



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

<< ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ  
ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ >>

<< MENOPAUSE PROBLEMS AND  
COUNSELLING >>



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:  
Μπρέντα Γεωργία Msc  
Εργαστηριακός συνεργάτης

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:  
Πυρωμένου Ταχιαρχούλα  
Σταματιάδου Βασιλική  
Σταυροπούλου Πηνελόπη

ΠΑΤΡΑ  
ΜΑΡΤΙΟΣ 2014

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>Ευχαριστίες</b>	6
<b>Πρόλογος</b>	7
<b>Εισαγωγή</b>	8

### **Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>**

#### **Ανατομία γυναικείου γενετικού συστήματος**

<b>1.ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ</b>	10
<b>1.1 ΕΞΩ ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ</b>	10
1.1.1 Εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης	10
1.1.2 Μεγάλα χείλη	11
1.1.3 Μικρά χείλη	11
1.1.4 Κλειτορίδα	11
1.1.5 Πρόδρομος του κόλπου	12
1.1.6 Βολβοί του προδρόμου	12
1.1.7 Βαρθολίνειοι αδένες	12
<b>1.2 ΕΣΩ ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ</b>	13
1.2.1 Παρθενικός υμένας	13
1.2.2 Ωοθήκες	14
1.2.3 Ωαγωγοί ή σάλπιγγες	16
1.2.4 Μήτρα	17
1.2.5 Κόλπος ή κολεός	19
<b>1.3 ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ</b>	20

### **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>**

#### **Ενδοκρινικό σύστημα και αδένες**

<b>2. ΕΝΔΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</b>	25
<b>2.1 ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΑΔΕΝΕΣ</b>	25
2.1.1 Υποθάλαμος	26
2.1.2 Υπόφυση	26
2.1.3 Θυροειδής	27

2.1.4 Παραθυρεοειδής	27
2.1.5 Επινεφρίδια	28
2.1.6 Πάγκρεας	29
2.1.7 Γεννητικοί αδένες – Γονάδες	30
<b>2.2 ΟΡΜΟΝΕΣ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ</b>	31
2.2.1 Οιστρογόνα	33
2.2.2 Προγεστερόνη	35
2.2.3 Ανδρογόνες ορμόνες	37
2.2.4 Κυβερνίνες	37
2.2.5 Ριλαξίνη	38
2.2.6 Άλλοι ενδοθηκικοί παράγοντες	38

## **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>**

### **Καταμήνιος κύκλος**

<b>3. ΕΜΜΗΝΟΣ ΚΥΚΛΟΣ</b>	40
<b>3.1 ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟ ΡΥΣΗ</b>	40
<b>3.2 ΑΛΛΗΛΟΥΧΙΑ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ ΣΤΟΝ ΕΜΜΗΝΟ ΚΥΚΛΟ</b>	41
<b>3.3 ΕΜΜΗΝΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΚΑΙ ΟΡΜΟΝΕΣ</b>	43
<b>3.4 ΠΡΟΕΜΜΗΝΟΡΥΣΙΑΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ</b>	44
3.4.1 Ψυχικά συμπτώματα	47
3.4.2 Σωματικά συμπτώματα	48
3.4.3 Θεραπεία προεμμηνορυσιακού συνδρόμου	50

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>**

### **Εμμηνόπαυση**

<b>4. ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ</b>	52
<b>4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ</b>	52
<b>4.2 ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΟΣ</b>	52
<b>4.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ</b>	53
4.3.1 Φυσιολογία της εμμηνόπαυσης	53
<b>4.4 ΠΡΟΩΡΗ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ</b>	54
<b>4.5 ΠΕΡΙΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ</b>	55
4.5.1 Περιεμμηνόπαυση, πως εκδηλώνετε	55

<b>4.6 ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ</b>	57
4.6.1 Συμπτώματα εμμηνόπαυσης	57
<b>4.7 ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ</b>	61
<b>4.8 ΟΡΜΟΝΕΣ ΚΑΙ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ</b>	62

## **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>**

### **Προβλήματα εμμηνόπαυσης**

<b>5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ</b>	64
<b>5.1 ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΑΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ</b>	64
<b>5.2 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ</b>	65
5.2.1 Κατηγορίες καρδιαγγειακών νοσημάτων	65
<b>5.3 ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ</b>	69
<b>5.4 ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER</b>	74
<b>5.5 ΑΤΡΟΦΙΑ ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ</b>	74
<b>5.6 ΑΓΓΕΙΟΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</b>	75
<b>5.7 ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΙΜΙΑ</b>	76
<b>5.8 ΡΟΔΟΧΡΟΣ ΑΚΜΗ</b>	76
<b>5.9 ΑΛΩΠΕΚΕΙΑ Ή ΔΑΣΥΤΡΙΧΙΣΜΟΣ</b>	78
<b>5.10 ΓΗΡΑΝΣΗ</b>	78

## **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>**

### **Τρόποι αντιμετώπισης της εμμηνόπαυσης**

<b>6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	80
<b>6.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ</b>	80
6.1.1 Θεραπεία Ορμονικής Υποκατάστασης	80
6.1.2 Παρενέργειες στην ορμονοθεραπεία	82
6.1.3 Αντενδείξεις	84
6.1.4 Χαμηλής δόσεις αντικαταθλιπτικών φαρμάκων	84
6.1.5 Διφωσφονικά φάρμακα	84
6.1.6 Εκλεκτικοί τροποποιητές των υποδοχέων οιστρογόνων	84
6.1.7 Κολπικά οιστρογόνα	86
<b>6.2 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ</b>	86
6.2.1 Άσκηση	86

6.2.2 Φυτοοιστρογόνα	87
6.2.3 Ομοιοπαθητική	90
6.2.4 Βελονισμός	92

## **Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>**

### **Νοσηλευτική παρέμβαση**

<b>7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ</b>	94
<b>7.1 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ</b>	97
<b>7.2. ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ</b>	98
<b>7.3 ΠΛΑΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ</b>	100
<b>7.4 ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ – ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>	102
7.4.1 Μελέτη 1 <sup>ης</sup> περίπτωσης, ασθενής με ολική υστερεκτομή	102
7.4.2 Μελέτη 2 <sup>ης</sup> περίπτωσης, ασθενής με ολική υστερεκτομή	120
7.4.3 Μελέτη 3 <sup>ης</sup> περίπτωσης ασθενής που υποβάλετε σε ΧΜΘ λόγω καρκίνου ωοθηκών	140
7.4.4 Μελέτη 4 <sup>ης</sup> περίπτωσης ασθενής που υποβάλετε σε ΧΜΘ λόγω χωριοκαρκίνωμα μήτρας	151
7.4.5 Μελέτη 5 <sup>ης</sup> περίπτωσης ασθενής που υποβάλετε σε ΧΜΘ λόγω καρκίνου ωοθηκών	170
7.4.6 Μελέτη 6 <sup>ης</sup> περίπτωσης ασθενής με μετεμμηνοπαυσιακά προβλήματα	183
<b>Συμπεράσματα</b>	196
<b>Περίληψη</b>	198
<b>Summary</b>	199
<b>Βιβλιογραφία</b>	200

## Ευχαριστίες

Πρόκειται για μια εργασία που προσέφερε πολύτιμες γνώσεις πάνω στο επιλεγμένο αντικείμενο αλλά και στην μεθοδολογία που ακολουθείται για την πραγμάτωση της πτυχιακής εργασίας. Χρειάστηκε συνεργασία μεταξύ των δημιουργών της αλλά και με την υπεύθυνη καθηγήτρια.

Από τα παραπάνω ορμώμενες θα θέλαμε ως φοιτήτριες και δημιουργοί της εργασίας αυτής να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα την καθηγήτρια μας κα. Γεωργία Μπρέντα, της οποίας η καθοδήγηση και η βοήθειά της κρίθηκαν καθοριστικές στο να φτάσει η παρούσα εργασία στην τελική της μορφή. Οι γνώσεις και η πείρα της ήταν απαραίτητες ώστε να ξεπεράσουμε τις όποιες δυσκολίες συναντήσαμε. Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας οι οποίοι στήριξαν τις σπουδές μας με διάφορους τρόπους, φροντίζοντας για την καλύτερη δυνατή μόρφωση μας.

Πυρωμένου Ταχιαρχούλα  
Σταματιάδου Βασιλική  
Σταυροπούλου Πηνελόπη

## Πρόλογος

Η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι μια βιβλιογραφική ανασκόπηση με θέμα: «Εμμηνόπαυση, προβλήματα και συμβουλευτική». Περιλαμβάνει μια γενική ανασκόπηση της ανατομίας του γεννητικού συστήματος, της προεμμηνοπαυσιακής, εμμηνοπαυσιακής και μετεμμηνοπαυσιακής περιόδου, των προβλημάτων που αντιμετωπίζει η γυναίκα σαν αποτέλεσμα αυτής, καθώς και τρόπους αντιμετώπισης και θεραπείας.

Η εμμηνόπαυση χαρακτηρίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως η διακοπή της έμμηνου ρύσεως για 12 συνεχόμενους μήνες, εξαιτίας μείωσης παραγωγής των οιστρογόνων. Η περίοδος αυτή φέρει μία πληθώρα αλλαγών στην καθημερινότητα και στον τρόπο ζωής. Η πλειοψηφία των αλλαγών αυτών είναι αρνητικές και εκλαμβάνονται διαφορετικά από κάθε γυναίκα.

Η Δυτική κουλτούρα αξιοδοτεί τη νεότητα και την ομορφιά και η εμμηνόπαυση μπορεί να αντιμετωπιστεί από ορισμένες γυναίκες ως η απώλεια της γοητείας και το πρώτο βήμα για την τρίτη ηλικία. Σε άλλες κουλτούρες πάλι αξιοδοτείται η σοφία που έχει αποκτηθεί κατά την διάρκεια της ζωής.

Η περίοδος της εμμηνόπαυσης είναι μια διαδικασία που θέλοντας και μη, κάθε γυναίκα θα αντιμετωπίσει, μια περίοδος που δυστυχώς δεν αντιμετωπίζεται με την απαραίτητη προσοχή και επιμέλεια. Αυτό αποτέλεσε το κύριο έναυσμα για να δημιουργήσουμε την συγκεκριμένη πτυχιακή. Οι νοσηλευτές καθώς και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα προεμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, να σχεδιάσουν ένα πλάνο αντιμετώπισης αλλά και να εκπαιδεύσουν την γυναίκα και την οικογένειά της για την νέα πολύπλοκη και ενδιαφέρουσα πλευρά της ζωής της.

Η γνώση είναι δύναμη..

## Εισαγωγή

Η ζωή κάθε γυναίκας αποτελείται από πολλούς και σπουδαίους ρόλους, ένας απ τους σημαντικότερους είναι αυτός της μητέρας. Το ρόλο αυτό έρχεται να αναιρέσει η διαδικασία της εμμηνόπαυσης.

Η εμμηνόπαυση αποτελεί κόμβο στην ζωή κάθε γυναίκας. Παρά το γεγονός αυτό, απ την αρχαιότητα ως και τα νεότερα χρόνια δεν γίνονται ιδιαίτερες βάσιμες αναφορές σε ιατρικά κείμενα για την διαδικασία αλλά και τις επιπτώσεις που αντικατοπτρίζει στην καθημερινότητα αλλά και την υγεία του ατόμου. Αντιθέτως παρατηρούμε εξαιρετική ποικιλία αρχαίων κειμένων μαιευτικής και γυναικολογίας που αναλύουν με γλαφυρότητα την έμμηνο ρύση και τον τοκετό, άλλωστε και οι δύο διαδικασίες είχαν θρησκευτικά χαρακτηριστικά αφού είχαν αποδοθεί σε θεότητες.

Οι περισσότερες αναφορές και έρευνες ξεκινούν κατά τον 20<sup>ο</sup> αιώνα όπου πλέον οι ιατρική περνά σε ολιστικό επίπεδο και ο όρος Υγεία καθορίζεται ως πολυπαραγοντική κατάσταση. Επιπλέον κατά τον 20<sup>ο</sup> αιώνα έχουμε και την σχεδόν παγκόσμια χειραφέτηση της γυναίκας αλλά και την εκπληκτική αύξηση των κοριτσιών που λάμβαναν όχι μόνο την απαραίτητη αλλά και πανεπιστημιακού επιπέδου μόρφωση. Μέσα από αυτές της ανακατατάξεις, αλλά και έχοντας λόγο πλέον και η γυναικεία φωνή στο προσκήνιο η εμμηνόπαυση αρχίζει να αναλύεται, να χωρίζεται σε φάσης, να καθορίζονται οι επιπτώσεις της αλλά και να προσφέρονται φαρμακευτικοί τρόποι αντιμετώπισης.

Απ' ότι φάνηκε η εμμηνόπαυση δεν είναι ένα απλό στάδιο. Επηρεάζει σε σωματικό επίπεδο όλα τα συστήματα της γυναίκας ( καρδιακό, αγγειακό, ουρογεννητικό, μυϊκό), την ψυχολογία αλλά και την κοινωνική της υπόσταση, εφόσον πλέον ξεκινάει η διαδικασία της γήρανσης.

Πλέον και μετά απ την κατανόηση των παραμέτρων της εμμηνόπαυσης και την επιτακτικότητα της κατάστασης θεραπεία δεν αποτελεί μόνο η χρήση βοτάνων αλλά και νέες καινούργιες θεραπείες. Ευτυχώς η επιστήμη εξελίσσεται σ όλους τους τομείς παρέχοντας ολοένα ολιστικές λύσεις στην ζωή της γυναίκας.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## Ανατομία γυναικείου γενετικού συστήματος



Πηγή: <http://podilato98.blogspot.gr/2012/05/anaparagogiko-systima-gynaikas.html>

# 1. ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γενετικό σύστημα της γυναίκας είναι ένας πολύπλοκος βιολογικός μηχανισμός που εξασφαλίζει τη διαίωσιση του είδους. Αποτελείται από:

- Έξω γεννητικά όργανα.
  - Το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης
  - Τα μεγάλα χείλη
  - Τα μικρά χείλη
  - Την κλειτορίδα
  - Τον πρόδρομο του κόλπου
  - Τους βολβούς του προδρόμου
  - Τους Bartholinian αδένες
- Έσω γεννητικά όργανα
  - Τις δυο ωοθήκες
  - Τους δυο ωαγωγούς ή σάλπιγγες
  - Τη μήτρα
  - Τον κόλπο ή κολεό

Στα παρακάτω κεφάλαια παραθέτονται λεπτομέρειες σχετικά με τα προαναφερθέντα τμήματα που συντελούν το γυναικείο γενετικό σύστημα (Errol Norwitz- John Schorge, 2001).

## 1.1 ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Ουσιαστικά το έξω γεννητικό όργανο της γυναίκας είναι το αιδοίο και αποτελείται από διάφορα μέρη.

### **1.1.1 Εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης**

Εφήβαιο είναι η τριγωνική περιοχή στο κάτω μέρος του υπογαστρίου που καλύπτεται από την εποχή της ήβης και κατόπιν, από πλούσια τριχοφυΐα. Το εφήβαιο σχηματίζεται από μια διόγκωση δέρματος που βρίσκεται μπροστά και πάνω από την ηβική σύμφυση, η οποία αποτελεί το στερεό υπόστρωμα του εφηβαίου (σύμφυση της λεκάνης με την οποία δύο ηβικά οστά, ενώνονται μεταξύ τους). Αξίζει να αναφερθεί, ότι συγκεντρώνει μεγάλη ποσότητα λίπους και χαλαρού συνδετικού ιστού και έχει σχήμα όρους ,από το οποίο πήρε και το όνομα «όρος της Αφροδίτης». ([www.el.science.wikia.com](http://www.el.science.wikia.com))

### **1.1.2 Μεγάλα χείλη**

Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου είναι δύο συμμετρικές πτυχές του δέρματος, μήκους 7-8 cm που εξορμούν από το εφηβιαίο και φέρονται μέχρι το περίνεο. Κάθε μεγάλο χείλος διακρίνεται σε δύο επιφάνειες, μεταξύ των οποίων υπάρχει λίπος, αδένες, αγγεία, νεύρα και μυϊκές ίνες. Οι επιφάνειες αυτές είναι οι εξής :

- Η εξωτερική, που έχει αρκετή τριχοφυΐα και στο χρώμα μοιάζει με το δέρμα της υπόλοιπης περιοχής.
- Η εσωτερική, που είναι πολύ πιο μαλακή, άτριχη και γεμάτη σμηγματογόνους αδένες.

Ωστόσο, τα μεγάλα χείλη διαθέτουν άφθονους ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και οσμηγόνους αδένες, με αποτέλεσμα να προστατεύουν τον πρόδρομο του κόλπου από τα διάφορα βακτήρια, καθώς και ότι οι νευρικές απολήξεις που βρίσκονται στην περιοχή, έχουν την δυνατότητα να προσφέρουν ευχαρίστηση κατά τη σεξουαλική πράξη. ( [www.el.science.wikia.com](http://www.el.science.wikia.com) )

### **1.1.3 Μικρά χείλη**

Τα μικρά χείλη του αιδοίου είναι δύο μικρές πτυχές του δέρματος, μήκους 3-4 cm περίπου, που εξορμούν από την κλειτορίδα και φέρονται μέχρι το κάτω χείλος του στομίου του κόλπου. Το δέρμα των μικρών χειλέων είναι άτριχο, έφυγρο και εξέρυθρο με αποτέλεσμα να παραπέμπει σε βλεννογόνο. Επίσης, διαθέτει άφθονη μελαχρωστική, σμηγματογόνους αδένες και αγγεία, ενώ σπάνια συναντώνται ιδρωτοποιοί αδένες, αν και υπάρχουν. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι σε μερικές γυναίκες τα μικρά χείλη είναι υπερτροφικά, οπότε προεξέχουν έξω από τα μεγάλα χείλη. Το γεγονός αυτό συναντάται επίσης σε νεογνά, ιδιαίτερα σε πρόωρα, ή ύστερα από βίαιους χειρισμούς στην περιοχή, υπό τη μορφή όμως παροδικής διόγκωσης κι όχι κάποιας μόνιμης υπερτροφίας. ( [www.boro.gr](http://www.boro.gr) )

### **1.1.4 Κλειτορίδα**

Η κλειτορίδα είναι το όργανο που βρίσκεται οπισθίως του εφηβιαίου και περικλείεται μερικά μέσα στο πρόσθιο άκρο των μικρών χειλέων. Καλύπτεται από την καλύπτρα ή πόσθη της κλειτορίδας. Αποτελείται από δύο ρίζες ή σκέλη τα οποία, αφού πορευθούν εγκάρσια πάνω στο ηβικό οστό και ενωθούν στο ύψος της ηβικής συμφύσεως, σχηματίζουν το σώμα της κλειτορίδας. Το σώμα αυτό αποτελείται από σηραγγώδη σώματα, τα οποία κατά τη σεξουαλική διέγερση πληρούνται με αίμα,

διογκώνουν το σώμα της κλειτορίδας και επιφέρουν στύση στη γυναίκα. Το ελεύθερο άκρο ονομάζεται βάλανος της κλειτορίδας. Η βάλανος έχει μορφή στρογγυλής διόγκωσης και αποτελείται από στυτικό ιστό, με αποτέλεσμα να έχει μεγάλη σημασία για τη σεξουαλική δραστηριότητα. Η κλειτορίδα διαθέτει επίσης και έναν κρεμαστήρα σύνδεσμο καθώς και δύο μικρούς ισχιοσηραγγώδεις μύες.

Από τα παραπάνω, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η κλειτορίδα είναι ένα πολύ ευαίσθητο όργανο στο σεξουαλικό ερεθισμό και μάλιστα σχεδόν ομόλογη με το ανδρικό πέος, με ουσιαστική όμως διαφορά το διαχωρισμό της από την ουρήθρα. Στο σημείο αυτό, κρίνεται απαραίτητη η αναφορά στο γεγονός ότι η κλειτορίδα διαθέτει 6.000- 8.000 νευρικές απολήξεις, ενώ το ανδρικό πέος μόνο 400. Επομένως, επάξια θεωρείται το πρωτογενές σημείο της σεξουαλικής διεγέρσεως της γυναίκας. ( Errol Norwitz- John Schorge, 2001)

#### **1.1.5 Πρόδρομος του κόλπου**

Ο πρόδρομος του κόλπου βρίσκεται περιμετρικά του αιδοίου, πριν το άνοιγμα του κόλπου, ο οποίος σε εκείνο το σημείο αποφράσσεται από τον παρθενικό υμένα. Επίσης, σε αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα καθώς και τα στόμια των παρακείμενων αδένων. Περικλείεται από τα μικρά χείλη του αιδοίου. Το οπίσθιο μέρος του προδρόμου έως το χαλινό των μικρών χειλέων ονομάζεται σκαφοειδής βόθρος. Σε μια πιο απλή διάλεκτο, θα μπορούσε να αναφερθεί ως το «προαύλιο» του κόλπου, δηλαδή η περιοχή που βρίσκεται ολόγυρα έξω από αυτόν. ( [www.womenonly.gr](http://www.womenonly.gr) )

#### **1.1.6 Βολβοί του προδρόμου**

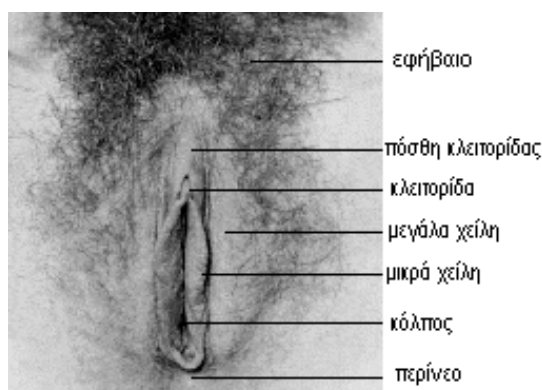
Οι βολβοί του προδρόμου είναι στυτικά σώματα αποτελούμενα από φλεβώδη πλέγματα και αντιστοιχούν στα σηραγγώδη σώματα της ουρήθρας του άνδρα. Καλύπτονται από τους βολβοσηραγγώδεις μύες του περινέου και βρίσκονται εκατέρωθεν της εισόδου του κόλπου. Για την ακρίβεια, βρίσκονται επί τα εκτός του στομίου του κόλπου και αποτελούν το υπόθεμα των μεγάλων χειλέων.

Ο ρόλος των βολβών του προδρόμου είναι σημαντικός όσον αφορά τη σύλληψη του εμβρύου, διότι η κύρια λειτουργία τους είναι η παρεμπόδιση της διαφυγής του σπέρματος, συγκρατώντας το μέσα στον κόλπο. Αυτό οφείλεται στη συσσώρευση αίματος σε αυτούς, με αποτέλεσμα τη διόγκωση τους κατά τη σεξουαλική επαφή, γεγονός που αυξάνει και την ηδονή. ( [www.ivf-embryo.gr](http://www.ivf-embryo.gr) )

#### **1.1.7 Βαρθολίνειοι αδένες**

Οι βαρθολίνειοι αδένες είναι δύο και βρίσκονται στο πίσω μέρος των μεγάλων χειλέων, κοντά στον πρόδρομο του κόλπου. Έχουν μέγεθος φακής και ο εκφορητικός

τους πόρος εκβάλλει στην νυμφοϋμενική αύλακα. Σε φυσιολογικές συνθήκες, δεν ψηλαφώνται. Παράγουν βλεννώδες και ιξώδες έκκριμα κατά τη συνουσία, για την ολισθηρότητα του προδρόμου. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου τα ανοίγματα (πόροι) από τα οποία εκκρίνεται η βλέννα αποφράσσονται, με αποτέλεσμα τη δημιουργία σχετικής διόγκωσης, γνωστής ως «βαρθολίνειος κύστη». ( Θ. Ζήσης, 1999 )



Πηγή: [www.photo.angelfire.lycos.com](http://www.photo.angelfire.lycos.com)

## 1.2 ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Σε αυτό το σύνολο των γεννητικών οργάνων ανήκουν εκείνα τα όργανα, που δεν είναι εμφανή, αφού δεν βρίσκονται στο εξωτερικό μέρος του αιδoίου. Ωστόσο παίζουν τον πιο σημαντικό ρόλο στην όλη διαδικασία της αναπαραγωγής.

### 1.2.1 Παρθενικός υμένας

Ο παρθενικός υμένας βρίσκεται στο μεταίχμιο, δηλαδή αποτελεί το όριο ανάμεσα στα έξω και έσω γεννητικά όργανα. Συνήθως, υποχωρεί μετά την πρώτη σεξουαλική επαφή. Ο παρθενικός υμένας αποτελεί πτυχή του βλεννογόνου του κόλπου, που βρίσκεται ακριβώς στην είσοδο του κόλπου φράσσοντάς τον μερικώς. Είναι ένα ινώδες πέταλο με ελαστικές ίνες που φέρει αιμοφόρα αγγεία και νεύρα. Το μέγεθός του διευρύνεται κατά την εφηβεία και το σχήμα του ποικίλει. Υπάρχει περίπτωση, αν και σπάνια, να μείνει άτρητο ενώ είναι συχνό φαινόμενο η διάρρηξή του από δραστηριότητες της παιδικής ηλικίας όπως χορός, γυμναστική, ποδηλασία κ.α. ή ακόμα και από τη χρήση ταμπόν. Η στερεότητα του παρθενικού υμένα και επομένως η αντοχή του, διαφέρουν από γυναίκα σε γυναίκα, γεγονός που παραπέμπει στην ποικιλία του βαθμού του πόνου και της αιμορραγίας που προκαλείται από τη ρήξη του. ( Αμπελά Ν. Κωνσταντίνα, 2000 )

Τα πιο γνωστά σχήματα είναι τα εξής:

1. Κυκλικό (με μια οπή),
2. Δίθυρο (με δύο οπές),
3. Κροσσωτό,
4. Ημισεληνοειδές ή ηθμοειδές (με πολλές μικρές οπές).

Ωστόσο, υπάρχουν διαφορές και ως προς τη σύστασή του. Μπορεί να είναι:

1. Παχύς ή σαρκώδης

Ο παχύς ή σαρκώδης παρθενικός υμένας υπάρχει περίπτωση να μην υποχωρήσει κατά την πρώτη σεξουαλική επαφή. Λόγω της σύστασής του, μετά τη ρήξη του, η ποσότητα αίματος είναι περισσότερη από ότι στον ελαστικό και μπορεί να παρατηρείται για ένα η δύο εικοσιτετράωρα. Στην παρούσα φάση, πρέπει να αναφερθεί πως η ποσότητα αυτή είναι πάντα μικρή και δεν εγκυμονεί κινδύνους μεγάλης αιμορραγίας. Υπάρχουν βέβαια και οι εξαιρέσεις που δημιουργούνται από άπειρες, κακότεχνες ή/και βιαστικές κινήσεις του συντρόφου.

2. Ελαστικός

Ο ελαστικός παρθενικός υμένας μπορεί να υποδεχθεί το πέος χωρίς να προκληθεί η ρήξη του, εξαιτίας της υφής του. Είναι αξιοσημείωτο, πως σε ποσοστό 10-15% ο υμένας ρήγνυται κατά τον τοκετό. Η παραγωγή αίματος είναι τόσο μικρή που αναμειγνύεται με τις εκκρίσεις του κόλπου, δημιουργώντας ένα ροζ υγρό.

3. Σκληρός ή άκαμπτος

Αυτού του είδους ο παρθενικός υμένας είναι πολύ σπάνιος και προκαλεί μεγάλες δυσκολίες στην ερωτική πράξη. Σε μερικές περιπτώσεις, ίσως χρειαστεί μια απλή χειρουργική επέμβαση. ( Σπύρος Δόικας, 2012 ) ( [www.paidiatros.com](http://www.paidiatros.com) )

### **1.2.2 Ωοθήκες**

Οι ωοθήκες είναι δύο ενδοκρινείς αδένες που διακρίνονται στη δεξιά και στην αριστερή ωοθήκη. Εντοπίζονται ενδοπεριτοναϊκά στα πλάγια της ελάσσονος πυέλου, στο ύψος της πρόσθιας άνω λαγόνιας άκανθας, στον ωοθηκικό βόθρο (κατάδυση περιτοναίου). Συνδέονται προς τα πίσω με τον πλατύ σύνδεσμο, με το μεσοωοθήκιο. Περικλείονται από τον κώδωνα της ωοθήκης και κάθε ωοθήκη συνάπτεται με τη μήτρα με μια ταινία συνδετικού ιστού. Στηρίζεται από τον κρεμαστήρα σύνδεσμο της ωοθήκης, που φέρει και τα αγγεία της ωοθήκης, μαζί με τον μητροωοθηκικό σύνδεσμο της ωοθήκης. Εντός του κρεμαστήρα συνδέσμου πορεύεται ο ωοθηκικός κλάδος της μητριάιας αρτηρίας. Οι ωοθήκες έχουν σχήμα αμυγδαλοειδές, ελλειψοειδές και αποπλατυσμένο. Το μήκος τους έχει εύρος από 2,5-5 cm., πλάτος 1,5 cm. και πάχος 1 cm. Ωστόσο, το μέγεθος τους επηρεάζεται άμεσα από την

ενδογενή παραγωγή ορμονών, η οποία ποικίλει ανάλογα με την ηλικία και τον εμμηνορυσιακό κύκλο. Σημαντικό ρόλο στο μέγεθος όμως διαδραματίζει και η εξωγενής χορήγηση ορμονικών σκευασμάτων.

- ✚ Εν συνεχεία, θα αναλυθούν τα τμήματα που συντελούν τις ωοθήκες:
  - Δύο επιφάνειες
    - Την έσω επιφάνεια, η οποία επικοινωνεί με τον κώδωνα του ωαγωγού.
    - Την έξω επιφάνεια
  - Δύο χείλη
    - Το πρόσθιο χείλος, το οποίο προσφύεται στην οπίσθια επιφάνεια του πλατέως συνδέσμου με μια πτυχή του περιτοναίου που ονομάζεται «μεσοωοθήκιο». Επίσης, παριστά την πύλη της ωοθήκης, μέσω της οποίας διέρχονται και εξέρχονται τα αγγεία της.
    - Το οπίσθιο χείλος
  - Δύο άκρα ή πόλους
    - Τον άνω πόλο ή σαλπγγικό. Αυτός, έρχεται σε επαφή με τον κώδωνα και τους κροσσούς της αντίστοιχης σάλπιγγας. Συνάπτεται επίσης με το πλάγιο πυελικό τοίχωμα με τον κρεμαστήρα σύνδεσμο της ωοθήκης.
    - Τον κάτω πόλο ή μητρικό. Αυτός, συνδέεται με την πλάγια γωνία της μήτρας μέσω του συνδετικού ιστού που πορεύεται δια του μεσοωοθηκίου
- ✚ Στο σημείο αυτό, θα αναφερθούν λεπτομέρειες σχετικά με την υφή και τη δομή των ωοθηκών. Η επιφάνεια της ωοθήκης από τη γέννηση έως και την ήβη είναι λεία. Αργότερα, παρατηρούνται διάφορα οζίδια και ουλές οι οποίες είναι συνέπεια ωρίμανσης και ωοθηλακιορρηξιών. Πιο συγκεκριμένα, η υφή της εν ενεργεία ωοθήκης είναι υβώδης και ανώμαλη. Σε αυτή την ομάδα όμως δεν συγκαταλέγονται οι ωοθήκες των γυναικών που λαμβάνουν αντισυλληπτικά, τα οποία είναι υπεύθυνα για την αναστολή της ωορρηξίας. Λογικό επόμενο της όλης διαδικασίας είναι οι ωοθήκες στη γεροντική ηλικία να είναι μικρές και γεμάτες ουλές. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι σε όλες τις φάσεις της ζωής της γυναίκας το χρώμα των ωοθηκών παραμένει λευκορόδινο, ενώ αλλάζει το μέγεθος και η υφή.

Όσο αφορά την υφή της ωοθήκης, θα πρέπει να αναφερθεί πως εξωτερικά δεν καλύπτεται από περιτόναιο, αλλά από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο, που ονομάζεται βλαστικό επιθήλιο. Περιφερικά παρουσιάζει τη φλοιώδη ουσία και κεντρικά τη μυελώδη ουσία, χωρίς όμως σαφές όριο. Η φλοιώδης ουσία είναι η σπουδαιότερη γιατί έχει μέσα τον αδενικό ιστό που αποτελείται από ωοθηλάκια. Αυτά είναι κυστικά σωμάτια, διαμέτρου 8-12 mm, που περικλείουν τα ωάρια, τα οποία και παράγουν. Από την άλλη πλευρά, η μυελώδης ουσία καταλαμβάνει το μικρότερο ποσοστό της ωοθήκης.

Τέλος, ζωτικής σημασίας για το κεφάλαιο αυτό είναι η γνωστοποίηση της λειτουργίας των ωοθηκών. Ο ρόλος τους ουσιαστικά είναι η παραγωγή ωαρίων αλλά και η παραγωγή θηλυκών ορμονών, των οιστρογόνων και της προγεστερόνης οι οποίες ρυθμίζουν τον γυναικείο κύκλο και την ανάπτυξη των επιμέρους γυναικείων χαρακτηριστικών όπως τον τόνο της φωνής, την τριχοφυΐα και το μέγεθος του στήθους.

Στις ωοθήκες υπάρχουν γύρω στα 200.000-400.000 ωοθυλάκια που βρίσκονται εκεί ήδη από τη γέννηση κάθε γυναίκας. Κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας, λίγα από αυτά τα ωοθυλάκια θα καταφέρουν να ωριμάσουν και να απελευθερώσουν ένα ωάριο, σχεδόν σε κάθε κύκλο. Συνήθως οι ωοθήκες δουλεύουν εκ περιτροπής, μία κάθε μήνα παράγοντας ένα μόνο ωάριο, αλλά σπανιότερα μπορεί να παράξουν περισσότερα από ένα, ή να δουλέψουν και οι δύο μαζί κι αυτή είναι μια από τις αιτίες της πολλαπλής εγκυμοσύνης (διδύμων, τριδύμων κ.λπ.). ( Keith L. Moore, 2005 )

### **1.2.3 Ωαγωγοί ή σάλπιγγες**

Οι ωαγωγοί είναι δύο, ο αριστερός και ο δεξιός, και κάθε ωαγωγός είναι ένας μυώδης σωλήνας μήκους 10-20 cm. και διαμέτρου 1 cm. Βρίσκεται ενδοπεριτοναϊκά και εκτείνεται από τον πυθμένα της μήτρας μέχρι και την ωοθήκη, μέσα στο άνω χείλος του πλατέως συνδέσμου της μήτρας. Κάθε ωαγωγός έχει δύο άκρα:

α) το έσω ή μητριαίο, το οποίο μπαίνει στο τοίχωμα της μήτρας

β) το έξω, το οποίο σχηματίζει τον κώδωνα που αποτελείται από κροσσούς.

Ένας από τους κροσσούς, ο ωοθηκικός κροσσός φέρεται μέχρι την επιφάνεια της ωοθήκης και παραλαμβάνει το ωάριο που ελευθερώνεται από την ωοθηλακιορρηξία.



Σε κάθε ωαγωγό από μέσα προς τα έξω, διακρίνουμε α) τη μητριαία μοίρα, β) τον ισθμό, γ) τη λήκυθο και δ) τον κώδωνα ή χοάνη. Επίσης, διακρίνουμε δύο στόμια:

α) το έσω ή μητριαίο ή κεντρικό στόμιο, που είναι αντίστοιχο με το κέρασ της μήτρας και

β) το έξω ή κοιλιακό ή περιφερικό στόμιο, που είναι ανοιχτό στην περιτοναϊκή κοιλότητα, κοντά στην ωοθήκη.

Όλα τα παραπάνω, παραπέμπουν στο συμπέρασμα ότι οι ωαγωγοί επιτρέπουν την επικοινωνία μεταξύ της περιτοναϊκής κοιλότητας και του εξωτερικού περιβάλλοντος. Μέσα από τον αυλό του ωαγωγού, τα ωάρια έρχονται στη μήτρα. Η γονιμοποίηση του ωαρίου γίνεται στη λήκυθο του ωαγωγού. Οι ωαγωγοί επίσης αποτελούνται από τρεις χιτώνες:

α) τον ορογόνο χιτώνα,

β) το μυϊκό χιτώνα, ο οποίος διαθέτει δύο στοιβάδες 1) την έξω, επιμήκη και 2) την έσω, κυκλωτερή

γ) το βλεννογόνο χιτώνα, ο οποίος δείχνει πολλές επιμήκεις πτυχές, που χρησιμεύουν σαν οδηγοί του ωαρίου, ενώ σε περίπτωση φλεγμονών όπως σαλπινγίτιδα, συμφύονται. Ο βλεννογόνος, έχει κυλινδρικό κροσσωτό επιθήλιο, του οποίου οι κροσσοί δονούνται προς την κοιλότητα της μήτρας, για να διευκολύνουν την κάθοδο του ωαρίου.

#### **1.2.4 Μήτρα**

Η μήτρα είναι το βασικό όργανο του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος. Βρίσκεται μέσα στη μικρή πύελο, μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού εντέρου. Ουσιαστικά είναι ένας μυς που έχει το μέγεθος και το σχήμα ενός πεπλατυσμένου αχλαδιού, το μήκος του κυμαίνεται από 6-8 cm., το πλάτος του από 5-7 cm. και το πάχος του από 2-3 cm. Αποτελείται από το κυρίως σώμα της και τον τράχηλο.

✚ **Κυρίως σώμα:** το μέρος αυτό αποτελεί τα διογκωμένα δύο άνω τριτημόρια της μήτρας. Περιλαμβάνει και τον πυθμένα της μήτρας, που είναι το αποστρογγυλωμένο άνω τμήμα του σώματος και εντοπίζεται ακριβώς πάνω από το σημείο ένωσης των εισόδων των αγωγών. Οι περιοχές αυτές του σώματος της μήτρας ονομάζονται κέρατα.

✚ **Τράχηλος:** πρόκειται για το χαμηλότερο, στενότερο και κυλινδρικού σχήματος μέρος της μήτρας. Ο τράχηλος διακρίνεται στο υπερκοιλιακό τμήμα του τραχήλου και στο ενδοκοιλιακό τμήμα του τραχήλου. Το

τελευταίο προεξέχει στο βάθος του κόλπου και επιτρέπει στα σπερματοζώαρια να διεισδύσουν στο εσωτερικό της.

- ✚ **Ισθμός:** είναι η ελαφρώς στενότερη μοίρα της μήτρας, με διάμετρο περίπου 1 cm και αποτελεί το όριο μεταξύ του σώματος και του τραχήλου.

Η μήτρα χρησιμεύει στη φιλοξενία του γονιμοποιηθέντος ωαρίου σε έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πιο συγκεκριμένα ο βλεννογόνος της είναι αυτός που διατρέφει το έμβρυο και οι μύες της είναι αυτοί που δίνουν την κινητήρια δύναμη για την προώθηση του κυήματος κατά τον τοκετό. Εντούτοις, οι μύες αυτοί, είναι από τους ισχυρότερους μύες του σώματος. Είναι αρμόδιοι για την εγκατάσταση και τη συνεχή αύξηση του μεγέθους της μήτρας, ενόσω αυξάνεται και το μέγεθος του εμβρύου, αφού μπορούν να προσαρμοστούν απόλυτα στη διαδικασία αυτή. Στην παρούσα φάση δεν πρέπει να παραμεριστεί η πληροφορία ότι οι μύες αυτοί επιτρέπουν στη μήτρα να επανέλθει στο αρχικό της μέγεθος κατόπιν του τοκετού μέσα σε μόλις έξι εβδομάδες.

Τα τοιχώματα της μήτρας αποτελούνται από τρία στρώματα:

- ✚ α) Το ενδομήτριο, δηλαδή ένα επιφανειακό στρώμα που είναι πλούσιο σε αδένες και συνέχεται σταθερά με το υποκείμενο μυομήτριο.
- ✚ β) Το μυομήτριο, δηλαδή το κυρίως τοίχωμα της μήτρας που αποτελείται από σύνολο λείων μυϊκών ιστών. Το πάχος του υπολογίζεται στα 12-15 mm. Που όμως αυξάνεται κατά τη διάρκεια της κύησης. Είναι η μέση μυϊκή στοιβάδα και σε αυτό το σημείο ακριβώς παρατηρούνται οι κύριοι κλάδοι των αγγείων και νεύρων της μήτρας.
- ✚ γ) Το περιμήτριο, δηλαδή μια εξωτερική λεπτή επένδυση που περιβάλλει τη μήτρα. Αλλιώς μπορεί να συναντηθεί και ως η εξωτερική ορογόνος στοιβάδα της μήτρας. Αποτελείται από περιτόναιο και υποστηρίζεται από μια λεπτή στοιβάδα συνδετικού ιστού.

Σχετικά με τη στήριξη της μήτρας, ο κολεός και το περίνεο είναι τα όργανα τα οποία είναι υπεύθυνα για την παραμονή της στη σωστή της θέση. Παρόλα αυτά θα πρέπει να γίνει λόγος και για τους συνδέσμους της, που παίζουν εξίσου σπουδαίο ρόλο στη διαδικασία αυτή. Οι εν λόγω σύνδεσμοι είναι:

- ✚ α) Ο πλατύς σύνδεσμος, που σχηματίζεται και απαρτίζεται από το πρόσθιο και οπίσθιο πέταλο. Μεταξύ των δύο αυτών πετάλων, πορεύονται ο ωαγωγός, ο στρογγυλός σύνδεσμος και η μηριαία αρτηρία.

- ✚ β) Ο στρογγυλός σύνδεσμος, εκτείνεται από τον πυθμένα του σώματος έως τα μεγάλα χείλη του αιδοίου, διαπερνώντας στην πορεία του τον πλατύ σύνδεσμο και το βουβωνικό πόρο.
- ✚ γ) Οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι, ξεκινούν την πορεία τους από την οπίσθια επιφάνεια του σώματος της μήτρας και καταλήγουν σαν τόξο στα πλάγια του ιερού οστού. ( Mackenrodt )

### **1.2.5 Κόλπος ή κολεός**

Ο κόλπος είναι το κανάλι που συνδέει το αιδοίο με τα εσωτερικά γεννητικά όργανα. Πρόκειται για ένα μυϊκό σωλήνα που αποτελείται από ινώδη και ελαστικό ιστό. Έχει μήκος 8-12 cm. περίπου. Εκτείνεται ανάμεσα στον παρθενικό υμένα και τη μήτρα. Το σχήμα του κόλπου είναι κυλινδρικό. Έχει, επίσης, τέσσερα τοιχώματα: α) το πρόσθιο, β) το οπίσθιο και γ) τα δυο πλάγια, το αριστερό και το δεξιό. Το πάνω άκρο του κόλπου περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας έτσι ώστε η κάτω μοίρα του τράχηλου να προβάλλει μέσα στον κόλπο.

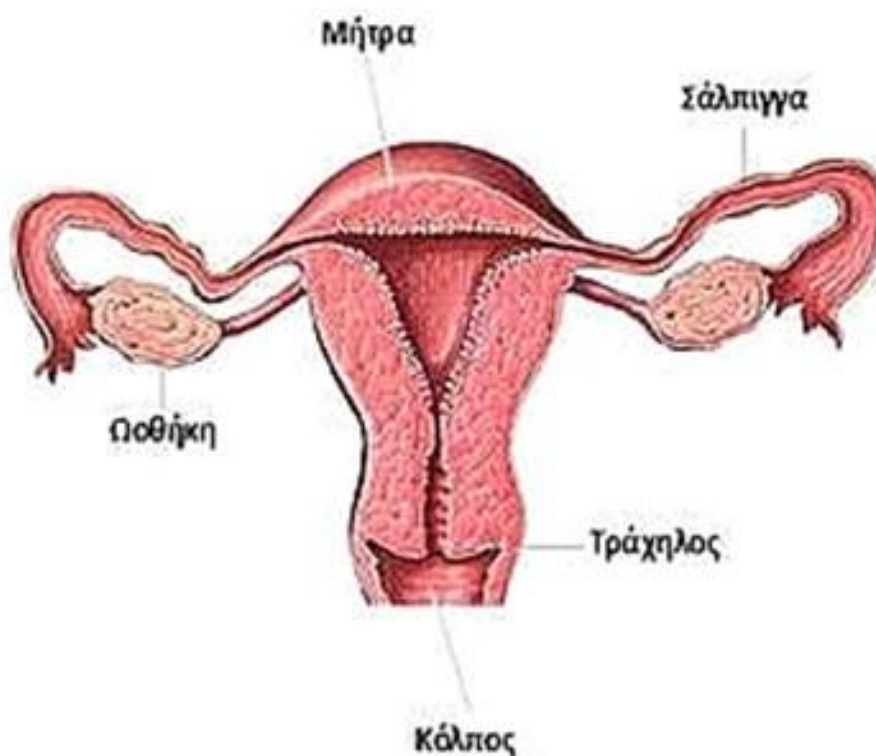
Το πρόσθιο τοίχωμα του κόλπου συνδέεται χαλαρά με την ουροδόχο κύστη προς τα πάνω, και στερεότερα με την ουρήθρα προς τα κάτω. Από τα πλάγια, ο κόλπος στηρίζεται με τους εγκάρσιους συνδέσμους. Η κάτω μοίρα του κόλπου στηρίζεται με τον ανελκτήρα μυ του πρωκτού και με τους εξωτερικούς μύες του περινέου.

Σχετικά με την υφή του κόλπου πρέπει να γίνει λόγος για τα κοιλικά τοιχώματα, τα οποία αποτελούνται από τις τρεις εξής στοιβάδες:

- α) Εξωτερική στοιβάδα: Αυτή είναι η στιβάδα, που φαίνεται, όταν ανοιχθεί ο κόλπος.
- β) Μέση στοιβάδα: Αυτή παριστάνει το στρώμα των τοιχωμάτων του κόλπου.
- γ) Εσωτερική στοιβάδα: Αυτή αποτελεί λεπτό μυϊκό χιτώνα, που εξωτερικά έχει επιμήκεις ίνες και εσωτερικά κυκλικές ίνες.

Με την ήβη εμφανίζονται στον κόλπο οι βάκιλοι του Doderlein που σε συνδυασμό με τους βαρθολίνειους αδένες παράγουν γαλακτικό οξύ ύστερα από επίδραση τους στο γλυκογόνο των επιθηλιακών κυττάρων. Το οξύ αυτό έχει τη μορφή κοιλικής βλεννώδους έκκρισης. Επομένως, η αντίδραση του κόλπου γίνεται όξινη αν και πριν την ήβη και μετά την εμμηνόπαυση είναι αλκαλική. Το όξινο περιβάλλον του κόλπου που δημιουργείται από τις βλέννες αυτές, καθαρίζουν το αιδοϊκό κανάλι και προστατεύουν τα εσωτερικά τοιχώματα του αιδοίου από πολλά

παθογόνα βακτηρίδια. ( Εγχειρίδιο Γυναικολογίας Νοσηλευτικής Φροντίδας, εκδ. Oxford University Press 2010 )



Πηγή: [www.mynima-hellas.com](http://www.mynima-hellas.com)

### **1.3 ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ**

Είναι λογικό πως μετά την εμμηνόπαυση το γενετικό σύστημα της γυναίκας δε θα είναι πια το ίδιο, αλλά θα επέλθουν κάποιες φυσιολογικές αλλαγές, όπως είναι αναμενόμενο. Στο κεφάλαιο λοιπόν αυτό, θα παρατεθούν οι κυριότερες αλλαγές που παρατηρούνται σε κάποια από τα όργανα που απαρτίζουν το γενετικό σύστημα της γυναίκας. Πιο συγκεκριμένα:

Όσον αφορά τα έξω γεννητικά όργανα:

- Το εφηβαίο, παρουσιάζει εμφανή αραίωση των τριχών του.
- Τα μεγάλα χείλη, εμφανίζονται με φανερά ελαττωμένο λίπος.
- Η κλειτορίδα, παρουσιάζεται μικρότερη.

Σημαντική είναι η αναφορά στο γεγονός ότι, κάποιες φορές υπάρχει πιθανότητα να παρατηρηθεί έντονος κνησμός στα σημεία των έξω γεννητικών οργάνων λόγω σκληροδερμίας, κραύρωσης ή/και λευκοπλακίας.

