



Στρογγυλό Τραπέζι

Διατροφής - Παχυσαρκίας

**Σύγχρονη αντιμετώπιση της παχυσαρκίας:
Διατροφή, άσκηση, φάρμακα, χειρουργείο.
Πότε και σε ποιόν ασθενή;**

Ευθ. Καπάνταης



ORTHO ΒΙΟΤΙΚΙ
Prevention & Antisepsis

Διευθυντής

Τμήμα: Διαβήτη-Παχυσαρκίας-Μεταβολισμού
Ιδιωτικό Νοσοκομείο Metropolitan
& Ορθοβιοτική Ιατρική



Καπάνταης Ε.

ORTHO ΒΙΟΤΙΚΙ
Prevention & Antisepsis



Ορισμός της παχυσαρκίας

Παχυσαρκία ορίζεται:

ως η νόσος του ενεργειακού μεταβολισμού, στην οποία υπάρχει παθολογικά αυξημένη συσσώρευση λίπους στο ανθρώπινο σώμα, σε σημείο ώστε να αποτελεί κίνδυνο για την υγεία.

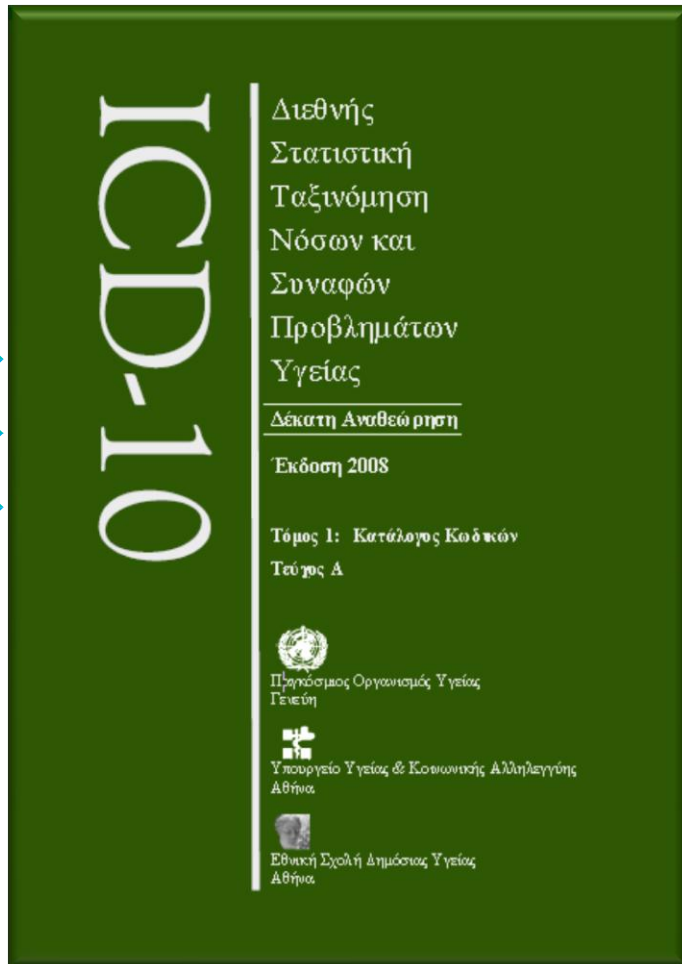


Ιπποκράτης 460 – 370 π.Χ.

Άφορισμοί:

Οἱ παχέες σφόδρα κατὰ φύσιν, ταχυθάνατοι γίνονται μᾶλλον τῶν ἰσχυῶν

Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10)



Παχυσαρκία και άλλες καταστάσεις υπερσιτισμού (E65 - E68)

E65 Εντοπισμένη παχυσαρκία
Τοπική συσσώρευση λίπους

E66 Παχυσαρκία
Εξαιρούνται: λιπογεννητική δυστροφία (E23.6)
λιπομάτωση
• ΜΚΑ (E88.2)
• επώδυνη [του Dercum] (E88.2)
σύνδρομο Prader-Willi (Q87.1)

E66.0 Παχυσαρκία από αυξημένη πρόσληψη θερμίδων

E66.1 Φαρμακευτικής αιτιολογίας παχυσαρκία

Χρησιμοποιήστε πρόσθετους κωδικούς εξωγενών αιτιολογικών παραγόντων (Κεφάλαιο XX), εάν είναι επιθυμητό, για να προσδιορίσετε το φάρμακο.

E66.2 Υπερβολική παχυσαρκία με κυψελιδικό υποαερισμό
Σύνδρομο Pickwick

E66.8 Άλλες μορφές παχυσαρκίας
Νοσογόνος παχυσαρκία

E66.9 Παχυσαρκία, μη καθορισμένη
Απλή παχυσαρκία ΜΚΑ



Η παχυσαρκία είναι πολυστηματική νόσος

Παθήσεις Αναπνευστικού
Σ. Άπνοιας του ύπνου
Περιοριστικού τύπου ανεπάρκεια

Αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση

Αγγειακά εγκεφαλικά

Καταρράκτης

Μη αλκοολική στεατοηπατίτις

Στεάτωση

Στεατοηπατίτις

Κίρρωση

Στεφανιαία νόσος

← Σακχ. Διαβήτης

← Δυσλιπιδαιμία

← Υπέρταση

Χολοκυστοπάθειες

Παγκρεατίτις

Γυναικολογικές διαταραχές

Διαταραχές της περιόδου

Υπογονιμότητα

Σ. πολυκυστικών ωοθηκών

Καρκίνος

Μαστού, ενδομητρίου,

τραχήλου της μήτρας

παχέος εντέρου, οισοφάγου,

παγκρέατος, νεφρών, προστάτη

Οστεοαρθρίτις

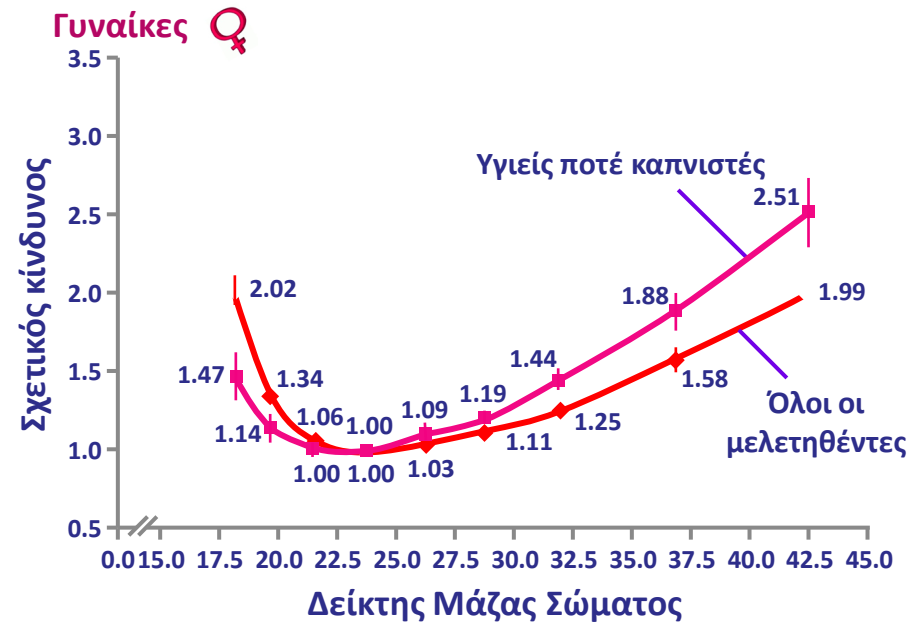
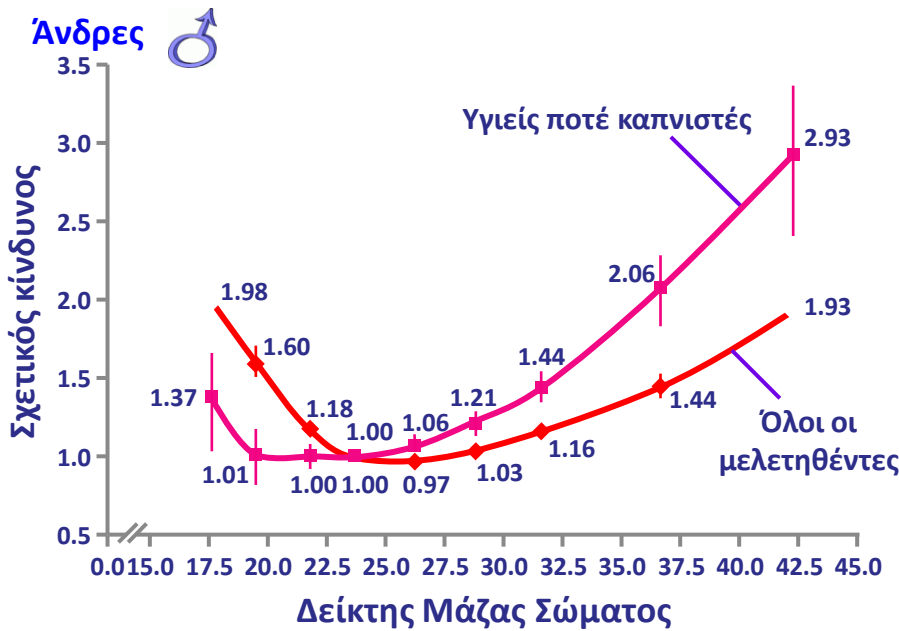
Φλεβική ανεπάρκεια

Δερματοπάθειες

Ουρική αρθρίτις

Σχετικός κίνδυνος θανάτου από οποιαδήποτε αιτία ανάλογα το σωματικό βάρος (ΔΜΣ)

- 1.46 εκατομμύρια καυκάσιοι ενήλικες
- 160,087 θάνατοι
- 10 χρόνια παρακολούθηση



- Υγιείς: Χωρίς καρδιακή νόσο ή καρκίνο στην ένταξη της μελέτης
- Προσαρμογή για: Κατανάλωση αλκοόλ, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση & σωματική δραστηριότητα

Οι ευεργετικές επιδράσεις της εκούσιας απώλειας βάρους



Βασικές θεραπευτικές αρχές στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας

- ◆ Όχι αναζήτηση “απλών” λύσεων σε “σύνθετο” πρόβλημα
- ◆ Επιλογή της χρονικής στιγμής για εφαρμογή της θεραπείας
- ◆ Επιλογή θεραπευτικών μεθόδων
- ◆ Καθορισμός εφικτών “στόχων”
- ◆ Κατανόηση & αποδοχή της μακροχρονιότητας της θεραπείας
- ◆ Διαρκής υποστήριξη
- ◆ Συμπεριφορά θεράποντος



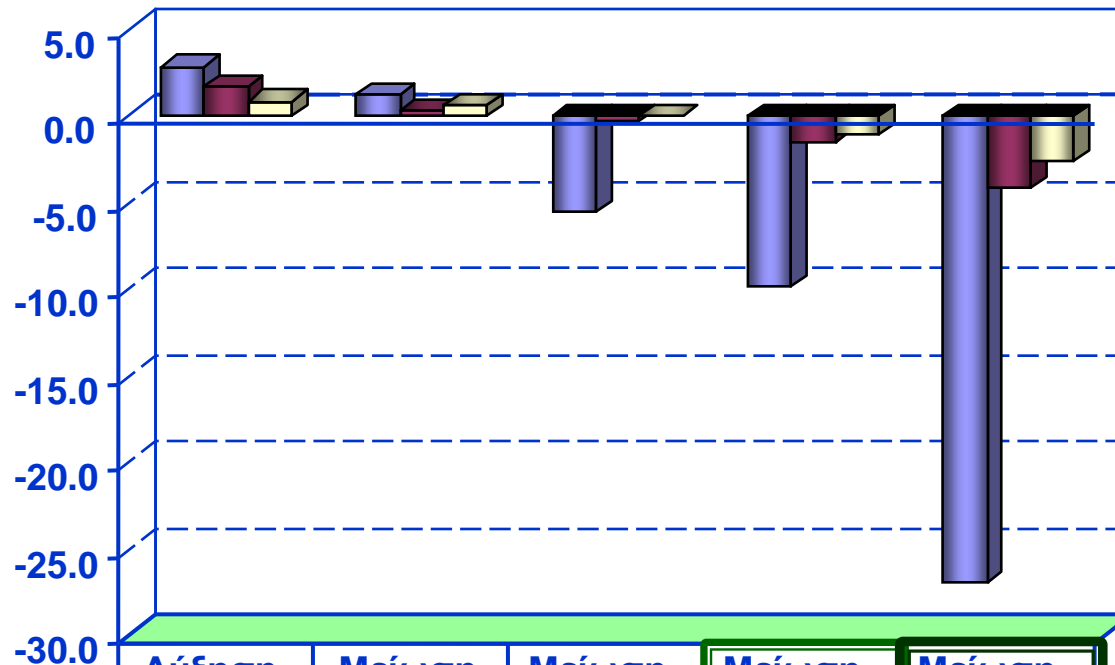
Η πυραμίδα της θεραπευτικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας



Οδηγός επιλογής θεραπευτικής μεθόδου στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας

<u>Αντιμετώπιση</u>	<u>Κατηγορία ΔΜΣ (kg/m²)</u>				
	<u>25-26.9</u>	<u>27-29.9</u>	<u>30-34.9</u>	<u>35-39.9</u>	<u>> 40</u>
Δίαιτα, άσκηση, τροποποίηση συμπεριφοράς	+	+	+	+	+
Φαρμακευτική αγωγή		Με συνοδά νοσήματα	+	+	+
Χειρουργική				Με συνοδά νοσήματα	+

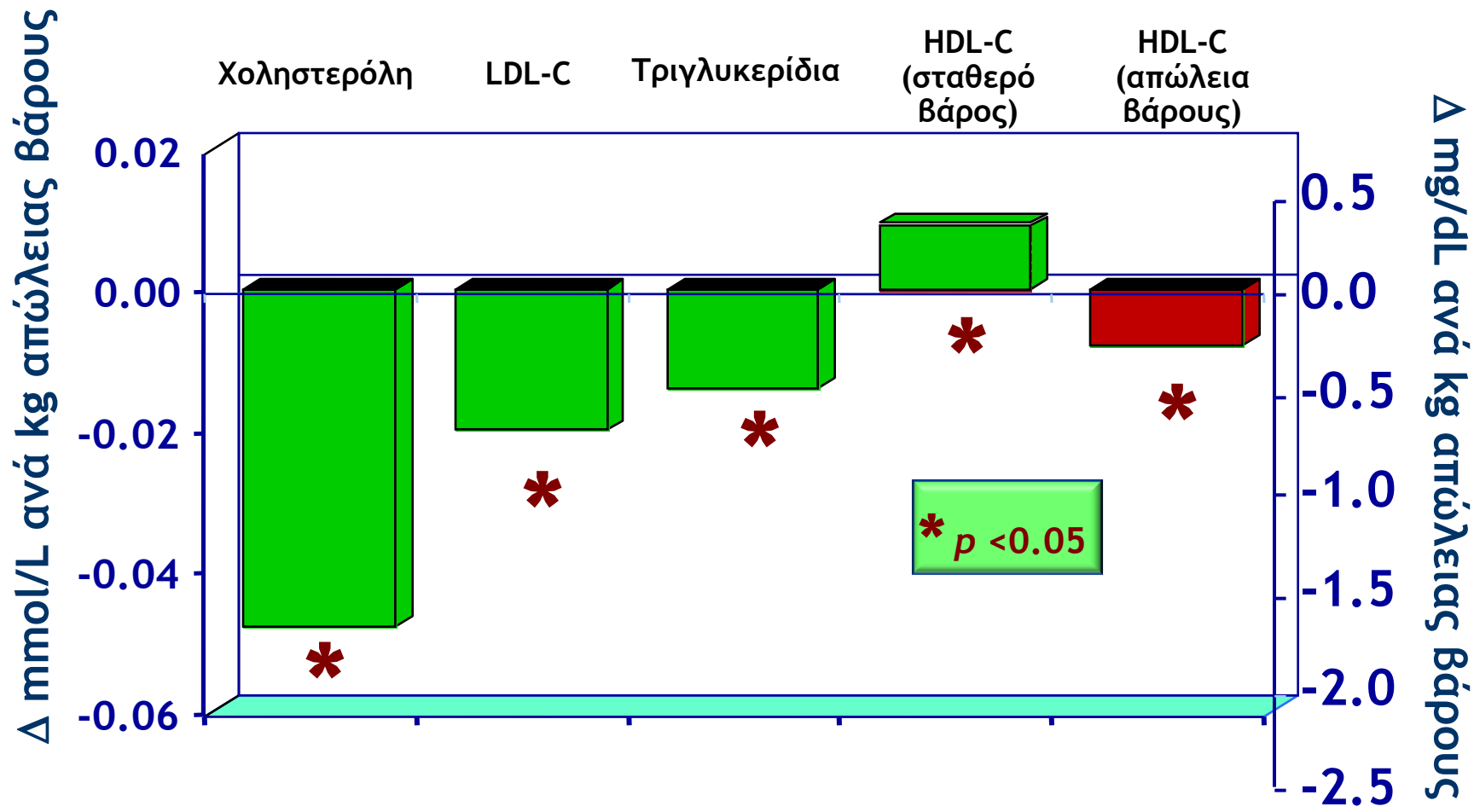
Η επίδραση 16 εβδομάδων ολιγοθερμιδικής διαίτας, στη γλυκαιμία παχύσαρκων διαβητικών τύπου 2, μετά 1 έτος



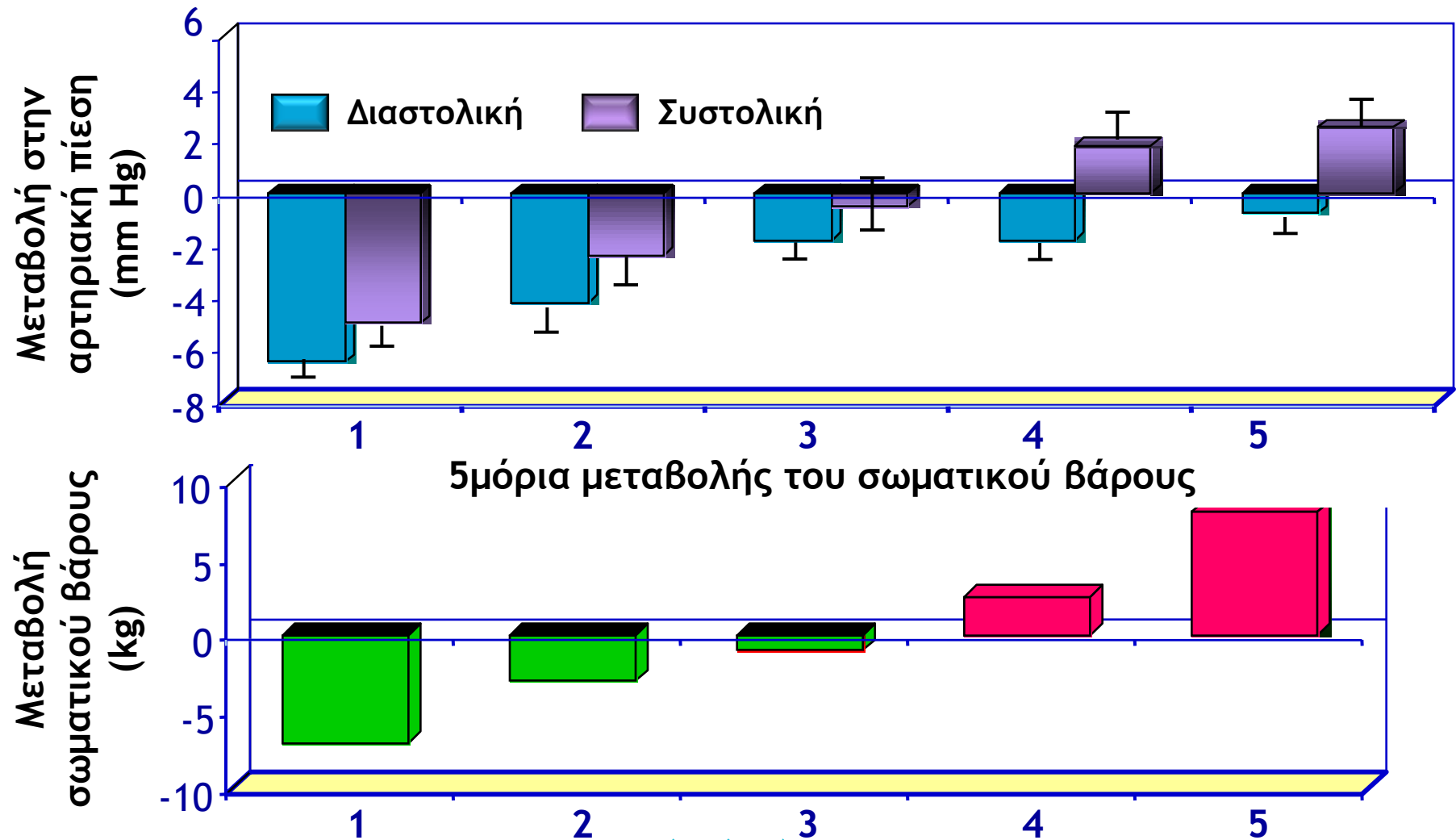
	Αύξηση Βάρους	Μείωση 0-2.3 kg	Μείωση 2.4-6.8 kg	Μείωση 6.9-13.6 kg	Μείωση >13.6 kg
□ Δ Βάρους (kg)	2.8	1.2	-5.6	-9.9	-27.0
■ Δ Γλυκόζης (mmol/l)	1.6	0.3	-0.3	-1.6	-4.2
□ Δ HbA1c (%)	0.8	0.6	0.0	-1.1	-2.6



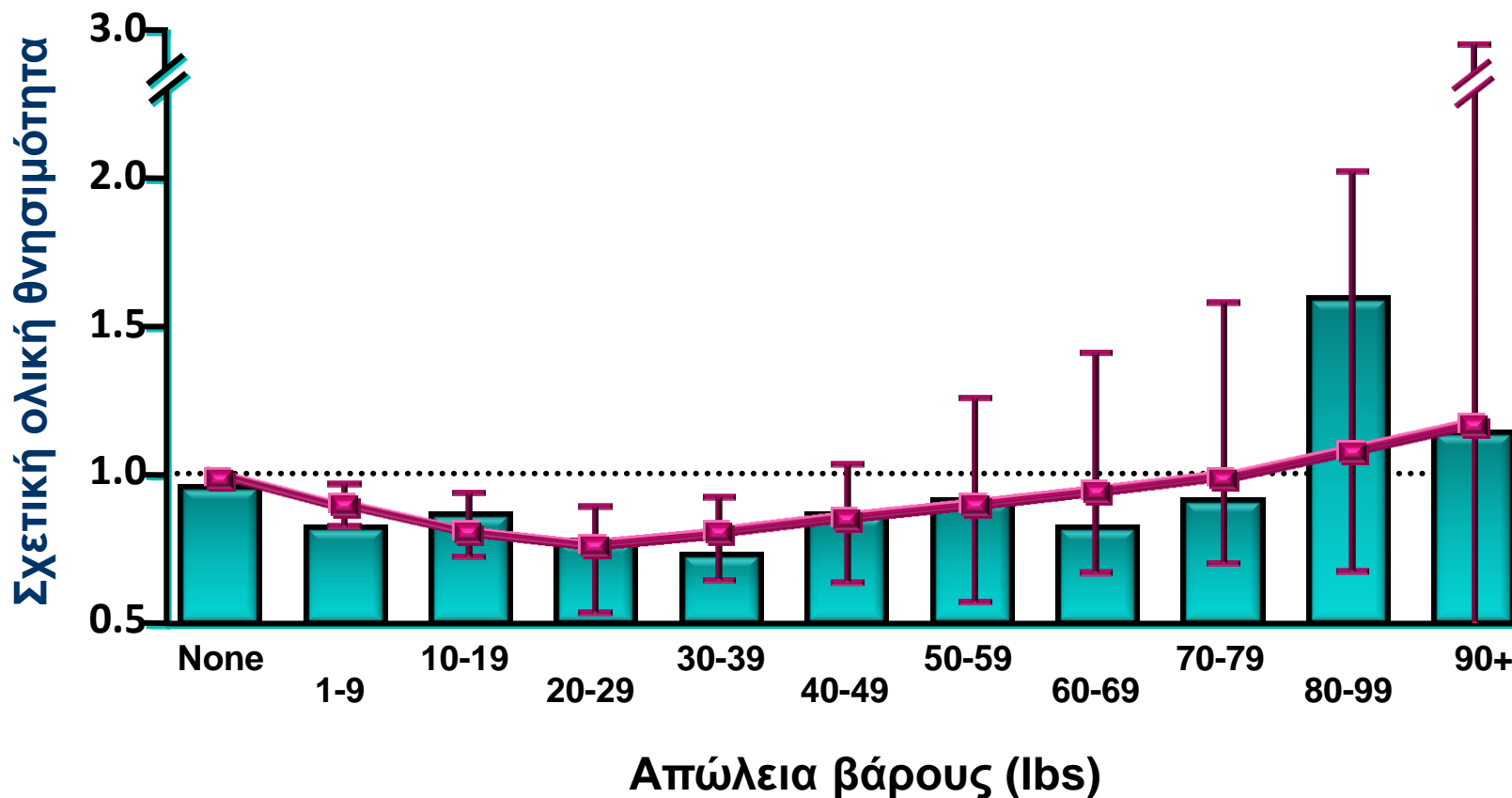
Τα λιπίδια αίματος βελτιώνονται μετά απώλεια βάρους Μετα-ανάλυση 70 κλινικών μελετών



