

Παχυσαρκία - Η νόσος του 21ου αιώνα



Με τον όρο «παχυσαρκία» εννοούμε την παθολογικά αυξημένη εναπόθεση λίπους στο ανθρώπινο σώμα. Αυτή η αύξηση της ποσότητας του σωματικού λίπους, συνεπάγεται βέβαια και αύξηση του σωματικού βάρους. 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.

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. 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.

Η παχυσαρκία σε ένα 5% των περιπτώσεων, οφείλεται σε ορμονικές βλάβες (υποθυρεοειδισμός κ.α.). Κυρίως όμως (95% των περιπτώσεων) οφείλεται σε διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ πρόσληψης, αποθήκευσης και κατανάλωσης ενέργειας. Βέβαια η πρόσληψη περισσότερων θερμίδων από αυτές που καταναλώνουμε, είναι η κυριότερη αιτία παχυσαρκίας. Μπορούμε να πούμε ότι παχυσαρκία είναι ψυχικό σύνδρομο με σωματική συμπτωματολογία. Υπάρχουν όμως και άλλοι παράγοντες που βοηθούν, όπως η κληρονομικότητα.

Η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα στην οποία απευθύνεται, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα. Σημαντικό ρόλο παίζει η πρόληψη στις μικρές ηλικίες, καθώς το 70% των υπέρβαρων παιδιών και εφήβων θα γίνουν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ενήλικες, με το ποσοστό αυτό να αυξάνεται στο 80% αν ένας εκ των δύο γονέων είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος.

Παχυσαρκία και ψυχική υγεία

Το παχύσαρκο άτομο νιώθει ενοχικά, διαθέτει χαμηλή αυτοεκτίμηση και δυσκολεύεται να διαχειριστεί τα θέλω και τα συναισθήματά του . Χαμηλή αυτοπεποίθηση με πολλές ενοχές και το συναίσθημα του αδιεξόδου, συμβάλλουν σε έναν αρνητικό φαύλο κύκλο, όπου η πολυφαγία χρησιμοποιείται ως διέξοδος στο πρόβλημα, το οποίο αρχικά προκαλεί. Ο στιγματισμός από το ευρύτερο κοινωνικό αλλά και το στενότερο συγγενικό περιβάλλον ενισχύει την αρνητική εικόνα του παχύσαρκου ατόμου για τον εαυτό του.

Το παχύσαρκο άτομο μέσα από τη σχέση του με το φαγητό, εκφράζεται και εκφράζει τη συναισθηματική του κατάσταση. Εκτονώνει τις εντάσεις, τα άγχη και τα προβλήματα του. Το φαγητό αποτελεί γι' αυτό καταφύγιο όλων των εσωτερικών και εξωτερικών του συγκρούσεων, ενώ διατηρεί την ψευδαίσθηση ότι πρόκειται για μια σχέση από την οποία δεν πρόκειται ποτέ να προδοθεί.

Όπως για κάποιους ανθρώπους η κατανάλωση αλκοόλ ή άλλων ουσιών προσφέρει γι' αυτούς καταφύγιο, έτσι και το φαγητό λειτουργεί για τον παχύσαρκο ως μέσο που καταναλώνοντας το καταχρηστικά, αντλεί από αυτό ανακούφιση και ηρεμία. Όπως και με άλλες εξαρτήσεις, έτσι και με το φαγητό, το άτομο μπαίνει σε έναν φαύλο κύκλο. Αρχικά, μπορεί το φαγητό να καταπραΰνει κάποια του άγχη, του δημιουργεί όμως πολύ περισσότερα, από τη στιγμή που καταναλώνεται υπέρμετρα.

Οι επιπτώσεις στον οργανισμό και στην εξωτερική εμφάνιση του ατόμου είναι σαφείς και το άτομο δεν μπορεί παρά να τις βιώνει και μάλιστα τραυματικά. Η σχέση του με το φαγητό μετατρέπεται τελικά σε μια σαδομαζοχιστική σχέση, που το εγκλωβίζει σε ένα φαύλο κύκλο στεναχώριας και άγχους. Ενώ γνωρίζει ότι κακοποιεί και στιγματίζει τον εαυτό του, αρνείται ή αδυνατεί να αντιμετωπίσει την κατάσταση, νιώθοντας περισσότερο άγχος και εγκλωβισμό. Το σώμα, από τη μια μετατρέπεται σε αρένα εκτόνωσης των προβλημάτων του και από την άλλη, η όποια προβληματική κατάσταση εντείνεται, αφού προστίθεται σ' αυτήν και το πρόβλημα της παχυσαρκίας με όλα τα συνεπακόλουθα του προβλήματα στην εικόνα, την υγεία και την φυσική κατάσταση του ατόμου.

Από την άλλη πλευρά, το φαγητό σαν συνήθεια και τρόπος διαχείρισης συναισθημάτων, καταλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος της καθημερινότητας του παχύσαρκου. Το περιβάλλον του διαμορφώνεται σύμφωνα με τη νόσο, δημιουργώντας ισορροπίες που όσο «αρρωστημένες» και να είναι δεν παύουν να πιέζουν για τη διατήρησή τους. Με άλλα λόγια, το παχύσαρκο άτομο, συχνά

ενδόμυχα, φοβάται να διαταράξει τις γνώριμες συνθήκες της ζωής του. Όσο λοιπόν επιθυμητή και να είναι μια ριζική αλλαγή από τον ασθενή – εξωτερική και εσωτερική – δεν παύει να απειλεί τις υπάρχουσες ισορροπίες της ζωής του.

Είστε παχύσαρκος(-η);

Υπολογίστε τον δικό σας Δείκτη Μάζας Σώματος

Η παχυσαρκία ορίζεται ως η υπερβολική αναλογία λίπους σε σχέση με το βάρος του ατόμου. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ ή Body Mass Index – BMI) μετρά την αναλογία βάρους και ύψους και κατατάσσει το άτομο σε κατηγορίες σχετιζόμενες με την παχυσαρκία του.

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος είναι το βάρος του σώματος σε κιλά, διαιρούμενο με το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα. Δηλαδή $\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{κιλά} / \mu^2$.

Παράδειγμα: **105 κιλά / (1,60 μ. x 1,60 μ.) = 41**

Ο ΔΜΣ χαρακτηρίζει το βαθμό παχυσαρκίας σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα:



Οι συχνότερες επιπλοκές της νοσηρής παχυσαρκίας είναι οι εξής:

- υπέρταση
- διαβήτης
- έμφραγμα του μυοκαρδίου
- εγκεφαλικό επεισόδιο
- καρδιακή ανεπάρκεια
- άπνοια ύπνου με βαρύ ροχαλητό
- καρκίνος του μαστού και της μήτρας
- καρκίνος του παχέως εντέρου
- στειρότητα, ανικανότητα

- δισκοπάθεια και αρθρίτιδα
- στεάτωση και κίρρωση ήπατος
- διαφραγματοκήλη και οισοφαγίτιδα
- δερματικές λοιμώξεις
- κατάθλιψη, αυτοκτονία

Παιδική παχυσαρκία

Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί ένα σοβαρό παγκόσμιο πρόβλημα. Η  αποταμίευση λίπους στον οργανισμό των παιδιών είναι ένα ιδιαίτερα ανησυχητικό φαινόμενο που ολοένα και εξαπλώνεται με σοβαρές συνέπειες για το παιδί και τη μετέπειτα υγεία του. Δυστυχώς στο 70% των περιπτώσεων, η παιδική παχυσαρκία φαίνεται ότι ακολουθεί τα παιδιά και στην ενήλικη ζωή τους.

Η αυξημένη επίπτωση της παιδικής παχυσαρκίας, όπως και η παχυσαρκία των ενηλίκων, οφείλεται στην τεράστια αλλαγή του τρόπου ζωής που ακολουθεί το «Δυτικό» πρότυπο. Όσον αφορά στα παιδιά, το παιχνίδι σε αυλές και πλατείες έχει πλέον αντικατασταθεί από τα «Playstation» και τα παιχνίδια στον ηλεκτρονικό υπολογιστή που μεταφράζονται σε καθιστική ζωή.

Ιδιαίτερα κρίσιμη για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας αποτελεί η περίοδος της εφηβείας. Το βασικό χαρακτηριστικό της ηλικίας αυτής είναι η επιταχυνόμενη ανάπτυξη, όπου η αύξηση της μυϊκής μάζας συνεπάγεται αυξημένες ανάγκες και δαπάνες ενέργειας, με κίνδυνο την αύξηση και της λιπώδους μάζας, φαινόμενο που παρατηρείται ιδιαίτερα στα κορίτσια.

Τα αίτια της παιδικής παχυσαρκίας δεν διαφέρουν πολύ από αυτά των ενηλίκων. Η έλλειψη άσκησης και φυσικής δραστηριότητας σε συνδυασμό με την κακής ποιότητας τροφή και τις ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες (fast food, ζάχαρη και λίπη), ευνοούν την αύξηση του βάρους και την εναπόθεση λίπους στον οργανισμό. Η κληρονομικότητα, η άγνοια των γονέων και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας, συντηρούν και επιδεινώνουν το πρόβλημα.

Τα παιδιά δεν είναι δυνατό να αντιληφθούν τις μακροχρόνιες βλαβερές συνέπειες της παχυσαρκίας, ούτε είναι σε θέση να λάβουν από μόνα τους τα κατάλληλα μέτρα για έλεγχο του βάρους τους. Ως επόμενο, οι γονείς είναι αυτοί που πρέπει να αντιληφθούν και να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα με υπευθυνότητα. Οι γονείς πρέπει να προωθήσουν -ενδεχομένως και σε συνεργασία με κάποιον ειδικό, τις αναγκαίες αλλαγές στη διατροφή των παιδιών τους αλλά και στις συνήθειες

ολόκληρης της οικογένειας.

Δυστυχώς όμως, πολλές φορές, οι γονείς δεν λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τους τους κινδύνους που εγκυμονεί η παχυσαρκία για την υγεία των παιδιών τους, ενώ πολύ συχνά δεν μπορούν καν να αντιληφθούν την ύπαρξη του προβλήματος.

