

me no pause



Εμμηνόπαυση Μια νέα αρχή

ΠΡΑΚΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ
ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ



ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ: ΜΙΑ ΝΕΑ ΑΡΧΗ

ΠΡΑΚΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ
ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Ελληνική Εταιρεία Κλιμακτηρίου
και Εμμηνόπαυσης

Τμήμα Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης
Β' Μαιευτική και Γυναικολογική
Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών,
Αρεταίειο Νοσοκομείο

Β' Μαιευτική και
Γυναικολογική Κλινική
Ιατρικής Σχολής
Εθνικού και Καποδιστριακού
Πανεπιστημίου Αθηνών,
Αρεταίειο Νοσοκομείο

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΟΥ ΚΑΙ
ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ

menopause

ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ



ΕΙΡΗΝΗ
ΛΑΜΠΡΙΝΟΥΔΑΚΗ

Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης, Επιστημονική Διευθύντρια European Menopause and Andropause Society (EMAS)



ΑΡΕΤΗ
ΑΥΓΟΥΛΕΑ

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Μιχάλης Αποστολάκης

Ενδοκρινολόγος

Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης,
Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Αναστασία Αρμένη

Ειδικευόμενη Ενδοκρινολογίας

Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Πατρών, Επιστημονική Συνεργάτις
Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης, Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική
Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Έλενα Αρμένη

Ενδοκρινολόγος

Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου
Αθηνών, Επιστημονική Συνεργάτις Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης,
Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Αρετή Αυγουλέα

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος

Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Ακαδημαϊκή Υπότροφος
Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης, Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική
Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Ιφιγένεια Αυγουστή

Διατροφολόγος

Επιστημονική Συνεργάτις Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης,
Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Νεοκλής Γεωργόπουλος

Καθηγητής Ενδοκρινολογίας

Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Δημήτριος Γ. Γουλής

Καθηγητής Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής

Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Τμήματος Ιατρικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Πρόεδρος European Menopause and Andropause Society (EMAS), Ταμίας International Society of Andrology (ISA)

Σοφία Καλανταρίδου

Καθηγήτρια Μαιευτικής-Γυναικολογίας

Γ΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης

Ηλιάνα Καραγκούνη

Διατροφολόγος

Επιστημονική Συνεργάτις Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης, Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Λωραίνα Κοντού

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος

Επιστημονική Συνεργάτις Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης, Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Μαρίτα Κοσμαδάκη

Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος

Ευθύμιος Κουερίνης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος

Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης, Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Ειρήνη Λαμπρινουδάκη

Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας

Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης, Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης, Επιστημονική Διευθύντρια European Menopause and Andropause Society (EMAS)

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Νικολέττα Μήλη

Ειδικευόμενη Μαιευτήρας-Γυναικολόγος

Επιστημονική Συνεργάτις Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης,
Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Ηλέκτρα Νικολαΐδου

Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος

Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου
Αθηνών, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

Αναστασία Παλαιολόγου

Ψυχολόγος

Επιστημονική Συνεργάτις Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης,
Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Νεκταρία Παπανικόλα

Ειδικευόμενη Ενδοκρινολόγος

Επιστημονική Συνεργάτις Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης,
Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Κωνσταντίνος Πανουλής

Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας

Β' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικός Γραμματέας Ελληνικής
Εταιρείας Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης

Σταυρούλα Πάσχου

Επίκουρη Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας

Θεραπευτικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού
Πανεπιστημίου Αθηνών

Λάουρα Ποντίκα

Φαρμακοποιός-Σύμβουλος Διατροφής

Επιστημονική Συνεργάτιδα Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης,
Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Αναστασία Σουρέτη

Φαρμακοποιός

Επιστημονική Συνεργάτιδα Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης,
Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Στέφανος Στεργιώτης

Ενδοκρινολόγος

Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης,
Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Νικόλαος Τσόλτος

Καθηγητής Φυσικής Αγωγής

Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου
Αθηνών, Επιστημονικός Συνεργάτης Τμήματος Κλιμακτηρίου και
Εμμηνόπαυσης, Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής
Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Μαρία Χαρμαντά

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος

Επιστημονική Συνεργάτις Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης,
Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Παναγιώτα Χατζηβασιλείου

Βιοπαθολόγος

Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιστημονική
Συνεργάτις Τμήματος Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης,
Β΄ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Τόλης Γιακουμάκης

Scientific & Education Manager

Active Cosmetics Division L'Oréal Hellas

menopause

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Ελληνικής Εταιρείας Κλιμακτηρίου
και Εμμηνόπαυσης

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ειρήνη Λαμπρινουδάκη

Ενδοκρινολόγος, Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής
Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ

Σοφία Καλανταρίδου

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Καθηγήτρια Μαιευτικής-Γυναικολογίας
Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Κωνσταντίνος Πανουλής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας
Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

ΤΑΜΙΑΣ

Αρετή Αυγουλέα

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Ακαδημαϊκή Υπότροφος Β' Μαιευτικής
και Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΜΕΛΗ

Δημήτριος Γ. Γουλής

Ενδοκρινολόγος, Καθηγητής Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής
Τμήματος Ιατρικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Νεοκλής Γεωργόπουλος

Ενδοκρινολόγος, Καθηγητής Ενδοκρινολογίας
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών

Κωνσταντίνος Σαμαράς

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	12
1. Κλιμακτήριος – Εμμνόπαυση	
1.1 Κλιμακτηριακές φάσεις και Φυσιολογική εμμνόπαυση	14
1.2 Πρώιμη εμμνόπαυση – Πρώιμη ωθηκική ανεπάρκεια	14
1.3 Χειρουργική και φαρμακευτική εμμνόπαυση	18
2. Επιπτώσεις της εμμνόπαυσης	
2.1 Αγγειοκινητικά συμπτώματα – διαταραχές ύπνου	22
2.1.1 Αγγειοκινητικά συμπτώματα	22
2.1.2 Οξύ κλιμακτηριακό σύνδρομο	23
2.1.3 Διαταραχές ύπνου	24
2.2 Νευροψυχικές διαταραχές	24
2.3 Ουρογεννητική ατροφία	26
2.4 Καρδιαγγειακή νόσος	27
2.5 Πρόσληψη βάρους και παχυσαρκία	30
2.6 Οστεοπόρωση	32
2.7 Σαρκοπενία	35
2.8 Γνωσιακή λειτουργία και διαταραχές	36
2.9 Δέρμα και μαλλιά	37
2.9.1 Πώς δρουν τα οιστρογόνα στο δέρμα;	37
2.9.2 Πώς επηρεάζει η εμμνόπαυση το δέρμα;	38
2.9.3 Πώς επηρεάζει η εμμνόπαυση το δέρμα της ευαίσθητης περιοχής;	39
2.9.4 Πώς επηρεάζει η εμμνόπαυση τα μαλλιά;	39
2.9.5 Βελτιώνει η θεραπεία υποκατάστασης το δέρμα και τα μαλλιά;	40
2.9.6 Πώς πρέπει να φροντίζω το δέρμα μου στην εμμνόπαυση;	41
3. Διάγνωση της εμμνόπαυσης και εργαστηριακές εξετάσεις	
3.1 Εργαστηριακές δοκιμασίες	42
3.1.1 Γενική εξέταση αίματος	42
3.1.2 Σάκχαρο και γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη	43
3.1.3 Ουρία – Κρεατινίνη	44
3.1.4 Λιπίδια αίματος	44
3.1.5 Ασβέστιο	44
3.1.6 Βιταμίνη D	45
3.1.7 Έλεγχος ηπατικής λειτουργίας	46
3.1.8 Ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη	46
3.1.9 Ωχρινοτρόπος ορμόνη	48
3.1.10 Οιστρογόνα	49
3.1.11 Προλακτίνη	49
3.1.12 Θυρεοειδοτρόπος ορμόνη	50

3.1.13	Παραθορμόνη	52
3.2	Παρακλινικές εξετάσεις	53
3.2.1	Δοκιμασία κατά Παπανικολάου	53
3.2.2	Διακολπικό υπερηχογράφημα	53
3.2.3	Μαστογραφία - Υπερηχογράφημα μαστών	54
3.2.4	Μέτρηση οστικής πυκνότητας	55
4.	Ορμονική θεραπεία στην εμμνόπαυση	
4.1	Πότε χορηγείται η ορμονική θεραπεία;	56
4.2	Πώς χορηγείται η ορμονική θεραπεία;	58
4.3	Ορμονική θεραπεία: Πρακτικοί θεραπευτικοί χειρισμοί	58
4.3.1	Αξιολόγηση ασθενούς	58
4.3.2	Επιλογή θεραπευτικού σχήματος	60
4.3.3	Δόση και οδός χορήγησης ΟΘ	61
4.3.4	Παρακολούθηση	63
4.4	Επιδράσεις της ορμονικής θεραπείας σε μαστό και καρδιαγγειακό σύστημα	63
4.4.1	Μαστός	63
4.4.2	Καρδιαγγειακά νοσήματα	65
5.	Εναλλακτικοί και φυσικοί τρόποι αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και των επιπτώσεων	
5.1	Αλλαγές στον τρόπο ζωής	68
5.2	Διατροφή	70
5.3	Συμπληρώματα διατροφής	76
5.3.1	Αντιμετώπιση των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων	77
5.3.2	Αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας	78
5.3.3	Αντιμετώπιση του άγχους	79
5.4	Σωματική άσκηση	81
5.4.1	Σωματική άσκηση και καρδιαγγειακά νοσήματα	81
5.4.2	Άσκηση και Οστεοπόρωση	88
5.5	Μέθοδοι διαχείρισης στρες	92
5.6	Βιομμηπτικές ορμόνες	95
5.7	Μη ορμονική αντιμετώπιση του ουρογεννητικού συνδρόμου	96
6.	Θεραπεία της οστεοπόρωσης	98
7.	Πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου	
7.1	Υπερλιπιδαιμία	102
7.2	Υπέρταση	103
7.3	Σακχαρώδης διαβήτης	105
8.	Εμμνόπαυση και επιδερμίδα	108

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εμμνόπαυση είναι η οριστική διακοπή της περιόδου που οφείλεται στην παύση της λειτουργίας των ωοθηκών. Πριν την εμμνόπαυση συνήθως προηγείται ένα χρονικό διάστημα ορμονικών διαταραχών και ακατάστατων περιόδων που ονομάζεται **κλιμακτήριος**.

Η μέση ηλικία εμμνόπαυσης για τον ευρωπαϊκό πληθυσμό είναι το 51ο έτος της ηλικίας, το οποίο δεν φαίνεται να μεταβάλλεται διαχρονικά. Αντίθετα, το προσδόκιμο επιβίωσης αυξάνεται συνεχώς λόγω της ανόδου του βιοτικού επιπέδου και της προόδου της ιατρικής επιστήμης. Οι Ελληνίδες σήμερα αναμένεται να ζήσουν κατά μέσο όρο περισσότερα από 82 έτη. **Περισσότερο από το ένα τρίτο της ζωής της η γυναίκα θα το περάσει στην εμμνόπαυση. Για τον λόγο αυτόν πρέπει να γνωρίζει τις επιπτώσεις της εμμνόπαυσης στην υγεία της, καθώς και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να προλάβει ή να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις αυτές.**

Το εγχειρίδιο αυτό είναι η επικαιροποιημένη έκδοση του Οδηγού Εμμνόπαυσης που είχε εκδώσει η Ελληνική Εταιρεία Κλιμακτηρίου και Εμμνόπαυσης το 2013. Στον Οδηγό αυτό αναλύονται τα συμπτώματα της εμμνόπαυσης και οι επιδράσεις της σε διάφορα συστήματα του οργανισμού, όπως στον σκελετό και στο καρδιαγγειακό σύστημα. Επίσης, αναφέρονται οι τρόποι με τους οποίους η γυναίκα μπορεί να αντιμετωπίσει τα συμπτώματά της και να προλάβει τις αρνητικές επιπτώσεις της εμμνόπαυσης. Ελπίζουμε ο Οδηγός αυτός να σας φανεί χρήσιμος.

Ειρήνη Λαμπρινουδάκη

Χαιρετισμός του κ. Νικόλαου Βλάχου,

Μαιευτήρα-Γυναικολόγου, Διευθυντού της Β΄ Μαιευτικής
και Γυναικολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής
του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών,
Αρεταίειο Νοσοκομείο.

Το προσδόκιμο επιβίωσης των ανθρώπων αυξάνεται συνεχώς, λόγω της ανόδου του βιοτικού επιπέδου και της εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης. Ως εκ τούτου, είναι πλέον επιβεβλημένο η γυναίκα να γνωρίζει τις επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης στην υγεία της και το πώς μπορεί να τις προλάβει και να τις αντιμετωπίσει εγκαίρως. Με γνώμονα αυτές τις ανάγκες, το Τμήμα Κλιμακτηρίου-Εμμηνόπαυσης της Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής του Αρεταϊείου Νοσοκομείου εδώ και χρόνια προσφέρει υψηλού επιπέδου παροχές υγείας και απαρτίζεται από εξειδικευμένο προσωπικό διαφορετικών ειδικοτήτων, ώστε να προσφέρει συνολική συμβουλευτική και θεραπεία στα εν λόγω ζητήματα.

Με ιδιαίτερη χαρά χαιρετίζω τον νέο πρακτικό οδηγό Εμμηνόπαυσης, ο οποίος εκδίδεται από το Τμήμα Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης της Κλινικής μας σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Κλιμακτηρίου και Εμμηνόπαυσης. Βασικός στόχος του οδηγού είναι η επιστημονικά τεκμηριωμένη ενημέρωση των γυναικών. Το εξαιρετικό αυτό πόνημα αποτελεί μια συλλογική προσπάθεια, στο πλαίσιο της προληπτικής στρατηγικής, δίνοντας έμφαση τόσο στην εξατομικευμένη θεραπεία και συμβουλευτική των γυναικών, όσο και στην προαγωγή της ποιότητας ζωής και της υγείας.

1 ΚΛΙΜΑΚΤΗΡΙΟΣ - ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Από την Αρετή Αυγουλέα, Μαρία Χαρμαντά, Σοφία Καλανταρίδου

1.1 Κλιμακτηριακές φάσεις και Φυσιολογική εμμηνόπαυση

Ως **εμμηνόπαυση** ορίζεται η μόνιμη διακοπή της έμμηνης ρύσης που ακολουθεί τη διακοπή της λειτουργίας των ωοθηκών. Η **περιεμμηνόπαυση** ή **κλιμακτήριος** είναι το διάστημα από την έναρξη των διαταραχών της περιόδου μέχρι ένα έτος μετά την εμμηνόπαυση. Η **κλιμακτήριος συνήθως** εμφανίζεται μεταξύ των 45-55 ετών. Η ωοθηκική γήρανση όμως, αρχίζει αρκετά νωρίτερα, περίπου από το 35ο-40ο έτος της ηλικίας. Το πιο χαρακτηριστικό σε αυτή την πρώιμη φάση είναι η πτώση της γονιμότητας. Ο κύκλος δεν παρουσιάζει συνήθως διαταραχές. Σε κάποιες όμως γυναίκες μπορεί να εμφανιστούν συμπτώματα όπως βράχυνση του κύκλου (π.χ. από 28 μέρες μπορεί να ελαττωθεί σε 24 μέρες) και ενοχλήματα προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου (φουσκώματα, κόπωση, πόνος στους μαστούς και διαταραχές της διάθεσης, κυρίως στο δεύτερο μισό του κύκλου).

Στο υπόλοιπο 10%, η έμμηνη ρύση θα σταματήσει απότομα. Η εμμηνόπαυση συμβαίνει κατά μέσο όρο κατά την ηλικία των 51 ετών και φαίνεται να καθορίζεται γενετικά. Κάποια από τα συμπτώματα της κλιμακτηρίου, όπως οι εξάψεις, γίνονται ακόμα πιο έντονα κοντά στην εμμηνόπαυση, όταν τα επίπεδα των οιστρογόνων που παράγουν οι ωοθήκες πέφτουν απότομα. Η εμμηνόπαυση προέρχεται από τη φυσιολογική διαδικασία της γήρανσης. Η διακοπή της εμμηνορρυσίας δείχνει ότι το ποσό των οιστρογόνων που υπάρχει στον οργανισμό δεν είναι αρκετό για να αναπτύξει το ενδομήτριο, το εσωτερικό τμήμα της μήτρας που δημιουργεί την έμμηνη ρύση. Έτσι, το ενδομήτριο γίνεται ατροφικό, πολύ λεπτό και η έμμηνη ρύση σταματά.

1.2 Πρώιμη εμμηνόπαυση - Πρώιμη ωοθηκική ανεπάρκεια

Σε κάποιες γυναίκες η λειτουργία των ωοθηκών σταματά πολύ νωρίτερα από το αναμενόμενο. Ως **πρώιμη ωοθηκική ανεπάρκεια** (ΠΩΑ) ονομάζουμε τη διακοπή της περιόδου που οφείλεται σε βλάβη των ωοθηκών πριν την ηλικία των 40 ετών. Εάν η περίοδος σταματήσει μεταξύ των ηλικιών 40-45 ετών, τότε ονομάζεται **πρώιμη εμμηνόπαυση**. Παλαιότερες μελέτες έδειχναν ότι η ΠΩΑ εμφανίζεται στο 1% του γενικού γυναικείου πληθυσμού κάτω των 40 ετών. Νεότερες όμως μελέτες δείχνουν ότι η **συχνότητά της ανέρχεται στο 2% των γυναικών κάτω των 40 ετών**. Όσον αφορά την πρώιμη εμμηνόπαυση, η συχνότητά της είναι 7-8% των



γυναικών 40-45 ετών. Συνεπώς, αν και όχι συχνή, η ΠΩΑ είναι μια κατάσταση που θα πρέπει να την υποπτευόμαστε σε νεαρές γυναίκες με διαταραχές περιόδου. Εάν η ορμόνη FSH στο αίμα είναι μεγαλύτερη από 25 IU/l σε τουλάχιστον δύο διαδοχικές μετρήσεις με απόσταση τεσσάρων εβδομάδων, επιβεβαιώνεται η διάγνωση της ΠΩΑ.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, δεν μπορούμε να διαγνώσουμε κάποια αιτία που οδήγησε στην πρώιμη καταστροφή των ωοθηκών. Ένα μεγάλο ποσοστό οφείλεται σε ιατρογενή αίτια, δηλαδή χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών ή ακτινοβολία στην περιοχή των ωοθηκών ή χημειοθεραπεία λόγω κακοήθων νοσημάτων. Πιο σπάνια, η ΠΩΑ οφείλεται σε χρωματοσωμικά (γενετικά) αίτια. Η πιο συχνή χρωματοσωμική αιτιολογία είναι το σύνδρομο Turner. Στις γυναίκες με το σύνδρομο αυτό λείπει το ένα από τα δύο χρωμοσώματα X που καθορίζουν το γυναικείο φύλο (45,X): η συχνότητά του είναι 1 στις 2.000 γεννήσεις. Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις που διαγιγνώσκονται πολύ αργότερα, στην ενήλικη ζωή, επειδή το δεύτερο χρωμόσωμα X δεν λείπει από όλα τα κύτταρα του σώματος. Τα κορίτσια με σύνδρομο Turner χαρακτηρίζονται από ΠΩΑ, σκελετικές ανωμαλίες και κοντό ανάστημα.

Όπως και στη φυσιολογική εμμηνόπαυση, έτσι και στην ΠΩΑ και την πρώιμη εμμηνόπαυση παρουσιάζονται εμμηνόπαυσιακά συμπτώματα, τα οποία μπορεί να είναι ιδιαίτερα ενοχλητικά. **Τα πιο συνήθη συμπτώματα είναι η οξεία έναρξη εξάψεων και νυχτερινών εφιδρώσεων, ενώ μετά**



Η ΠΩΑ συσχετίζεται με μεγαλύτερη πτώση των γνωσιακών λειτουργιών σε βάθος χρόνου και υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης άνοιας, συγκριτικά με γυναίκες που είχαν εμμηνόπαυση σε φυσιολογική ηλικία.

από κάποιους μήνες μπορεί να ακολουθήσει η ατροφία του κόλπου. Πολύ σημαντικές είναι οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, για τις οποίες πρέπει να ενημερώνονται οι ασθενείς. Οι σημαντικότερες είναι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για οστεοπόρωση και καρδιαγγειακά νοσήματα σε σχέση με τις γυναίκες σε φυσιολογική ηλικία εμμηνόπαυσης. Ο κίνδυνος αυτός μπορεί να μειωθεί με την ορμονική θεραπεία υποκατάστασης (ΘΟΥ).

Πρόσφατες μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η ΠΩΑ και η πρώιμη εμμηνόπαυση συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας από καρδιαγγειακή νόσο, διαβήτη τύπου 2 (των ενηλίκων), κατάθλιψη, οστεοπόρωση, καθώς και θνησιμότητα από όλα τα αίτια. Γυναίκες με ΠΩΑ και πρώιμη εμμηνόπαυση είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν ουρογεννητικό σύνδρομο της εμμηνόπαυσης και σεξουαλική δυσλειτουργία.

Μια από τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της ΠΩΑ και της πρώιμης εμμηνόπαυσης είναι η μείωση της οστικής πυκνότητας, με αποτέλεσμα τον αυξημένο κίνδυνο κατάγματος που οφείλεται στη μείωση της προστατευτικής δράσης των οιστρογόνων στα οστά. Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου οστεοπόρωσης σε γυναίκες με ΠΩΑ είναι το να μην πάρουν ΘΟΥ. Η ΘΟΥ σε συνδυασμό με ημερήσια πρόσληψη ασβε-

στίου 1200 mg και βιταμίνης D 800-1000 IU αποκαθιστά την οστική πυκνότητα σε επίπεδα αντίστοιχα με τις γυναίκες με φυσιολογική περίοδο. Η κύρια αιτία του αυξημένου κινδύνου θανάτου σε γυναίκες με ΠΩΑ και πρώιμη εμμηνόπαυση είναι η καρδιαγγειακή νόσος που προκαλείται από τη δυσλειτουργία των αγγείων, τα υψηλά λιπίδια στο αίμα και τις μεταβολικές διαταραχές. Η ΘΟΥ αποκαθιστά τη λειτουργία των αγγείων και των λιπιδίων σε γυναίκες με ΠΩΑ, σε διάστημα έξι μηνών από την αγωγή και συντελεί στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Συμπληρωματικά, πολύ σημαντικό ρόλο για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου παίζει η εκπαίδευση των ασθενών αυτών ως προς τις ευνοϊκές για την υγεία αλλαγές του τρόπου ζωής, τη διακοπή του καπνίσματος, την ισορροπημένη διατροφή και την τακτική άσκηση.

Η ΠΩΑ συσχετίζεται με μεγαλύτερη πτώση των γνωσιακών λειτουργιών σε βάθος χρόνου και υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης άνοιας, συγκριτικά με γυναίκες που είχαν εμμηνόπαυση σε φυσιολογική ηλικία. Αυτή η αρνητική επίπτωση μπορεί να προληφθεί με τη χρήση της ΘΟΥ. Επιπλέον, φαίνεται ότι η ΘΟΥ μειώνει τις διαταραχές διάθεσης, συμπεριλαμβανομένης της καταθλιπτικής συμπεριφοράς, που πολύ συχνά παρατηρούνται σε αυτές τις νέες γυναίκες.

ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΘΟΥ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΗ ΠΩΑ ΕΙΝΑΙ:

- α) αποκατάσταση των φυσιολογικών επιπέδων των οιστρογόνων για την ηλικία των ασθενών,
- β) θεραπεία των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την εμμηνόπαυση, όπως εξάψεις, διαταραχές ύπνου, διαταραχές της διάθεσης και της μνήμης,
- γ) θεραπεία και πρόληψη της ουρογεννητικής ατροφίας και
- δ) μακροπρόθεσμη πρόληψη της οστεοπόρωσης, των καρδιαγγειακών νοσημάτων και της άνοιας.

Για όλους αυτούς τους λόγους, η ΘΟΥ πρέπει να εισάγεται από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης της ΠΩΑ και της πρώιμης εμμηνόπαυσης και να συνεχίζεται συνολικά μέχρι τη φυσιολογική ηλικία εμμηνόπαυσης.

1.3 Χειρουργική και φαρμακευτική εμμηνόπαυση

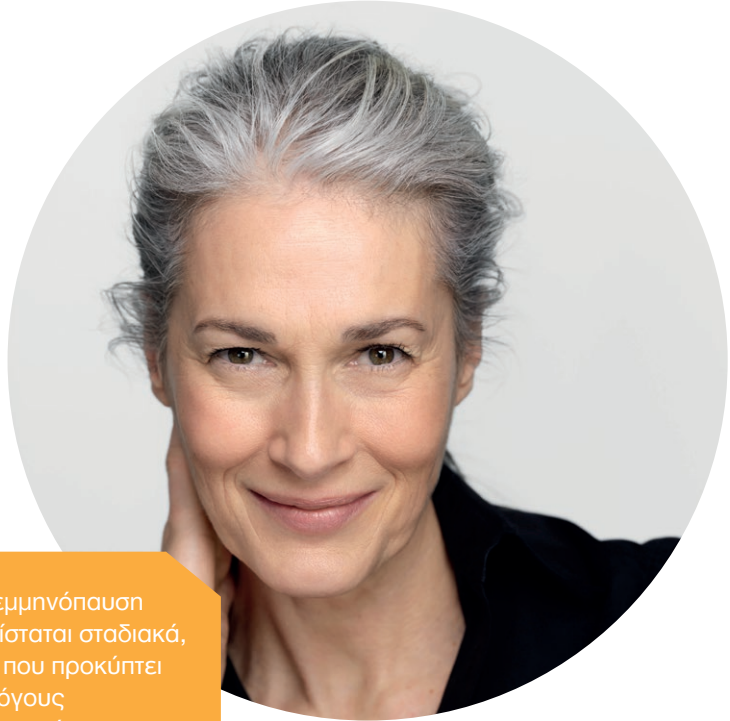
Η φαρμακευτική και η λειτουργική εμμηνόπαυση προκύπτει όταν μια γυναίκα χάνει την περίοδο της πρόωρα λόγω φαρμακευτικών ή χειρουργικών ιατρικών παρεμβάσεων. Σε αντίθεση με τη «φυσική» εμμηνόπαυση, η οποία μπορεί να διαρκέσει χρόνια έως ότου εγκατασταθεί, η εμμηνόπαυση που προκύπτει από ιατρικούς λόγους είτε εξελίσσεται σε σύντομο χρονικό διάστημα, είτε εγκαθίσταται απότομα. Ως εκ τούτου, η αιτία της εμμηνόπαυσης είναι αυτή που θα καθορίσει εάν πρόκειται για παροδική συνέπεια της θεραπείας που έχει προηγηθεί ή είναι μόνιμη.

Πολλές είναι οι ιατρικές παρεμβάσεις που ενδέχεται να προκαλέσουν εμμηνόπαυση σε μια γυναίκα. Συγκεκριμένα, **η χειρουργική εμμηνόπαυση συμβαίνει όταν οι ωοθήκες μιας γυναίκας αφαιρούνται χειρουργικά ή όταν υποβάλλεται σε ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων (αφαίρεση της μήτρας και των ωοθηκών)**. Οι συνηθέστεροι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν σε αυτές τις χειρουργικές επεμβάσεις είναι οι παρακάτω:

- Διάγνωση καρκίνου ωοθηκών
- Προληπτική αφαίρεση των ωοθηκών σε γυναίκες φορείς των γονιδίων BRCA1, BRCA2 (γονίδια που προδιαθέτουν στην ανάπτυξη καρκίνου ωοθήκης και μαστού)
- Διάγνωση καρκίνου ενδομητρίου
- Σοβαρού βαθμού ενδομητρίωση

Σε κάποιες περιπτώσεις όμως, η αφαίρεση της μήτρας για καλοήθεις παθήσεις (π.χ. ινομυώματα) συνοδεύεται από την αφαίρεση των ωοθηκών, εάν η γυναίκα είναι κοντά στην ηλικία της εμμηνόπαυσης. Η απουσία των ωοθηκών είναι συνυφασμένη με την αδυναμία παραγωγής οιστρογόνων στο γυναικείο σώμα αλλά και την αδυναμία αναπαραγωγής. Η χειρουργική εμμηνόπαυση συμβαίνει αμέσως μετά την επέμβαση, είναι μη αναστρέψιμη και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων εμφανίζει πολύ εντονότερη συμπτωματολογία λόγω της απότομης απώλειας των οιστρογόνων.

Μια άλλη αιτία προκλητής εμμηνόπαυσης από ιατρικά αίτια είναι η ακτινοβολία στην περιοχή της πυέλου στο πλαίσιο αντιμετώπισης καρκίνου ωοθηκών, καρκίνου τραχήλου μήτρας, καρκίνου ενδομητρίου αλλά και καρκίνου παχέος εντέρου. Ο λόγος είναι η κατα-



Η φυσιολογική εμμηνόπαυση συνήθως εγκαθίσταται σταδιακά, η εμμηνόπαυση που προκύπτει από ιατρικούς λόγους είτε εξελίσσεται σε σύντομο χρονικό διάστημα είτε εγκαθίσταται απότομα.

στροφή των ωοθηκών από την έκθεση στην ακτινοβολία. Συνέπεια αυτής της συνθήκης είναι η απότομη έκπτωση της ορμονικής λειτουργίας των ωοθηκών, που οδηγεί σε αμνόρροια, παροδική ή μόνιμη. Επιπρόσθετα, μπορεί να επηρεασθεί η γονιμότητα σε πολλαπλό βαθμό ανάλογα με την ηλικία, την απόσταση των ωοθηκών από το σημείο της ακτινοβολίας, καθώς και από τη συνολική δόση της ακτινοβολίας.

Η χημειοθεραπεία αποτελεί τη βασική αιτία φαρμακευτικής εμμηνόπαυσης. Χορηγείται στο πλαίσιο θεραπείας μιας κακοήθειας ή κάποιου σοβαρού αυτοάνοσου νοσήματος. Επιδρά καταλυτικά στα κύτταρα των ωοθηκών και σε πολλές περιπτώσεις τα καταστρέφει. Ο βαθμός της αρνητικής επίδρασης (κυτταροτοξικότητα) και η πιθανότητα ανάκαμψης των ωοθηκών εξαρτώνται από την ηλικία της γυναίκας,



τον τύπο της χημειοθεραπείας αλλά και από τον αριθμό των δόσεων. Συνήθως η περίοδος διακόπτεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας και η ηλικία της γυναίκας καθορίζει εάν η διακοπή αυτή είναι μόνιμη ή προσωρινή. Έχει παρατηρηθεί ότι σε γυναίκες ηλικίας 30 ετών ή και νεότερες, η περίοδος τείνει να ομαλοποιείται μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Υπάρχουν και άλλα φάρμακα που χορηγούνται ως μέρος μιας θεραπείας που έχει ως στόχο την καταστολή της λειτουργίας των ωοθηκών, δρώντας απευθείας στον εγκέφαλο. Με τον τρόπο αυτόν, οι ωοθήκες δεν λαμβάνουν τα κατάλληλα σήματα από τον εγκέφαλο ώστε να παράγουν οιστρογόνα και έτσι προκαλείται στοχευμένα φαρμακευτική εμμηνόπαυση. Τα φάρμακα αυτά είναι ανάλογα (αγωνιστές) μιας φυσικής ορμόνης που παράγεται από την υπόφυση στον εγκέφαλο, της γοναδορελίνης. Η καταστολή αυτή είναι αναστρέψιμη, συνήθως διαρκεί έως 6 μήνες και αφορά σε καταστάσεις όπως ο καρκίνος μαστού, η ενδομητρίωση και η αντιμετώπιση ινομυωμάτων.

Τα συμπτώματα της φαρμακευτικής ή χειρουργικής εμμηνόπαυσης δεν διαφέρουν καθόλου από αυτά της φυσιολογικής εμμηνόπαυσης. Η διαφορά έγκειται κυρίως στο γεγονός ότι **κατά την προκλητή εμμηνόπαυση**

τα συμπτώματα εμφανίζονται απότομα και πιο έντονα συγκριτικά με τη φυσική εμμνόπαυση, όπου η μετάβαση λαμβάνει χώρα βαθμιαία και συνήθως είναι πιο ήπια και ομαλή. Είναι γεγονός ότι η φαρμακευτική ή χειρουργική εμμνόπαυση όταν αφορά σε νεότερες γυναίκες χαρακτηρίζεται από εντονότερη συμπτωματολογία.

Τα συμπτώματα της φαρμακευτικής - χειρουργικής εμμνόπαυσης, τα οποία προσομοιάζουν με αυτά της φυσιολογικής εμμνόπαυσης που θα αναλυθεί διεξοδικά στο επόμενο κεφάλαιο, περιλαμβάνουν:

- Εξάψεις
- Ξηρότητα κόλπου
- Νυχτερινές εφιδρώσεις
- Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία
- Μεταβολές στη διάθεση
- Κατάθλιψη
- Δυσκολίες στον ύπνο
- Ευερεθιστότητα
- Συχνές κυστίτιδες
- Προβλήματα μνήμης
- Αρθραλγίες / Μυαλγίες
- Αύξηση σωματικού βάρους
- Οστεοπενία / Οστεοπόρωση
- Καρδιαγγειακά προβλήματα

Η θεραπεία των συμπτωμάτων της φαρμακευτικής ή χειρουργικής εμμνόπαυσης είναι όμοια με αυτή της φυσικής εμμνόπαυσης. Ανάλογα με το ιστορικό της κάθε γυναίκας και κυρίως με βάση την αιτία που την οδήγησε στην τεχνητή εμμνόπαυση, υπάρχουν φαρμακευτικές επιλογές που θα ανακουφίσουν από τα συμπτώματα και ταυτόχρονα θα διασφαλίσουν τη συνολική υγεία της.

2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ

2.1 Αγγειοκινητικά συμπτώματα - διαταραχές ύπνου

Νικολέττα
Μήλη,
Κωνσταντίνος
Πανουλής

Αγγειοκινητικά συμπτώματα

Τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης οφείλονται στη μειωμένη παραγωγή οιστρογόνων από τις ωοθήκες. Τα αγγειοκινητικά συμπτώματα, τα οποία είναι τα κύρια συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, χαρακτηρίζονται από εξάψεις και/ή νυχτερινές επιδρώσεις. **Ως έξαψη ορίζεται η ξαφνική αίσθηση αυξημένης θερμότητας στο άνω μέρος του σώματος και πιο συγκεκριμένα στο πρόσωπο, τον λαιμό και το στήθος. Κάθε έξαψη διαρκεί 1-5 λεπτά και μπορεί να συνοδεύεται από εφίδρωση, ρίγος, ανησυχία, και σε σπάνιες περιπτώσεις αίσθημα παλμών.** Η θερμοκρασία του δέρματος αυξάνεται λόγω διαστολής των περιφερικών αγγείων. Οι περισσότερες γυναίκες αισθάνονται ένα ξαφνικό κύμα θερμότητας που εξαπλώνεται σε όλο το σώμα, ιδιαίτερα στο άνω μέρος από όπου ξεκινά και η εφίδρωση. Αύξηση στη συστολική αρτηριακή πίεση (την μεγάλη πίεση), η οποία συνοδεύει τις εξάψεις, σημειώνεται τόσο μέσα στη μέρα όσο και στον ύπνο. Ο καρδιακός ρυθμός αυξάνεται 7 έως 15 παλμούς ανά λεπτό σχεδόν ταυτόχρονα με την έξαψη. Εάν η εφίδρωση είναι σημαντική, μια γυναίκα μπορεί να παρουσιάσει ρίγη, ενώ η θερμοκρασία επιστρέφει σταδιακά στο φυσιολογικό.

