

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ
ΚΑΙ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

ΜΥΛΩΝΑ ΑΡΕΤΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ.ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2009

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε στο τμήμα Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι Πατρών, στην Πάτρα. Η επίβλεψη της εργασίας έγινε από την προϊσταμένη του τμήματος, καθηγήτρια κ^α Μπατσολάκη Μαρία. Απευθύνω τις ευχαριστίες στην επιβλέπων καθηγήτρια μου για την πολύτιμη βοήθεια της που χωρίς αυτήν δεν θα ήταν δυνατή η ανάληψη και υποστήριξη της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Επιπλέον οφείλω να ευχαριστήσω την προϊσταμένη και το προσωπικό της χειρουργικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας για την βοήθεια τους. Τέλος, οφείλω να ευχαριστήσω την οικογένεια μου που με βοήθησαν σε όλοι την διάρκεια των σπουδών.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....σελ.5
- ΕΙΣΑΓΩΓΗ 7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

- 1.1 Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ Η ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ..... 9
- 1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ..... 11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:ΟΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

- 2.1 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ..... 13
- 2.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ..... 19
- 2.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ..... 20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΓΟΝΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

- 3.1 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ..... 26
 - 3.1.1 ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΥΠΟΘΕΡΜΙΚΕΣ ΔΙΑΙΤΕΣ 27
 - 3.1.2 ΔΙΑΙΤΕΣ ΧΑΜΗΛΕΣ ΣΕ ΛΙΠΑΡΑ ΚΑΙ ΠΛΟΥΣΙΕΣ ΣΕ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ..... 28
 - 3.1.3 ΔΙΑΙΤΕΣ ΜΕΤΡΙΟΥ/ΕΝΤΟΝΟΥ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΟΥ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ..... 29
 - 3.1.4 ΔΙΑΙΤΕΣ ΧΑΜΗΛΩΝ ΘΕΡΜΙΔΩΝ..... 30
- 3.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ 34

3.2.1ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	34
3.3 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ.....	35
3.3.1ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ.....	36
3.4ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	37
3.4.1ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	38
3.4.2ΕΙΔΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΣΥΧΝΟΤΕΡΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

4.1ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΑΘΕΤΗ ΓΑΣΤΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ.....	41
4.2ΡΥΘΜΙΖΟΜΕΝΟΣ ΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΣ ΣΙΛΙΚΟΝΗΣ	41
4.3ΓΑΣΤΡΙΚΟ BY PASS.....	52
4.4ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ ΚΑΤΑ SLEEVE – ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΜΑΝΙΚΙ.....	60
4.5ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΜΠΑΛΟΝΙ.....	64
4.6ΧΟΛΟΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗ ΕΚΤΡΟΠΗ.....	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:ΝΕΕΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ

5.1ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ.....	74
5.2ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕ LASER.....	76
5.3ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΧΩΡΙΣ ΟΥΛΕΣ.....	77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

6.1ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Α.....	79
6.2ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Β.....	86

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	94
--------------------------	-----------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νοσογόνος παχυσαρκία θεωρείται σήμερα η νέα μάστιγα της εποχής, προσβάλλοντας πλήθος ανθρώπων. Στην παρούσα εργασία, αναγράφεται μια μικρή ιστορική αναδρομή της παχυσαρκίας, οι αιτίες που την προκαλούν καθώς και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παχύσαρκα άτομα. Ιδιαίτερα έμφαση έχει δοθεί στον ψυχολογικό παράγοντα.

Αναλύονται επίσης, οι τρόποι αντιμετώπισης της, ενώ το μεγαλύτερο μέρος της εργασίας έχει αφιερωθεί στις χειρουργικές επεμβάσεις και στα είδη τους, που αποτελούν τα τελευταία χρόνια μοναδική μέθοδο απώλειας βάρους και μακροχρόνιας διατήρησής τους. Επιπλέον, περιγράφονται αναλυτικά και οι τελευταίες εξελίξεις στις μεθόδους των χειρουργικών επεμβάσεων.

Το τελευταίο κομμάτι της εργασίας εμπεριέχει Νοσηλευτική διεργασία που διεξήχθη σε δυο (2) περιστατικά του Π. Γ. Ν. Λ. (Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας).

ABSTRACT

The pathogenic obesity is considered today the new plague of season, offending crowd of persons. In the present work, is entered a small historical retrospection of obesity, the causes that him cause as well as the problems that face the corpulent individuals. Particularly accent has been given in the psychological factor.

Are analyzed also, her ways of confrontation, while the bigger part of work has been dedicated in the chirurgical interventions and in their types, that constitute in the past few year unique method of loss of weight and their long-lasting maintenance. Moreover, are described analytically and the last developments in the methods of chirurgical interventions.

The last piece of work includes Nursing activity that was carried out in two (2) incidents of P.G.N.L. (Academic General Hospital Larissa).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παχυσαρκία, όπως αυτή ορίζεται απ' τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας είναι νόσος κι ως τέτοια πρέπει να αντιμετωπίζεται.¹ Στις μέρες μας θεωρείται παγκοσμίως νόσος της σύγχρονης εποχής και απόρροια του σύγχρονου τρόπου ζωής, παρ' όλα αυτά όμως η παρουσία της ήταν εντονότατη από αρχαιοτάτων χρόνων. Απ' τη παλαιολιθική εποχή ακόμη (23000-25000 χρόνια πριν), υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι η παχυσαρκία ήταν παρούσα.

Μεγάλος αριθμός ειδωλίων, που βρέθηκαν σ' όλη την Ευρώπη και απεικονίζουν γυναικείες θεότητες(με αντιπροσωπευτικότερο όλων, την «Αφροδίτη του Willendorf»),έχουν σαφή στεατοπυγική μορφή, δηλαδή παρουσίαζαν σπλαχνική παχυσαρκία και έχουν υπερβολικά μεγάλο στήθος και φαρδύς γλουτούς. Οι μορφές αυτές, που σήμερα θα τις κατατάσσαμε από πλευράς BMI(δείκτης μάζας σώματος),στις σοβαρά παχύσαρκες, αποτελούσαν θεότητες της γονιμότητας και της αφθονίας της γης. Τέτοιες μορφές με την ίδια στεατοπυγική μορφή συναντούμε στη νεολιθική εποχή αλλά και αργότερα μέχρι την εποχή του Χαλκού. Προχωρώντας προς το σήμερα (2900-1500π.χ)παρόμοιες μορφές υπάρχουν σε αγαλματίδια στη Μεσοποταμία ,αλλά και σε μορφές Φαραώ και σε τυπογραφίες τάφων στην Αίγυπτο. Φτάνοντας στους Ελληνορωμαϊκούς χρόνους, ο πατέρας της Ιατρικής «Ιπποκράτης»,στα γραπτά του υποστηρίζει σαφώς, ότι «Ο ξαφνικός θάνατος είναι πιο συνηθισμένος στους παχύσαρκους ανθρώπους απ' ότι στους αδύνατους». Απ' το 1500μ.χ μέχρι και σήμερα η πρόοδος σ' όλους τους τομείς της ιατρικής επέτρεψε στους επιστήμονες να ασχοληθούν διεξοδικά με την αντιμετώπιση και θεραπεία της παχυσαρκίας. Έτσι, η παχυσαρκία αναγνωρίστηκε επίσημα ως νόσος το 1948,όταν ιδρύθηκε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και τη συμπεριέλαβε ως νόσο στη Διεθνή Ταξινόμηση των Παθήσεων(International Clasification of Diseases)².

Σήμερα, το πρόβλημα της παχυσαρκίας έχει λάβει τεράστιες διαστάσεις. Πλέον δεν αποτελεί μόνο κοσμητικό πρόβλημα ,αλλά και σοβαρό πρόβλημα υγείας. Οι ανεπιθύμητες συνέπειες της αφορούν πρακτικά όλα τα συστήματα του οργανισμού και επιπλέον , συνοδεύονται από σοβαρές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Η εμφάνιση της δεν εξαρτάται μόνο απ' την ποσότητα της τροφής που καταναλώνεται, αλλά κυρίως απ' την ποιότητα και τον τρόπο ζωής. Πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στην αύξηση της συχνότητας με την οποία εμφανίζεται το πρόβλημα. Η αφθονία αγαθών, ο υπερκαταναλωτισμός και η καθιστική ζωή, σε συνδυασμό με τις ευκολίες στη διαβίωση που προσφέρει η σύγχρονη τεχνολογία, αυξάνουν τον αριθμό των παχύσαρκων ατόμων. Για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας έχουν δοκιμαστεί πολλοί τύποι θεραπείας, οι οποίοι έχουν πιθανότητες επιτυχίας στο βαθμό που το άτομο αλλάζει οριστικά τις διατροφικές του συνήθειες. Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει συντηρητικές αγωγές, όπως υποθερμιδικές δίαιτες, άσκηση και ειδικά φάρμακα, ενώ ξεχωριστή θέση κατέχουν οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις.³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

1.1 Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ Η ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Ο ορισμός της παχυσαρκίας είναι αρκετά δυσχερής και εν πολλοίς αυθαίρετος⁴. Συνήθως αναφέρεται ως υπερβολικό βάρος, εκείνο που υπερβαίνει το επιθυμητό βάρος σώματος, δηλαδή την περίσσεια λίπους στο σώμα⁵.

Για άλλους ορίζεται ως χρόνια νόσημα, αποτέλεσμα αυξημένης πρόληψης τροφής σε συνδυασμό με μειωμένη φυσική δραστηριότητα και παρατηρείται συνήθως σε άτομα με κληρονομική επιβάρυνση⁶.

Σύμφωνα, όμως με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) είναι νόσος και ως τέτοια πρέπει να αντιμετωπίζετε. Είναι η παθολογική αύξηση του λιπώδους ιστού, η οποία συνοδεύεται από αντίστοιχη αύξηση του σωματικού βάρους και συχνά συνοδεύεται από σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις¹.

Φυσιολογικά, ο λιπώδης ιστός αποτελεί το 10% – 15% του σωματικού βάρους στον άνδρα και το 20% - 25% στη γυναίκα. Στην παχυσαρκία τα αντίστοιχα όρια του λιπώδους ιστού είναι 15% - 20% για τον άνδρα και 25% - 30% για την γυναίκα³.

Για την ποσοτική εκτίμηση της παχυσαρκίας χρησιμοποιούνται διεθνώς δύο δείκτες:

A) Ιδανικό βάρος: είναι το επιθυμητό βάρος σε κιλά(kg)σε σχέση με το ύψος σε εκατοστά(cm) και ανάλογα με το φύλο. Το επιπλέον, άνω του

φυσιολογικού βάρους λέγεται υπέρβαρος. Στον πίνακα 1 που ακολουθεί παρακάτω περιέχονται οι μέσες τιμές ιδανικού βάρους της Metropolitan Life Insurance Company.⁷

<u>ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ</u>			
<u>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</u>		<u>ΑΝΤΡΕΣ</u>	
ΥΨΟΣ	ΒΑΡΟΣ	ΥΨΟΣ	ΒΑΡΟΣ
1,57 cm	54,3 kg	1,57 cm	58,6 kg
1,60 cm	56,2 kg	1,60cm	60,5 kg
1,63 cm	58,3 kg	1.63 cm	62.3 kg
1,65 cm	59,5 kg	1,66 cm	64 kg
1,67 cm	60,7 kg	1,69 cm	65,9 kg
1,69 cm	62,1 kg	1,71 cm	67,3 kg

B) Δείκτης μάζας σώματος(BMI): είναι ένας μαθηματικός υπολογισμός, ο οποίος χρησιμοποιείται για την αναγνώριση της περίσσειας λιπώδους ιστού και για την εκτίμηση του βαθμού της παχυσαρκίας. Υπολογίζεται και συσχετίζει το σωματικό βάρος με ύψος, σύμφωνα με τον τύπο: $\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{Β}\acute{\alpha}\rho\omicron\varsigma(\text{kg}) / \acute{\upsilon}\psi\omicron\varsigma(\text{m}^2)$. Τα όρια του BMI βάσει του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είναι:⁴

BMI < 18,5	= Λιπόσαρκος
BMI 18,5-25	= Φυσιολογικός
BMI > 25	= Υπέρβαρος

BMI > 30	= Παχύσαρκος
BMI > 35	= Σοβαρή παχυσαρκία
BMI > 40	= Νοσογόνος παχυσαρκία
BMI > 50	= Υπερπαχύσαρκος

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η παχυσαρκία είναι ένα εκτεταμένο πρόβλημα με αυξανόμενες διαστάσεις σε όλες τις κοινωνίες, ακόμη έχει χαρακτηριστεί ως επιδημία του σύγχρονου κόσμου και όχι μόνο πολιτισμού. Η συχνότητα της αυξάνεται με την ηλικία και ποικίλει από χώρα σε χώρα και από περιοχή σε περιοχή της ίδιας χώρας. Υπολογίζεται ότι οι μισοί περίπου ενήλικες Ευρωπαίοι, ηλικίας 36-65 χρονών είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Στην Ευρώπη, η παχυσαρκία εμφανίζεται σε ποσοστό 10-20% των ανδρών και 15-25% των γυναικών, με τάση περαιτέρω αύξησης⁹ Στις Ανατολικές χώρες μεγαλύτερο ποσοστό παχυσαρκίας εμφανίζουν οι γυναίκες (Μέση Ανατολή, Κίνα) ενώ στην Ιαπωνία οι παχύσαρκοι άντρες διπλασιάστηκαν από το 1982.⁷

Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πρώτης επιδημιολογικής μελέτης που διεξήγαγε η Ελληνική Εταιρεία Παχυσαρκίας και τα οποία ανακοινώθηκαν το 2004, το 41,1% των ανδρών και 29,9% των γυναικών είναι υπέρβαροι ενώ το 26% των ανδρών και 18,2% των γυναικών είναι παχύσαρκοι. το συμπέρασμα είναι ότι στο γενικό Ελληνικό πληθυσμό το συνολικό ποσοστό ανέρχεται στο 48,1% σε άτομα ηλικίας 20-70 ετών, που σημαίνει ότι περίπου 1 στους 2 Έλληνες είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος. Επιπλέον, σύμφωνα με τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (Eurostat) η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση στην Ευρώπη στην παχυσαρκία των ανδρών με ποσοστό 26,7% ενώ στην παχυσαρκία των γυναικών μοιράζεται τη δεύτερη θέση με τη Μεγάλη

Βρετανία με ποσοστό 17,8%.¹⁰ Τα τελευταία δεδομένα από τον Π.Ο.Υ είναι εξίσου απογοητευτικά καθώς υπάρχουν στον πλανήτη μας πάνω από 300εκ. παχύσαρκοι, ενώ για τις Η.Π.Α καταγράφονται 300.000 θάνατοι ετησίως¹¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:ΟΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

2.1 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Κατά τη διάρκεια της εξέλιξης του ανθρώπινου γένους, η ικανότητα της αύξησης του σωματικού βάρους, όταν ήταν διαθέσιμη, με σκοπό τη δημιουργία αποθεμάτων για τις περιόδους ανάγκης αποτέλεσε ένα σημαντικό εξελικτικό-βιολογικό πλεονέκτημα. Μόνο κατά τη διάρκεια των τελευταίων 50 χρόνων υπό τις συνθήκες της μόνιμης αφθονίας τροφής και συνεχούς μείωσης της σωματικής δραστηριότητας, το εξελικτικό αυτό πλεονέκτημα μετατράπηκε σε πραγματικό μειονέκτημα. Ο φαινότυπος του παχύσαρκου ανθρώπου θεωρείται, σήμερα, αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ γενετικής-εξελικτικής προδιάθεσης και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Η γενετική προδιάθεση αποτελεί ήδη το αντικείμενο έντονης ερευνητικής δραστηριότητας. Αλλά και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, υπεύθυνοι σε μεγάλο βαθμό για την έκφραση του φαινότυπου παχυσαρκία έχουν περιγραφεί με ακρίβεια εδώ και καιρό.¹²

ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Πολλές παρατηρήσεις πείθουν ότι η γένεση της παχυσαρκίας εξαρτάται κατά μεγάλο ποσοστό από γενετικούς παράγοντες. Οι παρατηρούμενες διακυμάνσεις του πάχους της δερματικής πτυχής, του δείκτη μάζας σώματος και του σχετικού βάρους, οφείλονται σύμφωνα με υπολογισμούς κατά μέγα μέρος (64-88%) σε γενετικές επιδράσεις. Σε μία στατιστική που αναφέρεται σε 2002 παχύσαρκα παιδιά απέδειξε ότι το 72% από τον ένα ή και τους δύο γονείς ήταν σε κάποια τουλάχιστον φάση της ζωής τους παχύσαρκοι. Εντούτοις, αυτό δεν

αποδεικνύει κατ' ανάγκη ότι πρόκειται για γενετική επίδραση, γιατί θα μπορούσε να οφείλεται και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες.¹³

Όσο αφορά τη κληρονομιά, παιδιά παχύσαρκων γονιών είναι τρεις έως οκτώ φορές πιο πιθανό να είναι παχύσαρκα, απ' ότι παιδιά γονιών με φυσιολογικό βάρος, ακόμα και σε περιπτώσεις που δεν ανατρέφονται από τους φυσικούς τους γονείς. Μερικά άτομα μπορεί να διαθέτουν ένα τέτοιο μεταβολισμό, που τους επιτρέπει να αποθηκεύουν λίπος ευκολότερα απ' ότι άλλα άτομα.⁵

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Παρακάτω συνδέονται ορισμένες παχυσαρκίες με ενδοκρινικές μεταβολές. Περιγράφονται ακόμα και ορισμένες προδιαθέσεις για το πάχος ως απόδειξη για την ενδοκρινική του προέλευση. Στη συνέχεια εξετάζονται αυτοί οι παράγοντες: Ο Frohlich πίστεψε ότι μπόρεσε να συνθέσει τη παχυσαρκία με μία βλάβη στην υπόφυση. Δυστυχώς, οι υποστηρικτές της προέλευσης της παχυσαρκίας από την υπόφυση συνέθεσαν την παχυσαρκία με μία υπολειτουργία του πρόσθιου λοβού, με μία υπερλειτουργία του οπίσθιου λοβού. Δε θα μπορούσε ποτέ να επιτύχει μία τροποποίηση του βάρους των ζώων εάν, αφαιρώντας την υπόφυση, δεν τραυματιζόταν ο υποθάλαμος. Επίσης, ποτέ δεν επιτεύχθηκε η πρόκληση της παχυσαρκίας με ενέσεις εκχυλισμάτων της υποφύσεως.

Α)Θυροειδικοί παράγοντες

Πολλές φορές έχει κατηγορηθεί μία θυροειδική ανεπάρκεια ως αίτιο για την παχυσαρκία χωρίς απόδειξη. Όμως, αυτοί που πάσχουν από μυξοίδημα δεν είναι συχνά παχύσαρκοι. Από την άλλη ο παχύσαρκος έχει συχνά έναν μεταβολισμό που είναι κατώτερος του κανονικού, γεγονός που αποτελεί την άμυνα του οργανισμού ενάντια στην πολυφαγία. Καθορίσαμε το ποσοστό της

θυροξίνης και της τρι-ιωδό-θυρονίνης στο πλάσμα σε πολλούς ασθενείς που κατηγοριοποιήσαμε σύμφωνα με το βάρος τους. Ο μέσος όρος ήταν ίδιος για αυτές τις δύο ορμόνες σε όλες τις κατηγορίες βάρους.

Β) Παγκρεατικοί παράγοντες

Πολλές φορές έχει αναφερθεί ως αίτιο της παχυσαρκίας η διέγερση της όρεξης από υπογλυκαιμία που οφείλεται σε μεγάλη ποσότητα ινσουλίνης. Σήμερα, γνωρίζουμε ότι, εκτός από μερικές εξαιρετικές περιπτώσεις, ο υπερινσουλινισμός των παχύσαρκων είναι συνέπεια της παχυσαρκίας και θεραπεύεται με το αδυνάτισμα. Από την άλλη, η παχυσαρκία επιφέρει συχνά το διαβήτη.

Γ) Ωοθηκικοί παράγοντες

Επιπλέον αίτια είναι οι ωοθήκες, που επέρχεται στην εμμηνοπαυση ή μετά από μία κύηση. Σε πολλές γυναίκες, αυτές οι δύο περιπτώσεις προκαλούν ένα εσωτερικό δράμα. Νιώθουν συνειδητά ή μη, την ανάγκη προειδοποίησης απέναντι στους κινδύνους που τις απειλούν αυτήν την εποχή της ζωής και τρώνε σε υπερβολικό βαθμό.¹⁴

ΘΕΤΙΚΟ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ

Το θετικό ενεργειακό ισοζύγιο καθορίζεται αφ' ενός από τις τροφές και τα υγρά που προσλαμβάνονται και αφ' ετέρου απ' την ενέργεια που καταναλώνει ο οργανισμός. Όταν η πρόσληψη και η κατανάλωση ενέργειας είναι ίσες, το ενεργειακό ισοζύγιο είναι εξισορροπημένο και το σωματικό βάρος μειώνεται, ενώ όταν είναι θετικό, το σωματικό βάρος αυξάνεται. Χαμηλή κατανάλωση ενέργειας μέσω μειωμένης σωματικής δραστηριότητας όπως και αυξημένη πρόσληψη ενέργειας μέσω της διατροφής ευνοούν την αύξηση του σωματικού βάρους. Τελικά, το μέγεθος που θα παίζει ρόλο στο να αυξηθεί το σωματικό βάρος είναι το μακροπρόθεσμο θετικό ενεργειακό ισοζύγιο.