Η συσχέτιση μεταξύ μεταβολής του σωματικού βάρους και της αρτηριακής πίεσης



Εκούσια απώλεια βάρους σχετίζεται με μειωμένη θνησιμότητα σε τύπου 2 διαβητικά άτομα



1 λίμπρα (lb) = 453,59 γραμμάρια (g)

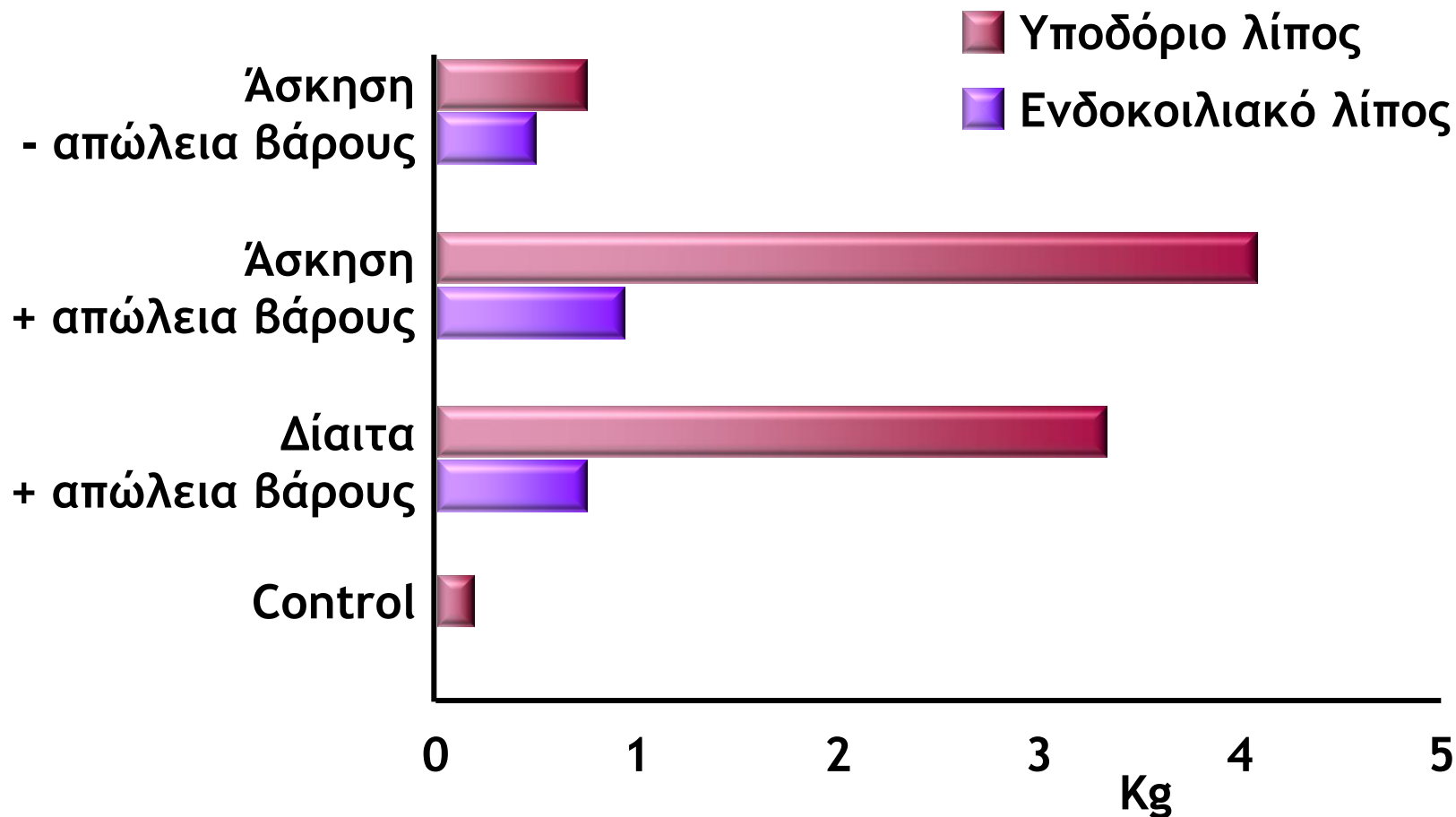


Η επίδραση της άσκησης συγκριτικά με ολιγοθερμιδική διαίτα στο σωματικό βάρος & την ινσουλίνη νηστείας, μετά 3 μήνες

	Δίαιτα	Άσκηση
Βάρος (kg)	-7.4 ± 0.9	-7.6 ± 0.6
Σωματικό Λίπος (kg)	-4.8 ± 1.2	-6.1 ± 1.6
Ινσουλίνη Νηστείας (pmol/L)	-10.5 ± 27.6	-28.9 ± 31.1
Ινσουλίνη AUC (pmol/L)	-393 ± 780	-898 ± 997
VO ₂ _{max} (L/min)	-0.2 ± 0.3	0.5 ± 0.3



Η 3μηνη επίδραση της άσκησης και της ολιγοθερμιδικής διαίτας στη μείωση του υποδόριου και ενδοκοιλιακού λίπους

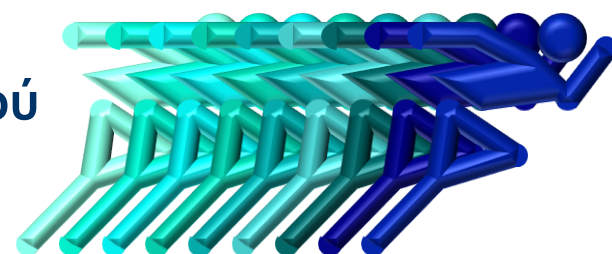


Ο συνδυασμός ολιγοθερμιδικής διαίτας & άσκησης, επιτυγχάνει μεγαλύτερη απώλεια βάρους καθώς και σημαντικότερη διατήρηση βάρους (μετανάλυση 6 μελετών)

	Αρχικό Βάρος (kg)	Αρχική απώλεια βάρους (kg)	Απώλεια βάρους μετά 1 χρόνο (kg)
Δίαιτα + Άσκηση (n=265)	97.4 ± 16.1	-13.0 ± 10.4	-6.7 ± 8.3
Δίαιτα Μόνο (n=142)	97.8 ± 10.7	-9.9 ± 9.6	-4.5 ± 11.3

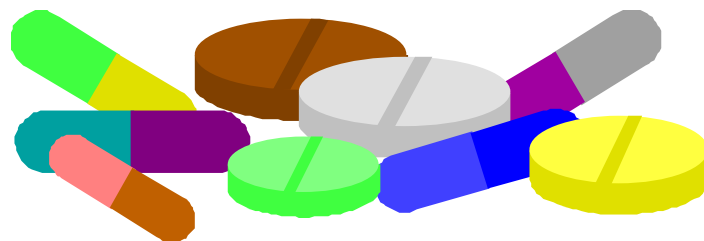
Μηχανισμοί ευνοϊκής επίδρασης της άσκησης στο σωμα. βάρος

- ✧ Αυξάνει την ενεργειακή κατανάλωση
 - “Καίει” θερμίδες
 - Αυξάνει τη μεταβολική δραστηριότητα ηρεμίας
 - Αυξάνει τη μετασιτιακή θερμογένεση
- ✧ Βελτιώνει τη σύσταση του σώματος
 - Αυξάνει την απώλεια λίπους
 - Ελαχιστοποιεί την απώλεια μυϊκού ιστού
 - Μειώνει το ενδοκοιλιακό λίπος
- ✧ Μειώνει την ενεργειακή πρόσληψη
 - Μειώνει την όρεξη
 - Μειώνει την κατανάλωση λιπαρών τροφών
- ✧ Προλαμβάνει την επανάκτηση του απωλεσθέντος βάρους
- ✧ Μειώνει τη νοσηρότητα
- ✧ Προκαλεί θετικές ψυχολογικές επιδράσεις



Σε ποιον μπορεί να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας

- ☒ Κάθε Παχύσαρκος με Δείκτη Μάζας Σώματος $>30 \text{ kg/m}^2$ χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα μετά δίαιτα και άσκηση
($\Delta\text{ΜΣ} = \text{Βάρος}/\text{Υψος}^2$)
- ☒ Κάθε Υπέρβαρος με Δείκτη Μάζας Σώματος $>27 \text{ kg/m}^2$ πάσχων από νόσους σχετιζόμενες με το αυξημένο βάρος χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα μετά δίαιτα και άσκηση



Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας - Σήμερα



Ελλάδα εγκεκριμένα:
Orlistat (Xenical®)



FDA εγκεκριμένα:
Orlistat (Xenical®)
Phentermine (Adipex P, Phen375, PhenObestin 37.5 ...)
Phentermine/topiramate (Qsymia®)
Lorcaserin (Belviq®)
Bupropion/naltrexone (Contrave®)
Liraglutide (Saxenda®)