Θεραπεία της παχυσαρκίας

Κανόνες σωστής διατροφής

Οι διατροφικοί χειρισμοί συνιστούν το σημαντικότερο μέρος της προσπάθειας απώλειας βάρους, καθώς περιλαμβάνουν εκτός από διαιτολόγιο χαμηλής ενεργειακής πρόσληψης και συμβουλές για τους κανόνες διατροφής (π.χ. αριθμός γευμάτων, μέγεθος γευμάτων, συχνότητα γευμάτων, κλπ):

1. Τρώτε πάντοτε καθιστοί στο τραπέζι
2. Τρώτε πρωινό κάθε μέρα
3. Τρώτε σε ατμόσφαιρα ηρεμίας και συντροφικότητας
4. Τρώτε αργά. Μην καταβροχθίζετε γρήγορα τα γεύματά σας
5. Αποφεύγετε να βλέπετε τηλεόραση ταυτόχρονα με τα γεύματά
6. Οργανώστε τα γεύματά ανά τακτά σταθερά διαστήματα
7. Προτιμάτε τρόπους μαγειρέματος χωρίς πολλά λιπαρά
8. Αποφεύγετε τα πολλά αεριούχα αναψυκτικά
9. Τρώτε «μεσογειακά», δηλαδή προτιμάτε λαδερά φαγητά, λαχανικά, όσπρια, σούπες, ψωμί
10. Προετοιμάζετε το κολατσιό των παιδιών στο σχολείο από το σπίτι ώστε να αποφεύγουν τα «έτοιμα» παρασκευάσματα του κυλικείου
11. Τρώτε συχνά ψάρι
12. Τρώτε άφθονα φρέσκα λαχανικά, κυρίως εποχής
13. Τρώτε φρούτα είναι σύμμαχοι της υγείας
14. Προτιμάτε το ψωμί ολικής άλεσης στα γεύματά σας
15. Πίνετε πολύ νερό κάθε μέρα
16. Αποφεύγετε τα σκληρά ποτά (λικέρ, κοκτέιλ), καταναλώνετε με μέτρο το κρασί
17. Αποφεύγετε τη ζάχαρη και όλα τα προϊόντα που την περιέχουν
18. Προτιμάτε το ελαιόλαδο στα φαγητά σας, κατά προτίμηση ωμό

Διατροφικές συνήθειες και δίαιτα

Κύριος στόχος της θεραπευτικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας παραμένει η απώλεια βάρους, η οποία μπορεί να επιτευχθεί μόνο με τη δημιουργία αρνητικού ισοζυγίου ενέργειας, με τη μείωση του ποσού της προσλαμβανομένης τροφής σε 500-1000 Kcals λιγότερο από τις ημερήσιες ανάγκες.

Ετσι, οι νέες οδηγίες, δίνουν έμφαση σε γενικές δίαιτες, χωρίς ιδιαίτερη αναφορά σε ποσοστά και αριθμούς. Σκοπός της δίαιτας είναι η διατήρηση κανονικού σωματικού βάρους, η διατροφή με υγιεινές τροφές, η διατήρηση χαμηλών επιπέδων χοληστερίνης και η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.

Προτείνονται δύο γεύματα την εβδομάδα με παχιά ψάρια, όπως τόνο ή σολωμό, ή κονσερβοποιημένα ψάρια, όπως σαρδέλλες ή τόνο. Η πρόταση αυτή στηρίζεται στα ευρήματα ερευνών, σύμφωνα με τις οποίες, η αυξημένη ποσότητα ω-3 λιπαρών οξέων που περιέχουν ορισμένα ψάρια, μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο καρδιακών παθήσεων.

Ημερήσια πρόσληψη χοληστερόλης καθορίζεται στα 300 mg για τους περισσότερους ανθρώπους, ενώ για όσους παρουσιάζουν καρδιολογικά προβλήματα ή αρτηριακή υπέρταση, η πρόσληψη χοληστερόλης, καθορίζεται στα 200 mg την ημέρα.

Επιτρέπεται στους υγιείς ενήλικες, την κατανάλωση ενός αυγού την ημέρα, εφ' όσον η υπόλοιπη πρόσληψη χοληστερίνης είναι περιορισμένη, αφού σύμφωνα με άλλες έρευνες, η κατανάλωση αυγών και ιδιαίτερα του κρόκου, δεν προκαλεί αύξηση των επιπέδων της χοληστερίνης του αίματος σε όλους.

Άλλες προτάσεις αφορούν τον περιορισμό του λίπους περιέχουν επεξεργασμένες τροφές όπως μπισκότα, κράκερς ή μαργαρίνες, τον περιορισμό του αλατιού σε 6 gr (περίπου ένα κουταλάκι του γλυκού) την ημέρα και τον περιορισμό του αλκοόλ σε ένα ποτό την ημέρα για τις γυναίκες και δύο για τους άνδρες.

Επισημαίνεται επίσης ότι το μέγεθος των μερίδων, παίζει σημαντικό ρόλο για την ανάπτυξη παχυσαρκίας, ενώ οι τροφές που περιέχουν μικρές ποσότητες λίπους, δεν έχουν απαραίτητα και λίγες θερμίδες, Τέλος, προτείνεται γρήγορο βάδισμα τουλάχιστον 30 λεπτών την ημέρα, με σκοπό τόσο τη σωματική άσκηση όσο και την κατανάλωση θερμίδων.

Μεγάλη σημασία έχει, όχι πόσο βάρος χάνουμε αλλά πόσο λίπος. Όσο πιο δραστική είναι η δίαιτα, τόσο βάρος χάνεται, αλλά όχι και το ανάλογο λίπος. Ο κίνδυνος

τότε είναι μεγάλος διότι, ακριβώς, η απώλεια βάρους αφορά κυρίως μυϊκή μάζα και όχι λίπος.

Η δίαιτα πρέπει να είναι μελετημένη, σωστών θερμίδων (αναλόγως το βάρος του ατόμου), το άτομο να τρέφεται σωστά και προπαντός η δίαιτα να συνοδεύεται με σωματική άσκηση, διότι είναι προτιμότερο να παραμείνει το υπάρχον βάρος του παρά να το αυξομειώνει με διάφορες δίαιτες (δίαιτες γιογιό), πού θα του προκαλέσουν σε κάθε μείωση βάρους αρκετή απώλεια μυϊκής μάζας και με κάθε αύξηση βάρους μεγάλη εναπόθεση λίπους, ώστε το πηλίκον άλιπος μάζα/λίπος να μικραίνει με τεράστιους κινδύνους για την υγεία.



Υπολογισμός θερμίδων

 Η κατανάλωση τροφής συνδέεται με την κάλυψη των απαιτήσεων ενέργειας του οργανισμού. Η προσλαμβανόμενη ενέργεια εξαρτάται από την ποσότητα και την ποιότητα της τροφής που καταναλώνουμε. Οι ενεργειακές απαιτήσεις του οργανισμού διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, τη σωματική διάπλαση και τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου. Όταν η προσλαμβανόμενη ενέργεια υπερβαίνει τις ημερήσιες ανάγκες, το περίσσειμα αποταμιεύεται με τη μορφή λίπους στον οργανισμό.

Η ενέργεια που προσλαμβάνουμε από τις τροφές, είναι σχετικά εύκολο να υπολογιστεί, δεδομένου ότι γνωρίζουμε τη χημική τους σύνθεση και την ενεργειακή τους αξία. Η ενέργεια της τροφής, συνήθως υπολογίζεται σε θερμίδες (Kcal). Ο υπολογισμός όμως της καθημερινής αναγκαίας ενέργειας είναι αρκετά πιο περίπλοκος. Η συνολική ενέργεια που απαιτείται καθημερινά για κάθε ζωντανό οργανισμό, είναι το άθροισμα της ενέργειας που χρειάζεται καθημερινά για τις βασικές λειτουργίες των οργάνων του (βασικός μεταβολισμός – BMR) και της ενέργειας που ξοδεύει στις φυσικές του δραστηριότητες. Η ενέργεια που καταναλώνουμε για την καθημερινή μας δραστηριότητα (κίνηση, βάδισμα, σπορ, εργασία κλπ) αντιπροσωπεύει από το 15 έως το 50% της συνολικής, ανάλογα με τα επίπεδα (διάρκεια και ένταση) της δραστηριότητας αυτής.

Η ενέργεια που απαιτείται για το βασικό μεταβολισμό του ανθρώπινου οργανισμού (BMR), υπολογίζεται ως εξής:

Για τις γυναίκες:

$$\text{BMR} = 655 + (9.6 \times \text{Βάρος σε κιλά}) + (1.8 \times \text{Ύψος σε cm}) - (4.7 \times \text{Ηλικία σε}$$

χρόνια).

Για τους άνδρες:

$BMR = 660 + (13.7 \times \text{Βάρος σε κιλά}) + (5 \times \text{Ύψος σε cm}) - (6.8 \times \text{Ηλικία σε χρόνια})$.

Η επιπλέον ενέργεια που καταναλώνουμε με τη φυσική μας δραστηριότητα προστίθεται στις ημερήσιες ανάγκες μας. Έτσι οι συνολικές ημερήσιες ανάγκες του οργανισμού σε θερμίδες υπολογίζονται, εμπειρικά ως εξής:

* $BMR \times 1.2$

Όταν δεν υπάρχει αξιόλογη φυσική σωματική δραστηριότητα.

* $BMR \times 1.375$

Όταν υπάρχει κάποια σωματική δραστηριότητα, άσκηση ή σπορ 3 φορές την εβδομάδα.

* $BMR \times 1.55$

Για πιο έντονη σωματική δραστηριότητα, άσκηση ή σπορ 3-5 φορές την εβδομάδα.

* $BMR \times 1.725$

Για έντονη καθημερινή σωματική δραστηριότητα, άσκηση ή απαιτητική εργασία.

* $BMR \times 1.9$

Για αθλητές και άτομα με εξαιρετικά βαριά χειρωνακτικά επαγγέλματα.

