

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

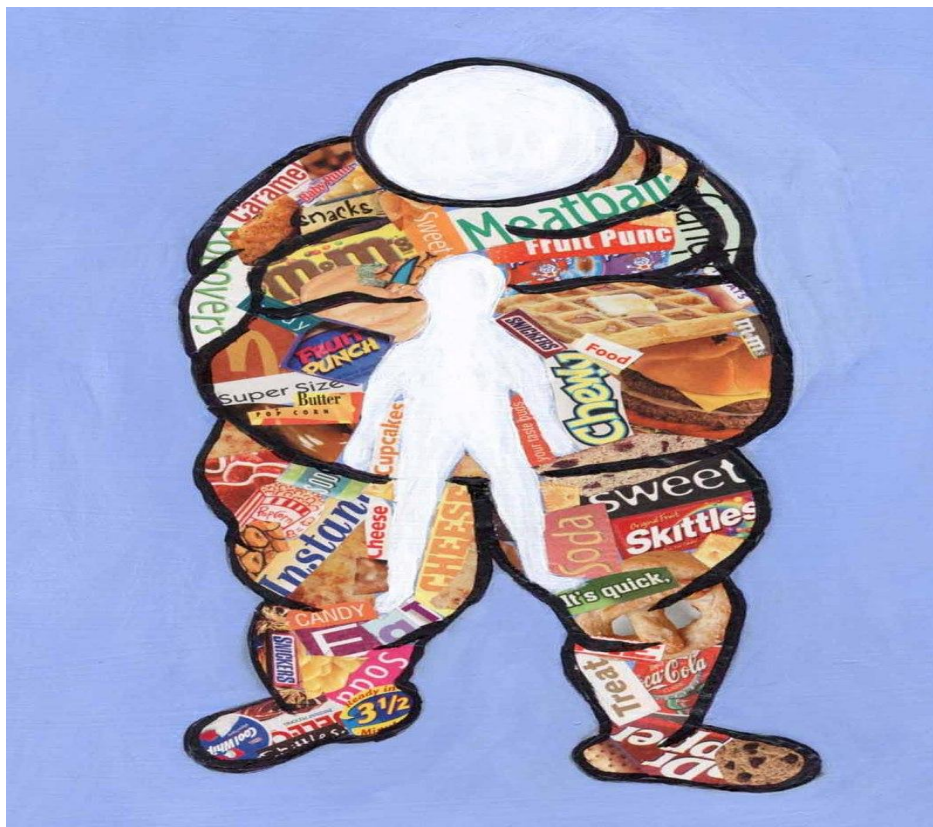
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

ΠΡΟΛΗΨΗ – ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΜΑΡΑΓΚΟΥ ΠΕΤΡΟΥΛΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ ΜCs

ΠΑΤΡΑ 2010

Συνέντευξη Παχύσαρκου Παιδιού προς Διαιτολόγο

Τι σημαίνει να είσαι παχύσαρκος...

...Ένα παχύσαρκο παιδί συνήθως τραβάει τα «χλεναστικά» βλέμματα των συνομηλικών του, με συνέπεια να επιβαρύνεται σημαντικά ο ψυχισμός του σε μια πολύ ευαίσθητη περίοδο της ζωής του. Τέσσερα στα **10** παιδιά στην Ελλάδα έχουν βάρος **μεγαλύτερο** από το φυσιολογικό. Ένα από αυτά, ο Νίκος, **μόλις 14** χρόνων και **όμως** ήδη **98** κιλά, **μιλάει** στον Δημήτρη Γρηγοράκη για το πώς είναι να **μεγαλώνεις** έτσι...

Χωρίς παρέα

...Το να είσαι υπέρβαρο παιδί σημαίνει πάνω απ' όλα στέρηση. Μπορεί να **μην** στερείσαι το φαγητό, σου λείπουν **όμως** όλα τα υπόλοιπα. Ποτέ δεν είσαι η ψυχή της παρέας και τα κορίτσια δεν σε **προτιμούν** παρά **μόνο** για να σε κοροϊδέψουν. Τα άλλα παιδιά δεν σε θέλουν στα παιχνίδια τους, αφού όποια **ομάδα** σε έχει χάνει. Αν ήσουν αδύνατος, θα έπαιζες **μπάλα**, η **ομάδα** σου θα νικούσε και ίσως να σε αποθέωνε. Πού ξέρεις, ίσως κι εσύ τότε να κοροϊδεύες ένα άλλο παχύσαρκο παιδί... Θα το έκανες **όμως**; Ποτέ. Γιατί τώρα ξέρεις πώς είναι. Πως όσο σε «πειράζουν» τόσο εσύ, από αντίδραση, **τρως**. **Προτιμάς** λοιπόν να παίζεις **μόνος** σου, αφού και οι γονείς σου, όντας πολυάσχολοι, δεν **συμμερίζονται** τη διάθεσή σου για παιχνίδι...

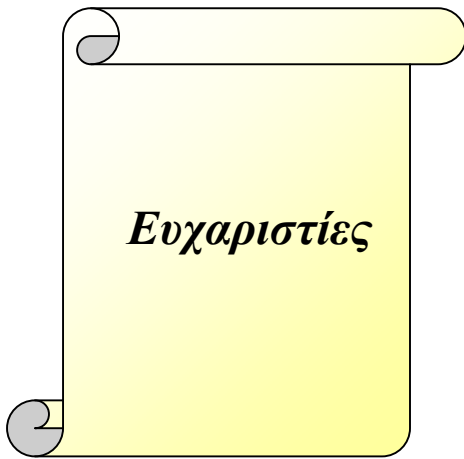
Μόνος φίλος το φαγητό

...Περπατάς στο δρόμο και ακούς τα πιο σκληρά σχόλια. Βάζεις το κεφάλι κάτω και συνεχίζεις... Η **μητέρα** σου σου βάζει τις φωνές κάθε φορά που πας να φας κάτι «απαγορευμένο», αυτό **όμως** σε κάνει να νιώθεις ότι ο **μόνος** άνθρωπος που σου έχει **απομείνει** δεν σε αγαπάει πια. Εσύ **περιμένεις** τη νύχτα να πας στον **μόνο** «φίλο που σε καταλαβαίνει», το ψυγείο. Και **μετά** κλαις γιατί έκανες κάτι «απαίσιο»! Δεν σε νοιάζει που το πρωί οι δικοί σου θα σε αποκαλέσουν για «το καλό σου» «χοντρό». Αυτό που σε πειράζει είναι ότι η όρεξή σου σε κυρίεψε για **μια** **ακόμη** φορά. Το φαγητό σε νίκησε κι αυτό σε ενοχλεί...

Βαδίζοντας προς το στόχο

...Πρέπει να αδυνατίσεις, σου το λένε όλοι και, πάνω απ' όλα, ο ίδιος σου ο εαυτός. Γράφεις και ξαναγράφεις τη φράση: «Τόσο καιρό **με** κυριαρχούσε η κοιλιά **μου**, τώρα θα την κυριαρχήσω εγώ». Την γράφεις παντού: στο ψυγείο, στον καθρέφτη, στα τετράδιά σου. Σου δίνει κουράγιο και αισθάνεσαι δυνατός! Θα τα καταφέρεις;...

www.myworld.gr



Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας, η οποία υλοποιήθηκε στο Α.Τ.Ε.Ι Πατρών, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους ανθρώπους οι οποίοι βοήθησαν στην περάτωση αυτής της εργασίας.

Θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθούμε σε όλους εκείνους που συμπαραστάθηκαν σε αυτήν την προσπάθεια και βοήθησαν ουσιαστικά και αποτελεσματικά στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Κατά κύριο λόγο, οφείλουμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέποντα καθηγήτριά μας από το Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας κα. Αποστολία Σαλάτα για την επιστημονική, διδακτική και ηθική συμπαράστασή της και υποστήριξή της καθ' όλη τη διάρκεια της πτυχιακής μας εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλονται επίσης στην οικογένειά μας και όλους εκείνους που ήταν δίπλα μας σε όλη αυτή την προσπάθεια παρέχοντας απεριόριστη κατανόηση και ψυχολογική υποστήριξη.

Τέλος, θα θέλαμε να αφιερώσουμε αυτήν την εργασία σε όλους όσους υποφέρουν από τη νόσο της παχυσαρκίας καθώς και στους ανθρώπους που τους στηρίζουν.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	8
---------------	---

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
---------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

1.1 Ιστορική αναδρομή.....	14
----------------------------	----

1.2 Διατροφή.....	15
-------------------	----

1.2.1 Υδατάνθρακες.....	16
-------------------------	----

1.2.2 Πρωτεΐνες.....	17
----------------------	----

1.2.3 Λίπη στην Διατροφή μας	18
------------------------------------	----

1.2.4 Βιταμίνες	20
-----------------------	----

1.2.5 Μέταλλα και Ιχνοστοιχεία	21
--------------------------------------	----

1.3 Τι είναι μεταβολισμός	22
---------------------------------	----

1.3.1 Τι επηρεάζει το βασικό μεταβολισμό.....	22
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

2.1 Ορισμός Παχυσαρκίας	25
-------------------------------	----

2.2 Τύποι Παχυσαρκίας	27
-----------------------------	----

2.3 Επιδημιολογία	29
-------------------------	----

2.4 Αίτια της Παχυσαρκίας	33
---------------------------------	----

2.4.1 Κληρονομικότητα	33
-----------------------------	----

2.4.2 Αιτιοπαθογένεια της Παχυσαρκίας	34
---	----

2.4.2.α Γενετικά Αίτια	36
------------------------------	----

2.4.2.β Περιβαλλοντικά Αίτια	37
------------------------------------	----

2.4.2.γ Νευροενδοκρινικά Αίτια	38
--------------------------------------	----

2.4.3 Περιβαλλοντικές Επιδράσεις	39
--	----

2.5	Κίνδυνοι συνδεδεμένοι με την παχυσαρκία	41
2.5.1	Πρόωρος Θάνατος	42
2.5.2	Καρδιακές Παθήσεις	42
2.5.3	Διαβήτης	43
2.5.4	Το μεταβολικό Σύνδρομο X	43
2.5.5	Καρκίνος	44
2.5.6	Αναπνευστικά προβλήματα.....	44
2.5.7	Εκφυλιστική Νόσος Αρθρώσεων	44
2.5.8	Γυναικολογικές Μαιευτικές επιπλοκές	45
2.5.9	Πρόσθετες συνέπειες στην Υγεία	45
2.6	Μύθοι και Αλήθειες.....	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

3.1	Πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας.....	50
3.1.1	Σχολική προσέγγιση.....	51
3.1.2	Σπίτι και Οικογένεια.....	52
3.1.3	Ο ρόλος της κοινότητας	53
3.2	Πρόληψη της εφηβικής παχυσαρκίας	54
3.2.1	Σπίτι και οικογένεια.....	55
3.2.2	Κοινότητα και ΜΜΕ.....	56
3.3	Πρόληψη παχυσαρκίας στο χώρο εργασίας	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

4.1	Γενικά.....	61
4.2	Πρωτογενής αντιμετώπιση.....	61
4.3	Δευτερογενής αντιμετώπιση.....	63

4.4 Προεγχειρητική φροντίδα ασθενών.....	63
4.5 Φροντίδα ασθενών κατά την επέμβαση-αναισθησία.....	65
4.6 Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς.....	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

5.1 Γενικά.....	70
5.2 Συντηρητική Θεραπεία.....	71
5.2.1 Διαιτητική αγωγή.....	71
5.2.2 Τροποποίηση της συμπεριφοράς.....	76
5.2.3 Ψυχοθεραπεία στην παχυσαρκία.....	78
5.2.4 Οικογενειακή Θεραπεία για την παχυσαρκία.....	80
5.2.5 Φυσική Άσκηση.....	81
5.2.6 Φαρμακευτική Αγωγή.....	83
5.2.7 Ομάδες αυτοβοήθειας.....	88
5.3 Χειρουργική Θεραπεία.....	90
5.3.1 Γενικά.....	90
5.3.2 Ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας.....	90
5.3.3 Προεγχειρητικός έλεγχος.....	92
5.3.4 Μετεγχειρητική παρακολούθηση.....	93
5.4 Οι χειρουργικές επεμβάσεις για την νοσογόνο παχυσαρκία..	94
5.4.1 Το γαστρικό μπαλόνι.....	95
5.4.2 Κάθετη Διαμερισματοποίηση.....	97
5.4.3 Η φιλοσοφία του γαστρικού δακτυλίου.....	100
5.4.4 Γαστρικό Μανίκι.....	102
5.4.5 Η γαστρική παράκαμψη κατά ROYX en Y.....	103
5.4.5.α Επιπλοκές.....	104
5.4.6 Χολοπαγκρεατικές επιπλοκές.....	105
5.4.7 Λαπαροσκοπική προσέγγιση της νοσογόνου παχυσαρκίας.....	106

5.5 Τα αποτελέσματα των βαριατρικών επεμβάσεων.....	107
5.5.1 Ελαττωμένος κίνδυνος διαβήτη.....	107
5.5.2 Μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου.....	108
5.5.3 Μείωση της θνησιμότητας από την εθελούσια απώλεια βάρους.....	108
5.5.4 Σημασία της βαθμιαίας απώλειας βάρους.....	111
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	112
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	114
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	116
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	117

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τις τελευταίες δεκαετίες, η παχυσαρκία έχει λάβει ανησυχητικές διαστάσεις, όχι μόνο στη χώρα μας, αλλά και διεθνώς και τείνει να εξελιχθεί σε ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα υγείας του Δυτικού κόσμου. Είναι μία εξελισσόμενη πάθηση και μάλιστα με πορεία σταθερά προοδευτική και ενίοτε διακεκομμένη, οδηγεί σε διάφορες λειτουργικές διαταραχές, που όχι σπάνια είναι δυνατόν να προκαλέσουν ακόμη και τον θάνατο.

Η θεραπεία της νοσογόνου παχυσαρκίας, κατ' εξοχή μεταβολικής νόσου, προβληματίζε ανέκαθεν τους γιατρούς και γινόταν παραδοσιακά συντηρητικά. Διάφορες δίαιτες, σωματική άσκηση, φάρμακα, μαντζούνια, εξορκισμοί έχουν δοκιμασθεί κατά καιρούς με φτωχά όμως αποτελέσματα. Μόλις πριν από πενήντα έτη κατέστη αναγκαία η χειρουργική αντιμετώπιση.

Η χειρουργική της παχυσαρκίας αποτελεί το τελευταίο καταφύγιο για την αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας. Οι τεχνικές που αναπτύχθηκαν είναι πράγματι πολυάριθμες και ορισμένες αμφιβόλου αποτελεσματικότητας. Τα τελευταία χρόνια όμως πληθαίνουν οι αναφορές από την ευεργετική επίδραση ορισμένων χειρουργικών μεθόδων που δίνουν ενθαρρυντικά μηνύματα σχετικά με την αντιμετώπιση του προβλήματος της παχυσαρκίας.

« Ο ξαφνικός θάνατος είναι περισσότερο συχνός σε αυτούς που είναι παχύσαρκοι παρά στους ισχνούς »

Ιπποκράτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παγκοσμίως, η παχυσαρκία αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, που απειλεί τους ανθρώπους τόσο στις αναπτυγμένες, όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες, λόγω της αυξανόμενης συχνότητας εμφάνισής της, αλλά και των επιπτώσεών της στην υγεία.

Η αναγνώριση της παχυσαρκίας ως νοσολογικής οντότητας έγινε για πρώτη φορά κατά την αρχαιότητα από τον Ιπποκράτη, ο οποίος έλεγε ότι, «ο ξαφνικός θάνατος είναι περισσότερος συχνός σε αυτούς που είναι παχύσαρκοι παρά στους ισχνούς». Στη σημερινή εποχή, η συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας αυξάνεται ραγδαία (Τσεκουράκης,2008).

Η επίπτωση της παχυσαρκίας των ενηλίκων στις αναπτυγμένες χώρες αυξήθηκε την τελευταία δεκαετία κατά 37%. Περίπου 250.000.000 άτομα, τα οποία αποτελούν το 7% του ενήλικου πληθυσμού, πάσχουν από παχυσαρκία, ενώ το φαινόμενο επεκτείνεται ακόμα και σε νεαρούς ενήλικες. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται, ότι περισσότεροι από το 50% των ανδρών και γυναικών είναι υπέρβαροι, ενώ το 25% εξ αυτών είναι παχύσαρκοι (Αγάλου, 2008).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, χαρακτηρίζει την παχυσαρκία ως μία από τις σύγχρονες επιδημίες, που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή ενός μεγάλου μέρους του πληθυσμού και προβλέπει, ότι θα λάβει διαστάσεις μάστιγας στον 21ο αιώνα που ζούμε, με οδυνηρά αποτελέσματα για τη δημόσια υγεία και τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. Από το 1948, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει εντάξει την παχυσαρκία στον κατάλογο των παθήσεων. Παγκοσμίως, αποτελεί τη δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου που μπορούν να αποφευχθεί (Αγάλου, 2008).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στην αναφορά του για την παχυσαρκία επισημαίνει μεταξύ άλλων ότι:

- Ø Παίρνει διαστάσεις επιδημίας σε όλο τον κόσμο.
- Ø Οδηγεί σε άλλες ασθένειες με αυξημένο ιατρικό και κοινωνικό κόστος.
- Ø Τα βασικά αίτια είναι η καθιστική ζωή και η υψηλή σε λιπαρά και πλούσια σε θερμίδες διατροφή.
- Ø Είναι δυνατό να προληφθεί με την αλλαγή στον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες.
- Ø Η πρόληψη δεν είναι προσωπικό θέμα αλλά χρειάζονται κοινωνικές αλλαγές.
- Ø Τα υπέρβαρα άτομα που διατρέχουν τον κίνδυνο να γίνουν παχύσαρκα πρέπει να έχουν ιατρική παρακολούθηση.
- Ø Η θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να είναι μακροχρόνια με στόχους μέτριας απώλεια βάρους.
- Ø Υπάρχει άμεση ανάγκη για εκπαίδευση της ιατρικής κοινότητας. (Π.Ο.Υ, 2003)

Ως παχυσαρκία ορίζεται η παθολογικά αυξημένη εναπόθεση λίπους στο ανθρώπινο οργανισμό, η οποία προκαλεί αύξηση του σωματικού βάρους, πέραν των φυσιολογικών ορίων. Η παχυσαρκία οφείλεται σε λήψη περισσότερων θερμίδων από αυτές που απαιτεί η ενεργειακή ανάγκη του κάθε ατόμου (Ενεργειακή Πρόσληψη -Ενεργειακή Κατανάλωση). Η παχυσαρκία σχετίζεται με γενετικούς, περιβαλλοντικούς παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν ενδοκρινικά, μεταβολικά και ρυθμιστικά τον οργανισμό και επιφέρει πλήθος προβλημάτων και χρόνιων ασθενειών, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Επίσης, συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα, μειωμένη ποιότητα ζωής και μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης (Αγάλου, 2008)

Οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας διαχωρίζονται σε βραχυπρόθεσμες, όπως είναι ορθοπεδικά, αναπνευστικά, καρδιαγγειακά, ψυχολογικά προβλήματα και σε μακροπρόθεσμες. Η πρόληψη της παχυσαρκίας αποτελεί θέμα μείζονος ενδιαφέροντος καθώς δεν υπάρχει σαφής προσδιορισμός κριτηρίων για τη διάγνωση. Επίσης, το βάρος από μόνο του δεν αποτελεί κριτήριο για διάγνωση της παχυσαρκίας. Τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά αξιολόγησης της παχυσαρκίας, όπως είναι ο δείκτης μάζας σώματος και η περίμετρος μέσης-γοφών είναι τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα για τη διάγνωση της λόγω του χαμηλού κόστους και της απλής εφαρμογής τους (Τσεκουράκης, 2008).

Η θεραπεία της νοσογόνου παχυσαρκίας από παλιότερες εποχές μέχρι σήμερα γινόταν συντηρητικά. Η δίαιτα, η σωματική άσκηση, τα φάρμακα δεν είχαν ουσιαστικά αποτελέσματα. Γι' αυτόν τον λόγο αναπτύχθηκαν ειδικές μέθοδοι, όπως η χειρουργική αντιμετώπιση που φέρνουν ενθαρρυντικά μηνύματα στην θεραπεία της παχυσαρκίας.

Σήμερα όμως σε αντίθεση με το παρελθόν, η αντιμετώπισή της είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την πρόληψη. Οι στρατηγικές πρόληψης στο γενικό πληθυσμό στηρίζονται κυρίως στην προσπάθεια συνολικής εκπαίδευσης και ενημέρωσης των πολιτών σε θέματα διατροφής και σωματικής δραστηριότητας. Πριν απ' οτιδήποτε άλλο, πρέπει να περάσει στη συνείδηση του κάθε πολίτη ότι η παχυσαρκία είναι μία χρόνια νόσος με σοβαρές επιπλοκές, η οποία ευκολότερα προλαμβάνεται παρά αντιμετωπίζεται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

1.1 Ιστορική Αναδρομή

Η παχυσαρκία ορίζεται ως η περίσσεια του λίπους στο σώμα και συνοδεύεται από σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στα πάσχοντα άτομα. Αναγνωρίστηκε επίσημα ως νόσος το 1948. Όμως 2.500 χρόνια πριν από την αναγνώριση αυτή ο Ιπποκράτης αλλά και οι μετέπειτα συνάδελφοί του ανά τους αιώνες θεωρούσαν την παχυσαρκία νόσο και χρησιμοποιούσαν θεραπευτικές μεθόδους παρεμφερείς με τις σημερινές για την αντιμετώπισή της. Παρ' όλα αυτά στην πατρίδα του Ιπποκράτη σήμερα, δεν είναι επίσημα αναγνωρισμένη ως νόσος (Αγάλου, 2008).

Καθ' όλη τη διάρκεια της ιστορίας του ανθρώπου, η πρόσληψη βάρους και η αποθήκευση λίπους θεωρούνται δείγματα υγείας και ευημερίας. Ευρήματα της παλαιολιθικής εποχής (23.000-25.000 χρόνια πριν), επιβεβαιώνουν ότι χιλιάδες χρόνια πριν η παχυσαρκία υπήρχε και μάλιστα συμβόλιζε για τους τότε ανθρώπους την ιερότητα, τη μητρότητα, τη γονιμότητα και την αφθονία της φύσης. Τα πρώτα ευρήματα αναπαριστούν αγαλματίδια γυναικείων μορφών με υπερτροφικό στήθος και φαρδύς γλουτούς.

Σχεδόν τίποτα δεν άλλαξε μέχρι και τον 19^ο αιώνα. Η πρώτη σοβαρή προσπάθεια για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας με σαφείς και αναλυτικές διατροφικές οδηγίες, έγινε μόλις το 1867 από το William Banting με το έντυπό του 'Επιστολή προς το Κοινό σχετικά με την Παχυσαρκία', πρόδρομο των σημερινών Guidelines. Στον 20^ο αιώνα η πρόοδος σε όλους τους τομείς της ιατρικής επέτρεψε στους επιστήμονες να ασχοληθούν πλέον διεξοδικά με τη διατροφή και το πρόβλημα της παχυσαρκίας.

Το 1948 η παχυσαρκία αναγνωρίστηκε και επίσημα ως νόσος από τη νέο-ιδρυθείσα Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας που τη συμπεριέλαβε και στη Διεθνή Ταξινόμηση των Παθήσεων (International Classification of Diseases). Όμως το βασικό σκεπτικό της θεραπευτικής προσέγγισης δεν άλλαξε από την εποχή του Ιπποκράτη: Δίαιτα και άσκηση. Πλήθος ειδικών και χιλιάδες δίαιτες. Άλλες φτωχές σε λιπαρά και πλούσιες σε πρωτεΐνες και υδατάνθρακες και άλλες πλούσιες σε λιπαρά και φτωχές σε υδατάνθρακες. Αυτά μέχρι και τη δεκαετία του '50, οπότε σε βοήθεια των διαιτολόγων ήρθαν να προστεθούν για πρώτη φορά και δύο νέες παράμετροι στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Η **φαρμακευτική θεραπεία** και η **χειρουργική** (Γκιζέλη & Καλαντζή, 2009)

1.2 Διατροφή

Η υγιεινή διατροφή παρέχει όλες τις θρεπτικές ουσίες που χρειάζεται το σώμα ώστε να είναι υγιείς. Με την υγιεινή διατροφή, ελαττώνεται ο κίνδυνος καρδιοπαθειών και άλλων παθήσεων, όπως κάποιες μορφές καρκίνου και διαβήτη. Η υγιεινή διατροφή είναι ιδιαίτερα ευεργετική για την καρδιά. Επιδρά με διάφορους τρόπους όπως π.χ. βοηθά να διατηρείται η ποσότητα χοληστερίνης στο αίμα σε φυσιολογικά επίπεδα, στην βελτίωση της αρτηριακής πίεσης και στην διατήρηση του βάρους. (www.rodostoday.gr).

Ο ρόλος της διατροφής στην πρόληψη νοσημάτων είναι πλέον αδιαμφισβήτητος. Η διατροφή όμως που μπορεί να βελτιώσει σημαντικά όλους τους δείκτες υγείας και την ποιότητα ζωής του σύγχρονου ανθρώπου είναι η ποιοτική. Η ποιοτική διατροφή είναι πλήρης σε ωφέλιμα θρεπτικά συστατικά και έχει σκοπό να καλύπτει τις διατροφικές ανάγκες και απαιτήσεις των ατόμων σε κάθε ηλικία (www.logodiatrofis.gr).

Για την επίτευξή της, οι επίσημοι οργανισμοί υγείας έχουν διαμορφώσει συστάσεις που βασίζονται στην κατηγοριοποίηση των τροφίμων σε ομάδες, σε Ομάδες τροφίμων και την τοποθέτηση των ομάδων αυτών στην Πυραμίδα Διατροφής.

Η ποιοτική διατροφή περιλαμβάνει όλα τα **απαραίτητα μάκρο** και **μικροθρεπτικά συστατικά**:

(www.logodiatrofis.gr)

1.2.1 Υδατάνθρακες

Οι υδατάνθρακες διακρίνονται σε τρία είδη:

- § οι μονοσακχαρίτες (όπως γλυκόζη, φρουκτόζη, γαλακτόζη)
- § οι δισακχαρίτες (όπως λακτόζη, μαλτόζη, σακχαρόζη)
- § οι πολυσακχαρίτες (όπως άμυλο, γλυκογόνο)

Το μυστικό των υδατανθράκων βρίσκεται στο διαχωρισμό τους. Ο οργανισμός αντιδρά διαφορετικά στο ένα ή στο άλλο είδος, όλοι όμως καταλήγουν σε γλυκόζη μέσα στο αίμα μας. Αυτό που αλλάζει είναι η ταχύτητα απορρόφησης. Οι ομάδες τροφών οι οποίες περιέχουν αξιόλογα ποσά υδατανθράκων είναι:

- Οι δημητριακοί καρποί και τα όσπρια
- Τα φρούτα
- Τα λαχανικά
- Το γάλα
- Τα συμπυκνωμένα γλυκά

Όταν οι υδατάνθρακες φτάσουν στο αίμα διασπώνται σε μονοσακχαρίτες στον εντερικό σωλήνα και στη συνέχεια εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος. Τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα αυξάνονται και αυτό πυροδοτεί την έκκριση ινσουλίνης. Η ινσουλίνη «αφαιρεί» τη γλυκόζη από το αίμα και η γλυκόζη μεταφέρεται στους μυς και το λιπώδη ιστό.

Οι υδατάνθρακες πρέπει να αποτελούν το 50-55% των συνολικών θερμίδων της ημερήσιας διατροφής διότι δίνουν άμεσα ενέργεια στον οργανισμό (4 θερμίδες ανά γραμμάριο), αλλά είναι και απαραίτητοι για τις λειτουργίες του εγκεφάλου και αυτό γιατί ο εγκέφαλος χρησιμοποιεί τη γλυκόζη σαν πρώτη πηγή ενέργειας (Cook, 2004).