Τα επεισόδια αγγειοκινητικών συμπτωμάτων ποικίλουν σε συχνότητα και διάρκεια. **Οι εξάψεις και οι νυχτερινές επιδρώσεις διαρκούν περίπου 4-5 λεπτά ενώ σε ένα μικρό ποσοστό γυναικών μπορεί να διαρκέσουν για πολύ μεγαλύτερο διάστημα.** Με την πάροδο του χρόνου, η ένταση και η συχνότητα των συμπτωμάτων ελαττώνονται. Το κάπνισμα, το αυξημένο σωματικό βάρος και η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας αυξάνουν την ένταση των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων.

Έως και 80% των γυναικών κατά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση παρουσιάζουν αγγειοκινητικά συμπτώματα. Στις ευρωπαϊκές χώρες συγκεκριμένα, **40% των εμμηνόπαυσιακών γυναικών αναφέρουν συμπτώματα μέτριας έως σοβαρής έντασης.**

Ο αντίκτυπος των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής των γυναικών μπορεί να είναι σημαντικός. Οι γυναίκες με μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα μπορεί να αντιμετωπίσουν προβλήματα ύπνου, κόπωση,

άγχος και κατάθλιψη, που μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα εργασίας και επιτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων.

Οξύ κλιμακτηριακό σύνδρομο

Το οξύ κλιμακτηριακό σύνδρομο περιλαμβάνει ένα σύνολο συμπτωμάτων τα οποία εμφανίζονται κατά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση.

ΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΜΦΑΝΙΣΕΙ ΜΕΡΟΣ Ή ΟΛΑ ΑΠΟ ΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:	
Αγγειοκινητικά συμπτώματα	(εξάψεις, εφιδρώσεις)
Καρδιακή δυσφορία	(αίσθημα παλμών, έκτακτες συστολές)
Προβλήματα ύπνου	
Καταθλιπτική διάθεση	(αίσθημα θλίψης, κλάμα, έλλειψη ενδιαφέροντος, μεταβολές της διάθεσης)
Ευερεθιστότητα	(νευρική κατάσταση, ένταση, επιθετικότητα)
Άγχος	(ανησυχία, αίσθημα πανικού)
Σωματική και διανοητική εξάντληση	(γενική μείωση της απόδοσης, μειωμένη μνήμη, μείωση της συγκέντρωσης)
Πονοκέφαλοι	
Σεξουαλικά προβλήματα	(μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας και δραστηριότητας - ικανοποίησης)
Προβλήματα από την ουροδόχο κύστη	(δυσκολία στην ούρηση, αυξημένη έπείξη για ούρηση, ακράτεια ούρων)
Ξηρότητα του κόλπου	(αίσθηση ξηρότητας ή καύσου στον κόλπο, πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή)
Πόνος στις αρθρώσεις	
Μυϊκή δυσφορία	

Διαταραχές ύπνου

Μεταξύ των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, οι διαταραχές του ύπνου είναι ένα από τα πιο ενοχλητικά συμπτώματα και αναφέρονται από το 40-60% των εμμηνόπαυσιακών γυναικών. Οι διαταραχές ύπνου αυξάνονται σε συχνότητα κατά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση, με το πιο συνηθισμένο παράπονο να είναι η συχνή νυχτερινή αφύπνιση αλλά και η δυσκολία έλευσης του ύπνου. Οι διαταραχές ύπνου επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και την παραγωγικότητα στην εργασία, καθώς επίσης μπορούν να έχουν δυσμενή αποτελέσματα στην υγεία κατά τα χρόνια της μετάβασης στην εμμηνόπαυση.

Τα αγγειοκινητικά συμπτώματα αποτελούν βασικό συστατικό της διαταραχής του ύπνου. Οι γυναίκες με μέτριες - σοβαρές εξάψεις έχουν σχεδόν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν συχνές νυχτερινές αφυπνίσεις σε σύγκριση με τις γυναίκες χωρίς εξάψεις.

Η σχέση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των υποκειμενικών διαταραχών του ύπνου έχει επίσης τεκμηριωθεί σε γυναίκες στην εμμηνόπαυση. Χρόνια προβλήματα υγείας και άλλες διαταραχές ύπνου, όπως η υπνική άπνοια και το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών, μπορεί επίσης να προκαλούν διαταραχές της ποιότητας του ύπνου.

Οι γυναίκες στη μέση ηλικία αντιμετωπίζουν επίσης πολλαπλές προκλήσεις και άγχος στην προσωπική και επαγγελματική ζωή, συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών των οικογενειακών ρόλων, της απώλειας σημαντικών προσώπων, των αλλαγών και των αυξανόμενων απαιτήσεων στην εργασία, καθώς και ανησυχίες για την υγεία και ανησυχίες σχετικά με τη συνταξιοδότηση και τη γήρανση. Οι παράγοντες αυτοί με τη σειρά τους επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική υγεία και εν συνεχεία την ποιότητα ύπνου.

2.2 Νευροψυχικές διαταραχές

Αναστασία
Παλαιολόγου

Η εμμηνόπαυση είναι μια φυσιολογική μεταβατική περίοδος στον κύκλο ζωής των γυναικών, η οποία συμπίπτει με μια σειρά αλλαγών που συμβαίνουν στη ζωή τους. Οι ορμονικές μεταβολές, τα συμπτώματα διαταραχής ύπνου, οι εξάψεις, οι νυχτερινές επιδρώσεις και οι αλλαγές στη διάθεση και στην εικόνα του σώματος μπορούν να έχουν αρνητική επίπτωση και στην ψυχολογία των γυναικών. Ακόμη, η μετάβαση στην εμμηνόπαυση συχνά συμπίπτει με αγχογόνα γεγονότα ζωής, όπως είναι η αλλαγή στους

οικογενειακούς ρόλους και στο κοινωνικό δίκτυο, οι διαπροσωπικές απώλειες και οι επαγγελματικές αλλαγές όπως η συνταξιοδότηση, τα οποία είναι δυνατό να συνοδευτούν με αισθήσεις «πένθους» και «απώλειας» για τις γυναίκες και να βιώσουν το «σύνδρομο της άδειας φωλιάς». Ορισμένες γυναίκες, επιπλέον, αντιλαμβάνονται την εμμηνόπαυση ως ασθένεια που τις φέρνει αντιμέτωπες με νέα προβλήματα υγείας τα οποία πρέπει να διαχειριστούν και, μεταξύ άλλων, υποδηλώνει και την απώλεια της αναπαραγωγικής ικανότητας κάνοντας τη γυναίκα να βιώνει ξαφνικά πολλές αλλαγές σε όλα τα επίπεδα της ζωής και να πρέπει να διαχειριστεί και να αποδεχτεί μια άλλη ταυτότητα από αυτή που είχε για πολλά χρόνια.

Φαίνεται ότι ο τρόπος με τον οποίο θα βιώσουν οι γυναίκες την εμμηνόπαυση, είτε δηλαδή ως ένα φυσιολογικό ή «παθολογικό» γεγονός ζωής, σχετίζεται τόσο με την ένταση των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων που αναφέρουν οι ίδιες, όσο και τις συνθήκες υπό τις οποίες ζουν.

Συνεπώς, όλες αυτές οι αλλαγές οδηγούν κάποιες γυναίκες σε αυτό το στάδιο της ζωής τους να έχουν πολύ στρες και, εκτός από απλές ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές και απώλεια διάθεσης, να οδηγηθούν ακόμα και σε κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές. Η κατάθλιψη όπως έχει φανεί από έρευνες εμφανίζεται συχνότερα μέσα στους πρώτους 24 μήνες μετά την τελευταία περίοδο μιας γυναίκας και συνηθέστερα εμφανίζεται σε γυναίκες που έχουν από πριν πολλά αρνητικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής, πένθος ή και αρνητικά συναισθήματα για το τι πρόκειται να τους συμβεί κατά την εμμηνόπαυση ή ακόμα και σε γυναίκες που δεν έχουν ιστορικό κατάθλιψης αλλά έχουν πολύ έντονα και ενοχλητικά κλιμακτηριακά συμπτώματα.

Τα πιο συχνά συμπτώματα στην ψυχολογία των γυναικών μπορεί να είναι:

- Διαταραχές στη διάθεση - καταθλιπτικά συμπτώματα
- Διαταραχές ύπνου
- Κόπωση - απώλεια ενδιαφερόντων
- Ευερεθιστότητα - ευσυγκινησία
- Μείωση της σεξουαλικής διάθεσης

Η εμμηνόπαυση φαίνεται ότι μπορεί να επιδεινώσει την κλινική εικόνα γυναικών στις οποίες προϋπάρχει μια ψυχική διαταραχή όπως σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή και αγχώδεις διαταραχές με διαταραχή πανικού.

Θεραπευτικές επιλογές. Για τη θεραπεία των κλινικών ψυχικών διαταραχών στην εμμνόπαυση συχνά γίνεται χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής ανάλογα με την κάθε περίπτωση και έναρξη ψυχοθεραπευτικής διεργασίας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των γυναικών. Οι θεραπείες αυτές μπορεί να βοηθήσουν και τα αγγειοκινητικά συμπτώματα που ενδεχομένως έχουν οι γυναίκες και, αντίστροφα, η ορμονική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στη μείωση των συμπτωμάτων από την ψυχική σφαίρα, όπως είναι οι διαταραχές ύπνου και διάθεσης.

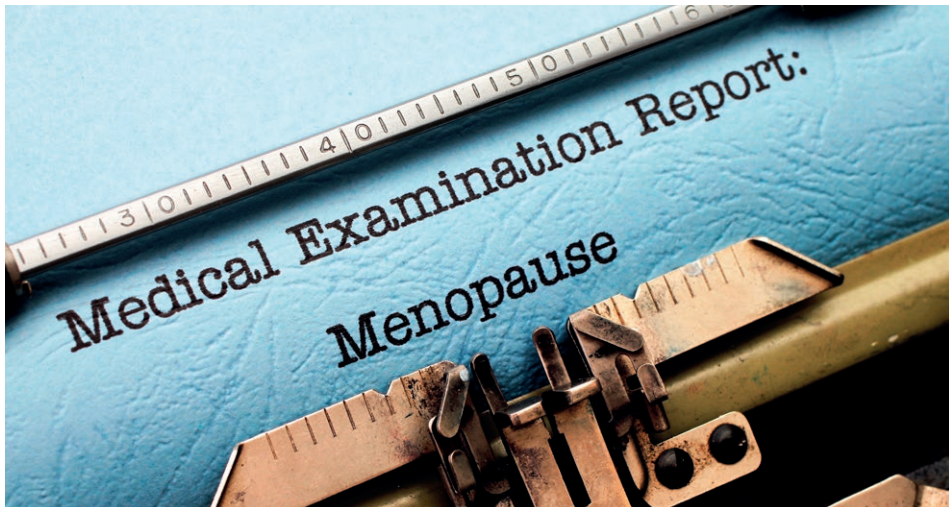
Συμπερασματικά, η μετάβαση στην εμμνόπαυση δεν συνδέεται με σοβαρά συμπτώματα στην ψυχολογία των γυναικών στην πλειοψηφία τους, ωστόσο είναι απαραίτητο να λαμβάνεται υπόψιν το ψυχιατρικό ιστορικό των γυναικών στην εκτίμηση των συμπτωμάτων που εμφανίζουν στη φάση αυτή της ζωής τους. Οι γυναίκες θα πρέπει να διαβεβαιώνονται από τους ειδικούς ότι η εμμνόπαυση είναι ένα φυσιολογικό γεγονός και ένα νέο ξεκίνημα στη ζωή τους που μπορεί να τους δώσει νέα ερεθίσματα και ικανοποιήσεις.

2.3 Ουρογεννητική ατροφία

Αρετή
Αυγουλέα

Η ουρογεννητική ατροφία προκαλεί μια σειρά συμπτωμάτων στο αιδοίο, στον κόλπο, στην ουρήθρα και στην ουροδόχο κύστη που σχετίζονται με την πτώση των οιστρογόνων μετά την εμμνόπαυση. Τα συμπτώματα αυτά είναι πιο έντονα σε γυναίκες με χειρουργική ή φαρμακευτική εμμνόπαυση. Το επιθήλιο (προστατευτικό κάλυμμα) του κόλπου και της ουρήθρας, με τη βοήθεια των οιστρογόνων και των βακτηρίων της φυσιολογικής κοιλιακής χλωρίδας *Lactobacillus*, δημιουργεί ένα όξινο περιβάλλον που προστατεύει την περιοχή από κολπίτιδες και ουρολοιμώξεις, εμποδίζοντας την αύξηση των παθογόνων βακτηρίων και τις μολύνσεις. **Η πτώση στα επίπεδα των οιστρογόνων μετά την εμμνόπαυση μειώνει την οξύτητα του κόλπου, αλλοιώνει τη φυσιολογική χλωρίδα και οδηγεί σε επαναλαμβανόμενες κολπίτιδες και κυστίτιδες.**

Εκτός των ουρογεννητικών λοιμώξεων, **τα πιο συχνά συμπτώματα της ουρογεννητικής ατροφίας είναι η κολπική ξηρότητα, η δυσπαρεύνια (πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή), η συχνουρία και η νυκτουρία.** Η συχνότητα της ακράτειας των ούρων αυξάνεται όσο η γυναίκα μεγαλώνει. Συνολικά, το 25% των μετεμμνοπαυσιακών γυναικών παρουσιάζουν κάποιου βαθμού ακράτεια ούρων, εκ των οποίων το 7% αναφέρει μεγάλου βαθμού ακράτεια. Από αυτές τις γυναίκες, το 50% παραπονιούνται για ακράτεια από προσπάθεια (δηλαδή όταν βήχουν, όταν φτερνίζονται ή όταν αθλούνται), το 11% από



επιτακτικού τύπου ακράτεια (δεν προλαβαίνουν να πάνε στην τουαλέτα όταν αισθανθούν έπειξη για ούρηση), ενώ το 36% παρουσιάζουν μεικτού τύπου ακράτεια.

Πολλές φορές οι γυναίκες θεωρούν ότι αυτά τα συμπτώματα είναι αποτέλεσμα φυσιολογικής γήρανσης και ότι δεν χρειάζεται να τα αναφέρουν στον γιατρό τους. Άλλες φορές πάλι ντρέπονται να αναφέρουν ζητήματα που αφορούν την ευαίσθητη περιοχή και τη σεξουαλική επαφή. Αυτό είναι μια εσφαλμένη πρακτική. **Οι γυναίκες πρέπει να απευθυνθούν στον γιατρό τους και να μιλήσουν ανοιχτά για τα συμπτώματα της ουρογεννητικής ατροφίας, προκειμένου να τους δοθεί θεραπεία. Σήμερα υπάρχουν πολλών ειδών θεραπείες, τόσο ορμονικές όσο και μη ορμονικές, απολύτως αποτελεσματικές και ασφαλείς, οι οποίες μπορούν να θεραπεύσουν τα συμπτώματα του ουρογεννητικού συνδρόμου και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών.**

2.4 Καρδιαγγειακή νόσος

Αναστασία
Αρμένη,
Νεοκλής
Γεωργόπουλος

Ο όρος καρδιαγγειακή νόσος (ΚΑΝ) περικλείει ένα σύνολο συμβαμάτων (ασθενειών) που αφορούν τη λειτουργία της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων (αρτηρίες, φλέβες, τριχοειδή). Η αθηρωματική ΚΑΝ περιλαμβάνει συγκεκριμένα τη στεφανιαία καρδιακή νόσο (στηθάγχη, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια, αιφνίδιος καρδιακός θάνατος), την αγγειακή εγκεφαλική νόσο (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο), παθήσεις της αορτής, την περιφε-



Τα καρδιαγγειακά συμβάματα αποτελούν την πρώτη αιτία ασθένειας και θανάτου σε γυναίκες ηλικίας άνω των 45 ετών

ρική αρτηριακή νόσο (κλινικά εκφραζόμενη ως διαλείπουσα χωλόπτη συνήθως, δηλαδή πόνος κυρίως στις γάμπες που εμφανίζεται μετά τη βάρδιση μικρής απόστασης και χρειάζεται να σταματήσει το περπάτημα για να υφεθεί), την εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση (σπάνια κατάσταση, εμφανιζόμενη ως πόνος και πρήξιμο σε κάποιο άκρο) και την πνευμονική εμβολή (με τυπική εικόνα τη δυσκολία στην ανάσα και τον πόνο στο θώρακα).

Τα καρδιαγγειακά συμβάματα αποτελούν την πρώτη αιτία ασθένειας και θανάτου σε γυναίκες ηλικίας άνω των 45 ετών ξεπερνώντας τον αριθμό των θανάτων από κακοήθη νεοπλασμάτα, σακχαρώδη διαβήτη και χρόνιες παθήσεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος. Η εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων αυξάνει ραγδαία στις γυναίκες, 10 χρόνια αργότερα σε σχέση με τους άντρες, κατά την περιεμμηνόπαυσιακή περίοδο και η αναλογία των γυναικών με ΚΑΝ στον γενικό πληθυσμό παραμένει σταθερά αυξημένη κατά τη μετεμμηνόπαυση. Η αθηρωμάτωση στις γυναίκες είναι μια διαδικασία που εξελίσσεται αργά κατά τη διάρκεια της ζωής τους και συνήθως εμφανίζεται με πιο άτυπα συμπτώματα (π.χ. δυσκολία στην αναπνοή κατά τις δραστηριότητες, αίσθημα κόπωσης ή δυσφορίας).

Η φυσιολογική παραγωγή οιστρογόνων από τις ωοθήκες στην εμμνό-
παιση μειώνεται δραματικά, με αποτέλεσμα να επιτείνεται η δράση των
φυσιολογικά παραγόμενων ανδρογόνων από τον γυναικείο οργανισμό.
**Παρατηρείται λοιπόν στην εμμηνόπαισιακή γυναίκα μια «σχετική
υπερανδρογοναιμία» και αυτή η διαταραγμένη ισορροπία έχει ως
αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού βάρους με κοιλιακή εναπό-
θεση του λίπους (ανδρογενούς τύπου παχυσαρκία), τη μείωση της
μυϊκής μάζας και τη σημαντική μείωση της κατανάλωσης ενέργειας
(μεταβολισμού) κυρίως προερχόμενης από λιπόλυση. Η μείωση της
λιπόλυσης έχει ως επακόλουθο την αύξηση του συνολικού λίπους του
σώματος και του ποσοστού του σπλαχνικού λίπους, χωρίς να υπάρχει
ταυτόχρονα αύξηση των θερμίδων που προσλαμβάνονται από τη διατροφή.**

Η αύξηση του σπλαχνικού λίπους οδηγεί σε προαγωγή του οξειδωτικού
στρες και έτσι επιδεινώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη και αυξάνει τον
κίνδυνο εμφάνισης προδιαβήτη και διαβήτη τύπου 2. Επιπρόσθετα, οι μετα-
βολές των επιπέδων οιστρογόνων και ανδρογόνων οδηγούν στην αύξηση
της λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας (LDL - «κακή χοληστερίνη») και των
τριγλυκεριδίων και στη μείωση της λιποπρωτεΐνης υψηλής πυκνότητας (HDL
- «καλή χοληστερίνη»).

**Η απώλεια της άμεσης ευεργετικής επίδρασης των οιστρογόνων στα
αγγεία κατά την εμμνόπαιση έχει ως συνέπεια την αθηροσκλήρω-
ση και την αρτηριακή υπέρταση.** Η αιτιολογία της αρτηριακής υπέρτα-
σης στην εμμηνόπαισιακή γυναίκα φαίνεται να είναι πολυπαραγοντική
και σχετίζεται τόσο με το οξειδωτικό στρες όσο και με την αύξηση του
σωματικού βάρους, την αντίσταση στην ινσουλίνη και τη διαταραχή στον
μεταβολισμό της γλυκόζης. Φαίνεται δηλαδή πως τα οιστρογόνα συνει-
σφέρουν στη διατήρηση των φυσιολογικών τιμών αρτηριακής πίεσης σε
προεμμηνόπαισιακές γυναίκες.

Οι παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου είναι πολ-
λαπλοί. Παραδοσιακά, σε αυτούς συγκαταλέγονται η ηλικία και το φύλο:
τα οιστρογόνα φαίνεται να προστατεύουν από τη στεφανιαία νόσο, κα-
θώς μετά την ηλικία των 55 ετών περίπου, ο κίνδυνος εξισώνεται μεταξύ
γυναικών και ανδρών, ενώ σε νεότερη ηλικία είναι μεγαλύτερος για τους
άνδρες. Επιπλέον, στους παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου ΚΑΝ
ανήκουν η παχυσαρκία (η οποία σε εμμηνόπαισιακές γυναίκες είναι

περισσότερο επιβαρυντική λόγω της συντελούμενης μεταβολής της κατανομής του σωματικού λίπους), το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης (ο θάνατος από καρδιαγγειακά νοσήματα αυξάνεται περίπου 2 με 4 φορές σε πάσχοντες από ΣΔ σε σχέση με μη νοσούντες), η δυσλιπιδαιμία (αυξημένη ολική χοληστερόλη, αυξημένη LDL, αυξημένα τριγλυκερίδια και χαμηλή HDL) και η αρτηριακή υπέρταση. Πέραν των παραδοσιακών, περαιτέρω παράγοντες από το γυναικολογικό αναμνηστικό μελετώνται σχετικά με την εμφάνιση, τα κλινικά χαρακτηριστικά και την πρόγνωση της ΚΑΝ αργότερα στη ζωή των γυναικών (πχ. το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, η μικρή ηλικία εμμηνόπαυσης, προβλήματα κατά την κύηση, όπως η προεκλαμψία). **Ειδικά η πρόωρη εμμηνόπαυση (σε ηλικία μικρότερη από 45 έτη) σχετίζεται με μικρότερο διάστημα επιβίωσης και μεγαλύτερο κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.**

Οι γυναίκες πολλές φορές δεν αντιλαμβάνονται ότι η βασική αιτία νοσηρότητας και θανάτων μετά την εμμηνόπαυση είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι περισσότεροι από τους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου, όπως η παχυσαρκία, το κάπνισμα, η υπέρταση, η υψηλή χοληστερίνη και ο διαβήτης, μπορούν να διορθωθούν ή να θεραπευτούν έγκαιρα, εξασφαλίζοντας στη γυναίκα μακροζωία.

2.5 Πρόσληψη βάρους και παχυσαρκία

Σταυρούλα
Πάσχου,
Δημήτριος
Γουλής

Μια από τις πιο αξιοσημείωτες αλλαγές στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση είναι η αύξηση του σωματικού βάρους. Σχετίζεται κυρίως με την αύξηση του ολικού σωματικού λίπους, τη συσσώρευση κεντρικού κοιλιακού λίπους, καθώς και με την απώλεια μυϊκής μάζας και δύναμης. Τα ανωτέρω έχουν ως αποτέλεσμα την εκδήλωση παχυσαρκίας. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) είναι ένας απλός δείκτης βάρους για το ύψος και χρησιμοποιείται συνήθως για τη σχετική κατάταξη των ενηλίκων. Ορίζεται ως το βάρος ενός ατόμου σε χιλιόγραμμα διαιρούμενο με το τετράγωνο του ύψους του σε μέτρα (kg/m^2). Υπέρβαρο χαρακτηρίζεται κάθε άτομο με $\Delta\text{Μ}\Sigma >25 \text{ kg}/\text{m}^2$, ενώ παχύσαρκο με $\Delta\text{Μ}\Sigma >30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

Επιστημονικά δεδομένα έχουν καταδείξει ότι η χειρότερη μορφή παχυσαρκίας είναι η κεντρική, με ενδοκοιλιακή και σπλαχνική εναπόθεση λίπους, για αυτό η περίμετρος μέσης αποτελεί έναν ακόμη σημαντικό δείκτη παχυσαρκίας. Παθολογικές θεωρούνται τιμές >102 εκατοστά στους άνδρες ή >88 εκατοστά στις γυναίκες, στον καυκάσιο πληθυσμό. **Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι η μετάβαση από την προ-στη μετεμμηνόπαυσιακή ζωή σχετίζεται με την αύξηση της περιφέρειας της μέσης και της σχέσης μέσης προς ισχίο. Πράγματι, οι μετεμμηνόπαυ-**

οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες

παρουσιάζουν περίπου

5πλάσιο

κίνδυνο κεντρικής

παχυσαρκίας



σιακές γυναίκες παρουσιάζουν περίπου 5πλάσιο κίνδυνο κεντρικής παχυσαρκίας σε σύγκριση με τις γυναίκες που βρίσκονται πριν από την εμμνόπαυση.

Μια μετα-ανάλυση μελετών, που συμπεριέλαβε πάνω από 12.000 γυναίκες πριν και μετά την εμμνόπαυση, κατέδειξε ότι η μέση περιφέρεια μέσης ήταν κατά 4,12 εκατοστά αυξημένη στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Όσον αφορά τον ΔΜΣ, αποτελέσματα από 15.000 περίπου συμμετέχουσες έδειξαν ότι ήταν επίσης σημαντικά υψηλότερος στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (κατά 0,94 kg/m²). Με τη χρήση λεπτομερών τεχνικών αξιολόγησης της σύστασης του σώματος έχει αποδειχθεί ότι η κύρια παράμετρος που επηρεάζεται είναι το ενδοκοιλιακό λίπος. Όταν μελετήθηκαν γυναίκες κοντά στην ηλικία της εμμνόπαυσης για 4 έτη, διαπιστώθηκε ότι μόνο εκείνες που εισέρχονται στην εμμνόπαυση παρουσιάζουν αυξημένο σπλαχνικό λίπος. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες μετά την εμμνόπαυση εμφάνισαν σημαντική μείωση της ενεργειακής δαπάνης από την οξειδωση του λίπους, χωρίς σημαντικές αλλαγές στην πρόσληψη ενέργειας. Η αύξηση της κοιλιακής παχυσαρκίας που σχετίζεται με την εμμνόπαυση εμφανίζεται κυρίως στην πρώιμη μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο, δηλαδή εντός των πρώτων 5 ετών μετά την τελευταία έμμνο ρύση.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα ποσοστά παχυσαρκίας έχουν σχεδόν τριπλασιαστεί από τη δεκαετία του 1970 ως σήμερα.

Συγκεκριμένα, υπολογίζεται ότι πάνω από 1,9 δισεκατομμύρια ενήλικες (39%) είναι υπέρβαροι, ενώ από αυτούς τα 650 εκατομμύρια είναι παχύσαρκοι (13%). Το πρόβλημα είναι πολύ έντονο στον δυτικό κόσμο και αφορά ιδιαίτερα τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Πράγματι, **περίπου 50% των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών είναι υπέρβαρες, μεταξύ των οποίων 25% είναι παχύσαρκες. Η παχυσαρκία συχνά οδηγεί σε άλλες νοσηρότητες, συχνότερες από τις οποίες είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, η δυσλιπιδαιμία και η υπέρταση. Επιπρόσθετα, αυξάνει τον κίνδυνο για γυναικολογικούς καρκίνους, καρδιαγγειακή νόσο, φλεβοθρόμβωση, οστεοαρθρίτιδα και άλλα μυοσκελετικά προβλήματα.**

2.6 Οστεοπόρωση

Αρετή
Αυγουλέα

Η οστεοπόρωση σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), ορίζεται ως ελαττωμένη οστική μάζα η οποία συνοδεύεται από διαταραχή της αρχιτεκτονικής του οστού, με αποτέλεσμα να μειώνεται η αντοχή του σκελετού και να προκύπτουν κατάγματα μετά από ελάχιστο τραυματισμό, όπως π.χ. όταν γλιστράμε και πέφτουμε στο έδαφος. Τα οστεοπορωτικά κατάγματα εμφανίζονται κυρίως σε 3 σημεία: 1) στη σπονδυλική στήλη, όπου πολλές φορές δεν δίνουν συμπτώματα αλλά διαγιγνώσκονται λόγω απώλειας ύψους, 2) στο ισχίο (οστά της λεκάνης) και 3) στον καρπό, συνήθως μετά από πτώση στο έδαφος, επειδή χρησιμοποιούμε το χέρι μας για να στηριχτούμε. **Μία στις δύο γυναίκες και ένας στους τέσσερις άνδρες πάνω από την ηλικία των πενήντα ετών μπορεί να εμφανίσει οστεοπορωτικό κάταγμα. Τα οστεοπορωτικά κατάγματα οδηγούν σε νοσηρότητα και μείωση της ποιότητας της ζωής, ενώ σε μεγαλύτερα άτομα μπορεί να είναι και αιτία θανάτου.**

Οι κύριοι παράγοντες που καθορίζουν τον κίνδυνο οστεοπόρωσης στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση είναι δύο:

- 1) η κορυφαία οστική μάζα που απέκτησε η γυναίκα στη νεαρή ενήλικη ζωή της, δηλαδή τα «εφόδια» του σκελετού με τα οποία εισέρχεται στην εμμηνόπαυση
- 2) η ταχεία απώλεια οστικής μάζας λόγω της απουσίας της προστατευτικής δράσης των οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση

Η κορυφαία οστική μάζα, η μεγαλύτερη δηλαδή οστική πυκνότητα που μπορεί να φτάσει ο σκελετός μας, παρατηρείται συνήθως στη νεαρή ενήλικη ζωή, γύρω στα 20-25 χρόνια. Από εκεί και μετά, παραμένει για ένα

διάστημα σταθερή και μετά αρχίζει να ελαττώνεται και στα δύο φύλα. Η επίτευξη της κορυφαίας οστικής πυκνότητας στη διάρκεια της ζωής καθορίζεται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται ο τρόπος ζωής, η διατροφή, η άσκηση, το αλκοόλ, το κάπνισμα και οι ορμονικές επιδράσεις. Οι γυναίκες επιτυγχάνουν μικρότερη οστική πυκνότητα σε σχέση με τους άνδρες. Παρόλο που η σκελετική υγεία γενικότερα εξαρτάται από τη γενετική προδιάθεση του κάθε ατόμου, είναι γεγονός ότι μπορεί να μεταβάλλεται και από τον τρόπο ζωής του κάθε ατόμου, όπως για παράδειγμα τη διατροφή, την άσκηση και τις τοξικές για τα οστά ουσίες. Για τον λόγο αυτόν, οι έφηβοι πρέπει να παροτρύνονται να σιπίζονται με τροφές πλούσιες σε ασβέστιο, να αθλούνται κυρίως σε εξωτερικό χώρο για να εξασφαλίζουν καλά επίπεδα βιταμίνης D, και να μην καπνίζουν.

Η απώλεια των οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση οδηγεί σε ταχεία οστική απώλεια, πολύ μεγαλύτερη από αυτή που συμβαίνει λόγω της παρόδου της ηλικίας. Αυτή η αύξηση της οστικής απώλειας είναι συνήθως πιο έντονη τα 5-10 πρώτα χρόνια μετά την εμμηνόπαυση και μετά σταθεροποιείται σε μικρότερο ρυθμό. Η λευκή φυλή φαίνεται να είναι περισσότερο επιρρεπής στην οστεοπόρωση, σε σχέση με τη μαύρη και τις ασιατικές φυλές.

Η πιο αξιόπιστη μέθοδος μέτρησης της οστικής πυκνότητας είναι αυτή με τη χρήση δέσμης φωτονίων διπλής ενέργειας (dual energy X-ray absorptiometry, DEXA).

Η διάγνωση της οστεοπόρωσης τίθεται όταν η τιμή του T-score (ένας αριθμός που μας δείχνει το πόσο απέχει η μέτρησή μας από τον μέσο όρο της κορυφαίας οστικής πυκνότητας των γυναικών νεαρής ηλικίας), πέφτει κάτω από -2,5. Εάν η τιμή είναι μεταξύ -1,0 και -2,5 τότε η διάγνωση είναι οστεοπενία. Τιμές μεγαλύτερες από -1,0 είναι φυσιολογικές. Η μέθοδος DEXA επιτρέπει την εκτίμηση της οστικής μάζας σε σημεία τόσο του κεντρικού (σπονδυλική στήλη) όσο και του περιφερικού σκελετού (στο ισχίο και στον πήχη). **Η σπονδυλική στήλη είναι το σημείο το οποίο κυρίως επηρεάζεται από την έλλειψη των οιστρογόνων και για τον λόγο αυτόν, είναι η πρώτη επιλογή μέτρησης για τις γυναίκες που εισέρχονται στην εμμηνόπαυση. Η μέτρηση οστικής πυκνότητας στο ισχίο είναι ο καλύτερος δείκτης του κινδύνου κατάγματος του ισχίου, οπότε είναι η πρώτη μας επιλογή σε μεγαλύτερες γυναίκες, συνήθως άνω των 60-65 ετών.**

Ο Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) συνιστά να γίνεται έλεγχος της οστικής πυκνότητας: σε όλες τις γυναίκες άνω των 65 ετών ή σε μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες μικρότερες των 65 ετών αλλά με κάποιον παράγοντα κινδύνου για κάταγμα, και σε όλες τις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες με ιστορικό κατάγματος.