Ένα παράδειγμα:

Έστω ότι έχουμε μια γυναίκα, ηλικίας 28 ετών, ύψους 1,66 εκ. και βάρους 64 κιλών που κάνει καθιστική ζωή και δεν αθλείται.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι ανάγκες της σε ημερήσια πρόσληψη θερμίδων είναι:

$BMR = 655 + (9.6 \times 64) + (1.8 \times 166) - (4.7 \times 28) = 655 + 614,4 + 288,8 - 131,6 = 1426,6$ και $BMR \times 1.2 = 1426,6 \times 1,2 = 1711,9 \text{ kcal}$

Αν η ίδια γυναίκα ξεκινήσει μια ήπια σωματική δραστηριότητα, 60 λεπτά $\times$ 3 φορές την εβδομάδα, η ανάγκη της για ημερήσια πρόσληψη θερμίδων θα μεταβληθεί σε: $BMR \times 1.375 = 1426,6 \times 1,375 = 1961,6 \text{ kcal}$

Θα αυξηθεί δηλαδή περίπου κατά 250 θερμίδες ανά ημέρα.

Αν η γυναίκα αυτή καταναλώνει καθημερινά 1960 Kcal και δεν ασκείται, η ημερήσια υπερκατανάλωση των 250 θερμίδων θα οδηγήσει σε αύξηση του βάρους με ρυθμό 1 kg περίπου το μήνα προσθέτοντας της σε ένα χρόνο, συνολικά 12 επιπλέον κιλά.

Σωματική άσκηση

Παράλληλα θα πρέπει να αυξάνεται η σωματική άσκηση, η οποία βοηθάει στη

μεγαλύτερη δυνατή απώλεια σωματικού λίπους, με παράλληλη διατήρηση ή και ενίσχυση του μυϊκού ιστού. Όσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό της άλιπης μάζας στο σώμα, τόσο μεγαλύτερος είναι και ο βασικός μεταβολισμός. Δηλαδή πολύ απλά, «καίμε» περισσότερες θερμίδες.

Φαρμακευτική αγωγή

Η φαρμακευτική αγωγή της παχυσαρκίας θα πρέπει να αποτελεί το δεύτερο βήμα για την αντιμετώπισή της. Το παχύσαρκο άτομο θα πρέπει να καταφεύγει σε χρήση φαρμάκων, όπως αναστολείς αποθήκευσης λίπους (αμφεταμίνες, φυτικές ίνες) και λιπολυτικούς παράγοντες (θυρεοειδικές ορμόνες, εφεδρίνη, αδρεναλίνη), μόνο όταν η διαιτολογική αντιμετώπιση έχει αποδεδειγμένα αποτύχει στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Η χρήση των φαρμάκων, για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας συνδυάζεται με πληθώρα ανεπιθύμητων ενεργειών.

Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι η χρήση φαρμάκων κατά της παχυσαρκίας δεν απαλλάσσει το παχύσαρκο άτομο από την ανάγκη να υποβληθεί σε δίαιτα και σωματική άσκηση. Απλά βοηθάει περισσότερο στην απώλεια βάρους αλλά και στην αποφυγή υποτροπής.

Χειρουργική αντιμετώπιση

Τρίτο και τελευταίο βήμα στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας μπορεί να αποτελεί η χειρουργική αντιμετώπιση. Το παχύσαρκο άτομο μπορεί να αντιμετωπιστεί χειρουργικά, αποκλειστικά και μόνο όταν όλες οι άλλες προσπάθειες θεραπείας έχουν αποτύχει ή όταν πρόκειται για νοσογόνο παχυσαρκία, όπου οι κίνδυνοι για την υγεία αλλά και τη ζωή του ατόμου είναι αυξημένοι.

Τρόποι χειρουργικής θεραπείας της παχυσαρκίας

Κατά την δεκαετία του '90 αναπτύχθηκε η επανομαζόμενη «βαριατρική χειρουργική», δηλαδή οι επεμβάσεις κατά της παχυσαρκίας. Πρόκειται για χειρουργικές τεχνικές με σκοπό τη μείωση του βάρους ασθενών με νοσηρή παχυσαρκία. Από το 1998, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει καταλήξει στο συμπέρασμα ότι: «Η χειρουργική αποτελεί σήμερα την πιο αποτελεσματική μέθοδο κατά των σοβαρών μορφών ($BMI > 35$) και πολύ σοβαρών μορφών ($BMI > 40$) της παχυσαρκίας».

Οι επεμβάσεις αυτές μπορούν πλέον να γίνουν με τη λαπαροσκοπική μέθοδο, δηλαδή χωρίς τομή και χωρίς το σχετικό πόνο, καθώς και με ελάχιστο χρόνο

νοσηλείας.

Στην Ελλάδα τα ασφαλιστικά ταμεία και πολλές ιδιωτικές εταιρείες, αναγνωρίζοντας την αναγκαιότητα των βαριατρικών επεμβάσεων για τη θεραπεία της νοσηρής παχυσαρκίας των ασφαλισμένων, καλύπτουν αυτές τις επεμβάσεις.

Τα «όπλα» της ιατρικής κατά της νοσηρής παχυσαρκίας

Κάθε παχύσαρκος μπορεί να απαλλαχθεί πλέον από την νόσο του, επιλέγοντας την επέμβαση που αντιστοιχεί στην περίπτωση του. Οι βασικές βαριατρικές επεμβάσεις είναι σήμερα τρεις: ο γαστρικός δακτύλιος, η γαστρική παράκαμψη και η αφαίρεση του γαστρικού θόλου (λεπτομερής επεξήγηση θα δοθεί στις επόμενες σελίδες γι' αυτές τις 3 επεμβάσεις).

Δυο άλλες τεχνικές έχουν πολύ περιορισμένες εφαρμογές: το «ενδογαστρικό μπαλόνι» και η «χολοπαγκρεατική παράκαμψη».

Το ενδογαστρικό μπαλόνι δεν είναι μόνιμη λύση και συνεπώς χρησιμοποιείται μόνο σε δυο περιπτώσεις: αφενός σε άτομα που παρουσιάζουν πρόσκαιρο πρόβλημα παχυσαρκίας (π.χ. με αφορμή τη στρατιωτική θητεία, εγκυμοσύνη κλπ.) και αφετέρου σε άτομα ιδιαίτερα παχύσαρκα για να ελαττωθεί το βάρος τους και να εφαρμοστεί ευκολότερα μια μόνιμη τεχνική.

Η χολοπαγκρεατική παράκαμψη είναι μια πολύ βαριά επέμβαση, η οποία ενδείκνυται συνήθως σε άτομα εξαιρετικά παχύσαρκα.

Γαστρικός ρυθμιζόμενος δακτύλιος

Ο διαμερισματοποίηση με γαστρικό ρυθμιζόμενο δακτύλιο αποτέλεσε  κυριολεκτικά μια επανάσταση και καθιέρωσε τις επεμβάσεις κατά της παχυσαρκίας ως ασφαλή και οριστική θεραπεία. Αποτελεί στην Ευρώπη τη “χρυσή επιλογή” (gold standard) στην αντιμετώπιση της κακοήθους παχυσαρκίας.

Στόχος της επέμβασης είναι να νιώθει ο παχύσαρκος την αίσθηση του κορεσμού με πολύ μικρότερες ποσότητες τροφής απ' αυτές που έχει συνηθίσει να τρώει. Αυτό επιτυγχάνεται τοποθετώντας στο άνω τμήμα του στομάχου έναν δακτύλιο, που δίνει στο στομάχι την μορφή μιας κλεψύδρας. Οι τροφές κατεβαίνουν από τον οισοφάγο και συσσωρεύονται σε μια πρώτη φάση στο άνω τμήμα της κλεψύδρας, προκαλώντας την διάταση του στομαχικού θόλου, η οποία δίνει την αίσθηση του κορεσμού. Στη συνέχεια, οι τροφές περνούν σιγά-σιγά στο κάτω τμήμα και η πέψη εξελίσσεται φυσιολογικά. Επίσης, ο δακτύλιος περιέχει εσωτερικά ένα

διατασσόμενο μπαλονάκι, που επιτρέπει ανώδυνα τη ρύθμισή του μετά την επέμβαση. Με τον τρόπο αυτό ρυθμίζεται σωστά η διάμετρος του περάσματος από το άνω προς το κάτω τμήμα του στομάχου, ώστε χωρίς να προκαλείται εμετός, να επιβραδύνεται η διέλευση των τροφών.

Συμπερασματικά, ο δακτύλιος προκαλεί στον παχύσαρκο, με μικρές ποσότητες τροφής, την ίδια αίσθηση κορεσμού που αυτός ένιωθε προηγουμένως με μεγάλες ποσότητες.

Η λαπαροσκοπική τοποθέτηση του γαστρικού δακτυλίου διαρκεί συνήθως περίπου 20 λεπτά και πραγματοποιείται σε διάρκεια 24ωρης νοσηλείας ή και χωρίς νοσηλεία υπό προϋποθέσεις. Ο δακτύλιος αποτελείται από αδρανή στερεά σιλικόνη και δεν προκαλεί ποτέ απόρριψη. Είναι σχεδιασμένος για να μπορεί να μείνει στην θέση του μόνιμα. Η διαμερισματοποίηση με δακτύλιο έχει εντούτοις το πλεονέκτημα να είναι αναστρέψιμη τεχνική. Μπορεί, όταν έχει επιτευχθεί και σταθεροποιηθεί το αποτέλεσμα, να αφαιρεθεί ο δακτύλιος. Δεν συνιστάται όμως πρόωγη αφαίρεση, η οποία εκθέτει σε κίνδυνο υποτροπής της παχυσαρκίας.

