

Μάθετε τα πάντα για την παχυσαρκία και την φαρμακευτική αντιμετώπιση της.

Στη δεκαετία του '80, η πρωθυπουργός της Μεγάλης Βρετανίας, κυρία Μάργκαρετ Θάτσερ, πρότεινε για την αντιμετώπιση των οικονομικών προβλημάτων των φτωχότερων τάξεων να ... αποφεύγουν να ψωνίζουν όταν πεινούσαν. Πέρα από την πολιτική ή μη ορθότητα της συγκεκριμένης σύστασης η κυρία Θάτσερ μίλησε τότε για τη σημασία που έχουν ο έλεγχος και η σωστή διαχείριση των προκλήσεων και των ερεθισμάτων από το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζούμε και από το οποίο πολλές φορές επηρεαζόμαστε.

Οι συγκεκριμένες βέβαια, συστάσεις, που αφορούν στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας έχουν σχηματοποιηθεί ως πρόταση από τον Brownoll ως «τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς» για τη μείωση του βάρους. το 1997. Αφορούν τη γνώση – εκπαίδευση στη λήψη τροφής και τη διατροφή ευρύτερα, τη σωματική δραστηριότητα για όσους θέλουν να χάσουν βάρος, την αλλαγή του τρόπου προσέγγισης του προβλήματος και την αντιμετώπιση των υποτροπών, δηλαδή των αποτυχιών στην επίτευξη του στόχου για απώλεια βάρους αλλά και διατήρησή του σε βάθος χρόνου.

Αλλά, αν πάμε και πιο πίσω, ήδη από το 1960 είχαν επενδύσει πολλοί στο θέμα αυτό, χωρίς επιτυχία τις πιο πολλές φορές, γιατί η «μόνιμη διατήρηση του σωστού σωματικού βάρους, μέσω ελέγχου της παθολογικής διατροφικής συμπεριφοράς» όπως ισχυριζόταν η ομάδα του Ferster, δεν απέδωσε τα αναμενόμενα, ούτε αποδίδει, ακόμη και σήμερα που λειτουργούν μέσω του Internet αρκετά sites με συμβουλευτικό περιεχόμενο.

Είμαστε λοιπόν απροστάτευτοι;

Κάθε άλλο! Σήμερα έχουμε αντιληφθεί καλύτερα από ποτέ την πολυπαραγοντικότητα στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Δεν φταίει μόνο η συμπεριφορά μας στο super market, στο σπίτι, στο γραφείο ή στο εστιατόριο. Και φυσικά δεν αντιμετωπίζεται η παχυσαρκία με τις μεθόδους της κυρίας Θάτσερ. Δε φταίει ακόμα και ο τρόπος ζωής μας με τη μειωμένη δραστηριότητα. Δε φταίνε μόνο τα γονίδια, που στις γυναίκες ειδικά είναι υπεύθυνα για το 70% ανάπτυξης της παχυσαρκίας, γι' αυτό και επιμένουμε να τις θεωρούμε αδικημένες σ' αυτό το θέμα και πρέπει να τις βοηθήσουμε πολύ περισσότερο όπως και τα παιδιά.

Οι άνδρες αδυνατίζουν πιο εύκολα από τις γυναίκες όπως δείχνει μελέτη δημοσιευμένη στην «Επιθεώρηση Ανθρώπινη Διατροφής και Διαιτητικής», όπου μόνο μια στις δύο γυναίκες είχε χάσει το 5% του αρχικού της βάρους, σε αντίθεση με τους άνδρες όπου εννέα στους δέκα πέτυχαν το στόχο! Φταίνε λοιπόν, όλα μαζί και άλλα πολλά, που με τη σημερινή έρευνα έρχονται στο φως για την καλύτερη κατανόηση του φαινομένου. Το ευχάριστο είναι ότι έχουμε πλέον και ασφαλέστερη απ' ό,τι παλαιότερα φαρμακευτική υποστήριξη.