Ο ζωντανός οργανισμός καταναλώνει ενέργεια ακόμη και σε συνθήκες ηρεμίας, π.χ σε κατάκλιση. Η κατανάλωση ενέργειας αυτή χαρακτηρίζεται βασικός μεταβολισμός. Κατανάλωση ενέργειας που υπερβαίνει το 110% του βασικού μεταβολισμού χαρακτηρίζεται ως υπερμεταβολισμός και εξαρτάται απ' τη φυσική δραστηριότητα. Παράδειγμα: η συνολική κατανάλωση ενέργειας(=100%) ενός ανθρώπου που εκτελεί ελαφριά εργασία, προκύπτει απ' το άθροισμα του σωματικού μεταβολισμού (περίπου 60%) της κατανάλωσης ενέργειας από την πρόσληψη τροφής (περίπου 6%) και του υπερμεταβολισμού λόγω μυϊκού έργου(περίπου 34%).¹²

ΤΟ ΣΤΡΕΣ

Εκτός από την κακή διατροφή και την έλλειψη σωματικής άσκησης, άλλο ένα κακό του σύγχρονου τρόπου ζωής, απειλεί το σώμα και την υγεία μας. Ο λόγος για το στρες, που αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την δημιουργία παχυσαρκίας και ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για το διόλου σπάνιο φαινόμενο «δεν τρώω κι όμως παχαίνω». Όπως τόνισε η ενδοκρινολόγος και μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας κ. Ευαγγελία Ζαπάντη, σε συνέντευξη τύπου με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Παχυσαρκίας, η οποία εορτάζεται στις 24 Οκτωβρίου κάθε χρόνο, και την Παγκόσμια Ημέρα Σακχαρώδη Διαβήτη, τα τελευταία χρόνια γίνεται όλο και πιο σαφής η σχέση μεταξύ του στρες και της παχυσαρκίας. Το στρες μπορεί να οδηγήσει στην υπερφαγία, η οποία με την σειρά της οδηγεί στην παχυσαρκία. Σύμφωνα, με τα αποτελέσματα πρόσφατων μελετών το στρες προκαλεί έκκριση διαφόρων ορμονών, με αποτέλεσμα ένα άτομο να παχαίνει χωρίς να καταναλώνει μεγάλες ποσότητες φαγητού. Όπως είπε χαρακτηριστικά η κ. Ζαπάντη «πρόκειται για εξαιρετικά πολύπλοκες νευροενδοκρινολογικά ρυθμιζόμενες λειτουργίες του εγκεφάλου που μεταφράζονται ως σήματα που επηρεάζουν τη διαδικασία πρόσληψης τροφής και κατανάλωση ενέργειας».¹⁵

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΔΡΟΥΝ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ

Η χρήση των φαρμάκων που αναγράφονται στην παρακάτω λίστα είναι δυνατό να προκαλέσει αύξηση του σωματικού βάρους. Οι ενήλικες υπό μακροχρόνια αγωγή με κορτικοστεροειδή για ρευματοειδή αρθρίτιδα μπορεί να βρίσκονται σε σοβαρό κίνδυνο αύξησης του βάρους, καθότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου επιδεινώνουν τα αποτελέσματα της περιορισμένης σωματικής δραστηριότητας.

Τα πιο συνήθη φάρμακα είναι τα παρακάτω:

- Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά,λίθιο
- Σουλφονουρίες
- β-αδρενεργικά αποκλειστές
- ορισμένα στεροειδή αντισυλληπτικά
- κορτικοστεροειδή
- ινσουλίνη
- βαλπροϊκό οξύ,νευροληπτικά
- φαινοθειαζίνη
- πιζοτιφαίνη¹⁶



ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

Τον καθοριστικότερο ρόλο στη διαμόρφωση του σωματικού βάρους παίζει το περιβάλλον μέσα στον οποίο ζούμε και ανατρεφόμαστε. Οι διατροφικές μας συνήθειες και επιλογές, το καθημερινό μας διαιτολόγιο, η

ποσότητα και ποιότητα των τροφίμων που λαμβάνουμε, η συχνότητα των γευμάτων, το επίπεδο της σωματικής μας δραστηριότητας, ακόμη και το επάγγελμα μας μπορούν να επηρεάσουν το σωματικό μας βάρος. Δεν είναι τυχαίο γεγονός, ότι το φαινόμενο της παχυσαρκίας των ενηλίκων στις αναπτυγμένες χώρες αυξήθηκε την τελευταία δεκαετία κατά 37%.

Η εποχή μας χαρακτηρίζεται από αφθονία τροφίμων που είναι πλούσια σε λίπος, ζάχαρη και άχρηστη ενέργεια. Τα έτοιμα γεύματα των fast foods, που λόγω ευκολίας έχουν μπει στη ζωή μας, αποτελούν το πιο κλασσικό παράδειγμα ανθυγιεινής τροφής με συστατικά που συμβάλλουν καταλυτικά στην αύξηση του βάρους. Χαρακτηριστική είναι η διατύπωση, ότι η καθιστική ζωή και η ανθυγιεινή διατροφή οδηγούν στην παχυσαρκία, ακόμη και τα άτομα που δεν καταναλώνουν υπερβολικά μεγάλες ποσότητες τροφής.¹⁷ Επιπρόσθετα, το κάπνισμα προκαλεί σημαντική αύξηση του μεταβολικού ρυθμού και τείνει να ελαττώνει την πρόσληψη τροφής σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Συσχετίζετε αντιστρόφως ανάλογα με το βάρος του σώματος και οι καπνιστές συχνά κερδίζουν βάρος όταν διακόπτουν αυτή τη συνήθεια.

ΣΟΒΑΡΟΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

Σε μερικά άτομα, μία σοβαρή ελάττωση στις δραστηριότητες, χωρίς παράλληλη μείωση της συνήθους ενεργειακής πρόσληψης, μπορεί να είναι η κύρια αιτία αύξησης της εναπόθεσης λίπους. Σχετικά παραδείγματα είναι η αύξηση του σωματικού βάρους που παρατηρείται συχνά σε υψηλού επιπέδου αθλητές όταν εγκαταλείπουν την ενεργό δράση, σε νεαρά άτομα που υφίστανται αθλητικές κακώσεις και καθιλώνονται σε αναπηρικό καροτσάκι μετά από ατυχήματα ή σε άλλα άτομα που υποφέρουν από αρθρίτιδα.¹⁶

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ

Επιπλέον, παράγοντες που ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας είναι η φυσιολογία όπου η κατανάλωση ενέργειας ελαττώνεται με την ηλικία και ως αποτέλεσμα το βάρος του σώματος αυξάνεται κατά τη μέση ηλικία⁵, το μορφωτικό επίπεδο και οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες.¹

2.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ

Πολλές επιστημονικές έρευνες υποστηρίζουν ότι πέραν κάποιας γενετικής προδιάθεσης που μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην παχυσαρκία, το περιβάλλον και οι ψυχοκοινωνικές του προεκτάσεις παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη αλλά και στη θεραπευτική αποκατάσταση της νοσογόνου παχυσαρκίας.¹⁸

Πρόσφατη έρευνα αποκάλυψε ότι το 70% των ανθρώπων όταν αγχώνονται, καταφεύγουν στο ψυγείο καταναλώνοντας μεγαλύτερη ποσότητα τροφών απ' ότι έχει πραγματικά το σώμα τους ανάγκη.¹⁹ Αυτό συνέβη κατά τη διάρκεια του πολέμου όπου παρατηρήσαμε γυναίκες, των οποίων ο σύζυγος ή ο αρραβωνιαστικός μόλις είχε συλληφθεί, να παχαίνουν. Σε αυτά τα άτομα, η πράξη του φαγητού μειώνει τη νευρική ένταση. Στα παιδιά και κυρίως στα μοναχοπαίδια τα οποία οι γονείς τους τα παραταΐζουν για να δυναμώσουν και να πετύχουν στη συνέχεια στη ζωή τους. Τα παιδιά που έχουν απομονωθεί από τις κοροϊδίες των συμμαθητών τους μεταφέρουν τη συναισθηματική τους πείνα στη τροφή.

Από την άλλη, ο παχύσαρκος έχει μία ιδιαίτερη ψυχολογία. Οι τροφές παίζουν ρόλο στις συζητήσεις του. Ευχαριστιέται με την εξιστόρηση των καλών του διατροφικών συνηθειών ή επιμένει σε μία μικρή μερίδα φαγητού με την οποία ικανοποιείται. Ο παχύσαρκος φαντασιώνεται με την αξία αυτών που τρώει, γιατί τρέφεται κυρίως με τροφές πολύ συμπυκνωμένες: γλυκά, λίπη, κ.λ.π. Κάθε φορά που μετά από μία συναισθηματική σύγκρουση ένας ασθενής

παχαίνει, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι εν γνώσει του καταναλώνει περισσότερο από πρίν.¹⁴

Επιπλέον, συμπεραίνουμε ότι έχουν μία αλλοιωμένη εικόνα για το σώμα τους, για παράδειγμα, θεωρούν το σώμα τους άσχημο και πιστεύουν ότι κάποιος δεν τους θέλουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον. Αυτό παρατηρείται συχνότερα στις νεαρές γυναίκες μέσου και ανώτερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, μεταξύ των οποίων η παχυσαρκία είναι λιγότερο διαδεδομένη, καθώς και στα άτομα εκείνα που υπήρξαν παχύσαρκα από την παιδική τους ηλικία.¹⁶

2.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Οι καρδιακές παθήσεις(CVD) περιλαμβάνουν τη στεφανιαία νόσο(CHD), το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και την περιφερική αγγειακή νόσο. Η στεφανιαία νόσος και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ευθύνονται για ένα μεγάλο ποσοστό θανάτων ανδρών και γυναικών στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες, ενώ τα ποσοστά εμφάνισης τους αυξάνονται και στα αναπτυγμένα κράτη.

Η παχυσαρκία εκθέτει το άτομο σε έναν αριθμό καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου, που συμπεριλαμβάνουν την υπέρταση, την υπερχοληστεριναιμία και τη δυσανοχή στη γλυκόζη. Ακόμα, μεγάλης διάρκειας προοπτικές μελέτες προτείνουν ότι η παχυσαρκία αποτελεί επίσης ένα σημαντικό και ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για CHD-σχετιζόμενη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Υπέρταση και εγκεφαλικό επεισόδιο

Η σχέση μεταξύ της παχυσαρκίας και της υπέρτασης είναι πολύ καλά τεκμηριωμένη. Η συστολική αλλά και η διαστολική αρτηριακή πίεση αυξάνουν με τον BMI και οι παχύσαρκοι διατρέχουν σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης υπέρτασης απ' ό,τι τα λεπτόσωμα άτομα. Έρευνες σε ολόκληρες κοινότητες στις Η.Π.Α δείχνουν ότι ο επιπολασμός της υπέρτασης μεταξύ των υπέρβαρων ενηλίκων είναι 2,9 φορές μεγαλύτερος απ' ό,τι μεταξύ των μη υπέρβαρων. Ο κίνδυνος για άτομα ηλικίας 20-44 ετών είναι 5,6 φορές μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο των ατόμων ηλικίας 45-74 ετών, ο οποίος με τη σειρά του, είναι διπλάσιος από εκείνον των μη υπέρβαρων ενηλίκων. Ο κίνδυνος ανάπτυξης υπέρτασης αυξάνει με τη διάρκεια της παχυσαρκίας, ειδικά στις γυναίκες, ενώ η μείωση του βάρους οδηγεί σε ελάττωση της αρτηριακής πίεσης.¹⁶

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Η σχέση παχυσαρκίας και διαβήτη αναφέρεται στο συνηθέστερο τύπο της νόσου, τον μη ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη ή τύπο-2 διαβήτη.¹³ Ο κίνδυνος ανάπτυξης μη ινσουλινοεξαρτώμενου τύπου Σακχαρώδη Διαβήτη αυξάνεται συνεχώς με την αύξηση του BMI και ελαττώνεται με τη μείωση του βάρους.



Σύμφωνα, με έρευνες που διεξήχθησαν τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες μη ινσουλινοεξαρτώμενου τύπου ΣΔ θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί, εάν κανείς από αυτούς δεν είχε BMI πάνω από 25.¹⁶ Τα άτομα με σωματικό υπέρβαρο ή παχυσαρκία, η μέτρια απώλεια βάρους έχει αποδειχθεί ότι ελαττώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη. Η ολοκληρωμένη προσέγγιση η οποία στοχεύει στην αλλαγή τρόπου ζωής και περιλαμβάνει διατροφική εκπαίδευση, περιορισμό προσλαμβανόμενων θερμίδων και λίπους (≈30% της ημερήσιας πρόσληψης θερμίδων) τακτική σωματική δραστηριότητα και συχνή προσωπική επαφή του θεράποντα ιατρού με τον ασθενή, μπορεί να συντελέσει

στη μακροχρόνια απώλεια βάρους της τάξης του 10-20% σε σχέση με το αρχικό του βάρος.²⁰

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Η παχυσαρκία συνδέεται τόσο με αυξημένη συχνότητα νεοπλασμάτων, όσο και με αυξημένη και σχετικά πρόωρη θνησιμότητα βάσει των αποτελεσμάτων μίας κλινικής μελέτης με 900.000 ενήλικα άτομα, που δημοσιεύθηκε πρόσφατα στη N Engl J Med. Το ποσοστό θανάτων από νεοπλάσματα που αφορά παχύσαρκα άτομα είναι 14% στους άνδρες και 20% στις γυναίκες.²¹

Στις γυναίκες μεγαλύτερος κίνδυνος για την ανάπτυξη καρκίνου είναι στο ενδομήτριο, στις ωοθήκες, στο τράχηλο και στο μαστό μετεμμηνοπαυσιακά έχει τεκμηριωθεί στις παχυσαρκές γυναίκες, ενώ υπάρχουν κάποιες ενδείξεις για αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του προστάτη μεταξύ των παχύσαρκων ανδρών. Η αυξημένη συχνότητα των ανωτέρω τύπων καρκίνου στους παχύσαρκους είναι μεγαλύτερη σ' αυτούς με περίσσεια κοιλιακού λίπους και πιστεύεται ότι αποτελεί άμεση συνέπεια των ορμονικών αλλαγών. Η συχνότητα του καρκίνου του γαστρεντερικού συστήματος, όπως του παχέος εντέρου και της χοληδόχου κύστης, έχει επίσης αναφερθεί ότι συσχετίζεται θετικά με το βάρος του σώματος ή την παχυσαρκία, σε κάποιες αν και όχι σε όλες τις μελέτες, ενώ ο καρκίνος των νεφρών έχει επανειλημμένα βρεθεί ότι συνδέεται με το αυξημένο βάρος και την παχυσαρκία ειδικά στις γυναίκες.¹⁶

ΠΕΠΤΙΚΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Εξίσου συνηθισμένες παθήσεις και δυσλειτουργίες που σχετίζονται με την παχυσαρκία είναι αυτές του πεπτικού, του γαστρεντερικού

(γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, λιπώδης εκφύλιση ήπατος, χολολιθίαση). Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση φτάνει στους παχύσαρκους το 50%.¹⁷

Στο γενικό πληθυσμό, η χολολιθίαση είναι συχνότερη στις γυναίκες και στους ηλικιωμένους. Ωστόσο, η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης χολολιθίασης σε όλες τις ηλικίες. Τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες χολολιθίαση αναπτύσσεται 3-4 φορές συχνότερα στα παχύσαρκα άτομα σε σχέση με τα μη παχύσαρκα, ενώ ο κίνδυνος είναι ακόμα μεγαλύτερος όταν υπάρχει κοιλιακή συσσώρευση λίπους.¹⁶

ΥΠΝΟΑΠΝΟΪΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Το 50% των ατόμων με νοσογόνο παχυσαρκία υποφέρουν από σύνδρομο ύπνοάπνοιας(επίπτωση δεκαπλάσια σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό).Τα πρώιμα στάδια της ασθένειας εκδηλώνονται με ροχαλητό, μπορούν όμως να καταλήξουν σε μεγάλα διαστήματα άπνοιας όπου είναι απαραίτητη η χρήση μάσκας συνεχούς θετικής πίεσης αεραγωγών. Ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της ασθένειας είναι η περίμετρος της κοιλίας και γι' αυτό το σύνδρομο είναι συχνότερο στους άνδρες. Ένα πλήθος άλλων ασθενειών του αναπνευστικού συνδέονται άμεσα με την παχυσαρκία, όπως το άσθμα και οι χρόνιες πνευμονοπάθειες. Οι παχύσαρκοι διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να εκδηλώσουν πνευμονική εμβολή.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Το παχύσαρκο άτομο νιώθει ενοχικά, διαθέτει χαμηλή αυτοεκτίμηση και δυσκολεύεται να διαχειριστεί τα θέλω και τα συναισθήματά του. Χαμηλή αυτοπεποίθηση με πολλές ενοχές και το αρνητικό συναίσθημα του αδιεξόδου, συμβάλλουν σε έναν αρνητικό φαύλο κύκλο, όπου η πολυφαγία χρησιμοποιείται

ως διέξοδος στο πρόβλημα, το οποίο αρχικά προκαλεί. Ο στιγματισμός από το ευρύτερο κοινωνικό αλλά και το στενότερο συγγενικό περιβάλλον ενισχύει την αρνητική εικόνα του παχύσαρκου ατόμου για τον εαυτό του. Το παχύσαρκο άτομο μέσα από τη σχέση του με το φαγητό, εκφράζεται και εκφράζει τη συναισθηματική του κατάσταση. Εκτονώνει τις εντάσεις, τα άγχη και τα προβλήματα του. Το φαγητό αποτελεί γι' αυτόν καταφύγιο όλων των εσωτερικών και εξωτερικών του συγκρούσεων, ενώ διατηρεί την ψευδαίσθηση ότι πρόκειται για μία σχέση από την οποία δεν πρόκειται ποτέ να προδοθεί.¹⁷

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι ένας στους δυο παχύσαρκους παρουσιάζει ήπιας μορφής κατάθλιψη. Μάλιστα, το φαινόμενο αυτό έχει χαρακτηριστεί από τους Αμερικανούς επιστήμονες ως «βαριατρική κατάθλιψη» και παρατηρείται όλο και πιο συχνά στον Δυτικό κόσμο. Ενώ υπάρχουν και άλλοι ασθενείς οι οποίοι έχουν πιο ουσιαστικό πρόβλημα όπου απαιτεί ψυχολογική παρακολούθηση²².

Με το μάτι του ασθενή:

«Όταν το βάρος γίνεται μια προσωπική φυλακή...»