Κανόνες για την επιλογή του δακτυλίου

Ο δακτύλιος αποτελεί την πιο απλή και ανώδυνη βαριατρική επέμβαση. Για το λόγο αυτό τυγχάνει μεγάλης διάδοσης. Είναι όμως σημαντικό να τονιστεί ότι η αποτελεσματικότητά της προϋποθέτει τρεις κανόνες:

1. Ο παχύσαρκος, όταν νιώθει τον κορεσμό με τις μικρότερες ποσότητες, πρέπει να έχει την ελάχιστη πειθαρχία να μην πιέσει τον εαυτό του ώστε να προκληθεί εμετός για να συνεχίσει να τρώει. Διότι αν αυτό συμβεί σε τακτική βάση, υπάρχει κίνδυνος το άνω τμήμα της κλεψύδρας να «σακουλιάσει» (slippage) και να ακυρωθεί η δράση του δακτυλίου.
2. Πρέπει ο παχύσαρκος να τρώει την μεγαλύτερη ποσότητα της τροφής στη διάρκεια των γευμάτων, δηλαδή να έχει περιορισμένο «τσιμπολόγημα».
3. Χωρίς να απαιτείται δίαιτα (την οποία γνωρίζουμε ότι ο παχύσαρκος δεν θα τηρήσει μακροχρόνια) πρέπει να αποφεύγει να τρέφεται κυρίως με γλυκά και αναψυκτικά.

Σε περίπτωση που δεν μπορούν να τηρηθούν αυτές οι προϋποθέσεις, είναι προτιμότερο να επιλεγθεί μια από τις επόμενες τεχνικές.

Γαστρική παράκαμψη (By-pass)

- ✗ Η γαστρική παράκαμψη, η οποία είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στις Η.Π.Α.,

αποσκοπεί στην μείωση της απορρόφησης των θερμίδων που περιέχονται στις τροφές που καταναλώνει ο παχύσαρκος και επικουρικά στην μείωση της ποσότητας αυτών των τροφών. Για τον λόγο αυτό η γαστρική παράκαμψη αποκαλείται «δυσαπορροφητική» επέμβαση αλλά και με «περιοριστική» δράση (περιορισμό του όγκου των καταναλωμένων τροφών, όπως και με τον γαστρικό δακτύλιο). Σε αντίθεση με τον γαστρικό δακτύλιο που είναι μια αποκλειστικά περιοριστική επέμβαση, η γαστρική παράκαμψη έχει μια σύνθετη δράση για να ανταποκρίνεται και σε περιπτώσεις που ο δακτύλιος δεν θα επαρκούσε.

Η περιοριστική συνιστώσα της γαστρικής παράκαμψης επιτυγχάνεται διαμορφώνοντας ένα μικρό στομαχικό θύλακα, όπου συσσωρεύονται σε πρώτη φάση οι τροφές. Η δυσαπορροφητική συνιστώσα επιτυγχάνεται συνδέοντας την πρώτη έλικα του λεπτού εντέρου απευθείας με το μικρό τμήμα του στομάχου και κατευθύνοντας τα χολοπαγκρεατικά υγρά, απαραίτητα για την πέψη, περίπου 150 εκ. από την σύνδεση του στομάχου με το λεπτό έντερο. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται το μήκος του λεπτού εντέρου όπου πραγματοποιείται η απορρόφηση των θερμίδων, χωρίς όμως να έχει αφαιρεθεί οποιοδήποτε τμήμα του πεπτικού σωλήνα. Η επέμβαση αυτή γίνεται λαπαροσκοπικά (χωρίς τομή) κατά την διάρκεια μιας νοσηλείας λίγων ημερών.

Στις επεμβάσεις αυτές συνδυάζεται ο περιορισμός της γαστρικής χωρητικότητας με παράκαμψη ορισμένου τμήματος του λεπτού εντέρου. Η ανατομία του πεπτικού σωλήνα μεταβάλλεται έτσι ώστε να δημιουργηθεί δυσαπορρόφηση, να περιοριστεί δηλαδή η δυνατότητα απορρόφησης των θρεπτικών συστατικών της τροφής. Με τις επεμβάσεις αυτές ο πεπτικός σωλήνας παίρνει συνήθως τη μορφή κεφαλαίου Υ έτσι ώστε η χολή και το παγκρεατικό υγρό να εκτρέπονται για να εμποδιστεί η ανάμιξή τους με την τροφή. Ο βαθμός δυσαπορρόφησης είναι ανάλογος με την έκταση του εντέρου που παρακάμπτεται.

Στις επεμβάσεις δυσαπορρόφησης το τμήμα του εντέρου το οποίο αναστομώνεται με το στομάχι ονομάζεται «γαστρική έλικα», ενώ το τμήμα του εντέρου που παρακάμπτεται και μεταφέρει τα πεπτικά υγρά ονομάζεται «χολοπαγκρεατική έλικα». Οι δυο αυτές έλικες του λεπτού εντέρου αναστομώνονται για την ανάμιξη τροφής και πεπτικών υγρών σχηματίζοντας το «κοινό κανάλι» του πεπτικού σωλήνα.

Η δυσαπορρόφηση αφορά περισσότερο στα λίπη και σε μικρότερο βαθμό σε πρωτεΐνες και υδατάνθρακες. Σε εκτεταμένη όμως παράκαμψη μπορεί να παρουσιασθούν διαταραχές και στην απορρόφηση πρωτεΐνης. Η απορρόφηση της

ζάχαρης, των τριγλυκεριδίων βραχείας αλύσου και του οινοπνεύματος, δεν επηρεάζεται.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις που προκαλούν δυσαπορρόφηση καταργούν συνήθως τη βαλβίδα του πυλωρού γι αυτό και δημιουργούν σύνδρομο dumping. Το σύνδρομο αυτό προκαλείται με τη λήψη μαλακής ή υγρής τροφής και οφείλεται στην ταχεία διέλευση της αναραίωτης τροφής στο λεπτό έντερο. Τα συμπτώματα είναι ναυτία, εφίδρωση, ταχυπαλμία, αίσθημα λιποθυμίας και μερικές φορές διάρροια (πρώιμο dumping). Σε ορισμένες περιπτώσεις το σύνδρομο dumping μπορεί να εμφανιστεί με τη μορφή υπογλυκαιμίας 1 - 2 ώρες μετά τη λήψη γεύματος (όψιμο dumping). Το dumping παρατηρείται πιο συχνά όταν υπάρχει γαστρονηστιδική αναστόμωση (κλασσικό γαστρικό by-pass) και σπανιότερα μετά από γαστροειλική αναστόμωση (χολοπαγκρεατική εκτροπή).

Η γαστρική παράκαμψη είναι μια μόνιμη μέθοδος που αλλάζει την πέψη ώστε ο παχύσαρκος, τρώγοντας μεγαλύτερες ποσότητες από τις κανονικές, εντούτοις αδυνατίζει διότι δεν απορροφά όλες τις θερμίδες των καταναλωμένων τροφών. Έχοντας υπόψη ότι η μείωση της απορρόφησης των θερμίδων συνοδεύεται με μειωμένη απορρόφηση και ορισμένων άλλων στοιχείων, απαιτείται μετά την επέμβαση λήψη βιταμινούχων συμπληρωμάτων.

Το μεγάλο πλεονέκτημα αυτής της τεχνικής είναι ότι θεραπεύει την παχυσαρκία ατόμων που έχουν ιδιαίτερη τάση στο «τσιμπολόγημα», στα γλυκά και στα αναψυκτικά. Επίσης έχει το πλεονέκτημα να αφήνει μεγαλύτερη διατροφική ελευθερία στον ασθενή, εφόσον δεν απαιτείται η τήρηση των προϋποθέσεων που ισχύουν για το δακτύλιο. Αναμφισβήτητα, η γαστρική παράκαμψη είναι η βαριατρική επέμβαση που προσφέρει την μεγαλύτερη διατροφική άνεση. Είναι μια πιο βαριά επέμβαση, η ένδειξη της οποίας θα πρέπει να συζητείται ενδελεχώς μεταξύ του παχύσαρκου και της θεραπευτικής ομάδας, ώστε να επιλέγεται για τα κατάλληλα περιστατικά.

Η αφαίρεση του γαστρικού θόλου (Sleeve gastrectomy)

Η αφαίρεση του γαστρικού θόλου είναι η πιο σύγχρονη βαριατρική επέμβαση  και προκύπτει από την συγκέντρωση των εμπειριών των προηγούμενων επεμβάσεων κατά της παχυσαρκίας. Αυτή η επέμβαση παρουσιάζει, μέσα από την απλότητά της, ορισμένες ιδιαιτερότητες με μεγάλα πλεονεκτήματα, που εξηγούν την σημερινή γρήγορη διάδοσή της.

Η αφαίρεση του γαστρικού θόλου συνίσταται στην απομόνωση ενός τμήματος του στομάχου και την αφαίρεσή του. Η επέμβαση πραγματοποιείται λαπαροσκοπικά (χωρίς τομή). Η διάρκειά της καθώς και ο βαθμός δυσκολίας της είναι ενδιάμεσοι μεταξύ εκείνων του γαστρικού δακτυλίου και της γαστρικής παράκαμψης. Κατά κανόνα απαιτεί νοσηλεία διάρκειας περίπου τριών ημερών.

Η δράση της επέμβασης είναι διπλή. Αφενός, περιορίζεται ο όγκος του στομάχου με αποτέλεσμα ο παχύσαρκος να νιώθει κορεσμό με μικρότερες ποσότητες και, αφετέρου, μειώνεται η παραγωγή μιας ορμόνης, που εμπλέκεται στην ρύθμιση της όρεξης. Η ορμόνη αυτή ονομάζεται γρελίνη και παράγεται από το θόλο του στομάχου. Η αφαίρεση του θόλου μειώνει συνεπώς το επίπεδο της γρελίνης στο αίμα και ακολούθως μειώνεται η διάθεση του παχύσαρκου να τρώει συχνά και μεγάλες ποσότητες. Η επέμβαση αυτή δεν τροποποιεί την φυσιολογική λειτουργία της πέψης.

Η αφαίρεση του γαστρικού θόλου εφαρμόστηκε αρχικά ως πρώτος χειρουργικός χρόνος μιας γαστρικής παράκαμψης. Στόχος ήταν τότε, σε υπερβολικά παχύσαρκα άτομα, να μειωθεί με την πρώτη επέμβαση ο βαθμός παχυσαρκίας ώστε να πραγματοποιηθεί, σε δεύτερη επέμβαση, η παράκαμψη υπό ασφαλέστερες συνθήκες. Στην πορεία όμως αποδείχτηκε ότι οι περισσότεροι παχύσαρκοι είχαν εξαιρετικά ικανοποιητικά αποτελέσματα απλώς με την αφαίρεση του θόλου.

