

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
SUMMARY	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	5
1. Παχυσαρκία	5
1.1. Τύποι παχυσαρκίας.....	5
1.2. Παθογένεια της παχυσαρκίας	6
1.3. Προδιαθεσικοί Παράγοντες.....	6
1.4. Συσσώρευση λίπους στους άνδρες και στις γυναίκες	9
1.5. Ψυχολογικοί Παράγοντες	9
1.6. Εκτίμηση της παχυσαρκίας	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	15
ΑΙΤΙΑ- ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	15
2.1. Αίτια Παχυσαρκίας.....	15
2.2. Διάγνωση Παχυσαρκίας	16
2.3. Θεραπευτική και χειρουργική αντιμετώπιση των περιττών κιλών.....	18
2.4. Νέα επέμβαση για την παχυσαρκία φτάνει στο στομάχι από το στόμα	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	30
ΝΕΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ.....	30
3.1 Νέα επέμβαση – Ρομποτική Χειρουργική.....	30
3.2. Δημογραφικά στοιχεία.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	34
ΠΡΟΛΗΨΗ.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	36
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	36
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή – Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	38
5.1. Η προεγχειρητική εκπαίδευση του ασθενούς περιλαμβάνει τα εξής:	40
5.2. Διεγχειρητική φροντίδα.....	41
5.3. Μετεγχειρητική φροντίδα.....	43
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	47
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	48
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	57
1 ^ο Περίπτωση.....	57
2 ^η Περίπτωση.....	60
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	63

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μελετώντας τον όρο παχυσαρκία εννοούμε τη συσσώρευση στον οργανισμό λίπους περισσότερο από όσο χρειάζεται. Αρχίζοντας την έρευνα αυτή διαχωρίζουμε τους τύπους παχυσαρκίας παραθέτουμε τους παράγοντες που προδιαθέτουν την παχυσαρκία και τέλος.

Κάνουμε εκτίμηση αυτής, μέσα από δείκτες μάζας σώματος. Αναφέρονται οι κίνδυνοι καθώς και οι επιπτώσεις για την υγεία του ατόμου. Βασικά στοιχεία της εργασίας αυτής είναι η αναφορά στα αίτια, τη διάγνωση και τη θεραπεία της παχυσαρκίας. Σημαντικό ρόλο στις χειρουργικές επεμβάσεις που θα ακολουθήσουν ως αντιμετώπιση της νόσου παίζει ο ρόλος του νοσηλευτή. Γι' αυτό γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή μέσα από τη νοσηλευτική.

Έτσι καταλήγουμε στο γεγονός ότι η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία της παχυσαρκίας.

SUMMARY

Studying the term obesity is meant the accumulation of fat in the body longer than necessary. Starting this research distinguish between types of obesity, here are the factors that predispose to obesity and an end.

We estimate that through body mass index. To the hazards and their effects on health. Key elements of this work is to report on the causes, diagnosis and treatment of obesity. Important role in surgical procedures to follow in dealing with the disease plays the role of the nurse. So this is a focus on nursing care of patients through nursing.

This results in the fact that prevention is the best treatment of obesity.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως νέα παγκόσμια επιδημία του 21^{ου} αιώνα. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες καθώς και τα αίτια της παχυσαρκίας είναι πολλά. Στην εποχή μας κύρια αίτια είναι το stress και η πολυφαγία. Η διάγνωσή της γίνεται εύκολα αντιληπτή και αποδεικνύεται με τη μέτρηση της μάζας σώματος.

Η θεραπεία της παχυσαρκίας εκτός απ τις γνωστές δίαιτες για την απώλεια βάρους περιλαμβάνει και τις χειρουργικές επεμβάσεις για πιο γρήγορο αποτέλεσμα.

Σκοπός της εργασίας μου είναι να κάνω γνωστό τις νέες ελπιδοφόρες θεραπευτικές μεθόδους, τις νέες χειρουργικές επεμβάσεις και τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας.

Συμπερασματικά καταλήγω ότι η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία για τη παχυσαρκία. Εστιάζοντας περισσότερο στην καθημερινή σωματική άσκηση καθώς και στη σωστή διατροφή του ατόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1. Παχυσαρκία

Είναι η συσσώρευση στον οργανισμό περισσότερου λίπους από όσο χρειάζεται. Η παχυσαρκία είναι πάθηση, επικίνδυνη και δύσκολα θεραπεύσιμη. Ο πατέρας της ιατρικής, Ιπποκράτης, γράφει: «Ο αιφνίδιος θάνατος είναι πιο συχνος στους παχύσαρκους». Από διεθνείς στατιστικές αποδεικνύεται ότι οι παχύσαρκοι παθαίνουν 4 φορές συχνότερα υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, εγκεφαλικά επεισόδια, καρδιακή ανεπάρκεια, καρκίνο, αρθροπάθειες. Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των Η.Π.Α. το 1985 χαρακτήρισε την παχυσαρκία αρρώστια. Στην Αμερική το 30% του πληθυσμού είναι παχύσαρκοι. Στην Ελλάδα το 27 % είναι παχύσαρκοι.(Δρ. Ντολάτζους 2006).

Ο πιο παχύσαρκος λαός της Ευρώπης είναι ο ελληνικός. Μέχρι το 2010, η Ελλάδα θα είναι η πρώτη ευρωπαϊκή χώρα, όπου ο μέσος όρος δείκτη μάζας σώματος θα φτάσει το 28%, όσο δηλαδή είναι στις Η.Π.Α! Ο κ. Βοττέας υπενθύμισε ότι η Ελλάδα είναι τέταρτη χώρα στην Ευρώπη, στη συχνότητα των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και ότι με την πάροδο της ηλικίας αυξάνονται τα επίπεδα της Αρτηριακής Πίεσης. Άνω των 60 ετών το 50% έχει αυξημένη αρτηριακή πίεση και άνω των 70 ετών τα 2/3 του πληθυσμού πάσχει από υπέρταση (www.iatronet.gr 2008)

1.1.Τύποι παχυσαρκίας

Από πλευράς αιτιοπαθογένεια και παθολογικής ανατομικής περιγράφονται δυο τύποι παχυσαρκίας. Ο πρώτος (παχυσαρκία των ενηλίκων) εμφανίζεται στην ηλικία 20-40 ετών, οφείλεται κυρίως στη δυσαρμονία ανάμεσα στην πρόληψη και στην κατανάλωση θερμίδων και

έχει ως χαρακτηριστικό την αύξηση του μεγέθους μόνο των λιποκυττάρων (υπερτροφική μορφή).

Ο δεύτερος (παιδική παχυσαρκία) εμφανίζεται στη μικρή ηλικία και οφείλεται συνήθως και σε άλλα, εκτός της κακής διατροφής, αίτια (συγγενή, ενδοκρινικά κ.α.). Στον τύπο αυτό εμφανίζεται και αύξηση του αριθμού των λιποκυττάρων (υπερπλαστική μορφή) (www.vota.gr 2008)

1.2. Παθογένεια της παχυσαρκίας

Οι πολύφαγοι γίνονται παχύσαρκοι αλλά υπάρχουν πολλοί παχύσαρκοι, κυρίως γυναίκες, που υποστηρίζουν ότι δεν τρώνε πολύ. Βασισμένος σε αυτές τις διαβεβαιώσεις ο Noorden ξεχώρισε δύοκατηγορίες την παχυσαρκία που οφείλεται σε εξωγενείς παράγοντες, δηλαδή σε μια υπερβολική παροχή θερμίδων, και την παχυσαρκία που οφείλεται σε ενδογενείς παράγοντες, δηλαδή σε μία προδιάθεση του οργανισμού να παρασκευάσει λίπος. (Hedersean 2002)

1.3. Προδιαθεσικοί Παράγοντες

A) Ψυχολογικοί παράγοντες

Παρατηρούμε ότι μετά από έντονες συναισθηματικές καταστάσεις, ορισμένοι ασθενείς παχαίνουν σημαντικά. Αυτό συνέβη κατά τη διάρκεια του πολέμου όπου παρατηρήσαμε γυναίκες, των οποίων ο σύζυγος ή ο αρραβωνιαστικός μόλις είχε συλληφθεί, να παχαίνουν. Σε αυτά τα άτομα, η πράξη του φαγητού μείωνε τη νευρική ένταση.

Στα παιδιά, εισέρχονται ψυχολογικοί παράγοντες. Κυρίως πρόκειται για μοναχοπαίδια τα οποία οι γονείς τους παραταΐζουν για να τα δυναμώσουν και να πετύχουν στη συνέχεια της ζωής τους. Αυτά που

έχουν απομονωθεί από τις κοροϊδίες των συμμαθητών τους μεταφέρουν τη συναισθηματική πείνα στην τροφή.

Από την άλλη, ο παχύσαρκος έχει μια ιδιαίτερη ψυχολογία. Οι τροφές παίζουν σημαντικό ρολό στις συζητήσεις του, ευχαριστείται με την εξιστόρηση των καλών του διατροφικών συνηθειών ή επιμένει σε μια μικρή μερίδα φαγητού με την οποία ικανοποιείται.

Ο παχύσαρκος φαντασιώνεται με την αξία αυτών που τρώει, γιατί τρέφεται κυρίως με τροφές πολύ συμπυκνωμένες, γλυκά, λίπη, κ.λ.π.

Κάθε φορά που μετά από μια συναισθηματική σύγκρουση ένας ασθενής παχαίνει, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι εν γνώσει του καταναλώνει περισσότερο από πριν. (Κατσιλάμπρος 2006)

B) Ενδοκρινικοί παράγοντες

Ορισμένες παχυσαρκίες συνδέονται άμεσα με ενδοκρινικές μεταβολές, παρακάτω αναφέρουμε ορισμένες προδιαθέσεις για το πάχος ως απόδειξη για την ενδοκρινική τους προέλευση.

I) Θυροειδικοί παράγοντες

Πολλές φορές αποδώσαμε την παχυσαρκία σε μια θυροειδική ανεπάρκεια χωρίς απόδειξη. Από την άλλη, ο παχύσαρκος έχει συχνά ένα μεταβολισμό που είναι κατώτερος του κανονικού, γεγονός που αποτελεί την άμυνα του οργανισμού ενάντια στην πολυφαγία.

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

II) Παγκρεατικοί παράγοντες

Αποδώσαμε την παχυσαρκία σε διέγερση της όρεξης από υπογλυκαιμία που οφείλεται σε μεγάλη ποσότητα ινσουλίνης. Σήμερα γνωρίζουμε ότι, εκτός από μερικές εξαιρετικές περιπτώσεις, ο υπερινσουλινισμός των παχύσαρκων είναι συνέπεια της παχυσαρκίας και θεραπεύεται με το αδυνάτισμα. Από την άλλη, η παχυσαρκία επιφέρει συχνά το διαβήτη. (Hedersean 2002)

III) Ωοθηκικοί παράγοντες.

Επικαλεστήκαμε τις ωοθήκες ως αιτία της παχυσαρκίας που επέρχεται στην εμμηνόπαυση ή μετά από μια κύηση. Σε πολλές γυναίκες, αυτές οι δύο περιπτώσεις προκαλούν ένα εσωτερικό δράμα. Νιώθουν συνειδητά ή μη την ανάγκη προειδοποίησης απέναντι στους κινδύνους που τις απειλούν αυτήν την εποχή της ζωής και τρώνε σε υπερβολικό βαθμό.

Γ) Κατακράτηση νερού και άλατος

Δίνοντας βάση στις διαβεβαιώσεις των παχύσαρκων που υποκρίνονται ότι δεν τρώνε πολύ, θελήσαμε να βρούμε μια εξήγηση για το υπερβολικό βάρος τους και για τη δήθεν ανεπάρκεια διούρηση τους. Φτιάξαμε τη θεωρία της παχυσαρκίας μέσω κατακράτησης νερού και άλατος. (Κατσιλάμπρος 2006)

Δ)Οι γενετικοί παράγοντες, ο τρόπος ζωής, το μορφωτικό επίπεδο, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες επηρεάζουν και τροποποιούν την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. (www.news.pathfinder.gr 2007)

1.4. Συσσώρευση λίπους στους άνδρες και στις γυναίκες

Η συσσώρευση του λίπους στους άνδρες βρίσκεται στον κορμό(στήθος και κοιλιά), αντίθετα με τις γυναίκες, που μαζεύουν το λίπος στη λεκάνη και στους μηρούς. Όταν όμως το λίπος φθάσει να είναι πάρα πολύ, τότε αποθηκεύεται (και στο «λαιμό» και στα χέρια και στα πόδια, παντού). Η εναπόθεση λίπους στους άνδρες μοιάζει με «μήλο» και στις γυναίκες με «αχλάδι». Η ιατρική, σήμερα, γνωρίζει, ότι η αύξηση του λίπους στην κοιλιά είναι στατιστικά πιο επικίνδυνη για την εμφάνιση καρδιοαγγειακών προβλημάτων. (Ντολάτζας 2006)

1.5 Ψυχολογικοί Παράγοντες

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (ανορεξία, βουλιμία και η παχυσαρκία) αποτελούν ραγδαίως εξελισσόμενα φαινόμενα σε όλες τις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες.

Ο παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χαρακτηρίζει την παχυσαρκία ως τη νέα παγκόσμια επιδημία του 21ου αιώνα. Εξίσου αποθαρρυντικά είναι τα ερευνητικά δεδομένα και στον ελλαδικό χώρο: ένας στους τέσσερις έλληνες έχει περισσότερα κιλά απ' όσα του/της αναλογούν, και η αναλογία αυτή αναμένεται να αυξηθεί δραματικά τα επόμενα χρόνια.

Από τη μια πλευρά, η μαζική στροφή τα τελευταία χρόνια στην εύκολη «λύση» του γρήγορου φαγητού (fast food) κι ο βομβαρδισμός των μέσων μαζικής ενημέρωσης με επιτυχημένα, κοινωνικά και συναισθηματικά καταξιωμένα καλλίγραμμα κορμιά-πρότυπα, κι απ' την άλλη η συνεχώς αυξανόμενη διαφημιστική προπαγάνδα των ινστιτούτων αδυνατίσματος, η προβολή των «θαυματουργών» μηχανημάτων παθητικής γυμναστικής, των επαναστατικών χαπιών, και οι δίαιτες εξπρές, όχι μόνο αποπροσανατολίζουν τους καταναλωτές από την

ουσιαστική λύση στο πρόβλημα της παχυσαρκίας, αλλά -κυρίως- επιδεινώνουν το ήδη υπάρχον πρόβλημα.

Όπως όλοι γνωρίζουμε η πρόσληψη παραπανίσιων κιλών στο σώμα μας συνδέεται άμεσα με τον μεταβολισμό μας. Με άλλα λόγια, η ποσότητα τροφής που χρειάζεται ο καθένας μας για να συντηρεί το βάρος του στα φυσιολογικά του όρια εξαρτάται από την αποτελεσματικότητα και την ταχύτητα που ο οργανισμός μας «καίει» (δηλαδή μεταβολίζει) την ενέργεια που παίρνει από τις τροφές. Ο μεταβολισμός κάθε ανθρώπου βέβαια είναι διαφορετικός.

