ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ, ΣΗΤΕΙΑ

Θ Ε Μ Α

«Εκτίμηση της συστηματικής χορήγησης φαρμάκων κατά της παχυσαρκίας στην Ελλάδα: Η συνεργασία Ιατρών - Διαιτολόγων».

Υπεύθυνος καθηγητής
Δρ Φραγκιαδάκης Γ.Α.

Βλαχάβα Μαρία
Σταυράκη Μαρία

ΣΗΤΕΙΑ 2004

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε για την πολύτιμη βοήθεια, συνεργασία και υποστήριξη τους :
Δρ Φραγκιαδάκη Γ.Α., εισηγητή της εργασίας και καθηγητή μας

Κο Δημητροπουλάκη Πέτρο, μαθηματικό και στατιστικό αναλυτή της έρευνας που έκανε όλες τις αναγκαίες αναλύσεις και συσχετίσεις για την εργασία, παρά την χιλιομετρική απόσταση που μας χώριζε.

Κο Τζώτζα Θεμιστοκλή, ενδοκρινολόγο που μας παρείχε πλούσιο βιβλιογραφικό υλικό, μας διέθεσε χρόνο και γνώσεις τόσο για τον τρόπο συγγραφής όσο και για το περιεχόμενο της εργασίας.

Κο Σταυράκη Πέτρο, φαρμακοποιό για τις πολύτιμες συμβουλές του.

Κα Γεωργαντά Άννα, βιβλιοθηκονόμο για την παροχή βιβλιογραφίας και πολύτιμων γνώσεων ως προς την μορφοποίηση της εργασίας.

Όλους τους γιατρούς που δέχτηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της έρευνας είναι να διαπιστωθεί η έκταση χρήσης ορλιστάτης και σιμπουτραμίνης από Έλληνες Γιατρούς για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και οι παρενέργειες. Επίσης, να αξιολογηθεί η συνεργασία Γιατρών και Διαιτολόγων στην αντιμετώπιση της πάθησης. Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια με 10 ενότητες ερωτήσεων. Διανεμήθηκαν 250 και παραλήφθηκαν 152, από τυχαίο δείγμα Γιατρών, ιδιωτών και νοσοκομειακών, με ειδικότητα Παθολογίας ή Ενδοκρινολογίας ή Καρδιολογίας. Οι γιατροί προέρχονταν από τις περιοχές: Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Βόλο, Λάρισα, Κρήτη, Ικαρία. Τα αποτελέσματα διαμορφώνονται ως εξής:

1)Το 36,8 % των Γιατρών δεν χορηγεί κανένα από τα δύο φάρμακα.

2) Το 35,5% των Γιατρών που απάντησαν χορηγεί αποκλειστικά ορλιστάτη και το 2,6% αποκλειστικά σιμπουτραμίνη.

3) Το 25% των Γιατρών χορηγεί είτε ορλιστάτη είτε σιμπουτραμίνη.

4) Οι Γιατροί που δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν τα φάρμακα ήσαν κατά 77% ιδιώτες και 39% νοσοκομειακοί.

5) Οι Γιατροί, μαζί με τα φάρμακα, συγχορηγούνε δίαιτα σε ποσοστό 98,9 %.

6) Στο 64,8% των περιπτώσεων χρήσης ορλιστάτης και σιμπουτραμίνης που καταγράφηκαν, διακόπηκε η θεραπεία λόγω παρενεργειών.

7) Η συντριπτική πλειοψηφία των Γιατρών αντιμετωπίζει θετικά τους Διαιτολόγους.

Συμπερασματικά, το 63% των Γιατρών που απάντησαν υποστηρίζει τη φαρμακοθεραπεία στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Οι ιδιώτες Γιατροί χορηγούν τα φάρμακα αυτά περισσότερο, όμως οι αιτίες και η έκταση αυτού του

φαινόμενου απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση. Οι Γιατροί θεωρούν την ισορροπημένη και εξειδικευμένη δίαιτα που μπορεί να παρέχει ο Διαιτολόγος, μαζί με την φυσική δραστηριότητα, πρωταρχικά μέσα αντιμετώπισης της νόσου.

……

λέξεις κλειδιά :παχυσαρκία, σιμπουτραμίνη, ορλιστάτη, δίαιτα, διαιτολόγος, φυσική δραστηριότητα.

ABSTRACT

The aim of our research is to examine the extent use of orlistat and sibutramine, the side effects of the two drugs, which are prescribed by doctors so as to give solution to obesity. Also, this research aims to evaluate the cooperation between doctors and dieticians so as to contribute to the treatment of the disease.

We applied questionnaires with 10 questions - units. We sent out 250 questionnaires, to a random sample of doctors both hospital and private of the 3 specialties: pathology, endocrinology and cardiology, and took back 152 answers. The doctors were from Athens, Thessaloniki, Larisa, Volo, Crete and Ikaria.

The results of the research are the following:

1. 36,8% of doctors prescribe no drug.
2. 35,5% of doctors prescribe only orlistat and 2,6% only sibutramine.
3. 25% of doctors prescribe either orlistat or sibutramine.
4. 77% of doctors who use the drugs are private and 39% are hospital.
5. 98,9% of doctors administer diet with both drugs.
6. In 64,8% of the cases, drug therapy was cut off because of side effects.
7. The majority of doctors deal positive with dieticians.

In conclusion, 63% of doctors support the pharmakotherapy as a solution to obesity. The private doctors prescribe more than hospital doctors do those drugs, a condition that requires furthermore investigation. Finally, doctors believe that

a personalized, balanced nutrition - diet provided by dieticians, combined with everyday exercise, is the chief way of treating obesity.

……

Key words: obesity, orlistat, sibutramine, nutrition, diet, dietician, exercise.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο 0
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ 7
1.2 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ..... 8
1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ 11
1.4 ΕΙΝΑΙ Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΝΟΣΟΣ; 13
1.5 ΜΟΝΑΔΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ 14
1.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ 14
1.7 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ 17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο 19
2.1 ΑΙΤΙΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....19
2.2 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ 26
2.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ 34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο 38
3.1 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ 38
3.2 ΣΙΜΠΟΥΤΡΑΜΙΝΗ 44
3.3 ΟΡΛΙΣΤΑΤΗ 47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο 49
4.1 ΕΡΕΥΝΑ.....49
4.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΑΣ 58
4.3 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ 58
4.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο 68
5.1 Σ Υ Ζ Η Τ Η Σ Η - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 68
5.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....84

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....85

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παχυσαρκία είναι αναμφίβολα η κυριότερη διατροφική διαταραχή του προηγμένου κόσμου. Η επίδραση στην ψυχική και σωματική νοσηρότητα, θνησιμότητα, αλλά και στην ποιότητα ζωής καθιστούν την παχυσαρκία νόσο και μάλιστα με χρόνια εξέλιξη.

Τα τελευταία χρόνια σημειώθηκαν σημαντικές πρόοδοι ιδιαίτερα στην περιγραφή των μηχανισμών της όρεξης και του κορεσμού, στον καθορισμό του ρόλου της κληρονομικότητας, στη σχέση ψυχολογίας και διατροφικής συμπεριφοράς, αλλά και στην αξιοποίηση διαφόρων φαρμάκων. Παρόλες τις προόδους, η παχυσαρκία θεραπεύεται δύσκολα και η αντιμετώπιση της προϋποθέτει πολύπλευρη συμμετοχή διαφόρων ειδικών, όπως γιατρού, διαιτολόγου, ψυχολόγου ή ψυχιάτρου, γυμναστή κ.ά. Χωρίς όμως κινητοποίηση του ίδιου του ασθενούς, τα αποτελέσματα είναι απογοητευτικά.

Στη χώρα μας, λόγω των διαστάσεων του προβλήματος, γίνεται μεγάλη προσπάθεια τα τελευταία χρόνια, ώστε να ευαισθητοποιηθεί ο κόσμος στο θέμα. Η παχυσαρκία δεν είναι απλά ένα αισθητικό πρόβλημα, αλλά μία χρόνια νόσος που προκαλεί πολυάριθμες και σοβαρές επιπλοκές.(**6.**)

1.2 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία είναι γνωστή εδώ και χιλιάδες χρόνια με διάφορα ονόματα, όπως ευσαρκία, πολυσαρκία κλπ. Σε πολλές κοινωνίες, ιδιαίτερα των ανεπτυγμένων χωρών της δύσης, προκαλεί ακόμα και στις μέρες μας αισθήματα ενοχής, ενώ οι ασθενείς με βαρεία παχυσαρκία εξακολουθούν να είναι στιγματισμένοι από το κοινωνικό σύνολο. Αντίθετα, σε *άλλες* κοινωνίες, στις θεωρούμενες σήμερα τριτοκοσμικές, αναγνωρίζονται στην παχυσαρκία στοιχεία υγείας, ομορφιάς και γονιμότητας.(**7.**)

Οι προϊστορικοί χρόνοι

Τα πρώτα γλυπτά που ανακαλύφθηκαν και απεικονίζουν παχύσαρκες γυναικείες μορφές ανάγονται στη λίθινη εποχή. Το πιο γνωστό από όλα είναι η Αφροδίτη του Willendorf, ένα μικρό πέτρινο άγαλμα ύψους 10.5 cm που κατασκευάστηκε 25.000 χρόνια πριν, έλαβε το όνομά του από το ομώνυμο χωριό της Αυστρίας όπου βρέθηκε και σήμερα βρίσκεται στο Μουσείο Φυσικής Ιστορίας της Βιέννης. Αναπαριστά γυναίκα με βαρεία, κεντρική παχυσαρκία, με μεγάλη κοιλιά και μεγάλους κρεμάμενους μαστούς. Ένα δεύτερο παρόμοιο άγαλμα υπάρχει στο ίδιο μουσείο και δείχνει μία καθιστή έγκυο γυναίκα, έντονα παχύσαρκη στην κοιλιά και στους γλουτούς, ενώ άλλα έξη αγάλματα με ίδιας μορφής παχυσαρκία βρέθηκαν στη Ρουμανία. Αρκετά αγαλματίδια της νεολιθικής εποχής βρέθηκαν στην Ισπανία, τη Γιουγκοσλαβία, την Τσεχία, τη Βουλγαρία, τη Γαλλία, τη Ρωσία κλπ., και όλα παριστάνουν γυναικείες μορφές με ποικίλου βαθμού και μεγέθους παχυσαρκία. Στη χώρα μας, παρόμοια αγάλματα βρέθηκαν στη Μακεδονία, στη Θεσσαλία και στην Κρήτη. Η πλέον αληθοφανής ερμηνεία που δίδεται για τα αγαλματίδια αυτά είναι εκείνη που υποστηρίζει ότι είναι «μητέρες θεότητες» και αποτελούν σύμβολα γονιμότητας. Το επίπεδο ανάπτυξης των κοινωνιών της εποχής εκείνης και οι δυσκολίες ανεύρεσης τροφής θα μπορούσαν εύκολα να συσχετιστούν με αυτά των φτωχών χωρών του κόσμου σήμερα, στις οποίες η γυναικεία παχυσαρκία ταυτίζεται με την ομορφιά, τη σεξουαλικότητα και τη γονιμότητα.(**7.**)

Οι Ελληνικοί και Ρωμαϊκοί χρόνοι

Η παχυσαρκία ήταν γνωστή στους Αρχαίους Έλληνες και Ρωμαίους γιατρούς. Η κλασσική εποχή, η οποία λάτρευε το μέτρο και την αρμονία του ανθρωπίνου σώματος θεωρούσε την παχυσαρκία νόσο.

Ο Ιπποκράτης υπήρξε μελετητής και θεραπευτής της παχυσαρκίας. Ο ίδιος θεωρούσε την παχυσαρκία ως μία από τις συνηθέστερες αιτίες υπογονιμότητας και στειρότητας των γυναικών.

Το παρακάτω κείμενο του Ιπποκράτη σε ελεύθερη μετάφραση σημαίνει «Παχύσαρκοι, άνθρωποι πλαδαροί και ροδαλοί πρέπει σχεδόν όλον το χρόνο να τρώνε ξηρό φαγητό, αφού η φύση τους είναι υγρή... Οι παχύσαρκοι, αλλά και οι υπέρβαροι που θέλουν να γίνουν λεπτοί πρέπει να δουλεύουν νηστικοί και να τρώνε αφού κουραστούν και είναι ακόμα λαχανιασμένοι, προτού κρυώσουν, έχοντας πάντως πιει λίγο δροσερό κρασί αναμεμειγμένο με νερό. Τα γεύματα να περιέχουν σουσάμι, καρυκεύματα ή άλλα παρόμοια δεν πειράζει να είναι λιπαρά για να χορταίνει το άτομο, ευκολότερα και με ελάχιστη ποσότητα τροφής. Οι παχύσαρκοι να τρώνε μόνο μία φορά την ημέρα, να μη κάνουν μπάνιο, να κοιμούνται σε σκληρό κρεβάτι και να περπατούν ελαφρά ντυμένοι όσο το δυνατό περισσότερο. Όσοι είναι λεπτοί και θέλουν να παχύνουν, πρέπει γενικά να κλίνουν τα αντίθετα από αυτά που είπα και να μη κάνουν καμία εργασία νηστικοί».(**7.**)

Οι Βυζαντινοί και Μεσαιωνικοί χρόνοι

Η παχυσαρκία την εποχή αυτή, αλλά και μέχρι περίπου τον 17^{ο} αιώνα, ανάλογα με την βαρύτητά της αλλά και το μέγεθος της βουλιμίας του ατόμου, θεωρούνταν ως μικρότερη ή μεγαλύτερη «αμαρτία». Η επίδραση του μοναχισμού με τη λιγόσαρκη, ισχνή και εικαστική μορφή των αγίων, των οσίων, των μαρτύρων και των αναχωρητών επιβάλλεται ως κυρίαρχη αισθητική αντίληψη για πολλούς αιώνες.(**7.**)

Ο 17ος αιώνας

Η Ιατρομηχανική σχολή, που ιδρύθηκε στη Ιταλία από τον Borelli, επέδωσε δύο διατριβές με θέμα την παχυσαρκία, οι οποίες είχαν ως κύρια χαρακτηριστικά την αποποίηση της προσωπικής ευθύνης του παχύσαρκου, την τοποθέτηση ης παχυσαρκίας σε ιατρομηχανική βάση, με σαφώς λιγότερα ηθικολογικά στοιχεία από εκείνα που επικρατούσαν τους προηγούμενους αιώνες.(**7.**)

Ο 18^{ος} αιώνας

Το αιώνα αυτόν, 34 τουλάχιστον διδακτορικές διατριβές είχαν ως θέμα την παχυσαρκία και επισήμαναν με πειστικότητα την αυξητική τάση του αριθμού των παχύσαρκων. Στο πρώτο μισό του αιώνα αυτού παρουσιάζεται και η πρώτη μονογραφία στην Αγγλική γλώσσα με θέμα την παχυσαρκία. Ως σημαντικές αιτίες της νόσου θεωρούνταν την εποχή αυτή ο τύπος του εισπνεόμενου αέρα, το είδος και η ποσότητα της τροφής και των υγρών που εισέρχονταν στον οργανισμό, ο τύπος των κενώσεων, η ξεκούραση και η άσκηση, ο συναισθηματικός κόσμος του ατόμου και η διάρκεια και ποιότητα του ύπνου, που όλα μαζί αποκαλούνταν *«αφύσικα»*. Η θεραπεία στηριζόταν στη διόρθωση των αφύσικων και συνίστατο σε νηστεία, εισπνοή καθαρού και φρέσκου αέρα τη χορήγηση υπακτικών κλπ.

Πριν από το τέλος του 18ου αιώνα, το 1785, ο Rigby έδωσε μια εξήγηση της αιτιολογίας της παχυσαρκίας, πολύ κοντά στα σημερινά δεδομένα. Είπε ότι: «η παχυσαρκία οφείλεται σε πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων τροφής από βουλιμία του ασθενούς και την τροφή αυτή ο οργανισμός αδυνατεί να την κάψει με αποτέλεσμα να την αποθηκεύει.(**7.**)

Ο 19^{ος} αιώνας

Η παχυσαρκία την εποχή αυτή ονομάζεται πολυσαρκία και οι διδακτορικές διατριβές με θέμα αυτό είναι λίγες.

Η νόσος αποδίδεται συνήθως στην υπερφαγία, στο φλεγματικό ταμπεραμέντο του ασθενούς, στην παράλειψη σωματικής άσκησης και στη δυσκοιλιότητα. Η θεραπεία που συστήνεται η μείωση της πρόσληψης τροφής και η αύξηση της σωματικής άσκησης, ο λιγότερος ύπνος η υποβοήθηση των εκκριτικών λειτουργιών και σε βαριές περιπτώσεις η χορήγηση ιωδίου.(**7.**)

Ο 20ος αιώνας

Ο 20ος αιώνας χαρακτηρίζεται από μία μεγάλη και συνεχή προσπάθεια διαλεύκανσης της παθογένειας και την ανεύρεση τρόπων και μεθόδων αντιμετώπισης της παχυσαρκίας. Οι όροι «ευσαρκία» και «πολυσαρκία», που συχνά χρησιμοποιούνταν μέχρι τότε, αντικαταστάθηκαν από τον όρο «παχυσαρκία». Στον 20ο αιώνα κυριαρχεί η αμερικανική ιατρική -και η αντίληψη ότι η παχυσαρκία αποτελεί νόσο με πολλούς αιτιολογικούς παράγοντες, έχει γίνει ευρύτατα αποδεκτή. Πειραματικές και βιοχημικές εργασίες, καθώς επίσης και έρευνες της φυσιολογίας των ιστών και των οργάνων, έδωσαν τη δυνατότητα σχεδόν πλήρους κατανόησης των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της νόσου. Οι μελέτες πάνω στους μηχανισμούς πρόσληψης τροφής και στον έλεγχο της από τον εγκέφαλο υπήρξαν καθοριστικές για την κατανόηση της παθογένειας της παχυσαρκίας.

Η συστηματική προσέγγιση της παθογένειας της νόσου η σοβαρή ενασχόληση από πολλούς επιστήμονες με το πρόβλημα, η επινόηση νέων τεχνικών σωματικής άσκησης, η ανακάλυψη νέων φαρμάκων και εγχειρητικών τεχνικών, καθώς επίσης και η μεταβολή των απόψεων της κοινωνίας για τη νόσο, δημιούργησαν βάσιμες ελπίδες επίλυσης του προβλήματος.(**7.**)

1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Με τον όρο παχυσαρκία περιγράφεται η υπερβολική ή και η ανώμαλη συσσώρευση λίπους στο σώμα ή σε ορισμένες περιοχές του, σε βαθμό τέτοιο που να επηρεάζεται δυσμενώς η υγεία του ατόμου. Η παχυσαρκία, διεθνώς «obecity»,

από το λατινικό ob που σημαίνει «εξ αιτίας», «ένεκα» και το esum από το ρήμα edere=τρώω), είναι το αποτέλεσμα ενός συνεχούς, παρατεταμένου και ανεπιθύμητου θετικού ενεργειακού ισοζυγίου, που έχει ως συνέπεια την αποταμίευση ενέργειας με τη μορφή λίπους και την αύξηση του βάρους του σώματος του ατόμου.

Προφανώς, το υπερβολικό βάρος σε άτομα οποιουδήποτε πληθυσμού είναι το αποτέλεσμα ενός θετικού ενεργειακού ισοζυγίου. Θα ήταν όμως υπεραπλούστευση το να πει κανείς ότι το να πει κανείς ότι το υπερβολικό βάρος χαρακτηρίζεται μόνο είτε από πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων τροφής ή από έλλειψη σωματικής δραστηριότητας.

Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει τη σχέση διαφόρων παραγόντων με την εμφάνιση της παχυσαρκίας στους διάφορους πληθυσμούς, οι οποίοι αναφέρονται εδώ επιγραμματικά:

Α) η ηλικία (αυξημένη επίπτωση μετά την ηλικία των 50-60 ετών),

Β) φύλο (οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό παχυσαρκίας από τους άντρες),

Γ) εθνικότητα (υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των φυλών στην επίπτωση της παχυσαρκίας),

Δ) κοινωνικοί παράγοντες (μεγαλύτερη επίπτωση σε αυτούς με χαμηλότερη μόρφωση ή και χρηματικό εισόδημα),

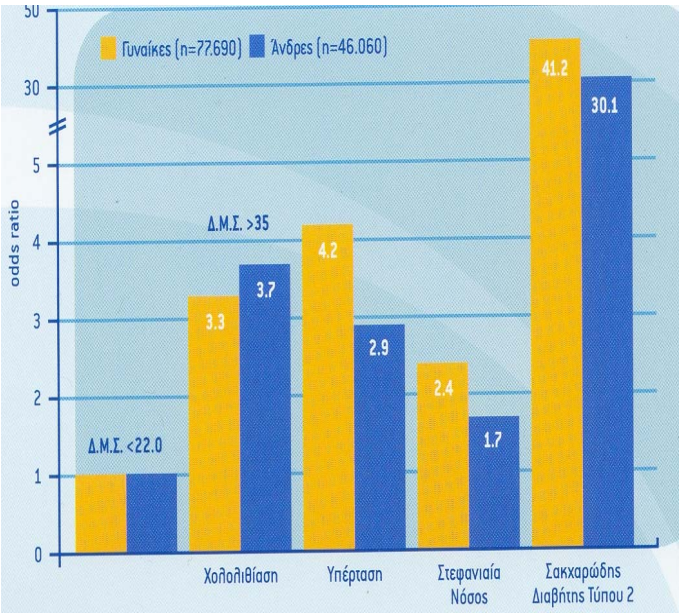
Ε) βιολογικοί παράγοντες όπως οι πολλαπλές εγκυμοσύνες (μικρή επίπτωση, αναφέρεται επιβάρυνση μικρότερη από 1 Kgr ανά εγκυμοσύνη) και

Στ) παράγοντες συμπεριφοράς όπως η σωματική άσκηση, η χρήση καπνού και οινοπνεύματος.(**2.**)

1.4 ΕΙΝΑΙ Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΝΟΣΟΣ;

Πάρα πολλοί θεωρούν ότι η παχυσαρκία είναι απλά ένα από τα χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου και τίποτε παραπάνω. Όμως η παχυσαρκία αντιμετωπίζεται από τον ιατρικό κόσμο ως νόσος. Ας δούμε όμως τι ορίζεται ως νόσος. Ως νόσος ορίζεται κάθε κατάσταση που μειώνει την ποιότητα και την ποσότητα της ζωής. Επομένως, ο καρκίνος που επιφέρει ταχύτερα το θάνατο είναι νόσος, όπως νόσος είναι και η οξεία οσφυαλγία από την οποία δεν κινδυνεύουμε να πεθάνουμε, αλλά μας μειώνει την ποιότητα της ζωής μας, αφού πονάμε και δεν μπορούμε για παράδειγμα να εργαστούμε.

Για τους παχύσαρκους, η ποιότητα ζωής είναι σαφώς μειωμένη. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις του αυξημένου σωματικού βάρους είναι πολύ σύνθετες και μπορούν να περιγραφτούν ως συχνή εμφάνιση κακής διάθεσης που είναι δυνατό να φτάσει έως την κατάθλιψη, αίσθημα σωματικής κόπωσης, αίσθημα συνεχούς περιορισμού αφού διαρκώς σχεδόν βρίσκονται σε δίαιτα, χαμηλή αυτοεκτίμηση λόγω αποτυχημένων προσπαθειών απώλειας βάρους, έχουν να αντιμετωπίσουν τον κοινωνικό ρατσισμό, δεν προσλαμβάνονται εύκολα ως εργαζόμενοι και μερικές φορές αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Είναι προφανής λοιπόν η μείωση της ποιότητας της ζωής των παχύσαρκων, μιας ζωής που μάλιστα είναι και συντομότερη, αφού όπως μας δείχνει και ο παρακάτω πίνακας, οι παχύσαρκοι εμφανίζουν συχνότερα πολλές και σημαντικές επιπλοκές υγείας, συγκρινόμενοι με άτομα φυσιολογικού βάρους.



Ασθενείς με ΔΜΣ≥35, σε σύγκριση με όσους έχουν ΔΜΣ<22 έχουν: μεγαλύτερη από 30-40 φορές πιθανότητα εμφάνισης ΣΔΙΙ , μεγαλύτερο από 2-4 φορές κίνδυνο για εμφάνιση σοβαρών χρόνιων παθήσεων.

Η παχυσαρκία συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα (1).

Επομένως, καθίσταται φανερό ότι η παχυσαρκία είναι νόσος και μάλιστα ως νόσος του ενεργειακού μεταβολισμού, είναι χρόνια και όχι εύκολα ή απλά αντιμετωπίσιμη.(**1.**)

1.5 ΜΟΝΑΔΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Οι πλέον συνηθισμένες μονάδες μέτρησης και δείκτες της παχυσαρκίας καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα.

ΔΕΙΚΤΗΣ	ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ
«Ιδανικό βάρος σώματος»	Kg
Βάρος σώματος	Kg
Υπέρβαρο ή πλεονάζον βάρος	Kg
Εκατοστιαίο υπέρβαρο	Kg %
Δείκτης μάζας σώματος	Kg/m^2
Περίμετρος μέσης	cm
Περίμετρος λεκάνης-γλουτών	cm
Σχέση μέσης προς περιφέρεια	-
Πάχος δερματικών πτυχών	cm
Ολικό λίπος σώματος	Kg

(**7.**)

1.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Τρεις από τους παραπάνω είναι οι μείζονες αριθμητικοί δείκτες που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση και ταξινόμηση της παχυσαρκίας διεθνώς:

1. Σωματικό βάρος πάνω από το 120% του ιδανικού σωματικού βάρους («ιδεώδες» 100%) από τους πίνακες των ασφαλιστικών εταιριών. Οι πίνακες αυτοί μειονεκτούν και δεν χρησιμοποιούνται πλέον, γιατί το βάρος εκτιμάται

με βάση τη σωματική διάπλαση σε σχέση με το ύψος και ο σκελετός εκτιμάται γενικά και όχι με ειδικές μετρήσεις.

