

Παχυσαρκία και ορθοπεδικός ασθενής



Της Δήμητρας Τούντα, διαιτολόγος, διαιτροφολόγος

Είναι γνωστό ότι το μυοσκελετικό σύστημα είναι επιφορτισμένο με την μετακίνηση του ίδιου του ατόμου καθώς και με την μεταφορά βαρών. Για το λόγο αυτό υφίσταται χρόνιες αλλοιώσεις που έχουν αθροιστικό αποτέλεσμα στους μύες, στους τένοντες, στις αρθρώσεις και στα οστά. Όπως είναι αναμενόμενο, όσο μεγαλύτερο είναι το βάρος που σηκώνουμε είτε ως υπερβάλλον είτε ως μεταφερόμενα φορτία, τόσο μεγαλύτερη θα είναι η καταπόνηση και η φθορά του μυοσκελετικού συστήματος.

Ποιες είναι οι συχνότερες παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος που παρουσιάζονται σε παχύσαρκους;

Τα πρώτα προβλήματα αρχίζουν να κάνουν την εμφάνισή τους σε μικρότερη ηλικία σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Από την παιδική ηλικία, η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για επιφυσιολίθωση της μηριαίας κεφαλής, κυρίως στους άρρενες. Στους ενήλικους παρουσιάζεται πρώιμα αυχεναλγία και οσφυαλγία λόγω καταπόνησης των μεσοσπονδύλιων δίσκων. Τα σύνδρομα πίεσης νεύρων, όπως το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, είναι μια άλλη κατηγορία παθήσεων που συχνά παρατηρείται και οφείλεται σε λιπώδη διήθηση και διόγκωση των δομών που περιβάλλουν τα περιφερικά νεύρα. Επίσης, συχνή είναι η παρουσία της οστεοαρθρίτιδας των ισχύων και γονάτων με συνέπεια την πρώιμη καταστροφή των αρθρώσεων αυτών λόγω μηχανικής καταπόνησης. Τέλος, αυτή καθ' αυτή η παρουσία υπερβάλλοντος λίπους γύρω από τις αρθρώσεις προκαλεί περιορισμό της κινητικότητας αυτών, ακόμα κι όταν οι αρθρώσεις παραμένουν ανέπαφες.

Όλα τα παραπάνω προβλήματα δημιουργούν πρόσθετες δυσκολίες στη θεραπευτική προσέγγιση ενός παχύσαρκου ορθοπεδικού ασθενή (είτε συντηρητική είτε χειρουργικά)

Η συντηρητική θεραπεία αποδίδει λιγότερο για τους εξής λόγους:

Τα φάρμακα χρειάζεται να χορηγηθούν

σε αυξημένες ποσότητες (η δόση καθορίζεται ανά χιλιόγραμμο βάρους) φθάνοντας έτσι εύκολα σε παρενέργειες από το γαστρεντερικό σύστημα (ναυτία, εμετός, διάρροια), που μας αναγκάζουν να διακόψουμε τη χορήγησή τους.

Η παραμονή στο κρεβάτι, λόγω της συνυπάρχουσας πολλές φορές γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης ή αναπνευστικής ανεπάρκειας, που προκαλεί πρόσθετη δυσφορία στον ασθενή, δεν γίνεται καλά ανεκτή.

Η φυσικοθεραπεία έχει μειωμένη απόδοση. Η κινησιοθεραπεία περιορίζεται από το υπερβάλλον λίπος γύρω από τις αρθρώσεις, ενώ και οι ίδιοι οι ασθενείς δυσκολεύονται περισσότερο ειδικά αν πρόκειται να στηριχθούν μόνο στο ένα σκέλος. Επίσης, επιφανειακά εφαρμοζόμενα θερμά ή ψυχρά επιθέματα διεισδύουν σε μικρότερο βάθος λόγω της θερμομόνωσης που προσφέρει ο λιπώδης ιστός.

Μετεγχειρητικά χρειάζεται πιο συχνά η νοσηλεία του παχύσαρκου ορθοπεδικού ασθενούς στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) λόγω συνυπαρχόντων προβλημάτων (αναπνευστική ανεπάρκεια, σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση κλπ.). Παρατηρούνται πιο συχνά αιματώματα, φλεγμονές, δυσκολία στην επούλωση των τραυμάτων, φλεβοθρομβώσεις. Επίσης, υπάρχει αυξημένο ποσοστό επανεγχειρήσεων λόγω επαναρήξεων μιών που έχουν υποστεί λιπώδη εκφύλιση. Τέλος, όπως στη συντηρητική αγωγή έτσι και στην μετεγχειρητική φάση, η φυσικοθεραπεία είναι επίσης πιο δύσκολη.

Οι παραπάνω δυσκολίες δεν είναι ανυπέρβλητες και σαφώς υπάρχει λύση, αρκεί και ο ίδιος ο παχύσαρκος ορθοπεδικός ασθενής να βοηθήσει χάνοντας σταδιακά βάρος. Για να επιτευχθεί αυτό πρέπει να ακολουθήσει πρόγραμμα που να συνδυάζει δίαιτα (επιστημονικά τεκμηριωμένη και εξατομικευμένη γι' αυτόν) και γυμναστική (αερόβια άσκηση).