Οι διαφορές αυτές του μεταβολισμού που υπάρχουν ανάμεσα στους ανθρώπους οφείλονται σε πολλούς παράγοντες:

- Γενετικοί: η κληρονομικότητα θέτει τα όριά της στην μεταβολική ικανότητα του ατόμου, αφού ο καθένας μας είναι μέλος μιας συγκεκριμένης οικογένειας και είναι φορέας των γονιδίων αυτής της οικογένειας,
- Περιβαλλοντικοί: το επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας, οι προσωπικές επιλογές τροφών, ο αριθμός των γευμάτων ημερησίως επηρεάζουν το βάρος του ατόμου,
- Ασθένειες: που μπορεί να συμβάλλουν στην αύξηση του βάρους (π.χ υποθυρεοειδισμός, η κατάθλιψη, και ορισμένα νευρολογικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσουν στην υπερκατανάλωση τροφής)και
- Η φαρμακοθεραπεία: κάποια αντικαταθλιπτικά χάπια και τα στεροειδή (όπως η κορτιζόνη) μπορούν να προκαλέσουν αύξηση βάρους. (www.iatronet.gr, 2007)

1.6. Εκτίμηση της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία μπορεί να μετρηθεί μέσω ενός δείκτη που εκφράζει το σωματικό βάρος σε σχέση με το ύψος. Ο δείκτης αυτός καλείται Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ορίζεται ως το πηλίκο του σωματικού βάρους, σε κιλά, διαιρούμενο με το ύψος εις το τετράγωνο (σε μέτρα).

$$\text{ΔΜΣ} = \frac{\text{Βάρος (σε κιλά)}}{\text{Ύψος} * \text{Ύψος (σε μέτρα)}}$$

- Φυσιολογικός ΔΜΣ: 18,5-24,9
- Υπέρβαρος ΔΜΣ: 25-29,9
- Παχύσαρκος ΔΜΣ: 30-34,9
- Σοβαρά Παχύσαρκος: 35-39,9
- Νοσογόνα Παχύσαρκος: 40-49,9
- Υπερνοσογόνα Παχύσαρκος: >50

(www.antiriotikoblogspot.com, 2008)

1)Τι είναι η Νοσογόνος Παχυσαρκία

Η νοσογόνος παχυσαρκία είναι μια χρόνια νόσος με γενετικά αίτια. Ορίζεται ως ένας ΔΜΣ 40 και άνω. Όταν η παχυσαρκία μετατρέπεται σε νοσογόνο παχυσαρκία, το πλεονάζον βάρος αποτελεί κίνδυνο για τη ζωή του ατόμου. Η νοσογόνος παχυσαρκία σχετίζεται με πολλές εξασθενητικές και απειλητικές νόσους που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα της ζωής, ενώ μειώνουν το μέσο προσδόκιμο όριο επιβίωσης. Από τη στιγμή που η παχυσαρκία αποκτά νοσογόνο χαρακτήρα, το πλεονάζον βάρος θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου.

Δεδομένου του ότι η παχυσαρκία είναι μια νόσος, τα συμπτώματά της (συνοδά νοσήματα) εμφανίζονται σταδιακά. Σε πρώιμο στάδιο, η παχυσαρκία δυσκολεύει τη βάδιση και προκαλεί οσφυαλγία, κόπωση, δερματικές παθήσεις και λαχάνιασμα. Αν δεν αντιμετωπιστεί θεραπευτικά, τείνει να επιδεινωθεί. Όταν η παχυσαρκία υπερβεί ένα όριο και περάσει το κατώφλι της νοσηρότητας, μπορεί να επιφέρει νόσους που είναι απειλητικές για την ίδια τη ζωή, όπως διαβήτη τύπου 2, υπέρταση, ορισμένες μορφές καρκίνου, υψηλή χοληστερόλη και άπνοια ύπνου. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι από τη στιγμή που η νοσογόνος παχυσαρκία κάνει την εμφάνισή της, οι πιθανότητες για σημαντική απώλεια βάρους και η διατήρησή της σε βάθος χρόνου με δίαιτες και προγράμματα γυμναστικής είναι πολύ λίγες.

Όταν η νοσογόνος παχυσαρκία διαγιγνώσκεται, ο μόνος τρόπος να αντιμετωπίσει κανείς τα υπάρχοντα συμπτώματα και να αποτρέψει την εμφάνιση νέων είναι να πετύχει απώλεια βάρους σε βάθος χρόνου. Η μόνιμη απώλεια βάρους είναι ο μοναδικός τρόπος για να αποφευχθεί η εκδήλωση περαιτέρω συμπτωμάτων. Γεγονός είναι ότι μόλις ξαναπάρτε κιλά, τα συνοδά νοσήματα επανεμφανίζονται. (www.wls.gr 2009)

II) Κίνδυνοι και Επιπτώσεις για την υγεία

Η νοσογόνος παχυσαρκία μειώνει αισθητά τη διάρκεια της ζωής και συνδέεται με τον αυξημένο κίνδυνο να εκδηλωθούν ασθένειες όπως

- Σακχαρώδης διαβήτης
- Υπέρταση
- Προβλήματα στις αρθρώσεις
- Χολολιθίαση
- Εγκεφαλικά

- Καρδιολογικά και κυκλοφοριακά προβλήματα
- Ψυχο-κοινωνικά προβλήματα

Χάνοντας αρκετό βάρος, η διάρκεια της ζωής μπορεί να αυξηθεί, ο κίνδυνος του να αναπτυχθούν κάποιες από τις ανωτέρω ασθένειες της ζωής να βελτιωθεί. (www.paxysarkianet.gr, 2009)

Επιπρόσθετα, η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο διαφόρων χρόνιων προβλημάτων υγείας. Για παράδειγμα οι παχύσαρκοι άνθρωποι έχουν δύο φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν υψηλά επίπεδα χοληστερίνης. Η υψηλά χοληστερίνη με τη σειρά της αυξάνει τον κίνδυνο της αρτηριοσκλήρωσης κατά την οποία συσσωρεύονται τα αποθηκευμένα λίπη στα εσωτερικά τοιχώματα των αρτηριών. Η αρτηριοσκλήρωση συμβάλει στην υψηλή πίεση του αίματος και στην εμφάνιση της νόσου της στεφανιαίας αρτηρίας. Η αρτηριακή θρόμβωση και η εμβολή, η απόφραξη δηλαδή ενός αγγείου από κάποιο θρόμβο, εμφανίζεται τις περισσότερες φορές σε αυτά τα άτομα. Οι παχύσαρκοι ενήλικοι αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να δημιουργήσουν πέτρες στη χολή και έχουν δύο φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν σακχαρώδη διαβήτη. Ορισμένοι καρκίνοι όπως ο καρκίνος του προστάτη, ο καρκίνος του μαστού και ο καρκίνος της μήτρας είναι πιο κοινοί στους παχύσαρκους ανθρώπους. Το υπερβολικό βάρος μπορεί να επιβαρύνει τις αρθρώσεις. Η οστεοαρθρίτιδα είναι συνηθισμένη στους παχύσαρκους ανθρώπους ιδιαίτερα στα ισχία και τα γόνατα. Η άπνοια κατά τον ύπνο, μια αναπνευστική διαταραχή, συσχετίζεται επίσης με την παχυσαρκία. (Chunk 2000)

Είναι πάθηση, που εκτός του ότι συντομεύει τη ζωή, καταστρέφει και την ποιότητα της ζωής. Συνοδεύεται από προβλήματα πολυσχίδη π.χ. αισθητικά (ηθοποιοί που χάνουν την αίγλη τους), κοινωνικά (μοναξιά, απομόνωση, αποστροφή), επαγγελματικά (δυσκολία σε ανεύρεση

εργασίας) κ.λ.π. Η παχυσαρκία, όμως, εκτός των οργανικών βλαβών επιφέρει και καίριο πλήγμα στην όλη εμφάνιση και αρμονία του ανθρώπινου σώματος. Η κομψότητα, η ελαστικότητα των κινήσεων, η χαρά της ζωής, η κοινωνική αποδοχή, η ολοκλήρωση της προσωπικότητας και πολλές φορές και η επαγγελματική επιτυχία καταστρέφονται ανεπανόρθωτα. (Ντολάτζας 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΙΤΙΑ- ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.1. Αίτια Παχυσαρκίας

Οι περισσότερες περιπτώσεις παχυσαρκίας είναι πολλαπλής αιτιολογίας. Κάποιοι από τους παράγοντες είναι και οι παρακάτω:

Η κληρονομικότητα στα παιδιά παχύσαρκων γονιών είναι τρεις έως οκτώ φορές πιο πιθανό να είναι παχύσαρκα, απ' ό τι παιδιά γονιών με φυσιολογικό βάρος, ακόμα και σε περιπτώσεις που δεν ανατρέφονται από τους φυσικούς τους γονείς. Μερικά άτομα μπορεί να διαθέτουν ένα τέτοιο μεταβολισμό, που τους επιτρέπει να αποθηκεύουν λίπος πολύ ευκολότερα απ' ό τι άλλα άτομα. (Moore 2005)

Οι Αμερικανοί λένε χαρακτηριστικά, πως, αν έχεις και τους δύο γονείς παχύσαρκους, έχεις 80% πιθανότητες να τους μοιάσεις (Ντολάτζας 2006)

Περιβάλλον: Περιβαλλοντικές επιδράσεις (π.χ. Η χρήση φαγητού ως βραβείου, η στέρηση του γλυκού εάν δεν αδειάσει το πιάτο) βοηθούν στην απόκτηση συνηθειών που οδηγούν στην παχυσαρκία. (Moore 2005)

Ψυχολογία: Πολυφαγία μπορεί να εκδηλωθεί ως αντίδραση στη μοναξιά, στο πένθος ή στην κατάθλιψη. Μπορεί να είναι αντίδραση σε εξωτερικά ερεθίσματα όπως οι διαφημίσεις τροφών ή στο γεγονός ότι είναι ώρα φαγητού.

Φυσιολογία: Η κατανάλωση ενέργειας ελαττώνεται με την ηλικία και ως αποτέλεσμα το βάρος του σώματος αυξάνεται κατά τη μέση ηλικία. Σε μερικές περιπτώσεις ενδοκρινικές ανωμαλίες, όπως ο υποθυροειδισμός, είναι υπεύθυνες για την παχυσαρκία (Moore 2005)

Η παχυσαρκία είναι πολυπαραγοντική νόσος, εξαρτώμενη από νευροχημικούς, γενετικούς και η αιτιολογία, μπορεί να χωρισθεί σε ενδογενή και εξωγενή. Το 5% των περιπτώσεων παχυσαρκίας έχουν ενδογενή αίτια, όπως μεταβολικές και ενδοκρινικές ή εμφανίζονται ως παρενέργεια άλλων νόσων. Το 95% του συνόλου έχουν εξωγενή αίτια και αποδίδονται σε αυξημένη πρόσληψη θερμίδων. Ορισμένες φορές κάποια φάρμακα και ιδιαίτερα τα κορτικοστεροειδή όπως είναι η κορτιζόνη μπορεί να οδηγήσουν σε παχυσαρκία. (Chunk 2000)

Ο καθιστικός τρόπος ζωής μαζί με την αυξημένη πρόσληψη τροφής και ιδιαίτερα τροφίμων με μεγάλη περιεκτικότητα λιπαρών έχουν ως αποτέλεσμα τη συνεχόμενη αύξηση της παχυσαρκίας. Επίσης συνέπεια των παραπάνω είναι και η έλλειψη ενεργειακής κατανάλωσης τόσο από καθημερινές απλές δραστηριότητες όσο και από παντελή έλλειψη άσκησης. Οι ακατάλληλες ώρες των γευμάτων και το αυξημένο άγχος του σύγχρονου τρόπου ζωής συμβάλλουν επίσης στην εμφάνιση της νόσου. Τέλος το γεύμα στον σύγχρονο άνθρωπο μέσα από τις πιεστικές συνθήκες διαβίωσης έχει γίνει το μέσω κοινωνικοποίησης. Καθώς ένα γεύμα φέρνει κοντά φίλους και άτομα εργασιακού χώρου που λόγω της καθημερινότητας δεν βρίσκονται συχνά. (Σχοινιά 2006)

2.2. Διάγνωση Παχυσαρκίας

Στο κλινικό περιβάλλον υπάρχουν αρκετές πρακτικές μέθοδοι για ν' αποκαλύψει κανείς την ύπαρξη παχυσαρκίας:

- Σύγκριση του βάρους με πίνακες που περιέχουν το ιδανικό ή επιθυμητό βάρος σε σχέση με τι ύψος % του $IBW = (\text{πραγματικό βάρος σώματος} / \text{ιδανικό βάρος σώματος}) * 100$.
- Δείκτης μάζας σώματος (BMI) μεγαλύτερος από 27,8 για άνδρες ή 27,3 για γυναίκες.

- Μέτρηση του υποδόριου λίπους. Μια περίσσεια δέρματος τρικέφαλων 18,6mm για άρρενες ή 25,1mm για θήλυες χρησιμοποιείται ως δείκτης της παχυσαρκίας. (Moore 2005)

Ο δείκτης μάζας σώματος (Body Mass Index, BMI) χρησιμοποιείται για την αναγνώριση της περίσσειας λιπώδους ιστού και για την εκτίμηση του βαθμού της παχυσαρκίας, σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 18 ετών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), όταν ο B.M.I υπερβαίνει τα 25kg/m² ομιλούμε για υπέρβαρο άτομο, όταν υπερβαίνει τα 30kg/m² για παχυσαρκία και όταν υπερβαίνει τα 40kg/m² για νοσογόνο παχυσαρκία. Ο δείκτης αυτός έχει κάποιους περιορισμούς, καθώς με τη χρήση του το σωματικό λίπος μπορεί να υπερεκτιμηθεί στα πολύ μυώδη άτομα ή να υποτιμηθεί στα άτομα που έχουν χάσει μυϊκή μάζα, όπως οι ηλικιωμένοι. Η αύξηση των υπέρβαρων και παχύσαρκων ανθρώπων παγκοσμίως είναι ανησυχητική. Υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ πάνω από 5,5 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από τη νόσο. Στην Ευρώπη υπάρχουν τουλάχιστον 135 εκατομμύρια παχύσαρκα άτομα και περίπου 6 εκατομμύρια παθολογικά παχύσαρκα. Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (Eurostat), οι Μεσογειακές χώρες – μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα-εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας στη Ευρώπη. Η μελέτη ATTICA στη χώρα μας έδειξε ότι η συχνότητα των υπέρβαρων και παχύσαρκων ανδρών ήταν 53% και 20%, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες ανέρχονταν σε 31% και 15%. σύμφωνα με τα αποτελέσματα την ίδιας μελέτης, η συχνότητα της παχυσαρκίας ήταν μεγαλύτερη στα αστικά κέντρα σε σχέση με τις αγροτικές περιοχές και σχετιζόταν θετικά με το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. (www.aegeanportal.gr 2007)

Η σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και θνητότητας είναι γνωστή από την εποχή ακόμη του Ιπποκράτη: «οι παχές σφόδρα κατά φύσιν ταχυθάνατοι

μάλλον των ισχύων». Σε έκθεση του ΠΟΥ αναφέρεται ότι κάθε χρόνο 320.000 άνθρωποι στην Ευρώπη πεθαίνουν από αίτια συνδεδεμένα άμεσα με την παχυσαρκία. Η μελέτη των Calle et al, που έγινε στις ΗΠΑ, έδειξε ότι η αύξηση του βάρους κατά 0,5kg αυξάνει το σχετικό κίνδυνο θανάτου κατά 1% σε παχύσαρκα άτομα ηλικίας 40-45 ετών, ενώ για την ίδια αύξηση βάρους η αύξηση του σχετικού κινδύνου ανέρχεται σε 2% σε παχύσαρκα άτομα ηλικίας 55-69 ετών. Στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι ο κίνδυνος θανάτου αυξάνει ανάλογα με το βαθμό παχυσαρκίας, έτσι ώστε σε BMI>40 να σημειώνεται τριπλασιασμός της θνησιμότητας. (Πονηρού 2008)

2.3 Θεραπευτική και χειρουργική αντιμετώπιση των περιττών κιλών.