2. Ο δείκτης μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ/ BMI), ο οποίος ορίζεται ως το βάρος του σώματος σε κιλά διαιρούμενο από το τετράγωνο του ύψους. (Βλέπε Πίνακα 2)

BMI= Σωματικό βάρος (Kgr) / Ύψος2 (m)

3. Μέτρηση της περιμέτρου της μέσης ή της σχέσης τη περιμέτρου της μέσης προς αυτή των γοφών (WHR). Ο WHR όταν υπερβαίνει το 0.85 στις γυναίκες ή το 1.00 στους άντρες χαρακτηρίζει την «κεντρική», «σπλαχνική», «ανδροειδή» ή σχήμα μήλου παχυσαρκία σε σχέση με την «περιφερική», «γυναικοειδή» ή «σχήμα αχλαδιού» παχυσαρκία.

   Οι τελευταίες μελέτες χρησιμοποιούν το δείκτη «περίμετρος μέσης: WC σαν το πιο αξιόπιστο για να χαρακτηρίσουν την κοιλιακή παχυσαρκία. Για τους άντρες το παραπάνω ισχύει όταν η περίμετρος μέσης τους υπερβαίνει τα 102 cm και για τις γυναίκες τα 88 cm. (Βλέπε Πίνακα 3)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) συνιστά την ταξινόμηση των ελλιποβαρών όπως και των υπέρβαρων και παχύσαρκων με βάση το Δ.Μ.Σ., ο οποίος είναι ο πλέον καθιερωμένος, δημοφιλή τρόπος διεθνώς και μέθοδος επιλογής της εκτίμησης σωματικού βάρους και της παχυσαρκίας, λόγω της απλότητας και ευκολίας προσδιορισμού του.

Ο Δ.Μ.Σ. σχετίζεται πολύ καλά με το ποσοστό λίπους και το σύνολο του λίπους του σώματος στον γενικό πληθυσμό και έχει μικρή συσχέτιση με το ύψος. Τα όρια που τίθενται, πάνω από τα οποία ένα άτομο θεωρείται παχύσαρκο με βάση τον Δ.Μ.Σ., σχετίζονται με ποσοστό λίπους> 25% σε νεαρούς ενήλικες άντρες και 35% σε νεαρές ενήλικες γυναίκες. Ο Δ.Μ.Σ. θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε άτομα και ειδικές πληθυσμιακές ομάδες όπως τις έγκυες γυναίκες ή τους αθλητές που επιδίδονται στην ανάπτυξη του μυϊκού συστήματος.

Στα παιδιά, η παχυσαρκία ορίζεται ως το βάρος που αντιστοιχεί σε ύψος που βρίσκεται πάνω από την 95^{η} εκατοστιαία θέση. Ο Δ.Μ.Σ. μπορεί να χρησιμοποιηθεί στα παιδιά, αλλά επειδή το βάρος αυξάνεται πιο γρήγορα από το ύψος κατά τη διάρκεια της αύξησης , η ηλικία και το φύλο θα πρέπει να συνεκτιμηθούν για τον προσδιορισμό του.(**2.**)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ BMI από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO, 1997)

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	BMI (Kgr/m^2)
Ελλιποβαρής	<18.5
Φυσιολογικό βάρος	18.5-24.9
Προ παχυσαρκίας κατάσταση Υπέρβαρος (βαθμού Ι)	 25.0-29.9
Παχύσαρκος Παχύσαρκος (βαθμού ΙΙα) Παχύσαρκος (βαθμού ΙΙβ) Σοβαρά παχύσαρκος (βαθμού ΙΙΙ)	 30.0-34.9 35.0-39.9 ≥40.0

(21.)

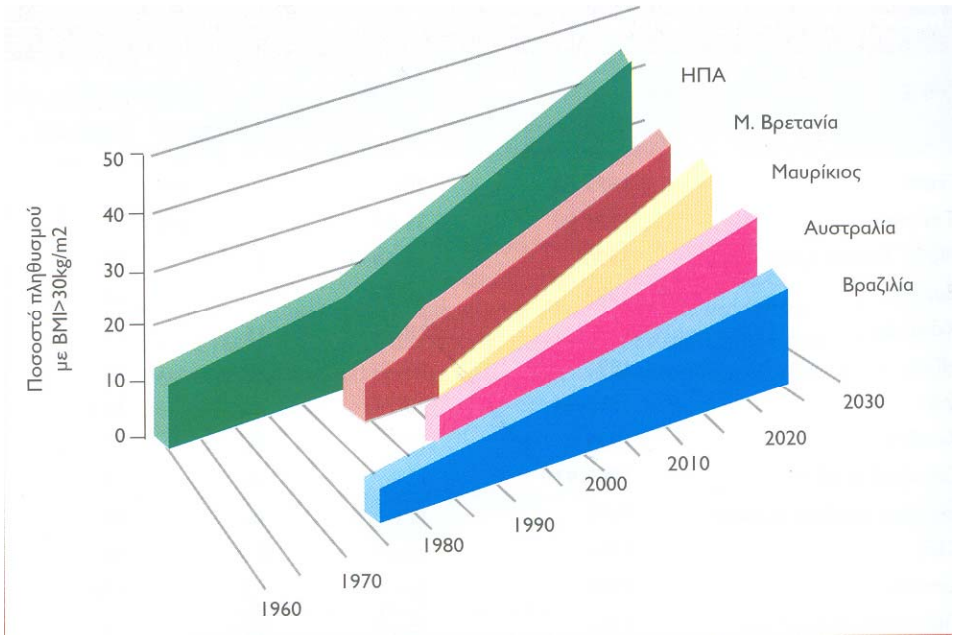
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κίνδυνος για εμφάνιση νόσων σχετικός με διαφορετικά επίπεδα κεντρικού λίπους.

	ΚΙΝΔΥΝΟΣ		
	Χαμηλός	Μέτριος	Μεγάλος
Άντρες Περίμετρος μέσης (cm) WHR	 <94 <0.90	 94-102 0.90-1.00	 >102 >1.00
Γυναίκες Περίμετρος μέσης (cm) WHR	 <80 <0.75	 80-88 0.75-0.85	 >88 >0.85
WHR =Περίμετρος μέσης διαιρούμενη με αυτή των γοφών.			

(2.)

1.7 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία αποτελεί πρόβλημα για όλες σχεδόν τις χώρες του κόσμου, το οποίο με την πάροδο των ετών γίνεται ακόμα μεγαλύτερο. Σε όλες τις χώρες, αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες, η νόσος αυξάνει ραγδαία και έχει φτάσει σε «επίπεδα συναγερμού». Το σχήμα παρακάτω δείχνει την πορεία της νόσου από το 1960 έως σήμερα καθώς επίσης και αυτή που αναμένεται να έχει μέχρι το έτος 2030 στις ΗΠΑ, στην Αγγλία, στην Αυστραλία, στα νησιά του Αγίου Μαυρικίου και στη Βραζιλία.(Kopelman, 2000)



Συχνότητα παχυσαρκίας από το 1960 ως σήμερα και μέχρι το 2030.

Όσον αναφορά τη χώρα μας, πρόσφατα ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα της πανελλήνιας επιδημιολογικής μελέτης επιπολασμού παχυσαρκίας που διεξήγαγε η Ελληνική Ιατρική Εταιρία Παχυσαρκίας, αναφερόμενοι στον επιπολασμό της παχυσαρκίας στους ενήλικες. Μελετήθηκε αντιπροσωπευτικό δείγμα 17.341 ατόμων (9.107 γυναίκες και 8.234 άντρες) ηλικίας 20-70 ετών από ολόκληρη την ελληνική επικράτεια. Τα αποτελέσματα της μελέτης ήταν τα ακόλουθα: Στο

σύνολο του πληθυσμού το 26% των ανδρών και το 18,2% των γυναικών παρουσιάζουν παχυσαρκία, ενώ σωματικό υπέρβαρο παρουσιάζουν το 41,1% και το 29,9% αντίστοιχα. Νοσογόνο παχυσαρκία εμφανίζουν οι άντρες σε ποσοστό 1,4% και οι γυναίκες σε ποσοστό 1,1%. Είναι αξιοσημείωτο ότι, οι γυναίκες στη δεκαετία 61-70 ετών είναι παχύσαρκες περίπου σε ποσοστό 45%. Συμπερασματικά, η εκτίμηση των αποτελεσμάτων δείχνει αυξημένη συχνότητα εμφάνισης σωματικού υπέρβαρου και παχυσαρκίας στους άντρες σε όλες τις ηλικίες και στις γυναίκες κυρίως μετά την εμμηνόπαυση.(πανελλήνια μελέτη επιπολασμού)(**7.**)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

2.1 ΑΙΤΙΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία είναι νόσος του ενεργειακού ισοζυγίου**.** Για να παχύνει δηλαδή ένας άνθρωπος, θα πρέπει απαραίτητα να πάρει περισσότερη ενέργεια (δηλ. θερμίδες μέσω της τροφής) από αυτή που καταναλώνει. Οι διάφορες αιτίες που θα αναφερθούν παρακάτω επιδρούν είτε μειώνοντας τις καύσεις, είτε αυξάνοντας πάνω από το φυσιολογικό την επιθυμία για φαγητό, είτε τέλος δημιουργώντας εκλεκτικές γευστικές επιθυμίες προς τροφές που ευνοούν την αύξηση του σωματικού βάρους, όπως είναι κυρίως τα λιπαρά και λιγότερο η ζάχαρη.

Εκείνο όμως που θα πρέπει από την αρχή να γίνει κατανοητό είναι ότι η αιτία της παχυσαρκίας δεν είναι μία αλλά πολλές, ακόμα και για το ίδιο άτομο. Θα πρέπει τις πιο πολλές φορές να συνδυαστούν περισσότεροι από έναν παράγοντες για την εμφάνιση αλλά και διαιώνιση της. Για την ταξινόμηση της παχυσαρκίας υπάρχουν διάφοροι τρόποι.(**5.**)

Ταξινόμηση Α

Πρωτοπαθής

Δεν υπάρχουν δηλαδή κάποια άλλα νοσήματα, τουλάχιστον γνωστά, που να προδιαθέτουν στην αύξηση του σωματικού βάρους. Αλλά και στις περιπτώσεις αυτές έχουν βρεθεί πάρα πολλές «χημικές» διαφορές μεταξύ υπέρβαρων και αδύνατων ατόμων, κυρίως όσον αφορά τη λειτουργία ενός εγκεφαλικού σχηματισμού, του υποθαλάμου, που ρυθμίζει την όρεξη και τον κορεσμό (χόρτασμα), όπως και σε διάφορες ορμόνες που παράγονται από το γαστρεντερικό σύστημα. Στις πρωτοπαθείς μορφές περιλαμβάνονται και τα άτομα με μειωμένη γενετήσια λειτουργία καθώς και οι γυναίκες που παχαίνουν κατά την εμμηνόπαυση.

Δευτεροπαθής

Δηλαδή αποτέλεσμα άλλων νόσων, συνήθως ενδοκρινικών και κληρονομικών.

Στην δευτεροπαθή μορφή περιλαμβάνονται περιπτώσεις με μειωμένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος που έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση των καύσεων και επομένως την αύξηση του σωματικού βάρους.

Χαμηλή δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος παρατηρείται σε:

α. Δίαιτα πλούσια σε λίπη. Όταν ο άνθρωπος καταναλώνει υπερβολικές ποσότητες λιπαρών τροφών, δεν παχαίνει μόνο γιατί παίρνει πολλές θερμίδες αλλά και γιατί μειώνονται από το λίπος και οι καύσεις του.

β. Νηστεία. Πολλά άτομα, κυρίως νέες γυναίκες, στην προσπάθεια τους να μην παχύνουν, καταναλώνουν μακροχρόνια πολύ μικρές ποσότητες φαγητού. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την πολύ μεγάλη μείωση των καύσεων του οργανισμού. Έτσι, μόλις αρχίσουν να τρώνε, έστω και κανονικά, το σωματικό τους βάρος αυξάνει πολύ πιο εύκολα οπό αυτό που θα δικαιολογούσε η ποσότητα της τροφής που καταναλώνουν.

γ. Κληρονομική παχυσαρκία. Έχει βρεθεί ότι ένα ποσοστό ατόμων με παχύσαρκους γονείς εμφανίζει μειωμένες καύσεις ακόμα και πριν παχύνει. Στις περιπτώσεις αυτές, η εμφάνιση παχυσαρκίας είναι ο κανόνας, εκτός αν με κατάλληλη εκπαίδευση κατορθώσουν να ελαττώσουν σε μακροχρόνια βάση και την ποσότητα της προσλαμβανομένης τροφής.

δ. Αύξηση της κορτιζόνης στο αίμα. Είναι γνωστό ότι άτομα σε μακροχρόνια θεραπεία με κορτιζόνη αυξάνουν πολύ συχνά το βάρος τους. Αυτό βέβαια δεν είναι αιτία να αρνηθούν μία ανάλογη θεραπεία, αλλά θα πρέπει σε όλη τη διάρκεια της να μειωθεί παράλληλα και η ποσότητα της τροφής που καταναλώνουν και έτσι θα αποφύγουν οπωσδήποτε την εμφάνιση παχυσαρκίας.

Αύξηση της κορτιζόνης όμως είναι δυνατόν να υπάρχει και σε παθήσεις των επινεφριδίων. Αν και είναι πολύ σπάνιες, θα πρέπει να τις υποψιαστείτε και να καταφύγετε στον γιατρό, όταν δείτε ένα στρογγυλό πρόσωπο με υπερβολικά

παχιά και κόκκινα μάγουλα, δυσανάλογα παχιά κοιλιά σε σχέση με τα πόδια και κατακόκκινες ραβδώσεις σε όλο το σώμα.

ε. Παθήσεις του θυρεοειδούς. Οι παθήσεις του θυρεοειδούς σαν μοναδική αιτία παχυσαρκίας είναι εξαιρετικά σπάνιες. Συνήθως ευνοούν μικρές μόνο μεταβολές του σωματικού βάρους (2-10 κιλά) και δεν είναι πρακτικά ποτέ αποκλειστικές αιτίες βαρείας παχυσαρκίας. Αλλά πολύ συχνά, στην κλινική πράξη, βλέπουμε άτομα με υπολειτουργία του θυρεοειδούς που θα έπρεπε να παχαίνουν, να χάνουν βάρος λόγω της μεγάλης μείωσης της όρεξης τους από την νόσο.

Αλλά και άτομα με υπερλειτουργία του θυρεοειδούς που θα έπρεπε να χάνουν πολύ βάρος λόγω των αυξημένων καύσεων, χάνουν ελάχιστο ή και καθόλου λόγω της πολυφαγίας που παρουσιάζουν και η οποία αντισταθμίζει τον υπερμεταβολισμό τους. Το πρόβλημα βάρους για αυτούς αρχίζει από τη στιγμή που θα αρχίσουν θεραπεία για τον υπερθυρεοειδισμό. Τα φάρμακα μειώνουν τις αυξημένες καύσεις (και βέβαια έτσι πρέπει πάντα να γίνεται}, οπότε αν δεν μειωθεί ταυτόχρονα και η ποσότητα της καταναλισκομένης τροφής, το αποτέλεσμα θα είναι το σωματικό βάρος να βρεθεί σε ψηλότερα επίπεδα από αυτά πριν την εμφάνιση της νόσου.

Εκείνο που ίσως έχει την μεγαλύτερη σημασία, όσον αφορά τη σχέση θυρεοειδούς και παχυσαρκίας, είναι οι αποκλίσεις των θυρεοειδικών ορμονών στα φυσιολογικά πλαίσια, χωρίς δηλαδή την ύπαρξη νόσου. Έχει βρεθεί ότι, όσο ψηλότερη είναι μία ορμόνη του θυρεοειδούς που λέγεται Τριιωδοθυρονίνη (Τ3), τόσο περισσότερες είναι και οι καύσεις του συγκεκριμένου ατόμου. Μπορεί οι διαφορές αυτές να είναι μικρές σε ημερήσια βάση, αλλά αν δούμε το φαινόμενο μακροχρόνια και αθροιστικά, τότε μπορεί να φτάσουμε ακόμα και σε μεγάλες αποκλίσεις του σωματικού βάρους. Να τονισθεί εδώ ότι οι λιπαρές τροφές μειώνουν την παραγωγή της Τ3 ενώ οι υδατανθρακούχες (άμυλο) την αυξάνουν. Να λοιπόν ένας ακόμα λόγος που κάνει απαραίτητη την μείωση των λιπαρών από το διαιτολόγιο σε μακροχρόνια βάση.

Στ. Υψηλή θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Στα θερμά κλίματα ή τις θερμές εποχές του χρόνου, οι ανάγκες σε θερμίδες, και επομένως οι ανάγκες σε τροφή, είναι μειωμένες. Αυτός βέβαια είναι ένας πολύ σοφός μηχανισμός της φύσης για να αποφευχθεί η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος και επομένως

η θερμοπληξία. Οι κίνδυνοι λοιπόν είναι δύο όταν υπάρχει πολυφαγία το καλοκαίρι: ευκολότερη αύξηση του βάρους και δυσκολότερη προσαρμογή του οργανισμού στην ζέστη μέχρι και θερμοπληξίας όταν υπάρχει καύσωνας.

ζ. Γαλουχία. Κατά το θηλασμό, οι καύσεις της γυναίκας είναι λίγο μειωμένες. Αυτό γίνεται για να εξοικονομηθεί ενέργεια (τροφή) η οποία μέσω του μαστού και του μητρικού γάλακτος θα θρέψει το παιδί της. θα ήταν βέβαια έξω από κάθε λογική να στερήσετε το παιδί σας από τα ευεργετικά οφέλη του μητρικού θηλασμού για να μην παχύνετε!(**5.**)

Ταξινόμηση Β

Συγγενής (Κληρονομική) παχυσαρκία

Η επίδραση της κληρονομικότητας στην εμφάνιση ή όχι παχυσαρκίας είναι σήμερα αναμφισβήτητη. Μελέτες που έγιναν σε παιδιά παχύσαρκων γονέων υιοθετημένα οπό λεπτόσωμα άτομα (θετοί γονείς), έδειξαν ότι όσο τα παιδιά μεγάλωναν, αποκτούσαν πιο συχνά τα χαρακτηριστικά σωματικού βάρους των φυσικών τους γονέων παρά των δετών. Το αντίθετο ακριβώς παρατηρείται όταν οι φυσικοί γονείς είναι λεπτόσωμοι και οι θετοί παχύσαρκοι.

Αλλά και μελέτες σε δίδυμους έδειξαν ότι: όταν οι δίδυμοι είναι μονοωογενείς, δηλ, προέρχονται από ένα ωάριο και επομένως είναι ακριβώς ίδιοι, εφ' όσον ο ένας από τους δύο παχύνει σε νεαρή ηλικία, θα παχύνει και ο άλλος με πιθανότητες 81 %. Αντίθετα, όταν οι δίδυμοι προέρχονται από διαφορετικά ωάρια και ο ένας παχύνει, τότε έχει πιθανότητες μόνο 42% να παχύνει και ο άλλος. Το ενδιαφέρον είναι ότι αν ένας μονοωογενής δίδυμος παχύνει στην ενήλικη ζωή, ο άλλος έχει πιθανότητες να παχύνει 70% και όχι 81%, δηλαδή το διαφορετικό περιβάλλον που συνήθως ζουν μετά την ενηλικίωση αποτρέπει, έστω και μερικά, την εμφάνιση ισχυρότατων κληρονομικών χαρακτηριστικών.

Ένα άλλο στοιχείο που ενισχύει την κληρονομική προδιάθεση για εμφάνιση παχυσαρκίας είναι και η αύξηση του ποσοστού παχύσαρκων ατόμων σε όλες τις φυλές και όλα τα έθνη. Αυτό έχει την παρακάτω εξήγηση: Σε περιόδους έλλειψης τροφίμων, τα άτομα που παρουσίαζαν λίγες καύσεις, δηλ, μικρές ανάγκες σε τροφή, επέζησαν σε μεγαλύτερο ποσοστά από άτομα που είχαν πολλές καύσεις.

Αυτοί επομένως μετέφεραν και τα κληρονομικά αυτά χαρακτηριστικά, δηλαδή των μειωμένων αναγκών σε τροφή, και στους απογόνους τους.

Επίκτητη παχυσαρκία

Είναι η παχυσαρκία που εμφανίζεται σε άτομα χωρίς κληρονομικές καταβολές για την νόσο. Μελέτες σε μεγάλα τμήματα πληθυσμών έχουν δείξει ότι η επίδραση του περιβάλλοντος είναι πιο ισχυρή από την επίδραση ακόμα και της κληρονομικότητας, Η δύναμη αυτή αναφέρεται όχι μόνο στην δημιουργία (ή αποτροπή) εμφάνισης παχυσαρκίας σε άτομα χωρίς γονιδιακό υπόστρωμα αλλά και σε αυτά ακόμα τα άτομα με ισχυρές κληρονομικές καταβολές. Τρία παραδείγματα που ενισχύουν την άποψη αυτή είναι:

α. Η ύπαρξη παχύσαρκης μητέρας σε υπέρβαρα άτομα είναι πολύ πιο συχνή από την ύπαρξη παχύσαρκου πατέρα. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι η νόσος παχυσαρκία μεταδίδεται από την μητέρα ολλά ότι αυτή είναι υπεύθυνη για το διατροφικό περιβάλλον της οικογένειας στο οποίο τα παιδιά γεννιούνται, μεγαλώνουν και αποκτούν τις διαιτητικές συνήθειες που ευνοούν την αύξηση του σωματικού βάρους.

β. Τα σκυλιά που ανήκουν σε άτομα φυσιολογικού βάρους είναι παχύσαρκα σε ποσοστό μόνο 25%, ενώ σκυλιά που ανήκουν σε παχύσαρκα άτομα είναι και αυτά παχύσαρκα σε ποσοστό 50%. Καταλαβαίνεται λοιπόν την δύναμη του περιβάλλοντος, αφού επηρεάζει δυσμενώς και αυτά ακόμα τα ζώα.

γ. Στις Ηνωμένες πολιτείες της Αμερικής υπάρχει μία φυλή Ινδιάνων, οι Pima, οι οποίοι εμφανίζουν σε πολύ μεγάλο ποσοστά παχυσαρκία και διαβήτη, γι' αυτό και αποτελούν ερευνητικά πρότυπα για την μελέτη της νόσου. Πρόσφατα, ένας κλάδος της ίδιας ακριβώς φυλής ανακαλύφθηκε στο ορεινό Μεξικό όπου ζουν σαν αγρότες. Στα άτομα αυτά, με εντελώς διαφορετικά τρόπο ζωής και διατροφής από αυτόν της Αμερικής, το ποσοστά παχυσαρκίας και διαβήτη ήταν μηδενικά, και να σκεφτεί κανείς ότι έχουν ακριβώς το ίδιο γενετικό υπόστρωμα.

Όταν λέμε «περιβάλλον» εννοούμε τον τρόπο ζωής του ατόμου, τις διαιτητικές του συνήθειες, την γενική σωματική δραστηριότητα, την επαγγελματική σωματική δραστηριότητα και το επίπεδο άσκησης του. Τα κύρια σημεία της

έννοιας 'περιβάλλον' που θα πρέπει να σταθούμε είναι: οι διαιτητικές συνήθειες και η σωματική δραστηριότητα.

Όσον αφορά τις **διαιτητικές συνήθειες,** είναι βέβαιο σήμερα ότι τα παχύσαρκα άτομα ή τρώνε περισσότερο από το φυσιολογικό για τα προσωπικά τους δεδομένα και το υπο-εκτιμούν ή τρώνε, αναλογικά με τα λεπτόσωμα άτομα, μεγαλύτερες ποσότητες λιπαρών ουσιών, έστω και με φυσιολογικές συνολικά ποσότητες τροφής. Και αυτή όμως η εσωτερική «επιθυμία» για μεγαλύτερες ποσότητες τροφής ή και για περισσότερες λιπαρές ουσίες, φαίνεται ότι οφείλεται σε μεταβολές του χημισμού του οργανισμού των παχύσαρκων ατόμων σε επίπεδο ορμονών και νευρομεταβιβαστών.

Όσον αφορά τη **σωματική δραστηριότητα,** όλοι γνωρίζουμε καλά σήμερα το πόσο πολύ έχει μειωθεί, όχι μόνο σε επίπεδο άσκησης αλλά και σε επίπεδο επαγγελματικής ενασχόλησης. Η ελάττωση αυτή του βαθμού σωματικής άσκησης έχει πολλαπλές επιπτώσεις στο ενεργειακό ισοζύγιο του οργανισμού. Δεν είναι μόνο οι θερμίδες που καίμε κατά τη διάρκεια της άσκησης, αλλά και μετά από αυτήν υπάρχει κάποιος βαθμός υπερμεταβολισμού. Επί πλέον, άτομα που ασκούνται συστηματικά, αυξάνουν την ποσότητα και βελτιώνουν την ποιότητα του μυϊκού τους ιστού και έτσι έχουν αυξημένο ακόμα και το βασικό τους μεταβολισμό, αφού ο ενεργός μεταβολικά ιστός είναι ο μυϊκός και όχι ο λιπώδης.(**5.**)

Ταξινόμηση Γ

Μεταβολική παχυσαρκία

Πρόκειται για άτομα τα οποία παρουσιάζουν μειωμένες καύσεις σε σχέση με αυτές που θα έπρεπε να έχουν, αναλογικά πάντα με το φύλο, την ηλικία, το σωματικό βάρος, το σωματικό ύψος και το επίπεδο της σωματικής τους δραστηριότητας.

Υπερφαγική Παχυσαρκία

Είναι οι περιπτώσεις εκείνες που κάποιες μη ομαλές συνθήκες του περιβάλλοντος ή και κάποιο διαταραγμένο νεύρο-ορμονικά υπόστρωμα ή και κάποιες ψυχολογικές αποκλίσεις κάνουν το άτομο να μην μπορεί να έχει έλεγχο στο τι και πόσο τρώει. Η διάκριση της παχυσαρκίας σε μεταβολική και υπερφαγική είναι χρήσιμη για την καλύτερη δυνατή θεραπευτική προσπέλαση της νόσου, αφού στις περιπτώσεις με μεταβολικά πρόβλημα θα πρέπει να εφαρμόζονται μέθοδοι που αυξάνουν τις καύσεις, ενώ στις περιπτώσεις με υπερφαγία θα πρέπει να εφαρμόζονται μέθοδοι που μειώνουν την επιθυμία για πρόσληψη τροφής ή που φέρνουν κορεσμό της όρεξης μετά από την λήψη φυσιολογικής ποσότητας τροφής.(**5.**)

Ταξινόμηση Δ

Βιολογική παχυσαρκία

Είναι το σύνολο των περιπτώσεων με παθολογικά μειωμένες καύσεις ή με παθολογικά αυξημένη επιθυμία για λήψη τροφής ή με αδυναμία εμφάνισης κορεσμού της πείνας μετά λήψη φυσιολογικών ποσοτήτων τροφής.