1.2.2 Πρωτεΐνες

Οι πρωτεΐνες αποτελούνται από αμινοξέα. Με λίγα λόγια τα αμινοξέα είναι τα δομικά τους συστατικά. Συνολικά υπάρχουν 20 αμινοξέα, τα οποία απαντώνται σε ποικίλους συνδυασμούς μεταξύ τους. Οκτώ αμινοξέα από αυτά, πρέπει να προσλαμβάνονται με την τροφή μας, γιατί το σώμα μας δεν μπορεί να τα συνθέσει. Για αυτό το λόγο αποκαλούνται και «απαραίτητα» αμινοξέα: βαλίνη, λευκίνη, ισολευκίνη, θρεονίνη, μεθειονίνη, φαινυλαλανίνη, τρυπτοφάνη, λυσίνη.

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται οι λόγοι για τους οποίους χρειαζόμαστε τις πρωτεΐνες στον οργανισμό μας:

Γιατί χρειαζόμαστε τις πρωτεΐνες?	Ανάγκη σε πρωτεΐνες ανά χιλιόγραμμο βάρους σώματος	Πηγές πρωτεϊνών υψηλής ποιότητας, φτωχές σε λίπη
Οι πρωτεΐνες είναι τα πιο σημαντικά δομικά συστατικά για:	<ul style="list-style-type: none"> • βασική ανάγκη (ενήλικες); 0,8 g/kg με 1,0g/kg 	Γαλακτοκομικά προϊόντα με χαμηλά λιπαρά
<ul style="list-style-type: none"> • μυς 	<ul style="list-style-type: none"> • αθλητές αντοχής: 1,1 g/kg με 1,4 g/kg 	Τυριά με χαμηλά λιπαρά (<30% επί ξηρής μάζας)
<ul style="list-style-type: none"> • ορμόνες 	<ul style="list-style-type: none"> • αθλήματα δύναμης: 1,6g/kg με 2g/kg 	Ψάρια
<ul style="list-style-type: none"> • ανοσοποιητικές πρωτεΐνες 		Πουλερικά
<ul style="list-style-type: none"> • ένζυμα 		Όσπρια

(Cook, 2004)

1.2.3 Τα λίπη στη διατροφή μας

Τα λίπη αποτελούνται από λιπαρά οξέα και γλυκερίνη (τριγλυκερίδια). Τα λιπαρά οξέα διαφοροποιούνται αναλόγως του μήκους τους (βραχεία, μέτρια και μακριά αλυσίδα) και αναλόγως του αν είναι κορεσμένα ή ακόρεστα.

Κορεσμένα λίπη	Μονοακόρεστα λίπη	Πολυακόρεστα λίπη
<ul style="list-style-type: none"> στερεά κατάσταση 	<ul style="list-style-type: none"> υγρή κατάσταση 	<ul style="list-style-type: none"> υγρή κατάσταση
<ul style="list-style-type: none"> αυξάνουν τα επίπεδα της χοληστερόλης 	<ul style="list-style-type: none"> θετική επίδραση στα επίπεδα της χοληστερόλης 	<ul style="list-style-type: none"> θετική επίδραση στα επίπεδα της χοληστερόλης
<ul style="list-style-type: none"> περιέχονται κυρίως σε ζωικά λίπη όπως το κρέας, τα λουκάνικα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα, τα τυριά, το βούτυρο 	<ul style="list-style-type: none"> περιέχονται κυρίως σε φυτικά έλαια, τα οποία είναι πλούσια σε ελαικό οξύ, όπως στο ελαιόλαδο, το φυστικέλαιο και εν μέρει στις μαργαρίνες 	<ul style="list-style-type: none"> περιέχονται κυρίως σε φυτικά έλαια, τα οποία είναι πλούσια σε λινολεϊκό οξύ, όπως το καλαμποκέλαιο, το ηλιέλαιο, το σογιέλαιο
<ul style="list-style-type: none"> βούτυρο καρύδας 		<ul style="list-style-type: none"> αλλά επίσης και στο λίπος των ψαριών, όπως η ρέγκα, το σκουμπρί, ο σολομός
<ul style="list-style-type: none"> στερεοποιημένα λιπαρά όπως στα έτοιμα προϊόντα 		

(Cook, 2004)

1.2.4 Βιταμίνες

Οι βιταμίνες ανήκουν στους μικρότερους «ρυθμιστές» του μεταβολισμού μας. Δρουν ως βοηθητικοί παράγοντες πολλών ενζύμων, που θα μπορούσαμε να τους αποκαλέσουμε μεταβολικούς καταλύτες. Οι βιταμίνες (vita=ζωή) είναι ζωτικής σημασίας για το σώμα μας, το οποίο δεν μπορεί να τις παράγει, αλλά τις προσλαμβάνει μέσω των τροφών. Οι βιταμίνες ταξινομούνται ανάλογα με τη διαλυτότητά τους. Στον παρακάτω πίνακα γίνεται αναφορά σε κάποιες από αυτές.

Βιταμίνη	Σημαντική για...	Περιέχεται σε...
<i>Βιταμίνη Α</i>	Μάτια = όραση, βλεννογόνο, αντίσταση στις μολύνσεις	γαλακτοκομικά προϊόντα, συκώτι, κρόκος αυγού, κρέας, ψάρια
<i>Βιταμίνη D</i>	σχηματισμός και καλή διατήρηση των οστών, συμβάλλει στην απορρόφηση του ασβεστίου	γαλακτοκομικά προϊόντα, μωρουνέλαιο
<i>Βιταμίνη Ε</i>	καταστρέφει τις ελεύθερες ρίζες (αντιοξειδωτικός παράγοντας)	φυτικά έλαια, όπως το ηλιέλαιο και το έλαιο από φύτρο σίτου, φιστίκια
<i>Βιταμίνη Κ</i>	πήξη το αίματος	τυριά κρόκος αυγού, <πράσινα λαχανικά>
<i>Βιταμίνη C</i> (ασκορβικό οξύ)	αντιοξειδωτική δράση =προστασία από τις ελεύθερες ρίζες, ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος, σχηματισμός του συνδετικού ιστού, συμμετέχει στη σύνθεση ορμονών, αυξάνει την πρόσληψη του σιδήρου, σταματά την πρόσληψη χαλκού	φρέσκα φρούτα, πατάτες, ξυνολάχανο, λάχανο

(Cook, 2004)

1.2.5 Μέταλλα και ιχνοστοιχεία

Στα θρεπτικά συστατικά εντάσσονται τα μέταλλα και τα ιχνοστοιχεία τα οποία είναι σημαντικά καθώς ρυθμίζουν την καρδιακή λειτουργία, το ισοζύγιο των υγρών, την ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, κτλ. Ποιο αναλυτικά βλέπουμε (Cook, 2004):

Μέταλλα	Σημαντική για...	Περιέχεται σε...
<i>Νάτριο</i>	αποθήκευση νερού	επιτραπέζιο αλάτι
<i>Κάλιο</i>	αφυδάτωση, ρύθμιση της πίεσης του αίματος, λειτουργία καρδιάς	φρέσκα φρούτα, ξερά φρούτα, χυμοί φρούτων
<i>Χλώριο</i>	ο πιο σημαντικός συνοδός του νατρίου και του καλίου, σχηματισμός υδροχλωρικού οξέος στο στομάχι	κοινό επιτραπέζιο αλάτι
<i>Μαγνήσιο</i>	συμμετέχει σε περισσότερες από 300 αντιδράσεις στον οργανισμό, όπως ο ενεργειακός μεταβολισμός, οι μυϊκές συσπάσεις	προϊόντα ολικής άλεσης, φύτρα σίτου, όσπρια, πατάτες, μπανάνες, πράσινα λαχανικά
<i>Ασβέστιο</i>	σταθερότητα των οστών και δοντιών, μεταβίβαση μηνυμάτων στα νεύρα και τους μυς	γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα
<i>Σίδηρος</i>	μεταφορά του οξυγόνου στο αίμα, παραγωγή ενέργειας	κρέας, φακές, κεχρί, προϊόντα ολικής άλεσης, φύτρα φασολιού
<i>Ψευδάργυρος</i>	ανοσοποιητικό σύστημα, επούλωση τραυμάτων, προστασία από τις Ελευθερές ρίζες	κρέας, ψάρια, θαλασσινά, γαλακτοκομικά προϊόντα, προϊόντα ολικής άλεσης

1.3 Τι είναι ο μεταβολισμός

Ο μεταβολισμός είναι το σύνολο των βιοχημικών αντιδράσεων που γίνονται προκειμένου να χρησιμοποιηθούν τα συστατικά της τροφής (πρωτεΐνες , υδατάνθρακες , λιπίδια , βιταμίνες , νερό) για τη λειτουργία του οργανισμού και την κάλυψη των ενεργειακών αναγκών του. Ένα μέρος της ενέργειας που παράγει ο οργανισμός χρησιμοποιείται καθημερινά από τα κύτταρα και τα όργανα του σώματος (καρδιά, συκώτι ,νεφρά , εγκέφαλος για να επιτελέσουν τις βασικές τους λειτουργίες ,αυτός είναι ο λεγόμενος βασικός μεταβολικός ρυθμός . Ο ρυθμός με το οποίο το σώμα σας καίει θερμίδες ονομάζεται μεταβολικός ρυθμός και εμφανίζει μια διαφοροποίηση από άνθρωπο σε άνθρωπο. Ο πιο σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το βασικό μεταβολισμό είναι η μυϊκή μάζα. Επομένως όσο μυώδες είστε τόσο περισσότερες θερμίδες καίτε όσα κι αν είναι τα κιλά σας (Συντώσης, 2008).

1.3.1 Τι επηρεάζει το βασικό μεταβολισμό

Η σύσταση του σώματος

Ο υποσιτισμός

Το στρες

Οι ορμόνες του θυρεοειδούς αδένα

Η ανάπτυξη (Κατσιλάμπρος & Καραμάνη, 2002)

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη συνύπαρξη πολλαπλών και αλληλοσυσχετιζόμενων μεταβολικών διαταραχών, η οποία παρατηρείται συνήθως σε άτομα με αυξημένο σωματικό βάρος και κυρίως σε άτομα με σπλαχνική κατανομή του λίπους (συγκέντρωση του λίπους κυρίως στην κοιλιά).

Τέτοιες διαταραχές είναι η αύξηση των τριγλυκεριδίων, η μείωση της HDL (καλής) χοληστερίνης, η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η αύξηση του ουρικού οξέος και η αύξηση των επιπέδων του σακχάρου. Η συνύπαρξη αυτών των διαταραχών πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου. Αυτά ακριβώς τα άτομα που εμφανίζουν ταυτόχρονα πολλές μεταβολικές διαταραχές έχουν το Μεταβολικό Σύνδρομο.

Έχει μεγάλη σημασία να γνωρίζουμε εάν ένα άτομο έχει Μεταβολικό Σύνδρομο διότι διατρέχουν ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν στο μέλλον καρδιαγγειακά νοσήματα (κυρίως εμφράγματα και εγκεφαλικά επεισόδια), αλλά και σακχαρώδη διαβήτη. Τα δεδομένα αυτά υποστηρίζονται από μεγάλες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες, σε Ευρωπαϊκούς πληθυσμούς, αλλά και στον Ελληνικό πληθυσμό. Το Μεταβολικό Σύνδρομο είναι αρκετά συχνό, ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες κοινωνίες. Στοιχεία από τις μελέτες MetS-Greece και ATTICA έδειξαν ότι περίπου 1 στα 4 ενήλικα άτομα στην Ελλάδα έχει Μεταβολικό Σύνδρομο, δηλαδή περίπου 2,5 εκατομμύρια Έλληνες νοσούν.

Στις μέρες μας κάνουμε ολοένα και περισσότερο καθιστική ζωή, χρησιμοποιούμε το αυτοκίνητο και για την παραμικρή μετακίνηση μας, παίρνουμε το ασανσέρ για να ανεβούμε ακόμη και ένα όροφο. Επιπρόσθετα, τρώμε πολύ περισσότερο από παλαιότερα και λιγότερο υγιεινά. Έχουμε εγκαταλείψει την παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή που περιλάμβανε πολλά όσπρια, φρούτα, ψάρια και λαχανικά και αντίθετα τρώμε τροφές πλούσιες σε ζωικό λίπος και ζάχαρη. Το τελικό αποτέλεσμα είναι να παίρνουμε πολλές θερμίδες που δεν τις καίμε και τελικά αυτές αποθηκεύονται ως λίπος στην κοιλιακή κυρίως χώρα, δηλαδή να προκαλούν παχυσαρκία. (Ελισάφ, 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

2.1 Ορισμός Παχυσαρκίας

Παχυσαρκία είναι η υπερβολική εναπόθεση λίπους στις λιπαροθήκες του σώματος υπό μορφή τριγλυκεριδίων. Αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση Σακχαρώδη Διαβήτη, καρδιαγγειακών επεισοδίων Υπέρτασης, Χολολιθίασης, Ηπατοπάθειας, Οστεοαρθρίτιδες κ.τ.λ. (Ευτυχιάδης, 1981)

Η παχυσαρκία σήμερα αποτελεί ένα από τα σπουδαιότερα διατροφικά προβλήματα για τις προηγμένες κοινωνίες. Πολλοί παράγοντες φαίνεται ότι συμβάλλουν στην αύξηση της συχνότητας με την οποία εμφανίζεται και πολλοί τύποι θεραπείας έχουν δοκιμασθεί, οι οποίες έχουν πιθανότητες επιτυχίας στο βαθμό που το άτομο αλλάζει τελικά τις διατροφικές του συνήθειες.

Η παχυσαρκία είναι μία επιδημία και δεν μπορεί να λυθεί αποσπασματικά, μόνο με την δίαιτα. Η πρόληψη φαίνεται να είναι ο αποτελεσματικότερος τρόπος και ο πλέον μακροχρόνιος.

Παχυσαρκία είναι η παθολογικά αυξημένη εναπόθεση λίπους στο ανθρώπινο σώμα. Αυτή η αύξηση της ποσότητας του σωματικού λίπους, συνεπάγεται βέβαια και αύξηση του σωματικού βάρους. Από το 1948 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας την έχει εντάξει στον κατάλογο των παθήσεων. Ως νόσος ορίζεται κάθε κατάσταση που μειώνει την ποιότητα και την ποσότητα της ζωής (Κακλαμάνος Ι.Η, 2001).

Για τους παχύσαρκους, η ποιότητα ζωής είναι σαφώς μειωμένη αλλά και συντομότερη, αφού εμφανίζουν συχνότερα πολλές και σημαντικές επιπλοκές υγείας, συγκρινόμενοι με άτομα φυσιολογικού βάρους. Πότε κάποιος θεωρείται παχουλός, υπέρβαρος, παχύσαρκος, και πότε χρίζει ιατρικής βοήθειας;

Η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται από υπερβολική εναπόθεση λίπους στις λιπαροθήκες του σώματος. Φυσιολογικά το λίπος, στο σύνολό του, αποτελεί το 15-20% του σωματικού βάρους για τον άνδρα και το 20-25% για τη γυναίκα. Στην παχυσαρκία το ποσοστό αυτό μπορεί να φτάσει το 40%, ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις και το 70% (κακοήθης παχυσαρκία). Η κατανομή αυτού του λίπους είναι γενετικά καθορισμένη (δομικό λίπος) και διαφέρει ανάλογα με το φύλο. Διαφοροποιείται κατά τη διάρκεια της ήβης, κατά την εποχή δηλαδή που αναπτύσσονται τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ο προσδιορισμός της παχυσαρκίας γίνεται μέσω του Δείκτη Μάζας Σώματος, ο οποίος προκύπτει αν διαιρέσουμε το σωματικό βάρος (σε κιλά) με το τετράγωνο του ύψους (σε μέτρα)(www.incardiology.gr).

Δείκτης Μάζας Σώματος = Σωματικό Βάρος (σε κιλά)/Υψος² (σε μέτρα)

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει την κατηγοριοποίηση με βάση το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ):

Ταξινόμηση του Αυξημένου Σωματικού Βάρους και της Παχυσαρκίας			
Κατηγορία	ΔΜΣ	Περιφέρεια Μέσης	Κίνδυνος για Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2, Υπέρταση ή Στεφανιαία Νόσο
Λιποβαρής	<18,5	N ή αυξημένη	N
Φυσιολογικός	18.5-24,9	N ή αυξημένη	N ή αυξημένος
Υπέρβαρος	25-29,9	N ή αυξημένη	Αυξημένος Υψηλός
Παχυσαρκία, τάξης			
I	30-34,9	N ή αυξημένη	Υψηλός, Πολύ υψηλός
II	35-39	N ή αυξημένη	Πολύ υψηλός
III	=ή>40	N ή αυξημένη	Εξαιρετικά υψηλός
<p>N=όχι αυξημένη</p> <p>ΔΜΣ = δείκτης μάζας σώματος = (βάρος σε χιλιόγραμμα) / Ύψος σε μέτρα)²</p> <p>Αυξημένη περιφέρεια μέσης: άνδρες >102 εκ, γυναίκες >88 εκ. Η αύξηση της περιφέρειας της μέσης μπορεί να είναι ένας δείκτης αυξημένου κινδύνου ακόμη και εάν το βάρος του σώματος είναι στα φυσιολογικά όρια</p>			

2.2 Τύποι Παχυσαρκίας

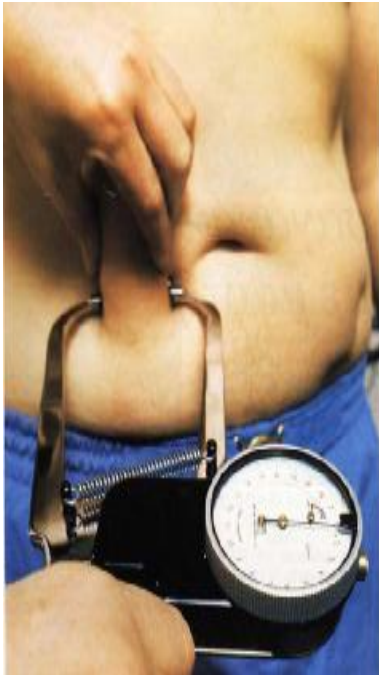
Οι τύποι της παχυσαρκίας είναι:

1. σε ολόκληρο το σώμα (πιο σύνηθες)
2. η «κοιλιακή» παχυσαρκία ή ανδροειδής η οποία αντιμετωπίζεται ευκολότερα
3. η γυναικοειδής «αχλάδι» που αντιμετωπίζεται δυσκολότερα

Από τα τρία είδη παχυσαρκίας η ανδροειδής ή παχυσαρκία σε σχήμα «μήλου» είναι αυτή που ενοχοποιείται περισσότερο για τις επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού (καρδιακή προσβολή).(www.blogspot.com) Όσον αφορά την κατανομή του αυξημένου λιπώδους ιστού στο σώμα διακρίνεται μία μορφή που μπορεί να ονομασθεί εντοπισμένη ή τοπική παχυσαρκία όταν το λίπος συσσωρεύεται κυρίως σε ορισμένες περιοχές και μία άλλη μορφή που είναι η συνηθέστερη που μπορεί να ονομασθεί γενικευμένη παχυσαρκία δεδομένου ότι το λίπος συσσωρεύεται κατά διάχυτο τρόπο τόσο κάτω από το δέρμα, στον υποδόριο ιστό, όσο και στους ιστούς που περιβάλλουν τα εσωτερικά όργανα (Αθανασοπούλου και συν., 2002).

Πιο αναλυτικά τις τελευταίες δύο δεκαετίες πλήθος στοιχείων συνηγορούν ότι η νοσηρότητα της παχυσαρκίας συνδέεται πιο στενά με την κατανομή του λίπους, παρά με το σωματικό βάρος ή το συνολικό ποσό του σωματικού λίπους. Υπάρχουν δύο βασικές μορφές τοπικής κατανομής του λίπους στους παχύσαρκους ασθενείς: ο κεντρικός ή σωματικός ή σπλαχνικός ή ανδροειδής και ο περιφερικός ή μηρογλουτιαίος ή γυναικοειδής. Οι επιλοκές της παχυσαρκίας σχετίζονται περισσότερο με το λίπος που εντοπίζεται στην κοιλιά και λιγότερο με το λίπος που εντοπίζεται στους μηρούς και γλουτούς.

Αν και οι πιο ακριβείς μέθοδοι για τη μέτρηση του κοιλιακού λίπους είναι η υπολογιστική τομογραφία και η μαγνητική τομογραφία, η χρήση τους είναι δαπανηρή και συνεπώς ακατάλληλη για την εφαρμογή σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες (Τσίγκος,2003).



Μέτρηση του κοιλιακού λίπους



Μέτρηση περιμέτρου γοφών
waist-to-hip ratio

2.3 Επιδημιολογία

Η παχυσαρκία αποτελεί μια χρόνια διαταραχή του μεταβολισμού, που σχετίζεται με αντίσταση στην ινσουλίνη, αρτηριακή υπέρταση και διαταραχές των λιπιδίων (αυξημένα τριγλυκερίδια και ελαττωμένη HDL-χοληστερόλη). Το σύνολο των παραπάνω αποτελούν το μεταβολικό σύνδρομο, κυριότερη συνέπεια του οποίου είναι η αρτηριοσκλήρυνση και η καρδιαγγειακή νόσος. Η παχυσαρκία έχει χαρακτηριστεί ως “επιδημία” του σύγχρονου και όχι μόνο πολιτισμού, αφού οι ρυθμοί με τους οποίους αυξάνεται έχουν πάρει μεγάλες διαστάσεις. Το 60% περίπου των Αμερικανών είναι υπέρβαροι (δείκτης μάζας σώματος [BMI]>25 Kg/m²) ή παχύσαρκοι (BMI>30).

Στην Ευρώπη την τελευταία 10ετία παρατηρείται αύξησή της κατά 10-40% και πιο συγκεκριμένα το 10-20% των ανδρών και το 10-25% των γυναικών είναι παχύσαρκοι. Ακόμα και στην Αφρική, από μελέτες που έγιναν σε ορισμένες περιοχές, αποδείχθηκε ότι υπάρχει αύξηση της συχνότητας της παχυσαρκίας κυρίως μεταξύ των μαύρων γυναικών, συγκεκριμένων κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Τέλος στις Ανατολικές χώρες μεγαλύτερο ποσοστό παχυσαρκίας εμφανίζουν οι γυναίκες (Μέση Ανατολή, Κίνα) ενώ στην Ιαπωνία οι παχύσαρκοι άντρες διπλασιάστηκαν από το 1982 (Obesity, 2000).

Η παχυσαρκία σχετίζεται με την ηλικία, το φύλο, την φυλή και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Στις ΗΠΑ υπερέχουν οι γυναίκες με 35% μεταξύ 55-64 ετών έναντι των ανδρών με 31% και ηλικίες 65-74. Μεγάλα ποσοστά παχυσαρκίας εμφανίζονται μεταξύ ατόμων χαμηλού μορφωτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και μεταξύ ατόμων της μαύρης φυλής συγκριτικά με την λευκή.

Πρώην καπνιστές είναι συχνότερα παχύσαρκοι από καπνίζοντες και από άτομα που δεν κάπνισαν ποτέ. Το 1958 ο οικονομολόγος John Kenneth Galbraith ανέφερε πως, στις Η.Π.Α., στην κοινωνία της αφθονίας, περισσότεροι πεθαίνουν από υπερβολική λήψη τροφής παρά από ασιτία.

Οι παρατηρήσεις αυτές ισχύουν περισσότερο στις ημέρες μας από ό,τι στις ημέρες της δεκαετίας του '50. Σήμερα το ένα τρίτο των Αμερικανών είναι υπέρβαροι. Έχει υπολογισθεί ότι στις Η.Π.Α οι παχύσαρκοι ενήλικες (BMI \geq 30kg/m²) αυξήθηκαν από 13% σε 35% κατά τη τριακονταετία 1960-1990.

Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα αντίστοιχων επιδημιολογικών ερευνών σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες. Το 40% των γυναικών και το 24% των ανδρών προσπαθούν να χάσουν βάρος με κάποιο τρόπο, χρησιμοποιώντας δίαιτες, άσκηση, τροποποίηση της συμπεριφοράς ως προς τη διατροφή και φάρμακα. Η απώλεια βάρους ανέρχεται περίπου στο 10% του βάρους τους. Από αυτούς το ένα ως δύο τρίτα του απολεσθέντος βάρους το επανακτούν τον πρώτο χρόνο και σχεδόν όλο στα επόμενα πέντε χρόνια. Επίσης ένα ποσοστό 28% προσπαθεί να διατηρήσει το βάρος του, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό, κυρίως νέων γυναικών, που έχουν φυσιολογικό βάρος προσπαθούν με κάποιο τρόπο να αδυνατίσουν.

Υπολογίζεται ότι στην Β.Αμερική το 0,6% των ανδρών και το 2,5% των γυναικών, δηλαδή πάνω από 1,5 εκατομμύρια άτομα, πάσχουν από νοσηρή παχυσαρκία ($\Delta\text{ΜΣ} \geq 40$). Το 1,9% των ανδρών και το 4,3% των γυναικών, δηλαδή περίπου 4 εκατομμύρια, έχουν $\Delta\text{ΜΣ}$ 35 – 40.50. Ανάλογα ποσοστά αναφέρονται και στη Δυτική Ευρώπη, ενώ σε άλλες κοινωνίες τα ποσοστά της παχυσαρκίας είναι εξαιρετικά υψηλά (Αγάλου, 2008).

Το ετήσιο υγειονομικό κόστος στις Η.Π.Α για τις σχετιζόμενες με την παχυσαρκία ασθένειες, ανήλθε από 39 δισεκατομμύρια \$ το 1993 σε 100 δισεκατομμύρια \$ το 1998, αντιπροσωπεύοντας το 5,5% των ετήσιων δαπανών για την υγεία⁵¹ και δικαιολογώντας έτσι την άποψη, ότι η παχυσαρκία αποτελεί μία σύγχρονη «μάστιγα» της υγείας του κοινωνικού συνόλου.

Τέλος, στην Αμερική υπολογίζεται ότι πάνω από το ένα τρίτο του πληθυσμού είναι παχύσαρκοι, ενώ δραματική είναι η αύξηση των ποσοστών και στην Ευρώπη όπου η παχυσαρκία αγγίζει το 30%.

Με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα κατά της Παχυσαρκίας, ο Πρόεδρος της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας, κ. Κίορτση Δημ. και το μέλος της διοίκησης της Εταιρείας κ. Παπάζογλου , ανέφεραν ότι τα ποσοστά παχυσαρκίας στην Ελλάδα τα τελευταία 5 χρόνια έχουν αυξηθεί κατά 20% (Αγάλου, 2008).

Επικαλούμενοι ευρήματα σειράς επιδημιολογικών μελετών, οι επιστήμονες τόνισαν ότι ο ελληνικός πληθυσμός εμφανίζεται όλο και πιο παχύσαρκος. Την ώρα που Σκανδιναβικές χώρες εμφανίζουν σταθεροποίηση στα ποσοστά παχυσαρκίας, στη χώρα μας υπάρχει ακόμη αυξητική τάση. Τα στοιχεία δείχνουν ότι είναι παχύσαρκοι ή υπέρβαροι ένας στους τέσσερις άνδρες, μία στις πέντε γυναίκες, ένα στα τρία αγόρια και ένα στα τέσσερα κορίτσια.

Σύμφωνα με τους ειδικούς, η παχυσαρκία «ενοχοποιείται» για το 8% έως 10% των κρουσμάτων καρκίνου, ενώ συνδέεται στενά και με 20 ακόμη σοβαρές παθήσεις. Διαβήτης, στηθάγχη, έμφραγμα, υπέρταση, υπνική άπνοια, υπογονιμότητα και κατάθλιψη, είναι ορισμένες από αυτές.

Ανησυχητικά είναι και τα ευρήματα μελέτης που διεξήχθη από την επιστημονική ομάδα «Λόγω Διατροφής», σε 750 παιδιά ηλικίας 7 έως 12 ετών σε καλοκαιρινή κατασκήνωση του Δήμου Γαλασίου. Οι επιστήμονες διαπίστωσαν ότι ένα στα τρία παιδιά είναι υπέρβαρο και δύο στα πέντε εμφανίζουν σωματικό βάρος πάνω από το φυσιολογικό. Το 28,1% βρέθηκαν να έχουν βάρος πάνω από το φυσιολογικό, ενώ το 10,3% ήταν παχύσαρκα.

