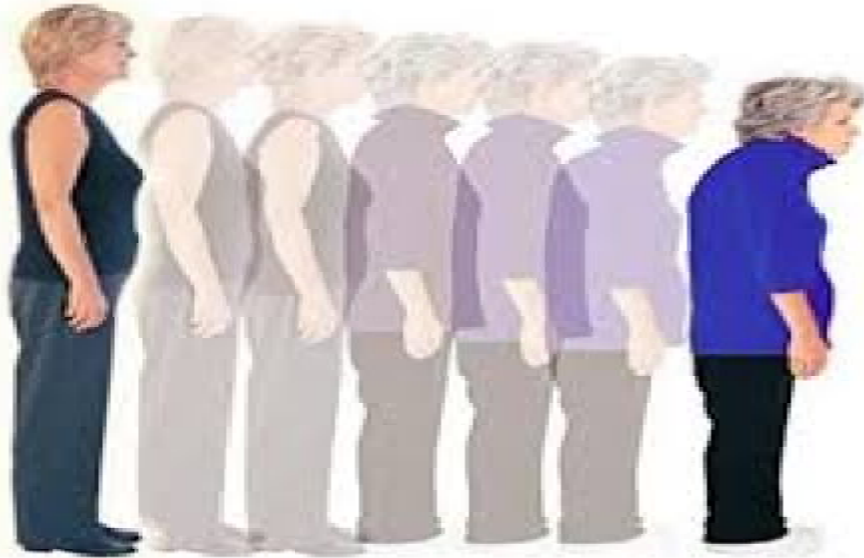


Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας  
Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.  
Τμήμα Νοσηλευτικής



Πτυχιακή εργασία

## **ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ: ΠΡΟΛΗΨΗ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Εισηγήτρια:  
Dr. Φιλτισένιου Παρασκευή  
Καθηγήτρια

Επιμέλεια:  
Σακελλαρίου Άγγελος  
Φοιτητής

Πάτρα 2016

## **I. ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, για την ψυχολογική και οικονομική υποστήριξη που μου παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

## II. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Είναι σημαντικό να αναλύσουμε την σχέση εμμηνόπαυση- οστεοπόρωσης διότι η εμμηνόπαυση είναι μια κρίσιμη για την γυναίκα περίοδος κατά την οποία το 40 % των γυναικών εμφανίζουν οστεοπόρωση.

Η Οστεοπόρωση είναι μια σοβαρή πάθηση του μυοσκελετικού συστήματος. Αποτελεί μια χρόνια προοδευτική νόσο πολυπαραγοντικής αιτιολογίας και είναι η συχνότερη μεταβολική νόσος των οστών που παρουσιάζεται στις ΗΠΑ και τον υπόλοιπο κόσμο. Η νόσος παρουσιάζεται σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες και στα δύο φύλα προσβάλλοντας συχνότερα τις εμμηνοπαυσιακές και κατ' επέκταση τις ηλικιωμένες γυναίκες. Το αποτέλεσμα είναι χρόνια άλγος, ανικανότητα και κακή ποιότητα ζωής. Οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της νόσου είναι σημαντικές και αυξάνονται με την αύξηση της ηλικίας του πληθυσμού.

Λόγω των αυξανόμενων κοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων και της σημαντικότητας του θέματος γίνεται προσπάθεια για περαιτέρω διερεύνηση της νόσου σε συνδυασμό με την σχέση της με την εμμηνόπαυση και το ρόλο του νοσηλευτή. Η αντιμετώπιση της νόσου αποτελεί την πρόληψη και θεραπεία της νόσου και απαιτεί τη συντονισμένη δράση όλων των επαγγελματιών υγείας στα πλαίσια μιας ομάδας αποκατάστασης. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πρωταγωνιστικός γιατί αποτελεί τον επαγγελματία υγείας με τη μεγαλύτερη διεισδυτικότητα σε όλες τις ομάδες του πληθυσμού.

### **III. ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η εμμηνόπαυση είναι ένα φυσιολογικό και αναμενόμενο γεγονός στη ζωή της γυναίκας που σηματοδοτεί τη μετάβαση από την περίοδο που είναι ικανή για αναπαραγωγή στην μη αναπαραγωγική περίοδο. Τα κυριότερα συμπτώματα είναι αγγειοκινητικές εξάψεις, μεταβολές στην διάθεση, ταχυκαρδίες, ημικρανίες, πόνοι στις αρθρώσεις, αϋπνία. Το σημαντικότερο γεγονός είναι ότι υπάρχουν κάποια συγκεκριμένα προβλήματα που συνδέονται με την εμμηνόπαυση όπως: τα καρδιακά νοσήματα, ουρογεννητικές, ψυχολογικές και η οστεοπόρωση. Αξίζει να αναλύσουμε την σχέση εμμηνόπαυσης και οστεοπόρωσης διότι έχουν σαν επιπλοκή, κατάγματα.

#### **Σκοπός**

Ο σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί ο βαθμός ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού με σύγχρονες και επαρκείς γνώσεις σχετικά με την συγκεκριμένη μεταβολική 'ασθένεια' και τις θεραπευτικές μεθόδους . Επιπλέον να εξετάσουμε την επίδραση των γνώσεων που υπάρχουν σχετικά με αυτό το θέμα σχετικά με την αποτελεσματική αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης διότι επιταχύνει τον ρυθμό οστικής απώλειας με αποτέλεσμα την πρόκληση καταγμάτων.

Η εμμηνόπαυση είναι μια σύνθετη βιοψυχοκοινωνική διαδικασία που φέρνει πολλές αλλαγές, για το λόγο αυτό, οι γυναίκες πρέπει να συνεργάζονται με μια σειρά από ειδικότητες όπως γιατροί, γυναικολόγοι, ακτινολόγοι, μικροβιολόγοι, νοσηλευτές, ψυχολόγους και ψυχιάτρους. Μέσα από την διεπιστημονική αντιμετώπιση θα ξεπεράσουν όλες τις δυσκολίες που θα εμφανιστούν κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης και θα δημιουργήσει ένα υγιές μέλλον.

## **IV. SUMMARY**

Menopause is a normal and expected event in a woman's life that marks the transition from the period that is capable of replication in non-breeding season. The main symptoms are vasomotor hot flashes, changes in mood, palpitations, migraines, joint pain, insomnia. The most important fact is that there are some specific problems associated with menopause such as: heart disease, genitourinary, psychological and osteoporosis. It is worth to analyze the relationship of menopause and osteoporosis because they have as a complication of fractures.

### **Purpose**

The purpose of this study was to examine the degree of awareness of the nursing staff with modern and adequate knowledge about the specific metabolic 'disease' and therapeutic methods. In addition to looking at the impact of existing knowledge on this subject on the effective treatment of osteoporosis because it accelerates the rate of bone loss leading to the risk of fractures.

Menopause is a complex biopsychosocial process that brings many changes, for this reason, women must cooperate with a number of specialists such as doctors, gynecologists, radiologists, microbiologists, nurses, psychologists and psychiatrists. Through interdisciplinary approach would overcome all the difficulties that will occur during menopause and create a healthy future.

## V. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I. ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
II. ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
III. ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
IV. SUMMARY.....	5
V. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	6
VI. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: Ανατομία και φυσιολογία της γυναίκας**

1.1 Εσωτερικό γεννητικό σύστημα της γυναίκας.....	11
1.1.1 Ανατομία της πυέλου.....	12
1.2 Φυσιολογία του αναπαραγωγικού κύκλου της γυναίκας.....	13
1.2.1 Αναπαραγωγικές ορμόνες της γυναίκας.....	15
1.2.2 Ενδομήτριος κύκλος.....	15
1.3 Παθολογία του αναπαραγωγικού κύκλου της γυναίκας.....	16
1.3.1 Διαταραχές της Εμμηνορυσίας.....	16
1.3.2 Αιτιολογία και Παθογένεση.....	16

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: Χαρακτήριστικά εμμηνόπαυσης**

2.1 Ορισμός εμμηνόπαυσης.....	19
2.2 Στάδια εμμηνόπαυσης.....	19
2.3 Πρόωρη εμμηνόπαυση.....	20
2.4 Ορμονικές μεταβολές εμμηνόπαυσης.....	21
2.6 Διάγνωση εμμηνόπαυσης.....	21
2.6.1 Κλινική εικόνα.....	21
2.6.2 Εργαστηριακή τεκμηρίωση.....	22

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: Συμπτώματα εμμηνόπαυσης**

3.1 Αγγειοκινητικές Διαταραχές .....	25
3.2 Συμπτώματα συναισθηματικής φύσεως.....	25
3.3 Μυοσκελετικά.....	25
3.4 Διαταραχές εμμηνορυσίας.....	25
3.5 Κεφαλαλγίες.....	26
3.6 Ουρολογικά συμπτώματα.....	26

3.7	Άυξηση βάρους.....	26
3.8	Ψυχιατρικά συμπτώματα.....	26
3.9	Επιπλέον συμπτώματα.....	28
3.10	Μη ορμονικά συμπτώματα.....	29

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: Παθήσεις εξαιτίας της εμμηνόπαυσης**

4.1	Οστεοπόρωση.....	31
4.2	Κατάγματα.....	32
4.3	Καρκίνοι.....	32
4.4	Καρδιακά νοσήματα.....	34
4.5	Μυοσκελετικές παθήσεις.....	37
4.6	Ουρογεννητικές παθήσεις.....	38
4.7	Τύποι πρόπτωσης.....	39
4.8	Ινώματα.....	40
4.9	Σακχαρώδης Διαβήτης.....	41

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: Εμμηνόπαυση και οστεοπόρωση**

5.1	Ορισμός οστεοπόρωσης.....	43
5.2	Δείκτες οστικού μεταβολισμού.....	44
5.3	Ταξινόμηση οστεοπόρωσης.....	44
5.4	Διάγνωση.....	45
5.4.1	Κλινική εικόνα.....	47
5.4.2	Εργαστηριακά ευρήματα.....	47
5.4.3	Ακτινολογικά ευρήματα.....	48
5.5	Επιπλοκές.....	48
5.6	Θεραπεία.....	48

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο: Θεραπεία στην εμμηνόπαυση**

6.1	Ορμονική θεραπεία υποκατάστασης (HRT).....	55
6.2	Διαφορετικές μορφές ορμονικής θεραπείας.....	56
6.3	Διαδερμικά αυτοκόλλητα.....	58
6.4	Τζελ.....	58
6.5	Εμφυτεύματα.....	58

6.6 Τοπικά οιστρογόνα.....	59
6.7 Τιβολόνη.....	59
6.8 Ραλοξιφένη.....	59
6.9 Ωφέλειες από την HRT.....	59
6.10 Τρόποι χορήγησης θεραπείας HRT.....	60
6.11 Έλεγχος της HRT.....	62
6.12 Μη ορμονική θεραπεία.....	63
6.13 Εναλλακτική της θεραπείας HRT.....	64

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο: ΠΡΟΛΗΨΗ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ**

7.1 Προαγωγή υγείας στην εμμηνόπαυση .....	67
7.2 Αγωγή υγείας.....	67
7.3 Σωστή Διατροφή κατά την εμμηνόπαυση.....	68
7.4 Πρόληψη οστεοπόρωσης.....	69

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο: Ο ρόλος του νοσηλευτή**

8.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή υγείας στην εμμηνόπαυση.....	73
8.2 Εξετάσεις Υγείας.....	73
8.3 Ατομικός έλεγχος των μαστών.....	75
8.4 Μαστογράφημα.....	75
8.5 Συχνότητα μαστογραφίας.....	76
8.6 Έλεγχος κολπικού επιχρίσματος.....	76
8.7 Κολποσκόπηση.....	77
8.8 Καρδιαγγειακοί έλεγχοι.....	77
8.9 Άλλοι έλεγχοι.....	77

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο: Νοσηλευτική Διεργασία**

9.1 Ορισμός Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	80
9.2 1 <sup>ο</sup> Περιστατικό εμμηνόπαυσης – οστεοπόρωσης.....	82
9.3 2 <sup>ο</sup> Περιστατικό εμμηνόπαυσης.....	92

## **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....95**

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....98**

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....102**



## VI. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εμμηνόπαυση είναι μία φυσιολογική μεταβατική περίοδος στη ζωή των γυναικών, θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι τέλος και αρχή μαζί καθώς σταματά ο κύκλος της αναπαραγωγικής δυνατότητας, αλλά ταυτόχρονα ξεκινά μία νέα περίοδος που οδηγεί σε έναν διαφορετικό τρόπο ζωής, τόσο βιολογικά, όσο εξελικτικά αλλά και συναισθηματικά.

Αν και τα ενδιάμεσα χρόνια της ενήλικης ζωής αποτελούν μια περίοδο αλλαγών, είναι ταυτόχρονα η περίοδος της ζωής που το άτομο βρίσκεται στη βέλτιστη σωματική και ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του. Όταν η εμμηνοπαυσική γυναίκα ανταποκριθεί με επιτυχία στις εξελικτικές δραστηριότητες, τότε είναι έτοιμη να απολαύσει την υπόλοιπη ζωή της. Η αίσθηση συνέχειας και προσαρμοστικότητας, που αποκτάται από την αρχή της δεκαετίας των 20 μέχρι το τέλος της δεκαετίας των 50, αποτελεί βασική προϋπόθεση για την επιτυχή ανταπόκριση στη διεργασία της γήρανσης και την απόλαυση του εναπομείναντα χρόνου ζωής.

Η μετάβαση αυτή αντιμετωπιζόταν τα παλαιότερα χρόνια κυρίως από την προσωπική θέση των γυναικών αλλά και από τις ευρύτερα κοινωνικοπολιτισμικές αντιλήψεις. Τα τελευταία χρόνια βέβαια η αυξανόμενη απαίτηση για προληπτική αντιμετώπιση και βιοτεχνολογική εξέλιξη οδήγησε σε μία σειρά από ιατρικά διλήμματα. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν πως απασχολούν πολλά ερωτήματα την σύγχρονη εμμηνοπαυσιακή γυναίκα, γι' αυτό πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μία ολότητα. Η εμμηνόπαυση είναι μια εξαιρετικά σύνθετη βιοψυχοκοινωνική διεργασία και επιφέρει μεγάλες αλλαγές, γι' αυτό τον λόγο οι γυναίκες είναι σωστό να συνεργάζονται με ένα φάσμα ειδικοτήτων όπως γιατρούς, γυναικολόγους, ακτινολόγους, μικροβιολόγους, νοσηλεύτες, ψυχολόγους και ψυχιάτρους. Με αυτό τον τρόπο θα φέρουν εις πέρας τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίσουν κατά την περίοδο αυτή, και θα δημιουργήσουν ένα ομορφότερο και πιο υγιές μέλλον.

Αξίζει να σημειωθεί ότι μια σοβαρή ασθένεια που παρουσιάζεται κυρίως στις γυναίκες, στα χρόνια που ακολουθούν την εμμηνόπαυση, είναι η οστεοπόρωση. Παράλληλα με τις σημαντικές αλλαγές που φέρνει η εμμηνόπαυση, η οστεοπόρωση είναι το κυριότερο διότι τα οστά γίνονται προοδευτικά λιγότερο πυκνά και πιο αδύνατα με αποτέλεσμα κατάγματα. Ο κίνδυνος της ασθένειας αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Οι γυναίκες όμως είναι αυτές που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο, λόγω του ότι η έλλειψη οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση αυξάνει δραματικά το ρυθμό με τον οποίο χάνεται η πυκνότητα του οστού. Τα πιο φανερά αποτελέσματα είναι η αυξημένη τάση των οστών να σπάνε, με την ελάχιστη εφαρμοζόμενη δύναμη.

Αν και δεν έχει καθοριστεί ότι η αναπλήρωση των οιστρογόνων, μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του όγκου των οστών, μπορεί όμως να εμποδίσει παραπέρα απώλειά τους. Έτσι η θεραπεία αναπλήρωσης ορμονών, μπορεί να περιορίσει σε μεγάλο βαθμό τον αριθμό καταγμάτων που προκαλούνται από οστεοπόρωση στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση<sup>1</sup>.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ**

## **ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο**

### **ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**

Πριν ασχοληθεί κανείς με καταστάσεις που προκαλούνται ή σχετίζονται με μεταβολές στο γυναικείο σώμα, πρέπει πρώτα να αποκτήσει μία ολοκληρωμένη γνώση του φυσιολογικού. Μόνο έτσι μπορούν να ερμηνευθούν συμπτώματα που μπορεί να οφείλονται σε ανατομικές ή λειτουργικές μεταβολές της γυναικείας ομοιόστασης.

#### **1.1 ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**

Αποτελείται από τις δύο ωοθήκες, τις δύο σάλπιγγες, τη μήτρα, τον κολεό (κόλπο) και το αιδοίο. Από αυτά, το τελευταίο αποτελεί το έξω γεννητικό όργανο και τα υπόλοιπα αποτελούν τα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας<sup>2</sup>.

##### **Μήτρα**

Πρόκειται για ένα όργανο απιοειδές που χωρίζεται από μια λεπτή ζώνη, τον ισθμό, το σώμα και τον τράχηλο. Το μυομήτριο αποτελείται από τρεις στιβάδες λείου μυϊκού ιστού που δεν αφορίζονται μεταξύ τους:

- 1) Μια εξωτερική στιβάδα που αποτελείται από επιμήκεις ίνες και εκτείνεται από τον ισθμό προς τον πυθμένα και τον τράχηλο.
- 2) Μια μέση στιβάδα σπειροειδών ινών που αποτελεί την κυριότερη μυϊκή μάζα και περιβάλλει το σώμα της μήτρας.
- 3) Μια εσωτερική στιβάδα κυκλοτερών μυϊκών ινών ασαφώς αφοριζόμενη που περιβάλλει τα στόμια των σαλπίγγων και το έσω και έξω τραχηλικό στόμιο<sup>2</sup>.

##### **Κόλπος**

Πρόκειται για έναν ινομυώδη ελαστικό σωλήνα του οποίου το έξω στόμιο βρίσκεται στα έξω γεννητικά όργανα οπίσθια της ουρήθρας και πρόσθια του πρωκτού. Εκτείνεται από τον παρθενικό υμένα ως τον τράχηλο της μήτρας<sup>2</sup>.

##### **Ωοθήκες και οι σάλπιγγες**

Οι δύο ωοθήκες είναι ωοειδή συμπαγή όργανα μήκους περίπου 3,5 cm και πάχους 1,5-2,5 cm. Με το μεσωοθήκιο συνδέονται με το οπίσθιο άνω άκρο του πλατέος συνδέσμου σε κάθε πλευρά της μήτρας ενώ ο ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης συνδέει κάθε ωοθήκη με το αντίστοιχο κέρασ της μήτρας. Η ωοθήκη είναι το μόνο ενδοκοιλιακό όργανο που δεν καλύπτεται από περιτόναιο. Οι πύλες της ωοθήκης είναι το σημείο στο οποίο η ωοθήκη συνδέεται με το μεσωοθήκιο και αποτελούν σημείο εισόδου και εξόδου αγγείων και νεύρων. Οι σχέσεις στις οποίες έρχεται η ωοθήκη είναι παρόμοιες με εκείνες της αντίστοιχης σάλπιγγας. Η ακριβής θέση σάλπιγγας και ωοθήκης ποικίλλει σημαντικά από το χείλος της πυέλου έως την ορθομητρική πτυχή .

Μετά την εμμηνόπαυση η ωοθήκη συρρικνώνεται. Οι σάλπιγγες (ωαγωγοί) έχουν μήκος περίπου 10 cm και εκτείνονται από κάθε ωοθήκη προς το αντίστοιχο κέρασ της μήτρας. Ο αυλός τους επικοινωνεί με την ενδομητρική κοιλότητα στο έσω του άκρο και με την

περιτοναϊκή κοιλότητα στο έξω, παρέχοντας δυνητικά ελεύθερη βατότητα από τον κόλπο στον ενδοπεριτοναϊκό χώρο. Στον ωαγωγό διακρίνονται τέσσερα μέρη, το ενδομητρικό ή ενδοτοιχικό τμήμα, ο ισθμός, η λήκυθος και ο κώδωνας<sup>3</sup>.

## **1.1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ**

### **1) ΤΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ**

Σε πλάγια όψη της πυέλου, η μήτρα συνήθως βρίσκεται σε πρόσθια κλίση και κάμψη και έτσι ο οπίσθιος κολπικός θόλος είναι βαθύτερος του πρόσθιου. Το πρόσθιο τοίχωμα της μήτρας έρχεται σε σχέση με την ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα. Οι ευθυσιακικοί βόθροι βρίσκονται κάτω από τον ανελκτήρα του πρωκτού, κεντρικότερα των θυροειδών μυών και εν τω βάθει σε σχέση με το εγκάρσιο μυ του περινέου. Δεν υπάρχει φραγμός μεταξύ της περιοχής αυτής και του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου πιο ψηλά στην πύελο. Έτσι οποιαδήποτε φλεγμονή ή αιμορραγία στην περιοχή των ευθυσιακικών βόθρων μπορεί γρήγορα να προχωρήσει στην πύελο.

Τα αϊδουικά αγγεία και νεύρα διατρέχουν κατά μήκος το έδαφος των ευθυσιακικών βόθρων. Σε κάθε πλευρά η έσω αϊδουική αρτηρία διασχίζει τον ευθυσιακικό βόθρο και διακλαδίζεται στην κάτω αιμορροϊδική, την εγκάρσια περινεϊκή και τις περινεϊκές αρτηρίες καθώς και σε μυικούς κλάδους. Το έσω αϊδουικό νεύρο προερχόμενο από τα I2, I3 και I4 νευροτόμια, διατρέχει την περιοχή αυτή και δίνει πολυάριθμους κλάδους που νευρώνουν τις δομές της περιοχής<sup>3</sup>.

### **2) ΑΙΜΑΤΩΣΗ**

Η μήτρα και ο κόλπος αιματώνονται κυρίως από τον πρόσθιο κλάδο της έσω λαγονίου αρτηρίας, κλάδους του οποίου αποτελούν η μητριαία, η κολπική και η θυροειδής αρτηρία. Η μήτρα αιματώνεται από τις μητριαίες αρτηρίες που εκτείνονται από τα πλάγια τοιχώματα της πυέλου και διακλαδίζονται στο ύψος του άνω τριτημορίου του τραχήλου. Οι ανώτεροι κλάδοι προχωρούν προς τα άνω, διχαζόμενοι συχνά και αιματώνουν το σώμα της μήτρας. Ο κατώτερος κλάδος διακλαδίζεται σε ένα μεγάλο αριθμό αρτηριδίων που εκτείνονται κατά μήκος του κόλπου. Οι ωθηκές αιματώνονται από τις ωθηκικές αρτηρίες, οι οποίες αποτελούν κλάδους της αορτής, που ξεκινούν από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα και κατέρχονται οπισθοπεριτοναϊκά. Περνούν μέσα σε μια περιτοναϊκή πτυχή από το οπίσθιο τοίχωμα της πυέλου πάνω από το χείλος της πυέλου προς κάθε ωθήκη. Μεγάλοι τελικοί κλάδοι των ωθηκικών αρτηριών αιματώνουν τις σάλπιγγες και αναστομώνονται με τις μητριαίες αρτηρίες στο κάτω χείλος των σαλπίγγων<sup>3</sup>.

### **3) ΝΕΥΡΩΣΗ**

Τα όργανα της πυέλου νευρώνονται από τα πλέγματα των συμπαθητικών και παρασυμπαθητικών νεύρων. Οι συμπαθητικές νευρικές ίνες προέρχονται από τα O1 έως και O4 συμπαθητικά γάγγλια και περνούν από το αορτικό πλέγμα κατερχόμενες προς το μητροκολπικό πλέγμα και την ωθήκη. Οι παρασυμπαθητικές ίνες προέρχονται από τα I2-I4 ιερά νεύρα και μέσω του μητροκολπικού πλέγματος νευρώνουν τα πυελικά όργανα<sup>3</sup>.

## **ΟΥΡΟΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ**

Πρόκειται για ένα κοίλο μυώδες όργανο που βρίσκεται εξωπεριτοναϊκά στο πρόσθιο τμήμα της πυέλου. Συνήθως έχει τη μορφή ανεστραμμένης πυραμίδας της οποίας η κορυφή βρίσκεται πίσω από την ηβική σύμφυση και η βάση στο τοίχωμα της περιτοναϊκής

κοιλότητας. Η κυστεομητρική πτυχή σχηματίζεται από μια περιτοναϊκή αναδίπλωση που καλύπτει τη μήτρα και την άνω επιφάνεια της κύστης<sup>2</sup>.

## **ΟΡΘΟ**

Το ορθό είναι ένας κοίλος σωλήνας μήκους περίπου 12cm, που ενώνει το σιγμοειδές με τον πρωκτικό σωλήνα. Το κατώτερο τριτημόριο του περιβάλλεται από την πυελική περιτονία, το μέσω τριτημόριο καλύπτεται πρόσθια από περιτόναιο ενώ το ανώτερο τριτημόριο του καλύπτεται πρόσθια και πλάγια από το περιτόναιο. Το ορθό δεν έχει μεσεντέριο και σε όλο το μήκος του η οπίσθια επιφάνεια του βρίσκεται εξωπεριτοναϊκά. Οπισθίως του ορθού βρίσκεται η άνω αιμοροϊδική αρτηρία, τα I3, I4 και I5 νεύρα, η άλυσος του συμπαθητικού και η μέση ιερή αρτηρία (τελικώς κλάδος της κοιλιακής αορτής)<sup>2</sup>.

## **ΛΕΜΦΙΚΗ ΑΠΟΧΕΤΕΥΣΗ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ**

Οι λεμφαδένες βρίσκονται γύρω από τις έξω και έσω λαγόνιες αρτηρίες και την αορτή. Οι λεμφαδένες του κατώτερου τμήματος των κοιλιακών τοιχωμάτων και της κύστης καταλήγουν στους έξω λαγόνιους και τους θυροειδείς λεμφαδένες. Ο πυθμένας της μήτρας μπορεί να παροχετεύει μαζί με την ωθήκη στους παραορτικούς λεμφαδένες. Τα λεμφαγγεία του περινέου παροχετεύουν στους βουβωνικούς και μηριαίους λεμφαδένες. Τα έξω και έσω λαγόνια λεμφαγγεία φτάνουν στα κοινά λαγόνια λεμφογάγγλια και από εκεί στα παραορτικά<sup>3</sup>.

## **1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΚΥΚΛΟΥ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**

Κατά την διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας αναπτύσσεται και παλινδρομεί με κυκλικό τρόπο και κάθε κύκλος διαρκεί περίπου 28 ημέρες. Κυκλικές αλλαγές συμβαίνουν στα ωοθυλάκια (ωοθυλακικός κύκλος) και στο ενδομήτριο της μήτρας (ενδομήτριος κύκλος). Στο μέσω περίπου κάθε κύκλου απελευθερώνεται ένα μόνο ωάριο, την περίοδο που το ενδομήτριο έχει αναπτυχθεί και διογκωθεί για να υποδεχθεί πιθανή εγκυμοσύνη σε περίπτωση γονιμοποίησης. Αν το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί το ενδομήτριο αποπίπτει κατά την εμμηνορρυσία και ο κύκλος επαναλαμβάνεται<sup>4</sup>.

## **1) ΩΟΘΗΚΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΩΟΘΥΛΑΚΙΟΥ**

Το ωκύτταρο αναπτύσσεται μέσα στο ωοθυλακίο. Το αρχέγονο ωοθυλάκιο σχηματίζεται κατά την ενδομήτριο ζωή και αποτελείται από το πρωτογενές ωάριο που περιβάλλεται από την βασική μεμβράνη και μία στοιβάδα κοκκωδών κυττάρων. Από τους τελευταίους μήνες της ενδομήτριας ζωής και για όλη την μετέπειτα ζωή το αρχέγονο ωοθυλάκιο πρέπει να ωριμάσει για να εξελιχθεί σε πρωτογενές ωοθυλάκιο. Τα κοκκώδη κύτταρα πολλαπλασιάζονται και μαζί με μια ζελατινώδη στοιβάδα βλεννοπολυσακχαριτών σχηματίζουν τη διαυγή ζώνη που περιβάλλει το ωκύτταρο και τα κύτταρα που βρίσκονται εξωτερικά της βασικής μεμβράνης διαφοροποιούνται σε κύτταρα της θήκης. Αν και πολλά πρωτογενή ωοθυλάκια απλά υποστρέφουν κατά την διάρκεια της ζωής, ένα ποσοστό από αυτά θα αναπτυχθεί περαιτέρω κατά την διάρκεια των ωοθηκικών κύκλων. Οι κύκλοι αυτοί αρχίζουν στην ήβη και κάθε κύκλος φυσιολογικά διαρκεί 28 ημέρες. Αποτελείται από την ωοθυλακική φάση, που διαρκεί 14 ημέρες, ακολουθεί η ωορρηξία και στη συνέχεια η ωχρινική φάση, που διαρκεί επίσης 14 ημέρες<sup>5</sup>.

## **ΩΟΘΥΛΑΚΙΚΗ ΦΑΣΗ**

Από τη ήβη και έπειτα, στην αρχή κάθε κύκλου, 5-15 πρωτογενή ωοθυλάκια εξελίσσονται περαιτέρω. Η στοιβάδα των κοκκωδών κυττάρων πολλαπλασιάζεται και εκκρίνει υγρό που γεμίζει και σχηματίζει το άντρο. Σχηματίζεται δηλαδή μία ‘σπηλιά’ ή το γραφειανό (Graafian) ωοθυλάκιο. Τα κύτταρα της θήκης πολλαπλασιάζονται επίσης και διαφοροποιούνται στα εσωτερικά κύτταρα της θήκης που περιβάλλονται από τα εξωτερικά. Μετά από 7-10 ημέρες, επικρατεί ένα από τα ωοθυλάκια το οποίο και αναπτύσσεται περαιτέρω ενώ τα υπόλοιπα παραμένουν άτρητα. Την 14 ημέρα το ωοθυλάκιο που έχει αναπτυχθεί διαστρέφει την επιφάνεια της ωοθήκης. Η γρήγορη άθροιση υγρού αυξάνει την πίεση μέσα στο ωοθυλάκιο και πρωτεολυτικά ένζυμα καταστρέφουν την επιφάνεια της ωοθήκης. Το ωοθυλάκιο υφίσταται ρήξη και το ωάριο απελευθερώνεται (δευτερογενές ωοκύτταρο) μαζί με την περιβάλλουσα διαφανή ζώνη και μερικά κοκκώδη κύτταρα, μέσα στον φαλλοπιανό πόρο. Μερικές από τις γυναίκες αναφέρουν ότι αισθάνονται την ρήξη του ωοθυλακίου η οποία μπορεί να είναι επώδυνη.

## **ΩΧΡΙΝΙΚΗ ΦΑΣΗ**

Μετά την ωορρηξία, το ωοθυλακιο κλείνει και μετασχηματίζεται σε ωχρό σωματίο. Τα κοκκώδη κύτταρα και τα κύτταρα της θήκης παρουσιάζουν εξοίδηση και σταγονίδια λίπους, τα οποία τους προσδίδουν κιτρινωπή εμφάνιση (για αυτό τον λόγο δόθηκε και αυτή η ονομασία) και η δομή γίνεται πιο αγγειώδης. Η αύξηση της παροχής αίματος προς το ωχρό σωματίο εξυπηρετεί την ενδοκρινική του λειτουργία. Εάν το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί ή το γονιμοποιημένο ωάριο αποτύχει να εμφυτευθεί στο ενδομήτριο, μετά από 10 ημέρες περίπου, δηλαδή την 24η έως 28η ημέρα του κύκλου το ωχρό σωματίο εκφυλίζεται και μία νέα σειρά πρωτογενών ωοθυλακίων αρχίζει να αναπτύσσεται<sup>5</sup>.

## **ΟΡΜΟΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΩΟΘΥΛΑΚΙΚΟΥ ΚΥΚΛΟΥ**

Στον ορμονικό έλεγχο του ωοθυλακικού κύκλου εμφανίζεται μια μηνιαία κυκλική διακύμανση των επιπέδων των ορμονών. Η GnRH του υποθαλάμου διεγείρει την απελευθέρωση των γοναδοτροπινών FSH και LH από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης.’ όπως αναφέρει και το όνομα της, η FSH διεγείρει έτσι την ανάπτυξη του ωοθυλακίου μέσω της ενεργοποίησης της διαίρεσης των κοκκωδών κυττάρων και της έκκρισης από αυτά οιστρογόνων (κύρια οιστραδιόλης). Κατά τη διάρκεια της ωοθυλακικής φάσης, η LH παίζει υποστηρικτικό ρόλο διεγείροντας την παραγωγή ανδρογόνων από τα κύτταρα της θήκης. Τα ανδρογόνα διαχέονται στην στοιβάδα των κοκκωδών κυττάρων όπου χρησιμοποιείται ως πρόδρομος ουσία για την σύνθεση των οιστρογόνων. Η LH είναι επίσης σημαντική για την πρόκληση της ωορρηξίας μετά την ωρίμανση του ωοθυλακίου και διεγείρει επίσης τον σχηματισμό του ωχρού σωματίου. Το ωχρό σωματίο εκκρίνει προγεστερόνη και οιστρογόνα. Η έκκριση των γοναδοτροπινών ρυθμίζεται με κυκλώματα αρνητικής ανάδρασης από τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη. Η δράση τους είναι συνήθως ανασταλτική, αλλά πολύ υψηλά επίπεδα οιστρογόνων είναι δυνατόν να προκαλέσουν θετική ανατροφοδότηση στην έκκριση της LH η οποία προηγείται της ωορρηξίας.

Με βάση τις αρχές που προαναφέρθηκαν είναι δυνατόν να επιχειρηθεί η ερμηνεία των ορμονικών μεταβολών που γίνονται στη διάρκεια ενός αναπαραγωγικού κύκλου 28 ημερών. Στην αρχή του κύκλου τα επίπεδα των οιστρογόνων είναι χαμηλά έτσι ώστε ασκούν

περιορισμένη ανατροφοδοτική δράση και τα επίπεδα της FSH είναι υψηλά. Αυτό διεγείρει την ανάπτυξη του ωοθυλακίου, που οδηγεί σε αύξηση των επιπέδων των οιστρογόνων με αποτέλεσμα την αναστολή της απελευθέρωσης γοναδοτροπινών. Η συγκέντρωση της FSH και της LH μειώνεται και η ελάχιστη τιμή ανιχνεύεται περί την 10-12 ημέρα. Στην φάση αυτή όμως τα πολύ υψηλά επίπεδα οιστρογόνων φαίνεται να προκαλούν θετική ανατροφοδότηση που οδηγεί σε μεγάλη αύξηση της συγκέντρωσης της LH. Η απότομη αυτή αύξηση της LH διεγείρει την ωορρηξία περί την 14 ημέρα του κύκλου. Στη συνέχεια η συνεχώς αυξανόμενη παραγωγή προγεστερόνης και οιστρογόνων από το ωχρό σωματίο οδηγεί σε σταθερή μείωση της LH και της FSH. Την 22-24 ημέρα, το ωχρό σωματίο υφίσταται προγραμματισμένη εκφύλιση ή ατρησία στην οποία οφείλεται η ταχεία μείωση των επιπέδων των ωοθυλακικών ορμονών. Σαν συνέπεια αυτού έχουμε την μείωση της αρνητικής ανατροφοδότησης στην έκκριση των γοναδοτροπινών, οι οποίες αυξάνονται εκ νέου και ο καταμήνιος κύκλος επαναλαμβάνεται<sup>5</sup>.

