



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ

Τμήμα Μηχανικών Σχεδίασης Προϊόντων & Συστημάτων

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ ΓΚΙΚΟΝΤΕ

ΜΑΙΕΥΤΗΡΑ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΥ

ΘΕΜΑ

Τίτλος

ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ

Υπότιτλος

**Ολιστική Γυναικολογία – Μια συστημική
θεραπευτική προσέγγιση των γυναικών**

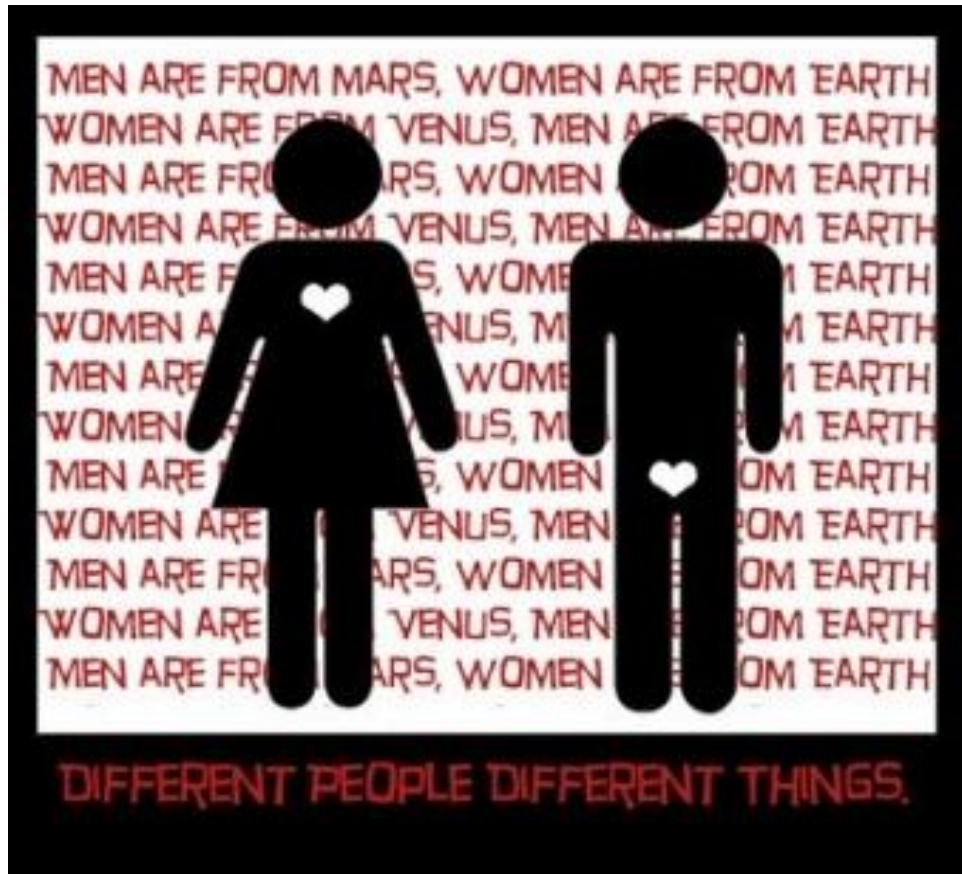
ΑΘΗΝΑ – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2012

Τίτλος

ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ

Υπότιτλος

**Ολιστική Γυναικολογία – Μια συστημική
θεραπευτική προσέγγιση των γυναικών**



Περίληψη	7
Πρόλογος	8
1. Προβληματικός χώρος – Σκοπός της διατριβής	9
2. Δομή της διατριβής	11
3. Θεωρητική ανασκόπηση	12
3.1 Η υγεία των γυναικών	12
3.1.1 Ιστορική ανασκόπηση της γυναικολογίας	12
3.1.2 Θεραπευτικό αντικείμενο της ειδικότητας της γυναικολογίας	13
3.2 Φυσιολογικές καταστάσεις της γυναίκας	14
3.2.1 Έμμηνος ρύση	14
3.2.2 Εμμηνόπαυση	16
3.2.2.1 Σημεία και συμπτώματα της εμμηνόπαυσης	16
3.2.2.2 Αντιμετώπιση των σημείων της εμμηνόπαυσης	17
3.2.2.3 Ορμονική θεραπεία για την εμμηνόπαυση (ΜΗΤ)	19
3.2.2.4 Φυσική δραστηριότητα και υγιεινή διατροφή των γυναικών στην εμμηνόπαυση	20
3.2.2.5 Εμμηνόπαυση και υστερεκτομή	20
3.2.2.6 Εμμηνόπαυση πριν από την ηλικία των 40 ετών	21
3.2.3 Εγκυμοσύνη – Θηλασμός	21
3.2.4 Γήρανση των γυναικών – Εικόνα του εαυτού	22
3.3 Παθολογικές καταστάσεις της γυναίκας	24
3.3.1 Καρδιαγγειακές διαταραχές	24
3.3.1.1 Τύποι καρδιακών παθήσεων	24
3.3.1.2 Επιδημιολογικά και στατιστικά στοιχεία	25
3.3.1.3 Γενικά προληπτικά μέτρα για να μειωθούν οι πιθανότητες για καρδιακή νόσο	25
3.3.1.4 Αρτηριακή πίεση και καρδιακή νόσος	26
3.3.1.5 Γενικά προληπτικά μέτρα για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης	26
3.3.1.6 Σημεία και συμπτώματα της καρδιακής νόσου	27
3.3.1.7 Φάρμακα ή φαρμακευτικές θεραπείες και καρδιακή νόσος	27
3.3.2 Ενδομητρίωση	28
3.3.3 Λοιμώξεις	30
3.3.3.1 Κολπίτιδες	30
3.3.3.1.1 Ορισμός και πιθανά αίτια της κολπίτιδας	30
3.3.3.1.2 Σημεία και συμπτώματα της κολπίτιδας	30
3.3.3.1.3 Διάγνωση της κολπίτιδας	30
3.3.3.1.4 Βακτηριακή κολπίτιδα [Bacterial Vaginosis (BV)]	31

3.3.3.1.5	Κολπικές μυκητιάσεις	33
3.3.3.2	Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	34
3.3.3.2.1	Επιδημιολογικά στοιχεία	34
3.3.3.2.2	Τρόποι μόλυνσης ενός ΣΜΝ	34
3.3.3.2.3	Σχέση των ΣΜΝ με άλλα προβλήματα υγείας	35
3.3.3.2.4	Σημεία και συμπτώματα των ΣΜΝ	35
3.3.3.2.5	Διαγνωστικές εξετάσεις για τα ΣΜΝ	36
3.3.3.2.6	Θεραπεία των ΣΜΝ	37
3.3.3.2.7	Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και εγκυμοσύνη	38
3.3.3.2.8	Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και θηλασμός	38
3.3.4	Προβλήματα ύπνου	39
3.3.4.1	Αϋπνία	39
3.3.4.2	Ναρκοληψία	42
3.3.4.3	Σύνδρομο ανήσυχων (υπερκινητικών) ποδιών (RLS)	42
3.3.4.4	Υπνική άπνοια	42
3.3.5	Ψυχολογικά προβλήματα	43
3.3.5.1	Κατάθλιψη	43
3.3.6	Καρκίνοι	46
3.3.6.1	Καρκίνος του στήθους	46
3.3.6.2	Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας	50
3.3.7	Αυτοάνοσα νοσήματα	51
3.3.8	Προβλήματα πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την εγκυμοσύνη	57
3.3.8.1	Κατάθλιψη κατά τη διάρκεια ή μετά την εγκυμοσύνη	57
3.3.8.2	Υπογονιμότητα και στειρότητα	59
3.3.9	Προβλήματα της εμμήνου ρύσεως (περιόδου)	64
3.3.9.1	Αμηνόρροια	64
3.3.9.2	Δυσμηνόρροια	65
3.3.9.2.1	Ορισμός και ταξινόμηση της δυσμηνόρροιας	65
3.3.9.2.2	Παθολογία της δυσμηνόρροιας	65
3.3.9.2.2.1	Κλασική θεραπευτική αντιμετώπιση παθολογιών που σχετίζονται με τη δυσμηνόρροια	66
3.3.9.2.2.2	Αντισυλληπτικά και δυσμηνόρροια	66
3.3.9.2.3	Επιδημιολογικά στοιχεία της δυσμηνόρροιας	67
3.3.9.2.4	Σημεία και συμπτώματα της δυσμηνόρροιας	67
3.3.9.2.5	Διάγνωση της δυσμηνόρροιας	67
3.3.9.3	Ανώμαλη αιμορραγία της μήτρας	68
3.3.9.4	Μηνορραγία	69

3.3.9.5	Χρήση του ταμπόν και σύνδρομο τοξικού σοκ (TSS)	69
3.3.10	Προβλήματα που σχετίζονται με τη φάση της εμμηνόπαυσης	70
3.3.10.1	Οστεοπόρωση και εμμηνόπαυση	70
3.3.10.2	Καρδιαγγειακά προβλήματα και εμμηνόπαυση	70
3.4	Οδηγίες της τεκμηριωμένης ιατρικής (Evidence Based Medicine) για την αντιμετώπιση κοινών γυναικολογικών περιστατικών	70
3.4.1	Οδηγία για την πρωτοπαθή δυσμηνόρροια	70
3.4.2	Οδηγία για την κολπίτιδα	74
3.4.3	Οδηγία για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	75
3.4.4	Οδηγία για τη μηννορραγία	76
3.5	Ολιστική θεραπεία vs ανακούφιση συμπτωμάτων	88
3.6	Η επιστήμη της ομοιοπαθητικής	88
3.7	Ομοιοπαθητική και γυναικολογία	92
4.	Ομοιοπαθητική Materia Medica και γυναικολογικές παθολογικές καταστάσεις	95
4.1	Εισαγωγή	95
4.2	Ομοιοπαθητική και εγκυμοσύνη	95
4.3	Ομοιοπαθητική και γονιμότητα	95
4.4	Ομοιοπαθητική αντιμετώπιση της δυσμηνόρροιας	96
4.4.1	Pulsatilla και δυσμηνόρροια	96
4.4.2	Sepia και δυσμηνόρροια	97
4.4.3	Colocynthis και δυσμηνόρροια	98
4.4.4	Viburnum Opulus και δυσμηνόρροια	99
4.4.5	Belladonna και δυσμηνόρροια	100
4.4.6	Cimicifuga Racemosa και δυσμηνόρροια	101
4.4.7	Cantharis Vesicatoria και δυσμηνόρροια	102
4.4.8	Xanthoxylum Fraxineum και δυσμηνόρροια	103
4.4.9	Magnesia Phosphorica και δυσμηνόρροια	103
4.4.10	Natrum Muriaticum και δυσμηνόρροια	103
4.4.11	Ferrum Phosphoricum και δυσμηνόρροια	104
4.4.12	Bellis Perennis και δυσμηνόρροια	104
4.4.13	Διαφορική διάγνωση για την ομοιοπαθητική θεραπεία της δυσμηνόρροιας	105

4.5	Ομοιοπαθητική αντιμετώπιση της λειτουργικής μητρορραγίας	109
4.5.1	Sabina και μητρορραγία	109
4.5.2	Belladonna και μητρορραγία	109
4.5.3	Ipecacuanha και μητρορραγία	110
4.5.4	Platinum Metallicum και μητρορραγία	110
4.5.5	Διαφορική διάγνωση για την ομοιοπαθητική θεραπεία της λειτουργικής μητρορραγίας	111
4.6	Ομοιοπαθητική αντιμετώπιση της μηνορραγίας	112
4.6.1	Phosphorus και μηνορραγία	112
4.6.2	Ferrum Metallicum και μηνορραγία	112
4.6.3	Ferrum Phosphoricum και μηνορραγία	113
4.6.4	Calcareo Fluorica και Calcareo Phosphorica και μηνορραγία	114
4.6.5	Calcareo carbonica και μηνορραγία	115
4.6.6	Pulsatilla και μηνορραγία	115
4.6.7	Lycopodium και μηνορραγία	115
4.6.8	Sepia και μηνορραγία	116
4.6.9	Kali Carbonicum και μηνορραγία	116
4.6.10	Belladonna και μηνορραγία	116
4.6.11	Sabina και μηνορραγία	117
4.6.12	Bovista και μηνορραγία	117
4.6.13	Rigellon και μηνορραγία	118
4.6.14	Cinamomum και μηνορραγία	118
4.6.15	Chelonias και μηνορραγία	118
4.6.16	Secale και μηνορραγία	118
4.6.17	Sulphuric Acid και μηνορραγία	118
4.6.18	Bryonia και μηνορραγία	119
4.6.19	Διαφορική διάγνωση για την ομοιοπαθητική θεραπεία της μηνορραγίας	119
4.7	Ομοιοπαθητικές θεραπείες για την κολπίτιδα	120
4.7.1	Calcareo Carbonica και κολπίτιδες	120
4.7.2	Sepia και κολπίτιδες	121
4.7.3	Sulphur και κολπίτιδες	122
4.7.4	Graphites και κολπίτιδες	122
4.7.5	Pulsatilla και κολπίτιδες	122
4.7.6	Lycopodium και κολπίτιδες	124
4.7.7	Carbo Vegetabilis και κολπίτιδες	124
4.7.8	Mercurius και κολπίτιδες	124

4.7.9	Natrum Muriaticum και κολπίτιδες	124
4.7.10	Boracid Acid και κολπίτιδα	125
4.7.11	Nitric acid και κολπίτιδες	125
4.7.12	Arsenicum και κολπίτιδες	125
4.7.13	Kreosotum και κολπίτιδες	125
4.7.14	Lachesis και κολπίτιδες	126
4.7.15	Caladium και κολπίτιδες	127
4.7.16	Sanicula και κολπίτιδες	127
4.7.17	Asterias Rubens και κολπίτιδες	127
4.7.18	Arsenicum Iodatum και κολπίτιδες	128
4.7.19	Crotum Tiglium και κολπίτιδες	128
4.7.20	Curare και κολπίτιδες	128
4.7.21	Hydrocotyle Asiatica και κολπίτιδες	129
4.7.22	Lobelia Inflata και κολπίτιδες	129
4.7.23	Διαφορική διάγνωση για την ομοιοπαθητική θεραπεία της κολπίτιδας	129
4.8	Ομοιοπαθητική και καρκίνος του μαστού	131
4.9	Ομοιοπαθητική & κατάθλιψη – Γενική αξιολόγηση	131
4.10	Ομοιοπαθητική και εξάψεις σε γυναίκες στην εμμηνόπαυση	132
5.	Ολιστική Προσέγγιση της Υγείας των Γυναικών – Ολιστική Γυναικολογία – Συμπεράσματα	134
6.	Βιβλιογραφία	140
6.1	Journals and Books	140
6.2	Web based resources	145

Περίληψη

Στο πόνημα αυτό έχει χρειαστεί να γίνει ανασκόπηση των γυναικολογικών τμημάτων από πολλές Materia Medica και συνδυασμός αυτών με διάφορες παθήσεις της γυναικολογίας, σε μία προσπάθεια να φωτιστεί η Ολιστικότητα που θα πρέπει να έχει ο ιατρός στην εξάσκηση της ειδικότητάς του. Μέχρι τώρα, τα φάρμακα που χορηγούνται στην σύγχρονη ιατρική είναι φάρμακα που έχουν στόχο μόνο το όργανο του σώματος το οποίο πάσχει.

Είναι όμως προφανές ότι ο οργανισμός της γυναίκας δεν θα πρέπει να θεωρηθεί ως άθροιση μεμονωμένων οργάνων που λειτουργούν ανεξάρτητα, αλλά ως ένα σύνολο, ένα όλον δηλαδή. Αυτό που διαφεύγει, πιθανώς, από όλους τους Γυναικολόγους της γης, έρχεται ένας άλλος Γυναικολόγος να κάνει το πρώτο βήμα για την διόρθωσή του, εξηγώντας, στην εργασία αυτή με ποιον ακριβώς τρόπο θα πρέπει να θεωρούμε μία γυναικολογική νοσολογική οντότητα ως μέρος του συνολικού συστήματος της γυναίκας που αποτελείται από σωματικό, νοητικό και συναισθηματικό κομμάτι, παρά από ένα όργανο που πάσχει.

Έτσι λοιπόν, αναλύονται στην εργασία αυτή διάφορες παθήσεις της Γυναικολογίας και εξηγείται η θεραπευτική θεώρηση από Ομοιοπαθητικής πλευράς, καταδείχνοντας με τον τρόπο αυτό την απόλυτη αναγκαιότητα θεώρησης του προβλήματος με μία Ολιστική προσέγγιση. Οι νοσολογικές οντότητες που διαλέχθηκαν είναι οι διαταραχές εμμήνου ρύσεως, η ενδομητρίωση, οι κολπίτιδες, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, οι καρκίνοι και τα αυτοάνοσα νοσήματα, καθώς και η δυσμηνόρροια. Δίδεται ιδιαίτερη έμφαση σε τρεις μεγάλες Γυναικολογικές νοσολογικές οντότητες, τη δυσμηνόρροια, την αιμορραγία από την μήτρα και τις κολπίτιδες, λόγω ελλείψεως χώρου για ενασχόληση και με τις υπόλοιπες, καθώς και λόγω της άποψης ότι η δειγματοληπτική αυτή θεώρηση είναι υπεραρκετή για να καταδείξει την απόλυτη αναγκαιότητα για την Ολιστική Θεραπευτική Προσέγγιση των γυναικολογικών προβλημάτων της ασθενούς.

Πρόλογος

Σε όλη τη διάρκεια του χρόνου κατά τον οποίο η ομοιοπαθητική βρίσκεται και εξασκείται στον πλανήτη μας, ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα ήταν πάντα η εύρεση της σωστής δυναμοποιημένης εκείνης ουσίας, του *simillimum* δηλαδή που ήταν πάντα ένα. Πολλοί θεραπευτές προσπάθησαν να παρακάμψουν αυτή την δυσκολία, δημιουργώντας διάφορα τεχνάσματα, όπως παραδείγματος χάριν η συγχορήγηση περισσότερων του ενός ομοιοπαθητικών θεραπειών, ή η χορήγηση δυναμοποιημένων ουσιών, ανάλογα με την ασθένεια, και όχι με τον ασθενή. Τα δύο ως ανωτέρω γνωρίζουμε, χάρις κυρίως στις προσπάθειες του Πατέρα της Ομοιοπαθητικής, Καθηγητή Γεωργίου Βυθούλκα, ότι είναι παντελώς λάθος. Επίσης, γνωρίζουμε ότι η ομοιοπαθητική δεν θα πρέπει να εξασκείται κατά αυτόν τον τρόπο.

Στη σημερινή εποχή, έχουν αυξηθεί πάρα πολύ οι ομοιοπαθητικοί που δεν έχουν πτυχίο ιατρικής, οι γιατροί που συγχορηγούν περισσότερα του ενός ομοιοπαθητικά, καθώς και οι φαρμακευτικές Εταιρείες που παράγουν ομοιοπαθητικά σκευάσματα που περιέχουν πολλές διαφορετικές χαμηλά δυναμοποιημένες ουσίες, που μπορεί να υπερβαίνουν και τις 6. (Heel).

Μέσα στα πλαίσια της προσπάθειας να αντισταθούμε στην αδυσώπητη αυτή ροή των γεγονότων, είμαστε πολλές φορές, ίσως υπερπροστατευτικοί της Κλασικής Ομοιοπαθητικής, και προσέχουμε-πολλές φορές υπερβολικά-, ίσως, μην τύχει και υπερβούμε κάπου τα όρια. Μπορούμε να πούμε: <<για να μην καούμε στον χυλό, φυσάμε και το γιαούρτι>?

Το παρόν πόνημα δεν έχει σκοπό να δώσει απάντηση στην ερώτηση αυτή. Ο στόχος του, όμως, είναι χωρίς να ξεχνά ούτε για μία στιγμή την Ολιστικότητα της Ομοιοπαθητικής, την ανάγκη χορήγησης ενός και μόνο *simillimum*, καθώς και την ανάγκη ΠΑΝΤΟΤΕ να βλέπουμε τον ασθενή και όχι την ασθένεια, να λειτουργήσει σαν ένα βοήθημα μελέτης για τον Ομοιοπαθητικό γιατρό, κάνοντας μία προσπάθεια να συνδυάσει την Ομοιοπαθητική και την Γυναικολογία. Έτσι λοιπόν, η οπτική γωνία από την οποία φωτίζουμε την Ιατρική, στην εργασία αυτή, φωτίζει την Ομοιοπαθητική και την Γυναικολογία ψάχνοντας να βρει θεραπευτικά και γνωσιακά κοινά.

Επ' ουδενί λόγω δεν αποπειρώμεθα να διδάξουμε τον αναγνώστη ποιο ομοιοπαθητικό θα δίνει σε κάθε νοσολογική οντότητα της γυναικολογίας, διότι αυτό αντίκειται στις αρχές του γράφοντος αν λάβουμε υπόψιν ότι αυτός έχει γαλουχηθεί με τις διδασκαλίες του Γεωργίου Βυθούλκα και δεν είχε ποτέ κανέναν άλλο δάσκαλο παρά τον τελευταίο και τους μαθητές του.

Πιστεύουμε ότι με τον τρόπο που παρουσιάζεται το αντικείμενο αυτό θα βοηθηθεί ο ομοιοπαθητικός γιατρός να μελετήσει τις ομοιοπαθητικές ουσίες από πλευράς γυναικολογίας, και να διευρύνει τις γνώσεις του, με τελικό αποτέλεσμα την καλύτερη άσκηση του λειτουργήματός του, που θα έχει ως συνέπεια την εξάπλωση της ομοιοπαθητικής στον κόσμο.

1. Προβληματικός χώρος – Σκοπός της διατριβής

Η ομοιοπαθητική θεωρείται μια ολιστική θεραπευτική μέθοδος, γιατί εξετάζει τον ασθενή σε τρία επίπεδα: φυσικό (σώμα), συναισθηματικό και διανοητικό. Στην ομοιοπαθητική η εξέταση του ασθενούς στα τρία επίπεδα γίνεται μέσω ενός λεπτομερούς ιστορικού, το οποίο διαρκεί πολύ περισσότερη ώρα σε σχέση με το ιστορικό που παίρνει ο κλασικός γιατρός. Δηλαδή ο ομοιοπαθητικός θεραπευτής αφιερώνει περισσότερο χρόνο στον ασθενή κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης σε σχέση με τον κλασικό γιατρό.

Η παρούσα διατριβή θέτει την παραπάνω θέση σε ένα άλλο επίπεδο. Δεν αμφισβητεί την ολιστικότητα της ομοιοπαθητικής. Αμφισβητεί και εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζεται η θεραπευτική σε γυναίκες ασθενείς.

Επιχειρηματολογεί για το θέμα του ότι η ολιστικότητα μιας θεραπείας όπως η ομοιοπαθητική πηγάζει μόνο μέσα από το συνδυασμό της κλασικής ιατρικής γνώσης με την ομοιοπαθητική γνώση, παρουσιάζοντας με λεπτομέρεια παθολογικές καταστάσεις γυναικών όπου η Κλασική Ιατρική δεν μπορεί να κάνει τίποτε άλλο πέρα από την ανακούφιση των συμπτωμάτων της ασθενούς. Η ανακούφιση ενός συμπτώματος, που εκδηλώνεται μέσα στο πλαίσιο μιας παθολογικής κατάστασης, δεν είναι θεραπεία και σίγουρα δεν είναι ολιστική θεραπεία. Με τη λεπτομερή παρουσίαση των παθολογικών καταστάσεων της γυναίκας στο κεφάλαιο 3.3 γίνεται φανερό ότι ο θεραπευτής πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά το αντικείμενο, δηλαδή να κατέχει ή να έχει άμεση πρόσβαση στην τυπική και τεκμηριωμένη ιατρική γνώση για τις ασθένειες των γυναικών, αφού τα περισσότερα περιστατικά δεν είναι τόσο απλά όσο φαίνονται. Για παράδειγμα, οι διαταραχές περιόδου που εμφανίζει μια γυναίκα που ζηλεύει υπερβολικά δεν θα θεραπευτούν οπωσδήποτε με τη Lachesis, γιατί κάθε περιστατικό δεν είναι πάντα απλό. Όλα τα περιστατικά χρήζουν πλήρους διερεύνησης είτε από τον ίδιο το θεραπευτή είτε από τους συνεργάτες του, γιατί μπορεί το σημείο ή το σύμπτωμα που εκδηλώνει η ασθενής να κρύβει κάτι πολύ σοβαρό, που ενδεχομένως να της στοιχίσει τη μητρότητα ή να τη θέσει σε πρόωμη εμμηνοπαυσιακή κατάσταση.

Επίσης, επιχειρηματολογεί για την ανάγκη οι ομοιοπαθητικοί θεραπευτές να αντιμετωπίζουν τη γυναίκα ασθενή διαφορετικά σε σχέση με τους άντρες ασθενείς. Στην κλασική και στην τεκμηριωμένη ιατρική, άντρες και γυναίκες έχουν κοινές ασθένειες. Κανείς βέβαια δεν το αμφισβητεί αυτό. Το ερώτημα που θέτει η διατριβή είναι αν μια γυναίκα και ένας άντρας ανταποκρίνονται το ίδιο ή είναι το ίδιο ευαίσθητοι απέναντι σε μια κοινή και στα δύο φύλα νόσο. Ως παράδειγμα αναφέρονται τα αυτοάνοσα νοσήματα στο κεφάλαιο 3.3.7. Τα αυτοάνοσα νοσήματα έχουν θύματα κυρίως γυναίκες, γιατί το ανοσοποιητικό τους σύστημα είναι, ίσως, πιο ισχυρό και μέσα από άγνωστες μέχρι σήμερα καταστάσεις μπορεί πιο εύκολα να στραφεί ενάντια στον ίδιο τον οργανισμό της γυναίκας παρά σε αυτόν του άντρα. Όταν η ομοιοπαθητική κινεί την αυτοϊαση και ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενούς, μεταφέροντάς του κάποια μορφή πληροφορίας, τι μπορεί να σημαίνει αυτό για τα αυτοάνοσα νοσήματα και τις γυναίκες ασθενείς;

Ο τρίτος άξονας της διατριβής, που σχετίζεται άμεσα με τον προηγούμενο, εστιάζει στο ότι από συστημική άποψη η γυναίκα και ο άντρας είναι διαφορετικά συστήματα. Μπορεί για λόγους κωδικοποίησης της γνώσης η γυναίκα και ο άντρας να έχουν τα ίδια ανατομικά συστήματα, όμως στο φυσικό επίπεδο είναι εντελώς διαφορετικοί, έχουν άλλη δομή και, φυσικά, άλλη οργάνωση και στα τρία επίπεδα. Στο φυσικό επίπεδο η διαφορετική δομή και οργάνωση σημαίνει διαφορετικά όργανα

και διαφορετική βιοχημεία, π.χ. ορμόνες και νευροδιαβιβαστές. Στο συναισθηματικό επίπεδο, από την αρχαιότητα είναι γνωστό ότι γυναίκες και άντρες είναι εντελώς διαφορετικοί στο τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν τα συναισθηματικά ερεθίσματα, π.χ. σεξουαλικότητα, αίσθηση του κινδύνου κ.λπ. Στο διανοητικό επίπεδο, που έχει σχέση με λειτουργίες όπως ο υπολογισμός, η ανάλυση, η πλοήγηση κ.λπ., δεν μπορεί κάποιος να αναφέρει ότι υπάρχουν διαφορές που θα μπορούσαν να επηρεάσουν μια παθολογική κατάσταση, δηλαδή οι γυναίκες είναι εξίσου έξυπνες και διανοητικά ικανές με τους άντρες και ίσως πολύ πιο ικανές σε ορισμένα σημαντικά θέματα, π.χ. οργάνωση εργασιών, αντίληψη των καταστάσεων, ηρεμία στη λήψη μιας απόφασης κ.λπ.

Όμως, η διαφορετικότητα στο φυσικό και συναισθηματικό επίπεδο είναι αρκετή για να δημιουργήσει την ανάγκη να υπάρχει εντελώς διαφορετική αντιμετώπιση μιας γυναίκας ασθενούς. Η διατριβή επιχειρηματολογεί για την ανάγκη δημιουργίας ενός Repertory όχι μόνο για τις αμιγώς γυναικολογικές παθολογικές καταστάσεις ή για τα γυναικολογικά σημεία και συμπτώματα, αλλά ένα ολοκληρωμένο Repertory, που θα περιλαμβάνει συναισθηματικά και διανοητικά σημεία και συμπτώματα αποκλειστικά για γυναίκες. Στη Materia Medica αυτό παρουσιάζεται σήμερα σε ορισμένα φάρμακα που χαρακτηρίζονται «γυναικεία» ή γράφουν ότι «η εικόνα του φαρμάκου μοιάζει με μια γυναίκα ψηλή, λιγνή και ξανθιά». Με άλλα λόγια, η διατριβή παρουσιάζει την ανάγκη να προστεθεί μια νέα διάσταση στο κλασικό Repertory – αν το σύμπτωμα προέρχεται από άντρα ή γυναίκα ασθενή. Η επιχειρηματολογία βασίζεται στην παρουσίαση των φυσιολογικών καταστάσεων μιας γυναίκας στο κεφάλαιο 3.2. Οι καταστάσεις αυτές δεν εμφανίζονται στη ζωή του άντρα και έχουν ως αποτέλεσμα την αλλαγή της γυναίκας σε όλα τα επίπεδα, π.χ. η μητρότητα, μια απόλυτα φυσιολογική κατάσταση, μπορεί να συσχετιστεί με κατάθλιψη και μελαγχολία ή η εμμηνόπαυση, επίσης μια απόλυτα φυσιολογική κατάσταση, μπορεί να συσχετιστεί με δυσκολίες έκφρασης της σεξουαλικότητας και με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την ψυχική υγεία της γυναίκας.

Ο σκοπός λοιπόν της διατριβής είναι να προσδιορίσει το κενό γνώσης και πληροφόρησης που υπάρχει στη σχέση της γυναικολογίας και της ομοιοπαθητικής. Η διεθνής βιβλιογραφία είναι πολύ φτωχή, δηλαδή πολύ λίγα άρθρα αναφέρονται στην ομοιοπαθητική και στη σχέση της με τη γυναικολογία. Στο κεφάλαιο 3.7 παρουσιάζεται μια βιβλιογραφική έρευνα στα πιο έγκυρα ομοιοπαθητικά περιοδικά, που δείχνει την απουσία επιστημονικών ερευνών πάνω στο θέμα. Η μόνη γενική αναφορά για την αντιμετώπιση γυναικολογικών περιστατικών στην ομοιοπαθητική εντοπίζεται σε ομοιοπαθητικές φαρμακολογίες (**Materia Medica**), όπου περιγράφονται σημεία-συμπτώματα των γυναικείων γεννητικών οργάνων και του μαστού. Ελάχιστα συγγράμματα και μελέτες αναφέρονται αποκλειστικά στη γυναικολογία και στην ομοιοπαθητική, δηλαδή περιγράφουν το αντικείμενο της γυναικολογίας όπως αυτό εκφράζεται μέσα από την ομοιοπαθητική. Ο όρος που χρησιμοποιείται κυρίως σε αυτά τα συγγράμματα, για να περιγράψει τη σχέση ομοιοπαθητικής και γυναικολογίας, είναι η «Ομοιοπαθητική Γυναικολογία». Η διατριβή στο κεφάλαιο 5 παρουσιάζει τους σκοπούς και τις αρχές της ολιστικής γυναικολογίας.

Στη διατριβή παρουσιάζεται η εφαρμογή της ομοιοπαθητικής στη γυναικολογία μέσα από τη μελέτη ορισμένων ομοιοπαθητικών φαρμάκων ανά παθολογική κατάσταση δημιουργώντας μια γυναικολογική ομοιοπαθητική Materia Medica. Τα ομοιοπαθητικά φάρμακα που παρουσιάζονται προσφέρουν συμπτωματική ή συνολική θεραπεία σε γυναικολογικά περιστατικά. Η παρουσίαση

αυτή έχει σκοπό να διευρύνει τις γνώσεις μας στο θέμα της ολιστικής αντιμετώπισης των γυναικολογικών περιστατικών. Έτσι, για κάθε νοσολογική οντότητα αναφέρονται οι πλέον χρησιμοποιούμενες ομοιοπαθητικές θεραπείες, με τα κύρια, συνοδά ή τροποποιητικά συμπτώματα, τα οποία πρέπει να ερευνήσει ο γιατρός, προκειμένου να καταλήξει στη σωστή διάγνωση.

2. Δομή της διατριβής

Η διατριβή αποτελείται από τρία βασικά μέρη. Το πρώτο μέρος είναι η θεωρητική ανασκόπηση, στην οποία αρχικά εξετάζεται η έννοια της υγείας των γυναικών και του αντικειμένου της γυναικολογίας, παρουσιάζονται οι φυσιολογικές καταστάσεις στη ζωή της γυναίκας και εν συνεχεία γίνεται ευρεία αναφορά στις παθολογικές καταστάσεις των γυναικών. Οι συχνότερες παθολογικές καταστάσεις των γυναικών παρουσιάζονται και μέσω των οδηγιών της τεκμηριωμένης ιατρικής, με σκοπό να γίνει κατανοητό ότι η εναλλακτική ιατρική, αν και γίνεται ερευνητικό αντικείμενο των συγγραφέων των οδηγιών, λίγες φορές προτείνεται ως θεραπεία, γιατί δεν γίνονται καλά σχεδιασμένες και ποιοτικές κλινικές μελέτες. Στο τέλος του κεφαλαίου της θεωρητικής ανασκόπησης υπάρχει η εισαγωγή στις ολιστικές θεραπείες και ειδικότερα στη διαφορά ανάμεσα στη θεραπεία και στην ανακούφιση των συμπτωμάτων (συμπτωματική θεραπεία), στην περιγραφή των βασικών αρχών της ομοιοπαθητικής και στη σχέση της ομοιοπαθητικής με τη γυναικολογία.

Το δεύτερο μέρος της διατριβής είναι η μια ομοιοπαθητική *Materia Medica*, για τα συχνότερα γυναικολογικά προβλήματα με διαφορετική διάγνωση της χρήσης των ομοιοπαθητικών θεραπειών. Παρουσιάζονται ομοιοπαθητικές θεραπείες για τη δυσμηνόρροια, τη λειτουργική μητρορραγία, τη μηνορραγία, την κολπίτιδα, τον καρκίνο του μαστού, την κατάθλιψη και τις εξάψεις στην εμμηνόπαυση.

Στο τρίτο μέρος γίνεται αναφορά στις διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών, με σκοπό να γίνει κατανοητό ότι από συστημική άποψη, πρόκειται για δύο διαφορετικά συστήματα, στα οποία πρέπει να υπάρχει διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση ειδικά στις κοινές ασθένειες. Αν και έχουν κάποια κοινά ανατομικά στοιχεία, νέες μελέτες σχετικά με το πώς οι ορμόνες του οργανισμού επηρεάζουν τη συμπεριφορά και το χαρακτήρα του ατόμου υποδεικνύουν ότι οι ομοιοπαθητικές *Materia Medica* και τα *Repertory* θα έπρεπε, ίσως, να είναι διαφορετικά για τους άντρες και τις γυναίκες. Η ολιστική θεραπευτική που εστιάζει στη γυναίκα ονομάζεται ολιστική γυναικολογία και συνδυάζει την κλασική γυναικολογία με την ομοιοπαθητική και άλλες θεραπευτικές μεθόδους.

3. Θεωρητική ανασκόπηση

3.1 Η υγεία των γυναικών

Ο αριθμός των ορισμών της υγείας δεν είναι απεριόριστος⁷⁹. Στην ιστορία της ιατρικής μόνο μπορούμε να βρούμε πολλές διαφορετικές αντιλήψεις ή ιδέες για την υγεία σε ποικίλες παραπομπές και συνδυασμούς. Υγεία θεωρήθηκε: 1) η αρμονική ισορροπία μεταξύ των αρχών ή οντοτήτων, 2) το αποτέλεσμα ενός αγώνα ενάντια σε αντίθετες δυνάμεις, 3) η συνεχής διαλεκτική διαδικασία, 4) η διαταραχή της ιεραρχίας των δομικών στοιχείων ή των λειτουργιών, 5) η δυναμική του οργανισμού να εκτελεί και να αναπτύσσεται, 6) η υπερβατικότητα προς υψηλότερα επίπεδα της ύπαρξης, 7) το αποτέλεσμα συνειδητής και αυτόνομης δράσης, 8) η βέλτιστη αιτιώδης λειτουργία, 9) η δημόσια αποστολή και ευθύνη.

Στην άποψη του Hahnemann, του θεμελιωτή της ομοιοπαθητικής, για την υγεία, όπως αντικατοπτρίζεται στα γραπτά του, χρησιμοποιούνται σχεδόν όλες οι παραπάνω παράμετροι της υγείας⁷⁹. Ο Hahnemann περιγράφει, για παράδειγμα, την υγεία ως εξής: 1) η αρμονική ρύθμιση της δύναμης της ζωής (ζωτική δύναμη) (vital force), 2) η ήττα από παθογενετικές επιρροές, 3) η θεραπευτική επιδείνωση, 4) η απολυταρχία του πνεύματος στη ζωή 5) η αναφορά σε έναν υψηλότερο στόχο της ανθρώπινης ύπαρξης, 6) η τελειοποίηση του χαρακτήρα της ιατρικής υπηρεσίας, 7) η ανησυχία σχετικά με τη διαίτα και το στυλ ζωής, 8) το αποτέλεσμα της αιτιότητας και των φυσικών επιστημών και 9) η ελκυστική έννοια για τις κυβερνητικές διατάξεις, όπως η αστυνομία της ιατρικής.

Η θεωρία της ιατρικής⁷⁹ προσπαθεί να αναλύσει, να προσαρμόσει και να αναπτύξει έννοιες όπως η υγεία που να καλύπτουν τις ανάγκες της σύγχρονης ιατρικής πρακτικής. Η θεωρία της ιατρικής βρίσκεται μεταξύ τριών πεδίων: της θεραπευτικής εμπειρίας-πρακτικής, των παρατηρήσιμων γεγονότων και των μεταφυσικών πεποιθήσεων. Η ισορροπία ανάμεσα στα τρία πεδία είναι ο σκοπός της θεωρίας της ιατρικής. Σύμφωνα με τη θεωρία της ιατρικής, στο πρακτικό επίπεδο η ομοιοπαθητική μπορεί να θεωρείται αποτελεσματική από τους ασθενείς και τους ομοιοπαθητικούς θεραπευτές, στο πεδίο των παρατηρήσιμων γεγονότων ή της επιστημονικής απόδειξης και τεκμηρίωσης⁶², η ομοιοπαθητική είναι φτωχή και αμφισβητείται έντονα και στο πεδίο των μεταφυσικών πεποιθήσεων, υπάρχουν πολύ σοβαρά ζητήματα και ερωτήματα, όπως το πώς δρουν τα ομοιοπαθητικά φάρμακα.

3.1.1 Ιστορική ανασκόπηση της γυναικολογίας

Η ειδικότητα της γυναικολογίας¹ ξεκινάει περίπου πριν από το 1800 π.Χ. με το γυναικολογικό πάπυρο του Kahun, ο οποίος ασχολήθηκε με προβλήματα που μπορεί να έχουν οι γυναίκες, όπως γυναικολογικές νόσοι, αντισύλληψη, υπογονιμότητα, εγκυμοσύνη, δυσμηνόρροια κ.λπ. Το κείμενο αυτού του παπύρου χωρίζεται σε 34 τομείς. Ο καθένας έχει να κάνει με ένα ειδικό πρόβλημα και περιέχει τη διάγνωση και τη θεραπεία κάθε γυναικολογικής ασθένειας. Ο φάκελος αυτός βρέθηκε το 1889 και μεταφράστηκε το 1893.

Στην Ελλάδα, η γυναικολογία άργησε να έρθει. Οι πρώτοι γυναικολόγοι ήταν γενικοί χειρουργοί, οι οποίοι άλλαξαν την ειδικότητά τους, έτσι ώστε να περιλαμβάνει τη γυναικολογία και τις γυναικολογικές επεμβάσεις. Μέχρι τα μέσα του 19ου αιώνα, η γυναικολογία περιοριζόταν μόνο στη μελέτη των παθήσεων των θηλυκών γεννητικών οργάνων. Με την πρόοδο όμως της ιατρικής, και ιδιαίτερα της

χειρουργικής, καθώς και με τη διεύρυνση των γνώσεων της ενδοκρινολογίας και της ψυχιατρικής, η γυναικολογία μελετά σήμερα όλους τους τομείς της γυναικείας συμπεριφοράς.

3.1.2 Θεραπευτικό αντικείμενο της ειδικότητας της γυναικολογίας

Στη σημερινή εποχή¹, γυναικολογία είναι ο τομέας της ιατρικής που έχει ως αντικείμενο το γυναικείο γεννητικό σύστημα και μαιευτική η επιστήμη που έχει ως αντικείμενο τη μαιεύση, δηλαδή τον τοκετό, τη γέννηση ενός παιδιού. Τα κύρια θέματα με τα οποία ασχολείται ένας γυναικολόγος είναι: ο γυναικολογικός καρκίνος, οι ανωμαλίες της περιόδου, η ακράτεια ούρων, η δυσμηνόρροια, η υπογονιμότητα, οι παθήσεις του μαστού, η μητρορραγία και οι χειρουργικές επεμβάσεις της μήτρας – όπως η υστερεκτομή, η ωοθηκεκτομή, η σαλπιγγεκτομή–, η λύση συμφύσεων και άλλες, η πρόπτωση των πυελικών οργάνων και οι σχετικές επεμβάσεις, όπως είναι η επέμβαση της κυστεορροκήλης κ.λπ., η λαπαροσκόπηση και οι τεχνικές εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Επίσης, στις θεραπείες που γίνονται από τους γυναικολόγους συγκαταλέγονται οι ορμονικές θεραπείες, η χορήγηση αντιβιοτικών, διουρητικών, αντυπερτασικών, αντιεμετικών, ορμονικών σκευασμάτων καθώς και διάφορες επεμβάσεις, μερικές από τις οποίες αναφέρθηκαν και παραπάνω, στις οποίες ανήκει και η θεραπευτική και διαγνωστική απόξεση, η απολίνωση των ωοθηκών για τη διακοπή της γονιμότητας, η διερευνητική λαπαροτομία, η κυστεοσκόπηση, η λήψη Τεστ Παπανικολάου, η καλλιέργεια κολπικού υγρού, ο γυναικολογικός (και μαιευτικός) υπέρηχος, το IUD καθώς και η σπερματέγχυση.