Τα κορίτσια εμφάνισαν χειρότερη εικόνα, καθώς το 30,6% βρέθηκαν να είναι υπέρβαρα και το 11,6% παχύσαρκα, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στα αγόρια ήταν 26,5% και 9,5% (www.ethnos.gr).



2.4 Αίτια της Παχυσαρκίας

2.4.1 Κληρονομικότητα

Η παχυσαρκία είναι ουσιαστικά μία πολυπαραγοντική νόσος και υποδηλώνει σημαντική αλληλεπίδραση γενετικών παραγόντων και περιβάλλοντος σε όλα τα κυτταρικά επίπεδα, από την έναρξη, τη μεταγραφή ως και την έκφραση. Αν και από παλαιότερα είχε αναγνωριστεί ότι η παχυσαρκία είναι οικογενής πάθηση, η ύπαρξη και η σημασία των κληρονομικών παραγόντων από τους συγγενείς ήταν υπό αμφισβήτηση. Μελέτες σε οικογένειες και διδύμους βοήθησαν στην απόδειξη της κληρονομικότητας, παρουσιάζοντας ποσοστά παχυσαρκίας 5%-90% σε μονοωγενή δίδυμα και 30%-50% σε μέλη της ίδιας οικογένειας.

Παρακάτω αναφέρονται τα γενετικά και περιβαλλοντικά και νευροενδοκρινικά αίτια χωριστά, αλλά πρέπει να τονισθεί ότι υπάρχει σημαντική αλληλοκάλυψη και αλληλεπίδραση. Μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις –εξαιρέσεις- είναι δυνατό να απομονωθούν μεμονωμένοι αιτιολογικοί παράγοντες. Επί του παρόντος είναι αδύνατο στις περισσότερες περιπτώσεις να διαχωριστεί η αιτιολογία από την παθογένεση ή από τα σχετιζόμενα παθοφυσιολογικά φαινόμενα (Κατσιλάμπρος,2002).

2.4.2 Αιτιοπαθογένεια της παχυσαρκίας

Υπερβολική αποθήκευση λίπους στο σώμα ενός ατόμου επέρχεται, όταν η συνολική πρόσληψη ενέργειας (με τη μορφή τροφής) υπερβαίνει την κατανάλωση ενέργειας (με τη μορφή του μεταβολισμού εν ηρεμία και της επιπλέον φυσικής δραστηριότητας). Άρα η υπερβολική λήψη ή η χαμηλή κατανάλωση ενέργειας μπορεί να αποτελούν κύριους παράγοντες υπεύθυνους για την παχυσαρκία.

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, φαίνεται ότι και οι δύο παράγοντες δρουν μαζί. Τι προκαλεί αυτή τη διαταραχή στο ισοζύγιο δεν είναι ξεκάθαρο.

Ο καθορισμός της πρόσληψης και της κατανάλωσης ενέργειας στην παχυσαρκία είναι δύσκολος για δύο λόγους. Πρώτον, η ακριβής μέτρηση της πρόσληψης και της κατανάλωσης ενέργειας είναι δυσχερής. Δεύτερον, οι δύο παράμετροι συνδέονται λειτουργικά, έτσι ώστε η χρόνια αύξηση στην πρόσληψη τροφής προκαλεί αύξηση στην κατανάλωση ενέργειας και αντιστρόφως.

Το γεγονός ότι το βάρος είναι σχετικά σταθερό στα περισσότερα άτομα για μεγάλο χρονικό διάστημα και ότι μονογονιδιακές ανωμαλίες επηρεάζουν την πρόσληψη αλλά και την κατανάλωση ενέργειας, υπαγορεύει την ύπαρξη ενός φυσιολογικού συστήματος για τη συνεχή ρύθμιση του ενεργειακού ισοζυγίου. Η πρωτεΐνη λεπτίνη είναι ικανή να ρυθμίζει την πρόσληψη τροφής αλλά και την κατανάλωση ενέργειας επιδρώντας κυρίως στον εγκέφαλο. Η χορήγηση λεπτίνης ελαττώνει την έκφραση του νευροπεπτιδίου Υ (NPY) και διορθώνει όλες τις διαταραχές (υπερφαγία, μειωμένη θερμογένεση και αντίσταση στην ινσουλίνη) (Σφηκάκης, 1996).

Οι βρετανοί ερευνητές ανέλυσαν το DNA 300 πολύ παχιών παιδιών και βρήκαν ενδείξεις ότι η απουσία από το χρωμόσωμα 16 ορισμένων τμημάτων του γενετικού κώδικα δημιουργεί προβλήματα, επειδή, μεταξύ άλλων, αφαιρεί ένα γονίδιο (το SH2B1), το οποίο ο εγκέφαλος χρειάζεται για να ρυθμίζει την ορμόνη λεπτίνη που ελέγχει την όρεξη. Η συνέπεια είναι ότι τα παιδιά με αυτή τη γενετική ανωμαλία είναι συνεχώς πολύ πεινασμένα και θέλουν να τρώνε συνέχεια.

Ενώ προηγούμενες έρευνες είχαν εντοπίσει συγκεκριμένα γονίδια που συμβάλλουν στην παχυσαρκία όταν υποστούν βλάβη, η νέα έρευνα αναζήτησε μεγαλύτερα τμήματα του DNA που εμπλέκουν περισσότερα γονίδια. Το γενετικό σφάλμα στο χρωμόσωμα 9 αφορά συνολικά εννέα γονίδια. Οι ερευνητές ευελπιστούν ότι η περαιτέρω έρευνα στη συγκεκριμένη περιοχή του χρωμοσώματος μπορεί να οδηγήσει στην ανακάλυψη και άλλων γονιδίων που σχετίζονται με την παχυσαρκία.

(<http://www.athina984.gr>)

Το σωματικό βάρος όμως επηρεάζεται και από πολλούς επιπρόσθετους παράγοντες. Για παράδειγμα, ένας λόγος για τον οποίο ένα άτομο προσλαμβάνει περισσότερη τροφή είναι γιατί η τροφή έχει ωραία γεύση και βρίσκεται εύκολα. Η υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος της διατροφής των Δυτικών χωρών είναι επίσης σημαντική.

Υπάρχουν και άλλοι παράγοντες αναμφίβολα που παίζουν ρόλο. Ισχυρές γενετικές επιδράσεις είναι φανερές, αυτές δε που έχουν περιγραφεί μέχρι σήμερα αφορούν στην κατανάλωση ενέργειας.³⁶ Πράγματι, ένας σχετικά χαμηλός μεταβολικός ρυθμός ηρεμίας το 24ωρο είναι παράγοντας κινδύνου για επακόλουθη αύξηση του βάρους. Ένα σημαντικό πρόβλημα είναι ο διαχωρισμός των πρωτογενών από τα δευτερογενή γεγονότα. Για παράδειγμα, η φυσική δραστηριότητα μειώνεται πάντα μαζί με τη σοβαρή παχυσαρκία, αλλά αυτό δε σημαίνει ότι υπάρχει κατά τη γένεση της παχυσαρκίας. Σίγουρα η παχυσαρκία σχετίζεται με μία απορύθμιση του συστήματος διατήρησης του φυσιολογικού ενεργειακού ισοζυγίου και όταν το υπερβάλλον βάρος εγκατασταθεί, ουσιαστικά πάντα σχετίζεται με αυξημένη πρόσληψη τροφής. Πιο συγκεκριμένα:

2.4.2.α Γενετικά αίτια (σπάνια)

A. Σύνδρομα που περιλαμβάνουν παχυσαρκία

- Ø Prader-Willi
- Ø Bardet-Biedl
- Ø Cohen

B. Χρωμοσωμικές ανωμαλίες

- Ø έλλειψη λεπτίνης
- Ø έλλειψη πρωτεΐνης σχετιζόμενης με το Acpr30
(συμπλήρωμα λιποκυττάρου)
- Ø ανωμαλίες της ορεξιογόνου ορμόνης

Γ. Ευπάθεια σε περιβαλλοντικούς παράγοντες

- Ø υπερπυκνότης των υποδοχέων γεύσης της γλώσσας
- Ø πολυμορφισμός του γονιδίου του μεταφορέα της σεροτονίνης
- Ø ανωμαλίες του γονιδίου του υποδοχέα της ντοπαμίνης

2.4.2.β Περιβαλλοντικά αίτια

A. Διατροφικά

- Ø ενδομήτρια (υπερθρεψία και υποθρεψία)
- Ø βρεφική διατροφή (θηλασμός έναντι τυποποιημένου γάλακτος)
- Ø δίαιτα
 - α. ταχύτητα σίτισης
 - β. ζαχαρούχα ποτά

B. Μειωμένη φυσική δραστηριότητα

- Ø ενασχόληση με το διαδίκτυο και τηλεόραση
- Ø αστικός τρόπος ζωής

Γ. Τραύμα

- Ø νευρολογικό
 - α. μετεγχειρητική
 - β. κρανιοεγκεφαλική κάκωση

- Ø ψυχολογικό (π.χ. μετατραυματική αγχώδης διαταραχή)
 - α. παιδική κακοποίηση
 - β. βιασμός

Δ. Φάρμακα

- Ø στεροειδή
- Ø ψυχοτρόπα φάρμακα

Ε. Κοινωνικά

- Ø Οικονομικά
- Ø εθνικά

2.4.2.γ Νευροενδοκρινικά αίτια (σπάνια)

A. Υποθαλαμικά-υπόφυσης

B. Γοναδικά (π.χ. σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών)

Γ. *Επινεφριδικά* (π.χ. Cushing)

Δ. *Θυρεοειδικά*

Ε. *Παγκρεατικά* (π.χ. υπερινσουλιναμία) (Κατσιλάμπρος,2002)

2.4.3 Περιβαλλοντικές επιδράσεις

Όποια και να είναι η φύση κάθε γενετικής προδιάθεσης προς την παχυσαρκία, είναι σαφές ότι τα σχετικά επίπεδα πρόσληψης και κατανάλωσης ενέργειας, είναι μεγάλης σημασίας στη διευκόλυνση της απόκτησης του υπερβάλλοντος βάρους. Αναμφίβολα, το περιβάλλον παίζει έναν κρίσιμο ρόλο στην έκφραση της γενετικής προδιάθεσης. Ο ειδικός γενετιστής της παχυσαρκίας Claude Bouchard σημειώνει ότι, ακόμη και αν η παχυσαρκία απορρέει από τη βλάβη σε ένα γονίδιο «κλειδί» υπεύθυνο για τη ρύθμιση του ενεργειακού ισοζυγίου και παρά την απόδειξη προδιαθεσικών γονιδίων, η επιδημία της παχυσαρκίας οφείλεται κυρίως στον τρόπο που ζούμε (Παπαλαζάρου, 2008).

Οι περισσότερες περιπτώσεις παχυσαρκίας στον άνθρωπο φαίνεται ότι αντανακλούν το αποτέλεσμα μίας σύνθετης αλληλεπίδρασης μεταξύ πολλαπλών γονιδίων και του περιβάλλοντος. Αν και η «σοβαρή» παχυσαρκία συναντάται σε οποιοδήποτε κοινωνικό στρώμα, στις ανεπτυγμένες χώρες άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού είναι πιο πιθανό να είναι παχύσαρκα, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι γυναίκες υψηλού οικονομικού επιπέδου είναι συχνότερα παχύσαρκες.

Στα παιδιά η επίπτωση της παχυσαρκίας συνδέεται με τις ώρες που παρακολουθούν τηλεόραση, πιθανώς γιατί γίνονται αποδέκτες διαφημίσεων τροφών πλούσιων σε λίπος, καταναλώνουν «σνακς» και γιατί πρόκειται για καθιστική ενασχόληση (Παπαβραμίδης,2002).

Στα πλαίσια αυτά, η σπουδαιότερη περιβαντολλογική μεταβολή μπορεί να είναι η σαφώς τεκμηριωμένη αλλαγή του συνήθους τύπου διαίτας και της φυσικής δραστηριότητας που παρατηρείται στις βιομηχανικές χώρες.

Παρατηρείται σήμερα μία σημαντική αύξηση στην πρόσληψη λιπών, ειδικά κορεσμένων, συνοδευόμενη από μία ελάττωση του επιπέδου της σωματικής άσκησης. Ακόμη και σε χώρες με παραδοσιακά «υγιή» διατροφή, όπως τα κράτη της Νότιας Ευρώπης, ο κόσμος σήμερα τρώει περισσότερο λίπος από ό,τι στο παρελθόν. Μέρος του προβλήματος μπορεί να είναι το ότι οι άνθρωποι έχουν μία έμφυτη τάση στη λιπαρή διατροφή. Σε πολλές τροφές, το λίπος είναι αυτό που προσφέρει περισσότερο άρωμα και «γεύση». Πιστεύεται ότι το λίπος στέλνει ασθενή μηνύματα κορεσμού από το γαστρεντερικό σωλήνα στα κέντρα ελέγχου της όρεξης στον εγκέφαλο.

Αυτή η κατάσταση έρχεται σε αντίθεση με αυτή που δημιουργείται από τα άλλα θρεπτικά συστατικά. Υπάρχει γενική συμφωνία ότι η πρωτεΐνη έχει ισχυρή δράση στον κορεσμό και υπάρχει απόδειξη ότι οι υδατάνθρακες προκαλούν αποτελεσματική αναστολή της όρεξης βραχυπρόθεσμα όμως.

Επιπλέον ο καλύτερος τρόπος αποθήκευσης πολλών θερμίδων είναι με τη μορφή του λίπους. Είναι δυσκολότερο για τον οργανισμό να μετατρέψει την περίσσεια υδατανθράκων ή πρωτεϊνών σε λίπος.

Σύμφωνα με την εξελικτική ψυχολογία, οι άνθρωποι διατηρούν μία προτίμηση για τροφές που μπορούν να αποθηκεύσουν, σε μία βιολογική άμυνα κατά της «πείνας». Στις βιομηχανικές χώρες είναι σπάνιο για τους ανθρώπους να πεινάσουν, αλλά ο οργανισμός είναι ακόμη προσαρμοσμένος να αποθηκεύει το λίπος (Σταθοπούλου, 2002).

2.5 Κίνδυνοι συνδεδεμένοι με την παχυσαρκία

Η παχυσαρκία μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα τόσο ψυχολογικά και κοινωνικά, όσο και σωματικά. Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα είναι τα πιο σημαντικά γιατί το παχύσαρκο άτομο απομονώνεται από το κοινωνικό σύνολο και συνήθως καταφεύγει σε έντονες και εσφαλμένες δίαιτες για 2-3 ημέρες, ενώ μετά παρουσιάζει υπερφαγία, που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του βάρους και την εκδήλωση διαταραχών της διατροφικής συμπεριφοράς (ανορεξία, βουλιμία).

Τα σωματικά προβλήματα που δημιουργεί η παχυσαρκία είναι πρώτα απ' όλα στα πόδια και τη μέση από την αύξηση του βάρους. Τα οστά είναι φτιαγμένα για να σηκώνουν ένα φυσιολογικό βάρος και όχι διπλάσιο, τριπλάσιο και πολλές φορές περισσότερο (Συντώσης, 2008).

Η καρδιά επίσης αποκτά προβλήματα καθώς η παχυσαρκία αυξάνει την πίεση και προδιαθέτει για αρτηριοσκλήρυνση. Αναλυτικότερα οι επιπλοκές της παχυσαρκίας είναι οι εξής:



2.5.1 Πρόωροι θάνατοι

Εκτιμάται ότι στην Αμερική 300,000 θάνατοι το χρόνο μπορεί να αποδίδονται στη παχυσαρκία. Ο κίνδυνος του θανάτου μεγαλώνει με την αύξηση του βάρους. Άτομα που είναι παχύσαρκα (με δείκτη σωματικής μάζας $>30\%$) έχουν 50 με 100% αυξημένο κίνδυνο πρόωγου θανάτου, από άλλες αιτίες, σε σύγκριση με άτομα που έχουν υγιές βάρος.

2.5.2 Καρδιακές παθήσεις

Τα συμπτώματα των καρδιακών παθήσεων (καρδιακή προσβολή, καρδιακή ανεπάρκεια, πόνος στο στήθος αρρυθμίες κλπ) είναι αυξημένα στα άτομα που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα (με $\Delta\text{ΜΣ}>25$). Η υψηλή πίεση είναι διπλάσια, συνήθως στους ενήλικες που είναι παχύσαρκοι σε σχέση με εκείνους που είναι σε υγιές βάρος.

Η παχυσαρκία συσχετίζεται με τα αυξημένα τριγλυκερίδια (λίπος στο αίμα) και την μειωμένη καλή χοληστερίνη (HDL).

2.5.3 Διαβήτης

Το επιπλέον βάρος των 11-18 κιλών αυξάνει τον κίνδυνο της ανάπτυξης του διαβήτη τύπου 2, δύο φορές περισσότερο από ότι στ' άτομα που δεν έχουν αποκτήσει βάρος. Πάνω από το 80% των ανθρώπων με διαβήτη, είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι.

(www.vitaequalis.gr)

2.5.4 Το μεταβολικό σύνδρομο X

Ένα σύνολο καταστάσεων που συνδέονται με την κεντρική ή ανδροειδή παχυσαρκία συνιστούν το μεταβολικό σύνδρομο ή σύνδρομο X ή το μεταβολικό σύνδρομο αντοχής στην ινσουλίνη. Αρχικά το σύνδρομο αποτελούσαν η παχυσαρκία, η ανοχή στην ινσουλίνη, η υπέρταση και η δυσλιπιδαιμία (κυρίως η υπερτριγλυκεριδαιμία και η χαμηλή HDL χοληστερόλη) αλλά στη συνέχεια περιέλαβε την υπερουριχαιμία (ουρική αρθρίτιδα) και τη θρομβογένεση (αυξημένα επίπεδα ινωδογόνου, αναστολέα του ενεργοποιητή του πλασμινογόνου 1 και μειωμένη ινωδόλυση).

Το φαινόμενο της ανοχής στην ινσουλίνη ή της παθολογικής ανοχής στη γλυκόζη, θεωρούνται υποχρεωτικές πρόδρομες διαταραχές του μη ινσουλινοεξαρτώμενου σακχ. διαβήτη τύπου 2 και είναι κοινές στις περισσότερες καταστάσεις της «μεταβολικής παχυσαρκίας» (Ελισάφ, 2009).

Η ανοχή στην ινσουλίνη, η οποία συνίσταται στη μειωμένη ευαισθησία των ιστών όπως το ήπαρ, οι μύες και ο λιπώδης ιστός στη δράση της ινσουλίνης εξελίσσεται από το στάδιο της υπεργλυκαιμίας με τη φόρτιση γλυκόζης στην υπεργλυκαιμία της νηστείας και την υπερινσουλιναίμια και τέλος στην εκδήλωση σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2.

Περιγράφονται ινσουλινοευαίσθητες και ινσουλινοάντοχες μορφές σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό αν η παχυσαρκία υφίσταται χωρίς συνυπάρχουσα διαταραχή της ανοχής στη γλυκόζη (Ελισάφ, 2009)

2.5.5 Καρκίνος

Το υπερβάλλον βάρος και η παχυσαρκία, είναι συνδεδεμένα με τον αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης για ορισμένα είδη καρκίνου, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του ενδομήτριου του εντέρου, της χοληδόχου κύστης, του προστάτη, των νεφρών και στην εμμηνόπαυση του καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες που απέκτησαν βάρος περισσότερο από 20 κιλά από τα 18 μέχρι τη μέση ηλικία, διπλασιάζουν τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού στην εμμηνόπαυση, συγκριτικά με τις γυναίκες που το βάρος τους παρέμεινε σταθερό (Κατσιλάμπρος&Καραμάνη,2002).

2.5.6 Αναπνευστικά Προβλήματα

Η διακοπή της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου είναι συνηθέστερη στα παχύσαρκα άτομα. Η παχυσαρκία συνδέεται με την αύξηση των πιθανοτήτων να προκληθεί άσθμα.

2.5.7 Εκφυλιστική Νόσος των Αρθρώσεων

Για κάθε αύξηση βάρους 2 κιλών, ο κίνδυνος ανάπτυξης της αρθρίτιδας αυξάνεται από 9% σε 13%. Τα συμπτώματα της αρθρίτιδας μπορούν να βελτιωθούν με την απώλεια βάρους.

Κάθε επιπλέον κιλό διπλασιάζεται στα γόνατα και τετραπλασιάζεται στη μέση.

2.5.8 Γυναικολογικές-Μαιευτικές Επιπλοκές

Η παχυσαρκία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι συνδεδεμένη με τον αυξημένο κίνδυνο θανάτου και στους δύο στο μωρό και στη μητέρα και αυξάνει τον κίνδυνο της υψηλής μητρικής πίεσης 10 φορές περισσότερο. Πέραν όλων των άλλων επιπλοκών που εμφανίζουν οι παχύσαρκες γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν διαβήτη κύησης και προβλήματα με τον τοκετό. Τα βρέφη που γεννήθηκαν από γυναίκες που είναι παχύσαρκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πιο πιθανό να είναι υπέρβαρα. Οι γυναίκες αυτές έχουν υψηλότερες πιθανότητες να προχωρήσουν σε τοκετό με καισαρική, ενώ στα νεογνά υπάρχει υψηλός κίνδυνος εμφάνισης χαμηλού σακχάρου (που μπορεί να είναι συνδεδεμένο με εγκεφαλική βλάβη και επιληψία). Η παχυσαρκία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι συνδεδεμένη με τον υψηλό κίνδυνο γενετικών ανωμαλιών, κυρίως στα νεύρα και στη σπονδυλική στήλη.

2.5.9 Πρόσθετες συνέπειες στην Υγεία

Το υπερβάλλον βάρος και η παχυσαρκία συνδέονται με τον αυξανόμενο κίνδυνο ασθένειας της χοληδόχου κύστης, και αυξημένο χειρουργικό κίνδυνο. Η παχυσαρκία μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής μέσω της περιορισμένης κινητικότητας και της μειωμένης φυσικής αντοχής καθώς και μέσω κοινωνικών, ακαδημαϊκών και επαγγελματικών διακρίσεων (Pryke, 2009)

2.6 Μύθοι και Αλήθειες

Το ιδανικό βάρος είναι ζητούμενο τόσο για λόγους καλλωπιστικούς όσο και κυρίως για λόγους υγείας. Παραμένει, ωστόσο, «άπιαστο όνειρο» για όλο και περισσότερους ανθρώπους στον ανεπτυγμένο κόσμο, αφού ο σύγχρονος τρόπος ζωής (έλλειψη κίνησης, τρόφιμα με πολλά λιπαρά και ζάχαρη, γρήγορο φαγητό και σε αφθονία) ευνοούν την παχυσαρκία. Όσο λοιπόν η ασθένεια της εποχής, η παχυσαρκία, αποκτά διαστάσεις επιδημίας τόσο βρίσκουν εύφορο έδαφος διάφορες «λύσεις» και ανθούν κάθε είδους διαδόσεις σε σχέση με το τι πρέπει να κάνει κάποιος που προσπαθεί να χάσει βάρος. Ο παθολόγος - διατροφολόγος κ. Γιώργος Πανοτόπουλος μας βοηθάει να ξεκαθαρίσουμε το τοπίο.

1. Μερικοί παχαίνουν ευκολότερα από άλλους (σωστό). Όλοι οι άνθρωποι δεν είναι ίσοι απέναντι στις θερμίδες, δυστυχώς. Ο βασικός μεταβολισμός κάθε ανθρώπου, οι θερμίδες δηλαδή που καταναλώνει καθημερινά για να ζήσει ο οργανισμός ανεξάρτητα από τον τρόπο ζωής, ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία, την κληρονομικότητα αλλά και το πόσο ανεπτυγμένο μυϊκό σύστημα έχει κάποιος. Η άσκηση μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση του βασικού μεταβολισμού ενός ατόμου. Από την άλλη, η γνωστή φράση «παχαίνω με τον αέρα» δεν ανταποκρίνεται απολύτως στην πραγματικότητα. Συνήθως οι άνθρωποι που είναι παχύσαρκοι τρώνε περισσότερο από τους κανονικούς.

2. Αν κάνω μια δίαιτα και χάσω γρήγορα κάποια κιλά, μετά θα μπορέσω να σταθεροποιήσω το βάρος μου (λάθος). Τα κιλά που θα φύγουν με μια γρήγορη δίαιτα είναι κυρίως νερό και όχι λίπος.

Έτσι, όταν σταματήσουμε τη δίαιτα, έπειτα από λίγο, θα κερδίσουμε και πάλι το χαμένο βάρος. Επίσης, οι στερητικές δίαιτες οδηγούν τους διαιτώμενους σε υπερβολές αμέσως μετά τη διακοπή τους.

3. Έκοψα το τσιγάρο και πήρα κιλά (σωστό). Εκτός από το γεγονός ότι συχνά οι διακόπτοντες το κάπνισμα αντικαθιστούν το τσιγάρο με λιχουδιές, στην πραγματικότητα ένα πακέτο τσιγάρα μας κάνει να ξοδεύουμε περίπου 200 θερμίδες παραπάνω ημερησίως, κατά μέσον όρο.

4. Η μεσογειακή διατροφή εξασφαλίζει το ιδανικό βάρος (λάθος). Η μεσογειακή διατροφή αποτελεί υγιεινή διατροφή εφόσον δεν συνοδεύεται από υπερβολές. Σαλάτα με μπόλικο ελαιόλαδο σημαίνει πολλές θερμίδες. Άλλωστε, η μεσογειακή διατροφή πρέπει να συνοδεύεται και από «μεσογειακές» συνήθειες ζωής, δηλαδή ανάλογη κίνηση, περπάτημα.

5. Οι συχνές δίαιτες παχαίνουν (σωστό). Είναι προτιμότερο να έχει κάποιος σταθερό βάρος ακόμα και αν αυτό είναι παραπάνω από το κανονικό παρά να χάνει και να παίρνει κιλά. Το φαινόμενο του «γιο-γιο» καταστρέφει το μυϊκό σύστημα και κατ' επέκταση το μεταβολισμό του ατόμου με αποτέλεσμα... την παχυσαρκία.

6. Οι χημικές δίαιτες έχουν σίγουρα αποτελέσματα (λάθος). Τα αποτελέσματα μιας χημικής δίαιτας όχι μόνο είναι αμφίβολα, αλλά συχνά είναι και επιζήμια για την υγεία. Η αρχική τους επιτυχία βασίζεται στο γεγονός ότι ο οργανισμός αντιδρά στο σοκ που μπορεί να του προκαλέσει μια τέτοια δίαιτα.

7. Υπάρχουν θερμίδες που καίγονται πιο αργά και άλλες που καίγονται πιο γρήγορα (λάθος). Δεν είναι έτσι ακριβώς τα πράγματα.

Απλώς υπάρχουν τροφές, όπως τα γλυκά, που αυξάνουν απότομα τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα. Έτσι σύντομα έρχεται το αίσθημα του κορεσμού. Πολύ γρήγορα όμως, όταν το επίπεδο του σακχάρου πέσει, επανέρχεται δριμύτερο το αίσθημα της πείνας. Πρακτικά, λοιπόν, όταν τρώμε κάποιες τροφές πεινάμε συντομότερα και άρα εξασφαλίζουμε την κατανάλωση περισσότερων θερμίδων.

8. Για να χάσω κιλά πρέπει να κάνω δίαιτα (λάθος). Αυτό συνήθως διαλέγουμε να κάνουμε. Ωστόσο, αντί να μειώσουμε τις θερμίδες που τρώμε μπορούμε να αυξήσουμε αυτές που καταναλώνουμε, αυξάνοντας τη σωματική κίνηση. Μπορούμε, επίσης, να επιλέξουμε ένα συνδυασμό διατροφής και δίαιτας για ευκολότερα και καλύτερα αποτελέσματα.

9. Για να έχω το ιδανικό βάρος πρέπει να κάνω συνέχεια δίαιτα (λάθος). να αλλάξετε ενδεχομένως τη διατροφή σας και να εντάξετε κάποια κινητική δραστηριότητα στην καθημερινότητά σας. Η παχυσαρκία είναι νόσημα, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και πρέπει να αντιμετωπίζεται με τη βοήθεια του γιατρού και όχι με διαρκείς στερήσεις άνευ αποτελέσματος.