### 1.2.1 ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη είναι οι αναπαραγωγικές ορμόνες που εκκρίνονται από τις ωοθήκες. Οι κυριότερες δράσεις των ορμονών αυτών είναι οι εξής:

#### Τα οιστρογόνα:

- ☛ Προάγουν τη διαφοροποίηση της στοιβάδας των κοκκωδών κυττάρων ως απάντηση στην FSH.
- ☛ Είναι υπεύθυνα για την ανάπτυξη μερικών από τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου στις γυναίκες, ειδικά για την αύξηση του υποδόριου ιστού στους γοφούς και το στήθος
- ☛ Βοηθούν στη διαμόρφωση των κατάλληλων συνθηκών που είναι απαραίτητες για την διατήρηση της κύησης μετά την εμφύτευση<sup>6</sup>.
- ☛ Προάγουν την ανάπτυξη των μαστών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης διεγείροντας την ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων.

#### Η προγεστερόνη :

- ☛ Βοηθά στην ανάπτυξη συνθηκών κατάλληλων για την διατήρηση της εγκυμοσύνης
- ☛ Προάγει την ανάπτυξη των μαστών, τόσο στην ήβη όσο και στην εγκυμοσύνη, διεγείροντας τον σχηματισμό των εκκριτικών λοβιδίων<sup>7</sup>.

### 1.2.2 ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

Το ενδομήτριο αποτελείται από αδένες, αγγεία και συνδετικό ιστό. Στην αρχή κάθε κύκλου περίπου τα 2/3 του πάχους του ενδομητρίου αποπίπτουν ( από το υποκείμενο ενδομήτριο και μυομήτριο) κατά την διάρκεια της εμμηνορρυσίας η οποία διαρκεί 4-5 ημέρες. Η αύξηση των επιπέδων των οιστρογόνων διεγείρει την υπερπλασία του ενδομητρίου με την αύξηση πολλών απλών σωληνοειδών αδένων.

Αποτελεί την υπερπλαστική φάση του ενδομητρίου κύκλου. Μετά την ωορρηξία, η προγεστερόνη είναι η επικρατούσα ορμόνη του φύλου και επηρεάζει την μορφολογία των αδένων οι οποίοι γίνονται ελικοειδείς και η εξωτερική επιφάνεια λαμβάνει οδοντωτή μορφή. Η φάση αυτή ονομάζεται εκκριτική γιατί οι αδένες γεμίζουν με εκκρίσεις πλούσιες

σε γλυκογόνο. Ο σκοπός της ανάπτυξης αυτής του ενδομητρίου είναι να παρέχει υγρά, αγγεία και θρεπτικούς παράγοντες στο έμβryo όταν εμφυτευτεί. Εάν δεν υπάρξει εγκυμοσύνη, η γρήγορη ελάττωση των επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης που ακολουθούν την ατρησία του ωχρού σωματίου την 24η περίπου μέρα προκαλούν αγγειοσυστολή, ισχαιμία και έμφρακτο στο ενδομήτριο το οποίο αποπίπτει κατά την εμμηνορρυσία του επόμενου κύκλου<sup>8</sup>.

### **1.3 ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΚΥΚΛΟΥ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**

Γυναίκες ηλικίας 20-40 ετών έχουν συνήθως φυσιολογικούς κύκλους. Η πιθανότητα για ανώμαλους κύκλους αυξάνεται 2-5 χρόνια μετά την εμμηναρχή καθώς και πριν την εμμηνόπαυση.

#### **1.3.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΣ**

Η έμμηνη ρύση μπορεί να είναι μεγάλη σε ποσότητα, συχνότητα, διάρκεια ή συνδυασμό αυτών.

- i. Μηνορραγία ή υπερμηνόρροια είναι η παρατεταμένη έμμηνη ρύση που διαρκεί περισσότερο από 7 ημέρες ή αυτή κατά την οποία η αποβαλλόμενη ποσότητα αίματος είναι μεγαλύτερη της συνηθισμένης (μεγαλύτερη από 80ml/ κύκλο), συμβαίνει όμως ανά τακτικά διαστήματα.
- ii. Συχομηνόρροια είναι η επαναλαμβανόμενη εμφάνιση εμμήνου ρύσης σε χρονικά διαστήματα μικρότερα των 21 ημερών.
- iii. Μητρορραγία ή μνηομητρορραγία αναφέρεται σε αιμορραγία σε χρονικά διαστήματα άσχετα με τη ρυθμικότητα του εμμηνορρυσιακού κύκλου.
- iv. Αμηνόρροια είναι η απουσία εμφάνισης εμμηνορρυσίας.
- v. Ολιγομηνόρροια αναφέρεται σε ανώμαλη μείωση της συχνότητας της εμμηνορρυσίας.
- vi. Η δυσλειτουργική αιμορραγία της μήτρας (ΔΑΜ) αναφέρεται σε ανώμαλη αιμορραγία για την οποία δεν ανευρίσκεται οργανική αιτιολογία<sup>9</sup>.

#### **1.3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ**

Η ψευδής (ωοθυλακιορρηκτική) δυσλειτουργική αιμορραγία της μήτρας, δηλαδή βαριά αλλά τακτική αιμορραγία, οφείλεται συνήθως σε ανατομικές ανωμαλίες της μήτρας. Τα υποβλεννογόνια ινομυώματα της μήτρας, αδеноμύωση και ενδομητρικοί πολύποδες μπορούν να οδηγήσουν σε βαριά αιμορραγία λόγω αύξησης της επιφάνειας του ενδομητρίου ή με κάποιον άλλο άγνωστο μηχανισμό. Ενδομητρικά σπειράματα μπορούν να προκαλέσουν αντιδράσεις ξένου σώματος με αποτέλεσμα εμμηνορρυσία μεγάλης διάρκειας και ποσότητας. Διαταραχέτου μηχανισμού πήξης (π.χ. χρήση αντιπηκτικών φαρμάκων ή ασπιρίνης) αυξάνουν επίσης την απώλεια αίματος κατά την εμμηνορρυσία. Αληθής (ανωοθυλακιορρηκτική) δυσλειτουργική αιμορραγία της μήτρας, δηλαδή σοβαρή αιμορραγία σε ακανόνιστα διαστήματα μπορεί να οφείλεται σε απειλούμενη ή ατελή αποβολή, έκτοπη κύηση ή τροφοβλαστική νόσο της κύησης. Η ενδομητρίτιδα προκαλεί ανώμαλη αιμορραγία από την μήτρα και ευαισθησία αυτής λόγω φλεγμονής. Ανατομικές ανωμαλίες όπως τα ινομυώματα, οι πολύποδες και τα καρκινώματα μπορούν να προκαλέσουν επίσης ακανόνιστη αιμορραγία.



Αιμορραγία από τον τράχηλο ή τον κόλπο (π.χ. τραχηλίτιδα, εκτρόπιο, διηθητικό καρκίνωμα, ατροφική κολπίτιδα ή τριχομοναδική κολπίτιδα) μπορεί να εκληφθεί εσφαλμένα ως αιμορραγία από την μήτρα.

Αιμορραγία από το ορθό ή αδρή αιματουρία μπορούν περιστασιακά να παρερμηνευθούν και να θεωρηθούν πως προέρχονται από το γεννητικό σύστημα.

Αίτια αμηνόρροιας περιλαμβάνουν την υπερπρολακτιναιμία, τον υποθυρεοειδισμό ή την ανεπάρκεια ACTH, τον υπογοναδοτροφικό υπογοναδισμό, την εμμηνόπαυση ή την πρόωμη έκπτωση της ωοθηκικής λειτουργίας, την αιφνίδια απώλεια βάρους, το σοβαρό stress, την εξαντλητική άσκηση και διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα. Ανωοθυλακιορρηξία όπως αυτή που παρατηρείται στο σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (ΣΠΩ), είναι συχνή αιτία αμηνόρροιας που ακολουθείται από μνηορραγία. Ασθενείς με ΣΠΩ παρουσιάζουν παχυσαρκία, ακμή, δασυτριχισμό, αμηνόρροια και πολλαπλές κύστες στις ωοθήκες. Γυναίκες με ηπιότερη συμπτωματολογία των οποίων οι ωοθήκες δεν έχουν πολυκυστική υφή, θεωρείται πως παρουσιάζουν χρόνια υπερανδρογοναιμική ανωοθυλακιορρηξία. Στο ΣΠΩ η αύξηση της έκκρισης LH από την υπόφυση και η υπερπαραγωγή ανδρογόνων από την ωοθήκη εμποδίζουν την ωρίμανση των ωοθυλακίων στην ωοθήκη. Η ωοθηκικής προέλευσης ανδροστενεδιόνη μετατρέπεται περιφερικά σε οιστρόνη, η οποία διεγείρει περαιτέρω απελευθέρωση της LH με αποτέλεσμα την δημιουργία ενός φαύλου κύκλου. Τα οιστρογόνα προκαλούν παρατεταμένη ανάπτυξη του ενδομητρίου, αλλά χωρίς ωορρηξία η φυσιολογική εμμηνορρυσία δεν συμβαίνει. Στο τέλος το παχύ ενδομήτριο καταρρέει με αποτέλεσμα σοβαρή αιμορραγία.

Το ΣΠΩ μπορεί επίσης να συσχετίζεται με υψηλά επίπεδα λιπιδίων στον ορό, κεντρική παχυσαρκία, αντίσταση στην ινσουλίνη και αυξημένο κίνδυνο μελλοντικής ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη και καρδιοπάθειας<sup>10</sup>.

Ενοχλήματα κατά την εμμηνορρυσία αναφέρει ποσοστό 30-60% των γυναικών. Ποσοστό 5% περίπου παρουσιάζει συμπτώματα τόσο σοβαρά που επηρεάζουν την καθημερινότητα τους. Το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο (PMS), μια ομάδα συμπτωμάτων και συναισθηματικών αντιδράσεων που συμβαίνουν κατά την ωχρινική φάση του κύκλου, επηρεάζει ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των εμμηνορρυσιακών γυναικών, αν και σοβαρά συμπτώματα παρουσιάζει μόνο το 2-3% των γυναικών<sup>10</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο**

# **ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ**



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο**

### **ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ**

#### **2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) εμμηνόπαυση ορίζεται ως η χρονική στιγμή της οριστικής διακοπής της εμμηνου ρύσεως ως αποτέλεσμα της εξάντλησης της ωοθηκικής δεξαμενής των ωοθηλακίων. Ως εκ τούτου, ο ακριβής χρόνος εμμηνόπαυσης καθορίζεται μετά από χρονικό διάστημα 12 μηνών από την τελευταία έμμηνο ρύση.

Η εμμηνόπαυση σηματοδοτεί την μετάβαση από την παραγωγική ηλικία στην μη παραγωγική, πρόκειται δηλαδή για το τέλος της γονιμότητας αφού οι ωοθήκες δεν παράγουν πλέον ωάρια. Εμφανίζεται συνήθως σε ηλικία 45 με 55 ετών και κατά μέσω όρο στα 51 χρόνια της ηλικίας μιας γυναίκας<sup>11</sup>.

#### **2.2 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ**

##### **Περιεμμηνόπαυση**

Η περιεμμηνόπαυση αρχίζει αρκετά χρόνια πριν την εμμηνόπαυση όταν οι ωοθήκες αρχίζουν να παράγουν προοδευτικά λιγότερα οιστρογόνα και διαρκεί μέχρι την εμμηνόπαυση οπότε οι ωοθήκες σταματούν να παράγουν ωάρια. Ένα με δύο χρόνια πριν την εμμηνόπαυση η μείωση της έκκρισης οιστρογόνων από τις ωοθήκες επιταχύνεται με αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπτωμάτων εμμηνόπαυσης. Η μέση διάρκεια της είναι 4 χρόνια, αλλά μπορεί να κρατήσει από μερικούς μήνες έως και 10 χρόνια. Τελειώνει με την εμμηνόπαυση (12 μήνες μετά την τελευταία έμμηνο ρύση).

##### **Κλιμακτήριος**

Το χρονικό διάστημα της κλιμακτηρίου δεν είναι σε όλες τις γυναίκες το ίδιο. Συνήθως η κλιμακτήριος αρχίζει 5-6 χρόνια πριν την εμμηνόπαυση και τελειώνει 5-6 χρόνια μετά. Διακρίνεται σε τρία στάδια: στην προ, στη λίγο πριν την έναρξη και στη μετά την εμμηνόπαυση περίοδο. Η εμμηνόπαυση είναι η κατάσταση εκείνη που σηματοδοτεί τη λήξη της προκαταρκτικής περιόδου και την έναρξη της μεταγενέστερης<sup>15</sup>.

Τα πιο κάτω στοιχεία κάνουν σαφή τη διαφορά μεταξύ εμμηνόπαυσης και κλιμακτηρίου:

##### **Εμμηνόπαυση:**

- ¶ Συγκρίνεται με την εμμηναρχή
- ¶ Ένα αυτοτελές βιολογικό συμβάν
- ¶ Διακοπή της περιόδου
- ¶ Εμφανίζεται οπωσδήποτε συνήθως μεταξύ της ηλικίας των 48 και 52 ετών

##### **Κλιμακτήριος:**

- ¶ Συγκρίνεται με την ήβη
- ¶ Μια σειρά από ορμονικού χαρακτήρα αλλαγές

¶ Μεταβατική φάση όπου διαπιστώνεται υπολειτουργία των ωοθηκών και της παραγωγής ορμονών

¶ Συνήθως εκτείνεται μεταξύ της ηλικίας των 40-60 ετών.

### **Εμμηνόπαυση**

Με την τελευταία περίοδο μιας γυναίκας σηματοδοτείται ο ερχομός της εμμηνόπαυσης όπου οι ωοθήκες σταματούν να παράγουν ωάρια και ορμόνες. Η διάγνωση της γίνεται με την απουσία έμμυνης ρύσης για 12 μήνες.

### **Μετεμμηνόπαυση**

Περιλαμβάνει τα χρόνια μετά την εμμηνόπαυση κατά την διάρκεια των οποίων τα συμπτώματα αρχίζουν να υποχωρούν σταδιακά αλλά τα μειωμένα επίπεδα ορμονών δημιουργούν μακροπρόθεσμους κινδύνους<sup>12</sup>.

## **2.3 ΠΡΩΩΡΗ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ**

Η εμμηνόπαυση χαρακτηρίζεται πρόωρη όταν εμφανιστεί πριν τα 45 χρόνια και πρόωρη όταν εμφανιστεί πριν τα 40 έτη. Πιο συγκεκριμένα υπάρχει μια ειδική περίπτωση η οποία ονομάζεται πρόωμη ωοθηκική ανεπάρκεια (ΠΩΑ) και χαρακτηρίζεται ως μία δυνητικά μη αναστρέψιμη κατάσταση που εμφανίζεται σε γυναίκες κάτω των 40 ετών και έχει ως αποτέλεσμα την διακοπή της εμμήνου ρύσης, μείωση των οιστρογόνων και αυξημένα επίπεδα των γοναδοτροπινών. Η εργαστηριακή εικόνα της εμφανίζει τα ίδια αποτελέσματα με αυτά της φυσιολογικής εμμηνόπαυσης όπως υψηλή τιμή της FSH (ωοθηλακιοτρόπου ορμόνης) και χαμηλά επίπεδα οιστραδιόλης. Είναι απαραίτητο να πραγματοποιούνται εξετάσεις θυρεοειδικής και επινεφριδικής λειτουργίας καθώς και έλεγχος μεταβολισμού του σακχάρου ώστε να αποκλειστεί η ύπαρξη δυσλειτουργίας άλλων ενδοκρινών αδένων και ιδιαίτερα σε νεότερες ασθενείς ο έλεγχος καρυότυπου για να αποκλειστεί το σύνδρομο Turner. Η πρόωρη εμμηνόπαυση αν και εμφανίζεται μόνο στο 1% των γυναικών κάτω των 40 ετών προσδιορίζεται ως μία νόσος και όχι ως μια φυσιολογική κατάσταση και συσχετίζεται με σοβαρά προβλήματα υγείας όπως οστεοπόρωση και καρδιαγγειακά νοσήματα, γι' αυτό τον λόγο οι ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με πρόωρη εμμηνόπαυση ή με ΠΩΑ θα πρέπει να ακολουθήσουν ορμονική θεραπεία αποκατάστασης μέχρι την ηλικία που ξεκινάει φυσιολογικά η εμμηνόπαυση<sup>13</sup>.

### **Αιτίες πρόωρης εμμηνόπαυσης**

Αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν πρόωρη εμμηνόπαυση είναι η αυτοάνοση καταστροφή των ωοθηκών, χρωμοσωμικές ανωμαλίες ( σύνδρομο Turner), χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και χειρουργική επέμβαση (υστερεκτομή)<sup>14</sup>.

### **Ορμονική θεραπεία πρόωρης εμμηνόπαυσης**

Στην πρόωρη εμμηνόπαυση χορηγούμε πολύ μεγαλύτερη ποσότητα ορμονικής θεραπείας συγκριτικά με την φυσιολογική εμμηνόπαυση ώστε να αποκατασταθεί το επίπεδο ορμονών των οιστρογόνων και της προγεστερόνης στον οργανισμό που θα υπήρχε φυσιολογικά στην ηλικία αυτή σε μία γυναίκα. Μαζί με τα οιστρογόνα χορηγούμε και προγεσταγόνο ώστε να εξισορροπηθεί η δράση των οιστρογόνων και να προληφθεί τυχόν υπερπλασία του ενδομητρίου, σε γυναίκες όμως που έχουν κάνει υστερεκτομή αρκεί και η χορήγηση μόνο

οιστρογόνων ή τιβαλόνης<sup>14</sup>.

## **2.4 ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ**

Κατά την πάροδο των χρόνων η γήρανση των ωοθηκών επιφέρει σταδιακή μείωση της ανταπόκρισης των ωοθηλακίων στην FSH με αποτέλεσμα την μείωση των οιστρογόνων. Όσο συνεχίζουν να μειώνονται τα επίπεδα των οιστρογόνων, μειώνεται και η ανασταλτική δράση της υπόφυσης και έτσι η παραγωγή FSH αυξάνεται κατά την κλιμακτήριο. Επιπλέον η ανασταλτική δράση των οιστρογόνων επί της εκκρίσεως LH από την υπόφυση μειώνεται σταδιακά, έτσι λοιπόν η έκκριση της LH αυξάνεται και η αιχμή της στο μέσο του κύκλου εξαφανίζεται με αποτέλεσμα ανωορρηκτικούς κύκλους. Καθώς η ωοθηκική λειτουργία αποδυναμώνεται παύει εντελώς η ωορρηξία. Επίσης γίνεται μείωση της έκκρισης προγεστερόνης με την απουσία ωχρών σωματίων, ώστε τελικά τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται τόσο που η έμμηνος ρύση γίνεται ακανόνιστη και τελικά σταματά.

Τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης προέρχονται από την πτώση της στάθμης των οιστρογόνων και την επίδραση της στη λειτουργία της υπόφυσης. Υπάρχει αυξημένη έκκριση υποφυσιοτρόπων ορμονών που σχετίζονται με την αύξηση της ορμόνης FSH, κάποιες από αυτές είναι η αυξητική ορμόνη, η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη TSH και η φλοιοεπινεφριδιοτρόπος ορμόνη ACTH. Με την αύξηση της αυξητικής ορμόνης μετά την εμμηνόπαυση μπορεί να προκαλέσει παχυσαρκία και ήπια μεγαλακρία, επίσης μπορεί να αυξηθεί η αθηρωμάτωση του αρτηριακού συστήματος, η οποία συνεπάγεται αύξηση της επίπτωσης της στεφανιαίας νόσου και άλλων αγγειακών νόσων στις μετεμμηνόπαυσιαικές γυναίκες. Η αύξηση της TSH σε συνδυασμό με την διαταραγμένη ισορροπία των οιστρογόνων και της προγεστερόνης προκαλούν εξάψεις και έντονη εφίδρωση λόγω της αγγειοκινητικής αστάθειας. Η επίδραση της TSH στα όργανα στόχους της μπορεί να δημιουργήσει συναισθηματική αστάθεια και τέλος η αύξηση της ACTH οδηγεί σε υπερέκκριση φλοιοεπινεφριδιακών ανδρογόνων τα οποία προκαλούν υπερτρίχωση κυρίως στο πρόσωπο. Η ανεπαρκής παραγωγή οιστρογόνων επιδρά και στα δευτερεύοντα όργανα της γυναίκας, το στήθος μειώνεται και χάνει το σχήμα του, η αγγείωση του κόλπου και του αιδοίου μειώνεται και το επιθήλιο γίνεται πιο ευάλωτο σε λοιμώξεις και τραυματισμούς. Επίσης μπορεί να εμφανιστεί ατροφική κολπίτιδα με ρήξεις του επιθηλίου, αίσθημα ξηρότητας και αιμορραγία, η μήτρα και οι ωοθήκες ατροφούν και το ενδομήτριο εξαφανίζεται εντελώς.

Τέλος, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος οστεοπόρωσης καθώς τα μειωμένα επίπεδα οιστρογόνων επιφέρουν λέπτυνση των οστών και έτσι δημιουργείται μεγαλύτερο βάρος στους σπονδύλους και τον αυχένα των μηριαίων<sup>13</sup>.

## **2.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ**

### **2.6.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Τα συμπτώματα που προαναφέρθηκαν, διαρκούν άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα. Μπορεί να ξεκινήσουν μέχρι 6 έτη πριν την εμμηνόπαυση και να συνεχιστούν για αρκετά χρόνια. Με την πάροδο του χρόνου, όσο χάνεται η ωοθηκική ανταπόκριση στις γοναδοτροπίνες, τα σχετιζόμενα συμπτώματα επίσης μειώνονται.

Η επίδραση της εξάντλησης των γοναδικών ορμονών μπορεί να είναι εμφανής στην γυναικολογική εξέταση, με τις αλλαγές μερικές φορές να συμβαίνουν πριν την εμμηνόπαυση.

Με την απώλεια των οιστρογόνων, το επιθήλιο του κόλπου γίνεται εξέρυθρο, καθώς λεπτύνεται το επιθήλιο και τα μικρά υποκείμενα τριχοειδή γίνονται πιο εμφανή. Αργότερα, καθώς το επιθήλιο γίνεται περισσότερο ατροφικό, η επιφάνεια γίνεται περισσότερο ωχρή, λόγω της μείωσης των τριχοειδών. Χάνεται η πτύχωση και ο βλεννογόνος γίνεται λείος, ξηρός και εύθρυπτος, γεγονός που προκαλεί δυσπαρευνία.

¶ Με την αμφίχειρη εξέταση, διαπιστώνεται ότι η μήτρα είναι μικρότερη από το κανονικό, και δεν ψηλαφώνται τα εξαρτήματα. Αν υπάρχουν ινομύωματα, μικραίνουν σε μέγεθος, μερικές φορές τόσο, ώστε να μην ψηλαφώνται πλέον. Η ενδομητρίωση και η αδενομύωση υποστρέφουν με την έλευση της εμμηνόπαυσης και πολλές γυναίκες με χρόνιο πυελικό άλγος βρίσκουν οριστική ανακούφιση.

¶ Σε πιο ηλικιωμένες γυναίκες συμβαίνουν προπτώσεις των γεννητικών οργάνων λόγω απώλειας τόνου των μυών του περινέου (κυστεοκήλη, ορθοκήλη, πρόπτωση μήτρας).

¶ Η ατροφική κυστίτιδα, μπορεί να μιμηθεί ουρολοίμωξη. Οι ασθενείς αναφέρουν συμπτώματα συχνουρίας, επιτακτικής ούρησης και ακράτειας. Δεδομένου ότι οι γυναίκες αυτές είναι επιρρεπείς στις ουρολοιμώξεις, σε κάθε συμπτωματική περίπτωση συνιστάται καλλιέργεια ούρων.

Επιπρόσθετα παρατηρούνται απώλεια της ελαστικότητας του δέρματος, μείωση της οστικής πυκνότητας (οστεοπενία – οστεοπόρωση) και αντικατάσταση του πυκνού μαζικού αδένου από λιπώδη ιστό, γεγονός που καθιστά τη μαστογραφία ευκολότερη.

Το πιο συχνό σύμπτωμα για το οποίο παραπονούνται οι γυναίκες στην κλιμακτήριο είναι οι εξάψεις.

Αποτελούν αγγειοκινητικό φαινόμενο, αφορούν το 75% των περι- και μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών. Η έναρξη και η διάρκειά τους είναι απρόβλεπτη. Περιγράφονται ως αίσθημα καύσου που ξεκινά περιομφαλικά, και επεκτείνεται στο άνω μέρος του σώματος και στο πρόσωπο και συνοδεύονται από έντονη εφίδρωση. Γυναίκες με εξάψεις μεγάλης έντασης μπορεί επίσης να παραπονεθούν για γνωστικές ή συναισθηματικές διαταραχές που προκύπτουν από την έλλειψη ύπνου.

## 2.6.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ

Η έκκριση των γοναδοτροπινών αυξάνεται δραματικά μετά την εμμηνόπαυση. Τα επίπεδα της θυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) είναι υψηλότερα από εκείνα της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH), ενώ και οι δύο αυξάνονται σε επίπεδα υψηλότερα από εκείνα που αναμένονται κατά τη διάρκεια της αιχμής του εμμηνορροϊκού κύκλου. Η αύξηση της FSH προηγείται της αύξησης της LH. Η FSH είναι ο δείκτης που τεκμηριώνει την ωθηκική ανεπάρκεια. Η LH δεν είναι απαραίτητη για τη διάγνωση.

Τα επίπεδα της κυκλοφορούσας οιστραδιόλης έχουν πολύ διαφορετικές τιμές πριν και μετά την εμμηνόπαυση, και αυτά τα επίπεδα είναι προφανώς πολύ χαμηλότερα στην εμμηνόπαυση. Τα επιχρίσματα του κοιλιακού επιθηλίου παρέχουν μία σύνθετη εικόνα της ενδογενούς και εξωγενούς οιστρογονικής επίδρασης με την πάροδο του χρόνου: Όσο μεγαλύτερη είναι η παρουσία οιστρογόνων, τόσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των επιφανειακών κυττάρων<sup>16</sup>.

Δεν υπάρχουν ειδικές μεταβολές στη θυρεοειδική λειτουργία μετά την εμμηνόπαυση. Άλλοι δείκτες της ωθηκικής γήρανσης περιλαμβάνουν την αντιμυλλέρια ορμόνη (AMH) και την μυλλεριανή ανασταλτική ουσία (MIS), οι οποίες παράγονται από τα κοκκώδη κύτταρα των

ωοθυλακίων. Η προσδιορισμός αυτών των δεικτών μπορεί να είναι η πρωιμότερος και πιο αποτελεσματικός τρόπος για την εκτίμηση της πορείας προς την εμμηνόπαυση. Επί του παρόντος ωστόσο, οι δείκτες αυτοί δεν έχουν αναπτυχθεί αρκετά, ώστε να χρησιμοποιούνται ως μέθοδος ρουτίνας. Συνεπώς, μια αύξηση της FSH στον ορό, και μείωση της οιστραδιόλης και της ινχιμίνης, αποτελούν τις μείζονες αλλαγές που σηματοδοτούν την μετάβαση στην εμμηνόπαυση.

Η βιοψία του ενδομητρίου μπορεί να αναδείξει ποικιλία εμφανίσεων, από ήπια αναπλαστικό, έως ατροφικό. Δεν παρατηρούνται εκκριτικές αλλαγές μετά την εμμηνόπαυση, δεδομένου ότι εφόσον δεν υπάρχει ωοθυλακιορρηξία, δεν δημιουργείται ωχρό σωματίο και ως εκ τούτου δεν παράγεται προγεστερόνη.

Η υπερπλασία του ενδομητρίου αποτελεί σημείο οιστρογονικής υπερδιέγερσης, είτε ενδογενούς προέλευσης, είτε από θεραπεία υποκατάστασης και μπορεί να αποτελέσει προκαρκινική κατάσταση. Μπορεί να διαγνωστεί υπερηχογραφικά (ανεύρεση πάχους ενδομητρίου  $> 5$  mm)<sup>16</sup>.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο**

## **ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ**





## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο**

### **ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ**

#### **3.1 ΑΓΓΕΙΟΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Οι εξάψεις και οι νυχτερινοί ιδρώτες είναι τα κλασικά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και εμφανίζονται περίπου στην ηλικία των 47 ή 48 ετών, είναι εντονότερα τον πρώτο χρόνο μετά από την τελευταία περίοδο και είναι δυνατόν να διαρκέσουν 20 ή περισσότερα χρόνια. Το 75% του γυναικείου πληθυσμού εμφανίζει αυτά τα συμπτώματα τα οποία είναι και τα συνηθέστερα. Στα πρώιμα στάδια της εμμηνόπαυσης οι εξάψεις και οι νυχτερινοί ιδρώτες μπορεί να εμφανίζονται μόνο κατά την εβδομάδα πριν της εμμηνορρυσίας όταν τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται φυσιολογικά. Τελικώς τα επίπεδα των οιστρογόνων παρουσιάζουν διακυμάνσεις καθόλα την διάρκεια του κύκλου με αποτέλεσμα οι εξάψεις να εμφανίζονται ανά πάσα στιγμή.

Είναι γεγονός πως το γυναικείο φύλο στις ηλικίες πριν από την εφηβεία και οι 90χρονης έχουν χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων αλλά δεν εμφανίζουν εξάψεις. Οι εξάψεις διαρκούν μερικά δευτερόλεπτα αλλά μπορεί να επιμείνουν και για περίπου 15 λεπτά σε κάποιες περιπτώσεις καθώς και να επαναλαμβάνονται αρκετές φορές κατά την διάρκεια της ημέρας. Παρατηρείται έντονη εφίδρωση, ταχυπαλμία καθώς και αίσθημα κόπωσης. Γυναίκες με υπογοναδισμό δεν παρουσιάζουν εξάψεις όταν διακοπεί η θεραπεία με οιστρογόνα, επιπλέον οι κατεχολαμίνες και η προλακτίνη δεν μεταβάλλονται κατά την διάρκεια των εξάψεων αλλά τα συμπτώματα μπορεί να επιδεινωθούν εάν γίνει απότομη διακοπή των ορμονών<sup>13</sup>.

#### **Αγγειοκινητικά**

Αυτά είναι οι εξάψεις, η υπερβολική εφίδρωση, ο πονοκέφαλος, το αίσθημα προκάρδιων παλμών και η ζάλη.

#### **3.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΦΥΣΕΩΣ**

Ο ανεπαρκής ύπνος έχει ως επακόλουθο αίσθημα κόπωσης κατά την διάρκεια της ημέρας, λήθαργο, δυσκολία στην συγκέντρωση και κατάθλιψη. Αυτά τα συμπτώματα αποδεικνύονται ιδιαίτερα βασανιστικά για τις γυναίκες. Η ανεύρεση τρόπων για την βελτίωση του ύπνου, είτε ελέγχοντας τις εξάψεις, είτε θεραπεύοντας την κατάθλιψη, θα αποκαταστήσει την ισορροπία<sup>17</sup>.

#### **Ψυχολογικά**

Είναι η εύκολη κόπωση, η νευρική κατάσταση, η κατάθλιψη, η αϋπνία, η ευερεθιστότητα και η ανία.

#### **3.3 ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ**

Είναι οι αρθραλγίες, οι μυαλγίες και η παραισθησία<sup>3</sup>.

#### **3.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΣ**

Όταν πλησιάζει η εμμηνόπαυση παρατηρείται απότομη διακοπή της περιόδου, προοδευτική επιμήκυνση του κύκλου ή προοδευτική μείωση της ποσότητας του αίματος. Σε γυναίκες άνω των 35 ετών αυξάνεται η συχνότητα των ανωορρηκτικών κύκλων και πολλές φορές η

ανεπάρκεια των συγκεντρώσεων της ενδογενούς προγεστερόνης προκαλεί έντονη και μη φυσιολογική αιμορραγία. Στη συγκεκριμένη περίπτωση θα πρέπει να γίνει διάγνωση ώστε να αποκλειστεί η πιθανότητα του καρκίνου της πύελου. Οι παχύσαρκες γυναίκες πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικές και συνειδητοποιημένες καθώς εμφανίζουν αυξημένη τάση για ανάπτυξη ενδομητρικού καρκινώματος όταν πια έχουν διαταραχές εμμηνορρυσίας. Πολύ βασικό κομμάτι στη συγκεκριμένη αυτή περίοδο στη ζωή μιας γυναίκας είναι η διάγνωση καθώς πρέπει να αποκλειστούν τα μη-γυναικολογικά αίτια που προκαλούν διαταραχές της εμμηνορρυσίας, όπως π.χ. ο υπερθυρεοειδισμός, ο υποθυρεοειδισμός, η λευχαιμία, η κίρρωση του ήπατος και τα φάρμακα (π.χ. βαρφαρίνη)<sup>9</sup>.

### **3.5 ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ**

Η διακύμανση των ορμονικών επιπέδων επιδεινώνει τις ημικρανίες και τις κεφαλαλγίες στις επιρρεπείς γυναίκες. Παρατηρείται μια σχέση μεταξύ των πονοκεφάλων και του μηνιαίου κύκλου ιδιαίτερα τα πρώτα 5-10 χρόνια πριν από την εμμηνόπαυση. Τα προεμμηνορρυσιακά συμπτώματα κυριαρχούν σε μεγάλο βαθμό αυτή την περίοδο και τόσο οι ημικρανίες όσο και οι μη ημικρανικοί πονοκέφαλοι μπορεί να επιδεινωθούν στη διάρκεια της προεμμηνορρυσιακής εβδομάδας. Οι πονοκέφαλοι συνήθως εξασθενούν όταν οι ορμονικές διακυμάνσεις ρυθμίζονται<sup>17</sup>.

### **3.6 ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Εάν παρατηρήσετε μια συνεχής επιθυμία να πάτε στην τουαλέτα, ακόμη και αν μόλις την είχατε επισκεφτεί, συνοδευόμενη πιθανόν από αίσθημα καψίματος ή καυστικό πόνο, είναι συμπτώματα της κυστίτιδας και υπάρχει μεγάλη πιθανότητα επιδείνωσης από την εμμηνόπαυση.

Μπορεί λοιπόν να παρουσιαστεί λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος, η οποία απαιτεί θεραπεία με αντιβιοτικά. Αν τα συμπτώματα δεν υποχωρήσουν σε διάστημα δυο-τριών ημερών θα πρέπει να επισκεφτείτε τον γιατρό σας. Η έντονη ακράτεια είναι κληροδότημα του τοκετού αλλά επιδεινώνετε με την μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων. Κατά την διάρκεια της συνουσίας, του βήχα και του τρεξίματος μπορεί να υπάρξει διαρροή ούρων<sup>17</sup>.

### **3.7 ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ**

Η μειωμένη δραστηριότητα, συχνά ως αποτέλεσμα των αλλαγών στον τρόπο ζωής αλλά και προβλημάτων στις αρθρώσεις (αρθραλγίες), σε συνδυασμό με την εξασθένηση του μεταβολικού ρυθμού που σχετίζονται με την γήρανση, αποτελούν παράγοντες οι οποίοι οδηγούν στην αύξηση του βάρους. Οι ορμονικές αλλαγές παίζουν επίσης καθοριστικό ρόλο, καθώς τα οιστρογόνα είναι υπεύθυνα για το σχήμα του γυναικείου σώματος. Μετά την εμμηνόπαυση το βάρος τείνει να συγκεντρώνεται περισσότερο γύρω από το στομάχι<sup>17</sup>.

