

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



# ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: "ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ  
ΜΗΤΡΑΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ"

Σπουδάστρια: Ολυμπία Γρηγορίου

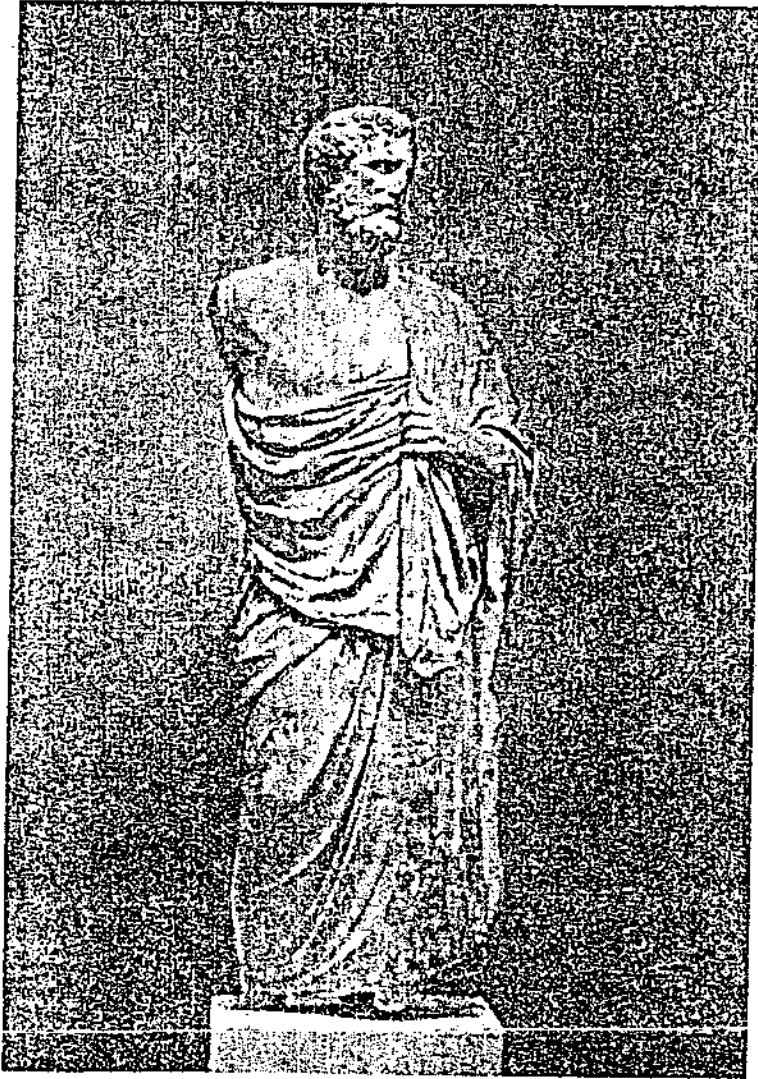
Υπεύθυνη Καθηγήτρια

Δίδα Παπαδημητρίου Μαρία



ΠΑΤΡΑ 1991

ΑΡΙΘΜΟΣ	465
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	



*Ιπποκράτης (460-370(;) π.Χ.)*

## ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ

Ο πιο μεγάλος και ο πιο ξακουστός γιατρός της αρχαίας Ελλάδας. Γεννήθηκε στην Κω το 460 π.Χ. και πέθανε στη Λάρισα το 377. Πατέρας του ήταν ο Ηρακλείδης από την γενιά των Ασκληπιάδων, και μητέρα του η Φαιναρέτη, από τη γενιά του Ηρακλή. Θεωρείται ο πατέρας της "Ιατρικής", γιατί είναι ο πρώτος από τους Έλληνες γιατρούς που μελέτησε συστηματικά τον οργανισμό του ανθρώπου, τον τρόπο θεραπείας των διαφόρων ασθενειών, που πολλές απ' αυτές τον απασχόλησαν ιδιαίτερα κι έβαλε τα επιστημονικά θεμέλια της ιατρικής. Ο Γαληνός τον αποκαλεί "θεϊκό" και "πρώτο γιατρό". Μορφώθηκε μικρός κοντά στον πατέρα του, και από σοφούς δασκάλους. Υστερα επισκέφθηκε τη Θεσσαλία, τη Θράκη, τη Θάσο, όπου παρακολουθούσε αρρώστους και μελετούσε την κάθε περίπτωση ασθένειας, θεράπευε και δίδασκε την ιατρική. Σύντομα λοιπόν απέκτησε φήμη εξαιρετικού γιατρού και τον καλούσαν παντού όπου υπήρχαν επιδημίες ή αρρώστοι που κινδύνευαν. Αγαπούσε θερμά την πατρίδα του και αδιαφορούσε για το χρήμα, που του το έταζαν άφθονο. Κάποτε τον κάλεσε ο βασιλιάς των Περσών, Αρταξέρξης, και του υποσχέθηκε μεγάλη αμοιβή, εκείνος όμως αρνήθηκε απαντώντας: "η τιμή μου απαγορεύει να βοηθήσω τους εχθρούς της πατρίδας μου". Όταν οι Αθηναίοι θέλησαν να κάνουν επίθεση κατά της Κω, ο Ιπποκράτης ζήτησε άμεσα τη βοήθεια των Θεσσαλών. Κι έτσι οι Αθηναίοι δίστασαν να πραγματοποιήσουν τους σκοπούς τους. Τον εκτιμούσαν και τον ευχνομονούσαν απεριόριστα οι Αθηναίοι, γιατί τους

συμπαραστάθηκε σε μεγάλες αρρώστιες και τους υπέδειξε να εφαρμόσουν κανόνες υγιεινής. Όχι μόνο τον έκαναν πολίτη της Αθήνας, αλλά και τον μύησαν στα Ελευσίνια μυστήρια.

Τα συγγράμματα του Ιπποκράτη που τα παρουσίασε ύστερα από ειδικές έρευνες πάνω στα θέματα που τον απασχολούσαν, είναι κλασικά και τα πρώτα επιστημονικά συγγράμματα της ιατρικής. Τα έχει γράψει στην ιωνική διάλεκτο, υπολογίζονται σε 59 κι αναφέρονται στους ιατρικούς κλάδους: ανατομία, φυσιολογία, παθολογία, διαγνωστική, χειρουργική, θεραπευτική και στις ειδικότητες: γυναικολογία, μαιευτική, παιδιατρική, οφθαλμολογία. Μελέτησε τα θέματα αρχαία ιατρική, καρδιά, αδένες, σάρκα, οστά, φύση του παιδιού, διαιτητική, τροφή, δίαιτα, υγιεινή, αέρας, νερό, χυμοί, κρίσεις ασθενών, έλκη, αιμορροΐδες, συρίγγια, τραύματα κεφαλής, προγνωστική κ.α. Αφησε όμως και ηθικές συμβουλές για τους γιατρούς και τονίζει στο σύγγραμά του "περί ιατρού" πως πρέπει να είναι ευεργέτες, ανθρωπιστές κι όχι έμποροι της τέχνης τους. Γιατί υπάρχουν πολλοί γιατροί, συνεχίζει, που εκμεταλλεύονται τη δυστυχία και την απελπισία των άλλων με τρόπο ταπεινό. Τους ενδιαφέρει μόνο το υλικό κέρδος γιατί τους λείπει η ανθρωπιά και η ιατρική συνείδηση. Όχι, καταλήγει: "Ο άξιος γιατρός εξόν που χρειάζεται γερή μόρφωση πρέπει ν' αγαπά ειλικρινά τη δουλειά του και να νοιάζεται, αποκλειστικά για την επιστήμη του! Ο Ιπποκράτης είχε και δύο γιούς, το Δράκοντα και το Θεσσαλό που έγιναν κι αυτοί γιατροί.

## ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

Αμερικανοϋπήκοος Έλληνας γιατρός που οι έρευνές του για την καταπολέμηση του καρκίνου, τον έκαναν παγκόσμια γνωστό. Γεννήθηκε στην Κύμη της Εύβοιας το 1883 και πέθανε το 1962. Σπούδασε στην Αμερική όπου οι αντικαρκινικές του μελέτες γρήγορα τον ανέδειξαν. Από το 1928 επινόησε μέθοδο διάγνωσης του καρκίνου της μήτρας που φέρνει τ' όνομά του και είναι γνωστή σ' όλο τον κόσμο. Έγινε καθηγητής της ανατομίας και της ιστολογίας στο Πανεπιστήμιο του Κόρνελ (Η.Π.Α.), η Ακαδημία Αθηνών τον εξέλεξε επίτιμο μέλος της από το 1958 και το 1961 προτάθηκε για το βραβείο Νόμπελ. Αποτελεί ένα από τα νεοελληνικά ονόματα που κοσμούν την επιστήμη.

Α φ ι έ ρ ω σ η

Η εργασία αυτή αφιερώνεται  
σε όλες τις ασθενείς με  
καρκίνο τραχήλου της μήτρας.

## Ευχαριστίες

Ευχαριστώ, για τη βοήθεια που πρόσφεραν κατά τη διάρκεια της έρευνας, τις πολύτιμες πληροφορίες και την καθοδήγηση που έδωσαν, την υπομονή που έδειξαν και τις παραχωρήσεις που έκαναν, παρά το μέγεθος των δυσκολιών που παρουσιάστηκαν, έως την ολοκλήρωση της εργασίας:

- \* τη Δίδα Παπαδημητρίου Μαρία, υπεύθυνη καθηγήτρια
- \* την Κα Γεωργίου Χαρίκλεια, υπεύθυνη αρχείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης
- \* τη Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του "Αγίου Σάββα"
- \* τους υπαλλήλους του αρχείου του Νοσοκομείου "Άγιος Σάββας"
- \* τους υπαλλήλους του αρχείου του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, "Άγιος Ανδρέας"
- \* τους υπαλλήλους της Δημοτικής Βιβλιοθήκης Πατρών
- \* τον Κο και την Κα Λουλάκη, προγραμματιστές computer
- \* τον Κο Γεροκαράκη Μανώλη, προγραμματιστή computer
- \* τους υπαλλήλους που δακτυλογράφησαν, φωτοτύπησαν και βιβλιοδέτησαν την εργασία και
- \* όλους όσους συντέλεσαν για τη διεκπεραίωση της εργασίας.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Αφιέρωση.....	I
Ευχαριστίες.....	II
Περιεχόμενα.....	III
Πρόλογος.....	IV
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ I</u></b>	
Εισαγωγή.....	1
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ II</u></b>	
Επιδημιολογικά στοιχεία	
- Συχνότητα.....	4
- Αιτιολογία - Προδιάθεση.....	7
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ III</u></b>	
Φυσιολογία τραχήλου μήτρας.....	13
- Ανατομική περιγραφή.....	13
- Ιστολογική περιγραφή.....	14
- Τοπογραφoανατομικές Σχέσεις.....	14
- Στηρίγματα με γειτονικά όργανα.....	15
- Αγγείωση.....	15
- Λεμφικό σύστημα.....	16
- Νεύρωση.....	17
- Λειτουργική σημασία της μήτρας.....	17
Παθολογική ανατομία.....	21
Στάδια του καρκίνου.....	33
Εξέλιξη - Επέκταση - Μεταστάσεις.....	42
Συμπτωματολογία.....	46

Διάγνωση.....49

Διαφορική Διάγνωση.....49

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Θεραπεία.....70

Χειρουργική Θεραπεία.....75

Ακτινοθεραπεία.....84

Ραδιοθεραπεία.....88

Χημειοθεραπεία - Κυτταροστατικά Φάρμακα.....92

Παρακολούθηση ασθενούς που θεραπεύεται.....94

Υποτροπή του καρκίνου.....95

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Νοσηλευτική Φροντίδα.....96

Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα.....100

- Ψυχολογικά προβλήματα - Ψυχολογική προετοιμασία.....100

- Φυσική προετοιμασία.....107

Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα.....114

Νοσ/κή φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε Ακτινοθεραπεία.....128

Νοσ/κή φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε Ραδιοθεραπεία.....134

Νοσ/κή φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε Χημειοθεραπεία.....142

Εξοδος από το Νοσοκομείο - Αποκατάσταση ασθενούς.....145

Πρόγνωση.....147

Προληπτική Αντιμετώπιση.....151

Η Βασική Αυτοεξέταση.....156

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Καρκίνος τραχήλου μήτρας και Εγκυμοσύνη.....163

Καρκίνος τραχηλικού κολοβώματος.....167

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

Υλικό και Μεθοδολογία.....	168
Αποτελέσματα.....	172
Συζήτηση.....	200
Συμπεράσματα.....	222
Περίληψη.....	226
SUMMARY.....	228
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	230
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....	232
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	263

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η λέξη καρκίνος σημαίνει "κάβουρας". Ίσως αυτό το όνομα δόθηκε γιατί ο καρκίνος μοιάζει να εκτείνεται όπως οι δαγκάνες ενός κάβουρα και να απλώνεται μέσα στο σώμα. Ο καρκίνος αποτελείται από μια ομάδα κυττάρων που διαφέρουν από τα κανονικά κύτταρα του σώματος στο ότι, αντί να αναπτύσσονται κανονικά, μ' έναν ελεγχόμενο τρόπο, για να σχηματίσουν υγιείς ιστούς,, φαίνεται να βρίσκονται έξω από κάθε έλεγχο και εξαπλώνονται γρήγορα μέσα στο σώμα, είτε με το αίμα ή κατευθείαν μέσα από τους ιστούς, σκοτώνοντας τα φυσιολογικά κύτταρα όσο αναπτύσσονται.

Επειδή τα καρκινοπαθή κύτταρα χρησιμοποιούν πολλές θρεπτικές ουσίες, οι άνθρωποι που έχουν καρκίνο συχνά χάνουν βάρος. Ο προχωρημένος καρκίνος είναι δύσκολο να θεραπευτεί, γι' αυτό οι πιο πολλές έρευνες κατευθύνονται τώρα στην πρόληψη και τη θεραπεία του καρκίνου στα πρώτα στάδια.

Σε μερικές περιπτώσεις, ο καρκίνος εξαφανίζεται από μόνος του χωρίς καμιά θεραπεία. Λέγεται ότι οι άνθρωποι μπορεί να θεραπευτούν με τη δύναμη της θέλησής τους, αυτό όμως μπορεί να είναι σπάνιο, αλλά βέβαια δυνατό. Το κυριώτερο πράγμα είναι να μην απελπίζεται ο ασθενής και πάνω απ' όλα να μην φοβάται ν' αναζητήσει θεραπεία ή συμβουλές αν έχει κάποια ενόχληση ή κάποια ιδέα που προκαλεί φόβο.

Ο γυναικείος πληθυσμός πολύ συχνά προσβάλλεται από διάφορες μορφές καρκίνου, συνήθως μαστού και γεννητικών

οργάνων. Μια από τις πιο συνηθισμένες μορφές καρκίνου είναι της μήτρας και πιο συγκεκριμένα του τραχήλου ο οποίος εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα άλλα μέρη της. Ποιά είναι η αιτιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και ποιές οι προδιαθεσικοί παράγοντες; Πόσο σημαντική είναι η έγκαιρη διάγνωση και η αυτοεξέταση σε μια γυναίκα; Ποιές είναι οι επιπτώσεις σωματικές και ψυχολογικές από τη στιγμή της εμφάνισής του; Αυτά τα ερωτήματα και πλήθος άλλα ακόμη θ' απαντηθούν σ' αυτή την εργασία με κάθε λεπτομέρεια. Οι απαντήσεις δίνονται με βάση πληροφορίες από ελληνική και ξένη βιβλιογραφία σε συνδυασμό με αποτελέσματα μελέτης από στατιστική έρευνα που διεξάχθηκε πολύ πρόσφατα.

Η εργασία αυτή αναφέρεται στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Περιλαμβάνει τα βασικά μέρη όπως κάθε εργασία: πρόλογο, εισαγωγή, κυρίως θέμα, συζήτηση, περίληψη, περιεχόμενα, βιβλιογραφία και χωρίζεται σε δύο μέρη: το γενικό και το ειδικό.

Το γενικό μέρος αναφέρεται σε επιδημιολογικά στοιχεία και δίνει πληροφορίες για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Αναφέρονται όλα τα δυνατά προληπτικά μέτρα που υπάρχουν για τη νόσο αυτή, η νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζεται κάθε ασθενής που έχει προσβληθεί από καρκίνο τραχήλου και βρίσκεται σε θεραπευτικό σχήμα, καθώς και η βασική αυτοεξέταση που είναι απαραίτητη να γνωρίζει κάθε γυναίκα για την πρόληψη όχι μόνο του καρκίνου τραχήλου της μήτρας αλλά και οποιασδήποτε ασθένειας του γεννητικού συστήματος. Το γενικό μέρος της εργασίας εμπλουτίζεται με μια σειρά από ασπρόμαυρες και

έγχρωμες εικόνες, οι οποίες μαζί με τις παραπάνω πληροφορίες έχει σκοπό να ενημερώσει κάθε γυναίκα αλλά και οποιονδήποτε ενδιαφέρεται για το σχετικό θέμα. Επίσης να τον βοηθήσει να κατανοήσει όσο το δυνατό καλύτερα αυτή τη νόσο, που έχει προβληματίσει χρόνια τώρα την επιστήμη.

Το ειδικό μέρος αναφέρεται στην έρευνα που έγινε πάνω στο θέμα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Περιλαμβάνει το υλικό που χρησιμοποιήθηκε και τη μέθοδο που ακολουθήθηκε για τη διεξαγωγή των συμπερασμάτων. Αναφέρονται αναλυτικά γραφικές απεικονίσεις και με κάθε λεπτομέρεια τα αποτελέσματα της μελέτης από την έρευνα. Στο τέλος αναγράφεται συζήτηση στην οποία σχολιάζονται οι γραφικές απεικονίσεις και τα αποτελέσματα που οδηγούν τον αναγνώστη να κατανοήσει το ειδικό μέρος της έρευνας.

**ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

# Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο     Ι

## Εισαγωγή

Καρκίνος είναι μια μεγάλη ομάδα ασθενειών, που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη αύξηση και πολλαπλασιασμό ανώμαλων κυττάρων με τοπική επέκταση και συστηματική εξάπλωση (μεταστάσεις), που γίνεται με τη βοήθεια των αιμοφόρων ή λεμφικών οδών. Εάν ο πολλαπλασιασμός αυτός δε μπορεί να ελεγχθεί, το αποτέλεσμα της ασθένειας είναι ο θάνατος. Αναφέρονται όμως και περιπτώσεις που ορισμένοι καρκίνοι υποχωρούν από μόνοι τους με την πάροδο του χρόνου.

Η βιολογική συμπεριφορά των περισσότερων καρκίνων αλλάζει με τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία ή ορισμένους ορμονικούς χειρισμούς, ιδιαίτερα όταν η αντιμετώπιση γίνει έγκαιρα.

Η ακριβής αιτιολογία τους παραμένει ακαθόριστη. Γενικά είναι παραδεκτό, ότι διάφορες χημικές ουσίες, ακτινοβολίες και ιοί μπορούν να δημιουργήσουν όγκους. Αυτές οι τρεις κατηγορίες ογκογόνων παραγόντων έχουν αναγνωρισθεί ως αιτίες του καρκίνου, αλλά για τον τρόπο δράσης τους, πολύ λίγα είναι γνωστά.

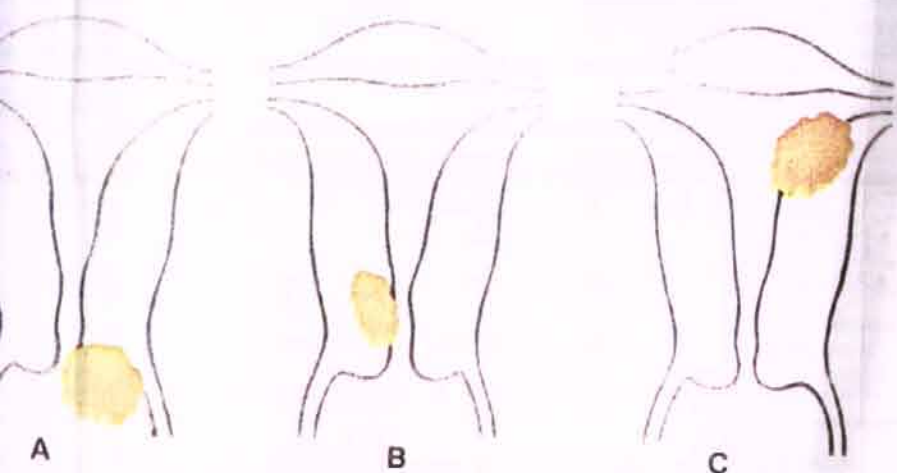
Σήμερα οι επιστήμονες παραδέχονται ότι ο καρκίνος ξεκινά από μικρές ομάδες κυττάρων ή ακόμα, από μοναδικά κύτταρα, που έχουν κατά κάποιο τρόπο ξεφύγει από τους φυσιολογικούς μηχανισμούς του οργανισμού στον οποίο ανήκουν. Με την πάροδο που σημειώνεται στην τελειοποίηση των διαφόρων βιοχημικών



τεχνικών και οργάνων (κυτταροκαλλιέργειες, ηλεκτρονικά μικροσκόπια, φασματογράφοι κ.λ.π.) σήμερα, είναι δυνατό να μελετηθεί στο εργαστήριο η αλληλεπίδραση κυττάρων και καρκινογόνων παραγόντων, στο αρχικό στάδιο, και ν' αρχίσει έτσι η διελεύκανση των πολύπλοκων μηχανισμών της καρκινογένεσης.

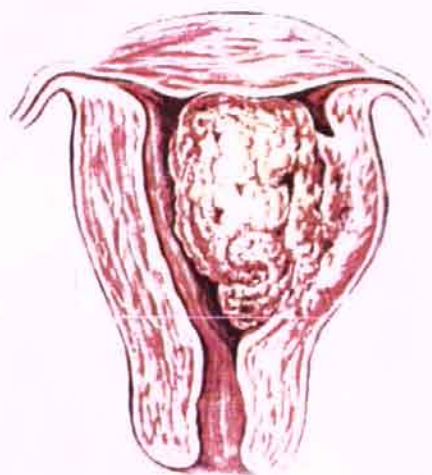
Η προσφορά των υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις, στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Ο καρκίνος, από στατιστικά στοιχεία του 1979, αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα και τη δεύτερη όταν τα νοσήματα καρδιάς και αγγείων θεωρηθούν σαν μια αιτία. Δύο από τις τρεις οικογένειες και ένα στα τέσσερα άτομα του πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών προσβάλλονται από καρκίνο. Χιλιάδες άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο και σε μεγαλύτερο ακόμη αριθμό ατόμων ο καρκίνος υποχρεώνει αλλαγή στον τρόπο ζωής τους. Αν και τα στατιστικά στοιχεία σχετικά με τον καρκίνο είναι πολύ αισιόδοξα, η προσεχτική ματιά στο πολύ κουραστικό έργο των ερευνητών του καρκίνου έκαναν αληθινά μεγάλα βήματα προς την κατεύθυνση για τη διάλυση του μυστηρίου που κάλυπτε την αιτιολογία του και τα προβλήματα της θεραπείας του.

Με τα σημερινά στατιστικά στοιχεία οι τρεις πρώτες κατηγορίες καρκίνων που μαστίζουν τον ανθρώπινο πληθυσμό είναι κατά σειρά: καρκίνος πνευμόνων, καρκίνος μαστού και καρκίνος τραχήλου μήτρας.



Σημαντικές παραστάσεις του καρκίνου της μήτρας.  
 Α). Καρκίνος του τραχήλου με τάση προς εξήλωση.  
 Β). Εσωτερικός καρκίνος του τραχήλου (αόρατος στο μικροσκόπιο).  
 Γ). Καρκίνος του σώματος της μήτρας.

Καρκίνος της μήτρας.



Καρκίνωμα της μήτρας.

Τράχηλος όπως φαίνεται με το μητροσκόπιο.  
 Α). Καρκίνος στην αρχική φάση.  
 Β). Καρκίνος με πυώδεις εκκρίσεις.



A

B

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο     Ι Ι

## Επιδημιολογικά στοιχεία

## Συχνότητα

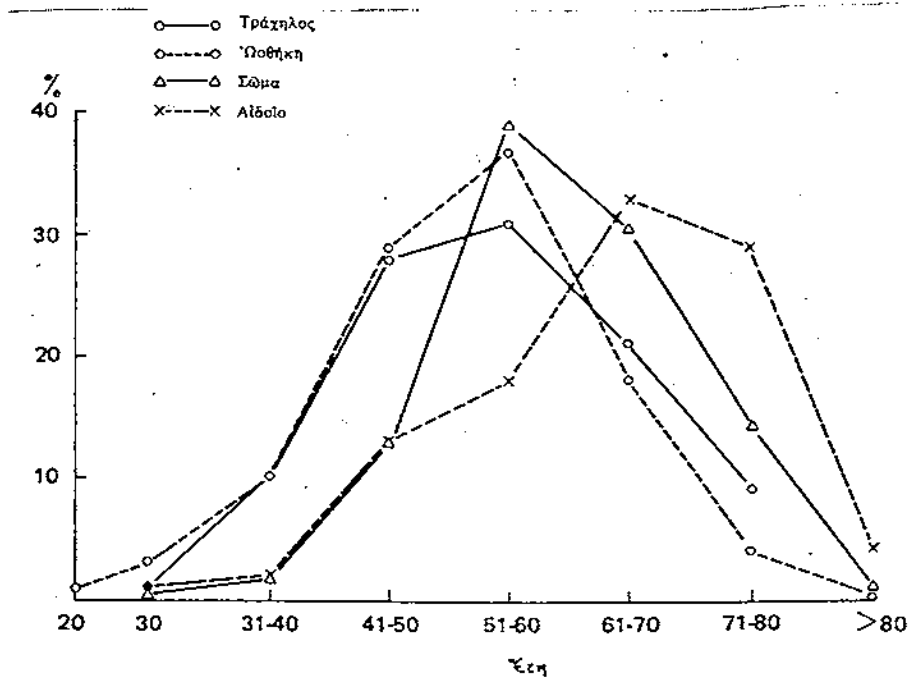
Μόνο απέναντι στους όγκους των πνευμόνων και των μαστών υστερεί ο καρκίνος της μήτρας σε συχνότητα. Αποτελεί το 30% των κακοήθων νεοπλασμάτων που προσβάλλουν τη γυναίκα. Ερχεται δεύτερος μετά τον καρκίνο του μαστού, συγκριτικά με κάθε άλλο όγκο του ανθρώπου, αν συνδιάσουμε τη συχνότητα της εμφάνισής του με το γεγονός, ότι αναγκαστικά προσβάλλει μόνο το ένα φύλο, ενώ τα προηγούμενα χρόνια κατείχε την πρώτη. Ανάλογα με την εντόπισή του σ' αυτήν ο καρκίνος μήτρας παρουσιάζει ιδιαίτερη φυσιολογία. Συχνότερος είναι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Στις 100 περιπτώσεις του οι 85 αφορούν τον τράχηλο και μόνο οι 15 το σώμα της μήτρας.

Η προσβολή για τον τράχηλο της μήτρας είναι συνηθέστερη στις ηλικίες μεταξύ 41 και 50 χρονών, ενώ σπανίζει μεταξύ 20 και 30 ετών. Η πλέον επικίνδυνη ηλικία για τον καρκίνο του σώματος της μήτρας είναι μεταξύ 51 και 60 ετών, ενώ πριν από την ηλικία των 35 η νόσος εμφανίζεται σπανιότατα. Η μέση ηλικία εμφάνισης κυμαίνεται μεταξύ 48ου και 52ου έτους σε αντίθεση με τον ενδοεπιθηλιακό στον οποίο η ηλικία αυτή γύρω στο 40ο έτος. Επίσης η μέση ηλικία προσβολής της γυναίκας από διηθητικό καρκίνο τραχήλου είναι η ηλικία των 45 ετών ενώ από

προδινηθητικό των 35 ετών. Σπάνια παρατηρείται καρκίνος τραχήλου μήτρας σε νέες γυναίκες και κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου ένα ποσοστό 20% όλων των γυναικών μετά το 40ο έτος της ηλικίας τους παρουσιάζει καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και 2 γυναίκες στις 100 θα πάθουν καρκίνο τραχήλου μήτρας μετά 80ο έτος της ηλικίας τους.

Σε συχνότητα 95% ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας προσβάλλει το πλακώδες επιθήλιο της ενδοκοιλιακής μοίρας του τραχήλου, αρχίζοντας από τη ζώνη μετάπτωσης του μονόστιβου κυλινδρικού επιθηλίου του ενδοτραχήλου στο πλακώδες του εξωτραχήλου και σε συχνότητα 4-5% του ενδοτραχήλου. Ένα ποσοστό των περιπτώσεων είναι αδενοκαρκίνωμα και προέρχεται από το μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο του αυλού και τους αδένες του. Ένα πολύ μικρό ποσοστό που δε φτάνει το 1%, αφορά μεικτές ή αδιαφοροποιημένες μορφές του. Καμιά φορά περιγράφεται και σάρκωμα που προέρχεται από υπολείματα του πόρου του Muller, που διαφοροποιήθηκαν σε συνδετικό ή χόνδρινο ιστό. Τις περισσότερες φορές ο καρκίνος τραχήλου μήτρας αναπτύσσεται στις ενδοεπιθηλιακές στιβάδες, σχεδόν πάντοτε στη ζώνη υποτροπής του μονόστιβου κυλινδρικού επιθηλίου σε πλακώδες.

Μετά την εμμηνόπαυση η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ελαττώνεται για ν' αυξηθεί του ενδομητρίου. Σε σχέση με τους άλλους καρκίνους, ο καρκίνος του ενδομητρίου έχει βραδύτερη ανάπτυξη και είναι πιο επιδεκτικός σε θεραπεία. Προσβάλλει κυρίως γυναίκες που βρίσκονται γύρω από την εμμηνόπαυση και στη μετεμμηνόπαυσιακή ηλικία. Κάτω των 40 ετών αντιμετωπίζεται σε ποσοστό 2 - 5% στο συνολικό αριθμό των



Κατανομή κατά ηλικίες των διαφόρων γυναικολογικών καρκίνων.

περιπτώσεων. Η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης βρίσκεται στο 60ο  
έτος περίπου της ηλικίας, αλλά σ' ένα ποσοστό 5% παρουσιάζεται  
πριν από τα 40ο έτος. Ο καρκίνος του ενδομητρίου αποτελεί  
αρκετά συχνή κακοήθεια και αντιπροσωπεύει περίπου το 7% όλων  
των καρκίνων του γυναικείου σώματος. Υπολογίζεται ότι ένα  
ποσοστό 1,4% όλων των γυναικών που έχουν περάσει το 35ο έτος  
της ηλικίας τους, θ' αναπτύξουν κάποτε στη ζωή τους καρκίνο  
ενδομητρίου.

#### Αιτιολογία - Προδιάθεση

Η αιτιολογία και επιδημιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχουν μελετηθεί ιδιαίτερα, ίσως περισσότερο απ' ότι οποιοδήποτε άλλο είδος καρκίνου. Η μεγάλη όμως χρονική διάρκεια ανάπτυξης της νόσου και η πολυπλοκότητα της σχέσης του τραχηλικού επιθηλίου με παράγοντες του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος δημιουργούν δυσκολίες στην αναγνώριση ειδικών καρκινογόνων παραγόντων. Έχουν όμως επισημανθεί αρκετοί προδιαθεσικοί παράγοντες:

1. Η ανάπτυξη της νόσου σχετίζεται άμεσα με τη σεξουαλική ζωή της γυναίκας. Είναι συχνότερη στις γυναίκες που αρχίζουν τις σεξουαλικές επαφές σε μικρή ηλικία, έχουν πολλούς ερωτικούς συντρόφους και αναφέρουν αφροδισιακά νοσήματα. Παρουσιάζεται επίσης στις γυναίκες των χαμηλών κοινωνικών και οικονομικών τάξεων. Αντίθετα είναι σπάνια στις άγαμες, στις έγκαμες που δεν τεκνοποίησαν και ιδιαίτερα στις καλόγριες. Έχει διαπιστωθεί ότι ο τραχηλικός καρκίνος είναι 4 φορές πιο συχνός στις κοινές

γυναίκες σε σχέση με τις άλλες. Πιστεύεται ότι το DNA των σπερματοζωαρίων, έχει κάποια σχέση με τα παραπάνω.

2. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι λιγότερο συχνός στις Εβραίες και τις Μωαμεθανές. Αυτό αποδόθηκε σε κληρονομική ανοσολογική συμπεριφορά ή στην εκτέλεση της περιτομής των ανδρών που δεν επιτρέπει την ανάπτυξη σμήγματος στη βαλανοποσθική αύλακα, που πιστεύεται πως μέσα σ' αυτό υπάρχει κάποιος καρκινογόνος παράγοντας, που μπορεί να είναι ιός. Παρά το γεγονός ότι η καλύτερη υγιεινή των ανδρών αυτών και η απουσία σμήγματος θεωρήθηκαν υπεύθυνοι αιτιολογικοί παράγοντες της μικρότερης συχνότητας, διαπιστώθηκε ότι και οι Μωαμεθανές με συζύγους χωρίς περιτομή (φυλή Hindu), παρουσιάζουν επίσης σπάνια τη νόσο, γεγονός το οποίο σημαίνει ότι παράγοντες άσχετοι με την περιτομή επιδρούν στη συχνότητα της νόσου στις γυναίκες αυτές. Ακόμη διαπιστώθηκε πως, ενώ στις Αφρικανές η συχνότητα είναι 50 : 100.000, στις Ισραηλινές είναι 6 : 100.000 και πως είναι συχνότερος στη μαύρη φυλή απ' ό,τι στη λευκή. Οι Νέγρες προσβάλλονται πολύ συχνότερα από τις γυναίκες των άλλων φυλών.

3. Έχει αναφερθεί ότι τραυματισμοί του τραχήλου της μήτρας κατά τη διάρκεια τοκετών που γίνονται σε νεαρές ηλικίες σχετίζονται αιτιολογικά με τη νόσο. Η άποψη αυτή υποστηρίζεται από τη διαπίστωση ότι οι Ινδές που παντρεύονται και γεννούν συνήθως πριν από την ηλικία των 20 χρόνων παρουσιάζουν τη νόσο νωρίτερα.

4. Η χρόνια τραχηλίτιδα πιστεύεται ότι προδιαθέτει για την ανάπτυξη αυτού του καρκίνου. Τοπικές παθολογικές καταστάσεις

που ευνοούν την εκδήλωσή του είναι η υπερπλασία του ενδομητρίου (η μεμβράνη που ντύνει εσωτερικά τη μήτρα - το ενδομήτριο - παχαινει), η ύπαρξη πολυπόδων κ.λ.π. Υπάρχει τέλος μια ομάδα παθολογικών καταστάσεων που εύκολα μεταπίπτουν σε καρκίνο, φλεγμονές και εξελκώσεις του τραχήλου της μήτρας, καθώς και μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται ως λευκοπλακία. Στην περίπτωση αυτή σχηματίζονται επάνω στο επιθήλιο του τραχήλου πλάκες, στην περιοχή των οποίων τα κύτταρα παύουν να είναι διαφανή και αντικαθίστανται με κερατίνη ουσία, που τους δίνει χρώμα λευκωπό.

5. Έχει υποστηριχθεί ότι το σπέρμα περιέχει παράγοντες που προκαλούν κακοήγη εξαλλαγή στο επιθήλιο του τραχήλου, αλλά απόδειξη για την υπόθεση αυτή δεν έχει δοθεί. Η συσχέτιση της σεξουαλικής δραστηριότητας με τον καρκίνο του τραχήλου μήτρας, οδήγησε στη σκέψη της λογενοούς αιτιολογίας της νόσου. Πειραματικά δημιουργήθηκε καρκίνος τραχήλου σε τρωκτικά με επαναλαμβανόμενη εναπόθεση ανθρωπίνου σμήγματος από τη βαλανοποσθική αύλακα. Αυτή η διαπίστωση οδήγηε στην υπόθεση μεταφοράς ενός γενεσιουργού ιού ή ενός ειδικού χημικού παράγοντα. Ο ιός έρπητας τύπου 2 (HVS-2) προκαλεί φλεγμονές στον τράχηλο και συντελεί στο σχηματισμό μεγάλων κυττάρων με πολλαπλούς πυρήνες, προσβάλλει τα γεννητικά όργανα και μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή. Αυτός ο ιός έχει ενοχοποιηθεί ως καρκινογενετικός παράγοντας. Οι κυριώτερες από τις ενδείξεις που υποστηρίζουν τη θεωρία αυτή περιγράφονται πιο κάτω συνοπτικά. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι τα αντισώματα κατά του ιού, εμφανίζονται ιδιαίτερα συχνά στον ορό



αίματος των κοινών γυναικών και σπάνια στις παρθένες και τις καλόγριες. Υπάρχει επίσης λογική χρονική συσχέτιση μεταξύ της λοίμωξης από τον ιό και της ανάπτυξης του καρκίνου. Η ερπητική μόλυνση είναι πολύ σπάνια πριν από την εφηβεία και η μέση ηλικία στην οποία παρουσιάζεται είναι τα 20 χρόνια. Η παρακολούθηση γυναικών με έρπητα γεννητικών οργάνων επί ένα έως έξι χρόνια, απέδειξε την ανάπτυξη δυσπλασιών και καρκίνου *in situ* σε συχνότητα 2 και 8 φορές μεγαλύτερη απ' ό,τι σε υγιείς. Οι ασθενείς με καρκίνο τραχήλου παρουσιάζουν αντισώματα κατά του ιού του έρπητα, σε ποσοστό πολύ μεγαλύτερο απ' ό,τι οι υγιείς γυναίκες και το γεγονός αφορά ιδιαίτερα ασθενείς σε νεαρή ηλικία. Επίσης έγινε απομόνωση του αντιγόνου AG-4 από κύτταρα καρκίνου του τραχήλου, που προηγουμένα είχε μολυνθεί με HVS-2. Τα αντισώματα κατά του αντιγόνου αυτού, έγινε δυνατό να ανιχνευθούν στον ορό ασθενών με καρκίνο τραχήλου και όπως διαπιστώθηκε, εξαφανίζονται μετά από επιτυχή θεραπεία της νόσου, ενώ παραμένουν στον ορό επί υποτροπής του καρκίνου. Η συχνότητα ανίχνευσης των αντισωμάτων κατά του αντιγόνου AG-4 παρουσιάζει προοδευτική αύξηση από τη δυσπλασία (29%), στον ενδοεπιθηλιακό (68%) και τέλος στο διηθητικό καρκίνο τραχήλου (91%).-Οι παρατηρήσεις αυτές κάνουν πολύ πιθανή την αιτιολογική σχέση του HVS-2 και του καρκίνου του τραχήλου. Παρ' όλ' αυτά έστω κι αν ο ιός αυτός έχει προκαλέσει καρκίνο σε πειραματόζωα και ιστοκαλλιέργειες, άμεση απόδειξη της ενοχής του στον άνθρωπο δεν υπάρχει ακόμη.

6. Κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου παρουσιάζουν επίσης τα κορίτσια εκείνα, στις μητέρες των οποίων χορηγήθηκε

δισαιθυλοστυλβεστρολή (DES) ή άλλα συνθετικά οιστρογόνα στη διάρκεια των πρώτων 17 εβδομάδων της κύησης. Η νόσος εμφανίζεται σε ποσοστό 4 : 1.000 στη διάρκεια της εφηβείας ή αργότερα και εμφανίζει τον τύπο του διαυχοκυτταρικού καρκινώματος. Μεγαλύτερο ακόμη ποσοστά των κοριτσιών αυτών, παρουσιάζει δυσπλαστικές αλλοιώσεις του επιθηλίου του τραχήλου ή του κόλπου.

7. Το αντισυλληπτικό χάπι σχετίζεται με αύξηση της συχνότητας των δυσπλασιών του τραχήλου, οι κυτταρικές όμως αλλοιώσεις που παρατηρούνται έχουν περισσότερο τον τύπο της μεταπλασίας παρά της δυσπλασίας. Η μελέτη του θέματος είναι δύσκολη, λόγω της συχνότερης προληπτικής εξέτασης και της εντονότερης σεξουαλικής δραστηριότητας των γυναικών, που χρησιμοποιούν το χάπι. Γεγονός είναι πάντως, ότι οι γυναίκες αυτές αναπτύσσουν ενδοεπιθηλιακό καρκίνο σε ποσοστό 4 - 6,7%. Οι γυναίκες αντίθετα που χρησιμοποιούν για αντισύλληψη το κοιλιακό διάφραγμα παρουσιάζουν ελαττωμένο ποσοστό ενδοεπιθηλιακού καρκίνου (1,8%). Η μόνη πιθανή εξήγηση για την παράξενη αυτή διαπίστωση αποδίδεται στην παρεμπόδιση της άμεσης επαφής του πέους και του σπέρματος με τον τράχηλο της μήτρας.

8. Σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας αποτελεί η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της γυναίκας, γιατί βρέθηκε συχνότερος στις φτωχότερες τάξεις, στις οποίες οι συνθήκες διατροφής και καθαριότητας δεν είναι καλές. Παρατηρείται πιο συχνά σε γυναίκες που δεν φροντίζουν την ατομική τους καθαριότητα και αγνοούν τους κανόνες της υγιεινής επιμέλειας του σώματος.

9. Η λήψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων για την πρόληψη απόρριψης μοσχεύματος αυξάνει τη συχνότητα του καρκίνου.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο                    Ι Ι Ι

### Φυσιολογία τραχήλου μήτρας

Η μήτρα είναι ένα κοίλο, μυϊκό όργανο με σχήμα σχλαδισύ, ελαφρά αποπλατυσμένο από εμπρός προς τα πίσω. Στην κύηση κάτω από τις διάφορες ορμονικές επιδράσεις, έχει την ικανότητα να μεγαλώνει πάρα πολύ, ώστε η χωρητικότητά της να αυξάνεται.

Περιγραφικά η μήτρα χωρίζεται σε τρία τμήματα:

- α. το ανώτερο, που ονομάζεται πυθμένας
- β. το μεσαίο, που ονομάζεται σώμα
- γ. το κατώτερο, που ονομάζεται τράχηλος

#### Ανατομική Περιγραφή

Ο τράχηλος της μήτρας έχει κυλινδρική μορφολογία και χωρίζεται από την πρόσφυση του κόλπου σε δύο ίσα περίπου μέρη, το ενδοκολπικό και το υπερκοιλιακό. Περιέχει μια ατρακτόμορφη κοιλότητα, την ενδοτραχηλική, που παριστάνει την προς τα κάτω συνέχεια της ενδομητρικής. Η ενδοτραχηλική κοιλότητα έχει δύο στόμια, το εσωτερικό προς τα πάνω και το εξωτερικό προς τα κάτω, δηλαδή τον κόλπο. Στην άτοκη γυναίκα η ενδοτραχηλική κοιλότητα έχει μήκος 3 cm και διάμετρο 0,7 cm περίπου, ενώ σε γυναίκες που έχουν γεννήσει είναι μεγαλύτερη. Το εξωτερικό στόμιο είναι κυκλικό στις άτοκες, ενώ σε γυναίκες που γέννησαν είναι οριζόντιο.

### Ιστολογική Περιγραφή

Το τοίχωμα του τραχήλου αποτελείται από στρώμα, επιθήλιο και αδένες. Το στρώμα αποτελείται από πυκνό ινώδη ιστό, μέσα στον οποίο βρίσκονται διάσπαρτες λείες, μυϊκές ίνες, που ο αριθμός τους ποικίλλει από άτομο σε άτομο και αυξάνεται στο όριο του τραχήλου με το σώμα της μήτρας. Αντίθετα η ενδοτραχηλική κοιλότητα καλύπτεται από υψηλό κυλινδρικό επιθήλιο με σπάνια κροσσωτά κύτταρα σε ένα στοιχείο. Μέσα στο σώμα του τραχήλου υπάρχουν καταδύσεις που καλύπτονται με το ίδιο επιθήλιο του ενδοτραχήλου και ονομάζονται αδένες. Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι το πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο του τραχήλου στην επιφανειακή του στιβάδα δεν κερατινοποιείται, όπως στον κόλπο, και ότι το επιθήλιο αυτό χωρίζεται από το στρώμα με μια βασική μεμβράνη, που η ύπαρξή της αποδείχτηκε με την ηλεκτρονική μικροσκόπηση.

### Τοπογραφοανατομικές Σχέσεις

Το σώμα της μήτρας σχηματίζει με τον τράχηλο μια γωνία 70° έως 100° που βλέπει προς τα εμπρός, δηλαδή η μήτρα βρίσκεται σε πρόσθια κάμψη. Αποτέλεσμα της κάμψης αυτής είναι και η πρόσθια κλίση της. Λόγω της πιο πάνω διάταξης του σώματος της μήτρας, ο τράχηλος βρίσκεται σε λοξή θέση, ώστε το έξω στόμιό του να βλέπει στον πίσω κοιλικό θόλο. Το έξω τραχηλικό στόμιο αντιστοιχεί στο ύψος της ενδοϋσχιακής γραμμής, που ενώνει τις ισχιακές άκανθες. Αντίστοιχα με το εσωτερικό στόμιο του τραχήλου και 1 έως 1,5 cm από τα πλάγιά του βρίσκεται η διασταύρωση του ουρητήρα με τη μητριαία αρτηρία. Η πρόσθια

επιφάνεια του τραχήλου χωρίζεται από την ουροδόχο κύστη με την παρεμβολή συνδετικού ιστού.

#### Στηρίγματα με γειτονικά όργανα

Η μήτρα διατηρείται σε μια τέτοια θέση, ώστε να μην ακουμπά σε οποιοδήποτε μέρος του σκελετού. Για τη στήριξη της μήτρας συνεργάζονται ο τόνος των κοιλιακών τοιχωμάτων, το έδαφος της πυέλου, το περιτόναιο και τέσσερα ζευγάρια συνδέσμων που είναι: οι πλατείς, οι στρογγυλοί, οι ιερομητρικοί και οι κύριοι σύνδεσμοι της μήτρας.

Οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι αρχίζουν από τον 3ο και 4ο ιερό σπόνδυλο και πορεύονται προς τα εμπρός, ώστε να συγκλίνουν μεταξύ τους και να σχηματίζουν στην πρόσφυσή τους στην οπίσθια επιφάνεια του τραχήλου - αντίστοιχα στο εσωτερικό τραχηλικό στόμιο - μια οξεία γωνία. Η πάνω επιφάνεια τους σκεπάζεται από περιτόναιο και αποτελούνται από συνδετικό ιστό και λείες, μυϊκές ίνες.

Στη βάση του πλατύ συνδέσμου της μήτρας και αμέσως στα πλάγια του τραχήλου σχηματίζονται ισχυρές δεσμίδες από συνδετικό ιστό που προέρχεται από το παραμήτριο. Ο σχηματισμός αυτός μοιάζει με ριπίδιο και ονομάζεται κύριος σύνδεσμος της μήτρας ή σύνδεσμος του Mackenrodt.

#### Αγγείωση

Η μήτρα αγγειώνεται από τη μητριαία αρτηρία και σε μικρό βαθμό από την ωοθηκική. Η μητριαία αρτηρία μετά την έκφυσή της από την έσω λαχόνια διασχίζει τα παραμήτρια και διασταυρώνεται

με τον ουρητήρα σε απόσταση 2 cm από τα πλάγια του τραχήλου της μήτρας και 1,5 cm από τον πλάγιο θάλο του κόλπου. Στο ύψος του ισθμού δίνει τον τραχηλοκολπικά κλάδο προς τα κάτω και συνεχίζει την πορεία της προς τα πάνω παράλληλα με το πλάγιο χείλος της μήτρας και μεταξύ των πετάλων του πλατύ συνδέσμου. Η πορεία της δεν είναι ευθεία αλλά σφιοειδής και δίνει 9 ως 14 κλάδους που αγγειώνουν την πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια της μήτρας και επικοινωνούν μεταξύ τους ως και με τις αρτηρίες της αντίθετης πλευράς. Η μητριαία φλέβα μεταφέρει το φλεβικό αίμα στην έσω λαχόνια. Ένα μέρος μεταφέρεται από τις ωσθηκικές φλέβες.

#### Λεμφικό σύστημα

Από το ανώτερο τρίτο του κόλπου, όπως και από το κατώτερο τμήμα του ισθμού και του τραχήλου της μήτρας η λεμφική παροχέτευση γίνεται στα ασταθή παραμητρικά λεμφογάγγλια και από κει στα μεταξύ των λαχονίων αγγείων, τα κοινά λαχόνια και ανώτερα έξω λαχόνια. Ένα μέρος από τα λεμφαγγεία των οργάνων αυτών περνούν από το ανώτερο λεμφογάγγλια του γλουτού, τα πλάγια ιερά και μέσω των λεμφογάγγλιων του ακρωτηρίου των μαιευτήρων στα κάτω σαρτικά. Ακόμη και με τους ιερομητρικούς συνδέσμους μερικά λεμφαγγεία φτάνουν στα λεμφογάγγλια του πρόσθιου τοιχώματος του ορθού και από κει δια μέσου των ανωτέρων αιμορροϊδικών στα σαρτικά.

### Νεύρωση

Η μήτρα νευρώνεται από το μητροκολπικό γαγγλιοφόρο πλέγμα, που σχηματίζεται από το υπογάστριο συμπαθητικό πλέγμα και από το 3ο και 4ο ιερό νεύρο (παρασυμπαθητικές ίνες). Το πλέγμα αυτό βρίσκεται μεταξύ του τραχήλου και του θόλου του κόλπου στη βάση του πλατύ συνδέσμου. Το μεγαλύτερο από τα γόγγλιά του είναι γνωστό σαν γόγγλιο του Frankenhauser. Στη μήτρα έρχονται και μερικές ίνες κατ' ευθείαν από τα πλέγματα της ουραδόχου κύστης και του απευθυσμένου.

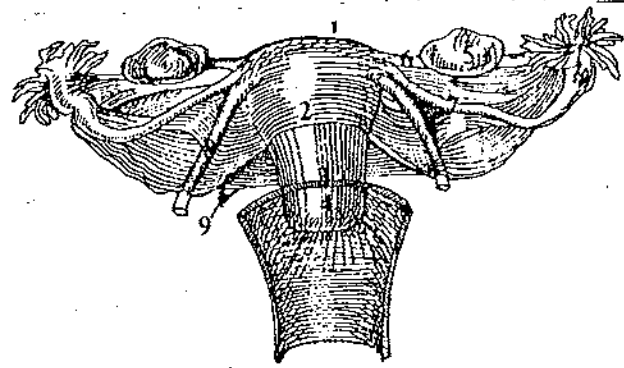
### Λειτουργική Σημασία της Μήτρας

Η μήτρα παράγει την έμμηνο ρύση. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τρέφει και προστατεύει το έμβρυο. Η δραστηριότητα των μυών της είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες στη διαδικασία της γέννας.



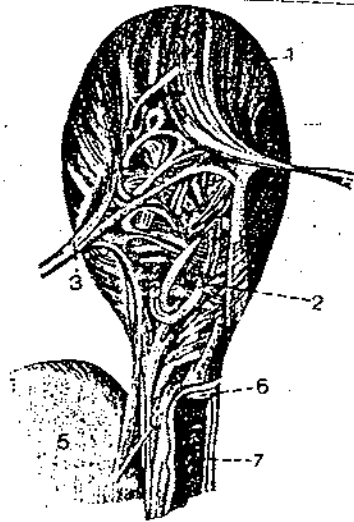
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ.

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ



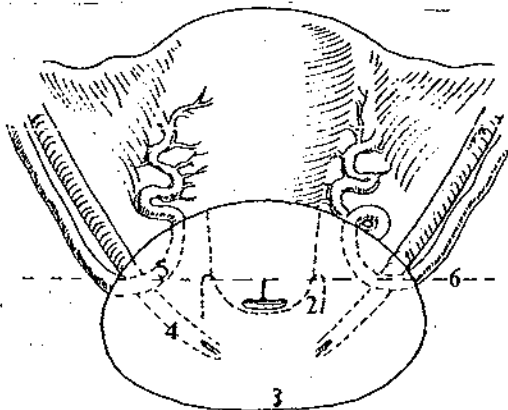
4. Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα, όπως φαίνονται από εμπρός, απομονωμένα τοπογραφοανατομικές τους σχέσεις και με τον κόλπο ανοιχτό, ύστερα από μέση τομή του πρόσθιου τοιχώματός του και κατά μήκος του πρόσθιου και των κολλικών θόλων. 1, ο πυθμένας της μήτρας. 2, το σώμα της μήτρας. 3, το επικό τμήμα του τραχήλου της μήτρας. 4, το ενδοκολπικό τμήμα του τραχήλου της μήτρας. 5, οι ωοθήκες. 6, ο ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης. 7, οι σάλπιγγες. 8, οι λοιποί σύνδεσμοι της μήτρας. 9, τα πέταλα του πλατέος συνδέσμου της μήτρας.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ



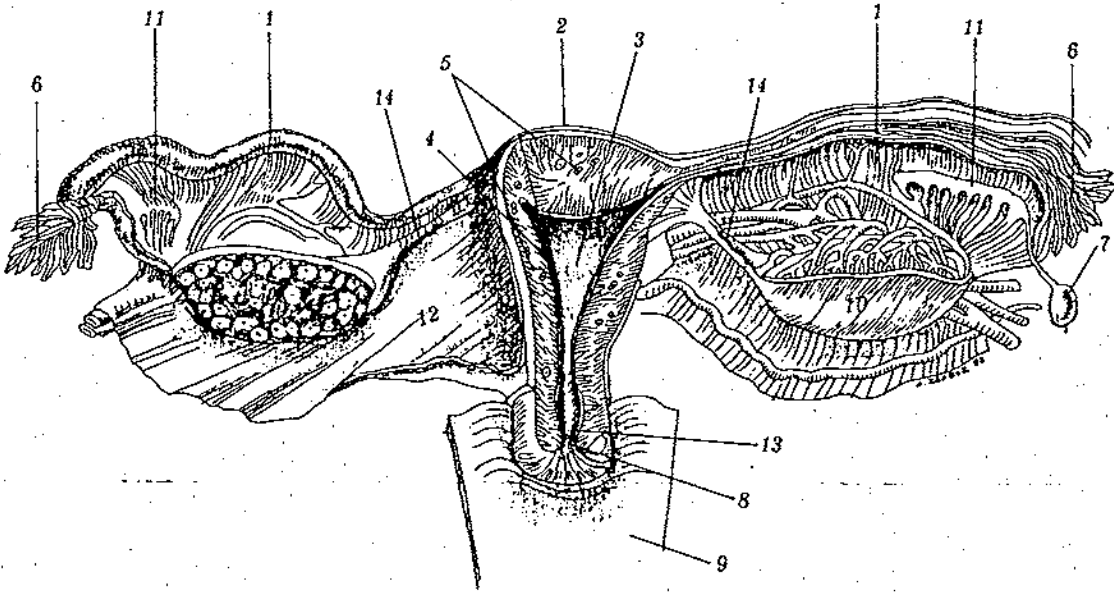
Εικόνα 1-6. Παρουσιάζονται η έξω και η μεσαία στιβάδα του μυομητρίου σε εγκυμονούσα μήτρα. 1, η έξω στιβάδα του μυομητρίου. 2, η μεσαία στιβάδα του μυομητρίου. 3, λείες μυϊκές ίνες για το στρογγύλο σύνδεσμο της μήτρας. 4, λείες μυϊκές ίνες για τον ίδιο σύνδεσμο της ωοθήκης. 5, η ουροδόχος κύστη. 6, ο τράχηλος της μήτρας. 7, ο κόλπος.

ΤΟΠΟΓΡΑΦΟΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

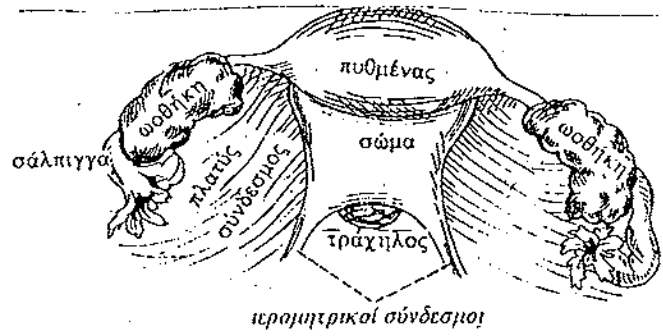
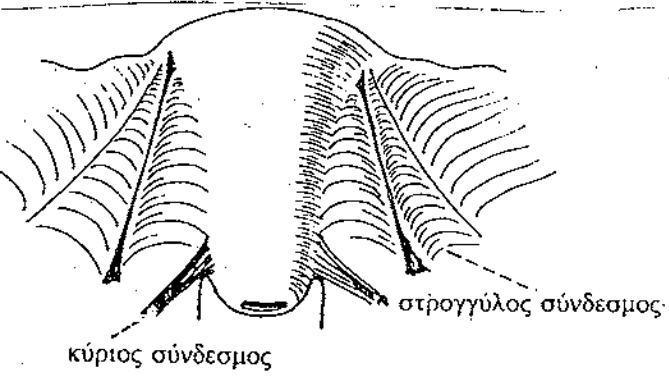


Εικόνα 1-8. Παρουσιάζεται η τοπογραφοανατομική σχέση του σημείου διασταύρωσης της μητριαίας αρτηρίας με τον ουρητήρα. 1, ο τράχηλος της μήτρας. 2, ο κολλικός θόλος. 3, η ουροδόχος κύστη. 4, ο ουρητήρας. 5, η μητριαία αρτηρία. 6, η ενδοισχιακή γραμμή.

ΣΤΗΡΙΣΜΑΤΑ ΜΕ ΓΕΙΤΟΝΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

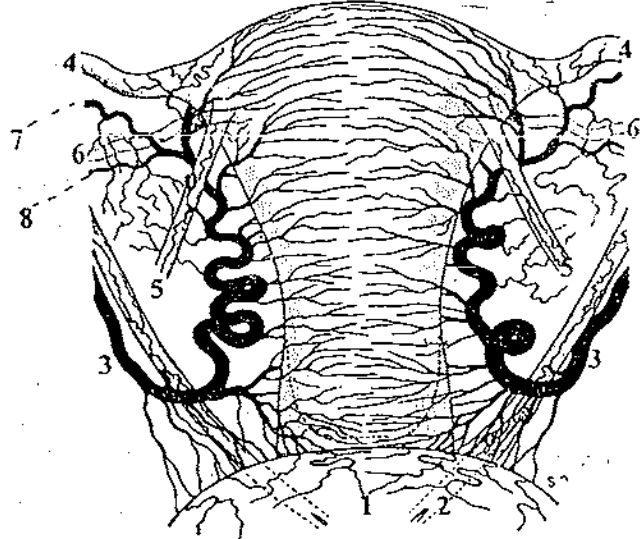


Εικόνα 1-5. Η μήτρα με τα εξαρτήματά της και τμήμα του κόλπου. Η αριστερή σάλπιγγα, η μήτρα και η δεξιά ωοθήκη έχουν διανοιχτεί στο μέσο κατά μέτωπο επίπεδο. Επίσης έχει αφαιρεθεί ένα τμήμα του αριστερού μεσοσαλπιγγίου. 1, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί. 2, ο πυθμένας της μήτρας - ορογόνος χιτώνας. 3, η ενδομητρική κοιλότητα. 4, το ενδομήτριο. 5, το μυομήτριο. 6, οι κροσσοί των σαλπίγγων. 7, απόφυση του επωοθηκίου. 8, το έξω τραχηλικό στόμιο. 9, ο κόλπος. 10, οι ωοθήκες. 11, το επωοθηκίο. 12, ο πλατύς σύνδεσμος της μήτρας. 13, η ενδοτραχηλική κοιλότητα. 14, ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης



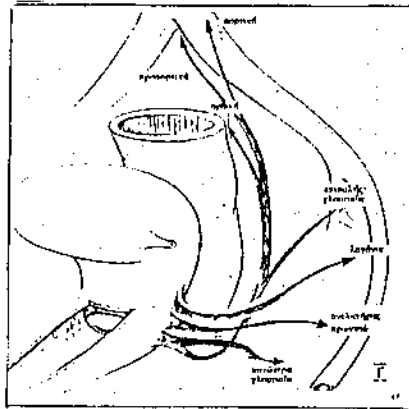
Σχηματική διάταξη των συνδέσμων της μήτρας όπως φαίνεται από εμπρός και πίσω αντίστοιχα (αριστερή - δεξιά εικόνα).

ΑΓΓΕΙΩΣΗ

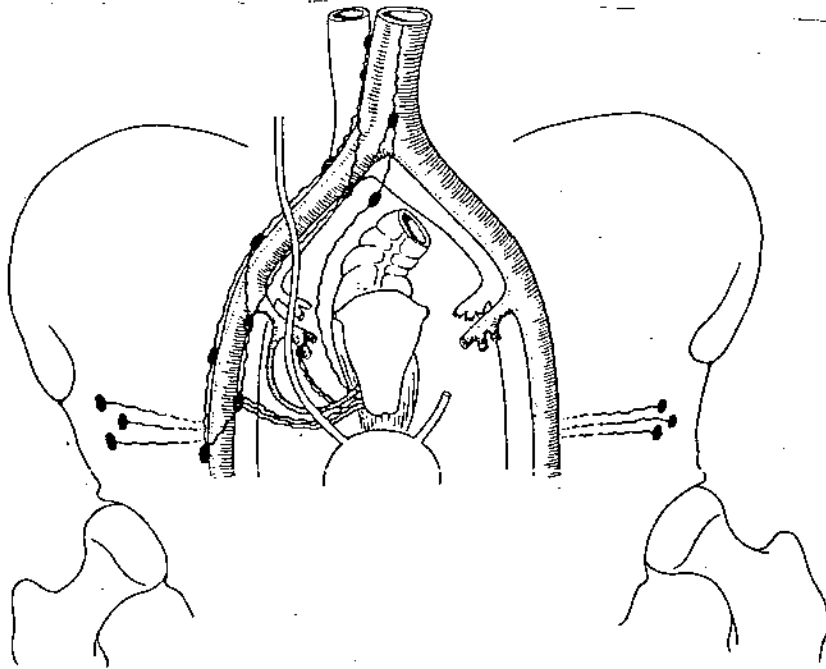


Εικόνα 1-11. Ημοσχηματική απεικόνιση των μητριαίων αρτηριών. 1, η ουροδόχος κύστη. 2, οι ουρητήρες. 3, οι μητριαίες αρτηρίες. 4, οι σάλπιγγες. 5, οι στρογγύλοι σύνδεσμοι της μήτρας. 6, οι ίδιοι σύνδεσμοι της ωοθήκης. 7, ο αγωγικός κλάδος της μητριαίας αρτηρίας. 8, ο ωοθηκικός κλάδος της μητριαίας αρτηρίας.

## ΛΕΜΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Αποχέτευση της λέμφου από τον τραχήλο της μήτρας.



Οι επιχώριοι λεμφαδένες του τραχήλου της μήτρας βρίσκονται κυρίως στο παραμέτριο και είναι:  
 οι κοινά και έξω λαγόνιοι  
 οι θυροειδής  
 οι υπογαστρικοί

## Παθολογική Ανατομία

Στο 95% των περιπτώσεων ο όγκος εντοπίζεται αρχικά στο τμήμα εκείνο του τραχήλου που προβάλλει μέσα στον κόλπο (ενδοκολπική μοίρα). Ακόμη ακριβέστερα το σημείο της προτίμησής του είναι η γραμμή κατά μήκος της οποίας το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο (κύτταρα με σχήμα πλακός σε πολλά στρώματα) που καλύπτει την ενδοκολπική αυτή μοίρα, αντικαθίσταται από το κυλινδρικό επιθήλιο το οποίο ντύνει εσωτερικά την κοιλότητα του τραχήλου (εξωτραχηλικός καρκίνος). Μόνο ένα 5% εμφανίζεται στην κοιλότητα του τραχήλου (ενδοτραχηλικός καρκίνος). Ο εξωτραχηλικός καρκίνος γίνεται αντιληπτός και με την κολπική εξέταση αρκεί να έχει φτάσει σε κάποιο στάδιο εξέλιξης.

Ιστολογικά ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας διακρίνεται στις παρακάτω μορφές:

1. Δυσπλασία ή τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία. Σ' αυτή βρίσκουμε κύτταρα του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου και διακρίνεται σε ελαφρά, μέτρια και βαριά, ανάλογα με το πάχος του επιθηλίου, που περιέχει τα άτυπα κύτταρα. Όταν όλα το πάχος καταλαμβάνεται από τα άτυπα κύτταρα χρησιμοποιείται ο όρος "καρκίνωμα *in situ*" ή "προδιηθητικός καρκίνος". Πρόσφατα για να δοθεί έμφαση στο ότι αυτές οι δυσπλαστικές μεταβολές αποτελούν το φάσμα της ίδιας βασικής αλλοίωσης, χρησιμοποιήθηκε ο όρος "τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία". Υπάρχουν τρεις βαθμοί ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (CIN):

α. όταν καταλαμβάνεται λιγότερο από το 1/3 του πάχους του

επιθηλίου.

β. όταν καταλαμβάνεται από 1/3 ως 2/3, και

γ. όταν καταλαμβάνεται όλο το πάχος.

Στην τελευταία κατηγορία συμπεριλαμβάνεται και το καρκίνωμα *in situ*. Από μερικούς ιστολόγους η πλακώδης μεταπλασία του κυλινδρικού επιθηλίου του τραχήλου θεωρείται σαν μορφή ελαφράς δυσπλασίας.

2. Προδιηθητικό καρκίνωμα ή *in situ* καρκίνωμα. Υπάρχουν σ' αυτό άτυπα κύτταρα σ' όλο το πάχος του πλακώδους επιθηλίου. Η βασική μεμβράνη του τραχήλου που βρίσκεται κάτω απ' αυτό δεν έχει προσβληθεί. Μ' αυτή τη μορφή ο καρκίνος μπορεί να μένει 5-10 χρόνια και να είναι ασυμπτωματικός. Ανευρίσκεται σε ιστοτεμάχιο που πάρθηκε από βιοψία μετά από ένα θετικό τραχηλοκολπικό επίχρισμα. Χαρακτηρίζεται από υπερπλασία των κυττάρων του επιθηλίου, ανώμαλες μιτώσεις, ατυπίες των πυρήνων των κυττάρων και αποδιοργάνωση της δομής των κυτταρικών στιβάδων. Μακροσκοπικά ο τράχηλος μπορεί να παρουσιάζεται φυσιολογικός, ή να εμφανίζει ερυθρότητα, διάβρωση, ή εστίες λευκοπλακίας.

3. Μικροδιηθητικό καρκίνωμα. Σ' αυτό εκτός από τις ατυπίες των κυττάρων ολοκλήρου το πάχος του πλακώδους επιθηλίου, υπάρχουν και σε μικρή έκταση ατυπίες στην ακύτταρη βασική μεμβράνη και μικροδιηθήσεις με τη μορφή βελόνων ή σταγόνων στο υποκείμενο χόριο. Συμβαίνει σε 5 με 10% των καρκινωμάτων *in situ*. Δεν προκαλεί επίσης συμπτώματα αλλά καθώς προχωρεί η βλάβη εμφανίζονται τα κλινικά συμπτώματα της νόσου.