Μόνο ο έλεγχος της οστικής πυκνότητας δεν επαρκεί για την πρόληψη των καταγμάτων στις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Κατάγματα ευθραυστότητας συμβαίνουν μέχρι και στο 50% των γυναικών με οστεοπενία, οι οποίες αποτελούν έναν πολύ μεγαλύτερο πληθυσμό, σε σύγκριση με τις γυναίκες που πάσχουν από οστεοπόρωση, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μετρήσεων οστικής πυκνότητας. Για τον λόγο αυτόν έχει μεγάλη σημασία η κλινική εκτίμηση των γυναικών που εισέρχονται στην εμμνόπαυση, έτσι ώστε να εντοπιστούν παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν τον κίνδυνο για κάταγμα.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΥΞΑΝΟΥΝ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ, ΕΚΤΟΣ ΤΗΣ ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ

- 1 Ιστορικό κατάγματος στο παρελθόν
- 2 Οικογενειακό ιστορικό κατάγματος, κυρίως σε συγγενείς 1ου βαθμού, δηλαδή σε γονείς και αδέρφια
- 3 Πολύ χαμηλό σωματικό βάρος
- 4 Κάπνισμα
- 5 Κατάχρηση αλκοόλ
- 6 Καθιστική ζωή και έλλειψη σωματικής άσκησης
- 7 Λήψη φαρμάκων που επηρεάζουν την αντοχή των οστών (π.χ. κορτιζόνη)
- 8 Ατομικό ιστορικό νοσημάτων που επηρεάζουν την αντοχή των οστών (λ.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα)

Στο διαδίκτυο υπάρχουν αλγόριθμοι για τον υπολογισμό του κινδύνου κατάγματος, οι οποίοι ενσωματώνουν πολλούς παράγοντες κινδύνου για κάταγμα. Ο αλγόριθμος FRAX είναι ο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενος στην κλινική πράξη και έχει προσαρμοστεί και για

τα ελληνικά δεδομένα. Αυτός ο ηλεκτρονικός αλγόριθμος μπορεί να εκτιμήσει τη 10ετή πιθανότητα ενός μείζονος οστεοπορωτικού κατάγματος (κλινική ένδειξη κατάγματος στον αυχένα του μπριαίου, τη σπονδυλική στήλη, ή τον καρπό), όπως επίσης και τη 10ετή πιθανότητα κατάγματος ισχίου σε άνδρες και γυναίκες ενσωματώνοντας παράγοντες κινδύνου όπως την ηλικία, το φύλο, το βάρος, την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, το ατομικό ιστορικό κατάγματος ευθραυστότητας, το οικογενειακό ιστορικό κατάγματος ισχίου, τη μακροχρόνια χρήση κορτιζόνης σε οποιοδήποτε χρόνο στο παρελθόν, τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, όπως επίσης και οποιοδήποτε άλλο νόσημα που προκαλεί οστεοπόρωση. Αν είναι διαθέσιμες οι μετρήσεις οστικής πυκνότητας του ισχίου, μπορούν να ενσωματωθούν για να αυξήσουν την ακρίβεια στην εκτίμηση του καταγματικού κινδύνου.

Οι συνέπειες της μετεμμνοπαυσιακής οστεοπόρωσης είναι τόσο σωματικές, όσο και ψυχικές και οικονομικές, επιβαρύνοντας σημαντικά την ασθενή. Ένα ενδεχόμενο κάταγμα σημαίνει συνήθως παύση δραστηριοτήτων για αρκετούς μήνες. Είναι λοιπόν πρωταρχικής σημασίας η αναγνώριση των γυναικών αυτών στην εμμνόπαυση οι οποίες είναι υψηλού κινδύνου για κάταγμα, και ιδίως στα πρώτα χρόνια της εμμνόπαυσης, όταν μπορούν να ωφεληθούν περισσότερο από μια έγκαιρη παρέμβαση με στόχο τη διατήρηση ή την αύξηση της οστικής πυκνότητας, ελαττώνοντας έτσι τον κίνδυνο για μελλοντικό κάταγμα. Με ή χωρίς φαρμακευτική θεραπεία οστεοπόρωσης, όλες οι γυναίκες μπορούν να ωφεληθούν από παρεμβάσεις που αφορούν στον τρόπο ζωής, όπως η ισορροπημένη διατροφή με επαρκή λήψη ασβεστίου και βιταμίνης D, η συστηματική άσκηση, τα προληπτικά μέτρα για να αποφεύγονται οι πτώσεις, η αποφυγή του καπνίσματος και η ελάττωση της κατανάλωσης αλκοόλ.

2.7 Σαρκοπενία

Νικόλαος
Τσόλτος

Ο όρος σαρκοπενία δόθηκε από τον Irwin Rosenberg το 1989 και αναφέρεται σε απώλεια μυϊκής μάζας και λειτουργικότητας λόγω αύξησης της ηλικίας. Μεταξύ των 20 και 80 ετών, η μείωση στο μέγεθος και τον αριθμό των μυϊκών κυττάρων (ινών) προκαλεί απώλεια της μυϊκής μάζας κατά 30% μαζί με πώση κατά 20% στη διάμετρο του μηρού. Επακόλουθο της μείωσης της μυϊκής μάζας είναι η μείωση της μυϊκής ισχύος, κυρίως στα κάτω άκρα. Ανεξάρτητα όμως από τη μείωση της μυϊκής μάζας, φαίνεται ότι με την πάροδο της ηλικίας οι μύες σταματούν να αποδίδουν όπως παλιότερα, συντελώντας στη μείωση της μυϊκής ισχύος. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ομάδα Εργασίας για τη Σαρκοπενία στους Ηλικιωμένους (EWGSOP), η σαρκοπενία είναι μια προοδευτική μυοσκελετική δυσλειτουργία που αυξάνει

την πιθανότητα για **δυσμενή αποτελέσματα όπως πτώσεις, κατάγματα, σωματική ανικανότητα και θνησιμότητα.**

Εκτός της ηλικίας, πολλοί παράγοντες εμπλέκονται στην εγκατάσταση της σαρκοπενίας. Η παχυσαρκία είναι ένας βασικός παράγοντας κινδύνου σαρκοπενίας. Σε καταστάσεις παχυσαρκίας, η αύξηση του λίπους μέσα στους μυς μειώνει τη μυϊκή λειτουργικότητα. Πολλές φορές, στις παχύσαρκες γυναίκες συναντάμε τη «σαρκοπενική παχυσαρκία», δηλαδή αυξάνεται υπέρμετρα το λίπος στο σώμα με αποτέλεσμα να ατροφούν οι μύες. Όσον αφορά στις μετεμμηνοπauσιακές γυναίκες, τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο σαρκοπενίας. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η ακινησία, είτε λόγω καθιστικής ζωής είτε λόγω ασθένειας που σχετίζεται με την ακινησία, η ανεπαρκής θερμιδική πρόσληψη ή ο υποσιτισμός. Τέλος, η πτώση των οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση συντελεί στην ανάπτυξη σαρκοπενίας.

Η σαρκοπενία είναι εύκολο να εκτιμηθεί στην κλινική πράξη και πρέπει πάντα να ανιχνεύεται στην κλινική εξέταση της μετεμμηνοπauσιακής γυναίκας. Η επικρατέστερη δοκιμασία για να ανιχνεύσουμε τη σαρκοπενία είναι το τεστ βαδίσματος. Ορίζουμε μια απόσταση 4 μέτρων και ζητάμε από τον δοκιμαζόμενο να περπατήσει με τον συνήθη ρυθμό καθώς τον χρονομετρούμε. Το τεστ περιλαμβάνει την εκτίμηση του βαδίσματος, την ισορροπία, τη μετάβαση από την καθιστή στην όρθια θέση, και την εκτίμηση σε συνδυασμό ασκήσεων όπου ο δοκιμαζόμενος σηκώνεται από μια καρέκλα, περπατάει 3 μέτρα, επιστρέφει, και ξανακάθεται.

2.8 Γνωσική λειτουργία και διαταραχές

Αναστασία
Παλαιολόγου

Κατά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση, κάποιες γυναίκες αναφέρουν διαταραχές των γνωστικών τους λειτουργιών. Από κλινικά δεδομένα φαίνεται πως η μετάβαση στην εμμηνόπαυση, ιδιαίτερα εάν συνοδεύεται από εμμηνόπauσιακά συμπτώματα, επιβραδύνει το μαθησιακό αποτέλεσμα και επιδρά δυσμενώς στη μνήμη, στην ικανότητα εστίασης της προσοχής και στην ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών. **Οι γυναίκες που μεταβαίνουν στην εμμηνόπαυση συχνά αναφέρουν δυσκολία συγκέντρωσης («πνευματική ομίχλη», «mental fog»), δυσκολία στην εκτέλεση πολλαπλών δραστηριοτήτων ταυτόχρονα και δυσκολία ανάκλησης λέξεων και ονομάτων.** Φαίνεται ότι η πτώση των οιστρογόνων που λαμβάνει χώρα κατά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση δίνει έναυσμα σε μια σειρά μεταβολών στη διάθεση, στη συμπεριφορά, καθώς και στις γνωστικές λειτουργίες της γυναίκας, εκτός από τις αλλαγές που

επέρχονται ούτως ή άλλως λόγω γήρανσης. Σε περιπτώσεις χειρουργικής εμμηνόπαυσης, όπου υπάρχει απότομη πτώση των οιστρογόνων, τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι πιο έντονα. Η χρήση θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης στις γυναίκες, κατά τις πρώιμες φάσεις της μετάβασης στην εμμηνόπαυση, δείχνει να προλαμβάνει ή έστω να καθυστερεί τόσο την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, όσο και την εμφάνιση της νόσου Alzheimer. Αντίθετα, δεν φαίνεται να έχει θεραπευτική αξία μετά την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης.

Εκτός από τη γήρανση και την εμμηνόπαυση, **παράγοντες που επηρεάζουν τις γνωστικές επιδόσεις στις γυναίκες μέσης ηλικίας είναι η ποιότητα του ύπνου, η παρουσία συναισθηματικών διαταραχών, το άγχος, το ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης και η παχυσαρκία.**

2.9 Δέρμα και μαλλιά

Μαρίτα
Κοσμαδάκη,
Ηλέκτρα
Νικολαΐδου

Η εμμηνόπαυση είναι η μόνιμη διακοπή της έμμηνης ρύσης. Σε φυσιολογικές συνθήκες οφείλεται στο ότι μειώνεται πολύ η παραγωγή οιστρογόνων από τις ωοθήκες. Συνήθως προηγείται μια περίοδος (2-8 ετών) περιεμμηνόπαυσης, οπότε και αρχίζουν τα συμπτώματα που σχετίζονται με τις διακυμάνσεις των γυναικείων ορμονών. Η μέση ηλικία εμφάνισης της εμμηνόπαυσης είναι τα 51 έτη. Με την αύξηση του μέσου όρου ζωής, οι γυναίκες περνούν το 30-40 % της ζωής τους σε αυτή την περίοδο.

Εκτός από τις εξάψεις, οι οποίες είναι το πιο συχνό σύμπτωμα στην εμμηνόπαυση που κάνει τις γυναίκες να αναζητούν βοήθεια, τα άλλα συμπτώματα στο δέρμα και τα μαλλιά χαρακτηρίζονται από μια σταδιακή και αργή επιδείνωση, με αποτέλεσμα συχνά οι γυναίκες να καθυστερούν να τα αναγνωρίσουν.

Η εμμηνόπαυση συνδέεται με ξηρότητα στο δέρμα και κνησμό, λέπτυνση του δέρματος και ατροφία, ρυτίδες, χαλάρωση, κακή επούλωση των πληγών και ελαττωμένη αγγείωση. Σε ό,τι αφορά την τριχοφυΐα, παρατηρείται λέπτυνση και αραίωση των μαλλιών, ενώ στο πρόσωπο κάποιες φορές εμφανίζεται υπερτρίχωση.

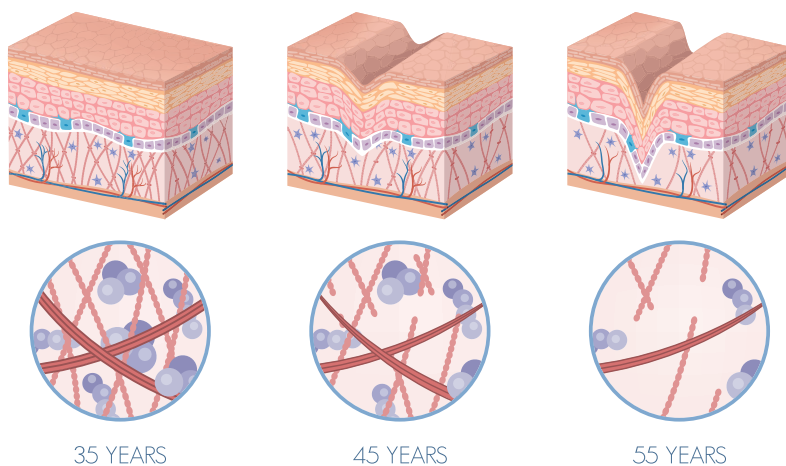
Πώς δρουν τα οιστρογόνα στο δέρμα;

Τα οιστρογόνα έχουν σημαντική δράση στο δέρμα. Αυτό συμβαίνει γιατί κύτταρα σε όλες τις στιβάδες του δέρματος έχουν άφθονους υποδοχείς για την ορμόνη αυτή. Τα κύτταρα της επιδερμίδας, τα κερατινοκύτταρα, με την επίδραση των οιστρογόνων πολλαπλασιάζονται ταχύτερα και έτσι παρατηρείται γρήγορη επούλωση / ανάπλαση του δέρματος και καλός

δερματικός φραγμός. Στο χόριο, κάτω από την επιδερμίδα, βρίσκονται οι ινοβλάστες, τα κύτταρα που παράγουν κολλαγόνο και υαλουρονικό οξύ, καθώς και άλλες πρωτεΐνες που συμβάλλουν στη στήριξη και τη σφριγηλότητα του δέρματος. Όταν διεγείρονται από οιστρογόνα, οι ινοβλάστες γίνονται πιο δραστήριοι μεταβολικά και αυξάνεται ο ρυθμός παραγωγής των ουσιών που παράγουν. Υποδοχείς για τις ορμόνες του φύλου έχουν οι σμηγματογόνοι αδένες, που παράγουν λιπίδια όπως το σμήγμα, καθώς και τα τριχοθυλάκια, μέσα στα οποία αναπτύσσονται οι τρίχες.

Πώς επηρεάζει η εμμηνόπαυση το δέρμα;

Η ανεπάρκεια των οιστρογόνων στην εμμηνόπαυση οδηγεί σε μείωση του ρυθμού πολλαπλασιασμού των κερατινοκυττάρων. Ως αποτέλεσμα, το δέρμα γίνεται πιο λεπτό. Επίσης, ελαττώνεται η παραγωγή σμήγματος και το δέρμα γίνεται πιο ξηρό. Ο φραγμός που δημιουργεί το δέρμα ανάμεσα στο εξωτερικό περιβάλλον και το σώμα μας διαταράσσεται και είναι πιο εύκολο να εμφανιστούν κνησμοί, ερεθισμοί, κακή επούλωση των πληγών.



35 YEARS

45 YEARS

55 YEARS

Αμέσως μετά την εμμηνόπαυση, τα επίπεδα κολλαγόνου του δέρματος μειώνονται γρήγορα, με μείωση του κολλαγόνου κατά περίπου 30% στα πέντε πρώτα χρόνια μετά την εμμηνόπαυση. Στη συνέχεια,

η μείωση επιβραδύνεται στο 2% ετησίως για τα επόμενα 15 χρόνια. Ακόμη, ελαττώνονται οι ίνες ελαστίνης (πρωτεΐνη που δίνει στο δέρμα μας ελαστικότητα) και οι γλυκοζαμινογλυκάνες, όπως το υαλουρονικό οξύ. Παρατηρούνται έτσι αλλαγές στη δομή του δέρματος με ατροφία (λεπτό δέρμα), απώλεια τόνου, ρυτίδες και χαλάρωση.

Οι μαύρες κηλίδες (ηλιακές φακές), που εμφανίζονται κυρίως στο πρόσωπο και τα χέρια, είναι κοινές σε μεγαλύτερες ηλικιακά γυναίκες στην εμμηνόπαυση, αλλά προκαλούνται σχεδόν αποκλειστικά από τη μακροχρόνια έκθεση στον ήλιο και δεν σχετίζονται με την ελάττωση των οιστρογόνων. Σε αντίθεση με τα οιστρογόνα που μειώνονται γρήγορα, η έκκριση ανδρογόνων (που επίσης παράγουν οι γυναίκες) μειώνεται σταδιακά με την εμμηνόπαυση και τη γήρανση. Τα ανδρογόνα παίζουν ρόλο στη ρύθμιση της παραγωγής σμήγματος. Η σχετική αύξηση των ανδρογόνων κατά την εμμηνόπαυση (επειδή ελαττώνονται ταχύτερα τα οιστρογόνα και αλλάζει η μεταξύ τους ισορροπία) έχει ως αποτέλεσμα την (παροδική) εμφάνιση λιπαρότητας ή ακμής στην περιεμμηνόπαυση ή τα πρώτα χρόνια της εμμηνόπαυσης.

Πώς επηρεάζει η εμμηνόπαυση το δέρμα της ευαίσθητης περιοχής;

Η μείωση των οιστρογόνων προκαλεί ατροφία τόσο του δέρματος όσο και του βλεννογόνου της ευαίσθητης περιοχής. Το αποτέλεσμα είναι ο κνησμός, η λέπτυνση των μικρών χειλέων του αιδοίου, οι εύκολοι μικροτραυματισμοί που αργούν να επουλωθούν και η δυσπαρευνία (πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή).

Πώς επηρεάζει η εμμηνόπαυση τα μαλλιά;

Αξιοσημείωτες μειώσεις στην πυκνότητα των μαλλιών, τη διάμετρο και τον αριθμό των τριχών, καθώς και η υπερτρίχωση σε περιοχές του προσώπου, είναι συχνά από τα πρώτα εμφανή συμπτώματα στην περιεμμηνόπαυση.

Αυτά συμβαίνουν γιατί τα οιστρογόνα μπορούν να αλλάξουν σημαντικά την ανάπτυξη και τον κύκλο ζωής της τρίχας. Παρατείνουν τον κύκλο ζωής της τρίχας και αυξάνουν τη σύνθεση αυξητικών παραγόντων που διεγείρουν τον πολλαπλασιασμό των τριχοθυλακίων, κάτι που εξηγεί την αύξηση της τριχόπτωσης και τη μείωση του όγκου των μαλλιών που παρατηρούνται κατά την εμμηνόπαυση, όταν τα οιστρογόνα μειώνονται.

Γνωρίζουμε, επίσης, ότι τα ανδρογόνα προκαλούν συρρίκνωση των τριχοθυλακίων στο κεφάλι, γεγονός που οδηγεί σε απώλεια μαλλιών. Ο σχετικός περιφερικός υπερανδρογονισμός (η ανισορροπία ανδρογόνων και οιστρογόνων που αναφέρθηκε παραπάνω) μπορεί να παίζει ρόλο στην ανάπτυξη των τριχών στο πρόσωπο και την τριχόπτωση στα μαλλιά.



Βελτιώνει η θεραπεία υποκατάστασης το δέρμα και τα μαλλιά;

Η ορμονική θεραπεία υποκατάστασης που μπορεί να λαμβάνουν οι γυναίκες για ανακούφιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης δεν συνιστάται ποτέ αποκλειστικά και μόνο για τα οφέλη που προσφέρει στο δέρμα και τα μαλλιά. **Με αυτή βελτιώνονται η υφή της επιφάνειας του δέρματος, η ενυδάτωση, και η περιεκτικότητα του δέρματος σε κολλαγόνο.** Μια τυχαίοποιημένη μελέτη ελεγμένη με εικονικό φάρμακο σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με λήψη οιστρογόνων από το στόμα για 12 μήνες έδειξε ότι η αγωγή αύξησε το πάχος του δέρματος κατά 30%. Ομοίως, σε μια άλλη μελέτη 6 μηνών, αυξήθηκε το κολλαγόνο του δέρματος κατά 6,5%.

Τα αποτελέσματα για τη δράση της ορμονικής θεραπείας στις ρυτίδες είναι λιγότερο σαφή. Έχουν περιγραφεί βελτιώσεις στην ελαστικότητα του δέρματος και στο μέγεθος των ρυτίδων μετά από 5 χρόνια αγωγής, όμως άλλες μελέτες δεν έδειξαν σημαντική βελτίωση στις ρυτίδες με την ορμονική υποκατάσταση. Ίσως η βελτίωση στις ρυτίδες με ορμονική υποκατάσταση να συμβαίνει μόνο σε μη φωτογηρασμένο δέρμα, υπογραμμίζοντας τη σημασία της φωτοπροστασίας. Μια μελέτη σε 40 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (μέση ηλικία 75 ετών) που λάμβαναν τοπική οιστραδιόλη ή κρέμα-έκδοχο χωρίς τη δραστική ουσία έδειξε ότι κυρίως το δέρμα που προστατεύεται από τον ήλιο στο ισχίο, αλλά όχι το φωτογηρασμένο δέρμα του αντιβραχίου ή του προσώπου, ωφελούνταν από τα οιστρογόνα.

Μελέτες με επιλεκτικούς τροποποιητές των οιστρογονικών υποδοχέων φαίνεται επίσης ότι αυξάνουν τη βιοσύνθεση κολλαγόνου στους ινοβλάστες του ανθρώπινου δέρματος. Τέλος, κάποιες μελέτες προτείνουν ότι υπάρχουν οφέλη από τη χρήση βιομοειδών (βιοπανομοιότυπη ορμονοθεραπεία) στα δερματικά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, όμως δεν υπάρχουν μεγάλες, καλά ελεγμένες μελέτες ασφάλειας και αποτελεσματικότητας για τις ουσίες αυτές.

Φάρμακα με τοπικά οιστρογόνα (κρέμες) μπορεί να βελτιώσουν το δέρμα, όμως ομοίως δεν χρησιμοποιούνται στην αντιγήρανση λόγω ερωτηματικών για την απορρόφηση και τη μακρόχρονη ασφάλειά τους. Δεν υπάρχουν δεδομένα σχετικά με την επίδραση της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης στις παθήσεις των μαλλιών και στην παραγωγή σμήγματος κατά την εμμνόπαυση.

Πώς πρέπει να φροντίζω το δέρμα μου στην εμμνόπαυση;

Δερμοκαλλυντικά μπορούν να εφαρμόζονται καθημερινά στο σπίτι και ανακουφίζουν σε σημαντικό βαθμό τα συμπτώματα της εμμνόπαυσης. Με την πλούσια ενυδάτωση και την αναπλήρωση των λιπιδίων βελτιώνεται η ξηροδερμία. Χρήσιμες είναι οι ουσίες που προκαλούν διέγερση της παραγωγής κολλαγόνου από τους ινοβλάστες, για παράδειγμα τα τοπικά ρετινοειδή. Το προξυμάνιο έχει φανεί ότι αυξάνει τη σύνθεση βλεννοπολυσακχαριτών στο δέρμα των γυναικών σε εμμνόπαυση. Επίσης σημαντικά είναι τα αντιοξειδωτικά σε υψηλές συγκεντρώσεις (για παράδειγμα βιταμίνη C, φερουλικό οξύ) τα οποία σε έναν βαθμό εξουδετερώνουν τις οξειδωτικές βλάβες που αθροίζονται στο δέρμα με την πάροδο του χρόνου. Κρέμες που περιέχουν φυτοοιστρογόνα συζητούνται για εφαρμογή σε εμμνοπαυσιακές γυναίκες, όμως χρειάζονται καλά σχεδιασμένες μελέτες ώστε να αξιολογηθούν η αποτελεσματικότητα και η ασφάλειά τους.

Η καθημερινή φωτοπροστασία (ανηλιακό, καπέλο, ρούχα, γυαλιά ηλίου, αναζήτηση σκιάς) για την πρόληψη της φωτογήρανσης και των προ-κακοήθων και κακοήθων βλαβών του δέρματος (μελάνωμα, μη μελανωματικός καρκίνος του δέρματος) παραμένει σημαντική και στην εμμνόπαυση.

Η ευαίσθητη περιοχή χρειάζεται, επίσης, εξειδικευμένη φροντίδα. Το πλύσιμο με ειδικά προϊόντα και οι αναπλαστικές κρέμες ανακουφίζουν από την ξηρότητα και τον κνησμό. Σε επιμονή του κνησμού, χρειάζεται εξέταση από δερματολόγο για τη διάγνωση και αντιμετώπιση δερματοπαθειών που συνοδεύονται από έντονο κνησμό, όπως ο σκληροατροφικός λειχήνας ή η δερματίτιδα. Σήμερα υπάρχουν λύσεις για πολλά προβλήματα του δέρματος της ευαίσθητης περιοχής και οι γυναίκες δεν πρέπει να αναβάλλουν την επίσκεψη στον ειδικό ιατρό από ντροπή ή αμηχανία.

3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

3.1 Εργαστηριακές δοκιμασίες

Παναγιώτα Χατζηβασιλείου, Στέφανος Στεργιάτης, Λωραίνα Κοντού

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που ζητούνται κατά τη μετάβαση στην εμμνόπαυση χρησιμεύουν στην επιβεβαίωση της διάγνωσης καθώς και στον αποκλεισμό άλλων παθολογικών καταστάσεων με παρόμοια συμπτωματολογία και περιλαμβάνουν γενικές αιματολογικές και ορμονολογικές εξετάσεις. Πιο συγκεκριμένα:

Γενική εξέταση αίματος

Σε αυτή περιλαμβάνονται ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων (WBC) και ο τύπος αυτών, ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων (RBC), ο αιματοκρίτης (Hct), η αιμοσφαιρίνη των ερυθροκυττάρων (Hb), οι ερυθροκυτταρικοί δείκτες (MCV, MCH, MCHC) και ο αριθμός των αιμοπεταλίων (PLT). Από μελέτες έχει βρεθεί ότι κατά την εμμνόπαυση ο συνολικός αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων, όπως και η αναλογία των ουδετεροφίλων είναι χαμηλότερα από το συνηθισμένο, ωστόσο το σχετικό ποσοστό των λεμφοκυττάρων είναι υψηλότερο σε σχέση με αυτό των γυναικών κατά την περιεμμνοπαυσιακή περίοδο. Ο αριθμός των λεμφοκυττάρων βρέθηκε να συσχετίζεται με τις τιμές της οιστραδιόλης και της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH). Τα λεμφοκύτταρα και τα ουδετερόφιλα είναι βασικοί μεσολαβητές διαφόρων φλεγμονωδών οδών. Η χρόνια χαμηλού βαθμού φλεγμονή μπορεί να κλιμακωθεί με τη γήρανση, ανοίγοντας τον δρόμο για μια πληθώρα χρόνιων ασθενειών. Επιπλέον, η χαμηλή συγκέντρωση των οιστρογόνων στις μετεμμνοπαυσιακές γυναίκες θεωρείται υπεύθυνη για τον μειωμένο αριθμό και δραστηριότητα των αιμοπεταλίων, που συχνά εντοπίζουμε. Τα αιμοπετάλια παίζουν βασικό ρόλο στη θρόμβωση και ως εκ τούτου είναι σημαντικοί μεσολαβητές στην αιμόσταση του ενδομητρίου μετά από κάθε έμμηνο ρύση. Οι γυναίκες στην εμμνόπαυση έχουν υψηλότερο αριθμό ερυθρών αιμοσφαιρίων, αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης των ερυθροκυττάρων. Μια μελέτη έδειξε προοδευτική αύξηση της αιμοσφαιρίνης από την ηλικία των 40 έως 65 χρόνων, που αποδόθηκε αφενός στις ορμονικές μεταβολές και αφετέρου στην παύση της εμμήνου ρύσεως και ως εκ τούτου της απώλειας σιδήρου. Από τα παραπάνω ευρήματα πιθανώς να προκύψουν νέα δεδομένα σχετικά με την



επίδραση των ορμονικών αλλαγών κατά την εμμνόπαυση, βοηθώντας στη βελτίωση της υγείας των μεσπλικών γυναικών.

Σάκχαρο και γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη

Τα επίπεδα του σακχάρου αίματος μπορεί να επηρεαστούν κατά την εμμνόπαυση. Η αύξηση της ηλικίας μπορεί να είναι μία αιτία αλλά κυρίως ευθύνονται οι ορμονικές αλλαγές. Ιδιαίτερα, η μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων σχετίζεται με αυξημένη αντίσταση του οργανισμού στην ινσουλίνη, οδηγώντας συχνά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Επιπλέον, οι ορμονικές μεταβολές συμβάλλουν στην εναπόθεση λιπώδους ιστού στην περιοχή γύρω από την κοιλιά (παχυσαρκία κεντρικού τύπου) ο οποίος, μέσω της παραγωγής από τον λιπώδη ιστό της δεσμεύουσας-τη-ρετινόλη πρωτεΐνης 4, ευνοεί την αντίσταση στην ινσουλίνη και την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη. Επιπλέον, οι γυναίκες με διαβήτη μπορεί να παρατηρούν διακυμάνσεις του σακχάρου τους μεγαλύτερες από ό,τι πριν την εμμνόπαυση. **Για τον λόγο αυτόν είναι πολύ σημαντικό να μετριοούνται το σάκχαρο νηστείας αλλά και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) ως δείκτης των επιπέδων του σακχάρου στον οργανισμό κατά τις τελευταίες 8-12 εβδομάδες.**



Τα επίπεδα του σακχάρου αίματος και της χοληστερίνης μπορεί να επηρεαστούν κατά την εμμηνόπαυση.



Ουρία - Κρεατινίνη

Με τις δύο αυτές παραμέτρους ελέγχεται η νεφρική λειτουργία. Μελέτες δείχνουν ότι εκτός από την ηλικία, η πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων και της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) καθώς και η αύξηση της δεσμευτικής σφαιρίνης των φυλετικών ορμονών (SHBG) δρουν επιβλαβή στην λειτουργία των νεφρών στις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες.

Λιπίδια αίματος

Κατά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση, το λιπιδαιμικό προφίλ αλλάζει. Η ολική χοληστερόλη, η χοληστερόλη χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών-LDL και τα τριγλυκερίδια συνήθως εμφανίζουν αυξημένες τιμές, ενώ η χοληστερόλη υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών-HDL βρίσκεται χαμηλότερη. Αυτό αυξάνει την πιθανότητα αθηρωμάτωσης και ως εκ τούτου, τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Ασβέστιο

Τα οστά συνεχώς αναπλάθονται. Το παλιό οστό αποδομείται και δημιουργείται ένα νέο με τη βοήθεια κυττάρων που ονομάζονται οστεοβλάστες (δημιουργούν το νέο οστό) και οστεοκλάστες (αποδομούν το παλιό). Στους νέους ανθρώπους και ιδιαίτερα κατά την αναπαραγωγική

ηλικία, η οστεοβλαστική δραστηριότητα είναι μεγαλύτερη, καθώς τα οιστρογόνα συμβάλλουν στην καλύτερη απορρόφηση του ασβεστίου από τα οστά και στην αύξηση της δράσης των οστεοβλαστών. Βοηθούν στην αργή απορρόφηση του παλαιού οστού ενώ ταυτόχρονα επιτρέπουν τη γρήγορη κατασκευή του νέου. Με τη μείωση των οιστρογόνων κατά την εμμηνόπαυση, μειώνεται η απορρόφηση του ασβεστίου από τα οστά και αυξάνεται η οστεοκλαστική δραστηριότητα. Έτσι, η απώλεια της οστικής μάζας επιταχύνεται και προκαλεί αρχικά την εμφάνιση οστεοπενίας και μετέπειτα οστεοπόρωσης. Γι' αυτό είναι σημαντική η προφύλαξη των οστών μέσω της σωστής πρόσληψης ασβεστίου, τηρώντας μια ισορροπημένη διατροφή με γαλακτοκομικά προϊόντα πλούσια σε ασβέστιο. Η σωστή διατροφή και η πρόσληψη ασβεστίου από τη νεαρή ηλικία μειώνουν τον κίνδυνο οστεοπόρωσης και απαλλάσσουν τις γυναίκες από κατάγματα και πόνους στη μέση κατά την εμμηνόπαυση. Η συνιστώμενη πρόσληψη ασβεστίου για ενήλικες μέχρι 50 ετών είναι 1000 mg ημερησίως. Εξαιρούνται οι εγκυμονούσες και θηλάζουσες γυναίκες που χρειάζονται 1300-1500 mg ημερησίως. Για τις γυναίκες πάνω από 50 ετών που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση, οι ανάγκες τους σε ασβέστιο αυξάνονται στα 1500 mg, αν δεν λαμβάνουν οιστρογόνα ως φαρμακευτική αγωγή (1000 mg ασβεστίου).

Βιταμίνη D

Ένας ακόμα παράγοντας που βοηθά στην απορρόφηση ασβεστίου και στην ενσωμάτωσή του στα οστά είναι η βιταμίνη D, η οποία συμβάλλει έτσι στην πρόληψη της οστεοπόρωσης. Επίσης, η βιταμίνη D συμβάλλει στη σωστή λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Στην Ελλάδα, μεταξύ άλλων χωρών, παρά τη μεγάλη ηλιοφάνεια, παρατηρείται έλλειψη της βιταμίνης D σε μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, κάτι που περιγράφεται ως «μεσογειακό παράδοξο». Οι πιθανές αιτίες είναι το σκουρόχρωμο δέρμα (δυσχεραίνει τη σύνθεσή της), ο μη εμπλουτισμός των τροφίμων με βιταμίνη D, και η συχνή χρήση αντιηλιακών προϊόντων, ιδιαίτερα τους καλοκαιρινούς μήνες. Το μεγαλύτερο μέρος της βιταμίνης D που χρειάζεται ο οργανισμός παράγεται στο δέρμα με τη βοήθεια της ηλιακής ακτινοβολίας. Πιο συγκεκριμένα, η υπεριώδης ακτινοβολία μετατρέπει την 7-δευδροχοληστερόλη της επιδερμίδας μας σε βιταμίνη D, η οποία με τη σειρά της, μέσω του ήπατος και των νεφρών, μετατρέπεται στην ενεργό μορφή της, την 1,25(OH)D₃. Υπολογίζεται ότι 10-15 λεπτά έκθεσης στον ήλιο αρκούν για να συντεθεί η απαιτούμενη για τον οργανισμό βιταμίνη D. Επίσης, σε μικρότερες δόσεις προσλαμβάνεται μέσω των τροφίμων πλούσιων σε αυτή, όπως κρόκοι αυγών, λιπαρά ψάρια και εμπλουτισμένα προϊόντα, όπως γαλακτοκομικά και

χυμός πορτοκαλιού. Ορισμένες γυναίκες εμφανίζουν μείωση της οστικής πυκνότητας έως και κατά το ένα πέμπτο στα πρώτα 5-7 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση. **Η λήψη βιταμίνης D και ασβεστίου νωρίς κατά την εμμηνόπαυση μπορεί να βοηθήσει στην ελάττωση του ρυθμού απώλειας της οστικής μάζας και κατά συνέπεια του κινδύνου εμφάνισης καταγμάτων.** Ο θεράπων ιατρός μπορεί να συμβουλευτεί σχετικά με το πόση βιταμίνη D χρειάζεται ένα άτομο, δεδομένου ότι η λήψη σε μεγάλες δόσεις μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές από την καρδιά και τους νεφρούς.

Έλεγχος ηπατικής λειτουργίας

Η προοδευτική ανεπάρκεια των οιστρογόνων, βαίνοντας προς την εμμηνόπαυση, ελαττώνει την ηπατική λειτουργία. Συγκεκριμένα, τα χαμηλά επίπεδα των οιστρογόνων ευνοούν την ηπατική ίνωση και τη δυσλειτουργία των μιτοχondρίων, οδηγώντας αναπόφευκτα στην κυτταρική γήρανση. Επιπλέον, φαίνεται ότι στην εμμηνόπαυση το ήπαρ εμφανίζει μειωμένη ανοσολογική απάντηση και αυξημένο οξειδωτικό στρες. Παράλληλα, οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση έχουν αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη και συσσώρευση σπλαχνικού λίπους. Η αθροιστική επίδραση αυτών των παραγόντων μπορεί να συμβάλει σε αυξημένη ευαισθησία για την ανάπτυξη σημαντικής παθολογίας, ιδιαίτερα της μη αλκοολικής λιπώδους ηπατικής νόσου, καθώς και την επιτάχυνση της εξέλιξης της ίνωσης σε ήδη υπάρχουσες ηπατικές παθήσεις. Η αναγνώριση αυτών των επιβαρυντικών παραγόντων θα πρέπει να εγείρει υποψίες για ηπατική νόσο σε περιεμμηνόπαυσιακές και εμμηνόπαυσιακές γυναίκες και να βοηθήσει στην άμεση εφαρμογή θεραπευτικών μέτρων ώστε να αποφευχθεί πιθανή εξέλιξη της σε κίρρωση, καρκίνο του ήπατος και ηπατική ανεπάρκεια.