10. Εφαγα χθες το βράδυ και πήρα ένα κιλό (λάθος). Κάθε κιλό βάρους είναι περίπου 9.000 θερμίδες. Αποκλείεται κάποιος να μπορέσει να καταναλώσει την ανάλογη ποσότητα φαγητού σε ένα βράδυ. Το πιθανότερο είναι ότι η ζυγαριά δείχνει παραπάνω την επόμενη μέρα λόγω της κατακράτησης υγρών.

(<http://news.kathimerini.gr/>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

3.1 Πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας

Τα διαφορετικά περιβάλλοντα, όπως το σπίτι, το σχολείο ή οι ομάδες κ.ά., έχουν καθορισμένες δομές και παρέχουν προσιτά κανάλια και μηχανισμούς για να προσεγγιστούν συγκεκριμένοι πληθυσμοί. Ωστόσο, οι άνθρωποι δεν ζουν μέσα σε ένα μόνο περιβάλλον · οι ζωές τους κινούνται μεταξύ πολλών περιοχών και έτσι οι παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν περισσότερα του ενός περιβάλλοντα είναι πιθανό να είναι αποτελεσματικότερες από εκείνες που εστιάζουν μόνο σε ένα (Pryke, 2009)

Βάσει των τωρινών δεδομένων, τα σχολεία αποτελούν καλό περιβάλλον για την πρωτογενή πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας. Η έλλειψη δεδομένων σχετικά με το σπίτι ως περιβάλλον πρόληψης της παιδικής παχυσαρκίας οφείλεται σε προβλήματα πρόσβασης στα σπίτια. Παρ' όλα αυτά, οι γονείς και οι κηδεμόνες δεν μπορούν να αγνοηθούν ως σημαντική πηγή βοήθειας, ώστε τα παιδιά να αλλάξουν συνήθειες διατροφής, άσκησης και παρακολούθησης τηλεόρασης. Ομοίως, λίγες μελέτες εντοπίστηκαν συγκεκριμένα στην κοινότητα, αλλά τα προγράμματα όπου επιτεύχθηκε η κοινοτική ενίσχυση και δέσμευση, όπως το γαλλικό ICAPS (παρέμβαση επικεντρωμένη στη σωματική δραστηριότητα και την καθιστική συμπεριφορά των εφήβων) και η μελέτη Fleurbaix/ Laventie, είναι εξαιρετικά ελπιδοφόρα (Pryke, 2009)

Μελέτες σε σχολεία που ενθαρρύνουν ενεργά τη γονική συμμετοχή και αναζητούν την ενίσχυση της κοινότητας φαίνεται να ανοίγουν τον δρόμο προς την πρόοδο. Πιο συγκεκριμένα:

3.1.1 Η Σχολική Προσέγγιση

Η μεγάλη πλειοψηφία των μελετών πρόληψης της παχυσαρκίας, που στόχευαν συγκεκριμένα στα παιδιά, έχει εστιαστεί στα σχολεία. Τα οφέλη της χρήσης του σχολικού περιβάλλοντος είναι πολυάριθμα:

- Έχει πρόσβαση στην πλειοψηφία των παιδιών σε έναν πληθυσμό.
- Τα παιδιά περνούν μεγάλο χρονικό διάστημα στο σχολείο.
- Είναι δυνατό να ενσωματωθεί η εκπαίδευση υγείας και τρόπου ζωής στο υπάρχον πρόγραμμα σπουδών.
- Δίνει την ευκαιρία να προσφερθεί ένα περιβάλλον που υποστηρίζει την υγεία με την παροχή υγιεινών διατροφικών επιλογών και βελτιωμένης πρόσβασης σε αθλήματα και άλλα χόμπι.
- Μπορεί το σχολείο να ενεργήσει ως κόμβος για τις δραστηριότητες και τη συμμετοχή της κοινότητας.

Αν και μερικά επιτυχή σχολικά προγράμματα έχουν περιοριστεί μόνο στο σχολικό επιπλέον περιβάλλον, όπως για παράδειγμα, οι Dwyer και συνεργάτες που εστίασαν στην ενσωμάτωση επιπρόσθετων ασκήσεων φυσικής κατάστασης κατά τη διάρκεια του χρόνου μαθήματος, τα περισσότερα έχουν επίσης ως στόχο να επηρεάσουν συμπεριφορές υγείας, όπως οι διατροφικές συνήθειες και οι δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο, εκτός σχολικών ωρών.

Περίπου οι μισές μελέτες έχουν πράξει κάτι τέτοιο, απλώς με το να εκπαιδεύουν τα παιδιά στο σχολείο και να επαφίεται σε αυτά να ενεργήσουν βάσει της γνώσης που έλαβαν στο σπίτι και στο παιχνίδι, ενώ οι άλλες μισές μελέτες έχουν περιλάβει ενεργά τους γονείς ή/και έχει συμμετάσχει η ευρύτερη κοινότητα σε αυτό με κάποιον τρόπο (Martin, Claude & Wieland, 2008)

3.1.2. Σπίτι και Οικογένεια

Υπάρχουν μέχρι στιγμής λίγα δεδομένα που υποστηρίζουν τη σημασία της οικογένειας και του οικογενειακού περιβάλλοντος στα προγράμματα πρόληψης της παχυσαρκίας αλλά αυτό συμβαίνει κυρίως επειδή η γονική συμμετοχή διαφέρει ευρέως από τη μία μελέτη στην άλλη και είναι δύσκολο να συγκριθεί. Εντούτοις υπάρχουν δεδομένα ότι η χρήση των γονέων ως φορέων της αλλαγής είναι αποτελεσματικότερη στη διαχείριση του υπέρβαρου στην παιδική ηλικία από μια προσέγγιση που περιλαμβάνει μόνο το παιδί. Η εκτενής μελέτη Pathways με παιδιά ιθαγενών Αμερικανών (Ινδιάνων) ανέφερε ότι «το να περιλαμβάνουμε την οικογένεια περισσότερο» ήταν ένα από τα κύρια μαθήματα που πήραμε, και ότι τα επιτυχή προγράμματα πρόληψης της παιδικής παχυσαρκίας θα πρέπει να καταπιαστούν με τους περιβαλλοντικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που ξεπερνούν το σχολικό περιβάλλον. Οι αναφορές των ειδικών συστήνουν ότι οι μελλοντικές παρεμβάσεις πρέπει να ασχοληθούν με τις ψυχολογικές και περιβαλλοντικές επιρροές του σπιτιού μέσω της εκπαίδευσης και της ενεργού συμμετοχής των γονέων.

Ειδικότερα, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η τηλεόραση μπορεί να επηρεάσει τον κίνδυνο που ενέχουν τα παιδιά για ανάπτυξη μεταβολικών ασθενειών και καρδιαγγειακών παθήσεων αργότερα στη ζωή, ανεξάρτητα από το επίπεδο σωματικής δραστηριότητάς τους. Έτσι, μερικοί ειδικοί δίνουν έμφαση στην ανάγκη να στοχεύσουμε στη μείωση της υπερβολικής παρακολούθησης τηλεόρασης παράλληλα με την ενθάρρυνση της σωματικής δραστηριότητας: νέες στρατηγικές απαιτούνται σε αυτόν τον τομέα, στις οποίες οι γονείς μπορούν να έχουν έναν σημαντικό ρόλο (Παπαβραμίδης, 2002).

3.1.3 Ο ρόλος της κοινότητας

Η δημιουργία περιβαλλόντων που συμβάλλουν στην αύξηση της σωματικής δραστηριότητας και ενθαρρύνουν την υγιεινή διατροφή είναι επίσης ζωτικής σημασίας. Οι περιβαλλοντικές στρατηγικές, με την κινητοποίηση όλων των ενδιαφερομένων στην τοπική κοινωνία, πρέπει να δημιουργήσουν το αίσθημα της ευθύνης και της δέσμευσης της κοινωνίας. Κατ' αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν να ενσωματωθούν οι δημόσιες αξίες και ανάγκες, να αναπτυχθεί το αίσθημα της εμπιστοσύνης και της συνεργασίας, να μειωθούν οι συγκρούσεις και να βελτιωθεί η ποιότητα των αποφάσεων. Δύο μικρές πόλεις στη βόρεια Γαλλία, το Fleurbaix και το Laventie, επιχείρησαν αυτήν την κοινοτική προσέγγιση και ανέλαβαν να εκπαιδεύσουν σχετικά με την υγεία 3.000 άτομα του πληθυσμού τους, ενήλικες και παιδιά. Μετά από συνέντευξη δόθηκαν στα άτομα της κοινότητας προσωπικές συμβουλές σχετικά με τη διαίτα και τη σωματική δραστηριότητα (στους ενήλικες δόθηκαν συμβουλές και για το κάπνισμα).

Η ενημέρωση για την πρόοδό τους ως προς το βάρος, την αρτηριακή πίεση και άλλους στόχους υγείας έγινε μέσω «προσωπικών διαβατηρίων υγείας». Ολόκληρη η κοινότητα δέχτηκε αυτό το πρόγραμμα και αυτό επιτεύχθηκε με την ανάμειξη των κοινοτικών ηγετών και των οργανώσεων σε όλα τα επίπεδα. Η επιτυχία αυτής της μελέτης, από την άποψη του βάρους και άλλων παραμέτρων υγείας, δεν είναι ακόμα γνωστή (Αθανασοπούλου, 2002).

3.2 Πρόληψη της εφηβικής παχυσαρκίας

Η εφηβεία, είναι η ηλικία της ραγδαίας σωματικής αύξησης και ψυχικής ωρίμανσης (αυξητική αιχμή). Είναι μία διεργασία μακράς διάρκειας και διέρχεται 3 στάδια: της πρώιμης (10 – 14 ετών), της μέσης (15- 17 ετών) και της προχωρημένης (18 – 21 ετών). Η πλήρης διατροφική κάλυψη των ημερήσιων απαιτήσεων, σε όλα τα στάδια, παίζει σημαντικό ρόλο στη βιολογική – ψυχική και ωρίμανση των εφήβων. Συνεπώς πρέπει να είναι πλούσια σε θρεπτικά συστατικά (πρωτεΐνες, μικρό και μάκρο θρεπτικά στοιχεία, διαιτητική ίνα). Τα διαιτητικά πρότυπα των ατόμων που διανύουν αυτή την περίοδο, έχουν σε γενικές γραμμές διαμορφωθεί. Οι προτιμήσεις και οι τροφικές αντιπάθειες έχουν οικογενή χαρακτήρα και επηρεάζονται από το επίπεδο διαβίωσης, τις επιλογές των φίλων από τα πρότυπα και τα μηνύματα των Μ.Μ.Ε (Παπαβραμίδης, 2002).

Όταν ο έφηβος, όπως συμβαίνει στο 90 % αυτών, δεν ακολουθεί μία ισορροπημένη καθημερινή διατροφή (κατανάλωση burgers, σάντουιτς, έτοιμες πίτες, πίτσες, τσιπς, σοκολατοειδή και συστηματική αποφυγή του μαγειρεμένου φαγητού, των φρούτων, των λαχανικών) τότε οδηγούμαστε σε αυξημένη πρόσληψη άλατος, κορεσμένου λίπους και συντηρητικών με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται διάφορες σοβαρές διατροφικές διαταραχές – κυρίως παχυσαρκία και ψυχογενής ανορεξία- με ό,τι αυτές συνεπάγονται σε επίπεδο υγείας. Οι προτεινόμενες λύσεις για την αντιμετώπιση των μη ορθών διατροφικών συνηθειών, των εφήβων στον ελλαδικό χώρο είναι:

3.2.1 Σπίτι και οικογένεια

Οι βάσεις για να αποκτήσει ένα παιδί σωστές διατροφικές συνήθειες μπαίνουν από το σπίτι, πράγμα που σημαίνει ότι ο ρόλος των γονέων είναι σημαντικός:

1. Όλοι στην οικογένεια πρέπει να μάθουν να τρώνε υγιεινά και να είναι σωματικά δραστήριοι. Υιοθετήστε μια πιο υγιεινή διαίτα για όλη την οικογένεια.
2. Το μαγειρεμένο φαγητό με τη σαλάτα θα πρέπει να υπάρχει καθημερινά (ή σχεδόν καθημερινά) στο τραπέζι και η λύση του “έτοιμου φαγητού” θα πρέπει να περιορίζεται.
3. Τα παιδιά πρέπει να μάθουν τη σημασία της σωστής διατροφής για την ανάπτυξη του σώματος και την ενέργεια που χρειάζεται ο οργανισμός για να καλύψει τις ανάγκες του.
4. Φροντίστε εσείς και ο σύντροφός σας να τρώτε δείχνοντας πόσο απολαμβάνετε τις διαφορετικές γεύσεις και παροτρύνοντας το παιδί να δοκιμάσει.

5. Καθιερώστε συγκεκριμένες ώρες, όπου όλη η οικογένεια θα τρώει μαζί στο οικογενειακό τραπέζι. Κάνετε την ώρα του φαγητού ευχαρίστηση για όλη την οικογένεια, όπου όλα τα μέλη θα έχουν ευκαιρία για συζήτηση. Μη σερβίρετε μεγάλες μερίδες.
6. Μην χρησιμοποιείτε πολλά καρυκεύματα στο φαγητό.
7. Μην πιέζετε το παιδί σας να φάει όταν δεν νιώθει πείνα.
8. Οργανώστε το πρόγραμμα της οικογένειας, ώστε να δίνεται η ευκαιρία σε όλους να ασκούνται. Για παράδειγμα, μετά το φαγητό, αντί να κάθεστε στην τηλεόραση, βγείτε μια βόλτα ή ασχοληθείτε με το παιδί σας (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2003).

3.2.2 Κοινότητα και Μ.Μ.Ε

1. Η καθιέρωση σωστών διαιτητικών συνηθειών και συστηματικής άσκησης σε όλη την οικογένεια
2. Ο τακτικός έλεγχος των τροφών που πωλούνται στα κυλικεία των σχολείων, από αρμόδια υπηρεσία
3. Ο έλεγχος των προτύπων και της διαφήμισης των βιομηχανοποιημένων τροφίμων από τα Μ.Μ.Ε.
4. Τα προγράμματα διατροφικής εκπαίδευσης, στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας στα σχολεία, από τις πρώτες τάξεις του Δημοτικού. ενημέρωση των εφήβων για τα πλεονεκτήματα της συστηματικής σωματικής άσκησης και της συμμετοχής σε αθλήματα και αθλοπαιδίες.
5. Προαγωγή υγιεινών διατροφικών συνηθειών, πρόληψη παχυσαρκίας, υπερχοληστερολαιμίας, ειδικά σε εφήβους με θετικό οικογενειακό ιστορικό υπερλιπιδαιμίας, καρδιοπάθειας και διαβήτη (<http://www.dietima.eu/news/>)

3.3. Πρόληψη στον Χώρο Εργασίας

Οι περισσότεροι πολίτες του δυτικού κόσμου περνούν το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας τους στο χώρο εργασίας τους. Συνεπώς, μέσω των εργασιακών χώρων *παρέχεται πρόσβαση σε ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού* και μπορούν να δημιουργηθούν ιδανικές συνθήκες για την υλοποίηση προγραμμάτων προαγωγής υγείας με στόχο την πρόληψη της παχυσαρκίας.

Ο εργασιακός χώρος είναι όμως σημαντικός για έναν επιπλέον λόγο. Η *εργασία επηρεάζει το σωματικό βάρος*. Πέρα από της διατροφικές συνήθειες και την παρουσία ή απουσία φυσικής άσκησης, τόσο η οργάνωση της εργασίας όσο και το περιβάλλον της εργασίας εμπλέκονται στην εμφάνιση της 6 παχυσαρκίας. Ενδεικτικά, οι πιο σημαντικοί εργασιακοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν το σωματικό βάρος των εργαζομένων είναι:

- Εργασιακό άγχος – έχει συνδεθεί με το αυξημένο σωματικό βάρος
- Συχνές υπερωρίες – μειωμένος χρόνος για την προετοιμασία σπιτικού φαγητού και σωματικής άσκησης
- Συνεχής καθιστική εργασία
- Συχνές νυχτερινές βάρδιες
- Έλλειψη εγκαταστάσεων για διάλειμμα και εστίαση στους χώρους εργασίας
- Έλλειψη υποδομής για την προετοιμασία και συντήρηση φαγητού στους χώρους εργασίας
- Κορεσμένοι χώροι εργασίας που δεν επιτρέπουν την κινητικότητα

Τα προγράμματα πρόληψης της παχυσαρκίας στον χώρο εργασίας θα πρέπει να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

Û Εκτενή και ολοκληρωμένη εκτίμηση των αναγκών των εργαζομένων η οποία να συμπεριλαμβάνει την προσεκτική ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν την παχυσαρκία στον εκάστοτε χώρο εργασίας. Για παράδειγμα, παράγοντας που επηρεάζει την παχυσαρκία μεταξύ των γιατρών και νοσοκόμων είναι οι συχνές νυχτερινές βάρδιες, ενώ για του οδηγούς φορτηγών, λεωφορείων και ταξί είναι οι πολλές ώρες καθιστικής εργασίας με πολύ λίγες δυνατότητες για διαλλείματα που να περιλαμβάνουν φυσική άσκηση. Για τους υπαλλήλους γραφείων σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την παχυσαρκία είναι οι συχνές και πολλές υπερωρίες που δεν επιτρέπουν πολλές δυνατότητες για την προετοιμασία φαγητού ή την φυσική άσκηση. Οι επιπτώσεις από τους γρήγορους και απαιτητικούς ρυθμούς εργασίας επηρεάζουν επιπλέον ολόκληρη την οικογένεια μειώνοντας τον ελεύθερο χρόνο για φυσική άσκηση και σωστή διατροφή.

Û Η απλή ενημέρωση δεν επαρκεί. Η πρόληψη της παχυσαρκίας θα πρέπει να στοχεύει στην αλλαγή συμπεριφορών.

Û Συνδυασμός ενεργειών που στοχεύουν τόσο στην αύξηση της σωματικής άσκησης όσο και στην αλλαγή των συνηθειών των εργαζομένων σε ότι αφορά την σωστή διατροφή.

Û Οι αλλαγές στην οργάνωση και το περιβάλλον της εργασίας αποτελούν πολύ σημαντικό κομμάτι οποιουδήποτε προγράμματος πρόληψης της παχυσαρκίας στους χώρους εργασίας:

- Παροχή υγιεινών διατροφικών επιλογών σε καντίνες
- Παροχή χώρων διαλλείματος και εστίασης
- Αλλαγή στην οργάνωση της εργασίας – εξετάστε παράγοντες όπως εργασιακό στρες, υπερωρίες, συνεχείς νυχτερινές βάρδιες

- Û Η υλοποίηση ενός προγράμματος πρόληψης της παχυσαρκίας θα πρέπει να γίνεται κατά τη διάρκεια του εργασιακού ωραρίου.
- Û Ένα πρόγραμμα πρόληψης της παχυσαρκίας στους χώρους εργασίας θα πρέπει να έχει διάρκεια πάνω από ένα χρόνο.
- Û Οι εργαζόμενοι θα πρέπει να παρακολουθούν οι ίδιοι την πορεία εξέλιξης της προσπάθειας τους με βάση πολύ προσεχτικά ορισμένους στόχους:
 - Ημερολόγιο καταγραφής φαγητών
 - Βηματομετρητής
- Û Οι εργαζόμενοι θα πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στον σχεδιασμό του προγράμματος ενώ θα πρέπει να τους δίνεται η δυνατότητα να επεμβαίνουν στη διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος αλλάζοντας ενέργειες που κρίνουν ανεπαρκείς.
- Û Θα πρέπει να χρησιμοποιείται απλή και κατανοητή γλώσσα καθώς και οι δυνατότητες των νέων τεχνολογιών όπως εξατομικευμένα διατροφικά προγράμματα μέσω ηλεκτρονικών υπολογιστών ή κινητών τηλεφώνων.
- Û Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται κίνητρα τόσο για τους εργοδότες, ώστε να προωθούν την ύπαρξη δραστηριοτήτων προαγωγής της υγείας στους χώρους εργασίας, όσο και για τους εργαζομένους, ώστε να συμμετέχουν στα προσφερόμενα προγράμματα (www.nextdeal.gr/themedia).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

4.1 Γενικά

Είναι ανάγκη τα παχύσαρκα άτομα να αντιμετωπίζονται από την κοινωνία μας και ειδικότερα από τους επαγγελματίες υγείας με σεβασμό και υπευθυνότητα και με βασικό άξονα αναφοράς τις προσωπικές τους ιδιαιτερότητες, τις προσδοκίες τους για μια καλύτερη ποιότητα ζωής και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Συχνά οι παχύσαρκοι απευθύνονται στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό αναζητώντας επίλυση του προβλήματός τους. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να βοηθήσουν τον ασθενή αρχικά ψυχολογικά και σε περίπτωση που ζητηθεί ή κριθεί απαραίτητο φαρμακευτικά ή ακόμα και χειρουργικά.

Σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης απαιτείται εξατομικευμένη φροντίδα με δεξιότητα και γνώση ανεξάρτητα από το είδος της επέμβασης ή του τραύματος, για την ελαχιστοποίηση των επιπλοκών, την ταχύτερη ανάρρωση και την προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας των παχύσαρκων ασθενών.

4.2 Πρωτογενής Αντιμετώπιση

Για να αντιμετωπιστεί πιο αποτελεσματικά η παχυσαρκία θα πρέπει τα άτομα και κυρίως τα παιδιά να προσεγγιστούν με απόλυτο σεβασμό και κατανόηση για το πρόβλημά του καθώς και διακριτικότητα για την αντιαισθητική εμφάνισή του καθώς και για τα ψυχολογικά του προβλήματα.

Σεβασμό, κατανόηση και διακριτικότητα, λοιπόν πρέπει να διαθέτει ένας/μία νοσηλετής/-τρια που καλείται να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της παχυσαρκίας.

Ο ρόλος του/της νοσηλετή/-τρια μπορεί να διαχωριστεί:

- Ø Στα εξωτερικά ιατρεία
- Ø Στο χώρο του νοσοκομείου
- Ø Στο χώρο του Κέντρου Υγείας (Σταθοπούλου, 2002)

Στα εξωτερικά ιατρεία ο ρόλος του/της νοσηλετή/-τρια είναι:

- + Η λήψη του ιστορικού
- + Βοήθεια στη φυσική εξέταση
- + Βοήθεια στις βιοχημικές εξετάσεις
- + Βοήθεια στην ψυχολογική του διάθεση
- + Ενημέρωση γονέων για το που πρέπει να απευθυνθούν για να δοθεί το κατάλληλο διαιτολόγιο για τις ανάγκες του παιδιού τους.
- + Παρότρυνση των γονέων να παρακολουθούν την κατάσταση της υγείας του παιδιού τους και σε περίπτωση που παρατηρήσει κάτι ύποπτο να απευθυνθεί στο γιατρό.
- + Αναφορά των πλεονεκτημάτων του συνδιασμού δίαιτας και άσκησης (Σταθοπούλου, 2002).

Στα Κέντρα Υγείας ο ρόλος του/της νοσηλευτή/-τρια είναι σχεδόν ίδιος με αυτόν στα εξωτερικά ιατρεία. Εδώ όμως ο/η νοσηλευτής/-τρια μπορεί να κάνει κατ' οίκον επίσκεψη.

Οι λόγοι για τους οποίους μιλά ο/η νοσηλευτής/-τρια είναι οι εξής:

- Αξιολόγηση του οικογενειακού περιβάλλοντος
- Να επιτρέψει στον ασθενή να νοιώσει άνεση, ότι ελέγχει την κατάσταση αυξάνοντας την αυτοπεποίθησή του.
- Να ελέγξει κατά πόσο το περιβάλλον του ατόμου το βοηθάει ή όχι να τηρήσει τις οδηγίες του γιατρού.
- Να πάρει πληροφορίες σχετικά με το οικονομικό, μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας και του ατόμου.
- Δημιουργία προγράμματος που θα βοηθήσει το άτομο να διατηρήσει το θεραπευτικό διαιτητικό πρόγραμμα (Σταθοπούλου, 2002).

4.3 Δευτερογενής αντιμετώπιση

Η δευτερογενής αντιμετώπιση ενός ατόμου που έχει παχυσαρκία γίνεται στο νοσοκομείο και μπορεί να χωριστεί στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που παρουσιάζει ένα παχύσαρκο άτομο και στο παχύσαρκο που έχει αποτύχει η συντηρητική αγωγή και εισέρχεται στο νοσοκομείο να χειρουργηθεί (Σταθοπούλου, 2002)

4.4 Προεγχειρητική Φροντίδα Ασθενούς

Δεν είναι λίγες οι φορές που μια εκλεκτική επέμβαση σε παχύσαρκο ασθενή χρειάζεται να καθυστερήσει, ώστε να ελεγχθεί πλήρως η γενική του κατάσταση.

Στον κλινικό εργαστηριακό έλεγχο ρουτίνας πρέπει να περιλαμβάνονται: επισκόπηση για περιφερικά οιδήματα, επανειλημμένες μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης με αεροθάλαμο μεγάλου εύρους, ΗΚΓφικός έλεγχος και συνεχή καρδιολογική εκτίμηση και παρακολούθηση επί ασταθούς καρδιακής λειτουργίας, ισχαιμίας ή αρρυθμιών.

Το κάπνισμα αποτελεί σοβαρότατο προγνωστικό παράγοντα σχετιζόμενο με περιεγχειρητικές επιπλοκές και κατά πολλούς πρέπει να αποτελεί αντένδειξη για εκλεκτική χειρουργική επέμβαση. Η διακοπή του για χρονικό διάστημα πλέον των 6 εβδομάδων, συνοδευόμενο από εντατική φυσιοθεραπεία συνιστάται ιδιαίτερα.

Η παχυσαρκία συνοδεύεται και από αυξημένη ποσότητα εξωκυττάριου ύδατος, γι αυτό και τα διουρητικά συχνά συμπεριλαμβάνονται στην προεγχειρητική προετοιμασία και ο έλεγχος προσλαμβανομένων – αποβαλλομένων υγρών και ηλεκτρολυτών καθίσταται απαραίτητος. Ο έλεγχος της αναπνευστικής λειτουργίας, με σπειρομέτρηση και λήψεις αερίων αίματος, και η βελτίωσή της με εντατική προεγχειρητική αναπνευστική γυμναστική, ανήκουν στους χειρισμούς ρουτίνας. Επίσης πληροφορίες από το ιστορικό του ασθενούς για συμπτώματα υποαερισμού ή άπνοιας κατά τη διάρκεια του ύπνου, πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Οι συστάσεις δε, για απώλεια βάρους προεγχειρητικά θεωρούνται απαραίτητες, παρόλο που σπάνια είναι επιτυχείς.

Η φυσική δυσκινησία των παχύσαρκων και η δυσχέρεια (ιδίως όταν υπάρχει κρεμάμενη κοιλία) στην ατομική υγιεινή, επιβάλλει την ένταξη στην προεγχειρητική προετοιμασία και λουτρών με αντιβακτηριδιακό διάλυμα καθώς και περιεγχειρητική κάλυψη με αντιβιοτικά.

Η οποιαδήποτε χειρουργική διαδικασία σε όλους τους ανθρώπους αλλά ιδιαίτερα στους παχύσαρκους προκαλεί πάντα ανησυχία και φόβο. Η συνέντευξη κατά τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού, αποτελεί συχνά τη στιγμή που ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει στοιχεία από τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία του ασθενούς και της οικογένειάς του, για να εντοπίσει τους φόβους και τις ανησυχίες, και να σχεδιάσει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την παροχή πληροφοριών και συναισθηματικής υποστήριξης, που είναι απαραίτητα για την επιτυχή ανάρρωση από την επέμβαση. Οι δεξιότητες θεραπευτικής επικοινωνίας από μέρος του νοσηλευτή είναι απαραίτητες για τη δημιουργία της σχέσης εμπιστοσύνης νοσηλευτή – ασθενούς, την αναγνώριση και την ανακούφιση του φόβου. Η μείωση του φόβου έχει μεγάλη σημασία στην προεγχειρητική προετοιμασία του παχύσαρκου ασθενούς. Όταν το συναισθηματικό στρες προστίθεται σε εκείνο της επέμβασης, τότε αυξάνεται ο χειρουργικός κίνδυνος (Maughan & Burke, 2006).