4. Διηθητικό καρκίνωμα ή επιδερμοειδές. Σ' αυτό ο καρκίνος διήθησε τη βασική μεμβράνη κι έφτασε στο μυϊκό στρώμα του τραχήλου κι απ' αυτό προχώρησε με διήθηση ή με λεμφογενή ή αιματογενή μετάσταση. Με τη λεμφική οδό τα νεοπλασματικά κύτταρα μεταφέρονται στους επιχώριους λεμφαδένες (παραμήτριους, υπογαστρικούς, έξω λαχόνιους, ιερούς) και συνήθως όσο πιο προχωρημένη είναι η τοπική αλλοίωση, τόσο περισσότερο δημιουργούνται απομακρυσμένες μεταστάσεις. Το ήπαρ είναι πιο συνηθισμένη εντόπιση αιματογενούς διασποράς, αλλά το νεόπλασμα μπορεί ακόμη να προσβάλλει τους πνεύμονες, τον εγκέφαλο, τα οστά, τα επινεφρίδια, το σπλήνα ή το πάγκρεας. Ιστοπαθολογικά τα καρκινώματα από τα πλακώδη επιθήλια έχουν ταξινομηθεί σύμφωνα με τον τύπο κυττάρων που κυριαρχεί, σε καρκινώματα: με μεγάλα μη κερατινοποιημένα κύτταρα, και με μικρά κύτταρα μη κερατινοποιημένα. Αυτά που έχουν μεγάλα κύτταρα μη κερατινοποιημένα θεωρούνται, ότι έχουν μεγαλύτερη 5ετή επιβίωση (68,3%), ενώ τα καρκινώματα με μικρά μη κερατινοποιημένα κύτταρα έχουν τη μικρότερη επιβίωση (20%). Στο διηθητικό καρκίνωμα, περισσότερο έχει επικρατήσει η ταξινόμηση που βασίζεται στο βαθμό διαφοροποίησης των κυττάρων. Ανάλογα λοιπόν, με το βαθμό διαφοροποίησης, διακρίνουμε τα κύτταρα του διηθητικού καρκίνου σε:

α. Καλά διαφοροποιημένα (βαθμός I). Σ' αυτό τον τύπο νεοπλάσματος τα κύτταρα δεν παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλομορφία, έχουν μεσοκυττάριες γέφυρες, υπάρχουν σφαίρες κερατίνης μεταξύ των κυττάρων και οι μιτώσεις είναι λιγότερες από δύο στη μεγάλη μεγένθυση.

β. Μέτρια διαφοροποιημένα (βαθμός II). Αυτός ο τύπος αποτελεί ενδιάμεση βαθμίδα. Υπάρχει μέτρια ποικιλομορφία των κυττάρων με τυχαίες μεσοκυττάρειες γέφυρες, λίγες σφαίρες κερατίνης και 2-4 μιτώσεις στη μεγάλη μεγέθυνση.

γ. Χαμηλής διαφοροποίησης (βαθμός III). Εδώ τα κύτταρα είναι βαθυχρωματικά και μικρά που μοιάζουν πιο λίγο με το ώριμο πλακώδες επιθήλιο, χωρίς μεσοκυττάρειες γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και οι μιτώσεις είναι περισσότερες από 4 στη μεγάλη μεγέθυνση. Τα αδιαφοροποίητα νεοπλάσματα μεθίστανται πιο νωρίς, αλλά απαντούν καλύτερα στη θεραπεία με ακτινοβολία.

5. Αδενοκαρκίνωμα. Δε διαφέρει στην εντόπιση, στη μακροσκοπική επιφάνεια, στη διασπορά και στην ευαισθησία στην ακτινοβολία από το καρκίνωμα με πλακώδη επιθήλια. Αποτελείται από υψηλά κυλινδρικά κύτταρα, εκκριτικά, συγκεντρωμένα σε αδενοματώδεις σχηματισμούς με λίγο στρώμα. Ταξινομείται σε καλής, μέτριας και χαμηλής διαφοροποίησης. Το μεγαλύτερο πρόβλημα για τον παθολογοανατόμο είναι η διάρκεια του πρωτοπαθούς τραχηλικού αδενοκαρκινώματος από την επέκταση καρκινώματος του ενδομητρίου προς τον τράχηλο γιατί διηθεί τους κάτω από τη βλάβη ιστούς και επεκτείνεται στη μήτρα, στον κόλπο και στα παραμήτρια. Λιγότερο συχνό είναι το αδενοκαρκίνωμα από υπολείμματα του μεσονεφρικού πόρου του Wolf, μέσα στον τράχηλο.

Εκτός από την παραπάνω ιστολογική διαίρεση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, είναι δυνατόν να διαιρεθεί σε τρεις μορφές που είναι: α). η βλαστική ή ανθοκραμβοειδής ή εξωφυτική, β). η ελκωτική ή ελκώδης και γ) η οζώδης. Η βλαστική μορφή αποτελείται από εκβλαστήσεις που θυμίζουν το κουνουπίδι

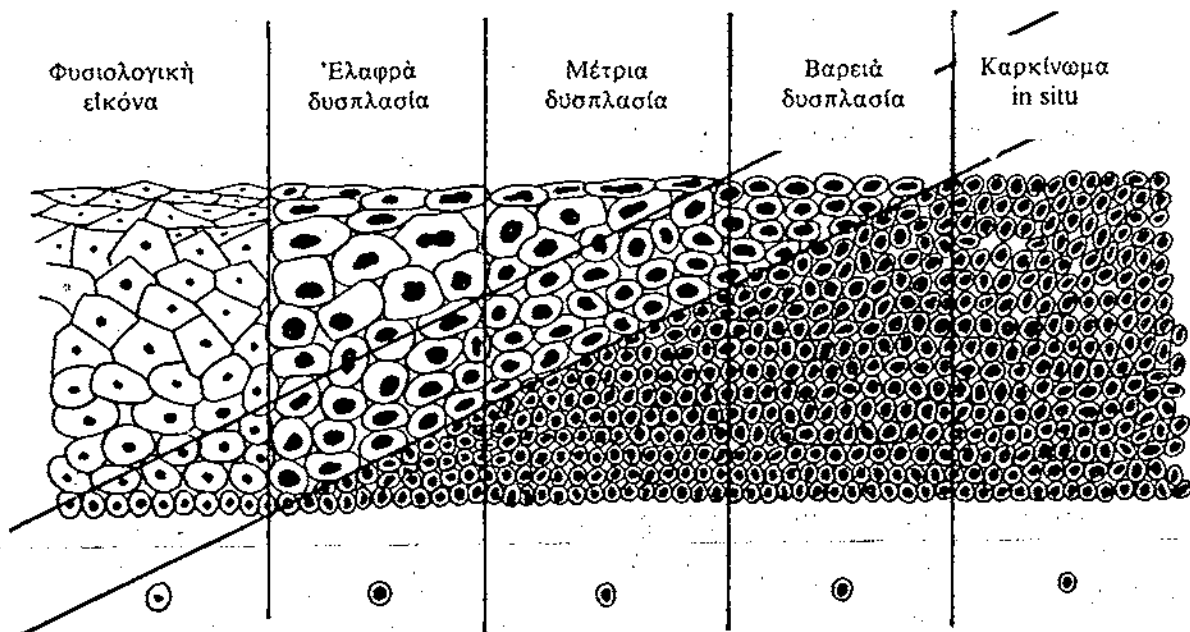
(ανθοκράμβη). Στην αρχή αυτές έχουν χρώμα ρόδινο, αργότερα όμως παρουσιάζουν νεκρώσεις, σπάζουν εύκολα, αιμορραγούν και δίνουν δυσάρεστη οσμή στα υγρά του κόλπου. Η ελκώδης μορφή εμφανίζεται σαν εξέλκωση που προχωρεί τόσο σε βάθος, όσο και στην επιφάνεια, προς τον υπόλοιπο τραχήλο ή τον κόλπο. Τα χείλη μιας τέτοιας εξέλκωσης είναι ανώμαλα. Έχει μορφή συνήθως ανώμαλου έλκους που μοιάζει σαν κρατήρας που εκρύχνηται. Σε άλλες περιπτώσεις το καρκίνωμα της ενδοτραχηλικής μοίρας του τραχήλου αναπτύσσεται κάτω από το βλενογόνο, οπότε παρουσιάζεται σαν οζίδιο (οζώδης μορφή). Αργότερα το οζίδιο αυτό ανοίγει και παρουσιάζεται σαν εξέλκωση. Το ενδοτραχηλικό καρκίνωμα παραμένει στην αρχή, λόγω της θέσεώς του, απαρατήρητο. Οι μορφές, τις οποίες μπορεί να πάρει, μοιάζουν μ' εκείνες του εξωτραχηλικού: ανθοκραμβοειδή, ελκώδη και οζώδη.

Σε πρώιμα στάδια η αλλαγή είναι συχνά ενδοεπιθηλιακή, έτσι ώστε να μοιάζει με τραχηλική εκτοπία ή χρόνια τραχηλίτιδα. Καθώς η νόσος χειροτερεύει, το έλκος γίνεται βαθύτερο και νεκρωτικό, με ασαφή όρια και εύθρυπτη αιμορραγική επιφάνεια. Οι κολπικοί θόλοι μπορεί να προσβληθούν στη συνέχεια από την επέκταση της διήθησης. Εκτεταμένη παραμητρική διήθηση από το διηθητικό νεόπλασμα, μπορεί να σχηματίσει μια οζώδη πάχυνση των ιερομητρικών και βασικών συνδέσμων της μήτρας, που συνοδεύεται με απώλεια της ευκινησίας και καθήλωση του τραχήλου και της μήτρας.

Η τελική διάγνωση κάθε καρκίνου γίνεται βέβαια με την ιστολογική εξέταση: ένα τεμάχιο από τον όγκο κόβεται με ειδική συσκευή σε λεπτότατα φύλλα, χρωματίζεται με τα κατάλληλα



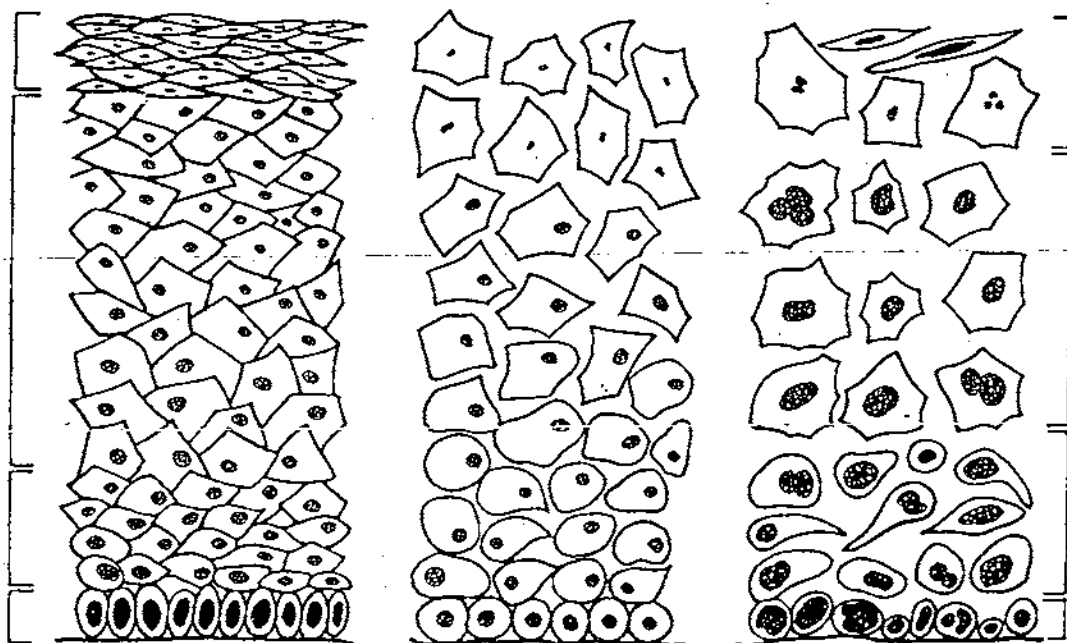
χρώματα και εξετάζεται στο μικροσκόπιο. Στην περίπτωση ενός εξωτραχηλικού καρκινώματος, η φυσιολογική κατασκευή του επιθηλίου έχει εξαφανισθεί. Το σχήμα και οι διαστάσεις των κυττάρων του είναι τερατώδη και έχουν την τάση να εισβάλλουν στους γειτονικούς ιστούς, καταστρέφοντας την αρχιτεκτονική τους. Παρ' όλα αυτά όμως, η εμφάνισή τους διατηρεί μερικά από τα γνωρίσματα των φυσιολογικών επιθηλίων μπορεί να επικρατούν τα κερατινοποιημένα κύτταρα, οπότε σχηματίζουν ομάδες που θυμίζουν μαργαριτάρια (μαργαριτοειδή σωματίδια) ή τα πλακώδη που η διάταξη τους είναι όπως του κρεμμυδιού (ώριμα επιθηλιώματα). Ένα ενδοτραχηλικό καρκίνωμα στο μικροσκόπιο διατηρεί ακαθόριστα τη μορφή των αδένων του φυσιολογικού επιθηλίου που καταλήγουν στην τραχηλική κοιλότητα είναι ιστολογικώς αδενοκαρκίνωμα. Ασχέτα όμως απ' αυτό θα συναντήσουμε τις ίδιες τερατομορφίες των κυττάρων, όπως στα εξωτραχηλικά καρκινώματα καθώς και τις εκτεταμένες διηθήσεις των γειτονικών ιστών, (τα καρκινικά κύτταρα έχουν εισβάλλει μέσα τους, καταστρέφοντας το αρχιτεκτονικό τους σχέδιο).



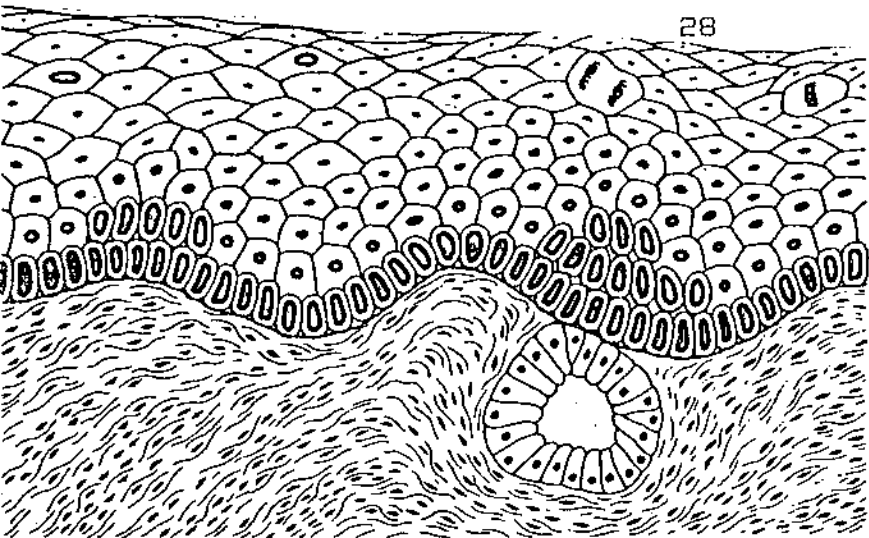
Βιαγραμμιατική αναπαράσταση των κυτταρικών μορφολογικών αλλαγών από την ελαφρά δυσπλασία στο καρκίνωμα in situ.

Φυσιολογική Ιστολογική και κυτταρολογική εικόνα

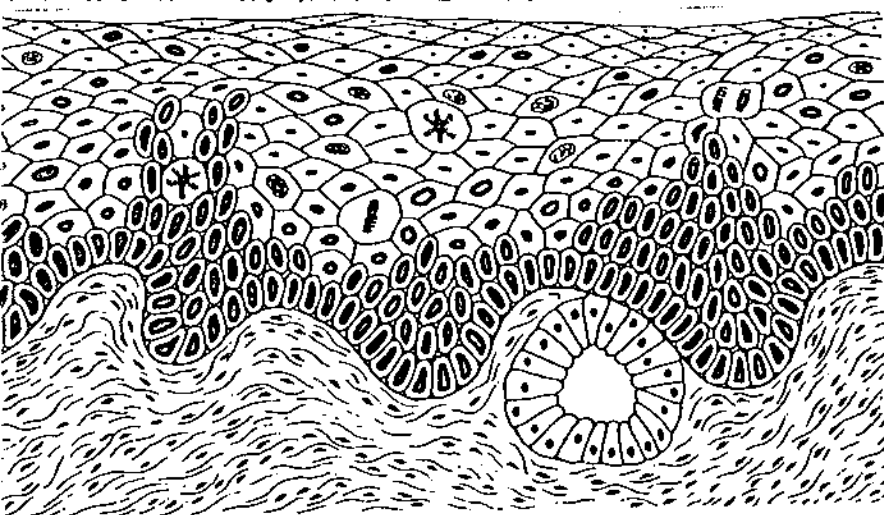
Νεοπλασματική εικόνα



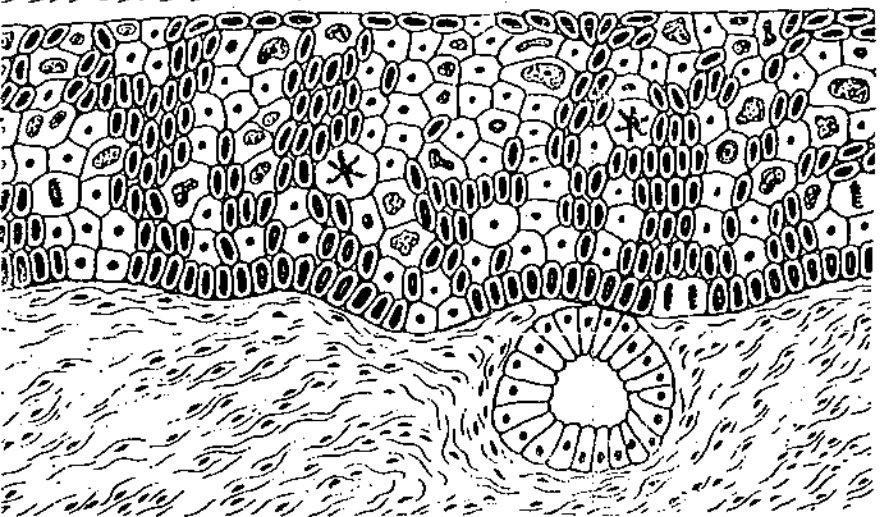
Βιαγραμμιατική αναπαράσταση των κυτταρολογικών ενρημάτων από τον φυσιολογικό τράχηλο σε σύγκριση προς τον τράχηλο με καρκίνο.



Μέτρια δυσπλασία  
Μεμονωμένες μιτώσεις και δυσκαριωτικά κύτταρα στην επιφανειακή στιβάδα.



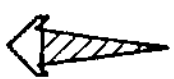
Βαρειά δυσπλασία.  
Πάχυνση της βασικής στιβάδας και προεκβολές της στο χορίο. Αφθονες μιτώσεις, δυσκαριωτικά κύτταρα και λέπτυνση της επιφανειακής στιβάδας.

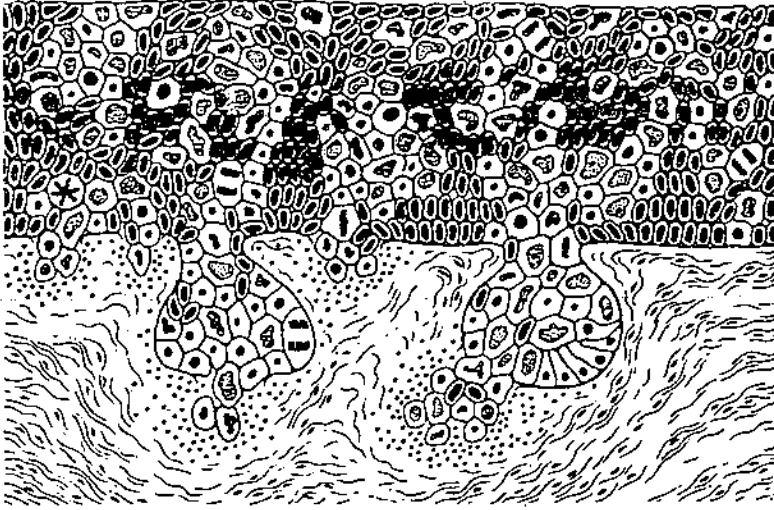


Καρκίνωμα in situ.  
Κανονική διάκριση μεταξύ επιθηλίου και στρώματος. Η κανονική όμως δομή του επιθηλίου δεν διατηρείται. Αυσκρίωση, μιτώσεις άφθονες και άτυπα κύτταρα καταλαμβάνουν όλο το πάχος του επιθηλίου.

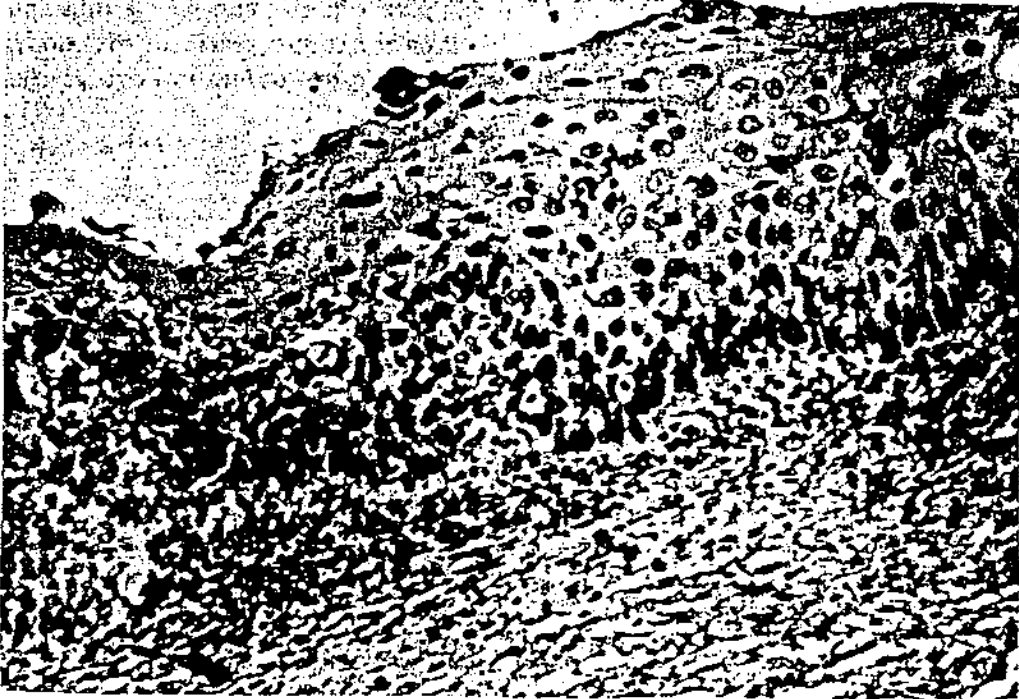


Σχηματική αναπαράσταση της κοκοήθους εξέλιξης από το προκαρκινικό στάδιο στη δυσπλασία, στον ενδοεπιθηλιακό καρκίνο και στο διηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας.





Μικροαδενωματικό καρκίνωμα. Η βασική μεμβράνη διασπάται σε διάφορα σημεία της και παρατηρείται διήθηση του στρώματος.



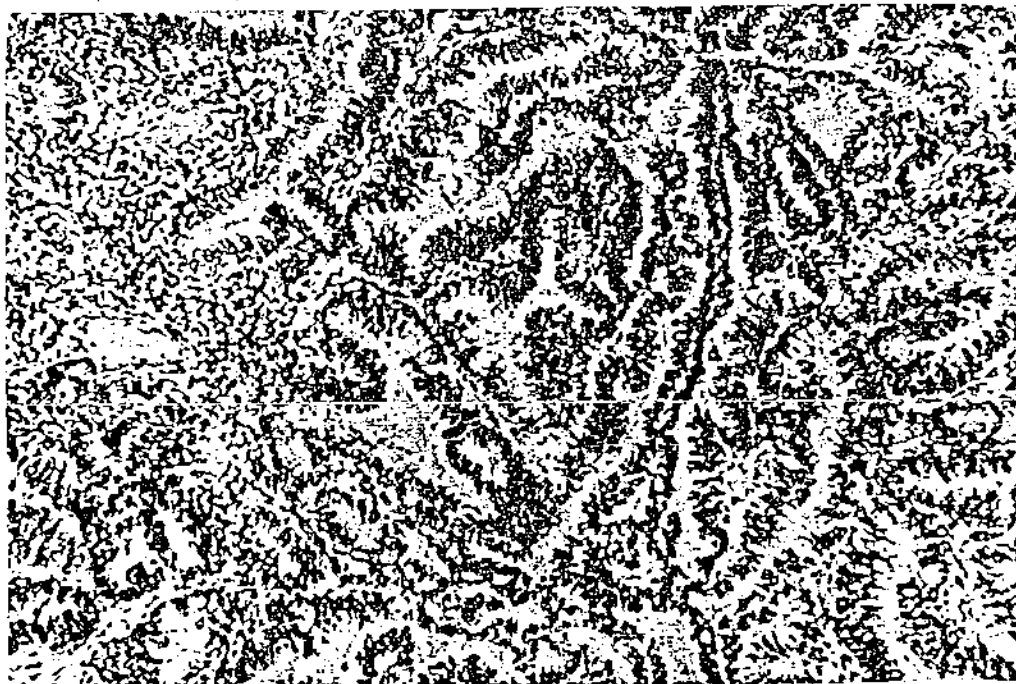
Εικόνα ελαφράς δυσπλασίας καλυπτικού επιθηλίου τραχήλου.  
 Τα δυσπλαστικά κύτταρα είναι λίγα και περιτριζονται κοντά στη βασική  
 στιβάδα. Χρόση Α+Η.ΜεγΧ125



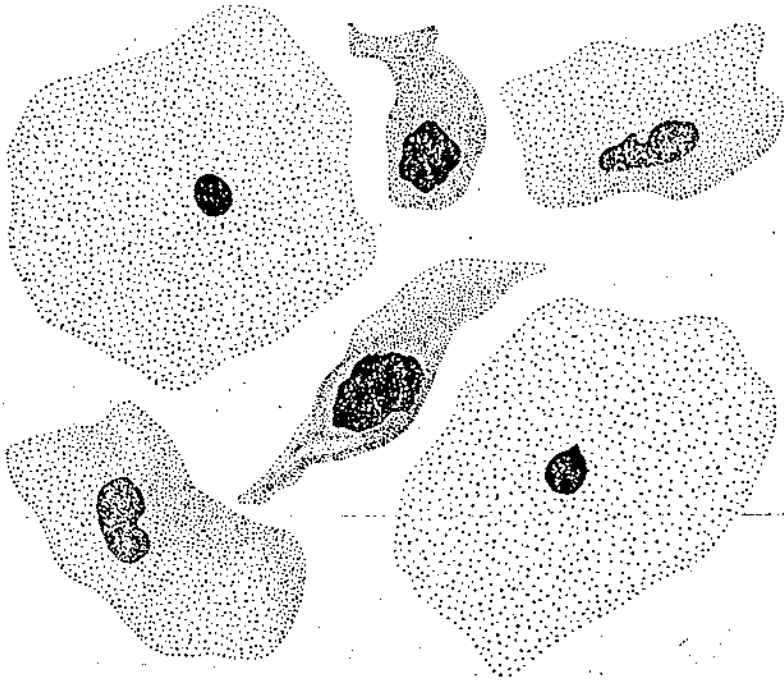
Εικόνα βαρείας δυσπλασίας καλυπτικού επιθηλίου τραχήλου.  
 Παρατηρείται κατάληψη όλου του πάχους του επιθηλίου από δυσπλαστικά  
 κύτταρα, τα οποία προς την επιφανειακή στιβάδα διατηρούν την  
 ικανότητα να κριμάζουν προς πλακώδη. Επίσης διακρίνονται κύτταρα  
 επιφανειακά με κοίλοκύτταρη.  
 Χρόση Α+Η.ΜεγΧ125



Εικόνα ενδοεπιθηλιακού (in situ) καρκινώματος τραχήλου. Αντικατάσταση των κυττάρων του καταλυπτικού επιθηλίου σ' όλο το πάχος του από καρκινωματώδη κύτταρα τα οποία όμως δε διηθούν τη βασική μεμβράνη.  
Χρόση Α+Η.ΜεγX125.

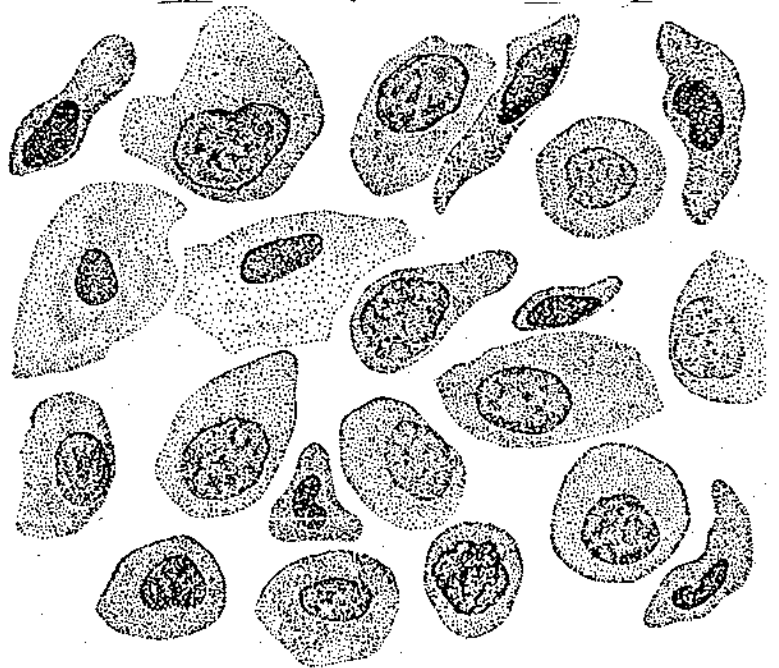


Άδενωκαρκίνωμα τραχήλου μήτρας με σπληνωδείς καρκινωματώδεις βλάστες που επανέδονται από κύτταρα τραχηλικού τύπου.  
Χρόση Α+Η.ΜεγX125.

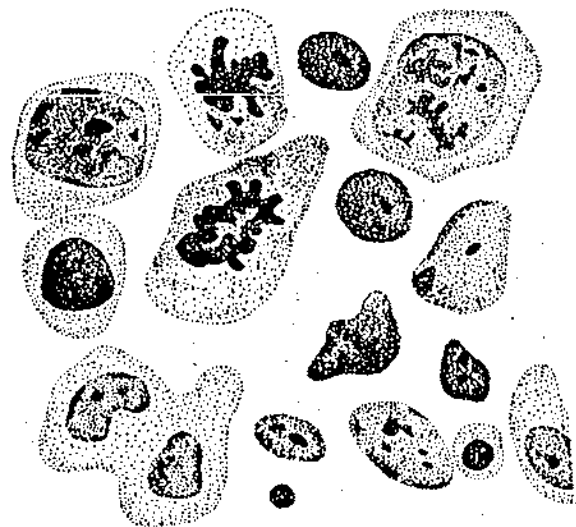


Επιφανειακά δυσκαριωτικά κύτταρα στη μέση της εικόνας. Σε σχέση με τα φυσιολογικά παρατηρείται αύξηση της σχέσεως πυρήνα-πρωτόπλασμα, απώλεια της στραγγυλότητας και υπέρχρωση των πυρήνων όπως επίσης και ποικιλία στο σχήμα και στο μέγεθος.

Διακριωτικά κύτταρα από όλα τα στρώματα του επιθηλίου. Το πρωτόπλασμα δεν αλλάζει.



Κυτταρολογική εικόνα καρκίνου τραχήλου με τυπικά καρκινικά κύτταρα. Ανωμαλίες στο μέγεθος και στο σχήμα των πυρήνων που είναι πεννοχρωματικοί. Εκφυλιστικές αλλοιώσεις στο πρωτόπλασμα.



## Στάδια του Καρκίνου.

Εχουν προταθει διάφορα συστήματα ταξινόμησης των σταδίων της νόσου. Η Αμερικάνικη επιτροπή για τον καρκίνο, έχει προτείνει το σύστημα T.N.M. (Tumor - Nodes - Metastases), και οι Meigs Brunschwig, τη χειρουργική - ιστολογική ταξινόμηση, η οποία καθορίζει με ακρίβεια την έκταση της νόσου αλλά μόνο μετά από την εφαρμογή της χειρουργικής θεραπείας.

Η Παγκόσμια Ομοσπονδία Μαιευτήρων - Γυναικολόγων (F.I.G.O.) έχει προτείνει ένα σύστημα σταδιοποίησης, το οποίο, παρά τις ατέλειές του, είναι γενικά αποδεκτό. Η σταδιοποίηση, σύμφωνα με τις υποδείξεις της F.I.G.O. στηρίζεται βασικά στην κλινική εξέταση και ονομάζεται κλινική σταδιοποίηση. Η εξέταση γίνεται από ειδικό, ή ομάδα ειδικών και κατά προτίμηση υπό νάρκωση και είναι αποφασιστικής σημασίας για την τύχη της ασθενούς, διότι από αυτήν εξαρτάται η θεραπευτική αγωγή. Απαραίτητες, εκτός από την ιστολογική διάγνωση και την κλινική εξέταση, για τη σταδιοποίηση της νόσου, θεωρούνται η κυστεοσκόπηση, η ορθοσκόπηση, η ενδοφλέβια πνευμογραφία και ο ακτινολογικός έλεγχος των πνευμόνων και του σκελετού. Διάφορες άλλες εξετάσεις, όπως η λεμφαγγειογραφία κ.λ.π., ενώ συχνά παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για την έκταση της νόσου, δεν επηρεάζουν τη σταδιοποίηση, η οποία πρέπει να γίνεται με καθορισμένα και κοινά κριτήρια παντού. Το στάδιο της νόσου τίθεται πριν από την εφαρμογή οποιασδήποτε θεραπείας και δε μεταβάλλεται ποτέ.



Τα ουσιαστικά μειονεκτήματα της κλινικής σταδιοποίησης οφείλονται στη συχνή απουσία της κλινικής εξέτασης ν' αποκαλύψει την πραγματική έκταση της νόσου. Η καρκινωματώδης διήθηση των παρατραχηλικών αδένων είναι δυνατόν να μην ψηλαφηθεί (20-25%) ή αντίθετα, η φλεγμονώδης πάχυνση και σκληρία των παραμήτριων να αποδοθεί σε νόσο. Η παρουσία και εντόπιση, εξ' άλλου, διηθητικών λεμφαδένων δεν είναι δυνατόν να διαπιστωθεί. Η λεμφαγγειογραφία παρέχει πολύτιμες πληροφορίες στον τομέα αυτό και χρησιμοποιείται σε πολλά κέντρα, αλλά η αξιοπιστία της περιορίζεται από το σημαντικό ποσοστό ψευδώς αρνητικών ή θετικών ευρημάτων (περίπου 17%). Τα τελευταία χρόνια καταβάλλεται προσπάθεια για την ακριβή διάγνωση των λεμφαδενικών μεταστάσεων με την εφαρμογή της ερευνητικής λαπαροτομίας και λεμφαδενεκτομίας των πνευλικών και παραορτικών λεμφαδένων. Είναι πιθανό, ότι η αναγνώριση και εντόπιση των λεμφαδενικών μεταστάσεων, ιδιαίτερα κατά μήκος της αορτής, είναι δυνατόν με την κατάλληλη τροποποίηση του πεδίου ακτινοβολήσεως, να οδηγήσει στη θεραπεία ένα μικρό ποσοστό ασθενών (4 - 5%), οι οποίες με τη συνήθη θεραπεία θα είχαν υποκύψει στη νόσο. Το τίμημα όμως από τις επιπλοκές είναι αρκετά βαρύ και η μέθοδος δεν έχει γίνει γενικά αποδεκτή ακόμη.

Ανάλογα με το βαθμό διήθησης, που εκτιμάται από τις εξετάσεις, που αναφέρθηκαν παραπάνω, ταξινομείται ο καρκίνος του τραχήλου στα παρακάτω στάδια σύμφωνα με απόφαση της F.I.G.O.:

\* Στάδιο 0. Σ' αυτό ανήκει ο προδιηθητικός ή ενδοεπιθηλιακός ή προκλινικός καρκίνος *in situ*. Ο καρκίνος στο στάδιο αυτό βρίσκεται μέσα στο επιθήλιο και δεν πέρασε τη βασική μεμβράνη του τραχήλου.

\* Στάδιο Ia. Σ' αυτό υπάρχει μικρή διήθηση του στρώματος του τραχήλου (μικροκαρκίνωμα).

\* Στάδιο Ib. Σ' αυτό ο καρκίνος εντοπίζεται μέσα στον τράχηλο.

\* Στάδιο IIa. Σ' αυτό ο καρκίνος έχει προσβάλει και το πάνω τριτημόριο του κόλπου.

\* Στάδιο IIβ. Σ' αυτό ο καρκίνος έχει διηθήσει τα παραμήτρια αλλά δεν έφτασε μέχρι τα πυελικά τοιχώματα.

\* Στάδιο III. Σ' αυτό ο καρκίνος διήθησε τα πυελικά τοιχώματα και το κάτω τριτημόριο του κόλπου.

\* Στάδιο IV. Σ' αυτό ο καρκίνος διήθησε την ουροδόχο κύστη και το ορθό και επεκτάθηκε σε όργανα, που βρίσκονται έξω από την πύελο.

---

 ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ (F.I.G.O.)
 

---

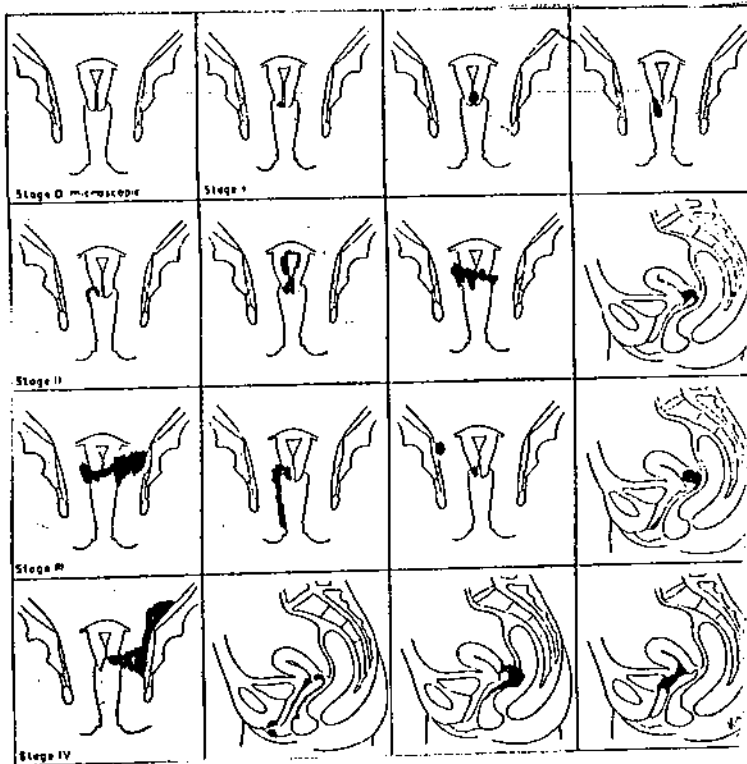
**ΠΡΟΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ**

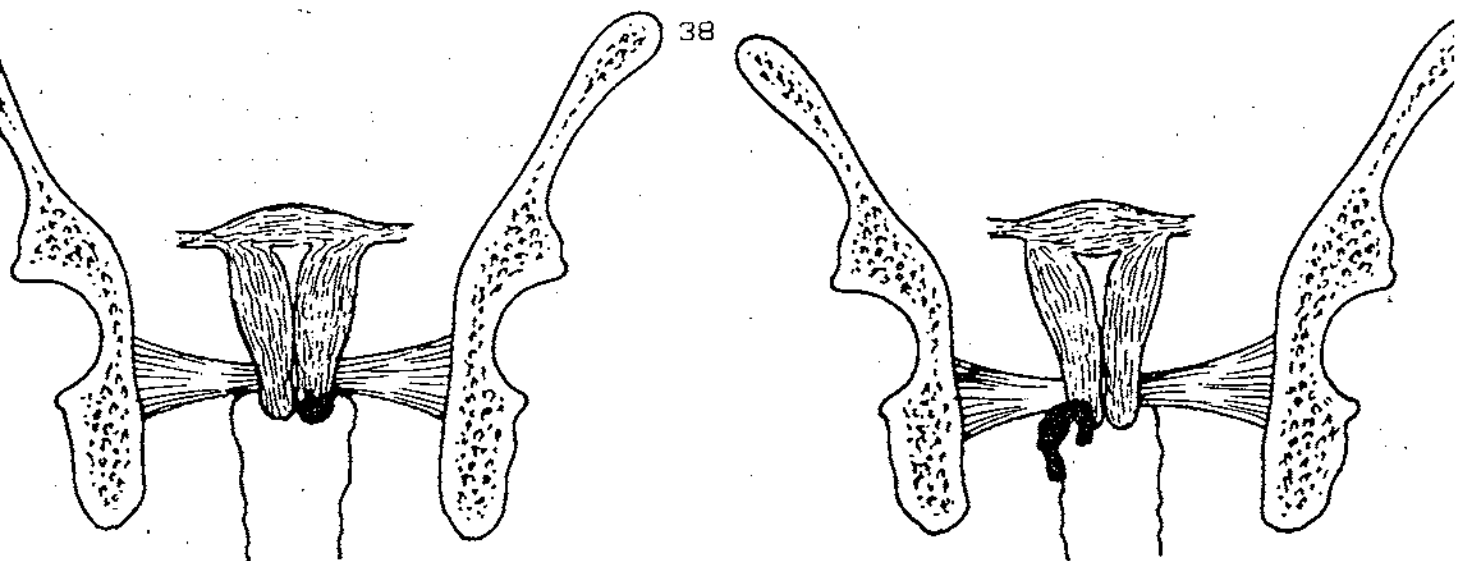
- Στάδιο 0:** Ένδοεπιθηλιακός ή καρκίνος in situ.  
 Η νόσος έντοπιζεται στο επιθήλιο. Τα καρκινωματώδη κύτταρα έχουν καταλάβει ολόκληρο το πάχος του επιθηλίου, αλλά δεν διηθούν το στρώμα του τραχήλου.

**ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ**

- Στάδιο I:** Ο καρκίνος διηθεί το στρώμα, αλλά περιορίζεται στον τράχηλο της μήτρας. Η διήθηση του στρώματος της μήτρας δεν λαμβάνεται υπ' όψη.
- Ia:** Μικροδιηθητικός καρκίνος.  
 Μόλις αρχόμενη διήθηση του στρώματος, 5 χιλ.
- Iβ:** Έμφανής διήθηση του στρώματος. Εάν η νόσος έντοπιζεται στον ένδοτράχηλο δεν εκδηλώνεται κλινικά.
- Στάδιο II:** Ο καρκίνος έχει επεκταθεί πέρα από τον τράχηλο. Μπορεί να διηθεί τον κόλπο, αλλά όχι το κάτω τριτημόριό του. Μπορεί επίσης να διηθεί το παραμήτριο, αλλά να μη φθάνει μέχρι το πυελικό τοίχωμα.
- IIa:** Η νόσος δεν προσβάλλει το παραμήτριο.
- IIβ:** Ψηλαφάται διήθηση του παραμητρίου.
- Στάδιο III:** Ο καρκίνος έχει διηθήσει το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου ή ολόκληρο το παραμήτριο. Στην εξέταση από το όρθο, δεν υπάρχει διάστημα ελεύθερο νόσου μεταξύ της διηθήσεως και του πυελικού τοιχώματος.
- IIIa:** Προσβολή του κάτω τριτημορίου του κόλπου, χωρίς επέκταση στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα.
- IIIβ:** Επέκταση της νόσου μέχρι το πλάγιο πυελικό τοίχωμα και υδρονέφρωση ή ανενεργός νεφρός, λόγω αποπράξεως του σφρητήρα.
- Στάδιο IV:** Ο καρκίνος έχει διασπαρεί εκτός της πυέλου ή έχει προσβάλει το βλεννογόνο της κύστεως ή του όρθου.
- IVa:** Προσβολή της κύστεως ή του εντέρου.
- IVβ:** Μεταστάσεις εκτός πυέλου.
-

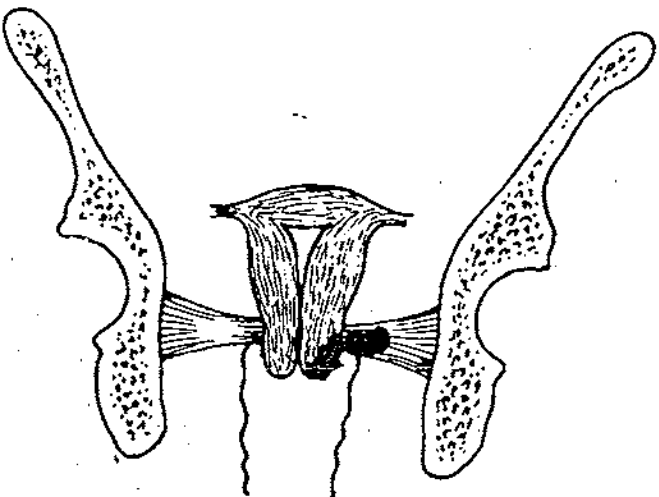
ΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ  
ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΤΕΛΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΩΝ ΕΘΝΩΝ (Jeffcoate).



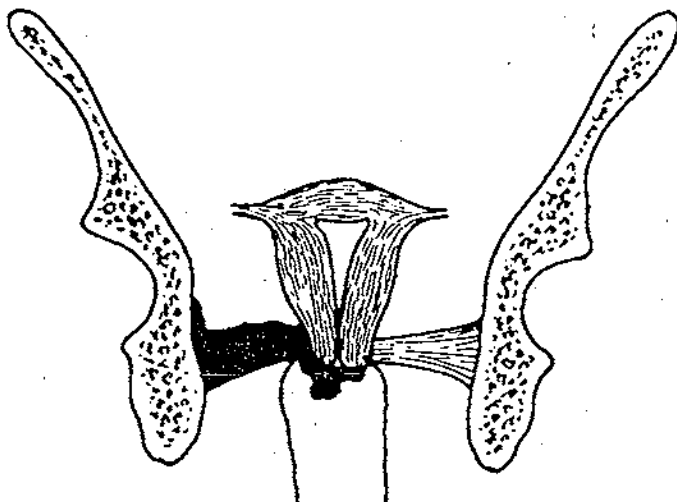


Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Στάδιο Iβ.  
Ο καρκίνος περιορίζεται μόνο στον τράχηλο της μήτρας.

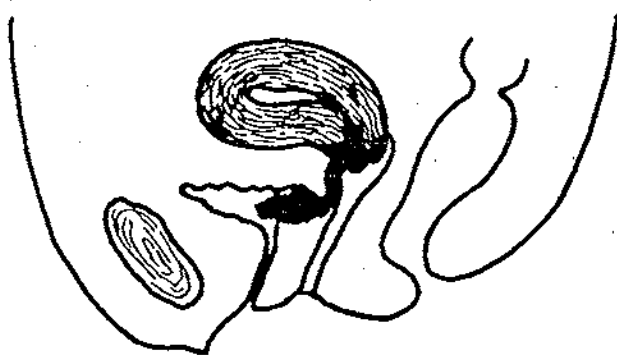
Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Στάδιο IIa.  
Το άνω τρίτο του κόλπου είναι προσβεβλημένο από τη νόσο.



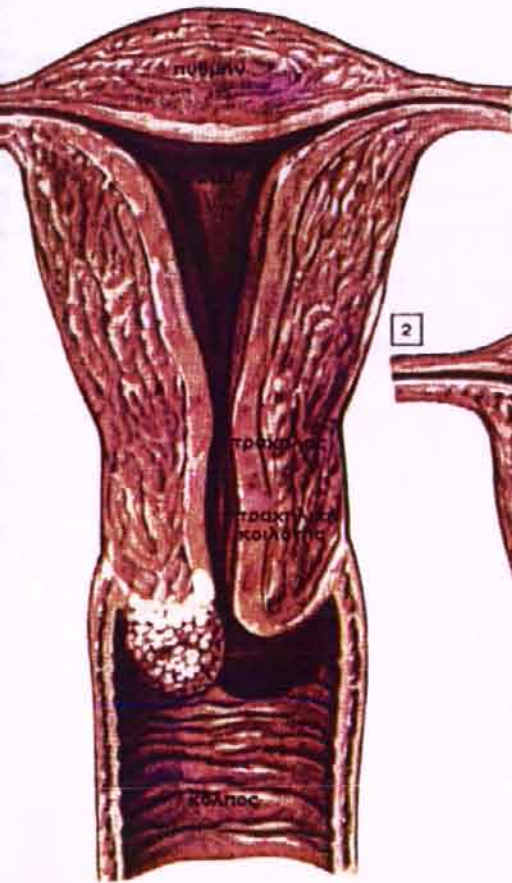
Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Στάδιο Iββ  
Το αριστερό παραμήτριο είναι προσβεβλημένο κοντά στον τράχηλο.



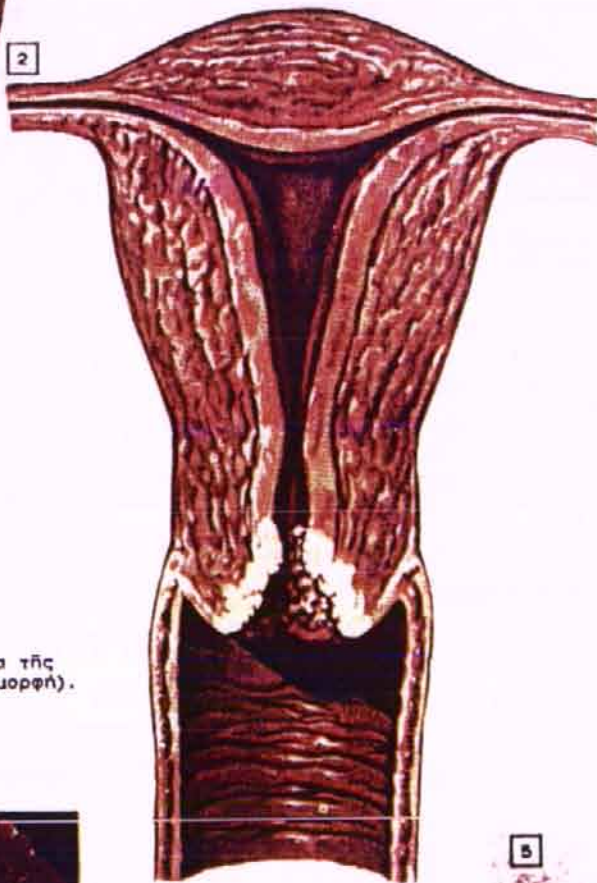
Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας. Στάδιο III  
Το δεξιό παραμήτριο είναι προσβεβλημένο με καρκίνο μέχρι το πυελικό τοίχωμα.



Καρκίνος του τραχήλου. Στάδιο IV.  
Το καρκίνωμα έχει προσβάλλει το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα και την κύστη.



1. Έξωτραχηλικό καρκίνωμα της μήτρας (άνθοκραμβοειδής μορφή). Οι έκδυσσθήσεις θυμίζουν κουνουπίδι.



2. Έξωτραχηλικό καρκίνωμα της μήτρας (έλκωτική μορφή). Έχει τη μορφή έξελεκώσεως με χείλη ανώμαλα.



3. Ένδοτραχηλικό καρκίνωμα της μήτρας. Παρουσιάζεται σαν προεξοχή που αναπτύσσεται μέσα στην τραχηλική κοιλότητα.

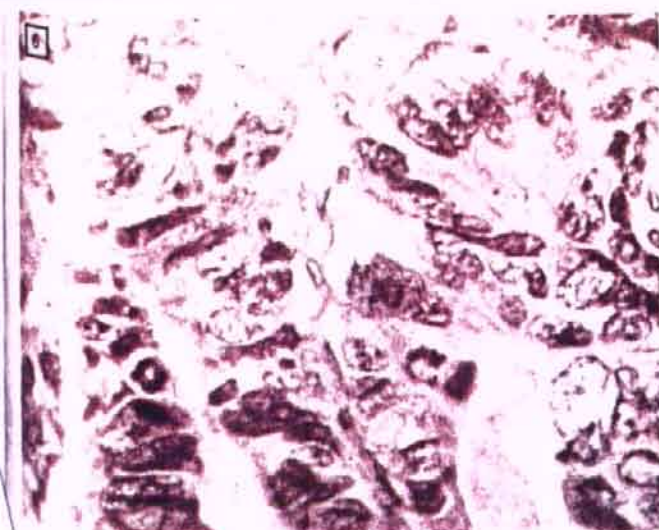


4. Τομή, από εμπρός προς τα όπισω, μήτρας που πάσχει από καρκίνο. Ο καρκινωματώδης ιστός παρουσιάζεται κίτρινος. Ο φυσιολογικός ιστός είναι κόκκινος, ανάμεσα του δε διακρίνονται καρκινικές διηθήσεις.



5. Επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας, προσβεβλημένο από καρκίνο, στο μικροσκόπιο. Ο φυσιολογικός ιστός παρουσιάζεται με ανοικτότερο χρώμα, ενώ ο καρκινικός ιστός έχει χρώμα ιώδες (βιολετί) και κύτταρα ανώμαλα στο σχήμα και τις διαστάσεις.

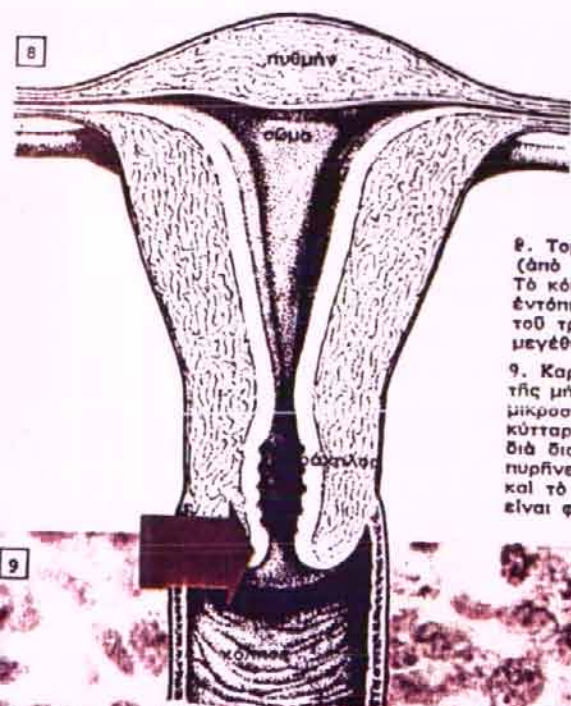




6. Τμήμα καρκινικού ιστού σε μεγάλη μεγέθυνση (λεπτομέρεια από την εικόνα 5 της προηγούμενης σελίδας).

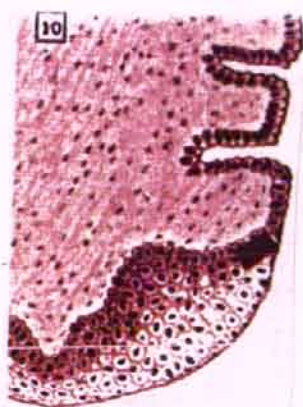
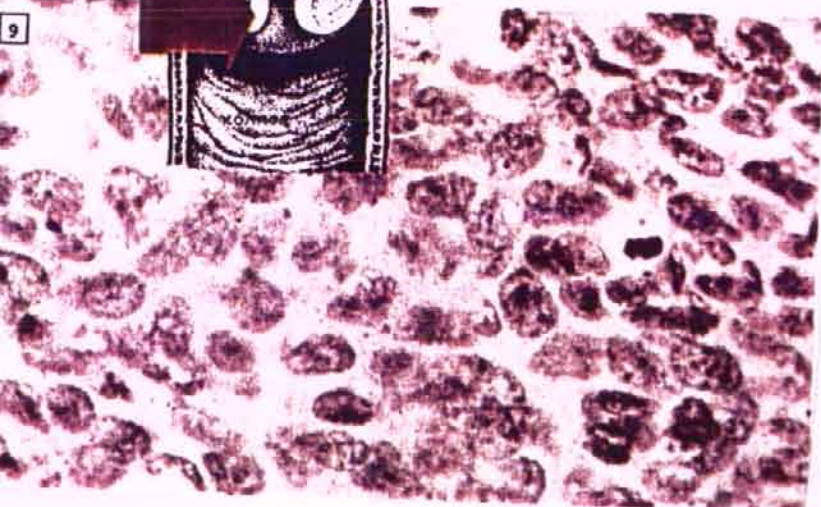


7. Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στο μικροσκόπιο. Διαγράφεται ακαθόριστα η μορφή των αδένων της αυχενικής κοιλότητας.



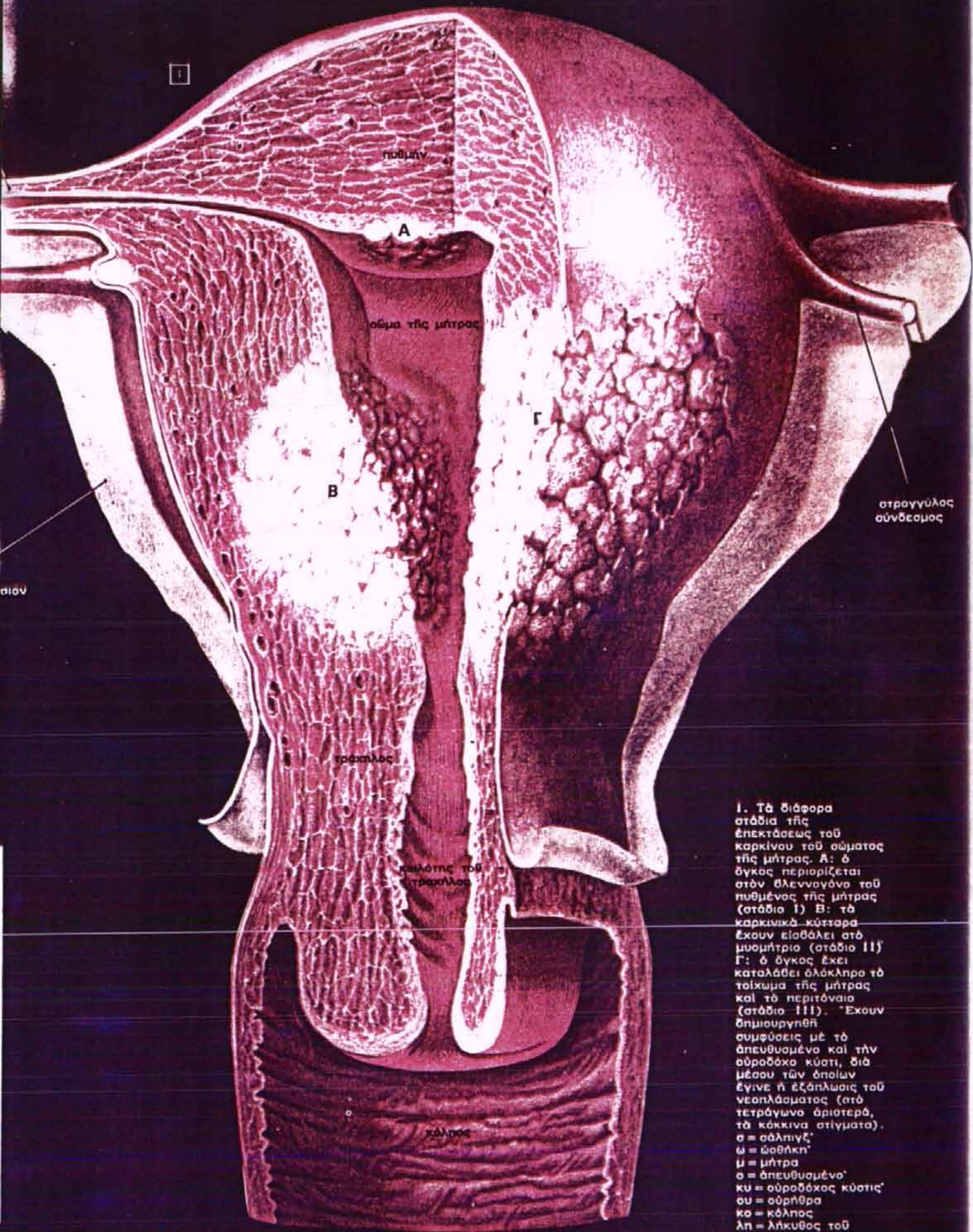
8. Τομή μήτρας κατά μέτωπον (από δεξιά προς τα αριστερά). Το κόκκινο θέλος δείχνει την έντοπιση του καρκινώματος του τραχήλου που φαίνεται σε μεγέθυσι στην εικ. 10.

9. Καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας, σταδίου 0, στο μικροσκόπιο. Διακρίνονται κύτταρα που πολλαπλασιάζονται διά διαιρέσεως, καθώς και πυρηνες των οποίων το σχήμα και το μέγεθος δεν είναι φυσιολογικά.



10. Λεπτομέρεια της εικ. 8 σε μεγέθυσι. Το μικρό κόκκινο όρθογώνιο αντιστοιχεί στη ζώνη που έντοπίζεται το καρκίνωμα.





1. Τα διάφορα στάδια της επέκτασής του καρκίνου του σώματος της μήτρας. Α: ο όγκος περιορίζεται στον βλεννογόνο του πυθμίνος της μήτρας (στάδιο I) Β: τα καρκινικά κύτταρα έχουν εισβάλει στο μυομήτριο (στάδιο II) Γ: ο όγκος έχει καταλάβει ολόκληρο το τοίχωμα της μήτρας και το περιτόναιο (στάδιο III). Έχουν δημιουργηθεί συμφύσεις με το άπευθυσμένο και την ούροδόχο κύστη, διά μέσου των οποίων έγινε η εξάπλωση του νεοπλασματος (στο τετράγωνο αριστερά, τα κόκκινα στίγματα). σ = σάλπιγγα, ω = ωθήκη, μ = μήτρα, ο = άπευθυσμένο, κυ = ούροδόχος κύστης, ου = ούρηθρα, κο = κόλπος, λη = λήκυθος του άπευθυσμένου.



## ΕΞΕΛΙΞΗ — ΕΠΕΚΤΑΣΗ — ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ .

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας όταν βρίσκεται στο προδιηθητικό στάδιο είναι δυνατόν να παραμείνει για πολλά χρόνια. Βαθύτερη διήθηση μέσα στο στρώμα περικλείει τον κίνδυνο δημιουργίας μεταστάσεων. Ο καρκίνος του τραχήλου χαρακτηρίζεται από την τάση να επεκτείνεται κυρίως τοπικά, στην πύελο. Προς τα πλάγια, προσβάλλει το χαλαρό ιστό των παραμητρίων και τελικά φτάνει στα πνευλικά τοιχώματα. Προς τα εμπρός, επεκτείνεται προς την ουροδόχο κύστη και μάλιστα ταχύτερα, όταν η νόσος αναπτύσσεται στον ενδροτράχηλο. Προς τα πίσω τέλος, διηθεί τους ιερομητρικούς συνδέσμους, το ιερό οστό και προσβάλλει το έντερο. Αν μείνει χωρίς θεραπεία και σε προχωρημένα στάδια καταλαμβάνει την ουροδόχο κύστη και τους ουρητήρες και μπορεί να προκαλέσει θάνατο από ουραιμία. Νεφρική ανεπάρκεια με ουραιμία είναι η κυριότερη αιτία θανάτου και είναι το αποτέλεσμα αμφοτερόπλευρου απόφραξης των ουρητήρων από τον όγκο. Πολύ συχνά δημιουργείται πνευμονοφρίτιδα για την ίδια αιτία, που επιταχύνει το μοιραίο. Σπανιότερες αιτίες θανάτου είναι η αιμορραγία, οι λοιμώξεις, η πνευμονική εμβολή, η εντερική απόφραξη και η ηπατική ανεπάρκεια.

Οι μεταστάσεις γίνονται, είτε κατά συνέχεια οστών, είτε με τη λεμφική οδό, είτε σπάνια με την αιματική οδό κι όχι τόσο με τις αρτηρίες όσο με τις φλέβες.

\* Λεμφαγγειακή διασπορά. Η είσοδος καρκινικών κυττάρων στα λεμφαγγεία του τραχήλου, εύρημα όχι σπάνιο στην εξέταση των ιστολογικών παρασκευασμάτων, έχει ως αποτέλεσμα την προσβολή

των επιχώριων λεμφαδένων, οι οποίοι και αποτελούν την πρώτη γραμμή της άμυνας του οργανισμού. Συχνά, ενώ οι λεμφαδένες, οι έξω λαχόνιοι, οι έσω λαχόνιοι, οι κοινοί λαχόνιοι και οι παρασπορτικοί. Η διήθηση των τελευταίων είναι σπάνια εφ' όσον δεν έχουν προσβληθεί οι λαχόνιοι λεμφαδένες. Αντίθετα, το 50% περίπου των περιπτώσεων με μεταστάσεις στους λαχόνιους αδένες έχει διήθηση και των παρασπορτικών λεμφαδένων.

Οι πνευλικές λεμφαδενικές μεταστάσεις επιβαρύνουν ιδιαίτερα την πρόγνωση, διότι ελαττώνουν κατά 50% περίπου την πιθανότητα ίασης. Η συχνότητά τους ποικίλλει στις διάφορες αναφορές και κυμαίνεται από 15 - 30% στις περιπτώσεις σταδίου I και από 30 - 50% σ' εκείνες του σταδίου II. Εκτός από το κλινικό στάδιο της νόσου, επίδραση στη συχνότητα προσβολής των πνευλικών λεμφαδένων, ασκούν το μέγεθος του αρχικού όγκου, η ενδοτραχηλική ανάπτυξη της νόσου, ο βαθμός διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων και, τέλος, οι εκδηλώσεις τοπικής φλεγμονώδους αντίδρασης στη μικροσκοπική εξέταση.

Εάν η νόσος προσβάλλει τους παρασπορτικούς λεμφαδένες, η πιθανότητα διασποράς στους πνεύμονες και τους αριστερούς υπερκλειδίους λεμφαδένες είναι σημαντική. Τα αποτελέσματα σχετικών μελετών έχουν παρακινήσει ορισμένους στην άποψη, ότι είναι σκόπιμη η προεγχειρητική βιοψία των υπερκλειδίων λεμφαδένων, άσχετα με την απουσία ψηλαφητικών ευρημάτων.