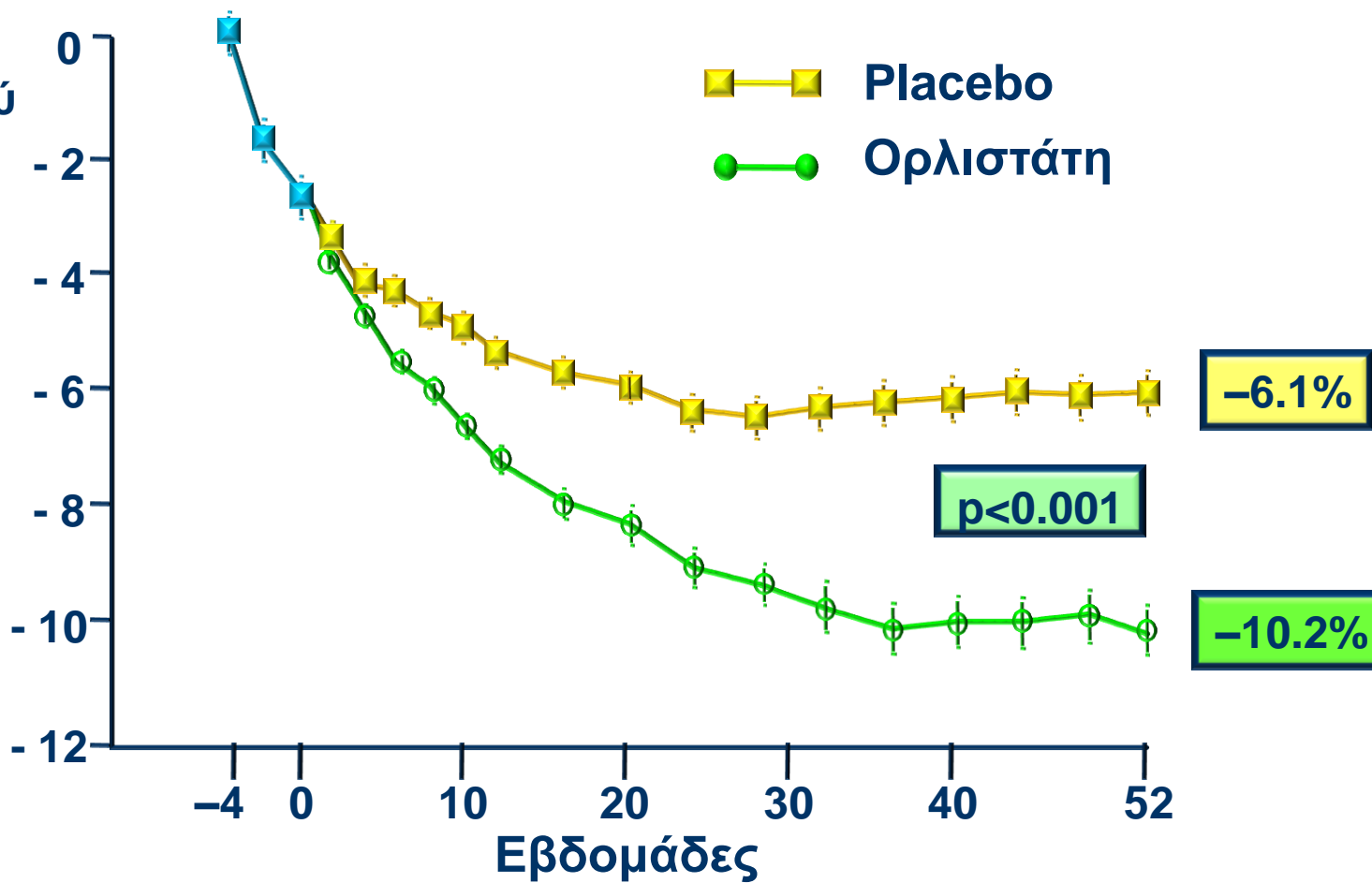


EMA εγκεκριμένα:
Orlistat (Xenical®)
Bupropion/naltrexone (*Mysimba*®)
Liraglutide (Saxenda®)
~~Phentermine (Adipex P, Phen375, PhenObestin 37.5 ...)~~
~~Phentermine/topiramate (Qsymia®)~~
~~Lorcaserin (Belviq®)~~



Η επίδραση της Orlistat (Xenical) στην απώλεια βάρους

Μεταβολή
Σωματικού
Βάρους
(%)



FDA 2007: Οδηγία για τη βιομηχανία ανάπτυξης προϊόντων για τη διαχείριση του σωματικού βάρους

Φάση 3 κλινικών μελετών

Σχεδιασμός: Άτομα με ΔΜΣ από 27 έως και $>40 \text{ kg/m}^2$
3000 σε διαφορετικές δοσολογίες & 1500 σε placebo
Για τουλάχιστον 1 χρόνο

Τελικά σημεία αποτελεσματικότητας:

Πρωτεύοντα

Η διαφορά στη μέση % απώλεια του αρχικού σωματικού βάρους της ομάδας του φαρμάκου έναντι του placebo (τουλάχιστον 5% & στατιστικά σημαντική)

Το ποσοστό των ατόμων που έχασαν τουλάχιστον το 5% του αρχικού σωματικού βάρους με το φάρμακο έναντι του placebo (τουλάχιστον 35%, περίπου 2πλάσιο του placebo & στατιστικά σημαντικό)

Δευτερεύοντα

Αρτηριακή πίεση και σφύξεις
Γλυκόζη & ινσουλίνη νηστείας
HbA1c σε ΣΔτ2
Περίμετρος μέσης



Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας στην Ευρώπη σήμερα – Bupropion/Naltrexone (Mysimba®)



EMA εγκεκριμένα:

Orlistat (Xenical®)

Bupropion/Naltrexone (Mysimba®)

Liraglutide (Saxenda™)

5.1 Pharmacodynamic properties

Pharmacotherapeutic group: A08AA Centrally acting antiobesity products,
ATC code: A08AA62 bupropion and naltrexone.



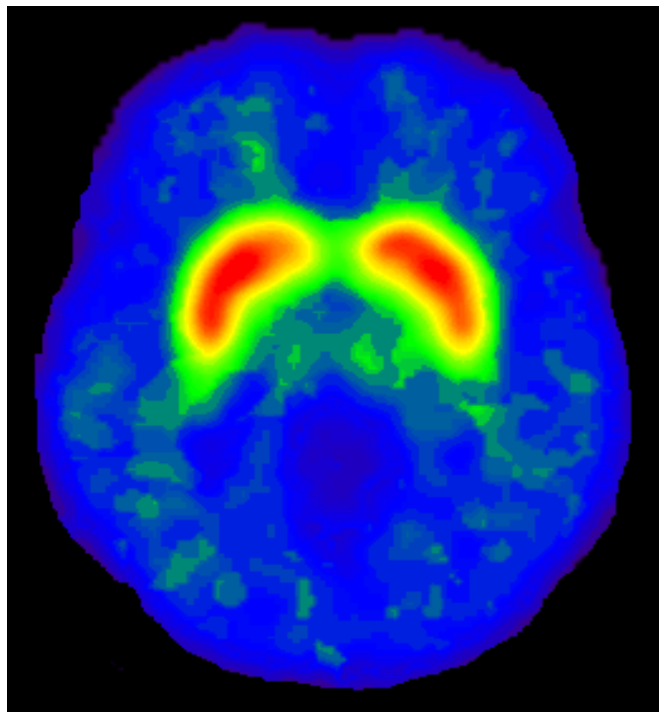
Mechanism of action and pharmacodynamic effects

The exact neurochemical appetite suppressant effects of naltrexone / bupropion are not fully understood. The medicinal product has two components: naltrexone, a mu-opioid antagonist, and bupropion, a weak inhibitor of neuronal dopamine and norepinephrine reuptake. These components affect two principal areas of the brain, specifically the arcuate nucleus of the hypothalamus and the mesolimbic dopaminergic reward system.

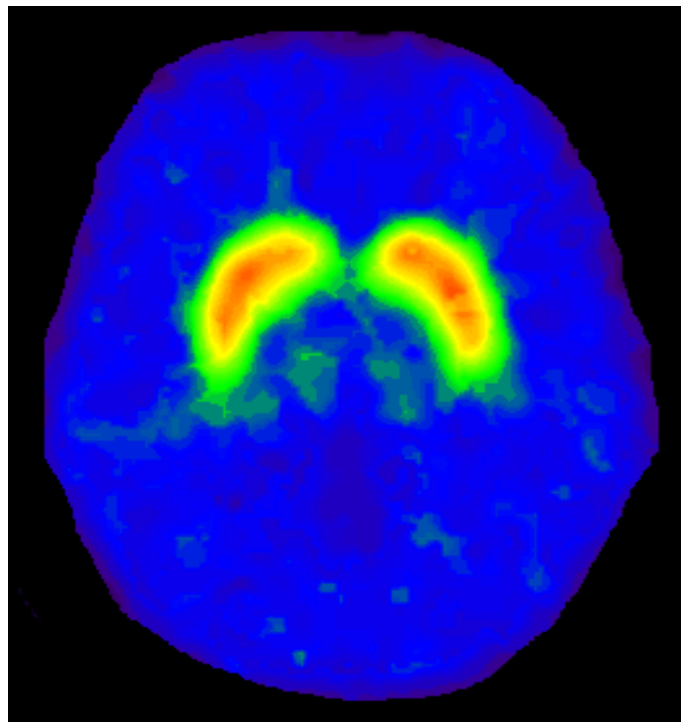


Οι D2 ντοπαμινεργικοί υποδοχείς είναι μειωμένοι στην παχυσαρκία

[¹¹C]raclopride

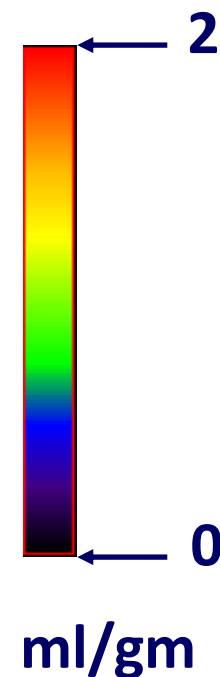


Ομάδα ελέγχου
2.99 (Sd 0.41)

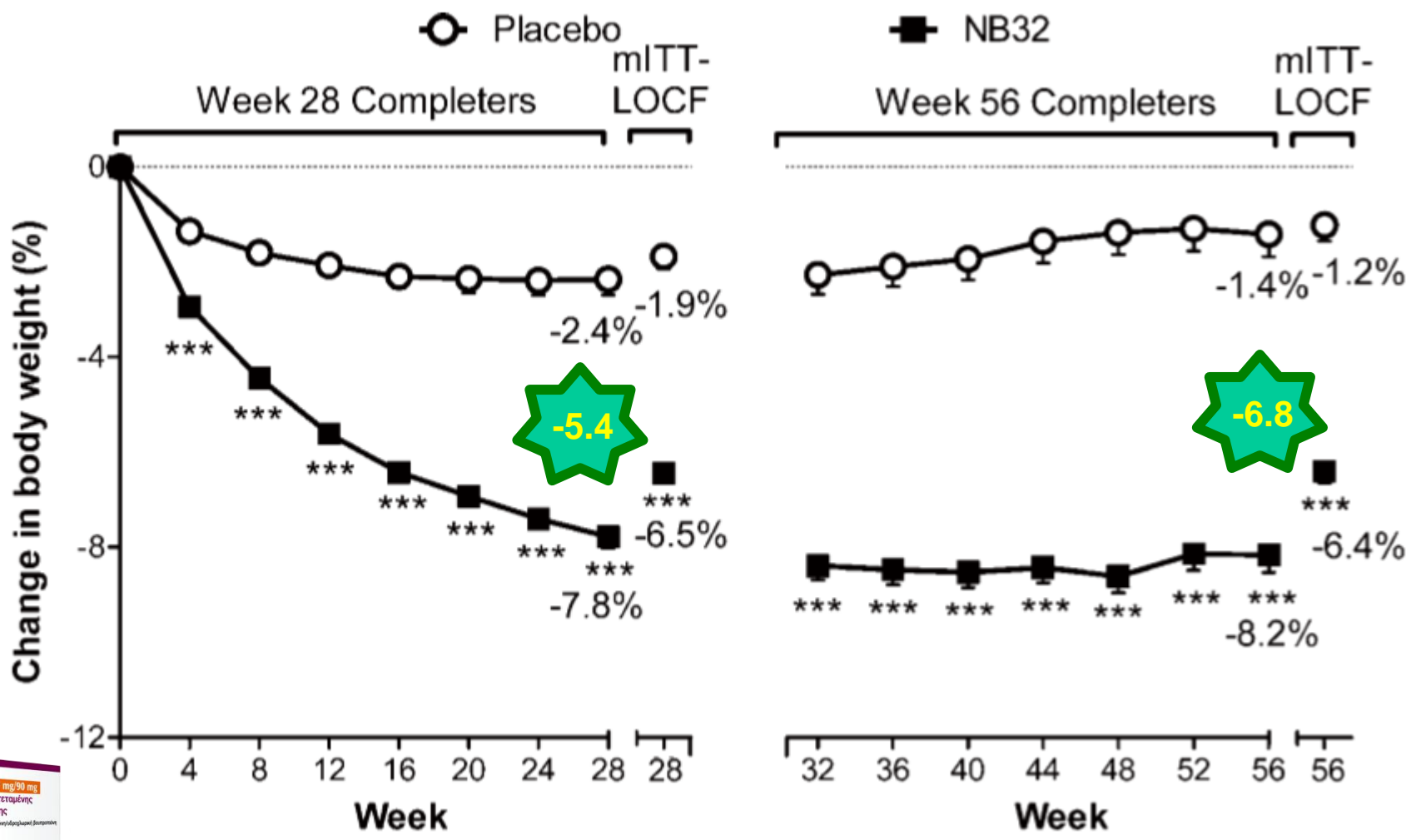


Παχύσαρκα άτομα
2.47 (Sd 0.36)