4.5 Φροντίδα Ασθενούς κατά την Επέμβαση – Αναισθησία

Η προσπέλαση του παχύσαρκου ασθενή φέρνει τον αναισθησιολόγο και το νοσηλευτή αναισθησίας αντιμέτωπους με σωρεία δυσκολιών. Η ανεύρεση φλεβικής γραμμής, η δυσκολία στη διασωλήνωση, η ανατομικά δυσχερής περιοχική αναισθησία, η βιοδιάθεση των αναισθητικών φαρμάκων, είναι μερικές από αυτές. Οι παχύσαρκοι έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εισρόφησης και πνευμονίας από τους άλλους ασθενείς, ίσως γιατί έχουν βραδύτερη γαστρική κένωση και χαμηλότερο pH στο γαστρικό υγρό.

Αν η διασωλήνωση είναι τεχνικά αδύνατη μπορεί να χρειασθεί η διενέργεια τραχειοτομίας, που όμως και αυτή μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα εργώδης.

Η εισαγωγή στην αναισθησία είναι αρκετά χρονοβόρα, πιθανώς διότι ο δυσχερής αερισμός δυσκολεύει την επίτευξη της απαιτούμενης συγκέντρωσης των αναισθητικών αερίων στις κυψελίδες. Τα αναισθητικά φάρμακα είναι ιδιαίτερα λιποδιαλυτά και ως εκ τούτου έχουν μειωμένη νεφρική κάθαρση.

Η διακοπή της χορήγησής τους πρέπει να γίνεται νωρίτερα από το συνηθισμένο, ώστε η αποσωλήνωση να καταστεί δυνατή σε εύλογο χρόνο μετά το πέρας της επέμβασης. Ως προς την επισκληρίδιο αναισθησία, είναι σημαντικό ότι οι παχύσαρκοι χρειάζονται 30-40% μικρότερη δόση φαρμάκου. Το ίδιο συμβαίνει και κατά την ενδορραχιαία αναισθησία γιατί σε αντίθετη περίπτωση εμφανίζονται δυνητικά κρίσεις άπνοιας η αντιμετώπιση των οποίων είναι δυσχερής.

Η οξυγόνωση του αρτηριακού αίματος κατά τη διάρκεια της επέμβασης είναι ευχερέστερη αν ο ασθενής τοποθετηθεί σε θέση αντι-Trendelenburg και χρησιμοποιηθούν ελαστικές κάλτσες ελεγχόμενης πίεσης στα κάτω άκρα, για να υποβοηθούν την φλεβική επιστροφή (Taylor, Lillis & Le Mone, 2006).

4.6. Μετεγχειρητική Φροντίδα Ασθενούς

Η μειωμένη PaO₂ που συνήθως έχουν οι παχύσαρκοι, επιβαρύνεται από διάφορους λόγους (ακινησία, πόνος, χρήση αναλγητικών, ατελεκτασίες, πνευμονία, κατακράτηση πνευμονικών εκκρίσεων κ.τ.λ.) για 5 τουλάχιστον ημέρες μετεγχειρητικά. Ο ασθενής επιβάλλεται να βρίσκεται για όσο το δυνατό περισσότερο χρόνο σε ημικαθιστική και όχι σε κατακεκλιμένη θέση.

Η χρήση μάσκας οξυγόνου μετεγχειρητικά για 12-72 ώρες κρίνεται επιβεβλημένη, ενώ η τοποθέτηση αρτηριακής γραμμής για σωστή και επαναλαμβανόμενη παρακολούθηση (monitoring) των αερίων αίματος και της πραγματικής αρτηριακής πίεσης είναι μεγάλης αξίας.

Από τις πνευμονικές επιπλοκές οι ατελεκτασίες και η πνευμονία είναι οι πιο συχνές. Η παρότρυνση του ασθενούς για βαθιές αναπνοές, η εξάσκηση αναπνοών με σπειρόμετρο, οι συχνές αλλαγές θέσης και η έγκαιρη κινητοποίηση του ασθενή, είναι ενέργειες που πρέπει να γίνονται άμεσα για την προαγωγή και βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας του.

Η παρεντερική χορήγηση αναλγητικών και ηρεμιστικών προκαλεί αναπνευστική καταστολή και η χρήση τους πρέπει να ακολουθεί ιδιαίτερα αυστηρά κριτήρια. Προτείνεται το σύστημα της ελεγχόμενης από τον ασθενή αναλγησίας (PCA) ή η επισκληρίδιος χορήγηση μορφίνης.

Το υπερβάλλον βάρος αποτελεί μετεγχειρητικά, προδιαθεσικό παράγοντα πνευμονικής εμβολής και εν τω βάθει βλεφικής θρόμβωσης. Η περιεγχειρητική χρήση ηπαρινών χαμηλού μοριακού βάρους, η εφαρμογή αντιεμβολικών ελαστικών καλτσών, οι ασκήσεις των κάτω άκρων εάν δεν αντενδείκνυνται και η έγκαιρη κινητοποίηση συμβάλλουν στην πρόληψη των σοβαρότατων αυτών επιπλοκών (Κατσιλάμπρος & Καραμανιόλας, 2000).

Η συχνότητα επιμόλυνσης του χειρουργικού τραύματος και κατ' επέκταση η διάσπασή του και η ανάπτυξη μετεγχειρητικών κηλών, είναι στατιστικά μεγαλύτερη σε παχύσαρκους ασθενείς, ακόμα και μετά από {καθαρές} επεμβάσεις.

Η ροπή προς τον σακχαρώδη διαβήτη, ο μεγαλύτερος εγχειρητικός χρόνος, η παρατεταμένη ισχαιμία που προκαλεί η χρήση των αγκίστρων (η εφαρμογή τους πρέπει να είναι διαλείπουσα), η δυσχερής συρραφή και η τάση του χειρουργικού τραύματος, καθώς και η υπερβάλλουσα ποσότητα λιπώδους ιστού, υποβοηθούν την ανάπτυξη μικροβίων.

Η σωστή εγχειρητική τεχνική και ασηψία, η κάλυψη του ασθενούς με αντιβίωση, η χρησιμοποίηση άσηπτων τεχνικών κατά τις αλλαγές του τραύματος και η εκπαίδευση του ασθενή για να ανασηκώνεται από το κρεβάτι αναπτύσσοντας την μικρότερη δυνατή τάση στο χειρουργικό τραύμα, είναι βασικοί προληπτικοί χειρισμοί.

Τέλος, η υποστήριξη της θρέψεως των παχύσαρκων τραυματιών έχει ορισμένες ιδιαιτερότητες. Παραδόξως, οι παχύσαρκοι που βρίσκονται σε μεταβολικό stress, δεν καταναλώνουν λίπος, το οποίο έχουν σε περίσσεια, αλλά κατά προτίμηση μεταβολίζουν πρωτεΐνες. Το γεγονός αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν κατά την υποστήριξη της θρέψεως των ασθενών αυτών. (Κρητικός, 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

5.1 Γενικά

Ο στόχος της απώλειας βάρους είναι η βελτίωση της υγείας του παχύσαρκου ασθενούς και η μείωση του κινδύνου ανάπτυξης επιπλοκών σχετιζομένων με την παχυσαρκία. Γι' αυτό είναι σημαντική η αναγνώριση των ασθενών που χρειάζονται θεραπεία, η ανάπτυξη και η εφαρμογή θεραπευτικών προγραμμάτων, η επιλογή της ενδεικνυόμενης θεραπείας, η μακροχρόνια παρακολούθηση και η τροποποίηση της αγωγής, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Οι οδηγίες για τη θεραπεία της παχυσαρκίας καθορίστηκαν από το National Institutes of Health (NIH) το 1998. Η αρχική αξιολόγηση περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού, τη φυσική εξέταση και τη διενέργεια επιλεγμένων εργαστηριακών εξετάσεων. Σημαντική επίσης είναι η συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις έξεις, τις δραστηριότητες και τη συμπεριφορά του ατόμου για την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας. Μία αποτελεσματική θεραπεία πρέπει να συνεκτιμά την επιθυμία και την ικανότητα του ατόμου να συμμορφωθεί με τη θεραπευτική αγωγή και να προσμετρά όλες τις οικονομικές παραμέτρους.

Σε γενικές γραμμές, κάποια μορφή θεραπείας πρέπει να εφαρμόζεται σε ασθενείς με $BMI > 25 \text{ kg/m}^2$, αλλά η επιθετικότητα της αγωγής καθορίζεται από τον κίνδυνο των συνοδών επιπλοκών και από τη δυνατότητα του ατόμου να ακολουθήσει τις θεραπευτικές επιταγές.

Οι προσπάθειες απώλειας βάρους είναι συνήθεις ακόμη και χωρίς τη συμβουλή ιατρού. Η συνολική επιτυχία των μέτρων που παίρνουν μόνοι τους οι ασθενείς, είναι κατά κανόνα περιορισμένη. Είναι βέβαιο, ότι οι αιτίες που βρίσκονται πίσω από τη σταθερή αποτυχία μακροχρόνιας απώλειας βάρους, είναι πολλές και σύνθετες (Σταθοπούλου, 2002)

Η επιτυχία της θεραπείας έγκειται στην επίτευξη ενός αρνητικού ενεργειακού ισοζυγίου, είτε ελαττώνοντας την πρόσληψη, είτε αυξάνοντας την κατανάλωση θερμίδων ή συχνότερα με συνδυασμό και των δύο, έτσι ώστε οι ενδογενείς αποθήκες του σωματικού λίπους να χρησιμοποιούνται ως ενεργειακό μέσο. Περίπου το 75-85% του βάρους που χάνεται με τη δίαιτα αφορά στο λίπος, ενώ το 15-25% αφορά στις άλλες μορφές ενέργειας. Η θεραπευτική αντιμετώπιση αναφέρεται στη συντηρητική θεραπεία και επί αποτυχίας αυτής στη χειρουργική θεραπεία (Cooper, Fairburn & Hawker, 2007).

5.2 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι συντηρητικές μορφές θεραπείας περιλαμβάνουν τη δίαιτα, την τροποποίηση της συμπεριφοράς, τη φυσική άσκηση και τη φαρμακευτική αγωγή, μέθοδοι που συχνά εφαρμόζονται σε συνδυασμό μεταξύ τους.

5.2.1 Διαιτητική αγωγή

Η διατροφική πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής



Αν η προσλαμβανόμενη ενέργεια είναι μικρότερη από την καταναλισκόμενη, τότε είναι εφικτή η απώλεια βάρους. Η μελέτη με την άμεση θερμιδομετρία έδειξε ότι η ελάχιστη ποσότητα θερμίδων που χρειάζεται για τη διατήρηση του σωματικού βάρους είναι 1200kcal ημερησίως στην πλειονότητα των ενηλίκων. Επομένως, πρόσληψη θερμίδων μικρότερη των 1200kcal ημερησίως θα οδηγήσει σε απώλεια βάρους. Η απώλεια βάρους εξαρτάται από τη μετακίνηση των υγρών, από τη σωματική άσκηση και από τις αλλαγές του μεταβολικού ρυθμού, αλλά γενικά ένα αρνητικό ισοζύγιο 7500 θερμίδων απαιτείται για την απώλεια 1 kg, αν η αποτίμηση γίνεται μετά τις πρώτες ημέρες της δίαιτας (για να αποφευχθεί η σύγχυση που προκύπτει από την απώλεια υγρών).

Πολλοί διαιτητικοί παράγοντες επηρεάζουν τη συμμόρφωση του παχύσαρκου ασθενούς και την απώλεια του σωματικού βάρους, όπως η θερμιδική αξία των τροφών, τα προπαρασκευασμένα γεύματα και η σύσταση της δίαιτας (Παπανικολάου, 1998).

Οι θεραπευτικές οδηγίες όπως καθορίστηκαν από το NIH, προτείνουν για τα υπέρβαρα άτομα (BMI:25-29,9 kg/m²) που εμφανίζουν δύο ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου και για τους παχύσαρκους κατηγορίας I (BMI:30-34,9 kg/m²) μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας κατά 500kcal περίπου ημερησίως. Αυτή η μείωση θα οδηγήσει σε απώλεια βάρους 0,45kg περίπου την εβδομάδα και σε μείωση του σωματικού βάρους κατά 10% περίπου το εξάμηνο.

Τα παχύσαρκα άτομα κατηγορίας II (BMI:35-39,9 kg/m²) και κατηγορίας III (BMI:≥40 kg/m²) θα πρέπει να μειώσουν την προσλαμβανόμενη ενέργεια περίπου κατά 500-1000 kcal ημερησίως για να πετύχουν μία απώλεια βάρους 0,45-0,9 kg περίπου την εβδομάδα.

Χρήσιμη είναι η συμβολή του διαιτολόγου, που υπολογίζει τις ενεργειακές ανάγκες του παχύσαρκου και διαμορφώνει τη δίαιτα επιλέγοντας τις τροφές που εξασφαλίζουν τη συμμόρφωση του ασθενούς. Εντούτοις, η θερμιδική αξία της δίαιτας χρειάζεται συχνά ρύθμιση, ανάλογα με την απώλεια βάρους που επιτυγχάνεται, επειδή ο αρχικός προσδιορισμός μπορεί να μην είναι ακριβής ή γιατί ο ασθενής δεν ακολουθεί πιστά τις οδηγίες.

Η διαιτητική αγωγή διακρίνεται ανάλογα με το ημερήσιο ποσό των παρεχομένων θερμίδων σε δίαιτα χαμηλής θερμιδικής αξίας (LCD) (1000-1200 kcal/ημερησίως) και σε δίαιτα πολύ χαμηλής θερμιδικής αξίας (VLCD) (<800 kcal/ημερησίως). Η δίαιτα χαμηλής θερμιδικής αξίας οδηγεί σε μείωση του σωματικού βάρους κατά 8%, μετά από 4-6 μήνες θεραπείας. Η δίαιτα πολύ χαμηλής θερμιδικής αξίας επιτυγχάνει αξιόλογη μείωση του σωματικού βάρους κατά 15-20%, μετά από 4 μήνες θεραπείας. Ωστόσο, είναι δύσκολο για τους ασθενείς να ακολουθήσουν μία δίαιτα πολύ χαμηλής θερμιδικής αξίας.

Η επανάκτηση του απολεσθέντος σωματικού βάρους είναι μεγαλύτερη για τους ασθενείς που ακολούθησαν δίαιτα VLCD παρά γι' αυτούς που ακολούθησαν δίαιτα LCD, με αποτέλεσμα ή απώλεια βάρους μετά τον πρώτο χρόνο να είναι παρόμοια και για τις δύο δίαιτες. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις αιφνίδιου θανάτου με τη δίαιτα VLCD κυρίως λόγω καρδιακής αρρυθμίας, όταν η πρωτεΐνη προέρχεται από ζελατίνη και κολλαγόνο και υπάρχει έλλειψη απαραίτητων αμινοξέων (Παπαλαζάρου, 2008).

Αν η πηγή της πρωτεΐνης είναι η αλβουμίνη του αυγού ή η σόγια, η δίαιτα VLCD δε φαίνεται να προκαλεί αιφνίδιους θανάτους. Επιπλέον η συγκεκριμένη δίαιτα αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών όπως η αφυδάτωση, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η ανάπτυξη χολολιθίασης, η απώλεια τριχοφυΐας, η δυσανεξία στο ψύχος και η λέπτυνση του δέρματος.

Μερικά σχήματα συμπληρώνονται με 25-50 g υδατανθράκων για να μειωθούν οι απαιτήσεις σε πρωτεΐνη, να περιορισθούν οι διαταραχές ύδατος και ηλεκτρολυτών και να διατηρηθούν τα επίπεδα της T3 στον ορό. Βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και ακόρεστα λιπαρά οξέα προστίθενται στο βασικό μίγμα πρωτεΐνης-υδατανθράκων για να αποφευχθούν περιπτώσεις έλλειψης.

Η δίαιτα VLCD μειώνει την αρτηριακή πίεση και τα επίπεδα της γλυκόζης, της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων, ενώ βελτιώνει την πνευμονική λειτουργία και το σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο. Η έμμησος ρύση γίνεται πιο σταθερή, η ικανότητα άσκησης αυξάνεται και οι οσφυϊκοί πόνοι εξαφανίζονται. Η χορήγηση ουρσοδεοξυχολικού οξέος κατά τη διάρκεια της απώλειας βάρους φαίνεται ότι προφυλάσσει από το σχηματισμό χολολίθων.

Συνεπώς, οι ασθενείς που βρίσκονται σε δίαιτα με VLCD χρειάζονται πιο στενή ιατρική παρακολούθηση από ό,τι οι ασθενείς που βρίσκονται σε δίαιτα LCD. Από όλα τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η συστηματική τακτική ιατρική παρακολούθηση είναι απαραίτητη σε όλες τις μορφές δίαιτας (Παπανικολάου, 1998).

Προγράμματα απώλειας βάρους που περιλαμβάνουν «νηστεία» και επακόλουθη «ημιλιμοκτονία», χρησιμοποιούνται πολύ σπάνια σήμερα. Ενώ είναι αποτελεσματικά στην επίτευξη απώλειας βάρους βραχυπρόθεσμα, αποδείχθηκε ότι πολλοί ασθενείς (ίσως οι περισσότεροι) επανακτούν το βάρος τους σε σταθερή βάση. Μία επιστροφή στο αρχικό βάρος εμφανίζεται στους μισούς ασθενείς εντός 2-3 ετών. Λιγότεροι από το 3% των ασθενών διατηρούν την απώλεια βάρους τους επί 5 έτη.

Το κυριότερο πρόβλημα που συνδέεται με τη διαιτητική αγωγή είναι ότι η απώλεια βάρους σπάνια διατηρείται μετά τη διακοπή αυτής της θεραπείας.

Οι περισσότεροι ασθενείς επανέρχονται στο αρχικό τους βάρος εντός 5 ετών από το τέλος μίας συνήθους δίαιτας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα μέτρα αυτά είναι αναποτελεσματικά μακροπρόθεσμα και αποτυγχάνουν να επιδείξουν επιτυχημένο έλεγχο του βάρους 3-5 χρόνια αργότερα, αν και ο συνδυασμός με σωματική άσκηση μεγιστοποιεί την πιθανότητα επιτυχίας (Παβραμίδης, 2002).

Τα προπαρασκευασμένα γεύματα προάγουν την απώλεια βάρους βοηθώντας στον έλεγχο του μεγέθους του γεύματος και του αριθμού των προσλαμβανομένων θερμίδων. Οι παχύσαρκοι υποεκτιμούν συχνά την ποσότητα των προσλαμβανομένων θερμίδων γιατί είτε υποεκτιμούν το μέγεθος του γεύματος, είτε δεν αναγνωρίζουν τις «κρυμμένες» θερμίδες που βρίσκονται στο λίπος και τη ζάχαρη των τροφών. Στοιχεία από τυχαιοποιημένες έρευνες, δείχνουν ότι η χορήγηση προπαρασκευασμένων γευμάτων σε παχύσαρκα άτομα προκαλεί μεγαλύτερη αρχική απώλεια βάρους και μακροπρόθεσμα καλύτερη διατήρηση του απολεσθέντος βάρους σε σύγκριση με την εφαρμογή μίας συνηθισμένης δίαιτας.

Σε ό,τι αφορά στη σύσταση της δίαιτας, δίαιτες με χαμηλή περιεκτικότητα σε λίπος συχνά βοηθούν στην απώλεια βάρους γιατί το λίπος είναι πλούσια πηγή ενέργειας ενώ συγχρόνως προσδίδει ωραία γεύση στην τροφή. Σε πολλούς ασθενείς επιτυγχάνεται μείωση των προσλαμβανομένων θερμίδων και μείωση του σωματικού τους βάρους, ελαττώνοντας μόνο το λίπος στη διαίτά τους και αντικαθιστώντας το με πρωτεΐνες και υδατάνθρακες.

Εντούτοις, δίαιτες που εστιάζονται μόνο στην ελαττωμένη πρόσληψη λίπους πετυχαίνουν μικρότερη αρχική απώλεια βάρους από τις δίαιτες που περιορίζουν το λίπος αλλά και το συνολικό ποσό της προσλαμβανόμενης ενέργειας.

Οι δίαιτες με χαμηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες αλλά με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες και λίπος, έχουν δοκιμασθεί για πάνω από 100 χρόνια και προκαλούν αυξημένη απώλεια άλατος και ύδατος με τη διούρηση. Δεν υπάρχουν όμως δεδομένα από τυχαιοποιημένες έρευνες που να υποστηρίζουν την ασφαλή και αποτελεσματική μακροχρόνια απώλεια βάρους που να επηρεάζεται σημαντικά από δίαιτες με χαμηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες ξέχωρα από τη συνολική ποσότητα των περιεχομένων θερμίδων (Παπαλαζάρου, 2008).

5.2.2 Τροποποίηση της συμπεριφοράς

Όλο και περισσότερο καταδεικνύεται σήμερα από πολλούς ερευνητές ότι η παχυσαρκία οφείλεται σε ελαττωματικό γονίδιο, το οποίο ενεργοποιείται σε κάποια φάση της ζωής από κάποια εξωτερικά ή εσωτερικά ερεθίσματα. Με βάση αυτές τις έρευνες έχει αποδειχθεί ότι οι βασικές ενεργειακές ανάγκες του παχύσαρκου (βασικός μεταβολισμός) είναι πολύ μικρότερες από ένα αδύνατο άτομο.

Επομένως, ο παχύσαρκος θα πρέπει δια βίου να μάθει να καταναλώνει μικρότερες ποσότητες τροφής. Σε αυτό σημαντικό ρόλο παίζει η αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου για την απώλεια του υπερβάλλοντος βάρους και τη διατήρηση αυτής της απώλειας δια βίου.

Η τροποποίηση της συμπεριφοράς βοηθάει τους παχύσαρκους ασθενείς να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους, ο οποίος συμβάλλει στην εκδήλωση της παχυσαρκίας. Στηρίζεται στη λεπτομερή καταγραφή από μέρους του ασθενούς των ημερησίων γευμάτων και της φυσικής δραστηριότητας. Διερευνούνται τα εξωτερικά ερεθίσματα που οδηγούν στην αυξημένη πρόσληψη τροφής.

Στη συνέχεια μεθοδεύεται η αλλαγή των συνηθειών του ατόμου και η εφαρμογή από τον ασθενή μεθόδων ελέγχου της σίτισης, καθώς και των υπεύθυνων αιτιών (π.χ. αύξηση του χρόνου μάσησης της τροφής, διαχωρισμός της σίτισης από εξωτερικά ερεθίσματα όπως η τηλεόραση ή το ραδιόφωνο, περιορισμός των πλούσιων σε θερμίδες τροφών, έλεγχος της παρορμητικής σίτισης σε καταστάσεις άγχους, κούρασης ή ανίας και αύξηση της φυσικής άσκησης). Τα προγράμματα τροποποίησης της συμπεριφοράς εφαρμόζονται με τη μορφή ομαδικής θεραπείας από ψυχοθεραπευτές και περιλαμβάνουν την ενημέρωση, την «εμφύσηση» θετικής σκέψης, την κοινωνική υποστήριξη και τη βοήθεια από συγγενείς και φίλους (Αγάλου, 2008).

Η αποτελεσματικότητα της τροποποίησης της συμπεριφοράς στη θεραπεία της παχυσαρκίας παραμένει η ίδια τα τελευταία 25 χρόνια. Οι ασθενείς που ακολουθούν πρόγραμμα ομαδικής θεραπείας χάνουν περίπου 0,5 kg την εβδομάδα και 10% του αρχικού σωματικού βάρους μετά από 6μηνη αγωγή. Αυτοί οι ασθενείς συνήθως επανακτούν το 1/3 του απολεσθέντος βάρους μέσα σε ένα έτος από τη διακοπή της θεραπείας. Η διατήρηση μίας τακτικής επαφής (δύο φορές την εβδομάδα) με τους θεραπευτές συμβάλλει στη μακροπρόθεσμη διατήρηση της απώλειας βάρους.

Δυστυχώς πολλοί ασθενείς κουράζονται και διακόπτουν τα προγράμματα τροποποίησης της συμπεριφοράς μετά τον πρώτο χρόνο εφαρμογής τους. Επιπλέον, τα προγράμματα τροποποίησης της συμπεριφοράς δεν είναι ευρέως διαθέσιμα και η εφαρμογή τους μπορεί να είναι δύσκολη.

Οι ιατροί πρέπει να υιοθετούν κάποιες από τις αρχές της τροποποίησης της συμπεριφοράς στην κλινική ενασχόληση με τους παχύσαρκους ασθενείς.

Ακόμη θα πρέπει να υποστηρίζουν τις προσπάθειές τους και να τους καθοδηγούν στα κατάλληλα προγράμματα παροχής βοήθειας (Maughan & Burke, 2006).

5.2.3 Ψυχοθεραπεία στην παχυσαρκία

Για πολλές δεκαετίες η ψυχανάλυση κυριάρχησε στη θεραπευτική σκηνή και αφορούσε σε δυαδικές θεραπευτικές συνεδρίες. Η παραδοσιακή προσωπική ψυχοθεραπεία με έναν ασθενή και ένα θεραπευτή συμπληρώθηκε με μία νέα δομή, στην οποία άλλοτε ένας ή καμιά φορά και δύο θεραπευτές δούλευαν ψυχοθεραπευτικά με ομάδα ατόμων. Αυτή η νέα δομή περιλαμβάνει θεραπεία σε ζευγάρια, θεραπεία οικογένειας και ομαδική θεραπεία. Η επικρατούσα μέθοδος ψυχοθεραπείας σε οποιαδήποτε εποχή επηρεάζεται από τις τρέχουσες πολιτισμικές τάσεις. Η επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου εξαρτάται ευθέως και ευρέως από την προσωπική προτίμηση του θεραπευτή (Taylor, Lillis & Le Mone, 2006).

Υπάρχουν έξι κοινά χαρακτηριστικά σε όλες τις ψυχοθεραπείες:

α) Μία έντονη, συναισθηματικά φορτισμένη σχέση εμπιστοσύνης με ένα πρόσωπο που μπορεί να προσφέρει βοήθεια, συχνά μέσα από την ομάδα.

β) Μία λογική που εξηγεί τις αιτίες του άγχους των γονέων και μία μέθοδο ανακούφισης από αυτό.

γ) Πληροφόρηση που αφορά στη φύση του προβλήματος και της πιθανής αιτιολογίας του όπως και εναλλακτικούς τρόπους ανακούφισης από αυτό.

δ) Ενίσχυση των προσδοκιών του ασθενούς για τη βοήθεια που μπορεί να έχει από το θεραπευτή του, και για τις αλλαγές που μπορεί να προκύψουν στη ζωή του μέσα στο περιβάλλον που κινείται (εργασιακό και ευρύτερο).

ε) Αναφορά σε επιτυχημένες προσπάθειες άλλων και τόνωση των προσδοκιών του πως και εκείνος μπορεί να τα καταφέρει, ενισχύοντας το συναίσθημα της αυτοπεποίθησής του.

στ) Διευκόλυνση της συναισθηματικής του εκτόνωσης, που φαίνεται ότι είναι απαραίτητο και προαπαιτούμενο να γίνει για να επιτευχθούν ουσιαστικές αλλαγές στη συμπεριφορά.

Αυτές οι ψυχοθεραπευτικές προσπελάσεις στηρίζονται στην ανθρώπινη ικανότητα για μάθηση. Οι εμπλεκόμενοι παράγοντες αφορούν διαπροσωπικές σχέσεις, τις προσδοκίες του ασθενούς, μίμηση προτύπου και εξιδανίκευση, ερμηνείες και όλα αυτά επιτρέπουν στον ασθενή να συνειδητοποιήσει τους λόγους για την προηγούμενη συμπεριφορά και τους οποίους αγνοούσε.

Πιο πρακτικοί χειρισμοί έχουν να κάνουν με υιοθέτηση νέων συμπεριφορών και αντιλήψεων που αναδύονται πλέον μέσα από τη θεραπεία. Τέτοιες προσεγγίσεις είναι κατεξοχήν υποστηρικτικές, εκπαιδευτικές και εποικοδομητικές.

