

**« ΟΙ ΣΥΧΝΟΤΕΡΕΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΩΣ ΑΙΤΙΑ
ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ »**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ
ΜΑΥΡΕΔΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
Κος. ΑΓΓΕΛΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ**

2004

*Ευχαριστούμε πολύ όλους όσους πίστεψαν στην προσπάθεια μας για την
διεκπεραίωση αυτής της πτυχιακής εργασίας*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1.0	ΠΡΟΛΟΓΟΣ	ΣΕΛ. 6
2.0	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
2.1	ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	ΣΕΛ. 8
2.1.1	ΑΝΑΤΟΜΙΑ	ΣΕΛ. 8
2.1.2	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	ΣΕΛ. 15
2.1.3	ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΑΡΧΗ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ	ΣΕΛ. 22
3.0	ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
3.1	ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΚΑΙ ΜΟΛΥΝΣΕΙΣ	ΣΕΛ. 24
3.2	ΑΝΩΜΑΛΕΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΤΡΑ	ΣΕΛ. 31
3.3	ΑΜΗΝΟΡΡΟΙΑ	ΣΕΛ. 34
3.4	ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	ΣΕΛ. 37
3.5	ΔΥΣΜΗΝΟΡΡΟΙΑ	ΣΕΛ. 41
3.6	ΙΝΟΜΥΩΜΑΤΑ ΜΗΤΡΑΣ	ΣΕΛ.43
3.7	ΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΣΕΛ. 48
3.8	ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	ΣΕΛ. 49
3.9	ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ/ ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΣΕΛ. 51
3.10	ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ	ΣΕΛ. 53
3.11	ΔΥΣΠΑΡΕΥΝΙΑ	ΣΕΛ. 56
3.12	ΒΑΡΘΟΛΙΝΙΤΙΔΑ	ΣΕΛ. 57
3.13	ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ	ΣΕΛ. 58
3.14	ΚΥΣΤΕΣ ΩΟΘΗΚΩΝ	ΣΕΛ. 59
3.15	ΚΥΣΤΕΟΚΗΛΗ	ΣΕΛ. 60
3.16	ΚΥΣΤΙΤΙΣ	ΣΕΛ. 60
3.17	ΕΞΩΜΗΤΡΙΑ ΚΥΗΣΗ	ΣΕΛ. 61
3.18	ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΚΟΛΠΟΥ/ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ	ΣΕΛ. 64
3.19	ΠΟΛΥΠΟΔΑΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	ΣΕΛ. 65
3.20	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	ΣΕΛ. 66
3.21	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΑΙΔΟΙΟΥ	ΣΕΛ. 70
3.22	ΜΑΣΤΙΤΙΔΑ	ΣΕΛ. 72

3.23	ΙΝΟΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΜΑΣΤΟΥ	ΣΕΛ. 75
3.24	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ	ΣΕΛ. 77
3.25	ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	ΣΕΛ. 79
4.0	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
4.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ/ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΣΕΛ. 84
5.0	ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΣΕΛ. 104
6.0	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	ΣΕΛ. 107

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η επιθυμία μας για την επιλογή αυτού του θέματος πηγάζει από το ενδιαφέρον μας για την ενημέρωση και την πρόληψη των γυναικολογικών παθήσεων. Από τις παρατηρήσεις μας στους χώρους του νοσοκομείου, διαπιστώσαμε την έλλειψη πληροφόρησης και γνώσεων των γυναικών πάνω σε θέματα υγείας του δικού τους φύλου.

Σκοποί αυτής της έρευνας αυτής είναι:

- Να ερευνηθεί η συχνότητα και η βαρύτητα των γυναικολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζονται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της Κρήτης και πιο συγκεκριμένα στο Πα.Γ.Ν.Η. και Γ.Ν.Ν.Χ.
- Να ανεβρεθούν και να αναπτυχθούν οι γυναικολογικές παθήσεις που αποτελούν αίτια προσέλευσης στα εξωτερικά ιατρεία των παραπάνω νοσοκομείων.
- Να ανεβρεθεί η σχέση της συχνότητας των γυναικολογικών παθήσεων με την ηλικία και καταγωγή των ασθενών.

Πιστεύουμε ότι η ανάλυση και καταγραφή των επιμέρους προβλημάτων θα βοηθούσε την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση όπως και την πρόληψη τους. Η πρόληψη και η σωστή ενημέρωση θεωρούμε ότι αποτελεί το πιο σημαντικό σημείο στο οποίο θα πρέπει να δοθεί βάρος στον επανασχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας. Με την συγκεκριμένη έρευνα επιδιώκουμε να διαπιστωθεί το ποσοστό των γυναικολογικών παθήσεων που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επίσης, η έρευνα αυτή γίνεται για να διερευνηθεί και να τονισθεί η αναγκαιότητα της πρόληψης και της ουσιαστικής παρέμβασης που θα μπορούσαν να έχουν οι αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

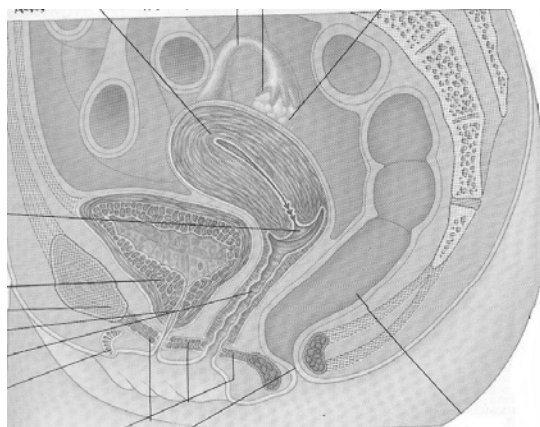
2.1 Γεννητικό Αναπαραγωγικό Σύστημα

Το γυναικείο γεννητικό σύστημα αποτελείται από ένα σύνολο οργάνων τα οποία συμμετέχουν στη σεξουαλική δραστηριότητα και είναι υπεύθυνα για την αναπαραγωγή. Όλα τα εσωτερικά όργανα του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος βρίσκονται συγκεντρωμένα στο κάτω τριτημόριο της κοιλιακής χώρας. Οι ωοθήκες αποθηκεύουν και αποδεσμεύουν ωάρια τα οποία προωθούνται μέσω των ωαγωγών- σαλπίνγγων στο εσωτερικό της μήτρας. Ο κόλπος συνδέει τη μήτρα με το εξωτερικό του σώματος.

Τα ορατά εξωτερικά όργανα είναι γνωστά με το συλλογικό όνομα αιδοίο, και αποτελούνται από την ευαίσθητη στη σεξουαλική διέγερση κλειτορίδα, η οποία περιβάλλεται από δερματικές πτυχώσεις που ονομάζονται μεγάλα χείλη του αιδοίου και τα οποία προφυλάσσουν τις εισόδους προς την μήτρα και την ουρήθρα. Ακριβώς μέσα από την είσοδο της μήτρας βρίσκονται οι δύο Bartholin's αδένες οι οποίοι εκκρίνουν ένα υγρό που χρησιμεύει ως λιπαντικό κατά την διάρκεια της συνουσίας.

2.1.1 Ανατομία

Αιδοίο Το αιδοίο είναι το σύνολο των γυναικείων γεννητικών οργάνων που βρίσκονται αποκλειστικά στο εσωτερικό μέρος του οργανισμού και είναι ορατά με γυμνό μάτι. Στην πραγματικότητα ωστόσο έχοντας τους μηρούς ενωμένους από έξω φαίνεται μόνο



το όρος της Αφροδίτης, ένα μαξιλαράκι λίπους μπροστά από το ηβικό οστό που σχηματίζει μια προεξοχή ή καλύπτεται από τρίχες και πιο κάτω τα μεγάλα χείλη, δύο συμμετρικές παχιές πτυχές του δέρματος. Η εξωτερική επιφάνεια των οποίων καλύπτεται επίσης από τρίχες ενώ η εσωτερική υγραίνεται από

ιξώδεις εκκρίσεις διαφόρων αδένων, που εκτείνονται από το όρος της Αφροδίτης έως το περίνεο και καλύπτουν τα υποκείμενα στοιχεία.

Ξεχωρίζοντας τα μεγάλα χείλη, μπορεί να παρατηρήσει κανείς τα μικρά χείλη, δυο πτυχές πιο λεπτές δέρματος χωρίς τρίχες οι οποίες από το εμπρόσθιο τμήμα τους ενώνονται και αποτελούν ένα κάλυμμα της κλειτορίδας, μικρού στυτικού οργάνου ομόλογου του ανδρικού πέους (με ένα ζεύγος σηραγγωδών σωμάτων αλλά χωρίς σπογγώδες σώμα) το οποίο διαθέτει πολυάριθμες αισθητικές νευρικές απολήξεις, ενώ από το οπίσθιο τμήμα συνδέονται με τα μεγάλα χείλη.

Κάτω από τα μικρά χείλη μένει ένας χώρος ωοειδούς σχήματος που είναι γνωστός ως πρόδρομος, στο κέντρο του οποίου βρίσκεται η είσοδος του κόλπου, και μπροστά το στόμιο της ουρήθρας το οποίο βρίσκεται σε ένα μικρό έπαρμα που ονομάζεται έξω στόμιο της ουρήθρας. Διάφοροι εκκριτικοί αδένες εκβάλλουν επίσης σε αυτή τη περιοχή: οι αδένες του Skene, οι οποίοι λέγονται και παραουρηθραίοι πόροι, τα στόμια εξόδου των οποίων βρίσκονται στην ουρηθραία θηλή, στη μια και στην άλλη πλευρά του στομίου της ουρήθρας, οι δυο βαρθολίνειοι αδένες, οι οποίοι ονομάζονται και μείζονες αδένες του προδρόμου ή παρακολπικοί, τα στόμια των οποίων βρίσκονται μεταξύ του οπίσθιου τμήματος του κολπικού στομίου και των μικρών χειλέων, καθώς και πολλοί ελάσσονες αδένες του προδρόμου, οι οποίοι βρίσκονται διασκορπισμένοι σε όλο το πρόδρομο και είναι εξαιρετικά πολυάριθμοι κοντά στην ουρηθραία θηλή και την κλειτορίδα.

Κόλπος Ο κόλπος είναι ένα κοίλο σωληνοειδές όργανο, μήκους 8 έως 12 εκατοστών και διαμέτρου που ποικίλει σημαντικά δεδομένου ότι τα τοιχώματά του είναι πολύ ελαστικά και μπορούν να διασταλούν για να δεχθούν το πέος κατά τη συνουσία, καθώς και για να επιτρέψουν την έξοδο του εμβρύου στον εξωτερικό χώρο τη στιγμή του τοκετού. Ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και στο ορθό έντερο ,ο κόλπος έχει λοξή κατεύθυνση από πάνω προς τα κάτω και από πίσω προς τα εμπρός.

Η εσωτερική επιφάνεια του κόλπου καλύπτεται από ένα βλεννογόνο υμένα που διαθέτει μικρούς αδένες, οι εκκρίσεις των οποίων συμβάλλουν στη λίπανση του σωλήνα. Κάτω από το βλεννογόνο υπάρχει μία στοιβάδα μυϊκού και συνδετικού ιστού.

Στο άνω τμήμα ο κόλπος επικοινωνεί με τη μήτρα, ο αυχένας της οποίας προεξέχει στο βάθος του κοιλιακού αγωγού, ενώ το κάτω άκρο ανοίγει προς τα έξω μέσω ενός στομίου που βρίσκεται στον πρόδρομο του αιδοίου, μεταξύ των μικρών χειλέων. Αυτό το στόμιο καλύπτεται μερικώς στις παρθένες γυναίκες με μια μεμβράνη που λέγεται παρθενικός υμένα, ποικίλης σύστασης και σχήματος, ο οποίος διαθέτει ένα κεντρικό στόμιο που επιτρέπει τη διέλευση του έμμηνου υγρού, παρότι συνήθως σπάει με μικρότερη ή μεγαλύτερη ευκολία με τη χρήση ταμπόν ή και κατά την πρώτη συνουσία και τότε αφήνει στις άκρες μικρά ουλώδη υπολείμματα, γνωστά ως μύρτα. Στο εσωτερικό του κόλπου υπάρχει μια βακτηριδιακή χλωρίδα που αποτελείται από διάφορα αβλαβή μικρόβια που δημιουργούν ένα περιβάλλον που αποτρέπει την ανάπτυξη παθογόνων μικροβίων.

Μήτρα Η μήτρα είναι ένα κοίλο όργανο που βρίσκεται στο κέντρο της πυέλου, πίσω από την ουροδόχο κύστη και μπροστά από το ορθό έντερο. Έχει το σχήμα ενός ανεστραμμένου αχλαδιού, με μήκος 7-8 εκατοστών, διάμετρος 3-4 εκατοστών στο πιο φαρδύ της τμήμα και βάρος ελαφρώς μικρότερο των 100 γραμμαρίων, παρότι οι διαστάσεις της τροποποιούνται με εκπληκτικό τρόπο κατά τη διάρκεια της κύησης, στην εγκυμοσύνη η χωρητικότητα της αυξάνεται χίλιες φορές και το βάρος της φτάνει πάνω από το 1 κιλό.

Στη μήτρα διακρίνονται δυο τμήματα: το σώμα που αντιστοιχεί στο άνω μέρος και ο τράχηλος που αποτελεί την κάτω μοίρα και έρχεται σε επικοινωνία με τον κόλπο. Το σώμα της μήτρας που αντιπροσωπεύει τα άνω δύο τρίτα του οργάνου, κωνικού και επίπεδου σχήματος, έχει πολύ παχιά τοιχώματα και στο εσωτερικό του βρίσκεται μια κοιλότητα όπου μπορεί να φιλοξενηθεί το προϊόν της κύησης. Αυτή η κοιλότητα της μήτρας έχει τριγωνικό σχήμα, οι δύο κορυφές που βρίσκονται στο άνω τμήμα, το οποίο λέγεται πυθμένας της

μήτρας, αντιστοιχούν στον πόρο των σαλπίνγων, η κάτω κορυφή αντιστοιχεί σε ένα στόμιο που φέρει σε επικοινωνία την κοιλότητα της μήτρας με τον τράχηλο. Ο τράχηλος ή αυχέννας της μήτρας αντιστοιχεί στο κάτω ένα τρίτο του οργάνου, είναι πολύ πιο στενός με κυλινδρικό σχήμα, και προεξέχει στον κόλπο, στο άνω τμήμα του οποίου βρίσκεται ένα τμήμα που λέγεται ρύγχος. Κατά μήκος διασχίζεται από ένα κανάλι, το τραχηλικό στόμιο, που επικοινωνεί άμεσα με τον κόλπο και ως εκ τούτου με το περιβάλλον. Ο βλεννογόνος υμένας που καλύπτει το τραχηλικό στόμιο περιέχει πολλούς εκκριτικούς αδένες που παράγουν μια βλεννώδη ουσία, τα χαρακτηριστικά της οποίας τροποποιούνται από την επίδραση ορμονών: η βλέννα είναι πιο παχιά και σκεπάζει το στόμιο όταν δεν είναι καλή στιγμή για να πραγματοποιηθεί γονιμοποίηση, ενώ γίνεται πιο ρευστή και διευκολύνει τη διέλευση των σπερματοζωαρίων που μπορούν να φτάσουν μέχρι τον κόλπο όταν είναι η κατάλληλη περίοδος.

Τα τοιχώματα της μήτρας διαθέτουν διάφορους χιτώνες. Το εσωτερικό της κοιλότητας της μήτρας καλύπτεται από ένα βλεννογόνο χιτώνα επιθηλιακού ιστού με πολυάριθμους αδένες, το ενδομήτριο τα χαρακτηριστικά του οποίου αλλάζουν υπό την επίδραση ορμονών, κατά τη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου μεγαλώνει και δημιουργεί αγγεία, για να προετοιμαστεί για την ενδεχόμενη υποδοχή ενός γονιμοποιημένου ωαρίου, και εάν αυτό το γεγονός δεν πραγματοποιηθεί, τελικά αποκολλάται και απομακρύνεται προς τα έξω, και έτσι δημιουργείται η έμμηνος ρύση. Κάτω από το ενδομήτριο υπάρχει ένας παχύς χιτώνας μυϊκού ιστού ο οποίος λέγεται μυομήτριο και αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος του πάχους του οργάνου. Πρόκειται για ένα λείο μυϊκό ιστό, που υπάρχει σε διάφορους χιτώνες, οι συσπάσεις του οποίου ακούσιες είναι βασικές για την εξέλιξη του τοκετού.

Έξω από το μυομήτριο υπάρχει ένας λεπτός χιτώνας συνδετικού ιστού, το περιμήτριο, το οποίο στο μεγαλύτερο τμήμα του οργάνου καλύπτεται από το περιτόναιο, τη μεμβράνη που καλύπτει τα κοιλιακά όργανα: από μπροστά το περιτόναιο αναδιπλώνεται προτού φτάσει στο τράχηλο της μήτρας και καλύπτει την ουροδόχο κύστη, ενώ από πίσω σκεπάζει τον τράχηλό προτού αναδιπλωθεί για να καλύψει το ορθό έντερο, με τέτοιο τρόπο ώστε σχηματίζει

μια κοιλότητα που λέγεται ευθυμητρικό κόλπωμα. Στις περισσότερες γυναίκες η μήτρα στρέφεται προς τα εμπρός, παρότι σε άλλες έχει κλίση προς τα πίσω. Το όργανο παραμένει στη θέση του χάρη σε διάφορες δομές. Έτσι πχ στα πλευρικά τμήματα υπάρχουν οι πλατείς σύνδεσμοι, που αντιστοιχούν στις δύο πτυχές του περιτόναιου, οι οποίες επίσης περιλαμβάνουν τις σάλπιγγες και τους συνδέσμους της ωοθήκης, και φτάνουν τελικά τα πλάγια τοιχώματα της πυέλου. Επίσης σημαντικό μέσο στήριξης αποτελούν οι στρογγυλοί σύνδεσμοι, οι οποίοι ενώνουν κάθε άνω γωνία του σώματος της μήτρας με τη βουβωνική χώρα και καταλήγουν στο βάθος των μεγάλων χειλέων του αιδοίου, καθώς και οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι, οι οποίοι εκτείνονται από τη μήτρα έως το ιερό οστό.

Σάλπιγγες Οι σάλπιγγες είναι δυο κοίλες σωληνοειδείς δομές σε σχήμα κυνηγετικού κέρατος, μήκους 10-12 εκατοστών και διαμέτρου μερικών χιλιοστών, οι οποίες εκφύονται από κάθε πλευρά του σώματος της μήτρας και καταλήγουν πολύ κοντά στην αντίστοιχη ωοθήκη. Κάθε σάλπιγγα εκβάλλει από το πιο λεπτό άκρο απευθείας στη κοιλότητα της μήτρας μέσω ενός στομίου που βρίσκεται σε μια άνω κορυφή του σώματος της μήτρας, ενώ το άλλο άκρο, το πιο πλατύ, ανοίγει στην περιτοναϊκή κοιλότητα κοντά στην ωοθήκη: η ακριβής αποστολή του είναι να αιχμαλωτίσουν το ωάριο που ελευθερώνεται από την ωοθήκη κατά την ωορρηξία και να το μεταφέρουν προς τη μήτρα, με την πιθανότητα στην διαδρομή να γονιμοποιηθεί από σπερματοζωάρια που ακολουθούν την αντίθετη κατεύθυνση.

Στη σάλπιγγα διακρίνονται διάφορα τμήματα. Πρώτα από όλα διακρίνεται ένα ενδοτοιχωματικό τμήμα, μήκους περίπου 1 εκατοστό, το οποίο περιλαμβάνεται στο τοίχωμα της μήτρας, και ένα ελεύθερο τμήμα το μεγαλύτερο, το οποίο παραμένει εκτός της μήτρας, εκτείνεται έως την ωοθήκη και περιλαμβάνεται στην πτυχή του περιτόναιου που λέγεται πλατύς σύνδεσμος.

Το τμήμα που βρίσκεται πιο κοντά στη μήτρα, μήκους 3 εκατοστών και διαμέτρου 3 χιλιοστών, ονομάζεται ισθμός, ενώ το επόμενο το οποίο έχει μήκος 5 εκατοστών και σταδιακά γίνεται πιο φαρδύ ονομάζεται λήκυθος.

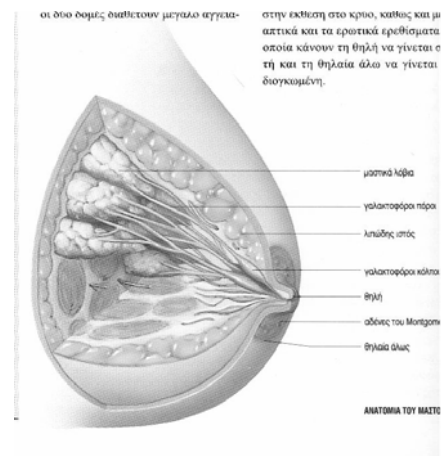
Ακολουθεί το τελικό τμήμα, ο κώδωνας ή χοάνη, μήκους 2-3 εκατοστών και σε σχήμα χωνιού οι άκρες του οποίου είναι ακανόνιστες και παρουσιάζουν προεκτάσεις οι οποίες λέγονται κροσσοί και εφαρμόζουν πάνω στην ωοθήκη.

Ωοθήκες Οι ωοθήκες είναι δυο αδενικά σώματα σε σχήμα αμυγδάλου, μήκους 3-4 εκατοστών και πλάτους περίπου 2 εκατοστών στην ενήλικη γυναίκα, βρίσκονται συμμετρικά στο κάτω μέρος της πυελικής κοιλότητας και στις δυο πλευρές της μήτρας, καθεμία κάτω από την αντίστοιχη σάλπιγγα, και στηρίζονται σε αυτή τη θέση με διάφορους συνδέσμους. Αντιστοιχούν στις γυναικείες γονάδες, δεδομένου ότι εκεί δημιουργούνται τα αναπαραγωγικά κύτταρα και οι γυναικείες ορμόνες του φύλου.

Σε κάθε ωοθήκη διακρίνονται δύο ζώνες: μια περιφερική ή φλοιώδης μοίρα, όπου βρίσκονται τα αναπαραγωγικά κύτταρα, και μια κεντρική ή μυελώδης μοίρα, η οποία σχηματίζεται βασικά από συνδετικό ιστό και φιλοξενεί τα αιμοφόρα αγγεία που αιματώνουν το όργανο. Η εξωτερική επιφάνεια της φλοιώδους ουσίας καλύπτεται από ένα κυτταρικό χιτώνα γκριζωπού χρώματος που λέγεται βλαστικό επιθήλιο, κάτω από το οποίο υπάρχει μια λεπτή ινώδης μεμβράνη υπόλευκου χρώματος που λέγεται ινώδης χιτώνας. Κάτω από αυτή τη στοιβάδα βρίσκεται η φλοιώδης ουσία, η οποία σχηματίζεται από πλούσια κύτταρα και συνδετικές ίνες, και περιέχει τις βασικές δομές του οργάνου, τα ωοθυλάκια, διαφορετικού μεγέθους, περιεχομένου και ονομασίας ανάλογα με το βαθμό ωρίμανσης. Τη στιγμή της γέννησης υπάρχουν στις ωοθήκες 400.000 πρωτογενή ωοθυλάκια μικροσκοπικού μεγέθους, καθένα από τα οποία περιέχει ένα πρωτογενές ωκύτταρο, το οποίο αποτελεί το άωρο γυναικείο βλαστικό κύτταρο, και περιβάλλεται από μια στοιβάδα θυλακικών κυττάρων.

Από την εφηβεία και μετά, υπό την επίδραση των γοναδοτροπών ορμονών της υπόφυσης, περιοδικός κάποια ωοθυλάκια υφίστανται μια διεργασία ωρίμανσης η οποία αναλύεται στη φυσιολογία του γυναικείου συστήματος.

Μαστός Ο μαστός είναι ένα πολύ ιδιαίτερο από ανατομικής άποψης καθώς η δομή το σημείο που βρίσκεται και το σχήμα του είναι προσαρμοσμένα στην ειδική αποστολή του: στην παραγωγή γάλακτος στην θρέψη του νεογνού.



Εξωτερική δομή Στην ενήλικη γυναίκα μόλις αναπτυχθούν οι μαστοί έχουν ημισφαιρικό ή κωνικό σχήμα, με τη βάση στους θωρακικούς μυς παρότι τόσο το σχήμα όσο και το μέγεθος, η σύσταση και η γενική όψη ποικίλλουν πολύ. Περίπου στο κέντρο του μαστού βρίσκεται η θηλή, μία κυλινδρική προεξοχή σκούρου καφέ χρώματος όπου εκβάλλουν οι πόροι που προέρχονται από το μαστικό αδένα, ο οποίος βρίσκεται στο εσωτερικό του οργάνου. Οι διαστάσεις της θηλής ποικίλλουν όπως και ο βαθμός της χρώσης της. Γύρω της βρίσκεται η θηλαία άλω, ποικίλου μεγέθους, αλλά πιο σκούρα από το περιβάλλον δέρμα, πάνω της παρατηρούνται 12- 20 μικρά εξογκώματα που αντιστοιχούν σε ειδικούς σμηγματογόνους αδένες. Και οι δύο δομές διαθέτουν μεγάλο αγγειακό σύστημα και πλούσια αισθητική νευρική νύκωση καθώς και δίκτυο μυϊκών ινών ικανών να συσπαστούν στην έκθεση στο κρύο, καθώς και με τα απτικά και ερωτικά ερεθίσματα τα οποία κάνουν την θηλή να γίνεται πιο στητή και τη θηλαία άλω πιο διογκωμένη.

Εσωτερική δομή: Στο εσωτερικό του οργάνου βρίσκεται ο μαστικός αδένας. Ο αδενικός ιστός αποτελείται από λόβια, τα τοιχώματα των οποίων καλύπτονται από κύτταρα εξειδικευμένα στην έκκριση γάλακτος. Εκτός από τον αδενικό ιστό το εσωτερικό των μαστών περιέχει και συνδετικό ιστό για την σύσταση και σκληρότητα των μαστών, καθώς και ένα στρώμα λιπώδους ιστού.

Δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου Όλα τα όργανα που αντιστοιχούν στο γεννητικό σύστημα αποτελούν τα πρωτεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου,

τα οποία είναι διαφορετικά στα δυο φύλα, όμως δεν αποτελούν τις μοναδικές εμφανείς διαφορές που υπάρχουν μεταξύ του σώματος του άνδρα και αυτού της γυναίκας, υπάρχει μια σειρά τυπικών δευτερεύοντων διαφοροποιητικών χαρακτηριστικών τα οποία δεν έχουν άμεση σχέση με την αναπαραγωγή, αλλά εξαρτώνται από τις επιπτώσεις των ορμονών που υπάρχουν σε κάθε φύλο.

Τα γυναικεία δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου, τα οποία αναπτύσσονται από την εφηβεία είναι πολλά. Μεταξύ των πιο εμφανών ξεχωρίζει η ανάπτυξη των μαστών. Υπάρχουν όμως και άλλα επίσης τυπικά, μεταξύ των οποίων ξεχωρίζουν κάποια που σχετίζονται με το δέρμα και την τριχοφυΐα: η γυναίκα έχει πιο μαλακό δέρμα προσώπου, πιο πλούσιο και μεταξένιο μαλλί που παρουσιάζει μια κυκλική γραμμή στο άνω άκρο του μετώπου. Απουσία τριχωτού του προσώπου, πολύ λιγότερες τρίχες στο σώμα και εφηβαίο με τριγωνικό σχήμα με μια ίσια γραμμή στο ύψος του άνω άκρου του ηβικού οστού. Επίσης υπάρχουν σαφείς διαφορές στη γενική όψη του σώματος λόγω διαφορετικού βαθμού ανάπτυξης των οστών και των μυών, η γυναίκα συνήθως έχει μικρότερο ύψος από τον άνδρα, λιγότερο ανεπτυγμένο μυϊκό σύστημα και πιο ελαφρύ σκελετό, με πιο στενούς ώμους και πλάτη και αντιθέτως πιο φαρδιά ισχία δεδομένου ότι η πύελος είναι προετοιμασμένη για ενδεχόμενους τοκετούς. Επίσης παρατηρείται διαφορετική κατανομή των εναποθέσεων υποδόριου λίπους, οι οποίες στη γυναίκα συνήθως στογγυλεύουν τα σχήματα του σώματος και συσσωρεύονται στα ισχία και τους μηρούς, καθώς και στα στήθη. Τέλος δεδομένου ότι ο λάρυγγας δεν υφίσταται τις τροποποιήσεις που προκαλούν στον άνδρα οι ανδρικές ορμόνες του φύλου, ο τόνος της φωνής των γυναικών είναι πιο οξύς.

2.1.2 Φυσιολογία

Το γυναικείο γεννητικό σύστημα αναπτύσσει μια κυκλική δραστηριότητα η οποία διαρκεί από την εφηβεία έως την εμμηνόπαυση και έχει ως πρωταρχικό σκοπό της να καθιστά δυνατή την παραγωγή.

Ορμονικός Έλεγχος Η δραστηριότητα του γυναικείου γεννητικού συστήματος βρίσκεται υπό τον έλεγχο του υποθαλάμου και της υπόφυσης, δυο μικρών αδενών που ανήκουν στο ενδοκρινικό σύστημα. Βρίσκονται στη βάση του εγκεφάλου και παράγουν ορμόνες οι οποίες επηρεάζουν τα ωάρια και ρυθμίζουν τη λειτουργία τους. Στην πραγματικότητα το γυναικείο γεννητικό σύστημα παραμένει αδρανές σε όλη την παιδική ηλικία και τίθεται σε λειτουργία από την εφηβεία και μετά, όταν ένα <<είδος βιολογικού ρολογιού>>, μέσω μηχανισμών οι οποίοι είναι ακόμα άγνωστοι, κάνει τον υποθάλαμο να παράγει με κυκλικό τρόπο ειδικές ορμόνες, τις FSH-RH και LH-RH οι οποίες ενεργούν στην υπόφυση και διεγείρουν στον αδένα αυτό την παραγωγή των ορμονών που ρυθμίζουν την λειτουργία των ωοθηκών. Υπό αυτή την ορμονική επίδραση, επομένως η υπόφυση ελευθερώνει με κυκλικό τρόπο δύο ορμόνες γενικά γνωστές ως γοναδοτρόπους : την ωοθυλακιοτρόπο ορμόνη, ή FSH και την ωχρινοποιητική ορμόνη ή LH.

Αυτές οι ορμόνες ρυθμίζουν τη δραστηριότητα των ωοθηκών, διεγείροντας κυκλικά την ανάπτυξη ορισμένων ωοθυλακίων, την επεξεργασία των γυναικείων ορμονών του φύλου (οιστρογόνων και προγεστερόνης) και την ωορρηξία: κατάσταση που είναι γνώστη ως ωοθηκικός κύκλος. Με τη σειρά τους οι ορμόνες που παράγονται από τις ωοθήκες, μεταξύ άλλων προετοιμάζουν κυκλικά τη μήτρα προκειμένου σε περίπτωση ενδεχόμενης γονιμοποίησης να μπορεί να υποδεχτεί το έμβρυο και να καταστήσει δυνατή την εξέλιξη της κύησης: κατάσταση που είναι γνωστή ως καταμήνιος κύκλος.

Ωοθηκικός Κύκλος Τη στιγμή της γέννησης οι ανθρώπινες ωοθήκες περιέχουν περίπου 400.000 πρωτογενή ωοθυλάκια, καθένα από τα οποία φιλοξενεί ένα πρωτογενές ωοκύτταρο, δηλαδή ένα άωρο γυναικείο αναπαραγωγικό κύτταρο.

Από την εφηβεία και μετά υπό την επίδραση των γοναδοτροπινών της υπόφυσης οι οποίες φτάνουν στις ωοθήκες μέσω της κυκλοφορίας του αίματος, δημιουργείται σταδιακή ωρίμανση των ωοθυλακίων. Δεδομένου ότι οι

γοναδοτροπίνες παράγονται σε ποικίλες ποσότητες, η δραστηριότητα των ωθηκών εξελίσσεται σε κύκλους διάρκειας περίπου 28 ημερών.

Κάθε κύκλος αρχίζει με αύξηση των επιπέδων γοναδοτροπίνης FSH ορμόνης που ευνοεί την ανάπτυξη διαφόρων πρωτογενών ωθυλακίων κατά την ωρίμανση των πρωτογενών ωκυττάρων που περιέχουν, αν και σε κάθε κύκλο φυσιολογικά μόνο ένα ολοκληρώνει τη διαδικασία. Η ανάπτυξη ενός πρωτογενούς ωθυλακίου αρχίζει με αύξηση όγκου και πολλαπλασιασμό των θυλακικών κυττάρων που αποτελούν τη λεγόμενη κοκκιώδη στοιβάδα. Συγχρόνως το πρωτογενές ωκύτταρο ξεκινά μια διαδικασία ωρίμανσης, αυξάνει σε μέγεθος και γύρο του δημιουργείται μια μεμβράνη που λέγεται διαφανής ζώνη, η οποία περιβάλλεται από ένα υμένα θυλακικών κυττάρων που είναι γνωστός ως ακτινωτός στέφανος. Ενώ το ωθυλάκιο αναπτύσσεται, παρατηρείται στο κέντρο τουδ συσσώρευση υγρού που σχηματίζει μια κοιλότητα, ώστε το ωκύτταρο, με τα κύτταρα που το περιβάλλουν, μετατοπίζεται σε ένα πόλο. Στο μεταξύ η φλοιώδης ουσία που περιβάλλει το ωθυλάκιο αποτελεί ένα είδος μεμβράνης που διακρίνεται σε δύο στοιβάδες: την εσωτερική θήκη, η οποία σχηματίζεται κυρίως από κύτταρα και άφθονα αιμοφόρα τριχοειδή, και την εξωτερική θήκη, η οποία αποτελείται κυρίως από συνδετικές ίνες. Τα κύτταρα της εσωτερικής θήκης, υπό την επίδραση της FSH, αρχίζουν να αναπτύσσουν γυναικείες ορμόνες τύπου οιστρογόνων, οι οποίες περνούν στην κυκλοφορία και τα επίπεδα τους αυξάνονται σταδιακά. Όταν τα επίπεδα των οιστρογόνων είναι ήδη υψηλά, η υπόφυση αρχίζει να εκκρίνει και LH γοναδοτροπίνη που διεγείρει την τελική φάση ανάπτυξης του ωθυλακίου.