Ωοθυλακιotropος ορμόνη

Η ορμόνη διέγερσης των ωοθυλακίων ή ωοθυλακιotropος ορμόνη (FSH) είναι μια από τις ορμόνες που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία των ωοθηκών. Η ορμόνη αυτή προάγει την ωρίμανση του ωοθυλακίου στις ωοθήκες, το οποίο είναι απαραίτητο για την παραγωγή των οιστρογόνων. Έχουν καθοριστεί ειδικές τιμές αναφοράς για την FSH για κάθε ηλικία, ανάλογα με το φύλο και ειδικές για τις γυναίκες, με βάση τη φάση του εμμηνορροϊκού κύκλου. Η παραγωγή και η απελευθέρωση της FSH ρυθμίζεται από τα επίπεδα ορμονών που απελευθερώνονται από τις ωοθήκες, μέσω του άξονα υποθάλαμου-υπόφυσης-γονάδων. Αυτός λειτουργεί ως εξής: Από τον υποθάλαμο παράγεται η ορμόνη απελευθέρωσης γοναδοτροπινών (GnRH), η οποία δεσμεύεται στους



Η FSH (θυλακιοτρόπος ορμόνη) είναι η βασική εξέταση που διαγιγνώσκει την εμμνόπαυση. Επίπεδα πάνω από 25 IU/mL είναι ενδεικτικά εμμνόπαυσης

αντίστοιχους υποδοχείς της πρόσθιας υπόφυσης, διεγείροντας τη σύνθεση και απελευθέρωση τόσο της FSH όσο και της ωχρινοποιητικής ορμόνης (LH). Η FSH μεταφέρεται στην κυκλοφορία του αίματος και δεσμεύεται από τους αντίστοιχους υποδοχείς των ωοθηκών. Μέσω αυτού του μηχανισμού, η FSH και η LH ρυθμίζουν τη λειτουργία των ωοθηκών. Στις γυναίκες, όταν τα επίπεδα των ορμονών πέφτουν προς το τέλος του εμμνορρυσιακού κύκλου, αυτό γίνεται αντιληπτό από τα νευρικά κύτταρα στον υποθάλαμο, τα οποία επάγουν την αυξημένη παραγωγή της FSH από την υπόφυση. Αυτή με τη σειρά της διεγείρει την ανάπτυξη του ωοθυλακίου στις ωοθήκες, τα κύτταρα του οποίου παράγουν αυξανόμενες ποσότητες οιστραδιόλης και ανασταλτίνης. Έτσι, κατά τη διάρκεια κάθε εμμνορρυσιακού κύκλου, υπάρχει αύξηση της έκκρισης της FSH στο πρώτο μισό του κύκλου, πράγμα που διεγείρει



την ανάπτυξη των ωοθυλακίων στις ωοθήκες. Μετά την ωοθυλακιορρηξία, το ωχρό σωματίο που σχηματίζεται παράγει υψηλά επίπεδα προγεστερόνης, η οποία αναστέλλει την απελευθέρωση της FSH. Προς το τέλος του κύκλου, το ωχρό σωματίο υποστρέφει, η παραγωγή προγεστερόνης μειώνεται, και ο επόμενος εμμηνορρυσιακός κύκλος αρχίζει όταν η FSH αρχίζει να αυξάνεται ξανά. Σε αρκετές περιπτώσεις, τα αυξημένα επίπεδα των ορμονών που διεγείρουν τα ωοθυλάκια είναι ένας δείκτης δυσλειτουργίας των ωοθηκών, αφού, εάν αυτές αποτύχουν να απελευθερώσουν αρκετή ποσότητα οιστρογόνων, τεστοστερόνης και/ή ανασταλτίνης, τα επίπεδα της FSH και της LH θα αυξηθούν. Δεδομένου αυτού, κατά την εμμνόπαυση, όπου υπάρχει έκπτωση της λειτουργίας των ωοθηκών και μείωση των παραγόμενων οιστρογόνων και προγεστερόνης, παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα της FSH.

Ωχρινοτρόπος ορμόνη

Η ωχρινοτρόπος ή ωχρινοποιητική ορμόνη (LH) όπως και η FSH, εκκρίνεται από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης. Η κύρια κλινική χρήση της μέτρησης της ωχρινοτρόπου είναι η αξιολόγηση του άξονα υποθάλαμου-υπόφυσης-γονάδων. Καθώς αυξάνονται τα επίπεδα των οιστρογόνων από το ωοθυλάκιο, παράγεται η LH. Είναι απαραίτητα τα υψηλά επίπεδα τόσο της FSH όσο και της LH προκειμένου να συμβεί ωορρηξία και για τον μετασχηματισμό του ωοθυλακίου σε ωχρό σωματίο, μια

διαδικασία γνωστή ως ωχρινοποίηση. Μετά την ωορρηξία, η LH διατηρεί το ωχρό σωματίο, το οποίο συνθέτει την προγεστερόνη. Εάν δεν συμβεί εγκυμοσύνη, το ωχρό σωματίο υποστρέφει μετά από περίπου 10 ημέρες. Η LH διεγείρει επίσης τις ωοθήκες για την παραγωγή στεροειδών, κυρίως οιστραδιόλης. Όπως συμβαίνει και με την FSH, κατά την εμμνόπαυση παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα LH, λόγω ελαττωμένης ωοθηκικής λειτουργίας.

Οιστρογόνα

Τα οιστρογόνα απαντώνται στον ανθρώπινο οργανισμό σε διάφορες μορφές, όπως την οιστραδιόλη, την οιστριόλη και την οιστρόνη. Δεδομένου ότι τα οιστρογόνα παράγονται από τον φλοιό των επινεφριδίων και τις ωοθήκες, ο προσδιορισμός των επιπέδων τους μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της λειτουργίας αυτών.

Η οιστραδιόλη (E2, 17β-οιστραδιόλη) είναι η πιο δραστική από τις μορφές των οιστρογόνων και είναι το βασικό οιστρογόνο των γυναικών με φυσιολογική περίοδο.

Κατά την εμμνόπαυση, η παραγωγή οιστρογόνων από τις ωοθήκες σταματά και η οιστραδιόλη ανευρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Η μέτρηση της οιστραδιόλης μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την παρακολούθηση της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης.

Προλακτίνη

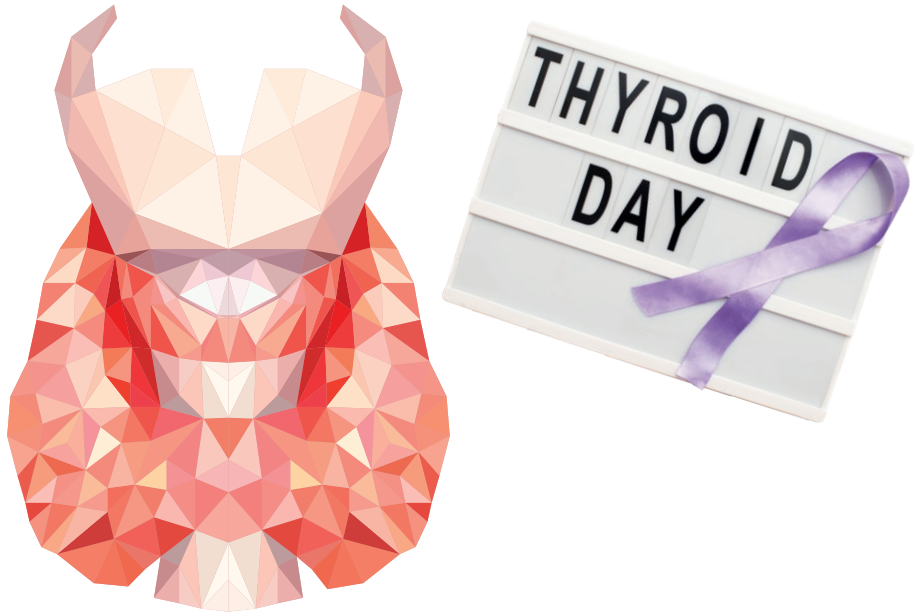
Η προλακτίνη εκκρίνεται από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης και η παραγωγή της ελέγχεται από τον υποθάλαμο. Η προλακτίνη είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη του μαστικού αδένα και την έναρξη και διατήρηση της γαλουχίας. Ο προσδιορισμός των επιπέδων της προλακτίνης χρησιμοποιείται συνδυαστικά με άλλες εξετάσεις για τη διάγνωση ποικίλων διαταραχών όπως: τον προσδιορισμό της αιτίας της αμηνόρροιας και γαλακτόρροιας, τον προσδιορισμό της αιτίας κεφαλαλγιών και διαταραχών της όρασης, τη διάγνωση της υπογονιμότητας στις γυναίκες, την αξιολόγηση της λειτουργίας του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης (μαζί με άλλες ορμόνες) και τέλος, την παρακολούθηση

της θεραπείας των προλακτινωμάτων και τον εντοπισμό υποτροπών. Η υπερπρολακτιναιμία συχνά οδηγεί σε απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας, γαλακτόρροια, ολιγομηνόρροια ή αμηνόρροια και στειρότητα σε γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση. Σε προεμμηνόπαυσιακές και μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες και σε άνδρες μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της μυϊκής μάζας και οστεοπόρωση. Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και τυχόν λήψη φαρμάκων που ανεβάζουν τα επίπεδα της προλακτίνης, όπως αντιψυχωσικά, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, από του στόματος αντισυλληπτικά, σιμετιδίνη και μετοκλοπραμίδη.



Θυρεοειδοτρόπος ορμόνη

Η μέτρηση της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH) στον ορό χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της πιθανής δυσλειτουργίας του θυρεοειδούς αδένος και την ανίχνευση ήπιων μορφών (υποκλινικών) καθώς και εμφανών περιπτώσεων πρωτοπαθούς υπο- και υπερ-θυρεοειδισμού, για την παρακολούθηση των ασθενών με θεραπεία υποκατάστασης των θυρεοειδικών ορμονών, για την επιβεβαίωση της καταστολής της TSH σε ασθενείς με καρκίνο του θυρεοειδούς υπό θεραπεία καταστολής και για την πρόβλεψη της απόκρισης μετά από διέγερση με την ορμόνη απελευθέρωσης της θυρεοτρόπου ορμόνης (TRH). Όταν τα επίπεδα των ορμονών του θυρεοειδούς μειώνονται ή ο οργανισμός βρίσκεται σε κατάσταση στρες, ο υποθάλαμος διεγείρεται και απελευθερώνει την TRH. Η TRH με τη σειρά της διεγείρει την παραγωγή της TSH από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης. Η TSH στη συνέχεια διεγείρει την παραγωγή και την απελευθέρωση της τριιωδοθυρονίνης (T3) από τον θυρεοειδή αδένος. Καθώς τα επίπεδα των T3 και T4 αυξάνουν στο αίμα, η υπόφυση διεγείρεται για να μειώσει την παραγωγή της TSH μέσω ενός μηχανισμού αρνητικής ανάδρασης. Η απελευθέρωση της TSH ακολουθεί ένα ημερήσιο ρυθμό, με τις υψηλότερες τιμές να παρατηρούνται αργά το βράδυ και τις χαμηλότερες στο μέσο της ημέρας. Η μέτρηση των επιπέδων της TSH σε συνδυασμό με το ελεύθερο (free) κλάσμα της θυροξίνης (fT4) χρησιμοποιείται για τη διαφορική διάγνωση του πρωτοπαθούς και του δευτεροπαθούς υποθυρεοειδισμού. Τα πρωτοπαθή νοσήματα έχουν να κάνουν με το όργανο στόχο (θυρεοειδής αδένος), ενώ τα δευτεροπαθή αφορούν σε διαταραχές της λειτουργίας της υπόφυσης. Ως παράδειγμα, στον πρωτοπαθή υποθυρεοειδισμό, ο θυρεοειδής αδένος υπολειπεται και παράγει πολύ χαμηλά επίπεδα T4 στο πλάσμα. Ο πρόσθιος λοβός της υπόφυσης αντιλαμβάνεται τα χαμηλά επίπεδα της T4 και, ως εκ τούτου, αυξάνει την απελευθέρωση της TSH. Με τον τρόπο αυτόν γίνεται μια προσπάθεια διέγερσης του θυρεοειδούς αδένος για να αυξήσει την παραγωγή των θυρεοειδικών ορμονών.



Δεδομένου ότι ο θυροειδής αδένας δεν ανταποκρίνεται επαρκώς σε αυτή τη διέγερση, τα επίπεδα της TSH αυξάνονται συνεχώς. Η μέτρηση των επιπέδων της TSH είναι ένας υπερευαίσθητος δείκτης που έχει αντικαταστήσει σε μεγάλο βαθμό τις άλλες εξετάσεις που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο και τη διάγνωση του υποθυροειδισμού και την παρακολούθηση της θεραπείας. Τα αντιδραστήρια τρίτης γενιάς για την TSH θεωρούνται ως τα πλέον κατάλληλα για τον αρχικό έλεγχο, όταν υπάρχει υπόνοια διαταραχών του θυροειδούς. Αν ο προσδιορισμός της θυροετρόπου ορμόνης αποβεί φυσιολογικός, δεν προτείνονται περαιτέρω εξετάσεις. Αν ο προσδιορισμός της TSH είναι εκτός ορίων αναφοράς, τότε πρέπει να ελεγχθεί και η T4. Οι ασθενείς που έχουν αυξημένα επίπεδα TSH αλλά φυσιολογικές τιμές fT4 και T3 θεωρείται ότι έχουν υποκλινικό υποθυροειδισμό. Αντίθετα, υποκλινικός υπερθυροειδισμός διαγιγνώσκεται εργαστηριακά όταν οι τιμές της TSH είναι χαμηλές, ενώ τόσο η fT4 όσο και η T3 βρίσκονται σε φυσιολογικά επίπεδα. Η μέτρηση της TSH χρησιμοποιείται επίσης για την παρακολούθηση της ανταπόκρισης του ασθενούς στη θεραπεία των διαταραχών του θυροειδούς.

Παραθορμόνη

Η παραθορμόνη (PTH) εκκρίνεται από τους τέσσερις παραθυρεοειδείς αδένες, οι οποίοι βρίσκονται στον τράχηλο πίσω από τον θυρεοειδή αδένα. Η παραθορμόνη ρυθμίζει τα επίπεδα ασβεστίου στο αίμα και τα επίπεδα της αυξάνονται όταν το ασβέστιο του πλάσματος είναι χαμηλό. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της δράσης της στους νεφρούς, τα οστά και το έντερο. Όταν ο αυτορρυθμιστικός μηχανισμός του σώματος αντιλαμβάνεται μια μείωση των επιπέδων ασβεστίου στο πλάσμα, διεγείρονται οι παραθυρεοειδείς αδένες ώστε να εκκρίνουν παραθορμόνη. Η αυξημένη παραθορμόνη του ορού προκαλεί την απελευθέρωση του ασβεστίου από τα οστά και μειώνει την αποβολή ασβεστίου από τα ούρα. Παράλληλα, διεγείρει την παραγωγή της ενεργού μορφής της βιταμίνης D. Στο έντερο η παραθορμόνη δρα αυξάνοντας την απορρόφηση του ασβεστίου από αυτό μέσω της επίδρασής της στον μεταβολισμό της βιταμίνης D. Τελικά, όταν η συγκέντρωση του ασβεστίου στον ορό γίνεται πάλι επαρκής, οι παραθυρεοειδείς αδένες μειώνουν την έκκριση της παραθορμόνης. Επομένως, η παραθορμόνη θα πρέπει πάντα να συνεκτιμάται με τα επίπεδα του ιονισμένου ασβεστίου στο πλάσμα. Σε περίπτωση υπερπαραθυρεοειδισμού, ένας ή περισσότεροι από τους παραθυρεοειδείς αδένες υπερλειτουργεί, παράγοντας μεγάλες ποσότητες παραθορμόνης, ανεξάρτητα από τα επίπεδα του ασβεστίου στο πλάσμα. Η αυξημένη παραθορμόνη και η επαγόμενη υπερασβεστιαϊμία μπορεί να προκαλέσουν μεταξύ άλλων υπνηλία, καταβολή, υπέρταση, βραδυκαρδία, αλλά και οστεοπόρωση. Ο έλεγχος των επιπέδων της παραθορμόνης στο αίμα δεν χρειάζεται να γίνεται σε όλες τις γυναίκες. Συνιστάται σε ειδικές περιπτώσεις, όπως π.χ. σε γυναίκες με οστεοπόρωση ή με αυξημένα επίπεδα ασβεστίου στο αίμα.

3.2 Παρακλινικές εξετάσεις

Νικολέττα
Μήλη,
Ευθύμιος
Κουερίνης

Δοκιμασία κατά Παπανικολάου

Η δοκιμασία κατά Παπανικολάου είναι κυτταρολογική εξέταση που ανιχνεύει προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας που δύνανται να εξελιχθούν σε καρκίνο, ο οποίος όμως θεραπεύεται αν διαγνωσθεί έγκαιρα.



Οι γυναίκες κάτω των 65 ετών που δεν έχουν αφαιρέσει τη μήτρα τους, πρέπει να υποβάλλονται σε συστηματικό προληπτικό έλεγχο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.



Στην ηλικιακή ομάδα άνω των 30 ετών συνιστάται ο ανά τριετία έλεγχος των γυναικών με συνδυασμό κυτταρολογικής εξέτασης και εξέτασης έναντι του HPV DNA, καθώς φαίνεται ότι αποτελεί την καλύτερη μέθοδο πληθυσμιακού ελέγχου έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος μπορεί να διακοπεί μετά την ηλικία των 65 ετών, εάν η ασθενής έχει τρεις φυσιολογικές διαδοχικές δοκιμασίες κατά Παπανικολάου.

Διακολπικό υπερηχογράφημα

Το διακολπικό υπερηχογράφημα είναι το υπερηχογράφημα που εκτελείται με μια κεφαλή υπέρηχων η οποία τοποθετείται στον κόλπο της ασθενούς. Χρησιμοποιείται για την εξέταση των αναπαραγωγικών οργάνων της γυναίκας (μήτρας, ωοθηκών).

Το διακολπικό υπερηχογράφημα βοηθά στη διερεύνηση προβλημάτων από τη μήτρα. Είναι η πρώτη εξέταση που κάνουμε όταν η γυναίκα βλέπει αίμα από τον κόλπο μετά την εμμηνόπαυση. Ο πρωταρχικός στόχος είναι να αποκλειστεί το ενδεχόμενο καρκίνου του ενδομητρίου. Ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος γυναικολογικού καρκίνου. Η κολπική αιμορραγία είναι το πιο συχνό σύμπτωμα που παρουσιάζεται σε περισσότερο από το 90% των μετεμμηνόπαιστικών γυναικών με καρκίνο του ενδομητρίου. Το διακολπικό υπερηχογράφημα συνήθως επαρκεί για μια αρχική αξιολόγηση της μετεμμηνόπαιστικής αιμορραγίας. Εάν οι εικόνες των υπερήχων αποκαλύψουν ένα πολύ λε-

πτό και ομοιογενές ενδομήτριο (λεπτότερο ή ίσο με 4 χιλιοστά), συνήθως μπορούμε να αποκλείσουμε με ασφάλεια το ενδεχόμενο καρκίνου.


Με το διακολπικό υπερηχογράφημα μπορεί επίσης να ανιχνευθεί παθολογία στις ωοθήκες, όπως όγκοι των ωοθηκών. Το υπερηχογράφημα μπορεί να διακρίνει μεταξύ συμπαγών όγκων, οι οποίοι έχουν υψηλό κίνδυνο κακοήθειας, και κυστικών όγκων (που περιέχουν μόνο υγρό), οι οποίοι συνήθως είναι καλοήθεις.

Μαστογραφία - Υπερηχογράφημα μαστών

Η μαστογραφία είναι μια ακτινολογική εξέταση προληπτικού ελέγχου για την ανίχνευση καρκίνου του μαστού. Η μαστογραφία εντοπίζει μάζες που είναι πολύ μικρές για να γίνουν αισθητές κατά τη διάρκεια μιας κλινικής εξέτασης.

Η μαστογραφία είναι η βασική προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του μαστού. Το υπερηχογράφημα θεωρείται συμπληρωματική εξέταση της μαστογραφίας για την πρόληψη του καρκίνου μαστού. Αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο στην αξιολόγηση ασαφών μαστογραφικών ευρημάτων, καθώς και στην εκτίμηση περιπτώσεων με πυκνούς μαστούς, όπου η μαστογραφία δεν είναι πάντα ευκρινής.

Ο καλύτερος τρόπος για να προσδιοριστεί εάν μια γυναίκα έχει μέσο ή υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του μαστού είναι η συζήτηση με τον γιατρό για το οικογενειακό και το προσωπικό ιατρικό ιστορικό. Γενικά, σε υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του μαστού βρίσκονται γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού σε συγγενή πρώτου βαθμού (μητέρα, αδελφή ή κόρη), γυναίκες με κληρονομική γονιδιακή μετάλλαξη και γυναίκες με ιστορικό καλοήθων παθήσεων του μαστού που χρειάστηκαν βιοψία. Άλλοι παράγοντες κινδύνου καρκίνου του μαστού είναι η παχυσαρκία και η αύξηση βάρους μετά την εμμηνόπαυση, η καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ και η ατοκία (το να μην έχει γεννήσει μια γυναίκα). Οι διάφορες χώρες έχουν διαφορετικά προγράμματα προληπτικού ελέγχου, ανάλογα με τη συχνότητα της νόσου στη χώρα και τον ατομικό κίνδυνο της κάθε γυναίκας. Σε γενικές γραμμές, από την ηλικία των 40 ετών, συνιστάται έλεγχος με μαστογραφία κάθε 1-2



Η οστική πυκνότητα είναι η βασική προληπτική εξέταση για την οστεοπόρωση. Πρέπει να πραγματοποιείται σε όλες τις γυναίκες άνω των 65 ετών και σε νεότερες γυναίκες με παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση, όπως κληρονομικότητα, κάπνισμα, νοσήματα ή φάρμακα που επηρεάζουν τον σκελετό κ.α.

χρόνια. Ο έλεγχος θα πρέπει να συνεχίζεται για όσο χρονικό διάστημα η γενική κατάσταση της υγείας μιας γυναίκας είναι καλή και το προσδόκιμο επιβιώσής της εκτιμάται πως μπορεί να φτάσει τη 10ετία ή και περισσότερο.

Μέτρηση οστικής πυκνότητας

Το κάταγμα είναι μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θανάτου στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Η απορροφησιμετρία ακτίνων Χ διπλής ενέργειας (DEXA) μετρά την οστική πυκνότητα, η οποία βοηθά στην εκτίμηση του κινδύνου κατάγματος και στον εντοπισμό εκείνων των γυναικών που μπορεί να ωφεληθούν από αντιοστεοπορωτική θεραπεία. Ο έλεγχος της οστικής πυκνότητας με DEXA ξεκινά στην ηλικία των 65 ετών. Σε γυναίκες κάτω των 65 ετών, το DEXA ενδείκνυται εάν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου για κάταγμα, όπως προηγούμενο κάταγμα χαμηλής ισχύος, χαμηλό σωματικό βάρος, ασθένεια ή κατάσταση που σχετίζεται με απώλεια οστού, χρήση φαρμάκων που προκαλούν οστική απώλεια, όπως τα γλυκοκορτικοειδή, κληρονομικό ιστορικό κατάγματος, κάπνισμα, κατάχρηση αλκοόλ, απουσία σωματικής άσκησης. Η μέτρηση οστικής πυκνότητας συνιστάται επίσης για παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία.

4 ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Από την Έλενα Αρμένη, Νεκταρία Παπανικόλα, Ειρήνη Λαμπρινουδάκη



4.1 Πότε χορηγείται η ορμονική θεραπεία (ΟΘ)

Η ΟΘ αφορά στη χορήγηση των φυσικών ορμονών που παράγει η ωοθήκη, δηλαδή της οιστραδιόλης και της προγεστερόνης. Η αγωγή με ΟΘ ενδείκνυται για γυναίκες ηλικίας άνω των 45 ετών για τη θεραπεία των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων καθώς και των συμπτωμάτων από το ουρογεννητικό σύστημα. Η ΟΘ μπορεί επίσης να συνταγογραφηθεί στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαχείρισης γυναικών που βρίσκονται στην εμμηνοπαυσιακή μετάβαση και έχουν παράγοντες κινδύνου οστεοπόρωσης. Η ΟΘ χορηγείται στη χαμηλότερη απαιτούμενη δόση που θα εξασφαλίσει έλεγχο των συμπτωμάτων και θα εμποδίσει την μετεμμηνοπαυσιακή οστική απώλεια.

Παράλληλα, η ΟΘ συνιστάται για όλες τις γυναίκες με πρώιμη ωοθηκική ανεπάρκεια (<40 ετών) ή πρώιμη εμμηνόπαυση (<45 ετών) έως την ηλικία της αναμενόμενης φυσιολογικής διακοπής της ωοθηκικής λειτουργίας, δηλαδή μέχρι περίπου τα 50 έτη της ηλικίας, καθώς τα οφέλη αυτής της αγωγής υπερτερούν των κινδύνων για τις περισσότερες περιπτώσεις γυναικών. Στην εν λόγω κατηγορία γυναικών, η ΟΘ στοχεύει να αποκαταστήσει τα επίπεδα των φυλετικών ορμονών σε φυσιολογικά όρια για γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση (Πίνακας 1).

1

Θεραπεία των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων, δηλαδή των εξάψεων και των νυκτερινών εφιδρώσεων, των διαταραχών ύπνου, της κόπωσης, της δυσκολίας συγκέντρωσης, των διαταραχών της διάθεσης, των πόνων στα κόκκαλα και στους μυς.

2

Θεραπεία των συμπτωμάτων ουρογεννητικής ατροφίας, δηλαδή της κολπικής ξηρότητας, του πόνου κατά τη σεξουαλική επαφή και των επανειλημμένων κολπίτιδων και κυστίτιδων.

3

Θεραπεία της μετεμμηνοπαυσιακής οστεοπόρωσης.

4

Ευεργετικές επιδράσεις σε παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου, όπως μείωση χοληστερίνης, προστασία από αύξηση του σωματικού λίπους, διατήρηση φυσιολογικής αρτηριακής πίεσης, διατήρηση ελαστικότητας των αγγείων.

Πίνακας 1.

Οι ευεργετικές επιδράσεις της ορμονικής θεραπείας στη γυναίκα.

4.2 Πώς χορηγείται η ορμονική θεραπεία (ΟΘ)

Η βασική ορμόνη που χρειάζεται το γυναικείο σώμα είναι η οιστραδιόλη, η ορμόνη δηλαδή που φυσιολογικά παράγεται από τις ωοθήκες. Η προγεστερόνη, η δεύτερη ορμόνη που παράγει η ωοθήκη χρειάζεται για 2 λόγους: 1) για να προστατεύει το ενδομήτριο (την εσωτερική επιφάνεια της μήτρας) από τη διεγερτική δράση των οιστρογόνων και 2) για να φέρνει περίοδο. Έτσι λοιπόν, εάν μια γυναίκα έχει αφαιρέσει τη μήτρα της, θα πάρει μόνο οιστρογόνα, ενώ εάν υπάρχει η μήτρα, θα πάρει συνδυασμό οιστρογόνων και προγεστερόνης. Εάν δίνουμε συνεχώς, χωρίς διακοπή, και τις δύο ορμόνες, η γυναίκα δεν θα έχει περίοδο. Εάν δίνουμε συνεχώς τα οιστρογόνα, αλλά κυκλικά την προγεστερόνη (δηλ κάθε 12-14 μέρες κάθε μήνα), τότε η γυναίκα θα βλέπει περίοδο λίγες μέρες μόλις σταματήσει την προγεστερόνη. Ειδικά για τις γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση, δηλαδή που έχουν περάσει 12 μήνες από την τελευταία περίοδο, μπορεί να χορηγηθεί και η τιβολόνη, ένα φάρμακο που μιμείται τη δράση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, αλλά με μικρότερη δραστηριότητα σε σχέση με τις φυσικές ορμόνες, και δεν φέρνει περίοδο.

4.3 Ορμονική θεραπεία: Πρακτικοί θεραπευτικοί χειρισμοί

Αξιολόγηση ασθενούς

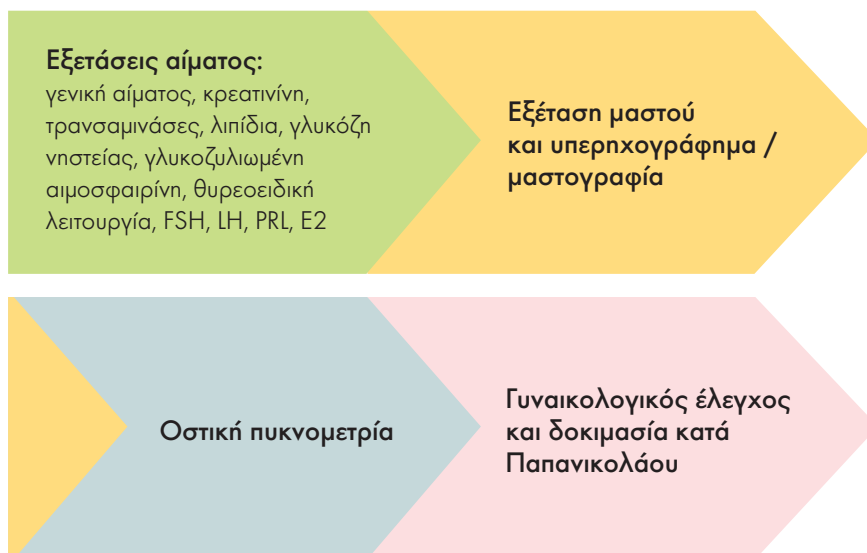
Πριν την έναρξη αγωγής με ΟΘ αλλά και κατά τη διάρκεια της θεραπείας είναι απαραίτητη η ολοκληρωμένη αξιολόγηση της γυναίκας, έτσι ώστε η θεραπεία που θα πάρει να είναι αποτελεσματική και ασφαλής. Τα βήματα της αξιολόγησης απεικονίζονται στην **Εικόνα 1**.

Στόχος της αξιολόγησης είναι:

- η διάγνωση του σταδίου της εμμηνόπαυσιαικής μετάβασης,
- ο έλεγχος της συχνότητας και έντασης των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων,
- η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου καρκίνου του μαστού και των γυναικολογικών οργάνων
- ο έλεγχος για καρδιαγγειακή νόσο και οστεοπόρωση καθώς και συζήτηση των ερωτημάτων της γυναίκας.

Η αξιολόγηση μπορεί να συμπληρωθεί με τον ακόλουθο εργαστηριακό έλεγχο:

- Αιματολογικές εξετάσεις για προσδιορισμό των ορμονών, της χοληστερόλης και των επιπέδων σακχάρου.
- Μέτρηση της οστικής πυκνότητας που βοηθά στην αξιολόγηση του κινδύνου κατάγματος.
- Μαστογραφία η οποία πρέπει να πραγματοποιείται σύμφωνα με εθνικές οδηγίες.
- Διακολπικό υπερηχογράφημα, για αξιολόγηση των έσω γεννητικών οργάνων.
- Εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος (τεστ Παπανικολάου).

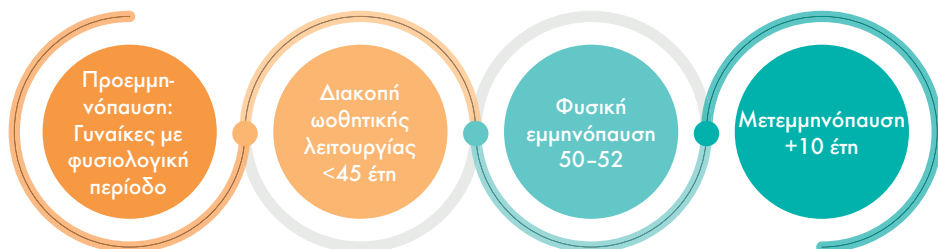


Εικόνα 1. Ενδεικτική εργαστηριακή αξιολόγηση της ασθενούς πριν και κατά τη διάρκεια της αγωγής με ορμονική θεραπεία.

Επιλογή θεραπευτικού σχήματος

Η πλήρης διακοπή της εμμήνου ρύσεως δεν είναι προαπαιτούμενο για την έναρξη της αγωγής με ΟΘ. Συνιστάται η αγωγή με ορμονική υποκατάσταση να αρχίζει το δυνατόν συντομότερα, ύστερα από την εκδήλωση κλιμακτηριακών συμπτωμάτων, παρά αργά ύστερα από τη διακοπή της ωοθηκικής λειτουργίας. Αυτό το χρονικό διάστημα συνήθως συμπίπτει με το λεγόμενο «παράθυρο θεραπευτικής ευκαιρίας» (Εικόνα 2). Η έγκαιρη έναρξη της αγωγής φαίνεται να βοηθά και στην υγεία του καρδιαγγειακού συστήματος, ειδικά για τα πρώτα 10 έτη μετά την εμμνόπαυση. Πιο συγκεκριμένα, επιβραδύνει την εξέλιξη της αθηροσκλήρυνσης και ελαττώνει τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και των στεφανιαίων θανατηφόρων επεισοδίων.

Εάν μια γυναίκα έχει συμπτώματα μόνο από το ουρογεννητικό σύστημα, τότε η θεραπεία μπορεί να δοθεί τοπικά, ως κολπικά υπόθετα, κρέμα ή ζελέ χαμηλής δόσης οιστρογόνων. Η κολπική θεραπεία θεραπεύει αποτελεσματικά τα συμπτώματα, χωρίς να χρειάζεται την προσθήκη προγεστερόνης, δεδομένου ότι δρα μόνο στον κόλπο και στην ουρήθρα, χωρίς να εισέρχεται στον οργανισμό της γυναίκας.