### **3.8 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

**Κατάθλιψη στην εμμηνόπαυση:** Αν και οι περισσότερες γυναίκες μεταβαίνουν στην εμμηνόπαυση, χωρίς να αντιμετωπίζουν ψυχιατρικά συμπτώματα, εκτιμάται από έρευνες πως το 20% των εμμηνοπαυσικών γυναικών εμφανίζουν κατάθλιψη σε ένα βαθμό. Μελέτες έχουν αναδείξει γενικά αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της περιεμμηνόπαυσης, με

μείωση του κινδύνου κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά την εμμηνόπαυση. Ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης της καταθλιπτικής διάθεσης είναι ένα προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης, μαζί με τις διακυμάνσεις στα επίπεδα των αναπαραγωγικών ορμονών που σαφώς συνδέονται με καταθλιπτική διάθεση.

Παράγοντας της μεταβολικής διάθεσης, με αποτέλεσμα την ύπαρξη καταθλιπτικών επεισοδίων, είναι και η παραγωγή των αναπαραγωγικών ορμονών κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης. Τα υψηλότερα επίπεδα τεστοστερόνης μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντικότερα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την μετάβαση στην εμμηνόπαυση. Παρ' όλα αυτά, η εμμηνόπαυση εξακολουθεί να θεωρείται ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων<sup>18</sup>.

**Διπολική διαταραχή και εμμηνόπαυση:** Κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης έχει παρατηρηθεί έξαρση των συμπτωμάτων της διάθεσης, και συνήθως εμφανίζεται σε γυναίκες με προϋπάρχουσα διπολική διαταραχή. Έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες με διπολική διαταραχή έχουν υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικών επεισοδίων κατά τη διάρκεια της μετάβασης στην εμμηνόπαυση<sup>18</sup>.

**Εμμηνόπαυση και σχιζοφρένεια:** Στις περισσότερες περιπτώσεις, η σχιζοφρένεια εκδηλώνεται για πρώτη φορά στην αρχή της ενηλικίωσης, με το ποσοστό των νέων περιπτώσεων να μειώνεται και στα δύο φύλα μετά από αυτό το χρονικό διάστημα. Μια δεύτερη κορυφή στη συχνότητα εμφάνισης της σχιζοφρένειας σημειώνεται μεταξύ των γυναικών ηλικίας 45-50 χρόνων. Αυτή η δεύτερη κορυφή δεν παρατηρείται σε άνδρες.

Μερικοί ερευνητές έχουν παρατηρήσει μια επιδείνωση της πορείας της σχιζοφρένειας σε γυναίκες κατά τη διάρκεια της περιεμμηνόπαυσης. Αυτές οι παρατηρήσεις υποδεικνύουν ότι τα οιστρογόνα μπορεί να παίζουν ένα ρυθμιστικό ρόλο στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας.

### **Βασικές διαταραχές ύπνου:**

**Ϊ Dysomnias:** Χαρακτηρίζονται από ανωμαλίες στην χρονική διάρκεια, την ποιότητα, αλλά και την ώρα που ένα άτομο κοιμάται.

**Ϊ Parasomnia:** Χαρακτηρίζονται από ανώμαλες συμπεριφορές ή φυσιολογικής φύσεως γεγονότα που σχετίζονται με τον ύπνο, τα συγκεκριμένα στάδια του ύπνου και τις εναλλαγές ύπνου – ξύπνιου

**Ϊ Διαταραχές ύπνου σχετιζόμενες με ψυχοπαθολογία**

**Ϊ Διαταραχές ύπνου σχετιζόμενες με κλινικά προβλήματα(προβλήματα υγείας)**

**Ϊ Διαταραχές ύπνου σχετιζόμενες με χρήση ουσιών( φάρμακα, καφεΐνη)<sup>19</sup>**

**Αϋπνία και εμμηνόπαυση:** Η αϋπνία εμφανίζεται στο 40-50 % των γυναικών κατά τη διάρκεια της μετάβασης στην εμμηνόπαυση, και τα προβλήματα με τον ύπνο δε συνδέονται πάντα με διαταραχές της διάθεσης. Οι γυναίκες με αϋπνία έχουν περισσότερες πιθανότητες από άλλους να αναφέρουν προβλήματα όπως άγχος, στρες, ένταση, και καταθλιπτικά συμπτώματα.

Η συχνότητα της άπνοιας ύπνου αυξάνεται με την ηλικία, αυξάνεται από 6,5 % σε γυναίκες ηλικίας 30-39 ετών στο 16 % σε γυναίκες ηλικίας 50-60 ετών. Η παθοφυσιολογία δεν είναι γνωστή, αλλά οι θεωρίες περιλαμβάνουν την αύξηση του σωματικού βάρους μετά την εμμηνόπαυση ή τα μειωμένα επίπεδα προγεστερόνης. Πέρα από τις αλλαγές των

οιστρογόνων και της προγεστερόνης, στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μειώνονται τα επίπεδα της μελατονίνης και αυξητικής ορμόνης, που έχουν επιδράσεις στον ύπνο<sup>18</sup>.

**Διαταραχή πανικού και εμμηνόπαυση:** Η διαταραχή πανικού είναι κοινή κατά τη διάρκεια της περιεμμηνόπαυσης. Μια νέα εμφάνιση διαταραχής πανικού μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης, ή μια προϋπάρχουσα διαταραχή πανικού μπορεί να επιδεινωθεί. Διαταραχή πανικού μπορεί να είναι πιο κοινή σε γυναίκες με πολλά σωματικά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης<sup>20</sup>.

**Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και εμμηνόπαυση :** Κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης είναι πιθανό να επέλθει νέα εμφάνιση ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, η υποτροπή αυτής ή μια αλλαγή στα συμπτώματα της. Οι διακυμάνσεις της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής έχουν συσχετιστεί με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο και με την εγκυμοσύνη, υποδηλώνοντας έτσι, πως τα επίπεδα ορμονών μπορεί να συνεισφέρουν στη διαταραχή.

**Διαταραχή πανικού και εμμηνόπαυση:** Η διαταραχή πανικού είναι κοινή κατά τη διάρκεια της περιεμμηνόπαυσης. Μια νέα εμφάνιση διαταραχής πανικού μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης, ή μια προϋπάρχουσα διαταραχή πανικού μπορεί να επιδεινωθεί. Διαταραχή πανικού μπορεί να είναι πιο κοινή σε γυναίκες με πολλά σωματικά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης<sup>20</sup>.

### **3.9 ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:**

- 1) Άγχος
- 2) Αλλαγές στο δέρμα και στα μαλλιά
- 3) Δυσκολίες στον ύπνο
- 4) Ξηρότητα κόλπου
- 5) Ακανόνιστες περίοδοι
- 6) Απώλεια επιθυμίας σεξ
- 7) Πόνος κατά την συνουσία
- 8) Δυσκολίες στη συγκέντρωση
- 9) Ασθενής μνήμη
- 10) Ουρολογικά προβλήματα<sup>5</sup>

#### **Πόνοι στις αρθρώσεις και τους μύες**

Οι πόνοι στους καρπούς, τα γόνατα, τους αστραγάλους και χαμηλά στην πλάτη είναι από τα συμπτώματα τα οποία μπορεί να παραπλανήσουν για ύπαρξη αρθρίτιδας<sup>17</sup>.

#### **Δέρμα και μαλλιά**

Τα οιστρογόνα διατηρούν ενυδατωμένο το δέρμα και διεγείρουν την ανάπτυξη των μαλλιών, για τον λόγο αυτό παρατηρείται και στις γυναίκες κατά την διάρκεια μιας εγκυμοσύνης αυτή η ιδιαίτερη 'λάμψη' και 'άνθηση' καθώς υπάρχει μεγάλη αύξηση των επιπέδων των οιστρογόνων. Χωρίς τα οιστρογόνα το δέρμα ξεραίνεται, χάνει την ευελιξία του

με αποτέλεσμα οι ρυτίδες να διακρίνονται περισσότερο. Επίσης η ανάπτυξη των μαλλιών καθυστερεί και οι τρίχες γίνονται πιο λεπτές και δύσκολα τιθασεύονται<sup>17</sup>.

### **3.10 ΜΗ ΟΡΜΟΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Η κατάθλιψη και τα σεξουαλικά προβλήματα που εκδηλώνονται την περίοδο της εμμηνόπαυσης δεν προκαλούνται μόνο από την πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων. Η εμμηνόπαυση σηματοδοτεί μια δύσκολη περίοδο στη ζωή της γυναίκας για πολλούς λόγους, όπως παιδιά που φεύγουν από το σπίτι, συνταξιοδότηση, προβλήματα γάμου, γονείς που είναι άρρωστοι ή ετοιμοθάνατοι. Για αυτό τον λόγο καλό θα ήταν να υπάρξει βοήθεια από τον σύντροφο, από φίλους ή και από επαγγελματίες εάν τα πράγματα ξεφεύγουν από τον έλεγχο<sup>17</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο**

# **ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

### ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ

Τα χαμηλά επίπεδα των οιστρογόνων κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης σε συνδυασμό με τη φυσιολογική φθορά που προκαλείται με την πάροδο της ηλικίας κάνει τις γυναίκες ιδιαίτερα ευάλωτες στις ασθένειες. Μια από τις πλέον οδυνηρές καταστάσεις είναι η οστεοπόρωση, όμως υπάρχουν και ορισμένες λιγότερο οδυνηρές, οι οποίες μπορεί να αντιμετωπιστούν με τις ιατρικές οδηγίες και διάφορες φυσικές μεθόδους. Κάποιες από αυτές τις παθήσεις πέρα από την οστεοπόρωση είναι τα καρδιακά νοσήματα όπως ασθένεια της στεφανιαίας και καρδιακή προσβολή, διάφοροι καρκίνοι όπως του στήθους, της ωοθήκης, της μήτρας και του κόλου.

Ουρογεννητικές ασθένειες, μυοσκελετικές αθένειες, ορμονικές ασθένειες και ασθένειες του δέρματος.

#### 4.1 ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

Η οστεοπόρωση ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ 1994) ως μια νόσος η οποία χαρακτηρίζεται από ελάττωση της οστικής μάζας και αλλοίωση της μικροαρχιτεκτονικής του οστίτη ιστού, με συνέπεια:

1. Τη μείωση της μηχανικής αντοχής των οστών
2. Αυξημένη οστική ευθραυστότητα και επομένως αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων<sup>21</sup>.

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να προκαλούνται εύκολα και συχνά κατάγματα παντού. Τα οστεοπορωτικά κατάγματα προσβάλλουν κυρίως την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, τα ισχία και τους καρπούς(περιφερικό τμήμα της κερκίδας).

Η οστεοπόρωση είναι μια οδυνηρή και επίφοβη ασθένεια, που προκαλεί παράλυση και είναι ο υπ' αριθμόν ένας κίνδυνος για τις γυναίκες που έχουν περάσει την περίοδο της εμμηνόπαυσης. Πρόκειται για ασθένεια που εμφανίζεται πιο συχνά από τα καρδιακά νοσήματα, τον διαβήτη ή τον καρκίνο του στήθους.

Στα αρχικά στάδια της, η οστεοπόρωση δεν έχει εμφανή συμπτώματα και πολλές γυναίκες αγνοούν ότι υποφέρουν από αυτήν. Επειδή η ασθένεια είναι ιδιαίτερα επίφοβη για τη ζωή της παθούσας, είναι ζωτικής σημασίας να γνωρίζει κάθε γυναίκα τα πάντα σχετικά με αυτήν. Η λέξη οστεοπόρωση είναι ελληνική και σημαίνει την κατάσταση κατά την οποία το οστό γεμίζει τρύπες. Η επιστημονική ερμηνεία της οστεοπόρωσης είναι μία κατάσταση όπου υπάρχουν λιγότερα φυσιολογικά οστά από ότι αναμένεται για τη συγκεκριμένη ηλικία κάποιας γυναίκας, με αποτέλεσμα τα οστά να έχουν αυξημένο κίνδυνο να υποστούν κάταγμα. Ορισμένοι ειδικοί περιορίζουν την έννοια οστεοπόρωση στην περιγραφή της μικρής οστικής πυκνότητας, τα οποία έχουν υποστεί θραύση, ενώ χρησιμοποιούν τον όρο οστεοπενία για να περιγράψουν τα χαμηλής πυκνότητας οστά, που όμως δεν έχουν υποστεί θραύσεις<sup>22</sup>.

## 4.2 ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ

Ορισμένα κατάγματα όπως αυτά του καρπού ,είναι όλο και πιο συνηθισμένα ύστερα από την εμμηνόπαυση και συνδέονται με την οστεοπόρωση. Τα οστά της σπονδυλικής στήλης είναι αυτά που προσβάλλονται συχνότερα. Ύστερα από την ηλικία των 50 ετών τα οστά των περισσότερων γυναικών γίνονται πολύ εύθραυστα και μη ικανά να διατηρούν επίπεδους τους μεσοσπονδύλιους δίσκους. Τα οστά αυτά γεμίζουν από μικρά μη προσδιορισμένα σπασιματάκια και τελικά συνθλίβονται, με αποτέλεσμα την απώλεια ύψους. Σχεδόν το 15% των γυναικών χάνουν έως και 20% του ύψους τους μεταξύ των 50 και 70 ετών. Η σπονδυλική στήλη συνθλίβεται και καταρρέει προς τα μέσα, δημιουργώντας έτσι μια κύρτωση γνωστή ως κύρτωμα του Dowager όπως επίσης και πολλούς έντονους πόνους. Τα κατάγματα του καρπού και του πήχη, γνωστά ως κατάγματα Colles, είναι συχνότερα με την πάροδο της ηλικίας. Τα κατάγματα της λεκάνης δύσκολα αποκαθίστανται, δημιουργούν αναπηρίες και ορισμένες φορές θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή. Η άρθρωση της λεκάνης είναι μια από τις κύριες αρθρώσεις που φέρουν το βάρος του σώματος και υπερφορτώνεται, ιδιαίτερα στις υπέρβαρες γυναίκες. Το κάταγμα της λεκάνης μπορεί να είναι αποτέλεσμα πεσίματος ή επεισοδίου μικρότερης σημασίας<sup>7</sup>.

## 4.3 ΚΑΡΚΙΝΟΙ

### 1. Καρκίνος του στήθους

Είναι ο πιο συνήθης τύπος καρκίνου στις γυναίκες και η κύρια αιτία θανάτου γυναικών ηλικίας από 35 ως 50 ετών. Το ποσοστό θανάτου έχει μετατραπεί λίγο στον αιώνα μας, γνωρίζουμε ωστόσο ότι το ποσοστό ίασης από καρκίνο του στήθους εξαρτάται από το στάδιο που γίνεται αντιληπτός και από το αν έχει εξαπλωθεί. Όσο πιο νωρίς αποκαλύπτεται τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες ίασης. Υπάρχει μία ειδική εξέταση με ακτίνες X, η λεγόμενη μαστογραφία με την οποία είναι δυνατό να διαγνωστούν πολύ μικροί όγκοι που δεν μπορούν να γίνουν αντιληπτοί διά της αφής. Βέβαια ορισμένες φορές έγκαιρα και ιάσιμοι όγκοι στο στήθος μπορεί να διαγνωστούν με την βοήθεια μηνιαίων εξετάσεων ρουτίνας που όλες οι γυναίκες θα πρέπει να γνωρίζουν.

#### Συμπτώματα

Ένας όγκος σπάνια προκαλεί πόνο. Σημάδια που πρέπει να ψαχθούν είναι :το πύο από τη θηλή η οποία εμφανίζει για πρώτη φορά αντιστροφή στη διάταξή της, εξογκώματα ή οιδήματα στο στήθος ,στα κοιλώματα του βραχίονα ή κατά μήκος της κλείδωσης και στήθος με ζάρες ή με πτυχές<sup>7</sup>.

### 2. Καρκίνος των ωοθηκών

Η κακοήθης διόγκωση των ωοθηκών είναι μια συνήθης κατάσταση μετά την ηλικία των 50 ετών. Ο καρκίνος των ωοθηκών είναι ασθένεια που εμφανίζεται σε ποσοστό τριπλάσιο στις γυναίκες εκείνες που δεν έχουν παιδιά και λιγότερο σε εκείνες που έκαναν χρήση του αντισυλληπτικού χαπιού. Ύστερα από τους καρκίνους του στήθους, των πνευμόνων, του κόλου και του στομάχου, ο καρκίνος των ωοθηκών είναι η πέμπτη βασική αιτία θανάτου των γυναικών<sup>7</sup>.

#### Συμπτώματα

Ο καρκίνος των ωοθηκών σχεδόν πάντα δε προκαλεί συμπτώματα μέχρι να εξαπλωθεί κάπου αλλού, προκαλώντας έτσι μπλοκάρισμα στα σπλάχνα ή πόνους στα νεύρα. Το



υπογάστριο μπορεί να συγκρατήσει υπερβολικά μεγάλους όγκους χωρίς να φαίνεται το πρήξιμο. Παρ' όλα αυτά, η γενικότερη δυσφορία ή το πρήξιμο του υπογοαστρίου μπορεί να αποτελέσει ένα από τα πρώτα συμπτώματα. Συμπτώματα που αφορούν την χώνευση, όπως η ναυτία ή περιστασιακοί εμετοί είναι επίσης ένα σύνηθες φαινόμενο. Αν υπάρξει εξάπλωση του όγκου μπορεί να μαζευτεί υγρό στο υπογάστριο προκαλώντας υπερβολικό πρήξιμο (ασκίτης). Οι όγκοι των ωοθηκών πολύ σπάνια προκαλούν κολπική αιμορραγία εκτός αν παράγονται οιστρογόνα. Εάν μια κύστη γίνει πολύ μεγάλη μπορεί να παρατηρηθεί συχνοουρία. Τα νεύρα των ποδιών μπορεί να επηρεαστούν προκαλώντας κρισούς ή πρήξιμο των αστραγάλων. Αν η κύστη πιέζει τα έντερα μπορεί να προκαλέσει δυσφορία όπως επίσης και εντερικά προβλήματα, καθώς και προβλήματα στη χώνευση. Τέλος εάν ο όγκος πιέζει το διάφραγμα μπορεί να διακοπή η αναπνοή<sup>7</sup>.

### **3. Καρκίνος της μήτρας**

Ο καρκίνος της μήτρας ή ενδομήτριος καρκίνος είναι η πιο συνήθης μορφή στις ηλικιωμένες γυναίκες, η ηλικία των παθουσών είναι πάνω από 50 ετών και πολύ λίγες κάτω από 40 ετών. Μεταξύ 55 ετών και 65 οι περιπτώσεις καρκίνου της μήτρας υπερδιπλασιάζονται. Παρ' όλα αυτά έχει μεγαλύτερα ποσοστά επιβίωσης από τον καρκίνο των ωοθηκών<sup>13</sup>.

#### Συμπτώματα

Το πλέον πρώιμο σύμπτωμα του καρκίνου της μήτρας είναι η αφύσικη κολπική αιμορραγία, ειδικότερα εάν βρίσκεστε ήδη στην εμμηνόπαυση. Αν εξακολουθείτε να έχετε περίοδο, αιμορραγία μεταξύ των περιόδων, ελαφρά στίγματα ή μεγάλη και παρατεταμένη αιμορραγία, ή αιμορραγία κατά την διάρκεια της συνουσίας θα πρέπει οπωσδήποτε να το διερευνήσετε και να απευθυνθείτε στον γιατρό. Οι προχωρημένοι καρκίνοι μπορεί να προκαλέσουν σπασμούς κατά την διάρκεια της περιόδου, πρήξιμο του κόλπου και διαστολή με πίεση στο κάτω μέρος του υπογοαστρίου. Τέλος, μπορεί να επηρεαστεί η ουροδόχος κύστη με αποτέλεσμα την συχνή και επείγουσα διούρηση<sup>7</sup>.

### **4. Καρκίνος του κόλου**

Το κόλον είναι, μαζί με το τυφλό και το ορθό, τμήμα του παχέος εντέρου. Σχεδόν τα 2/3 των καρκίνων αυτών αντιστοιχούν στο 20% όλων των θανάτων από καρκίνο σε ετήσια βάση<sup>7</sup>.

#### Συμπτώματα

Το πιο σύνηθες σύμπτωμα του καρκίνου του κόλου είναι μια ξαφνική, ανεξήγητη αλλαγή στην κίνηση του εντέρου μιας γυναίκας που πάντοτε ήταν φυσιολογική στις κενώσεις της. Συνήθως αντιμετωπίζει δυσκοιλιότητα ή διάρροια που διαρκεί πάνω από μια εβδομάδα, ενώ στη συνέχεια επιστρέφει στη φυσιολογική της κατάσταση. Μια άλλη ένδειξη είναι η ύπαρξη αίματος στα κόπρανα. Το αίμα από τις αιμορροΐδες συνήθως καλύπτει την επιφάνεια των κοπράνων, ενώ αν είναι από ψηλότερα, όπως το κόλον, υπάρχει περίπτωση να αναμειχθεί με τα κόπρανα. Αν ο καρκίνος εντοπίζεται ψηλά στο κόλον τότε το αίμα μπορεί να διακριβωθεί μόνο με χημικές εξετάσεις. Επειδή το κόλον και το υπογάστριο μπορεί να συγκρατεί μεγάλες μάζες, ορισμένες φορές δεν υπάρχουν συμπτώματα έως ότου ο καρκίνος εξαπλωθεί τόσο πολύ ώστε να εμποδίζει το έντερο, οδηγώντας σε συμπτώματα όπως ισχυρός πόνος στο υπογάστριο, κολικοί ή ακόμα και εμετοί<sup>7</sup>.

## 4.4 ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

### 1) Αρτηριοσκλήρωση

Είναι ασθένεια των τοιχωμάτων της αρτηρίας σύμφωνα με την οποία διευρύνεται το εσωτερικό τοίχωμα προκαλώντας στένωση της διέλευσης, μείωση της κυκλοφορίας του αίματος και αύξηση της πίεσης (υπέρταση). Η διεύρυνση οφείλεται στην δημιουργία πλακών στις αρτηρίες. Οι πλάκες αυτές συνίσταται από λιπώδη ουσία, γνωστή ως αθήρωμα, και έχουν την τάση να σχηματίζονται σε σημεία με έντονη ροή αίματος όπως στη σύνδεση δύο αρτηριών. Με την πάροδο των χρόνων το αθήρωμα χειροτερεύει, προκαλώντας ανωμαλίες στη λεία επένδυση των αιμοφόρων αγγείων και ενθαρρύνοντας την ανάπτυξη θρόμβων. Πριν από την εμμηνόπαυση οι γυναίκες προστατεύονται από την αρτηριοσκλήρωση, κατά συνέπεια η ασθένεια αυτή εμφανίζεται σε γυναίκες που έχουν υποστεί εμμηνόπαυση<sup>21</sup>.

#### Κίνδυνοι

Οι κίνδυνοι εμφάνισης αρτηριοσκλήρωσης στις γυναίκες αυξάνεται με την παχυσαρκία, το κάπνισμα, την υψηλή πίεση, την εμμηνόπαυση, το υψηλό επίπεδο χοληστερόλης, τον ελάχιστο ελεγχόμενο διαβήτη, την έλλειψη σωματικής άσκησης και ένα οικογενειακό ιστορικό αρτηριοσκλήρωσης<sup>21</sup>.

#### Συμπτώματα

Έως ότου η βλάβη των αρτηριών γίνει τόσο σοβαρή ώστε να εμποδίζεται η ροή του αίματος, η αρτηριοσκλήρωση δεν έχει συμπτώματα. Με την πάροδο του χρόνου όμως, όταν η ροή του αίματος επηρεαστεί, μπορεί να αντιμετωπίσετε την λεγόμενη στηθάγχη, η οποία προκαλεί πόνο στο στήθος, επιπλέον η εμφάνιση διαλείπουσας χωλότητας, η οποία προκαλεί πόνο στα πόδια όταν περπατάτε που με την ξεκούραση ανακουφίζονται. Αν η ροή του αίματος περιορίζεται στις αρτηρίες που τροφοδοτούν τον εγκέφαλο μπορεί να προκληθεί καρδιακή προσβολή, ζαλάδες και λιποθυμίες. Παρατηρείται επίσης και ανεπάρκεια των νεφρών εφόσον εμφανιστεί στενότητα της νεφρικής αρτηρίας<sup>7</sup>.

### 2) Ασθένεια της στεφανιαίας

Η ασθένεια της στεφανιαίας καταστρέφει την καρδιά διότι περιορίζεται ή εμποδίζεται η τροφοδότηση του αίματος. Τα δύο συνηθέστερα συμπτώματα της είναι η στηθάγχη και η οξεία καρδιακή προσβολή. Και τα δυο προκαλούνται από την ανικανότητα των στενεμένων στεφανιαίων αρτηριών να τροφοδοτήσουν την καρδιά με επαρκές αίμα και οξυγόνο. Δεδομένου ότι τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης, χάνετε η καρδιοπροστατευτική προστασία και έτσι εμφανίζονται τα καρδιακά νοσήματα στη γυναίκα<sup>7</sup>.

### 3) Στηθάγχη

Η στηθάγχη εμφανίζεται όταν εντείνονται οι προσπάθειες όπως π.χ. με το τρέξιμο και το ανέβασμα της σκάλας, με την ξεκούραση όμως παρέχετε ανακούφιση από τους πόνους. Επίσης η ανησυχία και ο θυμός αποτελούν παράγοντες εμφάνισης της πάθησης. Η στηθάγχη χαρακτηρίζεται από την αίσθηση έντονου σφυξίματος στη μέση του στήθους και έναν πόνο που διαχέεται ως το λαιμό και κάτω στο βραχίονα (αριστερό συνήθως)<sup>10</sup>.

### 4) Καρδιακή προσβολή

Όταν η τροφοδότηση του αίματος σταματάει πλήρως σε ένα σημείο της καρδιάς από

έναν θρόμβο αίματος που εμποδίζει μία από τις στεφανιαίες αρτηρίες (θρόμβωση στεφανιαίας) το αποτέλεσμα είναι η οξεία καρδιακή προσβολή<sup>7</sup>.

### Συμπτώματα

Το κύριο σύμπτωμα της καρδιακής προσβολής είναι ένας έντονος πόνος στο στήθος, όμοιος με εκείνον της στηθάγχης, ο οποίος όμως δεν σταματάει με την ξεκούραση ούτε προέρχεται από γυμναστική. Επίσης παρατηρείται αίσθημα κρύου, έντονου ιδρώτα, εξασθένηση, τάση για εμετό, ακόμα και απώλεια των αισθήσεων καθώς εξασθενεί η τροφοδοτική λειτουργία της καρδιάς. Κατά την διάρκεια της καρδιακής προσβολής μπορεί να αποσυντονιστεί το ηλεκτρικό σύστημα της καρδιάς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ανωμαλίες στους ρυθμούς της καρδιάς, όπως χτύποι στη λάθος θέση, γρήγοροι χτύποι και ανεπιτυχείς δονήσεις. Το τελευταίο προκαλεί μια σύντομη απώλεια της συνείδησης η οποία μπορεί να αποβεί μοιραία εάν δεν αντιμετωπιστεί μέσα σε λίγα λεπτά<sup>7</sup>.

### **7)Υπέρταση**

Κατά την υπέρταση παρατηρείται πίεση υψηλότερη από την φυσιολογική. Παρ' όλο που παράγοντες όπως η ηλικία, το στρες και οι φυσικές δραστηριότητες έχουν την τάση να αυξάνουν την πίεση του αίματος, ένας άνθρωπος με υπέρταση έχει υψηλή πίεση ακόμα και όταν βρίσκεται σε ηρεμία. Οι μετρήσεις της πίεσης του αίματος εκφράζονται με δύο αριθμητικά στοιχεία, για παράδειγμα 120/80. Κάθε στοιχείο αντιστοιχεί σε χιλιοστά στήλης υδραργύρου (mmHg) που σημαίνει το ύψος της στήλης υδραργύρου στο οποίο φτάνει η πίεση, κατά συνέπεια 120 σημαίνει πίεση αίματος που φτάνει τα 120 mmHg. Το υψηλότερο αριθμητικό στοιχείο ή η συστολική τιμή αντιστοιχεί στην πίεση του αίματος όταν διογκώνεται στην αορτή, στην κεντρική αρτηρία της καρδιάς. Το χαμηλότερο αριθμητικό στοιχείο ή η διαστολική τιμή, είναι εκείνη που αντιστοιχεί στην πίεση όταν οι κοιλίες βρίσκονται σε ηρεμία μεταξύ των δύο παλμών. Σύμφωνα με τη Διεθνή Οργάνωση Υγείας η υπέρταση ορίζεται ως η πίεση του αίματος που διαρκώς είναι πάνω από τα 160 mmHg συστολικής τιμής και 95 mmHg διαστολικής<sup>7</sup>.

### **Κίνδυνοι**

Εκτός από την εμμηνόπαυση άλλοι κίνδυνοι εμφάνισης υπέρτασης είναι το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η υπερβολική χρήση αλκοόλ, η καθιστική ζωή, το βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό, το στρες και η μεγάλη ηλικία. Σχεδόν το 90% αυτών που υποφέρουν έχουν πρωτογενή υπέρταση που σημαίνει ότι δεν υπάρχει προφανής λόγος για την υψηλή πίεση. Το άλλο 10% των πασχόντων έχουν δευτερογενή υπέρταση, όπου όντως υπάρχει διακριβομένος λόγος, όπως για παράδειγμα ανωμαλία στα νεφρά ή στους ενδοκρινείς επί του νεφρού αδένες, στένωση της αορτής καθώς και χρήση ορισμένων φαρμάκων. Οι γυναίκες που λαμβάνουν το συνδυασμένο αντισυλληπτικό χάπι φαίνεται επίσης ότι αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ελαφράς υπέρτασης<sup>7</sup>.

### Συμπτώματα

Η υψηλή πίεση συνήθως δεν προκαλεί κάποια συμπτώματα ή μπορεί να προκαλεί πολύ λίγα, αλλά η εξακρίβωση μπορεί να γίνει μόνο με μια τυπική εξέταση. Σε ορισμένες πολύ βαριές περιπτώσεις μπορεί να παρουσιαστούν κεφαλαλγίες, λαχάνιασμα, ζαλάδες, ανωμαλίες στην όραση, σύγχυση ακόμα και αποπληξία. Η σοβαρή υπέρταση μπορεί επίσης να αυξήσει τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής και εξασθένησης της καρδιάς. Αν δεν ληφθεί σύντομα κάποια αγωγή μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στα νεφρά και στον

αμφιβληστροειδή χιτώνα<sup>7</sup>.

### **5) Εγκεφαλική συμφόρηση**

Είναι μια πιθανή θανάσιμη κατάληξη της υπέρτασης. Όταν διακοπή η τροφοδότηση του εγκεφάλου με αίμα ή αν το αίμα εξέλθει από τα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων εσωτερικά του εγκεφάλου, τότε θα επέλθει η καταστροφή του. Το 60% των συμφορήσεων προέρχεται από εγκεφαλική θρόμβωση, που σημαίνει ότι μια αρτηρία του εγκεφάλου μπλοκάρεται από έναν θρόμβο που έχει δημιουργηθεί στα τοιχώματα της. Το 35% των προσβολών προέρχεται από εγκεφαλική εμβολή, δηλαδή ο θρόμβος ή η φυσαλίδα αέρος που οδηγείται σε μία αρτηρία του εγκεφάλου από ένα άλλο τμήμα του σώματος. Όταν ο θρόμβος ή το έμβολο μπλοκάρει την αρτηρία, η τροφοδότηση αίματος στον εγκέφαλο διακόπτεται και ο εγκεφαλικός ιστός δεν τροφοδοτείται επαρκώς με οξυγόνο. Αυτό σημαίνει εγκεφαλικός θάνατος. Μια άλλη λιγότερη συνηθισμένη αιτία προσβολών είναι η αιμορραγία η οποία προέρχεται από σπασμένα αιμοφόρα αγγεία μέσα ή πάνω στην επιφάνεια του εγκεφάλου<sup>7</sup>.

### **Κίνδυνοι**

Πέρα από την ηλικία, άλλοι κίνδυνοι περιλαμβάνουν την υψηλή πίεση, την αρτηριοσκλήρωση, τις καρδιοπάθειες, το σακχαρώδη διαβήτη, το κάπνισμα, τα αυξημένα επίπεδα λίπους στο αίμα, τα αυξημένα επίπεδα ερυθρών αιμοσφαιρίων και τα αντισυλληπτικά χάπια που έχουν υψηλή δόση οιστρογόνων. Τα πιο πρόσφατα αντισυλληπτικά περιλαμβάνουν μικρότερη ποσότητα οιστρογόνων και έτσι μειώνεται κατά πολύ ο κίνδυνος εγκεφαλικής συμφόρησης. Πιθανές επιπλοκές στα θύματα καρδιακών προσβολών είναι η πνευμονία, λόγω της κατάκλυσης και η σοβαρή θρόμβωση των φλεβών, δηλαδή ο σχηματισμός θρομβών στις φλέβες των κνημών (θρομβοφλεβίτιδα), κάτι το οποίο μπορεί να αποβεί μοιραίο καθώς υπάρχει πιθανότητα οι θρόμβοι να οδηγηθούν στην αρτηρία που τροφοδοτεί τους πνεύμονες, προκαλώντας έτσι πνευμονική εμβολή<sup>7</sup>.

### **Συμπτώματα**

Περιλαμβάνουν πονοκεφάλους, ζαλάδες, ανωμαλία στη όραση, μπερδεμένη ομιλία ή απώλεια της ομιλίας και προβλήματα κατάποσης. Σε περίπτωση προβλήματος της ομιλίας αυτό σημαίνει ότι έχει προσβληθεί το κύριο ημισφαίριο του εγκεφάλου. Κάθε ημισφαίριο ελέγχει τις κινήσεις της αντίθετης πλευράς του σώματος, έτσι λοιπόν η καταστροφή του δεξιού ημισφαιρίου του εγκεφάλου σημαίνει εξασθένηση ή παράλυση της αριστερής πλευράς του σώματος. Η από την μία πλευρά εξασθένηση ή παράλυση του σώματος είναι συνηθισμένο φαινόμενο σοβαρής εγκεφαλικής συμφόρησης και ονομάζεται ημιπληγία. Σε κάποιες περιπτώσεις τα συμπτώματα υποχωρούν σε λιγότερο από 24 ώρες και επέρχεται πλήρη αποκατάσταση, ένα τέτοιο επεισόδιο είναι γνωστό ως παροδική ισχαιμική προσβολή και πιθανότατα προκαλείται από αρτηριακό σπασμό. Βέβαια αυτό αποτελεί προειδοποιητικό σημάδι για επικείμενη εγκεφαλική συμφόρηση. Σχεδόν το 1/3 των σοβαρών εγκεφαλικών συμφορήσεων είναι θανατηφόρα, το επόμενο 1/3 προκαλεί ανικανότητα, ενώ το τελευταίο 1/3 δεν έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Ο κίνδυνος εγκεφαλικών συμφορήσεων αυξάνεται πολύ μετά την ηλικία των 60 ετών<sup>7</sup>.