Δεκατέσσερις ημέρες μετά την έναρξη του κύκλου, χάρη σε όλες τις περιγραφείσες τροποποιήσεις, ένα από τα πρωτογενή θυλάκια έχει μετατραπεί πια σε ώριμο ωθυλάκιο, το οποίο λέγεται γραφιανό ωθυλάκιο, ενώ τα υπόλοιπα έχουν αναστείλει την ανάπτυξη τους σε ενδιάμεσες φάσεις και στη συνέχεια ατροφούν. Το γραφιανό ωθυλάκιο αποκτά διάμετρο 1 εκατοστού και προεξέχει στην επιφάνεια της ωθήκης. Στο εσωτερικό της η διαδικασία διαφοροποίησης του πρωτογενούς ωκυττάρου έχει ήδη δημιουργήσει το σχηματισμό ενός ώριμου γυναικείου αναπαραγωγικού

κυττάρου: του ωαρίου. Στη φάση αυτή το ωάριο και τα κύτταρα του ακτινωτού στεφάνου που το περιβάλλουν αποκολλώνται από το τοίχωμα του ωοθυλάκιου και επιπλέουν στο θυλακιώδες υγρό, η ποσότητα του οποίου έχει αυξηθεί τόσο που οι κυτταρικές στοιβάδες που το φιλοξενούν είναι πολύ τεταμένες και λεπτές. Τέλος εξαιτίας όλων αυτών, το γραφιανό ωοθυλάκιο σπάει, ανοίγει στην επιφάνεια της ωοθήκης και εξωθεί προς τα έξω το θυλακιώδες υγρό στο οποίο επιπλέουν το ωάριο και τα κύτταρα του ακτινώτου στεφάνου: αυτή είναι η ωορρηξία.

Μετά την ωορρηξία υπό την επίδραση της LH η κοκκιώδης στοιβάδα και η εσωτερική θήκη που παραμένουν στην ωοθήκη μετατρέπονται σε μια δομή που λέγεται ωχρό σωματίο, τα κύτταρα του οποίου εξακολουθούν να εκκρίνουν οιστρογόνα και από αυτή τη στιγμή και μετά αρχίζουν επίσης να παράγουν τον άλλο τύπο γυναικείας ορμόνης, την προγεστερόνη η βασική λειτουργία της οποίας συνίσταται στην προετοιμασία της μήτρας για την ενδεχόμενη υποδοχή ενός γονιμοποιημένου ωαρίου. Εάν δε γίνει η γονιμοποίηση δεδομένου τι η υπόφυση εκκρίνει μόνο LH για μερικές ημέρες το ωχρό σωματίο σταδιακά σταματάει να παράγει ορμόνες, ατροφεί και μετά από 10-14 ημέρες μετατρέπεται σε έναν αδρανή ουλώδη ιστό που ονομάζεται λευκό σωματίο. Αντιθέτως όταν λάβει χώρα η γονιμοποίηση και η συνακόλουθη εγκυμοσύνη, η χορειακή γοναδοτρόπος ορμόνη (HCG) η οποία εκκρίνεται από το προϊόν της κύησης, διατηρεί το ωχρό σωματίο σε λειτουργία, ώστε να συνεχίσει να παράγει προγεστερόνη για μερικούς μήνες και έπειτα να ατροφήσει αφήνοντας μια μικρή ουλή στην ωοθήκη.

Καταμήνιος Κύκλος Κάθε ωοθηκικός κύκλος επιφέρει κάποιες χαρακτηριστικές διακυμάνσεις των επιπέδων των γυναικείων ορμονών του φύλου, των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, οι επιδράσεις των οποίων γίνονται αισθητές σε όλο τον οργανισμό αλλά ιδιαίτερος στη μήτρα. Εκ των πραγμάτων η μήτρα είναι υπεύθυνη για την υποδοχή του προϊόντος της ενδεχόμενης γονιμοποίησης και ως εκ τούτου σε αντιστοιχία με κάθε ωοθηκικό κύκλο πρέπει να προετοιμαστεί για μια τέτοια πιθανότητα. Συγκεκριμένα οι τροποποιήσεις που επιφέρουν οι γυναικείες ορμόνες πραγματοποιούνται κυρίως στο ενδομήτριο, το βλεννογόνο μένα που

καλύπτει την κοιλότητα της μήτρα, πολλαπλασιάζεται κυκλικά για να προσαρμοστεί στην πιθανή εμφύτευση ενός εμβρύου και εάν δεν πραγματοποιηθεί η γονιμοποίηση, τελικά αποπίπτει και δημιουργεί την εμμηνορρυσία: κατάσταση που είναι γνωστή ως καταμήνιος κύκλος.

Ένας καταμήνιος κύκλος αρχίζει την πρώτη ημέρα της εμμηνορρυσία, της χαρακτηριστικής κολπικής αιμορραγίας που περιοδικά παρουσιάζουν όλες οι γυναίκες από την εφηβεία μέχρι την εμμηνόπαυση, διαρκεί κατά μέσο όρο 28 ημέρες και ολοκληρώνεται όταν αρχίζει η επόμενη εμμηνορρυσία.

Στο πρώτο τμήμα του καταμήνιου κύκλου, τη λεγόμενη παραγωγική ή θυλακιώδη φάση, τα οιστρογόνα τα οποία παράγονται από τα ώριμα ωοθυλάκια που φτάνουν μέχρι τη μήτρα μέσω της κυκλοφορίας του αίματος προκαλούν ταχεία αναπαραγωγή των κυττάρων του ενδομητρίου, καθώς και αύξηση των αδενών και των αιμοφόρων αγγείων τους. Έτσι το ενδομήτριο αυξάνει σε πάχος και προετοιμάζεται για την πιθανή εμφύτευση ενός γονιμοποιημένου ωαρίου. Αυτή η φάση διαρκεί μέχρι να πραγματοποιηθεί η ωορρηξία, μέχρι τη μέση του ωοθηκικού κύκλου.

Στο δεύτερο τμήμα του καταμήνιου κύκλου, ο οποίος αρχίζει μετά την ωορρηξία και είναι γνωστός ως εκκριτική ή ωχρινική φάση, χάρη στην επίδραση της προγεστερόνης που έχει παραχθεί από το ωχρο σωματίο, το ενδομήτριο συνεχίζει να αυξάνει σε πάχος, οι αδένες του γίνονται ενεργοί και η αγγειοποίηση φτάνει τη μέγιστη ανάπτυξη: το εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας βρίσκεται τότε σε ιδανικές συνθήκες για την ενδεχόμενη υποδοχή ενός γονιμοποιημένου ωαρίου.

Εάν τελικά πραγματοποιηθεί η γονιμοποίηση του ωαρίου που απελευθερώνεται από την ωοθήκη σε αυτόν τον κύκλο, το προϊόν κύησης μέσω της έκκρισης ειδικών ορμονών θα διατηρήσει τη δραστηριότητα του ωχρού σωματίου και την ανάπτυξη της προγεστερόνης του, γεγονός που θα έχει ως αποτέλεσμα το ενδομήτριο να παραμείνει στην εκκριτική φάση καθ' όλη την εγκυμοσύνη, εποχή στην οποία δεν θα παρουσιαστούν εμμηνορρυσίες.

Εάν δεν πραγματοποιηθεί η γονιμοποίηση, αντιθέτως το ωχρό σωματίο ατροφεί και σταματάει να παράγει γυναικείες ορμόνες, γεγονός που επιφέρει μια βαθιά τροποποίηση του ενδομητρίου: η απότομη μείωση των ορμονικών επιπέδων μεταφράζεται σε απώλεια της ζωτικότητας των κυττάρων του ενδομητρίου, διακοπή της δραστηριότητας των αδενών του και σπασμό των αιμοφόρων αγγείων του. Ως αποτέλεσμα όλων αυτών, περίπου 28 ημέρες μετά την έναρξη του κύκλου, το ενδομήτριο αρχίζει να αποπίπτει: δημιουργείται τότε η εμμηνορρυσία, με την εξώθηση αίματος και υπολειμμάτων ενδομήτριων ιστών μέσω του κόλπου επί 3-5 ημέρες. Μόλις τελειώσει η εμμηνορρυσία, το ενδομήτριο λεπταίνει υπερβολικά, αλλά αμέσως ταυτόχρονα με την αύξηση των επιπέδων των οιστρογόνων που συνεπάγεται η ανάπτυξη άλλων ωοθυλακίων στην ωοθήκη, δημιουργείται η αναγέννηση που αντιστοιχεί στον καινούριο κύκλο. Και αυτό επαναλαμβάνεται με αδιάκοπο τρόπο, εκτός σε περίπτωση εγκυμοσύνης, μέχρι την περίοδο της εμμηνόπαυσης.

Φυσιολογία Μαστού Η ειδική λειτουργία των μαστών είναι η παραγωγή του γάλακτος για την θρέψη του βρέφους, γεγονός που συμβαίνει μετά την εγκυμοσύνη αν και υφίσταται κυκλικές μεταβολές καθ' όλη την γυναικεία αναπαραγωγική φάση. Ωστόσο, σε κάθε καταμήνιο κύκλο, υπό την επίδραση των ωοθηκικών ορμονών οι μαστοί υφίστανται μία σειρά χαρακτηριστικών τροποποιήσεων καθώς προετοιμάζονται για ενδεχόμενη εγκυμοσύνη. Σε περίπτωση γονιμοποίησης, οι αλλαγές συνεχίζονται μέχρι οι μαστοί να είναι απόλυτα έτοιμοι για το θηλασμό. Εάν δεν πραγματοποιηθεί γονιμοποίηση οι μεταβολές που έχουν γίνει ακυρώνονται και οι μαστοί επιστρέφουν στην πρότερη κατάσταση τους.

Στην πρώτη φάση του κύκλου υπό την επίδραση των οιστρογόνων, τα οποία εκκρίνονται από ωοθυλάκια που αναπτύσσονται, πολλαπλασιάζονται τα κύτταρα των γαλακτοφόρων πόρων. Μετά την όγδοη μέρα του κύκλου γίνεται αντιληπτή μία μικρή αύξηση του όγκου των μαστών. Στην δεύτερη φάση του κύκλου μετά την ωορρηξία η προγεστερόνη που εκκρίνεται από το ωχρό σωματίο δημιουργεί την ανάπτυξη των αδενικών λοβίων ενώ προκαλεί

κατακράτηση νερού στον οργανισμό. Συνεπώς επιφέρεται νέα αύξηση όγκου των μαστών. Εάν δεν πραγματοποιηθεί η γονιμοποίηση το ωχρό σωμάτιο ατροφεί και τα επίπεδα των γυναικείων ορμονών κατεβαίνουν απότομα και δημιουργείται η εμμηνορρυσία. Συγχρόνως επιφέρει μείωση του μεγέθους και της σύστασης των μαστών. Αυτή η διαδικασία επαναλαμβάνεται εκτός αν πραγματοποιηθεί η γονιμοποίηση όπου οι μαστοί υπό την επίδραση ορμονών θα συνεχίσουν να μεγαλώνουν για το θηλασμό.

2.1.3 ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΑΡΧΗ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Η δραστηριότητα του γυναικείου γεννητικού συστήματος αρχίζει στην εφηβεία, συμπίπτοντας με την ανάπτυξη των δευτερεύοντων χαρακτηριστικών του φύλου, χάρη στην ενεργοποίηση του βιολογικού ρολογιού του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης. Αρχίζει τότε η γυναικεία αναπαραγωγική φάση, δηλαδή η περίοδος κατά την οποία η γυναίκα είναι σε θέση να τεκνοποιήσει.

Η αρχή αυτού του σταδίου χαρακτηρίζεται από την πρώτη εμμηνορρυσία, τη λεγόμενη εμμηναρχή η οποία συνήθως παρουσιάζεται στην ηλικία μεταξύ των 10 και 14 ετών και αποτελεί ένδειξη του γεγονότος ότι έχουν τεθεί σε λειτουργία οι ωοθηκικοί κύκλοι που ρυθμίζονται από την δραστηριότητα του υποθαλάμου και της υπόφυσης. Από τότε και μετά οι καταμήνιοι κύκλοι επαναλαμβάνονται αδιάκοπα, εκτός από την περίοδο της εγκυμοσύνης. Αν και η γυναίκα διαθέτει 400.000 ωοθυλάκια την στιγμή της γέννησης, καθ' όλη την αναπαραγωγική φάση μόνο 400-500, τόσα όσοι και οι ωοθηκικοί κύκλοι, που δημιουργούνται, ενώ τα υπόλοιπα ατροφούν σταδιακά χωρίς να έχουν ωριμάσει.

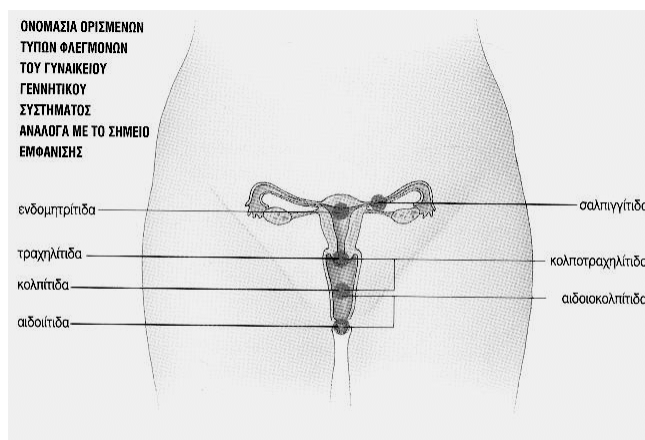
Με τον τρόπο αυτό, περίπου στην ηλικία των 40 με 45 ετών δεν μένει σχεδόν κανένα πρωτογενές ωοθυλάκιο ικανό να ανταποκριθεί στην επίδραση των γοναδοτροπινών της υποφύσεως: κάθε φορά ωριμάζουν λιγότερα ωοθυλάκια και οι ορμονικές εκκρίσεις των ωοθηκών μειώνονται. Τότε αρχίζει μια περίοδος που λέγεται κλιμακτήριος, κατά τη διάρκεια της οποίας οι έμμηνες ρύσεις γίνονται άτακτες και παρουσιάζεται μια σειρά οργανικών τροποποιήσεων που υποδηλώνουν την ελάττωση των γυναικείων ορμονών. Τελικά έρχεται μια στιγμή που οι ωοθηκικοί κύκλοι σταματούν να παράγονται τελείως και ως εκ τούτου, παρουσιάζεται η εμμηνόπαυση, δηλαδή η διακοπή των έμμηνων ρύσεων: έτσι τελειώνει η γυναικεία αναπαραγωγική φάση. Η τελευταία εμμηνορρυσία συνήθως παρουσιάζεται περίπου στην ηλικία των πενήντα ετών, αν και είναι απόλυτα φυσιολογικό η οριστική διακοπή των εμμηνορρυσιών να γίνει μερικά χρόνια πριν ή και μερικά χρόνια αργότερα, μεταξύ των 45-55 ετών.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η ανάπτυξη των παρακάτω γυναικολογικών παθήσεων στηρίζεται στα αποτελέσματα της έρευνας αυτής της πτυχιακής εργασίας, η οποία ανέδειξε τα συχνότερα συμπτώματα που οδήγησαν στις αντίστοιχες διαγνώσεις. Έτσι, θεωρήθηκε σημαντική η ανάλυση των συχνότερων γυναικολογικών παθήσεων.

3.1 Φλεγμονές και Μολύνσεις

Οι φλεγμονώδεις διεργασίες του γυναικείου γεννητικού συστήματος, συνήθως μολυσματικής φύσης, δημιουργούν διάφορες εκδηλώσεις ανάλογα με το σημείο εμφάνισης της διαταραχής και σε ορισμένες περιπτώσεις επιφέρουν



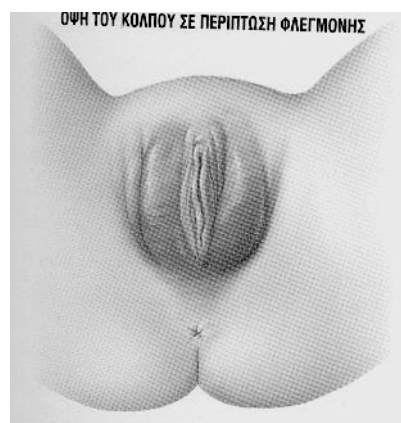
επιπλοκές ή και μόνιμα προβλήματα. Οι περισσότερες γυναίκες έχουν μια διαυγή και ερεθιστική και άοσμη έκκριση κατά τη διάρκεια του κύκλου. Τις ημέρες της ωορρηξίας η έκκριση γίνεται κάπως πυκνότερη, διαυγής και κολλώδης. Είναι άοσμη και βοηθά ως ένδειξη ωορρηξίας σε κάθε γυναίκα που θέλει να γνωρίζει τα στάδια του κύκλου της για έλεγχο των γεννήσεων ή άλλους λόγους. Αν η έκκριση αυξηθεί υπερβολικά προκαλεί ερεθισμό ή έχει βαριά μυρωδιά, είναι απαραίτητο να ερευνηθούν οι λόγοι που προκάλεσαν την αλλαγή γιατί ίσως να αποτελεί την πρώτη ένδειξη κάποιας μόλυνσης. Η περίοδος, το σεξ και η εγκυμοσύνη, προκαλούν μεγάλο στρες στα όργανα αναπαραγωγής. Είναι λοιπόν ουσιαστικής σημασίας να αντιμετωπίζονται όλες οι πιθανές μολύνσεις.

Αιδοίτιδα Η αιδοίτιδα είναι φλεγμονή του αιδοίου. Πολλές φορές έχει μολυσματική προέλευση και προέρχεται από την εξάπλωση μιας διεργασίας αυτής της φύσης στον κόλπο (αιδοιοκολπίτιδα) άλλες φορές αντιθέτως οφείλεται σε ερεθισμό ή αλλεργική αντίδραση η οποία δημιουργείται από την

επαφή με κρέμες ή προϊόντα που χρησιμοποιούνται για την υγιεινή της ευαίσθητης περιοχής. Τέλος σε μερικές περιπτώσεις παρουσιάζεται χωρίς εμφανή αιτία λόγω αλλαγών που δημιουργούνται στην περιοχή μετά την εμμηνόπαυση εξαιτίας της μείωσης των γυναικείων ορμονών του φύλου, γεγονός που επιφέρει ορισμένο βαθμό ατροφίας και λέπτυνσης των αιδοϊκών ιστών.

Η διαταραχή μπορεί να έχει οξεία ή και χρόνια εξέλιξη. Η πιο συνηθισμένη μορφή είναι η οξεία αιδοιτιδα, η οποία εκδηλώνεται κυρίως με τσούξιμο στην περιοχή, η οποία γενικά είναι εξοιδημένη και κοκκινωπή. Εξάλλου, είναι σύνηθες η ουροδόχος κύστη να παρουσιάζει αίσθημα καψίματος και οι σεξουαλικές επαφές να γίνονται ενοχλητικές ή και επώδυνες. Το πρόβλημα συνήθως επιλύεται σε μερικές μέρες, είτε αυτόματα με τη λύση του εκλυτικού παράγοντα είτε χάρη στην κατάλληλη αγωγή. Ωστόσο εάν μια μόλυνση δεν θεραπευτεί ή εάν διαιωνίζεται ο εκλυτικός παράγοντας, μπορεί να αναπτυχθεί χρόνια αιδοιτιδα, με εκδηλώσεις λιγότερο έντονες αλλά μόνιμες, κυρίως κνησμό, ο οποίος αναγκάζει την ασθενή να ξύνεται και εξαιτίας αυτού του γεγονότος, δημιουργούνται μικρές κακώσεις στον ευαίσθητο βλεννογόνο υμένα οι οποίες παρατείνουν το πρόβλημα. Η αγωγή εξαρτάται από τη φύση της φλεγμονώδους διεργασίας. Όταν πρόκειται για μόλυνση, βασίζεται στον προσδιορισμό του αιτιολογικού παράγοντα και τη χορήγηση των κατάλληλων αντιμικροβιακών φαρμάκων για την καταπολέμηση τους. Όταν η διαταραχή οφείλεται σε μετακλιμακτηριακή ατροφία, η εφαρμογή κρεμών με οιστρογόνα είναι εξαιρετικά χρήσιμη γιατί επιτρέπει ορισμένη ανάπτυξη του βλεννογόνου υμένα του αιδοίου.

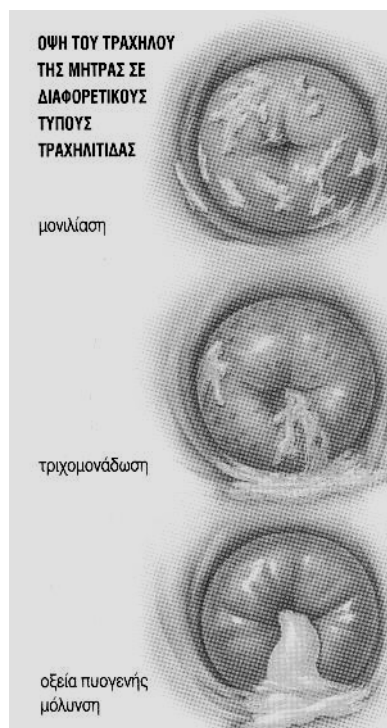
Κολπίτιδα Η κολπίτιδα είναι μια φλεγμονή του κολπικού πόρου, συνήθως μικροβιακής προέλευσης, η οποία τις περισσότερες φορές εκτείνεται στο αιδοίο (αιδοιοκολπίτιδα) και σε μερικές περιπτώσεις στον τράχηλο της μήτρας (κολποτραχηλίτιδα). Προκαλείται από διαφορετικούς μολυσματικούς παράγοντες τόσο ιούς όσο και βακτηρίδια και μύκητες, οι οποίοι πολλές φορές μεταδίδονται μέσω των σεξουαλικών επαφών και άλλοτε,



αντίθετος εξαπλώνονται στην περιοχή των γεννητικών οργάνων από τον πρωκτό λόγο ακατάλληλης υγιεινής ή από επαφή με τα χέρια ή με μολυσματικά αντικείμενα. Σε μερικές περιπτώσεις, μάλιστα πρόκειται για βακτηρίδια που υπάρχουν ήδη στην περιοχή και δεν δημιουργούν διαταραχές αλλά γίνονται παθογόνα μόνο εάν βρεθούν σε ευνοϊκές συνθήκες. Η διαταραχή εκδηλώνεται κυρίως με την εμφάνιση παθολογικού κολπικού υγρού, ή λευκόρροιας, στο οποίο συνήθως προστίθενται τα ίδια συμπτώματα της αιδοίτιδα, όπως αίσθημα κνησμού ή καψίματος, και πολλές φορές και γενικά συμπτώματα όπως αδιαθεσία, κόπωση ή μέτριος πυρετός, καθώς και σε μερικές περιπτώσεις πόνος στο κάτω μέρος της κοιλιάς, ο οποίος ενίοτε αντανακλά στη πλάτη. Η ένταση αυτών των εκδηλώσεων και τα χαρακτηριστικά του παθολογικού κολπικού υγρού ποικίλουν πολύ ανάλογα με τον αιτιολογικό παράγοντα καθώς και σε συνάρτηση με την εξέλιξη της διαταραχής, δεδομένου ότι τα συμπτώματα συνήθως είναι σημαντικά στις οξείες μορφές και αντιθέτως, πολλές φορές είναι ελάχιστα στις χρονικές μορφές. Έτσι π.χ. η γονοκοκκική κολπίτιδα, η οποία προκαλείται από το βακτηρίδιο *neisseria gonorrhoeae* συνήθως έχει χρόνια εξέλιξη και δεν δημιουργεί εμφανείς εκδηλώσεις στην ενήλικη γυναίκα, ενώ στα κορίτσια και τις εφήβους συνήθως έχει οξεία μορφή και προκαλεί άφθονη κιτρινώπη λευκόρροια και έντονη φλεγμονή του βλεννογόνου των γεννητικών οργάνων. Η μόλυνση από *gardnella vaginalis*, βακτηρίδιο που υπάρχει στη φυσιολογική χλωρίδα του κόλπου, το οποίο γίνεται παθογόνο όταν βρεθεί σε συνθήκες ευνοϊκές για τον πολλαπλασιασμό του, δημιουργεί λευκό και δύσοσμο υγρό, καθώς και κάψιμο κατά την ούρηση και πόνο στη συνουσία. Η κολπίτιδα που οφείλεται στο πρωτόζωο *trichomonas vaginalis* συνήθως προκαλεί άφθονο κιτρινωπό δύσοσμο υγρό αφρίζουσας όψης, καθώς και αιδοιοκολπικό κνησμό, ενοχλήσεις στην ούρηση και πόνο στη συνουσία παρότι στις χρόνιες μορφές τα συμπτώματα μπορεί να είναι ελάχιστα ή και σχεδόν ανύπαρκτα. Η κολπίτιδα από το μύκητα *candida albicans* συνήθως δημιουργεί σβολιασμένο λευκό υγρό, όψης που μοιάζει με μυζήθρα, καθώς και έντονη εξοίδηση της περιοχής των γεννητικών οργάνων, κνησμό, πόνο στην περιοχή του κόλπου και του περινέου, κάψιμο κατά την ούρηση και ενοχλήσεις που υποχωρούν μετά από κάποιο χρονικό διάστημα και επανεμφανίζονται με τις σεξουαλικές επαφές. Υπάρχουν μολύνσεις που προκαλούνται από άλλους παράγοντες

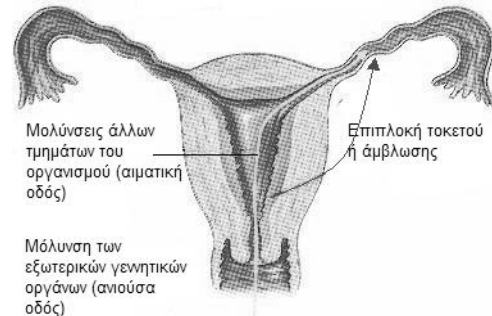
που προκαλούν βλάβες, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της σύφιλης ή στον έρπητα των γεννητικών οργάνων.

Τραχηλίτιδα Η τραχηλίτιδα είναι μια φλεγμονή του τραχήλου της μήτρας ή αυχένα, διαταραχή η οποία συνήθως έχει μικροβιακή προέλευση και δημιουργείται ως επέκταση της κολπίτιδας (κολποτραχηλίτιδα) ενώ εκδηλώνεται με τα ίδια συμπτώματα που περιγράφηκαν για την κολπική λοίμωξη. Σπανίως δημιουργείται μια οξεία μεμονωμένη τραχηλίτιδα, λόγω μόλυνσης των γεννητικών οργάνων ή μιας τραυματικής κάκωσής, π.χ. στη διάρκεια μιας άμβλωσης και σε αυτές τις περιπτώσεις η διαταραχή συνήθως εξελίσσεται με ασυμπτωματικό τρόπο περνώντας απαρατήρητη εκτός εάν εξεταστεί η περιοχή για κάποιον άλλο λόγο. Πιο συχνή είναι η χρόνια μεμονωμένη τραχηλίτιδα, οι βασικές εκδηλώσεις της οποίας είναι η εμφάνιση παθολογικού κολπικού υγρού, συνήθως πυκνού και κιτρινωπής χρώσης, καθώς και η εμφάνιση μικρών κολπικών αιμορραγιών ανεξαρτήτων από την εμμηνορρυσία, κυρίως μετά τη συνουσία, και πόνων στην κάτω περιοχή της κοιλιάς αν και όχι έντονων. Παρότι οι εκδηλώσεις της τραχηλίτιδας δεν είναι έντονες, η διαταραχή μπορεί να δημιουργήσει σημαντικές επιπλοκές. Αφενός μια μόλυνση η οποία εντοπίζεται αρχικά στον τράχηλο μπορεί να εξαπλωθεί στο εσωτερικό της μήτρας και από εκεί στις σάλπιγγες, αποτελώντας το σημείο εκκίνησης της ενδομητρίτιδας και της σαλπιγγίτιδας. Εξάλλου, μια μόλυνση του τραχήλου της μήτρας σε μια έγκυο γυναίκα μπορεί να μολύνει το παιδί κατά τον τοκετό. Αφετέρου ορισμένες μολύνσεις κυρίως οι ιογενείς με χρόνια εξέλιξη, μπορούν να συμβάλουν σε κακοηθή μεταμόρφωση των κυττάρων του βλεννογόνου και στη δημιουργία προδιάθεσης, επομένως της ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου. Η αγωγή μιας μόλυνσης του τραχήλου βασίζεται αρχικά στη χορήγηση αντιβιοτικών ή αντιϊικών, ανάλογα με τον αιτιολογικό παράγοντα. Εάν η μόλυνση επιμένει,



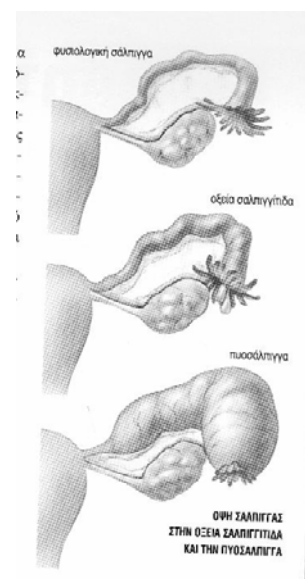
μπορεί να καταστραφεί η φλεγμένη περιοχή με ηλεκτροπληξία ή εφαρμογή λέιζερ, θεραπεία με την οποία προλαμβάνεται κάθε επιπλοκή.

Ενδομητρίτιδα Η ενδομητρίτιδα είναι φλεγμονή του ενδομητρίου του βλεννογόνου υμένα που επενδύει την κοιλότητα της μήτρας, διαδικασία η οποία γενικά έχει μικροβιακή προέλευση. Συνήθως αντιστοιχεί στην εξάπλωση μολύνσεων στα γειτονικά



όργανα, είτε από τα εξωτερικά όργανα είτε από τις σάλπιγγες και παρουσιάζεται με ιδιαίτερη συχνότητα στη λοχεία, έπειτα από τοκετό ή άμβλωση, ενίοτε λόγω της κατακράτησης των υπολειμμάτων του πλακούντιου ιστού. Οι βασικές εκδηλώσεις της διαταραχής είναι κοιλιακός πόνος, πυρετός και παθολογικό κολπικό υγρό. Όταν πρόκειται για επιλόχειο ενδομητρίτιδα συνήθως αποβάλλονται δύσσομα υπολείμματα του πλακούντα. Αν δεν πραγματοποιηθεί η κατάλληλη αγωγή, βασισμένη στη χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων κατά του αιτιολογικού μικροβίου και ενδεχομένως την απομάκρυνση οποιουδήποτε ξένου σώματος από το εσωτερικό της μήτρας, η μόλυνση μπορεί να εξαπλωθεί και να δημιουργήσει σοβαρές επιπλοκές. Από την άλλη πλευρά η φλεγμονή του εσωτερικού βλεννογόνου της μήτρας μπορεί να δημιουργήσει το σχηματισμό ουλών και συμφύσεων, ικανών να προκαλέσουν στειρότητα.

