.

Για γυναίκες:

$$[(1.61 \times (\text{βάρος κιλά} / \text{ύψος μέτρα})) - 38.3] \times 0.923 \text{ κιλά λίπους}$$

Για άνδρες:

$$[(1.36 \times (\text{βάρος κιλά} / \text{ύψος μέτρα})) - 42.0] \times 0.23 \text{ κιλά λίπους}$$

Άλλες εξετάσεις κατανομής του λίπους δηλαδή σε ποιες περιοχές του σώματος χρησιμοποιούνται οι εξής εξετάσεις:

Ο λόγος περιμέτρων μέσης προς γλουτούς WHR

Αποτελεί τον περισσότερο διεθνώς χρησιμοποιούμενο δείκτη κατανομής του λίπους στην κλινική πράξη, αλλά και σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες. Το μόνο που χρειάζεται είναι ένα μαλακό μέτρο μήκους 150 cm. Οι μετρήσεις δεν πρέπει να γίνονται χωρίς να φορά ρούχα ο εξεταζόμενος. Απαιτείται η μέτρηση της περιμέτρου της μέσης, της περιμέτρου των γλουτών και να υπολογιστεί το πηλίκο τους. Η περίμετρος των γλουτών μετράται σε ύψος των μειζόνων τροχαντήρων, στο φαρδύτερο δηλαδή σημείο του κατώτερου μέρους του σώματος.

Σε γυναίκες με ομαλή κατανομή ο WHR έχει τιμές 0.85 – 0.95 στους δε άνδρες 0.90 – 1.00. Βλέποντας πάντως τις φυσιολογικές τιμές που αναφέρθηκαν πριν, ότι στις **γυναίκες** φυσιολογικά το κάτω μέρος του **σώματος είναι φαρδύτερο** από το επάνω και επομένως είναι αδικαιολόγητο το

υπέρμετρο άγχος που χαρακτηρίζει τις περισσότερες ότι έχουν μεγάλες περιφέρειες.

ζ) Δείκτης κωνιότητας

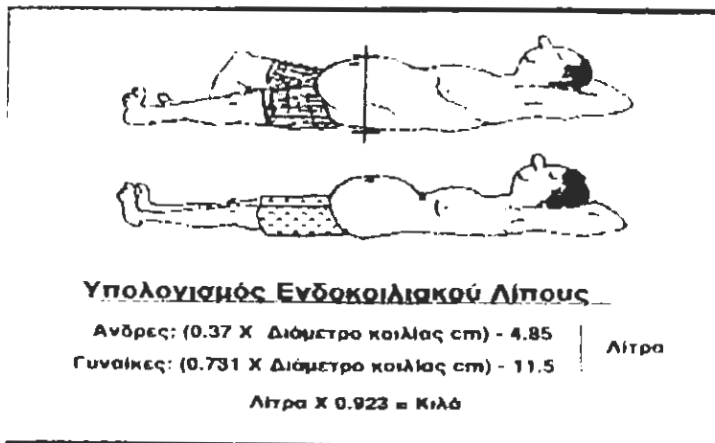
Πρόκειται για νέο σχετικά δείκτη κατανομής του σωματικού λίπους. Η διαφορά από τον WHR είναι ότι αποτελεί συνάρτηση της κατανομής του λίπους αφενός και της σχέσης βάρους προς το ύψος αφετέρου. Ισούται με την περίμετρο της μέσης δια 0.109 επί του βάρους προς το ύψος στο τετράγωνο.

η) Προσδιορισμός ενδοκοιλιακού λίπους

i) Αξονική – Μαγνητική Τομογραφία. Είναι ακριβέστατες μέθοδοι αλλά έχουν υψηλό κόστος ανά εξέταση και βέβαια πολύ υψηλό κόστος εξοπλισμού.

ii) Προσθιο-οπίσθια διάμετρος κοιλίας. Όσο μεγαλύτερη είναι η διάμετρος της κοιλίας σε ύπτια θέση, τόσο μεγαλύτερη είναι και η ποσότητα ενδοκοιλιακού λίπους. Όταν το λίπος είναι υποδόριο, η κοιλία «απλώνει» κατά την κατάκλιση και έτσι η διάμετρος της είναι μικρότερη. Αντίθετα, όταν είναι αυξημένο το ενδοκοιλιακό λίπος, η κοιλιά «πομπάρει» παίρνει, εκείνο το χαρακτηριστικό βατραχοειδές σχήμα που είναι συνηθισμένο στους άνδρες.

Η μέτρηση γίνεται όπως φαίνεται στο σχήμα.



iii) **Περίμετρος κοιλίας.** Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι και μόνον η απλή μέτρηση της περιμέτρου της μέσης έχει αρκετά διακριτική ικανότητα για το πόσο αυξημένο είναι ή όχι το ενδοκοιλιακό λίπος. Αυξημένο κίνδυνο για καρδιο-αγγειακές νόσους είναι οι τιμές μεγαλύτερες από 119.8 εκατοστά^(19,8,10).

θ) **Ιστορικό**

Γίνεται λήψη πλήρους ιατρικού και νοσηλευτικού ιστορικού το οποίο περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με το οινόπνευμα, το κάπνισμα, τα ναρκωτικά. Στις γυναίκες λαμβάνεται εμμηνορυσιακό και σεξουαλικό ιστορικό. Ακόμη περιλαμβάνει ηλικία, ύψος, τρέχον βάρος, προσπάθειες απώλειας βάρους και αποτελέσματα αυτών, διαιτητικές συνήθειες, συχνότητα πρόσληψης ορισμένων φαγητών όπως γάλα, γιαούρτι, αναψυκτικά, γλυκά, σάκχαρη. Επίσης, περιλαμβάνει φυσική δραστηριότητα, ατομικό αναμνηστικό, όπως διάφορες παθήσεις πχ. υπέρταση, ιστορικό κακοήθους νόσου, περίοδος έναρξης παχυσαρκίας⁸.

ι) **Άλλες εργαστηριακές εξετάσεις και κυρίως βιοχημικές**

Είναι οι α/α κρανίου (υποφυσιακός βόθρος) τα επίπεδα της ινσουλίνης, του πλάσματος, οι δοκιμασίες ανοχής της γλυκόζης, η έκκριση κορτιζόλης και κατεχολαμινών, άζωτο ουρίας αίματος, ουρικό οξύ, αλκοολική φωσφατάση, ολική πρωτεΐνη, γλουταμική οξαλοξική τρανσαμινάση ορού, γαλακτική αφυδρογονάση, χολερυθρίνη, θυροξίνη, τριγλυκερίδια και χοληστερόλη⁸.

Επίσης έχουμε κατά την φυσική εξέταση και μέτρηση και ζωτικών σημείων.



ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ - ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

A. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η παραμόρφωση του σώματος είναι η πρώτη επίπτωση της παχυσαρκίας. Οι ωραίες γυναικείες καμπύλες και ανατομικές αναγλυφές χάνονται, οι μαστοί κρεμούν, η κοιλιά γεμίζει λίπος και προεξέχει, οι γλουτοί μοιάζουν καπούλια φοράδας, ενώ τα λεπτά χαρακτηριστικά του απαλείφονται. Με λίγα λόγια, αποδιοργανώνεται η ανατομική φόρμα του σώματος, που γίνεται άσχημο και λειτουργικά ανεπαρκές⁶.

Ακόμη τα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάσει ένας παχύσαρκος μπορεί να προέρχονται από τα προβλήματα που δημιουργεί στα διάφορα συστήματα του σώματος όπως σε περίπτωση υπέρτασης, έντονος πονοκέφαλος συνοδευόμενος από ναυτία και εμέτους, οίδημα, δύσπνοια. Σε περίπτωση προβλημάτων από το καρδιαγγειακό όπως στεφανιαία νόσος μπορεί να παρουσιάζει πόνο στο στήθος και ιδιαίτερα στον τράχηλο, την κάτω γνάθο, τους ώμους και τα άνω άκρα όπου αποτελούν ενδείξεις εμφράγματος του μυοκαρδίου και της στηθάγχης. Ακόμα μπορεί να παρουσιάσει καρδιακές αρρυθμίες καθώς και προβλήματα καρδιακή ανεπάρκειας όπου ανάλογα με το είδος της καρδιακής ανεπάρκειας μπορεί να παρουσιάζει δύσπνοια, βράχυνση αναπνοής, αιμόπτυση, βήχα.

Επίσης δερματικές εκδηλώσεις, όπως λοιμώξεις από μύκητες καθώς και λοιμώξεις από το αναπνευστικό. Προβλήματα λόγω του σακχαρώδους διαβήτη. Από το σκελετικό όπου η οστεαρθρίτιδα η οποία είναι η πιο συχνή όπου κυριαρχεί ο πόνος που παρουσιάζεται και σε περιόδους ανάπαυσης, από

δυσκαμψία που υπάρχει όχι μόνο στην βάδιση αλλά και στην χρησιμοποίηση της καρέκλας.

Γενικά, ένα παχύσαρκο άτομο μπορεί να παρουσιάσει πληθώρα προβλημάτων ανάλογα με το σύστημα που προσβάλλεται θα πρέπει ακόμα να αναφερθεί ότι αυτά τα άτομα παρουσιάζουν ψυχολογία προβλήματα με διάφορες μορφές αυτών^{5,6,17,20}.

B. ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Μπορούμε να αναφέρουμε ότι υπάρχουν διάφορες μορφές παχυσαρκίας ανάλογα με το πού παίρνει κάποιος τα κιλά, στην κοιλιά ή στους μηρούς και τους γλουτούς, ανάλογα με το πού παίρνει κάποιος τα κιλά υπάρχει και η ανάλογη ονομασία, έτσι:

α) Το σώμα όταν έχει το χαρακτηριστικό σχήμα του «μήλου». Αυτή η μορφή παχυσαρκίας ονομάζεται «κεντρικού τύπου», είναι συχνότερη στους άνδρες και συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών. Το καλό είναι ότι η απώλεια βάρους για τα «μήλα» θεωρείται σχετικά πιο εύκολη σε σύγκριση με τα «αχλάδια». Η κεντρικού τύπου παχυσαρκία διακρίνεται σε δύο υποκατηγορίες, ανάλογα με την περιοχή της κοιλιάς όπου είναι συγκεντρωμένο το επιπλέον λίπος:

- ♦ Η πρώτη υποκατηγορία χαρακτηρίζεται από την αύξηση του υποδόριου λίπους, δηλαδή του λίπους που είναι κάτω από το δέρμα.
- ♦ Η δεύτερη υποκατηγορία χαρακτηρίζεται από την αύξηση του ενδοκοιλιακού (σπλαχνικού) λίπους, δηλαδή του λίπους που βρίσκεται πίσω και ανάμεσα στο έντερο παχύ – λεπτό. Αυτός ο τύπος παχυσαρκίας θεωρείται ο πιο επικίνδυνος για την υγεία.

β) Το σώμα όταν έχει το χαρακτηριστικό σχήμα του «αχλαδιού». Η αύξηση του υποδόριου λίπους είναι η πιο έντονη στους γοφούς και στους γλουτούς. Αυτή η μορφή παχυσαρκίας ονομάζεται «**γυναικείου τύπου**» γιατί είναι η πιο συχνή στις γυναίκες. Δεν αποκλείεται πάντως μια γυναίκα να έχει

ανδρικού τύπου παχυσαρκία. Είναι γεγονός ότι τα «αχλάδια» δυσκολεύονται να χάσουν βάρος από τα επίμαχα σημεία του σώματός τους. Ακόμη και μετά από δίαιτα, το κάτω μέρος του σώματος δεν εναρμονίζεται με το πάνω. Τα άτομα με γυναικείο τύπο παχυσαρκίας, ωστόσο, διατρέχουν λιγότερους κινδύνους από τις επιπλοκές της παχυσαρκίας. Εξαιρείται ίσως η οστεοαρθρίτιδα, επειδή οφείλεται σε μηχανικά αίτια^{5,10}.

Γενικά

- Όταν τα παραπάνω κιλά συσσωρεύονται στην κοιλιά, το σώμα χαρακτηρίζεται ως «μήλο» - παχυσαρκία κεντρικού τύπου.
- Όταν το επιπλέον βάρος βρίσκεται κυρίως στο κάτω μέρος του σώματος, τότε το σώμα χαρακτηρίζεται ως «αχλάδι» - παχυσαρκία γυναικείου τύπου.
- Η εναπόθεση του λίπους μπορεί επίσης να είναι ομοιόμορφη στον κορμό και στα άκρα.
- Οι περισσότεροι κίνδυνοι για την υγεία σχετίζονται με την παχυσαρκία κεντρικού τύπου, ιδιαίτερα όταν το συσσωρευμένο λίπος είναι σπλαχνικό, δηλαδή βρίσκεται μέσα στην κοιλιά¹⁰.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

A. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ (ΔΙΑΙΤΑ – ΑΣΚΗΣΗ)

Η θεραπεία της παχυσαρκίας μπορεί να διακριθεί σε συντηρητική που περιλαμβάνει τις διάφορες δίαιτες, φάρμακα και άσκηση και στην χειρουργική η οποία περιλαμβάνει διάφορες κατηγορίες χειρουργικών επεμβάσεων α) παρακαμπτήριες εντερικές εγχειρήσεις και β) παρακαμπτήριες εγχειρήσεις του στομάχου καθώς και την ψυχοθεραπεία.

Μια σύντομη αναδρομή κρίνεται απαραίτητη γιατί η καλή γνώση των αποτυχιών του παρελθόντος θα βοηθήσει στην αποφυγή παρόμοιων σφαλμάτων στο παρόν και στο μέλλον.

Το παρελθόν. Χαρακτηριστικό των θεραπευτικών προσπαθειών του παρελθόντος ήταν η μεγάλη επιθετικότητα για την επίτευξη των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων σε μικρό χρονικό διάστημα.

Πριν από 30 χρόνια άρχισε να εφαρμόζεται διεθνώς η «πλήρης νηστεία». Η μέθοδος αυτή είχε πολύ καλά αρχικά αποτελέσματα αλλά μετά από 2 χρόνια από την αρχική απώλεια βάρους, η υποτροπή ξεπερνούσε το 90%. Η μέθοδος αυτή χαρακτηριζόταν από έντονο αρνητικό ισοζύγιο αζώτου δηλαδή οι ασθενείς έχαναν πολύ μυϊκό ιστό, όταν μάλιστα ανακοινώθηκε και ο πρώτος θάνατος ενός 18χρονου στην Μεγάλη Βρετανία, που πέθανε έχοντας πλησιάσει το ... νανικό βάρος, η μέθοδος εγκαταλείφθηκε.

Σχεδόν ταυτόχρονα με την πλήρη νηστεία, εισήχθη από τους Payne και Dewind, η χειρουργική μέθοδος των «εντερικών αναστομώνσεων» ένωναν δηλαδή χειρουργικά την αρχή του εντέρου με το τέλος του, οι τροφές που έτρωγε το παχύσαρκο άτομο δεν απερροφώντο και έτσι το άτομο αδυνάτιζε. Μετά τον πρώτο ενθουσιασμό, η εμφάνιση σωρείας επιπλοκών στο μεγαλύτερο

μέρος των χειρουργημένων, έκαναν την μέθοδο να εγκαταλειφθεί προοδευτικά. Οι χειρουργικοί χειρισμοί όμως δεν σταμάτησαν αλλά αντικαταστάθηκαν από επεμβάσεις στο στομάχι (Mayson και Ito). Και εδώ, οι διάφορες τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν και χρησιμοποιούνται, αποδεικνύουν ότι καμία δεν είναι ιδανική.

Το «ενδογαστρικό μπαλόνι» έδωσε αρχικά πολλές ελπίδες. Ήταν πραγματικά ακίνδυνη, αναίμακτη και ανώδυνη η τοποθέτησή του μέσα στο στομάχι ώστε να μειωθεί η χωρητικότητά του και έτσι να περιοριστεί η ποσότητα της καταναλισκόμενης τροφής. Δυστυχώς, αποδείχθηκε αναποτελεσματική και έτσι δεν εφαρμόζεται πλέον.

Μια άλλη μέθοδος, με εντελώς «μικρή ζωή» ήταν η «περίδεση των σιαγόνων» με σύρμα, ώστε η δυνατότητα διανοίξεως του στόματος και μάσησης να περιορίζονται τόσο πολύ που το άτομο μπορούσε να τραφεί μόνο με υδαρείς τροφές συνήθως γάλα.

Στο πεδίο της φαρμακευτικής θεραπείας, η συνταγογραφία μειώθηκε διεθνώς δραματικά τα τελευταία 20 χρόνια, κυρίως από το φόβο των γιατρών για τους κινδύνους εθισμού στις αμφεταμίνες και τα παράγωγά τους. Αλλά και τα ευνοϊκά αποτελέσματα της φαρμακευτικής θεραπείας διαρκούσαν όσο εχορηγείτο το φάρμακο.

Το παρόν. Οι αποτυχίες των τελευταίων 25 ετών δεν άλλαξαν τους στρατηγικούς στόχους αλλά μετέβαλαν την τακτική στη θεραπεία της παχυσαρκίας.

Οι κύριοι στόχοι είναι:

- Ανακούφιση από τις επιπλοκές της παχυσαρκίας
- Πρόληψη αύξησης του βάρους στο γενικό πληθυσμό αλλά και στους ήδη υπέρβαρους.
- Δημιουργία ευνοϊκών προϋποθέσεων για απώλεια βάρους σε Τρίτη φάση.

Το μέλλον. Είναι πραγματικά δύσκολο να καθοριστούν μελλοντικοί στόχοι για την θεραπεία της δυσίατης και πολυπαραγοντικής αυτής νόσου⁵.

Οι θεραπευτικοί στόχοι είναι:

- α) Μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας, δηλαδή ολιγοθερμική διαίτα, περιοριστικές εγχειρήσεις στο στομάχι, ανορεκτικά φάρμακα κλπ.
- β) Μείωση της απορροφούμενης από το έντερο ενέργειας, δηλαδή δημιουργία μηχανισμών, φαρμακευτικών ή χειρουργικών, που ενώ τρώει περισσότερο, ένα ποσοστό της καταναλισκόμενης τροφής δεν απορροφάται.
- γ) Αυξημένη κατανάλωση ενέργειας, δηλαδή αύξηση των σωματικών μας δραστηριοτήτων σε καθημερινή βάση, άθληση, σπορ κλπ.
- δ) Αύξηση του βασικού μεταβολισμού, δηλαδή των καύσεων που έχει ο άνθρωπος άσχετα από οποιαδήποτε σωματική δραστηριότητα.
- ε) Τροποποίηση συμπεριφοράς, απόκτηση δηλαδή αυτοελέγχου σε διεργασίες πρόσληψης τροφής και αποσύνδεση του φαγητού από οποιαδήποτε συναισθηματική μεταβολή, ευχάριστη ή δυσάρεστη.
- στ) Χειρουργική αφαίρεση του πλεονάζοντος λιπώδους ιστού, δηλαδή λιπεκτομή.