«...Στο μυαλό μου ήταν μόνο ένας αριθμός, τα κιλά μου ... Ήμουν 140 κιλά και ένα αίσθημα θλίψης, μοναξιάς θυμού που περιφερόταν στην καθημερινότητα μου χωρίς να είναι όμως παρόν, έτσι όριζα τον εαυτό μου. Ήμουν καχύποπτος, απόμακρος από τους ανθρώπους, με έκαναν μ' ένα απλό βλέμμα, μ' ένα μειδίαμα να νιώθω το χειρότερο πλάσμα που υπήρχε στον κόσμο. Δεν έδινα ευκαιρία σε κανέναν να με πλησιάσει, να μ' ανακαλύψουν σαν άνθρωπο, γινόμουν αυστηρός και έβλεπα μόνο ελαττώματα στους γύρω μου. Δεν μπορούσα να συμμετέχω σε δραστηριότητες, κάθε βήμα ήταν και μια ανάσα εξάντλησης, ένα σήμα σωματικής παραίτησης και πόνου, το βάρος ήταν ένας φραγμός στην κίνηση μου, στην υγεία μου, δεν μπορούσε ν' ακολουθήσει το μυαλό μου που ήταν πρόθυμο να κάνει πράγματα, να γεμίσει την μέρα μου και την ψυχή μου. Η συντροφιά μου ήταν η τηλεόραση, στην καλύτερη

περίπτωση ο υπολογιστής, ο καναπές η μόνιμη θέση μου από όπου κοιτάγα έξω από το παράθυρο η ζωή να συνεχίζεται για όλους και γω να μένω ένας απλός παρατηρητής, φυλακισμένος στο ίδιο μου το σώμα, να μην με νοιάζει πια η ίδια μου η ζωή...»²³

ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

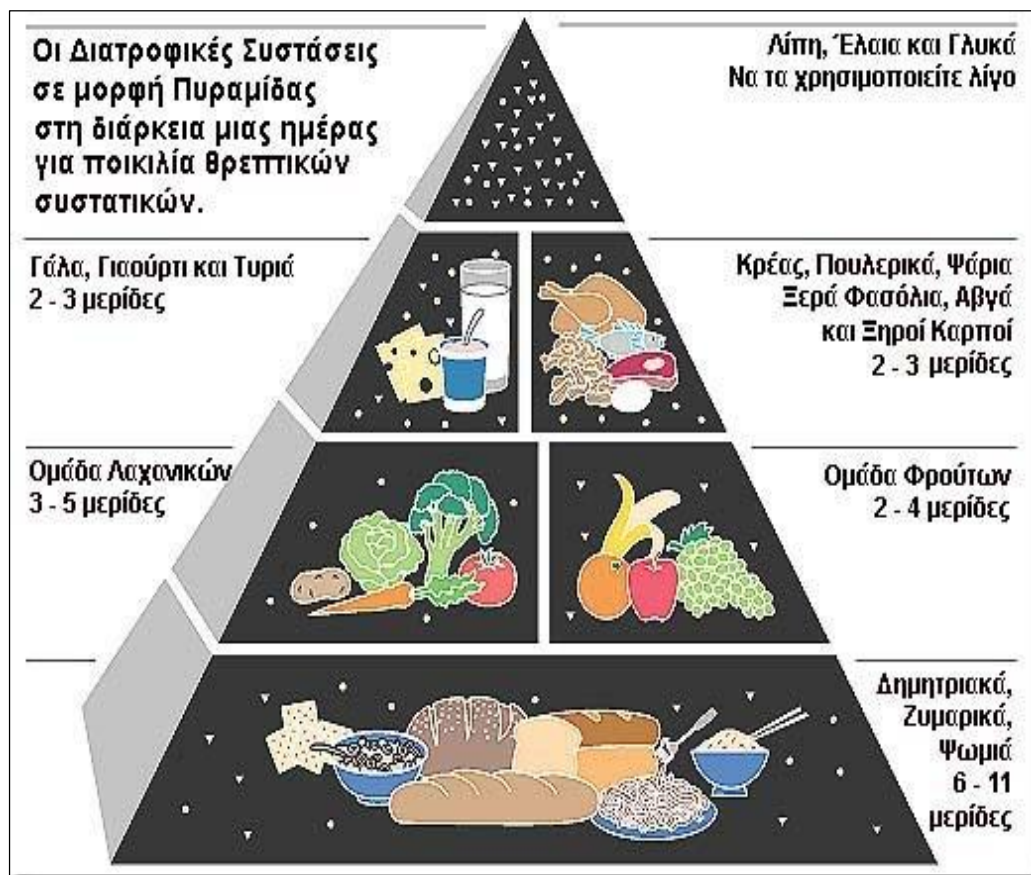
Η παχυσαρκία σχετίζεται με την ανάπτυξη οστεοαρθρίτιδας στις παχύσαρκες μεσήλικες γυναίκες κατά την εμμηνόπαυση ή μετεμμηνόπαυσιακά με πόνο στα γόνατα. Πιθανοί παράγοντες υπεύθυνοι για τη συσχέτιση μεταξύ παχυσαρκίας και οστεοαρθρίτιδας περιλαμβάνουν τις μηχανικές καταπονήσεις λόγω του αυξημένου φορτίου που μεταφέρεται από τους παχύσαρκους, τις μεταβολικές αλλαγές που συνδέονται με το αυξανόμενο λίπος, καθώς και διατροφικά στοιχεία που σχετίζονται με την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Τα ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι τα κυριότερα αίτια είναι συνήθως μηχανικά.¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 :Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΓΟΝΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

3.1 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Είναι φανερό ότι η πιο συχνή αιτία του υπερβολικού βάρους είναι το υπερβολικό φαγητό, η λύση είναι η ελάττωση του λαμβανόμενου φαγητού. Αυτό σπάνια είναι εύκολο. Για να εφαρμοσθεί πρέπει να μελετηθεί μία μειωμένη διαίτα(με λίγες θερμίδες)για απώλεια βάρους.

Για να έχει αποτελέσματα η διαίτα, το άτομο πρέπει να έχει αληθινή επιθυμία για απώλεια βάρους. Η πιο απλή, άρα και η καλύτερη διαίτα για ελάττωση βάρους είναι η διαίτα που βασίζεται στην Πυραμίδα Οδηγό Τροφίμων, αλλά με έλεγχο των kcal.



Δεν υπάρχει μαγικός τρόπος απώλειας βάρους και διατήρησης του μειωμένου βάρους, αλλά υπάρχει ένα κλειδί γι' αυτό. Η αναθεώρηση των συνηθειών διατροφής.²⁴

Η οργάνωση μιας δίαιτας απώλειας βάρους θα πρέπει να ακολουθεί την εξής σειρά :

- Υπολογισμός των κανονικών ενεργειακών αναγκών του υπέρβαρου ατόμου
- Υπολογισμός της σύνθεσης του σώματος, του σχετικού σωματικού βάρους (ΔΜΣ) και της κατανομής του σωματικού λίπους
- Υπολογισμός της επιθυμητής απώλειας βάρους
- Υπολογισμός του ρυθμού απώλειας βάρους.

Στη συνέχεια, αναφέρονται τα χαρακτηριστικά που θα πρέπει να έχει μια δίαιτα απώλειας βάρους :

- Ασφάλεια
- Ταχύτητα
- Αποτελεσματικότητα
- Εξατομίκευση
- Να μπορεί να συνδυάζεται με συνυπάρχοντα προβλήματα
- Λογικό κόστος
- Τροποποίηση διαιτητικών συνηθειών²⁵

3.1.1 ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΥΠΟΘΕΡΜΙΚΕΣ ΔΙΑΙΤΕΣ

Αυτό το διαιτητικό σχήμα βασίζεται στη δημιουργία ενεργειακού ελλείμματος, το οποίο οι ασθενείς μπορούν να διατηρήσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ένα έλλειμμα των 500-600 kcal ημερησίως (2.092-2.510 kJ ημερησίως) γίνεται συνήθως καλά ανεκτό. Όταν χρησιμοποιείται σωστά, η προσέγγιση αυτή έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερες απώλειες βάρους μακροχρόνια, σε σχέση με τις προσπάθειες που βασίζονται σε πιο αυστηρό περιορισμό των θερμίδων.

Το συγκεκριμένο σχήμα ενεργειακού περιορισμού, που συστήνεται στους ασθενείς, βασίζεται στον υπολογισμό των αρχικών τους ενεργειακών αναγκών συντήρησης μείον το συμφωνημένο έλλειμμα. Οι υπολογισμοί των ενεργειακών αναγκών συντήρησης γίνονται βάσει των εξισώσεων των Lean & James, οι οποίες βασίζονται στο βάρος του σώματος και την ηλικία μάλλον, παρά στις αναφερόμενες από τους ασθενείς διαιτητικές προσλήψεις, καθότι οι τελευταίες είναι σε σημαντικό βαθμό αναξιόπιστες όταν προέρχονται από τα ίδια τα παχύσαρκα άτομα. Μετά τη αφαίρεση του ελλείμματος, η σύσταση της ενεργειακής πρόσληψης μπορεί να μεταφραστεί σε ένα διαιτητικό σχέδιο βάσει ενός πίνακα μετατροπής τροφών, ο οποίος περιέχει αρχές υγιεινής διατροφής, δηλαδή περίπου 20-30% ή ακόμα και λιγότερη ενέργεια υπό μορφή λίπους, 15% υπό μορφή πρωτεΐνης και 55-60% ή περισσότερο υπό μορφή υδατανθράκων (κυρίως σύνθετοι υδατάνθρακες). Η εκτίμηση των διατροφικών συνηθειών του ατόμου θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην εκπαίδευση του ασθενούς, ώστε να ακολουθήσει μια δίαιτα κατάλληλη για τον τρόπο ζωής του. Η συνιστώμενη ενέργεια σε αυτές τις δίαιτες δεν θα πρέπει να είναι γενικά χαμηλότερη από τις 1.200 kcal ημερησίως (5.021 kJ ημερησίως).

3.1.2 ΔΙΑΙΤΕΣ ΧΑΜΗΛΕΣ ΣΕ ΛΙΠΑΡΑ ΚΑΙ ΠΛΟΥΣΙΕΣ ΣΕ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

Το κύριο πλεονέκτημα για τις δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά είναι οι ευεργετικές επιδράσεις τους στους παράγοντες κινδύνου για CVD. Όμως, τέτοιες δίαιτες έχει επίσης ανακοινωθεί ότι προκαλούν απώλεια βάρους ανάλογη με το πριν από τη θεραπεία βάρος, καθώς και με τη μακρόχρονα ελάττωση του περιεχομένου λίπους στη δίαιτα. Για παράδειγμα, οι Astrup et al βρήκαν ότι μια ελάττωση κατά 10% της ενέργειας από λιπαρά είχε ως αποτέλεσμα ένα μέσο όρο μείωσης βάρους 5 kg στους παχύσαρκους

ασθενείς, αν και αρκετές άλλες μελέτες απέτυχαν να επιδείξουν παρόμοια αποτελέσματα.

Μετά από μία σημαντική απώλεια βάρους, ένα πρόγραμμα ad libitum δίαιτας χαμηλής σε λιπαρά και πλούσιας σε υδατάνθρακες έχει αναφερθεί ότι είναι πολύ καλύτερο από προγράμματα μέτρησης θερμίδων, για τη διατήρηση του χαμένου βάρους 2 έτη αργότερα. Η αντικατάσταση ενός ποσοστού του λίπους από πρωτεΐνη αντί για υδατάνθρακες μπορεί να προκαλέσει περαιτέρω μείωση του βάρους.

3.1.3 ΔΙΑΙΤΕΣ ΜΕΤΡΙΟΥ /ΕΝΤΟΝΟΥ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΟΥ ΕΛΛΕΙΜΑΤΟΣ

Η συνήθης τακτική σε πολλά εμπορικά συστήματα αδυνατίσματος είναι η σύσταση για ενεργειακή πρόσληψη 1.000-1.200 kcal/ημερησίως (4184-5021 kJ ημερησίως). Αυτή η πρόσληψη επιλέγεται συνήθως από διαιτολόγους ή γιατρούς σύμφωνα με διατροφικές οδηγίες για υγιείς ανθρώπους και συστήνεται χωρίς τροποποιήσεις σε μεγάλο αριθμό ενηλίκων. Ωστόσο, όλοι οι ασθενείς δεν έχουν τις ίδιες ενεργειακές απαιτήσεις και το μέγεθος του ενεργειακού ελλείμματος που δημιουργείται από τη δίαιτα θα είναι μεγαλύτερο, όταν είναι μεγαλύτερες και οι ενεργειακές απαιτήσεις. Επιπλέον, η ενεργειακή πρόσληψη σ' εαυτό το επίπεδο συνήθως συνδέεται με μειονεκτική πρόσληψη αρκετών θρεπτικών ουσιών.

Σύμφωνα με δημοσιευμένες μελέτες, οι δίαιτες που παρέχουν λιγότερες από 1.200 kcal (4.184kJ) έχουν ως αποτέλεσμα μέχρι 15% απώλεια βάρους μέσα σε διάστημα 10-20 εβδομάδων, αλλά χωρίς ένα πρόγραμμα συντήρησης το περισσότερο από το απολεσθέν βάρος επαναπροσλαμβάνεται. Οι ασθενείς σπάνια παρακολουθούνται πάνω από ένα έτος και τα περισσότερα από τα προγράμματα που προκαλούν αυτού του ρυθμού τις απώλειες βάρους έχουν

πράγματι συνδυάσει τις διατροφικές αλλαγές με μεταβολές στη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής. Τα ποσοστά εγκατάλειψης είναι συνήθως υψηλά, αν και μπορούν να επιτευχθούν σημαντικές βελτιώσεις στη συμμόρφωση και στη συνεχιζόμενη συμμετοχή στα προγράμματα αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, εάν εφαρμοστούν υποβοηθητικά συστήματα που θα αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των ασθενών.

3.1.4 ΔΙΑΙΤΕΣ ΧΑΜΗΛΩΝ ΘΕΡΜΙΔΩΝ

Οι δίαιτες πολύ χαμηλών θερμίδων (VLCDs) μπορεί να προκαλέσουν απότομη απώλεια βάρους μέσα σε χρονικό διάστημα 3 μηνών, αλλά δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές στη μακροχρόνια διατήρηση του νέου βάρους. Θα πρέπει να χορηγούνται κυρίως για την επίτευξη ενός γρήγορου και βραχύχρονου αδυνατίσματος για ιατρικούς λόγους (π.χ πριν από επέμβαση) σε ασθενείς με BMI >30. Η χρησιμοποίηση των VLCDs από ασθενείς χωρίς ιατρική παρακολούθηση αποτελεί λανθασμένη τακτική και δεν θα πρέπει να συστήνεται.

Οι ανησυχίες για τη απώλεια πρωτεΐνης από τους ιστούς με τις συνήθειες VLCDs επισήμαναν την ανάγκη για τη διατήρηση ενός ελάχιστου επιπέδου ενέργειας και τη χρησιμοποίηση κατάλληλων αναλογιών των περιεχομένων συστατικών στις δίαιτες αυτές. Σήμερα, οι VLCDs παρέχουν συνήθως μία κετογόνο (υψηλή σε πρωτεΐνη και λίπη, χαμηλή σε υδατάνθρακες) δίαιτα με ένα αποδεκτό ελάχιστο ενεργειακό επίπεδο 800 kcal! ημερησίως (3.347 KJ ημερησίως) υπό τη μορφή γευμάτων ή ποτών εμπλουτισμένων σε πρωτεΐνες, μεταλλικά στοιχεία και βιταμίνες. Η έρευνα έχει δείξει ότι οι VLCDs με ενεργειακά επίπεδα <800 kcal ημερησίως (3.347 kJ ημερησίως) δεν προάγουν μεγαλύτερες απώλειες βάρους και είναι λιγότερο ανεκτές, σε σχέση με τις δίαιτες που παρέχουν το ανώτερο ενεργειακό επίπεδο²⁶

<u>ΤΡΟΦΙΜΑ ΕΠΙΤΡΕΠΟΜΕΝΑ/ΑΠΑΓΟΡΕΥΜΕΝΑ ΓΙΑ ΔΙΑΙΤΑ</u>	
<u>ΧΑΜΗΛΩΝ ΘΕΡΜΙΔΩΝ kcal</u>	
Επιτρεπόμενες Τροφές για Δίαιτες Χαμηλών θερμίδων	Μη Επιτρεπόμενες Τροφές για Δίαιτες χαμηλών θερμίδων
Άπαχο γάλα,κρέμα γάλακτος,γιαούρτι ημιαποβουτυρωμένο	Κρέμες σούπες καρύδια
Τυρί κότατζ και άλλα άπαχα τυριά, Κρέμες σάλτσες	Μαρμελάδα
Αυγά, αλλά όχι παρασκευασμένα με Λίπος	Σάλτσα κρέατος παχύ κρέας
Άπαχο μοσχάρι,αρνί,χοιρινό,κοτόπουλ Ο,γαλοπούλα,ψάρι στραγγισμένες σού Πες(χωρίς λίπος)	Πλούσια επιδόρπια Σάλτσα σαλάτας
Ψωμί ολικής αλέσεως εμπλουτισμένο, Όπως ορίζει ο γιατρός	Γλυκά ποτά κέϊκ
Λαχανικά με λίγους υδατάνθρακες	Αναψυκτικά Τηγανίτες

Φρέσκα φρούτα ή κονσέρβα χωρίς ζάχαρη	Αλκοολούχα	Πάστες
Καφές, τσάι χωρίς ζάχαρη ή γάλα	Ηδύποτα	λιπαρά ψάρια
Αλάτι, πιπέρι, σκόρδο και κρεμμύδι	Τηγανιτά	Ολόπαχο γάλα

Τροφές χαμηλών kcal που Επιτρέπονται κατά τη Δίαιτα Ελάττωσης βάρους		
Μαύρος καφές	Σπαράγγια	Αγγούρι
Τσάι ή τσάι με λεμόνι	Τομάτα	Πιπεριές κόκκινες ή πράσινες
Πεπονάκι	Κολοκυθάκι	Βλαστάρια
Μούρα	Κουνουπίδι	Μανιτάρια
Μαρούλι	Μπρόκολα	Σπανάκι
Λάχανο	Σέλινο	

Χρήσιμα σημεία γι' αυτούς με Δίαιτα Ελάττωσης Βάρους

- Καταγράψετε τα φαγητά δύο εβδομάδες πριν την δίαιτα. Γράφετε τις θερμίδες και κλείσετε σε κύκλο τρόφιμα που εύκολα μπορούν να αποφευχθούν.
- Μελετήστε τη δίαιτα απώλειας βάρους περιλαμβάνοντας μερικά φαγητά που προτιμάτε.
- Να ζυγίζεστε κανονικά αλλά όχι κάθε μέρα.
- Μη περιμένετε πολύ πριν τα γεύματα. Πάρτε kcal σε ενδιάμεσα γεύματα.
- Παρατηρείτε το μέγεθος των μερίδων.
- Τρώτε αργά.
- Χρησιμοποιείτε μικρά πιάτα.
- Τρώτε ολόκληρα, φρέσκα τρόφιμα. Αποφεύγετε τα επεξεργασμένα βιομηχανικά τρόφιμα.
- Απολαύστε κάτι άλλο από τη τροφή.
- «Φυλάξτε» μερικές θερμίδες για κέρασματα αργότερα.
- Προλάβετε τα προβλήματα. Τρώτε λιγότερο πριν και μετά τις εορτές.
- Αν κάτι πάει στραβά, μη τιμωρείτε τον εαυτό σας τρώγοντας.
- Αν δεν χάσετε βάρος σε μία εβδομάδα αρχίσετε ένα νέο πρόγραμμα και αξιολογήστε τη δίαιτα σας αντικειμενικά.

- Αν συμβεί μία οινοποσία μη τιμωρείτε τον εαυτό σας συνεχίζοντας το ποτό. Σταματήστε το. Πηγαίνετε ένα περίπατο σε ένα μουσείο, στον κινηματογράφο ή καλέστε ένα φίλο.
- Προσαρμόστε τα γεύματα της οικογένειας ώστε να ταιριάζουν στις ανάγκες σας. Μη προβάλετε τη δίαιτα σας. Αποφεύγετε φαγητά με πολλές kcal. Περιορίστε σε κουταλάκια του γλυκού κάτι πλούσιο σε θερμίδες kcal. Υποκαταστήσετε το με κάτι που σας αρέσει και είναι χαμηλών θερμίδων²⁴

3.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

3.2.1 ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η φαρμακευτική αγωγή ενδείκνυται κυρίως στις ελαφρές μορφές παχυσαρκίας. Τα πιο γνωστά φάρμακα είναι τα ανορεξιογόνα με κύριο εκπρόσωπο τις αμφεταμίνες που δυστυχώς παρουσιάζουν σημαντικές παρενέργειες. Οι αμφεταμίνες προκαλούν εξάρτηση και καρδιακές επιπλοκές, γι' αυτό δεν χρησιμοποιούνται πλέον στη χώρα μας. Άλλα ανάλογα ανορεξιογόνα που επίσης αποσύρθηκαν λόγω παρενεργειών είναι η phentermine και η fenfluramine. Ο φαρμακευτικός υπερθυρεοειδισμός με τη χορήγηση μικρών δόσεων θυρομόνης T3 (20 μg την ημέρα) πιθανώς διευκολύνει την απώλεια βάρους όταν συνδυάζεται με δίαιτα. Τα μακροχρόνια όμως αποτελέσματα και οι παρενέργειες αυτής της αγωγής δεν είναι γνωστά.

Σήμερα, βρίσκονται σε χρήση δύο ειδικά φάρμακα η sibutramine και η orlistat. Η sibutramine (Reductil) είναι ανορεξιογόνο με δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα, αλλά διαφορετικό από τις αμφεταμίνες. Αυξάνει τα επίπεδα

σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης στον εγκέφαλο και πετυχαίνει απώλεια βάρους σε 60-70% των περιπτώσεων. Οι σπουδαιότερες παρενέργειες του φαρμάκου είναι η δημιουργία άγχους, νευρικότητας, αϋπνίας, ταχυκαρδίας, υπέρτασης, πνευμονικής υπέρτασης, πονοκεφάλων και ξηροστομίας. Η χρήση του αντεδεικνύεται όταν υπάρχει ιστορικό καρδιακής νόσου, υπέρταση ή όταν ο ασθενής λαμβάνει αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Η orlistat(Xenical) είναι αναστολέας της παγκρεατικής λιπάσης ενός ενζύμου που είναι απαραίτητο για την απορρόφηση του λίπους της τροφής. Όταν λαμβάνεται λίγη ώρα πριν το γεύμα, μειώνει κατά 30% την απορρόφηση του λίπους της τροφής. Το άπεπτο λίπος αποβάλλεται με τα κόπρανα και αυτή είναι η αιτία της πιο συχνής παρενέργειας του φαρμάκου που είναι οι διάρροιες. Η συχνότητα των κενώσεων είναι ανάλογη με την ποσότητα λίπους που περιέχεται στην τροφή. Για να αποφευχθούν οι διάρροιες, η θεραπεία με Xenical πρέπει να συνδυάζεται με δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος.