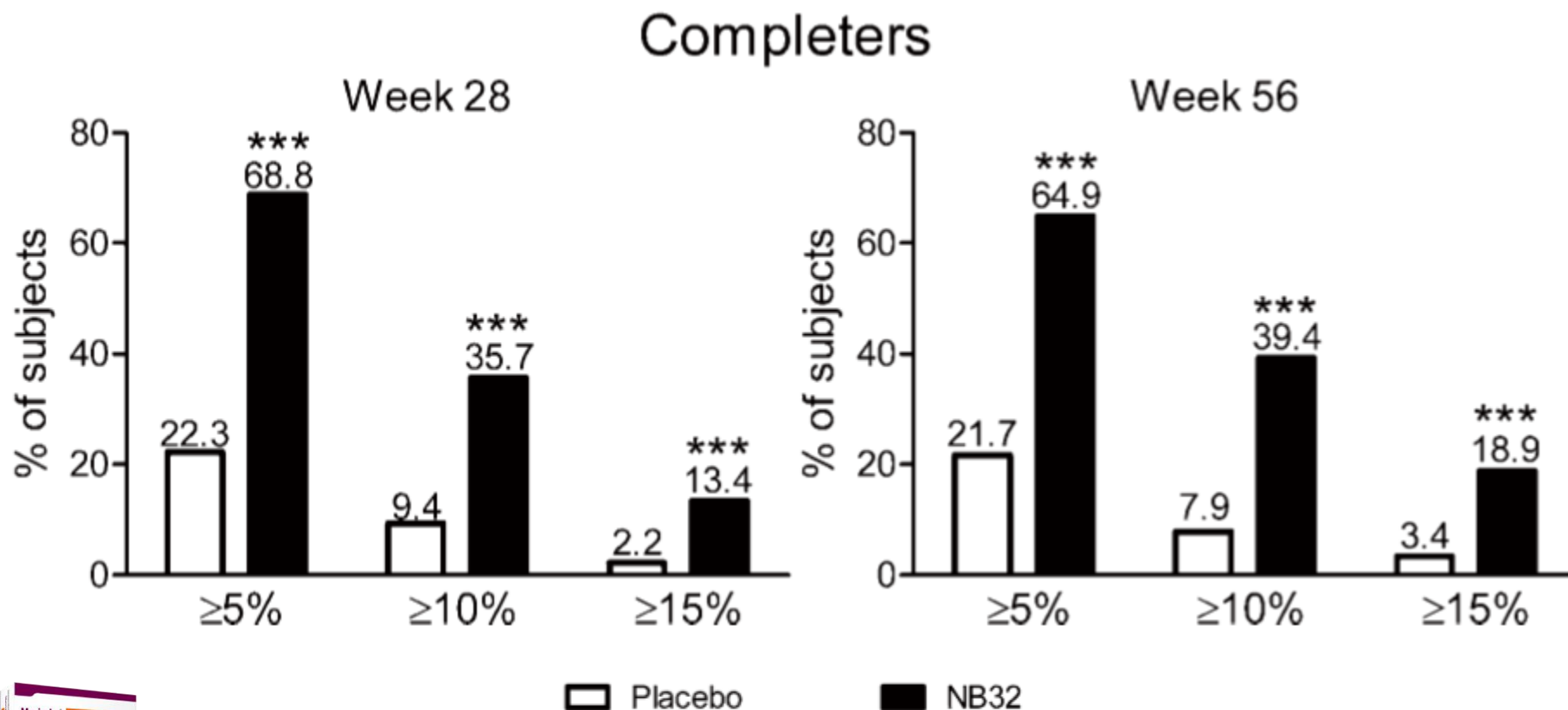
$p < 0.008$



Η επίδραση του συνδυασμού NaltrexoneSR/BupropionSR (Mysimba 32/360 mg) στην απώλεια βάρους (COR-II Study)



Μεγάλο ποσοστό ατόμων που έλαβε το συνδυασμό NaltrexoneSR/ΒupropionSR (Mysimba 32/360 mg) πέτυχε σημαντική απώλεια βάρους (COR-II Study)



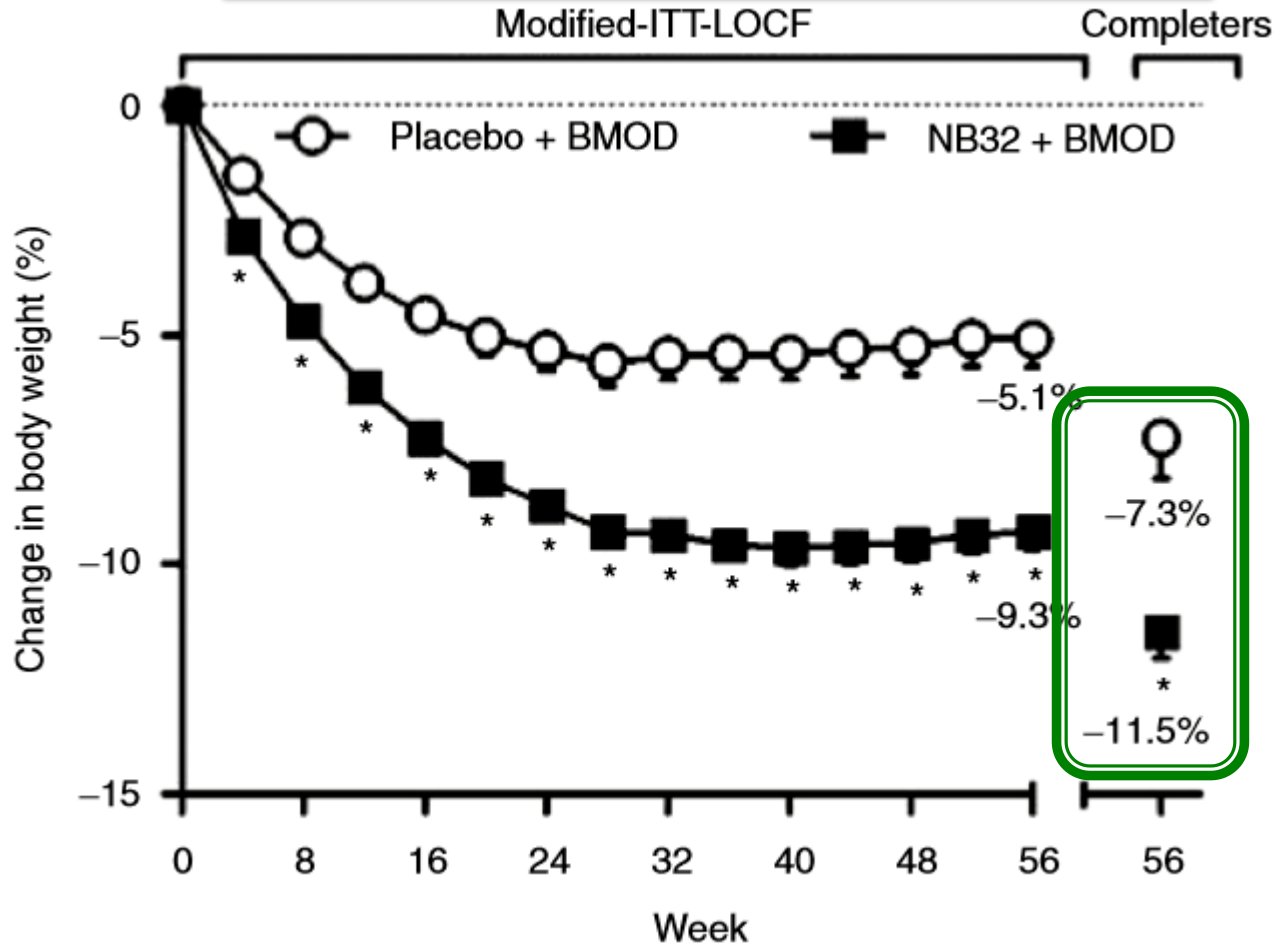
Ποσοστό ανεπιθύμητων ενεργειών όσων έλαβαν συνδυασμό NaltrexoneSR/BupropionSR (Mysimba 32/360 mg) ή placebo

	Placebo N = 492	NB N = 992
Participants (%) reporting any adverse event	75.2	85.9
Nausea	6.9	29.2*
Constipation	7.1	19.1*
Headache	8.7	17.5*
Insomnia	6.7	9.8
Dry mouth	2.6	9.1*
Upper respiratory tract infection	11.2	8.7
Vomiting	2.0	8.5*
Nasopharyngitis	8.1	8.3
Participants (%) reporting any adverse event leading to discontinuation	13.8	24.3*
Nausea	0.2	6.0*
Headache	0.8	2.6*
Bronchitis	5.1	1.4*
Participants (%) reporting any psychiatric	15.2	20.7*

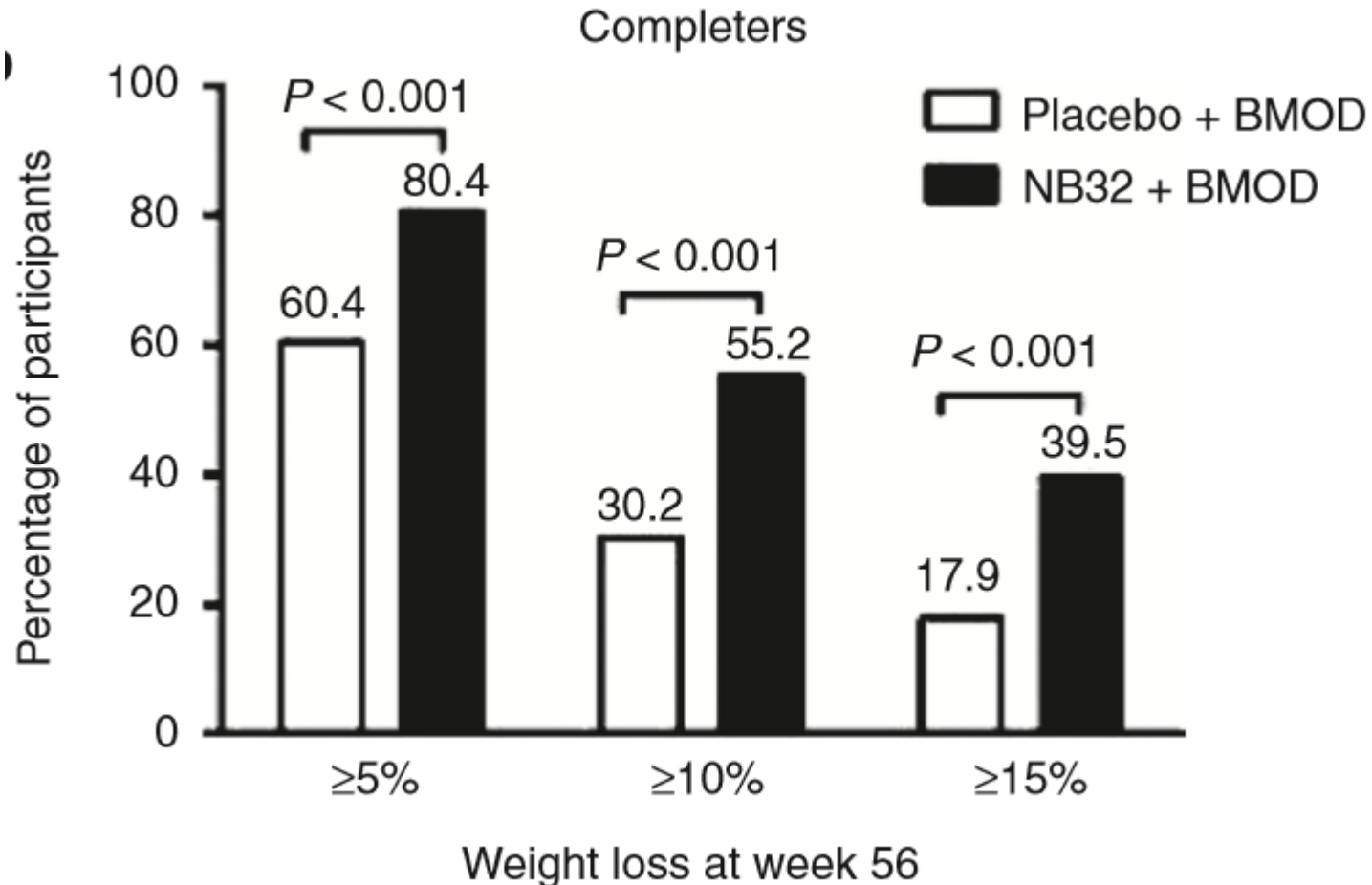
* p < 0.05



Η επίδραση στην απώλεια βάρους του συνδυασμού NaltrexoneSR/ΒupropionSR (Mysimba 32/360 mg) ως συμπληρωματική αγωγή σε εντατική τροποποίηση συμπεριφοράς (COR-BMOD Trial)



Μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων με συμπληρωματική αγωγή το συνδυασμό NaltrexoneSR/ΒupropionSR (Mysimba 32/360 mg) σε εντατική τροποποίηση συμπεριφοράς, πέτυχε σημαντική απώλεια βάρους (COR-BMOD Trial)



Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας στην Ευρώπη σήμερα – Liraglutide (Saxenda®)



ΕΜΑ εγκεκριμένα:

Orlistat (Xenical®)

Bupropion/naltrexone (Mysimba®)

Liraglutide (Saxenda®)



Liraglutide is an acylated human Glucagon-Like Peptide-1 (GLP-1) analogue with 97% amino acid sequence homology to endogenous human GLP-1. Liraglutide binds to and activates the GLP-1 receptor (GLP-1R).