Πίνακας 1: Οι δέκα κύριες αιτίες θανάτου γυναικών ηλικίας 18 ετών και άνω σε σχέση με τη φυλή και την εθνικότητα στις ΗΠΑ (2007)

Cause of Death	Total		Non-Hispanic White		Non-Hispanic Black		Hispanic		Non-Hispanic Asian/Pacific Islander		Non-Hispanic American Indian/Alaska Native	
	Percent of Deaths	Rank	Percent of Deaths	Rank	Percent of Deaths	Rank	Percent of Deaths	Rank	Percent of Deaths	Rank	Percent of Deaths	Rank
Heart Disease	25.5	1	25.6	1	26.0	1	23.8	1	22.9	2	18.2	2
Malignant Neoplasms (cancer)	22.4	2	22.3	2	22.7	2	23.2	2	27.9	1	19.6	1
Cerebrovascular Diseases (stroke)	6.8	3	6.7	3	7.0	3	6.7	3	9.5	3	5.0	6

Cause of Death	Total		Non-Hispanic White		Non-Hispanic Black		Hispanic		Non-Hispanic Asian/Pacific Islander		Non-Hispanic American Indian/Alaska Native	
	Percent of Deaths	Rank	Percent of Deaths	Rank	Percent of Deaths	Rank	Percent of Deaths	Rank	Percent of Deaths	Rank	Percent of Deaths	Rank
Chronic Lower Respiratory Disease	5.5	4	6.2	4	2.7	7	2.9	7	2.5	7	5.0	5
Alzheimer's Disease	4.4	5	4.8	5	2.6	8	3.0	6	2.4	8	N/A	N/A
Unintentional Injury	3.4	6	3.4	6	2.7	6	4.3	5	3.6	5	8.2	3
Diabetes Mellitus	3.0	7	2.5	7	5.1	4	5.8	4	4.2	4	6.7	4
Influenza and Pneumonia	2.4	8	2.4	8	N/A	N/A	2.4	8	3.0	6	2.1	9
Nephritis (kidney inflammation)	2.0	9	1.8	9	3.4	5	2.3	9	1.9	9	2.7	8
Septicemia (blood poisoning)	1.6	10	1.4	10	2.5	9	N/A	N/A	N/A	N/A	2.0	10

N/A = not in the top 10 leading causes of death for this racial/ethnic group.

[Source II.5: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System](#)

3.2 Φυσιολογικές καταστάσεις της γυναίκας

3.2.1 Έμμηνος ρύση

Η έμμηνος ρύση είναι η μηνιαία αιμορραγία της γυναίκας. Ονομάζεται και «περίοδος». Κατά τη διάρκειά της το σώμα αποβάλλει το τοίχωμα της μήτρας. Το εμμηνορροϊκό αίμα ρέει από τη μήτρα μέσα από το μικρό άνοιγμα του τραχήλου και περνάει έξω από το σώμα μέσω του κόλπου. Τις περισσότερες φορές κάθε έμμηνος ρύση διαρκεί από 3 έως 5 ημέρες.

Όταν η έμμηνος ρύση (menstruations) συμβαίνει τακτικά ονομάζεται εμμηνορροϊκός κύκλος. Η τακτική έμμηνος ρύση είναι σημάδι ότι σημαντικά μέρη του σώματός λειτουργούν κανονικά. Ο εμμηνορροϊκός κύκλος παρέχει σημαντικές

χημικές ουσίες στο σώμα, που ονομάζονται ορμόνες, οι οποίες κρατούν τη γυναίκα υγιή. Επίσης, κάθε μήνα προετοιμάζει το σώμα για εγκυμοσύνη. Ένας κύκλος υπολογίζεται από την πρώτη ημέρα της περιόδου μέχρι την πρώτη ημέρα της επομένης. Ο μέσος όρος του εμμηνορροϊκού κύκλου είναι 28 ημέρες, όμως μπορεί να κυμανθεί από 21 έως 35 ημέρες σε ενηλίκους και από 21 έως 45 ημέρες σε εφήβους.

Στο πρώτο μισό του κύκλου, τα επίπεδα των οιστρογόνων (η «γυναικεία ορμόνη») αρχίζουν να αυξάνονται. Τα οιστρογόνα παίζουν σημαντικό ρόλο στην υγεία της γυναίκας, ιδίως στην οικοδόμηση γερών οστών και στη διατήρηση της δύναμης καθώς μεγαλώνει. Τα οιστρογόνα συμβάλλουν στο να αναπτυχθεί το τοίχωμα (επένδυση) της μήτρας και να γίνει πιο παχύ. Αυτή η επένδυση της μήτρας είναι το μέρος όπου θα αναπτυχθεί το έμβρυο στην εγκυμοσύνη. Παράλληλα, με την πάχυνση της επένδυσης της μήτρας, ένα ωάριο σε μία από τις ωοθήκες αρχίζει να ωριμάζει.

Αν ο κύκλος είναι φυσιολογικός και διαρκεί γύρω στις 28 ημέρες, στη μέση του κύκλου, δηλαδή στη δέκατη τέταρτη ημέρα, το ωάριο εγκαταλείπει την ωοθήκη. Αυτό ονομάζεται ωορρηξία. Μόλις το ωάριο απελευθερωθεί από την ωοθήκη, ταξιδεύει μέσα στη σάλπιγγα προς τη μήτρα. Τα επίπεδα των ορμονών αυξάνονται και προετοιμάζουν τη μήτρα για την εγκυμοσύνη. Η γυναίκα έχει περισσότερες πιθανότητες να συλλάβει τρεις ημέρες πριν ή την ημέρα της ωορρηξίας. Γυναίκες που έχουν μικρότερους ή μεγαλύτερους κύκλους από το μέσο όρο μπορούν να παράγουν ωάρια πριν ή μετά τη 14η ημέρα.

Μια γυναίκα μένει έγκυος όταν το ωάριο γονιμοποιηθεί από το σπερματοζωάριο του άντρα και «κολλήσει» στο τοίχωμα της μήτρας. Αν το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί, διαλύεται. Στη συνέχεια, τα επίπεδα της ορμόνης μειώνονται και το ανεπτυγμένο στρώμα της μήτρας αποβάλλεται κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως.

Στη διάρκεια της περιόδου η ανεπτυγμένη επένδυση της μήτρας μαζί με αίμα ρέει μέσω του κόλπου. Η περίοδος μπορεί να μην είναι ίδια κάθε μήνα. Μπορεί επίσης να είναι διαφορετική από τις περιόδους άλλων γυναικών. Μπορεί να είναι ελαφρά, μέτρια ή βαριά, ανάλογα με την ποσότητα αίματος που βγαίνει από τον κόλπο. Αυτό ονομάζεται έμμηνος ρύση ή ροή. Η διάρκεια της περιόδου επίσης ποικίλλει. Οι περισσότερες διαρκούν από 3 έως 5 ημέρες. Ωστόσο, οποιαδήποτε περίοδος 2 έως 7 ημερών είναι φυσιολογική.

Στα πρώτα χρόνια μετά την έναρξη της εμμήνου ρύσεως, η επιμήκυνση του κύκλου είναι συχνή. Ο κύκλος της γυναίκας τείνει να μειώνεται και να γίνεται πιο τακτικός με την ηλικία. Τις περισσότερες φορές, η περίοδος είναι της τάξης των 21 έως 35 ημερών. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η μέση ηλικία έναρξης της περιόδου είναι τα 12 χρόνια. Αυτό δεν σημαίνει ότι όλα τα κορίτσια έχουν περίοδο στην ίδια ηλικία. Μπορεί να ξεκινήσει οποτεδήποτε μεταξύ των ηλικιών 8 και 15. Τις περισσότερες φορές, η πρώτη περίοδος αρχίζει περίπου 2 χρόνια μετά την έναρξη της ανάπτυξης του στήθους. Αν ένα κορίτσι δεν έχει εμφανίσει περίοδο μέχρι την ηλικία των 15 ετών ή αν έχουν περάσει περισσότερα από 2 έως 3 χρόνια από την ανάπτυξη του στήθους και δεν έχει ξεκινήσει η περίοδος, πρέπει να επισκεφτεί ένα γιατρό.

Σε γενικές γραμμές, μια γυναίκα πρέπει να επισκεφτεί το γιατρό της όταν παρουσιάσει τα εξής σημεία και συμπτώματα στην περιόδό της:

- Δεν έχει ξεκινήσει η έμμηνος ρύση μέχρι την ηλικία των 15.

- Δεν έχει αρχίσει η εμμηνόρροια εντός 3 ετών από την έναρξη της ανάπτυξης του στήθους ή αν το στήθος δεν έχει αρχίσει να αναπτύσσεται μέχρι την ηλικία των 13 ετών.
- Αν η περίοδος σταματήσει ξαφνικά για περισσότερο από 90 ημέρες.
- Αν η περίοδος γίνει άτακτη, ενώ πριν είχε τακτικούς μηνιαίους κύκλους.
- Αν η περίοδος εμφανίζεται πιο συχνά , κάθε 19 ημέρες , ή λιγότερο συχνά ,κάθε 35 και πλεον μέρες
- Αν η αιμορραγία διαρκεί περισσότερες από 7 ημέρες.
- Αν η αιμορραγία είναι βαρύτερη από το συνηθισμένο ή απαιτείται παραπάνω από 1 επίθεμα ή ταμπόν κάθε 1 με 2 ώρες.
- Αν υπάρχει αιμορραγία μεταξύ των περιόδων.
- Αν έχει έντονο πόνο κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Αν ξαφνικά ανεβάσει πυρετό και αισθανθεί αδιαθεσία μετά τη χρήση ταμπόν.

3.2.2 Εμμηνόπαυση

Η εμμηνόπαυση μερικές φορές αποκαλείται «η αλλαγή της ζωής», όμως πρόκειται για μια φυσιολογική φάση. Οι γυναίκες συνήθως έχουν περίοδο μέχρι την εμμηνόπαυση, οπότε είναι η χρονική στιγμή κατά την οποία σταματάει η έμμηνος ρύση. Η περίοδος μπορεί να διακοπεί για λίγο και στη συνέχεια να ξεκινήσει και πάλι. Η γυναίκα θεωρείται ότι έχει περάσει στην εμμηνόπαυση μόνο έπειτα από έναν πλήρη χρόνο χωρίς περιόδους. Εμφανίζεται στις ηλικίες μεταξύ 45 και 55, συνήθως γύρω στην ηλικία των 50. Η εμμηνόπαυση σημαίνει ότι μια γυναίκα δεν έχει πλέον ωοθυλακιορρηξία (παραγωγή ωαρίων) ή δεν έχει περίοδο και δεν μπορεί πλέον να μείνει έγκυος. Όπως και η εμμηνόρροια, η εμμηνόπαυση ενδέχεται να ποικίλλει από γυναίκα σε γυναίκα και αυτές οι αλλαγές εμφανίζονται κατά τη διάρκεια αρκετών ετών.

Η περίοδος κατά την οποία το σώμα της γυναίκας αρχίζει να μπαίνει στη φάση της εμμηνόπαυσης ονομάζεται εμμηνοπαυσιακή μετάβαση και μπορεί να διαρκέσει από 2 έως 8 χρόνια. Κάποιες γυναίκες έχουν πρόωρη εμμηνόπαυση λόγω χειρουργικής επέμβασης ή άλλων θεραπειών, ασθενειών ή για άλλους λόγους. Μερικοί καλούν τα χρόνια που μεσολαβούν μέχρι την τελευταία περίοδο της γυναίκας «εμμηνόπαυση», αλλά στην πραγματικότητα πρόκειται για περιεμμηνόπαυση. Κατά τη διάρκεια της περιεμμηνόπαυσης, η γυναίκα εμφανίζει αλλαγές στα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα, όπως εξάψεις. Ορισμένα συμπτώματα διαρκούν για μήνες ή χρόνια μετά την παύση της περιόδου. Μετά την εμμηνόπαυση, η γυναίκα περνάει στη φάση της μετεμμηνόπαυσης, που διαρκεί για το υπόλοιπο της ζωής της.

3.2.2.1 Σημεία και συμπτώματα της εμμηνόπαυσης

Τα σημεία που μπορεί να παρουσιαστούν πριν ή μετά την εμμηνόπαυση είναι τα εξής:

- Άτυπη περίοδος, δηλαδή η περίοδος έρχεται πιο συχνά ή λιγότερο συχνά, διαρκεί περισσότερες ή λιγότερες ημέρες και είναι ελαφρύτερη ή βαρύτερη.
- Εξάψεις. Αυτές μπορεί να προκαλέσουν:

- αιφνίδια αίσθηση θερμότητας σε όλο ή στο πάνω μέρος του σώματος
- έξαψη στο πρόσωπο και στο λαιμό
- κόκκινες κηλίδες στο στήθος, στην πλάτη και στα χέρια
- βαριά εφίδρωση και κρύα ρίγη μετά την έξαψη
- Προβλήματα στον ύπνο όπως:
 - δυσκολία στον ύπνο κατά τη διάρκεια της νύχτας
 - ιδρώτας (εξάψεις που κάνουν τη γυναίκα να ιδρώνει ενώ κοιμάται)
- Προβλήματα του κόλπου και του ουροποιητικού. Η αλλαγή στα επίπεδα των ορμονών μπορεί να οδηγήσει σε:
 - ξηρότητα και λέπτυνση του κολπικού ιστού, που μπορεί να κάνει τη σεξουαλική πράξη άβολη ή επώδυνη
 - περισσότερες λοιμώξεις του κόλπου
 - περισσότερες λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος
 - ακράτεια ούρων
- Αλλαγές στη διάθεση όπως:
 - εναλλαγές της διάθεσης (που δεν είναι το ίδιο με την κατάθλιψη)
 - πιο συχνό κλάμα
 - ευερεθιστότητα και έτοιμη για καβγά
- Αλλαγή στα συναισθήματα για το σεξ όπως:
 - νιώθει λιγότερο ενδιαφέρον για το σεξ
 - αισθάνεται πιο άνετα με τη σεξουαλικότητά της
- Άλλες αλλαγές όπως:
 - λησμοσύνη, ξεχνάει εύκολα ή πρόβλημα εστίασης
 - απώλεια μυϊκής μάζας, αύξηση λίπους και πόντων στη μέση
 - αίσθημα δυσκαμψίας ή σκελετικά άλγη

3.2.2.2 Αντιμετώπιση των σημείων της εμμηνόπαυσης

Με απλές αλλαγές στον τρόπο ζωής της η γυναίκα μπορεί να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και να ανακουφιστεί. Η κλασική ιατρική παρέμβαση με λήψη ορμονών έχει τα θετικά της, όμως μπορεί να έχει και αρνητικές συνέπειες.

Η γυναίκα μπορεί να αντιμετωπίσει τις εξάψεις στην εμμηνόπαυση αν:

1. Αποφεύγει ό,τι μπορεί να προκαλέσει εξάψεις, όπως πικάντικα τρόφιμα, αλκοόλ, καφεΐνη, άγχος ή να βρίσκεται σε ζεστά μέρη.
2. Ντύνεται σε στρώματα (σαν κρεμμύδι) και βγάζει τα ρούχα της ανά στρώμα, όταν αισθάνεται το αρχικό φλας.
3. Χρησιμοποιεί έναν ανεμιστήρα στο σπίτι ή στο χώρο εργασίας της.
4. Παίρνει αργές, βαθιές αναπνοές, όταν ξεκινάει ένα καυτό φλας.
5. Σε περίπτωση που δεν έχει σταματήσει ακόμα η περίοδος, ίσως μια χαμηλή δόση αντισυλληπτικών χαπιών να βοηθήσει.

6. Αποφασίζει να ακολουθήσει ορμονική θεραπεία για την εμμηνόπαυση (ΜΗΤ), η οποία μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των εξάψεων και των νυχτερινών εφιδρώσεων.
7. Η ορμονική θεραπεία για την εμμηνόπαυση (ΜΗΤ) δεν αποτελεί επιλογή, ο γιατρός της μπορεί να συνταγογραφήσει φάρμακα που συνήθως χρησιμοποιούνται για άλλες καταστάσεις, όπως η επιληψία, η κατάθλιψη και η υψηλή αρτηριακή πίεση, αλλά έχει αποδειχτεί ότι βοηθούν στις εξάψεις.

Η κολπική ξηρότητα μπορεί να αντιμετωπιστεί αν:

- Χρησιμοποιεί κολπικό λιπαντικό με βάση το νερό, το οποίο μπορεί να κάνει πιο άνετο το σεξ.
- Χρησιμοποιεί κολπικό εφυγραντικό, για να διατηρεί την απαραίτητη υγρασία του κόλπου.
- Εφόσον η ξηρότητα είναι σοβαρή, η πιο αποτελεσματική θεραπεία για την εμμηνόπαυση (ΜΗΤ) μπορεί να είναι η ορμονική. Όμως, αν η ξηρότητα είναι ο μόνος λόγος για να αποφασίσει να πάρει ορμονική θεραπεία, τότε τα κολπικά οιστρογόνα σε μορφή κρέμας είναι γενικά καλύτερη επιλογή.

Τα προβλήματα ύπνου μπορούν να αντιμετωπιστούν αν:

- Είναι σωματικά δραστήρια (αλλά όχι πολύ κοντά στην ώρα του ύπνου, καθώς η άσκηση μπορεί να την κρατήσει σε εγρήγορση).
- Αποφεύγει τα μεγάλα γεύματα και το κάπνισμα πριν από τον ύπνο.
- Αποφεύγει την καφεΐνη μετά το μεσημέρι.
- Διατηρεί την κρεβατοκάμαρα σκοτεινή, ήσυχη και δροσερή.
- Χρησιμοποιεί το υπνοδωμάτιο μόνο για σεξ και ύπνο.
- Αποφεύγει τον ύπνο κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Πηγαίνει για ύπνο περίπου τις ίδιες ώρες κάθε μέρα.
- Σηκωθεί και διαβάσει μέχρι να κουραστεί, αν δεν μπορεί να κοιμηθεί.
- Αντιμετωπίζει τις εξάψεις, που μπορεί να είναι η αιτία των προβλημάτων ύπνου.

Οι εναλλαγές στη διάθεση μπορούν να αντιμετωπιστούν αν:

- Κοιμάται αρκετά και είναι σωματικά δραστήρια για να αισθανθεί καλύτερα.
- Μάθει τρόπους για να αντιμετωπίσει το στρες.
- Συζητήσει με το γιατρό της την περίπτωση να υπάρχει κατάθλιψη.
- Αποταθεί σε ειδικό για ψυχολογική υποστήριξη ή συμμετέχει σε ομάδα υποστήριξης.
- Ακολουθήσει ορμονική θεραπεία για την εμμηνόπαυση (ΜΗΤ), για τις εξάψεις ή άλλο σύμπτωμα, οι μεταβολές στη διάθεση μπορεί να βελτιωθούν.

Τα προβλήματα μνήμης μπορούν να αντιμετωπιστούν αν κοιμάται επαρκώς και ασχολείται με κάποια δραστηριότητα. Η ακράτεια ούρων μπορεί να αντιμετωπιστεί με διάφορες θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων, με αλλαγές στη συμπεριφορά, με ορισμένες συσκευές και με τη χειρουργική επέμβαση.

3.2.2.3 Ορμονική θεραπεία για την εμμηνόπαυση (MHT)

Η ορμονική θεραπεία για την εμμηνόπαυση (MHT), που παλιότερα ονομαζόταν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (HRT), περιλαμβάνει τη λήψη ορμονών: οιστρογόνων και προγεστερόνης. Οι γυναίκες που δεν έχουν μήτρα λαμβάνουν μόνο οιστρογόνα. Η θεραπεία MHT ανακουφίζει τα μέτρια έως και σοβαρά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και προλαμβάνει την απώλεια της οστικής μάζας. Ωστόσο, εγκυμονεί ορισμένους κινδύνους, ιδίως αν χρησιμοποιηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Εκτός από την ορμονική θεραπεία (MHT), υπάρχει και η βιο-ταυτοποιημένη ορμονική θεραπεία (bio-identical hormone therapy – BHT), στην οποία χρησιμοποιούνται ορμόνες που είναι ίδιες με τις ανθρώπινες.

Η ορμονική θεραπεία για την εμμηνόπαυση (MHT) μπορεί να βοηθήσει στο να:

- Μειωθούν οι εξάψεις και οι νυχτερινές εφιδρώσεις καθώς και τα συναφή προβλήματα, όπως ο κακός ύπνος και η ευερεθιστότητα.
- Αντιμετωπιστούν τα κολπικά συμπτώματα, όπως η ξηρότητα ή η ταλαιπωρία, και τα συναφή προβλήματα, όπως πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή.
- Επιβραδυνθεί η απώλεια οστικής μάζας.
- Ενδεχομένως βελτιωθούν οι εναλλαγές της διάθεσης και η ήπια καταθλιπτική συμπεριφορά.

Σε γενικές γραμμές η ορμονική θεραπεία δεν πρέπει να ακολουθείται για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων, της απώλειας μνήμης, της άνοιας και της νόσου Alzheimer.

Σε ορισμένες γυναίκες η ορμονική θεραπεία για την εμμηνόπαυση (MHT) μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα για θρόμβωση του αίματος, καρδιακή προσβολή, εγκεφαλικό επεισόδιο, καρκίνο του μαστού και νοσήματα της χοληδόχου κύστης. Υπάρχουν σχετικές έρευνες για την επίδραση της MHT στη διανοητική λειτουργία και την πιθανή σχέση της με την άνοια και τη νόσο Alzheimer. Η έρευνα για τους κινδύνους και τα οφέλη της MHT συνεχίζεται.

Για παράδειγμα, σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη του National Institute of Health των ΗΠΑ, στο πλαίσιο του Women Health Initiative, τα patch χαμηλής δόσης της MHT δεν φαίνεται να ενέχουν τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου σε σχέση με άλλες μορφές που μπορεί να έχουν αυτόν τον κίνδυνο. Η γυναίκα πρέπει να συμβουλευτεί το γιατρό της σχετικά με τα θετικά και τα αρνητικά της MHT, πάντα με βάση το ιατρικό ιστορικό της και την ηλικία της. Τα παραπάνω συμπτώματα, τα οποία βελτιώνονται από την ορμονική θεραπεία, επανέρχονται όταν η MHT διακοπεί.

Οι βασικές οδηγίες για τη χρήση της ορμονικής θεραπείας για την εμμηνόπαυση (MHT) είναι ότι η γυναίκα πρέπει να λαμβάνει τη χαμηλότερη δόση που μπορεί να τη βοηθήσει, να την ακολουθεί για το μικρότερο δυνατό χρονικό διάστημα και να επικοινωνήσει αμέσως με το γιατρό της, αν παρουσιάσει οποιαδήποτε από τις ακόλουθες παρενέργειες: κολπική αιμορραγία, φούσκωμα, πρήξιμο ή σφίξιμο του μαστού, πονοκέφαλος, αλλαγή στη διάθεση και ναυτία.

Ορμονική θεραπεία (MHT) για την εμμηνόπαυση δεν πρέπει να ακολουθούν όσες γυναίκες έχουν πιθανότητα να είναι έγκυος, έχουν αδιάγνωστη κολπική αιμορραγία, έχουν εμφανίσει ορισμένα είδη καρκίνων (όπως του μαστού ή καρκίνο της μήτρας), έχουν πάθει εγκεφαλικό επεισόδιο ή καρδιακή προσβολή, έχουν θρόμβους αίματος, ηπατική νόσο ή καρδιοπάθεια.

Κάποιες γυναίκες λαμβάνουν βότανα και άλλες εναλλακτικές θεραπείες για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης (National Center of Complementary and Alternative Medicine). Ειδικά για τις εξάψεις χρησιμοποιούν σόγια και άλλες πηγές φυτοοιστρογόνων. Πρόκειται για ουσίες από ένα φυτό που μπορεί να ενεργούν όπως τα οιστρογόνα στο σώμα της γυναίκας. Δεν υπάρχει σαφής απόδειξη ότι η σόγια ή άλλες πηγές φυτοοιστρογόνων βελτιώνουν τις εξάψεις, ενώ δεν είναι γνωστοί οι κίνδυνοι από τη λήψη προϊόντων σόγιας, όπως χάπια και σκόνης. Οι καλύτερες πηγές σόγιας είναι τα δημητριακά, όπως tofu, tempeh, γάλα σόγιας και ξηροί καρποί σόγιας.

Άλλες πηγές φυτοοιστρογόνων είναι τα βότανα, όπως μαύρο Cohosh, άγριο Yam, Dong Quai και ρίζα βαλεριάνας. Δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι αυτά τα βότανα –ή χάπια ή κρέμες που τα περιέχουν– βοηθούν στις εξάψεις. Επίσης, δεν γνωρίζουμε αρκετά σχετικά με τους κινδύνους από τη χρήση αυτών των προϊόντων. (<http://www.nih.gov/PHTindex.htm>)

3.2.2.4 Φυσική δραστηριότητα και υγιεινή διατροφή των γυναικών στην εμμηνόπαυση

Η φυσική δραστηριότητα είναι σημαντική για την ψυχολογική διάθεση, την ποιότητα του ύπνου και την υγεία της καρδιάς. Μια γυναίκα στην εμμηνόπαυση πρέπει να κάνει μέτρια αερόβια φυσική δραστηριότητα τουλάχιστον 2 ώρες και 30 λεπτά την εβδομάδα ή έντονη αερόβια δραστηριότητα 1 ώρα και 15 λεπτά ή συνδυασμό και των δύο. Επίσης, πρέπει να κάνει ασκήσεις που βασίζονται στην ισχύ των μυών δύο φορές την εβδομάδα.

Η ισορροπημένη διατροφή δίνει στο σώμα περισσότερα από αυτά που χρειάζεται για να παραμείνει υγιές. Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από πολλές θρεπτικές ουσίες, αλλά τείνουν να χρειάζονται λιγότερες θερμίδες για ενέργεια. Οι γυναίκες άνω των 50 ετών πρέπει να λαμβάνουν 2,4 μικρογραμμάρια (mcg) βιταμίνης B12 και 1,5 χιλιοστόγραμμα της βιταμίνης B6 κάθε μέρα. Συνήθως μπορούν να λάβουν κάποιο συμπλήρωμα διατροφής.

Μετά την εμμηνόπαυση η γυναίκα έχει ανάγκη από επιπλέον ασβέστιο για τη διατήρηση της οστικής υγείας. Οι γυναίκες άνω των 51 ετών πρέπει να λαμβάνουν 1.200 χιλιοστόγραμμα (mg) ασβεστίου κάθε μέρα. Η βιταμίνη D είναι επίσης σημαντική για την υγεία των οστών. Οι γυναίκες 51 έως 70 ετών πρέπει να λαμβάνουν 600 διεθνείς μονάδες (IU) βιταμίνης D κάθε μέρα. Οι γυναίκες άνω των 71 ετών χρειάζονται 800 IU βιταμίνης D κάθε μέρα. Οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση που εξακολουθούν να έχουν κολπική αιμορραγία, γιατί χρησιμοποιούν θεραπεία με αυξητική ορμόνη, ενδέχεται να χρειάζονται επιπλέον σίδηρο (national institute of healthy aging).

3.2.2.5 Εμμηνόπαυση και υστερεκτομή

Μια γυναίκα που έχει υποβληθεί σε υστερεκτομή, αλλά διατηρεί τις ωοθήκες της, δεν εισέρχεται αμέσως σε φάση εμμηνόπαυσης. Επειδή η μήτρα της έχει αφαιρεθεί, δεν έχει πλέον περίοδο και δεν μπορεί να μείνει έγκυος. Όμως, οι ωοθήκες της μπορεί να εξακολουθούν να παράγουν ορμόνες, έτσι ώστε να μην έχει άλλα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης. Ενδεχομένως να έχει εξάψεις, διότι η χειρουργική επέμβαση επηρεάζει την παροχή αίματος προς τις ωοθήκες. Αργότερα, μπορεί να έχει φυσιολογική εμμηνόπαυση ένα ή δύο χρόνια νωρίτερα από το αναμενόμενο.

Μια γυναίκα της οποίας και οι δύο ωοθήκες αφαιρούνται την ίδια στιγμή της υστερεκτομής εισέρχεται αμέσως σε φάση εμμηνόπαυσης. Όταν αφαιρούνται και οι δύο ωοθήκες, η επέμβαση ονομάζεται αμφοτερόπλευρος ή διμερής ωοθηκεκτομή. Οι γυναίκες που έχουν κάνει τη συγκεκριμένη εγχείρηση ενδέχεται να εμφανίσουν αμέσως εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα. Επειδή οι ορμόνες μειώνονται γρήγορα, τα συμπτώματά μπορεί να είναι ισχυρότερα από ό,τι στη φυσική εμμηνόπαυση. Η εμμηνόπαυση που προκλήθηκε από χειρουργική επέμβαση ενέχει αυξημένους κινδύνους για ορισμένες ασθένειες, όπως η απώλεια οστικής μάζας και οι καρδιακές παθήσεις.

3.2.2.6 Εμμηνόπαυση πριν από την ηλικία των 40 ετών

Σε μερικές γυναίκες εμφανίζονται συμπτώματα εμμηνόπαυσης ή διακόπτεται η περίοδος πολύ νωρίτερα από το αναμενόμενο. Αυτό μπορεί να συμβεί χωρίς να υπάρχουν σαφείς λόγοι ή μπορεί να προκληθεί από ιατρικές θεραπείες, όπως η χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών, η θεραπεία καρκίνου που βλάπτει τις ωοθήκες, όπως η χημειοθεραπεία ή η ακτινοβολία στην περιοχή της πυέλου – αν και η εμμηνόπαυση δεν συμβαίνει πάντοτε σε αυτή την περίπτωση. Προκαλείται επίσης από ένα αυτοάνοσο πρόβλημα του ανοσοποιητικού συστήματος, στο οποίο τα κύτταρα του γυναικείου σώματος επιτίθενται στις ωοθήκες.

Όταν η γυναίκα εισέρχεται νωρίτερα στη φάση της εμμηνόπαυσης, σύμφωνα με την κλασική ιατρική, εισέρχεται σε μια φάση που καλείται πρόωρη εμμηνόπαυση ή πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια. Ένας καλύτερος όρος είναι η πρωτογενής ωοθηκική ανεπάρκεια, η οποία περιγράφει τη μειωμένη δραστηριότητα στις ωοθήκες. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι γυναίκες έχουν ωοθήκες που εκκρίνουν ακόμα ορμόνες και από καιρό σε καιρό έχουν εμμηνορροίες και επιστρέφει η περίοδός τους. Μερικές γυναίκες μπορεί ακόμη και να μείνουν έγκυος μετά τη διάγνωση της πρωτογενούς ωοθηκικής ανεπάρκειας. Για τις γυναίκες που θέλουν να κάνουν παιδιά και δεν μπορούν, η πρόωρη εμμηνόπαυση είναι πηγή μεγάλης αγωνίας.

Η πρόωρη εμμηνόπαυση αυξάνει τον κίνδυνο να εμφανιστούν συγκεκριμένα προβλήματα υγείας, όπως οι καρδιακές παθήσεις και η οστεοπόρωση. Μια πιθανή θεραπεία είναι η εμμηνοπαυσιακή με αυξητική ορμόνη (MHT). Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι ο κίνδυνος από την ορμονική θεραπεία (MHT) στις νεότερες γυναίκες είναι μικρότερος και τα οφέλη μεγαλύτερα σε σύγκριση με τις γυναίκες που αρχίζουν MHT κατά ή μετά την τυπική ηλικία της εμμηνόπαυσης. (The North American Menopause Society - <http://www.menopause.org>)

3.2.3 Εγκυμοσύνη - Θηλασμός

Η εγκυμοσύνη είναι μια φυσιολογική κατάσταση στη ζωή της γυναίκας. Αντικείμενο της γυναικολογίας είναι η παρακολούθηση της εγκύου, π.χ. η αποφυγή πρόωρου τοκετού, η πρόληψη προβλημάτων στη μητέρα και στο έμβρυο, όπως η αποβολή και οι γενετικές ασθένειες, η αντιμετώπιση κοινών συμπτωμάτων της εγκυμοσύνης, όπως ναυτία και έμετοι, και, τέλος, η αντιμετώπιση οξέων νοσημάτων, όπως οι λοιμώξεις

Η λήψη φαρμάκων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει να γίνεται πάντα με την καθοδήγηση του γιατρού, γιατί κάθε φάρμακο έχει τα οφέλη και τους κινδύνους του. Η γυναίκα πρέπει να αποφασίσει αν θα ακολουθήσει κάποια θεραπεία, για παράδειγμα, αν έχει συνάχι, καταρροή, βήχα, ή θα πάρει το αντίστοιχο φάρμακο. Υπάρχουν γυναίκες που λαμβάνουν φάρμακα καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης,

π.χ. αν είναι διαβητικές, εμφανίζουν επιληπτικές κρίσεις, έχουν άσθμα, υποθυρεοειδισμό ή παρουσιάζουν κατάθλιψη.

Η ασφάλεια της χρήσης ενός φαρμάκου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αναφέρεται σαφώς στις οδηγίες χρήσης του σκευάσματος. Εξαρτάται από το αν οι κλινικές μελέτες έγιναν σε ζώα ή σε ανθρώπους. Υπάρχουν φάρμακα που είναι απολύτως ασφαλή, όπως το φολικό οξύ και η λεβοθυροξίνη. Υπάρχουν άλλα που στις μελέτες που έγιναν σε ζώα δεν είχαν παρενέργειες στα έμβρυα, για παράδειγμα, ορισμένα αντιβιοτικά, όπως η αμοξυκιλλίνη, η ονδασετρόνη για τη ναυτία, η μετοφορμίνη για το διαβήτη και ορισμένοι τύποι ινσουλίνης, για τη υποκατάσταση στους διαβητικούς. Φάρμακα όπως η φλουκοναζόλη για τις μυκητιάσεις, η αλμπουτερόλη για το άσθμα, η σεραλίνη και η φλουοξετίνη για την κατάθλιψη προκαλούν προβλήματα σε μικρό αριθμό εμβρύων, σύμφωνα με μελέτες που έγιναν σε ζώα. Το λίθιο για τη διπολική διαταραχή, η παροξετίνη για την κατάθλιψη, η φαινυτοΐνη για την επιληψία και ορισμένα χημειοθεραπευτικά κατά του καρκίνου προκαλούν προβλήματα στα έμβρυα, αλλά είναι πολύ σημαντικά για την υγεία της μητέρας. Τέλος, υπάρχουν φάρμακα, όπως η ισοτρετινοΐνη και η θαλιδομίδη, που απαγορεύεται να χρησιμοποιηθούν στην εγκυμοσύνη. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, όπως η ιβουπροφαίνη, η ναπροξένη και η ασπιρίνη, μπορεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στη ροή του αίματος στο έμβρυο, αν χρησιμοποιηθούν μετά την 28η εβδομάδα της κύησης. Η ασπιρίνη μπορεί να προκαλέσει αιμορραγικά προβλήματα στη γυναίκα και στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Επίσης, τα υποκατάστατα της νικοτίνης κάνουν κακό στο έμβρυο όπως βέβαια και το κάπνισμα.

Ορισμένες βιταμίνες είναι απαραίτητες στην εγκυμοσύνη, όπως το φολικό οξύ, όμως οι πολλές βιταμίνες μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στο έμβρυο, για παράδειγμα, η βιταμίνη Α. Συμπληρώματα διατροφής, όπως ο σίδηρος, μπορεί να έχουν θετικά αποτελέσματα. Σε κάθε περίπτωση πάντως η έγκυος πρέπει πάντα να συμβουλευεται το γιατρό της. (Food and Drugs Administration <http://www.fda.gov>).

3.2.4 Γήρανση των γυναικών – Εικόνα του εαυτού

Η εικόνα του εαυτού σχηματίζεται στη μακροπρόθεσμη μνήμη ως ένα δίκτυο πληροφοριών, που συνδέει τη γνώση και τα πιστεύω του ατόμου για τον εαυτό του και περιλαμβάνει τα θετικά και τα αρνητικά χαρακτηριστικά του, τις μνήμες, την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του ατόμου σε διάφορες καταστάσεις κ.λπ.⁹⁴. Ένας άλλος ορισμός για την εικόνα του εαυτού μας σχετίζεται με το πώς ο καθένας βλέπει το σώμα του σε επίπεδο εμφάνισης, μεγέθους, βάρους κ.λπ., πώς το συγκρίνει με άλλα και με το αν νιώθει ντροπή και άγχος για την εμφάνισή του. Η εικόνα του σώματος σχετίζεται με το πώς νιώθει το άτομο μέσα σε αυτό. Για παράδειγμα, νιώθει δυνατό, ικανό, ελκυστικό και ότι το ελέγχει όπως επιθυμεί;

Όταν το άτομο δεν είναι ευχαριστημένο με το σώμα του, επηρεάζεται ο τρόπος σκέψης του και αυτά που αισθάνεται για τον εαυτό του, π.χ. χαμηλή αυτοπεποίθηση, συναισθηματική πίεση, άγχος, κατάθλιψη, διατροφικές διαταραχές, κακές διατροφικές συνήθειες. Η δημιουργία μιας θετικής εικόνας για το σώμα είναι κρίσιμη για την ευτυχία και την υγεία της γυναίκας^{94, 93}.

Η βασική ερώτηση για κάθε άτομο είναι πώς νιώθει όταν βλέπει τον εαυτό του στον καθρέφτη. Κοινωνικά και πολιτισμικά πρότυπα επηρεάζουν την άποψη για την ομορφιά και το σώμα. Τα ΜΜΕ παρουσιάζουν πρότυπα γυναικών –Barbie–, τα οποία θεωρούνται ιδανικά με μόνο στόχο το κέρδος στη βιομηχανία της ομορφιάς και

της ευεξίας. Η ομορφιά πλέον έχει κριτήρια τη νεότητα και το λεπτό σώμα. Η γήρανση θεωρείται μοιραία καταστροφή. Εκτός από τα ΜΜΕ, οι γονείς, τα αδέρφια και οι φίλοι πιθανόν να επηρεάσουν ένα άτομο για την εικόνα που έχει για το σώμα του.



The Difference Between Women & Men

Η μακροχρόνια αρνητική εικόνα ενός ατόμου για το σώμα του μπορεί να οδηγήσει σε σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα, όπως άγχος, κατάθλιψη, μειωμένη αυτοπεποίθηση, ντροπή και αδυναμία συγκέντρωσης, επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, αντικοινωνικότητα, διακοπή του σεξ, διακοπή της γυμναστικής, αποφυγή της εμφάνισης στην παραλία και γενικά αποφυγή δραστηριοτήτων στις οποίες το άτομο πρέπει να δείξει το σώμα του, ανορεξία, βουλιμία, υπερβολική σωματική άσκηση και υπερβολική λήψη τροφής.



Ένας θεραπευτής που επιθυμεί να διερευνήσει την εικόνα που έχει το άτομο για το σώμα του μπορεί να κάνει ερωτήσεις όπως: Τι νιώθεις όταν κοιτάς στον καθρέφτη; Τι νιώθεις όταν βλέπεις φωτογραφίες όμορφων ατόμων στα περιοδικά και στην τηλεόραση; Τι πιστεύεις ότι σκέφτονται τα άλλα άτομα για το σώμα σου και την εμφάνισή σου; Υπάρχουν στιγμές που αποφεύγεις το σεξ ή άλλες δραστηριότητες γιατί ντρέπεσαι για το σώμα σου; Νιώθεις συχνά ότι ασκείς αρνητική κριτική στο

σώμα σου; Πώς αντιδράς όταν οι γύρω σου κάνουν κομπλιμέντα για την εμφάνισή σου; Μπορείς να απαριθμήσεις τρία σημεία του σώματος και της εμφάνισής σου που σου αρέσουν; Νιώθεις ζήλεια για την εμφάνιση άλλων ατόμων;

Η γήρανση είναι μια φυσιολογική διαδικασία. Η υγιής γήρανση είναι ένας από τους κύριους σκοπούς της γεροντολογίας ή γηριατρικής και προτείνει έναν τρόπο ζωής για την καλύτερη αντιμετώπιση των θεμάτων που σχετίζονται με τη γήρανση, π.χ. ο ρόλος του παππού και της γιαγιάς στην ανατροφή των εγγονιών τους, η σεξουαλική ζωή μετά την εμμηνόπαυση, πιθανοί κίνδυνοι, όπως το πέσιμο ή η κακομεταχείριση, και νοσήματα όπως η οστεοπόρωση, η αρθρίτιδα, η οστεοαρθρίτιδα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η νόσος του Alzheimer, το άγχος, η κατάθλιψη, το άσθμα μετά την εμμηνόπαυση ή λόγω της ορμονικής θεραπείας της εμμηνόπαυσης, η βρογχίτιδα, ο καρκίνος, η άνοια, ο διαβήτης, τα εγκεφαλικά επεισόδια, η υπέρταση, οι καρδιακές νόσοι, τα κατάγματα του ισχίου από πέσιμο, η ακράτεια ούρων, η γρίπη και οι επιπλοκές της, π.χ. πνευμονία, αγνώστου αιτιολογίας χρόνιοι πόνοι, η σηψαιμία από λοιμώδεις παράγοντες, οι τραυματισμοί του εγκεφάλου από ατυχήματα και οι διαταραχές της όρασης, όπως η τύφλωση, ο καταρράκτης και το γλαύκωμα.