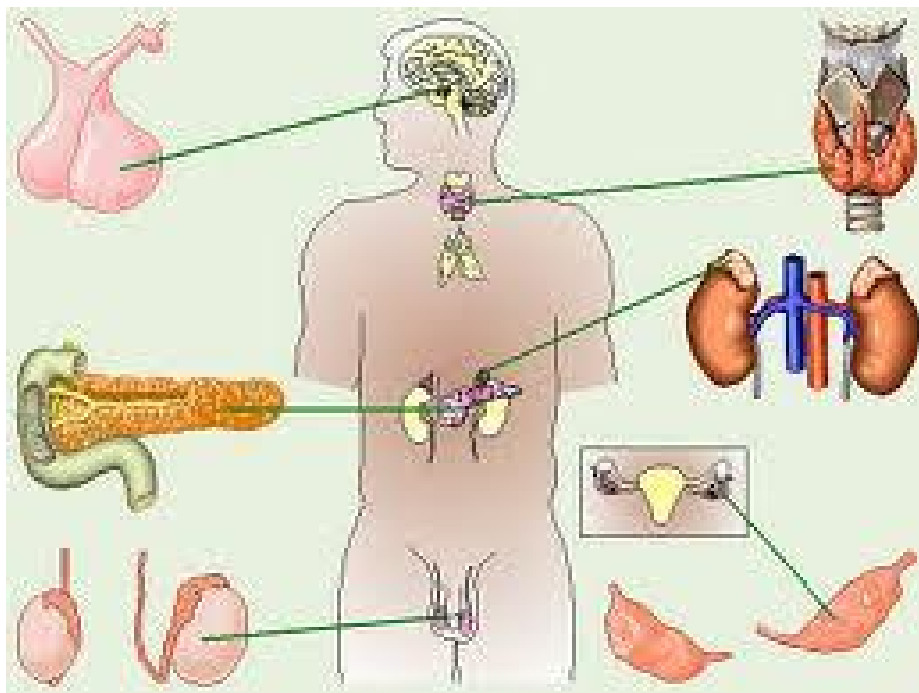
Όσον αφορά τα έσω γεννητικά όργανα:

- Οι ωοθήκες, υποστρέφονται ελαττώνοντας τον αριθμό των ωοθυλακίων τους. Έτσι, η ελαττωμένη δράση των οιστρογόνων έχει επίδραση στην εμμηνορρυσία, που αρχίζει να χάνει το ρυθμό της λίγο πριν την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης. Τα αγγεία των ωοθηκών στην εμμηνόπαυση παθαίνουν αρτηριοσκλήρυνση και μικροεμφράξεις και μέσα σε δύο χρόνια περίπου οι ωοθήκες εκφυλίζονται και δεν παράγουν ορμόνες. Η έκπτωση αυτή της ωοθηκικής λειτουργίας δικαιολογεί την αυξημένη έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών της υπόφυσης, στην οποία δεν απαντάνε πλέον οι ορμόνες. Αυτή η δυσαρμονία ανάμεσα στην λειτουργία της υπόφυσης και των ωοθηκών έχει τον αντίκτυπό της σε πολλά όργανα της γυναίκας. Αν μάλιστα, πριν από την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης, υπήρχε κάποια μικρή διαταραχή στη λειτουργία των οργάνων αυτών, τώρα πια αυτή επιτείνεται. Η έκπτωση της ωοθηκικής λειτουργίας και η ατροφία τους, που ακολουθεί, κάνουν τις ωοθήκες μικρότερες και σχεδόν αψηλάφητες στην εξέταση. Παρόλα αυτά αν στην εμμηνόπαυση οι ωοθήκες είναι φυσιολογικές σε μέγεθος ή λίγο μεγαλύτερες από τις φυσιολογικές, τότε πια πρέπει να γίνει υπερηχογράφημα ή λαπαροσκόπηση ή λαπαροτομία, για τον έλεγχο ύπαρξης νεοπλασίας.
- Οι σάλπιγγες από την άλλη στενεύουν, χάνουν την ελαστικότητα και την κινητικότητά τους και το επιθήλιο των ενδοσαλπιγγίων τους ατροφεί. Στην κλινική εξέταση είναι σχεδόν αψηλάφητες.
- Η μήτρα, μικραίνει από ατροφία του μυομητρίου και ανάπτυξη περισσότερου συνδετικού ιστού. Αν υπάρχουν ινομυώματα, αυτά μικραίνουν ενώ αν υπάρχει αδеноμύωση, αυτή υποχωρεί. Ο τράχηλος δεν παράγει πια βλέννα. Επίσης, μικραίνει, ατροφεί και αποκτάει την ίδια σχέση, που έχει με το σώμα της μήτρας στην παιδική ηλικία. Το ενδομήτριο από την άλλη ή ατροφεί ή υπερπλάσσεται.

- Ο κόλπος ελαττώνει προοδευτικά την έκκριση του, ατροφεί και ξηραίνεται. Η ελαττωμένη παραγωγή του γλυκογόνου του διαφοροποιεί τη μικροβιακή του χλωρίδα και εύκολα πια παθαίνει φλεγμονές (Παπανικολάου Ν., Παπανικολάου Α., 2005).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>0</sup>

## Ενδοκρινικό σύστημα και αδένες



Πηγή: <http://www.gynaikology.gr>

## 2. ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το ενδοκρινικό σύστημα είναι πραγματικά ένα θαύμα. Το σύστημα αυτό των αδένων και του εξειδικευμένου ιστού που βρίσκεται σε ολόκληρο το σώμα εμπλέκεται στη διατήρηση της συνολικής λειτουργίας και ομοιόστασης του σώματος. Αυτά επιτυγχάνονται μέσω της απελευθέρωσης των ορμονών. Οι ορμόνες ακούν την επίδραση τους μόνο συγκεκριμένους ιστούς – στόχους. Η εξειδίκευση αυτή της δράσης και το γεγονός ότι οι αδένες είναι ενδοκρινείς καθιστά το ενδοκρινικό σύστημα μοναδικό (Osborn, Watson, 2012).

### 2.1 ΕΝΔΟΚΡΙΝΕΙΣ ΑΔΕΝΕΣ

Οι "ενδοκρινείς αδένες" είναι τα όργανα που παράγουν τις "ορμόνες", τις χημικές δηλαδή εκείνες ουσίες που εισερχόμενες στην κυκλοφορία του αίματος ασκούν τη δράση τους σε κάθε σημείο του ανθρωπίνου σώματος, επηρεάζοντας και ρυθμίζοντας όλες σχεδόν τις λειτουργίες του οργανισμού (<http://dstef.weebly.com>)

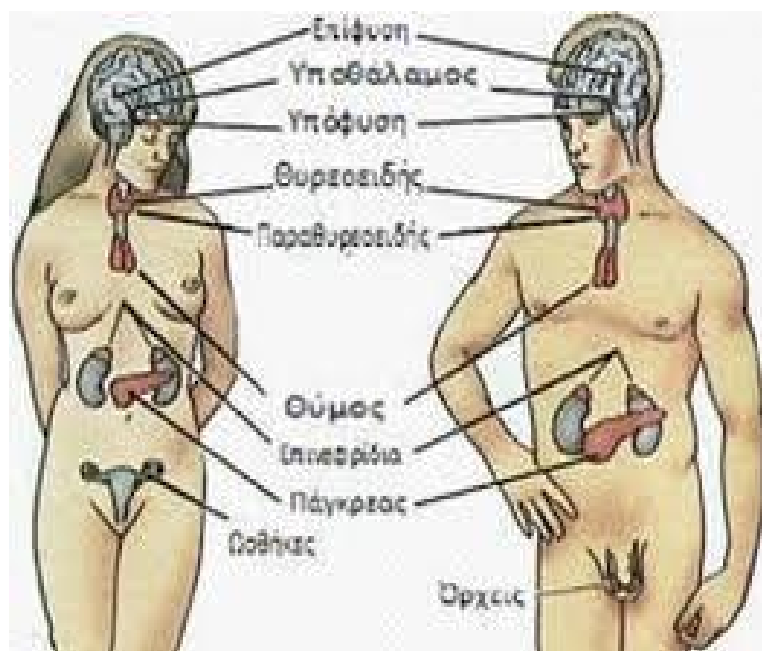
Οι κύριες ορμόνες στον ανθρώπινο οργανισμό παράγονται από έναν εκ' των επτά ενδοκρινών αδένων: την υπόφυση, το θυρεοειδή, τους παραθυρεοειδείς, τους όρχεις, την ωοθήκη, τα επινεφρίδια (φλοιό και μυελό) και την ενδοκρινική μοίρα του παγκρέατος. Επιπρόσθετα άλλοι ιστοί, οι οποίοι δεν αναγνωρίζονται ως μέρος του ενδοκρινικού συστήματος, παράγουν ορμόνες και παίζουν ένα ζωτικό ρόλο στην ενδοκρινική ρύθμιση. Οι ιστοί αυτοί περιλαμβάνουν το κεντρικό νευρικό σύστημα, ειδικά τον υποθάλαμο, καθώς και τη γαστρεντερική οδό, το ήπαρ, την καρδιά, τους νεφρούς και άλλα (Walter F. Boron, Emile L. Boulpaep, 2006).

Οι ορμόνες, μετά την έκκρισή τους, μεταφέρονται με την κυκλοφορία του αίματος στους ιστούς ή τα όργανα που εμφανίζουν ειδικότητα για αυτές και εκεί ασκούν την ορμονική τους δράση. Ο τρόπος αυτός επικοινωνίας μεταξύ των οργάνων χαρακτηρίζεται ενδοκρινικός, σε αντιδιαστολή με τον τρόπο επικοινωνίας στο νευρικό σύστημα, που εξασφαλίζεται μέσω των συνάψεων των νευρικών κυττάρων. Διακρίνεται επίσης ο παρακρινικός τρόπος επικοινωνίας, όταν ένα χημικό μήνυμα μεταφέρεται από ένα κύτταρο σε γειτονικά κύτταρα και ο αυτοκρινικός τρόπος επικοινωνίας, όταν το χημικό μήνυμα δρα στο ίδιο κύτταρο που το παράγαγε.

Οι ορμόνες είναι ουσίες γνωστής χημικής δομής. Όταν δεν έχει αποσαφηνισθεί η χημική τους σύσταση, χρησιμοποιείται ο όρος «παράγοντας» (για παράδειγμα, PIF, Prolactin Inhibiting Factor, ανασταλτικός παράγοντας για την



έκκριση προλακτίνης). Βασική διάκριση γίνεται μεταξύ πεπτιδικών ορμονών, που απαρτίζονται από αλύσους αμινοξέων, στεροειδών ορμονών, που έχουν ως πρόδρομη ουσία τη χοληστερόλη, και ορμονών αμινών, που αποτελούν παράγωγα αμινοξέων (θυρεοειδικές ορμόνες, κατεχολαμίνες και μελατονίνη). Σε έναν ευρύτερο ορισμό των ορμονών θα μπορούσαμε να κατατάξουμε και ουσίες με μεικτό τρόπο δράσης (αυτοκρινικό, παρακρινικό και ενδοκρινικό).



Πηγή: <http://dstef.weebly.com>

Οι ορμόνες ασκούν τη δράση τους, μετά από τη σύνδεσή τους με τους αντίστοιχους υποδοχείς των οργάνων-στόχων που εμφανίζουν εξειδίκευση για αυτές. Στην περίπτωση των πεπτιδικών ορμονών οι υποδοχείς βρίσκονται στη μεμβράνη του κυττάρου στόχου. Αντίθετα, οι στεροειδείς ορμόνες, οι θυρεοειδικές ορμόνες και η βιταμίνη D συνδέονται με ενδοκυττάριους υποδοχείς του κυτταροπλάσματος ή του πυρήνα. Μετά τη σύνδεση με τον υποδοχέα, πυροδοτείται μια αλληλουχία βιοχημικών αντιδράσεων, που έχει ως αποτέλεσμα τη βιολογική δράση της ορμόνης.

Βασικό χαρακτηριστικό του ενδοκρινικού συστήματος είναι η ικανότητα αυτορρύθμισης της λειτουργίας του για την εξασφάλιση της ομοιόστασης, της διατήρησης δηλαδή ενός σταθερού εσωτερικού περιβάλλοντος. Για το σκοπό αυτό οι ενδοκρινείς αδένες συνεργάζονται στενά μεταξύ τους. Πολλές φορές δημιουργούνται κυκλώματα αρνητικής παλίνδρομης ρύθμισης ή αλλιώς αρνητικής ανατροφοδότησης

(feedback), όπου το αποτέλεσμα της δράσης μιας ορμόνης ασκεί ανασταλτικό έλεγχο στην έκκρισή της ορμόνης. Με τον τρόπο αυτό αμβλύνονται οι έντονες απαντήσεις και ο οργανισμός επιστρέφει ευκολότερα στην κατάσταση ισορροπίας (<http://panacea.med.uoa.gr>).

### **2.1.1 Υποθάλαμος**

Ο υποθάλαμος βρίσκεται στην τρίτη κοιλία του εγκεφάλου και αποτελείται από νευρικό ιστό. Μοιράζεται το κυκλοφορικό του σύστημα με την πρόσθια υπόφυση, και παίζει ρόλο στη λειτουργία τόσο της πρόσθιας όσο και της οπίσθιας υπόφυσης. Οι ορμόνες που παράγονται στον υποθάλαμο εκκρίνονται κατευθείαν στην πρόσθια υπόφυση μέσω του πυλαίου συστήματος υποθαλάμου- υπόφυσης. Οι ορμόνες αυτές, που ονομάζονται νευροορμόνες, μπορεί να είναι διεγερτικές ή ανασταλτικές. Δρουν απευθείας στους ιστούς της υπόφυσης για να ελέγξουν την έκκριση των ορμονών της πρόσθιας υπόφυσης. Ανασταλτικές ορμόνες απελευθερώνονται από τον υποθάλαμο για να σταματήσουν τη δημιουργία και την έκκριση των ορμονών στόχων. Η πιο σημαντική από αυτές είναι ο ανασταλτικός παράγοντας της προλακτίνης. Τροπικές ή διεγερτικές ορμόνες, που παράγονται από την υπόφυση, δρουν στον ιστό- στόχο προκαλώντας την απελευθέρωση ορμονών, που απαιτούνται για την ομοιόσταση, την ωρίμανση και την αναπαραγωγή του ατόμου.

Ο υποθάλαμος λαμβάνει μηνύματα από όλες σχεδόν τις πιθανές πηγές, συμπεριλαμβανομένου και του φλοιού του εγκεφάλου. Οι πηγές αυτές στέλνουν μηνύματα τόσο ψυχολογικά όσο και πόνου, προκαλώντας την απελευθέρωση τροπικών ορμονών. Συνεπώς, το παρατεταμένο στρες μπορεί να αλλοιώσει τα επίπεδα της κορτιζόλης, των θυρεοειδικών και των αυξητικών ορμονών, και να προκαλέσει τη διακοπή της εμμηνου ρύσεως. Λόγω της συσχέτισης αυτής και του ευρέως φάσματος λειτουργιών που επιτελούν οι ορμόνες αυτές στη διατήρηση των λειτουργιών του σώματος, ο υποθάλαμος θεωρείται από μερικούς ως ο <<κυρίαρχος αδένας >> (Osborn, Watson, 2012).

### **2.1.2 Υπόφυση**

Η υπόφυση είναι ένας μικρός αδένας στη βάση του εγκεφάλου. Αποτελείται από δύο λοβούς, τον πρόσθιο ή αδενούποφυση που είναι και ο μεγαλύτερος και τον οπίσθιο ή νευροϋπόφυση. Από τις ορμόνες που παράγει η αδενούποφυση, οι τέσσερεις έχουν σαν στόχο δράσης τους ενδοκρινείς αδένες, ενώ οι υπόλοιπες ενεργούν απευθείας σε ιστούς-στόχους. Από την αδενούποφυση ρυθμίζεται η

σωματική ανάπτυξη, η λειτουργία του θυρεοειδούς αδένος, οι γοναδικές λειτουργίες, η παραγωγή γάλακτος από τους μαστούς, ο μεταβολισμός υδατανθράκων, πρωτεϊνών, λίπους και νερού καθώς και η παρέμβαση στη χρώση του δέρματος.

Η νευροϋπόφυση εκκρίνει την αντιδιουρητική ορμόνη (ADH) και την ωκυτοκίνη (οξυτοκίνη). Η αντιδιουρητική ορμόνη δρα στα νεφρικά σωληνάκια αυξάνοντας την αναρρόφηση του νερού και η έκκρισή της αυξάνεται και ελέγχεται από τρεις βασικούς παράγοντες: Από την ωσμωτικότητα του πλάσματος, από την μείωση του όγκου του πλάσματος πέραν του 15% και από ποικίλα νευρικά ερεθίσματα από το Κ.Ν.Σ. όπως π.χ. ο πόνος (Χανιώτης Φ.Ι., Χανιώτης Δ.Ι., 2002)

### **2.1.3 Θυρεοειδής**

Ο θυρεοειδής αδένος εντοπίζεται στην πρόσθια τραχηλική χώρα, στο ανώτερο τμήμα της τραχείας και ακριβώς κάτω από το λάρυγγα. Χωρίζεται σε δύο λοβούς, οι οποίοι έχουν σχήμα πεταλούδας συνδεδεμένοι από μια κατασκευή γνωστή ως ισθμός. Ο θυρεοειδής περιέχει τόσο αδενικό όσο και θυλακοειδή ιστό, οι οποίοι παράγουν τις ορμόνες που εκκρίνονται από τον αδένος, την τριιωδοθυρονίνη (T3) και τη θυροξίνη (T4), όπως και την καλσιτονίνη που είναι υπεύθυνη για τον κυτταρικό μεταβολισμό, για την αύξηση και την ανάπτυξη στα παιδιά, και για τον έλεγχο των επιπέδων του ασβεστίου.

Ο θυρεοειδής ελέγχεται από μια σύνθετη αγκύλη ανατροφοδότησης. Μια πτώση των επιπέδων των ορμονών του θυρεοειδούς στον υποθάλαμο διεγείρει την παραγωγή του εκλυτικού παράγοντα του θυρεοειδούς (TRF) μιας νευροορμόνης που στη συνέχεια προκαλεί την απελευθέρωση της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH) από την υπόφυση η οποία ακολούθως προκαλεί την απελευθέρωση των θυρεοειδικών ορμονών (TH). Στην πρωτοπαθή ανεπάρκεια του θυρεοειδούς παρατηρούνται χαμηλές TH με αυξημένη TSH, σε μια προσπάθεια της υπόφυσης να αυξήσει τα επίπεδα TH. Στην δευτεροπαθή ανεπάρκεια της υπόφυσης υπάρχουν χαμηλές TH και χαμηλή TSH με αυξημένο TRF σε μια προσπάθεια του υποθαλάμου να αυξήσει τα επίπεδα TH. Στην τριτοπαθή ανεπάρκεια του υποθαλάμου και οι τρεις ορμόνες είναι χαμηλές: χαμηλή TRF καταλήγει σε χαμηλή TSH, η οποία με την σειρά της καταλήγει σε χαμηλή TH (Osborn, Watson, 2012).

### **2.1.4 Παραθυρεοειδής**

Οι παραθυρεοειδείς αδένες είναι συνήθως τέσσερις, έχουν διάμετρο 5 χιλιοστά περίπου και βρίσκονται στην οπίσθια επιφάνεια του θυρεοειδούς αδένος. Παράγουν την παραθορμόνη και μέσω αυτής ρυθμίζουν την συγκέντρωση του

ασβεστίου και του ανόργανου φωσφόρου στο αίμα. Η παραθορμόνη (PH) είναι ένα πολυπεπτίδιο που κυρίως προάγει την απορρόφηση ασβεστίου από το έντερο, ευνοεί την απέκκριση φωσφόρου από τα νεφρά και διεγείρει την απελευθέρωση αλάτων από τα οστά, έτσι ώστε αφαιρείται ασβέστιο από τα οστά και μετακινείται προς το αίμα. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στο μεταβολισμό του ασβεστίου και του φωσφόρου επεμβαίνουν και δύο άλλοι σημαντικοί παράγοντες, η ορμόνη καλσιτονίνη (η οποία είναι ανταγωνιστής της παραθορμόνης) και η βιταμίνη D. Το ασβέστιο βρίσκεται στο πλάσμα του αίματος είτε ως «διαχεόμενο» από τον ηθμό των νεφρών και τους άλλους βιολογικούς ηθμούς (ιοντισμένο ασβέστιο και κιτρικό ασβέστιο), είτε ως «μη διαχεόμενο» (δεσμευμένο από λευκωματίνη ή πρωτεϊνικό ασβέστιο). Η βιολογική δράση του ασβεστίου ασκείται μόνο από το ιοντισμένο ασβέστιο ( $Ca^{++}$ ) γι' αυτό και το κλάσμα αυτό έχει και τη μεγαλύτερη σπουδαιότητα. Συνήθεις αυξομειώσεις του ολικού ασβεστίου οφείλονται στο πρωτεϊνικό ασβέστιο, ενώ το ιοντισμένο ασβέστιο, που είναι και το δραστικό κλάσμα, παραμένει αμετάβλητο (Χανιώτης Φ.Ι., Χανιώτης Δ.Ι., 2002).

### **2.1.5 Επινεφρίδια**

Τα επινεφρίδια βρίσκονται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο πλησίον των άνω πόλων των νεφρών, είναι επιπεδωμένοι μηνοειδείς σχηματισμοί με μήκος 3-6 cm, πλάτος 1-3 cm και πάχος 4-10 mm, ενώ και τα δύο μαζί ζυγίζουν περίπου 8-10 g. Καλύπτονται από σκληρή ινώδη κάψα, περιβάλλονται από λίπος και έχουν πλούσια αιμάτωση. Τα επινεφρίδια αποτελούνται ουσιαστικά από δύο ενδοκρινείς αδένες που ο ένας περιβάλλει τον άλλον. Στην εξωτερική μοίρα βρίσκεται ο φλοιός των επινεφριδίων, ο οποίος εκκρίνει διαφορετικές στεροειδικές ορμόνες: α) τα γλυκοκορτικοειδή όπως η κορτιζόλη, β) τα αλατοκορτικοειδή όπως η αλδοστερόνη και γ) τις ορμόνες του φύλου, κυρίως τα ανδρογόνα. Τα γλυκοκορτικοειδή συμμετέχουν στη ρύθμιση του μεταβολισμού των πρωτεϊνών, των υδατανθράκων και των λιπών ενώ τα αλατοκορτικοειδή συμμετέχουν στη ρύθμιση του ισοζυγίου νατρίου καλίου και στη ρύθμιση του εξωκυττάριου όγκου. Τόσο τα γλυκοκορτικοειδή

όσο και τα αλατοκορτικοειδή ρυθμίζουν λειτουργίες κεφαλαιώδους σημασίας για τη ζωή ενώ αντίθετα, ο ρόλος των ανδρογόνων περιορίζεται στην αναπαραγωγική διαδικασία. Στην εσωτερική μοίρα βρίσκεται ο μυελός των επινεφριδίων που εκκρίνει τις κατεχολαμίνες (επινεφρίνη και νορεπινεφρίνη), οι οποίες βοηθούν τον οργανισμό να αντιμετωπίσει καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης πόνος (Χανιώτης Φ.Ι., Χανιώτης Δ.Ι., 2009).

### **2.1.6 Πάγκρεας**

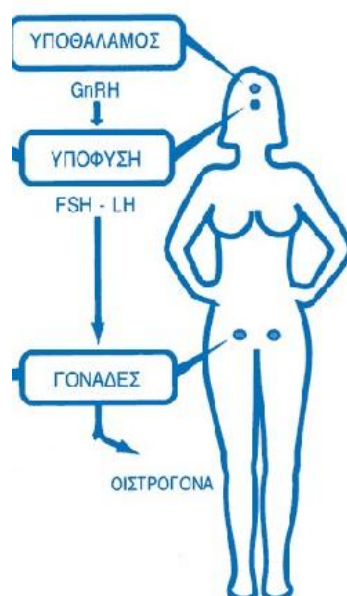
Η ενδοκρινής μοίρα του παγκρέατος αποτελείται από συναθροίσεις κυττάρων που ονομάζονται νησίδια του Langerhans και είναι διεσπαρμένα εντός της εξωκρινούς μοίρας του αδένου (Εικόνα 12). Στο πάγκρεας υπάρχουν πάνω από ένα εκατομμύριο νησίδια πολλά από τα οποία περιέχουν αρκετές εκατοντάδες κυττάρων. Υπάρχουν τέσσερις διαφορετικοί τύποι κυττάρων (α-κύτταρα, β-κύτταρα, δ-κύτταρα, κύτταρα F), καθένας από τους οποίους παράγει ένα διαφορετικό εκκριτικό προϊόν. Τα α-κύτταρα εκκρίνουν γλυκαγόνη, τα β-κύτταρα εκκρίνουν ινσουλίνη, προΐνσουλίνη, αμυλίνη, το C πεπτίδιο και το γ-αμινοβουτυρικό οξύ, τα δ κύτταρα εκκρίνουν σωματοστατίνη και τα κύτταρα F εκκρίνουν το παγκρεατικό πολυπεπτίδιο. Τα α-κύτταρα αποτελούν το 20% των νησιδιακών κυττάρων και βρίσκονται κυρίως στην περιφέρεια των νησιδίων, τα β-κύτταρα βρίσκονται στην κεντρική περιοχή των νησιδίων και αποτελούν το 80% των νησιδιακών κυττάρων, τα δ-κύτταρα είναι λίγα σε αριθμό και βρίσκονται ανάμεσα στους δύο άλλους τύπους κυττάρων και τέλος τα κύτταρα F βρίσκονται κυρίως στα νησίδια του οπίσθιου λοβού της κεφαλής του παγκρέατος.

Τα νησίδια έχουν πολύ πλουσιότερη αγγείωση σε σχέση με την εξωκρινή μοίρα του παγκρέατος και η αιματική ροή πιθανότατα φέρεται από το κέντρο του νησιδίου προς τη περιφέρεια. Επομένως η ινσουλίνη που παράγεται από τα β-κύτταρα της κεντρικής περιοχής των νησιδίων, είναι δυνατόν να αναστέλλει την έκκριση της γλυκαγόνης από τα α-κύτταρα που βρίσκονται στην περιφέρεια. Το αίμα των νησιδίων αποχετεύεται μέσω της πυλαίας φλέβας στο ήπαρ και έτσι, πριν εισέλθουν τα εκκριτικά προϊόντα των νησιδίων στη συστηματική κυκλοφορία, περνούν πρώτα από το ήπαρ, το οποίο αποτελεί άλλωστε και την κύρια θέση δράσης της γλυκαγόνης και της ινσουλίνης.

Τα νησίδια έχουν επίσης και πλούσια νεύρωση. Οι συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες φέρονται στα νησίδια και είτε έρχονται σε άμεση επαφή με τα κύτταρα, είτε απολήγουν στο διάμεσο χώρο μεταξύ των κυττάρων. Ο νευρογενής έλεγχος της έκκρισης των ορμονών από τα κύτταρα των νησιδίων, είτε άμεσα μέσω των συμπαθητικών ινών, είτε έμμεσα με την απελευθέρωση κατεχολαμινών από το μυελό των επινεφριδίων, παίζει σημαντικό ρόλο στην ομοίωση της γλυκόζης σε καταστάσεις stress πόνος (Χανιώτης Φ.Ι., Χανιώτης Δ.Ι., 2002).

### 2.1.7 Γεννητικοί αδένες/ Γονάδες

Οι γεννητικοί αδένες είναι η πρωταρχική πηγή γεννητικών ορμονών του σώματος. Ελέγχονται από μια τριπλή αγκύλη ανατροφοδότησης. Ο υποθάλαμος αποτελεί τον εκλυτικό παράγοντα της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FRF) και της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LRF). Η LRF του υποθαλάμου προκαλεί απελευθέρωση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) από την πρόσθια υπόφυση. Η FSH στις γυναίκες προάγει την ωρίμανση του ωοθυλακίου, το οποίο παράγει οιστρογόνα. Όταν τα επίπεδα των οιστρογόνων αυξάνουν, παρατηρείται και αύξηση της LH. Η FSH και η LH προάγουν την ωορρηξία. Στους άνδρες, η FSH προάγει την σπερματογένεση και η LH διεγείρει την έκκριση ανδρογόνων.

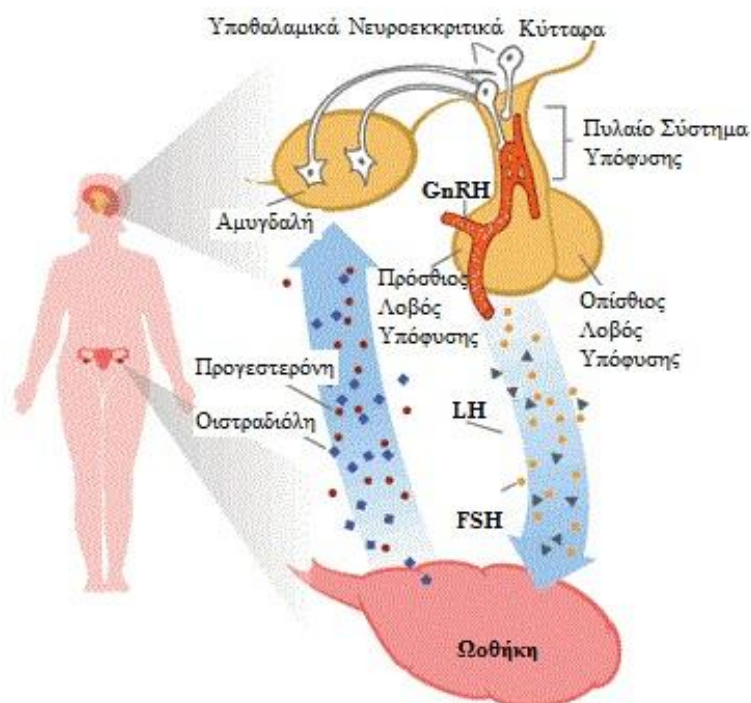


Πηγή: [www.eugonia.com.gr](http://www.eugonia.com.gr)

Οι γεννητικοί αδένες είναι σημαντικοί για τη μετάβαση στην εφηβεία και ελέγχουν τα φυσικά χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τους άντρες από τις γυναίκες. Η κύρια ορμόνη που παράγεται από τους όρχεις είναι η τεστοστερόνη. Οι κύριες ορμόνες από τις ωοθήκες είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Στους άνδρες, η τεστοστερόνη καθορίζει την αναπαραγωγική λειτουργία και τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου. Οι γεννητικές ορμόνες προάγουν επίσης

την παραγωγή και την ωρίμανση του σπέρματος και διεγείρουν τα περισσότερα κύτταρα για να συνθέσουν πρωτεΐνες.

Στις γυναίκες, οι ωθήκες εκκρίνουν οιστρογόνα και προγεστερόνη για να διατηρήσουν την αναπαραγωγική λειτουργία και τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου. Η προγεστερόνη στις γυναίκες προάγει επίσης την ανάπτυξη του βλεννογόνου της μήτρας για την εμφύτευση ενός γονιμοποιημένου ωαρίου και προετοιμάζει τους μαστικούς αδένες για το θηλασμό. Μερικές γεννητικές ορμόνες, που ονομάζονται ανδρογόνα, παράγονται και από τα επινεφρίδια (Osborn, Watson, 2012).



Πηγή:

<http://www.iasis-farsala.gr/services/obgyn/gennetikos-kuklos/#.Uv-zoYVX3ps>

## 2.2 ΟΡΜΟΝΕΣ ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

Οι ορμόνες των ωοθηκών ελέγχουν το γεννητικό κύκλο. Τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη είναι οι κύριες ορμόνες των ωοθηκών. Εκλεκτικά ελέγχουν τις φάσεις του εμμηνορρυσιακού κύκλου. (Παπαδημητρίου Χρ., 2006) Μετά τον υποθάλαμο και την υπόφυση, τρίτος βασικός παράγοντας, που παίρνει μέρος στην αναπαραγωγική λειτουργία της γυναίκας, είναι οι ωθήκες. Η λειτουργία των ωοθηκών είναι

περιορισμένη, δηλαδή αρχίζει με την ήβη και τελειώνει με την εμμηνόπαυση, και η δράση τους είναι κυκλική, εκτός από την περίοδο της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας. Οι ωοθήκες παράγουν ωάρια (ωογένεση) και ορμόνες.

Οι παραγόμενες από την ωοθήκη ορμόνες είναι στεροειδείς, δηλαδή, χημικά, ανήκουν στην ομάδα των στερολών. Στην ίδια ομάδα ανήκουν η χοληστερόλη, η βιταμίνη D και τα χολικά οξέα. Στεροειδείς ορμόνες παράγουν και οι όρχεις, ο φλοιός των επινεφριδίων και ο πλακούντας. Κοινή μητρική ουσία όλων των στεροειδών ορμονών είναι η χοληστερόλη. Η έκκριση τους ρυθμίζεται από τον υποθάλαμο μέσω της υπόφυσης, γιατί η ωοθυλακιοτρόπος και η ωχρινοτρόπος ορμόνη δίνουν το μήνυμα στις ωοθήκες να συνθέσουν στεροειδείς ορμόνες.

Πρώιμο στάδιο για την ενδοκυτταρική στεροειδογένεση είναι η διέγερση του συστήματος της αδενυλοκυκλάσης, που καταλύει την αντίδραση παραγωγής της κυκλικής μονοφωσφορικής αδενοσίνης από την τριφωσφορική αδενοσίνη. Τη συσσώρευση της κυκλικής μονοφωσφορικής αδενοσίνης ακολουθεί σύνθεση στεροειδούς ορμόνης. Όλες οι στεροειδείς ορμόνες είναι αδιάλυτες στο νερό, γι' αυτό βρίσκονται στην κυκλοφορία συνδεδεμένες με πρωτεΐνες του πλάσματος. Με τη λευκωματίνη του πλάσματος η σύνδεση τους είναι χαλαρή, ενώ είναι σταθερότερη με ορισμένες σφαιρίνες όπως την SHBG (Sexual Hormones Binding Globulin) και την CBG (Cortisol Binding Globulin).

Η βιολογική δράση των στεροειδών οφείλεται στη μικρή ποσότητα τους, που κυκλοφορεί ελεύθερη στο πλάσμα. Όταν αυτή η ποσότητα εξαντληθεί, τότε το μέρος του στεροειδούς, που είναι συνδεδεμένο με τις πρωτεΐνες, δρα σαν αποθήκη και χορηγεί ελεύθερη δραστική ορμόνη. Ο μεταβολισμός των στεροειδών συμβαίνει κυρίως, στο συκώτι, όπου γίνεται σύζευξη τους με το θειικό και το γλυκουρονικό οξύ, στους νεφρούς και στο έντερο και αδρανοποιούνται. Επίσης, γίνεται και στα όργανα-στόχους, που εισέρχονται με διάχυση και που δεν τα αδρανοποιούν, αλλά τα οδηγούν στην παραγωγή δραστικότερης ορμόνης.

Οι υποδοχείς των στεροειδών ορμονών δεν βρίσκονται στην κυτταρική μεμβράνη, όπως των πρωτεϊνικών (ωοθυλακιοτρόπου, ωχρινοτρόπου), αλλά μέσα στο πρωτόπλασμα των κυττάρων, και μεταφέρουν γρηγορότερα την ορμόνη στους πυρήνες τους.

Οι ωοθήκες παράγουν:

- Οιστρογόνες ορμόνες, από το ωοθυλάκιο, που ωριμάζει.



- Προγεστερόνη, που η έκκριση της αρχίζει λίγο πριν την ωοθυλακιορρηξία από κύτταρα του ωοθυλακίου, που ωχρινοποιούνται, και από το ωχρό σωματίο.
- Ανδρογόνες ορμόνες, από τη μυελώδη ουσία και από το ωοθυλάκιο.
- Κυβερνίνες, που είναι πεπτιδικές ουσίες, και δρουν πάνω στις ίδιες τις ωοθήκες.
- Ριλαξίνη, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- Άλλους ενδοθητικούς παράγοντες (Παπανικολάου Ν., Παπανικολάου Α, 2005).

### **2.2.1 Οιστρογόνα**

Τα οιστρογόνα είναι μια ομάδα στεροειδών χημικών ενώσεων, ονομαζόμενα για τον ρόλο τους στον οιστρικό κύκλο, και που εργάζονται ως οι κύριες γυναικείες ορμόνες. Τα οιστρογόνα χρησιμοποιούνται ως μέρος αντισυλληπτικών που χορηγούνται από το στόμα. Επίσης δίνονται για αναπλήρωση οιστρογόνων σε μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και σαν ορμονική θεραπεία σε τρανσεξουαλικές γυναίκες. Όπως όλες οι στεροειδείς ορμόνες, τα οιστρογόνα περνούν εύκολα την κυτταρική μεμβράνη. Μέσα στο κύτταρο, αλληλεπιδρούν με οιστρογόνους υποδοχείς.

Τα τρία κύρια φυσικά οιστρογόνα στις γυναίκες είναι η οιστραδιόλη, η οιστριόλη και η οιστρόνη. Μέσα στον οργανισμό και οι τρεις παράγονται από ανδρογόνα μέσω της δράσης ενζύμων.

- Από την εμμηναρχή μέχρι την εμμηνόπαυση το κύριο οιστρογόνο στις γυναίκες είναι η 17β-οιστραδιόλη. Μετά την εμμηνόπαυση, περισσότερη οιστρόνη είναι παρούσα παρά οιστραδιόλη.
- Η οιστραδιόλη βιοσυντίθεται από την τεστοστερόνη (ορμόνη) ενώ η οιστρόνη από την ανδροστενδιόνη.
- Η οιστρόνη είναι πιο αδύνατη ορμόνη από την οιστραδιόλη.

Το οιστρογόνο παράγεται κυρίως από πρωτογενή ωοθυλάκια κατά την διάρκεια της ωρίμανσης τους, το ωχρό σωματίο, και τον πλακούντα. Η ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη (FSH) και η ωχρινοτρόπος ορμόνη (LH) διεγείρουν την παραγωγή οιστρογόνου στις ωοθήκες. Σε μικρότερες ποσότητες, οιστρογόνο παράγεται σε ιστούς όπως το ήπαρ, τα επινεφρίδια και τον μαστό. Αυτές οι δευτερεύουσες πηγές οιστρογόνου είναι ειδικά σημαντικές σε γυναίκες που έχουν περάσει την εμμηνόπαυση.

Η βιοσύνθεση του οιστρογόνου αρχίζει στα κύτταρα του ωοθυλακίου, με την σύνθεση ανδροστενοδιόνης από χοληστερόλη. Η ανδροστενοδιόνη είναι ουσία με μέτρια ανδρογενή δραστηριότητα. Αυτή περνά τον βασικό υμένα και μπαίνει στα κύτταρα της κοκκιώδους στοιβάδας της ωοθήκης, όπου μετατρέπεται σε οιστρόνη και οιστραδιόλη, είτε κατευθείαν είτε μέσω τεστοστερόνης. Το ένζυμο υπεύθυνο για αυτή την μετατροπή ονομάζεται αρωματάση.

Οιστρογόνα κυκλοφορούν στο αίμα και των δύο φύλων αλλά βρίσκονται σε πολύ μεγαλύτερες συγκεντρώσεις σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Προωθούν την ανάπτυξη γυναικείων δευτερευόντων φυλετικών χαρακτηριστικών, όπως τους μαστούς, και είναι επίσης υπεύθυνα για την πάχυνση του ενδομητρίου και άλλες πτυχές της ρύθμισης του εμμηνορροϊκού κύκλου. (<http://www.lifemag.gr>)

### **Δράση**

Η βιολογική δράση των οιστρογόνων ορμονών αφορά περισσότερο στο γεννητικό σύστημα και στους ιστούς, που κάνουν την γυναίκα να ξεχωρίζει από τον άνδρα. Η σπουδαιότερη δράση των οιστρογόνων ορμονών αφορά στα παρακάτω όργανα:

**Μήτρα** Στη μήτρα οι οιστρογόνες ορμόνες προκαλούν υπερπλασία και υπερτροφία των αδένων του ενδομητρίου και αυξάνουν τον αριθμό των μιτωτικών διαιρέσεων και τη διαπερατότητα των τριχοειδών στη διακίνηση των θρεπτικών ουσιών. Αυτή η δράση έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του μήκους των αδένων και του πάχους του ενδομητρίου, μεταβολές, που χαρακτηρίζουν την παραγωγική φάση του ενδομήτριου κύκλου.

**Ωοθήκες** Εκτός από την έμμεση επίδραση, που ασκούν μέσω του υποθαλάμου οι οιστρογόνες ορμόνες στις ωοθήκες, έχουν και άμεση τοπική επίδραση, γιατί συμβάλλουν στην ανάπτυξη και ωρίμανση των ωοθυλακίων και στη λειτουργία των ωχρών σωματίων.

**Σάλπιγγες** Στις σάλπιγγες οι οιστρογόνες ορμόνες προκαλούν υπερτροφία και υπερπλασία του επιθηλίου των ενδοσαλπιγγίων. Τα κροσσωτά και τα εκκριτικά τους κύτταρα αυξάνονται, ενώ ελαττώνονται τα εμβόλιμα. Επίσης, αυξάνεται η ποσότητα του σαλπιγγικού υγρού και η συστατικότητα των λείων μυϊκών ινών.

**Μαστοί** Οι οιστρογόνες ορμόνες προκαλούν την ανάπτυξη όλων των στοιχείων των μαστών και μάλιστα των γαλακτοφόρων πόρων. Έμμεσα, συνδέονται με τους μαστούς με την έκκριση της προλακτίνης.

Υποθάλαμος – Υπόφυση Η ύπαρξη υποδοχέων των οιστρογόνων στον υποθάλαμο έχει αποδειχθεί. Από κύτταρα του υποθαλάμου με την επίδραση κατεχολαμινών, παράγονται κατεχολοιστρογόνα. Αυτά, αλλάζουν το ηλεκτρικό δυναμικό των κυττάρων του και μεταβάλλουν την έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών και της ωκυτοκίνης.

Οι οιστρογόνες ορμόνες σε μεγάλες δόσεις αναστέλλουν την έκκριση της εκλυτικής ορμόνης του υποθαλάμου για τις γοναδοτρόπες ορμόνες, με αποτέλεσμα την αναστολή της έκκρισης του, μέσω του μηχανισμού της αρνητικής παλίνδρομης αλληλορρύθμισης. Σε μικρές, όμως, δόσεις αυξάνουν αυτές μέσω του μηχανισμού της θετικής παλίνδρομης αλληλορρύθμισης. Τέλος, οι οιστρογόνες ορμόνες, με δράση τους στο θερμορυθμιστικό κέντρο, κρατάνε σε χαμηλά επίπεδα τη θερμοκρασία του σώματος.

Δέρμα Στο δέρμα προκαλούν υπέρχρωση της θηλής του μαστού, της θηλαίας άλω και της λευκής γραμμής, που υποχωρεί ύστερα από μεγάλο χρονικό διάστημα μετά τη διακοπή τους. Επίσης, παρεμποδίζουν την ανάπτυξη ακμής του δέρματος.

Σκελετός Οι οιστρογόνες ορμόνες, με την πιθανή διακοπή, που προκαλούν στη λειτουργία των συζευκτικών χόνδρων στις επιφύσεις των οστών, ελαττώνουν την ταχύτητα με την οποία μεγαλώνει το σώμα και ειδικότερα τα πάνω και τα κάτω άκρα. Γι' αυτό, όσο νωρίτερα έρχεται η εμμηνόρρυσια, όπως συμβαίνει στις μεσογειακές χώρες, τόσο πιο βραχύσωμες είναι οι γυναίκες, σε αντίθεση με τις γυναίκες των Σκανδιναβικών χωρών, που η εμμηνόρρυσια τις βρίσκει σε μεγαλύτερη ηλικία.

Έλλειψη οιστρογόνων επιταχύνει την απορρόφηση του οστίτη ιστού και τη δημιουργία οστεοπόρωσης. Ενοχοποιούνται μηχανισμοί σχετικοί με την μείωση της απορρόφησης του ασβεστίου στο έντερο και την ελάττωση της καλσιτονίνης (Παπανικολάου Ν., Παπανικολάου Α., 2005).

### **2.2.2 Προγεστερόνη**

Η προγεστερόνη ανήκει στα προγεσταγόνα και μαζί με την οιστραδιόλη, που ανήκει στα οιστρογόνα, αποτελούν τις κύριες φυλετικές ορμόνες στις γυναίκες. Είναι μια στεροειδής ορμόνη, δηλαδή συντίθεται από τη χοληστερόλη.

Κατά την αναπαραγωγική ηλικίας της γυναίκας παρατηρείται κυκλική μεταβολή στις συγκεντρώσεις των ορμονών του φύλου (οιστρογόνων και προγεστερόνης) με αντίστοιχες δομικές μεταβολές του ενδομητρίου (έμμηνος κύκλος).

Η προγεστερόνη παράγεται το δεύτερο μισό του έμμηνου κύκλου (ωχρινική ή εκκριτική φάση) από το ωχρό σωματίο της ωοθήκης, που σχηματίζεται από τα υπολείμματα του ραγέντος ωοθυλακίου (δηλαδή του ωοθυλακίου μετά την ωοθυλακιορρηξία), κάτω από την επίδραση της ωχρινοποιητικής ορμόνης (LH) του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται ωχρινοποίηση. Αντίθετα, η στάθμη της προγεστερόνης στο πρώτο μισό του έμμηνου κύκλου (παραγωγική φάση) είναι μικρή. Αν επιτευχθεί εγκυμοσύνη, το ωχρό σωματίο συνεχίζει να αυξάνεται κάτω από την επίδραση της χοριακής γοναδοτροπίνης ( $\beta$ -hCG) του πλακούντα και χαρακτηρίζεται πλέον ως ωχρό σωματίο της κύησης. Στη συνέχεια της κύησης, την παραγωγή προγεστερόνης αναλαμβάνει ο πλακούντας. Αν δεν επιτευχθεί εγκυμοσύνη, το ωχρό σωματίο εκφυλίζεται, τα επίπεδα της προγεστερόνης πέφτουν και επακολουθεί η εμμηνορροσία. Προγεστερόνη παράγεται σε μικρές ποσότητες και από το φλοιό των επινεφριδίων (<http://panacea.med.uoa.gr>).

Η προγεστερόνη είναι ορμόνη που παράγεται φυσιολογικά στο σώμα για να διασφαλίσει την δημιουργία μιας παχιάς επένδυσης της μήτρας (ενδομήτριο), που διευκολύνει την εμφύτευση του εμβρύου στα τοιχώματά της κατά τις πρώτες ημέρες της εγκυμοσύνης και την ανάπτυξή του.

Εάν δεν υπάρχει επαρκής ποσότητα προγεστερόνης κατά τη διάρκεια των πρώτων σταδίων της εγκυμοσύνης, το ενδομήτριο στερείται βασικών χαρακτηριστικών που επιτρέπουν την εμφύτευση του εμβρύου με συνέπεια το έμβρυο να μην μπορεί να επιζήσει. Το πρόβλημα αυτό αποκαλείται ανεπάρκεια ωχρινικής φάσης (Ωχρό σωματίο). Η ανεπάρκεια ωχρινικής φάσης είναι αποτέλεσμα της ανεπαρκούς παραγωγής της προγεστερόνης από τις ωοθήκες κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού του καταμήνιου κύκλου. Οι ωοθήκες συνεχίζουν να παράγουν προγεστερόνη κατά τη διάρκεια των πρώτων 8-10 εβδομάδων της εγκυμοσύνης. Μετά από αυτό το διάστημα των 8-10 εβδομάδων, ο πλακούντας γίνεται πλέον η κύρια πηγή παραγωγής προγεστερόνης και οι ωοθηκικές ορμόνες δεν παίζουν τόσο σημαντικό ρόλο (<http://el.wikipedia.org>).

### **Δράση**

**Μήτρα** Η προγεστερόνη προετοιμάζει το ενδομήτριο για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου.

**Κόλπος** Στο κοιλιακό επιθήλιο η προγεστερόνη προκαλεί αύξηση της σποφολίδωσης των βασεόφιλων κυττάρων και πυκνούς σωρούς από ενδιάμεσα κύτταρα.

Σάλπιγγες Σ' αυτές η προγεστερόνη αυξάνει την έκκριση των κυττάρων των ενδοσαλπγγίων σε γλυκογόνο, ελαττώνει τα κροσσωτά κύτταρα και αυξάνει τα εκκριτικά.

Ωοθήκες Σ' αυτές, η προγεστερόνη δρα άμεσα με καταβολή των κυττάρων τους, για να διευκολύνουν την ωοθηλακιορρηξία, και έμμεσα, μέσω του υποθαλάμου, για την έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών.

### **2.2.3 Ανδρογόνες ορμόνες**

Αυτές είναι οι ουσίες, που έχουν την ικανότητα να προκαλούν αρσενικοποίηση. Οι φυσικές ανδρογόνες ορμόνες παράγονται σε μικρά ποσά από τις ωοθήκες ( τεστοστερόνη, δεϋδρο-επιανδροστερόνη, και κυρίως, ανδροστενδιόνη) και από το φλοιό των επινεφριδίων.

Το σημαντικότερο ανδρογόνο είναι οι ανδροστενδιόνη, γιατί εκκρίνεται από τα κοκκιώδη κύτταρα του ωριμάζοντος ωοθυλακίου σε πόσα μεγαλύτερα από του άνδρα και μετατρέπεται σε τεστοστερόνη εξωφρενικά, έτσι ώστε να είναι υπεύθυνη για το 50% της κυκλοφορούσας τεστοστερόνης στη γυναίκα. Η τεστοστερόνη της ωοθήκης αντιστοιχεί στο 25% της ολικής παραγωγής της και παράγεται κυρίως από το στρώμα.

#### **Δράση**

Στην γυναίκα οι ανδρογόνες ορμόνες, όταν χορηγηθούν, προκαλούν υπερτρίχωση, αναστολή της εμμηνορρυσίας, ατροφία των ωαγωγών, των μαστών, του κόλπου και του αιδοίου και σε μεγάλες δόσεις εξαφανίζουν τους δευτερεύοντες γεννητικούς χαρακτήρες, ενώ τους αναπτύσσουν στον άνδρα και ελέγχουν την σπερματογένεση του. Επίσης, αυξάνουν το σωματικό βάρος και τη μυϊκή δύναμη και ενέργεια και προκαλούν κατακράτηση νατρίου, χλωρίου και υγρών. Τέλος αυξάνουν τη libido.