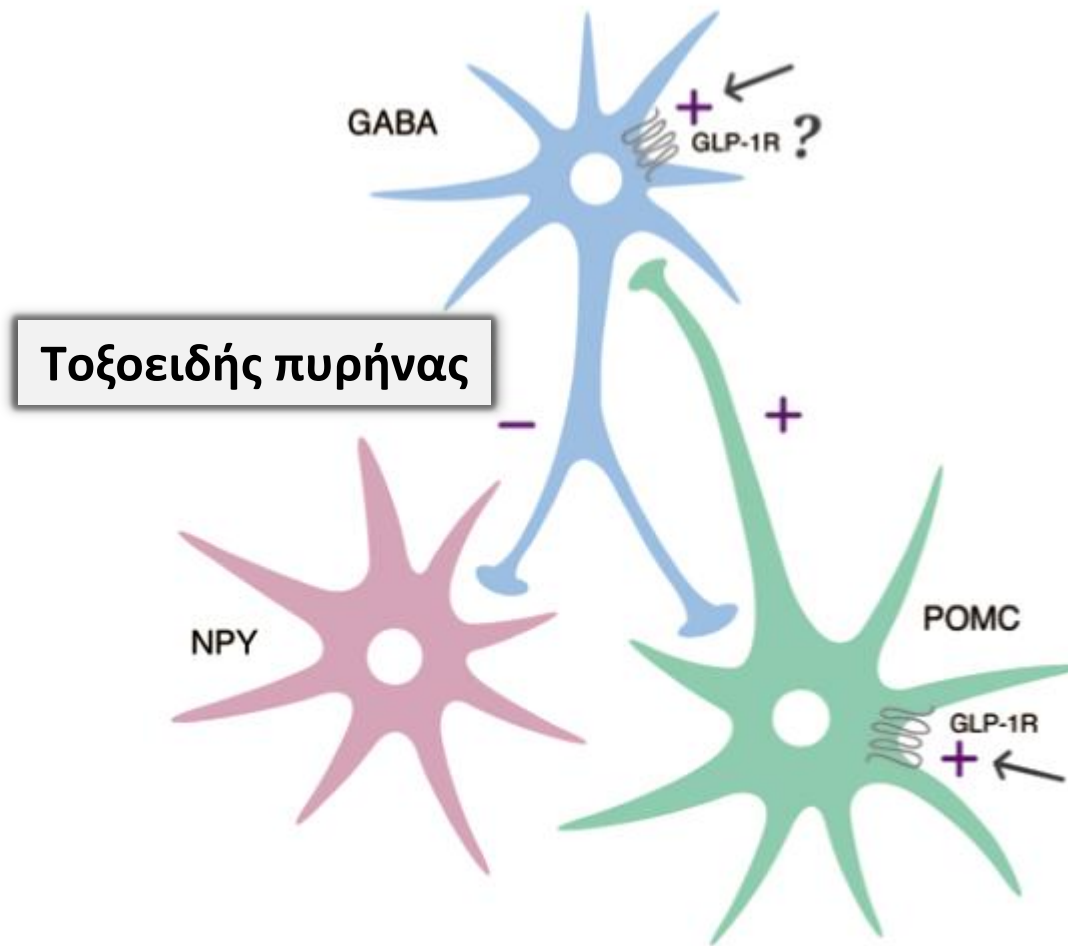
Pharmacodynamic effects

Liraglutide lowers body weight in humans mainly through loss of fat mass with relative reductions in visceral fat being greater than for subcutaneous fat loss. Liraglutide regulates appetite by increasing feelings of fullness and satiety, while lowering feelings of hunger and prospective food consumption, thereby leading to reduced food intake. Liraglutide does not increase energy expenditure compared to placebo.

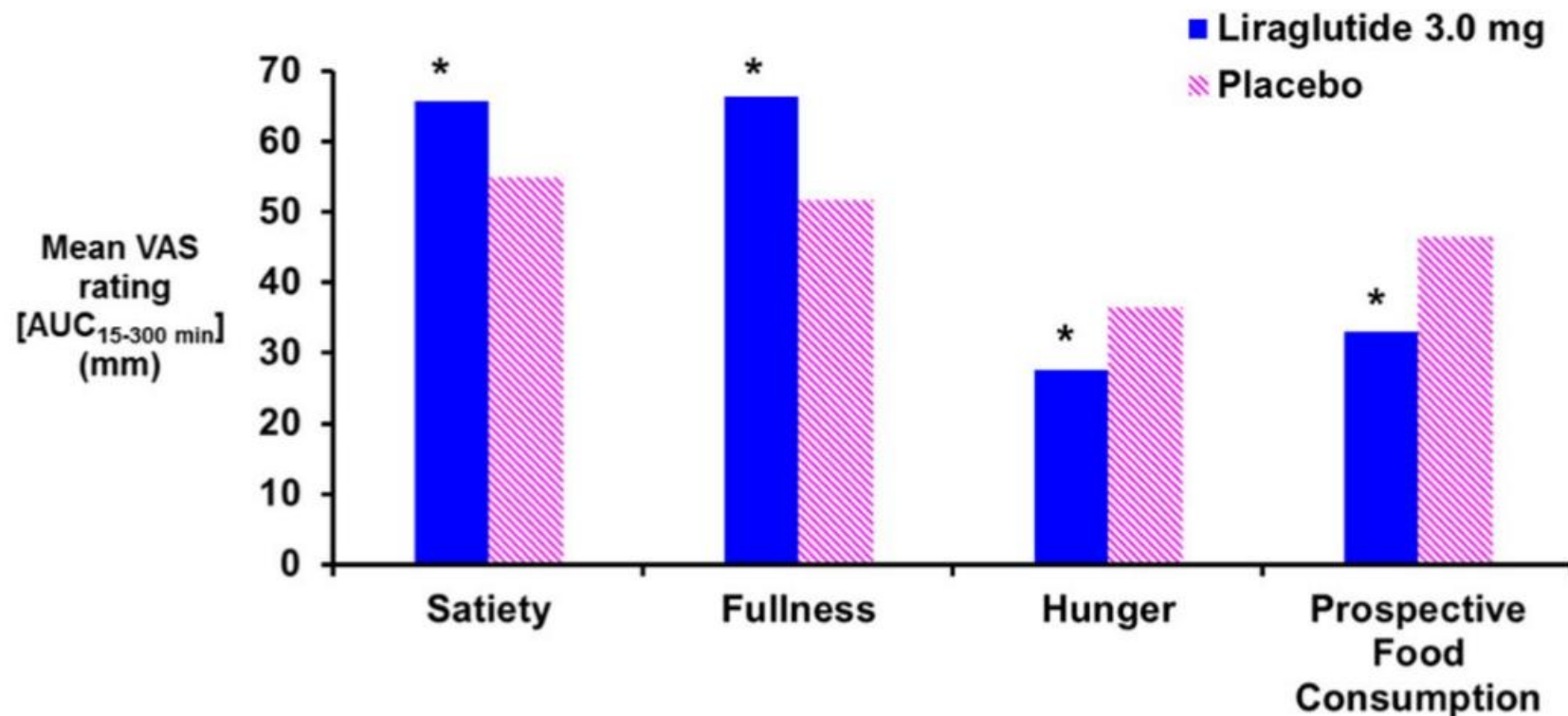
Liraglutide stimulates insulin secretion and lowers glucagon secretion in a glucose-dependent manner which results in a lowering of fasting and post-prandial glucose. The glucose lowering effect is more pronounced in patients with pre-diabetes and diabetes compared to patients with normoglycaemia. Clinical trials suggest that liraglutide improves and sustains beta-cell function, according to HOMA-B, and the proinsulin-to-insulin ratio.



Προτεινόμενη κεντρική νευρωνική δράση της Liraglutide στην μειωμένη λήψη τροφής



Η επίδραση της Liraglutide στον κορεσμό, στο αίσθημα πληρότητας, στην πείνα & στην προσδοκώμενη λήψη τροφής

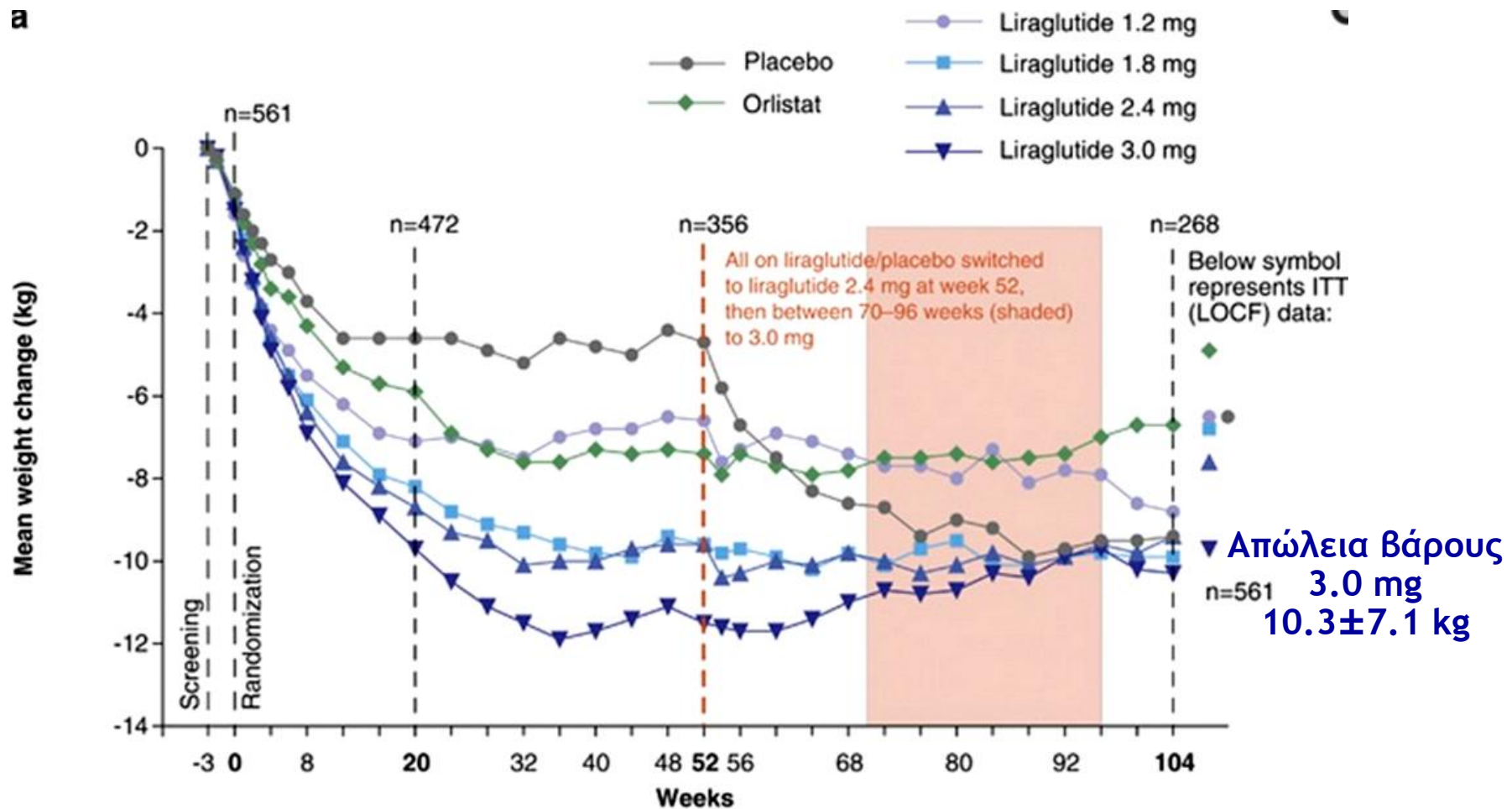


* $p < 0.05$ vs. placebo. Data are estimated means. Number of patients = 30.