Τα αποτελέσματα της φαρμακευτικής θεραπείας είναι γενικά περιορισμένα. Η μέση απώλεια βάρους φθάνει τα 12-15 κίλα σε διάστημα 6 μηνών. Με τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, αν δεν υπάρξουν στο μεταξύ δραστικές αλλαγές της διατροφής και των συνηθειών, το βάρος ανακτάται σε σύντομο χρονικό διάστημα.¹⁰

3.3 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Η άσκηση δρα κατά ποικίλους τρόπους. Εκτός απ' τη γνωστή ευμενή επίδραση στο καρδιαγγειακό και αναπνευστικό σύστημα,¹³ ο ρόλος της φυσικής δραστηριότητας είναι σημαντικός για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας. Η συστηματική άσκηση οδηγεί σε κατανάλωση ενεργειακών αποθεμάτων του οργανισμού και έτσι σε συνδυασμό με την κατάλληλη δίαιτα, σε ελάττωση του σωματικού βάρους. Άλλωστε έχει αναφερθεί ότι η φυσική δραστηριότητα προκαλεί σχετική μείωση της όρεξης. Είναι χαρακτηριστικό ότι

μόνον με τη δίαιτα, η ελάττωση του σωματικού βάρους οφείλεται σε απώλεια τόσο λίπους, όσο και μυϊκής μάζας. Αντίθετα με την άσκηση διατηρείται η μυϊκή μάζα, ενώ χάνετε μεγαλύτερη ποσότητα λίπους. Επιπλέον, βελτιώνεται η ικανότητα για σωματικό έργο του παχύσαρκου ατόμου, ενώ μειώνεται και ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών επιπλοκών.²⁷ Πέραν αυτού, η μυϊκή άσκηση επιδρά στον ψυχισμό του ασθενούς, πράγμα που εκτός των άλλων συμβάλλει στη διατήρηση του απολεσθέντος σωματικού βάρους.¹³

Η ενεργειακή κατανάλωση της άσκησης είναι σχετικά μικρή. Εντούτοις, τα μακροχρόνια αποτελέσματα της είναι ικανοποιητικά, υπό την προϋπόθεση ότι αυτή γίνεται συστηματικά (καθημερινά και 3 φορές την εβδομάδα).

Στα άτομα με παχυσαρκία συνίσταται η αερόβια συστηματική άσκηση, ιδιαίτερα πριν από τα γεύματα. Αυτή θα πρέπει να γίνεται τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα, να διαρκεί τουλάχιστον 20 λεπτά και να είναι έντασης τέτοιας που οδηγεί σε απώλεια τουλάχιστον 300 kcal. Ο τύπος της άσκησης που συνίσταται στα αρχικά στάδια, μέχρι δηλαδή το άτομο να έχει σωματικό βάρος έως 20% παραπάνω απ' το επιθυμητό, είναι το Jogging. Στη ποδηλασία υποβαστάζεται το σώμα και έτσι για έργο ίδιας ποσότητας μ' αυτό που παράγεται με το Jogging ξοδεύονται λιγότερες θερμίδες. Επίσης με την κολύμβηση ξοδεύονται λιγότερες θερμίδες συγκριτικά με την άσκηση στο έδαφος, γιατί το νερό προκαλεί άνωση του σώματος. Βέβαια στη συνέχεια το άτομο μπορεί να ασκηθεί και με άλλους τύπους αερόβιας άσκησης, ενώ μπορεί να συμπεριλάβει στο πρόγραμμά του και ισομετρικές ασκήσεις.²⁷

3.3.1 ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Η φυσική απραξία αποσταθεροποιεί τον ενεργειακό ισολογισμό όσο και ο υπερσιτισμός. Πολλοί νέοι δεν έχουν τη συνήθεια να αθλούνται. Οι Bullen, Reed και Mayer πήραν 27.211 φωτογραφίες από νεαρά κορίτσια ηλικίας από

13 έως 17 ετών που έκαναν κάποιο σπορ. Ανάμεσα τους υπήρχαν 109 παχύσαρκα και 72 με φυσιολογικό βάρος. Τα παχύσαρκα κορίτσια έπαιρναν λιγότερο συχνά μέρος στο παιχνίδι (τένις, βόλεϊ, κολύμβηση) απ' τα λεπτά κορίτσια.¹⁴

3.4 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας σύμφωνα με ερευνητικές μελέτες, είναι η μοναδική μέθοδος απώλειας βάρους και μακροχρόνιας διατήρησης των χαμένων κιλών για τους ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία. Από τις αρχές τις δεκαετίας του '80 άρχισε να εφαρμόζεται συστηματικά η χειρουργική της παχυσαρκίας ή αλλιώς, η βαριατρική χειρουργική²⁸

Με τη χειρουργική επέμβαση γίνονται ανατομικές αλλαγές στο πεπτικό σύστημα που έχουν ως αποτέλεσμα το μόνιμο περιορισμό στην πρόσληψη τροφής και ενέργειες, ώστε ο οργανισμός να καταναλώνει αναγκαστικά τα αποθηκευμένα αποθέματα λίπους. Η χειρουργική κατά της παχυσαρκίας δεν ανήκει στην κατηγορία των «κοσμητικών» επεμβάσεων και δεν θα πρέπει να γίνεται μόνο για αισθητικούς λόγους.²⁹

Στόχος αυτών θα πρέπει να είναι η βελτίωση της υγείας, η θεραπεία των νοσημάτων που συνδέονται με την παχυσαρκία και η ανακούφιση των ψυχικών και κοινωνικών επιπτώσεων. Όμως, για να υποβληθεί ο παχύσαρκος ασθενής σε χειρουργική επέμβαση, πρέπει να πληροί τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- BMI > 40 kg/m² (σωματικό βάρος πάνω από το διπλάσιο του ιδανικού του)

- BMI > 35 kg/m² με σύννοδα νοσήματα, όπως σακχαρώδης διαβήτης, αρθρίτιδα, καρδιοαναπνευστικά νοσήματα, σύνδρομο άπνοιας του ύπνου.
- Παχυσαρκία για πάνω από 5 χρόνια, με αποτυχία των άλλων μεθόδων(συντηρητικών).

Οι αντενδείξεις για τη χειρουργική αντιμετώπιση αποτελούν η ύπαρξη σοβαρών μεταβολικών ή ενδοκρινικών νοσημάτων, οι σοβαρές ψυχικές νόσοι και παθήσεις του πεπτικού συστήματος όπως το ενεργό πεπτικό έλκος. Ο εθισμός στα ναρκωτικά και η κατάχρηση αλκοόλ αποτελούν επίσης αντένδειξη για τη χειρουργική αντιμετώπιση.

Αμφιλεγόμενη είναι, τέλος η εφαρμογή της χειρουργικής της παχυσαρκίας σε ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ή μικρότερη των 18 ετών. Σήμερα, για την αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας εφαρμόζεται μια σειρά χειρουργικών τεχνικών, με πολύ καλά αποτελέσματα και λίγες επιπλοκές²⁸

3.4.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Πριν το χειρουργείο οι ασθενής πρέπει να υποβληθούν σε ένα εκτεταμένο έλεγχο από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων με σκοπό να διαγνωστούν και να θεραπευθούν τα πιθανά συνυπάρχοντα προβλήματα. Λαμβάνετε ένα λεπτομερές ιστορικό που αφορά όλα τα συστήματα ώστε να καταγραφούν οι γνωστές παθήσεις και να εντοπιστούν τα τυχόν αδιάγνωστα νοσήματα.

Εκτός, από τις γνώστες εξετάσεις που γίνονται σε όλους τους ασθενείς, όπως:

1. Γενική αίματος
2. Γενική ούρων
3. Ακτινογραφία θώρακος
4. Γαστροσκόπηση

5. Καρδιογράφημα
6. Πνευμονολογική εκτίμηση

Ειδικός έλεγχος πραγματοποιείτε μόνο όταν υπάρχουν παθολογικά ευρήματα όπως:

- Κορτιζόλη ούρων 24ώρου → υποψία συνδρόμου Cushing
- Πτώση επιπέδου βιταμίνης B12, σιδήρου και φυλλικού οξέος → υποψία σοβαρής αναιμίας
- Triplex καρδιάς, scanning μυοκαρδίου → όταν υπάρχει υποψία ή ιστορικό συμβατό με στεφανιαία νόσο²⁹

3.4.2 ΕΙΔΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΣΥΧΝΟΤΕΡΕΣ ΣΤΗ ΕΛΛΑΔΑ

Οι συχνότερες επεμβάσεις για την αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας είναι οι εξής:

- Γαστρικό bypass κατά Roux - en - y
- Γαστρικό bypass κατά Roux - en - y μακράς έλικας
- Γαστρικό bypass κατά Fobi
- Λαπαροσκοπικό γαστρικό bypass κατά Roux - en - y
- Χολοπαγκρεατική παράκαμψη κατά Scopinaro
- Χολοπαγκρεατική εκτροπή κατά Roux - en - y
- Χολοπαγκρεατική εκτροπή με 12δακτυλική παράκαμψη
- Λαπαροσκοπική περιίδεση στομάχου με ρυθμιζόμενο δακτύλιο σιλικόνης (Lap – Band, laparoscopic gastric Band)
- Κάθετη ενισχυμένη γαστροπλαστική κατά Mc Lean
- Λαπαροσκοπική ενισχυμένη γαστροπλαστική

- Γαστρικός βηματοδότης (πειραματική μέθοδος)¹⁰

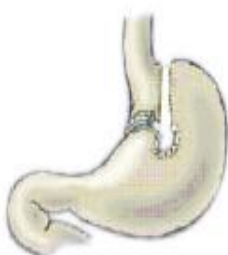
Σήμερα στην Ελλάδα προτιμούνται οι ακόλουθες επεμβάσεις που εφόσον επιλεγούν σωστά από τον ειδικό θεραπεύουν με ασφάλεια τον παχύσαρκο ασθενή:⁶

- Ø Λαπαροσκοπική κάθετη γαστροπλαστική
- Ø Ρυθμιζόμενος γαστρικός δακτύλιος σιλικόνης (Lap – Band)
- Ø Γαστρικό bypass (Βραχιάς και μακράς έλικας)
- Ø Λαπαροσκοπική γαστρεκτομή κατά Sleeve – γαστρικό μανίκι
- Ø Γαστρικό μπαλόνι
- Ø Χολοπαγκρεατική εκτροπή²⁹

Οι προφερθείς χειρουργικές επεμβάσεις γίνονται με την μορφή της «ανοιχτής» χειρουργικής, δηλαδή με τομή. Πλέον στις μέρες μας η εξελιγμένη τεχνολογικά χειρουργική επιτρέπει την διενέργεια πολύπλοκων επεμβάσεων χωρίς τομές με την βοήθεια ειδικών εργαλείων και βίντεο. Η λαπαροσκοπική χειρουργική ξεκίνησε με στόχο την ελαχιστοποίηση του χειρουργικού τραύματος και του μετεγχειρητικού πόνου. Δεν θα ήταν υπερβολή αν λέγαμε ότι η ανάπτυξη της λαπαροσκοπικής τεχνικής και της μικροχειρουργικής υπήρξε τόσο επαναστατική για την χειρουργική αυτού του αιώνα όσο και η εφαρμογή της γενικής αναισθησίας του προηγούμενου αιώνα. Με την συνεχή τεχνολογική εξέλιξη και την αυξανόμενη επιδεξιότητα των χειρουργών η λαπαροσκοπική χειρουργική έχει δώσει και θα συνεχίσει να δίνει λύσεις σε όλο και πιο σύνθετα ιατρικά προβλήματα.³¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

4.1 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΑΘΕΤΗ ΓΑΣΤΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ



Πρόκειται για μία μέθοδο που ενδείκνυται σε ασθενείς με ΔΜΣ πάνω από 40, αλλά δε χρησιμοποιείται ιδιαίτερα συχνά. Χρησιμοποιούμε αυτόματο συρραπτικό και μη ρυθμιζόμενο δακτύλιο ή πλέγμα για να δημιουργήσουμε ένα μικρό θύλακο στο άνω τμήμα του στομάχου. Η εγχείρηση αυτή είναι περισσότερο τραυματική σε σχέση με τον γαστρικό δακτύλιο, διότι απαιτεί μερική διατομή του στομάχου. Διαρκεί 1-2 ώρες και ο ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο για 1-4 ημέρες. Επιτυγχάνεται ίδια απώλεια βάρους όπως και στο γαστρικό ρυθμιζόμενο δακτύλιο, αλλά απαιτείται η διαίρεση του στομάχου, ενώ παρουσιάζονται περισσότερες διεγχειρητικές και περιεγχειρητικές επιπλοκές.³²

4.2 ΡΥΘΜΙΖΟΜΕΝΟΣ ΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΔΑΚΤΥΛΙΟΣ ΣΙΛΙΚΟΝΗΣ(LAP BAND)

Ο ρυθμιζόμενος γαστρικός δακτύλιος επινοήθηκε από τον Kuzmak το 1983 και βελτιώθηκε την τελευταία δεκαετία.²⁹ Η εφαρμογή του έγινε για πρώτη φορά σε άνθρωπο το 1986 (από τον Kuzmak και συνεργάτες) με «ανοικτή χειρουργική επέμβαση». Έπειτα από ορισμένες



τροποποιήσεις, το Σεπτέμβριο του 1993 έγινε δυνατή η λαπαροσκοπική τοποθέτηση του δακτυλίου (Belachew και συνεργάτες)³³. Το σημαντικότερο πλεονέκτημα αυτής της επέμβασης είναι η ευκολία τοποθέτησης της συσκευής που γίνεται λαπαροσκοπικά, με ελάχιστο τραυματισμό των ιστών. Η διαφορά απ' την κάθετη γαστροπλαστική είναι ότι στην περίπτωση του δακτυλίου δεν απαιτούνται συρραφές και διαχωρισμός του στομάχου. Το στομάχι λαμβάνει σχήμα κλεψύδρας, με το γαστρικό θύλακο να έχει μία χωρητικότητα 15-20 gr.²⁹ Όταν οι τροφές γεμίσουν το πάνω τμήμα της «κλεψύδρας», ο εγκέφαλος θα λάβει το μήνυμα του κορεσμού, σαν να έχει γεμίσει ολόκληρο το στομάχι. Στη συνέχεια οι τροφές προωθούνται αργά στο περιφερικό τμήμα του στομάχου και από εκεί στο έντερο, για να ολοκληρωθεί η διαδικασία της πέψης.³³

Ο δακτύλιος είναι κατασκευασμένος από βιοσυμβατή σιλικόνη και διαθέτει αεροθάλαμο που μπορεί να αυξομειώνει την εσωτερική του διάμετρο.²⁹ Είναι φτιαγμένος από αδρανή σιλικόνη ώστε να μην προκαλείται αντίδραση απόρριψης απ' τον οργανισμό, γι' αυτό μπορεί να παραμείνει μόνιμα. Μπορεί επίσης εύκολα να αφαιρεθεί, αν για κάποιο λόγο αυτό απαιτείται.³³

Η βαλβίδα επικοινωνεί με τον αεροθάλαμο του δακτυλίου με έναν λεπτό σωλήνα σιλικόνης. Ο αεροθάλαμος πληρούται με ακτινοσκιερό υγρό ή φυσιολογικό ορό και η εσωτερική του διάμετρος μικραίνει πιέζοντας και στενεύοντας το στόμαχο. Η επιθυμητή διάμετρος του γαστρικού στομίου είναι περίπου ίδια με αυτή της κάθετης γαστροπλαστικής δηλαδή 1,2-1,5 cm περίπου. Τις περισσότερες φορές η ρύθμιση του δακτυλίου γίνεται σταδιακά.²⁹

Η επέμβαση γίνεται με γενική αναισθησία και διαρκεί περίπου 1 ώρα.³⁴ Σήμερα, η γενική νάρκωση, με τα φάρμακα και τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται είναι η ασφαλέστερη αναισθησία. Πολλές φορές δεν είναι απαραίτητη η παραμονή στο νοσοκομείο. Ο ασθενής μπορεί να φύγει 5-6 ώρες μετά.³⁴ Μετά από τη σχετική χειρουργική παρασκευή, γίνεται περίδεση του θόλου του στομάχου με το δακτύλιο κάτω απ' τη γαστροοισοφαγική

συμβολή.¹⁰ Η πρώτη ρύθμιση του δακτυλίου γίνεται ένα μήνα μετά την τοποθέτηση απ' την ειδική βαλβίδα που εμφυτεύεται στο υποδόριο του κοιλιακού ή του θωρακικού τοιχώματος.²⁹ Οι επόμενες ρυθμίσεις γίνονται σταδιακά, ώστε να πετύχουμε έναν ικανοποιητικό ρυθμό απώλειας βάρους. Κατά μέσο όρο απαιτούνται 4-5 ρυθμίσεις μέσα στον πρώτο χρόνο, διάστημα στο οποίο χάνεται σημαντικό βάρος. Στη συνέχεια η ανάγκη για ρυθμίσεις είναι πιο αραιή.³³

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

- Άτομα με νοσογόνο παχυσαρκία.
- Αποτυχία απώλειας βάρους με επανελλειμένες προσπάθειες δίαιτας ή φαρμακευτικής αγωγής για πάνω από 1 χρόνο.
- Ιστορικό παχυσαρκίας τουλάχιστον για 5 χρόνια.
- Ηλικία από 18-65(στα όρια ηλικίας υπάρχει η τάση διεύρυνσης τους).³⁵
- Άτομα με BMI 40-45 που έχουν κάποια αυτοκυριαρχία και δεν συνηθίζουν να καταναλώνουν snacks και γλυκίσματα.¹⁰
- Έχουν διάθεση να προσπαθήσουν να χάσουν βάρος.
- Είναι συνεργάσιμα και μπορούν να συμφιλιωθούν με τις μετεγχειρητικές οδηγίες.³⁶

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

- Ύπαρξη μεγάλης διαφραγματοκήλης.
- Σοβαρή γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.
- Διαταραχές της κινητικότητας του οισοφάγου.

- Προηγούμενη επέμβαση στο στομάχι.
- Η ύπαρξη συμφύσεων στην άνω κοιλιά.
- Η εξεσημασμένη ηπατοσπληνομεγαλία, που μερικές φορές καθιστά αδύνατη τη λαπαροσκοπική επέμβαση.³⁶

Μετά την επέμβαση:

Μετά την τοποθέτηση δακτυλίου τα περισσότερα άτομα έχουν απόλυτη επιτυχία και χάνουν τα παραπάνω κιλά τους σε μόνιμη βάση. Ένα μικρότερο ποσοστό παρουσιάζει σχετική επιτυχία και χάνει μέρος των επιπλέον κιλών. Αυτό το ποσοστό είναι κυρίως οι ασθενείς που έχουν χαμηλές καύσεις ή προσλαμβάνουν υγρές τροφές υψηλής θερμιδικής αξίας (αλκοόλ, σαντιγί, σοκολάτα, παγωτό). Χρειάζεται λοιπόν προσοχή στις διατροφικές συνήθειες και αύξηση της κίνησης, ώστε η επιτυχία να είναι απόλυτη.

Ο δακτύλιος παχυσαρκίας είναι μία επέμβαση χαμηλής νοσηρότητας, μιας ημέρας. Είναι προτιμότερο να τοποθετηθεί δακτύλιος σε μικρού βαθμού παχυσαρκία για να προστατευθεί κάποιος εφ' όρου ζωής παρά να τοποθετηθεί όταν η παχυσαρκία πάρει πολύ σοβαρή μορφή. Δεν είναι δηλαδή ανάγκη να διογκωθεί κυριολεκτικά το πρόβλημα για να αποφασίσει κάποιος να υποβληθεί σε επέμβαση τοποθέτησης δακτυλίου. Η έγκαιρη επέμβαση αυξάνει κατά πολύ τις πιθανότητες να απαλλαγεί κάποιος από την παχυσαρκία εφ' όρου ζωής.³⁴

Τον πρώτο μήνα μετά την επέμβαση, η διατροφή περιλαμβάνει κυρίως μαλακές τροφές, μέχρι την ρύθμιση του δακτυλίου. Το διάστημα αυτό θα πρέπει να αποφευχθούν οι εμετοί και η διάταση του στομάχου για να μην προκληθεί μετακίνηση του δακτυλίου. Μετά τον πρώτο μήνα οι ασθενείς πρέπει να σιτίζονται κυρίως με στερεές τροφές και να μασούν καλά την κάθε μπουκιά, μέχρι να αισθανθούν κορεσμό. Ο δακτύλιος δημιουργεί ένα μικρό γαστρικό

θύλακο που η χωρητικότητα του είναι περίπου 10-20 gr . Το περιοριστικό αποτέλεσμα αφορά τις στερεές τροφές, όχι όμως τα υγρά και μαλακά τρόφιμα. Για να πετύχουν ένα καλό αποτέλεσμα οι ασθενείς θα πρέπει να μην καταναλώνουν μαλακές και υγρές τροφές που περιέχουν μεγάλες ποσότητες λίπους ή ζάχαρης. Οι τροφές αυτές δε δημιουργούν κορεσμό. Η κατανάλωση τέτοιου είδους τροφών αποτελεί και τον σοβαρότερο κίνδυνο αποτυχίας της επέμβασης. Αντίθετα, οι σκληρές τροφές μπορεί να είναι δύσπεπτες, δημιουργούν όμως ικανοποιητικό κορεσμό.