Ποιοι χρειάζονται φαρμακευτική θεραπεία;

Να πούμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς δεν χρειάζονται φαρμακευτική υποστήριξη. Το ποιοι τη χρειάζονται θα το αποφασίσει ο γιατρός, ανάλογα με τον κάθε πάσχοντα. Πρέπει, όμως, να πούμε επίσης ότι κάποιος δεν θα

πετύχουν μείωση του βάρους κατά 10% που είναι λογικός στόχος σε μια τέτοια προσπάθεια, παρά μόνο αν τους βοηθήσουμε με φαρμακευτική αγωγή. Γνωρίζουμε ότι πολλοί ασθενείς βασανίζονται κυριολεκτικά προσπαθώντας μάταια να πετύχουν τη μείωση του βάρους τους. Από την εμπειρία μας είναι καλύτερα να αρχίζουμε αυτή τη θεραπεία όταν φτάνουμε μετά από μια προσπάθεια 5 – 6 μηνών με τα άλλα μέσα μείωσης βάρους στο plateau όπου μπορούμε να και παρατηρήσουμε μια μικρή αύξηση. Η συμβολή των φαρμάκων σ' αυτό το σημείο είναι πολύ σημαντική και μπορεί να επιμηκύνει τη συγκράτηση του βάρους ακόμα και για 4 χρόνια από το plateau.

Πότε λοιπόν ακολουθούμε φαρμακευτική αντιμετώπιση;

Ως συμπληρωματική αγωγή στην όλη προσπάθεια μείωσης του βάρους, συνήθως έξι μήνες μετά τη έναρξη του προγράμματος, εφόσον δεν έχει επιτευχθεί ο στόχος απώλειας 10% του βάρους ή εφόσον υπάρχουν συμπτώματα εξαιτίας της παχυσαρκίας, όπως δύσπνοια ή πόνοι των αρθρώσεων ή τέλος άλλες επιπλοκές (υπέρταση, δυσλιπιδαιμία κ.λπ.) το υπαγορεύουν. Ακόμη θα δώσουμε φάρμακα σε εκείνους που θέλουν καλύτερη φυσική κατάσταση με αντοχή στην άσκηση, καλύτερο έλεγχο του διαβήτη τους, του μεταβολικού συνδρόμου αλλά ακόμα και για λόγους ψυχολογικούς. Έχει υπάρξει βελτίωση σε όσους ξεκίνησαν φαρμακευτική αγωγή που δεν αντιστοιχεί απόλυτα στη δράση των φαρμάκων. Εκτός αυτού όμως αποτελεί ένα ισχυρό κίνητρο για να συνεχίσει κανείς την προσπάθεια μείωσης του βάρους.

Ποια φάρμακα θεωρούνται κατάλληλα για μια τέτοια θεραπεία;

Από τα αρκετά διαθέσιμα εκείνα που από την εμπειρία μας βοηθούν σημαντικά – πάντα σε σχέση με την όλη προσπάθεια- είναι η ορλιστάτη, όπως και άλλα συμπληρωματικά στην κλασική αγωγή, φάρμακα που θα κρίνει ο θεράπων ιατρός για κάθε περίπτωση ξεχωριστά , αφού αποκλειστούν παθήσεις που οδηγούν στην αύξηση του βάρους , χωρίς αυτό να οφείλεται σε αυξημένη πρόσληψη φαγητού.

Χρειάζεται λήψη βιταμινών σε αυτή την περίπτωση;

Θα πρέπει ο ασθενής να παίρνει βιταμίνες (το φάρμακο πχ ορλιστάτη εμποδίζει την απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών A,D,E, K-) αλλά όχι πριν περάσουν δύο ώρες από τη λήψη του . Επίσης άτομα με σύνδρομο δυσαπορρόφησης, χολόστασης και προβλήματα πήξης του αίματος που παίρνουν λ.κ. αντιπηκτικά, πρέπει να συμβουλευονται το γιατρό τους. Αν σκεφθούμε ότι μια τυπική διαίτα περιέχει ως και 45% λίπη, καταλαβαίνουμε τη σημασία της λήψης του φαρμάκου στην επίτευξη αρνητικού ισοζυγίου από πλευράς θερμίδων και ενέργειας