Η επιλογή θα εξαρτηθεί από την μορφή της παχυσαρκίας, το βαθμό της και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου⁵.

ΔΙΑΙΤΑ

Η ισορροπημένη διατροφή είναι το κλειδί για την πρόληψη της παχυσαρκίας και ο ιδανικός τρόπος για να χάσετε κιλά.

Ποικιλία, Ισορροπία, Μέτρο

Αυτοί είναι οι «χρυσοί» κανόνες της ισορροπημένης διατροφής και ο γνώμονας με βάση τον οποίο σχεδιάζεται με σωστή διαίτα.

- α) **Ποικιλία:** Είναι απαραίτητο να τρώει κανείς από όλες τις ομάδες τροφίμων όπως δημητριακά, γαλακτοκομικά, φρούτα, λαχανικά και κρέας.

β) Ισορροπία: Τα κύρια συστατικά των τροφίμων όπως πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπη πρέπει να βρίσκονται σε ισορροπία τόσο στην καθημερινή διατροφή όσο και σε μια δίαιτα. Η καθημερινή πρόσληψη θερμίδων πρέπει να κατανέμεται ως εξής:

- **55%** υδατάνθρακες (δημητριακά, ψωμί, μακαρόνια, ρύζι, πατάτες, φρούτα, λαχανικά).
- **15%** πρωτεΐνες, ψάρια, κρέας, πουλερικά, αυγά, γαλακτομικά.
- **30%** λίπη (ελαιόλαδο, ζωικά λίπη).

γ) Μέτρο: Μην ξεχνάει ότι «μέτρο άριστο». Το γεγονός ότι ένα τρόφιμο είναι υγιεινό ή αρέσει δεν σημαίνει ότι μπορεί να καταναλώνετε ανεξέλεγκτα. Τα παραπανίσια κιλά οφείλονται στο γεγονός ότι παίρνει κάποιος περισσότερες θερμίδες από όσες καίει καθημερινά. Ο στόχος λοιπόν είναι να μειωθούν οι θερμίδες που προσλαμβάνονται. Μια καλή αρχή είναι να ελαττωθούν οι ποσότητες φαγητού που καταναλώνει κάποιος στα 2/3 των αρχικών.

Το μυστικό για να χάσει κανείς τα περιττά κιλά ή να προλάβει το πρόβλημα της παχυσαρκίας είναι να τροποποιήσει τη στάση απέναντι στο φαγητό.

Πρώτον, πρέπει να περιοριστεί το ανεξέλεγκτο τσιμπολόγημα τροφών που είναι πλούσιες σε λιπαρά και θερμίδες.

Δεύτερον, οι ποσότητες δίνονται σε μικρομερίδες. Μια μικρομερίδα αντιστοιχεί στο μισό μιας μερίδας εστιατορίου. Να πίνει άφθονο νερό. Αντί για αλάτι προτίμηση στα μυρωδικά πχ. ρίγανη, βασιλικός, θυμάρι και το λεμόνι²¹.

Τρίτον, καθημερινά πρέπει να καταναλώνει απαραίτητως ψωμί, ρύζι, δημητριακά ή μακαρόνια. Επιλογή ή το ένα ή το άλλο στα κύρια γεύματα της ημέρας, πχ. δημητριακά στο πρωινό ρύζι στο γεύμα.

Τέταρτον, λήψη φρούτων περίπου 3 ολόκληρα και όχι σε μορφή χυμού με αυτό προσλαμβάνει τις φυτικές ίνες που περιέχουν, οι οποίες είναι απαραίτητες για την ομαλή λειτουργία του εντέρου.

Πέμπτον, λήψη ενός πιάτου με λαχανικά – είτε ως φαγητό πχ. λαδερά φασολάκια, είτε ως σαλάτα ωμών ή βρασμένων λαχανικών.

Έκτον, δύο μικρομερίδες γαλακτομικών, θυμηθείτε ότι 1 ποτήρι γάλα 240 ml = 1 κεσεδάκι γιαούρτι 200 γρ = 1 κομμάτι τυρί 30 γρ = 1 μικρομερίδα γαλακτοκομικού.

Έβδομον, το ελαιόλαδο με μέτρο.

Όγδοον, να λαμβάνεται εβδομαδιαίως 2 φορές ψάρι αν γίνεται και περισσότερο. 1-2 φορές πουλερικά, 1 – 2 φορές όσπρια ή περισσότερο αν μπορεί κάποιος. Μία φορά το πολύ, κόκκινο κρέας – είτε σε μια κανονική μερίδα (πχ. φιλέτο) είτε «σπαστά» πχ. κιμάς σε μακαρονάδα, μπιφτέκι κλπ. Καλό είναι να μην λαμβάνεται συχνότερα κόκκινο κρέας για λόγους υγείας. Είναι πηγή κορεσμού (ζωικού) λίπους, η αυξημένη κατανάλωση του οποίου ενοχοποιείται για την πρόκληση καρδιαγγειακών νοσημάτων.

1 - 2, ή παραπάνω φορές λαδερά φαγητά (φασολάκια, μπάμιες, μελιτζάνες, κολοκυθάκια κλπ.) και αμυλούχα τρόφιμα (ρύζι, μακαρόνια, πατάτες), για να συμπληρώσετε τα υπόλοιπα γεύματα της εβδομάδας¹⁰.

Γενικά πείτε ναι

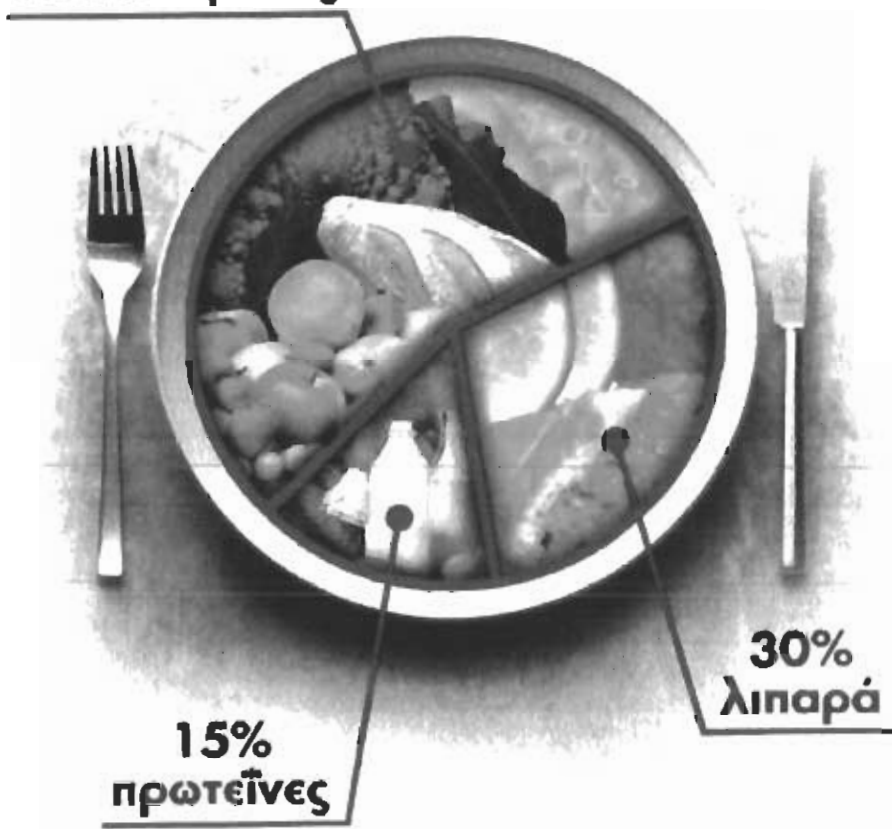
- Στο νερό (6 - 8 ποτήρια) κατά τη διάρκεια της ημέρας και πριν τα γεύματα. Θα δώσει ένα αίσθημα κορεσμού.
- Στα λαχανικά και στα φρούτα.
- Στο πρωινό.
- Στα 3 γεύματα την ημέρα.
- Στα φρούτα όταν πρόκειται να «τσιμπήσει» κάτι.
- Στο κοτόπουλο και το ψάρι στον ατμό ή τη σχάρα.
- Στις λίστες για τα ψώνια (αποφυγή για να παρασυρθεί)
- Στα αντικολλητικά σκεύη^{22,23}.

Γενικά πείτε όχι

- Στα τηγανιτά
- Στο δεύτερο πιάτο
- Στο φαγητό μπροστά στην τηλεόραση (δεν αντιλαμβάνεται τι και πόσο τρώει)
- Στο «τσιμπημα»
- Στο αλκοόλ: Έχει πολλές θερμίδες, διεγείρει την αποθήκευση του λίπους και μειώνει τη θέληση για σωστές επιλογές τροφίμων.
- Στα παϊδάκια
- Στην «πέτσα» του κοτόπουλου και το λίπος της μπριζόλας.
- Στα αλλαντικά.
- Στα τυριά με πολλά λιπαρά (τσένταρ, ροκφόρ, μπρι, μοτσαρέλα).
- Στα τρόφιμα που στην ετικέτα αναγράφεται λίπος πάνω από 10 gr ανά 100 gr προϊόντος.
- Στα προπαρασκευασμένα φαγητά (έχουν πολύ λίπος και κατά συνέπεια πολλές θερμίδες).
- Στο βούτυρο (όριο: 3 κουταλάκια του καφέ την ημέρα)
- Στο λάδι (όριο: 3 κουταλάκια του καφέ την ημέρα)
- Στη μαγιονέζα (όριο 3 κουταλάκια του καφέ την ημέρα)
- Στις άσπρες και λαδερές σάλτσες
- Στους ξηρούς καρπούς, όχι πάνω από μια κουταλιά της σούπας την ημέρα.
- Στα τσιπς, πατάτες τηγανιτές.
- Στις σοκολάτες, κρουασάν
- Στο ασανσέρ για 2 - 3 ορόφους (ανελκυστήρας)^{22,23}

**Το πιάτο σας πρέπει
να μοιάζει με αυτό...**

55%
υδατάνθρακες



Πώς μπορώ να τρώω πιο σωστά;

Οδηγός για σωστές επιλογές



ΠΡΟΣΟΧΗ ΠΡΙΝ ΞΕΚΙΝΗΣΕΙ ΜΙΑ ΔΙΑΙΤΑ

- Τίποτα στην σύνταξη των διαιτολογίων δεν είναι τυχαίο. Τα πάντα εξυπηρετούν κάποια σκοπιμότητα είτε την προστασία της υγείας είτε την απώλεια του βάρους.
- Αποφυγή αυθαίρετων αλλαγών. Καλύτερα να μην ξεκινήσει μια δίαιτα, παρά να την παραποιείται κατά σύστημα.
- Στις δίαιτες που ακολουθούνται υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις όπου υπάρχουν ή συνοδεύουν το διαιτολόγιο. Με το «ή» να δίνονται οι ισοδυναμίες των τροφίμων. Για παράδειγμα, 1 κουταλάκι λάδι ή 5 ελιές ή 2 καρύδια. Ισοδύναμα είναι τα τρόφιμα που δίνουν τα ίδια θρεπτικά συστατικά και τις ίδιες θερμίδες στη συγκεκριμένη ποσότητα που αναφέρονται.
- Να ξεκινάει κάποιος με την δίαιτα που του ταιριάζει καλύτερα.
- Οι τσίχλες χωρίς ζάχαρη δεν απαγορεύονται στη δίαιτα. Οι τσίχλες με ζάχαρη, όμως, δίνουν λίγες παραπάνω θερμίδες και επιπλέον προκαλούν τερηδόνα.
- Διατήρηση όσο είναι δυνατόν ενός σταθερού ωραρίου φαγητού²³.

ΑΣΚΗΣΗ

Η άσκηση μπορεί να έχει επίδραση και στην ποσότητα της προσλαμβανόμενης τροφής με τους εξής μηχανισμούς:

α) **Μείωση της όρεξης.** Αν και τα αποτελέσματα των ερευνών για την επίδραση της άσκησης στην όρεξη είναι αντιφατικά και περιορίζονται σε πειραματόζωα, φαίνεται ότι ελαφρά και μέτρια άσκηση μειώνει ή τουλάχιστον δεν αυξάνει την όρεξη, ενώ η έντονη άσκηση την αυξάνει. Η μείωση της όρεξης παρατηρείται κυρίως στους άνδρες.

β) **Μείωση της επιθυμίας για πρόληψη λίπους.** Και εδώ τα δεδομένα αναφέρονται κυρίως σε πειραματόζωα. Φαίνεται πάντως ότι ο συνδυασμός δίαιτας και άσκησης μειώνει την επιθυμία για κατανάλωση λίπους ακόμα και

στην φάση συντήρησης του σωματικού βάρους και έτσι μειώνεται η πιθανότητα υποτροπής της παχυσαρκίας.

γ) Ευνοϊκές ψυχολογικές επιδράσεις. Είναι γνωστό ότι η καλή φυσική κατάσταση είναι ανάλογη με την ψυχική υγεία του ατόμου. Ειδικά στα παχύσαρκα άτομα, με την σωρεία των πρωτογενών και δευτερογενών ψυχικών προβλημάτων, η συστηματική αλλά μέτριας έντασης άσκηση, αυξάνει την αυτοεκτίμηση και βελτιώνει το συναίσθημα αυτάρκειας και ευεξίας. Αντίθετα, η έντονη άσκηση είναι δυνατόν να αυξήσει το stress και την γενικότερη ένταση και πρέπει να αποφεύγεται.

Προσοχή όταν υπάρχει συνδυασμός διαίτας και γυμναστικής είναι σημαντικό να παίρνεται η απαραίτητη ενέργεια από την διατροφή για τις ανάγκες της άσκησης. Στην περίπτωση αυτή απαγορεύονται οι υποθερμιδικές δίαιτες – αστραπή. Εάν η διαίτα είναι ισορροπημένη τότε δεν υπάρχει πρόβλημα. Στην άσκηση περιλαμβάνεται και η φυσικοθεραπεία που γίνεται ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και το βάρος του ατόμου στο οποίο θα εφαρμοστεί. Περιλαμβάνει μάλαξη – ασκήσεις – μηχανοθεραπεία – θερμοθεραπεία.

Για να αρχίσει κάποιος ένα πρόγραμμα άσκησης τότε επιβάλλεται να συμβουλευτεί το γιατρό, ιδιαίτερα εάν κάνει καθιστική ζωή ή έχει κάποιο πρόβλημα υγείας πχ. υπέρταση. Η έγκριση από τον γιατρό πριν αρχίσει οποιαδήποτε μορφή σωματικής άσκησης όχι είναι απαραίτητη μόνο για όσους έχουν δείκτη μάζας σώματος πάνω από το φυσιολογικά, αλλά για όλους.

Η έννοια της φυσικής δραστηριότητας δεν ταυτίζεται με την γυμναστική. Μπορεί να κάψει κάποιος θερμίδες ακόμη και με τις καθημερινές δραστηριότητες. Ένα παράδειγμα προγράμματος όπου οι θερμίδες έχουν υπολογιστεί για ένα άτομο περίπου 80 κιλών.

Γενικά

- Η προσπάθεια για απώλεια βάρους έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν συνδυάζεται η διαίτα με την άσκηση.
- Λέγοντας φυσική δραστηριότητα, δεν εννοείται αποκλειστικά τη γυμναστική, αλλά κάθε μορφή κίνησης και δραστηριότητας της καθημερινής ζωής πχ. το πλύσιμο του αυτοκινήτου.
- Η καλύτερη άσκηση είναι να ασχολείστε με δραστηριότητες που σας αρέσουν, πχ. το παιχνίδι με τα παιδιά.
- Τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας είναι αισθητά στο σώμα, την υγεία και την ψυχική διάθεση.
- Για να ασχοληθείτε συστηματικά με μια μορφή άσκησης, πρέπει να πάρετε την άδεια του ιατρού^{5,10,24,25}.

ΦΑΡΜΑΚΑ

Δεν υπάρχει κανείς που θα έλεγε «όχι» σε ένα θαυματουργό χάπι που θα τον απαλλάσσει από τα παραπανίσια κιλά. Δυστυχώς, όμως, κάτι τέτοιο δεν υπάρχει. Τα φάρμακα κατά της παχυσαρκίας είναι αποτελεσματικά σε συνδυασμό με διαίτα.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η φαρμακευτική αγωγή ενδείκνυται μόνο στην περίπτωση που έχουν αποτύχει οι προσπάθειες απώλειας βάρους με διαίτα και άσκηση, και πάντοτε κατόπιν συμβουλής του ιατρού.

Συνήθως συνίσταται σε:

- Παχύσαρκους με Δείκτη Μάζας Σώματος πάνω από 30.
- Υπέρβαρους με Δείκτη Μάζας Σώματος πάνω από 25, όταν πάσχουν από νόσους που συνδέονται με την παχυσαρκία (πχ. υπέρταση, αυξημένη χοληστερίνη).

Τα φάρμακα κατά της παχυσαρκίας

Είναι γεγονός ότι για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας υπάρχουν λίγα φάρμακα, ενώ αρκετά από αυτά που έχουν κυκλοφορήσει κατά καιρούς, στην Ευρώπη και την Αμερική, αποσύρθηκαν επειδή είχαν σοβαρές παρενέργειες λόγω του μηχανισμού δράσης τους στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Όμως η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να είναι βασικό σκέλος της θεραπευτικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας. Ωστόσο, για καλύτερα αποτελέσματα πρέπει να συνοδεύεται από την κατάλληλη υποθερμιδική δίαιτα και σωματική άσκηση.

Στη χώρα μας κυκλοφορεί μόνον ένα φάρμακο, σε μορφή κάψουλας για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, κορλιστάση (το φάρμακο έχει πάρει την έγκριση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων και κυκλοφορεί με την εμπορική ονομασία Xenical).

Ο **μηχανισμός δράσης** περιορίζεται στο γαστρεντερικό σύστημα και δεν επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα. Επειδή ο ορλιστάτη δεν περνάει στη συστηματική κυκλοφορία του αίματος, έχει τεκμηριωθεί ως ασφαλές φάρμακο. Πάνω από 9 εκατομμύρια ασθενείς παγκοσμίως έχουν λάβει την ορλιστάτη ως σήμερα. Η ορλιστάτη θα πρέπει να συνοδεύεται από μια ελαφρά υποθερμιδική δίαιτα, που θα περιλαμβάνει 3 γεύματα ημερησίως, το καθένα από τα οποία θα πρέπει να έχει ως 30% των θερμίδων προερχόμενο από το λίπος.