Κοινωνική παχυσαρκία

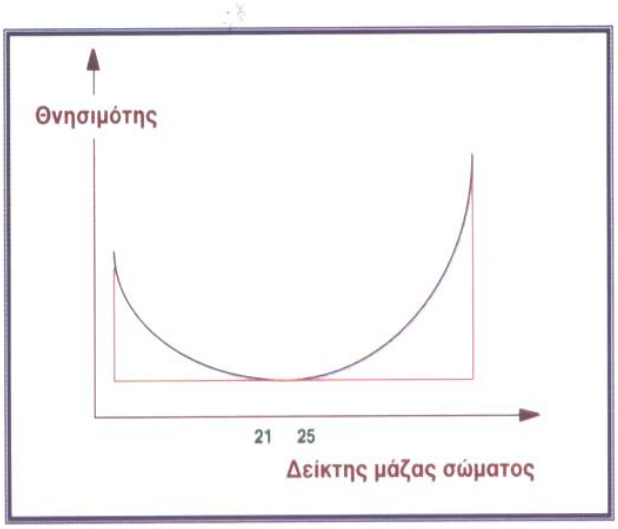
Είναι σήμερα γνωστό ότι άτομα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό βαρεία παχυσαρκία. Αλλά και άτομα με έντονη κοινωνική ζωή, είναι συχνά υπέρβαρα και μάλιστα

εμφανίζουν και σωρεία άλλων διατροφικών νόσων, αφού κάθε κοινωνική εκδήλωση αρχίζει και τελειώνει με γεύμα, το οποίο βέβαια δεν είναι ...ντοματοσαλάτα.

Ψυχολογική Παχυσαρκία

Τα ψυχολογικά προβλήματα των υπέρβαρων ατόμων είναι συχνά και πολλά, πολλές φορές δε είναι και καθοριστικά για όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του (οικογενειακές, επαγγελματικές, κοινωνικές, προσωπικές, σεξουαλικές κτλ). Εκείνο που είναι δύσκολο να απαντηθεί είναι το αν οι ψυχολογικές διαταραχές προκάλεσαν την παχυσαρκία ή αν η παχυσαρκία αυτές. Πάντως, είτε είναι αίτιο, είτε είναι αποτέλεσμα, χωρίς σωστή ψυχολογική προσπέλαση του υπέρβαρου ατόμου και χωρίς τροποποίηση της διαιτητικής του συμπεριφοράς, οι πιθανότητες μόνιμης αντιμετώπισης του προβλήματος θα παραμείνουν όνειρο.(**5.**)

2.2 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ



Το σύνολο πρακτικά των επιδημιολογικών και κλινικών μελετών αποδεικνύουν ότι τα παχύσαρκα άτομα έχουν αυξημένους κινδύνους νοσηρότητας (για σωρεία νόσων] αλλά και θνησιμότητας. Η μελέτη που γίνεται στο Framingham των ΗΠΑ απέδειξε ότι στις ηλικίες 30-42 ετών, για κάθε αύξηση του βάρους κατά 0.5 κιλό, ο σχετικός κίνδυνος θανάτου αυξάνει κατά 1%, ενώ στις ηλικίες 50-62 και για την ίδια αύξηση, ο σχετικός κίνδυνος γίνεται μεγαλύτερος κατά 2%. Στο σχήμα *4* φαίνεται ότι άτομα με την μικρότερη θνησιμότητα είναι αυτά που έχουν δείκτη μάζα σώματος 21-25. Το παράδοξο

είναι ότι, ενώ η απώλεια βάρους μειώνει φοβερά την νοσηρότητα, δεν φαίνεται να μειώνει και την θνησιμότητα, πιθανώς δε επί πλέον και να την αυξάνει.(**5.**)

Κάρδιο - αγγειακό σύστημα

Η σπουδαιότητα του αυξημένου σωματικού βάρους για την εμφάνιση κάρδιο-αγγειακών προβλημάτων έχει αποδειχθεί εδώ και πολλά χρόνια. Μελέτες σε μεγάλες ομάδες πληθυσμών σε όλα τα μήκη και πλάτη του κόσμου, απέδειξαν ότι κυρίως η Στεφανιαία νόσος και τα Εγκεφαλικά επεισόδια είναι συχνότερα στα βαρύτερα άτομα, αλλά δεν είχε γίνει σαφής διάκριση αν τούτο οφείλεται σ' αυτή καθαυτή την παχυσαρκία ή στην επίδραση των άλλων προδιαθεσικών παραγόντων για καρδιοπάθειες που συχνά παρατηρούνται ταυτόχρονα με αυτή.

Νεότερα όμως στοιχεία αποδεικνύουν ότι η Παχυσαρκία αποτελεί ισχυρό προδιαθεσικό παράγοντα στεφανιαίας νόσου, αιφνίδιου θανάτου και καρδιακής ανεπάρκειας, ανεξάρτητα από την ηλικία, τη χοληστερίνη, την αρτηριακή πίεση, την καρδιακή υπερτροφία και την ύπαρξη ή όχι διαβήτη. Επί πλέον, στις γυναίκες βρέθηκε άμεση σχέση του βαθμού παχυσαρκίας με τη συχνότητα αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Είναι εντυπωσιακό το ότι μη καπνιστές άνδρες ηλικίας κάτω των 50 ετών, χωρίς υπέρταση, χωρίς σακχαρώδη διαβήτη, χωρίς καρδιακή υπερτροφία και με χοληστερίνη κάτω από 250 mg%, έχουν υπερδιπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης κάρδιο-αγγειακών επεισοδίων όταν το σωματικό τους βάρος ξεπερνάει το 30% του φυσιολογικού, σε σχέση με άτομα φυσιολογικού βάρους. Άλλοι ερευνητές, βρήκαν 12πλάσια συχνότητα θανάτων σε παχύσαρκους άνδρες ηλικίας 25-34 ετών, από αυτήν του γενικού πληθυσμού. Το 54% των θανάτων αυτών οφείλεται σε στεφανιαία νόσο, ενώ το 25% των μελετηθέντων δεν είχε κανένα προδιαθεσικό παράγοντα στεφανιαίας νόσου πλην της παχυσαρκίας.

Αλλά και οι θρομβώσεις σε διάφορα σημεία του σώματος, όπως αναφέρουν Σουηδοί ερευνητές, είναι 4 φορές συχνότερες στους παχύσαρκους άνδρες και 20 φορές συχνότερες σε παχύσαρκες γυναίκες από ότι στον γενικό πληθυσμό.(**5.**)

Διαβήτης

Η παχυσαρκία παίζει σπουδαίο ρόλο στην εμφάνιση διαβήτη στα ενήλικα άτομα και, σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις, σε παιδιά. Δεν είναι απόλυτα σαφές αν, η παχυσαρκία μόνη της είναι δυνατόν να προκαλέσει διαβήτη σε άτομα χωρίς κληρονομική προδιάθεση. Μελέτες σε δίδυμους απέδειξαν ότι, αν ο ένας παρουσιάσει διαβήτη και ο άλλος θα εμφανίσει την νόσο οπωσδήποτε. Φαίνεται λοιπόν ότι η αιτιολογία του είναι κυρίως κληρονομική και έτσι υπάρχει μικρή πιθανότητα για άλλους παράγοντες, όπως η παχυσαρκία, να ενοχοποιηθούν για την εμφάνιση του. Παρ' όλα αυτά, άλλοι ερευνητές, υποστηρίζουν ότι η παχυσαρκία διαδραματίζει σπουδαιότατο ρόλο στην έναρξη του διαβήτη, σε άτομα βέβαια με γενετική προδιάθεση, στη νόσο. Αλλά και άτομα με ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό για διαβήτη, όταν αύξησαν το σωματικό τους βάρος με εθελοντική πολυφαγία, παρουσίασαν αύξηση των επιπέδων σακχάρου και ινσουλίνης στο αίμα τους.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η παχυσαρκία διαδραματίζει κάποιο ρόλο στην εμφάνιση του διαβήτη των ενηλίκων, κυρίως όμως σε άτομα με γενετική προδιάθεση στη νόσο. Αιτιολογική, συνήθως, σχέση παχυσαρκίας και νεανικού διαβήτη δεν υπάρχει, αλλά και οι δύο μορφές της νόσου επιβαρύνονται από την αύξηση του σωματικού βάρους, ενώ αντίθετα μειώνονται οι ανάγκες των διαβητικών σε Ινσουλίνη ή χάπια όσο το βάρος τους πλησιάζει στο ιδανικό.

Αύξηση χοληστερίνης

Έχει αποδειχθεί ότι:

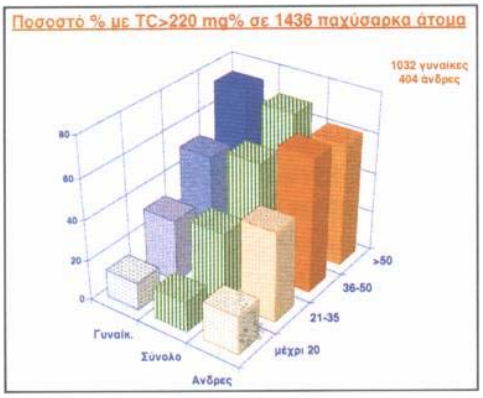
α. Η παχυσαρκία συνοδεύεται από αύξηση της χοληστερίνης, αύξηση των τριγλυκεριδίων και μείωση της HDL (δηλ. της προστατευτικής χοληστερίνης).

β. Οι παθολογικές αυτές μεταβολές σχετίζονται με την αύξηση του βάρους όπως και να εκφράζεται αυτό, είναι όμως πιο συχνές και πιο έντονες όταν το λίπος κατανέμεται στο επάνω μέρος του σώματος και κυρίως στην κοιλιά.

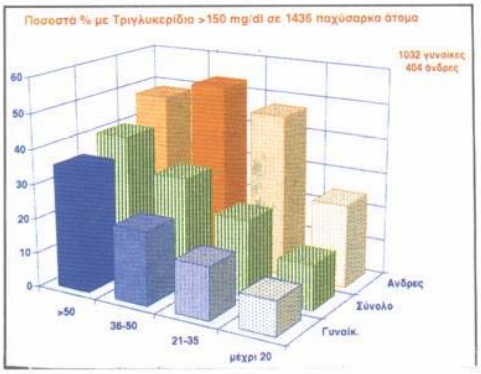
γ. Άτομα με φυσιολογικό βάρος σε νεαρή ηλικία έχουν λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης υπερλιπιδαιμίας τα επόμενα χρόνια της ζωής τους.

δ. Μικρές ακόμα μεταβολές του σωματικού βάρους προς το άνω συνοδεύονται οπό πολλαπλάσια αύξηση της χοληστερίνης σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα.

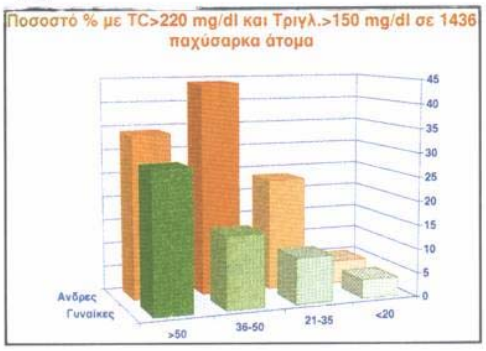
Αν μέσα σε 15 χρόνια, το σωματικό βάρος αυξηθεί κατά 2-10%,



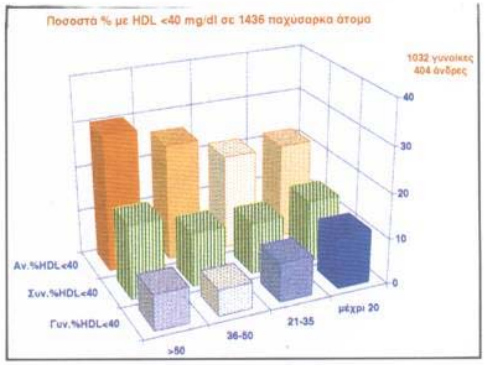
Σχήμα 5



Σχήμα 6



Σχήμα 7



Σχήμα 8

Μετρήσεις των λιπιδίων στο αίμα που έγιναν από τον συγγραφέα σε 1430 παχύσαρκα άτομο όλων των ηλικιών.

αναφέρεται μέση αύξηση της χοληστερίνης κατά 40 mg, ενώ αν μειωθεί κατά 10%, η αύξηση της χοληστερίνης στο ίδιο χρονικό διάστημα είναι μόνο 2 mg.

Ένας ερευνητής εξέτασε τυχαίο δείγμα ανδρών 12-37 χρόνια μετά έλεγχο λιπιδίων που είχε γίνει στο ίδιο δείγμα σε ηλικία 18 ετών. Βρέθηκε ότι τα άτομα με χαμηλό σωματικό βάρος σε ηλικία 18 ετών έχουν χαμηλότερα επίπεδα χοληστερίνης τα επόμενα χρόνια, αντίθετα τα τριγλυκερίδια αυξάνουν σχεδόν παράλληλα με την αύξηση του σωματικού βάρους.

Μετρήσεις των λιπιδίων στο αίμα που έγιναν από τον συγγραφέα σε 1430 παχύσαρκα άτομο όλων των ηλικιών έδειξαν τα εξής (Σχήματα 5, 6, 7, 8):

- Το ποσοστό παχύσαρκων ατόμων με αυξημένα επίπεδα χοληστερίνης αυξάνει όσο αυξάνει η ηλικία. Σε επίπεδα ηλικιών πάνω από τα 50, το ποσοστά με παθολογικά επίπεδα χοληστερίνης ξεπερνάει το 60%. Στους άνδρες ειδικότερα, τα ψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στην ομάδα ηλικίας 36-50 ετών, η οποία όπως καλά γνωρίζετε είναι και η περισσότερο ευάλωτη στα κάρδιο-αγγειακά νοσήματα.
- Ανάλογα ευρήματα υπήρξαν και με τα τριγλυκερίδια στο αίμα των υπέρβαρων ατόμων αλλά σε λίγο χαμηλότερα ποσοστά. Και εδώ πάντως τα ψηλότερα ποσοστό βρέθηκαν σε άνδρες 36-50 ετών.
- Σε μεγάλο ποσοστό υπέρβαρων ατόμων βρέθηκε μειωμένη η προστατευτική χοληστερίνη, δηλ. η HDL. Εδώ, τα ψηλότερα ποσοστά βρέθηκαν στους άνδρες πάνω από 50 ετών και σε γυναίκες μέχρι 20 ετών.

Υπέρταση και παχυσαρκία

Κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες αποδεικνύουν ότι, η συχνότητα της υπέρτασης στο γενικά πληθυσμό μεγαλώνει όσο αυξάνει το σωματικό βάρος. Σε μελέτη που έγινε στις Ηνωμένες πολιτείες σε άνδρες ηλικίας 20-39 ετών, με φυσιολογικό σωματικό βάρος, η συχνότητα υπέρτασης βρέθηκε 7%, ενώ σε υπέρβαρα άτομα της ίδιας ηλικίας, η συχνότητα ανέβηκε στο 18%. Ανάλογα ευρήματα υπήρξαν και σε άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας, όπως και σε γυναίκες.

Οι μηχανισμοί που προκαλούν υπέρταση όταν το σωματικό βάρος αυξάνει είναι πολλοί και γνωστοί. Ο σημαντικότερος οπό αυτούς είναι η υπερινσουλιναιμία της παχυσαρκίας. Πάντως, άσχετα από τους μηχανισμούς, είναι βέβαιο πια ότι η παχυσαρκία συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο υπέρτασης και έτσι τα υπέρβαρα άτομα έχουν έναν ακόμα ισχυρό προδιαθεσικό παράγοντα για καρδιο-αγγειακά νοσήματα.

Το ευχάριστο μήνυμα είναι το άτι αν ένας παχύσαρκος υπερτασικός χάσει έστω και το μισό οπό το παραπανίσιο του βάρος, η αρτηριακή του πίεση θα επανέλθει οπωσδήποτε στα φυσιολογικά επίπεδα.

Καρκίνος και παχυσαρκία

Η παχυσαρκία αλλά και γενικότερα ο τύπος της διατροφής του ανθρώπου, έχουν άμεσα πλέον συνδεθεί με την εμφάνιση ορισμένων καρκίνων. Σε παχύσαρκους άνδρες παρατηρείται αυξημένη συχνότητα καρκίνου του προστάτη και του παχέος εντέρου. Στις παχύσαρκες γυναίκες πολλαπλασιάζεται ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού, της χοληδόχου κύστεως, του τραχήλου της μήτρας, των ωοθηκών και του ενδομητρίου.

Χολολιθίαση

Η συχνότητα χολολιθίασης αυξάνει παράλληλα με την αύξηση του σωματικού βάρους. Υπολογίζεται ότι το 1/3 των γυναικών που έχουν κάνει χόλο κυστεκτομή είναι παχύσαρκες. Στις Ηνωμένες Πολιτείες το κόστος μόνο για την αντιμετώπιση της χολολιθίασης που οφείλεται στην παχυσαρκία, φτάνει τα 3.2 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο.

Αναπνευστικό σύστημα

Η παχυσαρκία επιδεινώνει όλα τα πνευμονικά νοσήματα γιατί δυσχεραίνει τη μηχανική της αναπνοής και την κυκλοφορία του αίματος στους πνεύμονες. Έχει βρεθεί ότι η αναπνευστική προσπάθεια αυξάνει κατά 30% όταν το άτομο είναι υπέρβαρο. Επί πλέον, ο συνολικός όγκος αίματος είναι αυξημένος αλλά η ποσότητα οξυγόνου που περιέχεται σ' αυτό είναι μειωμένη.

Η περισσότερο όμως επικίνδυνη επίπτωση της παχυσαρκίας από το αναπνευστικό είναι η «αποφρακτική άπνοια του ύπνου». Πρόκειται για ένα είδος παροδικής ασφυξίας κατά τη διάρκεια του ύπνου. Εκδηλώνεται με έντονο ροχαλητό, διακοπή της αναπνοής τη νύκτα, κακή ποιότητα ύπνου, πρωινή υπνηλία, αρρυθμίες, υπέρταση κ.α. Η νόσος αυτή δεν είναι σπάνια, όπως ίσως φαντάζεστε, αφού η, συχνότητα της φτάνει στο 2 - 8% του γενικού πληθυσμού. Συνδέεται αιτιολογικά με την παχυσαρκία και η θεραπεία της είναι η απώλεια βάρους.(**5.**)

Σκελετικό σύστημα

Άσχετα όμως από το αν η παχυσαρκία αποτελεί ή όχι γενεσιουργό αίτιο αρθροπαθειών, είναι εύκολο να αντιληφθεί κανείς πόσο επιβαρύνεται οποιαδήποτε οστική νόσος από το σταθερά και μόνιμα αυξημένο φορτίο.

Οι συχνότερες επιπτώσεις της παχυσαρκίας στις αρθρώσεις είναι:

- Οστεοαρθρίτιδα εκείνων κυρίως των αρθρώσεων που κατ' εξοχήν σηκώνουν το βάρος του σώματος (γόνατα και ποδοκνημικές).
- Οσφυαλγία, ισχιαλγία, δισκοπάθεια
- Υπερουριχαιμία και ουρική αρθρίτιδα. Μακροχρόνιες επιδημιολογικές μελέτες αποδεικνύουν ότι υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ επιπέδων ουρικού οξέος αίματος και σωματικού βάρους. Η επίπτωση αυτή είναι περισσότερο εμφανής σε άνδρες νεαρής ηλικίας. Αλλά και η ουρική αρθρίτιδα, στην οξεία της μορφή ή την χρόνια τοφώδη, είναι συχνότερη στην βαρεία παχυσαρκία. Σαν πιθανότερος μηχανισμός φαίνεται ότι είναι ο εξής. Η διαλυτότητα του ουρικού οξέως εξαρτάται κατά πολύ από τη θερμοκρασία και το pH. Στους 37° (θερμοκρασία σώματος) π.χ. και pH 7.4 η διαλυτότητα του ουρικού οξέος είναι μεγάλη. Αντίθετα στους 30°C (θερμοκρασία ποδοκνημικής), η διαλυτότητα του είναι πολύ μικρότερη. Είναι λοιπόν εύκολο να καταλάβει κανείς ότι, στους υπερουριχαιμικούς παχύσαρκους με τα ψυχρά άκρα είναι εύκολη η δημιουργία των προϋποθέσεων γιο κατακρήμνιση ουρικών αλάτων και εμφάνιση ουρικής αρθρίτιδας.

Ηπατοπάθειες

Είναι πολύ συχνή η λιπώδης διήθηση του ήπατος στην παχυσαρκία με πιο σοβαρή εκδήλωση την «Μη αλκοολική Στεατονέκρωση» που μοιάζει πολύ με την αλκοολική ηπατίτιδα. Το ενδιαφέρον είναι ότι, όταν το σωματικό βάρος πλησιάσει στο φυσιολογικό, το ήπαρ αποκαθίσταται εντελώς, κάτι που δεν συμβαίνει με άλλες ηπατοπάθειες.

Ενδοκρινικές διαταραχές

Η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται από πλήθος ενδοκρινικών διαταραχών από τις οποίες, άλλες προηγούνται της εμφάνισης της και άλλες είναι απλά επακόλουθο της. Πάντως, είτε είναι αιτία, είτε είναι αποτέλεσμα, σχεδόν πάντα είναι αντιμετωπίσιμες γι' αυτό και ένας καλός ενδοκρινολογικός έλεγχος πρέπει να γίνεται σε κάθε περίπτωση βαρείας παχυσαρκίας. Οι συχνότερες επιπτώσεις της είναι:

Στην ηλικία της ήβης, και στα δύο φύλα, έχει πολύ συχνά καταστρεπτικές συνέπειες στην εμφάνιση της, την πρόοδο της και την συμπλήρωση της. Αλλά είναι και η ηλικία που η δυνατότητα του οργανισμού για δημιουργία νέων λιποκυττάρων είναι αυξημένη και έτσι οδηγείται ο έφηβος στην υπερπλαστική μορφή της νόσου η οποία όπως είναι γνωστό είναι και η περισσότερο ανθεκτική στην θεραπεία. Επιδίωξη λοιπόν όλων μας θα πρέπει να είναι ή συμπλήρωση της ήβης να γίνεται κατά το δυνατόν πλησιέστερα στο ιδανικό βάρος.

Η γυναικομαστία στα παχύσαρκα αγόρια είναι συχνό φαινόμενο, με έντονα τραυματικές επιπτώσεις στην ψυχική τους ισορροπία, ενώ στα έφηβα κορίτσια είναι δυνατόν να προκαλέσει υπερτρίχωση, Γυναικομαστία είναι δυνατόν να παρατηρηθεί και σε παχύσαρκους άνδρες.

Στις ενήλικες γυναίκες υπάρχουν συχνά διαταραχές της περιόδου με μείωση της γονιμότητας ενώ στους άνδρες παρατηρείται μείωση των ανδρικών ορμονών.

Άλλα

Το αισθητικό μέρος του προβλήματος δεν θα πρέπει να παραγνωρίζεται, αφού πολύ συχνά συνδέεται με την ψυχική υγεία των παχύσαρκων ατόμων αλλά και με τις επαγγελματικές τους ενασχολήσεις (επαγγέλματα της βιομηχανίας του θεάματος).

Αν στις παραπάνω ενδείξεις προσδέσουμε τη φλεβική ανεπάρκεια, την τοξιναιμία της κύησης, τη διαφραγμοτοκήλη, διάφορες άλλες κήλες κ.α., γίνεται απόλυτα κατανοητά η νόσος «Παχυσαρκία» πρέπει πάντα να θεραπεύεται.(**5.**)

2.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ

Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον στη θεραπεία της παχυσαρκίας

Μόλις τα τελευταία 30 χρόνια πέρασε η παχυσαρκία στα εδάφη της επιστήμης.

Στο διάστημα αυτό, ακολουθήθηκαν πολλές και ποίκιλλες θεραπευτικές στρατηγικές τα αποτελέσματα των οποίων ήταν τις περισσότερες φορές πολύ καλά, αλλά μόνο κατά την αρχική φάση, Η κύρια αδυναμία όλων των θεραπευτικών μεθόδων ήταν η σταθεροποίηση του βάρους σε επίπεδα αν όχι φυσιολογικά, αλλά τουλάχιστον σε αυτά που δεν έχουν επιπτώσεις στην νοσηρότητα και θνησιμότητα του υπέρβαρου ατόμου.

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

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

Σχεδόν ταυτόχρονα με την πλήρη νηστεία, εισήχθη από τους Payne και DeWind, η χειρουργική μέθοδος των **«εντερικών αναστομώσεων»,** ένωναν δηλαδή χειρουργικά την αρχή του εντέρου με το τέλος του, οι τροφές που έτρωγε το παχύσαρκο άτομο δεν απορροφούνταν και έτσι αδυνάτιζε. Μετά τον πρώτο ενθουσιασμό, η εμφάνιση σωρείας επιπλοκών στο μεγαλύτερο μέρος των χειρουργημένων, έκαναν την μέθοδο να εγκαταλειφθεί προοδευτικά. Οι χειρουργικοί χειρισμοί όμως δεν σταμάτησαν, αλλά αντικαταστάθηκαν από επεμβάσεις στο στομάχι (Mayson και Ito). Και εδώ, οι διάφορες τεχνικές που

χρησιμοποιήθηκαν και χρησιμοποιούνται, αποδεικνύουν ότι καμιά δεν είναι ιδανική (θα τις δούμε αναλυτικότερο στο κεφάλαιο της χειρουργικής θεραπείας).

Το **«ενδογαστρικό μπαλόνι»** έδωσε αρχικά πολλές ελπίδες και εφαρμόστηκε ακόμα και από νοσοκομεία που θεωρούνται πηγές για την ιατρική έρευνα και γνώση. Ήταν πραγματικά ακίνδυνη, αναίμακτη και ανώδυνη η τοποθέτηση του μέσα στο στομάχι ώστε να μειωθεί η χωρητικότητα του και έτσι να περιορισθεί η ποσότητα της καταναλισκομένης τροφής. Δυστυχώς, απεδείχθη αναποτελεσματική και έτσι δεν εφαρμόζεται πλέον.