## 4.5 ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

### 1) Οστεοαρθρίτιδα

Αποτελεί συνέπεια της γήρανσης των αρθρώσεων και οι περισσότερες γυναίκες άνω των 60 ετών αντιμετωπίζουν κάποια μορφή αρθρίτιδας. Κάτω από ομαλές συνθήκες, η υγιής άρθρωση περιβάλλεται από ένα λείο χόνδρο και καλύπτεται από αρθρικό υγρό. Στην οστεοαρθριτική άρθρωση ο χόνδρος αποκτά ανώμαλη επιφάνεια, αποτελούμενος από φολίδες, ενώ εμφανίζονται μικροσπασίματα μέσα στην άρθρωση. Η οστεοαρθρίτιδα επιδρά κυρίως στις μεγάλες αρθρώσεις του κάτω τμήματος της πλάτης, των γοφών, των γονάτων, των αστραγάλων και των ποδιών και οδηγεί στη διόγκωση των άκρων των οστών, προκαλώντας την εμφάνιση οστεϊνων σβόλων στις άκρες των αρθρώσεων. Η ίδια διαδικασία αναπαράγεται και στις επιφάνειες της σπονδυλικής στήλης, προκαλώντας συχνά δυσκαμψία στο λαιμό με δυσχέρεια στην κίνηση. Η πίεση από την οστεώδη απόφυση του νεύρου προκαλεί πόνους στους ώμους, στους αγκώνες αλλά και στα δάχτυλα. Όταν οι οστεώδεις αποφύσεις εμφανίζονται στο κάτω μέρος της πλάτης, η πίεση του ισχιακού νεύρου προκαλεί πόνο στα οπίσθια και στο πίσω μέρος των κνημών ως το πέλμα του ποδιού. Οι γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση μπορεί να εμφανίσουν το εξόγκωμα του Heberden, μία διόγκωση των οστών που επιδρά στις αρθρώσεις και στα άκρα των δακτύλων<sup>7</sup>.

### Κίνδυνοι

Η οστεοαρθρίτιδα εμφανίζεται ως αποτέλεσμα συνεχούς φθοράς των αρθρώσεων, λόγω παχυσαρκίας, ελαφράς παραμόρφωσης ή κακής ευθυγράμμισης των οστών σε μία άρθρωση. Είναι συνήθης σε αρθρώσεις που φέρουν το βάρος του σώματος ή έχουν υποστεί τραυματισμό σε μικρή ηλικία και στις αρθρώσεις που έχουν υποστεί υπέρχρηση όπως τα γόνατα<sup>7</sup>.

### Συμπτώματα

Η οστεοαρθρίτιδα επιδεινώνεται από το μηχανικό στρες και μπορεί να παρουσιάσουν πόνοι, διόγκωση, ακαμψία, και κατά περίπτωση απώλεια της λειτουργίας της βεβαρημένης άρθρωσης. Αυτό σε συνδυασμό με δραστηριότητες όπως το περπάτημα και η ένδυση μπορεί να οδηγήσει σε αυπνίες. Επίσης επέρχεται εξασθένηση και συστολή των γύρω μυών, εφόσον ο πόνος εμποδίζει τις αρθρώσεις από την φυσιολογική χρήση. Τα συμπτώματα αποτελούν την βάση για τη διάγνωση, ενώ οι ακτινογραφίες επιβεβαιώνουν την ύπαρξη οστεοπόρωσης<sup>7</sup>.

### 2) Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Είναι μια σοβαρή περίπτωση φλεγμονής που παροδικά προσβάλλει τις μικρότερες αρθρώσεις των δακτύλων των χεριών, των καρπών και των δακτύλων των ποδιών. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα διαφέρει από την οστεοαρθρίτιδα στο γεγονός πως η τελευταία δεν είναι φλεγμονώδης. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μία αυτοάνοση πάθηση, το οποίο σημαίνει πως το ίδιο το ανοσοποιητικό σύστημα προσβάλλει τους ιστούς του οργανισμού του. Είναι μια πάθηση διεθνούς εμβέλειας, προσβάλλοντας το 19% με 21% του πληθυσμού της γης. Η ασθένεια μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία και είναι πιο συχνή στις γυναίκες απ' ό,τι στους άντρες<sup>7</sup>.

### Συμπτώματα

Η ασθένεια παρουσιάζει επιδείνωση με την πάροδο του χρόνου με ελαφρό πυρετό και

γενικότερους πόνους πριν από την βλάβη των αρθρώσεων, παρόλο που σε ορισμένες περιπτώσεις η φλεγμονή των αρθρώσεων εμφανίζεται ξαφνικά. Τα πρώιμα συμπτώματα συνοδεύονται από κόπωση και με αίσθημα γρίπης. Οι βεβαρημένες αρθρώσεις φαίνονται κόκκινες, πρησμένες και πονούν, εμφανίζουν δυσκαμψία και είναι ζεστές. Οι συνδέσεις, οι τένοντες και οι μύες που βρίσκονται γύρω από την άρθρωση μπορεί επίσης να εμφανίσουν φλεγμονή και να εξασθενήσουν. Οι αρθρώσεις των δακτύλων των χεριών είναι οι περισσότερο βεβαρημένες, προκαλώντας ελαφρό πιάσιμο. Το φαινόμενο Reynaud, μια κατάσταση όπου τα δάκτυλα των χεριών γίνονται λευκά μόλις κρυώσουν, μπορεί επίσης να εμφανιστεί. Το πρήξιμο των καρπών μπορεί να οδηγήσει στο σύνδρομο της καρπιαίας διόδου που δημιουργείται από την πίεση του μεσαίου νεύρου, προκαλώντας πόνους και σουβλιές στα δάκτυλα του χεριού. Οι λαβές του τένοντα στον καρπό μπορεί να πρησθούν και να πονούν, η κατάσταση αυτή είναι γνωστή ως τενοντοθηκίτιδα.

Όταν προσβάλλονται τα πόδια από ρευματοειδή αρθρίτιδα υπάρχει αίσθηση πόνου στα δάκτυλα των ποδιών, τις καμάρες και τους αστραγάλους. Οι ώμοι, τα γόνατα και ο λαιμός των αρθρώσεων μπορεί επίσης να προσβληθούν από την ασθένεια. Σχεδόν όλοι οι πάσχοντες αντιμετωπίζουν το φαινόμενο της δυσκαμψίας το πρωί και και ενδεχομένως να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να σηκωθούν από το κρεβάτι και να ντυθούν. Ορισμένες φορές δημιουργούνται μικροί όζοι κάτω από το δέρμα και ειδικότερα σε περιοχές υψηλής πίεσης και τριβής όπως ο αγκώνας. Ορισμένοι εμφανίζουν θυλακίτιδα, όπου οι γεμάτοι υγρό σάκοι γύρω από την άρθρωση δημιουργούν φλεγμονή. Άλλοι αισθάνονται κόπωση, ως αποτέλεσμα της αναιμίας που συχνά συνοδεύει η πάθηση.

Πέρα από τις αρθρώσεις, οι πνεύμονες και η μεμβράνη γύρω από την καρδιά μπορεί να παρουσιάσουν φλεγμονή. Επίσης μπορεί να εμφανιστούν έλκη στα χέρια και στα πόδια ως αποτέλεσμα κυκλοφοριακών προβλημάτων. Επιπλέον μια κατάσταση που ονομάζεται σύνδρομο Sjogren μπορεί να προσβάλει τα μάτια και το στόμα, δημιουργώντας παρατεταμένη ξήρανση και μία αίσθηση καψίματος στα μάτια<sup>7</sup>.

## 4.6 ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

### 1) Ουρογεννητική γήρανση

Υποδοχείς οιστρογόνου ορμόνης βρίσκονται εν αφθονία στα γεννητικά όργανα, την κάτω ουρητική οδό και την κύστη, στοιχείο που παρέχει την δυνατότητα να αντιμετωπίζονται τα γεννητικά και τα όργανα της ούρησης ως ενιαίο σύστημα. Όταν η οιστρογόνο ορμόνη βρίσκεται σε αφθονία, οι υποδοχείς διατηρούν το σύστημα υγιές και ικανό να αντισταθεί σε μολύνσεις. Όταν τα επίπεδα ορμόνης πέφτουν κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης, οι υποδοχείς αυτοί δεν μπορούν πλέον να γεμίζουν με οιστρογόνο ορμόνη και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην μπορούν να διατηρούν τα όργανα ακμαία και υγιή. Το ουρογεννητικό σύστημα εξασθενεί, ατροφεί και γίνεται ευάλωτο σε μολύνσεις<sup>7</sup>.

#### Συμπτώματα

Τα στοιχεία ουρογεννητικής ατροφίας εκδηλώνονται με ξηρότητα που προκαλεί φαγούρα στον κόλπο και το αιδοίο και πόνο κατά την διάρκεια της συνουσίας. Τα συμπτώματα αυτά συχνά συνδυάζονται με συχνή και έντονη επιθυμία ούρησης και ακράτεια ούρων. Ο συνδυασμός αυτών των συμπτωμάτων, γνωστός ως ουρογεννητικό σύνδρομο, είναι η πιο συχνή αιτία για τις γυναίκες ηλικίας άνω των 55 ετών να επισκεφθούν τον γυναικολόγο τους<sup>23</sup>.

## 2) Κυστίτιδα

Η οιστρογόνας ορμόνη είναι τόσο βασικής σημασίας για την υγεία της ουροποιητικής οδού, ώστε μετά την εμμηνόπαυση η κύστη είναι πολύ πιο ευάλωτη σε βακτηριακές λοιμώξεις. Σχεδόν όλες οι μολυνσεις που εμφανίζονται στην κύστη οφείλονται σε βακτήρια που εισέρχονται στην ουρήθρα από έξω και στη συνέχεια διαχέονται προς τα πάνω, προκαλώντας έτσι ερεθισμό στο εσωτερικό περίβλημα της ουρήθρας και της κύστης. Το πρόβλημα αυτό θα πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα, γιατί εφόσον επαναληφθεί μπορεί να μετατραπεί σε χρόνια και να είναι ιδιαίτερα δύσκολο να εξαληφθεί<sup>24</sup>.

### Συμπτώματα

Τα συμπτώματα της κυστίτιδας είναι τα εξής:

**Άμεση ανάγκη για συχνή ούρηση.** Μπορεί να ξεκινήσετε να ουρείται ακούσια και στη συνέχεια να διαπιστώσετε πως υπάρχουν πολύ λίγα ούρα για εξαγωγή. Αυτός ο ερεθισμός του μυός της κύστης οφείλεται σε ερεθισμό του εσωτερικού της τοιχώματος. Ακόμα και λίγες σταγόνες ούρων μπορεί να προκαλέσουν την αντίδραση της κύστης.

**Σοβαρός πόνος κατά την ούρηση.** Ο πόνος αυτός μπορεί να εμφανιστεί στην έναρξη της ούρησης, όταν ο μυς της κύστης συστέλεται προς τα κάτω ή στο τέλος, όταν ο μυς στάζει τις τελευταίες σταγόνες ούρων έξω από την κύστη.

**Πόνος στο κάτω μέρος του υπογαστρίου** που μπορεί να εξαπλωθεί στην πλάτη. (Σοβαρός πόνος στην πλάτη μπορεί να σημαίνει ότι έχετε μόλυνση στα νεφρά και πρέπει να δείτε αμέσως τον γιατρό σας).

**Αίμα στα ούρα, ή εμφανείς λωρίδες κόκκινου ή ροζ χρώματος.** Σημαίνει ότι υπάρχει σοβαρός ερεθισμός του εσωτερικού τοιχώματος της κύστης.

Αλλεργική αντίδραση στα αρωματικά είδη τουαλέτας, όπως κολπικό αποσμητικό ή ντους. Ερεθισμός του ανοίγματος της ουρήθρας με σαπούνι ή είδη μάνιου ή με δικό σας έντονο ζύσιμο.

Ορμονική ανεπάρκεια ύστερα από την εμμηνόπαυση που προκαλεί εξασθένηση του ουρογεννητικού συστήματος.

Κολπικός ερεθισμός που προκαλείται από ένα κακοτοποθετημένο διάφραγμα, από την ασυλλόγιστη χρήση υπόθετων ή με το να αφηθεί ένα ταμπόν για μεγάλο διάστημα. Ερεθισμός της ουρήθρας από σφιχτά ρούχα<sup>7</sup>.

## 4.7 ΤΥΠΟΙ ΠΡΟΠΤΩΣΗΣ

**Πρόπτωση της μήτρας.** Οφείλεται στην εξασθένηση των πυελικών συνδέσμων στήριξης καθώς και των μυών. Υπάρχει περίπτωση να κατέβει η μήτρα από την πυελική κοιλότητα στον κόλπο, προκαλώντας ερεθισμό, ελαφρούς πόνους στην πλάτη και ορισμένες φορές μια αίσθηση ότι θα πέσουν τα εσωτερικά όργανα. Ο πεσμένος τράχηλος μπορεί, επίσης, να εμποδίσει τη βαθιά διείδυση του πέους κατά τη συνουσία.

Πρώτος βαθμός πρόπτωσης θεωρείται εκείνος κατά τον οποίο η μήτρα αρχίζει να πέφτει προς τον κόλπο. Δεύτερος βαθμός όταν ο τράχηλος αρχίζει να προεξέχει από τον κόλπο και ο τρίτος βαθμός όταν ο τράχηλος και η μήτρα προεξέχουν από το σώμα. Η κατάσταση αυτή είναι ιδιαίτερα ενοχλητική και προκαλεί εξασθένηση.

Η πρόπτωση συχνά είναι αποτέλεσμα της τεκνοποιίας και ιδιαίτερα αν ο μυς του πυελικού

υποβάθρου ή ο τράχηλος έχει τραυματιστεί κατά τη διάρκεια της γέννας. Παρεμπιπτόντως, οι ίδιες καταστάσεις που προκαλούν κήλη στους άνδρες, όπως η έντονη σωματική εργασία ή οι αθλητικές δραστηριότητες, μπορεί να προκαλέσουν πρόπτωση στις γυναίκες. Η παχυσαρκία και παθήσεις όπως δυσκοιλιότητα και ο χρόνιος βήχας μπορεί να επιβαρύνουν την κατάσταση, γιατί αυξάνουν τη διυπογαστρική πίεση και κάνουν τους μυς να εξασθενούν και να χαλαρώνουν. Η αυξημένη πίεση μπορεί, επίσης, να οδηγήσει σε ακράτεια ούρων λόγω στρες.

**Ουρηθροκήλη.** Η ουρήθρα διογκώνεται στο κάτω μπροστινό τοίχωμα του κόλπου. Ο ερεθισμός στο εσωτερικό τοίχωμα της ουρήθρας μπορεί να οδηγήσει σε συχνή ούρηση.

**Ορθοκήλη.** Το πρόσθιο τοίχωμα του απευθυσμένου πέφτει στο πίσω τοίχωμα του κόλπου. Προκαλούνται σοβαρές ενοχλήσεις κατά τη διάρκεια της αφόδευσης. Η μόνη αντιμετώπιση είναι να μπει το δάκτυλο για να συγκρατήσει το πίσω τοίχωμα.

**Κυστοκήλη.** Η κύστη πέφτει στο πάνω μπροστινό τοίχωμα του κόλπου και σχεδόν πάντοτε συνοδεύεται με προβλήματα, όπως κυστίτιδα καθ' υποτροπήν. Ορισμένες φορές η κύστη πέφτει κάτω από την έξοδο της ουρήθρας κάτι που δυσκολεύει την ούρηση. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να βοηθηθεί η γυναίκα στην ούρηση βάζοντας το δάκτυλο της μέσα στον κόλπο και πιέζοντας το χαλαρωμένο τμήμα<sup>7</sup>.

#### 4.8 ΙΝΩΜΑΤΑ

Η ακριβής αιτία αυτών των αργά αναπτυσσόμενων όγκων στη μήτρα είναι άγνωστη, όμως λέγεται ότι έχει σχέση με το επίπεδο της οιστρογόνου ορμόνης. Τα ινώματα είναι καλοήθη και μεγαλώνουν μέσα ή πάνω στο τοίχωμα της μήτρας. Οι γυναίκες οι οποίες είναι μικρότερες από 20 ετών σπάνια αντιμετωπίζουν ινώματα, όμως προσβάλλονται στο 20% των περιπτώσεων γυναίκες ηλικίας μεταξύ 25 και 40 ετών. Σπάνια αναπτύσσονται μετά την εμμηνόπαυση. Η σχετικά απρόσκοπτη έκκριση οιστρογόνου ορμόνης κατά την προεμμηνοπαυσική χρονική περίοδο (η παραγωγή της προγεστερόνης μειώνεται όσο οι γυναίκες πλησιάζουν στην εμμηνόπαυση) μπορεί να είναι η αιτία για τον αυξημένο αριθμό ινωμάτων. Το μειωμένο επίπεδο της οιστρογόνου ορμόνης ύστερα από την εμμηνόπαυση συνήθως οδηγεί σε συστολή των ινωμάτων. Όταν τα ινώματα αυξάνονται ταχύτατα στις γυναίκες που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση, τότε θα πρέπει να ανησυχήσουν διότι οι όγκοι αυτοί έχουν μεγάλες πιθανότητες να μετατραπούν σε καρκινογόνους. Οι τρέχουσες δόσεις της θεραπείας HRT δεν θεωρούνται επαρκείς ώστε να επηρεάσουν κατά τον ένα ή τον άλλο τρόπο τα μετά την εμμηνόπαυση ινώματα<sup>7</sup>.

##### Συμπτώματα

Τα μικρά ινώματα μπορεί να μην έχουν συμπτώματα. Παρ' όλα αυτά, εφόσον κάποιο ίνωμα αλλοιώνει το μέγεθος ή το σχήμα της μήτρας μπορεί να προκαλέσει σοβαρή και μεγάλης διάρκειας περίοδο (μηνορραγίες). Η παράταση της περιόδου και η αφθονότερη αποβολή αίματος, που οφείλονται στην εντονότερη υπεραϊμία της μήτρας, προκαλούν μεγάλη αναιμία αν δεν αντιμετωπιστούν θεραπευτικά. Τα μεγάλα ινώματα μπορεί να πιέζουν την κύστη προκαλώντας ενοχλήσεις ή συχνή και επείγουσα διούρηση. Η πίεση του εντέρου προκαλεί πόνους στην πλάτη ή δυσκοιλιότητα. Περιστασιακά, ένα ίνωμα που έχει δημιουργηθεί στο τοίχωμα της μήτρας μπορεί να συστραφεί στο στέλεχός του και να προκαλέσει ξαφνικούς πόνους στο κάτω τμήμα του υπογαστρίου<sup>26</sup>.



#### **4.9 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ**

Πρόκειται για ανεπάρκεια της ορμόνης ινσουλίνης. Οι πάσχοντες οι οποίοι δεν παράγουν ινσουλίνη από μόνοι τους και εξαρτώνται από ενέσεις ινσουλίνης έχουν διαβήτη τύπου I. Ο τύπος του διαβήτη που συνήθως προσβάλλει τις γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών είναι ο διαβήτης τύπου II, όπου εξακολουθεί να παράγεται ινσουλίνη σε ανεπαρκείς όμως ποσότητες. Ο τύπος αυτός του διαβήτη έχει αργή ανάπτυξη και μπορεί να ανακαλυφθεί μόνο κατά τη διάρκεια μιας εξέτασης ρουτίνας<sup>27</sup>.

Η ινσουλίνη που παράγεται από το πάγκρεας ελέγχει την αποτελεσματική χρήση της γλυκόζης του οργανισμού. Η ανεπαρκής ινσουλίνη οδηγεί στη δραματική αύξηση της γλυκόζης στο αίμα: έτσι ο οργανισμός αρχίζει να εκκρίνει γλυκόζη με τα ούρα αντί να τη χρησιμοποιεί ως ενέργεια ή να την αποθηκεύει. Το γεγονός ότι ο οργανισμός δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει την πιο βατή μορφή ενέργειας έχει καταστροφικά αποτελέσματα γι' αυτόν και μπορεί ο πάσχων να αισθανθεί κόπωση, απώλεια βάρους, υπερβολική δίψα, την ανάγκη για μεγάλη διούρηση, θολή όραση και φαγούρα ή ερεθισμό του αιδοίου<sup>28</sup>.

#### **Κίνδυνοι**

Η παχυσαρκία συνδυάζεται με το διαβήτη. Αν το άτομο είναι υπέρβαρο και κάνει μεγάλη χρήση υδατανθράκων, το σύνολο της γλυκόζης στο αίμα θα είναι υψηλό και το πάγκρεας πιθανόν να μην μπορεί να αντεπεξέλθει. Η απώλεια βάρους και η αλλαγή του διαιτολογίου σίγουρα θα βοηθήσουν. Άλλοι κίνδυνοι είναι η κληρονομικότητα καθώς το ένα τρίτο των διαβητικών έχουν βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό και τέλος η μεγάλη ηλικία<sup>28</sup>.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο**

## **ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

### ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

#### 5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ

Οστεοπόρωση είναι μια συστηματική σκελετική πάθηση που χαρακτηρίζεται από ελαττωμένη οστική πυκνότητα και διαταραχή της αρχιτεκτονικής του οστού, με αποτέλεσμα αυξημένη πιθανότητα για κάταγμα.

Η οστεοπόρωση εμφανίζεται συνήθως μετά την ηλικία των 50 ετών, είναι πολύ συχνότερη στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες και η συχνότητά της αυξάνει με την πρόοδο της ηλικίας. Σύμφωνα με τα ευρήματα επιδημιολογικών μελετών σε διάφορες χώρες, η οστεοπόρωση προσβάλλει το 25-35% των γυναικών και το 15-20% των ανδρών ηλικίας 50 ετών και πάνω. Σε ό,τι αφορά τη χώρα μας, στα πλαίσια της πρόσφατης πανελλήνιας επιδημιολογικής έρευνας για τις ρευματικές παθήσεις στο γενικό πληθυσμό ενηλίκων, δηλ. ατόμων ηλικίας 19 ετών και πάνω, που οργανώθηκε και πραγματοποιήθηκε από το Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών, έγινε ξεχωριστή μελέτη για τη συχνότητα της οστεοπόρωσης σε γυναίκες ηλικίας 50 ετών και πάνω. Στις γυναίκες αυτές έγινε μέτρηση της οστικής πυκνότητας στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και στο άνω άκρο του μηριαίου οστού και βρέθηκε ότι 28,4% των Ελληνίδων 50 ετών και πάνω παρουσιάζουν οστεοπόρωση. Είναι μάλιστα εξαιρετικά ενδιαφέρουσα η διαπίστωση σε αυτή την έρευνα ότι οι γυναίκες που έχουν οστεοπόρωση, στη συντριπτική τους πλειοψηφία, δηλ. σε ποσοστό περίπου 75%, δεν το γνωρίζουν. Το γεγονός αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία και αναδεικνύει την ανάγκη για τη διαφώτιση και τη συστηματική ενημέρωση του κοινού και ιδιαίτερα των γυναικών αναφορικά με τις σύγχρονες δυνατότητες τόσο για την έγκαιρη διάγνωση της οστεοπόρωσης, όσο και για την εφαρμογή μέτρων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψής της<sup>29</sup>.

Το κάταγμα της οστεοπόρωσης μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε μέρος του σκελετού, αν και οστεοπορωτικά θεωρούνται κυρίως τα κατάγματα του ισχίου, της σπονδυλικής στήλης και του καρπού. Τα κατάγματα του ισχίου είναι η πιο σημαντική επίπτωση της οστεοπόρωσης, λόγω της μεγάλης νοσηρότητας και θνησιμότητας που τα συνοδεύουν. Από τα υπόλοιπα εκτός ισχίου οστεοπορωτικά κατάγματα, έχει βρεθεί ότι μόνο τα σπονδυλικά κατάγματα συσχετίζονται με αυξημένη θνησιμότητα. Τα πολλαπλά και σοβαρά σπονδυλικά κατάγματα προκαλούν απώλεια ύψους, κύφωση, χρόνια πόνο και λειτουργική ανικανότητα. Η οστεοπόρωση αποτελεί ένα σοβαρό δημόσιο πρόβλημα υγείας και αναμένεται να γίνει σοβαρότερο με την περαιτέρω αύξηση του μέσου όρου ζωής, δημιουργώντας μεγάλα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα. Έτσι, ενώ σε όλο τον κόσμο το 1990 συνέβησαν 338.000 κατάγματα ισχίου στους άνδρες και 917.000 αντίστοιχα, εκτιμάται ότι το 2050 θα συμβούν 1.381.000 κατάγματα ισχίου στους άντρες και 3.112.000 στις γυναίκες αντίστοιχα, σαν αποτέλεσμα αποκλειστικά της αύξησης του μέσου όρου ζωής. Το κόστος ενός κατάγματος ισχίου σε μια χώρα της Ευρώπης κυμαίνεται από 3.200 Ευρώ για ασθενείς ηλικίας 50-54 ετών, μέχρι 80.000 Ευρώ για ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 90 ετών, γεγονός που προκαλεί σοβαρά στις οικονομίες των κρατών. Η οστεοπόρωση επομένως αποτελεί ένα σοβαρό κοινωνικοοικονομικό πρόβλημα και απαιτεί καλύτερη κατανόηση της αιτιοπαθογένειας της, με σκοπό την ανεύρεση πιο αποτελεσματικών θεραπευτικών μέσων για τη μείωση των οστεοπορωτικών καταγμάτων<sup>30</sup>.

## 5.2 ΔΕΙΚΤΕΣ ΟΣΤΙΚΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ

Οι δείκτες οστικού μεταβολισμού είναι βιοχημικοί δείκτες που μπορούν να μετρηθούν στο αίμα και στα ούρα και αντανακλούν το ισοζύγιο μεταξύ της οστικής παραγωγής και της οστικής απορρόφησης. Διακρίνονται σε δείκτες οστικού σχηματισμού (οστεοκαλσίνη, αλκαλική φωσφατάση οστικού τύπου, προκολλαγόνο τύπου Ι) και δείκτες οστικής απορρόφησης (δεοξυπυριδινολίνη, N-τελοπεπτίδια, C-τελοπεπτίδια).

Δεν χρησιμοποιούνται για την διάγνωση της οστεοπόρωσης. Χρησιμεύουν τόσο για την ανίχνευση ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για ταχεία απώλεια οστικής μάζας, όσο και για την παρακολούθηση της πορείας των ασθενών με οστεοπόρωση που λαμβάνουν αντιοστεοκλαστική αγωγή, προκειμένου να διαπιστωθεί η ανταπόκριση στη θεραπεία και η συμμόρφωση των ασθενών.

Οι μεταβολές στο ισοζύγιο των οστών ανιχνεύονται πολύ πιο γρήγορα στους βιοχημικούς αυτούς δείκτες (περίπου 3 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας), από ότι στην DXA, στην οποία φαίνονται μετά την παρέλευση τουλάχιστον ενός έτους<sup>16</sup>.

## 5.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗΣ

Η οστεοπόρωση ανάλογα με την αιτία διακρίνεται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή, και, ανάλογα με την εντόπιση της στο σκελετό, σε εντοπισμένη και γενικευμένη. Η πρωτοπαθής οστεοπόρωση υποδιαιρείται σε δύο τύπους:

" **Ο τύπος Ι συμβαίνει συνήθως σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες** (αναλογία γυναικών προς άντρες 6:1) ηλικίας 51-75 ετών. Προσβάλλει το σπογγώδες οστό και χαρακτηρίζεται από σπονδυλικά κατάγματα και κατάγματα του κάτω πέρατος της κερκίδας. Η αυξημένη οστεοκλαστική δραστηριότητα έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της οστικής μάζας (>3% ανά έτος). Συνήθως δεν συσχετίζεται με την πρόσληψη ασβεστίου ή με αυξημένη παραθυρεοειδική λειτουργία.

" **Ο τύπος ΙΙ συμβαίνει σε άντρες και γυναίκες** (αναλογία γυναικών προς άντρες 2:1) ηλικίας 75 ετών και άνω και προσβάλλει το σπογγώδες και το φλοιώδες οστό. Χαρακτηρίζεται από κατάγματα του ισχίου και του κεντρικού βραχιονίου. Συσχετίζεται με ελαττωμένη πρόσληψη ασβεστίου, ελαττωμένη δραστηριότητα της βιταμίνης D, αυξημένη παραθυρεοειδική λειτουργία καθώς και με γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

**Η δευτεροπαθής οστεοπόρωση είναι αποτέλεσμα διαφόρων παθήσεων ή χρήσης φαρμάκων.**

**Οι πιο συχνές αιτίες είναι:**

- Συγγενής: Ατελής οστεογένεση, δυσγενεσία γονάδων, σύνδρομο Turner, σύνδρομο Klinefelter, υποφωσφαταιμία, ομοκυστινουρία, βλεννοπολυσακχαριδώσεις, νόσος του Gaucher, δρεπανοκυτταρική αναιμία, θαλασσαιμία, αιμορροφιλία.
- Ενδοκρινολογικές διαταραχές: Σύνδρομο Gushing, υπογοναδιασμός, υπέρθυρεοειδισμός, υπερπαραθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης τύπου Ι.
- Νεοπλάσματα: Πολλαπλόν μυέλωμα, λευχαιμία, λέμφωμα, μεταστατική νόσος.
- Βιοχημικές διαταραχές του κολλαγόνου: Ατελής οστεογένεση, σύνδρομο Marfan.
- Ανεπάρκεια παραγόντων: Σκορβούτο, σύνδρομο δυσαπορρόφησης, υποθρεψία,

νευρογενής ανορεξία, ανεπάρκεια πρωτεϊνών, αλκοολισμός.

□ Φάρμακα: Υποκατάσταση ορμονών θυρεοειδούς, παρατεταμένη θεραπεία με κορτικοστεροειδή, αντιεπιληπτικά, χημειοθεραπεία, ηπαρίνη, αντιόξινα με αλουμίνιο<sup>30</sup>.

## 5.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της οστεοπόρωσης ή ο προληπτικός έλεγχος ατόμων που είναι γνωστό ότι επιβαρύνονται από περισσότερους του ενός παραγόντων κινδύνου, είναι επιβεβλημένη. Η αναζήτηση παραγόντων κινδύνου για οστεοπόρωση ή/και κάταγμα βασίζεται στη λήψη ενός ενδεδειγμένου ατομικού και οικογενειακού ιστορικού, στην κλινική εξέταση και τη διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται.

### Ιστορικό-κλινική εξέταση

Η διαπίστωση της ύπαρξης παραγόντων κινδύνου βοηθά στον καθορισμό της θεραπευτικής στρατηγικής αλλά δεν τεκμηριώνει την διάγνωση της οστεοπόρωσης. Η κλινική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει τη μέτρηση του ύψους και του σωματικού βάρους της γυναίκας, την αναζήτηση σημείων ευαισθησίας στη θωρακική και οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (ΟΜΣΣ και ΘΜΣΣ) καθώς και κλινικών σημείων ενδεικτικών νοσημάτων που προκαλούν οστεοπόρωση (π.χ σύνδρομο Cushing, υπερθυρεοειδισμός). Η απώλεια ύψους ειδικά όταν αυτή είναι μεγαλύτερη των 3 cm, το άλγος και η ευαισθησία στην κατώτερη θωρακική και οσφυϊκή μοίρα της ΣΣ καθώς και η ύπαρξη κύφωσης είναι ενδεικτικά σημεία καταγμάτων και υποδηλούν έμμεσα την ύπαρξη οστεοπόρωσης<sup>31</sup>.

Επειδή η παρουσία των σημείων αυτών δεν οφείλεται αποκλειστικά στην οστεοπόρωση και δεδομένου ότι τα 2/3 των σπονδυλικών καταγμάτων είναι ασυμπτωματικά θα πρέπει να διενεργείται στις γυναίκες αυτές ακτινολογικός έλεγχος της ΘΜΣΣ και της ΟΜΣΣ ώστε να επιβεβαιώνεται ακτινολογικά η παρουσία σπονδυλικού κατάγματος.

**Μέτρηση οστικής πυκνότητας:** Η μέτρηση της οστικής πυκνότητας (ΟΠ) είναι η εργαστηριακή μέθοδος εκλογής για τη διάγνωση της οστεοπόρωσης. Οι ενδείξεις μέτρησης της ΟΠ με βάση τις συστάσεις της Εταιρείας Εμμηνόπαυσης Βορείου Αμερικής (North American Menopause Society-NAMS) είναι οι εξής:

- ☒ Μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα που λαμβάνει φάρμακα ή πάσχει από νοσήματα που προκαλούν οστεοπόρωση, ανεξάρτητα της ηλικίας της.
- ☒ Μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα ηλικίας τουλάχιστον 65 ετών, ανεξάρτητα από την ύπαρξη άλλων παραγόντων κινδύνου.
- ☒ Μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα μικρότερη των 65 ετών, όταν υπάρχει τουλάχιστον ένας παράγοντας αυξημένου κινδύνου για κάταγμα (ατομικό ιστορικό κατάγματος ιδιαίτερα σπονδυλικού, ισχίου ή Colles, οικογενειακό ιστορικό κατάγματος ισχίου, χαμηλό σωματικό βάρος, κάπνισμα. Η τεχνική που συστήνεται για την μέτρηση της ΟΠ είναι η μέθοδος της απορροφησιομετρίας ακτίνων X διπλής ενέργειας, η γνωστή DEXA (Dual Energy X-ray Absorptiometry).

Το αποτέλεσμα της μέτρησης δίδεται με δύο δείκτες, το T-score και το Z-score, οι οποίες εκφράζονται ως μονάδες σταθερής απόκλισης. Το T-score αντιστοιχεί στη διαφορά σε σταθερές αποκλίσεις της μετρούμενης ΟΠ από τη μέση τιμή της κορυφαίας ΟΠ ενός

πληθυσμού αναφοράς νεαρών ενηλίκων(20 με 29 ετών) του ίδιου φύλου ενώ το Z-score αντιστοιχεί στη διαφορά σε σταθερές αποκλίσεις από τη μέση τιμή ενός πληθυσμού αναφοράς της ίδιας ηλικίας,φύλου και εθνικότητας. Σύμφωνα με τα κριτήρια της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) η διάγνωση της οστεοπόρωσης τίθεται όταν το T-score έχει τιμή ίση ή μικρότερη του -2,5. Η διάγνωση της οστεοπόρωσης τίθεται και κλινικά ανεξάρτητα του T-score όταν υπάρχει ένα τουλάχιστον κάταγμα ευθραυστότητας.

Για τη διάγνωση της οστεοπόρωσης χρησιμοποιείται η χαμηλότερη τιμή του T-score μεταξύ των τριών θέσεων. Η μέτρηση της ΟΠ στην ΟΜΣΣ είναι η πιο αξιόπιστη για την πρώιμη μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο γιατί η οστική απώλεια συμβαίνει πρώτα στο σπογγώδες οστόν τα σώματα των σπονδύλων. Αντίθετα στις ηλικιωμένες γυναίκες (>60 ετών) λόγω σκληρυντικών οστεοαρθρικών αλλοιώσεων η μέτρηση της ΟΠ στην ΟΜΣΣ μπορεί να είναι αναξιόπιστη. Στις περιπτώσεις που ανατομικοί λόγοι όπως αρθρίτιδα ή σοβαρού βαθμού παχυσαρκία μπορεί να επηρεάσουν την ακρίβεια των μετρήσεων, συστήνεται η εκτίμηση της ΟΠ στο άπω τριτημόριο της κερκίδας<sup>32</sup>.

Η μέτρηση της ΟΠ σε περιφερικές σκελετικές θέσεις (κερκίδα, καρπός, πτέρνα) με DEXA ή υπερηχοτομογραφία μπορεί να ανιχνεύσει γυναίκες με χαμηλή οστική μάζα, αλλά δεν είναι τόσο χρήσιμη όσο η μέτρηση στις κεντρικές θέσεις γιατί η προγνωστική της αξία για τον κίνδυνο μελλοντικού κατάγματος δεν έχει επαρκώς μελετηθεί. Επίσης τα διαγνωστικά κριτήρια της ΠΟΥ δεν μπορούν να εφαρμοστούν για την μέτρηση της ΟΠ σε περιφερικές θέσεις με μόνη εξαίρεση το άπω άκρο της κερκίδας<sup>33</sup>.