ΑΝΑΡΡΩΣΗ

Η τοποθέτηση του δακτυλίου γίνεται λαπαροσκοπικά και η παραμονή στο νοσοκομείο είναι συνήθως 24 ώρες. Οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να επιστρέψουν στην εργασία τους σε 4-5 μέρες και να υποβληθεί σε σωματική άσκηση σε ένα μήνα.³⁷

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Τα μόνα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι η ελάχιστη κάκωση των ιστών και η πολύ μικρή νοσηλεία. Η επέμβαση γίνεται λαπαροσκοπικά στο 99,5 % των περιπτώσεων. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι ελάχιστος και η νοσηλεία περιορίζεται στις 24 ώρες. Ο ασθενής μπορεί να σιτιστεί άμεσα. Επειδή δεν γίνεται χειρουργική τομή, αποφεύγονται οι συχνές επιλοκές της ανοιχτής χειρουργικής όπως η μετεγχειρητική πνευμονία, οι μετεγχειρητικές κήλες και οι συλλογές υγρού και διαπυήσεις του τραύματος.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Ο γαστρικός δακτύλιος και η διαμερισματοποίηση έχει όλα τα μειονεκτήματα των επεμβάσεων που δημιουργούν στενώσεις: συχνούς εμετούς, αποφράξεις, γαστρικές ενοχλήσεις, περιορισμούς στη διατροφή. Η τοποθέτηση γαστρικού δακτυλίου δεν θεωρείται επαρκής επέμβαση στις βαρύτερες μορφές παχυσαρκίας ($\Delta\Sigma B > 55$) ενώ είναι αναποτελεσματική σε ένα σχετικά ψηλό ποσοστό ασθενών(20-25%).

Η συμβολή αυτής της τεχνικής στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου δεν έχει εκτιμηθεί ακόμη. Το κόστος της συσκευής θα είναι υψηλό(περίπου 3.000 €), δεν είναι γνωστή η διάρκεια της ζωής της και δεν καλύπτεται από εγγύηση σε περίπτωση βλάβης. Βλάβη ή δυσλειτουργία της συσκευής, σημαίνει αποτυχία της επεμβάσεως. Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών (15-25%)θα ξανά χειρουργηθεί μέσα στα επόμενα 3 χρόνια, εξαιτίας επιπλοκών ή αναποτελεσματικότητας. Ανάγκη για μακροχρόνια συμμόρφωση με διαιτητικές οδηγίες. Δυσφαγία και επεισόδια εμετών. Σημαντικό ποσοστό διαταραχών κινητικότητας και διάτασης οισοφάγου. Ψηλή πιθανότητα επανεγχειρήσεως. Επανειλημμένη έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία για ρυθμίσεις.³⁶

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από θεωρητική άποψη τα αποτελέσματα της επέμβασης πρέπει να είναι συγκρίσιμα με αυτά της κάθετης γαστροπλαστικής. Παρόλα αυτά υπάρχουν αρκετές διαφωνίες ως προς την αποτελεσματικότητα του δακτυλίου. Μερικοί αναφέρουν απώλεια πλεονάζοντος βάρους μέχρι και 65% στα 3 χρόνια, ενώ από άλλους αναφέρεται σαφώς μικρότερη απώλεια βάρους (5-30% του πλεονάζοντος βάρους). Ενώ υπερβολικά μεγάλος αριθμός ασθενών (10-50%) χρειάζεται να ξαναχειρουργηθεί μέσα στα επόμενα 5 χρόνια εξαιτίας επιπλοκών ή αναποτελεσματικότητας.

Παρά τα αμφιλεγόμενα αποτελέσματα, ο δακτύλιος έγινε πρόσφατα αποδεκτός από τον Εθνικό Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων των Η.Π.Α (f.d.a 2001). Η γενική πάντως εντύπωση είναι ότι ο δακτύλιος υστερεί σε απόδοση σε σχέση με την κάθετη γαστροπλαστική και η απώλεια βάρους είναι λιγότερο προβλέψιμη. Τα μακροχρόνια αποτελέσματα και οι επιπλοκές της μεθόδου δεν έχουν ακόμη εκτιμηθεί επαρκώς, ενώ υπάρχει μεγάλη πιθανότητα επανεγχείρησης.¹⁰

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Όπως και σε κάθε επέμβαση έτσι και στη λαπαροσκοπική τοποθέτηση γαστρικού δακτυλίου είναι δυνατό να συμβούν κάποιες επιπλοκές που ευτυχώς όμως δεν είναι συχνές (λιγότερο από 0,5%). Οι επιπλοκές αυτές είναι:

Τραυματισμός του ήπατος ή της σπλήνας

Αιμορραγία

Διάτρηση του οισοφάγου ή του στομάχου

Αναπνευστικά προβλήματα

Φλεβική θρόμβωση

Λοίμωξη τραυμάτων

Μετά την τοποθέτηση του δακτυλίου μπορεί να παρατηρηθούν οι παρακάτω επιπλοκές και ανεπιθύμητες εκδηλώσεις:

Γαστρίτις

Οπισθοστερνικό άλγος

Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (συνήθως με την περιγαστρική τεχνική)
Ερυγές (ρεψίματα)
Δυσφαγία (με την τεχνική pars flaccida)
Συχνοί εμετοί
Δυσκοιλιότητα
Μόλυνση της συσκευής και λοίμωξη
Διαρροή από τη συσκευή

Οι επιπλοκές αυτές αντιμετωπίζονται με κατάλληλη ρύθμιση του δακτυλίου, διαιτολογικούς χειρισμούς, φαρμακευτική αγωγή και μερικές φορές με επανεπέμβαση. Σε περίπτωση βλάβης και διαρροής, η συσκευή πρέπει να επισκευασθεί ή να αντικατασταθεί με νέα επίσης επέμβαση. Οι συχνότερες αιτίες που προκαλούν αποφρακτικά φαινόμενα και εμετούς είναι:

Ακατάλληλο είδος τροφής.

Αμάσητη τροφή.

Μετακίνηση (slippage) ή διάταση του γαστρικού θυλάκου.

Υπερπλήρωση (υπερβολικό σφίξιμο) του δακτυλίου.

Κακή τοποθέτηση του δακτυλίου.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Ο γαστρικός δακτύλιος μπορεί να βοηθήσει ικανοποιητικά τους ασθενείς με ΔΣΒ 35-45 αλλά δεν έχει τα ίδια αποτελέσματα στις πιο σοβαρές μορφές παχυσαρκίας (ΔΣΒ>50).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η υπερβολική σύσφιξη του δακτυλίου περιορίζει σημαντικά τις επιλογές στη διατροφή. Η επιλεκτική διατροφή (αποκλειστική κατανάλωση μαλακών τροφών) μπορεί να έχει συνέπειες στην απώλεια βάρους γιατί η

ημερήσια θερμιδική πρόσληψη είναι αυξημένη (soft calorie syndrome). Επιπλέον, η υπερπλήρωση του δακτυλίου μπορεί να δημιουργήσει επικίνδυνες επιπλοκές, όπως:

Ολίσθηση του δακτυλίου (slippage)

Εγκολεασμός του θόλου του στομάχου

Διάταση του γαστρικού θυλάκου και του οισοφάγου

Διάβρωση (erosion) του στομάχου από το δακτύλιο και διάτρηση

Οι παραπάνω επιπλοκές (1-25%) μπορεί να συμβούν μήνες ή και χρόνια μετά την επέμβαση και εκδηλώνονται με οξύ κοιλιακό πόνο, απόφραξη, εμέτους και σε περίπτωση λοίμωξης με πυρετό. Όταν η ολίσθηση της συσκευής (slippage) προκαλείται λίγες εβδομάδες μετά την επέμβαση οφείλεται σε ανεπαρκή καθήλωση του δακτυλίου. Αντίθετα, η ολίσθηση του δακτυλίου και η διάταση γαστρικού θυλάκου και οισοφάγου που προκαλείται μετά από χρονικό διάστημα μηνών, οφείλεται συνήθως σε υπερβολική σύσφιξη του δακτυλίου ή σε κακή διατροφική συμμόρφωση του ασθενούς. Η σωστή χειρουργική τεχνική, η σωστή ρύθμιση του δακτυλίου, η ενημέρωση του ασθενούς και η συστηματική ιατρική παρακολούθηση είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για μια ομαλή μετεγχειρητική πορεία.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αεριούχα αναψυκτικά, υπερφαγία και προκλητοί εμετοί, αυξάνουν τον κίνδυνο διάτασης



του θυλάκου. Άτομα με ψυχογενείς διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς όπως βουλιμία και παροξυσμική υπερφαγία έχουν αυξημένη πιθανότητα επιπλοκών και θα πρέπει να παρακολουθούνται από εξειδικευμένο ψυχολόγο

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΙΚΟΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ
ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ

Φυσιολογική ακτινολογική
εικόνα

Slippage

Η σωστή ρύθμιση

Υπερπλήρωση του δακτυλίου

Αρχόμενη διάταση γαστρικού
θυλάκου

Παραμελημένη διάταση
θυλάκου

Διαρροή από το port της
συσκευής

ΠΡΟΣΟΧΗ: Επειδή η απώλεια βάρους με γαστρικό δακτύλιο επέρχεται βραδύτερα απ ότι με άλλες πιο επεμβατικές τεχνικές, οι ασθενείς πρέπει να έχουν υπομονή. Η υπερπλήρωση του δακτυλίου με σκοπό την επιτάχυνση της απώλειας βάρους πρέπει να αποφεύγεται διότι μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές. Η ρύθμιση του δακτυλίου γίνεται σταδιακά και δεν πρέπει να παρακωλύεται σε σημαντικό βαθμό η σίτιση με στερεά και να προκαλούνται εμετοί. Φαινόμενα δυσφαγίας και συχνοί εμετοί πρέπει έγκαιρα να αξιολογούνται ακτινοσκοπικά και ενδοσκοπικά και σε περίπτωση αρχόμενης

διάτασης του θυλάκου ή υπερβολικής σύσφιξης να γίνεται η ανάλογη ρύθμιση. Οι συχνοί εμετοί μπορεί επίσης να προκαλέσουν μεταβολικές διαταραχές, όπως:

Αναιμία.

Πρωτεϊνική υποθρεψία.

Νεφρική ανεπάρκεια.

Περισσότερα για τις μεταβολικές επιπλοκές των επεμβάσεων κατά της παχυσαρκίας. Ανάκτηση βάρους μπορεί να οφείλεται σε βλάβη της συσκευής ή σε κακή συμμόρφωση του ασθενούς, πράγμα που συμβαίνει και με άλλες επεμβάσεις κατά της παχυσαρκίας.³⁸

Σε ποιές περιπτώσεις αφαιρείται ο δακτύλιος;

Η απόφαση για την αφαίρεση του δακτυλίου λαμβάνεται όταν υπάρχουν ανεπιθύμητες εκδηλώσεις (επίμονος πόνος, εμετοί, ναυτία) και σε περίπτωση σοβαρών επιπλοκών όπως:

Εγκολεασμός - νέκρωση στομάχου.

Ολίσθηση του δακτυλίου με απόφραξη.

Διάτρηση του στομάχου.

Μη αναστρέψιμη διάταση γαστρικού θυλάκου.

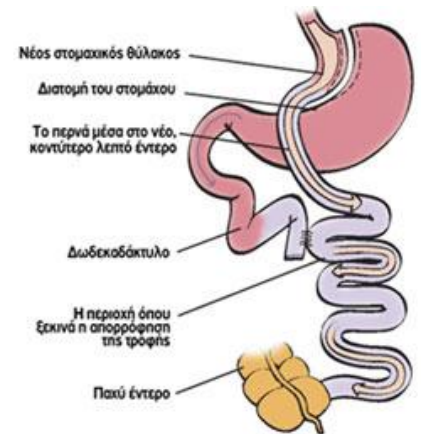
Ενδοκοιλιακή λοίμωξη.

4.3 ΓΑΣΤΡΙΚΟ BY PASS

ΕΙΔΗ: Α)Γαστρικό by pass βραχείας έλικας Roux.

Β)Γαστρικό by pass μακράς έλικας Roux.

Είναι ευρέως διαδεδομένη και καταξιωμένη μέθοδος διεθνώς, δεδομένου ότι συνδυάζει τον περιορισμό της τροφής με τη μείωση της απορρόφησης των προσλαμβανόμενων θερμίδων. Κατά την επέμβαση, το στομάχι διαχωρίζεται στο ανώτερο τμήμα του με τρόπο που να δημιουργείται ένα πολύ



μικρότερο, το οποίο γεμίζει με ελάχιστη τροφή. Αυτό συνδέεται στη συνέχεια με το λεπτό έντερο σε τέτοιο σημείο, ώστε να μην μπορούν τα λίπη και άλλες παχυντικές ουσίες να δώσουν όλες τις θερμίδες τους στον οργανισμό. Η επέμβαση οδηγεί σε σημαντική απώλεια βάρους που διατηρείται σε βάθος χρόνου. Απαιτεί νοσηλεία 5-7 ημέρες και είναι η λύση για όσους είναι ιδιαίτερα υπέρβαροι, τρώνε μεγάλες ποσότητες φαγητού και έχουν αδυναμία στα γλυκά.³⁹

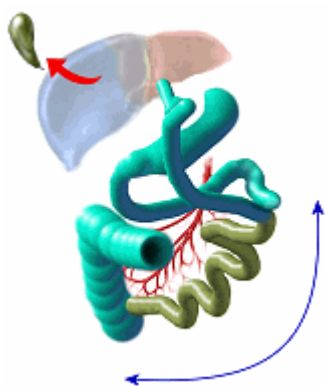
A. Γαστρικό by-pass βραχείας έλικας Roux.

Η επέμβαση περιγράφηκε από τον Mason τη δεκαετία του '60. Η επέμβαση λειτουργεί περισσότερο σαν περιοριστικού τύπου, λόγω της σχετικά μικρής εντερικής παράκαμψης (περίπου 1-1.5 m). Προκαλεί συχνά σύνδρομο dumping* και δυσαπορρόφηση βιταμινών, σιδήρου και ασβεστίου χωρίς αξιόλογη δυσαπορρόφηση θερμίδων. Ο στόμαχος συρράπτεται ή διαιρείται με αυτόματα εργαλεία, 4-5 cm κάτω από την καρδιοισοφαγική συμβολή. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται ένας μικρός γαστρικός θύλακος χωρητικότητας 15-20 gr (εικόνα 1).

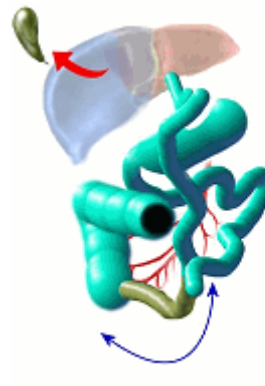
Στη συνέχεια το λεπτό έντερο (νήστιδα) διαιρείται 40-50 cm από την αρχή του και το κατώτερο άκρο του αναστομώνεται με το γαστρικό θύλακο (γαστρονηστιδική αναστόμωση) περνώντας πίσω από το παχύ έντερο και το σώμα του στομάχου. Τέλος, εκτελείται μια νηστιδο-νηστιδική αναστόμωση 75-100 cm περιφερικότερα της γαστρονηστιδικής για να σχηματιστεί το «**κοινό κανάλι**» δίνοντας έτσι στο πεπτικό σύστημα σχήμα Y. Η επέμβαση είναι καλό να συνοδεύεται από προληπτική χολοκυστεκτομή. Ο Fobi καθώς και μερικοί άλλοι χειρουργοί συνιστούν τη διενέργεια προσωρινής γαστροστομίας του αποκλεισμένου στομάχου για να αποφευχθεί η σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή της οξείας γαστρικής διάτασης. Στο σημείο της γαστροστομίας είναι επίσης δυνατό να τοποθετηθούν ακτινοσκοπικοί δείκτες, έτσι ώστε να είναι εφικτός μελλοντικά ο ενδοσκοπικός έλεγχος του κολοβώματος του στομάχου. Στο τέλος της επέμβασης πρέπει να κλείνονται επιμελώς όλα τα ελλείμματα του μεσεντερίου για την αποφυγή εσωτερικών κηλών.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Το γαστρικό by-pass βραχείας έλικας είναι κατάλληλο για άτομα με νοσογόνο παχυσαρκία αλλά μάλλον ανεπαρκές στην κακοήθη παχυσαρκία ($\Delta\Sigma B > 55$).⁴⁰



Εικόνα 1. Γαστρικό by-pass



Εικόνα 2. Γαστρικό by-pass

βραχείας έλικας. Μεγάλο κοινό μακράς έλικας. Μικρό κοινό κανάλι, κανάλι (πράσινο χρώμα), χωρίς και σημαντική δυσαπορρόφηση. δυσαπορρόφηση θρεπτικών συστατικών.

*Οι χειρουργικές επεμβάσεις που καταργούν τη βαλβίδα του πυλωρού δημιουργούν συχνά σύνδρομο dumping. Το σύνδρομο dumping προκαλείται από την ταχεία διέλευση αναρραίωτης τροφής στο λεπτό έντερο και εκδηλώνεται με ναυτία, εφίδρωση, αίσθημα λιποθυμίας και μερικές φορές διάρροια λίγα λεπτά μετά τη λήψη τροφής (πρώιμο dumping). Σε ορισμένες περιπτώσεις το σύνδρομο dumping μπορεί να εμφανιστεί με τη μορφή υπογλυκαιμίας 1-1.5 ώρα μετά τη λήψη γεύματος (όψιμο dumping). Πιο συχνά προκαλείται με υγρές ή πολύ μαλακές τροφές που περιέχουν ζάχαρη. Το dumping εμφανίζεται πιο συχνά σε γαστρονησιτιδική αναστόμωση (γαστρικό by-pass βραχείας έλικας), και σπανιότερα σε γαστροειλική αναστόμωση (χολοπαγκρεατική εκτροπή).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και μακροχρόνια απώλεια βάρους σε σχέση με τις περιοριστικού τύπου επεμβάσεις. Λιγότεροι διαιτητικοί περιορισμοί και μεγαλύτερη ποικιλία στη διατροφή απ' ότι στην κάθετη γαστροπλαστική. Λιγότεροι εμετοί. Θεωρείται σήμερα ο «χρυσός κανόνας» στη χειρουργική της νοσογόνου παχυσαρκίας.⁴¹

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Απαιτεί μεγαλύτερη χειρουργική τομή και νοσηλεία.¹⁰ Προκαλείται δυσασπορρόφηση βιταμίνης B12, ασβεστίου και σιδήρου. Οι ασθενείς έχουν συνήθως ανάγκη καθημερινής λήψης συμπληρωματικών βιταμινών, σιδήρου και ασβεστίου για να αποφύγουν τις επιπλοκές. Μερικές φορές το dumping μπορεί να είναι δυσάρεστο και να χρειαστεί ειδική διαιτολογική παρέμβαση. Η απώλεια βάρους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τεχνικές λεπτομέρειες όπως το μέγεθος του γαστρικού θυλάκου και κυρίως τη διάμετρο της γαστρονηστιδικής αναστόμωσης. Σύμφωνα με τους MacLean (Ann Surg 2000), Bloomston (Obes Surg 1997) και άλλους, στη βαριά παχυσαρκία ($\Delta\Sigma B > 55$) η επέμβαση είναι ανεπαρκής (50% αποτυχία). Για να διατηρηθεί η απώλεια βάρους, ο αριθμός των καθημερινών γευμάτων πρέπει να περιορίζεται στα 3 - 4 διότι διαφορετικά μπορεί να υπάρξει ανάκτηση βάρους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το σύνδρομο dumping δεν επιτρέπει την κατανάλωση γλυκισμάτων, για αυτό η απώλεια βάρους είναι κατά 10 - 15% μεγαλύτερη από αυτή που πετυχαίνουν οι περιοριστικές επεμβάσεις. Οι ασθενείς συνήθως απαλλάσσονται από το 55 - 70% του πλεονάζοντος βάρους σε διάστημα 18 - 24 μηνών, αλλά οι μισοί από τους ασθενείς μπορεί να ξαναπάρουν μέχρι και το 30% του βάρους που έχασαν μέσα στην επόμενη πενταετία. Η επέμβαση προσφέρει σημαντική μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου και βελτίωση των νοσημάτων που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Ένα επίσης πλεονέκτημα της επέμβασης έναντι των επεμβάσεων περιορισμού είναι οι λιγότεροι εμετοί και η μεγαλύτερη ποικιλία στη διατροφή.