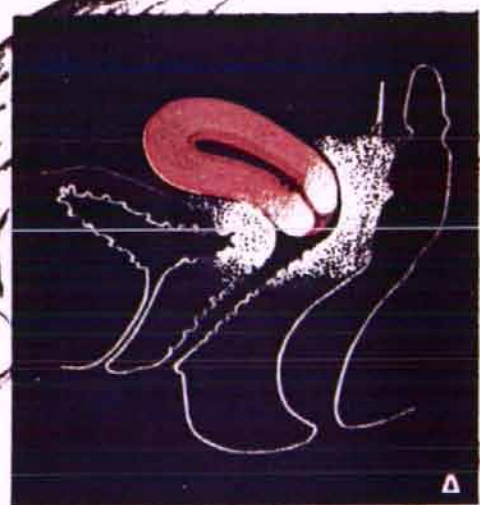
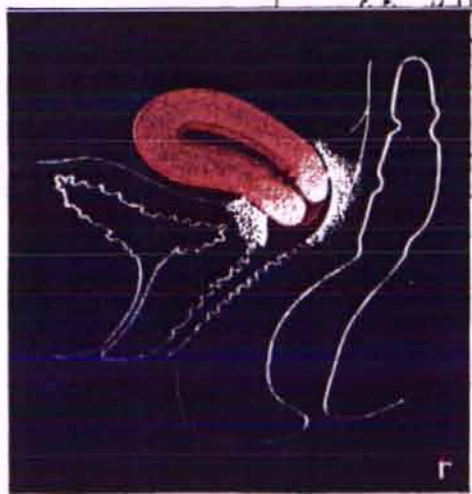
\* Επέκταση κατά συνέχεια ιστού. Πρόσφατες και επίμονες παθολογοανατομικές μελέτες απομακρύνουν από την παλαιότερη άποψη, σύμφωνα με την οποία το λεμφαδενικό και λεμφαγγειακό δίκτυο της πύελου αποτελούν ένα είδος φράγματος, το οποίο

προστατεύει από τη διασπορά. Ο καρκίνος του τραχήλου, όταν εγκαταλείπει την πρωτοπαθή του εντόπιση, επεκτείνεται κυρίως κατά μήκος του χαλαρού ιστού, ο οποίος περιβάλλει τα αγγεία και κυρίως τις νευρικές ίνες. Αυτό συμπεραίνεται από την ανεύρεση εκδηλώσεων της νόσου κατά μήκος των ινών και των γαγγλίων του παρασυμπαθητικού συστήματος της πύελου, χωρίς τη σύγχρονη διήθηση παρακειμένων λεμφαδένων. Τα ευρήματα αυτά βοηθούν στην καλύτερη κατανόηση της βιολογικής συμπεριφοράς της νόσου και επισημαίνουν τη σπουδαιότητα που έχει η ριζικότητα της υστερεκτομίας.

\* Αιματογενής διασπορά. Αποτελεί τη λιγότερο συχνή οδό μετάστασης της νόσου, παρά τη συχνή ανεύρεση καρκινικών κυττάρων στα αιμοφόρα αγγεία, κατά την ιστολογική εξέταση. Οι αιματογενείς μεταστάσεις παρατηρούνται συνήθως στο στάδιο IV, ή και σε πρώιμότερα στάδια, μετά την εφαρμογή της θεραπείας για την τοπική νόσο. Αφορούν συνήθως εκδηλώσεις στους πνεύμονες, το ήπαρ, τα οστά και τον εγκέφαλο. Τα οστά που συνήθως προσβάλλονται είναι: η πύελος, η σπονδυλική στήλη και ο αυχέννας του μηριαίου οστού. Απομακρυσμένες μεταστάσεις βρίσκουμε στα επινεφρίδια, στο σπλήνα και στο πάγκρεας.

Βρέθηκε, πως στα Ia και Ib στάδια οι λεμφαδενικές μεταστάσεις φτάνουν το 12 - 15%, στα IIa και IIb στάδια στο 25 - 30%, στο στάδιο III στο 35 - 45% και στο στάδιο IV στο 80%

της λεκάνης από εμπρός  
 πλάσι. Το σχήμα δείχνει  
 τη θέση του καρκίνου στη μήτρα  
 και τα άλλα όργανα.  
 τρ = τράχηλος της μήτρας  
 κν = σάλπιγξ, ισο = ίδιος  
 της ώσθηκης, ο = όρθον  
 (εμφανόμενον) έντερον  
 σδ = σδόκος κύστις  
 κθ = κόλπος  
 με τα λευκά στίγματα  
 επί σε νεόπλασμα σταδίου I,  
 εντοπίζεται μόνο στον τράχηλο  
 της μήτρας, ή όσεία είναι ακόμη  
 μικρά (Α). Ο όγκος εξαπλώνεται  
 στον κόλπο και τα  
 άλλα όργανα μέχρι την κύστι  
 σδόκος. Οι εικόνες Β, Γ και Δ  
 δείχνουν τη σταθμεία εξαπλώσεως  
 του νεοπλασματος και αντίστοιχούν  
 στα διαγράμματα II, III και IV του  
 σχήματος του τραχήλου της μήτρας.



## Συμπτωματολογία

Η συμπτωματολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δεν είναι χαρακτηριστική. Στις δυσπλασίες, στο προδιηθητικό και στο μικροδιηθητικό καρκίνωμα, δεν υπάρχουν συμπτώματα. Στο διηθητικό καρκίνωμα συνήθως εκδηλώνεται με κοιλιακή αιμορροία, υπερέκκριση ή και πόνο, συμπτώματα από τα οποία δεν είναι δυνατόν να υπολογιστεί ο χρόνος εγκατάστασης της νόσου ή ο ρυθμός με τον οποίο εξελίσσεται. Συνήθως ο πόνος συνοδεύει τον καρκίνο που έχει προσβάλλει και ιστούς πέρα από τον τράχηλο.

1. Η αιμορροία είναι το συνηθέστερο κλινικό σύμπτωμα και εμφανίζεται μεταξύ των εμμήνων ρύσεων, οι οποίες δεν αλλάζουν χαρακτήρα. Συχνά εκδηλώνεται μετά από συνουσία, σταματά αυτόματα και επανεμφανίζεται μετά από αρκετές μέρες. Η συχνότητα, με την οποία εμφανίζεται η αιμορροία και η ποσότητα του αίματος αυξάνονται και σπάνια είναι δυνατό να εκδηλωθεί πράγματι αιμορραγία, η οποία μπορεί και να προκαλέσει το θάνατο.

2. Η κοιλιακή υπερέκκριση στα αρχικά στάδια είναι ελαφρού βαθμού και το έκκριμα είναι λεπτόρευστο χωρίς ιδιαίτερα δυσάρεστη οσμή. Το χρώμα του μπορεί να είναι κιτρινωπό ή καφέ, ανάλογα με την πρόσμιξη ή όχι αίματος. Δεν υπάρχει κνησμός. Σε σπάνιες περιπτώσεις, η υπερέκκριση προηγείται της αιμόρροιας, ενώ συνήθως συνυπάρχει με αυτή στα 2/3 των περιπτώσεων. Όταν ο όγκος είναι μεγάλος ή έχει υποστεί νέκρωση, η κοιλιακή έκκριση είναι δύσοσμη, λόγω της δράσης μικροβίων. Στην

προχωρημένη νόσο, η κοιλιακή υπερέκκριση είναι σταθερή, εντονότερη και πολύ δύσοσμη.

3. Η επέκταση της νόσου στα παραμήτρια προκαλεί πόνο στην περιοχή των νεφρών, επίσης απόφραξη των ουρητήρων και υδρονέφρωση. Η προσβολή της ουροδόχου κύστης και του εντέρου προκαλεί πόνο κατά την ούρηση και την αφόδευση καθώς και την ανάπτυξη κυστεοκολπικών και ορθοκολπικών συριγγίων. Πρώτη ένδειξη για την προσβολή της ουροδόχου κύστης αποτελεί το φυσαλιώδες οίδημα που γίνεται αντιληπτό στην κυστεοσκόπηση, ενώ αργότερα μπορεί να παρουσιαστεί και αιματοουρία.

4. Το άλγος χαρακτηρίζει την προχωρημένη νόσο. Οφείλεται στην απόφραξη των λεμφαγγείων, στη φλεγμονώδη αντίδραση των ιστών και κυρίως στη διήθηση των γαγγλίων των νευρικών πλεγμάτων της πυέλου. Εντοπίζεται συνήθως στην περιοχή του ιερού οστού ή και χαμηλότερα και δεν ελαττώνεται με την ανάπαυση. Η προσβολή του ισχιακού νεύρου μπορεί να προκαλέσει ισχιαλγία ενώ εκείνη του θυροειδούς νεύρου, άλγος στην έσω επιφάνεια του μηρού. Δηλαδή σε προχωρημένες καταστάσεις εμφανίζεται πυελικός πόνος, συχνά μονόπλευρος που ακτινοβολεί στο ισχίο ή στο μηρό.

5. Η διήθηση των πυελικών λεμφογαγγλίων συνοδεύεται με πιεστικά φαινόμενα στο φλεβικό πλέγμα, με αποτέλεσμα οίδημα στα σκέλη και συμπτώματα απόφραξης που εμφανίζονται κλινικά ως υδρονέφρωση ή πυελονεφρίτιδα. Τα πυελικά λεμφογάγγλια που προσβάλλονται διακρίνονται σε 5 ομάδες:

- 1). παραορτικά
- 2). της κοινής λαγονίου

3). του θυροειδούς νεύρου

4). της έσω λαχονίου

5). της έξω λαχονίου, που υποδιαιρούνται σε τρεις αλυσσίδες γαγγλίων, την έξω, τη μέση και την έσω.

6. Απώλεια ούρων και κοπράνων είναι σημείο σχηματισμού συριγγίων. Σημαντική απώλεια βάρους και αναιμία είναι χαρακτηριστικά των τελευταίων σταδίων της πάθησης, αν και οξεία απώλεια αίματος και αναιμία μπορεί να συμβεί σε ελκώδη καρκίνο ακόμη και στο στάδιο I.

7. Η ασθενής παρουσιάζει ωχρότητα, αδυναμία, αναιμία, απώλεια βάρους, οίδημα των κάτω άκρων ή και αιματουρία. Ο θάνατος προκαλείται συχνότερα από ουραιμία ή σπανιότερα από λοίμωξη, αιμορραγία ή γενικευμένη καρκινωματώδη καχεξία. Χαρακτηριστικό εύρημα στις ασθενείς που πεθαίνουν από καρκίνο τραχήλου μήτρας, είναι η διαπίστωση ότι η νόσος παραμένει εντοπισμένη στην πύελο σε ποσοστό 50 - 60%, γεγονός που σπάνια παρατηρείται σε άλλα είδη καρκίνου. Η ιδιομορφία αυτής της νόσου ενθαρρύνει την προσπάθεια για την όσο το δυνατό δυναμικότερη αντιμετώπισή της.

## Διάγνωση

Η τοπογραφική θέση του τραχήλου της μήτρας κάνει αυτόν εύκολο στον έλεγχό του. Ετσι γίνονται οι πιο κάτω εξετάσεις:

1. Επισκόπηση. Αν πρόκειται για δυσπλασία του τραχήλου δεν ανευρίσκεται τίποτα γιατί η βλάβη δε γίνεται φανερή. Αν πρόκειται για καρκίνωμα *in situ*, ο τράχηλος είτε θα είναι φυσιολογικός, είτε θα εμφανίζει ελαφρά διάβρωση, είτε λευκοπλακική εστία. Γενικά, σε πρώιμα στάδια ο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μοιάζει με τραχηλίτιδα. Σε προχωρημένα στάδια κάνει την εμφάνισή της με τη μορφή ψευτοδιάβρωσης, ανώμαλης εξέλκωσης που μοιάζει με κουνουπίδι, αν πρόκειται για ενδοφυτική μορφή, ο τράχηλος εμφανίζεται παχύς και μοιάζει με βαρέλι. Η ψευτοδιάβρωση, η εξέλκωση και η εξωφυτική του μορφή εύκολα αιμορραγούν και όσο προχωρεί η διήθηση, οι ιστοί γίνονται περισσότερο εύθρυπτοι και αιμορραγούν περισσότερο.

2. Ψηλάφηση. Στη γυναικολογική εξέταση από τον κόλπο ή το ορθό ψηλαφάται η καρκινωματώδης μάζα, όταν αυτή είναι τόσο εξωφυτική, όσο και προχωρημένη ενδοφυτική καθώς και την περιορισμένης κινητικότητας μήτρα, γιατί καθηλώθηκε από τη διήθηση.

3. Εργαστηριακός έλεγχος.

α. Κυτταρολογικός έλεγχος των επιχρισμάτων με τη μέθοδο Παπανικολάου. Στηρίζεται στην αποφολίδωση των κυττάρων της κοιλιακής μοίρας του τραχήλου και του ενδοτραχήλου. Εκτελείται ύστερα από λήψη, χρώση και μελέτη των επιχρισμάτων για τη



διάγνωση δυσπλασιών του ή καρκίνου. Για ακριβέστερο διαγνωστικό αποτέλεσμα παίρνουμε τρία επιχρίσματα:

- Κολπικό, από τον οπίσθιο θόλο του κόλπου με τη βοήθεια πιπέτας.

- Εξωτραχηλικό, από το μέρος της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου που αντιστοιχεί στο εξωτερικό του στόμιο, με τη βοήθεια ξύλινης σπάτουλας.

- Ενδοτραχηλικό, από την ενδοτραχηλική κοιλότητα με τη βοήθεια βαμβακοφόρου στυλεού.

Εκτός από τα παραπάνω επιχρίσματα είναι δυνατό να πάρουμε και ενδομητριο από τη μητριαία κοιλότητα, με την βοήθεια ψήκτρας ή με αναρρόφηση ή με έκπλυση και δουλασσειακό, από το δουλάσειο πυθμένα, με παρακέντηση του οπίσθιου κολπικού θόλου.

Μετά τη λήψη του υλικού, επιστρώνεται σε λεπτή στιβάδα για να μη σκεπαστεί το ένα κύτταρο με το άλλο, πάνω σε αντικειμενοφόρο πλάκα και πριν ξεραθεί, μονιμοποιούμε τα επιχρίσματα με ειδικό μονιμοποιητικό υγρό σε μορφή ψεκασμού (Cytospray) ή με στερεοτικό μαλλιών. Ακολουθεί χρώση τους κατά Παπανικολάου και μελέτη τους.

Ο παραπάνω έλεγχος των επιχρισμάτων του τραχήλου δεν εκτελείται μόνο σε περιπτώσεις βλάβης του, αλλά και προληπτικά σε κάθε γυναίκα, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένες, για την έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου που για χρόνια παραμένει σε ανιχνεύσιμο κυτταρολογικό στάδιο. Ο κυτταρολογικός έλεγχός του επιχρίσματος του τραχήλου και μόνο δεν αποτελεί διαγνωστική μέθοδο αλλά ανιχνευτική. Η διάγνωση θα μπει

ύστερα από ιστοληψία της πάσχουσας περιοχής. Μόνο η ύπαρξη σωρών καρκινωματώδων κυττάρων μπορεί να διαγνώσει τον καρκίνο τραχήλου. Αλλά και τότε, ο ιστολογικός έλεγχος κρίνεται απαραίτητος.

#### Ευρήματα από τον κυτταρολογικό έλεγχο.

Τις περισσότερες φορές, οι απαντήσεις του κυτταρολόγου, αφορούν στις παρακάτω παθολογικές καταστάσεις:

\* Φλεγμονή. Τα φλεγμονώδη τραχηλικά κύτταρα χαρακτηρίζονται από αλλοιώσεις του πρωτοπλάσματος (κενοτόπια, περιπυρηνική άλω, φαγοκυττάρωση) ή του πυρήνα (αύξηση, ανώμαλο σχήμα, πάχυνση δικτύου, χρωματίνης, διαίρεσή του, που δεν ακολουθείται από διαίρεση του κυττάρου).

\* Υπερκεράτωση. Σ' αυτή τα κύτταρα εμφανίζονται σπύρηνια και με πορτοκαλί πρωτόπλασμα.

\* Πλακώδη μεταπλασία. Σ' αυτή τα κύτταρα του κυλινδρικού επιθηλίου γίνονται πλακώδη.

\* Δυσκαρίωση. Σ' αυτή, παρατηρείται διαταραχή του πυρήνα, που ανάλογα με το βαθμό της διακρίνεται σε ελαφρά (αλλαγή μεγέθους, ελαφρά υπερχρωμα, πολυπυρήνωση), σε μέτρια, (περισσότερο προχωρημένες αλλοιώσεις) και σε έντονη (αλλαγή μεγέθους και σχήματος, έντονη υπερχρωμα, αδρό δίκτυο χρωματίνης).

\* Μη διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα. Σ' αυτό παρατηρούνται αδιαφοροποίητα βασικά κύτταρα με ανώμαλο πυρήνα. Η στιβάδωση απουσιάζει, γιατί καλύπτουν όλο το πάχος του επιθηλίου.

\* Διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα. Σ' αυτό τα κύτταρα διακρίνονται σε καλά διαφοροποιημένα (πολύμορφα άτυπα κύτταρα με κερατίνη), σε μέτρια διαφοροποιημένα (πολύμορφα άτυπα κύτταρα, χωρίς κερατίνη και με μεγάλο πυρήνα) και σε αδιαφοροποίητα (μικρά ανώριμα κύτταρα με πυρήνα, που πιάνει ολόκληρο το κύτταρο).

\* Αδενοκαρκίνωμα. Σ' αυτό τα εκκριτικά κύτταρα έχουν μεγάλο πυρήνα, ενώ σ' αυτά, που δεν είναι εκκριτικά, η σχέση πυρήνα - πρωτοπλάσματος αλλάζει σημαντικά.

Ταξινομήση κατά Γ. Παπανικολάου των  
ευρημάτων

από τον κυτταρολογικό έλεγχο των  
επιχρισμάτων του τράχηλου της μήτρας.

Για την ευκολότερη ερμηνεία των τραχηλικών επιχρισμάτων ο Γ. Παπανικολάου τα ταξινομήσε σε πέντε κατηγορίες:

\* I : Τα κύτταρα είναι φυσιολογικά.

\* II : Τα κύτταρα είναι άτυπα, αλλά χωρίς χαρακτήρες κακοήθειας (φλεγμονώδη).

\* III: Τα κύτταρα εμφανίζουν πυρηνική ατυπία ή ασαφείς χαρακτήρες κακοήθειας. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα κύτταρα, που περιγράφηκαν στη δυσκαρλίωση.

\* IV: Τα κύτταρα έχουν χαρακτηριστικές αλλοιώσεις κακοήθειας και είναι σκόρπια.

\* V : Τα κύτταρα έχουν χαρακτήρες κακοήθειας και βρίσκονται κατά σφρούς.

Επειδή, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ο κυτταρολογικός έλεγχος του τραχήλου δεν αποτελεί διαγνωστική μέθοδο, αλλά ανιχνευτική, σε περίπτωση, που τα επιχρίσματα καταταχούν στις κατηγορίες III, IV και V, γίνεται ιστοληψία της πάσχουσας περιοχής, ύστερα από εντόπισή της με τη δοκιμασία Schiller. Σε διηθητική βλάβη, σε συχνότητα 4 - 6%, είναι δυνατό το επίχρισμα να είναι ψεύτικα αρνητικό, γιατί υπάρχουν πολλά φλεγμονώδη κύτταρα.

Τα τελευταία χρόνια με την καθιέρωση προγραμμάτων παρακολούθησης γενικού πληθυσμού, τα κολπικά επιχρίσματα εξετάζονται από αυτόματους αναλυτές. Ένα τέτοιο μηχάνημα έχει τη δυνατότητα να εξετάζει 120 - 180 επιχρίσματα την ώρα και δίνει 10% ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα.

#### Δοκιμασία Schiller και η εκτέλεσή της.

Δοκιμασία Schiller, είναι η διαγνωστική μέθοδος, με την οποία εντοπίζεται σημείο παθολογικής βλάβης του τραχήλου, προκειμένου να γίνει ιστολογικός έλεγχος, και στηρίζεται στην ιδιότητα των παθολογικών κυττάρων να μην ανασυνθέτουν το γαλακτικό οξύ σε γλυκογόνο.

Για την εκτέλεση της δοκιμασίας χρησιμοποιούμε διάλυμα Lugol (1% ιώδιο και 2% ιωδιούχο κάλιο), που έχει την ιδιότητα να βάφει καφεκίτρινα τα φυσιολογικά κύτταρα του τραχήλου και ν' αφήνει άβαφα τα παθολογικά, γιατί δεν έχουν γλυκογόνο. Είναι γνωστό, πως το ιώδιο, που περιέχεται στο διάλυμα, όταν έρθει σ' επαφή με φυσιολογικά κύτταρα, τα βάφει στο χρώμα του. Η επάλειξη του τραχήλου γίνεται μετά διάνοιξη του κόλπου

με μητροσκόπιο ή κολποδιαστολείς και μετά από καθαρισμό της ενδοκολπικής μοίρας.

Η δοκιμασία βγαίνει θετική σε περιπτώσεις καρκίνου, εκτοπίας, λευκοπλακίας, παρουσίας ωαρίων του Naboth κ.λ.π. Σε κάθε αρνητική περίπτωση απαιτείται ιστοληψία της περιοχής, που δε βιάφηκε.

β. Έλεγχος για την ανεύρεση καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου, γιατί αυτό βρέθηκε στον ορό του αίματος σε περίπτωση καρκίνου, ανεξάρτητα από το στάδιό του. Ο ίδιος έλεγχος μπορεί να γίνει για να ελεγχθούν τα θεραπευτικά αποτελέσματα, γιατί σε περίπτωση υποτροπής της πάθησης, αυτό επανεμφανίζεται.

γ. Έλεγχος του νεοπλασματικού αντιγόνου TA4 που βρίσκεται ραδιοασσολογικά στα καρκινικά κύτταρα του πλακώδους επιθηλίου. Πρόκειται για μια γλυκοπρωτεΐνη μοριακού βάρους 48.000. Μετρήσεις έδειξαν, ότι ο προσδιορισμός του TA4 στην κυκλοφορία, μπορεί ν' ανακαλύψει την ύπαρξη καρκινώματος από πλακώδη επιθήλια. Παρουσιάζεται ψευδώς θετικό σε λιγότερο από 1% των περιπτώσεων. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στις μεταβολές της ποσότητας του αντιγόνου και της πορείας της νόσου.

#### 4. Άλλες μέθοδοι. Αυτές είναι:

α. Η κολπο - τραχηλοσκόπηση ύστερα από δοκιμασία Schiller. Η κολπο - τραχηλοσκόπηση είναι διαγνωστική μέθοδος, με την οποία ελέγχονται οι επιφανειακές αλλοιώσεις του κόλπου και ιδιαίτερα της κολπικής μοίρας του τραχήλου και τις μεταβολές του τραχηλικού επιθηλίου κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας, κάτω από μεγέθυνση.

Η κολλο - τραχηλοσκόπηση εκτελείται με τη βοήθεια του κολλο - τραχηλοσκοπίου, που επινοήθηκε από τον Hinselmann. Αυτό αποτελείται από στερεοσκοπικό διοφθάλμιο μικροσκόπιο μεγέθυνσης X 10 έως X 40. Η εστιακή του απόσταση είναι 20 - 25 εκ. και διαθέτει φωτιστική πηγή, που συγκεντρώνει το φως εκεί που θέλουμε. Τα σύγχρονα κολλο - τραχηλοσκόπια διαθέτουν σωλήνα για δεύτερο παρατηρητή και υποδοχή για φωτογραφική ή κινηματογραφική μηχανή ή συσκευή τηλεόρασης και video.

Για την εκτέλεση της εφαρμόζονται οι κολλοδιαστολές και εξετάζεται η περιοχή που μας ενδιαφέρει, όπως είναι ή ύστερα από τον καθαρισμό της με φυσιολογικό ορό. Κατόπιν ακολουθεί εξέταση ύστερα από έκπλυση της περιοχής με οξικό οξύ 3%, που ρευστοποιεί και καθαρίζει την τραχηλική βλέννα, ή με διάλυμα Lugol. Σε περίπτωση ελέγχου της ενδοτραχηλικής κοιλότητας, εφαρμόζεται ειδικό ενδοτραχηλικό διαστολέα.

#### Ενδείξεις της κολλο - τραχηλοσκόπησης.

Η κολλοτραχηλοσκόπηση εκτελείται:

- \* Όταν το τραχηλικό επίχρισμα είναι ύποπτο, δηλαδή εμφανίζει ατυπίες κακοήθειας και μάλιστα στη διάρκεια της κύησης.
- \* Όταν υπάρχουν δυσπλαστικές αλλοιώσεις του κόλλου και του τραχήλου.
- \* Όταν προηγήθηκε ριζική χειρουργική θεραπεία για καρκίνο και χρειάζεται να ελεγχθεί το κολλικό κολάβωμα.
- \* Όταν προηγήθηκε ακτινοβολία και θέλουμε να ελέγχει το αποτέλεσμα της.

\* Όταν υπάρχει κοιλιακή αδένωση στο σύνδρομο της διαιθυλοστυλβουιστρόλης.

\* Όταν πρέπει να εντοπιστεί κοιλιακή ή τραχηλική βλάβη, για να γίνει ιστολογικός της έλεγχος ύστερα από ιστοληψία.

\* Σε κάθε περίπτωση γυναικολογικής εξέτασης μετά την επισκόπηση του κόλπου και του τραχήλου, για ακριβέστερο έλεγχο της κατάστασης του επιθηλίου της.

#### Εκτίμηση των ευρημάτων από την τραχηλοσκόπηση.

Τα ευρήματα της κόλπο - τραχηλοσκόπησης έχουν σχέση με τη μορφολογία των επιθηλιακών κυττάρων και με τη διάταξη των αγγείων του χορίου και αφορούν τις παρακάτω καταστάσεις:

\* Φυσιολογικά ευρήματα. Φυσιολογικά το επιθήλιο της κοιλιακής μοίρας του τραχήλου εμφανίζεται ρόδινο, λείο, ημιδιαφανές και με αγγεία, που σχηματίζουν πυκνά δίκτυο. Το επιθήλιο του ενδοτράχηλου εμφανίζεται έντονα κόκκινο με θηλώδεις προεκβολές. Το όριο μεταξύ πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου και κυλινδρικού επιθηλίου του ενδοτραχήλου, που βρίσκεται γύρω από το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο, εμφανίζεται σαν κυκλική γραμμή, που δεν είναι σταθερή αλλά αλλάζει ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας και τις ορμονικές επιδράσεις.

\* Πλακώδης μεταπλασία. Αυτή είναι επέκταση του πλακώδους επιθηλίου στην περιοχή του κυλινδρικού επιθηλίου, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί νέο πλακώδες επιθήλιο.

\* Ζώνη μετάπτωσης. Αυτή είναι η περιοχή, που μοιάζει με ζώνη και αντιστοιχεί στο σημείο, που συμβαίνει η πλακώδης

μεταπλασία. Χαρακτηριστικό της στοιχείο είναι η εμφάνιση μικρών οπών, που αντιπροσωπεύουν τα στόμια των κρυπτών, που εκκρίνουν βλέννα.

\* Ωάρια Naboth. Αυτά είναι κυστικά μορφώματα, που σχηματίστηκαν ύστερα από έμφραξη των ενδοτραχηλικών καταδύσεων, που παράγουν βλέννα.

\* Λευκοπλάκια. Αυτή αποτελεί λευκωπές περιοχές της ζώνης μετάπτωσης, που προσβάλλουν στην επιφάνεια, χωρίς να διαθέτουν αξιόλογη αγγείωση.

\* Διάστιξη. Αυτή αποτελεί λευκωπές περιοχής της ζώνης μετάπτωσης, που εμφανίζουν μικρά και πυκνά κόκκινα στίγματα.

\* Μωσαϊκό. Αυτό αποτελεί λευκωπές περιοχές της ζώνης μετάπτωσης, που μοιάζουν με πλακόστρωτο και τα μεταξύ τους διαστήματα είναι κοκκινωπά.

\* Άτυπη αγγείωση. Αυτή αποτελεί ακανόνιστες διακλαδώσεις αγγείων με αυξομειώσεις του εύρους τους και ανώμαλη διαδρομή.

\* Εκτοπία. Αυτή αποτελεί επέκταση του κυλινδρικού επιθηλίου στο πρόσθιο και οπίσθιο χείλος του τραχήλου, που μοιάζει σε μεγέθυνση με ρώγες σταφυλίου.

Η κολπο - τραχηλομικροσκόπηση είναι διαγνωστική μέθοδος, με την οποία ελέγχονται οι επιφανειακές αλλοιώσεις του κόλπου, και ιδιαίτερα της κολπικής μοίρας του τραχήλου, και τις μεταβολές του τραχηλικού επιθηλίου κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας, κάτω από μικροσκοπική μεγέθυνση.

Η κολπο - τραχηλομικροσκόπηση εκτελείται με τη βοήθεια του κολπο - τραχηλομικροσκοπίου, που μοιάζει με το κολπο -



τραχηλοσκόπιο, αλλά διαφέρει στο ότι η μεγέθυνση είναι μεγαλύτερη, όπως του μικροσκοπίου, και στο ότι ο έλεγχος γίνεται με άμεση επαφή του οργάνου στην ελεγχόμενη περιοχή. Πριν από την εξέταση χρωματίζουμε τον τράχηλο ή το ύποπτο σημείο του κόλπου με αιματοξυλίνη για 3 λεπτά και ύστερα με κυανούν της τουλοΐδινης ή του Evans για 1 λεπτό.

Οι ενδείξεις της κολπο - τραχηλοσκόπησης είναι σχεδόν οι ίδιες με της κολπο - τραχηλομικροσκόπησης με τη διαφορά, πως δε μπορεί ν' αποτελέσει συμπληρωματική μέθοδο επισκόπησης, αλλά ειδικότερη μέθοδο εκτελούμενη από έμπειρους διαγνώστες των κυτταρικών αλλοιώσεων.

Τα ευρήματα της κολπο - τραχηλομικροσκόπησης, εκτιμούνται, όπως και της κολπο - τραχηλοσκόπησης και θεωρούνται περισσότερο αξιόπιστα, γιατί αυτή αποτελεί μέθοδο, που βρίσκεται ανάμεσα στην κολπο - τραχηλοσκόπηση και στον ιστολογικό έλεγχο της βλάβης.

β. Η κυστεοσκόπηση που σε περίπτωση προσβολής της ουροδόχου κύστης βρίσκεται φουσαλιδώδες οίδημα.

γ. Η πρωκτοσκόπηση, όταν υπάρχουν συμπτώματα από το ορθό.

δ. Η λεμφαγγεία - λεμφαδενογραφία, για να εκτιμηθεί η κατάσταση και η έκταση της πάθησης. Μ' αυτή τη διαγνωστική μέθοδο ελέγχονται ακτινολογικά τα λεμφαγγεία και τους λεμφαδένες της πυέλου.

Για την εκτέλεση της χρησιμοποιούνται ιωδιούχες σκιαγραφικές ουσίες, όπως είναι η λιπιοδόλη, στις οποίες προστίθενται χλωροφύλλη, για να χρωματιστούν πράσινοι οι

λεμφαδένες και να διακρίνονται καλύτερα μέσα στο χειρουργικό πεδίο.

Η έγχυση της σκιαγραφικής ουσίας γίνεται από τα λεμφαγγεία της ράχης των άκρων ποδιών, γιατί απ' αυτά η λέμφος ακολουθεί την πορεία της μεγάλης σαφηνούς φλέβας, παραλαβαίνεται από τους βουβωνικούς λεμφαδένες, πορεύεται στους λεμφαδένες της εξωτερικής και της κοινής λαχόνιας, φτάνει στους παραορτικούς λεμφαδένες και από κει εισέρχεται στο θωρακικό πόρο, για να καταλήξει στο φλεβικό σύστημα.

Για να βρεθούν εύκολα τα λεπτά λεμφαγγεία στο πόδι χρησιμοποιούμε λεμφόφιλη χρωστική.

#### Ενδείξεις εκτέλεσης λεμφαγγειο - λεμφαδενογραφίας και ερμηνεύση των ευρημάτων απ' αυτή.

Τη λεμφαγγειο - λεμφαδενογραφία της πυέλου τη συστήνουν σε περίπτωση καρκίνου του γεννητικού συστήματος για να βοηθήσει:

\* Να βρεθούν, αν υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες, από τη χαρακτηριστική όψη που παίρνουν αυτοί, όταν διηθηθούν από τον καρκίνο.

\* Να εκτιμηθεί η έκταση των μεταστάσεων, για να κριθεί, αν είναι σκόπιμη ή όχι η εγχείρηση

\* Να εκτιμηθεί πόσο πρέπει να προχωρήσουν οι ειδικοί κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, δηλαδή το βαθμό ριζικότητάς της.

\* Να διακριθούν οι χρωματισμένοι με χλωροφύλλη λεμφαδένες μέσα στο χειρουργικό πεδίο.

\* Να καθοριστεί το πεδίο ακτινοβολίας, όταν ο καρκίνος βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο.

\* Να παρακολουθηθεί η αποτελεσματικότητα της ακτινοθεραπείας ή της χημειοθεραπείας, γιατί η λιπιδόλη παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα μέσα στους λεμφαδένες.

ε. Ο ακτινολογικός έλεγχος του θώρακα, της σπονδυλικής στήλης και της πύελου, για την ανεύρεση μεταστάσεων.

στ. Η υπερηχογράφηση και η αξονική τομογραφία για την εκτίμηση της έκτασης της πάθησης.

#### Ηλεκτρονική υπολογιστική τομογραφία και εκτέλεση.

Συνίσταται στη λήψη πολλών εγκεφαλών και διαφόρου πάχους τομών, του εξεταζόμενου τμήματος του σώματος και στην επεξεργασία των εικόνων με ηλεκτρονικό υπολογιστή.

Η μέθοδος στηρίζεται στην τεχνολογία των ηλεκτρονικών εγκεφάλων, γιατί προγραμματίζει τον έλεγχο, επεξεργάζεται, συνθέτει και απομνημονεύει τις πληροφορίες.

Στις ημέρες μας, η εμφάνιση της μαγνητικής τομογραφίας, πιστεύεται πως θα προσφέρει πολυτιμότερες πληροφορίες απ' ότι η αξονική τομογραφία.

Οι βασικές ενδείξεις της αξονικής τομογραφίας είναι:

1. Έλεγχος της έκτασης κακοήθους νεοπλασίας του εσωτερικού γεννητικού συστήματος.

2. Σταδιοποίηση της νεοπλασίας για τον καθορισμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Αυτή εκτιμάται με τα παρακάτω ευρήματα:

\* Έκταση νεοπλασίας

\* Διήθηση στρωμάτων του λίπους της πύελου

\* Επεκτάσεις σε γειτονικά όργανα (ουροδόχο κύστη, περιορθική περιτονία)

\* Μεταστάσεις στα πυελικά τοιχώματα και στους πυελικούς ή παραορτικούς λεμφαδένες.

\* Μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα (συκώτι, σπλάγνα, πνεύμονες).

\* Υγρό στην περιτοναϊκή κοιλότητα

3. Διαφορική διάγνωση χωροκατακτητικών εξεργασιών στην περιοχή της πυέλου.

5. Επεμβάσεις. Αυτές είναι:

α. Ιστοληψία του τραχήλου από σημεία, που θα αντιπροσωπεύουν και τα 4 τεταρτημόριά του. Η ιστοληψία τραχήλου μήτρας αποτελεί διαγνωστική επέμβαση που επιτρέπει τον ιστολογικό έλεγχο παθήσεών του.

Μετά από προετοιμασία της εξεταζομένης, όπως σε κάθε κοιλιακή επέμβαση, και χωρίς γενική αναισθησία σ' όλες τις περιπτώσεις, τοποθετείται μητροσκόπιο ή τοποθετούνται κοιλιοδιαστολείς, συλλαμβάνεται ο τράχηλος με μονοδοντωτές λαβίδες στην 3η και 9η ώρα, ώστε ν' αποκαλυφθεί όλη η ενδοκοιλιακή του μοίρα, και με ειδική λαβίδα ιστοληψίας ή με νυστέρι κόβουμε τεμάχια από την ύποπτη περιοχή, που επισημάνθηκε με τη δοκιμασία Schiller.

Αν συμβεί αιμορραγία κατά την εκτέλεση της ιστοληψίας, προβαίνουμε σε ηλεκτροκαυτηρίαση της αιμορραγούσας επιφάνειας ή τη ράβουμε με ζωικά νήματα. Τα τεμάχια του τραχήλου τοποθετούνται σε διάλυση φορμόλης και αποστέλλονται για ιστολογικό έλεγχο.

Η ιστοληψία του τραχήλου έχει ένδειξη:

\* Σε κάθε περίπτωση παθολογικής αλλοίωσής του.

\* Σε κάθε περίπτωση, που ο κυτταρολογικός έλεγχος του απέδειξε την ύπαρξη ύποπτων καρκινικών κυττάρων. Παθήσεις, που είναι δυνατό να διαγνωστούν με την ιστοληψία του τραχήλου, είναι ο καρκίνος του και οι διάφορες μορφές φλεγμονής τους, όπως η ελκωτική, η διαβρωτική τραχηλίτιδα κ.λ.π.

β. Κωνοειδής εκτομή του τραχήλου μετά διαγνωστική απόξεση του ενδομητρίου. Εκτελείται σε σοβαρή δυσπλασία του επιθηλίου του τραχήλου και στο καρκίνωμα *in situ* σε νέες γυναίκες, για να μην στερηθούν από τη μήτρα τους. Η κωνοειδής εκτομή επιβάλλει, όχι μόνο την εξαίρεση τμήματός της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου, αλλά και του ενδοτραχηλικού βλεννογόννου. Μετά την επέμβαση πρέπει να εκτελείται απόξεση του ενδομητρίου για τον έλεγχό του.

Αν ο ιστολογικός έλεγχος του χειρουργικού παρασκευάσματος αποδείξει, πως η διήθηση δεν πέρασε τη βασική μεμβράνη, τότε η επέμβαση κρίνεται ικανοποιητική και απομένει η κάθε 3 - 6 μήνες παρακολούθηση της άρρωστης με κυτταρολογικό έλεγχο για πέντε χρόνια.

Επειδή η κωνοειδής εκτομή με νυστέρι προκαλεί αιμορραγία, στις ημέρες μας χρησιμοποιούνται ακτίνες Laser, γιατί μ' αυτές η εκτομή είναι εύκολη και αναίμακτη.

Εκτός από την κωνοειδή εκτομή του τραχήλου, σε γυναίκες που χέννησαν εκτελείται ακρωτηριασμός του.

Οι βασικοί χρόνοι της επέμβασης είναι:

1ος. Εφαρμογή κολποδιαστολέων, σύλληψη του τραχήλου με μονοδοντωτές λαβίδες στην 3η και 9η ώρα και εκτέλεση διαστολής και διαγνωστικής απόξεσης.

2ος. Απομάκρυνση των λαβίδων, επανασύλληψη του τραχήλου με τις ίδιες στο πρόσθιο και οπίσθιο χείλος του και έλξη τους προς τα κάτω.

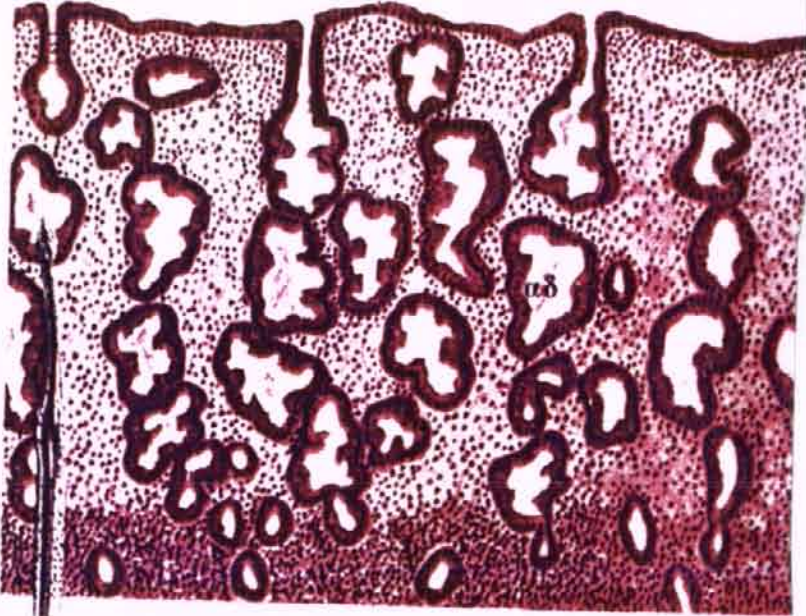
3ος. Κυκλοτερής τομή γύρω από το τραχηλικό στόμιο με μακρύ νυστέρι και σε τέτοιο βαθμό, ώστε να εξαιρεθεί σε σχήμα κώνου ο ενδοτράχηλος.

4ος. Σύλληψη της μεσότητας του κάτω χείλους του τραύματος με βελόνα, που φέρνει μακρύ ράμμα και διεκβολή, του ενός σκέλους του ράμματος, μέσω του τραχηλικού αυλού, στην 5η ώρα του τραχήλου και στη συνέχεια, με την ίδια βελόνα, διεκβολή του άλλου σκέλους του ράμματος μέσω του τραχηλικού αυλού, στην 7η ώρα του τραχήλου. Δέσιμο των δύο άκρων του ράμματος στην 8η ώρα του τραχήλου. Έτσι, το κάτω χείλος του τραύματος του τραχήλου εισέρχεται μέσα στον τραχηλικό αυλό και σχηματίζεται το νέο οπίσθιο χείλος του τραχήλου.

5ος. Σύλληψη της μεσότητας του πάνω χείλους του τραύματος με βελόνα, που φέρνει μακρύ ράμμα, και διεκβολή του ενός σκέλους του ράμματος, μέσω του τραχηλικού αυλού, στην 1η ώρα του τραχήλου και στη συνέχεια, με την ίδια βελόνα, διεκβολή του άλλου σκέλους του ράμματος, μέσω του τραχηλικού αυλού στην 11η ώρα του τραχήλου. Δέσιμο των δύο άκρων του ράμματος στην 12η ώρα του τραχήλου. Έτσι το επάνω μέρος του τραύματος του τραχήλου εισέρχεται στον τραχηλικό αυλό και σχηματίζεται το νέο πρόσθιο χείλος του τραχήλου.

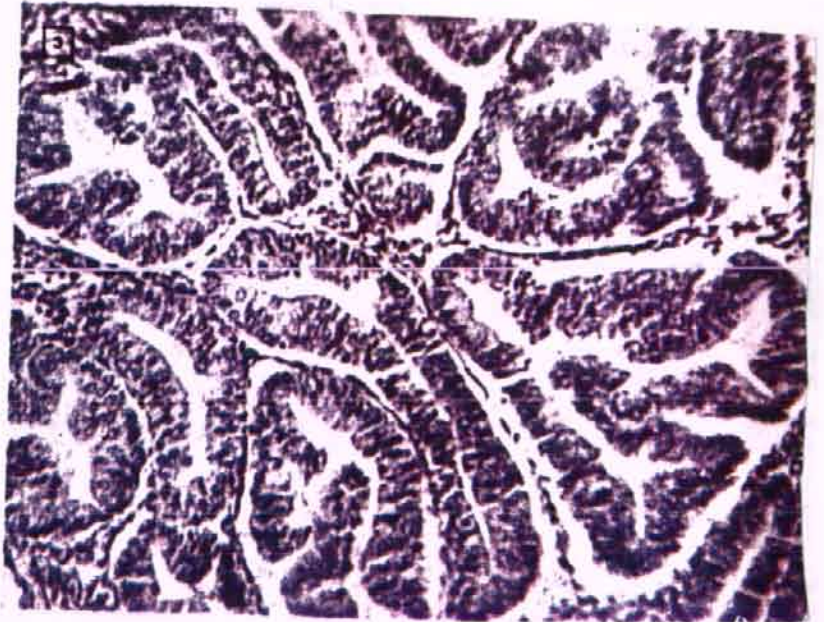
6ος. Συγκράτηση των δύο ραμμάτων της 12ης και 6ης ώρας από το βοηθό και συρραφή των δύο πλάγιων κρημνών του τραύματος με δύο - τρεις ξεχωριστές ραφές.

7ος. Επιπωματισμός του κόλπου για 24 ώρες.



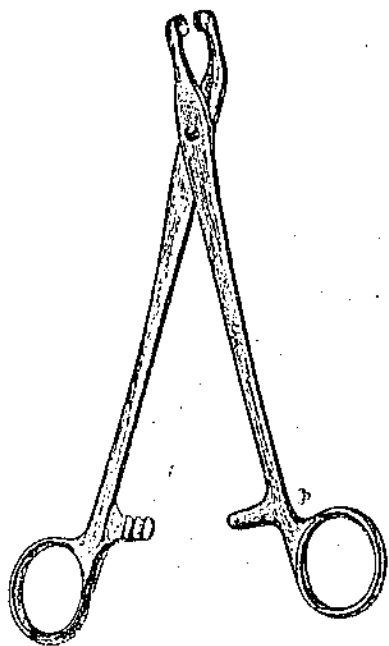
2. Φυσιολογικός θλαεννογόνος του σώματος της μήτρας στο μικροσκόπιο, κατά την εκκριτική του φάση: φαίνεται η πληθώρα των αδένων (αδ). 'Επάνω και άριστερά, εργαλεία για τη λήψη ύλικου προς εξέταση από την κοιλότητα της μήτρας. Α: ζέστρον διοφίας Β: σωλήν για τη λήψη εκκρίματος δι' απορροφήσεως.

3. 'Αδενοκαρκίνωμα του σώματος της μήτρας στο μικροσκόπιο. 'Ο καρκινικός ιστός έχει χαρακτηριστική εμφάνιση: οι αδένες (ή φυσιολογική τους μορφή στην εικ. 2) πολλαπλασιάζονται κατά τρόπο ανώμαλο. (Χρώσις αιματοξυλίνης - ήωσίνης).

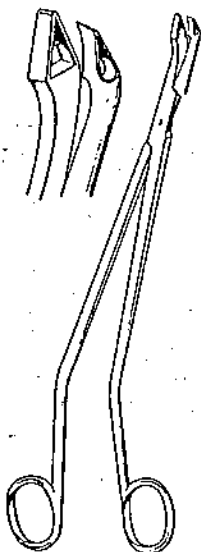


B

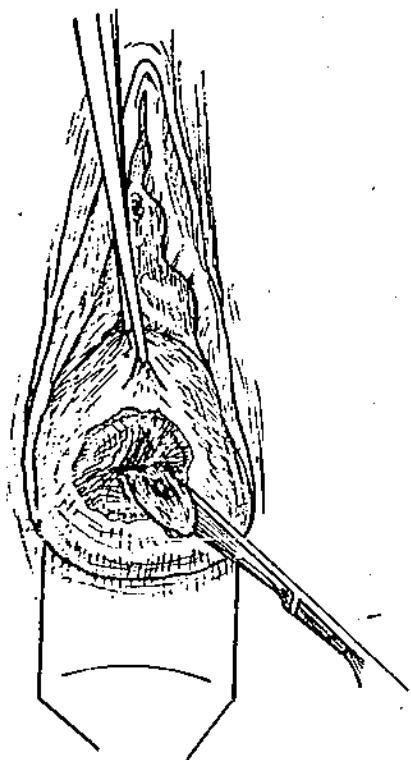
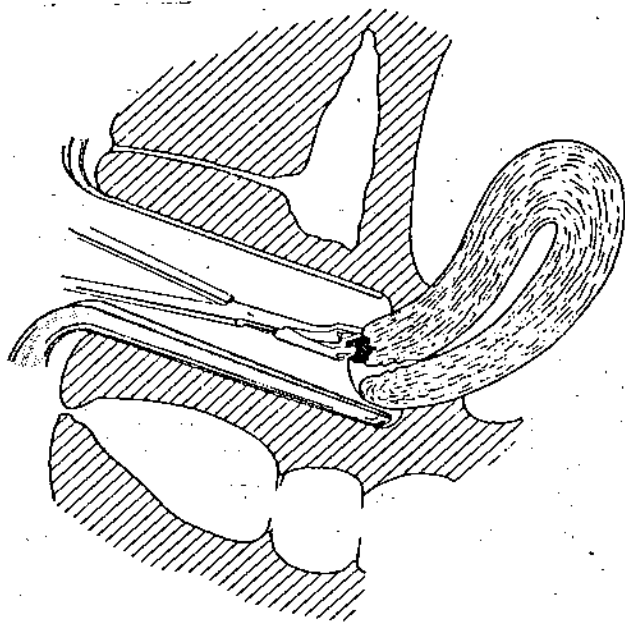




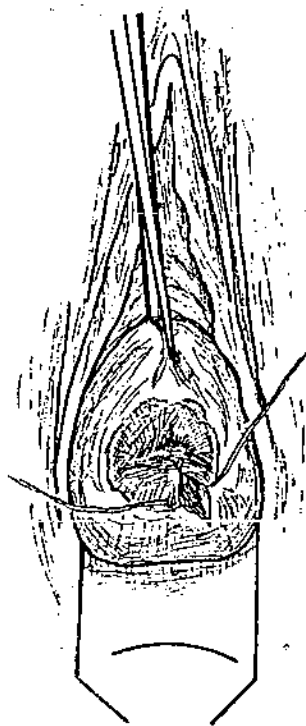
Λαβίδα Bugeha για ιστολήψια τραχήλου



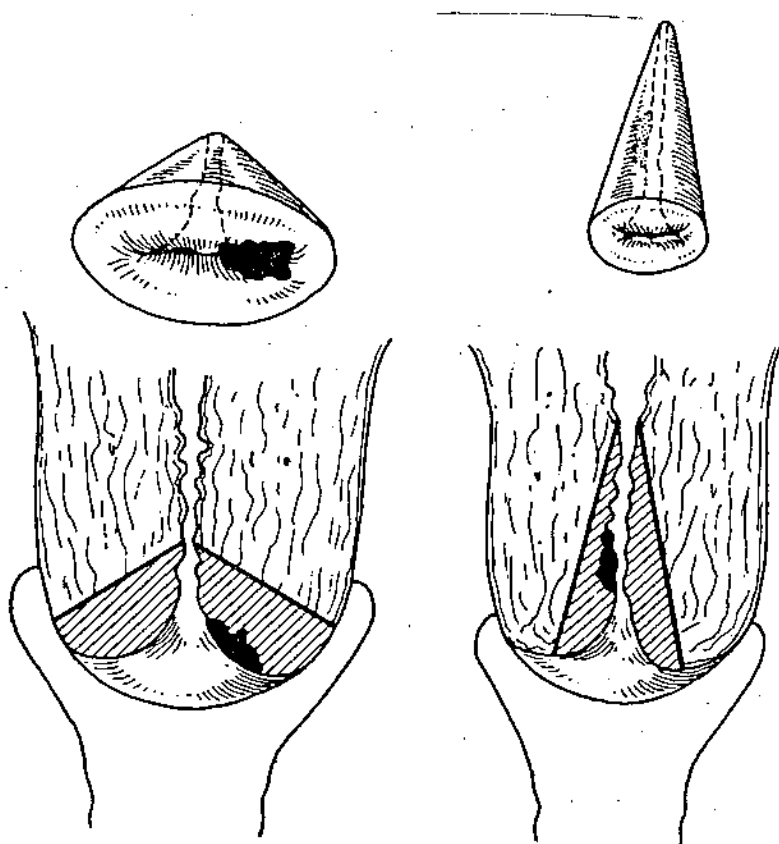
Ειδική λαβίδα Bugeha για τον τράχηλο της μήτρας επιτρέπει τη λήψη τεμαχίων ιστού από τις ύποπτες περιοχές χωρίς τη δημιουργία μεγάλων τραυματισμών και αιμορραγιών.



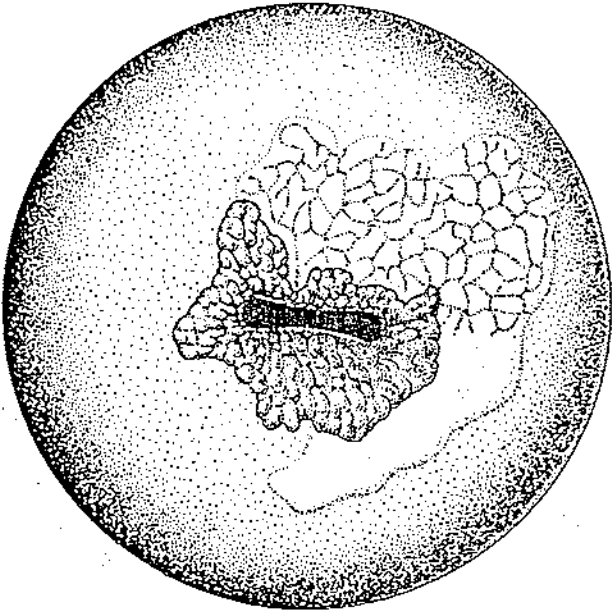
Βιοψία τραχήλου της μήτρας με νυστέρι.



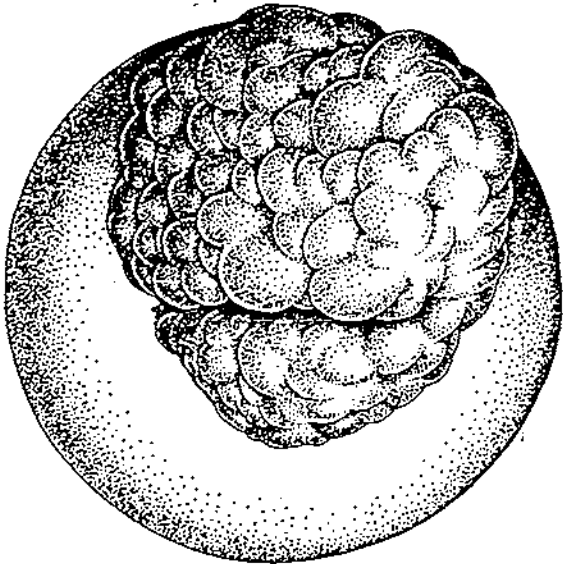
Συρραφή τραυματικών χειλέων μετά από βιοψία του τραχήλου της μήτρας με νυστέρι.



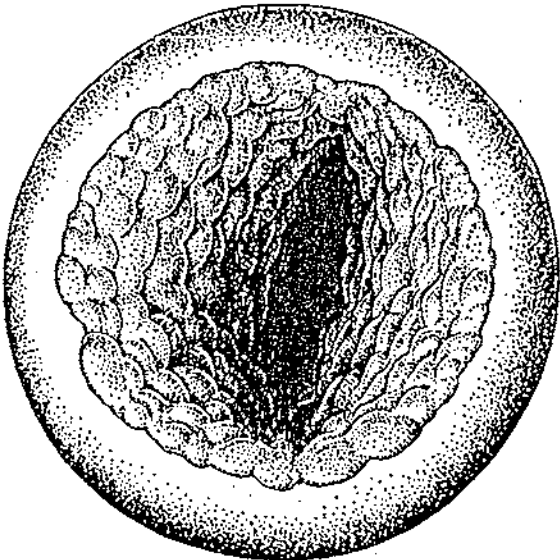
Τεχνική κωνοειδοῦς ἐκτομῆς τοῦ τραχήλου. Τὸ σχῆμα καὶ οἱ διαστάσεις τοῦ κώνου ἐξαρτῶνται ἀπὸ τὸ σημεῖο μεταπτώσεως τοῦ κυλίνδρου στὸ πλακῶδες ἐπιθήλιο. Σὲ νεώτερες γυναῖκες ἔχει πλατύτερη βάση καὶ εἶναι πρὸ ἐπιφανειακῆς τομῆς, ἐνῶ στὶς μεγαλύτερες ἔχει μικρότερη βάση ἀλλὰ πρέπει νὰ περιλαμβάνει περισσότερο ἴστος ἀπὸ τὴν τραχηλικὴ κοιλότητα μέχρι τὸ ἔσω στόμιο.



Κολποσκοπική ύποστη εικόνα.  
Λευκοπλακία, μωσαϊκό επίχρυσμα.



Εξωφυτικό καρκίνωμα του τραχήλου της  
μήτρας.



Ενδοφυτικό καρκίνωμα του τραχήλου της  
μήτρας με σχηματισμό κρατήρα.

### **Διαφορική Διάγνωση .**

Πολλές παθολογοανατομικές βλάβες του τραχήλου μπορεί να μοιάζουν με τον καρκίνο του τραχήλου μήτρας. Τέτοιες καταστάσεις είναι η οξεία και χρόνια τραχηλίτιδα, το τραχηλικό εκτρόπιο, τα κονδυλώματα, η τραχηλική φυματίωση, το συφυλιδικό έλκος, η αδένωση, η αδеноμύωση και το νεκρωμένο έμμισχα υποβλεννογόνιο ινομύωμα που προβάλλει στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο     Ι V

### Θεραπεία

θεωρείται σκόπιμο να περιγραφεί χωριστά η αντιμετώπιση του μικροδιηθητικού καρκίνου του τράχηλου (στάδιο Ια). Επειδή εξ' ορισμού η διήθηση του στρώματος είναι μόλις αρχόμενη και η νόσος αφορά συνήθως νέες γυναίκες, το στάδιο αυτό αντιμετωπίζεται συντηρητικότερα απ' ό,τι οι άλλες μορφές του διηθητικού καρκίνου.

Οι μορφές θεραπείας που εφαρμόζονται ποικίλλουν από την απλή κωνοειδή εκτομή, μέχρι τη ριζική υστερεκτομία και πλήρη ακτινοβολία. Έχουν καταβληθεί πολλές προσπάθειες με σκοπό τον καθορισμό της αγωγής εκείνης, η οποία και την ασθενή θεραπεύει με ασφάλεια και είναι λιγότερο τραυματική, ιδιαίτερα όσον αφορά την αναπαραγωγική της ικανότητα.

Οι κύριες παράμετροι που καθορίζουν το είδος της θεραπείας είναι το βάθος της διηθήσεως, η έκταση της βλάβης, η επινέμηση των αγγείων και η παρουσία ή όχι άτυπων κυττάρων στα όρια του χειρουργικού παρασκευάσματος της κωνοειδούς εκτομής.

Εφ' όσον η διήθηση είναι μικρότερη από 3 χιλιοστά ή η έκταση της βλάβης μικρότερη από 10 χιλιοστά, δεν παρατηρείται επινέμηση των αγγείων και τα χειρουργικά όρια του κώνου είναι ελεύθερα, θεραπεία εκλογής είναι η ολική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα. Εάν η διατήρηση της αναπαραγωγικής ικανότητας

είναι επιθυμητή, η κωνοειδής εκτομή μπορεί να θεωρηθεί ικανοποιητική, με την προϋπόθεση ότι η ασθενής θα παρακολουθείται κατάλληλα. Εάν δεν υπάρχουν οι προϋποθέσεις που αναφέρθηκαν, θεραπεία εκλογής είναι η ριζική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα και λεμφαδενεκτομία γιατί, παρά την καλή πρόγνωση (ποσοστό υποτροπών 1 - 2%), πρόκειται για διηθητικό καρκίνο του τραχήλου, η βιολογική συμπεριφορά του οποίου δεν είναι δυνατό να καθορίζεται πάντοτε με ακρίβεια.

Οι βασικές μορφές θεραπείας στα υπόλοιπα στάδια είναι η χειρουργική και η ακτινική. Η εφαρμογή τους άρχισε από τις αρχές του αιώνα και η εξέλιξη που παρουσίασαν, αλλά και ο ανταγωνισμός των υποστηρικτών της κάθε μιας, έχουν συμβάλει αποφασιστικά στη βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Η πενταετής επιβίωση από τη νόσο, όπως διαπιστώνεται από τα αποτελέσματα πολλών θεραπευτικών κέντρων, έχει παρουσιάσει σημαντική πρόοδο στα τελευταία 30 χρόνια.

Η ένταση της διαμάχης μεταξύ χειρουργών και ακτινοθεραπευτών για τα πλεονεκτήματα της θεραπευτικής μεθόδου που εφαρμόζουν, ηλικίας 70 περίπου χρόνων, έχει μειωθεί τελευταία. Η κλινική εμπειρία και η καλύτερη κατανόηση της βιολογικής φύσεως της νόσου έχουν βοηθήσει στην ανάπτυξη πνεύματος συνεργασίας. Σήμερα είναι σαφές, ότι ανάγκη θεραπείας δεν έχει η νόσος αλλά η ασθενής, την οποία δεν βοηθά ιδιαίτερα η προσκόλληση σε μονόπλευρη αγωγή. Έτσι, η εκτίμηση της ασθενούς και η κατάσταση και εφαρμογή του σχεδίου θεραπείας εκτελείται από ομάδα ειδικών, στην οποία, εκτός από το χειρουργό και τον ακτινοθεραπευτή,

συμμετέχουν παθολογοανατόμος, ειδικός παθολόγος και ανάλογα με την περίπτωση, ουρολόγος, γενικός χειρουργός, γαστρεντερολόγος και αναισθησιολόγος.

Οι παράγοντες που λαμβάνονται υπ' όψη κατά την επιλογή του είδους της θεραπείας, χειρουργικής ή ακτινικής ή συνδυασμού των δύο, είναι οι ακόλουθοι:

1. Η έκταση της νόσου. Δυνατότητα χειρουργικής εξαίρεσης της νόσου υπάρχει μόνο στις περιπτώσεις των σταδίων I, IIa και, σπάνια, στο αρχόμενο IIb στάδιο. Στις ασθενείς αυτές, τόσο η χειρουργική, όσο και η ακτινική θεραπεία παρέχουν αρκετές και περίπου το ίδιο καλές πιθανότητες θεραπείας. Η τελευταία αναφορά της F.I.G.O. παρουσιάζει πενταετή επιβίωση 89,5% με αποκλειστικά χειρουργική αντιμετώπιση και 76,4% με τα άλλα είδη θεραπείας, στο στάδιο I. Όσον αφορά το στάδιο II, η χειρουργική αγωγή, μόνη ή σε συνδυασμό με ακτινοβολία, παρουσιάζει επίσης καλύτερα αποτελέσματα (επιβίωση 68,5%) σε σύγκριση με την αμιγή ακτινοθεραπεία (επιβίωση 54,1%). Θα πρέπει να παρατηρηθεί, ότι η υπεροχή των αποτελεσμάτων της χειρουργικής αντιμετώπισης είναι αρκετά πλασματική, λόγω της επιλογής του υλικού. Επειδή και οι επιπλοκές των δύο μεθόδων μπορούν να θεωρηθούν συγκρίσιμες, η επιλογή της αγωγής στα στάδια αυτά εξαρτάται βασικά από την τακτική και την οργάνωση του θεραπευτικού κέντρου.

2. Ηλικία της ασθενούς. Οι νέες ασθενείς έχουν συνήθως καλή υγεία γενική και εκδηλώνουν τη νόσο σε πρωιμότερα στάδια, αποτελούν δηλαδή χειρουργήσιμες

περιπτώσεις. Η διάρκεια της μελλοντικής ζωής τους είναι μεγάλη, γεγονός το οποίο επιτρέπει την εκδήλωση απότερων τοπικών υποτροπών και ανάπτυξης νέων κακοηθειών στα γεννητικά όργανα. Οι λόγοι αυτοί οδηγούν στην προτίμηση της χειρουργικής θεραπείας, η οποία ακόμη επιτρέπει και τη διατήρηση των ωοθηκών. Ο καρκίνος του τραχήλου, σπάνια μόνο και σε προχωρημένα στάδια δίνει μεταστάσεις στις ωοθήκες, η λειτουργία των οποίων είναι ουσιαστική στις πολύ νέες γυναίκες. Η ακτινική θεραπεία, εκτός από την καταστροφή των ωοθηκών, συνεπάγεται επίσης ατροφία του κόλπου, η οποία δύσκολα ανταποκρίνεται στην εξωγενή χορήγηση οιστρογόνων, με αποτέλεσμα την προβληματική σεξουαλική ζωή.

3. Γεννητικά όργανα και γενική κατάσταση. Είναι δυνατόν, οι τοπικές συνθήκες να κάνουν δύσκολη την τοπική ακτινοβολία ή επικίνδυνη την εξωτερική ακτινοθεραπεία. Η χειρουργική εξ' άλλου αντιμετώπιση, παρουσιάζει σοβαρούς κινδύνους, όταν εφαρμόζεται σε ηλικιωμένες και εξασθενημένες ασθενείς με συστηματικά νοσήματα (υπέρταση, διαβήτης κ.λ.π.).

4. Μικροσκοπικοί χαρακτήρες του όγκου. Η ενδοτραχηλική ανάπτυξη του όγκου ελαττώνει τις πιθανότητες επιτυχούς ακτινοθεραπείας, είτε λόγω επέκτασης στο ενδομήτριο, είτε λόγω ιστολογικού τύπου, είτε τέλος λόγω της μορφολογίας του όγκου (κυλινδρικού τύπος). Οι μεγάλοι, επίσης, εξωφυτικοί ή νεκρωτικοί όγκοι, παρουσιάζουν ελαττωμένη ακτινοευαισθησία, λόγω κακής οξυγόνωσης. Στις περιπτώσεις αυτές, είναι προτιμότερη η χειρουργική θεραπεία. Αντίθετα, οι όγκοι που



έχουν διάμετρο μεγαλύτερη από 3 εκατοστά, συνοδεύονται συχνά (σε αναλογία 35% περίπου) από μεταστάσεις στους λεμφαδένες και αντιμετωπίζονται από πολλούς με ακτινική θεραπεία. Οι όγκοι με διάμετρο 1 - 3 εκατοστά, παρουσιάζουν λεμφαδενικές μεταστάσεις σε ποσοστό 16 - 20%, ενώ μικρότεροι (1 εκ.) ακόμη όγκοι, συνοδεύονται σπάνια (5%) από λεμφαδενικές διηθήσεις και θεραπεύονται με χειρουργική αγωγή.

5. Ιστολογικοί χαρακτήρες. Το αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου θεωρείται λιγότερο ακτινοευαίσθητο από το επιδερμοειδές και γενικά παρουσιάζει χειρότερη πρόγνωση. Νεότερα δεδομένα όμως υποστηρίζουν, ότι αυτό οφείλεται περισσότερο στη μορφή ανάπτυξης και τους ιδιαίτερους βιολογικούς χαρακτήρες του αδενοκαρκινώματος και λιγότερο στην υποτιθέμενη ακτινοαντοχή του.

Η μορφολογία των καρκινικών κυττάρων σχετίζεται με την ακτινοευαίσθησία και επηρεάζει την επιλογή της θεραπείας.

6. Ο βαθμός τέλος διαφοροποίησης των κυττάρων έχει σημασία στην επιλογή της θεραπείας. Οι λιγότερο διαφοροποιημένοι καρκίνοι θεωρούνται γενικά περισσότερο κακοήθεις, αλλά και πιο ακτινοευαίσθητοι. Ορισμένες ωστόσο μελέτες υποστηρίζουν τη μεγαλύτερη συχνότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων σε περιπτώσεις καλά διαφοροποιημένων καρκινωμάτων του τραχήλου.

## Χειρουργική Θεραπεία .

Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, όπως είχε περιγραφεί και εκτελεστεί από τον Wertheim (1888), κρίθηκε αρχικά ασύμφωρη λόγω της μεγάλης εγχειρητικής θνησιμότητας (18%). Αργότερα η εγχείρηση τροποποιήθηκε και προστέθηκε η συστηματική εξαίρεση των λεμφαδένων της πυέλου.

Η νέα μέθοδος, με τη βοήθεια της προόδου που συντελέσθηκε στη χημειοθεραπεία, τη μετάγγιση και την αναισθησία απέδωσε καλά αποτελέσματα κι έγινε δημοφιλής σε πολλά κέντρα.