Σαλπινγίτιδα Ο όρος σαλπινγίτιδα περιγράφει τη φλεγμονή των σαλπίγγων, συνήθως μικροβιακής προέλευσης. Τα μικρόβια φτάνουν στις σάλπιγγες δια της ανιούσας οδού από μια μόλυνση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων, η οποία συνήθως μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή και ενίοτε δεν είναι αντιληπτή. Οι πιο συχνοί αιτιολογικοί παράγοντες είναι ο γονόκοκκος και οι χλαμύδες. Επίσης μπορεί να μόλυνση των σαλπίγγων λόγω επιπλοκής τοκετών η άμβλώσεων ή

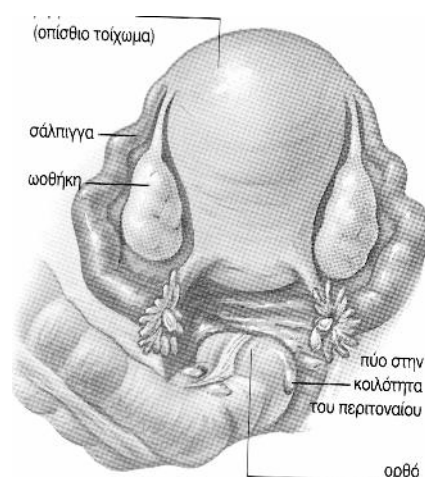


πιο σπάνια, λόγω της αιματικής εξάπλωσής μικροβίων τα οποία προέρχονται από άλλα τμήματα του οργανισμού. Οι εκδηλώσεις ποικίλλουν πολύ καθώς η νόσος έχει μερικές φορές οξεία εξέλιξη με πολύ έντονα συμπτώματα ενώ σε άλλες περιπτώσεις δεν προκαλεί σχεδόν καμία ενόχληση η εξελίσσεται με ασυμπτωματικό τρόπο τουλάχιστον στις αρχικές φάσεις, καταφέροντας ακόμα και να περάσει απαρατήρητη. Όταν η νόσος είναι συμπτωματική η πιο συχνή εκδήλωση είναι η εμφάνιση πόνου στο κάτω μέρος της κοιλιάς, ο οποίος συνήθως είναι έντονος και επίμονος. Επίσης συνήθως παρουσιάζεται πυρετός, δύσοσμες κολπικές εκκρίσεις, ενίοτε αιματικές και διαταραχές του ουροποιητικού συστήματος, όπως συχνές ουρήσεις και πόνος κατά την ούρηση. Σε περίπτωση απουσίας της κατάλληλης αγωγής, η μόλυνση συνήθως δεν επιλύεται αυτόματα, προκαλώντας οξείες επιπλοκές ή και αποκτώντας χρόνια εξέλιξη. Σε μερικές περιπτώσεις, η μολυσματική διεργασία δημιουργεί το σχηματισμό αποστήματος, δηλαδή συσσώρευσης πύου στο εσωτερικό της πάσχουσας σάλπιγγας, επιπλοκή η οποία ονομάζεται πυοσάλπιγγα – εάν το απόστημα σπάσει το πύο μπορεί να εξαπλωθεί στο εσωτερικό της κοιλιακής κοιλότητας και να προκαλέσει σοβαρή περιτονίτιδα. Άλλες φορές η μόλυνση γίνεται χρόνια και δημιουργεί εκδηλώσεις όπως πόνους στην κάτω κοιλιακή χώρα και στην πλάτη, πιο έντονους κατά την καταμήνια περίοδο, παθολογικές κολπικές αιμορραγίες και πόνο κατά τη συνουσία.

Από την άλλη πλευρά, τόσο οι οξείες μολύνσεις όσο και οι χρόνιες μπορούν να βλάψουν τα εσωτερικά τοιχώματα των σαλπίγγων, δημιουργώντας έτσι ουλές και συμφύσεις που αποφράσσουν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό τον αυλό των σωλήνων. Εάν δημιουργηθεί ολική απόφραξη και των δύο σαλπίγγων η διαταραχή αφήνει ως μόνιμη επίπτωση τη στειρότητα: τα ωάρια που απελευθερώνονται από τις ωοθήκες δεν μπορούν να προχωρήσουν στο εσωτερικό των σωλήνων για να γονιμοποιηθούν κ εάν η απόφραξη δεν είναι ολική, είναι δυνατό ν ένα ωάριο να γονιμοποιηθεί αλλά παραμένει κλεισμένο στο εσωτερικό της σάλπιγγας γεγονός που μεταφράζεται ως εξωμήτρια κύηση.

Η αγωγή της σαλπινγίτιδας βασίζεται αρχικά στη χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων. Ωστόσο εάν η μόλυνση επιμένει παρά τη θεραπεία και όταν προκληθούν επιπλοκές όπως ο σχηματισμός αποστήματος, είναι απαραίτητος να πραγματοποιηθεί χειρουργική επέμβαση.

Πυελική Φλεγμονώδης Νόσος Ως πυελική φλεγμονώδης νόσο νοείται η μόλυνση διαφόρων εσωτερικών οργάνων του γυναικείου γεννητικού συστήματος και των γειτονικών δομών. Συνήθως η διαταραχή οφείλεται σε μικρόβια τα οποία μεταδίδονται με τη σεξουαλική οδό, αν και επίσης μπορεί να προκύψει ως επιπλοκή τοκετού. Μερικές φορές η αρχική μολυσματική εστία εντοπίζεται στο βλεννογόνο που επενδύει τη μήτρα (ενδομητρίτιδα) ενώ σε άλλες περιπτώσεις βρίσκεται στις σάλπιγγες (σαλπινγίτιδα) από όπου τείνει να εξαπλώνεται μέχρι την κοιλιακή κοιλότητα.



Η συμπτωματολογία εξαρτάται από το βαθμό εξέλιξης της διαταραχής. Σε μερικές περιπτώσεις εκδηλώνεται αρχικά με πόνο στην κάτω κοιλιακή χώρα, η και στις δύο πλευρές, ενίοτε συνοδευόμενος από μέτριο πυρετό και μικρές κολπικές απώλειες μεταξύ δύο έμμηων περιόδων. Αυτή η κατάσταση μπορεί να επιμένει για ένα λιγότερο ή περισσότερο παρατεταμένο χρονικό διάστημα και έπειτα να επιδεινωθεί, με όξυνση του κοιλιακού πόνου, πιθανή αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος και με σαφή προσβολή της γενικής κατάστασης του οργανισμού. Άλλοτε το πρόβλημα δεν εκδηλώνεται μέχρι να σπάσει ένα σαλπιγγικό απόστημα και να δημιουργηθεί πυελοπεριτονίτιδα, εξαιρετικά σοβαρή επιπλοκή η οποία μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή. Σε αυτές τις περιπτώσεις γίνεται άμεση εισαγωγή στο νοσοκομείο της ασθενούς για την πραγματοποίηση κλινικής διερεύνησης η οποία επιτρέπει ακριβή διάγνωση και την εφαρμογή της κατάλληλης αγωγής, βασισμένης στη χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων και ενδεχομένως μια επείγουσα χειρουργική επέμβαση.

3.2 Ανώμαλες Αιμορραγίες από την Μήτρα

Κάθε αιμορραγία που είναι εκσεσημασμένη σε διάρκεια, συχνότητα και ποσό, για μια συγκεκριμένη ασθενή πρέπει να θεωρείται ανώμαλη και να διερευνάται ανάλογα. Κατά τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση δύο πρέπει να είναι οι βασικοί σκοποί:

A) η άμεση αντιμετώπιση της αιμορραγίας, ειδικά όταν είναι αρκετά σοβαρή και επηρεάζει άμεσα την υγεία της ασθενούς και

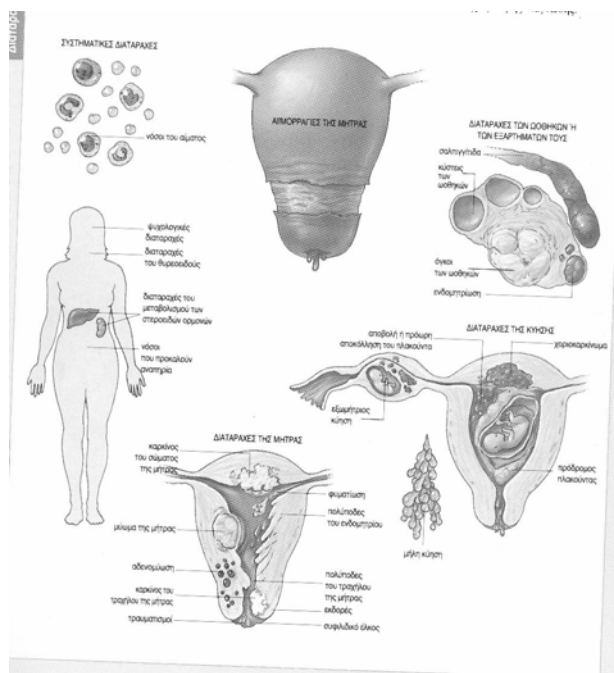
B) η πρόληψη να μην επαναληφθούν παρόμοια επεισόδια, αποκαθιστώντας κυκλική εμφάνιση της περιόδου. Επειδή τα αίτια μιας ανώμαλης αιμορραγίας από τη μήτρα είναι πολλά, γίνεται προσπάθεια να εξηγηθούν τα αίτια της αιμορραγίας επί τη βάση τριών ερωτημάτων:

- εάν η αιμορραγία προέρχεται από τη μήτρα
- εάν η αιμορραγία έχει σχέση με ωοθυλακιορρηκτικούς κύκλους και φαίνεται να είναι οργανικής αιτιολογίας και
- εάν η αιμορραγία έχει σχέση με ανωθυλακιορρηκτικούς κύκλους

Ανάλογα με τη διάρκεια της αιμορραγίας, την συχνότητα και τη ποσότητα, έχουν καθιερωθεί διεθνώς οι κάτωθι τύποι ανώμαλης αιμορραγίας:

Αραιομηνόρροια Αιμορραγία που συμβαίνει σε ακανόνιστες και χωρίς ρυθμό διαστήματα που υπερβαίνουν συνήθως τις 40 ημέρες.

Συχνομηνόρροια Η αιμορραγία συμβαίνει συχνά είναι κανονική σε ποσότητα, αλλά σε διαστήματα 21 ημερών η και λιγότερο.



Πολυμηνόρροια ή Μηνορραγία Η αιμορραγία είναι μεγάλη σε ποσότητα και έχει μεγαλύτερη διάρκεια, συμβαίνει όμως σε κανονικά χρονικά διαστήματα.

Μητρορραγία Η αιμορραγία συμβαίνει σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα, η ποσότητα όμως δεν είναι μεγάλη.

Μηνομητρορραγία Η αιμορραγία είναι συνήθως μεγάλη σε ποσότητα και διάρκεια και συμβαίνει σε συχνά και ακανόνιστα χρονικά διαστήματα.

Ολιγομηνόρροια Η αιμορραγία είναι κανονική σε συχνότητα, αλλά η ποσότητα του αίματος μειωμένη.

Μεσοκυκλική Αιμορραγία Είναι η μικρή αιμορραγία που παρατηρείται στο μεσοδιάστημα δύο φυσιολογικών κύκλων.

Πρωτοπαθής Αμηνόρροια Απουσία εμφάνισης αυτόματης έμμηνης ρύσης σε κορίτσια 14 ετών χωρίς ανάπτυξη των δευτερογενών σεξουαλικών χαρακτηριστικών ή σε κορίτσι 17 ετών με φυσιολογικά αναπτυγμένο γυναικείο φαινότυπο.

Δευτεροπαθής Αμηνόρροια Απουσία εμφάνισης της έμμηνης ρύσης για χρονικά διαστήματα μεγαλύτερα των 60-90 ημερών.

Οι διαταραχές του εμμηνορρυσικού κύκλου σχετίζονται με τη ρυθμικότητα εμφάνισης της έμμηνης ρύσης (συχνομηνόρροια- αραιομηνόρροια - δευτεροπαθής αμηνόρροια-πρωτοπαθής αμηνόρροια) και ποσοτικές διαταραχές της εμμηνορρυσίας (ολιγομηνόρροια-μηνορραγία-μητρορραγία).

Η πρώτη ενέργεια για την αντιμετώπιση μιας ανώμαλης αιμορραγίας, είναι να διεκρινισθεί εάν προέρχεται από τη μήτρα και να αποκλεισθεί άλλη προέλευση(τράχηλος – κόλπος – ουροδόχος κύστη – ορθό) η επόμενη ενέργεια αφορά τη διερεύνηση εάν η ασθενής έχει ωοθυλακιορρηκτικούς η ανωθυλακιορρηκτικούς κύκλους και τέλος εάν η αιμορραγία είναι οργανικής

αιτιολογίας. Με βάση αυτά τα κριτήρια οι ανώμαλες αιμορραγίες από τη μήτρα χωρίζονται σε δύο κατηγορίες :

A) ανώμαλες αιμορραγίες που έχουν σχέση με ωοθυλακιορρηκτικούς κύκλους. Οι αιμορραγίες αυτές συνήθως έχουν οργανική αιτιολογία αλλά και ορμονική όπως το επίμονο ωχρό σωματίο. Στην αναπαραγωγική ηλικία η αιμορραγία τις περισσότερες φορές έχει σχέση με επιπλοκές εγκυμοσύνης ή με κάποια αντισυλληπτική μέθοδο, αλλά συχνά η αιτία μπορεί να είναι ένα υποβλεννογόνιο ινομύωμα, ενδομητριακός ή τραχηλικός πολύποδας και ενδομητρίωση.

B) ανώμαλες αιμορραγίες με ανωοθυλακιορρηκτικούς κύκλους. Οι αιμορραγίες αυτές παρατηρούνται συχνότερα σε νεαρές γυναίκες κατά την αρχή της περιόδου, όπου κατά κανόνα οι κύκλοι είναι ανωοθυλακιορρηκτικοί, όπως επίσης και σε περιεμμηνόπαυσιακες γυναίκες, στις οποίες όμως σε μεγάλο ποσοστό η αιτία είναι οργανική (καρκίνος ενδομητρίου, πολύποδες).

Οργανικά αίτια Τα οργανικά αίτια που προκαλούν ανώμαλες αιμορραγίες από τη μήτρα είναι:

α) βλάβες του τραχήλου (καρκίνος πολύποδες εκτρόπιο) η αιμορραγία είναι ελαφρά ή υπό μορφή κηλίδων συχνά μετά από επαφή.

β) πολύποδες ενδομητρίου

γ) υπολείμματα εγκυμοσύνης μετά από αυτόματη έκτρωση, πλακουντικός πολύποδας

δ) φλεγμονές (ενδομητρίτιδα, πυελική φλεγμονή, φυματίωση iud)

ε) καρκίνος του ενδομητρίου και αδενωματώδης υπερπλασία κυρίως στις αιμορραγίες μετά την εμμηνόπαυση που στην αρχή είναι μικρές και ακανόνιστες και μετά γίνονται βαρύτερες και επίμονες

στ) ινομύματα μήτρας και κυρίως τα υποβλεννογόνια

ζ) έκτοπη εγκυμοσύνη.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις για αλλαγή της θέσης της μήτρας σπανίως ενδείκνυνται. Καμιά φορά γίνεται ανάρτηση της μήτρας σε εγχειρήσεις της πυέλου σε ασθενείς με στειρώση, λόγω συμφύσεων με σκοπό την βελτίωση του δουλγάσιου χώρου, την αποφυγή δημιουργίας συμφύσεων και την αύξηση της πιθανότητας κύησης.

3.3 Αμηνόρροια

Η αμηνόρροια είναι η απουσία εμμηνορρυσίας σε μια ηλικία που θα έπρεπε να έχει εμφανιστεί (πρωτοπαθής αμηνόρροια) ή όταν εξαφανίζεται σε γυναίκες οι οποίες πριν είχαν τακτικές εμμηνορρυσίες (δευτεροπαθής αμηνόρροια).

Διακρίνονται διάφοροι τύποι αμηνόρροιας, ανάλογα με τη στιγμή της ζωής και το ιατρικό ιστορικό της γυναίκας όσον αφορά την εμμηνορρυσία. Αφενός υπάρχει μια φυσιολογική αμηνόρροια, η οποία δεν αποτελεί κάποια διαταραχή, αντιστοιχεί στην απουσία της εμμηνορρυσίας κατά την παιδική ηλικία, σε περίπτωση εγκυμοσύνης και θηλασμού ή και μετά την εμμηνόπαυση, καταστάσεις στις οποίες είναι απόλυτα φυσιολογικό να μην παρουσιάζεται η έμμηνος ρύση. Αφετέρου, υπάρχουν δύο τύποι αμηνόρροιας οι οποίοι αποτελούν μία παθολογική κατάσταση: Η πρωτοπαθής αμηνόρροια, η οποία αντιστοιχεί στην έλλειψη εμφάνισης της εμμηνορρυσίας σε μια ηλικία που θα έπρεπε ήδη να έχει εμφανιστεί, και τη δευτεροπαθής αμηνόρροια, η οποία αντιστοιχεί στην παρατεταμένη ή και μόνιμη απουσία της εμμηνορρυσίας σε μια γυναίκα η οποία προηγουμένως είχε τακτικές περιόδους.

Η εμμηνορρυσία εμφανίζεται μόνο από τη στιγμή που ενεργοποιείται η δραστηριότητα του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος, στην εφηβεία: κατά την παιδική ηλικία, ωστόσο υπάρχει μια αμηνόρροια η οποία είναι απόλυτα φυσιολογική. Η πρώτη εμμηνορρυσία ή εμμηναρχή συνήθως παρουσιάζεται περίπου στην ηλικία των 11-12 ετών, ένα με δύο χρόνια μετά τις πρώτες μεταβολές του στήθους οι οποίες σηματοδοτούν την έναρξη της

εφηβείας, παρότι οι εφηβικές αλλαγές μπορεί να καθυστερήσουν περισσότερο είναι φυσιολογικό η εμμηνορρυσία να μην εμφανίζεται μέχρι την ηλικία των 16 ετών. Θεωρείται ωστόσο ότι μια νέα παρουσιάζει πρωτοπαθή αμηνόρροια όταν δεν έχει περίοδο στην ηλικία των 16 ετών, η και δυο χρόνια μετά την έναρξη της ανάπτυξης του εφηβικού στήθους.

Από την εμμηναρχή και μετά, οι έμμηνες ρύσεις επαναλαμβάνονται περιοδικά περίπου κάθε 28 ημέρες, καθ' όλη την αναπαραγωγική φάση της γυναίκας, δηλαδή μέχρι την εμμηνόπαυση, αν και στην αρχή της εφηβείας, καθώς και στην κλιμακτήριο είναι άτακτες. Φυσιολογικά μεταξύ δυο εμμηνορρυσιών δεν περνάει πολύ μεγάλο διάστημα, εκτός όταν πρόκειται για εγκυμοσύνη, κατάσταση που επιφέρει φυσιολογική αμηνόρροια: έτσι θεωρείται ότι υπάρχει δευτεροπαθής αμηνόρροια όταν μια γυναίκα η οποία δεν είναι έγκυος και προηγουμένως είχε τακτικές εμμηνορρυσίες δεν έχει περίοδο για παρατεταμένο χρονικό διάστημα, τουλάχιστον ενενήντα ημερών.

Πρωτοπαθής αμηνόρροια Οι λόγοι για τους οποίους ευθύνονται για την πρωτοπαθή αμηνόρροια ποικίλουν: το πρόβλημα μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη συγγενούς δυσπλασίας του γεννητικού συστήματος ή σε διαταραχές οι οποίες επηρεάζουν την παραγωγή των ορμονών οι οποίες ευθύνονται για την εφηβική ανάπτυξη. Μεταξύ των συγγενών δυσπλασιών, μερικές από τις οποίες περνούν απαρατήρητες κατά την παιδική ηλικία και γίνονται εμφανείς στην εφηβεία, ξεχωρίζουν ο άτρητος παρθενικός υμένος ο οποίος εμποδίζει την εκβολή του έμμηνου αίματος που παράγεται φυσιολογικά και σε μερικές περιπτώσεις ανακαλύπτεται με την εμφάνιση κοιλιακών πόνων ή και άλλων επιπλοκών, καθώς και η απουσία κόλπου η οποία πολλές φορές οφείλεται σε χρωμοσωματική διαταραχή και σχετίζεται με τη βλάβη της ανάπτυξης ή την απουσία μήτρας, κατάσταση στην οποία δεν μπορούν να παραχθούν εμμηνορρυσίες ακόμα και αν η εφηβική ανάπτυξη, η οποία εξαρτάται από την ωθητική λειτουργία είναι φυσιολογική. Άλλες φορές το πρόβλημα οφείλεται σε χρωμοσωματική βλάβη η οποία επιφέρει ψευδερμαφροδιτισμό. Επίσης η απουσία ωοθηκών η μια προβληματική ανάπτυξη αυτών των οργάνων, γεγονός που είναι γνωστό ως δυσγενεσία των γονιδίων, είναι αίτιο απουσίας της εμμηνορρυσίας – έτσι συμβαίνει στο σύνδρομο του turner, το οποίο

παρουσιάζεται σε άτομα που διαθέτουν μόνο ένα χρωμόσωμα X του φύλου (οι γυναίκες φυσιολογικά έχουν δύο χρωμοσώματα X) και προκαλεί λειτουργική ανεπάρκεια των ωοθηκών, σχετιζόμενη με διάφορα τυπικά σωματικά χαρακτηριστικά. Σε άλλες περιπτώσεις, οι ωοθήκες αναπτύσσονται φυσιολογικά αλλά δεν ανταποκρίνονται στο ερέθισμα των γοναδοτροπινών της υπόφυσης, το πρόβλημα είναι γνωστό ως σύνδρομο των ανθεκτικών ωοθηκών και επιφέρει πρωτοπαθή αμηνόρροια και ολική απουσία των εφηβικών μεταβολών.

Μεταξύ των ορμονικών διαταραχών που ευθύνονται για την πρωτοπαθή αμηνόρροια ξεχωρίζουν οι ανεπαρκείς εκκρίσεις των ορμονών του υποθαλάμου και τις υπόφυσης, οι οποίες διέπουν τη δραστηριότητα των ωοθηκών και είναι υπεύθυνος για τον έμμηνο κύκλο. Η πρόελευση αυτών των διαταραχών ποικίλλει ιδιαίτερα. Σε μερικές περιπτώσεις πρόκειται για οργανικά προβλήματα τα οποία προκαλούν καταστροφή της υπόφυσης, όπως ενδοκρανιακοί όγκοι, κρανιοεγκεφαλικοί τραυματισμοί, μηνιγγίτιδα κλπ. Σε αυτές τις περιπτώσεις συνήθως προκαλείται υποφυσισμός, ο οποίος εκτός από αμηνόρροια, επιφέρει άλλες επιπτώσεις. Ωστόσο μπορεί επίσης να προκληθεί μια απλώς λειτουργική ανεπάρκεια αυτών των αδενών λόγω ψυχολογικών παραγόντων, ανορεξίας ή υπερβολικής αθλητικής προπόνησης, καθώς και λόγω διαφόρων ενδοκρινών διαταραχών και γενικών νόσων.

Δευτεροπαθής αμηνόρροια Εξίσου ποικίλλουν οι λόγοι που ευθύνονται για τη δευτεροπαθή αμηνόρροια. Σε μερικές περιπτώσεις πρόκειται για πρόβλημα της μήτρας, το ενδομήτριο μπορεί να διαταραχθεί λόγω μολύνσεων, όγκων ή επιπλοκών απόξεσης και να χάσει το φυσιολογικό του κύκλο υπερπλασίας και απόπτωσης. Άλλες φορές, η βασική διαταραχή βρίσκεται στις ωοθήκες : κύστες και όγκοι μπορούν να διαταράξουν την παραγωγή των γυναικείων ορμονών του φύλου από τις οποίες εξαρτάται ο καταμήνιος κύκλος, οι ωοθήκες μπορεί να καταστραφούν από αγωγές ακτινοθεραπείας η χημειοθεραπείας και μάλιστα μπορεί να σταματήσουν να λειτουργούν φυσιολογικά σε πρόωρη ηλικία, δημιουργώντας πρόωρη εμμηνόπαυση. Από την άλλη πλευρά, μπορεί να διαταραχθεί η ορμονική παραγωγή τόσο του

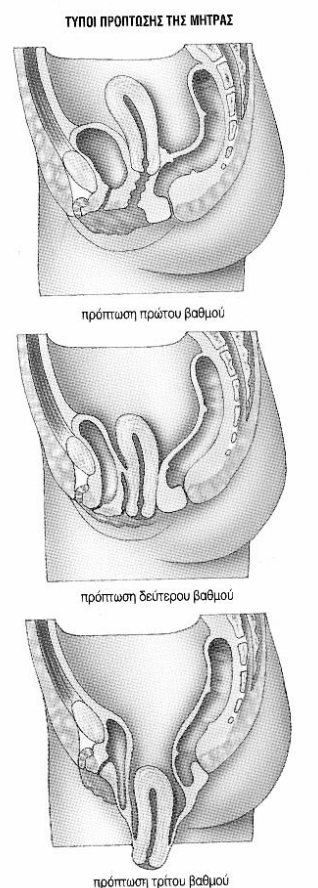
υποθαλάμου όσο και της υπόφυσης για διάφορους λόγους : όγκοι, νευρολογικές και ενδοκρινικές διαταραχές, ορισμένα φάρμακα.

Θεραπευτική δράση Η αμηνόρροια δεν έχει ειδική αγωγή: η θεραπεία πρέπει να επικεντρώνεται στη διόρθωση της αιτίας, εάν είναι δυνατό. Έτσι είναι βασικό να καθορίζεται ο λόγος της απουσίας των εμμηνορρυσιών, με τις σχετικές εξετάσεις για κάθε περίπτωση, για να μπορεί να σχεδιαστεί η κατάλληλη αγωγή, η οποία ποικίλλει σε βαθμό ανάλογο με τις πιθανές αιτίες αμηνόρροιας, μερικές φορές συνιστάται σε ορμονική αγωγή, άλλοτε απαιτείται χειρουργική επέμβαση, υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες εφαρμόζεται ψυχοθεραπεία και άλλες στις οποίες αρκεί να διορθωθεί ο υποσιτισμός ή να αλλάξει ο τρόπος ζωής. Κάθε περίπτωση, ωστόσο, αποκτείται μια συγκεκριμένη δράση ανάλογα με την προέλευση του προβλήματος.

3.4. Πρόπτωση Γεννητικών Οργάνων

Πρόπτωση καλείται η βαθμιαία και βραδεία μετατόπιση του οργάνου, επηρεαζόμενη δυσμενώς από πολλούς εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες. η πρόπτωση των γεννητικών οργάνων αντιστοιχεί σε πτώση της μήτρας και του κόλπου, μερικές φορές και των γειτονικών οργάνων, όπως της ουροδόχου κύστης ή του ορθού εντέρου λόγω εξασθένησης των δομών που τα διατηρούν στη φυσιολογική τους θέση.

Η μήτρα βρίσκεται μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του ορθού, πάνω από τον κόλπο, στον πυθμένα της οποίας προβάλλει ο τράχηλος χάρη στη δράση διαφόρων στοιχείων που διασφαλίζουν τη στερέωση του. Από τη μια πλευρά, υπάρχει ένα σύστημα στήριξης το οποίο συντίθεται από ένα



σύνολο μυών που αποτελούν το λεγόμενο <<πυθμένα της πυέλου>> η συνοχή του οποίου διακόπτεται μόνο από τα στόμια που επιτρέπουν τη διέλευση της ουρήθρας, του κόλπου και του ορθού. Ο πυθμένας αυτός εμποδίζει την <<πτώση>> των οργάνων που περιέχονται στην πυελική κοιλότητα. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει ένα σύστημα ανάρτησης που σχηματίζεται από μια σειρά μυών και συνδέσμων, μεταξύ των οποίων ξεχωρίζουν οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι, οι οποίοι ενώνουν το κάτω τμήμα της μήτρας και το άνω τμήμα του κόλπου με τα οστά που συνθέτουν την οστική πύελο. Εξάλλου μια σειρά μεμβρανών και συνδέσμων όπως οι στρογγυλές μεμβράνες και οι πλατείς σύνδεσμοι συμβάλλουν στη διατήρηση των γεννητικών οργάνων στη φυσιολογική τους θέση.

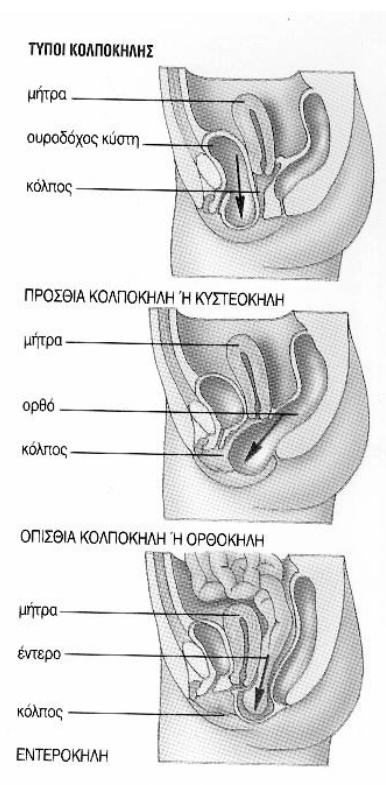
Η πρόπτωση των γεννητικών οργάνων δημιουργείται όταν τα προαναφερθέντα στοιχεί, για διάφορους λόγους, δεν είναι σε θέση να επιτελέσουν τη λειτουργία τους. Π.χ. οι σύνδεσμοι και οι μύες της περιοχής υφίστανται διάταση και μάλιστα μπορεί τελικά να αποκολληθούν στη διάρκεια του τοκετού, γεγονός το οποίο έχει ως αποτέλεσμα η πρόπτωση της μήτρας να είναι συχνότερη στις γυναίκες που έχουν κάνει πολλά παιδιά, παρότι μπορεί να δημιουργηθεί και σε γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει. Σε μερικές περιπτώσεις, η πρόκληση βλαβών των συνδέσμων στήριξης κατά τη διάρκεια ενός τοκετού, λόγω ατυχήματος ή και ως μόνιμη επίπτωση μόλυνσης, μπορεί να προκαλέσει απότομη πρόπτωση των γεννητικών οργάνων. Ωστόσο το πρόβλημα αναπτύσσεται σταδιακά και χωρίς να έχει κάποια ειδική αιτία, όπως συμβαίνει με ιδιαίτερη συχνότητα σε γυναίκες που παρουσιάζουν ιδιοσυστατική αδυναμία των συστημάτων στήριξης και ανάρτησης. Για τον λόγο αυτόν η εμμηνόπαυση είναι μία κρίσιμη στιγμή, δεδομένου ότι η έλλειψη ορμονών που χαρακτηρίζει αυτή την περίοδο ευνοεί την εμφάνιση κάποιας ατροφίας και την εξασθένηση των μέσων στήριξης της μήτρας και των υπολοίπων οργάνων της πυέλου, ενώ η παχυσαρκία είναι παράγοντας που ευνοεί αυτή την κατάσταση.

Τύποι Ο όρος πρόπτωση περιγράφει την <<πτώση>> ενός οργάνου δηλαδή την κάθοδο από τη φυσιολογική του θέση. Δεδομένου ότι στην

πυελική κοιλότητα κρέμονται διάφορα όργανα, διακρίνονται διάφοροι τύποι πρόπτωσης γεννητικών οργάνων οι οποίοι πολλές φορές συσχετίζονται.

Πρόπτωση Μήτρας Αυτή η διαταραχή, η συνηθέστερη αντιστοιχεί στην κάθοδο της μήτρας στο εσωτερικό του κολπικού σωλήνα –μερικές φορές πρόκειται για ελαφριά μετατόπιση, ενώ σε άλλες περιπτώσεις προβάλλει μέσα από το στόμιο του κόλπου ή και προεξέχει εντελώς προς τα έξω. Επομένως, ανάλογα με το επίπεδο της πτώσης της μήτρας, διακρίνονται διάφοροι τύποι πρόπτωσης: στην πρόπτωση πρώτου βαθμού, η μήτρα κατεβαίνει στον κολπικό σωλήνα αλλά δεν διαπερνά το επίπεδο του αιδοίου, στην πρόπτωση δευτέρου βαθμού, η μήτρα καταλαμβάνει όλο το εσωτερικό του κολπικού σωλήνα και ο τράχηλος προεξέχει έξω από το αιδοίο, και στην πρόπτωση τρίτου βαθμού, όλη η μήτρα προεξέχει έξω από το αιδοίο.

Κολποκοίλες Άλλος τύπος πρόπτωσης κάποιου παρακείμενου οργάνου στον κόλπο, όπως της κύστης ή του ορθού κατάσταση που είναι γενικά γνωστή ως κολποκοίλη. Στην περίπτωση της πρόσθιας κολποκοίλης, ή κυστεοκήλης, ή ουροδόχος κύστη ασκεί πίεση στο πρόσθιο τοίχωμα του κόλπου και προβάλλει στο εσωτερικό του κολπικού σωλήνα. Στην περίπτωση της οπίσθιας κολποκοίλης, η ορθοκοίλη, το ορθό ασκεί πίεση στο οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου και προβάλλει στο εσωτερικό του. Τέλος στην περίπτωση της εντεροκοίλης, δημιουργείται πρόπτωση στο άνω τμήμα του οπίσθιου κολπικού τοιχώματος και σχηματίζεται μια κήλη η οποία περιέχει ένα τμήμα εντέρου.



Εκδηλώσεις Οι εκδηλώσεις εξαρτώνται από τον τύπο και το βαθμό πρόπτωσης των γεννητικών οργάνων. Μια πρόπτωση της μήτρας πρώτου βαθμού μπορεί να μην προκαλέσει κανένα σύμπτωμα ή να δημιουργήσει μόνο ελαφρές ενοχλήσεις, ενώ όταν είναι πιο σοβαρή γίνεται εμφανείς από

την προεκβολή της μήτρας μέσω του κολπικού στομίου, δυσκολεύει τις σεξουαλικές σχέσεις και μερικές φορές επιφέρει αιμορραγίες εκτός της έμμηνου ρύσης. Οι κολποκοίλες συνήθως γίνονται αντιληπτές ως εξόγκωμα που παραμένει στο εσωτερικό του κολπικού σωλήνα και ενίοτε προβάλλει στο αιδοίο, κυρίως κατά την πραγματοποίηση μιας προσπάθειας, το βήχα ή το γέλιο. Η κυστεοκήλη δημιουργεί διαταραχές του ουροποιητικού συστήματος, δεδομένου ότι περιορίζει την ικανότητα διάτασης της ουροδόχου κύστης, προκαλώντας συχνές αλλά ισχνές ουρήσεις, αίσθημα δυσκολίας στην ούρηση και σε μερικές περιπτώσεις ακράτεια ούρων. Η ορθοκήλη δημιουργεί το αίσθημα ότι το ορθό είναι γεμάτο και σε μερικές περιπτώσεις προκαλεί ορισμένο βαθμό δυσκοιλιότητας. Όταν εμφανίζονται εκδηλώσεις, οι ενοχλήσεις μπορούν να παραμείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, αλλά κάποιες φορές επιδεινώνονται σταδιακά η προκαλούν επιπλοκές.