3.3 Παθολογικές καταστάσεις της γυναίκας

3.3.1 Καρδιαγγειακές διαταραχές

3.3.1.1 Τύποι καρδιακών παθήσεων

Η καρδιακή νόσος περιλαμβάνει μια σειρά από προβλήματα που επηρεάζουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία της. Στους τύπους των καρδιακών παθήσεων περιλαμβάνονται:

1. Η στεφανιαία νόσος (CAD). Είναι ο πιο κοινός τύπος και η κύρια αιτία των καρδιακών προσβολών. Στη στεφανιαία νόσο η καρδιά δεν παίρνει όλο το αίμα που χρειάζεται, γιατί τα στεφανιαία αγγεία έχουν χάσει την ελαστικότητά τους και είναι πιο στενά. Η CAD μπορεί να οδηγήσει σε στηθάγχη. Η στηθάγχη είναι πόνος στο στήθος ή δυσφορία όταν η καρδιά δεν λαμβάνει αρκετή ποσότητα αίματος. Η γυναίκα μπορεί να αισθάνεται ένα πιεστικό πόνο, πιο συχνά στο στήθος και μερικές φορές στους ώμους, στα χέρια, στο λαιμό, στο σαγόνι ή πίσω στην πλάτη. Μπορεί επίσης να αισθάνεται δυσπεψία (στομαχικές διαταραχές). Η στηθάγχη δεν είναι καρδιακή προσβολή αλλά, έχοντας στηθάγχη, η γυναίκα έχει περισσότερες πιθανότητες να υποστεί έμφραγμα.
2. Η καρδιακή προσβολή. Συμβαίνει όταν μια αρτηρία έχει αποφραχθεί σε σοβαρό βαθμό ή πλήρως, με αποτέλεσμα η καρδιά να μην παίρνει το αίμα που χρειάζεται για περισσότερα από 20 λεπτά.
3. Η καρδιακή ανεπάρκεια. Συμβαίνει όταν η καρδιά δεν είναι σε θέση να αντλεί αίμα όσο καλά θα έπρεπε. Αυτό σημαίνει ότι τα άλλα όργανα δεν παίρνουν αρκετό αίμα και όχι ότι η καρδιά σταματάει. Τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας περιλαμβάνουν: λαχάνιασμα (αίσθημα πως δεν μπορεί να πάρει αρκετό αέρα), πρήξιμο στα άκρα, στους αστραγάλους και στα πόδια, και υπερβολική κούραση

4. Η καρδιακή αρρυθμία. Σημαίνει αλλαγές στο ρυθμό της καρδιάς. Πολλοί άνθρωποι αισθάνονται ζάλη, κούραση, ότι μένουν από ανάσες ή έχουν πόνο στο στήθος. Οι αλλαγές αυτές στο ρυθμό της καρδιάς είναι αβλαβείς για τους περισσότερους ανθρώπους. Όσο αυξάνει η ηλικία τόσο αυξάνονται και οι πιθανότητες για την εμφάνιση καρδιακών αρρυθμιών. Δεν πρέπει να πανικοβάλλεται ένα άτομο αν μερικές φορές νιώθει ότι η καρδιά του «φτερουγίζει» ή νιώθει ότι η καρδιά του «τρέχει». Αν όμως η καρδιά φτερουγίζει και ταυτόχρονα έχει άλλα συμπτώματα, όπως ζάλη ή δύσπνοια, τότε πρέπει να καλέσει αμέσως βοήθεια.

3.3.1.2 Επιδημιολογικά και στατιστικά στοιχεία

Μία στις τέσσερις γυναίκες στις ΗΠΑ πεθαίνει από καρδιακή νόσο. Το 2004, σχεδόν 60% περισσότερες γυναίκες πέθαναν από κάποια καρδιαγγειακή νόσο (δηλαδή καρδιακές παθήσεις και εγκεφαλικά επεισόδια) από ό,τι από καρκίνο σε όλες του τις μορφές. Όσο μεγαλύτερη είναι μια γυναίκα, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να παρουσιάσει καρδιακές παθήσεις. Ωστόσο, οι γυναίκες όλων των ηλικιών θα πρέπει να ανησυχούν και να λαμβάνουν μέτρα για την πρόληψη των καρδιακών παθήσεων. Καρδιακή προσβολή παθαίνουν τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες, όμως οι περισσότερες γυναίκες που παθαίνουν καρδιακή προσβολή πεθαίνουν. Υπάρχουν θεραπείες που περιορίζουν την καρδιακή βλάβη, αλλά πρέπει να δοθούν το συντομότερο δυνατό μετά την έναρξη των συμπτωμάτων της καρδιακής προσβολής. Στην ιδανική περίπτωση, η θεραπεία πρέπει να αρχίσει εντός μιας ώρας μετά τα πρώτα συμπτώματα.

Οι καρδιακές παθήσεις είναι πιο πιθανές σε γυναίκες που έχουν φυλετική προδιάθεση, δηλαδή οι Αφροαμερικανίδες και οι Ισπανοαμερικανίδες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τις Καυκάσιες Αμερικανίδες. Οι παράγοντες που ενισχύουν τον κίνδυνο για καρδιακές παθήσεις είναι η παχυσαρκία, η απουσία σωματικής άσκησης, η υψηλή αρτηριακή πίεση και ο διαβήτης.

Αν ο πατέρας ή ο αδελφός ενός ατόμου έχει υποστεί καρδιακή προσβολή πριν από την ηλικία των 55 ετών ή αν η μητέρα ή η αδελφή του έχει υποστεί καρδιακή προσβολή πριν από την ηλικία των 65 ετών, αυτό το άτομο έχει περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσει καρδιοπάθεια. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να φροντίζει την καλή υγεία της καρδιάς του.

3.3.1.3 Γενικά προληπτικά μέτρα για να μειωθούν οι πιθανότητες για καρδιακή νόσο

Ορισμένα μέτρα για να μειωθούν οι πιθανότητες καρδιακής νόσου είναι τα εξής: α) **Παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης**, γιατί η χρόνια υψηλή αρτηριακή πίεση μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακές παθήσεις και γιατί άτομα με υψηλή αρτηριακή πίεση συχνά δεν έχουν προειδοποιητικά συμπτώματα. β) **Διακοπή του καπνίσματος**. γ) **Έλεγχος για διαβήτη**, γιατί ο διαβήτης αυξάνει τις πιθανότητες για καρδιακές παθήσεις. δ) **Έλεγχος της χοληστερόλης και του επιπέδου των τριγλυκεριδίων στο αίμα**, γιατί η υψηλή χοληστερόλη μπορεί να φράξει τις αρτηρίες, με αποτέλεσμα η καρδιά να μην παίρνει το αίμα που χρειάζεται και να προκληθεί καρδιακή προσβολή. Τα υψηλά επίπεδα των τριγλυκεριδίων συνδέονται με την καρδιακή νόσο. Άτομα με υψηλά επίπεδα χοληστερίνης στο αίμα ή υψηλά τριγλυκερίδια αίματος συχνά δεν έχουν συμπτώματα, οπότε και τα δύο πρέπει να ελέγχονται τακτικά. ε) **Διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους**, γιατί το υπερβολικό

βάρος αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιακές παθήσεις. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) βοηθά στην αξιολόγηση του βάρους. Η υγιεινή διατροφή και η σωματική δραστηριότητα είναι σημαντικά για τη διατήρηση υγιούς βάρους. Η υγιεινή διατροφή περιλαμβάνει περισσότερα φρούτα, λαχανικά και δημητριακά ολικής άλεσης. Η σωματική δραστηριότητα σημαίνει τουλάχιστον 2 ώρες και 30 λεπτά μέτριας άσκησης ή 1 ώρα και 15 λεπτά έντονης άσκησης ή συνδυασμός τους. στ) **Διακοπή ή περιορισμός της λήψης αλκοόλ.** ζ) **Καλύτερη διαχείριση του άγχους** μέσα από την άσκηση, την κοινωνική ζωή και τις δημιουργικές δραστηριότητες.

3.3.1.4 Αρτηριακή πίεση και καρδιακή νόσος

Η αρτηριακή πίεση είναι η δύναμη που ασκεί το αίμα στα τοιχώματα των αρτηριών. Η αρτηριακή πίεση είναι υψηλότερη όταν η καρδιά στέλνει αίμα στις αρτηρίες (συστολή ή συστολική πίεση) και χαμηλότερη ανάμεσα στους χτύπους της, όταν δηλαδή η καρδιά χαλαρώνει (διαστολική πίεση). Αρτηριακή πίεση του επιπέδου 110/70 διαβάζεται ως «110 πάνω από 70». Αρτηριακή πίεση κάτω από 120/80 θεωρείται συνήθως φυσιολογική. Η πολύ χαμηλή αρτηριακή πίεση (μικρότερη από 90/60) μερικές φορές μπορεί να είναι αιτία ανησυχίας και πρέπει να ελέγχεται από γιατρό. Υψηλή αρτηριακή πίεση ή υπέρταση σημαίνει αρτηριακή πίεση 140/90 ή υψηλότερη. Η χρόνια υψηλή αρτηριακή πίεση ενδέχεται να προκαλέσει βλάβη στα τοιχώματα των αρτηριών, δημιουργώντας σκλήρυνση και στένωση. Αυτό περιλαμβάνει τις αρτηρίες που μεταφέρουν αίμα στην καρδιά. Ως αποτέλεσμα, η καρδιά δεν μπορεί να πάρει το αίμα που χρειάζεται για να λειτουργήσει σωστά και αυτό μπορεί να προκαλέσει καρδιακή προσβολή. Όταν η αρτηριακή πίεση βρίσκεται στα επίπεδα από 120/80 έως 139/89 θεωρείται κατάσταση προ-υπερτασική. Αυτό σημαίνει ότι είναι πιθανό το άτομο να αναπτύξει υπέρταση.

3.3.1.5 Γενικά προληπτικά μέτρα για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης

Η αρτηριακή πίεση μπορεί να μειωθεί με τους παρακάτω τρόπους: α) αν το άτομο είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο, πρέπει να χάσει βάρος κάνοντας 2 ώρες και 30 λεπτά μέτρια σωματική δραστηριότητα ή 1 ώρα και 15 λεπτά έντονη άσκηση κάθε εβδομάδα, β) να περιορίσει το αλκοόλ σε ένα ποτό την ημέρα, γ) να διακόψει το κάπνισμα, δ) να καταφέρει να διαχειριστεί το στρες και ε) να ακολουθεί καλύτερη διατροφή, δηλαδή να μειώσει το αλάτι και το νάτριο, να τρώει περισσότερα φρούτα, λαχανικά και χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα. Αν οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και διατροφής δεν μειώσουν την αρτηριακή πίεση, ο γιατρός μπορεί να συνταγογραφήσει φάρμακα.

Η χοληστερόλη είναι μια κηρώδης ουσία που βρίσκεται στα κύτταρα σε όλα τα μέρη του σώματος. Όταν υπάρχει πολλή χοληστερόλη στο αίμα, συσσωρεύεται στα τοιχώματα των αρτηριών και μπορεί να προκαλέσει θρόμβους αίματος. Η χοληστερόλη μπορεί να φράξει τις αρτηρίες και έτσι να εμποδίσει την καρδιά από το να πάρει το αίμα που χρειάζεται και τελικά να προκληθεί καρδιακή προσβολή. Υπάρχουν δύο τύποι χοληστερόλης: α) **η χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (LDL)**, που συχνά αποκαλείται «κακή» χοληστερόλη, επειδή μπορεί να φράξει τις αρτηρίες που μεταφέρουν το αίμα στην καρδιά, β) **η λιποπρωτεΐνη υψηλής πυκνότητας (HDL)**, που είναι γνωστή ως «καλή» χοληστερόλη, επειδή παίρνει την LDL από το αίμα

Η χοληστερίνη στο αίμα μπορεί να μειωθεί με τους εξής τρόπους: α) διατήρηση υγιούς βάρους, β) χάνοντας βάρος, αν το άτομο είναι υπέρβαρο, γ) καλύτερη διατροφή, π.χ. να τρώει ένα μήλο αντί για πατατάκια, να ανεβαίνει τις σκάλες αντί να παίρνει το ασανσέρ, να περπατάει περισσότερο, να προτιμάει τροφές με χαμηλά κορεσμένα λίπη και χοληστερόλη, να τρώει περισσότερα ψάρια, πουλερικά, άπαχο κρέας, άπαχο (χωρίς λιπαρά) ή χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά (1%) γάλα και τυρί, χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά ή άπαχο γιαούρτι, δημητριακά, ψωμί, ρύζι και ζυμαρικά που παρασκευάζονται από δημητριακά ολικής άλεσης, να αποφεύγει τα εντόσθια (συκώτι, νεφρά, εγκέφαλος), τους κρόκους αυγών, τα λίπη (βούτυρο, λαρδί) και τα έλαια, τα συσκευασμένα και επεξεργασμένα τρόφιμα.

3.3.1.6 Σημεία και συμπτώματα της καρδιακής νόσου

Όπως προαναφέρθηκε, η καρδιακή νόσος συχνά δεν έχει συμπτώματα. Όμως, ορισμένες ενδείξεις, π.χ. πόνος ή δυσφορία στο κέντρο του στήθους ή στο μπράτσο, μπορεί να είναι σύμπτωμα της καρδιακής νόσου και προειδοποιητικό σημάδι της καρδιακής προσβολής. Ο πόνος ή η δυσφορία μπορεί να είναι ήπια ή έντονη. Μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από μερικά λεπτά ή να εξαφανιστεί και να επιστρέψει. Άλλα κοινά συμπτώματα της καρδιακής προσβολής είναι: πόνος ή δυσφορία στο ένα ή στα δύο χέρια, στην πλάτη, στο λαιμό, στο σαγόνι ή στο στομάχι, λαχάνιασμα, δυσκολία στην αναπνοή, που συχνά συμβαίνει πριν ή μαζί με τον πόνο στο στήθος ή τη δυσφορία, ναυτία (αίσθημα αδιαθεσίας στο στομάχι) ή έμετος, αίσθημα λιποθυμίας ή ζάλη και κρύος ιδρώτας. Οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες από τους άντρες να αναπτύξουν τα κοινά συμπτώματα της καρδιακής προσβολής, κυρίως δύσπνοια, ναυτία ή έμετος και πόνος στην πλάτη, το λαιμό ή το σαγόνι. Οι γυναίκες είναι επίσης πιο πιθανό να έχουν λιγότερο κοινά συμπτώματα της καρδιακής προσβολής, συμπεριλαμβανομένων της καούρας, της απώλειας της όρεξης, του αισθήματος κόπωσης ή αδυναμίας, του βήχα και της καρδιάς που «φερουγίζει». Μερικές φορές τα σημεία της καρδιακής προσβολής συμβαίνουν ξαφνικά, αλλά μπορούν επίσης να αναπτυχθούν αργά, επί ώρες, ημέρες, ακόμη και εβδομάδες, πριν συμβεί μια καρδιακή προσβολή.

3.3.1.7 Φάρμακα ή φαρμακευτικές θεραπείες και καρδιακή νόσος

Η ασπιρίνη μπορεί να είναι χρήσιμη για γυναίκες υψηλού κινδύνου καθώς και για εκείνες που έχουν ήδη υποστεί καρδιακή προσβολή. Ωστόσο, μπορεί να έχει σοβαρές παρενέργειες και να είναι επιβλαβής όταν αναμειγνύεται με ορισμένα φάρμακα. Τα αντισυλληπτικά χάπια θεωρούνται γενικά ασφαλή για τις νέες, υγιείς γυναίκες, αν δεν καπνίζουν. Όμως, ενδέχεται να δημιουργήσουν κινδύνους καρδιακών παθήσεων σε ορισμένες γυναίκες, όπως σε αυτές άνω των 35, γυναίκες με υψηλή αρτηριακή πίεση, με διαβήτη ή υψηλή χοληστερόλη στο αίμα και γυναίκες που καπνίζουν. Όταν μια γυναίκα παίρνει αντισυλληπτικά χάπια, πρέπει να προσέχει για τυχόν ενδείξεις καρδιακών παθήσεων, όπως οφθαλμολογικά προβλήματα, π.χ. θολή ή διπλή όραση, πόνος στο πάνω μέρος του σώματος ή του βραχίονα, πονοκέφαλος, αναπνευστικά προβλήματα, αιμόπτυση, πρήξιμο ή πόνος στο πόδι, κιτρίνισμα του δέρματος ή των ματιών, μάζες στα στήθη σαν κύστες, ασυνήθιστη και βαριά αιμορραγία από τον κόλπο. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν πως γυναίκες που χρησιμοποιούν το αντισυλληπτικό επίθεμα εκτίθενται σε περισσότερα οιστρογόνα από τις γυναίκες που χρησιμοποιούν το χάπι ελέγχου των γεννήσεων. Η έρευνα είναι σε εξέλιξη, για να βρεθεί αν ο κίνδυνος για θρόμβους αίματος είναι υψηλότερος

στους χρήστες επιθέματος. Η θρόμβωση του αίματος μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή προσβολή ή σε εγκεφαλικό επεισόδιο.

Η ορμονική θεραπεία της εμμηνόπαυσης μπορεί να βοηθήσει να αντιμετωπιστούν κάποια συμπτώματά της, όπως εξάψεις, ξηρότητα του κόλπου, εναλλαγές της διάθεσης και απώλεια οστικής μάζας, ωστόσο υπάρχουν κίνδυνοι. Μερικές γυναίκες λαμβάνοντας ορμόνες αυξάνουν τις πιθανότητες να υποστούν καρδιακή προσβολή ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι ορμόνες πρέπει να χρησιμοποιούνται στη χαμηλότερη δυνατή δόση και για το μικρότερο χρονικό διάστημα που απαιτείται.

3.3.2 Ενδομητρίωση

Η ενδομητρίωση είναι ένα συχνό πρόβλημα υγείας στις γυναίκες. Έχει πάρει το όνομά της από τη λέξη ενδομήτριο, που είναι ο ιστός που καλύπτει την εσωτερική κοιλότητα της μήτρας. Η ενδομητρίωση εμφανίζεται όταν αυτός ο ιστός αναπτύσσεται έξω από τη μήτρα σε άλλα όργανα ή δομές του σώματος.

Τις περισσότερες φορές, η ενδομητρίωση παρουσιάζεται στις ωοθήκες, τις σάλπιγγες, στους ιστούς που συγκρατούν τη μήτρα στη θέση της, στην εξωτερική επιφάνεια της μήτρας και στην επένδυση της πυελικής κοιλότητας. Άλλες περιοχές μπορεί να είναι ο κόλπος, ο τράχηλος, το αιδοίο, το έντερο, η ουροδόχος κύστη ή το ορθό. Σε σπάνιες περιπτώσεις, η ενδομητρίωση εντοπίζεται σε άλλα μέρη του σώματος, όπως οι πνεύμονες, ο εγκέφαλος και το δέρμα.

Κανείς δεν γνωρίζει με βεβαιότητα τι προκαλεί αυτή την ασθένεια, αλλά οι ειδικοί έχουν διάφορες θεωρίες, όπως ότι, αφού η ενδομητρίωση είναι οικογενής, μπορεί να έχει γενετικό χαρακτήρα και μερικές οικογένειες να έχουν γενετικά χαρακτηριστικά που τις καθιστά πιο πιθανές να πάθουν ενδομητρίωση. Ενδομητρικός ιστός μπορεί να μεταφερθεί από τη μήτρα σε άλλα μέρη του σώματος μέσω του αίματος ή του λεμφικού συστήματος. Αν μια γυναίκα έχει ελαττωματικό ανοσοποιητικό σύστημα, θα αποτύχει στο να βρει και να καταστρέψει ενδομητρικό ιστό που αναπτύσσεται έξω από τη μήτρα. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι ορισμένες διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος και ορισμένες μορφές καρκίνου είναι πιο κοινές σε γυναίκες με ενδομητρίωση. Τα οιστρογόνα φαίνεται να ευνοούν την ανάπτυξη της ενδομητρίωσης. Έτσι, η ιατρική έρευνα εξετάζει κατά πόσον είναι μια ασθένεια του ενδοκρινικού συστήματος. Ενδομητρικός ιστός έχει βρεθεί στην κοιλιά, ακόμη και σε ουλές στις οποίες μπορεί να μεταφέρθηκε κατά λάθος κατά τη διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης. Νέα έρευνα δείχνει τη σχέση μεταξύ της έκθεσης των γυναικών σε διοξίνες και της ενδομητρίωσης. Η διοξίνη είναι τοξική χημική ουσία η οποία προέρχεται από τα φυτοφαρμάκα και την καύση αποβλήτων. Απαιτείται περισσότερη έρευνα για να διαπιστωθεί κατά πόσον η ενδομητρίωση προκαλείται από τεχνητές χημικές ουσίες. Ενδομητρικός ιστός μπορεί να μεταφερθεί στην κοιλιά μέσω των σαλπίγγων κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως. Αυτή η ιδιότυπη μεταμόσχευση ιστού θα μπορούσε να αναπτυχθεί έξω από τη μήτρα. Ωστόσο, οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν ότι αυτή η θεωρία δεν εξηγεί πλήρως την αιτία της ενδομητρίωσης.

Το πιο κοινό σύμπτωμα της ενδομητρίωσης είναι ο πόνος στο κάτω μέρος της κοιλιάς ή της λεκάνης ή στο κάτω μέρος της πλάτης, κυρίως κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως. Η ένταση του πόνου εξαρτάται από το πόσο σοβαρή είναι η ενδομητρίωση. Μερικές γυναίκες δεν έχουν πόνο, ακόμη και αν η νόσος πλήττει μεγάλες περιοχές. Άλλες γυναίκες με ενδομητρίωση έχουν έντονο πόνο, ακόμη κι αν παρουσιάζουν μόνο μερικές μικρές αυξήσεις του ιστού. Άλλα συμπτώματα της ενδομητρίωσης μπορεί να είναι: πολύ επώδυνες κράμπες, πόνος που χειροτερεύει με

την πάροδο του χρόνου, χρόνιος πόνος στη μέση και τη λεκάνη, πόνος κατά τη διάρκεια ή μετά το σεξ, εντερικός πόνος, επώδυνη κινητικότητα του εντέρου ή επώδυνη ούρηση κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως, κηλίδες αίματος ή αιμορραγία ανάμεσα στις περιόδους, υπογονιμότητα ή αδυναμία να επιτευχθεί εγκυμοσύνη, αίσθημα κούρασης, διάρροια, δυσκοιλιότητα, φούσκωμα ή ναυτία, ειδικά κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως.

Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ άλλων προβλημάτων υγείας στις γυναίκες που πάσχουν από ενδομητρίωση και στις οικογένειές τους. Μερικά από αυτά είναι: αλλεργίες, άσθμα και υπερευαίσθησία στα χημικά, αυτοάνοσες ασθένειες, όπως υποθυρεοειδισμός, σκλήρυνση κατά πλάκας, ερυθηματώδης λύκος, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης (CFS) και ινομυαλγία, αύξηση της πιθανότητας για λοιμώξεις και λοιμώδης μονοπυρήνωση, πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας, δηλαδή μία από τις βαλβίδες της καρδιάς δεν έχει κλείσει τόσο σφιχτά όσο είναι το φυσιολογικό, συχνές μολύνσεις από μύκητες και ορισμένες μορφές καρκίνου, όπως των ωοθηκών, του μαστού, των αδένων, των νεφρών, του θυρεοειδή, του εγκεφάλου, του παχέος εντέρου, μελάνωμα και λέμφωμα μη-Hodgkin.

Η παθοφυσιολογία της ενδομητρίωσης εξαρτάται από τη φυσιολογία της εμμήνου ρύσεως. Οι όγκοι ή οι ιστικές αυξήσεις της ενδομητρίωσης είναι καλοήθεις (μη καρκινικοί). Ωστόσο, μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα. Κάθε μήνα, οι ορμόνες προκαλούν την ανάπτυξη του τοιχώματος της μήτρας της γυναίκας., δηλαδή δημιουργούν νέους ιστούς και αιμοφόρα αγγεία. Αν μια γυναίκα δεν μείνει έγκυος, η μήτρα αποβάλλει την επένδυσή της, δηλαδή αυτόν τον ιστό και το αίμα. Αποβάλλεται από το σώμα μέσω του κόλπου με την έμμηνο ρύση.

Οι ιστοί της ενδομητρίωσης ανταποκρίνονται επίσης στις ορμόνες που παράγονται κατά τη διάρκεια του έμμηνο κύκλου. Με το πέρασμα του χρόνου, η ενδομητρίωση μπορεί να επεκταθεί με την προσθήκη επιπλέον ιστού και αίματος. Τα συμπτώματα της ενδομητρίωσης συχνά επιδεινώνονται με την πάροδο του χρόνου. Ο ιστός της ενδομητρίωσης ενδέχεται να προκαλέσει φλεγμονή, δημιουργία ουλώδους ιστού και πόνο. Όσο αναπτύσσεται ο ιστός της ενδομητρίωσης, μπορεί να καλύψει τις ωοθήκες και να μπλοκάρει τις σάλπιγγες. Η παγίδευση αίματος στις ωοθήκες σχηματίζει κύστες ή σάκους. Επίσης, μπορεί να προκαλέσει φλεγμονή και το σχηματισμό ουλώδους ιστού και συμφύσεων. Αυτός ο ουλώδης ιστός μπορεί να προκαλέσει πυελικό πόνο και καθιστά δύσκολο για τις γυναίκες να μείνουν έγκυες. Οι όγκοι επίσης ενδέχεται να προκαλέσουν προβλήματα στο έντερο και στην ουροδόχο κύστη.

Περισσότερες από πέντε εκατομμύρια γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν ενδομητρίωση. Είναι ένα από τα πιο κοινά προβλήματα υγείας. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε έφηβο ή γυναίκα που έχει έμμηνο ρύση, αλλά είναι πιο κοινή σε γυναίκες στη δεκαετία των 30 και των 40. Τα συμπτώματα της ενδομητρίωσης σταματούν για ένα διάστημα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επίσης, έχουν την τάση να μειώνονται με την εμμηνόπαυση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι γυναίκες που λαμβάνουν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης της εμμηνόπαυσης είναι πιθανό να εμφανίζουν ακόμα συμπτώματα ενδομητρίωσης.

Ο κίνδυνος ενδομητρίωσης αυξάνει σε γυναίκες χωρίς παιδιά, σε γυναίκες στις οποίες οι εμμηνορροϊκές περίοδοι διαρκούν περισσότερο από επτά ημέρες, σε γυναίκες με σύντομη έμμηνο ρύση (27 ημέρες ή λιγότερο), όταν ένα μέλος της οικογένειας (μητέρα, θεία, αδερφή) έχει ενδομητρίωση, όταν ένα πρόβλημα υγείας εμποδίζει τη φυσιολογική ροή της εμμήνου ρύσεως και όταν υπάρχει βλάβη στα κύτταρα της πυέλου από μια λοίμωξη. Ο κίνδυνος ενδομητρίωσης μειώνεται, αν με

κάποιον τρόπο μειωθούν τα οιστρογόνα στο αίμα, όπως με φυσική δραστηριότητα, διατήρηση χαμηλού σωματικού βάρους και χαμηλών επιπέδων σωματικού λίπους και αποφυγή μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ και καφεΐνης.

Τα αποτελέσματα της ενδομητρίωσης στην ποιότητα ζωής μιας γυναίκας μπορεί να είναι πολύ σοβαρά, π.χ. λόγω του πόνου μπορεί να μην πηγαίνει στην εργασία της, σε κοινωνικές εκδηλώσεις και στα μαθήματά της.

Η διάγνωση της ενδομητρίωσης γίνεται με φυσική εξέταση της πυέλου, κατά την οποία ο γιατρός θα ψηλαφίσει μεγάλες κύστες ή ουλές πίσω από τη μήτρα – οι μικρότερες βλάβες δεν μπορούν να ψηλαφιστούν. Άλλο διαγνωστικό μέσο είναι το υπερηχογράφημα είτε κάτω κοιλίας είτε ενδοκολπικό. Η λαπαροσκόπηση είναι το μόνο διαγνωστικό μέσο με το οποίο ο γιατρός βεβαιώνεται ότι υπάρχει ενδομητρίωση. Για να γίνει λαπαροσκόπηση απαιτείται γενική αναισθησία. Μπορεί να συνδυαστεί με βιοψία ή μικροσκοπική εξέταση. (Endometriosis Research Center <http://www.endocenter.org>).

3.3.3 Λοιμώξεις

3.3.3.1 Κολπίτιδες

3.3.3.1.1 Ορισμός και πιθανά αίτια της κολπίτιδας

Η κολπίτιδα είναι η φλεγμονή των βλεννογόνων του κόλπου. Μπορεί να οφείλεται σε ιό, σε μικρόβιο, σε τριχομονάδα, σε μύκητα ή μπορεί να είναι αμικροβιακή από ερεθισμό λόγω σεξουαλικής επαφής, πλύσεων με ερεθιστικά διαλύματα ή από επίδραση άλλων ερεθιστικών, όπως είναι τα σπερματοκτόνα, τα χημικά ή ξένο σώμα στον κόλπο (ταμπόν κ.ά.). Αν η γυναίκα βρίσκεται στην εμμηνόπαυση, μπορεί να έχει ατροφική κολπίτιδα, ως αποτέλεσμα της πτώσης των οιστρογόνων. Τα υγρά που υπάρχουν στον κόλπο παίζουν προστατευτικό ρόλο. Η επαρκής ύγρανση λειτουργεί προστατευτικά και ενισχύει την ανθεκτικότητα του κόλπου απέναντι σε μικρόβια και ιούς. Στην εμμηνόπαυση ο κόλπος ξηραίνεται, τα υγρά δεν επαρκούν για να τον λιπάνουν και, ως εκ τούτου, χάνεται η αμυντική του ικανότητα. Κατά συνέπεια, παρουσιάζονται συχνά κολπίτιδες.

3.3.3.1.2 Σημεία και συμπτώματα της κολπίτιδας

Τα συμπτώματα μπορεί να είναι εξαιρετικά ενοχλητικά. Η βλέννα μπορεί να είναι παχιά ή λεπτή, να μυρίζει ή να μη μυρίζει ή να έχει πολύ έντονη μυρωδιά. Επίσης, μπορεί να υπάρχει ερυθρότητα του κόλπου ή και των χειλέων του αιδοίου, οίδημα, κνησμός ή πόνος στο αιδοίο, στα χείλη του αιδοίου ή και στον κόλπο. Η βαρύτητα των ενοχλημάτων ποικίλλει. Σε περιπτώσεις βαριάς κολπίτιδας η γυναίκα ενδέχεται να εγκαταλείψει εντελώς τις προσπάθειες για σεξουαλική επαφή, λόγω του πόνου που της προκαλεί.

3.3.3.1.3 Διάγνωση της κολπίτιδας

Για να διαγνωστεί η αιτία της κολπίτιδας, πρέπει να γίνει μια καλλιέργεια κολπικού υγρού καθώς και ένα άμεσο παρασκεύασμα. Στο άμεσο παρασκεύασμα παίρνουμε υγρό από τον κόλπο και το στρώνουμε σε μια αντικειμενοφόρο πλάκα, το μονιμοποιούμε, αφού το βάψουμε με μια κατάλληλη χρωστική μέθοδο, και το

εξετάζουμε κάτω από το μικροσκόπιο. Τα μικρόβια που θα βρούμε πιθανόν είναι και ο αιτιολογικός παράγοντας της κολπίτιδας.

Η καλλιέργεια κολπικού υγρού είναι η λήψη υγρού από τον κόλπο με ένα στυλέο, το οποίο (υγρό) μετά στρώνουμε σε κατάλληλο καλλιεργητικό υλικό σε τρυβλίο Petri και το επωάζουμε σε θερμοκρασία 36,6 βαθμούς Κελσίου για 48 ώρες. Το μικρόβιο πολλαπλασιάζεται και από το σχήμα και το χρώμα των αποικιών καθώς και από τη μικροβιολογική εξέταση διαπιστώνουμε το είδος του μικροβίου. Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να δοθεί εδώ στις μυκητιασικές κολπίτιδες, οι οποίες είναι πολύ συχνές στον ανθρώπινο οργανισμό.

Εδώ πρέπει να αναφέρουμε και τους κινδύνους που προκύπτουν από την υπερβολική χρήση των αντιβιοτικών και την καταπληκτική συνεισφορά της ομοιοπαθητικής. Είναι γεγονός ότι το μόνο όπλο της ιατρικής μέχρι την εμφάνιση της ομοιοπαθητικής για την αντιμετώπιση των μικροβιακών κολπίτιδων ήταν τα αντιβιοτικά. Τα αντιβιοτικά, όμως, ελλοχεύουν τεράστιους κινδύνους για την υγεία της ασθενούς αλλά και για τη υγεία όλης της ανθρωπότητας και όλων των κατοίκων της Γης εξελικτικά.

Δηλαδή, είναι πιθανόν να έχουμε μια επιδημία μυκήτων, **Candida Albicans**, στο μέλλον και ολόκληρος ο πληθυσμός της Γης σ' ένα απώτερο μέλλον να είναι «μουχλιασμένος», λόγω του μεγάλου αποικισμού του παχέος του εντέρου από μύκητες, στο οποίο θα έχει συμβάλει και η αυξημένη χρήση των αντιβιοτικών. Το θέμα αυτό αναφέρεται με πολύ σαφήνεια στην εισαγωγή του βιβλίου του Γεώργιου Βυθούλκα «Η Νέα Διάσταση στην Ιατρική». Διαβάζοντας την εισαγωγή αυτού του βιβλίου, ένας γιατρός καταλαβαίνει πόσο έχει βλάψει την ανθρώπινη υγεία η χρήση των αντιβιοτικών και πόσο αναμένεται να τη βλάψει στο μέλλον.

3.3.3.1.4 Βακτηριακή κολπίτιδα [Bacterial Vaginosis (BV)]

Ο γυναικείος κόλπος έχει συνήθως ισορροπημένη βακτηριακή χλωρίδα, δηλαδή έχει ως επί το πλείστον «καλά» βακτήρια και λιγότερα «επιβλαβή». Βακτηριακό vaginosis, γνωστό και ως BV, αναπτύσσεται όταν αλλάζει η ισορροπία. Με BV υπάρχει αύξηση στα επιβλαβή βακτήρια και μείωση των καλών βακτηρίων. Είναι η πιο κοινή κολπική λοίμωξη στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.

Δεν γνωρίζουμε πολλά πράγματα για το πώς οι γυναίκες παθαίνουν βακτηριακή κολπίτιδα. Υπάρχουν ορισμένες καταστάσεις που διαταράσσουν τη φυσιολογική ισορροπία των βακτηρίων στο αιδοίο, αυξάνοντας τον κίνδυνο της βακτηριακής κολπίτιδας, π.χ. ένας νέος σεξουαλικός σύντροφος, οι πολλαπλοί σεξουαλικοί σύντροφοι, οι κολπικές πλύσεις, η χρήση μιας ενδομήτριας συσκευής για τον έλεγχο των γεννήσεων, η μη χρήση προφυλακτικού.

Η βακτηριακή κολπίτιδα είναι πιο συχνή στις γυναίκες που είναι σεξουαλικά ενεργές, αλλά δεν είναι σαφές πώς αλλάζει η σεξουαλική πράξη την ισορροπία των βακτηρίων. Μια γυναίκα δεν μπορεί να κολλήσει βακτηριακή κολπίτιδα από κάθισμα τουαλέτας, κρεβάτι, πισίνα ή αγγίζοντας τα αντικείμενα γύρω της.

Οι γυναίκες με βακτηριακή κολπίτιδα μπορεί να έχουν μια μη φυσιολογική κολπική έκκριση με δυσάρεστη οσμή. Κάποιες αναφέρουν μια έντονη μυρωδιά σαν ψάρι, ειδικά μετά τη σεξουαλική επαφή. Η έκκριση μπορεί να είναι λευκή (γαλακτώδης) ή γκρι. Μπορεί επίσης να είναι αφρώδης ή υγρή. Άλλα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν κάψιμο κατά την ούρηση, φαγούρα γύρω και έξω από τον κόλπο και ερεθισμό. Αυτά τα συμπτώματα μπορούν επίσης να προκληθούν από

κάποιο άλλο είδος λοίμωξης, έτσι είναι σημαντικό η γυναίκα να επισκεφτεί το γιατρό της. Μερικές γυναίκες με βακτηριακή κολπίτιδα δεν έχουν κανένα σύμπτωμα.

Υπάρχει ένα διαγνωστικό τεστ για τη βακτηριακή κολπίτιδα. Ο γιατρός παίρνει δείγμα υγρού από τον κόλπο και το στέλνει στο εργαστήριο. Επίσης, μπορεί να δει σημάδια της βακτηριακής κολπίτιδας κατά τη διάρκεια μιας εξέτασης του κόλπου. Για να βοηθήσει μια γυναίκα το γιατρό της να εντοπίσει τα σημάδια της βακτηριακής κολπίτιδας ή τα σημάδια άλλων λοιμώξεων, πρέπει να τον επισκεφτεί όταν δεν έχει περίοδο, να μην έχει κάνει κολπικές πλύσεις για τουλάχιστον 24 ώρες πριν από την επίσκεψη – ορισμένοι ειδικοί προτείνουν να μην κάνει κολπικές πλύσεις, να μη χρησιμοποιεί αποσμητικό σπρέι κόλπου, γιατί μπορεί να καλύψει τις μυρωδιές που είναι σημαντικές για τη διάγνωση και μπορεί επίσης να οδηγήσει σε ερεθισμό, και, τέλος, να μην έρθει σε σεξουαλική επαφή ή να μη χρησιμοποιήσει ενδοκολπικά αντικείμενα, όπως ταμπόν, τουλάχιστον 24 ώρες πριν επισκεφτεί το γιατρό της.

Η βακτηριακή κολπίτιδα θεραπεύεται με αντιβιοτικά φάρμακα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή. Πιθανές φαρμακευτικές ουσίες είναι η μετρονιδαζόλη ή η κλινδαμυκίνη. Γενικά, οι άντρες σύντροφοι των γυναικών με βακτηριακή κολπίτιδα δεν πρέπει να ακολουθούν θεραπεία. Ωστόσο, η βακτηριακή κολπίτιδα μπορεί να μεταδοθεί από γυναίκα σε γυναίκα κατά τη σεξουαλική επαφή. Μια γυναίκα μπορεί να ξανακολλήσει βακτηριακή κολπίτιδα ακόμη και μετά τη θεραπεία της.

Οι έγκυες με συμπτώματα βακτηριακής κολπίτιδας πρέπει να ελέγχονται και να ακολουθούν θεραπεία. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για όσες έχουν υποβληθεί σε πρόωρο τοκετό ή έχουν γεννήσει χαμηλού σωματικού βάρους έμβρυα. Υπάρχουν διαθέσιμες θεραπείες για οποιοδήποτε στάδιο της εγκυμοσύνης. Η έγκυος πρέπει να μιλήσει στο γιατρό της για το τι της συμβαίνει.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η βακτηριακή κολπίτιδα δεν προκαλεί κανένα πρόβλημα υγείας, αν χορηγηθεί θεραπεία. Προβλήματα προκύπτουν αν η βακτηριακή κολπίτιδα μείνει χωρίς θεραπεία. Για παράδειγμα, μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην εγκυμοσύνη, όπως πρόωρος τοκετός και γέννηση μωρών χαμηλού σωματικού βάρους (λιγότερο από 1.600 γραμμάρια) ή φλεγμονώδης νόσος της πυέλου (PID). Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου είναι μια λοίμωξη η οποία μπορεί να επηρεάσει τη μήτρα, τις ωοθήκες και τις σάλπιγγες. Αν η γυναίκα έχει βακτηριακή κολπίτιδα, αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης φλεγμονώδους νόσου της πυέλου έπειτα από μια χειρουργική διαδικασία, όπως είναι η υστερεκτομή ή η έκτρωση. Η βακτηριακή κολπίτιδα, αν δεν αντιμετωπιστεί, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης του ιού HIV και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων (ΣΜΛ), δηλαδή η γυναίκα με βακτηριακή κολπίτιδα έχει αυξημένο κίνδυνο για μόλυνση από τον ιό HIV, από χλαμύδια και γονόρροια. Οι γυναίκες με HIV που εμφανίζουν βακτηριακή κολπίτιδα είναι πιθανό να μολύνουν πιο εύκολα με τον ιό HIV το σεξουαλικό τους σύντροφο.

Οι ειδικοί εξακολουθούν να αναζητούν τον καλύτερο τρόπο για την πρόληψη της βακτηριακής κολπίτιδας. Υπάρχουν κάποια μέτρα που μπορεί να λάβει μια γυναίκα για να μειώσει τον κίνδυνο, όπως για παράδειγμα να διατηρήσει την κολπική βακτηριδιακή ισορροπία, πλένοντας εξωτερικά τον κόλπο και τον πρωκτό της κάθε μέρα με ένα ήπιο σαπούνι ή να σκουπίζεται με φορά από μπροστά προς τα πίσω όταν πηγαίνει στην τουαλέτα. Άλλα απλά προληπτικά μέτρα είναι να φοράει βαμβακερά εσώρουχα, να αποφεύγει τα στενά παντελόνια ή τα καλσόν, να μην κάνει κολπικές πλύσεις –γιατί απομακρύνονται κάποια από τα φυσιολογικά βακτήρια του κόλπου

που την προστατεύουν από τη μόλυνση, δηλαδή οι κολπικές πλύσεις αυξάνουν τον κίνδυνο βακτηριακής κολπίτιδας–, να κάνει τακτικές εξετάσεις της πυέλου, να κάνει ασφαλές σεξ, δηλαδή να χρησιμοποιεί πάντα προφυλακτικό για οποιοδήποτε τύπο σεξ με κάθε ερωτικό σύντροφο. Είναι πολύ βασικό η ασθενής να ολοκληρώσει τη θεραπεία ακόμη και αν τα συμπτώματα υποχωρήσουν.

3.3.3.1.5 Κολπικές μυκητιάσεις

Κολπική μόλυνση από μύκητες σημαίνει ερεθισμός του κόλπου και της ευρύτερης περιοχής του αιδοίου. Οι ζυμομύκητες (μαγιά) είναι ένα είδος μύκητα. Οι μυκητιασικές μολύνσεις προκαλούνται από υπερβολική αύξηση του μύκητα *Candida Albicans*. Μικρές ποσότητες ζυμομύκητα βρίσκονται πάντα στο κόλπο. Οι μυκητιασικές λοιμώξεις είναι πολύ συχνές. Περίπου το 75% των γυναικών έχουν μολυνθεί κατά τη διάρκεια της ζωής τους και σχεδόν το ήμισυ των γυναικών έχουν δύο ή περισσότερες κολπικές μυκητιασικές μολύνσεις.