Σήμερα η αφαίρεση του γαστρικού θόλου εφαρμόζεται ως αυτοτελής επέμβαση με ιδιαίτερα καλά αποτελέσματα σε άτομα με πολύ υψηλό ΔΜΣ (BMI) και παρορμητική τάση προς το φαγητό. Πλεονέκτημα παραμένει το γεγονός ότι μπορεί να συμπληρωθεί σε δεύτερο χρόνο με γαστρική παράκαμψη, υπό ευκολότερες συνθήκες. Πολλοί ειδικοί προμηνύουν ότι στο μέλλον η αφαίρεση του γαστρικού θόλου μπορεί να αποτελέσει την πρώτη επιλογή στη θεραπεία της νοσηρής παχυσαρκίας.

Ενδογαστρικό μπαλόνι με αέρα

✖ Είναι μία επεμβατική ενδοσκοπική τεχνική χωρίς χειρουργείο. Εισάγεται ένα ξεφούσκωτο μπαλόνι από σιλικόνη, από το στόμα στο στομάχι. Γίνεται γαστροσκόπηση για να σιγουρευτούμε ότι είναι στο στομάχι και στη συνέχεια φουσκώνεται με αέρα. Είναι τεχνική χαμηλής νοσηρότητας (χωρίς ενοχλήματα) και αρκετά αποτελεσματική αν συνοδεύεται από ειδικό διατροφικό πακέτο. Η τοποθέτηση του γίνεται υπό «μέθη», δηλαδή μία ελαφρά αναισθησία και με την βοήθεια γαστροσκοπίου. Δεν απαιτείται νοσηλεία.

Η παρουσία αυτού του μπαλονιού δημιουργεί αίσθημα κορεσμού στο άτομο και σαν συνέπεια μειώνει την ανάγκη του για τροφή. Η ιδέα δεν είναι νέα, έχει δοκιμαστεί και παλαιότερα με καλά αποτελέσματα στη μείωση βάρους, αλλά και με επιπλοκές και έτσι εγκαταλείφθηκε προσωρινά.

Η χρήση νέων υλικών που μηδενίζουν τις επιπλοκές οδήγησε στην επαναφορά αυτής της μεθόδου στο προσκήνιο, η οποία μπορεί να λειτουργήσει ευεργετικά τόσο από μόνη της όσο και σε συνδυασμό με άλλες χειρουργικές μεθόδους όπως η λαπαροσκοπική τοποθέτηση δακτυλίου. Το ενδογαστρικό μπαλόνι πρέπει να αφαιρείται στους 6 με 8 μήνες.

Ο ασθενής θα παρουσιάσει ικανοποιητική απώλεια κιλών, αν όμως μετά τους 6 με 8 μήνες δεν αλλάξει διατροφικές συνήθειες και τρόπο ζωής, υπάρχει πιθανότητα να υποτροπιάσει η παχυσαρκία.

Σ' αυτή τη περίπτωση ενδεχομένως να πρέπει να επανατοποθετηθεί το μπαλόνι ή, με συμβολή του θεράποντος ιατρού, να τροποποιηθεί η θεραπεία με δακτύλιο παχυσαρκίας ή by pass.

Το μπαλόνι σαν μοναδικός τρόπος αντιμετώπισης δεν επαρκεί, διότι όπως έχουν δείξει μέχρι τώρα οι μελέτες οι ασθενείς κερδίζουν εκ νέου το βάρος τους μετά την αφαίρεση του. Η μέθοδος θα πρέπει να συνδυαστεί με δίαιτα και ταυτόχρονα με προσπάθεια μεταβολής της συμπεριφοράς του ατόμου.

Η ιατρική ομάδα που τοποθετεί το μπαλόνι είναι συνήθως οργανωμένη και παρακολουθεί με τακτική επικοινωνία και κάποιες εξετάσεις το άτομο, ενώ το καθοδηγεί και για θέματα συμπεριφοράς.

Οι επιπλοκές που έχουν παρατηρηθεί είναι κατ' αρχήν η δυσανεξία από τους ασθενείς που υποχρεώνει τη σύντομη αφαίρεσή του, το ξεφούσκωμα και ο αποφρακτικός ειλεός που ακολουθεί, καθώς και η διάβρωση του βλεννογόνου του στομάχου. Η απώλεια βάρους κυμαίνεται στο 20%-30% του υπερβάρους.

Χολοπαγκρεατική εκτροπή

Η επέμβαση αυτή επινοήθηκε και μελετήθηκε στην Ιταλία από τον καθηγητή  Scorinago την δεκαετία του '80. Στην επέμβαση αυτή όπως και στις άλλες εγχειρήσεις που δημιουργούν δυσαπορρόφηση, το πεπτικό σύστημα παίρνει τη μορφή Y. Στην χολοπαγκρεατική εκτροπή Scorinago εκτελείται ευρεία γαστρεκτομή έτσι ώστε να περιορίζεται η χωρητικότητα του στομάχου. Είναι σημαντικό όμως να παραμείνει αρκετά μεγάλο κολόβωμα στομάχου (150-200 ml)

έτσι ώστε να διασφαλιστεί η διατροφική επάρκεια και η πρωτεϊνική πρόσληψη. Το κολόβωμα του στομάχου αναστομώνεται τελικοπλάγια με ειλεό σχηματίζοντας μια γαστρική έλικα μήκους 2.5 m. Το υπόλοιπο λεπτό έντερο (2-3 m) αποτελεί τη χολοπαγκρεατική έλικα. Η έλικα αυτή αναστομώνεται με τον τελικό ειλεό 50 cm από την ειλειοτυφλική βαλβίδα. Στην επέμβαση συμπεριλαμβάνεται προληπτική χολοκυστεκτομή και μερικές φορές σκωληκοειδεκτομή. Στη χολοπαγκρεατική εκτροπή Scopinaro δημιουργείται σοβαρή δυσαπορρόφηση λίπους και μικρότερη δυσαπορρόφηση υδατανθράκων και πρωτεΐνης. Το μικρό μήκος του κοινού καναλιού είναι δυνατό να δημιουργήσει σοβαρές θρεπτικές διαταραχές.

Τα μειονεκτήματα της επέμβασης Scopinaro είναι η ελκογένειά της, το σύνδρομο dumping και οι μεταβολικές επιπλοκές (οστεομαλακία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και πρωτεϊνική υποθρεψία) που οφείλονται στις διάρροιες και τη σοβαρή δυσαπορρόφηση μικροθρεπτικών συστατικών που προκαλεί η πολύ βραχεία κοινή έλικα (50cm). Με την επέμβαση Scopinaro έχουν επιπλέον αναφερθεί σποραδικά περιπτώσεις κίρρωσης και ηπατικής ανεπάρκειας.

✖ Για να αποφευχθούν οι σοβαρές θρεπτικές και μερικές άλλες επιπλοκές της επέμβασης Scopinaro, έχουν επινοηθεί ορισμένες βελτιωμένες παραλλαγές της χολοπαγκρεατικής εκτροπής. Στην επέμβαση Marceau εκτελείται μια πλάγια επιμήκης γαστρεκτομή κατά τον άξονα του στομάχου sleeve gastrectomy, διατηρώντας τον πυλωρό και τη νεύρωση του στομάχου. Με την πλάγια γαστρεκτομή μειώνεται η χωρητικότητα του στομάχου και η γαστρική έκκριση οξέος ώστε να περιορίζεται η πιθανότητα αναστομωτικού έλκους, ενώ με την λειτουργία του πυλωρού αποφεύγεται το σύνδρομο dumping. Το δωδεκαδάκτυλο διαιρείται στην πρώτη του μοίρα και ο πυλωρός αναστομώνεται με ειλεό για τη δημιουργία της διατροφικής έλικας. Στην εγχείρηση Marceau το μήκος της διατροφικής έλικας είναι ίδιο με αυτό της χολοπαγκρεατικής εκτροπής, αλλά το μήκος του κοινού καναλιού έχει αυξηθεί στο 1 m. Στην χολοπαγκρεατική εκτροπή κατά Roux en Y ο γαστρικός θύλακος αναστομώνεται με τα τελευταία 2,5 m του ειλεού και το πεπτικό σύστημα διαμορφώνεται όπως στην χολοπαγκρεατική εκτροπή. Η διαφορά από τη χολοπαγκρεατική εκτροπή έγκειται στο ότι εδώ διατηρείται το κολόβωμα του στομάχου (δεν γίνεται γαστρεκτομή) το οποίο παραμένει στη θέση του. Το κοινό κανάλι έχει μήκος μεταξύ 70 - 100 cm.

Η επέμβαση Marceau προκαλεί την ίδια ή μεγαλύτερη απώλεια βάρους προσφέροντας καλύτερη ποιότητα διαβίωσης και με λιγότερες μακροχρόνιες επιπλοκές. Προσφέρει εξαιρετική και μακροχρόνια απώλεια βάρους (>80% στα 2 χρόνια και >70% στα 5 χρόνια). Η πιθανότητα αναστομωτικού έλκους είναι 15

φορές μικρότερη απ' ότi στη χολοπαγκρεατική εκτροπή και το γαστρικό by-pass. Στην επέμβαση Marceau οι εμετοί, οι διάρροιες, τα έλκη και οι μεταβολικές διαταραχές περιορίζονται στο ελάχιστο, χωρίς να υπάρχουν διαιτολογικοί περιορισμοί.

Τέλος, στην χολοπαγκρεατική εκτροπή κατά Roux en Y, ο γαστρικός θύλακος  αναστομώνεται με τα τελευταία 2.5 m του ειλεού και το πεπτικό σύστημα διαμορφώνεται όπως στην χολοπαγκρεατική εκτροπή. Η διαφορά από τη χολοπαγκρεατική εκτροπή έγκειται στο ότι διατηρείται το κολόβωμα του στομάχου (δεν γίνεται γαστρεκτομή). Το κοινό κανάλι έχει συνήθως μήκος 75 – 100 cm.