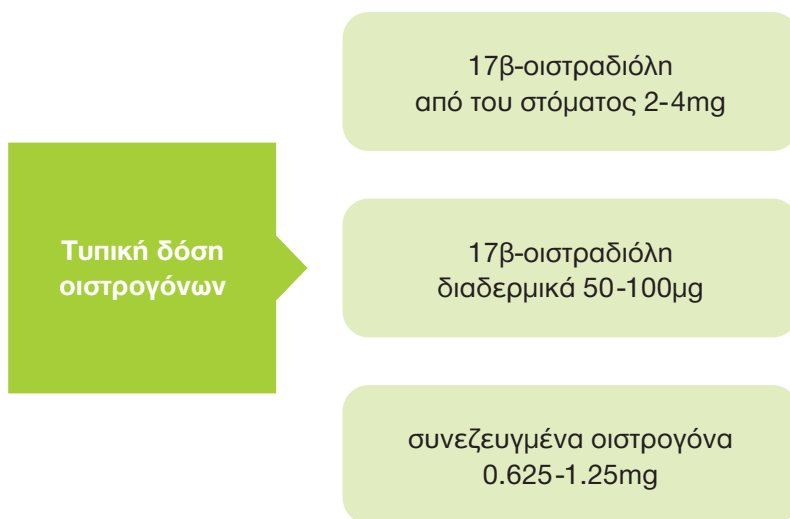
Εικόνα 2. Θεραπευτικές επιλογές ορμονικής θεραπείας ανάλογα με την ηλικία εμμνόπαυσης.

Σημείωση: Για γυναίκες με διακοπή της έμμηνης ρύσης πριν την ηλικία των 45 ετών, συνιστάται ορμονική θεραπεία υποκατάστασης έως την ηλικία φυσιολογικής εμμνόπαυσης. Οι γυναίκες αυτές πρέπει να επανεκτιμηθούν στην ηλικία των 50-52 ετών, και να γίνει νέα αξιολόγηση ανάλογα με τις επιθυμίες και τα χαρακτηριστικά της ασθενούς. Για γυναίκες με φυσιολογική εμμνόπαυση, η αγωγή με ορμονική θεραπεία, εάν υπάρχουν οι ενδείξεις, καλό θα είναι να αρχίζει μέσα στο λεγόμενο «θεραπευτικό παράθυρο» δηλαδή έως την ηλικία των 60 ετών ή μέσα στα πρώτα 10 έτη μετά τη διακοπή της εμμήνου ρύσεως. Δεν χρειάζεται να περιμένουμε να σταματήσει η περίοδος για να ξεκινήσει η ορμονική θεραπεία. Η ΟΘ μπορεί να ξεκινήσει όταν αρχίσουν οι κλιμακτηριακές διαταραχές κύκλου.

Δόση και οδός χορήγησης ΟΘ

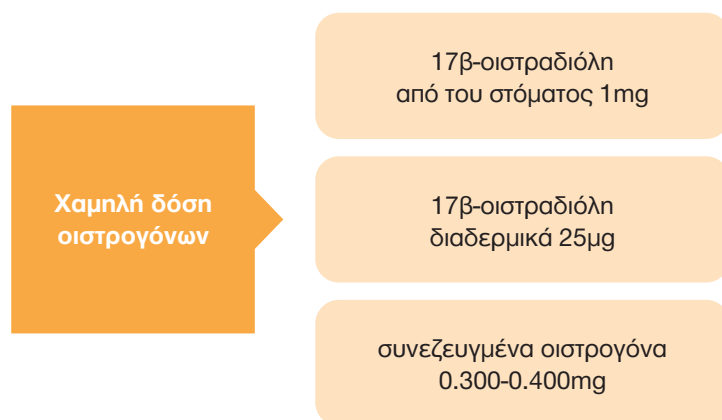
Τα σκευάσματα ΟΘ πρέπει να εξατομικεύονται, ανάλογα με τις ανάγκες και επιθυμίες της γυναίκας. Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, γυναίκες με μήτρα χρειάζονται αγωγή με οιστρογόνα, τα οποία θα βοηθήσουν στον έλεγχο των κλιμακτηριακών συμπτωμάτων, αλλά και προγεστερόνη, για προστασία του ενδομητρίου. Αντίθετα, γυναίκες μετά από ολική υστερεκτομή σε νεότερη ηλικία (ιατρογενής εμμηνόπαυση) δεν χρειάζονται αγωγή με προγεστερόνη.

Όσον αφορά τη δόση του οιστρογόνου, ισχύει ένας απλός κανόνας: όσο πιο νέα είναι η γυναίκα, τόσο μεγαλύτερη είναι η δόση των οιστρογόνων που χρειάζεται (Εικόνα 3). Παλιότερα δίναμε την ίδια δόση σε όλες τις γυναίκες, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Σήμερα, γνωρίζουμε ότι σε γυναίκες που μεταβαίνουν στη εμμηνόπαυση σε ηλικία 50-55 ετών μπορούμε να έχουμε την ίδια αποτελεσματικότητα με δόσεις ορμονών 4 φορές χαμηλότερες σε σχέση με παλιότερα φάρμακα. Αυτή η γνώση κάνει την ΟΘ ασφαλή.

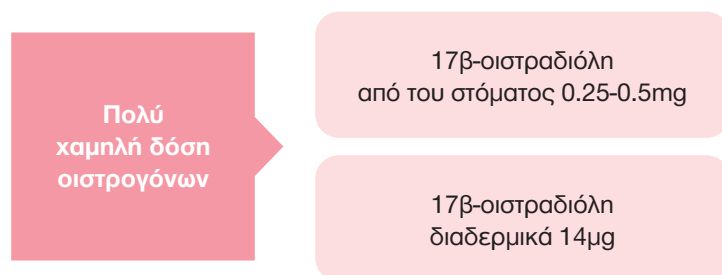


Εικόνα 3α. Επιλογές υποκατάστασης οιστρογόνων για γυναίκες με πρώιμη ωοθηκική ανεπάρκεια (μικρότερες από 40 έτη) ή πρώιμη εμμηνόπαυση (μικρότερες από 45 έτη).

Όταν η ΟΘ χορηγείται από το στόμα, αδρανοποιείται σε μεγάλο βαθμό από το ήπαρ. Το αποτέλεσμα είναι αυξημένη παραγωγή παραγόντων πήξης από το ήπαρ. Κατά επέκταση, η αγωγή που χορηγείται από το στόμα μπορεί να αυξήσει ελαφρώς τον κίνδυνο φλεβικής θρόμβωσης. Αντίθετα, η χορήγηση ΟΘ με διαδερμικά επιθέματα (δηλαδή αυτοκόλλητα που τα κολλάμε στο δέρμα μας) παρέχει οιστρογόνα που διοχετεύονται απευθείας στην κυκλοφορία του αίματος, παρακάμπτοντας το ήπαρ, οπότε δεν αυξάνουν τον κίνδυνο φλεβικής θρόμβωσης. Η κολπική χορήγηση χαμηλής δόσης οιστρογόνων θεραπεύει τα ουρογεννητικά συμπτώματα, χωρίς να επιδρά στο ενδομήτριο, στο καρδιαγγειακό σύστημα ή στον μαστό, συνεπώς είναι απόλυτα ασφαλής για μακροχρόνια χορήγηση.



Εικόνα 3β. Επιλογές υποκατάστασης οιστρογόνων για γυναίκες στην κλιμακτήριο ή την πρώιμη εμμηνόπαυσιακή φάση (45-55 ετών).



Εικόνα 3γ. Επιλογές υποκατάστασης οιστρογόνων για γυναίκες στην εμμηνόπαυση (50-60 ετών).

Παρακολούθηση

Ύστερα από την έναρξη αγωγής με ΟΘ, οι γυναίκες πρέπει να εκτιμηθούν και πάλι μέσα σε 2-3 μήνες, με σκοπό να αξιολογηθεί η συμμόρφωση στην αγωγή, η αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού σχήματος και να συζητηθούν πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Στη συνέχεια, η παρακολούθηση πρέπει να λαμβάνει χώρα κάθε 12 μήνες για αξιολόγηση του οφέλους καθώς και των ενδεχόμενων κινδύνων. Η ιδανική διάρκεια αγωγής με ΟΘ υποκατάστασης είναι μια εξατομικευμένη απόφαση ανάλογα με τα οφέλη, τους πιθανούς κινδύνους και τις προσωπικές επιλογές της γυναίκας. Για τις γυναίκες με πρώιμη ωοθηκική ανεπάρκεια και πρώιμη εμμηνόπαυση, η αγωγή με ΟΘ πρέπει να συνεχίζεται έως την ηλικία φυσιολογικής εμμηνόπαυσης. Στην ηλικία των 50-52 ετών καλό είναι να γίνεται νέα εκτίμηση της ασθενούς, και συζήτηση για τις επιθυμίες της ώστε να εξατομικευθεί η αγωγή. Για τις γυναίκες με φυσιολογική εμμηνόπαυση, η θεραπεία συνεχίζεται όσο διαρκούν τα συμπτώματα για τα οποία χορηγήθηκε. Συνήθως, μετά από 2-3 χρόνια αγωγής μειώνουμε τη δόση των ορμονών στο μισό και συνεχίζουμε για 1-2 χρόνια. Σε αυτό το χρονικό σημείο μπορεί να πραγματοποιηθεί απόπειρα διακοπής. Για τις περισσότερες γυναίκες με φυσιολογική ηλικία εμμηνόπαυσης, η θεραπεία διαρκεί 4-5 χρόνια.

4.4 Μαστός Επιδράσεις της ορμονικής θεραπείας σε μαστό και καρδιαγγειακό σύστημα

Η χορήγηση ΟΘ σε γυναίκες εμμηνοπαυσιακής ηλικίας προκειμένου να ανακουφιστούν τα κλιμακτηριακά τους συμπτώματα ξεκίνησε το 1942. Αρχικά, θεωρήθηκε πρωτοποριακή θεραπεία και προκάλεσε ιδιαίτερο ενθουσιασμό στην ιατρική κοινότητα, αλλά στη συνέχεια αμφισβητήθηκε σθεναρά και αποτέλεσε το αντικείμενο διαμάχης σε σχέση με τις πιθανές της παρενέργειες, ειδικά όσον αφορά στον κίνδυνο καρκίνου μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού έχει τραβήξει το μεγαλύτερο ενδιαφέρον σε σχέση με άλλες κακοήθειες γιατί πλήττει έντονα τις γυναίκες: εμφανίζει τις περισσότερες περιπτώσεις ανά έτος σε σχέση με τις άλλες κακοήθειες και είναι η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο στον πνεύμονα.

Ο μηχανισμός με τον οποίον προκαλείται ο καρκίνος του μαστού είναι πολύπλοκος και όχι πλήρως αποσαφηνισμένος, αλλά είναι γνωστό πως παίζουν ρόλο τόσο ενδογενείς όσο και εξωτερικοί παράγοντες, ενώ η ΟΘ με οιστρογόνα και προγεσταγόνα φαίνεται ότι συνδυάζεται με μια μικρή αύξηση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού. Προκειμένου λοιπόν να είναι ασφαλής η θεραπεία που θα δώσουμε στη γυναίκα αναφορικά με τον μαστό πρέπει να ακολουθηθούν τα εξής δύο βήματα:

- ❶ Ενδελεχής αξιολόγηση της γυναίκας, έτσι ώστε να μην δοθεί αγωγή σε γυναίκα υψηλού κινδύνου.
- ❷ Επιλογή του είδους της θεραπείας, η οποία έχει την ελάχιστη επιβάρυνση στον μαστό.

Αναφορικά με το πρώτο βήμα, προκειμένου να «μετρηθεί» ο ατομικός κίνδυνος καρκίνου του μαστού, διάφοροι επιστήμονες έχουν φτιάξει μοντέλα πρόβλεψης. Πρόκειται δηλαδή για πρωτόκολλα τα οποία αθροίζουν τους παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη κακοήθειας στον μαστό κατά τη διάρκεια της ζωής της κάθε γυναίκας. Από αυτά τα μοντέλα προκύπτει ποιες γυναίκες έχουν χαμηλό, ενδιάμεσο ή υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού εντός της επόμενης 5ετίας (μοντέλο του Gail) ή 10ετίας (μοντέλο Tyrer-Cuzick) και βάσει αυτής της κατηγοριοποίησης αποφασίζεται από τον θεράποντα εξειδικευμένο ιατρό η συνιστώμενη αγωγή.

Οι βασικότεροι παράγοντες κινδύνου που λαμβάνονται υπόψιν στον υπολογισμό της πιθανότητας εκδήλωσης καρκίνου του μαστού στην γυναίκα είναι η ηλικία (μεγαλύτερες γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο), η μαύρη φυλή (οι λευκές γυναίκες έχουν μικρότερο κίνδυνο να εμφανίσουν προχωρημένη νόσο και να πεθάνουν από αυτή), η παχυσαρκία (στις εμμηνόπαυσιακές γυναίκες ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος αυξάνει τον κίνδυνο ενώ αντίθετα στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας δρα προστατευτικά ως προς τον καρκίνο μαστού), ο πυκνός μαστός (φαίνεται πιο άσπρος στην μαστογραφία), το ιστορικό ύπαρξης καλοήθους μάζας στον μαστό που χρειάστηκε χειρουργική εξαίρεση, η ατοκία ή ο πρώτος τοκετός σε προχωρημένη ηλικία, η κατάχρηση αλκοόλ και το κάπνισμα, το ιστορικό καρκίνου μαστού σε συγγενή πρώτου βαθμού της ή η υποβολή σε ακτινοθεραπεία.

Αναφορικά με το δεύτερο βήμα, **το κάθε σκεύασμα ΟΘ έχει διαφορετική επίδραση στον μαστό. Από πολλές μεγάλες διεθνείς μελέτες έχει φανεί ότι ο συνδυασμός οιστρογόνων – συνθετικής προγεστερόνης έχει τη μεγαλύτερη επιβάρυνση, ενώ η θεραπεία μόνο με οιστρογόνα ή με συνδυασμό οιστρογόνων φυσικής προγεστερόνης ή δυδρογεστερόνης έχει πολύ μικρότερη ή και καθόλου επιβάρυνση.**

Αυτό που θα πρέπει να τονιστεί είναι ότι τα δεδομένα επιβάρυνσης του μαστού με την ΟΘ αφορούν γυναίκες με φυσιολογική ηλικία εμμηνόπαυσης. Η ΟΘ σε γυναίκες με πρώιμη ωοθηκική ανεπάρκεια δεν αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Πολλές διεθνείς μελέτες έχουν αποδείξει ότι ο **κίνδυνος καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με πρώιμη ωοθηκική ανεπάρκεια που παίρνουν ΟΘ είναι ίδιος με τις συνομήλικές τους γυναίκες που έχουν δική τους περίοδο.**



η θεραπεία μόνο με οιστρογόνα ή με συνδυασμό οιστρογόνων φυσικής προγεστερόνης ή δυδρογεστερόνης έχει πολύ μικρότερη ή και καθόλου επιβάρυνση.



Καρδιαγγειακά νοσήματα

Η επίδραση της ΟΘ στο καρδιαγγειακό σύστημα των γυναικών εξαρτάται από την κατάσταση των αγγείων τους. Εάν η θεραπεία δοθεί έγκαιρα, κοντά στην ηλικία της εμμηνόπαυσης, όταν ακόμη τα αγγεία βρίσκονται υπό την επιρροή των οιστρογόνων και είναι υγιή, τότε η ΟΘ θα ασκήσει ευεργετική δράση, μειώνοντας το κοιλιακό λίπος, μειώνοντας την χοληστερίνη, αυξάνοντας την ελαστικότητα των αγγείων και μειώνοντας τον κίνδυνο για σακχαρώδη διαβήτη. Εάν όμως η θεραπεία δοθεί αργά, όταν ήδη οι αρτηρίες έχουν υποστεί τις αθηρωματικές αλλοιώσεις, τότε η θεραπεία είτε δεν θα έχει κανένα όφελος, είτε μπορεί να προκαλέσει και ζημιά, αυξάνοντας τον κίνδυνο αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και εμφράγματος. Αυτό είναι το λεγόμενο «**παράθυρο ευκαιρίας**» της ΟΘ: **για να ασκήσει ευνοϊκές επιδράσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα, η ΟΘ πρέπει να δοθεί έγκαιρα, κατά την εμμηνόπαυσιακή μετάβαση ή μέχρι τα πρώτα 10 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση (Πίνακας 2).**

Καρδιαγγειακός κίνδυνος	Χαρακτηριστικά	Ορμονική Θεραπεία
Υψηλός	Ηλικία > 60 έτη Ηλικία εμμηνόπαυσης > 10 έτη Μακροχρόνιος και αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης Κλινικά εκδηλωμένη στεφανιαία νόσος (πχ ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου)	Όχι ΟΘ
Ενδιάμεσος	Ηλικία εμμηνόπαυσης 5-10 έτη Δυσλιπιδαιμία Παχυσαρκία (ιδιαίτερα καρδιακή κατανομή λίπους) Κάπνισμα Αρτηριακή πίεση Σακχαρώδης Διαβήτης	Διαδερμική ΟΘ
Χαμηλός		Οποιοδήποτε σκεύασμα ΟΘ

Πίνακας 2. Εξατομίκευση Ορμονικής Θεραπείας βάσει Καρδιαγγειακού Κινδύνου.

Όσον αφορά την επίδραση της ΟΘ στις φλέβες, ο κίνδυνος θρόμβωσης φαίνεται να σχετίζεται με την οδό χορήγησης της ΟΘ. Τα σκευάσματα που χορηγούνται από το στόμα (ορμονικά χάπια) αυξάνουν ελαφρά τον κίνδυνο φλεβικής θρόμβωσης, πιθανά, διότι τα χάπια περνάνε πρώτα από το συκώτι για να μεταβολιστούν και μετά απελευθερώνονται στην κυκλοφορία του αίματος. Αντίθετα τα διαδερμικά σκευάσματα (έμπλαστρα) δεν αυξάνουν τον κίνδυνο φλεβικής θρόμβωσης (**Πίνακας 3**). Επιπλέον, σημασία έχει και η δόση της ΟΘ καθώς φαίνεται πως μεγαλύτερες δόσεις οιστρογόνων επιφέρουν μεγαλύτερο κίνδυνο θρομβώσεων, κυρίως όταν πρόκειται για από του στόματος λήψη της αγωγής.

Καταλήγουμε, λοιπόν, στο ότι είναι απολύτως απαραίτητη η εξατομίκευση της ΟΘ μιας γυναίκας από τον θεράποντα ιατρό της, με βάση τους παράγοντες κινδύνου που έχει η γυναίκα για καρδιαγγειακή νόσο. Ιδανικές υποψήφιες για λήψη ΟΘ θεωρούνται οι γυναίκες <60 ετών με σχετικά

πρόσφατη εμμηνόπαυση (<10 έτη), που έχουν χαμηλό ή μέσο καρδιαγγειακό κίνδυνο και δεν έχουν ιστορικό εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης ή πνευμονικής εμβολής. Αυτές οι γυναίκες δύνανται να λάβουν οποιοδήποτε είδος ΟΘ, καθώς θεωρούνται χαμηλού κινδύνου. Στις γυναίκες που έχουν παράγοντες κινδύνου για ΚΑΝ όπως π.χ. παχυσαρκία ή υπέρταση, προτιμάται η διαδερμική χορήγηση χαμηλής δόσης οιστρογόνου σε συνδυασμό με χορήγηση φυσικής προγεστερόνης. Σε γυναίκες με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο ή ιστορικό θρόμβωσης ή θρομβοφιλίας, συνιστάται η αποφυγή της ΟΘ στην εμμηνόπαυση. Στις περιπτώσεις με ιστορικό θρόμβωσης ή θρομβοφιλίας που όμως υποφέρουν από έντονα και μη υφέσιμα συμπτώματα εμμηνόπαυσης, συνιστάται η λήψη επικουρικών μη ορμονικών θεραπειών. Επί αποτυχίας αυτών, μπορεί να τεθεί υπό συζήτηση η χορήγηση διαδερμικής αγωγής ή, αν αυτό δεν είναι εφικτό, να χορηγούνται από του στόματος χαμηλές δόσεις οιστρογόνων μαζί με προφυλακτική αντιπηκτική αγωγή. Επιπλέον, σε γυναίκες με παράγοντες κινδύνου για φλεβική θρόμβωση (πχ. παχυσαρκία, μεγάλο χειρουργείο, μακροχρόνια ακινησία, εκτεταμένους φλεβικούς κισσούς) συνιστάται τα οιστρογόνα να δίνονται διαδερμικά. Σε γυναίκες που ήδη λαμβάνουν ΟΘ και πρόκειται να υποβληθούν σε μείζον χειρουργείο, μακρινό ταξίδι, ακινησία για μεγάλο διάστημα ή εμφανίσουν κάταγμα κάτω άκρων, ίσως χρειαστεί η ΟΘ παροδικά να διακοπεί ή να δοθεί αντιπηκτική αγωγή συγχρόνως με αυτή.

Εξατομίκευση	Προτεινόμενο σκεύασμα ΟΘ	
Γυναίκες χωρίς παράγοντες κινδύνου	Οποιοδήποτε σκεύασμα ΟΘ	
Γυναίκες με παράγοντες κινδύνου	Διαδερμική οιστραδιόλη (μικρή δόση) σε συνδυασμό με φυσική προγεστερόνη	
Παράγοντες Κινδύνου:		
Ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό	Μεγάλη εμμηνόπαυσιακή ηλικία	Ακινητοποίηση
Μεγάλη ηλικία	Παχυσαρκία	Σακχαρώδης Διαβήτης
		Κάπνισμα

Πίνακας 3. Εξατομίκευση Ορμονικής Θεραπείας βάσει Κινδύνου για Θρομβοεμβολική νόσο.

5 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ

5.1 Αλλαγές στον τρόπο ζωής

Ηλιάνα
Καραγκούνη,
Ιφιγένεια
Αυγουστή,
Λάουρα
Ποντίκα

Η μετάβαση στην εμμηνόπαυση επιφέρει σημαντικές ορμονικές αλλαγές και ως εκ τούτου και ψυχοσωματικές, αλλά και κοινωνικές αλλαγές στη ζωή των γυναικών. Παράλληλα, ο τρόπος ζωής που υιοθετούν οι γυναίκες στην εμμηνόπαυση, δηλαδή η διατροφή, η σωματική δραστηριότητα, η ποιότητα και ποσότητα του ύπνου, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ, έχουν άμεση επίπτωση στα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης (αγγειοκινητικά, ψυχοσωματικά, ψυχολογικά, ουρογεννητικά) προωθώντας ενδεχομένως έναν φαύλο κύκλο, όταν οι καθημερινές συνθήκες δεν είναι οι ενδεδειγμένες.

Η πλειονότητα των διεθνών οργανισμών παραθέτει διατροφικές συστάσεις ως προς την ημερήσια συνιστώμενη ενεργειακή πρόσληψη και την ημερήσια συνιστώμενη διαιτητική πρόσληψη μακροθρεπτικών (πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπη), αλλά, και ορισμένων μικροθρεπτικών συστατικών (βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία) που είναι απαραίτητα για τις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, σε συνδυασμό με σωματική δραστηριότητα.

Αναλυτικότερα, η **σωματική δραστηριότητα φαίνεται ότι προστατεύει από την απώλεια οστικής μάζας μετά την εμμηνόπαυση. Στην ουσία, η σωματική δραστηριότητα προάγει την οστική δόμηση μέσω του μηχανικού ερεθίσματος, που οδηγεί σε βελτιώσεις στην αντοχή και στην αρχιτεκτονική του οστού.** Πέρα από τη διατήρηση της οστικής αντοχής, ο κύριος στόχος της άσκησης είναι να αυξήσει τη μυϊκή μάζα και λειτουργία, όπως επίσης, και η διατήρηση της καλής ισορροπίας και δύναμης, προκειμένου να προληφθούν οι πτώσεις. Συγκεκριμένα, οι ασκήσεις αντιστάσεων γίνονται όλο και πιο σημαντικές με την πάροδο της ηλικίας, με την άσκηση να οδηγεί σε αυξήσεις στην οστική πυκνότητα (BMD) της τάξης του 1-2%. Δεδομένου ότι διαφορετικοί τύποι άσκησης επιφέρουν διαφορετικά οφέλη για την υγεία, καθίσταται απαραίτητη η

πρώθηση δραστηριοτήτων που ενσωματώνουν πολλαπλές κινητικές δεξιότητες (π.χ. τένις) ή προωθούν ποικίλα μοτίβα φυσικής δραστηριότητας. Επίσης, αρκετές μελέτες καταδεικνύουν ότι η συστηματική σωματική δραστηριότητα ελέγχει την πρόσληψη σωματικού βάρους και βελτιώνει το λιπιδαιμικό προφίλ. Η πλειονότητα των διεθνών οργανισμών συνιστά σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες **σωματική άσκηση μέτριας έντασης (δηλαδή που να μπορεί να μιλάει η γυναίκα ενώ ασκείται) διάρκειας, τουλάχιστον 30 λεπτών ημερησίως, για τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας. Εναλλακτικά συνιστάται υψηλής έντασης άσκηση (δηλαδή που να μην μπορεί να μιλάει ενώ ασκείται) για τουλάχιστον 75 λεπτά την εβδομάδα.**

Αναφορικά με τις συνήθειες καπνίσματος, φαίνεται ότι έφηβες κοπέλες, που καπνίζουν και συνεχίζουν το κάπνισμα στην ενήλικη ζωή, αυξάνουν τον κίνδυνο για οστεοπόρωση και κατάγματα στη μετέπειτα ζωή τους. Αν και η οστική πυκνότητα είναι χαμηλότερη στους καπνιστές από τους μη καπνιστές, δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στους μη καπνιστές και τους πρώην καπνιστές. Παρομοίως, ο αυξημένος κίνδυνος για κατάγματα του ισχίου στους καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές ελαπώνεται αισθητά μετά από 10 χρόνια αποχής από τον καπνό.

Ως εκ τούτου, μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που είναι ενεργές καπνίστριες φαίνεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για οστεοπόρωση και κατάγματα, συγκριτικά με τον αντίστοιχο πληθυσμό γυναικών που δεν είναι καπνίστριες ή έχουν διακόψει το κάπνισμα για διάστημα μεγαλύτερο των 10 ετών. Ομοίως, το κάπνισμα αυξάνει ακόμη περισσότερο τον ήδη υπάρχοντα κίνδυνο ανάπτυξης και εξέλιξης των καρδιαγγειακών νοσημάτων.



5.2 Διατροφή

Ηλιάνα
Καραγκούνη,
Ιφιγένεια
Αυγουστή,
Λάουρα
Ποντίκα

Η σύσταση για το ημερήσιο διαιτολόγιο των γυναικών κατά την εμμνό-
παιση δεν διαφέρει σημαντικά από το αντίστοιχο διαιτολόγιο των γυναι-
κών αναπαραγωγικής ηλικίας. Παρόλα αυτά, η παρατηρούμενη αύξηση
του κινδύνου εμφάνισης θετικού ενεργειακού ισοζυγίου και χρόνιων νο-
σημάτων (όπως, καρδιαγγειακά, σακχαρώδη διαβήτη, παχυσαρκία) κατά
την εμμνόπαιση οδηγεί στην ανάγκη ποσοτικής μείωσης των καταναλι-
σόμενων μεριδίων σε συγκεκριμένες ομάδες τροφίμων. Στον ακόλουθο
πίνακα (Πίνακας 1) παρατίθενται οι συστάσεις κατανάλωσης ομάδων
τροφίμων κατά τη διάρκεια της εμμνόπαισης, σύμφωνα με τον Εθνικό
Διατροφικό Οδηγό για γυναίκες του ελληνικού πληθυσμού.

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ, ΟΙ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΕΙΝΑΙ:

- ❶ Επαρκής ενεργειακή πρόσληψη, που κυμαίνεται από 1600 έως 2100 kcal. Προσπάθεια αποφυγής της συχνής κατανάλωσης ενεργειακά πυκνών γευμάτων
- ❷ Αερόβια σωματική άσκηση μέτριας έντασης και διάρκειας τουλάχιστον 30 λεπτών ημερησίως για τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας. Παράλληλα, συνιστώνται ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης 30-60 λεπτών για 2 φορές την εβδομάδα
- ❸ Διατήρηση επαρκούς προγράμματος ανάπαυσης με τουλάχιστον 6-8 ώρες νυχτερινού ύπνου ημερησίως
- ❹ Αποχή από το κάπνισμα και προσπάθεια διακοπής σε καπνίστριες
- ❺ Μετριασμός της κατανάλωσης αλκοόλ

Τα οστά είναι ένας ζωντανός οργανισμός, που χρειάζεται όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για την ανάπτυξη και τη συντήρησή του. Ο οστικός ιστός αποτελείται από υδροξυαπατίτη, μια ένωση φωσφορικού ασβεστίου με μαγνήσιο και ικνοστοιχεία άλλων ανόργανων στοιχείων, ενώ ο συνδετικός ιστός αποτελείται κυρίως από μια πρωτεΐνη, το κολλαγόνο. Ο ρόλος πολλών μικροθρεπτικών συστατικών στα οστά είναι να βοηθήσουν στη σύνθεση του συνδετικού ιστού. Ο σίδηρος, ο ψευδάργυρος, το μαγνήσιο, ο χαλκός, το μαγγάνιο και η βιταμίνη Κ είναι συμπαράγοντες σε ένζυμα υπεύθυνα για τον οστικό μεταβολισμό και τη σύνθεση του κολλαγόνου. Αυτά τα μικροθρεπτικά συστατικά συναντώνται σε πληθώρα τροφίμων όπως στο κρέας, στα όσπρια, στους ξηρούς καρπούς και σε ορισμένα φρούτα και λαχανικά.



Ο σίδηρος, ο ψευδάργυρος, το μαγνήσιο, ο χαλκός, το μαγγάνιο και η βιταμίνη Κ είναι συμπαράγοντες σε ένζυμα υπεύθυνα για τον οστικό μεταβολισμό και τη σύνθεση του κολλαγόνου.



ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΟΜΑΔΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ.		
Ομάδα τροφίμων	Προτεινόμενη σύσταση	Ισοδύναμο μερίδας
Λαχανικά	4 μερίδες/ημέρα	1 50-200 γρ 1 φλιτζ. μαγειρεμένα λαχανικά 1 φλιτζ. ωμά πράσινα φυλλώδη λαχανικά
Φρούτα	3 μερίδες/ημέρα	1 20-200 γρ 1 μέτριου μεγέθους φρούτο 2 μικρά φρούτα
Δημητριακά (ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι) και πατάτες	5-6 μερίδες/ημέρα (εκ των οποίων η κατανάλωση πατάτας 3 μερίδες/εβδομάδα)	1 φέτα ψωμί (30 γρ) ½ φλιτζ. δημητριακά ½ φλιτζ. ζυμαρικά ή ρύζι 1 πατάτα μέτριου μεγέθους (120-150γρ)
Γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα	3 μερίδες/ημέρα	1 ποτήρι γάλα (250 ml) 1 κεσεδάκι γιαούρτι (200 γρ) 30 γρ ή 2 κ.σ. τυρί ½ ποτήρι συμπυκνωμένο γάλα (125 ml)
Όσπρια	3 μερίδες/εβδομάδα	1 φλιτζ. μαγειρεμένα στραγγισμένα όσπρια (150-200 γρ οσπρίου, αναλόγως του είδους)
Κόκκινο κρέας	Έως 1 μερίδα/εβδομάδα	120 γρ μαγειρεμένο κόκκινο κρέας (μοσχάρι, χοιρινό, αρνί, πρόβατο, κατσίκι, γίδα)
Λευκό κρέας	1-2 μερίδες/εβδομάδα	120 γρ μαγειρεμένο λευκό κρέας (κοτόπουλο, γαλοπούλα, πάπια, κουνέλι, ορτύκι, φασιανός)
Αυγά	Έως 4/εβδομάδα	1 αυγό
Ψάρια και θαλασσινά	2 μερίδες/εβδομάδα	150 γρ μαγειρεμένου ψαριού ή θαλασσινών (π.χ. 1 μέτρια τσιπούρα, 10-12 γαύροι/σαρδέλες, 15 μέτριες γαρίδες)
Προστιθέμενα λίπη και έλαια, ελιές και ξηροί καρποί	3-5 μερίδες/ημέρα	1 κ.σ. ελαιόλαδο ή άλλα φυτικά έλαια (15ml) 1 χούφτα ξηρών καρπών 10-12 ελιές 1 ½ κ.σ. ταχίνι 1 κ.σ. βούτυρο ή μαργαρίνη
Αλάτι	<5 γρ/ημέρα	1 κ. γλ. αλάτι
Υγρά (εκ των οποίων νερό)	8-10 ποτήρια υγρά (εκ των οποίων 6-8 ποτήρια νερό/ημέρα)	1 ποτήρι (250 ml)
Οινοπνευματώδη ποτά	Έως 1 ποτήρι/ημέρα (σε περίπτωση που συνηθίζεται η κατανάλωση ποτού)	330 ml μύρα 125 ml κρασί 40-45 ml άλλο ποτό

Πηγή: Prolepsis 2014.

Ένα άλλο πολύ βασικό μικροθρεπτικό συστατικό για την υγεία του οστίτη ιστού είναι το ασβέστιο. Πιο συγκεκριμένα, η επαρκής πρόσληψη ασβεστίου έχει συσχετιστεί με αύξηση της οστικής μάζας κατά την εμμνό-
παιση. Η επάρκεια στο διατροφικό ασβέστιο μπορεί να εξασφαλιστεί είτε με συμπληρώματα διατροφής, είτε με εμπλουτισμένα τρόφιμα, είτε με γαλακτοκομικά προϊόντα. Ωστόσο, ενδέχεται τρόφιμα πλούσια σε ασβέ-
στιο, όπως το γάλα και το γιαούρτι, να είναι πιο αποτελεσματικά από τα συμπληρώματα, επειδή περιλαμβάνουν κι άλλα σημαντικά συστατικά που μπορεί να επιδράσουν στα οστά, όπως η βιταμίνη D, οι πρωτεΐνες, το κάλιο και το μαγνήσιο.



Ένα σημείο στο οποίο πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση είναι η επαρκής πρόσληψη πρωτεϊνών. Αναλυτικότερα, η μελέτη Framingham Original έδειξε μια συσχέτιση ανάμεσα στη χαμηλή πρωτεϊνική πρόσληψη και σε μεγαλύτερη οστική απώλεια και κατάγματα ισχίου σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδηλώνουν ότι η μεγαλύτερη πρωτεϊνική πρόσληψη ωφελεί την οστική πυκνότητα (BMD) και προστατεύει ενάντια στον κίνδυνο κατάγματος σε ενήλικες με επαρκή πρόσληψη ασβεστίου. Ακόμη, δεδομένα από τη μεγάλη, μακρόχρονη μελέτη WHI (Women's Health Initiative) σε μετεμμνοπαυσιακές γυναίκες έδειξαν ότι οι γυναίκες που κατανάλωναν περισσότερη πρωτεΐνη, είχαν υψηλότερη βασική τιμή οστικής πυκνότητας συνολικά, στο ισχίο αλλά και σε διάφορα σημεία της σπονδυλικής στήλης. Επίσης, οι γυναίκες που κατανάλωναν μεγαλύτερες ποσότητες πρωτεΐνης ήταν πιο πιθανό να διατηρήσουν την οστική τους πυκνότητα. Τρόφιμα με επαρκή συγκέντρωση πρωτεϊνών υψηλής βιολογικής αξίας είναι το κρέας, το ψάρι και το αυγό.