Το πιο κοινό σύμπτωμα της μυκητιασικής κολπικής μόλυνσης είναι η πολύ έντονη φαγούρα μέσα και γύρω από τον κόλπο. Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν: κάψιμο, ερυθρότητα και οίδημα του κόλπου και του αιδοίου, πόνο κατά την ούρηση, πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή, κολποδυνία, μια παχιά, λευκή κολπική έκκριση, που μοιάζει με τυρί κότατζ και δεν έχει άσχημη μυρωδιά, ή εξάνθημα στο κόλπο. Μια γυναίκα μπορεί να έχει κάποια από αυτά τα συμπτώματα και η έντασή τους μπορεί να είναι ήπια ή σοβαρή. Τα σημεία της μυκητιασικής μόλυνσης μοιάζουν με αυτά των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων, όπως τα χλαμύδια και η γονόρροια. Έτσι, είναι δύσκολο να είναι βέβαιη ότι έχει μυκητιασική λοίμωξη και όχι κάτι πιο σοβαρό. Ο γιατρός θα κάνει μια γυναικολογική εξέταση, για να δει το πρήξιμο και την έκκριση. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιήσει μια γάζα, για να λάβει ένα ρευστό δείγμα από τον κόλπο της ασθενούς. Μια γρήγορη ματιά σε ένα μικροσκόπιο θα δείξει αν οι ζυμομύκητες προκαλούν το πρόβλημα.

Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για κολπική μυκητιασική μόλυνση είναι το στρες, η έλλειψη ύπνου, κάποια ασθένεια ή αδιαθεσία, οι κακές διατροφικές συνήθειες –συμπεριλαμβανομένης της διατροφής με ακραία ποσά ζαχαρούχων τροφίμων–, η εγκυμοσύνη, η περίοδος, η λήψη ορισμένων φαρμάκων –όπως τα αντισυλληπτικά χάπια, τα αντιβιοτικά και τα στεροειδή–, ο σακχαρώδης διαβήτης, το HIV/AIDS και οι ορμονικές αλλαγές κατά τη διάρκεια της περιόδου. Οι μυκητιασικές κολπικές μολύνσεις μπορούν να μεταδοθούν μέσω της σεξουαλικής επαφής, αν και είναι σπάνιο. Τις περισσότερες φορές, οι γυναίκες δεν παίρνουν τις μυκητιασικές μολύνσεις από το σεξ. Η πιο συνηθισμένη αιτία είναι το αδύναμο ανοσοποιητικό σύστημα της γυναίκας.

Οι κολπικές μυκητιάσεις θεραπεύονται με αντιμυκητιασικά φάρμακα που κυκλοφορούν ως κρέμες, δισκία, αλοιφές ή υπόθετα που εισάγονται στον κόλπο. Τα προϊόντα αυτά είναι Over the Counter (OTC). Επίσης, χορηγείται φλουконаζόλη σε γυναίκες που ΔΕΝ είναι έγκυες. Οι περιπτώσεις με κολπικές μυκητιασικές λοιμώξεις που δεν ανταποκρίνονται σε αυτά τα φάρμακα έχουν αρχίσει να είναι όλο και πιο συχνές. Η χρήση αντιμυκητιασικών φαρμάκων σε μια περίπτωση που δεν είναι πραγματικά μυκητιασική μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο η γυναίκα να πάθει μια σοβαρή και δύσκολη στη θεραπεία μυκητιασική λοίμωξη στο μέλλον. Ειδικά οι έγκυες πρέπει να συμβουλευονται αμέσως το γιατρό τους. Πολλές γυναίκες αγοράζουν και λαμβάνουν αντιμυκητιασικά φάρμακα χωρίς συνταγή γιατρού ή χωρίς την οδηγία του. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν είναι μυκητιάσεις. Η λανθασμένη χρήση αυτών των φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει σε μια δύσκολη-προς-θεραπεία

λοίμωξη. Επίσης, μπορεί να επιδεινωθεί το υπάρχον πρόβλημα. Ορισμένα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) που μένουν αθεράπευτα μπορεί να προκαλέσουν καρκίνο, στειρότητα, προβλήματα εγκυμοσύνης και άλλα ζητήματα υγείας.

Οι κολπικές μυκητιάσεις δεν θεωρούνται σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αν και δεν είναι απολύτως γνωστό αν μεταδίδονται σεξουαλικά. Ο άντρας-σύντροφος μιας γυναίκας με μυκητιασική λοίμωξη έχει πιθανότητα 12 - 15% να κολλήσει, αν κάνει σεξ χωρίς προφυλάξεις, εμφανίζοντας κάποιο δερματικό εξάνθημα στο πέος. Οι άντρες που δεν έχουν περιτομή διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο. Οι ομοφυλόφιλοι επίσης κινδυνεύουν να κολλήσουν μυκητιάσεις από το σύντροφό τους.

Η γυναίκα για να προστατευτεί από μυκητιασικές λοιμώξεις του κόλπου πρέπει να αποφεύγει τις κολπικές πλύσεις, τα αρωματικά προϊόντα υγιεινής, όπως το αφρόλουτρο, τα σπρέι και τα ταμπόν, να αλλάζει ταμπόν συχνά κατά τη διάρκεια της περιόδου της, να αποφεύγει στενά εσώρουχα ή ρούχα από συνθετικές ίνες, να φοράει βαμβακερά εσώρουχα και καλσόν με ένα δίκρανο βαμβακιού, να αλλάζει αμέσως το βρεμένο μαγιό ή τα ιδρωμένα από την άσκηση ρούχα, να μειώσει την κατανάλωση ζάχαρης και να αποφεύγει τα πολύ ζεστά μπάνια.

Αν οι κολπικές μυκητιάσεις επαναλαμβάνονται, πρέπει να απευθυνθεί στο γιατρό της, καθώς περίπου το 5% του γυναικείου πληθυσμού παθαίνει 4 - 5 κολπικές μυκητιασικές μολύνσεις το χρόνο. Αυτή η κατάσταση ονομάζεται περιοδική αιδοιοκολπική καντιντίαση (RVVC), η οποία είναι πιο κοινή σε γυναίκες με διαβήτη ή εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα. Οι γιατροί συνήθως αντιμετωπίζουν αυτό το πρόβλημα με αντιμυκητιασικό φάρμακο, που χορηγείται για χρονικό διάστημα έως 6 μήνες.

3.3.3.2 Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα (ΣΜΝ) είναι μια λοίμωξη που μεταδίδεται από άτομο σε άτομο μέσω της ερωτικής επαφής.

3.3.3.2.1 Επιδημιολογικά στοιχεία

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής πιστεύεται ότι κάθε χρόνο συμβαίνουν περίπου 19 εκατομμύρια νέες μολύνσεις. Οι λοιμώξεις αυτές επηρεάζουν άντρες και γυναίκες όλων των εθνικών και κοινωνικών προελεύσεων και κάθε οικονομικού επιπέδου. Όμως, σχεδόν το ήμισυ των νέων μολύνσεων είναι μεταξύ των νέων, ηλικίας από 15 έως 24 ετών. Οι γυναίκες πλήττονται πιο σοβαρά σε σχέση με τους άντρες από ΣΜΝ. Έχουν πιο συχνά και πιο σοβαρά προβλήματα υγείας από τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις. Οι Αφροαμερικανίδες έχουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά μόλυνσης.

3.3.3.2.2 Τρόποι μόλυνσης ενός ΣΜΝ

Ένα άτομο μπορεί να κολλήσει ΣΜΝ, αν έρθει σε σεξουαλική επαφή με κάποιον που είναι ήδη μολυσμένος. Το άτομο δεν γνωρίζει αν ο ερωτικός του σύντροφος έχει μολυνθεί, επειδή πολλές σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις δεν εμφανίζουν συμπτώματα. Άλλα ΣΜΝ μπορούν να μεταδοθούν από άνθρωπο σε άνθρωπο, ακόμη και αν δεν υπάρχουν συμπτώματα. Τα ΣΜΝ μεταδίδονται κατά τη διάρκεια της κολπικής ή της πρωκτικής επαφής, από το στόμα ή κατά τα σεξουαλικά

χάδια. Δηλαδή μεταδίδονται ακόμη και χωρίς σεξουαλική πράξη. Όμως όλα τα ΣΜΝ δεν μεταδίδονται με τον ίδιο τρόπο.

3.3.3.2.3 Σχέση των ΣΜΝ με άλλα προβλήματα υγείας

Οι χωρίς θεραπεία σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις είναι πιθανό να προκαλέσουν καρκίνο, φλεγμονώδη νόσο της πυέλου, υπογονιμότητα, προβλήματα εγκυμοσύνης, διαδεδομένη μόλυνση σε άλλα μέρη του σώματος, βλάβη των οργάνων, ακόμη και θάνατο. Επίσης, ένα ΣΜΝ μπορεί να θέσει το άτομο σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης του ιού HIV. Η ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά ενδέχεται να οδηγήσει σε λοίμωξη από άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου του ιού HIV. Επίσης, η μόλυνση από κάποιο ΣΜΝ κάνει πιο εύκολη τη μετάδοση του ιού HIV, αν το άτομο εκτεθεί σε αυτόν.

3.3.3.2.4 Σημεία και συμπτώματα των ΣΜΝ

Πολλά ΣΜΝ έχουν ήπια ή και καθόλου συμπτώματα. Όταν τα συμπτώματα είναι εμφανή, συχνά γίνεται λάθος διάγνωση και συσχετίζονται με ουρολοίμωξη ή μυκητίαση. Γι' αυτόν το λόγο ο έλεγχος για ΣΜΝ είναι πολύ σημαντικός. Τα ΣΜΝ που αναφέρονται στο σημείο αυτό είναι από τα πιο κοινά ή επιβλαβή για τις γυναίκες:

α) **Βακτηριακή κολπίτιδα** (που παρουσιάζεται πολύ αναλυτικά στο κεφάλαιο 3.3.3.1.4). Οι περισσότερες γυναίκες δεν εμφανίζουν συμπτώματα. Όσες εκδηλώνουν συμπτώματα μπορεί να έχουν κολπική φαγούρα, πόνο κατά την ούρηση και έκκριση με οσμή ψαριού.

β) **Λοίμωξη από χλαμύδια**. Οι περισσότερες γυναίκες δεν έχουν συμπτώματα. Όσες εκδηλώνουν συμπτώματα μπορεί να έχουν ανώμαλη κολπική έκκριση, καύση κατά την ούρηση, αιμορραγία μεταξύ των περιόδων. Οι λοιμώξεις από χλαμύδια που δεν αντιμετωπίζονται, ακόμη και αν δεν υπάρχουν συμπτώματα, μπορεί να οδηγήσουν σε άλγος στην κάτω κοιλία, χαμηλή οσφυαλγία, ναυτία, πυρετό και πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή.

γ) **Ο γεννητικός έρπης**. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να μην έχουν συμπτώματα. Όταν ξεσπάσει η λοίμωξη, τα συμπτώματα είναι σαφή, όπως μικρές κόκκινες βλάβες, φουσκάλες ή ανοιχτές πληγές –από τις οποίες ο ιός εισήλθε στο σώμα, και εντοπίζονται στο πέος, στον κόλπο ή στο στόμα–, κολπικό έκκριμα, πυρετός, πονοκέφαλος, μυαλγία, πόνος κατά την ούρηση, κνησμός, κάψιμο, πρησμένοι αδένες στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, πόνος στα πόδια, στους γλουτούς ή στην περιοχή των γεννητικών οργάνων. Τα συμπτώματα μπορεί να εξαφανιστούν και στη συνέχεια να επανέλθουν. Οι πληγές επουλώνονται έπειτα από 2 έως 4 εβδομάδες.

δ) **Γονόρροια**. Τα συμπτώματα συνήθως είναι ήπια, αλλά οι περισσότερες γυναίκες δεν εμφανίζουν. Αν τα συμπτώματα είναι παρόντα, τα πιο συχνά εμφανίζονται μέσα σε 10 ημέρες από τη μόλυνση. Παρατηρείται πόνος ή κάψιμο κατά την ούρηση, κιτρινωπή και μερικές φορές αιματηρή κολπική έκκριση, αιμορραγία μεταξύ των περιόδων, πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή, βαριά αιμορραγία κατά τη διάρκεια των περιόδων, λοίμωξη που συμβαίνει στο λαιμό, στα μάτια ή στον πρωκτό και μπορεί να υπάρχουν συμπτώματα και από αυτά τα μέρη του σώματος.

ε) **Η ηπατίτιδα Β**. Μερικές γυναίκες δεν έχουν συμπτώματα. Οι γυναίκες με συμπτώματα μπορεί να έχουν χαμηλό πυρετό, κεφαλαλγία και μυαλγία, αίσθημα κούρασης, απώλεια της όρεξης, στομαχικές διαταραχές ή έμετο, διάρροια,

σκουρόχρωμα ούρα, πόνο στο στομάχι και κιτρίνισμα του δέρματος και του άσπρου των ματιών (ίκτερος).

στ) **HIV/AIDS**. Μερικές γυναίκες μπορεί να μην εμφανίζουν συμπτώματα για 10 χρόνια ή και περισσότερο. Περίπου το ήμισυ των ατόμων με λοίμωξη HIV έχει συμπτώματα γρίπης περίπου 3 έως 6 εβδομάδες μετά τη μόλυνση. Τα πιθανά συμπτώματα που εμφανίζουν φορείς του ιού του AIDS περιλαμβάνουν πυρετό και νυχτερινή εφίδρωση, αίσθημα έντονης κούρασης, γρήγορη απώλεια βάρους, πονοκέφαλο, διόγκωση των λεμφαδένων, διάρροια, έμετο και στομαχικές διαταραχές, πόνο στο στόμα ή στα γεννητικά όργανα ή στον πρωκτό, ξηρό βήχα, εξάνθημα ή απολέπιση του δέρματος και βραχυπρόθεσμη απώλεια μνήμης. Οι γυναίκες, επίσης, πιθανόν να έχουν αποκλειστικά τα εξής συμπτώματα του HIV: κολπικές μολύνσεις από μύκητες, άλλες κολπικές μολύνσεις, συμπεριλαμβανομένων των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, φλεγμονώδη νόσο της πυέλου (PID), τα οποία δεν βελτιώνονται με την αγωγή, και αλλαγές στον έμμηνο κύκλο.

ζ) **Λοίμωξη από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)**. Δεν εμφανίζουν όλες οι γυναίκες συμπτώματα. Τα πιο συνηθισμένα είναι τα ορατά κονδυλώματα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων συμπεριλαμβανομένων των μηρών. Τα κονδυλώματα μπορεί να είναι επηρμένα ή επίπεδα, μόνα ή σε ομάδες, μικρά ή μεγάλα και μερικές φορές έχουν το σχήμα κουνουπιδιού. Επίσης, μπορεί να υπάρχουν ογκίδια ή επάρματα στον τράχηλο της μήτρας και στο κόλπο, που συχνά είναι αόρατα.

η) **Ψείρες του εφηβαίου**. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν φαγούρα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και παρουσία ψειρών ή αβγά ψειρών.

θ) **Σύφιλη**. Η σύφιλη εξελίσσεται σε στάδια. Τα συμπτώματα του σταδίου της πρωτογενούς σύφιλης είναι τα εξής: εμφανίζεται μια ενιαία, ανώδυνη πληγή 10 - 90 ημέρες μετά τη μόλυνση στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, του στόματος ή σε άλλα μέρη του σώματος, η οποία εξαφανίζεται από μόνη της. Αν η λοίμωξη δεν αντιμετωπιστεί, εξελίσσεται στο δεύτερο στάδιο, το οποίο ξεκινάει 3 έως 6 εβδομάδες μετά την εμφάνιση της πληγής. Τα συμπτώματα του δευτερογενούς σταδίου είναι: δερματικό εξάνθημα με τραχείς, κόκκινες ή κοκκινοκαφέ κηλίδες στα χέρια και τα πόδια, που συνήθως δεν προκαλούν φαγούρα και εξαφανίζονται μόνες τους, πυρετός, πονόλαιμος και πρησμένοι αδένες, κατά τύπους τριχόπτωση, πονοκέφαλος και μυϊκός πόνος, απώλεια βάρους και κούραση. Στο στάδιο της λανθάνουσας φάσης, τα συμπτώματα εξαφανίζονται, αλλά μπορεί να επανέλθουν. Χωρίς θεραπεία, η λοίμωξη μπορεί να προχωρήσει ή μπορεί και να μην προχωρήσει στο τελευταίο στάδιο. Σε προχωρημένο στάδιο, τα συμπτώματα σχετίζονται με βλάβες στα εσωτερικά όργανα, όπως στα νεύρα, στον εγκέφαλο, στα μάτια, στην καρδιά, στα αιμοφόρα αγγεία, στο ήπαρ, στα οστά και στις αρθρώσεις. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να πεθάνουν.

ι) **Τριχομονάδωση**. Πολλές γυναίκες δεν έχουν συμπτώματα. Τα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται 5 έως 28 ημέρες μετά την έκθεση και περιλαμβάνουν: κίτρινο, πράσινο ή γκρι κολπικό έκκριμα (συχνά αφρώδης) με έντονη οσμή, ταλαιπωρία κατά τη διάρκεια του σεξ και κατά την ούρηση, κνησμό ή δυσφορία στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, κάτω κοιλιακό άλγος (σπάνια).

3.3.3.2.5 Διαγνωστικές εξετάσεις για τα ΣΜΝ

Δεν υπάρχει μια εξέταση για όλα τα ΣΜΝ. Οι εξετάσεις για τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις περιλαμβάνουν τις εξής μεθόδους: α) την πυελική και τη φυσική εξέταση, δηλαδή ο γιατρός εξετάζει τη γυναίκα για σημεία λοίμωξης, όπως

εξανθήματα, κονδυλώματα ή εκκρίσεις, β) δείγμα αίματος, γ) δείγμα ούρων, δ) δείγμα ιστού ή υγρού, όπου χρησιμοποιείται μια γάζα για να συλλεγεί δείγμα που εξετάζεται κάτω από το μικροσκόπιο ή αποστέλλεται σε εργαστήριο για το τεστ. Το Τεστ Παπανικολάου χρησιμοποιείται κυρίως για να εντοπιστούν κυτταρικές αλλοιώσεις, που θα μπορούσαν να είναι προκαρκινικά στάδια ή και καρκίνος. Παρά το γεγονός ότι ένα δείγμα Τεστ Παπανικολάου μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για να διενεργηθούν τεστ για τον ιό HPV, αυτό δεν είναι ρουτίνα. Επίσης, το Τεστ Παπανικολάου δεν είναι τεστ για άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις. Το άτομο πρέπει να εμπιστεύεται το γιατρό του και να του μιλάει ανοιχτά και ειλικρινά για θέματα σχετικά με τη σεξουαλική του ζωή. Μόνο έτσι ο γιατρός θα τον βοηθήσει πραγματικά.

3.3.3.2.6 Θεραπεία των ΣΜΝ

Η θεραπεία εξαρτάται από τον τύπο των ΣΜΝ και μπορεί να περιλαμβάνει φάρμακα που λαμβάνονται από το στόμα ή ενέσιμα. Για όσα ΣΜΝ δεν μπορούν να θεραπευτούν, όπως ο γεννητικός έρπης, η θεραπεία εστιάζει μόνο στην ανακούφιση των συμπτωμάτων. Ένα μεγάλο πρόβλημα είναι τα προϊόντα που πωλούνται μέσω του Διαδικτύου και ισχυρίζονται ψευδώς ότι προλαμβάνουν ή θεραπεύουν σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως ο έρπης, τα χλαμύδια, ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) και ο ιός HIV. Τα προϊόντα αυτά δεν γνωρίζουμε αν είναι ασφαλή.

Η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία, γιατί μόνο έτσι μειώνεται ο κίνδυνος μόλυνσης από ΣΜΝ. Δεν υπάρχει όμως μία και μοναδική στρατηγική, που μπορεί να προστατεύσει από κάθε τύπο ΣΜΝ. Τα προληπτικά μέτρα περιλαμβάνουν τα εξής:

α) Αποχή από το σεξ, για πρόληψη της μετάδοσης ενός ΣΜΝ, αν και ορισμένα ΣΜΝ, όπως ο έρπης των γεννητικών οργάνων, μεταδίδονται και χωρίς σεξουαλική επαφή.

β) Μονογαμία με σύντροφο που έχει ελεγχθεί για ΣΜΝ και άμεση ενημέρωσή του σε περίπτωση απιστίας.

γ) Χρήση προφυλακτικών σε όλα τα είδη της σεξουαλικής επαφής, ακόμη και αν δεν λαμβάνει χώρα συνουσία. Χρήση προφυλακτικών από την αρχή μέχρι το τέλος κάθε σεξουαλικής πράξης. Το αντρικό προφυλακτικό λατέξ παρέχει την καλύτερη προστασία. Το αντρικό προφυλακτικό πολυουρεθάνης χρησιμοποιείται αν η γυναίκα ή ο σύντροφός της έχει αλλεργία στο λατέξ. Ορισμένες μέθοδοι ελέγχου των γεννήσεων, όπως τα αντισυλληπτικά χάπια, τα εμφυτεύματα ή τα διαφράγματα δεν προστατεύουν από τα ΣΜΝ. Μια γυναίκα που έχει σεξουαλικές σχέσεις μόνο με γυναίκες δεν πρέπει να θεωρεί ότι κινδυνεύει λιγότερο από σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, γιατί ορισμένα συνηθισμένα ΣΜΝ μεταδίδονται εύκολα μέσω της επαφής του δέρματος και γιατί οι περισσότερες γυναίκες που έχουν σεξουαλικές σχέσεις με γυναίκες είχαν σεξουαλική επαφή και με άντρες. Έτσι, μια γυναίκα μπορεί να κολλήσει ΣΜΝ από έναν άντρα και στη συνέχεια να το μεταδώσει στη γυναίκα σύντροφό της.

δ) Ετήσια γυναικολογική εξέταση. Τα τεστ για πολλά ΣΜΝ είναι απλά και συχνά μπορούν να γίνουν κατά τη διάρκεια ενός τσεκάπ. Όσο πιο σύντομα διαγιγνώσκεται ένα ΣΜΝ, τόσο πιο εύκολη είναι η θεραπεία του.

ε) Αποφυγή της χρήσης ναρκωτικών ουσιών ή υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ, γιατί μπορεί να οδηγήσουν σε επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, όπως μη χρήση προφυλακτικού.

3.3.3.2.7 Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και εγκυμοσύνη

Τα ΣΜΝ προκαλούν τα ίδια προβλήματα υγείας τόσο σε εγκύους όσο και μη εγκύους. Όμως, ένα ΣΜΝ μπορεί να απειλήσει την εγκυμοσύνη και την υγεία του αγέννητου μωρού, να προκαλέσει πρόωρο τοκετό και μόλυνση της μήτρας μετά τον τοκετό. Κάποια μεταδίδονται στο έμβρυο πριν από τη γέννηση ή και κατά τη διάρκεια του τοκετού. Κάποιες σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, όπως η σύφιλη, διαπερνούν τον πλακούντα και μολύνουν το έμβρυο ενώ είναι στη μήτρα. Άλλα ΣΜΝ, όπως η γονόρροια, τα χλαμύδια, η ηπατίτιδα Β και ο έρπης των γεννητικών οργάνων, μεταδίδονται από τη μητέρα στο βρέφος κατά τη διάρκεια του τοκετού, καθώς το μωρό περνά μέσα από το κόλπο. Ο ιός HIV μπορεί να διαπεράσει τον πλακούντα στην εγκυμοσύνη και να μολύνει το μωρό κατά τη διάρκεια της γέννας. Οι βλαβερές συνέπειες στα βρέφη περιλαμβάνουν: χαμηλό σωματικό βάρος γέννησης, λοίμωξη των οφθαλμών, πνευμονία, μόλυνση στο αίμα, εγκεφαλική βλάβη, απουσία συντονισμού κινήσεων του σώματος, τύφλωση, κώφωση, οξεία ηπατίτιδα, μηνιγγίτιδα, χρόνια ηπατική νόσος, κίρρωση, θνησιγένεια.

Ορισμένα από αυτά τα προβλήματα προλαμβάνονται, αν η μητέρα υποβληθεί σε προγεννητικό έλεγχο, που περιλαμβάνει τεστ προσυμπτωματικού ελέγχου για τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις, γίνεται νωρίς στην εγκυμοσύνη και επαναλαμβάνεται, αν χρειαστεί, κοντά στον τοκετό. Ο προγεννητικός έλεγχος περιλαμβάνει τεστ για τη διάγνωση των εξής ΣΜΝ: χλαμύδια, βλεννόρροια, ηπατίτιδα Β, HIV και σύφιλη. Επιπλέον, ορισμένοι ειδικοί συστήνουν στις γυναίκες που είχαν πρόωρο τοκετό στο παρελθόν να κάνουν έλεγχο και θεραπεία για βακτηριακή κολπίτιδα (BV) κατά την πρώτη προγεννητική επίσκεψη. Ακόμη και αν μια γυναίκα έχει κάνει στο παρελθόν τεστ για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, θα πρέπει να ελέγχεται και πάλι όταν μείνει έγκυος. Τα χλαμύδια, η γονόρροια, η σύφιλη, η τριχομονάδωση και η βακτηριακή κολπίτιδα υπάρχει η δυνατότητα να αντιμετωπιστούν και να θεραπευτούν με χορήγηση αντιβιοτικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ιογενή ΣΜΝ, όπως ο έρπης γεννητικών οργάνων και το HIV, δεν επιδέχονται καμία θεραπεία. Κάποια αντι-ιικά φάρμακα μπορεί να μειώσουν τα συμπτώματα σε κάποια έγκυο γυναίκα με έρπη. Η καισαρική τομή μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο μετάδοσης της λοίμωξης στο νεογνό σε γυναίκες που έχουν ενεργές γεννητικές αλλοιώσεις του έρπη. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης η λήψη αντι-ιικών φαρμάκων από γυναίκες που είναι θετικές στον ιό HIV μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού στο νεογνό σε ποσοστό λιγότερο από 2%. Η καισαρική τομή είναι επίσης μια επιλογή για γυναίκες με HIV. Όσες είναι αρνητικές για ηπατίτιδα Β μπορούν να κάνουν το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

3.3.3.2.8 Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και θηλασμός

Το μωρό που θηλάζει ενώ η μητέρα του πάσχει από ΣΜΝ τίθεται σε κίνδυνο. Τα χλαμύδια και η γονόρροια δεν επηρεάζουν το θηλασμό. Η σύφιλη και ο έρπης δεν επηρεάζουν το θηλασμό ενόσω καλύπτονται οι πληγές. Αυτά τα δύο νοσήματα μεταδίδονται αν υπάρξει επαφή με την ανοιχτή πληγή και αυτό μπορεί να είναι επικίνδυνο για το νεογνό. Αν η γυναίκα έχει πληγές στη θηλή ή στη θηλαία άλω, πρέπει να σταματήσει το θηλασμό από αυτόν το μαστό. Μπορεί να χρησιμοποιήσει αντλία, για να μην είναι το στήθος υπερβολικά γεμάτο. Επίσης, μπορεί να αποθηκεύσει το γάλα και να το προσφέρει στο μωρό με μπουκάλι. Αν λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, πρέπει να ρωτήσει το γιατρό της για τις πιθανές επιδράσεις του

φαρμάκου στο θηλάζον μωρό της. Οι περισσότερες θεραπείες για σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις είναι ασφαλείς κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Αν η μητέρα είναι μολυσμένη από τον HIV, δεν πρέπει να θηλάζει, γιατί υπάρχει κίνδυνος να μολυνθεί το μωρό της.

3.3.4 Προβλήματα ύπνου

Ενώ πολλοί θεωρούν τον ύπνο μια «παθητική» δραστηριότητα, ο επαρκής ύπνος αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως μια σημαντική πτυχή προώθησης της υγείας και χρόνιας πρόληψης ασθενειών από τους ειδικούς της δημόσιας υγείας. Ο ανεπαρκής ύπνος συνδέεται με μια σειρά χρόνιων ασθενειών και παθήσεων, όπως ο διαβήτης, οι καρδιοαγγειοπάθειες, η παχυσαρκία και η κατάθλιψη, που απειλούν την υγεία αντρών και γυναικών. Συγκεκριμένα, ο ανεπαρκής ύπνος συνδέεται με την εμφάνιση αυτών των ασθενειών αλλά έχει και σημαντικές επιπτώσεις στη διαχείριση και την έκβασή τους. Επιπλέον, ο ανεπαρκής ύπνος ευθύνεται για πολλά τροχαία δυστυχήματα, που έχουν αποτέλεσμα το θάνατο ή την αναπηρία. Εν ολίγοις, η υπνηλία κατά την οδήγηση είναι τόσο επικίνδυνη, όσο και η οδήγηση σε κατάσταση μέθης.

Περισσότερο από το ένα τέταρτο του πληθυσμού στις ΗΠΑ παραπονείται ότι περιστασιακά δεν κοιμάται αρκετά, ενώ σχεδόν το 10% θεωρεί ότι πάσχει από χρόνια αϋπνία. Ωστόσο, οι νέες μέθοδοι για την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση των διαταραχών του ύπνου φέρνουν ελπίδα για τα εκατομμύρια που υποφέρουν από ανεπαρκή ύπνο. Θεμελιώδους σημασίας για την επιτυχία όλων αυτών των προσπαθειών είναι η αναγνώριση ότι ο επαρκής ύπνος δεν είναι πολυτέλεια, αλλά αναγκαιότητα και πρέπει να θεωρηθεί ένα «ζωτικό σημείο» της καλής υγείας. Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν οι βασικές διαταραχές του ύπνου και θα δοθεί έμφαση στην αϋπνία των γυναικών.

3.3.4.1 Αϋπνία

Η αϋπνία είναι μια κοινή διαταραχή του ύπνου κατά την οποία η γυναίκα μένει ξύπνια για μεγάλο χρονικό διάστημα, ξυπνάει πολύ νωρίς και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί ή νιώθει σαν να μην έχει κοιμηθεί καθόλου. Η έλλειψη ή κακή ποιότητα ύπνου προκαλεί άλλα συμπτώματα, που επηρεάζουν την ημερήσια δραστηριότητα. Μπορεί να αισθάνεται έντονη υπνηλία και χαμηλή ενεργητικότητα όλη την ημέρα. Μπορεί να μη σκέφτεται καθαρά, να μην είναι συγκεντρωμένη, να αισθάνεται κατάθλιψη ή εκνευρισμό. Η αϋπνία ορίζεται ως μικρής διάρκειας και κακής ποιότητας ύπνος, που επηρεάζει τη λειτουργία του ατόμου κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αν και η ποσότητα του ύπνου ποικίλλει, οι περισσότεροι άνθρωποι χρειάζονται 7 με 8 ώρες ύπνο το βράδυ για να αναζωογονηθούν. Η αϋπνία μπορεί να είναι ήπια έως σοβαρή και ποικίλλει τόσο ως προς τη συχνότητα όσο και ως προς τη διάρκειά της. Η οξεία αϋπνία είναι ένα βραχυπρόθεσμο πρόβλημα ύπνου, το οποίο συνήθως σχετίζεται με κάποιο αγχωτικό ή τραυματικό γεγονός της ζωής και διαρκεί από μερικές ημέρες έως μερικές εβδομάδες. Οξεία αϋπνία μπορεί να συμβεί από καιρό σε καιρό. Στη χρόνια αϋπνία, οι διαταραχές ύπνου εμφανίζονται τουλάχιστον 3 νύχτες την εβδομάδα για περισσότερο από ένα μήνα. Η αϋπνία τείνει να αυξάνεται με την ηλικία τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες.

Υπάρχουν δύο τύποι αϋπνίας: η πρωτοπαθής και η δευτεροπαθής. Η πρωτοπαθής αϋπνία δεν είναι σύμπτωμα ή παρενέργεια μιας άλλης ιατρικής κατάστασης. Είναι μια αυτόνομη διαταραχή του ύπνου. Μπορεί να διαρκέσει διά βίου

ή να ενεργοποιείται όταν το άτομο ταξιδεύει, όταν εργάζεται με βάρδιες, όταν συμβαίνουν στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή του ή από άλλους παράγοντες που διαταράσσουν τη ρουτίνα του ύπνου. Η πρωτοπαθής αϋπνία μπορεί να εξαλειφθεί όταν το εξωγενές πρόβλημα επιλυθεί ή μπορεί να διαρκέσει για πολλά χρόνια. Μερικοί άνθρωποι τείνουν να είναι επιρρεπείς στην πρωτοπαθή αϋπνία.

Η δευτεροπαθής αϋπνία έχει άλλη βασική και παθολογική αιτία, είναι ένα σύμπτωμα ή παρενέργεια από κάτι άλλο. Είναι ο πιο κοινός τύπος. Μπορεί να έχει ιατρική ή παθολογική αιτία την κατάθλιψη, το άγχος, το χρόνιο πόνο (για παράδειγμα, ινομυαλγία, ημικρανία ή αρθρίτιδα), τα γαστρεντερικά προβλήματα (όπως καούρα), άλλες διαταραχές του ύπνου (π.χ. υπνική άπνοια ή το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών), κάποιο τραυματισμό, τη νόσος του Alzheimer και την εμμηνόπαυση. Η δευτεροπαθής αϋπνία ενδέχεται επίσης να προκύψει από ορισμένα φάρμακα (όπως αυτά για τη θεραπεία του άσθματος, για τα καρδιακά προβλήματα, για τις αλλεργίες και για τα κρυολογήματα), από τη συχνή λήψη καφεΐνης, καπνού και αλκοόλ, από το κακό περιβάλλον του ύπνου (όπως πάρα πολύ φως και θόρυβος, σύντροφος στο κρεβάτι που ροχαλίζει). Θεραπεύεται όταν αντιμετωπιστεί η υποκείμενη αιτία, αλλά μπορεί να μετατραπεί σε πρωτοπαθή αϋπνία. Μερικοί άνθρωποι με πρωτογενή ή δευτερογενή αϋπνία ανησυχούν πολύ για τον ύπνο και πηγαίνουν να κοιμηθούν πολύ νωρίς. Αυτή η συμπεριφορά μπορεί να χειροτερέψει την αϋπνία ή να διαρκέσει περισσότερο.

Η αϋπνία εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες. Ένας λόγος είναι ότι οι ορμονικές αλλαγές κατά τη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου και της εμμηνόπαυσης μπορεί να επηρεάσουν τον ύπνο. Κατά τη διάρκεια της προεμμηνόπαυσης, πιθανόν να δυσκολεύονται να κοιμηθούν και να διατηρήσουν τον ύπνο τους. Οι εξάψεις και η νυχτερινή εφίδρωση συχνά διαταράσσουν τον ύπνο. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ορμονικές, σωματικές και συναισθηματικές αλλαγές μπορεί επίσης να διαταράξουν τον ύπνο. Οι έγκυες, κυρίως στο τρίτο τρίμηνο, είναι πιθανό να ξυπνούν συχνά, κάτι που οφείλεται στη δυσφορία, στις κράμπες στα πόδια ή στο ότι χρησιμοποιούν συχνά το λουτρό. Ιατρικές παθήσεις που είναι πιθανό να προκαλέσουν δευτερογενή αϋπνία επίσης είναι πιο συχνές στις γυναίκες παρά στους άντρες. Σε αυτές περιλαμβάνονται η κατάθλιψη, το άγχος, η ινομυαλγία και ορισμένες διαταραχές του ύπνου, όπως το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών.

Ο γιατρός για να διαγνώσει «αϋπνία», πρέπει να μελετήσει το ιστορικό ύπνου της ασθενούς που παραπονιέται για έλλειψη ύπνου, που επηρεάζει τις καθημερινές της δραστηριότητες. Το ιστορικό ύπνου είναι ένα ημερολόγιο ύπνου για δύο εβδομάδες. Εκεί η ασθενής σημειώνει την ώρα που κοιμάται και ξυπνάει, τις αλλαγές στην καθημερινή ρουτίνα του ύπνου, τα γεγονότα που συμβαίνουν την ώρα του ύπνου και το πώς αισθάνεται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ο γιατρός κάνει μια φυσική εξέταση και μελετάει το ιστορικό. Μπορεί να μιλήσει και με το σύντροφο της γυναίκας, για να διαπιστώσει πόσες ώρες και πόσο καλά κοιμάται η ασθενής. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να παραπεμφθεί σε ειδικό γιατρό ή σε ένα κέντρο ύπνου για ειδικές δοκιμές.

Αν η αϋπνία προέρχεται από μια βραχυπρόθεσμη αλλαγή του κύκλου ύπνου/αφύπνισης, όπως συμβαίνει στο jet lag, ο κύκλος του ύπνου θα επανέλθει από μόνος του στον κανονικό του ρυθμό. Κάποιες αλλαγές στον τρόπο ζωής βοηθούν το άτομο να κοιμηθεί καλύτερα. Η θεραπεία για τη χρόνια αϋπνία ξεκινάει με την εύρεση και επεξεργασία οποιουδήποτε προβλήματος της ιατρικής ή ψυχικής υγείας. Το άτομο πρέπει να διακόψει ή να ελαττώσει συμπεριφορές που ενδεχομένως

οδηγούν στην αϋπνία ή τη χειροτερεύουν, όπως το να πίνει μέτριες έως μεγάλες ποσότητες αλκοόλ τη νύχτα. Άλλες θεραπείες είναι η Γνωστική Συμπεριφοριστική Θεραπεία (CBT), τα υπναγωγά ή τα υπνωτικά φάρμακα.

Η Γνωστική Συμπεριφοριστική Θεραπεία (CBT) είναι μια αποτελεσματική θεραπεία της αϋπνίας, που τα αποτελέσματα της έχουν μεγάλη διάρκεια. Η CBT βοηθάει το άτομο να αλλάξει τις σκέψεις και τις δράσεις που επηρεάζουν τον ύπνο του. Αυτό το είδος της θεραπείας χρησιμοποιείται επίσης για τη θεραπεία παθήσεων όπως η κατάθλιψη, το άγχος και οι διατροφικές διαταραχές. Η CBT αποτελείται από μία ή περισσότερες προσεγγίσεις, όπως ο γνωστικός έλεγχος και η ψυχοθεραπεία, με τις οποίες το άτομο μαθαίνει να ελέγχει και να σταματάει τις αρνητικές σκέψεις και τις ανησυχίες που το κρατούν σε εγρήγορση.

Η υγιεινή του ύπνου είναι μια τεχνική της CBT, που μαθαίνει στο άτομο να λαμβάνει μέτρα για να βελτιώσει την ποιότητα του ύπνου του, όπως να πηγαίνει για ύπνο και να ξυπνάει την ίδια ώρα κάθε μέρα, να μην καπνίζει, να αποφεύγει την υπερβολική κατανάλωση καφέ ή αλκοόλ αργά την ημέρα και να ασχολείται με κάποια φυσική δραστηριότητα.

Ο περιορισμός του ύπνου είναι μια τεχνική της CBT, που μαθαίνει στο άτομο να διαχειρίζεται την αναλογία του χρόνου που περνά στο κρεβάτι με την ποσότητα ύπνου που χρειάζεται. Αυτό επιτυγχάνεται αν περιορίσει το χρόνο που περνάει στο κρεβάτι του χωρίς να κοιμάται. Δηλαδή να πηγαίνει για ύπνο αργότερα και να σηκώνεται νωρίτερα, ενώ σιγά σιγά αυξάνει το χρόνο στο κρεβάτι μέχρι να είναι σε θέση να κοιμηθεί όλο το βράδυ.

Ο έλεγχος του ερεθίσματος για να πάει το άτομο στο κρεβάτι είναι μια άλλη τεχνική της CBT. Για παράδειγμα, το άτομο χρησιμοποιεί το κρεβάτι μόνο για ύπνο και σεξ.

Η βαθιά χαλάρωση είναι μια τεχνική της CBT που μειώνει το στρες και την ένταση του σώματος. Αυτή μπορεί να περιλαμβάνει το διαλογισμό, την ύπνωση ή τη χαλάρωση των μυών.

Η βιοανάδραση είναι άλλη μια τεχνική της CBT που μετράει τις σωματικές δράσεις, όπως η ένταση των μυών και το εγκεφαλικό κύμα, τις εμφανίζει στην οθόνη ενός υπολογιστή και το άτομο μαθαίνει να ελέγχει τα σήματα όπως αυτά εμφανίζονται στην οθόνη της συσκευής βιοανάδρασης.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αϋπνία αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή, δηλαδή με τη χορήγηση υπναγωγών φαρμάκων, τα οποία πιθανόν να βοηθήσουν κάποια άτομα. Η θεραπεία αυτή είναι βραχυχρόνια, αν και μερικοί άνθρωποι με σοβαρή χρόνια αϋπνία μπορεί να ωφεληθούν από μεγαλύτερης διάρκειας θεραπεία. Είναι σημαντικό οι ασθενείς να κατανοήσουν τους κινδύνους πριν από τη χρήση ενός υπναγωγού φαρμάκου, όπως ότι δημιουργείται ένα είδος εξάρτησης, ότι λειτουργούν ως μάσκα σε ιατρικά προβλήματα που μπορεί να προκαλούν αϋπνία, με αποτέλεσμα η θεραπεία των προβλημάτων αυτών να καθυστερεί, ότι μπορεί να αλληλεπιδράσουν με άλλα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής και να του δημιουργήσουν σοβαρότερα προβλήματα υγείας ή, τέλος, ότι μπορεί να προκαλέσουν αντιδραστική αϋπνία, οπότε τα προβλήματα ύπνου επιδεινώνονται. Οι σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες των υπναγωγών φαρμάκων περιλαμβάνουν σοβαρές αλλεργικές αντιδράσεις ή αλλεργικό οίδημα του προσώπου, υψηλή αρτηριακή πίεση, ζάλη, αδυναμία, ναυτία, σύγχυση, βραχυπρόθεσμη απώλεια μνήμης, πολύπλοκες συμπεριφορές που σχετίζονται με τον ύπνο, όπως υπέρμετρη κατανάλωση τροφής ή υπνηλία κατά τη διάρκεια της οδήγησης. Τα βοηθητικά ύπνου που πωλούνται στα φαρμακεία χωρίς ιατρική συνταγή μπορούν επίσης να έχουν δυσάρεστες παρενέργειες, όπως ξηροστομία, ζάλη

και παρατεταμένη μέθη. Κάποια συμπληρώματα διατροφής υποστηρίζουν ότι βοηθούν στον ύπνο. Μερικά είναι «φυσικά» προϊόντα, όπως η μελατονίνη. Άλλα είναι συμπληρώματα διατροφής, όπως η βαλεριάνα (ένα βότανο). Σύμφωνα με το FDA, είναι ασαφές αν αυτά τα προϊόντα είναι ασφαλή ή αν έχουν πραγματικά αποτελέσματα.