B. Γαστρικό by-pass μακράς έλικας Roux (>150cm).

Το γαστρικό bypass μακράς έλικας Roux αποσκοπεί στην αύξηση της αποτελεσματικότητας με την παράκαμψη μεγάλου μέρους του λεπτού εντέρου και την ενίσχυση της δυσασπορρόφησης. Η ουσιαστική διαφορά από το γαστρικό bypass βραχείας έλικας εντοπίζεται στο μήκος των σκελών του Y. Όσο μικρότερη είναι η διατροφική έλικα και το κοινό κανάλι, τόσο μεγαλύτερη και η δυσασπορρόφηση. Όταν το κοινό κανάλι γίνει 80-100 cm τα αποτελέσματα μοιάζουν με αυτά της χολοπαγκρεατικής παράκαμψης (μεγάλη δυσασπορρόφηση λίπους, ολική θερμιδική δυσασπορρόφηση 25-45%). Το γαστρικό bypass μακράς έλικας είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό στις βαριές μορφές παχυσαρκίας και ιδιαίτερα όταν ο ΔΣΒ ξεπερνά το 55. Σε άτομα με ΔΣΒ<50 η επέμβαση δεν προσφέρει ιδιαίτερο πλεονέκτημα και μπορεί να δημιουργήσει πρόβλημα υποθρεψίας⁴¹

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Νοσογόνος και κακοήθης παχυσαρκία.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Επέμβαση κατάλληλη για την κακοήθη παχυσαρκία. Αποτελέσματα παραπλήσια με αυτά της χολοπαγκρεατικής παράκαμψης με λιγότερο σοβαρές θρεπτικές διαταραχές και νοσηρότητα. Επιπλέον δεν απαιτείται γαστρεκτομή.¹⁰

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Σε διαμόρφωση χολοπαγκρεατικής παράκαμψης παρατηρείτε δυσασπορρόφηση βιταμινών, ασβεστίου, σιδήρου και πρωτεΐνης με απαραίτητη την μακροχρόνια καθημερινή λήψη συμπληρωμάτων βιταμινών, σιδήρου και

πιθανώς ασβεστίου. Πρωτεϊνική υποθρεψία στο 1-2% των περιπτώσεων (3-12% στην επέμβαση Scopinaro). Στεατόρροια, κακοσμία κοπράνων και σωματικών εκκρίσεων. Έχουν αναφερθεί σποραδικά επεισόδια ηπατικής ανεπάρκειας. Το λαπαροσκοπικό γαστρικό bypass μακράς έλικας είναι τεχνικά δυσκολότερο από το αντίστοιχο βραχείας έλικας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το σύνδρομο dumping δεν επιτρέπει την κατανάλωση γλυκισμάτων, για αυτό η απώλεια βάρους είναι κατά 10 - 15% μεγαλύτερη από αυτή που πετυχαίνουν οι περιοριστικές επεμβάσεις. Οι ασθενείς συνήθως απαλλάσσονται από το 55 - 70% του πλεονάζοντος βάρους σε διάστημα 18 - 24 μηνών, αλλά οι μισοί από τους ασθενείς μπορεί να ξαναπάρουν μέχρι και το 30% του βάρους που έχασαν μέσα στην επόμενη πενταετία. Η επέμβαση προσφέρει σημαντική μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου και βελτίωση των νοσημάτων που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Ένα επίσης πλεονέκτημα της επέμβασης έναντι των επεμβάσεων περιορισμού είναι οι λιγότεροι εμετοί και η μεγαλύτερη ποικιλία στη διατροφή.⁴¹

Επιπλοκές της γαστρικής παράκαμψης (γαστρικό by-pass):

Επιπλοκή	Σύμπτωμα – αποτέλεσμα
Διαφυγή από αναστομώσεις	Εμφανίζεται λίγες μέρες μετά την επέμβαση. Εκδηλώνεται με πυρετό και κοιλιακό πόνο και μπορεί να καταλήξει σε σοβαρή ενδοκοιλιακή λοίμωξη και απόστημα. Συχνά απαιτείται επανεγχείρηση.

Στένωση της γαστρονηστιδικής αναστόμωσης	<p>Εμφανίζεται λίγους μήνες ή και χρόνια μετά την επέμβαση. Η στένωση εκδηλώνεται με επίμονους εμέτους και αδυναμία σίτισης. Τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζεται με ενδοσκοπικές διαστολές της στενωμένης αναστομώσεως.</p>
Αναστομωτικό έλκος	<p>Μπορεί να εμφανιστεί ακόμα και χρόνια μετά την επέμβαση. Συνήθως όμως εμφανίζεται τους πρώτους μήνες και εντοπίζεται στη γαστρονηστιδική αναστόμωση. Εκδηλώνεται με την τυπική συμπτωματολογία του έλκους (έμετοι, επιγαστρικός πόνος ή γαστρορραγία). Αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή και διαιτητικά μέτρα.</p>
Στένωση της νηστιδο-νηστιδικής αναστόμωσης	<p>Προκαλεί υποτροπιάζον κοιλιακό άλγος, εμέτους, διάρροιες, χολαγγειίτιδα ή παγκρεατίτιδα λόγω στάσης (σύνδρομο προσιούσης έλικας).</p>
Γαστρική παλινδρόμηση χολής	<p>Εμφανίζεται συνήθως όταν η έλικα Roux είναι μικρότερη από 50 cm. Η παλινδρόμηση χολής εκδηλώνεται με αίσθημα πύρωσης στο στομάχι, νυχτερινές αναγωγές χολής και χολώδεις εμέτους. Η κατάσταση δεν αντιμετωπίζεται συνήθως με συντηρητικά μέσα και απαιτεί επανεγχείρηση.</p>
Εσωτερικές κήλες	<p>Όταν τα ελλείμματα του μεσεντερίου δεν συγκλεισθούν επιμελώς, υπάρχει κίνδυνος δημιουργίας εσωτερικών κηλών. Οι κήλες αυτές</p>

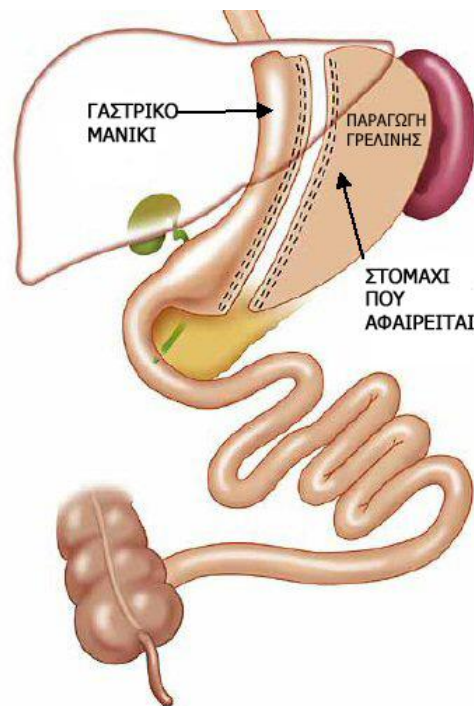
	είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες γιατί μπορεί να προκαλέσουν στραγγαλισμό και νέκρωση του εντέρου, ακόμη και χρόνια μετά την επέμβαση.
Αναιμία και οστεοπόρωση	Η έλλειψη σιδήρου και βιταμίνης B12 προκαλεί σοβαρή αναιμία ενώ η έλλειψη ασβεστίου δευτεροπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό και οστεοπόρωση. Τα επίπεδα του σιδήρου και του ασβεστίου θα πρέπει να παρακολουθούνται συστηματικά και να χορηγούνται ανελλιπώς τα κατάλληλα συμπληρώματα. Άτομα με προβλήματα στην ομοιόσταση του σιδήρου και άτομα με στίγμα μεσογειακής αναιμίας μπορεί να αντιμετωπίσουν σοβαρό πρόβλημα σιδηροπενίας.
Μετεγχειρητικές κήλες	Οι κήλες του κοιλιακού τοιχώματος είναι αρκετά συνηθισμένη επιπλοκή στην ανοιχτή χειρουργική της παχυσαρκίας. Παρατηρούνται στο 15 - 25% των ασθενών.
Συμφυτικός ειλεός	Όλες οι εγχειρήσεις της κοιλιάς είναι δυνατό να καταλήξουν σε δημιουργία συμφύσεων και να προκαλέσουν επεισόδια εντερικής απόφραξης (ειλεού). Ο ειλεός εκδηλώνεται με κοιλιακό άλγος και εμέτους που τις περισσότερες φορές υποχωρεί με κατάλληλη αγωγή.

Η πιθανότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών στη γαστρική παράκαμψη είναι τουλάχιστον τριπλάσια από αυτή της κάθετης γαστροπλαστικής, ενώ η θνητότητα είναι 0.3-1%.⁴⁰

4.4 ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ ΚΑΤΑ SLEEVE-ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΜΑΝΙΚΙ

Η λαπαροσκοπική κάθετη sleeve γαστρεκτομή (Laparoscopic vertical sleeve gastrectomy – LVSG), από τις πιο δημοφιλείς λαπαροσκοπικές επεμβάσεις παχυσαρκίας τελευταία, αρχικά εφαρμόστηκε το 1993 από τον Dr Jamieson στην Αυστραλία (Obesity Surgery 1993). Το 2001 ο Dr Gagner στη Νέα Υόρκη τελειοποίησε την μέθοδο στη μορφή που την εφαρμόζουμε σήμερα.

Πολλοί χειρουργοί παχυσαρκίας ακολούθως, σε όλο τον κόσμο, υιοθέτησαν και έγιναν ένθερμοι υποστηρικτές της μεθόδου .



Αυτή η λαπαροσκοπική επέμβαση παχυσαρκίας, επιτυγχάνει την απώλεια βάρους με την μείωση της τροφής που μπορεί να καταναλώσει ο ασθενής. Είναι μια περιοριστική δηλαδή επέμβαση παχυσαρκίας. Αυτό γίνεται με την αφαίρεση ενός τμήματος του στομάχου (του μείζονος τόξου) και κάνοντας το στομάχι έναν λεπτό σωλήνα σαν «μανίκι», χωρίς όμως να διαταράσσεται η φυσιολογική δίοδος της τροφής και χωρίς να δημιουργείται δυσαπορρόφηση θρεπτικών στοιχείων.

Τα νεύρα του στομάχου και του πυλωρού παραμένουν άθικτα, εξασφαλίζοντας την φυσιολογική λειτουργικότητα του στομάχου. Το μόνο που συμβαίνει είναι η μείωση της χωρητικότητας του στομάχου και δεν αλλάζει καθόλου η φυσιολογία του.



Στην συγκεκριμένη λαπαροσκοπική επέμβαση παχυσαρκίας δεν γίνεται καμία παράκαμψη στο στομάχι και έτσι αποφεύγουμε απώτερες επιπλοκές όπως τα αναστοματικά έλκη, οι ελλείψεις βιταμινών και η απόφραξη του εντέρου (μετεγχειρητικός ειλεός).⁴²

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Ως 1η επέμβαση για υπερνοσογόνο παχυσαρκία, με στόχο να ακολουθήσει μια δεύτερη, βαριά επέμβαση.⁴³ Η γαστροπλαστική Sleeve ενδείκνυται για τη θεραπεία της νοσογόνου παχυσαρκίας. Οι ενδείξεις είναι ίδιες με αυτές των άλλων επεμβάσεων γαστρικού περιορισμού. Λόγω των μοναδικών πλεονεκτημάτων και της έλλειψης απώτερων επιπλοκών, η γαστροπλαστική sleeve είναι ασφαλής και αποτελεσματική ακόμα και για ασθενείς ηλικίας άνω των 60, αλλά και για ασθενείς στους οποίους αντενδείκνυται οι άλλες επεμβάσεις. Η γαστροπλαστική sleeve αποτελεί επίσης μια πετυχημένη εναλλακτική λύση για ασθενείς στους οποίους η προηγούμενη τοποθέτηση γαστρικού δακτυλίου δεν είχε αποτέλεσμα και θέλουν να αποφύγουν το γαστρικό by-pass. Είναι επίσης η επέμβαση εκλογής για την υποσταδιοποίηση της εξαιρετικά σοβαρής παχυσαρκίας (BMI>60) με σκοπό τη μείωση του χειρουργικού κινδύνου και για άτομα στα οποία αντενδείκνυται ή δεν επιθυμούν να υποβληθούν σε επέμβαση γαστρικής παράκαμψης. Τέλος

αποτελεί τη μόνη εναλλακτική λύση για άτομα που δεν επιθυμούν την εμφύτευση ξένων σωμάτων (δακτύλιος) ή είναι αλλεργικά στη σιλικόνη ή δεν επιθυμούν να υποβληθούν σε επεμβάσεις παράκαμψης. Αν χρειαστεί, η γαστροπλαστική sleeve μπορεί να συνδυαστεί άριστα σε δεύτερο χρόνο με επεμβάσεις τύπου παράκαμψης όπως το γαστρικό by-pass και η χολοπαγκρεατική εκτροπή.⁴⁴

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Η λαπαροσκοπική κάθετη sleeve γαστρεκτομή έχει σημαντικά πλεονεκτήματα για την μέτρια, βαριά – νοσογόνο και υπερνοσογόνο παχυσαρκία, έναντι των παλαιότερων τύπων κάθετων γαστροπλαστικών:

1. Αντί να χρησιμοποιούνται ξένα σώματα (συνθετικοί δακτύλιοι, πλέγματα πολυπροπυλενίου κλπ) μειώνεται σημαντικά η δραστική χωρητικότητα του στομάχου, χωρίς να αφήνεται κανένα ξένο σώμα στον οργανισμό.

2. Το τμήμα του στομάχου που αφαιρείται είναι υπεύθυνο για την παραγωγή της Γρελίνης (Grehlin). Η Γρελίνη (Grehlin) είναι μια ορμόνη που προκαλεί έντονη πείνα, λαιμαργία και βουλιμία. Μετά την επέμβαση τα επίπεδα αυτής της ορμόνης στο αίμα μειώνονται δραστικά, με αποτέλεσμα την σημαντική μείωση της όρεξης και την δραστική μείωση του βάρους.

3. Το τμήμα του στομάχου που αφαιρείται είναι αυτό που μπορεί να διαταθεί περισσότερο. Το στομάχι που μένει, το οποίο έχει το σχήμα σωλήνα, διατείνεται πολύ λιγότερο στο πέρασμα των ετών με αποτέλεσμα η επέμβαση να διατηρεί τα πλεονεκτήματά της μετά από χρόνια και η μείωση του βάρους να διατηρείται. Ο πρώην παχύσαρκος διατηρεί το χαμηλό σωματικό βάρος που κέρδισε χωρίς ιδιαίτερο κόπο.

4. Τελός με το να μην αφήνονται ξένα σώματα στον οργανισμό αποφεύγονται επιπλοκές όπως οι διαπυήσεις και οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις, η εντερική απόφραξη και οι διάβρωση και διάτρηση του στομάχου.⁴²

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Κατ' αρχάς ως νέα μέθοδος και παρ' όλη τη φυσιολογική εξήγηση της απώλειας βάρους μέσω της γρελίνης και του περιορισμού εισόδου των τροφών δεν υπάρχει το πολύχρονο διάστημα παρακολούθησης (follow up) των αποτελεσμάτων. Ο ενθουσιασμός από τους λίγους σήμερα χειρουργούς που πραγματοποιούν αυτή την επέμβαση διεθνώς πρέπει να περάσει τη δοκιμασία του χρόνου και την αποδοχή από τη χειρουργική οικογένεια.

Η λαπαροσκοπική αφαίρεση του μεγαλύτερου τμήματος του στομάχου, παρ' όλο που τεχνικά είναι ευκολότερη τεχνική από εκείνη της γαστρικής παράκαμψης και δεν περιλαμβάνει αναστομώσεις, δεν παύει να αποτελεί μια χειρουργική επέμβαση με κινδύνους άμεσων επιπλοκών, όπως αιμορραγία και διαφυγή, και αψότερων επιπλοκών, όπως διάταση του κολοβώματος του στομάχου, με αποτέλεσμα την απώλεια του περιοριστικού μηχανισμού απώλειας βάρους. Σε πρόσφατη δημοσίευση σχετικά με το θέμα αυτό («Obesity Surgery», Φεβρουάριος 2006, σελ. 166-171) οι συγγραφείς ανακοίνωσαν ότι σε περίοδο παρακολούθησης έξι-δώδεκα μηνών από 23 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε sleeve gastrectomy μόνο ένας παρουσίασε ενδείξεις διάτασης του γαστρικού κολοβώματος. Είναι ενδιαφέρον ότι το διάστημα αυτό η μέση απώλεια του υπερβάρους ήταν 56%.⁴⁵

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η γαστροπλαστική Sleeve προκαλεί εξαιρετική απώλεια βάρους (μέση απώλεια πλεονάζοντος βάρους 65-87% στους 12 μήνες). Τα αποτελέσματα είναι συγκρίσιμα ή καλύτερα από αυτά του γαστρικού δακτυλίου, ενώ η διακύμανση και η πιθανότητα αποτυχίας μικρότερη. Με τη γαστροπλαστική sleeve η συνήθης απώλεια βάρους είναι 45 ως 60 κιλά, πράγμα που σημαίνει ότι η επέμβαση είναι περισσότερο κατάλληλη για άτομα με Δείκτη Σωματικού Βάρους (BMI) μεταξύ 35 και 50 Kg/m².⁴⁴

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Στην Ελλάδα και διεθνώς τα πρώτα κλινικά αποτελέσματα είναι πολύ ικανοποιητικά όσον αφορά και την έλλειψη σοβαρών επιπλοκών και κυρίως τη σταθερή απώλεια βάρους που συμπληρώνεται με την έλλειψη «όρεξης» για πολύ φαγητό, πρέπει όλοι μας να είμαστε πολύ συγκρατημένοι.⁴⁶ Η sleeve gastrectomy είναι μια χειρουργική επέμβαση με όλους τους κινδύνους που συνοδεύουν μια χειρουργική επέμβαση και μάλιστα σε παχύσαρκους - δεν αποτελεί πανάκεια για την απώλεια βάρους. Οι επιπλοκές κατά την επέμβαση περιορίζονται στο τραύμα που μπορεί να προκληθεί στα γειτονικά όργανα και στο ίδιο το στομάχι και στην αιμορραγία. Δεν υπερβαίνουν το 1-2% και αντιμετωπίζονται ευχερώς.⁴⁷

4.5 ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΜΠΑΛΟΝΙ



Πρόκειται για την πιο σύγχρονη μέθοδο κατά της παχυσαρκίας, η οποία είναι επεμβατική ενδοσκοπική τεχνική χωρίς χειρουργείο. Το ενδογαστρικό μπαλόνι σχεδιάστηκε με τρόπο ώστε μηχανικά να προσφέρει αίσθημα πληρότητας και όγκου στο στομάχι, μειώνοντας έτσι την κατανάλωση τροφής και διευκολύνοντας την εκμάθηση της νέας διατροφής και της αλλαγής του τρόπου συμπεριφοράς των παχύσαρκων ατόμων. Το γαστρικό μπαλόνι είναι κατασκευασμένο από σιλικονούχο υλικό, ακτινοσκοπεί για να ελέγχεται η θέση και ακεραιότητά του με ακτινολογικό έλεγχο, με ομαλή και λεία επιφάνεια για να μην ερεθίζει τον βλεννογόνο του στομάχου και συνδέεται με τον καθετήρα τοποθέτησης⁴⁸ ο οποίος φέρει εσωτερικό συρμάτινο οδηγό. Το μπαλόνι είναι συσκευασμένο έτσι ώστε να επικοινωνεί με τον καθετήρα πλήρωσης με ειδική βαλβίδα, η οποία εξασφαλίζει τη στεγανότητα μετά την απελευθέρωσή του. Τοποθετείται εντός του στομάχου με την βοήθεια γαστροσκοπίου έπειτα από καταστολή του ασθενούς, και πληρούται με 500-700 ml στείρου φυσιολογικού ορού. Η τοποθέτηση συνήθως γίνεται με ολιγόλεπτη αναισθησία.⁴¹ Καταλαμβάνει το θόλο του στομάχου και για 3-4 ημέρες προκαλεί γαστρικές διαταραχές και εμέτους. Στη συνέχεια ακολουθεί ένα παρατεταμένο διάστημα ανορεξίας και γαστρικής πληρότητας. Το μπαλόνι καθυστερεί την κένωση του στομάχου με αποτέλεσμα να περιορίζεται η όρεξη. Τα συμπτώματα αυτά διαρκούν συνήθως για τρεις μήνες αλλά στη συνέχεια υποχωρούν σταδιακά.

Το μπαλόνι μπορεί να παραμείνει στο στομάχι μέχρι 6 μήνες και αφαιρείται επίσης ενδοσκοπικά. Το κυριότερο πλεονέκτημα του γαστρικού μπαλονιού είναι η εύκολη ενδοσκοπική τοποθέτηση και η εύκολη αφαίρεσή του.⁴⁹ Ιδιαίτερη έμφαση, ωστόσο, πρέπει να δίνεται στη συνεργασία με τον ασθενή και στην ενημέρωσή του τόσο για τη διαδικασία τοποθέτησης, όσο και για τη μετέπειτα αντιμετώπισή του. Πρέπει να γίνει απόλυτα κατανοητό, ότι χωρίς αλλαγή του τρόπου ζωής, ισορροπημένη υποθερμική διατροφή και

συνεχή παρακολούθηση από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, η παρουσία μόνο του ενδογαστρικού μπαλονιού δεν μπορεί να οδηγήσει στην επιθυμητή απώλεια βάρους.⁴⁸

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Ένδειξη για τοποθέτηση γαστρικού μπαλονιού έχουν οι ενήλικοι (άνω των 18 και κάτω των 60 ετών) με ΔΣΒ άνω του 30Kg/m² που επιθυμούν να χάσουν βάρος.⁴⁹

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Οι παρακάτω καταστάσεις αποτελούν απόλυτη αντένδειξη για τοποθέτηση γαστρικού μπαλονιού:

- Προηγούμενη χειρουργική επέμβαση στομάχου και 12δακτύλου.
- Παθήσεις οισοφάγου (εκκολπώματα, κίρσοι)
- Ιστορικό πεπτικών ελκών.
- Μεγάλη διαφραγματοκήλη και σοβαρή γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.
- Χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις πεπτικού.
- Νοσήματα του κολλαγόνου και παθήσεις που απαιτούν τη θεραπευτική χορήγηση κορτιζόνης.
- Σοβαρές νεφρικές, ηπατικές και πνευμονικές παθήσεις.
- Εξάρτηση από αλκοόλ ή ναρκωτικά.
- Σοβαρή ψυχιατρική νόσος και σοβαρές μορφές βουλιμίας.
- Απροθυμία του ασθενούς να ακολουθήσει το πρόγραμμα ΒΙΒ.*
- Κύηση.