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

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

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

Αυτός που πιστεύει ότι ο κύριος στόχος του θεραπευτή είναι η απώλεια βάρους, αυτός θεραπεύει τις κλίμακες της παχυσαρκίας και όχι τον παχύσαρκο ασθενή. Οι κύριοι στόχοι πρέπει να είναι:

α. η ανακούφιση από τις επιπλοκές της παχυσαρκίας.

β. η πρόληψη αύξησης του βάρους ατό γενικό πληθυσμό αλλά και στους ήδη υπέρβαρους

γ. η δημιουργία ευνοϊκών προϋποθέσεων για απώλεια βάρους σε τρίτη φάση.

Το Μέλλον: Είναι πραγματικά δύσκολο να καθοριστούν μελλοντικοί στόχοι για τη θεραπείας πολυπαραγοντικής αυτής νόσου, αλλά θα επιχειρηθεί μία σύντομη αναφορά σε μερικές μόνο σκέψεις.

1. Πρώτη σκέψη είναι η μακροχρόνια χρήση θερμόγενετικών ή και ανορεκτικών φαρμάκων που τουλάχιστον δεν έχουν αποδεδειγμένες παρενέργειες.
2. Δεύτερη σκέψη είναι η εφαρμογή ορμονικών χειρισμών, αφού χιλιάδες επιστημονικές μελέτες αποδεικνύουν τις ορμονικές και νευρο-ενδοκρινικές αποκλίσεις που χαρακτηρίζουν τους παχύσαρκους! (Ινσουλίνη, Κατεχολαμίνες, Χολοκυστοκινίνη, Αυξητική ορμόνη, ACTH, CRH, Κορτιζόλη, Νευροπεπτίδιο-Y, Γαλανίνη, Αυξητικοί παράγοντες κ.α). Στο πεδίο αυτό, οι έρευνες προχωρούν με ταχύ ρυθμό και ήδη υπάρχουν πολλές υποσχέσεις για το άμεσο μέλλον.
3. Τρίτη σκέψη, είναι η επίδραση στον γενετικό κώδικα του ανθρώπου, ώστε να μειωθούν τα άτομα με τα γενετικά εκείνα χαρακτηριστικά που συνοδεύουν την παχυσαρκία.(**5.**)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Από την αρχή θα πρέπει να γίνει σε όλους καλά αντιληπτό ότι, **δεν είναι δυνατόν να υπάρχει απώλεια βάρους χωρίς αρνητικό ενεργειακό ισοζύγιο,** αν δηλαδή δεν φάμε λιγότερο από αυτό που θα κάψουμε! Τα σημεία λοιπόν του ισοζυγίου που μπορούμε θεωρητικά να επέμβουμε και τα οποία βέβαια θα αποτελέσουν και τους θεραπευτικούς μας στόχους είναι:

α. Μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας, δηλαδή ολιγοθερμιδική δίαιτα, περιοριστικές εγχειρήσεις στο στομάχι, ανορεκτικά φάρμακα κτλ.

β. Μείωση της απορροφούμενης από το έντερο ενέργειας, δηλαδή δημιουργία μηχανισμών, φαρμακευτικών ή χειρουργικών, που ενώ τρώμε περισσότερο, ένα ποσοστό της καταναλισκομένης τροφής δεν απορροφάται.

γ. Αυξημένη κατανάλωση ενέργειας, δηλαδή αύξηση των σωματικών μας δραστηριοτήτων σε καθημερινή βάση, άθληση, σπορ κτλ.

δ. Αύξηση του βασικού μεταβολισμού, δηλαδή των καύσεων που έχει ο άνθρωπος άσχετα από οποιαδήποτε σωματική δραστηριότητα.

ε. Τροποποίηση συμπεριφοράς, απόκτηση δηλαδή αυτοελέγχου σε διεργασίες πρόσληψης τροφής και αποσύνδεση του φαγητού από οποιαδήποτε συναισθηματική μεταβολή, ευχάριστη ή δυσάρεστη.

Στ. Χειρουργική αφαίρεση του πλεονάζοντος λιπώδους ιστού, δηλαδή λιπεκτομή ή λιποαναρρόφηση.

Η επιλογή θα εξαρτηθεί από την μορφή της παχυσαρκίας, το βαθμό της και τις ιδιαιτερότητες του κάδε ατόμου. Από καθαρά παθογενετική άποψη είναι σκόπιμο, στην υπερφαγική παχυσαρκία να εφαρμόζονται μέθοδοι που μειώνουν την πρόσληψη τροφής και στη μεταβολική παχυσαρκία μέθοδοι που αυξάνουν τις καύσεις. Στις περισσότερες πάντως περιπτώσεις είναι εντελώς απαραίτητη η εφαρμογή περισσοτέρων από μία θεραπευτικών μεθόδων για να υπάρχει κάποιο ικανοποιητικό αποτέλεσμα.(**5.**)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

3.1 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Διαχείριση της παχυσαρκίας ως μια χρόνια ασθένεια

Εισαγωγή

Η φαρμακευτική θεραπεία κατά της παχυσαρκίας είναι συνήθως βοηθητική σε ασθενείς που δεν μπορούν από μόνοι τους να καταφέρουν ικανοποιητικό χάσιμο βάρους μέσω αλλαγής του τρόπου ζωής και της συμπεριφοράς τους. Αυτά τα φάρμακα είναι αποδεκτά από τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) για χρήση σε παχύσαρκους ασθενείς με BMI 30kg/m² ή μεγαλύτερο και σε υπέρβαρους ασθενείς με BMI 27kg/m² ως 29,9kg/m² που έχουν και έναν τουλάχιστον παράγοντα κινδύνου συνδεόμενο με την παχυσαρκία όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί.

1.στεφανιαία νόσο ή άλλη αθηρωματική ασθένεια
2. διαβήτη τύπου 2
3. άπνοια
4. γυναικολογικές ανωμαλίες
5. οστεοαρθρίτιδα
6. ασθένεια χοληδόχου κύστης
7. άγχος
8. μεταβολικό σύνδρομο(τουλάχιστον 3 από τα παρακάτω) Περίμετρο μέσης ,>102 cm(άντρες) ή >88 cm(γυναίκες) Τριγλυκερίδια πλάσματος, ≥150 mg/dl Αρτηριακή πίεση ≥130 / 85 mm Hg Γλυκόζη πλάσματος, ≥110 mg/dl

Τα περισσότερα φάρμακα είναι αποδεκτά μόνο για μικρής διάρκειας χρήση, αλλά η σιμπουτραμίνη και η ορλιστάτη είναι και οι δύο αποδεκτές για απώλεια και έλεγχο βάρους σε μεγάλο χρονικό διάστημα. Μερικοί φαρμακευτικοί

παράγοντες υπό έρευνα όπως η pubropion και topiramate, μπορεί να έχουν ευεργετικές επιδράσεις στην απώλεια βάρους, αλλά είναι εγκεκριμένοι από τον FDA μόνο για ιατρικές περιπτώσεις και όχι για απώλεια βάρους. Τα φάρμακα κατά της παχυσαρκίας ταξινομούνται με βάση τον μηχανισμό δράσης τους, την καταστολή όρεξης, την διαφοροποιημένη απορρόφηση θρεπτικών συστατικών ή την αυξημένη κατανάλωση ενέργειας που προκαλούν.(**9.**)

1. Κατασταλτικά όρεξης- ανορεκτικά

Τα πρόσφατα διαθέσιμα φάρμακα κατά της παχυσαρκίας με την εξαίρεση της ορλιστάτης, μειώνουν την πρόσληψη τροφής μέσω μηχανισμών του κεντρικού νευρικού συστήματος που καταστέλλουν την όρεξη. Τα περισσότερα φάρμακα είτε διεγείρουν την έκκριση νοραδρεναλίνης (όπως για παράδειγμα η φεντερμίνη, μπεντζφεταμίνη, φεντιμετραζίνη, διεθυλπροπιόνη) είτε μπλοκάρουν την επαναφορά της στους νευρώνες. Η αυξημένη διαθεσιμότητα νοραδρεναλίνης διεγείρει τους β- αδρενεργικούς υποδοχείς στον υποθάλαμο για να καταστείλουν την όρεξη. Με την εξαίρεση της φεντερμίνης αυτά τα φάρμακα δεν χρησιμοποιούνται ευρέως στην κλινική πράξη για απώλεια βάρους.

Η σιμπουτραμίνη είναι ένας αναστολέας της νοραδρεναλίνης και της επαναπρόσληψης σεροτονίνης που τελικά μειώνει την πρόσληψη φαγητού. Αν και η σιμπουτραμίνη επηρεάζει τους ίδιους δύο νευροδιαβιβαστές όπως και η phen- fen, διαφέρει ως προς τον μηχανισμό δράσης στο ότι δεν διεγείρει την απελευθέρωση νοραδρεναλίνης ή σεροτονίνης, ή καλύτερα μπλοκάρει την επαναπρόσληψη τους. Δύο μελέτες έχουν ασχοληθεί με τις επιπτώσεις των φαρμάκων στα καρδιολογικά προβλήματα βαλβίδας και ουσιαστικά δεν υπήρξαν διαφορές μεταξύ ασθενών που πήραν σιμπουτραμίνη και ασθενών που πήραν εικονικό φάρμακο (placebo)(2,3). Η σιμπουτραμίνη 10 ή 15 mgr εξασφάλισε μεγαλύτερη απώλεια βάρους σε σύγκριση με διατροφικές συμβουλές, σε μια έρευνα ενός έτους 485 ασθενών με BMI μεταξύ 27 και 40 kg/m²(4). Μεταξύ αυτών που μετείχαν στην έρευνα η απώλεια βάρους κατά μέσο όρο ήταν μεταξύ 4,4 - 6,6 kgr με 10 και 15 mgr δόσεις σιμπουτραμίνης αντίστοιχα, σε σύγκριση με την απώλεια 1,6 kgr με placebo. Τα ποσοστά ανάκλισης που προκλήθηκαν

από παρενέργειες ή έλλειψη αποτελεσματικότητας ήταν μικρότερα με σιμπουτραμίνη (14%)σε σύγκριση με το placebo (21%).

Η δραστικότητα της σιμπουτραμίνης με μακροπρόθεσμη διατήρηση της απώλειας βάρους έχει δειχτεί και σε τυχαιοποιημένες έρευνες . Σε μία από αυτές, σε παχύσαρκους ασθενείς που έχασαν το λιγότερο 6 kg σε 4 εβδομάδες με αυστηρή δίαιτα πολύ χαμηλών θερμίδων, σταδιακά δόθηκαν σιμπουτραμίνη 10 mgr ή εικονικό φάρμακο για ένα χρόνο(5). Οι ασθενείς που πήραν σιμπουτραμίνη είχαν κατά κύριο λόγο μια απώλεια βάρους της τάξης των 5,2 Kgr ενώ αυτοί που πήραν εικονικό φάρμακο πήραν 0,5 kgr. Τα 3/4 των ασθενών που πήραν σιμπουτραμίνη διατήρησαν όλη την απώλεια βάρους που πέτυχαν μετά την πολύ υποθερμιδική δίαιτα, συγκρινόμενοι με το 42% εκείνων που πήραν εικονικό φάρμακο. Στη STORM (μελέτη για τ αποτελέσματα της σιμπουτραμίνης στη μείωση παχυσαρκίας και τη διατήρηση βάρους) οι ασθενείς που χάσανε > από 5% του βάρους τους με σιμπουτραμίνη 10 mgr και μείωση 600 kcal/ μέρα για 6 μήνες, τους καθορίστηκε να συνεχίσουν τη σιμπουτραμίνη και να πάρουν εικονικό φάρμακο για 18 πρόσθετους μήνες (6). Η σιμπουτραμίνη αυξανόταν σε δόση των 20mgr αν συνέβαινε αύξηση του βάρους τους. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι περισσότεροι ασθενείς διατηρούσαν τουλάχιστον το 80% της απώλειας βάρους με σιμπουτραμίνη παρά με εικονικό φάρμακο.(**9.**)

2. Διαφοροποιημένη απορρόφηση θρεπτικών συστατικών

Η ορλιστάτη δραστικά και μη αναστρέψιμα εμποδίζει τις γαστρικές και παγκρεατικές λιπάσες να μειώσουν την απορρόφηση διατροφικού λίπους. Αναστέλλοντας αυτά τα ένζυμα, τα TGL (τριγλυκερίδια) δεν μπορούν να μεταβολιστούν σε απορροφήσιμα ελεύθερα λιπαρά οξέα και μονογλυκερόλες.

Σε μια τυχαιοποιημένη έρευνα, ορλιστάτη 120 mgr επί 3 φορές/ μέρα ή εικονικό φάρμακο χορηγήθηκε σε 228 παχύσαρκους ασθενείς σε συνδυασμό με δίαιτα χαμηλών θερμίδων – υποθερμιδική – με το 30% των kcal να προέρχεται από το λίπος(7). Μετά από ένα χρόνο λήψης των φαρμάκων οι ασθενείς που πήραν ορλιστάτη έχασαν 8,5% του αρχικού τους βάρους σε σύγκριση με τους ασθενείς που πήραν placebo και έχασαν 5,4% του βάρους τους.

Σε 635 παχύσαρκους ασθενείς κάποιοι ακολούθησαν μια ισορροπημένη διατροφή, κάποιοι πήραν ορλιστάτη 60 mgr. τρεις φορές ημερησίως και άλλοι 120mgr τρεις φορές ημερησίως, η απώλεια βάρους ήταν πολύ μεγαλύτερη σε σύγκριση με τη λήψη placebo σε διάρκεια ενός έτους (8). Ασθενείς και των τριών ομάδων ανέκτησαν βάρος στη διάρκεια του δεύτερου έτους χορήγησης των φαρμάκων αλλά οι ασθενείς της δεύτερης και τρίτης ομάδας κράτησαν για περισσότερο χρόνο την απώλεια βάρους που πέτυχαν. Στο τέλος των δύο χρόνων οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λήψη ορλιστάτης είχαν χάσει περίπου 5% του αρχικού τους βάρους.

Η επίδραση της ορλιστάτης στη διατήρηση βάρους υπολογίστηκε σε 729 παχύσαρκους που έχασαν τουλάχιστον 8% του βάρους τους με ένα υποθερμιδικό διαιτολόγιο σε διάστημα μιας φάσης 6 μηνών (9). Στους «επιτυχημένους» ασθενείς χορηγήθηκε τυχαιοποιημένα placebo ή ορλιστάτη 30, 60, 120 mgr 3 φορές/ μέρα σε συνδυασμό με μια δίαιτα συντήρησης ώστε να αποφευχθεί η επαναπρόσληψη του χαμένου βάρους. Μετά από ένα χρόνο θεραπείας οι ασθενείς που έπαιρναν ορλιστάτη 120 mgr. 3 φορές/ μέρα πήραν λιγότερο βάρος σε σύγκριση με αυτούς τους ασθενείς που έπαιρναν εικονικό φάρμακο. Οι χαμηλότερες δόσεις των 30, 60 mgr ορλιστάτης δεν διέφεραν σημαντικά από την απόδοση του εικονικού φαρμάκου. Σ' αυτές τις μελέτες, με την χορήγηση της χοληστερόλης σημειώθηκαν μόνο γαστρεντερικές διαταραχές σε πιο συχνή βάση, σε σύγκριση με το placebo. Αυτά τα επεισόδια που συνδέθηκαν περισσότερο με την ακράτεια κοπράνων και αυξημένες έντονες αφοδεύσεις ήταν σε γενικές γραμμές ήπια έως μέτρια και λύθηκαν χωρίς ιδιαίτερη επέμβαση.(**9.**)

3. Αυξημένη κατανάλωση ενέργειας

Κανένα από τα τωρινά διαθέσιμα συνταγογραφούμενα φάρμακα κατά της παχυσαρκίας δεν «δρα» κατά βάση αυξάνοντας τον μεταβολικό ρυθμό στην κατανάλωση θερμίδων. Η εφεδρίνη είναι ένα παράδειγμα φαρμάκου που διεγείρει τη θερμογένεση στους ανθρώπους και είναι το πιο διαδεδομένο πρόσθετο στα παράνομα προϊόντα απώλειας βάρους. Σε ημερήσιες δόσεις των 150 mgr μπορεί να προκαλέσει αύξηση αρτηριακής πίεσης, απώλεια γλυκαιμικού ελέγχου και τρέμουλο. Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του ’90 ήταν γνωστό πως η καφεΐνη που καθυστερεί την απελευθέρωση της νοραδρεναλίνης, μπορεί να δρα συνεργικά με την εφεδρίνη. Σ’ αυτή την έρευνα των 180 παχύσαρκων ασθενών ο συνδυασμός 200 mgr καφεΐνης και 20 mgr εφεδρίνης ληφθείς 3 φορές/ μέρα είχε ως αποτέλεσμα απώλεια βάρους κατά 3,4%. Περισσότερο σε σχέση με άλλους, οι αθλητές έπαιρναν placebo ή καφεΐνη μόνο ή εφεδρίνη μόνο.

Αυτοί οι συνδυασμοί είναι παράνομοι δεν είναι εγκεκριμένοι από το FDA. Επιπρόσθετα, πρέπει να χρησιμοποιούνται με εξαιρετικές προφυλάξεις λόγω της συμπαθομιμητικής τους επίδρασης. Οι ασθενείς πρέπει να συμβουλεύονται απαραίτητα τον γιατρό τους πριν χρησιμοποιήσουν τέτοιες ουσίες και παράγοντες.(**9.**)

Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα για απώλεια βάρους

Τα παράνομα προϊόντα απώλειας βάρους είναι περισσότερο διαδεδομένα από τα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Στο ερευνητικό σύστημα συμπεριφοράς και άλλων παραγόντων (Behavioral Risk Factor Surveillance System) διεξήχθη μια τηλεφωνική έρευνα πληθυσμού 14.000 εφήβων το 1998 και έδειξε τα εξής: 7% χρησιμοποιούσαν μη συνταγογραφούμενα προϊόντα απώλειας βάρους, με 2% χρήση προϊόντων φενυλπροπανολαμίνης και 1% χρήση προϊόντων εφεδρίνης. Η χρήση μη συνταγογραφούμενων προϊόντων ήταν ιδιαίτερα υψηλή τόσο στις παχύσαρκες γυναίκες 28,4% όσο και μεταξύ αυτών που έπαιρναν συνταγογραφούμενα φάρμακα(33,8%) κατά της παχυσαρκίας. Οι γιατροί πρέπει να γνωρίζουν ότι πολλοί από τους ασθενείς τους μπορεί να χρησιμοποιούν

παράνομα προϊόντα αδυνατίσματος παράλληλα με τα εγκεκριμένα φάρμακα αδυνατίσματος. Η ασφάλεια της φενυλπροπανολαμίνης και της εφεδρίνης είναι υπό αμφισβήτηση και αυτό οδήγησε στην απομάκρυνση της φενυλπροπανολαμίνης από την αγορά.

Πολλά φυτικά (με βότανα) διαιτητικά συμπληρώματα που περιέχουν εφεδρίνη και καφεΐνη εκτιμήθηκαν σε τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές. Το Μα Huang-Guarana όπου η ημερήσια δόση του ήτανε 72 mgr αλκαλοειδών εφεδρίνης και 240 mgr. καφεΐνης σημειώθηκε μεγαλύτερη απώλεια βάρους (4 έναντι 0,8 kg) και λίπους (2,1% έναντι 0,2%) σε σύγκριση με placebo σε μια έρευνα 8 εβδομάδων που συμμετείχαν άτομα με BMI από 29έως 35 kg/ m². Παρ' όλα αυτά η συστολική πίεση αυξήθηκε πάνω από τα όρια κατά 4 mm Hg στις εβδομάδες 2-6 και επανήλθε στα φυσιολογικά της όρια στην τελική μέτρηση της πίεσης. Επιπλέον ο καρδιακός ρυθμός αυξάνεται συγκριτικά με το placebo. 8 άτομα διέκοψαν τα διατροφικά συμπληρώματα μέσα στις δύο πρώτες εβδομάδες λόγω παρενεργειών, 2 από τα 8 λόγω αυξημένης αρτηριακής υπέρτασης, 4 από τα 8 λόγω αρρυθμιών στην καρδιά, 1 από τα 8 λόγω αρρυθμίας και με πόνο στο στήθος και 1 από τα 8 λόγω τρομερής ερεθιστικότητας.

Το Ma Huang έχει επίσης εξετασθεί σε συνδυασμό με ένα Kola-nut συμπλήρωμα που παρέχει ημερήσια δόση 90 mgr αλκαλοειδών εφεδρίνης και 192 mgr. καφεΐνης σε μια εξάμηνη τυχαιοποιημένη έρευνα 167 ατόμων. Το συμπλήρωμα ήταν σαφώς καλύτερο του placebo στην απώλεια βάρους (5,3 έναντι 2,6 kg) και λίπους(4,3 έναντι 2,7 kg). Μειώθηκε η LDL κατά 8mg/ dl και αυξήθηκε η HDL κατά 2,7 mg/ dl αλλά από την άλλη πλευρά αυξήθηκε η πίεση και ο καρδιακός ρυθμός(4 bpm). Επίσης τα φάρμακα με βάση την εφεδρίνη φαίνονται αποτελεσματικά στην βραχυπρόθεσμη απώλεια βάρους τη στιγμή που η καρδιαγγειακή ασφάλεια τέτοιων προϊόντων παραμένει υπό αμφισβήτηση.

Στη συνέχεια αναπτύσσουμε τη φαρμακολογία, το μηχανισμό δράσης και τις αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα των φαρμάκων σιμπουτραμίνη – ορλιστάτη που απασχόλησαν την έρευνα μας.(**9.**)

3.2 ΣΙΜΠΟΥΤΡΑΜΙΝΗ

Φαρμακολογία

Η σιμπουτραμίνη είναι ένας in vivo αναστολέας της επαναπρόσληψης σεροτονίνης.(5-HT) και νοραδρεναλίνης (NE) ο οποίος μειώνει την αύξηση του σωματικού βάρους σε πειραματόζωα.. Η δράση αυτή επάγεται με δύο τρόπους: πρώτον, μειώνει την πρόσληψη τροφής αυξάνοντας τον μεταγευματικό κορεσμό και δεύτερον, μειώνει την προσαρμοστική πτώση του βασικού μεταβολικού ρυθμού που προκαλείται μετά από απώλεια βάρους. Η σιμπουτραμίνη μειώνει την πρόσληψη τροφής αυξάνοντας την κεντρική δράση της νοραδρεναλίνης και της 5-HT. Οι νευρομεταβιβαστές αυτοί επάγουν τη δράση τους μέσω α1- και β1-αδρενεργικών υποδοχέων και των 5-TH 2a/2c υποδοχέων. Οι δράσεις της σιμπουτραμίνης επάγονται κυρίως από τους δύο φαρμακευτικά δραστικούς μεταβολίτες της.(**15.**)

Φαρμακολογικός μηχανισμός δράσης

Οι νευρομεταβιβαστές NE 5-HT και σε μικρότερο βαθμό η ντοπαμίνη (DA) που ανήκουν στην κατηγορία των μονοαμινών, συμμετέχουν στη ρύθμιση της πρόσληψης τροφής. Οι φαρμακευτικές ουσίες ενισχύουν την κεντρική ή την περιφερική δράση των μονοαμινών με τρεις κύριους προσυναπτικούς μηχανισμούς δράσης:

- Διέγερση της απελευθέρωσης μονοαμινών από τις προσυναπτικές νευρικές απολήξεις
- Αναστολή της μονοαμινοοξειδάσης (MAO), του ενζύμου που είναι υπεύθυνο για τον καταβολισμό των μονοαμινών
- Αναστολή της επαναπρόσληψης των μονοαμινών

Η σιμπουτραμίνη είναι ένας ισχυρός αναστολέας της επαναπρόσληψης NE και 5-TH, με αμελητέα δράση στην επαναπρόσληψη ντοπαμίνης.

Αποτελέσματα στην πρόσληψη τροφής, επίδραση στην ενεργειακή κατανάλωση

Σε μια τυχαιοποιημένη διπλή- τυφλή ελεγχόμενη με placebo μελέτη σε 12 υγιείς παχύσαρκες γυναίκες, χωρίς διαιτητική αγωγή, διερευνήθηκε η επίδραση της σιμπουτραμίνης στη μείωση της πρόσληψης τροφής. Οι ασθενείς έλαβαν σιμπουτραμίνη 10 mg ή 30 mg ή placebogια 14 ημέρες. Η σιμπουτραμίνη είχε σημαντική επίδραση στην μείωση της πρόσληψης τροφής τόσο στη δόση των 10 όσο και των 30 mg,έναντι του placebo.

Παρόμοια αποτελέσματα διαπιστώθηκαν σε μια άλλη μελέτη σε 24 υγιείς άντρες εθελοντές που έλαβαν σιμπουτραμίνη 15 mg ή placebo.

Μελέτες θερμιδομετρίας που έγιναν σε ουδέτερα θερμικές συνθήκες ή σε θερμοκρασία δωματίου απέδειξαν ότι η σιμπουτραμίνη αυξάνει τη θερμογένεση σε επίμυες.(**15.**)

Μελέτες σε υγιείς εθελοντές: απορρόφηση, μεταβολισμός και απέκκριση

Η σιμπουτραμίνη απορροφάται αποτελεσματικά από το πεπτικό και υφίσταται εκτεταμένο μεταβολισμό. Οι μεταβολίτες απεκκρίνονται κυρίως από τους νεφρούς. Μετά από χορήγηση 10 mg σιμπουτραμίνης σε υγιή άτομα, η ραδιοσημασμένη ουσία εντοπίστηκε στο πλάσμα και παρουσίασε χρόνο ημίσειας ζωής 16 ωρών. Στο πλάσμα, ανιχνεύθηκαν 4 μεταβολίτες οι οποίοι σχηματίστηκαν μετά από διαδοχική απομεθυλίωση, υδροξυλίωση και σύζευξη. Η απέκκριση έγινε κυρίως στα ούρα (77%), όπου ανιχνεύθηκαν κυρίως οι συζευγμένοι μεταβολίτες M5 και M6, ενώ μικρές ποσότητες αποβλήθηκαν στα κόπρανα (8%). Στα ούρα η σιμπουτραμίνη και οι M1, M2 μεταβολίτες της ανιχνεύονται ελάχιστα.(**15.**)

Επίδραση της σιμπουτραμίνης στο Κ.Ν.Σ

Τρεις ελεγχόμενες διασταυρούμενες μελέτες διερεύνησαν το ενδεχόμενο εμφάνισης κατάχρησης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με σιμπουτραμίνη. Τα αποτελέσματα των μελετών αυτών έδειξαν ότι η σιμπουτραμίνη διαφοροποιείται από τη δεξαμφεταμίνη και δε διαθέτει ψευδαισθησιογόνο ή ευφορική δράση.