Η επέμβαση Roux en Y δεν προκαλεί συνήθως έντονα φαινόμενα dumping και δεν έχουν τις σοβαρές μεταβολικές συνέπειες της επέμβασης Scopinaro, χωρίς να υστερούν σε αποτελεσματικότητα. Η κατά Roux en Y παραλλαγή έχει τους λιγότερους κινδύνους και είναι η μόνη που είναι τελείως αναστρέψιμη. Όμως, σύμφωνα με την προηγούμενη εμπειρία, συνοδεύεται από ψηλότερα ποσοστά αναστομωτικών ελκών.

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

Ποια εγχείριση ενδείκνυται στην περίπτωση σας

Η κάθε βαριατρική επέμβαση έχει τις δικές της ιδιαιτερότητες και καλύπτει διαφορετικές περιπτώσεις παχυσαρκίας. Δεν υπάρχει μια «ιδανική επέμβαση» αλλά **η κατάλληλη επέμβαση για την κάθε περίπτωση.**

Ενδείξεις για επέμβαση

Η αρχική αντιμετώπιση του ασθενούς με παχυσαρκία οφείλει να είναι συντηρητική. Η μείωση των προσλαμβανομένων θερμίδων, η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, η διόρθωση διαταραχών που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση της παχυσαρκίας είναι οι πρώτες βασικές ενέργειες. Σε ασθενείς όμως με κακοήγη παχυσαρκία όλα αυτά τα μέτρα καθώς και τα μέχρι σήμερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα ή άλλες τεχνικές είναι μάλλον απίθανο να έχουν κάποιο αξιόλογο αποτέλεσμα. Συνήθως οι δίαιτες καταλήγουν σε προσωρινές αυξομειώσεις του βάρους με τελική συνέπεια την διατήρηση ή και περαιτέρω

αύξηση του βάρους. Έτσι συνιστάται διεθνώς η χειρουργική αντιμετώπιση της κακοήθους παχυσαρκίας από το 1991. Οι ενδείξεις για επέμβαση διαμορφώνονται ως εξής:

- * Σε ασθενείς που έχουν BMI 40 και άνω (κακοήθη παχυσαρκία).
- * Σε ασθενείς που έχουν BMI 35-40 αλλά έχουν συνοδούς παθήσεις.
- * Να υπάρχουν στο ιστορικό πολλές αποτυχημένες συντηρητικές προσπάθειες.

Η επιλογή της κατάλληλης επέμβασης πρέπει να γίνεται σε συνεργασία με ιατρική ομάδα, η οποία συμπεριλαμβάνει χειρουργό, ψυχολόγο, διατροφολόγο κλπ. Η διάγνωση του βαθμού και της μορφής παχυσαρκίας είναι το πρώτο και απαραίτητο βήμα. Απαιτείται πλήρης καταγραφή στοιχείων με παθολογικό ιστορικό, διατροφικές συνήθειες, κατάρτιση καμπύλης βάρους, ανάλυση ψυχολογικού προφίλ, καθώς και εξειδικευμένες εξετάσεις, όπως λιπομέτρηση που προσδιορίζει ακριβώς το ποσοστό λίπους του σώματος κλπ.

Αντενδείξεις για επέμβαση

Οι αντενδείξεις για χειρουργική επέμβαση είναι σχετικές, αλλά έχουν σημασία διότι περιορίζουν τον αριθμό των ασθενών που έχουν αυξημένες πιθανότητες να έχουν επιπλοκές ή αποτυχία στην επέμβαση. Οι επεμβάσεις αντενδεικνύονται:

- * Σε ηλικίες μικρότερες από 15 και μεγαλύτερες από 60 ετών
- * Σε αλκοολικούς ασθενείς
- * Σε πάσχοντες από κακοήθους νόσους
- * Σε πάσχοντες από αυτοάνοσα νοσήματα
- * Σε ασθενείς με ψυχώσεις
- * Σε ασθενείς με χρόνιες λοιμώξεις
- * Στους κίρσους του οισοφάγου
- * Στις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ν. Crohn)
- * Σε γυναίκες που εγκυμονούν ή σχεδιάζουν να εγκυμονήσουν εντός διετίας
- * Διάφοροι άλλοι περιορισμοί

Επιπλοκές των επεμβάσεων

Όπως σε κάθε είδους χειρουργική επέμβαση υπάρχει ο κίνδυνος των επιπλοκών, έτσι και στις βαριατρικές επεμβάσεις. Οι επιπλοκές μπορεί να είναι άμεσες ή απώτερες χρονικά και γενικές ή ειδικές που σχετίζονται με κάποιο συγκεκριμένο τύπο επέμβασης. Π.χ. η αιμορραγία είναι μία άμεση επιπλοκή, ενώ η στένωση της αναστόμωσης απώτερη, η πνευμονική εμβολή είναι γενική επιπλοκή, ενώ η

μετατόπιση του γαστρικού δακτυλίου είναι ειδική επιπλοκή.

Το ποσοστό των επιπλοκών κυμαίνεται από 1-5% έως και 15% σε ορισμένες σειρές. Αυτό που έχει σημασία είναι ότι το ποσοστό αυτό μειώνεται όσο αυξάνεται η εμπειρία του χειρουργού. Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς που έχουν πολλά προβλήματα λόγω της παχυσαρκίας έχουν και τον μεγαλύτερο κίνδυνο να τους συμβεί κάποια επιπλοκή αλλά ταυτόχρονα είναι οι ίδιοι που θα ωφεληθούν περισσότερο από την επέμβαση.

Οι συνηθέστερες επιπλοκές είναι οι εξής (για όλα τα είδη των επεμβάσεων):

- * Πνευμονική εμβολή
- * Ισχαιμία μυοκαρδίου
- * Θρομβοφλεβίτις
- * Ατελεκτασία ή Πνευμονία
- * Αιμορραγία
- * Διαφυγή από αναστόμωση
- * Στένωση αναστόμωσης
- * Ειλεός
- * Λοίμωξη τραύματος
- * Μετεγχειρητική κήλη
- * Διάρροιες
- * Έλλειψη βιταμινών
- * Αναιμία
- * Εσωτερική κήλη
- * Ρήξη σπλάχνου
- * Διάβρωση από υλικό
- * Μετατόπιση υλικού
- * Διάταση γαστρικού θυλάκου
- * Αναστομωτικά έλκη
- * Χολολιθίαση
- * Ηπατική και νεφρική βλάβη
- * Άλλες επιπλοκές

Ορισμένες επιπλοκές μπορεί να συμβούν ανεξάρτητα από το πόσο καλά έγινε μία επέμβαση γι' αυτό η στενή παρακολούθηση των ασθενών είναι κεφαλαιώδους σημασίας.

Μετεγχειρητική πορεία και παρακολούθηση

Ο ασθενής μετά την ανάνηψη μεταφέρεται στον νοσηλευτικό όροφο και κινητοποιείται. Την επομένη μπορεί να πάρει υγρά από το στόμα και συνήθως εξέρχεται με οδηγίες. Η λαπαροσκοπική χειρουργική συντελεί στην ταχεία και ανώδυνη μετεγχειρητική πορεία. Τις επόμενες ημέρες μπορεί να λαμβάνει πολτώδεις τροφές και περίπου σε δέκα ημέρες μπορεί να επανέλθει πλήρως στην εργασία του.

Ορισμένες τροποποιήσεις πρέπει να γίνουν στις διατροφικές συνήθειες του ασθενούς. Αυτές αφορούν την ποιότητα των τροφών (πλούσιες σε πρωτεΐνες, αποφυγή των γλυκών) και την καλή μάσηση τους, ορισμένοι μπορεί να χρειάζονται συμπληρώματα διατροφής.

Η παρακολούθηση γίνεται σε μηνιαία βάση και διαφέρει ανάλογα με την επέμβαση που έχει εφαρμοστεί. Η αναμενόμενη απώλεια βάρους μπορεί να είναι 50-80% του περιττού βάρους και συνήθως χρειάζονται 18 μήνες. Ορισμένοι παρουσιάζουν μια μικρή αύξηση μέχρι να σταθεροποιηθεί το βάρος τους.

Ο ακόλουθος πίνακας θα σας βοηθήσει να προσανατολισθείτε προς την κατάλληλη επέμβαση για την δική σας περίπτωση (ο πίνακας είναι μόνο ενδεικτικός και δεν μπορεί να αντικαταστήσει την αξιολόγηση από την εξειδικευμένη ιατρική ομάδα).

ΤΥΠΟΣ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ
Γαστρικός ρυθμιζόμενος δακτύλιος	Κατανάλωση υπέρογκων γευμάτων, περιορισμένο τσιμπολόγημα, περιορισμένη ροπή προς γλυκά και αναψυκτικά.	Ιδιαίτερα ανώδυνη επέμβαση, ελάχιστος χρόνος νοσηλείας, αναστρέψιμη μέθοδος.	Δεν καλύπτει ικανοποιητικά «τσιμπολόγους» και καταναλωτές μεγάλων ποσοτήτων γλυκών και αναψυκτικών.
Γαστρική παράκαμψη	Τάση προς τσιμπολόγημα και μεγάλη ροπή προς γλυκά και αναψυκτικά.	Ιδιαίτερα αποτελεσματική επέμβαση που προσφέρει την καλύτερη διατροφική μετεγχειρητική άνεση.	Πιο βαριά επέμβαση. Ανάγκη λήψης βιταμινούχων συμπληρωμάτων.