Αγωγή Η μοναδική οριστική θεραπεία της πρόπτωσης των γεννητικών οργάνων όποιος και αν είναι ο τύπος της διαταραχής, είναι η χειρουργική επέμβαση. Ωστόσο, πραγματοποιείται εγχείρηση μόνο όταν το πρόβλημα δημιουργεί σοβαρές ενοχλήσεις ή επιπλοκές και σε πολλές περιπτώσεις η επέμβαση μπορεί να αναβάλλεται για πολύ καιρό η και έπ' αόριστον ενόσω υποβάλλεται η ασθενής σε περιοδικούς ελέγχους για την αξιολόγηση της διαταραχής. Εν αναμονή της εγχείρησης, μπορεί να προβεί κανείς στη χρήση ενός πεσσού, οργάνου που εισάγεται στον κόλπο και συγκρατεί τα όργανα που έχουν υποστεί πρόπτωση, παρότι πρόκειται για προσωρινή αγωγή, καθώς η παρατεταμένη χρήση του μπορεί να επιφέρει τοπικές διαταραχές. Η χειρουργική τεχνική που πρέπει να εφαρμοστεί εξαρτάται από τον τύπο και το βαθμό πρόπτωσης των γεννητικών οργάνων καθώς και από άλλους παράγοντες πχ την ηλικία της πάσχουσας γυναίκας και την επιθυμία της να τεκνοποιήσει. Σε περίπτωση σοβαρής πρόπτωσης της μήτρας, η μόνη αποτελεσματική λύση είναι η αφαίρεση της μήτρας, η υστερεκτομή, γεγονός που συνεπάγεται οριστική στειρότητα και ως εκ τούτου πραγματοποιείται σε γυναίκες που δεν επιθυμούν πια να κάνουν παιδιά. Η πλαστική χειρουργική επέμβαση επιτρέπει ενίοτε την αποκατάσταση του πυθμένα της εξασθενημένης πυέλου και την επίλυση της κυστεοκήλης ή της ορθοκήλης. Η συντηρητική θεραπεία των γεννητικών προπτώσεων συνιστάται στην

εφαρμογή ειδικού πεσσού (διαφόρων διαστάσεων) ή στην εφαρμογή ειδικής ζώνης του avelling.

3.5 Δυσμηνόρροια

Η δυσμηνόρροια είναι συχνή πάθηση στην εφηβεία, που εκδηλώνεται συνήθως με έντονο άλγος στο υπογάστριο. Ο πόνος προέρχεται από τα γεννητικά όργανα και τις περισσότερες φορές συνοδεύεται με τάση για εμετό, διάρροια, ναυτία, πονοκέφαλος ή συμπτώματα από άλλα συστήματα.

Ως πρωτοπαθής δυσμηνόρροια χαρακτηρίζεται η επώδυνη περίοδος, εφ' όσον δεν υπάρχει κάποια αξιόλογη οργανική βλάβη από την πύελο. Ο πόνος αρχίζει λίγο πριν ή μετά την έναρξη της περιόδου και διαρκεί από ώρες μέχρι και ημέρες. Σημαίνει δυσκολία στην καταμήνια ροή. Η πρωτοπαθής δυσμηνόρροια χαρακτηρίζει τους ωοθυλακιορρηκτικούς κύκλους, γι' αυτό και πολλές φορές δεν εμφανίζεται με την έναρξη της περιόδου (μονοφασικοί κύκλοι) αλλά αργότερα. Η διάγνωση γίνεται από το ιστορικό και τη γυναικολογική εξέταση εφ' όσον αποκλεισθούν οργανικές ενδοπθελικές βλάβες. Από παθοφυσιολογικής πλευράς για την αιτιολόγηση της πρωτοπαθούς δυσμηνόρροιας έχει ενοχοποιηθεί η αυξημένη τονικότητα του μυομητρίου κατά τη διάρκεια της περιόδου. Ο πόνος στη συνέχεια φαίνεται ότι οφείλεται σε αυξημένη ευαισθησία των υποδοχέων του άλγους στις προσταγλανδίνες ή σε ισχαιμία της μήτρας. Πράγματι έχει παρατηρηθεί αύξηση του τόνου του μυομητρίου και μυϊκές συστολές, μετά από ενδοφλέβια ή ενδομήτρια χορήγηση προσταγλανδίνης, του τύπου PGF_{2a}. Επειδή εξάλλου παρατηρήθηκε ότι η προσταγλανδίνη PGF₂ χορηγούμενη με τον ίδιο τρόπο προκαλεί ελάττωση του τόνου του μυομητρίου, συνήχθη το συμπέρασμα ότι η σωστή σχέση PGF_{2a} και PGF₂ έχει μεγάλη σημασία για τη ρύθμιση του τόνου του μυομητρίου. Μια άλλη αιτία που προκαλεί δυσμηνόρροια είναι το σύνδρομο των πτελικών φλεβών, το οποίο διαγιγνώσκεται με λαπαροσκόπηση και μπορεί να αντιμετωπισθεί με εμβολιασμό φλεβών.

Η αγγειοπιεσίνη επίσης σύμφωνα με άλλες μελέτες έχει ενοχοποιηθεί για την πρόκληση πρωτοπαθούς δυσμηνόρροιας και αυτό γιατί βρέθηκε ότι γυναίκες με δυσμηνόρροια εμφάνιζαν υψηλές τιμές της ορμόνης αυτής. Από

την παρατήρηση επίσης ότι σε νεαρές γυναίκες η προγεστερόνη έχει ευεργητική δράση στο άλγος της δυσμηνόρροιας, διατυπώθηκε η υπόθεση ότι η ορμόνη αυτή μεταβάλλει την ευαισθησία των νεύρων της μήτρας στις προσταγλανδίνες. Ο ψυχολογικός τέλος παράγοντας έχει μεγάλη σημασία στην πρόκληση του άλγους στις περιπτώσεις αυτές . σε σχετική μελέτη έχει βρεθεί ότι 70% των κοριτσιών, των οποίων οι μητέρες είχαν επώδυνη περίοδο, παρουσίαζαν πρωτοπαθή δυσμηνόρροια. Από θεραπευτικής πλευράς για τις περιπτώσεις που ο πόνος δεν είναι δυνατός, τα απλά συνήθη παυσίπονα ή σπασμολυτικά φάρμακα, έχουν καλά αποτελέσματα. Για τις υπόλοιπες όμως περιπτώσεις που το άλγος είναι δυνατό, η κατάσταση γίνεται ανυπόφορη και υπάρχει ανάγκη για πιο συστηματική θεραπεία.

Η χορήγηση αντισυλληπτικών αρχίζοντας από τα της χαμηλής περιεκτικότητας σε οιστρογόνα, έχει δώσει καλά αποτελέσματα, σε ποσοστό μέχρι 90%. Ο μηχανισμός δράσης τους βασίζεται στην αναστολή της ωοθυλακιωρρηξίας ή κατ' άλλους στην αναστολή της παραγωγής των προσταγλανδινών. Αν τα αντισυλληπτικά δεν δώσουν ικανοποιητικά αποτελέσματα, η χορήγηση ουσιών που αναστέλλουν την παραγωγή προσταγλανδινών βοηθάει σημαντικά στην αναστολή της τονικότητας του μυομητρίου κατά του άλγους. Τέτοιες ουσίες είναι:

A) το μεφенаμινικό οξύ (ronstan) το οποίο αρχικά χορηγείται σε δόση 500mg και μετά σε 250mg κάθε 6 με 8 ώρες αναλόγως του άλγους.

B) η ινδομεθαζίνη (indocid) σε δόση 50mg τρεις φορές την ημέρα και

Γ) η νοπροξένη (naprosyn) σε δόση 500mg αρχικά και μετά σε 250mg κάθε 6 με 8 ώρες ανάλογα με την ένταση του άλγους. Η δράση των

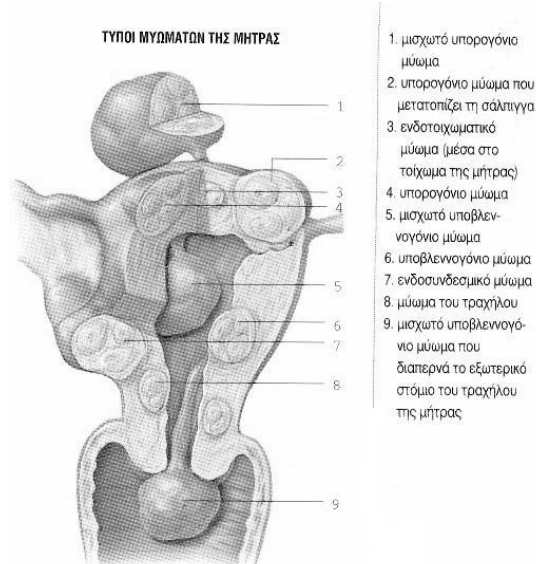
αντιπροσταγλανδινικών αυτών ουσιών στηρίζεται στην αναστολή της κύκλο-οξυγενάσης, ενός ενζύμου το οποίο είναι απαραίτητο για την σύνθεση των προσταγλανδινών.

Ως δευτεροπαθής δυσμηνόρροια χαρακτηρίζεται η δυσμηνόρροια που οφείλεται σε κάποια οργανική ενδοπυελική βλάβη. Είναι κατόπιν τούτου πάθηση όλων των ηλικιών και λιγότερο συνήθης στην εφηβική ηλικία. Η ενδομητρίωση και η πυελοπεριτονίτιδα είναι αίτια, που μπορεί να προκαλέσουν δυσμηνόρροια στην εφηβεία. Η πυελοπεριτονίτιδα επίσης είναι

συχνό αίτιο δυσμηνόρροιας ιδίως σε ασθενείς στις οποίες έχει τοποθετηθεί ενδομητρική πρόθεση για αντισύλληψη. Άλλο αίτιο δυσμηνόρροιας είναι οι συγγενείς ανωμαλίες των έσω γεννητικών οργάνων αποφρακτικού τύπου. Από αυτές, όπως αναφέρεται, οι πιο σημαντικές είναι εκείνες που συνδυάζονται με διπλή μήτρα και απόφραξη σε κάποιο σημείο, οπότε αφ' ενός η γυναίκα παρουσιάζει κανονική περίοδο (υγιής πλευρά), αφ' ετέρου το αίμα της περιόδου στην πλευρά της απόφραξης(πάσχον τμήμα) συγκεντρώνεται και προκαλεί αιμάκολπο, αιματόμητρα ή και αιματοσάλπιγγα με κύριο σύμπτωμα το περιοδικό πυελικό άλγος (συγγενείς ανωμαλίες αποφρακτικού τύπου) η αντιμετώπιση των καταστάσεων που προκαλούν δευτεροπαθής δυσμηνόρροια είναι αιτιολογική. Έτσι π.χ. σε περίπτωση απόφραξης η θεραπεία είναι χειρουργική, στην πυελοπεριτονίτιδα συντηρητική και στην ενδομητρίωση συντηρητική η χειρουργική.

3.6 Ινομύωματα Μήτρας

Τα ινομύωματα είναι τα συχνότερα καλοήθη νεοπλασμάτα της μήτρας, εμφανίζονται σε ποσοστό άνω του 20% κυρίως στην αναπαραγωγική ηλικία, ονομάζονται δε και λειομύωματα επειδή προέρχονται από τις λείες μυϊκές ίνες του μυομητρίου. Ανάλογα με τη θέση που εντοπίζονται διακρίνονται στα ενδοτοιχωματικά, υπορογόνια, και υποβλεννογόνια. Τα υπορογόνια και τα υποβλεννογόνια καμιά φορά μπορεί να έχουν μίσχο.



Τα μισχωτά υποβλεννογόνια ινομύωματα είναι δυνατό να προβάλλουν από τον τράχηλο της μήτρας (τεχθεν ινομύωμα) μπορεί να βρίσκονται στο εξωτερικό της μήτρας, μέσα στο τοίχωμα της ή μέσα στη μήτρα. Μεγάλα

ινομύματα στην εξωτερική επιφάνεια της μήτρας δεν αποτελούν σχεδόν ποτέ πρόβλημα. Βέβαια όσα δημιουργούνται στο εσωτερικό τοίχωμα έχουν περισσότερες πιθανότητες να δημιουργήσουν προβλήματα :

- α) μπορεί να φράξουν τις σάλπιγγες εμποδίζοντας τη σύλληψη
- β) μπορεί να εκτείνονται τόσο ώστε να προκαλέσουν αποβολή ή πρόωρο τοκετό
- γ) μπορεί να πρηστούν ή να εκφυλιστούν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, προκαλώντας πόνο και πυρετό
- δ) σπανιότερα φράσσουν την έξοδο του παιδιού στον τοκετό
- ε) μετά τον τοκετό τα μεγάλα ινομύματα προκαλούν αιμορραγία και πυρετό.

Τα ινομύματα δεν μπορούν να θεραπευθούν κατά την εγκυμοσύνη. Το καλύτερο φάρμακο για τον πόνο είναι η παραμονή στο κρεβάτι. Μετά τη γέννα συνήθως συρρικνώνονται αλλά χρειάζονται και χειρουργική αφαίρεση. Το μέγεθος τους ποικίλλει από μερικά χιλιοστά μέχρι πολλά εκατοστά και μπορεί να καταλαμβάνουν όλη την περιτοναϊκή κοιλότητα.

Τα ιστολογικά χαρακτηριστικά των ινομυμάτων είναι δεσμίδες λείων κυττάρων, ομοιόμορφες και μονότονες όπως και οι ίνες συνδετικού ιστού. Τα αίτια που προκαλούν ινομύματα είναι άγνωστα, πολλές δε ερευνητικές εργασίες καταδεικνύουν ότι προέρχονται από ένα νεοπλασματικό κύτταρο μέσα σε λείο μυϊκό ιστό του μυομητρίου, καθώς και από την ορμονική (οιστρογονική) εξάρτηση τους γι' αυτό το μέγεθος τους αυξάνεται κατά την εγκυμοσύνη, ενώ υποστρέφουν μετά την εγκυμοσύνη.

Κλινική εικόνα Το κυριότερο σύμπτωμα των ινομυμάτων είναι η μηνορραγία ή η μητρορραγία κυρίως στα υποβλεννογόνια ή στα ενδοτοιχωματικά ενώ ένας σημαντικός αριθμός ασθενών δεν παρουσιάζει κανένα σύμπτωμα, ακόμη και όταν το μέγεθος είναι αρκετά μεγάλο, όπως στα υπορογόνια ινομύματα. Οι διαταραχές αυτές οφείλονται στη μεγάλη υπεραιμία της μήτρας από τη μεγάλη αγγείωση του όγκου στη συνυπάρχουσα αδενωματώδη και αδενοκυστική υπερπλασία του ενδομητρίου, λόγω της υπεροιστρογοναιμίας, στην αύξηση της κοιλότητας της μήτρας και τη μείωση

του τόνου του μυομητρίου καθώς και στη διάβρωση και νέκρωση του υπερπλαστικού ενδομητρίου κυρίως για τα υποβλεννογόνια ινομυώματα.

Ο χρόνιος πυελικός πόνος είναι επίσης ένα σύμπτωμα και μπορεί να έχει τους χαρακτήρες της δυσμηνόρροιας ή της δυσπαρευνίας. Επίσης αναφέρεται αίσθημα πίεσης στο υπογάστριο. Ο έντονος διαξιφιστικός πόνος είναι σύμπτωμα συστροφής του μίσχου του ινομυώματος ή και φλεγμονής που μπορεί να συνοδεύεται και από πυρετό. Συμπτώματα από το ουροποιητικό σύστημα είναι η συχνουρία λόγω πίεσης της ουροδόχου κύστης η απόφραξη της ουρήθρας από τραχηλικό ινομύωμα, μερική απόφραξη του ουρητήρα και υδρονέφρωση στα ενδοσυνδεσμικά ινομυώματα που αναπτύσσονται μεταξύ των πετάλων του πλατέος συνδέσμου. Άλλα συμπτώματα είναι δυσκοιλιότητα ή και απόφραξη λόγω πίεσης του παχέος εντέρου, φλεβική στάση ή και θρομβοφλεβίτιδα (δευτεροπαθής) από πίεση των πυελικών αγγείων. Ένα τεχθεν ινομύωμα δυνατό να προβάλλει από τον τράχηλο και να προκαλεί δυνατούς πόνους και στη συνέχεια να υποστεί εξέλκωση και φλεγμονή που συνοδεύεται από δύσοσμα κολπικά υγρά και αιμορραγία.

Μερικές ασθένειες παρουσιάζουν σοβαρή αναιμία λόγω των μηνορραγιών, αλλά και της έκτοπης παραγωγής ερυθροποιητίνης. Τα ινομυώματα σε ένα ποσοστό 3% περίπου, αποτελούν αίτιο πρωτοπαθούς στείρωσης και σε ένα μεγαλύτερο ποσοστό 10% καθ' έξη αποβολή. Οι αλλαγές που είναι δυνατόν να υποστεί ένα ινομύωμα είναι: υαλοειδής κυστική και ερυθρά εκφύλιση, η οποία συχνά έχει σχέση με εγκυμοσύνη, ασβεστοποίηση, άσηπτη νέκρωση και φλεγμονή. Η κακοήθης εξαλλαγή (σαρκωματώδης) είναι αρκετά σπάνια (0,1-0,4%) και χαρακτηρίζεται από την απότομη αύξηση του μεγέθους του ινομυώματος.

Διάγνωση Σημαντική βοήθεια στη διάγνωση των ινομυωμάτων προσφέρει το ιστορικό (μηνό- μητρορραγίες) η ψηλάφηση των κοιλιακών τοιχωμάτων και κυρίως η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση, με την οποία διαπιστώνεται η αύξηση του μεγέθους και το ανώμαλο σχήμα του σώματος της μήτρας.

Στην περίπτωση του υπορογόνιου μισχωτού ινομυώματος με τη γυναικολογική εξέταση, δίδεται η εντύπωση ότι πρόκειται για συμπαγή όγκο

της ωοθήκης διότι το χαρακτηριστικό σημείο μετακίνησης του τραχήλου κατά την πίεση από τα κοιλιακά τοιχώματα της διογκωμένης μήτρας δεν παρατηρείται στον τύπο αυτό των ινομυωμάτων. Τα μισχωτά υποβλεννογόνια ινομύωματα προβάλλουν από το τραχηλικό στόμιο λόγω διαστολής του τραχήλου και εύκολα αναγνωρίζονται με την επισκόπηση αλλά και τη γυναικολογική εξέταση. Σε περίπτωση φλεγμονής και νέκρωσης του τεχθέντως ινομύωματος δίδεται η εντύπωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Όταν ένα ινομύωμα υποστεί εκφύλιση, κατά τη γυναικολογική εξέταση, έχει μαλακή σύσταση και ως εκ τούτου μπορεί να τεθεί η διάγνωση όγκου της ωοθήκης κυστικής υφής, ενώ ένα ενδοσυνδεσμικό ινομύωμα να θεωρηθεί ως φλεγμονή των εξαρτημάτων.

Όλα αυτά τα διαγνωστικά προβλήματα σε αρκετά μεγάλο ποσοστό λύνονται σήμερα με το υπερηχογράφημα, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις χρειάζεται η διαγνωστική βοήθεια της αξονικής τομογραφίας. Άλλες διαγνωστικές εξετάσεις είναι η υστεροσκόπηση και η υστεροσαλπιγγογραφία. Ενδοφλέβια πνευμογραφία επιβάλλεται να γίνει στα ενδοσυνδεσμικά ινομύωματα, προεγχειρητικά για το έλεγχο της πορείας του ουρητήρα, η οποία μπορεί να αλλάξει λόγω πίεσης του όγκου και έτσι να αποφευχθεί μία κάκωση κατά την επέμβαση. Τέλος στις περιπτώσεις ασθενών με ινομύωμα και ανώμαλες αιμορραγίες πρέπει να γίνεται διαγνωστική απόξεση και βιοψία για το αποκλεισμό καρκίνου του ενδομητρίου, του τραχήλου και του σαρκώματος της μήτρας.

Θεραπεία Η θεραπεία των ινομυωμάτων εξαρτάται από το μέγεθος, την εντόπιση, τα συμπτώματα, την ηλικία της ασθενούς και τη διατήρηση ή όχι της γονιμότητας της.

Οι γυναίκες που δεν παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα και είναι στην προεμμηνοπαυσιακή ηλικία οπότε αναμένεται υποστροφή, ή στην αναπαραγωγική ηλικία και προγραμματίζουν εγκυμοσύνη δεν υποβάλλονται σε θεραπεία αλλά μόνον ευρίσκονται υπό παρακολούθηση κάθε 6 μήνες.

Όταν πρόκειται για νέα γυναίκα με βαριές μηνομητρορραγίες και δεν έχει συμπληρώσει το αναπαραγωγικό της έργο ή έχει ιστορικό καθ' έξη αποβολών τότε γίνεται αφαίρεση των ινομυωμάτων (εκπυρήνιση) ανεξαρτήτως αριθμού. Μικρά υποβλεννογόνια ινομυώματα σήμερα αφαιρούνται μέσω υστεροσκοπίας και με τη χρησιμοποίηση ακτινών laser. Επίσης στις περιπτώσεις αυτές συνιστάται η προεγχειρητική χορήγηση για 3 κύκλους GnRH αναλόγως (1 ένεση το μήνα) καθ' όσο κλινικές μελέτες έχουν δείξει μείωση του μεγέθους του ινομυώματος με αποτέλεσμα η χειρουργική επέμβαση να γίνεται ευκολότερη και με μικρότερη απώλεια αίματος.

Ασθενείς ηλικίας άνω των 42 ετών με έντονα συμπτώματα (μηνομητρορραγίες πόνους) ανεξάρτητα μεγέθους και εντόπισης των ινομυωμάτων υποβάλλονται σε χειρουργική θεραπεία με κοιλιακή ολική υστερεκτομία με ή άνευ των εξαρτημάτων. Εάν π.χ. η επέμβαση γίνει σε νεώτερες γυναίκες δεν αφαιρούνται τα εξαρτήματα για να διατηρηθεί ο ορμονικός κύκλος, οπότε δεν θα χρειασθεί ορμονική θεραπεία υποκατάστασης.

Στη συντηρητική αντιμετώπιση των ινομυωμάτων σήμερα χρησιμοποιούνται οι αγωνιστές του εκλυτικού παράγοντα των γοναδοτροπινών (GnRH ανάλογα) οι οποίοι προκαλούν ελάττωση του μεγέθους σε ποσοστό 40-60%. Η διάρκεια της θεραπείας κυμαίνεται από 3-6 μήνες. Η χρήση του όμως συνοδεύεται από έντονα σύμπτωμα υποοιστρογονισμού (απώλεια οστικής μάζας, εξάψεις, ατροφία κόλπου) για αυτό και τελευταία προτείνεται η σύγχρονη χορήγηση χαμηλών δόσεων οιστρογονικής ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης.

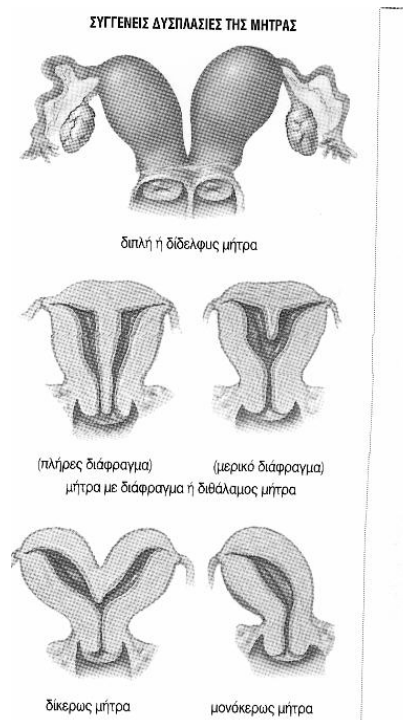
Οι κυριότερες ενδείξεις χορήγησης GNRH αναλόγων είναι:

- α) σε γυναίκες που επιθυμούν τη γονιμότητα τους με μεγάλο ινομύωμα πριν επιχειρήσουν εγκυμοσύνη ή πριν από τη χειρουργική εξαίρεση
- β) σε περί-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες σε μια προσπάθεια να αποφύγουν τη χειρουργική επέμβαση
- γ) προεγχειρητικά στις περιπτώσεις που πρόκειται να υποβληθούν σε υστερεκτομία ή λαπαροσκοπική εξαίρεση σχετικά μεγάλου ινομυώματος

δ) σε γυναίκες που αντενδείκνυται η χειρουργική επέμβαση ή για την αποκατάσταση της αναιμίας χωρίς μετάγγιση πριν από την επέμβαση.

3.7 Δυσπλασίες Μήτρας

Η μήτρα μπορεί να εμφανίσει διάφορα είδη συγγενών δυσπλασιών. Η πιο σοβαρή είναι η απλασία της μήτρας, η οποία αντιστοιχεί στην απουσία της μήτρας, αν και είναι αρκετά σπάνια και συνήθως σχετίζεται με άλλες δυσπλασίες. Πιο συχνή είναι η διπλή μήτρα ή δίδελφος μήτρα, δυσπλασία η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία δύο πλήρως ανεπτυγμένων μήτρων, κάθε μία από τις οποίες αποτελείται από ένα σώμα το οποίο επικοινωνεί με την αντίστοιχη σάλπιγγα, και έναν τράχηλο ο οποίος εκβάλλει σε έναν ανεξάρτητο κόλπο.



Η μήτρα με διάφραγμα ή διθάλαμος μήτρα χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός επιμήκους διαφράγματος το οποίο χωρίζει σε δύο τμήματα την κοιλότητα της μήτρας.

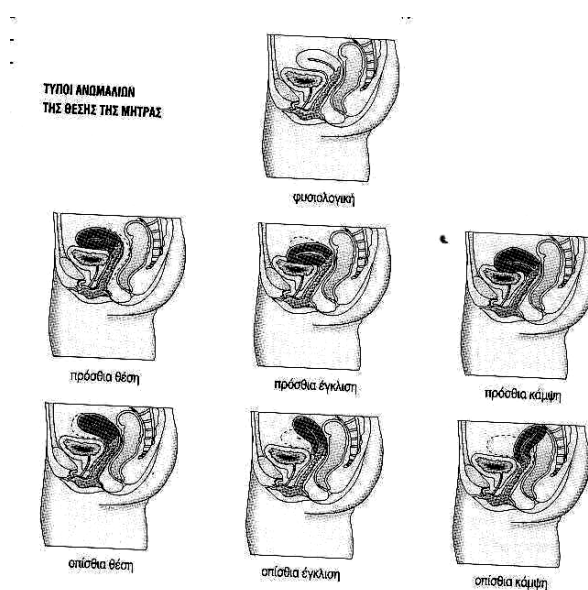
Η δίκερως μήτρα, αντιθέτως χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι το σώμα της μήτρας δεν αναπτύσσεται σωστά και αναδιπλώνεται σε δύο σημεία που σχηματίζουν δύο στρογγυλά και προεξέχοντα τμήματα και έτσι η μήτρα δεν παρουσιάζει το χαρακτηριστικό σχήμα ανεστραμμένου αχλαδιού.

Τέλος η μονόκερως μήτρα χαρακτηρίζεται από την έλλειψη ανάπτυξης ενός μισού της μήτρας. Η συγγενής δυσπλασίες της μήτρας συνήθως περνούν απαρατήρητες κατά την παιδική ηλικία και διαγιγνώσκονται μόνο μετά την ενηλικίωση, όταν δημιουργούν έμμηνες διαταραχές ή προκαλούν πόνο κατά την συνουσία. Μπορεί επίσης να ανιχνευτούν με μια εξέταση η οποία γίνεται για την διαλεύκανση της προέλευσης της στειρότητας, δεδομένου ότι μπορούν

να αλλοιώσουν την αναπαραγωγική λειτουργία μειώνοντας την γονιμότητα ή προκαλώντας αποβολές κατ' επανάληψη. Μερικές φορές πραγματοποιείται χειρουργική επέμβαση για την διόρθωση μιας περίπτωσης διπλής μήτρας αφαιρώντας την μεμβράνη που χωρίζει την κοιλότητα της μήτρας.

3.8 Ανωμαλίες της Θέσης της Μήτρας

Η παθολογική θέση της μήτρας μπορεί να προκαλέσει ορισμένες διαταραχές της γονιμότητας ή να δημιουργήσει ενοχλητικά συμπτώματα. Η θέση της μήτρας ποικίλλει αλλά γενικά βρίσκεται στο κέντρο της μικρής πυέλου, με τον πυθμένα πιο κοντά στο ηβικό οστό, παρά στη σπονδυλική στήλη, και στραμμένο προς τα εμπρός. Ο άξονας της σχηματίζει σχεδόν ορθή γωνία, με τον άξονα



του κόλπου, ενώ το σώμα της μήτρας παρουσιάζει ελαφριά κλίση προς τα εμπρός σε σχέση με τον τράχηλο. Ελαφρές παραλλαγές αυτής της θέσης δεν αλλοιώνουν τη γονιμότητα ούτε επιφέρουν καμία ενόχληση, αλλά οι παρεκκλίσεις ή οι σημαντικές μετατοπίσεις μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα και ως εκ τούτου αποτελούν πραγματικές διαταραχές. Διακρίνονται διάφοροι τύποι τέτοιων παθολογιών κάθε μία από τις οποίες έχει συγκεκριμένο όνομα.

Μεταξύ των παθολογιών της θέσης ξεχωρίζουν η πρόσθια και η οπίσθια θέση όταν η μήτρα βρίσκεται αντίστοιχα πιο μπροστά ή πιο πίσω από ότι συνήθως καθώς και η αριστερή ή η δεξιά θέση. Υπάρχουν επίσης διάφορες ανωμαλίες της κλίσης της θέσης της μήτρας. Οι πιο σοβαρές είναι η πρόσθια και η οπίσθια έγκλιση, όταν ο άξονας της μήτρας είναι μετατοπισμένος σε σχέση με τον άξονα του κόλπου προς τα εμπρός ή προς τα πίσω. Επίσης

υπάρχουν ανωμαλίες της κάμψης της μήτρας, οι πιο σημαντικές από τις οποίες είναι η πρόσθια και η οπίσθια κάμψη, όταν το σώμα της μήτρας διπλώνεται σε σχέση με τον τράχηλο προς τα εμπρός και προς τα πίσω αντίστοιχα.

Αίτια και Επιπτώσεις Οι ανωμαλίες της θέσης της μήτρας συνήθως είναι συγγενείς, δηλαδή οφείλονται σε διαταραχή της εμβρυακής ανάπτυξης και υπάρχουν ήδη από τη γέννηση, αλλά μπορούν επίσης να δημιουργηθούν εξαιτίας βλαβών των συνδέσμων και λοιπών δομών που διατηρούν τη μήτρα στη θέση της. Πχ λόγω ρήξεων την ώρα του τοκετού, τραυματισμών ή μολύνσεων.

Συνήθως οι ανωμαλίες είναι ελαφριές και δεν δημιουργούν συμπτώματα, αλλά σε μερικές περιπτώσεις επιφέρουν πόνους στο κάτω μέρος της κοιλιάς ή στην πλάτη, κυρίως στη προεμμηνορρυσιακή περίοδο καθώς και ενοχλήσεις στις σεξουαλικές επαφές, οι οποίες μπορεί να είναι επώδυνες. Σε άλλες περιπτώσεις προκαλούν επώδυνες ή πολύ έντονες εμμηνορρυσίες. Σπανίως οι ανωμαλίες της θέσης της μήτρας δημιουργούν στειρότητα αν και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορούν να προκαλέσουν ενοχλήσεις κατά την εγκυμοσύνη, π.χ. όταν μετατοπισμένη μήτρα συμπιέζει κάποιο γειτονικό όργανο επειδή μεγαλώνει σε μέγεθος καθώς και να επιφέρουν αύξηση του κινδύνου αποβολής.

Θεραπεία Στην πλειονότητα των περιπτώσεων οι ανωμαλίες της θέσης της μήτρας δεν απαιτούν αγωγή η οποία είναι απαραίτητη μόνο όταν δημιουργούν αρκετά σημαντικές ενοχλήσεις ή διαταράσσουν τη γονιμότητα. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να εφαρμοστεί ορμονική αγωγή για τη ρύθμιση του καταμήνιου κύκλου ή εάν η ανωμαλία επιφέρει εμπόδια στη σεξουαλική ζωή ή αποτελεί αιτία στειρότητας συνήθως. Πραγματοποιείται χειρουργική επέμβαση για την τοποθέτηση της μήτρας σε καταλληλότερη θέση.

