

# ιατρικά ανάλεκτα

Τόμος Δ' Τεύχος 9 Ιανουάριος - Μάρτιος 2018



## Αφιέρωμα στην Παχυσαρκία

**ΟΜΙΛΟΣ ΥΓΕΙΑ**



ISSN 1790-4045

Τριμηνιαία Έκδοση των Νοσοκομείων του Ομίλου ΥΓΕΙΑ

**Διανέμεται δωρεάν**

# ιατρικά ανάλεκτα

ΟΜΙΛΟΣ ΥΓΕΙΑ



Τριμηνιαία έκδοση των ΥΓΕΙΑ, ΜΗΤΕΡΑ, ΛΗΤΩ  
και HYGEIA HOSPITAL TIRANA του Ομίλου ΥΓΕΙΑ  
ISSN 1790-4045

## Επιτροπή Σύνταξης

**Κωστής Γεωργιλής**

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος,

Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής του ΥΓΕΙΑ

**Ελπιδοφόρος Δουράτσος**

Μαιευτήρας - Γυναικολόγος,

Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου του ΛΗΤΩ

**Γεώργιος Καλλιπολίτης**

Μαιευτήρας - Γυναικολόγος,

Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου του ΜΗΤΕΡΑ

**Βασίλειος Πρασόπουλος**

Πυρηνικός Ιατρός, Πρόεδρος

Επιστημονική Ένωσης Ιατρών ΥΓΕΙΑ

**Ελευθερία Κρικέλη**

Παθολόγος, Διευθύντρια

Α' Παθολογικής Κλινικής ΜΗΤΕΡΑ

**Μένι Σακλαμάκ - Κοντού**

Νεογνολόγος Παιδίατρος, Διευθύντρια Μονάδας

Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών ΜΗΤΕΡΑ

## Διευθυντής Σύνταξης

**Ιωάννης Αποστολάκης**

Παθολόγος,

Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής του ΥΓΕΙΑ

(i.apostolakis@hygeia.gr)

## Βοηθό Διευθυντή Σύνταξης

**Ιωάννης Πατούλης**

Χειρουργός του ΥΓΕΙΑ

(ipatoulis@hygeia.gr)

**Εμμανουήλ Δ. Παπαδάκης**

Ειδικός Παθολόγος του ΥΓΕΙΑ

(e.papadakis@hygeia.gr)

## Δημοσιογραφική Επιμέλεια

**Μαριλένα Καραμήτρου**

Δημοσιογράφος,

Υπεύθυνη Γραφείου Τύπου Ομίλου ΥΓΕΙΑ

(m.karamitrou@hygeia.gr, τηλ.: 210 6867044)

[www.hygeia.gr](http://www.hygeia.gr), [www.mitera.gr](http://www.mitera.gr), [www.letto.gr](http://www.letto.gr)

## Εκδότης

Media2day Εκδοτική Α.Ε.

## Υπεύθυνος

**Χρήστος Ζαρίφης** (zarifis@media2day.gr)

## Δημιουργικός

**Τάσος Λοβέρδος, Άντζελα Σοφianoπούλου**

## Παραγωγή

MEDIA2DAY ΕΚΔΟΤΙΚΗ Α.Ε.

Παπανικολή 50, Χαλάνδρι 15232

Τηλ.: 210 6856120 | Fax: 210 6843704

## Άρθρα

412 Συνέδριο παχυσαρκίας

416 Μεταβολικό σύνδρομο - Κεντρική παχυσαρκία

417 Παιδική παχυσαρκία

418 Χρόνιο stress και λιπώδης ιστός

419 Μελέτη ΑΤΤΙΚΗ - Κοινωνικοοικονομικοί και διατροφικοί παράγοντες που επιδρούν στη γένεση του μεταβολικού συνδρόμου

420 Παχυσαρκία: από την απώλεια στη μακροχρόνια διατήρηση της απώλειας βάρους

421 Καρδιαγγειακά νοσήματα στην παχυσαρκία

422 Παχυσαρκία και νεφρική λειτουργία

423 Λιπώδης νόσος ήπατος

424 Παχυσαρκία και υπνική άπνοια

425 Γυναικεία παχυσαρκία - Περιβάλλον - Υπογονιμότητα

427 Διαταραχές της γοναδικής λειτουργίας στη γυναίκα σε σχέση με τον μεταβολισμό

428 Παχυσαρκία και υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

429 Παχυσαρκία και στυτική δυσλειτουργία

430 Ψυχιατρικά νοσήματα και παχυσαρκία

431 Ψυχολογία παχύσαρκου προ και μετά του χειρουργείου

432 Ψυχολογία και διατροφή: ο ρόλος της ρύθμισης της όρεξης

433 Παχυσαρκία και σκελετικό σύστημα

434 Εγκέφαλος και παχυσαρκία

435 Συσχέτιση της παχυσαρκίας με την καρκινογένεση

437 Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2 και νοσογόνος παχυσαρκία: ο ρόλος της βαριατρικής/μεταβολικής χειρουργικής στη ρύθμιση του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2

438 Συμβολή του γαστρεντερολόγου στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας

439 Γαστρική παράκαμψη μίας αναστόμωσης

440 Επιπλοκές επεμβάσεων για την παχυσαρκία

441 Μεταβολικά οφέλη των βαριατρικών χειρουργικών επεμβάσεων

442 Επανορθωτικές - αισθητικές επεμβάσεις κατόπιν μαζικής απώλειας βάρους

443 Obesity: pharmaceutical treatment

444 Obesity: Surgical treatment of diabetes mellitus type 2

445 Ορμονικοί μηχανισμοί δράσης των χειρουργικών επεμβάσεων

446 Διατροφικές παρεμβάσεις για τη θεραπεία της παχυσαρκίας

447 Η σωματική άσκηση στην πρόληψη και θεραπεία της παχυσαρκίας

448 Ιατρική: από την αυθεντία στην ψευδοεπιστήμη;

450 Όμιλος ΥΓΕΙΑ - Συνέδρια

## Οδηγίες προς τους συγγραφείς

Τα ΙΑΤΡΙΚΑ ΑΝΑΛΕΚΤΑ είναι τριμηνιαίο περιοδικό γενικής ύλης και απευθύνεται στους γιατρούς κάθε ειδικότητας. Δεκτά για δημοσίευση είναι άρθρα γραμμένα από γιατρούς των Νοσοκομείων του Ομίλου ΥΓΕΙΑ και από επιστήμονες συναφών επαγγελματιών. Τα άρθρα πρέπει να έχουν επίκαιρο επιστημονικό ενδιαφέρον, να είναι βιβλιογραφικά πλήρως τεκμηριωμένα, σύντομα, μέχρι 1.200 λέξεις, γραμμένα με σαφήνεια, κατανοητά από γιατρούς όλων των ειδικοτήτων, όχι μόνο από τους ειδικούς επί του θέματος που πραγματεύονται. Κύριο κομμάτι του περιοδικού αποτελούν οι ανακοινώσεις περιπτώσεων, οι σύντομες ανασκοπήσεις, τα επίκαιρα θέματα. Δεκτές, επίσης, διδακτικές απεικονίσεις, κοιζ, δοκιμασίες αυτοελέγχου. Για τη μορφή του άρθρου και την αναγραφή της βιβλιογραφίας παρακαλούνται οι συγγραφείς να συμβουλευθούν προηγούμενα τεύχη του περιοδικού. Όλα τα άρθρα ελέγχονται από συντακτική επιτροπή, η οποία κρίνει αν το άρθρο είναι κατάλληλο προς δημοσίευση ως έχει ή ύστερα από υποδεικνυόμενες τροποποιήσεις. Μετά την έγκριση της συντακτικής επιτροπής, το άρθρο υπόκειται σε συντακτικές και γραμματικές διορθώσεις, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν και περικοπές φράσεων ή ολόκληρων παραγράφων, ώστε να γίνει περισσότερο περιεκτικό και εύληπτο.

Απαγορεύεται η αναδημοσίευση και γενικά η αναπαραγωγή, μερική ή ολική, περιληπτική ή κατά παράφραση ή διασκευή του περιεχομένου του περιοδικού, με οποιοδήποτε μέσο και τρόπο, χωρίς έγγραφη άδεια του εκδότη και του ιδιοκτήτη. Η άποψη των συντακτών των άρθρων δεν εκφράζει απαραίτητα και την επίσημη άποψη του εκδότη και του ιδιοκτήτη.

## Γράμμα από τη σύνταξη

Όπως είναι γνωστό, η παχυσαρκία θεωρείται πλέον νόσημα, αν και ήδη ο Ιπποκράτης στους αφορισμούς έγραφε «οι παχές σφόδρα κατά φύσιν, ταχυθάνατοι γίνονται μάλλον των ισχνών», με πολλές εμφανίσεις και ιδιαιτερότητες που αγγίζουν όλες τις ειδικότητες της ιατρικής. Το Συνέδριο που έχει οργανώσει η κ. Κρικέλη αποτέλεσε μια ευκαιρία για τη Σ.Ε. να αφιερώσει το παρόν τεύχος του περιοδικού «Ιατρικά Ανάλεκτα» στην παχυσαρκία.

Επειδή η δημοσίευση πλήρων των ομιλιών θα ήταν μάλλον αδύνατη, αποφασίστηκε να δημοσιευθούν οι περιλήψεις τους, με άλλοτε άλλη βέβαια έκταση, πλην της εισηγητικής ομιλίας της κ. Κρικέλη.

Το τεύχος συμπληρώνει ένα βραχύ άρθρο που θίγει κριτικά κάποια θέματα που αφορούν στην «αυθεντία».

Ιωάννης Αποστολάκης

## Συνέδριο παχυσαρκίας

Ελευθερία Κρικέλη

Παθολόγος, Διευθύντρια Α΄ Παθολογικής Κλινικής του ΜΗΤΕΡΑ

Η μελέτη της ανθρώπινης εξέλιξης, η ανθρωπογένεση, έχει ως αντικείμενο τη γενικότερη, συστηματική, επιστημονική αναζήτηση των αλλαγών που υπέστη το ανθρώπινο είδος και προσπαθεί να περιγράψει τον τρόπο με τον οποίο συνέβησαν αυτές οι αλλαγές, καθώς και το «γιατί», διαμέσου των χιλιετηρίδων, από τον αρχέγονο άνθρωπο μέχρι τον σύγχρονο.

Στο χρονολόγιο της ανθρώπινης εξέλιξης περιλαμβάνονται τα στάδια της εξελικτικής διαδρομής του ανθρώπινου είδους -και φυσικά των προγόνων του- και βασίζονται σε τεκμηριωμένα παλαιοντολογικά, εξελικτικά, μορφολογικά, ανατομικά και άλλα δεδομένα.

Η άποψη που κυριαρχεί στον επιστημονικό χώρο σχετικά με την καταγωγή των σύγχρονων ανθρώπων είναι η ονομαζόμενη «Πέρα από την Αφρική», σύμφωνα με την οποία ο Homo Sapiens εξελίχθηκε στην Αφρική και μετακινήθηκε στις γύρω ηπείρους πριν από 100.000-50.000 χρόνια, αντικαθιστώντας τους πληθυσμούς Homo Erectus στην Ασία και Homo Neanderthalensis στην Ευρώπη.

Έχει, όμως, η εξέλιξη του ανθρώπου φθάσει στο τέλος της; Έχει ολοκληρωθεί; Ή μήπως όχι;

Σε σχέση με την υπερήλικη Γη μας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι άνθρωποι βρισκόμαστε ακόμα σε βρεφικό εξελικτικό στάδιο. Υπάρχουμε και κατοικούμε πάνω στον πλανήτη μας μόλις μερικά εκατομμύρια χρόνια την ώρα που αυτός ο πλανήτης μετράει 4,5 δισεκατομμύρια χρόνια ζωής. Θα μπορούσαμε δηλαδή με αυτές τις χρονικές αναλογίες να χαρακτηρίσουμε τον σύγχρονο άνθρωπο ουσιαστικά ως νεογέννητο.

Είναι γεγονός, όμως, ότι στην Οδύσσεια της εξελικτικής μας πορείας και μέχρι να φθάσουμε στο σημείο να αυτοπροσδιοριζόμαστε ως Homo Sapiens, υπήρξαν σημαντικότερα στάδια στη διαδικασία της εξέλιξης. Ο τρόπος με τον οποίο μεταμορφωθήκαμε, μεταλλαχθήκαμε καλύτερα, από τριχωτά πιθηκοειδή σε ανθρωπόμορφα όντα, είναι αναμφίβολα εντυπωσιακός.

Ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.), ο μεγάλος αρχαίος Έλληνας φιλόσοφος και επιστήμονας, θεωρείται και πατέρας της βιολογίας, θεμελιωτής της ζωολογίας, της συγκριτικής ανατομίας και της βοτανικής. Για να εξηγήσει το φαινόμε-

νο «κόσμος, κοινωνία, άνθρωπος» με γνώμονα τις εμπειρίες του και την πραγματικότητα ταξινόμησε τα όντα σε έμψυχα (ζώα, φυτά, άνθρωποι) και άψυχα.

Η μεγαλύτερη συμβολή του έγκειται ακριβώς στη σωστή ταξινόμηση και συστηματοποίηση του υλικού με περισσότερα από ένα κριτήρια, καθώς και στην εξέταση των αιτιών των διαφόρων φαινομένων.

Ως προς τα αίτια, στη σκέψη του Αριστοτέλη κυριαρχεί η τελεολογική ερμηνεία της φύσης: «Κάθε μέλος και όργανο ενός ζωντανού οργανισμού υπάρχει ως εργαλείο και εξυπηρετεί κάποιον σκοπό». Ο Αριστοτέλης πίστευε ότι η σπουδή της βιολογίας είναι ισότιμη με τις άλλες επιστήμες και η μελέτη των κατώτερων του ανθρώπου οργανισμών έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τον ίδιο τον άνθρωπο.

Ο Αριστοτέλης είχε δίκιο. Η βιολογία σήμερα ορίζει ως προϋπόθεση ενός ζωντανού όντος, πρώτον, τον μεταβολισμό, δηλαδή την πρόσληψη ουσιών από το περιβάλλον (τροφή) και την επεξεργασία τους για την παραγωγή ενέργειας που θα χρησιμοποιηθεί στις λειτουργίες του όντος και, δεύτερον, την αναπαραγωγή, η οποία βασίζεται στο DNA.

### Διατροφή και πρόληψη

Η τροφή που από καταβολής κόσμου χρησιμοποιεί ο πρωτόγονος άνθρωπος και σήμερα ο σύγχρονος, είναι το σύνολο των οργανικών ή ανόργανων ουσιών που επιλέγει για τη θρέψη του και τη διατήρησή του στη ζωή, την ανάπτυξή του, τη ζωτικότητα και ανάπλαση των ιστών του, καθώς οι ουσίες αυτές περιέχουν ενέργεια και θρεπτικά συστατικά.

Η διατροφή πλέον είναι επιστήμη της βιοϊατρικής και συχνά, αν και όχι πάντα, συνδέεται με την πρόληψη. Η διατροφή δεν πρέπει να συγχέεται με τη δίαιτα, τα διάφορα ειδικά σχεδιασμένα διαιτολόγια που έχουν κάποιο συγκεκριμένο στόχο, συνήθως την απώλεια ή την πρόσληψη βάρους για να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά κάποια σχετική νόσος. Ισορροπημένη διατροφή είναι εκείνη που εξασφαλίζει ποικιλία και μέτρο.

Ποια ήταν, όμως, η διατροφή των προγόνων μας; Ποιοι παράγοντες την καθόριζαν τότε; Η διατροφή των σύγχρονων ανθρώπων, η δική μας διατροφή είναι ίδια και, αν όχι,

σε τι διαφέρει από εκείνη των προγόνων μας; Σύμφωνα με τους ειδικούς οι άνθρωποι των σπηλαίων ακολουθούσαν τη χορτοφαγική κυρίως δίαιτα, με τα χρόνια, όμως, και ακολουθώντας την εξελικτική πορεία, τη θέση της πήρε η κρεατοφαγία.

Πόσο καλά, όμως, γνωρίζουμε ποια πραγματικά ήταν η παλαιολιθική διατροφή και κατά πόσο ήταν γενετικά προκαθορισμένη; Έρευνες έγκριτων ανθρωπολόγων έχουν καταλήξει στο ότι ο πρωτόγονος άνθρωπος ήταν όντως χορτοφάγος και γνωστός ως *Paranthropus Robustus*, είδος όμως που εξαφανίστηκε από το οικογενειακό ανθρώπινο οικογενειακό δέντρο.

Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι αυτό το είδος στηρίχθηκε περισσότερο σε φυτικές προέλευσης τρόφιμα, ενώ τα είδη που εξελίχθηκαν και έφθασαν μέχρι τον *Homo Sapiens* δεν τρέφονταν μόνο χορτοφαγικά.

Ποια ήταν επομένως η πρωτόγονη διατροφή; Το βέβαιο είναι ότι δεν ήταν μόνο μία. Ο παλαιολιθικός άνθρωπος ανάλογα με το πού ζούσε, τρεφόταν κιάλας. Οι φυλές που ζούσαν στους πάγους έτρωγαν κυρίως ζωικά προϊόντα. Αυτό αποδεικνύεται από την ανάλυση των οστών ανθρώπων του Νεάντερταλ. Αντίθετα, αυτοί που ζούσαν σε τροπικά δάση έτρωγαν λαχανικά και φρούτα.

Οστόσο διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι η παλαιότερη και πρώτη διατροφή του ανθρώπου ήταν βασισμένη περισσότερο σε φρούτα, Ξηρούς καρπούς και όχι στο κρέας. Ο Dr Colin Campbell, καθηγητής στο Κόρνελ, εξηγεί ότι μόλις πρόσφατα, ιστορικά μιλώντας, αρχίσαμε να τρώμε κρέας και ότι, όταν πλέον το κρέας εντάχθηκε στη διατροφή μας, γίναμε αυτοί που είμαστε. Τα σημερινά γονίδια του ανθρώπου ελάχιστα διαφέρουν από αυτά των παλαιολιθικών προγόνων μας και πολλοί διατροφολόγοι πιστεύουν ότι ο σημερινός άνθρωπος είναι γενετικά προγραμματισμένος να τρέφεται όπως ο πρόγονός του.

Μπορεί τελικά να μην είναι ξεκάθαρο τι έτρωγαν οι πρόγονοί μας. Μετά βεβαιότητας, όμως, γνωρίζουμε τι δεν έτρωγαν και στην κατηγορία αυτή θα βρούμε ότι δεν κατανάλωναν αλεύρι, ζάχαρη, φυτικά έλαια, αλάτι ούτε *trans* λιπαρά. Φυσικά δεν υπήρχαν στο διατολόγιό τους επεξεργασμένες τροφές ή μεταλλαγμένες, ούτε γνώριζαν από συντηρητικά.

«Μέτρον άριστον», έλεγαν οι αρχαίοι Έλληνες. Η εφαρμογή της ισορροπημένης διατροφής έχει σαν αποτέλεσμα τη διατήρηση σταθερού φυσιολογικού βάρους του σώματος και την προστασία της υγείας μας.

As έλθουμε για λίγο στην αρχαία Ελλάδα και τις διατροφικές συνήθειες των αρχαίων Ελλήνων, τις οποίες κυρίως χαρακτήριζε η λιτότητα, κάτι που αντικατόπτριζε τις δύσκολες συνθήκες υπό τις οποίες καλλιεργούσαν τη γη. Θεμέλιο της διατροφής τους ήταν η «μεσογειακή τριάδα» σιτάρι - λάδι - κρασί.

Στη βάση της διατροφής των αρχαίων Ελλήνων συναντάμε τα δημητριακά σιτάρι, κριθάρι, τα οποία συνοδευόταν από οπωροκπευτικά, λάχανα, κρεμμύδια, φακές, ρεβίθια. Η κατανάλωση κρέατος και θαλασσινών σχετιζόταν με την οικονομική κατάσταση της οικογένειας, αλλά και με τον τόπο κατοικίας τους. Το φαγητό συνόδευε κρασί, αναμειγμένο πάντοτε με νερό.

Για τους αρχαίους τα κύρια γεύματα ήταν τρία. Το πρώτο, ο «ακρατισμός», αποτελούνταν από κριθαρένιο ψωμί βουτηγμένο σε κρασί, συνοδευόμενο από σύκα ή ελιές. Το δεύτερο, το «άριστον», λάμβανε χώρα το μεσημέρι ή νωρίς το απόγευμα. Και το τρίτο, το «δείπνον». Το «εσπέρισμα» ήταν ένα επιπλέον ελαφρύ γεύμα αργά το απόγευμα.

Ο αρχαίος ελληνικός πολιτισμός δεν είναι μόνο τα υλικά κατάλοιπα των προγόνων μας που ανακαλύπτουμε στις ανασκαφές. Πολιτισμός είναι και ο τρόπος ζωής, το πώς σκεφτόμαστε, πώς αντιδράμε και τι τρώμε. Ο Ιπποκράτης έλεγε: «Η τροφή να είναι το φάρμακό σου και το φάρμακό σου η τροφή σου». Γνωστό παράδειγμα ισορροπημένης διατροφής είναι η μεσογειακή.

Αντίθετα, η κακή διατροφή μπορεί να αποβεί επιζήμια για τον οργανισμό προκαλώντας σοβαρές καταστάσεις, ασθένειες που απειλούν την υγεία όπως η παχυσαρκία.

## Η ισορροπία

Μια σωστή και ισορροπημένη διατροφή περιλαμβάνει υδατάνθρακες, πρωτεΐνες και λίπη στην προβλεπόμενη σωστή ποσοστιαία αναλογία, ώστε να επιτυγχάνεται η σταθεροποίηση του σακχάρου, ουσία η οποία τονώνει τον οργανισμό, τρέφει τον εγκέφαλο και καίει το λίπος.

Η σωστή αναλογία είναι 40%-50% υδατάνθρακες, 25%-30% πρωτεΐνες και 20%-30% λίπος.

Οι κυριότεροι ιστοί του ανθρώπινου σώματος είναι:

- ▶ ο λιπώδης,
- ▶ ο μυϊκός, και
- ▶ ο οστίτης ιστός.

Ο λιπώδης ιστός, μορφή του συνδετικού ιστού, αποτελεί την κύρια περιοχή αποθήκευσης του πλεονάσματος ενέργειας ως λίπους και η χημική του σύσταση είναι 80%-83%

λίπος, 15%-18% νερό και 2% πρωτεΐνες. Ο λιπώδης ιστός είναι ένα πολύ σημαντικό όργανο, με ενεργό ρόλο στη ρύθμιση της ενεργειακής ομοιοσύστασης. Θεωρείται ο μεγαλύτερος ενδοκρινής αδένας, ο οποίος παράγει πολλά και ποικίλα πεπτίδια με ορμονική δράση. Η κατανόηση της ενδοκρινικής λειτουργίας του λιπώδους ιστού επιτρέπει την αιτιολογική θεραπεία των μεταβολικών διαταραχών που προκύπτουν από την περίσσεια ή έλλειψη του ιστού αυτού.

Το απαραίτητο, ελάχιστο αποδεκτό, λίπος για τις γυναίκες υπολογίζεται στο 10%-12% του συνολικού βάρους, ενώ για τους άνδρες το 2-4%. Ως κανονικό λίπος υπολογίζεται το 20%-24% του συνολικού βάρους για τις γυναίκες και αντίστοιχα το 14%-17% για τους άνδρες.

Τα επίπεδά του, όπως προσδιορίζονται μέσω της λιπομέτρησης, αντανακλούν επακριβώς την κατανάλωση τροφής, σε ποσότητα, ποιότητα και χρόνο λήψης κατά τη διάρκεια της ημέρας, καθώς και τα επίπεδα άσκησης - καταδεικνύουν επομένως αν υπάρχει θετικό ή αρνητικό ισοζύγιο ενέργειας. Για την αποφυγή εμφάνισης ασθενειών που συνδέονται με την παχυσαρκία, είναι σημαντική και επιβεβλημένη η διατήρηση του σωματικού λίπους στα φυσιολογικά όρια.

Αυτό, όμως, που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής είναι ότι η αντιμετώπιση του αυξημένου βάρους πρέπει να γίνεται εγκαίρως πριν εκδηλωθεί το φαινόμενο της υπερπλασίας του λιπώδους ιστού, τότε που τα λιποκύτταρα έχουν αυξηθεί μόνο σε μέγεθος και όχι σε αριθμό, οπότε και η διατήρηση μακροχρόνια φυσιολογικού σωματικού βάρους είναι πιθανότερη.

Η παχυσαρκία πλέον χαρακτηρίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως νόσος, και μάλιστα σοβαρή, που απαιτεί έγκαιρη και προσεκτική αντιμετώπιση. Είναι μια επιδημία που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί αποσπασματικά μόνο με δίαιτα. Η πρόληψη φαίνεται και εδώ ότι είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος.