### **2.2.4 Κυβερνίνες**

Οι κυβερνίνες είναι πεπτικές ουσίες που εκκρίνονται από τις ωοθήκες και τους όρχεις και έχουν ενδογοναδική δράση, δηλαδή δρουν πάνω στις ίδιες τις ωοθήκες ή τους όρχεις. Αυτές είναι:

- Ο αναστολέας ωρίμανσης ωαρίων (OMI = Evocate Maturation Inhibitor)
- Αναστολέας της σύνδεσης της FSH με τους υποδοχείς (FSH-RBI=FSH-Receptors Binding Inhibitor)
- Αναστολέας της εαρινοποίησης (LI = Luteinization Inhibitor)

- Αναστολέας της δέσμευσης της LH στους υποδοχείς (LH-RBI=LH – Receptors Binding Inhibitor)
- Διεγερτικός παράγοντας ωχρινοποίησης (LS = Luteinization Stimulator)
- Διεγερτικός παράγοντας της σύνδεσης της LH (LH-SA=LH – Binding Stimulatory Activity)
- Ανασταλτίνη (Inhibine)
- Ακτιβίνες που είναι πεπτίδια, παράγωγα του μορίου της ανασταλτίνης και διεγείρουν την έκκριση της FSH στην υπόφυση.
- Γοναδοκρινίνες (Gonadocrinines), που είναι πεπτίδια διαφορετικά από την GnRH, με βιολογική δράση παράλληλη με την GnRH και παράγονται από τα κοκκιώδη κύτταρα.

### **2.2.5 Ριλαξίνη**

Η ριλαξίνη είναι πολυπεπτίδιο, και μοιάζει με την ινσουλίνη. Παράγεται από το ωχρό σωματίο και λιγότερο από τον πλακούντα. Η κυριότερη δράση της είναι στην αναδόμηση του κολλαγόνου της μήτρας και του τραχήλου στην εγκυμοσύνη. Προκαλεί χαλάρωση της ηβικής σύμφυσης στην εγκυμοσύνη. Καταστέλλει τη συσταλτικότητα μυομητρίου. Προϋπόθεση για τη δράση της είναι η προηγούμενη δράση των οιστρογόνων ορμονών.

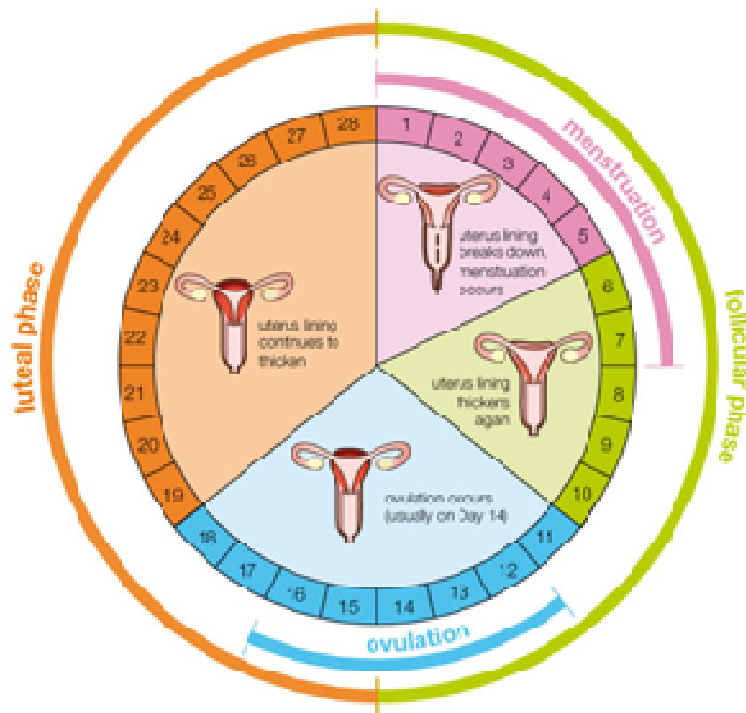
### **2.2.6 Άλλοι ενδοθηκικοί παράγοντες**

Τα τελευταία χρόνια διαπιστώθηκε η ύπαρξη και των παρακάτω ρυθμιστικών παραγόντων, που παίρνουν μέρος στην ωρίμανση των ωοθυλακίων:

- Επιδερμικός αυξητικός παράγον (EGF = Epidermal Growth Factor)
- Μετασχηματικός αυξητικός παράγον α (TGF – α = Transforming Growth Factor –α)
- Μετασχηματικός αυξητικός παράγον β (TGF – β = Transforming Growth Factor –β)
- Αυξητικός παράγον ο όμοιος με της ινσουλίνης (IGF = Insulin – Like Growth Factor)
- Το σύστημα ρενίνης – αγγειοτενσίνης, που βρέθηκε αυξημένο στην προωθυλακιόρρηκτηκή φάση (Παπανικολάου Ν., Παπανικολάου Α., 2005).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>0</sup>

## Καταμήνιος κύκλος γυναίκας



Πηγή: [http://tro-ma-ktiko.blogspot.gr/2012/03/blog-post\\_1545.html](http://tro-ma-ktiko.blogspot.gr/2012/03/blog-post_1545.html)

### **3. ΕΜΜΗΝΟΣ ΚΥΚΛΟΣ**

Ο έμμηνος ή καταμήνιος κύκλος είναι ο επιστημονικός όρος που περιγράφει τις φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν σε μια γυναίκα, αναπαραγωγικής ηλικίας, με κύριο σκοπό τη γονιμοποίηση και την αναπαραγωγή. Ρυθμίζεται από το σύστημα των ενδοκρινών αδένων και ένας μηνιαίος κύκλος διαρκεί περίπου 28 ημέρες. Ο καταμήνιος κύκλος ξεκινά από την πρώτη ημέρα της εμμήνου ρύσεως και ολοκληρώνεται τη μέρα που θα ξεκινήσει η επόμενη έμμηνος ρύση. Με τον τρόπο αυτό, δημιουργείται ένας υγιής φαύλος κύκλος. ( John T. Hansen, Bruce M. Koerppen, 2004 )

#### **3.1 ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟ ΡΥΣΗ**

Όπως κάθε γυναίκα είναι ξεχωριστή, το ίδιο ξεχωριστός είναι και ο εμμηνορρυσιακός της κύκλος. Σε άλλες λοιπόν, μπορεί να είναι μακρύτερος ενώ σε άλλες βραχύτερος, σε άλλες προβλέψιμος ενώ σε κάποιες άλλες όχι. Οι βασικές όμως αρχές που τον διέπουν είναι ίδιες για κάθε γυναίκα.

Πιο συγκεκριμένα, κάθε γυναίκα από την ηλικία των 10-14 ετών (εμμηναρχή) και μέχρι την ηλικία των 45-50 ετών (εμμηνόπαυση) βιώνει κάθε μήνα περίπου την έμμηνο ρύση, δηλαδή αυτό που κοινώς λέγεται και «περίοδος». Η έμμηνος ρύση, δεν είναι τίποτε άλλο από την απόπτωση της λειτουργικής στοιβάδας του ενδομητρίου (εσωτερικός χιτώνας της μήτρας) που συνοδεύεται από αιμορραγία. Η έμμηνος ρύση σηματοδοτεί την αποτυχία γονιμοποίησης του ωαρίου και επομένως την αποτυχία μιας επικείμενης εγκυμοσύνης.

Η πρώτη μέρα της εμμηνορρυσίας, όπως ήδη έχει αναφερθεί στο προηγούμενο κεφάλαιο, ορίζεται ως η πρώτη ημέρα του κύκλου. Αντίθετα, η ημέρα αμέσως πριν την επόμενη έμμηνο ρύση ορίζεται ως η τελευταία. Ο κύκλος μπορεί να διαρκεί από 21-40 ημέρες με μέση διάρκεια τις 28 ημέρες. Η ίδια η έμμηνος ρύση, μπορεί να διαρκεί από 1-8 ημέρες με μέση διάρκεια τις 4-5 ημέρες.

Εν συνεχεία, στο μέσον περίπου του κύκλου, σημειώνεται η ωοθυλακιορρηξία, οπότε και απελευθερώνεται ένα ώριμο ωάριο έτοιμο προς γονιμοποίηση. Αν επιτευχθεί εγκυμοσύνη, γίνεται η εμφύτευση του εμβρύου περίπου μια βδομάδα μετά την ωορρηξία (5-7 ημέρες). Τέλος, είναι σημαντικό το γεγονός ότι μπορεί να παρατηρηθεί μικρού βαθμού αιμορραγία, η οποία εσφαλμένα να θεωρηθεί



έμμηνος ρύση, ενώ στην πραγματικότητα να υπάρχει κύημα. (Errol Norwitz- John Schorge, 2001)

## **3.2 ΑΛΛΗΛΟΥΧΙΑ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ ΣΤΟΝ ΕΜΜΗΝΟ**

### **ΚΥΚΛΟ**

Στις περιπτώσεις όπου ο εμμηνορρυσιακός κύκλος λαμβάνει χώρο χωρίς να υπάρχουν προβλήματα, τότε καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου συμβαίνει μια συγκεκριμένη αλληλουχία γεγονότων. Σε γενικές γραμμές, η αλληλουχία αυτή έχει ως εξής:

1η ημέρα: Έναρξη περιόδου (η πρώτη μέρα που εμφανίζεται αίμα). Συνοδεύεται ενδεχομένως από πόνο στην κοιλιά, χαμηλά, ο οποίος έχει ξεκινήσει μέχρι και ένα εικοσιτετράωρο πριν (αποβάλλεται το ενδομήτριο που έχει οικοδομηθεί στον προηγούμενο κύκλο).

1η-14η ημέρα: Σταδιακή αύξηση των επιπέδων των οιστρογόνων στο αίμα. Κατά μέσο όρο, λίγο πριν την 14η ημέρα τα οιστρογόνα κορυφώνονται. Γι' αυτό και το πρώτο μισό του κύκλου καλείται οιστρογονική φάση. Από την 5η ημέρα, όπου συνήθως τελειώνει η ροή αίματος, αρχίζει να ξαναχτίζεται και να παχαίνει το ενδομήτριο. Ταυτόχρονα, στην ωοθήκη έχει επιλεχθεί το ωάριο που θα ωριμάσει πλήρως και το οποίο θα ελευθερωθεί την 14η ημέρα από την ωοθήκη.

14η ημέρα: Ωοθηλακιορρηξία: το ώριμο ωάριο βγαίνει από την ωοθήκη. Αφού βγει, μπαίνει στη σάλπιγγα και κινείται προς το εσωτερικό της μήτρας. Η κίνηση γίνεται με συσπάσεις του τοιχώματος της σάλπιγγας και με ειδικές προεκβολές των κυττάρων που καλύπτουν το εσωτερικό της.

Γόνιμες ημέρες: Το ωάριο από τη στιγμή που βγαίνει από την ωοθήκη και μέχρι να περάσει ένα εικοσιτετράωρο είναι έτοιμο για γονιμοποίηση.

15η-28η ημέρα: Οι επιδράσεις της προγεστερόνης στο σώμα είναι έκδηλες. Προκαλεί πρήξιμο στους μαστούς αλλά και σε άλλα σημεία του σώματος (λόγω της κατακράτησης νερού). Προκαλεί επίσης, αλλαγή και στη διάθεση που είναι περισσότερο έκδηλη προς το τέλος του κύκλου (26η-28η ημέρα), με ευερεθιστικότητα και μερικές φορές με ήπια μελαγχολία. Έτσι, το τέλος του κύκλου χαρακτηρίζεται από τέτοιου είδους συμπτώματα, που επίσης συνοδεύονται και από επιθυμία για κατανάλωση γλυκών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτά τα συμπτώματα μπορεί να αναπτυχθούν σε έντονο βαθμό. Σε αυτές τις περιπτώσεις, βασικός

ενοχοποιητικός παράγοντας είναι το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο (ΠΜΣ , όπως θα αναφερθεί αναλυτικά στο παρακάτω κεφάλαιο).

27η-28η ημέρα: Αν δεν έχει γίνει γονιμοποίηση του ωαρίου, παρατηρείται πτώση στα επίπεδα προγεστερόνης στο αίμα και αρχίζει η διαδικασία της περιόδου, που εκδηλώνεται με πόνο στην κοιλιά (χαμηλά) και απόπτωση του ενδομητρίου που τελικά δε χρησιμοποιήθηκε για την εγκατάσταση ενός εμβρύου. Έτσι λοιπόν στην πρώτη ημέρα του επόμενου κύκλου. (Errol Norwitz- John Schorge, 2001 )

### **3.3 ΈΜΜΗΝΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΚΑΙ ΟΡΜΟΝΕΣ**

Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος ελέγχεται από τον άξονα υποθαλάμου – υπόφυσης – ωοθηκών. Η περιοδική παραγωγή από τον υποθάλαμο εκλυτικής ορμόνης των γοναδοτροπινών, διεγείρει την υπόφυση να παράγει γοναδοτροπίνες: τη θυλακιοτρόπο (Follicle Stimulating Hormone – FSH) και την ωχρινοτρόπο ορμόνη (Luteinizing Hormone – LH). Η πρώτη μέρα του κύκλου είναι η πρώτη μέρα της εμμήνου ρύσης και η διάρκεια του κύκλου ποικίλει, με μόλις στο 12% των γυναικών να διαρκεί 28 ημέρες (Gupta, Holloway, Kubba,2011).

Κάθε εμμηνορρυσιακός κύκλος διαιρείται σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη και ωρίμανση ενός ωαρίου, ενώ η δεύτερη σηματοδοτείται από την ωορρηξία έως την πρώτη μέρα του επόμενου κύκλου (Αρμενιάκος, 2008).

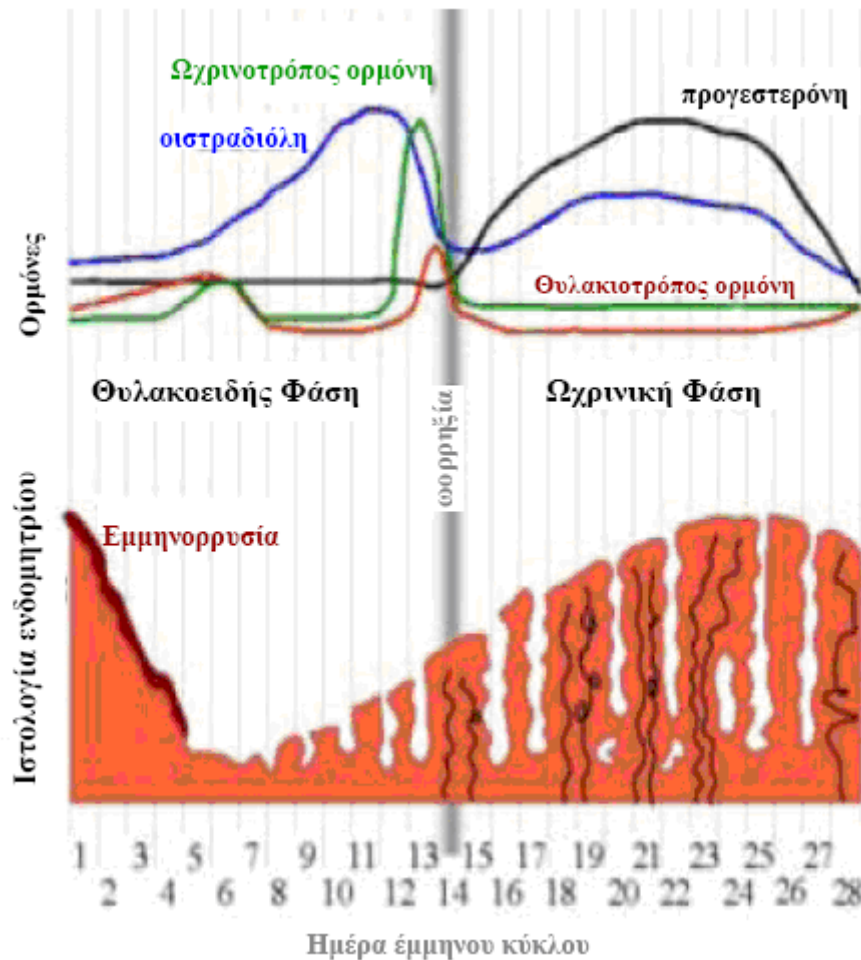
#### Παραγωγική φάση – Ημέρες 1 με 13 (σε κύκλο 28 μερών)

Κατά την παραγωγική φάση εκκρίνεται από την υπόφυση στον εγκέφαλο η Θυλακιοτρόπος Ορμόνη (FSH), η οποία δρα στα ωοθυλάκια, προκαλεί την ωρίμανση τους και τα ενεργοποιεί να παράγουν οιστρογόνα. Τα οιστρογόνα δρουν στο ενδομήτριο (εσωτερικός χιτώνας μήτρας) και προκαλούν την πάχυνσή του, ώστε να είναι έτοιμο να δεχτεί το γονιμοποιημένο ωάριο.

Η παραγωγική φάση δεν είναι γενικά σταθερή σε διάρκεια και κυμαίνεται γενικά από 10 ως 18 ημέρες. Είναι αυτή που καθορίζει και τη διάρκεια του κύκλου.

#### Ωορρηξία – Περίπου 14 ημέρες πριν από την έναρξη της επόμενης περιόδου

Λίγο πριν την ωορρηξία τα επίπεδα των οιστρογόνων αυξάνονται πολύ προκαλώντας την έκκριση από την υπόφυση της Ωχρινοποιητικής Ορμόνης (LH), η οποία δρα στο κυρίαρχο ωοθυλάκιο και προκαλεί τη ρήξη του και την απελευθέρωση του ωαρίου.



Πηγή: <http://www.dia-trofis.gr>

### **Εκκριτική φάση – Ημέρες 15 με 28**

Σε αντίθεση με την παραγωγική, η εκκριτική φάση έχει σταθερή διάρκεια 12-14 ημέρες. Κατά τη φάση αυτή και με την επίδραση της Ωχρινοποιητικής ορμόνης (LH) παράγονται από το άδειο ωοθυλάκιο, που πλέον ονομάζεται ωχρό σωματίο, Οιστρογόνα και Προγεστερόνη και προετοιμάζεται το ενδομήτριο για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου (<http://pzarganis.com>).

Αν έχουμε γονιμοποίηση του ωαρίου αρχίζει να παράγεται ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη (hCG) η οποία ονομάζεται και 'ορμόνη της εγκυμοσύνης'. Η χοριακή γοναδοτροπίνη διατηρεί και προάγει την παραγωγή οιστρογόνων και προγεστερόνης σε υψηλά επίπεδα για τη διατήρηση της εγκυμοσύνης.

Σε περίπτωση που δεν έχουμε γονιμοποίηση του ωαρίου, το ωχρό σωματίο μειώνει την παραγωγή προγεστερόνης και έτσι μετά από 14 ημέρες ξεκινάει η έμμηνος ρύση (περίοδος) που απομακρύνει το μη γονιμοποιημένο ωάριο και το

ενδομήτριο. Η πτώση της προγεστερόνης και των οιστρογόνων θα αυξήσει την παραγωγή της GnRH και έτσι ένας καινούργιος κύκλος θα ξεκινήσει (Αρμενιάκος, 2008).

### **3.4 ΠΡΟΕΜΜΗΝΟΡΥΣΙΑΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (ΠΜΣ)**

#### Ορισμός.

Το προεμμηνορυσιακό σύνδρομο (ΠΜΣ) είναι μια ομάδα από συμπτώματα που συνδέονται με τον εμμηνορροϊκό κύκλο. Τα συμπτώματα εμφανίζονται 1 έως 2 εβδομάδες πριν από την περίοδό σας (έμμηνος ρύση ή μηνιαία αιμορραγία). Τα συμπτώματα συνήθως εξαφανίζονται μετά την έναρξη της περιόδου. Το προεμμηνορυσιακό σύνδρομο μπορεί να επηρεάσει γυναίκες οποιασδήποτε ηλικίας και η επίδραση είναι διαφορετική για κάθε γυναίκα. ( Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική 4<sup>ος</sup> Τόμος Κριτική Σκέψη για Συνεργατική Φροντίδα., επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Ασπασία Βασιλειάδου, εκδ. ΜΕΠΕ, Αθήνα 2008 )

Το ΠΜΣ περιλαμβάνεται ως προληπτική διάγνωση στο DSM IV(= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (διαγνωστικό εγχειρίδιο για την ταξινόμηση των ψυχιατρικών διαταραχών που εκδίδεται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση), στο οποίο χαρακτηρίζεται ως προεμμηνορυσιακή διαταραχή με δυσφορία (PDD). Για να διαγνωσθεί PDD, πέντε από τα συμπτώματα που αναφέρονται παρακάτω, πρέπει να είναι σε έντονο βαθμό προεμμηνορυσιακά με ύφεση μετά την έμμηνο ρύση. Πρέπει να περιλαμβάνουν τουλάχιστον μία κατάσταση δυσφορίας, ενώ πολλαπλά φυσικά συμπτώματα θεωρούνται ως ένα. Ο ορισμός αυτός είναι μία απόπειρα για συστηματοποίηση του ΠΜΣ, αν και κατά μερικούς είναι πολύ αυστηρή, ενώ για άλλους πολύ περιεκτική.

Κριτήρια για προεμμηνορυσιακή διαταραχή με δυσφορία:

1. Έντονα καταθλιπτική διάθεση, αίσθημα απαισιοδοξίας, ή self-deprecating σκέψεις
2. Έντονο άγχος και ένταση
3. Κυκλοθυμική διάθεση
4. Παρατεταμένος θυμός ή ευερέθιστη διάθεση
5. Μειωμένο ενδιαφέρον για τις συνηθισμένες ασχολίες
6. Δυσκολία στη συγκέντρωση
7. Λήθαργος, κόπωση, έλλειψη ενέργειας.
8. Υπερένταση ή αϋπνία

9. Αλλαγή στην όρεξη
10. Αίσθημα «εκτός ελέγχου»
11. Συμπτώματα όπως πόνος στο στήθος, πονοκέφαλος, μυϊκοί πόνοι, πρήξιμο, αύξηση βάρους

#### Ιστορική αναδρομή.

Ο όρος ΠΜΣ χρησιμοποιήθηκε το 1953, αν και το σύνδρομο είχε περιγραφεί το 1931 από τον γυναικολόγο T. Frank σαν μια απεριγραπτή ένταση 10 έως και 7 μέρες πριν την εμμηνορροσία. Οι ασθενείς παραπονούνται για υπερένταση, ευερέθιστη διάθεση και παράξενες σκέψεις. Μία με δύο ώρες μετά την έναρξη της εμμήνου ρύσεως όλα τα συμπτώματα υποχωρούν.

Η παραπάνω περιγραφή θα μπορούσε να είναι ίδια αν είχε γίνει σήμερα. Από τότε έχουν προταθεί διάφοροι τρόποι θεραπευτικής αντιμετώπισης με σημαντικά ή όχι αποτελέσματα. Παρόλα αυτά η αιτία αυτής της διαταραχής δεν έχει διευκρινισθεί. Βέβαια υπήρξε πρόοδος στον τομέα της διάγνωσης, στην ταυτοποίηση των εμπλεκόμενων παραγόντων και στην προβολή ικανοποιητικών αποτελεσμάτων από τις διάφορες θεραπείες. Το άρθρο αυτό στοχεύει στο να καταδείξει την κλινική πλευρά του ΠΜΣ και των κριτηρίων διάγνωσης και να ενημερώσει για τις σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Σε παλιότερες εποχές θεωρούσαν ότι οι γυναίκες σε αυτή την περίοδο διακατέχονταν από περίεργες σκέψεις και συναισθήματα. Οι αρχαίοι συγγραφείς περιέγραφαν παράδοξα περιστατικά, με τις γυναίκες να αποκτούν υπερφυσικές δυνάμεις. Μετέπειτα οι επιστήμονες συμφώνησαν ως προς το ότι η ανάπτυξη του πολιτισμού ώθησε το γυναικείο φύλο να «περιμένει» τα προεμμηνορροσιακά συμπτώματα ή να συνδέει την αλλαγή της συμπεριφοράς του με την έμμηνο ρύση.

Έχουν γραφτεί τόσα για αυτό το πρόβλημα, ώστε είναι δύσκολο να οριστούν αντικειμενικά τα συμπτώματα. Σύμφωνα με μερικές μελέτες, συνδέονται με την αναμονή την εμμηνορροσίας. Παρόλα αυτά από τις περισσότερες γυναίκες αναφέρονται κυρίως αλλαγές στη διάθεση και αυτό οδηγεί τους ερευνητές στο να συμφωνήσουν πως η αλλαγή αυτή είναι ιδιαίζουσα και όχι απλώς μία ακραία ψυχολογική κατάσταση. (Νικηφόρος Κλήμης Χειρουργός-Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Παν/μίου Αθηνών )

Το προεμμηνορροσιακό σύνδρομο είναι από τα συχνότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες πριν από την έμμηνο ρύση. Το προεμμηνορροσιακό σύνδρομο(ΠΜΣ) περιλαμβάνει διάφορα συναισθηματικά και σωματικά συμπτώματα

τα οποία παρατηρούνται μερικές μέρες ή εβδομάδες πριν από την έμμηνο ρύση. Οι περισσότερες από τις γυναίκες δε θεωρούν αυτά τα συμπτώματα σοβαρά ή ικανά να αλλάξουν τον καθημερινό τους ρυθμό. Το ΠΜΣ χαρακτηρίζεται από κακή διάθεση και αλλαγές στη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της εβδομάδας που προηγείται της εμμηνορρυσίας. Στην παρούσα φάση πρέπει να αναφερθεί πως το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο έχει συσχετιστεί με πολλά συμπτώματα (περίπου 150) αλλά πολύ σπάνια παρατηρούνται όλα στην ίδια γυναίκα.

### Αίτια

Ο κατάλογος των προτεινόμενων μηχανισμών για το ΠΜΣ είναι εντυπωσιακά μεγάλος, αλλά κανένας από αυτούς δεν είναι ειδικός για να εξηγήσει την αιτία. Το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο είναι το αποτέλεσμα πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων μεταξύ της έκκρισης στεροειδών από τις ωοθήκες, οπιοειδών ενδογενών πεπτιδίων, νευρομεταβιβαστών, προσταγλανδινών και περιφερικών αυτόνομων και ενδοκρινών συστημάτων.

Φαίνεται πως είναι πιο πιθανό το ΠΜΣ να οφείλεται σε αλλαγές σε υποθαλαμικό ή υπερυποθαλαμικό επίπεδο, παρά σε ωοθηκική δραστηριότητα. Η θεωρία αυτή συμφωνεί με σύγχρονες μελέτες, στις οποίες δεν αναφέρεται καμία ανωμαλία στα επίπεδα των ορμονών FSH, LH, οιστρογόνα, προγεστερόνη, προλακτίνη, φυλοσύνδετη σφαιρίνη και τεστοστερόνη. Επίσης δε φαίνεται να υπάρχει άμεση σχέση, μεταξύ της όψιμης(late) ωχρινικής φάσης και του ΠΜΣ

Μία άλλη συσχέτιση, έχει να κάνει με την ιδιαίζουσα ευαισθησία των γυναικών με ΠΜΣ σε καταστάσεις στρες.

### Θεραπευτικές επιλογές για το ΠΜΣ

- Μείωση της καφεΐνης
- Σωματική άσκηση
- Διατροφή πλούσια σε υδατάνθρακες
- Μείωση κατανάλωσης αλατιού
- Δαναζόλη
- Οξετική Λευπροπελίνη Αντισυλληπτικά
- Υδροχλωρική φλουοξετίνη
- Ασβέστιο
- Βιταμίνη Β6
- Τεχνικές χαλάρωσης

- Βιταμίνη Ε

( Νικηφόρος Κλήμης Χειρουργός-Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Παν/μίου Αθηνών )

### **3.4.1 Ψυχικά συμπτώματα**

Τα συμπτώματα του ΠΜΣ είναι ποικίλα και μη ειδικά. Μερικά από αυτά παρατηρούνται και σε άλλες σωματικές διαταραχές. Μπορούμε να τα χωρίσουμε σε σωματικά και συναισθηματικά. Σε γυναίκες που παρουσιάζουν το ΠΜΣ σε έντονο βαθμό παρατηρούνται κυρίως συναισθηματικές διαταραχές. Οι διαταραχές αυτές περιλαμβάνουν:

- Κατάθλιψη

Το ΠΜΣ σχετίζεται με μείζονες ψυχολογικές διαταραχές. Σε μία μελέτη αναφέρεται ότι το 59% των γυναικών με ΠΜΣ είχαν ένα ιστορικό διάγνωσης DSM-III χαρακτηριζόμενο από άγχος ή ψυχική διαταραχή ή και τα δύο. Από τις γυναίκες με ΠΜΣ, οι 30% με 76% έχουν ιστορικό κατάθλιψης, το οποίο είναι υψηλότερο από το 25% που παρατηρείται στον γενικό πληθυσμό

- Τάση για κλάμα

Κατά την περίοδο του ΠΜΣ είναι πολύ πιθανό να εμφανιστούν υπερβολικές αντιδράσεις σε καταστάσεις που προκαλούν συγκίνηση ή και σε καταστάσεις όπου υπό φυσιολογικές συνθήκες δεν θα τους προκαλούσαν κάποια ευαισθησία.

- Αλλαγές διάθεσης

Η κυκλοθυμία, οι απότομες και ξαφνικές αλλαγές της διάθεσης δηλαδή, είναι ένα από τα πιο συχνά και εμφανή συμπτώματα του ΠΜΣ.

- Άγχος

Κατά την διάρκεια της προεμμηνορροϊκής περιόδου, παρατηρείται ιδιαίτερη αύξηση του άγχους στις γυναίκες, ακόμη και όταν δεν βρίσκονται σε αγχώδεις καταστάσεις. Το φαινόμενο αυτό σχετίζεται άμεσα με το ποσοστό άγχους που διακρίνει την κάθε γυναίκα πριν τη καθιερωμένη εν λόγω περίοδο.

- Ευερεθιστικότητα, εκνευρισμός

Σε αυτή την φάση οι γυναίκες, εμφανίζεται με εμφανή, συνήθως, εκνευρισμό ο οποίος μπορεί να χαρακτηριστεί και παράλογος, αφού

πολλές φορές προκαλείται χωρίς κάποιον ιδιαίτερο λόγο. Ωστόσο κάποιες φορές είναι και παντελώς αναίτιος.

- Θυμός

Στην περίοδο αυτή παρουσιάζεται έντονος και παρατεταμένος θυμός και είναι συνήθως αποτέλεσμα των διεργασιών των ορμονών καθώς και όλων των υπολοίπων συμπτωμάτων του ΠΜΣ.

- Δυσκολίες συγκέντρωσης και μνήμης

Το σύμπτωμα αυτό είναι κυρίως αποτέλεσμα διάφορων ουσιών, υπεύθυνων για την συγκέντρωση και την μνήμη που εκλείπουν την περίοδο αυτή. Επίσης άμεσα σχετίζεται και η 'άσχημη ψυχολογική κατάσταση που συνήθως επιφέρει το προεμμηνορροϊκό σύνδρομο.

(Νικηφόρος Κλήμης Χειρουργός-Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Παν/μίου Αθηνών )

### **3.4.2 Σωματικά συμπτώματα**

Οι γυναίκες που εμφανίζουν κυρίως σωματικά συμπτώματα, είναι λιγότερο πιθανό να εντάσσονται στην ομάδα με σοβαρό ΠΜΣ. Τα συχνότερα σωματικά συμπτώματα είναι τα εξής:

- Διόγκωση των μαστών

Η μαστοδυνία πριν από την έναρξη της εμμηνου ρύσεως, η οποία εκδηλώνεται με οίδημα στους μαστούς, αίσθημα βάρους και διάχυτο καυστικό πόνο στον ένα ή και στους δύο μαστούς, ονομάζεται κυκλική μαστοδυνία. Συμβαίνει στις περισσότερες γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, είναι τελείως καλοήθης κατάσταση και οφείλεται στις φυσιολογικές ορμονικές αλλαγές μέσα στον μήνα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η μασταλγία είναι εντοπισμένη σε κάποιο σημείο και συνοδεύει την εμφάνιση μιας κύστης ή ενός καλοήθους μορφώματος που αυξήθηκε απότομα σε μέγεθος και προκαλεί πόνο. Συνυπάρχει συνήθως με κάποια διαταραχή στην έμμηνο ρύση.

- Κούραση

Η έντονη εξάντληση σχετίζεται με την απώλεια αίματος και τον κοιλιακό πόνο που παρουσιάζεται κατά και πριν την έμμηνο ρύση. Η κατάσταση αυτή μπορεί να επιδεινώνεται με διάφορες παθήσεις της γυναίκας, όπως αναιμία ή υπόταση.



- Πονοκέφαλος

Η διακυμάνση των ορμονικών επιπέδων επιδεινώνει την ημικρανία και τις άλλες κεφαλαλγίες στις επιρρεπείς γυναίκες. Πολλές γυναίκες παρατηρούν μια σχέση ανάμεσα στους πονοκεφάλους και στο μηνιαίο κύκλο, ιδιαίτερα τα πέντε με δέκα χρόνια πριν από την εμμηνόπαυση. Τα προεμμηνορρυσιακά συμπτώματα κυριαρχούν ολοένα και περισσότερο αυτή την περίοδο και τόσο οι ημικρανίες όσο και οι μη ημικρανικοί πονοκέφαλοι μπορεί να επιδεινωθούν στη διάρκεια της προεμμηνορρυσιακής εβδομάδας. Όταν οι ορμονικές διακυμάνσεις ρυθμίζονται, οι πονοκέφαλοι συνήθως εξασθενούν.

- Πόνος στο κάτω μέρος της κοιλιάς (λεκάνη, πύελος)

Ο πόνος κατά τη διάρκεια της περιόδου οφείλεται στην αυξημένη παραγωγή προσταγλανδινών, ουσιών που προκαλούν συσπάσεις της μήτρας. Εκδηλώνεται χαμηλά στην κοιλιά και πολλές φορές αντανακλά στη μέση, τα πόδια, την πλάτη, για αυτό και εκδηλώνονται οι πόνοι στους μύες και στις αρθρώσεις, και το στομάχι. Εάν ο πόνος δεν υποχωρεί με τα παυσίπονα, πιθανώς σχετίζεται με σοβαρότερες γυναικολογικές αιτίες (κύστεις ωοθηκών, ενδομητρίωση κτλ).

- Διάρροια ή δυσκοιλιότητα

Πολλές γυναίκες παρουσιάζουν διάρροια ή δυσκοιλιότητα κατά την περίοδο. Πιστεύεται ότι προκαλείται από αλλαγές στην ορμονική ισορροπία.

- Βουλιμία και τάση για κατανάλωση γλυκών

Αυτό οφείλεται στις ορμόνες που επηρεάζουν τον εγκέφαλο και κατά συνέπεια και την επιθυμία μας για φαγητό. Πιο συγκεκριμένα παρουσιάζονται διακυμάνσεις στα επίπεδα των οιστρογόνων, το ίδιο συμβαίνει και με τα επίπεδα της κορτιζόλης, μιας ορμόνης του στρες. Το σώμα θέλει να κρατήσει αυτά τα επίπεδα σταθερά, προκαλώντας στις γυναίκες αυτό το συναίσθημα της λαχτάρας για φαγητό, είτε είναι υδατάνθρακες είτε λίπος είτε και τα δύο μαζί.

- Ενοχλήσεις στο στομάχι και φούσκωμα

Για την κατάσταση αυτή οφείλεται κατά κύριο λόγο η κατακράτηση υγρών κατά την αναμονή της περιόδου. Τα υψηλά επίπεδα οιστρογόνων επηρεάζουν την

ισορροπία των υγρών του οργανισμού. Στα συμπτώματα της κατακράτησης υγρών αναφέρεται και το πρήξιμο στην κοιλιά.

Για την αντιμετώπιση του προεμμηνορυσιακού συνδρόμου μπορούν να βοηθήσουν η σωματική άσκηση, η χαλάρωση και οι αλλαγές διατροφής. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις ο γιατρός μπορεί να συστήσει ορισμένα φάρμακα. ( [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr) )

### **3.4.3 Θεραπεία προεμμηνορυσιακού συνδρόμου**

Δεδομένου ότι η αιτιοπαθογένεια του συνδρόμου είναι ασαφής δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη στρατηγική αντιμετώπισης του. Πάντως, το πρώτο βήμα είναι η συζήτηση με την ασθενή, η ενημέρωσή της για τη φύση του συνδρόμου, η επισήμανση παραγόντων που προκαλούν stress και σύσταση για αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπως η διακοπή καφεϊνούχων σκευασμάτων και καπνίσματος, η σωστή διατροφή, η σωστή σωματική άσκηση, η επαρκής ανάπαυση και τέλος η προσπάθεια μείωσης του stress.

Όσον αφορά στην φαρμακευτική αγωγή, ποικίλα σκευάσματα έχουν χρησιμοποιηθεί και χρησιμοποιούνται ακόμη και σήμερα, ανάλογα με την αιτία, που πιστεύεται ότι προκαλεί την εμφάνιση του συνδρόμου. Για παράδειγμα, η φλουοξετίνη (παρέμβαση στον μεταβολισμό της σεροτονίνης), τα αντισυληπτικά (σταθεροποίηση των επιπέδων των οιστρογόνων), η GnRH- ανάλογα (καταστολή της ωοθηκικής λειτουργίας), η αλδοστερόνη (διουρητική δράση), η βρωμοκρυπτίνη (πτώση των επιπέδων της προλακτίνης) και άλλες φαρμακευτικές ουσίες. (Ιωάννης Ν., 2007 )

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

## Εμμηνόπαυση



Πηγή: <http://www.drpitsos.gr/menopause.php>

## **4. ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ**

Η εμπειρία και η μετάβαση στην εμμηνόπαυση βιώνεται διαφορετικά από κάθε γυναίκα. Για ορισμένες είναι η στιγμή της σημαντικής αλλαγής ρόλων, όταν τα παιδιά εγκαταλείπουν την οικογενειακή στέγη. Έτσι η εμμηνόπαυση αποτελεί την υπενθύμιση του επερχόμενου γήρατος, η οποία κάνει τις γυναίκες να αισθάνονται λιγότερο ελκυστικές ως σεξουαλικοί σύντροφοι. Για άλλες κυρίαρχο ρόλο παίζουν οι οργανικές αλλαγές που εμφανίζονται όπως οι εξάψεις και οι νυχτερινές εφιδρώσεις, συμπτώματα τα οποία παρεμβαίνουν στην καθημερινή τους ζωή και τους κάνουν να μην αισθάνονται άνετα. Η συνήθης ιατρική ανταπόκριση θεωρεί τις αλλαγές αυτές μη φυσιολογικές, αφού διακόπτονται οι φυσιολογικές λειτουργίες και τις αντιμετωπίζει με χορήγηση φαρμάκων. Πολλές γυναίκες θεωρούν ότι υπάρχει έλλειψη ενημέρωσης που θα τις βοηθήσει να προσαρμοστούν στην νέα πραγματικότητα, ή έστω να γνωρίζουν τι θα πρέπει να περιμένουν πλέον ως <<φυσιολογικό>>. Ωστόσο, προτείνεται ότι η εμμηνόπαυση θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν ένα σύνθετο γεγονός με οργανικές, ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους. Η καταπόνηση κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης έχει πολλές αιτίες (Bailey, Corner, 2009)

### **4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ**

Εμμηνόπαυση είναι η οριστική παύση της εμμηνορρυσίας η οποία προκαλείται από ωοθηκική ανεπάρκεια. Μπορεί να διαγνωσθεί μόνον ένα έτος μετά την τελευταία εμμηνορρυσία της γυναίκας, και είναι, επομένως, ένα αναδρομικό γεγονός.

Η εμμηνόπαυση συμβαίνει σε όλες τις γυναίκες που ζουν αρκετά. Καθώς το προσδόκιμο ζωής παρατείνεται, η εμμηνόπαυση φαίνεται στις μέρες μας ως γεγονός της μέσης ηλικίας, με τη μέση ηλικία της εμμηνόπαυσης τα 52 χρόνια. Εν τούτοις, το εύρος είναι 45-58 (Gupta, Holloway, Kubba, 2011).

### **4.2 ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΟΣ**

Ο όρος <<κλιμακτήριο>> ή και <<περιεμμηνόπαυση>> σκοπό έχει να περιγράψει το χρονικό διάστημα αρκετών μηνών έως και μερικών ετών (1-5) που προηγείται και έπεται της εμμηνόπαυσης. Κατά την χρονικά αυτή περίοδο εκδηλώνονται ενδοκρινικές, βιολογικές και κλινικές μεταβολές ως αποτέλεσμα της έκπτωσης – βαθμιαίας ή απότομης – της λειτουργίας των ωοθηκών. Ο χρόνος της

μετεμμηνοπαυσιακής περιόδου στην πράξη δεν είναι εύκολο να καθοριστεί επακριβώς παρά μόνο μετά την παρέλευση αμηνόρροιας τουλάχιστον 12 μηνών (Γκρεκ, 2005).

Για τις περισσότερες γυναίκες, η περιεμμηνοπαυσιακή περίοδος διαρκεί αρκετά χρόνια. Αρχίζει με μία έκπτωση της παραγωγής των οιστρογόνων, περιλαμβάνει τη μόνιμη παύση της εμμηνορρύσιας λόγω διακοπής της λειτουργίας των ωοθηκών και διαρκεί για ένα χρόνο μετά τον τελευταίο εμμηνορρυσιακό κύκλο, οπότε η γυναίκα θεωρείται μετεμμηνοπαυσιακή (LeMone, Burke, Bauldoff, 2006).

Η "κλιμακτήριος" αρχίζει 4-5 χρόνια πριν από την εμμηνόπαυση, συνεχίζεται πολλά χρόνια μετά και χαρακτηρίζει τη μετάβαση από την αναπαραγωγική ηλικία στη μη παραγωγική. Η κλιμακτήριος υποδιαιρείται σε μικρότερες χρονικές περιόδους, την περιεμμηνόπαυση και την μετεμμηνόπαυση (Ταβερναράκης Γεώργιος, 2010).

Περιλαμβάνει τρεις βάσεις: την προεμμηνόπαυση, δηλαδή την φάση πριν από το οριστικό σταμάτημα της περιόδου που χαρακτηρίζεται από ανωμαλίες του κύκλου, την εμμηνόπαυση, δηλαδή τη φάση που η περίοδος σταματά οριστικά και την μετεμμηνόπαυση, δηλαδή τη φάση μετά την εμμηνόπαυση μέχρι το σταμάτημα όλων των συμπτωμάτων της κλιμακτηρίου.

Κατά μέσον όρο η γυναίκα θα ζήσει το ένα τρίτο της ζωής της μετά την εμμηνόπαυση. Πολλές γυναίκες χαίρονται για την απαλλαγή τους από τους καταμήνιους κύκλους και έχουν σχετικά ήπιες σωματικές επιπτώσεις από τη μείωση των οιστρογόνων. Ωστόσο, οι ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν μπορεί να συνοδεύονται από ανεπιθύμητες συνέπειες (LeMone, Burke, Bauldoff, 2006).

### **4.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ**

Η φυσιολογική εμμηνόπαυση είναι η οριστική διακοπή της περιόδου που δεν προκαλείται από ιατρική παρέμβαση. Για τις γυναίκες που περνούν τη φυσιολογική εμμηνόπαυση, η διαδικασία είναι βαθμιαία και διαχωρίζεται σε τρία στάδια.

- Προεμμηνόπαυση - Περιεμμηνόπαυση
- Εμμηνόπαυση
- Μετεμμηνόπαυση ([www.stamatellos.gr](http://www.stamatellos.gr))

#### **4.3.1 Φυσιολογία της εμμηνόπαυσης**

Καθώς η λειτουργία των ωοθηκών φθίνει, η παραγωγή της οιστραδιόλης (E2), του πιο ενεργού βιολογικά οιστρογόνου, ελαττώνεται και τελικά αντικαθίσταται από

την οιστρόνη ως κύριο ωοθηκικό οιστρογόνο. Η οιστρόνη παράγεται σε μικρές ποσότητες και έχει μόνο το ένα δέκατο της βιολογικής δραστηριότητας της οιστραδιόλης. Με τη λειτουργία των ωοθηκών εξασθενιμένη, ελαττώνεται σημαντικά και η δεύτερη ωοθηκική ορμόνη, η προγεστερόνη, η οποία παράγεται κατά τη διάρκεια της ώχρινης φάσης του κύκλου (LeMone, Burke, Bauldoff, 2006).

#### **4.4 ΠΡΩΩΡΗ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ**

Η μόνιμη διακοπή της ωοθηκικής λειτουργίας και ως εκ τούτου και της εμμηνου ρύσεως πριν την ηλικία των 40 ετών ονομάζεται πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια ή πρόωμη εμμηνόπαυση και συμβαίνει στο 1% των γυναικών. Η κατάσταση αυτή επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία των περισσότερων γυναικών, ιδιαίτερα αν δεν έχουν τεκνοποιήσει ακόμη ή αν θέλουν περισσότερα παιδιά. Η πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια μπορεί να οφείλεται σε γενετικά αίτια, αυτοαντισώματα ή τοξικούς παράγοντες.

Η πρόωμη εμμηνόπαυση (πριν την ηλικία των 40), μπορεί να είναι οικογενής, να εκδηλωθεί σε γυναίκες που καπνίζουν ή σε γυναίκες που έχουν λάβει χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Μερικές μελέτες δείχνουν ότι οι άτοκες γυναίκες μεταβαίνουν στην εμμηνόπαυση σε μικρότερη.

Η περίοδος της εμμηνόπαυσης οριοθετεί το φυσικό βιολογικό τέλος της αναπαραγωγικής ικανότητας. Χειρουργική εμμηνόπαυση συμβαίνει όταν οι ωοθήκες αφαιρούνται από μια γυναίκα πριν την εμμηνόπαυση, ελαττώνοντας δραματικά την παραγωγή οιστρογόνων και προγεστίνων. Χημική εμμηνόπαυση μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια χημειοθεραπείας, όταν τα κυτταροτοξικά φάρμακα ανακόπτουν τη λειτουργία των ωοθηκών ηλικία (LeMone, Burke, Bauldoff, 2006).

Όποιος όμως και αν είναι ο λόγος της πρόωρης ωοθηκικής ανεπάρκειας, η γυναίκα πρέπει να βλέπει κάποιο γιατρό, όχι μόνο να τη στηρίζει ψυχολογικά, αλλά να μπορεί να αντιμετωπίζει ή να προλαμβάνει τα προβλήματα υγείας. Οι νεαρές γυναίκες που μπαίνουν στην πρόωρη εμμηνόπαυση χρειάζονται εξωτερική χορήγηση γυναικίων γεννητικών ορμονών, προκειμένου να προληφθούν κάποιες παθήσεις όπως είναι η οστεοπόρωση. Αυτές που θέλουν να τεκνοποιήσουν, θα πρέπει να έχουν υπόψη τους, ότι είναι πιθανόν σποραδικά να κάνουν ωοθυλακιορρηξία και ένα 5% περίπου μπορεί να έχει εγκυμοσύνη. Η εναλλακτική επιλογή που έχουν είναι κύηση με δανεικά ωάρια (<http://www.drpitsos.gr>).

## 4.5 ΠΕΡΙΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Είναι ένα φυσιολογικό γεγονός στη ζωή της γυναίκας. Οι εκδηλώσεις του εμμηνοπαυσιακού συνδρόμου ξεκινούν μερικά χρόνια πριν την τελευταία έμμηνο ρύση. Η μεταβατική αυτή περίοδος από την αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας μέχρι την οριστική παύση της εμμηνορρυσίας ονομάζεται περιεμμηνόπαυση. Μπορεί να διαρκέσει μέχρι 6 - 7 χρόνια και τελειώνει τον πρώτο χρόνο μετά την τελευταία έμμηνο ρύση. Ωστόσο παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις τόσο ως προς την έναρξη όσο και ως προς τη διάρκεια και την ένταση με την οποία η κάθε γυναίκα την βιώνει σηματοδοτώντας ένα νέο κομμάτι στη ζωή της (Κουτσούμπα, 2011).

Η περιεμμηνόπαυση είναι το διάστημα κατά το οποίο οι περίοδοι μπορεί να αυξάνονται, να μειώνονται και να γίνονται ακανόνιστες, καθώς η λειτουργία των ωοθηκών αυξάνεται και μειώνεται. Καθώς οι ωοθήκες καθίστανται μη λειτουργικές, τα θυλάκια παύουν ν' ανταποκρίνονται στην παραγωγή οιστρογόνων. Όσο τα επίπεδα των οιστρογόνων εξαντλούνται, μια σειρά από σημεία και συμπτώματα εμφανίζονται (Osborn, Watson, 2012).

Με βάση την Massachusetts Women's Health Study:

- Μέση ηλικία έναρξης περιεμμηνόπαυσης: 46 έτη
- Ηλικία έναρξης για το 95% των γυναικών: 39-51
- Μέση διάρκεια περιεμμηνόπαυσης: 5 έτη
- Διάρκεια για το 95% των γυναικών: 2-8 έτη
- Μέση ηλικία εμμηνοπαυσης: 51,3 έτη (Σούλου, 2003).