3.9 Εμμηνόπαυση/ Κλιμακτηριακά Συμπτώματα

Η παύση της εμμήνου ρύσης είναι ένα φυσικό φαινόμενο που λαμβάνει χώρα στην περίοδο της ζωής της γυναίκας η οποία ονομάζεται κλιμακτήριος και χαρακτηρίζεται από τη μείωση των επιπέδων των γυναικείων ορμονών.

Κλινική Εικόνα Η εμμηνόπαυση δε θεωρείται πλέον περίοδος φυσιολογικής αναπροσαρμογής, της οποίας τα συμπτώματα οφείλονται σε συναισθηματικές – ψυχικές κυρίως διαταραχές που μπορούν να αντιμετωπισθούν με συμβουλές, ψυχοθεραπεία τη χορήγηση ηρεμιστικών. Η εμμηνόπαυση είναι μια χρόνια νόσος η οποία οφείλεται σε μία σύνθετη ενδοκρινοπάθεια και της οποίας τα συμπτώματα είναι επακόλουθα μιας υποθάλαμο – υποφύσιο - ωθηκικής διαταραχής.

Θα πρέπει να διακρίνουμε τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης σε αυτά τα οποία εμφανίζονται στα πλαίσια της ηλικίας της γυναίκας από εκείνα που εξαρτώνται από το ιστορικό και την ψυχοσύνθεση της γυναίκας και όλα αυτά να τα διακρίνουμε από εκείνα που οφείλονται αμιγώς στην απώλεια της ωθηκικής λειτουργίας - φυσιολογικής ή χειρουργικής - και στην επακόλουθη οιστρογονοπενία.

Με βάση τα ανώτερα θεωρήματα τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης διακρίνονται σε:

Βέβαια Ορμονοεξαρτώμενα Συμπτώματα οφειλόμενα στην έλλειψη οιστρογόνων παρουσιάζονται στο 80% των εμμηνοπαυσιακών γυναικών. Στο 15% εξ' αυτών των συμπτωμάτων είναι τόσο δραματικά ώστε να είναι αναγκαία η παρέμβαση ιατρού. Το 20% των εμμηνοπαυσιακών γυναικών δεν παρουσιάζει συμπτώματα είτε λόγω μειωμένης οιστρογόνο-ευαισθησίας είτε διότι καλύπτονται από τα οιστρογόνα, τα οποία προκύπτουν από την αρωματοποίηση ανδρογόνων παραγόμενων στις ωθήκες και στα επινεφρίδια.

- Ατροφία του ουρογεννητικού συστήματος. Η ατροφία αφορά την μήτρα, το αιδοίο, τους μαστούς, των κόλπο, την ουρήθρα και το τρίγωνο της ουροδόχου κύστης, και οδηγεί συχνότατα σε υποτροπιάζουσες φλεγμονές. Η ατροφία του κόλπου εκδηλώνεται με μείωση της παραγωγής γλυκογόνου και διαταραχής της χλωρίδας με αποτέλεσμα ο κόλπος να γίνεται επιρρεπής σε υποτροπιάζουσες φλεγμονές. Ο βλεννογόνος λεπταίνει και παρουσιάζονται εκδορές και στένωση. Σε πολλές εμμηνοπαυσιακές γυναίκες η δυσπαρεύνια είναι τόσο σοβαρή ώστε να επηρεάζει τη libido. Οι μαστοί χάνουν προοδευτικά τον τόνο-σφρίγος τους και την προκλητικότητα τους. Πέραν την ατροφία του σώματος της μήτρας παρουσιάζεται προοδευτικά χαλάρωση των συνδέσμων και πρόπτωση και χαλάρωση των μυών του περινέου. Η ατροφία της ουρήθρας αφορά τον σφιγκτήρα, της δε ουροδόχου κύστης αφορά τον βλεννογόνο. Παρουσιάζονται υποτροπιάζουσες κυστίτιδες και η εμμηνοπαυσιακή γυναίκα συχνά παραπονιέται για συχνοουρία, νυχτουρία, δυσουρία και ακράτεια.
- Ατροφία του δέρματος. Οφείλεται στη μείωση του κολλαγόνου, της μήτρας και του ρυθμού διαίρεσης των κυττάρων.
- Οστεοπόρωση τύπου 1. τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν τα οιστρογόνα αποδεικνύει η εμφάνιση οστεοπόρωσης σε νεαρές γυναίκες με αγενεσία των ωοθηκών ή σε γυναίκες με πρόωρη εμμηνόπαυση ή μετά από ωοθηκεκτομία.
- Αγγειοκινητική αστάθεια. Εκδηλώνεται με εξάψεις νυχτερινές εφιδρώσεις, και αίσθημα παλμών τα οποία είναι πλέον χαρακτηριστικά συμπτώματα της κλιμακτηρίου. Η έξαψη(αίσθημα θερμότητας στο δέρμα, κυρίως στην περιοχή του προσώπου) δεν παρουσιάζεται σε όλες τις γυναίκες. Η διάρκεια και η συχνότητα εμφάνισης ποικίλλει και αμβλύνεται με την πάροδο του χρόνου σε περίπου 25% των γυναικών και παραμένει πέραν της πενταετίας.
- Διαταραχές έμμηνης ρύσης. Ο γεννητικός κύκλος γίνεται ανώμαλος, η δε έμμηνη ρύση συχνά χαρακτηρίζεται από αυξημένη ροή και μεγαλύτερη διάρκεια. Ο κύκλος συνήθως μικραίνει κυρίως λόγω μικρότερης διάρκειας της παραγωγικής φάσης. Οι διαταραχές της

έμμηνης ρύσης μπορεί να διαρκέσουν από 2-8 χρόνια, οφείλονται δε σε ανωμαλίες της ωοθυλακιορρηξίας και στη συχνότητα των ανωοθυλακιορρηκτικών κύκλων.

Πιθανός Ορμονοεξαρτώμενα Ψυχογενή- ψυχοσωματικά- ψυχοσεξουαλικά. Τα συμπτώματα αυτά παρουσιάζονται συχνά σε γυναίκες ηλικίας 45-65 ετών κυρίως σε ανεπτυγμένες χώρες. Δεν είναι αμιγή κλιμακτηριακά διότι υπάρχουν και σε άλλες ηλικίες χωρίς να έχουν καμία σχέση με την έλλειψη οιστρογόνων. Επιπλέον η ψυχική, συναισθηματική, αυτή αστάθεια είναι πιθανόν να προϋπήρχε σε λανθάνουσα μορφή και απλώς να βγήκε στην επιφάνεια λόγω εμμηνόπαυσης. Συχνότερα η εμμηνοπαυσιακή γυναίκα παρουσιάζει μελαγχολία, άγχος και ανασφάλεια, νευρικότητα, ευερεθιστότητα και αϋπνία, απώλεια μνήμης και συγκέντρωσης, αναποφασιστικότητα, μειωμένη ενεργητικότητα και διαταραχές της libido.

- Αθηρωμάτωση- καρδιαγγειακή νόσος. Η καρδιοπροστατευτική δράση των οιστρογόνων εκδηλώνεται έμμεσα μέσω επίδρασης στον μεταβολισμό των λιπιδίων και άμεσα στο τοίχωμα των αγγείων.

Μη Ορμονοεξαρτώμενα Οστεοαρθρίτιδα- οστεοαρθροπάθεια, όπου εκδηλώνεται με οσφυαλγία και το σύνδρομο ώμου – βραχίονα, το οποίο χαρακτηρίζεται από ενοχλητικό πόνο στην αντίστοιχη περιοχή. Και τέλος ορισμένα ψυχοσεξουαλικά προβλήματα.

3.10 Οστεοπόρωση

Η οστεοπόρωση είναι μια συστηματική σκελετική νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται από ελάττωση της οστικής μάζας η διαταραχή της μικροαρχιτεκτονικής δομής του οστού χωρίς να υπάρχει αλλαγή στη χημική σύνθεση του. Το οστό οφείλει την αντοχή του στην κατασκευαστική δομή του από πρωτεϊνικές ίνες και ισχυρούς κρυστάλλους φωσφορικού ασβεστίου και στη διατήρηση ενός ελάχιστου επιπέδου οστικής μάζας. Η μείωση των

στοιχείων αυτών κατά την οστεοπόρωση κάνει τον σκελετό εύθραυστο, μειώνει την αντοχή του οστού στις φυσιολογικής εσωτερικής και εξωτερικής δυνάμεις και παρουσιάζεται αυξημένος κίνδυνος αυτοτραυματισμού ή πρόκληση κατάγματος. Η οστεοπόρωση διακρίνεται σε 2 τύπους φυσιολογικής οστεοπόρωσης:

α) μετεμμηνοπαυσιακή (τύπος I) και

β) γεροντική (τύπος II)

Η γεροντική οστεοπόρωση αφορά και τους άνδρες και τις γυναίκες, και χαρακτηρίζεται από απώλεια κυρίως φλοιώδους οστού. Στη γεροντική οστεοπόρωση η απορρόφηση του οστού είναι φυσιολογική η και μειωμένη αλλά ο αριθμός και η δραστηριότητα των οστεοβλαστών ανεπαρκούν προοδευτικά, να καλύψουν την απορρόφηση με αποτέλεσμα την απώλεια περίπου 1% της οστικής μάζας το χρόνο και μέχρι το τέλος της ζωής. Συνηθέστερο κάταγμα τύπου 2 οστεοπόρωσης είναι της κεφαλής του μηριαίου.

Η μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση χαρακτηρίζεται από επιπρόσθετη οστική απώλεια. Τόσο η απορρόφηση όσο και η παραγωγή του οστού είναι αυξημένη, αλλά οι οστεοκλάστες καταστρέφουν περισσότερο οστού από ότι μπορούν να σχηματίσουν οι οστεοβλάστες. Η απώλεια της ωθητικής λειτουργίας επηρεάζει το ρυθμό της οστικής απώλειας, η δε ηλικία εμφάνισης της εμμηνόπαυσης προδιαγράφει και το τελικό μέγεθός της. Η πρόωρη εμμηνόπαυση (φυσιολογική, χειρουργική, κατόπιν ακτινοβολίας) καθώς επίσης και πάργα εμφανιζόμενη εμμηναρχή (> 17 ετών) αυξάνουν την προδιάθεση και τη βαρύτητα της οστεοπόρωσης. Τα οιστρογόνα, με μηχανισμό ο οποίος παραμένει ασαφής, ρυθμίζουν τη διαδικασία της οστικής ανακατασκευής και αναστέλλουν την ταχεία οστική απώλεια. Μετά την εμμηνόπαυση η ταχύτητα της ανακατανομής αυξάνεται και η ισορροπία απορρόφησης – παραγωγής διαταράσσεται σε βάρος της παραγωγής, εγκαθίστανται δε μια προοδευτικά επιταχυνόμενη οστική απώλεια με ταυτόχρονη διαταραχή της μικροαρχιτεκτονικής ακεραιότητας του οστού.

Στην αναπαραγωγική γυναίκα η οστική απώλεια είναι ηλικιακά εξαρτώμενη μικρού βαθμού και αντιστοιχεί με εκείνη του άνδρα (3-5 % ανά δεκαετία. Μετά την εμμηνόπαυση η οστική απώλεια επιταχύνεται, ο δε ρυθμός απώλειας κατά τα πρώτα δέκα μετεμμηνοπαυσιακά χρόνια διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα. Ανεξάρτητα με τα ορμονικά επίπεδα της μετεμμηνοπαυσιακής γυναίκας υπάρχει μεγάλη ετερογένεια στο ρυθμό οστικής απώλειας. Στο 70% των γυναικών η οστική απώλεια κυμαίνεται από 0,5-1,5% το χρόνο δηλαδή απώλεια 5% της ολικής οστικής μάζας εντός μιας δεκαετίας. Η ομάδα αυτή θεωρείται ομάδα βραδείας οστικής απώλειας. Αντίθετα, στο υπόλοιπο 30% εμφανίζεται αυξημένος ρυθμός απώλειας 2-8% το χρόνο και μπορεί να φτάσει και το 80% της ολικής οστικής πυκνότητας εντός δεκαετίας. Η ομάδα αυτή θεωρείται ομάδα ταχείας οστικής απώλειας. Μετά την πρώτη δεκαετία ο ρυθμός απώλειας ομαλοποιείται επανερχόμενος στο 1% το χρόνο. Η χαμηλότερη -σε σχέση με τον άνδρα- κορυφαία οστική μάζα και η επιταχυνόμενη οστική απώλεια εξηγούν γιατί η οστεοπόρωση είναι συνηθέστερη στη μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα.

Η τύπου 1 οστεοπόρωση χαρακτηρίζεται από απώλεια κυρίως σπογγώδους οστού. Η ολική οστική απώλεια φθάνει το 50% περίπου του σπογγώδους οστού, αν δε ληφθεί υπόψη ότι το 80% του σκελετού αποτελείται από σπογγώδη οστό γίνεται αντιληπτή η σημασία της μετεμμηνοπαυσιακής οστεοπόρωσης. Η οστική απώλεια και η διαταραχή της δομής μειώνουν την αντοχή του οστού προς τη φυσιολογική επιβάρυνση και εμφανίζεται ιδιαίτερα μεταξύ γυναικών, ταχεία οστική απώλεια, αυξημένη προδιάθεση για αυτόματο κάταγμα (σπονδυλικό- κάτω άκρο κερκίδας- αυχέννας μηριαίου) επίσης στη σπονδυλική στήλη η λέπτυνση και η εξαφάνιση των οστεοδακίδων προκαλεί καθίζηση των σπονδυλικών σωμάτων, η οποία οδηγεί σε απώλεια του αναστήματος και προοδευτική κύφωση.

Κλινικές Εκδηλώσεις Η οστεοπόρωση είναι μια χρόνια εξελισσόμενη νόσος η οποία καθυστερεί για 10 ή και 20 χρόνια πριν εμφανίσει συμπτώματα εξ' άλλου άλλωστε και ο χαρακτηρισμός της "ως σιωπηρής επιδημίας". Η οστεοπορωτική γυναίκα παρουσιάζει απώλεια του ύψους και κύφωση λόγω

καθίζησης ή παραμόρφωσης των σπονδύλων το κυριότερο όμως σύμπτωμα είναι το κάταγμα.

Το κάταγμα οφείλεται στην ελάττωση της οστικής μάζας κάτω από ένα οριακό επίπεδο και στη διαταραχή της αρχιτεκτονικής του οστού. Το κάταγμα μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε θέση, συνηθέστερα όμως στον καρπό στον σπόνδυλο, στις πλευρές και τέλος στην περιοχή του ισχίου. Ο πόνος, η διαταραχή της λειτουργικότητας και δυσκαμψία είναι κοινά χαρακτηριστικά όλων των καταγμάτων. Σε κάταγμα των σπονδύλων η οσφυαλγία μπορεί να παραμείνει εφ' όρου ζωής. Το κάταγμα του ισχίου είναι το σοβαρότερο αποκτά πάντα νοσοκομειακή περίθαλψη και συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα (50%) και θνητότητα (10-20%).

3.11 Δυσπαρεύνια

Δυσπαρεύνια ονομάζουμε τη δυσχέρεια κατά τη συνουσία. Οφείλεται σε σπασμούς των μυών του πυελικού εδάφους. Διακρίνεται σε δυο μορφές:

A) οργανική: οφειλόμενη κυρίως σε αντίδραση εναντίων του πόνου (π.χ. δυσαναλογίας στις διαστάσεις του πέους και του κόλπου)

B) νευρωτική: όπου δεν εντοπίζονται ανατομικές αλλοιώσεις, αλλά ο σπασμός είναι άμεσο αποτέλεσμα εγκεφαλικού αντανακλαστικού δημιουργούμενου επί νευρωσικού υποστρώματος.

Η σωματική ή ψυχική ανικανότητα του συντρόφου (επίμονη προσπάθεια εισαγωγής του πέους στον κόλπο) έχει ως αποτέλεσμα το σπασμό του κόλπου και την αδυναμία της σεξουαλικής πράξης. Η πρόγνωση της δυσπαρεύνιας είναι πάντοτε επιφυλακτική ή δε θεραπεία θα εξαρτηθεί από την μορφή.

3.12 Βαρθολινίτιδα

Πρόκειται για φλεγμονή του ενός ή και των δυο βαρθολίνειων αδένων που βρίσκονται στο αιδοίο ή και των πόρων τους. Οι βαρθολίνειοι είναι δύο αδένες μεγέθους μπιζελιού με εκφορητικούς πόρους που ανοίγουν μέσα στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Οι αδένες παράγουν ένα υγρό που βοηθάει τη λίπανση της γενετικής περιοχής κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Κατά τη βαρθολινίτιδα ο ένας ή και οι δύο αδένες



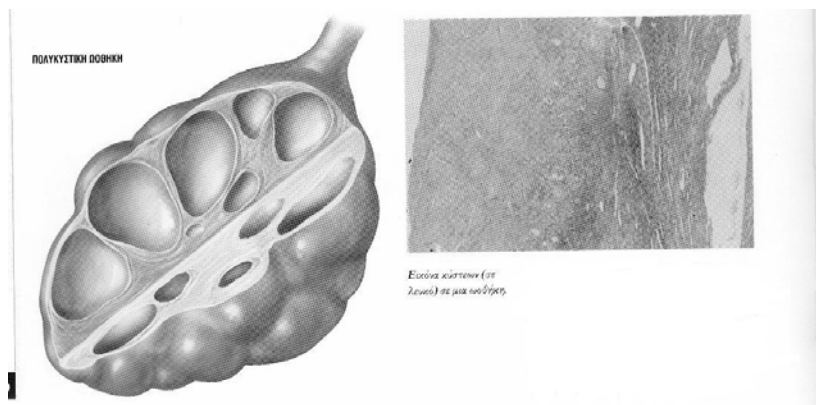
ή και οι πόροι τους μολύνονται. Σε κάποιες περιπτώσεις η διαταραχή προκαλείται από βακτηρίδια που εισέρχονται στους αδένες σαν αποτέλεσμα ελλιπούς καθαριότητας μετά την αφόδευση. Η διαταραχή μπορεί επίσης να προκληθεί από σεξουαλικώς μεταδιδόμενη νόσο . η μόλυνση προκαλεί οίδημα των γύρω ιστών και μπορεί να οδηγήσει σε οδυνηρό απόστημα. Ο ένας ή και οι δύο πόροι μπορεί να κλείσουν προκαλώντας οίδημα χωρίς πόνο που ονομάζεται κύστη του βαρθολίνιου αδένου.

Η βαρθολινίτιδα εμφανίζεται σε χρόνια ή σε οξεία μορφή. Η οξεία μορφή προκαλείται από απόφραξη του εκφορητικού πόρου ή μόλυνση του παρεγχύματος κυρίως από γονόκοκκο. Ο αδένας διογκώνεται και πονάει αφόρητα, ενώ συχνά εμφανίζεται και υψηλός πυρετός. Στη χρόνια μορφή υπάρχει κυστική διόγκωση του αδένου, χωρίς όμως θορυβώδης συμπτώματα. Ίσως συστηθούν αντιβιοτικά για την αντιμετώπιση της βαρθολινίτιδας και η διαταραχή συνήθως υποχωρεί μέσα σε λίγες μέρες. Για την ανακούφιση της δυσφορίας ίσως δοθούν αναλγητικά. Το απόστημα μπορεί να καθαριστεί κάτω από τοπική αναισθησία. Η κύστη του βαρθολίνιου δεν αφαιρείται συνήθως εκτός και αν είναι πολύ μεγάλη και προκαλεί δυσφορία. Η βαρθολινίτιδα μπορεί και να επανεμφανιστεί. Σε περίπτωση όγκου του

βαρθολίνιου. Ο οποίος είναι σπανιότατος, συνιστάται ριζική αφαίρεση όλου του αιδοίου.

3.13 Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών

Διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη πολλαπλών κύστεων στις ωοθήκες και προκαλεί φτωχές εμμηνορρυσίες ή αμηνόρροια και στειρότητα.



Αίτια Η βαθύτερη προέλευση αυτής της διαταραχής ακόμα δεν είναι γνωστή, αλλά πιθανότατα οφείλεται σε ανισορροπία των επιπέδων των γοναδοτροπινών που παράγονται από την υπόφυση και ρυθμίζουν την κυκλική δραστηριότητα των ωοθηκών, δηλαδή την ωοθυλακιοτρόπο ορμόνη FSH και την ωχρινοποιητική ορμόνη LH. Πράγματι, για λόγους οι οποίοι ακόμα δεν έχουν διαλευκανθεί τελείως στις προσβεβλημένες γυναίκες μπορούν να ανιχνευτούν μειωμένα επίπεδα FSH και υψηλά επίπεδα LH, μια ανισορροπία που διαταράσσει τη λειτουργία των ωοθηκών και προκαλεί το σχηματισμό μεγάλης ποσότητας διογκωμένων ωοθυλακίων.

Κατά συνέπεια η παραγωγή γυναικείων ορμονών του φύλου από τις ωοθήκες διαταράσσεται με σημαντική μείωση των επιπέδων προγεστερόνης και αύξηση των επιπέδων οιστρογόνων. Εξάλλου μπορεί επίσης να παρατηρηθεί ότι υπάρχουν υψηλά επίπεδα ανδρογόνων, -ανδρικών ορμονών του φύλου- τα οποία στις γυναίκες παράγονται φυσιολογικά σε μέτριες ποσότητες από τα επινεφρίδια. Αυτή η ορμονική ανισορροπία επιφέρει διακοπή του ωοθηκικού κύκλου και την απουσία ωορρηξίας, καθώς και τις λοιπές εκδηλώσεις διαταραχής.

Εκδηλώσεις Οι εκδηλώσεις συνήθως παρουσιάζονται στην ηλικία μεταξύ των 15 και 30 ετών, συνήθως μερικά χρόνια μετά την πρώτη εμμηνορρυσία. Η πιο χαρακτηριστική επίπτωση της διαταραχής είναι εμφάνιση ανωμαλιών της εμμηνορρυσίας: συνήθως η έμμηνος ρύση γίνεται σταδιακά πιο φτωχή (ολιγομηνόρροια) μέχρι που σε πολλές περιπτώσεις εξαφανίζεται εντελώς (αμηνόρροια) . Άλλες φορές αντιθέτως παρουσιάζονται έντονες αιματικές απώλειες και χωρίς συγκεκριμένη τακτικότητα. Ως αποτέλεσμα της κακής λειτουργίας των ωοθηκών με χαρακτηριστική απουσία ωορρηξίας δημιουργείται στειρότητα.

Από την άλλη πλευρά είναι επίσης πολύ συχνά να παρουσιαστεί δασυτριχισμός, δηλαδή υπερβολική αύξηση του τριχωτού του σώματος, κυρίως σε περιοχές που δεν είναι συνηθισμένες για τη γυναίκα, όπως και το πρόσωπο. Εξάλλου χαρακτηριστικά δημιουργείται παχυσαρκία.

3.14 Κύστες Ωοθηκών

Οι πιο συχνές ωοθηκικές κύστες είναι καλοήθεις θυλακιώδεις κύστες οι οποίες σχηματίζονται όταν αρχίζει να αναπτύσσεται ένα ωάριο μέσα στην ωοθήκη για κάποιους λόγους,- στρες για παράδειγμα- το ωάριο δε βγαίνει από το ωοθυλάκιο, αλλά αντίθετα γεμίζει με υγρό και μεγαλώνει. Οι μικρές κύστες ωοθηκών παρουσιάζουν ελάχιστα συμπτώματα, αλλά καθώς μεγαλώνουν μπορεί να παρατηρηθεί αφύσικη διόγκωση(καρκίνος ωοθηκών).

3.15 Κυστεοκήλη

Πρόκειται για μη φυσιολογική διόγκωση της ουροδόχου κύστης, η οποία με τη σειρά της προκαλεί διάταση του πρόσθιου τοιχώματος του κόλπου –κάτι σαν κήλη- .

Θεραπεία

- Αν είναι μικρή μπορεί να αντιμετωπιστεί με ασκήσεις πατώματος όπως εκείνες που γίνονται για τη λεκάνη μετά τον τοκετό.
- Αν είναι μεγάλη, απαιτείται χειρουργική επέμβαση διαφορετικά είναι πολύ πιθανό να προκαλέσει σοβαρή δυσφορία, μολύνσεις της ουροποιητικής οδού και χρόνια ακράτεια.

3.16 Κυστίτιδα

Κυστίτιδα ονομάζεται κάθε δυσκολία, πόνος ή δυσφορία που έχει σχέση με την ούρηση. Γύρω στα 80% των γυναικών προσβάλλονται σε κάποια φάση της ζωής τους και πολλές παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενες μολύνσεις. Αν συμβεί κάτι τέτοιο, είναι δύσκολο να καταπολεμηθεί και δημιουργεί προβλήματα στην οικογενειακή και επαγγελματική ζωή λόγω της φύσης των συμπτωμάτων της.

Συμπτώματα

- η συχνότατη ανάγκη για ούρηση
- ο καυστικός πόνος κατά την ούρηση
- αδιάκοπη επιθυμία για ούρηση ακόμα και όταν δεν υπάρχουν καθόλου ούρα
- μερικές φορές μπορεί να παρουσιαστεί και λίγο αίμα στα ούρα
- πιθανότατα πόνος στο κάτω μέρος της κοιλιάς
- τα ούρα ίσως να έχουν έντονη δυσάρεστη οσμή

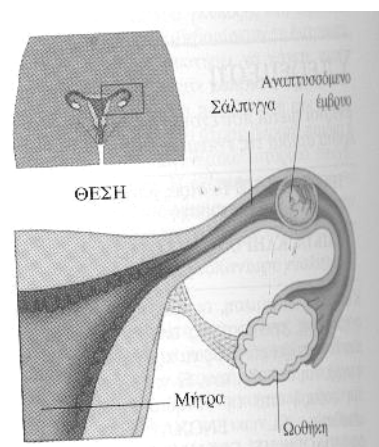
Μια προσβολή κυστίτιδας ή βακτηριακής μόλυνσης μερικές φορές αρκεί για να δημιουργηθεί ουλώδης ιστός, ο οποίος μπορεί κατόπιν να γίνει εστία για καινούριες μολύνσεις, ώσπου αυτές να καταστήσουν συνηθισμένο φαινόμενο.

Θεραπεία Αντιβιοτικά. Γίνεται εξέταση ούρων για να βρεθεί ποιος οργανισμός προκάλεσε το πρόβλημα. Το δείγμα πρέπει να λαμβάνεται κατά το μέσο της ούρησης. Συχνά δεν διαπιστώνονται ίχνη μόλυνσης αλλά τα συμπτώματα επιμένουν. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ίσως απαιτηθούν επιπλέον ουρολογικές εξετάσεις και ακτινογραφίες.

3.17 Εξωμήτρια Κύηση

Σε μια ομαλή κύηση, το γονιμοποιημένο ωάριο κατεβαίνει από την σάλπιγγα για να εγκατασταθεί στη μήτρα. Σε μια εξωμήτρια κύηση το ωάριο μένει στη σάλπιγγα. Αρχίζει να αναπτύσσεται το έμβρυο αλλά η σάλπιγγα δεν έχει περιθώρια διάτασης και τα κύτταρα του πλακούντα φωλιάζουν στα τοιχώματα της σάλπιγγας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την πρόκληση εσωτερικής αιμορραγίας στην κοιλιακή περιοχή. Αν και σπάνια περίπτωση, η εξωμήτρια κύηση είναι σοβαρή γιατί η εσωτερική αιμορραγία μπορεί να δημιουργήσει κατάσταση απειλητική για τη ζωή της εγκύου με άμεση ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης. Μερικές τέτοιες εγκυμοσύνες συμβαίνουν χωρίς ιδιαίτερο λόγο, αλλά ορισμένοι παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο:

- κάθε προηγούμενη φλεγμονή στις σάλπιγγες
- κάθε επέμβαση στις σάλπιγγες
- η ύπαρξη ενδομητρίου ελάσματος ή χρήση αντισυλληπτικού χαπιού (μόνο προγεστερόνη)



Ανάλογα με τη μορφή και την εξέλιξη μια εξωμήτριας κύησης διακρίνουμε τους εξής τύπους:

α) την αδιατάρακτη (εξελισσόμενη) ενδοσαλπιγγική κύηση. Τα συμπτώματα της είναι όμοια με την φυσιολογική εγκυμοσύνη με αμηνόρροια, πρωινή ναυτία και έμμετο, συμφόρηση των μαστών, θετική αντίδραση ASCEIM-ZONDEK- FRIEDMAN, μικρά άλγη στο υπογάστριο, μήτρα του φυσιολογικού και μαλακή. Ψηλαφάται ευαίσθητη σε πίεση διόγκωση και στην δουλγασειοσκόπηση είναι δυνατό να φανεί η μία εκ των δύο σαλπίγγων διογκωμένη.

Θεραπεία:

α) Λαπαροτομία και αφαίρεση της κυοφορούσας σάλπιγγας.

β) Τοπική σαλπιγγική ρήξη με την εξής συμπτωματολογία: καθυστέρηση της περιόδου, πόνος απότομος και έντονος εντοπιζόμενος σε ένα από τα δύο υπογάστρια, μητρορραγία, συμπτώματα οξείας περιφερικής ανεπάρκειας με κοιλιά συσπασμένη και επώδυνη, ευαισθησία των κοιλιακών θόλων και προπύετα του ενός από τους δύο. Η αιμοσφαιρίνη και ο αιματοκρίτης βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα. Διαγνωστικά, με παρακέντηση του οπίσθιου κοιλιακού θόλου με χοντρή βελόνα. Το αίμα χαρακτηριστικά αργεί να πήξει ή δεν πήζει καθόλου.

Η διαφορική διάγνωση μπορεί να γίνει με οξεία σκωληκοειδίτιδα, κολικό νεφρού ή ουρητήρα, περιστροφή μισχωτού όγκου της μήτρας ή ωθήκης, ρήξη κύστεως του ωχρού σωματίου ή ρήξη ωοθυλακίου, έκτρωση(επαπειλούμενη, αναπόφευκτη, ατελής).

γ) Σαλπιγγική έκτρωση. Σε αυτή το κύημα εξέρχεται στο περιτοναϊκό στόμιο της σάλπιγγας στην κοιλιακή κοιλότητα. Διαφέρει στην σαλπιγγική ρήξη στο ότι η αποκόλληση του εμβρύου δεν είναι ολοκληρωτική ή αιμορραγία δεν είναι μεγάλη και τα συμπτώματα είναι ηπιότερα.

δ) Άτυπος εξωμήτριος. Διακρίνεται σε ενδοκοιλιακή όπου το έμβρυο συνήθως πεθαίνει και ή απορροφάται ή μεταβάλλεται σε καλούμενο λιθοπαίδιον με εναποθέσεις αλάτων ασβεστίου, και σε ωθήκη όπου η εγκατάσταση του εμβρύου συμβαίνει εντός του ωοθυλακίου. Και σε ενδοσυνδεσμική όπου το κύημα προκαλεί διάβρωση του τμήματος εκείνου της σάλπιγγας.

Συμπτώματα Γενικά Μια εξωμήτρια κύηση μπορεί στην αρχή να φαίνεται ομαλή, με σταμάτημα της περιόδου και τις χαρακτηριστικές αλλαγές στο στήθος.

Από την άλλη πλευρά μπορεί να υπάρχει παράλληλα αιμορραγία του κόλπου γιατί ο πλακούντας δεν μπορεί να παράγει αρκετά οιστρογόνα. Το πιο

χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι ο οξύς πόνος, συνήθως στη μια πλευρά του υπογαστρίου. Μπορεί να κρατήσει για ώρες ή για λίγα λεπτά και μπορεί να σταματά ή να ξαναρχίζει. Αν συνεχίζει η εξωτερική αιμορραγία, ο πόνος απλώνεται σε όλη την κοιλιακή περιοχή και επιδεινώνεται. Σε ακραίες περιπτώσεις μεγάλη αιμορραγία μπορεί να προκαλέσει κατάρρευση.

Διάγνωση Αν υπάρχει πόνος ή καθυστερημένη περίοδος ενώ περιμένετε εγκυμοσύνη, θα πρέπει να το αναφέρετε στο γιατρό. Αν έχετε λίγο αίμα είναι δύσκολο να γίνει διάγνωση. Αν μια εσωτερική εξέταση δεν σας δώσει τελική διάγνωση, το υπερηχογράφημα θα σας δείξει ότι υπάρχει εγκυμοσύνη ή όχι και μπορεί να αποκαλύψει μια μάζα στην πύελο. Η ιδιαίτερα ευαίσθητη εξέταση χοριονικής γοναδοτροπίνης για την εγκυμοσύνη είναι συνήθως ακριβής και βοηθάει να ξεχωρίσετε αν πρόκειται για εξωμήτριο ή για κάποια άλλη αιτία που προκαλεί τον πόνο στην πύελο, όπως επώδυνη ωορρηξία.

Θεραπεία Η εξωμήτρια κύηση πρέπει να αντιμετωπισθεί χειρουργικά με γενική αναισθησία. Μερικές φορές η σάλπιγγα μπορεί να παραμείνει ανέπαφη, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις ο χειρουργός πρέπει να την αφαιρέσει. Αν η άλλη σάλπιγγα είναι φυσιολογική, η γυναίκα που υπέστη εξωμήτρια μπορεί να συλλάβει αργότερα. Οποσδήποτε ίσως πάρει χρόνο, γιατί μπορεί το ωάριο να κατέβει από την πλευρά που δεν υπάρχει σάλπιγγα.