Η πυραμίδα της θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου έχει ως βάση την αλλαγή του τρόπου ζωής, η οποία συνεπάγεται τροποποίηση των διατροφικών συνηθειών και αύξηση της σωματικής δραστηριότητας του παχύσαρκου ατόμου.

Η άσκηση από μόνη της δεν αποτελεί ιδιαίτερα επιτυχημένη μέθοδο. Για να χάσει κάποιος βάρος 1kg αποκλειστικά μέσω της άσκησης θα πρέπει να περπατήσει 35 μίλια, ενώ μέσω της δίαιτας απαιτείται η μείωση κατά 1000 θερμίδες της ημερήσιας κατανάλωσης για μία εβδομάδα, σύμφωνα με τη μελέτη των Votruba et al. Η σωματική άσκηση σε συνδυασμό με τη σωστή διατροφή αποτελεί σημαντικό και καθοριστικό παράγοντα για την απώλεια του περιττού βάρους, αλλά και για τη διατήρηση του νέου, μειωμένου βάρους.

Η φαρμακευτική αγωγή, σε συνδυασμό με τη δίαιτα, την άσκηση και την αλλαγή συμπεριφοράς, συνεισφέρει στον τελικό στόχο, που είναι η απώλεια βάρους. Τα φάρμακα καλούνται να διαδραματίσουν ένα σημαντικό ρόλο. Το NIH (National Institute of Health) συστήνει

χορήγηση φαρμάκων σε κάθε παχύσαρκο άτομο, με την προϋπόθεση ότι οι οδηγίες για δίαιτα και άσκηση δεν απέδωσαν. Παχύσαρκα άτομα που ελάμβαναν αποκλειστικά φαρμακευτική αγωγή, η οποία μέσα σε ένα χρόνο τους επέφερε 6-10% απώλεια βάρους, ενός μετά τη διακοπή της η επανάκτηση του βάρους ήταν πολύ υψηλή. (www.medinfo.gr 2008)

Το παχύσαρκο άτομο συχνά οδηγείται στην αναζήτηση μιας καινούργιας θεραπείας, ωστόσο, το αποτέλεσμα μετά την ολοκλήρωσή της είναι η επάνοδος του ατόμου στις παλιές του συνήθειες και η επανάκτηση του βάρους που έχασε. Το πρόβλημα διαιωνίζεται στην προσπάθεια του ατόμου να ξαναρχίσει το βάρος που έχει επανακτήσει, με αποτέλεσμα να παγιδεύεται σε έναν κύκλο συνεχούς αυξομείωσης του σωματικού του βάρους. Αυτό το φαινόμενο είναι γνωστό ως "yo-yo" ("weight cycling"). Μελετητές διαπίστωσαν ότι 12,905 παχύσαρκα άτομα ηλικίας 20-59 ετών, τα οποία με συντηρητικό τρόπο (δίαιτα, άσκηση και φάρμακα) προσπάθησαν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημά τους. Ωστόσο, μετά από 5 χρόνια επανήλθαν στο αρχικό τους βάρος ή πήραν ακόμη περισσότερα κιλά από αυτά που έχασαν. Η ίδια μελέτη έδειξε ότι η απώλεια 5-10% του περιττού βάρους συνδέθηκε με τη μείωση των προβλημάτων υγείας που αντιμετώπιζαν τα συγκεκριμένα άτομα. (Πονηρού 2008).

Μελετώντας σε βάθος τα παραπάνω καταλήγουμε στο γεγονός ότι η επιτυχής αλλαγή της αντιμετώπισης της παχυσαρκίας προϋποθέτει αλλαγή της συμπεριφοράς των παχύσαρκων ατόμων, πράγμα καθόλου εύκολο, αν και όχι ακατόρθωτο. Είναι εξάλλου αναγκαίο ο ιατρός, ο νοσηλεύτης αλλά και ο ασθενής, να κατανοήσουν ότι το πρόβλημα είναι χρόνιο και ότι τα θεραπευτικά και προληπτικά μέτρα που θα ληφθούν πρακτικά αφορούν όλη τη ζωή του ασθενούς. Ο μόνος πρακτικός τρόπος θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι ο περιορισμός της ενεργειακής

πρόσληψης και η αύξηση της ενεργειακής κατανάλωσης (φυσικής δραστηριότητας). Η φαρμακευτική θεραπεία έχει ειδικές ενδείξεις, ενώ η χειρουργική αντιμετώπιση αφορά ένα περιορισμένο αριθμό ατόμων. (www.patranews.gr, 2007)

I) Κριτήρια απόκλισης χειρουργικής επέμβασης

- Οι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας (π.χ βαριά αναπνευστική ή συστηματική νόσο) ή με ενεργό πεπτικό έλκος.
- Οι βαρείς καπνιστές (επειδή αυξάνεται ο κίνδυνος των μετεγχειριτικών επιπλοκών).
- Όσοι κάνουν κατάχρηση αλκοόλ/ ή ναρκωτικών ουσιών.
- Οι πάσχοντες από σοβαρές ψυχικές διαταραχές (μανιοκατάθλιψη, διαταραχές της προσωπικότητας). Σύμφωνα, πάντως, με τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα, οι βαριατρικές επεμβάσεις δεν αποκλείονται εξ ολοκλήρου σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι πιθανό, δηλαδή, ο ασθενής να χειρουργηθεί εφόσον τεθεί υπό παρακολούθηση και η κατάστασή του σταθεροποιηθεί για ένα χρονικό διάστημα 6-12 μηνών ή και περισσότερο. (www.vita.gr, 2008)

II) Προεγχειρητικός έλεγχος

Προγχειρητικά θα κάνετε κάποιες απαραίτητες εξετάσεις και πιθανά θα υποβληθείτε σε δίαιτα.

• **Οι εξετάσεις:** Προεγχειρητικά, απολύτως απαραίτητες είναι η γαστροσκόπηση, καθώς και η πνευμονολογική, καρδιολογική και ενδοκρινολογική εκτίμηση του ασθενούς με καρδιογράφημα, ακτινογραφία θώρακος και έλεγχο του θυρεοειδούς. Περισσότερες εξετάσεις μπορεί να ζητηθούν ανάλογα με την κατάσταση της υγείας κάθε ασθενούς, δεδομένου ότι συνήθως η υγεία των παχύσαρκων ασθενών είναι βεβαρυσμένη.

• **Δίαιτα:** Σε ορισμένες περιπτώσεις νοσογόνου παχυσαρκίας, μπορεί να ζητηθεί από τον ασθενή να υποβληθεί σε ειδική προεγχειρητική δίαιτα (φτωχή σε υδατάνθρακες), με τη βοήθεια της οποίας μειώνονται η λιπώδης διήθηση του ήπατος και το ενδοκοιλιακό λίπος. Με τον τρόπο αυτό, μειώνεται και ο βαθμός δυσκολίας της χειρουργικής επέμβασης. (www.paxysarkia.net, 2007)

III) Χειρουργικές θεραπείες-Επεμβάσεις

Υπάρχουν αρκετές κατηγορίες χειρουργικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας:

- Περιοριστική: μειώνει την ποσότητα της τροφής που χωρά το στομάχι
- Δυσαπορροφητική: γίνεται βράχυνση του πεπτικού σωλήνα για να περιορίσει τον αριθμό των τροφών που μπορούν να απορροφηθούν.
- Συνδυασμός: περιορίζει την ποσότητα της τροφής που χωρά το στομάχι.

Όσον αφορά τώρα τις χειρουργικές επεμβάσεις είναι οι εξής:

1. Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή

Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή είναι σήμερα η συχνότερη λαπαροσκοπική επέμβαση. Πάνω από τις μισές λαπαροσκοπικές επεμβάσεις παγκοσμίως είναι χολοκυστεκτομές. Στην καθημερινή χειρουργική πρακτική και στην συνείδηση των ασθενών έχει πλέον επικρατήσει, όταν συζητούμε για χολοκυστεκτομή να εννοούμε την λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.

Οι δυσκολίες και οι φόβοι του παρελθόντος έχουν εξαλειφθεί, οι περιορισμοί αρθεί, ο τεχνολογικός εξοπλισμός της λαπαροσκοπικής χειρουργικής έχει εξελιχθεί σε τέτοιο βαθμό, ώστε σήμερα ακόμα και οι

πιο δύσκολες επεμβάσεις αυτές εκτελούνται από εξειδικευμένο χειρουργό.

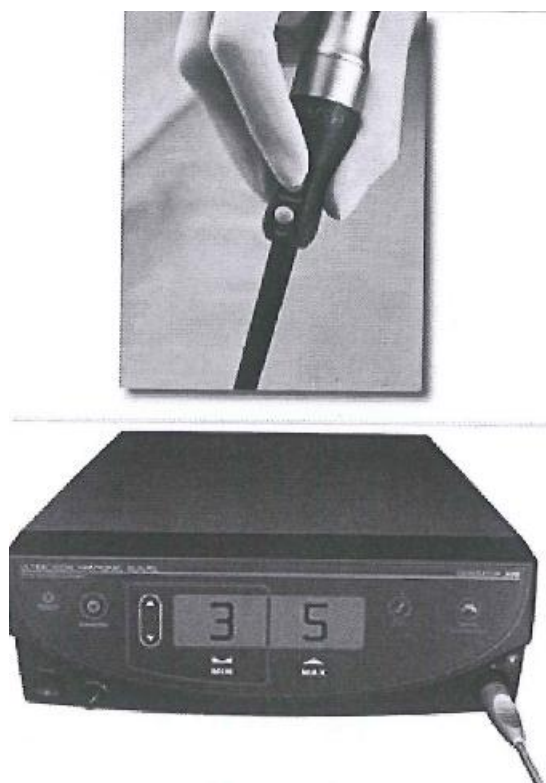
Μία από αυτές τις εξελίξεις στο τεχνολογικό επίπεδο της λαπαροσκοπικής χειρουργικής είναι η χρήση υπερήχων, όχι ως διαγνωστικό αλλά ως χειρουργικό εργαλείο πλέον στα χέρια του χειρουργού με απεριόριστες δυνατότητες.

Ειδικότερα η τεχνολογία αυτή βρίσκει εφαρμογή στο ψαλίδι υπερήχων, το οποίο χρησιμοποιούμε στην λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή αλλά και σε μια μεγάλη ποικιλία λαπαροσκοπικών επεμβάσεων.



Το εργαλείο αυτό εκμεταλλεύεται την ενέργεια των υπερήχων και να εκτελέσει εντελώς αναίμακτη και σχεδόν καθόλου τραυματική αφαίρεση της χοληδόχου κύστης.

Σαν αποτέλεσμα έχουμε ελάχιστο εσωτερικό χειρουργικό τραύμα, το οποίο σε συνδυασμό με το ελάχιστο εξωτερικό τραύμα της λαπαροσκοπικής τεχνικής προσφέρει την σχεδόν τελείως ανώδυνη και πολύ ασφαλή εκτέλεση της συγκεκριμένης επέμβασης.



Επίσης με την χρήση της συγκεκριμένης συσκευής υπερήχων, ο χρόνος της επέμβασης και ως εκ τούτου η διάρκεια της γενετικής αναισθησίας περιορίζεται στο ελάχιστο. Το ψαλίδι υπερήχων έχει πλέον επικρατήσει στην καθημερινή πρακτική μας στην λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή και σχεδόν σε κάθε λαπαροσκοπική επέμβαση, προσφέροντας γρήγορες, ανώδυνες, αναίμακτες και ασφαλείς επεμβάσεις. (www.forthnet.gr, 2009)

2. Λαπαροσκοπική Τοποθέτηση Γαστρικού Δακτυλίου (Lap-Band)



Αποτελεί την λιγότερο επεμβατική μέθοδο της χειρουργικής της παχυσαρκίας. Επιτυγχάνει την απώλεια βάρους, μειώνοντας την χωρητικότητα του στομάχου και περιορίζοντας σημαντικά την ποσότητα τροφής που μπορεί να καταναλώσει ο ασθενής. Ο ρυθμός απώλειας βάρους ελέγχεται από τον ιατρό πολύ εύκολα και ανώδυνα με την

ρύθμιση του εύρους του δακτυλίου με μία μικρή ένεση κάτω από το δέρματος κοιλιάς. Ο γαστρικός δακτύλιος μπορεί να αφαιρεθεί όσο

εύκολα μπορεί να τοποθετηθεί και είναι τελείως ασφαλής, η νοσηρότητα αυτής της επέμβασης είναι ελάχιστη και η θνησιμότητα είναι μηδενική. (www.forthnet.gr, 2009)

Πλεονεκτήματα της Λαπαροσκοπικής τοποθέτησης γαστρικού δακτυλίου.

Η λαπαροσκοπική μέθοδος προσφέρει όλα εκείνα τα πλεονεκτήματα που προσφέρουν οι λαπαροσκοπικές επεμβάσεις δηλαδή:

- Μειωμένο χρόνο επέμβασης καθώς ο χειρουργός εξοικονομεί τον χρόνο διάνοιξης και συρραφής μιας μεγάλης κοιλιακής τομής
- Μειωμένη σχεδόν μηδενική εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών από το τραύμα (κήλες, διασπάσεις τραύματος, δύσμορφες ουλές κλπ) καθώς ουσιαστικά δεν υπάρχει τραύμα.
- Σύντομη επάνοδος του ασθενούς στις καθημερινές δραστηριότητες και την εργασία του.
- Μικρό χρόνο νοσηλείας
- Ελάχιστο μετεγχειρητικό πόνο, καθώς ο πόνος εξαρτάται αποκλειστικά από το μέγεθος της τομής
- Εύκολη αναπροσαρμογή του εύρους του δακτυλίου για την μακροχρόνια επίτευξη χαμηλού, σταθερού σωματικού βάρους
- Εύκολη ρύθμιση στην περίοδο της εγκυμοσύνης για να διευκολυνθούν οι αυξημένες διατροφικές ανάγκες

Είναι μια μέθοδος ασφαλής έναντι των άλλων μεθόδων χειρουργικής της παχυσαρκίας, καθώς δεν γίνεται εσωτερικά καμία τομή, συρραφή ή αναστόμωση στο στομάχι.

Τέλος σαν μέθοδος αριθμοί παγκοσμίως 300.000 περιστατικά, με αποτέλεσμα να έχει τεκμηριωθεί και στατιστικά η ασφάλειά της και να

κερδίζει διαρκώς έδαφος στην συνείδηση των βariatρικών χειρουργών και των ασθενών.

3)Λαπαροσκοπική Γαστρική Παράκαμψη (Gastric By – Pass)



Η γαστρική παράκαμψη (by – pass) είναι μία επέμβαση περιοριστική και δυσαπορροφητική η οποία για πρώτη φορά έγινε στις Η.Π.Α. το 1993. Από τότε έχει γίνει μία από τις πιο δημοφιλείς επεμβάσεις στις Η.Π.Α. για την αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας. Κάθε χρόνο στις Η.Π.Α. γίνονται 150000-200000 τέτοιες επεμβάσεις. Είναι πιο βαριά επέμβαση από τον γαστρικό δακτύλιο και το γαστρικό μανίκι, απευθύνεται όμως σε πιο βαριές καταστάσεις παχυσαρκίας

(υπερνοσογόνος παχυσαρκία).