Σε περιπτώσεις σοβαρής ψυχικής νόσου και ψυχογενών διαταραχών της διατροφικής συμπεριφοράς (βουλιμία, παροξυσμική υπερφαγία) η συμμετοχή στο πρόγραμμα BIB είναι εφικτή μόνο με τη συγκατάθεση του θεράποντος ψυχιάτρου.⁵⁰

*Το πρόγραμμα του γαστρικού μπαλονιού (BIB) είναι ένα ολοκληρωμένο ιατρικό πρόγραμμα απώλειας βάρους που συνδυάζει την σύγχρονη ιατρική τεχνολογία με την εξειδικευμένη παρακολούθηση

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Δεν πονάει καθόλου, ενώ ο ασθενής παραμένει για παρακολούθηση στην ενδοσκοπική μονάδα μόνο για περίπου μία ώρα και έπειτα επιστρέφει σπίτι του. Εάν ο ασθενής συνεργαστεί σωστά (αλλάζοντας παράλληλα και συνήθειες), τότε η μέθοδος υπόσχεται μεγάλη απώλεια κιλών (περίπου 20 κιλά σε έξι μήνες).

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Όπως έχουν δείξει οι μέχρι τώρα μελέτες, οι ασθενείς κερδίζουν εκ νέου το βάρος τους μετά την αφαίρεσή του. Η μέθοδος θα πρέπει να συνδυαστεί με δίαιτα και ταυτόχρονα με προσπάθεια αλλαγής συνηθειών. Επίσης, η επαφή του

μπαλονιού με το όξινο περιβάλλον του στομάχου μπορεί να του προκαλέσει αλλοίωση και να οδηγήσει στο σπάσιμό του. Εάν ο γιατρός σας προτείνει τη χρήση του πέραν των έξι μηνών θα πρέπει να αντικατασταθεί.⁵¹

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η σημαντικότερη απώλεια βάρους παρατηρείται στο πρώτο εξάμηνο μετά την τοποθέτηση του μπαλονιού. Τα αποτελέσματα ποικίλλουν με απώλεια βάρους από 10 - 35 κιλών. Η απώλεια βάρους εξαρτάται κυρίως από τη συνέπεια και τη συμμόρφωση του ασθενούς. Είναι το πρόγραμμα κατάλληλο για σας;

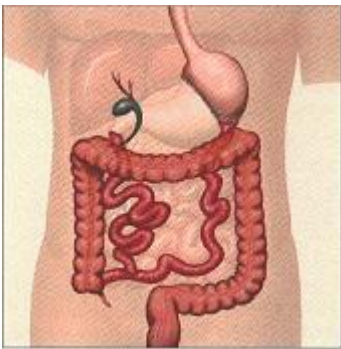
Κατάλληλοι είναι όλοι οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι ασθενείς ηλικίας μεταξύ 18 και 65 ετών. Οι υποψήφιοι θα πρέπει να συναινέσουν γραπτώς για την τοποθέτηση του μπαλονιού, αφού πρώτα ενημερωθούν για τους στόχους, τους περιορισμούς και τα αποτελέσματα του προγράμματος. Το γαστρικό μπαλόνι δεν είναι πανάκεια. Η επίτευξη του στόχου απαιτεί θέληση και συνεργασία από την πλευρά του ασθενούς. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η τοποθέτηση γαστρικού μπαλονιού δεν ενδείκνυται.⁵⁰

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι επιπλοκές της μεθόδου είναι σπάνιες. Μετά τους έξι μήνες παραμονής του στο στομάχι μπορεί να προκληθεί έντονη γαστρίτιδα. Επιπλέον, αναφέρονται έλκος στο στομάχι, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, εντερική απόφραξη, διάτρηση του μπαλονιού.

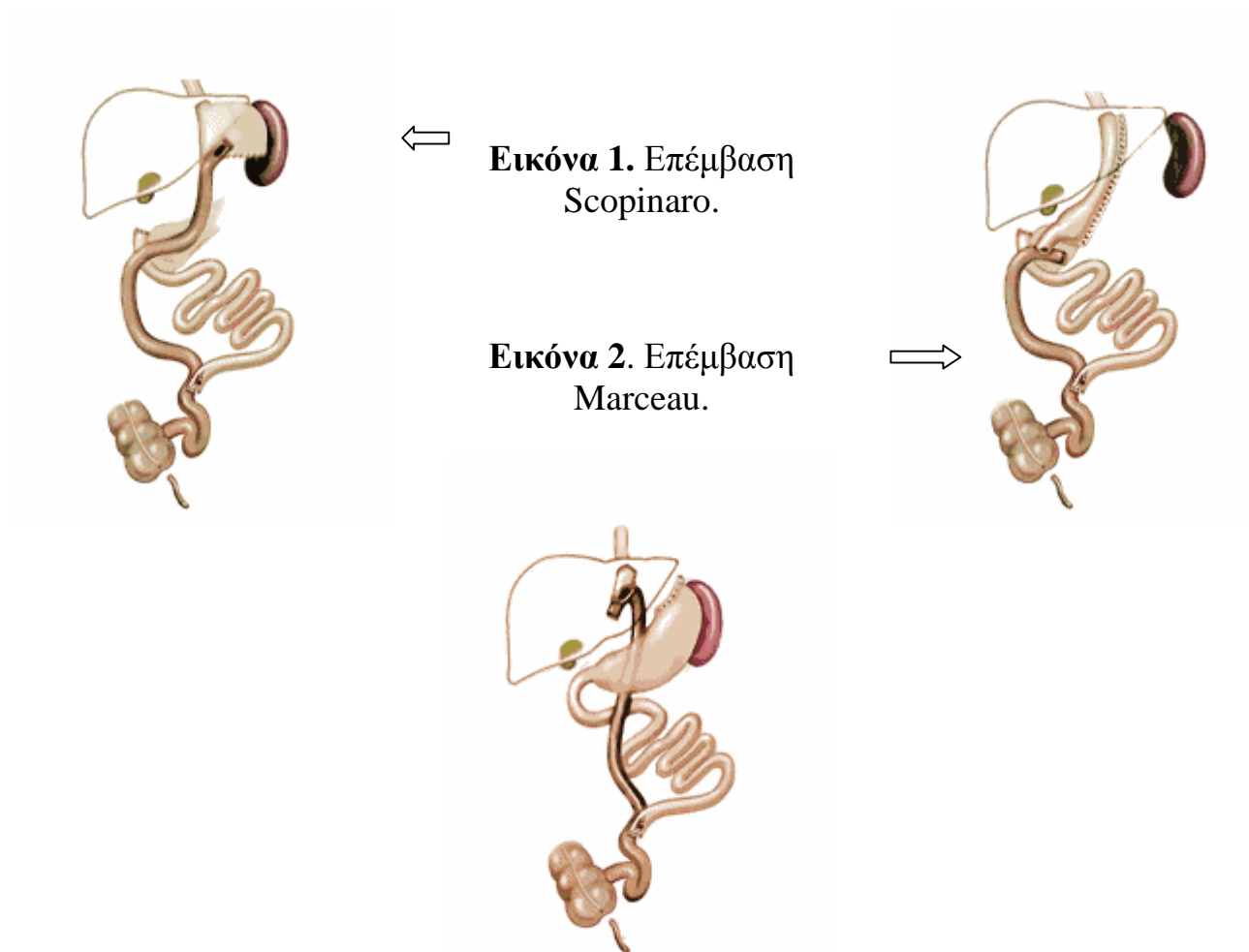
Η διάτρηση του μπαλονιού είναι σπάνια. Λόγω του ότι περιέχει ειδική χρωστική ουσία που απορροφάται από το έντερο και αποβάλλεται από τα ούρα, ο ασθενής θα αντιληφθεί τη διάτρηση του μπαλονιού λόγω του χρώματος των ούρων του.⁵² Σε ποσοστό 3% ξεφουσκώνει από μόνο του. Ακόμη, παρατηρούνται οξείες εντερικές αποφράξεις από ενδογαστρικά μπαλόνια που ξεφουσκώσαν και προωθήθηκαν στο λεπτό έντερο.⁸

4.6 ΧΟΛΟΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗ ΕΚΤΡΟΠΗ



Η επέμβαση αυτή επινοήθηκε και μελετήθηκε στην Ιταλία από τον καθηγητή Scopinaro πριν 20 περίπου χρόνια. Όπως και στις άλλες εγχειρήσεις δυσαπορρόφησης, το πεπτικό σύστημα παίρνει και εδώ τη μορφή Y. Στην χολοπαγκρεατική εκτροπή Scopinaro (Εικόνα 1) εκτελείται ευρεία γαστρεκτομή (2/3) έτσι ώστε να περιορίζεται η χωρητικότητα του στομάχου. Είναι σημαντικό όμως να παραμείνει ένα αρκετά μεγάλο κολόβωμα στομάχου (150-200 ml) για να εξασφαλιστεί η διατροφική επάρκεια και η πρόσληψη πρωτεΐνης. Το κολόβωμα του στομάχου αναστομώνεται τελικό πλάγια με ειλεό σχηματίζοντας μια γαστρική έλικα_μήκους 2 m. Το υπόλοιπο λεπτό έντερο (2-3 m) αποτελεί τη χολοπαγκρεατική έλικα. Η έλικα αυτή αναστομώνεται με τον τελικό ειλεό 50 cm από την ειλειοτυφλική βαλβίδα σχηματίζοντας το κοινό κανάλι στο οποίο γίνεται η απορρόφηση των περισσότερων θρεπτικών συστατικών της τροφής. Η επέμβαση συμπεριλαμβάνει προληπτική χολοκυστεκτομή και σκωληκοειδεκτομή. Η χολοπαγκρεατική εκτροπή Scopinaro δημιουργεί σοβαρή δυσαπορρόφηση λίπους και μικρότερη αλλά επίσης σημαντική δυσαπορρόφηση υδατανθράκων

και πρωτεΐνης. Σε μερικές περιπτώσεις το μικρό μήκος του κοινού καναλιού μπορεί να δημιουργήσει σοβαρές θρεπτικές διαταραχές.⁴⁰



Για να αποφευχθούν οι σοβαρές θρεπτικές και μερικές άλλες επιπλοκές της επέμβασης Scopinaro, έχουν επινοηθεί ορισμένες βελτιωμένες παραλλαγές της χολοπαγκρεατικής εκτροπής. Στην επέμβαση Marceau εκτελείται μια πλάγια επιμήκης γαστρεκτομή κατά τον άξονα του στομάχου sleeve gastrectomy, διατηρώντας τον πυλωρό και τη νεύρωση του στομάχου. Με την πλάγια γαστρεκτομή μειώνεται η χωρητικότητα του στομάχου και η γαστρική έκκριση

οξέος ώστε να περιορίζεται η πιθανότητα αναστομωτικού έλκους, ενώ με την λειτουργία του πυλωρού αποφεύγεται το σύνδρομο dumping. Το δωδεκαδάκτυλο διαιρείται στην πρώτη του μοίρα και ο πυλωρός αναστομώνεται με ειλεό για τη δημιουργία της διατροφικής έλικας. Στην εγχείρηση Marceau το μήκος της διατροφικής έλικας είναι ίδιο με αυτό της χολοπαγκρεατικής εκτροπής, αλλά το μήκος του κοινού καναλιού έχει αυξηθεί στο 1 m. Στην χολοπαγκρεατική εκτροπή κατά Roux en Y ο γαστρικός θύλακος αναστομώνεται με τα τελευταία 2,5 m του ειλεού και το πεπτικό σύστημα διαμορφώνεται όπως στην χολοπαγκρεατική εκτροπή. Η διαφορά από τη χολοπαγκρεατική εκτροπή έγκειται στο ότι εδώ διατηρείται το κολόβωμα του στομάχου (δεν γίνεται γαστρεκτομή) το οποίο παραμένει στη θέση του. Το κοινό κανάλι έχει μήκος μεταξύ 70 - 100 cm.⁵³

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Νοσογόνος και κακοήθης παχυσαρκία¹⁰

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Εξαιρετική και ανθεκτική στο χρόνο απώλεια βάρους. Οι επεμβάσεις Marceau και Roux en Y δεν προκαλούν συνήθως dumping και προκαλούν λιγότερο σοβαρές θρεπτικές διαταραχές και νοσηρότητα. Η κατά Roux en Y παραλλαγή έχει τις λιγότερες άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές και είναι η ευκολότερα αναστρέψιμη. Σημαντική βελτίωση όλων των σχετιζόμενων με την παχυσαρκία προβλημάτων υγείας.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Παρά τα εξαιρετικά αποτελέσματα η χολοπαγκρεατική εκτροπή δεν έχει την ανάλογη δημοτικότητα κυρίως λόγω της βαρύτητας της επέμβασης και των σοβαρών μεταβολικών επιπλοκών (υποθρεψία, βαριά δυσαπορόφηση βιταμινών, ανάγκη για μακροχρόνια λήψη συμπληρωμάτων), της στεατόρροιας, της κακοσμίας των κοπράνων και των σποραδικών περιστατικών ηπατικής ανεπάρκειας.⁵³

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Απώλεια 75-85% του πλεονάζοντος βάρους σε διάστημα 2-3 χρόνων. Υπάρχει δυσαπορρόφηση θερμίδων και θρεπτικών συστατικών 2-3 χρόνια μετά από την επέμβαση. Σύμφωνα με τον Scorinaro η απώλεια βάρους στη χολοπαγκρεατική παράκαμψη είναι σημαντικά μεγαλύτερη όταν συγκριθεί με αυτή τη γαστρικής παράκαμψης. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς διατηρούν την απώλεια βάρους μέχρι και 15 χρόνια μετά την επέμβαση.¹⁰

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Τα αναστομωτικά έλκη στην περιοχή της γαστροειλεϊκής αναστόμωσης είναι πολύ πιο συχνά μετά από χολοπαγκρεατική εκτροπή Scorinaro (4-10%). Η πιθανότητα αναστομωτικού έλκους είναι 15 φορές μικρότερη στην επέμβαση Marceau. Στην χολοπαγκρεατική εκτροπή δημιουργείται σοβαρή δυσαπορρόφηση λίπους, υδατοδιαλυτών βιταμινών, λιποδιαλυτών βιταμινών, ασβεστίου, σιδήρου και πρωτεΐνης. Η αφαλάτωση των οστών είναι πιο έντονη τα τέσσερα πρώτα χρόνια. Μετά από χολοπαγκρεατική εκτροπή είναι απαραίτητη η καθημερινή λήψη συμπληρωμάτων υδατοδιαλυτών και λιποδιαλυτών βιταμινών, σιδήρου και ασβεστίου. Οι ασθενείς θα πρέπει να καταναλώνουν τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη. Παρόλα αυτά

μπορεί να εμφανιστεί σοβαρή πρωτεϊνική υποθρεψία στο 1-3% των περιπτώσεων (3-12% στην επέμβαση Scopinaro). Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από υπερβολική απώλεια βάρους, αναιμία, μυϊκή αδυναμία, τριχόπτωση και οιδήματα και είναι δυνατό να απαιτήσει νοσηλεία, θρεπτική υποστήριξη και τεχνητή διατροφή. Σε επίμονη υποθρεψία χρειάζεται επανεγχείρηση για να βελτιωθεί η απορροφητικότητα του εντέρου. Η δυσαπορρόφηση του λίπους προκαλεί στεατόρροια, διάρροιες και κακοσμία κοπράνων. Οι επιπλοκές αυτές σχετίζονται με τη διατροφή και αντιμετωπίζονται με κατάλληλες διαιτολογικές παρεμβάσεις.

Η ηπατική ανεπάρκεια είναι μια σπάνια (0.2 - 0,5%) επιπλοκή της επέμβασης. Οφείλεται στη μεγάλη δυσαπορρόφηση θρεπτικών συστατικών, στην ραγδαία απώλεια βάρους και πιθανώς στην αλλαγή της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου. Συνήθως εμφανίζεται μερικές εβδομάδες ή μήνες μετά την επέμβαση με τη μορφή νεκρωτικής ηπατίτιδας και σε μερικές περιπτώσεις είναι θανατηφόρα.⁵³

Η ζωή μετά την νοσογόνο παχυσαρκία, με μια άλλη ματιά...

«... Χάνοντας 50 κιλά μετά το χειρουργείο αισθάνθηκα σαν να αποδεσμεύομαι από τις αλυσίδες που με κράταγαν μακριά από την ζωή. Νιώθω σαν να γνωρίζω τον εαυτό μου για πρώτη φορά, όλα όσα στην ζωή μου φαίνονταν μια τεράστια απειλή, τώρα μου φαίνονται μια πρόκληση να τα κατακτήσω, μια πρόσκληση να ζήσω την ζωή μου!»²³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:ΝΕΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ

5.1 ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Από το Φθινόπωρο του 2006, η ρομποτική χειρουργική είναι πλέον πραγματικότητα και για την Ελλάδα.

Εγκαθίσταται το πρώτο χειρουργικό ρομπότ στην Ελλάδα, το DaVinci, και ξεκινούν οι πρώτες ρομποτικές επεμβάσεις. Ένας μεγάλος μύθος που έχει διαδοθεί στο ευρύ κοινό είναι ότι οι ρομποτικές



επεμβάσεις γίνονται από το χειρουργικό ρομπότ.

Αυτό είναι ένα μεγάλο λάθος. Το χειρουργικό ρομπότ DaVinci είναι ένα από τα καλύτερα επιτεύγματα της ιατρικής τεχνολογίας, δεν πρόκειται όμως για μια μηχανή που δουλεύει μόνη της. Είναι περισσότερο ένα εργαλείο τηλεχειρισμού που κατευθύνεται από τον εξειδικευμένο χειρουργό, δίνοντάς του πολλαπλάσιες τεχνικές δυνατότητες στην διάρκεια της επέμβασης που ακόμα και στην ανοικτή χειρουργική δύσκολα ο χειρουργός επιτυγχάνει.

Συνεπώς το χειρουργικό ρομπότ DaVinci πολλαπλασιάζει την δεξιοτεχνία, την λεπτότητα και την ακρίβεια των χειρισμών του χειρουργού, κάνοντας τις επεμβάσεις πιο ακριβείς, πιο ασφαλείς, πιο αποτελεσματικές και ακόμα λιγότερο επεμβατικές για τον ασθενή.

Το χειρουργικό ρομπότ DaVinci, είναι ένα από τα καλύτερα και πιο εξελιγμένα επιτεύγματα της ιατρικής τεχνολογίας και μετεξελίσσεται συνεχώς με την συνεχή ενσωμάτωση καινούριων τεχνολογιών.⁴²

Ποια είναι τα πλεονεκτήματα της ρομποτικής χειρουργικής

- Είναι μια ελάχιστα επεμβατική και ελάχιστα τραυματική μέθοδος, εξαιτίας της ακρίβειας με την οποία γίνονται οι κινήσεις του γιατρού.

- Εξασφαλίζει ελάχιστη απώλεια αίματος.
- Εξασφαλίζει μικρότερο πόνο.
- Ελαχιστοποιεί την πιθανότητα διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών.



- Μειώνει σημαντικά το χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο.
- Εξασφαλίζει ταχύτερη ανάρρωση.
- Παρέχει καλύτερα αισθητικά αποτελέσματα.
- Δίνει λύση στους περιορισμούς της λαπαροσκοπικής μεθόδου (δισδιάστατη εικόνα ή ασταθή εικόνα, απώλεια βαθμών ελευθερίας και αίσθησης, εργονομικά προβλήματα για τη χειρουργική ομάδα).
- Επιτρέπει στον χειρουργό να έχει τρισδιάστατη (3D) εικόνα του χειρουργικού πεδίου, σε πολύ μεγάλη μεγέθυνση.
- Εξασφαλίζει μεγαλύτερη ακρίβεια στις χειρουργικές κινήσεις. Καθώς οι χειρισμοί του χειρουργού στην κονσόλα μετατρέπονται σε κίνηση των χειρουργικών βραχιόνων εξαλείφεται σχεδόν το φυσιολογικό τρέμουλο των χεριών, με αποτέλεσμα μια πρωτοφανή χειρουργική δεξιότητα.
- Δίνει στο χειρουργό τη δυνατότητα να πραγματοποιεί δύσκολους χειρουργικούς χειρισμούς. Τα χειρουργικά εργαλεία των ρομποτικών βραχιόνων μπορούν να πραγματοποιήσουν όλες τις κινήσεις που πραγματοποιεί το ανθρώπινο χέρι.

- Παρέχει στον χειρουργό μεγαλύτερη άνεση κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Σε αντίθεση με την συνηθισμένη χειρουργική πρακτική, η ρομποτική χειρουργική επιτρέπει στον χειρουργό να πραγματοποιεί τις επεμβάσεις καθισμένος. Με αυτόν τον τρόπο μειώνεται ο κάματος του χειρουργού, με πολύ σημαντικά πλεονεκτήματα, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις δύσκολων και πολύωρων επεμβάσεων.