### Σύγχρονη επιδημία

Περίπου 2.500 χιλιάδες χρόνια πριν από τις επισημάνσεις αυτές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όμως, ο Ιπποκράτης, αλλά και οι μετέπειτα συνάδελφοί του ανά τους αιώνες, θεωρούσαν την παχυσαρκία νόσο και χρησιμοποιούσαν θεραπευτικές μεθόδους παρεμφερείς με τις σημερινές για την αντιμετώπισή της.

Αν και είναι πλέον κοινώς αποδεκτό ότι η επιδημική

μορφή της παχυσαρκίας είναι απόρροια του σύγχρονου τρόπου ζωής, η παρουσία της ήταν εντονότερη από αρχαιοτάτων χρόνων. Μεγάλος αριθμός ειδωλίων της παλαιολιθικής εποχής (23.000 - 25.000 χρόνια πριν), που έχουν βρεθεί σε όλη την Ευρώπη και απεικονίζουν γυναικείες θεότητες (όπως η «Αφροδίτη του Willendorf»), έχουν στεατοπυγική μορφή, δηλαδή παρουσιάζουν σπλαχνική παχυσαρκία και έχουν υπερβολικά μεγάλο στήθος και φαρδείς γλουτούς, και αποτελούσαν θεότητες της γονιμότητας και της αφθονίας της Γης. Αλλά και στη Νεολιθική εποχή και αργότερα, μέχρι την εποχή του Χαλκού (μέχρι το 3000 π.Χ.), βρίσκουμε πολλές Μπότερες-Θεές με την ίδια στεατοπυγική μορφή (μεγάλο, χαλαρό στήθος και μεγάλη περιφέρεια).

Τα περισσότερα ευρήματα προέρχονται από την περιοχή της Ανατολίας και χρονολογούνται γύρω στο 5000-6000 π.Χ.

Ο πατέρας της ιατρικής, ο Ιπποκράτης, στα γραπτά του υποστηρίζει ότι «ο αιφνίδιος θάνατος είναι πιο συνθησιμένος στα παχύσαρκα άτομα απ' ό,τι στα αδύνατα», όπως επίσης ότι η παχυσαρκία προκαλεί γυναικεία στειρότητα και πως οι παχύσαρκες γυναίκες παρουσιάζουν «ακανόνιστες συχνότητες έμμηνο ρύση».

Ο Γαλνός, σημαντικός ιατρός των ρωμαϊκών χρόνων, είχε κατατάξει την παχυσαρκία σε δύο κατηγορίες: μέτρια (moderate) και υπερβολική (immoderate), όπου η πρώτη θεωρούνταν φυσιολογική και η δεύτερη νοσογόνος. Επίσης, από τους ρωμαϊκούς χρόνους υπάρχουν περιγραφές που συνδέουν την παχυσαρκία με την υπνηλία και την άπνοια ύπνου και αναφέρονται περιπτώσεις ανθρώπων που πέθαναν από υπερβολικό βάρος.

Ο Ιπποκράτης συνιστούσε στους παχύσαρκους και σε όσους επιθυμούσαν να χάσουν βάρος:

- ▶ να τρώνε ένα σέλινο και να ιδρώνουν για να το αποκτήσουν,
- ▶ να εκτελούν κάποια επίπονη εργασία πριν το φαγητό,
- ▶ να παίρνουν τα γεύματά τους αμέσως μετά και όσο ακόμα είναι λαχανιασμένοι και καταπονημένοι από την προσπάθεια,
- ▶ να μην πίνουν πριν από τα γεύματα, παρά μόνο κρασί, αραιωμένο και δροσερό.

Η παχυσαρκία είναι ένα από τα σπουδαιότερα και πλέον επικίνδυνα διατροφικά προβλήματα για τις προηγμένες χώρες και οφείλεται στην υπερβολική και παθολογική συσσώρευση λίπους στον ανθρώπινο οργανισμό.

Ως παχυσαρκία ορίζεται η περίσσεια του λίπους στο σώμα που συνοδεύεται από σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στα πάσχοντα άτομα. Αναγνωρίστηκε επίσημα ως νόσος το 1948, όταν ιδρύθηκε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ο οποίος τη συμπεριέλαβε στη Διεθνή Ταξινόμηση των Παθήσεων (International Classification of Diseases).

Σίγουρα σε πολλούς δημιουργείται η απορία «γιατί είναι νόσος;». Ως νόσο ορίζουμε κάθε κατάσταση που μειώνει το προσδόκιμο ζωής και την ποιότητα ζωής. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στην αναφορά του για την παχυσαρκία το 1997 επισημαίνει μεταξύ άλλων τα εξής:

- ▶ Η νόσος παίρνει διαστάσεις επιδημίας σε όλο τον κόσμο.
- ▶ Οδηγεί σε άλλες ασθένειες, με αυξημένο ιατρικό και κοινωνικό κόστος.
- ▶ Τα βασικά αίτια είναι η καθιστική ζωή και η υψηλή σε λιπαρά και πλούσια σε θερμίδες διατροφή.
- ▶ Είναι δυνατόν να προληφθεί με την αλλαγή στον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες.
- ▶ Η πρόληψη για την παχυσαρκία δεν είναι προσωπικό θέμα, αλλά χρειάζονται κοινωνικές αλλαγές.

Η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται ως χρόνια πολυπαραγοντική νόσος του ενεργειακού μεταβολισμού και είναι το νοσηρό αποτέλεσμα κακής διατροφής, τόσο από πλευράς επιλογής τροφών επικίνδυνης διατροφικής αξίας όσο και κακής αναλογίας, καθώς και λανθασμένης κατανομής των γευμάτων κατά τη διάρκεια του 24ώρου, με αποτέλεσμα τον πλήρη αποσυντονισμό των κιρκάδιων ρυθμών των οργάνων του σώματος σε σχέση με τον κεντρικό ενδοκρινολογικό ρυθμό, το κεντρικό βιολογικό μας ρολόι, που εδρεύει στον υπερχιασματικό πυρήνα (SNC) του εγκεφάλου μας, πάνω από τον υποθάλαμο.

### Η εικόνα στον πληθυσμό

Η εξάπλωση της παχυσαρκίας αποκτά τις τελευταίες 10ετίες επιδημικές διαστάσεις παγκοσμίως. Τα στοιχεία για την παχυσαρκία στη χώρα μας είναι άκρως ανησυχητικά, αφού 7 στους 10 ενήλικες είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι.

Οι άνδρες είναι συχνότερα υπέρβαροι, ενώ οι γυναίκες αντιθέτως είναι παχύσαρκες, με υψηλότερο ποσοστό στην ηλικιακή ομάδα 50-64 ετών για τους υπέρβαρους. Το 50% των παχύσαρκων ανδρών έχει αυξημένο κίνδυνο

για μεταβολικές επιπλοκές. Περίπου 1 στους 10 ενήλικες, μόνιμοι κάτοικοι στην Ελλάδα, δήλωσε ότι πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη.

Είναι πλέον γεγονός αδιαμφισβήτητο ότι ο χρόνος λήψης της τροφής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Βάση πειραματικών δεδομένων υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ώρας λήψης τροφής και της ρύθμισης του σωματικού βάρους. Η κατανάλωση γευμάτων σε «λανθασμένο» χρόνο προκαλεί δυσαρμονία στα κιρκάδια βιολογικά κυκλώματα και οδηγεί σε δυσμενείς μεταβολικές συνέπειες.

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι ο χρόνος κατανάλωσης του κυρίου γεύματος μπορεί να προβλέψει τον βαθμό επιτυχίας της απώλειας βάρους στο πλαίσιο διαιτητικής παρέμβασης σε παχύσαρκα άτομα.

Είναι ενδιαφέρον ότι υπάρχει ένα αριστοτεχνικά ενδοκρινολογικό κύκλωμα κιρκάδιου διακύμανσης φυσιολογικών παραμέτρων σε διάφορους ιστούς που σχετίζεται με την πρόσληψη τροφής, όπως το στομάχι, το πάγκρεας το έντερο, το ήπαρ, τα επινεφρίδια και ο λιπώδης ιστός.

Γνωρίζοντας πλέον ότι η τροφή αποτελεί σημαντική πηγή ενέργειας για τον λιπώδη ιστό, ο χρόνος λήψης της τροφής είναι ζωτικής σημασίας, ενώ οι αλλαγές του μπορεί να έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην παχυσαρκία και στην αποτελεσματικότητα απώλειας βάρους.

Με τα καινούργια δεδομένα επομένως η αποτελεσματικότητα των θεραπειών για την απώλεια βάρους σκοπό έχει να αναρμονίσει το κύκλωμα των κιρκάδιων περιφερικών ρυθμών με το κεντρικό βιολογικό μας ρολόι.

Οι νέες υγιεινοδιαιτητικές στρατηγικές που προτείνονται για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη παράγοντες όπως ο χρονότυπος, το γενετικό υπόστρωμα και ο ρόλος των κιρκάδιων ρυθμών.

Σε τρεις Αμερικανούς επιστήμονες, τους Τζέφρεϊ Χολ, Μάικλ Ρόζμπας και Μάικλ Γιανγκ, απονεμήθηκε το βραβείο Νόμπελ Φυσιολογίας και Ιατρικής του 2017 για τις ανακαλύψεις τους στον τομέα των μοριακών μηχανισμών που ελέγχουν τον κιρκάδιο ρυθμό, δηλαδή το 24ωρο βιολογικό ρολόι του ανθρώπου. Η σπουδαιότητα της ανακάλυψης αφορά στον τρόπο με τον οποίο τα φυτά, τα ζώα και οι άνθρωποι προσαρμόζουν τον βιολογικό τους ρυθμό ώστε να συγχρονίζεται με τις περιστροφές της Γης.

## Μεταβολικό σύνδρομο - Κεντρική παχυσαρκία

Γεωργία Τσαγκαράκη - Παπαδοπούλου

Ενδοκρινολόγος, Επιστημονική Συνεργάτις του ΜΗΤΕΡΑ

Με τον όρο μεταβολικό σύνδρομο περιγράφεται η κλινική συνύπαρξη παθολογικών διαταραχών που μπορεί να οδηγήσει μακροπρόθεσμα στην ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου και διαβήτη τύπου 2. Τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση του συνδρόμου είναι η κεντρική παχυσαρκία, η υπεργλυκαιμία, η δυσλιπιδαιμία και η αρτηριακή υπέρταση. Στον ορισμό του μεταβολικού συνδρόμου εμπλεκείται τόσο ο κίνδυνος ανάπτυξης των παραπάνω διαταραχών όσο και αυτή καθ' εαυτή η συνύπαρξή τους.

Εκτός των βασικών συστατικών του μεταβολικού συνδρόμου, αναφέρεται και μια σειρά άλλων διαταραχών που σχετίζονται με αυτό όπως η υπερουριαιμία, το λιπώδες ήπαρ, η υπνική άπνοια, το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, η αυξημένη ημικτικότητα του αίματος.

Αναμφίβολα, η έκφραση του συνδρόμου επηρεάζεται από τροποποιήσιμους και μη παράγοντες, όπως η γενετική προδιάθεση, η εθνικότητα, η ηλικία, η έλλειψη άσκησης, η κακή διατροφή.

Η παγκόσμια «επιδημία» της παχυσαρκίας και του σακχαρώδους διαβήτη φαίνεται να είναι καθοριστικής σημασίας για την αύξηση της συχνότητας του μεταβολικού συνδρόμου. Σύμφωνα με στοιχεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, υπολογίζεται ότι το 2014, σε παγκόσμιο επίπεδο, το 39% των ενηλίκων ήταν υπέρβαροι και το 13% παχύσαρκοι. Ανάλογα αποθαρρυντικά είναι και τα

στοιχεία για τον σακχαρώδη διαβήτη, καθώς η παγκόσμια επίπτωση της νόσου μεταξύ ενηλίκων αυξήθηκε από 4,7% το 1980 σε 8,5% το 2014. Δεδομένα από τον ελληνικό πληθυσμό αναφέρουν επιπολασμό 20%-25% του μεταβολικού συνδρόμου σε ενήλικα άτομα.

Η παθογένεια του μεταβολικού συνδρόμου είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη. Εμπλέκονται πολλαπλοί παθογενετικοί παράγοντες, μεταξύ των οποίων κυρίαρχο ρόλο φαίνεται ότι κατέχουν η παχυσαρκία και η αντίσταση των περιφερικών ιστών στην ινσουλίνη. Υποστηρίζεται ότι σπλαχνική παχυσαρκία σχετίζεται περισσότερο με τις μεταβολικές διαταραχές που απαρτίζουν το μεταβολικό σύνδρομο σε σχέση με την εναπόθεση του λίπους υποδορίως. Αυτό οφείλεται πιθανώς στο γεγονός ότι η κεντρική εναπόθεση λίπους σχετίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό με αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη. Παράλληλα, ενοχοποιούνται ανοσιακοί, φλεγμονώδεις, ορμονικοί, αγγειακοί και γενετικοί παράγοντες.

Οι μεταβολικές διαταραχές που αποτελούν τους παράγοντες κινδύνου για το μεταβολικό σύνδρομο είναι σε μεγάλο βαθμό αντιστρεπτές με τη μεταβολή των υγιεινοδιαιτητικών συνθηκών, η οποία θεωρείται ως η πρώτη γραμμή στη θεραπεία. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να χορηγηθεί στη συνέχεια ή παράλληλα, ανάλογα με τις ειδικές συνθήκες κάθε περίπτωσης.



## Παιδική παχυσαρκία

Μαρία Καραντζα - Χαρώνη

Παιδίατρος - Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια Κλινικής Παιδιατρικής και Εφηβικής Ενδοκρινολογίας του ΜΗΤΕΡΑ

Στις ΗΠΑ, αλλά και την Ελλάδα, η επίπτωση της παιδικής παχυσαρκίας όπως ορίζεται ως BMI>95% για την ηλικία και το φύλο, έχει τριπλασιαστεί τα τελευταία 40 έτη. Το 16,5% των παιδιών είναι παχύσαρκα και το 15% υπέρβαρα (BMI 85%-95%). Η αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας είναι ιδιαίτερα ανησυχητική καθώς αυξάνεται συνεχώς η διάγνωση νόσων που σχετίζονται με την παχυσαρκία στον παιδικό πληθυσμό, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, η αποφρακτική άπνοια, η λιπώδης διήθηση του ήπατος. Εν τη απουσία αποτελεσματικών μεθόδων πρόληψης και θεραπείας της παιδικής παχυσαρκίας, εκατομμύρια παιδιά θα ενηλικιωθούν με τις σωματικές, αλλά και τις ψυχικές επιπτώσεις του πλεονάζοντος λιπώδους ιστού.

Η παχυσαρκία είναι μία γενετική νόσος, καθώς νεότερα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι 60%-80% της παρατηρούμενης μεταβλητότητας του σωματικού βάρους μπορεί να αποδοθεί σε κληρονομικούς παράγοντες. Ταυτόχρονα, όμως, η παχυσαρκία είναι και μία περιβαλλοντική νόσος, καθώς τα τελευταία 40 χρόνια οι γενετικές μας καταβολές άλλαξαν ελάχιστα, ενώ η παχυσαρκία τριπλασιάστηκε, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί μόνο σε εξωγενείς παράγοντες που επηρεάζουν την «ενεργειακή οικονομία» του παιδιού.

Η παχυσαρκία στην πλειονότητα των περιπτώσεων είναι επίκτητη και οφείλεται σε περιβαλλοντικούς, διατροφικούς, φαρμακευτικούς και επιγενετικούς παράγοντες. Τα γενετικά και ενδοκρινικά αίτια είναι πολύ σπανιότερα και η διαγνωστική προσέγγιση θα πρέπει να είναι ανάλογη των κλινικών συμπτωμάτων.

Παιδιά με διαγνωσμένες ενδοκρινοπάθειες ως αίτιο της παχυσαρκίας είναι μία μειονότητα της τάξεως του 2%-3% των παιδιών που παραπέμπονται για παχυσαρκία. Παραδείγματα αποτελούν ο υποθυρεοειδισμός, η ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης, το σύνδρομο Cushing, το ινσουλίνωμα, οι υποθαλαμικές βλάβες λόγω τραύματος ή συγγενούς διαιμαρτίας. Θεραπεία της υποκείμενης νόσου αναστρέφει και την εικόνα της παχυσαρκίας και για αυτόν τον λόγο συχνά συμμετέχουν στη διαφορική διάγνωση.

Μία από τις μεγαλύτερες ανακαλύψεις στη επιστήμη της παχυσαρκίας είναι η ανακάλυψη του συστήματος της λεπτίνης (leptin signaling pathway). Απενεργοποιητικές μεταλλάξεις που αφορούν αυτό το μονοπάτι μπορεί να ευθύνονται για το 3%-4% της σοβαρής, πρώιμης έναρξης παχυσαρκίας. Παραδείγματα αποτελούν μεταλλάξεις του POMC (pro-opiomelanocortin), της λεπτίνης, της Prohormone convertase 1 (PC1), του POMC processing, των υποδοχέων της μελανοκορτίνης. Άλλα παραδείγματα γονιδιακών μεταλλάξεων που σχετίζονται με παχυσαρκία είναι μεταλλάξεις του BDNF (Brain derived neurotrophic factor) και η νόσος Albright Hereditary Osteodystrophy, όπως και διάφορα γενετικά σύνδρομα σχετιζόμενα με παχυσαρκία (Σύνδρομο Down, Turner, Prader Willi, Biedl Bardett κ.ά.).

Η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιατρικής προτείνει την κατά 4 στάδια προσέγγιση αρχίζοντας από παρεμβάσεις που αφορούν στη διατροφή και στον τρόπο ζωής με αυξανόμενη ένταση. Επί απουσίας βελτίωσης μετά από έξι μήνες παρέμβασης, συνιστάται η παραπομπή σε ειδικά κέντρα αντιμετώπισης παχυσαρκίας και η πιθανή χρήση φαρμακευτικής αγωγής και, σε ιδιαίτερα επιλεγμένες περιπτώσεις εφήβων, η βαριατρική χειρουργική. Καθεμία από αυτές τις μεθόδους παρέμβασης έχει διαφορετικά ποσοστά βραχυπρόθεσμης και μακροπρόθεσμης επιτυχίας, όπως και ποσοστά παρενεργιών τα οποία ο θεράπων ιατρός πρέπει να λαμβάνει υπόψη.

Η θεραπεία της παχυσαρκίας πλέον στα περισσότερα κέντρα του εξωτερικού, αλλά και στο Νοσοκομείο ΜΗΤΕΡΑ γίνεται με το μοντέλο της «ομάδας» και βασίζεται στη συνεργασία παιδοενδοκρινολόγου - διαιτολόγου - ψυχολόγου για βοήθεια της αλλαγής συμπεριφοράς. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την επιτυχία της παρέμβασης η εκπαίδευση να γίνεται με διαδραστικό τρόπο, ώστε το παιδί να συμμετέχει και να νιώθει ότι παίρνει τον έλεγχο στη διαδικασία αυτή με την υποστήριξη της «ομάδας» και της οικογένειας. Η παρακολούθηση γίνεται όσο συχνά κρίνεται απαραίτητο, ανανεώνοντας κάθε φορά τους ρεαλιστικούς στόχους που χρειάζονται να επιτευχθούν.

## Χρόνιο stress και λιπώδης ιστός

Κωνσταντίνος Τσίγκος

Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Διατροφής και Μεταβολισμού, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, Επιστ. Συνεργάτης του ΥΓΕΙΑ

Στις σύγχρονες κοινωνίες έχουμε νικήσει τα λοιμώδη νοσήματα που ήταν οι μάστιγες των προηγούμενων αιώνων, αλλά αρρωσταίνουμε από «χρόνια μη μεταδιδόμενα νοσήματα», όπως ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η κατάθλιψη, η υπέρταση και το μεταβολικό σύνδρομο και πεθαίνουμε κυρίως από τις καρδιαγγειακές τους επιπλοκές. Σημαντικό ρόλο στην παθογένεια όλων αυτών των νοσημάτων παίζει το χρόνιο καθημερινό stress της ζωής και ο λιπώδης ιστός.

Stress είναι κάθε μορφή απειλής για τον οργανισμό που κινητοποιεί μια σειρά από ορμονικούς και νευρικούς αμυντικούς μηχανισμούς για την εξουδετέρωσή της και τη διατήρηση της ομοιοστασίας. Στις σημερινές κοινωνίες, αν και οι φυσικοί κίνδυνοι σπανίζουν, στην καθημερινή ζωή ο άνθρωπος είναι συχνά εκτεθειμένος σε ήπια, αλλά αναπόφευκτα stress, που δεν απειλούν άμεσα τη ζωή του, αλλά που χρονίζουν και τον καταπονούν, όπως για παράδειγμα η καταπίεση στην εργασία του, οι κοινωνικές απαιτήσεις και περιορισμοί και οι οικονομικές δυσκολίες. Οι συνθήκες αυτές προκαλούν μια χρόνια ήπια διέγερση της παραγωγής των ορμονών του stress και κυρίως της κορτιζόλης και της αδρεναλίνης, που αυξάνουν τη λιπογένεση και τον κίνδυνο μεταβολικών επιπλοκών, όπως είναι η αύξηση της κοιλιακής παχυσαρκίας, η ινσουλινοαντοχή και η ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, υπέρτασης και υπερλιπιδαιμίας.

Η υπερκατανάλωση τροφής είναι και αυτή μια μορφή μεταβολικού stress, που προοδευτικά οδηγεί στην αύξηση του λιπώδους ιστού και την ενεργοποίηση των λιποκυττάρων και τη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου φλεγμονής με την προσέλκυση μακροφάγων από τη μικροκυκλοφορία και την αυξημένη παραγωγή προφλεγμονωδών και αθηρογόνων λιποκινών/κυτταροκινών (λεπτίνης, ιντερλευκίνης-6, TNFα, ρεζιστίνης, PAI-1, κ.ά.). Η διαρκής αυτή αυξημένη παραγωγή και έκκριση των φλεγμονωδών κυτταροκινών από τον λιπώδη ιστό στην κυκλοφορία, εκτός από τις απευθείας αθηρογόνες δράσεις στο ενδοθήλιο, φθάνοντας στον υποθάλαμο, διεγείρουν περαιτέρω τον άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης - επινεφριδίων, με αποτέλεσμα να δημιουργείται και ένας δεύτερος φαύλος κύκλος, όπου μέσω της υπερκορτιζολαιμίας ανατροφοδοτείται η συσσώρευση λιποκυττάρων και αντίστροφα.

Συμπερασματικά, στους πιθανούς παθογενετικούς μηχανισμούς του μεταβολικού συνδρόμου και των καρδιαγγειακών επιπλοκών συγκαταλέγονται τόσο η χρόνια υπερδιέγερση του άξονα του stress όσο και το φλεγμονώδες και το μεταβολικό stress, που συχνά συνοδεύουν την παχυσαρκία και επιδρώντας είτε μεμονωμένα είτε σε συνέργεια, επιτείνουν την περαιτέρω εναπόθεση λίπους, συμβάλλοντας τελικά στην πλήρη ανάπτυξη όλου του φάσματος της συμπτωματολογίας του συνδρόμου.

## Μελέτη ΑΤΤΙΚΗ - Κοινωνικοοικονομικοί και διατροφικοί παράγοντες που επιδρούν στη γένεση του μεταβολικού συνδρόμου

Δημοσθένης Παναγιωτάκος

Καθηγητής Βιοστατιστικής και Επιδημιολογίας, Αναπληρωτής Πρύτανης του Χαροκοπέιου Πανεπιστημίου

Στην ανατολή του 21ου αιώνα οι θάνατοι από καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η πρώτη αιτία θανάτου στον αναπτυγμένο κόσμο. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1950, η επιδημιολογική έρευνα συστηματοποιήθηκε και έστρεψε το ενδιαφέρον της στους παράγοντες εκείνους που συντελούν στην αύξηση της συχνότητας μιας νόσου στους πληθυσμούς.

Σήμερα γνωρίζουμε αρκετά, ώστε να θεωρούμε ως σημαντικό στοιχείο στην αθηροσκλήρυνση τη γενετική επιδεκτικότητα του ατόμου, αν και το ακριβές περιεχόμενο της γενετικής ευαισθησίας δεν είναι γνωστό. Με τον όρο «παράγων» ή «δείκτης» κινδύνου ορίζεται κάθε χαρακτηριστικό ή γεγονός που συμβαίνει πριν και συνδιακυμαίνεται με τη συχνότητα της νόσου.