### **4.5.1 Περιεμμηνόπαυση, πως εκδηλώνετε.**

Τα πιο συχνά συμπτώματα που αναφέρει μια γυναίκα στην περιεμμηνόπαυση, τα οποία και αποκαλούνται συνοπτικά «περιεμμηνοπαυσιακό σύνδρομο», είναι οι εξάψεις, οι εφιδρώσεις και η ταχυκαρδία, που την ταλαιπωρούν κυρίως τη νύχτα, με επακόλουθη κόπωση στη διάρκεια της ημέρας, καθώς και διαταραχές του κύκλου (Κουτσούμπα, 2011). Οι μη τακτικές περίοδοι είναι συνήθως η πρώτη ένδειξη της εμμηνοπαυσης. Συνήθως στην αρχή ο κύκλος μικραίνει, από τη συνήθη διάρκεια την 28 ημερών σε 21-25 ημέρες. Στη συνέχεια επιμηκύνεται, ενώ περιστασιακά υπάρχει απουσία περιόδων. Η ίδια έμμηνο ρύση μεταβάλλεται, κάποιες φορές είναι δύσκολη, με μεγάλη αιμορραγία, και διαρκεί αρκετές ημέρες, ενώ άλλες φορές

διαρκεί λίγο και η ποσότητα του αίματος που αποβάλλεται είναι μικρή (Αν Μακ Γκρέγκορ, 2000).

Οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν ξηρότητα του κόλπου και λεπύτωση του βλεννογόνου, που προκαλούν ατροφική κολπίτιδα, η οποία με την σειρά της προκαλεί δυσπαρευνία. Οι ίδιες βλεννογονικές μεταβολές συμβαίνουν και στην ουροδόχο κύστη, προκαλώντας μείωση της χωρητικότητας της κύστεως και απώλεια του τόνου. Αυτές οι αλλαγές ενδέχεται να προκαλέσουν δυσουρία και αύξηση της συχνότητας της ούρησης, ακόμα και επί απουσίας λοίμωξης. Ψυχολογικά, αυτή αποτελεί συχνά μια δύσκολη στιγμή για πολλές γυναίκες, καθώς βιώνουν συναισθηματική αστάθεια και αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου (Osborn, Watson, 2012).

#### **Κλινικές εκδηλώσεις της περιεμμηνοπαυσιακής περιόδου**

- Οι εμμηνορροιακοί κύκλοι γίνονται ασταθείς. Η εμμηνορροσία ποικίλλει ευρέως σε ποσότητα και διάρκεια και τελικά σταματά.
- Ο κόλπος, το αιδοίο και η ουρήθρα αρχίζουν να ατροφούν.
- Αυξάνεται το κολπικό pH, δηλ. γίνεται λιγότερο όξινο, προδιαθέτοντας τη γυναίκα σε βακτηρίαση λοιμώξεις.
- Η ύγραση του κόλπου ελαττώνεται και οι κολεϊκές πτυχές μειώνονται σε αριθμό. Αυτό μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα δυσπαρευνία (πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή), τραυματισμό και μυκητιασικές λοιμώξεις.
- Η αγγειοκινητική αστάθεια που οφείλονται σε μείωση των οιστρογών δημιουργεί εξάψεις και νυχτερινές εφιδρώσεις. Η έξαψη αρχίζει από το θώρακα και ανεβαίνει προς το πρόσωπο και μπορεί να διαρκεί για δευτερόλεπτα ή για λίγα λεπτά.
- Ψυχολογικά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν αλλαγή διάθεσης, νευρικότητα, αϋπνία, κεφαλαλγίες, εκνευρισμό, ανησυχία, αδυναμία συγκέντρωσης και κατάθλιψη (LeMone, Burke, Bauldoff, 2006).

Σε αυτά οφείλουν να προστεθούν και αλλαγές στη διάθεση, απώλεια μνήμης, αδυναμία συγκέντρωσης και αύξηση βάρους με συσσώρευση του λίπους κυρίως γύρω από τη μέση και την κοιλιά. Τα συμπτώματα εμφανίζονται σχεδόν από την αρχή της τέταρτης δεκαετίας της ζωής της ή και νωρίτερα. Ως κανόνας, στις περισσότερες γυναίκες τα συμπτώματα θα συνεχιστούν για ποικίλο χρονικό διάστημα μετά την



εμμηνόπαυση και θα υποχωρήσουν χωρίς αγωγή. Σε ορισμένες όμως γυναίκες τα συμπτώματα είναι ιδιαίτερα έντονα και τις ταλαιπωρούν για δεκαετίες μετά την εμμηνόπαυση. Υπάρχει ωστόσο και ποσοστό γυναικών, για τις οποίες το πέρασμα στην εμμηνοπαυσιακή περίοδο γίνεται ανώδυνα, χωρίς καμία σχεδόν ενόχληση (Κουτσούμπα, 2011).

## **4.6 ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ**

Οι όροι <<κλιμακτήριο>> και <<εμμηνόπαυση>> χαρακτηρίζουν γεγονότα ζωής της γυναίκας συνδεδεμένα μεταξύ τους, δηλώνοντας συγχρόνως διαφορετικές έννοιες. Ως <<κλιμακτήριο>> ονομάζεται η μεταβατική εκείνη περίοδος που προηγείται και έπεται της οριστικής παύσεως της λειτουργίας των ωοθηκών, ενώ η τελευταία έμμηνη ρύση με τη σύγχρονη παύση της ωοθηκικής λειτουργίας καλείται <<εμμηνόπαυση>>(Γκρεκ, 2005).

Εμμηνόπαυση είναι η μόνιμη διακοπή της εμμήνου ρύσεως που εμφανίζεται όταν οι ωοθήκες εξαντλήσουν τα ωάρια τους και δεν εκκρίνουν πλέον τις ορμόνες που ενέχονται στον έμμηνο κύκλο (Οιστρογόνα-Προγεστερόνη).

Πρόκειται για ένα φυσιολογικό και αναμενόμενο γεγονός στη ζωή της γυναίκας που σηματοδοτεί τη μετάβαση από την περίοδο που είναι ικανή για αναπαραγωγή στην μη αναπαραγωγική περίοδο. Θεωρείται ότι μια γυναίκα έχει μπει στην εμμηνόπαυση όταν η έμμηνος ρύση έχει σταματήσει για ένα έτος λόγω ανεπάρκειας των ωοθηκών. Οποιαδήποτε κολπική αιμορραγία ένα έτος μετά την τελευταία έμμηνο ρύση απαιτεί άμεση ιατρική διερεύνηση.

Η ηλικία της εμμηνόπαυσης δεν σχετίζεται με την ηλικία εμμηναρχής, τη λήψη αντισυλληπτικών ή κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Φαίνεται ότι οι καπνίστριες έχουν εμμηνόπαυση 1,5 έτη νωρίτερα-ακόμα και οι πρώην καπνίστριες.

Νωρίτερα εμμηνόπαυση έχουν ακόμα οι γυναίκες που υποσιτίζονται, οι χορτοφάγοι και όσες ζουν σε μεγάλο υψόμετρο. Φαίνεται επίσης ότι μητέρες και κόρες τείνουν να έχουν εμμηνόπαυση στην ίδια ηλικία (Σούλου, 2003).

### **4.6.1 Συμπτώματα εμμηνόπαυσης**

Τα περισσότερα συμπτώματα, όχι όμως όλα, της εμμηνόπαυσης σχετίζονται άμεσα με τη διακύμανση που παρουσιάζουν τα επίπεδα οιστρογόνων.

- **Εξάψεις και νυχτερινές εφιδρώσεις.**

Οι εξάψεις συνήθως εμφανίζονται στην ηλικία των 47 ή 48 ετών και στις περισσότερες γυναίκες ξεκινούν νωρίτερα και ενδέχεται να συνεχιστούν για 5 ή 10

χρόνια. Το 25% των γυναικών παρουσιάζει περιστασιακά εξάψεις και μετά το πέρας των 5 ετών.

Εξάψεις και υπερβολική έκκριση ιδρώτα είναι από τα συνηθέστερα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και επηρεάζουν περίπου το 75% των γυναικών. Στα πρώιμα στάδια της εμμηνόπαυσης, οι εξάψεις και οι εφιδρώσεις μπορεί να εμφανίζονται μόνο κατά την εβδομάδα που προηγείται της εμμηνορρυσίας, όταν – φυσιολογικά – τα επίπεδα οιστρογόνων μειώνονται. Τελικός, τα επίπεδα των οιστρογόνων παρουσιάζουν διακυμάνσεις σε όλη τη διάρκεια του κύκλου, με αποτέλεσμα οι εξάψεις να εμφανίζονται ανά πάσα στιγμή.

Οι εξάψεις ή αλλιώς hot flashes είναι ένα φαινόμενο αγγειοδιαστολής. Περιγράφεται σαν αίσθημα θερμότητας που αρχίζει από το κεφάλι και πέρνα κατά κύματα σε όλο το σώμα. Συχνά ακολουθείται από εφίδρωση(νυχτερινούς ιδρώτες) και αίσθημα ψύχους σε όλο το σώμα και ιδιαίτερα στο κεφάλι, στο λαιμό, στο πάνω μέρος του θώρακα και της ράχης, περιοχές δηλαδή που συμπίπτουν με τις τραχηλικές συμπαθητικές οδούς. Η εμφάνισή τους μπορεί να είναι σπάνια αλλά μπορεί να επαναλαμβάνονται κάθε 10-30 λεπτά. Καθώς οι εξάψεις εμφανίζονται πιο συχνά την νύχτα ξυπνάνε την γυναίκα με αποτέλεσμα έντονες οι διαταραχές ύπνου, γεγονός που επηρεάζει ολόκληρη την καθημερινότητα.

- **Ανεπαρκής ύπνος.**

Ο διακεκομμένος ύπνος προκαλείται συχνά από τη νυχτερινή εφίδρωση, όμως μπορεί να είναι και σύμπτωμα υποκείμενου άγχους ή κατάθλιψης. Όταν δυσκολεύεστε να κοιμηθείτε, αυτό είναι ένδειξη άγχους. Η αφύπνιση νωρίς το πρωί ίσως να φανερώνει κατάθλιψη – μπορεί να κοιμάστε χωρίς ιδιαίτερο πρόβλημα αλλά να ξυπνάτε στις 2 ή στις 3 τη νύχτα και να στριφογυρνάτε μέχρι το πρωί. Η εμμηνόπαυση μπορεί να επιβαρύνει την υποκείμενη κατάθλιψη και το άγχος και ίσως να χρειάζεται ειδική ιατρική θεραπεία για αυτές τις καταστάσεις ( Αν Μακ Γκρέγκορ, 2000).

- **Συμπτώματα συναισθηματικής φύσεως.**

Ο ανεπαρκής ύπνος έχει ως επακόλουθο αίσθημα κόπωσης στη διάρκεια της ημέρας λήθαργο, δυσκολία στη συγκέντρωση και κατάθλιψη.

### **Κατάθλιψη**

Αν και η κατάθλιψη ως σύμπτωμα της εμμηνόπαυσης είναι, σε γενικές γραμμές, συνηθισμένο γεγονός, είναι ασυνήθιστο να εμφανίζεται για πρώτη φορά μετά την

εμμηνόπαυση, δηλαδή όταν παύει η γυναίκα να έχει περίοδο. Υπάρχει μια μεταβατική περίοδος στη μέση ηλικία (περι-εμμηνοπαυσιακή περίοδος), κατά την οποία η γυναίκα είναι περισσότερο ευάλωτη στην ανάπτυξη κατάθλιψης.

Είναι το χρονικό διάστημα όπου οι περίοδοι ελαττώνονται και γίνονται λιγότερο συχνές. Η μετάβαση στην πλήρη εμμηνόπαυση μπορεί να διαρκέσει από λίγους μήνες μέχρι λίγα χρόνια.

Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος στις γυναίκες που έχουν ιστορικό κατάθλιψης ή που είχαν κατάθλιψη μετά τη γέννηση ενός παιδιού τους (επιλόχεια κατάθλιψη). Επίσης, αυτές που είχαν προβλήματα κατά τη διάρκεια του κύκλου (προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο). Βέβαια, κάποιες αναπτύσσουν τη διαταραχή για πρώτη φορά στη ζωή τους.

Η αιτιολογία δεν έχει αποσαφηνιστεί και είναι θέμα τρέχουσας έρευνας. Οι ψυχολογικές θεωρίες εστιάζουν στο «σύνδρομο της άδειας φωλιάς» (είναι περίοδος που τα παιδιά φεύγουν από το σπίτι και οι γονείς μένουν μόνοι τους) ή σε άλλες σημαντικές πλευρές της μέσης ηλικίας, που οδηγούν σε συναισθήματα απώλειας και απελπισίας.

Οι βιολογικές απόψεις δίνουν έμφαση στις ορμονικές αλλαγές, αφού στον χρόνο αυτό παράγονται λιγότερα οιστρογόνα. (Τα οιστρογόνα αλληλεπιδρούν με χημικές ουσίες στον εγκέφαλο και ρυθμίζουν το συναίσθημα). Σε μερικές γυναίκες η μείωσή τους μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη.

Οι εξάψεις και η αϋπνία επιπρόσθετα μπορεί να δημιουργήσουν δυσφορία. Η νόσος αντιμετωπίζεται με αντικαταθλιπτικά και όπου κριθεί απαραίτητο με ψυχολογική υποστήριξη της γυναίκας.

### **Τάση για κλάμα**

Πολλές γυναίκες κατά την περίοδο αυτή, είναι υπερβολικά ευσυγκίνητες σε καταστάσεις όπου υπό φυσιολογικές συνθήκες δεν θα τους προκαλούσαν κάποια ευαισθησία. Ωστόσο, πολλές φορές, η διαδικασία του κλάματος είναι και ένας τρόπος για να αποβάλει όλα αυτά τα έντονα συναισθήματα που προκαλούνται κατά την διάρκεια του περι-εμμηνοπαυσιακού συνδρόμου. Δεν πρέπει όμως να συγχέεται η συνεχής και έντονη τάση για κλάμα με την σοβαρή κατάσταση της κατάθλιψης.

### **Αστάθεια στην ψυχική διάθεση**

Ακόμα ένα σύμπτωμα που χαρακτηρίζει το εν λόγω σύνδρομο είναι η έντονη κυκλοθυμία.

### Άγχος

Σε αυτή την περίοδο οι γυναίκες είναι ιδιαίτερα αγχώδεις, κάτι που δεν οφείλεται, παρά μόνο επιβαρύνεται από το χαρακτήρα και την προσωπικότητα τους. Βασικός ενοχοποιητικός παράγοντας είναι οι ορμόνες που παράγονται και οι ευαίσθητη ψυχική κατάσταση που βρίσκεται η γυναίκα σε αυτή τη φάση της ζωής της.

### Ευερεθιστότητα

Το σύμπτωμα αυτό αναφέρεται στην ευαίσθητη κατάσταση στην οποία βρίσκεται η γυναίκα με αποτέλεσμα να ενοχλείται από οποιοδήποτε συμβάν στη καθημερινότητα της. Η ενόχληση αυτή εκφράζεται είτε με φαινομενικά αναίτιο κλάμα, είτε με αναίτιο εκνευρισμό.

### Θυμός

Η οξύθυμία προκαλείται συνήθως από το φτωχό ύπνο ως αποτέλεσμα των νυχτερινών καυτών λάμψεων. Διάφορες γυναίκες, εντούτοις, δεν αισθάνονται οξύθυμες. Πολλές φορές ο θυμός αυτός είναι αναίτιος και σε πιο ειδικές περιπτώσεις συνοδεύεται από ανεξέλεγκτη επιθετικότητα.

### Δυσκολίες συγκέντρωσης και μνήμης

Λόγω των ορμονικών διεργασιών που πραγματοποιούνται κατά το περιεμμηνοπαυσιακό σύνδρομο παρατηρούνται σοβαρές δυσκολίες στη συγκέντρωση και στη μνήμη συγκριτικά με το επίπεδο που βρίσκονταν πριν από την περίοδο αυτή. Πολλές φορές συγχέεται με σύμπτωμα άνοιας από την ίδια τη γυναίκα και από το περιβάλλον της, γεγονός που επιβαρύνει την άσχημη ψυχολογική της κατάσταση. Προφανώς όμως δεν έχουν καμία σχέση αυτές οι δύο καταστάσεις.

- **Κεφαλαλγίες.**

Η διακύμανση των ορμονικών επιπέδων επιδεινώνει την ημικρανία και τις άλλες κεφαλαλγίες στις επιρρεπείς γυναίκες. Πολλές γυναίκες παρατηρούν μια σχέση μεταξύ των πονοκεφάλων τους και του μηνιαίου κύκλου, ιδιαίτερα κατά τα 5-10 χρόνια πριν από την εμμηνόπαυση. Τα προεμμηνορρυσιακά συμπτώματα κυριαρχούν ολοένα και περισσότερο αυτή την περίοδο και τόσο οι ημικρανίες όσο και οι μη ημικρανικοί πονοκέφαλοι μπορεί να επιδεινωθούν στη διάρκεια της προεμμηνορρυσιακής εβδομάδας. Όταν οι ορμονικές διακυμάνσεις ρυθμίζονται, οι πονοκέφαλοι συνήθως εξασθενούν.

- **Πόννοι στις αρθρώσεις και τους μυς.**

Οι πόνοι στους καρπούς, τα γόνατα, τους αστραγάλους και χαμηλά στην πλάτη.

- **Σεξουαλικές αλλαγές.**

Τα οιστρογόνα διατηρούν τον κόλπο και τα γεννητικά όργανα υγρά. Έτσι, καθώς τα επίπεδα τους μειώνονται, εμφανίζεται πρόβλημα ξηρότητας. Η συνουσία γίνεται οδυνηρή και ο κίνδυνος ουρολοίμωξης αυξάνεται. Ένα άλλο σύμπτωμα του κλιμακτηριακού συνδρόμου είναι η ελάττωση της libido. Στην εμμηνόπαυση γυναίκα παρουσιάζεται συχνά σεξουαλική δυσλειτουργία και μείωση ή απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας(libido) τα οποία συνδέονται όχι μόνο με την ελάττωση των οιστρογόνων αλλά και με την ηλικία. Η σεξουαλική δυσλειτουργία παρουσιάζεται σε μεγάλο ποσοστό(70-80%) και επιδεινώνεται με την συνύπαρξη κολπικής ατροφίας και δυσπαρεύνειας. Επίσης η δυσφορία απ την έλλειψη λίπανσης του κόλπου μπορεί να μειώσει την σεξουαλική ικανοποίηση (Α. Αυγουλέα, Αθήνα 2011).

- **Δέρμα και μαλλιά.**

Τα οιστρογόνα διατηρούν ενυδατωμένο δέρμα και ενθαρρύνουν την ανάπτυξη των μαλλιών. Σε αυτό οφείλεται και η <<άνθηση>> που παρατηρείται κατά την εγκυμοσύνη, όταν τα επίπεδα των οιστρογόνων αυξάνονται σε σημαντικό βαθμό. Χωρίς τα οιστρογόνα το δέρμα ξηραίνεται, χάνοντας την ευλυγισία του, με αποτέλεσμα οι ρυτίδες να διακρίνονται περισσότερο.

- **Αύξηση βάρους.**

Η μειωμένη δραστηριότητα, συχνά ως αποτέλεσμα των αλλαγών στον τρόπο ζωής αλλά και εξαιτίας προβλημάτων στις αρθρώσεις, σε συνδυασμό με την εξασθένηση του μεταβολικού ρυθμού που σχετίζεται με την γήρανση, είναι παράγοντες οι οποίοι οδηγούν στην αύξηση του βάρους. Οι ορμονικές αλλαγές επίσης παίζουν ρόλο, καθώς τα οιστρογόνα είναι υπεύθυνα για το σχηματισμό του σώματος των γυναικών. Μετά την εμμηνόπαυση το βάρος τείνει να συγκεντρώνεται περισσότερο γύρω από το στομάχι (Αν Μακ Γκρέγκορ, 2000).

## **4.7 ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ**

Περιλαμβάνει τα χρόνια μετά την εμμηνόπαυση. Στη περίοδο αυτή τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης υποχωρούν προοδευτικά (όπως οι εξάψεις) αλλά τα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την έλλειψη οιστρογόνων με τη πάροδο του χρόνου αυξάνουν ([www.stamatellos.gr](http://www.stamatellos.gr)).

## 4.8 ΟΡΜΟΝΕΣ ΚΑΙ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Η περιεμμηνόπαυση σηματοδοτείται από διαταραχές του εμμηνορυσιακού κύκλου που αντανακλούν αλλαγές στον άξονα «υποθάλαμος – υπόφυση – ωθήκες». Τονίζεται ότι η διάγνωση της εμμηνόπαυσης δεν στηρίζεται σε ορμονικές μετρήσεις, διότι οι τιμές τους μπορεί να ποικίλλουν σημαντικά. Κατά την περιεμμηνόπαυση οι κύκλοι καθίστανται ανωοθυλακιορρηκτικοί. Το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της περιόδου είναι η αύξηση των γοναδοτροπινών, FSH και LH -και κυρίως της FSH. Η αύξηση αυτή ανιχνεύεται από την ηλικία των 30 ετών και γίνεται πιο έντονη στην ηλικία των 40 ετών. Η ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη (FSH) αποτελεί δείκτη ωοθυλακικής δραστηριότητας. Η αύξησή της οφείλεται στη μείωση των επιπέδων της ινχιμπίνης Β (INH-B), μιας διμερούς πρωτεΐνης που παράγεται από τα κύτταρα της κοκκιώδους στιβάδας των πρωτογενών ωοθυλακίων και των ωοθυλακίων με άντρο, και αντανακλά τη μείωση του αριθμού αυτών.

Σε ότι αφορά τα οιστρογόνα, στην πρόιμη περιεμμηνόπαυση φαίνεται ότι τα επίπεδα της οιστραδιόλης (E2) παραμένουν σταθερά ή τείνουν να αυξηθούν, ως αποτέλεσμα της 'υπερδιέγερσης' που δέχονται οι ωθήκες από την αύξηση των ενδογενών γοναδοτροπινών. Πλησιάζοντας στην εμμηνόπαυση, τα επίπεδα της E2 μειώνονται σταδιακά, προκαλώντας μεγαλύτερη αύξηση της FSH. Η πρώτη ορμονική μεταβολή που παρατηρείται κατά την εμμηνόπαυση είναι η ελάττωση της ινχιμπίνης Β. Τα επίπεδα της FSH αρχίζουν να αυξάνονται 2 έτη πριν την TEP, με σημαντική αύξηση 10 μήνες πριν την TEP, και σταθεροποιούνται 2 έτη μετά από την TEP. Τα επίπεδα της E2 αρχίζουν να μειώνονται 2 χρόνια πριν την TEP και δεν ανιχνεύονται στην πλειοψηφία των γυναικών κατά την τελευταία έμμηνο ρύση και αργότερα.

Καθώς πλησιάζει η εμμηνόπαυση η αιχμή της προγεστερόνης (P) στην ωχρινική φάση του κύκλου δεν ανιχνεύεται, ενώ μετεμμηνόπαυσιακά η συγκέντρωση της P είναι κάτω από 2 nmol/L. Σε ότι αφορά τα ανδρογόνα (τεστοστερόνη, ανδροστενδιόνη ) και την SHBG κατά την περιεμμηνόπαυση, πολλές μελέτες έδειξαν μικρή πτώση ή και καμία μεταβολή. Τέλος, ένας νέος δείκτης που ανιχνεύει πρώιμα την ωοθηκική γήρανση φαίνεται να είναι η αντιμυλλέριος ορμόνη (AMH), που εκφράζεται στην κοκκιώδη στιβάδα των πρωτογενών ωοθυλακίων. Οποσδήποτε η μέτρηση των παραπάνω ορμονών δεν συνεισφέρει στη διάγνωση της εμμηνόπαυσης (Τογκαρίδου, Τζεβελέκης, Σόρτσης, 2007).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

## Προβλήματα εμμηνόπαυσης



Πηγή: <http://www.boro.gr>

## 5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ

Πολλές γυναίκες περνούν την διαδικασία της εμμηνόπαυσης χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες, η πλειοψηφία όμως αυτών αντιμετωπίζει μείζονα η ελάσσονα προβλήματα που ο χρόνος εμφάνισης και διάρκειας διαφέρει από μήνες ως χρόνια.

Τα πρώτα συμπτώματα που εμφανίζονται στην γυναίκα και ουσιαστικά χτυπάνε το "καμπανάκι του κινδύνου" είναι οι ακανόνιστοι εμμηνορροιακοί κύκλοι, οι εξάψεις, η σταδιακή ξηρότητα του κόλπου, η ξηροδερμία, το άγχος σε συνδυασμό με ευερεθιστότητα κ συχνό κλάμα, αδυναμία συγκέντρωσης και προσοχής, προβλήματα μνήμης, ταχυκαρδίες, πονοκεφάλους, και ευαισθησία των μαστών.

Αυτά είναι ουσιαστικά τα πρώτα δείγματα τα οποία δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερη νοσηρότητα σε σύγκριση με τα μακροπρόθεσμα προβλήματα που μπορεί να παρουσιάσει μια γυναίκα εξαιτίας της εμμηνόπαυσης.

Τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων έχουν μια αθροισμένη επίδραση σ όλους τους ιστούς. Η παρατεταμένη ανεπάρκεια τους μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη πιθανός αναστρέψιμων καταστάσεων όπως η ατροφία του ουρογεννητικού συστήματος ή σε πιο απειλητικές για την ζωή κ μη αναστρέψιμες καταστάσεις όπως η καρδιαγγειακή νόσος κ η οστεοπόρωση(Αυγουλέα Α., Αθήνα 2011).

### 5.1. ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΑΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Το κλιμακτηριακό σύνδρομο οφείλεται στην μεγάλη ελάττωση των οιστρογόνων και παύση της σύνθεσης της προγεστερόνης και επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα της ζωής της εμμηνόπαυσιακής γυναίκας.

Η βαρύτητα του κλιμακτηριακού συνδρόμου εξαρτάται όμως και από την ψυχοσυναισθηματική και κοινωνικοοικονομική υπόσταση της γυναίκας όπως βέβαια και από τον τρόπο ζωής της( Αυγουλέα Α. Αθήνα 2011)

α)Εξάψεις εμμηνόπαυσης(hot flashes)

Κύριο σύμπτωμα του κλιμακτηριακού συνδρόμου είναι οι εξάψεις.

Οι εξάψεις ή αλλιώς hot flashes είναι ένα φαινόμενο αγγειοδιαστολής. Περιγράφεται σαν αίσθημα θερμότητας που αρχίζει από το κεφάλι και πέρνα κατά κύματα σε όλο το σώμα. Συχνά ακολουθείται από εφίδρωση(νυχτερινούς ιδρώτες) και αίσθημα ψύχους σε όλο το σώμα και ιδιαίτερα στο κεφάλι, στο λαιμό, στο πάνω μέρος του θώρακα και της ράχης, περιοχές δηλαδή που συμπίπτουν με τις τραχηλικές συμπαθητικές οδούς(Judd H. L., 1984, Hannan J. H., 1927). Η εμφάνισή τους μπορεί να είναι σπάνια αλλά μπορεί να επαναλαμβάνονται κάθε 10-30 λεπτά. Καθώς οι



εξάνσεις εμφανίζονται πιο συχνά την νύχτα ξυπνάνε την γυναίκα με αποτέλεσμα έντονες οι διαταραχές ύπνου, γεγονός που επηρεάζει ολόκληρη την καθημερινότητα.

β) Ελάττωση libido Ένα άλλο σύμπτωμα του κλιμακτηριακού συνδρόμου είναι η ελάττωση της libido. Στην εμμηνόπαυσιακή γυναίκα παρουσιάζεται συχνά σεξουαλική δυσλειτουργία και μείωση ή απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας(libido) τα οποία συνδέονται όχι μόνο με την ελάττωση των οιστρογόνων αλλά και με την ηλικία. Η σεξουαλική δυσλειτουργία παρουσιάζεται σε μεγάλο ποσοστό(70-80%) και επιδεινώνεται με την συνύπαρξη κολπικής ατροφίας και δυσπαρένειας. Επίσης η δυσφορία απ την έλλειψη λίπανσης του κόλπου μπορεί να μειώσει την σεξουαλική ικανοποίηση (Α. Αυγουλέα, Αθήνα 2011).

## **5.2 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

Καρδιαγγειακά νοσήματα και εγκεφαλικά τα τελευταία 20 χρόνια έχουν γίνει η κύρια αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας σε μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες που ζουν σε βιομηχανικές χώρες. Ενώ τα ποσοστά θνησιμότητας για την καρδιαγγειακή νόσο (CVD) έχουν μειωθεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες στους άνδρες, εξακολουθούν να είναι σε συνεχή αύξηση για τις γυναίκες (AMERICAN HEART ASSOCIATION. 1999-2000). Η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών και αγγειακών εγκεφαλικών νοσημάτων στις γυναίκες οφείλεται κυρίως στον αυξανόμενο πληθυσμό των μετεμμηνόπαυσιακών γυναικών.

Είναι πλέον σαφές ότι η έλλειψη οιστρογόνων διαδραματίζει βασικό ρόλο στην παθογενετική ανάπτυξη της καρδιαγγειακής νόσου στις γυναίκες, όπως προτείνεται από διάφορα επιδημιολογικά ευρήματα. Τα καρδιαγγειακά προβλήματα αυξάνονται η εμφανίζονται μετά την εμμηνόπαυση και σε οποιαδήποτε ηλικία είναι φανερό ότι μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες έχουν σημαντικά υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης της καρδιαγγειακής νόσου σε σύγκριση με αυτές με φυσιολογική έμμηνόρρηση. (COLDITZ, G.A., W.C. WILLETT, M.J. STAMPFER, *et al.* 1987, ROSANO, G.M. & M. FINI. 2002).

### **5.2.1. Κατηγορίες καρδιαγγειακών νοσημάτων**

Καρδιαγγειακή νόσος (CVD) περιλαμβάνει όλες τις ασθένειες που αφορούν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία. Είναι επίσης γνωστή ως νόσος του κυκλοφορικού. Περιλαμβάνει CHD (για παράδειγμα, καρδιακή προσβολή ή στηθάγχη), εγκεφαλοαγγειακή ασθένεια (για παράδειγμα, εγκεφαλικό επεισόδιο),

καρδιακή ανεπάρκεια, περιφερική αγγειακή νόσο, ρευματικό πυρετό και ρευματική καρδιακή νόσο.

Στεφανιαία καρδιακή νόσος (CHD) οφείλεται σε μπλοκάρισμα των αιμοφόρων αγγείων που τροφοδοτούν με αίμα τον καρδιακό μυ, επίσης γνωστή ως ισχαιμική καρδιοπάθεια (IHD). Υπάρχουν δύο μεγάλες κλινικές μορφές: στηθάγχη και καρδιακή προσβολή.

🚦 Η στηθάγχη είναι μια κατάσταση, η οποία μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια, στην οποία υπάρχει παροδικός πόνος στο στήθος ή δυσφορία που προκαλείται από μια σοβαρή αλλά ατελής απόφραξη (λόγω αθηροσκλήρωσης) ενός από τα αιμοφόρα αγγεία που τροφοδοτούν την καρδιά. Αυτό οδηγεί σε μια ανεπαρκή παροχή αίματος προς τον καρδιακό μυ, ιδίως σε καταστάσεις όπου υπάρχει αυξημένη ζήτηση για ροή αίματος, όπως σε περίοδο άσκησης ή έντονης συγκίνησης. Η στηθάγχη δεν είναι γενικά απειλητική για τη ζωή, αλλά οι άνθρωποι που πάσχουν από στηθάγχη είναι πιο ευαίσθητοι στο να υποστούν καρδιακή προσβολή ή αιφνίδιο καρδιακό θάνατο από εκείνους χωρίς την πάθηση.

🚦 Μια καρδιακή προσβολή είναι μια κατάσταση απειλητική για τη ζωή γεγονός που συμβαίνει συνήθως ξαφνικά όταν η παροχή αίματος ενός αιμοφόρου αγγείου μπλοκάρει εντελώς, σταματώντας έτσι την κανονική ροή του αίματος προς την καρδιά. Η απόφραξη συχνά προκαλείται από έναν θρόμβο αίματος που σχηματίζεται όταν μια πλάκα εκδηλώνει ρήξεις. Η μη έγκαιρη αντιμετώπισή της μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο των τμημάτων του καρδιακού μυός (γνωστό ως οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου), μειώνοντάς τους ικανότητα να λειτουργεί κανονικά, ή, στη χειρότερη περίπτωση, αιφνίδιο θάνατο. Σημειώνεται ότι ο όρος έμφραγμα του μυοκαρδίου συνήθως χρησιμοποιείται για να σημάνει μια καρδιακή προσβολή, αλλά αναφέρεται πιο σωστά μόνο σε εκείνους που το έμφραγμα έχει προκαλέσει κάποιο θάνατο του καρδιακού μυός.

Το κοινό υποκείμενο πρόβλημα στους ασθενείς με CHD είναι η αθηροσκλήρωση. Τα αιμοφόρα αγγεία είναι ιδανικά μαλακά και εύκαμπτά για να επιτρέπουν στο αίμα να περνά άνετα από μέσα τους. Ωστόσο, σε πολλούς ανθρώπους, η αθηροσκλήρωση προκαλεί μια προοδευτική πάχυνση και σκλήρυνση των αρτηριακών τοιχωμάτων (αρτηρίες είναι τα αιμοφόρα αγγεία που μεταφέρουν το αίμα από την καρδιά σε όλα τα μέρη του σώματος). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την συσσώρευση του λίπους, της χοληστερόλης, των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος, φλεγμονωδών κυττάρων και άλλων ουσιών στο εσωτερικό τοίχωμα των

αρτηριών. Η συσσώρευση αυτή ονομάζεται αθηρωματική πλάκα. Η αθηροσκλήρωση μπορεί να συμβεί σε αρτηρίες οπουδήποτε στο σώμα, όπως το λαιμό, την καρδιά, τα νεφρά, τα πόδια και τα χέρια. Είναι πιο σοβαρή όταν οδηγεί σε μειωμένη ή αποκλεισμένη παροχή αίματος προς την καρδιά (προκαλώντας στηθάγχη ή καρδιακή προσβολή), ή στον εγκέφαλο (η οποία μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλικό επεισόδιο). Πρόκειται για μια σύνθετη διαδικασία, αρχίζοντας συχνά στην παιδική ηλικία και εξελίσσεται με την ηλικία. Τα κλινικά συμπτώματα εμφανίζονται μόνο στα προχωρημένα στάδια της αθηρωματικής πλάκας.

- Εγκεφαλικό επεισόδιο συμβαίνει όταν ένα αιμοφόρο αγγείο που τροφοδοτεί με αίμα τον εγκέφαλο ξαφνικά μπλοκαριστεί (Ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) ή συμβούν ρήξεις και αιμορραγίες (Αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο). Μπορεί να οδηγήσει σε νέκρωση ενός τμήματος του εγκεφάλου εξαιτίας της έλλειψης αίματος, προκαλώντας βλάβη και απώλεια κάποιων αισθητήριων ή κινητικών λειτουργιών. Τα συμπτώματα και τα σημάδια του εγκεφαλικού επεισοδίου περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

- Κινητικά προβλήματα (αδυναμία ή παράλυση των μερών του σώματος, συμπεριλαμβανομένου του προσώπου, για την μία ή και στις δύο πλευρές).

- Αισθητηριακές αναπηρίες (αφή, πόνος, ζεστό / κρύο), συχνότερα στη μία πλευρά του σώματος.

- Δυσκολίες στην ομιλία.

- Προβλήματα όρασης (αιφνίδια απώλεια της όρασης, θολή όραση), τις περισσότερες φορές από τη μία πλευρά.

- Ζάλη, απώλεια της ισορροπίας ή ανεξήγητη πτώση.

- Ξαφνική σοβαρή κεφαλαλγία.

- Δυσκολία στην κατάποση.

- Η καρδιακή ανεπάρκεια εμφανίζεται όταν η καρδιά λειτουργεί λιγότερο αποτελεσματικά στην άντληση του αίματος γύρω από το σώμα. Αυτό μπορεί να συμβεί ξαφνικά, αν και συνήθως αναπτύσσεται αργά. Με την πάροδο του χρόνου η καρδιά γίνεται σταδιακά πιο αδύναμη και λειτουργεί λιγότερο αποτελεσματικά. Μπορεί να προκύψουν μια ποικιλία ασθένειες και παθήσεις που βλάπτουν ή επιβαρύνουν την καρδιά, ιδίως καρδιακή προσβολή, υψηλή αρτηριακή πίεση ή μια κατεστραμμένη βαλβίδα καρδιάς. Υπάρχουν πολλές και διαφορετικές μορφές της καρδιακής ανεπάρκειας. Άτομα με ήπια καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να

έχουν λίγα συμπτώματα, αλλά σε πιο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια κόπωση, μειωμένη ικανότητα για σωματική δραστηριότητα και δυσκολία στην αναπνοή. Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι απειλητική για τη ζωή και συνήθως συνδέεται με κακή επιβίωση. Ωστόσο, οι σύγχρονες θεραπείες μπορούν να έχουν αποτέλεσμα στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, μειωμένη εισαγωγών σε νοσοκομεία, και βελτιωμένο χρόνο επιβίωσης ( Women and heart disease, Canberra, 2014).

### **Κίνδυνοι / προστατευτικοί παράγοντες για τα καρδιαγγειακά νοσήματα**

#### **ΜΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ**

- Ηλικία
- Γένος
- Εθνικότητα
- Γενετική

#### **ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ**

##### **Συμπεριφοράς**

- Η σωματική δραστηριότητα
- Διατροφή
- Κάπνισμα
- Κατανάλωση αλκοόλ

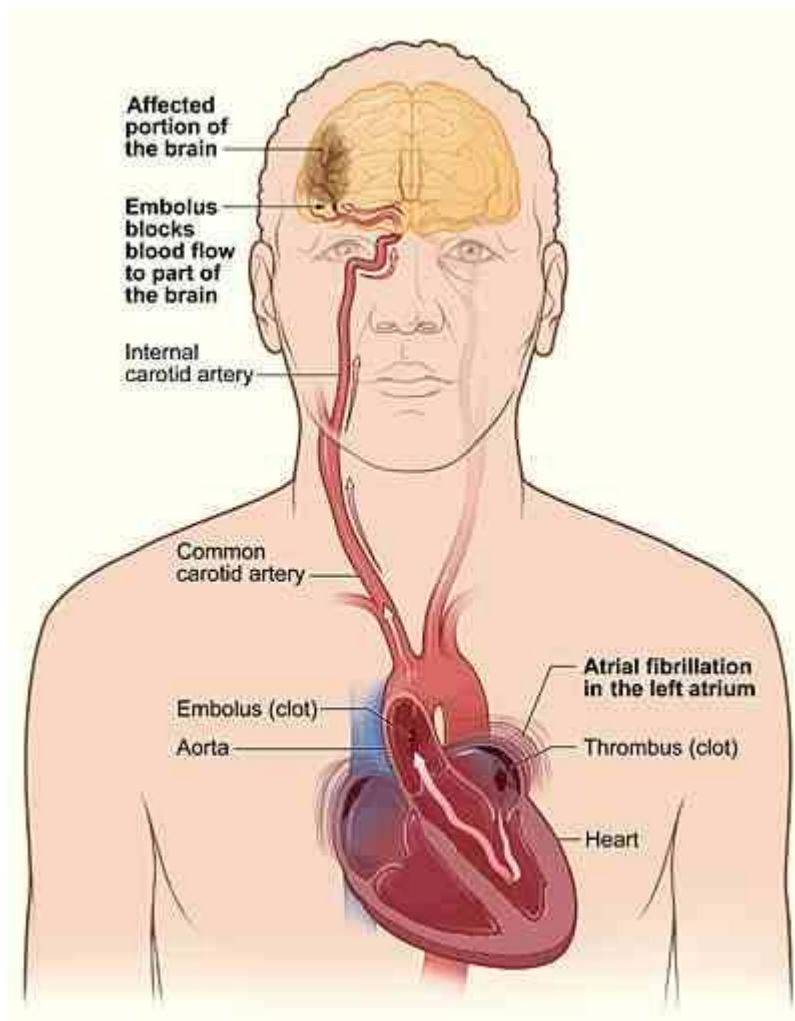
##### **Βιολογία / ιατρική**

- Αρτηριακή πίεση
- Χοληστερίνη
- Σωματικό
- βάρος
- Διαβήτης
- Χρόνια νεφρική νόσος

##### **Ψυχολογία / κοινωνία**

- Κατάθλιψη
- Κοινωνική υποστήριξη
- Εθνικότητα
- Αντιλαμβανόμενο έλεγχο πάνω στη ζωή και τις περιστάσεις

( Women and heart disease, Canberra, 2014)



Πηγή: <http://www.neurocenter.gr>

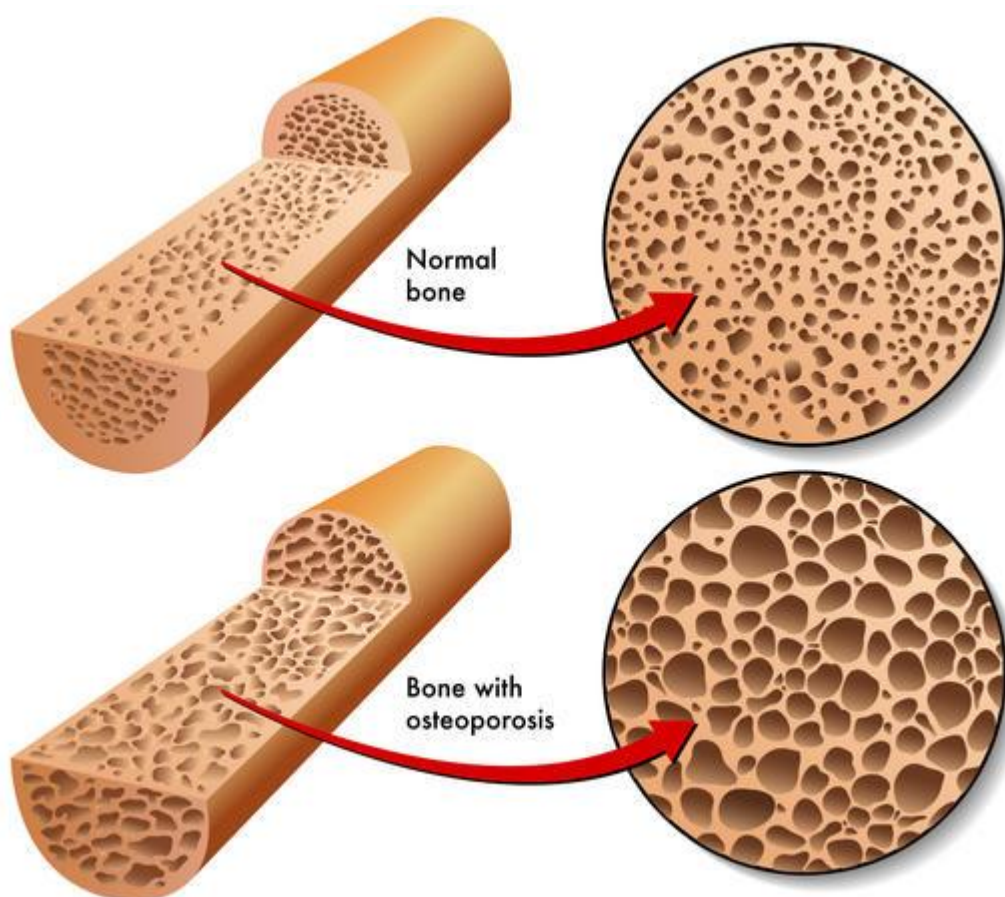
### 5.3. ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ

Από τις ποικίλες διαφοροποιήσεις που συνοδεύουν την εμμηνόπαυση καμμία δεν έχει τόσο σοβαρές επιπτώσεις όσο η οστεοπόρωση στην υγεία της γυναίκας. Η σχέση εμμηνόπαυσης κ οστεοπόρωσης έχει επισημανθεί από το 1941(Albrig F., 1941).

Εντυπωσιακή διαπιστώνεται από όλες τις επιδημιολογικές μελέτες η αυξανόμενη ήδη από τα πρώτα μετεμμηνοπαυσιακά χρόνια αύξηση της επιπτώσεως των σπονδυλικών καταγμάτων, αντίθετα από τους άνδρες, για τους οποίους αυτό συμβαίνει μετά τα 65 έτη (Kanis JA., Lancet 2002 & 2005). Στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες τα κατάγματα αυξάνονται κατά 10 φορές μεταξύ των ηλικιών 40-60 ετών. Η

συχνότητα των καταγμάτων είναι διπλάσια απ το καρκίνο του ενδομητρίου (De Fazio J., 1985). Ενώ υπολογίζεται ότι 10 εκ. μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες πάσχουν από οστεοπόρωση και 25 εκ. από οστεοπενία αυτήν τη στιγμή στις ΗΠΑ, ενώ τα ποσοστά αναμένονται να αυξηθούν δραματικά φτάνοντας τα 40 εκ. το 2015. Στην Ελλάδα 400.000 μετεμμηνοπαυσιακές Ελληνίδες πάσχουν από οστεοπόρωση. (<http://npetrogiannis.gr/> )

«Ως οστεοπόρωση ορίζεται μία συστηματική σκελετική νόσος η οποία χαρακτηρίζεται από χαμηλή οστική μάζα και διαταραχή της μικροαρχιτεκτονικής του οστίτη ιστού, με αποτέλεσμα τη μειωμένη μηχανική αντοχή των οστών και τον αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων» (Osteoporosis prevention, diagnosis and therapy. NIH Consensus Statements 2000). Τα οστά αποκτούν την στερεότητα και την δύναμη τους από ένα συνδυασμό πρωτεϊνών και αλάτων φωσφορικού ασβεστίου. Η ελάττωση και των δύο αυτών παραγόντων προκαλεί την οστεοπόρωση.



Πηγή : <https://www.healthtap.com>

Η παρουσία οιστρογονικών υποδοχέων (ER) στους οστεοβλάστες και οστεοκλάστες πιθανολογεί μια απευθείας δράση των οιστρογόνων. Στους οστεοκλάστες τα οιστρογόνα εμποδίζουν την σύνδεση λυσοσωμικών ενζύμων με αποτέλεσμα την μείωση της οστικής απορρόφησης, ενώ με έμμεση δράση περιορίζουν την δραστηριότητα των οστεοκλαστών ρυθμίζοντας την μεταβίβαση διακυτταρικών μηνυμάτων από τους οστεοβλάστες στις πρόδρομες μορφές οστεοκλαστών, αναστέλλοντας έτσι την διεργασία της οστεοκλαστογένεσης. Τα οιστρογόνα εμποδίζουν την έκφραση της οστεοβλαστικής-προέλευσης κυτοκίνης IL-6 μειώνοντας έτσι την οστική απορρόφηση, ενώ αντίθετα κατά την εμμηνόπαυση η σύνθεση της IL-6 αυξάνεται. Τέλος τα οιστρογόνα διεγείρουν την σύνθεση του αυξητικού παράγοντα των όγκων-β (TGF-β) ο οποίος είναι παράγων οστεοβλαστικής προέλευσης και ο οποίος εμποδίζει την δράση των οστεοκλαστών. ( Lauritzen London 2005)

Παράγοντες κινδύνου Οστεοπόρωσης:

Κύριοι παράγοντες κινδύνου είναι:

1. Η ελαττωμένη κορυφαία οστική μάζα και
2. Ο αυξημένος ρυθμός οστικής απώλειας.

Δευτερεύοντες παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση οστεοπόρωσης είναι:

1. Εμμηνόπαυση στις γυναίκες. Φυσιολογική ή χειρουργική λόγω ελάττωσης του επιπέδου των οιστρογόνων.
2. Χρόνια ανεπαρκής πρόσληψη ασβεστίου αλλά και ανεπαρκής απορρόφησή του από το έντερο και καθήλωσή του στα οστά (κυρίως λόγω έλλειψης βιταμίνης D).
3. Ο περιορισμός της φυσιολογικής κίνησης (βάδισμα, τρέξιμο), που είναι αποτέλεσμα της μηχανοποίησης της ζωής μας και στερεί το μυοσκελετικό σύστημα από το σπουδαιότερο ερέθισμα που συμβάλλει στη διάπλαση και ανακατασκευή του σκελετού σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Η υπερβολική εντούτοις άσκηση σε νέα κορίτσια, αθλήτριες, μπορεί να προκαλέσει αμηνόρροια με αποτέλεσμα ελάττωση τις οστικής πυκνότητας.
4. Αυξημένη κατανάλωση πρωτεϊνών (κρεατοφαγία), διότι αυξάνει την αποβολή ασβεστίου από τα ούρα. Είναι ένας από τους παράγοντες που εξηγεί τη μεγαλύτερη συχνότητα οστεοπόρωσης στις χώρες της Δύσης.

5. Το κάπνισμα. Υπάρχουν σήμερα σαφείς ενδείξεις ότι σε καπνίστριες γυναίκες (και άνδρες) ο ρυθμός οστικής απώλειας είναι αυξημένος με αποτέλεσμα αυξημένη συχνότητα καταγμάτων στους σπονδύλους. Το τελευταίο πιθανώς οφείλεται σε: α) επιτάχυνση καταστροφής των οιστρογόνων στις γυναίκες, β) ελάττωση της δραστηριότητας των οστεοβλαστών γ) πρόωρη εμμηνόπαυση και δ) αγγειοσύσπαση και μείωση παροχής αίματος στους σπονδύλους.

6. Κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών συνδυάζεται πολύ συχνά με οστεοπόρωση τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Αυτό οφείλεται πιθανώς σε άμεση τοξική δράση του οινοπνεύματος πάνω στους οστεοβλάστες καθώς και στην ελάττωση της απορρόφησης του ασβεστίου από το έντερο, επειδή το οινόπνευμα επηρεάζει τον μεταβολισμό της βιταμίνης D.

7. Κατάχρηση καφέ, τσαγιού, επειδή προκαλούν ασβεστιουρία.

8. Το φύλο. Η οστεοπόρωση είναι συχνότερη στις γυναίκες παρά στους άνδρες.

9. Η φυλή. Παρατηρείται συχνότερα στους λευκούς παρά στους μαύρους, επειδή οι τελευταίοι έχουν μεγαλύτερη οστική μάζα.

10. Η οικογενής προδιάθεση. Υπάρχουν οικογένειες με πολλά μέλη που πάσχουν από οστεοπόρωση χωρίς να διαπιστώνεται παθολογική αιτία.

11. Η ιδιοσυστασία. Η οστεοπόρωση είναι συχνότερη σε μικρόσωμες λεπτές γυναίκες, με ξανθά μαλλιά και λεπτή επιδερμίδα. Σπάνια παρατηρείται σε παχιές γυναίκες. Το αυξημένο σωματικό βάρος ελαττώνει το ρυθμό οστικής απώλειας, α) λόγω μηχανικής επιβάρυνσης της σπονδυλικής στήλης και των κάτω άκρων και β) επειδή μεγάλες ποσότητες λίπους συμβάλλουν στη μετατροπή των επινεφριδιακών ανδρογόνων σε οιστρογόνα.

12. Συνθήκες έλλειψης βαρύτητας. Η παρατήρηση της σημασίας της βαρύτητας έγινε στους αστροναύτες, οι οποίοι είχαν οστική απώλεια της τάξεως του 1 % την εβδομάδα, παρά τις πολλές άλλες δραστηριότητές τους και την επαρκή πρόσληψη Ca. Η οστεοπόρωση βασικά προκαλείται από τη διαταραχή στην ισορροπία ανάμεσα στην οστεοπαραγωγή και την οστική αποδόμηση που συνεχίζεται δια βίου στον ανθρώπινο σκελετό. Φυσιολογικά η οστική μάζα (πυκνότητα) αυξάνεται προοδευτικά όσο ο σκελετός



αναπτύσσεται και εξακολουθεί να αυξάνεται μέχρι την ηλικία των 35 περίπου ετών, οπότε φθάνει στο μέγιστο επίπεδο. Η κορυφαία αυτή οστική μάζα (peak bone mass) επηρεάζεται σημαντικά από τη διατροφή, το φύλο, τη φυλή, τη μυϊκή άσκηση και βεβαίως τη φυσιολογική λειτουργία των διαφόρων οργάνων του σώματος. Έτσι η κορυφαία οστική μάζα στους άνδρες είναι 20-30% μεγαλύτερη παρά στις γυναίκες και 10-20% μεγαλύτερη στη μαύρη φυλή σε σχέση προς τη λευκή. Μετά την ηλικία των 35 περίπου ετών αρχίζει βαθμιαία απώλεια οστικής μάζας που αποτελεί φυσιολογικό φαινόμενο και συνεχίζεται με διακυμάνσεις σε όλη την υπόλοιπη ζωή. Ο ρυθμός απώλειας είναι αρχικά ίδιος στους άνδρες και στις γυναίκες και κυμαίνεται από 0,3-0,5% το χρόνο. Το φυσιολογικό αυτό ρυθμό απώλειας ακολουθεί στις γυναίκες φάση επιταχυνόμενης οστικής απώλειας της τάξεως του 2-3% το χρόνο, που αρχίζει στην περίοδο της εμμηνόπαυσης και συνδέεται στενά με την ελάττωση του επιπέδου των οιστρογόνων στο αίμα. Η φάση αυτή σύμφωνα με τις υπάρχουσες μέχρι σήμερα γνώσεις διαρκεί 6-10 χρόνια, οπότε επανέρχεται σε βραδύ ρυθμό οστικής απώλειας που φθάνει το 0,3-0,5%. Σε μερικές γυναίκες (20%) ο ρυθμός οστικής απώλειας είναι μεγαλύτερος του 3% (έως 7%) (fast bone losers). Στις γυναίκες αυτές η οστεοπόρωση πρέπει έγκαιρα να διαγνωσθεί και να αντιμετωπισθεί. Όταν η κορυφαία οστική μάζα (πυκνότητα) είναι μεγάλη και ο ρυθμός οστικής απώλειας φυσιολογικός, δε δημιουργείται οστεοπόρωση. Οστεοπόρωση δημιουργείται, όταν η οστική μάζα ενός ατόμου που φθάνει το μέγιστο στην ηλικία των 35 περίπου ετών είναι χαμηλή ή όταν ο ρυθμός οστικής απώλειας είναι αυξημένος ή υπάρχει συνδυασμός και των δύο. Γι' αυτό η φιλοσοφία της σύγχρονης αντιμετώπισης της οστεοπόρωσης συγκεντρώνεται στους δύο αυτούς στόχους, δηλαδή τη μεγιστοποίηση της κορυφαίας οστικής μάζας (πρωτογενής πρόληψη) και την ελαχιστοποίηση των οστικών απωλειών (δευτερογενής πρόληψη). Τελευταία φαίνεται ότι εκτός από το επίπεδο της οστικής μάζας σημασία έχει και η ποιότητα του οστού στη μάζα που μένει (<http://www.pathologos-kontoninas.gr/>).

Η εξελισσόμενη οστεοπόρωση προκαλεί:

1. Σπονδυλικά Κατάγματα
2. Ραχιαλγία
3. Κύφωση ( <http://npetrogiannis.gr> )



Πηγή (<http://www.pathologos-kontoninas.gr/>)

## 5.4 ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER

Για δεκαετίες, η νόσος του Alzheimer (AD), έχει συνδεθεί με τη γήρανση, το φύλο, και την εμμηνόπαυση. Δεν αποτελεί έκπληξη, αυτό οδήγησε τους περισσότερους ερευνητές να επικεντρωθούν στον ρόλο των οιστρογόνων. Ενώ είναι αναμφίβολα σημαντική, τα οιστρογόνα είναι απίθανο να είναι ο καθοριστικός παράγοντας της παθογένειας της νόσου. Μάλλον, φαίνεται ότι τα οιστρογόνα μπορεί να λειτουργήσουν σε συνδυασμό με ένα νέο προσδιοριστή της παθογένεσης της νόσου, δηλαδή τις γοναδοτροπίνες. Είναι γεγονός ότι οι γοναδοτροπίνες, ειδικά της ωχρινότροπου ορμόνης, διαδραματίζουν καίριο ρόλο στη νόσο, όπως προκύπτει από επιδημιολογικές και παθολογικές αποδείξεις. Εξάλλου, η στόχευση γοναδοτροπινών φαίνεται να έχει ευεργετικές δράσεις ως θεραπευτικό σχήμα. (Casadesus G , Ρόλστον RK , et al, Ohio, USA).

Η δράση των οιστρογόνων στον εγκέφαλο είναι νευροτροφική και νευροπροστατευτική και γι'αυτό σύνδρομα που περιλαμβάνουν έκπτωση διανοητικών λειτουργιών (π.χ. νόσος Alzheimer) πιθανά να σχετίζονται με την έλλειψη τους(Πελοπίδας Κουτρουμάνης, Λειβαδιά 2011).

## 5.5 ΑΤΡΟΦΙΑ ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Τα οιστρογόνα παίζουν σημαντικό ρόλο στην διατήρηση του επιθηλίου της ουροδόχου κύστης και της ουρήθρας. Ελάττωση των οιστρογόνων έχει ως αποτέλεσμα την ατροφία των οργάνων αυτών, όπως συμβαίνει και με τα γεννητικά όργανα. Έτσι είναι δυνατό να έχουμε ατροφική κυστίτιδα με συχνουρία και ακράτεια ούρων, χωρίς να υπάρχει πυουρία. Σπάνια αναπτύσσεται στο λεπτό επιθήλιο

της ουρήθρας ένα σαρκώδες μόρφωμα προκαλώντας δυσουρία ή ακόμα και αιματουρία (Σέργιος Μαντελενάκης, 1996).

Στο κολπικό επιθήλιο παρατηρείται προοδευτική ελάττωση του πάχους, εξαφάνιση των πτυχώσεων και ξηρότητα με αποτέλεσμα δυσανεξία ή/και πόνο κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής (δυσπαρεύνια), ενώ συχνά μικροτραυματισμοί προκαλούν ρήξη των απογυμνωμένων τριχοειδών και κολπική αιμορραγία. Στην ξηρότητα του κόλπου συμβάλει και η απουσία τραχηλικής βλέννας, εφόσον η γενική ατροφία περιλαμβάνει και τον τράχηλο που συρρικνώνεται και τείνει να γίνει επίπεδος.

Ατροφικές αλλοιώσεις υφίστανται και στην μήτρα και αφορούν τόσο το ενδομήτριο όσο και το μυομήτριο. Ταυτόχρονα παρατηρείται ευεργετική συρρίκνωση τυχόν ινομυωμάτων αλλά και εστιών ενδομητρίωσης και αδενομύωσης με αποτέλεσμα πολλές γυναίκες να αποφεύγουν μια επικείμενη χειρουργική επέμβαση.

Προοδευτική μείωση του μεγέθους παρατηρείται και στις ωοθήκες που σταδιακά γίνονται αψηλάφητες κατά την γυναικολογική εξέταση. Η διαπίστωση ψηλαφητών ωοθηκών δύο χρόνια μετά την εμμηνόπαυση θα πρέπει να ελέγχεται για την ύπαρξη νεοπλασματος.

Η έλλειψη των οιστρογόνων έχει τέλος ως αποτέλεσμα την απώλεια του τόνου όλων των ατομικών στοιχείων που αποτελούν το έδαφος της πυέλου. Προϋπάρχουσα χαλάρωση των κολπικών τοιχωμάτων και των συνδέσμων της μήτρας επιτείνεται με αποτέλεσμα να εμφανιστούν κήλες ή και πρόπτωση μήτρας. (Επίτομη Μαιευτική και γυναικολογία, Σ Μιχαλάς, 2000)

## **5.6 ΑΓΓΕΙΟΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Κατά παράδοξο τρόπο και μάλιστα ιδιαίτερα ενοχλητικό μετεμμηνόπαυσιακό σύμπτωμα, οι εξάψεις και οι εφιδρώσεις φαίνονται να σχετίζονται με τα υψηλά επίπεδα των γονιδοτροπιδών. Παρατηρούνται στο 75% των γυναικών και διατηρούνται ως και πέντε χρόνια. Πρόκειται για διφασικά επεισόδια όπου προηγείται περιφερική αγγειοδιαστολή και ακολουθεί εφίδρωση. Τα φαινόμενα αυτά είναι ιδιαίτερα αισθητά στο άνω ήμισυ του σώματος και έχουν μέση διάρκεια τα 4 λεπτά και συχνότητα που κυμαίνεται από μία ώρα ως μία βδομάδα.

Ως συνέπεια των κρίσεων αυτών, προστίθενται αίσθημα κοπώσεως ευερεθιστότητα και αφυπνίστατε σπανιότερα σύγχυση απώλεια μνήμης, απάθεια και ασυνεργασία με το περιβάλλον.

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι για θέση σε λειτουργία μηχανισμού αποβολής της θερμότητας, μετά από θερμοστατική ρύθμιση του θερμορυθμιστικού κέντρου σε χαμηλότερα επίπεδα θερμοκρασίας. Μολονότι ο ακριβής μηχανισμός δεν είναι μέχρι σήμερα γνωστός η παρατηρούμενη χρονική σύνδεση της με περιοδικές αυξήσεις της στάθμης της LH, αποδεικνύει την άμεση ή έμμεση συμμετοχή της (Σ. Μιχαλάς, Αθήνα 2000).

## **5.7 ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ**

Σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, η κατάσταση των ωοθηκών επάγει ανεπάρκεια ορμονών αλλαγές δηλαδή στις μεταβολικές και φυσιολογικές λειτουργίες που οδηγούν σε μεγαλύτερη συχνότητα υπέρτασης, διαβήτη , υπερλιπιδαιμία , και σε μεταβολικό σύνδρομο σε σύγκριση στην προεμμηνοπαυσιακές περίοδο.( COLDITZ, G.A., W.C. WILLETT, M.J. STAMPFER, *et al.* 1987).

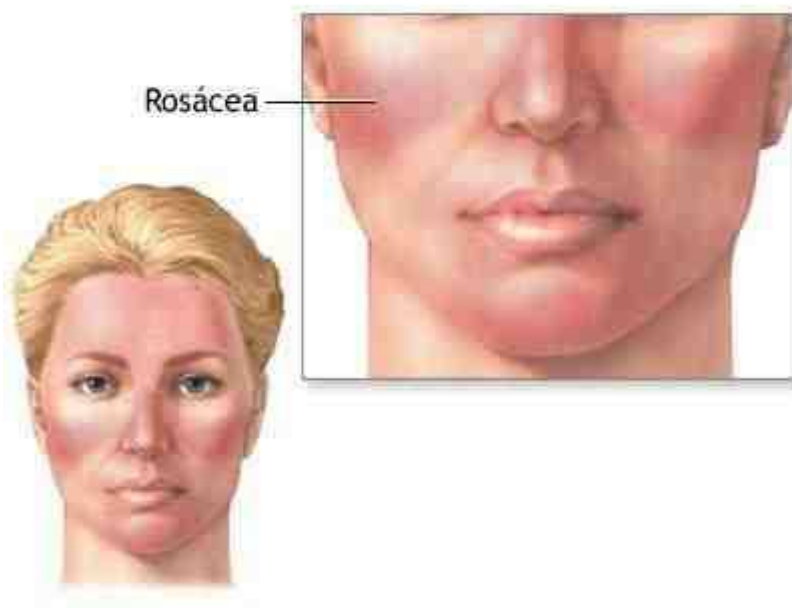
Η εμμηνόπαυση συνδέεται με σημαντικές αλλαγές στην διανομή του βάρους και του λίπους στο σώμα. Οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες τείνουν να κερδίσουν βάρος που ξεκινά εντός του πρώτου έτους από την εμμηνόπαυση και αναδιανέμει το σωματικό λίπος από το γυναικείο πρότυπο σε αντρικό (WRITING GROUP FOR THEWOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS. 2002). Οι αυξήσεις στον δείκτη μάζας σώματος ( ΔΜΣ) και το ποσοστό του σπλαχνικού λίπους συσχετίζονται ισχυρώς με την ανάπτυξη αρτηριακής υπέρτασης , την αντοχή στην ινσουλίνη , και μια σειρά από μεταβολικούς παράγοντες κινδύνου for CVD.( WRITING GROUP FOR THEWOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS. 2002). Η εμμηνόπαυση σχετίζεται με δυσμενείς αλλαγές στο προφίλ των λιποπρωτεϊνών :αύξηση των τριγλυκεριδίων του πλάσματος , ολικής και LDL χοληστερόλης και μείωση της HDL χοληστερόλης( DE ALOYSIO, D., M. GAMBACCIANI, M. MESCHIA, *et al.* 1999).

## **5.8 ΡΟΔΟΧΡΟΣ ΑΚΜΗ**

Είναι μία νόσος που χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα του προσώπου και μερικές φορές οίδημα. Συχνά, αλλά λανθασμένα λέγεται και "ακμή του ενήλικος". Συνήθως αρχίζει με ερυθρότητα στο κέντρο του προσώπου που σιγά - σιγά επεκτείνεται στα μάγουλα και στο πηγούνι. Αργότερα εμφανίζονται μόνιμες ευρυαγγείες (μικρά, διατεταμένα τριχοειδή αγγεία) και σπυριά σαν της ακμής με ή

χωρίς πύον. Σε αντίθεση με την ακμή δεν υπάρχουν φαγέσωρες (τα μαύρα και τα άσπρα "μπιμπίκια").

Όταν η νόσος εγκατασταθεί για πρώτη φορά, ο ασθενής υποφέρει από επεισόδια παροδικής ερυθρότητας του προσώπου (flushings). Η κατάσταση από μόνη της δεν μπορεί να αναστραφεί και διαρκεί για χρόνια. Χωρίς θεραπεία επιδεινώνεται συνεχώς.



Πηγή: <http://stromfita-gr.blogspot.gr/2012/02/acne-rosacea.html>

Η ροδόχρους νόσος, που είναι σπάνια στη παιδική ηλικία, αναπτύσσεται αργά με την πάροδο του χρόνου. Στα πρώτα στάδια, μπορεί μόνο να υπάρχει μια τάση για ερυθρότητα (flushing) του προσώπου, μια ruddy complexion, ή μια εξαιρετική ευαισθησία στα καλλυντικά. Υποψήφιοι να εμφανίσουν τη νόσο είναι πιο πολύ οι ανοιχτόχρωμοι ενήλικες, ιδίως οι γυναίκες, μεταξύ των ηλικιών 30-50. Φυσικά μπορεί να προσβληθούν άνδρες και γυναίκες οποιασδήποτε ηλικίας. Μερικές περιπτώσεις σε γυναίκες, έχουν συνδεθεί αιτιολογικά με την εμμηνόπαυση. Το flushing μπορεί να το προκαλέσουν και έντονα συναισθήματα, μια έντονη στιγμή, θυμός ή φόβος.( Στέλιος Αγγελίδης, Δερματολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών).

## 5.9 ΑΛΩΠΕΚΙΑ Ή ΔΑΣΥΤΡΙΧΙΣΜΟΣ

Πιθανώς λόγω της αυξημένης τεστοστερόνης από τις ωοθήκες κατά την εμμηνόπαυση, παρατηρείται αύξηση των τριχών του άνω χείλους και των παρειών, ενώ αραιώνει το τρίχωμα της κεφαλής κ της ήβης.

## 5.10 ΓΗΡΑΝΣΗ

Οι ορμονικές αλλαγές κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας. Η παραγωγή των οιστρογόνων αρχίζει να φθίνει με σταθερούς ρυθμούς. Η τεράστια μείωση παραγωγής ορμονών μίας ώριμης γυναίκας γίνεται αισθητή όχι μόνο στις διάφορες φυσικές αλλαγές, αλλά και στο δέρμα και τους μαστούς.( Alert Sing Up.National Institute on Aging NY, 1994)

Η παρατηρούμενη μετά την εμμηνόπαυση μείωση του όγκου και του σφρίγγους των μαστών έχει συχνά κακή επίδραση στην ήδη φορτισμένη ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας. Ως αντιστάθμισμα πολλές ανακουφίζονται απ την εξαφάνιση της νοσταλγίας και της προεμμηνόπαυσιακής τάσεως.

Όσον αφορά το δέρμα, η έλλειψη οιστρογόνων επιταχύνει την τις μεταβολές που ήδη έχουν εγκατασταθεί με την πάροδο των ετών. Η προοδευτική εκφύλιση των ελαστικών ινών και του κολλαγόνου, έχουν ως αποτέλεσμα την ελάτωση της ελαστικότητας και την ρυτίδωση του δέρματος. Οι αλλαγές αυτές είναι εντονότερες σε περιοχές του δέρματος που εκτίθενται στο φως, όπως το πρόσωπο, τα χέρια και ο λαιμός και προσδίδουν στο δέρμα όψη γήρατος. Ο ρόλος των οιστρογόνων σε αυτή την διαδικασία πιθανολογείται από το γεγονός ότι οι πατρογονικοί υποδοχείς υπάρχουν στο δέρμα και μάλιστα σε μεγαλύτερο βαθμό στο πρόσωπο. Πειραματικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι τα οιστρογόνα αυξάνουν την περιεκτικότητα του δέρματος σε νερό, υαλουρονικό οξύ και κολλαγόνο. ( Επίτομη Μαιευτική και γυναικολογία, Σ Μιχαλάς, 2000)



Πηγή: <http://holistic-greece.com>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

## Τρόποι αντιμετώπισης της εμμηνόπαυσης



<http://www.sigmalive.com>

## **6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Μία ακραία άποψη θα υποστήριζε με αρκετή λογικοφάνεια ότι εφόσον η εμμηνόπαυση είναι κάτι το φυσιολογικό δεν χρειάζεται καμία θεραπεία. Μολονότι αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί κατά ένα μέρος σωστό, θα απαιτούσε την ύπαρξη ενός εξαιρετικά ανεκτικού συζύγου καθώς και μια ιδιαίτερα οπτιμιστική αντιμετώπιση του θέματος από μέρος της γυναίκας.

Είναι αλήθεια ότι σε αυτή την περίοδο της ζωής συμβαίνουν οι θάνατοι των γονέων, η απομάκρυνση των παιδιών, αρχίζει να γίνεται πιο έντονη η αδιαφορία του συζύγου λόγω έλλειψης σεξουαλικής έλξης ή ακόμα και αν υπάρχει σεξουαλική διάθεση αρχίζει να γίνεται προβληματική λόγω της ξηρότητας και ατροφίας του κόλπου. Κάτω από αυτές τις συνθήκες λοιπόν είναι προφανές πως η γυναίκα χρειάζεται υποστήριξη.

Το 55% των εμμηνοπαυσιακών γυναικών χρειάζονται ιατρική βοήθεια, το 15% παρουσιάζει έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις και ένα 7-10% θα διατηρήσει σε όλη την υπόλοιπη ζωή του ψυχολογικές διαταραχές. (Speroff L., Glass R. H., Kase N. G., 1989).

### **6.1. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

#### **6.1.1. Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (ΘΟΥ)**

Η ιδέα της ορμονοθεραπείας ξεκινάει από πολύ παλιά. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι, Έλληνες και Ρωμαίοι έτρωγαν γεννητικά όργανα διαφόρων ζώων για να βελτιώσουν την σεξουαλική τους ικανότητα. Το 19<sup>ο</sup> αιώνα στην Γαλλία χορηγούσαν χυμό, χάπια ή σκόνη από ωοθήκες για βελτίωση των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων. Από το 1929 και το 1940 που ανακαλύφθηκαν η οιστρόνη και η 17β-οιστραδιόλη χρησιμοποιήθηκαν στην θεραπεία της κλιμακτηρίου.

Σημαντική είναι η διαδοχική χορήγηση οιστρογόνων και προγεστερόνης καθώς πλεονεκτεί από την χορήγηση μόνο οιστρογόνων. Η προγεστερόνη περιορίζει τους υποδοχείς της οιστραδιόλης στο ενδομήτριο, με αποτέλεσμα να ελατώνεται η διέγερση που προκαλούν σε αυτό τα οιστρογόνα, προάγει την παραγωγή του ενζύμου 17β-δευδρογενάσης, που μετατρέπει την ισχυρή ενδοκυττάρια οιστραδιόλη στη λιγότερο ισχυρή οιστρόνη και ελατώνει τη συχνότητα εμφάνισης υπερπλασίας του ενδομητρίου.



Χορήγηση προγεστερόνης 10-14 ημέρες προσφέρει ικανοποιητική προστασία στην δράση των οιστρογόνων.

Η οδός χορήγησης των ορμονών αποτελεί αντικείμενο διχογνωμίας, αφού καμμία οδός δε θεωρείται ιδανική. Η από το στόμα χορήγηση παρουσιάζει το μειονέκτημα ότι τα οιστρογόνα διέρχονται πρώτα από το ήπαρ, όπου μεταβολίζονται και αδρανοποιούνται σε μεγάλο ποσοστό, προτού δράσουν στο υπόλοιπο σώμα. Η χορήγηση υποδορίων εμφυτευμάτων παρουσιάζει σε μεγαλύτερη συχνότητα υπερπλασία του ενδομήτριου και τα ενέσιμα σκευάσματα απαιτούν τη χρησιμοποίηση μεγάλων δόσεων ορμονών.

Οι ημερήσιες δόσεις που συνήθως χρησιμοποιούνται είναι:

Συζευγμένα οιστρογόνα: 0,625-1,35 mg

Αιθυνυλ-οιστραδιόλη: 0,01-0,02 mg

Διαθυλοστιλβεστρόλη: 0,1-0,5 mg για τρεις βδομάδες συνεχώς και ακολούθως διακοπή της χορήγησης.

Εάν ο ασθενής δεν έχει υποβληθεί σε υστερεκτομή πρέπει να χορηγούνται προγεστερινοειδη για 10-14 μέρες. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται η οξείκη μεδροξυπρογεστερόνη: 5-10 mg και η οξείκη νορεθινδρόνη 2,5-5mg. Η ανάγκη για χορήγηση συνδιασμού οιστρογόνων και προγεστερόνης σε γυναίκες που έχουν υποστεί υστερεκτομή δεν έχει αποδειχθεί.

Μολονότι δεν έχει διαπιστωθεί η υπεροχή κάποιου από τα υπάρχοντα οιστρογόνα, υπάρχει η τάση να χρησιμοποιούνται τα συζευγμένα που πλησιάζουν περισσότερο τα φυσικά οιστρογόνα.

Τοπική θεραπεία με οιστρογόνα γίνεται σε ασθενείς που δεν υποφέρουν από άλλα συμπτώματα, εκτός από μια ελαφρά ατροφική κολπίτιδα ή αιδοίτιδα. Μεγάλες δόσεις κολπικής αλοιφής με οιστρογόνο είναι δυνατόν να προκαλέσουν συστηματική δράση στον ασθενή. Μετά από την τοπική εφαρμογή οιστρογόνων εκτός από την βελτίωση του κολπικού επιθηλίου είναι δυνατόν να έχουμε βελτίωση των συμπτωμάτων και από το ουροποιητικό.

Τέλος, έχει αποδειχθεί πως η χορήγηση οιστρογόνων έχει αντιρυτιδική δράση με πάχυνση της επιδερμίδας και των κολλαγόνων ινών. Θεωρήθηκε επίσης ότι εκτός από την άμεση βελτίωση της ψυχικής κατάστασης της γυναίκας με τον περιορισμό των εξάψεων, τα οιστρογόνα δρουν απευθείας στον εγκέφαλο και επηρεάζουν αρκετές από τις λειτουργίες του. (Σέργιος Ι. Μαντελενάκης, 1996.)

Κατά την διάρκεια της θεραπείας η γυναίκα θα πρέπει να παρακολουθείται στενά ως εξής:

- Ανά εξάμηνο γενική λεπτομερής φυσική εξέταση: έλεγχος αρτηριακής πίεσης, γυναικολογική εξέταση, τεστ ΠΑΠ και εξέταση μαστών.
- Ανά έτος έλεγχος ηπατικής λειτουργίας, λιπιδίων και σακχάρου αίματος.
- Η ανά έτος δοκιμαστική απόξεση και παθολογοανατομική εξέταση των ξεσμάτων θεωρείται υπερβολική κ ενδείκνυται μόνο στην περίπτωση αιμορραγίας.

Η διάρκεια της θεραπείας επί ελλείψεως αντενδείξεων πρέπει να σταματάει προς το τέλος της 6<sup>ης</sup> δεκαετίας. Ωστόσο δεν υπάρχει ομοφωνία στο θέμα. Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν συνεχή θεραπεία και άλλοι για δύο χρόνια. (Lauritzen C., Baltimore, 1976.) Σε κάθε περίπτωση η θεραπεία θα συνεχιστεί για όσο ο γιατρός το θεωρεί λογικό, προσαρμοσμένη στην κατάσταση υγείας και τις ανάγκες της γυναίκας. Στην εποχή μας η θεραπεία μπορεί να συνεχιστεί και πέραν της έκτης δεκαετίας της ζωής.

Στις περιπτώσεις που έχει γίνει αφαίρεση των ωοθηκών και δεν υπάρχουν αντενδείξεις, η θεραπεία πρέπει να αρχίζει αμέσως μετά την εγχείρηση, με σκοπό την πρόληψη των έντονων αγγειοκινητικών διαταραχών και της οστεοπόρωσης. (Χριστόδουλος Γ. Σέγκος, Νικόλαος Θ. Μάνιας, 1992.)

#### **6.1.2. Παρενέργειες στην ορμονοθεραπεία**

Η ωφελιμότητα της χορήγησης ορμονικής θεραπείας στην εμμηνόπαυση τέθηκε πρόσφατα υπό αμφισβήτηση σχετικά με την πιθανότητα αύξησης της επίπτωσης καρκίνου του μαστού και των καρδιαγγειακών επεισοδίων (στεφανιαία νόσος, εγκεφαλικά επεισόδια, πνευμονική εμβολή, θρομβοφλεβίτιδα).

Όσον αφορά στον καρκίνο του μαστού οι παλαιότερες μελέτες δεν συσχετίζουν τη χορήγηση ΟΘ με αυτόν τον τύπο καρκίνου. Επιπλέον η μελέτη Πρωτοβουλίας για την υγεία των γυναικών, (Women 's health Initiative, WHI) δεν δείχνει αυξημένο σχετικό κίνδυνο. Η WHI ολοκληρώθηκε σε δυο σκέλη, εκ των οποίων το πρώτο αφορούσε την χορήγηση συνδυασμού οιστρογόνων και προγεστερόνης και διάρκησε 5,2 χρόνια και το δεύτερο αφορούσε την χορήγηση μόνο οιστρογόνου σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε

υστερεκτομή και διήρκησε 8,5 χρόνια. Συγκεκριμένα, στο πρώτο σκέλος ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού ήταν 1,26 με 95% όρια αξιοπιστίας, 0,83-1,92 μετά την εξομάλυνση, δηλαδή μη στατιστικά σημαντικός. Στο δεύτερο σκέλος ο ίδιος κίνδυνος ήταν 0,77 με 95% όρια αξιοπιστίας, 0,57-1,06 μετά την εξομάλυνση, ομοίως μη στατιστικά σημαντικός.

Σχετικά με τον καρκίνο του ενδομητρίου είναι κοινός τόπος ότι η χορήγηση μόνο οιστρογόνων αυξάνει την επίπτωση του. Σύμφωνα όμως με τελευταίες μελέτες, η ταυτόχρονη λήψη οιστρογόνων και προγεσταγόνου μειώνει την επίπτωση του στα φυσιολογικά ή και χαμηλότερα επίπεδα.

Σχετικά με τον καρκίνο των ωοθηκών παρατηρείται αυξημένος κίνδυνος ιδίως στις περιπτώσεις χρήσης μόνο σκευασμάτων οιστρογόνων. Η προσθήκη όμως προγεσταγόνου μειώνει τον σχετικό κίνδυνο. Παρόλα αυτά οι επιδημιολογικές μελέτες που αφορούν εμμηνοπαυσιακές γυναίκες υπό αγωγή σε συνδυασμό οιστρογόνων και προγεσταγόνου και διερευνούν την επίπτωση του καρκίνου των ωοθηκών είναι περιορισμένες.

Ο σχετικός κίνδυνος στεφανιαίας νόσου στο πρώτο σκέλος της WHI ήταν 1,29 με 95% όρια αξιοπιστίας, 0,85-1,97 μετά την εξομάλυνση και στο δεύτερο σκέλος 0,91 με αντίστοιχα όρια 0,72-1,15, δηλαδή και στις 2 περιπτώσεις μη στατιστικά σημαντικός.

Ο κίνδυνος εγκεφαλικών επεισοδίων στο πρώτο σκέλος της WHI ήταν 1,41 με 95% όρια αξιοπιστίας, 0,86-2,31 μετά την εξομάλυνση και στο δεύτερο σκέλος 1,39 με αντίστοιχα όρια 0,97-1,99 δηλαδή μη στατιστικά σημαντικός.

Τέλος ο κίνδυνος θρομβοφλεβίτιδας ήταν 2,11 με 95% όρια αξιοπιστίας, 1,26-3,55 μετά την εξομάλυνση (στατιστικά σημαντικός), στο πρώτο σκέλος και 1,33 με αντίστοιχα όρια 0,86-2,08 (στατιστικά μη σημαντικός). Παρατηρούμε λοιπόν, ότι σημαντικός κίνδυνος παρουσιάστηκε μόνο για την εμφάνιση θρομβοφλεβίτιδας κατά την λήψη οιστρογόνων κ προγεστογόνου.

Συμπερασματικά η λήψη ορμονοθεραπείας δεν πρέπει να θεωρείται επικίνδυνη για την εμφάνιση καρδιαγγειακών και εγκεφαλικών επεισοδίων αλλά και καρκίνου του μαστού. Ιδιαίτερη προσοχή όμως πρέπει να δίνουμε σε γυναίκες με κληρονομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού, διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο και σε γυναίκες με προδιάθεση για θρομβοεμβολικά επεισόδια των φλεβών και κάτω άκρων. (Ιατροτεκ, 2004)

### **6.1.3. Αντενδείξεις**

Η χορήγηση οιστρογονικής θεραπευτικής υποκατάστασης αντενδείκνυται πλήρως σε γυναίκες με ορμονοεξαρτώμενους όγκους (καρκίνος μαστού, ενδομητρίου, μηνιγγίωμα), με ενεργό θρομβοεμβολική νόσο, με ενεργό ή χρόνια ηπατική νόσο, με πορφυρία καθώς και σε γυναίκες με αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα. Η παχυσαρκία, τα ινομώματα, η ενδομητρίωση, το προλακτίνωμα, ο υπερθυρεοειδισμός και η αρτηριακή υπέρταση, καταστάσεις που παλιότερα θεωρούνταν ως αντενδείξεις σήμερα δεν θεωρούνται, απλώς συστήνεται συχνότερος έλεγχος.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται σε γυναίκες που παίρνουν θεραπεία για διαβήτη, χολολιθίαση, ινομώματα, ημικρανία, επιληψία και υπερτριγλυκιδαιμία. Οι αντιπαραθέσεις που παρουσιάζονται τονίζουν την αναγκαιότητα εξατομίκευσης της ορμονικής θεραπείας. Οι στόχοι για κάθε γυναίκα πρέπει να ιεραρχούνται και ανάλογα να επιλέγεται το κατάλληλο σκεύασμα ορμονικής υποστήριξης, η οδός χορήγησης άλλα και εναλλακτικοί τρόποι προσέγγισης, όπως αλλαγή του τρόπου ζωής, διατροφή και άθληση.

### **6.1.4. Χαμηλής δόσεις αντικαταθλιπτικών φαρμάκων**

Η Venlafaxine (Effexor), είναι ένα αντικαταθλιπτικό φάρμακο που σχετίζεται με την τάξη φαρμάκων που λέγεται «εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης» «selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)». Φαίνεται ότι ελαττώνει τις εμμηνοπαυσιακές εξάψεις. Υπάρχουν και άλλα SSRI φάρμακα που μπορούν να βοηθήσουν, συμπεριλαμβανομένων των: fluoxetine (Prozac), Sarafem, paroxetine (Paxil), citalopram (Celexa) και sertraline (Zoloft)

### **6.1.5. Διφωσφονικά φάρμακα**

Αυτά τα μη ορμονικά φάρμακα μπορεί να συστηθούν, συμπεριλαμβανομένης της alendronate (Fosamax), risedronate (Actonel) and ibandronate (Boniva), με σκοπό την πρόληψη ή θεραπεία της οστεοπόρωσης. Αυτά τα φάρμακα μειώνουν δραστικά την οστική απώλεια και το ρίσκο των καταγμάτων και έχουν αντικαταστήσει τα οιστρογόνα ως κύρια θεραπεία της οστεοπόρωσης στις γυναίκες.

### **6.1.6. Εκλεκτικοί τροποποιητές των υποδοχέων οιστρογόνων**

Μερικά οιστρογόνα λειτουργούν ως ανταγωνιστές σε μερικούς ιστούς και ως αγωνιστές σε άλλους. Για παράδειγμα, η ταμοξιφαίνη, που είναι ανταγωνιστής στο μαστό, δρα ως οιστρογονικός αγωνιστής στα οστά. Επομένως έχει οριστεί ως ο πρώτος εκλεκτικός τροποποιητής των υποδοχέων οιστρογόνων (SERM) επειδή

εμφανίζει ιστική επιλεκτικότητα. Το SERM raloxifene (Evista) λειτουργεί παρομοίως με την ταμοξιφαίνη στα οστά, μαστό και καρδιαγγειακό σύστημα αλλά εμφανίζει ελάχιστη αγωνιστική δραστηριότητα στην μήτρα. Η Raloxifene μιμείται τις ευεργετικές οιστρογονικές επιδράσεις στην οστική πυκνότητα σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, χωρίς την ύπαρξη μερικών κινδύνων που σχετίζονται με τα οιστρογόνα.

Υπό ιδανικές συνθήκες, η χρήση των SERMs θα έπρεπε να πέφτουν σε 2 κατηγορίες (Πίνακας). Η πρώτη θα ανακούφιζε τα συμπτώματα από την οιστρογονική ανεπάρκεια και θα βελτίωνε την ποιότητα της ζωής σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Η δεύτερη, πιο επιλεκτική χρήση θα στόχευε τις οιστρογονικές επιδράσεις ενός SERM σε ένα οργανικό σύστημα (πχ. Μαστός). Για την μετεμμηνοπαυσιακή υγεία, το ακόλουθο θα ήταν το ιδανικό σενάριο για την δράση του SERM: αγωνιστική δραστηριότητα στον εγκέφαλο, στα οστά, καρδιαγγειακό σύστημα, κόλπος και ουροποιητικό σύστημα, και ανταγωνιστική δράση στο μαστό και στη μήτρα

Επιδράσεις της οιστραδιόλης και SERMs σε ποικίλα οργανικά συστήματα σχετικά με την μετεμμηνοπαυσιακή χρήση.

Εγκέφαλος	Μήτρα	Κόλπος	Μαστος	Οστά	Καρδιαγγ. Σύστημα
Οισταδιόλη	++	++	++	++	++
Καθαρό Αντιοιστρογ.	—	—	—	—	—
Ιδανικό SERM	++	—	++	—	++
Tamoxifen	—	+	—	—	+
Raloxifene	—	—	—	—	+
Isoflavones	+	—	+-	—	+

### **6.1.7. Κολπικά οιστρογόνα**

Για την ανακούφιση της κολπικής ξηρότητας, τα οιστρογόνα μπορούν να χορηγηθούν τοπικά χρησιμοποιώντας κολπικά δισκία, δακτυλίους ή κρέμα. Αυτή η θεραπεία απελευθερώνει μία μικρή ποσότητα οιστρογόνων, που απορροφείται από τον κολπικό ιστό. Μπορεί να βοηθήσει την κολπική ξηρότητα, την ενόχληση κατά τη σεξουαλική επαφή και ορισμένα συμπτώματα εκ του ουροποιητικού. (<http://www.biormoniki.gr/>)

## **6.2. ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

### **6.2.1. Άσκηση**

Ερευνήθηκε η επίδραση ενός εξειδικευμένου προγράμματος άσκησης στα επίπεδα λιπιδίων και στην φυσικής κατάσταση γυναικών μετά την εμμηνόπαυση. Το δείγμα της μελέτης αποτελούσαν 20 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, 10 ηλικίας 53,8±2,8 έτη που συμμετείχαν στο πρόγραμμα άσκησης και 10 ηλικίας 51,5±5,1 έτη που δεν ασκούσαν και αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου. Η ομάδα άσκησης συμμετείχε σε ένα συστηματικό πρόγραμμα συνδυασμού άσκησης με βάρη ( δύο φορές την εβδομάδα, έντασης 70% της μέγιστης επανάληψης) και αερόβιας γυμναστικής ( μία προπόνηση την εβδομάδα, με ασκήσεις σε βαθμίδες έντασης 70-85% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας). Οι ασκούμενες γυναίκες εμφάνισαν στη λήξη του προγράμματος μείωση του υποδόριου λίπους κατά 6,9% ( $P<0,05$ ) και της αναλογίας περιφερειών μέσης-ισχίων κατά 1,4% ( $P<0,05$ ) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Επίσης σημαντική ήταν η διαφορά HDL-χοληστερόλης μεταξύ των ομάδων, όπου η ομάδα ελέγχου μείωσε τα επίπεδα HDL χοληστερόλης κατά 4,1% ενώ στις ασκούμενες αυξήθηκαν κατά 5,3%. Ως προς τα τριγλυκερίδια, σημειώθηκε μείωση 7,2% ( $P>0,05$ ) στην ομάδα άσκησης και αύξηση 15,1% στην ομάδα ελέγχου( $P>0,05$ ). Ο χρόνος βελτιώθηκε σημαντικά(9,3±0,6 έναντι 10,6±1,2 min,  $P<0,01$ ) στις ασκούμενες, μετά από 6 μήνες, όπως επίσης και η ικανότητα ευκαμψίας( 14,3±4,0 έναντι 17,9±3,9cm,  $P<0,01$ ). Αναφορικά με την μέγιστη δύναμη, παρουσιάστηκε βελτίωση από 14-24% για τις μυϊκές ομάδες των άνω άκρων και μεταξύ 20-27% για τις μυϊκές ομάδες των κάτω άκρων στο τέλος του προγράμματος.

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι η εφαρμογή ενός εξειδικευμένου προγράμματος με βάρη σε συνδυασμό με αερόβια άσκηση βελτιώνει σημαντικά την φυσική κατάσταση( αντοχή, δύναμη, ευκαμψία) και τα επίπεδα της HDL-χοληστερόλης,

προάγοντας την υγεία των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών. ( Σ. Καρακίριου, Θεσσαλονίκη 2010).

### **6.2.2. Φυτοοιστρογόνα**

Υπάρχουν και μη "φαρμακευτικές" αγωγές που βασίζονται στην χρησιμοποίηση φυτικών προϊόντων και βοτάνων. Πολλά φυτά περιέχουν τα λεγόμενα φυτοοιστρογόνα, που είναι μη στεροειδικά συστατικά τα οποία έχουν μια δομική ομοιότητα με τα ενδογενή οιστρογόνα και μπορούν να μιμούνται την δράση τους και να δρουν ανταγωνιστικά προς αυτά.

Οι αντιλήψεις και οι γνώσεις των αρχαίων Ελλήνων για τα φάρμακα (και γενικότερα για την ιατρική) έμελλε να κυριαρχήσουν για πολλούς αιώνες, όχι μόνο στον ελληνόφωνο κόσμο, αλλά και σε όλη τη Δύση. Τα έργα του Διοσκουρίδη και του Γαληνού μεταφράστηκαν γρήγορα στα λατινικά και ήσαν ανάμεσα στα πρώτα έργα που τυπώθηκαν μετά την εισαγωγή της τυπογραφίας. Η θεραπευτική αυτή, όσο κι αν φαντάζει σήμερα μακρινή και ξένη σε σύγκριση με τις σημερινές ιατρικές αντιλήψεις, στην πραγματικότητα παρέμεινε ζωντανή (και, σε μεγάλο βαθμό, κυρίαρχη) ακόμη και τον 17ο και τον 18ο αιώνα. Τα φάρμακα και οι θεραπείες αυτές παραμερίστηκαν, από τον 19ο αιώνα, με την επικράτηση της σύγχρονης ιατρικής και την ανάπτυξη των νέων χημικών φαρμάκων. Τις τελευταίες δεκαετίες πολλοί άνθρωποι ακόμη και στη χώρα μας δείχνουν προτίμηση στα φυσικά προϊόντα για την αντιμετώπιση μιας σειράς ασθενειών. Το 25% από τα φάρμακα που χρησιμοποιούμε σήμερα προέρχεται από τα φυτά. Τα περισσότερα από τα φάρμακα φυτικής προέλευσης τα ανακαλύψαμε ερευνώντας την παραδοσιακή χρήση τους στις τοπικές κοινωνίες. Πολλά από αυτά χρησιμοποιούνται από την αρχαιότητα για θεραπευτικούς σκοπούς και κατα μια έννοια, θα μπορούσε να μιλήσει κανείς για αναβίωση των αρχαίων φαρμάκων.

Μεταξύ των διαφόρων βάσεων δεδομένων στις οποίες αναζητούμε πληροφορίες λαϊκής θεραπευτικής είναι και η βάση «Thesaurus Linguae Graecae», η οποία περιλαμβάνει τα κείμενα των αρχαίων ιατρών συγγραφέων. Αυτή η συλλογή αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο στην προσπάθειά μας να εντοπίσουμε φυτά τα οποία ήταν γνωστά από την αραιότητα ότι παίζουν ρόλο ρυθμιστικό των εμμηνών.

Τα φυτοοιστρογόνα μπορούν να προσφέρουν βοήθεια στην κάλυψη της ορμονικής έλλειψης στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ένα φυσικό τρόπο και να ανακουφίσουν απ τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης( Cos P., De Bruyne T., Apers S. et all, 2003). καθόσον η ορμονική δράση των φυτοοιστρογόνων είναι πολύ λιγότερο

δυνητική από αυτής των ενδογενών οιστρογόνων, η επίδραση στους ορμονικά επηρεαζόμενους καρκίνους, όπως του μαστού και του ενδομητρίου, θα είναι και ασθενέστερη, δίνοντας ένα επιπλέον πλεονέκτημα.

Φυτά που είναι πλούσια σε φυτοοιστρογόνα, είναι σχεδόν απόντα απ τις τυπικές δυτικές δίαιτες. Σαν αποτέλεσμα μπορούν να χορηγηθούν σαν τροφικά παράγωγα ή συμπληρώματα. Είναι προφανές πως οι εμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι έτοιμες να στραφούν από την ορμονοθεραπεία σε εναλλακτικά παρασκευάσματα που βασίζονται σε φυσικά φυτοοιστρογόνα ενός αποδεκτού προφίλ ασφάλειας.

Αρκετές κλινικές μελέτες υποστηρίζουν την δράση των φυτοοιστρογόνων σε σχέση με τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, ενώ υπάρχουν σημαντικές επιδημιολογικές αντενδείξεις μιας αιτιατής σύνδεσης ανάμεσα σε μια τυπική ασιατική διαίτα – όπου η πλούσια σε φυτοοιστρογόνα σόγια παίζει σημαντικό ρόλο- και στα μειωμένα περιστατικά ορμονικά-επηρεαζόμενων καρκίνων και εμμηνοπαυσιακών παραπόνων στις γυναίκες της Ασίας. Μόνο ένας περιορισμένος αριθμός οιστρογονικών φυτών υπάρχουν και χρησιμοποιούνται συχνά στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης. Τα περισσότερα εμπορικά φυτοοιστρογονικά προϊόντα προέρχονται από σόγια (*Glycine max* L.) και περιέχουν ισοφλαβόνες όπως Genistein και Daidzein, Red Clover (*Trifolium pratense* L.) που περιέχει Coumestrol, Black Cohosh (*Cimicifuga racemosa* L.), Chaste berry (*Vitex agnus-castus* L.) γλυκοπατάτα (*Dioscorea villosa* L.) και λυκίσκος (*Humulus lupulus* L.).

Το 1999 οι ερευνητικές ομάδες του καθηγητή Dr. Denis De Keukeleire του τμήματος Φαρμακευτικών επιστημών του Πανεπιστημίου της Γενεύης και ο καθηγητής Dr. Stuart Miligan, του King 's College, του Λονδίνου, αποκάλυψαν σε μια κοινή δημοσίευση πως ο λυκίσκος περιέχει ένα πολύ δυνατό φυτοοιστρογόνο την 8-prenylnarigenine (8-PN), ονομαζόμενη και Hopein, η οποία ανήκει στην κατηγορία των πολυφαινολών και ειδικότερα στην κατηγορία των πρενυλφλαβονοειδών. (Miligan S., Kalita J., Pocock V., et al, 2002.) αυτή η αποκάλυψη έχει επιβεβαιωθεί από έναν αριθμό ανεξάρτητων ερευνητικών ομάδων, τόσο σε in-vitro όσο και σε in-vivo μελέτες. (Goldaham NG, Sauser MJ., 2001). Στο πλαίσιο αυτό υπόκεινται και οι αποδείξεις μιας Ιαπωνικής ερευνητικής ομάδας σχετικά με την Hopein η οποία παρουσιάζει ένα δυνητικό αποτέλεσμα στην πρόληψη από την απασβέστωση των οστών (Miyamoto M., Matsusita Y., Kiyokawa A., et al, 1998) και ενός Γαλλικού ερευνητικού κέντρου το οποίο έδειξε την ικανότητα του Λυκίσκου να μειώνει τις



εξάψεις. (Goetz P.,1990). Ο λυκίσκος επιπρόσθετα περιέχει ένα ακόμη πρενυλ-φλαβονοειδές την Xanthohumol, η οποία στερείται εντελώς οιστρογονικής δράσης. Στο German center for Cancer Research στην Χαιδελβέργη, οι καρκινοχημειοπροστατευτικές ιδιότητες της Xanthohumol, μελετήθηκαν σε βάθος και λεπτομερώς και έδειξαν ότι αυτό το συστατικό παρουσιάζει ένα εξαιρετικά ευρύ φάσμα αναλγητικών μηχανισμών κατά την έναρξη, προώθηση και ανάπτυξη των καρκίνων (Gerhauser C., At A, Heiss E, et al, 2002.) Τα περισσότερα προϊόντα παράγωγα του λυκίσκου που είναι διαθέσιμα στην παγκόσμια αγορά, εστιάζονται στην κατευναστική του δράση και είναι συνδιασμοί με άλλα φυτά όπως valerian & lemon balm. Κάπου το 1% της παγκόσμιας παραγωγής του λυκίσκου( το 99% πάει στην παραγωγή μπίρας) χρησιμοποιείται ως έχει ή ως απλό υδροαλκοολικό εκχύλισμα. Μόνο μια καταχώριση του λυκίσκου σαν φυτοθεραπευτικό υπάρχει στην Γερμανική Φαρμακοποιία. Στην μονογραφία *Lupuli strobulus*, οι ενδείξεις το περιγράφουν ως ηρεμιστικό και υπνωτικό.

#### Η καινοτομική εφαρμογή του Λυκίσκου

Η επιστημονική κοινότητα επιθυμούσε να φτιάξει ένα διατροφικό σκεύασμα βασισμένο στο λυκίσκο, για τον έλεγχο των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης. Για το σκοπό αυτό χρειάζεται να συλλεχθεί ειδική καλλιέργεια λυκίσκου η οποία πρακτικά είναι πλούσια σε πρενυλ-φλαβονοειδή. Ένα υψηλής τεχνολογίας εκχύλισμα, με σκοπό να έχει την μέγιστη φυτοοιστρογονική και καρκινοχημειοπροστατευτική δράση, που η όλη διαδικασία από το φυτό ως το τελικό προϊόν ελέγχεται βήμα προς βήμα σε όλη την παραγωγή του. Το κατάλληλο προϊόν επιτυγχάνεται από ένα υδατικό εκχύλισμα αιθανόλης διαθέσιμου λυκίσκου ακολουθούμενο από εκχύλιση με «supercritical» διοξείδιο του άνθρακος. Το εκχύλισμα του λυκίσκου συσκευάζεται σε κάψουλες ζελατίνης μεγέθους «0». Το τελικό πρέπει να είναι σταθεροποιηταίο ώστε να περιέχει 100 μg Hopein(8-prenylnaringenine). Μερικές παρατηρήσεις όπως η χαμηλή αποτελεσματική δόση της 8-PN (100 μg ημερησίως) μπορεί να έχει ενδιαφέρον. Συγκριτικές μελέτες μεταξύ της 8-PN με γνωστά φυτοοιστρογόνα δείχνουν ότι η 8-PN έχει μερικές εκατοντάδες φορές μεγαλύτερη οιστρογονική δραστηριότητα από πχ. Τις ισοφλαβόνες της σόγιας όπως η genistein και η daidzein που απαιτούν ημερήσιες δόσεις 50-100 μgr ( Miligan SR, Kalita JC, Heyerick A. Et al, 1999.). Όπως απεδείχθηκε, ποσό των 100 μgr ή μερικών εκατοντάδων μgr 8-PN είναι εμφανώς αποτελεσματικά. Σύμφωνα με αρκετές νομοθεσίες Ευρωπαϊκών

κρατών στη χρήση βοτάνων στα διατροφικά σκευάσματα, το εκχύλισμα λυκίσκου μπορεί να περιέχει ως 400 µgr 8-PN για μια ημερήσια δόση.

Τα πρενυλφλαβονοειδή του λυκίσκου μπορούν να προσφέρουν μια επιπρόσθετη εναλλακτική θεραπεία για την ανακούφιση από τις εξάψεις της εμμηνόπαυσης, ειδικά για γυναίκες που βρίσκονται σε κίνδυνο ΟΘ ή έχουν αποτρεπτικές ενδείξεις.

### **6.2.3 Ομοιοπαθητική**

Η Ομοιοπαθητική, από τις λέξεις όμοιο και πάθος, είναι μια μέθοδος εναλλακτικής ιατρικής που βασίζεται στην αρχή των ομοίων και τον κανόνα της απειροελάχιστης δόσης, έχοντας ως κεντρικό αξίωμα πως «τα όμοια θεραπεύονται με τα όμοια» (similia similibus curantur). Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την Ομοιοπαθητική (European Committee for Homeopathy), που αποτελείται από εκπροσώπους οργανώσεων ομοιοπαθητικών γιατρών, ορίζεται ως «ένα σύστημα πρακτικής ιατρικής, με σκοπό τη μεθοδολογική βελτίωση της υγείας ενός οργανισμού, μέσω της χορήγησης φαρμακολογικά δοκιμασμένων και κατάλληλα επεξεργασμένων ουσιών που επιλέγονται ανά περίπτωση, σύμφωνα με το νόμο των ομοίων». Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Κλασικής Ομοιοπαθητικής ορίζει την ομοιοπαθητική ως «θεραπευτική τέχνη και ιατρική επιστήμη». Οι βασικές αρχές της ομοιοπαθητικής προτάθηκαν για πρώτη φορά το 1796, από τον Γερμανό γιατρό Σάμουελ Χάνεμαν (1755-1843) και η πρώτη χρήση του όρου «ομοιοπαθητική», από τον ίδιο, χρονολογείται το 1807. Ο όρος αποδίδεται επίσης στον Ιπποκράτη. Θα πρέπει φυσικά να αναφερθεί ότι η ομοιοπαθητική θεωρείται ευρύτερα ως ψευδοεπιστήμη. (<http://el.wikipedia.org/>)

Η Ομοιοπαθητική Ιατρική σαν καταξιωμένο ολιστικό θεραπευτικό σύστημα, προσφέρει τις υπηρεσίες της καθημερινά σε εκατοντάδες χιλιάδες γυναίκες σε όλον τον κόσμο, που την εμπιστεύονται, σε αυτήν την ιδιαίτερη φάση της ζωής τους.

Είναι γνωστή η εξατομικευμένη προσέγγιση στην Ομοιοπαθητική Ιατρική. Ασθενείς με την ίδια ιατρική διάγνωση, λαμβάνουν διαφορετικό ομοιοπαθητικό φάρμακο, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες των συμπτωμάτων αλλά και με το συνολικό ιδιοσυγκρασιακό προφίλ τους. Ερωτήματα που ανιχνεύουν τις προδιαθέσεις, την κληρονομικότητα, την συμπεριφορά του ανοσολογικού, του νευρικού και του ορμονικού συστήματος είναι αναγκαία στην κλινική πράξη της Ομοιοπαθητικής, ώστε να οδηγήσουν σε πληροφορίες για την ορθή συνταγογράφηση του ενός και

μόνο, κάθε φορά, «ομοίου φαρμάκου» με το οποίο θα επιχειρηθεί η μέγιστη δυνατή ομοιοστασία, θεραπεία και πρόληψη.

Το αναμενόμενο, όπως αναφέρθηκε, γεγονός των ορμονικών και άλλων αλλαγών στην γυναίκα εμμηνοπαυσιακής περιόδου, οδηγεί συχνά τον Ομοιοπαθητικό ιατρό, να τροποποιεί τη θεραπεία, δεδομένου ότι πολλά χαρακτηριστικά συμπτώματα που καθορίζουν και το σωστό ομοιοπαθητικό φάρμακο, μεταβάλλονται. Σε περίπτωση που οι μεταβολές αυτές αφορούν και τον ψυχισμό, τότε το φάρμακο που θα επιλεγεί, πρέπει πρωτίστως να καλύπτει τα συμπτώματα αυτά. Η πάγια νομολογία της Ομοιοπαθητικής Ιατρικής περιλαμβάνει την γνωστή συνθήκη ότι: «η σωστή θεραπεία σε έναν οργανισμό έχει κατεύθυνση από μέσα προς τα έξω», εννοώντας την ρύθμιση των ψυχικών και διανοητικών εκτροπών ως διαδικασία υψηλότερης προτεραιότητας, αλλά και αναγκαία για την περαιτέρω εξισορρόπηση των σωματικών συμπτωμάτων και της γενικότερης ομοιοστασίας του οργανισμού. Εάν οι οιστρογονική έλλειψη έχει επιδράσει τόσο πολύ στον νευρο-ορμονικό προφίλ της γυναίκας, ώστε να τροποποιήσει, να επιτείνει ή να αλλοιώσει χαρακτηριστικά του ψυχισμού της, σε τέτοιο βαθμό που να συνιστούν πλέον συμπτώματα, είναι απόλυτα κατανοητό ότι μία ολιστική και ολοκληρωμένη θεραπεία θα πρέπει να επιδράσει θετικά πρωτίστως σε αυτά. Έτσι διαφορετική ομοιοπαθητική αγωγή θα δοθεί για παράδειγμα σε μία γυναίκα που εμφανίζει συχνές νυχτερινές εξάψεις με εφιδρώσεις και ταχυπαλμία, από αυτήν που θα δοθεί σε μία γυναίκα που την ίδια στιγμή της βίωσης των εξάψεων, έχει ένα βαθύ συναίσθημα θλίψης και ματαίωσης της ύπαρξής της. Εάν τα ίδια εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα συνοδεύονται από την άλλη μεριά, με έντονο εκνευρισμό, πρωτόγνωρο για την γυναίκα, με μειωμένες ανοχές, με εκρήξεις θυμού, ζήλειας ή αγανάκτησης, τότε αναλόγως θα τροποποιηθεί και η Ομοιοπαθητική αγωγή, για να καλύψει αυτήν την συμπτωματολογία. Πολύ συχνά παρατηρούμε στην Ομοιοπαθητική κλινική πράξη, ότι άλυτα ψυχικά κενά, και συναισθηματικές φορτίσεις που δεν είχαν εξισορροπηθεί στο παρελθόν, λαμβάνουν διαστάσεις έντονων ψυχικών εκτροπών κατά τη διάρκεια της εμμηνοπαύσεως. Σε μία γυναίκα που έχει βιώσει για παράδειγμα από την εφηβεία και για όλη την διάρκεια της ζωής της έλλειψη αυτοπεποίθησης, είναι πιθανόν αυτό το συναίσθημα να γίνει αφόρητο και πολύ πιο παθολογικό, επιτεινόμενο λόγω και της αμφισβήτησης της γυναικείας της υπόστασης κατά την εμμηνοπαύση. Μία άλλη γυναίκα που ένιωθε πάντα ένα έντονο προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο με μεγάλο εκνευρισμό, που ωστόσο, μειωνόταν με την μηνιαία έλευση της περιόδου, είναι

δυνατόν να βιώσει κατά την εμμηνόπαυση μία μόνιμη πλέον παρόμοια κατάσταση κατά την οποία η αναίτια νευρική είναι συνεχής, καθορίζοντας αντιστοίχως και την επίκτητη πλέον προσωπικότητά της. Σε παρόμοιες και άλλες περιπτώσεις η χορήγηση του ιδιοσυγκρασιακού ομοιοπαθητικού φαρμάκου, θα συνεισφέρει απεριόριστα στην εξισορρόπηση του νευρο-ορμονικού συστήματος και κατ' επέκταση στην θεραπεία αμφοτέρων των συμπτωμάτων, ψυχικών και σωματικών. Έχει επίσης φανεί στην κλινική πράξη, ότι γυναίκες που έχουν ανά τους καιρούς απευθυνθεί σε Ομοιοπαθητικό ιατρό, για άλλους ιατρικούς λόγους, βιώνουν πιο μεμονωμένα τα σωματικά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, δεδομένης της ψυχικής εξισορρόπησης που είχε συμβεί επί μακρόν λόγω της προηγηθείσας θεραπείας. Έτσι, σε παρόμοιες περιπτώσεις, ομοιοπαθητικά φάρμακα που αντιστοιχούν στην ομοιότητα αποκλειστικά των σωματικών συμπτωμάτων (εξάψεις, εφιδρώσεις, ταχυπαλμία, ξηρότητα δέρματος και κόλπου), τα μειώνουν εύκολα και άμεσα, ανακουφίζοντας τη γυναίκα χωρίς την αναγκαιότητα λήψης ορμονικής υποκατάστασης. Αυτή η συνθήκη είναι μία από τις πολλές, που δικαιώνουν εκατοντάδες χιλιάδες γυναίκες σε όλον τον κόσμο, που επενδύουν στην πρόληψη της υγείας τους, μέσω της κλασικής Ομοιοπαθητικής Ιατρικής ( Εμμηνόπαυση, Hendrix Susan, Canfield Jack et all, Αλκυών, 2007).

#### **6.2.4 Βελονισμός**

Ο βελονισμός έχει αποδειχθεί πως έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα στο να καθυστερήσει την έλευση της εμμηνόπαυσης, έχει όμως πολύ καλύτερα αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της. Εφόσον η εμμηνόπαυση αργά ή γρήγορα θα επέλθει το ζητούμενο είναι να περάσει η γυναίκα το στάδιο αυτό όσο το δυνατόν πιο ανώδυνα. Έτσι ο βελονισμός έχει αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμος σ αυτό. ( Χριστ. Γ. Μαρκόπουλος).

Πλέον είναι μια προσιτή και εναλλακτική μέθοδος και όχι δυσεύρετη όπως συνήθιζε να είναι παλαιότερα. Φυσικά μια τέτοια διαδικασία πρέπει να γίνεται από ειδικούς κ εφόσον η γυναίκα έχει κατανοήσει την διαδικασία και τα αποτελέσματα αυτής.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

## Νοσηλευτική παρέμβαση



Πηγή: <http://medlabgr.blogspot.com>

## **7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

### **Νοσηλευτική φροντίδα**

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά και μετά την εμμηνόπαυση στοχεύει στην ελαχιστοποίηση των συμπτωμάτων που έχουν σχέση με τις ορμονικές αλλαγές, στη μείωση του κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνο και οστεοπόρωση και στην εκπαίδευση της γυναίκας για τις αλλαγές του τρόπου ζωής που είναι σημαντικές για την υγεία της και την ευεξία της.

### **Προαγωγή της υγείας**

Η Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρεία (ACS) προτείνει έλεγχο για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου κάθε χρόνο μετά την ηλικία των 40 ετών. Ο έλεγχος αυτός περιλαμβάνει εξετάσεις για καρκίνο του θυρεοειδούς, των ωοθηκών, των λεμφαδένων, της στοματικής κοιλότητας και του δέρματος. Άλλες σημαντικές διαγνωστικές εξετάσεις γίνονται για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, του μαστού και του εντέρου. Στη συμβουλευτική υγείας θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται πληροφορίες για το αλκοόλ, το κάπνισμα, την έκθεση στον ήλιο, τη σωστή διατροφή, την άσκηση, τους παράγοντες κινδύνου, τις σεξουαλικές πρακτικές (αν και η εγκυμοσύνη δεν είναι εφικτή μετά την εμμηνόπαυση, η γυναίκα εξακολουθεί να διατρέχει κίνδυνο για ΣΜΝ), τους περιβαλλοντικούς και εργασιακούς κινδύνους. Είναι σημαντικό να συζητούνται τα οφέλη της ανάπαυσης και της άσκησης, καθώς επίσης και της διατροφής με φρούτα, λαχανικά και φυτικές ίνες (LeMone, Burke, Bauldoff, 2006).

### **Εκτίμηση**

Συγκεντρώνουμε τα ακόλουθα στοιχεία από το ιστορικό υγείας και τη φυσική εξέταση. Κατά την εξέταση μιας ηλικιωμένης γυναίκας, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι φυσιολογικές αλλαγές της γήρανσης.

- Ιστορικό υγείας: προβλήματα με συχνουρία, επιτακτικότητα ή ακράτεια ούρων, ιστορικό εμμηνορρυσίας, ιστορικό σεξουαλικής δραστηριότητας, δυσπαρευνία, χρήση αλκοόλ, νικοτίνης και ναρκωτικών, φάρμακα, συνήθειες ύπνου, εξάψεις, νυχτερινές εφιδρώσεις, συναισθηματική αστάθεια.
- Φυσική εξέταση: ύψος και βάρος, στάση σώματος, ζωτικά σημεία, εξέταση μαστών, πυελική εξέταση, εκτίμηση κοιλίας.

## Νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις

Αν και κάθε σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να είναι εξατομικευμένο, οι παρεμβάσεις συνήθως εστιάζονται σε προβλήματα από έλλειψη ενημέρωσης, σεξουαλικότητας και αυτοεκτίμησης και σε διαταραχή της εικόνας του σώματος.

### Έλλειμμα γνώσεων

Επειδή τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης ποικίλλουν ευρέως, είναι δύσκολο να προβλέψουμε τις επιπτώσεις τους σε κάθε γυναίκα. Οποσδήποτε η καλά ενημερωμένη γυναίκα είναι καλύτερα προετοιμασμένη να αντιμετωπίσει την εμμηνόπαυση, οποιαδήποτε συμπτώματα και αν βιώσει.

- Συζητάμε τις φυσιολογικές εκδηλώσεις, όπως εξάψεις και νυχτερινές εφιδρώσεις. Η αιτία των εξάψεων είναι άγνωστη. Πρόσφατες μελέτες συσχετίζουν την αυξημένη πιθανότητα αγγειοκινητικών συμπτωμάτων με τα αυξημένα ποσοστά σωματικού λίπους σε γυναίκες. Πολλές φυσιολογικές εκδηλώσεις της εμμηνόπαυσης ανταποκρίνονται σε μη φαρμακευτικές μεθόδους ανακούφισης, όπως σε αλλαγές του τρόπου ζωής.
- Δίνουμε διατροφικές συμβουλές. Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη ασβεστίου σε γυναίκες άνω των 50 ετών είναι 1.200 mg. Μερικές γυναίκες χρειάζονται συμπληρώματα ασβεστίου ή αντιόξινες ταμπλέτες που περιέχουν ασβέστιο, για να καλύψουν τις ημερήσιες ανάγκες τους.
- Δίνουμε έμφαση στη σπουδαιότητα της άσκησης με βάρη. Οι ασκήσεις με βάρη μειώνουν το ρυθμό απώλειας οστικής μάζας, βοηθούν στη διατήρηση του ιδανικού βάρους και μειώνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.
- Ενημερώνουμε για τα οφέλη και τους κινδύνους της HRT. Δεν τη χρειάζονται ούτε την επιθυμούν όλες οι γυναίκες. Κάθε γυναίκα πρέπει να κατανοήσει τα οφέλη και τους κινδύνους πριν αποφασίσει να υποβληθεί σε HRT.
- Ενθαρρύνουμε τη γυναίκα να υποβάλλεται σε ετήσια μαστογραφία, σε κλινική εξέταση του μαστού και εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου (Pap-test) και να εξοικειωθεί με τους ιστούς και την υφή των μαστών της. Η επιλογή της διενέργειας αυτοεξέτασης μαστού (ΑΕΜ) θα πρέπει να συζητηθεί με τον πάροχο φροντίδας υγείας της γυναίκας και μπορεί να αποτελεί προσωπική προτίμηση.

Ο αυξημένος κίνδυνος καρκίνου του μαστού και των πυελικών αναπαραγωγικών οργάνων, καθιστούν τον προ συμπτωματικό έλεγχο από τον πάροχο φροντίδας

υγείας κατά τη διάρκεια και μετά την περίοδο της εμμηνόπαυσης, ακόμα πιο σημαντικό. Η αυτοεξέταση μαστού (ΑΕΜ) παρουσιάζει οφέλη και περιορισμούς. Η ACS (2008) αναφέρει ότι είναι αποδεχτό από τις γυναίκες να επιλέξουν ή να μην επιλέξουν την ΑΕΜ. Ωστόσο, όλες οι γυναίκες θα πρέπει να είναι εξοικειωμένες με τους μαστούς τους προκειμένου να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν ανωμαλίες (LeMone, Burke, Bauldoff, 2006).

Η/Ο νοσηλευτής (κοινοτικός- εργαζόμενος σε νοσηλευτική μονάδα- αυτόνομος) μπορεί και πρέπει να είναι δίπλα στην γυναίκα σε αυτή την ιδιαίτερη στιγμή της ζωής της, να την συμβουλέψει κ να την καθοδηγήσει, να την βοηθήσει να προσαρμοστεί ομαλά σ αυτή την μετάβαση της ζωής της.

Εφόσον η περίοδος αυτή είναι ενέχει κινδύνους η γυναίκα πρέπει να ακολουθήσει συγκεκριμένες οδηγίες και προφυλάξεις τόσο για να προστατέψει το σώμα της όσο και την ψυχή της.

Η κοινοτική νοσηλευτική ίσως είναι και η πιο ολοκληρωμένη μέθοδος αντιμετώπισης των συμπτωμάτων. Η οργάνωση σεμιναρίων, προγραμμάτων και διαλέξεων συμπεριφοράς και πρόληψης αποτελεί μια πολύ προσιτή και αποτελεσματική μέθοδο. Η αντιμετώπιση του κάθε ατόμου ξεχωριστά μέσα στην κοινότητα αλλά και η ιδιαίτερη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτή και γυναίκας ανοίγει νέες διόδους αντιμετώπισης. Η δυνατότητα επιπλέον το άτομο να αξιολογείται αλλά και να επισκοπείται το ευρύτερο περιβάλλον του κάνει την εικόνα του, στα μάτια του νοσηλευτή-επαγγελματία υγείας πιο ολοκληρωμένη, σαν αποτέλεσμα οι λύσεις που δίνονται είναι πιο εξατομικευμένες αλλά και προσιτές στο άτομο και την οικογένεια του. Αν για παράδειγμα ένα άτομο είναι παχύσαρκο ή έχει προδιάθεση για διαβήτη ή καρδιαγγειακά νοσήματα λόγω κληρονομικότητας, θα αντιμετωπιστεί σύμφωνα με το προφίλ και της ανάγκες του. Σημαντικό να αναφέρουμε το κέρδος και στο τομέα των κονδυλίων υγείας, είναι αυτονόητο πως ένα τέτοιο πρόγραμμα ίσως να κοστίζει όσο η εισαγωγή μιας γυναίκας στο νοσοκομείο και ότι αυτό περιλαμβάνει( φάρμακα, εξετάσεις κτλ. ). Η πρόληψη λοιπόν παίζει και εδώ τεράστιο ρόλο, αποταμιεύοντας χρήματα, χρόνο αλλά και γλιτώνοντας το άτομο από ψυχική κούραση και ταλαιπωρία. Απαραίτητο να αναφέρουμε πως ο εκάστοτε νοσηλευτής ή ομάδα επαγγελματιών υγείας πρέπει να έχουν και τις κατάλληλες γνώσεις.

Ο νοσηλευτής ο οποίος εργάζεται σε νοσηλευτική μονάδα θα αντιμετώπιση συνήθως την εμμηνόπαυσιακή- μετεμμηνόπαυσιακή γυναίκα ή μια γυναίκα η οποία



θα έλθει σε πρόωρη εμμηνόπαυση λόγω χειρουργικής επέμβασης. Στην περίπτωση αυτή το άτομο ήδη παρουσιάζει προβλήματα, κατά την πλειοψηφία τους σοβαρά, αν αποτελούν και το αίτιο εισαγωγής στο νοσοκομείο. Εδώ η καλύτερη λύση είναι αυτή την νοσηλευτικής διεργασίας η οποία αν δεν αποδώσει πρέπει να επαναληφθεί με καλύτερες και αποτελεσματικότερες μεθόδους. Παραδείγματα νοσηλευτικής διεργασίας παρατίθενται παρακάτω. Ο ρόλος του νοσηλευτή σε μονάδα υγείας δεν σταματά εδώ, το άτομο μέσα από πειθώ αλλά και οδηγίες πρέπει να ακολουθείσθε την αγωγή (αν υπάρχει) αλλά και ένα νέο πλάνο ζωής. Η επανεκτίμηση θα γίνει απ τον εκάστοτε γιατρό της κάθε γυναίκας.

Ο αυτόνομος νοσηλευτής, όπως διδαχτήκαμε ο ρόλος του νοσηλευτή είναι και διδακτικός. Εφόσον υπάρχει η κατάλληλη γνώση ο νοσηλευτής μπορεί να συμβουλέψει και να καθοδηγήσει μια γυναίκα στο να αντιμετωπίσει τα διάφορα εμμηνοπαυσιακά προβλήματα όσο το δυνατόν πιο ομαλά. Οι μέθοδοι που θα χρησιμοποιήσει θα ναι φυσικά συντηρητικές και ποτέ φαρμακευτικές, επίσης η καθοδήγηση και η ενθάρρυνση επίσκεψης σ έναν ειδικό υγείας είναι καθορίστηκες. Σημαντικό να τονίσουμε πως ένα άτομο με προβλήματα υγείας ποτέ δεν αντιμετωπίζεται εξ ολοκλήρου από τον νοσηλευτή αλλά παραπέμπεται στον κατάλληλο ειδικό υγείας.

## 7.1. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Μια σειρά από απεικονιστικούς-ιατρικούς ελέγχους η όποιοι μάλιστα δεν είναι καθόλου επίπονοι κρίνεται απαραίτητη.

- Πρόγραμμα μαστογραφίας και κλινικής εξέτασης του μαστού.
- Έλεγχος της αρτηριακής πίεσης τουλάχιστον κάθε 2 χρόνια (πιο συχνά εάν είναι αυξημένη).
- Έλεγχος της χοληστερίνης. Θα πρέπει να ελέγχεται τουλάχιστον μία φορά κάθε 5 χρόνια (πιο συχνά αν τα επίπεδα είναι αυξημένα).
- Δοκιμασίες γλυκόζης νηστείας στο αίμα (σακχάρου) .Μια δοκιμή δηλαδή για να δούμε εάν υπάρχει διαβήτης ή είναι πιθανό να αναπτύξει. Γίνεται τουλάχιστον, κάθε 3 χρόνια, αρχίζοντας από την ηλικία των 45. Αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου για τον διαβήτη το τεστ ξεκινάει σε νεαρότερη ηλικία και γίνεται πιο συχνά.

- Εξέταση της οστικής πυκνότητας με σπινθηρογράφημα κ ακτινογραφίες.(U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)
- Τεστ ΠΑΠ κάθε χρόνο ως την ηλικία των 70 και εφόσον δεν υπάρχει ιστορικό καρκίνου. ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr))
- Αναζήτηση βοήθειας από ψυχολόγο εφόσον εκείνη ή οι γύρω της το θεωρούν ωφέλιμο.(U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES).

## 7.2. ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

Μέσα σε αυτή την ιδιαίτερη περίοδο των αλλαγών φυσικό είναι η γυναίκα να κάνει πολλές παραχωρήσεις και αλλαγές και στον τρόπο ζωής της.

- Διακοπή καπνίσματος, δεν είναι ποτέ πολύ αργά για να επωφεληθεί από την διακοπή του καπνίσματος.\_Οι καπνίστριες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα της εμμηνόπαυσης από τους μη καπνιστές. Το κάπνισμα αυξάνει τις πιθανότητες των εξάψεων και νυχτερινές εφιδρώσεις, διαταραχές της εμμηνορρυσίας, τη γήρανση του δέρματος, φυσικά προκαλεί καρδιαγγειακές παθήσεις, οστεοπόρωση, προβλήματα στους πνεύμονες και καρκίνο. Οι γυναίκες που θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα μπορεί να χρησιμοποιήσουν μια σειρά από στρατηγικές για να τους βοηθήσει να πετύχουν συμπεριλαμβανομένων προϊόντα αντικατάστασης νικοτίνης, ή υποστήριξη από έναν επαγγελματία υγείας, την οικογένεια και τους φίλους.

- Ανάπτυξη μιας υγιεινής διατροφής, χαμηλής σε λιπαρά, πλούσιας σε φυτικές ίνες, με άφθονα φρούτα, λαχανικά και τρόφιμα ολικής αλέσεως, καθώς και όλες τις σημαντικές βιταμίνες και μέταλλα. Ακόμη και αν ο μεταβολισμός επιβραδύνει με την ηλικία που σημαίνει ότι μια γυναίκα πρέπει να τρώει λιγότερες θερμίδες ή να συμμετέχει σε περισσότερη σωματική δραστηριότητα για να αποφύγει να βάλει βάρος μια καλά ισορροπημένη διατροφή, σε συνδυασμό με τακτική άσκηση θα βοηθήσει τις γυναίκες να διατηρήσουν ένα υγιές βάρος. Οι γυναίκες μπορούν να περιλαμβάνουν χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, τροφές πλούσιες σε ίνες, φυτοοιστρογόνα και ασβέστιο. Αν και υπάρχουν λίγα στοιχεία που να υποστηρίζουν τη θεωρία ότι τα τρόφιμα πλούσια σε φυτοοιστρογόνα (π.χ. σόγια, τα προϊόντα σόγιας και λινέλαιο) να βοηθήσει στην ανακούφιση των εξάψεων, δεν πρέπει να

αποτελέσουν εξαίρεση από μια ισορροπημένη, υγιεινή διατροφή. Η διατήρηση επαρκούς πρόσληψης ασβεστίου θα βοηθήσει στην επιβράδυνση της οστικής απώλειας, δηλαδή οι γυναίκες θα πρέπει να στοχεύουν να καταναλώνουν 2-3 μερίδες γαλακτοκομικά κάθε μέρα για να εξασφαλιστεί η επαρκής πρόσληψη ασβεστίου. ( National Health and Medical Research Council "Dietary Guidelines for Australian Adults" Canberra AGPS 2003 p98)

- Εφοδιασμός οργανισμού με ασβέστιο και βιταμίνη D στη διατροφή ή με συμπληρώματα βιταμινών / μετάλλων. Οι επαρκείς ποσότητες της βιταμίνης D, η οποία βοηθά στην απορρόφηση του ασβεστίου εξασφαλίζονται από τις γυναίκες στην χώρα μας μέσω της ασφαλούς έκθεσης τους στον ήλιο.

- Άσκηση στη καθημερινότητα της γυναίκας. \_Τακτική και όχι απαραίτητα έντονη άσκηση με βάρη (άσκηση που γίνεται στα πόδια, όπως το περπάτημα, το τρέξιμο, ο χορός) μπορούν να βοηθήσουν στην επιβράδυνση της οστικής απώλειας. Η αεροβική άσκηση (άσκηση που αυξάνει τον καρδιακό ρυθμό) είναι απαραίτητη για την καρδιαγγειακή υγεία, καθώς και τη δύναμη και την ευελιξία ασκήσεις είναι χρήσιμες στη διατήρηση του μυϊκού τόνου και τη διατήρηση αρθρώσεις, τους συνδέσμους, τους μυς και τους τένοντες του σώματος κινητό. Η άσκηση έχει επίσης βρεθεί ότι μειώνει το στρες και την κατάθλιψη στις γυναίκες, τη βελτίωση του ύπνου και να βοηθήσει στη διατήρηση ενός υγιούς βάρους.

- Υπολογισμός του ΔΜΣ(δείκτης μάζας σώματος) της και αν ξεπερνάει τα όρια να μειώσει το βάρος με βάρη, άσκηση, όπως το περπάτημα, το τρέξιμο, ο χορός ή τουλάχιστον 3 ημέρες κάθε εβδομάδα να είναι σωματικά δραστήρια με πολλούς τρόπους για υγιή οστά αλλά και για την γενική της υγεία. (<http://www.nia.nih.gov/> )

- Οι ασκήσεις πυελικού εδάφους. Αυτές οι ασκήσεις ενισχύσει το πυελικού εδάφους και μπορεί να βοηθήσει τις γυναίκες που βιώνουν άγχος ακράτειας. Η ακράτεια ούρων χαρακτηρίζεται από τη διαρροή μικρής ποσότητας ούρων κατά την προσπάθεια (π.χ. κατά το βήχα, το φτέρνισμα, το γέλιο, την άρση βαρέων αντικειμένων ή κατά τη διάρκεια της φυσικής δραστηριότητας). Οι ασκήσεις έχουν σχεδιαστεί για να λειτουργούν τρία διαφορετικά μέρη των μυών του πυελικού εδάφους: οι μύες που ελέγχουν τη ροή των ούρων, οι μύες που ελέγχουν το σφιγκτήρα του πρωκτού (οι μύες γύρω από τον πρωκτό) και τους μυς που περιβάλλουν την ουρήθρα και τον κόλπο. Μερικές γυναίκες έχουν δυσκολία εντοπισμού των κατάλληλων μυών και την εκτέλεση των ασκήσεων σωστά, η

αναζήτηση βοήθειας από έναν φορέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. φυσιοθεραπευτή) για να μάθει τις σωστές τεχνικές συχνά συνιστάται (Santoro , NF . Weight gain at menopause The Female Patient 2000 Vol 25 No 9 p60-61).

- Επικοινωνία με άτομα της οικογένειας ή φίλους και έκθεση προβληματισμών και των φόβων της και διαχείριση του άγχους. Η στρατηγικές διαχείρισης του στρες είναι ευεργετικές στην εμμηνόπαυση, καθώς τα συμπτώματα μπορεί να επιδεινωθούν από το στρες. Δραστηριότητες όπως η γιόγκα, χαλάρωση και περισυλλογή ή ακόμα και tai chi αποτελούν καλά παραδείγματα των στρατηγικών διαχείρισης του άγχους. Η ειλικρινής επικοινωνία με αγαπητά άτομα του περιβάλλοντος αποσυμφορεί την κατάσταση. Όλα μπορούν να βοηθήσουν, να ανακουφίσουν την ένταση και έχουν μια κατευναστική επίδραση στο μυαλό.

- Συζήτηση με τον σύζυγο της και κοινή επίλυση των διάφορων δυσχερειών που μπορούν να αναπτυχθούν στην σχέση εξαιτίας της εμμηνόπαυσης. Αυτά τα προβλήματα συμπεριλαμβάνουν κυρίως προβλήματα στην ερωτική ζωή του ζευγαριού, λόγω κολπικής ξηρότητας ή αρνητικής στάσης της γυναίκας. Η επίλυση τους πρακτικά είναι απλή με χρησιμοποίηση φαρμακευτικών gel στη περιοχή του κόλπου αλλά κυρίως με κατανόηση μεταξύ του ζευγαριού. Αν τα παραπάνω αποτύχουν η επίσκεψη σ ένα ειδικό, όπως έναν οικογενειακό σύμβουλο θα ήταν παραπάνω από χρήσιμη.( Menopause Unit, Monash Medical Centre & Jean Hailes Foundation, Victoria. Premature menopause: 'I feel like an alien.' Aust Family Physician 2002 Vol 31 No 5 p419-21)

### **7.3. ΠΛΑΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ**

Επίσης πολλά επίσημα πλάνα σχεδιασμού μπορούν να βοηθήσουν την γυναίκα να εντοπίσει τα πιο σοβαρά συμπτώματα και από μόνη της ή σε συνεργασία με τον γιατρό ή νοσηλεύτη να τα αντιμετωπίσει. Παρακάτω παραθέτονται τρία παραδείγματα που αφορούν σε πλάνα σχεδιασμού αντιμετώπισης προβλημάτων.



Symptom and Success Chart

Symptom or Success	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Period																																
Headaches																																
Bloating																																
Breast Tenderness																																
Food Craving																																
Stomach Cramps																																
Anxious																																
Panic Attacks																																
Irritable / Aggressive																																
Weepy / Depressed																																
Disturbed Sleep / Fatigue																																
Poor Memory and Concentration																																
Hot Flashes / Night Sweats																																
Joint Pain																																
Felt really good today																																

This Month	Did well with self help	Understood my own needs better	Sorted out some problems
------------	-------------------------	--------------------------------	--------------------------

Fill in the charts in any way you like - ticks, numbers etc - but leave box empty if you don't have the symptom/success.  
 Just spend a few minutes each evening filling the charts in. If you can't decide what to put just leave the box empty.  
 Don't back fill the chart more than 24 hrs - just put a note that you didn't fill it in on those days.  
 Put a note on the chart if something dramatic happens one day, good or bad, and always try and remember to take your charts to show anyone who is helping you with your PMS or Menopause.

Πηγή : [www.menopausewings.org](http://www.menopausewings.org)

Η καταγραφή του προβλήματος και της συχνότητάς του, δίνει την ευχέρεια στον ειδικό υγείας ή ακόμα και στην ίδια την γυναίκα να εντοπίσει, να ιεραρχήσει και να θέσει προτεραιότητες, ξεπερνώντας τα διάφορα προβλήματα σταδιακά και πάνω από όλα εξατομικευμένα. Τα πλάνα μπορούν να συμπληρωθούν είτε απ την γυναίκα είτε απ τον ειδικό σε συνεργασία με την γυναίκα.

## 7.4 ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ – ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.

### 7.4.1 Μελέτη 1<sup>ης</sup> περίπτωσης ασθενής, μετά από ολική υστερεκτομή.

#### ΙΑΤΡΙΚΟ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνοματεπώνυμο ασθενούς : Γ.Μ.

Όνομα Πατρός : Κ.Μ.

Φύλο : Θήλυ

Ηλικία : 45 ετών  
Τόπος Γέννησης : Τρίκαλα  
Τόπος Κατοικίας : Τρίκαλα  
Επάγγελμα : Οικιακά  
Ασφαλιστικός Φορέας : ΙΚΑ  
Οικογενειακή Κατάσταση : Έγγαμη  
Τέκνα : 3  
Αριθμός Προηγούμενων εισαγωγών : Καμία  
Ημερομηνία Εισαγωγής : 20/6/2013  
Διάγνωση Εισαγωγής : Έντονος κοιλιακός – πυελικός πόνος  
Πηγή Ιστορικού : Η ίδια η ασθενής

Ασθενής ονόματι Γ. Μ. 52 ετών, εισήλθε στο τμήμα των εξωτερικών ιατρείων συνοδεία του συζύγου της μετά από έντονο κοιλιακό άλγος και μικρή δυσκολία αναπνοής. Η ασθενής αναφέρει συνεχόμενο κοιλιακό πόνο μικρότερης εντάσεως στον οποίο δεν έδινε σημασία εδώ και 3 εβδομάδες, επίσης αναφέρει αυξημένη ποσότητα αίματος κατά την διάρκεια της έμμηνου ρύσεως. Πραγματοποιήθηκαν γενική αίματος, ακτινογραφικός έλεγχος και κοιλιακός υπέρηχος όπου διαπιστώθηκε κύστη ωοθήκης. Η ασθενής εισήχθη στην γυναικολογική κλινική για περαιτέρω εκτίμηση. Κατόπιν κλινικής εξέτασης και διαγνωστικού ελέγχου (εργαστηριακές εξετάσεις καρκινικού δείκτη CA 125, αξονικής τομογραφίας κ.ά.) προγραμματίστηκε χειρουργική επέμβαση ολική υστερεκτομή και αμφοτερόπλευρη σαλπυγοοθηκεκτομή στις 21/6/2013.

#### **ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

Ημερομηνία Εισόδου : 20/6/2013  
Ωρα Παραλαβής : 12:00 μ.μ.  
Είδος Εισαγωγής : Επείγουσα  
Τρόπος Μεταφοράς : Περιπατητική την στηρίζει ο σύζυγος  
Συνοδεύεται από : Οικογένεια  
Τις πληροφορίες δίνει : Η ίδια η ασθενής

#### **ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ**

Αλλεργίες : Amoxil

Λοιμώδη Νοσήματα : Κανένα

Χρόνια Νοσήματα : Κανένα

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-αιτία εισαγωγής :

- Σκωληκοειδεκτομή προ 25ετίας

### **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ :**

Μητέρα: Καρκίνο ωοθηκών

Πατέρας: Καρδιολογικό νόσημα

### **ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Πιθανή διάγνωση εισόδου : Κακοήθεια ωοθηκών

Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή :

- Κοιλιακό άλγος
- Επιδεινούμενο άλγος
- Δύσπνοια

Ζωτικά Σημεία :

- Αρτηριακή Πίεση = 127/90 mmHg
- Σφίξεις = 73 σφίξεις
- Θερμοκρασία = 36,7 °C
- Αναπνοές = 18/min

### **ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ**

ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΟΡΓΑΝΑ

Ομιλία : Καλή

Όραση : Καλή

Ακοή : Καλή

ΔΕΡΜΑ : Ελαφρά κυανό

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ :

Αναπνοή : Δύσπνοια

Βήχας : Δεν βήχει

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ :

Καρδιακός Ρυθμός : ρυθμικός



**ΠΕΠΤΙΚΟ :**

Δίαιτα : Ελεύθερη

Όρεξη : Μειωμένη

Κένωση Εντέρου : Δυσκοιλιότητα

**ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ :** Συχνουρία

**ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ :**

Αυτοεξυπηρέτηση : Ναι

Βάδιση : Λίγο αργή

Ιστορικό Κατάγματος : Κανένα

**ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ :** Φυσιολογικό

**ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :**

Επικοινωνία : Προφορική

**ΝΕΥΡΙΚΟ :** Φυσιολογικό

Επίπεδο συνείδησης : Προσανατολισμένος (τόπο- χρόνο- πρόσωπα)

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ :**

Κάπνισμα : Ναι

Χρήση οινόπνεύματος : Όχι

Ύπνος(ώρες ανά 24ωρο) : 8 ώρες

Ζει : με τον άντρα και τα παιδιά της

**ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ :**

Έγγαμη : Ναι

Τέκνα : 3

Σχέση με την οικογένεια της : Υποστηρικτική

Οικονομική κατάσταση : Μέτρια

**ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΕΙ :** Κανένα

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ- ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ**

<b>Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Νοσηλευτικές παρεμβάσεις</b>	<b>Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων</b>
<p>Η ασθενής παρουσιάζει άγχος που σχετίζεται με την εγχείρηση που θα κάνει και τον κίνδυνο της εγχείρησης.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Το άγχος της να έχει αντιμετωπιστεί μέσα σε λίγη ώρα.</li> <li>• Η ασθενής να εξωτερικεύει τους φόβους της για την απώλεια των ωοθηκών.</li> <li>• Εφαρμογή μέτρων για την μείωση του άγχους.</li> <li>• Το οικογενειακό περιβάλλον της να μπορεί να την</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει προσανατολισμός του αρρώστου στο περιβάλλον του νοσοκομείου, μηχανήματα, διαδικασίες.</li> <li>• Να δοθεί βεβαίωση ότι το προσωπικό είναι πολύ κοντά στον άρρωστο.</li> <li>• Να γίνει ενθάρρυνση της ασθενής να</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε γνωριμία με το προσωπικό και ενημέρωση με τη διαδικασία της εγχείρησης.</li> <li>• Η ασθενής μπορεί και εκφράζει τους φόβους της που προκαλούν το άγχος.</li> <li>• Η ασθενής έχει επικοινωνία με το οικογενειακό περιβάλλον της</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Το άγχος της έχει ελαττωθεί, φαίνεται από την έκφραση μειωμένου άγχους και φόβου.</li> <li>• Έχει ήρεμη έκφραση προσώπου και κινήσεις σώματος.</li> <li>• Το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να την</li> </ul>

	στηρίζει.	εκφράζει τους φόβους της. ü Το οικογενειακό περιβάλλον της να βοηθάει στον προσανατολισμό της και να την ενθαρρύνει με την συνεχή υποστήριξη.	και εκφράζει τους φόβους και τις ανησυχίες της.	στηρίζει και να την βοηθά.
--	-----------	--	---	----------------------------

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ- ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ**

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>Η ασθενής παρουσιάζει κατακράτηση ούρων.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής να καταφέρει να ουρήσει.</li> <li>• Να αναζητηθούν σημεία και συμπτώματα επίσχεσης ούρων (παράπονα για ενοχλήματα στην υπερηβική περιοχή, διάταση ουρόχου κύστεως).</li> <li>• Να γίνει παρακολούθηση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει ενημέρωση ότι όταν αισθανθεί να ουρήσει να κάνει την προσπάθεια.</li> <li>• Να εξασφαλιστεί απομόνωση όταν επιθυμήσει να ουρήσει.</li> <li>• Να πάρει την θέση που την βοηθάει για να ουρήσει.</li> <li>• Να μειωθεί ο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε ενημέρωση και εξασφαλίστηκε απομονωμένο περιβάλλον.</li> <li>• Χορηγήθηκαν με εντολή γιατρού αναλγητικά για τον πόνο.</li> <li>• Άρχισε η καταμέτρηση του ισοζυγίου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής έχει κανονική ούρηση.</li> <li>• Δεν εκφράζει παράπονα για ενοχλήματα πληρότητας της κύστης.</li> <li>• Έχει φυσιολογικό ισοζύγιο προσλαμβανόμενα – αποβαλλόμενα νερά.</li> </ul>

	προσλαμβανόμενων – αποβαλλόμενων υγρών.	μετεγχειρητικός πόνος με αναλγητικά. ü Να γίνει καταμέτρηση ισοζύγιο.		
--	---	--	--	--

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ- ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ**

<b>Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Νοσηλευτικές παρεμβάσεις</b>	<b>Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων</b>
<p>Η ασθενής παρουσιάζει μετεγχειρητικό πόνο.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής να έχει ύφεση του πόνου - να σταματήσει να πονάει.</li> <li>• Να έχει σταθερά Ζ.Σ.</li> <li>• Η ασθενής να μπορεί να κάνει μικρές κινήσεις χωρίς να πονάει.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να χορηγηθούν αναλγητικά φάρμακα, με εντολή γιατρού.</li> <li>• Η ασθενής να περιγράψει τον πόνο που νιώθει και να τον προσδιορίσει βάση της κλίμακας βαθμολόγησης πόνου.</li> <li>• Να</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αξιολογούμε τον τύπο και την ποιότητα του πόνου κάθε 2 ώρες με την χρήση της κλίμακας βαθμολόγησης του πόνου (3-4).</li> <li>• Η ασθενής περιγράφει τον πόνο ότι είναι συνεχόμενος και οξύ.</li> <li>• Η ασθενής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής δεν πονάει.</li> <li>• Ο πόνος βαθμολογείτε μεταξύ 0-1 στην κλίμακα πόνου.</li> <li>• Η ασθενής έχει ήρεμη έκφραση προσώπου και θέση σώματος.</li> <li>• Τα ζωτικά σημεία σταθεροποιήθηκα ν Α.Π. 118/90, Σφίξεις 85/ λεπτό,</li> </ul>

		<p>παρατηρηθούν μη προφορικά σημεία πόνου.</p> <p>Û Λήψη Ζ.Σ. και εκτίμηση αυτών.</p>	<p>παρουσιάζει εφίδρωση, ωχρότητα και παρουσιάζει ανησυχία.</p> <p>Û Ζ.Σ. είναι Α.Π. 150/110, Σφίξεις 110/ λεπτό, Θερμοκρασία 37°C, Αναπνοές 20/ λεπτό.</p> <p>Û Χορηγήθηκαν αναλγητικά με εντολή γιατρού.</p>	<p>Θερμοκρασία 37°C, Αναπνοές 16/ λεπτό.</p> <p>Û Μπορεί να συμμετέχει στις δραστηριότητες που της ζητούνται.</p>
--	--	---	--	---

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ- ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ**

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>Η ασθενής παρουσιάζει ναυτία και κάνει εμετούς.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής να ανακουφιστεί από το αίσθημα της ναυτίας.</li> <li>• Να αντιμετωπιστεί η ναυτία.</li> <li>• Να σταματήσει τους εμετούς μέσα στην ημέρα .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να δώσουμε σωστή θέση στην ασθενή, το κεφάλι γυρισμένο προς τα αριστερά.</li> <li>• Να απομακρύνουμε δυσάρεστες οσμές και εικόνες από το περιβάλλον.</li> <li>• Να χορηγηθούν αντιεμετικά σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δόθηκε η σωστή θέση στην ασθενή.</li> <li>• Το δωμάτιο είναι καθαρό και ελεύθερο από οσμές.</li> <li>• Χορηγήθηκε ενέσιμο αντιεμετικό Primperan 10mg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής δεν έχει ναυτίες.</li> <li>• Η ασθενής σταμάτησε τους εμετούς.</li> <li>• Η ασθενής ήπια μια μικρή ποσότητα νερού.</li> </ul>



**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ- ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ**

<b>Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Νοσηλευτικές παρεμβάσεις</b>	<b>Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων</b>
<p>Η ασθενής παρουσιάζει αναιμία, λόγω της αυξημένης απώλειας αίματος κατά το χειρουργείο.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα ο αιματοκρίτης, ερυθρά αιμοσφαίρια, σίδηρος ορού.</li> <li>• Να αντιμετωπιστεί η αδυναμία που νιώθει η ασθενής λόγω της αναιμίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει εξέταση αίματος (έλεγχος αιματοκρίτη).</li> <li>• Να χορηγηθεί αίμα στην ασθενή με εντολή γιατρού.</li> <li>• Να ενημερωθεί για τη διατροφή που θα την βοηθήσει στην πρόσληψη σιδήρου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε γενική αίματος (Ht 28%)</li> <li>• Χορηγήθηκε 1 μονάδα αίμα συμβατό προς την ασθενή.</li> <li>• Η ασθενής ενημερώθηκε για την διατροφή της (μοσχαρίσιο κρέας, φακές, συκώτι, σπανάκι σε συνδυασμό με βιταμίνη C.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής δείχνει σημάδια βελτίωσης (ροδαλό δέρμα, δεν αισθάνεται κόπωση κ.α.).</li> <li>• Ο αιματοκρίτης της έχει ανέβηκε Ht 32,5%</li> <li>• Η ασθενής είναι σε θέση να ακολουθήσει μια σωστή διατροφή.</li> </ul>

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ- ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ**

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>Η ασθενής έχει μετεγχειρητικό άγχος.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής να καταφέρει να διαχειριστεί το άγχος της.</li> <li>• Να ενημερωθεί για την κατάσταση της μετά το χειρουργείο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει ενθάρρυνση της έκφρασης των συναισθημάτων της και των φόβων της.</li> <li>• Να ενημερωθεί η ίδια και οι οικείοι της για την εξέλιξη της κατάστασης.</li> <li>• Να εξασφαλιστεί ένα ήρεμο περιβάλλον.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε εμπύχωση και ενθάρρυνση της ασθενούς.</li> <li>• Η ασθενής ενημερώθηκε για την εξέλιξη της κατάστασής της (η εγχείρηση πήγε πολύ καλά και πως με την κατάλληλη φαρμακευτική θεραπεία το πρόβλημα θα αντιμετωπιστεί.</li> <li>• Εξασφαλίσαμε ένα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής έχει πιο ήρεμη έκφραση προσώπου και κάνει έχει ήρεμες κινήσεις σώματος.</li> <li>• Έχει την συνηθισμένη δυνατότητα αντίληψης και συνύπαρξης με άλλους.</li> </ul>

			ήρεμο περιβάλλον.	
--	--	--	-------------------	--

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ- ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ**

<b>Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Νοσηλευτικές παρεμβάσεις</b>	<b>Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων</b>
<p>Η ασθενής αντιμετωπίζει διαταραχή αντίληψης εαυτού που οφείλεται σε αίσθημα απώλειας της θηλυκότητας και της ερωτικής ελκυστικότητας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Û Η ασθενής να προσαρμοστεί στις αλλαγές της σωματικής της λειτουργίας.</li> <li>Û Να έχει αυτοεκτίμηση.</li> <li>Û Να δείχνει ενδιαφέρον για την εμφάνιση της και να αναπτύξει συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητές.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Û Ενημερώνουμε για τις φυσιολογικές αλλαγές που θα παρατηρήσει στο σώμα της (απουσία εμμήνου ρήσεως, αύξηση βάρους, κίνδυνος για κατάγματα κ.α.)</li> <li>Û Εφαρμογή μέτρων για την υποβοήθηση της ασθενούς στην αποκατάσταση της αυτοεκτίμησης της (ενθαρρύνουμε τα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Û Ενημερώθηκε για τις αλλαγές που θα προκύψουν στο σώμα της.</li> <li>Û Εφαρμόστηκαν τα μέτρα για την αποκατάσταση της αυτοεκτίμησης της ασθενούς.</li> <li>Û Η ασθενής έχει την υποστήριξη από τους οικείους της. Ολιγόωρες επισκέψεις από αγαπημένους της ανθρώπους.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Û Η ασθενής αρχίζει να προσαρμόζεται στις μεταβολές της σωματικής λειτουργίας.</li> <li>Û Εκφράζει αισθήματα αυτοεκτίμησης και σεξουαλικής επάρκειας.</li> <li>Û Έχει ενεργό ενδιαφέρον για την προσωπική της εμφάνιση και συμμετοχή στις</li> </ul>

		<p>θετικά σχόλια για τον εαυτό της, εντοπισμός αποθεμάτων ψυχικών δυνάμεων, αποθαρρύνουμε την αρνητική αυτοκριτική).</p> <p>• Να ενθαρρύνουμε τις επισκέψεις και την υποστήριξη από το μέρος των οικείων.</p>		<p>καθημερινές δραστηριότητες.</p>
--	--	---	--	------------------------------------

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ- ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ**

<b>Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς</b>	<b>Αντικειμενικοί σκοποί</b>	<b>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Νοσηλευτικές παρεμβάσεις</b>	<b>Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων</b>
<p>Η ασθενής έχει έλλειμμα γνώσεων σχετικά με την παρακολούθηση έξω από το νοσοκομείο.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει ενημέρωση για την χειρουργική εμμηνόπαυση.</li> <li>• Να εκπαιδευτεί στη λήψη και την δοσολογία της φαρμακευτικής αγωγής.</li> <li>• Να ενημερωθεί για τυχόν επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να τονιστούν οι εξηγήσεις του γιατρού για τις πιθανές συνέπειες (εξάψεις, αύξηση της τριχοφυΐας, ελάττωση των κολπικών εκκρίσεων, αύπνια, αίσθημα παλμών, κατάθλιψη).</li> <li>• Να γίνει ενημέρωση για τις παρενέργειες(κεφαλαλγίες, ναυτία, κ.α.), την δοσολογία και την</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δόθηκαν πληροφορίες για τις πιθανές ψυχοσωματικές συνέπειες του συγκεκριμένου χειρουργείου.</li> <li>• Η ασθενής ενημερώθηκε για την σωστή λήψη των φαρμάκων και τις πιθανές παρενέργειες αυτών.</li> <li>• Είναι σε θέση να</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής έχει κατανοήσει τις συνέπειες της χειρουργικής εμμηνόπαυσης.</li> <li>• Έχει κατανοήσει τη δοσολογία και τη σημασία της ορθής λήψης της φαρμακευτικής αγωγής.</li> <li>• Η ασθενής αναγνωρίζει σημεία και</li> </ul>

	<p>Û Να ενημερωθεί για την σεξουαλική δραστηριότητα που μπορεί να έχει μετά το συγκεκριμένο χειρουργείο.</p>	<p>σημασία της ορθής λήψης των φαρμάκων που έχουν συστηθεί.</p> <p>Û Να αναγνωρίζει σημεία και συμπτώματα που μπορεί να προκύψουν (δύσσομες κοιλικές εκκρίσεις, έντονη αιμορραγία από τον κόλπο, δυσφορία, έντονη κατάθλιψη κ.α.).</p> <p>Û Να ενημερωθεί για τη βελτίωση της σεξουαλικής της λειτουργίας.</p>	<p>αναγνωρίζει τα συμπτώματα μιας επιπλοκής.</p> <p>Û Ενημερώθηκε για το μπορεί να βελτιώσει την σεξουαλική της δραστηριότητα (ορμονική υποκατάσταση, χρήση λιπαντικών)..</p>	<p>συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στον γιατρό της.</p> <p>Û Γνωρίζει τους τρόπους για την συνέχιση της σεξουαλικής της δραστηριότητας.</p>
--	--	--	---	---

#### **7.4.2 Μελέτη 2<sup>ης</sup> περίπτωσης ασθενής μετά από ολική υστερεκτομή.**

##### **ΙΑΤΡΙΚΟ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Όνοματεπώνυμο ασθενούς : Μ. Β.

Όνομα Πατρός : Κ. Β.

Φύλο : Θήλυ

Ηλικία : 42 ετών

Τόπος Γέννησης : Μυτιλήνη

Τόπος Κατοικίας : Μυτιλήνη

Επάγγελμα : Αγρότισσα

Ασφαλιστικός Φορέας : ΟΓΑ

Οικογενειακή Κατάσταση : Άγαμη

Τέκνα : Κανένα

Αριθμός Προηγούμενων εισαγωγών : Μία

Ημερομηνία Εισαγωγής : 21/1/14

Διάγνωση Εισαγωγής : Μητρορραγία

Πηγή Ιστορικού : Ο ίδιος ο ασθενής

Ασθενής ονόματι Μ. Β. 42 ετών, εισήλθε στο τμήμα των εξωτερικών ιατρείων συνοδεία των γονέων της μετά από αναφερόμενο κοιλιακό άλγος και αιμορραγία γενετικού συστήματος. Η ασθενής αναφέρει συνεχόμενα αιμορραγικά επεισόδια στα οποία δεν έδινε σημασία εδώ και 8 μήνες, επίσης αναφέρει αυξημένη ποσότητα αίματος κατά την διάρκεια της έμμηνου ρύσεως. Κατόπιν κλινικής εξέτασης και διαγνωστικού ελέγχου (εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφικός έλεγχος, κολπικός υπέρηχος κ.ά.) ανακαλύφθηκαν πολλαπλοί πολύποδες και αυξημένο μέγεθος μήτρας. Η ασθενής εισήχθη στην χειρουργική κλινική για περαιτέρω εκτίμηση.

##### **ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

Ημερομηνία Εισόδου : 21/1/2014

Ωρα Παραλαβής : 10:00 πμ.

Είδος Εισαγωγής : Έκτακτη

Τρόπος Μεταφοράς : Καρότσι

Συνοδεύεται από : Οικογένεια

Τις πληροφορίες δίνει : Ο ίδιος ο ασθενής



## **ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ**

Αλλεργίες : Xylocaine

Λοιμώδη Νοσήματα : κανένα

Χρόνια Νοσήματα : κανένα

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-αιτία εισαγωγής : αφαίρεση κύστης

## **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Μητέρα με σακχαρώδη διαβήτη και κύφωση Σ.Σ.

Πατέρας με καρδιαγγειακά προβλήματα

## **ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Πιθανή διάγνωση εισόδου : Αιμορραγία γενετικού συστήματος

Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή :

- Κοιλιακός πόνος
- Αιμορραγία

Ζωτικά Σημεία :

- Αρτηριακή Πίεση = 145/110 mmHg
- Σφίξεις = 70 σφίξεις
- Θερμοκρασία = 36,9 °c
- Αναπνοές = 25/min

## **ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ**

### **ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΟΡΓΑΝΑ**

Ομιλία : καλή

Όραση : καλή

Ακοή : καλή

ΔΕΡΜΑ : Ερυθρό

### **ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ :**

Αναπνοή : Ταχύπνοια

Βήχας : δεν βήχει

### **ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ :**

Καρδιακός Ρυθμός : ρυθμικός

### **ΠΕΠΤΙΚΟ :**

Δίαιτα : ελεύθερη

Όρεξη : φυσιολογική  
Κένωση Εντέρου : φυσιολογική  
ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ : φυσιολογικό  
ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ :  
Αυτοεξυπηρέτηση : ναι  
Βάδιση : κανονική  
Ιστορικό Κατάγματος : δακτύλων  
ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ : φυσιολογικό  
ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :  
Επικοινωνία : προφορική  
ΝΕΥΡΙΚΟ : φυσιολογικό  
Επίπεδο συνείδησης : προσανατολισμένη (τόπο- χρόνο- πρόσωπα)

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ :**

Κάπνισμα : όχι  
Χρήση οινόπνεύματος : ναι  
Είδος/ποσότητα : κρασί, 1 ποτήρι την ημέρα  
Ύπνος(ώρες ανά 24ωρο) : 7 ώρες  
Ενδιαφέροντα : τηλεόραση  
Ζει : με τους γονείς της

**ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ :**

Έγγαμη : όχι  
Τέκνα : κανένα  
Σχέση με την οικογένεια του : υποστηρικτική/συναισθηματική  
Οικονομική κατάσταση : μέτρια

**ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΕΙ :**

Είδος : ουδέν

**ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ**

Κλινική περίπτωση: Η Μ. Β. 42 ετών, έκανε πριν λίγη ώρα χειρουργική επέμβαση υστερεκτομής για πολλαπλούς πολύποδες, μητρορραγία και αυξημένο μέγεθος μήτρας, το οποίο προκαλούσε κοιλιακό πόνο. Στην ασθενή χορηγούνται 1000 ml φυσιολογικού ορού,

φέρει ουροκαθετήρα, επικάλυμμα στη περιοχή της κοιλιάς και αντλία αναλγησίας, ελεγχόμενης απ τον ασθενή (PCA), η οποία περιέχει μορφίνη. Τα ζωτικά της σημεία είναι: Α.Π.: 138/82, Σφύξεις: 86/λεπτό, Αναπνοές:16 και θερμοκρασία 36,8C.

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>Πόνος και δυσφορία που σχετίζονται με την εγχείρηση και συγκεκριμένα την επέμβαση στην κοιλιά. Πόνος επιπέδου 7/10 στην κλίμακα πόνου (υποκειμενική αξιολόγηση).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να μειωθεί η ένταση του πόνου.</li> <li>• Να εξαλειφθεί ο πόνος.</li> <li>• Να προληφθούν επιπλοκές.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση του άγχους ώστε να απαιτούνται λιγότερα αναλγητικά.</li> <li>• Αξιολόγηση του πόνου.</li> <li>• Πρόληψη φλεβικής στάσης με αλλαγή θέσης και εξασφάλιση άνεσης.</li> <li>• Έλεγχος της ούρησης διότι η διάταση της κύστης μπορεί να προκαλέσει αύξηση πόνου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξηγήθηκαν στον ασθενή πώς να χρησιμοποιεί την αντλία PCA.</li> <li>• Δε χρειάστηκε η επιπλέον χορήγηση αναλγητικής αγωγής.</li> <li>• Αξιολογούμε τον τύπο και την ποιότητα του πόνου κάθε 3 με 4 ώρες με την χρήση της κλίμακας βαθμολόγησης πόνου.</li> <li>• Έγινε αλλαγή θέσης και υποστήριξη με μαξιλάρια για την</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η αναλγησία που παρέχει η αντλία είναι ικανοποιητική και ανακουφίζει απ τον πόνο.</li> <li>• Ο πόνος βαθμολογείται μεταξύ 1-2 στην κλίμακα πόνου.</li> <li>• Η μορφίνη είναι ένα οπιοειδές αναλγητικό και ασκεί δοσο-εξαρτώμενη αναλγητική δράση. Μπορεί να επηρεάσει την</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Απουσία διάτασης της κύστης. Ο καθετήρας παρέχει διαυγή ούρα.</li> <li>• Έλεγχος αντλίας μορφίνης που συνοδεύει την ασθενή από το χειρουργείο.</li> <li>• Χορήγηση επιπλέον αναλγητικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</li> </ul>	<p>επίτευξη άνεσης.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξασφαλίσθηκε ήσυχο και σκοτεινό περιβάλλον για ανάπαυση και ύπνο.</li> <li>• Παρακολουθούμε για παρενέργειες των αναλγητικών κυρίως στην αναπνευστική συχνότητα.</li> <li>• Ελέγχτηκε η βατότητα του καθετήρα προκειμένου να αποφευχθεί η διάταση της κύστεως.</li> </ul>	<p>ψυχοκινητική συμπεριφορά και να προκαλέσει, ανάλογα με τη δόση και την κατάσταση του ασθενούς, καταπραϊντική δράση ή διέγερση. Επίσης μειώνει τον τόνο και τον περισταλτισμό των επιμήκων λείων μυϊκών ινών και αυξάνει τον τόνο των κυκλωτερών ινών, προκαλώντας επομένως</p>
--	--	---	---	---

				σπασμό των σφιγκτήρων.
--	--	--	--	---------------------------

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>Πιθανότητα αιμορραγίας/Κίνδυνος για έλλειμμα όγκου υγρών σχετιζόμενος με δυνητική αιμορραγία.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τα ζωτικά σημεία να παραμένουν σταθερά χωρίς σημεία καταπληξίας ή αιμορραγίας.</li> <li>• Να προληφθεί αιμορραγία.</li> <li>• Να προληφθούν επιπλοκές. Κίνδυνος για έλλειμμα όγκου υγρών σχετιζόμενος με δυνητική αιμορραγία.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συχνός έλεγχος Ζ.Σ.</li> <li>• Αποφυγή γρήγορου σφυγμού και πτώσης Α. Π. για πρόληψη καταπληξίας.</li> <li>• Παροχέτευση σε σημείο κάτω απ το επίπεδο ασθενούς.</li> <li>• Αποτροπή ενδοκοιλιακής αιμορραγίας λόγω της κοιλιακής υστερεκτομής.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε συχνή παρακολούθηση των Ζ.Σ. με βάση συγκεκριμένων μετεγχειρητικών πρωτόκολλων.</li> <li>• Τα Ζ.Σ. είναι σταθερά με Α.Π. 118/68, Σφύξεις 84 και Αναπνοές 16.</li> <li>• Έλεγχος του επικαλύμματος της τομής και αξιολόγηση της αιμορραγίας απ τον κόλπο.</li> <li>• Αξιολόγηση της</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η κοιλιά είναι μαλακή.</li> <li>• Οι εντερικοί ήχοι έχουν επιστρέψει.</li> <li>• Δεν υπάρχουν ενδείξεις κοιλιακής αιμορραγίας.</li> </ul>

			ενδοκοιλιακής αιμορραγίας ελέγχοντας για αυξημένη κοιλιακή περίμετρο, μειωμένους εντερικούς ήχους, αυξημένο κοιλιακό πόνο και σκληρότητα.	
--	--	--	---	--



Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>Η χειρουργική τομή προκαλεί πόνο κατά την εισπνοή/κίνδυνος για αναποτελεσματικό τύπο αναπνοής σχετιζόμενο με πόνο.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής να μην εμφανίσει σημεία ατελεκτασίας ή πνευμονίας.</li> <li>• Να έχει φυσιολογικό ψηθύρισμα σε όλα τα πνευμονικά πεδία.</li> <li>• Να μείνει ο ασθενής απύρετος.</li> <li>• Να προληφθούν επιπλοκές.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να εκπαιδευτεί σε ασκήσεις βαθιών αναπνοών και πως πρέπει να βήχει για να προληφθεί η ανάπτυξη ατελεκτασίας.</li> <li>• Η οικογένεια ή άλλα άτομα να παρέχουν ενθάρρυνση και υποστήριξη.</li> <li>• Να παρατηρηθούν τυχόν παθολογικοί ήχοι του</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βοηθήσαμε την ασθενή να χρησιμοποιήσει το σπιρόμετρο εξάσκησης της αναπνοής, να κάθεται, να παίρνει βαθιές ανάσες και να βήχει κάθε 2 ώρες όταν είναι ξύπνια. Εξηγήσαμε πως με ένα μαξιλάρι μπορεί να στηρίξει την τομή πριν και κατά τον βήχα.</li> <li>• Ζητήσαμε από οικογένεια ή άλλο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής είναι ικανή να παίρνει βαθιές αναπνοές καθώς και να βήχει ανά 2ωρο.</li> <li>• Η οικογένεια βοηθάει την ασθενή και την ενθαρρύνει να πραγματοποιεί αναπνευστικές ασκήσεις.</li> <li>• Οι αναπνευστικοί ήχοι είναι καθαροί άμφω, όλα τα Ζ.Σ. είναι φυσιολογικά.</li> </ul>

		<p>αναπνευστικού που μπορεί να αποτελούν σημείο ανάπτυξης επιπλοκών.</p> <p>• Λήψη ζωτικών σημείων.</p>	<p>άτομο να ενθαρρύνει την ασθενή και να της θυμίζουν να παίρνει βαθιές αναπνοές.</p> <p>• Ελέγχουμε και αναφέραμε μειωμένους ή απόντες αναπνευστικούς ήχους ή τρίζοντες.</p> <p>• Ζ.Σ. είναι Θ: 36,7 C, Α.Π. 120/72, Σφίξεις 80 και Αναπνοές 18.</p>	
--	--	---	---	--

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Κίνδυνος για λοίμωξη στην χειρουργική τομή	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής να μην εμφανίσει σημεία και συμπτώματα λοίμωξης κατά την έξοδο της απ το νοσοκομείο.</li> <li>• Να προληφθούν επιπλοκές.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να υπάρξει προφύλαξη της ασθενούς από παθογόνους μικροοργανισμούς.</li> <li>• Να γίνει έλεγχος στο σημείο της τομής για σημεία λοίμωξης.</li> <li>• Να τοποθετήσουμε καθαρό επικάλυμμα και στεγνό στην τομή για την πρόληψη επιμόλυνσης η οποία μπορεί να</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορηγήθηκαν αντιβιοτικά &lt;&lt;προφυλακτικά&gt;&gt;, σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού για την πρόληψη λοίμωξης.</li> <li>• Έγινε έλεγχος της τομής για σημεία ερυθρότητας, οιδήματος, εκροής υγρού, διαπύησης ή σκληρότητας.</li> <li>• Διατηρήσαμε το επικάλυμμα στεγνό και καθαρό.</li> <li>• Πραγματοποιήθηκαν άσηπτες τεχνικές για την αλλαγή των</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής ανέχεται τα φάρμακα.</li> <li>• Δεν υπάρχει έκκριμα στην τομή, οίδημα, σκληρία ή πυώδης παροχέτευση.</li> <li>• Το επικάλυμμα είναι στεγνό και καθαρό.</li> <li>• Ο αριθμός των λευκών είναι φυσιολογικός και είναι άπύρετη.</li> <li>• Η κοιλιά είναι</li> </ul>

		<p>οδηγήσει σε λοίμωξη.</p> <p>Û Να γίνει έλεγχος για κακοσμία και πυώδη έκκριση.</p> <p>Û Να γίνει έλεγχος για ευαισθησία, οίδημα, έκκριμα, αυξημένη ερυθρότητα και μειωμένη εντερικοί ήχοι είναι αποτελούν σημεία ενδοκοιλιακής λοίμωξης.</p> <p>Û Να γίνει λήψη αίματος για εξέταση γενικής αίματος.</p> <p>Û Να γίνει λήψη</p>	<p>επιθεμάτων.</p> <p>Û Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων είναι φυσιολογικός 11.000 /mm<sup>3</sup>.</p> <p>Û Η ασθενής είναι απύρετη θερμοκρασία 37° C.</p> <p>Û Αξιολογήσαμε την κοιλιά για σημεία λοίμωξης ,αύξηση πόνου, εντοπισμένη ευαισθησία, οίδημα, αυξημένη ερυθρότητα γύρω απ τα χείλη του τραύματος, μειωμένους εντερικούς ήχους.</p>	<p>μαλακή και οι εντερικοί ήχοι είναι παρόντες, δεν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα λοίμωξης.</p>
--	--	--	---	--

		θερμοκρασίας.		
--	--	---------------	--	--

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>Πιθανή δημιουργία θρόμβων λόγω μειωμένης δραστηριότητας/κίνδυνος για βλάβη σχετιζόμενος με την πιθανότητα θρομβοφλεβίτιδας από κλινοστατισμό και κοιλιοπυελική χειρουργική επέμβαση.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής να μην εμφανίσει σημεία θρομβοφλεβίτιδας κατά την έξοδο της απ το νοσοκομείο.</li> <li>• Να προληφθούν επιπλοκές.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει πρόληψη θρόμβων μέσω έγκαιρης κινητοποίησης.</li> <li>• Να προσληφτεί η στάση του αίματος μέσω ασκήσεων των άκρων.</li> <li>• Η ασθενής να κάνει χρήση ελαστικών καλτσών για πρόληψη της φλεβικής στάσης.</li> <li>• Να υπαρξει</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενθαρρύνουμε για πρόωμη κινητοποίηση και εξηγήσαμε τα πλεονεκτήματα της βάδισης.</li> <li>• Αξιολογήσαμε τις ασκήσεις των κάτω άκρων ανά 2ωρο.</li> <li>• Παρακολουθήσαμε τις φλέβες των κάτω άκρων σε κάθε βάρδια.</li> <li>• Ενθαρρύνουμε για λήψη υγρών απ' το στόμα μόλις επιτραπεί.</li> <li>• Παρακολουθήσαμε τα κάτω άκρα για θετικό σημείο Homan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής πραγματοποιεί τις ασκήσεις των κάτω άκρων κάθε 2 ώρες, εφόσον είναι ξύπνια και μπορεί να κινείται.</li> <li>• Η συμπίεση των φλεβών λειτουργεί κανονικά.</li> <li>• Η ασθενής δεν λαμβάνει τίποτα απ το στόμα και χορηγούνται</li> </ul>

		<p>μείωση της γλοιότητας του αίματος με επιπλέον υγρά.</p> <p>ü Να γίνει έλεγχος για θετικό σημείο Homan που υποδηλώνει ανάπτυξη θρομβοφλεβίτιδα ς.</p>		<p>υγρά ενδοφλεβίως.</p> <p>ü Το σημείο Homan είναι αρνητικό.</p>
--	--	---	--	---

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>Η ασθενής ανησυχεί για απώλεια της θηλυκότητάς της/διαταραγμένη εικόνα σώματος σχετιζόμενη με την αφαίρεση μήτρας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής μπορεί να εκφράσει τις ανησυχίες της σχετικά με την απώλεια της μήτρας πριν την έξοδο απ το νοσοκομείο.</li> <li>• Η ασθενής να αποδεχθεί την νέα εικόνα του σώματός της μέσα σε 3 μήνες.</li> <li>• Να μην υπάρχουν δείγματα κατάθλιψης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να αναπτυχθεί ένα εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας που επιτρέπει στην ασθενή να εκφράσει φόβους, συναισθήματα και ανησυχίες.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής έχει εκφράσει τις ανησυχίες της για την απώλεια της μήτρας και για το τι σημαίνει γι' αυτήν αυτό το γεγονός.</li> <li>• Η ασθενής έχει εκφράσει τα συναισθήματα της σχετικά με την σεξουαλικότητα της μετά την υστερεκτομή.</li> <li>• Έχουν εντοπιστεί τα πλεονεκτήματα και τα θετικά</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής είναι σε θέση να ανοίξει συζήτηση σχετικά με την εγχείρηση.</li> <li>• Εκφράζει τα συναισθήματά της.</li> </ul>



	<b>ΰ</b> Να επιστρέψει στις συνήθειες δραστηριότητές της.		αποτελέσματα μετά την υστερεκτομή και το γεγονός ότι δεν έχει αλλάξει σαν πρόσωπο.	
--	---	--	--	--

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>Ανησυχία ασθενούς σχετικά με διακοπή έμμηνου ρύσεως και τις μετέπειτα φαρμακευτικής αγωγής.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής να ακολουθήσει την φαρμακευτική της αγωγή.</li> <li>• Να αποφευχθούν ή έστω να μειωθούν τα εμμηνοπαυσιακά προβλήματα σε βάθος χρόνου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει συζήτηση και ανάλυση στην ασθενή για τις λειτουργίες του σώματος της και τις αλλαγές μετά την υστερεκτομή.</li> <li>• Να ενθαρρυνθεί στην έκθεση κάθε απορίας.</li> <li>• Να εκπαιδευτεί στην σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής μας εκφράζει κάθε της απορία ( φόβους, συναισθήματα, απορίες).</li> <li>• Χρησιμοποιήσαμε εικόνες για να εξηγήσουμε τα αποτελέσματα της έλλειψης των οιστρογόνων.</li> <li>• Προετοιμάσαμε την γυναίκα για τα εμμηνοπαυσιακά προβλήματα που θα αντιμετωπίσει ( εξάψεις, νυκτερινές εφιδρώσεις, ξηρότητα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η γυναίκα κατανόησε και συμβιβάστηκε με την ιδέα της πρόωρης εμμηνόπαυσης.</li> <li>• Έχει κατανοήσει τα νέα δεδομένα στην ζωή της.</li> <li>• Είναι πρόθυμη και ακολουθεί την φαρμακευτική της αγωγή.</li> <li>• Έχει καθορισμένο γυναικολόγο που εμπιστεύεται.</li> </ul>

			<p>κόλπου).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Συμβουλέψαμε την γυναίκα να συνεχίσει ομαλά την ζωή της ακολουθώντας την φαρμακευτική της αγωγή.</li><li>• Συστήσαμε εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης της εμμηνόπαυσης(βελονισμός, μασάζ, φυτοοιστρογόνα).</li><li>• Συμβουλέψαμε για συχνή επαφή με τον γυναικολόγο της.</li></ul>	
--	--	--	--	--

### **7.4.3 Μελέτη 3<sup>ης</sup> περίπτωσης ασθενής που υποβάλλεται σε ΧΜΘ λόγω καρκίνου ωοθηκών.**

#### **ΙΑΤΡΙΚΟ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Όνοματεπώνυμο ασθενούς : Ζ.Σ.

Όνομα Πατρός : Σ.Σ.

Φύλο : Θήλυ

Ηλικία : 48 ετών

Τόπος Γέννησης : Λάρισα

Τόπος Κατοικίας : Λάρισα

Επάγγελμα : Μαία

Ασφαλιστικός Φορέας : ΙΚΑ

Οικογενειακή Κατάσταση : Έγγαμη

Τέκνα : 3

Αριθμός Προηγούμενων εισαγωγών : Δύο

Ημερομηνία Εισαγωγής : 25/2/2013

Διάγνωση Εισαγωγής : ΧΜΘ - Αφαίρεση ωοθηκών

Πηγή Ιστορικού : Η ίδια η ασθενής

Ασθενής ονόματι Ζ.Σ. 48 ετών, εισήλθε στο τμήμα των εξωτερικών ιατρείων συνοδεία του συζύγου της για την πραγματοποίηση της 3<sup>ης</sup> ενδοφλέβιας θεραπείας. Η ασθενής αναφέρει πως αισθάνεται εξαντλημένη και εκφράζει φόβους για την εξέλιξη της κατάστασης της. Επιπλέον δυσκολεύεται στη λήψη τροφής και έχει ήπια ναυτία τον περισσότερο καιρό. Πραγματοποιήθηκαν γενική αίματος για να ελεγχτούν τα επίπεδα των λευκών αιμοσφαιρίων, ερυθρών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων. Η ασθενής εισήχθη στο τμήμα χημειοθεραπειών για την πραγματοποίηση της 3<sup>ης</sup> ενδοφλέβιας θεραπείας.

#### **ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

Ημερομηνία Εισόδου : 25/2/2013

Ώρα Παραλαβής : 9:00 π.μ.

Είδος Εισαγωγής : Τακτική

Τρόπος Μεταφοράς : Περιπατητική την στηρίζει ο σύζυγος

Συνοδεύεται από : Σύζυγο

Τις πληροφορίες δίνει : Η ίδια η ασθενής

## **ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ**

Αλλεργίες : Καμία

Λοιμώδη Νοσήματα : Κανένα

Χρόνια Νοσήματα : Κανένα

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-αιτία εισαγωγής :

- Αφαίρεση ωθηκών πριν 2 μήνες

## **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ :**

Μητέρα: Σάκχαρο

Πατέρας: Καρδιολογικό νόσημα

## **ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Ζωτικά Σημεία :

- Αρτηριακή Πίεση = 110/90 mmHg
- Σφίξεις = 73 σφίξεις
- Θερμοκρασία = 36,7 °c
- Αναπνοές = 20/min

## **ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ**

ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΟΡΓΑΝΑ

Ομιλία : Καλή

Όραση : Καλή

Ακοή : Καλή

ΔΕΡΜΑ : Ωχρο

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ :

Αναπνοή : Κανονική

Βήχας : δεν βήχει

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ :

Καρδιακός Ρυθμός : ρυθμικός

ΠΕΠΤΙΚΟ :

Δίαιτα : Ελεύθερη

Όρεξη : Μειωμένη

Κένωση Εντέρου : Φυσιολογική

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ : Φυσιολογική

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ :

Αυτοεξυπηρέτηση : Μερική

Βάδιση : Λίγο αργή

Ιστορικό Κατάγματος : Κανένα

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ : Φυσιολογικό

ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :

Επικοινωνία : Προφορική

ΝΕΥΡΙΚΟ : Φυσιολογικό

Επίπεδο συνείδησης : Προσανατολισμένος (τόπο- χρόνο- πρόσωπα)

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ :**

Κάπνισμα : Όχι

Χρήση οινόπνεύματος : Όχι

Ύπνος (ώρες ανά 24ωρο) : 12 ώρες

Ζει : Με τον άντρα και τα παιδιά της

**ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ :**

Έγγαμη : Ναι

Τέκνα : 3

Σχέση με την οικογένεια της : Υποστηρικτική

Οικονομική κατάσταση : Χαμηλή

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Χορήγηση χημειοθεραπείας/ Κίνδυνος για λοίμωξη σχετιζόμενος με καταστολή του ανοσοποιητικού.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής να παραμείνει ελεύθερη λοίμωξης.</li> <li>• Να της χορηγηθεί η θεραπεία.</li> <li>• Η ασθενής να εκπαιδευτεί στους σωστούς κανόνες υγιεινής.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει παρακολούθηση της ασθενούς για σημεία ανοσοκαταστολής.</li> <li>• Να γίνει λήψη Ζ.Σ.</li> <li>• Περιορισμός των αιτιών που προκαλούν λοίμωξη.</li> <li>• Να γίνει η χορήγηση φαρμάκων.</li> <li>• Να πραγματοποιηθεί αιματολογικός έλεγχος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε προσδιορισμός αριθμού λευκών αιμοσφαιρίων (5000/mm<sup>3</sup>).</li> <li>• Αρτηριακή Πίεση = 110/90 mmHg, Σφίξεις = 73 σφίξεις, Θερμοκρασία = 36,7 °C, Αναπνοές = 20/min</li> <li>• Έγινε αξιολόγηση για σημεία λοίμωξης π.χ. αύξηση θερμοκρασίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής εφαρμόζει σωστά τους κανόνες υγιεινής</li> <li>• Φυσιολογικά Ζ.Σ.</li> <li>• Ο αριθμός των επισκεπτών ελέγχετε.</li> <li>• Λαμβάνει επαρκής ποσότητα υγρών και τροφής.</li> <li>• Χορηγείται σωστά η φαρμακευτική αγωγή.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Περιορισμός επισκεπτών, υγιεινή των χεριών προλαμβάνει εξάπλωση λοιμώξεων.</li><li>• Ενθαρρύνουμε στη σωστή διατροφή και ενυδάτωση.</li><li>• Χορηγούμε τα φάρμακα σύμφωνα με τις οδηγίες.</li></ul>	
--	--	--	--	--



Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>Χορήγηση χημειοθεραπείας/ Κίνδυνος για βλάβη σχετιζόμενος με ελαττωμένη ικανότητα πήξης του αίματος.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής να μείνει ελεύθερη αιμορραγίας.</li> <li>• Να προληφθούν επιπλοκές</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει παρακολούθηση τιμής αιμοπεταλίων.</li> <li>• Να γίνει πρόληψη – αποφυγή αιτιών που μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία (γαστρεντερολογικό, στοματική κοιλότητα).</li> <li>• Να πραγματοποιηθεί λήψη αίματος για γενική εξέταση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ικανοποιητικός αριθμός αιμοπεταλίων 155.000 .</li> <li>• Έγινε χορήγηση μαλακτικού κοπράνων για πρόληψη διάτασης από τα κόπρανα και αιμορραγία.</li> <li>• Εφαρμόστηκε κατάλληλη στοματική υγιεινή, αποφυγή ουλορραγίας. Βούρτσισμα των δοντιών με μαλακή οδοντόβουρτσα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κανένα σημείο αιμορραγίας.</li> <li>• Σωστές τεχνικές στοματικής υγιεινής</li> </ul>

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>Ναυτία χωρίς όρεξη/ Μη ισορροπημένη διατροφή σχετιζόμενη με τη ναυτία, τους εμετούς και τη βλεννογονίτιδα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής να εκφράσει ανακούφιση από τη ναυτία.</li> <li>• Να είναι ικανή να φάει με την ελάχιστη δυσανεξία.</li> <li>• Η ασθενής να διατηρήσει το βάρος της.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει πρόληψη των έντονων οσμών του χώρου.</li> <li>• Να γίνει πρόληψη των εμέτων (χορήγηση αντιεμετικού).</li> <li>• Να πραγματοποιηθεί αξιολόγηση στόματος και βλεννογόνων που μπορεί να μειώσουν την χορήγηση τροφής.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Το δωμάτιο διατηρήθηκε καθαρό.</li> <li>• Χορήγηση αντιεμετικών 45 λεπτά πριν από τα γεύματα.</li> <li>• Έγινε χρήση τεχνικών απόσπασης της προσοχής, διαλογισμού και χαλάρωσης.</li> <li>• Δόθηκαν συχνά μικρά γεύματα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βλεννογόνοι ερεθισμένοι, αλλά ακέραιοι.</li> <li>• Η ασθενής τράφηκε με μικρά γεύματα.</li> <li>• Η ασθενής δεν έκανε εμετούς.</li> </ul>

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>Απώλεια μαλλιών λόγω χημειοθεραπείας / Διαταραγμένη εικόνα σώματος σχετιζόμενη με την αλωπεκία και την απώλεια βάρους.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής πρέπει να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα του σώματος του εντός 3 εβδομάδων.</li> <li>• Να ενθαρρυνθεί στην βελτίωση της εικόνας της εικόνας της.</li> <li>• Να μείνει στα φυσιολογικά της κιλά.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να δώσουμε ενθάρρυνση για τη διατήρηση της αίσθησης του χιούμορ</li> <li>• Να ενθαρρύνουμε για έκφραση των συναισθημάτων και για εστίαση στις δυνάμεις που έχει.</li> <li>• Να προσλαμβάνονται οι απαραίτητες θερμίδες ημερησίως.</li> <li>• Να γίνει αξιολόγηση των</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δόθηκε διαβεβαίωση ότι η τριχοφυΐα θα επανέλθει.</li> <li>• Η ασθενής κάνει χρήση σκούφου, μαντιλιού κεφαλής και μολυβιού φρυδιών.</li> <li>• Η ασθενής εκφράζει τα συναισθήματα της.</li> <li>• Υπάρχει σχέση εμπιστοσύνης .</li> <li>• Η ασθενής έχει σωστό</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν εμφανίζει μεγάλη απώλεια μαλλιών, χρήση μαντίλα κεφαλής.</li> <li>• Η ασθενής αισθάνεται άνετα με την εικόνα της.</li> <li>• Δεν εμφανίζει απώλεια βάρους.</li> </ul>

		πνευματικών αναγκών. ü Να δημιουργηθεί και να διατηρηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης.	διαιτολόγιο.	
--	--	---	--------------	--

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Έκφραση φόβου θανάτου / Φόβος σχετιζόμενος με τη διάγνωση του καρκίνου.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής να εκφράσει τους φόβους της .</li> <li>• Να αναπτύξει μηχανισμούς αντιμετώπισης της κατάστασης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να έχει παροχή βοήθειας και υποστήριξη με ενεργητική ακρόαση, ενστάλαξη ελπίδας σε κάποιο βαθμό.</li> <li>• Να γίνει αξιολόγηση των πνευματικών αναγκών της ασθενούς (επικοινωνία με ιερέα ή άλλους σύμφωνα με την επιθυμία της).</li> <li>• Ενθάρρυνση της έκφρασης και αναγνώρισης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής μπορεί να εκφραστεί και να αναγνωρίσει συγκεκριμένους φόβους της.</li> <li>• Η ασθενής εκφράζει τους φόβους της στο νοσηλευτικό και στο οικογενειακό της περιβάλλον, γίνεται ένας θεραπευτικός διάλογος (συζητώντας με τα κατάλληλα άτομα, βρίσκει απαντήσεις στα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εκφράζει τους φόβους, κάνει το ίδιο και με την οικογένεια.</li> <li>• Η ασθενής βοηθήθηκε και βρίσκει τρόπους αντιμετώπισης του φόβου.</li> <li>• Συνηθίζει να διαλογίζεται, ενθαρρύνεται να συνεχίσει.</li> </ul>

		συγκεκριμένων φόβων.	ερωτήματα της). <b>Û</b> Η ασθενής έρχεται σε συνάντηση με ιερέα.	
--	--	-------------------------	---	--

#### **7.4.4 Μελέτη 4<sup>ης</sup> περίπτωσης ασθενής που υποβάλετε σε ΧΜΘ λόγω χωριοκαρκίνωμα μήτρας.**

##### **ΙΑΤΡΙΚΟ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Όνοματεπώνυμο ασθενούς : Κ. Κ

Όνομα Πατρός : Μ. Κ

Φύλο : Θηλή

Ηλικία : 39 ετών

Τόπος Γέννησης : Μυτιλήνη

Τόπος Κατοικίας : Μυτιλήνη

Επάγγελμα : Ιδιωτική Υπάλληλος

Ασφαλιστικός Φορέας : ΙΚΑ

Οικογενειακή Κατάσταση : Έγγαμη

Τέκνα : Τέσσερα

Αριθμός Προηγούμενων εισαγωγών : Τέσσερις

Ημερομηνία Εισαγωγής : 27/1/14

Διάγνωση Εισαγωγής : ΧΜΘ - χωριοκαρκίνωμα μήτρας

Πηγή Ιστορικού : Η ίδια η ασθενής και η οικογένεια

Ασθενής ονόματι Κ. Κ. 39 ετών, εισήλθε στο τμήμα των εξωτερικών ιατρείων συνοδεία του άντρα της για την πραγματοποίηση της 5<sup>ης</sup> ενδοφλέβιας θεραπείας. Η ασθενής έχει ναυτίες και τάση για εμετό. Επιπλέον αντιμετωπίζει προβλήματα του γαστρεντερολογικού συστήματος. Πραγματοποιήθηκαν γενική αίματος για να ελεγχτούν τα επίπεδα των λευκών αιμοσφαιρίων, ερυθρών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων. (Αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων 5800/mm<sup>3</sup>, αριθμός ερυθρών αιμοσφαιρίων 4.200.00/mm<sup>3</sup> αριθμός αιμοπεταλίων 145.000). Η ασθενής εισήχθη στο τμήμα χημειοθεραπειών για την πραγματοποίηση της 5<sup>ης</sup> ενδοφλέβιας θεραπείας.

##### **ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

Ημερομηνία Εισόδου : 27/1/2014

Ωρα Παραλαβής : 10:00 πμ.

Είδος Εισαγωγής : Τακτική

Τρόπος Μεταφοράς : Περιπατητική

Συνοδεύεται από : Οικογένεια

Τις πληροφορίες δίνει : Η ίδια η ασθενής και η οικογένεια

### **ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ**

Αλλεργίες : Γύρη πεύκου

Λοιμώδη Νοσήματα : κανένα

Χρόνια Νοσήματα : κανένα

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-αιτία εισαγωγής : αφαίρεση κύστης, τοκετός

### **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Μητέρα με καρδιαγγειακά προβλήματα

Πατέρας με καρδιαγγειακά προβλήματα

### **ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Ζωτικά Σημεία :

- Αρτηριακή Πίεση = 90/70 mmHg
- Σφίξεις = 90 σφίξεις
- Θερμοκρασία = 36,7 °c
- Αναπνοές = 29/min

### **ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ**

ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΟΡΓΑΝΑ

Ομιλία : καλή

Όραση : καλή

Ακοή : καλή

ΔΕΡΜΑ : Ερυθρό

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ :

Αναπνοή : Ταχύπνοια

Βήχας : δεν βήχει

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ :

Καρδιακός Ρυθμός : ρυθμικός

ΠΕΠΤΙΚΟ :

Δίαιτα : ελεύθερη

Όρεξη : φυσιολογική

Κένωση Εντέρου : φυσιολογική

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ : φυσιολογικό

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ :



Αυτοεξυπηρέτηση : ναι

Βάδιση : κανονική

Ιστορικό Κατάγματος : κανένα

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ : φυσιολογικό

ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :

Επικοινωνία : προφορική

ΝΕΥΡΙΚΟ : φυσιολογικό

Επίπεδο συνείδησης : προσανατολισμένη (τόπο- χρόνο- πρόσωπα)

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ :**

Κάπνισμα : Όχι

Χρήση οινόπνεύματος : Όχι

Ύπνος(ώρες ανά 24ωρο) : 15 ώρες

Ζει : με τον σύζυγο και τα τέσσερα παιδιά τους

**ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ :**

Έγγαμη : ναι

Τέκνα : τέσσερα

Σχέση με την οικογένεια του : υποστηρικτική/συναισθηματική

Οικονομική κατάσταση : καλή

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Ναυτία και έμετος από την επίδραση των κυτταροστατικών στο κέντρο του εμετού.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να ελεγχθεί η ναυτία και ο εμετός.</li> <li>• Να προληφθούν επιπλοκές.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγηση αντιεμετικών προληπτικά, κατά και μετά τη θεραπεία, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</li> <li>• Αναπλήρωση απολεσθέντων υγρών και ηλεκτρολυτών και καλή ρύθμιση διαιτολογίου για την εξασφάλιση καλής θρέψης.</li> <li>• Μέτρηση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορηγήθηκαν αντιεμετικά φάρμακα μετά από ιατρική οδηγία</li> <li>• Τα ενδοφλέβια υγρά αυξήθηκαν με 1000cc N/S.</li> <li>• Γίνεται μέτρηση ισοζυγίου ανά οχτάωρο.</li> <li>• Τα γεύματα που παρέχονται είναι ξηρά και όχι λιπαρά και η ασθενής ενημερώθηκε για την καλή μάσηση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τα επεισόδια εμετού μειώθηκαν.</li> <li>• Το ισοζύγιο υγρών είναι σε φυσιολογικά επίπεδα και η ασθενής δεν είναι αφυδατωμένη.</li> <li>• Οι τροφές που της παρέχονται είναι ξηρές.</li> <li>• Η ασθενής δεν παραπονιέται ούτε παρουσιάζει</li> </ul>

		<p>προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και παρακολούθηση για πιθανή αιματουρία.</p> <p>Û Ενημέρωση του αρρώστου για την αλλαγή χρώματος των ούρων από ορισμένα φάρμακα σε κόκκινο ή κιτρινωπό ή έντονη οσμή, που θα είναι παροδική, για να μην ανησυχεί.</p> <p>Û Καλή μάσηση, γεύματα μικρά,</p>	<p>τους.</p> <p>Û Δόθηκαν αντιμικροβιακή γέλη στόματος και δόθηκαν οδηγίες για την χρήση της.</p> <p>Û Η ασθενής μας παράθεσε τους φόβους της.</p>	<p>δυσοσμία στόματος.</p> <p>Û Η ασθενής δείχνει ήρεμη και εξοικειωμένη με το περιβάλλον του νοσοκομείου.</p>
--	--	--	--	---

		<p>όχι λιπαρά και ζεστά. Καθαρό περιβάλλον χωρίς μυρουδιές, διότι προκαλούν έμετο.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Φροντίδα στόματος ιδιαίτερα μετά τον έμετο.</li><li>• Ανάπαυση τουλάχιστον 2ωρο μετά το γεύμα.</li><li>• Ξηρές τροφές - κράκερς, φρυγανιά απορροφούν τα υγρά του στομάχου και βοηθούν να ηρεμίσει.</li><li>• Ψυχολογική υποστήριξη, διότι</li></ul>		
--	--	--	--	--

		μερικοί άρρωστοι στη σκέψη έναρξης θεραπείας ή εισαγωγής στο νοσοκομείο παρουσιάζουν ναυτία ή έμετο.		
--	--	--	--	--

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>Διάρροια- δυσκοιλιότητα από την τοξική επίδραση της χημειοθεραπείας α) στα επιθηλιακά κύτταρα του λεπτού εντέρου με συνέπεια την καταστροφή τους και την κακή απορρόφηση του νερού και β) από την επίδραση τους στο αυτόνομο νευρικό σύστημα με αποτέλεσμα τη δυσκοιλιότητα.</p>	<p>Û Φυσιολογική κένωση εντέρου.</p>	<p>Û Να χρησιμοποιηθεί υδρική δίαιτα για να ξεκουραστεί το έντερο και αντιδιαρροϊκά φάρμακα σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Û Να αντικατασταθούν τα απολεσθέντων υγρά και ηλεκτρολύτες.</p> <p>Û Να δίνονται τροφή και υγρά σε θερμοκρασία</p>	<p>Û Δόθηκαν οδηγίες υδρικής διαίτας.</p> <p>Û Δόθηκαν αντιδιαρροϊκά φάρμακα.</p> <p>Û Τα υγρά αυξήθηκαν και χορηγήθηκαν ηλεκτρολύτες.</p> <p>Û Η ασθενής και ι συγγενείς ενημερώθηκαν για τις τροφές που πρέπει να αποφεύγονται.</p> <p>Û Η τοπική καθαριότητα</p>	<p>Û Η διάρροια- δυσκοιλιότητα τέθηκε υπό έλεγχο.</p> <p>Û Το ισοζύγιο υγρών είναι φυσιολογικό.</p> <p>Û Η παρουσία εντερικών ήχων είναι φυσιολογική.</p> <p>Û Απουσία εντερικού πόνου και μέλαινας κένωσης. Η ασθενής δεν παρουσιάζει</p>

		<p>μέτρια.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Πολύ ζεστά ή κρύα ερεθίζουν και κινητοποιούν το έντερο.</li> <li>• Αποφυγή ερεθιστικών τροφών και όσων προκαλούν αέρια.</li> <li>• Τοπική καθαριότητα για την πρόληψη ερεθισμού από τις κενώσεις.</li> <li>• Αποφυγή υποκλυσμών για την πρόληψη αιμορραγίας, διότι υπάρχει αιμορραγική τάση. Αυξημένη</li> </ul>	<p>τελείται απ την ίδια την ασθενή με επιμέλεια.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Υποβοηθάτε από το προσωπικό και από οικογένεια για να κινητοποιηθεί.</li> </ul>	<p>δυσφορία.</p>
--	--	--	---	------------------

		<p>κίνηση όσο είναι δυνατόν για την κινητοποίηση του εντέρου.</p> <p>Υπακτικά με ιατρική οδηγία.</p> <p>Παρακολούθηση για πιθανή μέλαινα κένωση</p>		
--	--	---	--	--



Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Ξηρότητα στόματος, στοματίτιδα-βλεννογονίτιδα από α) αναστολή της ανάπτυξης του επιθηλίου του στόματος και των σιελογόνων αδένων και β) την καταστολή του μυελού που αυξάνει την επιρρέπεια στις λοιμώξεις.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διατήρηση φυσιολογικού περιβάλλοντος στόματος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημέρωση του αρρώστου ότι τα φάρμακα αυτά προκαλούν τα πιο πάνω προβλήματα.</li> <li>• Να ληφθούν τροφές για την αύξηση σιέλου.</li> <li>• Φροντίδα στόματος πριν το γεύμα, βοηθά στην ύγρανση του στόματος. Εξασφάλιση ελκυστικών γευμάτων, που</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής ενημερώθηκε για την αιτιολογία του συμπτώματος.</li> <li>• Δόθηκαν περισσότερα υγρά per so και συμβουλές για πιπίλισμα πάγου ή τσίχλας ή κάποιου ζαχαρωτού</li> <li>• Εξασφαλίστηκε τροφή ελκυστική προς τον ασθενή, πλούσια σε λευκώματα και μαλακή και</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής δεν εμφανίζει ούτε παραπονιέται για ξηρότητα στόματος ή στοματίτιδα. Η τροφές που λαμβάνει ακολουθούν πιστά το διαιτολόγιο.</li> <li>• Η καλλιέργεια του επιχρίσματος είναι αρνητική.</li> </ul>

		<p>τόσο στη θέα όσο τη μυρουδιά τους προκαλούν έκκριση σιέλου. Φροντίδα χειλιών με επάλειψη κρέμας. Τροφή υδαρή, μαλακή, πλούσια σε λευκώματα. Αποφυγή ξινών, σκληρών και πολύ ζεστών, διότι ερεθίζουν. Ανακουφίζουν τα κρύα. Χρήση μαλακής βούρτσας δοντιών για την πρόληψη ερεθισμού και σε οξεία φάση</p>	<p>δόθηκαν οδηγίες για την δίαιτα που θα ακολουθεί.</p> <p>• Δόθηκαν αντιμικροβιακές κρέμες στόματος και οδηγίες για περιποίηση των χειλιών και του στόματος.</p> <p>• Λήφθηκε επίχρισμα απ το εσωτερικό του στόματος για εξακρίβωση ύπαρξης λοίμωξης.</p>	
--	--	--	--	--

		<p>(ελκώδη στοματίτιδα ) φροντίδα με γάζα ή τολύπιο βάμβακα. Γαργάρες με αραιό διάλυμα σόδας σε χαμομήλι είναι καταπραϋντικό. Χρήση αντισηπτικού ή τοπικού αναισθητικού για τον πόνο με ιατρική οδηγία. Συχνός έλεγχος του στόματος για παρουσία εξελκώσεων, ενημέρωση του</p>		
--	--	--	--	--

		γιατρού, καλλιέργεια επιχρίσματος για πιθανή μονιλίαση - καντιντίαση.		
--	--	---	--	--

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>Αλωπεκία (τριχόπτωση) από τη τοξική επίδραση των φαρμάκων στους θύλακες των τριχών.</p>	<p>• Να προετοιμαστεί ψυχολογικά η ασθενής και να βρεθούν αποδεχτεί μέθοδοι αντιμετώπισης της αλωπεκίας.</p>	<p>• Ψυχολογική προετοιμασία του αρρώστου για την αντιμετώπιση της αλωπεκίας. • Ενημέρωση του αρρώστου ότι το τριχωτό της κεφαλής θα μεγαλώσει κατά ή μετά τη θεραπεία με πιθανή μικρή αλλαγή χρώματος, αλλά καλύτερης ποιότητας καθώς και μεθόδων αντιμετώπισης στην περίοδο της</p>	<p>• Η ασθενής ήρθε σε επαφή με ψυχολόγο. • Ενημερώθηκε για τους τρόπους αντιμετώπισης και συμφιλιώθηκε με την χρήση μαντιλιού ή περούκας. • Δόθηκαν οδηγίες για την περιποίηση του τριχωτού.</p>	<p>• Η ασθενής δεν παρουσιάζει ψυχολογική φόρτιση για την ελάττωση του τριχωτού. • Χρησιμοποιεί μαντίλι είτε καπέλο. • Η περιποίηση του τριχωτού γίνεται απ την ίδια σύμφωνα με τις οδηγίες.</p>

		<p>θεραπείας( χρήση μαντηλιού, περούκας, καπέλου. Η περούκα μπορεί να γίνει έγκαιρα από τα δικά του μαλλιά) Σύσταση στον άρρωστο κατά τη θεραπεία να λούζεται με απαλό πρωτεϊνούχο σαμπουάν και αραιότερα. Να αποφεύγεται το βάψιμο των μαλλιών, στεγνωτήρα και βούρτσισμα με σκληρή τρίχα,</p>		
--	--	---	--	--

		διότι οι ενέργειες αυτές βλάπτουν επιπρόσθετα τις ρίζες των τριχών		
--	--	---	--	--

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Υπέρχρωση και αλλεργικές εκδηλώσεις δέρματος και φωτοφοβία από την τοξική επίδραση των φαρμάκων στο δέρμα και τα μάτια.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής να μην εμφανίσει περαιτέρω βλάβες στο δέρμα και να αντιμετωπιστεί η ήδη υπάρχουσα βλάβη.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημέρωση του αρρώστου ότι τα συμπτώματα θα είναι παροδικά.</li> <li>• Να δοθούν οδηγίες για χρήση ουδέτερου σαπουνιού και κρέμας σε ξηρότητα.</li> <li>• Να αποφεύγεται η έκθεση στον ήλιο και να χρησιμοποιούνται μαύρα γυαλιά για την φωτοφοβία.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής ενημερώθηκε για τις συνέπειες και την διάρκεια τους.</li> <li>• Δόθηκαν οδηγίες για χρήση κατάλληλων προϊόντων καθαρισμού του σώματος.</li> <li>• Ενημερώθηκε για την αποφυγή του ήλιου και την χρήση μέτρων προφύλαξης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η δυσφορία της ασθενούς είναι μειωμένη.</li> <li>• Παρατηρείται σταδιακή υποχώρηση συμπτωμάτων.</li> </ul>





**7.4.5 Μελέτη 5<sup>ης</sup> περίπτωσης ασθενής, που υποβάλλεται σε ΧΜΘ λόγω καρκίνου ωοθηκών.**

**ΙΑΤΡΙΚΟ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Όνοματεπώνυμο ασθενούς : Θ. Μ.

Όνομα Πατρός : Κ. Μ.

Φύλο : Θήλυ

Ηλικία : 48 ετών

Τόπος Γέννησης : Κρήτη

Τόπος Κατοικίας : Κρήτη

Επάγγελμα : Καθηγήτρια

Ασφαλιστικός Φορέας : ΙΚΑ

Οικογενειακή Κατάσταση : Έγγαμη

Τέκνα : 3

Αριθμός Προηγούμενων εισαγωγών : Δύο

Ημερομηνία Εισαγωγής : 18/2/2014

Διάγνωση Εισαγωγής : ΧΜΘ - Αφαίρεση ωοθηκών

Πηγή Ιστορικού : Η ίδια η ασθενής

Ασθενής ονόματι Θ. Μ. 48 ετών, εισήλθε στο τμήμα της αιματολογικής κλινικής συνοδεία της οικογένειας της για την πραγματοποίηση της 2<sup>ης</sup> ενδοφλέβιας θεραπείας. Η ασθενής φαίνεται φανερά ανήσυχη για την έκβαση των πραγμάτων. Επιπλέον παρουσιάζει αποστροφή προς το φαγητό και εμέτους. Πραγματοποιήθηκε λήψη αίματος όπου βρέθηκαν χαμηλά λευκά αιμοσφαίρια. Η ασθενής εισήχθη στο τμήμα ολοκλήρωσε την δεύτερη χημειοθεραπεία.

**ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

Ημερομηνία Εισόδου : 25/2/2013

Ωρα Παραλαβής : 9:00 πμ.

Είδος Εισαγωγής : Τακτική

Τρόπος Μεταφοράς : Περιπατητική την στηρίζει ο σύζυγος

Συνοδεύεται από : Σύζυγο

Τις πληροφορίες δίνει : Η ίδια η ασθενής

## **ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ**

Αλλεργίες : Καμία

Λοιμώδη Νοσήματα : Κανένα

Χρόνια Νοσήματα : Κανένα

Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο-αιτία εισαγωγής :

- Αφαίρεση ωοθηκών πριν 2 μήνες

## **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ :**

Μητέρα: Σάκχαρο

Πατέρας: Καρδιολογικό νόσημα

## **ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Ζωτικά Σημεία :

- Αρτηριακή Πίεση = 110/90 mmHg
- Σφίξεις = 73 σφίξεις
- Θερμοκρασία = 36,7 °c
- Αναπνοές = 20/min

## **ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ**

ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΟΡΓΑΝΑ

Ομιλία : Καλή

Όραση : Καλή

Ακοή : Καλή

ΔΕΡΜΑ : Ωχρο

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ :

Αναπνοή : Κανονική

Βήχας : δεν βήχει

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ :

Καρδιακός Ρυθμός : ρυθμικός

**ΠΕΠΤΙΚΟ :**

Δίαιτα : Ελεύθερη

Όρεξη : Μειωμένη

Κένωση Εντέρου : Φυσιολογική

**ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ :** Φυσιολογική

**ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ :**

Αυτοεξυπηρέτηση : Μερική

Βάδιση : Λίγο αργή

Ιστορικό Κατάγματος : Κανένα

**ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ :** Φυσιολογικό

**ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :**

Επικοινωνία : Προφορική

**ΝΕΥΡΙΚΟ :** Φυσιολογικό

Επίπεδο συνείδησης : Προσανατολισμένος (τόπο- χρόνο- πρόσωπα)

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ :**

Κάπνισμα : Όχι

Χρήση οινόπνεύματος : Όχι

Ύπνος (ώρες ανά 24ωρο) : 12 ώρες

Ζει : Με τον άντρα και τα παιδιά της

**ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ :**

Έγγαμη : Ναι

Τέκνα : 3

Σχέση με την οικογένεια της : Υποστηρικτική

Οικονομική κατάσταση : Χαμηλή

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Φόβος και άγχος για την έκβαση των πραγμάτων και την επιτυχία της θεραπείας.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής να μην παρουσιάζει φόβο και ανησυχία.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής να στηριχθεί ψυχολογικά από κυρίως από οικογενειακό περιβάλλον.</li> <li>• Να συμβουλευτεί ειδικό ψυχικής υγείας αν τα συμπτώματα είναι έντονα.</li> <li>• Να ακολουθήσει μαζί με την οικογένεια πρόγραμμα αποκατάστασης.</li> <li>• Να ενθαρρυνθεί να ακολουθήσει</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής και η οικογένεια έλαβαν οδηγίες και συμφώνησαν να έρθουν σε επαφή με ψυχολόγο.</li> <li>• Δόθηκαν οδηγίες για προγράμματα αποκατάστασης.</li> <li>• Η ασθενής παροτρύνθηκε να συνεχίσει την καθημερινή της ζωή με ευχάριστες ασχολίες.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής και η οικογένεια παρακολουθούν συνεδρίες με ψυχολόγο.</li> <li>• Ο φόβος και το άγχος σύμφωνα με την ασθενή και την οικογένεια έχουν μειωθεί.</li> <li>• Η ασθενής ξεκίνησε μαθήματα ζωγραφικής και yoga.</li> </ul>

		<p>τους ρυθμούς της καθημερινότητάς της με την λιγότερη δυνατή κούραση( δουλείες σπιτιού)</p> <p>ü Να παρακινηθεί να βρει κάποιο χόμπι( ζωγραφική, διάβασμα.)</p>		
--	--	---	--	--

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Υποθερμία λόγω δυσκολίας λήψης τροφής και ναυτίας.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής να λαμβάνει τις κατάλληλες θερμίδες καθημερινώς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να ελέγχει η ναυτία, ο εμετός, η δυσκαταποσία και ο πόνος.</li> <li>• Το άτομο να υποστηρίζεται ψυχολογικά στην έκβαση της κακοήθειας και στην ακτινοθεραπεία γιατί είναι παράγοντες που προκαλούν ανορεξία.</li> <li>• Να μην αναπτύσσεται αποστροφή προς το κρέας και να</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ασθενής αλλά και οικογένεια ενημερώθηκαν με προφορικές και γραπτές οδηγίες για το είδος της δίαιτας που θα ακολουθεί.</li> <li>• Η οικογένεια ενθαρρύνθηκε να στηρίζει ψυχολογικά το άτομο και να το στηρίζει στην λήψη επαρκούς και κατάλληλης τροφής.</li> <li>• Η θερμίδες μετριοούνται και</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής παρουσιάζει εμφανή αλλαγή διάθεσης (ανοδικό)</li> <li>• Έχει ανακτήσει 2 κιλά.</li> <li>• Σύμφωνα με την ίδια και την οικογένεια ακολουθούνται οι οδηγίες και τα γεύματα έχουν αυξηθεί.</li> </ul>

		<p>ενθαρρύνεται η ασθενής να προσλαμβάνει πρωτεΐνες από ψάρι, αυγά, τυρί και κρύο κοτόπουλο.</p> <p>Û Να ενθαρρύνεται η ξεκούραση μετά τα γεύματα και η αύξηση των δραστηριοτήτων (οι δραστηριότητες αυξάνουν την όρεξη).</p> <p>Û Να προσφέρονται μικρά γεύματα, πλούσια σε θερμίδες και πρωτεΐνες</p>	<p>σημειώνονται ανά 72 ώρες.</p> <p>Û Η ασθενής μετά από ιατρική οδηγία έλαβε τα κατάλληλα συμπληρώματα διατροφής.</p>	
--	--	---	--	--



		<p>(συμβολή και δαιτολόγου, αν χρειαστεί), κυρίως το πρωί λόγω αυξημένης όρεξης,</p> <p>ü Να μειωθεί η πρόσληψη υγρών (εκτός αν έχουν υψηλή θερμοδική αξία) μαζί με τα γεύματα για να μειωθεί ο πρόωρος κορεσμός με επακόλουθο τη μειωμένη πρόσληψη τροφής.</p> <p>ü Να μετρούνται οι θερμίδες κάθε 72</p>		
--	--	--	--	--

		ώρες και να χορηγούνται βιταμίνες και μεταλλικά άλατα, αν δοθεί εντολή.		
--	--	---	--	--

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης λόγω μειωμένης φυσική αντίσταση από υποθερμία και ουδετεροφιλία η οποία προέρχεται από την καταστολή του μυελού των οστών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής θα παραμείνει ελεύθερη λοίμωξης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να υπάρχει απουσία πυρετού και ρίγους.</li> <li>• Φυσιολογικές σφίξεις και φυσιολογικοί αναπνευστικοί ήχοι.</li> <li>• Τα ούρα να είναι διαυγή, χωρίς παράπονα για συχνουρία, έπειξη προς ούρηση και καύσος κατά την ούρηση.</li> <li>• Να υπάρχει απουσία ερυθρότητας, θερμότητας,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εκτιμήθηκαν και αναφέρθηκαν σημεία και συμπτώματα λοίμωξης.</li> <li>• Λήφθηκαν δείγματα (ούρα, κολπικά και στοματικά επιχρίσματα, πτύελα, αίμα) για καλλιέργεια σύμφωνα με τις εντολές.</li> <li>• Η ασθενής και η οικογένεια της εκπαιδεύτηκαν να αποφεύγουν μολυσματικούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής παρουσιάζει φυσιολογικό αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων και αρνητικά αποτελέσματα από τις καλλιέργειες.</li> <li>• Δεν παρουσίασε πυρετό ή αυξημένες σφίξεις.</li> </ul>

		<p>οιδήματος, πόνου και ασυνήθους εκροής υγρού σε οποιαδήποτε περιοχή του σώματος.</p> <p>• Απουσία επιδεινούμενης αδυναμίας και κόπωσης.</p> <p>• Να υπάρχει ο καλύτερος δυνατός αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων (σύμφωνα πάντα και με την χημειοθεραπεία).</p> <p>• 9 Τα αποτελέσματα των καλλιιεργειών</p>	<p>παράγοντες (κατοικίδια έξω απ το σπίτι, χρήση μάσκας σε δημόσια χώρο, καλή προσωπική και γενική υγιεινή.)</p> <p>• Η ασθενής συμβουλευτήκε να ελέγχει συχνά την θερμοκρασία της.</p> <p>• Δόθηκαν προφυλακτικά, αντιμικροβιακά φάρμακα.</p>	
--	--	---	--	--

		να είναι αρνητικά.		
--	--	--------------------	--	--

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Εμετός σαν αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να εξαλειφθούν ή να έστω να μειωθούν τα επεισόδια εμετού.</li> <li>• Να μην προκληθεί απέχθεια προς το φαγητό.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής να συγκρατεί τα κατάλληλα θρεπτικά στοιχεία που λαμβάνει απ την τροφή.</li> <li>• Να μην προκληθεί διάβρωση οισοφάγου.</li> <li>• Η όρεξη προς το φαγητό να μείνει αναλλοίωτη και μετά το πέρας της χημειοθεραπείας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής μείωσε τα υγρά και αύξησε της ξηρές τροφές.</li> <li>• Η συχνότητα των γευμάτων αυξήθηκε και η ποσότητά τους μειώθηκε,</li> <li>• Δόθηκαν αντιεμετικά φάρμακα.</li> <li>• Η ασθενής ενθαρρύνθηκε να τρώει φαγητά της αρεσκείας της.</li> <li>• Η ασθενής ετοιμάζει μόνη τα φαγητά που επιθυμεί.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής παρουσιάζει λιγότερα επεισόδια εμετού.</li> <li>• Δεν εμφανίζει απέχθεια προς το φαγητό.</li> </ul>

#### **7.4.6 Μελέτη 6<sup>ης</sup> περίπτωσης ασθενής με μετεμμηνοπαυσιακά προβλήματα.**

##### **ΙΑΤΡΙΚΟ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Όνοματεπώνυμο ασθενούς : Δ.Θ.

Όνομα Πατρός : Σ. Θ.

Φύλο : Θήλυ

Ηλικία : 55 ετών

Τόπος Γέννησης : Πάτρα

Τόπος Κατοικίας : Πάτρα

Επάγγελμα : Οικονομολόγος

Ασφαλιστικός Φορέας : Δημοσίου

Οικογενειακή Κατάσταση : Έγγαμη

Τέκνα : Κανένα

Αριθμός Προηγούμενων εισαγωγών : Καμία

Πηγή Ιστορικού : Η ίδια η ασθενής

Ασθενής ονόματι Δ.Θ., 55 ετών εισήλθε στο τμήμα Κλιμακτηρίου – Εμμηνόπαυσης των εξωτερικών ιατρείων, συνοδεία του συζύγου της, με αναφερόμενες αϋπνίες εδώ και 1 μήνα, έχει απώλεια ενδιαφέροντος και αίσθημα απογοήτευσης. Αναφέρει πως σε τυχαίο αιματολογικό έλεγχο που έκανε είχε αυξημένη χοληστερίνη. Πριν από ένα χρόνο είχε την τελευταία περίοδο.

##### **ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

Ημερομηνία : 25/7/2013

Ωρα : 9:00 π.μ.

Είδος επίσκεψης : Προγραμματισμένη

Τρόπος Μεταφοράς : Περιπατητική

Συνοδεύεται από : Σύζυγο

Τις πληροφορίες δίνει : Η ίδια η ασθενής

##### **ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ**

Αλλεργίες : Καμία

Λοιμώδη Νοσήματα : Κανένα

Χρόνια Νοσήματα : Κανένα

## **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ :**

Μητέρα: Θυρεοειδοπάθεια –υποθυρεοειδισμός

Πατέρας: Καρδιολογικό νόσημα

## **ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Ζωτικά Σημεία :

- Αρτηριακή Πίεση = 115/85 mmHg
- Σφίξεις = 78 σφίξεις
- Θερμοκρασία = 36,7 °c
- Αναπνοές = 18/min

## **ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ**

ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΟΡΓΑΝΑ

Ομιλία : Καλή

Όραση : Πρεσβυωπία

Ακοή : Καλή

ΔΕΡΜΑ : Ροδαλό

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ :

Αναπνοή : Κανονική

Βήχας : Δεν βήχει

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ :

Καρδιακός Ρυθμός : ρυθμικός

ΠΕΠΤΙΚΟ :

Δίαιτα : Ελεύθερη

Όρεξη : Μειωμένη

Κένωση Εντέρου : Φυσιολογική

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ : Φυσιολογικό

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ :

Αυτοεξυπηρέτηση : Μερική

Βάδιση : Κανονική

Ιστορικό Κατάγματος : Κανένα

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ : Θυρεοειδοπάθεια – υποθυρεοειδισμός



**ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :**

Επικοινωνία : Προφορική

ΝΕΥΡΙΚΟ : Φυσιολογικό

Επίπεδο συνείδησης : Προσανατολισμένος (τόπο- χρόνο- πρόσωπα)

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ :**

Κάπνισμα : Ναι

- 20 τσιγάρα καθημερινά

Χρήση οινοπνεύματος : Όχι

Ύπνος (ώρες ανά 24ωρο) : 8 ώρες

Ζει : Με τον άντρα της

**ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ :**

Εγγαμη : Ναι

Τέκνα : Κανένα

Σχέση με την οικογένεια της : Υποστηρικτική

Οικονομική κατάσταση : Μέτρια

**ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΕΙ :**

Είδος : T4 των 100 mg καθημερινά

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>Η ασθενής παρουσιάζει διαταραχές ύπνου.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να αντιμετωπίσει η ασθενής την αϋπνία μέσα στην εβδομάδα.</li> <li>• Η ασθενής να βρει τους καθημερινούς της ρυθμούς.</li> <li>• Να προληφθούν επιπλοκές.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να ενημερωθούμε για τον κύκλο ύπνος – εγρήγορση της ασθενούς και των συνηθειών ύπνου που την βοηθούν.</li> <li>• Να ενημερώσουμε για την διέγερση που προκαλούν καφέδες, τσάι, ποτά τύπου κόλα και αλκοόλ στο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής μας ενημέρωσε για τις συνήθειες της, την αποτρέπουμε να κοιμάται για 4 ώρες μετά το μεσημεριανό της.</li> <li>• Ενημερώθηκε για την διέγερση που προκαλούν ορισμένες ουσίες όταν καταναλώνονται και ειδικά αργά το απόγευμα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής, μετά από μια εβδομάδα, έχει ξανά βρει τον φυσιολογικό ρυθμό του κύκλου ύπνου - εγρήγορσης.</li> <li>• Έχει καθημερινές απογευματινές ασχολίες.</li> <li>• Εμφανίζει επαρκές επίπεδο συνείδησης.</li> <li>• Αναφέρει πως</li> </ul>

		<p>κεντρικό νευρικό σύστημα.</p> <p>Û Να ενημερώσουμε για τροφές που βοηθούν στον ύπνο (π.χ. ξηρούς καρπούς, τυρί, γάλα).</p> <p>Û Να διατηρεί τις συνήθειες που την διευκολύνουν και την βοηθούν στον ύπνο.</p> <p>Û Να κενώνει την κύστη πριν τον ύπνο, μειώνει τον κίνδυνο αφυπνίσεως.</p> <p>Û Να μειωθούν όσο είναι δυνατόν οι</p>	<p>Û Η ασθενής λαμβάνει πιο ελαφρύ βραδινό γεύμα.</p> <p>Û Εξασφαλίστηκαν οι απαραίτητες ανέσεις (ζέστη, δροσιά) πριν τον ύπνο.</p> <p>Û Η ασθενής έχει κενώσει την ουροδόχο κύστη της πριν τον ύπνο.</p> <p>Û Απομακρύνθηκαν από το δωμάτιο (τηλεόραση, ρολόι που κάνει θόρυβο) από το δωμάτιο της.</p> <p>Û Ήπιο απογευματινό περπάτημα ή κολύμπι βοηθούν στην ψυχολογική χαλάρωση.</p>	<p>νιώθει ξεκούραστη.</p>
--	--	---	---	---------------------------

		<p>ήχοι, φωτισμός στο δωμάτιο, κλείνουμε την τηλεόραση.</p> <p>ü Να ενθαρρύνουμε την συμμετοχή της σε διαφορές καθημερινές δραστηριότητες.</p> <p>ü Ο χώρος να αερίζεται καθημερινά.</p>	<p>ü Γίνεται καθημερινός αερισμός του δωματίου.</p>	
--	--	--	---	--

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>Η ασθενής αναφέρει πως είχε την τελευταία της περίοδο πριν από 1 έτος. Επιπλέον έχει υποθυρεοειδισμό.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει ένας πλήρης αιματολογικός έλεγχος.</li> <li>• Να πραγματοποιηθεί ένας πλήρης γυναικολογικός έλεγχος.</li> <li>• Να προληφθούν επιπλοκές.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει λήψη αίματος και να πραγματοποιηθεί ένας πλήρης αιματολογικός – ορμονικός έλεγχος (TSH, FSH, PRL, LH κ.α).</li> <li>• Να γίνει ενημέρωση για τη λήψη επιχρίσματος test ΠΑΠ.</li> <li>• Να γίνει ενημέρωση για το υπερηχογράφημα των έσω γενετικών οργάνων.</li> <li>• Αντιλαμβανόμαστε τα συναισθήματα της</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ht 37%, RBC 4.500.000/mm<sup>3</sup>, Hb 13g/dl, PLT 300.000/mm<sup>3</sup>. TSH 1,67U/ml, FT4 1,17ng/dl, FSH 40U/ml, LH 30U/ml, E<sub>2</sub> 25pg/ml.</li> <li>• Η ασθενής ούρησε -κένωση της ουροδόχου κύστεως- πριν την εξέταση.</li> <li>• Η γυναίκα κάθισε – ξαπλώνει στην ειδική</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τα επίπεδα των ορμονών παραπέμπουν σε μια μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα.</li> <li>• Το ίδιο και ο γυναικολογικός έλεγχος των έσω γενετικών οργάνων.</li> <li>• Ικανοποιητικά επίπεδα ορμονών θυρεοειδούς. Συνέχιση αγωγής καθημερινά.</li> </ul>

		<p>γυναίκα και τη βοηθάμε να τα αποβάλει.</p> <p>• Να γίνει ενημέρωση για την ψηλάφηση των γενετικών οργάνων.</p> <p>• Λήψη ζωτικών σημείων και εκτίμηση αυτών.</p>	<p>γυναικολογική πολυθρόνα (μπουμ).</p> <p>• Η ασθενής είναι ήρεμη και συνεργάζεται.</p> <p>• Έγινε η λήψη του test ΠΑΠ.</p> <p>• Τα ζωτικά σημεία είναι φυσιολογικά. Θ 36,7 °C, Σ 80, ΑΠ 110/80 mm Hg, αναπνοές 18/λεπτό.</p>	
--	--	---	--	--

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Υπερχοληστεριναιμία	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να μειωθούν τα επίπεδα των λιπιδίων στο αίμα μέσα σε 15 ημέρες.</li> <li>• Να προληφθούν επιπλοκές (καρδιαγγειακά προβλήματα, αρτηριοσκλήρυνση και καρδιαγγειακή νόσου).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνει λήψη αίματος για εργαστηριακό έλεγχο των επιπέδων ολικής χοληστερόλης, HDL, LDL, τριγλυκερίδια.</li> <li>• Να ενημερωθεί η ασθενής για το σωστό διαιτολόγιο (λαχανικά, φρούτα, τρόφιμα με μειωμένα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χοληστερίνη 300mg/dl, HDL 40mg/dl, LDL 200mg/dl, Τριγλυκερίδια 300mg/dl.</li> <li>• Η ασθενής ενημερώθηκε για την διατροφή που πρέπει να ακολουθήσει (λαχανικά ψάρι, πολλές φυτικές ίνες, να περιορίσει όσο το δυνατόν τροφές με υψηλά</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής ακολουθεί πρόγραμμα ισορροπημένης διατροφής πλούσιο σε φρούτα και λαχανικά.</li> <li>• Πραγματοποιεί καθημερινή 2 ώρη ήπια άσκηση.</li> <li>• Η ασθενής έχει ελαττώσει το κάπνισμα, σε 3 τσιγάρα ημερησίως.</li> <li>• Έχουμε μείωση</li> </ul>

		<p>λιπαρά κ.α.).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ü Να ενθαρρύνουμε την συμμετοχή της σε ένα πρόγραμμα καθημερινής άσκησης.</li> <li>ü Να ενημερωθεί για τις επιπτώσεις του καπνίσματος (καρδιαγγειακά νοσήματα).</li> <li>ü Να δοθεί φαρμακευτική αγωγή, να ενημερωθεί, εκπαιδευτεί στη σωστή λήψη της. Με εντολή</li> </ul>	<p>λιπαρά).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ü Η ασθενής θα ακολουθήσει καθημερινό πρόγραμμα γυμναστικής.</li> <li>ü Ενημερώθηκε για την επιβάρυνση που προκαλεί το κάπνισμα στην υγεία της.</li> <li>ü Δόθηκε φαρμακευτική αγωγή Crestor 20mg, 1χ1 για 2 μήνες.</li> <li>ü Να γίνει επανέλεγχος μετά από 2 μήνες.</li> </ul>	<p>της χοληστερίνης.</p> <p>Χοληστερίνη 220mg/dl, HDL 80mg/dl, LDL 180mg/dl, Τριγλυκερίδια 150mg/dl.</p>
--	--	---	---	--



		γιατρού.		
--	--	----------	--	--

Προβλήματα / Ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση / Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Απώλεια ενδιαφέροντος και απογοήτευση.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να απαλλαγεί από το αίσθημα απογοήτευσης.</li> <li>• Να αντιμετωπίσει την απογοήτευση.</li> <li>• Να ενθαρρύνουμε την ασθενή για εύρεση ασχολιών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να εφαρμοστούν μέτρα για την μείωση του αισθήματος της απογοήτευσης της ασθενούς ( να εντοπίσει τα θετικά στοιχεία της μέσης ηλικίας, να αναπτύξει ενδιαφέροντα, να συμβουλευτεί έναν κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής ενημερώθηκε για τα συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν στη μετεμνηνοπαυσιακή περίοδο, και οι τρόποι αντιμετώπισης αυτών (διατροφή, άσκηση, φαρμακευτική αντιμετώπιση).</li> <li>• Η ασθενής καθοδηγήθηκε να επισκεφτεί έναν ψυχολόγο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής έχει κατανοήσει την κατάσταση της.</li> <li>• Ακολουθεί ένα καθημερινό πρόγραμμα δραστηριοτήτων.</li> </ul>

		<b>ü</b> Να γίνει ενθάρρυνση και εμπύχωση της ασθενούς για απόκτηση ενδιαφερόντων.	<b>ü</b> Η ασθενής έχει αναπτύξει καθημερινές ασχολίες (κολύμπι, κηπουρική κ.α).	
--	--	--	--	--

## Συμπεράσματα

Η εμμηνόπαυση είναι μια σημαντική και αναπόφευκτη μεταβολή της φυσιολογικής γυναικείας βιολογικής πορείας, απασχόλησε και απασχολεί την επιστήμη από αρχαιοτάτων χρόνων. Ουσιαστικά, σηματοδοτεί την απαρχή μιας νέας περιόδου στη γυναικεία ζωή, της «εμμηνοπαυσιακής», το οριστικό τέλος των αναπαραγωγικών χρόνων και την αρχή της «φάσεως της υποστροφής».

Η εμμηνόπαυση φυσιολογικά εμφανίζεται μετά την ηλικία των 50 χρόνων. Αποτελείται από τρία στάδια:

α) Προεμμηνοπαυσιακό. Ξεκινά 3-5 χρόνια πριν την τελευταία περίοδο και διαρκεί μέχρι και ένα χρόνο μετά την τελευταία περίοδο, η γυναίκα μπορεί να έχει αρχίσει ήδη να έχει κάποια συμπτώματα.

β) Εμμηνοπαυσιακό. Η γυναίκα δεν έχει περίοδο για έναν ολόκληρο χρόνο. Δεν έχει πλέον ικανότητα να κάνει παιδιά.

γ) Μετεμμηνοπαυσιακό. Χαρακτηρίζεται από την απώλεια λειτουργικότητας των ωοθηκών που αποτελούν τα κυριότερα αναπαραγωγικά όργανα, με κύρια συνέπια την δραστική μείωση των οιστρογόνων. Από δω και πέρα αρχίζει για τη γυναίκα ο κίνδυνος για την υγεία της γυναίκας. Σε πολλές γυναίκες η ελαττωμένη παροχή των γεννητικών στεροειδών ορμονών συνοδεύεται με την εκδήλωση οργανικών και κάποιες φορές ψυχογενών σημείων και συμπτωμάτων. Η ελαττωμένη επίσης ορμονική παραγωγή εκθέτει μακροπρόθεσμα την γυναίκα σε κίνδυνο εκδήλωσης απώτερων επιπλοκών όπως είναι η οστεοπόρωση και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, πλήττοντας μια πληθώρα συστημάτων. Τέλος ξεκινάει η γενική φθορά του σώματος της γυναίκας στο χρόνο (γήρανση) κάτι που γίνεται αισθητά φανερό απ την ρυτίδωση του δέρματος, τον αποχρωματισμό των μαλλιών αλλά και την μείωση των δυνάμεων του ατόμου.

Τα συμπτώματα μπορούν να θεραπευτούν ή να προληφθούν με την κατάλληλη θεραπεία είτε αυτή είναι φαρμακευτική (ορμονοθεραπεία) είτε είναι συντηρητική (φυτοοιστρογόνα, άσκηση) αλλά και με νέες μεθόδους όπως είναι η ομοιοπαθητική. Η κάθε θεραπεία που δίνεται αποκλειστικά από γιατρό πρέπει να ναι εξατομικευμένη δηλαδή να συμπεριλαμβάνεται το συνολικό προφίλ της γυναίκας. Ιδιαίτερα σημαντική είναι και η πρόληψη, η επανάληψη δηλαδή ενός check up κάθε χρόνο.

Αν και τα αποτελέσματα είναι αρκετά ικανοποιητικά απομένουν ακόμα πολλά ερωτήματα να απαντηθούν και να διερευνηθούν σχετικά με τα οφέλη και τα μειονεκτήματα της ορμονοθεραπείας καθώς και της ύπαρξης άλλων μεθόδων αντιμετώπισης. Οι νεότερες μελέτες καταδεικνύουν ελπιδοφόρα αποτελέσματα και μείωση των επιπλοκών σε μεγάλο ποσοστό με την αναβάθμιση των δραστικών ουσιών των φαρμάκων.

Το γεγονός της έλλειψης ολιστικής προσοχής πάνω στο θέμα κάνει την εμμηνόπαυση ένα σχεδόν ανεξερεύνητο κομμάτι, πάνω στο οποίο θα μπορούσε να δοθεί βαρύτητα, έτσι ώστε να αναπτυχθεί καλύτερα η αντιμετώπιση του αλλά και η ομαλή δίοδος του απ την ζωή της γυναίκας. Ας μην ξεχνάμε άλλωστε πως η πολυπλοκότητα της γυναικείας ψυχοσύνθεσης κάνει το κομμάτι αυτό ακόμα πιο ιδιαίτερο.

Δυστυχώς στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση της πληθώρας των συμπτωμάτων η γυναίκα πολλές φορές παραπέμπεται να επισκεφτεί μια ποικιλία γιατρών (καρδιολόγο. Ορθοπεδικό, γυναικολόγο ), κάτι τέτοιο όπως είναι φυσικό περιπλέκει τα πράγματα κουράζει και τελικά η προσπάθεια εγκαταλείπεται. Συνήθως η γυναίκα αντιμετωπίζεται ολοκληρωτικά όταν ήδη έχει κάνει εισαγωγή στο νοσοκομείο. Η διαδικασία αυτή θα είχε επιστρεφθεί αν υπήρχαν εξειδικευμένοι γιατροί στο θέμα της εμμηνόπαυσης ή έστω εξειδικευμένα ιατρεία με ομάδες ιατρών στα νοσοκομεία.

Έλλειψη υπάρχει επίσης και στην καθοδήγηση αλλά και την ενημέρωση της γυναίκας. Συμβουλευτική πάνω στο θέμα θα μπορούσε να δοθεί από οργανωμένα προγράμματα μέσω κοινοτικών νοσηλευτών, επισκεπτών υγείας, ψυχολόγων και άλλων ειδικών υγείας. Έτσι ώστε η γυναίκα να προετοιμαστεί ψυχολογικά και τα συμπτώματα να εξομαλυνθούν και να προληφθούν πριν, κατά την διάρκεια αλλά και μετά.

Σε κάθε περίπτωση η κάθε εμμηνόπαυσιακή γυναίκα πρέπει να αντιμετωπιστεί εξατομικευμένα και ολιστικά ενώ λαμβάνει την κατάλληλη στήριξη από ειδικούς υγείας και από την οικογένεια της. Λύσεις υπάρχουν αρκεί να είναι η κατάλληλη!

## Περίληψη

Ένα από τα πολυπλοκότερα και ομορφότερα μέρη της γυναίκας, σε σωματικό επίπεδο είναι αυτό του γεννητικού συστήματος, καθώς έχει την δυνατότητα να προσφέρει ζωή. Μετά από μία συγκεκριμένη ηλικία όμως η δυνατότητα αυτή διακόπτεται λόγω μειωμένης παραγωγής οιστρογόνων από τις ωοθήκες. Η περίοδος αυτή ονομάζεται εμμηνόπαυση και αποτελεί σταθμό στην ζωή κάθε γυναίκας.

Τα σημεία και τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης περιλαμβάνουν εξάψεις, νυκτερινές εφιδρώσεις, ορατή ερυθρότητα, αύξηση βάρους, αγγειοκινητικές διαταραχές και σταδιακά οστεοπόρωση. Η διαδικασία της γήρανσης μπορεί να προκαλέσει ατροφία των τοιχωμάτων του κόλπου καθώς και ξηρότητα και κνησμό. Η ψυχολογική αντίδραση κάθε γυναίκας διαφέρει. Η πλειοψηφία των γυναικών το αντιμετωπίζει με αρνητισμό και με αίσθημα μελαγχολίας. Η στήριξη της οικογένειας παίζει σημαντικότερο παράγοντα σε αυτή την περίπτωση.

Η θεραπεία μπορεί να είναι είτε φαρμακευτική χρησιμοποιώντας συνταγογραφούμενα οιστρογόνα και προγεστερόνες, είτε συντηρητική χρησιμοποιώντας εναλλακτικές μεθόδους όπως φοιτοοιστρογόνα ή ακόμα και βελονισμό.

**Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι, μέσα από επιστημονικά τεκμηριωμένες μελέτες και βιβλιογραφίες να παρουσιαστεί η εμμηνόπαυση και να δοθεί βαρύτητα στα διάφορα προβλήματα που παρουσιάζει η γυναίκα, επιπρόσθετα θέλαμε να δώσουμε λύσεις μέσα από έγκυρες θεραπείες και να αναφερθούμε στην αναγκαιότητα της συμμετοχής των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης.

**Συμπερασματικά**, παρ' ότι η εμμηνόπαυση θεωρείτο σαν μια περίοδος που απλά διακόπτεται η έμμηνος ρύση στην πραγματικότητα κρύβει πολλές κρυφές πτυχές. Εξαιτίας αυτής και της μη εκκρίσεις ορμονών δημιουργούνται πολλές φορές μη αναστρέψιμες συνέπειες. Η πρόληψη και ο έλεγχος από ειδικούς υγείας αποδεικνύεται σωτήριος. Πλέον λόγω της τεράστιας εξέλιξης της επιστήμης η γυναίκα μπορεί να έχει μία άνετη και υγιή ζωή πριν, κατά αλλά και μετά την εμμηνόπαυση.

## Summary

One of the most complex and most beautiful parts of a woman on a physical level is that of the genital tract, as it has the ability to offer life. After a certain age, but these were discontinued due to decreased estrogen production by the ovaries. This period is called menopause and is a milestone in every woman's life.

The signs and symptoms of menopause include hot flashes, night sweats, visible redness, weight gain, vasomotor disturbances and eventually osteoporosis. The aging process can cause atrophy of the vaginal walls and dryness and itching. The psychological reaction every woman is different. The majority of the women faced with negativity and feeling melancholy. The family support plays a major factor in this case.

Treatment can be either using pharmaceutical prescription estrogens and progestins, either conservative using alternative methods such as phytoestrogens or even acupuncture.

The purpose of this work is, through scientifically based studies and bibliographies to present the menopause and give weight to the various problems of the woman additionally like to provide solutions through valid treatments and to refer to the necessity of the participation of health professionals in addressing symptoms of menopause.

In conclusion, although the menopause was considered as a period just stopped menstruation actually conceals many hidden aspects. Because of this and the non-hormone secretions generated often irreversible consequences. The prevention and control of health professionals proved salutary. Plus due to the enormous development of science woman can have a comfortable and healthy life before, during and after menopause.

## Βιβλιογραφία

### Ξένη βιβλιογραφία

- Ø American Heart Association, « Heart and Stroke Statistical Update», AHA. Dallas, Texas 2000
- Ø Bachus K., «The Menstrual Cycle», ed. Ob/Gyn Secrets, Philadelphia 2005
- Ø Cos P., De Bruyne T., Apers S., Berghe DV., Reters L., Vlietinck AJ., «Phytoestrogens», Planta Med 2003
- Ø Gerhauser C., At A, Heiss E, «Cancer chemopreventive activity of Xanthohumol», Williams & Wilkins 2002.
- Ø Goldham NG, Sauser MJ., «Identification, quantitation and biological activity of phytoestrogens» . Blackwell and Science, 2001.
- Ø Jonathan S. Berek, «Berek & Novak' s Gynecology», ed. Williams & Wikins, Philadelphia 2007
- Ø Kanis JA. «Diagnosis and assessment of fracture risk», Blackwell and Science 2005
- Ø Lauritzen C. Lauritzen C. Studd J., «Basic Facts and Definitions in the Current Management of the Menopause» ed. Taylor and Francis London 2005
- Ø Miligan S., Kalita J., Pocock V., «Estrogenic Activity of the hope Phytoestrogen», ed. Reproduction 2002.
- Ø Ronald S., Beth Karlan, Arthur F. Honey, Ingrid Nygaard, «Obstetrics & Gynekology», ed. Williams & Wikins, Philadelphia 2008
- Ø Writing Group For The Women's Health Initiative Investigators, «Risks and benefits of estrogen plus progesterin in healthy postmenopausal women»: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial, 2002.



## Ελληνική βιβλιογραφία

- Ø Αμπελά Ν. Κωνσταντίνα, Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία, εκδ. Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα 2000
- Ø Αυγουλέα Αρετή, «Φυσιολογία κλιμακτηρίου και εμμηνόπαυσης», Αθήνα 2011.
- Ø Βασιλειάδου Α., «Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική» Τόμος Δ΄, εκδ. ΜΕΠΕ, Αθήνα 2008
- Ø Διδακτικό και Ερευνητικό Προσωπικό του Τομέα Παθολογίας της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, «Παθολογία Ι», εκδ. Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2002
- Ø Δελτσίδου Α. Γ., Νάνου Χ. Ι, «Εγχειρίδιο Γυναικολογίας & Νοσηλευτικής Φροντίδας», εκδ. Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2011
- Ø Δόικας Σπύρος, Αιδοίον το Δηκτικόν, εκδ. CaptainBook, Αθήνα 2012
- Ø Dr. Θ. Ζήσης, Σημειώσεις Ανατομία 1, Πάτρα 1999
- Ø Ιατράκης Γεώργιος Μ, «Βιβλίο Γυναικολογίας – Μαιευτικής», εκδ. Δεσμός, Αθήνα 2009
- Ø Κανέλλος Ε. & Λυμπέρη Μ., «Φυσιολογία ΙΙ», 2η Έκδοση, εκδ. Λύχνος, Αθήνα 1996
- Ø Καρακύριου Σ., «Επίδραση διαφορετικών προγραμμάτων άσκησης στη λειτουργική ικανότητα και τη φυσική κατάσταση γυναικών μετά την εμμηνόπαυση», Διδακτωρική διατριβή, Θεσσαλονίκη 2010.
- Ø Κουτρουμάνης Πελοπίδας, «Η εμμηνόπαυση και η αντιμετώπισή της», Λειβαδιά, 2010.
- Ø Μαντελενάκης Σέργιος, «Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας», εκδ. Λίτσα 1996.
- Ø Μιχαλάς Στυλιανός, «Επιτομή Μαιευτικής και Γυναικολογίας», εκδ. Παρισιανού, Αθήνα 2000
- Ø Μπόντης Ι. Ν, «Βασικές Γνώσεις Μαιευτικής & Γυναικολογίας», εκδ. Univercity Studio Press, Θεσσαλονίκη 2007
- Ø Παπαδημητρίου Χρ., «Γυναικολογία Γνωρίζω – Προλαμβάνω – Αντιμετωπίζω», εκδ. Καυκάς, Αθήνα 2006
- Ø Παπανικολάου Ν., Παπανικολάου Α., «Γυναικολογία», εκδ. Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα 2005
- Ø Τσιτουρίδης Ι., «Θυρεοειδής Αδένας», εκδ. Δωδώνη, Θεσσαλονίκη 2006

- Ø Χανιώτης Φ. Ι. & Χανιώτης Δ. Ι., «Φυσιολογία», Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2009
- Ø Χανιώτης Φ. Ι. & Χανιώτης Δ. Ι., «Νοσολογία-Παθολογία», Τόμος Δ΄, Εκδ. Λίτσας, Αθήνα, 2002
- Ø An Mac Gregor, επιστημονική επιμέλεια Tony Smith, «Εμμηνόπαυση και Ορμονοθεραπεία», εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000
- Ø Bailey Christopher, Corner Jessica «Cancer nursing: care incontext» μετάφραση: Πατηράκη – Κουρμπάνη Ελισάβετ, εκδ. Πασχαλίδης Αθήνα 2009
- Ø C J. G McGeown, Συνοπτική Φυσιολογία του Ανθρώπου, εκδ. Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2000
- Ø Errol Norwitz, John Schorge, «Μαιευτική & Γυναικολογία Με Μια Ματιά», ed. Blackwell Science 2001. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Ε. Σαλαμαλέκης, εκδ. Παρισιανού, Αθήνα 2004
- Ø John T. Hansen, Ph. D, Bruce M. Koerppen, M. D, Ph. D. Μετάφραση Ελισσάβετ Παραμυθιώτου, «Φυσιολογία του Ανθρώπου Άτλας Βασικών Ιατρικών Επιστημών» Τόμος Γ΄, εκδ. Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2004
- Ø Keith L. Moore, Κλινική Ανατομία 1, εκδ. Williams & Wilkins Baltimore 1992, Γενική Ελληνική Επιμέλεια Θέσπις Στ. Δημητρίου, εκδ. Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2005
- Ø LeMone Priscilla, Burke Karen «Medical – Surgical nursing: critical thinking in client care» μετάφραση: Παναουδάκη –Μπροκαλάκη Ηρώ, εκδ. Λαγός, Αθήνα 2006
- Ø Osborn Kathleen S., Watson Annita B. «Παθολογική – Χειρουργική νοσηλευτική: Προετοιμασία για τη νοσηλευτική πρακτική», μετάφραση: Wtra Cheryl E., Κουρκούτα Λαμπρινή, Αβραμικά Μαρία, εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2012
- Ø Sunanda Gupta, Debra Holloway, Ali Kubba , «Oxford Handbook of women’s health nursing», μετάφραση Δελτσίδου Α., Νάνου Χρ. , εκδ. Π. Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2011
- Ø Walter F. Boron, Emile L. Boulpraep, «Ιατρική φυσιολογία» , Γενική επιμέλεια Κουτσιλιέρης Μ., Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2006

## Ηλεκτρονική βιβλιογραφία

- Ø [www.boro.gr](http://www.boro.gr)
- Ø [www.dia-trofis.gr](http://www.dia-trofis.gr)
- Ø [www.drpitsos.gr](http://www.drpitsos.gr)
- Ø [www.dstef.weebly.com](http://www.dstef.weebly.com)
- Ø [www.el.science.wikia.com](http://www.el.science.wikia.com)
- Ø [www.eugonia.com](http://www.eugonia.com)
- Ø [www.gynaikology.gr](http://www.gynaikology.gr)
- Ø [www.healthtap.com](http://www.healthtap.com)
- Ø [www.holistic-greece.com](http://www.holistic-greece.com)
- Ø [www.iasis-farsala.gr](http://www.iasis-farsala.gr)
- Ø [www.ivf-embryo.gr](http://www.ivf-embryo.gr)
- Ø [www.letto.gr](http://www.letto.gr)
- Ø [www.lifemag.gr](http://www.lifemag.gr)
- Ø [www.medlabgr.blogspot.com](http://www.medlabgr.blogspot.com)
- Ø [www.mynima-hellas.com](http://www.mynima-hellas.com)
- Ø [www.narcissusangelidis.gr](http://www.narcissusangelidis.gr)
- Ø [www.neurocenter.gr](http://www.neurocenter.gr)
- Ø [www.nklimis.gr](http://www.nklimis.gr)
- Ø [www.npetrogiannis.gr](http://www.npetrogiannis.gr)
- Ø [www.paidiatros.com](http://www.paidiatros.com)
- Ø [www.panacea.med.uoa.gr](http://www.panacea.med.uoa.gr)
- Ø [www.pathologos-kontominas.gr](http://www.pathologos-kontominas.gr)
- Ø [www.photo.angelfire.lycos.com](http://www.photo.angelfire.lycos.com)
- Ø [www.podilato98.blogspot.gr](http://www.podilato98.blogspot.gr)
- Ø [www.pzarganis.com](http://www.pzarganis.com)

- Ø [www.researchreproduction.gr](http://www.researchreproduction.gr)
- Ø [www.sigmalive.com](http://www.sigmalive.com)
- Ø [www.stroumfita-gr.blogspot.gr](http://www.stroumfita-gr.blogspot.gr)
- Ø [www.tromaktiko.blogspot.gr](http://www.tromaktiko.blogspot.gr)
- Ø [www.womenonly.gr](http://www.womenonly.gr)
- Ø [www.womenshealth.gov](http://www.womenshealth.gov)