Ιδιαίτερη αναφορά χρειάζεται να γίνει για τη συνεισφορά της βιταμίνης D στον οστικό μεταβολισμό. Ο αριθμός των τροφίμων που περιέχουν φυσικά τη βιταμίνη D σε σημαντικές ποσότητες είναι αρκετά περιορισμένος. Η βιταμίνη D λαμβάνεται από τη δίαιτα ως χολοκαλσιφερόλη (βιταμίνη D3) κυρίως από τρόφιμα ζωικής προέλευσης. Οι καλύτερες πηγές της βιταμίνης είναι τα λιπαρά ψάρια, όπως ο σολομός, οι σαρδέλες, ο τόνος και τα ιχθυέλαια, ενώ το βοδινό συκώτι, τα γαλακτοκομικά και ο κρόκος του αυγού συμμετέχουν σε μικρό βαθμό στην κάλυψη των αναγκών σε βιταμίνη D. Η συνεισφορά των τροφίμων φυτικής προέλευσης είναι σαφώς μικρότερη, καθώς η βιταμίνη λαμβάνεται ως εργοκαλσιφερόλη (βιταμίνη D2) κυρίως από μανιτάρια, που έχουν καλλιεργηθεί στον ήλιο. Για αυτόν τον λόγο, οι πιο πολλές χορτοφαγικές δίαιτες περιέχουν πολύ λίγη βιταμίνη D. Επίσης, πρέπει να σημειώσουμε ότι μόνο το 50% της βιταμίνης D που προέρχεται από τη διατροφή θα φτάσει τελικά στον σκελετό μας. Η βασικότερη πηγή προέλευσης της βιταμίνης D στον οργανισμό είναι η σύνθεσή της στο δέρμα με την επίδραση της ηλιακής ακτινοβολίας. Δέκα λεπτά έκθεσης στον ήλιο καθημερινά χωρίς αντηλιακό συνθήσ αρκούν για τη σύνθεση της απαραίτητης για τον οργανισμό βιταμίνης D. Βέβαια, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή για να αποφύγουμε τη φωτογήρανση του δέρματος που αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Μια εναλλακτική λύση για τις γυναίκες με χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D στο αίμα είναι η λήψη συμπληρωμάτων βιταμίνης D, η δόση των οποίων καθορίζεται με βάση τον βαθμό της ανεπάρκειας βιταμίνης D της κάθε γυναίκας.



Τα λιπαρά οξέα είναι σημαντικά από πολλές απόψεις για τα οστά και το καρδιαγγειακό σύστημα. Το κορεσμένο λίπος (αυτό που υπάρχει στο βούτυρο και στο κρέας) έχει φανεί ότι είναι επιβαρυντικό για τα οστά των ενθλίκων, πιθανώς επειδή ελαττώνει την απορρόφηση ασβεστίου από το έντερο, μειώνει τον οστικό σχηματισμό και ενισχύει την οστική αποδόμηση. Επίσης, το κορεσμένο λίπος αυξάνει τα επίπεδα χοληστερόλης και προάγει την αθηροσκήλωση των αγγείων. Αντίθετα, η πρόσληψη υψηλών ποσοτήτων πολυακόρεστων λιπαρών, έχει συσχετιστεί με τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η καλύτερη πηγή πολυακόρεστων λιπαρών οξέων είναι το ελαιόλαδο, το οποίο περιέχει υψηλά ποσά αντιοξειδωτικών ουσιών, όπως φαινόλες και βιταμίνη Ε, οι οποίες προστατεύουν από την οξειδωση της LDL χοληστερόλης (αθηρογόνος μορφή). Τα ω-3 λιπαρά οξέα EPA (εικοσαπεντανοϊκό οξύ) και DHA (δοκοσαεξαενοϊκό οξύ) λαμβάνονται από τα λιπαρά ψάρια και τα ιχθυέλαια, ενώ το γ-λινολενοϊκό οξύ (GLA), που ανήκει στα ω-6, βρίσκεται κυρίως σε σπορέλαια (όπως borage oil, black currant oil, evening primrose oil).

Ακόμη, έχει αναδειχθεί ο προστατευτικός ρόλος αρκετών καροτενοειδών στην οστική πυκνότητα και στον κίνδυνο κατάγματος σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, με πιο συνεπή ευρήματα να εμφανίζονται κατά την πρόσληψη λυκοπενίου. Ταυτόχρονα, τα καροτενοειδή προστατεύουν την υγεία των αγγείων και βοηθούν στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Τα τρόφιμα με τη μεγαλύτερη συγκέντρωση λυκοπενίου είναι οι ντομάτες, το καρπούζι και η παπάγια.

Δίαιτες υψηλές σε νάτριο (το κλωριούχο νάτριο είναι το λεγόμενο μαγειρικό αλάτι) έχει φανεί ότι τροποποιούν τον μεταβολισμό του ασβεστίου και αυξάνουν την οστική αποδόμηση σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Αντίθετα, δίαιτες χαμηλές σε νάτριο φαίνεται ότι είναι προστατευτικές για την οστική υγεία βελτιώνοντας το ισοζύγιο ασβεστίου. Παράλληλα, η αυξημένη διαιτητική πρόσληψη νατρίου αυξάνει τον κίνδυνο να εμφανίσει μια γυναίκα υπέρταση μετά την εμμνόπαυση.

Η χρόνια χρήση αλκοόλ (καθημερινά πάνω από 1 ποτήρι κρασί ή αντίστοιχο αλκοολούχο ποτό) συσχετίζεται με χαμηλή οστική πυκνότητα και υψηλό κίνδυνο κατάγματος και παχυσαρκίας. Εντούτοις, μέτρια κατανάλωση αλκοόλ (στο πλαίσιο του κοινωνικού ποτη, δηλαδή 1-2 φορές την εβδομάδα) μπορεί να βοηθάει στη διατήρηση της οστικής πυκνότητας σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, πιθανά με την αύξηση των ενδογενών οιστρογόνων ή προάγοντας την έκκριση καλσιτονίνης. Παρόμοια είναι και



η συσχέτιση μεταξύ της μέτριας κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών και της καλύτερης διαμόρφωσης δεικτών παχυσαρκίας, όπως η περιφέρεια μέσης και ισχίων.



5.3 Συμπληρώματα διατροφής

Ηλιάνα
Καραγκούνη,
Ιφιγένεια
Αυγουστή,
Λάουρα
Ποντίκα

Τα συμπληρώματα διατροφής περιλαμβάνουν βιταμίνες, μέταλλα, βότανα, αμινοξέα και άλλες ουσίες και αποτελούν έναν εύκολο τρόπο για τη βελτίωση της διατροφικής κατάστασης. Είναι πολύ δημοφιλή, αλλά υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά τους σε πληθυσμούς όπου η διατροφή είναι πλήρης. Στη μελέτη NHANES που πραγματοποιήθηκε το 2011 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής φαίνεται ότι το 65% του πληθυσμού έκανε χρήση συμπληρωμάτων διατροφής την προηγούμενη 5ετία. Λεπτομερή αποτελέσματα από την έρευνα του 2011 επιβεβαιώνουν ότι η χρήση συμπληρωμάτων αυξάνεται με την ηλικία και είναι υψηλότερη στις γυναίκες από ό,τι στους άντρες. Φαίνεται ότι τα συμπληρώματα βιταμινών και μετάλλων χρησιμοποιούνταν από το 67% όλων των ερωτηθέντων. Οι περισσότεροι χρήστες συμπληρωμάτων λαμβάνουν ένα πολυβιταμινούχο σκεύασμα, με κύριο σκοπό τη γενική υγεία και ευεξία. Τελευταίες όμως μελέτες υποστηρίζουν ότι οι χρήστες συμπληρωμάτων δεν βελτιώνουν τις διατροφικές τους συνήθειες, επειδή επαφίενται στα συμπληρώματα.

Η μεγαλύτερη χρήση συμπληρωμάτων σε γυναίκες που βρίσκονται σε εμμηνοπαύση αφορά σε συμπληρώματα βιταμίνης D, ασβεστίου, μαγνησίου, βιταμινών του συμπλέγματος B, βιταμίνης K, βιταμίνης E, βιταμίνης A, καθώς και συμπληρώματα ω-3 λιπαρών οξέων.

Οι περισσότεροι διεθνείς οργανισμοί συνιστούν ότι **τα συμπληρώματα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο όταν διαγνωσθεί ανεπάρκεια ενός θρεπτικού συστατικού, μετάλλου ή βιταμίνης, και όχι προληπτικά**. Για παράδειγμα, συμπλήρωμα ασβεστίου θα δοθεί μόνο εάν η γυναίκα δεν προσλαμβάνει από τη διατροφή τα 1000-1200mg ασβεστίου που είναι απαραίτητα για τα οστά της. Επίσης, συμπλήρωμα βιταμίνης D θα πρέπει να δοθεί εάν τα επίπεδα της βιταμίνης D είναι χαμηλότερα των 30ng/ml.

Αντιμετώπιση των εμμηνοπουσιακών συμπτωμάτων

Τα κλιμακτηριακά συμπτώματα (όπως οι νυκτερινές εφιδρώσεις, οι εξάψεις και η κολπική ξηρότητα) είναι ιδιαίτερα συνήθη κατά την περιεμμηνόπαυση και μετά την εμμηνόπαυση. Η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης χρησιμοποιείται παραδοσιακά εμφανίζοντας πολύ υψηλή αποτελεσματικότητα. Παρόλα αυτά, λόγω των πιθανών παρενεργειών της, το ενδιαφέρον των γυναικών συχνά στρέφεται σε εναλλακτικές θεραπείες, όπως είναι τα συμπληρώματα διατροφής με φυτοοιστρογόνα.

Τα φυτοοιστρογόνα είναι φυσικές ουσίες που προέρχονται από φυτά και διαθέτουν δράση παρόμοια με την οιστραδιόλη, η δομή τους όμως δεν είναι απαραίτως ίδια με αυτή. Υπάρχουν 4 κύριες κατηγορίες φυτοοιστρογόνων: οι κουμεστάνες, οι λιγνάνες, οι σιλβένες, και οι ισοφλαβόνες που είναι οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες για τα εμμηνοπουσιακά συμπτώματα. Οι ισοφλαβόνες ανήκουν σε μια ευρύτερη οικογένεια φυσικών ουσιών που ονομάζονται φλαβονοειδή και οι πιο γνωστές είναι η genistein και η daidzein. Στην ανθρώπινη διατροφή, κυριότερες πηγές τους είναι λαχανικά όπως το κόκκινο τριφύλλι, τα ρεβύθια, η σόγια και η αλφάλφα. Τα φυτοοιστρογόνα κυκλοφορούν στην αγορά ως εκχυλίσματα, συμπληρώματα διατροφής ή τρόφιμα. Συμπληρώματα διατροφής με φυτοοιστρογόνα αποτελούν μεταξύ άλλων σκευάσματα που περιέχουν αγγελική (*angelica sinensis*), έλαιο νυχτολούλουδου (*evening primrose oil*, *oenothera biennis*), black cohosh (*cimicifuga racemosa*), βασιλικό πολτό, φασκόμηλο (*Salvia officinalis*), σόγια, κόκκινο τριφύλλι (*Trifolium pratense*).



Τα επιστημονικά δεδομένα καταδεικνύουν βελτίωση των εξάμειων και της κοιλιακής ξηρότητας με τη χρήση σκευασμάτων φυτοοιστρογόνων, η οποία όμως είναι μικρότερη σε σχέση με την αποτελεσματικότητα της ορμονικής θεραπείας. Επιπλέον, η ασφάλεια των φυτοοιστρογόνων δεν είναι πλήρως αποδεδειγμένη, αν και υπάρχουν δεδομένα που συνηγορούν υπέρ της ουδέτερης δράσης τους στη μήτρα και στον μαστό.

Αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας

Αναφορικά με την υπερλιπιδαιμία, που συχνά είναι επακόλουθο της ορμονικής αλλαγής που εμφανίζεται κατά την εμμνόπαυση, πέραν μιας ισορροπημένης διατροφής και της γυμναστικής, υπάρχουν διάφορα φυτικά σκευάσματα που μπορούν να βοηθήσουν. Οι φυτοστερόλες είναι μια κατηγορία ουσιών που αποτελούν συστατικά ορισμένων φυτών, οι οποίες χορηγούνται για την αντιμετώπιση της υπερχοληστερολαιμίας. Οι πιο συχνές στη φύση είναι οι κορεσμένες σιτοστανόλη και καμπεστανόλη, αλλά και οι πολυακόρεστες σιτοστερόλη, καμπεστερόλη και σιγμαστερόλη. Οι φυτοστερόλες φαίνεται να είναι αποτελεσματικές στην αναστολή της εντερικής απορρόφησης της διατροφικής χοληστερόλης, δρώντας επίσης στον κλασικό μηχανισμό εντερο-ηπατικής ανακυκλοφορίας. Με αυτόν τον τρόπο, βελτιώνουν το λιπιδαιμικό προφίλ, μειώνοντας την ολική χοληστερόλη αλλά και την LDL-χοληστερόλη, χωρίς ωστόσο να μεταβάλλεται το προφίλ της HDL-χοληστερόλης στο αίμα.

Στη φαρέτρα των συμπληρωμάτων διατροφής κατά της υπερχοληστερολαιμίας ανευρίσκονται και οι φυτικές στατίνες. Οι στατίνες υπάρχουν στη φύση και παράγονται από ορισμένους μύκητες. Η πιο γνωστή περιέχεται στο εκχύλισμα κόκκινου ρυζιού (red yeast rice) και ονομάζεται Μονακολίνη Κ, η οποία λαμβάνεται από τη ζύμωση κόκκινου ρυζιού από τον μύκητα *Monascus Purpureus*. Η Μονακολίνη Κ έχει την ικανότητα να αναστέλλει την αναγωγή HMG-CoA, ένα βασικό ένζυμο στη βιοσύνθεση της χοληστερόλης.

Συχνά οι φυτοστερόλες συγχέονται με τις φυτικές στατίνες, αλλά κάτι τέτοιο αποτελεί λάθος, όχι μόνο ως προς τον μηχανισμό δράσης τους αλλά και ως προς τον τρόπο χορήγησής τους και ως προς τις γενικές προφυλάξεις και αντενδείξεις. Η κύρια διαφορά μεταξύ των φυτικών στερολών και των στατινών είναι ότι οι φυτικές στερόλες εμποδίζουν τον οργανισμό να απορροφήσει τη χοληστερόλη, ενώ οι φυτικές στατίνες μειώνουν τα επίπεδα χοληστερόλης μειώνοντας την ποσότητα της LDL χοληστερόλης που παράγεται από το ήπαρ. Παράλληλα, οι φυτικές στατίνες, όπως

και οι συνθετικές, αναστέλλοντας την αναγωγή HMG-CoA, μειώνουν και τη σύνθεση ενός καίριου συνενζύμου (συνένζυμο Q10) για την ομαλή λειτουργία και υγεία των μυών. Για αυτόν τον λόγο, τα συμπληρώματα διατροφής που περιέχουν φυτικές στατίνες, σχεδόν πάντα συνοδεύονται από συνένζυμο Q10 ή ουμπικινόνη (την ενεργό μορφή του συνενζύμου Q10). Οι φυτικές στατίνες αντενδείκνυται σε άτομα με μυοπάθειες και με ηπατικά νοσήματα.

Αντιμετώπιση του άγχους

Τα συμπληρώματα διατροφής μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση του ύπνου, της διάθεσης και στη μείωση του άγχους, που σε πολύ μεγάλο ποσοστό επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των εμμηνοπαυσιακών γυναικών. Η **Βαλεριάνα** (*Valeriana officinalis*) παρουσιάζει αγχολυτικές ιδιότητες στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ή ΚΝΣ), που ασκούνται από τα ιριδοειδή της valerotriates και από ορισμένα συστατικά του αιθέριου ελαίου της βαλεριάνας, όπως το βαλερενικό οξύ και η βαλερενάλη. Οι ενώσεις αυτές που περιέχονται στη βαλεριάνα, εμποδίζουν την αποικοδόμηση του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA), ενός παράγοντα που μειώνει τα επίπεδα του στρες στον οργανισμό.



Η **Πασιφλόρα** (*Passiflora incarnata*) είναι ένα ακόμα βότανο που χρησιμοποιείται για τις ηρεμιστικές ιδιότητές της και βοηθά στην καταπολέμηση του αγχώδους συνδρόμου στην εμμηνοπαυση, το οποίο χαρακτηρίζεται από ανησυχία, αϋπνία, ταχυκαρδία ή δύσπνοια. Τα δραστικά συστατικά που είναι υπεύθυνα για την καταπραϊντική και αγχολυτική δράση ανήκουν στην ομάδα των φλαβονοειδών.



Ο **Λυκίσκος** (*Humulus lupulus*) χαρακτηρίζεται από ηρεμιστικές ιδιότητες που αξιοποιούνται για την αντιμετώπιση των καταστάσεων άγχους, της ανησυχίας και της αϋπνίας. Υπεύθυνες για την ηρεμιστική δράση του λυκίσκου φαίνεται να είναι η λουπουλόνη και η ουμουλόνη. Το φυτό αυτό περιέχει και φυτοοιστρογόνα και έτσι μπορεί να βοηθήσει ταυτόχρονα και στη μείωση ορισμένων συμπτωμάτων της εμμηνοπαύσεως.



Άλλα δύο βότανα που βοηθούν στη βελτίωση του ύπνου και μειώνουν το άγχος είναι ο **Κράταιγος** (*Crataegus oxyacantha*) μέσω των φλαβονοειδών και προανθοκυανιδινών και η **Ροδιόλα** (*Rhodiolarosea*) μέσω των δραστικών συστατικών της (φλαβονοειδών, οργανικών οξέων, γλυκοσιδών), που βελτιώνουν τη διάθεση και την πνευματική διαύγεια, ενώ μειώνουν το στρες και τη σωματική κόπωση.



Το **Υπερικό** (*Hypericum perforatum*) ή όπως είναι ευρύτερα γνωστό, το βαλσαμόχορτο, είναι ένα βότανο με ήπια αντικαταθλιπτική και αγχολυτική δράση. Η αγχολυτική δράση ασκείται μέσω της ενεργοποίησης του υποδοχέα των βενζοδιαζεπινών, ενώ η αντικαταθλιπτική δράση ασκείται μέσω διαφόρων μηχανισμών που περιλαμβάνουν την αναστολή της επαναπρόσληψης νοραδρεναλίνης, την αναστολή ορισμένων τύπων υποδοχέων σεροτονίνης και ντοπαμίνης και την αναστολή της προσυναπτικής επαναπρόσληψης GABA. Αυτές οι ιδιότητες φαίνεται να αποδίδονται σε μια συνεργιστική ή αθροιστική δράση που ασκείται από διάφορα μόρια που περιέχονται στο εκχύλισμα υπερικού, όπως η υπερφορίνη, η υπερικίνη, η αμεντοφλαβόνη και η ρουτίνη.

Ωστόσο, όλα αυτά τα βότανα, με ιδιαίτερη έμφαση στο υπερικό, θα πρέπει να προσλαμβάνονται με ιδιαίτερη προσοχή και έπειτα από τη συμβουλή ιατρού ή φαρμακοποιού, καθώς μπορούν να αλληλεπιδράσουν με άλλα φάρμακα ή ουσίες (ηρεμιστικά, αντικαταθλιπτικά, ανοσοκατασταλτικά, αντισυλληπτικά, αντιπηκτικά, αλκόολ) και η συγχορήγηση μπορεί να αποβεί επικίνδυνη.

Είναι άξιο αναφοράς ότι παρότι πολλά από τα προαναφερθέντα βότανα μπορούν να βρεθούν στην αγορά αποξηραμένα ή μη και σε μορφή αφεψήματος, μόνο οι πιπλοδοτημένες μορφές (κάψουλες, δισκία, βάμματα) μπορούν να αποδώσουν τις θεραπευτικές ιδιότητες που αναλύθηκαν, διότι μόνο τότε μπορεί κανείς να είναι βέβαιος ότι χρησιμοποιήθηκε η σωστή δρόγη (μέρος του φυτού που ασκεί τη θεραπευτική ιδιότητα), ότι το φυτό καλλιεργήθηκε σε σωστές συνθήκες για να συνθέσει τα δραστικά μόρια που είναι υπεύθυνα για τη θεραπευτική δράση της δρόγης και ότι η δρόγη απομονώθηκε, υποβλήθηκε σε επεξεργασία και αποθηκεύτηκε με τον σωστό τρόπο, έτσι ώστε να απομονωθούν και να σταθεροποιηθούν τα δραστικά μόρια της δρόγης, για να μπορούν να ασκήσουν τις θεραπευτικές τους ιδιότητες.

Συμπερασματικά, τα συμπληρώματα διατροφής μπορούν να συμβάλουν στη μείωση των εμμηνόπαισιακών συμπτωμάτων, στη μείωση των λιπιδίων στο αίμα ή στη μείωση των συμπτωμάτων άγχους. Η όποια δράση τους όμως είναι ήπια και σαφώς μικρότερη από τη δράση της αντίστοιχης φαρμακευτικής αγωγής. Η χρήση συμπληρωμάτων διατροφής είναι καλό να γίνεται με τη συμβουλή του γιατρού ή του διατροφολόγου, για να αποφευχθεί η άσκοπη και κάποιες φορές επικίνδυνη χρήση.

5.4 Σωματική άσκηση

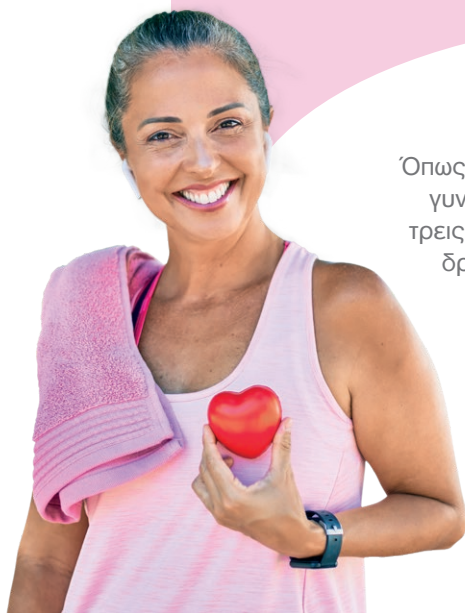
Νικόλαος
Τσόλτος

Σωματική άσκηση και καρδιαγγειακά νοσήματα

Η άσκηση κατά την εμμηνόπαυση μειώνει τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά συμβάντα, καθώς και τη συνολική θνησιμότητα. Τα άτομα που ασκούνται έχουν ευνοϊκότερο μεταβολικό προφίλ και καλύτερη μυϊκή δύναμη, ισορροπία, αντίληψη, και ποιότητα ζωής, σε σχέση με τα άτομα που δεν ασκούνται. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι παρουσιάζουν λιγότερο συχνά καρδιακά και εγκεφαλικά επεισόδια, κατάγματα, καθώς και καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου. Το ιδεώδες σε αυτή την ηλικιακή περίοδο είναι τουλάχιστον 150 λεπτά μέτριας έντασης άσκησης την εβδομάδα.

Η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας αποτελεί την τέταρτη σε σειρά αιτία θνησιμότητας. Η καθιστική ζωή συμβάλλει στο 23% του συνόλου των θανάτων που συνδέονται με χρόνιες παθήσεις. Χαρακτηριστικό είναι ότι το ποσοστό των ανθρώπων που κάνει πλήρως καθιστική ζωή αυξήθηκε από 17% το 2009 σε 31% το 2012.

Η τάση για καθιστική ζωή ξεκινάει από την εφηβεία (13-15 έτη), και οδηγεί σε παχυσαρκία και αυξημένο κίνδυνο καρδιομεταβολικής δυσλειτουργίας. Περίπου το 80% των περιστατικών θανάτου από στεφανιαία νόσο και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) οφείλονται σε παράγοντες κινδύνου τρόπου ζωής, όπως η έλλειψη άσκησης. Η έλλειψη άσκησης έχει προταθεί ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Συγκεκριμένα, 6-7 ώρες ημερησίως καθιστικού τρόπου ζωής εκμηδενίζουν τα οφέλη που προκύπτουν από μία ώρα ημερησίας μέτριας έντασης δραστηριότητας.



Όπως και στον γενικό πληθυσμό, έτσι και στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, η μια στις τρεις αναφέρει μηδαμινά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας. Συνεπώς, η συστηματική σωματική δραστηριότητα προτείνεται για τη θωράκιση του οργανισμού με μη φαρμακευτική παρέμβαση.

Η ΑΣΚΗΣΗ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΕΙ ΤΙΣ ΕΞΗΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ:

- 1 Η διάρκεια να είναι τουλάχιστον 20 λεπτά με μέτρια ένταση. Απώτερος στόχος της σωματικής δραστηριότητας είναι μακροπρόθεσμα η διάρκεια να φθάνει τουλάχιστον τα 30 με 45 λεπτά.
- 2 Η συχνότητα να είναι τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα. Στόχος αποτελεί η καθημερινή ενασχόληση.
- 3 Βασική προϋπόθεση η αρχική φυσική κατάσταση, καθώς και η πρότερη ενασχόληση με κάποια μορφή σωματική δραστηριότητα.
- 4 Πρόσβαση σε οργανωμένο αθλητικό χώρο και πολύ περισσότερο η ένταξη σε δομημένη μορφή δραστηριότητας.
- 5 Ποικιλία στο ασκησιολόγιο, στην ένταση, καθώς και στις μορφές άσκησης.



ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΚΟΛΟΥΘΗΘΕΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΧΑΜΗΛΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ, ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ ΑΡΧΙΚΑ:

- 1 Ελαφρύ περπάτημα, συνεχόμενο, για 20 λεπτά. Αρχικά, η ένταση θα πρέπει να κυμαίνεται στο 50% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας (ΜΚΣ = 240 - Ηλικία). Ακολούθως, η ένταση θα πρέπει να αυξηθεί και να διατηρηθεί για άλλα 10 λεπτά όπου θα πρέπει να εκτελείται σε επίπεδο ανεκτό, με δυσκολία στην ομιλία κατά την διάρκεια της άσκησης.
- 2 Το μοτίβο θα πρέπει να ακολουθηθεί για 4 έως 5 συνεχόμενες προπονητικές μονάδες. Στόχος η προοδευτική αύξηση στην απόσταση που διανύεται, μόλις η δοκιμαζόμενη προσαρμοστεί στη μορφή της άσκησης.
- 3 Η πρώτη διαφοροποίηση που θα ακολουθηθεί στο περπάτημα θα πρέπει να εστιαστεί στη συνολική διάρκεια της δραστηριότητας και μετά στην ένταση. Το μοτίβο αυτό θα βοηθήσει στη μεγαλύτερη προσαρμογή του οργανισμού στο νέο ερέθισμα. Πρέπει να αυξηθεί το κομμάτι της ήπιας έντασης με στόχο τον διπλάσιο χρόνο και να παραμείνει της αυξημένης έντασης στον ίδιο χρόνο. Διάρκεια της ήπιας άσκησης για 20 λεπτά και μετά έντονης για 10 λεπτά.
- 4 Διάρκεια του συγκεκριμένου μοτίβου μία εβδομάδα. Αμέσως μετά, διατηρούμε στα 15 λεπτά ήπιο περπάτημα αλλά προσπαθούμε να διανύσουμε μεγαλύτερη απόσταση και αυξάνουμε το κομμάτι της μέτριας προς υψηλής έντασης.
- 5 Σε περίπτωση πρόσθετης επιβάρυνσης εφόσον έχουν εκτελεστεί με επιτυχία τα προαναφερθέντα μοτίβα προπόνησης, μπορεί να εισαχθεί το ελαφρύ τρέξιμο στο κομμάτι της μέτριας προς υψηλής έντασης και μείωση της ήπιας άσκησης. Επίσης, μπορούν χρησιμοποιηθούν αλτηράκια στα χέρια για πρόσθετη επιβάρυνση στο κομμάτι του ήπιου περπατήματος.
- 6 Το τρέξιμο θεωρείται ότι προσφέρει μεγαλύτερα οφέλη εν συγκρίσει με το περπάτημα στην ίδια διάρκεια δραστηριότητας. Η αύξηση της διανυθείσας απόστασης αποτελεί και κίνητρο για την περαιτέρω ενασχόληση της γυναίκας με την άσκηση.
- 7 Με την παρέλευση των 4-6 εβδομάδων, μπορεί η δραστηριότητα να εκτελεστεί με διαλείμματα, όπου με αυτό τον τρόπο μπορεί να εκτελεστεί με μεγαλύτερη ένταση στα μεγαλύτερα κομμάτια με μεγαλύτερες προσαρμογές.

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ
ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΥΓΕΙΑ**

Άσκηση	Διάρκεια	Ένταση
Ήπιο περπάτημα	20 λεπτά (1-2 εβδομάδες), 4 - 5 φορές/εβδομάδα	Ήπια (50% Μέγιστης καρδιακής συχνότητας ΜΚΣ = 240 - Ηλικία)
Ήπιο περπάτημα - Μέτριας έντασης περπάτημα	15 -15 λεπτά (1-2 εβδομάδες), 4 - 5 φορές/εβδομάδα	Μέτρια (60 - 70% ΜΚΣ)
Περπάτημα - Τρέξιμο	10 - 20 λεπτά (1-2 εβδομάδες), 4 φορές/εβδομάδα	Μέτρια (60 - 70% ΜΚΣ), Υψηλή (70 - 80% ΜΚΣ)
Περπάτημα (εναλλακτικά με αλτηράκια στα χέρια) - Έντονο περπάτημα - Τρέξιμο	5 - 10 - 20 λεπτά, 4 φορές/εβδομάδα, σταδιακή αύξηση της απόστασης που διανύθηκε σε κάθε συνεδρία	Μέτρια (60 - 70% ΜΚΣ), Υψηλή (70 - 80% ΜΚΣ)
Διαλειμματικό περπάτημα ή τρέξιμο	5 λεπτά ζέσταμα -20 λεπτά σε 10 σετ από 2 λεπτά με 30 δευτερόλεπτα διάλειμμα	Τα σετ θα πρέπει να εκτελούνται με ένταση 60%. Το διάλειμμα στατικό ή ήπιο περπάτημα.

ΜΚΣ: Μέγιστη Καρδιακή Συχνότητα.

Στον **πίνακα 1** συνιστάται ένα πρόγραμμα προοδευτικής επιβάρυνσης, το οποίο μπορεί να ακολουθηθεί σε αρκετές αερόβιες μορφές άσκησης. Προτείνεται η ένταξη εναλλακτικών σωματικών δραστηριοτήτων με αερόβια μορφή εκτέλεσης όπως η κολύμβηση, το aqua aerobics, το οποίο συνδυάζει άσκηση και αναψυχή μέσω της ένταξης σε κοινωνική ομάδα, η ποδηλασία, η οποία σε μέτρια έως υψηλή ένταση φαίνεται να εμφανίζει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με το τρέξιμο, ο χορός (παραδοσιακός-μοντέρνος), η αεροβική γυμναστική προσαρμοσμένη στο επίπεδο της φυσικής κατάστασης. Όσον αφορά στον έλεγχο βάρους, καθώς και τους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου, αποτελεσματικότερες θεωρούνται οι δραστηριότητες που εκτελούνται με μέτρια έως υψηλή ένταση. Στην περίπτωση που δεν μπορεί να ακολουθηθεί κάποια δραστηριότητα με ενεργειακή απαίτηση άνω του 50%, καλό θα είναι να δοθεί σημασία στη διάρκεια (τουλάχιστον 30 λεπτά) και στη συχνότητα (σχεδόν καθημερινά).

Παραθέτουμε ένα πιλοτικό πρόγραμμα για εισαγωγή στο περπάτημα, το οποίο πάντα πρέπει να προσαρμόζεται στην εκάστοτε φυσική κατάσταση. Είναι πρακτικά ένα πρόγραμμα για

αρχάριες, όσον αφορά στη φυσική κατάσταση, γυναίκες οι οποίες ξεκινούν τώρα την ενασχόληση τους με τη σωματική δραστηριότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

1η εβδομάδα

Δευτέρα	20 λεπτά ήπιο περπάτημα
Τρίτη	20 λεπτά ήπιο περπάτημα (εάν το επιτρέπουν οι συνθήκες αυξάνουμε τη διάρκεια κατά 5 λεπτά)
Τετάρτη	Επανάληψη της προηγούμενης μέρας
Πέμπτη	25-30 λεπτά ήπιο περπάτημα με στόχο την αύξηση της απόστασης χωρίς ιδιαίτερη πίεση όσον αφορά την αναπνοή
Παρασκευή	Επανάληψη της προηγούμενης μέρας
Σάββατο - Κυριακή	Ελεύθερο πρόγραμμα

2η εβδομάδα

Δευτέρα	30 λεπτά ήπιο περπάτημα
Τρίτη	10 λεπτά ήπιο περπάτημα, 15 λεπτά έντονο
Τετάρτη	Επανάληψη της προηγούμενης μέρας
Πέμπτη	10 λεπτά ήπιο περπάτημα, 20 λεπτά έντονο
Παρασκευή	5 λεπτά ήπιο περπάτημα, 10 λεπτά μέτριο-έντονο, 5 λεπτά ήπιο και 10 λεπτά έντονο
Σάββατο - Κυριακή	Ελεύθερο πρόγραμμα

Η εβδομάδα αυτή μπορεί να επαναληφθεί και την τρίτη εβδομάδα όπου θα πρέπει να γίνεται εκτίμηση της ανεκτής επιβάρυνσης, σύμφωνα με την κατάσταση της δοκιμαζόμενης. Σε περίπτωση που δεν ακολουθηθεί πρόγραμμα μία μέρα λόγω υποχρεώσεων, δεν αλλάζει η σειρά του προγράμματος. Βασική αρχή σε κάθε προπόνηση είναι να κλείνει πάντα η προπονητική μονάδα με διατάξεις τουλάχιστον για 10 λεπτά για τη μείωση του καθυστερημένου μυϊκού πόνου που θα προκληθεί τουλάχιστον στα αρχικά στάδια της άσκησης. Η αλλαγή των προγραμμάτων με μεγαλύτερη επιβάρυνση συνοδεύεται πάντα με την εμφάνιση του μυϊκού πόνου από τη στιγμή που το μυοσκελετικό σύστημα προσαρμόζεται στα νέα ενεργειακά δεδομένα.

3η - 4η εβδομάδα

Δευτέρα	30-40 λεπτά περπάτημα με στόχο συγκεκριμένη απόσταση
Τρίτη	Προσπάθεια για αύξηση της απόστασης
Τετάρτη	Περπάτημα ήπιο
Πέμπτη	Πρόγραμμα όπως της Τρίτης
Παρασκευή	Στόχος τα 40-45 λεπτά στο 60% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας
Σάββατο - Κυριακή	Ελεύθερο πρόγραμμα

Όπως προαναφέρθηκε, το τρέξιμο σε ήπια μορφή θα προκαλέσει προσαρμογές πολύ πιο ευεργετικές σε σχέση με το περπάτημα, καθώς θα αυξήσει την ενεργειακή δαπάνη κατά την άσκηση όσο και μετά.