- Δίνει τη δυνατότητα στον χειρουργό να προετοιμάσει την επέμβαση στον Η/Υ, χρησιμοποιώντας τις εικόνες των εσωτερικών οργάνων των ασθενών που προκύπτουν από τις εξετάσεις τους. Ο χειρουργός μπορεί επίσης και κατά τη διάρκεια της επέμβασης να ανακαλέσει στην οθόνη του και να συμβουλευτεί χρήσιμες εικόνες.

5.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕ LASER

Η λέξη LASER προέρχεται από τα αρχικά της φράσης "Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation" που σημαίνει "ενίσχυση φωτός με διεγερμένη εκπομπή ακτινοβολίας". Το Laser αποτελεί μία ειδική δέσμη φωτεινής ακτινοβολίας, η οποία δεν υπάρχει σε φυσικές συνθήκες, αλλά παράγεται στο εργαστήριο με ειδικό τεχνολογικό εξοπλισμό.

Η ακτινοβολία αυτή χρειάζεται μία πηγή ενέργειας (π.χ. Ηλεκτρικό ρεύμα) και ένα φυσικό "μέσο" για να παραχθεί (κρύσταλλος, αέριο κ.λπ.). Ανάλογα με το "μέσο" που χρησιμοποιείται για την παραγωγή της δέσμης, η ακτινοβολία παρουσιάζει τις εκάστοτε "ιδιαιτερότητες" που την χαρακτηρίζουν και καθορίζουν την δράση της στο περιβάλλον. Σήμερα, οι εφαρμογές των Laser στην Ιατρική και ειδικότερα στον τομέα της Χειρουργικής είναι πολλαπλές και συνεχώς εξελισσόμενες, βασιζόμενες στην συνεχόμενη μελέτη, έρευνα και τεχνολογική ανάπτυξη.

Η βασική επίδραση της δέσμης Laser σε ανθρώπινο ιστό εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, μεταξύ των κυριότερων είναι το είδος του ιστού, η περιεκτικότητά του σε νερό, αίμα κ.λπ., το μήκος κύματος της μονοχρωματικής ακτινοβολίας και η ισχύς της δέσμης (Watt). Οι κίνδυνοι από την εφαρμογή Laser είναι υπαρκτοί, αλλά όχι τεράστιοι, όπως τυχόν φήμες να έχουν διαρρεύσει, βασιζόμενες σε σενάρια επιστημονικής φαντασίας. Αυτοί, στην χειρουργική πράξη, είναι μικροί λόγω της χαμηλής ισχύος των ιατρικών Laser, και αφορούν το θερμικό έγκαυμα, τις βλάβες οφθαλμών και την εισρόφηση σωματιδίων καπνού δυνητικά μολυσμένων.²³

Γενικά το Laser σήμερα αποτελεί ένα "όπλο"-επίτευγμα της τεχνολογίας που σε έμπειρα εξειδικευμένα χειρουργικά χέρια μπορεί να δώσει θεραπευτικές λύσεις σε πλείστα όσα χειρουργικά προβλήματα, με σκοπό την ελαχιστοποίηση της επεμβατικότητας, των επιπλοκών και του πόνου.

5.3 ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΧΩΡΙΣ ΟΥΛΕΣ

Μερικές εκατοντάδες ασθενών στις Η.Π.Α και την Ευρώπη συμμετέχουν στις δοκιμές μιας νέας χειρουργικής τεχνικής για τη μείωση του όγκου του στομαχιού, η οποία πραγματοποιείται μέσω του στόματος, χωρίς εξωτερικές τομές.

Σε διάστημα 18 μηνών κατά την επέμβαση οι ασθενείς έχουν χάσει το 45% του αρχικού τους βάρους, δείχνουν τα προκαταρκτικά αποτελέσματα που ανακοινώθηκαν σε συνέδριο της Αμερικανικής Εταιρίας Μεταβολικής και Βαριατρικής Χειρουργικής.

Η επέμβαση πραγματοποιείται με τη βοήθεια ενός σωλήνα στο πάχος μιας μάνικας ποτίσματος. Ένα ειδικό συρραπτικό στην άκρη του σωλήνα δημιουργεί ένα στενότερο πέρασμα που επιβραδύνει την κάθοδο της τροφής από το

ανώτερο στο κατώτερο τμήμα του στομάχου. Οι ασθενείς νιώθουν έτσι πλήρες με λιγότερο φαγητό.

Οι δοκιμές της σχεδόν αναίμακτης μεθόδου συνεχίζονται σε περίπου 200 ασθενείς από την Αμερική και 100 από την Ευρώπη. Τα τελικά αποτελέσματα από τις πρώτες δοκιμές αναμένονται το 2010 και αν αποδειχθούν θετικά, η εταιρεία που κατασκευάζει την ειδική συσκευή θα πρέπει να ζητήσει έγκριση από τις αρχές τροφίμων και φαρμάκων⁵⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Α

Κλινική περίπτωση Ά

Ασθενής ηλικίας 54 χρονών προσήλθε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας (Π.Γ.Ν.Λ) στις 03/04/2009 στην Ά χειρουργική κλινική.

Ιατρική διάγνωση: Νοσογόνος παχυσαρκία – Λαπαροσκοπική επιμήκη γαστρεκτομή – Αποκλεισμός διαφυγή.

Έγιναν οι εξής εξετάσεις: Γενική αίματος, γενική ούρων, ακτινογραφία θώρακος, γαστροσκόπηση, εκτίμηση ενδοκρινικών αδένων, εκτίμηση ηπατικής και νευρικής λειτουργίας, ηλεκτροκαρδιογράφημα (Η.Κ.Γ)

Στην κλινική τέθηκε η εξής φαρμακευτική αγωγή:

Ø Atrovent amp	1x2
Ø Clexane 40mgr	1x1
Ø Apotel	1x επί πόνου

Στοιχεία ασθενούς: Όνομα: XX, επάγγελμα: ιδιωτική υπάλληλος, ηλικία: 54, τόπος γέννησης: Λάρισα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Αναπνευστική Δυσχέρεια	<ul style="list-style-type: none"> • Άμεση αντιμετώπιση της αναπνευστικής δυσχέρειας. • Αποκατάσταση αναπνευστικού προβλήματος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας. • Ανάκληση κλίνης (θέση ημι-φόουλερ). • Τοποθέτηση ρινικού O₂ (καθετήρα) στα 4L με εντολή ιατρού. • Μέτρηση κορεσμού • Χορήγηση(atrovent) (1amp → 2 φορές τη μέρα) με οδηγία ιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολουθούμε την αναπνευστική λειτουργία του ασθενούς. • Τοποθετούμε την κλίνη στη σωστή θέση για καλύτερη αναπνευστική λειτουργία (ημι-φόουλερ). • Χορηγούμε ρινικό O₂ στα 4L. • Μετρούμε τον κορεσμό του ασθενή 	Επιτυχής νοσηλευτική παρέμβαση. Ο ασθενής αναπνέει φυσιολογικά χωρίς βοήθεια (ρινικό O ₂). Ο κορεσμός του είναι 98%.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Αναπνευστική Δυσχέρεια		<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση μάσκας νεφελοποίησης εάν δεν αποδώσει το ρινικό O₂ σύμφωνα με οδηγία ιατρού και χορήγηση εισπνεόμενου φαρμάκου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμόζουμε τον νεφελοποιητή σύμφωνα με εντολή ιατρού και χορηγούμε το εισπνεόμενο φάρμακο atrovent σύμφωνα με οδηγία ιατρού. Αξιολογούμε τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής διεργασίας. 	
Πόνος (μετεγχειρητικός κοιλιακός	Άμεση αντιμετώπιση του πόνου	<ul style="list-style-type: none"> • Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρέχουμε ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή. 	Επιτυχής νοσηλευτική παρέμβαση. Ο

πόνος)		<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος. • Τοποθέτηση κρεβατιού σε ανακουφιστική θέση. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφαλίζουμε ήρεμο περιβάλλον. • Τοποθετούμε την κλίνη σε ανακουφιστική θέση. 	ασθενής δεν πονάει. Οι δραστηριότητες του έχουν αυξηθεί σημαντικά.
--------	--	---	---	--

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Πόνος (μετεγχειρητικός κοιλιακός πόνος)		<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση του ασθενή για μείωση των δραστηριοτήτων του και αύξηση του χρόνου ανάπαυσης. • Χορήγηση παυσίπονου φαρμάκου (Aprotel) μετά από ιατρική οδηγία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώνουμε τον ασθενή για μείωση των δραστηριοτήτων του και αύξηση του χρόνου ανάπαυσης. • Χορηγούμε παυσίπονο φάρμακο ((Aprotel) μετά από ιατρική οδηγία. Αξιολογούμε τα 	

			αποτελέσματα της νοσηλευτικής διεργασίας.	
--	--	--	---	--

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Φλεβοθρόμβωση	Πρόληψη μετεγχειρητικού προβλήματος φλεβοθρόμβωσης.	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση συμπιεστικών ελαστικών καλτσών πριν χ/ο και διατήρησης τους μετά από αυτό. • Χορήγηση αντιθρομβωτικού φαρμάκου Clexane 40. Η χορήγηση γίνεται υποδόρια μετά αποδh από το χ/ο σύμφωνα με ιατρική οδηγία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετούμε τις συμπιεστικές ελαστικές κάλτσες πριν το χ/ο και διατήρησης τους μετά από αυτό. • Χορηγούμε το αντιθρομβωτικό φάρμακο Clexane, υποδόρια σύμφωνα με οδηγία ιατρού. • Κινητοποιούμε γρήγορα τον ασθενή μετά το χειρουργείο με οδηγία φυσιοθεραπευτών. 	Επιτυχής νοσηλευτική παρέμβαση. Ο ασθενής δεν εμφάνισε πρόβλημα φλεβοθρόμβωσης μετά το χειρουργείο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Φλεβοθρόμβωση		<ul style="list-style-type: none"> • Γρήγορη κινητοποίηση του ασθενούς μετά το χειρουργείο με οδηγία των φυσιοθεραπευτών. 	Αξιολογούμε τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής διεργασίας.	

6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Β

Κλινική περίπτωση Β΄

Ασθενής ηλικίας 45 χρονών προσήλθε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας (Π.Γ.Ν.Λ) στις 13/04/2009 στην Β χειρουργική κλινική.

Ιατρική διάγνωση: Νοσογόνος παχυσαρκία – Lap sleeve

Έγιναν οι εξής εξετάσεις: Γενική αίματος, γενική ούρων, ακτινογραφία θώρακος, γαστροσκόπηση, εκτίμηση ενδοκρινικών αδένων, ηλεκτροκαρδιογράφημα (Η.Κ.Γ)

Στην κλινική τέθηκε η εξής φαρμακευτική αγωγή:

Ø Atrovent amp	1x2
Ø Clexane 40mgr	1x1
Ø Apotel	1x1

Στοιχεία ασθενούς: Όνομα: XX, επάγγελμα: δημόσιος υπάλληλος, ηλικία: 45, τόπος γέννησης: Τρίκαλα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜ ΟΥ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Μετεγχειρητικός πυρετός	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση του πυρετού σε γρήγορο χρονικό διάστημα. • Επαναφορά της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα. . 	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνή αλλαγή κλινοσκεπασμάτων. • Χορήγηση κρύων επιθέματων. • Διατήρηση ψυχρού περιβάλλοντος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αλλάζουμε συχνά τα κλινοσκεπάσματα. • Χορηγούμε κρύα επιθέματα. • Διατηρούμε ψυχρό περιβάλλον στο θάλαμο του. 	

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Μετεγχειρητικός πυρετός		<ul style="list-style-type: none"> • Συχνή λήψη θερμοκρασίας (παρατήρηση για μεταβολή της θερμοκρασίας). • Χορήγηση δροσερών υγρών τη 2^η μετεγχειρητική ημέρα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Λαμβάνουμε συχνά τη θερμοκρασία του. • Χορηγούμε δροσερά υγρά τη 2^η μετεγχειρητική ημέρα. • Χορηγούμε το αντιπυρετικό φάρμακο σε περίπτωση που δεν υποχωρεί ο πυρετός με φυσικά μέσα, σύμφωνα με οδηγία ιατρού. 	Επιτυχής νοσηλευτική παρέμβαση. Ο πυρετός αντιμετωπίστηκε σε γρήγορο χρονικό διάστημα. Η θερμοκρασία του ασθενή επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα 36,7 °C.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Μετεγχειρητικός πυρετός		<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου σε περίπτωση που δεν υποχωρεί ο πυρετός με φυσικά μέσα, σύμφωνα με οδηγία ιατρού. (apotel 7ml σε 100cc N/S ενδοβλέβια χορήγηση για γρήγορη δράση. 	Αξιολογούμε τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής διεργασίας.	

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Αναπνευστική Δυσχέρεια	<ul style="list-style-type: none"> • Άμεση αντιμετώπιση της αναπνευστικής δυσχέρειας. • Αποκατάσταση αναπνευστικού προβλήματος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας. • Ανάκληση κλίνης (θέση ημι-φόουλερ). • Τοποθέτηση ρινικού O₂ (καθετήρα) στα 4L. • Μέτρηση κορεσμού • Χορήγηση (atrovent) (1amp → 2 φορές τη μέρα) με οδηγία ιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολουθούμε την αναπνευστική λειτουργία του ασθενούς. • Τοποθετούμε την κλίνη στη σωστή θέση για καλύτερη αναπνευστική λειτουργία (ημι-φόουλερ). • Χορηγούμε ρινικό O₂ στα 4L. • Μετρούμε τον κορεσμό του ασθενή 	Επιτυχής νοσηλευτική παρέμβαση. Ο ασθενής αναπνέει φυσιολογικά χωρίς βοήθεια (ρινικό O ₂). Ο κορεσμός του είναι 98%.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Αναπνευστική Δυσχέρεια		<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση μάσκας νεφελοποίησης εάν δεν αποδώσει το ρινικό O₂ σύμφωνα με οδηγία ιατρού και χορήγηση εισπνεόμενου φαρμάκου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμόζουμε τον νεφελοποιητή σύμφωνα με εντολή ιατρού και χορηγούμε το εισπνεόμενο φάρμακο atrovent σύμφωνα με οδηγία ιατρού. Αξιολογούμε τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής διεργασίας. 	

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Φλεβοθρόμβωση	Πρόληψη μετεγχειρητικού προβλήματος φλεβοθρόμβωσης.	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση συμπιεστικών ελαστικών καλτσών πριν χ/ο και διατήρησης τους μετά από αυτό. • Χορήγηση αντιθρομβωτικού φαρμάκου Clexane 40. Η χορήγηση γίνεται υποδόρια μετά απο 8h από το χ/ο σύμφωνα με ιατρική οδηγία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετούμε τις συμπιεστικές ελαστικές κάλτσες πριν το χ/ο και διατήρησης τους μετά από αυτό. • Χορηγούμε το αντιθρομβωτικό φάρμακο Clexane, υποδόρια σύμφωνα με οδηγία ιατρού. • Κινητοποιούμε γρήγορα τον ασθενή μετά το 	Επιτυχής νοσηλευτική παρέμβαση. Ο ασθενής δεν εμφάνισε πρόβλημα φλεβοθρόμβωσης μετά το χειρουργείο.

			χειρουργείο με οδηγία φυσιοθεραπευτών.	
--	--	--	---	--

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Φλεβοθρόμβωση		<ul style="list-style-type: none"> • Γρήγορη κινητοποίηση του ασθενούς μετά το χειρουργείο με οδηγία των φυσιοθεραπευτών. 	Αξιολογούμε τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής διεργασίας.	

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.Γκρεκ Ι. Αισθητικά προβλήματα από ενδοκρινολογικά νοσήματα. Εκδόσεις Βήτα,Αθήνα,2005
- 2.Φουτσά Σ. Παχυσαρκία Αίτια και Επιπλοκές. Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας,2003
- 3.Πονηρού Π. Μπροκολάκη Η. Χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Ο ρόλος του νοσηλευτή.Νοσηλευτική,2008,τευχος 1
- 4.Κατσίλαμπρος Κλινική διατροφή. Εκδόσεις Βήτα,Αθήνα,2006
- 5.Moore Μ.Διαιτολογία. Εκδόσεις Βήτα,Αθήνα,2005
- 6.www.endo.gr/portal/index.php?option=content&ask=view&id=138
- 7.Λούβαρη Β. Παχυσαρκία. Επανορθωτικές πλαστικές επεμβάσεις μετά από μεγάλη απώλεια βάρους και ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτές. Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Πατρας,2007
- 8.www.axiarchos.gr/surg 08
- 9.Μπονιάκος Α.www.iatronet.gr/articlespnsr.aso?art_id=124.19/7/09
- 10.Σκρέκας Γ. Η χειρουργική θεραπεία της νοσογόνου παχυσαρκίας. Εκδόσεις Βήτα ,Αθηνά,2005
- 11.www.iatriopaxysarkias.gr/inside/tml
- 12.Ellrot T.,Pudel V. Θεραπεία της παχυσαρκίας. Εκδόσεις Παρισσιανού,Αθήνα,2002
- 13.Ράπτη Ε. Εσωτερική Παθολογία. Εκδόσεις Γρηγόριος Παριασιανός,Αθήνα,1998
- 14.Lederer I.Εγχειρίδιο Διαιτητικής. Εκδόσεις Παρισσιανού,Αθήνα,2002
- 15.Μπουλούτζα Π. Το στρες αίτιο παχυσαρκίας. Καθημερινή 17/6/09

16. Κατσίλαμπρος Ν. Παχυσαρκία: Πρόληψη και η αντιμετώπιση μιας παγκόσμιας επιδημίας. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2003
17. www.paxysarkia.gr
18. Χατζηδημητρίου Σ. <http://e-phychology.gr/content/view/153/69/> 1/6/09
19. Βασιλειάδης Γ. www.iatrionet.gr 27/5/09
20. Πανόπουλος Γ. www.hygeia.gr/page.asp?id=260,2/4/2009
21. Μανωλάκης Γ. www.iator.gr 20/5/2009
22. Ψάλτη Ν. www.vita.gr 20/5/2009
23. www.kkonstantinidiw.com/index.php?cid=330&mn=176
24. Τόνσεντ Σ. Υγιεινή διατροφή και θεραπευτικές δίαιτες. Εκδόσεις Ελλην, Αθήνα, 1998
25. Μόρτογλου Τ, Μόρτογλου Κ. Διατροφή από το σήμερα για το αύριο. Εκδόσεις Γιαλλέλη, Αθήνα, 2002
26. Περιβολάρη Ο. Καύκη Παιδική παχυσαρκία και καρδιαγγειακά νοσήματα. Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Πατρας, 2006
27. Δελληγιάννης Α. Ιατρική της άθλησης. Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών. Θεσσαλονίκη, 1992
28. Παπακωνσταντίνου Χειρουργική της παχυσαρκίας στην Ελλάδα στην ανατολή της τρίτης χιλιετίας. Εκδόσεις Συνέδρου, Αθήνα, 2000
29. www.skrekas.net/surg_lapband.htm.
30. Παπαβραμίδης Σ. Παχυσαρκία: θεωρία και πράξη. Εκδόσεις Σιωκής, Θεσσαλονίκη, 2002
31. www.paxysarkia.net/obesity_surg_lap.htm
32. www.kkonstantinidis.com/-44k
33. http://www.enet.gr/oulive/onlive_text/c
34. Καζαντίδας Δ. www.businesswoman.gr 15/6/2009
35. Ασωνίτης Σ. Ρυθμιζόμενος γαστρικός δακτύλιος. Ελευθεροτυπία 15/7/2009
36. <http://www.gastriclapband.gr> 36 /the_indications.htm
37. www.gastriclapband.gr/the_faquestions.htm-40k

38. www.gastriclapband.gr/the_complications.htm
39. www.iatrionet.gr/article.asp?art_id=936
40. www.gomedica.org/obesity_surg_dys.htm
41. www.skrekas.net/syrg_bypass.htm
42. www.syrgeon.gr
43. www.e-tipos.com/newstien?id=57117
44. www.gomedica.org/obesity_magenstrasse_print.htm
45. www.linos.gr
46. Λίνος Δ. Χειρουργικές θεραπείες σοβαρής παχυσαρκίας: Γαστρικό μανίκι η νέα τεχνική που κόβει την όρεξη. Βήμα 17/5/2009
47. www.obesitycare.eu/page33.html-29k-
48. Χαραλαμπίδη Κ. Επανάσταση στο αδυνάτισμα με γαστρικό μπαλόνι. Ο φιλελεύθερος της Κυριακής 17/6/2009
49. ask4health.blogspot.com/2007/11/blog-post_20html/-65k-
50. www.gastrenterologicoiatreio.gr/index.php?option=com.contient&task=view&id=20&temid=9
51. www.preventionmag.gr/default.php?pid=8&art_id=456
52. www.medlook.net/article.asp?item_id
53. http://www.incardiology.gr/pathiseis_paxisarkia/paxisarkia_parakampsis1.
54. <http://www.in.gr/news/article>