Η τεχνική της γαστρικής παράκαμψης (gastric by – pass) η οποία μπορεί να γίνει λαπαροσκοπικά ή ρομποτικά, είναι να δημιουργήσει έναν μικρογαστρικό θύλακα 15-30 κυβικά εκατοστά και να γίνει παράκαμψη του υπολοίπου τμήματος του στομάχου με ένα τμήμα νηστίδος (αρχικό τμήμα του λεπτού εντέρου). Επίσης υπάρχουν 2 είδη τεχνικών. Η εγγύς γαστρική παράκαμψη όπου η αναστόμωση του λεπτού εντέρου γίνεται από 80-150 εκατοστά έλικας νησίδας και η περιφερειακή

γαστρική παράκαμψη, στην οποία η αναστόμωση γίνεται στα 100-150 εκατοστά από το τέλος του λεπτού εντέρου (ειλεοτυφλική βαλβίδα). (www.el-vima.gr 2009)

“Βασικοί κίνδυνοι της Λαπαροσκοπικής γαστρικής παράκαμψης”

1. Διαφυγή από την αναστόμωση.
2. Στένωση στην αναστόμωση.
3. Αναστομωτικά Έλκη.
4. Σύνδρομο Dumping (ταχυκαρδία, εφίδρωση, λιποθυμική τάση, διάρροια – διαρκεί 30 -45 λεπτά).
5. Έλλειψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων.
 - Μειωμένη απορρόφηση ασβεστίου η οποία μπορεί να οδηγήσει σε υπερπαραθυροειδισμό.
 - Μειωμένη απορρόφηση σιδήρου (σιδηροπενική αναιμία)
 - Μειωμένη πρόσληψη βιταμίνης B12 (μεγαλοβλαστική αναιμία)
 - Μειωμένη απορρόφηση θειαμίνης.
 - Μειωμένη πρόσληψη πρωτεϊνών.
 - Μειωμένη απορρόφηση λιποδιαλυτών βιταμινών κυρίως βιταμίνης A.

Το μεγάλο πλεονέκτημα αυτής της επέμβασης είναι ότι βοηθάει πάρα πολύ τα παχύσαρκα άτομα που έχουν ιδιαίτερη τάση στο τσιμπολόγημα και στα γλυκά. Είναι η βαριατρική επέμβαση που δίνει την μεγαλύτερη διατροφική ελευθερία στον ασθενή και η απώλεια βάρους είναι ανεξάρτητη του είδους της τροφής που καταναλώνεται. Επίσης είναι ιδανική επέμβαση στους ασθενείς με έντονη γαστροοισοφαγική

παλινδρόμηση και οισοφαγίτιδα, τα οποία και θεραπεύει. Επειδή όμως είναι μια βαριά επέμβαση, πρέπει να επιλέγεται με αυστηρά κριτήρια από την χειρουργική ομάδα και ο ασθενής να ενημερώνεται λεπτομερώς για τα οφέλη, τους κινδύνους και τις απώτερες μετεγχειρητικές συνέπειες που θα επιφέρει αυτή η επέμβαση στην ζωή του. (www.forthnet.gr 2009)

4) Λαπαροσκοπική κάθετη sleeve γαστρεκτομή (Γαστρικό Μανίκι)

Είναι η νέα επέμβαση παχυσαρκίας χωρίς τοποθέτηση ξένου σώματος. Η λαπαροσκοπική κάθετη sleeve γαστρεκτομή από τις πιο δημοφιλείς λαπαροσκοπικές επεμβάσεις παχυσαρκίας τελευταία, αρχικά εφαρμόστηκε το 1993 από τον Dr Jamieson στην Αυστραλία. Το 2001 ο Dr Gagner στην Νέα Υόρκη τη μέθοδο αυτή στη μορφή που τη γνωρίζουμε σήμερα. Αυτή η λαπαροσκοπική επέμβαση παχυσαρκίας, επιτυγχάνει την απώλεια βάρους με την μείωση της τροφής που μπορεί να καταναλώσει ο ασθενής. Είναι μία περιοριστική δηλαδή επέμβαση παχυσαρκίας. Αυτό γίνεται με την αφαίρεση ενός τμήματος του στομάχου (του μείζονος τόξου) και κάνοντας το στομάχι έναν λεπτό σωλήνα σαν «μανίκι», χωρίς όμως να διαταράσσεται η φυσιολογική δίοδος της τροφής και χωρίς να δημιουργείται δυσαπορρόφηση θρεπτικών στοιχείων. (www.paxysarkia.net 2009)

5) Γαστρική ή Διαμερισματοποίηση Στομάχου

Η μέθοδος αυτή ήταν πολύ δημοφιλής μέχρι πρόσφατα. Σήμερα έχει αποδειχθεί ότι μετά μια δεκαετία από την εγχείρηση η παχυσαρκία επανεμφανίζεται. Γι' αυτό η χειρουργική αυτή επέμβαση δεν χρησιμοποιείται από τους περισσότερους ειδικούς χειρουργούς παχυσαρκίας. (www.hippocrateon.com 2009)

Η χειρουργική της παχυσαρκίας υπερτερεί σημαντικά στην οριστική και μόνιμη απώλεια βάρους και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των παχύσαρκων. Η χειρουργική θεραπεία προσφέρει :

- Απώλεια τουλάχιστον του 50-60% του πλεονάζοντος βάρους για περισσότερα από 10 χρόνια.
- Ίαση του σακχαρώδη διαβήτη της παχυσαρκίας.
- Θεραπεία του μεταβολικού συνδρόμου, της υπέρτασης και της στεφανιαίας νόσου.
- Μείωση της πιθανότητας θανάτου από την παχυσαρκία.

Συμπερασματικά οι χειρουργικές επεμβάσεις κατά της παχυσαρκίας έχουν πολύ καλά και μακροχρόνια αποτελέσματα, εφόσον επιλεγεί από τον ειδικό η κατάλληλη εγχείρηση για το συγκεκριμένο ασθενή. (www.medinfo.gr 2008)

2.4.Νέα επέμβαση για την παχυσαρκία φτάνει στο στομάχι από το στόμα

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

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

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

της τροφής από το ανώτερο στο κατώτερο τμήμα του στομάχου. Οι ασθενείς νιώθουν έτσι πλήρεις με λιγότερο φαγητό.

Οι δοκιμές της σχεδόν αναίμακτης μεθόδου συνεχίζονται σε περίπου 200 ασθενείς από την Αμερική και 100 από την Ευρώπη. Αν τα τελικά αποτελέσματα αποδειχθούν θετικά, η εταιρεία που κατασκευάζει την ειδική συσκευή θα πρέπει να ζητήσει έγκριση από τις αρχές τροφίμων και φαρμάκων.

Ένας από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν στην επέμβαση υπέστη ρήξη του οισοφάγου, κατά τα άλλα όμως δεν εμφανίστηκαν σοβαρές επιπλοκές.

Η ίδια χειρουργική επέμβαση πραγματοποιείται και με συμβατικές μεθόδους που απαιτούν είτε μια μεγάλη τομή στην κοιλιά είτε αρκετές μικρότερες.

Μια άλλη μέθοδος συρραφής, το γαστρικό μπαϊπάς, είναι ακόμα πιο επεμβατική, αφού όχι μόνο μειώνει δραστικά το μέγεθος του στομάχου - σε μέγεθος μπάλας του γκολφ-, αλλά αλλάζει και την πορεία της τροφής στο πεπτικό σύστημα.

Η χειρουργική επέμβαση παραμένει η έσχατη λύση για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, ωστόσο πάνω από 200.000 Αμερικανοί ανεβαίνουν κάθε χρόνο στο χειρουργικό τραπέζι για να χάσουν βάρος. Ακόμα πιο σύνηθες είναι το γνωστό πια «μπαλονάκι», μια φούσκα γεμάτη υγρό που εισάγεται στο στομάχι από το στόμα χωρίς τομές.

Τα τελικά αποτελέσματα από τις πρώτες δοκιμές της νέας τεχνικής αναμένονται το 2010. (www.in.gr 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΝΕΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

Με αφορμή το 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας Παχυσαρκίας.

Από το 1993 που έγινε η πρώτη επέμβαση γαστρικού δακτυλίου έχουν γίνει 300.000 τέτοιες επεμβάσεις μέχρι σήμερα με θαυματικά αποτελέσματα. Λίστες με δεκάδες παχύσαρκους που περιμένουν από ένα χρόνο για να χειρουργηθούν υπάρχουν στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας, τη στιγμή που οι επιστήμονες υπολογίζουν πως μέσα στα επόμενα 15 χρόνια το 50% των κατοίκων στις αναπτυγμένες χώρες θα είναι παχύσαρκοι!!!

Συγκεκριμένα πάνω από ένα δις υπολογίζονται οι παχύσαρκοι παγκοσμίως ενώ στην Ελλάδα το 22,5% του πληθυσμού (18,2% γυναικών και 26% των ανδρών) είναι παχύσαρκοι. (www.pneumonologists.gr 2009)

3.1 Νέα επέμβαση – Ρομποτική Χειρουργική

Για την αντιμετώπιση της κατάστασης οι επιστήμονες επιστρατεύουν σε όλο τον κόσμο τη Ρομποτική Χειρουργική προκειμένου να έχουν καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς. Ήδη και στη χώρα μας τον τελευταίο χρόνο η Ρομποτική Χειρουργική χρησιμοποιείται στον διαρκή πόλεμο κατά της μαστιγας που πλήττει εκατοντάδες χιλιάδες Έλληνες. Μάλιστα έχουν πραγματοποιηθεί περισσότερες από 60 επιτυχείς χειρουργικές επεμβάσεις με θαυμαστά αποτελέσματα.

Ο πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής του 6^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Χειρουργικής της Παχυσαρκίας Αναπληρωτής Καθηγητής

Χειρουργικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ Θεόδωρος Διαμαντής ανέφερε πως με τη τεχνική αυτή ήδη έχουν τοποθετηθεί ρυθμιζόμενοι γαστρικοί δακτύλιοι και έχουν εκτελεστεί επιμήκεις γαστρεκτομές αλλά και γαστρικές παρακάμψεις.

«Η χρήση του ρομπότ, τόνισε χαρακτηριστικά ο κ Διαμαντής, στη βαριατρική χειρουργική προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα στους χειρουργούς. Συγκεκριμένα:

- Η εικόνα είναι εξαιρετικά καθαρή και τρισδιάστατη. Αυτό προσφέρει στο χειρουργό βάθος πεδίου γεγονός που κάνει τις κινήσεις του χειρουργού πολύ πιο ακριβείς.
- Επιπλέον ο χειρουργός χειρίζεται μόνος του την κάμερα που μεταδίδει την εικόνα. Έτσι η εικόνα είναι πολύ σταθερή.
- Ο χειρουργός είναι καθιστός σε εργονομική θέση και οι κινήσεις του μεταδίδονται στα εργαλεία με μοναδική ακρίβεια ενώ υποπολλαπλασιάζεται το μέγεθος της κίνησης.
- Το παχύ και βαρύ κοιλιακό τοίχωμα δεν φέρει καμία αντίσταση στη κίνηση των εργαλείων.
- Πολύ γρήγορα ο χειρουργός γίνεται αμφιδέξιος και μπορεί να εκτελέσει και με τα δύο χέρια χειρισμού τους οποίους ήταν αδύνατο να τους εκτελέσει ανοικτά ή λαπαροσκοπικά.
- Με το σύστημα Da Vinci δίνει τη δυνατότητα στο χειρουργό να εκτελέσει την επέμβαση καθιστός σε εργονομική θέση χωρίς μυϊκό κάματο και με μεγαλύτερη ακρίβεια».

Οφέλη για τους ασθενείς

Η ρομποτική χειρουργική σε σχέση με την κλασσική αλλά και σε σχέση με την λαπαροσκοπική, είναι αναίμακτη, δεν αφήνει ουλές και προσφέρει μεγάλα οφέλη για τους ασθενείς, όπως :

- Μικρότερη διάρκεια αναισθησίας.
- Μεγάλη ελάττωση του μετεγχειρητικού πόνου.
- Ταχύτερη ανάρρωση και έξοδο από το νοσοκομείο.
- Μικρότερο κόστος νοσηλείας.
- Ταχεία επάνοδο στην εργασία.
- Εξάλειψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών, που να έχουν σχέση με το τραύμα (διαπύηση, διάσπαση, κήλη, χρόνιο άλγος κλπ) και των μετεγχειρητικών συμφύσεων και των συνεπειών τους.
- Λιγότερες αναπνευστικές και καρδιαγγειακές επιπλοκές.

Όπως αναφέρθηκε ως μειονεκτήματα της Ρομποτικής Χειρουργικής θεωρούνται το κόστος απόκτησης του μηχανήματος και η ανάγκη νέας εκπαίδευσης της χειρουργικής ομάδας. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τις ρομποτικές επεμβάσεις είναι περιορισμένων χρήσεων (10) και κοστίζουν περισσότερο από τα λαπαροσκοπικά εργαλεία (www.pneumonologists.gr 2009)

3.2. Δημογραφικά στοιχεία

- Μέχρι το 2010 η Ελλάδα θα είναι η πρώτη ευρωπαϊκή χώρα όπου ο μέσος όρος δείκτης μάζας σώματος θα φτάσει το 28, όσο δηλαδή είναι στις Η.Π.Α.!
- Εξαιρετικά υψηλό εμφανίζεται το ποσοστό των Ελλήνων που ανήκει στην κατηγορία των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων,

συχνά χωρίς να το γνωρίζει, αφού σύμφωνα με στοιχεία πρόσφατης μελέτης του Ελληνικού Ινστιτούτου Διατροφής (ΕΙΔ) το τμήμα αυτό του πληθυσμού φθάνει το 34%.

FTO : Το γονίδιο της παχυσαρκίας

Το γονίδιο FTO ή αλλιώς γονίδιο της παχυσαρκίας όπως έχει ήδη ονομασθεί, αρχίζει να αποκαλύπτει νέες πτυχές στη γονιδιακή έκφραση της διατροφικής συμπεριφοράς και της παχυσαρκίας στα άτομα.

Η πρώτη επέμβαση γαστρικού δακτυλίου έγινε το 1993 και από τότε έχουν γίνει άλλες 300.000 τέτοιες επεμβάσεις με θεαματικά αποτελέσματα.

6 Μαΐου: Παγκόσμια ημέρα κατά της δίαιτας

Για πολλούς, η διαδικασία της δίαιτας συχνά συνοδεύεται από δυσάρεστα συναισθήματα όπως στέρηση, πείνα, περιορισμό, μειωμένη αυτοεκτίμηση σε περίπτωση αποτυχίας, ενώ μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών όπως η βουλιμία και η επεισοδιακή υπερφαγία.

Σύμφωνα με τα νέα επιστημονικά δεδομένα που παρουσιάστηκαν στο παγκόσμιο συνέδριο χειρουργικής της παχυσαρκίας και μεταβολικών επεμβάσεων, στις 13/11/08 οι εγχειρήσεις όπως η χολοπαγκρεατική παράκαμψη και η γαστρική παράκαμψη προσφέρουν μόνιμη απαλλαγή από τη νόσο σε τουλάχιστον 80% των περιπτώσεων μέσα σ' ένα μήνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΠΡΟΛΗΨΗ

Μπροστά στις βλαβερές συνέπειες της παχυσαρκίας για το μέλλον της υγείας είναι πιο σημαντικό να προλάβουμε την παχυσαρκία παρά να τη θεραπεύσουμε. Μπορούμε να επιμείνουμε σε ορισμένες πλευρές αυτής της πρόληψης.

- Πρώτο ξεκίνημα σε πολύ μικρή ηλικία

Το 1970 μελετητές επιβεβαίωσαν ότι ο αριθμός των λιποκυττάρων αυξάνεται μόνο κατά τους πρώτους μήνες της ζωής. Μετά το πρώτο στάδιο της παιδικής ηλικίας δεν τροποποιείται πλέον, ώστε κάποιος του οποίου ο πολλαπλασιασμός των λιποκυττάρων ήταν πολύ αυξημένος στην αρχή της ζωής του, έχει προδιάθεση να γίνει παχύσαρκος στην εφηβεία του και στην ενήλικη ζωή του. Παραδέχονται ότι σε αυτήν την περίπτωση η παχυσαρκία είναι αναπόφευκτη και οι θεραπείες χωρίς αποτέλεσμα.