Η ορλιστάτη στοχεύει αποκλειστικά στο λίπος της τροφής και δρα τοπικά, στο έντερο και στο περιεχόμενό του, εμποδίζοντας ένα μέρος αυτών των λιπαρών (~ 30%) να απορροφηθεί από τον οργανισμό, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα έλλειμμα θερμίδων, που οδηγεί σε υγιεινή απώλεια βάρους. Η ημερήσια κατανάλωση λιπαρών τροφών πρέπει να κατανέμεται και στα τρία κύρια γεύματα, και πάντοτε να μην υπερβαίνει το 30% των συνολικών θερμίδων του κάθε γεύματος. Αυτό σημαίνει ότι χρειάζεται προσοχή στην ποσότητα και στο περιεχόμενο της τροφής σε λίπος.

Αποτελεσματικότητα – Ανεπιθύμητες ενέργειες

Η ορλιστάτη οδηγεί σε σημαντικά μεγαλύτερη απώλεια βάρους από ό,τι η δίαιτα από μόνη της. Όσο περισσότερο συμμορφώνεται κάποιος και ακολουθεί τις οδηγίες, τόσο καλύτερα αποτελέσματα θα έχει. Αποτελέσματα από μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα που ακολουθούν σωστά τις οδηγίες, πέτυχαν απώλεια από το αρχικό σωματικό τους βάρος 10% στο πρώτο τρίμηνο της θεραπείας και 16,4% μετά από ένα χρόνο θεραπείας. Πέραν όμως από την απώλεια βάρους, η ορλιστάτη οδηγεί σε σημαντική βελτίωση των επιπέδων του σακχάρου στο αίμα, μειώνει την αρτηριακή πίεση, τα τριγλυκερίδια και τη χοληστερίνη. Ιδιαίτερα στους διαβητικούς ασθενείς, η ορλιστάτη αποτελεί μια πολύτιμη θεραπευτική επιλογή. Συνιστάται πάντως η αγωγή να ξεκινήσει μόνο μετά από δίαιτα που έχει επιφέρει απώλεια τουλάχιστον 2,5 κιλών μέσα σε διάστημα 4 εβδομάδων. Εάν περάσουν τρεις μήνες από την έναρξη της θεραπείας και ο πάσχων δεν χάσει τουλάχιστον το 5% του βάρους του τότε η αγωγή μπορεί να διακοπεί.

Οι παρενέργειες της ορλιστάτης είναι κυρίως τοπικής φύσεως στο γαστρεντερικό σύστημα: Γαστρεντερικές διαταραχές, αποβολή μικροποσοτήτων λιπαρού υλικού, μετεωρισμός που συνοδεύεται από κενώσεις, πιεστική ανάγκη αφόδευσης, ελαιώδη κόπρανα, αυξημένος αριθμός αφοδεύσεων και ακράτεια κοπράνων. Οι παραπάνω γαστρεντερικές ενοχλήσεις εμφανίζονται όταν καταναλωθεί μεγάλη ποσότητα λίπους και είναι παροδικές. Μειώνοντας την ποσότητα των λιπαρών μειώνεται η συχνότητα των γαστρεντερικών ενοχλήσεων, ενώ βελτιώνονται και οι διατροφικές συνήθειες^{8,10,24,26}.

- Δεν υπάρχουν «μαγικά» χάπια για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας.
- Η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής γίνεται μόνον όταν έχουν προκληθεί σοβαρές προσπάθειες για απώλεια βάρους με δίαιτα και άσκηση.
- Στην Ελλάδα υπάρχει ένα εγκεκριμένο φάρμακο, η ορλιστάνη που δρα μόνο σε συνδυασμό με δίαιτα.
- Αποφεύγεται η λήψη φαρμάκων χωρίς συμβουλές ιατρού, γιατί μπορεί να έχουν σοβαρές παρενέργειες.¹⁰

B. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Η πλειονότητα των ατόμων με μεγάλη παχυσαρκία όπου ονομάζεται νοσηρή παχυσαρκία χάνουν βάρος με μια αυστηρή δίαιτα με χαμηλή ενέργεια που συμπληρώνεται αν χρειασθεί με κάτι άλλο. Πολλές δυσκολεύονται να διατηρήσουν το μειωμένο βάρος τους όταν χάσουν την ψυχολογική υποστήριξη που είχαν στη διάρκεια της απώλειας βάρους και μέσα σε τέσσερις έως οκτώ μήνες πολλές από αυτές έχουν ξανακερδίσει 50% περισσότερο από το βάρος που έχασαν. Αυτά μάλλον τα αποθαρρυντικά αποτελέσματα οδήγησαν στην χειρουργική αντιμετώπιση. Πριν αναφερθούν τα είδη χειρουργικών επεμβάσεων που έχουν αναπτυχθεί θα πρέπει πρώτα να αναφερθεί η φυσιολογία της πέψης.

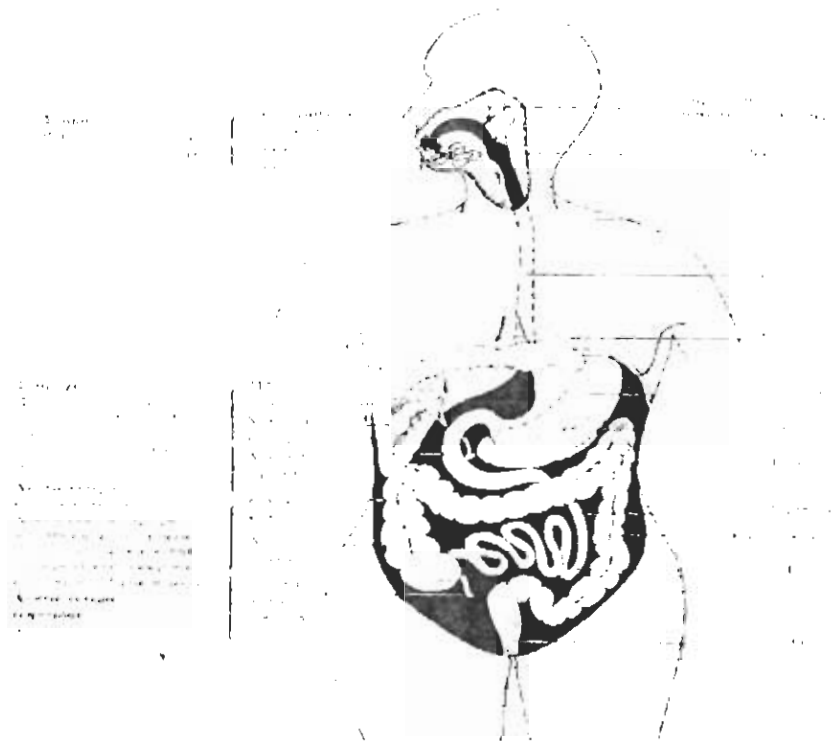
Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΕΨΗΣ

Η κύρια λειτουργία της πεπτικής οδού είναι να δίνει στο σώμα μια συνεχή παροχή νερού, ηλεκτρολυτών και θρεπτικών ουσιών. Αυτό επιτυγχάνεται με την κίνηση της τροφής διαμέσου του οισοφάγου, του στομάχου, των εντέρων, με την έκκριση των γαστρικών υγρών και την απορρόφηση των τροφών που τρώγονται, του νερού και των ηλεκτρολυτών από το παχύ και λεπτό έντερο.

Η κίνηση και η ανάμιξη των τροφών συμβαίνει επειδή τα αργά κινούμενα περισταλτικά κύματα συστολών περνούν κανονικά κατά μήκος της πεπτικής

οδού αντιδρώντας στην διάστασή της από φαγητό ή νερό. Αυτές οι συστολές πιέζουν την τροφή προς τα εμπρός και ταυτόχρονα την ανακατεύουν.

Στο στόμα, το φαγητό μασιέται και ανακατεύεται με το σίελο. Στη συνέχεια, καταπίνεται και περνάει από τον οισοφάγο για να εισέλθει στο στομάχι. Το στομάχι μπορεί να αποθηκεύσει μεγάλες ποσότητες φαγητού ώσπου να περάσουν στο έντερο. Κατά τη διάρκεια που μένει στο στομάχι το φαγητό ανακατεύεται με γαστρικά πεπτικά υγρά και αραιό υδροχλωρικό οξύ για να σχηματίσει ένα ημίρρευστο μίγμα και διασπάται εν μέρει. Καθώς δημιουργείται διαθέσιμος χώρος στα έντερα, το μίγμα, που ονομάζεται χυμός, μεταφέρεται από το στομάχι με περισταλτικά κύματα συστολών.



Η εντερική οδός

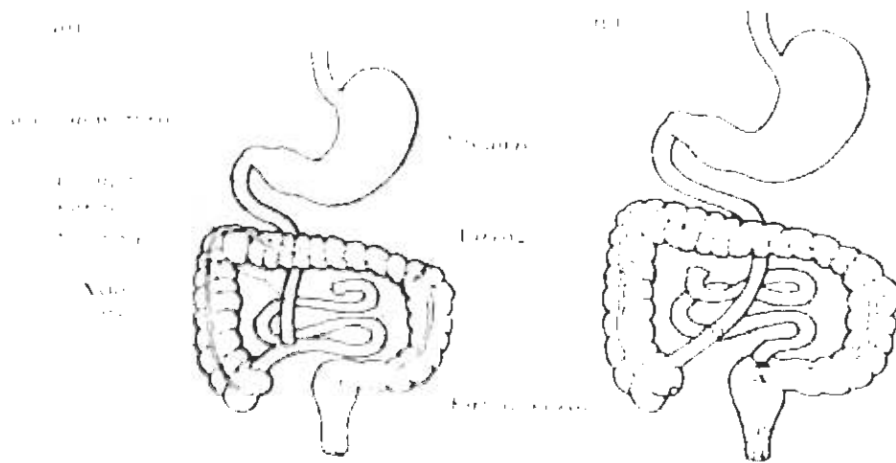
Το μεγαλύτερο μέρος της απορρόφησης της τροφής γίνεται στο λεπτό έντερο όπου ο χυμός δέχεται την επίδραση εκκρίσεων από το πάγκρεας και από τα πεπτικά υγρά του εντέρου. Οι υδατάνθρακες διασπώνται περαιτέρω

από τις παγκρεατικές εκκρίσεις και απορροφώνται, κυρίως στη νήστιδα. Τα λίπη γαλακτοποιούνται με την επίδραση των χολικών αλάτων και πέπτονται από τις εκκρίσεις του παγκρέατος και των εντέρων (λεπτό – παχύ) για να σχηματίσουν ελεύθερα λιπαρά οξέα, μονογλυκερίδια και γλυκερόλη. Σ' αυτή την κατάσταση απορροφώνται από τα έντερα και όσο μεγαλύτερη είναι η διάταση των εντέρων τόσο μεγαλύτερη είναι η απορρόφηση. Οι πρωτεΐνες διασπώνται περαιτέρω στα έντερα στα συστατικά τους αμινοξέα και απορροφώνται. Είναι φανερό ότι το μεγαλύτερο μέρος της απορρόφησης της τροφής γίνεται στο λεπτό έντερο^{11,16}.

ΕΙΔΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΥΤΩΝ

Η κατανόηση της φυσιολογίας του πεπτικού συστήματος οδήγησε σε διάφορες ιδέες για το πώς κάποιος θα μπορούσε να χάσει βάρος. Έτσι κάποιιοι θεώρησαν ότι εάν το μεγαλύτερο μέρος της νήστιδας παρακαμφθεί κόβοντάς το κοντά στην ένωσή του με το δωδεκαδάκτυλο και αναστομώνοντας το κομμένο άκρο με το κατώτερο μέρος του ειλεού ο ασθενής θα μπορούσε να φάει ό,τι ήθελε αλλά θα έχανε βάρος επειδή το φαγητό δεν θα πεπτόταν και δεν θα απερροφότο.

Μια δεύτερη ιδέα, που αναπτύχθηκε κάπως αργότερα, καθώς έγιναν φανερές οι επιπλοκές μετά από τις εγχειρήσεις νηστιδοειλικής παράκαμψης, ήταν η μείωση του μεγέθους του στομάχου. Συμφωνήθηκε ότι εάν το μέγεθος του στομάχου μειωνόταν κατά δύο τρίτα ή περισσότερο, η/ο ασθενής θα εμποδιζόταν να φάει μεγάλα γεύματα επειδή θα ένιωθε γρήγορα είναι αίσθημα πληρότητας (ή κορεσμού) όταν έτρωγε.



(α) Η νηστιδο-ειλεϊκή παράκαμψη άκρο – προς – άκρο του Payne, (β) η νηστιδο-ειλεϊκή παράκαμψη άκρο προς άκρο του Scott.

Επιπλοκή τραυματός	15-25
Βαρύς μεταβολικός διαταραχές (μετάλλων)	20-30
Ορθοπαιδικός πόνος δυσφορία	35-50
Αιμορροΐδες	14-20
Σεβηρή (ανοχλητική) διάρροια	15-20
Φοσφορική πείνα	10-15
Αρθρίτιδα	8-12
Νευροπάθεια	8-12
Χολόλιθοι	3-7
Ψυχιατρικά προβλήματα	6-10
Ηπατική ανεπάρκεια	3-5
Θάνατος	0,5-4
Αντική νύκτα εφαρμογή	10-20

Παρακολούθηση επί 3 χρόνια, σε χύμα μόνο ένα χρόνο

Αντικειμενικός σκοπός και των δύο επεμβάσεων ήταν να μειωθεί σημαντικά την ποσότητα ενέργειας που απορροφάται επιτρέποντας στον/στην ασθενή να χάνει σταθερά βάρος και να φτάσει στο επιθυμητό βάρος της μετά από 6 – 15 μήνες. Αναμένεται επίσης ότι η περιορισμένη ποσότητα φαγητού που τρώει η ενέργεια που απορροφά θα επιτρέψει στο άτομο να διατηρήσει το επιθυμητό της βάρος όταν το επιτύχει και το βάρος της δεν θα αυξηθεί.

Γενικά, η χειρουργική επέμβαση πρέπει να προτείνεται μόνο σε ασθενείς που έχουν ενημερωθεί πλήρως για την χειρουργική επέμβαση, και το αποτέλεσμα τους και έχει επιλεγεί προσεκτικά. Η επιλογή συνεπάγεται συχνά την προσεκτική ψυχολογική αξιολόγηση για τον αποκλεισμό σοβαρών συναισθηματικών προβλημάτων και για την διαπίστωση της ορθότητας των κινήτρων του ατόμου. Η εγχείρηση δεν πρέπει να θεωρείται σαν «γρήγορο διόρθωμα» για τη μεγάλη παχυσαρκία. Πρέπει να προτείνεται μόνο από μια ομάδα ιατρών που αντιμετωπίζουν την παχυσαρκία και που μπορούν να εξασφαλίσουν την απαραίτητη παρακολούθηση^{5,8}.

Όσον αφορά την νηστιδο-ειλεϊκή παράκαμψη που έγινε για πρώτη φορά στην δεκαετία του '50 και έγινε δημοφιλής στις αρχές της δεκαετίας του '70 και λόγω των ανεπιθύμητων παρενεργειών. Η σημερινή ομόφωνη γνώμη σχετικά με την νηστιδο-ειλεϊκή παράκαμψη εκφράστηκε το 1981 σε ένα κύριο άρθρο του Journal of the American Medical Association που δήλωνε ορθά κοφτά: «Σε μια αξιολόγηση της αντιμετώπισης της παχυσαρκίας είναι κανείς υποχρεωμένος να απορρίψει την νηστιδο-ειλεϊκή παράκαμψη ως μεταβολικά και φυσιολογικά επικίνδυνη επέμβαση». Η νηστιδο-ειλεϊκή παράκαμψη δεν είναι πια αποδεκτή εγχείρηση λόγω της απαγορευτικής νοσηρότητας – ηπατική ανεπάρκεια, υποσιτισμός, εντερίτιδα, λίθοι ουροποιητικού από οξαλικό, αρθρίτιδα και οστεομαλακία – και των εξόδων μετεγχειρητικής εξωνοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακής περίθαλψης της μακροχρόνιας παρακολούθησης και των συμπτωμάτων που προκαλεί η διάρροια που επηρεάζουν σοβαρά την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Όσον αφορά τις επεμβάσεις που γίνονται στο στομάχι είναι:

- α) Η διαμερισματοποίηση του στομάχου
- β) Γαστρική παράκαμψη
- γ) Γαστρικό δακτύλιος
- δ) Ενδογαστρικό μπαλόνι

α) Διαμερισματοποίηση του στομάχου ή γαστροπλαστική, όπου διαχωρίζεται ένα τμήμα (διαμέρισμα) στην αρχή του στομάχου από το υπόλοιπο. Τα δύο τμήματα του στομάχου εξακολουθούν να επικοινωνούν διαμέσου ενός στενού στομίου. Έτσι, η τροφή αρχικά εισέρχεται στο μικρό διαμέρισμα του στομάχου. Με αυτόν τον τρόπο περιορίζεται η χωρητικότητα του στομάχου, κατά συνέπεια και η ποσότητα της τροφής που λαμβάνεται. Σήμερα η διαμερισματοποίηση του στομάχου γίνεται λιγότερο συχνά, γιατί διαπιστώθηκε ότι η αποτελεσματικότητά της είναι μικρότερη σε σύγκριση με άλλες τεχνικές πχ. γαστρική παράκαμψη.

Αποτελεσματικότητα

⇒ Με την επέμβαση εξασφαλίζεται απώλεια βάρους τουλάχιστον στο 40-50% της αναμενόμενης. Η μέγιστη απώλεια βάρους επιτυγχάνεται μέσα στα δύο πρώτα χρόνια. Μετά από αυτό το χρονικό διάστημα το διαμέρισμα του στομάχου σταδιακά προσαρμόζεται δηλαδή μεγαλώνει.

⇒ Το μειονέκτημα της μεθόδου είναι ότι ο ασθενής αρχικά δυσκολεύεται να φάει στερεές τροφές, γιατί δεν μπορούν να περάσουν εύκολα από το ένα τμήμα του στομάχου στο άλλο. Έτσι περιορίζεται σε κρεμώδεις τροφές, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς αναγκάζονταν να τρώνε μόνο κρεμώδη τρόφιμα για μακρύ χρονικό διάστημα.