Η συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών από το Κ.Ν.Σ, όπως αϋπνία, διέγερση, νευρικότητα και ανησυχία, ήταν ελαφρά μεγαλύτερη μεταξύ των ασθενών που έλαβαν σιμπουτραμίνη σε σχέση με την ομάδα placebo. Το προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών της σιμπουτραμίνης είναι παρόμοιο με αυτό της βενλαφαξίνης, ουσία η οποία είναι γνωστό ότι δεν προκαλεί κατάχρηση. Η ομοιότητα αυτή μπορεί να αντανακλά τον κοινό μηχανισμό δράσης που παρουσιάζουν οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και /ή νοραδρεναλίνης. Τα μετά την κυκλοφορία δεδομένα σε 8,5 εκατομμύρια ασθενείς δεν έδειξαν στοιχεία για υπερδοσολογία ή αδικαιολόγητη παράταση της θεραπείας, σύνδρομο στέρησης ή σωματική εξάρτηση.(**15.**)

Αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα - η σιμπουτραμίνη συγχορηγείται με αντιυπερτασικά και αντιδιαβητικά φάρμακα.

Η σιμπουτραμίνη δεν παρουσιάζει σημαντικά κλινικά σημαντικές αλληλεπιδράσεις με το αλκοόλ, τα από του στόματος στεροειδή αντισυλληπτικά, ή τη σιμετιδίνη. Θα πρέπει να συγχορηγείται με προσοχή με τα φάρμακα που αναστέλλουν το ένζυμο CYP3A4 διότι μπορεί να προκαλέσουν μικρού βαθμού αύξηση των συγκεντρώσεων σιμπουτραμίνης στο πλάσμα. Φάρμακα που αναστέλλουν το CYP3A4 είναι η κετοκοναζόλη, η ιτρακοναζόλη, η ερυθρομυκίνη, η κλαριθρομυκίνη, η τρολεανδομυκίνη και η κυκλοσπορίνη. Φάρμακα που επάγουν το CYP3A4 είναι η ριφαμπικίνη, η φαινυτοϊνη, η καρβαμαζεπίνη, η φαινοβαρβιτάλη και η δεξαμεθαζόνη και μπορεί να μειώσουν τη συγκέντρωση της σιμπουτραμίνης στο πλάσμα. Η σιμπουτραμίνη δεν πρέπει να συγχορηγείται με αντικαταθλιπτικά, αναστολείς ΜΑΟ, δυϊδροεργοταμίνη, λίθιο, τρυπτοφάνη. Επίσης χρειάζεται προσοχή στη συγχορήγηση με κάποια φάρμακα κατά της ημικρανίας (δυϊδροεργοταμίνη), ορισμένα οπιοειδή (πενταζοκίνη, πεθιδίνη, φαιντανύλη) και φάρμακα που μπορεί να αυξήσουν την αρτηριακή πίεση πχ. εφεδρίνη (αποσυμφορητικά).(**15.**)

3.3 ΟΡΛΙΣΤΑΤΗ

Μηχανισμός δράσης

Η ορλιστάτη είναι ένας ισχυρός αναστολέας της δράσης των γαστρεντερικών λιπασών, ο οποίος μειώνει την απορρόφηση του διατροφικού λίπους κατά 30% περίπου:

Οι γαστρεντερικές λιπάσες είναι ένζυμα- κλειδιά τα οποία βοηθούν στην υδρόλυση των τριγλυκεριδίων της τροφής ελευθερώνοντας λιπαρά οξέα και μονογλυκερίδια, που στη συνέχεια απορροφώνται δια του τοιχώματος του εντερικού επιθηλίου. Λόγω της ομοιότητας της δομής της ορλιστάτης και των τριγλυκεριδίων , η ορλιστάτη εφαρμόζει ακριβώς στην ενεργό θέση σερίνης των ενζύμων με την οποία συνδέεται με ομοιοπολικό δεσμό. Η αντίδραση αυτή είναι αναστρέψιμη με πολύ αργό ρυθμό και γι' αυτό υπό φυσιολογικές συνθήκες , η ανασταλτική δράση της ορλιστάτης παραμένει αμετάβλητη για όσο χρόνο τα τριγλυκερίδια διέρχονται μέσω του γαστρεντερικού σωλήνα. Ως συνέπεια αυτού περίπου το 30% των τριγλυκεριδίων της τροφής παραμένουν άπεπτα και δεν απορροφώνται προκαλώντας ένα πρόσθετο θερμιδικό έλλειμμα στη δίαιτα.

Η ανασταλτική δράση της ορλιστάτης είναι εξαιρετικά εκλεκτική:

Η ορλιστάτη έχει μικρή ή καμία επίδραση σε άλλα ένζυμα του γαστρεντερικού σωλήνα (π.χ στην αμυλάση, τη θρυψίνη, τη χυμοθρυψίνη και τις φωσφολιπάσες), ακόμα και όταν οι χορηγούμενες δόσεις είναι 100 φορές υψηλότερες από εκείνες που καταστέλλουν τη δράση της λιπάσης. Έτσι, η ορλιστάτη δεν παρεμβαίνει στην υδρόλυση και την απορρόφηση των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των φωσφολιπιδίων.

Η ορλιστάτη έχει μη συστηματικό τρόπο δράσης, περιοριζόμενο πλήρως στον γαστρεντερικό σωλήνα:

Η ορλιστάτη εμποδίζει τη λιπάση να διασπάσει τα τριγλυκερίδια σε απορροφήσιμα μονογλυκερίδια και λιπαρά οξέα, δεσμεύοντας την ενεργό θέση του μορίου της λιπάσης. Αυτή η αναστολή της λιπάσης συμβαίνει στο γαστρεντερικό σωλήνα, όχι στη συστηματική κυκλοφορία. Έτσι, τα ακέραια

τριγλυκερίδια και άλλα μη απορροφηθέντα λιπίδια συνεχίζουν την πορεία στο γαστρεντερικό σωλήνα και αποβάλλονται δια των κοπράνων. Μετά τη διακοπή λήψεως της ορλιστάτης, η δράση της λιπάσης επανέρχεται ταχέως, λόγω της συνεχόμενης έκκρισης των ενζύμων από το πάγκρεας.(**21.**)

Μεταβολισμός

Οι μεταβολίτες της ορλιστάτης δεν έχουν φαρμακολογική δράση:
Η ορλιστάτη πιθανότατα μεταβολίζεται κυρίως εντός του εντερικού τοιχώματος. Δύο μεταβολίτες, ονομαζόμενοι M1 και M3, ανιχνεύτηκαν σε ελάχιστες συγκεντρώσεις στο πλάσμα, υπολογιζόμενοι ως το 42% περίπου του απορροφούμενου στη συστηματική κυκλοφορία ορλιστάτης. Οι M1και M3 έχουν εξαιρετικά ασθενή ανασταλτική δράση λιπάσης (1000 και 2500 φορές μικρότερη από εκείνη της ορλιστάτης αντιστοίχως) και θεωρούνται φαρμακολογικώς ασήμαντοι.(**21.**)

Αποβολή

Το σύνολο σχεδόν (≈97%) μιας από του στόματος δόσης της ορλιστάτης αποβάλλεται στα κόπρανα και ποσοστό 83% αποβάλλεται ως αναλλοίωτη ορλιστάτη.(**21.**)

Αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα

Δεν παρατηρήθηκαν κλινικώς σημαντικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ άλλων φαρμάκων και της ορλιστάτης:
Η ορλιστάτη μελετήθηκε ως προς την επίδραση στα συνήθως χορηγούμενα φάρμακα, ιδιαίτερα εκείνα με στενό θεραπευτικό δείκτη και στους παράγοντες που λαμβάνονται συνήθως από παχύσαρκους ασθενείς. Δεν παρατηρήθηκαν κλινικώς σημαντικές αλληλεπιδράσεις σε αυτές τις μελέτες. Επιπρόσθετα, δεν υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ ορλιστάτης και αλκοόλ.(**21.**)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4.1 ΕΡΕΥΝΑ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Βασικός στόχος της ερευνάς μας αποτελεί η διερεύνηση της συστηματικής χορήγησης φαρμάκων κατά της παχυσαρκίας στην Ελλάδα. Η έρευνα αυτή απευθύνεται σε γιατρούς τριών ειδικοτήτων –παθολόγους, ενδοκρινολόγους, καρδιολόγους- που ασκούν την ειδικότητά τους στην Ελλάδα.

Συγκεκριμένα, σκοπός της έρευνας μας είναι να διαπιστώσουμε στην πράξη σε τι ποσοστό προτιμάται στη χώρα μας η φαρμακοθεραπεία σαν αξιόπιστη λύση για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και αντίστοιχα τί ποσοστό του ιατρικού πληθυσμού που ερωτήθηκε, προτείνει κάποια άλλη μέθοδο θεραπείας αυτής της ραγδαία αυξανόμενης νόσου. Ένας ακόμη πρωταρχικός στόχος της έρευνας μας ήταν να δούμε αν οι γιατροί που χορηγούνε τα φάρμακα (ορλιστάτη ή /και σιμπουτραμίνη) διακόπτουν τη χορήγηση τους λόγω πιθανών παρενεργειών ή άλλων αιτιών. Επιπρόσθετα, μας ενδιαφέρει να γνωρίζουμε αν οι ίδιοι ή ανεξάρτητοι διαιτολόγοι συγχορηγούν ή όχι δίαιτα με τα φάρμακα, όπως συνίσταται για την αποτελεσματικότερη δράση των τελευταίων και τέλος με ποια αρχή ενεργούν οι γιατροί όταν ένας ασθενής τους πρέπει να χάσει βάρος για βάσιμους ιατρικούς λόγους. Αυτά ήταν σημεία με μεγάλο ενδιαφέρον για την έρευνα μας εξ αρχής.

Δευτερεύοντες στόχοι αλλά με ιδιαίτερη αξία ήταν η διερεύνηση της γνώμης των γιατρών για το ρόλο των διαιτολόγων στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και κατ' επέκταση η δυνατότητα συνεργασίας ή η πρόθεση συνεργασίας μεταξύ των δύο. 'Ενας ακόμη στόχος είναι να βρούμε σε ποιο στάδιο οι ασθενείς επισκέπτονται τον γιατρό, δηλαδή αν έχουν δοκιμάσει πρώτα και άλλους τρόπους απώλειας βάρους.

Όλοι οι παραπάνω προβληματισμοί εκφράστηκαν με συγκεκριμένα ερωτήματα απέναντι στους γιατρούς , τις απαντήσεις των οποίων αναμέναμε με έντονο ενδιαφέρον έτσι ώστε να εκπληρωθεί ο σκοπός αυτής της έρευνας και να γίνουν γνωστά τα αποτελέσματα αυτής.

2.ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΕΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Παραδοσιακά υπάρχουν δύο βασικές ερευνητικές προσεγγίσεις, οι λεγόμενες ποσοτικές και ποιοτικές.

Ποσοτική προσέγγιση: Αυτή η προσέγγιση βασίζεται στην προσέγγιση που χρησιμοποιείται στην επιστημονική έρευνα. Η ποσοτική έρευνα εξετάζει τους παράγοντες ή τις αιτίες των κοινωνικών φαινομένων με μικρή συσχέτιση ως προς την κατάσταση των ατόμων που μετέχουν στην έρευνα. Η ακρίβεια, η αντικειμενικότητα και η αυστηρότητα αντικαθιστούν τις δυσκολίες, απειρία, την διαίσθηση ως τρόπους εξέτασης των ερευνητικών προβλημάτων.(J & R Hussey 1997)

Η ποσοτική έρευνα έχει ορισμένα χαρακτηριστικά που την κάνει να ξεχωρίζει από τις υπόλοιπες:

- Είναι συμπερασματική
- Επιχειρεί να εξηγήσει αιτιολογικές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών στοιχείων
- Συνήθως χρησιμοποιεί ποσοτικά δεδομένα
- Χρησιμοποιεί ελέγχους που επιτρέπουν την εξέταση των υποθέσεων
- Χρησιμοποιεί μια υψηλών προδιαγραφών μεθοδολογία για να διευκολύνει τις απαντήσεις στις ερωτήσεις

(Gill & Johnson, 1991)

Ποιοτική προσέγγιση: Η προσέγγιση αυτή σχετίζεται με την κατανόηση της συμπεριφοράς του ανθρώπου από την σκοπιά συσχέτισης του κάθε ερευνητή. Χαρακτηρίζεται από το γεγονός πως τα πεδία έρευνας σχετίζονται με κοινωνικά φαινόμενα , μια προσπάθεια του ερευνητή να καταλάβει «τι» συμβαίνει και «γιατί». Αυτός ο τύπος έρευνας απαιτεί ένα μικρό αριθμό συμμετοχόντων -δείγματος- σε αντίθεση με την ποσοτική έρευνα που απαιτεί κατά κύριο λόγο ένα μεγάλο δείγμα συμμετοχόντων.

Βέβαια, η ποσοτική και η ποιοτική προσέγγιση στην καθαρή τους μορφή είναι δυο ακραίες περιπτώσεις και η εφαρμογή τους δεν συνηθίζεται. Συνήθως μια

ενδιάμεση μορφή, ένα μωσαϊκό των δυο τύπων, είναι η περισσότερη συνηθισμένη προσέγγιση έρευνας.

Ποσοτικές μεθοδολογίες: Υπάρχουν πολλές ποσοτικές μεθοδολογίες που θα αναφερθούν εδώ εν συντομία. *Μελέτες αντιπροσωπευτικού δείγματος-Στιγμιαίες μελέτες (cross-sectional study)* σχεδιάζονται ώστε να συλλέγονται πληροφορίες μεταβλητών στοιχείων σε διαφορετικά πλαίσια, αλλά την ίδια στιγμή. *Πειραματική (experiment)* είναι μια κλασική μορφή έρευνας και περιλαμβάνει τον ορισμό της θεωρητικής υπόθεσης, την συλλογή δειγμάτων, την κατανομή των δειγμάτων σε διαφορετικές συνθήκες πειράματος. Αυτή η έρευνα έχει κατακριθεί επειδή χρησιμοποιεί φοιτητές ως υποκείμενα άτομα, τα οποία στερούνται της μεγάλης συγκέντρωσης σε συγκεκριμένες μεταβλητές και στην τεχνητή φύση του περιβάλλοντος (J & R Hussey 1997). *Η μακροπρόθεσμη μελέτη (longitudinal study)* είναι μία μελέτη μεταβλητών στοιχείων ή μιας ομάδας ατόμων για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ως μέθοδος προτιμάται, όταν ερευνώνται οι δυναμικές προοπτικές ενός ζητήματος. Το μειονέκτημα είναι ότι η διεξαγωγή της είναι δαπανηρή σε χρόνο και χρήμα. Συνήθως συνδέεται με μια ποσοτική μεθοδολογία. Η πληθυσμιακή *μελέτη (survey)* είναι μια πολύ δημοφιλής κατηγορία έρευνας. Επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων από ένα πολύ μεγάλο πληθυσμό με ένα «οικονομικό τρόπο». Βασίζεται συνήθως στα ερωτηματολόγια, από τα οποία προκύπτουν δεδομένα τα οποία είναι σταθερά, αναμενόμενα και εύκολα στη σύγκριση.

Ποιοτικές μεθοδολογίες: Η *έρευνα δράσης (action research)*είναι μια προσέγγιση που θεωρεί ότι ο κόσμος των κοινωνιών συνεχώς αλλάζει ενώ τόσο ο ερευνητής όσο και η έρευνα είναι κομμάτι αυτής της αλλαγής. Ο στόχος αυτής της ερευνητικής προσέγγισης είναι το να βρεθεί κάποιος σε μια κατάσταση και να προσπαθήσει να αλλάξει και να ελέγξει τα αποτελέσματα της. Άλλος ένας τύπος έρευνας είναι οι *υποθετικές μελέτες (case studies)*. Αυτές αποτελούν μια εκτεταμένη εξέταση μιας μοναδικής εκδοχής ενός ενδιαφέροντος φαινομένου. Οι υποθετικές μελέτες χαρακτηρίζονται ως περιγραφικές και επεξηγηματικές μελέτες. Ακόμη, υπάρχουν και άλλα είδη ερευνών που ανήκουν στην ποιοτική

μέθοδο όπως η *εθνογραφία (ethnography), ερμηνευτική (hermeneutics), συμμετοχική έρευνα (participative enquiry)*.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ- ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Οι μέθοδοι δειγματοληψίας πληθυσμού που χρησιμοποιούνται περισσότερο είναι οι εξής τέσσερις:

1. Το *απλό τυχαίο δείγμα (simple random sample)* αποτελεί την κυριότερη μέθοδο δειγματοληψίας σ'αυτές τις έρευνες. Αυτή η μέθοδος δίνει ίσες δυνατότητες σε όλα τα μέλη του πληθυσμού να επιλεγούν στο δείγμα και χρησιμοποιείται κυρίως όταν ο πληθυσμός είναι ομοιογενής, με την προϋπόθεση ότι η κάθε επιλογή είναι ανεξάρτητη από την επόμενη.
2. Το *συστηματικό δείγμα (systematic sample)* είναι πιο αποτελεσματικό για μεγάλη λίστα αριθμών. Τη μέθοδο αυτή μπορούμε να την χρησιμοποιήσουμε όταν οι καταστάσεις περιλαμβάνουν όλο το πληθυσμό σε τυχαία κατάταξη.
3. Η *στρωματοποιημένη δειγματοληψία (stratified sampling)* που εφαρμόζεται όταν ο πληθυσμός δεν είναι ομοιογενής. Μπορούμε δηλαδή να χωρίσουμε τον πληθυσμό σε στρώματα ή ομάδες, όσο το δυνατό πιο ομοιογενείς και να επιλέξουμε ανεξάρτητο τυχαίο δείγμα από κάθε ομάδα.
4. Η *δειγματοληψία κατά συστάδες (cluster sampling)* χρησιμοποιείται όταν ο πληθυσμός δεν είναι κατεγραμμένος ώστε να μπορεί να γίνει δειγματοληψία. Σε αυτήν την περίπτωση χωρίζουμε σε ομάδες τον συνολικό πληθυσμό.

Υπάρχουν μερικά βασικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν το μέγεθος του δείγματος. Όσο λιγότερη ακρίβεια χρειάζεται η έρευνα τόσο μικρότερο μπορεί να είναι το δείγμα. Όσο μεγαλύτερη ανομοιογένεια υπάρχει ανάμεσα στον πληθυσμό που εξετάζεται, τόσο μεγαλύτερο δείγμα είναι απαραίτητο για να είναι αντιπροσωπευτικό. Η μέθοδος της δειγματοληψίας επηρεάζει και το μέγεθος του δείγματος. Τέλος τα μικρά δείγματα επιβάλλουν μεγάλους περιορισμούς στην στατιστική ανάλυση που θα χρησιμοποιηθεί. Ωστόσο ένα μεγαλύτερο δείγμα δεν προϋποθέτει απαραίτητα καλύτερα αποτελέσματα και συγχρόνως έχει μεγαλύτερο κόστος σε χρόνο και χρήμα. (**9., 10., 13., 16.**)

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Δύο είναι οι τεχνικές συλλογής δεδομένων:

1. Το ερωτηματολόγιο
2. Οι συνεντεύξεις

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο (questionnaire) χρησιμοποιείται ευρέως στις έρευνες της επιστήμης της διατροφής. Είναι μια από τις τεχνικές που από μόνη της αλλά κυρίως σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές συλλογής δεδομένων μπορεί να δώσει αξιόπιστα αποτελέσματα. Πολλοί συγγραφείς διακρίνουν τρεις τύπους ερωτηματολογίων: το *ερωτηματολόγιο που αποστέλλεται ταχυδρομικά*, το *ερωτηματολόγιο συνέντευξης*, που ουσιαστικά αποτελεί συνέντευξη αλλά με γραπτό τρόπο και τον *οδηγό συνέντευξης* που είναι λιγότερο δομημένο από ένα ερωτηματολόγιο.

Τα πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου είναι πολλά, όπως και τα μειονεκτήματα. Η ίδια η φύση της έρευνας, τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που θα ερευνηθεί μας υπαγορεύουν ως ένα σημείο την τεχνική που θα χρησιμοποιήσουμε.(**4.**)

<u>Πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου</u>:

- Μπορεί να δοθεί σε μεγάλο αριθμό ερωτώμενων και ιδιαίτερα αν σταλεί ταχυδρομικά, σε αντίθεση με τη συνέντευξη.
- Μπορεί να συμπληρωθεί στον ελεύθερο χρόνο των ερωτώμενων.
- Εξοικονομεί χρόνο και χρήμα, ενώ συλλέγεται μεγάλος αριθμός δεδομένων.
- Ενισχύει τους ερωτώμενους να απαντήσουν ειλικρινά στις ερωτήσεις, μιας και ο ερευνητής δεν είναι παρών στις περισσότερες περιπτώσεις.

- Δεν επιτρέπει την παρέμβαση του ερευνητή την ώρα που συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο. Αυτό εξασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό την αντικειμενικότητα του ερωτηματολογίου.
- Δεν υπάρχει δυνατότητα να αλλάξει το ερωτηματολόγιο και να προσαρμοστεί στις διαθέσεις της στιγμής είτε του ερωτώμενου είτε του ερευνητή.
- Η όλη προεργασία για τη συγγραφή των ερωτηματολογίων επιβάλλει την ξεκάθαρη διατύπωση των ερωτήσεων.
- Αν προετοιμαστεί σωστά μπορούν να συλλεχθούν και να αναλυθούν σχετικά εύκολα ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα.(**4.**)

Μειονεκτήματα του ερωτηματολογίου:

- Δεν επιτρέπει την προσωπική επαφή του ερευνητή με τους ερωτώμενους.
- Δεν μπορούν οι ερωτώμενοι να διευκρινίσουν ερωτήσεις που δεν κατανοούν.
- Δεν υπάρχει δυνατότητα να διευκρινιστεί αν απαντήθηκαν οι ερωτήσεις με ειλικρίνεια.
- Τα ερωτηματολόγια δεν μπορούν να σχεδιαστούν ώστε να εμφανιστούν οι αιτίες των απόψεων των ερωτώμενων.
- Γενικότερα εμφανίζεται μια άρνηση να απαντηθούν ταχυδρομικά ερωτηματολόγια.
- Έρευνες έχουν αποδείξει ότι οι ερωτώμενοι που έχουν άποψη για το θέμα της έρευνας είναι πιο πιθανό να απαντήσουν από άλλους που δεν έχουν άποψη. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην υπάρχει αντιπροσωπευτικότητα στις απαντήσεις.(**4.**)

Είδη ερωτήσεων:

1. Πραγματικές ερωτήσεις: οι ερωτήσεις αυτές χρησιμοποιούνται για να γίνουν γνωστά η ηλικία, η εκπαίδευση, συγκεκριμένα στοιχεία που έχουν σχέση με το επάγγελμα των ερωτώμενων.
2. Ερωτήσεις γνώμης και άποψης: ερωτήσεις που θα αποκαλύψουν τις γνώμες, τις απόψεις τις προκαταλήψεις, τις κλίσεις των ερωτώμενων. Οι απαντήσεις σ'αυτές τις ερωτήσεις είναι πιο δύσκολο να αναλυθούν γιατί είναι περισσότερο υποκειμενικές.
3. Οι ερωτήσεις χωρίζονται ανάλογα με τη μορφή τους σε κλειστές και ανοιχτές: στην κλειστή ερώτηση οι επιλογές των ερωτώμενων είναι περιορισμένες, γιατί ο τύπος της ερώτησης είναι προκαθορισμένος από το ερωτηματολόγιο. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο ερωτώμενος μπορεί να απαντήσει με ένα ΝΑΙ ή ένα ΟΧΙ. Ωστόσο είναι πιο εύκολο να απαντηθούν, να καταγραφούν και να αναλυθούν. Αντίθετα, στην ανοιχτή ερώτηση ο ερωτώμενος είναι ελεύθερος να οργανώσει την απάντηση του όπως νομίζει.
4. Επίσης υπάρχουν και οι δομημένες ή προκατασκευασμένες ερωτήσεις: αποτελούν μια μέση λύση στις κλειστές και ανοιχτές ερωτήσεις. Πολλές δομημένες ερωτήσεις χρησιμοποιούν κλίμακες οι οποίες διευκολύνουν τους ερωτώμενους στις απαντήσεις τους.

Η προετοιμασία ενός ερωτηματολογίου είναι ένα σημαντικό βήμα στην όλη έρευνα. Το πρώτο βήμα του ερευνητή που ετοιμάζει το ερωτηματολόγιο είναι να εντοπίσει τους στόχους του ερωτηματολογίου και τη φύση των ερωτήσεων που πρέπει να διατυπώσει. Θα πρέπει να πάρει υπόψη του επίσης και τις δυνατότητες των ερωτώμενων να απαντήσουν στις ερωτήσεις. Θα πρέπει δηλαδή το ερωτηματολόγιο να απευθύνεται σε όλους τους ερωτώμενους. Αν οι ερωτώμενοι δεν είναι διατεθειμένοι να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο ή έστω σε μερικές ερωτήσεις από αυτό, τότε το ερωτηματολόγιο δεν έχει αξία.

Ερωτήσεις κακοδιατυπωμένες, περιττές ερωτήσεις που δεν ανταποκρίνονται σε καμιά ανάγκη θα έχουν σαν αποτέλεσμα τη συλλογή άχρηστων δεδομένων, δεδομένων που δεν παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες. Κάθε ερώτηση επίσης θα πρέπει να αναφέρεται σε συγκεκριμένα στοιχεία που είναι απαραίτητα για την έρευνα. Κάθε ερώτηση θα πρέπει να έχει ένα λόγο ύπαρξης ενώ επίσης θα πρέπει να αποφεύγονται ερωτήσεις που προσπαθούν να συλλέξουν πολλές πληροφορίες - δεδομένα- ταυτόχρονα.