Αφαίρεση γαστρικού θόλου	Πολύ υψηλό BMI, τσιμπολόγημα, άναρχες και παρορμητικές διατροφικές συνήθειες.	Μειώνει την βουλιμική τάση. Επέμβαση πιο απλή από τη γαστρική παράκαμψη. Ενδέχεται σε βαριές περιπτώσεις να συμπληρωθεί με γαστρική παράκαμψη σε β' χρόνο.	Η πιο πρόσφατη τεχνική.
--------------------------------	--	---	----------------------------

Οι προϋποθέσεις για την οριστική θεραπεία

Σήμερα κάθε περίπτωση παχυσαρκίας θεραπεύεται. Σε αντίθεση όμως με την ψευδαίσθηση που καλλιεργείται σε ορισμένες περιπτώσεις, δεν υπάρχουν «μαγικές» λύσεις. Η επιτυχία εξασφαλίζεται από την τήρηση συγκεκριμένων προϋποθέσεων:

1. Η παχυσαρκία αντιμετωπίζεται στο πλαίσιο εξειδικευμένων μονάδων. Κανένας μεμονωμένος ιατρός, όσο καταρτισμένος και να είναι, δεν μπορεί μόνος του να είναι αποτελεσματικός, καθώς η βαριατρική χειρουργική είναι μια ειδικότητα που ασκείται ομαδικά.
2. Η λεπτομερής ενημέρωση του ασθενούς για την επιλογή της σωστής επέμβασης είναι απαραίτητος κανόνας.
3. Η τακτική παρακολούθηση του παχύσαρκου για ικανό χρονικό διάστημα είναι απαραίτητος όρος για το οριστικό αδυνάτισμα. Η επέμβαση κατά της παχυσαρκίας δεν αποτελεί τέλος αλλά αρχή μιας διαδικασίας που οδηγεί τον παχύσαρκο κυριολεκτικά σε μια νέα ζωή.

Συχνές ερωτήσεις για την παχυσαρκία και την δίαιτα

Γιατί παχαίνω αφού δεν τρώω πολύ; Τρώω μόνο ένα γεύμα την ημέρα το βράδυ και «τσιμπολογάω» που και που, καθημερινά.

Πολλές φορές όταν καταναλώνουμε ασυναίσθητα μικρές ποσότητες πολύ συχνά μέσα στη μέρα και δεν έχουμε ισορροπημένα γεύματα δεν είμαστε σε θέση να αξιολογήσουμε την ποσότητα της τροφής που προσλαμβάνουμε. Επιπροσθέτως, όταν δεν υπάρχει το σωστό διατροφικό σχήμα με το πρωινό – το δεκατιανό- το μεσημεριανό – το απογευματινό και το βραδινό, τότε ο μεταβολισμός μας δεν

λειτουργεί σωστά και δεν κάνουμε καλές κάυσεις.

Αν αφήνουμε τον οργανισμό μας χωρίς γεύματα μέχρι το βράδυ, τότε συσσωρεύουμε την πείνα μας και καταλήγουμε στο τέλος της ημέρας να τρώμε ένα μεγάλο γεύμα, πλούσιο σε θερμίδες και λιπαρά το οποίο δεν μπορούμε να μεταβολίσουμε καλά, καθώς το βράδυ ο μεταβολισμός μας είναι πιο αργός και δεν έχουμε το χρόνο να κάνουμε τις απαιτούμενες καύσεις γιατί πέφτουμε για ύπνο.

Άρα λοιπόν τα μικρά τσιμπολογήματα και το ένα γεύμα το βράδυ, παρότι μας δίνουν την εντύπωση ότι δεν τρώμε πολύ, αποτελούν αιτία για κακή λειτουργία του μεταβολισμού μας και μειωμένη ικανότητα καύσης του λίπους. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μοιράζουμε την ενέργεια που προσλαμβάνουμε κατά τη διάρκεια της ημέρας και το μεγαλύτερο μέρος αυτής να το προσλαμβάνουμε μέχρι το απόγευμα και όχι το βράδυ.

Υπάρχει αλήθεια στις δίαιτες που μας προτείνονται σύμφωνα με την ομάδα αίματος;

Όχι. Πρόκειται για ένα εφεύρημα καθώς στη βιβλιογραφία δεν υπάρχει πουθενά αντίστοιχη μεθοδολογία. Σκοπό έχει να εκμεταλλευτεί την αδυναμία των ατόμων με πρόβλημα βάρους και την επιθυμία τους για λύση στο πρόβλημά τους.

Τι συμβαίνει όταν ακολουθεί κάποιος μια χημική δίαιτα;

Οι χημικές δίαιτες δεν περιέχουν καθόλου υδατάνθρακες (ή ελάχιστους), ενώ προεξάρχοντα συστατικά τους είναι οι πρωτεΐνες. Αποτέλεσμα αυτών των διαιτητικών χειρισμών είναι η εμφάνιση οξόνης, την οποία ο οργανισμός προσπαθεί να αποβάλει με τη διούρηση και έτσι δημιουργείται αφυδάτωση. Γι αυτό το λόγο το μεγαλύτερο ποσοστό του βάρους που χάνει κανείς από τις χημικές δίαιτες αντιστοιχεί σε νερό και, όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, μόνο το 10% αντιστοιχεί σε λίπος.

Μπορεί να χάσει κανείς λίπος, με τα μηχανήματα που υπάρχουν στα διάφορα κέντρα αδυνατίσματος;

Τα μηχανήματα, όχι μόνο δεν έχουν τη δυνατότητα να μειώσουν το λίπος σώματος, αλλά προκαλούν πολλαπλά προβλήματα στον οργανισμό (αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές κλπ). Το λίπος σώματος δεν μειώνεται εξωγενώς. Δεν μπορεί να επέμβει κανένα μηχάνημα και να το «κάψει». Μόνο αν δημιουργηθεί αρνητικό ενεργειακό ισοζύγιο, δηλαδή αν μειώσει κανείς την προσλαμβανόμενη ενέργεια (θερμίδες) ή αν αυξήσει την καταναλισκόμενη ενέργεια (μέσω της

άσκησης) μπορεί να μειώσει το λίπος σώματος.

Η παχυσαρκία «βλάπτει» το σπέρμα;

Σύμφωνα με τους ειδικούς, οι άνδρες με περιττά κιλά ενδεχομένως έχουν περισσότερο λίπος γύρω από τους όρχεις με αποτέλεσμα να αυξάνεται η θερμοκρασία και να καταστρέφεται το σπέρμα.

Τι κινδύνους διατρέχω;

Η παχυσαρκία αυτή καθ' αυτή, είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση. Αυτό σημαίνει ότι ο παχύσαρκος ασθενής βρίσκεται γενικά σε μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών όταν χειρουργηθεί. Στον πίνακα που ακολουθεί μπορούμε να δούμε τον σχετικό κίνδυνο θνητότητας ανάλογα με τον ΔΜΣ.

Δείκτης Σωματικής Μάζας (BMI)	Σχετικός κίνδυνος θνητότητας
<18.4	
18.5-24.9	1.0%
25.0-29.9	1.25%
30.0-34.9	1.75%
35.0-49.9	2.5%
50.0+	10+%

Περισσότερο ασφαλείς θεωρούνται ωστόσο οι σχετικά απλές επεμβάσεις που γίνονται λαπαροσκοπικά και δεν απαιτούν τομή. Στις επεμβάσεις δυσασπορρόφησης που περιλαμβάνονται εκτομές οργάνων και αναστομώσεις, η πιθανότητα επιπλοκών τριπλασιάζεται.

Οι επιπλοκές στη χειρουργική της παχυσαρκίας μπορεί να διακριθούν σε δυο κατηγορίες: α) στις περιεγχειρητικές επιπλοκές, αυτές δηλαδή που συμβαίνουν στο χειρουργείο και μέσα στις πρώτες 30 μέρες μετά την χειρουργική επέμβαση και β) στις απώτερες επιπλοκές που έχουν σχέση με το είδος της επέμβασης.

Το ποσοστό των μετεγχειρητικών επιπλοκών είναι σε γενικές γραμμές μικρό και η θνητότητα ελάχιστη όταν η επέμβαση γίνει με σωστή τεχνική και τηρηθούν οι ενδείξεις. Οι συχνότερες επιπλοκές είναι η λοίμωξη και η ορώδης συλλογή τραύματος σε ποσοστό 10% - 40%. Οι επιπλοκές αυτές δεν δημιουργούν σοβαρό κίνδυνο για την υγεία, καθυστερούν όμως την ανάρρωση και μπορούν να παρατείνουν τη νοσηλεία. Οι σοβαρές επιπλοκές που μπορούν να απειλήσουν τη ζωή περιορίζονται κάτω από το 2%. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία οι

επιπλοκές αντιμετωπίζονται με επιτυχία, περιορίζοντας τη θνητότητα σε λιγότερο από 1%.

Οι απώτερες επιπλοκές εμφανίζονται συνήθως πολύ αργότερα, μήνες ή χρόνια μετά την επέμβαση. Στις επεμβάσεις γαστρικού περιορισμού, απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές αποτελούν η γαστροισοφαγική παλινδρόμηση (4% - 18%), τα φαινόμενα δυσφαγίας και δυσανεξίας σε τροφές καθώς και οι επίμονοι εμετοί (10% - 14%).

Στις επεμβάσεις γαστρικής παράκαμψης, οι πιο συχνές επιπλοκές είναι οι μετεγχειρητικές κήλες (20% - 25%), καθώς και επιπλοκές που σχετίζονται με τις αναστομώσεις (έλκη και στενώσεις σε ποσοστό 2% - 15%). Στις επεμβάσεις αυτές παρατηρούνται και απώτερες μεταβολικές διαταραχές που σχετίζονται με την κακή θρέψη και την απώλεια βάρους. Τέτοιου είδους παρενέργειες αποτελούν η σιδηροπενία, η αβιταμίνωση (10% - 54%), οι συχνές διάρροιες (8% - 24%), η αναιμία και η παροδική τριχόπτωση. Η έλλειψη ασβεστίου μακροχρόνια μπορεί να οδηγήσει σε οστεοπόρωση. Οι καταστάσεις αυτές αντιμετωπίζονται με χορήγηση βιταμινών και διατροφικών συμπληρωμάτων.

Οι απώτερες επιπλοκές δεν μπορούν πάντοτε να αποφευχθούν. Η συνεργασία του ασθενούς παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη κάποιων από τις επιπλοκές αυτές. Η συμμόρφωση με τις διατροφικές υποδείξεις του γιατρού θα βοηθήσει ώστε να μειωθούν οι κίνδυνοι.