Επιπλοκές

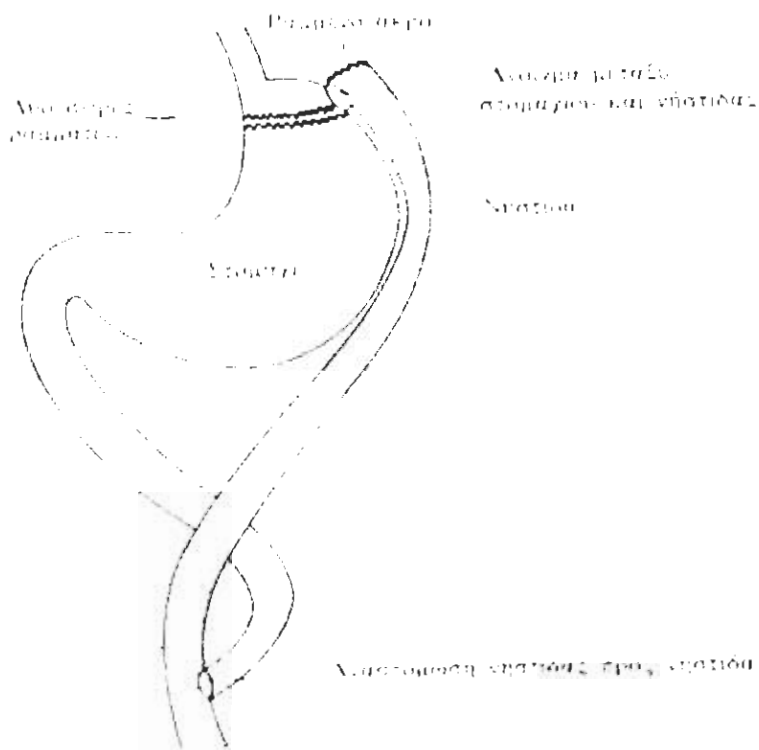
- ⊖ Το διαμέρισμα μπορεί να ανοίξει, οπότε μειώνεται η αναμενόμενη απώλεια βάρους.
- ⊖ Μπορεί να έχουμε ρήξη ραμμάτων που διαχωρίζουν τα δύο μέρη του στομάχου, μια σοβαρή επιπλοκή που πρέπει να αντιμετωπιστεί με εκ νέου επέμβαση.
- ⊖ Είναι δυνατόν να δημιουργηθεί έλκος στο σημείο όπου είναι τα ράμματα.

β) Γαστρική παράκαμψη

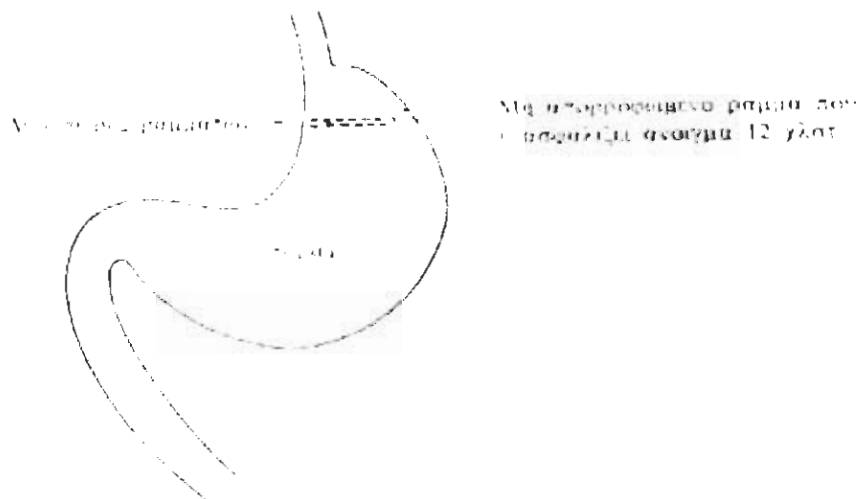
Στη γαστρική παράκαμψη, ή **γαστρικό bypass**, ουσιαστικά αποκόβεται ένα μικρό τμήμα του στομάχου, το οποίο δεν επικοινωνεί με το υπόλοιπο στομάχι. Το κομμάτι αυτό ενώνεται με το λεπτό έντερο και λειτουργεί πλέον ως ένα στομάχι εξαιρετικά μικρής χωρητικότητας. Χωράει μόλις δύο κουταλιές της σούπας (30 ml) ενώ η φυσιολογική χωρητικότητα του στομάχου είναι 1500 ml. Για τελευταία χρόνια το γαστρικό bypass γίνεται και λαπαροσκοπικό αλλά η μέθοδος αυτή δεν έχει τελειοποιηθεί ακόμη.

Αποτελεσματικότητα

- ⊖ Επιτυγχάνεται απώλεια βάρους κατά μέσο όρο πάνω από το 60% της αναμενόμενης στο 95% των περιπτώσεων (μέση απώλεια βάρους 65 κιλά ± 15). Εάν, πχ. κάποιος ζυγίζει 150 κιλά, θα χάσει μέσα στο πρώτο εξάμηνο περίπου 40 κιλά, ενώ μέσα στα επόμενα δύο χρόνια θα χάσει και τα υπόλοιπα κιλά. Μετά τα δύο χρόνια το στομάχι μεγαλώνει και χωράει πλέον 100 – 200 ml. Ένα μήνα μετά την επέμβαση ο ασθενής μπορεί να φάει στερεά τροφή. Λόγω της μειωμένης χωρητικότητας του στομάχου, επιβάλλεται να τρώει μικρά γεύματα.



Γαστρική παράκαμψη



Συρραφή στομάχου

Πιθανές επιπλοκές

- ⊖ Λοίμωξη της τομής.
- ⊖ Λοιμώξεις αναπνευστικού.
- ⊖ Μακροπρόθεσμα παρουσιάζεται αναιμία, λόγω της ελλιπούς απορρόφησης των βιταμινών και του σιδήρου. Η κατάσταση αυτή παρουσιάζεται στο 10% των ασθενών και οφείλεται στο ότι η κύρια απορρόφηση αυτών των συστατικών γίνεται από το τμήμα του στομάχου που παρακάμπτεται λόγω της επέμβασης, το τμήμα του στομάχου που παραμένει σε λειτουργία απορροφά μικρότερο μέρος αυτών των συστατικών. Το πρόβλημα αντιμετωπίζεται με την χορήγηση πολυβιταμινούχων σκευασμάτων.
- ⊖ Δυσφαγία και κυρίως μηχανική δυσφαγία.

γ) Γαστρικός δακτύλιος

Με αυτή της μέθοδο τοποθετείται λαπαροσωματικά ένας δακτύλιος σιλικόνης γύρω από το στομάχι και το σφίγγει. Έτσι, το στομάχι αποκτά όψη κλεψύδρας. Το πρώτο κομμάτι του στομάχου χωράει 50 – 100 ml. Η τροφή πρέπει να περάσει από ένα στενό άνοιγμα, και εκ των πραγμάτων περιορίζεται η ποσότητα που μπορεί να φάει κανείς. Η μέθοδος του γαστρικού δακτυλίου μοιάζει με τη διαμερισματοποίηση του στομάχου. Η κύρια διαφορά τους είναι ότι η διάμετρος του δακτυλίου είναι ρυθμιζόμενη. Ο δακτύλιος ενώνεται με ένα σακουλάκι υγρού που τοποθετείται κάτω από το δέρμα στο ύψος του στομάχου. Ανάλογα με την πρόοδο του ασθενούς, ο γιατρός ρυθμίζει από αυτό το «ρεζερβουάρ» στο στόμιο του δακτυλίου.

Εάν, λόγω χάρη, ο ρυθμός απώλειας βάρους είναι πολύ αργός, το στόμιο του δακτυλίου σφίγγει περισσότερο, ενώ αν ο ασθενής χάνει βάρος πολύ γρήγορα, τότε το στόμιο του δακτυλίου μεγαλώνει.

Αποτελεσματικότητα

☞ Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία επιτυγχάνεται απώλεια βάρους κατά μέσο όρο στο 50% της αναμενόμενης (μέση απώλεια βάρους 30 κιλά ± 15). Εάν δηλαδή ο στόχος είναι η απώλεια 40 κιλών λιγότερο, είναι βέβαιο ότι θα χαθούν πάνω από 20. Τα περισσότερα κιλά χάνονται τους πρώτους έξι μήνες. Ένα μήνα μετά την επέμβαση μπορεί να φάει στερεά τροφή.

Πιθανές επιπλοκές

- ☞ Λοίμωξη του δακτυλίου
- ☞ Ρήξη του δακτυλίου
- ☞ Είναι δυνατόν να γλιστρήσει ο δακτύλιος ή να σφίξει πάρα πολύ, λόγω εσφαλμένης τεχνικής, προκαλώντας πλήρη απόφραξη του στομάχου.

δ) Ενδογαστρικό μπαλόνι

Το ενδογαστρικό μπαλόνι είναι μια σχετικά απλή μέθοδος αντιμετώπισης της παχυσαρκίας. Η τοποθέτηση του στο στομάχι προκαλεί αίσθημα κορεσμού, οπότε πρέπει ο ασθενής να τρώει λιγότερο. Η μέθοδος αυτή αναφέρεται ξεχωριστά ή στο τέλος, γιατί πρόκειται για απλή επέμβαση, που δεν απαιτεί ολική νάρκωση. Το μπαλόνι (από σιλικόνη) τοποθετείται με τη βοήθεια ενός ενδοσκοπίου (ένας λεπτός σωλήνας εισάγεται από το στόμα) στο στομάχι, και στην συνέχεια φουσκώνει με υγρό. Παραμένει για 6 μήνες στο στομάχι και στη συνέχεια αφαιρείται (εισάγεται το γαστροσκόπιο, αναρροφάται το υγρό του μπαλονιού και την συνέχεια αφαιρείται το μπαλόνι από το στόμα).

Αποτελεσματικότητα

Κατ' αρχήν, θα πρέπει να αναφερθεί ότι παράλληλα με την τοποθέτηση του ενδογαστρικού μπαλονιού πρέπει να γίνει και δίαιτα. Αυτή η μέθοδος τα τελευταία χρόνια δεν χρησιμοποιείται συχνά, επειδή διαπιστώθηκε ότι η αποτελεσματικότητά της είναι μικρή. Παρατηρήθηκε ότι το αίσθημα κορεσμού

διαρκεί μόνο για 3 μήνες, ενώ μετά από αυτό το χρονικό διάστημα το στομάχι σταδιακά προσαρμόζεται, οπότε ο ασθενής μπορεί να φάει όπως και πρώτα.

Πιθανές Επιπλοκές

- ⊖ Μπορεί να τρυπήσει το μπαλόνι και να αποφράξει το έντερο.
- ⊖ Έλκος στομάχου.
- ⊖ Μπορεί μετά την αφαίρεση του μπαλονιού το στομάχι να είναι μεγαλύτερο από όσο ήταν πριν την τοποθέτησή του.

Γενικά

- Η χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας γίνεται μόνον όταν η προσπάθεια απώλειας βάρους με δίαιτα, άσκηση ή φάρμακα έχει αποτύχει.
- Η εγχείρηση γίνεται μόνο στις περιπτώσεις που ο ασθενής έχει ΔΜΣ πάνω από 40 ή ζυγίζει 45 κιλά πάνω από το φυσιολογικό του βάρος. Σε αντίθετη περίπτωση, η επέμβαση γίνεται μόνον όταν συνυπάρχουν σοβαρά προβλήματα υγείας που οφείλονται στην παχυσαρκία.
- Οι επεμβάσεις μειώνουν την χωρητικότητα του στομάχου, οπότε αναγκάζεται το άτομο να περιορίσει την ποσότητα του φαγητού που τρώει.
- Η μέγιστη απώλεια βάρους επιτυγχάνεται μέσα στα πρώτα χρόνια μετά την επέμβαση^{5,8,10,21,25,27,28,29}.

ΠΛΑΣΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΥΡΙΑ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Ο πλαστικός χειρουργός είναι η τελευταία ιατρική ειδικότητα στην οποία θα απευθύνει ο παχύσαρκος. Με άλλα λόγια, πρέπει να έχει επιτευχθεί σημαντική απώλεια βάρους είτε συντηρητικά, δηλαδή με δίαιτα, είτε επεμβατικά – με χειρουργική επέμβαση στο στομάχι. Είναι γεγονός ότι μετά από μια απώλεια βάρους της τάξεως των 30, 40 κιλών ή και πολύ περισσότερων όπου υπάρχουν περιστατικά παχύσαρκων 220 κιλών που έχασαν 110 κιλά, οπότε το δέρμα χαλαρώνει και «κρεμάει». Αυτό συμβαίνει κυρίως στην κοιλιά, το στήθος, τα μπράτσα, τους μηρούς, ακόμη και στο πρόσωπο. Ο βασικός ρόλος του πλαστικού χειρουργού είναι να αντιμετωπίσει το χαλαρό δέρμα με την τεχνική της δερματολιπεκτομής. Σε μερικές περιπτώσεις, επίσης, καλείται να αντιμετωπίσει την έντονη ασυμμετρία του σώματος με την ίδια τεχνική ή με την τεχνική της λιποαναρρόφησης.

Πώς γίνεται

- ⊖ Η επέμβαση πραγματοποιείται με ολική αναισθησία.
- ⊖ Ανοίγονται τομές στο σημείο της επέμβασης πχ. στην κοιλιά.
- ⊖ Αφαιρείται χειρουργικά το λίπος και το δέρμα.
- ⊖ Εάν χρειαστεί, γίνεται και λιποαναρρόφηση: Γίνονται μικρές τομές στο δέρμα. Εισάγεται μια μήλη: ειδικός μεταλλικός σωλήνας που συνδέεται με την αντλία αναρρόφησης του λίπους όπου και το αναρροφά.
- ⊖ Συρράφονται οι τομές.

Γενικά

- Η πλαστική χειρουργική δεν προσφέρει «μαγικές λύσεις» για την απώλεια βάρους.
- Η λιποαναρρόφηση δεν αποτελεί μέθοδο αδυνατίσματος^{5,8,10}.

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα ψυχολογικά προβλήματα των παχύσαρκων, πρωτογενή ή δευτερογενή είναι πολλά. Αν και συνήθως η ψυχοπαθολογία του υπέρβαρου ατόμου δεν αποκτά κλινική υπόσταση, σχεδόν πάντα στο σύνολο της συμπεριφοράς του καθορίζεται από την σωματική του κατάσταση. Αυτό σημαίνει ότι ένα δεν υπάρχει ταυτόχρονη ψυχολογική υποστήριξη για τροποποίηση της συνολικής συμπεριφοράς και όχι μόνο της διαιτητικής, οποιοδήποτε θεραπευτικό σχήμα θα έχει πολύ λίγες πιθανότητες επιτυχίας.

Γενικά στην παχυσαρκία, φαίνεται ότι υπάρχουν έντονα φαινόμενα σωματοποίησης, τάσεις απομόνωσης και υπερθυμία. Άγχος, κατάθλιψη και παρανοειδή στοιχεία προσωπικότητας εμφανίζονται και επιδεινώνονται παράλληλα με την αύξηση του σωματικού βάρους.

Αν και στην ψυχοθεραπεία της παχυσαρκίας χρησιμοποιούνται ποικίλες τεχνικές (ομαδική ψυχοθεραπεία, ύπνωση, ψυχανάλυση, εν τούτοις το κύριο βάρος σε ερευνητικό και θεραπευτικό επίπεδο έχει η «τροποποίηση της συμπεριφοράς».

Τα κύρια και αποδεδειγμένα πλεονεκτήματα της ψυχοθεραπείας στην παχυσαρκία είναι:

- α) Η δραστική μείωση των ενδιάμεσων διακοπών στην προσπάθεια απώλειας βάρους.
- β) Η αποφυγή των συνήθων ψυχολογικών επιπτώσεων της δίαιτας (άγχος, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη).

Μειονέκτημα είναι η μικρή απώλεια βάρους που επιφέρει όταν εφαρμόζεται μόνη της η ψυχοθεραπεία.

Τα πρόσφατα βιβλιογραφικά στοιχεία τονίζουν ότι:

«Τα απώτερα οφέλη της ψυχοθεραπείας ως μονοθεραπείας δεν είναι εντυπωσιακά. Απαιτείται συνδυασμός με δίαιτα και άσκηση»^{5,8,10}

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Παρά τους κινδύνους των εγχειρήσεων για τη μεγάλη παχυσαρκία, παρά τις επιπλοκές που μπορεί να ακολουθήσουν την εγχείρηση, παρά την ανάγκη για συμπληρώματα βιταμινών και μετάλλων, και την ανάγκη για συχνές επισκέψεις για «παρακολούθηση» η εκλογή πρέπει τελικά να γίνει από τον ασθενή καθώς και αν ακολουθηθεί η συντηρητική αγωγή όταν όμως υπάρχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα είτε με την μια μέθοδο ή με την άλλη δεν υπάρχει αμφιβολία για τα οφέλη της μείωσης του βάρους.

Η καρδιακή λειτουργία βελτιώνεται και το επίπεδο της πίεσης του αίματος μειώνεται, πράγμα που μειώνει τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου. Η κυκλοφορία του αίματος στα πόδια βελτιώνεται με τη μείωση της θρομβοφλεβίτιδας. Υπάρχει βελτίωση του αερισμού των πνευμόνων με μείωση της δύσπνοιας. Αν το άτομο έχει οστεοαρθρίτιδα ή οσφυαλγία, η σοβαρότητα του πόνου μειώνεται.

Τα ψυχολογικά οφέλη των χειρουργικών μέτρων για την μείωση του βάρους είναι λιγότερο σαφή. Καθώς προχωρεί η απώλεια του βάρους, οι ασθενείς νιώθουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, σχετικά με την προσωπικότητά τους. Γίνονται πιο εκδηλωτικοί, άνετοι είναι πιο κοινωνικοί.

Συμπερασματικά ότι οι πολύ παχύσαρκοι που δεν μπόρεσαν να μειώσουν σημαντικά το βάρος του με διάφορους χειρουργικούς τρόπους, μπορεί να ωφεληθούν σωματικά και ψυχολογικά από την εγχείρηση αλλά πρέπει να σταθμίσουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των εγχειρήσεων^{5,8,10}.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία είναι μια πολύ διαδεδομένη κοινωνική ασθένεια, συνεπεία της οικονομικής ευρωστίας. Οι αιτίες, που την προκαλούν, μπορούν να είναι ποικίλες. Ήδη, έχει αναγνωριστεί ότι το περιττό βάρος, οποιασδήποτε αιτίας, οφείλεται στην υπερβολική διατροφή και στην φυσική αδράνεια. Έτσι η πρόληψη θα πρέπει να στηρίζεται σε ένα αρμόζον θερμιδικό σύστημα, προσαρμοσμένο στο συγκεκριμένο άτομο, το οποίο θα προβλέπει επίσης και η φυσική άσκηση, έτσι ώστε να προκληθεί η αύξηση των καύσεων. Οι αντικειμενικές δυσκολίες που συνοδεύουν το χάσιμο του περιττού βάρους καθιστούν ανάγλυφο το γεγονός ότι η πρόληψη πρέπει να αποτελεί την καλύτερη πρακτική προσέγγιση στο πρόβλημα. Σε γενικές γραμμές πρέπει να τονιστεί ότι η παχυσαρκία θα καταπολεμηθεί οριστικά όταν προσεγγιστεί το παχύσαρκο άτομο **με σεβασμό** και **κατανόηση** για το πρόβλημά του και **διακριτικότητα** για την αντιαισθητική του εμφάνιση και τα πιθανά **ψυχολογικά** του προβλήματα.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας σαν πρόληψη της παχυσαρκίας μπορεί να διαχωριστεί στο χώρο του νοσοκομείου και ειδικότερα στα εξωτερικά ιατρεία και στο χώρο του Κέντρου Υγείας που αποτελούν το χώρο της Πρωτοβάθμιας Νοσηλευτικής.