- Ενθάρρυνση της φυσικής άσκησης

Η φυσική απραξία αποσταθεροποιεί τον ενεργειακό ισολογισμό όσο και ο υπερσιτισμός. Πολλοί νέοι δεν έχουν τη συνήθεια να αθλούνται. Οι Bullen Reed και Mayer πήραν 27.211 φωτογραφίες από νεαρά κορίτσια ηλικίας από 13 έως 17 ετών που έκαναν σπορ. Ανάμεσά τους υπήρχαν 109 παχύσαρκοι και 72 με φυσιολογικό βάρος. Τα παχύσαρκα κορίτσια έπαιρναν λιγότερο συχνά μέρος στο παιχνίδι (τένις, βόλεϊ – μπόλ, κολύμβηση) από τα λεπτά κορίτσια).

- Πληροφόρηση του κοινού για τη θερμιδική αξία των τροφών

Πολλές φορές εκπλαγήκαμε από την άγνοια του κοινού στο θέμα της θερμιδικής αξίας των διάφορων τροφών. Πρέπει να αρχίσει μια

εκπαίδευση γι' αυτό το θέμα. Πολλοί άνθρωποι δεν συνειδητοποιούν ότι η σάλτσα που βάζουν σ' ένα φαγητό περιέχει πολλές φορές περισσότερες θερμίδες από το ίδιο το φαγητό. Ούτε ότι τα ποτά, όπως η μύρα, το κρασί και λεμονάδα, μπορούν να αποτελέσουν σημαντικά μέσα παροχής θερμίδων.

- Σε περίπτωση διακοπής της φυσικής άσκησης, προτείνουμε τη μείωση της παροχής θερμίδων.

Πολύ συχνά, όταν κάποιος που εργάζεται σε χειρωνακτική εργασία βγει στη σύνταξη ή όταν κάποιος αθλητής σταματήσει τον αθλητισμό, παίρνει ένα σημαντικό αριθμό κιλών τους μήνες που ακολουθούν αυτήν την αλλαγή της ζωής του. Αυτό προέρχεται από το γεγονός ότι η όρεξη παραμένει ρυθμισμένη στη σημαντική ποσότητα θερμίδων που χρειαζόταν λόγω των αυξημένων τους δαπανών. Θα πρέπει σε αυτό το σημείο να δείξει αυτοσυγκράτηση για να ισορροπήσει τον ενεργειακό τους ισολογισμό (Hedersean 2002)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Στον ασθενή που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας παρέχεται διεπιστημονική φροντίδα υγείας. Η αντιμετώπιση αυτή στοχεύει στην επίτευξη της καλύτερης δυνατής κατάστασης του ασθενούς, όσον αφορά στο επίπεδο της υγείας του πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Η περιεγχειρητική νοσηλευτική αποτελεί ένα εξειδικευμένο πεδίο της νοσηλευτικής πρακτικής και καλύπτει τις τρεις φάσεις της νοσηλείας του χειρουργικού ασθενούς. Την προεγχειρητική, τη διεγχειρητική και τη μετεγχειρητική. Ο νοσηλευτής της περιεγχειρητικής φροντίδας συνεργάζεται με το υπόλοιπο προσωπικό υγείας για την εκτίμηση και την κάλυψη των αναγκών του ατόμου που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση (www.iatrikionline.gr 2008)

1) Ηθική συμπαράσταση του ατόμου

Η ηθική συμπαράσταση και η ενθάρρυνση αυξάνουν τις πιθανότητες επιτυχίας του σκοπού μας. Ηθική συμπαράσταση μπορεί να πάρει κανείς από ατομική ή ομαδική υποστήριξη μέσω εξωτερικών τμημάτων των νοσοκομείων, από διαιτολόγους ή ψυχολόγους της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, από ανοιχτές ομάδες υποστήριξης της κοινότητας, από μέλη της οικογένειας και από φίλους. Πάνω απ' όλους όμως σημαντική είναι η προσφορά και ο ρόλος του νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα μπορέσει να σταθεί δίπλα στο άτομο και χρησιμοποιώντας διάφορες τεχνικές προσέγγισης του, να καταφέρει να τον ενθαρρύνει και στην ουσία να αποφύγει περαιτέρω προβλήματα υγείας. (www.iatrikionline.gr 2008)

II) Κατ' οίκον φροντίδα

Ο νοσηλευτής πριν από την έξοδο του ασθενούς, οφείλει να του διδάξει ορισμένες τεχνικές, ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις ανάγκες του για αυτοφροντίδα.

- Ατομική υγιεινή. Το λουτρό καθαριότητας επιτρέπεται μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, αλλά θα πρέπει να αποφεύγεται η τριβή των τραυμάτων μέχρι την πλήρη επούλωσή τους. Μετά από το λουτρό, τα τραύματα θα πρέπει να καθαρίζονται με ιωδιούχο ποβιδόνη και να καλύπτονται με γάζες
- Φροντίδα χειρουργικού τραύματος
- Αναγνώριση σημείων και συμπτωμάτων διαπύησης του τραύματος.
- Καθημερινό περπάτημα για 20-30min.
- Απαγόρευση της έντονης άσκησης και της άρσης βάρους για 6 εβδομάδες.
- Αποφυγή της σεξουαλικής δραστηριότητας τις 3 πρώτες εβδομάδες.
- Αποφυγή τροφών ή ποτών που ευνοούν τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, όπως λιπαρές ή πικάντικες τροφές.
- Αποφυγή ένδυσης με στενά ρούχα ή ζώνες.

Ο ασθενής θα πρέπει να αναζητήσει φροντίδα υγείας σε περίπτωση που εμφανίσει μέσα στις πρώτες 2-3 εβδομάδες πυρετό, εμέτους ή διάρροια που διαρκούν περισσότερο από 24 ώρες, οξύ κοιλιακό άλγος που δεν βελτιώνεται μέσα σε 4 ώρες, επεισόδιο λιποθυμίας, πόνο στο στήθος ή δύσπνοια και ίκτερο.

Είναι αναγκαίο να υπάρχει τακτική παρακολούθηση για τουλάχιστον 2 χρόνια, η οποία περιλαμβάνει τον περιοδικό έλεγχο του βάρους και ορισμένες εξετάσεις αίματος. Ο έλεγχος γίνεται αρχικά ένα μήνα μετά την επέμβαση και ακολούθως κάθε 3 μήνες για τον πρώτο χρόνο. Στη συνέχεια, διενεργείται ανά εξάμηνο για τα επόμενα 2 χρόνια μέχρι τη σταθεροποίηση του βάρους.

Αναμφισβήτητα η παχυσαρκία αποτελεί νόσο με μεγάλο αριθμό επιπλοκών, που καθιστούν αναγκαία την αντιμετώπισή της. Στη νοσογόνο παχυσαρκία, όταν όλες οι προσπάθειες της συντηρητικής αντιμετώπισης έχουν αποτύχει, μελέτες έχουν δείξει ότι η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η μοναδική μέθοδος απώλειας βάρους και μακροχρόνιας διατήρησής της, καθώς επίσης και ο μοναδικός τρόπος βελτίωσης των συνοδών νοσημάτων της παχυσαρκίας. Ωστόσο τα προβλήματα και οι ανάγκες των παχύσαρκων ατόμων που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση είναι πολλαπλά. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην παρεχόμενη προεγχειρητική, διεγχειρητική, μετεγχειρητική και κατ' οίκον φροντίδα συνιστά πρόκληση για την εφαρμογή των επιστημονικών γνώσεων και δεξιοτήτων του, τόσο για την πρόληψη ενδεχόμενων επιπλοκών, όσο και για την προσαρμογή και αποκατάσταση των ασθενών που αντιμετωπίζουν χειρουργικά το πρόβλημα της παχυσαρκίας. (Πονηρού 2008)

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή – Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Η φροντίδα του ασθενή αποτελείται από τρεις φάσεις. Ξεκινώντας από την προεγχειρητική φάση η οποία αρχίζει με τη λήψη της απόφασης για χειρουργική επέμβαση και τελειώνει όταν ο ασθενής μεταφερθεί στην χειρουργική αίθουσα. Ένα σημαντικό τμήμα της προεγχειρητικής φροντίδας του ασθενούς είναι η σωματική προετοιμασία, η οποία περιλαμβάνει :

1. Την εξασφάλιση της θρέψης και της ενυδάτωσης, που βοηθά στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού αρνητικού ισοζυγίου του αζώτου λόγω της ελλιπούς σίτισης των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών.
2. Τον έλεγχο της φαρμακευτικής αγωγής, όπου γίνεται εκτίμηση για το αν διάφορα φάρμακα που ελάμβανε ο ασθενής (όπως κορτικοειδή, διουρητικά, αντιβιοτικά) θα πρέπει ή όχι να συνεχιστούν ή να μειωθούν.
3. Τη διακοπή για μία εβδομάδα πριν από την επέμβαση των αντιαιμοπεταλικών και των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.
4. Την υγιεινή του στόματος και του δέρματος.
5. Τον καθαρισμό του εντέρου με δίαιτα χωρίς υπόλειμμα, καθαρτικά και υποκλυσμούς μία μέρα πριν από την επέμβαση.
6. Τη χορήγηση αντιβιοτικών μία μέρα πριν την επέμβαση, για τη μείωση της μικροβιακής χλωρίδας.
7. Τη διαιτολογική παρέμβαση, ώστε να εξοικειωθεί ο ασθενής με τις επερχόμενες αλλαγές της διατροφής μετά την επέμβαση. Ακόμη και μια μικρή απώλεια βάρους πριν από το χειρουργείο μπορεί να διευκολύνει σημαντικά την επέμβαση.
8. Την αποφυγή ζάχαρης και γλυκισμάτων τις δύο τελευταίες εβδομάδες πριν από την επέμβαση, ώστε να μειωθούν τα αποθέματα γλυκογόνου και το μέγεθος του ήπατος.

Η εκπαίδευση του ασθενούς αποτελεί βασική ευθύνη και το μεγαλύτερο μέρος της πρέπει να γίνεται πριν από την χειρουργική επέμβαση, καθότι ο πόνος και οι επιδράσεις της αναισθησίας είναι

δυνατόν να ελαττώσουν σημαντικά τη μαθησιακή ικανότητα του ασθενούς.

5.1. Η προεγχειρητική εκπαίδευση του ασθενούς περιλαμβάνει τα εξής:

- Αλλαγή θέσης στο κρεβάτι. Παρόλο που η εκπαίδευση του τρόπου αλλαγής θέσης στο κρεβάτι αποτελεί για τον ασθενή μια εξαιρετικά απλή διαδικασία πριν τη χειρουργική επέμβαση, μετά το χειρουργείο πιθανόν να υπάρξουν δυσκολίες. Συγκεκριμένα, συστήνεται η ακινητοποίηση της τομής και η αλλαγή θέσης στο κρεβάτι κάθε 2 ώρες. Ο σκοπός αυτών των ασκήσεων είναι η βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος για την πρόληψη της φλεβικής στάσης και για καλύτερη ανταλλαγή αερίων.

- Ασκήσεις διαφραγματικής αναπνοής και ασκήσεις βήχα. Οι ασκήσεις διαφραγματικής αναπνοής, οι βαθιές αναπνοές και ο βήχας βοηθούν στην αποβολή του αναισθητικού φαρμάκου, στην πρόληψη της σύμπτυξης των κυψελίδων, στην αποκόλληση και την αποβολή των εκκρίσεων από τους βρόγχους. Απώτερος στόχος όλων των ανωτέρω είναι η πρόληψη της πνευμονίας.

- Ασκήσεις κάτω άκρων, ποδοκνημικής και άκρου ποδός. Οι ασκήσεις κάτω άκρων περιλαμβάνουν κινήσεις γαστροκνημιαίου μυός, τετρακέφαλου μυός, γόνατος και ισχίου, καθώς και κυκλικές κινήσεις άκρου ποδός. Οι ασκήσεις αυτές αποσκοπούν στη βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος, την πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας, τη διατήρηση του μυϊκού τόνου και του εύρους των κινήσεων, διευκολύνοντας έτσι την πρόωμη κινητοποίηση του ασθενούς.

Απαραίτητη είναι η εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τις ενέργειες που θα χρειαστεί να εφαρμόσει μετά την επέμβαση. Συγκεκριμένα, συνιστάται ο περιορισμός του βήχα και του πταρμού,

καθώς και αποφυγή της έντονης προσπάθειας κατά την αφόδευση, για να προληφθεί η δημιουργία μετεγχειρητικής κήλης και η διαφυγή από διάσπαση της συρραφής του στομάχου. Επίσης συνιστάται η λήψη μικρότερων και συχνότερων γευμάτων, η αποφυγή χορήγησης υγρών 30 min πριν και κατά τη διάρκεια του γεύματος και κατάκλισης για τουλάχιστον 2 ώρες μετά το φαγητό, ώστε να αποφευχθούν ο έμετος και γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.

Ο νοσηλευτής, έχοντας υπόψη του τη σοβαρότητα της επέμβασης, τα προβλήματα που προκύπτουν από αυτήν και ιδιαίτερα το ψυχολογικό stress που υφίσταται ο ασθενής, προσπαθεί να τον προετοιμάσει ψυχολογικά όσον το δυνατόν καλύτερα. Συγκεκριμένα, επισκέπτεται τον ασθενή, αξιολογεί το επίπεδο κατανόησης της διαδικασίας σχετικά με τη χειρουργική επέμβαση στην οποία πρόκειται να υποβληθεί και τον ενθαρρύνει να εκφράσει τους φόβους και συναισθήματά του. (Πονηρού 2008)

5.2. Διεγχειρητική φροντίδα

Η διεγχειρητική φάση αρχίζει με την είσοδο του ασθενούς στην αίθουσα του χειρουργείου και τελειώνει με τη μεταφορά του στην αίθουσα ανάνηψης. Η χειρουργική ομάδα αποτελείται από το χειρουργό, το βοηθό χειρουργού, τον αναισθησιολόγο, το νοσηλευτή αναισθησιολογίας, το νοσηλευτή κίνησης και τον εργαλειοδότη νοσηλευτή. Λόγω της πολυπλοκότητας του χώρου του χειρουργείου, τα μέλη της χειρουργικής ομάδας πρέπει να λειτουργούν συντονισμένα. Το κάθε μέλος της ομάδας διαθέτει εξειδικευμένη εμπειρία και το έργο του είναι βασικής σημασίας για την επιτυχή έκβαση της χειρουργικής επέμβασης.

Η νοσηλευτική φροντίδα στη διεγχειρητική φάση εστιάζεται στην ασφάλεια του ασθενούς και στη συνεχή παρακολούθηση των φυσιολογικών παραμέτρων.

Η διεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει τα ακόλουθα :

1. Υποδοχή του ασθενούς από το νοσηλευτή αναισθησιολογίας και το νοσηλευτή κίνησης.
2. Ασφαλής τοποθέτηση του ασθενούς στο χειρουργικό τραπέζι.
3. Χορήγηση γενικής αναισθησίας με στόχο την καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Κατά την εισαγωγή στην αναισθησία, ο αναισθητικός παράγοντας χορηγείται στον ασθενή είτε ενδοφλεβίως είτε με εισπνοή. Κατά τη διάρκεια της φάσης αυτής εξασφαλίζεται η βατότητα του αεραγωγού με διασωλήνωση της τραχείας. Η επόμενη φάση της αναισθησίας είναι η διατήρηση αυτής. Ο αναισθησιολόγος και ο νοσηλευτής αναισθησιολογίας διατηρούν τον επιθυμητό βαθμό αναισθησίας, ενώ παρακολουθούν συνεχώς τις ζωτικές παραμέτρους του ασθενούς, όπως η καρδιακή συχνότητα, η αρτηριακή πίεση, η αναπνευστική συχνότητα, η θερμοκρασία και τα επίπεδα οξυγόνου και διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα.
4. Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως.
5. Προετοιμασία της χειρουργικής ομάδας.
6. Ετοιμασία εξοπλισμού και κατάλληλων εργαλείων για την επέμβαση.
7. Επιτήρηση και καθοδήγηση στη σωστή χρήση και τοποθέτηση μηχανημάτων, όπως η διαθερμία, το φορητό μηχάνημα λήψης ακτινογραφιών κ.λ.π.