Ένα άτομο για να κοιμηθεί καλύτερα, πρέπει να πηγαίνει για ύπνο την ίδια ώρα κάθε βράδυ και να σηκώνεται την ίδια ώρα κάθε πρωί, να μην κοιμάται ποτέ μετά τις 3 το μεσημέρι και να αποφεύγει την καφεΐνη, τη νικοτίνη και το αλκοόλ αργά την ημέρα ή τη νύχτα. Πρέπει να ασκείται τακτικά, αλλά όχι όταν πλησιάζει η ώρα του ύπνου, γιατί μπορεί να δυσκολευτεί να κοιμηθεί. Πρέπει να τρώει τουλάχιστον δύο με τρεις ώρες πριν από τον ύπνο, να διατηρεί τη κρεβατοκάμαρά του σκοτεινή, ήσυχη και δροσερή. Αν το φως αποτελεί πρόβλημα, καλό είναι να χρησιμοποιεί μάσκα ύπνου, ενώ αν το πρόβλημα είναι ο θόρυβος, να δοκιμάσει ωτοασπίδες ή έναν ανεμιστήρα, για να καλύψει τους ήχους. Ο ασθενής πρέπει να ακολουθεί μια ρουτίνα που τον βοηθά να χαλαρώσει και να ξεκουραστεί πριν από τον ύπνο, όπως η ανάγνωση ενός βιβλίου, η μουσική ή ένα ζεστό μπάνιο. Αν δεν μπορεί να κοιμηθεί μέσα σε 20 λεπτά ή αν δεν νυστάζει, πρέπει να σηκωθεί από το κρεβάτι και να καθίσει σε κάποιο άλλο δωμάτιο, να διαβάσει ή να ασχοληθεί με μια ήσυχη δραστηριότητα μέχρι να νυστάξει. Στη συνέχεια, μπορεί να επιστρέψει στο κρεβάτι. Μια άλλη πρόταση είναι να χρησιμοποιεί το κρεβάτι του μόνο για σεξ και ύπνο. Για να μην πηγαίνει για ύπνο με σκέψεις και ανησυχίες, καλό είναι να φτιάξει μια λίστα με όλα τα θέματα που τον απασχολούν, να τα σκεφτεί και μετά να πέσει στο κρεβάτι.

3.3.4.2 Ναρκοληψία

Η υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας (συμπεριλαμβανομένων επεισοδίων με ακατανίκητη υπνηλία) σε συνδυασμό με την ξαφνική μυϊκή αδυναμία είναι τα κύρια συμπτώματα της ναρκοληψίας. Η ξαφνική μυϊκή αδυναμία μπορεί να προκληθεί από έντονη συγκίνηση ή από έκπληξη. Επεισόδια ναρκοληψίας έχουν περιγραφεί ως «επιθέσεις ύπνου» και μπορεί να συμβούν σε ασυνήθιστες περιστάσεις, όπως το περπάτημα και άλλες μορφές φυσικής δραστηριότητας. Η ναρκοληψία αντιμετωπίζεται με διεγερτικά φάρμακα σε συνδυασμό με παρεμβάσεις στο επίπεδο της συμπεριφοράς και της ψυχολογίας, όπως πρόγραμμα με τακτικούς και μικρής διάρκειας ύπνους (naps) και ελαχιστοποίηση μιας ενδεχόμενης διαταραχής της ζωής του ατόμου λόγω της ναρκοληψίας.

3.3.4.3 Σύνδρομο ανήσυχων (υπερκινητικών) ποδιών (RLS)

Το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (RLS) χαρακτηρίζεται από μια δυσάρεστη αίσθηση, που συχνά ξεκινάει από τα κάτω άκρα και συνδέεται με άλγη και πόνους σε όλο το πόδι. Αυτό προκαλεί συχνά δυσκολία στην αρχή του ύπνου και βελτιώνεται με την κίνηση του ποδιού, όπως το περπάτημα ή οι κλοτσιές. Ανωμαλίες στο νευροδιαβιβαστή ντοπαμίνη έχουν συχνά συσχετιστεί με το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών. Μπορεί να αντιμετωπιστεί με ένα φάρμακο που διορθώνει την υποκείμενη διαταραχή της ντοπαμίνης σε συνδυασμό με ένα άλλο για την προώθηση της συνέχειας του ύπνου.

3.3.4.4 Υπνική άπνοια

Το ροχαλητό μπορεί να είναι κάτι περισσότερο από μια ενοχλητική συνήθεια – μπορεί να είναι ένα σημάδι υπνικής άπνοιας. Τα άτομα με υπνική άπνοια κάνουν

θορύβους, όπως ένα χαρακτηριστικό περιοδικό λαχάνιασμα ή «ρουθούνισμα» κατά τη διάρκεια του ύπνου τους, ο οποίος μπορεί να διακοπεί στιγμιαία. Επίσης, μπορεί να εμφανίζουν υπερβολική ημερήσια υπνηλία, γιατί ο ύπνος τους είναι συνήθως διακοπτόμενος και δεν τους ξεκουράζει. Η θεραπεία της υπνικής άπνοιας εξαρτάται από την αιτία της. Αν συνυπάρχουν και άλλα ιατρικά προβλήματα, όπως η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή η ρινική απόφραξη, η υπνική άπνοια θα επιλυθεί μόνο αφού αντιμετωπιστούν. Η χορήγηση αέρα με ελαφρά πίεση κατά τη διάρκεια του ύπνου (συνήθως με τη μορφή μιας ρινικής συσκευής συνεχούς θετικής πίεσης) μπορεί επίσης να είναι αποτελεσματική. Η διακοπή της τακτικής αναπνοής ή η απόφραξη των αεραγωγών κατά τη διάρκεια του ύπνου είναι πιθανό να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές στην υγεία, επομένως τα συμπτώματα της υπνικής άπνοιας θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη.

3.3.5 Ψυχολογικά προβλήματα

3.3.5.1 Κατάθλιψη

(National Institute of Mental Health - <http://www.nimh.nih.gov>)

Η κατάθλιψη έχει πολλά διαφορετικά πρόσωπα. Μπορεί να σχετίζεται με την ανεργία και το αίσθημα αποτυχίας που δημιουργεί αυτή η κατάσταση ή με την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Επίσης, μπορεί να υπάρχει οικογενειακό ιστορικό ή προδιάθεση και το άτομο να μην καταλαβαίνει τι ακριβώς του συμβαίνει και κυρίως γιατί του συμβαίνει.

Η κατάθλιψη επηρεάζει τόσο τους άντρες και όσο και τις γυναίκες. Ωστόσο, περισσότερες γυναίκες από ό,τι άνδρες είναι πιθανό να διαγνωστούν με κατάθλιψη κατά τη διάρκεια ενός έτους. Η κατάθλιψη λοιπόν δεν είναι κάτι «το φυσιολογικό εφόσον είσαι γυναίκα» ούτε είναι μια «γυναικεία αδυναμία». Πολλές γυναίκες με κατάθλιψη δεν αναζητούν θεραπεία. Όμως οι περισσότερες, ακόμη και εκείνες με την πιο σοβαρή κατάθλιψη, μπορεί να πάνε καλύτερα με τη θεραπεία.

Η ζωή είναι γεμάτη σκαμπανεβάσματα. Όμως, όταν οι αρνητικές καταστάσεις που βιώνει ένα άτομο διαρκούν για εβδομάδες ή και μήνες μέσα σε ένα χρόνο ή έχουν αποτέλεσμα τη διακοπή και αναστολή των κανονικών του δραστηριοτήτων, τότε ενδέχεται να πάσχει από κατάθλιψη. Η κατάθλιψη λοιπόν είναι μια ιατρική ασθένεια που αφορά το σώμα, τη διάθεση και τις σκέψεις. Επηρεάζει τον τρόπο που τρώει και κοιμάται, το πώς αισθάνεται για τον εαυτό του καθώς και τον τρόπο που σκέφτεται διάφορες καταστάσεις. Η κατάθλιψη είναι κάτι διαφορετικό από τη μελαγχολία ή την κακοκεφιά, που μπορεί να διαρκεί μερικές ώρες ή μερικές ημέρες. Δεν είναι μια κατάσταση που επιθυμεί ούτε μια κατάσταση που μπορεί να διορθώσει χωρίς μεγάλη προσπάθεια.

Υπάρχουν διαφορετικά είδη κατάθλιψης. Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ή μείζονα κατάθλιψη είναι συνδυασμός συμπτωμάτων που επιδρούν στην ικανότητα ενός ατόμου να εργάζεται, να κοιμάται, να σπουδάζει, να τρώει και να απολαμβάνει τα χόμπι του. Η δυσθυμική διαταραχή ή δυσθυμία είναι ένα είδος κατάθλιψης που διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα (δύο χρόνια ή περισσότερο) και τα συμπτώματα είναι λιγότερο σοβαρά από αυτά της μείζονος κατάθλιψης, αλλά μπορούν επίσης να εμποδίσουν το άτομο να ζει κανονικά και να αισθάνεται καλά. Υπάρχουν κάποια είδη κατάθλιψης που παρουσιάζουν ελαφρώς διαφορετικά συμπτώματα από αυτά που περιγράφονται παραπάνω. Αυτά μπορεί να ξεκινήσουν έπειτα από ένα συγκεκριμένο

γεγονός. Ωστόσο, δεν είναι όλοι οι επιστήμονες σύμφωνοι για τον τρόπο σήμανσης και τον καθορισμό αυτών των μορφών κατάθλιψης.

Οι κύριες μορφές κατάθλιψης είναι οι εξής:

1. Η ψυχωτική κατάθλιψη, η οποία συμβαίνει όταν μια σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή έχει τη μορφή ψύχωσης, με εκδηλώσεις όπως ρήξη με την πραγματικότητα, ψευδαισθήσεις και παραλήρημα.
2. Η επιλόχεια κατάθλιψη, αν η νέα μητέρα έχει ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο μέσα σε ένα μήνα μετά τον τοκετό.
3. Η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (ΕΔΕ), η οποία εμφανίζεται τους χειμερινούς μήνες, όταν δεν υπάρχει ηλιοφάνεια.

Δεν υπάρχει μία μοναδική αιτία κατάθλιψης. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους μια γυναίκα μπορεί να εμφανίσει κατάθλιψη:

1. Γενετικοί (οικογενειακό ιστορικό). Αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, οι πιθανότητες είναι περισσότερες. Ωστόσο, ενδεχομένως να εμφανίσουν και γυναίκες δίχως ανάλογο οικογενειακό ιστορικό.
2. Χημική ανισορροπία. Ο εγκέφαλος των ανθρώπων με κατάθλιψη φαίνεται ότι λειτουργεί διαφορετικά. Τα τμήματα του εγκεφάλου που διαχειρίζονται τη διάθεση, τις σκέψεις, τον ύπνο, την όρεξη και τη συμπεριφορά δεν έχουν τη σωστή ισορροπία των χημικών ουσιών.
3. Ορμονικοί παράγοντες. Οι αλλαγές του έμμηνου κύκλου, η εγκυμοσύνη, η αποβολή, η χρονική περίοδος μετά τον τοκετό, η προεμμηνόπαυση και η εμμηνόπαυση μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη λόγω των ορμονικών μεταβολών που συνεπάγονται οι παραπάνω καταστάσεις.
4. Άγχος και στρεσογόνα γεγονότα. Το ψυχικό τραύμα, η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, μια κακή σχέση, οι υποχρεώσεις της εργασίας, η φροντίδα των παιδιών και των ηλικιωμένων γονέων, η κακοποίηση και η φτώχεια μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη.
5. Ιατρικές ασθένειες. Η ενασχόληση με σοβαρές ιατρικές ασθένειες, όπως το εγκεφαλικό επεισόδιο, η καρδιακή προσβολή ή ο καρκίνος μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη δεν παρουσιάζει τα ίδια συμπτώματα σε όλους τους ανθρώπους. Η συχνότητα και η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι διαφορετικές για κάθε άτομο. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης περιλαμβάνουν: αίσθημα θλίψης, άγχους ή «κενού», αίσθημα απελπισίας, απώλεια ενδιαφέροντος για χόμπι και δραστηριότητες που κάποτε το άτομο απολάμβανε, μειωμένη ψυχική και σωματική ενέργεια, δυσκολία συγκέντρωσης, δυσκολία στην απομνημόνευση, δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, αϋπνία, αφύπνιση νωρίς το πρωί ή oversleeping (το άτομο δεν θέλει να σηκωθεί), απώλεια της επιθυμίας για φαγητό, απώλεια βάρους, κατανάλωση περισσότερης τροφής για να «νιώσει καλύτερα» και αύξηση του σωματικού βάρους, σκέψεις να πληγώσει τον εαυτό του, σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας, ευερεθιστότητα, ευθιξία, θυμώνει πολύ εύκολα, σταθερά σωματικά συμπτώματα που δεν βελτιώνονται με την αγωγή, όπως πονοκέφαλοι, στομαχικές διαταραχές και πόνος που δεν υποχωρεί.

Το πρώτο βήμα που πρέπει να κάνει κάθε ασθενής είναι να δει ένα γιατρό. Ορισμένα φάρμακα και ορισμένες ιατρικές παθήσεις (όπως οι ιοί ή μια διαταραχή του θυρεοειδούς) είναι πιθανόν να προκαλέσουν συμπτώματα ίδια με αυτά της κατάθλιψης. Επίσης, είναι σημαντικό ο ειδικός γιατρός να αποκλείσει την κατάθλιψη που σχετίζεται με μια άλλη ψυχική ασθένεια που ονομάζεται διπολική διαταραχή. Ένας γιατρός αποκλείει αυτές τις πιθανές αιτίες με τη φυσική εξέταση, με τη λήψη

ενός λεπτομερούς ιστορικού ή/και με εργαστηριακές εξετάσεις. Αν μια ιατρική κατάσταση και η διπολική διαταραχή αποκλειστούν, ο γιατρός πρέπει να διεξαγάγει ψυχολογική εξέταση ή να συστήσει στο άτομο να επισκεφτεί έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Μόλις διαγνωστεί η κατάθλιψη, αντιμετωπίζεται με ψυχοθεραπεία και φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά. Μερικοί ασθενείς με ηπιότερες μορφές κατάθλιψης νιώθουν καλύτερα και μόνο με την ψυχοθεραπεία. Άλλοι που έχουν μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη μπορεί να επωφεληθούν από τα αντικαταθλιπτικά. Όμως ίσως χρειαστούν μερικές εβδομάδες ή και μήνες προτού αρχίσουν να αισθάνονται αλλαγή στη διάθεσή τους. Κάποιοι ασθενείς νιώθουν καλύτερα ακολουθώντας και τις δύο θεραπείες: ψυχοθεραπεία και αντικαταθλιπτικά.

Η απόφαση για το αν μια έγκυος θα παραμείνει ή όχι στην αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή είναι δύσκολη. Είναι απαραίτητο να μιλήσει με το γιατρό της. Τα φάρμακα που λαμβάνονται στην εγκυμοσύνη περνούν στο έμβρυο. Σε σπάνιες περιπτώσεις, ορισμένα αντικαταθλιπτικά έχουν συσχετιστεί με προβλήματα στην αναπνοή και στην καρδιά των νεογνών, καθώς και νευρικότητα, δυσκολία σίτισης ή χαμηλά επίπεδα σακχάρου αίματος μετά τον τοκετό. Ωστόσο, οι μητέρες που διακόπτουν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να υποτροπιάσουν. Η γυναίκα πρέπει να συζητήσει με το γιατρό της για τους κινδύνους και τα οφέλη της λήψης αντικαταθλιπτικών στην εγκυμοσύνη. Ο γιατρός της θα τη βοηθήσει να αποφασίσει τι είναι καλύτερο για την ίδια και το μωρό της. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η γυναίκα και ο γιατρός της αποφασίζουν να μειώσουν σταδιακά τη δόση του αντικαταθλιπτικού κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα της εγκυμοσύνης. Κάτι τέτοιο μπορεί να βοηθήσει το νεογνό να υποφέρει λιγότερο από τα συμπτώματα εξάρτησης. Μετά τον τοκετό, η γυναίκα μπορεί να επιστρέψει στην πλήρη δόση. Αυτό θα τη βοηθήσει να νιώσει καλύτερα κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά τον τοκετό, όπου ο κίνδυνος της κατάθλιψης είναι μεγαλύτερος.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να περάσουν στο μητρικό γάλα, άρα υπάρχει κάποιος κίνδυνος για το νεογνό την περίοδο του θηλασμού. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) είναι ένα είδος αντικαταθλιπτικού για τη θεραπεία της κατάθλιψης και της αγχώδους διαταραχής. Μια σειρά από ερευνητικές μελέτες δείχνουν ότι ορισμένα αντικαταθλιπτικά, όπως είναι μερικά από τα SSRIs, έχουν χρησιμοποιηθεί με σχετική ασφάλεια κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Θα πρέπει η μητέρα να συζητήσει με το γιατρό της αν ο θηλασμός είναι μια κύρια επιλογή ή αν θα πρέπει να αλλάξει ο τύπος ταΐσματος του μωρού της. Παρ' όλο που ο θηλασμός έχει πολλά οφέλη για το μωρό, το σημαντικότερο είναι η μητέρα να παραμείνει υγιής, ώστε να φροντίζει το μωρό της.

Τα αντικαταθλιπτικά πρέπει να χορηγούνται με προσοχή στους νέους, καθώς αυξάνουν τις πιθανότητες τα παιδιά, οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικοι να σκεφτούν την αυτοκτονία ή την απόπειρα αυτοκτονίας. Το 2007, ο FDA ζήτησε να επεκταθεί η προειδοποίηση χρήσης των αντικαταθλιπτικών και να συμπεριλάβει νέους ενήλικους μέχρι την ηλικία των 24 ετών. Η προειδοποίηση αναφέρει ότι ασθενείς όλων των ηλικιών που παίρνουν αντικαταθλιπτικά θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά, ιδιαίτερα κατά τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας. Πιθανές παρενέργειες πρέπει να παρακολουθούνται και να εντοπίζονται, όπως η επιδείνωση της κατάθλιψης, ο αυτοκτονικός ιδεασμός ή αυτοκτονική συμπεριφορά ή οποιεσδήποτε ασυνήθιστες αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως αϋπνία, διέγερση, απομάκρυνση από τις συνήθειες κοινωνικές καταστάσεις. Η οικογένεια και όσοι φροντίζουν τον ασθενή πρέπει να

δώσουν ιδιαίτερη προσοχή και να αναφέρουν στο γιατρό του τυχόν αλλαγές στη συμπεριφορά του.

Σε ό,τι αφορά την εναλλακτική ή συμπληρωματική ιατρική στη θεραπεία της κατάθλιψης, έχει χρησιμοποιηθεί το υπερικό (St John's Wort). Πρόκειται για ένα φυτό με κίτρινα λουλούδια που χρησιμοποιείται εδώ και αιώνες σε διάφορες θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων της κατάθλιψης και του άγχους. Ωστόσο, έρευνες και μελέτες από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας διαπίστωσαν ότι το βαλσαμόχορτο δεν ήταν αποτελεσματικό στη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης. Άλλη έρευνα δείχνει ότι το υπερικό μπορεί να κάνει μερικά φάρμακα να μη λειτουργούν ή μπορεί να προκαλέσει επικίνδυνες παρενέργειες. Φαίνεται να παρεμβαίνει στη δράση ορισμένων φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της καρδιακής νόσου, του ιού HIV, της κατάθλιψης, των επιληπτικών κρίσεων, ορισμένων μορφών καρκίνου και κατά της απόρριψης της μεταμόσχευσης. Επίσης μπορεί να επηρεάσει τη δράση των αντισυλληπτικών χαπιών. Επομένως, οι ασθενείς πρέπει πάντα να συμβουλευονται το γιατρό τους πριν πάρουν οποιοδήποτε φυτικό συμπλήρωμα. Το υπερικό δεν είναι μια αποδεδειγμένη θεραπεία για την κατάθλιψη. Αν η κατάθλιψη δεν αντιμετωπιστεί με το σωστό τρόπο, μπορεί να γίνει σοβαρή και, σε ορισμένες περιπτώσεις, να οδηγήσει στην αυτοκτονία.

3.3.6 Καρκίνοι

3.3.6.1 Καρκίνος του στήθους

Ο καρκίνος του μαστού ξεκινά σε ιστούς που συνθέτουν το στήθος. Τα καρκινικά κύτταρα σχηματίζουν μια μάζα ιστού, που ονομάζεται κακώθης νεόπλασμα ή κακώθης όγκος. Τα κύτταρα του κακώθους όγκου μπορεί να εξαπλωθούν και σε άλλα μέρη του σώματος και να απειλήσουν τη ζωή του ατόμου. Οι κακώθεις όγκοι είναι ασυνήθεις αυξήσεις των ιστών που δεν είναι καρκίνος. Τα κύτταρα του κακώθους όγκου δεν εξαπλώνονται σε άλλα μέρη του σώματος και δεν απειλούν τη ζωή του ασθενούς.

Οι πιο κοινοί τύποι καρκίνου του στήθους είναι: α) Λοβιακά καρκινώματα. Ξεκινάει στους αδένες του μαστού που παράγουν το γάλα. Αυτοί οι αδένες του γάλακτος ονομάζονται λόβια. Περίπου 1 στους 10 καρκίνους του μαστού είναι αυτού του τύπου. β) Πορογενές καρκίνωμα. Καρκίνος που ξεκινάει στους αγωγούς γάλακτος από το στήθος. Οι αγωγοί γάλακτος είναι λεπτοί σωλήνες που μεταφέρουν το γάλα από τα λόβια στη θηλή. Περίπου 8 στους 10 καρκίνους του μαστού είναι αυτού του τύπου.

Επιπλέον, δύο είδη όγκων του μαστού που δεν είναι καρκίνος, αλλά αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού είναι: α) το πορογενές καρκίνωμα *in situ* (DCIS), β) το λοβιακό καρκίνωμα *in situ*.

Το πορογενές καρκίνωμα *in situ* είναι μια κατάσταση στην οποία τα κύτταρα που βρίσκονται στα τοιχώματα των αγωγών του μαστού εμφανίζουν κάποια ανωμαλία. Αυτά τα κύτταρα δεν εξαπλώνονται στον περιβάλλοντα ιστό του μαστού. Ωστόσο, ορισμένες περιπτώσεις DCIS μεταλλάσσονται σε καρκίνο του μαστού με την πάροδο του χρόνου. Έτσι το DCIS μερικές φορές ονομάζεται στάδιο 0 του καρκίνου του μαστού. Επειδή δεν είναι δυνατόν να γνωρίζουμε ποιες περιπτώσεις DCIS θα εξελιχθούν σε καρκίνο του μαστού, είναι σημαντικό να θεραπευτούν όλες.

Οι γυναίκες με DCIS συχνά αντιμετωπίζονται με χειρουργική επέμβαση και ακτινοθεραπεία. Η ακτινοθεραπεία μειώνει την πιθανότητα το DCIS να επανέλθει ή

να εξελιχθεί σε καρκίνο του μαστού. Αν μια μεγάλη περιοχή του DCIS βρίσκεται σε περισσότερες από μία θέσεις, μερικές γυναίκες υποβάλλονται σε μαστεκτομή. Οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες συνήθως δεν απομακρύνονται στη θεραπεία του DCIS. Η ταμοξιφαίνη (Tamoxifen), ένα φάρμακο που σταματάει την ανάπτυξη των όγκων του μαστού που εξαρτώνται από τα οιστρογόνα, μερικές φορές χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του DCIS. Επίσης, μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού που αναπτύσσεται στον ίδιο μαστό μετά τη θεραπεία ή στον αντίθετο μαστό.

Το λοβιακό καρκίνωμα in situ (LCIS) είναι μια κατάσταση κατά την οποία τα ανώμαλα κύτταρα βρίσκονται σε λόβια του μαστού. Σε αντίθεση με το DCIS, δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι τα ανώμαλα κύτταρα θα εξελιχθούν σε καρκινικά. Ωστόσο, αν μια γυναίκα έχει LCIS, σημαίνει ότι παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξει καρκίνο και στους δύο μαστούς. Παρά τον αυξημένο κίνδυνο, οι περισσότερες γυναίκες με LCIS δεν θα πάθουν ποτέ καρκίνο του μαστού. Οι περισσότερες γυναίκες με LCIS κάνουν τακτικές εξετάσεις και μαστογραφίες. Κάποιες επιλέγουν να πάρουν ταμοξιφαίνη, για να μειώσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Σπάνια, οι γυναίκες με LCIS επιλέγουν να κάνουν αφαίρεση και των δύο μαστών ως προληπτικό μέτρο, αλλά οι περισσότεροι γιατροί πιστεύουν ότι αυτή η προσέγγιση είναι ακατάλληλη.

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να κάνει μετάσταση σε άλλα μέρη του σώματος με τρεις τρόπους: α) Εισβάλλοντας στους γύρω υγιείς ιστούς, όπως το θωρακικό τοίχωμα. β) Εισβάλλοντας στο λεμφικό σύστημα. Το σύστημα αυτό, που αποτελεί μέρος του ανοσοποιητικού συστήματος, περιλαμβάνει το δίκτυο των λεμφαδένων και τα λεμφαγγεία που βρίσκονται σε όλο το σώμα. Τα λεμφικά αγγεία φέρουν υγρό, που ονομάζεται λέμφος, στους λεμφαδένες, όπου φιλτράρεται και ελέγχεται για σημεία λοίμωξης και νόσου. Ο καρκίνος του μαστού συνήθως κάνει μετάσταση στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Γι' αυτό οι λεμφαδένες της μασχάλης συχνά αφαιρούνται και εξετάζονται, για να διαπιστωθεί αν ο καρκίνος του μαστού έχει εξαπλωθεί. γ) Εισβάλλοντας στα αιμοφόρα αγγεία στο στήθος. Τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να ταξιδέψουν μέσα από τη ροή του αίματος σε άλλα μέρη του σώματος, όπως οι πνεύμονες ή τα οστά. Όταν τα καρκινικά κύτταρα εξαπλωθούν, μπορεί να προκαλέσουν όγκους σε άλλα μέρη του σώματος. Ο καρκίνος του μαστού που προκαλεί όγκους σε άλλα μέρη του σώματος, όπως οι πνεύμονες, εξακολουθεί να είναι καρκίνος του μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού έχει κατηγοριοποιηθεί σε στάδια, π.χ. I, II (A ή B), III (A, B ή Γ), IV. Η κατηγοριοποίηση έχει γίνει ανάλογα με το μέγεθος του όγκου και με το κατά πόσο ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί. Τα στάδια I, IIA, IIB, IIIA θεωρούνται «αρχικό στάδιο» για τον καρκίνο του μαστού και αναφέρονται σε όγκους που έχουν εξαπλωθεί στους κοντινούς λεμφαδένες, αλλά όχι σε απομακρυσμένα μέρη του σώματος.

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού σε αρχικό στάδιο συχνά περιλαμβάνει περισσότερες από μία προσεγγίσεις. Η χειρουργική επέμβαση είναι συνήθως το πρώτο βήμα. Οι περισσότερες γυναίκες με καρκίνο του μαστού αρχικού σταδίου έχουν τη δυνατότητα επιλογής μεταξύ δύο χειρουργικών θεραπειών: α) **Διατήρηση του μαστού και ακτινοθεραπεία**, η οποία περιλαμβάνει εκτομή του όγκου και μερική μαστεκτομή. Κατά την εκτομή του όγκου αφαιρείται και φυσιολογικός ιστός γύρω από τον όγκο. Στη μερική μαστεκτομή, ένα τμήμα του μαστού που περιέχει τον όγκο αφαιρείται. Επίσης, συνήθως αφαιρούνται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες. β) **Μαστεκτομή**, κατά την οποία ο χειρουργός αφαιρεί το σύνολο του μαστού που έχει καρκίνο και, ενδεχομένως, ορισμένες από τους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Με την

τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αφαιρούνται το σύνολο του μαστού, πολλοί από τους μασχαλιαίους λεμφαδένες, μύες του θώρακος, μύες του στήθους.

Μετά τις χειρουργικές θεραπείες ακολουθούν ανοσοενισχυτικές. Ο στόχος της επικουρικής ανοσοενισχυτικής θεραπείας μετά την επέμβαση είναι να σκοτώσει οποιαδήποτε καρκινικά κύτταρα που μπορεί να είναι αλλού στο σώμα και να αποτρέψει τυχόν υποτροπή ή επανεμφάνιση του καρκίνου.

Ωστόσο, ορισμένος μαστικός ιστός έχει παραμείνει ακόμη και μετά τη μαστεκτομή και ο καρκίνος μπορεί να εμφανιστεί σε αυτό τον ιστό ή στο κοντινό θωρακικό τοίχωμα. Για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού αρχικού σταδίου, που επιλέγουν τη χειρουργική επέμβαση με διατήρηση του μαστού, η έρευνα δείχνει σαφώς ότι η ακτινοθεραπεία μετά τη χειρουργική επέμβαση μειώνει τον κίνδυνο υποτροπής. Ο κίνδυνος επανεμφάνισης του καρκίνου στον ίδιο μαστό είναι χαμηλός. Ωστόσο, ακόμη και αν ο καρκίνος του μαστού επαναληφθεί στο ίδιο στήθος, αυτό δεν μειώνει τις πιθανότητες μιας γυναίκας για υγιή ανάκαμψη. Η πιθανότητα επιβίωσης της γυναίκας δεν επηρεάζεται από την επιλογή της χειρουργικής επέμβασης. Το είδος της χειρουργικής επέμβασης δεν επηρεάζει τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου στον υγιή μαστό ή σε άλλα σημεία του σώματος.

Η επιλογή της χειρουργικής θεραπείας μπορεί να μην είναι εύκολη. Θα πρέπει να εξεταστούν πολλοί παράγοντες, όπως η γενική υγεία της γυναίκας, καθώς και οι κίνδυνοι ή τα οφέλη κάθε προσέγγισης. Σημαντικό είναι η γυναίκα να μιλήσει και με κάποιον πλαστικό χειρουργό, για να της εξηγήσει πώς οι διαφορετικές χειρουργικές μέθοδοι θα μπορούσαν να επηρεάσουν την εμφάνιση και την αίσθηση του στήθους της. Η ανάπλαση του μαστού μετά τη μαστεκτομή συχνά απαιτεί πολλαπλές πρόσθετες χειρουργικές επεμβάσεις και σημαντικό χρόνο αποκατάστασης. Οι εταιρείες που κάνουν τα εμφυτεύματα στήθους έχουν πληροφορήσει τον FDA ότι 1 στους 4 ασθενείς, των οποίων τα στήθη ανακατασκευάστηκαν με εμφυτεύματα, έχουν τουλάχιστον μία επιπλέον χειρουργική επέμβαση εντός 3 ετών.

Πολλές γυναίκες που έκαναν χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού έχουν οίδημα στο βραχίονα και πόνο, που ονομάζεται λεμφοίδημα. Μπορεί να συμβεί μετά τη χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Επίσης, η ακτινοθεραπεία στους λεμφαδένες μπορεί να προκαλέσει λεμφοίδημα. Το λεμφοίδημα μπορεί να αναπτυχθεί μέσα σε λίγες ημέρες ή και πολλά χρόνια μετά τη θεραπεία και είναι πιθανό να προκαλέσει μακροχρόνια σωματικά, συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα. Ο κίνδυνος για λεμφοίδημα αυξάνει ανάλογα με τον αριθμό των λεμφαδένων που αφαιρέθηκαν. Πολλοί γιατροί χρησιμοποιούν τώρα βιοψία των λεμφαδένων, η οποία μειώνει τον κίνδυνο λεμφοιδήματος, καθώς αφαιρούνται λιγότεροι λεμφαδένες σε σχέση με την εκτομή μασχαλιαίων λεμφαδένων. Γίνονται αρκετές μελέτες για το πόσο επηρεάζει την επιβίωση η βιοψία SLN.

Οι περισσότερες γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού δεν θα νοσήσουν ποτέ οι ίδιες – ακόμη και αν η μητέρα ή η αδερφή τους έχει πεθάνει από καρκίνο του μαστού. Ο κίνδυνος είναι υψηλότερος στις γυναίκες που είναι γνωστό ότι έχουν βλαβερές μεταλλάξεις είτε στο γονίδιο BRCA1 είτε στο γονίδιο BRCA2 σε σχέση με τις γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού. Όμως, πολλές γυναίκες που έχουν επιβλαβείς μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 ή BRCA2 ενδεχομένως να μην εμφανίσουν ποτέ καρκίνο του μαστού.

Αν και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου, δεν είναι απαραίτητο μια γυναίκα να επιλέξει πιο επιθετική αγωγή ή πιο ριζοσπαστική χειρουργική επέμβαση μόνο και μόνο επειδή ένα

μέλος της οικογένειας έχει εμφανίσει καρκίνο του μαστού. Το οικογενειακό ιστορικό και μόνο δεν πρέπει να επηρεάσει την απόφαση για το είδος της χειρουργικής θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού αρχικού σταδίου.

Οι γυναίκες που έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου στο υγιές στήθος τους. Μερικές φορές αυτές οι γυναίκες αποφασίζουν να αφαιρεθεί το υγιές στήθος για να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στο μέλλον. Περιστασιακά, οι γυναίκες με γνωστή μετάλλαξη στα γονίδια BRCA1 ή BRCA2 ή με ισχυρό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού αποφασίζουν να αφαιρέσουν και τα δύο στήθη τους, ακόμη και αν δεν έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού. Η προληπτική μαστεκτομή μειώνει τον κίνδυνο, αλλά δεν τον εξαλείφει τελείως, γιατί ο καρκίνος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιονδήποτε εναπομείναντα ιστό του μαστού ή στο θωρακικό τοίχωμα. Η προληπτική μαστεκτομή δεν είναι απαραίτητη, γιατί πολλές γυναίκες δεν θα πάθουν καρκίνο του μαστού, ακόμη και αν το στήθος (ή και τα δύο στήθη) δεν είχε αφαιρεθεί.

Αντί για χειρουργική επέμβαση, υπάρχουν ορμονικές θεραπείες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να μειωθεί ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού μεταξύ των γυναικών με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Αυτές περιλαμβάνουν τα φάρμακα ταμοξιφαίνη, για γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών, και ραλοξιφαίνη για μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Αυτά τα φάρμακα έχουν σοβαρές παρενέργειες.

Οι γυναίκες με γνωστή επιβλαβή μετάλλαξη στα γονίδια BRCA1 ή BRCA2 έχουν επίσης υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών και, ενίοτε, επιλέγουν να αφαιρέσουν προληπτικά τις ωοθήκες τους. Η αφαίρεση των ωοθηκών μειώνει επίσης τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που δεν έχουν φτάσει ακόμα στην εμμηνόπαυση.

Γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού ή των ωοθηκών πρέπει να μιλήσουν με κάποιο γενετικό σύμβουλο, για να κάνουν γενετικό έλεγχο των γονιδίων BRCA1 ή BRCA2 και να βρουν κάποια γονιδιακή μετάλλαξη.

Κάποιες γυναίκες λαμβάνουν επικουρική θεραπεία μετά τη χειρουργική επέμβαση για να αυξήσουν τις πιθανότητες ίασης. Η επικουρική θεραπεία περιλαμβάνει ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία και άλλες νέες θεραπείες που ερευνώνται. Ο τύπος της επικουρικής θεραπείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως το στάδιο του καρκίνου, το είδος του καρκίνου από το οποίο νοσεί και αν έχει φτάσει στην εμμηνόπαυση. Μερικές φορές, συνιστάται ο συνδυασμός τους.

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί υψηλής ενέργειας ακτίνες X ή άλλους τύπους ακτινοβολίας, για να σκοτώσει τα καρκινικά κύτταρα ή για να σταματήσει την ανάπτυξή τους. Γίνεται στο μαστό που παρέμεινε μετά την εκτομή του όγκου ή, σε γυναίκες που έχουν κάνει μαστεκτομή, στους λεμφαδένες κοντά στο στήθος και το θωρακικό τοίχωμα.

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιεί φάρμακα που σκοτώνουν τα καρκινικά κύτταρα ή σταματούν τη διαίρεσή τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις, χρησιμοποιείται πριν από την εγχείριση, για να συρρικνωθεί το μέγεθος ενός όγκου, έτσι ώστε η ασθενής να υποβληθεί σε συντηρητική χειρουργική επέμβαση. Αυτό ονομάζεται εισαγωγική χημειοθεραπεία.

Η ορμονική θεραπεία ακολουθείται σε καρκίνους του μαστού που έχουν οιστρογονικούς υποδοχείς. Αυτό σημαίνει ότι τα οιστρογόνα υποκινούν την ανάπτυξη αυτού του είδους του καρκίνου του μαστού. Η ορμονική θεραπεία σταματάει την

ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων, μειώνοντας την παραγωγή των ορμονών ή εμποδίζοντας τη δράση τους. Η ορμονική θεραπεία δεν ενδείκνυται αν ο καρκίνος του μαστού έχει οιστρογονικούς υποδοχείς. Η ορμονική θεραπεία περιλαμβάνει τη λήψη των παρακάτω φαρμάκων: α) **Ταμοξιφαίνη (Tamoxifen)**. Ένα φάρμακο που μπλοκάρει τη δράση των οιστρογόνων. Αυξάνει ελαφρώς τον κίνδυνο θρόμβωσης του αίματος και εμφάνισης καρκίνου της μήτρας. Συνήθως λαμβάνεται για 5 χρόνια. β) **Αναστολείς αρωματάσης**. Φάρμακα που μειώνουν την παραγωγή των οιστρογόνων. Έχουν χορηγηθεί σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση με ορμονοεξαρτώμενο καρκίνο του μαστού. Η ανάπτυξη αυτού του καρκίνου του μαστού εξαρτάται από τα οιστρογόνα. Οι αναστολείς της αρωματάσης λαμβάνονται για 5 χρόνια. Οι γυναίκες που λαμβάνουν ταμοξιφαίνη συχνά λαμβάνουν ένα αναστολέα αρωματάσης μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας με την ταμοξιφαίνη. γ) **Εκτομή των ωοθηκών**. Χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία ή φάρμακα που σταματούν τις ωοθήκες να παράγουν οιστρογόνα στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

3.3.6.2 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που χαρακτηρίζεται από τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων του σώματος. Τα καρκινικά κύτταρα διαιρούνται πολύ γρήγορα και αναπτύσσονται ανεξέλεγκτα. Αυτά τα επιπλέον κύτταρα δημιουργούν έναν όγκο. Ο καρκίνος του τραχήλου είναι ο καρκίνος στο κατώτερο, στενό τμήμα της μήτρας.

Στις περισσότερες περιπτώσεις ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προκαλείται από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Ο ιός HPV μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής, τις περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια του κολπικού και πρωκτικού σεξ. Η πιθανότητα μια γυναίκα να πάρει τον ιό HPV αυξάνεται όταν έχει πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους. Οι περισσότερες γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τον ιό HPV δεν θα νοσήσουν από καρκίνο του τραχήλου. Οι πιθανότητες να εμφανίσει καρκίνο του τραχήλου είναι περισσότερες, αν η γυναίκα καπνίζει, αν έχει τον ιό HIV ή μειωμένη ανοσία ή αν δεν κάνει τακτικά Τεστ Παπανικολάου.

Με το Τεστ Παπανικολάου ο γιατρός αναγνωρίζει αλλαγές στα τραχηλικά κύτταρα, που, αν δεν αντιμετωπιστούν, θα μπορούσαν να μεταλλαχθούν σε καρκινικά. Αν ο γιατρός διαπιστώσει σοβαρές αλλοιώσεις στα κύτταρα του τραχήλου της μήτρας, θα προτείνει πιο ισχυρά διαγνωστικά τεστ, όπως η κολποσκόπηση.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι μια πολύ σοβαρή νόσος, ωστόσο μπορεί να προληφθεί. Η αλλαγή των φυσιολογικών κυττάρων σε καρκινικά συνήθως διαρκεί αρκετά χρόνια, αλλά μπορεί επίσης να συμβεί σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας προλαμβάνεται μέσω του εμβολιασμού των γυναικών. Υπάρχουν δύο είδη εμβολίων (Cervarix και Gardasil), τα οποία προστατεύουν τα κορίτσια και τις νεαρές γυναίκες από τους τύπους του ιού HPV, που προκαλούν τις περισσότερες μορφές καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τα Cervarix και Gardasil κυκλοφορούν με άδεια και θεωρούνται ασφαλή και αποτελεσματικά για γυναίκες ηλικίας 9 έως και 26 χρόνων. Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) συστήσει σε όλα τα κορίτσια ηλικίας 11 και 12 ετών να λάβουν και τις 3 προβλεπόμενες δόσεις του εμβολίου κατά του ιού HPV, για προστασία από τον καρκίνο του τραχήλου και τα προκαρκινικά στάδια. Το Gardasil προστατεύει επίσης έναντι των περισσότερων τύπων κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων. Είναι πολύ σημαντικό να γίνουν όλες οι προβλεπόμενες δόσεις των εμβολίων. Δεν

υπάρχουν μέχρι τώρα μελέτες που να δείχνουν ότι αν μια γυναίκα λάβει 1 ή 2 δόσεις προστατεύεται το ίδιο με όσες έχουν κάνει και τις 3 δόσεις.