Ο όρος αυτός περιλαμβάνει τροποποιημένα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής, όπως το κάπνισμα, η καθιστική ζωή, η διατροφή κ.ά., και βιοχημικές παραμέτρους, καθώς και μη τροποποιήσιμα χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το φύλο και το οικογενειακό ιστορικό πρώιμης στεφανιαίας νόσου, καθώς και το κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον στο οποίο ζει το άτομο.

Οι θεωρούμενοι ως καθιερωμένοι παράγοντες κινδύνου - κάπνισμα, υψηλή χοληστερόλη, χαμηλή HDL χοληστερόλη, αρτηριακή υπέρταση και σακχαρώδης διαβήτης

- μπορούν να εξηγήσουν το 90% του επιπλέον κινδύνου για εμφάνιση στεφανιαίας νόσου στον γενικό πληθυσμό, αλλά εξηγούν μόνο το 50% περίπου της μεταβλητότητας της στεφανιαίας νόσου μεταξύ πληθυσμών. Δεν είναι υπερβολή να λεχθεί ότι η αναγνώριση μετρήσιμων μεγεθών που σχετίζονται με τη στεφανιαία νόσο είναι μία από τις σημαντικότερες προόδους στην καρδιολογία.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι καθιερωμένοι παράγοντες κινδύνου ερμηνεύουν περίπου το 50% της μεταβλητότητας της στεφανιαίας νόσου μεταξύ των πληθυσμών, αλλά πρέπει να τονιστεί ότι ένας σημαντικός αριθμός ατόμων με έμφραγμα του μυοκαρδίου δεν παρουσιάζουν παράγοντες κινδύνου, ενώ και η θεραπευτική παρέμβαση για την πρόληψη ενός επεισοδίου δεν είναι πάντοτε επιτυχής, και καθοριστικό ρόλο σε αυτό διαδραματίζει και το κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον του ατόμου. Το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο αλληλοεπιδρά με ψυχικές παραμέτρους, αλλά και με διατροφικές επιλογές, οδηγώντας σε σημαντική αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Το είδος της απασχόλησης, η ενδεικτική κοινωνική τάξη, το οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας φάνηκε να επηρεάζουν σημαντικά ένα άτομο τόσο ως προς τις επιλογές του τρόπου ζωής όσο και ως προς την εμφάνιση καρδιομεταβολικών διαταραχών, αλλά και τη διαχείρισή τους.

## Παχυσαρκία: από την απώλεια στη μακροχρόνια διατήρηση της απώλειας βάρους

Μαίρη Γιαννακούλια

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Διατροφής και Διαιτητικής Συμπεριφοράς,  
Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Η παχυσαρκία αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας με υψηλά ποσοστά επιπολασμού στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας. Και ενώ η απώλεια βάρους, μέσω αλλαγών στον τρόπο ζωής ή και πιο επεμβατικών μεθόδων, φαίνεται να είναι εφικτή, τα ποσοστά της επανάκτησης βάρους παραμένουν απογοητευτικά.

Από συστηματικές ανασκοπήσεις, μεταanalύσεις, αλλά και μεγάλες μελέτες παρέμβασης, φαίνεται ότι 3-5 χρόνια μετά την απώλεια βάρους, το μεγαλύτερο μέρος της επανακτάται. Αυτά τα ευρήματα ώθησαν τους ερευνητές που ασχολούνται με την παχυσαρκία, να επικεντρώσουν το ενδιαφέρον τους στη διατήρηση της απώλειας του βάρους και ιδιαίτερα στις συμπεριφορές του τρόπου ζωής που σχετίζονται με αυτήν.

Τα περισσότερα δεδομένα προέρχονται από μπτρώα ελέγχου βάρους, στα οποία εθελοντές που έχουν επιτυχώς διατηρήσει κάποια απώλεια βάρους, αποτυπώνουν τις συνήθειές τους. Το πρώτο μπτρώο δημιουργήθηκε στις ΗΠΑ και έκτοτε ακολούθησαν κάποια στην Ευρώπη. Το

ελληνικό μπτρώο, η μελέτη MedWeight, δημιουργήθηκε από την ερευνητική μας ομάδα στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο και αποτελεί το μεγαλύτερο ευρωπαϊκό μπτρώο. Τα δεδομένα μας, όπως και εκείνα από τα άλλα μπτρώα, αναδεικνύουν τις πιο συχνές συνήθειες και συμπεριφορές που σχετίζονται με τη διατήρηση σημαντικής απώλειας βάρους (5%-10% του αρχικού βάρους και διατήρηση για τουλάχιστον 1 χρόνο):

- ▶ Διαιτητικές συνήθειες, όπως η υιοθέτηση μιας υποθερμιδικής, χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπίδια δίαιτας, η λήψη πρωινού γεύματος, τα συχνά γεύματα, ο αργός ρυθμός κατανάλωσης τροφής και η συμμετοχή στην παρασκευή των γευμάτων.

- ▶ Συνήθειες του τρόπου ζωής, όπως η υψηλή σωματική δραστηριότητα και ο επαρκής σε διάρκεια και ποιότητα ύπνος.

- ▶ Ψυχικές παράμετροι, όπως τα χαμηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, η ενεργή κοινωνική υποστήριξη από το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον και ο εσωτερικός έλεγχος όσον αφορά την απώλεια βάρους.

## Καρδιαγγειακά νοσήματα στην παχυσαρκία

Νίκος Ιωακειμίδης

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής του ΜΗΤΕΡΑ

Η παχυσαρκία είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας παγκοσμίως. Στον γενικό πληθυσμό είναι γνωστό ότι η παχυσαρκία συσχετίζεται με αρκετές παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος, όπως είναι η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η στεφανιαία νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια και η κολπική μαρμαρυγή.

Ωστόσο, παρά τις γνωστές επιπτώσεις της παχυσαρκίας στο καρδιαγγειακό σύστημα και τη συσχέτιση που έχει με αρκετούς γνωστούς παράγοντες κινδύνου, πρόσφατα δεδομένα έχουν αναδείξει καινούργιους «παθοφυσιολογικούς τύπους» αυτής της συσχέτισης, όπως η «μεταβολικά υγιής παχυσαρκία», το «παράδοξο της παχυσαρκίας» και η «προστατευτική εναπόθεση υποδόριου λίπους», που έχουν οδηγήσει σε μια εκτενή συζήτηση για τη σημαντική ετερογένεια της νόσου και τους διαφορετικούς τρόπους επίδρασης της παχυσαρκίας στην έκβαση αυτών των ασθενών.

Είναι σημαντικό ότι με την αναζήτηση του φαινοτύπου των ασθενών με «μεταβολικά υγιή παχυσαρκία» καθίσταται εφικτή η πρόληψη της εμφάνισης μιας επόμενης γενιάς ατόμων που θα γίνουν παχύσαρκοι.

Ακόμα ένας προβληματισμός που υπάρχει αφορά τον περισσότερο χρησιμοποιούμενο δείκτη για να ορίσουμε την παχυσαρκία, τον δείκτη μάζας σώματος, και τη δυσκολία που έχει να διακρίνει τη μάζα λίπους από τη μυϊκή μάζα. Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες και μελέτες στις οποίες εξετάστηκαν παράμετροι του μεταβολισμού έχουν χρησιμοποιήσει άλλους δείκτες, όπως τον λόγο περιφέρειας μέσης-ισχίου, την περιφέρεια της μέσης και παραμέτρους κοιλιακού λίπους και έκτοπης εναπόθεσης λίπους με τη βοήθεια απεικονιστικών τεχνικών (υπολογιστική ή μαγνητική τομογραφία).

Επιπλέον, νεότερα δεδομένα αναδεικνύουν τη σημασία της καρδιοαναπνευστικής υγείας, της μάζας και της μυϊκής ισχύος των σκελετικών μυών των ασθενών με παχυσαρκία ως χρήσιμων παραμέτρων με σημαντική προβλεπτική ικανότητα για καρδιαγγειακά συμβάματα, ανεξαρτήτως του βαθμού εναπόθεσης λίπους. Η φυσική άσκηση και η σωστή διατροφή θα πρέπει να έχουν ως στόχο την αύξηση της ελεύθερης λίπους μάζας παράλληλα με τη μείωση των εναποθέσεων έκτοπου λίπους και τη διατήρηση αυτών των μεταβολών με το πέρασμα του χρόνου.

## Παχυσαρκία και νεφρική λειτουργία

Νικολέττα Νικολοπούλου

Νεφρολόγος, Διευθύντρια Μονάδας Τεχνητού Νεφρού του ΜΗΤΕΡΑ

Η παχυσαρκία είναι επιδημία του 21ου αιώνα και αναμένεται να αυξηθεί κατά 40% τις επόμενες δεκαετίες, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών όπως ο διαβήτης τύπου 2, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος, η άπνοια ύπνου, αλλά και ο κίνδυνος εμφάνισης χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ).

Η ιστολογική βλάβη που συνδέεται με την παχυσαρκία - obesity-related glomerulopathy (ORG)- είναι του τύπου της εστιακής τμηματικής σπειραματοσκλήρυνσης (FSGS). Κλινικά εκδηλώνεται με ήπια λευκωματουρία, που συχνά δεν φθάνει σε επίπεδα νεφρωσικού συνδρόμου (>3,5 g/day).

Η αυξημένη μάζα λίπους προάγει τη νεφρική νόσο έμμεσα μέσω του μεταβολικού συνδρόμου, αλλά και μέσω άμεσων νεφρικών επιδράσεων. Ο λιπώδης ιστός παρουσιάζει ενδοκρινή δραστηριότητα με ουσίες όπως οι αντιπονεκτίνη, λεπτίνη και ρεζιστίνη, που δρουν απ' ευθείας στους νεφρούς. Οι ουσίες αυτές συμβάλλουν στην ανάπτυξη φλεγμονής και οξειδωτικού stress, στον μη φυσιολογικό μεταβολισμό του λίπους, στην ενεργοποίηση του συστήματος ρενίνης - αγγειοτενσίνης - αλδοστερόνης, στην αυξημένη παραγωγή ινσουλίνης και αντίστασης στην ινσουλίνη.

Υψηλό βάρος σώματος συνδέεται με χαμηλό pH ούρων και αυξημένη απέκκριση οξαλικών, ουρικού οξέος, νατρίου και φωσφόρου και επομένως η παχυσαρκία είναι

υψηλός παράγοντας κινδύνου για τη νεφρολιθίαση.

Ο μηχανισμός αυξημένου κινδύνου νεφρικού καρκίνου που παρατηρείται σε παχύσαρκους ασθενείς δεν είναι απόλυτα εξακριβωμένος. Αντίσταση στην ινσουλίνη και η επακόλουθη υπερινσουλιναμία και αυξημένη παραγωγή insulin like factor 1 και διάφοροι άλλοι «ορμονικοί» παράγοντες μπορεί να διεγείρουν αυξητικούς μηχανισμούς σε διάφορους τύπους καρκινικών κυττάρων.

Παραδόξως η νοσηρή παχυσαρκία σχετίζεται με καλύτερη έκβαση στην αιμοκάθαρση, ίσως εξαιτίας της καλύτερης κινητοποίησης βλαστικών κυττάρων, αποτελεσματικότερης απομάκρυνσης των λιποφιλικών ουραιμικών τοξινών, καλύτερης αντοχής των οστών και βελτιωμένης αιμοδυναμικής ανοχής.

Η επίδραση της παχυσαρκίας πριν από τη μεταμόσχευση στο αποτέλεσμα της μεταμόσχευσης δεν είναι επί του παρόντος σαφής. Σε μια αναδρομική μελέτη ληπτών μοσχεύματος νεφρού, η παχυσαρκία ήταν ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για απώλεια μοσχεύματος και θάνατο ασθενούς. Ο υψηλότερος κίνδυνος επιπλοκών κατά τη διάρκεια και μετά τη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει την επιλεξιμότητα για μεταμόσχευση νεφρού παχύσαρκων.

Η κοινωνική επιμόρφωση για τους κινδύνους της παχυσαρκίας μπορεί να βοηθήσει στην αλλαγή τρόπου ζωής και καλύτερης διατροφής, που μπορούν να μειώσουν την παχυσαρκία και να προλάβουν τη νεφρική νόσο.

## Λιπώδης νόσος ήπατος

Αντώνιος Πέρπερας

Παθολόγος - Ηπατολόγος, Επιστ. Συνεργάτης του ΥΓΕΙΑ

Η Μη Αλκοολική Λιπώδης Νόσος Ήπατος (ΜΑΛΝΗ) αποτελεί ηπατική εκδήλωση του μεταβολικού συνδρόμου (Met.S), στοιχεία του οποίου διαμοιράζεται, ιδιαίτερα την αντίσταση στην ινσουλίνη (IR) και την παχυσαρκία. Τη νόσο χαρακτηρίζει η >5% συγκέντρωση λίπους στα ηπατοκύτταρα ασθενών που στερούνται άλλων αιτιών στεατώσεως.

Η ΜΑΛΝΗ παρουσιάζει ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων, από την απλή στεάτωση έως την κίρρωση με τις επιπλοκές. Παρά τη σημαντική ετερογένεια μελετών για ακριβή επιπολασμό της νόσου λόγω των διαφορετικών μεθόδων εκτιμήσεως, υπολογίζεται ότι το 25%-45% του γενικού πληθυσμού επηρεάζεται από τη ΜΑΛΝΗ, επικρατώντας στη 6η - 7η δεκαετία ζωής, παρουσιάζοντας φυλετικές διαφορές.

Οι ασθενείς με ΜΑΛΝΗ σχετίζονται κατά 80%-100% με παχυσαρκία, 40%-80% με σακχαρώδη διαβήτη, 20%-60% με δυσλιπιδαιμία. Η αλματώδης αύξηση της νοσολόγου παχυσαρκίας συμπαράσχει την επικράτηση της ΜΑΛΝΗ. Κατά την πορεία, μικρό ποσοστό (5%-15%) ασθενών θα παρουσιάσει σοβαρή εξέλιξη προς κίρρωση.

Συνυπολογίζοντας την εξάπλωση της παχυσαρκίας και την υποεκτίμηση σοβαρών περιπτώσεων ΜΑΛΝΗ, δικαιολογείται η δυσσίνωνο πραγματικότητα ότι η νόσος αποτελεί τελευταία την πρώτη-δευτέρα αιτία μεταμοσχεύσεως ήπατος.

Πιθανολογείται ότι η στεάτωση είναι αποτέλεσμα δράσεως αρκετών παραγόντων, πρωτοστατώντας η I.R., η δυσλειτουργία μιτοχονδρίων και ενζυματικών μηχανισμών, συντελώντας στη διαταραχή ισοζυγίου ελεύθερων λιπαρών οξέων (Λ.Ο.). Αποτέλεσμα των διαταραχών είναι η αυξημένη εισροή «τοξικών» Λ.Ο. στο ήπαρ και δε νοσηρογένεσης, συνθήκες που συναγωνίζεται η αυξανόμενη συγκέντρωση τριγλυκεριδίων.

Ο υπερκορεσμός Λ.Ο. στο οξειδωτικό σύστημα των μιτοχονδρίων εκτρέπει τον μεταβολισμό τους στα μικροσωμιακά ενζυματικά συστήματα, πυροδοτώντας την απελευθέρωση ελεύθερων ριζών O<sub>2</sub>, και προφλεγμονωδών κυτταροκινών, προκαλώντας οξειδωτικό stress, κυτταρικό θάνατο, φλεγμονή - ίνωση. Μελέτες γενετικού πολυμορφισμού, ενοχοποιούν την PNPLA3 (patatin-like phospholipase-3) στη διαφοροποίηση πορείας της ΜΑΛΝΗ.

Το 70% των ασθενών είναι ασυμπτωματικοί, ενώ το 80% παρουσιάζει φυσιολογικά ηπατικά ένζυμα, εξαιρουμένων περιπτώσεων κίρρωσης - επιπλοκών. Η διάγνωση συνήθως τίθεται τυχαία, κυρίως με απεικονιστικές μεθόδους (US, CT, MRI), εξ αποκλεισμού άλλων αιτιών ηπατικής στεατώσεως, ενώ επιβάλλεται διερεύνηση για ΜΑΛΝΗ επί περιπτώσεων υψηλού κινδύνου.

Τελευταία μελετώνται μη επεμβατικές μέθοδοι προσδιορισμού της ηπατικής στεατώσεως και ίνωσης, παραμένοντας η βιοψία ήπατος το gold standard.

## Παχυσαρκία και υπνική άπνοια

Παρασκευή Αραβωσιτά

Πνευμονολόγος · Εντατικολόγος ΜΕΘ Ενηλίκων του ΜΗΤΕΡΑ

Η υπνική άπνοια είναι συχνή διαταραχή της λειτουργίας της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου. Υποψιαζόμαστε το σύνδρομο αυτό σε ασθενείς με συμπτώματα όπως δυνατό ροχαλητό, αίσθημα κόπωσης κατά την πρωινή έγερση, νυχτερινή δύσπνοια, υπερβολική ημερήσια υπνηλία, σε άτομα με ανθεκτική υπέρταση, σε παχύσαρκους ασθενείς που παρουσιάζουν δυσκολία στην απώλεια βάρους.

Ασθενείς υψηλού κινδύνου είναι αυτοί που παρουσιάζουν κυρίως:

1. Παχυσαρκία (BMI > 35 Kg/m<sup>2</sup>).
2. Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.
3. Κολπική μαρμαρυγή.
4. Ανθεκτική υπέρταση.
5. Διαβήτη τύπου II.
6. Πνευμονική υπέρταση.

Υπάρχει αμφίδρομη σχέση υπνοαπνοϊκού συνδρόμου και παχυσαρκίας και θετικός παλίνδρομος μηχανισμός αλληλοτροφοδότησης. Αφενός η παχυσαρκία προκαλεί υπνοαπνοϊκό σύνδρομο μέσω εναπόθεσης λίπους στις ανώτερες αναπνευστικές οδούς, μεταβολές στη λειτουργία των ανώτερων αεραγωγών, μεταβολές στους μηχανισμούς του ΚΝΣ που ρυθμίζουν τον αναπνευστικό τόνο (νευροενδροκρινικοί παράγοντες όπως η λεπτίνη) κ.ά. Αφετέρου το ίδιο το σύνδρομο της άπνοιας επιδεινώνει την παχυσαρκία μέσω μεταβολών που αφορούν την ποιότητα ζωής, όπως είναι η ημερήσια υπνηλία, με επακόλουθο μείωση

της φυσικής δραστηριότητας και αύξηση της όρεξης για επεξεργασμένους υδατάνθρακες. Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από αντίσταση στην ινσουλίνη και συνοδεύεται από αντίσταση στη λεπτίνη, που προδιαθέτει σε αύξηση του σωματικού βάρους ειδικότερα στους υπνοαπνοϊκούς ασθενείς.

Η διάγνωση του συνδρόμου γίνεται με νυχτερινή πολυπνογραφία, η οποία περιλαμβάνει ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, ηλεκτροοφθαλμογράφημα, ηλεκτρομυογράφημα, ηλεκτροκαρδιογράφημα, καταγραφή του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο και καταγραφή του τύπου αναπνοής.

Θεραπευτικές δυνατότητες είναι η απώλεια βάρους (σε νοσογόνο παχυσαρκία οι χειρουργικές επεμβάσεις είναι πιο αποτελεσματικές), αποφυγή ύπτιας θέσης κατά τον ύπνο, αποφυγή χρήσης αλκοόλ και ηρεμιστικών φαρμάκων, εφαρμογή συσκευής συνεχούς θετικής πίεσης των αεραγωγών, ενδοστομικές συσκευές, χειρουργική ανώτερων αεραγωγών.

Έχει εκτιμηθεί ότι το 70% των ατόμων με υπνοαπνοϊκό σύνδρομο είναι παχύσαρκοι, το 40% των παχύσαρκων ανθρώπων παρουσιάζουν σημαντική άπνοια κατά τον ύπνο και ότι για κάθε 10% αύξησης του σωματικού βάρους αυξάνεται 6 φορές η πιθανότητα εμφάνισης συνδρόμου αποφρακτικής άπνοιας. Είναι, λοιπόν, προφανής η συσχέτιση παχυσαρκίας και υπνικής άπνοιας.



## Γυναικεία παχυσαρκία - Περιβάλλον - Υπογονιμότητα

Παναγιώτης Καραντζής

Γυναικολόγος, Μονάδα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης Institute of Life ΜΗΤΕΡΑ

Η παχυσαρκία είναι ένα από τα βασικότερα προβλήματα της δημόσιας υγείας κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες του πλανήτη. Έχει αποδειχθεί ότι η παχυσαρκία αποτελεί σημαντικό παράγοντα υπογονιμότητας. Επίσης διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν και αυτοί με τη σειρά τους τη γονιμότητα.

Σειρά μελετών που αφορούν παχύσαρκες γυναίκες με BMI > 29-30, έδειξαν ότι εμφανίζουν μακρύ ιστορικό ανωορρηκτικών κύκλων, που μπορεί να ξεκινά από την εφηβική ηλικία. Οι γυναίκες αυτές έχουν χαμηλή αναπαραγωγική ικανότητα (fecundability) και εμφανίζουν διπλάσιο κίνδυνο να μην αποκτήσουν παιδιά τελικά. Οι διαταραχές κύκλου οφείλονται στο ότι υπάρχει αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη στις γυναίκες αυτές, με αποτέλεσμα η SHBG να είναι χαμηλή και αυτό με τη σειρά του να δημιουργεί αυξημένη παρουσία ανδρογόνων, που με τη σειρά τους αποσταθεροποιούν τον ορμονικό άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης - ωοθηκών με αποτέλεσμα ανωορρηκτικούς κύκλους. Οι παχύσαρκες - υπογόνιμες γυναίκες που υποβάλλονται σε προγράμματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ART), εμφανίζουν χαμηλότερης ποιότητας ωάρια και ενδεχομένως ενδομήτριο χαμηλότερης δεκτικότητας. Αναγκάζονται να υποβληθούν σε περισσότερες προσπάθειες ART και χρησιμοποιούν υψηλότερες φαρμακευτικές δόσεις. Η αλήθεια είναι ότι οι παραπάνω παρατηρήσεις βασίζονται σε μελέτες που είτε είναι observational είτε case control studies με διαφορετικούς παράγοντες (confound factors) και χαρακτηριστικά που αφορούν τους πληθυσμούς που μελετήθηκαν, με αποτέλεσμα να είναι «εκτεθειμένες» στο όποιο bias.

Οι οδηγίες - συμβουλές στις γυναίκες αυτές είναι η συστηματική απώλεια βάρους, 10% του BMI σε διάστημα 6 μηνών, μέσω ημερήσιας κατανάλωσης 1.000-2.000 kcal, καταναλώνοντας πρωτεΐνες κυρίως από φρούτα και λαχανικά, υψηλά μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, υδατάνθρακες με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη, φωτογραφίζοντας ουσιαστικά τη μεσογειακή διατροφή. Τέλος, προς επίτευξη αυτού του στόχου συνιστάται η ήπια, αλλά συστηματική άσκηση, π.χ 150 λεπτά βόλτα την εβδομάδα.

Στο σύγχρονο περιβάλλον όπου ζούμε, ερχόμαστε σε

επαφή με αντικείμενα ή καταναλώνουμε τροφές που βρίσκονται σε συσκευασίες που περιέχουν τοξικούς παράγοντες, οι οποίοι είναι ιδιαίτερα επιβλαβείς για τη γονιμότητα. Θα αναφερθούμε σε μια συγκεκριμένη μεγάλη κατηγορία ουσιών, που αναφέρονται ως endocrine disruptors και που η δράση τους προσομοιάζει με αυτή φυσιολογικών ορμονών και κυρίως των οιστρογόνων. Σ' αυτήν συγκαταλέγονται οι βισφενόλες - ή BPA. Οι ουσίες αυτές ανευρίσκονται στα κάτωθι προϊόντα και συσκευασίες:

- ▶ Λιπάσματα.
- ▶ Σκληρά πλαστικά (παιδικά μπιμπερό, μπουκάλια νερού, ιατρικά αναλώσιμα).
- ▶ Μεταλλικά επικαλυμμένες κονσέρβες-συσκευασίες.
- ▶ Βιοχημικά χημικά.
- ▶ Καύσιμα.
- ▶ Συνθετικά.

Ο ρόλος τους στη γονιμότητα είναι:

- ▶ Χαμηλή ποιότητα ωαρίων.
- ▶ Χαμηλά ποσοστά εμφύτευσης (IR).
- ▶ Επιπτώσεις στην ποιότητα σπέρματος.