Σήμερα, η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου έχει σαφή και καθορισμένη θέση στην αντιμετώπιση της νόσου. Τρία είδη επεμβάσεων εφαρμόζονται κυρίως: Η κοιλιακή ριζική υστερεκτομία με σύγχρονη πυελική λεμφαδενεκτομία, η κολπική ριζική υστερεκτομία (εγχείρηση Schauta) με πυελική λεμφαδενεκτομία που γίνεται σε δεύτερο χρόνο, και η εξεντέρωση.

Όπως, αναφέρθηκε, η χειρουργική θεραπεία, μόνη ή σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία, εφαρμόζεται μόνο στις περιπτώσεις σταδίων I και IIa. Σπάνια, σε ορισμένες περιπτώσεις σταδίου IIβ, η εγχείρηση προσφέρει θετικά αποτελέσματα. Σε ασθενείς όπου η ακτινική θεραπεία έχει αποτύχει, είτε η νόσος ευρίσκεται στο στάδιο IVa και υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις, είναι δυνατό να επιχειρηθεί κάποια χειρουργική αντιμετώπιση. Γενικά τ' αποτελέσματα της θεραπευτικής αγωγής έχουν κάνει σαφές, ότι η χειρουργική θεραπεία πλεονεκτεί

στις περιπτώσεις, που η νόσος είναι αρχόμενη και περιορίζεται στον τράχηλο, ενώ οι αντιρρήσεις για την επιλογή της ως μεθόδου εκλογής αυξάνονται όσο ο όγκος στον τράχηλο είναι μεγαλύτερος και οι μακροσκοπικοί και μικροσκοπικοί χαρακτήρες του, κάνουν πιθανή τη διήθηση των λεμφαδένων.

Η χειρουργική θεραπεία έχει ένδειξη ή κρίνεται προτιμότερη στις ακόλουθες περιπτώσεις:

α. Στάδια Ια, Ιβ και ΙΙα, ιδιαίτερα όταν ο όγκος είναι μικρός.

β. Ασθενείς νεότερες των 40 ετών.

γ. Συνύπαρξη εγκυμοσύνης

δ. Σε ενδοτραχηλικό καρκίνωμα

ε. Σε ατροφικό, στενό και ανελαστικό κόλπο.

στ. Όταν συνυπάρχουν παθολογικές καταστάσεις του σώματος της μήτρας ή των ωοθηκών, που έχουν ένδειξη εγχειρήσεως.

ζ. Όταν υπάρχουν φλεγμονές της κύστης ή του ορθού ή εκτεταμένες συμφύσεις από προηγούμενη εγχείρηση.

η. Όταν η ασθενής έχει ακτινοβοληθεί παλιότερα στην περιοχή της πυέλου ή αρνείται την ακτινοθεραπεία ή δεν υπάρχουν οι προϋποθέσεις για σωστή ακτινοθεραπεία.

θ. Σε ακτινοάντοχο όγκο.

ι. Όταν η νόσος υποτροπιάσει τοπικά μετά από ακτινοθεραπεία, ή στα στάδια ΙVa χωρίς όμως διήθηση των παραμητρίων.

Χαρακτηριστικά πλεονεκτήματα της χειρουργικής αντιμετώπισης του καρκίνου του τραχήλου είναι:

α. Η αποφυγή των τοπικών υποτροπών

β. Η εξαίρεση ευμεγεθών λεμφαδενικών μεταστάσεων και ο ακριβής καθορισμός της έκτασης της νόσου.

Η έννοια της ριζικότητας και η σημασία της στην πρόγνωση έχει γίνει αντικείμενο συζητήσεων και διαφωνιών. Βασική προϋπόθεση, για την επιτυχή χειρουργική θεραπεία αποτελεί η γνώση της βιολογικής φύσης της νόσου και του τρόπου επέκτασής της και η ικανότητα του χειρουργού να την εξαιρέσει ολοκληρωτικά στη διάρκεια της επέμβασης. Όπως αποδείχτηκε από ιστολογικές μελέτες, η έκταση του καρκίνου στο στάδιο I είναι μεγαλύτερη απ' ό,τι έχει εκτιμηθεί κλινικά, σε ποσοστό 25% Όχι σπάνια, η νόσος δεν επεκτείνεται μόνο ελαφρά στο προσκείμενο παραμήτριο, αλλά και στον ίδιο βαθμό και στο προσθιοπίσθιο άξονα, δηλαδή, στην κύστη και το ορθό έντερο. Συχνά, σε απόσταση 3 - 4 εκ. από τον όγκο, τα γάγγλια του παρασυμπαθητικού συστήματος έχουν μεταστάσεις, ενώ σε άλλες περιπτώσεις αθροίσματα καρκινικών κυττάρων εντοπίζονται στη διαδρομή των λεμφαγγείων ή στο χαλαρό ιστό, που περιβάλλει τα αιμοφόρα αγγεία. Αυτό σημαίνει, ότι ριζική υστερεκτομία είναι εκείνη που περιλαμβάνει όλη την περιοχή στην οποία η νόσος μπορεί να έχει επεκταθεί και ιδιαίτερα τον παρατραχηλικό, παρακολπικό και παρακυστικό ιστό. Είναι βέβαια γνωστό, ότι η εξαίρεση των ιστών αυτών αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης συριγγίων, αλλά είναι επίσης βέβαιο ότι, η εξαίρεσή τους έχει μεγαλύτερη σημασία και από τη λεμφαδενεκτομία. Οι ιστοί αυτοί φιλοξενούν καρκίνο στο 40% των περιπτώσεων και η εξαίρεσή τους συμβάλλει αποφασιστικά στην

επιτυχία της θεραπείας. Η αντίληψη ότι αυτό που απομένει θα το θεραπεύσει η ακτινοβολία είναι εσφαλμένη. Η ακτινοβολία εξ' άλλου και παρενέργειες έχει και περιορισμούς μετά από μια ριζική εγχείρηση. Από μια ανεπαρκή εγχείρηση, η οποία ελαττώνει τις πιθανότητες της ασθενούς να επιβιώσει, είναι πολύ προτιμότερη η ακτινοθεραπεία για οποιάδήποτε στάδιο της νόσου.

Η επίδραση της λεμφαδενεκτομίας στην επιβίωση των ασθενών αποτελεί επίσης αντικείμενο διαφωνίας. Το βέβαιο, είναι, ότι μετάσταση στους λεμφαδένες ελαττώνει πολύ το ποσοστό επιβίωσης. Πολυάριθμες στατιστικές αποδεικνύουν, ότι η διήθηση των λεμφαδένων συνεπάγεται πενταετή επιβίωση σε ποσοστό 33% (Στάδια I και II) ενώ στην αντίθετη περίπτωση το ποσοστό είναι μεγαλύτερο του 80%

Μερικοί συγγραφείς αμφισβητούν τη θεραπευτική χρησιμότητα της λεμφαδενεκτομίας. Ενώ η χρησιμότητά της στην πρόγνωση και την αναγνώριση της ανάγκης για συμπληρωματική ακτινοθεραπεία είναι γενικά αποδεκτή, η δυνατότητα θεραπείας της νόσου με την εξαίρεση διηθημένων λεμφαδένων αμφισβητείται. Αντίθετα άλλοι πιστεύουν, ότι η χειρουργική εξαίρεση των λεμφαδένων συμβάλλει, εκτός των άλλων, και στη θεραπεία των ασθενών. Οι σύγχρονες στατιστικές αποδεικνύουν, ότι περισσότερες από το 50% των ασθενών με διηθημένους λεμφαδένες σταδίων IB και IIA επιβιώνουν της νόσου μετά από χειρουργική θεραπεία. Γεγονός είναι, ότι η ανεύρεση διηθημένων λεμφαδένων στο χειρουργικό παρασκεύασμα, επιβάλλει τη συμπλήρωση της θεραπείας με ακτινοβολία της πύελου. Μεγάλη

επίσης σημασία έχει η συστηματική και επίμονη αναζήτηση μικροσκοπικών μεταστάσεων στους λεμφαδένες του εγχειρητικού παρασκευάσματος, η οποία αποκαλύπτει καρκινωματώδη διήθηση σε 30 - 50% περισσότερες περιπτώσεις, απ' ό τι η συνήθης εξέταση ρουτίνας.

### Ριζική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα και πνευλική λεμφαδενεκτομία.

Η εγχειρητική αυτή μέθοδος, η οποία χρησιμοποιείται σήμερα για τη θεραπεία των σταδίων Ιβ και ΙΙα, βασίζεται στην εγχείρηση που έχει περιγραφεί από τον Wertheim και τον Meigs και έχει υποστεί διάφορες τροποποιήσεις κυρίως από τον Ν. Λούρο. Η ριζικότητά της εξαρτάται ουσιαστικά από την εμπειρία και την επιδεξιότητα του χειρουργού και είναι ικανοποιητική, όταν στο εγχειρητικό παρασκεύασμα περιλαμβάνονται μαζί τα πιο κάτω ανατομικά στοιχεία:

- α. Η μήτρα με τα εξαρτήματα και το 1/3 του κόλπου
- β. Όλος ο παρακοληικός, παρατραχηλικός, παρακυστικός και παρασθικός ιστός.
- γ. Όλος ο χαλαρός ιστός των παραμητρίων μαζί με τα λεμφαγγεία και τον ιστό που περιβάλλει τα αιμοφόρα αγγεία και τους ουρητήρες.
- δ. Οι θυρεοειδικοί, οι έξω, έσω και κοινοί λαχόνιοι λεμφαδένες.

Η ασθενής πρέπει να βρίσκεται σε ικανοποιητική γενική κατάσταση, ώστε να μπορεί να αντεπεξέλθει στη βαρύτητα της

επέμβασης. Προηγείται η κατάλληλη προετοιμασία του εντέρου και του κόλπου και τοποθετείται καθετήρας στην κύστη.

Η τομή είναι κάθετη και εκτείνεται μερικά εκατοστά πάνω από τον ομφαλό. Μετά από τη διάνοιξη του περιτοναίου, ψηλαφώνται προσεκτικά όλα τα σπλάχνα της άνω κοιλιάς και οι παρασπορτικοί λεμφαδένες. Πολλοί χειρουργοί εκτελούν βιοψία των λεμφαδένων αυτών, οι οποίοι, αν βρεθούν διηθημένοι από καρκίνο, υπαγορεύουν σύμφωνα με ορισμένες αντιλήψεις τη διακοπή της εγχείρησης και την εφαρμογή ακτινικής θεραπείας. Ακολουθεί η απόφηση των εντερικών ελίκων με μεγάλες γάζες προς τα άνω και η επισκόπηση και ψηλάφηση των οργάνων της πύελου των παραμητρίων και η αναγνώριση της θέσης των ουρητήρων.

Μετά την εξαίρεση του χειρουργικού παρασκευάσματος γίνεται σύγκλειση του κοιλιακού καλοβώματος, αφού τοποθετηθούν δύο παραχτετευτικοί σωλήνες, που παραμένουν στα παραμήτρια και περνούν από το καλόβωμα του κόλπου. Ακολουθεί προσεκτική αιμόσταση και συρραφή του περιτοναϊκού χείλους της κύστης με εκείνο του σιγμοειδούς καθώς και των πλαγιών ανοιγμάτων του οπίσθιου περιτοναίου (πλατείς σύνδεσμοι). Η εγχείρηση τερματίζεται με τη σύγκλειση των κοιλιακών τοιχωμάτων κατά στρώματα.

#### Επιπλοκές

1. Η διαφυγή αγγείου ή η τρώση του και ο σχηματισμός αιματώματος στα παραμήτρια. Αυτές μπορούν να συμβούν στην περιοχή των λαγόνιων, των ωθηκικών, των μητριάων και των άνω

κυστικών αγγείων. Προκειμένου για μεγάλη τρώση λαγόνιων αγγείων συλλαμβάνονται αυτά με αγγειολαβίδες και εκτελείται αγγειοραφία με στραυματικά ράμματα. Προκειμένου για τα ωσθηκικά αγγεία, επειδή κάτω απ' αυτά πορεύεται ο ουρητήρας, η σύλληψή τους με αιμοστατική λαβίδα γίνεται επικίνδυνη. Προτιμάται η χρησιμοποίηση ειδικής λεπτής κυρτής λαβίδας ή θυριδωτής λαβίδας, για τη σύλληψη του αγγείου και τη διεκβνολή λεπτού ράμματος κάτω από τη λαβίδα, για την απολίνωσή του. Προκειμένου για διάχυτη αιμορραγία στα παραμήτρια, που δεν ελέγχεται με τη σύλληψη αγγείων, καταφεύγουν οι χειρουργοί στον επιπωματισμό τους με ταινία γάζας που βγαίνει από το κοιλιακό κολόβωμα, και που αφαιρείται σε δύο ημέρες ή στον πιεστικό επιπωματισμό Mickulitz. Κάποτε, είναι δυνατό να διαπιστωθεί αιμορραγία μετά τη σύγκλειση των κοιλιακών τοιχωμάτων, από τις γωνίες του κοιλιακού κολοβώματος προς τον κόλπο. Για τον λόγο αυτό, όταν αυτό κλείνεται, είναι προτιμότερο να ράβονται πρώτα οι δύο γωνίες του και μετά το κέντρο του. Έτσι, ελέγχονται καλύτερα οι γωνίες.

2. Η τρώση ή η διατομή του ουρητήρα, που, είναι δυνατό να συμβεί εκεί, που αυτός διασταυρώνεται με τα ωσθηκικά αγγεία, εκεί, που βρίσκεται κάτω από το περιτόναιο της μικρής πυέλου, κι εκεί που περνάει κάτω από τη μητριαία αρτηρία. Στην περίπτωση αυτή γίνεται καθετηριασμός του ουρητήρα με ειδικό καθετήρα, που βγαίνει στην κύστη και ράβεται με ξεχωριστές ατραυματικές ραφές, για να επιτευχθεί τελικότερη αναστόμωσή



του ή να εμφυτευθεί στην ουροδόχο κύστη, αν η κάκωσή του αφορά σημείο κοντά σ' αυτή.

3. Η κάκωση της ουροδόχου. Στην περίπτωση αυτή ράβεται η κύστη σε δύο στρώματα και αφήνεται χοντρός μόνιμος καθετήρας μέσα σ' αυτή για 12 ημέρες.

4. Οι απώτερες επιπλοκές, που είναι δυνατόν να συμβούν είναι:

α. Ουρητηροκαλπικό συρίγγιο, που αντιμετωπίζεται με δεύτερη εγχείρηση από ουρολόγο.

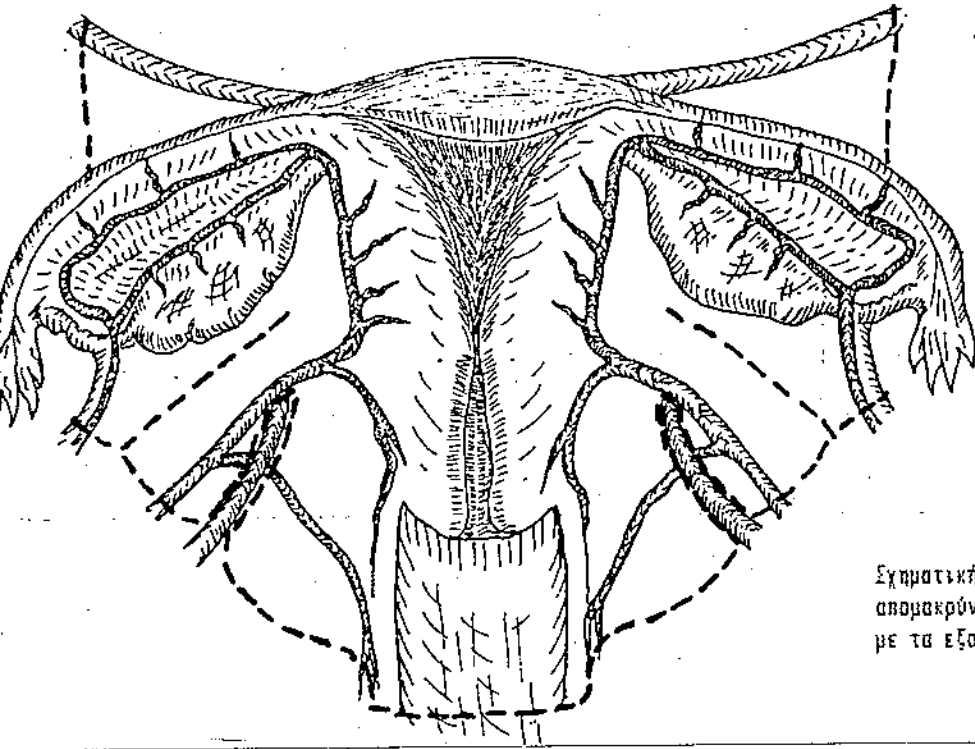
β. Πρόπτωση του κολοβώματος του κόλπου, που αντιμετωπίζεται με διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων και καθήλωσή του με δύο ράμματα, που δεν απορροφώνται, πάνω στην περιτονία των ορθών κοιλιακών μυών.

γ. Θρομβοφλεβίτιδα, που απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και άμεση αντιμετώπιση.

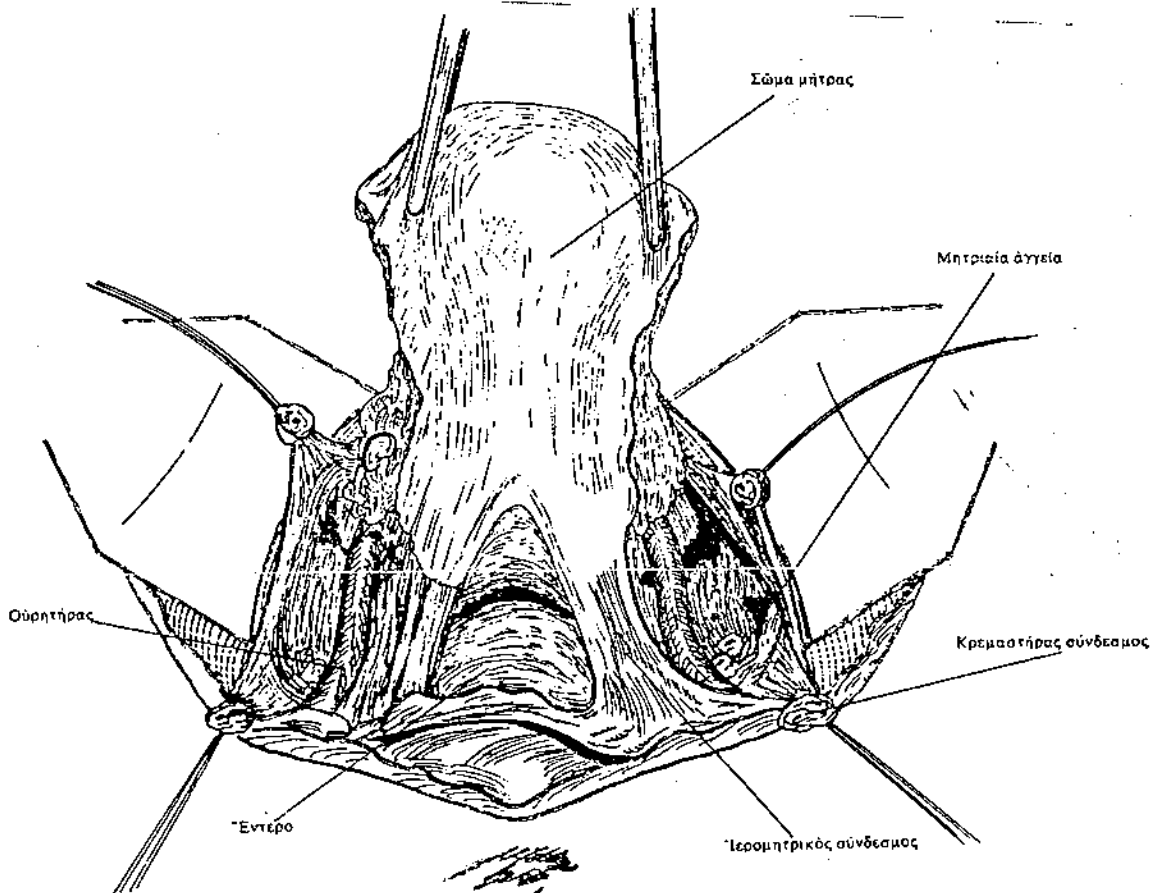
δ. Παραλυτικός ειλεός, που κι αυτός απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και άμεση αντιμετώπιση.

#### Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας σε σωστά επιλεγμένο υλικό είναι πολύ καλά και, όπως αναφέρθηκε, η πενταετής επιβίωση στο στάδιο I, με αμιγή χειρουργική θεραπεία, είναι περίπου 90%, ενώ στο στάδιο II η εγχείρηση, μόνη ή σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία προσφέρει πενταετή επιβίωση σε ποσοστό 68,5%



Σχηματική αναπαράσταση των ιωτών που απομακρύνονται με τη ριζική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα.



Ριζική ολική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα. Εγχειρητικό παρασκεύασμα σε προχωρημένο στάδιο της εκχείρωσης λίγο πριν από την απομάκρυνση της μήτρας από το χειρουργικό πεδίο.

## ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εφαρμόζεται μόνο όταν υπάρχουν λεμφαδενικές μεταστάσεις και συνίσταται στην ακτινοβόληση συνδίσσμου υπερδυναμικής ακτινοβολίας και ενδοκοιλιακής ακτινοβολίας.

Όταν η ακτινοβολία περνάει το σώμα με τη μορφή ηλεκτρονίων ή φωτονίων, καταστρέφει τα καρκινωματώδη κύτταρα, προκαλώντας στην αρχή υπεραιμία και ύστερα ενδοθηλίτιδα και ινοποίηση, μετά από τρεις μήνες περίπου. Όσο μεγαλύτερη ανοξυγοναιμία έχει ένας όγκος, τόσο περισσότερο ακτινοάντοχος γίνεται.

Πριν από την ακτινοθεραπεία πρέπει να προετοιμαστεί η άρρωστη ψυχολογικά, να διορθωθεί η αναιμία της και να θεραπευθούν τοπικές φλεγμονές. Σηπτικές καταστάσεις αυξάνουν την ανοξυγοναιμία των ιστών. Πρέπει ακόμη να προηγηθεί έλεγχος για μεταστάσεις στους νεφρούς, στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, στην πύελο κ.λ.π.

Η ακτινοβολία διακρίνεται σε ενδοκοιλιακή, εξωτερική και συνδυασμένη και εφαρμόζεται προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά.

1. Ενδοκοιλιακή. Αυτή γίνεται με την εφαρμογή κυλίνδρων ή βελόνων ή σφαιρίδιων από πλατίνη ή από κράμα Mose1, που περιέχουν ένα ραδιενεργό ισότοπο (ράδιο, κοβάλτιο, κάσιο κ.λ.π.) στον κόλπο, στον τράχηλο ή στη μήτρα. Η τοποθέτηση γίνεται με τις παρακάτω μεθόδους:

α. Μέθοδος Παρισίων. Χρησιμοποιούνται πηγές μικρής έντασης, αλλά για περισσότερο χρόνο (120 συνεχείς ώρες). Σήμερα δεν προτιμάται.

β. Μέθοδος Στακχόλμης. Χρησιμοποιούνται πηγές μεγάλης έντασης, αλλά για μικρότερο χρονικό διάστημα (20 - 30 ώρες). Εκτελείται 2 - 3 φορές με μεσοδιαστήματα 1 - 2 εβδομάδων.

γ. Μέθοδος Manchester. Καθορίζονται δύο σημεία αναφοράς μέσα στη μικρή πύελο. Το σημείο Α, που βρίσκεται σε απόσταση 2 εκ. πλάγια από τον άξονα του αυλού του τραχήλου και 2 εκ. πάνω από τον πλάγιο θόλο του κόλπου. Το σημείο Β, που βρίσκεται 3 εκ. πλάγια από το σημείο Α, δηλαδή 5 εκ. έξω από τον άξονα του αυλού του τραχήλου.

Η δόση που χορηγείται στο σημείο Α ανέρχεται σε 7.000 - 8.000 rads και στο σημείο Β 2.000 - 2.500 rads. Οι εφαρμογές ανέρχονται σε 2 - 3, η κάθε μια διαρκεί 72 περίπου ώρες και το χρονικό διάστημα, που περνάει από τη μια ως την άλλη, είναι 3 ημέρες ως μια εβδομάδα. Rad είναι η δόση που απορροφάται από τμήμα του ιστού και είναι ίση με 100 ergs ενεργείας ανά γραμμάριο ιστού. Αντί για ράδιο χρησιμοποιούμε κοβάλτιο ή κάσιο.

2. Εξωτερική. Η εξωτερική ακτινοθεραπεία συστήνεται είτε για να συμπληρώσει την ενδοκοιλιακή, είτε για ν' αποτελέσει τη συνέχεια εχχείρησης, είτε σε προχωρημένες καταστάσεις για την ανακούφιση της άρρωστης. Η ημερήσια δόση ανοχής των ιστών εμφανίζει ποικιλία από άτομο σε άτομο και κυμαίνεται από 100 - 200 - 250 rads. Συνολική δόση 5.000 - 7.000 rads.

3. Ενδοκοιλιακή - Εξωτερική. Ο συνδυασμός αυτής της ακτινοθεραπείας αποτελεί μέθοδο εκλογής, όταν δεν έλαβε χώρα

εγχείρηση, και ο τρόπος εκτέλεσής της εξαρτάται από τις προτιμήσεις του θεραπευτικού κέντρου.

4. Προεγχειρητική. Αυτή προτιμάται από ορισμένους γυναικολόγους, γιατί περιορίζει τη διήθηση και η εγχείρηση γίνεται καλύτερα και γιατί είναι αποτελεσματικότερη, επειδή υπάρχει αιμάτωση του όγκου. Επίσης, γιατί μειώνει τον κίνδυνο μόλυνσης όταν η βλάβη νεκρώθηκε, και γιατί περιορίζει την ικανότητα των νεοπλασματικών κυττάρων ν' αναπτυχθούν στο χειρουργικό πεδίο, όταν πέσουν τεμάχια καρκινικού ιστού.

Είναι όμως δυνατό η προεγχειρητική ακτινοβολία να επηρεάζει τους ιστούς και να δυσκολέψει την εγχείρηση και την επαύλωση του τραύματος, γιατί αναπτύχθηκε ινώδης ιστός, και να δημιουργήσει συρίγγια.

Πολλοί προτιμάνε την ενδοκοιλιακή ακτινοβολία και μετά 4 εβδομάδες την εκτέλεση εγχείρησης.

5. Μετεγχειρητική. Συστήνεται με τη σκέψη της καταστροφής των καρκινικών υπολειμμάτων, που δεν εξαιρέθηκαν με την εγχείρηση. Έτσι, το ποσοστό επιβίωσης ανεβαίνει.

#### Επιπλοκές ακτινοθεραπείας.

Η ακτινοθεραπεία δεν είναι άνευ επιπλοκών. Αυτές τις διακρίνουμε σε άμεσες και απώτερες.

α. Οι άμεσες επιπλοκές εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας, είναι παροδικές και δεν οδηγούν σε μόνιμες βλάβες. Τέτοιες είναι ο πυρετός, οι δερματικές αντιδράσεις, οι κυστίτιδες, οι διάρροιες, η στέρωση.

β. Οι σπώτερες επιπλοκές εμφανίζονται μέσα σε 6 - 24 μήνες και αφορούν τη στένωση του κόλπου, βλάβες του λεπτού εντέρου και ορθοκολπικά συρίγγια. Οι βελτιωμένες τεχνικές της εποχής μας, προστατεύουν την άρρωστη από τέτοιες επιπλοκές.

## Ραδιοθεραπεία

Όταν για οποιονδήποτε λόγο ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στο 1ο και 2ο στάδιο κριθεί μη εγχειρήσιμος ή η καρκινική διήθηση έχει προχωρήσει στο 3ο και 4ο στάδιο τότε εφαρμόζεται μόνο ακτινοβολία. Σήμερα έχουν χρησιμοποιηθεί πολλοί τέτοιοι τρόποι θεραπείας του τραχηλικού καρκίνου όπως η εμφύτευση βελονών ραδίου μέσα στον όγκο, η ενδοκολπική ακτινοβολήση με ακτίνες Rontgen και τελευταία η ενδοϊστική έγχυση ραδιοϊσοτόπων.

Ράδιο, Cesium - 137, ή ραδιενεργό κοβάλτιο εισάγονται μέσα στον ενδοτραχηλικό σωλήνα και τον κόλπο, για ένα ορισμένο χρόνο. το ράδιο (ή το κάσιο) τοποθετείται με τη μορφή βελόνων. Για την αποφυγή όμως καταστροφής των παρακειμένων ιστών από την ακτινοβολία α και β (μαλακή ακτινοβολία) τα ραδιενεργά στοιχεία πριν από τη χρησιμοποίησή τους τοποθετούνται μέσα σε υποδοχείς (ειδικές θήκες από πλατίνα) για την απορρόφηση της ακτινοβολίας α και β. Οι υποδοχείς αυτοί απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος της ακτινοβολίας α και β και αφήνουν να περάσει από το τοίχωμά τους η ακτινοβολία γ (σκληρή ακτινοβολία) που διεισδύει μέσα στον όγκο.

Η δράση του ραδίου συνίσταται στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, τα οποία είναι πλέον ευαίσθητα ως νεαρά και άωρα ενώ οι παρακείμενοι ιστοί παραμένουν ως επί το πλείστον ανεπηρέαστοι. Η καταστροφή των κυττάρων επιτελείται δια της εκπεμπομένης ακτινοβολίας.

Το στοιχείο ράδιο αποσυντιθέμενο βραδύτατα, εκπέμπει κυρίως τριών ειδών ακτίνες. Τις ακτίνες α, β, γ. Η ακτινοβολία α και β δεν έχει διεισδυτική ικανότητα και γι' αυτό δε μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων (μαλακή ακτινοβολία), αλλά χρησιμοποιείται η διεισδυτική (σκληρή) ακτινοβολία γ. Εν τούτοις η ακτινοβολία α και β επιφέρει νέκρωση στους παρακείμενους υγιείς ιστούς και γι' αυτό και τα ραδιενεργά στοιχεία πριν να χρησιμοποιηθούν τοποθετούνται σε υποδοχείς για την απορρόφηση της ακτινοβολίας α και β και αφήνουν μόνο να περάσει από το τοίχωμα αυτό η ακτινοβολία γ. Επίσης καταβάλλεται η προσπάθεια ν' απομακρυνθούν τα παρακείμενα όργανα (ουροδόχος κύστη - ορθό) από τη ραδιενεργό πηγή, δεδομένου ότι η ένταση της ακτινοβολίας είναι αντιστρόφως ανάλογη του τετραγώνου της απόστασης. Η απομάκρυνση των πιο πάνω οργάνων, επιτυγχάνεται με τον πωματισμό του κόλπου. Επίσης με τον πωματισμό διατηρούνται οι υποδοχείς στην ανατομή αυτών θέση. Ακόμη εφαρμόζεται μόνιμος καθετήρας στην ουροδόχο κύστη ώστε να διατηρείται κενή ούρων.

Η εισαγωγή των ραδιενεργών στοιχείων στους υποδοχείς διενεργείται στο χειρουργείο ύστερα από γενική νάρκωση της ασθενούς. Αυτά εισάγονται εντός του σώματος της μήτρας, εντός του τραχήλου και εντός των θόλων, με τρόπο τέτοιο ώστε η ακτινοβολία να κατανέμεται σε περισσότερα σημεία, χωρίς τη βλάβη των παρακείμενων ιστών.

Μια τέτοια θεραπεία μπορεί να συμπληρωθεί με εξωτερική ακτινοβολία (ακτίνες Rontgen ή τηλεθεραπεία με κοβάλτιο), που

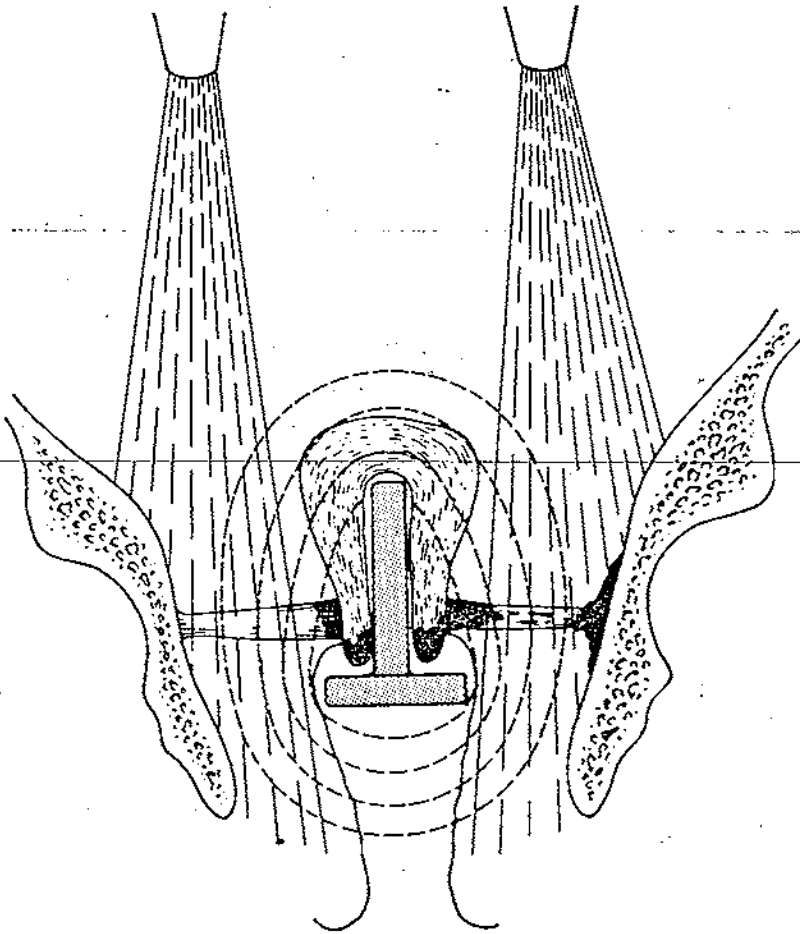


εφαρμόζεται στην πύελο, σε μια προσπάθεια αναχαίτησης και καταστροφής των παραμητρικών, γαγγλιακών και άλλων διηθήσεων της μικρής πυέλου.

Η θεραπεία εξατομικεύεται ανάλογα με το στάδιο της νόσου, την απόκριση της άρρωστης και την ανοχή στη ραδιοθεραπεία.

Η ακτινοβολία (με ραδιενεργά στοιχεία) διαρκεί πέντε 24ωρα. Το πέμπτο 24ωρο οι υποδοχείς των ραδιενεργών στοιχείων αφαιρούνται από τα γεννητικά όργανα της γυναίκας. Ο αντικειμενικός σκοπός της θεραπείας κατά το χρονικό αυτό διάστημα είναι η διατήρηση των υποδοχέων σε ωρισμένα ανατομικά σημεία, έτσι ώστε η ακτινοβολία να παραμείνει σε μια σταθερή δόση και να μην υποστεί αλλαγή κατά τη διάρκεια των ωρών της θεραπείας.

Μια πολύ δημοφιλής μέθοδος θεραπείας περιλαμβάνει τη χρησιμοποίηση εξωτερικής ακτινοβολίας, στη συνέχεια την τοποθέτηση βελονών ραδίου και στο τέλος επιστροφή πάλι στην εξωτερική ακτινοβολία. Η θεραπεία αυτή διαρκεί περίπου 5 - 6 εβδομάδες.



Ραδιοθεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Σχηματική αναπαράσταση τοπικής και εξωτερικής ακτινοβολίας. Η τοπική θεραπεία επιτρέπει ακτινοβολία του πρωτοπαθούς όγκου και της γύρω από αυτόν περιοχής. Οι πιθανές διηθήσεις στον πύελο ακτινοβολούνται με εξωτερική ακτινοβολία.

## Χημειοθεραπεία

### Κυτταροστατικά Φάρμακα

Τα κυτταροστατικά φάρμακα είναι διάφορες χημικές ουσίες, οι οποίες καταστρέφουν τα νεοπλασματικά κύτταρα. Χορηγούνται από το στόμα ή ενδοφλέβια, συνήθως σε συνδυασμό μαζί με άλλες θεραπευτικές μεθόδους.

Όταν δε μπορεί να βοηθηθεί η άρρωστη με εγχείρηση και ακτινοθεραπεία, καταφεύγουμε στη χημειοθεραπεία, κάτω από έλεγχο των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων.

Τα αντικαρκινικά φάρμακα, που χρησιμοποιούνται, είναι τα παράγωγα του απωθηπερίτη, όπως η κυκλοφωσφαμίδα (cytoxan, endoxan) και η σαρκολυσίνη (alkeran), για το αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου, το αλκαλοειδές βινκριστίνη (vincristin), το αντιβιοτικό αδιαμυκίνη, για τις υποτροπές, η μηλεομυκίνη (bleomycine), για το επιδερμοειδές καρκίνωμα, και η απλή χημική ουσία υδροξουρία που μοιάζει με την ουρία και προάγει τη ραδιοευαισθησία.

Τελευταία, προτιμάται η χορήγηση του cislatinum, μόνου ή συνδυασμένου με άλλα αντικαρκινικά φάρμακα, η bleomycin (5 mg την ημέρα για μια εβδομάδα), η mitomycin (20 mg την επόμενη ημέρα μετά τη χορήγηση της bleomycin), η doxorubicin και η methotrexate.

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου αποτελεί έργο ομαδικό, του χειρουργού - γυναικολόγου, του ακτινοθεραπευτή, του χημειοθεραπευτή και του παθολογοανατόμου.

Όταν η εγχείρηση, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία δεν προλάβουν τον καρκίνο και ο θάνατος της άρρωστης είναι αναπόφευκτος, πριν απ' αυτόν, μπορούμε ν' ανακουφίσουμε την άρρωστη από τους πόνους, που προέρχονται από τοπική διήθηση, που έπιασε το ιερό πλέγμα, και από οσφυϊκή, που έπιασε το οσφυϊκό πλέγμα.

Για την καταπολέμηση του πόνου:

1. Χορηγούμε παυσίπονα, που κάποτε γίνονται ανεκτά από τον οργανισμό της άρρωστης και όλο πρέπει να μεγαλώνεται η δόση τους.

2. Χορηγείται ενδορραχιαία η φαινόλη.

3. Εκτελείται προσθιοπλάγια χορδοτομία στο ύψος του Θ4 για κατάργηση ετερόπλευρου πόνου.

4. Εκτελείται αμφοτερόπλευρη χορδοτομία σε αμφοτερόπλευρους πόνους, αλλά αυτή διαταράσσει τη λειτουργία της ουροδόχου κύστης και του εντέρου και προκαλεί ατονία των κάτω άκρων.

5. Εκτελείται οπίσθια ριζοτομία, που προκαλεί απώλεια της λειτουργικότητας των κάτω άκρων.

Η κατάργηση του πόνου στις μέρες μας αντιμετωπίζεται σε ειδικές "κλινικές του πόνου", που ανακουφίζουν αισθητά την άρρωστη.

## Παρακολούθηση ασθενούς που θεραπεύεται .

Η παρακολούθηση της άρρωστης, που θεραπεύεται από καρκίνο του τραχήλου, πρέπει τα δύο πρώτα χρόνια να είναι συνεχής. Αργότερα, τα χρονικά διαστήματα αραιώνουν και μετά 5ετία γίνονται ακόμη περισσότερο αραιά, γιατί οι πιθανότητες υποτροπής της πάθησης ελαττώνονται.

Αυτή περιλαμβάνει τις γενικές εξετάσεις, τον έλεγχο βάρους, την ψηλάφηση των λεμφαδένων της κοιλιάς, την ψηλάφηση του ήπατος και των νεφρών και την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση. Επίσης, τον κυτταρολογικό έλεγχο των κολπικών επιχρισμάτων κάθε 6 μήνες για δύο χρόνια, την πνευμογραφία και την ακτινογραφία του θώρακος και τα ειδικά καρκινικά αντιγόνα του ορού του αίματος.

## Υποτροπή του καρκίνου .

Στον καρκίνο, που ακτινοβολήθηκε, είναι δυνατό να έχουμε μέσα στον πρώτο χρόνο υποτροπή σε συχνότητα 50% και μέσα σε δύο χρόνια σε συχνότητα 75%. Η θέση της υποτροπής μπορεί να βρίσκεται στον κόλπο, στον τραχήλο, στη μήτρα, που παρέμεινε, στην ουροδόχο κύστη, στον ορθό, στα πυελικά τοιχώματα, σε περιφερειακούς λεμφαδένες, στους πνεύμονες, στο έξω στόμιο της ουρήθρας κ.λ.π.

Η διάγνωση της υποτροπής στηρίζεται στα κλινικά συμπτώματα, (στην απώλεια βάρους, στο άλγος, στην κοιλιακή υπερέκκριση, στην αιμορραγία, στο οίδημα των σκελών) και στις εργαστηριακές εξετάσεις. Η επιβεβαίωση της υποτροπής με ιστολογικό έλεγχο, όταν αυτή είναι σε προσιτό σημείο, είναι απαραίτητη. Σε άλλες περιπτώσεις απαιτείται η εκτέλεση κυστεοσκόπησης, πνευλογραφίας, ακτινολογικός έλεγχος σπονδυλικής στήλης και θώρακα, σπινθηρογράφημα ήπατος, διάβαση εντέρου και, τέλος, ερευνητική λαπαροτομία.

Θεραπευτικά την υποτροπή του καρκίνου του τραχήλου την αντιμετωπίζουμε με εγχείρηση, όπου αυτή είναι εφικτή, και με ακτινοθεραπεία, όπως στον καρκίνο του κάτω τριτημορίου του κόλπου ή του στομίου της ουρήθρας ή των λεμφαδενικών μεταστάσεων. Επίσης εφαρμόζεται χημειοθεραπεία και για την ανακούφιση της άρρωστης εγχειρήσεις, που αποβλέπουν στην διατομή νεύρων.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο     V

### Νοσηλευτική φροντίδα

Κάθε ασθενής έχει ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας και επίβλεψης ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασής της. Η ευθύνη της νοσηλεύτριας αρχίζει από τα πρώτα στάδια ανίχνευσης της νόσου και προχωρεί ως το τελευταίο στάδιο αποκατάστασης ή και ως το θάνατο. Η ασθενής διαπιστώνεται τη στάση της νοσηλεύτριας. Το να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια έχει θετική στάση στην ασθένειά της είναι σημαντικό, σαν πρώτο βήμα στη συνεργασία της με τον ασθενή. Βασικά νοσηλευτικά μέτρα σε όλα τα στάδια της νόσου είναι τα εξής:

1. Κατανόηση στην άρρωστη και παρουσίαση της ευχάριστης όψης της ζωής. Αυτό δίνει ελπίδα.

2. Διατήρηση της αξιοπρέπειας και υπόληψης της άρρωστης. Ίσως σε καμιά άλλη ασθένεια δεν υπάρχει τέτοια απειλή της οντότητας του ατόμου όπως υπάρχει στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αλλά και στον καρκίνο γενικά.

3. Βοήθεια στην άρρωστη για τη διατήρηση του αυτοσεβασμού της.

4. Συνεχής παρακολούθηση, φροντίδα και προσοχή ώστε κατά την εφαρμογή της θεραπείας και κατά τη διάρκεια των νοσηλείων να μην εκτίθεται.

5. Αναγνώριση των ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών της ασθενούς.

6. Προσοχή στην καθαριότητα, τη συμμετοχή της στον προγραμματισμό της φροντίδας της, εφ' όσον είναι ικανή γι' αυτό. Αυτό συντελεί στο να διατηρήσει την αξιοπρέπεια της παρά την προσβολή της αρρώστιας.

7. Ευγένεια και θαλπωρή δίνει στην άρρωστη αίσθημα ασφάλειας.

8. Ενθάρρυνση της άρρωστης να ενεργεί με τρόπο ευχάριστο για τον εαυτό της.

9. Βοήθεια στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό της.

10. Ενθάρρυνση της άρρωστης να σηκώνεται από το κρεβάτι, εφ' όσον αυτό επιτρέπεται.

11. Συχνή αλλαγή θέσης της άρρωστης στο κρεβάτι.

12. Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψης της ασθενούς, καλή διατροφή. Η απώλεια σωματικού βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο αναγκών της.

13. Χρήση κατάλληλων νοσηλευτικών μέτρων και μέσων για την πρόληψη επιπλοκών όπως πνευμονία, κατακλύσεις, υποσιτισμός.

14. Λήψη κάθε μέτρου για τη διατήρηση καλής ατομικής καθαριότητας της ασθενούς.

15. Στο σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας δεν πρέπει να παραλείπεται η εργασιοθεραπεία εφ' όσον η κατάσταση της άρρωστης το επιτρέπει, επειδή η απασχόληση προλαμβάνει πολλά ψυχολογικά προβλήματα.



16. Ενίσχυση της αποκατάστασης της ασθενούς το γρηγορότερο δυνατό εφ' όσον η αναπηρία είναι αποτέλεσμα της νόσου.

17. Διδασκαλία, σε όποιον κι αν έρθει σ' επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό για τη σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης του όγκου στην πρόγνωση της νόσου.

18. Διδασκαλία του τρόπου αυτοφροντίδας πριν αναχωρήσει η άρρωστη από το νοσοκομείο. Για τέλεια αποκατάσταση η ασθενής πρέπει να αισθάνεται ότι τίποτα δε σταμάτησε το σχέδιο της ζωής της και ότι μπορεί να συμμετέχει σ' αυτήν.

19. Στη φροντίδα της ασθενούς οι επιδιώξεις είναι ο περιορισμός της νόσου και η βοήθεια να ξαναγυρίσει κατά το δυνατό στη φυσιολογική ζωή. Για κάλυψη των αναγκών της ασθενούς κατά το διάστημα αναζήτησης της νόσου, διάγνωσης και θεραπείας, προσοχή θα πρέπει να δοθεί:

- Στις ανάγκες της ασθενούς ως άτομο
- Στις ανάγκες της νόσου
- Στις ανάγκες της θεραπείας που εφαρμόζεται
- Στις ανάγκες της ασθενούς από την επίδραση της

θεραπείας στην ψυχική και φυσική της κατάσταση.

20. Η ευθύνη της νοσηλεύτριας στη φροντίδα καταδικασμένης σε θάνατο ασθενούς περιλαμβάνει κάλυψη όσο το δυνατό περισσότερων φυσικών και ψυχολογικών αναγκών της. Η ενθάρρυνση και η μετάγχιση ελπίδας περιορίζουν την απαισιοδοξία και απογοήτευση της άρρωστης.

21. Βοήθεια της ασθενούς για να αποδεχτεί μια υστεροεκτομή.

Ο τρόπος με τον οποίο μια ασθενής δέχεται την πληροφορία συχνά εξαρτάται από τις απόψεις του για τη ζωή και το θάνατο. Άλλες ασθενείς γνωρίζοντας τη σοβαρότητα της νόσου εγκαταλείπουν τελείως τον εαυτό τους στον αναπόφευκτο θάνατο, άλλες βοηθούν θετικά και πιστεύουν στη θεραπεία και άλλες επιδίδονται στην προετοιμασία για την καλύτερη αντιμετώπιση του σοβαρού θέματος του θανάτου.

Οι απαντήσεις της νοσηλεύτριας στις ερωτήσεις των ασθενών πρέπει πάντα ν' ακολουθούν τις αποφάσεις και τη γνώμη του γιατρού. Πρέπει να προσφέρει, να συμπαραστέκεται, να κατανοεί, να τονώνει και να καθοδηγεί σωστά την ασθενή στη ζωή ή ως το θάνατο.

Οι ασθενείς των οποίων η ζωή συνεχίζεται και μετά την εμφάνιση του καρκίνου πρέπει να αισθανθούν ότι τίποτα δε σταμάτησε το σχέδιο της ζωής τους και ότι μπορούν να συμμετέχουν σε όλα, έστω και μετά από μια ολική υστερεκτομή. Η νοσηλεύτρια με την όλη διαδικασία και τη στάση της κοντά στην καρκινοπαθή συμβάλλει σημαντικά ώστε η ασθενής ν' αποκατασταθεί όσο γίνεται ανώδυνα στο οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό της περιβάλλον.

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο τραχήλου μήτρας περιλαμβάνει προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα. Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει ψυχολογική και φυσική.

## Προεγχειρητική Νοσ/κη Φροντίδα .

### Ψυχολογικά Προβλήματα - Ψυχολογική προετοιμασία .

Η ασθενής στην οποία διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο τραχήλου μήτρας βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Κι αυτό επειδή η νόσος είναι συνώνυμη με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική κι αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμη και οι συγγενείς της συνήθως έχουν συναισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας. Παράλληλα η ασθενής πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοήτευσης.

Η οικογένεια, οι γνωστοί της και συχνά μορφωμένοι άνθρωποι μεγαλώνουν την ιδέα ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με το θάνατο. Τις απόψεις αυτές κι αν δεν γίνουν γνωστές, τις διαισθάνονται οι ασθενείς και διέρχονται στάδια αβεβαιότητας.

Είναι επιτακτική η ανάγκη να αναθεωρηθούν οι απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τη νόσο. Η αναθεώρηση αυτή θα επηρεάσει τα συναισθήματα της νοσηλεύτριας απέναντι στην ασθενή και τότε θα μπορέσει να τη βοηθήσει να ξεπεράσει τους φόβους της και ν' αντιμετωπίσει με πίστη και αισιοδοξία το μέλλον. Ακόμη η νοσηλεύτρια επιτυγχάνει να βοηθήσει την

καρκινοπαθή όταν κατορθώσει να μην εμβαθύνει στον πόνο της αλλά να την κατανοήσει και να την συμπαθήσει, χωρίς παράλληλα να έχει απομακρυνθεί από την άρρωστη και τον κόσμο της.

Συμβαίνει όμως η νοσηλεύτρια να αρνείται ν' ακούσει την ασθενή να περιγράφει τους φόβους της ή ακόμη συμβαίνει να της διηγείται μια αστεία ιστορία τη στιγμή που εκείνη βρίσκεται σε αγωνία. Έτσι άθελά της απορρίπτει ότι δε μπορεί να χειριστεί με επιτυχία. Αυτός όμως είναι ο "λανθασμένος" τρόπος αντιμετώπισης. Απλές, σαφείς ανακοινώσεις, διευκρινήσεις παρανοήσεων, σταθερό ενδιαφέρον ελαττώνουν τους φόβους και τις ανησυχίες.

Όταν αποφεύγεται να ειπωθεί η φράση "καρκίνος τραχήλου μήτρας" στην άρρωστη που γνωρίζει την ασθένειά της, φανερώνει φόβο γι' αυτήν την ασθένεια. Η άρνηση της αποδοχής της διάγνωσης της νόσου, όχι σπάνια αποτελεί την πρώτη αντίδραση της καρκινοπαθούς. Χρειάζεται προσοχή στη συμπεριφορά αυτής της ασθενούς επειδή μπορεί ν' αρνηθεί τη θεραπεία και την παρακολούθησή της από το γιατρό.

Μετά την άρνηση συνήθως εμφανίζεται ο θυμός, ο οποίος στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειάς της, τα μέλη της ομάδας υγείας κ.λ.π. Στη συνέχεια η ασθενής μπορεί να είναι ήρεμη και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως με το θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της νόσου της ή την αναβολή του μοιραίου. Όταν όμως η ασθενής αρχίζει ν' αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της νόσου και πως τίποτα πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί τότε μελαγχολεί και πέφτει σε κατάθλιψη. Στην περίπτωση αυτή ο μοναδικός ή ο πιο

κατάλληλος τρόπος βοήθειας της ασθενούς είναι η συμπαράσταση της νοσηλεύτριας και να την αφήσει να εκφράσει μόνη της τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει. Να την ακούσει, να δείξει κατανόηση και να μην προσπαθήσει να την βγάλει από τον κόσμο της πραγματικότητας. Τέλος η ασθενής μπαίνει στη φάση της αποδοχής. Έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται να υποστεί μια υστερεκτομή ή ότι θα πεθάνει σύντομα, περιορίζει τις επισκέψεις σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά και αρκείται στη σιωπηλή παρουσία τους.

Η απώλεια λειτουργίας ή η αφαίρεση της μήτρας δημιουργεί ψυχική υπερένταση. Ο φόβος της άρρωστης ότι η οικογένεια και οι φίλοι της δεν την αποδέχονται, πολλές φορές είναι πραγματικότητα. Η νοσηλεύτρια καλείται να βοηθήσει την άρρωστη και ν' αντιμετωπίσει τα προβλήματα που της δημιουργούνται, να την ενισχύσει και να την στηρίξει ψυχολογικά ώστε να μπορέσει ν' αποκτήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

Πρέπει όμως η άρρωστη να γνωρίζει τη  
διάγνωση της νόσου;

Η ερώτηση αυτή έχει απασχολήσει και απασχολεί ακόμη γιατρούς, ψυχιάτρους, εκκλησία, νοσηλευτικό προσωπικό. Είναι σωστό να μάθει η ασθενής την αλήθεια; Πρέπει να γνωρίζει του ανθρώπινους υπολογισμούς για το χρόνο της ζωής της.

Ο τρόπος που η ασθενής δέχεται την πληροφορία ότι πάσχει από καρκίνο τραχήλου μήτρας συχνά εξαρτάται από τον

ψυχικό κόσμο και το χαρακτήρα της, από τη φιλοσοφία της για τη ζωή και της απόψεις της γύρω από τη ζωή και το θάνατο. Όλες οι λέξεις δεν έχουν το ίδιο νόημα για κάθε άτομο. Αν είναι γνωστό μια ορισμένη λέξη τι σημαίνει για ένα συγκεκριμένο άτομο τότε μόνο μπορεί να χρησιμοποιηθεί. Οι εντυπώσεις, οι γνώσεις, οι παραστάσεις, οι ψυχολογικές και άλλες εμπειρίες της άρρωστης γύρω από τις λέξεις "καρκίνος τραχήλου μήτρας" θα ρυθμίσουν τη συμπεριφορά της νοσηλεύτριας απέναντι στο βασικό ερώτημα.

#### Δυσμενείς επιδράσεις στην ασθενή όταν γίνει γνωστή η διάγνωση της νόσου.

Η απόκρυψη της διάγνωσης της νόσου ποτέ δε μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Η ασθενής πολλές φορές πληροφορείται τη νόσο της από άλλες ασθενείς, επισκέπτες και όχι σπάνια άτεχνα, από το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια. Η ενημέρωσή της με τον τρόπο αυτό αποτελεί τραυματική εμπειρία, κλονίζει την πίστη και εμπιστοσύνη της στο γιατρό και τη νοσηλεύτρια.

Εφ' όσον η άρρωστη αγνοεί τη νόσο που πάσχει, είναι φυσικό να μην ακολουθεί τη θεραπεία, που πολλές φορές δεν έχει λογική σύνδεση με τη διάγνωσή της, καθώς και τις περιοδικές ιατρικές εξετάσεις της.

Η απόκρυψη της διάγνωσης της νόσου από την καρκινοπαθή αποτελεί ηθικό και νομικό πρόβλημα. Μεταξύ των δικαιωμάτων της ασθενούς είναι να γνωρίζει τη νόσο που πάσχει και να βοηθάται από τη νοσηλεύτρια ώστε να παίρνει σωστές αποφάσεις. Με την ενημέρωσή της περιορίζονται οι αμφιβολίες και οι υπόνοιες που

υπάρχουν στα αρχικά στάδια του καρκίνου τραχήλου της μήτρας, αποφεύγεται η διάψευση των ελπίδων χωρίς περιεχόμενο, που καλλιεργούνται στην άρρωστη και η διασάλευση της εμπιστοσύνης στη νοσηλεύτρια. Αλλωστε οι περισσότερες υγιείς και ασθενείς στις Η.Π.Α. που ρωτήθηκαν, αν θα ήθελαν να γνωρίζουν την ασθένεια τους, δήλωσαν ότι προτιμούν να είναι ενημερωμένες για την αρρώστια τους. Αλλά και η ενημέρωση της άρρωστης για τη νόσο πολλές φορές προκαλεί σύγχυση, πανικό και μερικές φορές οδηγεί και στην αυτοκτονία.

Είναι γεγονός ότι η αυτοκτονία από τη διάγνωση της νόσου δεν είναι συχνό φαινόμενο, όταν η ασθενής πάρει με συμπάθεια και κατανόηση τις απαραίτητες πληροφορίες και τις εξηγηθούν όλες οι απόψεις της νόσου που δεν είναι μόνο δυσάρεστες αλλά πολλές φορές και ελπιδοφόρες.

Γενικά νομίζεται ότι η ενημέρωση της ασθενούς γίνεται με πρόγραμμα στο οποίο θα γίνεται προσπάθεια για διάλυση αβάσιμων φόβων, τοποθέτηση του καρκίνου τραχήλου μήτρας μεταξύ πολλών ανεπιθύμητων ασθενειών, κινητοποίηση ψυχικών και φυσικών δυνάμεων της άρρωστης για αντιμετώπιση της νόσου, θα βοηθήσει περισσότερο ασθενείς.

Είναι βέβαιο ότι υπάρχουν ορισμένες ασθενείς που αρνούνται τελείως την πάθησή τους και άλλες πολύ περισσότερες που δεν την αρνούνται αλλά δεν έχουν την ψυχική δύναμη ν' αντιμετωπίσουν όλη την αλήθεια που σχετίζεται μ' αυτή. Σ' αυτές τις ασθενείς η γνωστοποίηση κάθε πληροφορίας που σχετίζεται με τη νόσο τους, όταν μάλιστα δεν τη ζητήσουν, πρέπει να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στον ψυχικό τους κόσμο.

Αναμφίβολα πρέπει να σημειωθεί ότι η κάθε περίπτωση ασθενούς στο θέμα αυτό πρέπει να εκτιμάται σαν ειδική περίπτωση και ν' αντιμετωπίζεται ανάλογα. Δύο παράγοντες κυρίως είναι αποφασιστικοί στο αν η ασθενής θα πληροφορηθεί ότι πάσχει από καρκίνο τραχήλου μήτρας:

1. Η ψυχική δύναμη και ψυχραιμία που διαθέτει η ασθενής. Για ν' αποφασιστεί αν θα μάθει η ασθενής των ανεπιθύμητη διάγνωση της νόσου, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εκτιμήσουν τη στάση της απέναντι στη νόσο, τι περιμένει από την ιατρική περίθαλψη, το φόβο που τρέφει για τον καρκίνο του τραχήλου μήτρας και το θάνατο. Η συγκέντρωση πληροφοριών, κατά τις απόψεις των ψυχιάτρων, θα βοηθήσει στην απόφαση της ενημέρωσης ή όχι της ασθενούς για τη διάγνωση της νόσου. Οι πληροφορίες περιλαμβάνουν:

α. Εκτίμηση της δυνατότητας της ασθενούς να συνηθίσει και να δεχτεί την ολική υστερεκτομή.

β. Προσοχή σε γεγονότα της προηγούμενης ζωής της ασθενούς και μάλιστα σε όσα προκάλεσαν την ψυχική ένταση.

γ. Ο ρόλος της ασθενούς στην οικογένεια.

δ. Προηγούμενη προσαρμογή στις δυσκολίες της ζωής και της νόσου.

Η άρνηση της ασθενούς να χειρουργηθεί ή να υποβληθεί σε θεραπεία επιβάλλει ορισμένες φορές να πληροφορηθεί τη σοβαρότητα της νόσου.

2. Τα αισθήματα του γιατρού, της νοσηλεύτριας και των μελών της οικογένειας απέναντι στη νόσο, που κάθε στιγμή πρέπει να εκτιμώνται. Τα συναισθήματα, ειδικά της νοσηλεύτριας είναι



μεταδοτικά και ιδιαίτερα σε καταστάσεις άγχους και απώθησης. Ακόμη και η μεγάλη επιφυλακτικότητα στην χρήση των λέξεων "καρκίνος τραχήλου μήτρας" αντανακλά σε μεγάλο βαθμό τα αρνητικά συναισθήματα απέναντι στη νόσο. Επιβάλλεται, λοιπόν, η νοσηλεύτρια που έχει αναλάβει τη φροντίδα και θεραπευτική αντιμετώπιση της καρκινοπαθούς, ν' αποφεύγει συμπεριφορά που να κρύβει φόβο, τρόμο, απελπισία, λύπη. Πρέπει με τη συμπεριφορά της να δείχνει ότι νοσηλεύει άρρωστη που δεν έχει διαφορετική νόσο σε σχέση με άλλα σοβαρά νοσήματα που έχουν άλλες άρρωστες. Όμως σε πολλές ασθενείς η συμπεριφορά της νοσηλεύτριας είναι η ακτινοβολία των αισθημάτων τους απέναντι στον καρκίνο τραχήλου μήτρας που όχι σπάνια αφήνουν στην άρρωστη νοήματα όπως: "έχει καρκίνο τραχήλου μήτρας, η πρόγνωση είναι κακή και χωρίς ελπίδα".

Η κατάλληλη συνεργασία της νοσηλεύτριας με την ασθενή απαιτεί γνωριμία με την ασθενή και την οικογένειά της, και στηρίζεται στη συμπόνια, τη στοργή, την επαγρύπνηση, τον ανθρωπισμό, την επίγνωση της σοβαρής και ιδιόρρυθμης σχέσης που πολλές φορές βρίσκεται η ασθενής, τη σύνεση, την προσοχή, την ανοχή και ιδιαίτερα στην περιποίηση με στοργή. Έτσι θα μπορέσει να αποσπάσει τη συμπάθεια της ασθενούς και θα επιβληθεί ώστε να δέχεται όσα της λέει καθώς και τη θεραπεία που της υποδείχτηκε.

### Φυσική Προετοιμασία.

1. Επεξήγηση του όρου "υστερεκτομή" στην άρρωστη και την οικογένειά της. Εξασφάλιση της συγκατάθεσης του συζύγου για την τεχνητή στείρωση και τη διακοπή της κύησης, αν η άρρωστη είναι έγκυος.

2. Ενημέρωση της άρρωστης σχετικά με τη μετεγχειρητική θεραπεία (ακτινοβολία) πόνο, δραστηριότητα, δίαιτα, συνουσία, έμμηνα ρύση.

3. Παροχή συμβουλών που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα, θηλυκότητα, και γονιμότητα.

4. Παροχή ευκαιριών στην άρρωστη να εκφραστεί τα αισθήματά της, τους φόβους της και τις ανησυχίες της.

5. Υποστήριξη της άρρωστης κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απώλεια των γεννητικών οργάνων. Μερικές ασθενείς μπορεί να αποδεχτούν την υστερεκτομή και μπορεί να γνωρίζουν ότι η απώλεια της μήτρας δεν επηρεάζει την εκπλήρωση του ρόλου τους και την ανάγκη τους σαν γυναίκες.

6. Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της άρρωστης (φυσικών, συγκινησιακών, κοινωνικών).

7. Παροχή φυσικής ετοιμασίας της άρρωστης για το χειρουργείο.

- Εξέταση αίματος, έλεγχος αιμοσφαιρίνης και αντιμετώπιση της αναιμίας αν υπάρχει, προσδιορισμός ομάδας αίματος, εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση. Η εξέταση αίματος είναι απαραίτητος κανόνας πριν από τη γενική αναισθησία. Αν

υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας ή θρόμβωσης, ελέγχεται η πήκτικότητα του αίματος. Στις μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις (π.χ. ριζική υστερεκτομή), που μπορεί η ασθενής να χρειαστεί αίμα, γίνεται προσδιορισμός ομάδας αίματος και διασταύρωση.

- Ακτινογραφία, ηλεκτροκαρδιογράφημα, καθετηριασμός, κολπικές πλύσεις.

- Ενδοφλέβια πνευμογραφία (οι ουρητήρες μπορεί να έχουν προσβληθεί).

- Διακοπή των αντιπηκτικών αίματος

- Διδασκαλία αναπνευστικών - κοιλιακών κινήσεων, εκπαίδευση σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών κ.λ.π.

- Καθαριότητα της ασθενούς. Συνίσταται σε:

1. Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα. Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει:

\* Στην αποφυγή της εκκένωσης του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι.

\* Την αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους.

Η λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζεται καλά πριν από την επέμβαση. Ισχυρά καθαρτικά πρέπει να αποφεύγονται γιατί συχνά προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη διαίτα και δραστηριότητα. Συνήθως ο καθαρισμός του εντέρου επιτυγχάνεται με υποκλισμό. Η εκτέλεση υποκλισμών ή η χορήγηση καθαρτικού φαρμάκου γίνεται μετά από εντολή γιατρού.

## 2. Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς.

Εξασφαλίζεται με λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα. Κατά το διάστημα του λουτρού παρακολουθείται η υγεία του δέρματος και γίνεται προσεκτική καθαριότητα ορισμένων σημείων π.χ. ομφαλός κ.α. Τέλος γίνεται περιποίηση νυχιών. Επίσης περιλαμβάνεται στην καθαριότητα του σώματος η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και τού ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

- Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου. Πάντα η αναμονή εγχείρησης προκαλεί αγωνία και φόβους. Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να είναι τόσο έντονα που της προκαλούν αϋπνία. Η νοσηλεύτρια προστατεύει προσεκτικά την άρρωστη από κάθε παράγοντα που θα μπορούσε να διαταράξει τον ύπνο της, γιατί η αϋπνία και η κόπωση προδιαθέτουν τη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και την εμφάνιση επιπλοκών. Την παραμονή της προηγούμενης της επέμβασης χορηγείται ελαφρά δίαιτα, ενώ το νερό δίνεται ελεύθερα μέχρι 4 ώρες πριν την επέμβαση. Επίσης τη νύχτα της παραμονής χορηγείται στην ασθενή ηρεμιστικό - υπνωτικό φάρμακο που συνέστησε ο γιατρός.

- Καλή κατάσταση θρέψης. Βοηθά την άρρωστη ν' αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτηση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών, χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό της.

Η κακεκτική άρρωστη βρίσκεται σε μειωνεκτική θέση γιατί:

α. Έχει μικρή αντοχή στο χειρουργικό stress

β. Είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις εξ' αιτίας μειωμένων αντισωμάτων και επιφανειακής ατροφίας του βλενογόνου των αεροφόρων οδών και του γαστρεντερικού σωλήνα.

γ. Είναι επιρρεπής στο shock και την αιμορραγία εξ' αιτίας της υποπρωτεϊναιμίας που είναι αποτέλεσμα του παρατεταμένου αρνητικού ισοζυγίου.

δ. Καθυστερεί η επούλωση του τραύματος εξ' αιτίας μειωμένων προμηθειών πρωτεΐνης και βιταμίνης C.

Όταν η χειρουργική επέμβαση γίνεται κανονικά και υπάρχει αρκετός διαθέσιμος χρόνος προεγχειρητικά:

α. Διορθώνεται κάθε υδατοηλεκτρολυτική διαταραχή.

β. Χορηγείται δίαιτα υπερλευκωματούχος, υπερθερμιδική, εύπεπτη με λίγο υπόλειμα που συμπληρώνεται με χορήγηση περίσσειας βιταμινών.