Ο σκοπός ποικίλει από το να βελτιώσει την ικανότητα επιλογής προτύπων για αντιγραφή μέχρι να εισαγάγει νέα συναισθηματικά και εξελικτικά στοιχεία προσωπικότητας (Taylor, Lillis & Le Mone, 2006).

5.2.4 Οικογενειακή θεραπεία για την παχυσαρκία

Κατέχει μία πολύ σημαντική θέση στη θεραπεία της παχυσαρκίας. Υπάρχουν δύο πολύ σημαντικές συνιστώσες για την επιλογή της συγκεκριμένης ψυχοθεραπείας. Αρχικά, όπως είναι οφθαλμοφανές, η προσπάθεια για δίαιτα μπορεί να εμψυχωθεί ή να σαμποταριστεί από το οικείο περιβάλλον. Βελτίωση των συνηθειών διατροφής πρέπει να επιτευχθεί για όλη την οικογένεια.

Επιπλέον, αφού τα δυναμικά της σχέσης μητέρας-παιδιού παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας, αυτή η σχέση πρέπει να τεθεί υπό εξέταση. Να μην υποτιμούμε το γεγονός ότι τις περισσότερες φορές η παχυσαρκία του ενός μέλους της οικογένειας είναι το σύμπτωμα της ασθένειας της οικογένειας και όλο αυτό το σύστημα της οικογένειας πρέπει να αλλάξει προκειμένου ο επίσημα ασθενής να βρει τη θέση του μέσα σε αυτήν.

Ο Minuchin παρατήρησε πως η παρουσία ευαλωτότητας μέσα σε μία οικογένεια, η λεγόμενη ψυχοσωματική οικογένεια, προάγει την ανάπτυξη νόσου σε κάποιο από τα μέλη της και συνήθως στα παιδιά. Σε τέτοιες καταστάσεις σημείωσε, ένα φάσμα από πρότυπα που κινούνται και ανταλλάσσονται στη διαδικασία εξέλιξης αυτής της οικογένειας: μπλεξίματα, υπερπροστατευτικότητα, ακαμψία, απουσία διαλόγου ουσιαστικού για επίλυση προβλημάτων.

Η συνέπεια είναι να μην μπορέσει να αναπτυχθεί η διαφορετικότητα του κάθε ατόμου και επομένως η αυτονομία των παιδιών, η δραστηριότητα και αναζήτηση έξω από την «ασφάλεια» της οικογένειας είναι υποβαθμισμένη ως ξεχασμένη (Αγάλου, 2008).

5.2.5 Φυσική Άσκηση

Η αυξημένη φυσική δραστηριότητα και η σωματική άσκηση δεν είναι αποτελεσματική μέθοδος για τη μείωση του σωματικού βάρους στα αρχικά στάδια. Μόνο ένα μικρό ποσό ενέργειας καταναλώνεται με τις δραστηριότητες που μπορεί να επιτελέσουν οι παχύσαρκοι ασθενείς. Επομένως, η αυξημένη φυσική δραστηριότητα των παχύσαρκων ατόμων αμέσως μετά την έναρξη δίαιτας, συνήθως δεν αυξάνει την αρχική απώλεια βάρους. Παρόλα αυτά, ο συνδυασμός της φυσικής δραστηριότητας και της σωματικής άσκησης με τη δίαιτα είναι απαραίτητος, γιατί η αύξηση της σωματικής άσκησης είναι χρήσιμη για τη μακροχρόνια διατήρηση της απώλειας βάρους (Pryke, 2009).

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι παχύσαρκοι ασθενείς που πετυχαίνουν μία μακροχρόνια (≥ 1 έτους) απώλεια βάρους ασκούνται σε καθημερινή βάση. Η ωφέλιμη δράση της φυσικής άσκησης στη διατήρηση της απώλειας βάρους οφείλεται σε φυσιολογικούς και ψυχολογικούς μηχανισμούς, που σχετίζονται με την κατανάλωση ενέργειας και αφορά στη βελτίωση της διάθεσης, την αύξηση της αυτοεκτίμησης και τη συμμόρφωση με τη διαιτητική αγωγή.

Ο βαθμός της σωματικής άσκησης που σχετίζεται με τη μακροχρόνια διατήρηση της απώλειας βάρους είναι σημαντικός (Pryke, 2009)

Οι περισσότερες σειρές προτείνουν ένα επίπεδο σωματικής άσκησης της τάξης των 2500 θερμίδων την εβδομάδα, που ισοδυναμεί με 60-75 λεπτά μέτριας δραστηριότητας την ημέρα (ζωηρό βάδισμα) ή 30 λεπτά έντονης δραστηριότητας την ημέρα (ποδήλατο, αεροβική γυμναστική, jogging).

Είναι σημαντικό να τίθενται αρχικά μέτριοι στόχοι και να αυξάνεται βαθμιαία η σωματική άσκηση μέχρι να επιτευχθούν τα επιθυμητά επίπεδα βάρους. Τόσο η προγραμματισμένη σωματική άσκηση κατά τη διάρκεια της ημέρας (τρέξιμο, κολύμβηση, ποδήλατο), όσο και η αυξημένη φυσική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της ημέρας (βάδισμα αντί για οδήγηση, χρησιμοποίηση της κλίμακας αντί για ανελκυστήρα) είναι αποτελεσματικά στη διατήρηση της απώλειας βάρους. Επιπλέον η άσκηση, αυτή καθεαυτή, βελτιώνει την υπέρταση και συμβάλλει στην ψυχολογική στήριξη αυτών των ασθενών (Maughan & Burke, 2006).

Ενέργεια που καταναλώνουμε σε θερμίδες ανα λεπτό και ανα ώρα σε διάφορες αθλητικές και σωματικές δραστηριότητες.

Καθημερινές Δραστηριότητες	Kcal/ min
Ανάπαυση, ύπνος, τηλεόραση	1,6
Περπάτημα (5,5 χμ/ώρα)	4,5
Κηπουρική, καθαριότητα σπιτιού	5
Ανάβαση σκάλας	12
Χορός	4
Sex	2
Αθλητικές δραστηριότητες	Kcal/ hour
Aerobics (High-Impact)	660
Aerobics (Low-Impact)	540
Basketball	550
Ποδήλατο (9.5 Km/ώρα)	240
Ποδήλατο (19 Km/ώρα)	410
Ποδήλατο (24 Km/ώρα)	600
Ποδόσφαιρο	530
Κωπηλασία	650

Τρέξιμο (9.5 Km/ώρα)	730
Τρέξιμο (12.5 Km/ώρα)	925
Κολύμπι (ελεύθερο)	510
Tennis	450
Volleyball	190
Yoga	240

(Maughan & Burke, 2006)

5.2.6 Φαρμακευτική αγωγή

Η δυσκολία στην επίτευξη μακροχρόνιας απώλειας βάρους με τις προαναφερθείσες μεθόδους, αύξησε το ενδιαφέρον για τη φαρμακευτική θεραπευτική αγωγή της παχυσαρκίας. Οι ενδείξεις για τη φαρμακευτική αγωγή της παχυσαρκίας αφορούν ασθενείς με δείκτη μάζας σώματος (BMI) ≥ 30 kg/m², ή δείκτη μάζας σώματος (BMI) 27-29,9 kg/m² σε συνδυασμό με μία επιπλοκή που σχετίζεται με την παχυσαρκία.

Τα φάρμακα που έχουν εγκριθεί για τη θεραπεία της παχυσαρκίας από τον Οργανισμό Φαρμάκων και Τροφίμων (FDA) στις ΗΠΑ . Η σιμπουτραμίνη και η ορλιστάτη είναι φάρμακα εγκεκριμένα για μακροχρόνια χρήση. Εντούτοις, η χορήγηση των φαρμάκων για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτική γιατί οι ασθενείς που ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή συνήθως επανακτούν βάρος όταν η θεραπεία διακόπτεται (Συλλογικό, 2008).

Δεν μπορεί όμως να χορηγείται φαρμακευτική αγωγή εφ' όρου ζωής, γιατί τότε αναπτύσσονται διάφορες φαρμακευτικές επιπλοκές, ενίοτε απειλητικές για τη ζωή των ασθενών (π.χ. καρδιαγγειακά επεισόδια).

Για τη φαρμακευτική αγωγή κατά της παχυσαρκίας έχουν δοκιμασθεί διάφορα σκευάσματα. Τα κατασταλτικά της όρεξης είναι ανάλογα της αμφεταμίνης και τα φάρμακα τα οποία έχουν επαρκώς αξιολογηθεί είναι η διαιθυλπροπιόνη, η μαζινδόλη, η φεντερμίνη και η φενφλουραμίνη. Όλα αυτά τα φάρμακα έχουν σημαντική δυνατότητα διέγερσης του κεντρικού νευρικού συστήματος, εκτός από τη φενφλουραμίνη και τη δεξφενφλουραμίνη τα οποία έχουν κατασταλτικές ιδιότητες και δρουν μέσω απελευθέρωσης και αναστολής επαναπρόσληψης της σεροτονίνης.

Εγκεκριμένα φάρμακα για τη θεραπεία της παχυσαρκίας

- Βενζφεταμίνη υδροχλωρική
- Φεντιμετραζίνη
- Φεντερμίνη
- Διαιθυλπροπιόνη υδροχλωρική
- Μαζινδόλη
- Σιμπουτραμίνη υδροχλωρική
- Ορλιστάτη

Τα κατασταλτικά της όρεξης προτείνονται κατά κανόνα για βραχυχρόνια χρήση. Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι ασθενείς συνέχισαν να παρουσιάζουν βελτίωση και μετά 2 έτη παρακολούθησης (Συλλογικό, 2008).

Άλλες πάλι μελέτες υποστηρίζουν ότι τα φάρμακα αυτά, μπορεί να μην είναι πολύ αποτελεσματικά μακροπρόθεσμα, αντίθετα δε μπορεί να αυξήσουν το βάρος σε ορισμένες περιπτώσεις.

Αυτά τα φάρμακα όμως, συνδέονται με μία σειρά παρενέργειες και σημαντικούς κινδύνους για την υγεία του ασθενούς και σε πολλές χώρες έχει σταματήσει η κυκλοφορία τους. Ο συνδυασμός της φενφλουραμίνης με τη φεντερμίνη έχει αναφερθεί ότι συνδέεται με την ανάπτυξη καρδιακής βαλβιδοπάθειας σε γυναίκες με αρνητικό ιστορικό και με αυξημένο κίνδυνο πνευμονικής υπέρτασης (23 φορές υψηλότερος κίνδυνος στα άτομα που λαμβάνουν ένα από τα δύο φάρμακα για διάστημα 3 μηνών ή περισσότερο).

Η θεραπεία με δεξφενφλουραμίνη συνδέθηκε επίσης με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβάντων. Υπήρχαν σημαντικές αυξήσεις της χοληστερόλης του ορού και της γλυκόζης του αίματος και μία ελαφρά αύξηση της συστολικής πίεσης του αίματος.

Μία άλλη ουσία με παρόμοιο μηχανισμό δράσης είναι η *φλουοξετίνη*. Η φλουοξετίνη επιτυγχάνει απώλεια βάρους, τις πρώτες εβδομάδες, αλλά παρατεταμένη χορήγηση μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του βάρους. Ο μηχανισμός πίσω από αυτή τη δράση είναι ασαφής, διότι αυτό δε συμβαίνει σε όλους τους ασθενείς. Στοιχεία ευρείας κλίμακας, αποκαλύπτουν αποτελεσματική μείωση του βάρους για τις πρώτες 28 εβδομάδες, ακολουθούμενη από μία κατακόρυφη αύξηση του βάρους (Παπανικολάου, 1998).

Στις 52 εβδομάδες το αποτέλεσμα δε διαφέρει από το placebo.

Συνεπώς τα κριτήρια για τη χορήγηση των κατασταλτικών φαρμάκων της όρεξης στη θεραπεία της παχυσαρκίας είναι αβέβαια. Δεδομένου τη μείωση της θνησιμότητας από την απώλεια βάρους με τη χορήγηση φαρμάκων, η χρήση των κατασταλτικών της όρεξης μπορεί να ωφελήσει επιλεγμένους ασθενείς, όπως σοβαρά παχύσαρκα άτομα στα οποία έχουν αποτύχει άλλες μορφές θεραπείας και εμφανίζουν σοβαρές συνακόλουθες καταστάσεις (υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης).

Όλοι ο υποψήφιοι για θεραπεία με κατασταλτικά της όρεξης πρέπει να ενημερώνονται για τις πιθανές παρενέργειες και να παρακολουθούνται τακτικά με φυσική εξέταση και όταν κρίνεται σκόπιμο με εργαστηριακές εξετάσεις και υπερηχογράφημα καρδιάς.

Ουσίες με διεγερτική δράση επί του μεταβολισμού και της θερμογένεσης όπως, *θυρεοειδικές ορμόνες και αγωνιστές των β3-αδρενεργικών υποδοχέων* στο λιπώδη ιστό έχουν επίσης δοκιμασθεί με πτωχά όμως αποτελέσματα. Οι αγωνιστές των β3-αδρενεργικών υποδοχέων στα ποντίκια προκαλούν μείωση του σωματικού βάρους και βελτίωση της ινσουλινοαντοχής και της υπεργλυκαιμίας. Ο βαθμός της επίδρασης και η ενεργοποίηση του φαιού λίπους (BAT) από αυτούς τους αγωνιστές δεν είναι γνωστός, επομένως τα δυνητικά οφέλη από τη χρήση τους στον άνθρωπο πρέπει να αξιολογηθούν περαιτέρω.

Ο *πολυεστέρας της σουκρόζης* είναι ένα μη απορροφήσιμο μείγμα λιπαρών οξέων συνδεδεμένο σε εστερική μορφή με τη σουκρόζη. Προκαλεί μέτρια μείωση, περίπου κατά 25% των προσλαμβανομένων θερμίδων και ελαττώνει τα επίπεδα της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων στο πλάσμα. Η χρήση της όμως μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη των λιποδιαλυτών βιταμινών. Τα στοιχεία προέρχονται από μελέτες μικρής διάρκειας, επομένως η μακροχρόνια κλινική χρησιμότητά της δεν είναι επιβεβαιωμένη (Σφηκάκης, 1996).

Μία σειρά άλλων ουσιών έχουν δοκιμασθεί (*ανθρώπιος χοριακή γοναδοτροπίνη, λεβοντόπα, βρωμοκρυπτίνη, ανταγωνιστές των οπιοειδών, γ-λινολενικό οξύ, αυξητική ορμόνη*), χωρίς κάποιο σημαντικό όφελος. Κλινικές έρευνες που αφορούν την *ανασυνδυασμένη λεπτίνη* βρίσκονται σε πρώιμα στάδια, αλλά δεδομένου ότι η ενδογενής λεπτίνη ανευρίσκεται σε υψηλά επίπεδα στους περισσότερους παχύσαρκους θεωρείται απίθανο ότι θα αποτελέσει ένα χρήσιμο φάρμακο.

Η *σιμπουτραμίνη* δρα σαν ανορεξιογόνο μέσω αναστολής της επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης, της σεροτονίνης και της ντοπαμίνης. Η επίδραση της σιμπουτραμίνης στο σωματικό βάρος είναι δοσοεξαρτώμενη και κυμαίνεται από 1-30 mg ημερησίως.

Δύο μακροχρόνιες τυχαιοποιημένες μελέτες ελέγχου έδειξαν ότι η μέση απώλεια βάρους ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα των ασθενών που έλαβαν 10-20mg σιμπουτραμίνης 0.4807ημερησίως σε σύγκριση με την ομάδα που έλαβε placebo θεραπεία.

Οι πιο συχνές παρενέργειες της σιμπουτραμίνης είναι ξηροστομία, κεφαλαλγία, δυσκοιλιότητα και αϋπνία. Η σιμπουτραμίνη επίσης προκαλεί μικρή αύξηση της αρτηριακής πίεσης (2-4 mm Hg) και της καρδιακής συχνότητας (4- 6 σφύξεις /min). Εντούτοις μερικοί ασθενείς εμφανίζουν μεγαλύτερη αύξηση της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας και απαιτείται ελάττωση της δοσολογίας ή και διακοπή της θεραπείας.

Η *ορλιστάτη* είναι ένα συνθετικό παράγωγο που προέρχεται από τον *Streptomyces toxytricini* και αναστέλλει τη λιπάση των θηλαστικών. Συγκεκριμένα συνδέεται με την λιπάση στο γαστρεντερικό σύστημα και εμποδίζει την πέψη και την απορρόφηση του λίπους ως τροφής. Η χορήγηση 120 mg ορλιστάτης τρεις φορές την ημέρα μαζί με τα γεύματα, έχει ως αποτέλεσμα το 70% των προσλαμβανομένων τριγλυκεριδίων να απορροφάται, ενώ το υπόλοιπο 30% αποβάλλεται στα κόπρανα.

Η ορλιστάτη έχει επίσης θετική επίδραση στα επίπεδα της χοληστερόλης ορού ανεξαρτήτως της απώλειας βάρους. Τα επίπεδα της LDL χοληστερόλης μειώνονται περισσότερο στους ασθενείς που βρίσκονται σε αγωγή με ορλιστάτη σε σύγκριση με τα άτομα που λαμβάνουν placebo θεραπεία, ακόμη και αν γίνει αναγωγή ως προς την εκατοστιαία απώλεια βάρους.

Ο πιθανός μηχανισμός σχετίζεται με την επίδραση της ορλιστάτης στην απορρόφηση της χοληστερόλης της τροφής (Συλλογικό, 2008).

Οι κυριότερες παρενέργειες της ορλιστάτης αφορούν γαστρεντερικές διαταραχές, οι οποίες συνήθως παρατηρούνται τις 4 πρώτες εβδομάδες της αγωγής, είναι ελαφράς ως μέτριας εντάσεως και προκαλούνται από τη δυσαπορρόφηση του λίπους. Η ορλιστάτη επηρεάζει την απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών και ιδιαίτερα τη β-καροτίνη και τις βιταμίνες D και E. Επίσης μπορεί να επηρεάσει και την απορρόφηση διάφορων λιποφιλικών φαρμάκων, όπως της κυκλοσπορίνης, αν λαμβάνονται ταυτόχρονα, γι' αυτό αν απαιτείται συγχορήγησή τους πρέπει να μεσολαβεί διάστημα τουλάχιστον 2 ωρών (Παπανικολάου, 1998).

Η φαρμακευτική αγωγή κατά της παχυσαρκίας είναι περισσότερο αποτελεσματική όταν εφαρμόζεται μαζί με τροποποίηση της συμπεριφοράς. Τέλος ο συνδυασμός διαίτης, φαρμακευτικής αγωγής, φυσικής άσκησης και τροποποίησης της συμπεριφοράς είναι ο πλέον αποτελεσματικός. Στην πράξη όμως, η μακροχρόνια απώλεια βάρους είναι δύσκολο να επιτευχθεί και η μακροπρόθεσμη ανταπόκριση των παχύσαρκων ασθενών στη συντηρητική θεραπεία είναι μικρή.

5.2.7 Ομάδες αυτοβοήθειας (Self-help groups)

Στην τελευταία δεκαετία έχει υπάρξει μία ραγδαία αύξηση των ομάδων αυτοβοήθειας στο γενικό πληθυσμό. Πολλές από τις ομάδες αυτές δημιουργήθηκαν από κάποια άτομα που ένοιωθαν πως το πρόβλημά τους δεν μπορούσε να βρει τον κατάλληλο χειρισμό του από τις υπηρεσίες υγείας.

\\ \| Αυτές οι ομάδες αυτοβοήθειας αποτελούν μία από τις πιο δημοφιλείς προσεγγίσεις στο πρόβλημα μείωσης του βάρους των παχυσάρκων και όλο και περισσότεροι ασθενείς λαμβάνουν βοήθεια από τέτοιους μη ιατρικούς θεσμούς σε σχέση με εκείνους που ζητούν αμιγώς ιατρική βοήθεια.

Στην κοινωνία μας οι ασθενείς περιμένουν το μαγικό χαπάκι αδυνατίσματος, αλλά το πόσο αποτελεσματικό θα είναι εξαρτάται από παράγοντες οι οποίοι δεν αναγράφονται σε ένα συνταγόχαρτο, και τέτοιοι είναι η δύναμη, η ηθική υποστήριξη, σωστά διατροφικά πρότυπα. (Παπαλαζάρου, 2008)

Η απώλεια βάρους έχει μπει πια σε βιομηχανικούς ρυθμούς. Η έμφαση που δίνεται σήμερα στην απώλεια βάρους με δίαιτα και άσκηση, από υγιεινή ενασχόληση κατά τον ελεύθερο χρόνο έχει καταστήσει εθνικός καταναγκασμός. Καθημερινά παρουσιάζονται και άλλα ινστιτούτα αδυνατίσματος που υπόσχονται απώλεια βάρους με τις πιο ξεκούραστες συνθήκες και διατήρηση του νέου βάρους, χωρίς υπερβολικές θυσίες! Και όλες αυτές είναι κερδοφόρες εταιρείες (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2003).

Πόσο όμως τελικά όλες αυτές οι εταιρείες αυτοβοήθειας, είναι πραγματικά αποτελεσματικές και ουσιαστικά αρωγοί στην προσπάθεια χιλιάδων ατόμων να ξαναδιεκδικήσουν τη ζωή τους;

Η αλήθεια είναι ότι δύσκολα μπορεί να δοθεί μία αντικειμενική απάντηση σε αυτό γιατί δε γίνονται ανεξάρτητες έρευνες και το επίπεδο συναγωνισμού μεταξύ τους είναι πολύ μεγάλο. Παρ' όλα αυτά για κάποιον με μέτρια παχυσαρκία και με κίνητρο να κάνει κάτι για το βάρος του, ίσως αυτά τα εμπορικά προγράμματα απώλειας βάρους να είναι η καλύτερη αρχή..» (Παπαλαζάρου, 2008).

5.3 Χειρουργική Θεραπεία

5.3.1 Γενικά

Η χειρουργική θεραπεία έχει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία της παχυσαρκίας σοβαρού βαθμού επειδή, όπως αναφέρθηκε, η συντηρητική αντιμετώπιση σπάνια επιτυγχάνει μεγάλη, σταθερή και μόνιμη απώλεια βάρους.

Οι μέθοδοι χειρουργικής θεραπείας αποσκοπούν είτε στη μείωση της απορρόφησης των προσλαμβανομένων θερμίδων (gastro-intestinal malabsorptive procedures), είτε στη μείωση της πρόσληψης θερμίδων (gastric restriction procedures) (Σφηκάκης, 1996).



5.3.2 Ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας

Οι ενδείξεις της χειρουργικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας σοβαρού βαθμού, όπως καθορίστηκαν από το National Institutes of Health Consensus το 1991, αφορούν ασθενείς με δείκτη μάζας σώματος BMI >40 ή BMI >35 με συνύπαρξη σοβαρών συνοδών νόσων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση, τα καρδιοαναπνευστικά προβλήματα, το σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο, η αρθρίτιδα και η

υπερλιπιδαιμία. Επιπλέον κριτήρια επιλογής αποτελούν, η αποτυχία επανειλημμένων προσπαθειών θεραπείας με συντηρητικές μεθόδους, η απουσία μεταβολικών ή ενδοκρινικών νοσημάτων, η απουσία σοβαρής ψυχικής νόσου, η απουσία ηπατικής κίρρωσης ή σοβαρών παθήσεων από το πεπτικό σύστημα, ο αποκλεισμός ασθενών με κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών (Σφηκάκης, 1996).

Η χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας πρέπει να προτείνεται μόνο σε ασθενείς που είναι πλήρως ενημερωμένοι και εμφανίζουν αποδεκτό χειρουργικό κίνδυνο. Θα πρέπει να γίνεται αντιληπτό ότι η χειρουργική επέμβαση από μόνη της δεν εξασφαλίζει τη μακροχρόνια απώλεια βάρους, γιατί η μετεγχειρητική κατανάλωση αυξημένης ποσότητας υγρών υψηλής θερμιδικής αξίας μπορεί να οδηγήσει σε επανάκτηση του απολεσθέντος βάρους. Η συγκατάθεση του ασθενούς, η πλήρης συμμόρφωσή του στις μετεγχειρητικές διατροφικές οδηγίες, η δέσμευσή του για μακροχρόνια μετεγχειρητική παρακολούθηση, η κατανόηση και η βοήθεια του κοινωνικού περιβάλλοντος του ασθενούς για την ομαλή προσαρμογή του στις καινούριες συνθήκες διαβίωσης κρίνονται επίσης απαραίτητες (Κατσιλάμπρος & Καραμανιόλας, 2000).

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την εκτέλεση των βαριατρικών εγχειρήσεων είναι η ύπαρξη εξειδικευμένου χειρουργικού κέντρου που μπορεί να παρέχει ασφάλεια και μετεγχειρητική υποστήριξη και η παρουσία εξειδικευμένης ιατρικής ομάδας (χειρουργός, αναισθησιολόγος, παθολόγος, ψυχίατρος, ενδοκρινολόγος και διαιτολόγος) (Σφηκάκης, 1996) .

5.3.3 Προεγχειρητικός έλεγχος

Ο προεγχειρητικός έλεγχος των παχυσάρκων ασθενών πρέπει να γίνεται με πολύ προσοχή από μία ιατρική ομάδα που περιλαμβάνει χειρουργό, παθολόγο, ψυχίατρο, διαιτολόγο και νοσηλεύτη. Οι περισσότεροι ασθενείς μπορεί να εισαχθούν την προηγούμενη ημέρα της προγραμματισμένης επέμβασης. Παρ' όλα αυτά όταν υπάρχουν προβλήματα όπως, σοβαρό σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή σακχαρώδης διαβήτης με σοβαρή αγγειοπάθεια, οι ασθενείς αυτοί πρέπει να εισάγονται 2-3 ημέρες νωρίτερα και να ακολουθούν την κατάλληλη προετοιμασία, ώστε να μειώνονται οι εγχειρητικοί κίνδυνοι. (Παπαβραμίδης, 2002)

Οι εξετάσεις ρουτίνας που γίνονται συνήθως είναι: γενική αίματος, γενική ούρων, πλήρης βιοχημικός έλεγχος, σίδηρος και σιδηροδεσμευτική ικανότητα, βιταμίνη B12, ακτινογραφία θώρακος, ηλεκτροκαρδιογράφημα, υπερηχογράφημα καρδιάς, αέρια αίματος και πνευμονικές λειτουργικές δοκιμασίες για τον αποκλεισμό του συνδρόμου υποαερισμού, μελέτη του ύπνου για τον έλεγχο του συνδρόμου άπνοιας στον ύπνο, υπερηχογράφημα Doppler των φλεβών των κάτω άκρων για τον αποκλεισμό της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης και δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη.

Επειδή η χολολιθίαση παρουσιάζεται σε ποσοστό 15-25% στους παχύσαρκους σοβαρού βαθμού, ο υπερηχογραφικός έλεγχος των χοληφόρων συνιστάται σε όσα άτομα δεν έχουν υποβληθεί σε χολοκυστεκτομή. Σημειώνεται ότι το ενεργό έλκος αποτελεί αντένδειξη για χειρουργική επέμβαση σε θεραπεία της «σοβαρής παχυσαρκίας» (Παπαβραμίδης, 2002).

Η επιλογή της χειρουργικής επέμβασης με τους πιθανούς κινδύνους, τα αναμενόμενα οφέλη και η ανάγκη για μακροχρόνια παρακολούθηση θα πρέπει να εξηγηθούν ευκρινώς στον ασθενή ώστε να δώσει τη συγκατάθεσή του.

5.3.4 Μετεγχειρητική παρακολούθηση

Γενικά, ή άμεση μετεγχειρητική παρακολούθηση των παχύσαρκων ασθενών δεν διαφέρει από αυτή των συνήθων ενδοκοιλιακών επεμβάσεων. Έμφαση πρέπει να δοθεί στη χορήγηση προφυλακτικής αντιπηκτικής αγωγής, την προσεκτική παρακολούθηση των ζωτικών σημείων, το ισοζύγιο του ύδατος και τον έλεγχο του σακχάρου του αίματος. Η χορήγηση χημειοπροφύλαξης συνηθίζεται στα περισσότερα κέντρα χειρουργικής της παχυσαρκίας, χωρίς όμως να έχει πιστοποιηθεί ότι είναι απαραίτητη. Η παρακολούθηση πρέπει να είναι συνεχής και στενή από ειδικευμένο προσωπικό.