Η άλλη μεγάλη ομάδα είναι οι phthalates (PVC) που ανευρίσκονται στα κάτωθι προϊόντα:

- ▶ Μαλακά πλαστικά.
- ▶ Είδη περιποίησης (shampoos, lotions).
- ▶ Είδη καθαρισμού.
- ▶ Ιατρικά αναλώσιμα.
- ▶ Φαρμακευτικά σκευάσματα και τροφές ως μη ενεργά συστατικά που σκοπό έχουν την παρασκευή - σταθερότητα - μεταφορά τους.

Ο ρόλος τους αφορά την ανδρική υπογονιμότητα:

- ▶ Αντι-ανδρογόνος δράση.
- ▶ Βλαβερή δράση στο ανδρικό γεννητικό σύστημα.
- ▶ Υποσπαδίας.
- ▶ Έλλειψη επιδιδυμίδας.
- ▶ Κρυφορχία.

Οι οδηγίες προς τους καταναλωτές από το Centre of Evaluation of Human Reproduction είναι:

- ▶ Αγοράζουμε προϊόντα με ένδειξη BPA - PVC free.
- ▶ Αποθηκεύουμε τρόφιμα σε συσκευασίες από γυαλί - ανοξείδωτο ατσάλι και κεραμικά - προσοχή, όχι από

πλαστικό.

- ▶ Δεν ζεσταίνουμε σε φούρνους μικροκυμάτων τρόφιμα σε συσκευασίες πλαστικών.
- ▶ Αγοράζουμε φρέσκα φρούτα και λαχανικά και αποφεύγουμε αυτά που είναι τυποποιημένα και τύπου κονσέρβας.
- ▶ Αποφεύγουμε γαλακτοκομικά προϊόντα, αλλά και κρέας με υψηλά λιπαρά.
- ▶ Αποφυγή υπερβολικής χρήσης καλλυντικών.
- ▶ Πλένουμε τα χέρια και βγάζουμε τα παπούτσια στο σπίτι.

Σημαντικά αρνητικό ρόλο στη γονιμότητα παίζουν επίσης δύο συνήθειες έξεις του σημερινού ανθρώπου, όπως η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και το υπερβολικό

κάπνισμα.

Μέσα από αυτές τις γραμμές καταδείξαμε τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η παχυσαρκία στο κεφάλαιο που λέγεται γυναικεία υπογονιμότητα και πόσο σοβαρά πρέπει να λαμβάνεται όχι μόνο από τους ιατρούς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αλλά και από τους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Επίσης αναφέραμε επιγραμματικά τα μέτρα που μπορεί να συστήσει κανείς στην παχύσαρκη γυναίκα για να χάσει συστηματικά βάρος.

Τέλος, αναφέραμε και σημαντικούς περιβαλλοντολογικούς παράγοντες που επίσης επηρεάζουν αρνητικά τη γονιμότητα και πώς να τους αποφεύγουμε ως συνειδητοποιημένοι καταναλωτές.

## Διαταραχές της γοναδικής λειτουργίας στη γυναίκα σε σχέση με τον μεταβολισμό

Ευανθία Διαμάντη-Κανδαράκη

Ενδοκρινολόγος-Διαβητολόγος, Ομότιμη Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών,  
Διευθύντρια Τμήματος Ενδοκρινολογίας & Διαβήτη του Ομίλου ΥΓΕΙΑ

Γυναίκες με διαταραχές γοναδικής λειτουργίας εμφανίζουν πολύ συχνά μεταβολικά νοσήματα (σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, παχυσαρκία, δυσλιπιδαιμία).

Το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, όπως έχειδειχτεί, επηρεάζει την ινσουλινική ευαισθησία, προκαλώντας αντίσταση στην ινσουλίνη και, κατά συνέπεια, οδηγεί σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και παχυσαρκία. Ωστόσο, και η ίδια η υπερινσουλιναίμια προκαλεί διαταραχές της εμμήνου ρύσεως με διπλό τρόπο: είτε μέσω της διέγερσης παραγωγής πλεονάζουσας ποσότητας ανδρογόνων από τα κύτταρα της θήκης των ωοθηκών, είτε μέσω της παρακώλυσης της παλμικής έκκρισης γοναδοτροφινών από τον

εγκέφαλο (υποθάλαμος - υπόφυση).

Επίσης, γυναίκες με πρόωμη ωοθηκική ανεπάρκεια (διακοπή της εμμήνου ρύσεως σε ηλικίες κάτω των 40 ετών), λόγω της έλλειψης οιστρογόνων -που δρουν προστατευτικά σε ποικίλα συστήματα (αγγεία, καρδιά, λιπίδια, οστά)- εμφανίζουν συχνότερα μεταβολικά νοσήματα, όπως δυσλιπιδαιμία, αρτηριακή υπέρταση ή και διαταραχές στον οστικό μεταβολισμό.

Η αναπαραγωγική λειτουργία και η ομοιοστασία του μεταβολισμού συνδέονται και αλληλεπιδρούν. Ως εκ τούτου, η γνώση των μηχανισμών συμβάλλει στη σωστή επιλογή της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

## Παχυσαρκία και υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Γεώργιος Ιωαννίδης

Γυναικολόγος, Μονάδα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης Institute of Life ΜΗΤΕΡΑ

Η παχυσαρκία είναι ένα αυξανόμενο πρόβλημα υγείας στις δυτικές κοινωνίες. Έχει συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας λόγω διαφόρων παθολογιών. Στον τομέα της γυναικολογίας και της αναπαραγωγής, η παχυσαρκία συνδέεται με τις διαταραχές της εμμήνου ρύσεως, τη στειρότητα, τις αποβολές και τις μαιευτικές επιπλοκές.

Η παχυσαρκία φαίνεται να βλάπτει την ανθρώπινη αναπαραγωγή μέσω διαφόρων μηχανισμών όπως είναι η αντίσταση στην ινσουλίνη, τα αυξημένα επίπεδα ανδρικών και τα αυξημένα επίπεδα λεπτίνης. Η διαχείριση του βάρους και η διατροφική παρέμβαση μπορούν να αντιστρέψουν αυτήν την κατάσταση και να βελτιώσουν την αναπαραγωγική λειτουργία. Η παχυσαρκία δρα επίσης αρνητικά στα ποσοστά επίτευξης κύησης μετά την εφαρμογή τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Οι παχύσαρκες γυναίκες που υποβάλλονται σε υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, έχουν μικρότερη πιθανότητα για γέννηση υγιούς παιδιού συγκριτικά με γυναίκες φυσιολογικού βάρους. Η αιτία που περιγράφεται φαίνεται να είναι το αποτέλεσμα του συνδυασμού: α) των χαμηλότερων ποσοστών εμφύτευσης των εμβρύων στην εξωσω-

ματική γονιμοποίηση και επίτευξης εγκυμοσύνης, β) του υψηλότερου ποσοστού αποβολών, και γ) του αυξημένου ποσοστού επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο.

Η πρόγνωση της γονιμότητας σε παχύσαρκες γυναίκες που υποβάλλονται σε όλες τις τεχνικές υποβοήθησης αναπαραγωγής εξαρτάται από το ενδοκρινικό και μεταβολικό περιβάλλον στην ωοθήκη, το οποίο επηρεάζει την ποιότητα των ωοκυττάρων και, κατά συνέπεια, την εμφύτευση, την ανάπτυξη των εμβρύων και την έκβαση της εγκυμοσύνης. Υπάρχουν επίσης σαφείς ενδείξεις ότι το ενδομήτριο επηρεάζεται αρνητικά σε παχύσαρκες γυναίκες, σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες που βασίζονται στο πρότυπο της δωρεάς ωαρίων.

Είναι απαραίτητο οι παχύσαρκες γυναίκες που επιθυμούν εγκυμοσύνη να κατανοήσουν ότι η απώλεια βάρους ρυθμίζει τον εμμηνορρυσιακό τους κύκλο και αυξάνει την πιθανότητα αυτόματης ωορρηξίας και σύλληψης.

Η σταδιακή συνεχής απώλεια βάρους είναι ευεργετική τόσο στην επίτευξη εγκυμοσύνης έπειτα από εξωσωματική γονιμοποίηση όσο και στην έκβαση της ίδιας της εγκυμοσύνης.

## Παχυσαρκία και στυτική δυσλειτουργία

Αθανάσιος Αγγελής

Καρδιολόγος, Επιμελητής Α' Καρδιολογικής Κλινικής του ΜΗΤΕΡΑ

Η παχυσαρκία, απότοκος κυρίως του σύγχρονου τρόπου ζωής, ενδημεί στις δυτικούς τύπου κοινωνίες φτάνοντας να προσβάλλει έως και το 30% του πληθυσμού. Με το σύνολο των μεταβολών που προκαλεί στον οργανισμό, θεωρείται νόσος αλλά και βασική αιτία τουλάχιστον δύο κλασικών παραγόντων που θίγουν την υγεία της καρδιάς και των αγγείων, της αρτηριακής υπέρτασης και του σακχαρώδη διαβήτη.

Ειδικότερα στον ανδρικό πληθυσμό, σχετίζεται και με τη στυτική δυσλειτουργία, που ουσιαστικά αποτελεί πρώιμη μορφή αγγειακής βλάβης, αφού στην πλειονότητα των περιπτώσεων αντιπροσωπεύει διαταραχή στη ακεραιότητα του ενδοθηλίου, του οργάνου που επενδύει τα αγγεία και συνεισφέρει στην ομαλή ροή του αίματος προς τους ιστούς και αποφυγή της θρόμβωσης. Έτσι, τα μικρά αγγεία της πείκης κυκλοφορίας γίνονται εκφραστές αρχόμενης αθηρωμάτωσης, της διαδικασίας που μελλοντικά μπορεί να οδηγήσει σε βλάβη και στα αγγεία της καρδιάς.

Ο μηχανισμοί με τους οποίους μπορεί να συμβεί αυ-

τό στους παχύσαρκους είναι διάφοροι και, εκτός από το ενδοθήλιο, που είναι ο τελικός αποδέκτης των όσων συντελούνται, περιλαμβάνουν τη διαταραχή μεταβολισμού της γλυκόζης, ορμονικές μεταβολές με βασικό εύρημα τη μείωση των επιπέδων τεστοστερόνης, την υποκλινική φλεγμονή, τη σταδιακή ανάπτυξη αρτηριακής υπέρτασης και τα αυξημένα επίπεδα λιπιδίων του ορού.

Οι επιπτώσεις όμως δεν αφορούν μόνο το καρδιαγγειακό σύστημα, αλλά επεκτείνονται και στον ψυχισμό, θίγοντας την αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση των πασχόντων, που συχνά αποφεύγουν να συζητήσουν το πρόβλημα με τον γιατρό.

Η απώλεια σωματικού βάρους, βελτιώνοντας τις παθολογικές παραμέτρους που αναφέρθηκαν, βοηθά και στη στυτική λειτουργία και, το κυριότερο, στην καλύτερη πρόγνωση του παχύσαρκου ασθενούς. Ο διάλογος μεταξύ ασθενή και ιατρού, η ιατρική γνώση, το λεπτομερές ιστορικό και ο κατάλληλος εργαστηριακός έλεγχος αποτελούν βάση για καλύτερη υγεία και ποιότητα ζωής.

## Ψυχιατρικά νοσήματα και παχυσαρκία

Μαρία Κούντζα

Ψυχίατρος, Επιστημονική Υπεύθυνη του Κέντρου Ημέρας ΑΝΑΣΑ

Από τις πρώτες στιγμές της ζωής του ατόμου η πρόσληψη της τροφής αποτελεί όχι μόνον την αναγκαία συνθήκη για την ίδια την επιβίωσή του, αλλά και το βασικότερο μέσο για διαμόρφωση της ψυχικής σύνδεσης του βρέφους με τη μητέρα-τροφό του. Η αναζήτηση του φαγητού για την ικανοποίηση του αισθήματος της πείνας αρχίζει σταδιακά να γίνεται ένα «παιχνίδι» διαντίδρασης ανάμεσα στους δύο, μέσα από το οποίο το παιδί καταφέρνει τελικά να κερδίσει την αυτονομία του.

Η σπουδαιότητα, λοιπόν, της πρόσληψης της τροφής για την ικανοποίηση όχι μόνο των σωματικών αναγκών, αλλά και για την απαρτίωση των ψυχικών λειτουργιών του ατόμου, εξηγεί τον λόγο που σε πολλές ψυχιατρικές παθήσεις αποτελεί μια από τις παραμέτρους που διαταράσσονται, προκαλώντας συμπτώματα που μορφοποιούνται προς διαφορετικές κατευθύνσεις: είτε ως ακούσια απώλεια βάρους λόγω της απώλειας της όρεξης (καταθλιπτικές διαταραχές) είτε ως εκούσια μείωση της ποσότητας της τροφής με στόχο την απώλεια βάρους (ψυχογενής ανορεξία) είτε ως κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής, που μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή στην παχυσαρκία.

Αν και σε κάποιες από τις νευρωσικές διαταραχές (αγχώδεις διαταραχές, ήπιες καταθλιπτικές διαταραχές) οι

πάσχοντες συχνά καταφεύγουν στην κατανάλωση αυξημένων ποσοτήτων φαγητού για να κατευνάσουν τα δυσάρεστα συναισθήματά τους, με αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού τους βάρους, στις διαταραχές αυτές σπάνια παρατηρείται η εικόνα της νοσογόνου παχυσαρκίας ως απότοκου της ψυχιατρικής διαταραχής. Οι ψυχιατρικές διαταραχές που κατ' εξοχήν συνδέονται με την παχυσαρκία είναι οι ψυχώσεις (σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή), όπως επίσης και η διαταραχή της επεισοδιακής υπερφαγίας, που περιγράφηκε και μελετήθηκε ως ξεχωριστή κλινική οντότητα σχετικά πρόσφατα, ενώ από το 2013, με βάση την τελευταία έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-V), συγκαταλέγεται στις τρεις τυπικές διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Στην παρούσα ομιλία θα γίνει αναφορά στις προαναφερθείσες ψυχιατρικές διαταραχές στις οποίες εμπλέκεται η παχυσαρκία είτε ως σύμπτωμα είτε και ως επιπλοκή, και θα συζητηθεί ο δύσκολος και καθοριστικός ρόλος των γιατρών (γενικών γιατρών, παθολόγων, ενδοκρινολόγων, γυναικολόγων) στη διαχείριση αυτών των ασθενών, καθώς και η σημασία της συνεργασίας του γιατρού με τον ειδικό ψυχίατρο.

## Ψυχολογία του παχύσαρκου πριν και μετά από βαριατρική επέμβαση

Μάρθα Σκαρμέα

Ψυχοθεραπεύτρια, Σύμβουλος Ψυχικής Υγείας

### Πριν από την εγχείρηση

Η παχυσαρκία παρουσιάζει υψηλή συννοσηρότητα με μεγάλο αριθμό ψυχικών διαταραχών. Χρησιμοποιώντας διεθνή πρωτόκολλα εκτίμησης/αξιολόγησης (εγχειρίδιο DSM-IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας) εξετάζεται η ύπαρξη πιθανών αντενδείξεων ως προς την επέμβαση (ψυχώσεις, άλλοι εθισμοί, σοβαρά επεισόδια κατάθλιψης) και η πιθανή ανάγκη ψυχιατρικής/φαρμακευτικής παραπομπής.

Παράλληλα, διερευνώνται τα βαθύτερα κίνητρα του ασθενή για την εγχείρηση και ο βαθμός της κατανόησης των αλλαγών που αυτή θα φέρει τόσο στον ασθενή όσο και στο περιβάλλον του, ο βαθμός δέσμευσής του ως προς τον νέο τρόπο ζωής που καλείται να υποστηρίξει, η συνειδητοποίηση ότι αυτό που θα αλλάξει είναι μόνο σωματικό και η αποσαφήνιση λανθασμένων και μη ρεαλιστικών προσδοκιών ως προς το αποτέλεσμα. Γίνεται προσπάθεια καταγραφής των κοινωνικών και ψυχικών επιπτώσεων που βιώνει ο παχύσαρκος ασθενής, καθώς και συνεργατικών παραγόντων που υποβοήθησαν ή οδήγησαν στην παχυσαρκία. Σε αυτήν την καταγραφή, στηρίζουμε μία ενημέρωση ψυχο-εκπαιδευτικού χαρακτήρα, στην οποία ο ασθενής αποκτά συνείδηση των κινδύνων και το υπόβαθρο των συμπεριφορών και πεποιθήσεων τις οποίες χρειάζεται να αλλάξει για να αποφύγει να επαναλάβει τις γνωστές του δυσλειτουργίες και μετά την επέμβαση.

### Μετά την εγχείρηση

Κατά την πρώτη μετεγχειρητική περίοδο, ο ασθενής εστι-

άζει στη σωματική ανάρρωση, ενώ η ψυχική κατάστασή του παρουσιάζει σημαντική βελτίωση στους περισσότερους τομείς της ζωής του (επαγγελματικό, κοινωνικό, σεξουαλικό).

Κατά μέσο όρο, για διάστημα 3-6 μηνών μετά τη χειρουργική επέμβαση, ο ασθενής βρίσκεται σε συνεχή υπερδιέγερση λόγω των συνεχών αλλαγών στο σώμα του, οι οποίες οδηγούν σε αλληπάλληλες αλλαγές στην καθημερινότητά του και στις σχέσεις του με τους σημαντικούς άλλους.

Έχει βρεθεί ότι η εκπαίδευση των ασθενών για την πρόληψη, αναγνώριση και αντιμετώπιση των υποτροπών είναι ιδιαίτερα σημαντική σε αυτήν τη φάση και ιδανικά πρέπει να έχει ξεκινήσει ήδη πριν από την εγχείρηση.

Σε αυτό το στάδιο δεν είναι σπάνια η επιδείνωση των συναισθηματικών διαταραχών που προϋπήρχαν, παρά τη σημαντική απώλεια βάρους.

Η στενή συνεργασία με όλη την ομάδα (ιατρικό team, και κυρίως με τον διαιτολόγο) είναι επιβεβλημένη σε όλη τη διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Χρειάζεται κοινή αντιμετώπιση, που στόχο έχει την ενθάρρυνση δημιουργίας πειθαρχημένων πλάνων ζωής, διατροφής, συνθησιών, κινήτρων.

Στο ίδιο διάστημα (3-6 μήνες από το χειρουργείο) παύει να εστιάζει στο σύμπωμα (σωματικό βάρος) και συνειδητοποιεί την ουσιαστική του ανάγκη για ψυχοθεραπευτική δουλειά με τον εαυτό του. Αν το αποφασίσει ή όχι, σε μεγάλο βαθμό διαμορφώνει και τη σταθερότητα του αποτελέσματος της επέμβασης.

## Ψυχολογία και διατροφή: ο ρόλος της ρύθμισης της όρεξης

Αλεξία Κασαρού

Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, Συνεργάτης της Γ' Χειρουργικής Κλινικής του ΥΓΕΙΑ

Ο σύγχρονος άνθρωπος καλείται σήμερα να υιοθετήσει - μέσα σε ένα δυσμενές περιβάλλον - διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές που προάγουν ολιστικά την υγεία. Παρ' όλα αυτά, πολύ συχνά η αντίληψη του ρόλου της τροφής στη ζωή φαίνεται πως επηρεάζεται από σύνθετους ενδοπροσωπικούς και συναισθηματικούς παράγοντες. Έτσι, η σχέση του ατόμου με την τροφή παύει να αφορά απλώς την καθαρή απόλαυση μιας συμπεριφοράς που προάγει την επιβίωση. Μάλιστα, επιμέρους προβληματικές διατροφικές συμπεριφορές μπορεί να επιτελούν τον ρόλο του συμπτώματος που μαρτυρά την ύπαρξη μιας συναισθηματικής δυσκολίας.

Το χρόνιο στρες, οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάθλιψη πολύ συχνά επισκιάζουν τη σχέση του ατόμου με το φαγητό, μετατρέποντας μια απλή πράξη θρέψης σε καταναγκαστική και μη συνειδητή συμπεριφορά. Επί παραδείγματι, το στρες συχνά τροποποιεί την πρόσληψη τροφής (αυξημένη κατανάλωση ενέργειας, κορεσμένου λίπους, απλών σακχάρων) στα άτομα εκείνα που είναι πιο ευάλωτα, προωθώντας την κατανάλωση φαγητού ως τρόπο αντιμετώπισης μιας πρόκλησης. Αυτή η μη ομοιοστατική λήψη τροφής συμβάλλει στην αύξηση του σωματικού βάρους, την αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης χρόνιων νόσων σχετιζόμενων με τη διατροφή και υπονομεύει την πνευματική και κοινωνική ευεξία του ατόμου.

### Διατροφική θεραπεία και διαχείριση του συμπτώματος

Διατροφικά, θεραπευτικό στόχο δεν αποτελεί απλά η ρύθμιση του βάρους του ατόμου, αλλά η μόνιμη αποκατάσταση της σχέσης του με το φαγητό. Αυτή η μη πυροσβεστική αντιμετώπιση δεν επιτυγχάνεται απλώς με την εφαρμογή μιας δίαιτας. Η ανάγκη διερεύνησης και κατανόησης των προσωπικών αιτιών που οδηγούν σε προβληματικές διατροφικές συμπεριφορές είναι αναμφισβήτητη. Τον στόχο αυτό συνυπηρετεί και η ψυχοθεραπευτική διαδικασία, η οποία διευκολύνεται ιδιαίτερα από τη διαχείριση του συ-

μπώματος, που εν προκειμένω εμπλέκει τη διαδικασία κατανάλωσης τροφής.

Η διατροφική και συμπεριφορική διαχείριση του συμπώματος βασίζεται στην εγκεφαλική ρύθμιση της όρεξης, η οποία οργανώνεται σε τρία επίπεδα. Το πρώτο είναι το «ομοιοστατικό», όπου μέσω ενός κυκλώματος ο εγκέφαλος προωθεί την κατανάλωση απαραίτητης, αλλά και επαρκούς ενέργειας για τη διατήρηση ενός σταθερού σωματικού βάρους. Το δεύτερο είναι το «ηδονικό-γευστικό», το οποίο έχει κατασκευαστεί για να καθιστά ευχάριστες συμπεριφορές που ευνοούν την επιβίωση, όπως η λήψη τροφής. Το επίπεδο αυτό λειτουργεί παράλληλα και συνεργάζεται με το πρώτο (ομοιοστατικό) επίπεδο, αλλά δύναται και να προωθεί την κατανάλωση ιδιαίτερα γευστικής τροφής παραβλέποντας την ύπαρξη του φυσιολογικού σήματος του κορεσμού. Το τρίτο επίπεδο είναι το «γνωσιακό», το οποίο προωθεί την έλλογη συμπεριφορά, δηλαδή την πιο συνειδητή κατανάλωση τροφής και σχετίζεται με τη δεξιότητα του ατόμου να αυτορυθμίζει τη συμπεριφορά του, να κατανοεί τα συναισθήματά του, αλλά και να αλληλεπιδρά με τον κοινωνικό του περίγυρο και το περιβάλλον.

Η ισορροπημένη ρύθμιση της όρεξης και, συνεπώς, του σωματικού βάρους επιτυγχάνονται όταν αυτά τα τρία επίπεδα λειτουργούν συνεργατικά και σε ισορροπία. Ωστόσο, αυτό το πολύπλοκο και εξαιρετικό κατά τα άλλα προαναφερθέν σύστημα φαίνεται πως αδυνατεί να αντεπεξέλθει με ακρίβεια σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Τα συνεχή ερεθίσματα του εξωτερικού περιβάλλοντος (ενδοπροσωπικά, γευστικά κ.λπ.) υπερευαίσθητοποιούν το «ηδονικό» και «γνωσιακό» επίπεδο, προωθώντας τη μη ομοιοστατική κατανάλωση τροφής.

Ο επαναπρογραμματισμός του εγκεφάλου μας όσον αφορά το σύστημα που ελέγχει την πρόσληψη τροφής, αλλά και η επανατοποθέτηση του ατόμου απέναντι στις προκλήσεις της ζωής, συνεργάζονται για την καλλιέργεια μιας ισορροπημένης διατροφικής συμπεριφοράς και την προαγωγή της υγείας.



## Παχυσαρκία και σκελετικό σύστημα

Ιωάννης Η. Βλάχος

Ορθοπαιδικός, Δ/ντης Ορθοπαιδικής Κλινικής του ΜΗΤΕΡΑ

Τα στατιστικά δεδομένα είναι αμείλικτα. Η παχυσαρκία συνοδεύεται από εκφυλιστικές αλλοιώσεις, δηλαδή αρθρίτιδες, οι οποίες αφορούν κυρίως τα γόνατα, αλλά και τα ισχία και τους ώμους, δηλαδή τις μεγάλες αρθρώσεις. Η επίδραση αυτή δεν είναι μόνο μηχανική λόγω του υπερβολικού βάρους, αλλά και ιστική. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι το λίπος δρα σαν ενδοκρινές όργανο παράγοντας ουσίες που αποδομούν τον χόνδρο και υποβοηθούν στη δημιουργία οστεοφύτων. Με την πάροδο του χρόνου αυτό οδηγεί σε περιορισμό και πόνο στις κινήσεις και δυσχέρεια βάδισης.