Το Gardasil θεωρείται ασφαλές και αποτελεσματικό για άντρες ηλικίας 9 έως και 26 χρόνων. Αγόρια και νεαροί άντρες μπορούν να επιλέξουν να κάνουν αυτό το εμβόλιο για την πρόληψη των γεννητικών κονδυλωμάτων. Οι γυναίκες που ήταν σεξουαλικά ενεργές πριν κάνουν και τις 3 δόσεις του εμβολίου κατά του HPV εξακολουθούν να επωφελούνται, αλλά μόνο αν δεν έχουν μολυνθεί από τους τύπους του HPV που περιλαμβάνονται στο εμβόλιο. Ο καλύτερος τρόπος για να βεβαιωθούμε ότι ένα άτομο έχει το μεγαλύτερο όφελος από τον εμβολιασμό HPV είναι να έχει ολοκληρώσει και τις τρεις δόσεις πριν αρχίσει τη σεξουαλική του δραστηριότητα.

Το εμβόλιο δεν υποκαθιστά τη χρήση προφυλακτικών, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης άλλων τύπων του ιού HPV και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων. Οι γυναίκες που έχουν κάνει το εμβόλιο κατά του HPV πρέπει να κάνουν το Τεστ Παπανικολάου. Άλλοι τρόποι πρόληψης και προστασίας από τον HPV και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι να μην κάνουν σεξ χωρίς προφυλάξεις. Να είναι πιστοί και να έχουν σεξουαλική επαφή με ένα μόνο σύντροφο. Ο HPV μπορεί να εμφανιστεί και στα δύο φύλα σε γεννητικές περιοχές που δεν καλύπτονται από τα προφυλακτικά. Ωστόσο, η έρευνα έχει δείξει ότι η χρήση προφυλακτικού σχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το Τεστ Παπανικολάου πρέπει να γίνεται κάθε 2 χρόνια από την ηλικία των 21 ετών. Οι γυναίκες ηλικίας 30 και πάνω με τρία φυσιολογικά Τεστ Παπανικολάου στη σειρά μπορούν να κάνουν ένα κάθε 3 χρόνια – αν φυσικά δεν έχουν αλλάξει ερωτικούς συντρόφους. Οι γυναίκες άνω των 65 ετών ενδέχεται να μπορούν να σταματήσουν τα Τεστ Παπανικολάου. Μια γυναίκα έπειτα από υστερεκτομή μπορεί να μη χρειάζεται περαιτέρω Τεστ Παπανικολάου, αν η χειρουργική επέμβαση δεν οφείλεται σε καρκίνο. (National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, CDC, NIH <http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp>).

3.3.7 Αυτοάνοσα νοσήματα

Τα αυτοάνοσα νοσήματα θεωρούνται βασικό ζήτημα για την υγεία των γυναικών από το Γραφείο Ερευνών για την Υγεία των Γυναικών στο Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας (NIH) των ΗΠΑ. Η αυτοανοσία είναι η βασική αιτία για περισσότερες από 100 σοβαρές και χρόνιες ασθένειες. Περίπου το 75% των περιστατικών αφορά γυναίκες. Ο όρος «αυτοάνοσο νόσημα» αναφέρεται σε μια ετερογενή ομάδα ασθενειών που αφορούν σχεδόν κάθε σύστημα του ανθρώπου. Περιλαμβάνει ασθένειες του νευρικού, του γαστρεντερικού, του ενδοκρινικού συστήματος καθώς και του δέρματος ή άλλων συνδετικών ιστών, όπως τα μάτια, το αίμα και τα αιμοφόρα αγγεία. Σε όλες αυτές τις ασθένειες, το βασικό πρόβλημα είναι παρόμοιο – το ανοσοποιητικό σύστημα λειτουργεί προς τη λάθος κατεύθυνση και προσβάλλει τα ίδια τα όργανα που είχε σκοπό να προστατεύσει. Το γεγονός ότι οι γυναίκες έχουν πιο ενισχυμένο ανοσοποιητικό σύστημα σε σύγκριση τους άντρες σημαίνει ότι μπορεί να έχουν περισσότερη αντίσταση σε κάποιες λοιμώξεις, αλλά είναι πιο ευαίσθητες στις αυτοάνοσες ασθένειες.

Στο σύνολό τους, τα αυτοάνοσα νοσήματα εκδηλώνονται τρεις φορές περισσότερο σε γυναίκες από ό,τι σε άνδρες. Μερικές ασθένειες είναι ακόμη πιο συχνές στις γυναίκες. Από τα 50 εκατομμύρια Αμερικανών που ζουν με αυτοανοσία, τα 30 εκατομμύρια είναι γυναίκες, σύμφωνα με εκτιμήσεις. Τα αυτοάνοσα νοσήματα αναφέρονται από το 2000 στην πρώτη δεκάδα με τις κύριες αιτίες θανάτου σε

γυναίκες ηλικίας κάτω των 65 ετών στις ΗΠΑ (Walsh, SJ, LM. *Autoimmune Diseases: A Leading Cause of Death among Young and Middle-Aged Women in the United States*, American Journal of Public Health. 2000;90:1463-1465). Επιπλέον, αυτές οι ασθένειες αποτελούν την τέταρτη σημαντικότερη αιτία αναπηρίας μεταξύ των γυναικών στις ΗΠΑ (2. U.S. Department of Health and Human Services. Office on Women's Health. Women's Health Issues: An Overview. Fact sheet. May 2000).

Διαφορετικές φυλετικές ομάδες είναι πιο ευαίσθητες σε ορισμένα αυτοάνοσα νοσήματα. Για παράδειγμα, οι Αφροαμερικανίδες, οι ισπανόφωνες Αμερικανίδες, οι Ασιάτισσες Αμερικανίδες και οι ιθαγενείς Αμερικανίδες έχουν δύο έως τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ερυθρηματώδη λύκο από ό,τι οι Καυκάσιες Αμερικανίδες (Society for Women's Health Research and the National Women's Health Resource Center, Inc. *Autoimmune Diseases in Women*, 2002), ενώ 9 στους 10 που έχουν λύκο είναι γυναίκες (National Women's Health Information Center. U.S. Department of Health and Human Services, Office on Women's Health. WomensHealth.gov/faq/lupus.pdf).

Σε αντίθεση με τον καρκίνο, ο οποίος είναι μια κατηγορία-ομπρέλα για μια σειρά ασθενειών (λευχαιμία, καρκίνος του μαστού, καρκίνος του προστάτη, λέμφωμα μη-Hodgkin κ.ά.), η αυτοανοσία δεν έχει θεωρηθεί ακόμα από την ιατρική κοινότητα (και το κοινό) κατηγορία νοσημάτων. Επειδή αυτές οι αυτοάνοσες ασθένειες αφορούν διάφορες ιατρικές ειδικότητες (όπως τη ρευματολογία, την ενδοκρινολογία, την αιματολογία, τη νευρολογία, την καρδιολογία, τη γαστρεντερολογία και τη δερματολογία) και λόγω του ότι οι ειδικοί γιατροί επικεντρώνονται σε μεμονωμένες εκδηλώσεις ενός ανατομικού συστήματος ή οργάνου, δεν έχει δοθεί έμφαση στην αυτοανοσία ως την υποκείμενη αιτία των προβλημάτων του ασθενούς. Έχει υπολογιστεί ότι τα αυτοάνοσα νοσήματα κοστίζουν στις ΗΠΑ το ποσό των 86 δισεκατομμυρίων δολαρίων ετησίως. (AMERICAN AUTOIMMUNE RELATED DISEASES ASSOCIATION http://www.aarda.org/women_and_autoimmunity.php).

Πίνακας: Αναλογία γυναικών και αντρών στα αυτοάνοσα νοσήματα

Θυρεοειδίτιδα του Hashimoto	10 προς 1
Συστηματικός ερυθρηματώδης λύκος	9 προς 1
Σύνδρομο Sjogren	9 προς 1
Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο της δευτεροβάθμιας	9 προς 1
Πρωτοπαθής χολική κίρρωση	9 προς 1
Αυτοάνοση ηπατίτιδα	8 προς 1
Νόσος Graves'	7 προς 1
Σκληρόδερμα	3 προς 1
Ρευματοειδής αρθρίτιδα	2,5 προς 1
Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο της πρωτοβάθμιας	2 προς 1
Αυτοάνοση θρομβοπενική πορφύρα (ITP)	2 προς 1

Σκλήρυνση κατά πλάκας	2 προς 1
Μυασθένεια	2 προς 1

Υπάρχουν αποδεκτές γνώσεις διεθνώς σχετικά με την αυτοανοσία. Τα κυρίως θύματα των αυτοάνοσων νοσημάτων –οι γυναίκες– έχουν υποφέρει από τη μη εστίαση της επιστημονικής κοινότητας στην αυτοανοσία. Για παράδειγμα, η αυτοανοσία είναι γνωστό ότι έχει μια γενετική συνιστώσα και τείνει να εμφανίζεται στις οικογένειες με διαφορετικές αυτοάνοσες νόσους. Σε μερικές οικογένειες, η μητέρα μπορεί να έχει συστηματικό ερυθματώδη λύκο, ο γιος νεανικό διαβήτη, η αδερφή αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο και η γιαγιά ρευματοειδής αρθρίτιδα.

Μερικές φορές η σωστή διάγνωση του αυτοάνοσου νοσήματος είναι τόσο επίπονη διαδικασία για τον ασθενή όσο και το να ζει με την ίδια τη νόσο. Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα, όχι μόνο γιατί οι γιατροί συχνά δεν σκέφτονται την πιθανότητα της αυτοανοσίας, αλλά και επειδή οι ασθενείς είναι κυρίως γυναίκες στην αναπαραγωγική ηλικία. Δηλαδή η γυναίκα με το αυτοάνοσο νόσημα μπορεί να φαίνεται υγιής, όμως δεν είναι. Συχνά, οι γυναίκες που υποφέρουν από αυτοάνοσες ασθένειες, όταν πηγαίνουν για πρώτη φορά στο γιατρό, δεν φεύγουν με τη σωστή διάγνωση, κυρίως γιατί τα συμπτώματά τους είναι ασαφή, δεν περιγράφονται επακριβώς και συνήθως η πορεία των συμπτωμάτων είναι περιοδική, δηλαδή εμφανίζονται και εξαφανίζονται. Υπάρχουν περιστατικά που η διάγνωση της αυτοάνοσης νόσου χρειάστηκε χρόνια.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Autoimmune Diseases Association το 2001, πάνω από το 45% των ασθενών με αυτοάνοσα νοσήματα έχουν χαρακτηριστεί ή διαγνωστεί ως χρόνιοι συμπτωματικοί ασθενείς στα πρώτα στάδια της ασθένειάς τους, δηλαδή ότι εμφανίζουν χρόνια συμπτώματα χωρίς εμφανή αιτία. Αυτό μπορεί να είναι καταστροφικό ακόμη και σε ψυχολογικό επίπεδο για μια νεαρή γυναίκα που προσπαθεί απεγνωσμένα να ανακαλύψει τι της συμβαίνει. Πολλοί από αυτούς τους ασθενείς που παραμένουν αδιάγνωστοι υφίστανται σημαντική ζημία των οργάνων τους, μέχρι να γίνει η διάγνωση, και τελικά καταλήγουν να επιβαρύνουν την υγεία τους για το υπόλοιπο της ζωής τους λόγω της καθυστερημένης διάγνωσης.

Αν οι ασθενείς, κυρίως οι γυναίκες, και οι γιατροί είχαν μεγαλύτερη επίγνωση της γενετικής προδιάθεσης για την ανάπτυξη της αυτοάνοσης νόσου, είναι σαφές ότι θα δινόταν περισσότερη έμφαση κατά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού σχετικά με τα αυτοάνοσα νοσήματα μέσα στην οικογένεια. Όσο νωρίτερα ελέγχονται οι ασθενείς για αυτοάνοσα νοσήματα, τόσο καλύτερα αντιμετωπίζονται ή και προλαμβάνονται σημαντικά και διά βίου προβλήματα υγείας ή ακόμη αποφεύγεται η εμφάνιση κάποιων αυτοάνοσων νοσημάτων.

Ένα παράδειγμα είναι το σύνδρομο αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων (APS). Σε αυτή τη νόσο, ο ασθενής παράγει αντισώματα εναντίον των φωσφολιπιδίων, που βρίσκονται σε κάθε κυτταρικό τοίχωμα. Η APS επηρεάζει κυρίως την πήξη του αίματος και μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλικό, αποβολές, ημικρανίες. Η APS εκδηλώνεται από μόνη της ή μπορεί να συνοδεύει πολλές από τις αυτοάνοσες ασθένειες. Πρόκειται για σημαντική αιτία εγκεφαλικών επεισοδίων σε γυναίκες κάτω των 35 ετών καθώς και επαναλαμβανόμενων αποβολών. Ωστόσο, είναι ασυνήθιστο για έναν ασθενή με μια αυτοάνοση ασθένεια, εκτός από λύκο, να ελεγχθεί για APS. Η APS είναι σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας καρδιαγγειακής νόσου στις γυναίκες. Το ευτυχές γεγονός είναι ότι η APS μπορεί να αντιμετωπιστεί απλά είτε με παιδική ασπιρίνη είτε με άλλα αντιπηκτικά που δίνονται για την πρόληψη εγκεφαλικών

επεισοδίων, αποβολών και θρόμβωσης του αίματος. Το λυπηρό, ωστόσο, είναι ότι πολλοί ασθενείς με APS θα μπορούσαν να είχαν αντιμετωπιστεί με πολύ απλό τρόπο, αλλά η διάγνωση γίνεται αφότου έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο ή αποβολή.

Υπάρχει επιτακτική ανάγκη για μεγαλύτερη, αμοιβαία και γόνιμη συνεργασία στη βασική έρευνα των αυτοάνοσων νοσημάτων. Η έρευνα πρέπει να εστιάζει στην αιτιολογία όλων των αυτοάνοσων ασθενειών και όχι σε καθεμία ιδιότυπη αυτοάνοση ασθένεια, γιατί αυτό θα αναδειξεί τα γενεσιουργά αίτια των ασθενειών αυτών και όχι το επιφανειακό επίπεδο της αντιμετώπισης των συμπτωμάτων, ειδικά όταν η ασθένεια έχει καταστροφικές συνέπειες. Προς το παρόν, δίνεται πολύ μικρή έμφαση στη βασική έρευνα για τις αυτοάνοσες ασθένειες, έστω και αν ένας στους πέντε Αμερικανούς παρουσιάζει μια αυτοάνοση νόσο.

Αν και η βασική έρευνα έχει καθυστερήσει, υπήρξαν κάποιες πολύ σημαντικές ανακαλύψεις στην έρευνα που εστιάζεται σε νέες θεραπείες για τις αυτοάνοσες ασθένειες. Στην πραγματικότητα, πολλές θεραπευτικές προσεγγίσεις βρίσκονται στη φάση III των κλινικών δοκιμών. Ως επί το πλείστον, οι θεραπείες για τις αυτοάνοσες ασθένειες έχουν παραμείνει σχετικά σταθερές τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Νέες θεραπευτικές μέθοδοι, όπως οι TNF αναστολείς, δίνουν υποσχέσεις για αρκετά από τα αυτοάνοσα νοσήματα που εμπίπτουν σε διαφορετικές κλινικές ειδικότητες, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η νόσος του Crohn και η ψωρίαση.

Πίνακας - Λίστα των αυτοάνοσων νοσημάτων από τον Οργανισμό American Autoimmune Related Diseases Association (http://www.aarda.org/research_display.php?ID=47)

- Acute Disseminated Encephalomyelitis (ADEM)
- Acute necrotizing hemorrhagic leukoencephalitis
- Addison's disease
- Agammaglobulinemia
- Allergic asthma
- Allergic rhinitis
- Alopecia areata
- Amyloidosis
- Ankylosing spondylitis
- Anti-GBM/Anti-TBM nephritis
- Antiphospholipid syndrome (APS)
- Autoimmune angioedema
- Autoimmune aplastic anemia
- Autoimmune dysautonomia
- Autoimmune hepatitis
- Autoimmune hyperlipidemia
- Autoimmune immunodeficiency
- Autoimmune inner ear disease (AIED)
- Autoimmune myocarditis
- Autoimmune pancreatitis
- Autoimmune retinopathy
- Autoimmune thrombocytopenic purpura (ATP)
- Autoimmune thyroid disease
- Autoimmune urticaria
- Axonal & neuronal neuropathies

- Balo disease
- Behcet's disease
- Bullous pemphigoid
- Cardiomyopathy
- Castleman disease
- Celiac disease
- Chagas disease
- Chronic fatigue syndrome**
- Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy (CIDP)
- Chronic recurrent multifocal osteomyelitis (CRMO)
- Churg-Strauss syndrome
- Cicatricial pemphigoid/benign mucosal pemphigoid
- Crohn's disease
- Cogans syndrome
- Cold agglutinin disease
- Congenital heart block
- Cocksackie myocarditis
- CREST disease
- Essential mixed cryoglobulinemia
- Demyelinating neuropathies
- Dermatitis herpetiformis
- Dermatomyositis
- Devic's disease (neuromyelitis optica)
- Discoid lupus
- Dressler's syndrome
- Endometriosis
- Eosinophilic fasciitis
- Erythema nodosum
- Experimental allergic encephalomyelitis
- Evans syndrome
- Fibromyalgia**
- Fibrosing alveolitis
- Giant cell arteritis (temporal arteritis)
- Glomerulonephritis
- Goodpasture's syndrome
- Graves' disease
- Guillain-Barre syndrome
- Hashimoto's encephalitis
- Hashimoto's thyroiditis
- Hemolytic anemia
- Henoch-Schonlein purpura
- Herpes gestationis
- Hypogammaglobulinemia
- Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP)
- IgA nephropathy
- IgG4-related sclerosing disease

- Immunoregulatory lipoproteins
- Inclusion body myositis
- Insulin-dependent diabetes (type1)
- Interstitial cystitis
- Juvenile arthritis
- Juvenile diabetes
- Kawasaki syndrome
- Lambert-Eaton syndrome
- Leukocytoclastic vasculitis
- Lichen planus
- Lichen sclerosus
- Ligneous conjunctivitis
- Linear IgA disease (LAD)
- Lupus (SLE)
- Lyme disease, chronic
- Meniere's disease
- Microscopic polyangiitis
- Mixed connective tissue disease (MCTD)
- Mooren's ulcer
- Mucha-Habermann disease
- Multiple sclerosis
- Myasthenia gravis
- Myositis
- Narcolepsy
- Neuromyelitis optica (Devic's)
- Neutropenia
- Ocular cicatricial pemphigoid
- Optic neuritis
- Palindromic rheumatism
- PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcus)
- Paraneoplastic cerebellar degeneration
- Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria (PNH)
- Parry Romberg syndrome
- Parsonage-Turner syndrome
- Pars planitis (peripheral uveitis)
- Pemphigus
- Peripheral neuropathy
- Perivenous encephalomyelitis
- Pernicious anemia
- POEMS syndrome
- Polyarteritis nodosa
- Type I, II, & III autoimmune polyglandular syndromes
- Polymyalgia rheumatica
- Polymyositis
- Postmyocardial infarction syndrome

- Postpericardiotomy syndrome
- Progesterone dermatitis
- Primary biliary cirrhosis
- Primary sclerosing cholangitis
- Psoriasis
- Psoriatic arthritis
- Idiopathic pulmonary fibrosis
- Pyoderma gangrenosum
- Pure red cell aplasia
- Raynauds phenomenon
- Reflex sympathetic dystrophy
- Reiter's syndrome
- Relapsing polychondritis
- Restless legs syndrome
- Retroperitoneal fibrosis
- Rheumatic fever
- Rheumatoid arthritis
- Sarcoidosis
- Schmidt syndrome
- Scleritis
- Scleroderma
- Sjogren's syndrome
- Sperm & testicular autoimmunity
- Stiff person syndrome
- Subacute bacterial endocarditis (SBE)
- Susac's syndrome
- Sympathetic ophthalmia
- Takayasu's arteritis
- Temporal arteritis/Giant cell arteritis
- Thrombocytopenic purpura (TTP)
- Tolosa-Hunt syndrome
- Transverse myelitis
- Ulcerative colitis
- Undifferentiated connective tissue disease (UCTD)
- Uveitis
- Vasculitis
- Vesiculobullous dermatosis
- Vitiligo
- Wegener's granulomatosis

3.3.8 Προβλήματα πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την εγκυμοσύνη

3.3.8.1 Κατάθλιψη κατά τη διάρκεια ή μετά την εγκυμοσύνη

Η κατάθλιψη είναι ένα κοινό πρόβλημα τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά την εγκυμοσύνη. Περίπου το 13% των εγκύων και των νέων μητέρων υποφέρουν από

κατάθλιψη. Η νέα μητέρα μπορεί να έχει κατάθλιψη και να μην το γνωρίζει, ενώ μπορεί να ξεκινήσει οποτεδήποτε μέσα στο πρώτο έτος μετά τον τοκετό.

Τα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάσει είναι: νευρική κατάσταση, κυκλοθυμία, λύπη, αισθάνεται χωρίς ελπίδα και απροετοίμαστη, κλαίει πολύ, δεν έχει καμία ενέργεια ή κίνητρο, τρώει πολύ λίγο ή πάρα πολύ, κοιμάται πολύ λίγο ή πάρα πολύ, έχει πρόβλημα εστίασης ή συγκέντρωσης, πρόβλημα στη λήψη αποφάσεων, πρόβλημα μνήμης, αίσθημα απαξίωσης και ενοχές, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που παλαιότερα απολάμβανε, απομάκρυνση από τους φίλους και την οικογένεια, πονοκέφαλοι, πόνοι, στομαχικά προβλήματα που δεν ανακουφίζονται ή δεν βελτιώνονται, σκέψεις να βλάψει το μωρό ή τον εαυτό της και αδιαφορία για το μωρό.

Δεν υπάρχει μόνο μία αιτία κατάθλιψης. Αντίθετα, η κατάθλιψη πιθανόν προκύπτει από συνδυασμό παραγόντων. Είναι μια ψυχική ασθένεια που τείνει να έχει οικογενειακό χαρακτήρα, καθώς οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης έχουν περισσότερες πιθανότητες να την εμφανίσουν. Οι αλλαγές στη χημεία του εγκεφάλου ή στη δομή του πιστεύεται ότι παίζουν μεγάλο ρόλο. Στρεσογόνα γεγονότα, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η φροντίδα ενός γηραιότερου μέλους της οικογένειας, η βία, η κακομεταχείριση και η φτώχεια μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη. Ορμονικοί παράγοντες, που είναι μοναδικοί στις γυναίκες, επίσης μπορεί να συμβάλλουν. Οι ορμόνες επηρεάζουν τη χημεία του εγκεφάλου που ελέγχει τα συναισθήματα και τη διάθεση. Οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης σε ορισμένες περιόδους της ζωής τους, όπως είναι η εφηβεία, η εγκυμοσύνη, η λοχεία, η προεμμηνόπαυση. Μερικές γυναίκες εμφανίζουν επίσης καταθλιπτικά συμπτώματα ακριβώς πριν από την περίοδό τους.

Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό λέγεται επιλόχειος κατάθλιψη. Οι ορμονικές αλλαγές μπορεί να προκαλέσουν τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης. Όταν μια γυναίκα μείνει έγκυος, τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης αυξάνουν σε μεγάλο βαθμό. Τις πρώτες 24 ώρες μετά τον τοκετό, τα επίπεδα ορμονών επιστρέφουν γρήγορα στο φυσιολογικό. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι η μεγάλη αλλαγή στα επίπεδα των ορμονών μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη. Αυτός ο μηχανισμός μοιάζει με το μηχανισμό που επιφέρει αλλαγές στη διάθεση μιας γυναίκας όταν μικρότερες ορμονικές αλλαγές μπορεί να την επηρεάσουν πριν της έρθει η περίοδος. Τα επίπεδα των θυρεοειδικών ορμονών μπορεί επίσης να μειωθούν μετά τον τοκετό. Ο θυρεοειδής είναι ένας μικρός αδένας στο λαιμό, που βοηθάει στη ρύθμιση του τρόπου με τον οποίο το σώμα χρησιμοποιεί και αποθηκεύει ενέργεια από τις τροφές. Τα χαμηλά επίπεδα των θυρεοειδικών ορμονών μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα κατάθλιψης. Μια απλή εξέταση αίματος δείχνει αν τα συμπτώματα οφείλονται σε αυτό. Αν ναι, ο γιατρός θα συνταγογραφήσει φάρμακα για το θυρεοειδή.

Άλλοι παράγοντες που μπορεί να παίζουν ρόλο στην επιλόχειο κατάθλιψη είναι η κούραση της γυναίκας μετά τον τοκετό, η εξάντληση λόγω έλλειψης ύπνου ή διακοπόμενου ύπνου, το «σοκ» που νιώθει με το νέο μωρό, οι αμφιβολίες σχετικά με την ικανότητά της να γίνει καλή μητέρα, η πίεση από τις αλλαγές στην εργασία και τη ρουτίνα του σπιτιού, το άγχος για το ότι πρέπει να είναι τέλεια μαμά, η απώλεια του παλιού εαυτού της, δηλαδή όταν δεν είχε μωρό, η αίσθηση ότι είναι λιγότερο ελκυστική και η απουσία ελεύθερου χρόνου.

Ορισμένοι παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο κατάθλιψης κατά τη διάρκεια και μετά την εγκυμοσύνη, π.χ. ιστορικό κατάθλιψης ή άλλης ψυχικής ασθένειας, απουσία υποστήριξης από την οικογένεια και τους φίλους, άγχος ή αρνητικά

συναισθήματα για την εγκυμοσύνη, τυχόν προβλήματα με προηγούμενη εγκυμοσύνη ή με τον τοκετό, γάμος ή οικονομικά προβλήματα, στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, μικρή ηλικία της μητέρας και κατάχρηση ουσιών. Οι γυναίκες που πάσχουν από κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν επιλόχειο κατάθλιψη.

Εκτός από την κατάθλιψη, που είναι μια βαριά κατάσταση, υπάρχει μια ελαφρύτερη μορφή ψυχολογικής καταπίεσης, που ονομάζεται Baby Blues και διαρκεί μερικές ημέρες ή μία εβδομάδα. Στην κατάσταση αυτή η μητέρα είναι κυκλοθυμική, έχει εναλλαγές στη διάθεσή της, νιώθει λύπη, άγχος, είναι φορτισμένη, κλαίει πολύ, χάνει την όρεξή της και δεν κοιμάται καλά. Μια πιο βαριά και σπάνια περίπτωση, που συμβαίνει 1 έως 4 φορές ανά 1.000 γεννήσεις, είναι αυτή της ψύχωσης μετά την εγκυμοσύνη. Η γυναίκα βλέπει πράγματα τα οποία δεν υπάρχουν, βρίσκεται σε μεγάλη σύγχυση, οι εναλλαγές στη διάθεσή της είναι ταχύτατες και προσπαθεί να κάνει κακό στον εαυτό της και στο μωρό της.

Μερικές απλές οδηγίες για τη γυναίκα που νιώθει ψυχολογικά καταπιεσμένη κατά τη διάρκεια ή μετά την εγκυμοσύνη είναι να μην κουράζεται πολύ, να ξεκουράζεται όσο γίνεται περισσότερο, να κοιμάται όταν κοιμάται το μωρό, να μην προσπαθεί να κάνει το τέλειο, να ζητήσει βοήθεια από το σύντροφο, τους γονείς και τους φίλους της, να είναι κοινωνική και να επισκέπτεται ή να βγαίνει με τους φίλους της, να μιλάει με άλλες νέες μητέρες, για να ανταλλάσσει εμπειρίες, να συμμετέχει σε ομάδες υποστήριξης και να μην κάνει στρεσογόνες και μεγάλες αλλαγές κατά την εγκυμοσύνη.

Η θεραπεία της κατάθλιψης είναι τόσο φαρμακευτική όσο και ψυχολογική. Αν η κατάθλιψη δεν θεραπευτεί, μπορεί να έχει ολέθρια αποτελέσματα για τη μητέρα και το παιδί, π.χ. να μην τρώει καλά, να μην πηγαίνει στις ιατρικές επισκέψεις, να κάνει κατάχρηση ουσιών, να μην κοιμάται και να μην ακολουθεί τις οδηγίες του γιατρού της. Ενδέχεται να προκύψουν προβλήματα κατά τον τοκετό, να γεννηθεί ένα μωρό με χαμηλό βάρος ή να προκληθεί πρόωρος τοκετός. Η μητέρα δεν λειτουργεί σωστά και μπορεί να μην έχει την ενέργεια να ασχοληθεί με το μωρό της, να έχει εναλλαγές στη διάθεσή της απέναντι στο μωρό, να μην μπορεί να συγκεντρωθεί και να μην καλύπτει τις βασικές ανάγκες του παιδιού της. Έτσι θα νιώθει χειρότερα, θα αισθάνεται άχρηστη και ανίκανη, με αποτέλεσμα η κατάθλιψη να γίνεται χειρότερη. Τα προβλήματα που εμφανίζει το μωρό λόγω της κατάθλιψης της μητέρας μπορεί να είναι καθυστέρηση στη γλωσσολογική και λεκτική ανάπτυξη, προβλήματα στο δεσμό μητέρας και παιδιού, προβλήματα στη συμπεριφορά και πολύ κλάμα. (National Institute of Mental Health, NIH, HHS <http://www.nimh.nih.gov>).

3.3.8.2 Υπογονιμότητα και στειρότητα

Με τον όρο υπογονιμότητα περιγράφεται η δυσκολία μιας γυναίκας να μείνει έγκυος έπειτα από ένα χρόνο ή έξι μήνες προσπάθειας, αν είναι από 35 ετών και άνω. Οι γυναίκες που, αν και μένουν έγκυες, δεν προχωράει η εγκυμοσύνη τους επίσης μπορεί να έχουν πρόβλημα υπογονιμότητας ή στειρότητας.

Η εγκυμοσύνη είναι το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας που έχει πολλά στάδια. Για να μείνει έγκυος μια γυναίκα, πρέπει μία από τις ωοθήκες της να απελευθερώσει ένα ωάριο (ωορρηξία), το οποίο πρέπει να περάσει από τη μια σάλπιγγα προς τη μήτρα. Το σπέρμα του άντρα πρέπει να ενωθεί και να γονιμοποιήσει το ωάριο. Το γονιμοποιημένο ωάριο πρέπει να κολλήσει ή να ενσωματωθεί στο εσωτερικό της μήτρας (εμφύτευση). Αν αντιμετωπιστεί πρόβλημα σε οποιοδήποτε από αυτά τα στάδια, τότε θεωρείται ότι υπάρχει πρόβλημα υπογονιμότητας.

Περίπου το 10% των γυναικών (6,1 εκατ.) στις Ηνωμένες Πολιτείες ηλικίας 15-44 ετών έχουν δυσκολία στο να μείνουν έγκυος ή να διατηρήσουν την εγκυμοσύνη, σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC). Η υπογονιμότητα δεν είναι πάντα πρόβλημα της γυναίκας. Πρόβλημα στειρότητας μπορεί να παρουσιαστεί και στα δύο φύλα. Περίπου το ένα τρίτο των περιπτώσεων υπογονιμότητας οφείλεται σε προβλήματα των γυναικών, ενώ άλλο ένα τρίτο σε προβλήματα αντρών. Το υπόλοιπο ποσοστό οφείλεται και στους δύο ή σε άγνωστες αιτίες.

Η στειρότητα των αντρών οφείλεται πιο συχνά στην κισκοκλήλη, δηλαδή όταν οι φλέβες στους όρχεις είναι πολύ μεγάλες. Αυτό θερμαίνει τους όρχεις. Η θερμότητα μπορεί να επηρεάσει τον αριθμό ή το σχήμα του σπέρματος. Άλλες αιτίες στειρότητας προκαλούν олиγοσπερμία ή αζωοσπερμία. Η στειρότητα σχετίζεται με την κίνηση του σπέρματος, η οποία εξαρτάται από το σχήμα του. Μερικές φορές, τραυματισμοί ή άλλες βλάβες στο αναπαραγωγικό σύστημα μπλοκάρουν το σπέρμα. Σε ορισμένες περιπτώσεις τα προβλήματα σπέρματος υπάρχουν εκ γενετής ή μπορεί να παρουσιαστούν αργότερα λόγω ασθένειας ή τραυματισμού. Για παράδειγμα, η κυστική ίνωση συχνά προκαλεί στειρότητα.

Συνεπώς, το σπέρμα αλλάζει ανάλογα με τη γενική υγεία και τον τρόπο ζωής. Παράγοντες που μπορεί να βλάψουν την υγεία ή να μειώσουν τον αριθμό των σπερματοζωαρίων είναι: η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, τα ναρκωτικά, το κάπνισμα, η ηλικία, οι περιβαλλοντικές τοξίνες, συμπεριλαμβανομένων των φυτοφαρμάκων, ασθένειες όπως η παρωτίτιδα, η νέφρωση (νόσος των νεφρών), τα ενδοκρινολογικά προβλήματα, τα φάρμακα, η θεραπεία με ακτινοβολία και η χημειοθεραπεία κατά του καρκίνου.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η γυναικεία στειρότητα προκαλείται από προβλήματα στην ωορρηξία. Χωρίς ωορρηξία, δεν υπάρχουν ωάρια για να γονιμοποιηθούν. Ένδειξη ότι μια γυναίκα δεν έχει φυσιολογική ωορρηξία είναι η παρατυπία ή απουσία εμμήνου ρύσεως. Τα προβλήματα ωορρηξίας συχνά οφείλονται στο σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS). Το PCOS είναι ένα πρόβλημα δυσαναλογίας ορμονών, που μπορεί να επηρεάσει την ομαλή ωορρηξία. Το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών είναι η πιο κοινή αιτία της γυναικείας στειρότητας. Η πρωτογενής ωοθηκική ανεπάρκεια (POI) είναι μια άλλη αιτία προβλημάτων ωορρηξίας, που εμφανίζεται όταν οι ωοθήκες σταματούν να λειτουργούν κανονικά πριν από την ηλικία των 40 ετών. Η POI δεν είναι το ίδιο με την πρόωρη εμμηνοπάυση. Λιγότερο συχνές αιτίες της γυναικείας γονιμότητας είναι: οι αποφραγμένες σάλπιγγες, λόγω φλεγμονώδους νόσου της πυέλου, η ενδομητρίωση, η χειρουργική επέμβαση για έκτοπη κύηση, φυσικά προβλήματα της μήτρας και τα ινομύωματα. Τα ινομύωματα είναι μη καρκινικές μάζες ιστών και μυών στα τοιχώματα της μήτρας.

Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για τη γυναικεία στειρότητα είναι η ηλικία, το κάπνισμα, η υπερβολική χρήση αλκοόλ, το στρες, η κακή διατροφή, η επαγγελματική αθλητική προπόνηση, τα περιττά κιλά ή τα πολύ λίγα κιλά (λιποβαρή), τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ), τα προβλήματα υγείας που προκαλούν ορμονικές αλλαγές, όπως το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών και η πρωτογενής ωοθηκική ανεπάρκεια.

Πολλές γυναίκες περιμένουν μέχρι τη δεκαετία των 30 και των 40 για να αποκτήσουν παιδιά. Περίπου το 20% των γυναικών στις Ηνωμένες Πολιτείες σήμερα αποκτούν το πρώτο τους παιδί μετά την ηλικία των 35. Συνεπώς, η ηλικία είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επιτείνει το πρόβλημα της γυναικείας γονιμότητας.

Περίπου το ένα τρίτο των ζευγαριών, στα οποία η γυναίκα είναι άνω των 35 ετών, αντιμετωπίζει προβλήματα γονιμότητας. Η γήρανση μειώνει τις πιθανότητες μιας γυναίκας να αποκτήσει παιδί, καθώς οι ωοθήκες καθίστανται λιγότερο ικανές να παράγουν ωάρια, απομένουν όλο και λιγότερα, τα οποία δεν είναι τόσο υγιή, αλλά είναι πιθανό να νοσούν από καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα γονιμότητας και, τέλος, είναι πιο πιθανό να υπάρξει αποβολή.

Μια γυναίκα που προσπαθεί να μείνει έγκυος πρέπει να απευθυνθεί στο γιατρό της αν περάσει ένας χρόνος με ανεπιτυχείς προσπάθειες. Οι γυναίκες 35 ετών και άνω πρέπει να δουν το γιατρό τους έπειτα από έξι μήνες προσπάθειας. Οι πιθανότητες μια γυναίκα να μείνει έγκυος μειώνονται ραγδαία κάθε χρόνο μετά την ηλικία των 30.

Επίσης, ορισμένα προβλήματα υγείας αυξάνουν τον κίνδυνο υπογονιμότητας. Πρέπει να απευθυνθεί στο γιατρό τους, αν έχει ακανόνιστη, καθόλου ή πολύ επώδυνη περίοδο, ενδομητρίωση, φλεγμονώδη νόσο της πυέλου και περισσότερες από μία αποβολές. Κάθε γυναίκα πρέπει να μιλήσει με ένα γιατρό πριν προσπαθήσει να μείνει έγκυος.

Η διάγνωση της υπογονιμότητας γίνεται με ειδικό έλεγχο, που περιλαμβάνει φυσική εξέταση, λήψη ιατρικού και σεξουαλικού ιστορικού, εξέταση του σπέρματος ως προς τον αριθμό, το σχήμα και την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων αλλά και ορμονικό έλεγχο. Στις γυναίκες γίνεται παρακολούθηση της ωοθυλακιορρηξίας κάθε μήνα, π.χ. καταγράφοντας τις αλλαγές στη θερμοκρασία του σώματος το πρωί για πολλούς μήνες, περιγράφοντας την τραχηλική βλέννα για αρκετούς μήνες, χρησιμοποιώντας τεστ ωορρηξίας, που πωλούνται στα φαρμακεία. Επίσης, γίνονται εξετάσεις αίματος και υπερηχογράφημα ωοθηκών. Αν η ωορρηξία είναι κανονική, γίνονται και άλλες εξετάσεις γονιμότητας.

Η υστεροσαλπιγγογραφία είναι μια κοινή εξέταση για τη γυναικεία γονιμότητα. Πρόκειται για ακτινογραφία της μήτρας και των σαλπίγγων. Οι γιατροί χορηγούν μια ειδική χρωστική ουσία στη μήτρα μέσω του κόλπου. Αυτή η χρωστική ουσία εμφανίζεται στην ακτινογραφία. Ο γιατρός στη συνέχεια παρακολουθεί αν η χρωστική ουσία κινείται ελεύθερα μέσω της μήτρας και των σαλπίγγων. Αυτό μπορεί να τον βοηθήσει να βρει φυσικά εμπόδια, που ενδεχομένως προκαλούν στειρότητα. Το εμπόδιο αυτό μπορεί να δημιουργεί προβλήματα στο ωάριο κατά τη μετακίνησή του από τη σάλπιγγα προς τη μήτρα. Επίσης, μπορεί να αποτελεί εμπόδιο για το σπέρμα στην προσπάθειά του να φτάσει στο ωάριο και να το γονιμοποιήσει.

Η λαπαροσκόπηση είναι άλλη μια εξέταση για τη γυναικεία γονιμότητα. Πρόκειται για μια μικρή χειρουργική επέμβαση, για να δει ο γιατρός μέσα στην κοιλιά. Αυτό επιτυγχάνεται με ένα μικρό εργαλείο που διαθέτει φως και ονομάζεται λαπαροσκόπιο. Εναλλακτικά, κάνει μια μικρή τομή στην κάτω κοιλιακή χώρα και εισάγει το λαπαροσκόπιο, με το οποίο ελέγχει τις ωοθήκες, τις σάλπιγγες και τη μήτρα για τυχόν ασθένειες και άλλα προβλήματα. Οι γιατροί συνήθως βρίσκουν ουλές και ενδομητρίωση με τη μέθοδο της λαπαροσκόπησης. Ο εντοπισμός της αιτίας της υπογονιμότητας είναι μια μακρά και συναισθηματικά επώδυνη διαδικασία και ίσως πάρει αρκετό χρόνο μέχρι να ολοκληρωθούν όλες οι απαραίτητες εξετάσεις.

Στην κλασική και μοντέρνα ιατρική η υπογονιμότητα αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική θεραπεία, με χειρουργική επέμβαση, με τεχνητή γονιμοποίηση, με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ή, πολλές φορές, με το συνδυασμό τους. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων υπογονιμότητας, χρησιμοποιείται η φαρμακευτική θεραπεία και η χειρουργική επέμβαση. Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από τα αποτελέσματα των εργαστηριακών και κλινικών εξετάσεων, από το πόσο καιρό το

ζευγάρι προσπαθεί να αποκτήσει παιδί, από την ηλικία και από τη γενικότερη υγεία του ζευγαριού.

Η αντρική στειρότητα αντιμετωπίζεται με διάφορους τρόπους. Αν η αιτία είναι κάποιο σεξουαλικό πρόβλημα, π.χ. ανικανότητα ή πρόωρη εκσπερμάτωση, οι γιατροί βοηθούν με ψυχολογική υποστήριξη και φαρμακευτική θεραπεία. Αν η αιτία είναι ο πολύ μικρός αριθμός σπερματοζωαρίων, τότε η χειρουργική επέμβαση μπορεί να διορθώσει την αιτία του προβλήματος. Σε άλλες περιπτώσεις, ο γιατρός μπορεί να αφαιρέσει χειρουργικά σπέρμα απευθείας από το ανδρικό αναπαραγωγικό σύστημα. Τα αντιβιοτικά επίσης χρησιμοποιούνται για να θεραπεύσουν μολύνσεις που επηρεάζουν τον αριθμό των σπερματοζωαρίων. Όταν το πρόβλημα είναι η κυκλοφορία του σπέρματος στο αναπαραγωγικό σύστημα του άντρα, σε ορισμένες περιπτώσεις η χειρουργική επέμβαση είναι αποτελεσματική.