Τα πρώτα 24ωρα είναι σημαντικά για την άμεση αναγνώριση και αντιμετώπιση πιθανής καρδιοαναπνευστικής επιπλοκής, διαφυγής ή ενδοκοιλιακής λοίμωξης. Η ταχεία κινητοποίηση των ασθενών, η αναπνευστική φυσικοθεραπεία και η συνεχής παρακολούθηση είναι παράγοντες που ελαχιστοποιούν την εμφάνιση άμεσων μετεγχειρητικών επιπλοκών (Σφηκάκης, 1996).

Οι ασθενείς δε σιτίζονται μέχρι να αναφέρουν την αποβολή αερίων, συνήθως την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα. Από την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα και μετά λαμβάνουν συνήθως συμπλήρωμα διατροφής με νερό από το στόμα, μέχρι την έξοδό τους από το νοσοκομείο, συνήθως την 5^η ή 6^η μετεγχειρητική ημέρα.

Η απώτερη μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών είναι επίσης έργο εξειδικευμένης ομάδας ιατρών που, εκτός από το χειρουργό θα πρέπει να περιλαμβάνει και διαιτολόγο.

Οι ασθενείς μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο και για τις δύο επόμενες εβδομάδες παραμένουν σε υδρική δίαιτα και προχωρούν προσεκτικά σε πλήρη δίαιτα περίπου στο τέλος της 6^{ης} εβδομάδας. Οι περισσότεροι ασθενείς επιστρέφουν βαθμιαία στη φυσιολογική διατροφή γύρω στους 3-4 μήνες από την εγχείρηση, αλλά υπάρχει σημαντική μείωση της ποσότητας της προσλαμβανόμενης τροφής, γιατί επέρχεται γρήγορα κορεσμός (Σταθοπούλου, 2002).

Δυσκολίες μπορεί να υπάρχουν στην κατανάλωση κρέατος. Οι περισσότεροι ασθενείς αρχίζουν σταδιακά με βρώση λευκού κρέατος (κοτόπουλο, ψάρι) και γύρω στο 10ο-12ο μετεγχειρητικό μήνα μπορούν να τραφούν και με κόκκινο κρέας. Περίπου στο τέλος του τρίτου μήνα, οι περισσότεροι ασθενείς λαμβάνουν μία μικρή αλλά ισορροπημένη δίαιτα.

Η μετεγχειρητική παρακολούθηση (follow-up) πρέπει να γίνεται κατά τακτά χρονικά διαστήματα (1-2-3-6-9-12 μήνες και στη συνέχεια σε εξαμηνιαία βάση). Η παρακολούθηση αυτή περιλαμβάνει εκτίμηση του ρυθμού απώλειας βάρους, της σίτισης και της κατάστασης της θρέψης των ασθενών, πλήρη αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο και αναζήτηση πιθανών επιπλοκών από την επέμβαση. (Σταθοπούλου, 2002)

5.4 Οι χειρουργικές επεμβάσεις για τη νοσογόνο παχυσαρκία

Οι επεμβάσεις διακρίνονται σε 4 κατηγορίες:

1. Περιοριστικού τύπου επεμβάσεις
 - ο Γαστρικό μπαλόνι
 - ο Κάθετη διαμερισματοποίηση

- Γαστρικός Δακτύλιος
 - Γαστρικό μανίκι (sleeve gastrectomy)
2. Επεμβάσεις δυσαπορροφήσεως
 - Εντερεκτομή
 - Εντερική παράκαμψη
 3. Μεικτού τύπου επεμβάσεις
 - Γαστρική παράκαμψη
 - Χολοπαγκρεατική παράκαμψη
 4. Επέμβασεις που τροποποιούν τη γαστρική κινητικότητα
 - Γαστρικός βηματοδότης.

(Ξιάρχος, 2007)

5.4.1 Το γαστρικό μπαλόνι

Είναι ένα ειδικό μπαλόνι από σιλικόνη, το οποίο τοποθετείται στον θόλο του στομάχου, χωρίς χειρουργείο, με το γαστροσκόπιο, περιορίζοντας τον όγκο του και προκαλώντας γρήγορη αίσθηση κορεσμού. Η τοποθέτηση του γαστρικού μπαλονιού είναι απλή και ολιγόλεπτη.

Τοποθετείται ενδοσκοπικά χωρίς αέρα και στη συνέχεια "φουσκώνεται" με αέρα ή νερό μέσα στο στομάχι. Με τον ίδιο ακριβώς τρόπο και αντίστροφη διαδικασία γίνεται και η αφαίρεσή του μετά από 6 μήνες. Συνήθως η επέμβαση δεν απαιτεί ολική νάρκωση, αν και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί και ολική αναισθησία. Για τις πρώτες 3 με 4 ημέρες ο ασθενής έχει συμπτώματα γαστρικής διαταραχής και εμετούς. Στην περίπτωση που το μπαλόνι φουσκώσει με αέρα, τα ενοχλήματα αυτές τις πρώτες ημέρες είναι λιγότερα.

Τις επόμενες μέρες ο ασθενής νιώθει αίσθημα πληρότητας και ανορεξία. **Η χρήση του γαστρικού μπαλονιού ενδείκνυται σε ασθενείς με ΔΜΣ 30 με 35** ή σε εξαιρετικά υπέρβαρους ασθενείς με σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις, όπου η απώλεια βάρους επιβάλλεται, όταν πρόκειται να ακολουθήσει κάποια άλλη χειρουργική επέμβαση, προκειμένου να μειωθεί ο εγχειρητικός κίνδυνος. Ακόμη συστήνεται σε ανθρώπους που θέλουν να χάσουν ευκαιριακά κιλά (των διακοπών, της εγκυμοσύνης ή άλλων καταστάσεων). Η τεχνική αυτή λόγω της απλότητας και του μη επεμβατικού της χαρακτήρα συγκαταλέγεται στις δίαιτες (Κατσιλάμπρος & Καραμανιόλας, 2000).

Με το γαστρικό μπαλόνι επιτυγχάνεται απώλεια βάρους 15-20 κιλών σε διάστημα 6 μηνών, όσο δηλαδή και ο μέγιστος χρόνος παραμονής του στο στομάχι. Οι ασθενείς πρέπει ωστόσο να γνωρίζουν, ότι η χρήση του μπαλονιού λειτουργεί σαν ένα πολύ αποτελεσματικό βοήθημα για εκείνους που επιθυμούν να χάσουν βάρος μέσω κάποιας διαιτητικής αγωγής και έχουν συνειδητοποιήσει ότι πρέπει να αλλάξουν συνήθειες και διατροφική συμπεριφορά.

Αν αυτό δεν γίνει απόλυτα κατανοητό από τον ασθενή, τα κιλά μετά τους 6 μήνες θα επανέλθουν. Η χρήση του **αντενδείκνυται** όταν υπάρχει μεγάλη διαφραγματοκήλη, σοβαρή γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και οισοφαγίτιδα, όταν έχει προηγηθεί χειρουργική επέμβαση στο στομάχι και γενικώς όταν συνυπάρχουν παθήσεις που καθιστούν επικίνδυνη τη γαστροσκόπηση (Παπαβραμίδης, 2002).

Παρ' όλο που το γαστρικό μπαλόνι είναι ιδιαίτερα διαδεδομένο λόγω της απλότητάς του δεν αποτελεί μία από τις πιο αποτελεσματικές και ασφαλής μεθόδους, καθώς τα αποτελέσματά του τα τελευταία χρόνια **δεν** δικαίωσαν τις προσδοκίες.

Μετά τους έξι μήνες παραμονής του στο στομάχι προκαλείται συνήθως έντονη γαστρίτιδα. Σε ποσοστό > 60% οι ασθενείς που αφαιρούν το μπαλόνι, σε ελάχιστο χρονικό διάστημα επανακτούν το βάρος που έχασαν. Σε ποσοστό 3% ξεφουσκώνει από μόνο του. Έχουν αναφερθεί διατρήσεις του στομάχου αλλά και οξείες εντερικές αποφράξεις από ενδογαστρικά μπαλόνια που ξεφούσκωσαν και προωθήθηκαν στο λεπτό έντερο. (Κατσιλάμπρος & Καραμανιόλας, 2000).

5.4.2 Η κάθετη διαμερισματοποίηση

Συνίσταται στη δημιουργία με τη χρήση αυτόματων συρραπτικών μηχανημάτων ενός μικρού γαστρικού θυλάκου (15ml), στο έλασσον τόξο του στομάχου με περιορισμένο στόμιο απορροής (1cm). Η ενισχυμένη κάθετη γαστροπλαστική είναι μία απλή περιοριστική επέμβαση που περιορίζει το ποσό και το ρυθμό της προσλαμβανόμενης τροφής, με τη δημιουργία ενός μικρής περιεκτικότητας ανώτερου γαστρικού θυλάκου ο οποίος επικοινωνεί με τον υπόλοιπο στόμαχο με ένα στενό στόμιο. Όταν η επιμελώς μασημένη τροφή καταπίνεται και φτάνει στον ανώτερο γαστρικό θύλακο, προκαλεί τη διάσταση του τοιχώματός του.

Έτσι διεγείρονται τα πνευμονογαστρικά νεύρα που στέλνουν ένα πρώιμο μήνυμα κορεσμού στα ρυθμιστικά κέντρα της όρεξης στον υποθάλαμο. Στη συνέχεια, η τροφή διέρχεται δια του στομίου στο κατώτερο διαμέρισμα του στομάχου και από εκεί στο έντερο.



Η κάθετη γαστροπλαστική δε μεταβάλλει τον πυλωρικό έλεγχο της γαστρικής κένωσης. Το γαστρεντερικό σύστημα δεν υφίσταται άλλες χειρουργικές αλλαγές στην ανατομία του και τη φυσιολογία του. (Ξιάρχος, 2007)

Αναφέρεται ποσοστό 80% αποτυχίας στην απώλεια βάρους μετά δεκαετή παρακολούθηση. Ένα ποσοστό 18-20% των ασθενών ξανααπαίτουν στο χειρουργείο λόγω στένωσης του στομίου του γαστρικού θυλάκου ή σοβαρής γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Η θνητότητα είναι χαμηλή και κυμαίνεται από 0,5%-1% . Μία σοβαρή επιπλοκή που οδηγεί σε περιτονίτιδα είναι η διαφυγή από τη γραμμή συρραφής. Η πρώιμη νοσηρότητα (30 πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες) είναι μικρότερη του 10% . Μία απότερη σοβαρή επιπλοκή είναι η διάσπαση της γραμμής διαχωρισμού των 2 διαμερισμάτων η οποία, ανάλογα με την τεχνική, εμφανίζεται σε ποσοστό που κυμαίνεται από 4-48%.

Πιο αναλυτικά οι επιπλοκές μπορεί να είναι οι ακόλουθες:

Οι *διεγχειρητικές επιπλοκές* είναι σπάνιες και περιλαμβάνουν τις ιατρογενείς κακώσεις (τραυματισμός του διαφράγματος, του οισοφάγου, του ήπατος , του σπληνός ή του παγκρέατος) και την αιμορραγία από τη γραμμή συρραφής.

Οι *μετεγχειρητικές επιπλοκές* περιλαμβάνουν την ατελεκτασία, την πλευριτική συλλογή, την ορώδη συλλογή του τραύματος, τη μετεγχειρητική κοιλιοκήλη, τη διάσπαση της κάθετης γραμμής συρραφής, την αδυναμία απώλειας βάρους (σε ποσοστό 20%), τη στένωση του στομίου επικοινωνίας (2,5%-8%), τη φλεγμονή του χειρουργικού τραύματος (2,25%), τη δυσανεξία στη χειρουργική επέμβαση (1%-2%), τη διάβρωση του τοιχώματος του στομάχου από το πλέγμα (1%- 2%), την οξεία γαστρική διάταση (1%), τη διάσπαση του χειρουργικού τραύματος (1%), τη διαφυγή (0,8%), την πνευμονία (0,2%),

και ακόμη την οξεία παγκρεατίτιδα, τα οξέα έλκη (stress ulcers), την απόφραξη του λεπτού εντέρου, τους επίμονους εμέτους, την οισοφαγίτιδα εξ αναγωγής, τη διάταση του ανώτερου γαστρικού θυλάκου και σπάνια την υποθρεψία, την ανεπάρκεια βιταμινών, την πολυνευρίτιδα και το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff (Σφηκάκης, 1996)

Η ναυτία, οι επίμονοι έμετοι και η οισοφαγίτιδα εξ αναγωγής αποτελούν πολύ συχνά αιτία παραπόνων των χειρουργημένων ασθενών. Οι πιο συχνές αιτίες αυτών των καταστάσεων είναι η αποτυχία μετατροπής της μασώμενης στερεάς τροφής σε τροφή μαλακής σύστασης και η πρόσληψη μεγαλύτερης ποσότητας τροφής από την περιεκτικότητα του ανώτερου γαστρικού θυλάκου.

Αυτές οι εσφαλμένες διαιτητικές συμπεριφορές ερεθίζουν το βλεννογόνο του στομίου επικοινωνίας προκαλώντας οίδημα και μερική απόφραξη. Εξάλλου η πρόσληψη σκληρών τροφών, όπως το κρέας, η κόρα του ψωμιού και οι φλούδες των φρούτων που αποφράσσουν το στόμιο επικοινωνίας μπορεί επίσης να προκαλέσουν έμετο. Κάθε έμετος προκαλεί τη σύσπαση των μυϊκών τοιχωμάτων του στομάχου και την αύξηση της πίεσης εντός του στομάχου. Ο βλεννογόνος του στομίου επικοινωνίας τραυματίζεται από την πίεση έναντι του ανένδοτου πλέγματος με αποτέλεσμα το οίδημα. Κάθε επεισόδιο εμέτου συντηρεί ή αυξάνει το αποφρακτικό οίδημα. Το οίδημα μπορεί να γίνει τόσο έντονο, ώστε να μην επιτρέπει ούτε τη διόδο των υγρών (Αγάλου, 2008).

Ορισμένοι ασθενείς έχουν την τάση να λαμβάνουν τροφή σε ποσότητα μεγαλύτερη από την περιεκτικότητα του ανώτερου γαστρικού θυλάκου και προκαλούν έμετο προς ανακούφιση. Με την πάροδο του χρόνου όμως, αυτή η κατάσταση προκαλεί διάταση του ανώτερου γαστρικού θυλάκου.

Όταν ένας ασθενής με διατεταμένο γαστρικό θύλακο γευματίζει, η προσλαμβανόμενη τροφή κατακάθεται στο κατωφερέστερο σημείο του θυλάκου και παραμορφώνει το στόμιο επικοινωνίας, προκαλώντας μερική απόφραξη. Αυτές οι αλλαγές έχουν περιγραφεί από το Mason ως το «σύνδρομο διατεταμένου γαστρικού θυλάκου» που χαρακτηρίζεται από εμέτους, οισοφαγίτιδα εξ αναγωγής και πρόσληψη σωματικού βάρους.

Οι ασθενείς με αυτό το σύνδρομο συχνά υιοθετούν μη προσαρμοσμένη διαιτητική συμπεριφορά καταναλώνοντας ρευστές ή μαλακές τροφές υψηλής θερμιδικής αξίας. Αυτές οι αλλαγές αναπτύσσονται βραδέως και οι ασθενείς μπορεί να παραμείνουν ασυμπτωματικοί για 10-15 χρόνια μετά την ενισχυμένη κάθετη γαστροπλαστική (Συντώσης, 2008).

5.4.3 Η φιλοσοφία του γαστρικού δακτυλίου

Σήμερα είναι η πιο συχνά εκτελούμενη λαπαροσκοπικά βαριατρική επέμβαση στην Ευρώπη. Στηρίζεται στις ίδιες αρχές με την διαμερισματοποίηση. Γύρω από το στομάχι, τοποθετείται ένας δακτύλιος δημιουργώντας έτσι 2 διαμερίσματα. Το άνω διαμέρισμα χωρητικότητας 15-20 ml δημιουργεί αίσθημα πρώιμου κορεσμού. Ο δακτύλιος φέρει εσωτερικώς ένα μπαλόνι που συνδέεται με μία βαλβίδα η οποία τοποθετείται υποδορίως στην κοιλιακή χώρα. Φουσκώνοντας το μπαλόνι με φυσιολογικό ορό είναι δυνατή η αυξομείωση του εύρους του στομίου μέσω του οποίου επικοινωνούν τα 2 διαμερίσματα. **Η επέμβαση γίνεται λαπαροσκοπικά**, εύκολα, με ελάχιστο τραυματισμό των ιστών και δεν έχει παρενέργειες, αφού η φυσιολογία του πεπτικού συστήματος παραμένει αμετάβλητη.



Η εγκεφαλική βουλιμία, το πρώτο διάστημα, δεν ελαττώνεται δραστικά, επειδή ο θόλος του στομάχου που περιέχει τους νευροϋποδοχείς της γκρελίνης παραμένει ακέραιος. Σταδιακά όμως καθώς χάνουν βάρος ελαττώνεται και το επίπεδο της βουλιμίας. Η όρεξη, στην αρχή, δεν περιορίζεται, ωστόσο οι ασθενείς δεν μπορούν να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες στερεάς τροφής και είναι αναγκασμένοι να τροποποιήσουν τις διατροφικές τους συνήθειες. Το κυριότερο **μειονέκτημα** της επέμβασης αυτής, είναι το γεγονός ότι η στένωση καθυστερεί μεν τη διέλευση της στερεάς τροφής, επιτρέπει όμως την ελεύθερη διέλευση των μαλακών και υγρών τροφών (Ξιάρχος, 2007).

Οι ασθενείς πρέπει να αποφεύγουν τις μαλακές τροφές που συνήθως είναι πλούσιες σε ζάχαρη, λίπος και θερμίδες (χυμοί, αναψυκτικά, γλυκά, παγωτά, κλπ), καθώς καταναλώνονται χωρίς να δημιουργούν δυσπεψία. Αντίθετα, σκληρές και ινώδεις τροφές όπως το κρέας και υδρόφιλες τροφές που διογκώνονται (πχ ψωμί, ρύζι, ζυμαρικά) είναι συνήθως δύσπεπτες, δημιουργούν γρήγορο κορεσμό και εξυπηρετούν τους στόχους της επέμβασης. Τα δυσπεπτικά ενοχλήματα αποτελούν ένα άλλο σημαντικό μειονέκτημα της επέμβασης. Η αίσθηση του 'κόμπου' στο στομάχι είναι έντονη. Οι ενοχλήσεις ωστόσο διαφέρουν από άτομο σε άτομο, ενώ σταδιακά και μακροχρόνια εξαλείφονται. Η αμάσητη και σκληρή τροφή μπορεί να προκαλέσει απόφραξη και εμετούς, γι' αυτό πρέπει να ακολουθούνται πιστά, συγκεκριμένες διατροφικές οδηγίες. Η λήψη υγρών κατά τη διάρκεια γεύματος δεν επιτρέπεται, καθώς διευκολύνει την κένωση του στομάχου, πράγμα που είναι αντίθετο προς τους στόχους της επέμβασης. Βασικό πλεονέκτημα της τεχνικής είναι η μικρή βαρύτητά της και ο πολύ σύντομος χρόνος νοσηλείας κι' έτσι υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις (καλή συνεργασία γιατρού-ασθενή) έχει πολύ καλά αποτελέσματα (Αθανασοπούλου, 2002).

Η απώλεια βάρους υπολογίζεται μέχρι και στο 65% του πλεονάζοντος σε διάστημα τριών ετών. Ήδη από τους πρώτους 12 μήνες έχουμε απώλεια 35 με 45 κιλών. Η επέμβαση του δακτυλίου είναι πολύ δημοφιλής και τείνει να γίνει μέθοδος εκλογής σαν πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση της νόσου. Αντενδείκνυται στις περιπτώσεις ασθενών που δεν έχουν διάθεση συνεργασίας με το γιατρό τους, που έχουν έντονο βουλιμικό σύνδρομο ή που έχουν έλλειψη αυτοκυριαρχίας και εθισμό στα γλυκά (Ξιάρχος, 2007).

Ένα από τα μεγαλύτερα μετεγχειρητικά προβλήματα είναι η διάταση του άνω διαμερίσματος και για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού ο δακτύλιος τοποθετείται σήμερα πολύ πιο κεντρικά σχεδόν στην καρδιοοισοφαγική συμβολή και επίσης τοποθετούνται ραφές έτσι ώστε να περιοριστεί η πιθανότητα διολισθήσεως του προσθίου τοιχώματος του στομάχου κάτω από το δακτύλιο. Έχουν δημοσιευθεί μελέτες με απώλεια βάρους που φτάνει το 80% του υπερβάλλοντος βάρους αλλά και άλλες με πολύ μικρότερη απώλεια βάρους. Οι μεγάλες κλινικές μελέτες που έγιναν στις ΗΠΑ και την Αυστραλία συμφωνούν στο ότι η μέση απώλεια βάρους ανέρχεται στο 30-40% του υπερβάλλοντος βάρους. Οι επιπλοκές συνίστανται στη διάβρωση του στομάχου και σε μια μορφή ιατρογενούς αχαλασίας που δημιουργείται και η οποία οδηγεί σε διάταση του οισοφάγου. Τα τελευταία χρόνια οι επιπλοκές αυτές έχουν μειωθεί σημαντικά (Αγάλου, 2008).

5.4.4 Το γαστρικό μανίκι

Το γαστρικό μανίκι είναι μία μέθοδος που τελευταία κερδίζει έδαφος διότι εκτελείται σχετικά απλά λαπαροσκοπικά. Συνίσταται στην δημιουργία με τη χρήση αυτόματων συρραπτικών μηχανημάτων ενός τούνελ κατά μήκος του ελάσσονος τόξου του στομάχου(Ξιάρχος, 2007) .

Η θνητότητα της μεθόδου κυμαίνεται στο 0,3% ενώ η νοσηρότητα στο 25,7 % .Επειδή η μέθοδος εφαρμόζεται σχετικά πρόσφατα δεν έχουμε τεκμηριωμένα συμπεράσματα που να δικαιολογούν τον ενθουσιασμό αυτών που τη χρησιμοποιούν. Θα εξετάσουμε τις δυσαπορροφητικές και μεικτού τύπου επεμβάσεις ενοποιημένα.

Στις επεμβάσεις αυτές περιλαμβάνονται η γαστρική παράκαμψη κατά Roux en Y, η χολοπαγκρεατική εκτροπή με υφολική γαστρεκτομή και ειλεογαστρική αναστόμωση (Scoriparo), η χολοπαγκρεατική εκτροπή με κάθετη γαστρεκτομή και ειλεοδωδεκαδακτυλική αναστόμωση (duodenal switch) και διάφορες παραλλαγές της γαστρικής παράκαμψης Roux en Y με διαφορετικά μήκη εντερικών ελίκων.

5.4.5 Η γαστρική παράκαμψη κατά Roux en Y

Δημιουργείται ένας μικρός ανεξάρτητος οριζόντιος θύλακος στο ανώτερο τμήμα του στομάχου με την εφαρμογή της γαστρικής παράκαμψης. Η γαστρική παράκαμψη ενίοτε προκαλεί σύνδρομο dumping (ναυτία, μετεωρισμό, κωλικοειδή άλγη και διάρροια). Αποτελεί σήμερα τη συχνότερη εφαρμοζόμενη βαριατρική επέμβαση λόγω των πολύ καλών αποτελεσμάτων της στην απώλεια βάρους. Στη δεκαετή παρακολούθηση οι περισσότεροι ασθενείς διατηρούν απώλεια τουλάχιστον 50% του υπερβάλλοντος βάρους. Είναι η πιο συχνά εκτελούμενη βαριατρική επέμβαση (αποτελεί το 65% των βαριατρικών επεμβάσεων παγκοσμίως). Σε ποσοστό >50% εκτελείται λαπαροσκοπικά. Αναφέρονται επανεγχειρήσεις στο 10% των ασθενών. Συνηθέστερη αιτία είναι η εντερική απόφραξη λόγω εσωτερικής κήλης.

Είναι φανερό ότι το μεγάλο πλεονέκτημα της μεθόδου είναι ότι μπορεί να εφαρμοστεί σε αρρώστους που καταναλώνουν πολλά γλυκά και επίσης στους υπέρ-παχύσαρκους ασθενείς αφού η απώλεια υπερβάλλοντος βάρους είναι μεγαλύτερη από ότι μετά από περιοριστικού τύπου εγχειρήσεις (Κατσιλάμπρος & Καραμάνη, 2002).

5.4.5.a Επιπλοκές

Οι *περιεγχειρητικές επιπλοκές* περιλαμβάνουν τη φλεγμονή του χειρουργικού τραύματος (1,7%), την πνευμονική εμβολή (1%), τη διάσπαση του χειρουργικού τραύματος (0,7%), την ενδοκοιλιακή αιμορραγία (0,2%), τη διαφυγή από τις αναστομώσεις (0,1%) και τη διάτρηση του στομάχου (0,1%). Η περιεγχειρητική θνητότητα είναι 0,4% και οφείλεται κυρίως σε πνευμονική εμβολή ή σε έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Οι *απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές* περιλαμβάνουν τη μετεγχειρητική κοιλιοκήλη (8,7%), την πρωτεϊνική υποθρεψία (7%), την ανάπτυξη αναστομωτικού έλκους (2,8%), την απασβέστωση των οστών λόγω της έλλειψης ασβεστίου και βιταμίνης D (6%), την αναιμία λόγω έλλειψης σιδήρου, βιταμίνης B12 και φυλικού οξέος (5%) και την απόφραξη του λεπτού εντέρου (1,2%).

Πρέπει να δοθεί έμφαση στις μεταβολικές διαταραχές της χολοπαγκρεατικής παράκαμψης. Η επιτυχία της μεθόδου εξαρτάται από το κατά πόσο μπορεί να προβλεφθούν και να αντιμετωπιστούν επικίνδυνες καταστάσεις όπως, η υπολευκωματιναιμία, η έλλειψη σιδήρου, ασβεστίου και λιποδιαλυτικών βιταμινών καθώς και η υπερβολική ανάπτυξη βακτηριδίων στο έντερο (Σφηκάκης, 1996).

5.4.6 Χολοπαγκρεατικές Εκτροπές

Η μείωση της πρόσληψης θερμίδων για να είναι επιτυχής πρέπει να είναι τόσο αυστηρή και συνεχής ώστε με το χρόνο καθίσταται δύσκολο στον ασθενή να διατηρήσει την απώλεια βάρους παρά την προσαρμογή της συμπεριφοράς του. Ασθενείς με δίαιτα άνω των 1300 θερμίδων ημερησίως είναι επιρρεπείς σε υποτροπή της παχυσαρκίας (Συντώσης, 2008).

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, ότι μία μεταβολή του μηχανισμού απορρόφησης είναι απαραίτητη σε αυτά τα άτομα για να διασφαλισθεί η μόνιμη απώλεια βάρους. Υπάρχει μόνο ένας τρόπος να αλλάξει η εντερική απορρόφηση και αυτός είναι να εκτραπούν η χολή και τα παγκρεατικά υγρά από τη φυσιολογική τους θέση και να παροχετευθούν χαμηλότερα στον εντερικό σωλήνα. Αυτή είναι η χολοπαγκρεατική παράκαμψη η οποία αναφέρεται σε μία ανατομική αλλαγή και δε θα πρέπει να ταυτίζεται με μία ειδική επέμβαση καθότι μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς τρόπους. Η γαστρική παράκαμψη με μικρή ή μακριά έλικα Roux αποτελεί μία μορφή χολικής παράκαμψης (Συντώσης, 2008).

Η χολοπαγκρεατική παράκαμψη μειώνει την απορροφητική επιφάνεια του εντέρου, μειώνει τη συμμετοχή της χολής και των παγκρεατικών υγρών στην πέψη και μεταβάλλει τη φυσιολογία του στομάχου. Επίσης μειώνεται η υπερβολική ορμονική αντίδραση του εντέρου στην πρόσληψη τροφής που παρατηρείται στους παχύσαρκους (Taylor, Lillis & Le Mone, 2006). Δεν απαιτείται εκτομή του εντέρου, δεν δημιουργείται τυφλή έλικα και δεν διαταράσσεται ο εντεροηπατικός κύκλος των χολικών αλάτων. Η εκτροπή της χολής μακριά από το στομάχι εμποδίζει το ρυθμιστικό της ρόλο και εκθέτει τον ασθενή σε κίνδυνο ανάπτυξης πεπτικού έλκους.