Στη σπονδυλική στήλη το υπερβάλλον βάρος δεν σχετίζεται με την πρόκληση δισκοπάθειας (δισκοκήλης). Όμως, οδηγεί σε εκφύλιση των μεσοσπονδύλιων δίσκων και ανά-

πτυξη οστεοφύτων, τα οποία τελικώς προκαλούν στένωση του νωτιαίου σωλήνα, περιορισμό και πόνο στην κίνηση της σπονδυλικής στήλης και δυσχέρεια βάδισης. Αντικρουόμενες είναι οι απόψεις εάν η παχυσαρκία προστατεύει ή επιτείνει την πρόκληση οστεοπόρωσης στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση.

Στη χειρουργική ορθοπεδική πράξη η παχυσαρκία αποτελεί πρόβλημα και για τον χειρουργό και για τον ή την ασθενή διότι καθιστά δυσκολότερη κάθε χειρουργική επέμβαση. Δυσχεραίνει την αναισθησία, αυξάνει την διάχυτη αιμορραγία, τους κινδύνους μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως οι φλεγμονές του τραύματος, η εν τω βάθει θρομβοφλεβίτις, οι πνευμονικές εμβολές και τελικά σημαντικά τη νοσηρότητα και τη θνητότητα.

## Εγκέφαλος και παχυσαρκία

Ιωάννης Βελέντζας

Νευρολόγος, Διευθυντής Τμήματος Κλινικής Νευροφυσιολογίας του ΥΓΕΙΑ

Θα διαχωρίσω την επίδραση της παχυσαρκίας στον εγκέφαλο σε δύο τμήματα, το νευρολογικό και το ψυχιατρικό, αν και αυτά ως μαθηματικά σύνολα τέμνονται. Νευρολογικά η παχυσαρκία έμμεσα επηρεάζει τον εγκέφαλο κυρίως δια μέσου του μεταβολικού νοσήματος του σακχαρώδους διαβήτη με την μακρο-μικρο-αγγειοπάθεια που οδηγεί σε εγκεφαλική αγγειοπάθεια. Η προχωρημένη διαβητική νεφροπάθεια μπορεί να οδηγήσει και σε μεταβολική εγκεφαλοπάθεια. Οι διάφορες καρδιοπάθειες του μεταβολικού συνδρόμου μπορούν να οδηγήσουν σε θρομβοεμβολές των εγκεφαλικών αγγείων.

Η παχυσαρκία οδηγεί συχνά και σε υπνικές άπνοιες. Αυτές οδηγούν σε υποξυγοναιμία του εγκεφάλου με συνέπεια την κόπωση και ανεπάρκεια λειτουργίας του την

ημέρα και σχετίζονται επίσης με εγκεφαλικά έμφρακτα.

Η παχυσαρκία επιδρά αρνητικά σε όλες τις κινητικές διαταραχές που προέρχονται από εγκεφαλικές παθήσεις, όπως παραδείγματος χάριν η νόσος του Πάρκινσον. Αντίστροφα νοσήματα του εγκεφαλικού φλοιού και των βασικών γαγγλίων μπορούν να οδηγήσουν σε βουλιμία και παχυσαρκία.

Ψυχιατρικά η παχυσαρκία οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τα άτομα με παχυσαρκία εμφανίζουν συχνότερα μειωμένη ψυχική αντοχή στην καθημερινότητα και έχουν συχνά βουλιμική αντίδραση, με συνέπεια η κατάστασή τους να επιδεινώνεται επιπλέον. Παθολογικές διατροφικές συνήθειες με αποτέλεσμα την παχυσαρκία εμφανίζονται συχνότερα σε άτομα με ψυχικές διαταραχές.

## Συσχέτιση της παχυσαρκίας με την καρκινογένεση

Ηλίας Αθανασιάδης

Ογκολόγος, Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής του ΜΗΤΕΡΑ

Οι σύγχρονες κοινωνίες πλήρωσαν βαρύ τίμημα στο δεύτερο ήμισυ του 20ού αιώνα με την εκρηκτική εξάπλωση της συνήθειας του καπνίσματος, που οδήγησε σε δραματική αύξηση των θανάτων από καρκίνους πνεύμονος, λάρυγγος, ουροθηλίου, σε συνδυασμό με την επιβάρυνση σε καρδιαγγειακά νοσήματα. Φαίνεται ότι με την επιτυχή αντιμετώπιση αυτής της επιδημίας, η παχυσαρκία εμφανίζεται ως η επόμενη απειλή για απώλειες ζωής από καρκίνους για τις κοινωνίες. Είναι πράγματι εντυπωσιακό ότι τα στατιστικά δεδομένα συνδέουν την παχυσαρκία με αναλογική αύξηση σχεδόν για όλους τους καρκίνους που μελετήθηκαν ξεχωριστά, με εξαίρεση τον καρκίνο πνεύμονος και τις αιματολογικές κακοήθειες. Τα επιδημιολογικά δεδομένα υποστηρίζονται από βιολογικά δεδομένα, που θα αναλυθούν στη συνέχεια και τοποθετούν την παχυσαρκία ως σημαντικό κίνδυνο καρκινογένεσης με εξελισσόμενο δυναμισμό.

Τα αποδεικτικά στοιχεία προέρχονται από αναδρομικές επιδημιολογικές μελέτες που συνδέουν την παχυσαρκία με μεγαλύτερη συχνότητα και θνητότητα από καρκίνο. Ο καρκίνος του ενδομητρίου εμφανίζει την ισχυρότερη συσχέτιση με την παχυσαρκία, η επιβάρυνση δε γίνεται γραμμικά αυξανόμενη σε σχέση με τον δείκτη μάζας σώματος.

Ακόμα κι αν τα αποτελέσματα ποικίλλουν ανάλογα με τη μεθοδολογία καταγραφής και τον πληθυσμό της μελέτης, φαίνεται ότι οι καρκίνοι του μαστού, του ήπατος, του στομάχου, του προστάτη, της χοληδόχου κύστεως και του παχέος εντέρου παρουσιάζουν σταθερή συσχέτιση με αυξημένο κίνδυνο θανάτου μεταξύ 10% και 20% για κάθε συγκεκριμένη κακοήθεια που μελετήθηκε. Σε προοπτική μελέτη 900.000 ατόμων, που σχεδιάστηκε και εκτελέστηκε από την American Cancer Society με συγκεκριμένα και αυστηρά μεθοδολογικά κριτήρια, υπολογίστηκε ότι η παχυσαρκία ευθύνεται για το 14% των θανάτων σε άνδρες και 20% των θανάτων σε γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο για σχεδόν όλες τις πρωτοπαθείς εστίες.

Είναι εντυπωσιακό ότι για την ακραία παχυσαρκία με δείκτη μάζας σώματος (BMI) μεγαλύτερο του 40, η αύξηση των θανάτων συνολικά είναι 52% για τους άνδρες και 62% για τις γυναίκες. Τα στοιχεία αυτά είναι υπεραρκέτα για να

αποδείξουν την αιτιολογική συσχέτιση της παχυσαρκίας με τον καρκίνο και την αναδεικνύουν σε καίριο πρόβλημα δημόσιας υγείας και απειλή για το μέλλον, ειδικά για τις αναπτυσσόμενες και φτωχότερες κοινωνίες, που κινδυνεύουν να πληρώσουν το ακριβότερο τίμημα.

Το ενδιαφέρον είναι υψηλό και για τους ασθενείς που έχουν επιβιώσει κερδίζοντας τη μάχη με τον καρκίνο και επιβαρύνονται με υψηλά ποσοστά εξελισσόμενης παχυσαρκίας και καθιστικής ζωής, με χαμηλή επίδοση σε αθλητική σωματική άσκηση. Τα ανωτέρω έχουν συνδεθεί με υψηλότερα ποσοστά υποτροπής και μειωμένη επιβίωση. Ο προστατευτικός ρόλος της διατήρησης φυσιολογικού βάρους και σταθερής σωματικής άσκησης έχει αποδειχθεί για τον καρκίνο του μαστού ανεξαρτήτως ορμονοεξάρτησης και για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Η παρέμβαση αυτή, με τροποποίηση του τρόπου ζωής και υιοθέτηση υγιεινής διατροφής και άσκησης, αποτελεί καθιερωμένη θεραπευτική παρέμβαση σε ανθρώπους που κατέστησαν ελεύθεροι νόσου με επιτυχή θεραπεία του καρκίνου.

Η διερεύνηση της υποκείμενης βιολογίας στην αιτιολογική συσχέτιση της παχυσαρκίας με τον καρκίνο έχει αναδείξει ενδιαφέροντες μηχανισμούς που ενισχύουν τα επιδημιολογικά δεδομένα που παρουσιάσαμε. Ακόμα κι αν δεν έχουν απολύτως διευκρινιστεί οι υποκείμενοι μηχανισμοί, υπάρχουν ενδιαφέρουσες συσχετίσεις που υποστηρίζουν την αλλαγή του λιπώδους ιστού σε καρκινογόνο περιβάλλον όταν η άθροιση λίπους οδηγεί σε απώλεια της ομοιοστασίας και τροποποιήσεις που ευνοούν την καρκινογένεση.

Οι μηχανισμοί που έχουν αναλυθεί είναι οι ακόλουθοι:

- ▶ Αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης και υπερέκφραση του IGF-1 επί παχυσαρκίας.
- ▶ Υψηλά επίπεδα ενδοϊστικών οιστρογόνων που συνδέονται με καρκίνους του μαστού και ενδομητρίου.
- ▶ Διατήρηση υψηλών δεικτών χρόνιας φλεγμονής εντός του λιπώδους ιστού σε έδαφος παχυσαρκίας. Η χρόνια φλεγμονή ενοχοποιείται επίσημα ως μηχανισμός καρκινογένεσης.
- ▶ Επαναπρογραμματισμός του λιπώδους ιστού σε μη ελεγχόμενη άθροιση λίπους. Αυτό συνεπάγεται αύξηση της

λεπτίνης, ελάττωση της αντιγονεκτίνης, δημιουργία μικρο-περιβάλλοντος που ευνοεί την καρκινογένεση.

- ▶ Απώλεια μηχανισμών ανοσοεπιτήρησης.
- ▶ Ενεργοποίηση μονοπατιών καρκινογένεσης, όπως το PI3K-AKT-mTOR, JAK-STAT, NFK-B.

Η ογκολογική κοινότητα έχει έγκαιρα διακρίνει τους συγκεκριμένους κινδύνους από τη ριζική αλλαγή στη διατροφή και τον σύγχρονο τρόπο ζωής που οδηγεί στην επιδημία της παχυσαρκίας, με όλες τις επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής, λειτουργικότητα και νοσηρότητα γενικά. Ειδικά

για το κόστος της παχυσαρκίας σχετικά με τον καρκίνο, διατρέχουμε τον κίνδυνο να αναδειχθεί η παχυσαρκία μετά το κάπνισμα στη δεύτερη καταστροφή του 20ού αιώνα για τις ανθρώπινες κοινωνίες. Η ενημέρωση του κοινού και η έγκαιρη ευαισθητοποίηση αποτελούν ευθύνη της ιατρικής κοινότητας και η προσαρμογή σε επίπεδο πολιτικής δημόσιας υγείας είναι καίρια. Επιπλέον, οι επιστημονικές εξελίξεις δημιουργούν ενθουσιασμό και προσδοκίες να απαλλαγούν οι κοινωνίες από το βάρος και τις απώλειες ζωής από καρκίνο στη μορφή που τη γνωρίζουμε μέχρι σήμερα.

## Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2 και νοσογόνος παχυσαρκία: ο ρόλος της βαριατρικής/μεταβολισμικής χειρουργικής στη ρύθμιση του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2

Χρήστος Ζούπας

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου και Κλινικής του ΥΓΕΙΑ

Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με νοσογόνο παχυσαρκία αντιμετωπίζουν στην πλειονότητά τους συνοδά νοσήματα, εκ των οποίων σημαντικότερο είναι ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2. Σήμερα, ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2 και η νοσογόνος παχυσαρκία είναι από τις πιο γρήγορα αναπτυσσόμενες χρόνιες παθήσεις στον κόσμο, με σημαντικό κοινωνικό, οικονομικό και ιατρικό κόστος.

Οι μη επεμβατικές μέθοδοι απώλειας βάρους, όπως είναι η άσκηση, η υγιεινή διατροφή και η φαρμακευτική αγωγή, είναι αναποτελεσματικές σε βάθος χρόνου, όπως πιστοποιούν επιστημονικές μελέτες. Η χειρουργική αντιμετώπιση του Σακχαρώδους Διαβήτη Τύπου 2 με νοσογόνο παχυσαρκία αποτελεί μια χρήσιμη εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Οι βασικές επεμβάσεις της σύγχρονης βαριατρικής χειρουργικής, όπως η επιμήκης γαστρεκτομή και η γαστρική παράκαμψη, φαίνεται ότι προσφέρουν μονιμότερες και καλύτερες θεραπευτικές λύσεις.

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν πως παχύσαρκοι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε γαστρική παράκαμψη διατήρησαν την απώλεια βάρους για τουλάχιστον 12 έτη. Διαπιστώθηκε ότι το 75% στα δυο πρώτα χρόνια έπαψαν να πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, έχοντας διακόψει παράλληλα την ειδική θεραπευτική αγωγή. Το ποσοστό αυτό διατηρήθηκε στο 51% μετά από 12 έτη! Η βαριατρική χειρουργική απέδειξε ότι είναι η πιο αποτελεσματική και σε διάρκεια θεραπευτική αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας. Άτομα με νοσογόνο παχυσαρκία και Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) πάνω από 30, έχουν 50% αύξηση ρίσκου θνητό-

τητας σε σχέση με άτομα με φυσιολογικό βάρος.

Η χειρουργική επέμβαση προκαλεί σημαντική απώλεια βάρους, βοηθά στην πρόληψη ή στην οριστική απαλλαγή από τον Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2, τις καρδιαγγειακές παθήσεις, τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και ορισμένους τύπους καρκίνου. Η επέμβαση κρίνεται επιβεβλημένη για ασθενείς με κατάλληλο κλινικό προφίλ, για τον λόγο αυτό θα πρέπει να εφαρμόζεται όσο το δυνατό πιο σύντομα, με εξατομικευμένο τύπο χειρουργείου, προκειμένου να αποφευχθεί η πλήρης καταστροφή των Β-κυττάρων του παγκρέατος.

Είναι επιτακτική ανάγκη η δημιουργία πλήρως οργανωμένων κέντρων-ιατρείων μεταβολισμικής/βαριατρικής χειρουργικής, στα οποία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται οι ειδικότητες του εξειδικευμένου διαβητολόγου, του ειδικού ψυχολόγου - ψυχιάτρου, του διατροφολόγου, όπως και αυτή του γενικού χειρουργού με εξειδίκευση στη βαριατρική χειρουργική. Οι παχύσαρκοι διαβητικοί που δεν έχουν μπει ποτέ σε φάση προσπάθειας απώλειας βάρους, μετεγχειρητικά στις περισσότερες περιπτώσεις αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο επαναπόσληψης του βάρους.

Στο πλαίσιο της αντιμετώπισης ενός τόσο σημαντικού ιατρικού προβλήματος, όπως είναι ο συνδυασμός Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 και νοσογόνου παχυσαρκίας, καθίσταται επιβεβλημένη η στενή και διαρκής συνεργασία των επαγγελματιών υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων, για την ορθή και αποτελεσματική διαχείριση αυτών των ασθενών, όπως ορίζουν οι διεθνείς και ευρωπαϊκές επιστημονικές μελέτες.

## Η συμβολή του γαστρεντερολόγου στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας

Γεώργιος Αναγνωστόπουλος

Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του ΜΗΤΕΡΑ

Η παχυσαρκία είναι ένα διαρκώς αυξανόμενο σοβαρό πρόβλημα σχεδόν σε ολόκληρο τον δυτικό κόσμο. Αποτελεί παράγοντα κινδύνου για πολλές νόσους του πεπτικού συστήματος, όπως η παλινδρομική νόσος, ο οισοφάγος Barrett, το αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος και το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα.

Ο ρόλος της ενδοσκόπησης πριν από ένα βαριατρικό χειρουργείο παραμένει αμφιλεγόμενος. Οι πιο συχνές ενδείξεις για ενδοσκόπηση στον βαριατρικό ασθενή μετά την εγχείρηση περιλαμβάνουν την εκτίμηση συμπτωμάτων, την αντιμετώπιση επιπλοκών και την εκτίμηση των λόγων αποτυχίας της εγχείρησης.

Είναι πάρα πολύ σημαντικό για τον ενδοσκόπο να είναι γνώστης της μετεγχειρητικής ανατομίας και να εργαστεί με τους χειρουργούς έτσι ώστε το αποτέλεσμα να είναι το καλύτερο δυνατό και το πιο ασφαλές.

Η ενδοσκόπηση έχει ταυτόχρονα και θεραπευτικό ρόλο στον παχύσαρκο ασθενή. Πολλές μέθοδοι έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια με σκοπό την απώλεια βάρους του παχύσαρκου ασθενούς χωρίς να χρειαστεί να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Το 1985 πρωτοεισήχθησαν στην αγορά τα ενδοσκοπικά μπαλόνια που τοποθετούνται στο στομάχι με σκοπό να μειωθεί ο ωφέλιμος όγκος του στομάχου και να απωλέσει βάρος ο ασθενής.

Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί η Endoscopic Sleeve Gastroplasty, τεχνική που αποσκοπεί στη μείωση

του γαστρικού χώρου με την τοποθέτηση ραμμάτων κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης, ώστε το τελικό αποτέλεσμα να προσομοιάζει με μια Sleeve Gastrectomy. Τοποθετούνται ράμματα ολικού πάχους στο γαστρικό τοίχωμα, από την προπυλωρική μοίρα μέχρι τη γαστροοισοφαγική συμβολή μέσω μιας συγκεκριμένης πολύπλοκης τεχνικής. Η τεχνική ήδη χρησιμοποιείται σε πολλά κέντρα στην Ευρώπη.

Άλλες ενδοσκοπικές τεχνικές για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας αποτελούν τα ενδοσκοπικά bypass όπως:

1. Το σύστημα EndoBarrier, που είναι ένα δωδεκαδακτυλονησιδικό bypass με τη χρήση ενός υλικού φτιαγμένου από Teflon, το οποίο αγκιστρώνεται στον βολβό και εκτείνεται μέχρι τη νήσιδα και εμποδίζει την απορρόφηση των συστατικών στο δωδεκαδάκτυλο. Η τεχνική είναι ακόμα σε στάδιο μελέτης.

2. Το Endoscopic Duodenal Mucosal Resurfacing, το οποίο κάνει remodeling του βλεννογόνου του δωδεκαδάκτυλου και φαίνεται ότι θα είναι πολύ χρήσιμο σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου II που χρειάζονται απώλεια βάρους.

Η ενδοσκόπηση συνεπώς έχει μεγάλη σημασία για τον βαριατρικό ασθενή στην αντιμετώπιση των επιπλοκών, στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της εγχείρησης και πιθανά στο μέλλον να αποτελέσει μια εναλλακτική λύση σε ασθενείς που θέλουν να χάσουν βάρος και είτε είναι ακατάλληλοι είτε δεν θέλουν να χειρουργηθούν.

## Γαστρική παράκαμψη μιας αναστόμωσης

Φώτης Καλφαρέντζος

Ομότιμος Καθ. Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών

Η επέμβαση αυτή αναπτύχθηκε στην προσπάθεια να υπερνικηθούν οι τεχνικές δυσκολίες και οι περιεχειρηπτικοί κίνδυνοι που συνοδεύουν τη γαστρική παράκαμψη κατά Roux-en-Y. Παρέχει τα πλεονεκτήματα μια απλής και αναπαραγωγίσιμης τεχνικής, με καλά αποτελέσματα και χαμηλή νοσηρότητα και θνητότητα.

Η γαστρική παράκαμψη μιας αναστόμωσης περιλαμβάνει μια γαστρονησιτιδική αναστόμωση αγκύλης μεταξύ μιας μακράς επιμήκου κάθετης διατομής του στομάχου (περίπου 18 cm) και της νήστιδας, σε απόσταση από τον σύνδεσμο του Treitz, που καθορίζεται από το μέγεθος της παχυσαρκίας και την ηλικία του ασθενούς.

Συγκριτικά με τη Roux-en-Y γαστρική παράκαμψη διαπιστώνονται καλύτερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα όσον αφορά την απώλεια βάρους, που σχετίζονται κυρίως με την ύπαρξη δυσαπορρόφησης λίπους και συμπλόκων υδατανθράκων στον μηχανισμό της επέμβασης λόγω του μεγάλου μήκους της χολοπαγκρεατικής έλικας συγκριτικά με τη γαστρική παράκαμψη κατά Roux-en-Y. Το μεγάλο

μήκος της χολοπαγκρεατικής έλικας οδηγεί σε αραίωση της χολοπαγκρεατικής έκκρισης από το εντερικό υγρό και την αυτοαπορρόφσή της σε ένα ποσοστό κατά την πορεία της στη χολοπαγκρεατική έλικα. Ο μηχανισμός του Συνδρόμου Dumping διατηρείται ενεργός, σε αντίθεση με τη γαστρική παράκαμψη κατά Roux-en-Y, που μετά το πρώτο μετεχειρηπτικό εξάμηνο αμβλύνεται σημαντικά. Επίσης, ενώ η υποχώρηση του μεταβολικού συνδρόμου και των συνοδών της παχυσαρκίας νόσων είναι πιο αποτελεσματική, η υποπρωτεϊναιμία είναι σπάνια λόγω του μεγάλου μήκους της διατροφικής και της κοινής έλικας συγκριτικά με τις χολοπαγκρεατικές εκτροπές.

Οι επικριτές της μεθόδου εκφράζουν έντονο σκεπτικισμό σχετικά με την επίπτωση αλκαλικής γαστρίτιδας από παλινδρόμηση χολής, αλλά και αυξημένη επίπτωση αναστομωτικού έλκους. Τα υπάρχοντα στοιχεία δείχνουν αντίθετα ότι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση υποχωρεί πλήρως και η ανάπτυξη αναστομωτικού έλκους είναι ανάλογη με τη γαστρική παράκαμψη κατά Roux-en-Y.

## Επιπλοκές επεμβάσεων για την παχυσαρκία

Γιώργος Σταυρόπουλος

Χειρουργός, Αναπληρωτής Διευθυντής Δ' Χειρουργικής Κλινικής του ΥΓΕΙΑ

Η χειρουργική της παχυσαρκίας μπορεί να έχει σαν συνέπεια την εμφάνιση διαφόρων επιπλοκών. Οι επιπλοκές αυτές σχετίζονται με τον τύπο της επεμβάσεως, τα συνοδά νοσήματα της παχυσαρκίας και μπορεί να συμβούν άμεσα μετά την επέμβαση ή σε απώτερο χρόνο. Οι παχύσαρκοι ασθενείς έχουν μειωμένες λειτουργικές εφεδρείες και αδύνατο αμυντικό σύστημα και είναι περισσότερο πιθανόν να παρουσιάσουν μετεγχειρητικές επιπλοκές. Οι επιπλοκές μπορεί να έχουν σαν συνέπεια την παράταση της νοσηλείας, την επίδραση στην ποιότητα ζωής του ασθενούς, την επανεπέμβαση, νοσηλεία στη μονάδα εντατικής θεραπείας και σπανίως τον θάνατο του ασθενούς.

Σε εξειδικευμένα κέντρα με οργανωμένες και πεπειραμένες ομάδες ιατρών οι επιπλοκές είναι κάτω του 5%, ποσοστό πολύ μικρότερο από την πιθανότητα των επιπλοκών που έχουν οι ασθενείς που δεν υποβάλλονται τελικά σε επέμβαση και παραμένουν παχύσαρκοι. Για τον λόγο αυτό συνιστάται διεθνώς, από τη δεκαετία του '90, όσοι ασθενείς έχουν νοσογόνο παχυσαρκία και κυρίως όταν έχουν συνοδά νοσήματα όπως σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία και άλλα, να αντιμετωπίζονται με χειρουργική επέμβαση.