Πρώτον, στο χώρο των εξωτερικών ιατρείων η νοσηλεύτρια θα παρευρίσκεται στο ειδικό για την παχυσαρκία μέρος. Σε αυτό το χώρο ο ρόλος της είναι:

- Η λήψη του ιστορικού
- Βοήθεια στην φυσική εξέταση
- Βοήθεια στις βιοχημικές εξετάσεις
- Βοήθεια στον έλεγχο του ψυχολογικού κόσμου του.

Γίνεται λήψη του πλήρους ιστορικού και ιδιαίτερα του Νοσηλευτικού και περιλαμβάνει: Τα ατομικά στοιχεία του ατόμου, επώνυμο, όνομα, όνομα πατέρα, συζύγου, ημερομηνία γεννήσεως, ηλικία, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, ομάδα αίματος και Rh, διεύθυνση, τόπο κατοικίας, τηλέφωνο κλπ. Στοιχεία για την γενική κατάσταση όπως βάρος, ύψος, χρόνια νοσήματα, αλλεργίες, ύπνος, συνήθειες, φάρμακα, το οινόπνευμα, τα ναρκωτικά, το κάπνισμα, εμμηνορυσιακό και σεξουαλικό ιστορικό.

Μετά τη λήψη του ιστορικού έχουμε την φυσική εξέταση που περιλαμβάνει την επισκόπηση, ακρόαση, ψηλάφηση, επίκρουση, τη λήψη των ζωτικών σημείων και ο,τιδήποτε μπορεί να αναγνωριστεί με την φυσική εξέταση.

Όσον αφορά τις εργαστηριακές εξετάσεις γίνονται γενικές αίματος, καθώς διάφορες βιοχημικές, ορμονικές και ο,τιδήποτε θεώρηση ότι είναι απαραίτητος ο ιατρός. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας η νοσηλεύτρια φροντίζει να δείχνει σεβασμό και κατανόηση στο άτομο, να είναι διακριτική. Έχοντας πλέον γίνει οι κατάλληλες εξετάσεις η νοσηλεύτρια ενημερώνει το παχύσαρκο άτομο για τους τρόπους μείωσης του βάρους και τον τρόπο πρόληψής τους και σε περίπτωση αποτυχίας τους την περίπτωση της χειρουργικής αντιμετώπισης.

Ενημερώνονται για το που πρέπει να απευθυνθούν για να τους δοθεί το κατάλληλο διαιτολόγιο που θα είναι δημιουργημένο σύμφωνα με τις ανάγκες του για απώλεια βάρους. Τους δίνει τα κατάλληλα ενημερωτικά που πρέπει να τηρούνται κατά τη διάρκεια της δίαιτας, όπως:

- Πρέπει να ξέρετε ότι το να τρώτε υγιεινά για να παραμείνετε λεπτοί δεν αποτελεί άσκηση λιμοκτονίας ή προσωπικής στέρησης όπως συμβαίνει με τις αυστηρές δίαιτες (δίαιτες shock). Είναι ένας τρόπος ζωής, όπου μπορείτε να απολαμβάνετε τα γεύματά σας, όχι απλά να τα ανέχεστε.
- Αν αλλάξετε την σωματική σας δραστηριότητα, προσαρμόστε το φαγητό σας ανάλογα. Και πάλι, με το να καταγράφετε το πόσο τρώτε και κινείστε μπορεί να κάνει την όλη διαδικασία ευκολότερη.

Να θυμάστε πάντα:

Η προσπάθεια απώλειας βάρους είναι μία πολύ επίπονη διαδικασία. Μόνον 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 μια 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 μόνον 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.

Μάθετε να επιμένετε!

Τελικά θα επιτύχετε τους αρχικούς σας στόχους.

- Επίσης συμβουλεύει το παχύσαρκο να παρακολουθεί την κατάσταση της υγείας του, δηλαδή να ελέγχει τα ζωτικά του σημεία, τα επίπεδα του σακχάρου στο αίμα, καθώς σε περιπτώσεις που είναι ύποπτες για κάποιο πρόβλημα, αλλιώς να απευθύνεται στον ιατρό.

- Ακόμα του αναφέρει τα πλεονεκτήματα του συνδυασμού δίαιτας και άσκησης καθώς και τι επιτυγχάνεται με το να ασκείται κάποιος.



Τώρα ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στην κοινότητα είναι σχεδόν ο ίδιος με το ρόλο της νοσηλεύτριας στα ΕΙ στο Νοσοκομείο. Εδώ όμως η νοσηλεύτρια μπορεί να κάνει κατ' οίκον επίσκεψη αφού προηγουμένως έχει ενημερωθεί το άτομο. Οι λόγοι για τους οποίους μιλά μια νοσηλεύτρια είναι οι εξής:

- Αξιολόγηση του οικογενειακού περιβάλλοντος
- Παροχή εναλλακτικής λύσης στο άτομο με την ενθάρρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στην θεραπεία του ατόμου.
- Να επιτρέπει στον ασθενή να νιώσει άνεση, ότι ελέγχει την κατάσταση αυξάνοντας την αυτοπεποίθησή του.
- Να ελέγξει κατά πόσο το περιβάλλον του ατόμου το βοηθάει ή όχι να τηρήσει τις οδηγίες του ιατρού.
- Παρέχει πληροφορίες για τις υπηρεσίες που υπάρχουν και μπορούν να τον βοηθήσουν για το πρόβλημά του.
- Να πάρει πληροφορίες σχετικά με το οικονομικό, μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας και του ατόμου.

- Δημιουργία προγράμματος που θα βοηθήσει το άτομο να διατηρεί το θεραπευτικό εδώ διαιτητικό πρόγραμμα.
- Έλεγχο της παρασκευής και του τρόπου σερβιρίσματος των φαγητών^{3,8,30,31}

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η δευτερογενής αντιμετώπιση ενός ατόμου που έχει παχυσαρκία γίνεται στο νοσοκομείο και μπορεί να χωριστεί στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που παρουσιάζει ένα παχύσαρκο άτομο και στο παχύσαρκο που έχει αποτύχει η συντηρητική αγωγή και εισέρχεται στο Νοσοκομείο να χειρουργηθεί.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση προβλημάτων ατόμου με παχυσαρκία ανά σύστημα

Καρδιαγγειακό σύστημα: Καρδιακή ανεπάρκεια

Σκοποί της φροντίδας

Άμεσοι

- α) Εξασφάλιση συνεργασίας αρρώστου και οικογενείας
- β) Μείωση καρδιακού έργου
- γ) Εξασφάλιση οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών για τον καρδιακό μυ και τους άλλους ιστούς του σώματος
- δ) Βελτίωση συσταλτικότητας καρδίας
- ε) Αναγνώριση και άρση των παραγόντων που επηρεάζουν τη θεραπεία
- στ) Διόρθωση ανισοζυγιών

Μακροπρόθεσμοι

- α) Βοήθεια του αρρώστου και της οικογένειάς του για υιοθέτηση τρόπου ζωής που θα βρίσκεται μέσα στα όρια της κατάστασης της καρδιάς.
- β) Αποκατάσταση του αρρώστου στο μέγιστο σημείο.
- γ) Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειάς του ώστε να γνωρίσουν κάθε τι που αφορά την κατάσταση του αρρώστου, τα φάρμακα, τη διαίτα, τις δραστηριότητες, την παρακολούθησή του και τα σημεία ή συμπτώματα που πρέπει να αναφέρονται στον ιατρό.

Τακτικός έλεγχος για μείωση του καρδιακού έργου:

- α) Μέσα από εκτίμηση της φυσικής δραστηριότητας που μπορεί να εκτελέσει ο άρρωστος χωρίς να αισθάνεται δυσχέρεια, εξασφάλιση ανάπαυσης στο κρεβάτι σε ανάρροπη θέση, με τους βραχίονες υποστηριζόμενους, ή στην πολυθρόνα, μέσα σε καλά κλιματιζόμενο δωμάτιο.
- β) Δίαιτα ελαφριά. Συχνά και μικρά γεύματα.
- γ) Εκτίμηση της απόκρισης του αρρώστου στη θεραπευτική ανάπαυση.
- δ) Εξασφάλιση ήρεμου ύπνου:
 - Χορήγηση οξυγόνου κατά το οξύ στάδιο
 - Χορήγηση του κατάλληλου καταπραϋντικού
- ε) Χορήγηση μορφίνης εφόσον δεν είναι χαμηλός ο καρδιακός και αναπνευστικός ρυθμός.
- στ) Χορήγηση διουρητικών: Παρακολούθηση ηλεκτρολυτών, pH και ουρία.
- ζ) Καθημερινή μέτρηση και αναγραφή βάρους σώματος για εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της διουρητικής θεραπείας.
- η) Υπονατριούχος διαίτα σε συνδυασμό με περιορισμό της ποσότητας των προσλαμβανόμενων υγρών.
- θ) Χρησιμοποίηση, μετά από συνεννόηση με τον ιατρό, υποκατάστατων χλωριούχου νατρίου.

1. **Τακτικός προσδιορισμός νατρίου αίματος.** Προσοχή για το σύνδρομο υπονατρίαμίας που εκδηλώνεται με αδυναμία, ναυτία και εμέτους.
2. **Για βελτίωση της συσταλτικότητας της καρδιάς** χρησιμοποιούνται σκευάσματα δακτυλίτιδας.
 - α) Χορηγείται μετά από εντολή του ιατρού.
 - β) Συχνός προσδιορισμός του επιπέδου δακτυλίτιδας του αίματος, για ρύθμιση της θεραπείας και πρόληψη τοξικότητας.
 - γ) Εξέταση της νεφρικής λειτουργίας.
 - δ) Συχνός προσδιορισμός επιπέδων ηλεκτρολυτών του αίματος, ειδικά θα χορηγούνται μη καλιοσυντηρητικά διουρητικά.
 - ε) Στενή παρακολούθηση για συμπτώματα των τοξικών εκδηλώσεων της δακτυλίτιδας
 - στ) Λήψη κορυφαίου καρδιακού και κερκιδικού σφυγμού, πριν από την χορήγησή της.
3. **Οξυγονοθεραπεία** για βελτίωση οξυγόνωσης ιστών και μείωση του βαθμού δύσπνοιας.
4. **Δίαιτα υποθερμιδική** για μείωση της παχυσαρκίας διότι εμποδίζει την καρδιακή λειτουργία.
5. **Απασχόληση του αρρώστου** για απόσπαση της σκέψης του από τη νόσο.
6. **Λήψη όλων των απαραίτητων μέτρων** για αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας της μακροχρόνιας θεραπευτικής ανάπαυσης.
7. **Χορήγηση αγγειοδιασταλτικών** μετά από ιατρική εντολή.
8. **Σχέδιο διδασκαλίας** αρρώστου.
 - α) Εξήγηση διεργασίας της νόσου.
 - β) Διδασκαλία συμπτωμάτων και σημείων που μπορεί να επανεμφανιστούν.
 - γ) Αναθεώρηση του φαρμακευτικού και διαιτητικού θεραπευτικού σχήματος.
 - δ) Αναθεώρηση προγράμματος φυσικής δραστηριότητας

- Βαθμιαία αύξηση βάρους ή και άλλων δραστηριοτήτων, με την προϋπόθεση ότι δεν προκαλούν κόπωση και δύσπνοια.
- Γενικά, διατήρηση των δραστηριοτήτων σε επίπεδο που δεν προκαλεί εμφάνιση συμπτωμάτων.
- Αποφυγή λήψης μεγάλων ποσοτήτων τροφής και υγρών
- Μείωση σωματικού βάρους, ώσπου να φθάσει στο ιδεώδες.
- Αποφυγή πολύ θερμού ή ψυχρού περιβάλλοντος
- Συχνή παρακολούθηση από τον ιατρό^{32,33,34}.

Υπέρταση

Σκοποί της φροντίδας:

- α) Μείωση της αρτηριακής πίεσης σε επίπεδα συμβατά με την άριστη λειτουργία του οργανισμού και για πρόληψη επιπλοκών.
- β) Διόρθωση της παχυσαρκίας.
- γ) Διόρθωση ανισοζυγιών

1. Μείωση της αρτηριακής πίεσης και την πρόληψη επιπλοκών ο νοσηλεύτης ή η νοσηλεύτρια πρέπει να αντιμετωπίσει την παχυσαρκία ενεργώντας ως εξής:

- α) Μείωση του βάρους σώματος.
- β) Υπονατριούχος δίαιτα (2 g νατρίου περίπου την ημέρα).
- γ) Έναρξη τακτικής φυσικής άσκησης.
- δ) Χορήγηση ηρεμιστικών, όπως βαρβιτουρικών και βενζοδιαζεπινών.
- ε) Εξασφάλιση ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος και περιόδων ανάπαυσης.
- στ) Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης του αρρώστου κάτω από τις ίδιες συνθήκες κάθε μέρα.

- ζ) Παρακολούθηση αρρώστου για σημεία επιπλοκών από τον εγκέφαλο, όπως σύγχυση, ευερεθιστότητα, λήθαργο, αποπροσανατολισμό. Προσοχή σε παράπονα για πονοκέφαλο, δυσκολία στην όραση και ναυτία.
 - η) Λήψη προστατευτικών μέτρων, αν ο άρρωστος παρουσιάσει σπασμούς.
 - θ) Αποφυγή αντιδράσεων και δραστηριοτήτων που αυξάνουν την αρτηριακή πίεση όπως συγκινησιακές διαταραχές και μεταβολές στις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες.
 - ι) Σερβίρισμα φαγητού σε μικρές ποσότητες και συχνά λήψη υγρών σε μικρές ποσότητες κάθε ημέρα.
 - ια) Συζήτηση με τον άρρωστο, ακρόαση των προβλημάτων του και εξασφάλιση υποστήριξης, όταν είναι απαραίτητο.
 - ιβ) Στενή παρακολούθηση, κλινική και εργαστηριακή για έγκαιρη διαπίστωση παρενεργειών από την φαρμακευτική θεραπεία.
2. Χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων.

Νοσηλευτική Αντιμετώπιση Σακχαρώδη Διαβήτη

Σκοποί της φροντίδας

1. Άμεσοι

- Παροχή φυσικής και συγκινησιακής υποστήριξης.
- Διαπίστωση και αναφορά επιπλοκών.
- Εξασφάλιση άνεσης και ανακούφιση από τον πόνο.
- Βοήθεια στη ρύθμιση του διαβήτη.
- Διόρθωση τυχόν ανισοζυγιών.
- Πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών.

2. Μακροπρόθεσμοι – Προαγωγή ανεξαρτησίας του αρρώστου στο χειρισμό του αρρώστου

- Βοήθεια στην πρόληψη και αντιμετώπιση άμεσων και μακροχρόνιων επιπλοκών.
1. Εξασφάλιση άνετου και ήρεμου περιβάλλοντος.
 2. Σχεδιασμός νοσηλευτικών και θεραπευτικών δραστηριοτήτων κατά τρόπο που να προάγουν την ανάπαυση του αρρώστου.
 3. Επεξήγηση σκοπού θεραπευτικής αγωγής στον άρρωστο και στην οικογένειά του.
 4. Βοήθεια στον καθορισμό άμεσων και μακροπρόθεσμων σκοπών: δίαιτα, τρόπος ζωής, θεραπευτική αγωγή, εξέταση ούρων.
 5. Ενθάρρυνση αρρώστου για συμμετοχή στο καθημερινό πρόγραμμα φροντίδας, τονίζοντας τη σπουδαιότητα της δίαιτας, της ανάπαυσης και της δραστηριότητας.
 6. Παρακολούθηση και αναγραφή αποκρίσεων του αρρώστου στα θεραπευτικά μέτρα.
 7. Επεξήγηση όλων των διαγνωστικών εξετάσεων και των αναμενόμενων αποκρίσεων.
 8. Διόρθωση βιοχημικής και μεταβολικής διαταραχής και πρόληψη εξέλιξης της νόσου. Επιτυγχάνεται με:
 - Δίαιτα και έλεγχος βάρους σώματος
 - Δίαιτα και ινσουλίνη
 - Δίαιτα και αντιδιαβητικά δισκία
 - Άσκηση

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην οικογένεια και στον άρρωστο πριν την έξοδό του από το νοσοκομείο όσον αφορά τα παραπάνω προβλήματα που αφορούν την παχυσαρκία

- α) Διδασκαλία αρρώστου και οικογένειας
 - Εξήγηση διεργασίας της νόσου

- Διδασκαλία συμπτωμάτων και σημείων που μπορούν να εμφανιστούν
- Αναθεώρηση του φαρμακευτικού και διαιτητικού θεραπευτικού σχήματος
- Ετικέτες σε όλα τα φάρμακα.
- Γραπτές οδηγίες για την θεραπεία που ακολουθεί όπως:
- Σύστημα για τσεκάρισμα, που θα δείχνει ότι ο ασθενής πήρε τα φάρμακά του.
- Μέτρηση και αναγραφή ζωτικών σημείων.
- Γραπτό διαιτητικό πλάνο με τις τροφές που επιτρέπονται ή απαγορεύονται.
- Συμβουλή να παραδεχθεί την καταστροφή του και να συμμορφωθεί πλήρως στο θεραπευτικό σχήμα.
- Αναθεώρηση προγράμματος φυσικής δραστηριότητας.
- Μείωση βάρους σώματος με την κατάλληλη δίαιτα και άσκηση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

1. Συχνή παρακολούθηση ζωτικών σημείων και εκτίμηση των αλλαγών τους.
2. Συχνή εξέταση αρρώστου για βελτίωση των κλινικών συμπτωμάτων.
3. Παρακολούθηση για παρενέργειες της φαρμακευτικής θεραπείας.
4. Παρακολούθηση των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων^{32,33,34,35}.