3.18 Καλοήθεις Όγκοι του Κόλπου/ Κονδυλώματα

Γενικά οι όγκοι στον κόλπο είναι σπάνιοι. Πιο συχνοί ανάμεσα σε αυτούς είναι τα οξυτενή κονδυλώματα. Όπως στο αιδοίο έτσι και στον κόλπο είναι αποτέλεσμα σεξουαλικής μετάδοσης του ιού HPV και συνήθως συνυπάρχουν με τα κονδυλώματα στο αιδοίο. Αν είναι μονήρη δεν προκαλούν απολύτως καμία συμπτωματολογία, και ανακαλύπτονται τυχαία πχ κατά τη λήψη υλικού για εξέταση, κατά Παπανικολάου, ή ανακαλύπτονται κατά τον πλήρη έλεγχο του γεννητικού συστήματος σε περιπτώσεις κονδυλωμάτων του αιδοίου. Αν είναι πολλαπλά και αναπτύσσονται σε αρκετή έκταση της επιφάνειας του κόλπου, τότε προκαλούν υπερέκκριση κολπικού εκκρίματος, μπορεί να

επιμολυνθούν και να αιμορραγήσουν αυτόματα ή κατά την επαφή ή μετά την κύηση. Η κλινική εξέταση αρκεί για τη διάγνωση, αλλά όπως και για το αιδοίο αποκλείεται η βιοψία και η ιστολογική εξέταση, ιδίως όταν είναι πολλαπλά. Είναι δυνατή η κακοήθης εξαλλαγή αυτών. Για τη θεραπεία προτείνονται σχεδόν αποκλειστικά η εφαρμογή ακτινών LASER αν και υπάρχουν και άλλοι τρόποι αντιμετώπισης.

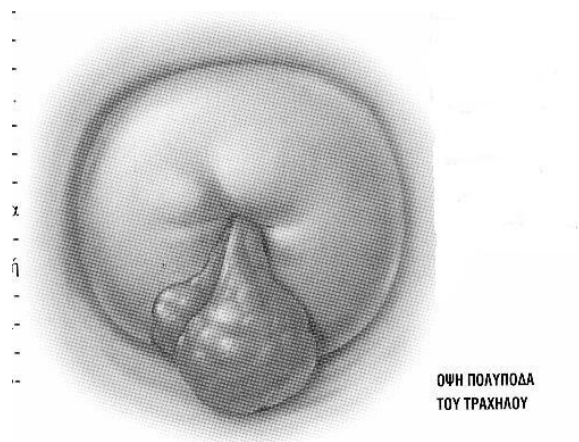
3.19 Πολύποδες Τραχήλου

Πρόκειται για τα συνηθέστερα νεοπλασμάτα του τραχήλου. Παρατηρούνται κυρίως στους ενήλικες. Εξορμούνται κυρίως από τον ενδοτράχηλο, το μέγεθος τους ποικίλλει. Είναι απλοί ή πολλαπλοί με μίσχο λεπτό και χρώμα ερυθρό.

Υπερμεγέθους πολύποδας

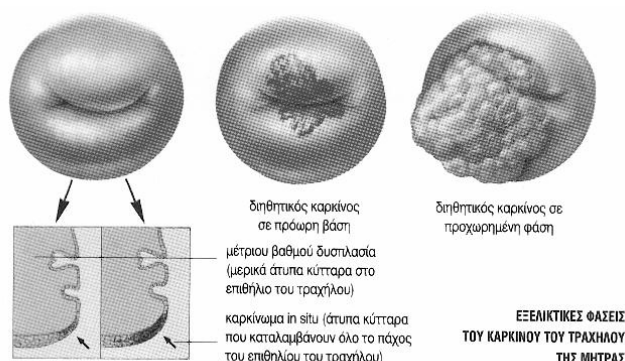
συνεπάγεται μερική πρόπτωση της μήτρας. Πολλοί από αυτούς είναι τελείως αθόρυβοι ενώ άλλοι προκαλούν αίσθημα βάρους στα γεννητικά όργανα και οσφυαλγία, μητρορραγία, διάφορης έντασης και διάρκειας κυρίως εμφανιζόμενη μετά τη σεξουαλική επαφή. Δεν είναι ασυνήθης η υπερέκκριση καθώς επίσης και η στείρωση. Η κακοήθης εξαλλαγή ή η συνύπαρξη με καρκίνο του ενδομητρίου, είναι δυνατή. Η ιστολογική εξέταση δεν περιορίζεται μόνο επί του πολύποδα αλλά και των ξασμάτων του ενδομητρίου. Ιστολογικά ο τυπικός τραχηλικός πολύποδας αποτελείται από υπόστρωμα συνεκτικού ιστού καλυπτόμενο από επιθήλιο. Ως δευτερογενείς αλλοιώσεις περιγράφονται συμφόρηση, λοιμώξεις, επιδερμιδοποίηση, νέκρωση και κακοήθης εξαλλαγή.

Η θεραπεία συνίσταται στην αποκοπή του μίσχου και καυτηριάζεται δια ηλεκτροκαυτηριασμό.



3.20 Καρκίνος Τραχήλου της Μήτρας

Ο πιο συχνός κακοηθούς όγκος του γυναικείου γεννητικού συστήματος αλλά συγχρόνως και αυτός που ανιχνεύεται ευκολότερα στους τακτικούς γυναικολογικούς ελέγχους, όταν ακόμα η αγωγή μπορεί να επιλύσει αποτελεσματικά το πρόβλημα.



Αίτια Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αντιστοιχεί σε παθολογική υπερπλασία κυττάρων του βλεννογόνου που επενδύει το σωλήνα του τραχήλου: τα κύτταρα που αλλοιώνονται πρώτα αναπαράγονται με ταχύτητα μεγαλύτερη του φυσιολογικού στην επιφανειακή στιβάδα και έπειτα, ευτυχώς μετά από κάποιο διάστημα σχετικά παρατεταμένο, υπερβαίνουν το όριο του επιθηλίου και διεισδύουν πιο βαθιά σχηματίζοντας πια μια ογκική μάζα. Εξάλλου δεδομένου ότι αυτά τα καρκινικά κύτταρα είναι λιγότερο προσκολλημένα μεταξύ τους απ' ό,τι τα φυσιολογικά τείνουν να αποκολλώνται από την ογκική μάζα και με την πάροδο του χρόνου διεισδύουν στους γειτονικούς ιστούς και τις δομές, ενώ εξαπλώνονται δια της λεμφικής και της αιματικής κυκλοφορίας σε όργανα λιγότερο ή περισσότερο απομακρυσμένα από την αρχική εστία, όπου σχηματίζουν μεταστάσεις δηλαδή δευτερογενούς κακοήθεις όγκους.

Τα βαθύτερα αίτια της κακοηθούς μεταμόρφωσης των κυττάρων του τραχήλου η οποία προκαλεί τον σχηματισμό του όγκου ακόμα δεν είναι γνωστά με ακρίβεια, όπως συμβαίνει με τον καρκίνο γενικά. Ωστόσο έχει παρατηρηθεί ότι οι κακοήθεις όγκοι του τραχήλου της μήτρας είναι πιο συχνοί στις γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει και σε αυτές που είχαν ενεργώ σεξουαλική ζωή για πολλά χρόνια, αντιθέτως αυτοί οι όγκοι αποτελούν εξαίρεση για τις γυναίκες που είχαν σεξουαλικές επαφές.

Είναι πιθανό η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες σεξουαλικά ενεργές να οφείλεται τουλάχιστον εν μέρει, στο γεγονός ότι διάφορες μολύνσεις οι οποίες μεταδίδονται σεξουαλικά, κυρίως οι μολύνσεις από το ιό του έρπητα τύπου II και τον ιό του ανθρώπινου θηλώματος αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα. Παρ' όλα αυτά είναι επίσης πιθανό σε ορισμένες περιπτώσεις να υπάρχει γενετική προδιάθεση η οποία να μεταδίδεται με κληρονομικό τρόπο δεδομένου ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι συχνό σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό της διαταραχής.

Εξέλιξη Η εξέλιξή του είναι σταδιακή και παρουσιάζει διάφορες φάσεις, αρκετά διαφορετικές σε βαθμό που η θεραπευτική μέθοδος εξαρτάται από την εξελικτική φάση κατά την οποία ανιχνεύεται η βλάβη.

Στις αρχικές φάσεις, μερικά κύτταρα του βλεννογόνου του τραχήλου υφίστανται κακοηθή μεταμόρφωση και αρχίζουν να αναπαράγονται με παθολογικό τρόπο αλλά χωρίς να υπερβαίνουν τα όρια του επιθηλίου, δηλαδή δεν εισβάλλουν στους πιο εν τω βάθη ιστούς: για το λόγο αυτόν, γίνεται λόγος για <<νόσος προδιηθητική>> και για <<βλάβες προδιηθητικές>> διαφόρων τύπων ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους. Πρέπει να σημειωθεί ότι μια τέτοια μεταμόρφωση συμβαίνει με απόλυτα ασυμπτωματικό τρόπο, παρότι ευτυχώς μπορεί να διαγνωστεί μέσω κυτταρολογικής εξέτασης κολποτραχηλικού επιχρίσματος ή τεστ Παπανικολάου, μιας πολύ απλής εξέτασης η οποία πραγματοποιείται σε μορφή ρουτίνας.

Ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των βλαβών προδιηθητικών βλαβών λαμβάνουν διάφορες ονομασίες, παραδοσιακά γίνεται λόγος για διάφορους βαθμούς δυσπλασίας ή πλακώδους ενδοεπιθηλιακής αλλοιώσεις σε συντομία CIN στον πρώτο βαθμό, που ονομάζεται ελαφριού βαθμού δυσπλασία ή CIN1 η βλάβη θεωρείται προκαρκινική μόνο η παρουσία ορισμένων άτυπων κυττάρων τόσο εντοπισμένων που δεν καταλαμβάνουν καν όλο το πάχος του επιθηλίου του τραχήλου.

Στον δεύτερο βαθμό που ονομάζεται μέτριου βαθμού δυσπλασία ή CIN2 ανιχνεύεται μεγαλύτερος αριθμός άτυπων κυττάρων και μεγαλύτερη διαταραχή της δομής του επιθηλίου του τραχήλου, σε αυτήν τη περίπτωση επίσης, η βλάβη θεωρείται προκαρκινική, επειδή απουσία αγωγής συνήθως μετατρέπεται σε πραγματικό καρκίνο βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα. Ο τρίτος βαθμός που ονομάζεται τρίτου βαθμού δυσπλασία ή CIN3 αντιστοιχεί ακριβώς σε καρκίνο στα πιο αρχικά του στάδια: παρατηρείται πια η παρουσία σαφώς άτυπων κυττάρων και μια καθαρή διαταραχή της δομής του επιθηλίου του βλεννογόνου του τραχήλου, παρότι η βλάβη παραμένει ακόμα καλά εντοπισμένη στο επιθήλιο. Για το λόγο αυτόν, αυτή η φάση είναι επίσης γνωστή και ως καρκίνωμα IN SITU δεδομένου ότι δεν έχει ακόμα διεισδύσει στις παρακείμενες στοιβάδες και ούτε ασφαλώς στους γειτονικούς ιστούς ούτε έχει προκαλέσει μεταστάσεις. Συνεπώς το καρκίνωμα in SITU απαιτεί μια σχετική απλή αγωγή και έχει άριστη πρόγνωση.

Σε περίπτωση που δεν ακολουθείται θεραπεία, αντιθέτως το καρκίνωμα in SITU αργά ή γρήγορα, αν και συνήθως σε λιγότερο από ένα χρόνο, μετατρέπεται σε διηθητικό καρκίνωμα. Όπως είναι αναμενόμενο, το διηθητικό καρκίνωμα αποκτά τα χαρακτηριστικά κάθε κακοηθούς όγκου, απαιτεί πιο περίπλοκη αγωγή και η πρόγνωση του παρότι εξαρτάται από την έκταση που έχει αποκτήσει τη στιγμή της διάγνωσης, σε γενικές γραμμές δεν είναι τόσο ευνοϊκή.

Εκδηλώσεις Κατά τις πρώτες φάσεις ενώ πρόκειται για ελαφριού ή μετρίου βαθμού δυσπλασία ή και για πραγματικό καρκίνωμα in SITU, η διαταραχή συνήθως είναι ασυμπτωματική, παρότι ευτυχώς μπορεί να ανιχνευτεί σε οποιαδήποτε γυναικολογική εξέταση ρουτίνας. Έτσι οι πρώτες εκδηλώσεις παρουσιάζονται όταν ο όγκος έχει πια μετατραπεί σε διηθητικό καρκίνωμα και διεισδύει στις εν τω βάθει στοιβάδες του βλεννογόνου του τραχήλου, αποκτώντας ορισμένο όγκο.

Δεδομένου ότι ο όγκος, όπως και ο φυσιολογικός βλεννογόνος της μήτρας, διαθέτει ένα πλούσιο δίκτυο αιμοφόρων αγγείων, είναι συνηθισμένο στη σταδιακή του ανάπτυξη να υφίσταται μικρές εκδορές και να δημιουργεί την

εμφάνιση κολπικών αιμορραγιών, είτε αυτομάτων είτε εξαιτίας της συνουσίας. Για το λόγο αυτό η πιο συνηθισμένη εκδήλωση κατά τις πρώτες φάσεις της διαταραχής είναι τα επεισόδια αιματικών κολπικών απωλειών οι οποίες είναι ανεξάρτητες από τον καταμήνιο κύκλο.

Αργότερα καθώς ο όγκος μεγαλώνει, μπορούν να εμφανιστούν επώδυνες ενοχλήσεις και παθολογικό κολπικό υγρό, καθώς και τα συμπτώματα τα οποία οφείλονται στη συμπίεση των γειτονικών δομών και εκδηλώσεις που οφείλονται στην ανάπτυξη μεταστάσεων σε διάφορα όργανα, μεταξύ των οποίων ξεχωρίζουν το ήπαρ οι πνεύμονες και τα οστά.

Τέλος στις πιο προχωρημένες φάσεις όπως συμβαίνει συνήθως στις καρκινικές νόσους, δημιουργείται σταδιακή επιδείνωση της φυσικής κατάστασης, με απώλεια της όρεξης και απώλεια βάρους, αδυναμία και γενική αδιαθεσία, μια κατάσταση που συνήθως προηγείται της εμφάνισης των μοιραίων επιπλοκών.

Αγωγή Όταν ανιχνευτεί η παρουσία μιας προκαρκινικής αλλοίωσης, συμπεριλαμβανόμενου του σταδίου του καρκινώματος in situ η αγωγή είναι απλή: γενικά αρκεί η πλήρης καταστροφή της προκαρκινικής αλλοίωσης για την οποία υπάρχουν διάφορες διαδικασίες, πχ μέσω ηλεκτροπληξίας, κρυοθεραπείας ή όπως συνηθίζεται σήμερα χάρη σε εξάχνωση με λέιζερ. Αυτές οι μέθοδοι έχουν το πλεονέκτημα ότι δεν είναι πολύ ενοχλητικές και μπορούν να πραγματοποιούνται με την ασθενή περιπατητική, χωρίς να χρειάζεται εισαγωγή στο νοσοκομείο. Μια άλλη δυνατότητα, η οποία πραγματοποιείται κυρίως όταν η αλλοίωση δεν είναι προσβάσιμη τόσο εύκολα ή δεν είναι τόσο μικρή, είναι μια χειρουργική επέμβαση που ονομάζεται εξαίρεση ιστικού κώνου αφαιρείται μια μικρή περιοχή του τραχήλου της μήτρας σε μορφή κώνου στην οποία περιλαμβάνει ή αλλοίωση γεγονός που δεν βλάπτει καθόλου τις λειτουργίες της υπόλοιπης μήτρας. Η επέμβαση πραγματοποιείται υπό τοπική αναισθησία, αλλά μπορεί να χρειαστεί η εισαγωγή της γυναίκας στο νοσοκομείο, παρότι σήμερα μπορεί να πραγματοποιηθεί με την ασθενή περιπατητική εάν εφαρμοστεί λέιζερ, τεχνική που ονομάζεται << εξαίρεση ιστικού κώνου με λέιζερ >> η πρόγνωση οποία και αν είναι η επιλεχθείσα θεραπευτική μέθοδος είναι πολύ ευνοϊκή, και

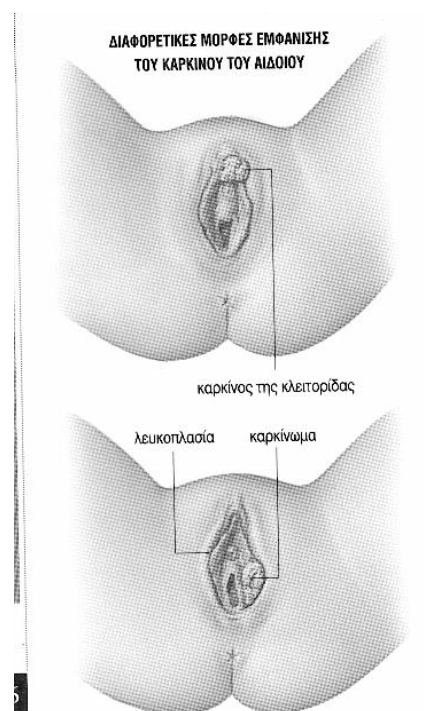
μπορεί να επιβεβαιωθεί ότι πρόβλημα έχει επιλυθεί με οριστικό τρόπο παρότι πρέπει η ασθενής να υποβάλλεται σε περιοδικούς γυναικολογικούς ελέγχους.

Όταν η αλλοίωση έχει πια μετατραπεί σε διηθητικό καρκίνωμα, η αγωγή είναι βασικά χειρουργική, παρότι ποικίλλει ανάλογα με την έκταση του όγκου. Σε γενικές γραμμές πραγματοποιείται η αφαίρεση ολόκληρης της μήτρας και των περιφερικών λεμφογαγγλίων, ενίοτε σε σχέση με την εκτομή του άνω τμήματος του κόλπου, συμπληρώνοντας την επέμβαση με ακτινοθεραπεία και ενίοτε με χημειοθεραπεία. Εάν η αγωγή εφαρμοστεί όταν ο καρκίνος ήδη βρίσκεται σε πολύ προχωρημένα στάδια η αγωγή είναι μόνο παρηγορική και επικεντρώνεται στην εφαρμογή ακτινοθεραπείας. Η πρόγνωση όπως είναι αναμενόμενο εξαρτάται από την φάση κατά την οποία εφαρμόζεται η αγωγή, από την έκταση του όγκου και την ενδεχόμενη παρουσία μετάστασης, παρότι σήμερα συνήθως επιτυγχάνεται επιβίωση πέντε ετών σε ένα ψηλό ποσοτό των περιπτώσεων.

3.21 Καρκίνος Αιδοίου

Ο καρκίνος του αιδοίου είναι ο τρίτος σε συχνότητα μεταξύ των κακοηθών όγκων του γυναικείου γεννητικού συστήματος.

Αίτια και Συχνότητα Καρκίνος του αιδοίου θεωρείται η ανάπτυξη μιας μάζας κακοηθών κυττάρων στα εξωτερικά γυναικεία γενετικά όργανα, κυρίως στα μεγάλα χείλη, τα μικρά χείλη και την κλειτορίδα. Αυτά τα καρκινικά κύτταρα αναπαράγονται σε πολύ πιο επιταχυμένο ρυθμό από το φυσιολογικό και με την πάροδο του χρόνου, συνήθως εισέρχονται στους γειτονικούς ιστούς καθώς και



εξαπλώνονται μέσω της λεμφικής και της αιματικής κυκλοφορίας στα όργανα που είναι λιγότερο ή περισσότερο απομακρυσμένα από την αρχική εστία, όπου δημιουργούνται μεταστάσεις ή δευτερογενείς όγκοι.

Παρότι δεν είναι γνωστά τα αίτια, έχει παρατηρηθεί ότι ο καρκίνος του αιδοίου παρουσιάζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε περιοχές οι οποίες είχαν προηγουμένως προσβληθεί από άλλες κακώσεις όπως χρόνιες αιδοιίτιδες ή μια δερματική πάχυνση λόγω ερεθισμών και ξηρότητας της περιοχής, κατάσταση η οποία είναι συχνότερη σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας.

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία, ο καρκίνος του αιδοίου αντιπροσωπεύει περίπου το 4-5% των κακοηθών όγκων του γυναικείου γεννητικού συστήματος και παρουσιάζεται κυρίως σε γυναίκες οι οποίες έχουν ήδη περάσει την εμμηνόπαυση.

Εκδηλώσεις και Εξέλιξη Στις αρχικές φάσεις, η μόνη εκδήλωση της διαταραχής είναι η παρουσία του ίδιου του όγκου, ο οποίος γενικά εντοπίζεται στα μεγάλα χείλη, στην κλειτορίδα ή κοντά στο στόμιο της ουρήθρας.

Η όψη της αρχικής κάκωσης ποικίλλει. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, πρόκειται για ένα μικρό εξόγκωμα ακανόνιστου σχήματος, η επιφάνεια του οποίου, συνήθως ρυτιδωμένη, είναι ιδιαίτερα εύθραυστη, και ως εκ τούτου παρουσιάζει σχισμές και ματώνει, και τελικά εύκολα δημιουργούνται έλκη. Σε άλλες περιπτώσεις, η κάκωση παρουσιάζεται από την αρχή ως έλκος ή εκδορά της επιφανειακής στοιβάδας του βλεννογόνου του αιδοίου και έχει όψη σαν πληγή και ακανόνιστα άκρα.

Σε κάθε περίπτωση, η βλάβη μεγαλώνει τόσο σε πλάτος όσο και σε βάθος και καθώς αυξάνει σε μέγεθος, όταν πια έχει αποκτήσει διάμετρο 1-2 εκατοστών, συνήθως να αρχίζει να δημιουργεί αίσθημα κνησμού ή τσουξίματος. Εξάλλου, σε σχετικά αρχικές φάσεις της διαταραχής συχνές είναι επίσης μερικές επιπλοκές όπως η μόλυνση του όγκου, ο οποίος τότε φλεγμαίνει και μαζεύει πύο, καθώς και μικρές αιμορραγίες και εάν εντοπίζεται κοντά στο έξω στόμιο της ουρήθρας, ενοχλήσεις ή πόνο κατά την ούρηση.

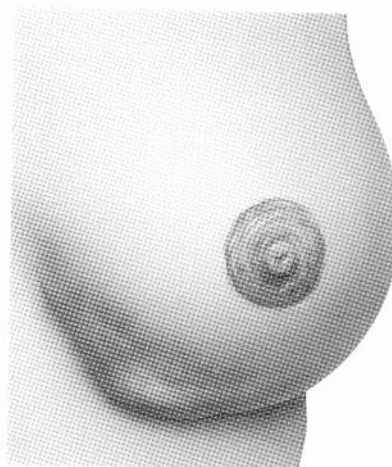
Πρέπει να σημειωθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις αυτές οι επιπλοκές παρουσιάζονται προτού ή πάσχουσα αντιληφθεί την ίδια την παρουσία όγκου.

Εάν ο όγκος δεν εντοπιστεί και δεν θεραπευτεί εγκαίρως, συνεχίζει να εξαπλώνεται τόσο στην επιφάνεια όσο και σε βάθος, και αργά ή γρήγορα διεισδύει στα γειτονικά όργανα, κυρίως τον κόλπο, την ουρήθρα και τον πρωκτό. Παράλληλα τα καρκινικά κύτταρα εξαπλώνονται μέσω της λέμφου και του αίματος, προκαλώντας έτσι τη δημιουργία μεταστάσεων στα λεμφογάγγλια της περιοχής και σε άλλα όργανα λιγότερο ή περισσότερο απομακρυσμένα. Σε αυτή τη φάση, η πρόγνωση της νόσου είναι πλέον αρνητική, δεδομένου ότι οι δευτερογενείς καρκινικές εστίες μπορούν να δημιουργήσουν μοιραίες επιπλοκές.

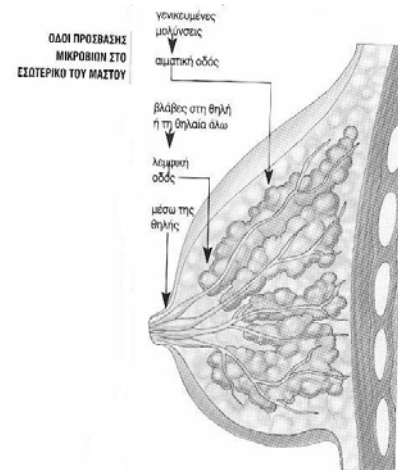
Αγωγή Στις αρχικές φάσεις όταν ο όγκος είναι μικρός και δεν έχει διασχίσει την εξωτερική στοιβάδα του βλεννογόνου του αιδοίου, η αγωγή συνίσταται απλώς στη χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Αντιθέτως όταν ο όγκος είναι πιο εκτεταμένος και έχει διεισδύσει στις βαθύτερες στοιβάδες του βλεννογόνου, είναι απαραίτητο να αφαιρεθεί ολόκληρο το αιδοίο, καθώς και τα λεμφογάγγλια της περιοχής. Επίσης συχνά γίνεται η συμπληρωματική εφαρμογή ακτινοθεραπείας και σε περίπτωση που έχουν δημιουργηθεί μεταστατικές εστίες, πραγματοποιείται και χημειοθεραπεία.

3.22 Μαστίτιδα

Ονομάζεται η φλεγμονή του μαστού διαταραχή η οποία συνήθως οφείλεται σε μόλυνση και ην εξέλιξη της ποικίλλει ανάλογα με την περίπτωση, δεδομένου ότι μπορεί να είναι οξεία ή και χρόνια.



Οξεία Μαστίτιδα Συνήθως οφείλεται σε μόλυνση βακτηριακής φύσης. Συνήθως τα μικρόβια διεισδύουν στο μαστό από την θηλή μέσω των στομίων εξόδου των γαλακτοφόρων πόρων. Είναι επίσης δυνατό να φτάσουν μικρόβια από την αιματική οδό, ή από την λεμφική οδό.



Παρότι μπορεί να εμφανιστεί μαστίτιδα σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής, η πιο συνηθισμένη μορφή είναι η επιλόχειος μαστίτιδα η οποία αναπτύσσεται στην περίοδο της γαλουχίας. Η διαταραχή εκδηλώνεται με αιφνίδιο τρόπο με την εμφάνιση μίας εκτεταμένης περιοχής του μαστού ερυθρής διογκωμένης θερμής και επίπονης περιοχής. Μερικές φορές η μόλυνση εξαπλώνεται μέσω των λεμφικών αγγείων τα οποία παρατηρούνται ως κόκκινες γραμμές που διασχίζουν το δέρμα του μαστού κατευθυνόμενα προς την μασχάλη. Στις τοπικές εκδηλώσεις προστίθεται αργά ή γρήγορα άλλες γενικές όπως πυρετός ενίοτε συνοδευόμενος από ρίγη και αίσθημα αδιαθεσίας.

Η αγωγή βασίζεται στη χορήγηση αντιβιοτικών όπου συνήθως επιλύει το πρόβλημα σε μικρό χρονικό διάστημα. Εάν η εφαρμογή της αγωγής καθυστερήσει αντιθέτως είναι πολύ πιθανό να δημιουργηθεί μαστικό απόστημα. Η αγωγή του αποστήματος εκτός από την χορήγηση αντιβιοτικών απαιτεί την παρέμβαση ιατρού για να εκκενώσει εντελώς το πύων που περιέχει στο εσωτερικό του.

Χρόνια Μαστίτιδα Είναι μία φλεγμονώδη διαδικασία με αργή και σταδιακή εξέλιξη. Συνήθως οφείλεται σε οξεία μόλυνση η οποία δεν έχει θεραπευτεί σωστά ή σε απόστημα το οποίο δεν έχει αποστραγγιστεί εντελώς, σημείο εκκίνησης μίας μόνιμης μόλυνσης του μαστικού ιστού ή και σε τραυματισμό του μαστού.

Η διαταραχή εξελίσσεται ύπουλα πολλές φορές εξαιτίας μίας οξείας μαστίτιδας που φαινομενικά έχει θεραπευτεί και τα συμπτώματα της είναι περισσότερο μη ειδικά από αυτά μίας οξείας φλεγμονής. Συνήθως σχηματίζονται μία ή πολλές σκληρές μάζες στο βάθος του μαστού οι οποίες έχουν ακανόνιστο σχήμα και είναι ελαφρώς επώδυνες. Εάν είναι επιφανειακές μπορούν να εισχωρήσουν στο δέρμα η επιφάνεια του οποίου μπορεί να είναι ερυθρή, τεταμένη ή τραβηγμένη. Η ένταση των συμπτωμάτων ποικίλλει αν και είναι αρκετά συνηθισμένο να επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Στην πραγματικότητα σπάνια το πρόβλημα επιλύεται αυτόματα δεδομένου ότι οι μολυσματικές εστίες παραμένουν ενεργοί μέχρι να πραγματοποιηθεί η κατάλληλη αγωγή όπως εκτός από την χορήγηση αντιβιοτικών και την χειρουργική αφαίρεση των προσβεβλημένων ιστών.

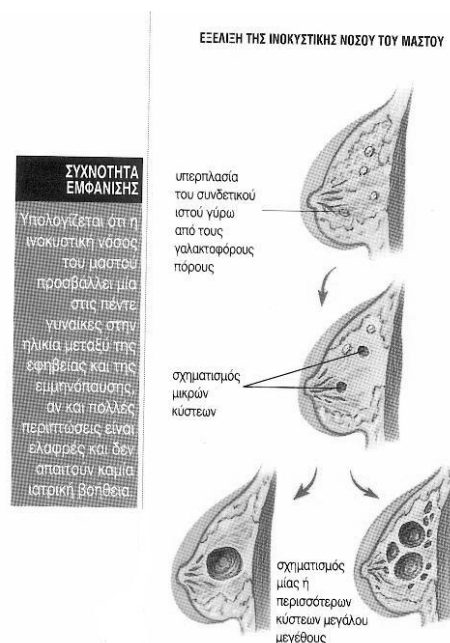
3.23 Ινοκυστική Νόσος Μαστού

Είναι μία συνηθισμένη διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη ινώδους ιστού και κυστικών σχηματισμών στους μαστούς, οι εκδηλώσεις της οποίας είναι η εμφάνιση εξογκωμάτων και πόνων στα στήθη.

Αίτια Παρότι τα βαθύτερα αίτια δεν είναι απολύτως γνωστά, θεωρείται ότι η προέλευση της διαταραχής έχει σχέση με τους ορμονικούς παράγοντες οι οποίοι διέπουν τις μεταβολές που υφίστανται οι μαστικές δομές κατά την διάρκεια των καταμήνιων κύκλων σε όλη τη

αναπαραγωγική φάση της γυναίκας. Φυσιολογικά, στο πρώτο μέρος κάθε καταμήνιου κύκλου, υπό την επίδραση των οιστρογόνων, δημιουργείται ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων, ενώ στο δεύτερο μέρος, υπό την διέγερση της προγεστερόνης, παρατηρείται ορισμένη ανάπτυξη των γαλακτοφόρων λοβίων, ενώ ο οργανισμός τείνει να κατακρατεί υγρά. Με τον τρόπο αυτό, κατά την διάρκεια του κύκλου δημιουργείται ελαφρά αν και σταδιακή αύξηση του μεγέθους των μαστών οι οποίοι φτάνουν στις μέγιστες διαστάσεις του πριν την εμμηνορρυσία, περίοδος στην οποία υποχωρούν οι ιστοί που έχουν αναπτυχθεί προηγουμένως. Η ινοκυστική νόσος του μαστού αντιστοιχεί σε υπερβολική ενεργοποίηση της φυσιολογικής διεργασίας, όταν υπάρχουν ορισμένες ορμονικές ανισορροπίες, με κυριαρχία της δράσης κάποιων γυναικείων ορμονών πάνω σε άλλες, ή σε γυναίκες που παρουσιάζουν ιδιαίτερη ευαισθησία σε ορισμένες ορμονικές διεγέρσεις.

Εξέλιξη και εκδηλώσεις Συνήθως παρουσιάζεται σε νέες γυναίκες παρότι έχει μέγιστη συχνότητα εμφάνισης μετά την ηλικία των 30 ετών και λαμβάνει διάφορες μορφές με την πάροδο του χρόνου. Σε πρώτη φάση, συνήθως μεταξύ των 30 και 40 ετών προεξάρχει μία υπερπλασία των ινών του



συνδετικού ιστού, οι οποίες περιβάλλουν τους γαλακτοφόρους πόρους των μαστών. Σε αυτή τη φάση η πιο σημαντική εκδήλωση είναι ο πόνος, ο οποίος παρουσιάζεται κυρίως στην προεμμηνορρυσιακή περίοδο, όταν επίσης είναι πιο εύκολο να γίνει αντιληπτή κάποια σκληρή μάζα κατά την ψηλάφηση των μαστών. Σε δεύτερη φάση, συνήθως μεταξύ των 35 και 45 ετών προεξάρχει μία υπερπλασία των κυττάρων των γαλακτοφόρων λοβίων. Σε αυτή τη φάση, οι επώδυνες ενοχλήσεις είναι λιγότερο έντονες, ενώ η ψηλάφηση των μαστών φανερώνει την παρουσία των μικρών κύστεων. Σε πιο προχωρημένη φάση, συνήθως μεταξύ των 40 κι 50 ετών είναι συνήθεις να σχηματίζονται κύστες μεγαλύτερου μεγέθους. Σε αυτή τη φάση, οι επώδυνες ενοχλήσεις συνήθως απουσιάζουν, εκτός όταν ψηλαφίζονται οι μαστοί και είναι πιο εύκολο να ανιχνευτούν οι κύστες, το μέγεθος των οποίων κυμαίνεται κατά τη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου. Πρέπει να σημειωθεί ωστόσο ότι η εξέλιξη της ινοκυστικής νόσου του μαστού ποικίλλει από γυναίκα σε γυναίκα. Μία εγκυμοσύνη μπορεί να βελτιώσει τη εξέλιξη της διαταραχής ή και να την επιλύσει πλήρως. Από την άλλη πλευρά, μία ορμονική αγωγή μπορεί να καθυστερήσει την εξέλιξη των μεταβολών του μαστού κυρίως κατά τις πρώτες φάσεις.