Συμπερασματικά, η μέτρηση της ΟΠ στις θέσεις αυτές χρησιμοποιείται μόνο όταν η DEXA δεν είναι διαθέσιμη- και ποτέ για την τεκμηρίωση της διάγνωσης της οστεοπόρωσης ή την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της αντιοστεοπορωτικής αγωγής<sup>34</sup>.

Σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που δεν διαπιστώθηκε η ύπαρξη οστεοπόρωσης συστήνεται επανεκτίμηση της ΟΠ με DEXA τουλάχιστον ύστερα από 3-5 έτη δεδομένου ότι ο ρυθμός οστικής απώλειας είναι της τάξης του 1-1,5% κατ'έτος<sup>35</sup>.

Η ΟΠ μπορεί επίσης να εκτιμηθεί και με τη μέθοδο της ποσοτικής αξονικής τομογραφίας (Quantitative Tomography-QCT), η οποία μπορεί να αναλύσει ξεχωριστά την πυκνότητα του σπογγώδους και του συμπαγούς οστού και είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στην ανίχνευση της πρώιμης οστικής απώλειας στους σπονδύλους. Τα μειονεκτήματα της μεθόδου είναι το μεγαλύτερο κόστος και η μεγαλύτερη έκθεση σε ακτινοβολία σε σχέση με τη DEXA αλλά και το γεγονός ότι δεν έχει μελετηθεί η αξία του T-score όπως προκύπτει από τη μέτρηση με QCT για την πρόγνωση του κινδύνου μελλοντικού κατάγματος<sup>36</sup>.

**Βιοχημικοί δείκτες οστικού μεταβολισμού:** Η μέτρηση των δεικτών οστικής απορρόφησης ή/και οστικής σύνθεσης δεν συμβάλλει στην διάγνωση της οστεοπόρωσης αν και έχει βρεθεί σε κάποιες μελέτες ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρόγνωση μελλοντικού κατάγματος. Η μέτρηση των δεικτών οστικού μεταβολισμού μπορεί να είναι ένα χρήσιμο εργαλείο πρώιμης εκτίμησης της αποτελεσματικότητας της αντιοστεοπορωτικής αγωγής σε αντίθεση με τη DEXA. Η αξία της χρήσης των δεικτών αυτών στην κλινική πράξη περιορίζεται από τις ημερήσιες διακυμάνσεις που παρουσιάζουν τα επιπεδά τους και το γεγονός ότι η μέτρησή τους επηρεάζεται από τη λήψη τροφής.

### 5.4.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η πρωτοπαθής οστεοπόρωση είναι συνήθως ασυμπτωματική μέχρι την εμφάνιση των επιπλοκών της δηλαδή των καταγμάτων. Αντίθετα η δευτεροπαθής οστεοπόρωση (π.χ. πολλαπλούν μυέλωμα, υπερπαραθυρεοειδισμός) μπορεί να προκαλέσει οστικά άλγη. Τα κατάγματα που επιπλέκουν την πρωτοπαθή οστεοπόρωση προκαλούνται κατά κανόνα από μικρό τραύμα και εντοπίζονται συνήθως στους σπονδύλους, στον αυχένα ή τη διατροχαντήριο περιοχή του μηριαίου και στο περιφερικό άκρο της κερκίδας<sup>37</sup>.

Τα σπονδυλικά κατάγματα εμφανίζονται πρώιμα (περί την 6η δεκαετία) σε γυναίκες με μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση και η συχνότητά τους αυξάνεται με την ηλικία. Τα περισσότερα είναι ασυμπτωματικά και διαγιγνώσκονται τυχαία από απλές ακτινογραφίες θώρακος ή κοιλίας. Η μόνη κλινική εκδήλωση μπορεί να είναι η απώλεια του ύψους οπότε με την πάροδο του χρόνου γίνεται μικρότερο από το ανάπτυγμα των χεριών. Απώλεια ύψους μεγαλύτερη από 3 εκατοστά συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα παρουσίας σπονδυλικού κατάγματος. Εκτός όμως από τα <<χρόνια>> ασυμπτωματικά κατάγματα, η οστεοπόρωση μπορεί να επιπλακεί από οξεία σπονδυλικά κατάγματα που συνοδεύονται από αιφνίδιο και έντονο άλγος και συνήθως επέρχονται μετά από ελάχιστη βία, όπως επίκρουση ή άρση βάρους. Ο πόνος επιδεινώνεται με τις κινήσεις και το βήχα, ανακουφίζεται με την κατάκλιση και συνήθως υποχωρεί σε διάστημα λίγων εβδομάδων και αντικαθίστανται από χρόνιο αμβλύ πόνο για άλλοτε άλλο διάστημα. Τα πολλαπλά συμπτωματικά ή μη σπονδυλικά κατάγματα εκτός από απώλεια ύψους προκαλούν χαρακτηριστική θωρακική κύφωση.

Σε περιπτώσεις έντονης κύφωσης, οι πλευρές ακουμπούν τη λαγόνιο ακρολοφία και προκαλούν πόνο που αντανακλά στα ισχία και, συχνά, δυσκολία στη βάρδιαση<sup>38</sup>.

Τα κατάγματα του περιφερικού σκελετού, σε αντίθεση με τα σπονδυλικά κατάγματα, είναι κατά κανόνα μετατραυματικά. Το κάταγμα του περιφερικού άκρου της κερκίδας (κάταγμα Colles) συμβαίνει σε νεότερες ηλικίες από τα σπονδυλικά ή τα κατάγματα του ισχίου και μπορεί να είναι πρώιμη κλινική εκδήλωση της οστεοπόρωσης. Το κάταγμα του ισχίου χαρακτηρίζει τη γεροντική οστεοπόρωση και προκαλείται συνήθως από πτώση. Τα κατάγματα του ισχίου συνοδεύονται από τις επιπλοκές του κλινοστατισμού και έχουν αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα<sup>39</sup>.

### 5.4.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Στην πρωτοπαθή οστεοπόρωση τύπου I η οποία θεωρείται αυξημένης οστεοκλαστικής και οστεοβλαστικής δραστηριότητας, τόσο οι δείκτες οστικής απορρόφησης δηλαδή τα προϊόντα καταβολισμού του κολλαγόνου όσο και οι δείκτες οστικού σχηματισμού (οστεοκαλσίνη, οστικό κλάσμα αλκαλικής φωσφατάσης) είναι αυξημένοι. Στην οστεοπόρωση τύπου II η οποία χαρακτηρίζεται σαν οστεοπόρωση χαμηλού μεταβολισμού δεν παρατηρούνται αξιόλογες μεταβολές στους δείκτες οστικού σχηματισμού ή απορρόφησης. Γενικά, οι δείκτες οστικού μεταβολισμού δε χρησιμοποιούνται στη διάγνωση της οστεοπόρωσης λόγω της αλληλοεπικάλυψης των τιμών μεταξύ των φυσιολογικών και οστεοπορωτικών ατόμων και λόγω της μεγάλης βιολογικής διακύμανσης κατά τη διάρκεια του 24ώρου. Στην πρωτοπαθή οστεοπόρωση το ασβέστιο και ο φώσφορος του αίματος δεν μεταβάλλονται ενώ το ασβέστιο των ούρων δεν αποτελεί αξιόπιστο εύρημα γιατί εξαρτάται από την οδό απέκκρισης του ασβεστίου. Από τη δράση της παραθορμόνης και από την πρόσληψη του ασβεστίου με τη τροφή. Στην δευτεροπαθή οστεοπόρωση τα ευρήματα θα εξαρτηθούν από την υποκείμενη αιτία<sup>40</sup>.

### 5.4.3 ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Σε κάθε αρχική εκτίμηση ενός ασθενή με πιθανή οστεοπόρωση είναι απαραίτητο να γίνεται ακτινογραφικός έλεγχος της σπονδυλικής στήλης σε πλάγια λήψη για την ανάδειξη σπονδυλικών καταγμάτων. Τα σπονδυλικά κατάγματα μπορεί να είναι σφηνοειδή στα οποία καθιζάνει το πρόσθιο ύψος του σπονδυλικού σώματος ή αμφίκουλα με καθίζηση στη μεσότητα του σπονδυλικού σώματος ή να έχει συμβεί συντριβή στο σπονδυλικό σώμα με καθίζηση και του οπισθίου ύψους του σπονδυλικού σώματος. Ένα κάταγμα χαρακτηρίζεται σαν σφηνοειδές όταν ο λόγος του ύψους της πρόσθιας επιφάνειας προς το ύψος της οπίσθιας επιφάνειας του σπονδυλικού σώματος είναι μικρότερος από 0,8. Παρόμοια ένα κάταγμα χαρακτηρίζεται σαν αμφίκουλο όταν ο λόγος του ύψους στη μεσότητα του σπονδυλικού σώματος προς το ύψος της πρόσθιας επιφάνειας του σπονδυλικού σώματος είναι μικρότερος από 0,8. Τα σφηνοειδή κατάγματα είναι τα πιο συχνά και εντοπίζονται στη θωρακική και στη θωρακοοσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Τα αμφίκουλα κατάγματα και τα συντριπτικά κατάγματα εντοπίζονται κυρίως στη θωρακοοσφυϊκή και οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Τα αμφίκουλα κατάγματα συσχετίζονται με χαμηλή οστική πυκνότητα και αποτελούν ενδεικτικό ακτινολογικό εύρημα οστεοπόρωσης. Αντιθέτως ένα σφηνοειδές κάταγμα στη θωρακική μοίρα της σπονδυλικής μπορεί να οφείλεται σε σπονδυλοαρθρίτιδα ενώ όταν εντοπίζεται στην οσφυϊκή μοίρα μπορεί να έχει σαν υποκειμενη αιτία κακοήθεια. Άλλα ακτινολογικά ευρήματα είναι η έντονη διαυγαστικότητα των τελικών σπονδυλικών πλακών, η έλλειψη οστεοφύτων και η εμφάνιση των σπονδυλικών σωμάτων με κάθετη γράμμωση που οφείλεται στην έντονη απεικόνιση της κάθετης δοκίδωσης του σπογγώδους οστού λόγω αραίωσης της οριζόντιας δοκίδωσης<sup>41</sup>.

### 5.5 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ

Το 5-20% των ασθενών που έπαθαν ένα κάταγμα ισχίου θα πεθάνει στη διάρκεια του πρώτου χρόνου. Ο κίνδυνος θανάτου αυξάνει όσο αυξάνει η ηλικία και είναι μεγαλύτερος στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Από τους ασθενείς που επιβιώνουν οι μισοί δεν επανέρχονται στην προ του κατάγματος λειτουργική κατάσταση ενώ το 1/3 δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί. Η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα των καταγμάτων του ισχίου δεν πρέπει να αποδοθεί αποκλειστικά στο ίδιο το κάταγμα, αφού στο 30% των γυναικών και στο 40% των ανδρών προϋπάρχει ένα μείζον πρόβλημα υγείας που σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Από τα υπόλοιπα εκτός ισχίου οστεοπορωτικά κατάγματα, μόνο τα σπονδυλικά κατάγματα έχει βραθεί να σχετίζονται με αυξημένη θνησιμότητα. Τα πολλαπλά και σοβαρά σπονδυλικά κατάγματα προκαλούν απώλεια ύψους, κύφωση, χρόνιο πόνο και λειτουργική ανικανότητα. Ωστόσο, ο αυξημένος κίνδυνος θανάτου δεν μπορεί να αποδοθεί κατευθείαν στην ύπαρξη σπονδυλικών καταγμάτων, αλλά στον συνδυασμό σπονδυλικών καταγμάτων και άλλων παθολογικών καταστάσεων με αυξημένη πιθανότητα θανάτου<sup>42</sup>.

### 5.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παρόλο ότι η προφύλαξη είναι ο βασικότερος τρόπος για να προλάβει κανείς την οστεοπόρωση, ωστόσο μερικές φορές η θεραπεία είναι αναπόφευκτη. Τα φάρμακα που βοηθούν στη θεραπεία της οστεοπόρωσης μπορούν να χωριστούν σε 2 μεγάλες κατηγορίες:

- ☉ Σε αυτά που αναστέλλουν την οστική απορρόφηση
- ☉ Σε αυτά που διεγείρουν την οστική αναδόμηση<sup>43</sup>



## ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΟΣΤΙΚΗΣ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗΣ

### A) Αναστολείς της οστικής απορρόφησης

1. Οιστρογόνα
2. Καλσιτονίνη
3. Διφωσφονικά

### B) Διεγέρτες οστικής αναδόμησης

1. Φθόριο
2. Αναβολικά στεροειδή
3. Παραθορμόνη
4. Άλλα φάρμακα

#### 1. Οιστρογόνα

Μία σημαντική απόφαση που αντιμετωπίζουν πολλές γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση είναι αν θα πρέπει να πάρουν οιστρογόνα. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για να δώσει κανείς οιστρογόνα σε γυναίκες αυτής της κατηγορίας. Η πρόληψη της απώλειας οστικής μάζας είναι ένας από αυτούς. Έχει αποδειχθεί ότι οι γυναίκες που παίρνουν θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα μειώνουν περίπου στο μισό την πιθανότητα να πάθουν κάταγμα του ισχίου σε σύγκριση με αυτές που δεν παίρνουν. Ακόμα, επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η θεραπεία με οιστρογόνα για 5 χρόνια αμέσως μετά την κλιμακτήριο μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης καταγμάτων στον καρπό κατά 50% και των σπονδυλικών καταγμάτων κατά 90%. Επειδή όμως τα οιστρογόνα όπως και κάθε άλλο φάρμακο έχουν παρενέργειες δεν σημαίνει ότι αδιακρίτως όλες οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες πρέπει να παίρνουν οιστρογόνα<sup>43</sup>.

**Γενικά η θεραπεία αυτή πρέπει να συνιστάται σε γυναίκες που έχουν:**

- πρόωμη εμμηνόπαυση
- χαμηλή οστική μάζα
- λεπτό και αδύνατο σκελετό
- οικογενειακό ιστορικό
- δευτεροπαθή οστεοπόρωση

Αν έχετε κάποιο από τα παραπάνω χαρακτηριστικά καλό είναι να συμβουλευθείτε το γιατρό σας. Ο τελευταίος προκειμένου να σας βοηθήσει θα πρέπει να σας εκθέσει αναλυτικά τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της θεραπείας καθώς και τις προφυλάξεις που θα πρέπει να λαμβάνεται αν πάρετε τελικά οιστρογόνα.

**Σίγουρα όμως η θεραπεία δεν σας αφορά αν υπάρχει:**

- καρκίνος μαστού ή άλλος ορμονοεξαρτώμενος καρκίνος
- υποψία εγκυμοσύνης
- ενεργός ηπατική νόσος
- οξεία θρομβοφλεβίτιδα κλπ

Τα οιστρογόνα είναι η θεραπεία εκλογής για να προλάβει κανείς την απώλεια του οστού μετά την εμμηνόπαυση σε γυναίκες με διαταραγμένη λειτουργία των ωοθηκών. Ακόμα τα οιστρογόνα μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν και στη θεραπεία της εγκατεστημένης οστεοπόρωσης όταν αυτή οφείλεται στην έλλειψή τους. Τα οιστρογόνα εμποδίζουν την οστική απορρόφηση και επομένως ελαττώνουν την απώλεια του οστού παντού. Η ευεργετική

επίδραση των οιστρογόνων συνεχίζεται για όσο χρόνο διαρκεί και η λήψη τους. Η διάρκεια θεραπείας με οιστρογόνα πρέπει να καθορίζεται σε εξατομικευμένη βάση. Πιθανότατα οι γυναίκες με πρόωμη εμμηνόπαυση θα πρέπει να συνεχίζουν τη θεραπεία τουλάχιστον μέχρις ότου φθάσουν στην ηλικία της φυσιολογικής εμμηνόπαυσης. Οι γυναίκες με πολλούς παράγοντες κινδύνου οστεοπόρωσης θα πρέπει να παίρνουν θεραπεία με οιστρογόνα για τουλάχιστον 5 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση και κατά προτίμηση 10 με 15 χρόνια. Αν μέχρι τότε δεν έχουν προκύψει ιατρικές αντενδείξεις μπορεί κανείς να συνεχίσει τη θεραπεία επ'άπειρον αν και δεν υπάρχει ακόμα ομοφωνία στο σημείο αυτό. Σίγουρα όμως η ευεργετική δράση των οιστρογόνων έχει αποδειχθεί σε ασθενείς ηλικίας μέχρι και 70 ετών. Κατηγορηματικά και πάλι η συνεργασία γιατρού με ασθενή είναι αυτή που θα καθορίσει το διάστημα της θεραπείας<sup>42</sup>.

Εκτός από τα παραδοσιακά χάπια από το στόμα σκευάσματα οιστρογόνων κυκλοφορούν και σε πολλές άλλες μορφές: κρέμες, διαδερμικά αυτοκόλλητα ή υποδόρια εμφυτεύματα. Οι κρέμες (δερματικές ή κολπικές) συνιστώνται κυρίως για τοπική χρήση. Τα διαδερμικά αυτοκόλλητα έχουν το πλεονέκτημα ότι αποφεύγουν την πρώτη δίοδο από το ήπαρ κ έτσι εκτός του ότι εξασφαλίζουν καλύτερη απελευθέρωση της δραστικής ορμόνης που λέγεται οιστραδιόλη μπορούν να δοθούν και σε άτομα που έχουν επηρεασμένη την ηπατική λειτουργία ή έχουν κίνδυνο θρομβοεμβολικού επεισοδίου. Από την άλλη μεριά μαζί με τα υποδόρια εμφυτεύματα έχουν το μεγαλύτερο κόστος. Τα τελευταία εμφυτεύονται με μια μικρή επέμβαση με τοπική αναισθησία και έχουν το μειονέκτημα ότι αν χρειασθεί να σταματήσει η θεραπεία δεν μπορούν να αφαιρεθούν. Έτσι, η κάθε μορφή έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και εναπόκειται σε εσάς και το γιατρό σας να διαλέξετε την κατάλληλη οδό χορήγησης. Μερικές φορές η χορήγηση οιστρογόνων συνοδεύεται και από χορήγηση ενός άλλου φαρμάκου, της προγεστερόνης. Η προσθήκη προγεστερόνης δεν φαίνεται να εμποδίζει την απάντηση του σκελετού στα οιστρογόνα.

Εκτός όμως από την πρόληψη της απώλειας οστικής μάζας υπάρχουν και άλλα ευεργετικά αποτελέσματα στον οργανισμό από την χορήγηση οιστρογόνων: ελάττωση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης (ξηρότητα κόλπου, αυπνία, ακράτεια ούρων, ξηρότητα δέρματος, αλλαγή του θυμικού κλπ) και πρόληψη καρδιαγγειακών επεισοδίων. Πράγματι, μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η θεραπεία με οιστρογόνα ελαττώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου κατά 50% με αντίστοιχη βελτίωση της θνητότητας. Δεν είναι γνωστό μέχρι σήμερα εάν η προσθήκη προγεστερόνης μειώνει αυτό το ευεργετικό αποτέλεσμα.

Υπάρχει πολλές φορές μία φοβία, ακόμα ανάμεσα και στους γιατρούς, σχετικά με τη χορήγηση οιστρογόνων: ο φόβος της ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Σήμερα όμως δεν είναι αποδεδειγμένο ότι δεν υπάρχει σαφής αύξηση των καρκίνων του μαστού ανάμεσα στις γυναίκες που έχουν χρησιμοποιήσει θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα. Η μακρόχρονη θεραπεία (πάνω από 10 χρόνια) μπορεί να συνδεθεί με μια μικρή αύξηση στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού αλλά όχι στους θανάτους από αυτόν τον καρκίνο. Αντίθετα έχει φανεί αύξηση του καρκίνου του ενδομητρίου και για το λόγο αυτό απαιτείται και συνοδός προγεστερόνης<sup>44</sup>.

## 2. Καλσιτονίνη

Ο φυσιολογικός ρόλος της καλσιτονίνης στον οργανισμό δεν είναι απόλυτα σαφής.

Ωστόσο είναι ξεκάθαρο ότι η καλσιτονίνη σε φαρμακολογικές δόσεις ελαττώνει την απώλεια οστού από τους σπονδύλους και τα ισχία σε ασθενείς με εγκατεστημένη οστεοπόρωση και αυτός είναι ο κύριος λόγος που χορηγείται θεραπευτικά στην οστεοπόρωση.

Η επίδραση της καλσιτονίνης είναι μεγαλύτερη στους οστεοπορωτικούς ασθενείς που έχουν ταχύτερο οστικό μεταβολισμό. Έτσι κατά την πρώτη φάση της θεραπείας, όπου η καλσιτονίνη αναστέλλει την απορρόφηση αλλά διατηρείται ο σχηματισμός νέου οστού, η οστική μάζα αυξάνει. Αυτό βέβαια δεν είναι επ'άπειρον διότι μερικούς μήνες αργότερα αναστέλλεται και ο σχηματισμός οστού οπότε φθάνουμε σε μία νέα κατάσταση ισορροπίας. Απαιτείται επομένως επαναληπτική χορήγηση της καλσιτονίνης σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Επίσης η καλσιτονίνη έχει αναλγητική δράση σε ασθενείς με οξύ πόνο λόγω σπονδυλικών καταγμάτων. Πράγματι, η χορήγηση καλσιτονίνης ακόμα και σε μικρές δόσεις αναστέλλει μέσα σε 48 ώρες τον πόνο από κάταγμα. Αυτή η αναλγητική ιδιότητα της καλσιτονίνης σε συνδυασμό με την δράση της στην οστική μάζα, την καθιστούν το φάρμακο εκλογής για την επείγουσα θεραπεία των οστεοπορωτικών καταγμάτων, ιδιαίτερα σε ακινητοποιημένους ασθενείς.

Εκτός από τις παραπάνω περιπτώσεις, η καλσιτονίνη έχει χορηγηθεί επίσης σαν εναλλακτική θεραπεία στην πρόληψη της μετεμμηνοπαυσιακής οστεοπόρωσης σε γυναίκες που τα οιστρογόνα αποτελούν αντένδειξη. Ακόμα φαίνεται ότι η καλσιτονίνη βοηθά στην πρόληψη της απώλειας οστού στην οστεοπόρωση που προκαλείται από λήψη κορτικοστεροειδών. Τέλος, σε μερικές μελέτες έχει φανεί ότι η καλσιτονίνη προστατεύει από την απώλεια δοκιδώδους οστού στα πρώτα χρόνια της εμμηνόπαυσης. Δεν είναι όμως ξεκαθαρισμένο εάν βοηθά εξ'ίσου και στην απώλεια του συμπαγούς οστού. Η καλσιτονίνη κυκλοφορεί σε σκευάσματα που είναι είτε ενέσιμα είτε με τη μορφή ρινικού spray. Η τελευταία αυτή μορφή φαίνεται ότι έχει λιγότερες παρενέργειες (ναυτία, εμέτους κλπ).

### **3. Διφωσφονικά**

Τα διφωσφονικά είναι είναι γνωστά από καιρό σαν φάρμακα που ανήκουν χημικά σε μία μεγάλη συγγενική ομάδα, τα πυροφωσφορικά. Έτυχαν πολύ μεγάλης προσοχής τελευταία διότι ανακαλύφθηκαν νέες χημικές μορφές που υπόσχονται πολλά στη θεραπεία της οστεοπόρωσης. Τα διφωσφονικά σε κατάλληλες δόσεις έχουν την επιθυμητή για τη θεραπεία της οστεοπόρωσης δράση γιατί ελαττώνουν την απώλεια του οστού. Τα διφωσφονικά χορηγούνται είτε σε ενέσιμη μορφή είτε από το στόμα. Τα διφωσφονικά από το στόμα απορροφώνται πολύ λίγο από το γαστρεντερολογικό σωλήνα: μόνο 1 έως 5% της χορηγούμενης από το στόμα δόσης απορροφάται και πρακτικά η απορρόφηση μηδενίζεται αν συνυπάρχουν τροφές που περιέχουν ασβέστιο. Γι'αυτό είναι απαραίτητο όταν παίρνουμε διφωσφονικά το στομάχι να είναι άδειο.

Τα διφωσφονικά αποβάλλονται γρήγορα από τους νεφρούς:σε φυσιολογικά άτομα περίπου το 40 με 80% της δόσης αποβάλλεται στα ούρα ενώ το υπόλοιπο προσλαμβάνεται από τα οστά. Ακόμα έχει φανεί ότι η θεραπεία με διφωσφονικά ελαττώνει τόσο την συχνότητα των παραμορφώσεων των σπονδύλων όσο και τον κίνδυνο μελλοντικών καταγμάτων σε ασθενείς με εγκατεστημένη μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση. Έχει επίσης αποδειχθεί η επίδραση των διφωσφονικών σε μη σπονδυλικά κατάγματα καθώς και η μακροχρόνια δράση τους σ'ολόκληρο τον σκελετό. Τέλος, φαίνεται ότι τα διφωσφονικά ελαττώνουν την οστική απώλεια τα πρώτα χρόνια της εμμηνόπαυσης και επίσης έχουν ένδειξη και σε ασθενείς με

οστεοπόρωση που προκαλείται από λήψη κορτικοστεροειδών.

## ΔΙΕΓΕΡΤΕΣ ΤΗΣ ΟΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΔΟΜΗΣΗΣ

Είναι προφανές ότι η ιδάνική θεραπεία της εγκατεστημένης οστεοπόρωσης θα ήταν αυτή που θα διέγειρε τον σχηματισμό οστού και θα αύξανε την οστική μάζα ικανοποιητικά προκειμένου να ελαττώσει την συχνότητα νέων καταγμάτων.

### 1. Φθόριο

Το φθόριο, η ουσία που προστίθεται πολλές φορές στις οδοντόκρεμες ή στη φθορίωση του νερού έχει αποδειχθεί ότι σε πολύ μεγαλύτερες ποσότητες βοηθά στον σχηματισμό οστού. Φαίνεται ότι το φθόριο αυξάνει την οστική μάζα. Ωστόσο η δράση του στην συχνότητα καταγμάτων είναι αντιφατική και αμφιλεγόμενη. Δεν αμφισβητείται δηλαδή ότι το φθόριο αυξάνει την οστική μάζα αλλά υπάρχει προβληματισμός για την ποιότητα του οστού που δημιουργεί: παρατηρήθηκε 960 ότι μεγάλες δόσεις φθορίου (75 mg την ημέρα) αυξάνουν την οστική μάζα αλλά η συχνότητα σπονδυλικών καταγμάτων παραμένει αμετάβλητη και τα μη σπονδυλικά κατάγματα αυξάνονται επίσης. Αντίθετα, σε μικρότερη δόση (μέχρι 50 mg ημερησίως) υπάρχει ευεργετική επίδραση στο ρυθμό οστεοπορωτικών καταγμάτων τόσο σε μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση όσο και σε οστεοπόρωση που προκαλείται από τη λήψη κορτικοστεροειδών.

Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι υπάρχει ένα μικρό θεραπευτικό παράθυρο για το φθόριο και χρειάζονται σίγουρα περισσότερες μελέτες για να βρεθεί η κατάλληλη δόση. Τέλος το φθόριο προκαλεί συχνά παρενέργειες όπως π.χ ναυτία, εμετό, διάρροιες, αρθραλγίες κλπ. Οι παρενέργειες αυτές ελαττώνονται αλλάζοντας τη χημική μορφή ή μειώνοντας τη δόση αλλά παραμένουν πρόβλημα στο 8% περίπου των ασθενών.

### 2. Αναβολικά στεροειδή

Τα αναβολικά στεροειδή μπορούν να αυξήσουν την οστική μάζα στην οστεοπόρωση πιθανώς αυξάνοντας τον σχηματισμό οστού. Ταυτόχρονα όμως αυξάνουν και την μυϊκή μάζα, γεγονός που έχει επίσης ευεργετικό ρόλο στον σκελετό. Φαίνεται ακόμα ότι μειώνουν τη συχνότητα μελλοντικών καταγμάτων.

Το κύριο μειονέκτημά των αναβολικών φαρμάκων είναι ότι η μακροχρόνια χρήση τους είναι περιορισμένη λόγω των παρενεργειών που προκαλούν. Αυτές περιλαμβάνουν αρρενοποίηση (βράγχος φωνής,τριχοφυία κλπ) καθώς και παρενέργειες στον μεταβολισμό των υδατανθράκων, των λιπιδίων και στην ηπατική λειτουργία.

### 3. Παραθορμόνη

Τελευταίες επιστημονικές μελέτες δείχνουν ότι η παραθορμόνη αυξάνει τη συνολική οστική μάζα. Η έρευνα συνεχίζεται και ελπίζεται ότι σε λίγο καιρό σκευάσματα παραθορμόνης θα είναι διαθέσιμα σε εύληπτη μορφή.

### 4. Άλλα φάρμακα

Υπάρχουν και άλλες πειραματικές θεραπείες που εφαρμόζονται πειραματικά προς το παρόν

και που βοηθούν είτε στην ελάττωση της απώλειας οστικής μάζας είτε στον σχηματισμό του οστού εκ νέου. Η έρευνα επικεντρώνεται στην προσπάθεια αυτές οι νέες θεραπείες να είναι εύκολες στην εφαρμογή τους, φθηνές και να έχουν λίγες παρενέργειες<sup>45</sup>.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο**

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

#### 6.1 ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (HRT)

Η *Ορμονική Θεραπεία Υποκατάστασης* (HRT) κάνει ακριβώς αυτό που λέει το όνομα της, υποκαθιστά τις ορμόνες τις οποίες παύει να παράγει το σώμα της γυναίκας μετά την εμμηνόπαυση. Η HRT έχει χαρακτηριστεί και ως ‘ελιξίριο της ζωής’, ένα μαγικό φάρμακο που μπορεί να αναστρέψει τις επιδράσεις της γήρανσης. Η επιτυχημένη θεραπεία για τις εξαντλητικές εξάψεις και τις νύχτες χωρίς ύπνο αποκαθιστά την ενέργεια. Με τη σειρά του το να νιώθει κανείς καλύτερα σημαίνει ότι είναι ευκολότερο να επιδίδεται σε τακτική άσκηση και να ακολουθεί υγιεινή διατροφή, το καθένα από τα οποία έχει τα δικά του οφέλη. Υπάρχουν βέβαια και οι επικριτές της ορμονοθεραπείας οι οποίοι είναι προβληματισμένοι για το αν η εμμηνόπαυση απαιτεί οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση και την θεωρούν ως ένα φυσιολογικό γεγονός που θα πρέπει να κάνει τον κύκλο του. Αυτό ενισχύεται από το ότι δεν παρουσιάζουν όλες οι γυναίκες μεγάλη έλλειψη σε οιστρογόνα μετά την εμμηνόπαυση<sup>46</sup>.

Τα επινεφρίδια παράγουν μικρές ποσότητες ορμονών και τα οιστρογόνα σχηματίζονται επίσης στο λιπώδη ιστό. Αυτές οι έξω-ωοθηκικές πηγές δεν επαρκούν για να αποκαταστήσουν την γονιμότητα, αλλά ενδεχομένως να βοηθήσουν στην πρόληψη ανάπτυξης έντονων εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων. Άλλο αίτιο ανησυχίας είναι ο φόβος για ανάπτυξη καρκίνου, κυρίως του μαστού, αλλά σύμφωνα με μελέτες οι κίνδυνοι είναι περιορισμένοι, αν λαμβάνεται ορμονοθεραπεία για λιγότερο από 10 χρόνια. Αξιοσημείωτο είναι όμως πως πολλές γυναίκες αποδέχονται αυτούς τους κινδύνους από τη στιγμή που θα συνειδητοποιήσουν τις ευεργετικές επιδράσεις της θεραπείας. Παρ’ όλα αυτά, κάποιες δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν την επιστροφή της μηνιαίας περιόδου και τα χάπια που απαιτείται να λαμβάνονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα σε πολλά φαρμακευτικά σχήματα<sup>47</sup>.

#### Υποκατάσταση Οιστρογόνων

Η θεραπεία της εμμηνόπαυσης δεν είναι καινούρια ιδέα αφού ακόμη και οι αρχαίοι Αιγύπτιοι αναζήτησαν τρόπους για να ανακουφιστούν από το μαρτύριο της. Το αποφασιστικό βήμα έγινε στις αρχές του 20ού αιώνα, όταν επιστήμονες αναγνώρισαν τις ορμόνες οιστρογόνων και συνέδεσαν την έλλειψη σε οιστρογόνα με την «αλλαγή». Οι πρώτες δοκιμές της ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης απέτυχαν, καθώς τα φυσικά οιστρογόνα δεν απορροφούνται καλά όταν λαμβάνονται από το στόμα. Οι προσπάθειες για να παραχθούν συνθετικοί τύποι ήταν επιτυχείς την ίδια στιγμή που μια πηγή φυσικών «συζευγμένων ίππειων οιστρογόνων», αντλούμενων από τα ούρα εγκύων φοράδων, έδειχνε ότι είναι ασφαλή και αποτελεσματικά στη μορφή των δισκίων. Αυτά τα φυσικά οιστρογόνα είναι παρόμοια με τα οιστρογόνα που παράγονται στις ωοθήκες της γυναίκας.

Με το πέρασμα των ετών και την πρόοδο που επιτεύχθηκε στην παραγωγή, πολλά οιστρογόνα αντλούνται σήμερα από φυτά. Από τη δεκαετία του 1940, οι γιατροί έχουν αρχίσει να χορηγούν αυτά τα οιστρογόνα στις γυναίκες, οι ωοθήκες των οποίων δεν παράγουν πλέον φυσιολογικές ποσότητες ορμονών. Αν και η υποκατάσταση οιστρογόνων αναπτύχθηκε απλώς ως μια θεραπεία για τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, κατέστη φανερό ότι έχει και πιο σημαντικά οφέλη. Παρέχει προστασία από τα οστικά κατάγματα και τις καρδιοπάθειες<sup>47</sup>.

## **Υπέρ και κατά της υποκατάστασης οιστρογόνων**

Αν και υπάρχουν πολλά προφανή πλεονεκτήματα για τη λήψη θεραπείας υποκατάστασης οιστρογόνων, αυτά θα πρέπει να ζυγιστούν σε σχέση με τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Κάποιες γυναίκες μπορεί να επιλέξουν να λάβουν μια εναλλακτική φαρμακευτική αγωγή.

### **I. Πλεονεκτήματα**

1. Ανακουφίζει από τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης
2. Προστατεύει από τα κατάγματα
3. Προστατεύει από τις καρδιοπάθειες

### **II. Μειονεκτήματα**

1. Επιδρά σε δυναμικώς καρκινικά κύτταρα στο εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας, αν δεν συνδυασθεί με προγεσταγόνα.
2. Δεν αποκλείεται τελείως ο αυξημένος κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού
3. Κάποιες γυναίκες απεχθάνονται την επιστροφή των μηνιαίων περιόδων<sup>47</sup>.

## **Προστασία μέσω προγεστερόνης**

Αν και η υποκατάσταση οιστρογόνων ανακουφίζει αποτελεσματικά από τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, έχει και αυτή τα προβλήματα της. Γιατροί παρατήρησαν μια ξαφνική αύξηση στα κρούσματα καρκίνου του εσωτερικού τοιχώματος της μήτρας, του ενδομητρίου, γεγονός που συνδέθηκε άμεσα με τη θεραπεία. Τα οιστρογόνα ενθάρρυναν την ανάπτυξη του ενδομητρίου, με αποτέλεσμα να σχηματίζονται εν δυνάμει καρκινογόνα κύτταρα. Σε κάποιο ποσοστό γυναικών αναπτύχθηκε καρκίνος, όμως στη μορφή που στις περισσότερες περιπτώσεις ανταποκρινόταν στη θεραπεία. Ευτυχώς, ανακαλύφθηκε απλός τρόπος πρόληψης, η 12ήμερη λήψη, μηνιαίως, συνθετικής προγεστερόνης (ονομάζονται προγεσταγόνα) «αντιτίθεται» στα οιστρογόνα. Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή δεν κινδυνεύουν από καρκίνο του ενδομητρίου και μπορούν ασφαλώς να λάβουν μόνο οιστρογόνα.