γ. Γίνεται μετάγγιση αίματος αν υπάρχει αναιμία.

Σε όσες ασθενείς υπάρχει ανάγκη προεγχειρητικού ηλεκτρολυτικού ελέγχου γίνεται μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην παχυσαρκία γιατί προδιαθέτει σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές, θρομβοφλεβίτιδα. Οι παχύσαρκες ασθενείς:

α. Αντιδρούν λιγότερο έντονα στο stress

β. Δεν αντέχουν στην αφυδάτωση

γ. Παρουσιάζουν ευκολότερα shock

Η ηλικία παίζει σπουδαίο λόγο στη μετεγχειρητική πορεία της αρρώστου. Ο οργανισμός των υπερηλίκων έχει ελαττωμένη

προσαρμοστικότητα για ομοιάσταση με αποτέλεσμα τη μικρότερη αντοχή από το stress. Το θρεπτικό ανισοζύγιο είναι συχνό. Το αίσθημα δίψας δεν είναι αξιόπιστος δείκτης των αναγκών της σε υγρά. Επίσης πολύ επικίνδυνη κατάσταση για τις υπερήλικες ασθενείς είναι η υπόταση γιατί αν δεν διορθωθεί έγκαιρα προκαλεί νεφρική βλάβη και έμφραγμα μυοκαρδίου. Η προεγχειρητική θρεπτική τακτοποίηση καθώς και η διόρθωση οποιασδήποτε άλλης διαταραχής είναι μεγάλης σημασίας για την υπερήλικη άρρωστη. Μικρές και συχνές μεταγγίσεις διορθώνουν την αναιμία της. Τηρείται ακριβές δελτίο αποβαλλομένων ούρων.

- Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου. Συνίσταται στην καθαριότητα, αποτριχώση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου ώστε να καταστεί ακίνδυνο από μολύνσεις.

- Πριν από τη μεταφορά της άρρωστης στο χειρουργείο, η νοσηλεύτρια:

α. Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης.

β. Αφαιρεί όλα τα κοσμήματα (εξαίρεση αποτελεί η βέρα την οποία ασφαλίζει με επίδεσμο στον καρπό της ασθενούς), τα τοποθετεί σε φάκελλο με το ονοματεπώνυμο και το θάλαμο της ασθενούς και τα παραδίδει για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος.

γ. Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη.

δ. Τη ντύνει με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα (νυχτικό, ποδονάρια, τρίγωνο).

ε. Προνάρκωση: Γίνεται μισή ώρα προ της επέμβασης. Το είδος καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο και αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως

του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας. Λόγω της δράσης των φαρμάκων συνίσταται στην ασθενή να μη σηκωθεί από το κρεβάτι της. Πρέπει να δοθεί το κατάλληλο φάρμακο, την ακριβή δόση και την καθορισμένη ώρα.

Μετά την προνάρκωση εξασφαλίζεται στην ασθενή περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό. Απομακρύνονται οι επισκέπτες από το δωμάτιο. Αν η ασθενής έχει βαμμένα νύχια, ξεβάφονται για να παρακολουθείται η εμφάνιση κυάνωσης κατά τη νάρκωση.

Αν για οποιοδήποτε λόγο η προνάρκωση δε γίνει στην κανονική ώρα πρέπει να αναφερθεί στον αναισθησιολόγο. Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία της άρρωστης πριν και μετά την προνάρκωση.

- Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας της άρρωστης, τη συνοδεύει στο χειρουργείο και μένει κοντά της ώσπου να της δοθεί η νάρκωση.

- Οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή εφαρμόζει η άρρωστη, ειδικά με κορτικοστεροειδή που δεν πρέπει να διακοπούν, διουρητικά που μπορεί να έχουν προκαλέσει στην άρρωστη υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές, αντιπηκτικά και αντιβιοτικά που ενισχύουν τη δράση των μυοχαλαρωτικών και μπορεί να προκαλέσουν μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας, πρέπει να σημειώνονται.

Ο αλκοολισμός κάνει τις ασθενείς ευαίσθητες σε περίοδο τραυματικού stress. Κατά την επέμβαση εφαρμόζεται στην άρρωστη ρινογαστρικός σωλήνας, χορηγείται ενδοτραχειακή νάρκωση και παίρνεται κάθε μέσο για αποφυγή εμετών.

Χρόνιες ασθένειες που πρέπει να αντιμετωπιστούν  
προεχειρητικά είναι:

\* σακχαρώδης διαβήτης, νόσος Addison, νεφρικές,  
καρδιακές, ηπατικές και ορμονικές διαταραχές.



## Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα .

Η μετεγχειρητική φροντίδα της ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση για τη νοσηλεύτρια. Συντελεί :

1. Στην προστασία της ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανάνηψης.
2. Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης της νόσου.
3. Στην ανακούφισή της από ενοχλήματα.
4. Στην πρόληψη επιπλοκών.
5. Στη βοήθεια της ασθενούς για να επανέλθει στη φυσιολογική της κατάσταση το ταχύτερο.

Τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας από τη στιγμή που η ασθενής βγει από το χειρουργείο είναι :

1. Κατάλληλη τοποθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι: ύπτια με το κεφάλι στραμμένο στα πλάγια· προκαλεί χαλάρωση των μυών και επιτρέπει τη λειτουργία των παροχετεύσεων.
2. Προφύλαξη της ασθενούς κατά τις διεγέρσεις μέχρι την πλήρη ανάνηψη της και την προστασία της από την εισρόφηση εμεσμάτων. Προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.
3. Εκτίμηση γενικής κατάστασης: μέτρηση σφυγμών, αναπνοών, αρτηριακής πίεσης, λήψη θερμοκρασίας, παρατήρηση χρώματος, παρακολούθηση εμετών (ποιόν, ποσόν), ούρων και κοπράνων (ποσό, χρώμα, οσμή), πόνος, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, κοιλιακή εκροή, παροχέτευση τραύματος.
4. Ανακούφιση από τον πόνο κυρίως τις πρώτες 48 ώρες.

5. Έλεγχος της κατάστασης του τραύματος και παρακολούθησή του. Φροντίδα και προαγωγή της επούλωσής του.

6. Καθαριότητα της ασθενούς: λουτρό καθαριότητας και λούσιμα, αλλαγή νυχτικού και λευκού ηματισμού. Πλύσεις και καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας, ανακουφίζουν την ασθενή και προλαβαίνουν στοματίτιδες.

7. Συχνές εντριβές, αλλαγή θέσης βοηθούν στην ανακούφιση και άνεση της ασθενούς καθώς και στην πρόληψη επιπλοκών (κατακλίσεις).

8. Έλεγχος παροχετεύσεων ή καθετήρα.

9. Αναγραφή στο νοσηλευτικό δελτίο όλων των παρατηρήσεων που σχετίζονται με τη χειρουργημένη ενημέρωση του γιατρού για την εξέλιξη της κατάστασής της.

10. Προφύλαξη και θεραπεία από μετεγχειρητικές επιπλοκές.

11. Προφύλαξη από πύξη για την αποφυγή επιπλοκών από το αναπνευστικό, έλεγχος κινήσεων των κάτω άκρων για αποφυγή φλεβίτιδας, παρακολούθηση παροχετεύσεων σε διασωληνώσεις τραυμάτων σχετικά με την καλή λειτουργία και αποτελεσματικότητα του, παρακολούθηση της ψυχικής και διανοητικής κατάστασης της ασθενούς.

12. Η διαίτα αρχικά είναι υγρή, βαθμιαία προχωρεί σε ελαφρές πολτώδεις τροφές και μετά αφήνεται ελεύθερη. Όταν δεν επιτρέπεται η ασθενής να πάρει υγρά από το στόμα ή σε μεγάλη αφυδάτωση λόγω ναυτίας και εμετών, χορηγούνται ορό ενδοφλεβίως πάντα με ιατρική εντολή.

Προβλήματα της ασθενούς και αντιμετώπισή τους.

- Πόνος. Αντικειμενική αξιολόγηση του πόνου και της απόκρισης της ασθενούς σ' αυτόν, λήψη μέτρων για την ανακούφισή της.

1. Ανακουφιστική θέση στο κρεβάτι.

2. Παρακολούθηση των φαρμάκων που χορηγούνται καθώς και των παρενεργειών τους.

3. Χορήγηση φαρμάκων κατόπιν ιατρικής εντολής.

α. Ηρεμιστικά και υπνωτικά για πρόκληση ύπνου.

β. Τοπικά αναισθητικά για εντοπισμένο πόνο.

γ. Αντιεμετικά.

δ. Μυοχαλαρωτικά και αντισπασμωδικά.

ε. Αναλγητικά.

στ. Ναρκωτικά για έντονο πόνο.

4. Βοήθεια της ασθενούς όταν σηκώνεται από το κρεβάτι ή αλλάζει θέση.

5. Εξασφάλιση ζεστού και άνετου περιβάλλοντος.

6. Ενίσχυση του ηθικού της ασθενούς, αποφυγή ερεθισμάτων που της προκαλούν συγκίνηση.

7. Ετοιμασία της ασθενούς για χειρουργικές επεμβάσεις ή άλλες θεραπείες που γίνονται για μείωση του πόνου: διατομή νεύρων, νωτιαίου μυελού ή εγκεφάλου, διήθηση νεύρων με αλκοόλη.

- Ναυτία. Έμετος. Παρατηρείται συνήθως μετά από γενική νάρκωση.

1. Τοποθετείται το κεφάλι της ασθενούς πλάγια και νεφροειδές το οποίο απομακρύνεται αμέσως μετά τον έμετο γιατί η παραμονή του κοντά της προκαλεί επιπλέον ναυτία και έμετο.

2. Μετά από κάθε έμετο γίνεται πλύση στόματος με λίγο νερό.

3. Παρατήρηση και σημείωση του χαρακτήρα των εμέτων.

4. Σε συνεχιζόμενους εμέτους γίνεται διασκλήνωση στομάχου από τη μύτη με σωλήνα Levin. Έτσι απαλλάσσεται η ασθενής από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου (με εντολή γιατρού).

5. Ακριβής μέτρηση και σημείωση των εμέτων για παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

6. Σημείωση των υγρών του σωλήνα Levin για παρακολούθηση αποβαλλόμενων υγρών.

7. Χορήγηση υγρών και απαραίτητα ηλεκτρολυτών παρεντερικά μετά από ιατρική εντολή για διόρθωση διαταραχής ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

8. Συνεχής παρακολούθηση της λειτουργίας του σωλήνα Levin για τυχόν απόφραξη.

9. Διατήρηση της συσκευής κλειστής και καθαρής για αποφυγή κακοσμίας και εστίας μόλυνσης του περιβάλλοντος.

10. Διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων.

Ο αριθμός και τα χαρακτηριστικά των εμέτων (ποσά, συχνότητα, οσμή κ.λ.π.) πρέπει να αναγράφονται στη λογαροσία και στο νοσηλευτικό δελτίο της ασθενούς.

- Δίψα: Παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση. Οφείλεται στην ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από τη μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα

αποβαλλόμενα υγρά κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος της επέμβασης (αίμα - ιδρώτας - έμετοι).

1. Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας.

2. Υγρανση των χειλιών και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό.

3. Χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή της παρεντερικής οδού. Η χορήγηση ή όχι υγρών, καθώς και το είδος τους ρυθμίζεται από τη γενική κατάσταση της ασθενούς και μετά από ιατρικές οδηγίες.

- Δυσσομία. Οφείλεται στη νέκρωση νεόπλαστων ιστών.

1. Συχνή πλύση του τραύματος με φυσιολογικό διάλυμα NaCl, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική και άμεση απομάκρυνσή τους από το δωμάτιο της ασθενούς.

2. Αλλαγή των λευχειμάτων και ενδυμάτων της ασθενούς όταν βρέχονται.

3. Καλός αερισμός του δωματίου.

4. Χρησιμοποίηση αποσμητικών.

- Πυρετός.

1. Συχνή λήψη ζωτικών σημείων.

2. Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με δροσερό νερό.

3. Έλεγχος και σημείωση σε τακτικότατα διαστήματα της θερμοκρασίας του σώματος.

4. Φροντίδα για την αποβολή θερμότητας (ψυχρά επιθέματα, κομπρέσες).

5. Αποφυγή υπεραιμίας του δέρματος (όχι εντριβές).

6. Μείωση της θερμοκρασίας της ατμόσφαιρας.

7. Προφύλαξη της ασθενούς από ψύξη.

8. Αλλαγή ιδρωμένου νυχτικού ή λευχειμάτων.

9. Παρακολούθηση της ποσότητας και πυκνότητας των ούρων που αποβάλλονται.

10. Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή.

11. Ενίσχυση της λήψης υγρών σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.

- Αγωνία - φόβος.

1. Μείωση της ανησυχίας και του φόβου για την εξέλιξή της.

2. Παροχή βοήθειας στην ασθενή να ζήσει με τη διάγνωση του καρκίνου.

3. Απόσπαση της προσοχής της ασθενούς από την κατάστασή της.

α. Σχεδιασμός για συμμετοχή της ασθενούς σε κοινωνικές και άλλες εκδηλώσεις, επίσκεψη άλλων ασθενών κ.λ.π.

β. Συζήτηση με την ασθενή μέσα σε κλίμα κατανόησης, ενδιαφέροντος και αγάπης, με ευκαιρίες να εκφράσει τους φόβους, τις αγωνίες και γενικά τα αισθήματα και τις σκέψεις της.

γ. Κατανόηση της ασθενούς σε πολλές περιπτώσεις π.χ. επίδειξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς από μέρους της.

δ. Βοήθεια για ενίσχυση του αισθήματος αυτοεκτίμησης.

ε. Σχεδιασμός φροντίδας τέτοιας ώστε η ασθενής να συμμετέχει ανάλογα με τις δυνάμεις της.

στ. Βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες ατομικής υγιεινής.

4. Διατήρηση της ασθενούς στην καλύτερη δυνατή φυσική και ψυχολογική κατάσταση.

- Ανησυχία - Δυσφορία. Αίτια μπορεί να είναι:

- α. βρεγμένο επιδεσμικό υλικό τραύματος
- β. επίσχεση ούρων
- γ. μετεωρισμός
- δ. αϋπνία

Η νοσηλεύτρια οφείλει:

- 1. να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο
- 2. να βοηθήσει την άρρωστη ν' απαλλαγεί από δυσάρεστες σκέψεις
- 3. να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο της με απασχόληση
- 4. να κάνει ελαφρά εντριβή την ώρα του ύπνου, ειδικά στη ράχη και στον αυχένα
- 5. να αερίζει το δωμάτιο και να χαμηλώνει τα φώτα
- 6. να της δίνει ζεστό γάλα, αν αυτό βοηθάει να κοιμηθεί και επιτρέπεται η χορήγησή του

- Πρόληψη κατακλίσεων. Φροντίδα δέρματος.

- 1. Συχνή αλλαγή θέσης εφ' όσον δεν επηρεάζει την κατάστασή της.
- 2. Συχνή παρακολούθηση του δέρματος στα σημεία που πιέζονται για τυχόν εμφάνιση κοκκινίλας.
- 3. Χρησιμοποίηση αεροθαλάμου ή άλλου μέσου για ελάττωση της πίεσης των μελών που δέχονται το βάρος του σώματος.

4. Προσοχή κατά την τοποθέτηση και αφαίρεση σκωραμίδας.

5. Χορήγηση τροφής πλούσιας σε λεύκιμα.

6. Διατήρηση καθαρών και στεγνών των μελών του σώματος που πιέζονται.

7. Ενίσχυση της κυκλοφορίας του αίματος στα σημεία που πιέζονται. Μ' αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται η θρέψη των ιστών και γίνεται με συχνές εντριβές με οινόπνευμα και πλύσεις με πολύ ζεστό νερό.

8. Διατήρηση των κλινοσκεπασμάτων καθαρών και τεντομένων.

9. Προφύλαξη του δέρματος ώστε να μη διαποτιστεί από απώλειες ούρων ή κοπράνων και μείωση της τριβής των σημείων του σώματος που πιέζονται.

- Διαταραχές από ουροδόχο κύστη. \*

Μείωση της πιθανότητας εμφάνισης προβλημάτων από την ουροδόχο κύστη (εμφανίζονται εξαιτίας της γειτονίας της κύστης με τη χειρουργική περιοχή).

1. Παρακολούθηση και αναγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Χορήγηση υγρών παρεντερικά σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.

2. Τοποθέτηση μονίμου καθετήρα, εάν δόθηκε εντολή, γιατί το οίδημα ή ο τραυματισμός νεύρων μπορεί να προκαλέσει προσωρινά ατονία της κύστης. Υπερηβικός καθετήρας μπορεί να τοποθετηθεί.

3. Αφαίρεση του καθετήρα, με εντολή του γιατρού, μετά από 5 ημέρες.



4. Καθετηριασμός, αν η άρρωστη δεν έχει καθετήρα και δεν ούρησε για 8 ώρες ή αισθάνεται δυσφορία.

5. Διαπίστωση υπολείμματος η άρρωστη καθετηριάζεται μετά από κάθε ούρηση. Παραμονή ούρων στη κύστη μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.

6. Φροντίδα στομίου ουρήθρας και περινεϊκής χώρας.

- Διάταση - Διαταραχές παχέως εντέρου. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και στο έντερο και προκαλούν διάταση. Η πρόληψη γίνεται με ρινοχαστρικό καθετήρα.

1. Χορήγηση υγρών και τροφών που βοηθούν στην κένωση του εντέρου.

2. Υπόθετα γλυκερίνης ή άλλα υπακτικά με ιατρική εντολή. Οι υποκλισμοί αποφεύγονται.

3. Εφαρμογή σωλήνα αερίων.

- Μετεωρισμός κοιλίας. Προκαλείται από τη συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο.

1. Ελαφρά στροφή της ασθενούς προς τα πλάγια.

2. Τοποθέτηση σωλήνα μέσα στο απευθυσμένο με τον οποίο βοηθάται η ασθενής στην αποβολή αερίων ή αύξηση των περισταλτικών κινήσεων του εντερικού σωλήνα.

3. Τοποθέτηση θερμοφόρας στο επιχάστριο η οποία αυξάνει τον όγκο των αερίων καθώς και την περισταλτικότητα του εντερικού σωλήνα με συνέπεια την αποβολή των αερίων.

4. Χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την περισταλτικότητα των εντερικών ελίκων με ιατρική εντολή. Τα φάρμακα χρησιμοποιούνται αν οι άλλες προσπάθειες αποβούν άκαρπες.

- Κοιλιακή Διάταση. Ανακούφιση από τη δυσφορία:

1. Εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα ενώ η άρρωστη είναι ακόμα στο χειρουργείο.

2. Τα υγρά και οι τροφές περιορίζονται, μέχρις ότου επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου.

3. Ακρόαση της κοιλιάς για διαπίστωση έναρξης του περισταλτισμού.

4. Χορήγηση υγρών και μαλακής δίαιτας, μόλις επιστρέψει ο περισταλτισμός.

- Μετεγχειρητικές επιπλοκές. Στενή παρακολούθηση της ασθενούς για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους.

1. Οι επιπλοκές που εμφανίζονται μετά από κοιλιακή ή κοιλιακή υστερεκτομή, είναι κυρίως η δημιουργία αιματώματος στην περιοχή της επέμβασης, αιμορραγία, λοίμωξη και σχηματισμός συριγγίων (ειδικά αν υπάρχει χαλάρωση των ιστών από τη νεοπλασματική επεξεργασία ή αν η ασθενής είχε υποβληθεί σε ραδιοθεραπεία της πυελικής περιοχής).

2. Εάν η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι υπερβολική, ίσως χρειαστεί να επιστρέψει η άρρωστη στο χειρουργείο για αιμόσταση.

3. Η ασθενής παρακολουθείται στενά, γιατί η αιμορραγία ενδέχεται να αυτοπεριοριστεί και να μη χρειαστεί χειρουργική επέμβαση.

- Αιμορραγία. Οφείλεται στη διάβρωση του αγγειακού τοιχώματος από το νεόπλασμα.

α. Συχνή λήψη ζωτικών σημείων

β. Εξάσκηση πίεσης, ειδοποίηση γιατρού.

γ. Ενθάρρυνση της ασθενούς, τόνωση του ηθικού και απομάκρυνση κάθε αιτίας ανησυχίας και εκνευρισμού.

δ. Παρακολούθηση γενικής κατάστασης της ασθενούς (χρώμα προσώπου, επιδρώσεις, γενική ανησυχία).

ε. Είδοποίηση της τράπεζας αίματος για να ετοιμαστεί αίμα για την ασθενή.

στ. Μετάγγιση αίματος ή αιμοπεταλίων.

ζ. Απαλλαγή της ασθενούς από κάθε περίσφυξη.

η. Ετοιμασία ασθενούς για καυτηρίαση ή απολίνωση του αιμορραγούντος αγγείου.

Ο γιατρός χειρίζεται την πορεία της αγωγής της ασθενούς που αιμορραγεί. Η αιμορραγία καταπολεμάται με εσωτερική ή εξωτερική ακτινοβολία ραδίου εισαγωγής γάζας πωματισμού εντός της μήτρας ή με αμφιτερόπλευρη απολίνωση της υπογαστρικής αρτηρίας.

- Αιμάτωμα. Πολλές φορές η αιμορραγία του εγχειρητικού τραύματος γίνεται υποδόρεια και γι' αυτό είναι καλυμμένη. Σταματά μόνη της, δημιουργεί όμως θρόμβο μέσα στο τραύμα. Αν ο θρόμβος είναι μικρός απορροφάται χωρίς θεραπεία, αν είναι μεγάλος επειδή, καθυστερεί την επούλωση του τραύματος, αφαιρείται αφού κοπούν μερικά ράμματα του τραύματος.

- Πρόληψη λοίμωξης.

1. Πλύση και τοποθέτηση αλοιφών ή υποθέτων για μείωση της μεταεγχειρητικής λοίμωξης.

2. Διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές του τραύματος.

3. Καθαριότητα του περιβάλλοντος.

- Οίδημα κάτω άκρων. Οφείλεται στην μερική στάση της φλεβικής κυκλοφορίας των κάτω άκρων, λόγω πίεσης των αγγείων του σώματος του μικρού ή της κνήμης. Αποτέλεσμα έχει το σχηματισμό θρόμβου, ο οποίος εγκαθίσταται σε κάποιο από τα αγγεία που βρίσκονται "εν τω βάθει" ή "επιπολής". Αυτό σημαίνει δημιουργία θρομβοφλεβίτιδας.

Η πρόληψη συνίσταται σε:

1. Αποφυγή πίεσης πάνω στις κνήμες
2. Εγκαιρο σήκωμα από το κρεβάτι εφ' όσον το επιτρέπει η όλη κατάστασή της
3. Ασκήσεις κάτω άκρων για επιβοήθηση της κυκλοφορίας
4. Αποφυγή εντριβών των άκρων

Η θεραπεία συνίσταται σε:

1. Απόλυτη ακινησία του άκρου για να μη μετακινηθεί ο θρόμβος
2. Τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση για διευκόλυνση της κυκλοφορίας
3. Τοποθέτηση στεφάνης που θα σηκώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων
4. Τοποθέτηση θερμών, υγρών επιθεμάτων για ανακούφιση της ασθενούς κατόπιν ιατρικής εντολής
5. Εναρξη αντιπηκτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες

Η έγερση της ασθενούς από το κρεβάτι καθορίζεται από το γιατρό.

- Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφορικών διαταραχών.

1. Βοήθεια της άρρωστης ν' αλλάζει θέση κάθε 2 ώρες και ενθάρρυνση να παίρνει βαθιές αναπνοές.

2. Αποφυγή τοποθέτησης της άρρωστης σε υψηλή Fowler θέση καθώς και πίεσης κάτω από τα χόνατα για πρόληψη στάσης του αίματος.

3. Υπολογισμός του αίματος που χάνεται ζυγίζοντας τις γάζες αμέσως μετά την αφαίρεσή τους. σύγκριση βρεγμένων και στεγνών γαζών· η διαφορά του βάρους θα είναι το αίμα που χάνεται.

4. Αναζήτηση σημείου Homan (ευαισθησία και πόνος στη γαστροκνημία κατά τη ραχιαία κάμψη του ποδιού).

5. Επισκόπηση κάτω άκρων για παρουσία κίρσων· προαγωγή της κυκλοφορίας με ειδικές ασκήσεις άκρων.

6. Χρήση ελαστικών καλτσών σαν προφυλακτικό μέτρο, για την προαγωγή της κυκλοφορίας.

- Πρόληψη shock. Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση shock είναι η μεγάλη αιμορραγία, η νάρκωση, ο ψυχικός κλονισμός, ο ισχυρός πόνος. Η προφύλαξη συνίσταται σε:

1. προσπάθεια να αποβάλλει γρήγορα το ναρκωτικό
2. ανακούφιση από τον πόνο
3. αύξηση του όγκου του αίματος
4. χορήγηση άφθονων υγρών
5. έλεγχο καλής λειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος

6. τόνωση του ηθικού της ασθενούς

7. συνεχή παρακολούθηση ισορροπίας υγρών

- Πρόληψη επιπλοκών από το χειρουργικό τραύμα.

Προαγωγή της επούλωσης και φροντίδα του χειρουργικού τραύματος. Οι παράγοντες που επιδρούν στην επούλωση είναι:

### 1. Τοπικοί παράγοντες

Επιβραδύνουν την επούλωση

- α. Συλλογή αίματος ή πλάσματος
- β. Ξένα σώματα
- γ. Ανεπαρκής αιμάτωση
- δ. Τοπική φλεγμονή του τραύματος

Επιταχύνουν την επούλωση

α. Η θερμότητα, που συμβάλλει στην αύξηση αιμάτωσης, και επομένως αύξηση της ταχύτητας των χημικών αντιδράσεων επούλωσης.

β. Η στενή επαφή των επιφανειών του τραύματος.

### 2. Γενικοί παράγοντες.

α. Επειδή οι δομικές μονάδες των κολλαγόνων και του ενδοθηλίου των νεόπλαστων τριχοειδών είναι τα αμινοξέα, η διαίτα πρέπει να περιέχει άφθονο λεύκωμα υψηλής βιολογικής αξίας.

β. Η βιταμίνη C παρεμβαίνει στα μεταβολικά μονοπάτια σχηματισμού του κολλαγόνου. Ο σίδηρος και ο χαλκός επίσης πιστεύεται ότι βοηθούν στο σχηματισμό κολλαγόνου.

γ. Η αναιμία και η χαμηλή  $pO_2$  επιδρούν δυσμενώς στην επούλωση.

δ. Τα κυτταροτοξικά φάρμακα επιβραδύνουν την επούλωση γιατί προκαλούν λευκοπενία.

ε. Τα στεροειδή όταν παίρνονται μακροχρόνια καθυστερούν όλες τις φάσεις επούλωσης.

## Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς που υποβάλλεται σε Ακτινοθεραπεία.

Προβλήματα της ασθενούς.

1. Κακή διακίνηση οξυγόνου
2. θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία, εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου)
3. Δυναμικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας
4. Δυσχέρειες από την εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου
5. Κίνδυνοι μόλυνσης (λευκοπενία)
6. Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία)
7. Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για την ασθενή και για το περιβάλλον
8. Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση, μικρός χρόνος φροντίδας, περιορισμός αριθμητικός και χρονικός επισκεπτηρίου)

Παρέμβαση.

Γενικά νοσηλευτικά μέτρα.

1. Η ακτινοθεραπεία είναι δύσκολη και με πολλές παρενέργειες θεραπεία. Για την αποδοχή της από την ασθενή με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης, είναι απαραίτητη η μέσα σε λογικά όρια, ενημέρωσή του για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειές της.
2. Διδασκαλία ασθενούς τι να κάνει σε κάθε περίπτωση εφαρμογής ραδιοϊσοτόπου.

3. Αντιμετώπιση γενικών παρενεργειών και επιπλοκών από την ακτινοβολία.

α. Ναυτία και εμέτους.

- Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιισταμινικών σύμφωνα με ιατρική εντολή.

- Ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει υγρά

- Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιας σε λεύκωμα.

- Σημείωση των αντιδράσεών της.

β. Αντιδράσεις από το δέρμα.

- Παρατήρηση της ασθενούς για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση.

- Εφαρμογή κρέμας στην ακτινοβολούμενη περιοχή μετά από ιατρικές οδηγίες.

- Πλύση δέρματος με ουδέτερα σαπούνι και χλιαρό νερό.

- Προστασία του δέρματος από την ηλιακή ακτινοβολία, την υψηλή θερμοκρασία, τραυματισμό και στενά ενδύματα.

- Φροντίδα για την υγιεινή της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς με ήπια αντισηπτικά.

γ. Διάρροια.

- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών μετά ιατρικής εντολής

- Αποφυγή τροφών που επιδεινώνουν τη διάρροια

- Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα.

δ. Καταστολή του μυελού των οστών



- Προστασία της ασθενούς από λοιμώξεις και τραυματισμούς.

- Παρατήρηση για εμφάνιση αιμορραγιών ή λοιμώξεων και αντιμετώπιση του μετά την εμφάνιση αυτών.

### 1. Βελόνες ραδίου

α. Προσοχή να μην εκτοπιστούν και μολύνουν το περιβάλλον.

β. Μη χρησιμοποίηση της τουαλέτας.

γ. Εφαρμογή μόνιμου καθετήρα, φροντίδα και προσοχή για τυχόν απόφραξη. Πρέπει να λειτουργεί αποτελεσματικά για να κρατά την κύστη άδεια ώστε να μην πλησιάζει το τοίχωμα της την περιοχή ακτινοβολίας

δ. Πλύσης κόλπου μετά την αφαίρεση των βελονών.

### 2. Ενδοκοιλιακή.

α. Προηγείται εκκενωτική παρακέντηση

β. Ο ραδιενεργός χρυσός εκπέμπει β και γ ακτινοβολία, γι' αυτό η σύριγγα πρέπει να είναι θωρακισμένη και η έγχυση να γίνεται από απόσταση.

γ. Απομόνωση ασθενούς.

δ. Αν δεν υπάρχει ιδιαίτερο δωμάτιο, τοποθέτηση κρεβατιού σε απόσταση τουλάχιστο δύο μέτρων από τα άλλα. Προσοχή να μην παίρνει ακτινοβολία από άλλη ασθενή.

ε. Ανάρτηση πινακίδας στην οποία να αναγράφεται η περιοχή εφαρμογής καθώς και το είδος και η δόση του ραδιοϊσότοπου.

στ. Φύλαξη κάθε αντικειμένου που ήρθε σ' επαφή με το ραδιενεργό χρυσό ώσπου να περάσουν 10 χρόνια υποδιπλασιασμού του.

ζ. Αλλαγή θέσης κάθε 15΄

η. Προσοχή για διαρροή διαλύματος από το σημείο παρακέντησης.

θ. Προσδιορισμός ακτινοβολίας λευχειμάτων πριν από την αποστολή τους στο πλυντήριο.

ι. Παρόλο ότι δεν μπαίνει στην κυκλοφορία τα ούρα φυλάσσονται σε ειδικά δοχεία. Η νοσηλεύτρια τα χειρίζεται με γάντια.

ια. Αν σηκώνεται η ασθενής πρέπει να στέκεται δύο μέτρα πιο μακριά από τις νοσηλεύτριες. Αν είναι κλινήρης, ο χρόνος παραμονής της νοσηλεύτριας κοντά σ' αυτήν πρέπει να είναι ανάλογος με τη δόση και την απόσταση απ' αυτήν.

ιβ. Απαραίτητη η παρουσία ειδικού από το τμήμα ραδιοϊσοτόπων όταν πρέπει να γίνει παρακέντηση μέσα στις πρώτες μέρες μετά την εισαγωγή του διαλύματος.

ιγ. Έλεγχος απόχρεμψης για ραδιενέργεια.

### 3. Εσωτερική χορήγηση

α. Συλλογή ούρων 24ώρου για προσδιορισμό ακτινοβολίας.

β. Εμετοί έξι πρώτων ωρών κρατούνται και στέλνονται στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων. Καθαρισμός χώρου.

γ. Φύλαξη. Καθαρισμός χώρου λευχειμάτων λερωμένων με ούρα, ιδρώτα και σάλιο.

δ. Έλεγχος πτυελοδοχείων τις πρώτες ώρες.

### Μέτρα προστασίας από την ακτινοβολία.

Όταν ένα ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στον οργανισμό για θεραπευτικό σκοπό η δόση του είναι της τάξης των millicuries και γι' αυτό δεν είναι ακίνδυνο. Εφ' όσον όμως εφαρμοστούν τα μέτρα προστασίας γίνεται ακίνδυνο.

Το ποσό της ραδιενέργειας που παίρνει η νοσηλεύτρια κατά τη διάρκεια παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στην ασθενή εξαρτάται από τρεις παράγοντες:

1. Την απόσταση από τη ραδιενεργό πηγή με το τετράγωνο της οποίας η ένταση μεταβάλλεται αντιστρόφως ανάλογα.
2. Το χρόνο παραμονής κοντά στην ασθενή με τον οποίο η ένταση έχει σχέση σχεδόν ανάλογη.
3. Τη θωράκιση που εξαρτάται από το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει το ραδιοϊσότοπο.

Τα μέτρα που θα παρθούν εξαρτώνται από:

1. Το είδος του ραδιοϊσότοπου.
2. Τον τρόπο εφαρμογής του.

Κάθε ραδιοϊσότοπο εκπέμπει ορισμένο είδος και ποσό ακτινοβολίας και ένα δικό του χρόνο υποδιπλασιασμού.

Στην εξωτερική εφαρμογή και στην εμφύτευση στερεάς μορφής ραδιοϊσότοπου που είναι κλεισμένο σε προστατευτική θήκη, το ραδιοϊσότοπο μένει σε ορισμένο σημείο, δε μολύνει τα απεκκρίματα της ασθενούς. Όμως η ασθενής είναι πηγή ραδιενέργειας και, επομένως, όταν φροντίζεται πρέπει να τηρείται η αρχή της μεγάλης απόστασης απ' αυτήν και του μικρού χρόνου παραμονής κοντά σ' αυτήν. Άλλος κίνδυνος των δύο αυτών τρόπων εφαρμογής των ραδιοϊσοτόπων είναι η εκτόπιση τους από το

σημείο εμφύτευσης ή εφαρμογής και η μόλυνση του περιβάλλοντος με ραδιενέργεια.

Στην ενδοκοιλιακή εφαρμογή που γίνεται μετά παρακέντηση πρέπει να παίρνονται μέτρα ώστε:

1. Να αποφεύγεται η διαρροή του διαλύματος από το σημείο εισαγωγής.

2. Να αποφεύγεται η μόλυνση από τυχόν μολυσμένα πτύελα (όταν υπάρχει επικοινωνία ανάμεσα στην υπερζωοτική κοιλότητα και το βρογχικό δέντρο).

Στις παραπάνω περιπτώσεις η ελάττωση έντασης της ακτινοβολίας που εκπέμπουν τα ραδιοϊσότοπα είναι συνάρτηση του φυσικού τους μόνο χρόνου υποδιπλασιασμού.

Το προσωπικό που φροντίζει τις ασθενείς που κάνουν ακτινοθεραπεία με ραδιενεργά ισότοπα πρέπει να φέρει δοσόμετρο (όργανο που μετρά τη δόση έκθεσης στην ακτινοβολία).

**Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς  
που υποβάλλεται σε  
Ραδιοθεραπεία.**

α. Ετοιμασία της ασθενούς για εμφύτευση ραδίου (ή καλίου)

1. Ο γιατρός επεξηγεί στην άρρωστη τους λόγους που αποφασίστηκε το είδος αυτό της θεραπείας. Η νοσηλεύτρια διασαφηνίζει ή απαντά σε ερωτήσεις της ασθενούς.

2. Ετοιμασία της ασθενούς για την εκτέλεση διαφόρων προκαταρκτικών εξετάσεων (που μπορούν να γίνουν και πριν από την εισαγωγή της στο νοσοκομείο), όπως εξετάσεις αίματος, βιοψία (ενδομητρική και τραχηλική), ακτινογραφία θώρακα, ΗΚΓ, κυτταρολογική.

3. Εξασφάλιση χρόνου για συζήτηση με την ασθενή σχετικά με τις προκαταρκτικές εξετάσεις ή τη θεραπεία.

4. Ετοιμασία της ασθενούς για το χειρουργείο - γίνεται με γενική νάρκωση - επιπλέον ετοιμασία του εντέρου με υποκλισμούς και του κόλπου με πλύσεις.

β. Λήψη ακτινογραφίας λεκάνης αμέσως μετά την τοποθέτηση ραδίου για τη διαπίστωση τυχόν μετακίνησής του από τη θέση του. Στην περίπτωση αυτή επιβάλλεται αμέσως η αφαίρεση και η διόρθωση, γιατί υπάρχει κίνδυνος, όχι μόνο να μην καταστραφεί όπως πρέπει η καρκινική επεξεργασία, αφού θα βρίσκεται έξω από το πεδίο της ακτινοβολίας, αλλά το χειρότερο, να προκληθούν βλάβες στους υγιείς ιστούς ή να δημιουργηθούν από τη ραδιονέκρωση επικίνδυνα συρίγγια προς την κύστη ή τον ορθό.

Επειδή τα συρίγγια αυτά συνοδεύονται από μόλυνση και πυρετό, επιβάλλεται πολλές φορές η διακοπή της θεραπείας.

γ. Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας κατά το διάστημα παραμονής του ραδίου στη μήτρα και τον τράχηλο. Η διατήρηση των υποδοχέων του ραδίου στη θέση τους είναι επιτακτική και θα πρέπει ν' αποφευχθεί κάθε αλλαγή της θέσης τους. Όλα τα νοσηλευτικά μέτρα θα πρέπει να αποβλέπουν στην εκπλήρωση αυτού του αντικειμενικού σκοπού.

1. Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα για μείωση του περισταλτισμού του εντέρου και της πιθανότητας παρεκτόπισης των υποδοχέων.

2. Συχνή παρακολούθηση του καθετήρα για εξασφάλιση φυσιολογικής παροχέτευσης των ούρων. Μια διαταμμένη κύστη μπορεί να πλησιάσει την περιοχή της ραδιενέργειας με αποτέλεσμα βαριάς μορφής ακτινικό έγκαυμα.

3. Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν αντίδραση του οργανισμού στη ραδιενέργεια, όπως ναυτία, έμετος, αύξηση της θερμοκρασίας και άμεση αναφορά στον γιατρό για τροποποίηση της δόσης της ακτινοβολίας.

4. Ενθάρρυνση της ασθενούς για λήψη υγρών και χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιων σε λεύκωμα. Ελκυστικό σερβίρισμα για διέγερση της όρεξης.

5. Χορήγηση χυμών βιταμίνης C για την επιδιόρθωση των ιστών.

6. Τοποθέτηση της ασθενούς σε υπτία θέση με το άνω μέρος του κρεβατιού ανυψωμένο 30°.

7. Παροχή σωματικής φροντίδας και εξασφάλιση άνεσης στον ασθενή. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να παραμένει κοντά στην ασθενή τον ελάχιστο δυνατό χρόνο, κατά τον οποίο θα δίνει και την φροντίδα στην ασθενή για την προστασία του εαυτού της από τη ραδιενέργεια.

8. Ανακούφιση της ασθενούς από το άγχος και το φόβο, χρησιμοποιώντας συνετά το χρόνο της παραμονής της κοντά στην άρρωστη. Απασχόληση της ασθενούς σε ωφέλιμη συζήτηση για τα ιατρικά και νοσηλευτικά προβλήματά της.

9. Προσοχή κατά την παροχή φροντίδας να μην εκτοπιστούν οι βελόνες ραδίου.

#### δ. Αφαίρεση ραδίου.

1. Ειδοποίηση του χειρουργού για την αφαίρεση του ραδίου (ή του κασίου) μετά τη λήξη του χρόνου εφαρμογής.

2. Εξασφάλιση αποστειρωμένων γαντιών, ειδικών λαβίδων με μακρά σκέλη και μεγάλου νεφροειδούς.

3. Έλεγχος του διαγράμματος για τον αριθμό των βελονών, που εφαρμόστηκαν, ώστε να συμφωνεί μ' αυτόν που θα αφαιρεθούν.

4. Εφαρμογή όλων των προφυλακτικών μέτρων χειρισμού και μεταφοράς του ραδίου στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων.

5. Χορήγηση καθαρτικού υποκλιισμού μετά την αφαίρεση του ραδίου και πριν από την έγερση της ασθενούς από το κρεβάτι.

#### ε. Φροντίδα της ασθενούς μετά την ακτινοβολία.

1. Διατήρηση του δέρματος της ασθενούς (που εκτίθεται στην ακτινοβολία) στεγνού.

2. Ναυτία και έμετοι μπορεί να εμφανιστούν σε χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας. Δεν πρέπει ποτέ να πληροφορηθεί η ασθενής ότι μπορεί να εμφανιστούν ναυτία και έμετοι, γιατί η υποβολή ενδέχεται να προκαλέσει την εκδήλωση αυτών των συμπτωμάτων.

3. Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν ακτινική βλάβη του εντέρου, διάρροια, τεινεσμός - αναφορά τους μόλις εμφανιστούν.

4. Τονισμός της σπουδαιότητας της ιατρικής παρακολούθησης κάθε μήνα για 6 μήνες, για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της ακτινοβολίας στον όγκο.

- Pap - test θετικό σημαίνει ότι η θεραπεία ήταν ανεπιτυχής. Ίσως χρειαστεί να γίνει χειρουργική επέμβαση.

- Εάν το Pap - test είναι αρνητικό και ο ιστός φαίνεται ικανοποιητικός, οι επισκέψεις στο γιατρό μετά το εξάμηνο μπορούν να γίνονται σε αραιότερα χρονικά διαστήματα (σε εξαμηνιαία βάση). 5 - 8% των γυναικών που παρακολουθούνται για τη θεραπεία του ειδικού καρκίνου, μπορεί να αναπτύξουν άλλους πρωτοπαθείς καρκίνους. Γι' αυτό το λόγο η μετέπειτα ιατρική παρακολούθηση είναι βασικής σημασίας ακόμη και αν η ασθενής είναι ασυμπτωματική.

#### Αντιμετώπιση Επιπλοκών.

1. Υποτροπή : Κολπικό θόλο

α. Εκτίμηση

- Υποπτο Pap - test (στάδιο III)



- Η ορθική και η κοιλιακή ψηλάφηση αποκαλύπτουν τον όγκο στα παραμήτρια.

- Βαθιά βιοψία του θόλου του κόλπου αποκαλύπτει διεισδυτικό και μεταστατικό καρκίνωμα.

- Άγχος, φόβος.

#### β. Παρέμβαση

- Ενημέρωση της ασθενούς για το σκοπό, τις παρενέργειες και τη θεραπεία των παρενεργειών. Ετοιμασία της για πνευλική ακτινοθεραπεία.

- Παροχή συκκινησιακής υποστήριξης κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας για μείωση του άγχους.

- Εκτίμηση κακουχίας, ναυτίας, ερεθισμού δέρματος.

- Προαγωγή ανάπαυσης

- Παραπομπή σε κοινοτικές υγειονομικές υπηρεσίες

- Παρότρυνση για συχνή ιατρική παρακολούθηση - check up.

## 2. Υποτροπή: Κύστη

### α. Εκτίμηση

- Πόνος, δυσχέρεια

- Αιματουρία

### β. Παρέμβαση.

- Ετοιμασία της ασθενούς για παραπέρα έλεγχο, π.χ. ενδοφλέβια πνευλογραφία, σπινθηρογράφημα οστών, ηπατικά ένδυμα, βαριούχο υπακλισμό.

- Ετοιμασία της ασθενούς για πνευλική εξεντέρωση (ολική, πρόσθια, οπίσθια)

1. Διδασκαλία της ασθενούς και της οικογένειάς της σχετικά με:

- α. Το σκοπό και την εναλλακτική της επέμβασης.
- β. Προεγχειρητικές διαδικασίες
- γ. Μεταβολές στο σωματικό είδωλο, στην αποχετευτική και σεξουαλική λειτουργία.
- δ. Αλλαγές στη ρουτίνα των καθημερινών δραστηριοτήτων

2. Εκτίμηση συγκινησιακής σταθερότητας, οικογενειακής υποστήριξης, οικονομικής κατάστασης, ευκολιών και δυνατοτήτων για φροντίδα στο σπίτι και αναγκών νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι.

3. Προετοιμασία του εντέρου για χειρουργείο με τη χορήγηση αντιβιοτικού, υπακτικού, υποκλιισμού και ετοιμασία της κοιλιάς.

4. Τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής για μέτρηση της ΚΦΠ.

- Αξιολόγηση της άμεσης μετεγχειρητικής κατάστασης: μεταβολές καρδιακής λειτουργίας, σημεία shock, νεφρική λειτουργία.

- Βοήθεια της ασθένειας ώστε ν' αποδεχτεί το αλλαγμένο σωματικό είδωλο.

- Μέτρα για μείωση του πόνου, του άγχους και της δυσχέρειας.

- Μετεγχειρητική διδασκαλία της ασθενούς και της οικογένειάς της που αφορά τις αλλαγές του τραύματος και τη φροντίδα της ουρητηροστομίας.

- Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς ώστε ν' αντιμετωπίσει την εκτεταμένη αυτή χειρουργική επέμβαση, τις αλλαγές της σωματικής της λειτουργίας και του τρόπου ζωής, το φόβο ξαφνικού θανάτου και την εμφάνιση νέας υποτροπής.

- Εξασφάλιση της συνέχισης της φροντίδας και της υποστήριξης κατά την περίοδο της ανάρρωσης:

α. Αναφορά στις ανάλογες υπηρεσίες για μετανοσοκομειακή παρακολούθηση.

β. Παροχή συμβουλών σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία και τα νέα προβλήματα.

γ. Αναφορά για σεξουαλικές συμβουλές σε ζευγάρια, εάν το επιθυμούν.

### 3. Μετάσταση στη σπονδυλική στήλη

#### α. Εκτίμηση

- Πόνος στη ράχη
- Απώλεια βάρους, κόπωση
- Κατάθλιψη, απογοήτευση

#### β. Παρέμβαση

- Ετοιμασία της ασθενούς για χημειοθεραπεία

1. Διατήρηση της θρεπτικής και υγιεινής κατάστασης

2. Διδασκαλία σχετικά με το σκοπό, τη διαδικασία, τα

αποτελέσματα και τις παρενέργειες της θεραπείας.

3. Παροχή συμβουλών και συγκινησιακή υποστήριξη

- Μείωση της δυσχέρειας εξ' αιτίας των παρενεργειών της χημειοθεραπείας, π.χ. πόνου, ναυτίας, εμέτου, αιμορραγίας βλεννοχόνου στόματος, ερεθισμού δέρματος, διάρροιας.

- Μείωση του κινδύνου λοίμωξης

- Προαγωγή οικογενειακής υποστήριξης και δημιουργία ατμόσφαιρας για έκφραση των αισθημάτων.
- Παρακολούθηση για εμφάνιση σημείων που δηλώνουν ανοχή στο φάρμακο.

## Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς που υποβάλλεται σε Χημειοθεραπεία.

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνταν σε ασθενείς με καρκίνο τραχήλου μήτρας προκαλούν ναυτία, έμετο, ανορεξία, καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Ορισμένοι προκαλούν διάρροια κι άλλοι δυσκοιλιότητα. Επίσης επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες, κάνουν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών, επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα από τη στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Τέλος μπορεί να έχουν τοξική δράση σε διάφορα σπουδαία όργανα όπως νεφροί, ήπαρ, κεντρικό νευρικό σύστημα.

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξ' αιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).

- α. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία
- β. Λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.

2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή).

- α. Προστασία ασθενούς από μολύνσεις
- β. Διατήρηση καθαρού περιβάλλοντος
- γ. Αποφυγή ρευμάτων
- δ. Αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις
- ε. Προσεκτική φροντίδα του στόματος.

3. θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία)

- α. Γεύματα συχνά και μικρά
  - β. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών & ελαφρά
  - γ. Χορήγηση βιταμινών
4. Διαταραχή υγρών - ηλεκτρολυτών, δυνητική (έμετοι, διάρροια - δυσκοιλιότητα)
- α. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία
  - β. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
  - γ. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας
5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς, το ήπαρ.
6. Ψυχικά προβλήματα εξ' αιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα).
- α. Προετοιμασία της ασθενούς με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.
  - β. Βοήθεια της ασθενούς να δεχτεί την παραδοική αλλαγή του σωματικού της ειδώλου και τα προβλήματα από το γεννητικό σύστημα.
  - γ. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα της ασθενούς.
  - δ. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.

Βασικός σκοπός της παραπάνω νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

- α. Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας

β. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος

γ. Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών καθώς και η αντιμετώπισή τους.

## Εξοδος από το Νοσοκομείο - Αποκατάσταση ασθενούς .

1. Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα.

2. Επεξήγηση της σπουδαιότητας της ορμονικής αντικατάστασης, εάν η άρρωστη έχει κάνει ολική υστερεκτομή με ωθηκεκτομή / σαλπινγχεκτομή.

3. Παροχή συμβουλών στην ασθενή:

α. Να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης να σηκώνει βαριά αντικείμενα, (για ένα μήνα μέχρι 6 εβδομάδες) ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, όπως οδήγηση ή ανέβασμα σκάλας, για πρόληψη ρήξης των ραμμάτων. Η οδήγηση αυτοκινήτου μπορεί να καθυστερήσει για 3 εβδομάδες, γιατί η απλή πίεση του πεντάλ του φρένου μπορεί να προκαλέσει ελαφρά ενόχληση στην κάτω κοιλιά.

β. Η άσκηση είναι απαραίτητη και να αποφεύγει να κάθεται πολύ ώρα κάθε φορά, όπως οδήγηση μεγάλων αποστάσεων, εξ' αιτίας της πιθανότητας λίμνασης του αίματος στην πύελο και δημιουργίας θρομβοεμβολών.

γ. Να αποφεύγει τη συνουσία για 6 - 8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή.

4. Παροχή επεξηγήσεων στην ασθενή ότι η κοιλιακή έκκριση, που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα, είναι φυσιολογική και ότι η ποσότητα θα μειωθεί σιγά - σιγά και τελικά θα σταματήσει.



5. Ενημέρωση της ασθενούς για την πιθανή εμφάνιση "αισθήματος κόπωσης" κατά τις πρώτες μέρες μετά την επιστροφή της στο σπίτι· γι' αυτό το λόγο δε θα πρέπει να προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα.

6. Βοήθεια της ασθενούς στο σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων, που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σ' ένα μήνα. Μετά από 2 μήνες θα αισθάνεται τον εαυτό της φυσιολογικό.

7. Εμφαση για ανάληψη των επαγγελματικών της δραστηριοτήτων μόνο με εντολή γιατρού· θα εξαρτηθεί βέβαια από το είδος της εργασίας, τις ανάγκες για εργασία κ.λ.π.

8. Ενημέρωση της ασθενούς να μην απογοητώνεται αν κατά διαστήματα, κατά την περίοδο της ανάρρωσης, αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση να φωνάζει και φαίνεται ασυνήθιστα νευρική. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται συχνά αλλά δεν διαρκούν για πολύ.

9. Τονισμός της σπουδαιότητας του υπεραιτισμού, της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο εξεταστικού ελέγχου για πέντε χρόνια.

## Πρόγνωση

Οι παράγοντες που λαμβάνονται υπ' όψη στην πρόγνωση για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι οι πιο κάτω:

- α. Ηλικία της άρρωστης
- β. Γενική φυσική κατάσταση
- γ. Κοινωνικοοικονομική κατάσταση
- δ. Μακροσκοπικοί χαρακτήρες του καρκίνου
- ε. Κυτταρολογικοί
- στ. Ιστολογικοί χαρακτήρες
- ζ. Ικανότητα του θεραπευτή και
- η. Στάδιο στο οποίο έγινε η διάγνωση (έκταση της νόσου και προσβολή των λεμφαδένων).

Η ηλικία της άρρωστης είναι σημαντικός παράγοντας, γιατί σε νέες γυναίκες παρουσιάζονται πιο συχνά αναπλαστικοί όγκοι με ταχύτερη εξέλιξη, ενώ αντίθετα, σε ηλικιωμένες γυναίκες συναντώνται καρκινώματα καλώς διαφοροποιημένα και με βραδύτατη εξέλιξη.

Η γενική φυσική κατάσταση επηρεάζει την εξέλιξη της κακοήθειας και αυξάνει τη θνησιμότητα και από άλλες χρόνιες αρρώστιες, όπως ο διαβήτης, οι καρδιοπάθειες και οι νεφροπάθειες. Η παχυσαρκία αποτελεί επίσης έναν επιβαρυντικό παράγοντα, γιατί δυσκολεύει την εγχείρηση αλλά και την ακτινοβολία. Επίσης συνυπάρχουσες πνευλικές φλεγμονές χειροτερεύουν την πρόγνωση. Ασθενείς χαμηλοτέρων κοινωνικών στρωμάτων βρίσκονται συνήθως σε πιο προχωρημένα στάδια της

αρρώστιας, όταν τίθεται η αρχική διάγνωση κι αυτό χειροτερεύει πολύ την πρόγνωση.

Εκβλασθητικοί ή θηλωματώδεις όγκοι ανταποκρίνονται αρκετά καλύτερα στη ραδιοθεραπεία. Επίσης καλύτερη πρόγνωση έχουν οι όγκοι, που παρουσιάζουν μια γρήγορη υποχώρηση στον αριθμό των λεγόμενων εφεδρικών κυττάρων και στον αριθμό των πυρηνοκινησιών, ενώ παράλληλα γίνεται αύξηση των καλά διαφοροποιημένων και εκφυλισμένων κυττάρων.

Η ικανότητα των θεραπειών παίζει επίσης μεγάλο ρόλο κι όσο περνάει ο καιρός αποδεικνύεται, ότι τα μεγάλα ειδικά ογκολογικά κέντρα παρουσιάζουν, για το λόγο αυτό, καλύτερες στατιστικές επιβίωσης από τα μικρά νοσοκομεία. Η πείρα, η εξειδίκευση, η οργανωμένη διερεύνηση και η τήρηση των απαραίτητων κανόνων στην αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου, είναι βασικής σημασίας παράγοντες για την πρόγνωση. Χρειάζεται ακρίβεια και εξατομίκευση κάθε περίπτωσης προκειμένου να αντιμετωπισθεί με επιτυχία η νόσος.

Η προσβολή των επιχωρίων λεμφαδένων παίζει τέλος μεγάλο ρόλο στην πρόγνωση. Οι έξω λαχόνιοι λεμφαδένες προσβάλλονται πιο συχνά και στη συνέχεια έρχονται οι θυροειδείς, οι κοινοί λαχόνιοι και οι υποχαστρικοί. Μικρής έκτασης καρκίνοι δηλαδή διαμέτρου μικρότερης του ενός εκατοστού, σπάνια παρουσιάζουν λεμφικές μεταστάσεις. Εξωφυτικοί όγκοι παρουσιάζουν μεταστάσεις συχνότερα από τους ελκωτικούς. Καλά διαφοροποιημένοι κακοήθεις όγκοι μεθίστανται συχνότερα από τους αδιαφοροποίητους.

Όσο πιο προχωρημένο είναι το στάδιο επέκτασης, τόσο πιο συχνή προσβολή των λεμφαδένων παρατηρείται. Στο στάδιο I υπάρχει προσβολή στο 15% των περιπτώσεων, στο στάδιο II υπάρχει προσβολή στο 30%, στο στάδιο III υπάρχει προσβολή στο 60% των περιπτώσεων.

Το ποσοστό διάσεως στο στάδιο I με προσβολή των λεμφαδένων είναι 40% λιγότερο από εκείνο που πετυχαίνεται, όταν δεν υπάρχει κανένας θετικός λεμφαδένας.

Παρά το ότι η κλινική σταδιοποίηση δεν είναι πάντα ακριβής, εξακολουθεί ν' αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα καθορισμού, όχι μόνο της θεραπείας, αλλά και της πρόγνωσης.

Τα προγνωστικά στοιχεία στηρίζονται σε αποτελέσματα που δίδονται πάντα με βάση την πενταετή επιβίωση. Στον πίνακα φαίνονται τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης κατά στάδια, όταν η κύρια αρχική μέθοδος θεραπείας είναι η ραδιενέργεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28

**ΠΟΣΟΣΤΑ ΠΕΝΤΑΕΤΟΥΣ ΕΠΙΒΙΩΣΕΩΣ ΣΤΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΤΑ ΣΤΑΔΙΑ**

Έπιβωση %	Στάδιο I	Στάδιο II	Στάδιο III	Στάδιο IV
»	88,7	42,4	29,0	0
»	86,4	60,0	26,3	8,8
»	83,9	48,3	28,6	10,0
»	86,6	69,9	42,5	12,8

Σε κέντρα, όπου η ριζική υστερεκτομία είναι η κύρια αρχική μέθοδος, τα ποσοστά της πενταετούς επιβίωσης για το στάδιο I είναι 87,9%, 88%, 85%, 76,6%, ανάλογα με το κέντρο.

Εάν ο καρκίνος του τραχήλου μείνει χωρίς θεραπεία ή δεν υπακούσει σ' αυτή, επέρχεται ο θάνατος στο 95% των περιπτώσεων σ' ένα διάστημα δύο ετών από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Από πρόσφατες στατιστικές προκύπτει το συμπέρασμα, πως στο στάδιο I του καρκίνου του τραχήλου, είτε εγχείρηση αντιμετωπιστεί, είτε με ακτινοθεραπεία, η επιβίωση μετά 5 χρόνια είναι η ίδια. Ίσως μάλιστα υπερτερεί στην ακτινοθεραπεία.

Ειδικότερα, η επιβίωση μετά από 5 χρόνια:

Στο in situ καρκίνωμα είναι 100%

Στο Ia στάδιο είναι 93%

Στο Ib στάδιο είναι 75 - 80%

Στο II στάδιο είναι 50 - 60%

Στο III στάδιο είναι 28 - 30%

Στο IV στάδιο είναι 0,5%

Ο θάνατος στον καρκίνο του τραχήλου επέρχεται τις περισσότερες φορές, από ουραιμία, ύστερα από έμφραξη των ουρητήρων ή αιμορραγία ή φλεγμονή ή πνευμονική εμβολή ή έμφραξη του εντέρου ή κυκλοφοριακή ανεπάρκεια.

## Προληπτική Αντιμετώπιση .

Η προληπτική θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις μέρες μας αποτελεί βήμα προόδου στην αντιμετώπιση του. Αφού δεν υπάρχει τρόπος για προφύλαξη απ' αυτόν, προς το παρόν, θ' αρκεστούμε στην όσο γίνεται έγκαιρη διάγνωσή του. Πολύ σημαντικότερη λοιπόν από την θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου είναι η πρόληψη του για την αποφυγή της εγκατάστασης του φοβερού νόσηματος.

Η συμβολή του Γ. Παπανικολάου στην ανίχνευση του καρκίνου σε στάδια, που εξασφαλίζουν ίαση, υπήρξε αναμφίβολα μεγάλη. Ο έλεγχος των επιχρισμάτων του τραχήλου κατέβασε αισθητά τη συχνότητα εκτέλεσης μεγάλων εγχειρήσεων και ανέβασε το ποσοστό επιβίωσης. Η κυτταρολογική εξέταση επιχρίσματος κολπικού υγρού κατά Παπανικολάου είναι δυνατόν να μας αποκαλύψουν καρκίνο της μήτρας πολύ πριν μας παρουσιαστούν συμπτώματα ή σημεία της πάθησης, τα οποία δεν πρέπει να ξεχνάμε, ότι δίκαια χαρακτηρίζονται "σημεία θανάτου", επειδή όταν γίνονται πλέον γνωστά, υπάρχει πιθανότητα το νόσημα να έχει προχωρήσει πάρα πολύ. Μέσα στο κολπικό υγρό υπάρχουν αποφολιδωμένα κύτταρα του κόλπου, του εξωτραχήλου, του ενδοτραχήλου, του ενδομητρίου. Ειδικός μορφολογικός έλεγχος μπορεί να χαρακτηρίσει ανάλογα, σχετικά ευρήματα φυσιολογικά ή παθολογικά και σε δεύτερη περίπτωση ύποπτα ή σαφώς καρκινικά. Σ' όλα τα μέρη του κόσμου υπάρχουν κέντρα αποφολιδοτικής κυτταρολογίας. Και στη χώρα μας ένας κυτταρολογικός έλεγχος είναι εύκολος και προσιτός. Το επίχρισμα κατά Παπανικολάου είναι εύκολο να ληφθεί, απαιτείται

εξειδίκευση του εξεταστή. Στην Ελλάδα υπάρχουν ειδικευμένοι στην κυτταροδιάγνωστική για τις απαραίτητες εξετάσεις.

Το ποσοστό του προδληθητικού καρκίνου, ανιχνεύεται με την κυτταρολογική εξέταση κολλικών επιχρισμάτων κατά Παπανικολάου ανέρχεται στο 1% περίπου. Δεν είναι μικρό και είναι αυτό ακριβώς το ποσοστό, αυτές οι περιπτώσεις όπου οι περισσότερες συμβατικές μέθοδοι της ιστοληψίας και της ιστολογικής εξέτασης: α). είναι δυσεφάρμοστοι και β). δεν μας αποκαλύπτουν πολλές φορές τίποτα. Τα 2/3 ενδοεπιθηλιακού καρκίνου του τραχήλου ή αρχόμενου καρκίνου του ενδομητρίου δεν εμφανίζουν ακανόνιστες αιμορραγίες ή μακροσκοπικές αλλοιώσεις.

Η κολποκυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου για την έγκαιρη διάγνωση αρχόμενου καρκίνου είναι ασφαλής στο 95% των περιπτώσεων, η μείωση του ποσοστού των εσφαλμένων αποτελεσμάτων είναι ζήτημα πείρας. Στα ύποπτα ή θετικά επιχρίσματα η ιστοληψία, η απόξεση και η ιστολογική εξέταση είναι πάντοτε αναγκαία για επιβεβαίωση ή ανατροπή της κυτταρολογικής εξέτασης.

Η συστηματική επομένως λήψη και εξέταση κολλικών επιχρισμάτων σε κάθε γυναίκα, που προσέρχεται για οποιαδήποτε αιτία στο γυναικολόγο, η υποχρεωτική ανά εξάμηνο ή χρόνο κολποκυτταρολογική εξέταση από την ηλικία των 25 και άνω, καθιστούν δυνατή την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου της μήτρας και διευκολύνουν και απλουστεύουν τη ριζική θεραπεία.

Απαραίτητη είναι η διαφώτιση του κοινού στη σημασία της προληπτικής εξέτασης. Αυτό είναι χρέος της νοσηλεύτριας, της μάίας, του γιατρού και των αρμοδίων υπηρεσιών του κράτους.

"Κάθε καρκίνος, που αφήνεται να επεκταθεί και να σκοτώσει την άρρωστη πρέπει να θεωρείται σαν αποτυχία των υπευθύνων και μομφή για το επίπεδο του πολιτισμού" αναφέρει ο Fegel. Ο κάθε εξάμηνος έλεγχος των γυναικών, που πέρασαν τα τριάντα και ιδιαίτερα όσων παντρεύτηκαν μικρές ή είχαν πρόωρη σεξουαλική δραστηριότητα, είναι απαραίτητος.

Μέσα για την εφαρμογή των μεθόδων έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου της μήτρας είναι:

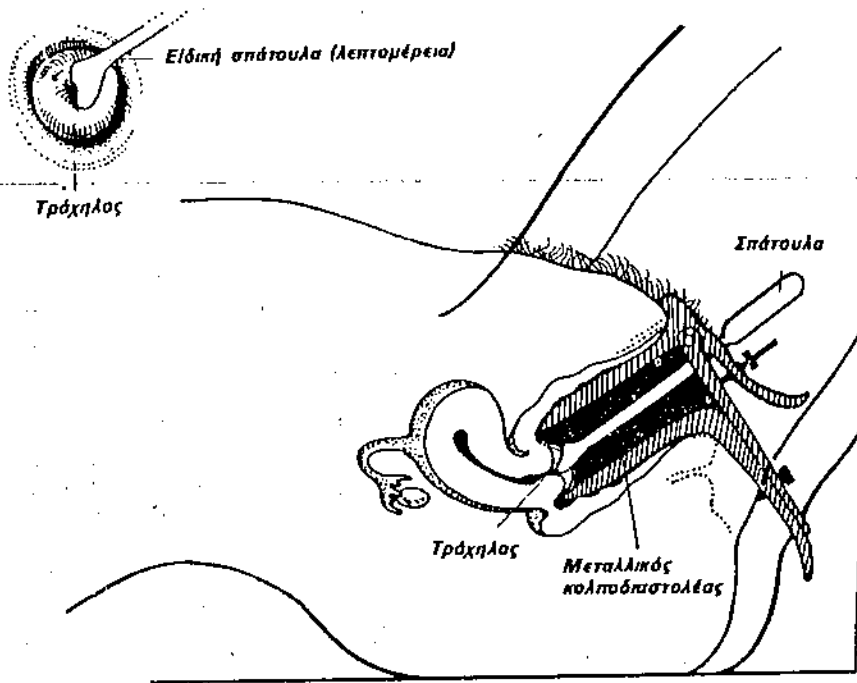
1. Η κατάλληλη εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού, μαιών, γιατρών.

2. Η συνεχής διαφώτιση του κοινού σχετικά με τις διαγνωστικές δυνατότητες, τα πρόωρα συμπτώματα του καρκίνου και τα θεραπευτικά αποτελέσματα των διαφόρων μεθόδων.