Η **κολύμβηση** αποτελεί μια μορφή σωματικής δραστηριότητας που επιλέγουν αρκετές γυναίκες. Η άσκηση σε περιβάλλον με μειωμένη βαρύτητα και μικρή επιβάρυνση στις αρθρώσεις δείχνει αυξημένα επίπεδα συμμόρφωσης στη δραστηριότητα της κολύμβησης. Το πρόγραμμα μπορεί να εκτελεστεί σε ατομικό επίπεδο ή σε ομαδικό, π.χ. ακολουθώντας κάποιο πρόγραμμα αεραεοβίς. Το ομαδικό πρόγραμμα διασφαλίζει την καθοδήγηση από κάποιον έμπειρο επιβλέποντα, καθώς και την ένταξη σε κοινωνική ομάδα με παρόμοιους στόχους. Όσον αφορά στο ατομικό πρόγραμμα κολύμβησης, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το επίπεδο της τεχνικής κατάρτισης. Η συχνή ενασχόληση με την κολύμβηση βελτιώνει την ειδική φυσική κατάσταση που απαιτεί η δραστηριότητα. Ένα γενικό εβδομαδιαίο πρόγραμμα είναι το ακόλουθο:

- Επιλέξτε πισίνα των 25 μέτρων καθώς αποτελεί πιο προσιτή απόσταση κολύμβησης, ειδικά για αρχάριους.
- Στο ξεκίνημα της πρώτης εβδομάδας, έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην τεχνική της αναπνοής, όταν βρισκόμαστε στο νερό εισπνοή από το στόμα, πριν την είσοδο του προσώπου στο νερό και εκπνοή από τη μύτη, κατά την παραμονή μέσα στο νερό.



Η ένταση, όπου χρειάζεται, της δραστηριότητας αυξάνεται κλιμακωτά και το κομμάτι που αναλογεί είναι το 30%. Σε βάθος χρόνου γίνεται προσπάθεια για αύξηση του ποσοστού κατά 20%.

Παρακάτω παραθέτουμε ένα πιο εξειδικευμένο πρόγραμμα κολύμβησης, που απευθύνεται σε πιο προχωρημένο επίπεδο.

ΔΕΥΤΕΡΑ

30-40 λεπτά κολύμπι. Ξεκίνημα με απόσταση 6 συνεχόμενων διαδρομών ως ζέσταμα. Ακολουθώς, 8 με 10 διαδρομές ένα στυλ κολύμβησης με 5-10 δεύτερα διάλειμμα. Εφόσον μπορούν να εκτελεστούν περισσότερα από ένα στυλ κολύμβησης, επαναλαμβάνουμε τα ίδια βήματα. Ένταση της δραστηριότητας 50% της ΜΚΣ

ΤΡΙΤΗ

Λιγότερος χρόνος σε διάρκεια δραστηριότητας αλλά με μεγαλύτερη ένταση και περισσότερη ξεκούραση. Υπολογίζουμε αύξηση της έντασης κατά 20% και ανάλογη πτώση στο σύνολο των μέτρων. Ένταση της δραστηριότητας 70%-80% της ΜΚΣ

ΤΕΤΑΡΤΗ

Διατήρηση της διάρκειας της άσκησης και αύξηση του αριθμού των επαναλήψεων. Αν ακολουθηθεί ένα μοτίβο άσκησης με επαναλήψεις, ανεβάζουμε τις διαδρομές και διατηρούμε το διάλειμμα. Ένταση της δραστηριότητας 50% της ΜΚΣ

ΠΕΜΠΤΗ

Πρόγραμμα όπως της Τρίτης. Ένταση της δραστηριότητας 70%-80% της ΜΚΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Μπορεί να δοθεί έμφαση σε συγκεκριμένη μυϊκή ομάδα, χέρια ή πόδια μόνο. Ένταση της δραστηριότητας 60%-70% της ΜΚΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ - ΚΥΡΙΑΚΗ

Εφόσον υπάρχει η δυνατότητα άσκησης στο νερό, πισίνα ή θάλασσα, να συνεχιστεί με το ίδιο μοτίβο η δραστηριότητα.

ΜΚΣ: Μέγιστη Καρδιακή Συχνότητα.

Λόγω της χαμηλής επιβάρυνσης στο μυοσκελετικό σύστημα, η κολύμβηση αποτελεί δραστηριότητα και ταυτόχρονα αναψυχή. Μπορεί μια προπόνηση να αποτελείται από πρόγραμμα ενδυνάμωσης, αντοχής και χαλαρώματος. Η κολύμβηση αποτελεί σωματική δραστηριότητα επανάληψης. Η συχνή, σχεδόν καθημερινή, ενασχόληση ενδείκνυται ως απαραίτητη για την προσαρμογή στο υδάτινο περιβάλλον. Η προσαρμογή αφορά την τεχνική, κίνηση χεριών-ποδιών σε συνάρτηση με την αναπνοή. Συνήθως οι αρχάριοι βάζουν περισσότερη δύναμη με μηδαμινά αποτελέσματα και επέρχεται γρήγορη κόπωση.

Το ανωτέρω πρόγραμμα αποτελεί έναν οδηγό για την πρώτη επαφή με τη σωματική δραστηριότητα της άσκησης στο νερό. Προγράμματα **aqua aerobic** αποτελούν ένα ιδανικό ξεκίνημα για γυναίκες που θέλουν ναβάλουν το νερό ως μορφή άσκησης στη ζωή τους.

Άσκηση και Οστεοπόρωση

Τα οστά, μέσω των οστεοκυττάρων, είναι ευαίσθητα σε εξωτερικά ερεθίσματα. Ένα ερέθισμα που δείχνει να αντιστρέφει την οστική απώλεια είναι η άσκηση. Οι περισσότερες έρευνες συμπεραίνουν ότι οι ασκήσεις κρούσης αποτελούν την ιδανικότερη δραστηριότητα. Οι αερόβιας μορφής δραστηριότητες, η κολύμβηση, η ποδηλασία δεν παρουσιάζουν πάντα θετικά αποτελέσματα στην οστική πυκνότητα μέσης και ισχίου. Αντίθετα, αθλήματα που παρουσιάζουν κρούση όπως τρέξιμο, τένις, ανέβασμα-κατέβασμα σκαλοπατιών, αεροβική με αναπηδήσεις δείχνουν να παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα.

Βασικά χαρακτηριστικά που έχει ένα ασκσιολόγιο για την πρόληψη της οστεοπενίας-οστεοπόρωσης είναι η διάρκεια του προγράμματος, η εβδομαδιαία συχνότητα και η μορφή της δραστηριότητας. Προτείνεται να γίνεται χρήση διαφόρων τύπων ασκήσεων, οι οποίες να στοχεύουν στη διατήρηση αν όχι αύξηση της οστικής πυκνότητας και στην επίτευξη της ισορροπίας που προέρχεται από την πρόληψη της ατροφίας του μυοσκελετικού και νευρικού συστήματος. Η συχνότητα που απαιτείται είναι 2 με 4 φορές την εβδομάδα.

Όλα τα προγράμματα συνιστούν μια προσαρμογή της ασκούμενης στο πρόγραμμα για να εξοικειωθεί με τις ασκήσεις. Το πρόγραμμα στον **πίνακα 2** μπορεί να ακολουθηθεί, εφόσον έχει προηγηθεί ένας μήνας προσαρμογής στα ερεθίσματα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗΣ

ΔΕΥΤΕΡΑ



Πρόγραμμα αντιστάσεων με λάστιχα ή βάρακια.
4 ασκήσεις για τα άνω και 4 για τα κάτω άκρα. Δουλεύουμε τις βασικές μυϊκές ομάδες. 50%-60% της ΜΠ. 10-12 επαναλήψεις 2-3 σετ. Διάλειμμα, τον ίδιο χρόνο που διαρκεί η άσκηση

ΤΡΙΤΗ



Πρόγραμμα έντονης αεροβικής με κρούση, αερόμπικ, έντονο τρέξιμο στο διάδρομο, τένις, τσί τσι 60%-70% της ΜΚΣ. Διάρκεια 30-40 λεπτά. Εξαρτάται από το πρόγραμμα ένταξης.

ΤΕΤΑΡΤΗ



Επανάληψη της 1ης ημέρας 50%-60% της ΜΠ.
10-12 επαναλήψεις 2-3 σετ.
Διάλειμμα, τον ίδιο χρόνο που διαρκεί η άσκηση

ΠΕΜΠΤΗ



Επανάληψη της 2ης ημέρας 60%-70% της ΜΚΣ. Διάρκεια 30-40 λεπτά. Εξαρτάται από το πρόγραμμα ένταξης.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ



Επανάληψη της 1ης μέρας 50%-60% της ΜΠ.
10-12 επαναλήψεις 2-3 σετ.
Διάλειμμα, τον ίδιο χρόνο που διαρκεί η άσκηση

ΣΑΒΒΑΤΟ - ΚΥΡΙΑΚΗ

Συμπληρωματική προπόνηση επιλογής για παράλειψη προπόνησης μέσα στην εβδομάδα.

ΜΚΣ: Μέγιστη Καρδιακή Συχνότητα
ΜΠ: Μέγιστη Προσπάθεια



Μέγιστη προσπάθεια ορίζουμε την επιβάρυνση που μπορούμε να αντέξουμε για μία προσπάθεια.

Πρόγραμμα ένταξης ορίζουμε οποιοδήποτε ομαδικό πρόγραμμα, ανάλογα με το επίπεδο της φυσικής κατάστασης και το επίπεδο του γκρουπ που θα ακολουθήσουμε.

Συνιστάται να γίνει εισαγωγή σε πρόγραμμα ανεκτό στα αρχικά επίπεδα του δοκιμαζόμενου.

Στον **πίνακα 3** παραθέτουμε πρόγραμμα αντιστάσεων όπου δίνεται έμφαση στη μεγαλύτερη κινητοποίηση των μυϊκών ομάδων, όπου λαμβάνει χώρα μεγαλύτερη επιβάρυνση με μεγαλύτερα διαλείμματα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΥΪΚΗΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ.

ΔΕΥΤΕΡΑ	
Πρόγραμμα αντιστάσεων με λάστιχα ή βαράκια. 4 ασκήσεις για τα άνω και 4 για τα κάτω άκρα. Δουλεύουμε τις βασικές μυϊκές ομάδες.	70%-80% της ΜΠ. 6-8 επαναλήψεις 3-4 σετ. Διάλειμμα, 3πλάσιος χρόνος από αυτόν που διαρκεί η άσκηση
ΤΡΙΤΗ	
Πρόγραμμα έντονης αεροβικής με κρούση, αερόμπικ, έντονο τρέξιμο στο διάδρομο, τένις, τσίτσι	60%-70% της ΜΚΣ. Διάρκεια 30-40 λεπτά. Εξαρτάται από το πρόγραμμα ένταξης.
ΤΕΤΑΡΤΗ	
Επανάληψη της 1ης ημέρας	70%-80% της ΜΠ. 6-8 επαναλήψεις 3-4 σετ. Διάλειμμα, 3πλάσιος χρόνος από αυτόν που διαρκεί η άσκηση
ΠΕΜΠΤΗ	
Επανάληψη της 2ης ημέρας	60%-70% της ΜΚΣ. Διάρκεια 30-40 λεπτά. Εξαρτάται από το πρόγραμμα ένταξης.
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ	
Επανάληψη της 1ης μέρας	70%-80% της ΜΠ. 6-8 επαναλήψεις 3-4 σετ. Διάλειμμα, 3πλάσιος χρόνος από αυτόν που διαρκεί η άσκηση.
ΣΑΒΒΑΤΟ - ΚΥΡΙΑΚΗ	
Συμπληρωματική προπόνηση επιλογής για παράλειψη προπόνησης μέσα στην εβδομάδα	ΜΚΣ: Μέγιστη Καρδιακή Συχνότητα ΜΠ: Μέγιστη Προσπάθεια

Εναλλακτική προπόνηση μπορεί να αποτελέσει η εφαρμογή ταχύτητας στις ασκήσεις με επιβαρύνσεις, όπου στα προηγούμενα προγράμματα η άσκηση έχει σταθερό ρυθμό όταν εκτελείται σε όλη τη διάρκειά της. Όταν θα παρουσιασθεί πλήρης συμμόρφωση του δοκιμαζόμενου με το πρόγραμμα, μπορεί να τροποποιηθεί κατά τον εξής τρόπο. Όταν η επιβάρυνση (βάρος) ανυψώνεται, αυξάνουμε την ταχύτητα και όταν η επιβάρυνση χαμηλώνει, καθυστερούμε την ταχύτητα σε 4 χρόνους.

5.5 Μέθοδοι διαχείρισης στρες

Αναστασία
Παλαιολόγου

Το στρες φαίνεται ότι συνδέεται με την είσοδο των γυναικών στην εμμνόπαιση, καθώς ο μηχανισμός του αλληλεπιδρά με την αλλαγή των ορμονών κατά την εμμνόπαιση. Η προσωπικότητα και η ψυχολογία της γυναίκας παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στο πώς θα βιώσει την εμμνόπαιση. Γυναίκες που είναι πολύ στρεσαρισμένες ή περιμένουν την εμμνόπαιση ως μια αρνητική εμπειρία, είναι πιθανό να έχουν περισσότερα ενοχλητικά συμπτώματα και να έχουν μια αρνητική εμπειρία εμμνόπαισης, από όσες είναι θετικές και αισιόδοξες.

Τα συμπτώματα του στρες είναι πολλά, καθώς επηρεάζει όλη τη φυσιολογία του οργανισμού άρα και όλα τα συστήματά του όπως το κυκλοφορικό-καρδιαγγειακό σύστημα, το πεπτικό σύστημα, το νευρικό σύστημα, τους μυς-συνδέσμους και το δέρμα. Η διαχείριση του στρες είναι απαραίτητη, καθώς το 50% περίπου των προβλημάτων υγείας των σύγχρονων ανθρώπων, όπως τα καρδιαγγειακά, ο καρκίνος, η παχυσαρκία, η οστεοπόρωση, η άνοια και η κατάθλιψη, σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με το στρες.

Το στρες λοιπόν, είναι ένας αμυντικός-εξισορροπτικός μηχανισμός του οργανισμού προκειμένου να ανταπεξέρχεται και να επιβιώνει στα στρεσογόνα ερεθίσματα, και είναι γεγονός ότι κάθε γυναίκα σε εμμνόπαιση, όπως και κάθε άνθρωπος, το βιώνει διαφορετικά, ανάλογα με την προσωπικότητα και το ιατρικό-ψυχολογικό ιστορικό της. Η διαχείρισή του μειώνει τα κλιμακτηριακά συμπτώματα και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των μετεμμνοπαισιακών γυναικών χωρίς φαρμακολογική παρέμβαση. Οι σημαντικότερες μέθοδοι διαχείρισης του στρες είναι οι παρακάτω:

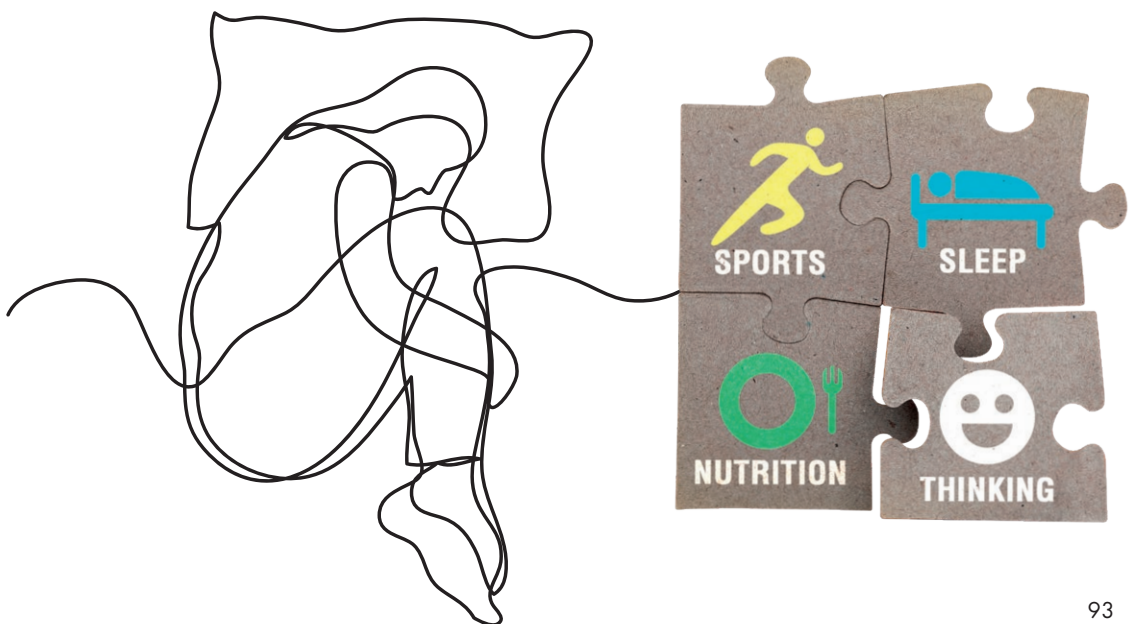
Σωματική άσκηση -Υγνος - Διατροφή

Η άσκηση έχει σημαντικό ρυθμιστικό ρόλο στην ένταση της καθημερινής ζωής, στο στρες, στην πρόληψη ή θεραπεία πολλών ασθενειών. **Τα άτομα που ασκούνται συστηματικά έχουν καλύτερη διάθεση και περισσότερη ενέργεια να αντιμετωπίσουν στρεσογόνους παράγοντες. Βελτιώνει τις εξάψεις και την αϋπνία, δύο από τα βασικότερα συμπτώ-**

ματα του κλιμακτηριακού συνδρόμου. Ιδανική, για την υγεία στην εμμηνόπαυση, είναι η άσκηση μεσαίας έντασης. Ενδείκνυται το κολύμπι, η γυμναστική με αντιστάσεις και όργανα, και το περπάτημα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, προτείνεται το περπάτημα 10.000 βημάτων ημερησίως.

Ακόμη, ο ύπνος είναι απαραίτητος για την καλή λειτουργία του οργανισμού. Οι σωστές ώρες του ύπνου βοηθούν στην καλύτερη ποιότητά του, με αποτέλεσμα τα άτομα να ξεκουράζονται επαρκώς το σώμα και τον εγκέφαλο. **Ο ύπνος μειώνει το στρες, βελτιώνει τη μνήμη και τη μάθηση, αποτρέπει τις φλεγμονές, βοηθά στη σωστή διατήρηση του βάρους και μειώνει την ένταση και τις αρνητικές σκέψεις.**

Επιπλέον, από τη διατροφή μας εξαρτάται όχι μόνο η σωματική μας κατάσταση, αλλά και η διανοητική και η ψυχική μας υγεία. Ανθυγιεινές διατροφικές συμπεριφορές δρουν ως στρεσογόνοι παράγοντες στον οργανισμό μας, ενώ ταυτόχρονα το στρες επηρεάζει τη διατροφική μας συμπεριφορά και αυξάνει τις διατροφικές απαιτήσεις, καθώς επηρεάζει την ποιότητα της τροφής, την ποσότητα που θα καταναλωθεί και την τακτικότητα των γευμάτων. **Στη μείωση του στρες βοηθά η κατανάλωση 5 μερίδων φαγητού ημερησίως, η αποφυγή ζάχαρης-αλατιού και λιπαρών, η κατανάλωση ποικιλίας τροφών, φρούτων και λαχανικών με έντονα χρώματα, έτσι ώστε να δίνεται έμφαση στη κατανάλωση τροφών με ισχυρή αντιοξειδωτική δράση και καλή ενυδάτωση.**





Γνωσιακή αναδόμηση και ευγνωμοσύνη

Η γνωσιακή αναδόμηση είναι δομημένη και οργανωμένη θεραπευτική προσέγγιση διαχείρισης του στρες, που βοηθά τα αγχώδη άτομα να εντοπίσουν, να αξιολογήσουν και να αλλάξουν τις δυσλειτουργικές σκέψεις και πεποιθήσεις που έχουν για τον εαυτό τους και τους άλλους ανθρώπους. Η γνωσιακή αναδόμηση, σε συνδυασμό με την καλλιέργεια της ευγνωμοσύνης ως συναίσθημα, το οποίο όταν το βιώνουμε μας κάνει πιο χαρούμενους και ευτυχισμένους ανθρώπους μέσω της θετικής ανατροφοδότησης που παίρνουμε από τους άλλους, μπορούν να βελτιώσουν τις κοινωνικές και διαπροσωπικές μας σχέσεις, την υγεία μας, και να αναπτύξουν την προσωπικότητά μας.



Διαφραγματικές αναπνοές

Τα οφέλη της διαφραγματικής αναπνοής είναι πολλά. Κάποια από αυτά είναι η ελάττωση του αναπνευστικού έργου, η καλύτερη οξυγόνωση του οργανισμού, η επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού και η χαλάρωση του νευρικού μας συστήματος και όλου του οργανισμού. Η διαφραγματική αναπνοή σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες μειώνει τους έντονους παλμούς, την αρτηριακή πίεση, την ευερεθιστότητα και τη νευρικότητα, τις κεφαλαλγίες, τις εξάψεις-εφιδρώσεις, τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και βελτιώνει τον ύπνο, την ευεξία και την ποιότητα ζωής.



Προοδευτική μυϊκή χαλάρωση

Ο Edmund Jacobson το 1929 παρατήρησε ότι η χαλάρωση καθορίζεται από την απουσία της αντιλαμβανόμενης μυϊκής έντασης. Έτσι, βασική αρχή της τεχνικής είναι να διδάξει με ποιόν τρόπο οι μύες μπορούν να χαλαρώνουν. Γίνεται ενεργητική σύσπαση σε συγκεκριμένες μυϊκές ομάδες και έπειτα διακόπτεται η σύσπαση και στρέφεται η προσοχή στον τρόπο χαλάρωσης των μυών. Κάποια από τα οφέλη της τεχνικής είναι η μείωση του στρες, του άγχους και του πόνου, η βελτίωση του ύπνου, του αυτοελέγχου, της συγκέντρωσης και της εσωτερικής συνοχής, η βελτίωση της αυτοεκτίμησης και των διαπροσωπικών σχέσεων και η εξασφάλιση ευεξίας.



Καθοδηγούμενος οραματισμός

Ο καθοδηγούμενος οραματισμός είναι μια τεχνική διαχείρισης του στρες που μεταφέρει την προσοχή του συμμετέχοντα σε μια φανταστική νοητή εικόνα γεύσεων, ήχων, εικόνων, μυρωδιών και συναισθημάτων με στόχο να χρησιμοποιήσει τη νοερή απεικόνιση και φαντασία με θετικό και αισιόδοξο τρόπο, ώστε να επέρχονται μείωση του στρες, χαλάρωση και ευχάριστα συναισθήματα. Σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες παρατηρή-

θηκε μείωση του στρες και πολλά οφέλη, όπως ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος, μείωση του καρδιακού παλμού, της αρτηριακής πίεσης, ρύθμιση του κύκλου του ύπνου, καθώς και άμβλυση των εξάψων-εφιδρώσεων και του καρδιαγγειακού κινδύνου.

Συνεπώς, οι προαναφερθείσες τεχνικές διαχείρισης του στρες, με την επίδραση που έχουν στο σύστημα του στρες και γενικά στη σωματική και ψυχική ευεξία, επιδρούν θετικά στην αντιμετώπιση όλων των συμπτωμάτων του κλιμακτηριακού συνδρόμου, βελτιώνοντας την υγεία και την ποιότητα ζωής των γυναικών.

5.6 Βιομιμητικές ορμόνες

Νεκταρία
Παπανικόλα

Ο όρος «βιομιμητικές ορμόνες» αναφέρεται σε σκευάσματα τα οποία έχουν ως πρώτη ύλη φυτικές ουσίες που υπόκεινται σε χημική επεξεργασία, ώστε το τελικό προϊόν να είναι πανομοιότυπο με τις ορμόνες που παράγει ο οργανισμός της γυναίκας.

Ο προβληματισμός που υπάρχει σχετικά με τη χρήση τους είναι ότι παρασκευάζονται σε φαρμακεία χωρίς ελεγχόμενη τυποποίηση, όπως συμβαίνει με τα εγκεκριμένα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία ελέγχονται από κρατικούς οργανισμούς, όπως ο FDA (Food and Drug Administration, USA) και ο EMA (European Medicine Agency). **Η παραγωγή τους λοιπόν δεν υπόκειται στους απαραίτους αυστηρούς ελέγχους ποιότητας, καθαρότητας και δραστικότητας. Επίσης, στις ετικέτες των συσκευασιών τους δεν τηρούνται οι απαιτούμενοι κανόνες αναγραφής των απαραίτων πληροφοριών, με αποτέλεσμα η δοσολογία, η δράση και οι παρενέργειές τους να μην φαίνονται με σαφήνεια.**

Τα διαθέσιμα στην αγορά σκευάσματα βιομιμητικών ορμονών περιέχουν τις παρακάτω ουσίες: τρι-οιστρογόνα (Triest, οιστριόλη/ οιστρόνη/ οιστραδιόλη), δι-οιστρογόνα (Biest, οιστριόλη/οιστραδιόλη), οιστριόλη/προγεστερόνη, τεστοστερόνη, δεϋδροεπι-ανδροστερόνη. Η οδός χορήγησης ποικίλλει: χορηγούνται διαδερμικά (έμπλαστρα, κρέμες, γέλη), από το στόμα, ενδοκοιλικά (δακτύλιοι, κρέμες, γέλες, υπόθετα), είτε ως ενέσιμα σκευάσματα (υποδόρια, ενδομυϊκά) ή ενδορρινικά.

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν λίγες ή καθόλου ενδείξεις ότι οι μη ελεγχόμενες βιομιμητικές ορμόνες είναι πιο ασφαλείς ή πιο αποτελεσματικές σε σύγκριση με τα εγκεκριμένα ορμονικά σκευάσματα στην εμμηνόπαυση. Για να καταλήξει η επιστημονική κοινότητα σε ασφαλή συμπεράσματα ως προς την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των βιομιμητικών ορμονών, χρειάζονται περισσότερα δεδομένα από μεγαλύτερες και πιο

μακροχρόνιες τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες. Με τα υπάρχοντα επιστημονικά δεδομένα, **οι μη ελεγχόμενες βιομιμητικές ορμόνες δεν δύνανται να προταθούν ως θεραπεία εκλογής των εμμηνόπαισιων συμπτωμάτων, καθώς δεν υπάρχουν επιστημονικά δεδομένα που να αποδεικνύουν ότι αποτελούν μια πιο αποτελεσματική και ασφαλή θεραπεία από την ελεγχόμενη ορμονική θεραπεία.**

Υπάρχουν τυποποιημένα ελεγχόμενα ορμονικά σκευάσματα βιοπανομοιότυπων ορμονών με έγκριση από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ), με δυνατότητα συνταγογράφησης μέσω ΕΟΠΥΥ, τα οποία περιέχουν φυσική οιστραδιόλη (το οιστρογόνο που παράγει η ωοθήκη πριν την εμμηνόπαυση) και φυσική προγεστερόνη (η ορμόνη που παράγει η ωοθήκη μετά την ωοθυλακιορρηξία).

5.7 Μη ορμονική αντιμετώπιση του ουρογεννητικού συνδρόμου

Αρετή
Αυγουλέα,
Μαρία
Χαρμαντά

Οι μη ορμονικές θεραπείες που είναι διαθέσιμες χωρίς ιατρική συνταγή είναι ικανές να βελτιώσουν τα ήπια και μέτρια συμπτώματα ουρογεννητικής ατροφίας στον μεγαλύτερο αριθμό των γυναικών. Χρησιμοποιούνται επίσης ως θεραπεία πρώτης γραμμής για τις γυναίκες που δεν θέλουν ή δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν ορμονική θεραπεία.

Λιπαντικά κολπικά σκευάσματα

Πρόκειται για σκευάσματα, με υαλουρονικό οξύ ή βασισμένα στο νερό και τα έλαια ή τη σιλικόνη, που μειώνουν την ξηρότητα και τη δυσκολία κατά την επαφή. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν προ επαφής και περιστασιακά, όποτε απαιτείται. Η δράση ενός λιπαντικού σκευάσματος είναι γενικότερα βραχύτερη σε σχέση με τη δράση ενός ενυδατικού σκευάσματος.

Ενυδατικά κολπικά σκευάσματα

Αυτά τα σκευάσματα αποκαθιστούν την ενυδάτωση του βλεννογόνου του κόλπου. Πρέπει να χρησιμοποιούνται σε μόνιμη βάση, αρχικά καθημερινά για 2-3 εβδομάδες και μετά κάθε 3-4 ημέρες. Διατηρούν την ενυδάτωση του κόλπου και ένα κολπικό pH στο 4,5. Θεραπεύουν την κολπική ξηρότητα και τον πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή.

Κολπικό λείζερ

Είναι μια ελάχιστα επεμβατική θεραπεία με στόχο τη θέρμανση των ιστών που οδηγεί στην πλήρη ανάπλαση τους.

Η θεραπεία ενδείκνυται για:

- α) ακράτεια ούρων
- β) μη επεμβατική ανάπλαση και σύσφιξη κόλπου, και
- γ) βελτίωση της ξηρότητας του κόλπου και των χρόνιων υποτροπιάζουσών κολπικών λοιμώξεων.

Η εφαρμογή λέιζερ στον κόλπο έχει τα παρακάτω αποτελέσματα:

- την ανάπλαση των σπινθιδών του βλεννογόνου
- την παραγωγή νέων ινών κολλαγόνου
- την αποκατάσταση του pH και της φυσιολογικής κλωρίδας του κόλπου
- την αντιμετώπιση ήπιας μορφής ακράτειας από προσπάθεια, καθώς προκαλείται σύσφιξη στον αυχένα της ουρήθρας

Συνήθως απαιτούνται 2-3 συνεδρίες αρχικά και μετά ετήσια επανάληψη. Είναι μια μέθοδος που προτείνεται για γυναίκες μετά από καρκίνο του μαστού, ή γυναίκες που δεν θέλουν να χρησιμοποιούν σε μόνιμη βάση κολπικά σκευάσματα.

PRP (Platelet Rich Plasma)

Η θεραπεία με αυτόλογη έγχυση αιμοπεταλίων (PRP) είναι μια νέα εναλλακτική μέθοδος στην αντιμετώπιση του συνδρόμου ουρογεννητικής ατροφίας. Στήριζεται στην αυξημένη περιεκτικότητα του πλάσματος σε αναπλαστικούς, αυξητικούς και αγγειογεννητικούς παράγοντες που προάγουν την επούλωση και αναγέννηση του ατροφικού κολπικού επιθηλίου. Η εφαρμογή γίνεται με έγχυση στην είσοδο του κόλπου καθώς και στα τοιχώματα του, μετά από τοπική εφαρμογή μιας αναισθητικής κρέμας. Συνήθως συνιστάται μια 2η έγχυση περίπου έναν μήνα μετά, προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Η αναγέννηση των ιστών είναι μια αργή διαδικασία και τα αποτελέσματα της έγχυσης μεγιστοποιούνται 4-6 εβδομάδες μετά την έγχυση. Ο αριθμός των εγχύσεων εξαρτάται από τον βαθμό της υφιστάμενης ατροφίας. Με δεδομένο πως το πλάσμα που χρησιμοποιείται είναι προϊόν επεξεργασίας του ίδιου του αίματος της ασθενούς, δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος επιπλοκής εξαιτίας ανοσολογικής απόκρισης του οργανισμού. Η μέθοδος θεωρείται σχεδόν ανώδυνη, πραγματοποιείται στο ιατρείο και η γυναίκα επανέρχεται άμεσα στην καθημερινότητα της.

6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ

Από τους Αρετή Αυγουλέα, Μιχάλη Αποστολάκη, Αναστασία Σουρέπη

Όλα τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της οστεοπόρωσης επιδρούν στην οστική ανακατασκευή. Χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, τα αντικαταβολικά και τα αναβολικά. Τα αντικαταβολικά εμποδίζουν την αποδόμηση του ήδη υπάρχοντος οστού. Τα αναβολικά χτίζουν νέο οστό.

Πιο αναλυτικά, τα αντικαταβολικά φάρμακα εμποδίζουν τη δράση των οστεοκλαστών, των κυττάρων δηλαδή που αποδομούν τον σκελετό. Τα βασικότερα είναι τα εξής:

- Ορμονική θεραπεία
- Εκλεκτικοί τροποποιητές των οιστρογονικών υποδοχέων (ραλοξιφαίνη, βαζεδοξιφαίνη)
- Διφωσφονικά: ριζεδρονάτη, αλενδρονάτη, ιβανδρονάτη, ζολεδρονικό οξύ
- δενοσουμάμπη (denosumab)

Στην Ελλάδα, μοναδικό διαθέσιμο οστεοπαραγωγό φάρμακο (αναβολικό) είναι η ενέσιμη τεριπαρατίδη.

Η χορήγηση αυτών των φαρμάκων πρέπει πάντα να συνδυάζεται με επαρκή πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D. Για την εκτίμηση της επάρκειας της βιταμίνης D υπολογίζουμε τα επίπεδα της 25(OH)βιταμίνης D στον ορό. Τα επιθυμητά επίπεδα της 25(OH)βιταμίνης D είναι 30-90 ng/ml. Οι φυσικές πηγές βιταμίνης D είναι η έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία και τροφές όπως αυγά, γάλα και ψάρια, πλούσια σε ω-3-λιπαρά οξέα. Η συνιστώμενη ημερήσια δόση της βιταμίνης D, βάσει των νεότερων διεθνών οδηγιών, είναι 600 μονάδες την ημέρα.

Η **ορμονική θεραπεία** είναι αποτελεσματική στην πρόληψη της οστεοπόρωσης σε γυναίκες μετά την εμμνόπαυση, καθώς μειώνει τα κατάγματα του ισχίου και της σπονδυλικής στήλης. Η ορμονική θεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής σε γυναίκες που βρίσκονται κοντά στην ηλικία της εμμνόπαυσης και έχουν και εμμνοπαυσιακά συμπτώματα, καθώς η

Θεραπεία αυτή είναι αποτελεσματική και για τις δύο καταστάσεις ταυτόχρονα. Σε αυτές τις νεαρές ηλικίες, η ορμονική θεραπεία μπορεί να επιφέρει μείωση του κινδύνου κατάγματος έως και 50%. Επίσης, η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης ενδείκνυται για την πρόληψη της οστεοπόρωσης σε γυναίκες με πρόωρη εμμηνόπαυση μέχρι τη φυσιολογική ηλικία εμμηνόπαυσης. Σε αυτό το χρονικό πλαίσιο, η ορμονική θεραπεία είναι απολύτως ασφαλής και προστατεύει ταυτόχρονα από την οστεοπόρωση.



Οι εκλεκτικοί τροποποιητές των οιστρογονικών υποδοχέων (Selective estrogen receptor modulators, SERMs) αποτελούν κατηγορία φαρμάκων εγκεκριμένων για τη θεραπεία της μετεμμηνόπαυσιακής οστεοπόρωσης. Τα φάρμακα αυτά δεν είναι ορμόνες. Δύο ουσίες είναι εγκεκριμένες στην Ευρώπη, η ραλοξιφαίνη και η βαζεδοξιφαίνη.