## **6.2 ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΟΡΜΟΝΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Η βάση για όλες τις HRT είναι τα οιστρογόνα, αλλά μερικές φορές προστίθενται προγεσταγόνα για να προστατευτεί η μήτρα από τον καρκίνο. Η ορμονική θεραπεία υποκατάστασης χορηγείται συνήθως με τη μορφή δισκίου, αλλά και επίσης συνιστώνται αυτοκόλλητα, εμφυτεύματα, τζελ και τοπικά οιστρογόνα. Βέβαια τα οιστρογόνα και τα προγεσταγόνα τις περισσότερες φορές συνταγογραφούνται στη μορφή δισκίου.

## **ΜΟΡΦΕΣ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΓΕΣΤΑΓΟΝΩΝ**

### **Ιδιοσκευάσματα οιστρογόνων**



Τα οιστρογόνα που χρησιμοποιούνται στην HRT είναι είτε «φυσικά» (παρόμοια σε δομή και αποτελέσματα με τα οιστρογόνα που παράγονται από τον οργανισμό) είτε «συνθετικά» (με παρόμοιες των φυσικών οιστρογόνων επιδράσεις, αλλά διαφορετικής δομής). Η οιστραδιόλη, η οιστρόνη, η οιστριόλη και η εκιλίνη είναι φυσικά οιστρογόνα. Η διενεστρόλη, αιθινυλοιστραδιόλη και η μεστρανόλη είναι συνθετικά. Στην HRT προτιμώνται τα φυσικά οιστρογόνα, καθώς έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Τα συνθετικά οιστρογόνα είναι περισσότερο δραστικά και γι' αυτό προτιμώνται στην αντισύλληψη<sup>47</sup>.

### **Ιδιοσκευάσματα προγεσταγόνων**

Η προγεστερόνη είναι η φυσική ορμόνη που παράγεται από το σώμα, όμως είναι πολύ ασταθής στη μορφή δισκίου. Έχει επίσης το μειονέκτημα ότι προκαλεί υπνηλία στις αναγκαίες δόσεις. Γι' αυτούς τους λόγους, στην HRT χρησιμοποιούνται συνθετικές μορφές προγεστερόνης, που ονομάζονται προγεσταγόνα. Τα τελευταία έχουν παρόμοιες επιδράσεις με την προγεστερόνη και διατίθενται ως δισκία που λαμβάνονται από το στόμα ή σε συνδυασμό με οιστρογόνα σε μορφή αυτοκόλλητων.

### **Οιστρογόνα και Υστερεκτομή**

Αν έχετε υποβληθεί σε υστερεκτομή, απαιτείται μόνο θεραπεία οιστρογόνων, η οποία θα πρέπει να χορηγείται καθημερινά, χωρίς διάλλειμα και περίπου την ίδια ώρα της ημέρας. Υπάρχουν πολλές διαφορετικές μάρκες δισκίων οιστρογόνων που διατίθενται με συνταγή και περιέχουν ποικίλους τύπους οιστρογόνων. Ορισμένα αποτελούν φαρμακευτική αγωγή αμετάβλητης δόσης, ενώ άλλα προσπαθούν να μιμηθούν τον εμμηνορρυσιακό κύκλο μεταβάλλοντας την δόση κάθε ημέρα του 28ήμερου κύκλου.

### **Προγεσταγόνα**

Αν δεν έχετε υποβληθεί σε υστερεκτομή, χρειάζεται να πάρετε μια σειρά δισκίων προγεσταγόνων για περίπου 10-14 ημέρες κάθε μήνα. Διατίθεται σε συσκευασίες με ημερολογιακή ένδειξη σε συνδυασμό με δισκία οιστρογόνων και με τον τρόπο αυτό δεν χρειάζεται να βρίσκεσαι εσείς πότε να τα παίρνεται. Επίσης, συσκευάζονται χωριστά, ώστε να λαμβάνονται με οιστρογόνα δικής σας επιλογής. Αν χρησιμοποιηθούν με αυτό τον τρόπο, μια απλή αγωγή που πολλοί γιατροί συνιστούν είναι να γίνει η λήψη προγεσταγόνων τις πρώτες 10 έως 14 ημέρες κάθε μήνα, για παράδειγμα ξεκινώντας από την πρώτη Μαρτίου, την πρώτη Απριλίου κ.λ.π. Καθώς η περίοδος σας θα πρέπει να ξεκινήσει περίπου στο μέσον του μήνα, ο γιατρός σας μπορεί εύκολα να σας πει αν έχετε ακανόνιστη αιμορραγία για την οποία ενδεχομένως να χρειάζεται διερεύνηση. Αν η τελευταία φυσιολογική περίοδος σας ήταν πριν από ένα χρόνο και περισσότερο, μπορείτε να λαμβάνεται προγεσταγόνα μαζί με οιστρογόνα συνεχώς, κάθε ημέρα, σαν μια αγωγή «χωρίς αιμορραγία».

### **Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα Δισκίων**

Η λήψη δισκίων είναι εύκολη υπόθεση και οι επιδράσεις τους αναστρέφονται αμέσως αν αποφασίσετε να διακόψετε την θεραπεία. Ωστόσο, μπορεί να είναι δύσκολο να θυμάστε να παίρνεται δισκία κάθε ημέρα. Δισκία που δεν ελήφθησαν επειδή ξεχάστηκαν μπορεί να προκαλέσουν διακυμάνσεις στα επίπεδα ορμονών και ακανόνιστη αιμορραγία. Υψηλές δόσεις ορμονών, απαραίτητες λόγω των τεράστιων απωλειών που παρατηρούνται στη διέλευση μέσω του εντέρου και του ήπατος, μπορεί να αυξήσουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Η ναυτία είναι η πιο συνήθης ανεπιθύμητη ενέργεια των δισκίων, αλλά μπορεί να περιοριστεί, αν το δισκίο προσλαμβάνεται μαζί με φαγητό ή πριν από τον ύπνο. Σε

σπάνιες περιπτώσεις τα οιστρογόνα που λαμβάνονται από το στόμα απορροφώνται ανεπαρκώς, έτσι που να μη ελέγχονται τα εμμηνοπαυσικά συμπτώματα.

### **6.3 ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΑ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΑ**

Τα διαδερμικά αυτοκόλλητα απελευθερώνουν ορμόνες απευθείας στο αίμα μέσω του δέρματος. Δεδομένου ότι δεν περνούν πρώτα από το στομάχι και το ήπαρ, όπως συμβαίνει με τα δισκία, η απαιτούμενη δόση είναι πολύ χαμηλότερη, μειώνοντας έτσι τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Η εφαρμογή των αυτοκόλλητων γίνεται μια ή δύο φορές εβδομαδιαίως, ανάλογα με την παρασκευάστρια εταιρία.

#### **Συνδυασμοί οιστρογόνων/ προγεσταγόνων**

Διατίθενται αυτοκόλλητα που περιέχουν οιστρογόνα μαζί με προγεσταγόνα και τα οποία χρησιμοποιούνται κυκλικά, με τα αυτοκόλλητα οιστρογόνων να χρησιμοποιούνται δύο φορές την εβδομάδα για τις πρώτες δύο εβδομάδες του κύκλου, κα ακολουθούνται τις τελευταίες δύο εβδομάδες από αυτοκόλλητα συνδυασμού οιστρογόνων/προγεσταγόνων. Τα αυτοκόλλητα με τις δύο ορμόνες διατίθενται για τις μετεμμηνοπαυσικές γυναίκες που δεν θέλουν να έχουν περίοδο<sup>47</sup>.

### **6.4 ΤΖΕΛ**

Πρόσφατα κυκλοφόρησε στη αγορά του Ηνωμένου Βασιλείου τζελ οιστρογόνων. Το τζελ απλώνεται καθημερινά στα χέρια και τους ώμους ή στο εσωτερικό των μηρών.

Πολλές γυναίκες το θεωρούν εύχρηστο και με λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες. Αντίθετα με ορισμένα αυτοκόλλητα οιστρογόνων, σπάνια εμφανίζεται πρόβλημα ερεθισμού του δέρματος. Ωστόσο, μερικές γυναίκες ανησυχούν ότι δεν απλώνουν το τζελ στη σωστή περιοχή του δέρματος. Επίσης, είναι απαραίτητο να περιμένετε 5 λεπτά για να στεγνώσει.

Τζελ που περιέχουν μόνο οιστρογόνα, είναι εύκολα στη χρήση και έχουν λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες καθώς απελευθερώνουν χαμηλότερες δόσεις απ' ό,τι τα δισκία<sup>47</sup>.

### **6.5 ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ**

Η εμφύτευση είναι απλή διαδικασία που γίνεται με τοπική αναισθησία. Μπορεί να γίνει σε χειρουργική μονάδα της περιοχής σας ή στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου.

#### **Εμφύτευση οιστρογόνων**

Μικρά σφαιρίδια οιστρογόνων, τα οποία εισάγονται στο λιπώδη στο κάτω από το δέρμα, διαρκούν για περίπου 6 μήνες. Θα σας γίνει έγχυση τοπικού αναισθητικού για να μουδιάσει το δέρμα πριν πραγματοποιηθεί μια μικρή τομή, συνήθως στο κάτω μέρος της κοιλιάς. Αφού εισαχθεί το εμφύτευμα, η πληγή κλείνει με ράμμα ή ένα τεμάχιο ταινίας. Αν έχετε ράμμα, ο γιατρός σας θα σας το βγάλει περίπου 5 ημέρες αργότερα. Αν χρησιμοποιήθηκαν ειδικές ταινίες, μπορείτε να τις αφαιρέσετε προσεκτικά έπειτα από πέντε ημέρες και να καλύψετε την πληγή με ένα λευκοπλάστη μέχρις ότου αποθεραπευτεί. Προσπαθήστε να μη επιδοθείτε σε οτιδήποτε πολύ κουραστικό αμέσως μετά την εισαγωγή εμφυτεύματος.

#### **Εμφύτευση τεστοστερόνης**

Η τεστοστερόνη είναι αντρική ορμόνη, αλλά μικρές ποσότητες από αυτήν παράγουν και οι ωοθήκες. Ο ακριβής ρόλος της τεστοστερόνης στις γυναίκες παραμένει ασαφής, ωστόσο

μερικοί γιατροί συνιστούν την πρόσθεση εμφυτευμάτων τεστοστερόνης στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν σεξουαλικά προβλήματα. Η υποκατάσταση οιστρογόνων από μόνη της θα αποκαταστήσει την ανεπαρκή ερωτική επιθυμία, αλλά υπάρχει και η εκδοχή πρόσθετης τεστοστερόνης για όσους το επιθυμούν.

## 6.6 ΤΟΠΙΚΑ ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ

Οι κολλικές κρέμες, οι πεσσοί και τα δισκία είναι εύκολα στη χρήση. Ωστόσο, δεδομένου ότι μπορεί να είναι λίγο δυσάρεστα, ορισμένες γυναίκες δεν επιθυμούν να τα χρησιμοποιούν.

## 6.7 ΤΙΒΟΛΟΝΗ

Αυτό το συνθετικό ιδιοσκεύασμα, προερχόμενο από φυτικές πηγές, συνδυάζει τις ιδιότητες των οιστρογόνων και των προγεσταγόνων σε ένα μόνο ημερήσιο δισκίο.

Εφόσον λαμβάνεται συνέχεια, ανακουφίζει απ τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης χωρίς να διεγείρει το εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας, καθιστώντας μη απαραίτητα τα κυκλικά προγεσταγόνα, ενώ έχει το πλεονέκτημα ότι δεν προκαλεί διαφυγή αίματος. Η τιβολόνη έχει εγκριθεί για την πρόληψη της οστεοπόρωσης και βελτιώνει την διάθεση καθώς και την ερωτική επιθυμία. Είναι χρήσιμη για γυναίκες που παρουσιάζουν με την θεραπεία οιστρογόνων την τάση για ευαισθησία στους μαστούς.

Ως ανεπιθύμητη ενέργεια, περιστασιακά εμφανίζεται αιμορραγία και είναι πιθανότερη αν οι ωοθήκες συνεχίζουν να παράγουν έστω και μικρές ποσότητες ορμονών. Γι' αυτόν τον λόγο, η τιβολόνη συνιστάται μόνο σε γυναίκες που δεν είχαν φυσιολογική περίοδο για τουλάχιστον 12 μήνες<sup>47</sup>.

## 6.8 ΡΑΛΟΞΙΦΕΝΗ

Η ραλοξιφένη (Evista) είναι μία από τις ουσίες μιας νέας κατηγορίας, οι οποίες μιμούνται ορισμένες από τις δράσεις των οιστρογόνων, αλλά αντιτίθεται σε άλλες. Έχει βρεθεί ότι αυξάνει την πυκνότητα των οστών στις μετεμμηνοπαυσικές γυναίκες, αν και όχι τόσο αποτελεσματικά όσο τα οιστρογόνα. Δεν θεραπεύει τις εμμηνοπαυσικές εξάψεις ή τις εφιδρώσεις. Θεωρητικά, ως πλεονέκτημα της εκτιμάται το ότι δεν ερεθίζει το εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας ή τον μαστικό ιστό, ωστόσο η επίδραση της στον ενδεχομένως μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Προς το παρόν, συνιστάται στις μετεμμηνοπαυσικές γυναίκες που κινδυνεύουν από οστεοπόρωση και δεν μπορούν να υποβληθούν σε συμβατική ορμονική θεραπεία υποκατάστασης ή να λάβουν άλλα καθιερωμένα προληπτικά φάρμακα όπως τα διφωσφονάτα.

## 6.9 ΩΦΕΛΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ HRT

Δύο είναι οι λόγοι για τους οποίους μπορεί να θελήσετε να ακολουθήσετε τη θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης. Πρώτον, θα ανακουφιστείτε από τις εξάψεις, τη νυχτερινή εφίδρωση, τις αϋπνίες, την κατάθλιψη, την επώδυνη σεξουαλική επαφή, τα προβλήματα της ουροδόχου κύστης και από τα υπόλοιπα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης. Ωστόσο δεν χρειάζεται να έχετε συμπτώματα για να ωφεληθείτε από την θεραπεία. Ο δεύτερος λόγος και πιθανόν πιο σημαντικός είναι η προστασία που προσφέρει έναντι του αυξημένου κινδύνου εκδήλωσης οστεοπόρωσης και καρδιοπάθειας, που συνδέονται με την έλλειψη οιστρογόνων

μετά την εμμηνόπαυση<sup>48</sup>.

## 6.10 ΤΡΟΠΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ HRT

Όπως υπάρχουν διάφοροι τύποι, μορφές χορήγησης, της θεραπείας HRT, έτσι υπάρχουν και διάφοροι τρόποι χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής. Η βασική διαφορά βρίσκεται στον όγκο της αιμορραγίας.

### Υπάρχουν τρεις βασικοί τρόποι:

" **Συνεχής θεραπεία.** Η συνεχής θεραπεία με οιστρογόνα και προσθήκη προγεσταγόνου είναι ο πλέον συνήθης λήψης της HRT. Η υποψήφια μπορεί να παίρνει καθημερινά ένα δισκίο από οιστρογόνα ή να φοράει στο δέρμα ένα έμπλαστρο δύο φορές την εβδομάδα. Η προγεσταγόνη λαμβάνεται είτε με τη μορφή χαπιού, είτε μ' ένα συνδυασμένο έμπλαστρο στο δέρμα για 12-14 ημέρες. Πάνω από το 90% των γυναικών θα αντιμετωπίσουν αιμορραγία, σύμφωνα με αυτό τον τρόπο χορήγησης της θεραπείας, εφόσον η μήτρα δεν έχει αφαιρεθεί. Θα πρέπει να παρακολουθείται το διάγραμμα αιμορραγιών που θα ακολουθούν ύστερα από τη διακοπή χρήσης προγεσταγόνου. Αν η αιμορραγία ξεκινήσει πριν από τη διακοπή λήψης προγεσταγόνου, η οικεία δόση μπορεί να είναι πολύ μικρή για την συγκεκριμένη γυναίκα που την λαμβάνει και θα πρέπει να αναπροσαρμοστεί.

" **Κυκλική θεραπεία.** Οιστρογόνο και προγεσταγόνο που λαμβάνεται με κυκλική χρονική διάρκεια είναι μια λιγότερο συνήθης μέθοδος λήψης HRT. Οιστρογόνο λαμβάνεται από την πρώτη ως την 21η ημέρα του κύκλου, ενώ το προγεσταγόνο τις τελευταίες 12 ή 13 ημέρες του κύκλου. Και οι δύο αγωγές, σταματούν την 21 ημέρα και θα εμφανιστεί αιμορραγία μεταξύ της 22ης ως την 28η ημέρα, τόσο με το έμπλαστρο όσο και με το δισκίο. Πάνω από το 90% των γυναικών που δεν έχουν υποβληθεί σε υστερεκτομή θα αντιμετωπίσουν μίαν αιμορραγία στο ενδιάμεσο διάστημα μεταξύ της λήξης της μιας αγωγής και της έναρξης της επόμενης. Εντούτοις, η αιμορραγία συνήθως λιγοστεύει με την πάροδο του χρόνου και μπορεί να σταματήσει πλήρως. Ο πιο σύγχρονος τρόπος να ακολουθηθεί η κυκλική θεραπεία είναι να λαμβάνεται προγεσταγόνο μια φορά στους τρεις μήνες. Αυτό σημαίνει ότι επί δύο μήνες η γυναίκα δεν θα έχει αιμορραγία, στη συνέχεια θα αιμορραγήσει τον τρίτο μήνα, έτσι ώστε να αντιμετωπίζει μόνο τέσσερις περιόδους τον χρόνο.

" **Συνδυασμένη συνεχής θεραπεία (χωρίς αιμορραγία HRT).** Η μέθοδος αυτή συνίσταται σε συνεχείς καθημερινές δόσεις οιστρογόνου σε συνδυασμό με πολύ μικρές δόσεις προγεσταγόνου. Στόχος αυτής της συνεχούς θεραπείας είναι να αποφευχθεί η περίοδος και ακόμα και αν εμφανιστεί αίμα να σταματήσει μέσα σε λίγους μήνες. Η χορήγηση της χωρίς αιμορραγία θεραπείας HRT δεν είναι δημοφιλής μεταξύ των γυναικών που ακολουθούν μακροχρόνια θεραπεία. Ωστόσο, ένα ποσοστό 60% – 90% των γυναικών την προτιμούν σε σχέση με τις προηγούμενες δύο<sup>47</sup>.

### Παρενέργειες από την θεραπεία HRT

Μόνο το 9% περίπου των γυναικών που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση ακολουθούν τη θεραπεία HRT, η δε πλειονότητα αυτών εγκαταλείπουν ύστερα από λίγους μήνες. Η βασική αιτία που οι γυναίκες εγκαταλείπουν την θεραπεία HRT είναι οι παρενέργειες του προγεσταγόνου, το άβολο της μηνιαίας αιμορραγίας και ο φόβος του καρκίνου του στήθους. Σ' ό,τι αφορά το τελευταίο, οι γιατροί συμφωνούν ότι δεν υπάρχει σοβαρός κίνδυνος, και συγκεκριμένα το προγεσταγόνο μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή του καρκίνου του στήθους.

Γυναίκες οι οποίες έχουν υποστεί υστερεκτομή και λαμβάνουν μόνο οιστρογόνα, συνήθως δεν αντιμετωπίζουν ενοχλήσεις, εκτός αν απαιτείται μεγάλη δόση.

### **Οι προαναφερθέντες παρενέργειες είναι :**

#### 1) Υπέρταση

Η υπέρταση λέγεται ότι αυξάνει τον κίνδυνο των καρδιακών προσβολών και των εγκεφαλικών συμφορήσεων. Είναι μια κατάσταση που θα πρέπει να ληφθεί πολύ σοβαρά υπόψη από τις γυναίκες που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση. Τα οιστρογόνα δεν μπορούν να αλλάξουν την πίεση, εκτός αν υπάρχει ιδιαίτερη ευαισθησία. Είναι ένα πολύ σπάνιο φαινόμενο. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να ακολουθηθεί η θεραπεία HRT ακόμα και όταν η γυναίκα έχει υψηλή πίεση, όμως θα πρέπει να βεβαιωθεί το γεγονός ότι η πίεση θα ελεγχθεί λίγο μετά την έναρξη της ορμονικής θεραπείας. Αν είναι υψηλή τότε τα δισκία μπορεί να αντικατασταθούν με έμπλαστρα, δεδομένου ότι η από του στόματος χορήγηση περιστασιακά αναγκάζει το συκώτι να παράγει χημικές ουσίες που αυξάνουν την πίεση<sup>48</sup>.

#### 2) Πόνοι στο στήθος

Η θεραπεία HRT μπορεί να προκαλέσει ευαισθησία του στήθους που είναι χαρακτηριστική μια βδομάδα πριν από την περίοδο. Το πρώτο ήμισυ του μήνα τα οιστρογόνα στη θεραπεία HRT προκαλούν διόγκωση των γαλακτοφόρων αδένων και πόρων. Το επόμενο ήμισυ του κύκλου το προγεσταγόνο μπορεί να προκαλέσει κατακράτηση μέσα στο στήθος. Στο σημείο αυτό, μπορεί η γυναίκα να αισθάνεται ότι το στήθος της είναι γεμάτο από κουκούτσια πορτοκαλιού (το αίσθημα αυτό προκαλείται από τους διογκωμένους γαλακτοφόρους αδένες). Το πρήξιμο στο στήθος και η ευαισθησία μπορεί να περιοριστεί εφόσον περιοριστεί το αλάτι, ο καφές και η σοκολάτα.

Μπορεί επίσης να βοηθήσουν και μικρές δόσεις βιταμίνης Β6, όπως επίσης και η αναπροσαρμογή της δόσης του προγεσταγόνου. Ο πόνος αυτός διατηρείται σε όλη την διάρκεια του κύκλου HRT και συνήθως οφείλεται στα οιστρογόνα τα οποία είναι πολύ υψηλά<sup>48</sup>.

#### 3) Ινώματα

Οι καλοήθεις όγκοι στο εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας αυξάνονται εφόσον γίνεται εφαρμογή της θεραπείας HRT. Παρ' όλα αυτά, όταν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης είναι ιδιαίτερα σοβαρά, τα ινώματα δεν θα περιοριστούν εφόσον γίνεται εφαρμογή της HRT, και θα πρέπει να αφαιρεθούν.

#### 4) Διαβήτης

Αν η γυναίκα είναι διαβητική είναι βασικό να συζητήσει τα θέματα της υγείας της με το γιατρό ης πριν ξεκινήσει τη θεραπεία HRT. Και αυτό γιατί ο μεταβολισμός υδατανθράκων αλλάζει με τη HRT. Εφόσον συστηθεί σε μια διαβητική γυναίκα η θεραπεία HRT, θα πρέπει να ελέγχει συχνά τις τιμές του σακχάρου στο αίμα και τα ούρα<sup>47</sup>.

#### 5) Χολόλιθοι

Μεταξύ της ηλικίας των 50 και 75 ετών, 3 γυναίκες στις 100.000 εκτιμάται ότι πεθαίνουν από επιπλοκές της χολολιθίασης. Αυτό το ποσοστό αυξάνεται σε 6 γυναίκες στις 100.000, λόγω της εφαρμογής της θεραπείας HRT. Αυτό συμβαίνει διότι η θεραπεία οιστρογόνων αυξάνει τη συγκέντρωση της χολής στη χοληδόχο κύστη. Η παχυσαρκία επίσης συνδέεται με την αύξηση της χολολιθίασης και επομένως είναι σημαντικό να

περιοριστεί ο όγκος της χοληστερόλης στο διαιτολόγιο και να λαμβάνεται η HRT σε μια μορφή που δεν θα περνά μέσα από το ήπαρ. Τα έμπλαστρα δέρματος είναι καλύτερα από τα δισκία στον περιορισμό της πιθανότητας ανάπτυξης χολόλιθων<sup>47</sup>.

#### 6) Ημικρανίες

Η αντίδραση στη θεραπεία HRT σ' ό,τι αφορά τις ημικρανίες είναι απρόβλεπτη. Ορισμένες γυναίκες διαπιστώνουν ότι οι ημικρανίες εξαφανίζονται πλήρως, ενώ άλλες επιδεινώνονται. Το σύνηθες παράπονο είναι ότι οι ημικρανίες συμβαίνουν στα πλαίσια της δόσης της προγεσταγόνης ή ευθύς ως ολοκληρωθεί. Αυτές οι ημικρανίες συχνά ανακουφίζονται με την αλλαγή του τύπου ή της δόσης της προγεσταγόνης. Οι ημικρανίες που εμφανίζονται εκτός κύκλου μπορεί να οφείλονται σε πολύ χαμηλή δόση οιστρογόνου.

#### 7) Ακανόνιστη αιμορραγία

Περιστασιακά, η θεραπεία HRT μπορεί να οδηγήσει σε ακανόνιστη αιμορραγία και ο γιατρός να χρειαστεί να πάρει δείγμα του εσωτερικού τοιχώματος της μήτρας με τη μέθοδο της διαστολής και της απόξεσης προκειμένου να διαπιστώσει την ύπαρξη τυχόν ανωμαλιών. Μπορεί η γυναίκα να θεωρήσει αυτή τη μέθοδο ενοχλητική, όμως είναι απαραίτητο να κάνει μια έγκαιρη εξέταση για να αντιμετωπιστούν άμεσα τα όποια προβλήματα ίσως προκύψουν.

#### 8) Καρκίνος

Η σύνδεση της HRT και του καρκίνου της μήτρας και του στήθους προκαλεί μεγάλη ανησυχία. Ευτυχώς, γνωρίζουμε ότι η χρήση προγεσταγόνου εξαφανίζει τον κίνδυνο του καρκίνου της μήτρας και μπορεί να δώσει μελλοντική προφύλαξη. Εντούτοις, σχετικά με τον καρκίνο του στήθους δεν υπάρχει συμφωνία ειδικών. Σημαντικά στοιχεία αποδεικνύουν ότι σχεδόν σ' όλες τις περιπτώσεις των ασθενειών του στήθους η θεραπεία HRT δεν επιφέρει παρενέργειες. Αν δεν εντάσσεται η γυναίκα σε μιαν από τις περιπτώσεις αυξημένου κινδύνου για καρκίνο του στήθους (δεν είναι παχύσαρκη, δεν καπνίζει και δεν έχει μέλη της οικογένειας της που πάσχουν από καρκίνο) τότε τα υπέρ είναι περισσότερα για τη υιοθέτηση της θεραπείας HRT.

### **6.11 ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ HRT**

#### Ενδείξεις

Γυναίκες στις οποίες ενδείκνυται η ορμονική θεραπεία, είναι:

1. Όλες εκείνες στις οποίες η εμμηνόπαυση εγκαταστάθηκε νωρίς.
2. Όσες έχουν ενοχλήματα.
3. Όσες ασυμπτωματικές γυναίκες κινδυνεύουν ν' αποκτήσουν προβλήματα από την ορμονική ανεπάρκεια.
4. Όλες όσες, που για διάφορους δικούς τους προσωπικούς λόγους δεν επιθυμούν να μείνουν ακόμη χωρίς περίοδο.

#### Αντενδείξεις

1. Οποιαδήποτε αφύσικη κολπική αιμορραγία
2. Πρόσφατο εγκεφαλικό επεισόδιο
3. Πρόσφατη καρδιακή προσβολή

4. Ασθένεια του παγκρέατος
5. Καρκίνος της μήτρας
6. Καρκίνος του στήθους
7. Καρκίνος των ωοθηκών
8. Πρόσφατη ασθένεια του ήπατος
9. Πρόσφατη φλεμβική θρόμβωση ή πνευμονική εμβολή<sup>48</sup>.

## **6.12 ΜΗ ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

### **Καταπραϋντικά**

Είναι φάρμακα τα οποία μειώνουν τη δραστηριότητα του κέντρου του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα το άτομο να αισθάνεται υπνηλία. Τα καταπραυντικά είναι λιγότερο αποτελεσματικά από τη θεραπεία HRT στην εξασθένηση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, όμως μπορεί να βοηθήσουν στην ανακούφιση από τα συναισθηματικού χαρακτήρα συμπτώματα, όπως η ανησυχία και η ευερεθιστότητα.

### **Ηρεμιστικά**

Οι γιατροί, που πιστεύουν ότι τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης είναι «νευρωτικού» χαρακτήρα, συστήνουν ηρεμιστικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα, αντί να αποκαθιστούν τις χαμένες ορμόνες στα πλαίσια της θεραπείας HRT. Τα ηρεμιστικά, όντως, δεν είναι πολύ αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, εκτός αν ακολουθείται παράλληλα και η θεραπεία HRT. Όταν χορηγούνται βραχυπρόθεσμα, σε συνδυασμό με τη θεραπεία HRT, μπορεί να ανακουφίσουν από καταστάσεις μεγάλης έντασης, όπως η ανησυχία, η ευερεθιστότητα και η αυπνία.

### **Αντικαταθλιπτικά**

Η ελαφρά κατάθλιψη κατά την εμμηνόπαυση οφείλεται κυρίως στην ορμονική ανεπάρκεια, για αυτόν τον λόγο είναι και πολύ σημαντική η επιλογή της θεραπείας HRT. Αν οι ορμόνες δεν αντιδρούν στη γυναίκα τότε μπορεί να προστεθούν αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Μόνο το 1/5 των περιπτώσεων κατάθλιψης θεραπεύονται με τα αντικαταθλιπτικά. Τα πιο συνηθισμένα χορηγούμενα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι η αμφιτριπτυλίνη (amphitriptyline), η ιμιπραμίνη (imipramine) και φάρμακα όπως οι αναστολείς οξειδωσης μονοαμίνης (MAO) και οι αναστολείς της επιλεκτικής σεροτονίνης. Σχεδόν όλα τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχουν παρενέργειες και θα πρέπει η γυναίκα πριν ξεκινήσει τη θεραπεία να ρωτήσει το γιατρό της τα σχετικά με τα φάρμακα αυτά. Θα πρέπει, επίσης, να γνωρίζει τις πιθανές αντιδράσεις με άλλα φάρμακα ή τροφές. Για παράδειγμα, αν παίρνει έναν αναστολέα οξειδωσης μονοαμίνης δεν θα πρέπει να τρώει τυρί ή προϊόντα που περιέχουν μαγιά.

Φάρμακα όπως τα αντικαταθλιπτικά και τα ηρεμιστικά είναι πολύ περισσότερο αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης όταν αποτελούν τμήμα ενός ολοκληρωμένου προγράμματος, το οποίο συμπεριλαμβάνει συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία.

### **CLONIDINE**

Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά ως θεραπευτικό για την αντιμετώπιση της ημικρανίας και αργότερα των ξαφνικών και έντονων ερυθριάσεων, παρόλο που δεν αντιδρούν σ' αυτό θετικά όλες οι γυναίκες. Οι έρευνες κατέδειξαν, επίσης, ότι το clonidine μπορεί να περιορίσει

τις έντονες επιθυμίες σε άτομα που προσπαθούν να σταματήσουν το κάπνισμα, το ποτό ή τα ναρκωτικά. Αν η γυναίκα δεν μπορεί να ακολουθήσει τη θεραπεία HRT για την αντιμετώπιση των ξαφνικών έντονων ερυθριάσεων, τότε μπορεί να ξεκινήσει με clonidine.

### **PROPANOLOL(ΠΡΟΠΑΝΟΛΟΛΗ)**

Είναι β-παρεμποδιστής και χορηγείται για την αντιμετώπιση της υπέρτασης και των ημικρανιών. Ορισμένες έρευνες έχουν καταδείξει ότι βοηθάει στην αντιμετώπιση των ξαφνικών έντονων ερυθριάσεων και θα πρέπει να συζητηθεί και αυτή η επιλογή με το γιατρό.

### **ETIDRONATE**

Είναι ένα φάρμακο που αντιμετωπίζει την οστεοπόρωση της σπονδυλικής στήλης. Ενεργεί με την αναστολή της λειτουργίας των οστεοκλαστών (ήτοι των κυττάρων που συμβάλλουν στην καταστροφή των οστών και τη δραστηριοποίηση της λειτουργίας των οστεοβλαστών (ήτοι των κυττάρων που ανανεώνουν τα οστά).

### **ΑΣΒΕΣΤΙΟ**

Αυτή η ανόργανη ουσία είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία των οστών μακροχρόνια, την προστασία από τις καρδιακές ασθένειες και την υψηλή πίεση. Τα δισκία ασβεστίου προέρχονται από διάφορες πηγές και υπάρχουν πολλά προϊόντα στην αγορά. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει κάθε γυναίκα να συμβουλευτεί τον γιατρό της για το ποιο είναι περισσότερο κατάλληλο για εκείνη. Προκειμένου να απορροφηθεί το ασβέστιο από τον οργανισμό θα πρέπει να υπάρχουν οιστρογόνα και μικρή ποσότητα βιταμίνης D. Αυτός είναι ο λόγος που τα προσθετικά ασβεστίου συμβαδίζουν αρμονικά με τη θεραπεία HRT<sup>48</sup>.

## **6.13 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ HRT**

Αν η γυναίκα ακολουθεί ορμονική θεραπεία, μπορεί να θέλει για κάποιο διάστημα να δει πως τα πάει χωρίς τη βοήθειά της. Ή μπορεί, σε πρώτη φάση, να μη θέλει να εφαρμόσει τη θεραπεία HRT. Και στις δύο περιπτώσεις υπάρχουν δύο τρόποι, με τους οποίους μπορεί να αυξήσει τη δική της παραγωγή οιστρογόνου για να αποκαταστήσει το χαμηλό επίπεδο ορμονών που υπάρχουν στο κυκλοφορικό της σύστημα.

☛ **Ο πρώτος τρόπος είναι η άσκηση** που μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική με τη θεραπεία HRT στα χρόνια μετά την εμμηνόπαυση, όταν το σώμα έχει ανάγκη από λίγη σχετικά οιστρογόνο ορμόνη για να είναι σε καλή κατάσταση.

☛ **Η δεύτερη πηγή παραγωγής οιστρογόνου ορμόνης είναι τα λιποκύτταρα**, γι' αυτό είναι επικίνδυνο για τις γυναίκες που βρίσκονται λίγο πριν και μετά την εμμηνόπαυση να κάνουν υπερβολική διαίτα. Οι αδύνατες γυναίκες γενικά αντιμετωπίζουν την εμμηνόπαυση νωρίτερα απ' ό,τι οι παχιές, γιατί όλα τα λιποκύτταρα του οργανισμού παράγουν οιστρογόνο ορμόνη και όταν αυτά δεν υπάρχουν το επίπεδο των ορμονών κατεβαίνει πολύ χαμηλά. Αν η γυναίκα δεν επιθυμεί να υιοθετήσει τη θεραπεία HRT και έχει συμπτώματα ανεπάρκειας οιστρογόνου ορμόνης, πρέπει να πάρει λίγο βάρος. Ότι και να κάνει, μη χάσει τόσο πολύ βάρος ώστε να έχει λίγο λίπος στο σώμα της· αλλιώς, θα αφαιρέσει από τον οργανισμό της μια βασική πηγή φυσικής οιστρογόνου ορμόνης.