Γ. ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η προετοιμασία του ασθενούς με παχυσαρκία που πρόκειται να χειρουργηθεί περιλαμβάνει την προεγχειρητική και μετεγχειρητική.

Η προεγχειρητική ετοιμασία είναι ένας συνδυασμός της τυπικής και κάποιων άλλων χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν τα παχύσαρκα άτομα. Έτσι περιλαμβάνει τα γενικά που είναι:

- Ηλικία αρρώστου
- Βαθμός παχυσαρκίας*
- Θρέψη – υδατοηλεκτρολυτική ισορροπία
- Φάρμακα που τυχόν λαμβάνει.
- Διδασκαλία αρρώστου: έχασε την πληροφόρηση του για την ετοιμασία του δέρματος, του καθαρτικού υποκλυσμού, λήψη υγρών και διατροφής που πρόκειται να γίνουν την προηγούμενη της επέμβασης και ό,τι σχετικό που πρόκειται να γίνει την ημέρα της επέμβασης.
- Επίδειξη πως πρέπει να παίρνει βαθιές αναπνοές και να βήχει για την πρόληψη πνευμονικών επιπλοκών, ιδιαίτερα τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες.
- Αποφυγή καπνίσματος, διότι ο βήχας του τσιγάρου συχνά οδηγεί σε πνευμονικά μετεγχειρητικά προβλήματα.
- Ασκήσεις κάτω άκρων – αλλαγή θέσεως – έγερση.

Επιπλέον

- Αναζήτηση σημείωση και συμπτωμάτων διαταραχής της αντίληψης του εαυτού (πχ. λεκτικά ή μη στοιχεία που υποδηλώνουν αρνητική αντίδραση στον εαυτό του, απομόνωση από τα άτομα του περιβάλλοντός του, άρνηση

* Καθορισμός της σημασίας της παχυσαρκίας και των αναμενόμενων αποτελεσμάτων της χειρουργικής επέμβασης μείωσης του όγκου του στομάχου. Ενθαρρύνοντας τον ασθενή να εκφράζει τα συναισθήματά του λεκτικά ή νοητικά.

συμμετοχής στην προεγχειρητική φροντίδα ή αποδοχής ευθυνών σχετικά με τον εαυτό του.

- Λαμβάνονται μέτρα για να μειωθεί η ντροπή που αισθάνεται ο ασθενής σχετικά με την παχυσαρκία του:
 - α) Πριν από την εισαγωγή, πληροφορίες από τον ιατρό σχετικά με το ύψος και το βάρος του ασθενούς έτσι ώστε να χρησιμοποιηθούν.
 - β) Απομάκρυνση των άχρηστων επίπλων και οργάνων από το χώρο του δωματίου έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να κινείται εύκολα.
 - γ) Εξασφάλιση απομόνωσης όταν ζυγίζετε ο ασθενής.
- Επιτρέψτε στον ασθενή να φοράει τα ρούχα του και όχι τις πιζάμες του νοσοκομείου πριν από την χειρουργική επέμβαση εάν το επιθυμεί.
- Προγραμματισμός μιας επίσκεψης από ένα άτομο που κατάφερε να χάσει βάρος μετά από επέμβαση μείωσης του όγκου του στομάχου, εάν το επιθυμεί ο ασθενής.
- Εάν ο ασθενής εκφράζει ανησυχία σχετικά με την χαλάρωση του δέρματος που θα εμφανίσει όταν χάσει σημαντικό βάρος, δίνει πληροφορίες σχετικά με τα διάφορα ρούχα που θα είναι περισσότερο κατάλληλα και για την επανορθωτική χειρουργική με την οποία μπορεί να αφαιρεθεί ή περίσσεια του δέρματος από την κοιλία, τους μαστούς, τους βραχίονες και τους μηρούς.
- Ενημέρωση του ιατρού εάν ο ασθενής δεν έχει ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με την μετεγχειρητική απώλεια βάρους και διαιτητική αγωγή.

Η προετοιμασία του αρρώστου της προηγούμενης ημέρας, τα καθήκοντα του νοσηλευτή είναι:

- Καθαρτικός υποκλυσμός
- Ετοιμασία δέρματος και εγχειρητικού πεδίου

- Ατομική υγιεινή (λουτρό καθαριότητας, λούσιμο κεφαλής, φροντίδα στόματος και νυχιών)
- Διατροφή ελαφρά
- Ανάπαυση - ύπνος

Προεγχειρητική ετοιμασία την ημέρα της επέμβασης

- *Νηστεία:* το πρωί της ίδιας ημέρας ο αρρώστος μένει νηστικός.
- *Ταυτότητα:* για την πρόληψη πιθανού λάθους τοποθετείται ταυτότητα χεριού με το ονοματεπώνυμο του αρρώστου και την κλινική που ανήκει.
- Λήψη ζωτικών σημείων
- Αφαίρεση φακών επαφής ή γυαλιά.
- Αφαίρεση κοσμημάτων και τεχνητής οδοντοστοιχίας
- Ξεβάφονται τα νύχια ή τα χείλη για να μπορεί να γίνεται ο έλεγχος για την ύπαρξη ή όχι καλής οξυγόνωσης.
- Πριν την επέμβαση πρέπει να γίνει κένωση κύστης.
- Ενημέρωση του προεγχειρητικού δελτίου
- Ο ασθενής φοράει την στολή του χειρουργείου
- Μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο. Ο ασθενής μεταφέρεται από και προς το χειρουργείο χρησιμοποιώντας το κρεβάτι του θαλάμου.

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου αρχίζει μετά το τέλος της εγχείρησης και φθάνει μέχρι την έξοδο του αρρώστου και στη συνέχεια την πλήρη αποκατάστασή του

Οι νοσηλευτικές ενέργειες είναι όταν ο ασθενής βρίσκεται στην αίθουσα ανάνηψης:

- Σημειώνει την ώρα προσέλευσης του αρρώστου στην ανάνηψη
- Λήψη ζωτικών σημείων
- Παρατηρεί και παρακολουθεί την ενδοφλέβια έγχυση ορού, τον τύπο του διαλύματος, το ποσό, το ρυθμό ροής, και το σημείο φλεβοκέντησης.

- Τις συνδέσεις και τη λειτουργία των παροχετεύσεων.
- Έλεγχος χρώματος νυχιών, χειλέων, δέρματος για κυάνωση.
- Παρακολουθεί το επίπεδο συνείδησης και την παρουσία ή απουσία αντανακλαστικών των βλεφάρων, του βήχα, της κατάποσης.
- Γενικά παρακολουθεί την εμφάνιση επιπλοκών.

Επιστροφή του παχύσαρκου αρρώστου στο νοσηλευτικό τμήμα – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Ο νοσηλευτής του τμήματος ενεργεί ως εξής:

- Τακτοποιεί τον άρρωστο στο κρεβάτι σε ύπτια θέση με σηκωμένο το κεφάλι του κρεβατιού κατά τουλάχιστον 30°.
- Ενημέρωση και βοήθεια του αρρώστου να χρησιμοποιεί χειρολαβή έλξη και να γυρίζει στο πλευρό κάθε 2 ώρες.
- Έλεγχος των ζωτικών σημείων, του τραύματος μήπως αιμορραγεί, το επίπεδο συνείδησης και κίνησης των κάτω άκρων που αφορούν την νευρολογική κατάσταση του αρρώστου.
- Κινητοποίηση του χειρουργημένου ασθενούς το απόγευμα της ημέρας του χειρουργείου και για τουλάχιστον 4 φορές την ημέρα σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Αναζήτηση και αναφορά σημείων και συμπτωμάτων κακής θρέψης όπως παθολογικές τιμές ουρίας, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης, τρανσφερίνης και λεμφοκυττάρων αδυναμία και κόπωση, στοματίτιδα.
- Έλεγχος της λειτουργίας του εντέρου κάθε 2 – 4 ώρες.
- Έλεγχος και καταγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων όταν επιτραπεί η σίτιση.
- Εφαρμογή τεχνητής εντερικής διατροφής από νησιδοστομία θρέψης σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Όταν επιτραπεί η πρόσληψη τροφής από το στόμα: μειώστε τον πόνο, χορηγήστε αντιεμετικά και διεγερτικά της κινητικότητας του στομάχου,

διατήρηση καθαρού περιβάλλοντος και ήρεμης και ευχάριστης ατμόσφαιρας, και γενικά την προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή.

- Συμβουλευέτε τον ιατρό εάν ο ασθενής δεν μπορεί να ανεχθεί ή να ακολουθήσει την προτεινόμενη διαίτα.
- Έλεγχος για ωχρότητα, ερυθρότητα και λύση της συνέχειας του δέρματος όπως δερματικές πτυχές της κοιλίας και του μηρού και κάτω από τους μαστούς, των περιοχών παροχέτευσης, ράχη, αγκώνες.
- Διατήρηση της συνέχειας του δέρματος με το να:
 - Βοηθάει τον άρρωστο να μετατοπίζει το βάρος του κάθε 30΄
 - Να διατηρείτε το δέρμα λιπαρό, καθαρό και στεγνό.
 - Διατήρηση των σεντονιών του κρεβατιού στεγνών και χωρίς πάχος
 - Χρησιμοποίηση στρώματος αέρος
 - Χρησιμοποίηση προστατευτικών επιθεμάτων των αγκώνων και των πτερνών εάν χρειάζεται.
 - Σε περίπτωση λύσης της συνέχειας του δέρματος ειδοποιεί τον ιατρό και παρακολούθηση και αναφορά σημείων και συμπτωμάτων λοίμωξης.
- Παρακολούθηση για επιπλοκές και αντιμετώπιση αυτών και πρέπει να γνωρίζει:
 - Να μην αλλάξει τη θέση του ρινογαστρικού σωλήνα εκτός εάν έχει σχετική οδηγία (ο σωλήνας συνήθως έχει τοποθετηθεί κατά την επέμβαση στο στόμιο εξόδου του θυλάκου για να προλάβει την απόφραξη της διόδου στο περιφερικό τμήμα του στομάχου ή της έλικας της νήστιδας.
 - Όταν επιτραπεί η από στόμα σίτιση. Ακολουθεί τις οδηγίες.
 - Τήρηση της ώρας που έχει καθοριστεί για τα γεύματα.
 - Ενημέρωση του ασθενούς να χρησιμοποιεί υγρές ή πολτοποιημένες τροφές σύμφωνα με τις οδηγίες.

- Χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων από το στόμα σε υγρή μορφή ή υπό μορφή μασώμενων ή τεμαχισμένων δισκίων για την πρόληψη απόφραξης του στομίου εξόδου του θυλάκου.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να ρεύεται όταν αισθάνεται ανάγκη.
- Ενθάρρυνση για αποφυγή χρήσης ναρκωτικών για υποχώρηση του πόνου.

Σε περίπτωση υπερδιάτασης:

- Σταμάτημα υγρών από το στόμα
- Ετοιμασία του αρρώστου για ακτινογραφίες κοιλίας
- Έλεγχος των εργαστηριακών αποτελεσμάτων
- Βοήθεια του ιατρού για αποκατάσταση λειτουργίας ή την επανατοποθέτηση του ρινογαστρικού σωλήνα.
- Διατήρηση της βατότητας των σωλήνων, δηλαδή να μην έχουν κάμψεις, διατήρηση αναρρόφησης, αλλαγή σύμφωνα με τις εντολές.
- Αλλαγή γαζών γύρω από τους σωλήνες με άσηπτη τεχνική.
- Ενημέρωση του άρρωστου να αποφεύγει να τους τραβάει ή να τους πιέζει.

➤ Σε περίπτωση περιτονίτιδας

- Ενημέρωση ιατρού
- Σταματάει να χορηγεί τροφή από το στόμα
- Τοποθέτηση του ασθενούς σε θέση ημι-Fowler για την υποβοήθηση συγκέντρωσης του περιεχομένου του γαστρεντερικού σωλήνα που έχει διαφύγει στην πύελο και όχι κάτω από το διάφραγμα.
- Βοήθεια ιατρού για τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα.
- Χορήγηση αντιβιοτικών σύμφωνα με την ιατρική αγωγή
- Χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών
- Προετοιμασία ασθενούς για χειρουργική επέμβαση εάν χρειάζεται.
- Ενημέρωση και διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειας.

- Ενημέρωση οικογένειας και ασθενούς για την πρόληψη της υπέρμετρης διάτασης του γαστρικού θυλάκου και της ρήξης της γραμμής των staples (αλκτρήρων), εάν έχει γίνει αστροπλαστική.
 - Περιορίζοντας την πρόσληψη από το στόμα σε υγρή και πολτοποιημένη τροφή για περίπου 6-8 εβδομάδες μετά την επέμβαση.
 - Μην υπερβαίνει το όγκο των προσλαμβανομένων τροφών/υγρών
 - Να αποφεύγει την κατανάλωση αεριούχων ποτών για 6-8 εβδομάδων.
 - Να μην καταναλώνει υγρά κατά τη διάρκεια, αλλά κατά το μεσοδιάστημα των γευμάτων.
 - Να μην παραλείπει γεύματα
 - Να καταναλώνει τροφές / υγρά από κάθε ομάδα τροφών καθώς προχωράει η δίαιτα.
 - Να παίρνει τα συμπληρώματα βιταμινών σύμφωνα με τις εντολές.
- Ενημέρωση του ασθενή για τους τρόπους μείωσης του κινδύνου κατανάλωσης υπέρμετρων ποσοτήτων τροφής, υγρών και θερμίδων.
 - Να περιορίσει τις τροφές/υγρά στον προτεινόμενο στις οδηγίες όγκο.
 - Να προετοιμάζει το φαγητό, να το καταψύχει σε μερίδες της 1 ουγκιάς χρησιμοποιώντας δοχεία ή σακούλες για την παραγωγή μικρών κύβων πάγου και στη συνέχεια να ζεσταίνει μόνο την επιτρεπόμενη ποσότητα για τα γεύματα.
 - Να έχει κανάτες με έτοιμη παιδική τροφή.
 - Να μειώσει το αίσθημα της πείνας ακολουθώντας το πρόγραμμα των 5 ή 6 γευμάτων την ημέρα καθώς προχωρά η δίαιτα.
 - Να σερβίρει την τροφή σε μικρά πιάτα.
 - Να τρώει και να πίνει αργά.
- Ενημέρωση του ασθενή και της οικογένειας να αναφέρει επιπρόσθετα:

- Ναυτία και έμετο μετά την κατανάλωση της προγραμματισμένης ποσότητας.
 - Αδυναμία να ακολουθήσει τις διαιτητικές τροποποιήσεις
 - Αύξηση του βάρους
 - Αδυναμία να χάσει βάρος ή υπέρμετρη απώλεια βάρους.
- Παροχή πληροφοριών σχετικά με τους κοινωνικούς φορείς που μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να προσαρμοστεί στις διαιτητικές τροποποιήσεις και στις μελλοντικές αλλαγές της εικόνας του σώματος, πχ. ομάδες μείωσης του σωματικού βάρους, συμβουλευτικές υπηρεσίες, ομάδες υποστήριξης από άτομα που υποβλήθηκαν στην ίδια ή σε παρόμοια χειρουργική επέμβαση.
- Τονισμός στις οδηγίες του ιατρού σχετικά με την ανάγκη να ακολουθεί ένα πρόγραμμα ελαφράς άσκησης (προτείνεται συνήθως στους ασθενείς να αρχίσουν ένα πρόγραμμα βάρδισης και θα πρέπει να περπατούν μια απόσταση 1 – 2 μίλια/ημέρα μέχρι την 4^η εβδομάδα μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Εφόσον γίνουν όλα αυτά και ο ασθενής αναρρώνει ο νοσηλευτής **αξιολογεί** την κατάστασή του, δηλαδή εάν μπορεί να φύγει από το νοσοκομείο **τα κριτήρια είναι τα εξής:**

- ❖ Να είναι ελεύθερος σημείων και συμπτωμάτων επιπλοκών.
- ❖ Να γνωρίζει τρόπους πρόληψης της υπέρμετρης διάτασης του γαστρικού θυλάκου και της ρήξης της γραμμής των staples (εάν έχει γίνει γαστροπλαστική).
- ❖ Να αναφέρει ότι κατάλαβε τους τρόπους διατήρησης επαρκούς κατάστασης θρέψης.
- ❖ Να γνωρίζει τρόπους αποφυγής της κατανάλωσης υπέρμετρης ποσότητας τροφής, υγρών και θερμίδων.

- ❖ Να έχει την ικανότητα να υπολογίζει με ακρίβεια και να μετράει την προσλαμβανόμενη ποσότητα τροφής και υγρών.
- ❖ Να γνωρίζει τα σημεία και τα συμπτώματα που θα πρέπει να αναφέρει στο ιατρικό / νοσηλευτικό προσωπικό.
- ❖ Να γνωρίζει τους κοινωνικούς φορείς που μπορούν να τον βοηθήσουν να προσαρμοστεί στις διαιτητικές τροποποιήσεις και στην αλλαγή της εικόνας του σώματός του.
- ❖ Να αναφέρει ότι κατάλαβε και θα ακολουθήσει το προτεινόμενο σχέδιο φροντίδας και την ανάγκη για μελλοντικές συναντήσεις με τον ιατρό, που αφορούν το επίπεδο δραστηριότητας, της φαρμακευτικής αγωγής και της φροντίδας του τραύματος.

Μετά από την αξιολόγηση του ασθενούς δίνεται το εξιτήριο, έτσι ο ασθενής φεύγει από το νοσοκομείο^{33,34,35,36,37,38}.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥ

Προεγχειρητικά:	<ul style="list-style-type: none">❖ Διαταραχή της εικόνας του σώματος❖ Διαταραχή της αυτοεκτίμησης❖ Πρόβλημα της αλλαγής του κοινωνικού ρόλου
Μετεγχειρητικά:	<ul style="list-style-type: none">❖ Αναποτελεσματικός τρόπος αναπνοής❖ Αυξημένος κίνδυνος για διαταραχή της ακεραιότητας του δέρματος❖ Υπερδιάταση του θυλάκου❖ Περιτονίτιδα❖ Θρομβοεμβολική νόσος❖ Ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος❖ Αναποτελεσματική εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής❖ Έλλειμμα γνώσεων³⁸

Ο ρόλος του νοσηλευτή, στην κοινότητα για την αποκατάσταση του παχύσαρκου μετά από χειρουργική επέμβαση

Ο νοσηλευτής ως μέλος της κοινότητας είναι αυτός που θα αναλάβει να ελέγξει την κατάσταση του χειρουργημένου παχύσαρκου και να αντιμετωπίσει τα τυχόν προβλήματα που μπορούν να παρουσιαστούν όπως:

- Άγχος
- Φάρμακα και ιατρικά προβλήματα
- Διαπροσωπικά προβλήματα

Ενημερώνει τον ασθενή και την οικογένειά του για πιθανή επίσκεψη στο σπίτι για πιθανή επίσκεψη στο σπίτι για να πάρει πληροφορίες και να ελέγξει το πώς πάει η κατάσταση του αρρώστου. Εάν έχει συμμορφωθεί στο θεραπευτικό, διαιτητικό σχήμα. Πώς η οικογένεια βοηθάει σε αυτή την προσπάθεια εάν υπάρχουν οικονομικά προβλήματα και πώς αυτά μπορούν να αντιμετωπίσουν. Να ελέγξει την ψυχολογία του αρρώστου μετά από την επέμβαση και να αξιολογήσει την κατάστασή του και σε συνεργασία με τον ψυχολόγο να αποφασίσουν αν θα πρέπει να έχει κάποιο είδος ψυχοθεραπείας.