Η δράση των SERMs έχει περιγραφεί σε πολλαπλές μελέτες. Βελτιώνουν την οστική πυκνότητα στη σπονδυλική στήλη και στο ισχίο, βοηθώντας στην ελάττωση του κινδύνου σπονδυλικών καταγμάτων κατά 30% έως 40%, σε σύγκριση με γυναίκες που δεν λαμβάνουν αγωγή. Ιδιαίτερα η ραλοξιφαίνη ελαττώνει τον κίνδυνο για μελλοντικό καρκίνο του μαστού κατά 65% σε γυναίκες υψηλού κινδύνου. Τα φάρμακα αυτά γενικώς είναι καλά ανεκτά. Υπάρχει ένα μικρό ποσοστό γυναικών που εμφανίζει εξάψεις. Για τον λόγο αυτόν τα SERMs δεν πρέπει να χορηγούνται σε γυναίκες με εμμηνόπαυσιακά συμπτώματα. Εξαιρετικά σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια είναι αυτή της φλεβικής θρόμβωσης.

Η επιλογή των SERMs είναι ιδανική σε νέες γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση χωρίς εμμηνόπαυσιακά συμπτώματα, ή σε γυναίκες που σταματάνε την ορμονική θεραπεία, αλλά χρειάζονται προστασία έναντι της οστεοπόρωσης. Η θεραπεία αυτή προστατεύει παράλληλα τις γυναίκες από τον καρκίνο του μαστού.



Τα **διφωσφονικά (BPs)** είναι ανάλογα του ανόργανου πυροφωσφορικού οξέος και αποτελούν την πιο ευρέως συνταγογραφούμενη αντιοστεοπορωτική αγωγή, κυρίως λόγω του χαμηλού κόστους τους και του ευνοϊκού γενικώς προφίλ ασφαλείας τους. Τα διφωσφονικά προάγουν την καταστροφή των οστεοκλαστών, των κυττάρων δηλαδή που αποδομούν τον σκελετό, αναστέλλοντας έτσι την οστική αποδόμηση. Τα διφωσφονικά αυξάνουν την οστική πυκνότητα στη σπονδυλική στήλη και στο ισχίο και μειώνουν τον κίνδυνο κατάγματος κατά 40-50%. Η εντερική απορρόφηση των διφωσφονικών είναι πτωχή (συνήθως <1%) και πρέπει συνεπώς να χορη-



γούνται με άδειο στομάχι, καθώς η τροφή ή τα υγρά που περιέχουν ασβέστιο αναστέλλουν την απορρόφησή τους. Τα διφωσφονικά δεν πηγαίνουν σε άλλα συστήματα του οργανισμού, παρά μόνο στην οστική επιφάνεια. Έτσι, από το φάρμακο που προσλαμβάνουμε, το 40-60% κατανέμεται στο σκελετό και η υπόλοιπη ποσότητα απεκκρίνεται στα ούρα αναλλοίωτη. Τα φάρμακα αυτά παραμένουν στον σκελετό για μεγάλο διάστημα. Αυτή την ιδιότητα εκμεταλλευόμαστε για να τα χορηγούμε πιο αραιά. Η συχνότητα της από του στόματος χορήγησης μπορεί να είναι 1 φορά την εβδομάδα (αλενδρονάτη, ριζεδρονάτη) ή 1 φορά τον μήνα (ριζεδρονάτη, ιμπανδρονάτη). Τα ενδοφλεβίως χορηγούμενα σκευάσματα δίνονται κάθε 3 μήνες (ιβανδρονάτη) ή μία φορά τον χρόνο (ζολεδρονικό οξύ).

Τα διφωσφονικά είναι γενικώς ασφαλή φάρμακα. Ειδικές ανεπιθύμητες εκδηλώσεις είναι γαστρεντερικές διαταραχές στην από του στόματος χορήγηση και μια γριπώδης αντίδραση στα ενδοφλέβια σχήματα, ειδικά μετά την πρώτη δόση, η οποία μοιάζει με τα συμπτώματα ίωσης και περνάει μόνη της. Η οστεονέκρωση της γνάθου είναι μια εξαιρετικά σπάνια παρενέργεια της θεραπείας με διφωσφονικά. Έχει αναφερθεί κυρίως σε άτομα με κακοήθεια, τα οποία έχουν λάβει υψηλές δόσεις διφωσφονικών, κυρίως ενδοφλεβίως. Οι δόσεις αυτές είναι πολύ υψηλότερες από τις δόσεις που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της οστεοπόρωσης. Σε ασθενείς με οστεοπόρωση οι οποίοι θεραπεύονται με διφωσφονικά, η οστεονέκρωση της γνάθου είναι εξαιρετικά σπάνια και εμφανίζεται με συχνότητα μικρότερη από 1 ασθενή στους 10.000 που θα πάρουν το φάρμακο ανά έτος. Μια άλλη πολύ σπάνια επιπλοκή της θεραπείας με διφωσφονικά είναι τα άτυπα κατάγματα. Κατάγματα δηλαδή που συμβαίνουν σε σημεία του σκελετού, όπου συνήθως δεν εμφανίζονται κατάγματα, όπως στη μέση του μηριαίου οστού, του μακρύτερου οστού του ανθρώπινου σώματος. Αυτό μπορεί να παρατηρηθεί μετά από πολλά χρόνια θεραπείας με διφωσφονικά, επειδή αυτά συσσωρεύονται στον σκελετό. Για την αποφυγή των πολύ σπάνιων αυτών επιπλοκών, υπάρχει η πρακτική των «διακοπών θεραπείας» (drug holiday): όταν μετά από 4-5 χρόνια συνεχούς θεραπείας ο γιατρός κρίνει ότι το φάρμακο έχει βοηθήσει τη γυναίκα και ο κίνδυνος κατάγματος έχει μειωθεί, σταματάει το φάρμακο για ένα διάστημα 1-3 ετών και μετά η ασθενής αξιολογείται ξανά, έτσι ώστε εάν κριθεί απαραίτητο να ξαναξεκινήσει η θεραπεία.

Η **δενοσουμάμπη (denosumab)** είναι ένα ανθρώπινο μονοκλωνικό αντίσωμα, το οποίο αδρανοποιεί την κυτταροκίνη RANKL, έναν ισχυρό οστεοκλαστικό παράγοντα αποδόμησης του σκελετού. Η δενοσουμάμπη εμφανίζει ισχυρή αντι-οστεοκλαστική δράση, οδηγώντας στην ανα-

στολή της οστικής απώλειας. Η δανοσουμάμπη χορηγείται ως υποδόρια ένεση κάθε 6 μήνες και ενδείκνυται για τη θεραπεία της οστεοπόρωσης σε γυναίκες με υψηλό κίνδυνο για κάταγμα. Η δανοσουμάμπη αυξάνει την οστική πυκνότητα σε όλα τα σημεία μέτρησης, μειώνει τα σπονδυλικά κατάγματα κατά 68% και τα κατάγματα ισχίου κατά 40%.

Η δανοσουμάμπη είναι γενικά πολύ ασφαλές φάρμακο. Η χορήγηση δανοσουμάμπης μπορεί να προκαλέσει τις πρώτες μέρες οσφυαλγία και μυοσκελετικούς πόνους στα άκρα. Πολύ σπάνια συσχετίζεται με λοιμώξεις, κυρίως δερματίτιδα στο σημείο της ένεσης ή κυστίτιδα. Όπως και με τα διφωσφονικά, εξαιρετικά σπάνια έχουν παρατηρηθεί άτυπα κατάγματα και οστεονέκρωση της γνάθου. Για τον λόγο αυτόν, μπορεί και εδώ να εφαρμοστεί η πρακτική των «διακοπών θεραπείας», με τη μόνη διαφορά ότι η δανοσουμάμπη δεν μπορεί να σταματήσει απότομα, αλλά πρέπει να αντικατασταθεί για ένα έτος από διφωσφονικό και μετά να ξεκινήσει το διάστημα διακοπής. Εάν η θεραπεία με δανοσουμάμπη σταματήσει απότομα, τότε χάνουμε όλο το θεραπευτικό αποτέλεσμα της θεραπείας, η οστική πυκνότητα πέφτει απότομα και μπορούν να συμβούν και επώδυνα σπονδυλικά κατάγματα στο άμεσο διάστημα μετά τη διακοπή της θεραπείας.

Η **τεριπαρατίδη** (ένα τμήμα του μορίου της ανθρώπινης παραθορμόνης, ορμόνης που ρυθμίζει τον μεταβολισμό του ασβεστίου) χρησιμοποιείται ως αναβολική θεραπεία για την οστεοπόρωση, χορηγούμενη με τη μορφή καθημερινών υποδορίων ενέσεων για ένα μέγιστο χρονικό διάστημα 24 μηνών. Η χορήγηση της τεριπαρατίδης μπορεί επιλεκτικά να διεγείρει τους οστεοβλάστες, τα κύτταρα του σκελετού που παράγουν νέο οστό. Η τεριπαρατίδη προάγει την οστική αρχιτεκτονική και γεωμετρία, αυξάνει την οστική πυκνότητα και μειώνει τον κίνδυνο σπονδυλικών καταγμάτων κατά 70%, ιδιαίτερα σε γυναίκες με σοβαρού βαθμού οστεοπόρωση, στις οποίες οι άλλες θεραπείες οστεοπόρωσης δεν υπήρξαν αποτελεσματικές. Επιπλέον, στις γυναίκες με σπονδυλικά κατάγματα με οξύ πόνο, η αναβολική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στην υποχώρηση του πόνου. Η αναβολική θεραπεία είναι θεραπεία δεύτερης γραμμής, χορηγείται δηλαδή σε γυναίκες με πολύ σοβαρή οστεοπόρωση και μόνο εάν οι προηγούμενες θεραπείες δεν έχουν αποδώσει.

7 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Από τους Σταυρούλα Πάσχου, Αναστασία Αρμένη, Δημήτριο Γουλή

7.1 Υπερλιπιδαιμία

Τα λιπίδια αποτελούν σημαντικά κυτταρικά συστατικά των ιστών και των οργάνων του σώματος. Τα μόρια μεταφορείς των λιπιδίων στο αίμα είναι οι λιποπρωτεΐνες. Οι λιποπρωτεΐνες οι οποίες προσδένονται στη χοληστερόλη είναι αθηρογόνες, εκτός από την HDL. Οι αθηρογόνες λιποπρωτεΐνες εναποτίθενται στο τοίχωμα των αγγείων, όπου συντελούν στον σχηματισμό αθηρωματικής πλάκας. Η προοδευτική αύξηση του μεγέθους της αθηρωματικής πλάκας μπορεί να προκαλέσει σημαντική χρόνια στένωση της αρτηρίας, με αποτέλεσμα το αίμα να μην μπορεί να περάσει ομαλά. Κλινικές εκδηλώσεις αυτής της κατάστασης αποτελούν η στηθάγχη (πόνος στο στήθος, από τη στένωση των αρτηριών της καρδιάς) και η χλωτότητα των κάτω άκρων (πόνος στις γάμπες όταν περπατάμε, από τη στένωση των αρτηριών των κάτω άκρων). Ξαφνική ρήξη (αποκόλληση από το τοίχωμα των αγγείων) της αθηρωματικής πλάκας μπορεί να αποφράξει ολόκληρη την αρτηρία και να προκαλέσει έμφραγμα του μυοκαρδίου ή/και εγκεφαλικό επεισόδιο.

Η επιθετική αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας στους ασθενείς με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο αποτελεί γενική αρχή της διαχείρισης της υπερλιπιδαιμίας. Η LDL-χοληστερόλη (κακή χοληστερίνη) αποτελεί τον πρωταρχικό στόχο στη θεραπεία της υπερλιπιδαιμίας, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου.

Ο 10-ετής κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου μπορεί να εκτιμηθεί από διάφορους αλγόριθμους, όπως είναι ο αλγόριθμος HeartScore, ο οποίος έχει προσαρμοστεί και στα ελληνικά δεδομένα (https://www.heartscore.org/el_GR/access-heartscore). Ανάλογα με τον υπολογιζόμενο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και τα εξατομικευμένα χαρακτηριστικά της κάθε γυναίκας, υπολογίζεται από τον θεράποντα ιατρό ο επιθυμητός στόχος της LDL-χοληστερόλης. Εάν αυτός δεν μπορεί να εξασφαλιστεί με διατροφή και άσκηση, τότε πρέπει να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή.



Οι στατίνες είναι η φαρμακευτική θεραπεία που συνιστάται συχνότερα για την υπερχοληστερολαιμία, λόγω της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειάς της στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Οι στατίνες υψηλής δόσης (ατορβαστατίνη 40-80 mg ή ροσουβαστατίνη 20-40 mg) μπορεί να επιτύχουν μείωση της LDL κατά $\geq 50\%$ και συχνά συνιστώνται ως θεραπεία εκλογής σε ασθενείς υψηλού κινδύνου ή σε ασθενείς με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο. Σε γυναίκες μετρίου κινδύνου μπορεί να χορηγηθεί στατίνη χαμηλότερης δόσης (π.χ. ατορβαστατίνη 10 mg ή ροζουβαστατίνη 5 mg). Η συχνότερη κλινική εκδήλωση δυσανεξίας στις στατίνες είναι οι πόνοι στους μυς, οι οποίοι μπορούν να μετριαστούν είτε με μείωση της ημερήσιας δόσης, είτε με τη χορήγηση διαφορετικής στατίνης, είτε με χορήγηση κάθε δεύτερη μέρα.

Η υπερτριγλυκεριδαιμία (αυξημένα τριγλυκερίδια) αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, ιδιαίτερος εάν τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων είναι ≥ 200 mg/dl. Πολύ συχνά, τα αυξημένα τριγλυκερίδια είναι μέρος του μεταβολικού συνδρόμου, το οποίο εμφανίζεται σε μεγάλη συχνότητα μετά την εμμηνόπαυση. Το μεταβολικό σύνδρομο περιλαμβάνει αρτηριακή υπέρταση, κοιλιακή παχυσαρκία (παχυσαρκία ανδρικού τύπου), αυξημένα τριγλυκερίδια, χαμηλή HDL (καλή χοληστερίνη) και τάση για διαβήτη ή κλινικό διαβήτη (αυξημένο σάκχαρο στο αίμα). Η πρώτη θεραπεία για τα αυξημένα τριγλυκερίδια είναι η απώλεια βάρους και τα συμπληρώματα διατροφής με ωμέγα-3 λιπαρά οξέα. Εάν αυτά δεν επιτύχουν, τότε χορηγείται φαρμακευτική αγωγή με φιβράτες.

7.2 Υπέρταση

Ως υπέρταση μπορεί να οριστεί η επίμονη καταγραφή μετρήσεων αρτηριακής πίεσης πάνω από τα όρια που έχουν καθοριστεί από ιατρικούς οργανισμούς και οι οποίες έχουν αντίκτυπο στην υγεία των ασθενών. Ως υπέρταση θεωρείται συστολική (μεγάλη) πίεση πάνω από 140 και διαστολική (μικρή) πίεση πάνω από 90 χιλιοστά της στήλης υδραργύρου στο πιεσόμετρο. Ως φυσιολογικές θεωρούνται τιμές συστολικής πίεσης μέχρι 120 και διαστολικής μέχρι 80. Η υπέρταση αποτελεί την πρώτη αιτία εμφράγματος του μυοκαρδίου, εγκεφαλικού επεισοδίου, χρόνιας νεφρικής νόσου και συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας. Τα πρώτα χρόνια μετά την εμμηνόπαυση υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εμφανιστεί αρτηριακή υπέρταση για πρώτη φορά στη ζωή μιας γυναίκας. Ιδιαίτερα σε γυναίκες που είχαν εμφανίσει αυξημένη αρτηριακή

πίεση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, η πιθανότητα εμφάνισης υπέρτασης είναι κατά 7 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Η ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΒΑΣΙΖΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΟΡΘΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ, ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΟΠΟΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΕΞΗΣ:

- Οι ασθενείς πρέπει να αποφεύγουν την κατανάλωση καφεΐνης, τη σωματική άσκηση, το στρες και/ή το κάπνισμα για 30 λεπτά πριν από τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης.
- Οι ασθενείς πρέπει να έχουν κενή ουροδόχο κύστη, να έχουν αφαιρέσει τα ρούχα από τον βραχίονα, να κάθονται με τα πόδια ευθυγραμμισμένα με το πάτωμα και να είναι ήρεμοι για 5 λεπτά πριν από τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης.
- Η αρτηριακή πίεση πρέπει να μετριέται με κατάλληλα βαθμονομημένη συσκευή μέτρησης της αρτηριακής πίεσης και να λαμβάνεται από εκπαιδευμένο προσωπικό.
- Η αρτηριακή πίεση πρέπει να μετράται και στους δύο βραχίονες με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις που να απέχουν μεταξύ τους τουλάχιστον κατά ένα λεπτό.
- Μακροπρόθεσμα, επόμενες μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης θα πρέπει να γίνονται στον βραχίονα στον οποίον είχε καταγραφεί προηγουμένως η υψηλότερη μέτρηση αρτηριακής πίεσης.

Η μείωση της αρτηριακής πίεσης μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, την εξέλιξη της νεφρικής νόσου και τη συνολική θνητότητα. Οι μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης από τους ίδιους τους ασθενείς (αυτο-παρακολούθηση) μπορεί να είναι χρήσιμες για να επιβεβαιώσουν τη διάγνωση υπέρτασης, ιδιαίτερα σε ασθενείς που εκδηλώνουν την υπέρταση της λευκής μπλούζας (αυξημένη αρτηριακή πίεση μόνο στο ιατρείο) και σε ασθενείς με λανθάνουσα υπέρταση (αυξημένη αρτηριακή πίεση μόνο εκτός ιατρείου). Η αυτο-παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης μπορεί επίσης να βοηθήσει στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας της υπέρτασης.



Η μη φαρμακολογική θεραπεία της υπέρτασης περιλαμβάνει δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε αλάτι, επαρκή πρόσληψη καλίου (π.χ. μπανάνες, ντομάτες), σωματική δραστηριότητα/άσκηση, διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους και περιορισμένη κατανάλωση αλκοόλ. Εάν τα γενικά μέτρα δεν αποδώσουν, τότε πρέπει εγκαίρως να ξεκινάει αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή. Τα φάρμακα της υπέρτασης σήμερα είναι αποτελεσματικά και ασφαλή, δεν συνοδεύονται από ανεπιθύμητες ενέργειες εάν η γυναίκα βρίσκεται υπό ιατρική παρακολούθηση, και μπορούν να αποτρέψουν σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση εμφραγμάτων, αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και θανάτων.

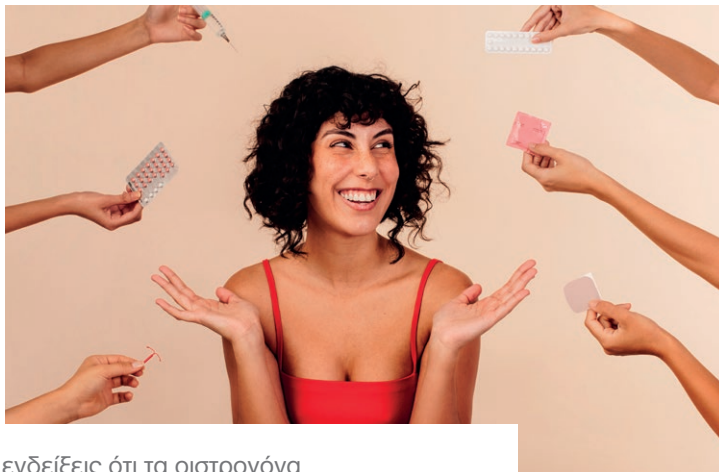
7.3 Σακχαρώδης διαβήτης

Η εμμνόπαυση συνοδεύεται από σωματικές και ενδοκρινικές αλλαγές που μπορεί να προδιαθέσουν στην εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ).



Πράγματι, η αύξηση του σωματικού βάρους και η εναπόθεση σπλαχνικού λίπους μετά την εμμνόπαυση οδηγεί σε συστηματική φλεγμονή μέσω της δράσης κυτοκινών και συνεπώς σε αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης στο συκώτι και στους μυς, της ορμόνης που ρυθμίζει το σάκχαρο στο αίμα. Αυτό σημαίνει ότι το πάγκρεας πρέπει να παράγει πολύ μεγαλύτερες ποσότητες ινσουλίνης για να μεταβολίσουν το σάκχαρο οι μύες και το συκώτι. Σε κάποια άτομα, αυτή η χρόνια υπερλειτουργία μπορεί να εξαντλήσει το πάγκρεας και ως εκ τούτου να μην μπορεί πλέον να παράγει ινσουλίνη. Στο χρονικό αυτό σημείο εμφανίζεται σακχαρώδης διαβήτης. Η γενετική προδιάθεση είναι το κρίσιμο στοιχείο για την τελική ανάπτυξη του ΣΔ. Συμπερασματικά λοιπόν, η εμμνόπαυση φαίνεται ότι αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης ΣΔ, ανεξάρτητα και επιπρόσθετα από την επίδραση της ηλικιακής γήρανσης.

Πολλές γυναίκες στην εμμνόπαυση παρουσιάζουν κλιμακτηριακά συμπτώματα, όπως εξάψεις και νυχτερινές εφιδρώσεις, οπότε έχουν ένδειξη να λάβουν ορμονική θεραπεία. Τα συμπτώματα αυτά έχουν συ-



Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα οιστρογόνα βελτιώνουν την ομοιόσταση της γλυκόζης μέσω άμεσης επίδρασης στο ήπαρ, στους μυς ή στον λιπώδη ιστό, βελτιώνοντας έτσι την ευαισθησία στην ινσουλίνη.



σχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔ και μάλιστα ανεξάρτητα από την παρουσία παχυσαρκίας. Διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει ότι **η ορμονική θεραπεία έχει ευνοϊκή επίδραση στον μεταβολισμό της γλυκόζης, στις γυναίκες τόσο χωρίς όσο και με διαβήτη**. Πράγματι, μια μετα-ανάλυση που συμπεριέλαβε 107 μελέτες συνολικά, έδειξε ότι η ορμονική θεραπεία ελάττωσε σημαντικά το κοιλιακό λίπος, την αντίσταση στην ινσουλίνη κατά 13%, καθώς και την πιθανότητα διάγνωσης ΣΔ κατά 30% σε γυναίκες χωρίς τη νόσο. Επιπλέον, η ορμονική θεραπεία βελτίωσε άλλους σημαντικούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, όπως λιπίδια, αρτηριακή πίεση και παράγοντες πήξης. Η αντιδιαβητική επίδραση της ορμονικής θεραπείας φαίνεται να περιλαμβάνει διάφορους φυσιολογικούς μηχανισμούς, οι οποίοι εκτείνονται και πέρα από τις μεταβολικές μεταβολές που προκαλούνται από την εμμηνόπαυση. Η ορμονική θεραπεία βελτιώνει την κεντρική παχυσαρκία και μειώνει την εναπόθεση κοιλιακού λίπους, αυξάνοντας την οξειδωση των λιπών κυρίως και συνεπώς την ενεργειακή δαπάνη. Υπάρχουν ακόμα ενδείξεις ότι τα οιστρογόνα βελτιώνουν την ομοιόσταση της γλυκόζης μέσω άμεσης επίδρασης στο ήπαρ, στους μυς ή στον λιπώδη ιστό, βελτιώνοντας έτσι την ευαισθησία στην ινσουλίνη. Επιπλέον, δεδομένα από μελέτες σε πει-

ραματόζωα έχουν δείξει ότι τα οιστρογόνα μπορεί να αυξήσουν και την έκκριση ινσουλίνης μέσω άμεσης δράσης στο πάγκρεας. Σε γυναίκες λοιπόν με εμμηνόπαισιακά συμπτώματα, οι οποίες ξεκινούν ορμονική θεραπεία για την ανακούφιση των συμπτωμάτων αυτών ή για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης, η ευεργετική επίδραση στον μεταβολισμό του σακχάρου είναι ένα επιπλέον όφελος της ορμονικής θεραπείας.

Όσον αφορά τη διαχείριση του ΣΔ σε γυναίκες στην εμμηνόπαυση, η παρέμβαση στον τρόπο ζωής, συμπεριλαμβανομένης της διατροφής και της άσκησης, αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της. Η απώλεια βάρους είναι πολύ σημαντική, όχι μόνο για τη θεραπεία αλλά και για την πρόληψη του ΣΔ. Ωστόσο, καθώς η υγεία των οστών και η σαρκopenία αποτελούν επίσης σημαντικές ανησυχίες κατά τη μετεμμηνόπαισιακή περίοδο, θα πρέπει να συνιστάται μόνο βαθμιαία και μέτρια απώλεια βάρους (5 έως 7% του αρχικού σωματικού βάρους). Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί με προγράμματα που παρέχουν 1.200-1.500 kcal την ημέρα ή αναλλακτικά δημιουργούν έλλειμμα ενέργειας 500-750 kcal την ημέρα. Η μεσογειακή διατροφή με υψηλή κατανάλωση φυτικών ινών και ελαιόλαδου, μέτρια κατανάλωση ψαριών και χαμηλή κατανάλωση κόκκινου κρέατος είναι ιδανική και έχει ως αποτέλεσμα όχι μόνο την απώλεια βάρους, αλλά και σημαντικά καρδιαγγειακά οφέλη. Η κατανάλωση ξηρών καρπών, η κατάλληλη πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D, η περιορισμένη πρόσληψη αλκοόλ και νατρίου αποτελούν πρόσθετες σημαντικές παρεμβάσεις.

Σχετικά με την άσκηση, το έντονο περπάτημα, τουλάχιστον 150 λεπτά την εβδομάδα, συνδυάζει αερόβια άσκηση μέτριας έντασης, η οποία ενδείκνυται για ασθενείς με ΣΔ2, με άσκηση που είναι ιδανική για την αύξηση της αντοχής των οστών. Το έντονο περπάτημα, επιπλέον, διατηρεί τη μυϊκή μάζα και μπορεί να προσφέρει ψυχολογική ευεξία και ισορροπία. Η διακοπή του καπνίσματος είναι εξαιρετικά σημαντική για τη μείωση τόσο του κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου όσο και του κινδύνου κατάγματος και είναι απαραίτητη. Αν και οι ανωτέρω παρεμβάσεις είναι ουσιώδεις και πολύ σημαντικές, οι περισσότερες από αυτές τις γυναίκες θα χρειαστούν τελικά φαρμακευτική θεραπεία. Πολλοί αντιδιαβητικοί παράγοντες είναι διαθέσιμοι σήμερα. Η μετφορμίνη, οι αναστολείς DPP-4, οι αγωνιστές GLP-1R, οι αναστολείς SGLT-2, οι σουλφονουλουρίες, οι θειαζολιδινεδιόνες και η ινσουλίνη είναι τα συνηθέστερα συνιστώμενα φάρμακα. Οι πλέον κατάλληλοι παράγοντες θα πρέπει να επιλέγονται από τον ενδοκρινολόγο εξατομικευμένα, σύμφωνα με τις μεταβολικές, καρδιαγγειακές και οστικές επιδράσεις τους, λαμβάνοντας υπόψη τα ειδικά χαρακτηριστικά και τις ανάγκες της κάθε μετεμμηνόπαισιακής γυναίκας ξεχωριστά.

ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ

Γράφει ο Τόλης Γιακουμάκης, Scientific & Education Manager,
Active Cosmetics Division L'Oréal Hellas

Η εμμηνόπαυση αποτελεί μια ιδιαίτερη περίοδο στη ζωή κάθε γυναίκας.

Σήμερα, ένας σημαντικός αριθμός γυναικών ερμηνεύει την περίοδο αυτή ως μια νέα αρχή, ένα νέο κεφάλαιο στη ζωή τους, κατά το οποίο μπορούν να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο στον εαυτό τους.

Οι γυναίκες μιλούν πλέον πιο ανοιχτά για την εμμηνόπαυση, είναι πιο αισιόδοξες σε σχέση με το παρελθόν, περισσότερο ενημερωμένες αλλά και περισσότερο προετοιμασμένες ώστε να αντιμετωπίσουν θετικά τις όποιες αλλαγές πρόκειται να συμβούν στην νέα αυτή περίοδο της ζωής τους. Οι αλλαγές αυτές παρατηρούνται στον οργανισμό, στο σώμα, στο πρόσωπο και τα χαρακτηριστικά του, στο δέρμα και την επιδερμίδα, αλλά και στην ψυχολογία τους.

Η ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΜΑΣ

Εμείς, στη VICHY, έχουμε μία σημαντική αποστολή: να στηρίζουμε κάθε γυναίκα σε οποιαδήποτε φάση της ζωής της.

Δημιουργούμε καινοτόμα προϊόντα με δραστικά συστατικά ελεγμένα τόσο για την ασφάλεια όσο και την αποτελεσματικότητά τους, πάντα υπό δερματολογικό έλεγχο. Προσφέρουμε δερμοκαλλυντικές λύσεις και ολοκληρωμένα πρωτόκολλα περιποίησης, που βασίζονται στην επιστημονική μας έρευνα και γνώση. Αντιμετωπίζουμε τη γήρανση του δέρματος, προστατεύουμε και παρατείνουμε τη νεότητα της επιδερμίδας.

Η ΓΗΡΑΝΣΗ: ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ

Μπορούμε λοιπόν να ορίσουμε την «ορμονική γήρανση» ως μέρος της φυσιολογικής γήρανσης, όπου οι ορμονικοί παράγοντες διαδραματίζουν τον πιο καθοριστικό ρόλο.

Οι μεταβολές σε επίπεδο δέρματος και επιδερμίδας είναι ορατές και εμφανίζονται ή και επιταχύνονται στο στάδιο της εμμηνόπαυσης και μετά. Επίσης οι ψυχολογικές μεταπτώσεις είναι ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της περιόδου αυτής.

ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: ΑΤΡΟΦΙΑ-ΑΤΟΝΙΑ-ΞΗΡΟΤΗΤΑ

Κλινικά το δέρμα της γυναίκας σε φάση εμμηνόπαυσης είναι ξηρό και λεπτό. Η απώλεια των λιπιδίων είναι ιδιαίτερα σημαντική και φθάνει ή και ξεπερνά το 57%. Οι διαταραχές εντοπίζονται στο υδρολιπιδικό φιλμ αλλά και στις μεμβράνες των κυττάρων. Η επιδερμίδα αποκτά μια χλωμή απόχρωση και η αντοχή της σε φυσικούς τραυματισμούς μειώνεται.

Στο δέρμα διακρίνουμε μια προοδευτική απώλεια της τόνωσης και της ελαστικότητάς του. Παρατηρείται μείωση της συνολικής ποσότητας του κολλαγόνου, καθώς και σημαντικές τροποποιήσεις των φυσικοχημικών ιδιοτήτων του, κάτι που αλλοιώνει τη συνολική πλαστικότητα. Η ποσότητα του υαλουρονικού οξέος επίσης μειώνεται, κάτι που συνεπάγεται και απώλεια της περιεκτικότητας της επιδερμίδας σε νερό. Στο υπόδερμα, σύμφωνα με διάφορες έρευνες, φαίνεται να υπάρχει μια υποχώρηση της λιπώδους δομής, με αποτέλεσμα την ατροφία και της στιβάδας αυτής.

ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΜΙΑΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑΣ

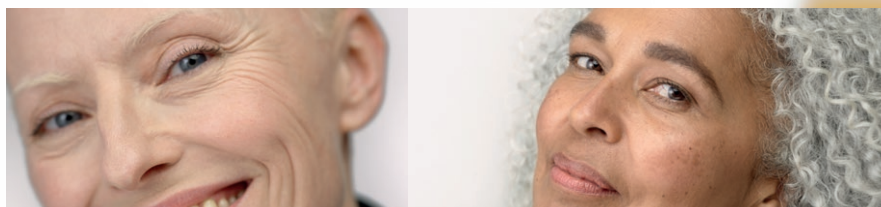
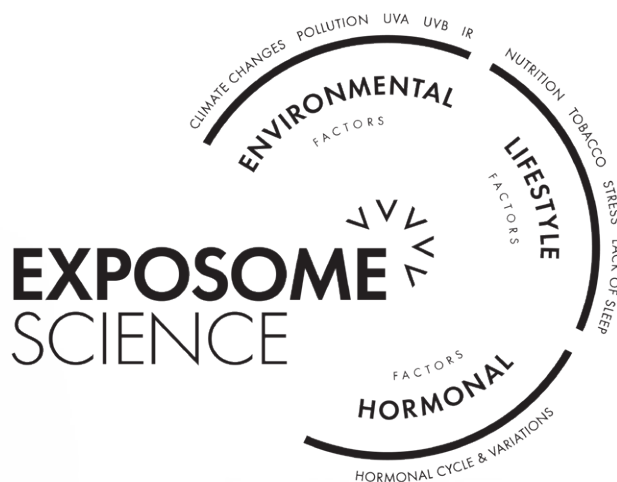
Η επιδερμίδα μπορεί να επωφεληθεί από την εφαρμογή δερμοκαλλυντικών προϊόντων απέναντι στις επιπτώσεις των ορμονικών μεταβολών και του Εκθεσιώματος σε αυτήν.

Θα πρέπει λοιπόν να δημιουργήσουμε ολοκληρωμένα πρωτόκολλα που σκοπό έχουν την αντιμετώπιση της χαλάρωσης, την αύξηση της ελαστικότητας, τη χορήγηση λιπιδίων κατά της ξηρότητας και την αποκατάσταση του χρωματικού τόνου και της λάμψης.

Τα εργαστήρια VICHY, χάρη στη μεγάλη εξειδίκευση και επιστημονική γνώση, εδώ και περισσότερο από 30 έτη, στη φροντίδα της επιδερμίδας σε κάθε στάδιο της εμμηνόπαυσης, δημιούργησαν τη σειρά NEOVADIOL με εξειδικευμένα προϊόντα που βελτιώνουν όχι μόνο την επιδερμίδα του προσώπου, αλλά και την ψυχολογία της σύγχρονης γυναίκας.

Μιας γυναίκας δραστήριας, μιας γυναίκας νέας, τόσο από κοινωνική όσο και επαγγελματική άποψη, που θα πρέπει να νιώθει σιγουριά και αυτοπεποίθηση σε κάθε της βήμα στη νέα αυτή πορεία, στο νέο αυτό στάδιο.





ΕΚΘΕΣΙΩΜΑ

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και το Εκθεσίωμα.

Ως Εκθεσίωμα ορίζουμε όλους εκείνους τους παράγοντες, ενδογενείς και εξωγενείς, που δεν σχετίζονται με την κληρονομικότητα.

Τέτοιοι παράγοντες είναι η **ακτινοβολία UV**, η **ρύπανση**, αλλά και το **στρες** και η **διατροφή** μεταξύ άλλων.

Το Εκθεσίωμα επηρεάζει όλον τον οργανισμό και φυσικά το δέρμα και την επιδερμίδα.



me no pause

Με την ευγενική χορηγία της

VICHY
LABORATOIRES