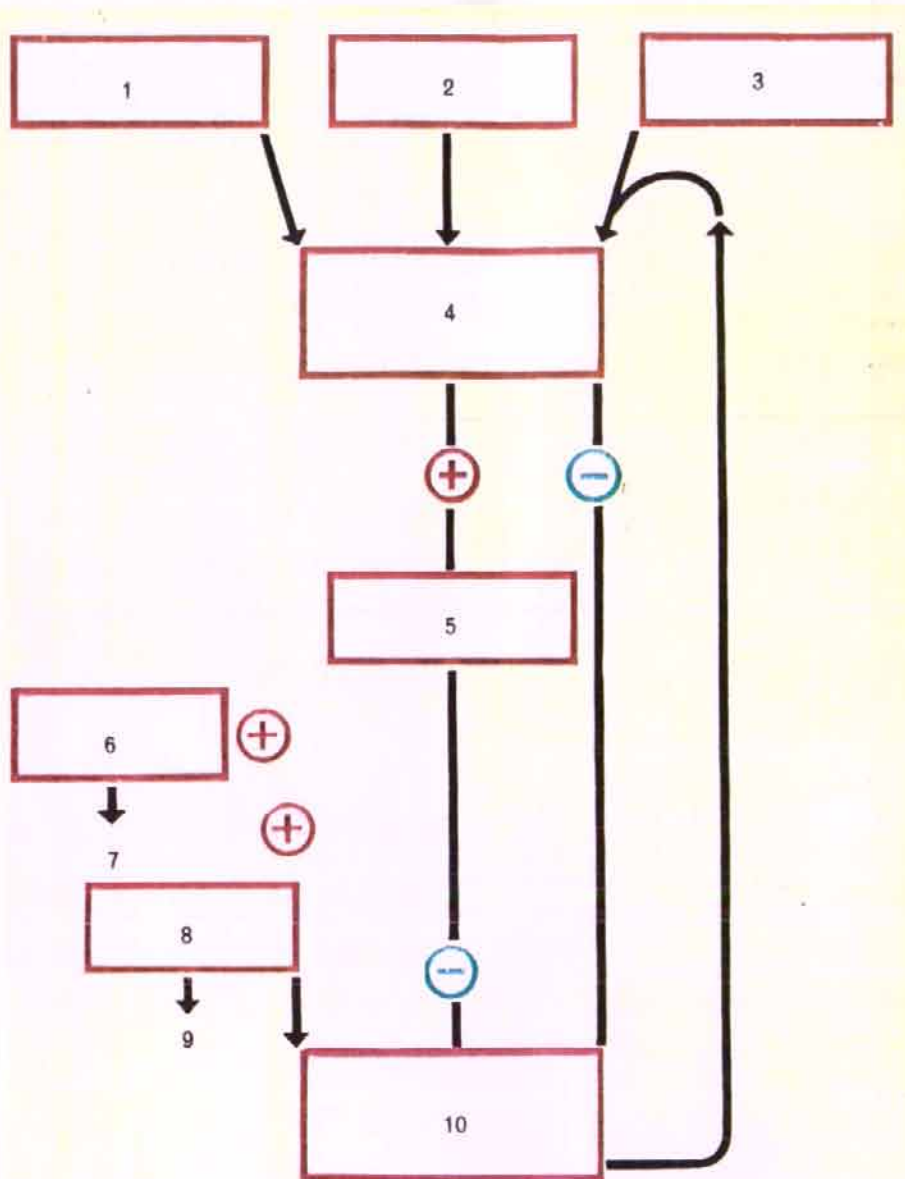
3. Η ύπαρξη και η προσιτότητα ειδικών διαγνωστικών και θεραπευτικών κέντρων στις μεγάλες επαρχιακές πόλεις.

4. Ο σχετικός προσανατολισμός της Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής και των άλλων Κρατικών υπηρεσιών, ώστε η υπόθεση τελικά να γίνει υπόθεση ευθύνης του Κράτους και όχι, ν' αποτελεί μόνο ευθύνη των νοσηλευτών, των γιατρών, των ασθενών.





Στένωση έπιχρίσματος κατά Παπανικολάου.



#### Αναζήτηση του καρκίνου της μήτρας

- 1) Ενήλικες γυναίκες
- 2) Αρρωστές νοσηλεύόμενες σε νοσοκομεία
- 3) Αρρωστές με υποψία καρκίνου
- 4) Κυτταρολογικές εξετάσεις : επίχρισμα
- 5) Βιοψία
- 6) Εισβολή
- 7) Ριζική θεραπεία
- 8) Καρκίνος εντοπισμένος
- 9) Υστερεκτομή
- 10) Εξετάσεις ελέγχου

## Η Βασική Αυτοεξέταση.

Σκοπός της αυτοεξέτασης είναι να εξοικειώσει τη γυναίκα μ' εκείνα ακριβώς τα μέρη του σώματός της, που δεν της είναι ιδιαίτερα γνωστά. Η αυτοεξέταση σημαίνει ότι η γυναίκα έχει ευθύνη να διατηρεί το σώμα της υγιές και την ευθύνη αυτή να μπορεί να την αναλάβει η ίδια αντί να τη μετατοπίζει στο γιατρό.

Η γυναίκα που ξέρει για τον τράχηλο και τον κόλπο μπορεί π.χ. χρησιμοποιώντας το μητροσκόπιο να προκαλέσει μόλυνση ή να πληγωθεί, μπορεί να τρομοκρατηθεί ή ν' ανησυχήσει με ότι βλέπει. Επιπλέον μπορεί να κάνει μόνη της τη διάγνωση και να μην πάει καθόλου στο γιατρό, έτσι ώστε η μόλυνση να προχωρήσει. Ακόμη μπορεί ν' απασχολεί το γιατρό χωρίς λόγο, συζητώντας και ρωτώντας τον για αυτά που είδε η ίδια. Και σε τελευταία ανάλυση, ποιός είναι ο λόγος να γίνουν όλ' αυτά, όταν μπορεί να πάει στο γιατρό που θα την εξετάσει και θα της πει αν είναι κάτι που πρέπει να ξέρει;

Η απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα είναι ότι ο γιατρός δε βλέπει την κάθε γυναίκα αρκετά συχνά ώστε να ξέρει τι είναι φυσιολογικό για αυτήν προσωπικά. Δε μπορεί να αισθανθεί τις λεπτές οργανικές μεταβολές που θα τον ενθαρρύνουν να εφαρμόσει προληπτική ιατρική, ανιχνεύοντας πρώιμα στάδια μόλυνσης, ασθένειας ή εγκυμοσύνης. Μ' ελάχιστες εξαιρέσεις, το ιατρικό επάγγελμα συχνά χαρακτηρίζεται από υπεκφυγές και συγκατάβαση, οι δε γιατροί δεν ενημερώνουν πάντα για ότι πρέπει να γνωρίζουν.

Μια γυναίκα πρέπει να σκεφτεί σοβαρά αν θέλει να κάνει αυτοεξέταση, γιατί θα χρειαστεί να χρησιμοποιήσει η ίδια ορισμένα εργαλεία: μια λάμπα να φωτίζει καλά, ένα καθρέπτη, ένα μητροσκόπιο και νερό ή υδροδιαλυτή κολπική κρέμα (ζελέ), όπως η κρέμα Κ.Υ. (να μη χρησιμοποιείται η βαζελίνη, γιατί δε διαλύεται στο νερό και επηρεάζει το φυσικό περιβάλλον του κόλπου). Πρέπει να διατηρεί το μητροσκόπιο καθαρό, πλένοντάς το με ζεστό νερό και σαπούνι και τοποθετώντας το πάντα σε καθαρό μέρος. Επίσης να μάθει να ανοίγει και να κλείνει σωστά το μητροσκόπιο προτού το χρησιμοποιήσει, έτσι ώστε τα σκέλη να είναι μέσα στον κόλπο ανοιχτά.

Πριν αρχίσει την αυτοεξέταση, πρέπει να πάει να ουρήσει και μετά να βρει ένα χώρο αναπαυτικό, ζεστό και κυρίως ήσυχο. Αρχίζει κοιτάζοντας τα εξωτερικά γεννητικά όργανα με τη βοήθεια του καθρέπτη. Με την αφή εντοπίζει την αρχή της κολπικής κοιλότητας και ελέγχει για αλλαγές στο χρώμα, ερεθισμούς, εξογκώματα και πρηξίματα.

Μετά προχωρεί στην εξέταση των εσωτερικών γεννητικών οργάνων. Χρησιμοποιεί το μητροσκόπιο για να προκαλέσει διαστολή των κολπικών τοιχωμάτων κι έτσι να φανεί καλύτερα ο τράχηλος. Βρίσκει τη θέση που θα είναι πιο αναπαυτική γι' αυτή πριν βάλει το μητροσκόπιο. Πολλές γυναίκες ξαπλώνουν και λυγίζουν τα πόδια, άλλες κάθονται στις φτέρνες και άλλες πάλι στέκουν με το ένα πόδι πάνω στο τραπέζι ή στο κρεβάτι.

Βρίσκει ποιά θέση τη βολεύει καλύτερα και αν θέλει χρησιμοποιεί κάποια κρέμα για να διευκολύνει την είσοδο του μητροσκόπιου. Πάρνει μια βαθειά αναπνοή, χαλαρώνει και δεν

πρέπει να βιάζεται. Κατά την εισαγωγή, το μητροσκόπιο πρέπει πάντα να είναι κλειστό για να μην τσιμπήσει το τοίχωμα του κόλπου, και η λαβή να είναι χυρισμένη στα πλάγια. Σιγά σιγά το σπρώχνει να γλιστρήσει απαλά μέχρι εκεί που φτάνει. Μετά το χυρίζει ώστε η λαβή να έρθει προς τα εμπρός, το ανοίγει (όπως ήδη έχει εξασκηθεί) και το στερεώνει. Η εισαγωγή του μητροσκοπίου μπορεί να γίνει και με τη λαβή χυρισμένη προς τα πάνω. Κρατάει τον καθρέπτη μπροστά από τον κόλπο και με τη βοήθεια της λάμπας φωτίζει ώστε να μπορεί να δει καλά.

Στο βάθος του κόλπου βλέπει τον τράχηλο, μια λεία, λαμπερή, ροζ ημικύκλια προεξαχή. Ο τράχηλος αποτελεί το στενότερο μέρος της μήτρας, ενός μυϊκού οργάνου, με παχιά τοιχώματα, που βρίσκεται στο κάτω μέρος της κοιλιάς μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του ορθού. Μια μήτρα σε κατάσταση που δε βρίσκεται σε εγκυμοσύνη έχει περίπου το μέγεθος ενός μεγάλου καρυδιού με τη φλούδα. Τόσο η μήτρα όσο και ο τράχηλος μετατοπίζονται κατά τη διάρκεια του κύκλου της περιόδου. Αν ο τράχηλος παρ' όλα αυτά δε φαίνεται, πρέπει να δώσει μια διαφορετική κλίση στο μητροσκόπιο, να ρουφήξει το στομάχι της και με κινήσεις μασάζ να πιέσει την κοιλιά προς τα κάτω. Στη συνέχεια παίρνει βαθιές εισπνοές και χαλαρώνει. Το μέγεθος και το χρώμα του τραχήλου ποικίλουν γιατί επηρεάζονται από την εγκυμοσύνη, την ηλικία και το χρόνο του κύκλου της περιόδου.

Στο κέντρο του τραχήλου βρίσκεται το στόμιο ή το άνοιγμα προς τη μήτρα. Κι αυτό επίσης ποικίλλει σε μέγεθος και σχήμα. Είναι συνήθως ωοειδές σε γυναίκες που δεν έχουν γεννήσει, ενώ είναι μεγαλύτερο και σαν σχισμή σ' εκείνες που έχουν. Πρέπει

να παρατηρεί τις εκκρίσεις του κόλπου της. Η ύπαρξη των εκκρίσεων και της βλέννας είναι φυσιολογική, ποικίλλει από γυναίκα σε γυναίκα και αλλάζει κατά τη διάρκεια του κύκλου της περιόδου. Με την αύξηση των οιστρογόνων πριν την ωορρηξία πέφτει απότομα η ποσότητα του σβεστίου στη βλέννα και πολλές γυναίκες έχουν προσέξει ότι η βλέννα γίνεται διαφανής και κολλώδης. Μετά την ωορρηξία, κάτω από την επίδραση της προγεστερόνης, η βλέννα γίνεται πυκνότερη και ξηρότερη.

Χρειάζεται αρκετό καιρό στην εξέταση. Όταν τελειώσει, απομακρύνει το μητροσκόπιο, αφήνοντας τα σκέλη του ανοικτά. Δεν πρέπει να επιχειρήσει να τα κλείσει, γιατί θα τσιμπήσει τα τοιχώματα του κόλπου. Μετά βγάζει το μητροσκόπιο από τον κόλπο και μυρίζει τη βλέννα που έχει επάνω. Ετσι θα μπορεί να ξεχωρήσει τις μυρωδιές σε περίπτωση μόλυνσης. Πλένει το μητροσκόπιο και το διατηρεί καθαρό.

Αν κρατάει σημειώσεις για ότι βλέπει κάθε φορά που αυτοεξετάζεται, θα μπορεί να ανατρέχει σ' αυτές όσο περνούν οι μήνες ώστε να μπορεί να ελέγξει ποιές αλλαγές είναι φυσιολογικές και επαναλαμβανόμενες και ποιές ασυνήθιστες. Αν μάλιστα έχει τη δυνατότητα να σκιτσάρει μεγέθη, σχήματα και θέσεις αυτών που βλέπει, θα διευκόλυνε πολύ.

Από το Κέντρο Υγείας Γυναικών του Σαν Φραντζίσκο παραθέτεται ένας πίνακας υποδείξεων που θα πρέπει να έχει υπόψη της κάθε γυναίκα όταν αυτοεξετάζεται.

- Αιδοίο: Χρώμα εξωτερικών χειλιών. Χρώμα εσωτερικών χειλιών. Κλειτορίδα. Βαρθολινείοι αδένες (δε φαίνονται φυσιολογικοί, ούτε τους αισθάνεται εκτός αν έχουν μολυνθεί).

- Κολπικά τοιχώματα: Παρθενικός υμένας (πολλές φορές φαίνεται σε βάθος 2,5 εκ.). Χρώμα τοιχωμάτων. Βλεννογόμος (αυσταλτικός - λείος). Επιφάνεια (καθαρή - απαλή - ύπαρξη υγρών).

- Εκκρίσεις: Χρώμα (διαφανές - γαλακτώδες - λευκό - κίτρινο - πρασινωπό). Οσμή (όξινη - ψαριού - μαχιάς). Σύσταση υγρών (παχύρρευστη - υδαρής - αφρώδης). Ποσότητα (άφθονη - μέτρια - ολίγη).

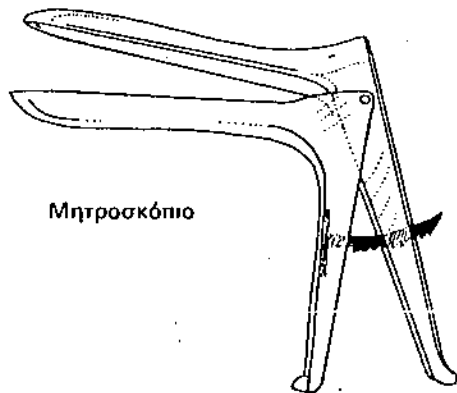
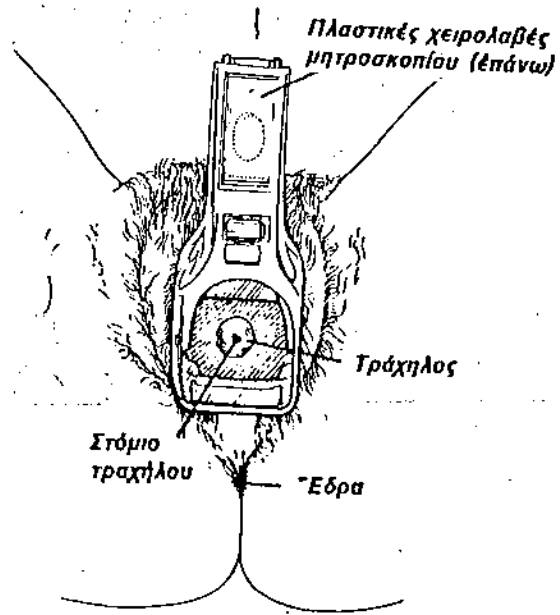
- Τράχηλος: Χρώμα (ροζ - κόκκινο - ιώδες). Αποχρωματισμοί (τοπικές κοκκινίλες - πρηξίματα). Θέση τραχήλου.

- Στόμιο τραχήλου: Σχήμα (πτυχωτό - σχισμώδες). Μέγεθος (ανοιχτό - κλειστό - φυσιολογικό - μήκος σπάγκου ενδομητρικού σπιράλ - IUD).

- Βλεννώδεις εκκρίσεις από το στόμιο: Χρώμα. Σύσταση υγρών (παχύρρευστα - υδαρή - κολλώδη). Οσμή. Ποσότητα.

- Αίμα περιόδου: Χρώμα. Ποσότητα.

- Γενική πληροφόρηση για την υγεία των γεννητικών οργάνων: Ευκολία με την οποία μπαίνει το μητροσκόπιο. Αν παίρνει ή όχι το αντισυλληπτικό χάπι. Αν έχει ή όχι τοποθετημένο ενδομητρικό σπιράλ (IUD). Πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή. Ημέρα κύκλου της περιόδου.







## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    V I

### Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας και Εγκυμοσύνη .

Αυτή η συνύπαρξη εμφανίζεται σε συχνότητα 0,2%. Μέση ηλικία εμφάνισης της συνύπαρξης του είναι τα 32 - 34 χρόνια της γυναίκας, ενώ στον υπόλοιπο πληθυσμό η μέση ηλικία ανέρχεται στα 40 - 45 χρόνια. Συχνότερα εμφανίζεται σε γυναίκες, που χέννησαν περισσότερα από τέσσερα παιδιά.

Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου του τραχήλου, που συνοδεύει την εγκυμοσύνη, σε συχνότητα 96%, είναι επιθηλιακός, σε συχνότητα 3,5% αδenoκαρκίνωμα και σε συχνότητα 0,5% αφορά άλλους τύπους.

Τα συμπτώματα της πάθησης είναι η αυτόματη αιμορραγία από το γεννητικό σύστημα, που στην περίπτωση της εγκύου εκλαμβάνεται για απειλούμενη έκτρωση. Γι' αυτό, ο έλεγχος του τραχήλου σ' όλες τις επισκέψεις της εγκύου κρίνεται απαραίτητος.

Εκτός από τον κυτταρολογικό έλεγχο, για τη διάγνωσή του, εκτελείται ιστοληψία του τραχήλου ύστερα από δοκιμασία Schiller ή εκτελείται κωνοειδής εκτομή του, αν και δεν προτιμάται, επειδή η αιμορραγία από τον τράχηλο είναι αυξημένη και επειδή υπάρχει κίνδυνος αυτόματης έκτρωσης και ρήξης του εμβρυϊκού σάκου. Αν όμως κρίνεται απαραίτητη, εκτελείται στο δεύτερο τρίμηνο. Μόνο με ιστολογικό έλεγχο του τραχήλου θα διαγνωστεί η πάθηση και όχι με κυτταρολογικό,

γιατί οι ορμονικές επιδράσεις της εγκυμοσύνης αλλάζουν τα κύτταρα του επιχρίσματος τόσο, που κι ο πλέον έμπειρος κυτταρολόγος να δυσκολευτεί στη διάγνωση.

Πιστεύεται, πως η εγκυμοσύνη επιδεινώνει τον καρκίνο του τραχήλου, λόγω της υπεραιμίας και της αύξησης των οιστρογόνων ορμονών. Την άποψη δικαιολογεί η γρήγορη εξέλιξή του μετά την περίοδο της λοχείας. Από άλλους πιστεύεται, πως δεν είναι η εγκυμοσύνη, που επιδεινώνει τον καρκίνο, αλλά το νεαρό της ηλικίας της άρρωστης εγκύου. Και από τρίτους πιστεύεται, πως η εγκυμοσύνη ευνοεί την εξέλιξη του καρκίνου στο πρώτο τρίμηνο, ενώ στα δύο επόμενα όχι.

Όσο για την επίδραση του καρκίνου στην εγκυμοσύνη, παρατηρήθηκαν συχνότερες αυτόματες εκτρώσεις μετά προηγούμενο θάνατο του εμβρύου. Αν συμβεί αυτόματη έκτρωση και ακολουθήσει απόξεση της μήτρας ή ακόμα και σε φυσιολογικό τοκετό, η κατάσταση της άρρωστης επιδεινώνεται, γιατί ευνοείται η επέκταση της πάθησης. Στην απόξεση είναι δυνατό να συμβεί αιμορραγία από ρήξη του τραχήλου με επέκταση στον ισθμό και στο σώμα της μήτρας. Ποτέ δεν επιτρέπεται ο φυσιολογικός τοκετός σε έγκυο, που πάσχει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Όσο αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου στην εγκυμοσύνη, αυτή θα εξαρτηθεί από τη μορφή του καρκίνου, την ηλικία της γυναίκας και της εγκυμοσύνης, από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις της, από την επιθυμία της ν' αποκτήσει παιδιά κ.λ.π.

\* Σε περίπτωση, που επιθυμεί παιδί και δε θέλει υστερεκτομία, προβαίνουμε σε κρυοπηξία, ηλεκτροκαυτηρίαση, κωνοειδή εκτομή ή καταστροφή του ιστού, που πάσχει, με ακτίνες Laser.

\* Σε περίπτωση, που δεν επιθυμεί παιδί, τότε:

1. Στο καρκίνωμα in situ αναμένεται ο τοκετός ή εξαιρείται το τμήμα του τροχήλου, που πάσχει, και αφήνεται η εγκυμοσύνη στην τύχη της. Αν εξελιχτεί ως το τέλος της, εκτελείται καισαρική τομή και υστερεκτομία.

2. Στο διηθητικό καρκίνωμα, όταν η γυναίκα βρίσκεται στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, συστήνεται η ακτινοβολία με κοβάλτιο, απόξεση της μήτρας μετά την αυτόματη διακοπή της εγκυμοσύνης και στη συνέχεια ενδοκοιλιακή εφαρμογή ραδίου.

3. Στο διηθητικό καρκίνωμα, στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης συστήνεται ακτινοβολία με ράδιο, μικρή καισαρική τομή ύστερα από λίγες μέρες, κοβαλτιοθεραπεία ύστερα από δύο εβδομάδες και νέα εφαρμογή ραδίου ύστερα από άλλες δύο εβδομάδες.

4. Στο διηθητικό καρκίνωμα στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης συστήνεται η εκτέλεση καισαρικής τομής, ύστερα από λίγες μέρες κοβαλτιοθεραπεία και ύστερα από δύο εβδομάδες εφαρμογή ραδίου. Άλλοι προτιμούν την εκτέλεση ριζικής υστερεκτομίας μετά την καισαρική τομή.

Όσο για το αποτέλεσμα της θεραπείας, αυτό είναι το ίδιο, όπως και στη γυναίκα, που δεν είναι έγκυος. Η πρόγνωση για την έγκυο, παρά τις προόδους, που σημειώθηκαν στα τελευταία χρόνια,

φτάνει την επιβίωση της σε 50%. Για το έμβρυο η πρόγνωση είναι βαρύτερη από τις συχνές αυτόματες εκτρώσεις και από την αυξημένη συχνότητα διακοπής της εγκυμοσύνης, για λόγους θεραπευτικούς.

## Καρκίνος Τραχηλικού Κολοβώματος .

Εμφανίζεται σε συχνότητα 4 - 8% Αν εμφανιστεί λίγα χρόνια μετά την υφολική υστερεκτομία, η χειρουργική αντιμετώπισή του είναι δύσκολη λόγω ένωσης της περιοχής του και συμφύσεών του κολοβώματος με την κύστη και τον ορθό. Σ' αυτή την περίπτωση προτιμάται η ακτινοθεραπεία. Η πρόγνωσή του είναι ίδια, όπως και στον καρκίνο του τραχήλου. Πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια να εξαιρεθεί ο τράχηλος στις υστερεκτομίες.

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

των ασθενών που έπασχαν απ' αυτήν τη νόσο ανέρχονται στα 341 και στα αποτελέσματα αναφέρεται και εκατοστιαία αναλογία.

Κάθε ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 18 ερωτήματα τα οποία συμπληρώθηκαν με βάση τα ιστορικά των ασθενών που βρίσκονταν στα αρχεία Νοσοκομείων. Ο χρόνος διάρκειας για τη συμπλήρωση κάθε ερωτηματολογίου ήταν 2 - 7 λεπτά, ανάλογα με το υλικό που υπήρχε στο φάκελο κάθε ασθενούς. Οι αντίστοιχες συμπληρώσεις πραγματοποιούνταν στα αρχεία κάθε νοσοκομείου ή στη βιβλιοθήκη του αφού πρώτα μεταφέρονταν από το αρχείο και ξαναεπιστρέφονταν στη θέση τους, ανάλογα με τον αύξοντα αριθμό των φακέλων των ιστορικών. Μετά τη συγκέντρωση όλων των ερωτηματολογίων με ασθενείς που νόσησαν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, δόθηκαν σε προγραμματιστή computer για τα αποτελέσματα.

Τα νοσοκομεία που χρησιμοποιήθηκαν για την έρευνα είναι : ο Άγιος Σάββας στην Αθήνα, το Ιπποκράτειο της Θεσσαλονίκης, το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και τα Νοσοκομεία 409 και Γενικό Κρατικό της Πάτρας. Τα παραπάνω νοσοκομεία δε νοσηλεύουν ασθενείς μόνο που γεννήθηκαν ή κατοικούν στα μεγάλα αστικά κέντρα, αλλά και ασθενείς από το πιο απόμακρο χωριό της Ελλάδας καθώς και πολύ μικρά ποσοστά αλλοδαπών. Στο αντιπροσωπευτικό δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα αυτή, δεν περιλαμβάνεται συγκεκριμένος αριθμός από καθένα από τα αστικά κέντρα, αλλά είναι ένα εντελώς τυχαίο δείγμα, χωρίς ιδιαίτερη επιλογή.

Το συγκεκριμένο θέμα της έρευνας, περιλαμβάνει μόνο γυναικείο πληθυσμό και οι ηλικίες κυμαίνονται από 20 ετών και άνω. Βασικό κριτήριο για το διαχωρισμό των ερωτηματολογίων ήταν



το διάστημα των χρονολογιών ( 1985 ως 1989 ) και κανένα άλλο. Τα ερωτηματολόγια μελετήθηκαν και εξετάστηκαν χωρίς να διαχωριστούν απο την αρχή σε κατηγορίες όπως : κοινωνικο - οικονομικές τάξεις, συγκεκριμένες περιοχές ελλαδικού χώρου κλπ.

Για την διεξαγωγή των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε computer Apple, στο οποίο δόθηκε το πρόγραμμα απο το προγραμματιστή και στη συνέχεια περάστηκαν τα στοιχεία κάθε ερωτηματολογίου. Ο χρόνος που χρειάστηκε για την εισαγωγή των στοιχείων στο computer ήταν τέσσερις ημέρες, ενώ ο χρόνος για την λήψη των γραφικών παραστάσεων ήταν περίπου μία εβδομάδα. Οι γραφικές παραστάσεις περιλαμβάνουν πίνακες, διαγράμματα και πίτες. Για την σωστή αντιστοιχία κάθε γραφικής παράστασης με το αντίστοιχο αποτέλεσμα, δόθηκαν συμβουλές απο ειδική στατιστικολόγο. Στις επόμενες σελίδες του ερευνητικού μέρους αναλύονται προσεκτικά τ' αποτελέσματα και αναγράφονται με κάθε λεπτομέρεια τα στοιχεία που προέκυψαν.

Σκοπός των γραφικών παραστάσεων είναι η καλύτερη κατανόηση των στατιστικών στοιχείων και η εύκολη αντίληψη των συμπερασμάτων απ' αυτά. Οι σχεδιασμοί έγιναν σε όσα αποτελέσματα ήσαν απαραίτητα.

Σε ορισμένα αποτελέσματα κρίνονται απαραίτητα και τα δυο είδη των γραφικών παραστάσεων ( πίνακες - πίτες ) ενώ σε άλλα μόνο το ένα απο τα δύο ανάλογα με το ερώτημα του ερωτηματολογίου. Ορισμένα ερωτήματα δεν παρήχαν όλα τα στοιχεία που χρειάζονταν για να οδηγηθούμε σε σωστό στατιστικό αποτέλεσμα έτσι ώστε να καταστεί πλήρες και έγκυρο το αντίστοιχο συμπέρασμα. Σε τέτοιες περιπτώσεις γίνονται απλοί

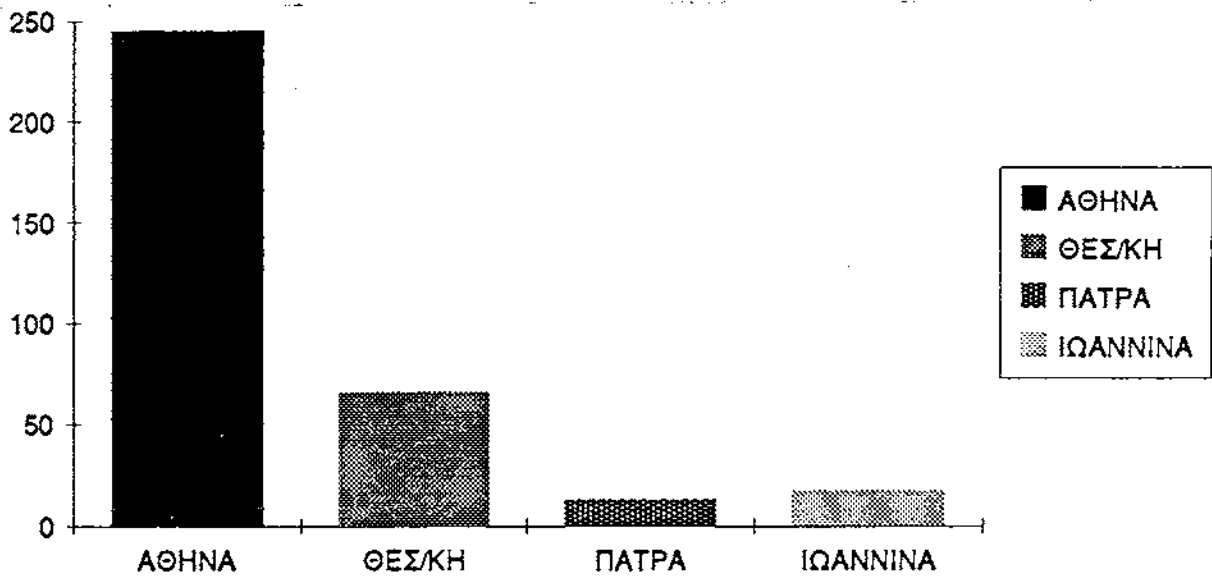
υπολογισμοί και αναφέρονται αντίστοιχες κρίσεις. Επίσης στην εργασία υπάρχουν συγκριτικοί πίνακες δύο μεταβλητών.

Τα ελλειπή στοιχεία που εμφανίζονται στα ερωτηματολόγια αφήνονται στο γεγονός των δυσκολιών που παρουσιάζονται κατά την διάρκεια της συμπλήρωσης τους στα αντίστοιχα νοσοκομεία. Μερικοί από τους φακέλους των ασθενών δεν είχαν πλήρες ιστορικό οικογενειακό ή γυναικολογικό, δεν ανέφεραν συνήθειες της κάθε ασθενούς καθώς και μερικές φορές (ελάχιστες βέβαια) δεν υπήρχαν στοιχεία ταυτότητας. Επίσης δεν ήσαν λίγες οι φορές που έλλειπαν οι φάκελοι ασθενών από το αρχείο γιατί χρησιμοποιούνταν από το προσωπικό του αντίστοιχου νοσοκομείου.

Παρά τις δυσκολίες όμως κατορθώθηκε να συγκεντρωθεί το βασικό και απαραίτητο υλικό για την διεκπεραίωση της έρευνας, γεγονός που οφείλεται σε όχι λίγα άτομα.

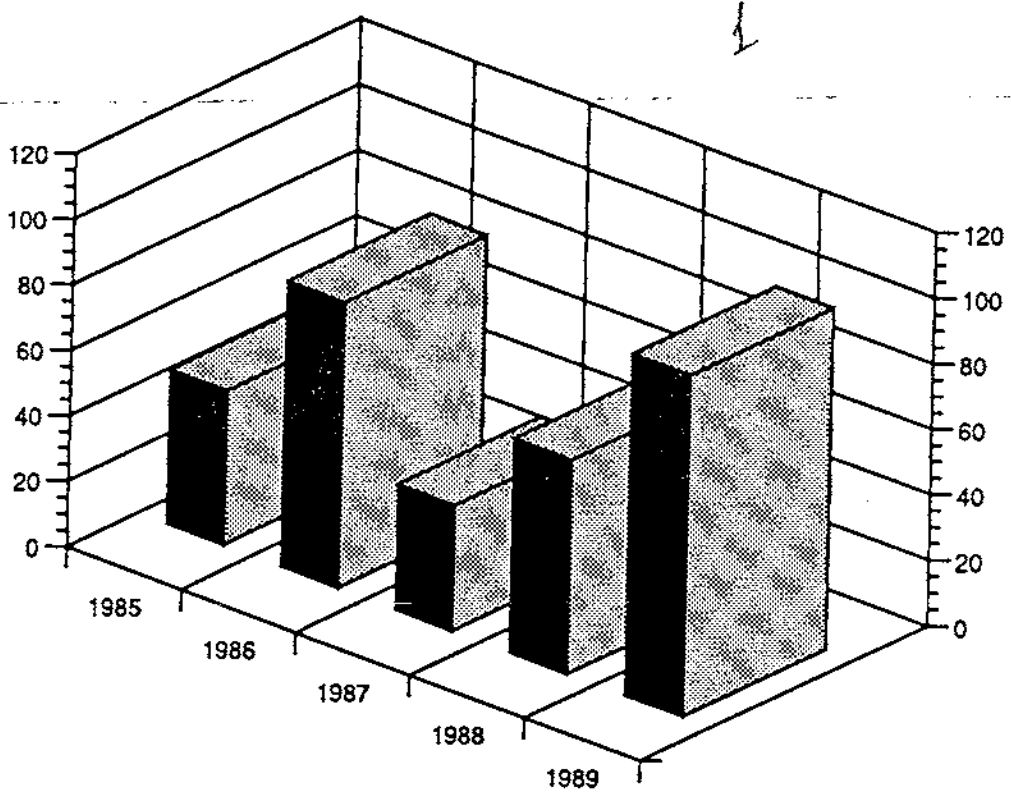
Α Π Ο Τ Ε Λ Ε Σ Μ Α Τ Α

Πίνακας 1: Κατανομή 341 Ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας σε σχέση με την περιοχή έρευνας.  
(Αθήνα - Θεσσαλονίκη - Πάτρα - Ιωάννινα)



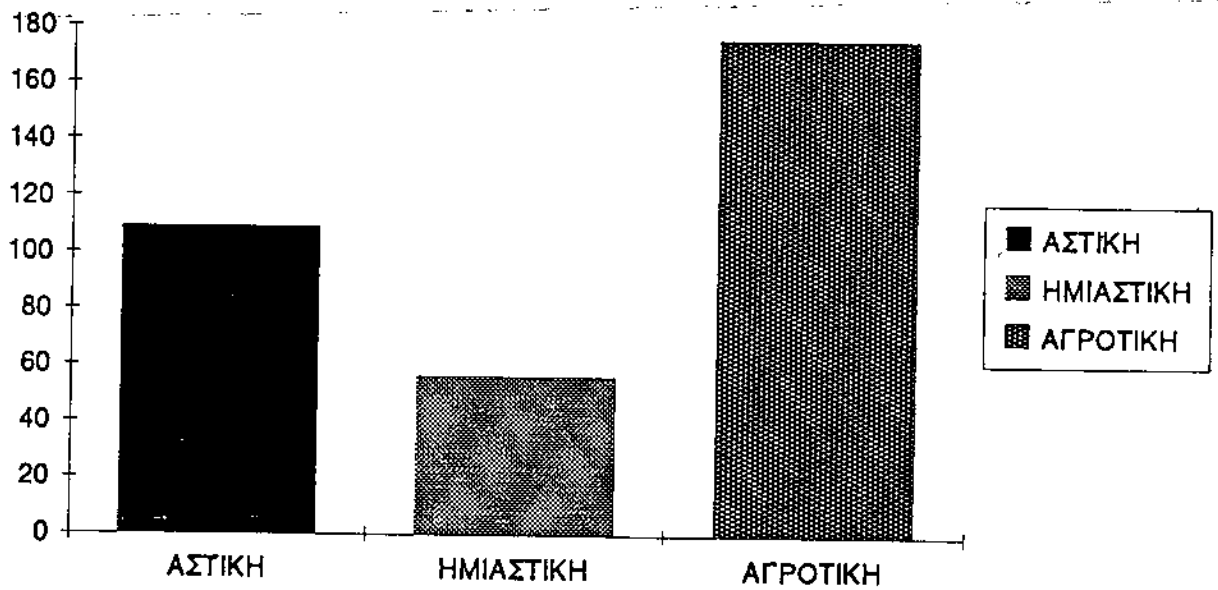
Όπως φαίνεται στον πίνακα 1 οι ασθενείς που βρέθηκαν ότι νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο της Αθήνας "Άγιος Σάββας" καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο ποσοστό με οποιαδήποτε άλλη περιοχή έρευνας.

Πίνακας 1: Κατανομή 341 Ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας σε σχέση με την χρονολογία εμφάνισης του καρκίνου.



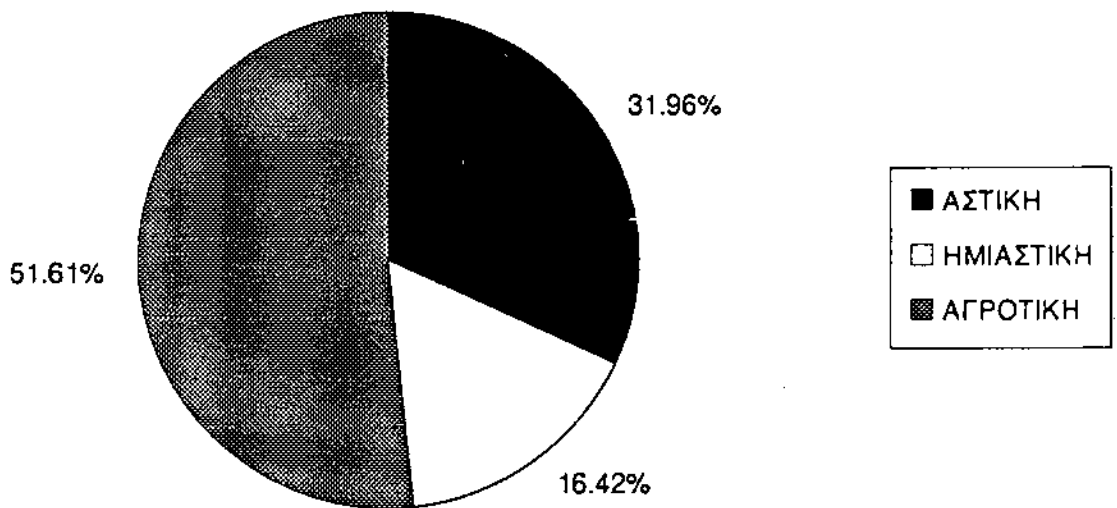
Όπως φαίνεται στον πίνακα 2 οι γυναίκες που εμφάνισαν σε μεγαλύτερο ποσοστό καρκίνο τραχήλου της μήτρας ήταν το έτος 1989.

Πίνακας 3: Κατανομή 341 ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας σε σχέση με την περιοχή γέννησής τους.



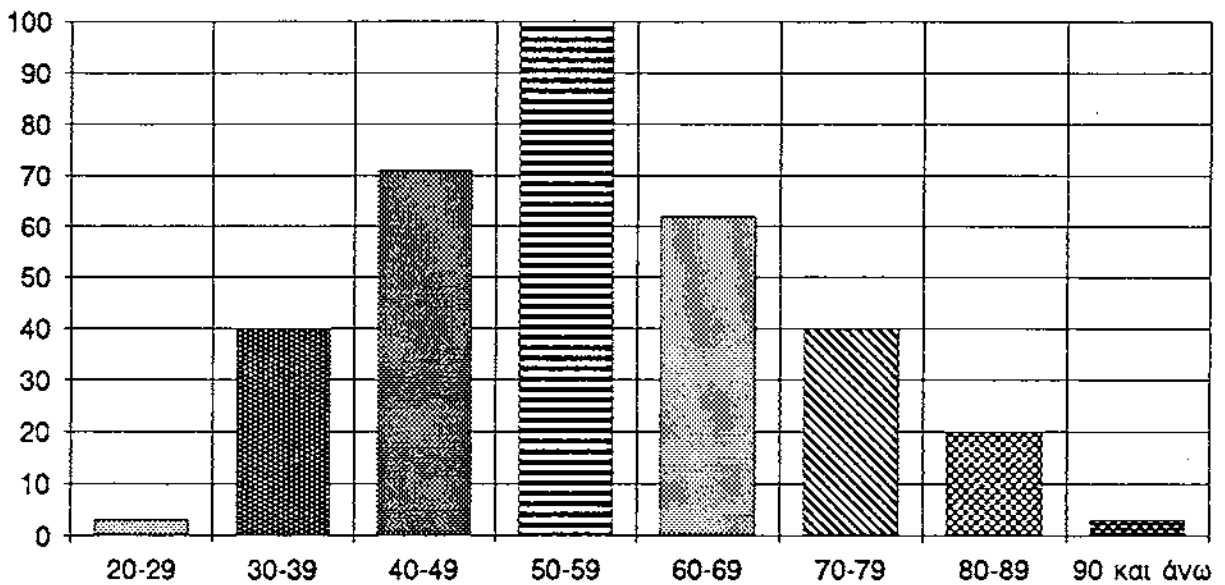
Όπως φαίνεται στον πίνακα 3 ο καρκίνος τραχήλου μήτρας εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε ασθενείς που γεννήθηκαν σε αγροτική περιοχή.

Σχήμα 1: Εκατοστιαία αναλογία περιοχής γέννησης σε σύνολο 341 ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας



Όπως φαίνεται στο Σχήμα 1 ο καρκίνος τραχήλου μήτρας εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε ασθενείς που γεννήθηκαν σε αγροτική περιοχή.

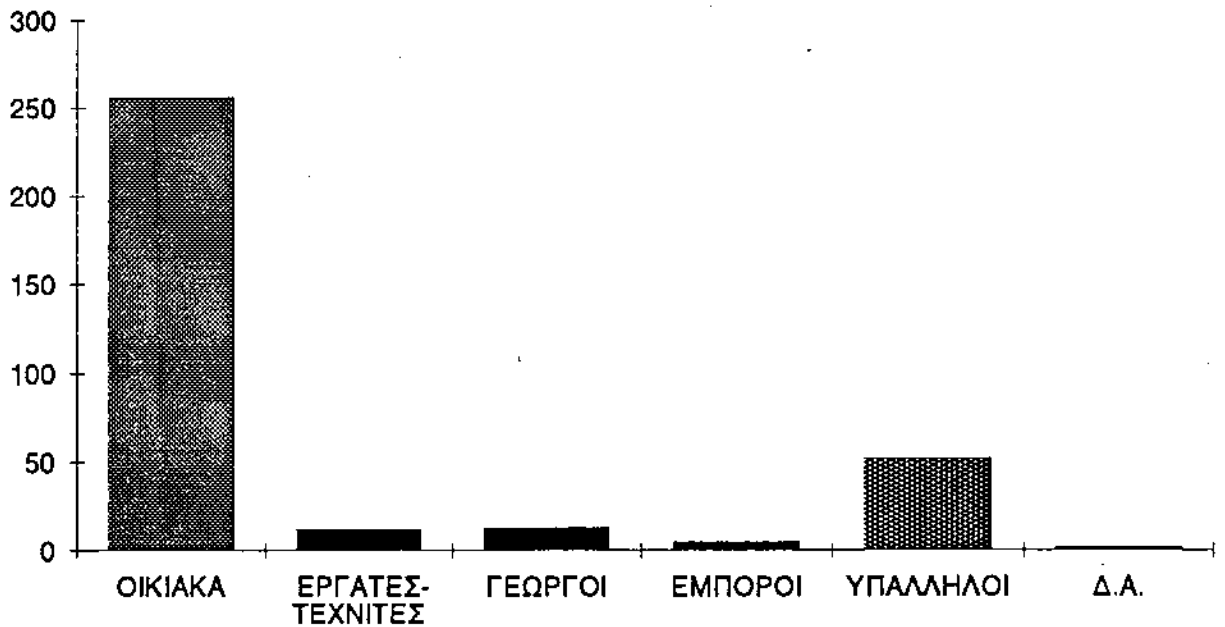
Πίνακας 4: Κατανομή 341 ασθενών με καρκίνο τράχηλου μήτρας σε σχέση με την ηλικία την οποία εμφανίστηκε σ' αυτές ο καρκίνος.



Όπως φαίνεται στον πίνακα 4 η πιο επικίνδυνη ηλικία προσβολής γυναικών από καρκίνο τραχήλου μήτρας είναι η ηλικία μεταξύ 50-59 ετών.

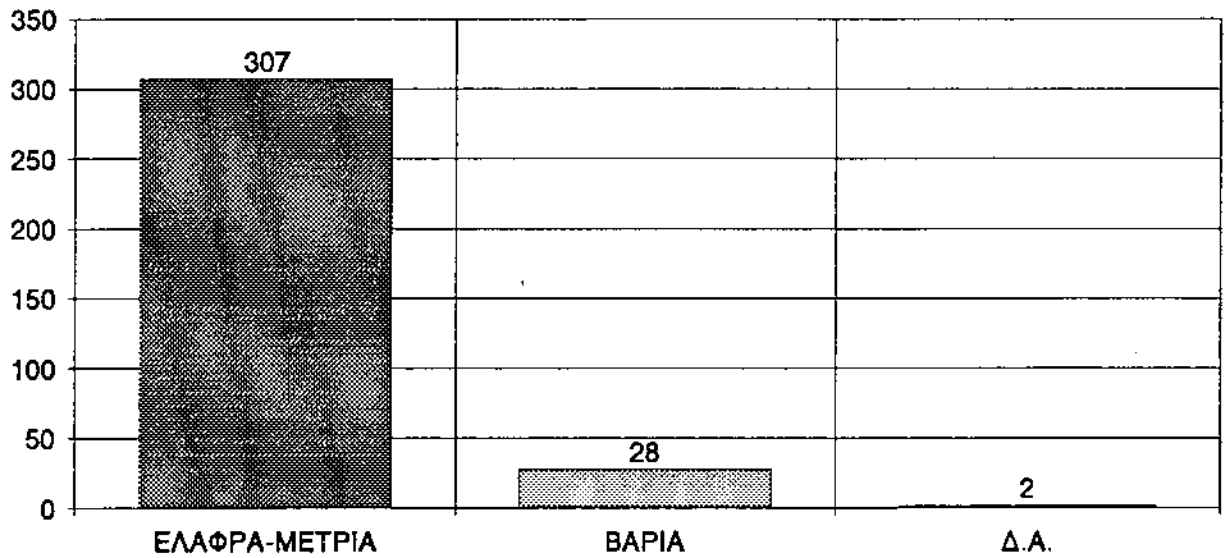


Πίνακας 5: Κατανομή 341 ασθενών με καρκίνο τράχηλου μήτρας σε σχέση με το επάγγελμα που εξασκούσαν πριν νοσήσουν.



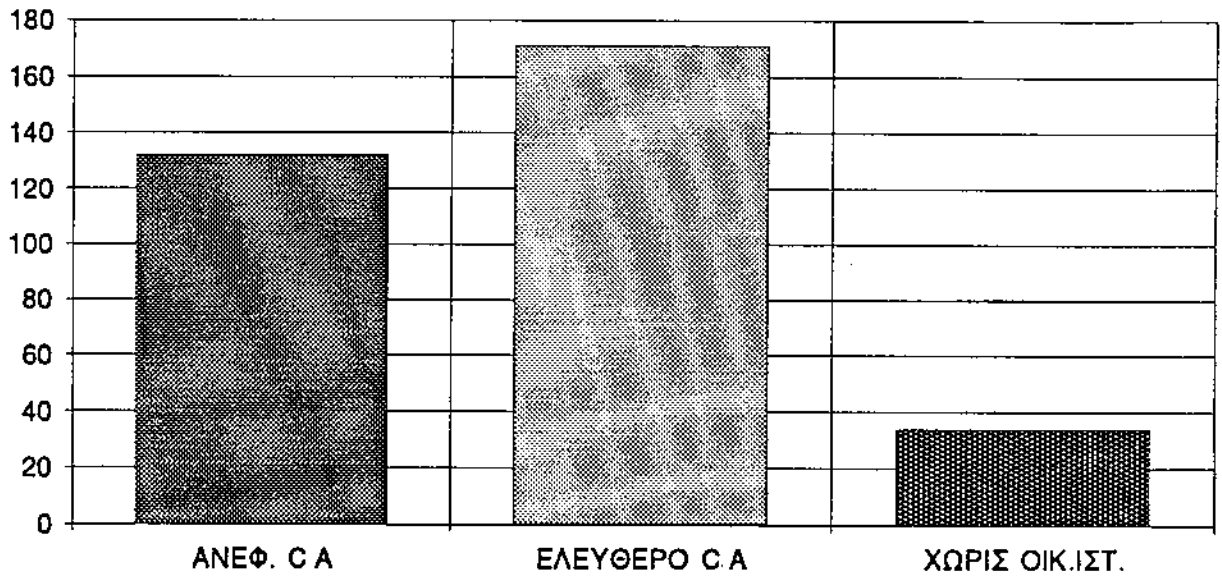
Όπως φαίνεται στον πίνακα 5 το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας εμφανίζεται στις γυναίκες που ασχολούνται με οικιακές εργασίες.

Πίνακας 6: Κατανομή 341 ασθενών με καρκίνο τράχηλου μήτρας σε σχέση με την βαρύτητα του επαγγέλματος που εξασκούσαν (ελαφριά-μέτρια-βαριά).



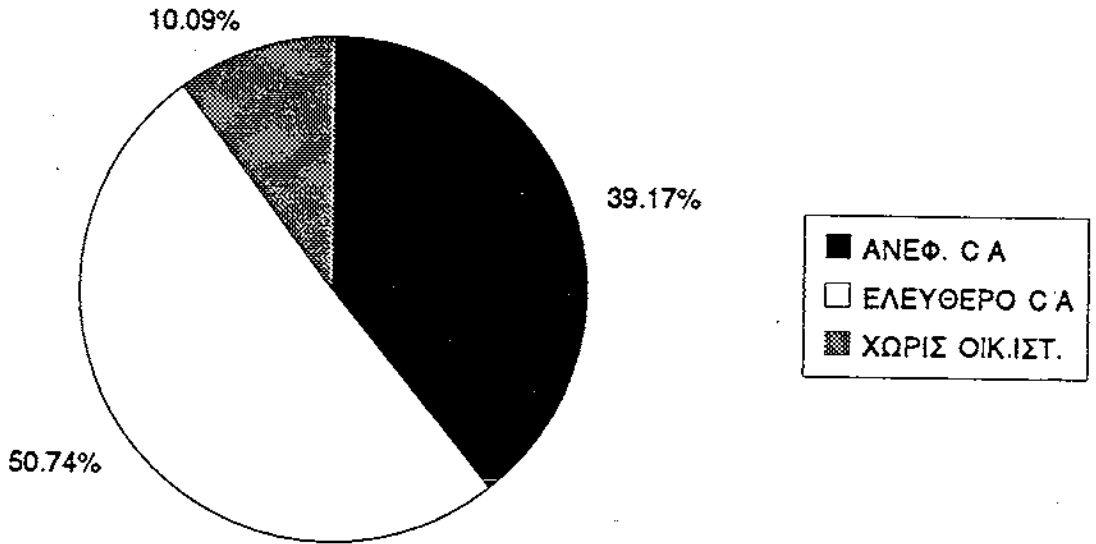
Όπως φαίνεται στον πίνακα 6 το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας εξασκούσαν ελαφριά -μέτρια εργασία (οικιακά, υπάλληλοι, εκπαιδευτικοί).

Πίνακας 7: Κατανομή 341 ασθενών με καρκίνο τράχηλου μήτρας σε σχέση με το οικογενειακό ιστορικό των ασθενών που αφορούν την παρουσία καρκίνου



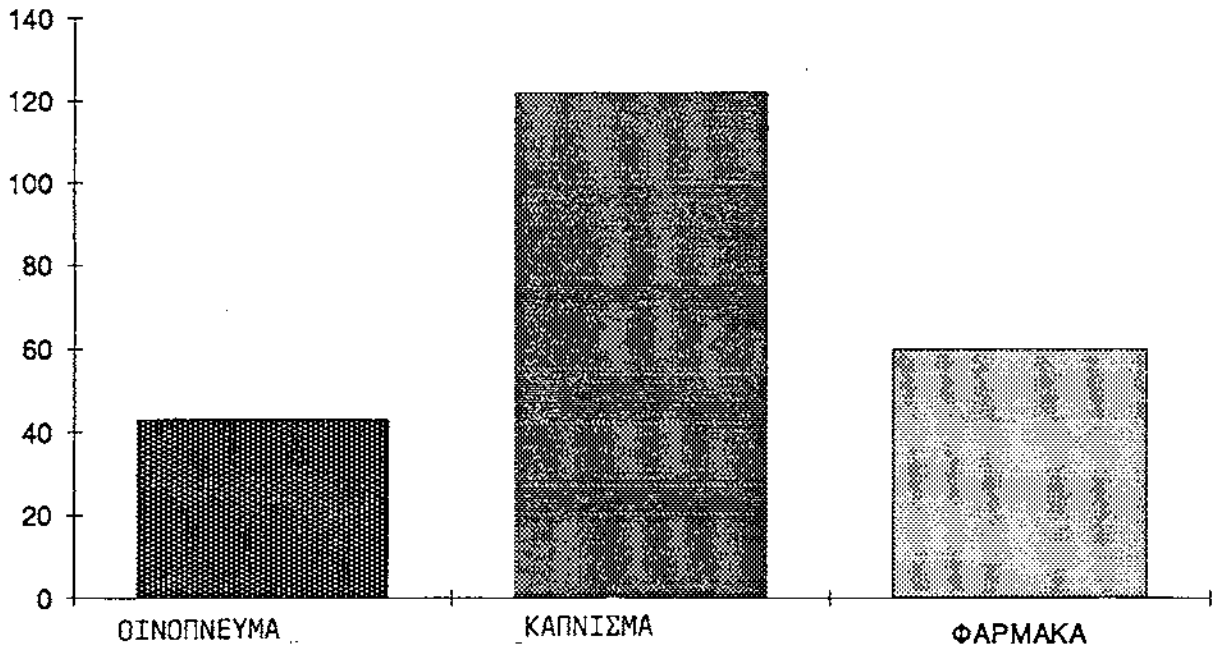
Όπως φαίνεται στον πίνακα 7 μεγάλο ποσοστό ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας έχουν ελεύθερο ιστορικό καρκίνου στο οικογενειακό ιστορικό τους.

Σχήμα 2: Εκατοστιαία αναλογία σε σύνολο 341 ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας σε σχέση με την εμφάνιση καρκίνου στο οικογενειακό ιστορικό τους.



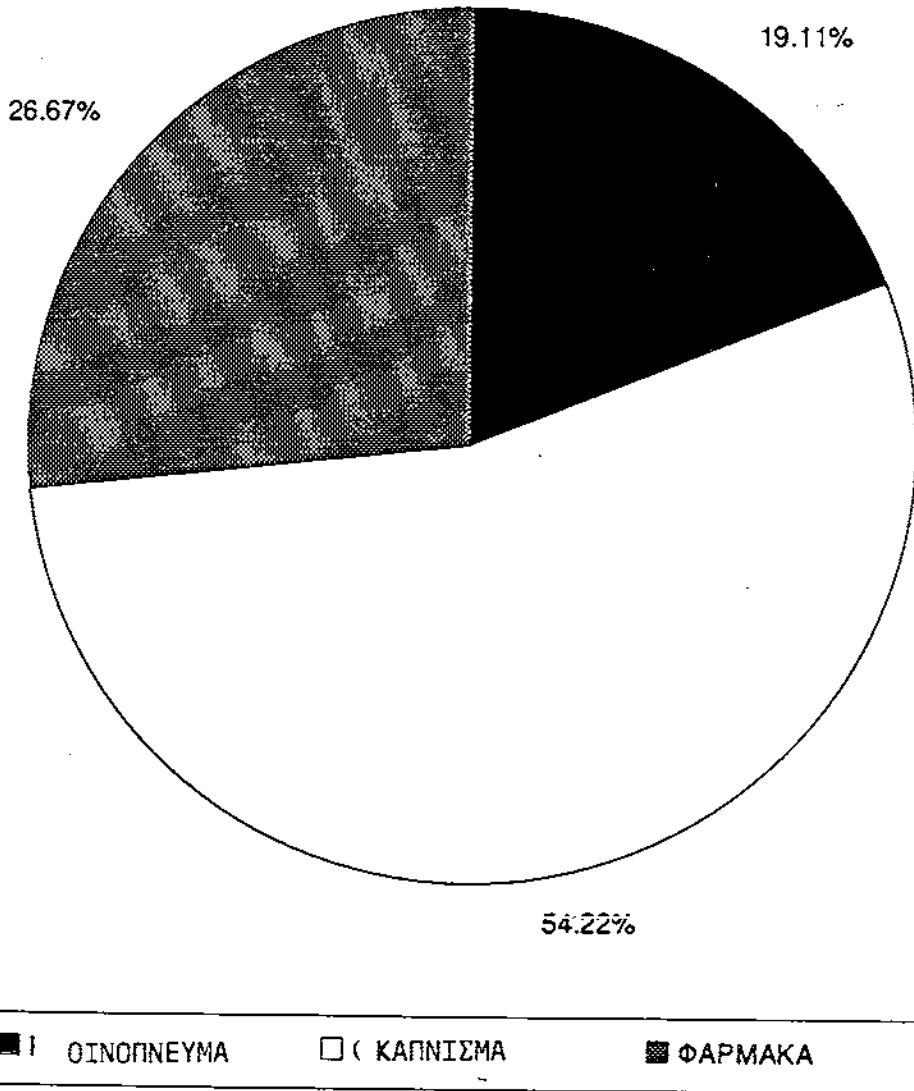
Όπως φαίνεται στο Σχήμα 2 το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας έχουν ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό.

Πίνακας 8: Κατανομή 341 ασθενών με καρκίνο τράχηλου μήτρας σε σχέση με τα σινοπνευματώδη, το κάπνισμα και τα φάρμακα (κυρίως αντισυλληπτικά χάπια).



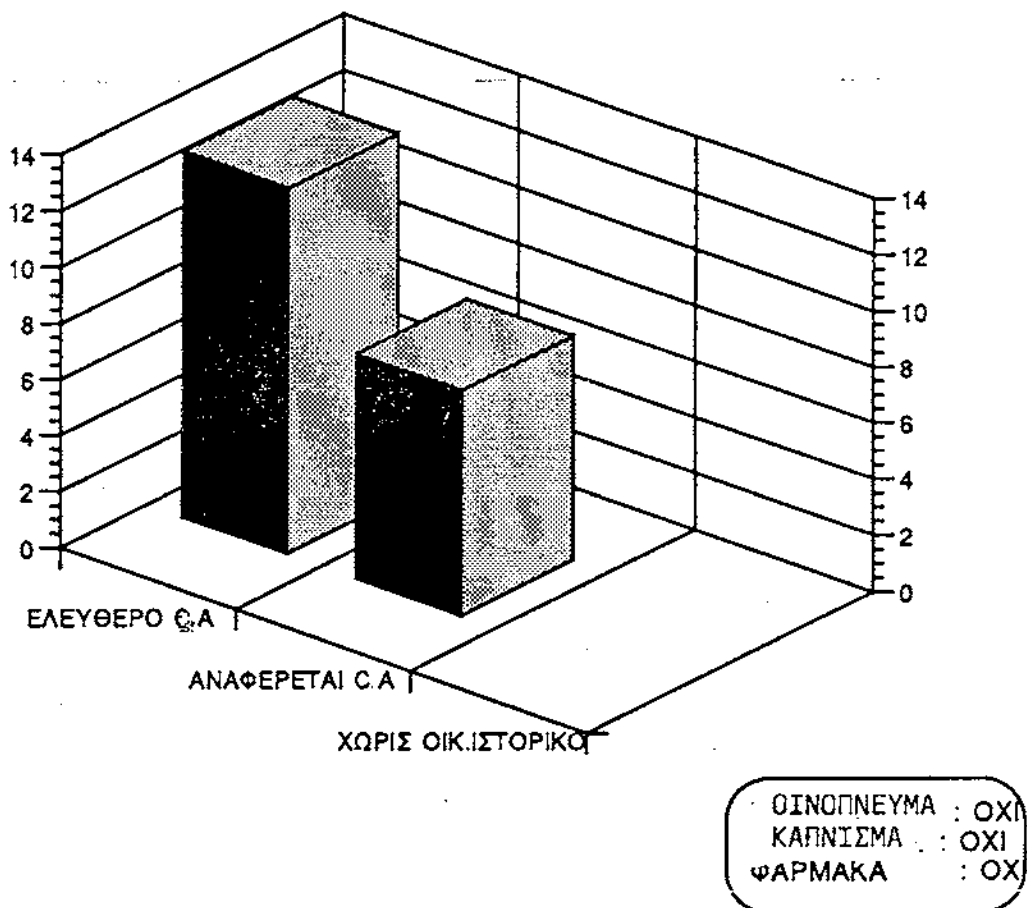
Όπως φαίνεται στον πίνακα 6 ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στις ασθενείς που κάπνιζαν.

Σχήμα 3: Εκατοστιαία αναλογία καπνιστριών και χρηστών οινόπνευματων ποτών και φαρμάκων σε σύνολο 341 ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας.



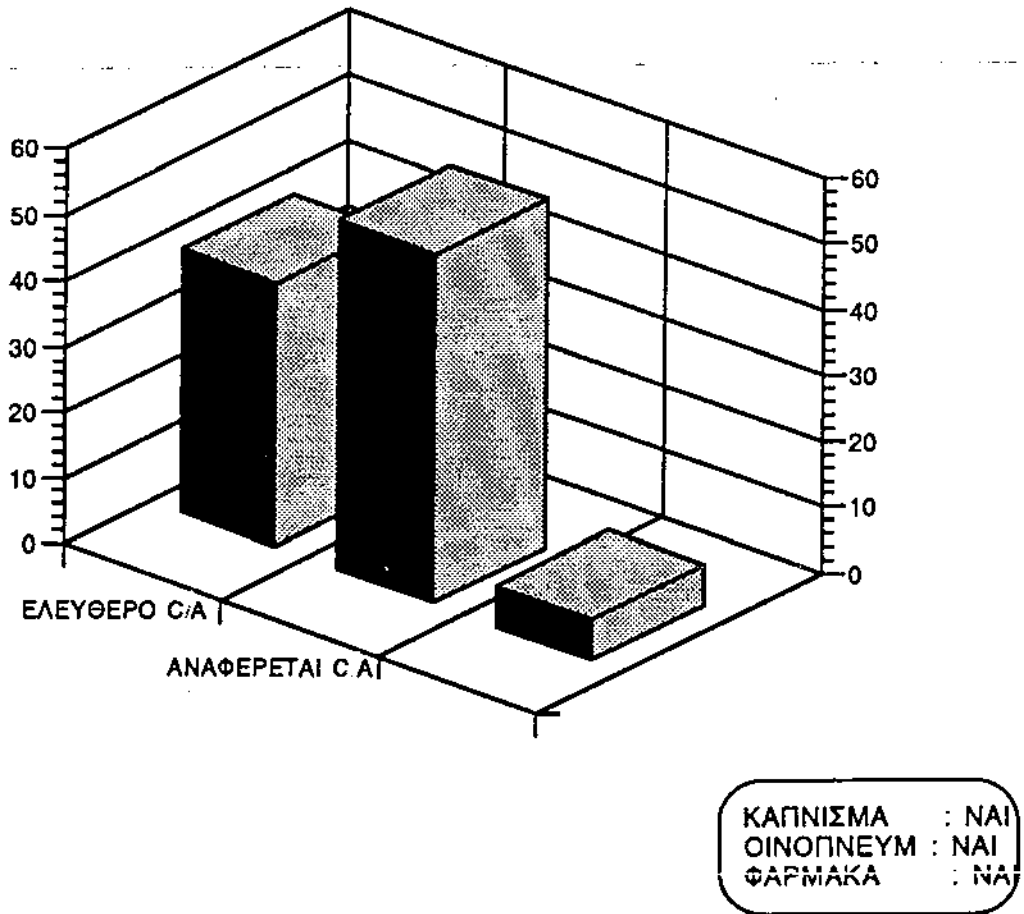
Όπως φαίνεται στο Σχήμα 3 ο καρκίνος τραχήλου μήτρας εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε ασθενείς που καπνίζουν.

Πίνακας 9: Κατανομή 341 ασθενών με καρκίνο τράχηλου μήτρας σε μη χρήστες οινοπνευματωδών, καπνιστών και φαρμάκων σε σχέση με το οικογενειακό ιστορικό τους.



Όπως φαίνεται στον πίνακα 9 ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στις ασθενείς που δεν ήταν χρήστες και είχαν ελεύθερο ιστορικό καρκίνου.

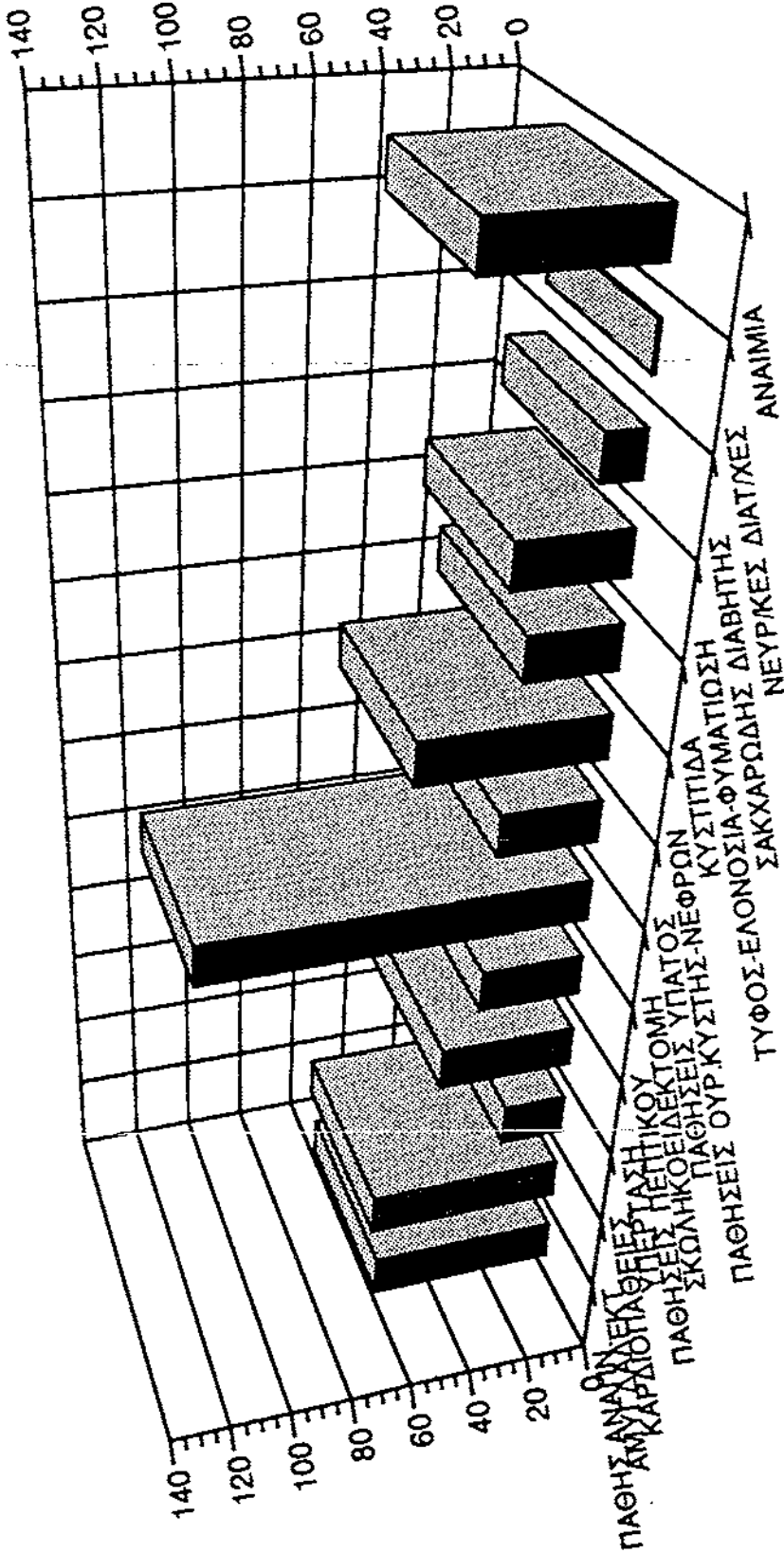
Πίνακας 10: Κατανομή 341 ασθενών με καρκίνο τράχηλου μήτρας σε χρήστες οινόπνευματων, καπνιστών και φαρμάκων σε σχέση με το οικογενειακό ιστορικό τους.