8. Αντισηψία του δέρματος και κάλυψη του ασθενούς με αποστειρωμένο ιματισμό.
9. Εργαλειοδότηση του χειρουργού.
10. Καταμέτρηση και σχολαστική καταγραφή των εργαλείων, των γαζών και βελονών, καθώς και των σωλήνων παροχέτευσης, για την αποφυγή του κινδύνου εγκατάλειψής τους στον άρρωστο.
11. Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα για την αποφυγή διάτασης του εντέρου.
12. Ανάνηψη του ασθενούς.

Καθώς διακόπτεται η χορήγηση των αναισθητικών παραγόντων ή καθώς αναστρέφεται η δράση τους με τη χορήγηση άλλων φαρμάκων, ο ασθενής αρχίζει να ξυπνά. Όταν είναι πλέον σε θέση να αναπνεύσει από μόνος του, ακολουθεί η αφαίρεση του ενδροτραχειακού σωλήνα (αποσωλήνωση). (www.health.in.gr 2008)

5.3. Μετεγχειρητική φροντίδα

Η άμεση μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει μόλις ο ασθενής μεταφερθεί από την αίθουσα του χειρουργείου στην αίθουσα ανάνηψης και περιλαμβάνει :

1. Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων.
2. Έλεγχο της χειρουργικής τομής.
3. Εκτίμηση του μετεγχειρητικού πόνου και αντιμετώπισή του με χορήγηση αναλγητικών.
4. Εκτίμηση της διανοητικής κατάστασης και του επιπέδου συνείδησης.
5. Εκτίμηση της ενυδάτωσης με την παρακολούθηση και την καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

6. Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης.

Μετά τη σταθεροποίηση και την αφύπνισή του, ο ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο. Η μεταφορά από το φορείο στο κρεβάτι γίνεται με την εφαρμογή της μικρότερης δυνατής τάσης στα ράμματα του τραύματος. Ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση μέχρι να ανανήψει πλήρως. Η μετεγχειρητική εκτίμηση περιλαμβάνει την εκτίμηση της γενικής εμφάνισης του ασθενούς, την καταγραφή των ζωτικών σημείων, την εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης, την καταγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, την κατάσταση του τραύματος και την κινητικότητα του εντέρου.

Μετά την αρχική εκτίμηση του ασθενούς και τη λήψη μέτρων για την ασφάλειά του, ο νοσηλευτής ετοιμάζει το πλάνο φροντίδας, το οποίο περιλαμβάνει την έγκαιρη έγερση και κινητοποίηση του ασθενούς (24-48 ώρες μετά την εγχείρηση), την ακολουθούμενη δίαιτα, τα φάρμακα που θα χορηγηθούν για τον πόνο και τη ναυτία, την αντιβιοτική αγωγή, την αναγκαιότητα συνέχισης των προεγχειρητικά χορηγούμενων φαρμάκων, τη μέτρηση των ζωτικών σημείων, την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και τις εργαστηριακές εξετάσεις που θα γίνουν.

Η εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τους κανόνες διατροφής μετά την επέμβαση αποτελεί βασική ευθύνη του νοσηλευτή.

Η διατροφή εξελίσσεται σταδιακά, αρχίζοντας από την απολύτως υδρική δίαιτα μέχρι την πλήρη σίτιση.

Στάδιο I (2 πρώτες εβδομάδες)

- Η σίτιση γίνεται αποκλειστικά με υγρές τροφές.
- Συνιστάται η αργή κατάποση μικρών ποσοτήτων τροφής
- Η ποσότητα του κάθε γεύματος περιορίζεται στα 100-150 g

- Πρόσληψη υγρών και συμπληρωμάτων διατροφής σε υγρή μορφή 6-8 φορές την ημέρα.
- Όταν προκληθεί κορεσμός, πρέπει αμέσως να σταματά η πρόσληψη τροφής και να συνεχίζεται 15-30 min αργότερα.
- Εάν ο ασθενής έχει υποβληθεί σε επέμβαση γαστρικής παράκαμψης, είναι απαραίτητη η αποφυγή ζαχαρούχων ροφημάτων για τις πρώτες 15 μέρες.

Στάδιο II (3-6 εβδομάδες)

Η χωρητικότητα του στομάχου είναι ακόμα μικρότερη από αυτή του στόματος, γι' αυτό είναι απαραίτητη :

- Η προοδευτική σίτιση με μαλακές και πολτώδεις τροφές σε 4-6 μικρά γεύματα ημερησίως.
- Η λήψη συμπληρώματος πρωτεΐνης 2 φορές την ημέρα.
- Η αποφυγή σύγχρονης λήψης υγρών και στερεών τροφών.
- Η πρόσληψη νερού ή άλλων υγρών 30 min πριν ή 60-90 min μετά τα γεύματα.

Στάδιο III (διάρκεια μέχρι και 6 εβδομάδες)

- Προοδευτική μετάβαση σε πλήρη «κανονική» σίτιση με 3-4 γεύματα ημερησίως.
- Λήψη τροφής ανά τακτά χρονικά διαστήματα και διακοπή τροφής επί αισθήματος κορεσμού.
- Αποφυγή των πλούσιων σε λιπαρά τροφών.
- Αποφυγή των ζαχαρούχων ροφημάτων, των φυσικών χυμών και μαγειρικών λιπών.

- Αναγκαία είναι η ενημέρωση για τη θερμιδική αξία των τυποποιημένων τροφίμων πριν από την κατανάλωση.
- Διακοπή του συμπληρώματος πρωτεΐνης μετά από συνεννόηση με το γιατρό.

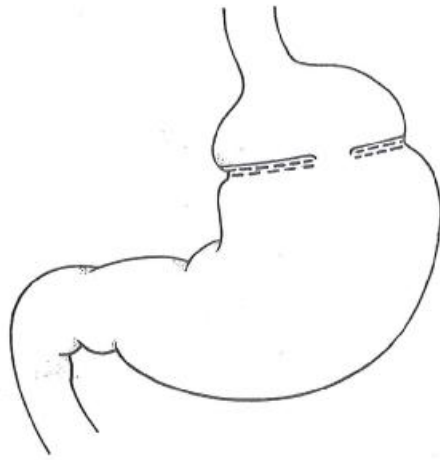
Μετά το δεύτερο μήνα, η απώλεια βάρους δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 10 kg το μήνα. Αν οι εργαστηριακές εξετάσεις αποκαλύψουν τυχόν διατροφικά ελλείμματα σε βιταμίνες, σίδηρο ή ασβέστιο, θα πρέπει να χορηγούνται οι ανάλογες δόσεις σε συμπληρώματα διατροφής (Moore 2005)

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Μπροστά στις βλαβερές συνέπειες της παχυσαρκίας για το μέλλον της υγείας, είναι πιο σημαντικό να προλάβουμε την παχυσαρκία παρά να τη θεραπεύσουμε. Οι παχύσαρκοι πολλές φορές υποκρίνονται ότι δεν τρώνε πολύ, ισχυρίζονται ότι το βάρος τους είναι συνέπεια άγχους και stress και ότι το φαγητό δεν είναι αιτία αυτής της κατάστασης. Όμως με το να αρνούνται την πραγματικότητα δεν δίνουν λύση στη μάστιγα του αιώνα, την παχυσαρκία. Γιατί να μην ελπίζουμε πως θα βρουν τη θέληση να αναγνωρίσουν τις πραγματικές αιτίες του προβλήματος και να αποφασίσουν να το αντιμετωπίσουν. Πραγματικά με την αναγνώριση του προβλήματος και με την σωστή πρόληψη ίσως κάποια στιγμή στο μέλλον εκλείψει αυτό το τεράστιο ποσοστό παχυσαρκίας. (www.haravgi.com 2008)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

24 Οκτωβρίου : “Παγκόσμια Ημέρα κατά της Παχυσαρκίας”

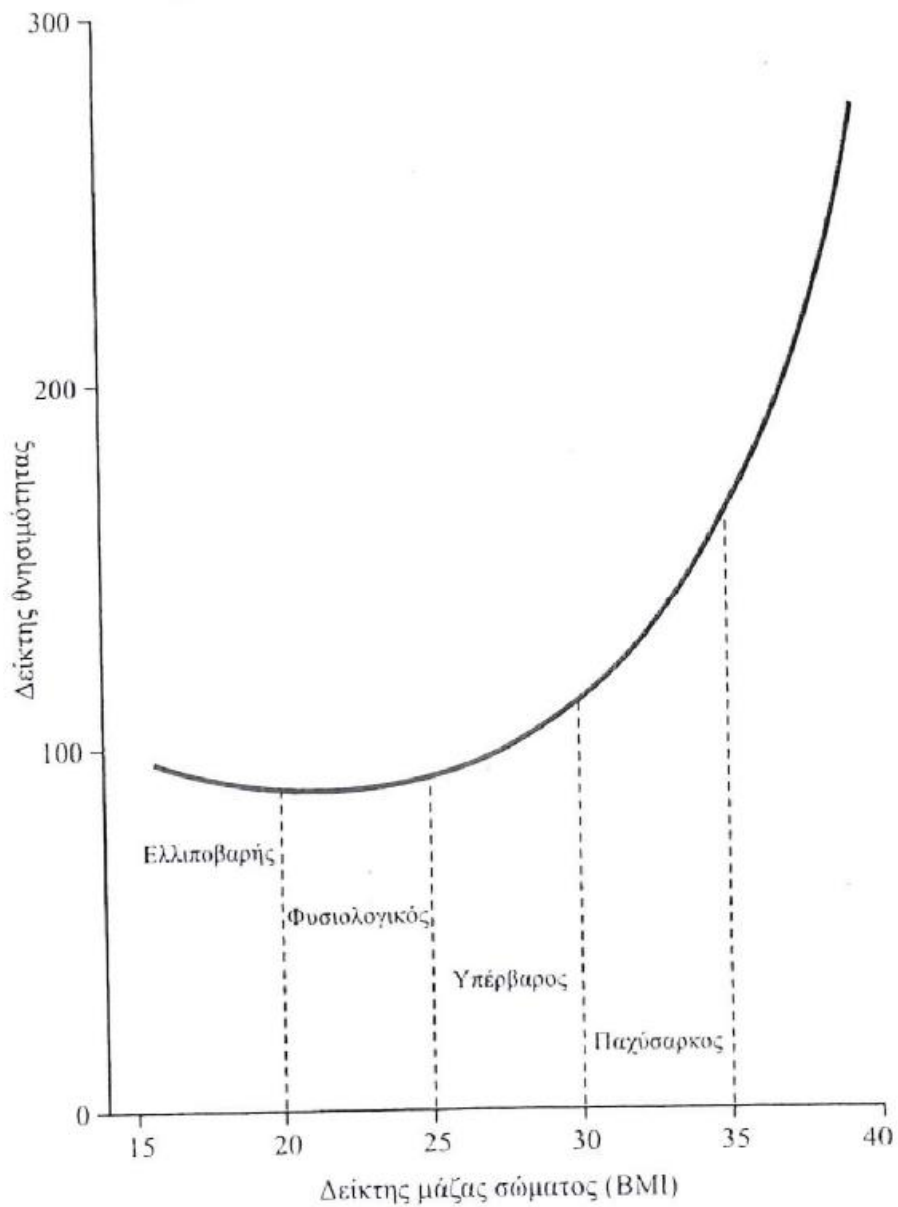


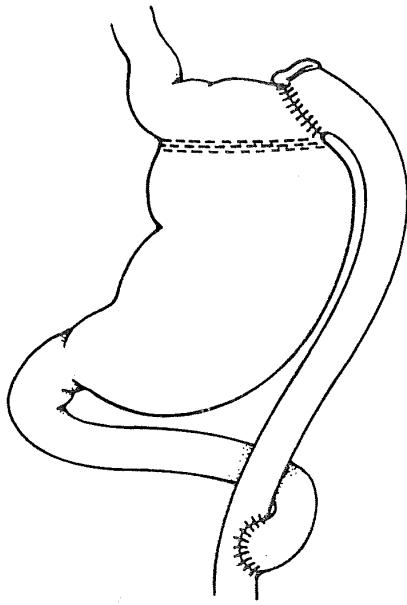
Επιπολασμός της παχυσαρκίας στην Ευρώπη.

Γυναίκες	(%)	Άνδρες	(%)
Βόρεια Ευρώπη	15	Βόρεια Ευρώπη	10
Δυτική Ευρώπη	16	Δυτική Ευρώπη	13
Μεσογειακές χώρες	30	Μεσογειακές χώρες	16
Ανατολική Ευρώπη	30	Ανατολική Ευρώπη	18
ΗΠΑ (λευκές)	8	ΗΠΑ (λευκοί)	15
ΗΠΑ (έγχρωμες)	37	ΗΠΑ (έγχρωμοι)	20

Γαστροπλαστική:

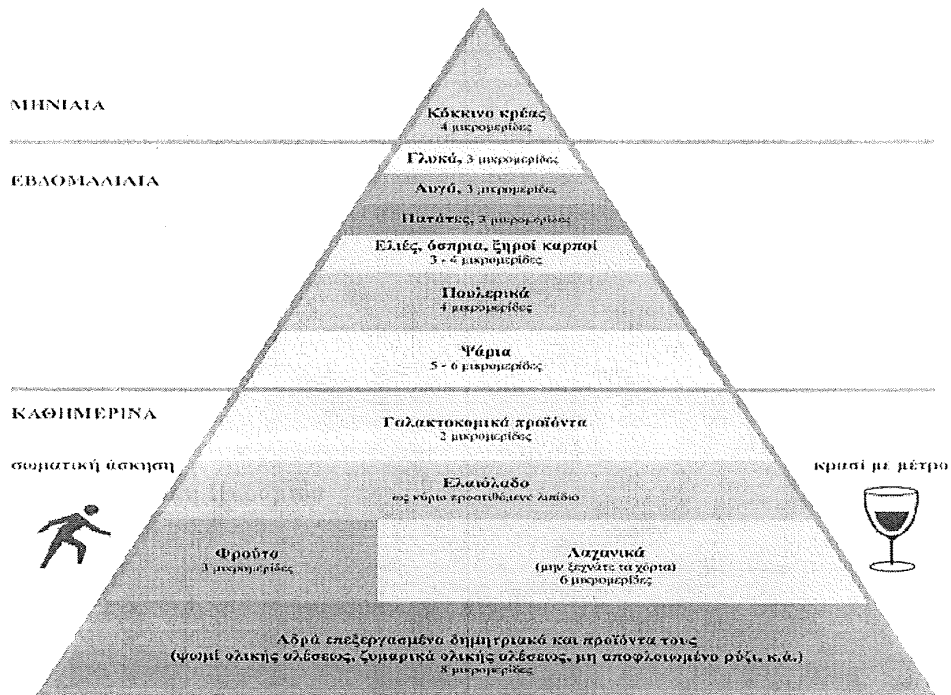
Προτείνετε μόνο σε υπερβολικά ή θανατηφόρα παχύσαρκα άτομα, τα οποία απέτυχαν να χάσουν βάρος με πιο συντηρητικές μεθόδους.