Πώς θα ξεχωρίσουμε ποια φάρμακα είναι ασφαλή και ποια όχι;

Εκείνο που πρέπει να πούμε είναι ότι δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται καταρχάς φάρμακα ή ουσίες που δεν έχουν ένδειξη στη μείωση του βάρους και που διαφημίζονται δεξιά και αριστερά ως τέτοια, και φυσικά ποτέ χωρίς τη συμβουλή του θεράποντος ιατρού.

Εκείνα τα οποία δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται στη μείωση του βάρους είναι τα διουρητικά, οι αμφεταμίνες και τα διάφορα σκευάσματα που μοιράζονται από μη ιατρικές πηγές και δεν έχουν κανένα ασφαλές αποτέλεσμα, εκτός από

το να κάνει κανείς χρόνο και χρήμα άσκοπα.

Να πούμε επίσης ότι αν κάποιος χρησιμοποιεί άλλα φάρμακα μπορεί να του προσθέτουν βάρος χωρίς να το ξέρει, γι' αυτό θα πρέπει να ερωτηθεί και ο γιατρός που τα χορήγησε. Είναι γνωστό π.χ. ότι μερικά αντιεπιληπτικά, η ινσουλίνη, οι β – blockers, τα αντισυλληπτικά, η κορτιζόνη κ.ά. μπορεί να έχουν τέτοιο αποτέλεσμα. Όσο για τα αντιεπιληπτικά, επειδή είναι πολύ σημαντικά, μη διανοηθεί κανείς να τα διακόψει για λόγους αισθητικής. Υπάρχουν λύσεις και για αυτές τις περιπτώσεις.

Μήπως όμως ένας λόγος της μη ευρείας χρήσης των φαρμάκων αυτών, πέρα από τον ενδεχόμενο φόβο για την ασφάλειά τους, είναι το κόστος που έχει η μακρά χρήση τους και η μη κάλυψή τους συνήθως από τα ασφαλιστικά ταμεία;

Εδώ υπάρχει όντως κάποιο πρόβλημα. Η αγωγή κοστίζει αρκετά για να την επωμιστεί κάποιος, ιδίως αν δεν είναι ιδιαίτερα υπέρβαρος και μπορεί να προσπαθήσει με την άσκηση και τη διαίτα. Τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν περιορισμούς στη χορήγησή τους. Συνήθως τα χορηγούν όταν υπάρχουν άλλοι παράγοντες κινδύνου και στις βαριές μορφές παχυσαρκίας.

Επιστημονικά αλλά και οικονομικά, η λογική τους είναι λανθασμένη. Αν σκεφθούμε ότι η παχυσαρκία πίσω της έχει την τεράστια επιβάρυνση – και οικονομικά – πολλών άλλων επιπλοκών όπως ο διαβήτης, που θα μπορούσαν να αποφευχθούν με τη χρήση των φαρμάκων αυτών ή να περιοριστούν, το όφελος θα ήταν πολύ σημαντικό και για τους ασφαλιστικούς φορείς. Χρειάζεται, όμως, μια λογική διαφορετική και όχι απλώς σχέδια άμεσης απόδοσης – για την οποία η ευθύνη πέφτει σε εκείνους που χαράσσουν πολιτική στο χώρο της υγείας.

Το κόστος μόνο από μια πολιτική πρόληψης για τον διαβήτη τύπου II (δύο), θα μείωνε κατά 14% το συνολικό ποσό για την υγεία.

Αδαμίδη Σοφία M.D.

**Αδαμίδης Σωτήριος MD, PhD
Δ/ντής Α' Παθολογικής Κλινικής Ιατρικού Αθηνών**

**www.adamidisnet.gr
adamidis@yahoo.gr**