Εάν αποφασιστεί ότι το άτομο χρειάζεται να κάνει ψυχοθεραπεία τότε ο νοσηλευτής τοποθετεί τον ασθενή στο ανάλογο πρόγραμμα το οποίο χαρακτηρίζεται από:

- Τη συνέχεια και τη σταθερότητα παρακολούθησης ώστε να μπορέσει ο ασθενής να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του.
- Να προσπαθεί για την προσαρμογή των προσδοκιών της οικογένειας γύρω από την κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενούς.
- Να χρησιμοποιεί την ενίσχυση και τη βράβευση.
- Να του χορηγεί και να ελέγχει την φαρμακευτική του αγωγή^{39,40,41}.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1

Όνοματεπώνυμο: Χαϊκάλη – Παναγιωτοπούλου Αναστασία

Ηλικία: 48 ετών

Βάρος: 132,6 κιλά

Ύψος: 1.68 εκ.

Επάγγελμα: Ιδιωτική Υπάλληλος

Πιθανή διάγνωση: Νοσογόνος Παχυσαρκία

Ημ/νία Εισόδου: 2.3.1998

Ημ/νία Εξόδου: 9.3.1998

Ατομικό Ιστορικό

Η ασθενής εισήχθη στην χειρουργική κλινική με νοσογόνο παχυσαρκία και με σκοπό την χειρουργική αντιμετώπιση αυτής. Από πληροφορίες από την ίδια μετά από συνέντευξη και το ιστορικό της από την κλινική, ηλικία έναρξης της νοσηρής παχυσαρκίας έγινε σε ηλικία 43 χρονών, ενώ πριν ήταν βαριά αλλά όχι σε αυτά τα κιλά.

Τα προβλήματα υγείας που αντιμετώπιζε, που εμφανίστηκαν κατά την περίοδο αύξησης του βάρους, είναι υπέρταση και σακχαρώδης διαβήτης. Έκανε προσπάθειες απώλειας βάρους με συντηρητικές μεθόδους όπου απέτυχαν γι' αυτό και κατέφυγε σε αυτή την λύση. Έγιναν οι απαραίτητες εξετάσεις όπου διαπιστώθηκε ο διαβήτης και η υπέρταση και αναγνωρίστηκε ότι έχει κεντρικού τύπου παχυσαρκία.

Έγινε ψυχιατρική εκτίμηση όπου αναφέρεται ότι δεν εμφανίζει ενεργό ψυχοπαθολογία. Στις 3.3.1998 έγινε το χειρουργείο που διήρκεσε 240 min. Το είδος της εγχείρησης ήταν γαστρική παράκαμψη RO-Y. Ανοιχτή βιοψία ήπατος (εκτομή χειλέων ήπατος) wedge. Με ευρήματα λιπώδους διήθησης ήπατος.

Η περιγραφή της εγχείρησης είναι ότι έγινε τομή μέσης υπερομφάλιας έσω γεννητικά όργανα και γαστρεντερικό σύστημα χωρίς παθολογικά ευρήματα πλην του ήπατος που έχει βαθμό λιπώδους διήθησης γι' αυτό ελήφθη σφηνοειδής βιοψία από τον αριστερό λοβό του ήπατος. Όμως κατά την κινητοποίηση του στομάχου απεκολλήθη η κάψα του σπληνός στον κάτω πόλο. Η αιμορραγία ελέγχθηκε με surgicell και πίεση σύγκλησης της κοιλίας με PDS και μεταλλικά clips στο δέρμα.

Όταν ανέβηκε στο τμήμα είχε ΖΣ ΑΠ 120 mmHg κ σφ. 74 m έφερε υποσκληρίδιο καθετήρα, καθετήρα σίτισης Levin, καθετήρα ούρων folley, εδόθηκαν ιατρικές οδηγίες που αφορούν την παρακολούθηση ζωτικών σημείων, μέτρηση προσλαμβανόμενων αποβαλλόμενων, αντιβίωση και παρακολούθηση για πιθανές επιπλοκές όπως αιμορραγία, υπερ- και υπογλυκαιμία, θρόμβωση, ρήξη ραμμάτων, και λοίμωξη του αναπνευστικού. Η διαίτά της είναι τίποτα από το στόμα τις πρώτες ημέρες μόνον οι ενδοφλέβιες εγχύσεις, και τρίωρη παρακολούθηση των παροχετεύσεων.

Τελικά πήρε εξιτήριο στις 9.3.1998 και με ενημερωτικό σημείωμα εξόδου όπου αναφέρει ένα σύντομο ιστορικό και τα κυριότερα ευρήματα εργαστηριακών εξετάσεων με χαμηλές τιμές σιδήρου και οριακές τρανσαμινάσες.

Τελικά κατάφερε να χάσει το 30% του βάρους της αλλά τώρα δηλαδή 2002 παρουσιάζει μια αύξηση πάλι του βάρους της, της τάξεως των 2 – 3 κιλών μέχρι στιγμής.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1. – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Πυρετός από 38 – 39°	Μείωση του πυρετού Ανεύρεση αιτιολογίας του.	Χορήγηση αντιπυρετικών Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων Λήψη αίματος για ανεύρεση της αιτίας Χορήγηση αντιβιοτικών Μέτρηση θερμοκρασίας ανά τρίωρο. Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων αποβαλλομένων	Όταν υπήρχε πυρετός λήψη αίματος και τοποθέτηση σε καλλιέργειες και στάθηκε στο εργαστήριο για καλλιέργεια. Χορηγήθηκε 1 amp αποτελ επί πυρετού Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων Χορήγηση IV Zinacet 1,5 mg 1 x 4 τέσσερις φορές την ημέρα. Τοποθέτηση ορού για την αποφυγή αφυδατώσεων με 2 amp KC1 και νάτριο	Ο πυρετός στην αρχή δε έπεσε αλλά μετά από την καλλιέργεια αίματος που έδειξε ψευδομονάδα χορηγήθηκε flagyl 1 x 2 και την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα παρουσιάστηκε ύφεση και την πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα ήταν απύρετη.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1. – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Σακχαρώδης διαβήτης 152 - 170	Μείωση σακχαρώδη διαβήτη Ενημέρωση για λήψη μέτρων προστασίας από αυτούς.	Παροχή ειδικού διαπολογίου. Χορήγηση ινσουλίνης σε περίπτωση μεγάλης αύξησης. Ενημέρωση για το σάκχαρο. Εργαστηριακές εξετάσεις. Ανάπαυση και ηρεμία ασθενούς.	Διαπολόγιο τόσο για τον σακχαρώδη διαβήτη όσο και για την κατάσταση του ασθενούς το οποίο χορηγείται σύμφωνα με την εντολή του ενδο- κριολόγου. Χορήγηση ινσουλίνης 4 IV κρυσταλλικής σε D/W 5% 500 cc όταν το σάκχαρο ήταν 250. Διεξαγωγή Dextro 4 φορές την ημέρα. Λήψη ούρων για εξέταση σακχάρου κάθε πρωί. Προσπάθειες για εξασφάλιση ηρεμίας και ύπνου με κατάλληλη διαμόρφωση χώρου Έγινε ενημέρωση της ασθενούς για το σάκχαρο.	Βελτίωση των τιμών του σακχάρου με τις τελευταίες μετρήσεις να είναι 103- 110 οριακά.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1. – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Πόνος	Ανακούφιση από τον πόνο	Χορήγηση αναλγητικών Χορήγηση αντιπηκτικών	Για την αντιμετώπιση του πόνου χορηγείται πεθιδνη σε ισχυρό πόνο από τον επισκληρίδιο καθετήρα. Γίνεται αντιπηκτική ένεση Fraxiparine 1 ml μια φορά την ημέρα.	Ο πόνος σταμάτησε και η αντιπηκτική αγωγή συνεχίζεται για την προστασία της.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1. – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Βρογχικές εκκρίσεις</p>	<p>Αποβολή των βρογχικών εκκρίσεων Ανακούφιση του ασθενούς και ελευθερία της αναπνευστικής λειτουργίας.</p>	<p>Χορήγηση αποχρεμπτικών φαρμάκων Εφαρμογή αναπνευστικής γυμναστικής Γρήγορη έγερση</p>	<p>Εμπλουτισμός του ορού με αποχρεμπτικό διάλυμα (Bisolvon amp 1 x 3) Σημείωμα του κρεβατιού πιο πάνω για βοήθεια Ειδοποιήθηκε η φυσικοθεραπεύτρια για έναρξη αναπνευστικής γυμναστικής 2 φορές την ημέρα. Σηκώθηκε από το κρεβάτι και περπάτησε.</p>	<p>Σταδιακή βελτίωση της κατάστασης με αποτέλεσμα όταν δόθηκε το εξιτήριο να έχει πολύ καλή αναπνευστική λειτουργία</p>

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Όνοματεπώνυμο: Ντζάνη Νικολίτσα

Ηλικία: 48 ετών

Βάρος: 105,8 κιλά

Ύψος: 1.62 εκ.

Επάγγελμα: Οικιακά

Πιθανή διάγνωση: Νοσογόνος Παχυσαρκία

Ημ/νία Εισόδου: 5.10.2000

Ημ/νία Εξόδου: 13.10.2000

Ατομικό Ιστορικό

Η ασθενής εισήχθη στην χειρουργική κλινική με νοσογόνο παχυσαρκία και με σκοπό την χειρουργική αντιμετώπιση. Σύμφωνα με το ιστορικό της πρόκειται για παιδική παχυσαρκία και ιδιαίτερα σε ηλικία 18 χρόνων μέχρι τώρα παρουσίασε την μεγαλύτερη αύξηση. Δεν έχει κάνει προσπάθεια δίαιτας ή όταν σκεφτόταν να την αρχίσει δεν την έκανε. Έχει μεγάλη αδυναμία στο ψωμί και στα γλυκά ενώ στα υπόλοιπα τρόφιμα τα τρώει με μέτρο. Στο ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται αρθρίτιδα και άτυπη ή ίση δε νεφρού. Κατά τη φυσική εξέταση δεν διαπιστώθηκε κάτι το σοβαρό ενώ εξαιτίας του ότι είναι καπνίστρια ίσως υπάρξει κάποια αναπνευστική δυσμείνεια.

Κατά την ψυχολογική εκτίμηση δεν φάνηκε να παρουσιάζει ψυχολογικά προβλήματα. Οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι φυσιολογικές. Η ασθενής έχει κεντρική παχυσαρκία. Η ασθενής και η οικογένεια ενημερώθηκαν για το είδος της επέμβασης και τα αποτελέσματά της και έγινε η εισαγωγή στις 5.10.200. Έγινε προεγχειρητική ετοιμασία και στις 6.10.2000 πήγε στο χειρουργείο όπου έγινε γαστρική παράκαμψη Roux-Y.

Πρόκειται για τομή μέσης υπερομφάλιος. Μετά τη διάνοιξη της κοιλίας λαμβάνεται βιοψία ήπατος από το χείλος του αριστερού λοβού. Ακολουθεί γαστρική παράκαμψη Roux-Y θύλακος 15 + 5 ml με διαμερισματοποίηση λοξή του στομάχου. Πλαγιοπλάγια γαστρονησιδική αναστομάση, εσωτερικής διαμέτρου 1.2 cm μετά διατομής νήστιδος 60 cm από το σύνδεσμο του Treitz και μεταφορά της οπισθοκολικά και εμπροσθογαστρικά. Πλαγιοπλάγια νησιδονησιδική αναστόμωση 100 cm από την γαστρονησιδική. Σύγκληση των ελλειμμάτων του μεσεντέριου και μεσοκόλου. Σύγκληση του κοιλιακού τοιχώματος με Nylon και του δέρματος με μεταλλικά clips.

Κατά την μετεγχειρητική περίοδο παρουσίασε αναπνευστική δυσχέρεια, υπέρταση και μη καλή επούλωση δέρματος, όμως αντιμετωπίστηκαν και η έξοδος έγινε στις 13.10.2002. Μετά από δύο χρόνια έχει χάσει περίπου 40 κιλά.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Υπέρταση μετεγχειρητικά Συστολική 170 cm Διαστολική 90 mmHg Σφίξεις 90 – 120!	Πτώση της ΑΠ και της συστολικής στα φυσιολογικά όρια	Μέτρηση ΑΠ και σφίξεων Χορήγηση αντιυπέρτασικών φαρμάκων Μέτρηση ούρων Δίαιτα ειδική	Τέθηκε σε τρίωρη μέτρηση ΑΠ και σφίξεων και ούρων Με εντολή του ιατρού χορηγήθηκε Lasix IV 1 amp Δόθηκε δίαιτα υπονατρίουχος και δίαιτο παχύσαρκου μετά την αφαίρεση του Levin.	Μετά από τις προσπάθειες αυτές η ΑΠ παρουσίασε βελτίωση φτάνοντας στα φυσιολογικά όρια την 6 μετεγχειρητική ημέρα 130/70 mmHg.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1. – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Κακή θρέψη λόγω ανεπαρκούς κάλυψης των αναγκών του σώματος.	Διόρθωση της καλής θρέψης με το να διατηρηθεί η ασθενής σε ικανοποιητικό επίπεδο θρέψης.	Αναζήτηση σημείων και συμπτωμάτων κακής θρέψης. Έλεγχος της λειτουργίας του εντέρου. Έλεγχος προσλαμβανόμενων όταν επιτραπεί η σίτιση. Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με τον ιατρό.	Παρακολούθηθηκε η ασθενής και ανακαλύφθηκε ότι παρουσιάζει παθολογικές τιμές ουρίας, αλβουμίνης αιματοκρίτη. Οπότε χορηγήθηκαν οι κατάλληλες βιταμίνες και ιχνοστοιχεία σύμφωνα με την εντολή του ιατρού. Μείτρηση προσλαμβανόμενων σε οκτάωρη βάση. Μη καλή λειτουργία εντέρου χορηγήθηκε 5 mgr γλυκερόλης.	Η αγωγή δεν απέδωσε και η ασθενής παρουσιάζει ναυτία και δυσκοιλιότητα χορηγήθηκαν αντιεμετικά και διεγερτικά της κινητικότητας του γαστρεντερικού σωλήνα σύμφωνα με ιατρική εντολή 1 x 1 metoclopramide.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1. – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αναπνευστική δυσχέρεια	Βελτίωση της αναπνευστικής δυσχέρειας	Ανύψωση της ερεισινότου στις 30° Ενημέρωση ιατρού Χορήγηση O ₂ Γρήγορη έγερση Χορήγηση φαρμάκων	Έγινε ανύψωση του ερεισινότου στις 30°. Ενημερώθηκε ο ιατρός για την κατάσταση και έδωσε οδηγία χορήγησης οξυγόνου με aegolin sol την ημέρα. Τοποθετήθηκε το O ₂ με το aegolin σε alitra. Το απόγευμα της εγχείρησης σηκώθηκε και ενημερώθηκε για την αναπνευστική γυμναστική που θα γίνεται δύο φορές την ημέρα. Χορηγείται Bisolvon amp 1 x 3 σε U/S 100 cc.	Μείωση της αναπνευστικής δυσχέρειας. Όμως κάποιος βαθμός μένει γι' αυτό συστήθηκε να συνεχιστούν οι αναπνευστικές ασκήσεις και η θεραπεία για άλλες 10 ημέρες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Μετά επανεξέταση για επανεκτίμηση της κατάστασης.

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1. – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Η ασθενής δεν μπορεί να διατηρήσει την ακεραιότητα του δέρματος.</p>	<p>Περιορισμός της αδυναμίας διατήρησης της ακεραιότητας του δέρματος. Αποκατάσταση της ακεραιότητας του δέρματος.</p>	<p>Διατήρηση επαρκούς θρέψης Έλεγχος παροχέυσεων Έλεγχος δέρματος και επικίνδυνων περιοχών Συχνή αλλαγή θέσεων.</p>	<p>Μετά από ενημέρωση του ιατρού και συνεννόηση με το διαιτολόγο τροποποιήθηκε η διαίτα και αυξήθηκε η χορήγηση θρεπτικών υγρών και πρωτεϊνών. Διορθώθηκε η πίεση που ασκούσε ο σωλήνας παροχέυσης και η επαφή με τις αυτοκόλλητες ταινίες δηλαδή τοποθετήθηκαν επεκτάσεις και αντιαλλεργικά. Τοποθετήθηκε στρώμα αέρος και διδάχθηκε ο τρόπος λειτουργίας στους ασθενείς. Γίνεται αλλαγή θέσεων κάθε 2 ώρες με τη βοήθεια της ασθενούς. Συχνός έλεγχος για ωχρότητα, ερυθρότητα και λύση της συνέχειας του δέρματος.</p>	<p>Η αγωγή αυτή συνεχίστηκε μέχρι την έξοδο της ασθενούς από το νοσοκομείο.</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η παχυσαρκία ένα από τα πιο σπουδαία προβλήματα της σημερινής εποχής όπου έχει γίνει στόχος μελέτης πολλών ανθρώπων φαίνεται ότι θα απασχολήσει για πολύ καιρό ακόμα την κοινωνία. Τελικά αξίζει τον κόπο κάποιος να χάσει κιλά. Η απάντηση είναι ότι ακόμη και μετά από μικρή απώλεια βάρους τα οφέλη για την υγεία είναι πολύ σημαντικά.