Οπισθοκολική γαστρική παράκαμψη. Το στομάχι ράβεται τελείως οριζόντια. Η νήστιδα αποκόβεται από το δωδεκαδάκτυλο και συνδέεται στην είσοδο του στομάχου. Το υπολειπόμενο μέρος του δωδεκαδάκτυλου συνδέεται με τη νήστιδα για να επιτρέψει την παροχέτευση των εντερικών εκκρίσεων.

ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ



Μία μικρομερίδα αντιστοιχεί περίπου στο μισό της μερίδας που καθορίζουν οι ατομικοποιημένες διατροφικές

απαιτήσεις επίσης:

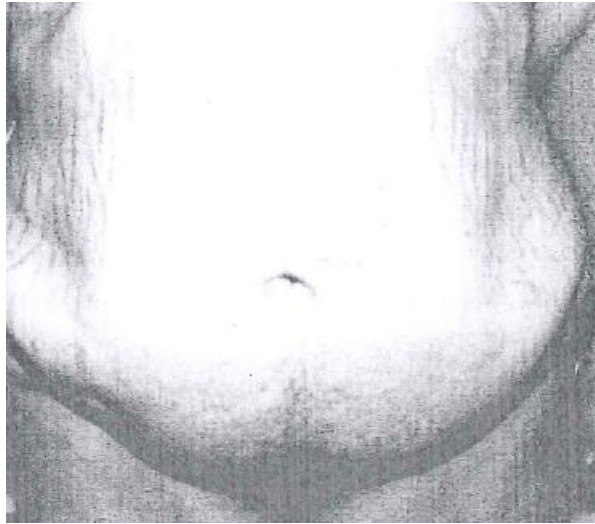
- πίνετε άφθονο νερό
- αποφεύγετε το αλκοόλ χρησιμοποιείτε μερτικό (ρίγανη, βινετικό, θυμάρι, κ.λπ.) στη θέση του



Η ψυχολογία ως βασικός παράγοντας που επιδρά στην παχυσαρκία.



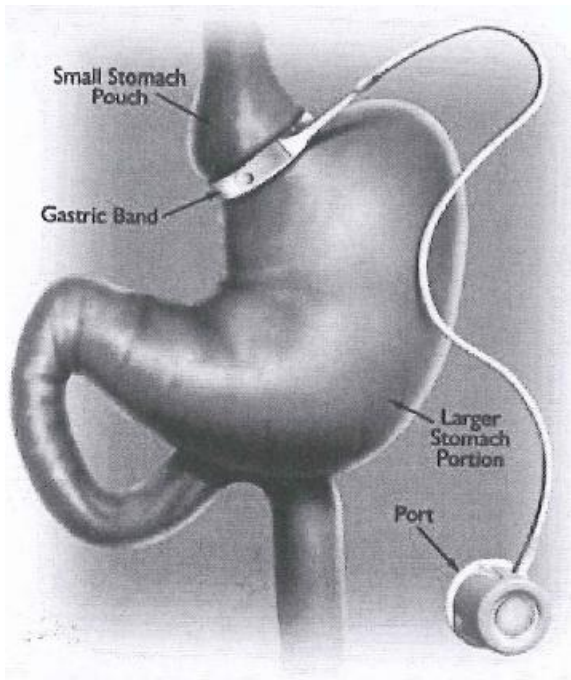
Οι σημαντικότερες επιπλοκές της παχυσαρκίας είναι η οστεοαρθρίτιδα, διάφορες κήλες, η χολολιθίαση, η ουρική αρθρίτιδα, οι νεοπλασίες του εντέρου, του ορθού, του προστάτη στους άνδρες, της χοληδόχου κύστεως, του μαστού, της μήτρας και των ωοθηκών για τις γυναίκες.



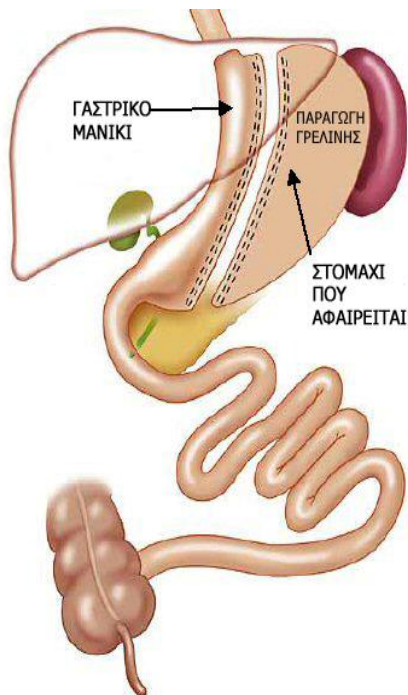
Κοιλιακή Παχυσαρκία σε νεαρή γυναίκα ηλικίας 27 ετών



Κακοήθης παχυσαρκία σε νεαρό αγόρι ηλικίας 19 ετών



Λαπαροσκοπικός δακτύλιος.
 Η πιο συχνή χειρουργική επέμβαση που γίνεται σήμερα σ' όλο τον κόσμο είναι η λαπαροσκοπική τοποθέτηση ρυθμιζόμενου δακτυλίου (Lap-Band)



Κάθετη sleeve γαστρεκτομή

Η λαπαροσκοπική κάθετη sleeve γαστρεκτομή, από τις πιο δημοφιλείς λαπαροσκοπικές επεμβάσεις παχυσαρκίας τελευταία.

ΙΣΟΔΥΝΑΜΑ (ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ) ΤΡΟΦΙΜΩΝ

ΛΙΣΤΑ 1: Γάλα-Γαλακτοπρόϊοντα

Ένα φλιτζάνι του τσαγιού άπαχο γάλα μπορεί να αντικατασταθεί με :

- Εβαπορέ αποβουτυρωμένο ½ φλιτζάνι
- Σκόνη (αποβουτυρωμένη) ½ φλιτζάνι
- Γιαούρτι με 0% λίπος 1 κεσέ

ΛΙΣΤΑ 2: Λαχανικά

Μια μέτρια τομάτα μπορεί να αντικατασταθεί με μια κανονική σαλάτα από :

- Μαρούλι
- Λάχανο
- Κολοκυθάκια
- Βλήτα
- Μπρόκολο
- Σπανάκι
- Αγκινάρα (1)
- Καρότο (1 μέτριο
- Λαχανάκια Βρυξ.(8 τεμ.)
- Μελιτζάνα (1)
- Ραδίκια
- Μπάμιες (1 φλιτζ.)
- Κουνουπίδι (1 φλιτζ.)

ΛΙΣΤΑ 3: Φρούτα-χυμοί

Ένα μέτριο μήλο έως 150γρ. μπορεί να αντικατασταθεί στη ίδια ποσότητα με :

- Πορτοκάλι
- Αχλάδι
- Γιαρμά Ροδάκινο
- Μανταρίνια
- Δαμάσκηνα
- Βερίκοκα
- Ακτινίδιο
- Κεράσια
- Φράουλες
- 1/2 μπανάνα
- Πεπόνι
- Καρπούζι
- 1/2 φλιτζάνι χυμό φρούτων

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

- Μην τρως παραπάνω ποσότητες απ' αυτές που αναφέρονται στο διατολόγιό σου.
- Μην παραλείπεις κανένα από τα γεύματα
- Τρώγε αργά και μάζησε καλά την τροφή σου
- Να βάζεις στο πιάτο σου ακριβώς τη μερίδα σου
- Το κρέας, κοτόπουλο, ψάρι να είναι μαγειρευμένο ψητό, βραστό ή σχάρας.
- Όταν τελειώνεις το φαγητό σου να απομακρύνεσαι από το τραπέζι
- Προσπάθησε να μην μπαίνεις συχνά στην κουζίνα
- Γράψε διάφορα μηνύματα αποτροπής στο ψυγείο σου όπως π.χ. "μην αγγίζεις"
- Αν αισθανθείς την ανάγκη να φας κάτι, τεμάχισε σε μικρά κομμάτια μισό μήλο ή ένα μικρό καρότο

ΛΙΣΤΑ 4: Ψωμί-Δημητριακά-Όσπρια-Αμυλούχα λαχανικά

1λεπτή φέτα ψωμί 30γρ. μπορεί να αντικαταστ. με

- Πιτυρούχο ψωμί ή σικάλεως ή μικρό ατομικό ψωμάκι (30γρ.)
- 2 φρυγανιές
- 1/2 φλιτζάνι κορν - φλέικς
- 1/2 φλιτζάνι ρύζι (μαγειρευμένο)
- 1/2 φλιτζάνι ζυμαρικά (μαγειρευμένα)
- 1/2 φλιτζάνι φακές (μαγειρευμένες)
- 1/2 φλιτζάνι αρακά-φασολάκια-καλαμπόκι(μαγειρευμένα)
- 1/4 φλιτζάνι φασόλια ξηρά (μαγειρευμένα)
- 1 μέτρια πατάτα ψητή ή βραστή

ΛΙΣΤΑ 5:Κρέας-Κοτόπουλο-Ψάρι-Αυγά-Τυρί

30γρ.άπαχο μοσχάρι μπορεί να αντικατασταθεί στο ίδιο βάρος με :

- Αρνί
- Βοδινό
- Χοιρινό
- Κιμά
- Κοτόπουλο
- Γαλοπούλα
- Ψάρι ή :
- 1 μικρή κονσέρβα τόνο (στο νερό)
- 3 σαρδέλες κουτιού
- 3 γαρίδες
- 30γρ.τυρί μέσου πάχους
- 50γρ.μυζήθρα
- 1 αυγό βραστό

ΛΙΣΤΑ 6 :Λιπαρά

Ένα κουταλάκι του γλυκού ελαιόλαδο μπορεί να αντικατασταθεί με :

- 1 κοφτό κουταλάκι του γλυκού βούτυρο ή μαργαρίνη ή σπορέλαιο ή μαγιονέζα
- 2 καρύδια
- 6 αμύγδαλα
- 10 φιστίκια
- 10 μικρές ή 5 μεγάλες ελιές
- 1/2 μικρό avocado
- και τρώγε το αργά
- Μπορείς να πίνεις καφέ χωρίς ζάχαρη ή να χρησιμοποιοείς γλυκαντικές ουσίες χωρίς θερμίδες όπως ασπαρτάμη ή σακχαρίνη
- Να αποφεύγεις το πολύ αλάτι
- Μπορείς επίσης να χρησιμοποιείς αναψυκτικά τύπου light
- Μην ξεχνάς ΝΑ ΠΙΝΕΙΣ ΠΟΛΥ ΝΕΡΟ(8-10 ποτήρια την ημέρα)

ΣΗΜΕΙΩΣΗ : Ένα φλιτζάνι τσαγιού ισοδυναμεί με 40cc (κυβικά εκατοστά)

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ 1000 ΘΕΡΜΙΔΩΝ

ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ 50 % Γραμ. 125
ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ 20 % Γραμ. 50
ΛΙΠΟΣ 30 % Γραμ. 33

ΠΡΩΙ

1 ισοδύναμο γάλα Ένα φλιτζάνι τσαγιού γάλα με 0% λίπος ή ένα κεσέ γιαούρτι με 0% λίπος από τη *λίστα 1*
½ ισοδύναμο ψωμί Μια φρυγανιά σικάλεως ή 15 γρ. δημητριακά (π.χ. 1/4 φλιτζάνι κορν-φλέικς) από τη *λίστα 4*

10 π.μ.

1 ισοδύναμο φρούτου Ένα μέτριο φρούτο έως 150 γρ. από τη *λίστα 3*

ΜΕΣΗΜΕΡΙ

3 ισοδύναμα κρέας 90 γρ. (καθαρό μαγειρευμένο) άπαχο κρέας ή κοτόπουλο στήθος ή ψάρι ή άλλο είδος από τη *λίστα 5*

1 ισοδύναμο λαχανικά Σαλάτα λάχανο ή μαρούλι ή ανάμικτη ή άλλο είδος από τη *λίστα 2*

1½ ισοδύναμο λίπος 1½ κουταλάκι γλυκού ελαιόλαδο για τη σαλάτα

1½ ισοδύναμο ψωμί 45 γρ. ψωμί ή 3 φρυγανιές ή 1½ πατάτες ψητές ή άλλο είδος από τη *λίστα 4*

ΑΠΟΓΕΥΜΑ

1 ισοδύναμο φρούτου Ένα μέτριο φρούτο ως 150 γρ. από τη *λίστα 3*

ΔΕΙΠΝΟ

2 ισοδύναμα κρέας 60 γρ. γαλοπούλα ή 1 μικρό κουτί τόννο στο νερό ή ένα αυγό βραστό και 50 γρ. μυζήθρα ή άλλο είδος από τη *λίστα 5*

1 ισοδύναμο λαχανικά Σαλάτα ωμή ή βραστή από τη *λίστα 2*

1 ½ ισοδύναμο λίπος 1½ κουταλάκι γλυκού ελαιόλαδο για τη σαλάτα

1-½ ισοδύναμο ψωμί 45 γρ. ψωμί ή 3 φρυγανιές ή άλλο είδος από τη *λίστα 4*

ΠΡΟ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

1 ισοδύναμο φρούτου Ένα μέτριο φρούτο έως 150 γρ. από τη *λίστα 2*

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ 1500 ΘΕΡΜΙΔΩΝ

ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ 50 % Γραμ. 188
ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ 20 % Γραμ. 75
ΛΙΠΟΣ 30 % Γραμ. 50

ΠΡΩΙ

1 ισοδύναμο γάλα Ένα φλιτζάνι τσαγιού άπαχο γάλα ή ένα κεσέ γιαούρτι με 0% λίπος από τη *λίστα 1*

1½ ισοδύναμο ψωμί 45 γρ. ψωμί ή 3 φρυγανιές σικάλεως ή άλλο είδος από τη *λίστα 4*

1 ισοδύναμο φρούτου Ένα μέτριο μήλο έως 150 γρ. ή άλλο είδος από τη *λίστα 3*

10 π.μ.

1 ισοδύναμο φρούτου Ένα μέτριο πορτοκάλι έως 150 γρ. ή άλλο είδος από τη *λίστα 3*

ΜΕΣΗΜΕΡΙ

3 ισοδύναμα κρέας 90 γρ. (μαγειρευμένο καθαρό) άπαχο κρέας ή κοτόπουλο στήθος χωρίς το δέρμα ή ψάρι ή άλλο είδος από τη *λίστα 5*

1 ισοδύναμο λαχανικά Σαλάτα λάχανο ή άλλο είδος από τη *λίστα 2*

3 ισοδύναμα λίπος 3 κουταλάκια γλυκού λάδι στη σαλάτα

2 ισοδύναμα ψωμί 60 γρ. ψωμί (2 μικρές φέτες) ή 2/3 φλιτζάνι του τσαγιού ρύζι (μαγειρευμένο)

ή άλλο είδος από τη *λίστα 4*

ΑΠΟΓΕΥΜΑ

1 ισοδύναμο φρούτου Ένα μέτριο αχλάδι ή άλλο είδος από τη *λίστα 3*

ΔΕΙΠΝΟ

3 ισοδύναμα κρέας 90 γρ. (μαγειρευμένο ψαχνό) κοτόπουλο χωρίς το δέρμα ή ψάρι ή άλλο είδος από τη *λίστα 5*

1 ισοδύναμο λαχανικά Χόρτα βραστά ή άλλο είδος από τη *λίστα 2*

3 ισοδύναμα λίπος 3 κουταλάκια γλυκού ελαιόλαδο στη σαλάτα

2 ισοδύναμα ψωμί 60 γρ. ψωμί (2 μικρές φέτες) ή ένα φλιτζάνι ζυμαρικά ή άλλο είδος από τη *λίστα 4*

1 ισοδύναμο φρούτου 150 γρ. καρπούζι ή άλλο είδος από τη *λίστα 3*

ΠΡΟ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

1 ισοδύναμο γάλα Ένα φλιτζάνι γάλα με 0% λίπος ή άλλο είδος από τη *λίστα 4*

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

1^ο Περίπτωση

Ασθενής γυναίκα ετών 19 εισήχθη στη χειρουργική κλινική με βάρος 181,6 Kgr και ύψος 1,371 εκ. Με διάγνωση νοσογόνου παχυσαρκίας και καταθλιπτική συνδρομή υπό αγωγή, προσέρχεται για χειρουργική αντιμετώπιση. Κλινικά σοβαρή παχυσαρκία και χολολιθίαση. Η εγχείρηση στην οποία υποβλήθηκε είναι λαπαροσκοπική γαστρική παράκαμψη με LL-Rr αποκατάσταση. Έγιναν μικροβιολογικές – βιοχημικές εξετάσεις με Hb:10.8, GPT:85. WBC:11070 – Ans:44, PT:15.2 CPK:107. PTT:35.4, LDH:145, INR:1,55 K:3.6 Na:140, Ca:8.6, Urea:11, Great:0.5, T-B1:0.75, D:Bil:0.2, SGOT:43. Ακολούθησε φαρμακευτική αγωγή: Dextrose, Efexol για την κατάθλιψη. Ειδική διαίτα, αντι αρθρικές κάλτσες, Primpperan amp, meprolen, Glexane, Pethidine επί πόνου και Hexalen Sir.

Η μετέπειτα πορεία από το χειρουργείο παρουσίασε βελτίωση και αισίως επιτεύχθηκε το αποτέλεσμα που αναμενόταν.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΠΡΟ ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ				
Αξιολόγηση του Προβλήματος ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ-	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή προγράμματος	Εκτίμηση του αποτελέσματος
Πόνος	Σκοπός μας είναι η ελάττωση του πόνου	Φροντίζουμε να ενημερώσουμε την ασθενή για τον τρόπο που θα πρέπει να κάθεται.	Δείχνουμε τη σωστή θέση του σώματος και την εναλλαγή θέσεως για την αποφυγή του πόνου	Ελαττώθηκε ο πόνος και η κατάσταση καλυτέρευσε την ασθενή
Ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών	Σκοπός μας είναι η ασθενής να έχει την κατάλληλη ενυδάτωση, δηλαδή να μην αποβάλλει ούτε λιγότερα ούτε περισσότερα απ' όσο λαμβάνει. Πρέπει να είναι σε ισορροπία για να επιτευχθεί το σωστό ισοζύγιο.	Φτιάχνουμε το πρόγραμμα της ασθενής με τα υγρά που πρέπει να λαμβάνει καθημερινά και την ενημερώνουμε γι' αυτό.	Χορηγούμε τους προγραμματισμένους ορούς του ασθενή. Το χρόνο που πρέπει να τους χορηγήσουμε και το ποσό των υγρών	Το ισοζύγιο των υγρών έγινε με το σωστό τρόπο και έτσι δεν υπήρξε πρόβλημα ούτε αφυδάτωσης αλλά ούτε και υπερενυδάτωσης του οργανισμού.
Φόβος για το χειρουργείο	Σκοπός να ενημερώσουμε την ασθενή για το χειρουργείο που επρόκειτο να κάνει και να της εξηγήσουμε πως δεν διατρέχει κινδύνους	Προγραμματίζουμε συζήτηση με την ασθενή για την ώρα του χειρουργείου τι επρόκειτο να γίνει καθώς και για την μετεγχειρητική της κατάσταση.	Προσπαθούμε να την ενημερώσουμε σωστά λέγοντας της την αλήθεια για το χειρουργείο. Μιλάμε ευγενικά και ερχόμαστε πιο κοντά στον ασθενή έτσι ώστε να μην αισθάνεται φόβο	Βοήθησε αρκετά η συζήτηση που κάναμε μαζί τους και ο φόβος ελαττώθηκε στο μεγαλύτερο βαθμό.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Αξιολόγηση του Προβλήματος ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ-	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή προγράμματος	Εκτίμηση του Αποτελέσματος
Πρόληψη κατακλίσεων	Σκοπός μας είναι να μην εμφανιστούν κατακλίσεις στον ασθενή	Ενημερώνουμε σωστά για τη θέση που πρέπει να έχει καθώς και για την συχνή εναλλαγή θέσεως στο κρεβάτι	Δείχνουμε σιγά – σιγά στον ασθενή τις θέσεις που πρέπει να πάρει στο κρεβάτι γιατί χρειάζεται βοήθεια εφ’ όσον είναι μετά από χειρουργείο	Δεν εμφανίστηκαν κατακλίσεις παρά μόνο ελάχιστος ερεθισμός
Πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας	Σκοπός μας είναι η ασθενής να μην εμφανίσει θρομβοφλεβίτιδα	Ενημερώνουμε την ασθενή για το τυχόν μετεγχειρητικό πρόβλημα και της εξηγούμε πως για να προλάβουμε την εμφάνιση θρομβοφλεβίτιδας πρέπει να φορέσει αντιθρομβωτικές κάλτσες που είναι ειδικά γι’ αυτό το σκοπό	Δείχνουμε στην ασθενή τον τρόπο που θα πρέπει να φοράει αυτές τις κάλτσες καθώς και τη θέση των ποδιών η οποία θα πρέπει να είναι σε υψηλά επίπεδα	Δεν εμφάνιση θρομβοφλεβίτιδα

2^η Περίπτωση

Γυναίκα ασθενής 25 ετών εισήχθη στη χειρουργική κλινική με βάρος 138 Kgr και ύψος 1,71 εκ. Με διάγνωση νοσογόνου παχυσαρκίας κλινικά σοβαρή παχυσαρκία και σακχαρώδη διαβήτη. Η εγχείριση στην οποία υποβλήθηκε είναι LAP-BAND και χολοκυστεκτομή. Προβλήματα που παρουσιάζει και πρέπει να αντιμετωπιστούν είναι η αντίσταση στην ινσουλίνη και θυρεοειδίτιδα Hashimoto, υπό αγωγή. Παρουσιάζει επίσης αλλεργία στο ιώδιο. Έγινε εργαστηριακός έλεγχος. Έγιναν μικροβιολογικές και βιοχημικές εξετάσεις με: Hb:11,4 WBC:7170 AMΠ:257000 PT:14,8 PTT:38,7 INR:1.17, K:4.1 Na:139, Ca:9.1, Mg:1.6 Glu:68, Ur:0.7, Ua:4.7. TPR:6.1 ALB:3.6, TCHOL:131 Tgl:94 HDL:37, LDL:75, Tbil:0.12 SGPT:56, γGT:61, LDH:215 CPK:50 ALP:84 AMS:43.

Ακολούθησε φαρμακευτική αγωγή: T4 125mg tb για τη θυροειδήτιδα Hashimoto, Dextro, clexan 40mg tb, flagyl fl, καθώς και Hexalen Sir. Η αγωγή της συνεχίζει με Actrapid insul, N/S 1000cc, L/R 1000cc, Berovent Solution για την καλύτερη έκπτυξη των πνευμόνων. Primperan amp, meprolen amp και Pethidine 0,05mg επί πόνου. Ετέθει υψηλός υποκλισμός για την αποκατάσταση του εντέρου. Συστήθηκε στην ασθενή αν φορέσει αντιαρθρικές κάλτσες από το γιατρό. Η μετέπειτα πορεία της από το χειρουργείο εξελίχθηκε ομαλά χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Έγινε εξιτήριο μετά από 8 μέρες.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2^η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΠΡΟ ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ				
Αξιολόγηση του Προβλήματος ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ-	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή προγράμματος	Εκτίμηση του αποτελέσματος
Ψυχολογική κατάσταση (φόβος - άγχος)	Σκοπός μας είναι να βοηθήσουμε το άτομο να καταλάβει τη κατάσταση	Ενημέρωση του ατόμου για τη κατάσταση και ιδιαίτερη συζήτηση μαζί του	Ερχόμαστε πιο κοντά στην ασθενή και με τρόπο οικείο την κάνουμε να αισθανθεί ευχάριστα όσο το δυνατόν αποβάλλοντας το άγχος.	Ο τρόπος μας βοήθησε αισθητά την ασθενή στην αντιμετώπιση της άσχημης ψυχολογικής κατάστασης
Διαταραχές περιόδου	Σκοπός μας είναι να αποκατασταθεί η περίοδος στο φυσιολογικό και να μην υπάρχει αυτή η απόσταση ανάμεσα στα χρονικά διαστήματα της περιόδου	Προγραμματίζουμε για την ασθενή tb αντισυλληπτικά για τη ρύθμιση της έμμηνου ρύσης Χορήγηση 1x3 tb Ceftriaxone 3mg)	Χορηγούμε αντισυλληπτικά φάρμακα για τη ρύθμιση της έμμηνου ρύσης και ενημερώνουμε την ασθενή πως δεν υπάρχει λόγος να αγχώνεται	Η κατάσταση είναι υπό έλεγχο αναμένεται αποκατάσταση της E.P
Θυρεοειδίτιδα Hashimoto	Σκοπός μας είναι να επιτευχθούν τα φυσιολογικά επίπεδα της θυρεοειδίτιδας Hashimoto πριν απ' το χειρουργείο έτσι ώστε να μην υπάρχει κάποιο πρόβλημα	Προγραμματίζουμε αγωγή φαρμακευτική για την ασθενή για να μην διατρέξει κάποιον κίνδυνο	Χορηγούμε tb T4 125mg κάθε πρωί για τη ρύθμιση της θυρεοειδίτιδας Hashimoto	Βάση εργαστηριακών εξετάσεων η θυρεοειδίτιδα κυμαίνεται στα φυσιολογικά επίπεδα

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Αξιολόγηση του Προβλήματος ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή προγράμματος	Εκτίμηση του Αποτελέσματος
Μετεγχειρητικός πόνος	Σκοπός μας είναι η ασθενής να πονάει όσο το δυνατόν λιγότερο μετά από το χειρουργείο	Φροντίζουμε να κάνουμε κάποιο μασάζ στην περιοχή για να ξεκουράσουμε την ασθενή και να εξαληφθεί ο πόνος αλλιώς προγραμματίζουμε παυσίπονο και αλλάζουμε συχνά θέσεις στον άρρωστο	Σε τακτά χρονικά διαστήματα ρωτάμε εάν πονάει η ασθενής και χορηγούμε pethidine amp για την ελάττωση του πόνου και την ανακούφιση της ασθενής	Αντιμετωπίστηκε ο μετεγχειρητικός πόνος
Μετεγχειρητική πνευμονία	Σκοπός μας είναι να προλάβουμε κάτι τέτοιο διότι θα επιδεινωθεί η κατάσταση και η μετεγχειρητική πορεία του ασθενή	Προγραμματίζουμε αγωγή και ενημερώνουμε την ασθενή για τον τυχόν κίνδυνο που διατρέχει <ul style="list-style-type: none"> • Γρήγορη έγερση • Καλή ενυδάτωση • Αναπνευστική γυμναστική 	Κάνουμε amp Berivent για την καλύτερη έκπτυξη των πνευμόνων και για την καλύτερη αναπνοή της ασθενής	Δεν εμφανίστηκε λοίμωξη του αναπνευστικού
Αιμορραγία	Σκοπός μας είναι να μην αιμορραγήσει η ασθενής παραπάνω από το φυσιολογικό. Δηλαδή ανάμεσα στα 500 με 1000ml είναι μία μέτρια αιμορραγία	Προγραμματίζουμε μετάγγιση μιας ίσης ποσότητας αίματος έτσι ώστε να επισπεύσει την αποκατάσταση του εγχειρισμένου	Κάνουμε μετάγγιση γιατί η ασθενής έχει χάσει μεγάλη ποσότητα αίματος παραπάνω από το φυσιολογικό	Τελικά η μετάγγιση βοήθησε στο να αποκατασταθεί η φυσιολογική ποσότητα αίματος στον οργανισμό της ασθενούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Σκοτώνει η νοσογόνος Παχυσαρκία (2007) www.aegeauportal.gr
- Αντιβιοτικό Ευρέως Φάσματος-Νοσογόνος Παχυσαρκία (2008) www.antiviotikoblogspot.com
- Βασιλειάδης Γ., (2007) <http://pathfinder.grhealthfeatures/obesity-psychology.html> Αθήνα.
- Γεωργιάδης Δ., Γατίδου Ζ., (2009) Νοσογόνος Παχυσαρκία Χειρουργική Αντιμετώπιση Παχυσαρκίας www.wls.gr Αθήνα
- Γλεντής Π. (2009) Χειρουργική Παχυσαρκίας www.forthnet.gr Αθήνα
- Chunk L. (2000) American College of physicians, Ιατρική στον 21^ο αιώνα Εκδόσεις Δομική Η.Π.Α.
- Νέες εξελίξεις στην μάχη κατά της Παχυσαρκίας (2009) <http://www.haravgi.com.cy/site-article-16104-gr.php> Haravgi newspaper Αθήνα
- Τρόποι αντιμετώπισης της παχυσαρκίας (2008) <http://healthin.gr/news/article.asp?ingarticlej+3108> Αθήνα
- Hederseau (2002)Εγχειρίδιο Διαιτητικής Εκδόσεως Παριστάνου Αθήνα
- Νέες επεμβάσεις παχυσαρκίας (2009) www.in.gr Σικάγο
- Σύγχρονη μάστιγα του ανεπτυγμένου κόσμου η παχυσαρκία (2007), www.iatrikionline.gr Αθήνα
- Υγεία Χειρουργική – Πλαστική Χειρουργική (2007) www.iatronet.gr Αθήνα
- Κατσιλάμπρος Ν. (2006) Κλινική Διατροφή Εκδόσεως ΒΗΤΑ Αθήνα

- Κωνσταντινίδης Κ. (2009). Η νοσογόνος παχυσαρκία η σύγχρονη μάστιγα στον ανεπτυγμένο κόσμο www.el-vima.gr Θεσσαλονίκη
- Κωνσταντινίδης Κ. (2009) Νοσογόνος Παχυσαρκία και αντιμετώπισή της, www.pneumonologist.gr Θεσσαλονίκη
- 13^ο Συνέδριο Χειρουργικής Νοσογόνου Παχυσαρκίας (2008) www.medinfo.gr Αθήνα
- Moore M. (2005) Διαιτολογία – Παχυσαρκία και έλεγχος του Σωματικού Βάρους, Εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα
- Ντολατζάς Θ. (2006) ο γιατρός σας απαντά, Σύγχρονη Προληπτική Ιατρική. Λίγκας Εκδόσεις Αθήνα
- Καμπανάκι Κινδύνου για την Παχυσαρκία (2007) www.patranews.gr Η ειδησεογραφική πύλη της Πάτρας
- Πονηρού Π. Μπροκαλάκη Η. (2008) Χειρουργική Αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, ο ρόλος του νοσηλευτή. Περιοδικό Νοσηλευτική, Τεύχος 1 Τόμος 47, Αθήνα
- Σκρέκας Γ. (2009), Παχυσαρκία – Γαστρικό μανίκι, γαστρικός δακτύλιος, γαστρικό μπαλόνι, www.paxysarkia.net Αθήνα
- Στυλιανού Α. (2008) Χειρουργική θεραπεία της Νοσογόνου Παχυσαρκίας, www.hippocrateon.com Αθήνα
- Σχοινά Α. (2006) Παχυσαρκία και τρόπος ζωής Αθήνα
- Ψάλτη Ν. (2008) Όσα θέλετε να ξέρετε για τις επεμβάσεις παχυσαρκίας. Τεύχος Νοέμβριος 2008 www.vita.gr Αθήνα