**Η κάθε γυναίκα μπορεί να υιοθετήσει αυτούσιες μεθόδους ή να τις συνδυάσει με την HRT για καλύτερα αποτελέσματα:**

- Γυμναστική άσκηση



- Φυσιοπαθητική
- Γιόγκα
- Αρωματοθεραπεία
- Πίεση
- Ομοιοπαθητική
- Υδροθεραπεία
- Βοτανική
- Οστεοπαθητική
- Βελονισμός
- Χειροπρακτική
- Μασάζ<sup>47</sup>

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο**

## **ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

### ΠΡΟΛΗΨΗ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

#### 7.1 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ (WHO), προαγωγή υγείας ορίζεται σαν μια διαδικασία που παρέχει την δυνατότητα στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να την βελτιώσουν, παράλληλα όμως εξυπηρετεί και ένα συγκεκριμένο σκοπό δηλαδή να καταστήσει τα άτομα ικανά να αποκτήσουν ή να αυξήσουν τον έλεγχο στην υγεία τους, με την αυτό-ενδυνάμωση. Ο ορισμός αυτός αναγνωρίζει ότι η υγεία και ο έλεγχος της αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα, το οποίο η προαγωγή υγείας θα πρέπει να παροτρύνει τον κόσμο να εξασκεί.

Βέβαια, σύμφωνα με τον πιο πρόσφατο ορισμό αναφέρεται ως κάθε δραστηριότητα ή πρόγραμμα, σχεδιασμένα να βελτιώσουν τις κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες ζωής, κατά τρόπο τέτοιο που να αυξάνεται η ευεξία των ατόμων.

Συμπερασματικά λοιπόν, *στόχος της προαγωγής υγείας στη ζωή της εμμηνοπαυσιακής γυναίκας είναι:*

- 1) **Η παροχή εκπαίδευσης** μέσω των γνώσεων και την μετάδοση πληροφοριών έτσι ώστε να μάθει να ενεργεί και να συμπεριφέρεται με απώτερο σκοπό την υγεία και την κατανόηση αυτής,
- 2) **Η ενδυνάμωση** της εμμηνοπαυσιακής γυναίκας, έτσι ώστε να αποκτήσει δεξιότητες και ικανότητες οι οποίες να την βοηθήσουν να έχει τον έλεγχο της υγείας της και να καλύπτει τις ανάγκες της για υγεία,
- 3) **Η αλλαγή της συμπεριφοράς** με στόχο την τροποποίηση αυτής και την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής σε περίπτωση λανθασμένων συμπεριφορών που την δυσχεραίνουν ή μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα υγείας στο μέλλον
- 4) **Η πρόληψη**, η οποία διενεργείται με την υιοθέτηση σωστών συμπεριφορών και τον τακτικό προληπτικό έλεγχο για την αποφυγή τυχόν αλλοιώσεων της υγείας, γιατί όπως είπε και ο πατέρας της ιατρικής Ιπποκράτης ‘κάλλιο το προλαμβάνει παρά το θεραπεύει’ και τέλος.
- 5) **Η αλλαγή** του τρόπου συμπεριφοράς του κοινωνικού περιβάλλοντος της εμμηνοπαυσιακής γυναίκας όπως π.χ. τα παιδιά, ο σύντροφος και οι φίλοι ,έτσι ώστε να είναι γνώστες της κατάστασης και να έχουν υποστηρικτικό ρόλο βοηθώντας την γυναίκα στην προσπάθεια για μια καλύτερη καθημερινότητα αλλά και για ένα πιο υγιές μέλλον<sup>46</sup>.

#### 7.2 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η αγωγή υγείας αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της προαγωγής υγείας, σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO) ο όρος αγωγή υγείας περιλαμβάνει τις συνειδητά κατασκευασμένες ευκαιρίες μάθησης, οι οποίες αξιοποιούν μορφές επικοινωνίας, σχεδιασμένες να βελτιώνουν τα επίπεδα γνώσης για την υγεία, και να αναπτύσσουν τις δεξιότητες οι οποίες συμβάλλουν στην υγεία του ατόμου και της κοινότητας. Επίσης, η αγωγή υγείας δεν αφορά μόνο στη διάδοση πληροφοριών αλλά και στην ενδυνάμωση των κινήτρων, των ικανοτήτων και της αυτοπεποίθησης (αυτό-αποτελεσματικότητας) που είναι απαραίτητα για να υπάρξει δράση για την βελτίωση της υγείας.

*Υπάρχουν τρία επίπεδα πρόληψης αγωγής υγείας:*

☪ *Η πρωτοβάθμια αγωγή υγείας*, η οποία έχει στόχο την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών και τρόπου ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών καθώς και την πρόληψη ως βασικό κομμάτι για την αποφυγή νοσηρότητας στο μέλλον.

☪ *Η δευτεροβάθμια αγωγή υγείας*, η οποία έχει στόχο την πρόληψη εμφάνισης αλλά και ανάπτυξης υπάρχουσας νόσου καθώς και η μείωση των επιπτώσεων. Οι εμμηνοπαυσιακές γυναίκες θα πρέπει σύμφωνα με τα παραπάνω να κάνουν τακτικούς προσυμπτωματικούς ελέγχους, να επιδιώκουν την έγκαιρη διάγνωση και πολύ σημαντικό, να συμμορφώνονται και να ακολουθούν τα θεραπευτικά σχήματα ή την συμβουλευτική.

☪ *Η τριτοβάθμια αγωγή υγείας*, η οποία έχει στόχο την αποκατάσταση, την προσαρμογή και την αποφυγή της υποτροπής. Οι γυναίκες πρέπει λοιπόν να ακολουθούν τα θεραπευτικά σχήματα, να προσαρμοστούν σε περιορισμούς που προκύπτουν από την υπάρχουσα κατάσταση και να λάβουν συμβουλευτική φροντίδα οι ίδιοι αλλά και οι οικογένειες τους για την καλύτερη αντιμετώπιση της<sup>46</sup>.

### **7.3 ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ**

Καθώς περνούν τα χρόνια, η πεπτική δίοδος δυσχεραίνεται και η πέψη διαρκεί περισσότερο χρόνο. Ο οργανισμός δεν μπορεί εύκολα να ανταποκριθεί σε τροφές που περιέχουν πολλές θερμίδες, είναι όμως λίγο θρεπτικές. Παρόλο που η γυναίκα στην εμμηνόπαυση χρειάζεται λιγότερες θερμίδες, εξακολουθεί να χρειάζεται το ίδιο σύνολο θρεπτικών ουσιών.

Η υγιεινή διατροφή κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης, θα πρέπει να αποτελείται από μη επεξεργασμένες τροφές, όπως φρούτα, λαχανικά, σπόροι, θαλασσινά, λίγο ελαιόλαδο, φουντούκια, ψάρια, κρέας χωρίς λίπος και αυγά περιστασιακά. Απαραίτητη και πολύ βασική είναι η πρόσληψη βιταμινών και ανόργανων ουσιών. Η σωστή διατροφή μπορεί να συντελέσει στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, έτσι ώστε να μπορεί να συνεχίσει η γυναίκα χωρίς φάρμακα. Επίσης πολύ βασικό είναι η αποφυγή μεγάλης ποσότητας κρέατος, καθώς οδηγεί σε ανεπάρκεια απορρόφησης ασβεστίου. Η μεγάλη ποσότητα κρέατος αυξάνει και τον κίνδυνο εμφάνισης οστεοπόρωσης, γι' αυτό πρέπει να μειωθεί η ποσότητα κρέατος και αύξηση κατανάλωσης λαχανικών, ζυμαρικών, φασολιών και ρυζιού. Η πρόσληψη του απαραίτητου όγκου λίπους βρίσκονται στις πλήρης φυτικές τροφές, όπως τα φυτικά λάδια και το ψαρέλαιο. Τα κορεσμένα λίπη θα πρέπει να αποφεύγονται και συνήθως βρίσκονται σε επεξεργασμένες τροφές. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα είναι επίσης απαραίτητα για την εμμηνοπαυσιακή γυναίκα καθώς βοηθούν στην απορρόφηση ασβεστίου<sup>13</sup>.

Ανεξάρτητα από όλα τα παραπάνω τα οποία είναι απαραίτητα για την διατήρηση της υγείας της, η ίδια η γυναίκα έχει την δυνατότητα με απλούς και καθημερινούς τρόπους να την προάγει και να αισθάνεται καλύτερα τόσο σωματικά, όσο και ψυχικά. Αυτό επιτυγχάνεται με την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, από τον οποίο θα επωμίζει ενέργεια και αναζωογόνηση.

Αυτοί οι παράγοντες είναι:

1) Η σωστή διατροφή

- 2) Έλεγχος του βάρους
- 3) Η χαλάρωση
- 4) Η αποφυγή κακών τροφών
- 5) Η αποφυγή καταχρήσεων
- 6) Η προστασία του σώματος
- 7) Διατήρηση μιας καλής εμφάνισης
- 8) Διατήρηση του ερωτισμού

Τέλος, θα πρέπει να τονίσουμε ότι μελέτες των τελευταίων ετών έχουν αναδείξει την αξία των φυτοοιστρογόνων στην βελτίωση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης αλλά και διαφόρων δεικτών κινδύνου για την υγεία, όπως είναι η βελτίωση του λιπιδαιμικού προφίλ και η διατήρηση της πυκνότητας των οστών. Πηγές φυτοοιστρογόνων είναι τρόφιμα όπως ο λιναρόσπορος και το λινέλαιο, η σόγια, το τόφου, το σουσάμι και το σκόρδο, ενώ συμπληρώματα φυτοοιστρογόνων χρησιμοποιούνται πλέον ευρέως ως μία πιο φυσική μέθοδος αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης.

#### **7.4 ΠΡΟΛΗΨΗ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ**

Πολύ πρόσφατα, το Αμερικανικό Ίδρυμα Οστεοπόρωσης εξέδωσε τις ανανεωμένες οδηγίες για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης στους άντρες 50 ετών και άνω αλλά και στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Οι προηγούμενες οδηγίες είχαν εκδοθεί το 1997 από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Οστεοπόρωσης και Νόσων των Οστών που στη συνέχεια μετονομάστηκε σε Διεθνή Οργανισμό Οστεοπόρωσης.

Η οστεοπόρωση χαρακτηρίζεται και ως 'σιωπηλή νόσος' επειδή η εξέλιξή της είναι πολύ αργή και ασυμπτωματική, ενώ γίνεται πλέον έκδηλη με το πρώτο οστεοπορωτικό κάταγμα. Σύμφωνα με τον πρόεδρο του αμερικανικού ιδρύματος για την οστεοπόρωση Bess Dawson-Hughes, από το πανεπιστήμιο Tufts της Βοστώνης: 'η πρόληψη, η ανίχνευση και η αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης θα πρέπει να αποτελεί κυρίαρχο στόχο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας'.

#### **Πρόληψη**

Η οστεοπόρωση μπορεί να προληφθεί με την υιοθέτηση κατάλληλων υγιεινών διαιτητικών συνηθειών αλλά και με συστηματική σωματική δραστηριότητα. Χαρακτηριστική σε αυτό το σημείο είναι η παρατήρηση πως στους ασθενείς δεν δίνεται απαραίτητη πληροφόρηση σε σχέση με το πώς μπορεί να προληφθεί η ασθένεια. Επίσης, σύμφωνα με το πόρισμα των κατευθυντήριων οδηγιών, πολλοί ασθενείς δεν έχουν καν την τύχη να τους γίνει εκτίμηση του οστεοπορωτικού κινδύνου που διατρέχουν πριν ακόμα εκδηλωθεί το οστεοπορωτικό κάταγμα.

#### **Η πρόληψη της οστεοπόρωσης ξεκινά από την παιδική ηλικία.**

¶ Τουλάχιστον το μισό από το ασβέστιο του ενήλικου ατόμου καθορίζεται κατά τη διάρκεια της εφηβείας με μεγαλύτερους ρυθμούς προσαύξεσης κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων της παιδικής ηλικίας και των πρώτων χρόνων της εφηβικής.

¶ Οι κρίσιμες ηλικίες στις οποίες η οστική μάζα προσεγγίζει τις μέγιστες τιμές είναι αυτές των 11 έως 14 ετών στα κορίτσια και 13 έως 17 ετών στα αγόρια.

¶ Πλούσια διατροφή λοιπόν σε ασβέστιο, φρούτα και λαχανικά και όχι αντικατάσταση του γάλακτος από αναψυκτικά και αλκοολούχα ποτά πρέπει να αποτελεί τον οδηγό των γονέων και των παιδιών. Πόσο όμως ασβέστιο είναι αρκετό; Οι συστάσεις ανά χώρα και ηλικιακή ομάδα ποικίλουν και κυμαίνονται από τα 500 mgr ημερησίως στο Ηνωμένο Βασίλειο μέχρι και τα 1300 mgr ημερησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες.

¶ Για επαρκείς ποσότητες βιταμίνης D επιβάλλεται η έκθεση στον ήλιο, ιδιαίτερα σε μια μεσογειακή χώρα σαν τη δική μας. Τα παιδιά πρέπει να βγαίνουν στις γειτονιές να παίζουν και όχι να εγκλωβίζονται συνέχεια σε επιτραπέζιους και ηλεκτρονικούς τρόπους ψυχαγωγίας.

¶ Το σχολείο και η πολιτεία επίσης μπορούν να αναλάβουν πρωτοβουλία για να ωθήσουν τους νέους σε ψυχαγωγικές εκδηλώσεις που εμπεριέχουν έντονη σωματική δραστηριότητα. Με το παιχνίδι στη γειτονιά ή σε άλλους εξωτερικούς χώρους τα παιδιά θα εξασφαλίσουν έκθεση στο ηλιακό φως, σωματική δραστηριότητα (απαραίτητος παράγοντας για αύξηση της οστικής μάζας) και καλύτερη ψυχολογία.

### **Τρίτη ηλικία**

¶ Από την άλλη πλευρά, οι ηλικιωμένοι είναι αυτοί που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ένα οστεοπορωτικό κάταγμα. Χαρακτηριστικό επίσης είναι πως τα άτομα με χαμηλό βάρος και δείκτη μάζας σώματος (BMI) διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για οστεοπορωτικό κάταγμα. Για παράδειγμα, ένα άτομο με BMI 20 έχει διπλάσιο κίνδυνο οστεοπορωτικού κατάγματος από ένα άλλο με BMI 25. Η παρατήρηση αυτή δε θα πρέπει να παρερμηνευθεί και να θεωρήσει κάποιος πως με το να είναι παχύσαρκος είναι προστατευμένος έναντι των οστεοπορωτικών καταγμάτων σε σχέση με κάποιον που έχει φυσιολογικό βάρος.

¶ Μετά την ηλικία των 65 ετών λοιπόν, παρατηρείται έλλειψη ασβεστίου, πρωτεΐνης και βιταμίνης D στους ανθρώπους των ηλικιών αυτών. Μια διατροφή πλούσια σε ασβέστιο και βιταμίνη D με την κατάλληλη συμπληρωματική χορήγηση ασβεστίου και βιταμίνης D μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο πτώσης, εφόσον η ημερήσια δόση βιταμίνης D ξεπερνά τις 700 διεθνείς μονάδες (IU) και του ασβεστίου τα 1000 मिलिग्रामμάρια (mgr) την ημέρα.

¶ Παρόλα αυτά η χορήγηση συμπληρωμάτων ασβεστίου θα πρέπει να σχεδιάζεται προσεκτικά και αν οι ανάγκες καλύπτονται μόνο από τη διατροφή θα πρέπει να αποφεύγεται.

### **Ασθενείς με Οστεοπόρωση**

¶ Οι ασθενείς με οστεοπόρωση θα πρέπει επίσης να λαμβάνουν από τη διατροφή τους 1 γραμμάριο πρωτεΐνης ανά κιλό σωματικού βάρους ημερησίως. Η επαρκής πρόσληψη πρωτεΐνης μπορεί να μειώσει τις συνέπειες ενός οστεοπορωτικού κατάγματος, όπως για παράδειγμα την αναιμία που πολλές φορές παρατηρείται.

¶ Με αυτόν τον τρόπο μειώνεται επιπρόσθετα ο χρόνος νοσηλείας των ασθενών αυτών.

Η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ επίσης έχει συνδεθεί με κίνδυνο για οστεοπορωτικό κάταγμα και η σχέση μάλιστα φαίνεται να είναι δόσοεξαρτώμενη. Όταν η κατανάλωση είναι περίπου 2 μονάδες αλκοόλ ημερησίως, ο κίνδυνος δεν είναι αυξημένος. Αντίθετα, πολλές μελέτες δείχνουν πως ο κίνδυνος μειώνεται σε αυτά τα επίπεδα κατανάλωσης. Ποσότητες όμως μεγαλύτερες των 3 μονάδων αυξάνουν τον κίνδυνο

κατάγματος με δοσοεξαρτώμενο τρόπο. Οι ασθενείς μπορούν να συμβουλευτούν τον διαιτολόγο τους ή τον γιατρό τους για το πώς μπορούν να πετύχουν τους προαναφερθέντες διατροφικούς στόχους. Θα πρέπει να επισημανθεί πως κοιτώντας μέσα από το διατροφική θεώρηση της νόσου, θα πρέπει να καλλιεργηθεί αρχικά στα παιδιά η έννοια της σωστής διατροφής. Αυτό μπορεί να γίνει τόσο από το οικογενειακό όσο και από το σχολικό περιβάλλον. Τόσο στα παιδιά όσο και σε αυτούς που διατρέχουν κίνδυνο ή στους ήδη ασθενείς να δίνεται η συμβουλή για επαρκή πρόσληψη διαιτητικής ποσότητας ασβεστίου, βιταμίνης D, πρωτεΐνης, φρούτων και λαχανικών τα οποία είναι πλούσια σε βιταμίνη K.

Αν όλα αυτά συνδυαστούν και με επαρκή επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, τότε μπορούμε να αναμένουμε μειωμένους ρυθμούς εμφάνισης οστεοπορωτικών καταγμάτων<sup>46</sup>.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο**

## **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**





## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο**

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

#### **8.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ**

Η εμμηνοπαυσική γυναίκα θα πρέπει να διδαχθεί από τον νοσηλευτή την σημασία της σωστής διατροφής, της ανάπαυσης, και της άσκησης, καθώς και τους κινδύνους από την κατάχρηση ουσιών. Οι παραπομπές σε ομάδες στήριξης και η ατομική συμβουλευτική μπορεί να είναι απαραίτητα για την ενδυνάμωση των μηχανισμών αντιμετώπισης και την αποδοχή των προσωπικών και οικογενειακών αλλαγών, που λαμβάνουν χώρα. Ακολουθώντας λοιπόν τις οδηγίες του νοσηλευτή και πάντα με την καθοδήγηση των γιατρών, η εμμηνοπαυσική γυναίκα θα πρέπει να προβεί σε συγκεκριμένες πράξεις που προάγουν την υγεία της, τόσο σωματική, όσο και ψυχική<sup>47</sup>.

Ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας της εμμηνοπαυσικής γυναίκας, διδάσκοντας, λειτουργώντας ως πρότυπο και ενθαρρύνοντας την ανάληψη ευθύνης για αυτοφροντίδα.

**Οι δραστηριότητες που συστήνονται για την προαγωγή της υγείας είναι οι ακόλουθες:**

1. Εξέταση μαστών από επαγγελματία υγείας μία φορά τον χρόνο
2. Αυτοεξέταση μαστών κάθε μήνα
3. Μαστογραφία μετά από σύσταση επαγγελματία υγείας και μετά την ηλικία των 50 μία φορά τον χρόνο
4. Τεστ Παπανικολάου μία φορά τον χρόνο
5. Μετά από τρία ή περισσότερα διαδοχικά τεστ, το τεστ Παπανικολάου μπορεί να γίνεται λιγότερο συχνά, κατά την κρίση πάντα του επαγγελματία υγείας
6. Πλήρη φυσική εξέταση κάθε δύο χρόνια
7. Ετήσια οδοντιατρική εξέταση
8. Οφθαλμολογική εξέταση κάθε ένα με δύο χρόνια, συμπεριλαμβανομένης της εξέτασης για γλαύκωμα
9. Διατήρηση της τρέχουσας ανοσοποίησης
10. Ετήσια εξέταση κοπράνων για την παρουσία αίματος
11. Δακτυλική εξέταση του ορθού κάθε χρόνο
12. Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο

#### **8.2 ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Καθώς η γυναίκα πλησιάζει στην εμμηνόπαυση χρειάζεται να υποβάλλεται τακτικά σε μία ποικιλία ιατρικών εξετάσεων. Κάποιες από τις εξετάσεις που πραγματοποιούνται στο παρελθόν θα πρέπει να γίνονται πιο τακτικά, ενώ μπορεί να προστεθούν και καινούριες λόγω της αλλαγής που έχει υποστεί ένεκα της εμμηνόπαυσης. Διαδικασίες όπως η κολποσκόπηση,

μπορεί να είναι απαραίτητες, εφόσον στους ελέγχους ρουτίνας διαπιστωθούν κάποιες ανωμαλίες. Μία μεγάλη ομάδα ανθρώπων θα συμβάλλουν στον έλεγχο της υγείας της γυναίκας, με πρωταρχικό ρόλο να κατέχει ο ίδιος της ο εαυτός. Ακολουθεί ο γιατρός, ο γυναικολόγος, ο ακτινολόγος που θα διαβάσει το μαστογράφημα, ο κυτταρολόγος ο οποίος θα μελετήσει το κολπικό επίχρισμα κ.ο.κ

Οι γιατροί φέρουν ευθύνη σε ότι αφορά τη θεραπεία υποκατάστασης ορμονών, και πρώτου συσταθεί αυτή η θεραπεία HRT ο γιατρός θα πρέπει να προβεί σε μία εξέταση της πυέλου, του στήθους, να πάρει κολπικό επίχρισμα και να ελέγξει το βάρος και την πίεση της γυναίκας.

Συγκεκριμένα, θα πρέπει να γίνει μία μαστογραφία για να διαπιστωθεί η κατάσταση υγείας του στήθους, όπως επίσης θα πρέπει να γίνει έλεγχος της οστικής μάζας για να εκτιμηθεί εάν η γυναίκα είναι επιρρεπείς σε οστεοπόρωση. Αφού χορηγηθεί η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, θα πρέπει ανά εξάμηνο να γίνεται επίσκεψη στο γιατρό για την συζήτηση τυχόν παρενεργειών και αιμορραγιών και για τον έλεγχο του σωματικού βάρους αλλά και της αρτηριακής πίεσης.

### **Προληπτικός έλεγχος μετά την εμμηνόπαυση κάθε χρόνο**

1. Γενική εξέταση ούρων
2. Γενική εξέταση αίματος
3. Τ.Κ.Ε.
4. Ασβέστιο
5. Φώσφορος
6. Σάκχαρο
7. Ουρία
8. Ουρικό οξύ
9. Χοληστερίνη
10. Τριγλυκερίδια
11. HDL – LDL
12. SGOT – SGPT (τρανσαμινάσες)
13. Λευκώματα ολικά – Λευκωματίνη
14. Κρεατινίνη
15. Αλκαλική φωσφατάση
16. FSH
17. Έλεγχος αναπνευστικής λειτουργίας (σπειρομετρία)
18. Γυναικολογική εξέταση κάθε χρόνο
19. Καρδιολογική εξέταση
20. Παθολογική εξέταση
21. Ω.Ρ.Λ. εξέταση
22. Οφθαλμολογικός έλεγχος

23. Ψηλάφηση μαστών κάθε μήνα μόνη της και από τον ιατρό στο check up<sup>47</sup>

### 8.3 ΑΤΟΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ

Η τεχνική της αυτοεξέτασης μαστού έχει αποδειχθεί πολύτιμο μέσο έγκαιρης διαπίστωσης του καρκίνου του μαστού. Η πείρα έχει δείξει ότι το 95% των καρκίνων μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Όταν η ανίχνευση ενός ογκιδίου βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποβεί σωτήρια στο 70-80% των περιπτώσεων.

Η γυναίκα θα πρέπει να υιοθετήσει ένα μηνιαίο πρόγραμμα αυτοεξέτασης. Ο καλύτερος χρόνος εξέτασης είναι μία εβδομάδα μετά την περίοδο, όταν οι μαστοί είναι διογκωμένοι και ευαίσθητοποιημένοι. Η αυτοεξέταση θα πρέπει να συνεχίζεται κάθε μήνα μετά την εμμηνόπαυση. Η εξέταση λοιπόν αρχίζει λοιπόν με επισκόπηση μπροστά στον καθρέφτη. Η γυναίκα με τα χέρια στα πλάγια του σώματος, θα πρέπει να παρατηρήσει τους μαστούς για ασυμμετρία, εισολκή του δέρματος, αλλαγές στο χρώμα ή εισολκή της θηλής. Επιπλέον, παρατηρεί το σχήμα και το μέγεθος των μαστών. Στη συνέχεια, σηκώνει τα χέρια ψηλά και επαναλαμβάνει την επισκόπηση μπροστα στον καθρέφτη, για τα ίδια φυσικά σημεία.

Μετά την επισκόπηση ακολουθεί η ψηλάφηση για την διαπίστωση ασυνήθιστων ογκιδίων. Η ψηλάφηση γίνεται σε ύπτια θέση. Κάτω από την πλευρά που θα εξεταστεί θα πρέπει να τοποθετηθεί ένα μαξιλάρι ή μια διπλωμένη πετσέτα. Με αυτόν τον τρόπο ανυψώνεται η πλευρά που θα εξεταστεί, και επιπλέον ο μαζικός αδένας διανέμεται ομοιόμορφα πάνω στο θωρακικό τοίχωμα. Το χέρι της εξεταζόμενης πλευράς τοποθετείται πλάγια προς τα κάτω και ελέγχεται ο μαστός με τα δάκτυλα του άλλου χεριού εφαπτόμενα σ' αυτόν. Η τεχνική απαιτεί ήπια ψηλάφηση του μαζικού αδένα, αρχίζοντας από το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού, αφού οι περισσότερες αλλοιώσεις αρχίζουν από την περιοχή αυτή. Κατόπιν, το χέρι ανυψώνεται πάνω από το κεφάλι και γίνεται μια πλήρης εξέταση του έσω ημίσεος του μαστού, αρχίζοντας από το στέρνο. Μετά την ολοκλήρωση μιας κυκλικής κίνησης των δακτύλων, το χέρι μετακινείται 2cm προς τη θηλή και επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία, μέχρις ότου ολοκληρωθούν τέσσερις τουλάχιστον κύκλοι. Όταν η εξέταση του μαστού ολοκληρωθεί, το μαξιλάρι τοποθετείται κάτω από τον αντίθετο ώμο και εξετάζεται ο άλλος μαστός ακριβώς κατά τον ίδιο τρόπο. Θα πρέπει να τονιστούν στη γυναίκα οι περιοχές μεγαλύτερης συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου, οι οποίες είναι κυρίως στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού και κάτω από τη θηλή.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι, η αυτοεξέταση μπορεί να είναι αποτελεσματική και σωτήρια, εάν γίνεται με τον σωστό τρόπο και σε απαραίτητα χρονικά διαστήματα, δηλαδή μία φορά το μήνα από την ίδια την γυναίκα, και τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο από τον γιατρό της. Η εξέταση αυτή θα πρέπει να αποτελεί αναποσπαστό κομμάτι στη ζωή της κάθε γυναίκας, καθώς και η σωστή τεχνική αυτής. Αυτό αποτελεί θεμέλιο λίθο για υγιεινές συνήθειες αλλά και ένα πιο υγιές μέλλον<sup>13</sup>.

### 8.4 ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΗΜΑ

Η μαστογραφία είναι ένα είδος ακτινογραφίας, η οποία καταδुकνύει τις όποιες αλλαγές στην ιδιοσυστασία των ιστών της γυναίκας, όπως οι κύστες και οι όγκοι. Η μαστογραφία είναι ακίνδυνη, καθώς οι ακτίνες εισέρχονται μόλις λίγα εκατοστά και ο ακτινολόγος το χρησιμοποιεί για να διαπιστώσει την θέση τυχόν περιοχών αυξημένης πυκνότητας, ή άλλες ανωμαλίες, όπως ο καρκίνος.

## 8.5 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η πρώτη μαστογραφία, για τις γυναίκες με βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του στήθους, θα πρέπει να γίνεται στα 40 έτη. Στην ηλικία των 40-50 ετών θα πρέπει να γίνεται κάθε ένα με δύο χρόνια και μετά τα 50 κάθε χρόνο. Το μαστογράφημα διακριβώνει ακόμα και τους πιο μικρούς όγκους πριν εξαπλωθούν, γι' αυτό και θεωρείται πολύ σημαντική εξέταση. Η έγκαιρη διάγνωση είναι η πιο βασική και η πιο πολύτιμη προσφορά του και μπορεί να σώσει ζωές<sup>47</sup>.

## 8.6 ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΟΛΠΙΚΟΥ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑΤΟΣ

Ο έλεγχος του κολπικού επιχρίσματος είναι πολύ αποτελεσματικός σε ότι αφορά την προστασία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και είναι εξίσου σημαντικός για όλες τις ηλικίες. Το τεστ Παπανικολάου, είναι απαραίτητο κάθε χρόνο για τις προεμμηνόπαυσικές γυναίκες, και κάθε έξι μήνες μετά την εμμηνόπαυση. Οι τοπικοί παράγοντες άμυνας ελαττώνονται μετά την εμμηνόπαυση, καθώς και η συχνότητα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αυξάνεται αυτην την περίοδο. Η επανάληψη του τεστ Παπανικολάου σε αυτο τον ρυθμό θεωρείται ικανοποιητική, δεδομένου ότι οι περισσότεροι καρκίνοι του τραχήλου της μήτρας αναπτύσσονται πολύ αργά. Οι γυναίκες που βρίσκονται σε ιδιαίτερο κίνδυνο θα πρέπει να υποβάλλονται σε τεστ Παπανικολάου με την ίδια συχνότητα. Και αυτές είναι: Όσες είχαν στη ζωή τους πολλούς ερωτικούς συντρόφους, γυναίκες με ιστορικό αφροδίσιου νοσήματος, γυναίκες με κονδυλώματα και προηγούμενα τεστ τα οποία δεν ήταν φυσιολογικά. Επίσης είναι απαραίτητο και δύο μήνες μετά την εγκυμοσύνη, ώστε να γίνει πλήρης έλεγχος της κατάστασης του τραχήλου της μήτρας.

Προτού αναπτυχθεί ο καρκίνος, υπάρχει ένα προκαρκινικό στάδιο, χωρίς εμφανή συμπτώματα. Εντούτοις, υπάρχουν αλλαγές στα κύτταρα του τραχήλου και εφόσον ληφθεί κάποιο δείγμα των κυττάρων αυτών και εξεταστούν κάτω από μικροσκόπιο, οι γιατροί μπορούν να προσδιορίσουν ανωμαλίες και να αποφασίσουν για την σχετική θεραπεία. Με το τεστ Παπανικολάου, γίνεται λήψη κυττάρων από τον κόλπο, τον τράχηλο και το ενδοτράχηλο. Ο γυναικολόγος επιστρώνει τα κύτταρα αυτα σε πλάκες και αφού μονιμοποιήσει το παρασκεύασμα το στέλνει στον κυτταρολόγο. Ο κυτταρολόγος βάφει τα κύτταρα με ειδική χρωστική ουσία, τα παρατηρεί στο μικροσκόπιο, και περιγράφει διάφορες προκαρκινικές καταστάσεις για τον τράχηλο της μήτρας, εφόσον υπάρχουν. Εφόσον βρεθεί η ύπαρξη ανώμαλων τραχηλικών κυττάρων, γίνεται ο χαρακτηρισμός τους σε ήπια, ενδιάμεση και σοβαρή μορφή. Στην πρώτη περίπτωση, συστήνεται η πραγματοποίηση επαναληπτικών ελέγχων σε διαστήματα τριών ως έξι μηνών, διότι ορισμένες φορές οι ανωμαλίες αυτές εξαφανίζονται. Αν οι κυτταρολογικές αλλαγές είναι ενδιάμεσης ή σοβαρής μορφής πιθανόν να απαιτηθεί η πραγματοποίηση κολποσκόπησης που παρέχει τη δυνατότητα στο γιατρό να δει, σε λεπτομέρεια μικροσκοπίου, τον τράχηλο.

Στις γυναίκες που έχουν περάσει στην εμμηνόπαυση η ζώνη μετάλλαξης μετακινείται στην τραχηλική δίοδο, σημείο λιγότερο βατό για την πραγματοποίηση της εξέτασης του κολπικού επιχρίσματος. Το πρόβλημα αντιμετωπίζεται με την χρήση μιας ενδοτραχηλικής βούρτσας, η οποία μπορεί να εισέλθει ήρεμα στην τραχηλική δίοδο. Μια συνήθης αιτία ανώμαλων αλλαγών στον τράχηλο, είναι οι γυναικολογικής μορφής σπίλοι ή τα θηλώματα (HPV). Ορισμένοι τύποι τους μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές που είναι εμφανείς στην εξέταση κολπικού επιχρίσματος, όμως έως και το 1/3 αυτών των ανωμαλιών μπορεί να εξαφανιστούν από μόνες τους. Για το λόγο αυτό, εάν η γυναίκα έχει προιστορία με γυναικολογικής μορφής

σπίλους θα πρέπει να πραγματοποιεί ετησίως μια εξέταση κολπικού επιχρίσματος. Άλλες γυναίκες, κάθε δύο με τρία χρόνια. Η γυναίκα δεν θα πρέπει να κάνει κολπική πλύση για τουλάχιστον 24 ως 48 ώρες πριν από την εξέταση και δεν θα πρέπει να έχει περίοδο. Η παρουσία αίματος στο τεστ Παπανικολάου κάνει αδύνατη την εξέταση των κυττάρων. Επίσης, δεν θα πρέπει να έχει υπάρξει σεξουαλική επαφή κατά τις δύο τελευταίες μέρες. Είναι ασυγχώρητο να καθυστερεί η γυναίκα και να παραμελεί αυτή την τόσο απλή εξέταση. Το τεστ Παπ έχει πολύ μικρό κόστος, πολύ μικρή χρονική διάρκεια πέντε – δέκα λεπτών, αλλά μπορεί να γλιτώσει τη γυναίκα από πλήθος βαριές συνέπειες<sup>47</sup>.

## 8.7 ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ

Εφόσον στην εξέταση του κολπικού επιχρίσματος εμφανιστούν ανώμαλα κύτταρα ο γιατρός θα προβεί σε κολποσκόπηση για να αποφασίσει την κατάλληλη θεραπεία. Χρησιμοποιώντας ένα εργαλείο που μοιάζει με κυάλια, προβαίνει σε μικροσκοπική εξέταση της επιφάνειας του τραχήλου. Οι έμπειροι ειδικοί στις κολποσκοπήσεις μπορούν να ξεχωρίσουν τις μολύνσεις, τις χρόνιες φλεγμονές, τους πολύποδες και τις περιοχές του προκαταρκτικού σταδίου του καρκίνου. Αν ο γιατρός διαπιστώσει κάποια ανώμαλη εμφανισιακά κατάσταση θα συστήσει να γίνει εξέταση με λείζερ, βιοψία κώνου ή μια εκτομή με βρόγχο.