Μερικά σωματικά προβλήματα των γυναικών διορθώνονται με εγχείρηση. Ένας σημαντικός αριθμός φαρμάκων γονιμότητας χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία γυναικών με προβλήματα ωορρηξίας. Είναι σημαντικό κάθε γυναίκα να συζητήσει με το γιατρό της σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα αυτών των φαρμάκων και να κατανοήσει τους πιθανούς κινδύνους, τα οφέλη και τις παρενέργειες.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της γυναικείας υπογονιμότητας είναι:

- **Κιτρική κλομιφαίνη (Clomid):** Προκαλεί ωορρηξία ενεργώντας στην υπόφυση. Συχνά χρησιμοποιείται όταν υπάρχει σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS) ή άλλα προβλήματα ωορρηξίας. Λαμβάνεται από το στόμα.
- **Ανθρώπινη εμμηνοπαυσιακή γοναδοτροπίνη ή hMG (Repronex, Pergonal):** Χρησιμοποιείται συχνά όταν δεν υπάρχει ωορρηξία λόγω προβλημάτων με την υπόφυση. Η hMG δρα άμεσα στις ωοθήκες για τόνωση της ωορρηξίας. Είναι ενέσιμο φάρμακο.
- **Ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη (FSH) ή (Gonal-F, Follistim):** Η FSH λειτουργεί όπως η γοναδοτροπίνη (hMG). Ενεργοποιεί τις ωοθήκες για να ξεκινήσει η διαδικασία της ωορρηξίας. Είναι ενέσιμο φάρμακο.
- **Αναλογική ορμόνη απελευθέρωσης γοναδοτροπίνης (Gn-RH):** Χρησιμοποιείται συχνά όταν δεν παράγονται ωάρια τακτικά κάθε μήνα ή όταν υπάρχει πρόωρη ωορρηξία, δηλαδή αυτή συμβαίνει πριν το ωάριο είναι έτοιμο. Το Gn-RH δρα στην υπόφυση. Είναι συνήθως ενέσιμο ή δίνεται ως ρινικό σπρέι.
- **Μετοφομίνη (Glucophage):** Χορηγείται σε γυναίκες που έχουν ανοχή στην ινσουλίνη ή/και σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Βοηθά στη μείωση των υψηλών επιπέδων των ανδρικών ορμονών σε γυναίκες. Βοηθά τον οργανισμό να παράγει ωάρια. Μερικές φορές η κιτρική κλομιφαίνη ή FSH δίνεται σε συνδυασμό με τη μετοφομίνη. Συνήθως λαμβάνεται από το στόμα.
- **Βρωμοκρυπτίνη (Parlodel):** Χορηγείται όταν υπάρχουν προβλήματα ωορρηξίας λόγω των υψηλών επιπέδων της προλακτίνης. Η προλακτίνη είναι μια ορμόνη που ενεργοποιεί την παραγωγή γάλακτος.

Πολλά φάρμακα γονιμότητας αυξάνουν την πιθανότητα για δίδυμη, τρίδυμη ή πολλαπλάσια κύηση. Οι γυναίκες που κυοφορούν πολλαπλά έμβρυα παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα πολλαπλά έμβρυα έχουν υψηλό κίνδυνο να γεννηθούν πολύ νωρίς (πρόωρα). Τα πρόωρα μωρά

διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την υγεία τους και ειδικά να εμφανίσουν αναπτυξιακά προβλήματα.

Μια άλλη θεραπεία υπογονιμότητας είναι η ενδομήτρια σπερματέγχυση, η οποία καλείται συχνά τεχνητή γονιμοποίηση. Στη διαδικασία αυτή, η γυναίκα λαμβάνει ένεση με ειδικά προετοιμασμένο σπέρμα. Μερικές φορές, παίρνει φάρμακα που διεγείρουν την ωορρηξία πριν από τη σπερματέγχυση. Η ενδομήτρια σπερματέγχυση χρησιμοποιείται συχνά για θεραπεία της ήπιας υπογονιμότητας, λόγω προβλημάτων του άντρα, σε γυναίκες που έχουν προβλήματα με την τραχηλική βλέννη τους και σε ζευγάρια με ανεξήγητη στειρότητα.

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (ART) είναι μια ομάδα διαφορετικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν υπογόνιμα ζευγάρια. Στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή αφαιρούνται ωάρια από το σώμα της γυναίκας, τα οποία ενώνονται με το σπέρμα και επιτυγχάνεται η γονιμοποίηση. Τα έμβρυα στη συνέχεια επαναστατοποιούνται στο σώμα της γυναίκας. Τα ποσοστά επιτυχίας της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ποικίλλουν και εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες: την ηλικία των συντρόφων, την αιτία της στειρότητας, την κλινική εικόνα, τον τύπο ή την τεχνική της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αν το ωάριο είναι φρέσκο ή κατεψυγμένο. Το Αμερικανικό Κέντρο Πρόληψης Ασθενειών (CDC) συλλέγει τα ποσοστά επιτυχίας για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή από ορισμένες κλινικές γονιμότητας. Σύμφωνα με την έκθεση του CDC για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή το 2006, το μέσο ποσοστό των κύκλων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που οδήγησαν σε μια ζωντανή γέννηση ήταν: 39% σε γυναίκες κάτω των 35 ετών, 30% σε γυναίκες ηλικίας 35-37, 21% σε γυναίκες ηλικίας 37-40 και 11% σε γυναίκες ηλικίας 41-42. Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή μπορεί να είναι δαπανηρή και χρονοβόρα, αλλά έχει βοηθήσει πολλά ζευγάρια να αποκτήσουν παιδιά που διαφορετικά δεν θα είχαν συλληφθεί. Η πιο συχνή επιπλοκή της είναι τα πολλαπλά έμβρυα, όμως αυτό μπορεί να προληφθεί ή να ελαχιστοποιηθεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους.

Οι διαφορετικοί τύποι της τεχνολογίας που υποστηρίζει την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (ART) περιλαμβάνουν τις εξής μεθόδους:

- **Εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF).** Η εξωσωματική γονιμοποίηση σημαίνει γονιμοποίηση έξω από το σώμα. Είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος ή τύπος υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Χρησιμοποιείται συχνά όταν οι σάλπιγγες έχουν μπλοκάρει ή όταν ο άντρας παράγει πολύ λίγα σπερματοζωάρια. Οι γιατροί χορηγούν στη γυναίκα ένα φάρμακο που ενεργοποιεί τις ωοθήκες να παράγουν πολλαπλά ωάρια. Μόλις αυτά ωριμάσουν, τα παίρνουν από τη γυναίκα και στο εργαστήριο μαζί με το σπέρμα του άντρα γίνεται η γονιμοποίηση. Έπειτα από 3 έως 5 ημέρες, τα υγιή έμβρυα εμφυτεύονται στη μήτρα.
- **Ενδοσαλπιγγική μεταφορά του ζυγωτού (ZIFT) ή σαλπιγγική εμβρυομεταφορά.** Είναι παρόμοια με την εξωσωματική γονιμοποίηση. Η γονιμοποίηση γίνεται στο εργαστήριο. Στη συνέχεια, το έμβρυο μεταφέρεται στη σάλπιγγα, αντί για τη μήτρα.
- **Ενδοσαλπιγγική μεταφορά γαμετών (GIFT).** Επιβάλλει τη μεταφορά των ωαρίων και του σπέρματος στη σάλπιγγα. Έτσι, η γονιμοποίηση συμβαίνει μέσα στο σώμα της γυναίκας. Η πρακτική αξία αυτής της μεθόδου είναι μικρή.

- **Ενδοωαριακή έγχυση σπερματοζωαρίου (ICSI).** Χρησιμοποιείται συχνά σε ζευγάρια τα οποία έχουν σοβαρά προβλήματα με το σπέρμα. Μερικές φορές χρησιμοποιείται και σε ζευγάρια μεγαλύτερης ηλικίας ή σε όσους έχουν αποτυχημένες προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης. Στην ICSI, ένα μόνο σπερματοζωάριο εγχέεται σε ένα ώριμο ωάριο. Στη συνέχεια, το έμβρυο μεταφέρεται στη μήτρα ή στη σάλπιγγα.

Οι διαδικασίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής περιλαμβάνουν μερικές φορές τη χρήση των ωαρίων ενός δότη (δηλαδή ωάρια από μια άλλη γυναίκα), το σπέρμα ενός δότη ή ήδη κατεψυγμένα έμβρυα. Οι χορηγοί ωαρίων χρησιμοποιούνται μερικές φορές για τις γυναίκες που δεν μπορούν να παράγουν ωάρια. Επίσης, τα ωάρια δότη ή το σπέρμα δότη μερικές φορές χρησιμοποιούνται όταν η γυναίκα ή ο άνδρας έχει μια γενετική ασθένεια, που μπορεί να μεταφερθεί στο βρέφος. Μια μη γόνιμη γυναίκα ή ένα ζευγάρι μπορεί επίσης να πάρει έμβρυα από χορηγούς. Αυτά τα έμβρυα είτε δημιουργήθηκαν από ζευγάρια κατά τη διάρκεια θεραπείας της στειρότητας είτε δημιουργήθηκαν από σπέρμα δότη και ωάρια των χορηγών. Το έμβρυο των χορηγών μεταφέρεται στη μήτρα. Το παιδί δεν θα σχετίζεται γενετικά με τους δύο γονείς.

Οι γυναίκες που δεν παράγουν ωάρια ή τα ωάριά τους δεν είναι υγιή μπορούν επίσης να εξετάσουν τη λύση της παρένθετης μητρότητας. Η παρένθετη είναι μια γυναίκα που δέχεται να μείνει έγκυος χρησιμοποιώντας το σπέρμα του άντρα της μη γόνιμης γυναίκας και το δικό της ωάριο. Το παιδί σχετίζεται γενετικά με την παρένθετη και το σύντροφο. Μετά τη γέννηση, η παρένθετη μητέρα δίνει το μωρό στους γονείς.

Οι μη γόνιμες γυναίκες που έχουν ωοθήκες αλλά και όχι μήτρα μπορεί να σκεφτούν τη λύση του μεταφορέα κύησης. Αυτό μπορεί να αποτελεί επιλογή και για τις γυναίκες που δεν πρέπει να μείνουν έγκυος λόγω σοβαρού προβλήματος υγείας. Στην περίπτωση αυτή, μια γυναίκα χρησιμοποιεί το δικό της ωάριο. Αυτό γονιμοποιείται από το σπέρμα του άνδρα της και το έμβρυο τοποθετείται στη μήτρα του μεταφορέα. Ο μεταφορέας δεν θα σχετίζεται με το μωρό και το δίνει στους γονείς μετά τη γέννα.

Μια πρόσφατη έρευνα από τα Κέντρα για τον Έλεγχο των Ασθενειών (CDC) έδειξε ότι τα μωρά από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι δύο έως τέσσερις φορές πιο πιθανό να έχουν ορισμένα είδη γενετικών ανωμαλιών, όπως ανωμαλίες στην καρδιά, πεπτικά προβλήματα, υπερώιο ή χειλεοσχιστίες. Οι ερευνητές δεν γνωρίζουν το λόγο που συμβαίνει αυτό. Τα γενετικά προβλήματα δεν οφείλονται στην τεχνολογία. Άλλοι παράγοντες, όπως είναι η ηλικία των γονέων, μπορεί να παίζουν ρόλο. Σίγουρα απαιτείται περισσότερη έρευνα. Ο κίνδυνος είναι σχετικά χαμηλός, αλλά οι γονείς θα πρέπει να τον λάβουν υπόψη τους όταν παίρνουν την απόφαση να ακολουθήσουν κάποια τεχνική υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

3.3.9 Προβλήματα της εμμήνου ρύσεως (περιόδου)

Οι γυναίκες ενδέχεται να αντιμετωπίσουν μια σειρά από προβλήματα στην περίοδό τους, συμπεριλαμβανομένων του πόνου, της βαριάς αιμορραγίας και της υπερπλήδησης περιόδων. [American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Resource Center – www.acog.org].

3.3.9.1 Αμηνόρροια

Η αμηνόρροια είναι η απουσία εμμήνου ρύσεως. Αυτός ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει την απουσία περιόδου σε:

- νέες γυναίκες που δεν έχουν αρχίσει εμμηνόρροια μέχρι την ηλικία των 15 ετών
- γυναίκες και κορίτσια που δεν έχουν περίοδο για χρονικό διάστημα 90 ημερών, ακόμη και αν η έναρξη της εμμηνόρροιας είναι πρόσφατη

Οι αιτίες της αμηνόρροιας μπορεί να είναι: η εγκυμοσύνη, ο θηλασμός, η ακραία απώλεια βάρους, οι διατροφικές διαταραχές, η υπερβολική άσκηση, το στρες και οι σοβαρές ιατρικές καταστάσεις που χρήζουν θεραπείας.

Όταν η περίοδος έρχεται τακτικά, φαίνεται ότι το σώμα λειτουργεί φυσιολογικά. Πολλές φορές όταν δεν υπάρχει έμμηνος ρύση, σημαίνει ότι οι ωοθήκες δεν παράγουν φυσιολογικές ποσότητες οιστρογόνων. Η έλλειψη αυτών των ορμονών μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στη γενική υγεία της γυναίκας. Επίσης, ορμονικά προβλήματα, όπως αυτά που προκαλούνται από το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (PCOS), ή σοβαρά προβλήματα με τα αναπαραγωγικά όργανα πιθανόν να είναι η αιτία. Είναι σημαντικό να μιλήσει η γυναίκα με το γιατρό της αν αντιμετωπίζει τέτοιο πρόβλημα.

3.3.9.2 Δυσμηνόρροια

Η δυσμηνόρροια χαρακτηρίζεται από επώδυνες περιόδους και σοβαρές κράμπες. Οι κράμπες εμμηνόρροιας στις έφηβες προκαλούνται από την υψηλή συγκέντρωση μιας χημικής ουσίας που ονομάζεται προσταγλανδίνη. Οι περισσότερες έφηβες με δυσμηνόρροια δεν έχουν κάποια σοβαρή ασθένεια, ακόμη και αν οι κράμπες είναι έντονες. Σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, ο πόνος μερικές φορές προκαλείται από κάποια νόσο ή παθολογική κατάσταση, όπως τα ινομυώματα της μήτρας ή η ενδομητρίωση. Σε ορισμένες γυναίκες, ένα θερμαινόμενο μαξιλάρι ή ένα ζεστό μπάνιο ανακουφίζει από τις κράμπες. Ορισμένα μη συνταγογραφούμενα (OTC) φάρμακα για το πόνο, όπως η ιβουπροφαίνη, η κετοπροφαίνη και η ναπροξένη, μπορεί να βοηθήσουν. Αν αυτά τα φάρμακα δεν προσφέρουν ανακούφιση από τον πόνο ή αν ο πόνος δυσκολεύει τη γυναίκα στην εργασία ή στο σχολείο, πρέπει να συμβουλευτεί το γιατρό της. Η θεραπεία της δυσμηνόρροιας εξαρτάται από την αιτία του προβλήματος και τη σοβαρότητα της κατάστασης.

3.3.9.2.1 Ορισμός και ταξινόμηση της δυσμηνόρροιας

Ως δυσμηνόρροια ορίζεται ο πόνος κατά τη διάρκεια της περιόδου. Ο πόνος αυτός διαχωρίζεται σε πρωτογενή και δευτερογενή δυσμηνόρροια. Υπάρχουν κάποιες περιγραφικές ταξινομήσεις της δυσμηνόρροιας όπως: η ιδιοπαθής, η σπασμωδική, η συμφορητική και η μεμβρανώδης δυσμηνόρροια. Όλες αυτές οι ταξινομήσεις δεν παίζουν κάποιο ιδιαίτερο ρόλο στη διάγνωση και τη θεραπεία του πόνου κατά τη διάρκεια της περιόδου.

3.3.9.2.2 Παθολογία της δυσμηνόρροιας

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφέρουμε ότι πρωτοπαθής δυσμηνόρροια είναι ο πόνος κατά τη διάρκεια της περιόδου ή οι κράμπες χωρίς εμφανή παθολογία στην πύελο.

Η δευτεροπαθής δυσμηνόρροια συνδέεται με παθολογία στην πύελο, η οποία φαίνεται ότι είναι υπεύθυνη για τον πόνο ή τις κράμπες. Οι αιτίες της δευτεροπαθούς δυσμηνόρροιας μπορεί να είναι: η ενδομητρίωση, η ύπαρξη ενδομητρικού πεσσού, η αδενομύωση, οι κύστες στην ωοθήκη, η φλεγμονή στην πύελο και οι λοιμώξεις, οι

συμφύσεις στη μήτρα ή στην πύελο, οι διαμαρτίες σχηματισμού του συστήματος του Muller, η στένωση ή οι συμφύσεις του τραχήλου καθώς και η πυελική φλεγμονώδης νόσος.

3.3.9.2.2.1 Κλασική θεραπευτική αντιμετώπιση των παθολογιών που σχετίζονται με τη δυσμηνόρροια

Αν υπάρχει ένας ενδομητρικός πεσσός, τότε αυτός πρέπει να αφαιρεθεί. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις δυσμηνόρροιας, η ασθενής συχνά αντιμετωπίζει τη χειρουργική επέμβαση για μια πιθανή ενδομητρίωση ή ύπαρξη συμφύσεων ή παρόμοιες καταστάσεις. Παρ' όλα αυτά, στη σύγχρονη ιατρική, η δυσμηνόρροια είναι μία από τις πιο συχνές γυναικολογικές παθήσεις και αποτελεί ένα εκτεταμένο πρόβλημα τόσο για τη γυναίκα, όσο και για τη γενική υγεία του πληθυσμού. Εδώ πρέπει να αναφέρουμε ότι χορηγούνται «θεραπείες» με χορήγηση αντισυλληπτικών σκευασμάτων, τα οποία εμποδίζουν την ωορρηξία.

Χρησιμοποιούνται διάφοροι τύποι αλλοπαθητικής θεραπείας. Ο κυριότερος είναι η χορήγηση αντισυλληπτικών, αλλά για τη δυσμηνόρροια έχουν χρησιμοποιηθεί –και χρησιμοποιούνται– η ψυχοθεραπεία, η διαστολή και η απόξεση του ενδομητρίου, ορισμένες φορές και η χειρουργική διόρθωση με προιερή νευρεκτομή, η χορήγηση ανταγωνιστών της βαζοπρεσίνης, η τερβουταλίνη, η νιφεδιπίνη, αναλγητικά, ναρκωτικά αναλγητικά, αναστολείς της σύνθεσης των προσταγλανδινών (ιβουπροφένη, ναπροξένη, μεφεναμικό οξύ, φλουφεναμικό οξύ, ινδομεθακίνη, νιμεσουλίδη κ.ά.) καθώς και διάφορες άλλες μορφές θεραπείας.

Περίπου το 90%, ή και περισσότερο, των γυναικών μπορεί να ανακουφιστεί από την πρωτοπαθή δυσμηνόρροια με τη χρήση αντισυλληπτικού από το στόμα, το οποίο όμως, πέραν των ορμονικών ανωμαλιών που μπορεί να επιφέρει, ενδέχεται να προκαλέσει και την περίφημη «post pill amenorrhoea», δηλαδή την απουσία ωορρηξίας μετά τη διακοπή του αντισυλληπτικού, και, πιθανόν, μείωση της γονιμότητας της γυναίκας.

3.3.9.2.2.2 Αντισυλληπτικά και δυσμηνόρροια

Έχει βρεθεί ότι μία από τις αιτίες της δυσμηνόρροιας είναι και η ωορρηξία, η οποία συμβαίνει δεκατέσσερις ημέρες πριν από την ΕΠΟΜΕΝΗ περίοδο. Έτσι, λοιπόν, μια εύκολη λύση είναι η χορήγηση αντισυλληπτικών, η οποία προκαλεί, βέβαια, ορμονική ανωμαλία αλλά εμποδίζει και την ωορρηξία, με συνέπεια να αποφεύγεται και ο πόνος κατά τη διάρκεια της περιόδου. Όπως μπορούμε εύκολα να αντιληφθούμε, η αντιμετώπιση αυτή δεν αποτελεί πραγματική θεραπεία, διότι μόλις σταματήσει η χορήγηση των αντισυλληπτικών και ξεκινήσει πάλι η ωορρηξία, ο πόνος θα επανέλθει.

Βέβαια, δεν χρειάζεται να αναφέρουμε την **ορμονική ανωμαλία** που πιθανόν να προκαλέσουν οι εξωγενώς χορηγούμενες ορμόνες, ουσίες οι οποίες δίνουν εντολή στον οργανισμό να λειτουργεί διαφορετικά απ' ό,τι λειτουργούσε χωρίς αυτές, οι οποίες διαταράσσουν το μηχανισμό της αρνητικής επανατροφοδότησης και την ισορροπία του άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης - ωοθηκών.

Υπολογίζεται ότι οι μισές ή οι περισσότερες από τις γυναίκες που έχουν περίοδο υποφέρουν από δυσμηνόρροια και το 10% από αυτές έχουν τόσο έντονα συμπτώματα, που τις αναγκάζουν να μείνουν εκτός εργασίας για μία έως τρεις ημέρες κάθε μήνα. Υπολογίζεται ότι χάνονται εκατομμύρια εργατοώρες σε όλο τον κόσμο από γυναίκες που δεν θεραπεύονται σωστά και μένουν στο κρεβάτι ή στο σπίτι τους

λόγω αυτής της πάθησης. Βέβαια, εδώ πρέπει να αναφέρουμε και τα προβλήματα που δημιουργούνται στην οικογένεια, διότι η γυναίκα δεν μπορεί εύκολα να αντεπεξέλθει στις υποχρεώσεις της.

3.3.9.2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία της δυσμηνόρροιας

Η πρωτοπαθής δυσμηνόρροια εντοπίζεται πιο συχνά σε νεαρές γυναίκες ηλικίας μεταξύ 19 και 25 ετών. Για τις γυναίκες άνω των 25, η δυσμηνόρροια αρχίζει να βαίνει μειούμενη. Επίσης, η πρωτοπαθής δυσμηνόρροια είναι πιο συχνή στις ανύπαντρες. Η πρωτοπαθής δυσμηνόρροια μειώνεται με την ηλικία και αυτό συμβαίνει κυρίως στις παντρεμένες γυναίκες. Εδώ πρέπει να σημειώσουμε ότι η εγκυμοσύνη, όπως και ο κολπικός τοκετός, δεν θεραπεύουν πάντα την πρωτοπαθή δυσμηνόρροια. Υπάρχουν, βέβαια, κάποιες γυναίκες οι οποίες ωφελούνται από την εγκυμοσύνη και τον κολπικό τοκετό, η βελτίωση όμως αυτή πιθανόν οφείλεται στην **αλλαγή της ορμονικής κατάστασης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης** ή και – λιγότερο – στον κολπικό τοκετό.

Δεν φαίνεται να υπάρχει σχέση ανάμεσα στην έντονη δυσμηνόρροια και στο είδος εργασίας ή στη φυσική κατάσταση της γυναίκας, παρόλο που μαθήτριες ή φοιτήτριες με δυσμηνόρροια έχουν μικρότερους βαθμούς και περισσότερα προβλήματα προσαρμογής στο σχολείο από εκείνες που δεν υποφέρουν από αυτή την πάθηση.

Η άσκηση δεν έχει σημαντική επίδραση στη συχνότητα της δυσμηνόρροιας, καθώς οι γυμνάστριες και οι γυμνασμένες γυναίκες εμφανίζουν το ίδιο συχνά δυσμηνόρροια με τις αγύμναστες.

3.3.9.2.4 Σημεία και συμπτώματα της δυσμηνόρροιας

Η πρωτοπαθής δυσμηνόρροια εμφανίζεται περίπου μισό με ένα χρόνο μετά την έναρξη των εμμήνων, όταν η κοπέλα αρχίζει να έχει ωορρηκτικούς κύκλους. Ο πόνος αρχίζει λίγες ώρες πριν ή αμέσως με τη ροή της περιόδου. Η γυναίκα νιώθει έντονη δυσφορία, η οποία μπορεί να την καταστήσει ανίκανη για εργασία την πρώτη ή τη δεύτερη ημέρα της περιόδου. Ο πόνος περιγράφεται ως χαρακτηριστικά σπασμωδικός και είναι ισχυρότερος στο κατώτερο μέρος της κοιλιάς, ενώ μπορεί να χτυπάει και στην πλάτη, καθώς και κατά μήκος του άνω έσω μέρους των ποδιών. Οι κράμπες της μήτρας συνοδεύονται από ναυτία και εμετό (90%), κόπωση (84%), διάρροια (61%), πονοκέφαλο (43%). Επίσης, ενδέχεται να υπάρξει ευερεθιστότητα, ζάλη, λιποθυμία κ.ά. Τα συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν μερικές ώρες έως μία ημέρα, ενώ πολύ σπάνια επιμένουν και περισσότερο, για δύο, τρεις ημέρες. Σε ορισμένες ασθενείς η πρωτοπαθής δυσμηνόρροια εξαφανίζεται μετά τον πρώτο τοκετό είτε αυτός είναι κολπικός είτε με καισαρική, αλλά η κατάσταση της δυσμηνόρροιας μπορεί να επανέλθει. Τα συμπτώματα συχνά μειώνονται με την ηλικία.

3.3.9.2.5 Διάγνωση της δυσμηνόρροιας

Η πρωτοπαθής δυσμηνόρροια διαγιγνώσκεται από τα κλινικά χαρακτηριστικά της. Είναι σημαντικό να ξέρουμε ότι για να έχουμε πρωτοπαθή δυσμηνόρροια πρέπει η πρώτη συμπτωματολογία να ξεκινάει λίγο μετά την έναρξη των εμμήνων. Αν η δυσμηνόρροια ξεκινήσει δύο χρόνια ή περισσότερο μετά την εμμηναρχή, πρέπει να υποψιαστούμε δευτεροπαθή δυσμηνόρροια. Μπορεί να υπάρχει ενδομητρίωση, καθώς αυτός ο πόνος μοιάζει πολύ με την πρωτοπαθή δυσμηνόρροια.

Η δυσμηνόρροια διαρκεί περίπου 48 έως 72 ώρες και ο πόνος ξεκινάει λίγες ώρες πριν, ή πιο συχνά, αμέσως μετά την έναρξη της ροής της περιόδου. Έτσι λοιπόν η δυσμηνόρροια που ξεκινά πολλές μέρες πριν από το ξεκίνημα των εμμήνων δεν είναι πρωτοπαθής δυσμηνόρροια. Ο πόνος περιγράφεται ως κράμπα ή ως τοκετός. Κατά την τελική εξέταση ή και κατά την εξέταση από το ορθό, δεν υπάρχουν συμπτώματα.

Η δυσμηνόρροια μπορεί να οφείλεται τόσο σε ψυχολογικούς παράγοντες, όσο και σε ορμονικούς ή σε προβλήματα στον τράχηλο (προαναφέρθηκαν συμφύσεις κ.λπ.), αύξηση της δραστηριότητας της μήτρας και, τέλος, αυξημένη παραγωγή και απελευθέρωση προσταγλανδινών από το ενδομήτριο.

3.3.9.3 Ανώμαλη αιμορραγία της μήτρας

Ανώμαλη αιμορραγία της μήτρας ονομάζεται η κολπική αιμορραγία που είναι διαφορετική από την κανονική έμμηνο ρύση. Περιλαμβάνει:

- την αιμορραγία μεταξύ των περιόδων
- την αιμορραγία μετά το σεξ
- την αιμορραγία οποτεδήποτε κατά την έμμηνο κύκλο
- την αιμορραγία που είναι βαρύτερη ή για περισσότερες ημέρες από την κανονική
- την αιμορραγία μετά την εμμηνόπαυση

Η ανώμαλη αιμορραγία οφείλεται σε πολλές αιτίες. Ο γιατρός κατ' αρχάς ελέγχει για προβλήματα που είναι πιο συχνά στην ηλικιακή ομάδα της γυναίκας. Μερικά από αυτά δεν είναι σοβαρά και είναι εύκολο να θεραπευτούν. Άλλα μπορεί να είναι πιο σοβαρά. Η θεραπεία για την ανώμαλη αιμορραγία εξαρτάται από την αιτία. Στις έφηβες και στις γυναίκες που πλησιάζουν την εμμηνόπαυση, οι ορμονικές αλλαγές μπορεί να προκαλέσουν μεγάλες περιόδους μαζί με ακανόνιστους κύκλους. Ακόμη και αν η αιτία είναι οι ορμονικές αλλαγές, η γυναίκα ίσως πρέπει να ακολουθήσει θεραπεία. Αυτές οι αλλαγές πιθανόν να σχετίζονται και με άλλα σοβαρά προβλήματα υγείας, όπως τα ινομυώματα της μήτρας, οι πολύποδες ή ακόμη και ο καρκίνος. Κάθε γυναίκα πρέπει να επισκεφτεί το γιατρό της, αν παρατηρήσει οποιαδήποτε ανώμαλη αιμορραγία.

Μητρορραγία σημαίνει αιμορραγία από τη μήτρα, η οποία προκύπτει από διάφορους λόγους. Η ύπαρξη ινομυωμάτων μπορεί να προκαλέσει μητρορραγία. Άλλες πιθανές πρωτογενείς αιτίες είναι: οι πολύποδες, η υπερπλασία του ενδομητρίου, ο καρκίνος της μήτρας, η εγκυμοσύνη και οι διαμαρτίες του αίματος.

Στις παραπάνω περιπτώσεις ως διαγνωστικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται η βιοψία του ενδομητρίου έπειτα από απόξεση ή υστεροσκόπηση και διάφορες εξετάσεις αίματος, όπως είναι οι ορμονικές για οιστρογόνα, προγεστερόνη και για τις υπόλοιπες ορμόνες.

Υπάρχουν όμως περιπτώσεις μητρορραγίας που δεν οφείλονται σε ανατομικές ανωμαλίες, δηλαδή είναι περιπτώσεις **δυσλειτουργικής αιμορραγίας**, που οφείλονται σε ορμονική διαταραχή και ονομάζονται **λειτουργικές μητρορραγίες**.

Έτσι λοιπόν, όταν η γυναίκα με μητρορραγία επισκεφτεί τον ομοιοπαθητικό, αυτός υποχρεούται να πάρει τη γνώμη του γυναικολόγου. Ο τελευταίος είναι υποχρεωμένος να κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις, για να εντοπίσει την αιτία της μητρορραγίας. Η ομοιοπαθητική αντιμετώπιση θα είναι διαφορετική αν η μητρορραγία οφείλεται σε όγκο της μήτρας ή της ωοθήκης, όπως για παράδειγμα

καρκίνος ή ινομυώματα, και διαφορετική αν υπάρχει αιμορραγία στην εγκυμοσύνη, όπως επίσης αν υπάρχει δυσλειτουργική αιμορραγία, η οποία οφείλεται σε ορμονικές διαταραχές ή σε ψυχολογικούς παράγοντες. Η συχνότητα των λειτουργικών μητρορραγιών είναι υψηλή.

Η λειτουργική μητρορραγία μπορεί να οφείλεται σε υπερβολική λειτουργία του θυρεοειδούς (υπερθυρεοειδισμός) όπως επίσης και σε ψυχολογικά αίτια. Οι τελευταίες αντιμετωπίζονται καλύτερα μέσω της ομοιοπαθητικής. Είναι θέμα ηθικής και δεοντολογίας η συνεργασία των ομοιοπαθητικών γιατρών με εξειδικευμένους συναδέλφους τους σε σοβαρές περιπτώσεις όπως η μητρορραγία.

Οι **λειτουργικές** μητρορραγίες είναι αιμορραγίες που οφείλονται σε ορμονικές διαταραχές και εκδηλώνονται με συμπτώματα όπως η βραχεία ωοθυλακική φάση, η ανεπάρκεια της ωχρινικής φάσης και η παρατεταμένη δραστηριότητα του ωχρού σωματείου.

3.3.9.4 Μηνορραγία

Η μηνορραγία είναι η μητρορραγία τη χρονική περίοδο που πρέπει να έρθει η έμμηνος ρύση, δηλαδή η αιμορραγία στην περίοδο των εμμήνων. Όπως αναφέρθηκε, μητρορραγία είναι οποιαδήποτε αιμορραγία και σε οποιαδήποτε χρονική περίοδο, ενώ η μηνορραγία είναι η βαριά περίοδος, δηλαδή η βαριά αιμορραγία κατά τη διάρκεια της περιόδου. Τα περισσότερα ομοιοπαθητικά φάρμακα αναφέρονται σε μηνορραγία. Στην ομοιοπαθητική βιβλιογραφία όμως τα όρια μηνορραγίας και μητρορραγίας είναι λίγο ασαφή.

3.3.9.5 Χρήση του ταμπόν και σύνδρομο τοξικού σοκ (TSS)

Το ταμπόν πρέπει να αλλάζεται πριν ποτιστεί πλήρως με αίμα. Κάθε γυναίκα αποφασίζει για τον εαυτό της τι λειτουργεί καλύτερα, η σερβιέτα ή το ταμπόν. Θα πρέπει να αλλάζει το ταμπόν τουλάχιστον κάθε 4 έως 8 ώρες και να χρησιμοποιεί αυτό με τη χαμηλότερη απορροφητικότητα που απαιτείται για τη ροή. Για παράδειγμα, πρέπει να χρησιμοποιεί junior ταμπόν στην ελαφρύτερη ημέρα της περιόδου. Χρησιμοποιώντας ένα ταμπόν με σούπερ απορροφητικότητα στις ελαφρύτερες ημέρες αυξάνει τον κίνδυνο για σύνδρομο τοξικού σοκ (TSS). Το TSS είναι μια σπάνια, αλλά μερικές φορές θανατηφόρα, ασθένεια και προκαλείται από βακτήρια που παράγουν τοξίνες. Αν το σώμα της γυναίκας δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τις τοξίνες, το ανοσοποιητικό σύστημα αντιδρά και προκαλεί τα συμπτώματα του TSS.

Οι νεαρές γυναίκες είναι πιο πιθανό να πάθουν TSS. Χρησιμοποιώντας οποιοδήποτε είδος ταμπόν, η γυναίκα θέτει τον εαυτό της σε μεγαλύτερο κίνδυνο για TSS σε σχέση με τη χρήση σερβιέτας. Ο FDA δίνει τις παρακάτω συμβουλές, για να αποφευχθούν πιθανά προβλήματα από τη χρήση ταμπόν:

1. Να ακολουθεί τις οδηγίες που αναγράφονται στη συσκευασία για την εισαγωγή του ταμπόν.
2. Να επιλέγει τη χαμηλότερη απορροφητικότητα για τη ροή που έχει.
3. Να αλλάζει ταμπόν τουλάχιστον κάθε 4 έως 8 ώρες.
4. Να σκεφτεί την εναλλακτική της σερβιέτας.
5. Να γνωρίζει τα σημεία του TSS.
6. Να μη χρησιμοποιεί ταμπόν μεταξύ των περιόδων.

Τα συμπτώματα του TSS είναι τα εξής: ξαφνικός υψηλός πυρετός (πάνω από 38,9 βαθμούς Κελσίου), μυαλγίες, διάρροια, έμετος, ζάλη ή/και λιποθυμία, ηλιακό έγκαυμα, εξάνθημα, πονόλαιμος και ερεθισμένα μάτια.

3.3.10 Προβλήματα που σχετίζονται με τη φάση της εμμηνόπαυσης

3.3.10.1 Οστεοπόρωση και εμμηνόπαυση

Η μείωση των οιστρογόνων την περίοδο της εμμηνόπαυσης οδηγεί σε απώλεια οστικής μάζας. Η απώλεια οστικής μάζας αποδυναμώνει τα οστά, με αποτέλεσμα να σπάνε πιο εύκολα. Όταν τα οστά αποδυναμωθούν πολύ, επέρχεται η οστεοπόρωση. Για να διατηρηθούν δυνατά τα κόκαλα, οι γυναίκες πρέπει να ασκούνται με βάρη, να περπατάνε, να ανεβαίνουν σκάλες. Επίσης προστατεύουν την υγεία των οστών τους αν καταναλώνουν τροφές πλούσιες σε ασβέστιο και βιταμίνη D ή, αν είναι απαραίτητο, λαμβάνοντας συμπληρώματα ασβεστίου και βιταμίνης D. Η διακοπή του καπνίσματος επίσης προστατεύει.

3.3.10.2 Καρδιαγγειακά προβλήματα και εμμηνόπαυση

Μετά την εμμηνόπαυση οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν καρδιαγγειακά προβλήματα, όπως καρδιακές προσβολές και εγκεφαλικά επεισόδια. Οι αλλαγές στα επίπεδα των οιστρογόνων μπορεί να είναι ένα μέρος της αιτίας, αλλά και η γήρανση, γιατί μπορεί να επιφέρει άλλα προβλήματα υγείας που αυξάνουν τον κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο. Οι παρακάτω αλλαγές στον τρόπο ζωής μπορεί να βοηθήσουν στην πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου:

- η διακοπή του καπνίσματος και η αποφυγή του παθητικού
- η άσκηση
- η υγιεινή διατροφή

3.4 Οδηγίες της τεκμηριωμένης ιατρικής (Evidence Based Medicine) για την αντιμετώπιση κοινών γυναικολογικών περιστατικών

3.4.1 Οδηγία για την πρωτοπαθή δυσμηνόρροια

Η Οδηγία αυτή εκδόθηκε από το University of Texas, Austin, School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program. Ο σκοπός της Οδηγίας είναι να προτείνει μια επιστημονική και τεκμηριωμένη θεραπευτική προσέγγιση της πρωτοπαθούς δυσμηνόρροιας. [An evidence based practice guideline for the treatment of primary dysmenorrhea. Austin (TX): University of Texas at Austin, School of Nursing; 2010. 16 p.]

Ομάδες-στόχοι για την Οδηγία αυτή είναι οι οικογενειακοί γιατροί, οι γενικοί παθολόγοι, οι μαιευτήρες - γυναικολόγοι και οι παιδίατροι. Από τις ομάδες-στόχους γίνεται κατανοητό ότι μια γυναίκα με πρωτοπαθή δυσμηνόρροια μπορεί να ζητήσει συμβουλές και βοήθεια από ένα μεγάλο εύρος εξειδικευμένων γιατρών. Οι

θεραπευτικές παρεμβάσεις και πρακτικές που περιλαμβάνονται στην Οδηγία είναι οι εξής:

1. Η εκπαίδευση των ασθενών και της οικογένειας.
2. Η φαρμακευτική θεραπεία.
 1. Με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα.
 2. Με ορμονούχα αντισυλληπτικά.
 3. Με μη ορμονούχα αντισυλληπτικά (μια θεραπευτική προσέγγιση που δεν συστήνεται).
 4. Άλλα ορμονικά σκευάσματα (μια θεραπευτική προσέγγιση που δεν συστήνεται).
 5. Μη ορμονική φαρμακευτική θεραπεία (μπορεί να τεθεί υπό σκέψη η συγκεκριμένη θεραπεία, αλλά δεν υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ή αποδείξεις, για να αξιολογηθεί και να συστηθεί η χρήση ή η αποφυγή της).
3. Η μη φαρμακευτική θεραπεία.
 1. Τοπική εφαρμογή ζεστών επιθεμάτων.
 2. Οι εναλλακτικές θεραπευτικές μέθοδοι (μπορεί να τεθεί υπό σκέψη η συγκεκριμένη θεραπεία, αλλά δεν υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ή αποδείξεις, για να αξιολογηθεί και να συστηθεί η χρήση ή η αποφυγή της).
 3. Ψυχολογικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις (μπορεί να τεθεί υπό σκέψη η συγκεκριμένη θεραπεία, αλλά δεν υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ή αποδείξεις, για να αξιολογηθεί και να συστηθεί η χρήση ή η αποφυγή της).
 4. Διατροφικές παρεμβάσεις (μπορεί να τεθεί υπό σκέψη η συγκεκριμένη θεραπεία, αλλά δεν υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ή αποδείξεις, για να αξιολογηθεί και να συστηθεί η χρήση ή η αποφυγή της).
4. Η χειρουργική θεραπεία (μπορεί να τεθεί υπό σκέψη η συγκεκριμένη θεραπεία, αλλά δεν υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ή αποδείξεις, για να αξιολογηθεί και να συστηθεί η χρήση ή η αποφυγή της).
 1. Υστερεκτομή.
 2. Λαπαροσκοπική εκτομή του μητριάιου νεύρου (LUNA).
 3. Εκτομή του πρόσθιου ιερού νεύρου.

Τα βέλτιστα θεραπευτικά αποτελέσματα των παραπάνω θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι η ανακούφιση, η βελτίωση ή η εξαφάνιση του πόνου και η βελτίωση της ποιότητας ζωής της ασθενούς. Η αξιολόγηση των θεραπευτικών προσεγγίσεων έγινε με τις μεθοδολογίες της μετα-ανάλυσης και της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

Οι προτεινόμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις της Οδηγίας είναι οι εξής:

1. Εκπαίδευση των ασθενών και της οικογένειάς τους.
 1. Εξήγηση της φυσιολογίας της περιόδου και της παθοφυσιολογίας των συμπτωμάτων.
 2. Αλλαγές στο τρόπο ζωής που μπορεί να βελτιώσουν τα συμπτώματα:
 1. Διακοπή του καπνίσματος (Marjoribanks et al., 2010; Harel, "Dysmenorrhea in adolescents and young adults," 2008; French, 2005; Morrow & Naumburg, 2009; Smith & Kaunitz, "Treatment of primary", 2009).
 2. Άσκηση (Marjoribanks et al., 2010; French, 2005; Smith & Kaunitz, "Patient Information," 2009; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2006; Brown & Brown, 2010).