Γι' αυτό το λόγο πρέπει να μειωθεί η γαστρική έκκριση. Αυτό επιτυγχάνεται με γαστρική παράκαμψη ή γαστρεκτομή.

Τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι πολύ καλά και αναφέρεται διατήρηση απώλειας 70% του υπερβάλλοντος βάρους μετά από 20 έτη παρακολούθησης. Η θνητότητα είναι στο 1% ενώ η νοσηρότητα αγγίζει το 15% (Taylor, Lillis & Le Mone, 2006).

Οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν δια βίου συμπληρώματα διατροφής πλούσια σε ασβέστιο, βιταμίνες, σίδηρο και φερρίτινη. Δυστυχώς παρότι λαμβάνουν τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες δεν είναι σπάνιο η υπολευκωματιναιμία και τα οιδήματα.

Μετά από πειραματικά δεδομένα αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί ένας **βηματοδότης** παρόμοιος με αυτόν που χρησιμοποιούν στην καρδιά με σκοπό να προκληθούν αντιπερισταλτικά κύματα στο στομάχο έτσι ώστε να προκληθεί καθυστερημένη κέννωση του στομάχου, αίσθημα πληρότητας και μείωση της ποσότητας της προσλαμβανόμενης τροφής. Το ηλεκτρόδιο του βηματοδότη τοποθετείται λαπαροσκοπικά στον υποβλεννογόνο χιτώνα, στην περιοχή του σώματος του στομάχου ενώ ο βηματοδότης τοποθετείται υποδορίως. Τα κλινικά αποτελέσματα του γαστρικού βηματοδότη ήταν απογοητευτικά. Παρατηρήθηκε απώλεια βάρους που έφτανε μόλις το 25% του υπερβάλλοντος βάρους και έτσι δεν έτυχε ευρείας αποδοχής (Συλλογικό, 2003).

5.4.7 Λαπαροσκοπική προσέγγιση της νοσογόνου παχυσαρκίας

Όλες οι επεμβάσεις που περιγράφηκαν εκτελούνται πλέον λαπαροσκοπικά. Η συμβολή της λαπαροσκοπικής χειρουργικής κρίνεται ως θετική διότι προσέφερε συγκρίσιμα αποτελέσματα σε σχέση με την ανοιχτή χειρουργική αλλά κυρίως διότι μείωσε δραματικά τον

μετεγχειρητικό χρόνο ανάρρωσης και ελαχιστοποίησε της μετεγχειρητικές επιπλοκές. (Π.Ο.Υ, 2003)

5.5 Τα αποτελέσματα των βαριατρικών επεμβάσεων

Τρία θεωρούμε τα κυριότερα κριτήρια επιτυχίας της χειρουργικής θεραπείας.

- 1. Την ικανοποιητική απώλεια βάρους.**
- 2. Τη διατήρηση μακροχρόνια της απώλειας αυτής.**
- 3. Τη βελτίωση των συνοδών της παχυσαρκίας νόσων.**

Οι σπουδαιότερες μελέτες θέτουν ως όριο επιτυχίας των επεμβάσεων την απώλεια 25% του αρχικού ή 50% του υπερβάλλοντος βάρους και διατήρησή της σε βάθος χρόνου. Πιστεύουμε ότι ο κυριότερος στόχος είναι η θεραπεία των συνοδών νόσων της παχυσαρκίας. Έχει αποδειχθεί ότι οι βαριατρικές επεμβάσεις οδηγούν σε βελτίωση ή και ίαση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, της αρτηριακής υπέρτασης, της υπνικής άπνοιας και συμβάλει καθοριστικά στη διόρθωση των διαταραχών της εμμηνου ρήσεως, της υπογονιμότητας αλλά και των μυοσκελετικών παθήσεων (Παπαλαζάρου, 2008). Πιο αναλυτικά:

5.5.1 Ελαττωμένος κίνδυνος διαβήτη

Έχει επιβεβαιωθεί ότι οι παχύσαρκοι ή υπέρβαροι ασθενείς που επιτυγχάνουν μία απώλεια βάρους της τάξης του 5-10% της μάζας του σώματος, μπορεί να βελτιώσουν τον έλεγχο του διαβήτη. Όμως το πιο σημαντικό όφελος της απώλειας βάρους στον παχύσαρκο διαβητικό, είναι η επίδρασή της στη θνησιμότητα.

Στους παχύσαρκους και υπέρβαρους ασθενείς με NIDDM ή διαταραχή της ανοχής της γλυκόζης, η απώλεια κάθε κιλού βάρους συνδέεται με έναν μέσο όρο παρατευνόμενης επιβίωσης 3-4 μηνών.

Μία ολική απώλεια 10 κιλών θα ήταν αρκετή για να αυξήσει κατά 35% το προσδόκιμο επιβίωσης που συνδέεται με τη διάγνωση του NIDDM (Παπαλαζάρου, 2008).

5.5.2 Μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου

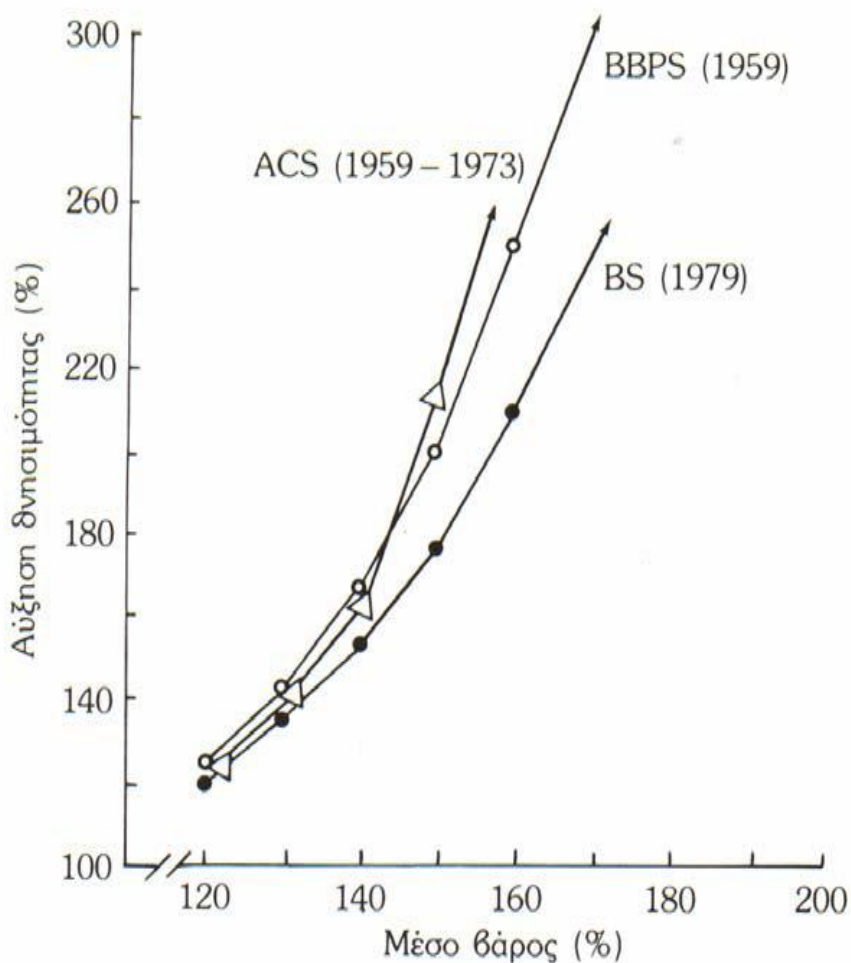
Η επιτυχής απώλεια βάρους σε παχύσαρκους ασθενείς, συνδέεται με ελάττωση της πίεσης του αίματος. Στους παχύσαρκους ασθενείς με υπέρταση, ακόμη και μία σχετικά μέτρια απώλεια του βάρους συνδέεται με μία κλινικά ωφέλιμη επίδραση στην πίεση του αίματος. Ακόμη και σε ασθενείς που ήταν υπέρβαροι άνω του 10%, αποδείχθηκε ότι στα 2/3 των περιπτώσεων είναι ικανοί να φθάσουν σε επίπεδα φυσιολογικής πίεσης, με την απώλεια του μισού από το πλεονάζον βάρος τους. Επίσης μία σαφής βελτίωση του προφίλ των λιπιδίων του αίματος, παρουσιάστηκε σε ασθενείς που ελάττωσαν το βάρος τους κατά μέσον όρο 7,4 κιλά (Παπαβραμίδης, 2002).

5.5.3 Μείωση της θνησιμότητας από την εθελούσια απώλεια βάρους

Η εκούσια απώλεια βάρους σε γυναίκες με καταστάσεις συνδεόμενες με την παχυσαρκία (όπως ο διαβήτης ή η καρδιαγγειακή νόσος) σχετίζεται με μία συνολική πτώση 20% στη θνησιμότητα από οποιοδήποτε αίτιο, η οποία αποδίδεται ευρέως σε μία μείωση κατά 40-50% της θνησιμότητας από καρκίνους που συνδέονται με την παχυσαρκία, ανεξαρτήτως του ποσού του απολεσθέντος βάρους.

Συγχρόνως, περιγράφεται μία μείωση 30-40% της θνησιμότητας που συνδέεται με το διαβήτη. Όμως σε γυναίκες χωρίς προϋπάρχουσα ασθένεια, η θετική επίδραση της μείωσης του σωματικού βάρους στη θνησιμότητα είναι αμφίβολη (Παπαβραμίδης, 2002).

Βέβαια δεν είναι μόνο αυτά τα οφέλη από την απώλεια βάρους. Ουσιαστικά όλα τα συστήματα τα οποία επιβαρύνονται από το βάρος, ανακουφίζονται με την απώλειά του με αποτέλεσμα καλύτερο επίπεδο υγείας για το άτομο (ρύθμιση ενός διαταραγμένου κύκλου στις γυναίκες, λιγότερη επιβάρυνση του κυκλοφορικού συστήματος και ανακούφιση συμπτωμάτων από φλεβική στάση κ.λ.π.



Δεν θα πρέπει να παραβλέπεται η ευνοϊκή δράση των επεμβάσεων αυτών και στα ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η νοσηρότητα κυμαίνεται σε ποσοστά 5-10% (στις πρώτες 30 μετεγχειρητικές ημέρες), η θνητότητα σε 0,1-1,1% ενώ οι μεταβολικές επιπλοκές σε ποσοστό 5-30%. Σε ασθενείς υψηλού κινδύνου με σοβαρή νοσογόνο παχυσαρκία επειδή το ποσοστό της νοσηρότητας διαμορφώνεται στο 30-40% και το αντίστοιχο της θνητότητας στο 4-10% προτείνεται η τοποθέτηση ενδογαστρικού μπαλονιού 6 μήνες πριν το χειρουργείο (Παπαβραμίδης, 2002).

Η απώλεια βάρους μετά από βαριατρική επέμβαση κυμαίνεται από 40-85% για τα πρώτα 5 έτη και από 20-70% για τα επόμενα 5.

Απώλεια βάρους μετά από επεμβάσεις για νοσογόνο παχυσαρκία

ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΝΟΣΟΓΟΝΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ		
ΤΥΠΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ	ΑΡΧΙΚΗ (<5 ΕΤΗ)	ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ (EWL %) ΑΠΩΤΕΡΗ (>10 ΕΤΗ)
<i>Ενισχυμένη Κάθετη Γαστροπλαστική</i>	40-60%	20%
<i>Ρυθμιζόμενος Γαστρικός Ιμάντας</i>	40-60%	35%
<i>Γαστρική Παράκαμψη ROUX-EN-Y</i>	65-75%	50%
<i>Χολοπαγκρεατική Εκτροπή με Γαστρική Παράκαμψη ROUX-EN-Y</i>	75-85%	50-70%

(Ξιάρχος, 2007)

5.5.4 Σημασία της βαθμιαίας απώλειας βάρους

Έχει επιβεβαιωθεί ότι ένας υπερβολικά ταχύς ρυθμός απώλειας βάρους είναι ανεπιθύμητος. Σε ρυθμούς άνω του 1,5 κιλού την εβδομάδα, υπάρχει ένας δραματικά αυξημένος κίνδυνος σχηματισμού χολολίθων. Συγχρόνως, έχουν εκφρασθεί ανησυχίες σε μερικά ειδικά κέντρα, για τους πιθανούς σωματικούς και ψυχολογικούς κινδύνους επανειλημμένων προσπαθειών απώλειας βάρους, ακολουθούμενων από υποτροπές.

Ακόμη θεωρήθηκε ότι το να παραμείνει κανείς παχύσαρκος μπορεί να είναι «ασφαλέστερο» από ό,τι κύκλοι επαναλαμβανόμενης αποτυχίας. Η άποψη αυτή όμως απορρίφθηκε σε μία περιεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η οποία έγινε το 1994 και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα μέχρι σήμερα στοιχεία για τις υποτιθέμενες παρενέργειες της «ανακύκλωσης βάρους» δεν είναι αρκετά ισχυρά για να αντισταθμίσουν τα δυνητικά οφέλη που επιτυγχάνονται με τη μέτρια απώλεια βάρους σε σημαντικά παχύσαρκους ασθενείς.

Οι ανησυχίες για την «ανακύκλωση βάρους» δεν πρέπει να επιτρέψουν την παρεμπόδιση των προσπαθειών για τον έλεγχο της παχυσαρκίας. Στην αναζήτηση ενός σταθερού και στα φυσιολογικά όρια βάρους, είναι απαραίτητο να προβούμε σε μεταβολές, εφ' όρου ζωής, της συμπεριφοράς, της δίαιτας και της φυσικής δραστηριότητας (Συντώσης, 2008).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παχυσαρκία τείνει να εξελιχθεί σε ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα του δυτικού κόσμου. Η εξάπλωση της παχυσαρκίας δεν εξαρτάται μόνο από την ποσότητα της τροφής που καταναλώνουμε, άλλα κυρίως από την ποιότητα και τον τρόπο ζωής μας. Η αφθονία αγαθών, ο υπερκαταναλωτισμός και η καθιστική ζωή, σε συνδυασμό με το άγχος και τις ευκολίες στη διαβίωση που προσφέρει η τεχνολογία, αυξάνουν τον αριθμό των παχύσαρκων ατόμων.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι και βαθμοί παχυσαρκίας, άλλοι ανθεκτικοί στη θεραπεία και άλλοι όχι. Η απώλεια βάρους μπορεί να επιβάλλεται ή όχι, λιγότερο ή περισσότερο από συνοδά νοσήματα της παχυσαρκίας. Το να είναι ο ασθενής σε καλή ψυχολογική κατάσταση δε σημαίνει απαραίτητα ότι έχει το ιδανικό βάρος σώματος, γιατί έχει φανεί ότι υπέρβαρα άτομα μπορεί να είναι πολύ καλά προσαρμοσμένα στην πραγματικότητά τους, όπως και ότι άτομα με ικανοποιητικό βάρος να βρίσκονται σε μία συνεχή ενασχόληση με αυτό.

Άτομα τα οποία πάσχουν από παχυσαρκία θα πρέπει να απευθύνονται σε ειδικούς για την καταπολέμηση του προβλήματος χρησιμοποιώντας είτε την συντηρητική είτε την χειρουργική θεραπεία, καθώς το πρόβλημα παύει να είναι αισθητικό και αφορά μόνο την υγεία τους.

Επιπλέον η Πολιτεία οφείλει να διευκολύνει το έργο ιατρών και νοσηλευτών, να στηρίζει τους αγώνες και να ανταποκριθεί στα εύλογα αιτήματα των παχύσαρκων ατόμων. Πρέπει, παράλληλα, να αποδείξει ότι διαθέτει ευαισθησία και διορατικότητα τόση ώστε να λάβει όλα τα αναγκαία μέτρα για την πρόληψη της παχυσαρκίας και του μεταβολικού συνδρόμου στη νέα γενιά.



ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Για να μπορέσει να προληφθεί ή να αντιμετωπιστεί το παγκόσμιο πρόβλημα της παχυσαρκίας, ανεξαρτήτου ηλικίας, θα πρέπει τόσο τα ίδια τα άτομα όσο και η οικογένεια, η κοινότητα, η κυβέρνηση, οι φορείς υγείας, και οι βιομηχανίες τροφίμων να λάβουν τα μέτρα τους.

Οι γονείς θα πρέπει:

- ▶ Να μάθουν περισσότερα γύρω από την υγιεινή διατροφή και να προσπαθήσουν να τα εφαρμόσουν στο σπίτι. Ένα σπίτι με υγιεινές διατροφικές συνήθειες και προϊόντα, θα επηρέαζε και τον τρόπο διατροφής των ίδιων των παιδιών.
- ▶ Να κουβεντιάζουν με τον παιδίατρο ή να επισκέπτονται εξειδικευμένο σύμβουλο διατροφής. Ακόμα μπορούν να εμπλουτίσουν τις γνώσεις τους με διάφορα βιβλία ή άρθρα και να τους βοηθήσουν στην πρακτική τους εφαρμογή.
- ▶ Να αφήνουν τα παιδιά να συμμετέχουν σε εύκολα φαγητά και στην ετοιμασία του τραπέζιού. Αυτό θα τους δίνει την δυνατότητα να γνωρίζουν και να μπορούν να ετοιμάζουν το κολατσιό τους, και να το προτιμούν από το να αγοράσουν κάτι έτοιμο.
- ▶ Να προσπαθούν και να βρίσκουν χρόνο για δραστηριότητες με τα παιδιά. Έχει αποδειχθεί ότι η υπερβολική έκθεση των παιδιών στην τηλεόραση είναι ένα παράγοντας που οδηγεί στην παχυσαρκία. Καθώς συνηθίζεται να συνοδεύετε από ανθυγιεινές τροφές π.χ. πατατάκια, fast food κ.τ.λ.
- ▶ Να προτρέπουν τα παιδιά να συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες και εκτός σχολείου.

Οι φορείς υγείας θα πρέπει:

▶ Να στοχεύουν στην σωστή διατροφική συμπεριφορά των ανθρώπων, μέσα από ειδικές ομάδες εκπαίδευσης και ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για την επιλογή σωστή επιλογή τροφίμων και μερίδων.

Η κοινότητα θα πρέπει:

▶ Να δημιουργήσει νομοθετικά μέσα από τα οποία οι βιομηχανίες τροφίμων, τα κυλικεία και τα διάφορα εστιατόρια να λειτουργούν κάτω από αυστηρούς κανόνες ελέγχου.

▶ Να υπάρχουν αθλητικά προγράμματα που να αφορούν όλες τις ηλικίες, έτσι ώστε να υπάρχει η δυνατότητα της επιλογής της επιθυμητής άσκησης.

▶ Να διοργανώνονται ειδικά σεμινάρια με σκοπό την ενημέρωση της σωστής διατροφής και την πρόληψη της παχυσαρκίας

▶ Να εισάγουν ειδικό μάθημα στα σχολεία για την διατροφή. Στόχος του μαθήματος είναι η αύξηση γνώσεων ως προς τις σωστές διατροφικές συνήθειες και η αποφυγή της παχυσαρκίας.

▶ Να δημιουργηθούν κέντρα στήριξης, όπου θα μπορούν να απευθυνθούν τα παχύσαρκα άτομα και να συζητούν με ειδικούς για τα προβλήματα που προκύπτουν.

Τέλος τα Μ.Μ.Ε:

▶ Θα πρέπει να προβάλλουν συχνά ενημερωτικά προγράμματα ως προς τις σωστές διατροφικές συνήθειες, με σκοπό την πρόληψη της παχυσαρκίας.

▶ Και να προκαλούν ή αν ενισχύουν τη δημιουργία διατροφικών διαταραχών στις κοινωνίες όπου οι διαταραχές αυτές δεν υπάρχουν.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Δεν υπάρχουν μαγικοί τρόποι για να αδυνατίσει κάποιος. Τόσο για την απώλεια του βάρους όσο και για τη διατήρησή της απαιτείται αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες, κοινωνική υποστήριξη και άσκηση. Πρωταρχικά όμως χρειάζεται να συνειδητοποιήσει το άτομο πως , όπως μέχρι εκείνο το σημείο είχε ακολουθήσει λάθος δρόμο το ίδιο θα μπορούσε να ξανασυμβεί! Εδώ έχει τη θέση της η ψυχοθεραπεία προκειμένου να προστατεύσει το άτομο από παρόμοιες λανθασμένες και επικίνδυνες συμπεριφορές. Η ψυχοθεραπεία με τις διάφορες μορφές της μπορεί να βοηθήσει στην ανθρώπινη εξέλιξη, να μειώσει τις εσωτερικές διαμάχες και βοηθά στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις, ενώ βοηθά στην προσαρμογή σε νέα πρότυπα ζωής.

Η παχυσαρκία είναι ανεπιθύμητη αλλά και η απώλεια βάρους γίνεται κάποιες φορές εμμονή! Ο ρόλος του θεραπευτή είναι να βοηθά τους ασθενείς να επιτύχουν ένα βάρος συμβατό με υγεία, με ικανότητα προσαρμογής στο περιβάλλον στο οποίο ζουν και τέλος , να μπορούν να αποδέχονται τους εαυτούς τους όπως πραγματικά είναι., αυτό είναι και το σημαντικότερο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγάλου Μ. (2008). *Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εφηβική παχυσαρκία: Πρόληψη και αντιμετώπιση*. Πτυχιακή εργασία. Α.Τ.Ε.Ι Νοσηλευτικής. Αθήνα, σελ: 10-12.

Αθανασοπούλου Γ και Συν. (2002). *Χρυσή Υγεία της 3^{ης} χιλιετίας*. Ελλάδα: Δομική.

Γενικά αίτια της παχυσαρκίας. (2009). Available at: <http://www.athina984.gr/node/78175> (Assessed in 20 Dec 2009)

Γεωργιοπούλου Τ. (2007). Δέκα αλήθειες και μύθοι για την παχυσαρκία. Available at: http://news.kathimerini.gr/4dcgi/w_articles_ell_2_06/01/2007_211184 (Assessed in 22 Nov 2009)

Γκιζέλη Ν & Καλαντζή Π. (2009). *Παιδική εφηβική παχυσαρκία*. Πτυχιακή εργασία. Α.Τ.Ε.Ι Νοσηλευτικής. Πάτρα.

Γρηγοράκης Δ. Τι σημαίνει να είσαι παχύσαρκο παιδί. Available at: <http://www.myworld.gr/site/content.php?sel=54&artid=573030> (Assessed in 15 Feb 1010)

Caballero B et al (2003) Pathways: a schoolbased randomised controlled trial for the prevention of obesity in American Indian schoolchildren, *The American Journal of Clinical Nutrition*.

Cook L. (2004). *Αδυνατίστε με τον θερμιδομετρητή*. Ελλάδα: Erian.

Cooper Z, Fairburn C.G. & Hawker D.M. (2007). *Γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία της παχυσαρκίας: Ένας οδηγός για το θεραπευτή*. Ελλάδα: Πατάκη.

Ελισάφ Μ. (2009). Μεταβολικό Σύνδρομο: Μια Σύγχρονη Επιδημία. Available at: <http://www.epiruspost.gr/afieromata/295-2009-01-04-15-29-22.html> (Assessed in 10 Jan 2010)

Ευτυχιάδης Α.Χ. (1981). Η παχυσαρκία και η αντιμετώπιση αυτής κατά τη βυζαντινή Ιατρική. *Νοσοκομειακά Χρονικά*, Τόμος 43, σελ: 290-292.

Ινστιτούτο Προληπτικής Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής
Prolepsis. Πρόληψη της Παχυσαρκίας στο Χώρο Εργασίας. Available at: <http://www.nextdeal.gr/themedia/File/GPOW.pdf> (Assessed in 10 Jan 2010)

Κακλαμάνος Ι.Η. (2001). Η ιστορία της παχυσαρκίας από τον Ιπποκράτη στην Ορλιστάτη: Η παχυσαρκία από την αρχαιότητα έως σήμερα, σελ: 1-2.

Κατσιλάμπρος Θ & Καραμανιόλας Κ. (2000). Μετεγχειρητική φλεβική θρόμβωση. *Αρχ. Ελλ. Ιατρ.*, τόμος 17(3): 273-284.

Κατσιλάμπρος Ν & Καραμάνη Β. (2002). Παχυσαρκία. Παθολογία – Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών – *Ιατρική σχολή*, Αθήνα, τόμος 2: 1206 – 1213.

Κρητικός Ε. (2007). Το τραύμα στους παχύσαρκους ασθενείς. *4ο Συνέδριο Ελ. Εταιρείας Τραύματος και Επείγουσας Χειρουργικής*, Αθήνα, σελ: 68-69.

Martin W, Claude, M & Wieland K. (2008). *Η παχυσαρκία στην παιδική και εφηβική ηλικία*. Ελλάδα: Π. Χ. Πασχαλίδης.

Maughan, J.R & Burke, L.M. (2006). *Αθλητική διατροφή*. Ελλάδα: Πασχαλίδης.

Ξιάρχος Α. (2007). Χειρουργικές επεμβάσεις. Available at: <http://www.axiarchos.gr/surg08.asp> (Assessed in 10 Jan 2010)

Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organisation Tech Rep*, Ser. 2000: 1-253.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2003). Παχυσαρκία - Η πρόληψη και η αντιμετώπιση μιας παγκόσμιας επιδημίας. *Αναφορά μιας σύσκεψης του ΠΟΥ*. Αθήνα: Βήτα.

Παπαβραμίδης Σ. (2002). *Παχυσαρκία - Θεωρία και πράξη*. Αθήνα: Σιώκης.

Παπαλαζάρου Α. (2008). *Ματ στην παχυσαρκία με 5 κινήσεις*. Ελλάδα: Έλλην.

Παπανικολάου Γ. (1998). *Παχυσαρκία και αδυνάτισμα: Στοιχεία υγιεινής και εξασφαλισμένης διατροφής*. Αθήνα: Θεσσαλικές.

Παχυσαρκία & Διάφορα νοσήματα. (2008) Available at: <http://www.vitaequalis.gr/paxysarkia/nosimata.html> (Assessed in 10 Jan 2010)

Πετρίδη Κ. (2006). Τι είναι η υγιεινή διατροφή και γιατί πρέπει να τρώω υγιεινά. Available at: <http://www.rodostoday.gr/cms/content/view/459/70/> (Assessed in 20 Dec 2009)

Ποιοτική διατροφή (2007-2009). Available at:
http://www.logodiatrofis.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=483 (Assessed in 5 Jan 2010)

Pryke R. (2009). *Παιδική παχυσαρκία*. Ελλάδα: Βήτα.

Σταθοπούλου Α. (2002). *Παχυσαρκία – Είδη - Τρόποι Αντιμετώπισης – Νοσηλευτική Παρέμβαση*. Πτυχιακή Εργασία. Α.Τ.Ε.Ι Νοσηλευτικής. Πάτρα.

Συλλογικό. (2003). *Παχυσαρκία: Η πρόληψη και η αντιμετώπιση μιας παγκόσμιας επιδημίας*. Ελλάδα: Βήτα.

Συντώσης. (2008). *Μεταβολισμός του Ανθρώπου: Μεθοδολογία και Εργαστηριακές Τεχνικές*. Ελλάδα: Πασχαλίδης.

Σφηκάκης Π.Γ. (1996). Νοσηρή παχυσαρκία, προηγηθείσες επεμβάσεις, κίρρωση ήπατος, διαταραχές πηκτικότητας. *Ελληνική χειρουργική εταιρεία – Θέματα Γενικής Χειρουργικής*, Αθήνα, σελ: 1-7.

Taylor C, Lillis C, Le Mone P. (2006). *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική – Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής*. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.

Το βάρος και η μετάβαση στην εφηβεία. (2007). Available at:
<http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=11387&subid=2&pubid=10290984> (Assessed in 14 Nov 2009)

Τσεκουράκης Α. (2008). *Η δίαιτα στον Ιπποκράτη*. Αθήνα: Παπαζήσης.