Θα απαλλαγώ μια για πάντα από το περιττό βάρος αν κάνω χειρουργική επέμβαση;

Η μετεγχειρητική απώλεια βάρους δεν μπορεί να υπολογιστεί εκ των προτέρων με ακρίβεια. Οι εκτιμήσεις βασίζονται σε στατιστικά δεδομένα που περιγράφουν αυτό που συνήθως συμβαίνει. Το τελικό αποτέλεσμα εξαρτάται από το είδος της επέμβασης, αλλά κυρίως από τη μετεγχειρητική συμπεριφορά του ασθενή. Οι περιοριστικού τύπου επεμβάσεις πετυχαίνουν συνήθως μικρότερη απώλεια βάρους σε σύγκριση με τις επεμβάσεις δυσαπορρόφησης.

Μετά τη χειρουργική επέμβαση, παρατηρείται σημαντική απώλεια βάρους που συνήθως συνεχίζεται για 12-18 μήνες. Στα δύο χρόνια η μέση απώλεια βάρους ανέρχεται στα 35 περίπου κιλά, για τις επεμβάσεις γαστρικού περιορισμού και στα 50 περίπου κιλά για τις επεμβάσεις δυσαπορρόφησης. Στο σημείο αυτό, επέρχεται μεταβολική ισορροπία, οπότε και εμφανίζεται ξανά κάποια τάση για αύξηση του βάρους. Μετά τα τρία χρόνια, με την επέμβαση δακτυλίου παρατηρείται μέση επανάκτηση βάρους μέχρι 16 κιλά, ενώ με τις υπόλοιπες επεμβάσεις το βάρος διατηρείται στα ίδια και χαμηλότερα επίπεδα (1 έως 6 κιλά λιγότερο). Μετά τα 6

χρόνια, με τις επεμβάσεις γαστρικού περιορισμού υπάρχει ενδεχόμενο υποτροπής και επανάκτησης βάρους. Το ποσοστό της υποτροπής ανέρχεται στο 15%, οι περισσότεροι όμως ασθενείς (περίπου το 75%) διατηρούν το βάρος τους σε ικανοποιητικά επίπεδα για πολλά χρόνια.

Μερικές φορές η απώλεια βάρους μπορεί να μην ικανοποιήσει τις προσδοκίες του ασθενούς ή να είναι μικρότερη από ό,τι αναμένεται. Η συνεργασία και η συνέπεια του ασθενούς παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο τόσο στην απώλεια όσο και στη μετέπειτα διατήρηση του βάρους.

Μετά την επέμβαση θα χρειάζομαι μακροχρόνια ιατρική παρακολούθηση;

Ναι, η ιατρική παρακολούθηση πρέπει να είναι τακτική για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Ωστόσο η συχνότητα και η διάρκειά της εξαρτώνται από το είδος της επέμβασης. Η γαστροπλαστική Sleeve είναι η μοναδική επέμβαση, που σχετικά με τις υπόλοιπες περιοριστικές επεμβάσεις δεν απαιτεί μακροχρόνια παρακολούθηση. Οι υπόλοιπες επεμβάσεις περιορισμού απαιτούν ιατρική παρακολούθηση λόγω των απώτερων συνεπειών τους που σχετίζονται με τα φαινόμενα δυσφαγίας που είναι συχνά και συνηθισμένα. Οι επεμβάσεις γαστρικής παράκαμψης οπωσδήποτε απαιτούν μακροχρόνια, μόνιμη παρακολούθηση καθώς οι φυσιολογικές αλλαγές που επιφέρουν στο πεπτικό σύστημα εγκυμονούν πολλούς κινδύνους για τον οργανισμό και τη θρέψη του.

Θα μπορώ να τρέφομαι κανονικά;

Για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα η επέμβαση θα πρέπει να συνοδεύεται από προσεκτική διατροφή. Οι διατροφικοί περιορισμοί διαφέρουν στην κάθε επέμβαση, σε καμία περίπτωση ωστόσο δεν θα πρέπει τους πρώτους 6 μήνες να καταναλώνονται μαλακές και υγρές τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος, όπως ζάχαρη, αναψυκτικά και σνακ. Οι τροφές αυτές καταναλώνονται εύκολα, χωρίς να προκαλούν δυσφαγία ή κορεσμό, συμβάλλοντας αρνητικά στη διαμόρφωση του βάρους. Θα πρέπει επίσης να αποφεύγεται η υπερβολική ποσότητα φαγητού, καθώς και η γρήγορη, λαίμαργη και αμάσητη κατάποση τροφής. Στο διάστημα αυτό θα πρέπει να αποφεύγονται οι τροφές οι οποίες είναι σκληρές και ινώδεις (ερυθρό κρέας, νωπά λαχανικά και ορισμένα φρούτα όπως το πορτοκάλι), οι δύσπεπτες τροφές ή εκείνες που διογκώνονται με την απορρόφηση υγρών (ψωμί, ρύζι, μακαρόνια) αλλά και η λήψη υγρών κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά το γεύμα. Η συμμόρφωση με τους παραπάνω διατροφικούς κανόνες είναι καίρια για την επιτυχία της επέμβασης, καθώς τα λάθη στη διατροφή μπορεί να προκαλέσουν αποφράξεις, κοιλιακό πόνο και εμετούς αλλά και να εμποδίσουν την

απώλεια των κιλών.

Μετά τον 6ο μήνα η όρεξη επανέρχεται και η ανοχή στις τροφές είναι καλή. Ωστόσο το διάστημα αυτό οι ασθενείς θα πρέπει να εξακολουθήσουν να είναι πολύ προσεκτικοί με τη διατροφή τους, καθώς ο ρυθμός απώλειας βάρους αρχίζει να μειώνεται και προκειμένου να διατηρηθεί το βάρος στα επιθυμητά επίπεδα, θα πρέπει να ακολουθούνται οι ίδιοι κανόνες διατροφής με πριν.

Σε πολλές περιπτώσεις είναι απαραίτητη η λήψη βιταμινών (B1, B6, B12, D), σιδήρου, ασβεστίου και φυλλικού οξέως προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι μεταβολικές επιπλοκές.

Σχεδόν όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν ριζική επίδραση στις καθημερινές συνήθειες του ασθενούς και τον υποχρεώνουν να τροποποιήσει τη διατροφή του. Οι περιοριστικές επεμβάσεις έχουν τις μεγαλύτερες απαιτήσεις συμμόρφωσης στους κανόνες διατροφικού περιορισμού. Τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενείς διαταραχές διατροφικής συμπεριφοράς (βουλιμία) και αυτοί που είναι εξαρτημένοι από γλυκίσματα (sweeters) δεν είναι ιδιαίτερα κατάλληλοι για περιοριστικού τύπου επεμβάσεις.

Χρειάζεται να αθλούμαι;

Η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας είναι απαραίτητη για την επιτυχία της εγχείρησης. Όταν υπάρχει θερμιδική στέρηση και σημαντική απώλεια βάρους, οι καύσεις του οργανισμού μειώνονται και ο μόνος τρόπος για να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο αυτό, είναι η φυσική δραστηριότητα και η άσκηση. Η άσκηση επίσης θα βοηθήσει ώστε να μετριαστεί η χαλάρωση που προκαλεί ο καταβολισμός των σκελετικών μυών και θα σας κάνει να νιώσετε υγιείς, δυνατοί και σφριγηλοί. Ορισμένες ορμόνες που εκκρίνονται από τον οργανισμό κατά τη διάρκεια της άσκησης (ενδορφίνες και κατεχολαμίνες) έχουν ευνοϊκή επίδραση στον ψυχισμό σας, χαρίζοντάς σας αισιοδοξία και ευφορία.

Σε πόσο διάστημα θα επανέλθει το βάρος μου στα φυσιολογικά επίπεδα;

Ο ρυθμός απώλειας βάρους επηρεάζεται από την ηλικία, το φύλο και το προεγχειρητικό πλεονάζον βάρος. Όσο περισσότερα ήταν τα κιλά πριν από την επέμβαση, τόσο μεγαλύτερη είναι και η μηνιαία απώλεια βάρους. Δώδεκα μήνες μετά την επέμβαση οι περισσότεροι ασθενείς έχουν χάσει περισσότερο από το 1/3 του αρχικού τους βάρους ενώ στους 18 μήνες το βάρος προσεγγίζει το ιδανικό, με μια απόκλιση 15% - 20%. Στο σημείο αυτό δημιουργείται μεταβολική ισορροπία και η απώλεια βάρους σταματά. Μετά τη μεταβολική ισορροπία, εμφανίζεται ξανά κάποια τάση για αύξηση του βάρους. Οι περισσότεροι όμως ασθενείς (περίπου το

75%) διατηρούν το βάρος τους σε ικανοποιητικά επίπεδα για πολλά χρόνια.

Εάν το επιθυμώ μπορώ να αναστρέψω την επέμβαση;

Εξαρτάται από το είδος της επέμβασης που θα επιλέξετε. Το γαστρικό μπαλόνι, ο δακτύλιος και η κάθετη διαμερισματοποίηση αποτελούν αναστρέψιμες επεμβάσεις. Εάν ο ασθενής το επιθυμεί, είτε λόγω πραγματοποίησης του επιθυμητού στόχου, είτε λόγω της υπερβολικής δυσφορίας που μπορεί να προκαλέσουν οι επιπλοκές, είτε, σπανιότερα, λόγω αποτυχίας της επέμβασης, μπορεί να αναστρέψει την επέμβαση. Όμως, οι επεμβάσεις περιορισμού που πραγματοποιούν γαστρεκτομή είναι μη αναστρέψιμες, όπως και οι επεμβάσεις γαστρικής παράκαμψης.

Πηγές



ekstratia.gr | laparoscopicsurgery.gr | paxysarkia.gr | paxysarkia.net | health.in.gr | tovima.gr | skrekas.net | incardiology.gr | pathfinder.gr | gynaikologos-manolis.pblogs.gr | fyssas.gr | medinfo.gr | iatronet.gr