Υπάρχουν επεμβάσεις που περιορίζουν τη λήψη τροφής και άλλες που δημιουργούν δυσαπορρόφηση. Η επιμήκης γαστρεκτομή (sleeve gastrectomy) και οι γαστρικές πα-

ρακάμψεις (Bypass) είναι οι συχνότερες επεμβάσεις που γίνονται παγκοσμίως σήμερα.

Αναλυτικά, οι επιπλοκές που παρουσιάζονται είναι οι ακόλουθες: αιμορραγία, διαφυγή, παλινδρόμηση-οισοφαγίτις, αναστομωτικό έλκος, αλκαλική γαστρίτις, υποθρεψία, διάρροια, σύνδρομο Dumping, εσωτερικές κήλες, στένωση αναστομώσεως, αναιμία, οστεοπόρωση, επανάκτηση βάρους, γαστρική διάταση, επιπλοκές από την παρουσία σιλικονούχων προθέσεων.

Οι περισσότερες από αυτές αντιμετωπίζονται συντηρητικά, ορισμένες ενδοσκοπικά και σε ορισμένες χρειάζεται επανεπέμβαση. Η τακτική παρακολούθηση και η λεπτομερής ενημέρωση των ασθενών μειώνει τον κίνδυνο των απώτερων επιπλοκών. Δεν φαίνεται μέχρι σήμερα κάποια συσχέτιση των επεμβάσεων παχυσαρκίας με την ανάπτυξη καρκίνου, αντιθέτως η παχυσαρκία προδιαθέτει στην ανάπτυξη καρκίνου, στον άνδρα και τη γυναίκα.

Οι επεμβάσεις παχυσαρκίας γίνονται συνήθως λαπαροσκοπικά με βραχεία νοσηλεία και πολύ καλά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Οι επιπλοκές -αν και είναι αναπόφευκτες- είναι περιορισμένες σε μικρό ποσοστό των ασθενών. Γενικά, μια πεπειραμένη ομάδα ιατρών μπορεί να αντιμετωπίσει με ασφάλεια τους ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία, απαλλάσσοντάς τους από μια σοβαρή χρόνια ασθένεια.



## Μεταβολικά οφέλη των βαριατρικών χειρουργικών επεμβάσεων

Χαρίλαος Παππής

Χειρουργός, Διευθυντής Γ' Χειρουργικής Κλινικής του ΥΓΕΙΑ

Η πρόβλεψη ότι η παχυσαρκία θα αποτελέσει μέσα στα επόμενα χρόνια την κύρια προλήψιμη αιτία θανάτου, υπερκεράζοντας το κάπνισμα, έχει αναγκάσει την ιατρική κοινότητα να στρέψει την προσοχή της στην αντιμετώπιση αυτής της «επιδημίας». Πληθώρα δεδομένων υψηλής ποιότητας και αξιοπιστίας προερχόμενα από μακροχρόνιες συγκριτικές μελέτες καταδεικνύουν με σαφήνεια την υπεροχή της βαριατρικής χειρουργικής στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας σε σχέση με τη φαρμακευτική αγωγή.

Είναι πλέον γνωστό ότι οι βαριατρικές επεμβάσεις δεν οδηγούν απλά σε απώλεια βάρους, αλλά και σε ευνοϊκή τροποποίηση μεταβολικών διεργασιών. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω θεμελιωδών αλλαγών στην όρεξη, τον κορεσμό, τη ρύθμιση των ενεργειακών αποθεμάτων και τον μεταβολισμό.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ευνοϊκή επίδραση της βαριατρικής χειρουργικής στον σακχαρώδη διαβήτη, η οποία γίνεται εμφανής πολύ πριν επέλθει η απώλεια βάρους και η οποία διαμεσολαβείται κυρίως από την ενδογενή αύξηση του GLP-1. Το ποσοστό υποστροφής ή έστω βελτίωσης του διαβήτη φθάνει το 83% για την κλασική γαστρική παράκαμψη (RYGB), το 55% για την επιμήκη γαστρεκτομή (SG) και το 44% για το ρυθμιζόμενο γαστρικό δακτύλιο (AGB). Είναι αξιοσημείωτο δε ότι μετεγχειρητικά διαπιστώνεται βελτίωση και στη διαβητική περιφερική νευροπάθεια.

Τα εντυπωσιακά αυτά αποτελέσματα έχουν οδηγήσει στην ανάδειξη της βαριατρικής χειρουργικής σε θεραπεία

εκλογής όχι μόνο για παχύσαρκους διαβητικούς, αλλά και για νέους ασθενείς με ανεπαρκή φαρμακευτικό έλεγχο του διαβήτη και BMI<35.

Όσον αφορά τη δυσλιπιδαιμία, η πλέον αποτελεσματική βαριατρική επέμβαση είναι το RYGB, με το ποσοστό εξάλειψης της ανάγκης για υπολιπιδαιμική αγωγή να κυμαίνεται από 60% έως 100% μετεγχειρητικά, ενώ για τη SG και τον AGB δεν υπερβαίνει το 35% και 33% αντίστοιχα. Η παρατηρούμενη βελτίωση αφορά το σύνολο των παραμέτρων, δηλαδή την ολική χοληστερόλη, τα τριγλυκερίδια, τη VLDL, την HDL και την LDL.

Η μείωση της όρεξης που παρατηρείται μετά το RYGB, αλλά και τη SG έχει σαν υπόβαθρο την αναστολή της έκκρισης της ορεξιογόνου ορμόνης γρελίνης, καθώς και την αύξηση του πεπτιδίου ΥΥ, του GLP-1 και της χολοκυστοκινίνης.

Τέλος, σε παχύσαρκες ασθενείς με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών που επιτυγχάνουν απώλεια βάρους μετά από RYGB, ενδέχεται να παρατηρηθούν επίσης μείωση της ινσουλινοαντοχής, εξομάλυνση του καταμήνιου κύκλου, μείωση της υπερτρίχωσης και της υπερανδρογοναιμίας, αλλά και βελτίωση της γονιμότητας.

Οι παραπάνω σύνθετες μεταβολές σε επίπεδο ορμονών και μοριακής σηματοδότησης μετά από βαριατρικές επεμβάσεις έχουν οδηγήσει στην ολοένα αυξανόμενη αποδοχή του όρου «μεταβολική χειρουργική», προκειμένου να περιγραφεί περισσότερο ολοκληρωμένα το πεδίο αυτό της χειρουργικής.

## Επανορθωτικές - αισθητικές επεμβάσεις κατόπιν μαζικής απώλειας βάρους

Όλγα Καΐρα

Πλαστική Χειρουργός, Συνεργάτις του ΜΗΤΕΡΑ

Γενικά, η απώλεια βάρους επί παχυσαρκίας συνεπάγεται βελτίωση της εικόνας του σώματος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, εν τούτοις, το αισθητικό όφελος δεν είναι τελικά το αναμενόμενο, λόγω της χαλάρωσης του δερμολιπώδους ιστού που συνοδεύει συχνά την αλλαγή της εμφάνισης προς μία λεπτότερη σιλουέτα. Η συγκεκριμένη δυσαρμονία οφείλεται συνήθως σε προϋπάρχουσα χαλάρωση, η οποία επιτείνεται συνεπεία της μείωσης του όγκου του υποδόριου λίπους, σε συνδυασμό με τον μαζικό χαρακτήρα που αυτή αποκτά, όταν ακολουθούνται εξαντλητικές δίαιτες ή προηγούνται βαριατρικές επεμβάσεις.

Ως επιβαρυντικοί παράγοντες θεωρούνται όσοι επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα του δέρματος (όπως το κάπνισμα, οι αγγειακές και λεμφικές διαταραχές, η κακή θρέψη και οι αβιταμινώσεις, η προχωρημένη ηλικία κ.ά.), οι μεγάλες αυξομειώσεις βάρους σε προγενέστερες περιόδους και οι ραγάδες (όπως π.χ. επί κυήσεων), η έλλειψη φυσικής άσκησης κ.λπ.

Η αποκατάσταση της δερμολιπώδους χαλάρωσης και της συνοδού δυσμορφίας απαιτεί τη συμβολή πλαστικού χειρουργού, οι στόχοι του οποίου συνοψίζονται στα εξής:

1. Στην αφαίρεση της περίσσειας δέρματος και του λίπους που εμμένει παρά την απώλεια βάρους.
2. Στη διόρθωση του περιγράμματος και τη σύσφιξη των διαφόρων περιοχών, αλλά και του σώματος εν συνόλω.
3. Στη σταθερή ανάρτηση των δερμοϋποδόριων ιστών

προς διατήρηση του αποτελέσματος.

Η εξατομικευμένη προσέγγιση της εκάστοτε περίπτωσης αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για την επίτευξη των προβλεπόμενων στόχων. Ως εκ τούτου, η διαδικασία επιλογής και ελέγχου των υποψηφίων για εγχείρηση θα πρέπει να είναι συστηματική και σχολαστική, προκειμένου:

1. Να διασφαλίζεται ότι τα συγκεκριμένα άτομα έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με τη μετεγχειρητική τους εμφάνιση.
2. Να αποκλείεται τυχόν ψυχική τους διαταραχή.
3. Να παροτρύνεται η διακοπή του καπνίσματος.
4. Να διορθώνονται τα συχνά χαμηλά επίπεδα λευκοκυμάτων, σιδήρου και βιταμινών Α, D, Ε και Κ.
5. Να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

Σε ό,τι αφορά τις χειρουργικές επεμβάσεις, τις κυριότερες από αυτές συνιστούν η κοιλιοπλαστική, η πλαστική βραχιόνων, η ανόρθωση μαστών, κορμού, μηρών και γλουτών, καθώς και η λιποαναρρόφηση. Ωστόσο, λόγω της αναγκαιότητας εκτεταμένων παρεμβάσεων στην πλειονότητα των περιπτώσεων, οι επεμβάσεις συνδυάζονται συνήθως σε δύο ή περισσότερα στάδια, με κριτήρια:

1. Τον σωστό σχεδιασμό των τομών.
2. Την αποφυγή υπέρμετρων τάσεων.
3. Τη γρήγορη ανάρρωση.
4. Τον περιορισμό των επιπλοκών.

## Obesity and pharmaceutical treatment

Dr Hermann Toplak

Univ. Prof., Medical University Graz, Austria

Obesity is probably the most emerging disease of the 21st century. Its prevalence has more than doubled since the 1980s when attention to it started to emerge. It is a gateway to ill health and plays a central role in the development of a series of other non-communicable diseases like diabetes, hyperlipidemia and hypertension - with the consequences of myocardial infarction and other atherosclerotic diseases as well as cancer and many other health issues like osteoarthritis.

In October 2016 the latest European Health Interview Survey dealing with the weight situation in Europe was released. While 46.1% of people above 18 were considered to be normal weight, 35% were overweight (pre-obese) and 15.9% were obese, only 2.3% were underweight. The share of obesity ranged from below 10% in Romania to 26% in Malta (which is the country with the highest prevalence in children also).

There is no systematic difference in obesity levels between men and women (men 16.1, women 15.7%). The proportion of obesity was higher for men in half of the Member States, and higher for women in the other half. Within a Member State however, significant gaps can be observed, with the proportion of obese men being much higher than that of women in Malta (28.1% for men compared with 23.9% for women, or +4.2 percentage points · pp) and the percentage of obese women being much higher than that of men in Lithuania (19.9% for

women compared with 14.1% for men, or +5.8 pp).

In nearly all Member States, the share of obesity increases with age. The widest gaps between the proportion of young people (aged 18-24) and older persons (aged 65-74) being obese were recorded in Slovakia (33.0% for people aged 65 to 74 compared with 2.7% for those aged 18 to 24, or +30.3 pp). At EU level, a 16.4 percentage point gap is observed between young adults (5.7%) and older persons (22.1%) as regards obesity. In brief, about 1 young adult out of 10 is considered obese in Malta (12.0%) and the United Kingdom (10.8%), and about 1 in 3 older persons in Malta (33.6%), Latvia (33.2%) and Slovakia (33.0%).

In almost every EU Member State for which data are available, the share of obesity decreases with education level. In 2014, the largest difference in obesity between adults with a high educational level and those with a low educational level was observed in Slovenia (9.2% for people with a high education level compared with 26.0% for those with a low education level, or -16.8 pp). At EU level, an 8.4 percentage point gap is observed between high educated (11.5%) and low educated adults (19.9%).

Besides advances in lifestyle and behavior management as well as bariatric surgery only a single anti-obesity drug - Orlistat - was registered in Europe until 2015, when a Naltrexon-bupropion combination and the drug liraglutide were registered for obesity. They are starting to be introduced in recent guidelines and daily clinical practice.

## Obesity: Surgical treatment of diabetes mellitus type 2

Martin Fried

Professor of Surgery, Charles University, Head of OB Klinika · Center for Treatment of Obesity and Metabolic Disorders, Prague, Czech Republic

The modern world faces the obesity as a serious crisis that has an epidemic character. Obesity negatively and significantly affects general health of population worldwide. Obesity is considered to be a strong risk factor for developing type 2 DM, and prevalence of diabetes is rising tremendously all over the world.

However obesity is considered to represent substantial risk factor for increased prevalence and development of several other health affecting conditions which shorten life expectancy by ten and more years when compared to lifespan of non-obese population of the same age group.

Obesity and type 2 DM is associated and increases risk of deteriorating conditions and diseases, such as micro and macrovascular complications, changes in serum lipids, and systemic inflammation. Obesity is associated with increased risk of chronic kidney disease. Obesity leads to hypertension and increased weight negatively affects the entire cardiovascular system.

Some sixty years ago, in the beginning of history of bariatric surgery, the only indication criterion for operation

was basically the sole criterion of weight loss.

On the turn of this Century the possibility of treating some obesity-related metabolic diseases occurred, and metabolic surgery gradually gained substantial importance.

The most important indication criterion for metabolic operations became the ultimate goal to improve and/or resolve obesity related co-morbidities, such as Type 2 Diabetes Mellitus. Thus the criterion of successful treatment shifted from assessing the amount weight loss as criterion of success towards consideration of improvement or resolution of metabolic parameters success factor regardless impact of surgery on body mass index and weight changes.

In conjunction with importance of metabolic surgery, more emphasis is given to the effort to improve surgical technical equipment in order to lower the invasivity of so far available minimally invasive/laparoscopic approaches and operations as well, as to introduce anatomically less invasive, digestive tract sparing/reversible surgeries.

## Ορμονικοί μηχανισμοί δράσης των χειρουργικών επεμβάσεων

Θεόδωρος Αλεξανδρίδης

Καθηγητής Παθολογίας · Ενδοκρινολογίας, Διευθυντής Ενδοκρινολογικού Τμήματος Πανεπιστημίου Πατρών

Οι χειρουργικές επεμβάσεις μεταβολικής χειρουργικής περιλαμβάνουν περιορισμό του στομάχου και άλλοτε άλλη παράκαμψη του εντέρου. Στον γαστρικό ασκό μέσω περισφιξης δημιουργείται μικρός γαστρικός θύλακας (<30ml), το περιεχόμενο του οποίου εκκενώνεται αργά μέσω στενού στομίου εξόδου στο υπόλοιπο μεγαλύτερο τμήμα του στομάχου, είναι καθαρά περιοριστικού τύπου και δεν επηρεάζει την ορμονική έκκριση του γαστρεντερικού συστήματος.

Στην επιμήκη γαστρεκτομή (SG) αφαιρείται το μείζον τόξο με τον θόλο και το μεγαλύτερο μέρος του σώματος του στομάχου (~80%) όπου παράγεται η ορεξιογόνος και διαβητογόνος γκρελίνη, με αποτέλεσμα να μειώνεται σημαντικά η έκκρισή της. Παραμένει λεπτός γαστρικός σωλήνας κατά μήκος του ελάχιστου τόξου (διαμέτρου <3 εκ. και όγκου 40-60 ml) που συνδέει τον οισοφάγο με το δωδεκαδάκτυλο. Η γαστρική κένωση επιταχύνεται και αυξάνει την έκκριση των ανορεξιογόνων PYY και GLP-1, αλλά και του GIP. Σε αυτό όμως φαίνεται ότι συμβάλλει και η μείωση των επιπέδων της γκρελίνης, η οποία ανταγωνίζεται τη δράση των PYY και GLP-1 και αναστέλλει την έκκρισή τους. Το GLP-1 και το GIP είναι ινκρετίνες και ενισχύουν την μεταγευματική έκκριση της ινσουλίνης, ενώ το GLP-1 καταστέλλει και τη μεταγευματική έκκριση της γλυκαγόνης. Όντως, η SG σε ασθενείς με Σακχαρώδη

Διαβήτη Τύπου 2 προκαλεί μετεγχειρητικά σημαντικότερη ενίσχυση της μεταγευματικής έκκρισης ινσουλίνης. Επίσης, η SG αυξάνει την έκκριση του GLP-2, το οποίο προκαλεί υπερτροφία του λεπτού εντέρου και ενδεχομένως της χολοκυστοκινίνης, η οποία έχει ανορεξιογόνο δράση.

Η γαστρική παράκαμψη περιλαμβάνει τη δημιουργία με κάθετη γαστρεκτομή μικρού γαστρικού θύλακου (<30 ml), αποκλεισμό δωδεκαδακτύλου και παράκαμψη του μισού μήκους της νήστιδας και δεν προκαλεί σημαντική δυσαπορρόφηση. Οι δυσαπορροφητικές τεχνικές περιλαμβάνουν μικρότερο περιορισμό (γαστρικός θύλακος 60-80 ml), αποκλεισμό δωδεκαδακτύλου και μεγάλη παράκαμψη του εντέρου με βραχεία κοινή έλικα (<100 cm) με αποτέλεσμα σημαντικού βαθμού δυσαπορρόφηση. Ο αποκλεισμός του δωδεκαδακτύλου, η παράκαμψη μέρους του εντέρου και η δίαιτα της τροφής στο απώτερο τμήμα του εντέρου, με τις επεμβάσεις αυτές, αυξάνουν σημαντικά την μεταγευματική έκκριση των ανορεξιογόνων PYY, GLP-1, χολοκυστοκινίνης και οξυτομοντουλίνης, ενισχύουν την έκκριση του GLP-2, ενώ μειώνουν τη μεταγευματική έκκριση της ενεργού γκρελίνης, χωρίς να επηρεάζουν σημαντικά τα επίπεδα της ολικής γκρελίνης παρά τη σημαντική απώλεια βάρους. Οι επεμβάσεις αυτές ενισχύουν πολύ σημαντικά τη μεταγευματική έκκριση της ινσουλίνης, ενώ δεν επηρεάζουν την έκκριση της γλυκαγόνης.

## Διατροφικές παρεμβάσεις για τη θεραπεία της παχυσαρκίας

Μερόπη Κοντογιάννη

Επίκ. Καθηγήτρια, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Διατροφικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στη μείωση της ενέργειας ή και κάποιων μακροθρεπτικών συστατικών (π.χ. δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες ή λίπος, χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη/φορτίου, υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες), καθώς και άλλες που στοχεύουν σε αλλαγές βασισμένες σε συγκεκριμένα διατροφικά πρότυπα (π.χ. μεσογειακού τύπου δίαιτα, χορτοφαγίας, δίαιτα DASH) θεωρούνται αποτελεσματικές προσεγγίσεις για τη θεραπεία της παχυσαρκίας. Αυτές οι διατροφικές παρεμβάσεις άλλοτε θέτουν έναν ξεκάθαρο στόχο για την ημερήσια ενεργειακή πρόσληψη και άλλοτε εφαρμόζουν μια κατά βούληση προσέγγιση χωρίς συγκεκριμένο στόχο για την ενέργεια.

Ο ενεργειακός περιορισμός, όταν επιδιώκεται, πρέπει να εξατομικεύεται και να λαμβάνει υπόψη τις διατροφικές συνήθειες, τη σωματική δραστηριότητα, τυχόν συννοσηρότητες και προηγούμενες προσπάθειες απώλειας βάρους. Οι συνήθειες τακτικές που επιδιώκουν ενεργειακό περιορισμό περιλαμβάνουν:

- ▶ Χορήγηση 1.200-1.500 kcal/ημέρα στις γυναίκες και 1.500-1.800 kcal/ημέρα στους άνδρες (το επίπεδο των θερμίδων συνήθως εξαρτάται από το σωματικό βάρος του ατόμου και το επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας) για την επίτευξη αρνητικού ισοζυγίου ενέργειας.
- ▶ Εκτίμηση των ενεργειακών απαιτήσεων διατήρησης του παρόντος σωματικού βάρους και επιδίωξη ενός ενεργεια-

κού ελλείμματος της τάξης των 500 - 750 kcal/ημέρα ή μείωση των θερμίδων κατά 30%.

▶ Αν και οι δίαιτες που παρέχουν <1.200 kcal/ημέρα μπορεί να είναι ανεπαρκείς σε διάφορα μικροθρεπτικά συστατικά, χαμηλές σε θερμίδες δίαιτες (800-1.200 kcal/ημέρα) και πολύ χαμηλές σε θερμίδες δίαιτες (<800 kcal/ημέρα) μπορεί να χορηγηθούν για σύντομο χρονικό διάστημα και υπό ιατρική και διαιτολογική παρακολούθηση όταν η άμεση απώλεια βάρους είναι επιτακτική ανάγκη.

Οι κατά βούληση προσεγγίσεις επιτυγχάνουν μείωση στην ενεργειακή πρόσληψη, συνήθως μέσω περιορισμού ή πλήρους αποφυγής συγκεκριμένων τροφίμων ή ομάδων τροφίμων, είτε μέσω συνταγογράφησης συγκεκριμένων τροφικών επιλογών (π.χ. υποκατάστατα γεύματος).

Όλες οι παραπάνω προσεγγίσεις συνήθως επιτυγχάνουν απώλεια βάρους της τάξης των 4-12 κιλών σε έξι μήνες, η οποία μειώνεται στο χρόνο στα 4-10 κιλά και στα δύο χρόνια στα 3-4 κιλά. Αν και ως προς την απώλεια βάρους οι προσεγγίσεις αυτές έχουν συγκρίσιμα αποτελέσματα, μπορεί να διαφέρουν ως προς την επίδρασή τους σε καρδιομεταβολικές εκβάσεις ή ως προς την ποιότητα της δίαιτας, παράμετροι που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την επιλογή του είδους της διατροφικής παρέμβασης που θα εφαρμοστεί κατά περίπτωση, παράλληλα με τις επιθυμίες, προτιμήσεις και το πολιτιστικό υπόβαθρο του ατόμου.

## Η σωματική άσκηση στην πρόληψη και θεραπεία της παχυσαρκίας

Ιωάννης Αρναούτης

Μεταδιδακτορικός Συνεργάτης του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου

Πλήθος επιδημιολογικών μελετών αποδεικνύει, πέραν πάσης αμφισβήτησης, ότι η παχυσαρκία αποτελεί τη μάλιστα της εποχής μας. Σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το 2016, το 39% του ενήλικου πληθυσμού παγκοσμίως είναι υπέρβαρο και το 13% παχύσαρκο, με τις προβλέψεις για την προσεχή δεκαετία να είναι ιδιαίτερα απαισιόδοξες. Ως γνωστόν, η παχυσαρκία έχει αποδειχθεί ότι είναι ένας ισχυρός παράγων κινδύνου για την εξέλιξη πλείστων παθήσεων, όπως τα καρδιαγγειακά, ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2, και συγκεκριμένοι τύποι καρκίνων. Επιπλέον, εμφανίζει άμεση συσχέτιση με τη μείωση του επιπέδου ζωής, αλλά και με το προσδόκιμο επιβίωσης.

Αν και πολυπαραγοντικό φαινόμενο, το πρόβλημα του υπερβάλλοντος βάρους είναι το τελικό αποτέλεσμα της απώλειας ενεργειακής ισορροπίας λόγω της αυξημένης πρόσληψης θερμίδων και της μειωμένης καύσης τους. Για την επίτευξη αρνητικού θερμιδικού ισοζυγίου η καθημερινή σωματική άσκηση θεωρείται και είναι απαραίτητη. Οι συστάσεις Διεθνών Οργανισμών για σωματική δραστηριότητα προτείνουν: (i) για την πρόληψη της αύξησης βάρους:

150-250 λεπτά μέτριας έντασης αερόβιας άσκησης την εβδομάδα, (ii) για κλινικά σημαντική απώλεια βάρους: 225-420 λεπτά άσκησης την εβδομάδα, ενώ (iii) για διατήρηση της απώλειας: τουλάχιστον 200-300 λεπτά φυσικής δραστηριότητας την εβδομάδα.