Όπως φαίνεται στον πίνακα 10 ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα σε ασθενείς που ήταν χρήστες και αναφερόταν καρκίνος στο οικογενειακό ιστορικό τους.

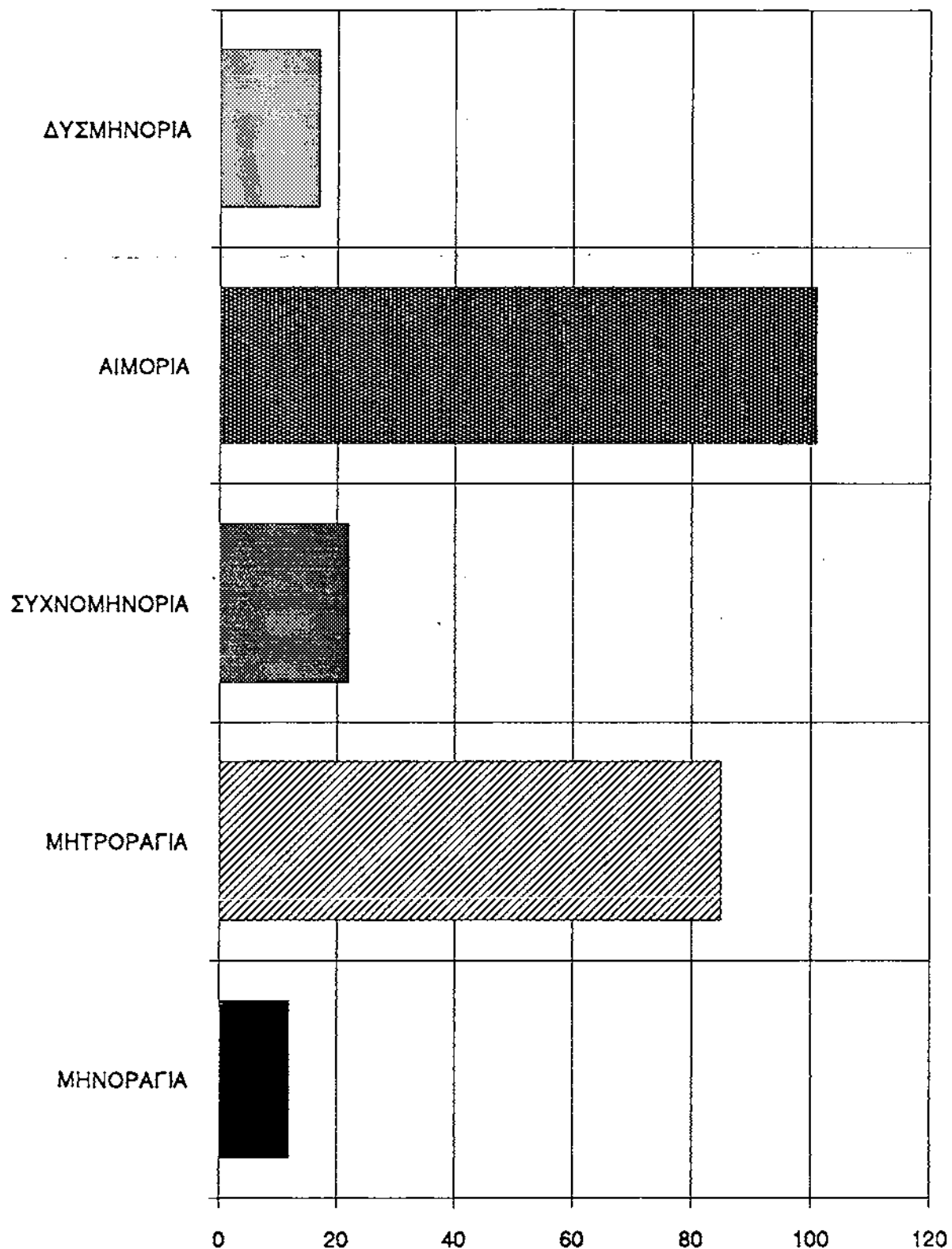


Πίνακας 11: Κατανομή 341 ασθενών με καρκίνο τράχηλου μήτρας σε σχέση με το ατομικό ιστορικό.



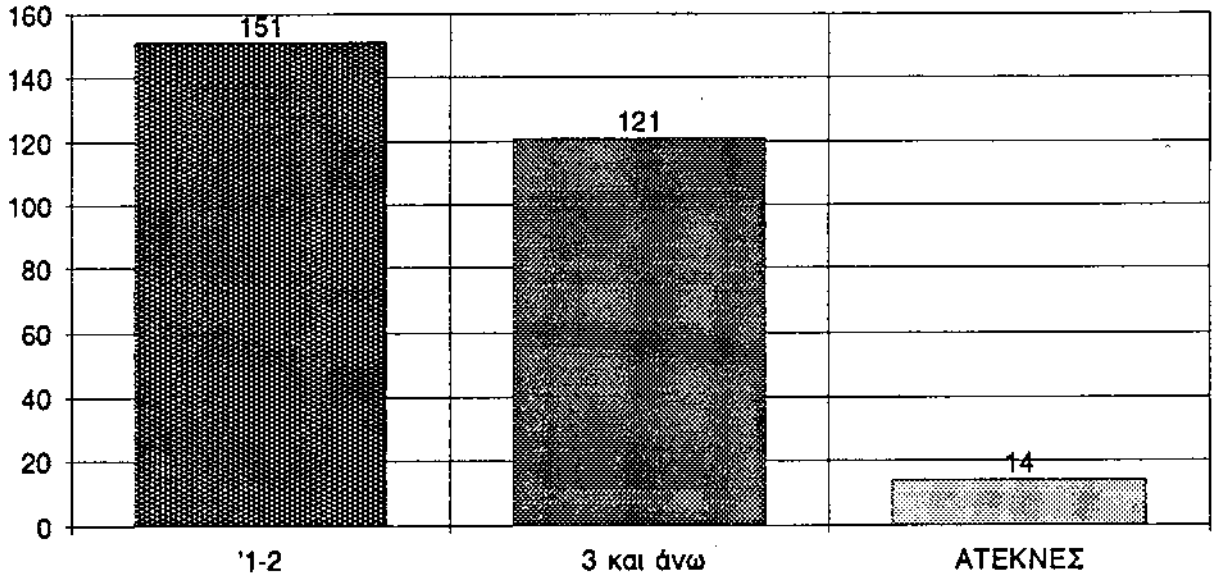
Όπως φαίνεται στον πίνακα 11 ο καρκίνος του τράχηλου της μήτρας εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στις ασθενείς που έκαναν σκλήροειδεκτομή.

Πίνακας 12: Κατανομή 341 ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας σε σχέση με τις διαταραχές περιόδου



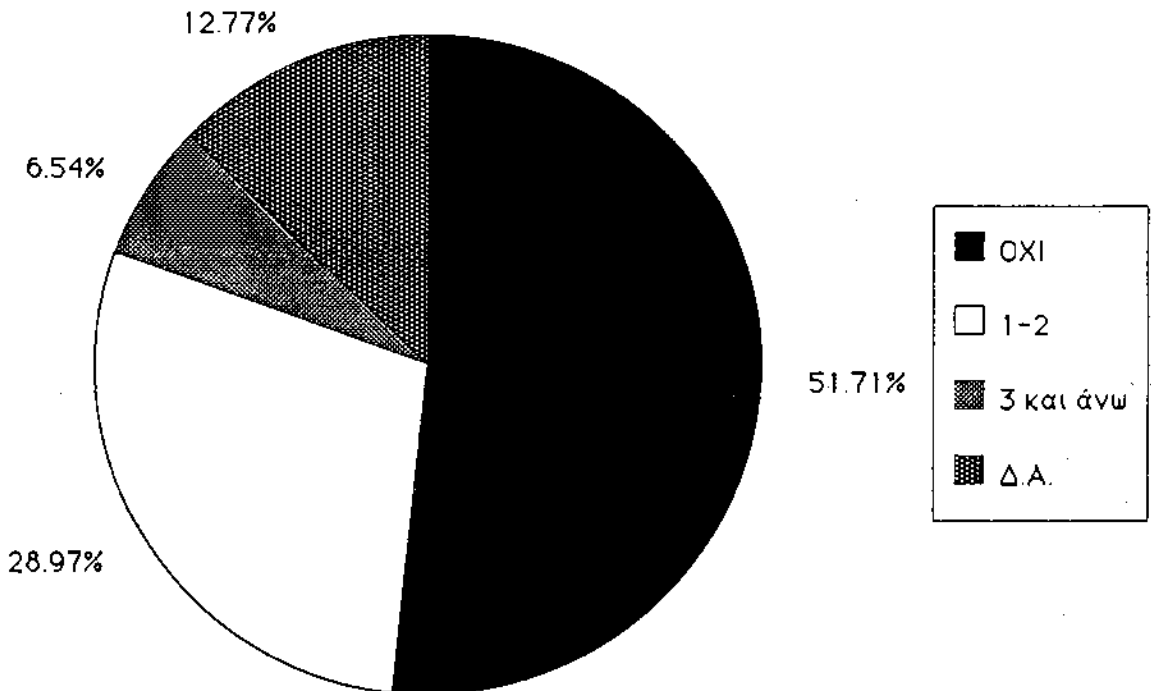
Όπως φαίνεται στον πίνακα 12 ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες που παρουσίαζαν αιμόρρια.

Πίνακας 13: Κατανομή 341 ασθενών με καρκίνο τράχηλου μήτρας σε σχέση με την εγκυμοσύνη.



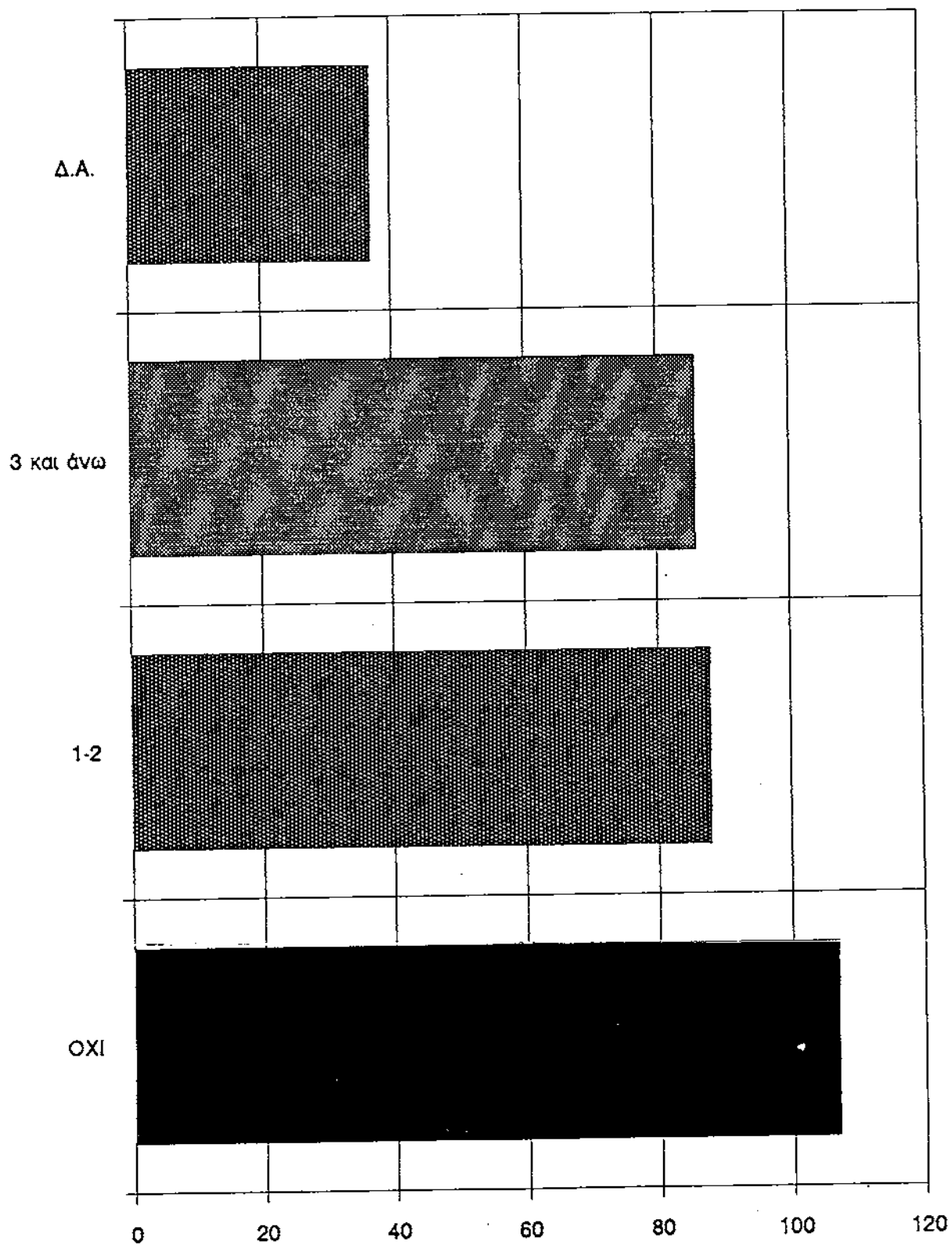
Όπως φαίνεται στον πίνακα 13 ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει.

Σχήμα 4 : Εκατοστιαία αναλογία αποβολών σε σύνολο 341 ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας.



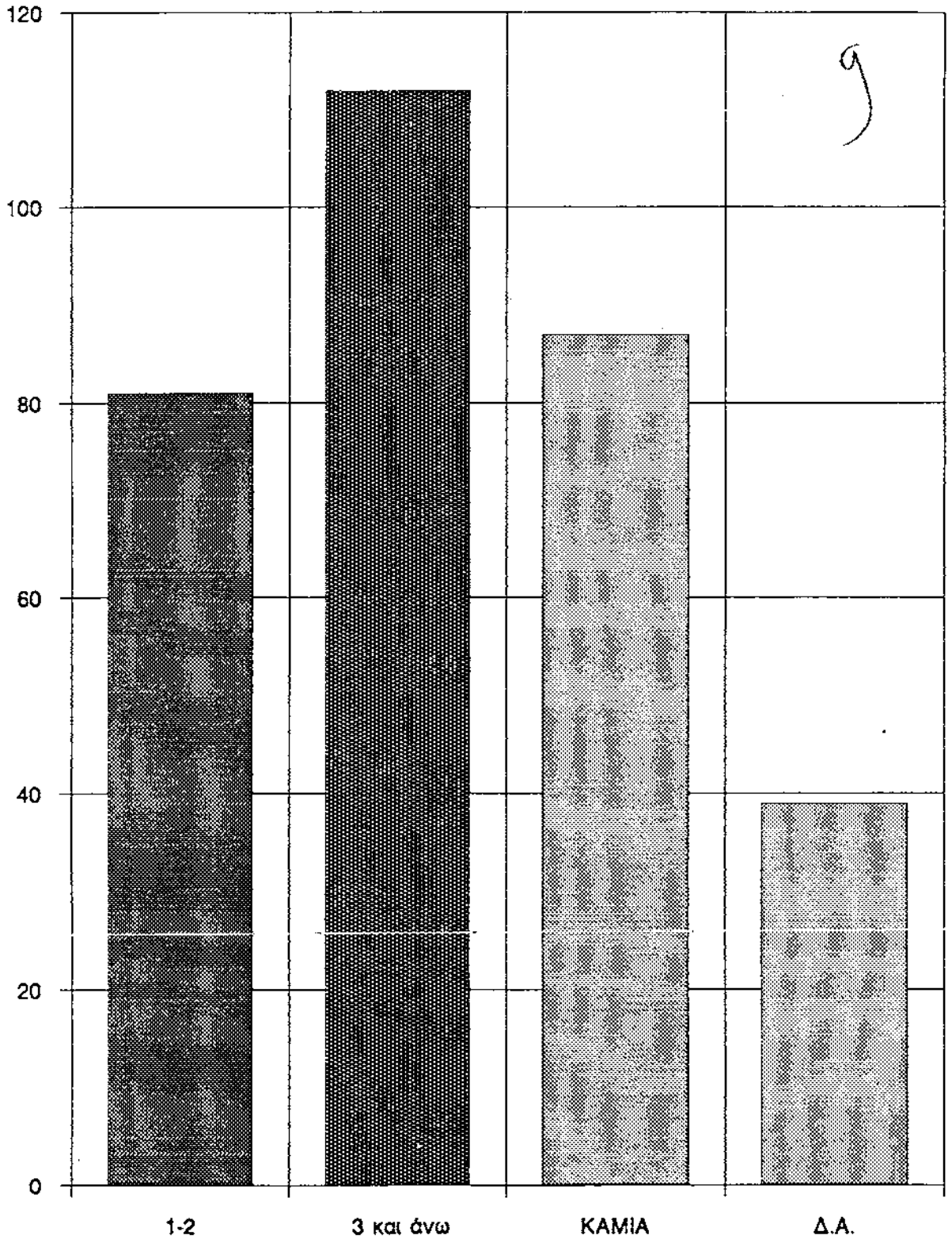
Όπως φαίνεται στο σχήμα 4 το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας δεν έχει κάνει καμία αποβολή.

Πίνακας 14: Κατανομή 341 ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας σε σχέση με τις αμβλώσεις



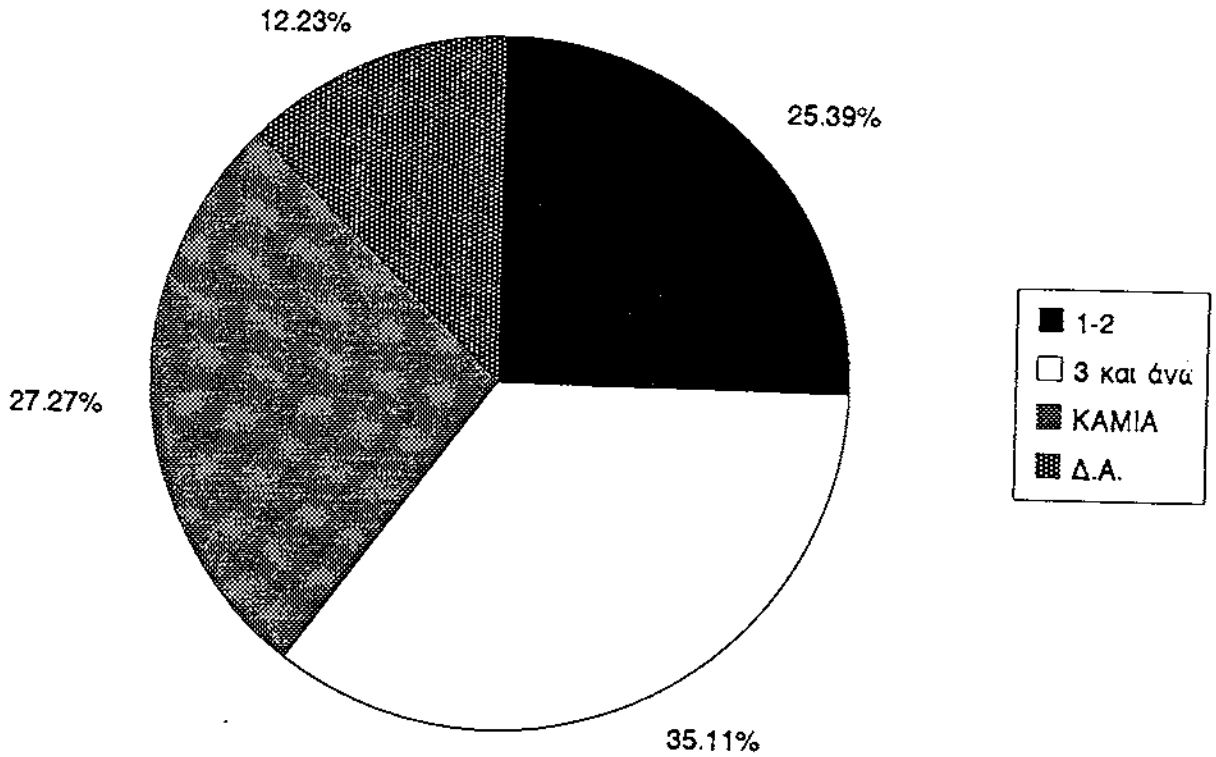
Όπως φαίνεται στον πίνακα 14 ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις ασθενείς που έκαναν αμβλώσεις.

Πίνακας 15: Κατανομή 341 ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας σε σχέση με τις διακοπές κύησης



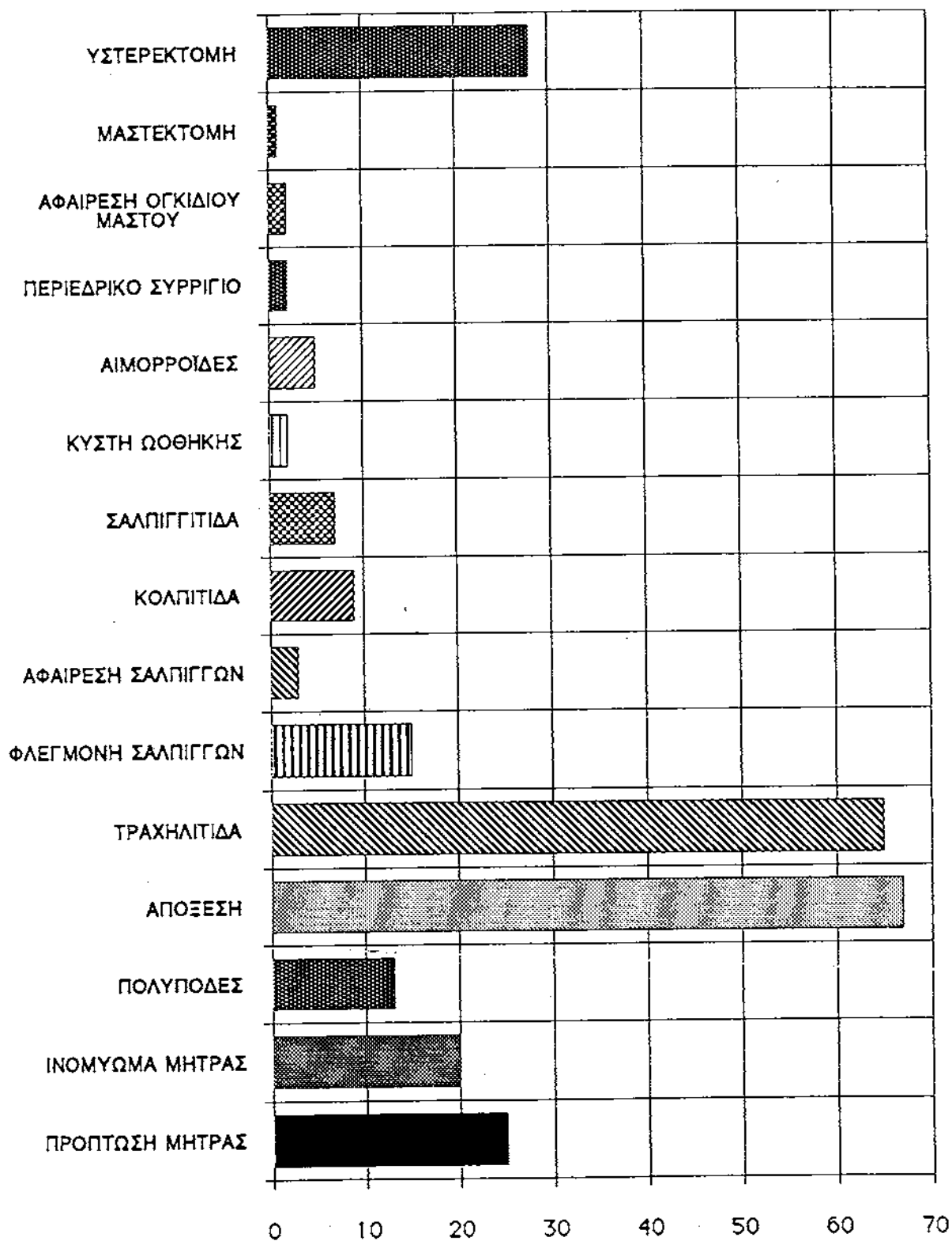
Όπως φαίνεται στον πίνακα 15 ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στις ασθενείς που διέκοψαν την κύησή τους 3 ή περισσότερες φορές.

Σχήμα 5 : Εκατοστιαία αναλογία διακοπής κύησης σε σύνολο 341 ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας.



Όπως φαίνεται στο σχήμα 5 ο καρκίνος τραχήλου μήτρας εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε ασθενείς με τρεις ή περισσότερες διακοπές κύησης.

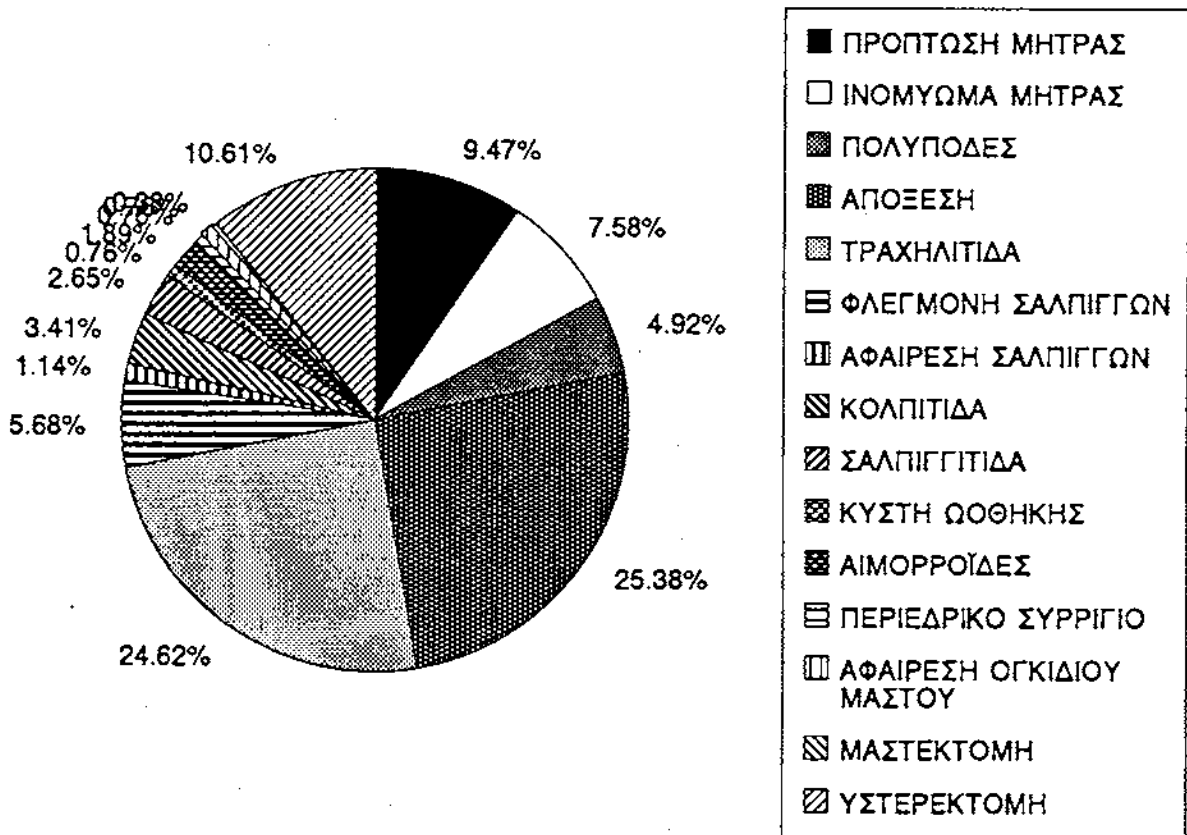
Πίνακας 16: Κατανομή 341 ασθενών με καρκίνο τράχηλου μήτρας σε σχέση με τις γυναικολογικές παθήσεις.



Όπως φαίνεται στον πίνακα 16 ο καρκίνος του τράχηλου της μήτρας εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις ασθενείς με απόξεση και τραχηλίτιδα.

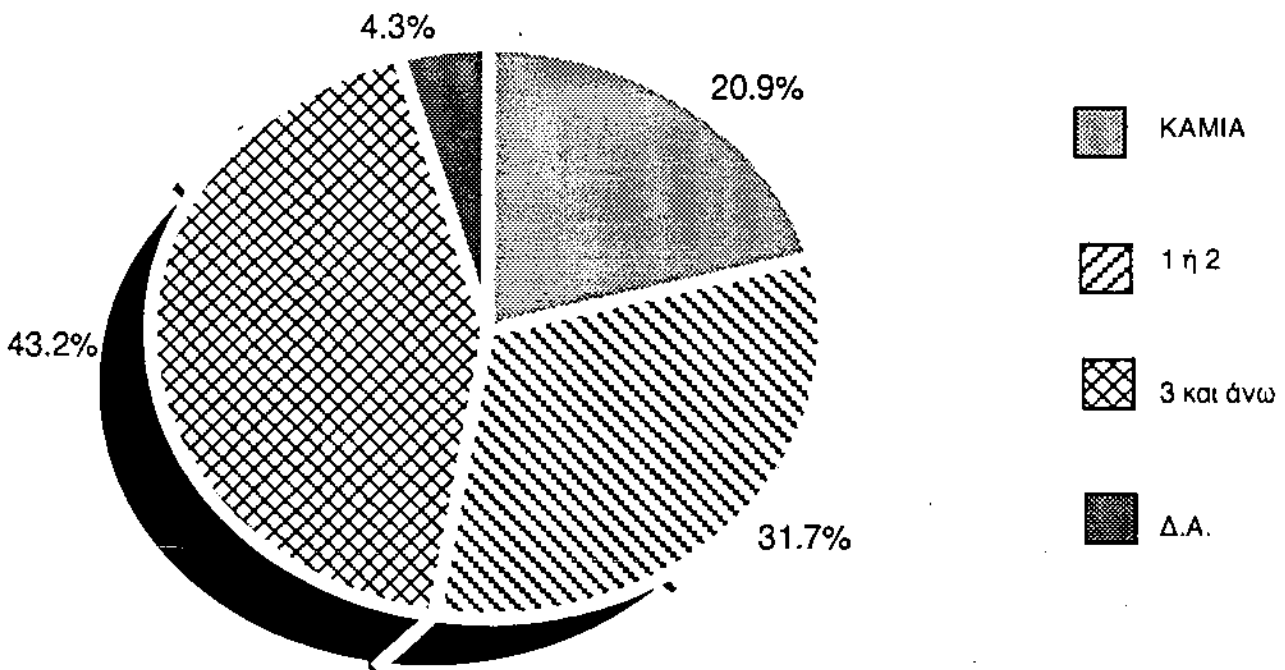


Σχήμα 6 : Εκατοστιαία αναλογία γυναικολογικών παθήσεων σε σύνολο 341 ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας.



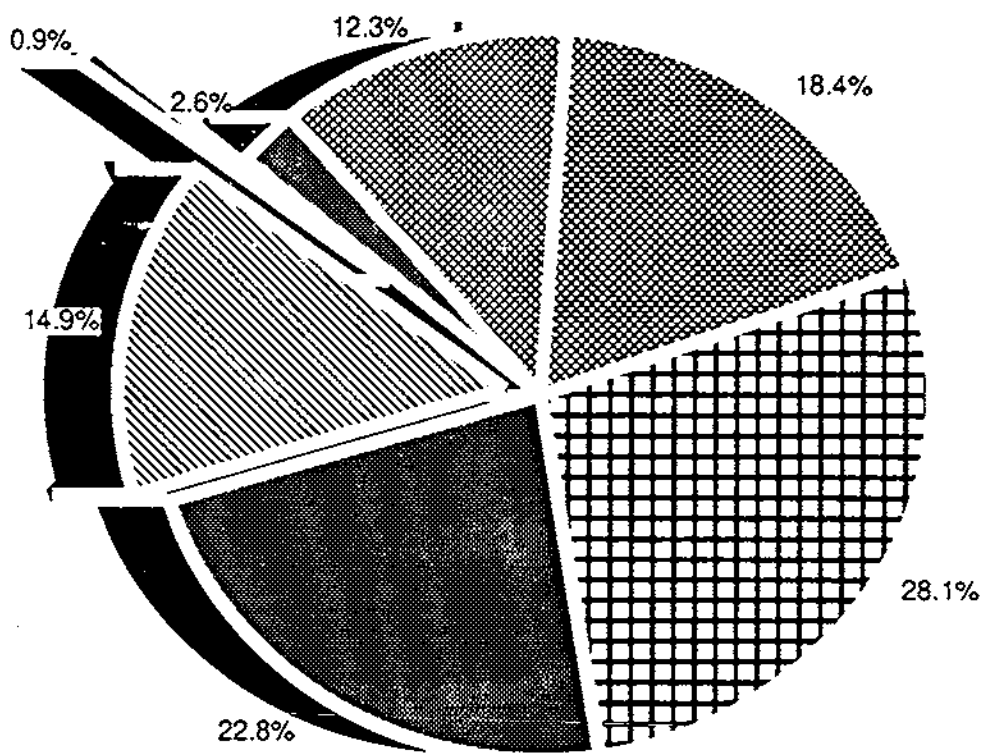
Όπως φαίνεται στο σχήμα 6 ο καρκίνος τραχήλου μήτρας εμφανίζεται με μεγαλύτερο ποσοστό σε ασθενείς με απόξεση και τραχηλίτιδα.

Σχήμα 7 : Εκατοστιαία αναλογία διακοπής κύησης με συνύπαρξη γυναικολογικών παθήσεων σε σύνολο 341 ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας.



Όπως φαίνεται στο σχήμα 7 ο καρκίνος τραχήλου μήτρας εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε ασθενείς που είχαν γυναικολογικά προβλήματα και διέκοψαν την κύησή τους τρεις ή περισσότερες φορές.

Σχήμα 8 : Εκατοστιαία αναλογία γυναικολογικών παθήσεων με κατανομή ηλικίας σε σύνολο 341 ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας.

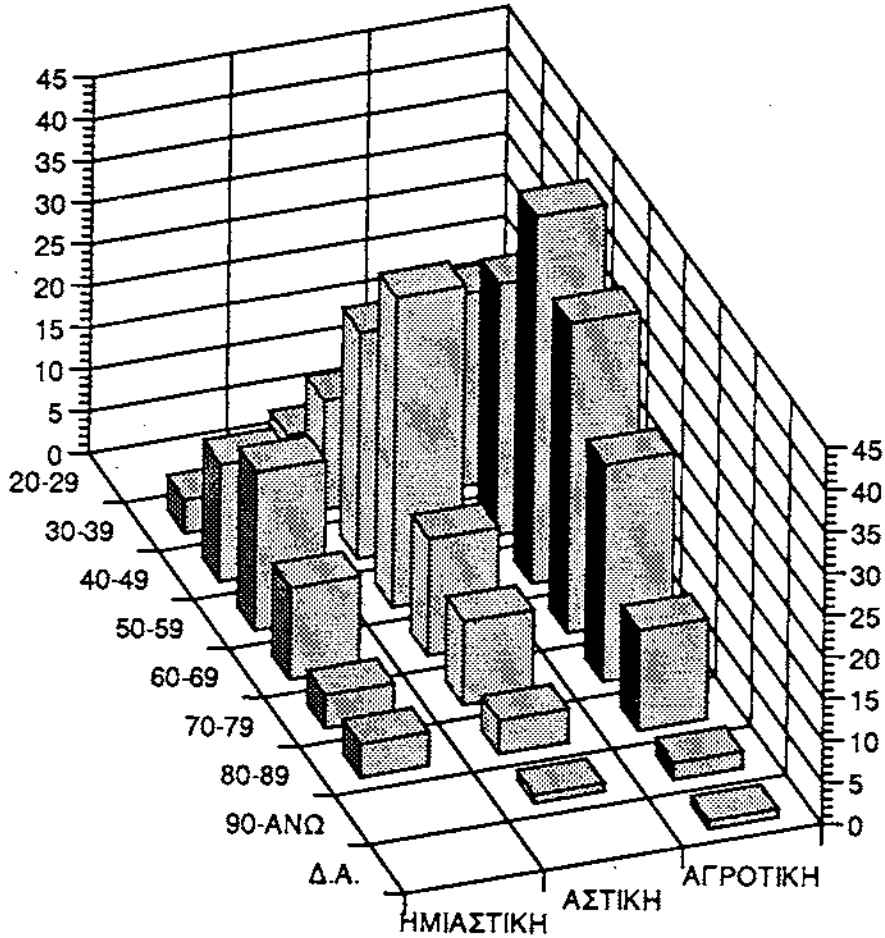


#### ΗΛΙΚΙΕΣ

- |         |         |
|---------|---------|
| ■ 80-89 | ■ 40-49 |
| ▒ 70-79 | ▒ 30-39 |
| ▒ 60-69 | ■ 20-29 |
| † 50-59 |         |

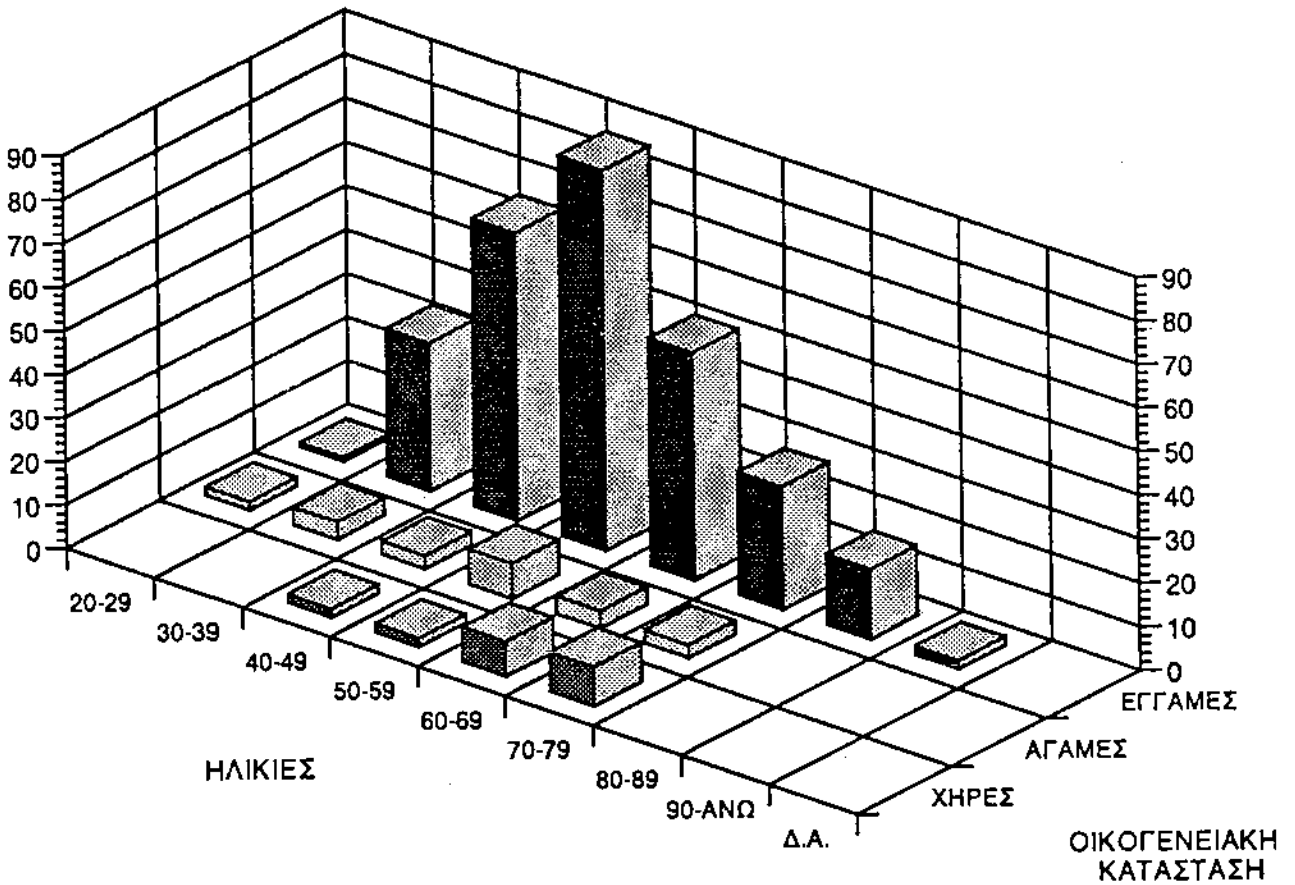
Όπως φαίνεται στο σχήμα 8 ο καρκίνος τραχήλου μήτρας εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε ασθενείς που παρουσίαζαν γυναικολογικά προβλήματα και είχαν ηλικία μεταξύ 50-59 ετών.

Πίνακας 17: Κατανομή 341 ασθενών με καρκίνο τράχηλου μήτρας σε σχέση με τις ηλικίες τους και την περιοχή γέννησής τους.



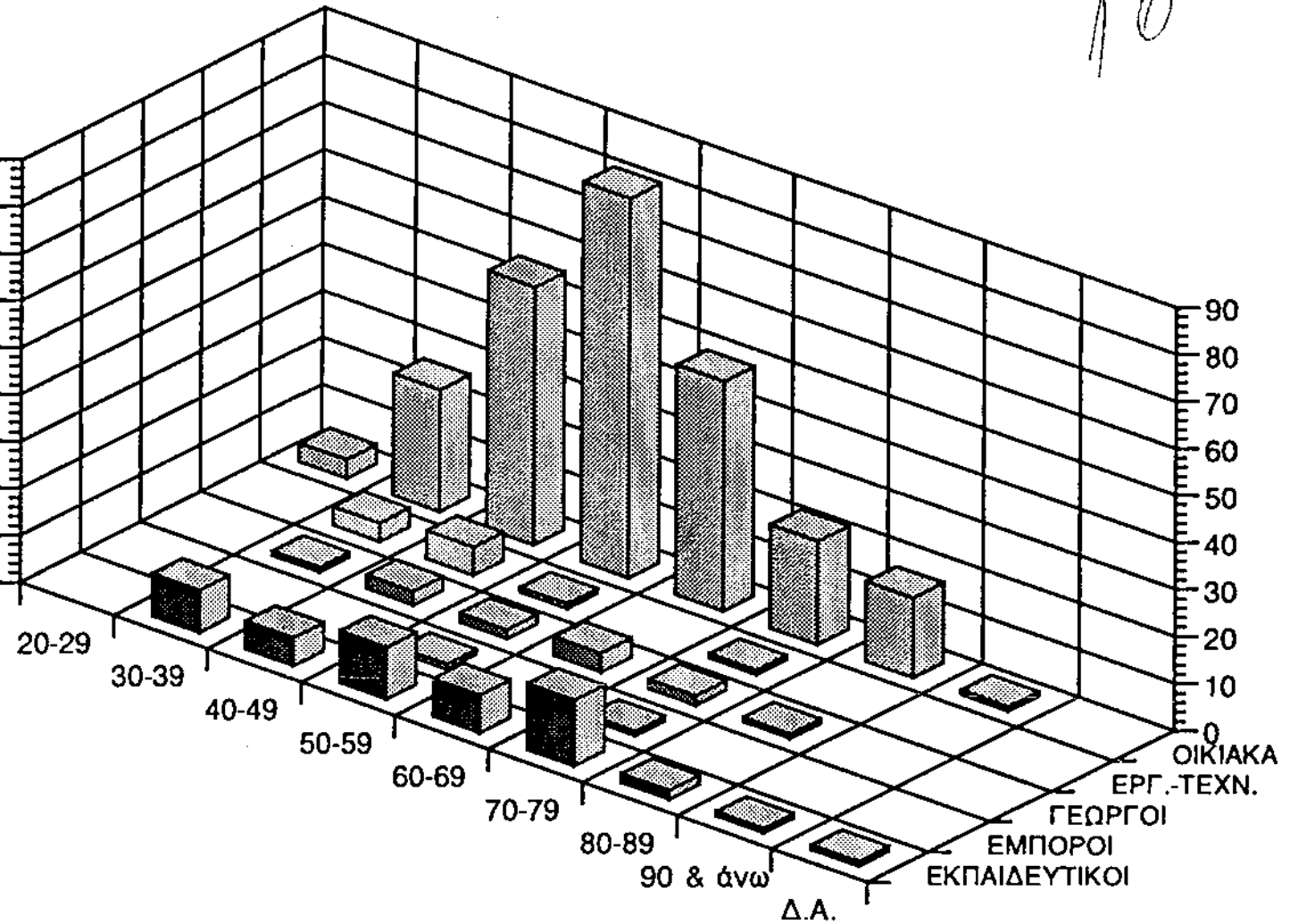
Όπως φαίνεται στον πίνακα 17 ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε ασθενείς μεταξύ 50-59 ετών που γεννήθηκαν σε αγροτική περιοχή.

Πίνακας 18: Κατανομή 341 ασθενών με καρκίνο τράχηλου μήτρας σε σχέση με την ηλικία τους και την οικογενειακή τους κατάσταση.



Όπως φαίνεται στον πίνακα 18 ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε ασθενείς έγγαμες μεταξύ 50-59 ετών.

Πίνακας 19: Κατανομή 341 ασθενών με καρκίνο τράχηλου μήτρας σε σχέση με την ηλικία τους και το επάγγελμα που εξασκούσαν.



Όπως φαίνεται στον πίνακα 18 ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα στις ασθενείς μεταξύ 50-59 ετών που ασχολούνταν με οικιακές εργασίες.

## Σ Υ Ζ Η Τ Η Σ Η

Στο κεφάλαιο αυτό αναφέρονται αναλυτικά τ' αποτελέσματα των πινάκων και γίνονται συγκρίσεις με παλαιότερα στατιστικά αποτελέσματα.

Στον πίνακα 1, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι ο μεγαλύτερος όγκος των ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας βρέθηκε στην Αθήνα. Ο αριθμός αυτός ανέρχεται στις 249 ασθενείς. Στη Θεσσαλονίκη οι ασθενείς βρέθηκαν 59, στα Ιωάννινα 18 και στην Πάτρα 15. Είναι ολοφάνερο ότι οι ασθενείς στην Αθήνα είναι πολύ περισσότερες από οποιοδήποτε άλλο μεγάλο αστικό κέντρο στον Ελλαδικό χώρο. Θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι η Αθήνα έχει τις κατάλληλες προϋποθέσεις:

α. για την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (ανθυγιεινή διατροφή, άγχος, stress, καυσαέριο, πολυτάραχη ζωή) και

β. για την καλύτερη παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών (τελειότερα μηχανήματα, περισσότερο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, δυνατότητες για διάφορα είδη εξετάσεων κ.λ.π.).

Τα άλλα αστικά κέντρα που δεν βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο παροχής υπηρεσιών και συνθηκών επιβίωσης έχουν λιγότερο αριθμό ασθενών. Βέβαια στα ποσοστά που αναφέρονται υπάρχουν αποκλίσεις γιατί είναι δυνατόν οι ασθενείς που νόσησαν σε κάποια από τις αστικές πόλεις ή από μακρινές περιοχές (χωριά - πόλεις) ή ακόμη σε κάποια από τα μεγάλα αστικά κέντρα (Θεσ/νίκη - Πάτρα -

Ιωάννινα), ίσως δεν νοσηλεύτηκαν στα νοσοκομεία των αντίστοιχων πόλεων αλλά στην Αθήνα, γι' αυτό και οι φάκελλοί τους βρίσκονταν εκεί. Το τελικό συμπέρασμα μπορεί να επιβεβαιωθεί αν συγκριθεί με τις περιοχές που έζησαν και μεγάλωσαν οι ασθενείς, από τα παιδικά τους χρόνια ως την στιγμή που νόσησαν από καρκίνο του τραχήλου. Όμως οι περιοχές αυτές δεν αναφέρονταν στα ιστορικά των ασθενών. Αν υποθέσουμε ότι το ποσοστό των ασθενών που έζησαν σε άλλη περιοχή και νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία της Αθήνας είναι σχετικά μικρό, θα μπορούμε να θεωρήσουμε την παραπάνω απόκλιση σχετικά μικρή και τα αντίστοιχα συμπεράσματα αρκετά έγκυρα.

Στον πίνακα 2 παρατηρούμε ότι το σύνολο των ασθενών που νόσησαν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας το έτος 1985 είναι 40, το 1986 76, το 1987 20, το 1988 68 και το 1989 92. Τα ερωτηματολόγια των υπολοίπων 45 ασθενών δεν ανέφεραν το έτος. Διαπιστώνουμε ότι από το 1985 ως το 1986 το ποσοστό των ασθενών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας παρουσίασε αύξηση, το 1987 όμως το ποσοστό μειώθηκε. Από το 1987 οι ασθενείς αυξήθηκαν σημαντικά. Αυτό σημαίνει ότι με την πάροδο των ετών, από το 1987 και μετά παρατηρείται αύξηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η ανάπτυξη της τεχνολογίας (ραδιενέργεια, πυρηνικές κατασκευές - πυρηνικά ατυχήματα) και οι βιομηχανικές εγκαταστάσεις, η εύρεση νέων χημικών ουσιών και φυτοφαρμάκων, η κατάχρηση καπνίσματος και αλκοόλ, η χρήση φαρμάκων, η ρύπανση του περιβάλλοντος κ.λ.π. αποτελούν όπως φαίνεται σοβαρές αιτίες για την εμφάνιση καρκίνου μήτρας. Οι αιτίες αυτές γίνονται εντονότερες (π.χ. περισσότερο άγχος, οδηγεί σε μεγαλύτερη



κατάχρηση καπνίσματος και αλκοόλ κ.λ.π.), όσο περνούν τα χρόνια, πράγμα που σημαίνει μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου τραχήλου μήτρας.

Τόσο στον πίνακα 3, όσο και στο σχήμα 1 μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται στις αστικές περιοχές (Αθήνα - Βεσσαλονίκη - Πάτρα - Ιωάννινα) σε ποσοστό 31,96% ενώ αντίστοιχα τα άτομα στον πληθυσμό των 341 ασθενών ανέρχονται στα 109, στις ημιαστικές περιοχές (πρωτεύουσες νομών με ποσοστό 16,42% ενώ τα άτομα που αντιστοιχούν είναι 56 και στις αγροτικές περιοχές (χωριά και πόλεις νομών) σε ποσοστό 51,61%, ενώ οι ασθενείς που αντιστοιχούν είναι 176. Η ημιαστική περιοχή παρουσιάζει αισθητή διαφορά από τις άλλες δύο (αστική - αγροτική). Συνολικά το ποσοστό των ατόμων της αγροτικής και ημιαστικής περιοχής είναι λίγο μικρότερο από τα 3/4 όλων των ασθενών, ( ποσοστό 68,03% - σύνολο ασθενών 285) και στο διπλάσιο σχεδόν αυξημένο από το ποσοστό ατόμων της αστικής περιοχής (ποσοστό 31,96% - 68,03%, σύνολο ασθενών: 109-285). Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας δείχνει ιδιαίτερη προτίμηση στις γυναίκες των αγροτικών περιοχών και ακόμη στο σύνολό του εμφανίζεται αυξημένος στις επαρχιακές περιοχές (ημιαστικές - αγροτικές). Σε αισθητά χαμηλό ποσοστό εμφανίζεται στις ημιαστικές περιοχές.

Θα μπορούσαμε να δικαιολογήσουμε το γεγονός του αυξημένου ποσοστού του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις αγροτικές, αν λάβουμε υπόψη μας ότι οι κάτοικοι αυτών των περιοχών ζουν κάτω από αρκετά δύσκολες συνθήκες. Μεγάλο ποσοστό είναι χαμηλού

κοινωνικού επιπέδου, αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα και ελάχιστες απ' αυτές είναι ενημερωμένες σ' ότι αφορά την πρόληψη. Αν για παράδειγμα είχαν γνώσεις αυτοεξέτασης και σωστών υγιεινών συνθηκών, σίγουρα θα προλάβαιναν την αρχή ενός καρκίνου τραχήλου. Στις μεγάλες αστικές περιοχές το ποσοστό εμφάνισης καρκίνου τραχήλου μήτρας μπορεί να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι οι συνθήκες ζωής των ασθενών είναι ανθυγιεινές. Αν και υπάρχουν διάγνωση, τακτικών ιστορικών επισκέψεων κ.λ.π., απ' ότι στις αγροτικές και ημιαγροτικές περιοχές, η επιβίωσή τους δεν επιτρέπει μια φυσική ζωή με υγιεινή διατροφή, χωρίς άγχος και καυσαέριο, μακριά από θορύβους και πολυτάραχη ζωή, μια ζωή που δε μπορεί καθόλου να συγκριθεί με τη ζωή στο χωριό. Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι, η περιοχή γέννησης των ατόμων, έμμεσα παίζει ρόλο στην εμφάνιση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Από τις στατιστικές έρευνες διαπιστώνεται ότι η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της γυναίκας αποτελεί σημαντική αιτία καρκίνου τραχήλου, γιατί όπως φαίνεται τόσο στην έρευνα αυτή όσο και σε παλαιότερη βρίσκεται συχνότερος όπου οι συνθήκες διατροφής και καθαριότητας δεν είναι καλές. Ειδικότερα εμφανίζεται σε γυναίκες που λόγω έλλειψης γνώσεων παραμελούν την ατομική τους καθαριότητα και σ' εκείνες που αγνοούν βασικούς κανόνες υγιεινής, επιμέλειας του σώματος, πρόληψης και αυτοεξέτασης.

Από τον πίνακα 4 μπορούμε καθαρά να δούμε ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζει τη μεγαλύτερη συχνότητα μεταξύ των ηλικιών 50 - 59. Το σύνολο των ατόμων που εμφάνισε καρκίνο τραχήλου σ' αυτές τις ηλικίες είναι 100, ενώ το ποσοστό

αντίστοιχα ανέρχεται στο 29,32%. Παρατηρούμε ότι σε μικρότερο ποσοστό 21,11%, εμφανίζεται σε ηλικίες μεταξύ 40-49 ενώ το σύνολο ατόμων που βρέθηκε είναι 72, στις ηλικίες 60-69 εμφανίζεται σε ποσοστό 18,47% ενώ τα συνολικά άτομα είναι 63 και μεταξύ των ηλικιών 30-39 ετών σε ποσοστό 11,73% με αντίστοιχο σύνολο ατόμων 40. Το ίδιο ποσοστό ατόμων (11,73% - 40 άτομα) εμφανίζει καρκίνου τραχήλου μήτρας στις ηλικίες 70-79 ετών. Σε μικρότερο ποσοστό εμφανίζεται στις ηλικίες 80-89 ετών. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 5,86% ενώ το σύνολο των ατόμων είναι 20. Σε αισθητά μικρότερο ποσοστό εμφανίζεται στις ηλικίες 90 και άνω. Το αντίστοιχο σύνολο ατόμων είναι 1,84%. Τέλος πολύ σπάνια εμφανίζεται μεταξύ των ηλικιών 20 και 29 ετών όπου το ποσοστό ανέρχεται στο 0,87% και το σύνολο των ατόμων είναι 3/

Σύμφωνα με τα παραπάνω στατιστικά στοιχεία οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι πλέον επικίνδυνες ηλικίες για την προσβολή του τραχήλου της μήτρας από καρκίνο είναι από 50 έως 59, ενώ σπανιότερα, εμφανίζεται η νόσος μεταξύ των ηλικιών 20 και 29. Οι ηλικίες 30-39 προσβάλλονται το ίδιο συχνά με τις ηλικίες 70-79. Επίσης οι γυναίκες ηλικίας 90 ετών και άνω προσβάλλονται περισσότερο συχνά από τις ηλικίες 20-29 ετών.

Σε σύγκριση με τα προαναφερθέντα επιδημιολογικά στοιχεία του γενικού μέρους παρατηρούμε ότι οι συνηθέστερες ηλικίες προσβολής του τραχήλου της μήτρας από καρκίνο είναι 40-60 τόσο για την έρευνα αυτή όσο και για τις παλαιότερες. Ιδιαίτερα επικίνδυνη θεωρείται η ηλικία των 50 ετών (48-52 ετών). Στις ηλικίες των 80 ετών τα επιδημιολογικά στοιχεία αναφέρουν ότι προσβάλλεται από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας το 2% των

γυναικών ενώ στην έρευνα αυτή βρίσκεται ποσοστό 5,86%. Η διαφορά θεωρείται μικρή. Σε παλαιά στατιστική έρευνα βρέθηκε ότι σπανίζει στις ηλικίες από 20 έως 29 ετών ενώ δεν αναφέρεται τίποτα για τις ηλικίες από 90 και άνω. Στην έρευνα αυτή αντίστοιχα βρέθηκε ότι το ποσοστό είναι για τις ηλικίες των 20-29 ετών 0,87% και για τις ηλικίες από 90 και άνω 1,84%, δηλαδή και στα δύο όρια ηλικιών ο καρκίνος τραχήλου μήτρας σπανίζει. Σε γενικές γραμμές παρατηρούμε αμελητέες διαφορές στα αποτελέσματα που σχετίζονται με τις ηλικίες οι οποίες είναι επικίνδυνες για προσβολή του τραχήλου της μήτρας από καρκίνο, της πρόσφατης έρευνας με παλαιότερες.

Στον πίνακα 5 είναι ολοφάνερο ότι το 73,9% των ασθενών που νόσησαν από καρκίνο τραχήλου της μήτρας ασχολούνται με οικιακά. Το σύνολο ατόμων που βρέθηκε από την έρευνα είναι 252. Το 14,3% ήταν υπάλληλοι γραφείου ή εκπαιδευτικοί και αντιστοιχεί σε 49 άτομα. 18 άτομα ασχολούνταν με αγροτικές και κτηνοτροφικές εργασίες και φτάνουν στα 5,57%. Η κατηγορία των εργατριών και τεχνιτών (μόδιστρες κ.λ.π.) ανέρχεται στο 4,98% ενώ τα άτομα που αντιστοιχούν είναι 17 και το 0,87% ήταν έμποροι. Τα συνολικά άτομα είναι 3. Το υπόλοιπο 1% αναφέρονται στα ιστορικά των ασθενών σαν συνταξιούχοι, χωρίς να προσδιορίζεται με περισσότερη ακρίβεια το επάγγελμα που ασκούσαν.

Πιθανότατα η αγροτική και εργατική τάξη να έχει μεγαλύτερη προδιάθεση για καρκίνο τραχήλου της μήτρας λόγω των ανθυγιεινών συνθηκών εργασίας και της άγνοιας πρόληψης και αυτοεξέτασης γιατί προέρχονται από αγροτικές περιοχές. Όσο αφορά τους ασθενείς που ασχολούνται με οικιακά θα πρέπει να εξετασθεί το

ποσοστό που κατοικεί στις αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές για να καταλήξουμε σε κάποιο έγκυρο συμπέρασμα.

Στον πίνακα 6, βλέπουμε ότι 307 από τις 341 ασθενείς που αντιστοιχούν σε ποσοστό 90,02% ασχολούνταν με ελαφριά ή μέτρια εργασία, δηλαδή ανήκαν στην κατηγορία των υπαλλήλων γραφείου, των εκπαιδευτικών και των οικοκυρών. Μικρό ποσοστό ασθενών, που φτάνει στο 8,21% και αντιστοιχεί σε 28 ασθενείς ασχολούνταν με βαρείες εργασίες, δηλαδή εξασκούσαν το επάγγελμα του αγρότη, του κτηνοτρόφου και του εμπόρου. Δεν μπορούμε να συμπεράνουμε ότι όλες γυναίκες ασχολούνταν με ελαφριές ή μέτριες εργασίες είναι πιο επιρρεπείς στον καρκίνο τραχήλου μήτρας από εκείνες που ασχολούνταν με βαρείες. Αν όμως συνδιάσουμε τον πίνακα 6 με τον πίνακα 5, παρατηρούμε ότι από τις 307 ασθενείς με ελαφριές-μέτριες εργασίες οι 252 ήταν νοικοκυρές ενώ πολύ μικρό ποσοστό (49 απ' αυτές) ήταν εκπαιδευτικοί και υπάλληλοι. Μεγάλο ποσοστό από τις γυναίκες που ασχολούνται με οικιακά έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, πράγμα που σημαίνει ότι πολλές απ' αυτές μπορεί να έχουν ελάχιστες γνώσεις υγιεινής διατροφής, ατομικής καθαριότητας, αυτοεξέτασης, πρόληψης.

Επομένως από τις γυναίκες που ασχολούνται με ελαφριές-μέτριες εργασίες, μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχουν εκείνες που ασχολούνται με οικιακά. Από τις γυναίκες που ασχολούνται με βαρείες εργασίες, μεγάλη συχνότητα στον καρκίνο τραχήλου μήτρας εμφανίζουν εκείνες που ασχολούνται με γεωργικές και κτηνοτροφικές εργασίες, καθώς και εκείνες που ανήκουν στην κατηγορία των εργατριών - τεχνιτών. Η κατηγορία αυτή δημιουργεί άγχος στα άτομα (καταστροφή σε

γεωργικές εκτάσεις, σπολύσεις από εργοστάσια κ.λ.π.), οι αγρότισσες βρίσκονται διαρκώς σε επαφή με φυτοφάρμακα που μερικά απ' αυτά είναι καρκινογόνα, οι εργάτριες αναπνέουν το μολυσμένο αέρα των εργοστασίων, σοβαρότατες αιτίες για έναν αρχόμενο καρκίνο τραχήλου μήτρας. Επίσης οι ώρες εργασίας είναι πολλές, η χρηματική αμοιβή μικρή, τα εξόδα πολλά, γεγονότα που δημιουργούν ψυχολογικά προβλήματα. Βασική αιτία του καρκίνου μπορεί να θεωρηθεί το stress και το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των ατόμων.

Τόσο στον πίνακα 7 όσο και στο σχήμα 2 μπορεί να παρατηρηθεί ότι το ποσοστό των ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας, στις οποίες αναφέρεται καρκίνος στο οικογενειακό ιστορικό τους είναι 39,17%, ενώ το σύνολο των ατόμων ανέρχεται στα 135. Οι ασθενείς που έχουν ελεύθερο το οικογενειακό ιστορικό τους, φτάνουν σε ποσοστό 50,74%, ενώ το αντίστοιχο σύνολο ατόμων είναι 170. Το υπόλοιπο ποσοστό που αφορά το 10,09% (σύνολο ατόμων 35) δεν αναφέρει τίποτα σχετικά μ' αυτό το θέμα.

Βλέπουμε ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προσβάλλει γυναίκες ανεξάρτητα από το αν υπάρχει ή όχι καρκίνος στο οικογενειακό ιστορικό τους, σύμφωνα με τα παραπάνω στατιστικά στοιχεία. Εφ' όσον όμως γνωρίζουμε, ότι όταν υπάρχει καρκίνος στο οικογενειακό ιστορικό, σχεδόν πάντα υπάρχει και προδιάθεση για τα άτομα επόμενων γενεών. Θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας σε ποσοστό 39,17% είναι δυνατόν να προσβάλλει γυναίκες, οι οποίες έχουν καρκίνο στο οικογενειακό ιστορικό τους. Θα ήταν λάθος αν υποστηρίζαμε ότι

οι γυναίκες που δεν έχουν προηγούμενο ιστορικό καρκίνου προσβάλλονται σε μεγαλύτερο ποσοστό, επειδή το ποσοστό που φαίνεται στον πίνακα 7 είναι μεγαλύτερο απ' αυτά όπου αναφέρεται καρκίνος (50,74%). Ούτε αποδεικνύεται βέβαια, ότι γυναίκες με ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό δεν έχουν πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο τραχήλου. Βρίσκεται λοιπόν ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται σε γυναίκες οι οποίες έχουν ιστορικό καρκίνου, δηλαδή σε ποσοστό 39,17% παίζει ρόλο η προδιάθεση για την εμφάνιση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Τόσο στον πίνακα θ, όσο και στο σχήμα 3, παρατηρούμε ότι οι καπνίστριες ασθενείς ανέρχονται στο 54,22% και το αντίστοιχο σύνολο των ασθενών είναι 184. Οι ασθενείς που κατανάλωναν οινοπνευματώδη ποτά ανέρχονται στο 19,11% ενώ το αντίστοιχο σύνολο των ασθενών είναι 65 και εκείνες που χρησιμοποιούσαν φάρμακα φτάνουν στο 26,67% ενώ το αντίστοιχο σύνολο ασθενών είναι 100. Συμπεραίνουμε ότι το κάπνισμα αυξάνει τη συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε ποσοστό 52,22%, τα οινοπνευματώδη 19,11% και τα φάρμακα 26,67%. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούσαν κατά κύριο λόγο οι ασθενείς ήταν αντισυλληπτικά χάπια και φάρμακα για την θεραπεία γυναικολογικών παθήσεων. Μεγάλο ποσοστό ασθενών δεν κάπνιζε, δεν έκανε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών, δεν χρησιμοποιούσε φάρμακα. Διαπιστώνεται όμως ότι το κάπνισμα, το αλκοόλ και τα φάρμακα επιδρούν θετικά στην ανάπτυξη καρκίνου τραχήλου μήτρας. Μελέτες από άλλες έρευνες αναφέρουν ότι η συχνότητα καρκίνου του τραχήλου είναι μέγιστη όταν η κατάχρηση οινοπνεύματος συμπιπτει

με την κατάχρηση καπνίσματος. Δεν υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία ότι το αλκοόλ προκαλεί καρκίνο τραχήλου αλλά μπορούμε να υποθέσουμε ότι προκαλείται καρκίνος εξαιτίας των καρκινογόνων ουσιών που προστίθενται στα αλκοολούχα ποτά. Επίσης το κάπνισμα σαν καρκινογεννητικός παράγοντας εξαρτάται από τρόπο καπνίσματος (αριθμός τσιγάρων, ημερήσια κατανάλωση, χρόνια καπνίσματος, διάρκεια εισπνοής κ.λ.π.).