- Η κατάσταση της υγείας βελτιώνεται και τα πόδια και η μέση υφίστανται λιγότερες πιέσεις με αποτέλεσμα να ταλαιπωρείται το άτομο λιγότερο από τις αρθρίτιδες.
- Αναπνέει πιο εύκολα, κοιμάται καλύτερα ενώ ελαττώνονται τα επεισόδια άπνοιας στην διάρκεια του ύπνου.
- Η πίεση μειώνεται κατά 1 mmHg η συστολική και κατά 2 mmHg η διαστολική μετά από ελάττωση του βάρους κατά 1%.
- Ο σακχαρώδης διαβήτης ρυθμίζεται. Έχει παρατηρηθεί ότι απώλεια βάρους κατά 10-20 κιλά σε διαβητικούς ασθενείς μπορεί να οδηγήσει σε φυσιολογικά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Ωστόσο, θα υπάρξουν θετικά αποτελέσματα ακόμη και εάν υπάρξει απώλεια βάρους 3 – 8 κιλών.
- Βελτιώνεται ουσιαστικά η λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος.
- Ρύθμιση των διαταραχών της εμμήνου ρύσεως στις γυναίκες καθώς και άλλα ορμονικά προβλήματα.
- Το οίδημα των ποδιών παρουσιάζει μεγάλη βελτίωση.
- Η ολική χοληστερίνη μειώνεται κατά 10% και παρατηρείται ελάττωση της «κακής» χοληστερίνης κατά 15% και αύξηση της «καλής» κατά 85.

- Η αυτοπεποίθηση και το αίσθημα αυτοελέγχου αυξάνεται με αποτέλεσμα να βελτιώνεται η διάθεση.

Συμπέρασμα, πρέπει να γίνεται προσπάθεια απώλειας βάρους, πάντα βέβαια με το σωστό τρόπο και στο σωστό χρόνο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γ.Ι. Αραπάκη. Στοιχεία Παθολογίας δια τας αδελφούς νοσοκόμους μαιάς και επισκέπτριας αδελφούς. Έκδοση Αθήνα 1968, σελ. 173-174.
2. Μπόρις Β. Πετρόφσκι (1981) Σοβιετική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια (4 Τόμοι), Εκδόσεις Καπόπουλος, Αθήνα, σελ. 83.
3. Εγκυκλοπαίδεια Υγεία, Εκδόσεις «Δοκιμή», Αθήνα 1994, σελ. 30,36.
4. Σωτηρίου Α. Ράπτη, Εσωτερική Παθολογία, Εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιανός», Έκδοση Αθήνα (1998), σελ. 2217, 2210.
5. Μόρτογλου Αναστάσιος, Παχυσαρκία «Ένας πρακτικός ενημερωτικός και θεραπευτικός οδηγός για όλους», Εκδοτικός Οίκος Advance Publishing, Εκδόσεις Αθήνα 1996, 1, 4, 21, 61, 69, 77, 85.
6. Γιάννης Ζαμπάκος. Παχυσαρκία. Ένα αίνιγμα με πολλές λύσεις, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1989, σελ. 9, 12, 38.
7. Ιωάννου Ν. Αυγουστή. Παχυσαρκία και διατροφή «διαβήτη μεταβολικές και ενδοκρινικές διαταραχές», Έκδοση Αθήνα (1988), σελ. 29, 57, 58.
8. Suzanne Abraham and Derek Llewellyn – Joues: Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής. Μετάφραση Ελένη Ταμβάκη, Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα (1990), σελ. 142, 144, 148, 155-158, 182-185, 196-197.
9. P. Gray, Nutrition Policies in Europe. Διατροφή – Διαιτολογία, τεύχη 3-4, Τόμος 4^{ος}, Ιούλιος – Δεκέμβριος 2000, σελ. 73-74.
10. Νίκη Ψάλτη. Πότε πια περιττά κιλά «Αντιμετωπίστε την παχυσαρκία», Περιοδικό Vita αρ. τ. 2001, Σεπτέμβριος σελ. 39-49, 170-171.
11. Χ. Μ. Μουτσόπουλος, Δ.Σ. Εμμανουήλ, Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα (1991), σελ. 169-170.

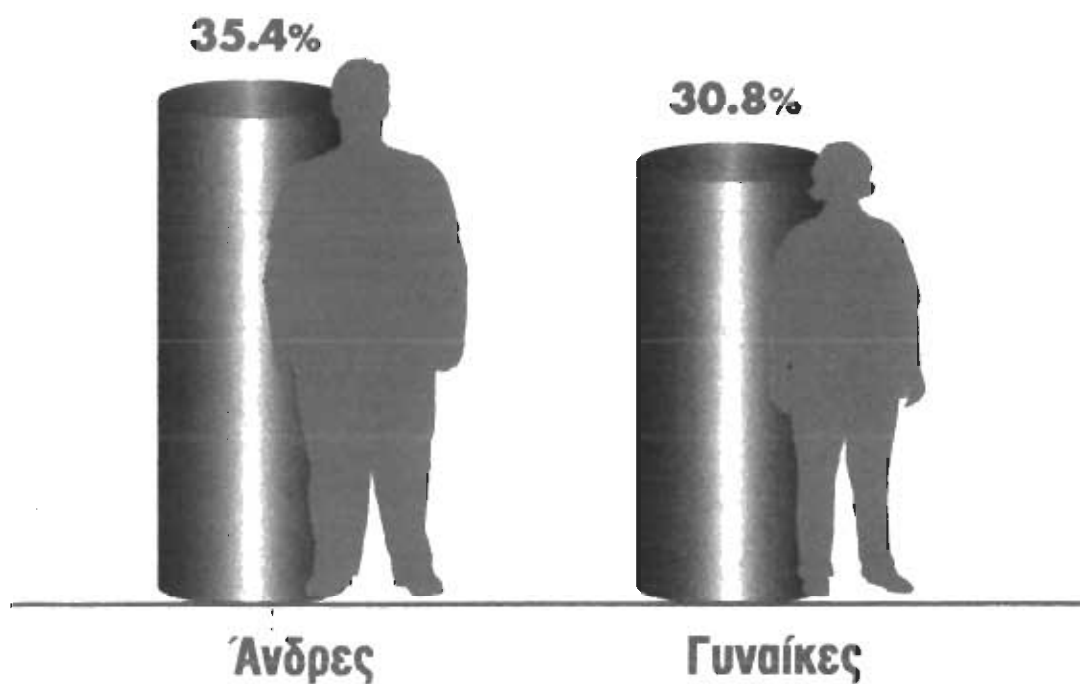
12. Ιωάννα Γκρεκ, Αισθητικά προβλήματα από ενδοκρινολογικά νοσήματα. Αθήνα (1992), σελ. 83-84-85.
13. Φραγκίσκος Ιωαν. Χανιώτης. Παθολογία «Νοσολογία III» (τόμος 2^{ος}), Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα (1990), σελ. 295.
14. Χ. Μουτσόπουλος, Cecil παθολογία, Έκδοση 3^η, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα (1996), σελ. 686-688.
15. Κυριάκος Δέρπαπα, Κωνάριο και χρονοβιολογική ορμονική ρύθμιση, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα (1997), σελ. 34.
16. Σταύρος Τ. Πλέσσας, Διαιτητική του Ανθρώπου (έκδοση 3^η), Εκδόσεις φαρμακο-τύπος, Αθήνα, (1998), σελ. 73.
17. Γ. Χαρτοφυλακίδη – Γαροφαλίδη, Θέματα ορθοπεδικής και τραυματιολογίας, Εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα (1981), σελ. 409-410.
18. Harrison, Εσωτερική Παθολογία (έκδοση 12^η), Εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα (1993), σελ. 305, 412.
19. Αντώνης Καφάτος, Διαιτολογική αντιμετώπιση της υπερχοληστερολαιμίας, Becel Ελαϊς Α.Ε. Τ.Θ. 80122, 185 10, Πειραιάς, σελ. 7-8.
20. Κ.Δ. Γαρδίκια, Ειδική Νοσολογία, Εκδόσεις «Γρ. Παρισιανός», Αθήνα, σελ. 132, 507.
21. Νικόλαος Λ. Κατσιλάμπρος, Η θεραπεία της παχυσαρκίας, Εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα (1982), σελ. 92-95.
22. Συνεργασία της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας και του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου: Παχυσαρκία, Ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας. Τώρα αντιμετωπίζεται: Roche (Hellas), Αττική 03.2001, σελ. 5-10.
23. Denis Burkitt: Οι φυτικές ίνες «Η βάση της υγιεινής διατροφής». Μετάφραση Ελένη Τζελέπογλου, Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα (1983), σελ. 110-112.

24. Νίκη Ψάλτη, Αδυνατίστε σίγουρα και υγιεινά, Εκδόσεις Vita, Τεύχος 41, 2000, Σεπτέμβριος, σελ. 71-78.
25. Γαλλική Ένωση Διαβητικών: Ο Διαβήτης σήμερα «100 ειδικοί σας πληροφορούν», Μετάφραση Ευγενία Γεδεών, Εκδόσεις Γιάννης Β. Βασβάκης, Αθήνα (1990), σελ. 315.
26. Βασ. Λαμπρόπουλος, Ιωαν. Κυριακός: Νέα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα και μορφές, Έκδοση 8^η, Εκδόσεις Οικονόμου, Πειραιάς (2001), σελ. 203.
27. Γιάννης Δ. Παπαδημητρίου, Γιώργος Α. Ανδρουλάκης, Αρχές Γενικής Χειρουργικής (τόμος Β), Εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα (1989), σελ. 768-770.
28. Διονύσης Κ. Βώρος, Χειρουργικές Λοιμώξεις, Εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα (1987), σελ. 1-7.
29. Πατρίτσια Γιαννίκα, Δυσφαγία, Ιατρικά Ανάλεκτα, Τόμος Α, τεύχος 14, 2001 Οκτώβριος – Δεκέμβριος, τριμηνιαία έκδοση θεραπευτηρίου Υγεία, σελ. 282.
30. Celicia F. Mulvey, Community Health Nursing, delmar Publishers. United States of America (1996), σελ. 33-35.
31. Ελένη Θ. Κυριακίδου, Κοινωνική Νοσηλευτική (έκδοση 2^η), Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα (1997), σελ. 220-221.
32. Μ.Α. Μαλγαρινού, Σ.φ. Κωνσταντινίδου, Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική (έκδοση 8^η), (Τόμος Β, 1^ο μέρος), Εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1995, σελ. 80, 332.
33. Α. Σαχίνη – Καρδάση, Μαρία Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, 2^{ος} τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα (1997), σελ. 71-75, 129-131.
34. Minnie B. Rose, Handbook of critical care nursing. Springhouse corporation, Pennsylvania (1996), σελ. 129.

35. Αν. Σαχίνη-Καρδάση, Μαρία Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική (τόμος 3^{ος}, Β' έκδοση), Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα (1997), σελ. 100.
36. Ελευθερία Κ. Αθανάτου, Κλινική Νοσηλευτική, Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες (Έκδοση Η') Πρακτικές Τέχνες, Αθήνα (1998), σελ. 186-204.
37. Αν. Σαχίνη - Καρδάση, Μαρία Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, (τόμος 1^{ος}, 2^η έκδοση), Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα (1997), σελ. 142-143.
38. Ulrich Canole Wendel, Νοσηλευτική, Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας (έκδοση 3^η) Εκδόσεις Λόγος Π. Δημήτριος, Αθήνα (1996), σελ. 679-691.
39. Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου, Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Έκδοση ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα (1996), σελ. 255-258.
40. Μιχάλης Γ. Μαδιανός, Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα (2000), σελ. 155-158.
41. Μιχάλης Γ. Μαδιανός, Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα (1994), σελ. 97.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Τα τελευταία χρόνια,
το πρόβλημα του υπερβάλλοντος βάρους
και της παχυσαρκίας έχει πάρει
ανησυχητικές διαστάσεις τόσο στην Ελλάδα,
όσο και σ' όλο τον κόσμο και χαρακτηρίζεται
ως ένα από τα πιο
σοβαρά προβλήματα υγείας



Ποσοστό (%) υπέρβαρων/παχύσαρκων στην Ελλάδα
(Eurobarometer 1996)

Ποιός είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος;

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (W.H.O., 1997) ο δείκτης που εκφράζει με τον καλύτερο τρόπο, ποιά άτομα είναι φυσιολογικού βάρους, υπέρβαρα ή παχύσαρκα, είναι ο **Δείκτης Μάζας Σώματος**

Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) =	Σωματικό Βάρος (kg)
	Υψος² (m)

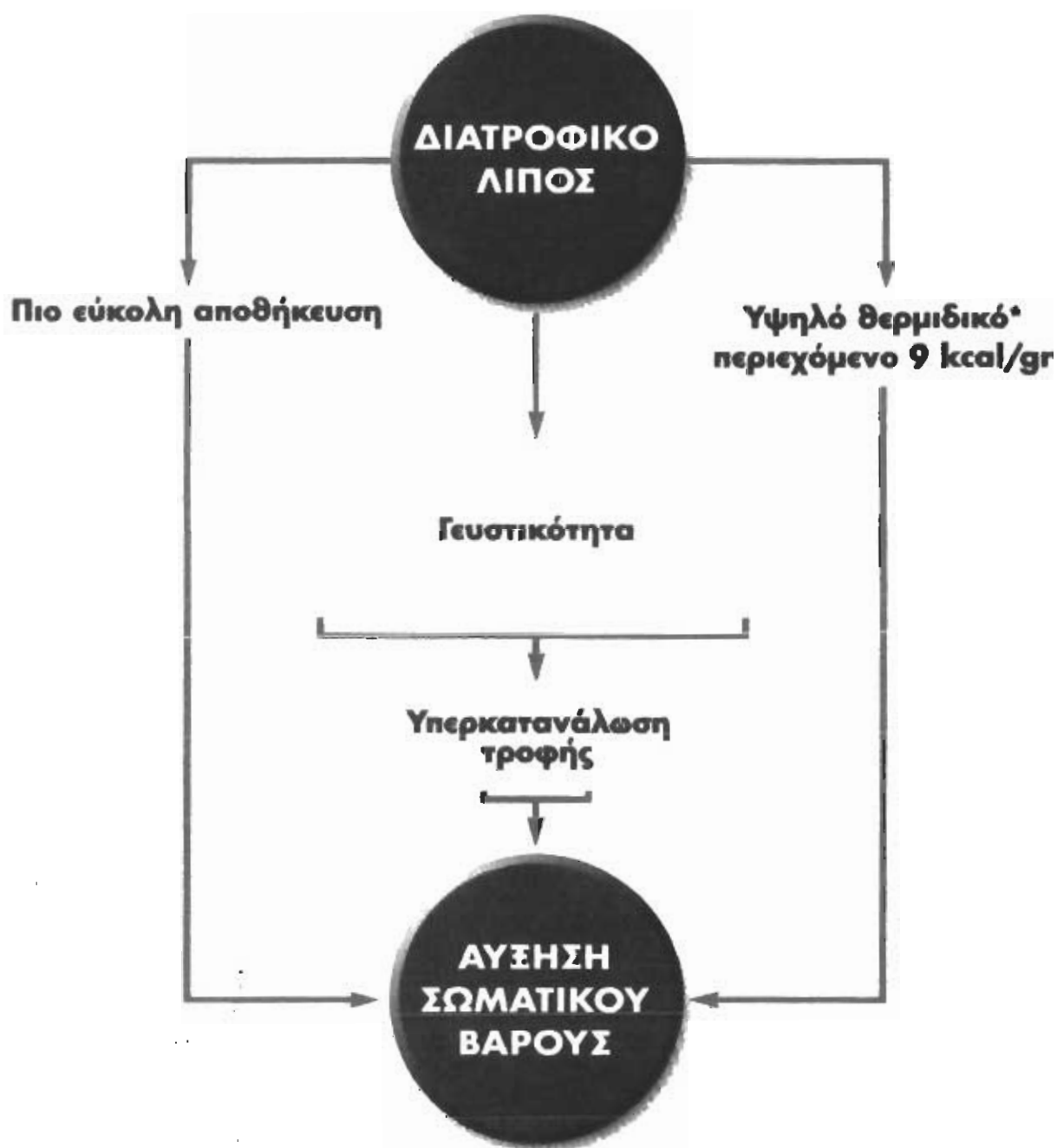
Ο παρακάτω πίνακας περιγράφει την κατηγοριοποίηση σύμφωνα με το Δείκτη Μάζας Σώματος

Δείκτης Μάζας Σώματος	Κατηγορία
	Ελλιποβαρής
18.5 έως 25	Φυσιολογικού βάρους
25 έως 30	Υπέρβαρος
30 έως 40	Παχύσαρκος
πάνω από 40	Σοβαρά παχύσαρκος

Εάν ο δείκτης μάζας του σώματός σας είναι πάνω από **28** συμβουλευθείτε άμεσα γιατρό



Γιατί το διατροφικό λίπος οδηγεί σε αύξηση του σωματικού βάρους;



Περιορίστε το λίπος!*

*Το λίπος είναι 2 φορές πλουσιότερο σε θερμίδες από τους υδατάνθρακες ή τις πρωτεΐνες

Επιπλοκές της παχυσαρκίας και του αυξημένου σωματικού βάρους



Οφέλη από την απώλεια βάρους

Μια απώλεια βάρους 5-10%:

- ✓ Μειώνει τον κίνδυνο ασθενειών που συνδέονται με το αυξημένο βάρος
- ✓ Μειώνει τη χοληστερίνη και τα τριγλυκερίδια
- ✓ Βελτώνει τη ρύθμιση του διαβήτη τύπου II
- ✓ Βελτώνει την αρτηριακή πίεση
- ✓ Βελτώνει την ποιότητα της ζωής


Πώς μπορώ να περιορίσω το διατροφικό λίπος;

- Αποφύγετε τα τηγανητά φαγητά
- Το λάδι είναι λίπος. Περιορίστε το
- Αποφύγετε τα κρέατα με πολλά λιπαρά, την πέτσα από το κοτόπουλο, τα αλλαντικά
- Περιορίστε την κατανάλωση τυριών όπως γραβιέρα, φέτα, κασέρι, γκούντα γιατί περιέχουν πολλά λιπαρά
- Προτιμήστε το ανθότυρο, την άπαχη μυζήθρα, το cottage cheese
- Προτιμήστε ημιαποβουτυρωμένο γάλα ή γιαούρτι
- Αποφύγετε το τσιμπολόγημα και το φαγητό μπροστά στην τηλεόραση
- Περιορίστε τις κρεμώδεις και λαδερές σάλτσες



Πώς μπορώ να βελτιώσω τις διατροφικές μου συνήθειες;

- Ξεκινήστε την ημέρα σας με ένα καλό πρωινό
- Τρώτε 3 γεύματα καθημερινά
- Προτιμήστε φρούτα για τα ενδιάμεσα διαστήματα μεταξύ των γευμάτων
- Τρώτε περισσότερο λαχανικά, φρούτα, δημητριακά ολικής αλέσεως, όσπρια, ψάρι, κοτόπουλο και λιγότερο κόκκινο κρέας
- Πίνετε τουλάχιστον 6-8 ποτήρια νερό την ημέρα
- Οποιαδήποτε μορφή τακτικής άσκησης θα σας βοηθήσει να μειώσετε ή να διατηρήσετε το βάρος σας



Λαχανικά