Η συστηματική και μακροπρόθεσμη πραγματοποίηση σωματικής δραστηριότητας επιφέρει παράλληλα σημαντικές μειώσεις στο ποσοστό του σπλαχνικού λίπους, αλλά και σε πλείστους κρίσιμους για την υγεία δείκτες όπως είναι η LDL, η ολική χοληστερόλη, η αρτηριακή πίεση και άλλοι. Αξίζει τέλος να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια, μεγάλο επιστημονικό ενδιαφέρον έχει προκύψει σχετικά με την επίδραση της υψηλής έντασης διαλειμματικής προπόνησης [High Intensity Interval Training (HIIT)], μιας ελκυστικής από άποψη χρόνου προσέγγισης άσκησης, με τους προαναφερθέντες δείκτες και με τα αποτελέσματά της πάνω σε αυτούς να είναι άκρως ενθαρρυντικά.

Συμπερασματικά, η σωματική άσκηση και η υιοθέτησή της ως τρόπου ζωής είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, αλλά και μείζονος σημασίας για τη μακροζωία γενικότερα.

## Ιατρική: από την αυθεντία στην ψευδοεπιστήμη;

Αχιλλέας Ε. Κούμπος

Αναισθησιολόγος, Συνεργάτης του ΥΓΕΙΑ

Είναι γεγονός πως κάθε εποχή γεννά τις δικές της ιδέες. Η Αρχαία Ελλάδα θεωρούσε την πολιτική συμμετοχή στα δημόσια πράγματα ως το πεδίο όπου ένας άνδρας κατακτά δόξα και τιμές. Αντίθετα, «η σύγχρονη απόλαυση της ιδιωτικότητας» θα θεωρούνταν από τους Αρχαίους προσβλητική για την ελευθερία και θα μας έλεγαν ότι ταιριάζει μόνο σε δούλους. Η εξουσία της Εκκλησίας ως και την Αναγέννηση, τα ανθρώπινα δικαιώματα του Διαφωτισμού, η παντοδυναμία της επιστήμης και της τεχνολογίας τον 19ο αιώνα, είναι μόνο μερικές από τις ιδέες που επικράτησαν ανά τους αιώνες.

Η έννοια της «αυθεντίας» δεν είναι ανεξάρτητη των ιδεών που υιοθετεί και πιστεύει κάθε εποχή. Στο Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής του Ινστιτούτου Νεοελληνικών Σπουδών του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, ως αυθεντία ορίζεται «η ιδιότητα πράγματος, γνώμης ή προσώπου να θεωρείται ότι έχει αναμφισβήτητο κύρος για λόγους άσχετους προς τη λογική». Η παράλογη αυθεντία έδωσε τη θέση της σε δύο, όχι τόσο, νέες ιδέες: την ισότητα και τη λογική. Ας δούμε ξεχωριστά τις δύο ιδέες και πώς ανατρέπουν την αυθεντία.

Η ισότητα είχε ως συνέπεια να συντριβεί η αυθεντία που στηριζόταν σε κάθε εξουσία που θεωρούσε εαυτόν υπεράνω κριτικής. Ας σκεφτούμε ποια είναι η αυθεντία του σημερινού δασκάλου, του σημερινού πατέρα ή ακόμα του πολιτικού, της Εκκλησίας, της δικαιοσύνης. Κανείς πλέον δεν είναι υπεράνω κριτικής. Σήμερα όλοι έχουμε δικαιώματα και τρόπους να τα υπερασπιζόμαστε.

Λογική: η χρήση των μαθηματικών σε νέα πεδία, όπως τις κοινωνικές επιστήμες (ιστορία, οικονομία κ.ά.) και τις βιολογικές - ιατρικές, επεκτείνεται σε τέτοιο βαθμό, που κρίνεται απαραίτητη για την κατανόηση του κόσμου γύρω μας, αλλά και του εαυτού μέσα μας. Το κατ'εξοχήν εργαλείο για αυτήν τη δουλειά είναι η στατιστική, που γίνεται «η μαθηματική διαπραγμάτευση της πραγματικότητας».

Αυτή ακριβώς η στατιστική και οι συσχετίσεις της επέτρεψαν να αναδυθεί μια ψευδοεπιστήμη των συσχετίσεων. Για παράδειγμα, η επιστημονική ανακάλυψη πρωτεϊνών, βιταμινών, ιχνοστοιχείων σε διάφορες τροφές ή φυσικά προϊόντα, θα συνδεθούν χωρίς επιστημονική τεκμηρίωση

με γενικότερες έννοιες όπως, «ευεξία», «δύναμη», «αντιγήρανση», «ευτυχία» και πάει λέγοντας. Αυτή η παράλογη συσχέτιση είναι μια από τις πληγές των σύγχρονων κοινωνιών, για τον απλούστατο λόγο ότι δεν μπορεί ούτε να αποδειχθεί, αλλά ούτε και να αναιρεθεί η αποτελεσματικότητα και η επιστημονική της ακρίβεια. Η ψευδοεπιστήμη των συσχετίσεων απομακρύνεται από την ευθύνη και την επιστημονικότητα της κλασικής ιατρικής και εισέρχεται στα πεδία της ομοιοπαθητικής, της εναλλακτικής ιατρικής, γενικά σε ό,τι ονομάζεται στις μέρες μας ήπια ιατρική.

Σε αυτά τα πλαίσια, δεν είναι σπάνιες οι φορές που η εξαπάτηση χρησιμοποιήθηκε ως μέσον για να «αποδειχθεί» η αλήθεια της ήπιας ιατρικής. Το γνωστό άρθρο που δημοσιεύτηκε το 1998 στο «Lancet» από τον Άντριου Ουέικφιλντ ενάντια στα εμβόλια και αποσύρθηκε μετά την καταδίκη του συγγραφέα, είναι ενδεικτικό. Μόνο το 2007 αποσύρθηκαν λόγω απάτης ενενήντα έξι εργασίες σύμφωνα με τον καθηγητή Αρτούρο Καζαντεβάλ (Albert Einstein College, NY). Παρατηρούμε ότι από την ανορθολογική αυθεντία περάσαμε με πολύ μεγάλη ευκολία στην εξαπάτηση και στον νέο παραλογισμό της ψευδοεπιστήμης των συσχετίσεων, ενώ η κλασική ιατρική της έρευνας και της περίσκεψης κοντοστέκεται αμήχανη.

Οι λόγοι που βοηθούν σε αυτό το πέρασμα από την κλασική ιατρική στην ανορθολογική ήπια ιατρική, που τόσο διαφημίζεται στα ΜΜΕ, είναι πολλοί. Αναφέρω ενδεικτικά:

1. η ελευθερία να λέμε απερίσκεπτα τη γνώμη μας,
2. η σύνδεση οικονομικών συμφερόντων και ιατρικής,
3. η κατακλυσμαία πληροφόρηση (διαδίκτυο) για κάθε ιατρικό θέμα χωρίς κριτικό υπόβαθρο,
4. ο επιστημονικός εγωισμός και η έριδα,
5. η εν γένει αδυναμία της ιατρικής επιστήμης να λειτουργήσει με τους απαραίστους αντικειμενικούς κανόνες των μαθηματικών, με τελικό στόχο να περάσουμε οριστικά από την εμπειρική στην επιστημονική ιατρική,
6. η φυσική ευκολία με την οποία μάς πείθουν οι απλοϊκές συσχετίσεις εν αντιθέσει με τους απαιτητικούς συλλογισμούς, που απαιτούν κόπο.

Οι σύγχρονες κοινωνίες βρίσκονται ανάμεσα σε δύο αντίρροπες δυνάμεις: από τη μια πλευρά η απώλεια της



αυθεντίας έχει ως αποτέλεσμα «μεγαλύτερη αυτονομία, αλλά λιγότερα σημεία αναφοράς, μεγαλύτερη ελευθερία επιλογών, αλλά λιγότερες βεβαιότητες, περισσότεροι χώροι συζήτησης, αλλά περισσότερες συγκρούσεις»\*. Από την άλλη, ανθεί η «ιατρική της μέγιστης αποτελεσματικότητας και της ελάχιστης παρεμβατικότητας». Και αυτό για την κλασική ιατρική είναι μεγάλη πρόοδος, η καπήλευσή της από την ψευδοεπιστήμη των συσχετίσεων έχει ή θα έχει επιπτώσεις που δύσκολα μπορούμε να προβλέψουμε. Το αντιεμβολιαστικό κίνημα δείχνει τη σοβαρότητα του θέματος.

Σε μια εποχή απόλυτου ιατρικού επαγγελματισμού θα

πρέπει να διατηρήσουμε, ως γιατροί, ακέραιη την ηθική μας ευθύνη. Είμαστε υπεύθυνοι, όταν επαγρυπνούμε για να κατακτήσουμε την νέα γνώση, όταν ενσκήπτουμε με θρησκευτική ευλάβεια στον ασθενή που πάσχει, όταν απομακρύνουμε με επιστημονικό θάρρος την αυταπάτη και την εξαπάτηση από τις ευάλωτες καρδιές. Το μόνο που απομένει στους πολίτες και τους ασθενείς είναι να εμπιστευθούν την επιστημονική ιατρική.

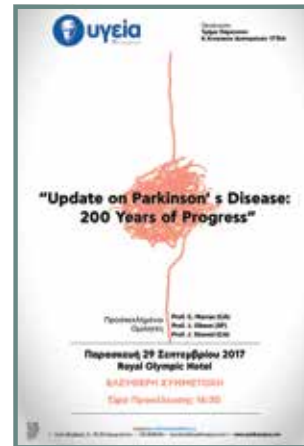
*\*Στο βιβλίο του Γάλλου φιλοσόφου, Alain Renaut, «Το τέλος της αυθεντίας» (εκδόσεις Πόλις 2007), μπορεί κάποιος να εμβαθύνει στην ιδέα της «αυθεντίας»*

**ΥΓΕΙΑ**

**Update on Parkinson's Disease: 200 Years of Progress Approach to the patient with movement disorders**

29 Σεπτεμβρίου 2017

Η Connie Marras, associate Professor in University of Toronto, CA μίλησε για ό,τι νεότερο στην επιδημιολογία της Νόσου Πάρκινσον και για τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην αιτιολογία της νόσου. Παρουσίασε δεδομένα για το ποιες θεραπευτικές συνέπειες μπορεί να παρέχει αυτή η γνώση και τελευταίες έρευνες στο θέμα της πρόληψης της νόσου. Στη συνέχεια ο Jon Stoessl, Καθηγητής στο Πανεπιστήμιο του Βανκούβερ, Καναδά, και ειδικός στη νευροχειρουργική της Νόσου Πάρκινσον, παρουσίασε τα τελευταία δεδομένα στην χρήση εξελεγχμένων νευροχειρουργικών μεθόδων για τη διάγνωση, αλλά και την έρευνα της νόσου. Τέλος, ο Jose Obeso, Καθηγητής Νευρολογίας, Μαδρίτη, Ισπανία παρουσίασε τις πιο πρόσφατες γνώσεις μας πάνω στην παθοφυσιολογία της νόσου και τη λειτουργία των βασικών γαγγλίων και το πώς αυτή η γνώση οδηγεί σε κλινικές μελέτες με φάρμακα που αισιοδοξούμε πως θα καθυστερούν την εξέλιξη της νόσου. Ακολούθησε συζήτηση με προεδρεύοντες την κ. Σταμέλου και τον κ. Στεφανή.

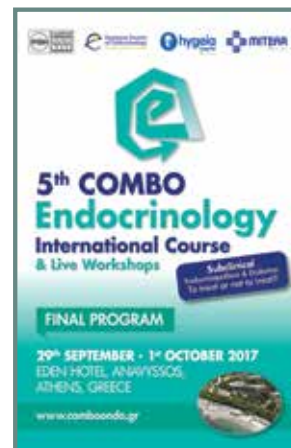


**ΥΓΕΙΑ - ΜΗΤΕΡΑ**

**5th Combo endocrinology international course and live workshops**

29 Σεπτεμβρίου - 1 Οκτωβρίου 2017

Από τις 29 Σεπτεμβρίου έως την 1η Οκτωβρίου 2017 στην Αθήνα, στην Ανάβυσσο, διεξήχθη για πέμπτη φορά το COMBO Endocrinology - ένα διεθνές σεμινάριο με ζωντανά εργαστήρια, το οποίο προσέλκυσε πάνω από 100 συμμετέχοντες από όλη την Ευρώπη. Ο τίτλος του σεμιναρίου ήταν «Υποκλινικές περιπτώσεις Ενδοκρινολογικών και Διαβήτη: Αντιμετώπιση και Θεραπεία: Ναι ή Όχι;». Το σεμινάριο διοργανώνεται από την καθηγήτρια Ευαγγελία Διαμάντη-Κανδαράκη, Διευθύντρια Τμημάτων Ενδοκρινολογίας και Διαβήτη των Νοσοκομείων ΥΓΕΙΑ και ΜΗΤΕΡΑ. Φέτος, πάνω από 35 ομιλητές και καθηγητές από όλο τον κόσμο μοιράστηκαν την πείρα τους σε σχεδόν κάθε τομέα κλινικής ενδοκρινολογίας. Οι συμμετέχοντες είχαν ενεργό ρόλο στις συνεδριάσεις ειδικού ενδιαφέροντος «meet the expert» και σε παρουσιάσεις διαφόρων περιστατικών, υποκλινικών και διαβητικών, σχετιζόμενων με τον μεταβολισμό, την υπόφυση, τον θυρεοειδή, τα επινεφρίδια, τα οστά και το αναπαραγωγικό σύστημα.



**ΥΓΕΙΑ - ΜΗΤΕΡΑ**

**1η ημερίδα ρινοπλαστικής και πλαστικής προσώπου**

14 Οκτωβρίου 2017

Η 1η ημερίδα ρινοπλαστικής πραγματοποιήθηκε στις 14 Οκτωβρίου 2017 στο Συνεδριακό Κέντρο «Ν. Λούρος» στο ΜΗΤΕΡΑ, από το τμήμα Λειτουργικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής Ρινός ΜΗΤΕΡΑ και το Τμήμα Ενδοσκοπικής Χειρουργικής Παραρρινίων και Βάσης Κρανίου ΥΓΕΙΑ. Προσκεκλημένοι ομιλητές ήταν: ο Prof. Fazil Araydin από την Τουρκία και πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Πλαστικής Χειρουργικής Προσώπου, ο Prof. Pietro Palma από την Ιταλία και Επίτιμος Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Πλαστικής Προσώπου, και ο Dr. Frederick J. Menick από τις ΗΠΑ. Σκοπός του συνεδρίου ήταν να παρουσιαστούν όλες τις εξελίξεις και οι σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές για τη ρινοπλαστική, τη χειρουργική ρινικού διαφράγματος και ρινικών βαλβίδων. Επίσης, τις τεχνικές που μας εξασφαλίζουν επιτυχημένα και σταθερά στο χρόνο αποτελέσματα επανορθωτικής ρινοπλαστικής. Την ολοκληρωτική και υψηλού επιπέδου αποκατάσταση μετά από αφαίρεση τμημάτων ή πλήρη έλλειψη μύτης. Τα προβλήματα του ευρύτερου ρινοχειρουργικού πεδίου αφορούν μεγάλο τμήμα του πληθυσμού, δεν εστιάζονται μόνο στο αισθητικό μέρος, αλλά περιλαμβάνουν όλο το λειτουργικό πεδίο μιας τρισδιάστατης μύτης. Συμπερασματικά, η ρινοπλαστική και η πλαστική ρινικού διαφράγματος απαιτούν συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Οι σύγχρονες απόψεις που αφορούν τη σύνθεση τμημάτων χόνδρου και τη διατήρηση ισχυρής δομής της μύτης διαφέρουν απόλυτα από τις παλαιές αφαιρετικές τεχνικές. Στην ημερίδα δόθηκε το στίγμα της σύγχρονης ρινοπλαστικής με εξαιρετικές ομιλίες όλων των συναδέλφων, τόσο στο θεωρητικό κομμάτι όσο και στο πρακτικό μέρος, με παρουσίαση live video από χειρουργείο. Οι παγκοσμίως φήμις προσκεκλημένοι καθηγητές παρουσίασαν τα νέα δεδομένα για τη χρήση αυτόλογων μοσχευμάτων και



ειδικές συρραφές για επιτυχημένα αποτελέσματα ρινοπλαστικής. Ο Dr. F. Menick είναι ο πρωτοπόρος πλαστικός χειρουργός που όρισε τις υποομάδες της μύτης και ξεκίνησε την αποκατάσταση με βάση αυτή την ανακάλυψη, έχει θέσει σε άλλη βάση την έννοια της αποκατάστασης δίνοντας απόλυτα φυσικά αποτελέσματα ξεκινώντας ακόμα και εκ του μηδενός.

## ΜΗΤΕΡΑ

### Το παρόν και το μέλλον στην πρόληψη του καρκίνου τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα

20 Οκτωβρίου 2017

Με πολύ μεγάλη συμμετοχή μαιευτήρων - γυναικολόγων, γυναικολόγων - ογκολόγων, καθώς και ιατρών άλλων ειδικοτήτων, πραγματοποιήθηκε στις 20/10/17 στο Αμφιθέατρο «Ν. Λούρος» του ΜΗΤΕΡΑ, ημερίδα με θέμα «Το παρόν και το μέλλον στην πρόληψη του καρκίνου τραχήλου της μήτρας στην Ελλάδα», με προεδρεύοντες τον κ. Ηλία Αθανασιάδη, ογκολόγο - παθολόγο, και τον κ. Αλέξανδρο Ροδολάκη, γυναικολόγο - ογκολόγο, Πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρείας Γυναικολογικής Ογκολογίας. Βασικός ομιλητής στην ημερίδα, που τελούσε υπό την αιγίδα της ΕΟΠΕ (Εταιρεία Ογκολόγων Παθολόγων Ελλάδας), ο Δρ. Xavier Bosch Jose, Σύμβουλος του Cancer Epidemiology Research Program και Διευθυντής του International Affairs at the Catalan Institute of Oncology, ο οποίος κατέθεσε την παγκόσμια εμπειρία του σε ό,τι αφορά τα προγράμματα πρόληψης του καρκίνου τραχήλου της μήτρας, τονίζοντας την αναγκαιότητα εμβολιασμού και υιοθέτησης του HPV testing σε προγράμματα προσυμπτωματικού πληθυσμιακού ελέγχου για την προστασία των γυναικών από τον μοναδικό καρκίνο που μπορεί να προληφθεί σχεδόν 100%. Στην εκτεταμένη εισήγηση του Καθ. κ. Xavier Bosch Jose, τοποθετήθηκαν οι κ. Θεόδωρος Αγοραστός, Καθηγητής Γυναικολογίας στο ΑΠΘ και Πρόεδρος της HPV Society, ο κ. Ασημάκης Παππάς, μαιευτήρας - γυναικολόγος, η κ. Χαριτίνη Σάλλα, κυτταρολόγος, ο κ. Βασίλειος Σιούλας, μαιευτήρας - γυναικολόγος με ειδίκευση γυναικολογικής ογκολογίας, η χειρουργός γυναικολόγος - ογκολόγος, κ. Θάλεια Τσακαλίνα, και η κλινική εργαστηριακή γενετίστρια, κ. Λίνα Φλωρεντίν. Συνοψίζοντας τα συμπεράσματα της ημερίδας, ο κ. Η. Αθανασιάδης τόνισε το χρέος της ογκολογίας «να μη χάνονται γυναίκες λόγω του καρκίνου τραχήλου της μήτρας», ενώ ο κ. Α. Ροδολάκης υπογράμμισε την ανάγκη υιοθέτησης του HPV DNA test στα εθνικά προγράμματα μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου, αλλά και την υιοθέτηση του HPV DNA testing σε συνδυασμό με το test Παπανικολάου, ως πρακτική που θα πρέπει να υιοθετηθεί από τώρα και στο εξής από τους γυναικολόγους για να προστατευθούν οι γυναίκες από τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας.



## ΥΓΕΙΑ - ΜΗΤΕΡΑ

### Σύγχρονες εφαρμογές μαγνητικής τομογραφίας

21 Οκτωβρίου 2017

Σε συνέχεια των καθιερωμένων επιστημονικών εκδηλώσεων για τις σύγχρονες εφαρμογές των μεθόδων εγκάρσιας απεικόνισης, τα Τμήματα Μαγνητικής & Αξονικής Τομογραφίας των Νοσοκομείων ΥΓΕΙΑ και ΜΗΤΕΡΑ διοργάνωσαν στις 21/10/2017 ημερίδα με αντικείμενο τις σύγχρονες εφαρμογές της μαγνητικής τομογραφίας. Η ημερίδα πραγματοποιήθηκε στο αμφιθέατρο «Ν. Λούρος» του Νοσοκομείου ΜΗΤΕΡΑ και ετέθη υπό την αιγίδα της Ελληνικής Ακτινολογικής Εταιρείας, του Επιστημονικού Συμβουλίου ΥΓΕΙΑ και της Επιστημονικής Ένωσης Ιατρών του ΥΓΕΙΑ. Τα θέματα ανέπτυξαν καθιερωμένοι στο χώρο τους απεικονιστές, ενώ ο σχολιασμός έγινε από πεπειραμένους κλινικούς ιατρούς. Στο πλαίσιο της εν λόγω επιστημονικής εκδήλωσης έλαβαν χώρα τρεις στρογγυλές τράπεζες, με αντικείμενο τις παθήσεις του πεπτικού σωλήνα, τις γυναικολογικές παθήσεις και τις παθήσεις του προστάτη, τις παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, καθώς και διάλεξη με θέμα τις εφαρμογές της ολόσωμης μαγνητικής τομογραφίας. Την ημερίδα παρακολούθησε πλήθος γιατρών, τεχνολόγων - τεχνικών, νοσηλευτών και φοιτητών.



## ΥΓΕΙΑ

### Νεότερες εξελίξεις στα νοσήματα του ήπατος VII

3 Νοεμβρίου 2017

Στις 3 Νοεμβρίου 2017 πραγματοποιήθηκε στο Αμφιθέατρο «Ν. Λούρος» του ΜΗΤΕΡΑ η έβδομη ημερίδα για τις «Νεότερες εξελίξεις στα νοσήματα του ήπατος», που διοργανώνεται κάθε χρόνο από το Ηπατολογικό Τμήμα του ΥΓΕΙΑ, με Πρόεδρο της Οργανωτικής Επιτροπής τον Επίτιμο Διευθυντή και Επίκουρο Καθηγητή, Δημήτρη Τσαντούλα. Ειδικοί ομιλητές ανέπτυξαν τα ακόλουθα θέματα:

1. Αγγειακές παθήσεις του ήπατος (Σ. Ντουράκης): Μια ετερογενής ομάδα διαταραχών, με εμφανή ποικιλομορφία στην παθοφυσιολογία, την

κλινική εμφάνιση, την πρόγνωση και την αντιμετώπισή τους. Ιδιαίτερη αναφορά έγινε στη σημαντικότερη από αυτές, τη θρόμβωση, της πυλαίας φλέβας.

2. Σύγχρονες απόψεις στη θεραπεία της ηπατίτιδας Β και C (Ι. Κοσκίνης): Η χρόνια ηπατίτιδα Β αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με τη συνεχή χορήγηση ισχυρών από του στόματος αντικών, χωρίς τη δυνατότητα ακόμη διακοπής τους, και η χρόνια ηπατίτιδα C θεραπεύεται σε ποσοστό >95% με τα νέα άμεσα δρώντα αντικά για 3 μήνες.

3. Ανοσοθεραπεία στον ηπατοκυτταρικό καρκίνο (Ε. Ραζή): Παράγονται πλέον συνδυασμοί που αφήνουν ελπίδες για καλύτερη αντιμετώπισή του.

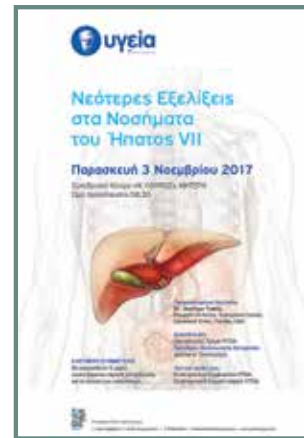
4. Χολαγγειοκαρκίνωμα (Γ. Τζίμας): Ένα όχι σπάνιο νεόπλασμα που απαιτεί έγκαιρη και προσεκτική προσέγγιση από χειρουργό και ογκολόγο.

5. Καλοήθεις εστιακές βλάβες ήπατος (Στρογγυλό τραπέζι - συντονιστής: Δ. Τσαντούλας, εισηγητές: Ν. Κρητικός, Σ. Παπαδόπουλος, Χ. Σάλλα, Ν. Τζαμπούρας, Ε. Ρηγοπούλου), με αναφορά στις κυριότερες καλοήθεις εστιακές βλάβες (αιμαγγείωμα, ίώσεις, ηπατοκυτταρικό αδένωμα, εστιακή αλλοίωση, υπερπλασία) και απεικονιστική, κυτταρολογική και ιστολογική διάγνωσή τους, την πρόγνωση και την αντιμετώπισή τους.