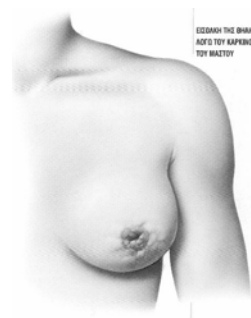
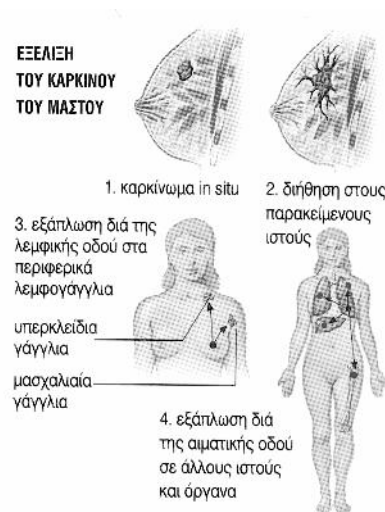
Διάγνωση και αγωγή Η διάγνωση επιβεβαιώνεται κυρίως χάρη στην ψηλάφηση των μαστών. Για να επιβεβαιώσει την διάγνωση συνήθως ο ιατρός ζητάει μία μαστογραφία, αν και μερικές φορές ζητάει και υπερηχογράφημα των μαστών, για να προσδιοριστεί η παρουσία κύστεων. Όταν ανιχνευτούν κύστες ορισμένου μεγέθους συνήθως πραγματοποιείται παρακέντηση υπό παρακολούθηση με υπερηχογράφημα, προκειμένου να εκκενωθούν και να μελετηθεί το περιεχόμενο τους στο εργαστήριο, κυρίως για να ανιχνευθεί αν υπάρχουν κακοήθη κύτταρα. Εάν η διαταραχή διαγνωσθεί τυχαία στους ελέγχους ρουτίνας και δεν προκαλεί ενοχλήσεις, δεν είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί κάποια αγωγή. Αν προκαλεί ενοχλήσεις, μπορεί να εφαρμοστεί ορμονική αγωγή. Μόνο όταν η ορμονική αγωγή αποτύχει μπορεί να πραγματοποιηθεί χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση των προσβεβλημένων ιστών πάντα χωρίς να πειραχτεί το υγιές τμήμα, ώστε να αποφευχθούν οι μόνιμες αισθητικές επιπτώσεις.

3.24 Καρκίνος Μαστού

Ο πιο συχνός κακοήθης όγκος του γυναικείου φύλου και αυτός με το μεγαλύτερο δείκτη θνησιμότητας παρότι έχει άριστες πιθανότητες ίασης αν ανιχνευθεί σε αρχικά στάδια της εξέλιξης του.

Αίτια Ο καρκίνος του μαστού οφείλεται στη κακοήθη μεταμόρφωση κυττάρων των μαστών, τα οποία αποκτούν άτυπα χαρακτηριστικά, πολλαπλασιάζονται με υπερβολικό τρόπο και σχηματίζουν έναν όγκο, τείνουν να εισβάλλουν στους γειτονικούς υγιείς ιστούς και να εξαπλώνονται δια της λεμφικής και αιματικής οδού σε άλλα τμήματα του οργανισμού όπου δημιουργούνται δευτεροπαθείς κακοήθεις όγκους ή μεταστάσεις. Οι παράγοντες που μπορεί να υποκινήσουν την έναρξη είναι η κληρονομικότητα, το επίπεδο έκθεσης στην δράση των οιστρογόνων, διατροφικές συνήθειες, η συχνή έκθεση σε ακτινοβολίες ογκώδη μαστοί, η χορήγηση οιστρογόνου, πρόωρη εμμηνορρυσία και καθυστερημένη εμμηνόπαυση.

Εξέλιξη και εκδηλώσεις Συνήθως περνάει μία παρατεταμένη περίοδος από μερικούς μήνες έως και χρόνια, από τη στιγμή που συμβαίνει η κακοήθης μεταμόρφωση ορισμένων μαστικών κυττάρων μέχρι τη δημιουργία μίας ογκικής μάζας στο σημείο προέλευσης. Τότε γίνεται λόγος για καρκίνωμα situ, περιγράφοντας έτσι την καρκινική αλλοίωση που υπάρχει μέσα στα ανατομικά όρια της φυσιολογικής δομής. Σε αυτή τη φάση ο όγκος συνήθως είναι ακόμα απόλυτα βουβός. Εάν ανακαλυφθεί κάποιο εξόγκωμα στο μαστό ή αν παρατηρηθεί κάποια παραμόρφωση του περιγράμματος του μαστού όπως συμβαίνει μερικές φορές εάν είναι πολύ επιφανειακός. Η ανίχνευση του όγκου



σε αυτήν την πρόωρη εξελικτική φάση προσφέρει άριστες πιθανότητες ίασης. Σημάδια που δημιουργούν υποψίες για την εξέλιξη του όγκου είναι η εισολκή του δέρματος, του μαστού, η αλλοίωση του σχήματος της θηλαίας άλω, η παραμόρφωση της θηλής, οι αιματώδης και με γαλακτερή όψη εκκρίσεις της θηλής. Το επόμενο εξελικτικό βήμα είναι η εξάπλωση του όγκου δια της λεμφικής οδού. Τα καρκινικά κύτταρα εισέρχονται στα λεμφικά αγγεία του μαστού και φτάνουν μέχρι τα γάγγλια της μασχάλης ή την υπερκλείδια κοιλότητα της πάσχουσας πλευράς τα οποία κατακλύζονται και αυξάνουν στο μέγεθος και έτσι μπορεί να ανιχνευτεί η διόγκωση τους κατά την ψηλάφηση. Με τον ίδιο τρόπο, τα καρκινικά κύτταρα συνήθως διεισδύουν στα αιμοφόρα αγγεία και καταλήγουν σε διάφορα σημεία του οργανισμού δημιουργώντας ενδεχομένως μεταστάσεις. Στις πιο προχωρημένες φάσεις παρατηρούνται τα χαρακτηριστικά συμπτώματα μίας σοβαρής και εξελικτικής νόσου όπως είναι ο καρκίνος: απώλεια όρεξης, μείωση του σωματικού βάρους και εξάντλησης. Οι επιπλοκές είναι μοιραίες.

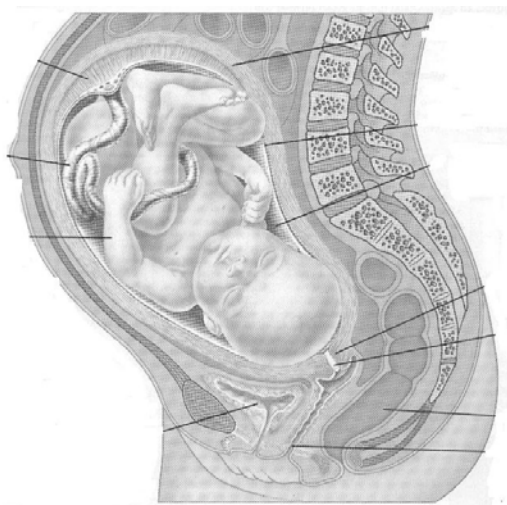
Σημάδια κινδύνου Η ανίχνευση οποιουδήποτε από τα παρακάτω σημάδια δικαιολογεί μία ιατρική διάγνωση: εμφάνιση εκκρίσεων από τη θηλή, εισολκές ή παραμορφώσεις της θηλής, παραμορφώσεις, τάσεις, μετατοπίσεις, ή αλλαγές της χρώσεις της θηλαίας άλω. Βαθουλώματα ή εισολκές του δέρματος του μαστού, εξογκώματα στην επιφάνεια του μαστού, παραμορφώσεις στον περίγυρο του μαστού, σκλήρυνση ή και κοκκίνισμα της περιοχής του δέρματος του μαστού, σημαντική αύξηση του μεγέθους του στήθους σε σχέση με το άλλο, ψηλάφηση ενός σκληρού σχηματισμού ή οζιδίου στο πάχος του μαστού, φλεγμονή του λεμφογαγγλίων της μασχάλης ή της υπερκλείδιας κοιλότητας και τέλος πόνος των μαστών.

Αγωγή Στην αγωγή του καρκίνου του μαστού εφαρμόζονται διάφορες θεραπευτικές τεχνικές, η επιλογή των οποίων εξαρτώνται από τα χαρακτηριστικά του όγκου κυρίως από τον εξελικτικό βαθμό και την έκταση του. Το βασικό θεραπευτικό όπλο εξακολουθεί να είναι χειρουργική επέμβαση. Εάν ο όγκος είναι μικρός και είναι ήδη εντοπισμένος μπορεί να αφαιρεθεί μόνο ο όγκος. Η ογκεκτομή αυτή απαιτεί πάντα συμπληρωματική αγωγή ακτινοθεραπείας στον εγχειρισμένο μαστό. Η πιο κλασσική εγχείρηση

ωστόσο είναι η μαστεκτομή η οποία αντιστοιχεί στην αφαίρεση όλων των μαστικών ιστών συμπεριλαμβανομένης της θηλαίας άλω και της θηλής. Και οι δύο τύποι εγχειρήσεων συμπληρώνονται με την αφαίρεση λεμφογαγγλίων την μασχάλης της πάσχουσας πλευράς προκειμένου να αναλυθούν και να διαπιστωθεί αν έχουν προσβληθεί από ογκικά κύτταρα, μία πληροφορία πολύ χρήσιμη για να αποφασιστεί η θεραπευτική μέθοδος που θα εφαρμοστεί. Ένα άλλο θεραπευτικό όπλο είναι η ακτινοθεραπεία η οποία βασίζεται στη χρήση ιονιζουσών ακτινοβολιών ικανών να καταστρέψουν τα καρκινικά κύτταρα. Άλλη θεραπευτική λύση είναι η χημειοθεραπεία η οποία βασίζεται στη χορήγηση αντικαρκινικών φαρμάκων και εφαρμόζεται κυρίως ως συμπλήρωμα της χειρουργικής και της ακτινοθεραπείας.

3.25 Εγκυμοσύνη

Από τη στιγμή της σύλληψης όταν ένα ωάριο γονιμοποιείται, μέχρι τη στιγμή της γέννησης, πολύπλοκες αλλαγές λαμβάνουν μέρος μέσα στο σώμα της εγκύου. Το γενετικό υλικό του πατέρα και της μητέρας συνενώνονται και το νέο σύνθετο υλικό αναπτύσσεται για να σχηματίσει ένα νέο γενετικά διαφορετικό άτομο. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η μητέρα παρέχει ένα περιβάλλον που τρέφει και προστατεύει, μέσα στο οποίο μπορεί να αναπτυχθεί το έμβρυο. Όταν γεννηθεί το μωρό είναι ικανό να επιβιώσει έξω από το σώμα της μητέρας και να αρχίσει μία ανεξάρτητη δική του ζωή.



Μιαν εβδομάδα περίπου μετά την γονιμοποίηση το ωάριο σταθεροποιείται με ασφάλεια μέσα στο βλεννογόνο της μήτρας και από αυτό το στάδιο ονομάζεται πλέον έμβρυο. Μόνο οκτώ εβδομάδες αργότερα το έμβρυο είναι αναγνωρίσιμο σαν ένα ανθρώπινο ων και έχει αναπτύξει όλα τα ζωτικά όργανα, συμπεριλαμβανομένης της καρδιάς και του εγκεφάλου. Από αυτό το

στάδιο και μετά ξεκινά ένα διάστημα ταχύτατης ανάπτυξης. Στο επόμενο διάστημα των οκτώ με δώδεκα εβδομάδων το βάρος τους αυξάνεται μέχρι και 15 φορές σε σχέση με το αρχικό. Μέχρι να γεννηθεί το παιδί το βάρος του είναι λίγο παραπάνω από 3 κιλά κατά μέσο όρο.

Η Έγκυος Γυναίκα Οι αλλαγές των επιπέδων ορμονών της μητέρας προκαλούν σωματικές αλλαγές που είναι απαραίτητες για μια υγιή εγκυμοσύνη και ένα φυσιολογικό τοκετό.

Κατ' αρχήν σταματάει η περίοδος και κατόπιν η σύνδεσμοι και οι αρθρώσεις της πυέλου της μητέρας αρχίζουν να μαλακώνουν και να γίνονται πιο εύκαμπτες προετοιμάζοντας έτσι το σώμα για την γέννηση του μωρού. Επιπλέον οι μαστοί της μητέρας διογκώνονται καθώς αυξάνονται σε αριθμό οι αδένες που παράγουν γάλα, ώστε να είναι έτοιμοι για τον θηλασμό του νεογέννητου μωρού.

Κάθε νέα εγκυμοσύνη ακολουθεί μία διαφορετική διαδρομή. Πολλές μέλλουσες μητέρες νιώθουν καλά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Άλλες έχουν δυσάρεστα συμπτώματα, όπως ναυτία, εμετούς, καούρα, δυσπεψία και κόπωση. Όλα τα παραπάνω είναι αποτέλεσμα βιολογικών αλλαγών όπως η πίεση του εμβρύου στα περιβάλλοντα όργανα, και ορμονικών αλλαγών που γίνονται στο σώμα καθώς το έμβρυο αναπτύσσεται. Μερικά συμπτώματα εμφανίζονται σε πολλά διαφορετικά στάδια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Από το Ωάριο στο Έμβρυο Η εγκυμοσύνη ξεκινά όταν ένα ωάριο γονιμοποιείται από ένα σπερματοζωάριο. Το γεγονός αυτό λαμβάνει χώρα στο ακραίο 1/3 μιας από τις σάλπιγγες όταν ένα μοναδικό σπερματοζωάριο συναντά και συννεούτε με ένα ωάριο μετά από σεξουαλική επαφή. Μέσα σε δύο ημέρες από τη γονιμοποίηση το ωάριο ξεκινά την διαδρομή του προς τη μήτρα προωθούμενο από τη μυϊκή κίνηση της σάλπιγγας. Καθώς το ωάριο ταξιδεύει τα κύτταρά του διαιρούνται σταδιακά για να δημιουργήσουν μία ομάδα κυττάρων γνωστή σαν μορίδιο. Μετά από 5-7 μέρες το ωάριο φτάνει στη μήτρα όπου και σταθεροποιείται στο βλεννογόνο της. Η στιγμήν αυτή

αποτελεί και την τυπική έναρξη της εγκυμοσύνης και το γονιμοποιημένο ωάριο είναι πλέον γνωστό σαν έμβρυο.

Εγκυμοσύνη Μέσα στη μήτρα το έμβρυο περιβάλλεται από ένα προστατευτικό σάκο γεμάτο υγρό γνωστό σαν αμνιακό σάκο. Η θρέψη παρέχεται μέσω του πλακούντα, ενός οργάνου σταθεροποιημένου στα τοιχώματα της μήτρας και συνδεδεμένου με το έμβρυο μέσω του ομφάλιου λώρου. Καθώς το έμβρυο αναπτύσσεται η μήτρα αυξάνει σε μέγεθος και βάρος και σταδιακά εκτείνεται μέσα στη κοιλιά της μητέρας. Πολλά από τα όργανα της μητέρας, όπως η ουροδόχος κύστη και τα έντερα πιέζονται εκτός της φυσιολογικής τους θέσης από τη διογκωμένη μήτρα. Μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης το έμβρυο βρίσκεται σφιχτά κουλουριασμένο με το κεφάλι προς τα κάτω προς την πύελο της μητέρας.

Στάδια της Κύησης

Α΄ ΤΡΙΜΗΝΟ (ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ 1-12): Υπάρχουν ελάχιστες αλλαγές στο σώμα της μητέρας κατά τη διάρκεια αυτού του τριμήνου. Παρόλα αυτά η ταχύτητα του καρδιακού παλμού αυξάνεται κατά 8 περίπου χτύπους το λεπτό προκειμένου να επιταχυνθεί η κυκλοφορία του αίματος. Τα περισσότερα από τα κύρια όργανα του αναπτυσσόμενου εμβρύου όπως η καρδιά και π εγκέφαλος, εξελίσσονται πλήρως κατά τους πρώτους 3 μήνες.

Β΄ ΤΡΙΜΗΝΟ(ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ 13-28): Η μητέρα ίσως νιώθει πόνο στην πλάτη καθώς προσπαθεί να προσαρμοστεί στο αυξανόμενο βάρος του εμβρύου. Η όρεξή της τείνει να αυξάνεται. Το έμβρυο αρχίζει να κινείται κατά την 18^η με 20^η εβδομάδα, δημιουργώντας αισθήσεις φτερουγίσματος μέσα στην κοιλιά της μητέρας.

Γ΄ ΤΡΙΜΗΝΟ(ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ 29-40): Κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου η μητέρα παίρνει βάρος με γρήγορους ρυθμούς, καθώς το έμβρυο επιδεικνύει έξαρση της ανάπτυξης. Η κορυφή της μήτρας βρίσκεται ψηλά στην κοιλιακή περιοχή σχεδόν στο ίδιο επίπεδο με το στήρνο. Αυτό μπορεί να προκαλεί δύσπνοια στη μητέρα εξαιτίας της πίεσης των πνευμόνων.

Εμπέδωση Λίγες εβδομάδες πριν τον τοκετό το κεφάλι του εμβρύου κινείται χαμηλότερα για να « καθίσει» αναπνευστικά μέσα στην πύελο. Λέμε τότε πως το κεφάλι εμπεδώνεται. Στις γυναίκες που έχουν γεννήσει και άλλο παιδί η διαδικασία αυτή πιθανών να καθυστερήσει μέχρι τη στιγμή του τοκετού.

Η θρέψη του Εμβρύου Το αναπτυσσόμενο έμβρυο εξαρτάται από τη μητέρα για να τραφεί και να πάρει οξυγόνο. Οι ουσίες μεταφέρονται από το αίμα της μητέρα στο αίμα του εμβρύου εντός του πλακούντα. Περίπου 600 ml μητρικού αίματος περνούν μέσα από τον πλακούντα κάθε λεπτό για την συνεχή τροφοδοσία του εμβρύου με θρεπτικά συστατικά.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1 Εισαγωγή/ Μεθοδολογία

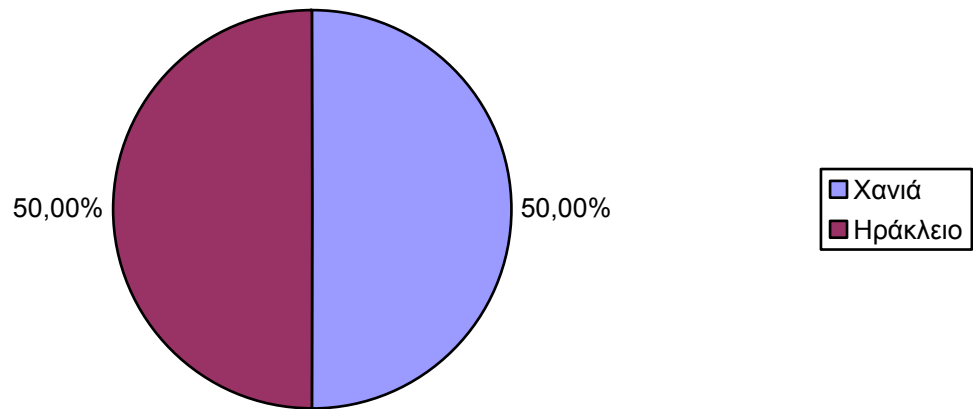
Η έρευνα αυτή διεξάχθηκε στα Νοσηλευτικά ιδρύματα των νομών Ηρακλείου (Πα.Γ.Ν.Η.) και Χανίων (Γ.Ν.Ν.Χ.), με σκοπό να ανεβρεθούν, βάση αποτελεσμάτων, τα συχνότερα συμπτώματα ως αίτια προσέλευσης στα εξωτερικά ιατρεία των παραπάνω ιδρυμάτων. Μετά την ολοκλήρωση του πρώτου αυτού σταδίου, ακολουθεί λεπτομερή ανάλυση των συχνότερων γυναικολογικών παθήσεων.

Η έρευνα έγινε στα εξωτερικά ιατρεία των μεγαλύτερων νοσηλευτικών ιδρυμάτων της Κρήτης. Η καταγραφή των δεδομένων περιλαμβάνει περιστατικά που προσήλθαν το χρονικό διάστημα από πρώτη Ιανουαρίου 2002 έως και δεκαέξι Σεπτεμβρίου 2003. Η ανάλυση και η καταγραφή των δεδομένων ήταν ανώνυμη. Η παρουσίαση των δεδομένων αναφέρεται κυρίως στην ηλικία των ασθενών, τον τόπο καταγωγής, την αιτία προσέλευσης και την σοβαρότητα των περιστατικών.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η ομαδοποίηση και η ανάλυση δεδομένων με βάση τους προαναφερόμενους νομούς, και τα αίτια προσέλευσης των ασθενών. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση των δεδομένων και προσπάθεια διεξαγωγής συμπερασμάτων τα οποία βοήθησαν για τον καλύτερο και αποτελεσματικότερο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας στην συγκεκριμένη κατηγορία προβλημάτων υγείας.

Τονίζεται σε αυτό το σημείο ότι για να είναι εφικτή η πραγματοποίηση της σύγκρισης των αποτελεσμάτων μεταξύ των δύο νοσοκομείων, θεωρήθηκε αναγκαία η αφαίρεση ορισμένου μικρού αριθμού υποκειμένων από τον εξεταζόμενο πληθυσμό του Ηρακλείου. Αποτέλεσμα ήταν η εξέταση ίσου αριθμού υποκειμένων και από τις δύο πόλεις, δηλαδή 1400 περιστατικά από κάθε πόλη. Το αρχικό δείγμα του Ηρακλείου έφτανε τα 2040 περιστατικά.

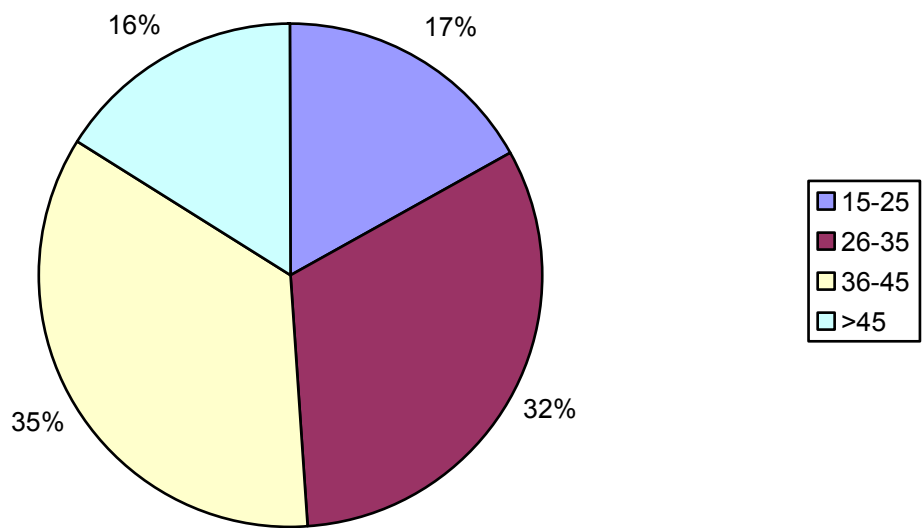
ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ



Στο παραπάνω γράφημα διακρίνονται τα ποσοστά του συνολικού πληθυσμού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που ερευνήθηκαν στις αντίστοιχες πόλεις.

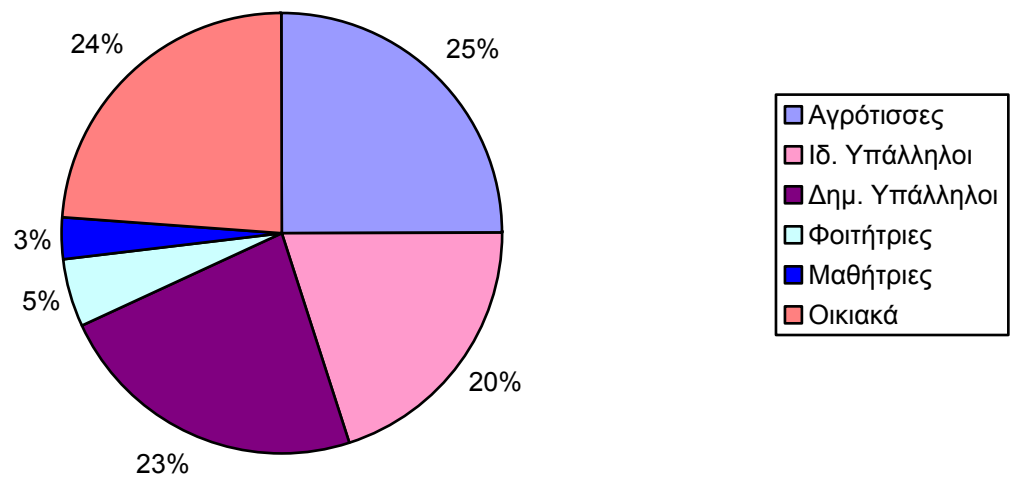
Παρατηρούμε ότι το 50% προέρχεται από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και το 50% από το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χανίων. Σε αυτό το σημείο διευκρινίζουμε ότι από το 50% του πληθυσμού από το Νοσοκομείο Χανίων, το 4,76% ήταν αλλοδαπές. Αντίστοιχα, από το 50% του Νοσοκομείου Ηρακλείου το 6,86% ήταν αλλοδαπές.

Τονίζεται και πάλι ότι για να είναι εφικτή η πραγματοποίηση της σύγκρισης των αποτελεσμάτων μεταξύ των δύο νοσοκομείων, θεωρήθηκε αναγκαία η αφαίρεση ορισμένου μικρού αριθμού υποκειμένων από τον εξεταζόμενο πληθυσμό του Ηρακλείου. Αποτέλεσμα ήταν η εξέταση ίσου αριθμού υποκειμένων και από τις δύο πόλεις.



Στο παραπάνω γράφημα διακρίνονται το σύνολο των ηλικιών που συμπεριλήφθησαν στην έρευνα αυτή.

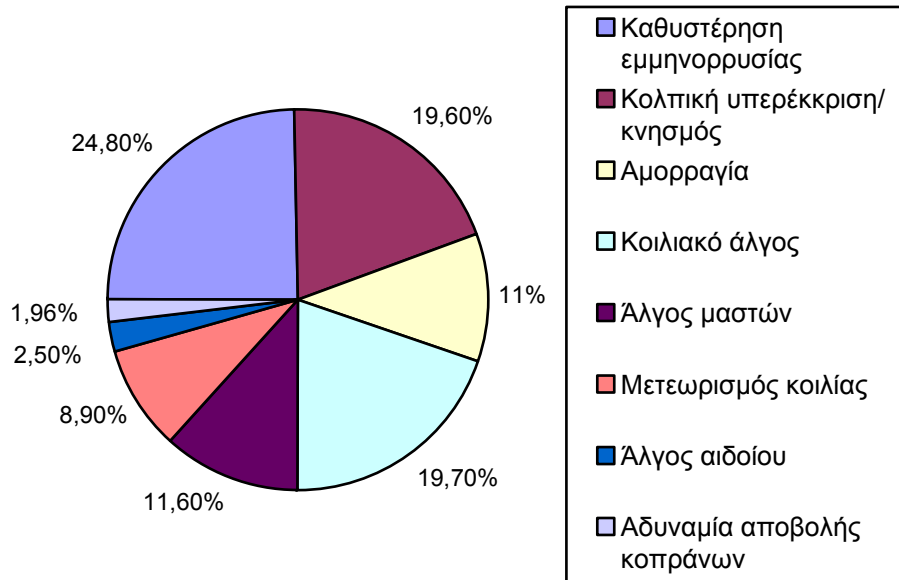
Βλέπουμε ότι σε ηλικίες 15 έως 25 ετών αντιστοιχεί το 17%, σε ηλικίες 26-35 αντιστοιχεί το 32%, σε ηλικίες 36-45 ετών αντιστοιχεί το 35% και τέλος, σε ηλικίες άνω των 45 ετών αντιστοιχεί το 16%.



Στο παραπάνω γράφημα παρατηρούνται οι επαγγελματικές ασχολίες των υποκειμένων της έρευνας.

Βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό, 25%, ήταν αγρότισσες, ακολουθεί με μικρή διαφορά της τάξεως του 1% οι οποίες ασχολούνταν με οικιακά. Στη συνέχεια ένα 23% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι και ένα 20% ιδιωτικοί υπάλληλοι. Τέλος, ένα 5% ήταν φοιτήτριες και το μικρότερο ποσοστό με 3% ήταν μαθήτριες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΑΠΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

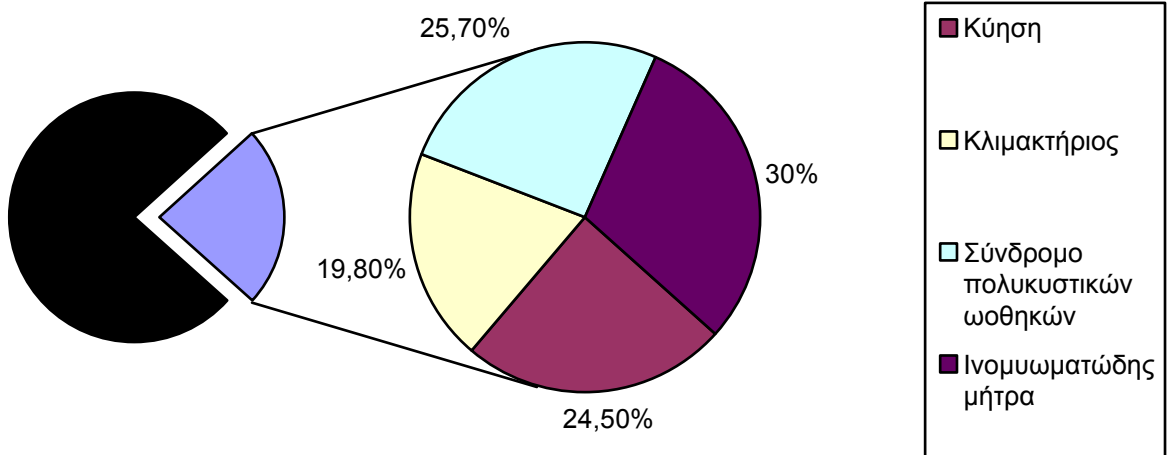


Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε τα γυναικολογικά συμπτώματα που αποτελούν αίτια προσέλευσης στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου του Ηρακλείου.

Το μεγαλύτερο ποσοστό που ανέρχεται στο 24,80% αντιστοιχεί στην καθυστέρηση εμμηνορρυσίας. Ακολουθεί το 19,70% με κοιλιακό άλγος και το 19,60% με κολπική υπερέκκριση/ κνησμός. Στη συνέχεια ένα 11,60% αντιστοιχεί σε άλγος μαστών, και ένα 11% σε αιμορραγία. Τέλος, με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν ο μετεωρισμός της κοιλίας, το άλγος του αιδοίου και η αδυναμία αποβολής των κοπράνων.

ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΣ 24,8%

Διαγνώσεις

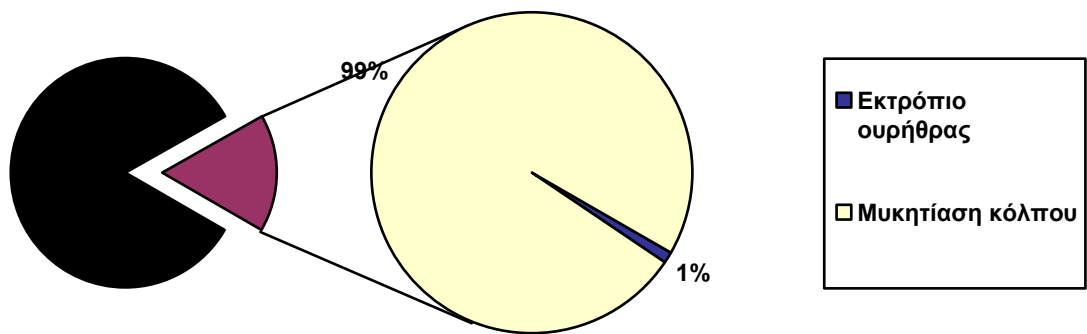


Ειδικότερα, αναλύοντας το 24,8% των υποκειμένων της έρευνας που παρουσίασαν καθυστέρηση εμμηνορρυσίας, προέκυψαν οι παραπάνω τελικές διαγνώσεις.