Η γλώσσα που θα χρησιμοποιηθεί θα πρέπει να είναι απλή ώστε να γίνεται κατανοητή από όλους τους ερωτώμενους. Θα πρέπει να αποφεύγονται λέξεις που εκφράζουν υποκειμενικά αισθήματα, ή ερωτήσεις που καθοδηγούν τον ερωτώμενο σε απαντήσεις ή προσπαθούν να τον παραπλανήσουν.

Ερωτήσεις που αναφέρονται σε στοιχεία που ήδη διαθέτει ο ερευνητής είναι περιττές. Επίσης οι ερωτήσεις είναι σκόπιμο να περιορίζονται σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Οι ερωτήσεις θα πρέπει η μια να ακολουθεί την άλλη σε λογική σειρά και το ερωτηματολόγιο να αποτελείται από ομάδες ερωτήσεων. Καλό θα ήτανε οι ερωτήσεις να ξεκινούν από το γενικό προς το ειδικό.

Όλα τα παραπάνω έχουν σχέση με την προετοιμασία του πρώτου ερωτηματολογίου που πρέπει να ελεγχθεί πριν φτάσει στους ερωτώμενους. Ένας ειδικός είναι σκόπιμο να μελετήσει το ερωτηματολόγιο αφού του εξηγηθεί με προσοχή ο σκοπός και το πλαίσιο της έρευνας. Το επόμενο βήμα είναι να δοκιμαστεί σε ένα μικρό αριθμό ατόμων, το ερωτηματολόγιο πιλότος όπως αναφέρεται. Αυτή η φάση είναι απαραίτητη, γιατί θα μπορέσουμε να εντοπίσουμε τις όποιες αδυναμίες των ερωτήσεων. Μπορεί να εντοπιστούν ερωτήσεις που δεν είναι κατανοητές, ερωτήσεις περιττές ή ερωτήσεις που λείπουν και είναι απαραίτητες για την ολοκλήρωση της έρευνας. Επίσης με το ερωτηματολόγιο πιλότος μπορεί να εντοπιστούν πιθανές λάθος οδηγίες για τη συμπλήρωση των ερωτήσεων ή να γίνει μια αρχική επιβεβαίωση της υπόθεσης. Το δείγμα στο οποίο θα δοκιμαστεί το ερωτηματολόγιο θα πρέπει να επιλεχθεί με τον ίδιο τρόπο, όπως το κανονικό δείγμα.

Μετά την εξέταση του ερωτηματολογίου, θα πρέπει να ετοιμάσουμε την τελική έκδοση του. Στο επάνω μέρος της σελίδας θα πρέπει να υπάρχει ο τίτλος της έρευνας. Οι ερωτήσεις θα πρέπει να είναι οργανωμένες ώστε να υπάρχει

χώρος για τις απαντήσεις. Ένας γενικός κανόνας είναι να συντάσσουμε όσο το δυνατό μικρό ερωτηματολόγιο. Στις περισσότερες περιπτώσεις το ερωτηματολόγιο θα πρέπει να συνοδεύεται από ένα γράμμα που θα αναλύεται ο σκοπός της έρευνας. Σε μεγάλο βαθμό οι απαντήσεις θα εξαρτηθούν από το συνοδευτικό αυτό γράμμα. Το ερωτηματολόγιο έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να απαντηθεί αν στο γράμμα περιγράφεται με ειλικρίνεια ο σκοπός της έρευνας και τονίζεται η χρησιμότητα της συμμετοχής τους. Επίσης είναι ιδιαίτερα θετικό να ρωτηθεί ο ερωτώμενος αν θέλει να του σταλεί μια αναφορά των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο που στέλνεται ταχυδρομικά θα πρέπει να συνοδεύεται από ένα φάκελο που θα γράφει επάνω τη διεύθυνση του φορέα που διεξάγει την έρευνα και να φέρει το ανάλογο γραμματόσημο. Τα ερωτηματολόγια θα πρέπει να σταλούν σε περίοδο κατάλληλη για τους ερωτώμενους. Δεν θα πρέπει να σταλούν πριν από διακοπές, κατά τη διάρκεια εορτών ή καλοκαιριού. Επίσης θα πρέπει να τονίσουμε το χρόνο μέσα στον οποίο περιμένουμε την απάντηση τους. Το διάστημα δεν θα πρέπει να είναι πολύ μικρό ώστε να απαντηθεί το ερωτηματολόγιο χωρίς βιασύνη, αλλά ούτε πολύ μεγάλο ώστε να ξεχαστεί. Αν δεν έλθει απάντηση είναι απαραίτητο να στείλουμε ένα δεύτερο ερωτηματολόγιο συνοδευόμενο από ένα γράμμα που να τονίζει ξανά την αναγκαιότητα να συμμετέχουν στην έρευνα. Για να σταλεί όμως δεύτερο γράμμα θα πρέπει να βρεθεί ένας τρόπος να σημειώνουμε ποιοι απάντησαν στο πρώτο ερωτηματολόγιο στην περίπτωση που τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Αυτό μπορούμε να το πετύχουμε βάζοντας ένα κωδικό που θα αντιστοιχεί σε μια διεύθυνση και ένα όνομα.(**4.**)

4.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΑΣ

Η έρευνα που διεξάγαμε είναι πειραματική και η ερευνητική προσέγγιση αυτής κυρίως ποσοτική. Η μεθοδολογία διεξαγωγής της έρευνας έγινε με ερωτηματολόγια. Αυτός ο τύπος μελέτης και μεθοδολογίας ήταν ο πιο κατάλληλος στην περίπτωση μας εφόσον απαιτείται ένα μεγάλο δείγμα για την ασφαλή διεξαγωγή συμπερασμάτων. Με αυτές τις μεθόδους είναι και πιο εύκολος τόσο ο έλεγχος της ερευνητικής διαδικασίας όσο και η σύγκριση και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Τέλος ο χρόνος και οι οικονομικοί περιορισμοί από την πλευρά των ερευνητών, όπως και ο σκοπός της έρευνας, καθιστούν το είδος έρευνας και τη μέθοδο που επιλέχθηκε κατάλληλες.

4.3 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των πληροφοριών ήταν η κατασκευή ενός ερωτηματολογίου. Καταρχάς, εξαιτίας του γεγονότος πως οι γιατροί είναι ιδιαίτερα πολυάσχολοι και ανταποκρίνονται σε μικρό βαθμό, έπρεπε ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου να είναι πολύ προσεκτικός εώς ότου έπαιρνε την τελική του μορφή. Για να μεγιστοποιήσουμε το ποσοστό ανταπόκρισης των γιατρών στο ερωτηματολόγιο διεξάγαμε συνεντεύξεις με δύο γιατρούς οι οποίοι μας προσέφεραν τις πολύτιμες απόψεις τους και έτσι βοήθησαν στην κατασκευή της τελικής μορφής του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο περιείχε 10 ερωτήσεις όπου ο κάθε γιατρός καλούνταν να τις συμπληρώσει είτε επιλέγοντας από τις προκαθορισμένες απαντήσεις, είτε καταγράφοντας την προσωπική του άποψη. Ο απαιτούμενος χρόνος για τη συμπλήρωση των απαντήσεων ήταν τέσσερα έως έξι λεπτά. Δεν υπήρχαν ηθικά ή

άλλα προβλήματα στην διεξαγωγή της έρευνας, ούτε ζητήθηκαν πληροφορίες προσωπικού χαρακτήρα.

Δόθηκαν συνολικά είτε με προσωπική επαφή είτε ταχυδρομικά, 250 ερωτηματολόγια και λάβαμε 152 απαντήσεις, δηλαδή ανταποκρίθηκε το 60,8% του συνόλου.

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε τυχαιοποιημένο δείγμα ελλήνων γιατρών, ιδιωτών και νοσοκομειακών, των τριών ειδικοτήτων: παθολογίας, ενδοκρινολογίας, καρδιολογίας, στις εξής περιοχές: Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Βόλο, Λάρισα, Κρήτη, Ικαρία. Η συμπλήρωση και η συγκέντρωση των ερωτηματολογίων έγινε από τις 22/11/2004 έως τις 22/7/2004, δηλαδή σε διάστημα 8 μηνών.

Τέλος, η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, έγινε με το σύστημα SPSS και συμπληρωματικά έγιναν T-tests

4.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων των ερωτηματολογίων που συλλέξαμε κατέληξε στα εξής αποτελέσματα:

Ερώτηση 1-α.

- Το 61,3% των γιατρών που μας απάντησαν είναι ιδιώτες γιατροί ενώ το 37,3% νοσοκομειακοί.

Ερώτηση 1 β.

- το 21,2% των γιατρών ασκούν την ιατρική 5 χρόνια ή λιγότερο
- το 39,1% ασκούν την ιατρική 5-15 χρόνια
- το 39,7% ασκούν την ιατρική από 15 χρόνια και άνω.

Ερώτηση 1.

- το 35,5% των γιατρών χορηγεί xenical
- το 2,6% χορηγεί reductil
- το 25 % τα χορηγεί και τα δύο μαζί
- Το 36,8% δεν χορηγεί κανένα από τα δύο φάρμακα.

Ερώτηση 2.

- Το 10,4% των γιατρών δεν έχει ενημερωθεί για πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων και γι' αυτό δεν τα χορηγεί.
- Το 7,6% των γιατρών προτείνει άλλες μεθόδους για μείωση βάρους.
- Το 19,4% προτείνει δίαιτα, το 4,5% μόνο άσκηση και το 37,3% προτείνει συνδυασμό δίαιτας και άσκησης.
- Το 4,5% προτείνει ροφήματα, αντικατάστατα γευμάτων, ομοιοπαθητικά φάρμακα, 4,5% προτείνει κάποιο πρόγραμμα στο PC- prevent, 4,5% προτείνει δίαιτα και άσκηση και μείωση stress- αλλαγή περιβάλλοντος.
- Το 1,5% των γιατρών προτείνει παραπομπή σε ειδικό γιατρό, 1,5% προτείνει δίαιτα και παραπομπή σε ειδικό γιατρό, 1,5% προτείνει άλλες μεθόδους μείωσης βάρους εξαιτίας ανεπιθύμητων ενεργειών και παρενεργειών των φαρμάκων, 1,5% προτείνει χορήγηση βιταμινών.

Ερώτηση 3.

- Τα δύο φάρμακα χορηγούνται σε ασθενείς που είναι μόνο παχύσαρκοι σε ποσοστό 44,7%.

Σε ασθενείς που είναι παχύσαρκοι με συνυπάρχουσες ασθένειες:

- Καρδιαγγειακά νοσήματα: 37,5%
- Υπέρταση: 38,8%
- Υπερχοληστεριναιμία: 44,7%
- Διαβήτης: 42,8%
- Σε άλλες παθήσεις σε ποσοστό 7,2% και πιο αναλυτικά: 3,3% ασθένειες του θυρεοειδούς, 1,3% χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, 0,7% μεταβολικό σύνδρομο, 0,7% άπνοιες στον ύπνο/οστεοαρθρίτιδα.
- Τέλος, τα φάρμακα χορηγούνται σε ασθενείς που είναι παχύσαρκοι και εκφράζουν οι ίδιοι την επιθυμία να τους χορηγηθούν τα συγκεκριμένα φάρμακα σε ποσοστό 29,6%.

Ερώτηση 4.

Οι παράγοντες 1. μηχανισμός δράσης των φαρμάκων, 2. τα αποτελέσματα μείωσης βάρους ή/ και άλλα σημαντικά οφέλη για την υγεία του ασθενή, 3. οι παρενέργειες των συγκεκριμένων φαρμάκων, που λαμβάνουν υπόψη οι γιατροί πριν χορηγήσουν θεραπεία με τα συγκεκριμένα φάρμακα, μπαίνουν σε σειρά προτεραιότητας με διάφορους συνδυασμούς:

- 1-2-3 : 7,8%
- 1-3-2 : 23,3%
- 3-1-2 : 10%
- 3-2-1 : 18,9%
- 2-3-1 : 26,7%
- 2-1-3 : 13,3%

Ερώτηση 5.

Οι ασθενείς που έχουν ακολουθήσει άλλες μεθόδους μείωσης βάρους (κέντρα διαιτολογίας, αυτοσχέδιες δίαιτες) προτού ζητήσουν από τους γιατρούς συνταγογράφηση φαρμάκων είναι:

- λίγοι (<10) σε ποσοστό 18,1%
- μερικοί (10-30) σε ποσοστό 26,6%
- πολλοί (>30) σε ποσοστό 55,3%

Ερώτηση 6.

6.α.

- οι γιατροί συγχορηγούν δίαιτα με τα φάρμακα σε ποσοστό 98,9%
- οι γιατροί δεν συγχορηγούν δίαιτα σε ποσοστό 1,1%

6.β.

- τη δίαιτα τη συστήνει ο ίδιος ο γιατρός: 60%
- τη δίαιτα τη συστήνει διαιτολόγος: 16,5%

- τη δίαιτα τη συστήνει ο γιατρός μαζί με το διαιτολόγο: 22,4%
- τη δίαιτα τη συστήνει ενδοκρινολόγος γιατρός: 1,2%

6.γ.

- η διατροφή που προτείνει ο γιατρός είναι εξειδικευμένη και προσαρμοσμένη στις ανάγκες του ασθενούς σε ποσοστό 65,8%
- ο γιατρός προτείνει γενικές διατροφικές οδηγίες και συστάσεις-συμβουλές σε ποσοστό 29,1%
- ο γιατρός προτείνει και εξειδικευμένη δίαιτα και δίνει συμβουλές σε ποσοστό 5,1%

6.δ.

- δεν συγχορηγούν βιταμίνες ή άλλα διατροφικά συμπληρώματα το 74,7% των γιατρών.
- συγχορηγούν βιταμίνες ή άλλα διατροφικά συμπληρώματα το 10,1% των γιατρών
- πιο συγκεκριμένα χορηγούν : πολυβιταμινούχα σκευάσματα σε ποσοστό 5,1% , πιο συγκεκριμένα το geriatric pharmaton σε ποσοστό 2,5%, λιποδιαλυτές βιταμίνες ADEK σε ποσοστό 2,5%, υποκατάστατα γευμάτων/ ροφήματα σε ποσοστό 1,3%, πολυβιταμινούχα σκευάσματα και l-καρνιτίνη σε ποσοστό 1,3%, πολυβιταμινούχα σκευάσματα και σίδηρο σε ποσοστό 1,3%, βιταμίνη Κ σε ποσοστό 1,3%.

Ερώτηση 7.

Οι πιο συνηθισμένες παρενέργειες που αναφέρθηκαν στους γιατρούς είναι:

- στεατόρροια: 86,7%
- μετεωρισμός εντέρου: 71,3%
- πιεστική ανάγκη αφόδευσης: 50,6%
- λιπαρά/ ελαιώδη κόπρανα: 83,5%
- αυξημένες αφοδεύσεις: 67,1%
- ακράτεια κοπράνων: 30,5%

- ανορεξία:14,5%
- δυσκοιλιότητα: 16,5%
- ξηροστομία: 35,4%
- αϋπνία: 10,3%
- ταχυκαρδία: 19%
- υπέρταση: 10,3%
- ζάλη- κεφαλαλγία: 21%
- διαταραχή της γεύσης: 11,7%

7.ii.

Χρειάστηκε ή όχι διακοπή λήψης του φαρμάκου:

- όχι: 35,2%
- ναι: 9,1%
- λόγω στεατόρροιας: 3,4%
- λόγω πιεστικής ανάγκης αφόδευσης: 1,1%
- λόγω λιπαρών/ ελαιωδών κόπρανα: 1,1%
- λόγω αυξημένων αφοδεύσεων: 2,3%
- λόγω ακράτειας κοπράνων: 5,7%
- λόγω αϋπνίας: 1,1%
- λόγω υπέρτασης: 1,1%
- λόγω διαταραχής της γεύσης: 1,1%
- λόγω πιεστικής ανάγκης αφόδευσης και αυξημένων αφοδεύσεων: 1,1%
- λόγω μετεωρισμού εντέρου και ακράτειας κοπράνων: 1,1%
- λόγω ακράτειας κοπράνων και υπέρτασης: 1,1%
- λόγω μετεωρισμού εντέρου και λιπαρών κοπράνων: 1,1%
- λόγω πιεστικής ανάγκης αφόδευσης και ακράτειας κοπράνων: 1,1%
- λόγω μετεωρισμού εντέρου και δυσκοιλιότητας: 1,1%
- λόγω αυξημένων αφοδεύσεων και ακράτειας κοπράνων και δυσκοιλιότητας: 1,1%
- λόγω λιπαρών κοπράνων και αυξημένων αφοδεύσεων και ακράτειας κοπράνων: 1,1%
- λόγω ξηροστομίας και ζάλης και γαστρεντερικών διαταραχών: 1,1%

- λόγω λιπαρών κοπράνων και αυξημένων αφοδεύσεων: 2,3%
- λόγω ξηροστομίας και ζάλης/ κεφαλαλγίας: 1,1%
- λόγω νευρολογικής εικόνας/ πυραμιδικής συνδρομής: 1,1%
- λόγω σπαστικής κολίτιδας: 1,1%
- λόγω διάρροιας: 3,4%
- λόγω κοιλιακού άλγους: 1,1%
- λόγω όλων των παρενεργειών(14) : 5,7%
- λόγω της αναποτελεσματικότητας του φαρμάκου: 1,1%
- λόγω κάποιας από τις 14 παρενέργειες : 2,3%
- λόγω γαστρεντερικών διαταραχών: 2,3%
- λόγω ασυνεργασίας του ασθενούς: 1,1%
- λόγω δυσανεξίας στο φάρμακο: 1,1%
- λόγω όλων των παρενεργειών (14) και δυσανεξίας στο φάρμακο: 1,1%
- λόγω ακράτειας κοπράνων και κόπωσης: 1,1%
- λόγω ψυχολογικών διαταραχών και αναποτελεσματικότητας του φαρμάκου: 1,1%
- λόγω διάρροιας και οικονομικών λόγων: 1,1%

7iii

Οι περιπτώσεις στις οποίες κρίθηκε αναγκαία η διακοπή λήψης των φαρμάκων είναι:

- καμία: 2,1%
- λίγες: 68,8%
- πολλές: 29,2%

Ερώτηση 8.

Τα φάρμακα χορηγούνται σε περισσότερες γυναίκες και πιο συγκεκριμένα:

- άντρες: 6,3%
- γυναίκες: 68,4%
- άντρες + γυναίκες: 25,3%

Ερώτηση 9.

Σε πόσα άτομα περίπου έχουν χορηγήσει τα φάρμακα οι γιατροί:

- σε 1-9 άτομα : 16,5% των γιατρών
- σε 10-49 άτομα: 27% των γιατρών
- σε 50-99 άτομα: 7,2% των γιατρών
- σε 100 άτομα και άνω: 10,5% των γιατρών

Ερώτηση 10.

Όταν ένας ασθενής χρειάζεται να χάσει βάρος για βάσιμους ιατρικούς λόγους, οι γιατροί ενεργούν ως εξής και διαμορφώνονται τα αντίστοιχα ποσοστά.

- Α. σύσταση για επίσκεψη σε διαιτολόγο και αν δεν υπάρξει επιθυμητό αποτέλεσμα γίνεται χορήγηση φαρμάκου : 5,3%
- Β. χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας και αν δεν υπάρξει επιθυμητό αποτέλεσμα γίνεται σύσταση για διαιτολόγο : 3,5%
- Γ. χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας και ταυτόχρονη σύσταση για επίσκεψη σε διαιτολόγο : 7%
- Δ. σύσταση για αύξηση φυσικής δραστηριότητας του ασθενούς : 28,1%
- Δ. + Α. : σύσταση για επίσκεψη σε διαιτολόγο και αν δεν υπάρξει επιθυμητό αποτέλεσμα γίνεται χορήγηση φαρμάκου και παράλληλη αύξηση φυσικής δραστηριότητας : 32,5%
- Δ. + Β. : χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας και αν δεν υπάρξει επιθυμητό αποτέλεσμα γίνεται σύσταση για διαιτολόγο και παράλληλη αύξηση φυσικής δραστηριότητας : 9,6%
- Δ. + Γ. : χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας και ταυτόχρονη σύσταση για επίσκεψη σε διαιτολόγο και παράλληλη αύξηση φυσικής δραστηριότητας : 14%

<u>Ερώτηση 11.</u>

Η γνώμη των γιατρών για το ρόλο των διαιτολόγων ως προς την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας:

- Ουδέτερη στάση: 0,9%
- Θετική στάση: 57,8%
- Θετική στάση αλλά ο ρόλος του γιατρού στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι πρωτεύον: 26,6%
- Θετική στάση αλλά ο ρόλος του διαιτολόγου στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι πρωτεύον: 9,2%
- Αρνητική στάση: 5,5%

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

5.1 Σ Υ Ζ Η Τ Η Σ Η - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

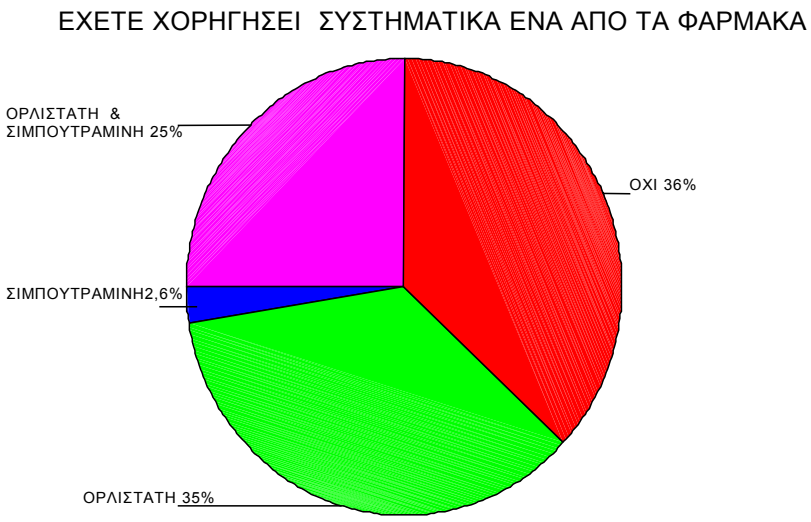
Από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου προκύπτουνε κύρια και δευτερεύοντα ευρήματα τα οποία αρχικά θα θέλαμε να αναφέρουμε συνοπτικά και στη συνέχεια της συζήτησης να τα αναλύσουμε περαιτέρω.

Αρχικά, το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών που ερωτήθηκαν και συγκεκριμένα το 63% αυτών, δήλωσε ότι χορηγεί ή έχει χορηγήσει τα φάρμακα ορλιστάτη ή/και σιμπουτραμίνη σε κάποιους ασθενείς. Οι γιατροί που τα χορηγούνε στην πλειοψηφία τους είναι ιδιώτες και όχι νοσοκομειακοί γιατροί. Συγκεκριμένα, το 60.7% των νοσοκομειακών γιατρών δήλωσε ότι δεν τα έχει ποτέ χορηγήσει σε ασθενείς ενώ την ίδια απάντηση λάβαμε μόνο από το 22.8% των ιδιωτών γιατρών. Ένα ακόμη κύριο εύρημα είναι ότι το 35,5% των γιατρών δήλωσε ότι έχει χορηγήσει μόνο ορλιστάτη, το 2,6% μόνο συμπουτραμίνη ενώ και τα δύο φάρμακα το 25%. Επιπλέον , το 65% των γιατρών χρειάστηκε να διακόψει τη φαρμακοθεραπεία λόγω ανεπιθύμητων παρενεργειών όπως η ακράτεια κοπράνων, η στεατόρροια κ.α αλλά αυτό έγινε σε λίγες περιπτώσεις. Τέλος, η ερώτηση που αφορούσε τον τρόπο που ενεργούν οι γιατροί όταν ο ασθενής πρέπει να χάσει βάρος έδωσε απρόσμενες απαντήσεις για εμάς καθώς η πιο συχνή απάντηση ήταν αυτή που έλεγε ότι συνιστούν στο άτομο να αυξήσει τη φυσική του δραστηριότητα και ταυτόχρονα να επισκεφτεί ένα διαιτολόγο ενώ στην περίπτωση που δεν υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα του χορηγούν τη θεραπεία με τα φάρμακα.

Δευτερεύοντα αλλά ενδιαφέροντα ευρήματα ήταν ότι οι γιατροί χορηγούν τα συγκεκριμένα φάρμακα σε μεγαλύτερο ποσοστό στις γυναίκες (68.4%) και ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που ζητούν βοήθεια από τους γιατρούς για να χάσουν βάρος έχουν πρώτα δοκιμάσει άλλες μεθόδους. Τέλος, Το 57.8 εξέφρασε θετική γνώμη για το ρόλο των διαιτολόγων στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας σε συνεργασία με τους ίδιους ή αυτόνομα ενώ μόνο το 5.5% είχε αρνητική γνώμη.

Αναλυτικά, οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου μας παρέχουν τα ακόλουθα στοιχεία:

Στην ερώτηση 1 το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών που ερωτήθηκαν και συγκεκριμένα το 63% αυτών, δήλωσε ότι χορηγεί ή έχει χορηγήσει τα φάρμακα ορλιστάτη ή/και σιμπουτραμίνη σε κάποιους ασθενείς, ενώ το υπόλοιπο 37% των γιατρών δήλωσε ότι δεν έχει ποτέ συστηματικά χορηγήσει κάποιο από τα δύο ή και τα δύο φάρμακα σε ασθενείς τους.



Ερώτηση 1.

- *το 35,5 % των γιατρών χορηγεί xenical*
- *το 2,6 % χορηγεί reductil*
- *το 25 % τα χορηγεί και τα δύο μαζί*
- *Το 36,8 % δεν χορηγεί κανένα από τα δύο φάρμακα.*

Ο λόγος για τον οποίο τα χορηγεί το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών διαπιστώνεται στην ερώτηση 3 όπου το 44,7% λέει ότι τα χρησιμοποιεί σε ασθενείς που είναι απλά παχύσαρκοι. Αυτό το ποσοστό αποδεικνύει την εμπιστοσύνη των γιατρών στην αποτελεσματικότητα των φαρμάκων για την απώλεια βάρους των ασθενών όπως φαίνεται και από ανάλογες έρευνες που αναφέρονται παρακάτω.