6. Αντιβιοτικά και ήπαρ (Ε. Γιαμαρέλου): Ιδιαίτερη επισήμανση της ανάγκης να τίθεται έγκαιρη διάγνωση και να επιλέγεται το κατάλληλο μη ηπατοτοξικό αντιβιοτικό στους ασθενείς με ηπατοπάθεια.

7. Μεταμόσχευση ήπατος σήμερα (Α. Τζάκης): Ιδιαίτερη αναφορά στη σημερινή πρόοδο των μεταμοσχεύσεων σχετικά με τη συντήρηση των μοσχευμάτων και τη χρησιμοποίηση νέων μοσχευμάτων, όπως ήπαρ πασχόντων από ηπατίτιδα C.

Στην ημερίδα συμμετείχαν 200 περίπου ιατροί, διαφόρων ειδικοτήτων, όπως και νοσηλευτικό προσωπικό.



## ΥΓΕΙΑ

### Διεθνές σεμινάριο για τις παθήσεις και τη χειρουργική του αγκώνα

10-12 Νοεμβρίου 2017

Το 2ο Διεθνές Σεμινάριο Αγκώνος πραγματοποιήθηκε στο Συνεδριακό Κέντρο «Ν. Λούρος» του Νοσοκομείου ΜΗΤΕΡΑ στο διάστημα 10-12 Νοεμβρίου 2017. Τα Workshop της οστεοσύνθεσης καταγμάτων σε προπλάσματα οστεοσύνθεσης έγιναν στο Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου Υγεία. Την Κυριακή 12 Νοεμβρίου 2017 έγινε η εκπαιδευτική άσκηση σε πτωματικά παρασκευάσματα στις εγκαταστάσεις της Ελληνικής Εταιρείας Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας. Το Συνέδριο διοργανώθηκε από την Β' Ορθοπαιδική Κλινική ΥΓΕΙΑ σε συνεργασία με την Α' Ορθοπαιδική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και τελούσε υπό την αιγίδα της Ελληνικής Εταιρείας Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας και του Κολλεγίου των Ελλήνων Ορθοπαιδικών. Στο Συνέδριο συμμετείχαν ο Καθηγητής Christofer Tuohy από το Wake Forest Baptist Medical Center, North Carolina, USA, ο Anastasios Papadonikolakis από το Wake Forest Baptist Medical Center, North Carolina, USA και ο Καθηγητής Charalambos Zalavras, από το University of South California, Los Angeles, USA. Σκοπός του συνεδρίου ήταν η ανάπτυξη των σύγχρονων τεχνικών της αντιμετώπισης των τραυματικών κακώσεων του αγκώνα, καθώς επίσης και της αποκατάστασης των χρόνιων παθήσεών του. Τα συμπεράσματα του συνεδρίου ανέδειξαν ότι η ανάπτυξη την τελευταία τριετία των νέων ολικών οστεοσύνθεσης βοήθησε σημαντικά στην αντιμετώπιση των πολύ δύσκολων τραυματικών κακώσεων του αγκώνα. Τονίστηκε δε ιδιαίτερα η σημασία της σταθερής οστεοσύνθεσης και της άμεσης κινητοποίησης των σύνθετων καταγμάτων εξαρτημάτων του αγκώνα. Η άποψη αυτή αποτελεί την σύγχρονη κατεύθυνση για την αποφυγή του μεγάλου προβλήματος της μετεγχειρητικής δυσκαμψίας των κακώσεων αυτών. Ο Καθηγητής Tuohy ανέπτυξε τα αποτελέσματα της τεχνικής των ολικών αρθροπλαστικών του αγκώνα, επεμβάσεων αρκετά πρωτοποριακών στον διεθνή χώρο με πάρα πολύ μικρό αριθμό πείρας από τους Έλληνες συναδέλφους.



## ΥΓΕΙΑ

### 25 χρόνια εξελίξεων στην καρδιολογία

14 Νοεμβρίου 2017

Στις 14 Νοεμβρίου 2017, με την ευκαιρία της συμπλήρωσης 25 χρόνων λειτουργίας της Α' Καρδιολογικής Κλινικής ΥΓΕΙΑ πραγματοποιήθηκε μια επιστημονική ημερίδα στο Συνεδριακό Κέντρο «Ν. Λούρος» στο ΜΗΤΕΡΑ. Η ημερίδα αυτή είχε θέμα «25 χρόνια εξελίξεων στην καρδιολογία», οργανώθηκε από την Α' Καρδιολογική Κλινική, τελούσε υπό την αιγίδα της ΕΕΙΥ και του Επιστημονικού Συμβουλίου και υπήρξε συμμετοχή όλων των καρδιολογικών ομάδων του Νοσοκομείου μας. Ο σκοπός του μικρού αυτού συνεδρίου ήταν να γνωστοποιηθούν οι μεγάλες και εντυπωσιακές πρόοδοι στη διάγνωση και θεραπεία των καρδιακών νόσων την τελευταία 25ετία και να τονιστεί το γεγονός ότι οι εξελίξεις αυτές υιοθετήθηκαν και εφαρμόστηκαν με μεγάλη επιτυχία στο ΥΓΕΙΑ. Άλλωστε, σε κάποιους τομείς το Νοσοκομείο μας

ήταν και είναι πρωτοπόρο. Καρδιολόγοι από όλες τις κλινικές και επεμβατικές /εργαστηριακές ομάδες ανέπτυξαν τις προόδους, ο καθένας στον τομέα απόλυτης εξειδίκευσής του. Σε σχέση με το τι ίσχυε προ 25ετίας, σήμερα η αντιμετώπιση του οξέος εμφράγματος γίνεται κατά προτίμηση με άμεση αγγειοπλαστική και όχι με θρομβόλυση, στις στεφανιογραφίες προτιμάται η κερκιδική προσπέλαση, στην κοιλιακή μαρμαρυγή υπάρχει η επιλογή επεμβατικής κατάλυσης και νεότερων αντιπηκτικών, στην προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια εμφυτεύονται ειδικοί βηματοδότες, ενώ πολλές βαλβιδοπάθειες αντιμετωπίζονται επιτυχώς με διαδερμικές παρεμβάσεις και όχι με ανοικτή χειρουργική επέμβαση. Στον διαγνωστικό τομέα η μαγνητική τομογραφία και οι νέες τεχνικές των υπερήχων δίνουν πλέον ακριβέστατη διάγνωση. Στην αρχή της ημερίδας τιμήθηκαν οι προηγούμενοι διευθυντές κ. Ευτύχιος Βορίδης και Κωνσταντίνος Μάλλιος για την προσφορά τους στην ίδρυση και λειτουργία της Α' Καρδιολογικής Κλινικής, ενώ στο τέλος οι ιατροί της κλινικής παρουσίασαν μερικές ασυνήθιστες περιπτώσεις ασθενών με σύνθετα προβλήματα που δείχνουν πόσο σημαντική είναι η συνεργασία διαφορετικών ειδικοτήτων, κάτι που χαρακτηρίζει το Νοσοκομείο μας και αποτελεί πλεονέκτημα για τους ασθενείς. Την ημερίδα παρακολούθησαν τόσο παλαιότεροι όσο και ενεργοί ιατροί του Νοσοκομείου από όλες τις ειδικότητες, στους οποίους μάλιστα απευθυνόταν κυρίως η ημερίδα. Επίσης, συμμετείχαν καρδιολόγοι πολλοί από τους οποίους είχαν εργασθεί στο ΥΓΕΙΑ. Εκ μέρους της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, ο πρώην πρόεδρος Στ. Φούσσας συμμετείχε ενεργά στην συζήτηση και εξέφρασε την ικανοποίηση ότι το επιστημονικό επίπεδο του Νοσοκομείου μας είναι υψηλότατο.



## ΠΑΙΔΩΝ ΜΗΤΕΡΑ Μετεκπαιδευτική ημερίδα παιδιατρικής 18 Νοεμβρίου 2017

Στις 18 Νοεμβρίου του 2017, ημέρα Σάββατο, διεξήχθη με ιδιαίτερη επιτυχία για 12η συνεχή χρονιά η ετήσια μετεκπαιδευτική ημερίδα παιδιατρικής του Παιδων ΜΗΤΕΡΑ στην Αίγλη του Ζαππείου. Η ημερίδα οργανώθηκε από την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και Επιστημονική Διευθύντρια του Παιδων ΜΗΤΕΡΑ, κ. Ευαγγελία Λαγκάνα · Στάθη, και τους συνεργάτες της - γιατρούς της κλινικής, πάντα σε συνεργασία και με τη βοήθεια της Διοίκησης του ΜΗΤΕΡΑ.

Στόχος της εκδήλωσης ήταν, όπως κάθε χρόνο, η ενημέρωση των παιδίατρων σε θέματα ιδιαίτερα σημαντικά και ενδιαφέροντα, σύμφωνα με τα πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα, των οποίων η γνώση είναι απαραίτητη για τη σωστή άσκηση της παιδιατρικής. Ομιλητές ήταν παιδίατροι της κλινικής και ιατροί διαφόρων υποειδικοτήτων, με βαθιά γνώση και πείρα του αντικειμένου τους.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον είχε η ομιλία για την ασφαλή πλοήγηση των παιδιών στο διαδίκτυο. Το διαδίκτυο, όταν χρησιμοποιείται σωστά, είναι ένα χρήσιμο εργαλείο με απεριόριστες δυνατότητες, όμως εγκυμονεί κινδύνους, όπως η έκθεση των παιδιών σε ακατάλληλο υλικό, η εμπλοκή τους σε

ανεπιθύμητες ενέργειες κ.λπ. Έτσι, θα πρέπει όλοι, γονείς, δάσκαλοι, παιδίατροι και η πολιτεία, να προστατεύουν, χρησιμοποιώντας κατάλληλους τρόπους, τα παιδιά από τους κινδύνους του διαδικτύου.

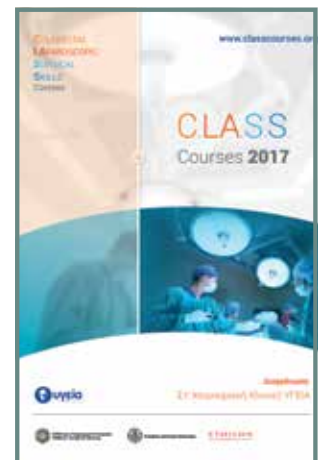
## ΥΓΕΙΑ 4ος Κύκλος Σεμιναρίων Λαπαροσκοπικών Κολεκτομών 24 Νοεμβρίου 2017

Η Στ' Χειρουργική Κλινική ΥΓΕΙΑ διοργανώνει κάθε χρόνο Σεμινάρια Λαπαροσκοπικών Κολεκτομών / CLASS (Colorectal Laparoscopic Surgical Skills) με στόχο, μετά την ολοκλήρωση της κλινικής εκπαίδευσης στις λαπαροσκοπικές κολεκτομές, οι συμμετέχοντες χειρουργοί να είναι σε θέση:

- ▶ Να γνωρίζουν τις παραμέτρους που μεγιστοποιούν τα αποτελέσματα των επεμβάσεων στο παχύ έντερο και το ορθό.
- ▶ Να αξιολογούν τις νέες μεθόδους της ελάχιστα επεμβατικής χειρουργικής του παχέος εντέρου.
- ▶ Να γνωρίζουν τις νέες εξελίξεις στον ορθοκολικό καρκίνο, τις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου και την οξεία εκκολπωματίτιδα.

Επιπρόσθετα, θα έχουν αποκτήσει επαρκή πείρα ώστε να μπορούν να διεκπεραιώσουν λαπαροσκοπικές κολεκτομές και να αξιολογήσουν τις αποκτηθείσες ικανότητές τους μέσω των προσομοιωτών.

Διενεργούνται 4 κύκλοι των 2 ημερών έκαστος. Την πρώτη ημέρα γίνονται ομιλίες στο Συνεδριακό Κέντρο «Ν. Λούρος» του ΜΗΤΕΡΑ, ενώ ταυτόχρονα προβάλλονται live εγχειρήσεις από τα χειρουργεία του ΥΓΕΙΑ. Η πρακτική εκπαίδευση σε ζωικά πρότυπα στο πειραματικό χειρουργείο πραγματοποιείται στο Ίδρυμα Ιατροβιο-



λογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (ΗΒΕΑΑ). Παρακολουθώντας τις διαλέξεις των κύκλων, οι συμμετέχοντες έχουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν τη βασισμένη σε αποδείξεις γνώση για τη διάγνωση και τη θεραπεία των παθήσεων, που διαρκώς αντιμετωπίζονται στην άσκηση της ορθοκολικής χειρουργικής. Ο τέταρτος κύκλος των σεμιναρίων διενεργήθηκε με επιτυχία στις 24 Νοεμβρίου και τα θέματα που συζητήθηκαν ήταν η μεταστατική νόσος και τοπική υποτροπή.



## ΥΓΕΙΑ - ΜΗΤΕΡΑ Γυναίκες και Σακχαρώδης Διαβήτης 19 Νοεμβρίου 2017

Την Κυριακή 19 Νοεμβρίου 2017, πραγματοποιήθηκε στο Συνεδριακό Κέντρο «Ν. Λούρος» του Νοσοκομείου ΜΗΤΕΡΑ επιστημονική ημερίδα με τίτλο «Γυναίκες και Σακχαρώδης Διαβήτης». Την ημερίδα διοργάνωσε ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ με σκοπό την ανάδειξη των ιδιαιτεροτήτων στην πρόγνωση, διάγνωση και θεραπεία των γυναικών με ΣΔ λόγω του εορτασμού της Παγκόσμιας Ημέρας Διαβήτη, που φέτος ήταν αφιερωμένη στις γυναίκες. Οι ομιλητές κάλυψαν όλο το ηλικιακό φάσμα της γυναίκας - εφηβεία, αναπαραγωγική ηλικία, ώριμη ηλικία - καθώς και επιμέρους καταστάσεις μείζονος σημασίας, όπως ο ΣΔ στην κύηση και οι καρδιαγγειακές επιπλοκές. Σημαντικά ήταν τα συμπεράσματα της ημερίδας, καθώς ήταν ξεκάθαρο από όλους ότι η σωστή και πολύπλευρη φροντίδα των γυναικών με ΣΔ διασφαλίζει όχι μόνο μια καλή ποιότητα ζωής, αλλά και την επίτευξη ενός από τους υψηλότερους στόχους μιας γυναίκας, την τεκνοποίηση. Ως εκ τούτου, μια γυναίκα με ΣΔ πρέπει να παρακολουθείται όχι μόνο κατά τη διάρκεια της κύησης, αλλά και πριν από αυτή.

Επίσης, η γυναίκα με ΣΔ παρουσιάζει ποικίλες ορμονικές διαταραχές, που δεν αφορούν μόνο στον μεταβολισμό, αλλά επηρεάζουν όλους τους ενδοκρινείς αδένες. Ένα σημαντικό μήνυμα της ημερίδας αφορούσε στις νέες γυναίκες με Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών (ΣΠΩ). Το ΣΠΩ αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια ΣΔ Τύπου 2 στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης όσο και αργότερα στη ζωή τους. Συγκεκριμένα, το 30%-40% των γυναικών με ΣΠΩ παρουσιάζουν διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη, μια προδιαβητική κατάσταση, ενώ 7,5-10% των γυναικών με ΣΠΩ έχουν ΣΔ2, ποσοστά σημαντικά μεγαλύτερα σε σύγκριση με συνομήλικες υγιείς γυναίκες. Τέλος, οι γνώσεις, η διεπιστημονική προσέγγιση και η συνεργασία γιατρού-ασθενούς αποτελούν θεμέλιους λίθους στην ομαλή πορεία της νόσου και την καλύτερη δυνατόν πρόγνωση, σε όποια ηλικία και φάση της ζωής της και αν βρίσκεται η γυναίκα με ΣΔ.

## ΜΗΤΕΡΑ Μητρικός Θηλασμός: Από το χτες στο σήμερα 9 Δεκεμβρίου 2017

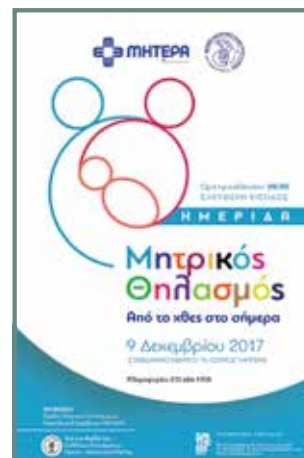
Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε η ημερίδα με θέμα «Μητρικός Θηλασμός: από το χτες στο σήμερα», στο Συνεδριακό Κέντρο «Ν. Λούρος» στο ΜΗΤΕΡΑ στις 9/12/2017, η οποία διοργανώθηκε από την Νοσηλευτική Διεύθυνση και την ομάδα Μητρικού Θηλασμού του ΜΗΤΕΡΑ υπό την αιγίδα του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών - Μαιευτών Αθηνών.

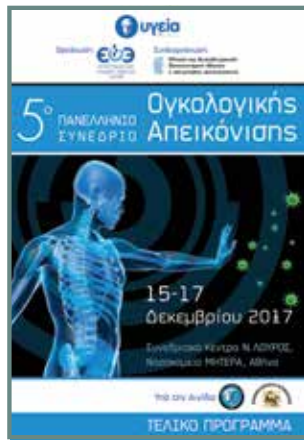
Στην ημερίδα, συμμετείχαν διακεκριμένοι ιατροί, μαιές, συνεργάτες του ΜΗΤΕΡΑ διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι παρουσίασαν ομιλίες σχετικά με προβλήματα που σχετίζονται με τον μητρικό θηλασμό και αντιμετωπίζουν τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι νέες μητέρες, ενώ εντυπωσίασε το στρογγυλό τραπέζι με θέμα «Πρακτικές προώθησης του μητρικού θηλασμού στην Ευρώπη», στο πλαίσιο του οποίου πραγματοποιήθηκε δορυφορική σύνδεση με το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου παρουσιάστηκαν οι πρακτικές που εφαρμόζονται στη συγκεκριμένη χώρα.

Η ημερίδα διοργανώθηκε στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, της ενημέρωσης και υποστήριξης των νέων μητέρων και της ευαισθητοποίησης του ευρύτερου κοινού για τον μητρικό θηλασμό.

Είναι πεποίθηση της Νοσηλευτικής Διεύθυνσης του Νοσοκομείου μας ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση δεν είναι μόνο δείκτης ποιότητας, αλλά και αναγκαιότητα για την αναβάθμιση γνώσεων και δεξιοτήτων σε ένα σύγχρονο νοσηλευτικό ίδρυμα.

Με στόχο τη βέλτιστη παροχή μαιευτικών υπηρεσιών και με σεβασμό στη μητέρα και το νεογνό της, το ΜΗΤΕΡΑ πάντα πρωτοπόρο είναι η πρώτη και μοναδική ιδιωτική μαιευτική κλινική στην Ελλάδα που έχει πιστοποιηθεί ως «Φιλικό προς τα βρέφη Νοσοκομείο» εφαρμόζοντας όλες τις προϋποθέσεις που απαιτούνται από την UNICEF και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την προαγωγή, υποστήριξη και προώθηση του μητρικού θηλασμού.





## ΥΓΕΙΑ

### 5ο Πανελλήνιο συνέδριο Ογκολογικής Απεικόνισης

15-17 Δεκεμβρίου 2017

Πραγματοποιήθηκε με μεγάλη επιτυχία το 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογικής Απεικόνισης που συνδιοργανώθηκε από την Επιστημονική Ένωση Ιατρών ΥΓΕΙΑ και το Α' Εργαστήριο Ακτινολογίας του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών υπό την αιγίδα της Ελληνικής Ακτινολογικής Εταιρείας και του Ελληνικού Κολλεγίου Ακτινολογίας. Συνολικά 310 σύνεδροι από όλες τις περιοχές της Ελλάδος και του εξωτερικού, εκ των οποίων 160 γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, 60 φοιτητές, 40 τεχνολόγοι και νοσηλευτικό προσωπικό συμμετείχαν ενεργά ανταλλάσσοντας πληροφορίες και εμπειρίες σχετικά με τα θέματα του συνεδρίου. Έμπειροι ομιλητές (συνολικά 58) προερχόμενοι από πανεπιστημιακά, ιδιωτικά και κρατικά νοσοκομεία παρουσίασαν σε εννιά στρογγυλά τραπέζια, τέσσερις διαλέξεις και ένα δορυφορικό συμπόσιο σύγχρονα θέματα σχετιζόμενα με την ογκολογική απεικόνιση. Το συγκεκριμένο συνέδριο ξεκίνησε το 2009 είναι διετές και θα επαναληφθεί στο 2019.

## ΜΗΤΕΡΑ

### Η Ζωή με Διαβήτη... Ανταλλάσσουμε απόψεις και εμπειρίες

13 Ιανουαρίου 2018

Το Τμήμα Παιδικού & Εφηβικού Διαβήτη του Παιδών ΜΗΤΕΡΑ, διοργάνωσε το Σάββατο 13 Ιανουαρίου μια διαδραστική συνάντηση για τον Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 με θέμα «Η Ζωή με Διαβήτη - Ανταλλάσσουμε απόψεις και εμπειρίες». Μικροί και μεγάλοι είχαν την ευκαιρία να ενημερωθούν από την ιατρική ομάδα του Τμήματος για όλες τις νεότερες εξελίξεις και για ό,τι τους απασχολεί σχετικά με τον ΣΔ, ενώ πραγματοποιήθηκε δωρεάν εξέταση γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης σε όλα τα παιδιά. Γονείς αντάλλαξαν εμπειρίες σχετικά με τη ζωή τους με το διαβήτη του παιδιού τους μέσω διαδραστικών παρουσιάσεων. Για τους μικρούς φίλους, οι εκπλήξεις ήταν πολλές, με τον Ιπποπόταμο Ιπποκράτη, τη μασκότ του Παιδών ΜΗΤΕΡΑ, να χαρίζει πολλά δώρα και χαμόγελα σε όλους. Η εκδήλωση πραγματοποιήθηκε υπό την αιγίδα της Ελληνικής Ομοσπονδίας για τον Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ), της Πανελληνίας Ένωσης Αγώνος κατά του Νεανικού Διαβήτη (ΠΕΑΝΔ) και της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Σωματείων - Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ).



## Τα επόμενα συνέδρια και ημερίδες του Ομίλου ΥΓΕΙΑ για το 2018

| Νοσοκομείο | Διοργανωτής                           | Τίτλος συνεδρίου/ημερίδας  | Ημερομηνία διοργάνωσης |
|------------|---------------------------------------|--|------------------------|
| ΜΗΤΕΡΑ     | Γρηγορία Παφίτου                      | Ατυχήματα στα παιδιά   | 3/3/2018               |
| ΜΗΤΕΡΑ     | Ελευθερία Κρικέλη                     | Παχυσαρκία. Νόσος και απειλή. Νεότερες εξελίξεις   | 9-10/3/2018            |
| ΜΗΤΕΡΑ     | Γιάννης Ζερβός                        | Ο ελληνισμός της Βενετίας(5 αιώνες) και οι παράξενοι Stradioti   | 17/3/2018              |
| ΜΗΤΕΡΑ     | Αυξέντιος Καλαγκός, Αφροδίτη Τζίφα    | 12th Global Forum on Humanitarian Medicine in Cardiology and Cardiac Surgery and 3rd Euro-Asian Symposium of Paediatric Cardiology and Cardiac Surgery | 11-15/4/2018           |
| ΜΗΤΕΡΑ     | Άγγελος Λιάπης                        | Σύγχρονες εξελίξεις στην ακράτεια ούρων και τη χαλάρωση πυελικού εδάφους της γυναίκας  | 21/4/2018              |
| ΜΗΤΕΡΑ     | Ελένη Φαλιάκου                        | 3η Επιστημονική Διημερίδα Καρκίνος του Μαστού 2018, Νεότερα Δεδομένα   | 27-28/4/2018           |
| ΜΗΤΕΡΑ     | Ιακώβος Πετμεζάκης                    | Τραχηλικές Διογκώσεις  | 5/5/2018               |
| ΥΓΕΙΑ      | Κωνσταντίνος Μαυραντώνης              | 1ος Κύκλος Σεμιναρίων Λαπαροσκοπικών Κολεκτομών  | 11/5/2018              |
| ΜΗΤΕΡΑ     | Στυλιανός Υψηλάντης, Χρήστος Χιωτίνης | Επιπλοκές στην Παιδοχειρουργική  | 19/5/2018              |

Η εξειδίκευση των χειρουργών συναντά  
την τελειότητα της ρομποτικής στο ΥΓΕΙΑ

*da Vinci Xi*



Οργανισμός Διεπιστημονικός  
από το Joint Commission International