Παρατηρούμε πως στο μεγαλύτερο ποσοστό διαγνώσθηκε ινομυωματώδη μήτρα, από το οποίο το 56,6% εισήχθη στην γυναικολογική κλινική. Ακολουθεί ένα 25,70% με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Ένα 24,50% με διάγνωση κύησης από τις οποίες αξίζει να αναφέρουμε πως το 2% αυτών παρουσίασε εξωμήτριο κύηση, καθώς επίσης και το 44,4% των κυήσεων κρίθηκε αναγκαία η εισαγωγή τους στην μαιευτική κλινική του νοσοκομείου λόγω συσπάσεων της μήτρας. Τέλος σε ένα 19,80% διεγνώσθη κλιμακτήριος.

ΚΟΛΠΙΚΗ ΥΠΕΡΕΚΚΡΙΣΗ/ ΚΝΗΣΜΟΣ 19,6%

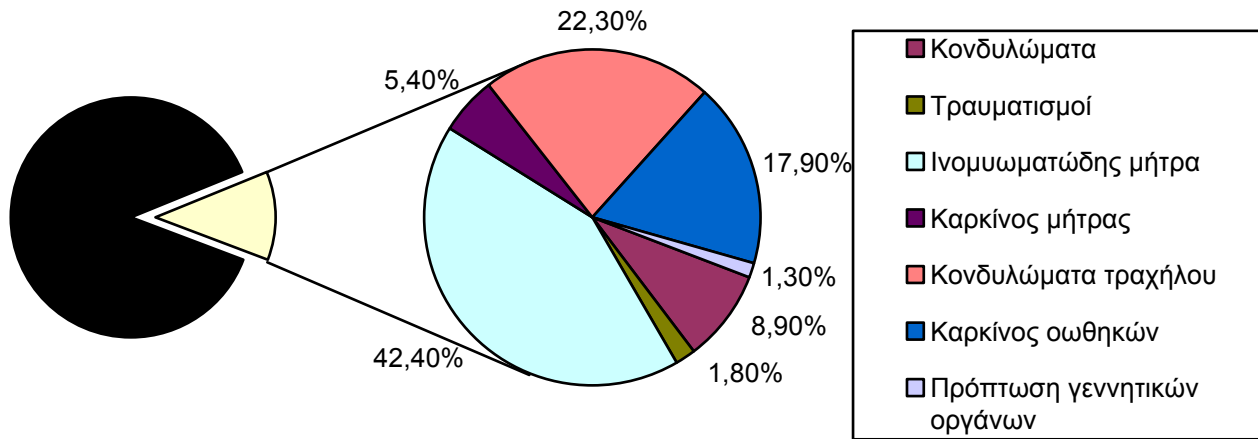
Διαγνώσεις



Αναλύοντας το 19,6% των υποκειμένων της έρευνας που εμφάνιζαν κολπική υπερέκκριση/ κνησμός ως σύμπτωμα, το 99% έπασχε από μυκητίαση κόλπου. Εδώ αξίζει να αναφέρουμε ότι οι μυκητιάσεις κόλπου παρουσιάζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα τους καλοκαιρινούς μήνες. Μόνο 1% βρέθηκε ότι έπασχε από εκτρόπιο ουρήθρας.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ 11%

Διαγνώσεις



Από το σύνολο των περιπτώσεων με αιμορραγία που μελετήθηκε, το 10,7% εμφάνιζαν κολπική αιμορραγία, ενώ το 89,3% εμφάνιζαν μητρορραγία.

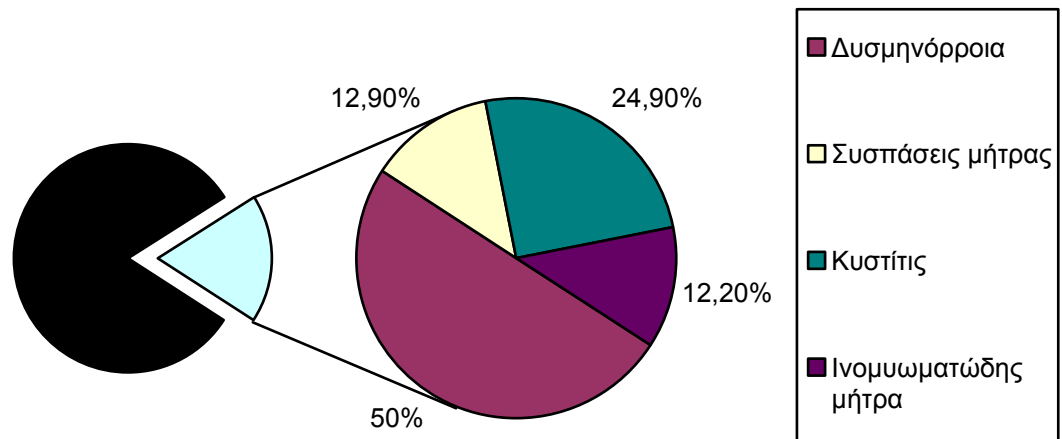
Η κολπική αιμορραγία οδήγησε στην διάγνωση 8,9% κονδυλώματα ενώ το 1,8% οφειλόταν σε τραυματισμό.

Από τα υποκείμενα που εμφάνισαν μητρορραγία, το 42,4% έπασχε από ινομυωματώδη μήτρα, το 5,4% από καρκίνο της μήτρας, το 22,3% από κονδυλώματα τραχήλου, το 17,9% από καρκίνο ωθηκών και τέλος, το 1,3% από πρόπτωση γεννητικών οργάνων.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι μεγαλύτερη συχνότητα πρόπτωσης γεννητικών οργάνων εμφανίζεται σε γυναίκες που ασχολούνταν με αγροτικές εργασίες.

ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ 19,7%

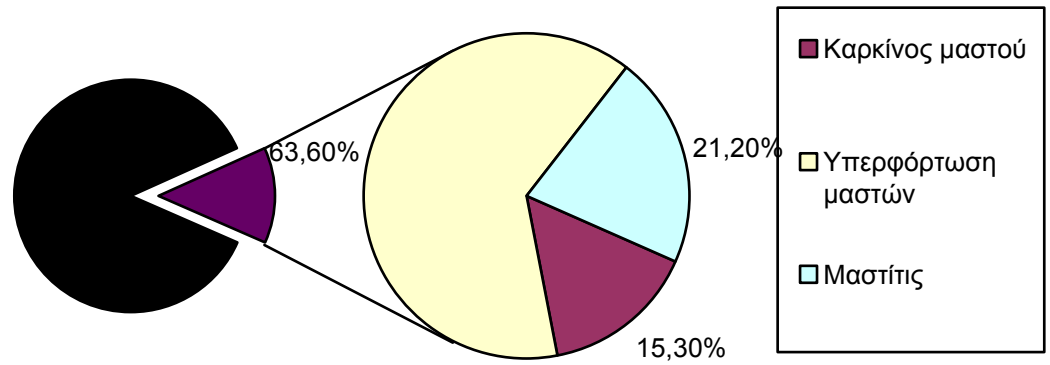
Διαγνώσεις



Μελετώντας το 19,7% των περιπτώσεων που παρουσίασαν κοιλιακό άλγος, το 50% έπασχε από δυσμηνόρροια, το 12,9% από συσπάσεις της μήτρας, το 24,9% από κυστίτιδα και τέλος το 12,2% από ινομυωματώδη μήτρα.

ΑΛΓΟΣ ΜΑΣΤΩΝ 11,6%

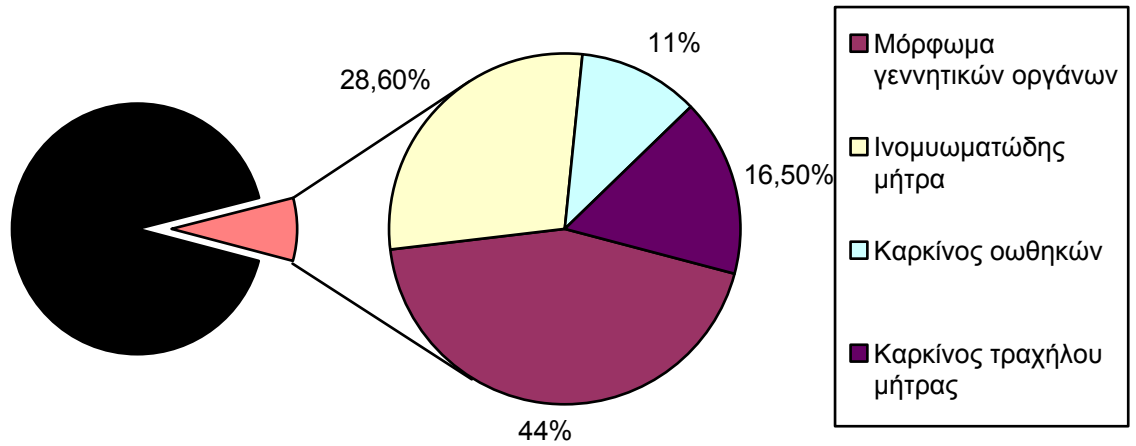
Διαγνώσεις



Από το 11,6% του συνόλου των υποκειμένων της έρευνας που μελετήθηκαν, το 15,3% βρέθηκε ότι πάσχει από καρκίνο του μαστού, το 63,6% από υπερφόρτωση μαστών και το 21,2% από μαστίτιδα.

ΜΕΤΕΩΡΙΣΜΟΣ ΚΟΙΛΙΑΣ 8,9%

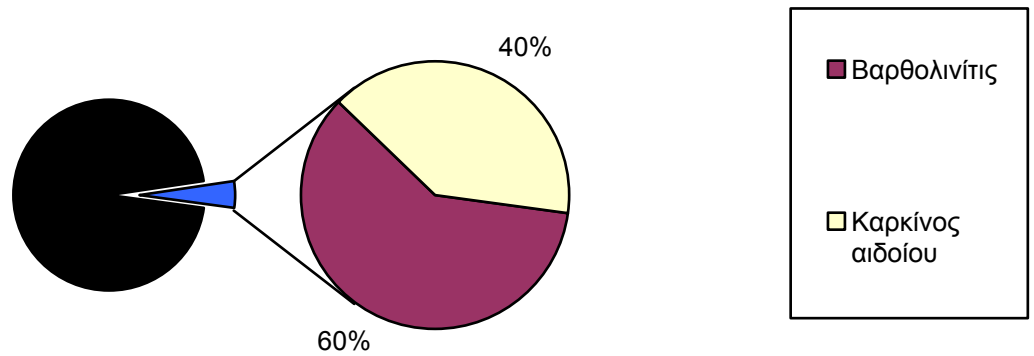
Διαγνώσεις



Αναλύοντας το 8,9% των υποκειμένων της έρευνας που εμφάνισαν μετεωρισμό κοιλίας, βρέθηκε ότι το 44% έπασχε από μόρφωμα γεννητικών οργάνων, το 28,6% από ινομυωματώδη μήτρα, το 11% από καρκίνο των ωοθηκών και το 16,5% από καρκίνο της μήτρας.

ΑΛΓΟΣ ΑΙΔΟΙΟΥ 2,5%

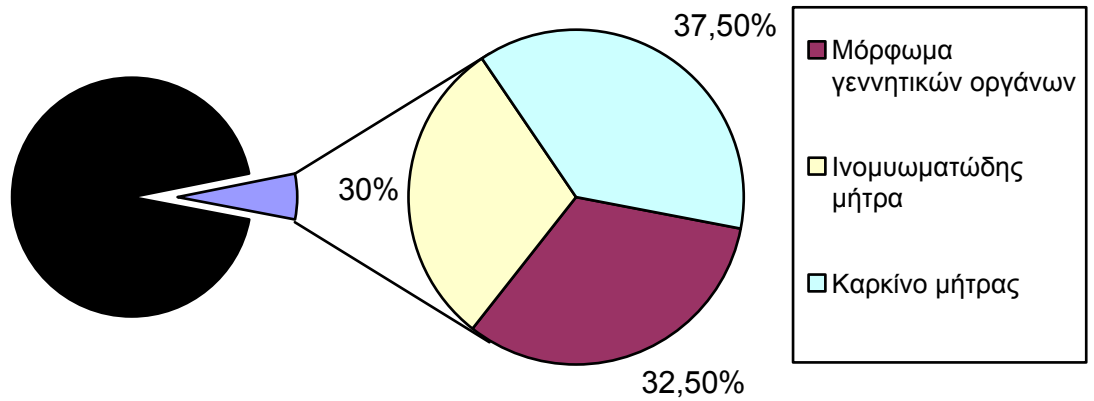
Διαγνώσεις



Από το παραπάνω γράφημα διακρίνεται ότι το 60% των υποκειμένων που παρουσίασαν άλγος του αιδοίου, έπασχαν από βαρθολινίτιδα, ενώ το 40% από καρκίνο του αιδοίου.

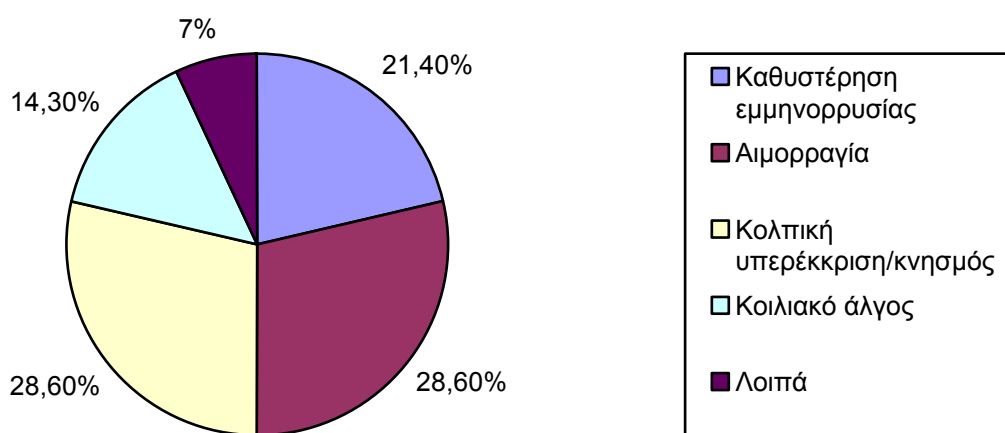
ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΠΟΒΟΛΗΣ ΚΟΠΡΑΝΩΝ 1,96%

Διαγνώσεις



Το 1,96% των συμπτωμάτων είναι αδυναμία αποβολής κοπράνων. Από αυτό, το 32,5% των υποκειμένων της έρευνας βρέθηκε ότι έπασχε από μόρφωμα γεννητικών οργάνων, το 30% από ινομυωματώδη μήτρα και το 37,5% από καρκίνο μήτρας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΑΠΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ



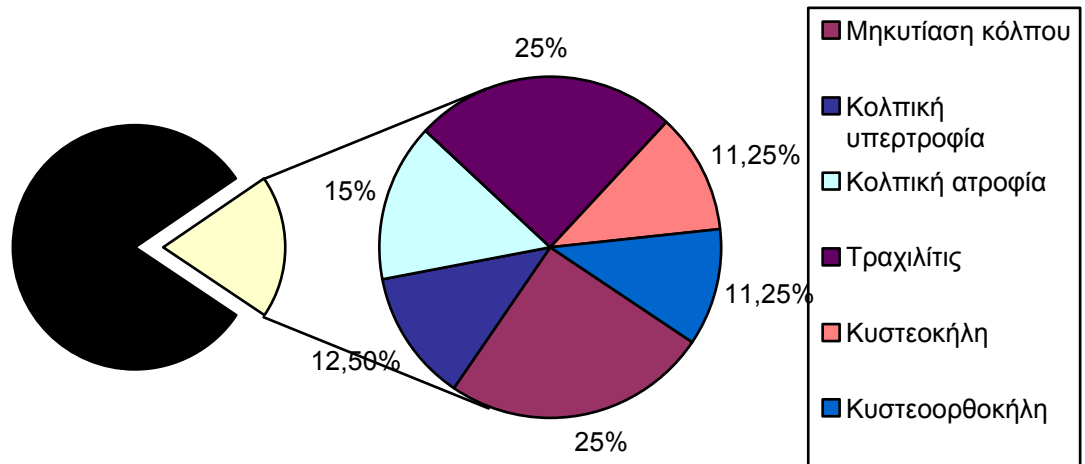
Το παραπάνω γράφημα μας δείχνει την κατανομή των συμπτωμάτων. Έτσι, παρατηρούμε ότι το 21,4% παρουσίασε καθυστέρηση εμμηνορρυσίας, το 28,6% παρουσίασε αιμορραγικά συμπτώματα, το 28,6% παρουσίασε κολπική υπερέκκριση/ κνησμό, και το 14,3% είχε συμπτώματα κοιλιακού άλγους. Τέλος, ένα 7% αναφέρεται σε λοιπά συμπτώματα, όπως άλγος μαστών και άλγος αιδοίου.

Σε αυτό το σημείο μπορεί να διαπιστωθεί, συγκρίνοντας με τα προαναφερόμενα αποτελέσματα της έρευνας στο Πα.Γ.Ν.Η., ότι υπάρχει διαφορά στην συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων. Επομένως, στο Γ.Ν.Ν.Χ. παρουσιάζεται μία αυξημένη εμφάνιση κολπικής υπερέκκρισης/ κνησμού και αιμορραγικών εκδηλώσεων σε σχέση με το Πα.Γ.Ν.Η. όπου παρατηρείται αύξηση εμφάνισης της καθυστέρησης της εμμηνορρυσίας.

Επίσης αξίζει να αναφέρουμε ότι στο Γ.Ν.Ν.Χ. δεν αναφέρθηκαν συμπτώματα όπως μετεωρισμός κοιλίας και αδυναμία αποβολής κοπράνων, σε αντίθεση με το Πα.Γ.Ν.Η. όπου αυτά τα δύο συμπτώματα ήταν σε συχνότητα 10,86%.

Κολπική υπερέκκριση/ κνησμός 28,6%

Διαγνώσεις

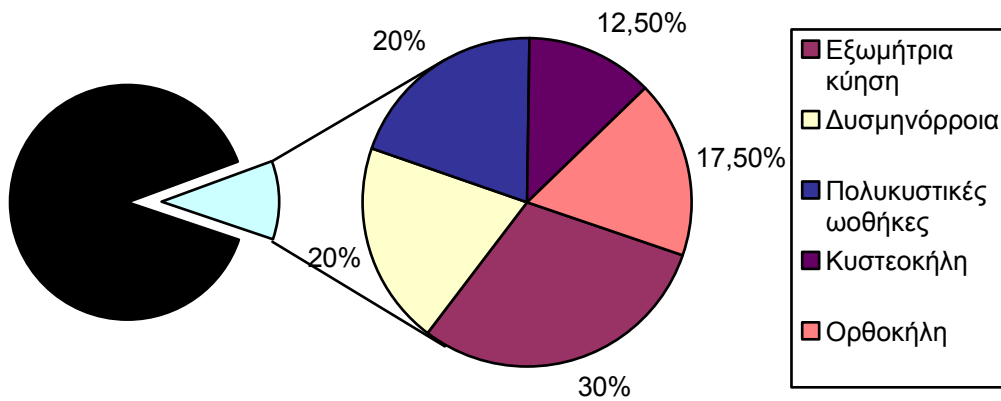


Σύμφωνα με το παραπάνω γράφημα συμπεραίνουμε ότι ένα 25% έπασχε από μκητίαση κόλπου και ένα άλλο 25% από τραχηλίτιδα. Επίσης, ένα 11,25% από κυστεοκήλη και ένα άλλο 11,25% από κυστεοκήλη. Ένα 15% έπασχε από κολπική ατροφία και τέλος ένα 12,5% από κολπική υπερτροφία.

Αξίζει να αναφερθεί ότι στο Πα.Γ.Ν.Η. δεν αναφέρθηκαν κρούσματα κυστεοκήλης, κυστεορθοκήλης, κολπικής ατροφίας και κολπικής υπερτροφίας. Όμως, για το συγκεκριμένο πάντα σύμπτωμα, αναφέρεται ποσοστό εκτρόπιου ουρήθρας.

Κοιλιακό άλγος 14,3%

Διαγνώσεις



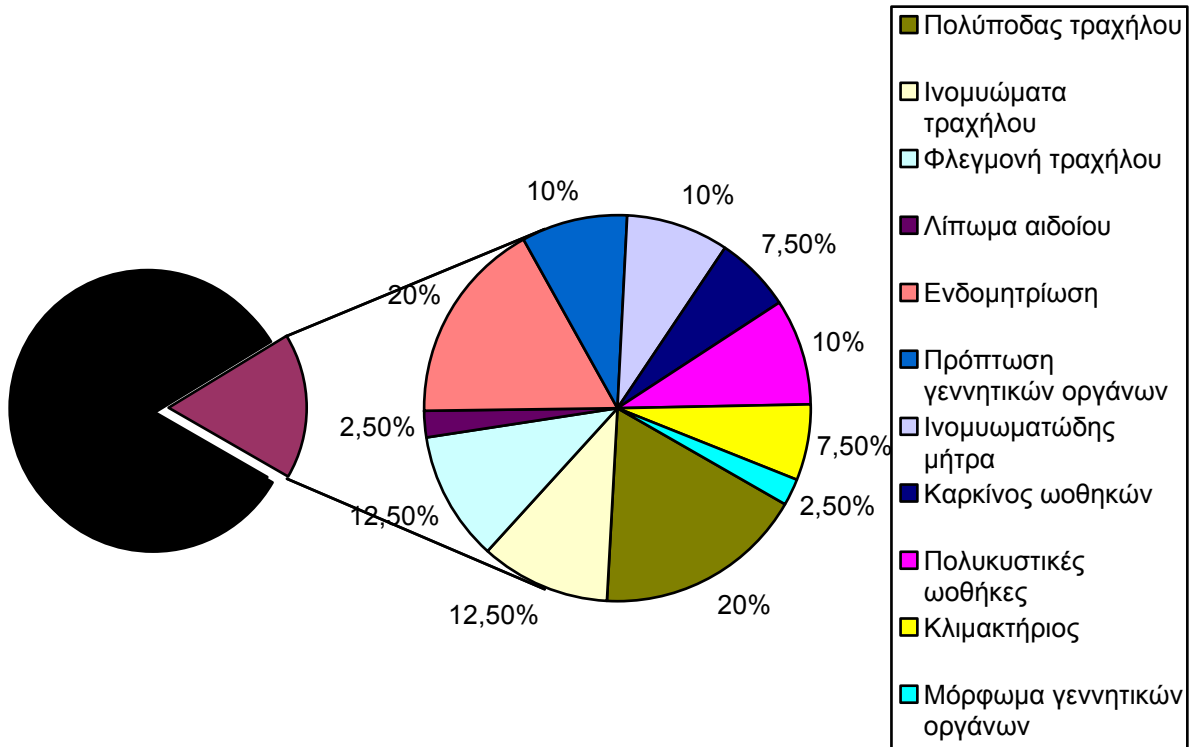
Σε αυτό το γράφημα απεικονίζονται οι τελικές διαγνώσεις των υποκειμένων της έρευνας που παρουσίασαν κοιλιακό άλγος. Το μεγαλύτερο ποσοστό, 30%, έπασχε από εξωμήτρια κύηση, ένα 20% από πολυκυστικές ωοθήκες, ένα 20% από δυσμηνόρροια, 17,5% από ορθοκήλη και τέλος ένα 12,5% από κυστεοκήλη.

Συγκρίνοντας με τα αντίστοιχα αποτελέσματα, του συγκεκριμένου συμπτώματος, από το Πα.Γ.Ν.Η παρατηρείται ότι στο Γ.Ν.Ν.Χ. δεν υπήρξαν διαγνώσεις συσπάσεων μήτρας, κυστίτιδων και ινομυωμάτων μήτρας.

Επιπλέον, στο Γ.Ν.Ν.Χ. υπήρξαν περιστατικά με τελική διάγνωση κυστεοκήλης, ορθοκήλης, εξωμήτριας κύησης και πολυκυστικών ωοθηκών, τα οποία δεν είχαν εμφάνιση στο Πα.Γ.Ν.Η..

Αιμορραγία 28,6%

Διαγνώσεις



Ξεκινώντας, τονίζεται ότι από το σύνολο των υποκειμένων που παρουσίασαν αιμορραγικές εκδηλώσεις, το 50% ήταν αιμορραγίες κόλπου και το άλλο 50% ήταν μητρορραγίες.

Από τις αιμορραγίες κόλπου, το 20% διαγνώσθηκε με πολύποδα τραχήλου, ένα 12,5% με ινομύματα τραχήλου, ένα 12,5% με φλεγμονή τραχήλου, ένα 2,5% με λίπωμα αιδοίου και τέλος ένα 2,5% μόρφωμα γεννητικών οργάνων.

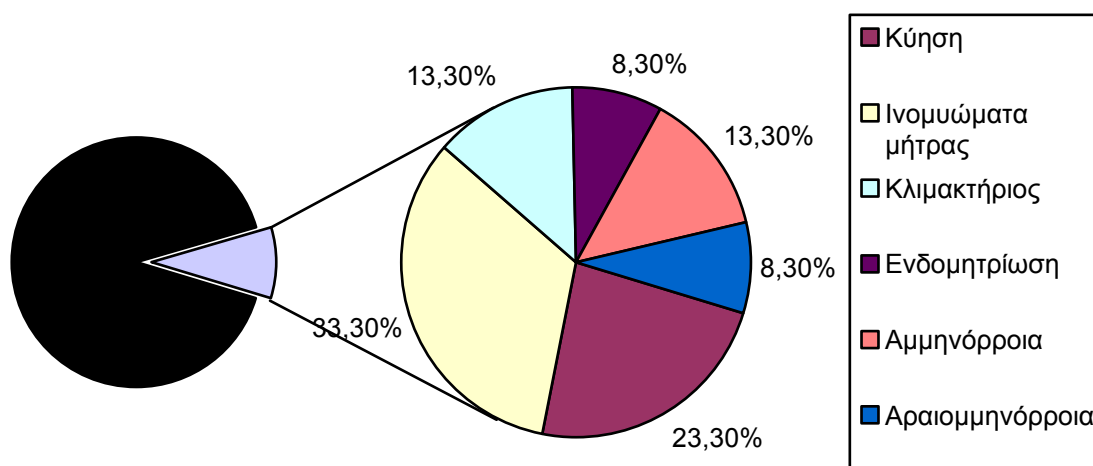
Από τις μητρορραγίες, ένα 10% διαγνώσθηκε με πρόπτωση γεννητικών οργάνων, ένα 10% με ινομυωματώδη μήτρα, ένα 10% με πολυκυστικές ωοθήκες, ένα 7,5% με καρκίνο ωοθηκών, ένα άλλο με 7,5% με κλιμακτηριακές διαταραχές και τέλος ένα 5% ενδομητρίωση. Επιπλέον αξίζει να αναφερθεί ότι το 66% από τις κλιμακτηριακές διαταραχές πάσχει από οστεοπόρωση.

Συγκρίνοντας με τα αποτελέσματα του συμπτώματος της αιμορραγίας με τα αντίστοιχα αποτελέσματα του Πα.Γ.Ν.Η. παρατηρείται ότι στο Γ.Ν.Ν.Χ. δεν

αναφέρονται περιστατικά με διάγνωση κονδυλώματα τραχήλου και μήτρας, καρκίνο ωοθηκών καθώς επίσης και αιμορραγία που προκλήθηκε από τραυματισμό. Σε αντίθεση στο Γ.Ν.Ν.Χ. αναφέρονται περιστατικά με σύμπτωμα αιμορραγία με τελική διάγνωση την ενδομητρίωση, μόρφωμα γεννητικών οργάνων και κλιμακτηριακές διαταραχές.

Καθυστέρηση εμμηνορρυσίας 21,4%

Διαγνώσεις



Από το παραπάνω γράφημα συμπεραίνουμε ότι το 33,3% που παρουσίασε ως σύμπτωμα την καθυστέρηση εμμηνορρυσίας βρέθηκε ότι έπασχε από ινομυώματα μήτρας. Το 23,3% βρισκόταν σε κατάσταση κύησης, από τις οποίες το 35,7% ήταν εξωμήτριες κυήσεις. Ένα 13,3% διεγνώσθη ότι έπασχε από αμηνόρροια, και ένα άλλο 13,3% από κλιμακτηριακές διαταραχές. Το 8,3% από ενδομητρίωση και ένα άλλο 8,3% από αραιομηνόρροια.

Συγκρίνοντας με τα αποτελέσματα από το Πα.Γ.Ν.Η. , στο Γ.Ν.Ν.Χ. έχουν επιπρόσθετα αμηνόρροια, αραιομηνόρροια και ενδομητρίωση, σε αντίθεση με το Πα.Γ.Ν.Η. που παρουσιάζεται το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, καθώς και αυξημένο το ποσοστό των κυήσεων.

Συμπληρωματικά αναφέρεται ότι το μικρό ποσοστό της τάξεως του 7% των υποκειμένων της έρευνας που παρουσίασαν ως συμπτώματα το άλγος του αιδοίου και άλγος των μαστών, βρέθηκε ότι έπασχαν από βαρθολινίτιδα και καρκίνο μαστού, ινοκυστική νόσος και μαστίτιδα αντίστοιχα.

Αξίζει να αναφερθεί ότι από τυχαίες γυναικολογικές εξετάσεις, όπως τεστ ΠΑΠ, ένα μικρό ποσοστό βρέθηκε ότι έπασχε από δίκερως μήτρα και κύστης Naboth τραχήλου.

5.0 Διερεύνηση του Σχεδιασμού Πρόληψης και Αντιμετώπισης σε Επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Από τις παρατηρήσεις μας στους χώρους του νοσοκομείου και της υγείας γενικότερα, στα πλαίσια των εργαστηριακών μαθημάτων κατά την φοίτηση μας στο Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου στην Νοσηλευτική, διαπιστώσαμε την έλλειψη πληροφόρησης και γνώσεων των γυναικών πάνω σε θέματα της δικής τους υγείας. Η έλλειψη αυτή ήταν απογοητευτική.

Κάνοντας λοιπόν την απαραίτητη έρευνα διαπιστώσαμε ότι οι γυναίκες άνω των 45 ετών είναι εκείνες που δεν έχουν γνώση σχετικά με την πρόληψη και την αντιμετώπιση σοβαρών γυναικολογικών προβλημάτων που είναι δυνατόν να προκύψουν. Οι περισσότερες από αυτές είναι γυναίκες που ασχολούνται με γεωργικές εργασίες, γυναίκες που δεν έχουν ολοκληρώσει την βασική εκπαίδευση και συνήθως δεν επισκέπτονται ξανά τον γυναικολόγο τους μετά την τεκνοποίηση τους. Έτσι, βρίσκονται αντιμέτωπες με μία πάθηση που έχει φτάσει πλέον στα πλαίσια της θεραπείας και όχι της πρόληψης.

Σε αντίθεση με τα παραπάνω έρχονται οι γυναίκες κάτω των 45 ετών οι οποίες έχουν γνώση με την πρόληψη κάποιων παθήσεων. Οι περισσότερες από αυτές είναι εργαζόμενες είτε ως ιδιωτικοί υπάλληλοι είτε ως δημόσιοι.

Επιπλέον παρατηρήθηκε ένα ποσοστό εγκυμοσύνης σε ηλικίες 17 έως 20 ετών. Αυτό συνέβη λόγω έλλειψης πληροφόρησης σε μικρές ηλικίες σε σχέση με την αντισύλληψη.

Συμπέρασμα όλων αυτών είναι ότι υπάρχει μία γενικότερα έλλειψη πληροφόρησης όσο αφορά τις γυναικολογικές παθήσεις τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση τους καθώς επίσης και θέματα αντισύλληψης.

Μέσα λοιπόν από αυτήν την σελίδα, μας δίνεται η ευκαιρία να προτείνουμε τα εξής:

- Να οργανώνονται από τα Νοσηλευτικά ιδρύματα, προγράμματα σχετικά με την πρόληψη των γυναικολογικών παθήσεων όπως είναι τεστ Παπανικολάου για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου, μαστογραφία για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού κ.τ.λ. Αυτό θα πρέπει να γίνεται σε συνεργασία με τους δήμους και τις κοινότητες της περιοχής των νοσοκομείων.
- Να οργανώνονται από τους δήμους και τις κοινότητες σεμινάρια με θέματα υγείας.
- Το μάθημα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία θα πρέπει να γίνει ξεχωριστό. Έτσι, θα αποφεύγονται περιστατικά όπως οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες σε νεαρές ηλικίες.

Είναι γνωστό ότι η πρόληψη είναι η καλύτερη μέθοδος θεραπείας σε συνδυασμό με τη σωστή ενημέρωση σε θέματα υγείας. Αυτή είναι και η πρόταση που αποτελεί το πιο σημαντικό σημείο στο οποίο θα πρέπει να δοθεί βάρος στον επανασχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ
(Γεώργιος Κ. Κρεατσάς καθηγητής μαιευτικής και γυναικολογίας
πανεπιστημίου Αθηνών)

2. ΧΡΥΣΗ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΙΙΙ ΧΙΛΙΕΤΙΑΣ
(Εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ)

3. Ο ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ
(Ιατρική εγκυκλοπαίδεια της γυναίκας. Εκδόσεις ΑΛΚΥΩΝ)

4. ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΠΡΟΣ ΧΡΗΣΗ
ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΥΠΟ ΟΜΑΔΑ ΙΑΤΡΩΝ

5. AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS
(Ιατρική στον 21^ο αιώνα Εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ)