



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η επίδραση της παχυσαρκίας στην πρόγνωση και πορεία των
ασθενών με ιδιοπαθή νοσήματα του εντέρου στον πληθυσμό της
Θεσσαλονίκης**

ΜΟΥΑΛΛΗΜΟΓΛΟΥ ΦΕΓΙΑΣ

ΙΑΤΡΟΣ

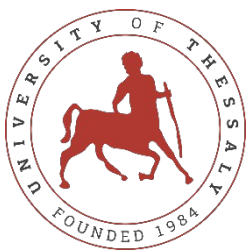
ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Καψωριτάκης Ανδρέας, Καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας, Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιβλέπων Καθηγητής.

Ποταμιάνος Σπυρίδων, Ομότιμος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μανωλάκης Αναστάσιος, Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2024



UNIVERSITY OF THESSALY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
FACULTY OF MEDICINE
POSTGRADUATE STUDIES PROGRAM
NUTRITION IN HEALTH AND DISEASE



DIPLOMA THESIS

**The effect of obesity on the prognosis and course of patients with
idiopathic bowel diseases in the population of Thessaloniki**

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	5
Abstract.....	7
Εισαγωγή.....	9
Γενικό Μέρος.....	11
Κεφάλαιο 1 Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου.....	11
1.1 Ορισμός & Επιδημιολογία.....	11
1.2 Ομοιότητες και διαφορές νόσου του Crohn και ελκώδους κολίτιδας.....	11
1.3 Συμπτώματα & Επιπλοκές.....	12
1.4 Παράγοντες κινδύνου.....	13
1.5 Παθογένεση.....	14
1.6 Διάγνωση & Διαχείριση.....	14
Κεφάλαιο 2.....	16
2.1 Παχυσαρκία.....	16
2.2 Παχυσαρκία και φλεγμονώδεις νόσοι.....	16
Κεφάλαιο 3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση πρόσφατων μελετών που εστίασαν στη σύνδεση της παχυσαρκίας με την ανάπτυξη, την πρόγνωση και την εξέλιξη των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου.....	20
Ειδικό Μέρος.....	25
Κεφάλαιο 4 Σκοπός & Επιμέρους στόχοι.....	25
Κεφάλαιο 5 Μεθοδολογία.....	26
5.1 Πληθυσμός, Δείγμα & Δειγματοληψία.....	26
5.2 Εργαλείο συλλογής των δεδομένων.....	26
5.3 Ηθική και Δεοντολογία.....	27
5.4 Στατιστική ανάλυση.....	28
Κεφάλαιο 6 Αποτελέσματα.....	29
6.1 Περιγραφική Ανάλυση.....	29

6.2 Επαγωγική ανάλυση - Κλινικά χαρακτηριστικά, πορεία εντερικής φλεγμονώδους νόσου και πρόγνωση βάσει της παρουσίας ή μη παχυσαρκίας, των κατηγοριών του ΔΜΣ και της τιμής του ΔΜΣ	52
6.2.1 Τύπος φλεγμονώδους εντερικής νόσου.....	52
6.2.2 Οικογενειακό ιστορικό ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου.....	54
6.2.3 Παχυσαρκία και ιστορικό άλλων νόσων.....	58
6.2.4 Περιοχή εντόπισης νόσου.....	63
6.2.5 Συμπεριφορά νόσου.....	65
6.2.6 Δραστηριότητα νόσου.....	67
6.2.7 Φαρμακευτική αγωγή.....	69
6.2.8 Χειρουργική επέμβαση.....	76
6.2.9 Νοσηλεία.....	78
6.2.10 Επισκέψεις σε επείγοντα ή / και σε ιατρείο ΙΦΕΝ.....	80
6.2.11 Συσχέτιση ποσοτικών μεταβλητών.....	82
Κεφάλαιο 7 Συζήτηση – Συμπεράσματα.....	84
Βιβλιογραφία.....	87
Παράρτημα.....	91
I. Ερωτηματολόγιο.....	91

Περίληψη

Εισαγωγή: Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η παχυσαρκία σχετίζεται σημαντικά με υψηλότερα ποσοστά υποτροπής, επιπλοκών και νοσηλείας, ενώ άλλες μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι η παχυσαρκία σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση, όπως ο μειωμένος κίνδυνος νοσηλείας, χειρουργικής επέμβασης και θεραπείας με anti - TNF παράγοντες. Ωστόσο, μέχρι σήμερα είναι σχετικά περιορισμένες οι μελέτες που έχουν εστιάσει στη διερεύνηση της κλινικής σχέσης της παχυσαρκίας και των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου, και πολλά ευρήματα είναι αντιφατικά μεταξύ τους. Επιπλέον, παρατηρείται σημαντική έλλειψη δεδομένων ειδικά για την Ελλάδα.

Σκοπός: Ο κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εξέταση της επίδρασης της παχυσαρκίας στην πρόγνωση και πορεία των ασθενών με ιδιοπαθή νοσήματα του εντέρου στον πληθυσμό της Θεσσαλονίκης.

Μεθοδολογία: Το δείγμα αποτελούνταν από 101 ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου που ήταν κάτοικοι της Θεσσαλονίκης και συγκεντρώθηκε με δειγματοληψία ευκολίας. Το εργαλείο συλλογής των δεδομένων στην παρούσα έρευνα ήταν το ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου, οι οποίες μπορούν να διακριθούν σε 3 βασικά τμήματα, βάσει της θεματολογίας τους: στα δημογραφικά και ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, στα κλινικά χαρακτηριστικά, και στην πορεία της εντερικής φλεγμονώδους νόσου και η πρόγνωση. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο IBM® SPSS Statistics v23. Η έρευνα ήταν εθελοντική και ανώνυμη και οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως για το σκοπό της έρευνας και την τήρηση της ανωνυμίας.

Αποτελέσματα: Το δείγμα αποτελούνταν από 101 ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, εκ των οποίων, οι περισσότεροι έπασχαν από νόσο Crohn και το 25% ήταν παχύσαρκοι. Ως προς την περιοχή όπου εντοπίστηκε η ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, οι παχύσαρκοι παρουσίασαν υψηλότερη συχνότητα παρουσίας περιπρωκτικής νόσου, ενώ οι λιποβαρείς παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη συχνότητα εντόπισης της νόσου στον τελικό ειλέο. Η δραστηριότητα της νόσου δε συσχετίστηκε σημαντικά με την παρουσία ή μη παχυσαρκίας, ωστόσο, φάνηκε να διαφέρει σημαντικά μεταξύ των 4 διαφορετικών κατηγοριών βάσει του ΔΜΣ με τους λιποβαρείς ασθενείς να τείνουν να χαρακτηρίζουν πιο βαριά τη δραστηριότητα της νόσου τους. Όσον αφορά στη φαρμακευτική αγωγή, οι παχύσαρκοι ασθενείς έτειναν να λαμβάνουν πιο συχνά αντιβιοτικά, κορτικοστεροειδή, ανοσοτροποποιητικά και αμινοσαλικυλικά. Τέλος, παρόλο που ο ΔΜΣ

συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά και θετικά με τη συχνότητα νοσηλείας και τη συχνότητα επίσκεψης των επειγόντων ή των ιατρικών ΙΦΕΝ για λόγους που σχετίζονται με την ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, δεν υπήρξε η αντίστοιχη σχέση με την παρουσία ή μη παχυσαρκίας.

Συζήτηση – Συμπεράσματα: Συνολικά, τόσο ο ΔΜΣ όσο και η παρουσία ή μη παχυσαρκίας φαίνεται να κατέχει σημαντικό ρόλο σε ορισμένες μόνο μεταβλητές της πορείας των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου και της πρόγνωσης, και σε πολλές περιπτώσεις, διαφορετικές μεταβλητές συσχετίστηκαν με το ΔΜΣ και διαφορετικές μεταβλητές συσχετίστηκαν σημαντικά με την παρουσία ή μη παχυσαρκίας. Σημαντικοί περιορισμοί της έρευνας ήταν το μικρό δείγμα και η μέθοδος δειγματοληψίας.

Λέξεις – κλειδιά: ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, νόσος Crohn, ελκώδης κολίτιδα, παχυσαρκία, δείκτης μάζας σώματος

Abstract

Introduction: Recent studies have shown that obesity is significantly associated with higher rates of recurrence, complications and hospitalization, while other studies have supported that obesity is associated with a better prognosis, such as a reduced risk of hospitalization, surgery and treatment with anti-TNF agents. Nonetheless, to date, there are relatively few studies that have focused on the investigation of the clinical relationship between obesity and idiopathic inflammatory bowel diseases, and many findings are contradictory. In addition, there is a significant lack of data specifically for Greece.

Purpose: The main purpose of the present study is to examine the effect of obesity on the prognosis and course of patients with idiopathic bowel disease in the population of Thessaloniki.

Methodology: The sample consisted of 101 patients with idiopathic inflammatory bowel diseases who were residents of Thessaloniki and was collected by convenience sampling. The data collection tool in the present research was the questionnaire, which included open and closed questions, which can be distinguished into 3 main sections, based on their subject matter; demographic and anthropometric characteristics, clinical characteristics, and course of inflammatory bowel disease and prognosis. The statistical analysis of the data collected in the context of the present research was carried out with the statistical package IBM® SPSS Statistics v23. The survey was voluntary and anonymous, and participants were fully informed about the purpose of the survey and the anonymity.

Results: The sample consisted of 101 patients with idiopathic inflammatory bowel diseases, of which most had Crohn's disease and the 25% were obese. Regarding the area idiopathic inflammatory bowel disease was found, the obese patients presented higher frequency of the perianal disease, whereas the underweight patients presented significantly higher frequency of the disease in the terminal ileum. The disease activity was not significantly associated with the presence or absence of obesity, however, it appeared to be significantly different among the 4 different categories based on BMI, with underweight patients tending to characterize their disease activity as more severe. Regarding the medication, obese patients tended to receive more often antibiotics, corticosteroids, immunomodulators and aminosalicylates. Finally, although BMI was statistically significantly and positively associated with the frequency of hospitalization and the frequency of visits, there was no significant difference between the presence or absence of obesity.

Discussion – Conclusions: Overall, both BMI and the presence or absence of obesity appear to play an important role in only some variables of IBD course and prognosis, and in many cases, different variables were significantly associated with BMI and different variables were associated with the presence or absence of obesity. Significant limitations of the research were the small sample and the sampling method.

Keywords: idiopathic inflammatory bowel diseases, Crohn's disease, ulcerative colitis, obesity, body mass index

Εισαγωγή

Ο όρος «φλεγμονώδης νόσος του εντέρου» αναφέρεται σε μία ομάδα χρόνιων, υποτροπιάζουσων και υποχωρούμενων διαταραχών που χαρακτηρίζονται από χρόνια φλεγμονή του γαστρεντερικού σωλήνα (Bilski et al., 2019). Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου περιλαμβάνουν 2 βασικούς τύπους φλεγμονωδών νόσων: (1) την ελκώδη κολίτιδα (“Ulcerative Colitis”, UC) και (2) τη νόσο του Crohn (“Crohn’s disease”, CD) (Flynn and Eisenstein, 2019; Stojanov et al., 2020).

Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου είναι πιο συχνές στις δυτικές χώρες, ιδίως στη Βόρεια Αμερική και στη Βόρεια Ευρώπη, και ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί η αύξηση της επίπτωσης και του επιπολασμού των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου παράλληλα με την πανδημία της παχυσαρκίας, η οποία θα μπορούσε να αποδοθεί στο δυτικό τρόπο ζωής (Bilski et al., 2019; Flynn and Eisenstein, 2019). Οι διατροφικές αλλαγές που παρατηρούνται ιδιαίτερα συχνά στις σύγχρονες κοινωνίες λόγω του δυτικού τρόπου ζωής περιλαμβάνουν κυρίως την αυξημένη κατανάλωση απλών σακχάρων και υδατανθράκων, την υψηλότερη εξάρτηση από τα επεξεργασμένα τρόφιμα, τη συνολικά αυξημένη κατανάλωση θερμίδων και την αυξημένη εξάρτηση από τα τρόφιμα ζωικής προέλευσης και όχι στα φυτά. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την παθογένεση των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου, αλλά παράλληλα, οδηγούν σε υψηλότερα ποσοστά υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας (Johnson and Loftus, 2021).

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει έναν ολοένα αυξανόμενο επιπολασμό παχυσαρκίας μεταξύ ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, καθώς και μία σημαντική αύξηση στην επίπτωση των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου μεταξύ των παχύσαρκων ατόμων (Moran et al., 2013; Lynn et al., 2018; Bilski et al., 2019). Σε ορισμένες μελέτες, σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, η παχυσαρκία έχει συνδεθεί σημαντικά με υψηλότερα ποσοστά υποτροπής και νοσηλείας, με υψηλότερη συχνότητα περιπρωκτικών επιπλοκών της ελκώδους κολίτιδας, με υψηλότερο κίνδυνο χρήσης κορτικοστεροειδών, καθώς και με πιο σύντομο χρονικό διάστημα έως τη διακοπή απόκρισης στους παράγοντες anti – TNF (Steed et al., 2009; Flores et al., 2015; Johnson et al., 2021). Αντίθετα, άλλα ευρήματα υποστηρίζουν ότι η παχυσαρκία σχετίζεται με καλή πρόγνωση των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου, όπως ο μειωμένος κίνδυνος νοσηλείας, χειρουργικής επέμβασης και θεραπείας με anti - TNF παράγοντες (Moran et al., 2013).

Ωστόσο, μέχρι σήμερα είναι σχετικά περιορισμένες οι μελέτες που έχουν εστιάσει στη διερεύνηση της κλινικής σχέσης της παχυσαρκίας και των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου, και πολλά ευρήματα είναι αντιφατικά μεταξύ τους (Kim et al., 2021). Επιπλέον,

παρατηρείται σημαντική έλλειψη δεδομένων σχετικά με την επίδραση της παχυσαρκίας στην κλινική πορεία και στην πρόγνωση των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου στην Ελλάδα. Στο πλαίσιο αυτό, βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η εξέταση της επίδρασης της παχυσαρκίας στην πρόγνωση και πορεία των ασθενών με ιδιοπαθή νοσήματα του εντέρου στον πληθυσμό της Θεσσαλονίκης.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από 2 βασικά μέρη: το θεωρητικό και το ερευνητικό μέρος. Το θεωρητικό περιλαμβάνει 3 κεφάλαια, όπου παρουσιάζονται κάποιες βασικές πληροφορίες για τις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (κεφάλαιο 1) και τη σχέση των νόσων αυτών με τη διατροφή και την παχυσαρκία (κεφάλαιο 2), και πραγματοποιείται μία ανασκόπηση μελετών των τελευταίων ετών για τη σύνδεση παχυσαρκίας και πορείας ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (κεφάλαιο 3). Ακολούθως, στο ερευνητικό μέρος, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα μίας έρευνας που διεξήχθη στη Θεσσαλονίκη, σε 101 ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, σχετικά με τη σύνδεση της παχυσαρκίας με την πορεία της νόσου και την πρόγνωση.

Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1 Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου

1.1 Ορισμός & Επιδημιολογία

Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου είναι μία ομάδα διαταραχών του εντέρου που χαρακτηρίζεται από ένα σύμπλεγμα φλεγμονωδών αντιδράσεων στο λεπτό και στο παχύ έντερο. Ο όρος «φλεγμονώδης νόσος του εντέρου» αναφέρεται σε μία ομάδα χρόνιων, υποτροπιάζουσων και υποχωρούμενων διαταραχών που χαρακτηρίζονται από χρόνια φλεγμονή του γαστρεντερικού σωλήνα (Bilski et al., 2019). Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου περιλαμβάνουν 2 βασικούς τύπους φλεγμονωδών νόσων: (1) την ελκώδη κολίτιδα (“Ulcerative Colitis”, UC) και (2) τη νόσο του Crohn (“Crohn’s disease”, CD), ενώ ένας λιγότερος συχνός τύπος αποτελεί η ενδιάμεση κολίτιδα (“Indeterminate Colitis”) (Flynn and Eisenstein, 2019; Stojanov et al., 2020).

Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου είναι χρόνιες διαταραχές που προκαλούνται ως συνέπεια της μη ρυθμισμένης ανοσοαπόκρισης στην εντερική δυσβίωση σε γενετικά ευαίσθητα άτομα, με κυμαινόμενες περιόδους μεταξύ της ύφεσης και των υποτροπών (Carreras-Torres et al., 2020). Η νόσος του Crohn και η ελκώδης κολίτιδα, που φαινοτυπικά περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα φλεγμονωδών ασθενειών του εντέρου, έχουν εξαπλωθεί σε μεγάλο βαθμό παγκοσμίως λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής και των διατροφικών συνηθειών κατά τις τελευταίες δεκαετίες (Adolph et al., 2022).

Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου είναι πιο συχνές στις δυτικές χώρες, ιδίως στη Βόρεια Αμερική και στη Βόρεια Ευρώπη. Η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn παρουσιάζουν παρόμοιες κατανομές σε φύλο και ηλικία, ενώ η νόσος του Crohn τείνει να επηρεάζει τους ασθενείς λίγο νωρίτερα στη ζωή τους, σε μέση ηλικία 15 έως 25 ετών, ενώ η ελκώδης κολίτιδα τείνει να πλήττει συχνότερα τα άτομα ηλικίας 25 έως 35 ετών (Flynn and Eisenstein, 2019).

1.2 Ομοιότητες και διαφορές νόσου του Crohn και ελκώδους κολίτιδας

Η νόσος του Crohn είναι παρόμοια με την ελκώδη κολίτιδα, καθώς και οι δύο νόσοι χαρακτηρίζονται ως χρόνιες φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου και προκαλούν πεπτικές διαταραχές και φλεγμονή στο γαστρεντερικό σωλήνα. Και οι δύο αυτές διαταραχές χαρακτηρίζονται από φλεγμονή και ορισμένα από τα κοινά συμπτώματα των δύο διαταραχών αυτών είναι η απώλεια βάρους, η αιμορραγία του ορθού, ο κοιλιακός πόνος και η διάρροια (Seyedian et al., 2019).

Παρά τις ομοιότητες, ωστόσο, υπάρχουν σαφείς διαφορές μεταξύ της νόσου του Crohn και της ελκώδους κολίτιδας (Adolph et al., 2022). Αρχικά, οι δύο αυτές ασθένειες διαφοροποιούνται μεταξύ τους ανάλογα με τη θέση τους: η ελκώδης κολίτιδα προκαλεί ως επί το πλείστον μακροχρόνια φλεγμονή στο κόλον και στο ορθό, ενώ η νόσος του Crohn προκαλεί φλεγμονή σε οποιοδήποτε σημείο κατά μήκος του πεπτικού σωλήνα, αλλά κυρίως στον ειλεό, στο κόλον ή και στα δύο αυτά σημεία (Stojanov et al., 2020). Εκτός από τη σοβαρή επίπτωση που έχει η νόσος του Crohn στο χαμηλότερο μέρος του λεπτού εντέρου, μπορεί να πλήξει επίσης και μέρος του πεπτικού σωλήνα, συμπεριλαμβανομένου του οισοφάγου, του στομάχου, του παχέος εντέρου, ακόμα και του στόματος. Έτσι, η νόσος του Crohn επηρεάζει το στόμα, τον πρωκτό και όλα τα στρώματα του εντέρου, ενώ η ελκώδης κολίτιδα επηρεάζει μόνο το στρώμα της βλεννογόνου του παχέος εντέρου (Seyedian et al., 2019).

Η φλεγμονώδης διαδικασία στη νόσο του Crohn είναι συνήθως ασυνεχής, διατοιχωματική, και περιλαμβάνει όλα τα στρώματα του τοιχώματος του εντέρου, και παρόλο που αρχικά περιγράφηκε ως μία νόσος που περιλαμβάνει μόνο το τελικό τμήμα του ειλεού, στην πραγματικότητα, θα μπορούσε να επηρεάσει ολόκληρο το πεπτικό σωλήνα, από το στόμα μέχρι και τον πρωκτό. Αντιθέτως, η φλεγμονώδης διαδικασία της ελκώδους κολίτιδας είναι συνεχής αλλά περιορίζεται στη βλεννογόνο και στην επιφανειακή υποβλεννογόνο, και θα μπορούσε να περιλαμβάνει μόνο το κόλον. Άλλα χαρακτηριστικά στοιχεία που είναι πιο συχνά στην περίπτωση της νόσου Crohn, σε σύγκριση με την ελκώδη κολίτιδα, είναι η υπερτροφία του μεσεντέριου λευκού λιπώδους ιστού, η αλλοιωμένη σύσταση του σώματος και η ανορεξία. Ιδίως το μεσεντέριο λίπος θεωρείται χαρακτηριστικό γνώρισμα της νόσου του Crohn και σταθερό σύμπτωμα της νόσου (Adolph et al., 2022).

1.3 Συμπτώματα & Επιπλοκές

Σε αντίθεση με άλλες φλεγμονώδεις νόσους, οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου δεν μπορούν να κατασταλούν εύκολα και το ανοσοποιητικό σύστημα διεγείρεται, με αποτέλεσμα να καταστρέφεται το έντερο. Συχνά κοινά συμπτώματα των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου είναι η απώλεια βάρους, η

αιμορραγία του ορθού, ο κοιλιακός πόνος και η διάρροια (Seyedian et al., 2019). Τα συμπτώματα των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου μπορούν να κυμανθούν από ήπια έως σοβαρά και μπορεί να απειλήσουν ακόμα και την ίδια τη ζωή του ασθενούς. Συχνός επίσης φαίνεται να είναι ο υποσιτισμός, ιδίως μεταξύ των ασθενών με νόσο του Crohn, επειδή το λεπτό έντερο είναι υπεύθυνο για την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών και η νόσος του Crohn καταστρέφει το λεπτό έντερο (Seyedian et al., 2019).

Περισσότεροι από το 1/3 των ασθενών με νόσο του Crohn έχουν περιπρωκτική προσβολή με τις πιο συχνές εκδηλώσεις να είναι τα αποστήματα, τα συρίγγια και τα δερματικά εξανθήματα. Ο φαινότυπος αυτός είναι γενικά μία πιο επιθετική μορφή της νόσου, με αποτέλεσμα να απαιτεί συχνά διαφορετικές ιατρικές και χειρουργικές επεμβάσεις. Επιπλέον, στη νόσο του Crohn, συχνά είναι και τα συστηματικά συμπτώματα, όπως η κόπωση που είναι συχνό αποτέλεσμα της συνεχιζόμενης φλεγμονής και της δυσαπορρόφησης, και ο πυρετός (Flynn and Eisenstein, 2019).

Η ελκώδης κολίτιδα σχετίζεται με σοβαρό κοιλιακό πόνο και διάρροια, και παρουσιάζει υψηλό κίνδυνο αιμορραγίας σε ορισμένες περιπτώσεις. Η αιμορραγία του εντέρου είναι λιγότερο συχνή στη νόσο του Crohn, ενώ είναι πιο συχνή στην ελκώδη κολίτιδα. Επιπλέον, παρατηρείται συχνή έλλειψη βιταμίνης D και φυλλικού οξέος μεταξύ των ασθενών με νόσο του Crohn και έλλειψη σιδήρου μεταξύ των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα (Seyedian et al., 2019).

Οι κλινικές εκδηλώσεις και επιπλοκές των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου είναι πολυάριθμες και αφορούν διάφορα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Συγκεκριμένα, παρατηρούνται δερματολογικές εκδηλώσεις σε σημαντικό μέρος των ασθενών, ρευματολογικές εκδηλώσεις, όπως η σπονδυλίτιδα και η περιφερική αρθρίτιδα, νεφρικές επιπτώσεις, όπως η νεφρολιθίαση, οφθαλμολογικές επιπτώσεις, οστικές επιπτώσεις, όπως η οστεοπόρωση, και καρδιαγγειακές επιπτώσεις, όπως η μυοκαρδίτιδα και η ενδοκαρδίτιδα (Flynn and Eisenstein, 2019). Τέλος, οι ασθενείς με φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου, ο οποίος πιθανώς να σχετίζεται με τις συνέπειες της χρόνιας φλεγμονής του εντέρου (Stidham and Higgins, 2018).

1.4 Παράγοντες κινδύνου

Τα αίτια ανάπτυξης των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου είναι άγνωστα μέχρι σήμερα, ωστόσο, έχουν προσδιοριστεί ποικίλοι περιβαλλοντικοί, γενετικοί και σχετιζόμενοι με τον ξενιστή παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη φλεγμονής στο έντερο. Με τη διεξαγωγή μελετών σε δίδυμα αδέρφια και συγγενείς πρώτου βαθμού, έχουν εντοπιστεί περισσότερες από 201 γενετικές μεταλλάξεις που

συνδέονται με την ανάπτυξη φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, εκ των οποίων άλλοι πολυμορφισμοί σχετίζονται μόνο με τη νόσο του Crohn, άλλοι πολυμορφισμοί συνδέονται αποκλειστικά με την ελκώδη κολίτιδα και άλλοι πολυμορφισμοί σχετίζονται και με τις δύο αυτές διαταραχές (Flynn and Eisenstein, 2019).

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι επίσης υπεύθυνοι σε μεγάλο βαθμό για την ανάπτυξη των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου, με κυριότερους τους διατροφικούς παράγοντες, και ιδίως τις διατροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε επεξεργασμένα κρέατα και σε κορεσμένα λίπη. Αντίθετα, οι διατροφές που έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε διαιτητικές ίνες μειώνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης φλεγμονωδών νόσων του εντέρου. Εκτός από τη διατροφή, σημαντικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι η έλλειψη σωματικής άσκησης και η φαρμακευτική αγωγή που διαταράσσει το μικροβίωμα του ξενιστή, όπως είναι οι στατίνες, τα αντισυλληπτικά, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και τα αντιβιοτικά (Flynn and Eisenstein, 2019).

1.5 Παθογένεση

Παρά τη σημαντική πρόοδο που έχει σημειωθεί τα τελευταία χρόνια, η ακριβής αιτιολογία των ανοσολογικών αυτών διαταραχών δεν είναι σαφής μέχρι σήμερα. Μία από τις θεωρίες που επικρατούν προτείνει ότι η ανάπτυξη της ελκώδους κολίτιδας ή της νόσου του Crohn μπορεί να προκύψει από μία απορρυθμισμένη ανοσολογική απόκριση του βλεννογόνου σε βακτηριακά συστατικά, όπως ο λιποπολυσακχαρίτης (Adolph et al., 2022). Σε κάθε περίπτωση, βάσει των σχετικών ερευνητικών δεδομένων, κρίσιμο ρόλο στην έναρξη και στην εξέλιξη των φλεγμονωδών νόσων κατέχει η μικροχλωρίδα του εντέρου (Stojanov et al., 2020; Adolph et al., 2022). Αναλυτικότερα, συγκεκριμένα βακτηριακά είδη του εντέρου προσκολλώνται στη βλεννογόνο του εντέρου και εισβάλλουν στα επιθηλιακά κύτταρα του βλεννογόνου, με αποτέλεσμα μία φλεγμονώδη απόκριση που προκαλείται από την παραγωγή του παράγοντα νέκρωσης όγκου α ("Tumor Necrosis Factor - α ", TNF - α) από μονοκύτταρα και μακροφάγα. Ο παράγοντας TNF - α κατέχει σημαντικό ρόλο σε ποικίλες ανοσορρυθμιστικές αντιδράσεις και σχετίζεται με τις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου μέσω της επαγωγής της κυτταρικής απόπτωσης και της νεκρόπτωσης, ενώ, αντίθετα, η αναστολή του παράγοντα αυτού μπορεί να βελτιώσει την υγεία των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (Stojanov et al., 2020).

1.6 Διάγνωση & Διαχείριση

Το 1/3 περίπου των ασθενών με φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου παρουσιάζουν διφορούμενη διάγνωση, και για το λόγο αυτό, είναι εξαιρετικά σημαντική η ύπαρξη εργαλείων ανίχνευσης των εν λόγω διαταραχών με υψηλή ακρίβεια και εξειδίκευση (M'Koma, 2022). Τις τελευταίες 2 δεκαετίες, έχουν σημειωθεί σημαντικές πρόοδοι στην έρευνα για τη μοριακή διάγνωση και τη χειρουργική διαχείριση των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου και σήμερα, υπάρχουν συγκεκριμένες, καθιερωμένες οδηγίες για τη διάγνωση των εν λόγω διαταραχών, οι οποίες περιλαμβάνουν τις διεθνείς συστάσεις για τη χρήση των εργαλείων και μεθόδων κλινικής πρακτικής (Williams et al., 2017; Shen et al., 2020; M'Koma, 2022). Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος διάγνωσης και διαχείρισης των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου είναι η ενδοσκόπηση, ενώ σημαντικό ρόλο κατέχουν επίσης οι διάφορες τεχνικές απεικόνισης. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι οι μέθοδοι αυτοί, παρόλο που είναι αποτελεσματικές, είναι επίσης ακριβές και επεμβατικές και οδηγούν σε δυσφορία και πόνο. Για το λόγο αυτό, τα τελευταία χρόνια διερευνώνται οι μη επεμβατικοί βιοδείκτες ως εργαλείο πρόγνωσης και διαχείρισης των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου. Η εύρεση αποτελεσματικών βιοδεικτών είναι εξαιρετικά σημαντική για τη μείωση της δυσφορίας και της νοσηρότητας των ασθενών (Liu et al., 2022).

Κεφάλαιο 2

2.1 Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία είναι ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας που αυξάνεται σε παγκόσμια κλίμακα λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής. Ο επιπολασμός των υπέρβαρων και των παχύσαρκων ατόμων τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες έχει αυξηθεί δραματικά και η παχυσαρκία θεωρείται σήμερα ως μία παγκόσμια πανδημία (Bilski et al., 2019). Πράγματι, πάνω από 2,1 δισεκατομμύρια ενήλικα άτομα παγκοσμίως είναι σήμερα υπέρβαροι και τα 600 εκατομμύρια περίπου από αυτά πληρούν τα κριτήρια για την παχυσαρκία, ενώ μέχρι το έτος 2030, υπολογίζεται ότι το 38% του ενήλικου πληθυσμού παγκοσμίως θα είναι υπέρβαροι και το 20% του πληθυσμού αυτού θα είναι παχύσαρκοι (Singh et al., 2020; Stojanov et al., 2020).

Η αναγνώριση της παχυσαρκίας βασίζεται πολλές φορές στο Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) (“Body Mass Index”, BMI). Ο ΔΜΣ ορίζεται ως «το βάρος ενός ατόμου σε κιλά διαιρεμένο με το τετράγωνο του ύψους του σε μέτρα» (Magesh and Shankar, 2020). Βάσει των διαφορετικών τιμών του ΔΜΣ, οι άνθρωποι μπορούν να διακριθούν στις ακόλουθες κατηγορίες (Kivimäki et al., 2022):

- ✚ Λιποβαρείς ($\Delta\text{Μ}\Sigma < 18,5 \text{ Kg} / \text{m}^2$)
- ✚ Φυσιολογικού βάρους ($\Delta\text{Μ}\Sigma = 18,5 \text{ έως και } 24,9 \text{ Kg} / \text{m}^2$)
- ✚ Υπέρβαροι ($\Delta\text{Μ}\Sigma = 25 \text{ έως και } 29,9 \text{ Kg} / \text{m}^2$)
- ✚ Παχύσαρκοι ($\Delta\text{Μ}\Sigma \geq 30 \text{ Kg} / \text{m}^2$)

Η αιτιολογία της παχυσαρκίας ποικίλλει σημαντικά καθώς πολλοί είναι οι παράγοντες που κατέχουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξή της (Stojanov et al., 2020).

2.2 Παχυσαρκία και φλεγμονώδεις νόσοι

Παρόλο που δεν είναι γνωστή η ακριβής αιτιολογία των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου, έχει δειχθεί η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στη διατροφή, στη σύνθεση του ανθρώπινου μικροβιώματος και στην ανάπτυξη των συγκεκριμένων διαταραχών του εντέρου (Bilski et al., 2019; Ho et al., 2019). Ιδιαίτερα ενδιαφέρον γεγονός αποτελεί η αύξηση της επίπτωσης και του επιπολασμού των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου παράλληλα με την πανδημία της παχυσαρκίας. Η αύξηση αυτή του επιπολασμού και της επίπτωσης των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου έχει σημαντική επίδραση στους πόρους φροντίδας υγείας και θα μπορούσε να συνδεθεί με τις μεταβολές στον τρόπο ζωής των ανθρώπων, όπως η επανομαζόμενη «δυτική διατροφή», η οποία είναι πλούσια σε ζωικό λίπος και

πτωχή σε διαιτητικές ίνες, και η ανεπαρκής σωματική δραστηριότητα (Bilski et al., 2019). Πράγματι, τα τελευταία χρόνια, οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου έχουν αυξηθεί σημαντικά σε επιπολασμό ακόμα και σε περιοχές με προηγουμένως χαμηλή επίπτωση, όπως η Ασία, και έχει υποτεθεί ότι αυτό οφείλεται στη «δυτικοποίηση» της τοπικής διατροφής, με αύξηση της κατανάλωσης τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λίπη, πρωτεΐνες, πρόσθετα και γλυκαντικές ουσίες (Singh and Bernstein, 2022).

Πολλοί εξωτερικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να συμβάλουν στη δυσβίωση του εντέρου, μειώνοντας την ποικιλότητα του μικροβιώματος ή εισάγοντας μη κοινούς μικροοργανισμούς σε αυτό, και προκαλούν μεταβολή της ακεραιότητας του επιθηλιακού φραγμού και αλλοιωμένη ανοσολογική απόκριση. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου που έχουν συνδεθεί με τη δυσβίωση του εντέρου και την ανάπτυξη φλεγμονωδών νόσων του εντέρου είναι ποικίλοι και περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τον δυτικό τύπο διατροφής, τη σωματική αδράνεια, την παχυσαρκία και το κάπνισμα (Carreras-Torres et al., 2020). Οι διατροφικές αλλαγές που παρατηρούνται ιδιαίτερα συχνά στις σύγχρονες κοινωνίες λόγω του δυτικού τρόπου ζωής περιλαμβάνουν κυρίως την αυξημένη κατανάλωση απλών σακχάρων και υδατανθράκων, την υψηλότερη εξάρτηση από τα επεξεργασμένα τρόφιμα, τη συνολικά αυξημένη κατανάλωση θερμίδων και την αυξημένη εξάρτηση από τα τρόφιμα ζωικής προέλευσης και όχι στα φυτά. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την παθογένεση των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου, αλλά παράλληλα, οδηγούν σε υψηλότερα ποσοστά υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας (Johnson and Loftus, 2021).

Η υπερβολική πρόσληψη συγκεκριμένων μακροθρεπτικών συστατικών σε μία δυτική δίαιτα οδηγεί σε μία φλεγμονώδη απόκριση στο έντερο, μέσω της εκμετάλλευσης των αισθητήρων έμφυτης ανοσίας, και σε διαταραχές του μικροβιακού μεταβολισμού του εντέρου. Ο γενετικός κίνδυνος για φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου επηρεάζει εν μέρει το μεταβολισμό και τη σηματοδότηση του στρες της έμφυτης ανοσίας, ενώ ο ανοσομεταβολισμός ελέγχει την ευαισθησία στη φλεγμονή του εντέρου. Έτσι, σύμφωνα με σχετικές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες, συγκεκριμένα συστατικά στη δυτική διατροφή αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης φλεγμονώδους νόσου του εντέρου και τον κίνδυνο πιο πτωχής εξέλιξης της νόσου αυτής (Adolph et al., 2022). Συγκεκριμένα, η υψηλότερη κατανάλωση υπερεπεξεργασμένων τροφίμων (5 μερίδες ανά ημέρα και άνω) έχει συσχετιστεί με υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (Narula et al., 2021), ενώ η σύνδεση μεταξύ της δυτικής ή ανθυγιεινής διατροφής με την ανάπτυξη των ιδιοπαθών νοσημάτων του εντέρου έχει παρατηρηθεί σε ζωικές μελέτες, όπου η χορήγηση πρόσθετων τροφίμων σε ποντίκια βρέθηκε ότι οδηγεί σε επαγωγή στρες και ακολούθως, σε αύξηση της ευαισθησίας στην ανάπτυξη κολίτιδας (Laudisi et al., 2019).

Δεδομένης της αύξησης του επιπολασμού τόσο της παχυσαρκίας όσο και των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου, καθώς και της αλληλεπίδρασης μεταξύ των παραγόντων κινδύνου που είναι κοινοί και για τις δύο αυτές καταστάσεις, συχνά επισημαίνεται η πιθανότητα ύπαρξης επιδημιολογικής αλληλεπίδρασης μεταξύ της παχυσαρκίας και των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου. Η απώλεια βάρους και ο χαμηλός δείκτης μάζας σώματος ανέκαθεν θεωρούνταν χαρακτηριστικά των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου, τα οποία ήταν πιο συχνά και σοβαρά μεταξύ των ασθενών με νόσο του Crohn, σε σύγκριση με τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (Bilski et al., 2019). Συγκεκριμένα, παλαιότερα, οι ασθενείς με φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου θεωρούνταν υποσιτισμένοι, με αποτέλεσμα το υπερβολικό βάρος να είναι ένα σχετικά σπάνιο χαρακτηριστικό μεταξύ τους, είτε κατά την έναρξη είτε κατά την εξέλιξη της νόσου. Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει έναν ολόένα αυξανόμενο επιπολασμό παχυσαρκίας μεταξύ ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, καθώς και μία σημαντική αύξηση στην επίπτωση των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου μεταξύ των παχύσαρκων ατόμων (Moran et al., 2013; Lynn et al., 2018; Bilski et al., 2019). Έτσι, πλέον υπολογίζεται ότι το 15% έως 40% των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου είναι παχύσαρκοι, και πάνω από το 40% των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (Dragasevic et al., 2020; Johnson and Loftus, 2021).

Σε ορισμένες μελέτες, σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, η παχυσαρκία έχει συνδεθεί σημαντικά με υψηλότερα ποσοστά υποτροπής και νοσηλείας, με υψηλότερη συχνότητα περιπρωκτικών επιπλοκών της ελκώδους κολίτιδας, με υψηλότερο κίνδυνο χρήσης κορτικοστεροειδών, καθώς και με πιο σύντομο χρονικό διάστημα έως τη διακοπή απόκρισης στους παράγοντες anti – TNF (Steed et al., 2009; Flores et al., 2015; Johnson et al., 2021). Αντίθετα, άλλα ευρήματα υποστηρίζουν ότι η παχυσαρκία σχετίζεται με καλή πρόγνωση των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου, όπως ο μειωμένος κίνδυνος νοσηλείας, χειρουργικής επέμβασης και θεραπείας με anti - TNF παράγοντες (Moran et al., 2013).

Η παχυσαρκία είναι ικανή επίσης να επηρεάσει αρνητικά την πορεία της νόσου σε άλλες φλεγμονώδεις ή αυτοάνοσες διαταραχές, όπως είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η ψωρίαση, γεγονός που ενισχύει την υπόθεση σημαντικής επίδρασης της παχυσαρκίας στις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (Snekvik et al., 2017; Bilski et al., 2019; Johnson and Loftus, 2021). Μάλιστα, σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, η παχυσαρκία, το μεταβολικό σύνδρομο και η δυσλιπιδαιμία μπορούν να είναι σημαντικές καταστάσεις για την παθογένεση των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου, και η σχέση αυτή μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τις θεραπευτικές προσεγγίσεις και τις στρατηγικές πρόληψης μεταξύ των ατόμων υψηλού κινδύνου (Dragasevic et al., 2020).

Παρά τον αυξημένο επιπολασμό της παχυσαρκίας μεταξύ ασθενών με φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου και παρόλο που η παχυσαρκία φαίνεται να σχετίζεται ποικιλοτρόπως ακόμα και με την

ανταπόκριση στη θεραπεία των ασθενών με φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, ο παθομηχανισμός με τον οποίο η παχυσαρκία μπορεί να επηρεάσει την έναρξη και την εξέλιξη των νόσων αυτών παραμένει άγνωστος μέχρι σήμερα (Bilski et al., 2019; Gu et al., 2022). Σήμερα, αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ότι η παχυσαρκία αντιπροσωπεύει μία φλεγμονώδη κατάσταση χαμηλού βαθμού και θεωρείται ένας παράγοντας κινδύνου για διάφορες ανεπιθύμητες καταστάσεις μεταξύ ασθενών με άλλες χρόνιες φλεγμονώδεις διαταραχές. Παρόλο που παλαιότερα θεωρούνταν ότι ο λιπώδης ιστός ήταν απλώς μία αδρανής αποθήκη λίπους, πλέον εκτιμάται ότι εξυπηρετεί ως ένα ενεργό ενδοκρινές όργανο που παράγει ένα μεγάλο πλήθος κυτοκινών, τις αδιποκίνες, ορισμένες από τις οποίες είναι προφλεγμονώδεις παράγοντες, όπως είναι η ιντερλευκίνη 6 και ο παράγοντας νέκρωσης όγκου (TNF), και άλλες εκ των οποίων είναι αντιφλεγμονώδεις, όπως είναι η αδιπονεκτίνη. Οι διαφορετικές μορφές της λιπώδους κατάστασης του ατόμου παρέχει μοναδικά βιοχημικά προφίλ και έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι η υπερέκφραση των διάφορων αδιποκινών στο σπλαχνικό λίπος των παχύσαρκων ατόμων με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου μπορεί να ενισχύει τον καταρράκτη της φλεγμονής (Johnson and Loftus, 2021).

Κεφάλαιο 3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση πρόσφατων μελετών που εστίασαν στη σύνδεση της παχυσαρκίας με την ανάπτυξη, την πρόγνωση και την εξέλιξη των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου

Στον παρόν κεφάλαιο, παρουσιάζονται συνοπτικά τα ευρήματα ορισμένων πρόσφατων ερευνών που εστίασαν στη σύνδεση της παχυσαρκίας με την ανάπτυξη, την πρόγνωση και την εξέλιξη των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου.

Αρχικά, στη μελέτη των Singh et al. (2018), διερευνήθηκε το εάν η παχυσαρκία μπορεί να επηρεάσει το φυσικό ιστορικό των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου με τη χρήση ατομικών δεδομένων ατόμων που συμμετείχαν σε 4 διαφορετικές placebo - ελεγχόμενες μελέτες. Το συνολικό δείγμα που εξετάστηκε αποτελούνταν από 575 ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου που δέχθηκαν placebo θεραπεία για το infliximab που κατηγοριοποιήθηκαν σε τεταρτημόρια βάσει του δείκτη μάζας σώματος ή του σωματικού βάρους (Singh et al., 2018). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, η παχυσαρκία δε συσχετίστηκε σημαντικά με την πιθανότητα επίτευξης κλινικής ύφεσης, ύφεσης επούλωσης της βλεννογόνου ή κλινικής απόκρισης. Ως εκ τούτου, η παχυσαρκία δε φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τα βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα κλινικά αποτελέσματα των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (Singh et al., 2018).

Ο βασικός σκοπός της αναδρομικής μελέτης των Pavelock et al. (2019) ήταν η εξέταση της αλληλεπίδρασης μεταξύ των προφλεγμονωδών καταστάσεων της παχυσαρκίας και της πορείας των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου. Το δείγμα της εν λόγω μελέτης αποτελούνταν από 55 ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, οι οποίοι παρακολούθησαν αναδρομικά σε διάστημα 5 ετών, από το 2012 έως και το 2017, και καταγράφηκαν για εκείνους διάφορα κλινικά στοιχεία, όπως η νοσηλεία, ο αριθμός των κλινικών επισκέψεων και οι κλιμακώσεις στη θεραπεία. Στη συνέχεια, οι ασθενείς διαχωρίστηκαν σε 3 διαφορετικές ομάδες βάσει του αρχικού τους σωματικού βάρους, σε φυσιολογικού βάρους άτομα, σε υπέρβαρους και σε παχύσαρκους, και συγκρίθηκαν τα κλινικά αυτά στοιχεία μεταξύ των 3 ομάδων (Pavelock et al., 2019). Βάσει των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την έρευνα, παρατηρήθηκε μία αυξητική τάση στα κλινικά αποτελέσματα καθώς αυξανόταν το σωματικό βάρος, και υπήρξε μία στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το μέσο αριθμό των νοσηλείων και ως προς το μέσο αριθμό των κλινικών επισκέψεων μεταξύ των παχύσαρκων ατόμων και των φυσιολογικού βάρους ασθενών. Συνεπώς, η παχυσαρκία φαίνεται πως επηρεάζει το φορτίο και τη θεραπεία της εντερικής φλεγμονώδους νόσου (Pavelock et al., 2019).

Οι Losurdo et al. (2020) διεξήγαγαν μία μελέτη ασθενών - μαρτύρων με σκοπό την εκτίμηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας και των σχετικών με αυτήν παραγόντων μεταξύ ασθενών με φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου. Για το σκοπό αυτό, συγκεντρώθηκαν 807 ασθενείς με νόσο του Crohn ή ελκώδη κολίτιδα και 378 υγιή άτομα, στα οποία λήφθηκαν πληροφορίες σχετικά με την παχυσαρκία και το δείκτη μάζας σώματος, το πρότυπο και τη δραστηριότητα της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, τη φαρμακευτική αγωγή και διάφορες τιμές εργαστηριακών εξετάσεων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο επιπολασμός της παχυσαρκίας ήταν ίσος με 7,9% μεταξύ των υγιών ατόμων και 6,9% μεταξύ των ατόμων με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική διαφορά ως προς τον επιπολασμό της υπέρτασης και του σακχαρώδη διαβήτη μεταξύ των παχύσαρκων υγιών ατόμων και των παχύσαρκων ατόμων με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (Losurdo et al., 2020). Σημαντική διαφορά εντοπίστηκε ως προς την ηλικία έναρξης της φλεγμονώδους νόσου, με τα παχύσαρκα άτομα να εμφανίζουν τη νόσο σε μικρότερη ηλικία, ενώ αντίθετα, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά ως προς την εξέλιξη της νόσου. Σε επίπεδο φαρμακευτικής αγωγής, τα παχύσαρκα άτομα καταλάβαιναν πιο συχνά στεροειδή και αντιβιοτικά, και οι παχύσαρκοι ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου υπέφεραν πιο συχνά από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αρτηριακή υπέρταση και μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος ("Non - alcoholic fatty liver disease", NAFLD), ενώ η δραστηριότητα της νόσου ήταν παρόμοια μεταξύ παχύσαρκων και μη ατόμων με ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn. Τέλος, η υψηλή κοιλιακή περιφέρεια φάνηκε να συνδέεται ανεξάρτητα με την παχυσαρκία στη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Συνολικά, βάσει της εν λόγω μελέτης, οι ασθενείς με παχυσαρκία και φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, είτε πρόκειται για τη νόσο του Crohn είτε για την ελκώδη κολίτιδα, φαίνεται να παρουσιάζουν παρόμοια χαρακτηριστικά με το γενικό παχύσαρκο πληθυσμό και δεν παρατηρήθηκε κάποιος ειδικός για τη νόσο παράγοντας που να ενισχύει την παχυσαρκία μεταξύ των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (Losurdo et al., 2020).

Ο κύριος σκοπός της μελέτης κοόρτης των Singh et al. (2021) ήταν η εξέταση της σχέσης ανάμεσα στην παχυσαρκία και στον κίνδυνο σοβαρών λοιμώξεων των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου που λάμβαναν βιολογικούς παράγοντες. Το δείγμα αποτελούνταν από 5.987 ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου που λάμβαναν βιολογική θεραπεία, κυρίως με ανταγωνιστές TNF α και δευτερευόντως, με βεδολιζουμάμπη, οι οποίοι διαχωρίστηκαν μεταξύ παχύσαρκων και μη παχύσαρκων ατόμων, και μεταξύ των δύο αυτών κατηγοριών, συγκρίθηκε ο κίνδυνος ανάπτυξης λοιμώξεων υψηλής σοβαρότητας. Από το σύνολο το 5.987 ασθενών του δείγματος, το 8,8% ήταν παχύσαρκοι (524 ασθενείς), και οι 520 ασθενείς ανέπτυξαν σοβαρές λοιμώξεις που χρειάστηκαν νοσηλεία (Singh et al., 2021). Ο κίνδυνος ανάπτυξης σοβαρής λοίμωξης ήταν παρόμοιος μεταξύ των παχύσαρκων και των μη παχύσαρκων ασθενών του δείγματος, και ύστερα από προσαρμογή σε διάφορους παράγοντες, όπως τα χαρακτηριστικά της νόσου, η ηλικία, η χρήση κορτικοστεροειδών, η χρήση φροντίδας υγείας και οι συννοσηρότητες, η παχυσαρκία δε συσχετίστηκε

σημαντικά με αυξημένο κίνδυνο σοβαρής λοίμωξης. Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς τον κίνδυνο ανάπτυξης σοβαρών λοιμώξεων που χρήζουν νοσηλείας μεταξύ των διαφορετικών φαινοτύπων της ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (νόσος του Crohn, ελκώδης κολίτιδα) και μεταξύ της διαφορετικής βιολογικής θεραπείας (ανταγωνιστές TNF α, βεδολιζουμάμπη). Συνολικά, λοιπόν, φαίνεται πως η παχυσαρκία δε σχετίζεται ανεξάρτητα με αυξημένο κίνδυνο σοβαρής λοίμωξης μεταξύ ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου που λαμβάνουν βιολογική θεραπεία (Singh et al., 2021).

Οι Weissman et al. (2021) διεξήγαγαν μία πληθυσμιακή μελέτη στις ΗΠΑ με σκοπό την εξέταση των επιδράσεων της παχυσαρκίας στην έκβαση των νοσηλευόμενων ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 143.190 ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, οι οποίοι διακρίθηκαν σε παχύσαρκους και μη παχύσαρκους, και συγκρίθηκαν οι διαφορές των δύο κατηγοριών ατόμων ως προς τη θνησιμότητα, την επανεισαγωγή στο νοσοκομείο και ως προς άλλα μέτρα έκβασης που σχετίζονται με τη νοσηλεία. Στο συνολικό δείγμα των ασθενών, το 9,1% βρέθηκαν να είναι παχύσαρκοι, και η παχυσαρκία συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά και ανεξάρτητα με την υψηλότερη επανεισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο σε χρονικό διάστημα 30 ημερών και σε χρονικό διάστημα 90 ημερών, σε σύγκριση με τους μη παχύσαρκους ασθενείς, καθώς και με μεγαλύτερης διάρκειας εισαγωγή και με μεγαλύτερο κόστος νοσηλείας (Weissman et al., 2021). Αντίθετα, παρατηρήθηκε παρόμοιος κίνδυνος θνησιμότητας κατά την εισαγωγή ή την επανεισαγωγή μεταξύ των παχύσαρκων και μη παχύσαρκων ασθενών, και η παχυσαρκία δεν επηρέασε σημαντικά τον κίνδυνο απόφραξης του εντέρου ή χειρουργικής επέμβασης στο έντερο. Τέλος, σε σύγκριση με τις αρχικές εισαγωγές των ασθενών στο νοσοκομείο, οι επανεισαγωγές συνδέθηκαν με υψηλότερα ποσοστά απόφραξης του εντέρου, χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης και θνησιμότητας. Συνολικά, βάσει της εν λόγω έρευνας, η παχυσαρκία σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου σχετίζεται με αυξημένη πρώιμη επανεισαγωγή στο νοσοκομείο, λόγω υψηλότερης επιβάρυνσης της νόσου, παρά την προσαρμογή της θεραπείας στο βάρος του ασθενούς, και ως εκ τούτου, απαιτείται πρόληψη της παχυσαρκίας κατά τη θεραπεία της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου με στόχο τη μείωση της επαναλαμβανόμενης νοσηλείας και της επιβάρυνσης της υγειονομικής περίθαλψης (Weissman et al., 2021).

Οι Kim et al. (2021) διεξήγαγαν μία αναδρομική μελέτη κοόρτης με σκοπό την εξέταση των κλινικών χαρακτηριστικών της εντερικής φλεγμονώδους νόσου των ασθενών με παχυσαρκία. Αναλυτικότερα, συγκεντρώθηκε ένα δείγμα 6.803 ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου από την Κορέα, μεταξύ των οποίων εντοπίστηκαν 57 ασθενείς με παχυσαρκία (30 ασθενείς με νόσο του Crohn και 27 ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα), και οι ασθενείς αυτοί συγκρίθηκαν ως προς την κλινική τους πορεία και την πρόγνωση με τα αντίστοιχα μίας ομάδας ασθενών χωρίς παχυσαρκία (64

ασθενών με νόσο του Crohn και 108 ασθενών με ελκώδη κολίτιδα) (Kim et al., 2021). Βάσει των αποτελεσμάτων, δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές ως προς τον κίνδυνο χρήσης στεροειδών, θεραπείας με παράγοντα TNF και ανοσορρυθμιστών, καθώς και ως προς τον κίνδυνο εκτομής του εντέρου μεταξύ των ασθενών με παχυσαρκία και εκείνων χωρίς παχυσαρκία, τόσο στην περίπτωση της νόσου Crohn όσο και στην περίπτωση της ελκώδους κολίτιδας. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι οι λιποβαρείς ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα παρουσίασαν υψηλότερη αθροιστική πιθανότητα χρήσης στεροειδών, υψηλότερο κίνδυνο λήψης κολεκτομής και υψηλότερη ανάγκη ανοσορρυθμιστών σε σύγκριση με τους παχύσαρκους ασθενείς. Συνεπώς, οι ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου και παχυσαρκία δε φαίνεται να παρουσιάζουν σημαντικά διαφορετικά κλινικά χαρακτηριστικά από τους μη παχύσαρκους ασθενείς (Kim et al., 2021).

Στη μεγάλη, πολυκεντρική μελέτη κοόρτης των Gu et al. (2022), διερευνήθηκε η συσχέτιση ανάμεσα στην παχυσαρκία και στον κίνδυνο νοσηλείας, χειρουργικής επέμβασης ή σοβαρών λοιμώξεων σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου που ήταν νέοι χρήστες βιολογικών παραγόντων. Το δείγμα αποτελούνταν από 3.038 ασθενείς με φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, με κυριότερη τη νόσο του Crohn (69%), που νοσηλεύονταν σε 5 συστήματα υγείας στην Καλιφόρνια και δέχονταν θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες, με κυριότερους τους TNF-α ανταγωνιστές (76%). Οι ασθενείς αυτοί του δείγματος διαχωρίστηκαν μεταξύ τους βάσει του ΔΜΣ σε φυσιολογικού βάρους άτομα, σε υπέρβαρους και σε παχύσαρκους, και συγκρίθηκαν τα διάφορα μέτρα έκβασης (κίνδυνος νοσηλείας όλων των αιτιών, σοβαρές λοιμώξεις, χειρουργική επέμβαση σχετική με τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, κ.α.) μεταξύ των επιμέρους αυτών ομάδων (Gu et al., 2022). Βάσει των αποτελεσμάτων της εν λόγω μελέτης, το 28,2% των ασθενών ήταν υπέρβαροι και το 13,7% ήταν παχύσαρκοι, ενώ οι υπόλοιποι συμμετέχοντες ήταν φυσιολογικού βάρους. Ύστερα από την έναρξη λήψης των βιολογικών παραγόντων, η παχυσαρκία δε συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με αυξημένο κίνδυνο νοσηλείας, με τις σοβαρές λοιμώξεις και με τη χειρουργική επέμβαση που σχετίζονταν με τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, ενώ έλλειψη σημαντικής συσχέτισης εξακολούθησε να παρατηρείται ύστερα από στρωματοποιημένη ανάλυση ανά φαινότυπο νόσου (νόσος Crohn έναντι ελκώδους κολίτιδας) και ανά βιολογική θεραπεία (λήψη ή μη ανταγωνιστών TNF α). Συνεπώς, φαίνεται πως η παχυσαρκία δε σχετίζεται σημαντικά με τη νοσηλεία, τις σοβαρές λοιμώξεις ή τη χειρουργική επέμβαση των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (Gu et al., 2022).

Ο βασικός σκοπός της συγχρονικής μελέτης των Bacha et al. (2023) ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τους υπέρβαρους και τους παχύσαρκους ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, συμπεριλαμβανομένης της αναπηρίας που σχετίζεται με τις διαταραχές αυτές. Το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης αποτελούνταν από 1704 ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του

εντέρου, για τους οποίους εξετάστηκαν διάφοροι παράγοντες που σχετίζονταν με το υπερβολικό σωματικό βάρος και την παχυσαρκία (Bacha et al., 2023). Βάσει των αποτελεσμάτων της εν λόγω έρευνας, ο επιπολασμός του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας ήταν ίσος με 24,1% και 12,2%, αντίστοιχα. Το να είναι κανείς υπέρβαρος συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την ηλικία, το αρσενικό φύλο και την εικόνα του σώματος, ενώ η παχυσαρκία συσχετίστηκε σημαντικά με την εικόνα του σώματος, τον πόνο στις αρθρώσεις και την ηλικία. Συνεπώς, ο αυξανόμενος επιπολασμός του αυξημένου σωματικού βάρους και της παχυσαρκίας μεταξύ ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου σχετίζεται σημαντικά με την πιο πτωχή εικόνα σώματος και με την ηλικία (Bacha et al., 2023).

Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 4 Σκοπός & Επιμέρους στόχοι

Ο κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εξέταση της επίδρασης της παχυσαρκίας στην πρόγνωση και πορεία των ασθενών με ιδιοπαθή νοσήματα του εντέρου στον πληθυσμό της Θεσσαλονίκης. Στο πλαίσιο αυτό, οι επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν οι ακόλουθοι:

- ✚ Η εξέταση της κλινικής πορείας και της πρόγνωσης σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου.
- ✚ Η εξέταση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς στα κλινικά χαρακτηριστικά, στην πορεία και στην πρόγνωση των ασθενών με ιδιοπαθή νοσήματα του εντέρου βάσει της παρουσίας ή μη παχυσαρκίας.
- ✚ Η εξέταση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς στα κλινικά χαρακτηριστικά, στην πορεία και στην πρόγνωση των ασθενών με ιδιοπαθή νοσήματα του εντέρου βάσει των κατηγοριών ατόμων που προκύπτουν βάσει της τιμής του ΔΜΣ (λιποβαρείς, φυσιολογικού βάρους, υπέρβαροι, παχύσαρκοι).
- ✚ Η εξέταση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς στη δραστηριότητα της νόσου, στο χρονικό διάστημα από τη διάγνωση της νόσου μέχρι το τυχόν χειρουργείο, στη συχνότητα νοσηλείας και στη συχνότητα επίσκεψης των επειγόντων ή του ιατρού ΙΦΕΝ και στο ΔΜΣ, αλλά και σε άλλες ποσοτικές μεταβλητές, όπως η ηλικία, η περίμετρος μέσης και η περίμετρος περιφέρειας.

Κεφάλαιο 5 Μεθοδολογία

5.1 Πληθυσμός, Δείγμα & Δειγματοληψία

Ο πληθυσμός της παρούσας έρευνας αποτελείται από τους ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, ενώ το δείγμα αποτελούνταν από 101 ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου που ήταν κάτοικοι της Θεσσαλονίκης. Η μέθοδος δειγματοληψίας που αξιοποιήθηκε ήταν η δειγματοληψία ευκολίας, με την οποία προσεγγίστηκε το δείγμα των ασθενών από τον πληθυσμό της Θεσσαλονίκης.

5.2 Εργαλείο συλλογής των δεδομένων

Το εργαλείο συλλογής των δεδομένων στην παρούσα έρευνα ήταν το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο που αξιοποιήθηκε στην έρευνα δημιουργήθηκε αποκλειστικά για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας και αποτελούνταν κυρίως από ερωτήσεις κλειστού τύπου, αλλά και ορισμένες ερωτήσεις ανοικτού τύπου. Επίσης, αξιοποιήθηκαν και 3 ερωτήσεις διαμορφωμένες σε μία 5βάθμια κλίμακα τύπου Likert.

Το σύνολο των ερωτήσεων του παρόντος ερωτηματολογίου μπορούν να διακριθούν σε 3 βασικά τμήματα, βάσει της θεματολογίας τους. Τα 3 αυτά τμήματα είναι τα ακόλουθα:

1. Τα δημογραφικά και ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά. Στο εν λόγω τμήμα του ερωτηματολογίου, περιλαμβάνονταν οι ακόλουθες ερωτήσεις / μεταβλητές:
 - ✓ Φύλο
 - ✓ Ηλικία
 - ✓ Βάρος
 - ✓ Ύψος
 - ✓ Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)
 - ✓ Κατηγορία βάσει του ΔΜΣ
 - ✓ Περίμετρος μέσης
 - ✓ Περίμετρος λεκάνης
 - ✓ Περίμετρος μέσης / περίμετρος λεκάνης

2. Τα κλινικά χαρακτηριστικά. Στο εν λόγω τμήμα του ερωτηματολογίου, περιλαμβάνονταν οι ακόλουθες ερωτήσεις / μεταβλητές:
- ✓ Τύπος φλεγμονώδους εντερικής νόσου
 - ✓ Ηλικία κατά την εποχή διάγνωσης της νόσου
 - ✓ Βάρος κατά την εποχή διάγνωσης της νόσου
 - ✓ Οικογενειακό ιστορικό ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου
 - ✓ Κάπνισμα
 - ✓ Χρόνια καπνίσματος
 - ✓ Αριθμός πακέτων τσιγάρων ανά ημέρα
 - ✓ Ιστορικό χρόνιων νόσων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία, η ψυχιατρική νόσος, κ.α.
3. Η πορεία της εντερικής φλεγμονώδους νόσου και η πρόγνωση. Στο εν λόγω τμήμα του ερωτηματολογίου, περιλαμβάνονταν οι ακόλουθες ερωτήσεις / μεταβλητές:
- ✓ Περιοχή εντόπισης νόσου
 - ✓ Έκταση νόσου
 - ✓ Συμπεριφορά νόσου Crohn
 - ✓ Δραστηριότητα νόσου
 - ✓ Φαρμακευτική αγωγή
 - ✓ Υποβολή σε χειρουργείο σχετικό με την εντερική φλεγμονώδη νόσο
 - ✓ Είδος χειρουργικής επέμβασης
 - ✓ Χρονικό διάστημα από τη διάγνωση της νόσου μέχρι το πρώτο χειρουργείο που σχετιζόταν με τη νόσο (σε χρόνια)
 - ✓ Συχνότητα νοσηλείας για λόγους που σχετίζονται με τη νόσο
 - ✓ Συχνότητα επίσκεψης στα επείγοντα του νοσοκομείου ή στο ιατρείο ΙΦΕΝ για λόγους που σχετίζονται με τη νόσο

5.3 Ηθική και Δεοντολογία

Η παρούσα έρευνα ήταν εθελοντική και ανώνυμη. Στην αρχή του ερωτηματολογίου που διανεμήθηκε, περιλαμβανόταν ένα σύντομο σημείωμα προς τους ασθενείς που κλήθηκαν να συμμετέχουν, όπου παρέχονταν πληροφορίες σχετικά με την παρούσα έρευνα, το σκοπό της και την τήρηση της ανωνυμίας. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ενθαρρύνθηκαν μέσω του εν λόγω σημειώματος να προχωρήσουν σε περαιτέρω επικοινωνία μέσω email ή τηλεφώνου σε περίπτωση που χρειάζονταν οποιαδήποτε επιπλέον πληροφορία. Τέλος, επισημαίνεται ότι όλα τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν

στην παρούσα έρευνα θα αξιοποιηθούν αποκλειστικά για τις ανάγκες αυτής και θα καταστραφούν ύστερα από την ολοκλήρωσή της.

5.4 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο IBM® SPSS Statistics v23. Τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν επεξεργάστηκαν στατιστικά τόσο με περιγραφική όσο και με επαγωγική ανάλυση. Συγκεκριμένα, στην περιγραφική ανάλυση, υπολογίστηκε η συχνότητα, το ποσοστό, το έγκυρο ποσοστό και το αθροιστικό ποσοστό για όλες τις μεταβλητές, και επιπρόσθετα, υπολογίστηκε η μέση τιμή, το εύρος, η τυπική απόκλιση, η μέγιστη και η ελάχιστη τιμή για τις ποσοτικές μεταβλητές (ηλικία, βάρος, ύψος, κ.α.). Στην επαγωγική ανάλυση, πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi square ανάμεσα στις μεταβλητές της παρουσίας ή μη παχυσαρκίας ή των κατηγοριών ατόμων βάσει του ΔΜΣ και στις μεταβλητές που αφορούσαν στα κλινικά χαρακτηριστικά και στην πορεία της εξέλιξης της ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε συσχέτιση κατά Spearman μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών του ερωτηματολογίου, συμπεριλαμβανομένης της τιμής του ΔΜΣ, της ηλικίας, της περιμέτρου μέσης και περιφέρειας, της βαθμολογίας δραστηριότητας της νόσου, της συχνότητας νοσηλείας και της συχνότητας επίσκεψης στα επείγοντα ή σε ιατρείο ΙΦΕΝ. Το όριο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο $p=0,1$ (διάστημα εμπιστοσύνης 90%).

Κεφάλαιο 6 Αποτελέσματα

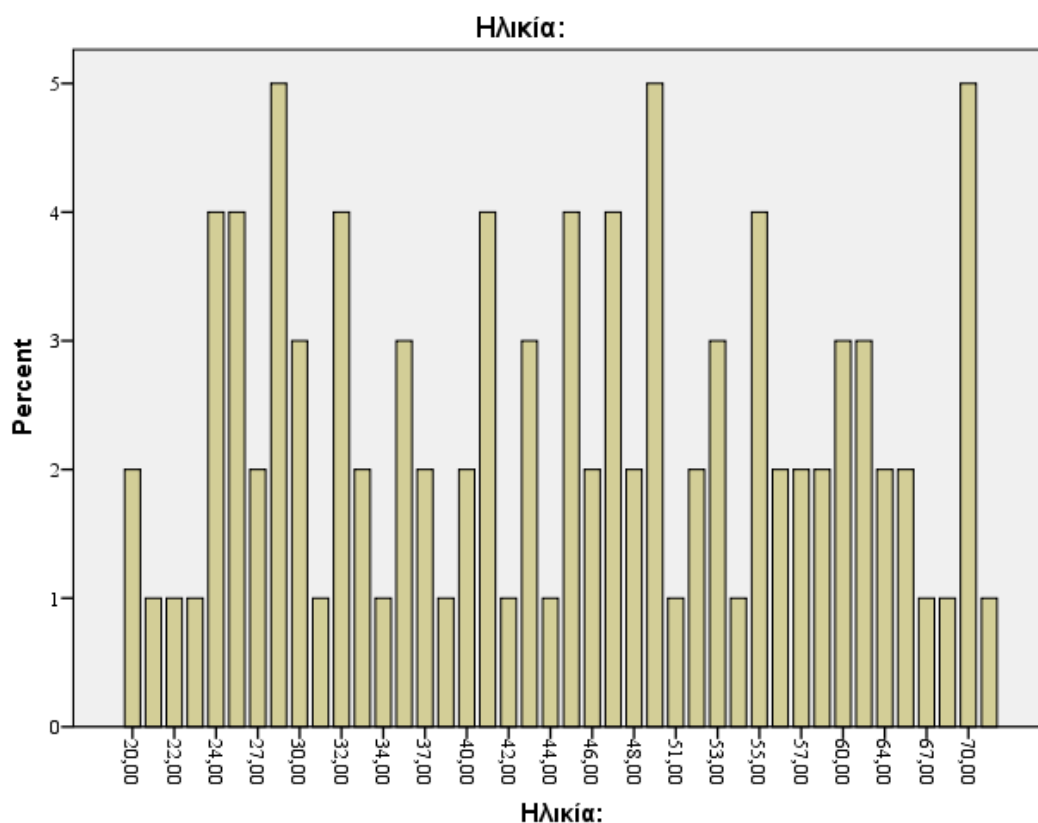
6.1 Περιγραφική Ανάλυση

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελούνταν από 101 ασθενείς, εκ των οποίων οι περισσότεροι ήταν άνδρες, με ποσοστό 56,4%, ενώ το 43,6% του δείγματος ήταν γυναίκες.

Φύλο:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Άντρας	57	56,4	56,4	56,4
Γυναίκα	44	43,6	43,6	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Οι ασθενείς του δείγματος είχαν ηλικία από 20 ετών έως και 77 ετών (εύρος = 57 έτη), η υψηλότερη συχνότητα σημειώθηκε για τις ηλικίες των 50 και 70 ετών, με ποσοστό 5% έκαστη, ενώ η μέση ηλικία των ασθενών ήταν ίση με $44,49 \pm 14,58$ ετών.



Descriptive Statistics						
	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ηλικία:	100	57,00	20,00	77,00	44,4900	14,58067
Valid N (listwise)	100					

Το μέσο βάρος των συμμετεχόντων ήταν ίσο με $77,52 \pm 20,65$ κιλά, το μέσο ύψος των συμμετεχόντων ασθενών ήταν ίσο με $1,7 \pm 0,11$ μέτρα, ενώ ο μέσος δείκτης μάζας σώματος στο συνολικό δείγμα ήταν ίσος με $26,42 \pm 6,7$ Kg / m². Η μέση περίμετρος μέσης ήταν ίση με $86,43 \pm 18,82$ εκατοστά, ενώ η μέση περίμετρος λεκάνης στο συνολικό δείγμα ήταν ίση με $90,25 \pm 27,51$ εκατοστά.

Descriptive Statistics						
	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Βάρος:	101	120,00	35,00	155,00	77,5208	20,64655
Ύψος:	100	,43	1,50	1,93	1,7012	,10957
Δείκτης μάζας σώματος (BMI) αριθμός	86	41,60	1,50	43,10	26,4233	6,69602
Περίμετρος μέσης	83	90	45	135	86,43	18,820
Περίμετρος λεκάνης	83	177	40	217	90,25	27,512

Περίμετρος μέσης/ περίμετρος λεκάνης	2	114	1	115	57,90	80,752
Valid N (listwise)	2					

Βάσει των κατηγοριών που διακρίνονται βάσει του δείκτη μάζας σώματος (λιποβαρείς, φυσιολογικού βάρους, υπέρβαροι, παχύσαρκοι) (Kivimäki et al., 2022), η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ασθενών, με ποσοστό 38%, ήταν υπέρβαροι ($\Delta\text{ΜΣ } 25 - 29,9 \text{ Kg} / \text{m}^2$), το 26,1% των ασθενών του δείγματος ήταν φυσιολογικού βάρους ($\Delta\text{ΜΣ } 18,5 - 24,9 \text{ Kg} / \text{m}^2$), το 25% των συμμετεχόντων ήταν παχύσαρκοι ($\Delta\text{ΜΣ} \geq 30 \text{ Kg} / \text{m}^2$), ενώ μόλις το 10,9% των ασθενών που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα ήταν λιποβαρείς ($\Delta\text{ΜΣ} < 18,5 \text{ Kg} / \text{m}^2$).

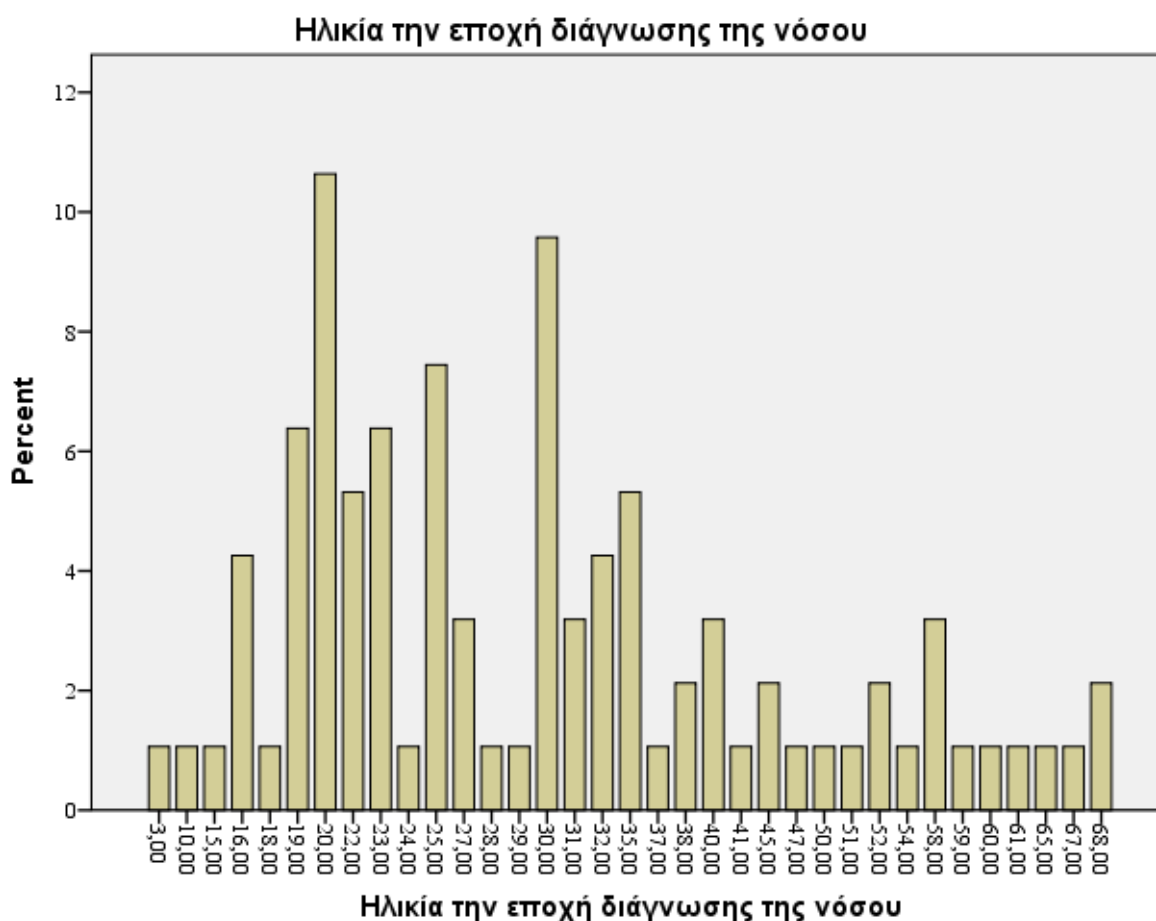
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	<18,5	10	9,9	10,9	10,9
	18,5-24,9	24	23,8	26,1	37,0
Valid	25-29,9	35	34,7	38,0	75,0
	>=30	23	22,8	25,0	100,0
	Total	92	91,1	100,0	
Missing	999	9	8,9		
Total		101	100,0		

Όσον αφορά στον τύπο φλεγμονώδους εντερικής νόσου από την οποία έπασχαν οι συμμετέχοντες ασθενείς, η πλειοψηφία αυτών, με ποσοστό ίσο με 68%, έπασχαν από νόσο Crohn, ενώ το 32% των ασθενών του δείγματος έπασχαν από ελκώδη κολίτιδα.

Τύπος φλεγμονώδους εντερικής νόσου					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Νόσος Crohn	68	67,3	68,0	68,0
Valid	Ελκώδης κολίτιδα	32	31,7	32,0	100,0
	Total	100	99,0	100,0	
Missing	999,00	1	1,0		
Total		101	100,0		

Κατά την εποχή της διάγνωσης της νόσου, η ηλικία των ασθενών που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα κυμαινόταν μεταξύ των 3 ετών και των 68 ετών, οι υψηλότερες συχνότητες σημειώθηκαν στην ηλικία των 20 και των 30 ετών, με ποσοστά 10,6% και 9,6%, αντίστοιχα, ενώ η μέση ηλικία διάγνωσης της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου του δείγματος ήταν ίση με $31,56 \pm 14,31$ ετών.

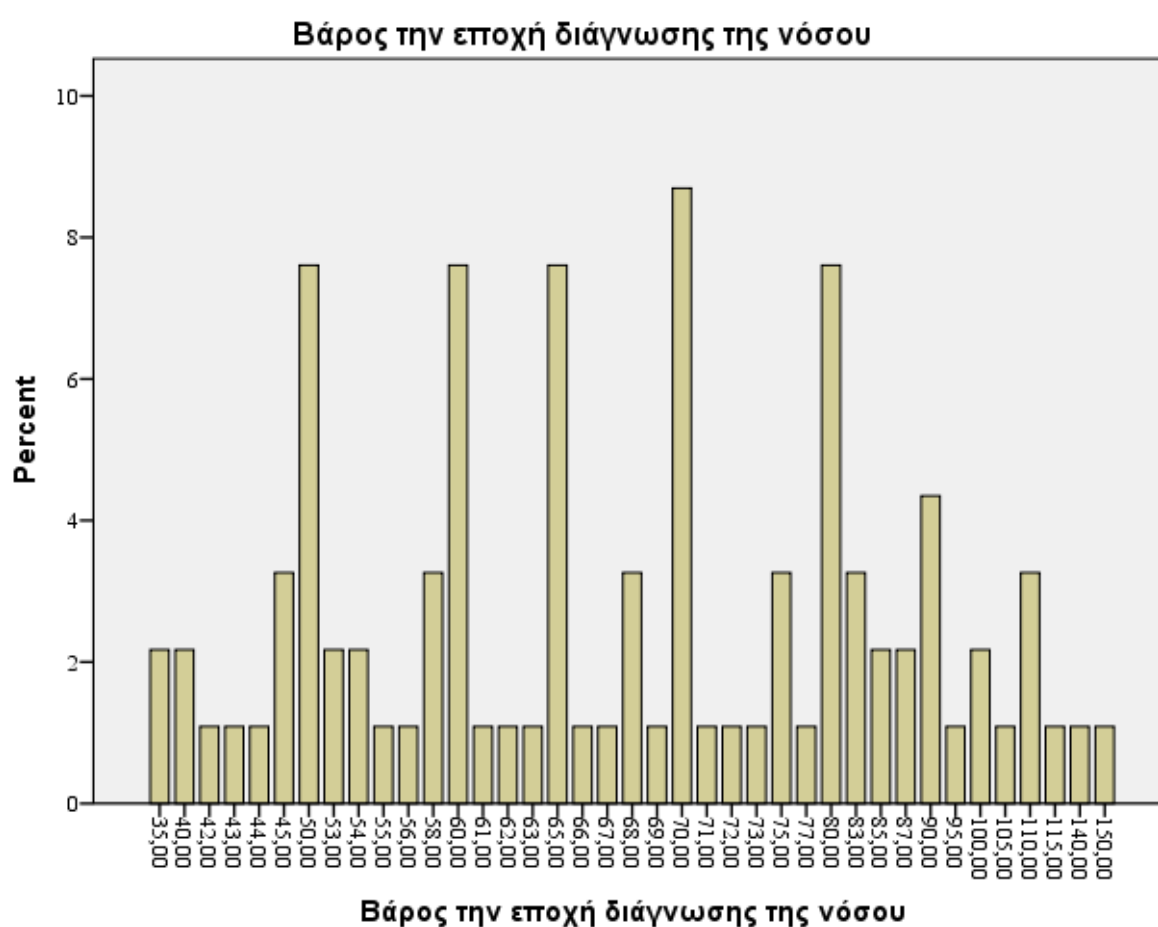
Descriptive Statistics						
	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ηλικία την εποχή διάγνωσης της νόσου	94	65,00	3,00	68,00	31,5638	14,30735
Valid N (listwise)	94					



Αναφορικά με το βάρος κατά την εποχή της διάγνωσης της νόσου, εκείνο κυμαινόταν μεταξύ των 35 και των 150 κιλών, οι υψηλότερες συχνότητες σημειώθηκαν στο σωματικό βάρος ίσο με 70, 60 και 65

κιλά, με ποσοστά 8,7%, 7,6% και 7,6%, αντίστοιχα, ενώ το μέσο σωματικό βάρος κατά την εποχή διάγνωσης της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου του δείγματος ήταν ίσο με $70,17 \pm 20,94$ κιλά.

Descriptive Statistics						
	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Βάρος την εποχή διάγνωσης της νόσου	92	115,00	35,00	150,00	70,1739	20,94189
Valid N (listwise)	92					



Οικογενειακό ιστορικό ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου σε επίπεδο συγγενή 1^{ου} βαθμού (γονέα, αδερφού, τέκνου) είχε μόνο το 16,8% του δείγματος των ασθενών, ενώ η πλειοψηφία του δείγματος, με ποσοστό 83,2%, δεν είχε κανένα συγγενή 1^{ου} βαθμού με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.

Οικογενειακό ιστορικό ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου

(συγγενής 1ου βαθμού: γονέας, αδερφός/ή, τέκνο)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Nαι	16	15,8	16,8	16,8
Όχι	79	78,2	83,2	100,0
Total	95	94,1	100,0	
Missing				
999,00	6	5,9		
Total	101	100,0		

Μεταξύ των περιπτώσεων οικογενειακού ιστορικού με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, οι περισσότερες αντιστοιχούσαν στη νόσο Crohn, ενώ στο 1/3 των περιπτώσεων, οι ασθενείς είχαν συγγενή 1^{ου} βαθμού με ελκώδη κολίτιδα.

Αν ναι τι νόσος;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Ελκώδης κολίτιδα	5	5,0	33,3	33,3
Νόσος Crohn	10	9,9	66,7	100,0
Total	15	14,9	100,0	
Missing				
999	86	85,1		
Total	101	100,0		

Ως προς τη συνήθεια του καπνίσματος, το 41% των ασθενών του δείγματος δεν είχαν καπνίσει ποτέ, το 41% των ασθενών ήταν ενεργοί καπνιστές, ενώ το 18% των συμμετεχόντων ήταν πρώην καπνιστές.

Κάπνισμα:

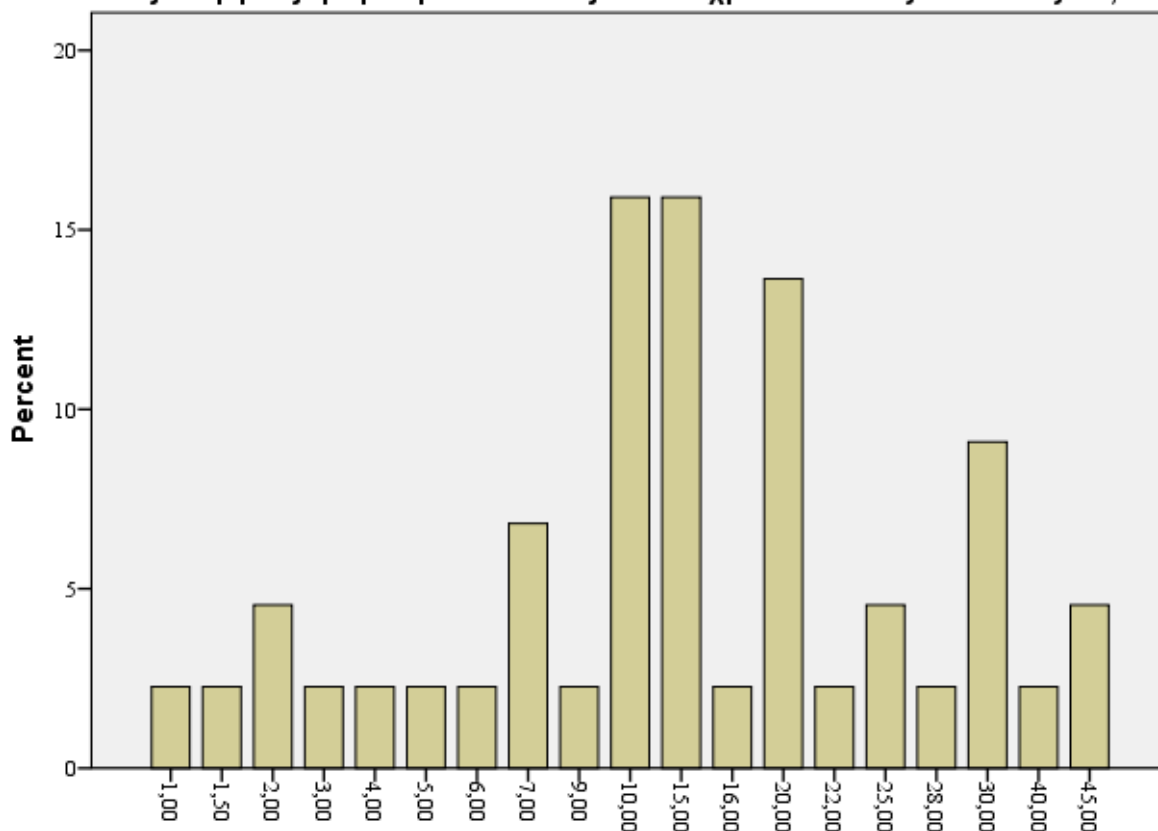
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Ενεργός καπνιστής	41	40,6	41,0	41,0
Πρώην καπνιστής	18	17,8	18,0	59,0
Ποτέ καπνιστής	41	40,6	41,0	100,0
Total	100	99,0	100,0	
Missing				
999	1	1,0		
Total	101	100,0		

Μεταξύ των συμμετεχόντων που ήταν ενεργοί ή πρώην καπνιστές, ο χρόνος που κάπνιζαν ή καπνίζουν οι ασθενείς του δείγματος κυμαινόταν μεταξύ ενός έτους και 45 ετών, με τους περισσότερους ενεργούς ή πρώην καπνιστές να επιμένουν στη συγκεκριμένη συνήθεια για 10, 15 ή 20 χρόνια, με ποσοστό 15,9%, 15,9% και 13,6%, αντίστοιχα, ενώ ο μέσος χρόνος καπνίσματος στο συνολικό δείγμα των ενεργών ή πρώην καπνιστών ήταν ίσος με $16,26 \pm 11,2$ έτη.

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Για τους ενεργούς ή πρώην καπνιστές: Πόσα χρόνια καπνίζετε/καπνίζατε;	44	44,00	1,00	45,00	16,2614	11,19514
Valid N (listwise)	44					

Για τους ενεργούς ή πρώην καπνιστές: Πόσα χρόνια καπνίζετε/καπνίζατε;



Για τους ενεργούς ή πρώην καπνιστές: Πόσα χρόνια καπνίζετε/καπνίζατε;

Μεταξύ των συμμετεχόντων που ήταν ενεργοί ή πρώην καπνιστές, ο αριθμός των πακέτων τσιγάρων που κάπνιζαν ή καπνίζουν οι ασθενείς του δείγματος κυμαινόταν μεταξύ των 0 και των 30 πακέτων, με τους περισσότερους ενεργούς ή πρώην καπνιστές να καπνίζουν 1 πακέτο, με ποσοστό 28,3%,

αντίστοιχα, ενώ ο μέσος αριθμός πακέτων τσιγάρων στο συνολικό δείγμα των ενεργών ή πρώην καπνιστών ήταν ίσος με $4,19 \pm 6,05$ πακέτα.

Descriptive Statistics						
	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Για τους ενεργούς ή πρώην καπνιστές: Πόσα πακέτα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε / καπνίζατε;	46	30,00	,00	30,00	4,1902	6,05441
Valid N (listwise)	46					



Μεταξύ των συμμετεχόντων που ήταν ενεργοί ή πρώην καπνιστές, ο αριθμός των πακέτων τσιγάρων που κάπνιζαν ή καπνίζουν οι ασθενείς του δείγματος ανά χρόνο κυμαινόταν μεταξύ των 1 και των 730 πακέτων και ο μέσος αριθμός ήταν ίσος με $244,67 \pm 420,31$ πακέτα ανά έτος, ωστόσο, στη συγκεκριμένη ερώτηση, απάντησαν μόνο 3 ασθενείς του δείγματος, με αποτέλεσμα να υπάρχουν συνολικά μόνο 3 διαφορετικές απαντήσεις.

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Για τους ενεργούς ή πρώην καπνιστές: Πακέτα/Χρόνο	3	729,00	1,00	730,00	244,6667	420,31219
Valid N (listwise)	3					

Για τους ενεργούς ή πρώην καπνιστές: Πακέτα/Χρόνο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	1	1,0	33,3	33,3
Valid 3,00	1	1,0	33,3	66,7
Valid 730,00	1	1,0	33,3	100,0
Total	3	3,0	100,0	
Missing 999,00	98	97,0		
Total	101	100,0		

Ως προς το ατομικό κλινικό ιστορικό των ασθενών που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα, ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη είχε το 10,1% των ασθενών του δείγματος, ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς δεν έπασχαν από το συγκεκριμένο χρόνιο νόσημα.

Ιστορικό Σακχαρώδης διαβήτης

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	10	9,9	10,1	10,1
Valid Όχι	89	88,1	89,9	100,0
Total	99	98,0	100,0	
Missing 999	2	2,0		
Total	101	100,0		

Ιστορικό υπέρτασης εμφάνισε υψηλότερο ποσοστό στο δείγμα της παρούσας έρευνας, αφού το 20,2% των συμμετεχόντων έπασχαν από υπέρταση, ενώ το 79,8% δεν είχαν εμφανίσει την εν λόγω πάθηση.

Ιστορικό Υπέρταση

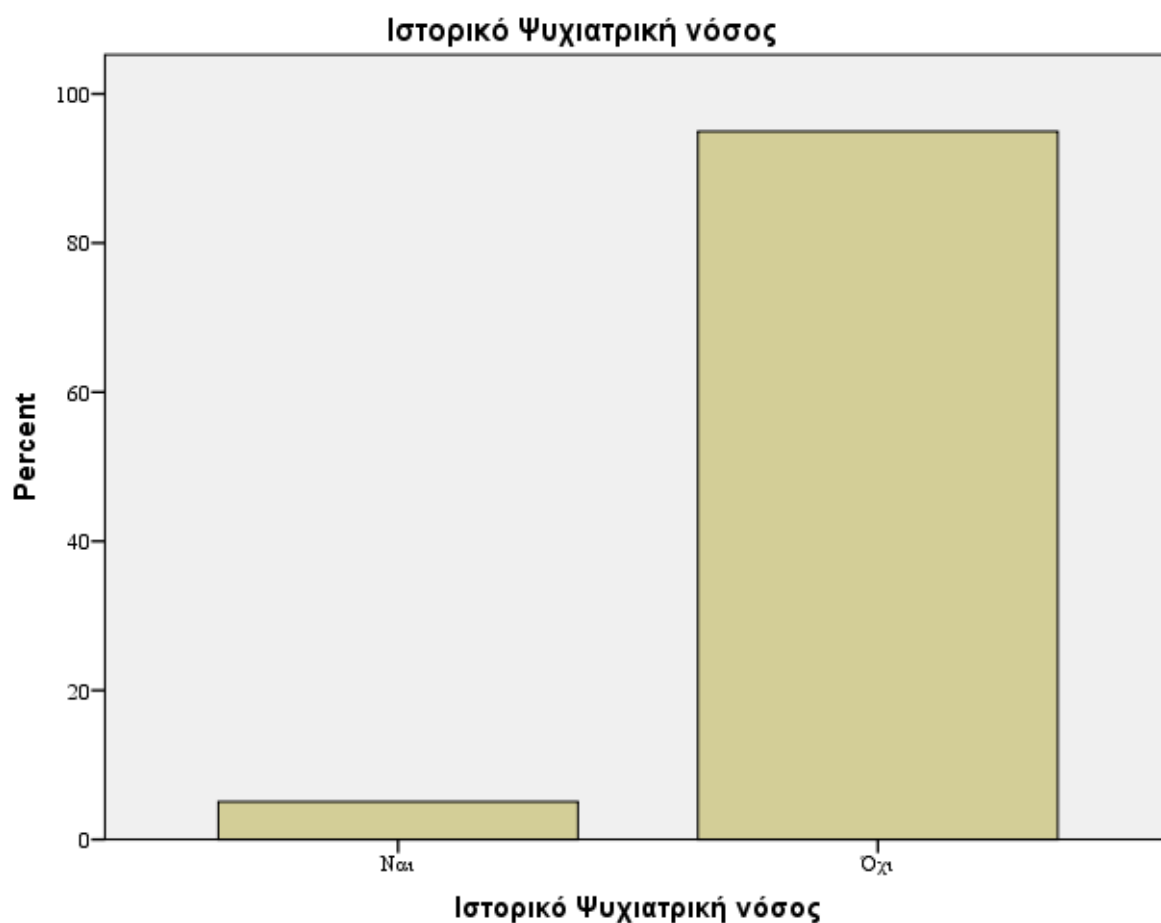
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	20	19,8	20,2	20,2
	Όχι	79	78,2	79,8	100,0
	Total	99	98,0	100,0	
Missing	999	2	2,0		
Total		101	100,0		

Επίσης σημαντικό ποσοστό των ασθενών του δείγματος (15,2%) είχαν ιστορικό υπερλιπιδαιμίας, ενώ το 84,8% των ασθενών δεν είχαν εμφανίσει την εν λόγω πάθηση.

Ιστορικό Υπερλιπιδαιμία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	15	14,9	15,2	15,2
	Όχι	84	83,2	84,8	100,0
	Total	99	98,0	100,0	
Missing	999	2	2,0		
Total		101	100,0		

Το 5,1% των ασθενών του δείγματος της παρούσας μελέτης είχε ιστορικό ψυχιατρικής νόσου, ενώ το 94,9% του δείγματος δεν εμφάνισαν στο ιστορικό τους κάποια ψυχιατρική νόσο.



Εκτός από τις παραπάνω ασθένειες, το 13,1% των ασθενών του δείγματος δήλωσε ότι είχε ιστορικό και για κάποια άλλη, επιπρόσθετη νόσο. Η νόσος αυτή διέφερε από άτομο σε άτομο, και αναφέρθηκαν οι ακόλουθες ασθένειες από 1 άτομο έκαστη (10%): σύνδρομο Sjogren, άσθμα, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), Hashimoto, αρθρίτιδα, υποθυρεοειδισμός, καρδιακή ανεπάρκεια, by pass, κοιλική μαρμαρυγή, καλοήγηης υπερπλασία του προστάτη.

Ιστορικό Άλλη νόσος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	13	12,9	13,1	13,1
	Όχι	86	85,1	86,9	100,0
	Total	99	98,0	100,0	
Missing	999	2	2,0		
Total		101	100,0		

Ποια νόσος

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sjogren	1	1,0	10,0	10,0
Άσθμα	1	1,0	10,0	20,0
AEE	1	1,0	10,0	30,0
Hashimoto	1	1,0	10,0	40,0
Αρθρίτιδα	1	1,0	10,0	50,0
Υποθυρεοειδισμός	1	1,0	10,0	60,0
Καρδιακή ανεπάρκεια	1	1,0	10,0	70,0
By pass	1	1,0	10,0	80,0
Καλοήθης υπερπλασία του προστάτη	1	1,0	10,0	90,0
Κολπική μαρμαρυγή	1	1,0	10,0	100,0
Total	10	9,9	100,0	
Missing 999	91	90,1		
Total	101	100,0		

Τέλος, ιστορικό ελεύθερο από οποιαδήποτε ασθένεια εκτός της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου εμφάνισαν οι μισοί ασθενείς του δείγματος, με ακριβές ποσοστό ίσο με 50,5%.

Ιστορικό Ελεύθερο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ναι	50	49,5	50,5	50,5
Όχι	49	48,5	49,5	100,0
Total	99	98,0	100,0	
Missing 999	2	2,0		
Total	101	100,0		

Μεταξύ των ασθενών με νόσο Crohn, η νόσος εντοπίστηκε στον τελικό ειλεό στο 57,6% των ασθενών του δείγματος, ενώ στο 42,4% των ασθενών που ερωτήθηκαν, δεν εντοπίστηκε παρουσία της νόσου στην περιοχή του τελικού ειλεού.

Για ασθενείς με νόσο Crohn :Εντόπιση νόσου Τελικός ειλεός

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	57	56,4	57,6	57,6
	Όχι	42	41,6	42,4	100,0
	Total	99	98,0	100,0	
Missing	999	2	2,0		
Total		101	100,0		

Μεταξύ των ασθενών με νόσο Crohn, η νόσος εντοπίστηκε στο παχύ έντερο στο 27,3% των ασθενών του δείγματος, ενώ στο 72,7% των ασθενών που ερωτήθηκαν, δεν εντοπίστηκε παρουσία της νόσου στην περιοχή του παχέος εντέρου.

Για ασθενείς με νόσο Crohn :Εντόπιση νόσου Παχύ έντερο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	27	26,7	27,3	27,3
	Όχι	72	71,3	72,7	100,0
	Total	99	98,0	100,0	
Missing	999	2	2,0		
Total		101	100,0		

Μεταξύ των ασθενών με νόσο Crohn, η νόσος εντοπίστηκε στην περιπρωκτική περιοχή μόνο στο 9,1% των ασθενών του δείγματος, ενώ στη συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών που ερωτήθηκαν (90,9%), δεν εντοπίστηκε παρουσία της νόσου στην περιπρωκτική περιοχή.

Για ασθενείς με νόσο Crohn :Εντόπιση νόσου Περιπρωκτική νόσος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	9	8,9	9,1	9,1
	Όχι	90	89,1	90,9	100,0
	Total	99	98,0	100,0	
Missing	999	2	2,0		
Total		101	100,0		

Μεταξύ των ασθενών με νόσο Crohn, η νόσος εντοπίστηκε στο ανώτερο γαστρεντερικό σύστημα μόνο στο 2% των ασθενών του δείγματος, ενώ στο 98% των ασθενών που ερωτήθηκαν, δεν εντοπίστηκε παρουσία της νόσου στην περιοχή του ανώτερου γαστρεντερικού συστήματος.

Για ασθενείς με νόσο Crohn :Εντόπιση νόσου Ανώτερο γαστρεντερικό σύστημα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	2	2,0	2,0	2,0
	Όχι	97	96,0	98,0	100,0
	Total	99	98,0	100,0	
Missing	999	2	2,0		
Total		101	100,0		

Τέλος, μεταξύ των ασθενών με νόσο Crohn, δεν υπήρξε κανένας ασθενής όπου ήταν άγνωστη η περιοχή παρουσίας της νόσου.

Για ασθενείς με νόσο Crohn :Εντόπιση νόσου Άγνωστη εντόπιση

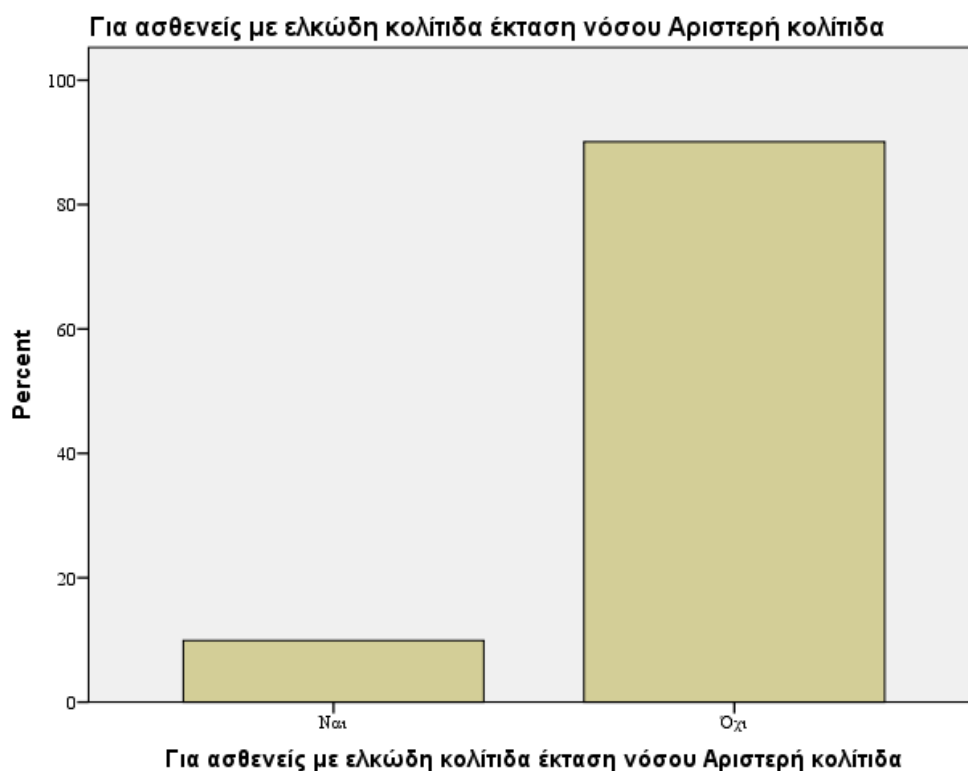
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	99	98,0	100,0	100,0
Missing	999	2	2,0		
Total		101	100,0		

Μεταξύ των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα, εντοπίστηκε ορθίτιδα μόνο στο 4% των ασθενών του δείγματος, ενώ στο 96% των ασθενών που ερωτήθηκαν, δεν εντοπίστηκε ορθίτιδα.

Για ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα έκταση νόσου Ορθίτιδα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	4	4,0	4,0	4,0
	Όχι	97	96,0	96,0	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

Μεταξύ των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα, εντοπίστηκε αριστερή κολίτιδα μόνο στο 9,9% των ασθενών του δείγματος, ενώ στο 90,1% των ασθενών που ερωτήθηκαν, δεν εντοπίστηκε αριστερή κολίτιδα.



Μεταξύ των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα, εντοπίστηκε πανκολίτιδα στο 14,9% των ασθενών του δείγματος, ενώ στο 85,1% των ασθενών που ερωτήθηκαν, δεν εντοπίστηκε πανκολίτιδα.

Για ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα έκταση νόσου Πανκολίτιδα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	15	14,9	14,9	14,9
Valid Όχι	86	85,1	85,1	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Μεταξύ των ασθενών με νόσο του Crohn, παρατηρήθηκε φλεγμονώδης συμπεριφορά της νόσου στο 61% των ασθενών του δείγματος, ενώ στο εναπομένον 39% των ασθενών που ερωτήθηκαν, δεν εντοπίστηκε φλεγμονώδης συμπεριφορά.

Συμπεριφορά νόσου Crohn Φλεγμονώδης

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	61	60,4	61,0	61,0

	Όχι	39	38,6	39,0	100,0
	Total	100	99,0	100,0	
Missing	999	1	1,0		
Total		101	100,0		

Μεταξύ των ασθενών με νόσο του Crohn, παρατηρήθηκε συριγγοποιός (διατρητική) συμπεριφορά της νόσου στο 19% των ασθενών του δείγματος, ενώ στην πλειοψηφία των ασθενών, με ποσοστό 81%, δεν εντοπίστηκε συριγγοποιός (διατρητική) συμπεριφορά.

Συμπεριφορά νόσου Crohn Συριγγοποιός (διατρητική)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Ναι	19	18,8	19,0	19,0
Valid	Όχι	81	80,2	81,0	100,0
	Total	100	99,0	100,0	
Missing	999	1	1,0		
Total		101	100,0		

Μεταξύ των ασθενών με νόσο του Crohn, παρατηρήθηκε στενωτική συμπεριφορά της νόσου στο 21% των ασθενών του δείγματος, ενώ στην πλειοψηφία των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη, με ποσοστό 79%, δεν εντοπίστηκε στενωτική συμπεριφορά.

Συμπεριφορά νόσου Crohn Στενωτική					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Ναι	21	20,8	21,0	21,0
Valid	Όχι	79	78,2	79,0	100,0
	Total	100	99,0	100,0	
Missing	999	1	1,0		
Total		101	100,0		

Όταν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα ερωτήθηκαν για το πώς θα χαρακτήριζαν τη δραστηριότητα της νόσου τους σε μία κλίμακα από το 1 έως και το 5, όπου το 1 αντιστοιχεί στην ήπια δραστηριότητα και το 5 στη βαριά μορφή της νόσου, το 1/3 περίπου του δείγματος των ασθενών

αξιολόγησαν ως μέτρια τη δραστηριότητα της νόσου τους («3», 27,7%), το 20,2% των ασθενών βαθμολόγησαν τη δραστηριότητα της νόσου με τον αριθμό 2, το 18,1% των ασθενών χαρακτήρισαν ως ήπια τη μορφή της νόσου τους, το 18,1% των ασθενών βαθμολόγησαν τη δραστηριότητα της νόσου με τον αριθμό 4, ενώ ως βαριά («5») χαρακτήρισαν τη νόσο τους το 16% των ασθενών του δείγματος.

Πώς θα χαρακτηρίζατε τη δραστηριότητα της νόσου σας από το 1-5				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
1	17	16,8	18,1	18,1
2	19	18,8	20,2	38,3
3	26	25,7	27,7	66,0
4	17	16,8	18,1	84,0
5	15	14,9	16,0	100,0
Total	94	93,1	100,0	
Missing	7	6,9		
Total	101	100,0		

Αναφορικά με τη φαρμακευτική αγωγή που λάμβαναν οι συμμετέχοντες ασθενείς της παρούσας έρευνας, το 44,4% αυτών λάμβαναν αντιβιοτικά, ενώ το 55,6% των ασθενών δε λάμβαναν αντιβιοτικά.

Φαρμακευτική αγωγή Αντιβιοτικά				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Ναι	44	43,6	44,4	44,4
Όχι	55	54,5	55,6	100,0
Total	99	98,0	100,0	
Missing	2	2,0		
Total	101	100,0		

Κορτικοστεροειδή λάμβαναν το 42,4% των ασθενών του δείγματος, ενώ η πλειοψηφία αυτών (57,6%) δε λάμβαναν κορτικοστεροειδή.

Φαρμακευτική αγωγή Κορτικοστεροειδή

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	42	41,6	42,4	42,4
	Όχι	57	56,4	57,6	100,0
	Total	99	98,0	100,0	
Missing	999	2	2,0		
Total		101	100,0		

Αμινοσαλικυλικά λάμβανε το μισό περίπου δείγμα, με ποσοστό 45,5%, ενώ το 54,5% των ασθενών δε λάμβαναν αμινοσαλικυλικά. Ως προς την ακριβή αγωγή αμινοσαλικυλικών, περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς που λάμβαναν αμινοσαλικυλικά δήλωσαν ότι λάμβαναν το Salofalk, το 29,3% των ασθενών λάμβανε το Assault, ενώ μικρότερα ποσοστά σημειώθηκαν για το Asacol, τη μεσαλαζίνη, το Pentosan και το Mezavant, με ποσοστά 4,9%, 4,9%, 2,4% και 2,4%, αντίστοιχα.

Φαρμακευτική αγωγή Αμινοσαλικυλικά

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	45	44,6	45,5	45,5
	Όχι	54	53,5	54,5	100,0
	Total	99	98,0	100,0	
Missing	999	2	2,0		
Total		101	100,0		

Ποιο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Salofalk	23	22,8	56,1	56,1
	Assault	12	11,9	29,3	85,4
	Asacol	2	2,0	4,9	90,2
	Pentosan	1	1,0	2,4	92,7
	Μεσαλαζίνη	2	2,0	4,9	97,6
	Mezavant	1	1,0	2,4	100,0
	Total	41	40,6	100,0	
Missing	999	60	59,4		
Total		101	100,0		

Ανοσοτροποποιητικά φάρμακα λάμβανε μόνο το 25,8% των ασθενών του δείγματος, ενώ η πλειοψηφία αυτών (74,2%) δε λάμβαναν ανοσοτροποποιητικά. Ως προς την ακριβή αγωγή ανοσοτροποποιητικών, οι περισσότεροι από τους ασθενείς που λάμβαναν ανοσοτροποποιητικά δήλωσαν ότι λάμβαναν Azathioprine, ενώ μικρότερα ποσοστά σημειώθηκαν για την Methotrexate και τη Remicade, με ποσοστά 4,3% και 13%, αντίστοιχα.

Φαρμακευτική αγωγή Ανοσοτροποποιητικά

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	25	24,8	25,8	25,8
	Όχι	72	71,3	74,2	100,0
	Total	97	96,0	100,0	
Missing	999	2	2,0		
	System	2	2,0		
	Total	4	4,0		
Total		101	100,0		

Ποιο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Azathioprine	19	18,8	82,6	82,6
	Methotrexate	1	1,0	4,3	87,0
	Remicade	3	3,0	13,0	100,0
	Total	23	22,8	100,0	
Missing	999	78	77,2		
Total		101	100,0		

Παράγοντες anti – TNF λάμβανε το 79,8% των ασθενών του δείγματος, ενώ το 20,2% δε λάμβανε anti – TNF παράγοντες. Συγκεκριμένα, μεταξύ των ασθενών που λάμβαναν τη συγκεκριμένη αγωγή, το 30,9% του δείγματος λάμβανε Remicade, το 25% λάμβανε Zessly, το 11,8% λάμβανε Infliximab, ενώ μικρότερα ποσοστά σημειώθηκαν για τα Entyvio, Humira, Abalimyumab, Stelara, Leman και Remsima, με ποσοστά 8,8%, 8,8%, 7,4%, 4,4%, 1,5% και 1,5%, αντίστοιχα.

Αντι-TNF

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	79	78,2	79,8	79,8

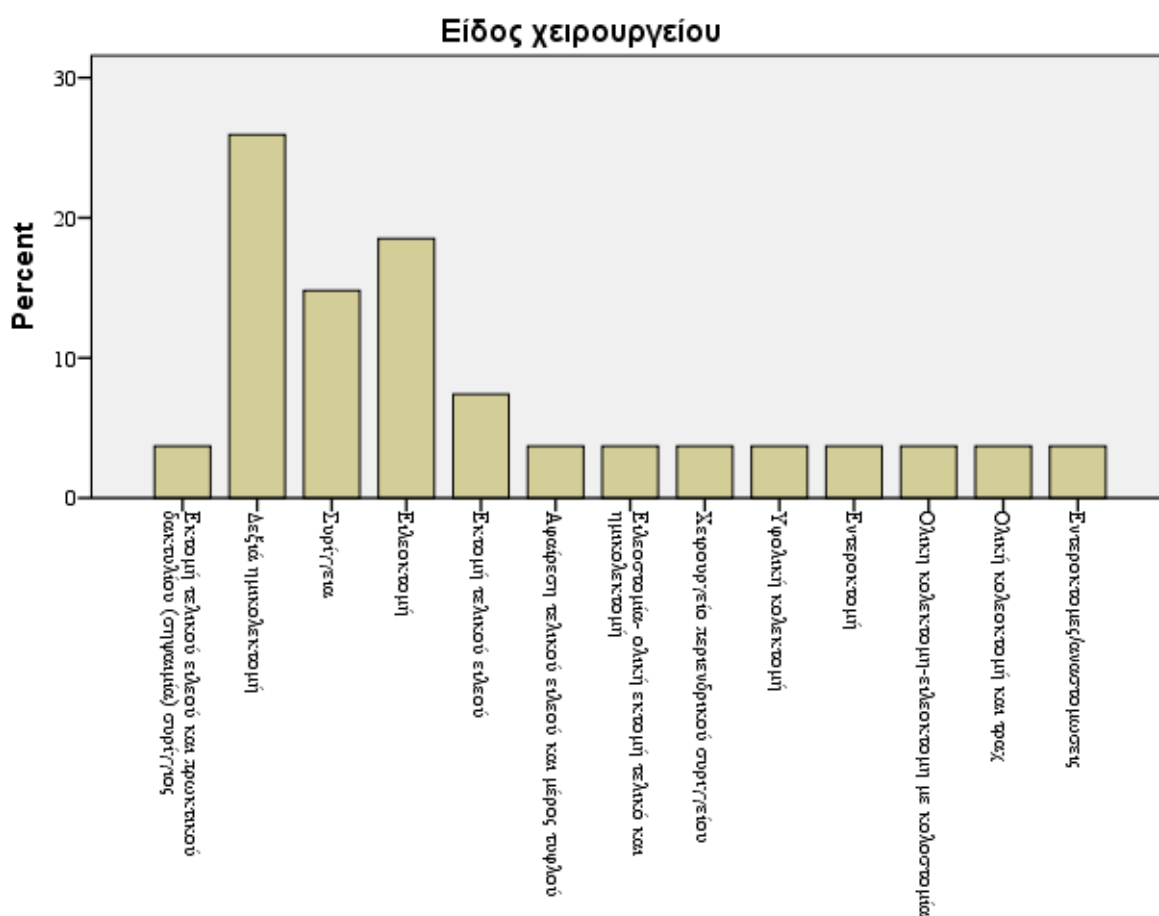
	Όχι	20	19,8	20,2	100,0
	Total	99	98,0	100,0	
Missing	999	2	2,0		
Total		101	100,0		

Ποιον					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Remicade	21	20,8	30,9	30,9
	Zessly	17	16,8	25,0	55,9
	Entyvio	6	5,9	8,8	64,7
	Stelara	3	3,0	4,4	69,1
	Infliximab	8	7,9	11,8	80,9
	Humira	6	5,9	8,8	89,7
	Leman	1	1,0	1,5	91,2
	Adalimumab	5	5,0	7,4	98,5
	Remsima	1	1,0	1,5	100,0
	Total	68	67,3	100,0	
Missing	999	33	32,7		
Total		101	100,0		

Χειρουργείο που σχετίζεται με τη νόσο πραγματοποιήθηκε στο 28,6% των ασθενών του δείγματος, ενώ το 71,4% των ασθενών δεν έλαβε χειρουργείο για τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.

Χειρουργείο που να σχετίζεται με τη νόσο;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	28	27,7	28,6	28,6
	Όχι	70	69,3	71,4	100,0
	Total	98	97,0	100,0	
Missing	999	1	1,0		
	System	2	2,0		
	Total	3	3,0		
Total		101	100,0		

Ως προς το είδος του χειρουργείου που χορηγήθηκε, μεταξύ των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, οι περισσότεροι δέχθηκαν δεξιά ημικολεκτομή (25,9%), το 18,5% των ασθενών υποβλήθηκε σε ειλεοκτομή, το 14,8% σε συρίγγεια, ενώ μικρότερα ποσοστά σημειώθηκαν για την εκτομή τελικού ειλεού (7,4%), την εκτομή τελικού ειλεού και πρωκτικού δακτυλίου (3,7%), την αφαίρεση τελικού ειλεού και μέρος τυφλού (3,7%), την ειλεοστομία - ολική εκτομή τελικού και ημικολεκτομή (3,7%), το χειρουργείο περινέφρικού συριγγείου (3,7%), την υφολική κολεκτομή (3,7%), την εντεροκτομή (3,7%), την ολική κολεκτομή - ειλεοκτομή με κολοστομία (3,7%), την ολική κολεκτομή (3,7%) και τις εντεροκτομές / αναστομώσεις (3,7%).

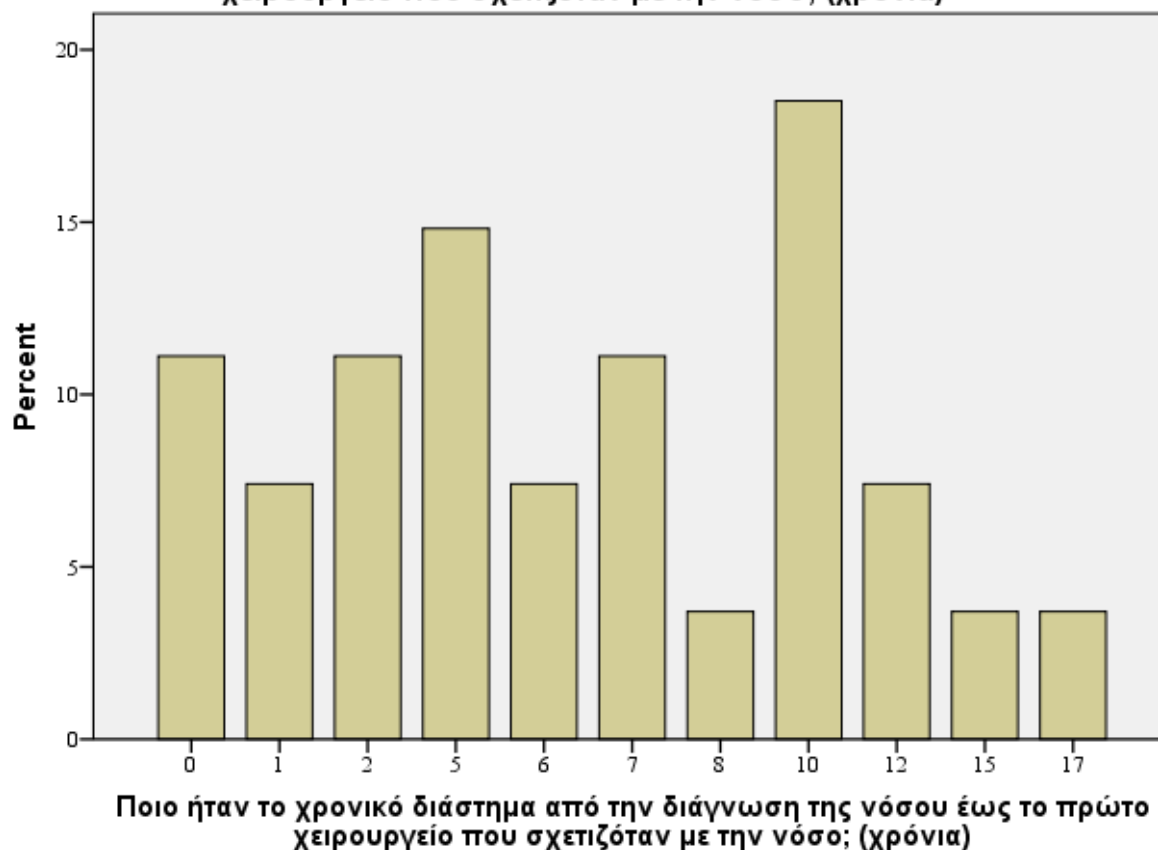


Όσον αφορά στο χρονικό διάστημα από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου μέχρι και το πρώτο χειρουργείο που σχετιζόταν με τη νόσο, εκείνο κυμαινόταν μεταξύ των 0 και των 17 ετών, με τις υψηλότερες συχνότητες να εντοπίζονται στα 10 έτη, στα 5 έτη, στα 0 έτη, στα 2 έτη και στα 7 έτη, με ποσοστά 18,5%, 14,8%, 11,1%, 11,1% και 11,1%, αντίστοιχα, ενώ το μέσο χρονικό διάστημα που

μεσολάβησε από τη διάγνωση της νόσου μέχρι την πρώτη χειρουργική επέμβαση στο συνολικό δείγμα των ασθενών της παρούσας έρευνας ήταν ίσο με $6,48 \pm 4,66$ έτη.

Descriptive Statistics						
	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ποιο ήταν το χρονικό διάστημα από την διάγνωση της νόσου έως το πρώτο χειρουργείο που σχετιζόταν με την νόσο; (χρόνια)	27	17	0	17	6,48	4,661
Valid N (listwise)	27					

Ποιο ήταν το χρονικό διάστημα από την διάγνωση της νόσου έως το πρώτο χειρουργείο που σχετιζόταν με την νόσο; (χρόνια)



Η συχνότητα των νοσηλειών για διάφορους λόγους που σχετίζονται με την ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου διέφερε σημαντικά μεταξύ των ασθενών του δείγματος. Όταν οι τελευταίοι κλήθηκαν να δηλώσουν τη συχνότητα νοσηλείας τους σε μία κλίμακα από το 1 έως και το 5, όπου το 1 αντιστοιχούσε στο «ποτέ» και το 5 στο «πολύ συχνά», το 1/3 του δείγματος περίπου δήλωσε ότι δε

νοσηλεύτηκε ποτέ (31,3%), το 29,3% των ασθενών νοσηλεύθηκαν λίγες φορές («2»), ενώ πολύ συχνά νοσηλευόταν το 10,1% των ασθενών. Επίσης, σημαντικό ποσοστό (17,2%) σημειώθηκε στους ασθενείς που νοσηλεύονταν συχνά («4»), ενώ μέτρια συχνότητα επίσκεψης δήλωσε το 12,1% των συμμετεχόντων της παρούσας έρευνας. Κατά μέσο όρο, η συχνότητα νοσηλείας των ασθενών του δείγματος ήταν μέτρια προς χαμηλή, αφού η μέση τιμή της συχνότητας νοσηλείας, όπως αυτή διαμορφώθηκε στην 5βάθμια κλίμακα, ήταν ίση με $2,45 \pm 1,36$ στο συνολικό δείγμα.

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Νοσηλείες για λόγους που σχετίζονται με τη νόσο με βαθμό από το 1 (πότε) έως το 5 (πολύ συχνά);	99	4	1	5	2,45	1,357
Valid N (listwise)	99					

Νοσηλείες για λόγους που σχετίζονται με τη νόσο με βαθμό από το 1 (πότε) έως το 5 (πολύ συχνά);

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ	31	30,7	31,3	31,3
2	29	28,7	29,3	60,6
3	12	11,9	12,1	72,7
4	17	16,8	17,2	89,9
Πολύ συχνά	10	9,9	10,1	100,0
Total	99	98,0	100,0	
Missing 999	2	2,0		
Total	101	100,0		

Η συχνότητα των επισκέψεων στα επείγοντα του νοσοκομείου ή στο ιατρείο ΙΦΕΝ για λόγους που σχετίζονται με την ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου διέφερε επίσης σημαντικά μεταξύ των ασθενών του δείγματος. Όταν οι ασθενείς κλήθηκαν να δηλώσουν τη συχνότητα επισκέψεων στα επείγοντα του νοσοκομείου ή στο ιατρείο ΙΦΕΝ σε μία κλίμακα από το 1 έως και το 5, όπου το 1 αντιστοιχούσε στο «ποτέ» και το 5 στο «πολύ συχνά», το 1/3 του δείγματος περίπου δήλωσε ότι δεν πραγματοποίησε ποτέ επίσκεψη αυτού του είδους (32,7%), το 23,5% των ασθενών επισκέφθηκαν τα επείγοντα ή το ιατρείο ορισμένες φορές («2») και το 22,4% πραγματοποίησαν αρκετά συχνά αυτού του είδους τις επισκέψεις («3»). Αντίθετα, , πολύ λιγότεροι ήταν οι ασθενείς που επισκέπτονταν τα επείγοντα τμήματα του νοσοκομείου ή το ιατρείο ΙΦΕΝ για λόγους σχετικούς με τη φλεγμονώδη νόσο

του εντέρου συχνά («4», 12,2%) ή πολύ συχνά («5», 9,2%). Κατά μέσο όρο, η συχνότητα νοσηλείας των ασθενών του δείγματος ήταν μέτρια προς χαμηλή, αφού η μέση τιμή της συχνότητας επίσκεψης των επειγόντων του νοσοκομείου του ιατρείου ΙΦΕΝ, όπως αυτή διαμορφώθηκε στην 5βάθμια κλίμακα, ήταν ίση με $2,42 \pm 1,31$ στο συνολικό δείγμα.

Επισκέψεις στα επείγοντα του νοσοκομείου ή στο ιατρείο ΙΦΕΝ για λόγους που σχετίζονται με τη νόσο με βαθμό από το 1 (ποτέ) έως το 5 (πολύ συχνά)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Ποτέ	32	31,7	32,7	32,7
2	23	22,8	23,5	56,1
3	22	21,8	22,4	78,6
4	12	11,9	12,2	90,8
Πολύ συχνά	9	8,9	9,2	100,0
Total	98	97,0	100,0	
Missing				
999	3	3,0		
Total	101	100,0		

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Επισκέψεις στα επείγοντα του νοσοκομείου ή στο ιατρείο ΙΦΕΝ για λόγους που σχετίζονται με τη νόσο με βαθμό από το 1 (ποτέ) έως το 5 (πολύ συχνά)	98	4	1	5	2,42	1,308
Valid N (listwise)	98					

6.2 Επαγωγική ανάλυση - Κλινικά χαρακτηριστικά, πορεία εντερικής φλεγμονώδους νόσου και πρόγνωση βάσει της παρουσίας ή μη παχυσαρκίας, των κατηγοριών του ΔΜΣ και της τιμής του ΔΜΣ

6.2.1 Τύπος φλεγμονώδους εντερικής νόσου

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τον τύπο φλεγμονώδους εντερικής νόσου των ασθενών (νόσος του Crohn ή ελκώδη κολίτιδα) μεταξύ των παχύσαρκων και των μη παχύσαρκων ασθενών.

Crosstab

			Τύπος φλεγμονώδους εντερικής νόσου		Total
			Νόσος Crohn	Ελκώδης κολίτιδα	
Παχυσαρκία	Ναι	Count	14	9	23
		% within Παχυσαρκία	60,9%	39,1%	100,0%
	Όχι	Count	47	21	68
		% within Παχυσαρκία	69,1%	30,9%	100,0%
Total	Count		61	30	91
	% within Παχυσαρκία		67,0%	33,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,529 ^a	1	,467	,608	,315
Continuity Correction ^b	,222	1	,638		
Likelihood Ratio	,520	1	,471		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,523	1	,469		
N of Valid Cases	91				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,58.

b. Computed only for a 2x2 table

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τον τύπο φλεγμονώδους εντερικής νόσου των ασθενών (νόσος του Crohn ή ελκώδη κολίτιδα) μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών ασθενών βάσει του ΔΜΣ (λιποβαρείς, φυσιολογικού βάρους, υπέρβαρων, παχύσαρκων).

Crosstab

			Τύπος φλεγμονώδους εντερικής νόσου		Total
			Νόσος Crohn	Ελκώδης κολίτιδα	
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	Count		8	2	10
	<18,5	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	80,0%	20,0%	100,0%
	Count		15	9	24
	18,5-24,9	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	62,5%	37,5%	100,0%
	Count		24	10	34
Total	25-29,9	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	70,6%	29,4%	100,0%
	Count		14	9	23
	>=30	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	60,9%	39,1%	100,0%
Total			61	30	91
			67,0%	33,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,574 ^a	3	,665
Likelihood Ratio	1,632	3	,652
Linear-by-Linear Association	,465	1	,495
N of Valid Cases	91		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,30.

6.2.2 Οικογενειακό ιστορικό ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου

Μεταξύ των παχύσαρκων και μη παχύσαρκων ασθενών του δείγματος, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την παρουσία οικογενειακού ιστορικού ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, με τους παχύσαρκους ασθενείς να παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό οικογενειακού ιστορικού, και μάλιστα, οι παχύσαρκοι ασθενείς είχαν όλοι οικογενειακό ιστορικό νόσου Crohn και όχι ελκώδους κολίτιδας.

Crosstab

			Οικογενειακό ιστορικό ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (συγγενής 1ου βαθμού: γονέας, αδερφός/ή, τέκνο)		Total
			Ναι	Όχι	
Παχυσαρκία	Ναι	Count	6	16	22
		% within Παχυσαρκία	27,3%	72,7%	100,0%
	Όχι	Count	5	59	64
		% within Παχυσαρκία	7,8%	92,2%	100,0%
Total	Count		11	75	86
	% within Παχυσαρκία		12,8%	87,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,558 ^a	1	,018	,028	,028
Continuity Correction ^b	3,951	1	,047		
Likelihood Ratio	4,896	1	,027		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5,494	1	,019		
N of Valid Cases	86				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,81.

b. Computed only for a 2x2 table

Crosstab

			Αν ναι τι νόσος;		Total
			Ελκώδης κολίτιδα	Νόσος Crohn	
Παχυσαρκία	Ναι	Count	0	5	5
		% within Παχυσαρκία	0,0%	100,0%	100,0%
	Όχι	Count	3	2	5
		% within Παχυσαρκία	60,0%	40,0%	100,0%
Total	Count		3	7	10
	% within Παχυσαρκία		30,0%	70,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,286 ^a	1	,038	,167	,083
Continuity Correction ^b	1,905	1	,168		
Likelihood Ratio	5,487	1	,019		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3,857	1	,050		
N of Valid Cases	10				

a. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Μεταξύ των 4 διαφορετικών κατηγοριών βάσει ΔΜΣ, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την παρουσία οικογενειακού ιστορικού ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, με τους παχύσαρκους ασθενείς να παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό οικογενειακού ιστορικού σε σύγκριση με όλες τις υπόλοιπες ομάδες, και μάλιστα, οι παχύσαρκοι ασθενείς είχαν την υψηλότερη, με διαφορά, συχνότητα παρουσίας οικογενειακού ιστορικού για τη νόσο Crohn, ενώ οι υπέρβαροι είχαν την υψηλότερη συχνότητα παρουσίας ελκώδους κολίτιδας.

Crosstab

	Οικογενειακό ιστορικό ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (συγγενής 1ου βαθμού: γονέας, αδερφός/ή, τέκνο)		Total
	Ναι	Όχι	

Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	<18,5	Count	0	10	10
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	0,0%	100,0%	100,0%
	18,5-24,9	Count	4	20	24
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	16,7%	83,3%	100,0%
	25-29,9	Count	1	29	30
Total		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	3,3%	96,7%	100,0%
	>=30	Count	6	16	22
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	27,3%	72,7%	100,0%
Total		Count	11	75	86
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	12,8%	87,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,332 ^a	3	,040
Likelihood Ratio	9,593	3	,022
Linear-by-Linear Association	2,555	1	,110
N of Valid Cases	86		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,28.

Crosstab

			Αν ναι τι νόσος;		Total
			Ελκώδης κολίτιδα	Νόσος Crohn	
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)		Count	2	2	4
	18,5-24,9	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	50,0%	50,0%	100,0%
		Count	1	0	1
	25-29,9	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	100,0%	0,0%	100,0%
	>=30	Count	0	5	5

Total	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	0,0%	100,0%	100,0%
	Count	3	7	10
	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	30,0%	70,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,238 ^a	2	,073
Likelihood Ratio	6,672	2	,036
Linear-by-Linear Association	2,547	1	,110
N of Valid Cases	10		

a. 6 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,30.

6.2.3 Παχυσαρκία και ιστορικό άλλων νόσων

Η παχυσαρκία συνδέθηκε στατιστικά σημαντικά με το ατομικό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη, με τους παχύσαρκους ασθενείς να παρουσιάζουν υψηλότερη συχνότητα παρουσίας διαβήτη.

Crosstab

		Ιστορικό Σακχαρώδης διαβήτης		Total
		Ναι	Όχι	
Παχυσαρκία	Ναι			
	Count	6	17	23
	% within Παχυσαρκία	26,1%	73,9%	100,0%
	Όχι			
Total	Count	3	64	67
	% within Παχυσαρκία	4,5%	95,5%	100,0%
	Count	9	81	90
	% within Παχυσαρκία	10,0%	90,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)

Pearson Chi-Square	8,884 ^a	1	,003		
Continuity Correction ^b	6,645	1	,010		
Likelihood Ratio	7,612	1	,006		
Fisher's Exact Test				,008	,008
Linear-by-Linear Association	8,785	1	,003		
N of Valid Cases	90				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,30.

b. Computed only for a 2x2 table

Οι κατηγορίες βάσει του ΔΜΣ συνδέθηκαν επίσης στατιστικά σημαντικά με το ατομικό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη, με τους παχύσαρκους ασθενείς να εξακολουθούν να παρουσιάζουν την υψηλότερη συχνότητα παρουσίας διαβήτη.

Crosstab					
			Ιστορικό Σακχαρώδης διαβήτης		Total
			Ναι	Όχι	
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	<18,5	Count	1	9	10
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	10,0%	90,0%	100,0%
	18,5-24,9	Count	1	22	23
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	4,3%	95,7%	100,0%
	25-29,9	Count	1	33	34
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	2,9%	97,1%	100,0%
	>=30	Count	6	17	23
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	26,1%	73,9%	100,0%
	Total	Count	9	81	90
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	10,0%	90,0%	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,312 ^a	3	,025
Likelihood Ratio	8,361	3	,039

Linear-by-Linear Association	3,368	1	,066
N of Valid Cases	90		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

Η παχυσαρκία συνδέθηκε στατιστικά σημαντικά με το ατομικό ιστορικό υπέρτασης, με τους παχύσαρκους ασθενείς να παρουσιάζουν υψηλότερη συχνότητα παρουσίας υπέρτασης.

Crosstab					
			Ιστορικό Υπέρταση		Total
			Ναι	Όχι	
Παχυσαρκία	Ναι	Count	12	11	23
		% within Παχυσαρκία	52,2%	47,8%	100,0%
	Όχι	Count	7	60	67
		% within Παχυσαρκία	10,4%	89,6%	100,0%
Total	Count		19	71	90
	% within Παχυσαρκία		21,1%	78,9%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	17,900 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction ^b	15,482	1	,000		
Likelihood Ratio	16,071	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	17,701	1	,000		
N of Valid Cases	90				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,86.

b. Computed only for a 2x2 table

Οι κατηγορίες βάσει του ΔΜΣ συνδέθηκαν επίσης στατιστικά σημαντικά με το ατομικό ιστορικό υπέρτασης, με τους παχύσαρκους ασθενείς να εξακολουθούν να παρουσιάζουν την υψηλότερη συχνότητα παρουσίας υπέρτασης σε σύγκριση με όλες τις υπόλοιπες κατηγορίες βάσει του ΔΜΣ.

Crosstab		
	Ιστορικό Υπέρταση	Total

			Ναι	Όχι	
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)		Count	1	9	10
	<18,5	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	10,0%	90,0%	100,0%
		Count	3	20	23
	18,5-24,9	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	13,0%	87,0%	100,0%
		Count	3	31	34
	25-29,9	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	8,8%	91,2%	100,0%
		Count	12	11	23
	>=30	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	52,2%	47,8%	100,0%
Total		Count	19	71	90
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	21,1%	78,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,048 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	16,328	3	,001
Linear-by-Linear Association	9,169	1	,002
N of Valid Cases	90		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,11.

Η παχυσαρκία συνδέθηκε στατιστικά σημαντικά με το ατομικό ιστορικό υπερλιπιδαιμίας, με τους παχύσαρκους ασθενείς να παρουσιάζουν υψηλότερη συχνότητα παρουσίας υπερλιπιδαιμίας από τους μη παχύσαρκους.

Crosstab

			Ιστορικό Υπερλιπιδαιμία		Total
			Ναι	Όχι	
Παχυσαρκία	Ναι	Count	10	13	23
		% within Παχυσαρκία	43,5%	56,5%	100,0%
	Όχι	Count	4	63	67

	% within Παχυσαρκία	6,0%	94,0%	100,0%
Total	Count	14	76	90
	% within Παχυσαρκία	15,6%	84,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	18,338 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	15,594	1	,000		
Likelihood Ratio	16,005	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	18,134	1	,000		
N of Valid Cases	90				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,58.

b. Computed only for a 2x2 table

Οι κατηγορίες βάσει του ΔΜΣ συνδέθηκαν επίσης στατιστικά σημαντικά με το ατομικό ιστορικό υπερλιπιδαιμίας, με τους παχύσαρκους ασθενείς να εξακολουθούν να παρουσιάζουν την υψηλότερη συχνότητα παρουσίας υπερλιπιδαιμίας σε σύγκριση με όλες τις υπόλοιπες κατηγορίες βάσει του ΔΜΣ.

Crosstab

			Ιστορικό Υπερλιπιδαιμία		Total
			Ναι	Όχι	
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)		Count	0	10	10
	<18,5	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	0,0%	100,0%	100,0%
		Count	2	21	23
	18,5-24,9	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	8,7%	91,3%	100,0%
		Count	2	32	34
	25-29,9	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	5,9%	94,1%	100,0%
		Count	10	13	23
	>=30	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	43,5%	56,5%	100,0%
Total		Count	14	76	90

% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	15,6%	84,4%	100,0%
--------------------------------------	-------	-------	--------

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,740 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	17,505	3	,001
Linear-by-Linear Association	11,396	1	,001
N of Valid Cases	90		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,56.

6.2.4 Περιοχή εντόπισης νόσου

Στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε ως προς την περιπρωκτική νόσο μεταξύ των παχύσαρκων και μη ασθενών, με τους πρώτους να παρουσιάζουν υψηλότερη συχνότητα παρουσίας περιπρωκτικής νόσου.

Crosstab

			Για ασθενείς με νόσο Crohn :Εντόπιση νόσου Περιπρωκτική νόσος		Total
			Ναι	Όχι	
Παχυσαρκία	Ναι	Count	5	17	22
		% within Παχυσαρκία	22,7%	77,3%	100,0%
	Όχι	Count	4	64	68
		% within Παχυσαρκία	5,9%	94,1%	100,0%
Total	Count		9	81	90
	% within Παχυσαρκία		10,0%	90,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,241 ^a	1	,022		
Continuity Correction ^b	3,536	1	,060		
Likelihood Ratio	4,507	1	,034		
Fisher's Exact Test				,036	,036
Linear-by-Linear Association	5,182	1	,023		
N of Valid Cases	90				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,20.

b. Computed only for a 2x2 table

Αντίθετα, μεταξύ των ασθενών διαφορετικής κατηγορίας βάσει του ΔΜΣ, στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε μόνο ως προς την εντόπιση της νόσου στον τελικό ειλεό, όπου υπήρξε σημαντικά υψηλότερη συχνότητα τελικού ειλεού μεταξύ των λιποβαρών ασθενών, ακολουθούμενων από τα άτομα φυσιολογικού βάρους.

Crosstab

			Για ασθενείς με νόσο Crohn :Εντόπιση νόσου Τελικός ειλεός		Total
			Ναι	Όχι	
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	<18,5	Count	8	2	10
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	80,0%	20,0%	100,0%
	18,5-24,9	Count	9	15	24
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	37,5%	62,5%	100,0%
	25-29,9	Count	22	12	34
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	64,7%	35,3%	100,0%
>=30	Count	12	10	22	
	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	54,5%	45,5%	100,0%	
Total		Count	51	39	90
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	56,7%	43,3%	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,743 ^a	3	,081
Likelihood Ratio	6,933	3	,074
Linear-by-Linear Association	,014	1	,905
N of Valid Cases	90		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,33.

6.2.5 Συμπεριφορά νόσου

Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε ως προς τη συριγγοποιό (διατηρητική) συμπεριφορά της νόσου Crohn μεταξύ των 4 διαφορετικών κατηγοριών ασθενών βάσει του ΔΜΣ, με τους λιποβαρείς να παρουσιάζουν την υψηλότερη συχνότητα διατηρητικής συμπεριφοράς της νόσου, ακολουθούμενους από τους παχύσαρκους. Ωστόσο, οι παχύσαρκοι δεν παρουσίασαν καμία σημαντική διαφορά ως προς την εν λόγω συμπεριφορά της νόσου σε σύγκριση με τους μη παχύσαρκους ασθενείς.

Crosstab					
			Συμπεριφορά νόσου Crohn Συριγγοποιός (διατηρητική)		Total
			Ναι	Όχι	
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	<18,5	Count	4	6	10
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	40,0%	60,0%	100,0%
	18,5-24,9	Count	1	23	24
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	4,2%	95,8%	100,0%
	25-29,9	Count	6	28	34
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	17,6%	82,4%	100,0%
	>=30	Count	7	16	23
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	30,4%	69,6%	100,0%
Total	Count	18	73	91	

% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	19,8%	80,2%	100,0%
--------------------------------------	-------	-------	--------

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,007 ^a	3	,046
Likelihood Ratio	8,787	3	,032
Linear-by-Linear Association	,352	1	,553
N of Valid Cases	91		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,98.

Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε ως προς τη στενωτική συμπεριφορά της νόσου Crohn μεταξύ των 4 διαφορετικών κατηγοριών ασθενών βάσει του ΔΜΣ, με τους λιποβαρείς να παρουσιάζουν την υψηλότερη συχνότητα στενωτικής συμπεριφοράς, ενώ οι παχύσαρκοι δεν παρουσίασαν καμία σημαντική διαφορά ως προς την εν λόγω συμπεριφορά της νόσου σε σύγκριση με τους μη παχύσαρκους ασθενείς.

Crosstab

			Συμπεριφορά νόσου Crohn		Total
			ΣΤΕΝΩΤΙΚΗ		
			Ναι	Όχι	
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	Count	4	6	10	
	<18,5	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	40,0%	60,0%	100,0%
	Count	1	23	24	
	18,5-24,9	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	4,2%	95,8%	100,0%
	Count	8	26	34	
	25-29,9	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	23,5%	76,5%	100,0%
	Count	5	18	23	
	>=30	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	21,7%	78,3%	100,0%
Total	Count	18	73	91	

% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	19,8%	80,2%	100,0%
--------------------------------------	-------	-------	--------

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,621 ^a	3	,085
Likelihood Ratio	7,556	3	,056
Linear-by-Linear Association	,002	1	,966
N of Valid Cases	91		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,98.

6.2.6 Δραστηριότητα νόσου

Η δραστηριότητα της νόσου, όπως αυτή χαρακτηρίστηκε από τους ίδιους τους ασθενείς σε μία 5βάθμια κλίμακα από το 1 έως το 5 (ήπια έως βαριά), δε φάνηκε να διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των παχύσαρκων και των μη παχύσαρκων ατόμων.

Crosstab

		Πώς θα χαρακτηρίζατε τη δραστηριότητα της νόσου σας από το 1-5					Total
		Ήπια	2	3	4	Βαριά	
Παχύσαρκα	Count	1	3	9	4	5	22
	Ναι % within Παχύσαρκα	4,5%	13,6%	40,9%	18,2%	22,7%	100,0%
	Count	14	14	15	11	9	63
	Όχι % within Παχύσαρκα	22,2%	22,2%	23,8%	17,5%	14,3%	100,0%
Total	Count	15	17	24	15	14	85
	% within Παχύσαρκα	17,6%	20,0%	28,2%	17,6%	16,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,887 ^a	4	,208
Likelihood Ratio	6,616	4	,158
Linear-by-Linear Association	3,510	1	,061
N of Valid Cases	85		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,62.

Η απουσία σημαντικής σύνδεσης δεν παρέμεινε, ωστόσο, όταν εξετάστηκε η σχέση μεταξύ της δραστηριότητας της νόσου και των 4 κατηγοριών ασθενών βάσει του ΔΜΣ, με τους λιποβαρείς ασθενείς να τείνουν να χαρακτηρίζουν πιο βαριά τη δραστηριότητα της νόσου τους και τους ασθενείς φυσιολογικού βάρους να παρουσιάζουν πιο υψηλή συχνότητα ήπιας δραστηριότητας της νόσου.

Crosstab

			Πώς θα χαρακτηρίζατε τη δραστηριότητα της νόσου σας από το 1-5					Total
			Ήπια	2	3	4	Βαριά	
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	<18,5	Count	0	3	1	2	3	9
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	0,0%	33,3%	11,1%	22,2%	33,3%	100,0%
	18,5-24,9	Count	7	5	3	6	1	22
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	31,8%	22,7%	13,6%	27,3%	4,5%	100,0%
	25-29,9	Count	7	6	11	3	5	32
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	21,9%	18,8%	34,4%	9,4%	15,6%	100,0%
	>=30	Count	1	3	9	4	5	22
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	4,5%	13,6%	40,9%	18,2%	22,7%	100,0%
Total		Count	15	17	24	15	14	85
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	17,6%	20,0%	28,2%	17,6%	16,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,678 ^a	12	,097
Likelihood Ratio	21,525	12	,043
Linear-by-Linear Association	,625	1	,429
N of Valid Cases	85		

a. 13 cells (65,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,48.

6.2.7 Φαρμακευτική αγωγή

Η λήψη αντιβιοτικών φάνηκε να διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των παχύσαρκων και μη ασθενών, με τους πρώτους να παρουσιάζουν υψηλότερη συχνότητα λήψης αντιβιοτικών.

Crosstab

		Φαρμακευτική αγωγή Αντιβιοτικά		Total
		Ναι	Όχι	
Παχυσαρκία	Count	14	9	23
	% within Παχυσαρκία	60,9%	39,1%	100,0%
	Count	25	42	67
	% within Παχυσαρκία	37,3%	62,7%	100,0%
Total	Count	39	51	90
	% within Παχυσαρκία	43,3%	56,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,869 ^a	1	,049		
Continuity Correction ^b	2,969	1	,085		
Likelihood Ratio	3,852	1	,050		
Fisher's Exact Test				,056	,043
Linear-by-Linear Association	3,826	1	,050		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,97.

b. Computed only for a 2x2 table

Η σύνδεση της λήψης αντιβιοτικών παρέμεινε και στις 4 διαφορετικές κατηγορίες βάσει ΔΜΣ, με τους παχύσαρκους και τους λιποβαρείς να παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά λήψης αντιβιοτικών.

Crosstab

			Φαρμακευτική αγωγή Αντιβιοτικά		Total
			Ναι	Όχι	
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	<18,5	Count	6	4	10
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	60,0%	40,0%	100,0%
	18,5-24,9	Count	6	17	23
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	26,1%	73,9%	100,0%
	25-29,9	Count	13	21	34
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	38,2%	61,8%	100,0%
	>=30	Count	14	9	23
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	60,9%	39,1%	100,0%
Total	Count	39	51	90	
	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	43,3%	56,7%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,157 ^a	3	,067
Likelihood Ratio	7,276	3	,064
Linear-by-Linear Association	1,075	1	,300
N of Valid Cases	90		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,33.

Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ παχύσαρκων και μη ασθενών εντοπίστηκε και ως προς τη λήψη κορτικοστεροειδών, με τους παχύσαρκους ασθενείς να τείνουν να λαμβάνουν πιο συχνά κορτικοστεροειδή.

Crosstab

			Φαρμακευτική αγωγή Κορτικοστεροειδή		Total
			Ναι	Όχι	
Παχυσαρκία	Ναι	Count	15	8	23
		% within Παχυσαρκία	65,2%	34,8%	100,0%
	Όχι	Count	24	43	67
		% within Παχυσαρκία	35,8%	64,2%	100,0%
Total	Count		39	51	90
	% within Παχυσαρκία		43,3%	56,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,026 ^a	1	,014	,017	,014
Continuity Correction ^b	4,888	1	,027		
Likelihood Ratio	6,023	1	,014		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5,959	1	,015		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,97.

b. Computed only for a 2x2 table

Η σύνδεση αυτή εξακολουθεί να παρατηρείται και στις 4 διαφορετικές κατηγορίες ασθενών βάσει του ΔΜΣ, με τους παχύσαρκους να λαμβάνουν πιο συχνά κορτικοστεροειδή, ακολουθούμενους από τους λιποβαρείς ασθενείς.

Crosstab

			Φαρμακευτική αγωγή Κορτικοστεροειδή		Total
			Ναι	Όχι	
Δείκτης μάζας σώματος	<18,5	Count	5	5	10

(BMI)	18,5-24,9	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	50,0%	50,0%	100,0%
		Count	7	16	23
	25-29,9	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	30,4%	69,6%	100,0%
		Count	12	22	34
	>=30	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	35,3%	64,7%	100,0%
		Count	15	8	23
	Total	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	65,2%	34,8%	100,0%
		Count	39	51	90
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	43,3%	56,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,120 ^a	3	,068
Likelihood Ratio	7,163	3	,067
Linear-by-Linear Association	2,195	1	,138
N of Valid Cases	90		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,33.

Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ παχύσαρκων και μη ασθενών εντοπίστηκε και ως προς τη λήψη αμινοσαλικυλικών, με τους παχύσαρκους ασθενείς να τείνουν να λαμβάνουν πιο συχνά αμινοσαλικυλικά.

Crosstab

		Φαρμακευτική αγωγή Αμινοσαλικυλικά		Total	
		Ναι	Όχι		
		Παχυσαρκία	Nai	Count	14
	% within Παχυσαρκία		60,9%	39,1%	100,0%
Όχι	Count		27	40	67
	% within Παχυσαρκία		40,3%	59,7%	100,0%

Total	Count	41	49	90
	% within Παχυσαρκία	45,6%	54,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,921 ^a	1	,087		
Continuity Correction ^b	2,151	1	,142		
Likelihood Ratio	2,922	1	,087		
Fisher's Exact Test				,097	,071
Linear-by-Linear Association	2,889	1	,089		
N of Valid Cases	90				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,48.

b. Computed only for a 2x2 table

Η σύνδεση αυτή εξακολουθεί να παρατηρείται και στις 4 διαφορετικές κατηγορίες ασθενών βάσει του ΔΜΣ, με τους παχύσαρκους να λαμβάνουν πιο συχνά αμινοσαλικυλικά, αλλά σε λίγο υψηλότερη συχνότητα από τους λιποβαρείς ασθενείς.

Crosstab

			Φαρμακευτική αγωγή		Total
			Αμινοσαλικυλικά		
			Ναι	Όχι	
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	<18,5	Count	6	4	10
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	60,0%	40,0%	100,0%
	18,5-24,9	Count	6	17	23
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	26,1%	73,9%	100,0%
	25-29,9	Count	15	19	34
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	44,1%	55,9%	100,0%
	>=30	Count	14	9	23
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	60,9%	39,1%	100,0%
Total	Count	41	49	90	

% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	45,6%	54,4%	100,0%
--------------------------------------	-------	-------	--------

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,559 ^a	3	,087
Likelihood Ratio	6,740	3	,081
Linear-by-Linear Association	1,277	1	,258
N of Valid Cases	90		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,56.

Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ παχύσαρκων και μη ασθενών εντοπίστηκε και ως προς τη λήψη ανοσοτροποποιητικών, με τους παχύσαρκους ασθενείς να τείνουν να λαμβάνουν πιο συχνά ανοσοτροποποιητικά.

Crosstab

		Φαρμακευτική αγωγή Ανοσοτροποποιητικά		Total	
		Ναι	Όχι		
Παχυσαρκία	Nαι	Count	9	13	22
		% within Παχυσαρκία	40,9%	59,1%	100,0%
	Όχι	Count	14	52	66
		% within Παχυσαρκία	21,2%	78,8%	100,0%
Total		Count	23	65	88
		% within Παχυσαρκία	26,1%	73,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,316 ^a	1	,069		
Continuity Correction ^b	2,374	1	,123		
Likelihood Ratio	3,130	1	,077		

Fisher's Exact Test				,093	,064
Linear-by-Linear Association	3,278	1	,070		
N of Valid Cases	88				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,75.

b. Computed only for a 2x2 table

Η σύνδεση αυτή εξακολουθεί να παρατηρείται και στις 4 διαφορετικές κατηγορίες ασθενών βάσει του ΔΜΣ, με τους παχύσαρκους να λαμβάνουν πιο συχνά ανοσοτροποποιητικά, ακολουθούμενους από τους υπέρβαρους, αλλά με αρκετή διαφορά στη συχνότητα μεταξύ τους.

Crosstab

			Φαρμακευτική αγωγή Ανοσοτροποποιητικά		Total
			Ναι	Όχι	
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	Count		2	8	10
	<18,5	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	20,0%	80,0%	100,0%
	Count		2	21	23
	18,5-24,9	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	8,7%	91,3%	100,0%
	Count		10	23	33
	25-29,9	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	30,3%	69,7%	100,0%
	Count		9	13	22
Total	>=30	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	40,9%	59,1%	100,0%
	Count		23	65	88
	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)		26,1%	73,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	6,603 ^a	3	,086
Likelihood Ratio	7,258	3	,064
Linear-by-Linear Association	4,613	1	,032
N of Valid Cases	88		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,61.

Αντίθετα, δεν υπήρξε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη λήψη ή μη anti-TNF παραγόντων μεταξύ των παχύσαρκων ή μη ασθενών, αλλά και μεταξύ των 4 διαφορετικών κατηγοριών βάσει του ΔΜΣ.

6.2.8 Χειρουργική επέμβαση

Η διεξαγωγή χειρουργικής επέμβασης δε συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την παχυσαρκία, αφού δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα ποσοστά συχνότητας χειρουργικών επεμβάσεων μεταξύ παχύσαρκων και μη ασθενών.

Crosstab

		Χειρουργείο που να σχετίζεται με τη νόσο;		Total	
		Ναι	Όχι		
Παχυσαρκία	Nai	Count	6	17	23
		% within Παχυσαρκία	26,1%	73,9%	100,0%
	Όχι	Count	19	47	66
		% within Παχυσαρκία	28,8%	71,2%	100,0%
Total		Count	25	64	89
		% within Παχυσαρκία	28,1%	71,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,062 ^a	1	,804	1,000	,516
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,062	1	,803		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,061	1	,805		
N of Valid Cases	89				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,46.

b. Computed only for a 2x2 table

Ομοίως, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς τη συχνότητα διεξαγωγής χειρουργικής επέμβασης μεταξύ των ασθενών διαφορετικών κατηγοριών βάσει ΔΜΣ.

Crosstab

			Χειρουργείο που να σχετίζεται με τη νόσο;		Total
			Ναι	Όχι	
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	Count	5	4	9	
	<18,5	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	55,6%	44,4%	100,0%
	Count	4	19	23	
	18,5-24,9	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	17,4%	82,6%	100,0%
	Count	10	24	34	
	25-29,9	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	29,4%	70,6%	100,0%
	Count	6	17	23	
	>=30	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	26,1%	73,9%	100,0%
Total	Count	25	64	89	
	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	28,1%	71,9%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,739 ^a	3	,192
Likelihood Ratio	4,481	3	,214
Linear-by-Linear Association	,541	1	,462
N of Valid Cases	89		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,53.

6.2.9 Νοσηλεία

Η συχνότητα νοσηλείας για λόγους σχετικούς με την εντερική φλεγμονώδη νόσο δε βρέθηκε να διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των παχύσαρκων και μη παχύσαρκων ασθενών.

Crosstab

		Νοσηλείες για λόγους που σχετίζονται με τη νόσο με βαθμό από το 1 (πότε) έως το 5 (πολύ συχνά);					Total
		Ποτέ	2	3	4	Πολύ συχνά	
Παχυσαρκία	Count	3	6	2	6	4	21
	Nai % within Παχυσαρκία	14,3%	28,6%	9,5%	28,6%	19,0%	100,0%
	Count	25	20	9	9	6	69
	Όχι % within Παχυσαρκία	36,2%	29,0%	13,0%	13,0%	8,7%	100,0%
	Count	28	26	11	15	10	90
	Total % within Παχυσαρκία	31,1%	28,9%	12,2%	16,7%	11,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,539 ^a	4	,162
Likelihood Ratio	6,549	4	,162
Linear-by-Linear Association	5,517	1	,019
N of Valid Cases	90		

a. 3 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,33.

Η συχνότητα νοσηλείας για λόγους σχετικούς με την εντερική φλεγμονώδη νόσο δε βρέθηκε να διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των ασθενών διαφορετικών κατηγοριών βάσει ΔΜΣ.

Crosstab

		Νοσηλείες για λόγους που σχετίζονται με τη νόσο με βαθμό από το 1 (πότε) έως το 5 (πολύ συχνά);					Total
		Ποτέ	2	3	4	Πολύ συχνά	
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	Count	2	3	0	3	2	10
	<18,5 % within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	20,0%	30,0%	0,0%	30,0%	20,0%	100,0%
	Count	10	8	3	3	0	24
	18,5-24,9						

Total	25-29,9	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	41,7%	33,3%	12,5%	12,5%	0,0%	100,0%
		Count	13	9	6	3	4	35
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	37,1%	25,7%	17,1%	8,6%	11,4%	100,0%
		Count	3	6	2	6	4	21
	>=30	% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	14,3%	28,6%	9,5%	28,6%	19,0%	100,0%
		Count	28	26	11	15	10	90
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	31,1%	28,9%	12,2%	16,7%	11,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,960 ^a	12	,244
Likelihood Ratio	18,665	12	,097
Linear-by-Linear Association	1,500	1	,221
N of Valid Cases	90		

a. 13 cells (65,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,11.

6.2.10 Επισκέψεις σε επείγοντα ή / και σε ιατρείο ΙΦΕΝ

Η συχνότητα επισκέψεων στα επείγοντα του νοσοκομείου ή στο ιατρείο ΙΦΕΝ για λόγους σχετικούς με την εντερική φλεγμονώδη νόσο δε βρέθηκε να διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των παχύσαρκων και μη παχύσαρκων ασθενών.

Crosstab

			Επισκέψεις στα επείγοντα του νοσοκομείου ή στο ιατρείο ΙΦΕΝ για λόγους που σχετίζονται με τη νόσο με βαθμό από το 1 (ποτέ) έως το 5 (πολύ συχνά)					Total
			Ποτέ	2	3	4	Πολύ συχνά	
Παχυσαρκία	Ναι	Count	3	5	7	2	4	21
		% within Παχυσαρκία	14,3%	23,8%	33,3%	9,5%	19,0%	100,0%
	Όχι	Count	25	16	14	8	5	68
		% within Παχυσαρκία	36,8%	23,5%	20,6%	11,8%	7,4%	100,0%
	Total	Count	28	21	21	10	9	89
		% within Παχυσαρκία	31,5%	23,6%	23,6%	11,2%	10,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,924 ^a	4	,205
Likelihood Ratio	6,027	4	,197
Linear-by-Linear Association	4,025	1	,045
N of Valid Cases	89		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,12.

Η συχνότητα επισκέψεων στα επείγοντα του νοσοκομείου ή στο ιατρείο ΙΦΕΝ για λόγους σχετικούς με την εντερική φλεγμονώδη νόσο δε βρέθηκε να διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των παχύσαρκων και μη παχύσαρκων ασθενών.

Crosstab

			Επισκέψεις στα επείγοντα του νοσοκομείου ή στο ιατρείο ΙΦΕΝ για λόγους που σχετίζονται με τη νόσο με βαθμό από το 1 (ποτέ) έως το 5 (πολύ συχνά)					Total
			Ποτέ	2	3	4	Πολύ συχνά	
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	<18,5	Count	2	3	1	2	2	10
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	20,0%	30,0%	10,0%	20,0%	20,0%	100,0%

Total	18,5-24,9	Count	14	3	4	3	0	24
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	58,3%	12,5%	16,7%	12,5%	0,0%	100,0%
	25-29,9	Count	9	10	9	3	3	34
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	26,5%	29,4%	26,5%	8,8%	8,8%	100,0%
	>=30	Count	3	5	7	2	4	21
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	14,3%	23,8%	33,3%	9,5%	19,0%	100,0%
		Count	28	21	21	10	9	89
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	31,5%	23,6%	23,6%	11,2%	10,1%	100,0%
		Count						
		% within Δείκτης μάζας σώματος (BMI)						

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,369 ^a	12	,105
Likelihood Ratio	19,975	12	,068
Linear-by-Linear Association	1,954	1	,162
N of Valid Cases	89		

a. 13 cells (65,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,01.

6.2.11 Συσχέτιση ποσοτικών μεταβλητών

Η δραστηριότητα της ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά και θετικά με τη συχνότητα νοσηλείας και τη συχνότητα επισκέψεων στα επείγοντα του νοσοκομείου ή στο ιατρείο ΙΦΕΝ για λόγους σχετικούς με τη νόσο, ενώ το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από τη διάγνωση της νόσου μέχρι και το πρώτο χειρουργείο που ήταν σχετικό με την ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά και θετικά με το ΔΜΣ. Βάσει της εν λόγω σχέσης, ο μεγαλύτερος ΔΜΣ φαίνεται πως αντιστοιχεί σε υψηλότερο χρονικό διάστημα, και αντίστροφα. Ο

ΔΜΣ συσχετίστηκε επίσης σημαντικά και θετικά με τη συχνότητα νοσηλείας για λόγους που σχετίζονται με την ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και με τη συχνότητα επισκέψεων στα επείγοντα ή σε ιατρείο ΙΦΕΝ, με τους ασθενείς με υψηλότερο ΔΜΣ να τείνουν να νοσηλεύονται πιο συχνά και να επισκέπτονται πιο συχνά τα επείγοντα του νοσοκομείου ή το ιατρείο ΙΦΕΝ. Τέλος, η συχνότητα νοσηλείας για λόγους που σχετίζονται με την ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά και θετικά με τη συχνότητα επισκέψεων στα επείγοντα του νοσοκομείου ή στο ιατρείο ΙΦΕΝ.

Correlations

			Πώς θα χαρακτηρίζατε τη δραστηριότητα της νόσου σας από το 1-5	Ποιο ήταν το χρονικό διάστημα από την διάγνωση της νόσου έως το πρώτο χειρουργείο που σχετιζόταν με την νόσο; (χρόνια)	Νοσηλείες για λόγους που σχετίζονται με τη νόσο με βαθμό από το 1 (πότε) έως το 5 (πολύ συχνά);	Επισκέψεις στα επείγοντα του νοσοκομείου ή στο ιατρείο ΙΦΕΝ για λόγους που σχετίζονται με τη νόσο με βαθμό από το 1 (ποτέ) έως το 5 (πολύ συχνά)
Spearman's rho	Ηλικία:	Correlation Coefficient	,102	,232	,114	,141
		Sig. (2-tailed)	,330	,255	,265	,168
	Δείκτης μάζας σώματος (BMI) αριθμός	N	93	26	98	97
		Correlation Coefficient	,157	,462*	,228*	,293**
	Περίμετρος μέσης	Sig. (2-tailed)	,168	,047	,037	,007
		N	79	19	84	83
	Περίμετρος λεκάνης	Correlation Coefficient	,117	,309	,199	,173
		Sig. (2-tailed)	,306	,199	,075	,125
	Ηλικία την εποχή διάγνωσης της νόσου	N	78	19	81	80
		Correlation Coefficient	,040	,384	,065	,076
	Βάρος την εποχή διάγνωσης της νόσου	Sig. (2-tailed)	,729	,105	,562	,505
		N	78	19	81	80
	Για τους ενεργούς ή πρώην καπνιστές: Πόσα	Correlation Coefficient	,095	-,182	,081	,140
		Sig. (2-tailed)	,379	,384	,445	,184
		N	88	25	92	91
		Correlation Coefficient	,163	,222	,133	,156
		Sig. (2-tailed)	,129	,320	,211	,145
		N	88	22	90	89
		Correlation Coefficient	,087	-,279	-,027	,175
		Sig. (2-tailed)				

χρόνια καπνίζετε/καπνίζατε;	Sig. (2-tailed)	,585	,333	,865	,268
	N	42	14	42	42
Για τους ενεργούς ή πρώην καπνιστές: Πόσα πακέτα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε / καπνίζατε;	Correlation Coefficient	,150	,186	-,066	,011
	Sig. (2-tailed)	,326	,525	,670	,943
	N	45	14	44	44
Για τους ενεργούς ή πρώην καπνιστές: Πακέτα/Χρόνο	Correlation Coefficient			-1,000	
	Sig. (2-tailed)				
	N	2	0	2	2
Πώς θα χαρακτηρίζατε τη δραστηριότητα της νόσου σας από το 1-5	Correlation Coefficient	1,000	-,056	,687**	,732**
	Sig. (2-tailed)		,787	,000	,000
	N	94	26	92	91
Ποιο ήταν το χρονικό διάστημα από την διάγνωση της νόσου έως το πρώτο χειρουργείο που σχετιζόταν με την νόσο; (χρόνια)	Correlation Coefficient	-,056	1,000	,111	-,074
	Sig. (2-tailed)	,787		,590	,724
	N	26	27	26	25
Νοσηλείες για λόγους που σχετίζονται με τη νόσο με βαθμό από το 1 (πόττε) έως το 5 (πολύ συχνά);	Correlation Coefficient	,687**	,111	1,000	,845**
	Sig. (2-tailed)	,000	,590		,000
	N	92	26	99	98
Επισκέψεις στα επείγοντα του νοσοκομείου ή στο ιατρείο ΙΦΕΝ για λόγους που σχετίζονται με τη νόσο με βαθμό από το 1 (ποτέ) έως το 5 (πολύ συχνά)	Correlation Coefficient	,732**	-,074	,845**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,724	,000	
	N	91	25	98	98

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Κεφάλαιο 7 Συζήτηση – Συμπεράσματα

Δεδομένης της έλλειψης επαρκών μελετών που να εστιάζουν στη διερεύνηση της κλινικής σχέσης της παχυσαρκίας και των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου, και ιδίως στην Ελλάδα, η παρούσα έρευνα επιχείρησε την εξέταση της επίδρασης της παχυσαρκίας στην πρόγνωση και πορεία των ασθενών με ιδιοπαθή νοσήματα του εντέρου στον πληθυσμό της Θεσσαλονίκης. Για το σκοπό αυτό, συγκεντρώθηκε ένα δείγμα 101 ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, μέσης ηλικίας $44,49 \pm 14,58$ ετών, εκ των οποίων, οι περισσότεροι (68%) έπασχαν από νόσο Crohn, ενώ το 32% των ασθενών του δείγματος έπασχαν από ελκώδη κολίτιδα. Βάσει των κατηγοριών που διακρίνονται βάσει του δείκτη μάζας σώματος (λιποβαρείς, φυσιολογικού βάρους, υπέρβαροι, παχύσαρκοι), η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ασθενών (38%) ήταν υπέρβαροι, το 26,1% των ασθενών του δείγματος ήταν φυσιολογικού βάρους, το 25% των συμμετεχόντων ήταν παχύσαρκοι, ενώ μόλις το 10,9% των ασθενών ήταν λιποβαρείς.

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τον τύπο φλεγμονώδους εντερικής νόσου των ασθενών (νόσος του Crohn ή ελκώδη κολίτιδα) μεταξύ των παχύσαρκων και των μη παχύσαρκων ασθενών, αλλά ούτε μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών ασθενών βάσει του ΔΜΣ (λιποβαρείς, φυσιολογικού βάρους, υπέρβαρων, παχύσαρκων). Σε αντίθεση με άλλη μελέτη όπου παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ παχύσαρκων και μη ασθενών ως προς την ηλικία έναρξης της φλεγμονώδους νόσου (Losurdo et al., 2020), στην παρούσα έρευνα, δεν εντοπίστηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά. Αντίθετα, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς το υπόλοιπο ατομικό ιστορικό χρόνιων νόσων των ασθενών, με τους παχύσαρκους να παρουσιάζουν υψηλότερη συχνότητα σακχαρώδη διαβήτη, υπέρτασης ή / και υπερλιπιδαιμίας, σχέση που παρατηρήθηκε και σε άλλη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας (Losurdo et al., 2020). Στην ίδια μελέτη, δεν παρατηρήθηκε καμία σημαντική διαφορά ως προς τον επιπολασμό της υπέρτασης και του σακχαρώδη διαβήτη μεταξύ των παχύσαρκων υγιών ατόμων και των παχύσαρκων ατόμων με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (Losurdo et al., 2020), ωστόσο, δεδομένης της έλλειψης δείγματος υγιών ατόμων, δεν ήταν δυνατός ο έλεγχος του εάν η συχνότητα αυτή παρουσίας διαβήτη, υπέρτασης ή υπερλιπιδαιμίας ήταν υψηλότερη ή χαμηλότερη από εκείνη των παχύσαρκων ατόμων χωρίς ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Επιπλέον, οι παχύσαρκοι ασθενείς παρουσίασαν υψηλότερη συχνότητα παρουσίας οικογενειακού ιστορικού ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, και ιδίως νόσου Crohn, τάση η οποία συνέχισε να υπάρχει και για τις 4 επιμέρους κατηγορίες βάσει του ΔΜΣ, ενώ, παράλληλα, οι υπέρβαροι συνδέθηκαν κυρίως με την παρουσία οικογενειακού ιστορικού ελκώδους κολίτιδας.

Ως προς την περιοχή όπου εντοπίστηκε η ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, οι παχύσαρκοι παρουσίασαν υψηλότερη συχνότητα παρουσίας περιπρωκτικής νόσου, ενώ οι λιποβαρείς παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη συχνότητα εντόπισης της νόσου στον τελικό ειλεό. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε ως προς τη συριγγοποιό (διατρητική) και ως προς τη στενωτική συμπεριφορά της νόσου Crohn μεταξύ των 4 διαφορετικών κατηγοριών ασθενών βάσει του ΔΜΣ, με τους λιποβαρείς να παρουσιάζουν την υψηλότερη συχνότητα διατρητικής και στενωτικής συμπεριφοράς της νόσου, ωστόσο, οι παχύσαρκοι δεν παρουσίασαν καμία σημαντική διαφορά ως προς τις δύο αυτές συμπεριφορές της νόσου σε σύγκριση με τους μη παχύσαρκους ασθενείς.

Η αυτοαξιολογούμενη από τους ασθενείς του δείγματος δραστηριότητα νόσου δε συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την παρουσία ή μη παχυσαρκίας, ωστόσο, φάνηκε να διαφέρει σημαντικά μεταξύ των 4 διαφορετικών κατηγοριών βάσει του ΔΜΣ με τους λιποβαρείς ασθενείς να τείνουν να χαρακτηρίζουν πιο βαριά τη δραστηριότητα της νόσου τους και τους ασθενείς φυσιολογικού βάρους να παρουσιάζουν πιο υψηλή συχνότητα ήπιας δραστηριότητας της νόσου. Το εύρημα αυτό συνάδει απόλυτα με εκείνο άλλης μελέτης, όπου η δραστηριότητα της νόσου βρέθηκε να είναι παρόμοια μεταξύ παχύσαρκων και μη ατόμων με ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn (Losurdo et al., 2020).

Όσον αφορά στη φαρμακευτική αγωγή, η λήψη αντιβιοτικών φάνηκε να διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των παχύσαρκων και μη ασθενών, με τους πρώτους να παρουσιάζουν υψηλότερη συχνότητα λήψης αντιβιοτικών, και η σχέση αυτή διατηρήθηκε όταν εξετάστηκαν οι 4 διαφορετικές κατηγορίες βάσει ΔΜΣ, ωστόσο, οι λιποβαρείς ασθενείς παρουσίασαν ελάχιστα μικρότερο ποσοστό λήψης αντιβιοτικών από τους παχύσαρκους ασθενείς. Ωστόσο, η υψηλότερη συχνότητα λήψης αντιβιοτικών από τους παχύσαρκους παρατηρήθηκε και σε άλλη, παλαιότερη μελέτη, όπου σε επίπεδο φαρμακευτικής αγωγής, τα παχύσαρκα άτομα κατανάλωναν πιο συχνά στεροειδή και αντιβιοτικά (Losurdo et al., 2020). Επίσης, οι παχύσαρκοι ασθενείς παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη συχνότητα λήψης κορτικοστεροειδών, ανοσοτροποποιητικών και αμινοσαλικυλικών. Αντίθετα, δεν υπήρξε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη λήψη ή μη anti-TNF παραγόντων μεταξύ των παχύσαρκων ή μη ασθενών, αλλά και μεταξύ των 4 διαφορετικών κατηγοριών βάσει του ΔΜΣ, εύρημα που συμφωνεί απόλυτα με εκείνο άλλης μελέτης της διεθνούς βιβλιογραφίας (Kim et al., 2021).

Ο ΔΜΣ συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά και θετικά με τη συχνότητα νοσηλείας για λόγους που σχετίζονται με την ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και με τη συχνότητα επισκέψεων στα επείγοντα ή σε ιατρείο ΙΦΕΝ, με τους ασθενείς με υψηλότερο ΔΜΣ να τείνουν να νοσηλεύονται πιο συχνά και να επισκέπτονται πιο συχνά τα επείγοντα του νοσοκομείου ή το ιατρείο ΙΦΕΝ. Ως εκ τούτου, οι παχύσαρκοι ασθενείς αναμένεται να δέχονται πιο συχνές νοσηλείες και να

πραγματοποιούν πιο συχνές επισκέψεις στα επείγοντα του νοσοκομείου ή στο ιατρείο ΙΦΕΝ. Το συγκεκριμένο εύρημα συνάδει απόλυτα με τα ευρήματα άλλων μελετών, όπου επίσης εντοπίστηκε σημαντική διαφορά ως προς το μέσο αριθμό των νοσηλειών και ως προς το μέσο αριθμό των κλινικών επισκέψεων μεταξύ των παχύσαρκων ατόμων και των φυσιολογικού βάρους ασθενών (Pavelock et al., 2019), καθώς και υψηλότερη τάση επανεισαγωγής των παχύσαρκων ασθενών στο νοσοκομείο και σε υψηλότερο κόστος νοσηλείας μεταξύ των παχύσαρκων ασθενών (Weissman et al., 2021). Σε άλλη μελέτη, ωστόσο, βρέθηκε ότι ύστερα από την έναρξη λήψης θεραπείας με βιολογικούς παράγοντες, η παχυσαρκία δε συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με αυξημένο κίνδυνο νοσηλείας (Gu et al., 2022).

Τα άτομα με μεγαλύτερο ΔΜΣ βρέθηκαν να τείνουν να έχουν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μεταξύ της διάγνωσης της νόσου μέχρι την πρώτη χειρουργική επέμβαση, και αντίστροφα. Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτή η σχέση θα μπορούσε να επηρεαστεί και από άλλες μεταβλητές που σχετίζονται με την υγεία του ασθενούς και ενδεχομένως με την επιβάρυνση της υγείας του λόγω του επιπρόσθετου βάρους ή της παχυσαρκίας. Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το ποσοστό πραγματοποίησης χειρουργικής επέμβασης για την αντιμετώπισης της ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου μεταξύ των παχύσαρκων και μη παχύσαρκων ασθενών, αλλά και μεταξύ των ασθενών διαφορετικής κατηγορίας βάσει ΔΜΣ.

Συνολικά, λοιπόν, τόσο ο ΔΜΣ όσο και η παρουσία ή μη παχυσαρκίας φαίνεται να κατέχει σημαντικό ρόλο σε ορισμένες μόνο μεταβλητές της πορείας των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου και της πρόγνωσης, και σε πολλές περιπτώσεις, διαφορετικές μεταβλητές συσχετίστηκαν με το ΔΜΣ και διαφορετικές μεταβλητές συσχετίστηκαν σημαντικά με την παρουσία ή μη παχυσαρκίας. Η παρούσα έρευνα έχει ιδιαίτερη αξία διότι παρέχει σημαντικά δεδομένα για τη σχέση παχυσαρκίας και εξέλιξης της ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου στον πληθυσμό της Ελλάδας, ωστόσο, διαθέτει και ορισμένους σημαντικούς περιορισμούς, με κυριότερους το μικρό δείγμα και τη μέθοδο δειγματοληψίας που αξιοποιήθηκε. Δεδομένων των περιορισμών αυτών, της έλλειψης άλλων πρόσφατων δεδομένων για τον πληθυσμό των Ελλήνων αλλά και των ήδη αντιφατικών αποτελεσμάτων της βιβλιογραφίας, κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση της επίδρασης της παχυσαρκίας στην εξέλιξη και πρόγνωση των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου.

Βιβλιογραφία

1. Adolph, T. E., Meyer, M., Schwärzler, J., Mayr, L., Grabherr, F. and Tilg, H. (2022) 'The metabolic nature of inflammatory bowel diseases.' *Nature Reviews. Gastroenterology & Hepatology*, 19(12) pp. 753–767.
2. Bacha, R. A., Bouhnik, Y., Serrero, M., Filippi, J., Roblin, X., Bourrier, A., Bouguen, G., Franchimont, D., Savoye, G., Buisson, A., Louis, E., Nancey, S., Abitbol, V., Reimund, J.-M., DeWit, O., Vuitton, L., Mathieu, N., Peyrin-Biroulet, L., Gilletta, C., Allez, M., Viennot, S., Berre, C. L., Laharie, D., Nachury, M., Amiot, A., and GETAID-patient experience study group (2023) 'Obesity in adult patients with inflammatory bowel disease: Clinical features and impact on disability. A cross-sectional survey from the GETAID.' *Digestive and Liver Disease: Official Journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver*, December, pp. S1590-8658(23)00619–9.
3. Bilski, J., Mazur-Bialy, A., Wojcik, D., Surmiak, M., Magierowski, M., Sliwowski, Z., Pajdo, R., Kwiecien, S., Danielak, A., Ptak-Belowska, A. and Brzozowski, T. (2019) 'Role of Obesity, Mesenteric Adipose Tissue, and Adipokines in Inflammatory Bowel Diseases.' *Biomolecules*, 9(12) p. 780.
4. Carreras-Torres, R., Ibáñez-Sanz, G., Obón-Santacana, M., Duell, E. J. and Moreno, V. (2020) 'Identifying environmental risk factors for inflammatory bowel diseases: a Mendelian randomization study.' *Scientific Reports*, 10(1) p. 19273.
5. Dragasevic, S., Stankovic, B., Kotur, N., Sokic-Milutinovic, A., Milovanovic, T., Lukic, S., Milosavljevic, T., Srzentic Drazilov, S., Klaassen, K., Pavlovic, S. and Popovic, D. (2020) 'Metabolic Syndrome in Inflammatory Bowel Disease: Association with Genetic Markers of Obesity and Inflammation.' *Metabolic Syndrome and Related Disorders*, 18(1) pp. 31–38.
6. Flores, A., Burstein, E., CIPHER, D. J. and Feagins, L. A. (2015) 'Obesity in Inflammatory Bowel Disease: A Marker of Less Severe Disease.' *Digestive Diseases and Sciences*, 60(8) pp. 2436–2445.
7. Flynn, S. and Eisenstein, S. (2019) 'Inflammatory Bowel Disease Presentation and Diagnosis.' *The Surgical Clinics of North America*, 99(6) pp. 1051–1062.
8. Gu, P., Luo, J., Kim, J., Paul, P., Limketkai, B., Sauk, J. S., Park, S., Parekh, N., Zheng, K., Rudrapatna, V., Syal, G., Ha, C., McGovern, D. P., Melmed, G. Y., Fleshner, P., Eisenstein, S., Ramamoorthy, S., Dulai, P. S., Boland, B. S., Grunvald, E., Mahadevan, U., Ohno-

- Machado, L., Sandborn, W. J. and Singh, S. (2022) 'Effect of Obesity on Risk of Hospitalization, Surgery, and Serious Infection in Biologic-Treated Patients With Inflammatory Bowel Diseases: A CA-IBD Cohort Study.' *The American Journal of Gastroenterology*, 117(10) pp. 1639–1647.
9. Ho, S.-M., Lewis, J. D., Mayer, E. A., Plevy, S. E., Chuang, E., Rappaport, S. M., Croitoru, K., Korzenik, J. R., Krischer, J., Hyams, J. S., Judson, R., Kellis, M., Jerrett, M., Miller, G. W., Grant, M. L., Shtraizent, N., Honig, G., Hurtado-Lorenzo, A. and Wu, G. D. (2019) 'Challenges in IBD Research: Environmental Triggers.' *Inflammatory Bowel Diseases*, 25(Suppl 2) pp. S13–S23.
 10. Johnson, A. M., Harmsen, W. S., Aniwan, S., Tremaine, W. J., Abu Dayyeh, B. K. and Loftus, E. V. (2021) 'Prevalence and Impact of Obesity on Disease-specific Outcomes in a Population-based Cohort of Patients with Ulcerative Colitis.' *Journal of Crohn's & Colitis*, 15(11) pp. 1816–1823.
 11. Johnson, A. M. and Loftus, E. V. (2021) 'Obesity in inflammatory bowel disease: A review of its role in the pathogenesis, natural history, and treatment of IBD.' *Saudi Journal of Gastroenterology: Official Journal of the Saudi Gastroenterology Association*, 27(4) pp. 183–190.
 12. Kim, S. K., Lee, H.-S., Kim, B.-J., Park, J. H., Hwang, S. W., Yang, D.-H., Ye, B. D., Byeon, J.-S., Myung, S.-J., Yang, S.-K. and Park, S. H. (2021) 'The Clinical Features of Inflammatory Bowel Disease in Patients with Obesity.' *Canadian Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 2021 p. 9981482.
 13. Kivimäki, M., Strandberg, T., Pentti, J., Nyberg, S. T., Frank, P., Jokela, M., Ervasti, J., Suominen, S. B., Vahtera, J., Sipilä, P. N., Lindbohm, J. V. and Ferrie, J. E. (2022) 'Body-mass index and risk of obesity-related complex multimorbidity: an observational multicohort study.' *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. Elsevier, 10(4) pp. 253–263.
 14. Laudisi, F., Stolfi, C. and Monteleone, G. (2019) 'Impact of Food Additives on Gut Homeostasis.' *Nutrients*, 11(10) p. 2334.
 15. Liu, D., Saikam, V., Skrada, K. A., Merlin, D. and Iyer, S. S. (2022) 'Inflammatory bowel disease biomarkers.' *Medicinal Research Reviews*, 42(5) pp. 1856–1887.

16. Losurdo, G., La Fortezza, R. F., Iannone, A., Contaldo, A., Barone, M., Ierardi, E., Di Leo, A. and Principi, M. (2020) 'Prevalence and associated factors of obesity in inflammatory bowel disease: A case-control study.' *World Journal of Gastroenterology*, 26(47) pp. 7528–7537.
17. Lynn, A. M., Harmsen, W. S., Tremaine, W. J. and Loftus, E. V. (2018) 'Su1872 - Trends in the Prevalence of Overweight and Obesity at the Time of Inflammatory Bowel Disease Diagnosis: A Population-Based Study.' *Gastroenterology*, 6(S1)(154) p. S-S.
18. Magesh, P. and Shankar, M. (2020) 'Relationship between Body Mass Index, Preoccupation towards Food and Subjective Well-being among young adults.' *Scholars Journal of Arts, Humanities and Social Sciences*, 08(03) pp. 147–153.
19. M'Koma, A. E. (2022) 'Inflammatory Bowel Disease: Clinical Diagnosis and Surgical Treatment-Overview.' *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 58(5) p. 567.
20. Moran, G. W., Dubeau, M.-F., Kaplan, G. G., Panaccione, R. and Ghosh, S. (2013) 'The increasing weight of Crohn's disease subjects in clinical trials: a hypothesis-generating time-trend analysis.' *Inflammatory Bowel Diseases*, 19(13) pp. 2949–2956.
21. Narula, N., Wong, E. C. L., Dehghan, M., Mente, A., Rangarajan, S., Lanas, F., Lopez-Jaramillo, P., Rohatgi, P., Lakshmi, P. V. M., Varma, R. P., Orlandini, A., Avezum, A., Wielgosz, A., Poirier, P., Almasi, M. A., Altuntas, Y., Ng, K. K., Chifamba, J., Yeates, K., Puoane, T., Khatib, R., Yusuf, R., Boström, K. B., Zatonska, K., Iqbal, R., Weida, L., Yibing, Z., Sidong, L., Dans, A., Yusufali, A., Mohammadifard, N., Marshall, J. K., Moayyedi, P., Reinisch, W. and Yusuf, S. (2021) 'Association of ultra-processed food intake with risk of inflammatory bowel disease: prospective cohort study.' *BMJ (Clinical research ed.)*, 374, July, p. n1554.
22. Pavelock, N., Masood, U., Minchenberg, S. and Heisig, D. (2019) 'Effects of obesity on the course of inflammatory bowel disease.' *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 32(1) pp. 14–17.
23. Seyedian, S. S., Nokhostin, F. and Malamir, M. D. (2019) 'A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease.' *Journal of Medicine and Life*, 12(2) pp. 113–122.
24. Shen, B., Kochhar, G., Navaneethan, U., Farraye, F. A., Schwartz, D. A., Iacucci, M., Bernstein, C. N., Dryden, G., Cross, R., Bruining, D. H., Kobayashi, T., Lukas, Martin,

- Shergill, A., Bortlik, M., Lan, N., Lukas, Milan, Tang, S.-J., Kotze, P. G., Kiran, R. P., Dulai, P. S., El-Hachem, S., Coelho-Prabhu, N., Thakkar, S., Mao, R., Chen, G., Zhang, S., Suárez, B. G., Lama, Y. G., Silverberg, M. S. and Sandborn, W. J. (2020) 'Practical guidelines on endoscopic treatment for Crohn's disease strictures: a consensus statement from the Global Interventional Inflammatory Bowel Disease Group.' *The Lancet. Gastroenterology & Hepatology*, 5(4) pp. 393–405.
25. Singh, A., Koenen, B. and Kirby, D. F. (2020) 'Bariatric Surgery and Its Complications in Inflammatory Bowel Disease Patients.' *Inflammatory Bowel Diseases*, 26(8) pp. 1155–1165.
 26. Singh, N. and Bernstein, C. N. (2022) 'Environmental risk factors for inflammatory bowel disease.' *United European Gastroenterology Journal*, 10(10) pp. 1047–1053.
 27. Singh, S., Heien, H. C., Sangaralingham, L., Shah, N. D. and Sandborn, W. J. (2021) 'Obesity Is Not Associated With an Increased Risk of Serious Infections in Biologic-Treated Patients With Inflammatory Bowel Diseases.' *Clinical and Translational Gastroenterology*, 12(7) p. e00380.
 28. Singh, S., Proudfoot, J., Xu, R. and Sandborn, W. J. (2018) 'Impact of Obesity on Short- and Intermediate-Term Outcomes in Inflammatory Bowel Diseases: Pooled Analysis of Placebo Arms of Infliximab Clinical Trials.' *Inflammatory Bowel Diseases*, 24(10) pp. 2278–2284.
 29. Snekvik, I., Smith, C. H., Nilsen, T. I. L., Langan, S. M., Modalsli, E. H., Romundstad, P. R. and Saunes, M. (2017) 'Obesity, Waist Circumference, Weight Change, and Risk of Incident Psoriasis: Prospective Data from the HUNT Study.' *The Journal of Investigative Dermatology*, 137(12) pp. 2484–2490.
 30. Steed, H., Walsh, S. and Reynolds, N. (2009) 'A brief report of the epidemiology of obesity in the inflammatory bowel disease population of Tayside, Scotland.' *Obesity Facts*, 2(6) pp. 370–372.
 31. Stidham, R. W. and Higgins, P. D. R. (2018) 'Colorectal Cancer in Inflammatory Bowel Disease.' *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 31(3) pp. 168–178.
 32. Stojanov, S., Berlec, A. and Štrukelj, B. (2020) 'The Influence of Probiotics on the Firmicutes/Bacteroidetes Ratio in the Treatment of Obesity and Inflammatory Bowel disease.' *Microorganisms*, 8(11) p. 1715.

33. Weissman, S., Patel, K., Kolli, S., Lipcsey, M., Qureshi, N., Elias, S., Walfish, A., Swaminath, A. and Feuerstein, J. D. (2021) ‘Obesity in Inflammatory Bowel Disease Is Associated with Early Readmissions Characterised by an Increased Systems and Patient-level Burden.’ *Journal of Crohn’s & Colitis*, 15(11) pp. 1807–1815.
34. Williams, A. D., Korolkova, O. Y., Sakwe, A. M., Geiger, T. M., James, S. D., Muldoon, R. L., Herline, A. J., Goodwin, J. S., Izban, M. G., Washington, M. K., Smoot, D. T., Ballard, B. R., Gazouli, M. and M’Koma, A. E. (2017) ‘Human alpha defensin 5 is a candidate biomarker to delineate inflammatory bowel disease.’ *PloS One*, 12(8) p. e0179710.

Παράρτημα

I. Ερωτηματολόγιο

Ερωτηματολόγιο

για την παχυσαρκία και τις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου

Αγαπητέ/ή,

το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας έχει συνταχθεί στα πλαίσια της μεταπτυχιακής μου εργασίας για το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών για τη Διατροφή στην Υγεία και τη Νόσο του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Η εργασία αυτή έχει σκοπό να ερευνήσει τη σχέση της παχυσαρκίας με την εμφάνιση και την εξέλιξη των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου. Συμμετοχή σας είναι σημαντική για την επίτευξη αυτού του στόχου. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις και όλες οι πληροφορίες θα είναι απολύτως ανώνυμες.

Για οποιαδήποτε πρόσθετη απορία ή πληροφορία μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στο email ή στο τηλέφωνο:

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.
Φεγιάς Μουαλλήμογλου

Αφαίρεση προσωπικών δεδομένων
(Υπηρεσία Βιβλιοθήκης &
Πληροφόρησης Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας)

1. Φύλο

☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα

2. Ηλικία

3. Βάρος

4. Ύψος

5. Δείκτης Μάζας Σώματος (ΒΜΙ= βάρος/ ύψος²).....

☐ < 18,5

☐ 18,5- 24,9

☐ 25- 29,9

☐ ≥ 30

6.	Περίμετρος μέσης	
	Περίμετρος λεκάνης	
	Περίμετρος μέσης/ περίμετρος λεκάνης	

7. Τύπος φλεγμονώδους εντερικής νόσου

- ☐ Νόσος Crohn
☐ Ελκώδης κολίτιδα

8. Ηλικία την εποχή διάγνωσης της νόσου.....

9. Βάρος την εποχή διάγνωσης της νόσου.....

10. Οικογενειακό ιστορικό ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (συγγενής 1^{ου} βαθμού)
(γονέας, αδερφός/ή, τέκνο)

- ☐ Ναι
☐ Ελκώδης κολίτιδα
☐ Νόσος Crohn

☐ Όχι

11. Κάπνισμα

- ☐ Ενεργός καπνιστής
☐ Πρώην καπνιστής
☐ Ποτέ καπνιστής

Για τους ενεργούς ή πρώην καπνιστές:

Πόσα χρόνια καπνίζετε/ καπνίζατε;	
Πόσα πακέτα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε/ καπνίζατε;	
packs/year	

12. Ιστορικό

- ☐ Σακχαρώδης διαβήτης
- ☐ Υπέρταση
- ☐ Υπερλιπιδαιμία
- ☐ Ψυχιατρική νόσος
- ☐ Άλλη νόσος(ποιά).....
- ☐ Ελεύθερο

13. Για ασθενείς με νόσο Crohn: Εντόπιση νόσου

- ☐ Τελικός ειλεός
- ☐ Παχύ έντερο
- ☐ Περιτρωκτική νόσος
- ☐ Ανώτερο γαστρεντερικό σύστημα
- ☐ Άγνωστη εντόπιση

14. Για ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα: Έκταση νόσου

- ☐ Ορθίτιδα
- ☐ Αριστερή κολίτιδα
- ☐ Πανκολίτιδα

15. Συμπεριφορά νόσου Crohn

- ☐ Φλεγμονώδης
- ☐ Συριγγοποιός (διατρητική)
- ☐ Στενωτική

16. Πώς θα χαρακτηρίζατε τη δραστηριότητα της νόσου σας με βαθμό από το 1 έως το 5;
(όπου 1 είναι η ήπια μορφή της νόσου έως 5 που είναι η βαρύτερη μορφή)

	1	2	3	4	5	
ήπια	☐	☐	☐	☐	☐	βαριά

17. Φαρμακευτική αγωγή

- ☐ Αντιβιοτικά
- ☐ Κορτικοστεροειδή
- ☐ Αμινοσαλικυλικά. Ποιο
- ☐ Ανοσοτροποποιητικά. Ποιο
- ☐ Αντι- TNF. Ποιον

18. Χειρουργείο που να σχετίζεται με τη νόσο;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

19. Είδος χειρουργείου

.....
.....

20. Ποιο ήταν το χρονικό διάστημα από τη διάγνωση της νόσου έως το πρώτο χειρουργείο που σχετιζόταν με τη νόσο;

.....

21. Νοσηλείες για λόγους που σχετίζονται με τη νόσο με βαθμό από το 1(ποτέ) έως το 5 (πολύ συχνά);

	1	2	3	4	5	
	☐	☐	☐	☐	☐	πολύ συχνά
ποτέ						

22. Επισκέψεις στα επείγοντα του νοσοκομείου ή στο ιατρείο ΙΦΕΝ για λόγους που σχετίζονται με τη νόσο με βαθμό από το 1(ποτέ) έως το 5 (πολύ συχνά);

	1	2	3	4	5	
	☐	☐	☐	☐	☐	πολύ συχνά
ποτέ						