Συγκεκριμένα, σε μια τυχαιοπημένη έρευνα, ορλιστάτη 120 mg X 3 φορές / μέρα ή εικονικό φάρμακο χορηγήθηκε σε 228 παχύσαρκους ασθενείς σε συνδυασμό με δίαιτα χαμηλών θερμίδων – υποθερμιδική δίαιτα- με το 30% των Kcal να προέρχεται από το λίπος. Μετά από ένα χρόνο λήψης των φαρμάκων, οι ασθενείς που πήραν ολιστάτη έχασαν 8,5% του αρχικού βάρους τους σε σύγκριση με τους ασθενείς που πήραν placebo και έχασαν 5,4% του βάρους τους (7).

Αντίστοιχα και η σιμπουτραμίνη όταν χορηγήθηκε δόση αυτής 10 ή 15mgr προκάλεσε μεγαλύτερη απώλεια βάρους σε σύγκριση με διατροφικές συμβουλές σε μια έρευνα ενός έτους 485 ασθενών με BMI μεταξύ 27 – 40 Kg/m^2. Μεταξύ αυτών που συμμετείχαν στην έρευνα η απώλεια βάρους κατά μέσο όρο ήταν 4, 4 – 6, 4 Kgr με 10 και 15 mg δόσεις σιμπουτραμίνης αντίστοιχα, σε σύγκριση με την απώλεια 1,6Kg με placebo φάρμακα (4).

Ακόμη το 37,5% των γιατρών χορηγεί τα φάρμακα σε ασθενείς που είναι παχύσαρκοι με συνυπάρχουσα πάθηση διάφορα καρδιαγγειακά νοσήματα, το 38,8% σε ασθενείς με συνυπάρχουσα πάθηση την υπέρταση, το 44,7% σε συνυπάρχουσα πάθηση την υπερχοληστεριναιμία και το 42,8% σε παχύσαρκους με πάθηση το διαβήτη.

Αυτά τα ποσοστά ήταν αναμενόμενα λόγω των πλεονεκτημάτων των φαρμάκων κατά της παχυσαρκίας σε συνοδούς παράγοντες κινδύνου.

Τόσο η σιμπουτραμίνη όσο και η ορλιστάτη έχει αποδειχθεί ότι πετυχαίνουνε μεγαλύτερη απώλεια βάρους σε σύγκριση με τα placebo φάρμακα σε παχύσαρκους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 ενώ αυτό συνοδευόταν και από τη μείωση της γλυκοζιωμένης αιμοσφαιρίνης και της γλυκόζης νηστείας (10-12).

Σε μια από κοινού ανάλυση 3 δοκιμών, η θεραπεία με ορλιστάτη 120mg 3 φορές /μέρα για 2 χρόνια βελτίωσε σημαντικά την ανοχή της γλυκόζης και καθυστέρησε την εξέλιξη της δυσανοχής στη γλυκόζη σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2.

Σε κλινικές δοκιμές, η ορλιστάτη προκαλούσε μικρή βελτίωση της αρτηριακής υπέρτασης κατ' αναλογία με την απώλεια βάρους. Η σιμπουτραμίνη επίσης μείωσε την αρτηριακή πίεση αλλά ο βαθμός μείωσής της ήταν συνήθως μικρότερος συγκριτικά με την μείωση της αρτηριακής πίεσης από την

αναμενόμενη απώλεια βάρους, εξαιτίας της αυξημένης δράσης της νοραδρεναλίνης.

Επειδή η οριλιστάτη μειώνει την απορρόφηση λίπους μπορεί να παρατηρηθεί μια βελτίωση στα επίπεδα λιπιδίων στο αίμα μεγαλύτερη από αυτή που αναμένεται μετά από απώλεια βάρους.

Σε εργαστηριακές δοκιμές η ορλιστάτη μειώνει την ολική και LDL συγκριτικά με το placebo από 3 – 9% και 3 – 13% αντίστοιχα.

Σε μελέτες με σιμπουτραμίνη η ολική και LDL ήταν σχεδόν ίδιες με τις τιμές της ολικής και LDL κατά την χορήγηση εικονικού φαρμάκου αλλά η HDL αυξάνονταν και σε ορισμένες μελέτες τα TGL μειώνονταν σε σύγκριση με τις τιμές TGL κατά τη λήψη placebo.

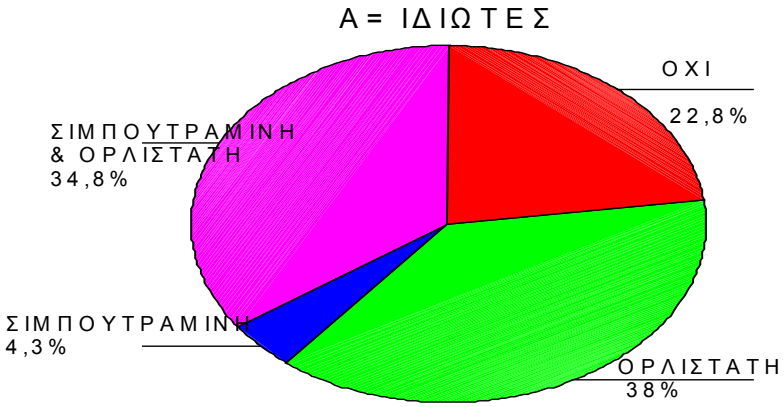
Ενδιαφέρον σημείο της μελέτης μας είναι ότι το 29,6% των γιατρών που χρησιμοποιούν τα φάρμακα σε ασθενείς που εκφράζουν οι ίδιοι την επιθυμία να τους χορηγηθούν τα συγκεκριμένα φάρμακα. Αυτό πιθανώς συμβαίνει γιατί:

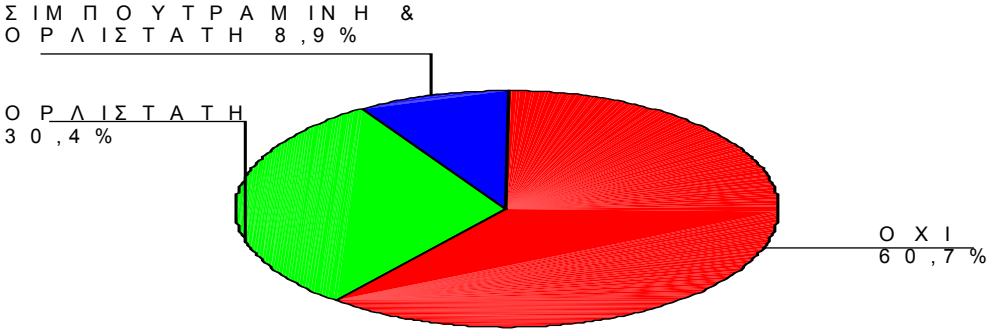
Α) ο γιατρός ενδίδει εύκολα στις επιθυμίες του ασθενή- πελάτη του,

Β) γιατί ο ασθενής μπορεί να είναι ιδιαίτερα πιεστικός καθώς θέλει να χάσει γρήγορα και εύκολα κιλά χωρίς να «ταλαιπωρηθεί» ενώ μπορεί να έχει προηγουμένως προσπαθήσει να ακολουθήσει άλλες μεθόδους απώλειας βάρους με αποτυχία. (π.χ. κέντρα διαιτολογίας, αυτοσχέδιες δίαιτες). Άλλωστε, όπως φαίνεται από την ερώτηση 5 πολλοί είναι αυτοί (55,3%) των ασθενών που ζητούν την βοήθεια των γιατρών σαν μια τελευταία λύση για να χάσουν βάρος μέσω συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Γ) γιατί ο γιατρός ή δεν θέλει να ασχοληθεί με το πρόβλημα της παχυσαρκίας και την απώλεια βάρους ή δεν γνωρίζει καλά το αντικείμενο.

Ένα από τα κυριότερα ευρήματα της έρευνας που προέκυψε συσχετίζοντας την ερώτηση 1 με τη πρώτη γενική ερώτηση του ερωτηματολογίου (Ασκείτε την Ιατρική ως: Α. Ιδιώτης γιατρός και β. Νοσοκομειακός γιατρός) ήταν το γεγονός ότι τα φάρμακα ορλιστάτη και/ή σιμπουτραμίνη χορηγούνται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς. Συγκεκριμένα, το 77% των ιδιωτών γιατρών χορηγούν τα φάρμακα και μόνο το 39% των νοσοκομειακών γιατρών. Στα παρακάτω διαγράμματα φαίνεται ακριβώς αυτή η διαφορά.





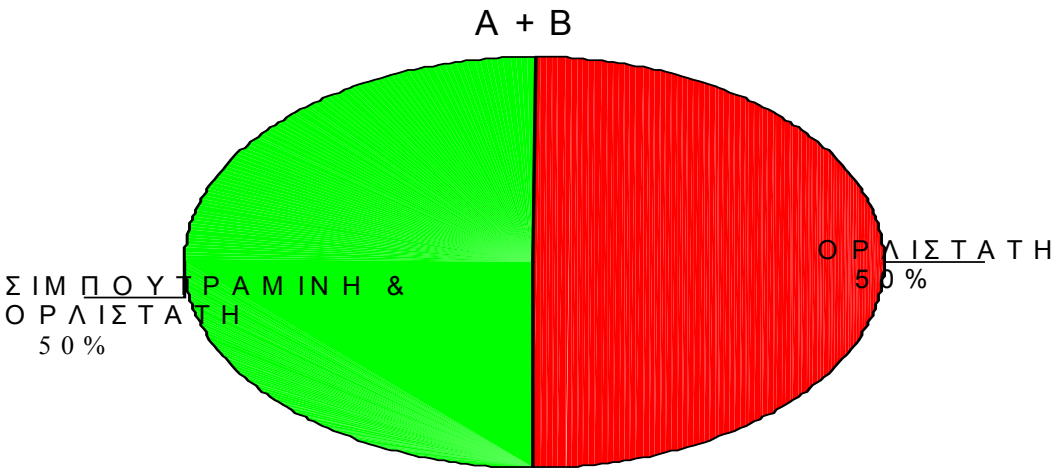
Συσχέτιση ερωτήσεων 1α- 1:

<u>Ερώτηση 1-α.</u>

- *Το 61,3% των γιατρών που μας απάντησαν είναι ιδιώτες γιατροί ενώ το 37,3% νοσοκομειακοί.*

<u>Ερώτηση 1.</u>

- *το 35,5% των γιατρών χορηγεί xenical*
- *το 2,6% χορηγεί reductil*
- *το 25 % τα χορηγεί και τα δύο μαζί*
- *Το 36,8% δεν χορηγεί κανένα από τα δύο φάρμακα.*



ερώτηση 1: τι φάρμακα χορηγούν όσοι γιατροί δηλώνουν νοσοκομειακοί και ιδιώτες ταυτόχρονα.

Αυτή η μεγάλη διαφορά απόψεων όσον αφορά τη φαρμακοθεραπεία, από γιατρούς ίδιων ειδικοτήτων πιθανά μπορεί να αποδοθεί στους ακόλουθους λόγους.

Κατά βάση, οι νοσοκομειακοί γιατροί ασχολούνται κυρίως με τη θεραπεία παθήσεων όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η υπέρταση, ο διαβήτης κ.α. και όχι με την παχυσαρκία σαν νόσο. Η έλλειψη χρόνου για λεπτομερή εξέταση των ασθενών εκ μέρους των νοσοκομειακών γιατρών μπορεί να είναι ένας ακόμη παράγοντας. Αντίθετα, οι ιδιώτες έχουν και το χρόνο και τη διάθεση να ασχοληθούν με το κάθε ασθενή-πελάτη τους χωριστά. Επιπλέον, το οικονομικό κίνητρο των ιδιωτών γιατρών πιθανά να είναι μεγαλύτερο και έτσι να ασχολούνται περισσότερο με τη φαρμακοθεραπεία σαν λύση στη παχυσαρκία. Τέλος, οι μη κατάλληλα οργανωμένες μονάδες σε ορισμένα νοσοκομεία αλλά και η ύπαρξη κλινικών διαιτολόγων σε κάποια αλλά, «απαλλάσσουν» το γιατρό από την ενασχόληση με την παχυσαρκία.

Στην ερώτηση 1, επίσης το 35,5% των γιατρών δήλωσε ότι έχει χορηγήσει μόνο ορλιστάτη και το 2,6% μόνο σιμπουτραμίνη ενώ και τα δύο φάρμακα το

25%. Η υπεροχή της ορλιστάτης στη χορήγηση πιθανά οφείλεται στους εξής λόγους:

α) Στο μικρότερο χρονικά διάστημα κυκλοφορίας της σιμπουτραμίνης στην ελληνική φαρμακευτική αγορά.

β) Στο μηχανισμό δράσης του φαρμάκου. Η ορλιστάτη εμποδίζει τη λιπάση να διασπάσει τα ΤΓΛ σε απορροφήσιμα μονογλυκερίδια ή λιπαρά οξέα και αυτή η αναστολή συμβαίνει στο γραστρεντερικό σωλήνα και όχι στη συστηματική κυκλοφορία. Η σιμπουτραμίνη αυξάνει την ενεργειακή κατανάλωση (θερμογένεση) μέσω συνεργικής αλληλεπίδρασης της ΝΑ και της 5 – ΗΤ στο Κ.Ν.Σ. και μειώνει την πρόσληψη τροφής αυξάνοντας την κεντρική δράση της νοραδρεναλίνης (ΝΑ) και της σεροτονίνης (5-ΗΤ).

γ) πιθανά στις παρενέργειες του ΚΝΣ όπως αϋπνία, διέγερση, νευρικότητα και ανησυχία που παρατηρούνται σε ορισμένους ασθενείς που χρησιμοποιούν τη σιμπουτραμίνη.

δ) Στις αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα που εμφανίζει η σιμπουτραμίνη και τέλος

ε) στα περισσότερο δραστικά αποτελέσματα του στις συνυπάρχουσες παθήσεις (ιδιαίτερα στις διαταραχές του μεταβολισμού της γλυκόζης) του ασθενή έναντι στα αποτελέσματα της σιμπουτραμίνης,

Ένα ακόμα σημαντικό εύρημα της έρευνας είναι ότι αρκετά μεγάλο είναι το ποσοστό των γιατρών που δεν χορηγούν κανένα από τα δύο φάρμακα (36,8%) και αυτό για το λόγο ή τους λόγους που απάντησαν οι ίδιοι στην ερώτηση 2.

Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών που δεν τα χορηγεί, προτείνει άλλες μεθόδους για μείωση βάρους με μεγαλύτερο ποσοστό το συνδυασμό δίαιτας και άσκησης (37,3%) και μετά δίαιτα μόνο το (19,4%) και τέλος άσκηση μόνο το 4,5%. Άλλο ένα 4,5% των γιατρών προτείνει δίαιτα με άσκηση και βιταμίνες.

Τα ποσοστά αυτά αποδεικνύουν ότι ο τρόπος ζωής δηλαδή η διατροφή καθώς και η άσκηση θεωρούνται από μια μεγάλη, μερίδα γιατρών, και δικαίως,

καθοριστικά στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας με ένα φυσικό και απόλυτα φυσιολογικό για τον ασθενή τρόπο. Σε μια ενδιαφέρουσα μετά – ανάλυση 7 μελετών αναφέρεται πως η μέση απώλεια βάρους στης διάρκεια 21 – 112 ημερών ήταν 1kg περίπου μεγαλύτερη όταν σε μια πολύ χαμηλή θερμιδική δίαιτα (500 – 800 kcal/μέρα) προστίθεται και άσκηση. (9,7 έναντι 8,6kg). Σε μια πιο πρόσφατη ανασκόπηση βρέθηκε διαφορά 1,5kg, όταν σε δίαιτα 1000kcal διάρκειας 8 – 16 εβδομάδων προστέθηκε και άσκηση (12,7 έναντι 11,2kg). (13)

Είναι φανερό πως όταν σε χαμηλές θερμιδικά δίαιτες προστεθεί και άσκηση το αποτέλεσμα είναι μεγαλύτερη απώλεια βάρους. Η διαφορά όμως είναι μικρή σε σχέση με την απώλεια βάρους με τη δίαιτα μόνο. Με βάση το τελευταίο και έχοντας υπόψη οι γιατροί το αίσθημα κόπωσης και την αρνητική διάθεση που εκδηλώνουν οι παχύσαρκοι για άσκηση προτείνουν μόνο δίαιτα σε ποσοστό 19,4%.

Ένα μικρό ποσοστό 4,5% των γιατρών προτείνει μόνο άσκηση για απώλεια βάρους. Πολλά πειραματικά δεδομένα έδειξαν ότι τουλάχιστον βραχυχρόνια, οι ενήλικες χάνουν βάρος όταν αυξάνουν τη φυσική τους δραστηριότητα. Μια ανασκόπηση του ’95 που αφορούσε 53 μελέτες οδηγούσε στο συμπέρασμα ότι μετά από περίπου 6 μήνες άσκηση, το σωματικό βάρος μειώθηκε κατά 1,6kg, το λίπος κατά 2,6kg και υπήρξε αύξηση κατά 1kg της μυϊκής μάζας. Μια άλλη ανασκόπηση του ’95 που περιλάμβανε μελέτες από το 1966 – 1993 καταλήγει στο ίδιο συμπέρασμα: Σε μέτρια παχύσαρκους άντρες η άσκηση μόνη της οδηγεί σε μικρή απώλεια βάρους 0,1kg / εβδομάδα. Το τελικό αποτέλεσμα εξαρτάται από το αρχικό βάρος, την ένταση και τη συχνότητα της άσκησης (14). Τέλος, πρέπει να τονίσουμε ότι η άσκηση από μόνη της μειώνει το BMI κατά 2-3% και για αυτό είναι πιο αποτελεσματική όταν συνδυάζεται με δίαιτα (15).

Στην ερώτηση 4, το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών (26,7%) δηλώνει ότι ο πρώτος παράγοντας που λαμβάνουν υπόψη τους πριν χορηγήσουν ένα φάρμακο είναι τα αποτελέσματα μείωσης βάρους ή και άλλα οφέλη για την υγεία του ασθενή, στη συνέχεια λαμβάνουν υπόψη τους τις παρενέργειες των φαρμάκων και τέλος το μηχανισμό δράσης των συγκεκριμένων φαρμάκων. Αυτό όμως αναδεικνύει τον ακόλουθο συσχετισμό-προβληματισμό: ότι τελικά ένα μεγάλο ποσοστό γιατρών χορηγούν τα φάρμακα με κύρια χρησιμοθηρικά κριτήρια

δηλαδή το ποσοστό απώλειας βάρους έτσι ώστε να ικανοποιήσουν τον ασθενή τους

Στην ερώτηση 5 εξάγουμε ένα ακόμη σημαντικό συμπέρασμα ότι δηλαδή το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που ζητούν βοήθεια από τους γιατρούς για να χάσουν βάρος έχουν πρώτα δοκιμάσει άλλες μεθόδους (π.χ. κέντρα διαιτολογίας, αυτοσχέδιες δίαιτες).

Αυτό σημαίνει ότι τα χάπια αποτελούν για τον περισσότερο κόσμο την ύστατη λύση στο πρόβλημα τους καθώς φαίνεται ότι είναι:

α) μη φυσικός τρόπος απώλειας βάρους

β) έχουν μεγάλο οικονομικό κόστος (84 κάψουλες xenical κοστίζουν 83,06ευρώ και 28 κάψουλες των 15 mgr reductil κοστίζουν 86,09ευρώ)

γ) έχουν κάποιες παρενέργειες που μπορεί να επηρεάσουν δυσμενώς την καθημερινότητα τους

δ) δεν συντελούν στην αλλαγή των διατροφικών τους συνηθειών.

Στην ερώτηση 6 είναι θετικό το γεγονός ότι το 98,9% των γιατρών συγχορηγούν δίαιτα με τα φάρμακα και αυτό γιατί αποδεδειγμένα έτσι πετυχαίνουν καλύτερα και γρηγορότερα αποτελέσματα. Η δίαιτα αυτή που τη συστήνουν οι ίδιοι σε ποσοστό 60% αποτελεί κατά κύριο λόγο (65,8%) μια εξειδικευμένη διατροφή προσαρμοσμένη στις ανάγκες του ασθενή και κατά (29,1%) γενικές διατροφικές οδηγίες.

Ανεξάρτητος διαιτολόγος σχεδιάζει τη δίαιτα μόνο σε ένα ποσοστό 16,5% ενώ και ο γιατρός και ο διαιτολόγος σε ένα ποσοστό 22,4%. Αυτό είναι ένα ενθαρρυντικό ποσοστό που αναδεικνύει πρόθεση συνεργασίας των δύο επιστημονικών πεδίων. Σε αυτό το ποσοστό μπορεί να προστεθεί και το 16,5% των περιπτώσεων που οι γιατροί συστήνουν διαιτολόγους για το σχεδιασμό της δίαιτας.

Ένα δευτερεύον πόρισμα για την έρευνα που προκύπει σε αυτήν την ερώτηση είναι ότι το 75% των γιατρών δεν χορηγεί βιταμίνες ή άλλα διατροφικά συμπληρώματα. Αυτό μπορεί να συμβαίνει διότι:

α) Δεν πιστεύουν ότι τα φάρμακα θα έχουν σημαντική επίδραση στο βιταμινικό προφίλ του ατόμου. Αυτό ισχυρίζονται άλλωστε και οι έρευνες που έχουν γίνει

για το Xenical και δείχνουν ότι 2 έτη θεραπείας με Xenical προκάλεσαν μικρές μόνο μεταβολές στα επίπεδα των βιταμινών. Όλες οι μέσες τιμές των συγκεντρώσεων τους παρέμειναν εντός φυσιολογικών ορίων κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

β) Πιθανά δεν θέλουν να επιβαρύνουν τον ασθενή οικονομικά αλλά και ψυχολογικά με άλλο ένα «χαπάκι» και

γ) διότι η βιταμινική ανεπάρκεια δεν αναγνωρίζεται τόσο εύκολα σε απώλεια βάρους όσο σε υπερβολική ή ανεπαρκή θερμιδική πρόσληψη.

Στο σημείο αυτό θα θέλαμε ότι οι βιταμινικές απαιτήσεις είναι αυστηρά προσωπικές και ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία, το είδος εργασίας, το φύλο και τη γενική φυσική κατάσταση του ατόμου.

Από τις πιο μεγάλης σημασίας ερωτήσεις ήταν η 7 που σχολιάζουμε αμέσως παρακάτω. Αρχικά, οι πέντε πιο συχνές παρενέργειες που αναφέρθηκαν από τους ασθενείς στους γιατρούς ήταν κατά σειρά οι ακόλουθες:

α) στεατόρροια (86.7%)

β) λιπαρά-ελαιώδη κόπρανα (83.5%)

γ) μετεωρισμός εντέρου (71.3%)

δ) αυξημένες αφοδεύσεις (67.1%) και

ε) πιεστική ανάγκη αφόδευσης (50.6%)

Αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν να χρειαστεί διακοπή λήψης του φαρμάκου σε ποσοστό περίπου (100-35=65%) των γιατρών που τα χορηγούν με πιο συχνά αίτια όπως οι ίδιοι υποστήριξαν τα εξής:

Α) την ακράτεια κοπράνων,

Β) τη διάρροια,

Γ) τη στεατόρροια,

Δ) τις αυξημένες αφοδεύσεις και

Ε) όλες τις παρενέργειες που προαναφέρθηκαν

Το μεγάλο αυτό ποσοστό, 65% των γιατρών που απάντησε ότι κάποια στιγμή χρειάστηκε να διακόψει τα φάρμακα σε κάποιον ή κάποιους ασθενείς τους αποδεικνύει ότι στην πράξη η φαρμακοθεραπεία δεν παρέχει χωρίς κόστος τα τόσο θεαματικά θεωρητικά αποτελέσματα κατά της νόσου της παχυσαρκίας.

Βέβαια, πρέπει να τονίσουμε ότι η αναποτελεσματικότητα των φαρμάκων ήταν ένα αίτιο που οδήγησε στη διακοπή της θεραπείας με πάρα πολύ μικρό ποσοστό (1.1%) αλλά αυτό από μόνο του δεν διασφάλισε την επιτυχία της φαρμακευτικής θεραπείας. Η ακράτεια κοπράνων, η πρώτη αιτία διακοπής της χρήσης των φαρμάκων, εύλογα μπορεί να προβληματίσει τον καθένα από εμάς για το πώς αυτό το γεγονός επηρεάζει την καθημερινότητα ενός εργαζόμενου ατόμου και τί πρακτικά ή ακόμη και ψυχολογικά προβλήματα μπορεί να δημιουργήσει.

Στη συνέχεια, το 65% των γιατρών που απάντησαν ότι χρειάστηκε κάποια στιγμή διακοπή λήψης του φαρμάκου δηλώνουν στην επόμενη ερώτηση ότι σε ποσοστό περίπου 70% οι περιπτώσεις που ήταν αναγκαία η διακοπή ήταν λίγες (μικρότερη του 25% των περιστατικών τους) και το 30% των γιατρών που το διέκοψαν δήλωσαν ότι αυτό έγινε σε πολλές περιπτώσεις στους ασθενείς τους (πάνω από το 25% των περιστατικών που έπαιρναν το φάρμακο).

Το πόρισμα αυτό καταδεικνύει στην πράξη, το βαθμό δυσκολίας εφαρμογής αυτού του τόσο εύκολου τρόπου θεραπείας της παχυσαρκίας που γίνεται με ένα «μαγικό» χάπι!

Ένα αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου που είναι άξιο συζήτησης είναι εκείνο που δείχνει ότι οι γιατροί χορηγούν τα συγκεκριμένα φάρμακα σε συντριπτική πλειοψηφία (68,4%) στις γυναίκες.

Η απάντηση αυτή δε φαίνεται να μας εκπλήσσει ιδιαίτερα λόγω του γεγονότος ότι η γυναίκα ενδιαφέρεται και αφιερώνει ,κατά κανόνα, πολύ περισσότερο χρόνο για την εξωτερική εμφάνιση και το σώμα της, σε σχέση με ένα άντρα.

Μία πολύ πρόσφατη έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ με πολύ μεγάλο δείγμα και θέμα τις ψυχολογικές διαταραχές ως συνέπεια της παχυσαρκίας έδειξε ότι η επίπτωση του αυξημένου βάρους στην ψυχολογία των ανθρώπων δεν είναι η ίδια για τα δύο φύλα. Συγκεκριμένα οι ερευνητές βρήκαν ότι το αυξημένο βάρος στις γυναίκες αποτελούσε παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση της κατάθλιψης ενώ δεν ίσχυε το ίδιο για τους άντρες οι οποίοι ήταν πιο πιθανό να πάθουν κατάθλιψη αν είχαν χαμηλότερο βάρος!

Η ψυχοκοινωνική αιτιολογία αυτού του φαινομένου ρίχνει το βάρος στα «media» που προβάλλουν την ιδανική γυναίκα του σήμερα λεπτή και όμορφη σαν μοντέλο μόδας και αυτόματα αυτό οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση εκείνες

τις γυναίκες που δεν ταιριάζουν με αυτό το πρότυπο.

Αντίθετα, η ανδρική παχυσαρκία δεν «πετροβολείται» από τα «media» ενώ μάλιστα συναντάται στην Ελλάδα μια πατριαρχική αντίληψη ζωής η οποία διατηρείται ακόμη -ιδίως στα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα- που θέλει τον άντρα να δείχνει «καλοταϊσμένος» καθώς ηγείται στην οικογένεια ή στα κοινωνικά δρώμενα.

Μπορεί όλα τα παραπάνω να ισχύουν δικαιολογημένα ή αδικαιολόγητα αυτό όμως που δεν πρέπει να λησμονούμε είναι τα επιστημονικά ευρήματα της πανελλήνιας επιδημιολογικής μελέτης που πραγματοποίησε η Ελληνική Ιατρική Εταιρία Παχυσαρκίας και ανακοινώθηκαν τον Ιούνιο του 2004, σύμφωνα με τα οποία η παχυσαρκία στη χώρα μας είναι γένους αρσενικού! Συγκεκριμένα, το 26% των ανδρών είναι παχύσαρκοι ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος στις Ελληνίδες είναι 18.2%.

Το συμπέρασμα λοιπόν είναι ότι αυτοί που θα έπρεπε περισσότερο να ανησυχούν για το αυξημένο σωματικό βάρος τους και δε το κάνουν είναι οι άνδρες. Και αυτό όχι επειδή απλά πληθυσμιακά είναι πολυπληθέστεροι από τις γυναίκες, αλλά κυρίως επειδή οι άντρες εμφανίζουν «κεντρική» παχυσαρκία με συσσώρευση σπλαχνικού λίπους αποτελώντας έτσι ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου.

Στην επόμενη ερώτηση που είχαμε σε πόσα άτομα περίπου οι γιατροί χορήγησαν τα φάρμακα, την πρώτη θέση έχουν οι ιδιώτες γιατροί (30 έναντι 10 νοσοκομειακών) οι οποίοι δήλωσαν ότι τα χορήγησαν σε πάνω από 10 ασθενείς και κάτω από 50. Ακόμη από 50-100 άτομα δήλωσαν ότι τα χορήγησαν 9 ιδιώτες και μόνο 2 νοσοκομειακοί γιατροί ενώ από 100 ασθενείς και πάνω δήλωσαν ότι τα χορήγησαν 16 γιατροί εκ των οποίων -όπως ήταν αναμενόμενο- οι 14 ασκούνε την ιατρική ως ιδιώτες.

Οι απαντήσεις της ερώτησης 10 αποτέλεσαν για την έρευνα μας ένα ενδιαφέρον σημείο με ιδιαίτερη βαρύτητα. Η ερώτηση αυτή ζητούσε από τους ερωτηθέντες να σημειώσουν με ποια αρχή ενεργούν όταν ένας ασθενής τους χρειάζεται να χάσει βάρος για βάσιμους ιατρικούς λόγους. Η πιο συχνή απάντηση ομολογουμένως μας εξέπληξε καθώς ήταν η εξής:

Το 32.5% λοιπόν των γιατρών δήλωσε ότι συνιστούν στο άτομο να αυξήσει τη

φυσική του δραστηριότητα και του συστήνουν ταυτόχρονα να επισκεφτεί ένα διαιτολόγο και στην περίπτωση που δεν υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα του χορηγούν τη θεραπεία με τα φάρμακα.

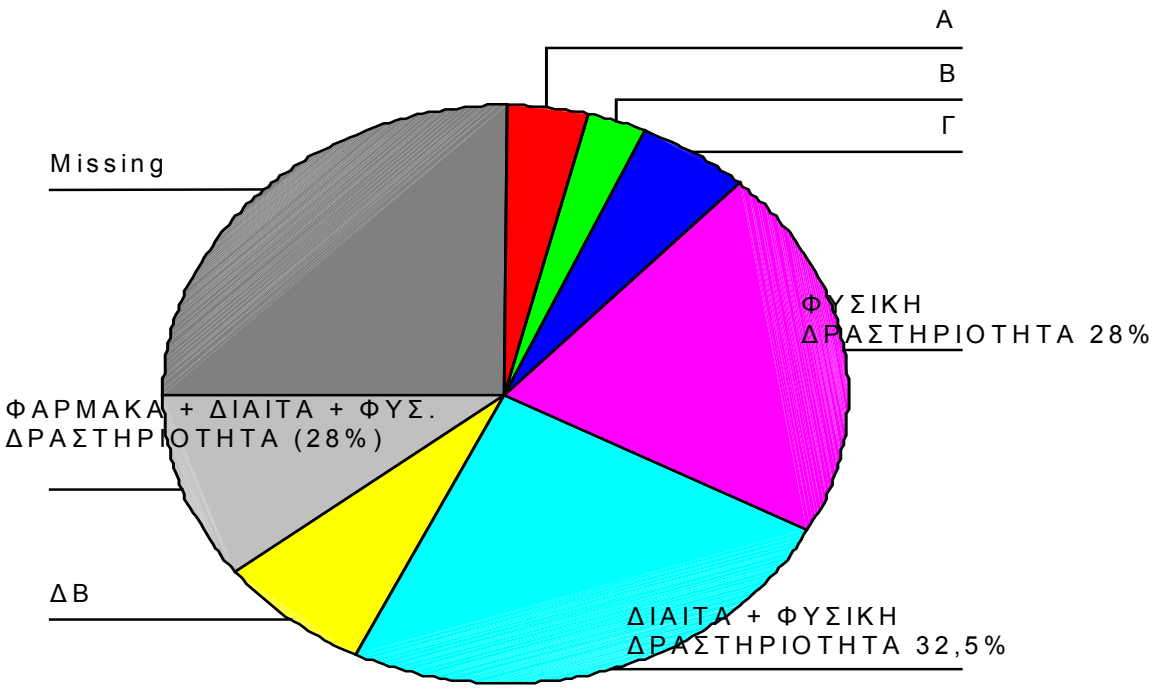
Αμέσως μετά, με μεγάλο ποσοστό (28%) είναι η σύσταση των γιατρών για αύξηση της φυσικής δραστηριότητας στα άτομα που πρέπει να χάσουν βάρος.

Οι παραπάνω απαντήσεις έχουν ενδιαφέρον διότι μπορεί το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών (63%) της έρευνας μας να ακολουθεί τη φαρμακοθεραπεία σαν λύση στο πρόβλημα της παχυσαρκίας αλλά ταυτόχρονα αυτό το πλήθος γιατρών δηλώνει στην πλειονότητα του ότι η φαρμακευτική θεραπεία βρίσκεται στη δεύτερη γραμμή αντιμετώπισης παχυσαρκίας, αφού το άτομο προσπαθήσει πιο φυσικές μεθόδους απώλειας βάρους όπως είναι μια ισορροπημένη, εξατομικευμένη στις ανάγκες του δίαιτα διαιτολόγου ή η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.

Αμέσως μετά, ένα ποσοστό 14% των γιατρών δηλώνει ότι συνιστά στα άτομα αύξηση της φυσικής δραστηριότητας αλλά τους δίνει τη φαρμακευτική θεραπεία με ταυτόχρονη προτροπή την επίσκεψη τους σε ένα διαιτολόγο.

Τέλος, το μικρότερο ποσοστό 3.5% είχε η απάντηση που έλεγε ότι χορηγείτε η θεραπεία στον ασθενή για να χάσει βάρος και αν δεν υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα τότε συστήνετε η επίσκεψη σε ένα διαιτολόγο.

ΠΩΣ ΕΝΕΡΓΕΙΤΕ ΣΕ ΈΝΑΝ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΧΑΣΕΙ ΒΑΡΟΣ:Α.ΣΥΣΤ



Ερώτηση 10.

Όταν ένας ασθενής χρειάζεται να χάσει βάρος για βάσιμους ιατρικούς λόγους, οι γιατροί ενεργούν ως εξής και διαμορφώνονται τα αντίστοιχα ποσοστά.

- *Α. σύσταση για επίσκεψη σε διαιτολόγο και αν δεν υπάρξει επιθυμητό αποτέλεσμα γίνεται χορήγηση φαρμάκου : 5,3%*
- *Β. χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας και αν δεν υπάρξει επιθυμητό αποτέλεσμα γίνεται σύσταση για διαιτολόγο : 3,5%*
- *Γ. χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας και ταυτόχρονη σύσταση για επίσκεψη σε διαιτολόγο : 7%*
- *Δ. σύσταση για αύξηση φυσικής δραστηριότητας του ασθενούς : 28,1%*
- *Δ. + Α. : σύσταση για επίσκεψη σε διαιτολόγο και αν δεν υπάρξει επιθυμητό αποτέλεσμα γίνεται χορήγηση φαρμάκου και παράλληλη αύξηση φυσικής δραστηριότητας : 32,5%*
- *Δ. + Β. : χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας και αν δεν υπάρξει επιθυμητό αποτέλεσμα γίνεται σύσταση για διαιτολόγο και παράλληλη αύξηση φυσικής δραστηριότητας : 9,6%*
- *Δ. + Γ. : χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας και ταυτόχρονη σύσταση για επίσκεψη σε διαιτολόγο και παράλληλη αύξηση φυσικής δραστηριότητας : 14%*

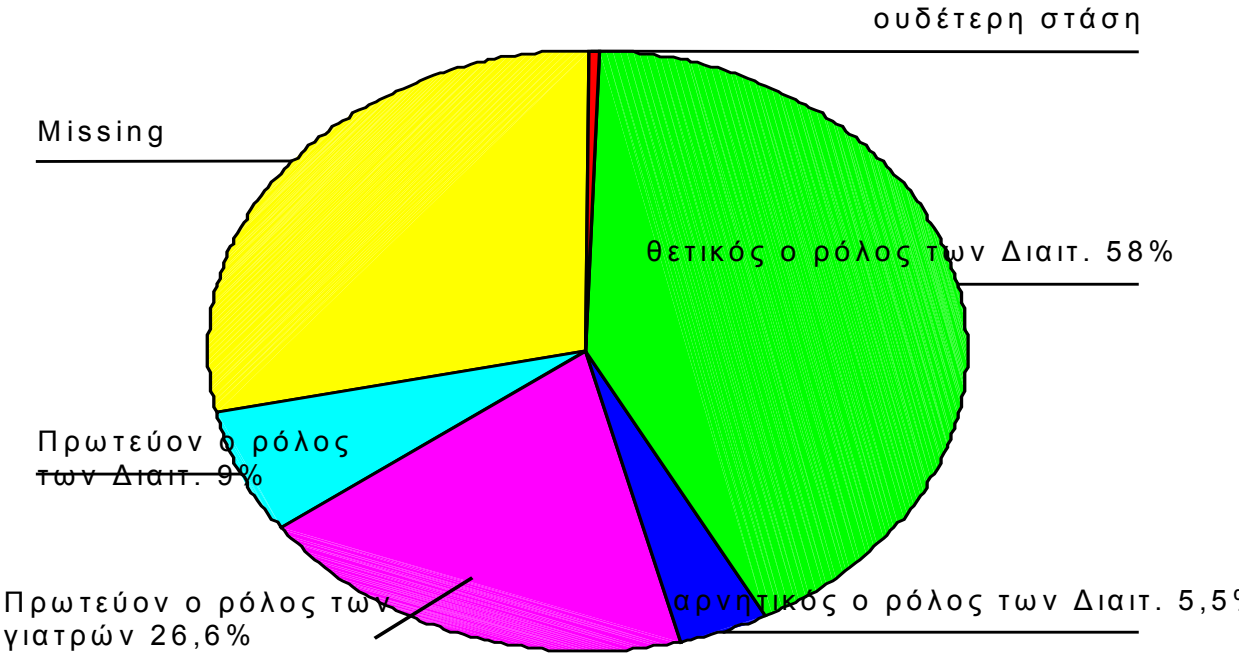
Αναμφίβολα, το σημείο που είχε ιδιαίτερη αξία και αποτελούσε ένα κύριο προβληματισμό της έρευνας μας ήταν η γνώμη των γιατρών για το ρόλο των διαιτολόγων στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας σε συνεργασία με τους ίδιους ή αυτόνομα. Τα αποτελέσματα αυτής της ερώτησης ήταν:

Το 57.8 εξέφρασε θετική γνώμη για το ρόλο των διαιτολόγων στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας σε συνεργασία με τους ίδιους ή αυτόνομα ενώ μόνο το 5.5% είχε αρνητική γνώμη. Τυχαία χαρακτηριστικά παραδείγματα των παραπάνω απόψεων είναι τα εξής σχόλια:

1. «Χρήσιμος ο ρόλος τους σε συνεργασία με τους γιατρούς. Οι περισσότεροι γιατροί δεν έχουν ούτε χρόνο ούτε ειδικές γνώσεις για να συστήσουν συγκεκριμένη δίαιτα στους ασθενείς τους για να μπορούν να τους παρακολουθήσουν για τη σωστή τήρησή της. (παράρτημα)
2. «Οι γιατροί δεν μπορούν να συνεργαστούν με τους διαιτολόγους για δύο λόγους : Λόγω 1) απουσίας ιατρικών γνώσεων από τους διαιτολόγους και 2) λόγω της αδυναμίας των γιατρών, ίσως λόγω φόρτου εργασίας τους, να ασχοληθούν πραγματικά με το πρόβλημα της παχυσαρκίας».

Εντύπωση μας κάνει επίσης ότι ένα ποσοστό 9,2% των γιατρών δήλωσε ότι είναι θετικοί με την ιδέα της συνεργασίας τους με τους διαιτολόγους και μάλιστα θεωρούν πρωτεύων το ρόλο του διαιτολόγου στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Κατά συνέπεια είναι εμφανές ότι σταδιακά ο ρόλος του διαιτολόγου αναγνωρίζεται από τους γιατρούς και διαχωρίζεται σαν ένας ιδιαίτερος και ξεχωριστός ρόλος στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Τέλος, θετικοί στην συνεργασία με τους διαιτολόγους για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας αλλά με πρωτεύοντα ρόλο τον δικό τους, δήλωσε το 26,6% των ερωτηθέντων ιατρών.

ΗΓΝΩΜΗ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΩΝ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ



Ερώτηση 11.

Η γνώμη των γιατρών για το ρόλο των διαιτολόγων ως προς την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας:

- *Ουδέτερη στάση: 0,9 %*
- *Θετική στάση: 57,8 %*
- *Θετική στάση αλλά ο ρόλος του γιατρού στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι πρωτεύον: 26,6 %*
- *Θετική στάση αλλά ο ρόλος του διαιτολόγου στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι πρωτεύον: 9,2 %*
- *Αρνητική στάση: 5,5 %*

5.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τη μελέτη μας προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών υποστηρίζει τη φαρμακοθεραπεία σαν λύση στο πρόβλημα της παχυσαρκίας αλλά είναι ενδιαφέρον ότι αυτό ισχύει για τους ιδιώτες και όχι για τους νοσοκομειακούς γιατρούς. Είτε πάντως χορηγούνε φάρμακα είτε όχι, οι περισσότεροι θεωρούν την ισορροπημένη και εξειδικευμένη δίαιτα ενός διαιτολόγου μαζί με τη φυσική δραστηριότητα σαν τα πρωταρχικά μέσα για την αντιμετώπιση της νόσου. Τέλος, η θετική γνώμη που εξέφρασε το μεγαλύτερο δείγμα γιατρών για το ρόλο των διαιτολόγων στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας σε συνεργασία με τους ίδιους μας εξοπλίζει με την ελπίδα για επίλυση σε ένα ικανοποιητικό βαθμό του προβλήματος.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τα περισσότερα φάρμακα κατά της παχυσαρκίας που δοκιμάστηκαν σε κλινικές δοκιμές οδηγούν σε 5 - 10% απώλεια βάρους, πράγμα που είναι σημαντικό πλεονέκτημα ακόμη και αν ένας ασθενής δεν έχει φτάσει στο ιδεώδες σωματικό βάρος. Η παχυσαρκία είναι ένα χρόνιο νόσημα όπως αποδεικνύεται από τη μεγάλη πιθανότητα ανάκτησης βάρους και συνεπώς είναι απαραίτητη μια μακροπρόθεσμη προσπάθεια θεραπευτικής αγωγής. Από φαρμακολογική σκοπιά, μόνο η σιμπουτραμίνη και η ορλιστάτη είναι αποδεκτές από τον FDA για χρήση μεγάλου χρονικού διαστήματος για την επίτευξη απώλειας βάρους και διατήρησης αυτού. Βέβαια τα αποτελέσματα της ερευνάς μας έδειξαν ότι η χρήση των φαρμάκων μπορεί να καθίσταται αποτελεσματική μόνο αν συνδυαστεί με κατάλληλες αλλαγές συμπεριφοράς, τρόπου ζωής και διατροφικών συνηθειών. Στην αντίθετη περίπτωση, οι ανεπιθύμητες ενέργειες που προκύπτουν (π.χ. στεατόρρροια) έχουν ως συνέπεια τη διακοπή χορήγησης του «μαγικού χαπιού».

Όπως ο Σύλλογος Διαιτολόγων των ΗΠΑ υποστηρίζει, παρά τα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, ίσως το σημαντικότερο μειονέκτημα της αντιμετώπισης της παχυσαρκίας είναι η ανεπάρκεια μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων, όσον αφορά την διατήρηση της απώλειας σωματικού βάρους. Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα δεν είναι τα επιθυμητά, διότι τέτοιου είδους παρεμβάσεις στερούνται των εξής προϋποθέσεων επιτυχίας:

- Εκπαίδευσης των ασθενών πάνω στην οριοθέτηση ρεαλιστικών στόχων όσον αφορά την απώλεια βάρους. Οι ασθενείς δεν μαθαίνουν να αποδέχονται την ήπια απώλεια σωματικού βάρους ως επιτυχία.
- Παρακολούθησης των ασθενών για τουλάχιστον ένα χρόνο μετά την παρέμβαση, ώστε να αξιολογούνται κατά το δυνατόν καλύτερα οι διατροφικές αλλαγές.
- Εκπαίδευσης πάνω σε θέματα ελέγχου της διατροφικής συμπεριφοράς.

Είναι αναγκαίο να σημειωθεί ότι απαιτείται ιδιαίτερη σύνεση και υπομονή τόσο από το άτομο που επιθυμεί να χάσει βάρος, όσο και από τον ίδιο τον επιστήμονα διαιτολόγο και τον γιατρό που θα καθοδηγήσουν συνεργικά την όλη

διαδικασία. Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν, το γεγονός ότι η έρευνα μας έδειξε ότι υπάρχει ένα θετικό κλίμα συνεργασίας ανάμεσα στους διαιτολόγους και τον ιατρικό πληθυσμό για καλύτερα αποτελέσματα στο πρόβλημα της παχυσαρκίας.

Τέλος, είναι επιτακτική η ανάγκη η βιομηχανία του αδυνατίσματος να αποκτήσει περισσότερο ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα και να ακολουθήσει τις οδηγίες των επιστημόνων στο χώρο της διατροφής - διαιτολογίας. Το κοινό πρέπει να καταφεύγει σε καταρτισμένους επιστήμονες για την ενημέρωση του και για την καθοδήγησή του. Αλλά και η διαδικασία απώλειας βάρους, δεν πρέπει να μένει στα στενά πλαίσια της προσωρινής απώλειας μερικών γρήγορων κιλών. Θα πρέπει να είναι μια απολύτως προσωπική και εξατομικευμένη διαδικασία, η οποία να αποσκοπεί στη διαμόρφωση σωστής διατροφικής συμπεριφοράς και στην εγκαθίδρυση συνηθειών που θα διασφαλίζουν μια μακροπρόθεσμη διατήρηση της όποιας απώλειας σε βάρος, αλλά το κυριότερο μια εν γένει καλή υγεία του οργανισμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ***Ενημερωτικός και συμβουλευτικός οδηγός για τον πολίτη.*** Αθήνα : Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας, 2001.

2. ***Εντατική εκπαίδευση στην ενδοκρινολογία : παχυσαρκία.*** 4ος κύκλος. Αθήνα : ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΩΝ 2001.

3. ***Εξελίξεις στην παχυσαρκία (NEWSLETTER) : Πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη επιπολασμού παχυσαρκίας.*** Αθήνα : Ελληνική Ιατρική Εταιρεία, Παχυσαρκίας 2004.

4. ΚΟΡΟΜΠΙΛΗ, ΣΤΕΛΛΑ. ***Μέθοδοι έρευνας στη βιβλιοθηκονομία.*** Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης. Σχολή Διοίκησης Και Οικονομίας. Σίνδος, 1994.

5. ΜΟΡΤΟΓΛΟΥ, ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ. ***Παχυσαρκία : ένας πρακτικός, ενημερωτικός και θεραπευτικός οδηγός για όλους***. Αθήνα : Advance Publishing, 1996.

6. ΤΖΩΤΖΑΣ, ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΗΣ. ***Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός.*** UNIVERSITY STUDIO PRESS Α.Ε. ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 2004.

7. ΠΑΠΑΒΡΑΜΙΔΗΣ, ΣΠΥΡΟΣ Θ. ***Παχυσαρκία : θεωρία και πράξη***. Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Σιώκης, 2002.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

8. Arterburn, David and Hitchcock, Polly. Extracts from clinical evidence obesity. ***BMJ,*** 2001, vol. 322, p. 1406-1409.

9. Fujoka, Ken. Management of obesity as a chronic disease : nonpharmacologic, pharmacologic and surgical options. ***Obesity Research,*** December 2002, vol. 10.

10. Gill J. & Johnson P ***'Research methods for managers'*** London, Paul Chapman 1991.

11. Hill, J. O. and Astrup, A. What diets should we be recommending for obesity? ***Obesity reviews***, 2003, no. 4, p. 77-78.

12. Hitchcock, Polly and Pugh, Jacqueline. Management of overweight and obese adults. ***BMJ***, 2002, vol. 325, p. 757-761.

13. Hussey J & Hussey R. ***'Business research***: *A practical guide for undergraduate and postgraduate students'* MacMilan, 1997, London

14. Kushner, Robert and Pedavris, Leah. An integrated approach to obesity care. ***Nutrition Clinics Care***, September-October 1999, vol. 2, no.5.

15. ***Σιμπουτραμίνη – Sibutramine*** : μονογραφία του προϊόντος. Abbott Laboratories Hellas.

16. Saunders, M., P Lewis, A. & Thornhill ***'Research methods for business students'*** Pitman, 1997, London.

17. Scheen, A. J. and Ernest, Ph. New antiobesity agents in type 2: overview of clinical trials with sibutramine and orlistat. ***Diabetes metabolism***, 2002, no. 28, p. 437-445

18. ***STRYER, LUBERT.*** Βιοχημεία. 3η έκδ. Κρήτη : Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.

19. Swinburn, B. and Egger, G. Preventive strategies against weight gain and obesity. ***Obesity reviews***, 2002, p. 289-301.

20. Wilding, John. Science, medicine and the future : obesity treatment. ***BMJ***, 1997, vol. 315, p. 997-1000.

21. ***Ορλιστάτη – Orlistat*** : μονογραφία του προϊόντος. Αθήνα : Roche Hellas A.E.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1.Field AE at al, Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10 year period. Arc Intern Med 2001;161:1581-1586

2. Bach DS, Rissanen AM, Mendel CM, et al. Absence of cardiac valve dysfunction in obese patients treated with sibutramine. Obes Res. 1999;7:363-9

3. Meridia Prescribing information. Abbott Laboratories; 2001.

4. Smith IG. Randomized placebo-controlled trial of long-term treatment with sibutramine in mild to moderate obesity. J Family Pract. 2001;50:505-12

5. Apfelbaum M, Vague P, Ziegler O, Hanotin C, Thomas F, Leutenegger E. Long- term maintenance of weight loss after a very-low-calorie diet: a randomized blinded trial of the efficacy and tolerability of sibutramine. Am J Med. 1999;106:179-84

6. James WPT, Astrup A, Finer N, et al. Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss : a randomised trial. Lancet. 2000;2119-25.

7. Finer N, James WPT, Kopelman PG, Lean MEJ, Williams G. One-year treatment of obesity : a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicentre stydy of orlistat, a gastrointestinal lipase inhibitor. Int J Obes Relat Metab Disord. 2000;24:306-13

8. Hauptman J, Lucas C, Boldrin MN, et al. Orlistat in the long-term treatment of obesity in primary care settings. Arch Family Med. 2000;9:160-7

9. Hill JO, Hauptman J, Anderson JW, et al. Orlistat, a lipase inhibitor, for weight maintenance after conventional dieting: a l-y study. Am J Clin Nutr. 1999;69:1108-16

10. Finer N, Bloom SR, Frost GS, Banks LM, Griffiths J. Sibutramine is effective for weight loss and diabetic control in obesity with type 2 diabetes: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. Diabetes Obes Metab. 2000;2:105-12

11. Fujioka K, Seaton TB, Rowe E. Sibutramine improves glycemic control and other metabolic parameters in obese patients with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Obes Metab. 2000; 2:175-87

12. Hollander PA, Elbein SC, Hirsch JB, et al. Role of orlistat in the treatment of obese patients with type 2 diabetes. Diabetes Care 1998:1288-98

13. Yamanouchi K, Shinozaki T: Daily walking combined with diet therapy is a useful means for obese NIDDM patients. Diabetes Care 18:775,1995

14. Garrow J, Summerbell C: Meta-analysis effect of exercise, with or without dieting on the body composition of overweight subjects. Eur J Clin Nutr 49:1, 1995

15. Pi-Sunyer FX, Becker DM, Bouchard C, et al. NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Obes Res. 1998;6(Suppl 2):51S-209S

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

2. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΩΝ ΠΟΥ ΧΟΡΗΓΕΙ Η ΜΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΣΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΜΑΖΙ ΜΕ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ (σελίδα 82).