## 8.8 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΙ ΕΛΕΓΧΟΙ

Εάν η γυναίκα δεν έχει συμπτώματα, ασκείται τακτικά την εβδομάδα, έχει φυσιολογικό βάρος και δεν καπνίζει δεν είναι πιθανό να αντιμετωπίσει καρδιαγγειακά προβλήματα και οι περιστασιακοί έλεγχοι είναι αρκετοί. Οι καρδιακοί έλεγχοι συνίστανται στον έλεγχο της καρδιάς, την μέτρηση της πίεσης, ηλεκτροκαρδιογράφημα ΗΚΓ, καθώς και την εξέταση αίματος. Αν η γυναίκα έχει υψηλή πίεση ή υψηλό ποσοστό χοληστερόλης στο αίμα, ιστορικό με καρδιακά νοσήματα, έχει επιπλέον βάρος, καπνίζει ή ασκείται σπάνια, θα πρέπει να κάνει τακτικά τσεκ-απ από την ηλικία των 35. Δεν χρειάζεται ηλεκτροκαρδιογράφημα εκτός αν ο γιατρός διαπιστώσει κάποια ανωμαλία<sup>47</sup>.

## 8.9 ΑΛΛΟΙ ΕΛΕΓΧΟΙ

### Έλεγχος ορμονικού επιπέδου

Ειδικευμένα τεστ ορμονών απαιτούν τη χρήση εργαστηριακών εργαλείων τα οποία και είναι πιο εύκολα στην χρήση τους από τους γυναικολόγους, παρά για τους παθολόγους. Είναι μεγάλες οι αλλαγές που πραγματοποιούνται στις γενετήσιες ορμόνες κατά την εμμηνόπαυση (και στη συνέχεια στα 70 και στα 80 χρόνια). Δύο βασικές ορμόνες του οιστρογόνου, η οιστραδιόλη και η οιστρόνη χάνουν την ισορροπία τους μετά την εμμηνόπαυση, και η οιστραδιόλη πέφτει χαμηλά εκτός αν αρχίσει η θεραπεία ΗΡΤ. Η οιστρόνη ακολουθεί κάποιον ελαφρά διαφορετικό δρόμο.

Όταν η γυναίκα βρίσκεται στην ηλικία των 50, 60 και 70 ετών, τα επίπεδα πέφτουν, όμως μετά αυξάνονται και πάλι. Τα χαμηλά ποσοστά οιστρόνης και οιστραδιόλης στη μέση ηλικία σημαίνουν ότι επέρχεται η εμμηνόπαυση. Αυτό φαίνεται από τις αιματολογικές εξετάσεις και τα υψηλά ποσοστά θυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) όπως και της ωχρινοτρόπου ορμόνης LH. Αν η γυναίκα δεν έχει συμπτώματα εμμηνόπαυσης δεν είναι πιθανό να υποβληθεί σε τεστ ορμονών. Αν έχει πρώιμα συμπτώματα εμμηνόπαυσης, όπως περιστασιακές και έντονες

ερυθριάσεις, πόνους στη μέση ή ελαφρά ξήρανση του κόλπου, πιθανόν να βρίσκεται στο όριο και αυτό μπορεί να ελεγχθεί με την πραγματοποίηση μιας εξέτασης αίματος για FSH ή LH.

### **Υπερηχογραφήματα οστικής μάζας**

Η οιστρογόνος ορμόνη είναι ζωτικής σημασίας για τη συντήρηση των οστών, ενώ η μείωση της οδηγεί σε απώλεια μεγαλύτερης ποσότητας οστικής μάζας από αυτή που μπορεί να αναπαραχθεί. Αυτό προκαλεί ευθραυστότητα των οστών και οστεοπόρωση. Μέσα σε λίγα χρόνια από την εμμηνόπαυση, ο ρυθμός της απώλειας της οστικής μάζας επιβραδύνεται, όμως τότε η καταστροφή έχει ήδη επέλθει. Η μέτρηση της οστικής πυκνότητας είναι μια γρήγορη, ανώδυνη και απλή εξέταση οποία χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό της απώλειας της οστικής μάζας στα πρόωρα στάδια της οστεοπόρωσης. Ακόμα είναι η πιο οικονομική και η πιο αποτελεσματική μέθοδος για αυτού του είδους την εξέταση. Η οστική πυκνότητα χρησιμοποιεί ελάχιστη ακτινοβολία (λιγότερο από το 1/10 που χρησιμοποιείται για ακτινογραφία θώρακος) για να μετρήσει την απώλεια της οστικής μάζας. Η εξέταση διαρκεί λιγότερο από 15 λεπτά. Το υπερηχογράφημα οστικής πυκνότητας είναι το παράθυρο του σκελετού.

Βασίζεται στην αρχή ότι οι ακτινογραφίες δεν μπορούν διεισδύσουν σε σκληρές επιφάνειες όπως είναι τα οστά. Όσο πιο λευκά εμφανίζονται τα οστά στις ακτινογραφίες τόσο μεγαλύτερη πυκνότητα έχουν και είναι υγιέστερα. Όσο πιο σκούρα εμφανίζεται η ακτινογραφία, τόσο μικρότερη πυκνότητα έχουν τα οστά και είναι περισσότερο εύθραυστα. Ένα υπερηχογράφημα οστικής μάζας είναι χρήσιμο τόσο ως διαγνωστικό εργαλείο για τη διάγνωση της οστεοπόρωσης και για την πρόβλεψη της πιθανότητας κατάγματος, όσο και ως εργαλείο παρακολούθησης της προόδου ύστερα από την έναρξη της θεραπείας για την οστεοπόρωση.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο**

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

#### 9.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσεις προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, καθώς και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν. Η Νοσηλευτική Διεργασία επομένως αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίοι βασίζονται στην αξιολόγηση της υγείας του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων.

Ο επιστημονικός αυτός τρόπος εργασίας δεν χρησιμοποιείται μόνον από τους νοσηλευτές αλλά και από άλλους επιστήμονες στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα τους γιατρούς με τη διαφορά ότι τα προβλήματα (ή ανάγκες) που διαπιστώνονται είναι διαφορετικά. Βασικά ο γιατρός ερευνά μόνο προβλήματα που έχουν σχέση με την αρρώστια με σκοπό τη διάγνωση και τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής δεν σκοπεύει μόνο στην αρρώστια, αλλά κυρίως στην σημασία και τις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια αυτή, η εισαγωγή στο νοσοκομείο, ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα στο συγκεκριμένο άτομο, στην οικογένεια του αρρώστου και στην κοινότητα. Μελετά τις ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Οι σκοποί της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι :

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου
2. Η πρόληψη της νόσου
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μεγίστης λειτουργικότητας του ατόμου.

Το σύστημα ανοιχτό και ελαστικό. Επιτρέπει συνεχή εισαγωγή και ενσωμάτωση νέων πληροφοριών καθώς και συχνή αναθεώρηση και αναπροσαρμογή της νοσηλείας του αρρώστου. Είναι μέθοδος εξατομικευμένης φροντίδας και όχι νέα στη νοσηλευτική. Νέα είναι η μέριμνα των νοσηλευτών να αναπτύξουν μεγαλύτερη κατανόηση των προβλημάτων του αρρώστου, της επιστημονικής τεκμηρίωσης των ενεργειών και των αποτελεσμάτων αυτών, ώστε η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας να είναι πάντα υψηλή και να προάγει την υγεία του ατόμου.

Η Νοσηλευτική Διεργασία αποτελείται από έναν αριθμό σταδίων. Μερικοί νοσηλευτές διακρίνουν 5 στάδια, άλλοι 4 και άλλοι 3. Το περιεχόμενο τους όμως και η σειρά των σταδίων είναι ίδια σε όλους. Ο ΠΟΥ και πολλές από τις νοσηλεύτριες που ασχολήθηκαν με τη Νοσηλευτική Διεργασία, την διακρίνουν σε 4 στάδια. Τα στάδια της Νοσηλευτικής διεργασίας είναι :

1. Η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου



- 2.Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας
- 3.Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας
- 4.Η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας (εκτίμηση και αποτελέσματα) .

Είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι για να εργαστεί ο νοσηλευτής σύμφωνα με τη Νοσηλευτική Διεργασία πρέπει να εξασφαλιστούν ορισμένες προϋποθέσεις .

1. Να στελεχωθούν οι νοσηλευτικές υπηρεσίες με νοσηλευτές πτυχιούχους πρώτου επιπέδου (απόφοιτους ΤΕΙ ή ΑΕΙ στα ελληνικά δεδομένα) που είναι σε θέση να την εφαρμόσουν.
2. Να υπάρχει στη Νοσηλευτική υπηρεσία σύστημα εξατομικευμένης φροντίδας.

Ο κάθε νοσηλευτής ή μια ομάδα νοσηλευτών να είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα ορισμένου αριθμού ατόμων. Το σύστημα που επικρατεί ακόμη σε μεγάλη κλίμακα στην Ελλάδα είναι ο καταμερισμός της εργασίας σε όλους τους νοσηλευτές για όλους τους αρρώστους με αποτέλεσμα τον καταταμαχισμό της νοσηλευτικής φροντίδας. (π.χ. κάποιος αναλαμβάνει τις ενέσεις, άλλος τα φάρμακα κ.λ.π.). Σε ένα τέτοιο σύστημα είναι αδύνατον να εφαρμοστεί η Νοσηλευτική Διεργασία.

3. Να συστηματοποιηθεί το γραπτό σύστημα επικοινωνίας. Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να καταγράφουν όλη την εργασία τους τόσο στο νοσηλευτικό ιστορικό όσο και στο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας.

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι κυκλική ενέργεια, συνέχει επαναλαμβανόμενη μέχρι να επιτύχει τον τελικό σκοπό της που είναι η ολοκλήρωση της φροντίδας που χρειάζεται το άτομο.

4. Η αποδοχή του συστήματος από τους νοσηλευτές καμία αλλαγή δεν μπορεί να επέλθει εάν οι ίδιοι οι άμεσα ενδιαφερόμενοι, δεν το αποδέχονται, τόσο στο θεωρητικό πλαίσιο όσο και στην καθημερινή πράξη.

Οι νοσηλευτές χρειάζεται να δραστηριοποιηθούν αποτελεσματικά, να οργανώσουν καλύτερα και αποδοτικότερα την εργασία τους και να επιβληθούν στην υγειονομική κοινότητα με τη γνώση και την επιστημονική τους κατάρτιση. Τότε θα επιτευχθεί και η κοινωνική καταξίωση του νοσηλευτικού έργου οπότε και η Νοσηλευτική επιστήμη θα πάρει τη θέση που της ανήκει ανάμεσα στις άλλες Επιστήμες Υγείας<sup>48</sup> .

## **9.2 1ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ**

**Όνοματεπώνυμο: Π. Χ.**

**Ηλικία: 58**

**Ημερομηνία εισόδου: 12 Δεκεμβρίου**

**Ημερομηνία εξόδου : 14 Δεκεμβρίου**

**Επάγγελμα: Δασκάλα**

**Οικογενειακή κατάσταση: Παντρεμένη**

**Ιστορικό έμμηνου ρήσεως: Εμμηνόπαυσης για 8 χρόνια**

**Παθολογικό ιστορικό: Εμμηνόπαυση**

**Αιτία εισόδου: Πόνος στην μέση**

### **Ιστορικό Ασθενούς:**

Ασθενής είναι 58 χρονών δασκάλα. Είναι παντρεμένη για 36 χρόνια και έχει δυο παιδιά.

Είχε συμπτώματα εμμηνόπαυσης για 8 χρόνια, συμπεριλαμβανομένων των εξάψεων κατά τα πρώτα έτη και εναλλαγές της διάθεσης των καθυστερήσεων. Ποτέ δεν υπήρξε θεραπεία αντικατάστασης ορμονών. Η ασθενής αναζητεί σήμερα ιατρικές συμβουλές για τον συνεχόμενο πόνο στην μέση. Ο πόνος δεν ανακουφίζεται με αναλγητικό και ξυπνάει συχνά κατά τη διάρκεια της νύχτας, εξαιτίας του πόνου.

**Ακολουθεί νοσηλευτική διεργασία**

## **ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ**

(η δεξτροπροποξρφαίνη είναι ένας συνθετικός αγωνιστής των οπιοειδών. Ενώνεται με τους υποδοχείς οπιούχων και οδηγεί σε μείωση της αντίληψης)

---

## ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- Κατανόηση ασθενούς για πρόληψη επιπλοκών -Έγινε καταγραφή των ζωτικών σημείων και καταγράφηκαν στο νοσηλευτικό διάγραμμα

---

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Γνωστικών σημείων και καταγράφηκαν στο νοσηλευτικό διάγραμμα - Εκπαίδευση

ειδικών ασκήσεων με στόχο την πρόληψη επιπλοκών

---

## ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ

ρωση σχετικά με την οστεοπόρωση και τους τρόπους πρόληψης επιπλοκών

-Δήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα

## ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Οξύς πόνος στην σπονδυλική στήλη

- Ελλιπή γνώση που σχετίζονται με την οστεοπόρωση

## **ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ**

ιστά τις ορμόνες του φύλου που λείπουν μετά την εμμηνόπαυση, μειώνει την ένταση των συμπτωμάτων της κλιμακτηρίου, όπως οι εξάψεις και εφιδρώσεις)



**ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

-χορηγήθηκε Livial tab 2,5mg/tab

- 3000cc Ορού (2000cc dexrose 5% , 1000cc normal solution 0,9%)

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

-να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες - Πλήρης ενυδάτωση του αρρώστου με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών

**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ**

Ανακούφιση από εξάνθειες

- αποκατάσταση της διαταραχής ώστε να επιτύχουμε φυσιολογικό ισοζύγιο υγρών

<b>ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</b>	<p>- Εξάψεις λόγω εμμηνόπαυσης</p> <p>- Διαταραχή ισοζυγίου υγρών</p>
---------------------------	---

### **9.3 2ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ**

**Όνοματεπώνυμο: Μαρία Π.**

**Ηλικία: 55**

**Ημερομηνία εισόδου: 15 Ιανουαρίου**

**Ημερομηνία εξόδου : 17 Ιανουαρίου**

**Επάγγελμα: Δικηγόρος**

**Οικογενειακή κατάσταση: Παντρεμένη**

**Ιστορικό έμμηνου ρήσεως: Εμμηνόπαυση**

**Παθολογικό ιστορικό: Εμμηνόπαυση**

**Αιτία εισόδου: Κεφαλαλγία**

**Ιστορικό Ασθενούς:**

Ασθενής είναι 55 χρονών. Είναι παντρεμένη για 20 χρόνια και έχει ένα παιδί. Είχε συμπτώματα εμμηνόπαυσης για 3 χρόνια, συμπεριλαμβανομένων της κεφαλαλγίας κατά τα πρώτα έτη και εναλλαγές της διάθεσης των καθυστερήσεων. Ποτέ δεν υπήρξε θεραπεία αντικατάστασης ορμονών. Η ασθενής αναζητεί σήμερα ιατρικές συμβουλές για τον συνεχόμενο πόνο στην μέση. Ο πόνος δεν ανακουφίζεται με αναλγητικό και ξυπνάει συχνά κατά τη διάρκεια της νύχτας, εξαιτίας του πόνου.

**Ακολουθεί νοσηλευτική διεργασία**

Εκτίμηση αποτελέσματος	<p>μπλέτας</p> <p>ματίου, η ασθενής κοιμήθηκε.</p>
ογή νοσηλευτικής φροντίδας	<p>ηκε στις 20:00</p> <p>οασία του δωματίου στους 25</p>

<p>ογή νοσηλευτικής φροντίδας</p>		<p>Αξιολόγηση αναγκών</p>	<p>έντονης κεφαλαλγίας</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός</p>	<p>νοσηλευτικής φροντίδας</p>
<p>ογή νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>- Χορηγήθηκε</p>	<p>Εκτίμηση αποτελέσματος</p>	<p>εν παρουσιάστηκαν επιπλοκές</p>		
					<p>Θενής να φάει κάτι ελαφρύ.</p>

Αντικειμενικός σκοπός	Αντικειμενικός σκοπός
Βιολόγηση αναγκών	Βιολόγηση αναγκών
Βιολόγηση αναγκών	Βιολόγηση αναγκών

### ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησε το The Journal of The North American Menopause Society το 2010 καταλήγουμε στα ακόλουθα συμπεράσματα. Οι στρατηγικές διαχείρισης της οστεοπόρωσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες απαιτούν την εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου για τα οστεοπορωτικά κατάγματα. Τα μέτρα πρόληψης εστιάζουν στην μείωση των παραγόντων κινδύνου μέσω των αλλαγών στον τρόπο ζωής και εάν ενδείκνυται φαρμακολογική θεραπεία. Όλες οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να ακολουθούν συγκεκριμένο τρόπο ζωής που μειώνουν τον κίνδυνο των οστεοπορωτικών καταγμάτων: διατήρηση ενός υγιούς βάρους, μια ισορροπημένη διατροφή ώστε να εξασφαλίσουν επαρκή πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D, που συμμετέχουν σε κατάλληλες άσκησης, αποφεύγοντας την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και λαμβάνοντας μέτρα για την πρόληψη των πτώσεων. Επίσης, συστήνεται περιοδικός έλεγχος για την πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D και του τρόπου ζωής. Μετά την εμμηνόπαυση, πρέπει να αξιολογείται ο κίνδυνος πτώσης μιας γυναίκας σε ετήσια βάση, δηλαδή τις σωματικές ή νοήτικες μεταβολές, που περιλαμβάνει μια ετήσια μέτρηση του ύψους και του βάρους, μαζί με μια εκτίμηση για χρόνια πόνο στην πλάτη, κύφωση, και κλινικούς παράγοντες.

**Πιο συγκεκριμένα ενδείκνυται έλεγχος σε:**

□ Όλες τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που παρουσιάζουν οστική απώλεια.

□ Όλες οι γυναίκες ηλικίας 65 ετών και άνω, Δοκιμές οστικής πυκνότητας θα πρέπει να εξετάζεται για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ηλικίας 50 ετών και άνω που έχουν μία ή περισσότερες από τις ακόλουθους παράγοντες κινδύνου:

☒ Προηγούμενο κάταγμα (εκτός από το κρανίο, οστά του προσώπου, αστράγαλο, δάχτυλο, και toe) μετά την εμμηνόπαυση

☒ Λεπτότητα (σωματικό βάρος 57,7kg)

☒ Ιστορικό κατάγματος του ισχίου σε ένα γονέα

☒ κάπνισμα

☒ Ρευματοειδής αρθρίτιδα

☒ Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ

□ Η επαρκής πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D είναι σημαντικό για την υγεία των οστών και αναγνωρίζεται ως σημαντική συνιστώσα της οστεοπόρωσης. Η συνιστώμενη πρόσληψη ασβεστίου είναι 1200 mg / ημέρα για τους ενήλικες ηλικίας 50 και μεγαλύτερης ηλικίας, και η βιταμίνη D3 800 έως 1000 IU / ημέρα.

### **Η NAMS συνιστά θεραπεία της οστεοπόρωσης στις εξής ομάδες πληθυσμού:**

☒ Όλες τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που είχαν ένα οστεοπορωτικό σπονδυλικό κάταγμα ισχίου.

☒ Είναι σημαντικό να ενθαρρυνθεί η συμμόρφωση στο σχέδιο θεραπεία και να εντοπίσει τους φραγμούς της μη εφαρμογής. Λήψη σαφών πληροφοριών για τις γυναίκες όσον αφορά τον κίνδυνο για κάταγμα και ο σκοπός της θεραπείας της οστεοπόρωσης μπορεί να είναι ο καλύτερος τρόπος βελτίωσης. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας κρίνεται σκόπιμο να επανεκτιμήσουν τη θεραπεία και τους στόχους και την επιλογή του φαρμάκου σε συνεχή βάση μέσω της περιοδικής ιατρικής εξέτασης. Η μέτρηση της οστικής πυκνότητας έχει περιορισμένη χρήση στην πρόβλεψη της αποτελεσματικότητας των θεραπειών αντιαπορροφητικές για τη μείωση του κινδύνου κατάγματος. Επίσης, η μείωση του κινδύνου καταγμάτων μπορεί να συμβεί πιο γρήγορα από τη θεραπεία. Ένα κατάλληλο χρονικό διάστημα για τον έλεγχο της επανάληψης είναι μετά από 1 έως 2 χρόνια θεραπείας.

☒ Διφωσφονικά είναι η φαρμακευτική αγωγή, πρώτης γραμμής φαρμάκων για την αντιμετώπιση των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών με οστεοπόρωση. Έχουν μειώσει τον κίνδυνο σπονδυλικών καταγμάτων κατά 40% έως 70% και έχουν μειώσει τη συχνότητα των καταγμάτων μη σπονδυλικών, συμπεριλαμβανομένων κατάγμα στο ισχίο, με περίπου το μισό αυτού του ποσού.



☪ Η ραλοξιφαίνη SERM είναι πιο συχνή φαρμακευτική αγωγή, θεωρείται για μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με χαμηλή οστική μάζα ή μικρότερα μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με οστεοπόρωση. Εμποδίζει απώλεια οστικής μάζας και μειώνει τον κίνδυνο σπονδυλικών καταγμάτων, αλλά η αποτελεσματικότητά του είναι αβέβαιη.

☪ Τεριπαρατίδη είναι η καλύτερη φαρμακευτική αγωγή για τις να μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με οστεοπόρωση που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για κάταγμα. Ημερήσιες υποδόριες ενέσεις έχουν αποδειχθεί ότι διεγείρουν τον σχηματισμό των οστών και τη βελτίωση της οστικής πυκνότητας.

☪ Η θεραπεία ενδείκνυται για όχι περισσότερο από 24 μήνες.

☪ Η κύρια ένδειξη για συστηματική θεραπεία από μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης (π.χ., αγγειοκινητική συμπτώματα). Όταν τα συμπτώματα ελέγχονται ή σταματάνε, συνεχίζεται η ορμονική θεραπεία για πρόληψη επιπλοκών.

☪ Η καλσιτονίνη δεν είναι ένα φάρμακο πρώτης γραμμής για τις μετεμμηνοπαυσιακές τη θεραπεία της οστεοπόρωσης, καθώς η αποτελεσματικότητά του κατάγματος του δεν είναι ισχυρή. Ωστόσο, είναι μια επιλογή για τις γυναίκες με οστεοπόρωση που είναι περισσότερο από 5 έτη μετά την εμμηνόπαυση. Η θεραπεία Καλσιτονίνης μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο κατάγματος της σπονδυλικής στήλης σε γυναίκες με οστεοπόρωση.

☪ Συνιστάται για τη θεραπεία του πόνου των οστών, εκτός από πόνο στα οστά από οξεία σπονδυλικά κατάγματα συμπίεσης.

☪ Τα δεδομένα είναι ανεπαρκή για να γίνουν οριστικές συστάσεις σχετικά με συνδυασμούς ή τα αναλγητικά και αντι-απορροφητικές φαρμακευτικές θεραπείες.

☪ Η θεραπεία της οστεοπόρωσης πρέπει να είναι μακροπρόθεσμη στις περισσότερες γυναίκες.

☪ Θα πρέπει να υπάρχουν κατάλληλες οδηγίες για τις ενδεχόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες. Αν συνεχίσουν οι παρενέργειες απαιτείται αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής.

☪ Οι αποφάσεις για διακοπή ή αναστολή θεραπείας με βάση τον κίνδυνο κατάγματος και την απάντησή της στη θεραπεία. Λαμβάνοντας υπόψη τις αβεβαιότητες της μακροπρόθεσμης ασφάλειας των φαρμάκων, απαιτείται προσεκτική παρακολούθηση. Ο κίνδυνος κατάγματος μετά τη διακοπή της θεραπείας δεν έχει αξιολογηθεί επαρκώς.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. <http://www.diatrofi.gr/index.php/health/bones/item>
2. Δρ. Χατζημπούγιας Ιωάννης, *Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου* 4η έκδοση: G. D. Γ. Μανιατογιάννης, ed., Αθήνα: Ι.Πέππας & Σία Ο.Ε.
3. V.R.Tindall, *Εικονογραφημένη Γυναικολογία*, Αθήνα: Γρ.Παρισιάνου.
4. Δεβετζόγλου, Γ., 2013. Οι ορμόνες που «ελέγχουν» τις γυναίκες. *Τα νέα. gr Υγεία δράση και ζωή*. Available at: <http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=2&articleID=11719&la=1>.
5. J.G.McGeown, *Physiology A core text with self-assessment* second edi. C. LIVINGSTONE, ed., London: Harcourt PublishersLimited 2002.
6. Διαδραστικά σχολικά βιβλία. Γενικά για τις ορμόνες. Available at: <http://ebooks.edu.gr/modules/ebook/show.php/DSGL-C120/480/3166,12758/>.
7. Miriam, D.S., 1994. *Menopause* A. M. Chrissie Lioyd, Julie Adams, Sandra Schneider, Mike Snell, James Arnold, Lorraine Berd, Wendy Rogers, ed., London: Dorling Kindersley Limited.
8. Καλανταρίδου, Σ. αναπληρώτρια καθηγήτρια μαιευτικής γυναικολογίας Ι.Σ.Π.Ι. & Αντώνης Μακρυγιαννάκης, επίκουρος καθηγητής μαιευτικής και γυναικολογίας Ι.Σ.Π.Κ., 2008. *Αμηνόρροια-Αραιομηνόρροια Μέρος Πρώτο-Φυσιολογία Του Εμμηνορυσιακού Κύκλου*, Ενημερωτική Έκδοση Ελληνική Εταιρία Γυναικολογικής Ενδοκρινολογίας.
9. Harrison, *Harrison's Principles of Internal Medicine* THIRTEENTH. D. L. K. Kurt J.Isselbacher, Eugene Braunwald, Jean D.Wilson, Joseph B.Martin, Anthony S.Fauci, ed., New York, St.Louis, San Francisco, Auckland, Bogota, Caracas,Lisbon,London,Madrid,Mexico city,Milan,Montreal,New Delhi,San Juan,Singapore,Sydney,Tokyo,Toronto: McGraw-Hill, Inc.
10. Frank H.Netter, *Netter's Internal Medicine* First edit. K. O. paul Kelly, Greg Otis, Jennifer Surich, Nicole Zimmerman, ed., Teterboro,New Jersey: Icon Learning Systems LLC,a subsidiary of Media USA,Inc.
11. Wikipedia, Ορισμός εμμηνόπαυσης. *wikipedia*. Available at: <http://wikipedia.qwika.com/en2el/Menopause>.

**12. The three stages of menopause.** 2015a. Australia Reader's Digest. Available at:  
<http://www.readersdigest.com.au/three-stages-menopause?page=1>.

**13. Dr. An MacGregor,** *Εμμηνόπαυση & Ορμονοθεραπεία*, Dorling Kindersley Limited.

**14. Γυναίκα και εμμηνόπαυση.** Δημοσίευση: 18 Μαΐου 2005. Πηγή: ΓΝΑ Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός. Τμήμα Ενδοκρινολογίας.

**15. Χατζηραφαήλ Β.,** 2015. Κλιμακτήριος- Εμμηνόπαυση. *Χατζηραφαήλ, Βασιλική χειρούργος, μαιευτήρας, Γυναικολόγος.* Available at:  
<http://www.hatzirafail.gr/%CE%BA%CE%BB%CE%B9%CE%BC%CE%B1%CE%BA%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CE%BF%CF%82-%CE%B5%CE%BC%CE%BC%CE%B7%CE%BD%CE%BF%CF%80%CE%B1%CF%85%CF%83%CE%B7>

**16. Gaia Maternity Hospital** – 2013. Athens Medical Center, pages: 213-215

**17. Δελμούζου, Έ.,** 2014. Εμμηνόπαυση - πώς αλλάζει η ζωή σας. health.in.gr. Available at:  
<http://archivehealth.in.gr/print.asp?lngArticleID=37534>.

**18. Ψυχολογικά προβλήματα ενηλίκων ΙΨΕ.** <http://www.ipse.gr/adult.html>

**19. Ψυχολογία της υγείας n.d.** <http://www.vita.gr/psixologia/article/2232/h-psyxologikh-krish-ths-emmhnpayshs>

**20. Ιωάννης Μακρής, Ψ.-Ψ.,** Εμμηνόπαυση και ψυχιατρικά συμπτώματα. Available at:  
<https://psichiatros.wordpress.com/%CE%B5%CE%BC%CE%BC%CE%B7%CE%BD%CF%8C%CF%80%CE%B1%CF%85%CF%83%CE%B7>

**21. Wikipedia,** 2015. Κατάθλιψη. *wikipedia.* Available at:  
<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CE%B1%CF%84%CE%AC%CE%B8%CE%BB%CE%B9%CF%88%CE%B7>.

**22 . TBeedham, Jgg.,** 1992. *Obstetrics and gynaecology*, London: Heinemann Professional Publishing Ltd 22 Bedford Square.

**23. Κολπική ατροφία.** 2013. Heal. Available at: <http://elobot.com/kolpiki-atrofia>.

**24. Σαββίδης Μιχάλης & Παθολόγος,** 2015. Θεραπευτική Αντιμετώπιση των Λοιμώξεων

του Ουροποιητικού στο σπίτι. *s.o.s ιατροί*. Available at: <http://www.sosiatroi.gr/el/medical-information/journals/treatment-of-urinarytract>.

**25. Δημήτριος Μπορούσας**, 2014. Πως θεραπεύεται η γυναικεία ακράτεια ούρων; Available at: <http://www.iatropedia.gr/articles/read/4266>.

**26. Τα ινομώματα της μήτρας**. 2014b.IW olobot υγεία Ελληνικό ιατρικό κέντρο. Available at: <http://g.elobot.co.uk/diamesi-kystitida/ta-inomyomata>.

**27. Καραγιώργος Γεώργιος, E. & Μανωλίδου Ζαχαρούλα, R.N., M.S.**, 2015. Υποθυρεοειδισμός\*. *iatropedia*. Available at: <http://www.iatropedia.gr/medical/malady/250>.

**28. Γκογκόσης Κωνσταντίνος, R.N., M.S., Καραγιώργος Γεώργιος, E. & Βιλαέτη Αγάπη, I.**, 2015. Σακχαρώδης διαβήτης\*. *iatropedia*. Available at: <http://www.iatropedia.gr/medical/malady/252>.

**29. Yates J, Barrett-Connor E, Barlas S, Chen YT, Miller PD, Siris ES.** 2004. Rapid loss of hip fracture protection after estrogen cessation: evidence from the National Osteoporosis Risk Assessment. *Obstet Gynecol*;103:440-446.

**30. Χατζηπαύλου Α., & Κοντάκης Γ.**, (2006). Παθήσεις των οστών και των αρθρώσεων. Ιατρικές εκδόσεις π.χ. Πασχαλίδη.

**31. Siminoski K 2005.** Influence of fracture history and bone mineral density testing on the treatment of osteoporosis in two non-academic community centers.

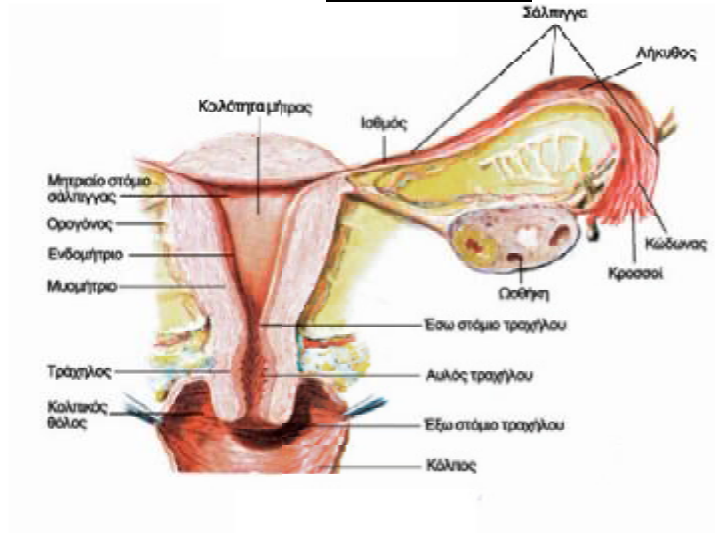
**32. The Journal of The North American Menopause Society.** The management of osteoporosis in postmenopausal women: 2006 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2006;13:340-367.

**33. Siris ES, Chen YT, Abbott TA, et al.** 2004. Bone mineral density thresholds for pharmacological intervention to prevent fractures. *Arch Intern Med*;164:1108-1112.

**34. Hodgson SF, Watts NB, Bilezikian JP, et al,** 2001. American Association of Clinical Endocrinologists. American Association of Clinical Endocrinologists 2001 medical guidelines for clinical practice for the prevention and management of postmenopausal osteoporosis. *Endocr Pract*;7:293-312.

- 35. Recker RR, Davies KM, Dowd RM, Heaney RP.** 1999 .The effect of lowdose continuous estrogen and progesterone therapy with calcium and vitamin D on bone in elderly women: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*;130:897-904. 36Lang TF,Guglielmi G,Genant HK,BONE 2002)
- 36. Curtis JR, Westfall AO, Cheng H, Delzell E, Saag KG.** 2008. Risk of hip fracture after bisphosphonate discontinuation: implications for a drug holiday. *Osteoporos Int*;19:1613-1620.
- 37. Watts NB, Chines A, Olszynski WP, et al.** 2008. Fracture risk remains reduced one year after discontinuation of risedronate. *Osteoporos Int*;19:365-372.
- 38. Black DM, Cummings SR, Karpf DB, et al.** 1996. Randomised trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures: Fracture Intervention Trial Research Group. *Lancet*; 348:1531-1541.
- 39. Lindsay R, Gallagher JC, Kleerekoper M, Pickar JH.** 2002. Effect of lower doses of conjugated equine estrogens with and without medroxyprogesterone acetate on bone in early postmenopausal women. *JAMA* ;287:2668-2676.
- 40. Γούλες . Ι.** “Οστεοπόρωση στην κλινική πράξη”: Νοσήματα εμπλεκόμενα στη διαφορική διάγνωση. Μέρος δεύτερο, Αθήνα 2004:124-151.
- 41. Γούλες . Ι, Τρόντζας Π. Ι** “Οστεοπόρωση στην κλινική πράξη”:Θεραπεία οστεοπορωτικών καταγμάτων, Μέρος τέταρτο, Κεφ.15, Αθήνα 2004:219-230.
- 42. Κοτζαμπασάκη, Σ. & Χριστοπούλου, Ι.** (2005). Εκπαίδευση για την πρόληψη και αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης, Νοσηλευτική, τόμος 44, τεύχος 1, σελ. 57-58
- 43. Λυρίτης Π. Γ.** “ Οστεοπόρωση”:Σχεδιασμός θεραπείας οστεοπορωτικού κατάγματος Κεφ.11α: 201-209.
- 44. Λυρίτης Γ.Π.** (1999). Έκθεση επιστημονικής ομάδας εργασίας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας για την Οστεοπόρωση, Οστούν, τόμος 10, τεύχος 3, σελ. 229-238/249-254. Λυρίτης, Γ.Π.(1996). Οστεοπόρωση, Εκδόσεις: Press Line, Αθήνα.
- 45. Τρόντζας Π. Ανδριανάκος Α.** “Οστεοπόρωση από εξωγενή χορήγηση γλυκοκορτικοειδών”. *Ιατρική* 2002, 81:27-38.
- 46. Δαρβίρη, Δ.Χ.,** 2010. *Προαγωγή Υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις π.χ Πασχαλίδης.
- 47. [www.nutrimed.gr](http://www.nutrimed.gr)**
- 48. Taylor, Carol, Lillis, Carol, and LeMone, Priscilla.** (1997). *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care*, 3rd ed. Philadelphia: J.B.Lippincot

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Εικόνα 1. Μήτρα, κόλπος, σάλπιγγες, ωοθήκες (Ευγόνια n.d.)



Εικόνα 2. Εμμηνόπαυση /medicinenet.com



Εικόνα 3.  
eurodiagnostiki

Οστεοπόρωση/