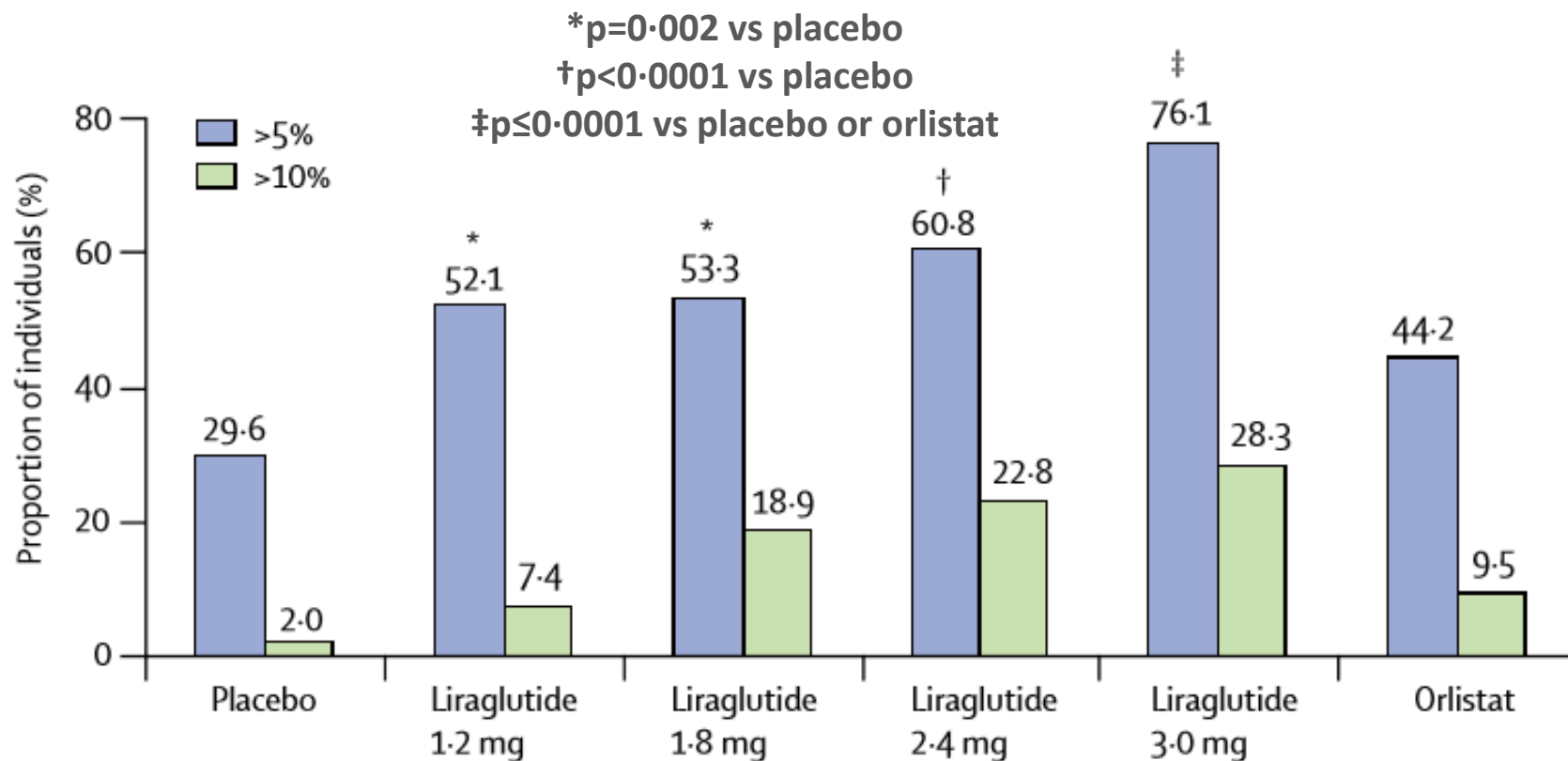
AUC: area under the curve. VAS: visual analog scale.

	Overview	N	BMI (kg/m ²)	Duration
Phase 1	Clinical pharmacology			
Trial 3630	Obese Liraglutide 3.0 mg, 1.8 mg, placebo	49	30 - 40	5 weeks

Η δραστηριότητα της Liraglutide (Saxenda® 3 mg) στην απώλεια βάρους



Σημαντικά μεγάλο ποσοστό ατόμων που έλαβε Liraglutide πέτυχε απώλεια βάρους >5% & >10% του αρχικού



Ποσοστό ανεπιθύμητων ενεργειών όσων έλαβαν Liraglutide (Saxenda 3 mg) ή placebo

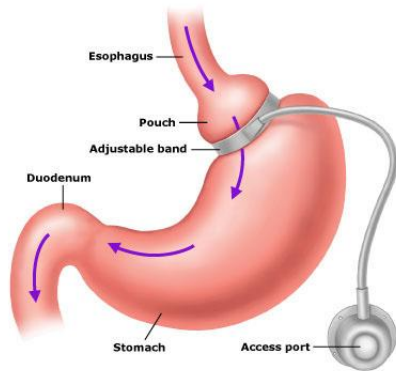
	Placebo (n=98)	Liraglutide			
		1.2 mg (n=95)	1.8 mg (n=90)	2.4 mg (n=93)	3.0 mg (n=93)
Gastrointestinal disorders	30 (30.6%), 46	51 (53.7%), 90	54 (60.0%), 100	62 (66.7%), 133	66 (71.0%), 137
Constipation	12 (12.2%), 13	14 (14.7%), 17	10 (11.1%), 10	16 (17.2%), 17	13 (14.0%), 13
Diarrhoea	7 (7.1%), 7	8 (8.4%), 12	9 (10.0%), 12	12 (12.9%), 12	12 (12.9%), 13
Nausea	5 (5.1%), 5	23 (24.2%), 26	28 (31.1%), 29	34 (36.6%), 43	44 (47.3%), 57
Vomiting	2 (2.0%), 2	4 (4.2%), 5	8 (8.9%), 12	13 (14.0%), 16	11 (11.8%), 13
General disorders and administration-site conditions	11 (11.2%), 11	16 (16.8%), 18	16 (17.8%), 16	15 (16.1%), 17	24 (25.8%), 30
Fatigue	2 (2.0%), 2	3 (3.2%), 3	5 (5.6%), 5	5 (5.4%), 5	10 (10.8%), 10
Infections and infestations	41 (41.8%), 62	37 (38.9%), 42	42 (46.7%), 59	36 (38.7%), 53	40 (43.0%), 53
Gastroenteritis	3 (3.1%), 3	4 (4.2%), 4	11 (12.2%), 17	6 (6.5%), 6	7 (7.5%), 8
Nasopharyngitis	15 (15.3%), 19	11 (11.6%), 11	10 (11.1%), 11	17 (18.3%), 21	9 (9.7%), 10
Injury, poisoning, and procedural complications	8 (8.2%), 8	6 (6.3%), 6	9 (10.0%), 10	6 (6.5%), 7	6 (6.5%), 6
Metabolism and nutrition disorders	11 (11.2%), 11	8 (8.4%), 8	6 (6.7%), 8	8 (8.6%), 8	11 (11.8%), 11
Musculoskeletal and connective-tissue disorders	21 (21.4%), 27	11 (11.6%), 12	17 (18.9%), 23	15 (16.1%), 17	12 (12.9%), 13
Nervous system disorders	21 (21.4%), 25	16 (16.8%), 19	15 (16.7%), 22	21 (22.6%), 25	19 (20.4%), 22
Headache	12 (12.2%), 14	11 (11.6%), 13	7 (7.8%), 10	14 (15.1%), 17	12 (12.9%), 12
Skin and subcutaneous-tissue disorders	5 (5.1%), 6	5 (5.3%), 5	9 (10.0%), 11	7 (7.5%), 8	6 (6.5%), 8

Προϋποθέσεις χειρουργικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας

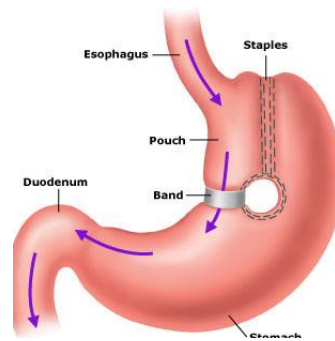
- ➔ Δείκτης Μάζας Σώματος ($\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{Βάρος} / \text{Υψος}^2$) $>40 \text{ kg/m}^2$ ή $\Delta\text{Μ}\Sigma >35 \text{ kg/m}^2$ με συνυπάρχουσες νόσους, που σχετίζονται με την παχυσαρκία και που θέτουν σε κίνδυνο την επιβίωσή του.
- ➔ Προηγήθηκαν ανεπιτυχείς προσπάθειες απώλειας βάρους με δίαιτα ή/και φάρμακα.
- ➔ Προηγήθηκε πλήρης ενημέρωση για τους πιθανούς κινδύνους της επέμβασης και την αποδέχθηκε.
- ➔ Έμπειρος για την συγκεκριμένη επέμβαση χειρουργός, σε πλήρως εξοπλισμένο νοσοκομείο.



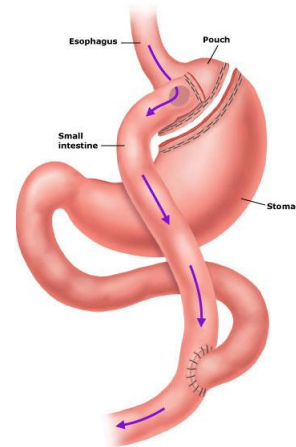
Τεχνικές μεταβολικής-βαρατρικής χειρουργικής



Ρυθμιζόμενη
Περίδεση
Στομάχου



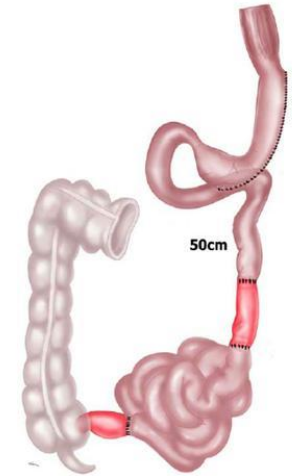
Οριζόντια
Περίδεση με
Γαστροπλαστική



Roux-en-Y
Γαστρική
Παράκαμψη



Επιμήκης
(σωληνοειδής)
Γαστρεκτομή



Ειλεϊκή
Μεσολάβηση
με
αντιμετάθεση

Ο τρόπος με τον οποίο λειτουργούν οι βariatρικές τεχνικές

⊙ Περιοριστικές: περιορισμός της λαμβανόμενης ποσότητας της τροφής

- ➔ Μείωση της όρεξης & της πείνας
- ➔ Πρόωρος κορεσμός
- ➔ Τροποποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς



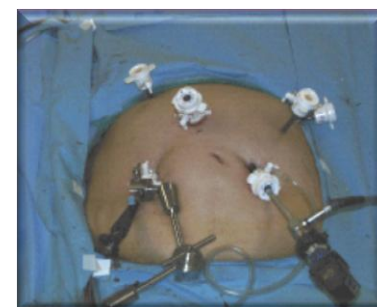
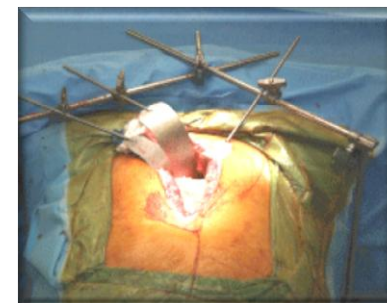
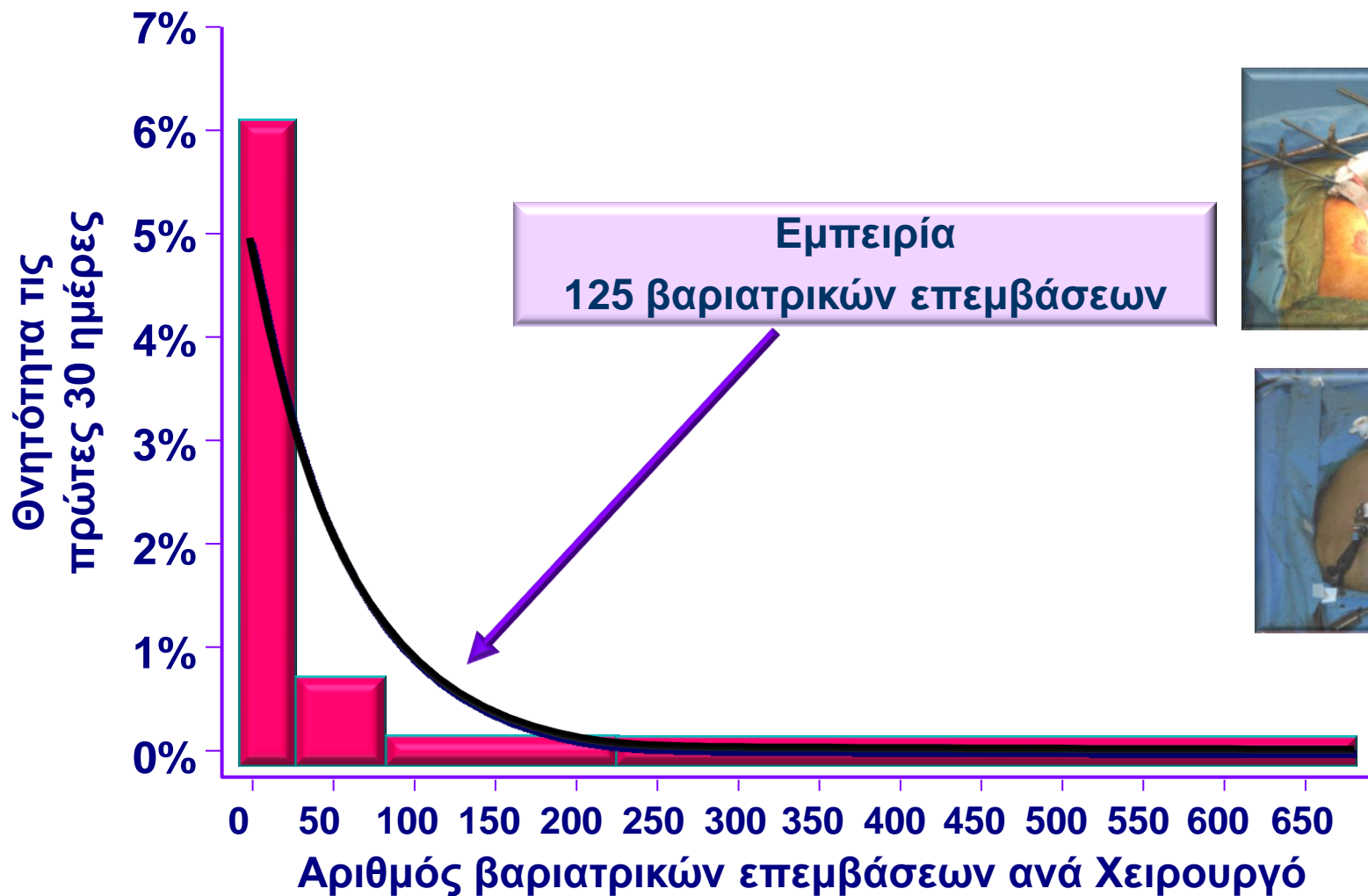
⊙ Δυσαπορροφητικές: περιορισμός της απορρόφησης & της πέψης

- ➔ Μείωση του μήκους του λεπτού εντέρου όπου γίνεται η πέψη των τροφών
- ➔ Το 25% μόνο του διατροφικού λίπους απορροφάται
- ➔ Τροποποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς

Όλες οι επεμβάσεις μπορούν να γίνουν κλασσικά ή λαπαροσκοπικά



Συσχέτιση μεταξύ βariatρικής εμπειρίας & περιεγχειρητικής θνητότητας, σε επεμβάσεις γαστρικής παράκαμψης



Επιπλοκές μετά βαριατρική χειρουργική (μερικές)

- Διαρροή στην αναστόμωση 1-4%
- Αιμορραγία 0-5%
- Λοίμωξη τραύματος 0-5%
- Εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση 0-1.5%
- Πνευμονική εμβολή 0-1.3%
- Έλκος στομάχου
- Χολολιθίαση
- Σύνδρομο Dumping
- Δυσκοιλιότητα
- Αναιμία σιδηροπενική
- Έλλειψη B12 – φυλλικού οξέος
- Έλλειψη Ca και βιταμίνης D



Αποτελέσματα θνητότητας από 210 Βαριατρικά κέντρα, με βάση υποβληθέντα στοιχεία

Συνολικός αριθμός ασθενών	61,545	100%
Ενδονοσοκομειακή θνητότητα	83	0.14%
Θνητότητα στις 30 ημέρες (83 + 98 = 181)	191	0.29%
Θνητότητα στις 90 ημέρες (83 + 98 + 44= 225)	225	0.37%
Επανεισαγωγές	3,018	4.90%
Επανεγχειρήσεις	1,325	2.15%



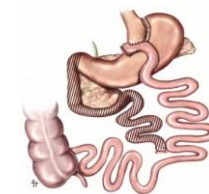
Αποτελέσματα θνητότητας από τα ASMBS
Βαριατρικά κέντρα Αριστείας, με βάση τα στοιχεία BOLD
(Bariatric Outcomes Longitudinal Database)

Συνολικός αριθμός ασθενών	86,247	100%
Ενδονοσοκομειακή θνητότητα	43	0.05%
Θνητότητα στις 30 ημέρες	76	0.09%
Θνητότητα στις 90 ημέρες	96	0.11%

DeMaria, EJ. Baseline data from American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) - designated bariatric surgery centers of excellence using the Bariatric Outcomes Longitudinal Database.

Μείωση του σωματικού βάρους & υποστροφή του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, μετά Βαριατρική επέμβαση (Review & Metanalysis)

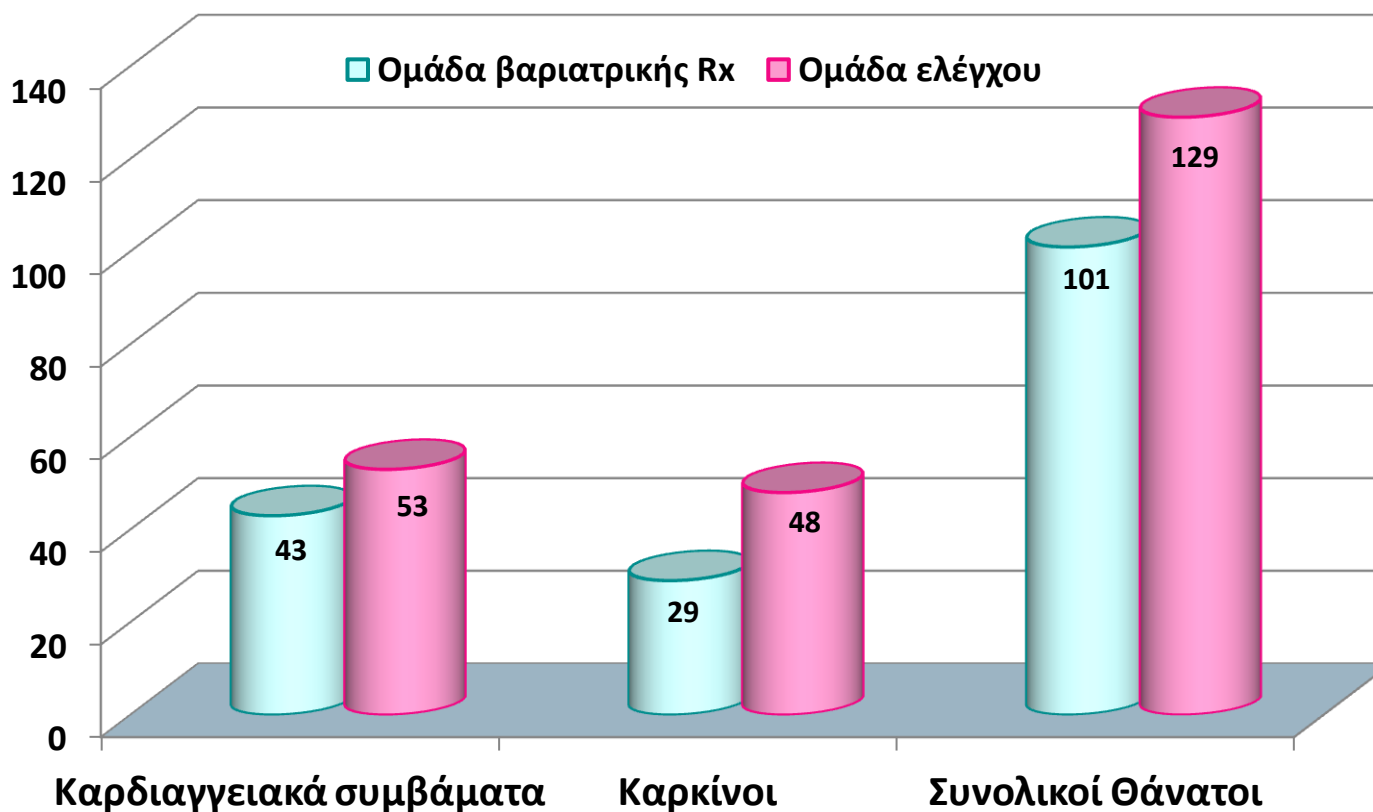
Έτη: 1990-2006
 Μελέτες: 19
 Διαβητικοί ασθενείς: 4070



	Περίδεση Στομάχου	Γαστρο- πλαστική	Γαστρική Παράκαμψη	Χολο- παγκρεατική εκτροπή	Σύνολο
% ΑΥΣΒ	46.2	55.5	59.7	63.6	55.9
% Υποστροφή συνολικά	56.7	79.7	80.3	95.1	78.1
% Υποστροφή <2 έτη	55.0	81.4	81.6	94.0	80.3
% Υποστροφή ≥2 έτη	58.3	77.5	70.9	95.9	74.6



Η απώλεια βάρους (βαριατρική Rx) μειώνει τη θνητότητα - SOS Study



Προϋποθέσεις για την πρόληψη υποτροπής της παχυσαρκίας

- ⇒ Κατανόηση της σημασίας της σταθεροποίησης
- ⇒ Συνεργασία του παχύσαρκου ατόμου
- ⇒ Αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς
- ⇒ Αυξημένη σωματική δραστηριότητα
- ???



**ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ & ΣΥΝΕΧΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ**





© CORBIS





2η ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

Επιλέγουμε Υγεία. Νεότερα στην πρόληψη
των καρδιαγγειακών νοσημάτων

ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ Ν. ΛΟΥΡΟΣ

ΤΡΙΤΗ 21
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ
2017
10.00 π. μ.

Στρογγυλό Τραπέζι

Διατροφής - Παχυσαρκίας

Σύγχρονη αντιμετώπιση της παχυσαρκίας:
Διατροφή, άσκηση, φάρμακα, χειρουργείο.
Πότε και σε ποιόν ασθενή;

Ευθ. Καπάνταης

Διευθυντής

Τμήμα: Διαβήτη-Παχυσαρκίας-Μεταβολισμού
Ιδιωτικό Νοσοκομείο Metropolitan
& Ορθοβιοτική Ιατρική