Από τους πίνακες 9 και 10 μπορούμε να δούμε τα εξής: από τις ασθενείς που δεν κάπνιζαν, που δεν έκαναν χρήση οινοπνευματωδών ποτών και δεν χρησιμοποίησαν καθόλου φάρμακα, βρέθηκε ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ήταν συχνότερος σε κείνες που το οικογενειακό τους ιστορικό ήταν ελεύθερο (σύνολο ατόμων 12 ασθενείς) και σε κείνες που αναφερόταν καρκίνος στο ιστορικό τους ήταν μειωμένος (σύνολο ατόμων 8 ασθενείς). Από τις ασθενείς που κάπνιζαν, έπιναν αλκοολούχα ποτά, έκαναν χρήση φαρμάκων, ο καρκίνος τραχήλου μήτρας βρέθηκε αυξημένος στις γυναίκες εκείνες που το ιστορικό τους ανέφερε καρκίνο· το σύνολό τους βρέθηκε 42 και ελαττωμένος σε όσες ήταν ελεύθερο από καρκίνο· το σύνολό τους βρέθηκε 36. Ολοφάνερο είναι ότι η παρουσία καρκίνου στο οικογενειακό ιστορικό των γυναικών σε συνδιασμό με χρήση καπνού, ποτών και φαρμάκων προκαλούν αύξηση στη συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το κάπνισμα, το αλκοόλ και τα φάρμακα αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση καρκίνου τραχήλου. Όσο μικρότερη είναι η κατανάλωσή τους, τόσο μικρότερη πιθανότητα έχουν να εμφανίσουν καρκίνο τραχήλου. Σε 4 από τις ασθενείς που έκαναν χρήση των παραπάνω δεν αναφερόταν τίποτα για το



οικογενειακό ιστορικό τους στους αντίστοιχους φακέλλους των αρχείων.

Στο πίνακα 11 αναφέρονται οι ασθενείς που πρόσβαλλαν τις ασθενείς πριν νοσήσουν από καρκίνο τραχήλου μήτρας. Αρκετές από τις ασθενείς ανέφεραν δύο ή και περισσότερες ασθενείες στο ατομικό ιστορικό τους. Αναλυτικά παρατηρούμε ότι 60 ασθενείς προσβλήθηκαν από παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, 62 έκαναν αμυγδαλεκτομή, 30 είχαν προβλήματα με την καρδιά τους, 53 εμφάνισαν υπέρταση, 35 νόσησαν από παθήσεις του πεπτικού συστήματος, 117 έκαναν σκωληκοειδεκτομή, 35 έπασχαν από παθήσεις ύπατος και χοληφόρων αγγείων, 47 από παθήσεις ουροδόχου κύστης και νεφρών, 18 προσβλήθηκαν από κυστίτιδα, 21 πέρασαν λοιμώδη νοσήματα, 12 είχαν σακχαρώδη διαβήτη, δύο παρουσίασαν νευρολογικές διαταραχές και 39 αναιμία. Μεγάλη αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του τραχήλου μήτρας παρατηρείται στις ασθενείς που εγχειρήστηκαν για σκωληκοειδίτιδα. Ακολουθούν σε πολύ μικρότερο ποσοστό οι παθήσεις αναπνευστικού, οι αμυγδαλοεκτομές και η υπέρταση. Σε μικρότερη συχνότητα εμφανίζεται ο καρκίνος τραχήλου μήτρας στις ασθενείς που έχουν νευρολογικές διαταραχές και σε όσες πέρασαν λοιμώδη νοσήματα (τύφος, φυματίωση, ελονοσία, υπατίτιδα κ.α.).

Από τον πίνακα 12 μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι, αρκετά μεγάλο ποσοστό ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας παρουσίασαν πριν την εμφάνιση της νόσου διαταραχές περιόδου. Οι διαταραχές που παρουσίασαν είναι: δύσμηνόρροια, αιμόρροια, συχνομηνόρροια, μητρορραχία, μηνορραχία. 17 από τις ασθενείς είχαν δυσμηνόρροια, 102 αιμόρροια, 23 συχνομηνόρροια, 87 μητρορραχία και 11

μηνορραγία. Αμέσως φαίνεται ότι οι συχνότερες διαταραχές ασθενών πριν την νόσο ήσαν: αιμόρροια και μηνορραγία. Οι διαταραχές περιόδου αποτελούν θετικό παράγοντα για την εμφάνιση καρκίνου τραχήλου μήτρας. Η συχνότητά του παρουσιάζεται αυξημένη στις ασθενείς που παρουσίασαν αιμόρροια και μητρορραγία πριν απ' αυτόν. Η μέγιστη συχνότητα καρκίνου τραχήλου εμφανίζεται σε ασθενείς που παρουσίασαν αιμόρροια, ενώ η ελάχιστη εμφανίζεται σε ασθενείς με μηνορραγία. Θα μπορούσαμε όμως να συμπεράνουμε ότι οι διαταραχές περιόδου στο σύνολό τους αποτελούν θετική προδιάθεση και μπορούν να θεωρηθούν συμπτώματα ενός ανερχόμενου καρκίνου τραχήλου μήτρας. Ειδικότερα σαν σύμπτωμα και προδιαθεσικός παράγοντας για την αύξηση της συχνότητας του καρκίνου τραχήλου μήτρας μπορεί να θεωρηθεί η αιμόρροια. Πρέπει να αναφερθεί ότι η συμπτωματολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αναφέρει την αιμόρροια σαν σύμπτωμα. Επίσης αξίζει να αναφερθεί ότι μαζί με την αιμόρροια στα περισσότερα ιστορικά των ασθενών αναφερόταν πολύ συχνά και η λευκόρροια. Μπορούν ωστόσο και τα δύο να θεωρηθούν συμπτώματα για την έναρξη καρκίνου τραχήλου και προδιαθεσικοί παράγοντες για την αύξηση της συχνότητάς του.

Στον πίνακα 13 παρατηρούμε ότι μόνο 14 ασθενείς με καρκίνο τραχήλου μήτρας ήσαν άτεκνες και αντιστοιχούν στο 45,16% ενώ 272 ασθενείς έχουν παιδιά και αντιστοιχεί στο 79,76%. Πιο συγκεκριμένα 151 ασθενείς γέννησαν 1 ή 2 παιδιά, οι οποίες αντιστοιχούν στο 44,2% ενώ 121 ασθενείς γέννησαν 3 ή περισσότερα παιδιά, οι οποίες και αντιστοιχούν στο 35,48%. Φαίνεται λοιπόν ότι μεγαλύτερη συχνότητα για καρκίνο τραχήλου

έχουν οι γυναίκες εκείνες που έχουν γεννήσει ενώ ελάχιστη πιθανότητα έχουν οι γυναίκες που είναι άτεκνες. Σε 55 ασθενείς δεν αναφέρεται στο ιστορικό τους αν έχουν ή όχι παιδιά. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 16,8%

Σημειώνεται ότι ο έλεγχος που έγινε στα ιστορικά των ασθενών για να βρεθεί η ηλικία της πρώτης εγκυμοσύνης δεν απέδωσε. Τα λίγα ιστορικά που ανέφεραν κάτι τέτοιο έδειξαν ότι σύνολο 17 περίπου ασθενών είχαν πρώτη εγκυμοσύνη σε ηλικία μικρότερη των 22 ετών, τρεις ασθενείς σε ηλικία 22 - 35 ετών και μία σε ηλικία άνω των 35 ετών. Βλέπουμε ότι οι ασθενείς που είχαν την πρώτη εγκυμοσύνη σε ηλικία μικρότερη των 22 αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό. Δηλαδή θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι η πρώτη εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία (22 ετών και κάτω) αποτελεί θετικό στοιχεί για την εμφάνιση καρκίνου τραχήλου μήτρας. Λιγότερες πιθανότητες έχει να εμφανίσει καρκίνο τραχήλου μήτρας μια γυναίκα που έχει πρώτη εγκυμοσύνη μεταξύ των ηλικιών 22-35 ετών. Όμως τα παραπάνω συμπεράσματα δεν μπορούμε να πούμε ότι είναι απόλυτα γιατί σε μεγάλο ποσοστό δεν αναφέρονταν στοιχεία. Δεν μπορούμε λοιπόν να καταλήξουμε σε γενικά συμπεράσματα σχετικά με το ποσοστό της ηλικίας της πρώτης εγκυμοσύνης και της θετικότητας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Μελέτες ερευνών αναφέρουν ότι γυναίκες που αρχίζουν τις σεξουαλικές επαφές σε μικρή ηλικία συντελούν στην ανάπτυξη της νόσου. Εμμεσα θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι η εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία είναι δυνατόν να αυξήσει τη συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου.

Στο σχήμα 4 παρατηρούμε ότι το 51,71% των ασθενών που είχαν προσβληθεί από καρκίνο τραχήλου μήτρας, δεν είχαν κάνει καμιά αποβολή ή γιατί δεν είχαν καμιά εγκυμοσύνη, ή γιατί ήσαν άγαμες ή γιατί τεκνοποίησαν κανονικά. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε σύνολο ασθενών 176. Το 28,97% (σύνολο ασθενών 98) είχαν κάνει μία ή δύο αποβολές όπως αναφέρονταν στο ιστορικό τους και το 6,54% (σύνολο ασθενών 24) είχαν κάνει 3 ή περισσότερες αποβολές. Συνολικά οι ασθενείς που έκαναν αποβολές ανέρχονται σε ποσοστό 35,51% (σύνολο ασθενών 122). Έτσι καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι αποβολές σε ποσοστό 35,51% υποβοηθούν την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σε ποσοστό 12,77% (σύνολο ασθενών 43) δεν αναφέρεται καθόλου αν είχαν κάνει ή όχι αποβολές οι ασθενείς στο ιστορικό τους. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία τραυματισμοί στον τράχηλο της μήτρας προκαλούν την εμφάνιση καρκίνου. Θα μπορούσε εύκολα μια αποβολή να δημιουργήσει τραυματισμό στον τράχηλο με αποτέλεσμα την εμφάνιση καρκίνου. Γι' αυτό αυξάνεται ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ανάλογα με τον αριθμό αποβολών αλλά και με την πρόκληση τραυματισμών. Οι κατάλληλοι χειρισμοί των χειρουργών κατά την αποβολή μιας γυναίκας είναι δυνατόν να μειώσουν την συχνότητα του καρκίνου τραχήλου. Κάτι ανάλογο θα μπορούσε να δικαιολογήσει τον καρκίνο τραχήλου σε μια εγκυμοσύνη. Όταν οι εγκυμοσύνες είναι πολλές υπάρχουν πολλοί κίνδυνοι τραυματισμών στον κόλπο και στον τράχηλο κατά την γέννηση του νεογνού με αποτέλεσμα να αυξάνεται η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου.

Στον πίνακα 14, παρατηρούμε ότι το 33,13% των ασθενών (σύνολο ασθενών 113) που εμφάνισαν καρκίνο τραχήλου μήτρας δεν έκαναν καμμία άμβλωση. Το 28,44% (σύνολο ασθενών 37) έκαναν μία ή δύο αμβλώσεις και το 27,27% (σύνολο ασθενών 93) έκαναν τρεις ή περισσότερες αμβλώσεις. Συνολικά οι ασθενείς που έκαναν αμβλώσεις ανέρχονται στο 55,71% (σύνολο ασθενών 190). Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι αμβλώσεις επηρεάζουν το ποσοστό εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και μάλιστα αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισής του. Σε ποσοστό 55,71% οι αμβλώσεις υποβοηθούν την ανάπτυξη ανερχόμενου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το ποσοστό των ασθενών που αγνοούμε αν έκανε ή όχι άμβλωση ανέρχεται στο 11,14% (σύνολο ασθενών 38). Κατά τις αμβλώσεις μπορεί να δημιουργηθεί τραυματική επιφάνεια στον τράχηλο της μήτρας όπως και στις αποβολές ή και κατά τους τοκετούς και αφού κάθε τραύμα στον τράχηλο μπορεί να είναι η αρχή ενός καρκίνου τραχήλου, είναι πλέον ευκολονόητο ότι οι αμβλώσεις αποτελούν μία αιτία για πρόκληση καρκίνου στον τράχηλο της μήτρας.

Όσο από τον πίνακα 15 όσο και από το σχήμα 5 φαίνεται ότι το 27,27% των ασθενών (σύνολο ασθενών 93) δεν είχαν καμμία διακοπή στην κύησή τους. Το 28,39% (σύνολο ασθενών 97) είχαν διακόψει την κύησή τους μία ή δύο φορές και το 35,11% (σύνολο ασθενών 120) διέκοψαν την κύησή τους τρεις ή περισσότερες φορές. Στο σύνολό τους οι ασθενείς με καρκίνο τραχήλου μήτρας που έκαναν διακοπή στην κύηση φτάνει σε ποσοστό 63,50% (σύνολο ασθενών 217). Παρατηρούμε ότι το ποσοστό των ασθενών που έκαναν διακοπή κύησης είναι πολύ μεγαλύτερο σε σχέση με το ποσοστό που

δεν έκαναν καμμία διακοπή. Από την στατιστική έρευνα προκύπτει ότι σε ποσοστό 63,50% η διακοπή κύησης αυξάνει τη συχνότητα καρκίνου τραχήλου. Στα 12,23% (σύνολο ασθενών 48) δεν αναφέρεται στο ιστορικό τους αν έχει γίνει ή όχι διακοπή κύησης στις ασθενείς. Βασικός λόγος που η διακοπή της κύησης σε μια γυναίκα αποτελεί αιτία καρκίνου τραχήλου μήτρας είναι η δημιουργία τραυματικής επιφάνειας όπως εξηγήθηκε σε προηγούμενες παραγράφους, αφού η διακοπή κύησης δεν είναι άλλη από το σύνολο των αποβολών και των αμβλώσεων.

Θεωρήθηκε σημαντικό στην έρευνα αυτή να βρεθεί το σύνολο των γυναικολογικών παθήσεων που έχουν την ικανότητα να αποτελέσουν τον προάγγελο του τραχηλικού καρκίνου της μήτρας. Στον πίνακα 16 αλλά και στο σχήμα 6 παρατηρούμε ότι το 9,47% των περιπτώσεων των ασθενών εγχειρήστηκαν για πρόπτωση μήτρας (σύνολο ασθενών 25), το 7,58% για ινομύωμα μήτρας (σύνολο ασθενών 20), το 4,92% για πολύποδες μήτρας (σύνολο ασθενών 14), το 25,38% για απόξεση (σύνολο ασθενών 66), το 24,62% παρουσίασε τραχηλίτιδα (σύνολο ασθενών 65), το 5,68% εμφάνισε φλεγμονή σαλπίνγγων (σύνολο ασθενών 16), το 1,14% έκανε αφαίρεση σαλπίνγγων (σύνολο ασθενών 3), το 3,41% παρουσίασε κολπίτιδα (σύνολο ασθενών 9), το 2,65% σαλπινγκίτιδα (σύνολο ασθενών 7), το 0,76% εγχειρήστηκε για κύστη ωοθήκης (σύνολο ασθενών 3), το 1,89% παρουσίασε αιμορροΐδες, (σύνολο ασθενών 5), το 0,76% έκανε περιεδρικό συρίγγιο (σύνολο ασθενών 3), το 0,76% έκανε αφαίρεση σγκιδίου μαστού (σύνολο ασθενών 3), και το 0,38% έκανε μαστεκτομή (σύνολο ασθενών 2). Το 10,61% των ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας έκαναν υστερεκτομή και αντιστοιχεί σε 27

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Το ειδικό μέρος περιλαμβάνει το ερευνητικό μέρος της εργασίας. Χωρίζεται σε τρία μέρη : α. υλικό και μεθοδολογία της έρευνας, β. αποτελέσματα της έρευνας και γ. συζήτηση - συμπεράσματα.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από μια ομάδα οχτώ ατόμων, φοιτητών της Νοσηλευτικής Σχολής του Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Το χρονικό διάστημα που χρειάστηκε για την διεξαγωγή της δηλαδή από τη στιγμή που άρχισε μέχρι τη στιγμή που βγήκαν τα τελικά συμπεράσματα ήταν δύο περίπου χρόνια. Υπολογίζεται ότι άρχισε το Μάιο του 1989 και τελείωσε τον Ιούνιο του 1991. Το γενικό θέμα της έρευνας ήταν "Καρκίνος", στο οποίο αναφέρονταν όλα τα είδη (πνεύμονα, μήτρας, οστών, ουροδόχου κύστης κλπ.). Μετά την συλλογή των απαραίτητων στοιχείων χωρίστηκαν οι καρκίνοι κατά είδος και κάθε άτομο της ομάδας της έρευνας ανέλαβε έναν απ' αυτούς, ανάλογα με την προτίμηση του. Η παρούσα έρευνα αναφέρεται στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Πρόκειται για αναδρομική έρευνα στην οποία χρησιμοποιήθηκαν φάκελοι με ιστορικά ασθενών που προσβλήθηκαν από καρκίνο τραχήλου μήτρας (στην συγκεκριμένη έρευνα, σε άλλες έπασχαν από διαφορετικό είδος καρκίνου) από το 1985 ως το 1989. Για την έρευνα αυτή χρησιμοποιήθηκε ένα καθαρά αντιπροσωπευτικό δείγμα ερωτηματολογίου, το οποίο αναφέρεται στις επόμενες σελίδες, στο παράρτημα 1. Το σύνολο των ερωτηματολογίων της έρευνας για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και επομένως

ασθενείς. Πρέπει να σημειωθεί ότι αρκετές από τις ασθενείς είχαν περισσότερες από μία γυναικολογικές παθήσεις π.χ. μία ασθενής θα μπορούσε να είχε εμφανίσει κολπίτιδα, να είχε κάνει απόξεση και να είχε εγχειριστεί για ινομύωμα μήτρας. Περισσότερες πληροφορίες για κάθε ασθενή σχετικά με τις γυναικολογικές παθήσεις που παρουσίασαν πριν την εμφάνιση του καρκίνου τραχήλου δίνονται στις σελίδες της τρίτης ομάδας του παραρτήματος 2 (φαίνονται αναλυτικά οι γυναικολογικές παθήσεις κάθε ασθενούς).

Παρατηρούμε ότι οι γυναικολογικές παθήσεις είναι δυνατόν να αποτελέσουν αιτία εμφάνισης καρκίνου τραχήλου μήτρας. Συγκεκριμένα το σύνολο των επεμβάσεων και των παθήσεων που αφορούν αποκλειστικά την μήτρα παίζουν βασικό ρόλο στην αύξηση συχνότητας του τραχηλικού καρκίνου. Από τον πίνακα 16 βλέπουμε ότι το σύνολο αυτό περιλαμβάνει: πρόπτωση μήτρας, ινομύωμα μήτρας, πολύποδες μήτρας, απόξεση, τραχηλίτιδα. Μεγαλύτερη συχνότητα να προσβληθούν από καρκίνο τραχήλου έχουν οι γυναίκες που έκαναν επέμβαση στον τράχηλο της μήτρας ή παρουσίασαν τραχηλίτιδα δηλαδή όσες παρουσίασαν πρόβλημα στον τράχηλο. Ειδικότερα μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το 25,38% των γυναικών που έκαναν απόξεση έχουν την μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν τραχηλικό καρκίνο μήτρας. Σχεδόν την ίδια πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο τραχήλου έχουν και οι γυναίκες που έκαναν τραχηλίτιδα. Το ποσοστό ανέρχεται στα 24,62% και παρατηρούμε ότι είναι αμελητέο σε σχέση με το ποσοστό των γυναικών που έκαναν απόξεση.



Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι πιο επικίνδυνες ασθένειες που αποτελούν αιτία και προδιαθέτουν για καρκίνο τραχήλου είναι η απόξεση και η τραχηλίτιδα. Από στατιστικές έρευνες προηγούμενων ετών βρέθηκε ότι η τραχηλίτιδα αποτελούσε αιτιολογικό παράγοντα εμφάνισης καρκίνου. Σε μικρότερη συχνότητα εμφανίζουν καρκίνο τραχήλου οι γυναίκες που χειρουργήθηκαν για πρόπτωση μήτρας και για ινομύωμα μήτρας. Τα ποσοστά ανέρχονται στο 9,47% και στο 7,58% αντίστοιχα. Το σύνολο των υπόλοιπων γυναικολογικών παθήσεων που έχουν σχέση με τις σάλπιγγες, τις ωοθήκες και το μαστό έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν την εμφάνιση καρκίνου τραχήλου σε αισθητά μικρότερα ποσοστά σε σύγκριση με τις γυναικολογικές παθήσεις που σχετίζονται με τη μήτρα και ειδικότερα με τον τράχηλο. Θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι οι παθήσεις που χρειάζονται επέμβαση στη μήτρα ή πιο συγκεκριμένα στον τράχηλο, καθώς και η φαρμακευτική αγωγή για παθήσεις του τραχήλου αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την αύξηση της συχνότητας του τραχηλικού καρκίνου, αφού κάθε τραύμα στην επιφάνεια του τραχήλου και η χρήση φαρμάκων όπως αναφέρθηκε παραπάνω προδιαθέτουν καρκίνο τραχήλου μήτρας.

Σπανιότατα εμφανίζουν καρκίνο τραχήλου οι γυναίκες που εγχειρίστηκαν για κύστη ωοθήκης που εμφάνισαν περιεδρικό συρίγγιο και εκείνες που έκαναν αφαίρεση σχιμδίου μαστού. Κάθε μια από τις τρεις περιπτώσεις ανέρχεται στο ποσοστό του 0,76% (σύνολο ασθενών για κάθε περίπτωση 3). Ακόμη πιο σπάνια ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προσβάλλει γυναίκες που έκαναν μαστεκτομή. Το ποσοστό ανέρχεται στο 0,38% και αντιστοιχεί σε

δύο ασθενείς. Υπήρχε μικρό ποσοστό ασθενών που δεν είχε κανένα γυναικολογικό πρόβλημα και επίσης μικρό ποσοστό που δεν αναφερόταν στο ιστορικό τους η ύπαρξη ή όχι γυναικολογικών παθήσεων.

Στο σχ. 7 βλέπουμε ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προσβάλλει σε μεγαλύτερη συχνότητα τις γυναίκες που διέκοψαν την κύησή τους τουλάχιστον 3 φορές ή περισσότερες και ταυτόχρονα παρουσίασαν περισσότερα γυναικολογικά προβλήματα. Το ποσοστό των γυναικών αυτής της κατηγορίας ανέρχεται στο 43,2% ενώ ο συνολικός αριθμός τους βρέθηκε 147. Οι γυναίκες που διέκοψαν την κύησή τους μία ή δύο φορές και παράλληλα είχαν εμφανίσει γυναικολογικές παθήσεις κινδυνεύουν να προσβληθούν από καρκίνο τραχήλου σε ποσοστό 31,7%. Ο συνολικός αριθμός τους βρέθηκε 108. Τέλος οι γυναίκες που δεν διέκοψαν καμία φορά την κύησή τους και είχαν γυναικολογικά προβλήματα έχουν την μικρότερη συχνότητα προσβολής από τραχηλικό καρκίνο μήτρας. Το ποσοστό ανέρχεται στο 20,9% και αντιστοιχεί σε 71 γυναίκες. Ο συνδιασμός διακοπής κύησης και γυναικολογικών προβλημάτων δεν αναφέρεται σε ποσοστό 4,3% (σύνολο ασθενών 14). Η διακοπή κύησης και η συνύπαρξη γυναικολογικών προβλημάτων αποτελούν βασικά προδιαθεσικά παράγοντα για την αύξηση της συχνότητας του καρκίνου της μήτρας. Όσο λιγώτερες είναι οι διακοπές κύησης τόσο περισσότερο ελαττώνεται και η συχνότητα προσβολής των γυναικών από καρκίνο τραχήλου. Φαίνεται λοιπόν ότι βασικότερο ρόλο προδιάθεσης από τους δύο παράγοντες παίζει ο αριθμός διακοπής κύησης σε σχέση με τις γυναικολογικές παθήσεις.

Στο σχήμα 8 παρατηρούμε ότι ο καρκίνος τραχήλου είναι αυξημένος σε ποσοστό 28,1% σε γυναίκες ηλικίας 50 - 59 ετών οι οποίες ανέφεραν στο ιστορικό τους γυναικολογικά προβλήματα. Σε συχνότητα 22,8% ο καρκίνος του τραχήλου προσβάλλει γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών οι οποίες παρουσίασαν γυναικολογικές παθήσεις. Η συχνότητα αυτή μειώνεται στο 18,4% στις ηλικίες 60 - 69 ετών. Στις ηλικίες 30-39 ετών το ποσοστό εμφάνισης καρκίνου τραχήλου ανέρχεται στο 14,9% ενώ στις ηλικίες 70-79 ετών το ποσοστό ελαττώνεται στο 12,3%. Σπάνια ο καρκίνος τραχήλου προσβάλλει τις ηλικίες από 80-89 ετών όταν έχουν και γυναικολογικά προβλήματα. το ποσοστό φτάνει στο 2,6%. Ακόμη σπανιότερα προσβάλλονται οι γυναίκες με γυναικολογικές παθήσεις στις ηλικίες 20-29 ετών. Το ποσοστό είναι 0,9%. Επικίνδυνες θεωρούνται οι ηλικίες των 50-59 ετών όταν οι γυναίκες αυτών των ηλικιών προσβληθούν από μία ή περισσότερες γυναικολογικές παθήσεις και ακολουθούν σε λίγο μικρότερο ποσοστό (28,1% και 22,8% αντίστοιχα) οι ηλικίες των 80-89 ετών. Το μικρότερο κίνδυνο προσβολής διατρέχουν οι ηλικίες 20-29 ετών (ποσοστό 2,6%). Επίσης βρίσκεται ότι οι γυναικολογικές παθήσεις όταν προσβάλλουν γυναίκες ηλικίας 90 ετών και άνω δεν αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα για τον καρκίνο τραχήλου μήτρας και επομένως τα αίτια πρέπει να αναζητηθούν αλλού.

Στον πίνακα 15 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας, το οποίο ανέρχεται σε 38 ασθενείς, είναι ηλικίας 50-59 ετών και η περιοχή γέννησης είναι αγροτική. Το μικρότερο ποσοστό ασθενών είναι ηλικίας 90 ετών και άνω με περιοχή γέννησης αστική. Αν παρατηρήσουμε και τα

άλλα ποσοστά από τον πίνακα 15 μπορούμε να βρούμε κάποια στιγμή τη συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε σχέση με την ηλικία και την περιοχή γέννησης των ασθενών.

Στον πίνακα 16 παρατηρούμε ότι οι έγγαμες γυναίκες ηλικίας 50-59 ετών κινδυνεύουν περισσότερο να προσβληθούν από καρκίνο τραχήλου (συνολικός αριθμός 82). Ακολουθούν οι έγγαμες ηλικίας 40-49 ετών (συνολικός αριθμός 62), 60-69 ετών (συνολικός αριθμός 48), 30-39 ετών (συνολικός αριθμός 30) και τέλος οι ηλικίες 70-79 ετών (συνολικός αριθμός 23), 80-89 ετών (συνολικός αριθμός 11), 90 ετών και άνω (συνολικός αριθμός 2) και 20-29 ετών (συνολικός αριθμός 1). Στις άγαμες γυναίκες, σχεδόν σε όλες τις ηλικίες τα ποσοστά είναι σχεδόν χαμηλά. Οι ασθενείς για κάθε διάστημα ηλικίας είναι λιγότερες από 10. Ο καρκίνος τραχήλου μήτρας όπως δείχνει ο πίνακας 16 είναι αυξημένος στις έγγαμες γυναίκες και εμφανίζεται με αισθητά χαμηλά ποσοστά στις άγαμες. Στα ίδια χαμηλά ποσοστά περίπου προσβάλλει τις χήρες και τις διαζευμένες που δεν αναφέρονται στον πίνακα αλλά μπορούν να φανούν στο παράρτημα 2. Από προηγούμενους πίνακες αλλά και από άλλες στατιστικές έρευνες βρέθηκε ότι οι γυναίκες με διακοπές κύησης και οι πολύτεκνες κινδυνεύουν περισσότερο από την προσβολή του τραχηλικού καρκίνου. κατά συνέπεια οι γυναίκες αυτές είναι έγγαμες και επομένως καταλήγουμε ότι οι έγγαμες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν από καρκίνο τραχήλου από ότι οι άγαμες, οι χήρες και οι διαζευμένες.

Από τον πίνακα 17 βλέπουμε ότι οι περισσότερες γυναίκες που προσβάλλονται από καρκίνο τραχήλου ασχολούνται με οικιακά

και είναι ηλικίας 50-59 ετών, ακολουθούν οι ηλικίες 40-49 (σύνολο ασθενών 52), 60-69 (σύνολο ασθενών 47), 30-39 ετών (σύνολο ασθενών 20), 70-79 ετών (σύνολο ασθενών 20), 80-89 ετών (σύνολο ασθενών 15) και τέλος οι ηλικίες από 90 ετών και άνω (σύνολο ασθενών 1). Στις υπόλοιπες κατηγορίες επαγγελματιών ο καρκίνος τραχήλου μήτρας εμφανίζεται σε αισθητά χαμηλότερα ποσοστά.

Πρέπει να αναφερθεί ότι τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής φέρουν μικρές αποκλίσεις από τα αποτελέσματα επιστημονικών ερευνών. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η παρούσα έρευνα περιορίστηκε σε συγκεκριμένες χρονολογίες (1985-1989) και μόνο στον Ελλαδικό χώρο, ακόμη οι φάκελλοι των ασθενών μεταξύ αυτών των χρονολογιών δεν βρίσκονταν όλοι στα αρχεία για διάφορους λόγους (χρησιμοποιήθηκαν μόνο 341 ασθενείς), ενώ οι επιστημονικές στατιστικές έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν για σύγκριση περιλάμβαναν πολύ μεγαλύτερο διάστημα χρονολογιών, διάφορα κράτη της γης και δείγμα εκατοντάδων χιλιάδων ασθενών.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας βρέθηκαν ότι νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο της Αθήνας "Άγιος Σάββας". Αυτό σημαίνει ότι οι κάτοικοι της Αθήνας κινδυνεύουν να προσβληθούν από καρκίνο τραχήλου σε μεγαλύτερη συχνότητα από τους κατοίκους των άλλων μεγάλων αστικών κέντρων. Επομένως η ανθυγιεινή ζωή, η κακή διατροφή και το άγχος αποτελούν αιτιολογικούς παράγοντες για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, αφού οι Αθηναίοι επιβιώνουν κάτω από τέτοιες συνθήκες. Ένας δεύτερος λόγος που ο "Άγιος Σάββας" έχει περισσότερους νοσηλευόμενους ασθενείς με καρκίνο τραχήλου είναι η παροχή καλύτερης ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας σε σχέση με νοσοκομεία άλλων πόλεων (τελειότερα μηχανήματα, περισσότερο ειδικευμένο προσωπικό, δυνατότητες για διάφορα είδη εξετάσεων).

2. Από το 1987 και μετά ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας παρουσιάζει αύξηση· προσβάλλει όλο και μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών. Χρόνο με το χρόνο η εξέλιξη της τεχνολογίας έχει σαν αποτέλεσμα την εύρεση νέων χημικών ουσιών και φυτοφαρμάκων, την εγκατάσταση περισσότερων πυρηνικών εργοστασίων, την μεγαλύτερη χρήση ραδιενέργειας και αυτό με την σειρά του τη δημιουργία κάποιων ατυχημάτων (διαρροή καρκινογόνων ουσιών) κι επομένως την εμφάνιση καρκίνου.

3. Ο καρκίνος τραχήλου μήτρας παρουσιάζει αυξημένη συχνότητα στο γυναικείο πληθυσμό των αγροτικών περιοχών όπου

υπάρχει χαμηλό κοινωνικό - οικονομικό επίπεδο, άγνοια πρόληψης και αυτοεξέτασης, παραμέληση ατομικής καθαριότητας και συνθήκες κακής επιβίωσης. Σε μικρότερο ποσοστό παρατηρείται στις μεγάλες πόλεις γιατί υπάρχουν δυνατότητες πληροφόρησης για ότι αφορά την πρόληψη και την αυτοεξέταση έγκαιρης διάγνωσης, τακτικών ιατρικών επισκέψεων και όλα τα είδη των εξετάσεων. Όμως στα μεγάλα αστικά κέντρα δεν υπάρχει υγιεινή διατροφή, καθαρό περιβάλλον, συνθήκες ήρεμης ζωής.

4. Οι ηλικίες γύρω στα 50 είναι πολύ επικίνδυνες για την εμφάνιση του καρκίνου τραχήλου μήτρας καθώς και το διάστημα 40-60 ετών. Σπανιότερα εμφανίζεται στις ηλικίες από 20 έως 29 ετών και από 80 και άνω.

5. Οι γυναίκες που ασχολούνται με οικιακές εργασίες προσβάλλονται συχνά από καρκίνο τραχήλου. Αυτό δείχνει ότι οι περισσότερες δεν έχουν πνευματική μόρφωση, δε γνωρίζουν την προληπτική αντιμετώπιση του καρκίνου, δεν έχουν γνώση των σημείων εκείνων που μπορεί ν' αποτελούν σύμπτωμα κι επομένως έναρξη ενός καρκίνου τραχήλου μήτρας.

6. Οι γυναίκες που ασχολούνται με αγροτικές και κτηνοτρόφικές εργασίες έχουν προδιάθεση για καρκίνο τραχήλου λόγω της χρήσης φυτοφαρμάκων, του έντονου άγχους για το φόρτο εργασίας, της άγνοιας πρόληψης και αυτοεξέτασης, των δύσκολων συνθηκών ζωής (φτωχές τάξεις).

7. Οι γυναίκες που έχουν οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο έχουν προδιάθεση για καρκίνο τραχήλου μήτρας, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι οι γυναίκες χωρίς καρκίνο στο οικογενειακό

ιστορικό δεν υπάρχει πιθανότητα ν' αναπτύξουν καρκίνου τραχήλου.

8. Το κάπνισμα, η χρήση αλκοολούχων ποτών και φαρμάκων (αντισυλληπτικά χάπια-φάρμακα για θεραπεία γυναικολογικών παθήσεων) αποτελούν αιτιολογικούς παράγοντες για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

9. Η προδιάθεση στον καρκίνο της μήτρας αυξάνεται αν οι γυναίκες, στις οποίες αναφέρεται καρκίνος στο οικογενειακό ιστορικό τους, καπνίζουν, κάνουν χρήση αλκοολούχων ποτών και φαρμάκων. Η προδιάθεση ελαττώνεται αν οι γυναίκες δεν έχουν καρκίνο στο οικογενειακό ιστορικό τους, δεν καπνίζουν, δεν πίνουν αλκοόλ, δεν χρησιμοποιούν φάρμακα.

10. Αύξηση παρουσιάζει ο καρκίνος τραχήλου στις ασθενείς που αναφέρουν σκωληκοειδεκτομή στο ατομικό ιστορικό τους.

11. Οι ασθενείς πριν την εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου έχουν διαταραχές στην περίοδό τους. Οι διαταραχές αυτές είναι: δυσμηνορρία, αιμόρρια, συχνομηνορρία, μητρορραχία και μνηορραχία. Οι διαταραχές που εμφανίζονται πριν τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας σε μεγαλύτερο ποσοστό είναι οι αιμόρρια και η μητρορραχία.

12. Οι άτεκνες γυναίκες έχουν μειωμένη συχνότητα στον καρκίνο του τραχήλου. Αύξηση της συχνότητας έχουν οι γυναίκες που διέκοψαν την κύησή τους (αμβλώσεις - αποβολές). Όσοι περισσότερες φορές έγινε διακοπή στην κύηση τόσο μεγαλύτερη προδιάθεση υπάρχει για τραχηλικό καρκίνο μήτρας. Επίσης η προδιάθεση αυξάνεται αν εκτός από την κύηση συνυπάρχουν στη γυναίκα και γυναικολογικές παθήσεις.



13. Οι γυναίκες που σε μικρή ηλικία τεκνοποιούν ή αρχίζουν σεξουαλικές σχέσεις έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση για καρκίνο τραχήλου μήτρας.

14. Οι γυναίκες με γυναικολογικά προβλήματα στο ιστορικό τους έχουν προδιάθεση για καρκίνο τραχήλου μήτρας. Παθήσεις που αυξάνουν τη συχνότητα του καρκίνου είναι η τραχηλίτιδα, οι πολύποδες τραχήλου και η απόξεση. Επίσης οι επεμβάσεις που έχουν σχέση με τη μήτρα (ινομύωμα, πρόπτωση, πολύποδες). Οι χειρουργικές επεμβάσεις που προκαλούν τραυματισμό στον τράχηλο καθώς και η χρήση φαρμάκων που χορηγούνται για θεραπεία γυναικολογικών παθήσεων προδιαθέτουν για καρκίνο τραχήλου μήτρας.

15. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αυξάνεται όταν οι γυναίκες ηλικίας 50 -60 ετών εμφανίσουν γυναικολογικές παθήσεις. Η συχνότητα μείωνεται στις ηλικίες 20 - 29 ετών σε αισθητά μεγάλο ποσοστό ενώ δεν υπάρχει προδιάθεση και θα πρέπει ν' αναζητηθούν άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες στις ηλικίες από 90 ετών και άνω.

## Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Με βάση τα αποτελέσματα τόσο της έρευνας αυτής όσο και παλαιότερων επιδημιολογικών και στατιστικών ερευνών που αναφέρονται στις σελίδες του γενικού μέρους και έχοντας γνώση ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι μία από τις σοβαρότερες νόσους που μαστίζουν το γυναικείο φύλο, θα πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες από κοινού για την όσο το δυνατό μικρότερη αύξηση της συχνότητας του.

Έχοντας υπόψη ότι οι ηλικίες των 40 - 60 ετών είναι άκρως επικύνδινες για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ότι οι ηλικίες των 20 - 25 ετών προσβάλλονται σπανιότερα βέβαια, ότι μεγάλη συχνότητα παρουσιάζει στις αγροτικές περιοχές και ακολουθούν οι αστικές, σε γυναίκες που είναι πολύτεκνες, που ασχολούνται με οικιακές και αγροτικές εργασίες, σε γυναίκες με τραύματα στη μήτρα κι έμμεσα σε γυναίκες με διακοπή κύησης ( αποβολές - αμβλώσεις ), με παρελθόν απόξεσης και τραχηλίτιδας, επίσης γνωρίζοντας ότι το κάπνισμα και το αλκοόλ ευνοούν κάθε μορφή καρκίνου, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν τρόποι να μειωθεί κατά ένα ποσοστό - έστω κι αν αυτό είναι ελάχιστο - ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.

Περισσότερο από οτιδήποτε άλλο, όλες οι γυναίκες έχουν την ανάγκη ενημέρωσης για κάθε θέμα που αφορά το γεννητικό τους σύστημα και που πολύ περισσότερο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Θα πρέπει όλες οι ειδικότητες : Νοσηλευτές, Κοινωνικοί Νοσηλευτές, Μαιές, Κοινωνικοί Λειτουργοί και Γιατροί

να συνεργαστούν και να ενώσουν τις προσπάθειες τους για το καλό της υγείας, το πολυτιμότερο αγαθό του κόσμου. Κάθε γυναίκα αν γνώριζε τις σωστές συνθήκες υγιεινής ζωής και εργασίας, αν παρατηρούσε τις διαταραχές της εμμήνου ρύσης και των γεννητικών οργάνων της και πήγαινε έγκαιρα στο γιατρό, αν έκανε προληπτικά tests Παπανικολάου στα χρονικά διαστήματα που ορίζονται, ακόμη καλύτερα αν ήξερε να αυτοεξετάζεται θα προλάμβανε κάθε γυναικολογικό πρόβλημα και ειδικά τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι προληπτικές εξετάσεις, η ενημέρωση και η αυτοεξέταση είναι απαραίτητες γι' αυτό και θεωρήται υποχρέωση του Νοσηλευτικού Προσωπικού και κάθε ειδικευόμενου προσωπικού να πληροφορήσει και να διδάξει κάθε γυναίκα από την κεντρικότερη αστική περιοχή ως το τελευταίο απόμερο χωριό της Ελλάδας. Είναι καθήκον τους εφ' όσον έχει τέτοια δυνατότητα, να εκτελέσει αυτό το έργο.

Πρέπει να ελπίζουμε ότι με την πρόοδο του χρόνου ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας θα πάρει καθοδική πορεία κι ότι υπεύθυνα άτομα θα εξαπλωθούν σε χωριά και πόλεις για να συντελέσουν αν όχι στη μείωση της συχνότητας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, τουλάχιστον στην σταθεροποίηση της και στην αύξηση της συχνότητας της υγείας των γυναικών στη συγκεκριμένη νόσο, που τις μαστίζουν παγκόσμια.

## S U M M A R Y

Noticing the results of this research even often older ones which are referring on the general part pages and having the knowledge that the cancer of the uterus neck is one of the most serious diseases that influences woman.

We must join our efforts for the minimum increasment of his frequency. Having in mind that women between 40 - 60 years old are vulnerable for the cancer of uterus neck. Of course women between 20-25 years old are influenced rarely. Another important point of this research is that this kind of cancer has much more frequency in women which live in agricultural areas, in women which have a lot of children, in women which are occupied with housekeeping and agricultural works, in woman which have been injured in their uterus and indirectly in women with abortion.

We also know that smoking and drinking are favorite in every kind of cancer. Finally the result is that, there are ways of diminishing the percentage of the cancer of utery neck.

One of the most important thing is that women have to understand the necessity of information for a subject that concerns their genetical system and especially the cancer.

All the medical and nursing stuff have to collaborate and join their efforts for better results.

If every woman knew the right conditions for healthier life and better work, if she notice that any disturbances in

her menses, her genetical organs and go on time to the doctor, if she does "Test Pap" from time to time, and finally if she knew how to self examine she could avoid every genetical problem. These tests, the information, and the self-examination are necessary for what is considered as an obligation of the nursing and medical staff and every specialist to inform and teach every woman how to face this problem.

We must hope that with the time passing the cancer of uteri neck will be diminished and responsible people will expand all over the country in every city and village for getting better results, if the diminishing of the cancer isn't possible we have to try to stabilize the increasment of the frequency in women's health.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1**

## Ερωτηματολόγιο

Φύλλο: Άρρεν

Θήλυ

Ηλικία:

Τόπος Γέννησης:

Επάγγελμα:

Εγγαμος:

Άγαμος:

Χήρος:

Διαζευγμένος:

A) Οικογενειακό Ιστορικό

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B) Ατομικό Ιστορικό

.....

.....

.....

.....

.....

.....





**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2**

Στο παράρτημα 2 αναφέρονται λεπτομερώς, όπως ακριβώς έχουν καταγραφεί στα ερωτηματολόγια και κατά συνέπεια έχουν καταχωρηθεί στο computer ορισμένες καταστάσεις ασθενών. Μπορούν να ξεχωρίσουν τρεις ομάδες καταστάσεων ασθενών στις οποίες αναλυτικά παρατηρούμε αντίστοιχα για κάθε ομάδα:

- A.
  - 1. Περιοχή έρευνας
  - 2. Χρονολογία έρευνας
  - 3. Ηλικία
  - 4. Περιοχή γέννησης
  - 5. Επάγγελμα
  - 6. Οικογενειακή Κατάσταση
  
- B.
  - 1. Οικογενειακό Ιστορικό
  - 2. Άσκηση επαγγέλματος
  - 3. Ατομικό ιστορικό
  - 4. Ουροπνευματώδη
  - 5. Κάπνισμα
  - 6. Φάρμακα
  
- Γ.
  - 1. Γυναικολογικές παθήσεις
  - 2. Χαρακτηριστικά περιόδου
  - 3. Διαταραχές περιόδου
  - 4. Εμμηνορρύθμιση

Τα παραπάνω στοιχεία βοηθούν τον αναγνώστη να κατανοήσει τον τρόπο που συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια και το υλικό που βρέθηκε στα ιστορικά των ασθενών. Κάθε σειρά των σελίδων αντιστοιχεί σε διαφορετικό ασθενή. Η πρώτη ομάδα αποτελείται από 8 σελίδες, η δεύτερη αποτελείται από 9 σελίδες και η τρίτη από 12 σελίδες. Όλες οι σειρές και όλες οι σελίδες κάθε ομάδας του παραρτήματος 2 συμπληρώνουν 341 ασθενείς.

Επίσης μπορούν να συγκριθούν οποιαδήποτε στιγμή τα αποτελέσματα των πινάκων και των σχημάτων με τις σελίδες του παραρτήματος 2 για την επαλήθευση των συμπερασμάτων του ειδικού μέρους.

234  
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΧΡΟΝΟ ΛΟΓΙΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ	ΠΕΡΙΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΟΙΚΟΓΕΝ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΘΗΝΑ	1988	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	80-89	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	20-29	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988		ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΧΗΡΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΓΕΩΡΓΟΙ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΓΕΩΡΓΟΙ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΧΗΡΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΕΡΓΑΤΕΣ-ΤΕΧΝΙΤΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	80-89	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΧΗΡΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΧΡΟΝΟ ΛΟΓΙΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ	ΠΕΡΙΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΟΙΚΟΓΕΝ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΗΝΑ	1985	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΕΡΓΑΤΕΣ-ΤΕΧΝΙΤΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1985	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΧΗΡΕΣ
ΗΝΑ	1985	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΧΗΡΕΣ
ΗΝΑ	1988	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1986	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1989	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1989	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1989	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1986	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΧΗΡΕΣ
ΗΝΑ	1987	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1988	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1988	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1988	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΑΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1986	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1986	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1986	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1986	80-89	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1986	80-89	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1986	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1986	80-89	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1988	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1988	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΓΕΩΡΓΟΙ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1985	80-89	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΧΗΡΕΣ
ΗΝΑ	1985	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1985	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1985	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1985	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΧΗΡΕΣ
ΗΝΑ	1986	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1985	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1985	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1985	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1987	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1986	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΕΣ
ΗΝΑ	1988	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΓΕΩΡΓΟΙ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1987	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1985	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1988	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1988	90-ΑΝΩΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΧΗΡΕΣ
ΗΝΑ	1988	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1986	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1985	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1985	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΗΝΑ	1987	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΧΡΟΝΟ ΛΟΓΙΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ	ΠΕΡΙΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΟΙΚΟΓΕΝ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΘΗΝΑ	1989	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΓΕΩΡΓΟΙ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΓΕΩΡΓΟΙ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΕΡΓΑΤΕΣ-ΤΕΧΝΙΤΕΣ	ΑΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΕΜΠΟΡΟΙ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΧΗΡΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΧΗΡΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΧΗΡΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	80-89	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΧΗΡΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	80-89	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΧΗΡΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΓΕΩΡΓΟΙ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΑΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ		ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΑΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	Δ.Α.	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΑΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΧΡΟΝΟ ΛΟΓΙΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ	ΠΕΡΙΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΟΙΚΟΓΕΝ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΘΗΝΑ	1985	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΑΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΕΡΓΑΤΕΣ-ΤΕΧΝΙΤΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΧΗΡΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	60-69	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΕΡΓΑΤΕΣ-ΤΕΧΝΙΤΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΑΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	80-89	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	80-89	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	30-39	ΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	60-69	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΧΗΡΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	60-69	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΑΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	70-79	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	60-69	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	70-79	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΧΗΡΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	30-39	ΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	80-89	ΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΧΗΡΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	60-69	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	20-29	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	70-79	ΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	70-79	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	60-69	ΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΧΗΡΕΣ

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΧΡΟΝΟ ΛΟΓΙΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ	ΠΕΡΙΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΟΙΚΟΓΕΝ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΘΗΝΑ	1989	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΑΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	30-39	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΕΡΓΑΤΕΣ-ΤΕΧΝΙΤΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΕΡΓΑΤΕΣ-ΤΕΧΝΙΤΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΑΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	70-79	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	60-69	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	20-29	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΑΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	30-39	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΓΕΩΡΓΟΙ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	30-39	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	30-39	ΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΑΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΕΜΠΟΡΟΙ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	30-39	ΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	30-39	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	70-79	ΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	30-39	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	Δ.Α.	Δ.Α.
ΘΗΝΑ	1988	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΑΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΕΡΓΑΤΕΣ-ΤΕΧΝΙΤΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	30-39	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΑΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	70-79	ΑΣΤΙΚΗ	ΕΜΠΟΡΟΙ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	80-89	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	80-89	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ



## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΧΡΟΝΟ ΛΟΓΙΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ	ΠΕΡΙΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΟΙΚΟΓΕΝ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΘΗΝΑ	1989	70-79	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	40-49	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	40-49	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	40-49	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	30-39	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΕΡΓΑΤΕΣ-ΤΕΧΝΙΤΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΑΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	40-49	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	40-49	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1985	60-69	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	70-79	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	60-69	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΑΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	80-89	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΧΗΡΕΣ
ΘΗΝΑ	1986	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	40-49	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΧΗΡΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	60-69	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΑΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	60-69	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΑΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	30-39	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	40-49	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΕΜΠΟΡΟΙ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1987	40-49	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΕΡΓΑΤΕΣ-ΤΕΧΝΙΤΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1988	60-69	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΘΗΝΑ	1989	30-39	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣΣ/ΚΗ	1987	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΕΡΓΑΤΕΣ-ΤΕΧΝΙΤΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣΣ/ΚΗ	1987	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣΣ/ΚΗ	1987	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣΣ/ΚΗ	1987	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣΣ/ΚΗ	1987	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣΣ/ΚΗ	1986	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣΣ/ΚΗ	1989	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣΣ/ΚΗ	1985	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣΣ/ΚΗ	1986	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣΣ/ΚΗ	1986	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣΣ/ΚΗ	1986	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣΣ/ΚΗ	1987	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣΣ/ΚΗ	1986	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΧΡΟΝΟ ΛΟΓΙΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ	ΠΕΡΙΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΟΙΚΟΓΕΝ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΕΣ/ΚΗ	1989	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1988	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1986	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1987	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1987	80-89	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1987	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1985	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1985	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΑΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1987	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1986	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	60-69	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	30-39	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	70-79	ΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1988	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1985	60-69	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1986	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1986	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	70-79	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1987	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	Δ.Α.
ΕΣ/ΚΗ	1988	90-ΑΝΩΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	30-39	ΑΣΤΙΚΗ	ΓΕΩΡΓΟΙ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1988	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	20-29	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΑΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	70-79	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	60-69	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	80-89	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	60-69	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1987	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1987	60-69	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1986	70-79	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	40-49	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΓΕΩΡΓΟΙ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	60-69	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	40-49	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	60-69	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	40-49	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1986	60-69	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΓΕΩΡΓΟΙ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1985	60-69	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΧΡΟΝΟ ΛΟΓΙΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ	ΠΕΡΙΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΟΙΚΟΓΕΝ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΕΣ/ΚΗ	1985	30-39	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1986	40-49	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1985	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1988	60-69	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	40-49	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	70-79	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	80-89	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1989	40-49	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΕΣ/ΚΗ	1987	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΕΜΠΟΡΟΙ	ΑΓΑΜΕΣ
ANNINA	1986	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ANNINA	1986	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΧΗΡΕΣ
ANNINA	1986	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΓΕΩΡΓΟΙ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ANNINA	1986	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ANNINA	1986	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ANNINA	1986	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ANNINA	1986	60-69	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΔΑ.	ΔΑ.
ANNINA	1986	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΔΑ.
ANNINA	1989	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΑΓΑΜΕΣ
ANNINA	1989	80-89	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ANNINA	1986	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ANNINA	1986	40-49	ΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ANNINA	1986	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ANNINA	1986	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ANNINA	1986	60-69	ΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ANNINA	1986	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ANNINA	1985	50-59	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΤΡΑ	1986	80-89	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΓΕΩΡΓΟΙ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΤΡΑ	1988	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΔΑ.
ΤΡΑ	1989	80-89	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΤΡΑ	1988	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΤΡΑ	1988	30-39	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΤΡΑ	1989	70-79	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΕΡΓΑΤΕΣ-ΤΕΧΝΙΤΕΣ	ΑΓΑΜΕΣ
ΤΡΑ	1986	50-59	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΤΡΑ	1986	40-49	ΑΓΡΟΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΤΡΑ	1989	60-69	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΑΓΑΜΕΣ
ΤΡΑ	1988	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΤΡΑ	1988	30-39	ΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΤΡΑ	1988	60-69	ΑΣΤΙΚΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΕΓΓΑΜΕΣ
ΤΡΑ	1989	50-59	ΑΣΤΙΚΗ	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ-ΕΚΠΑΙΔ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΕΣ

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓ.ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΑΣΚ.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΚΙΝΗ	ΚΑΠΝ	ΦΑΡΜ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ		ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ &	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ		ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ &	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΝΑΙΜΙΑ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΤΥΦΟΣ-ΕΛΟΝΟΣΙΑ-ΦΥ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΝΑΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓ.ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΑΣΚ.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΥΙΝΟ	ΚΑΠΝ	ΦΑΡΜ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΝΑΙ	ΝΑΙ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ				
	ΒΑΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ &	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΤΥΦΟΣ-ΕΛΟΝΟΣΙΑ-ΦΥ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΝΕΥΡΟΛΚΕΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΤΥΦΟΣ-ΕΛΟΝΟΣΙΑ-ΦΥ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΤΥΦΟΣ-ΕΛΟΝΟΣΙΑ-ΦΥ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ &	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ		ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ		ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓ.ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΑΣΚ.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΟΙΝΟ	ΚΑΠΝ	ΦΑΡΜ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ &	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ &	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓ.ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΑΣΚ.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΟΙΝΟ	ΚΑΠΝ	ΦΑΡΜ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΛΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΛΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΚΥΣΤΙΤΙΔΑ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΛΘΗΣΕΙΣ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΝΑΙΜΙΑ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΝΑΙΜΙΑ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΛΘΗΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ &	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ		ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΛΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΚΥΣΤΙΤΙΔΑ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΛΕΚΤΟΜΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΛΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΤΥΦΟΣ-ΕΛΟΝΟΣΙΑ-ΦΥ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΛΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΝΑΙΜΙΑ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΛΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΛΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΤΥΦΟΣ-ΕΛΟΝΟΣΙΑ-ΦΥ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΛΕΚΤΟΜΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓ.ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΑΣΚ.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΟΥΙΝΟ	ΚΑΠΝ	ΦΑΡΜ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΝΑΙΜΙΑ			
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΒΑΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΒΑΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ			
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΝΑΙΜΙΑ	Δ.Α.	ΝΑΙ	Δ.Α.



## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓ.ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΑΣΚ.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΟΙΝΟ	ΚΑΠΝ	ΦΑΡΜ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΒΑΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	Δ.Α.	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΤΥΦΟΣ-ΕΛΟΝΟΣΙΑ-ΦΥ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΝΑΙΜΙΑ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΤΥΦΟΣ-ΕΛΟΝΟΣΙΑ-ΦΥ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ &	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΚΥΣΤΙΤΙΔΑ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓ.ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΑΣΚ.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΟΙΝΟ	ΚΑΠΝ	ΦΑΡΜ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ		ΑΝΑΙΜΙΑ	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΤΥΦΟΣ-ΕΛΟΝΟΣΙΑ-ΦΥ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΤΥΦΟΣ-ΕΛΟΝΟΣΙΑ-ΦΥ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΤΥΦΟΣ-ΕΛΟΝΟΣΙΑ-ΦΥ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ &	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ				
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΑΣΚ.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΟΙΝΟ	ΚΑΛΩΝ	ΦΑΡΜ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ				
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΚΥΣΤΙΤΙΔΑ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΝΑΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓ.ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΑΣΚ.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΟΥΙΝΟ	ΚΑΠΝ	ΦΑΡΜ
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ		ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ &	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΚΥΣΤΙΤΙΔΑ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΝΑΙΜΙΑ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	Δ.Α.	ΑΝΑΙΜΙΑ			
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΝΑΙ	ΝΑΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Δ.Α.
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ			ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΚΥΣΤΙΤΙΔΑ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΒΑΡΙΑ	ΤΥΦΟΣ-ΕΛΟΝΟΣΙΑ-ΦΥ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	Δ.Α.	Δ.Α.	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΗ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΝΑΙΜΙΑ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.
ΧΩΡΙΣ ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ &	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ		ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΑ	ΕΛΑΦΡΙΑ-ΜΕΤΡΙΑ	ΑΝΑΙΜΙΑ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Α.Α. ΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΕΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ
335	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ		ΜΗΝΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.>15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
43	ΣΑΛΠΙΓΓΙΤΙΔΑ	Δ.Α.		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
103	ΑΠΟΞΕΣΗ	Δ.Α.		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
109	ΑΠΟΞΕΣΗ ΙΝΟΜΥΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Δ.Α.		ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ
120	ΑΠΟΞΕΣΗ ΣΑΛΠΙΓΓΙΤΙΔΑ	Δ.Α.		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
169	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ	Δ.Α.		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
173	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Δ.Α.		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
262	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	Δ.Α.		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.>15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
272	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	Δ.Α.		ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ
4	ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
5	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΣΥΧΝΟΜΗΝΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
13	ΑΠΟΞΕΣΗ ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΔΥΣΜΗΝΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
14	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ ΔΥΣΜΗΝΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
15	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Α.Α. ΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΕΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ
18	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΔΥΣΜΗΝΟΡΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
38	ΑΠΟΞΕΣΗ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΔΥΣΜΗΝΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
40	ΑΠΟΞΕΣΗ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
46	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΔΥΣΜΗΝΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
52	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
56	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
61	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
64	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
65	ΙΝΟΜΥΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
66	ΑΠΟΞΕΣΗ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
71	ΑΠΟΞΕΣΗ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΕΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
75	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
83	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
88	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Α.Α. ΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΕΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ
94	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΣΥΧΝΟΜΗΝΟΡΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
95	ΑΠΟΞΕΣΗ ΙΝΟΜΥΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
96	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ ΜΗΝΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
98	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
99	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.>15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
100	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
106	ΑΠΟΞΕΣΗ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
107	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΝΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
111	ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
112	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ
113	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΣΑΛΠΙΓΓΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
115	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
123	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
126	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Α.Α. ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΕΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ
134	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
135	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ ΑΠΟΞΕΣΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ ΣΥΧΝΟΜΗΝΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
136	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ ΣΥΧΝΟΜΗΝΟΡΙΑ ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
137	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ ΑΠΟΞΕΣΗ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
138	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΣΥΧΝΟΜΗΝΟΡΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
139	ΑΠΟΞΕΣΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ ΙΝΟΜΥΩΜΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
140	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ ΙΝΟΜΥΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.>15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
141	ΑΠΟΞΕΣΗ ΣΑΛΠΙΓΓΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
142	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
146	ΙΝΟΜΥΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΣΥΧΝΟΜΗΝΟΡΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
147	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
148	ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
149	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
152	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΣΑΛΠΙΓΓΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΣΥΧΝΟΜΗΝΟΡΙΑ ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ



## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Α.Α. ΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΕΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ
154	ΑΠΟΞΕΣΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
156	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
160	ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
170	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΝΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
171	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
175	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
180	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
186	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
205	ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ ΣΑΛΠΙΓΓΙΤΙΔΑ ΠΡΟΠΤΩΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
221	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΝΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
228	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΝΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
233	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
236	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
240	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Α.Α. ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΕΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ
241	ΣΑΛΠΙΓΓΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ ΣΥΧΝΟΜΗΝΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
243	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
248	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
249	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
250	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
261	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΣΥΧΝΟΜΗΝΟΡΙΑ ΔΥΣΜΗΝΟΡΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
278	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.>15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
280	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΣΥΧΝΟΜΗΝΟΡΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
313	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
316	ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΟ ΣΥΡΡΙΓΙΟ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
318	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
332	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
334	ΑΠΟΞΕΣΗ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΑΙΜΟΡΙΑ ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
336	ΑΠΟΞΕΣΗ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΣΥΧΝΟΜΗΝΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Α.Α. ΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΕΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ
337	ΑΠΟΞΕΣΗ ΙΝΟΜΥΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
349	ΙΝΟΜΥΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΣΥΧΝΟΜΗΝΟΡΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
11	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
12	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
20	ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΕΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
34	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
44	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
55	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
58	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΙΝΟΜΥΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
59	ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
60	ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
62	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
67	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
68	ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΕΣ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Α.Α. ΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΕΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ
69	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ ΙΝΟΜΥΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
72	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
74	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΙΝΟΜΥΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
78	ΙΝΟΜΥΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
84	ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
85	ΑΠΟΞΕΣΗ ΙΝΟΜΥΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
108	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ
110	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.>15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
119	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟΞΕΣΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
124	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
127	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
129	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
131	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
132	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Α.Α. ΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΕΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ
162	ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΟ ΣΥΡΡΙΓΙΟ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
172	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
178	ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΟΓΚΙΔΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
190	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
191	ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΕΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
192	ΙΝΟΜΥΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
195	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΔΥΣΜΗΝΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
196	ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
197	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΔΥΣΜΗΝΟΡΙΑ ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
206	ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
207	ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
208	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
212	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ
216	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ ΑΠΟΞΕΣΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Α.Α. ΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΕΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ
217	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
227	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
229	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
231	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
234	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
239	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
242	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ ΙΝΟΜΥΩΜΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
245	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
252	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
253	ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΟΓΚΙΔΙΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
256	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
257	ΑΠΟΞΕΣΗ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
258	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
260	ΙΝΟΜΥΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ ΑΠΟΞΕΣΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΔΥΣΜΗΝΟΡΙΑ ΣΥΧΝΟΜΗΝΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Α.Α. ΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΕΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ
276	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ ΑΙΜΟΡΡΟΙΔΕΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
291	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
293	ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΣΥΧΝΟΜΗΝΟΡΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
294	ΑΠΟΞΕΣΗ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
295	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ ΑΠΟΞΕΣΗ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
296	ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
303	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ
306	ΙΝΟΜΥΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
311	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
317	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΑΙΜΟΡΙΑ ΣΥΧΝΟΜΗΝΟΡΙΑ ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
319	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ ΙΝΟΜΥΩΜΑ ΜΗΤΡΑΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.>15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
329	ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
330	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
341	ΑΠΟΞΕΣΗ ΚΟΛΠΙΤΙΔΑ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Α.Α. ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗΣ	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	ΕΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ
342	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΜΗΝΟΡΑΓΙΑ ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
344	ΑΠΟΞΕΣΗ ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΑΙΜΟΡΙΑ ΣΥΧΝΟΜΗΝΟΡΙΑ ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
345	ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
346	ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΣΑΛΠΙΓΓΩΝ ΚΥΣΤΗ ΩΟΘΗΚΗΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
347	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50
350	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
351	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΣΥΧΝΟΜΗΝΟΡΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ ΔΥΣΜΗΝΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≤49
352	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
353	ΑΠΟΞΕΣΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
356	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ		ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
357	ΤΡΑΧΗΛΙΤΙΔΑ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ
358	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΜΗΤΡΑΣ	ΚΑΤΑ ΦΥΣΗ	ΜΗΤΡΟΡΑΓΙΑ ΑΙΜΟΡΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ Ε.Ρ.≤15 ΚΑΙ ΛΗΞΗ ≥50



### Βιβλιογραφία

- ANSPACH M. BROOKE, "GYNECOLOGY" , J.B. Lippincott Company,  
Philadelphia and London, July 1924, page 61 - 86 and 330 -  
358.
- ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ Ι. ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ, "Παθολογία της Γυναίκας",  
Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγορίου Κ. Παρισιάνου, Αθήνα  
1985, σελ. 236 - 319.
- EISENBERG ROLAND, "Ακτινοδιαγνωστική στην εσωτερική Παθολογία",  
(Μετάφραση: Τζώρτζης Γεώργιος), Τόμος Α', Ιατρικές  
Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989, σελ. 80 - 83.
- ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, "Πρόληψη, έγκαιρη  
διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο", Μέρος Β', Τόμος  
Β', Τεύχος 1<sup>ο</sup>, Εκδόσεις "Φωτοπορεία" Γεωργίου Κ. Κατράκη,  
Αθήνα 1980, σελ. 36 - 62 και 308 - 321.
- HARRISON, "Εσωτερική Παθολογία", Τόμος Α', Έκδοση 10<sup>η</sup>,  
Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγορίου Κ. Παρισιάνου, Αθήνα  
1986, σελ. 1016 - 1048.
- "Ιατρική Εγκυκλοπέδια": Καρκίνος, Τόμος Γ', Εκδοτικός Οίκος  
"Πυραμίδες", σελ. 179 - 189.
- "Ιατρικός Οδηγός", Τόμος Β', "ΕΕΕ" Εταιρεία Εγκυκλοπαιδικών  
Εκδόσεων Ο.Ε., Milano - Αθήνα 1968, σελ. 368 - 371 και  
406 - 408.
- ΚΑΡΕΚΛΗΣ Ι. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, "Γυναικολογία", Εκδοτικός Οίκος Γεωργίου  
Ο. Φέξη, Αθήνα 1894, σελ. 361 - 384.
- ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ Ε. Σ. , "Βασική Μαιευτική Περιγεννητική Ιατρική και  
Γυναικολογία" ,Μέρος Α', Εκδοτικός Οίκος:Churchile

Liningston - Edinburg, Lippincott Harper and Row - Philadelphia, W.B. Saunders Co - Baltimore, E. Arnord - London, Αθήνα 1984, σελ. 27 - 42 και 485 - 487.

MAC KEITH NANCY, "Πρακτικός Γυναικολογικός Οδηγός" , (Μετάφραση: Παραπαντάκη Ρ. Κάτια), Εκδόσεις Γαλανός, Αθήνα 1978, σελ. 11 - 23, 109, 114 - 117, 118 - 125.

ΜΑΝΤΑΛΕΝΑΚΗΣ Ι. ΣΕΡΓΙΟΣ, "Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας", Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1985, σελ. 439 - 456.

ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Μ.Χ. - ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Σ.Δ., "Βασικές αρχές Παθολογίας", Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984, σελ. 73 - 89.

ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΝΙΚΟΣ, "Γυναικολογία", Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριου Κ. Παρισιάνου, Αθήνα 1978, σελ. 9 - 14, 125 - 152, 183 - 184, 190 - 195.

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΣ, "Γυναικολογική Ογκολογία", Εκδόσεις "Φωτοτυπωτική" Λασκαρίδης - Αλεξιάδης - Δρίτσας, Θεσσαλονίκη 1987, σελ. 135 - 143, 156 - 227, 253, 257 - 266.

ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΩΑΣΗ ANNA - ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ, "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Νοσηλευτικές Διαδικασίες", Τόμος Α', Εκδόσεις "BHTA" medical arts, Αθήνα 1984, σελ. 103 - 120.

ΣΙΓΑΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, "Συμβολή εις την εργαστηριακή διάγνωση του καρκίνου, ADDITION TEST" , Vol 4, Acta Bibliographica Biological labs of Patras, Patra, February 1959.

STEVENS G. THOMAS, "Diseases of women", London Medical

Publications, London, November 1916, σελ. 1 - 13, 18 και  
349 - 361.

ΣΦΛΩΜΟΣ ΚΩΣΤΑΣ, "Διατροφή και Καρκίνος", Αθήνα 1982, σελ. 25,  
29 - 45, 167 - 180.