3. Υγιεινή διατροφή, όπως λήψη συμπληρωμάτων ω3 λιπαρών οξέων (Marjoribanks et al., 2010; French, 2005; Smith & Kaunitz, "Patient Information," 2009; "ACOG practice bulletin", 2010).
3. Συζήτηση των διαθέσιμων και αποτελεσματικών θεραπευτικών προσεγγίσεων καθώς και των παρενεργειών τους, για να παραχθεί ένα κοινώς αποδεκτό σχέδιο θεραπείας.
4. Έμφαση στη παρακολούθηση της ασθενούς και της θεραπευτικής αντίδρασης.
2. Φαρμακευτική θεραπεία.
 1. Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Οι ενδείξεις είναι καλές για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (δηλαδή τα οφέλη είναι περισσότερα από τις παρενέργειες). Είναι πιο αποτελεσματική όταν χρησιμοποιείται δόση εφόδου 1-2 ημέρες πριν από την περίοδο ή όταν εμφανίζονται τα πρώτα σημεία ροής και μετά μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνεχή βάση για 2-3 ημέρες (Marjoribanks et al., 2010; Harel, "Dysmenorrhea in adolescents and young adults," 2008; French, 2005; Morrow & Naumberg, 2009; Smith & Kaunitz, "Treatment of primary," 2009; Smith & Kaunitz, "Patient Information," 2009; ACOG, 2006; "ACOG practice bulletin," 2010; Daniels et al., 2009; Holder, Edmundson, & Erogul, 2009; Sanfilippo & Erb, 2008).
 1. Ιβουπροφαίνη (δόση εφόδου 400-800mg και μετά 400-800mg κάθε 8 ώρες)(Marjoribanks et al., 2010; French, 2005; Morrow & Naumberg, 2009).
 2. Μεφαιναμικό οξύ (δόση εφόδου 500mg και μετά 250mg κάθε 6-8 ώρες)(Marjoribanks et al., 2010; French, 2005; Morrow & Naumberg, 2009).
 3. Ναπροξένη (δόση εφόδου 440mg και μετά 220-440mg κάθε 12 ώρες)(Marjoribanks et al., 2010; French, 2005; Morrow & Naumberg, 2009).
 4. CELEBREX (δόση εφόδου 400mg και μετά 200mg κάθε 12 ώρες) (Marjoribanks et al., 2010; French, 2005; Morrow & Naumberg, 2009; Smith & Kaunitz, "Treatment of primary," 2009; Daniels et al., 2009; Holder, Edmundson, & Erogul, 2009; Sanfilippo & Erb, 2008).
 2. Ορμονούχα αντισυλληπτικά.
 1. Μηνιαία λήψη αντισυλληπτικών περιεκτικότητας 20-35mcg οιστρογόνων. Οι ενδείξεις για τη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση δείχνουν ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματική, με την έννοια ότι τα οφέλη είναι περισσότερα από τις παρενέργειες (Harel, "Dysmenorrhea in adolescents and young adults," 2008; French, 2005; Morrow & Naumberg, 2009; Smith & Kaunitz, "Treatment of primary," 2009; ACOG, 2006; "ACOG practice bulletin," 2010; Holder, Edmundson, & Erogul, 2009; Wong et al., 2009; Smith & Kaunitz, "Pathogenesis," 2009; Harel, "Dysmenorrhea in adolescents," 2008; Kido et al., 2007).
 2. Λήψη αντισυλληπτικών χαπιών εκτεταμένου κύκλου. Οι ενδείξεις για τη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση δείχνουν ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματική, με την έννοια ότι τα οφέλη είναι περισσότερα από τις παρενέργειες (Harel, "Dysmenorrhea in adolescents and young adults," 2008; French, 2005; Morrow & Naumberg, 2009; Smith & Kaunitz, "Treatment of primary," 2009; Sanfilippo & Erb, 2008; Harel, "Dysmenorrhea in adolescents," 2008).
 3. Ενδοκοιλιακή χρήση ορμονούχων αντισυλληπτικών. Οι ενδείξεις για τη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση δείχνουν ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματική, με την έννοια ότι τα οφέλη είναι περισσότερα από τις παρενέργειες (Harel, "Dysmenorrhea in adolescents and young adults," 2008; French, 2005; Morrow & Naumberg, 2009; Smith & Kaunitz, "Treatment of primary," 2009; Smith & Kaunitz, "Pathogenesis," 2009; Harel, "Dysmenorrhea in adolescents," 2008).
 4. Ενδοκοιλιακό σύστημα ή συσκευή. Οι ενδείξεις για τη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση δείχνουν ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματική, με την έννοια ότι τα οφέλη είναι περισσότερα από τις

παρενέργειες (Harel, "Dysmenorrhea in adolescents and young adults," 2008; French, 2005; Morrow & Naumberg, 2009; Smith & Kaunitz, "Treatment of primary," 2009; ACOG, 2009; Sanfilippo & Erb, 2008; Smith & Kaunitz, "Pathogenesis," 2009; Harel, "Dysmenorrhea in adolescents", 2008).

5. **Ενέσιμη χορήγηση.** Οι ενδείξεις για τη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση δείχνουν ότι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι πολύ σχετική, γιατί τα οφέλη αντισταθμίζονται από τις παρενέργειες (Harel, "Dysmenorrhea in adolescents and young adults," 2008; French, 2005; Morrow & Naumberg, 2009; Smith & Kaunitz, "Treatment of primary," 2009).
 6. **Υποδερμική χορήγηση (εμφύτευμα).** Οι ενδείξεις για τη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση δείχνουν ότι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι πολύ σχετική, γιατί τα οφέλη αντισταθμίζονται από τις παρενέργειες (Harel, "Dysmenorrhea in adolescents and young adults", 2008; "ACOG practice bulletin", 2010).
 7. **Διαδερμική χορήγηση.** Οι ενδείξεις για τη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση δείχνουν ότι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας και η σχέση θετικών/αρνητικών δεν μπορούν να καθοριστούν (Harel, "Dysmenorrhea in adolescents and young adults," 2008; French, 2005; Smith & Kaunitz, "Treatment of primary," 2009; Smith & Kaunitz, "Patient Information," 2009; Harel, "Dysmenorrhea in adolescents", 2008; Lopez et al., 2010).
3. **Μη ορμονούχα αντισυλληπτικά (μία θεραπευτική προσέγγιση που δεν συστήνεται).**
1. **Ενδοκολπικές συσκευές.** Οι ενδείξεις για τη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση δείχνουν ότι είναι αναποτελεσματική και σχετίζεται με αυξημένα συμπτώματα δυσμηνόρροιας (Morrow & Naumberg, 2009; Smith & Kaunitz, "Treatment of primary", 2009).
 4. **Άλλα ορμονικά σκευάσματα (μία θεραπευτική προσέγγιση που δεν συστήνεται).** Οι ενδείξεις για τη συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση δείχνουν ότι είναι αναποτελεσματική και θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο σε πολύ σοβαρές καταστάσεις. [Gonadotropin-releasing hormone (GNRH) analogs: danazol (Danocrine), leuprolide acetate (Lupron), goserelin acetate, nafarelin acetate (French, 2005; Morrow & Naumberg, 2009; Smith & Kaunitz, "Treatment of primary", 2009; Sanfilippo & Erb, 2008)].
3. **Μη ορμονική φαρμακευτική θεραπεία (μπορεί να τεθεί υπό σκέψη η συγκεκριμένη θεραπεία, αλλά δεν υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ή αποδείξεις, για να αξιολογηθεί και να συστηθεί η χρήση ή η αποφυγή της θεραπείας).** Η συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση έχει πολύ φτωχή και ασαφή αποτελεσματικότητα, ειδικά για τις ουσίες Terbutaline [(French, 2005; Morrow & Naumberg, 2009), Nifedipine (French, 2005; Morrow & Naumberg, 2009) και Verapamil (French, 2005; Smith & Kaunitz, "Treatment of primary", 2009)].
4. **Μη φαρμακολογική θεραπεία**
1. **Τοπική εφαρμογή ζεστών επιθεμάτων – είναι αποτελεσματική** (Harel, "Dysmenorrhea in adolescents and young adults," 2008; French, 2005; Morrow & Naumberg, 2009; Smith & Kaunitz, "Treatment of primary," 2009; Smith & Kaunitz, "Pathogenesis," 2009; Harel, "Dysmenorrhea in adolescents", 2008).
 2. **Οι εναλλακτικές θεραπευτικές μέθοδοι (μπορεί να τεθεί υπό σκέψη η συγκεκριμένη θεραπεία, αλλά δεν υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ή αποδείξεις, για να αξιολογηθεί και να συστηθεί η χρήση ή η αποφυγή της).**
 1. **Βελονισμός και πιέσεις σε σημεία του βελονισμού (Acupressure).** Τα θετικά αποτελέσματα αντισταθμίζονται από τα αρνητικά (French, 2005; Morrow & Naumberg, 2009; Smith & Kaunitz, "Treatment of primary," 2009; Smith & Kaunitz, "Patient Information," 2009; "ACOG practice bulletin," 2010; Iorno et al., 2008).
 2. **Yoga.** Τα θετικά αποτελέσματα αντισταθμίζονται από τα αρνητικά (Smith & Kaunitz, "Treatment of primary," 2009; Smith & Kaunitz, "Patient Information", 2009).

3. Μαλάξεις. Τα θετικά αποτελέσματα αντισταθμίζονται από τα αρνητικά.
4. Χαμηλής συχνότητας διαδερμική ηλεκτρική διέγερση του νεύρου/TENS Unit. Δεν υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ή αποδείξεις, για να αξιολογηθεί και να συστηθεί η χρήση ή η αποφυγή της θεραπείας (French, 2005; Morrow & Naumberg, 2009; Smith & Kaunitz, "Patient Information," 2009; Sanfilippo & Erb, 2008; Smith & Kaunitz, "Pathogenesis", 2009; Proctor et al., 2002).
5. Σπονδυλοθεραπεία. Δεν υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ή αποδείξεις, για να αξιολογηθεί και να συστηθεί η χρήση ή η αποφυγή της θεραπείας (Harel, "Dysmenorrhea in adolescents and young adults", 2008; French, 2005; Morrow & Naumberg, 2009; Proctor et al., 2006).
3. Ψυχολογικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις (μπορεί να τεθεί υπό σκέψη η συγκεκριμένη θεραπεία, αλλά δεν υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ή αποδείξεις, για να αξιολογηθεί και να συστηθεί η χρήση ή η αποφυγή της).
 1. Άσκηση. Τα θετικά αποτελέσματα αντισταθμίζονται από τα αρνητικά (Marjoribanks et al., 2010; French, 2005; Smith & Kaunitz, "Patient Information", 2009; ACOG, 2006; Brown & Brown, 2010).
 2. Ψυχολογική υποστήριξη για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Τα θετικά αποτελέσματα αντισταθμίζονται από τα αρνητικά.
 3. Παρεμβάσεις με σκοπό την αλλαγή των φυσιολογικών αντιδράσεων στα συμπτώματα και στον πόνο, όπως βιοανάδραση, ηλεκτρομυογραφική εκπαίδευση, ασκήσεις αναπνοής και ασκήσεις χαλάρωσης. Τα θετικά αποτελέσματα αντισταθμίζονται από τα αρνητικά.
 4. Διατροφικές παρεμβάσεις (μπορεί να τεθεί υπό σκέψη η συγκεκριμένη θεραπεία, αλλά δεν υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ή αποδείξεις, για να αξιολογηθεί και να συστηθεί η χρήση ή η αποφυγή της). Παραδείγματα διατροφικών παρεμβάσεων είναι η χορτοφαγία, η διατροφή αποκλειστικά με ψάρια, τα συμπληρώματα διατροφής, όπως ω3 λιπαρά οξέα, βιταμίνη E, βιταμίνες B1, B3, B6, ασβέστιο, μαγνήσιο, η ιαπωνική βοτανοθεραπεία και η κινεζική βοτανοθεραπεία.
 5. Χειρουργική θεραπεία (μπορεί να τεθεί υπό σκέψη η συγκεκριμένη θεραπεία, αλλά δεν υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ή αποδείξεις, για να αξιολογηθεί και να συστηθεί η χρήση ή η αποφυγή της).
 1. Υστερεκτομή
 2. Λαπαροσκοπική εκτομή του μητριάου νεύρου (LUNA)
 3. Εκτομή του πρόσθιου ιερού νεύρου

Είναι πολύ ενδιαφέρον το γεγονός ότι η ομοιοπαθητική θεραπεία της δυσμηνόρροιας ούτε καν αναφέρεται και ούτε καν έγινε αντικείμενο μελέτης από την ομάδα που επιμελήθηκε την Οδηγία.

3.4.2 Οδηγία για την κολπίτιδα

Η Οδηγία αυτή εκδόθηκε από το American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Με τον όρο κολπίτιδα εννοούνται τα εξής: βακτηριακή κολπίτιδα, αιδοιοκολπική καντιντίαση, τριχομονάδωση, ατροφική κολπίτιδα, κολποδυνία και οι δερματολογικές καταστάσεις του αιδοίου, όπως η αποφλοιωτική φλεγμονώδης κολπίτιδα. Τα κύρια συμπτώματα που έλαβαν υπόψη τους είναι ο κνησμός, ο καύσος, ο ερεθισμός και οι μη φυσιολογικές εκκρίσεις (λευκόρροια). Οι συστάσεις αυτής της Οδηγίας, που βασίζονται σε σαφείς επιστημονικές ενδείξεις,

είναι οι εξής: [Vaginitis. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2006 May. 12 p. (ACOG practice bulletin; no. 72)].

- Οι γυναίκες με επιπλεγμένη αιδοιοκολπική καντιντίαση θα πρέπει να λάβουν πιο επιθετική θεραπεία.
- Η πρόληψη της επαναμόλυνσης σε γυναίκες με τριχομονάδωση βασίζεται στην αποχή από το σεξ, μέχρι να λάβουν και οι δύο σύντροφοι την απαιτούμενη θεραπεία.

Οι συστάσεις που βασίζονται σε περιορισμένες επιστημονικές ενδείξεις είναι οι εξής:

- Η μικροσκοπική εξέταση είναι η κύρια διαγνωστική μέθοδος για την καντιντίαση και την τριχομονάδωση. Σε επιλεγμένους ασθενείς θα πρέπει να γίνεται η καλλιέργεια για μύκητες και για τριχομονάδες.
- Δεν συστήνονται οι πλύσεις για την πρόληψη της κολπίτιδας.
- Η αυτοδιάγνωση της κολπίτιδας είναι αναξιόπιστη.

Οι συστάσεις που βασίζονται στη συναίνεση των ειδικών και μόνο σε αυτή είναι οι εξής:

- Οι γυναίκες που δεν θεραπεύονται μετά τη χρήση αντιμυκητιασικού θα πρέπει να εξετάζονται κλινικά από έναν ειδικό.

Τα πιθανά προβλήματα από τις θεραπείες κολπίτιδας που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι τα εξής:

- Οι τοπικές θεραπείες ενδέχεται να προκαλέσουν τοπικές παρενέργειες, όπως αίσθημα καύσου και ερεθισμό. Μπορεί μια θεραπεία από το στόμα να προκαλέσει συστηματικές παρενέργειες, όπως γαστρεντερική δυσανεξία, πονοκέφαλο και αύξηση των επιπέδων των ηπατικών μετρήσεων. Οι αλλεργικές αντιδράσεις στη θεραπεία από το στόμα είναι σπάνιες.
- Η καθημερινή λήψη κετοконаζόλης από το στόμα θεωρήθηκε αποτελεσματική θεραπεία σε επιπλεγμένες περιπτώσεις καντιντίασης, αλλά η εβδομαδιαία λήψη φλουκοναζόλης έχει λιγότερες πιθανότητες ηπατοτοξικότητας και πρέπει να χρησιμοποιείται αντί της κετοконаζόλης.
- Η μετρονιδαζόλη σχετίζεται με σημαντικές γαστρεντερικές διαταραχές – τύπου δυσουλφιδράμης και αφορά τόσο την εκ του στόματος όσο και την τοπική λήψη της μετρονιδαζόλης.
- Η ανοχή στη μετρονιδαζόλη in vitro μπορεί να είναι περίπου 5%.
- Οι έγκυες με καντιντίαση πρέπει να χρησιμοποιούν ιμιδαζόλη, γιατί η φλουκοναζόλη σε δόσεις υψηλότερες από 400-800mg σχετίζεται με βλάβες στο έμβρυο.
- Η χρήση τινιδαζόλης σε εγκύους δεν έχει μελετηθεί επαρκώς.

Το ενδιαφέρον της Οδηγίας αυτής είναι ότι δεν αναφέρονται καθόλου οι εναλλακτικές θεραπείες, γιατί θεωρείται ότι δεν μπορούν να βοηθήσουν σε λοιμώδεις καταστάσεις.

3.4.3 Οδηγία για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Η Οδηγία αυτή συντάχθηκε από τους Centers for Disease Control and Prevention, Workowski KA, Berman SM [Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2006 Aug 4;55 (RR-11): 6-10]. Τα νοσήματα που περιλαμβάνονται είναι τα εξής: βακτηριακή κολπίτιδα, λοίμωξη από

Chlamydia Trachomatis, λοίμωξη από τους ιούς της ηπατίτιδας Β και C, λοίμωξη από τον ιό του απλού έρπητα, λοίμωξη από τον ιό HIV, λοίμωξη από Neisseria Gonorrhoeae και σύφιλη.

Οι βασικότερες συστάσεις της Οδηγίας είναι οι εξής:

1. Όλες οι γυναίκες πρέπει να εξετάζονται για HIV όσο γίνεται νωρίτερα στην εγκυμοσύνη τους. Επίσης, πρέπει να εξετάζονται για σύφιλη (RPR test), για ηπατίτιδα Β και για χλαμύδια. Οι έγκυες που ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου για γονόρροια και ηπατίτιδα C πρέπει να κάνουν τις αντίστοιχες εξετάσεις.
2. Η αξιολόγηση της βακτηριακής κολπίτιδας σε εγκύους θα πρέπει να γίνεται κατά την πρώτη εξέταση και ειδικά σε γυναίκες που μπορεί να γεννήσουν πρόωρα.
3. Test PAP σε εγκύους γίνεται μόνο αν δεν έχουν κάνει το τεστ το προηγούμενο έτος.
4. Τα περιστατικά εγκύων που είναι θετικές στην ηπατίτιδα Β πρέπει να αναφέρονται στις Αρχές και θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με την πρόληψη της μετάδοσης, με το γεγονός ότι ο θηλασμός δεν αντενδείκνυται και με τον εμβολιασμό των υπόλοιπων μελών της οικογένειας.
5. Δεν υπάρχει θεραπεία για την ηπατίτιδα C σε εγκύους. Επίσης δεν υπάρχει αντίστοιχο εμβόλιο.
6. Σε γυναίκες που έχουν ιστορικό υποτροπιάζοντα έρπητα των γεννητικών οργάνων δεν χρειάζεται να γίνεται καλλιέργεια, αν δεν υπάρχουν βλάβες κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Σε εγκύους που δεν έχουν ενεργές βλάβες την ώρα του τοκετού δεν χρειάζεται καισαρική τομή.
7. Τα κονδυλώματα δεν είναι ένδειξη για καισαρική τομή.
8. Δεν υπάρχουν δεδομένα για την ανάγκη ελέγχου για την Trichomonas Vaginalis σε ασυμπτωματικές εγκύους.
9. Οι γυναίκες που έχουν ερωτικές σχέσεις με άλλες γυναίκες (WSW) βρίσκονται σε κίνδυνο για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα λόγω ερωτικών πρακτικών, όπως κοινή χρήση ερωτικών παιχνιδιών, γιατί μέσω αυτών μεταδίδονται μολυσμένες εκκρίσεις. Υπάρχουν αναφορές που υποστηρίζουν τα παραπάνω, π.χ. για ανθεκτική στη μετρονιδαζόλη τριχομονάδωση, μετάδοση ιού HIV και υψηλή συχνότητα βακτηριακής κολπίτιδας σε μονογαμικές WSW γυναίκες. Μετάδοση του HPV είναι πιθανή και σε αυτές τις σχέσεις. Οι WSW γυναίκες έχουν υψηλό κίνδυνο για λοίμωξη από το ιό του απλού έρπητα λόγω της στοματογεννητικής επαφής. Μετάδοση της σύφιλης σε WSW γυναίκες έχει αναφερθεί μέσω του στοματικού σεξ.

3.4.4 Οδηγία για τη μηνορραγία

Η Οδηγία αυτή συντάχθηκε από το National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. [Heavy menstrual bleeding. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2007 Jan. 164 p]. Σκοπός της Οδηγίας είναι η παροχή συμβουλών σχετικά με:

1. Τις εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στους ασθενείς και την παροχή πληροφοριών για να είναι όσο το δυνατόν πιο ικανοποιημένοι.
2. Τη διάγνωση των γυναικών που εμφανίζουν βαριά αιμορραγία εμμήνου ρύσεως (HMB), συμπεριλαμβανομένης της καθοδήγησης σχετικά με τις

κατάλληλες εξετάσεις και την παραπομπή τους, καθώς και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

3. Την ιατρική διαχείριση των ασθενών με HMB, συμπεριλαμβανομένων των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων, τις ανεπιθύμητες ενέργειες, την αποδοτικότητα από πλευράς κόστους της μετέπειτα θεραπείας.
4. Τις ενδείξεις για παραπομπή στη δευτεροβάθμια φροντίδα.
5. Να προσδιοριστεί κατά πόσον και πότε οι χειρουργικές επεμβάσεις είναι οι πλέον κατάλληλες.
6. Για τις χειρουργικές επεμβάσεις που χρησιμοποιούνται για την εκτομή του ενδομητρίου/εκτομή σε ασθενείς με μηνορραγία (HMB), συμπεριλαμβανομένων των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων, τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τη μετέπειτα θεραπεία.
7. Για τον εμβολισμό της αρτηρίας της μήτρας (UAE) σε ασθενείς με μηνορραγία (HMB), συμπεριλαμβανομένων των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων, τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τη μετέπειτα θεραπεία.
8. Τις χειρουργικές διαδικασίες και άλλες τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την υστερεκτομή και ινομυωματεκτομή στη μηνορραγία (HMB), συμπεριλαμβανομένων των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων, τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τη μετέπειτα θεραπεία, καθώς και οδηγίες σχετικά με τεχνικές πρόσβασης (υστεροσκόπηση ή λαπαροσκόπηση).
9. Θέματα σχετικά με την απομάκρυνση των υγιών ωοθηκών, όταν η υστερεκτομή είναι η πλέον κατάλληλη επιλογή.
10. Για τις ικανότητες που απαιτούνται από τους θεραπευτές που επιθυμούν να πραγματοποιούν χειρουργικές τεχνικές και άλλες παρεμβάσεις, όπως η UAE.

Η ομάδα-στόχος της Οδηγίας είναι γυναίκες από την εφηβεία μέχρι την εμμηνόπαυση που παρουσιάζουν μηνορραγία (HMB). Δεν περιλαμβάνονται γυναίκες με ενδομητρίωση, γυναίκες με μηνορραγία που λαμβάνουν ορμονική θεραπεία και γυναίκες με άλλα αιμορραγικά γυναικολογικά προβλήματα.

Η αξιολόγηση των επιστημονικών συστάσεων της Οδηγίας βασίζεται σε μια κλίμακα από Α έως D. Η αξιολόγηση Α βασίζεται σε ισχυρές επιστημονικές ενδείξεις και αποδείξεις, ενώ η D βασίζεται σε ανίσχυρες επιστημονικές ενδείξεις και κυρίως στην συναίνεση μεταξύ των επιστημόνων. Οι αξιολογήσεις Β και C είναι κάτι το ενδιάμεσο με φθίνουσα την ισχύ της επιστημονικής απόδειξης ή ένδειξης. Υπάρχει μία ακόμη ειδική αξιολόγηση, η D (GPP) που αφορά καλές επιστημονικές πρακτικές ή παραδειγματικές επιστημονικές πρακτικές.

Οι συστάσεις της Οδηγίας για τη μηνορραγία είναι οι εξής:

1. Επιπτώσεις της βαριάς εμμήνου ρύσεως (μηνορραγίας) (HMB) στις γυναίκες.

1. (C) – Πρέπει να αναγνωριστεί ότι η μηνορραγία έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής μιας γυναίκας και οποιαδήποτε παρέμβαση πρέπει να αποσκοπεί στη βελτίωση, αντί να εστιάζει στην έμμηνο απώλεια αίματος.
2. (D) - Για κλινικούς λόγους, η μηνορραγία (HMB) πρέπει να ορίζεται ως η υπερβολική απώλεια εμμήνου αίματος, που επηρεάζει τη σωματική, συναισθηματική, κοινωνική ζωή μιας γυναίκας αλλά και την ποιότητα

ζωής της, και η οποία μπορεί να εμφανιστεί μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με άλλα συμπτώματα. Οι όποιες παρεμβάσεις θα πρέπει να αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

2. Λήψη ιστορικού, εξέταση και εργαστηριακές έρευνες για (μηνορραγία) HMB.

1. Λήψη ιστορικού για HMB.

1. D (GPP) – Αρχικά, πρέπει να λαμβάνεται το ιστορικό από τη γυναίκα. Αυτό θα πρέπει να καλύπτει τη φύση της αιμορραγίας, τα συμπτώματα που σχετίζονται και που θα μπορούσαν να υποδηλώνουν διαρθρωτικές ή ιστολογικές ανωμαλίες, τις επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και άλλους παράγοντες που καθορίζουν τις επιλογές θεραπείας (όπως η παρουσία της συννοσηρότητας).
2. D (GPP) – Ο γιατρός πρέπει να λαμβάνει υπόψη το εύρος και τη φύση της ποικιλίας της εμμήνου ρύσεως και της απώλειας αίματος κατά τη διάγνωση της μηνορραγίας (HMB) και θα πρέπει να συζητήσει αυτή την παραλλαγή με τη γυναίκα. Αν η γυναίκα νιώθει ότι δεν εμπίπτει στο φυσιολογικό εύρος, θα πρέπει να συζητηθούν οι επιλογές για τη φροντίδα.
3. D (GPP) – Αν το ιστορικό δείχνει μηνορραγία (HMB) χωρίς διαρθρωτικές ή ιστολογικές ανωμαλίες, η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να αρχίσει χωρίς τη διενέργεια φυσικής εξέτασης ή άλλων εξετάσεων σε πρώτη διαβούλευση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, εκτός αν η επιλεγείσα θεραπεία είναι το σύστημα ενδομήτριας απελευθέρωσης λεβονοργεστρέλης (LNG- IUS).
4. D (GPP) – Αν το ιστορικό δείχνει μηνορραγία HMB με διαρθρωτικές ή ιστολογικές ανωμαλίες, με συμπτώματα όπως καταμήνιος αιμορραγία ή μετά τη συνουσία αιμορραγία, πυελικό πόνο ή/και συμπτώματα πίεσης, η κλινική εξέταση ή/και άλλες έρευνες (π.χ. υπερηχογράφημα) θα πρέπει να εκτελούνται.

3. Μέτρηση της μηνιαίας απώλειας αίματος

1. D (GPP) – Η μέτρηση της μηνιαίας απώλειας αίματος, είτε άμεσα (αλκαλική αιματίνη) είτε έμμεσα («οπτικό διάγραμμα αξιολόγησης απώλειας αίματος»), δεν συνιστάται ως εξέταση ρουτίνας για μηνορραγία (HMB). Η μηνιαία απώλεια αίματος είναι ένα πρόβλημα που θα πρέπει να καθορίζεται όχι με τη μέτρηση της απώλειας αίματος, αλλά από την ίδια τη γυναίκα.

4. Φυσική εξέταση για HMB

1. D (GPP) – Φυσική εξέταση θα πρέπει να πραγματοποιείται πριν από τις εξής περιπτώσεις: LNG-IUS εξαρτήματα, εξετάσεις για δομικές ανωμαλίες, εξετάσεις για ιστολογικές ανωμαλίες.
2. D (GPP) – Οι γυναίκες με ινομυώματα που είναι δυνατόν να ψηλαφιστούν από την κοιλιά ή με ινομυώματα μέσα στην κοιλότητα της μήτρας ή/και των οποίων το μήκος της μήτρας, όπως μετράται σε υπερηχογράφημα ή υστεροσκόπηση, είναι μεγαλύτερο από 12cm θα πρέπει να παραπέμπονται σε ειδικό.

5. Εργαστηριακές εξετάσεις για μηνορραγία (HMB)

1. (C) - Πλήρης εξέταση αίματος πρέπει να γίνεται σε όλες τις γυναίκες με μηνορραγία (HMB). Αυτό πρέπει να γίνεται παράλληλα με οποιαδήποτε θεραπεία μηνορραγίας.
 2. (C) - Εξετάσεις για διαταραχές της πήξης (π.χ. νόσος von Willebrand) θα πρέπει να γίνονται σε γυναίκες που παρουσίαζαν μηνορραγία (HMB) από την εμμηναρχή τους και με προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό που υποδηλώνει μια διαταραχή της πήξης.
 3. (B) - Τεστ φερριτίνης ορού δεν θα πρέπει να διεξάγεται συστηματικά σε γυναίκες με μηνορραγία HMB.
 4. (C) - Ορμονικός έλεγχος δεν θα πρέπει να διεξάγεται σε γυναίκες με μηνορραγία (HMB).
 5. (C) – Εξετάσεις του θυρεοειδούς πρέπει να διενεργούνται μόνο όταν υπάρχουν και τα άλλα σημεία και συμπτώματα της νόσου του θυρεοειδούς.
- 6. Εξετάσεις και έρευνες για τη μηνορραγία (HMB)**
1. D (GPP) - Ενδεχομένως, θα πρέπει να γίνει βιοψία, για να αποκλειστεί ο καρκίνος του ενδομητρίου ή μια άτυπη υπερπλασία. Οι ενδείξεις για βιοψία περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, την επίμονη καταμήνια αιμορραγία, καθώς και σε γυναίκες ηλικίας 45 ετών και άνω την αποτυχία της θεραπείας ή την αναποτελεσματική αγωγή.
 2. D (GPP) – Απεικονιστικές μέθοδοι θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν στις ακόλουθες περιπτώσεις:
 1. Η μήτρα ψηλαφίζεται εξωτερικά από την κοιλιακή χώρα.
 2. Η κολλική εξέταση αποκαλύπτει μια πυελική μάζα αβέβαιης προέλευσης.
 3. Η φαρμακευτική θεραπεία έχει αποτύχει.
 3. (A) – Ο υπέρηχος είναι διαγνωστικό εργαλείο πρώτης γραμμής για τον εντοπισμό δομικών ανωμαλιών.
 4. (A) – Η υστεροσκόπηση θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως διαγνωστικό εργαλείο μόνο όταν τα αποτελέσματα του υπερηχογραφήματος είναι ασαφή, για παράδειγμα, για να καθοριστεί η ακριβής θέση ενός ινομώματος ή η ακριβής φύση της ανωμαλίας.
 5. D (GPP) – Αν η απεικόνιση δείχνει την παρουσία ινομωμάτων, στη συνέχεια η κατάλληλη θεραπεία πρέπει να σχεδιάζεται με βάση το μέγεθος, τον αριθμό και τη θέση τους.
 6. (A) – Η ηχογραφία με έγχυση Saline δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως πρώτης γραμμής διαγνωστικό εργαλείο.
 7. (B) – Η μαγνητική τομογραφία (MRI) δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως πρώτης γραμμής διαγνωστικό εργαλείο.
 8. (B) – Η διαστολή και η απόξεση και μόνο δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως διαγνωστικό εργαλείο.
 9. D (GPP) – Όταν η διάταση απαιτείται για μη υστεροσκοπικές αφαιρετικές διαδικασίες, η υστεροσκόπηση θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί αμέσως πριν από τη διαδικασία, για να εξασφαλιστεί η ορθή τοποθέτηση της συσκευής.
- 7. Εκπαίδευση και παροχή πληροφοριών**
1. Εκπαίδευση γυναικών με μηνορραγία (HMB)

1. (A) – Μια γυναίκα με μηνορραγία HMB που παραπέμπεται σε ειδικούς πρέπει να ενημερωθεί πριν από το ραντεβού της με τον ειδικό.
2. D (GPP) – Αν και ο σεβασμός στην αυτονομία και στην ατομική επιλογή είναι σημαντικός για το σύστημα υγείας και τους χρήστες του, δεν θα πρέπει να έχει συνέπεια την προώθηση της χρήσης των παρεμβάσεων που δεν είναι κλινικά ή/και οικονομικά αποδοτικές.
3. D (GPP) – Οι γυναίκες πρέπει να γνωρίζουν τις επιπτώσεις που μπορεί να έχουν στη γονιμότητα από κάθε προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση ή από τον εμβολισμό της μητριάας αρτηρίας (UAE). Αν μια πιθανή θεραπεία (υστερεκτομή ή εκτομή) συνεπάγεται την απώλεια της γονιμότητας, θα πρέπει να διατεθούν στη συνέχεια ευκαιρίες για συζήτηση.

8. Το δικαίωμα της επιλογής

1. Επιλογή για τις γυναίκες με μηνορραγία HMB
 1. D (GPP) – Σε μια γυναίκα με μηνορραγία HMB θα πρέπει να δοθεί η ευκαιρία να εξετάσει και να αποδεχτεί οποιαδήποτε απόφαση για θεραπεία. Θα πρέπει να έχει επαρκή χρόνο και υποστήριξη από επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.
 2. D (GPP) – Μια γυναίκα με μηνορραγία HMB ή/και ο γιατρός της θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα για μια δεύτερη ιατρική γνωμάτευση, εφόσον δεν έχει επιτευχθεί συμφωνία σχετικά με τις επιλογές της θεραπείας.

9. Φαρμακευτικές θεραπείες για HMB

1. D (GPP) – Η φαρμακευτική θεραπεία θα πρέπει να εξετάζεται όπου δεν υπάρχουν διαρθρωτικές ή ιστολογικές ανωμαλίες ή για ινομυώματα λιγότερο από 3 εκατοστά σε διάμετρο, τα οποία δεν προκαλούν καμία παραμόρφωση της κοιλότητας της μήτρας.
2. D (GPP) – Ο γιατρός πρέπει να εκτιμήσει αν η ορμονική αντισύλληψη είναι αποδεκτή για τη γυναίκα πριν συστήσει τη θεραπεία (για παράδειγμα, μπορεί να επιθυμούν να συλλάβει).
3. Αν το ιστορικό και οι έρευνες δείχνουν ότι η φαρμακευτική θεραπεία είναι κατάλληλη και είτε ορμονικές είτε μη ορμονικές θεραπείες είναι αποδεκτές, οι θεραπείες θα πρέπει να εξετάζονται με την ακόλουθη σειρά:
 1. Ενδομήτριο σύστημα απελευθέρωσης λεβονοργεστρέλης (LNG-IUS) που προβλέπεται για μακροχρόνια χρήση (τουλάχιστον 12 μήνες) [A]
 2. Το tranexamic acid [A] ή μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) [A] ή συνδυασμένα αντισυλληπτικά από το στόμα [B]
 3. Norethisterone (15 mg) την ημέρα από την 5η έως την 26η ημέρα του έμμηνου κύκλου, είτε με ένεση μακράς δράσης [A]
4. D (GPP) – Αν οι ορμονικές θεραπείες δεν είναι αποδεκτές για τη γυναίκα, τότε μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε τρανεξαμικό οξύ είτε ΜΣΑΦ.
5. D (GPP) – Γυναίκες στις οποίες προτάθηκε η θεραπεία LNG-IUS πρέπει να ενημερώνονται για αναμενόμενες αλλαγές όσον αφορά τις αιμορραγίες, ιδίως στους πρώτους κύκλους και ίσως διαρκέσουν περισσότερο από 6

μήνες. Επομένως, θα πρέπει να συμβουλευόμαστε να επιμείνουν για τουλάχιστον 6 κύκλους για να δουν τα οφέλη της θεραπείας.

6. D (GPP) – Αν η φαρμακευτική αγωγή είναι απαραίτητη, εφόσον οι εξετάσεις και η οριστική αντιμετώπιση οργανώνονται, τότε θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί είτε τρανεξαμικό οξύ είτε ΜΣΑΦ.
7. D (GPP) – Όταν η μηνορραγία HMB συνυπάρχει με δυσμηνόρροια, τα ΜΣΑΦ θα πρέπει να προτιμώνται από το τρανεξαμικό οξύ.
8. D (GPP) – Η χρήση ΜΣΑΦ ή/και τρανεξαμικού οξέος συνιστάται για όσο χρονικό διάστημα έχει βρεθεί ότι είναι επωφελής για τη γυναίκα.
9. D (GPP) – Η χρήση ΜΣΑΦ ή/και τρανεξαμικού οξέος θα πρέπει να διακοπεί αν δεν βελτιωθούν τα συμπτώματα μέσα σε τρεις περιόδους εμμήνου ρύσεως.
10. (D) – Όταν μια πρώτη φαρμακευτική θεραπεία έχει αποδειχθεί αναποτελεσματική, μια δεύτερη φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να θεωρείται πιο πιθανή από την άμεση παραπομπή σε χειρουργική επέμβαση.
11. (B) – Η χρήση ανάλογης ορμόνης για την απελευθέρωση γοναδοτροπινών θα μπορούσε να εξεταστεί πριν από τη χειρουργική επέμβαση ή όταν αντενδείκνυνται όλες οι άλλες επιλογές θεραπείας για τα ινομυώματα της μήτρας, συμπεριλαμβανομένης της χειρουργικής επέμβασης ή του εμβολισμού της μητριαίας αρτηρίας (UAE). Αν αυτή η θεραπεία πρέπει να χρησιμοποιηθεί για περισσότερους από 6 μήνες ή αν διαπιστωθούν ανεπιθύμητες ενέργειες στη συνέχεια, συνιστάται η «addback» θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (HRT)
12. (A) – Η δαναζόλη συνήθως δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της μηνορραγίας HMB.
13. (A) – Τα προγεσταγόνα που λαμβάνονται από το στόμα, που δίδονται κατά την ωχρινική φάση μόνο, δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της HMB.
14. (A) – Η εταμσυλότη δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της μηνορραγίας HMB.

10. Χειρουργική θεραπεία ως πρώτης γραμμής θεραπεία για μηνορραγία HMB.

1. Η χειρουργική ως πρώτης γραμμής θεραπεία για HMB στη δευτεροβάθμια φροντίδα.
 1. (A) – Η εκτομή ενδομητρίου μπορεί να προσφερθεί ως αρχική θεραπεία για μηνορραγία HMB, έπειτα από διεξοδική συζήτηση με τη γυναίκα, για τους κινδύνους και τα οφέλη σε σύγκριση με άλλες θεραπευτικές επιλογές.
 2. D (GPP) – Η υστερεκτομή δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως θεραπεία πρώτης γραμμής αποκλειστικά για HMB.
2. Μη υστερεκτομική χειρουργική για μηνορραγία HMB.
 1. Εκτομή ενδομητρίου.
 1. (C) – Στην εκτομή του ενδομητρίου θα πρέπει να εξετάζεται αν η αιμορραγία έχει σοβαρό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής μιας γυναίκας και όταν δεν θέλει να συλλάβει στο μέλλον.

2. (A) – Η εκτομή ενδομητρίου μπορεί να προσφερθεί ως αρχική θεραπεία για HMB, έπειτα από διεξοδική συζήτηση με τη γυναίκα, για τους κινδύνους και τα οφέλη σε σύγκριση με άλλες θεραπευτικές επιλογές.
3. D (GPP) – Οι γυναίκες πρέπει να συμβουλευονται να αποφεύγουν επόμενη εγκυμοσύνη και την ανάγκη να χρησιμοποιούν αποτελεσματική αντισύλληψη, αν απαιτείται, μετά την εκτομή του ενδομητρίου.
4. (A) – Η εκτομή ενδομητρίου πρέπει να εξεταστεί σε γυναίκες που έχουν μια φυσιολογική μήτρα αλλά και σε εκείνες με μικρά ινομυώματα (λιγότερο από 3 εκατοστά σε διάμετρο).
5. (A) - Σε γυναίκες με μηνορραγία HMB μόνο, με μήτρα που δεν είναι μεγαλύτερη από τη μήτρα σε κατάσταση εγκυμοσύνης 10 εβδομάδων, η εκτομή του ενδομητρίου πρέπει να θεωρείται προτιμότερη από την υστερεκτομή.
6. D (GPP) - Όλες οι γυναίκες που σκέφτονται εκτομή ενδομητρίου πρέπει να έχουν πρόσβαση σε μια εκτομή με τεχνική δεύτερης γενιάς.
7. (A) – Οι τεχνικές εκτομής δεύτερης γενιάς θα πρέπει να χρησιμοποιούνται όπου δεν υπάρχουν διαρθρωτικές ή ιστολογικές ανωμαλίες. Οι τεχνικές δεύτερης γενιάς που συστήνεται να ληφθούν υπόψη είναι οι εξής:
 1. Ελεγχόμενη διπολική καυτηρίαση με ραδιοσυχνότητες (πρώην NICE επεμβατική διαδικασία καθοδήγησης 104).
 2. Fluid-filled θερμικού μπαλονιού καυτηρίαση ενδομητρίου (TBEA) (πρώην NICE επεμβατική διαδικασία καθοδήγησης 6)
 3. Μικροκυμάτων εκτομή ενδομητρίου (MEA) (πρώην NICE παρεμβατική καθοδήγηση διαδικασία 7).
 4. Ελεύθερη ρευστού θερμική εκτομή του ενδομητρίου (πρώην NICE επεμβατική διαδικασία καθοδήγησης 51).
8. D (GPP) – Σε TBEA, η λέπτυνση του ενδομητρίου δεν είναι απαραίτητη.
9. (A) – Στο MEA, ο προγραμματισμός της χειρουργικής επέμβασης για τη μετεμηνορροϊκή φάση είναι μια εναλλακτική λύση για τη λέπτυνση του ενδομητρίου.
10. D (GPP) – Οι πρώτης γενιάς τεχνικές για εκτομή του ενδομητρίου (για παράδειγμα, η rollerball εκτομή του ενδομητρίου [REA] και η διατραχηλική εκτομή του ενδομητρίου [TCRE]) είναι κατάλληλες όταν η υστεροσκοπική ινομυώματαεκτομή περιλαμβάνεται στη διαδικασία.
3. Διαστολή και απόξεση.
 1. (C) – Διαστολή και απόξεση δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως θεραπευτική αγωγή.

11. Περαιτέρω παρεμβάσεις για ινομυώματα μήτρας συνδεδεμένες με HMB

1. D (GPP) – Σε όσες γυναίκες έχουν μεγάλα ινομυώματα και μηνορραγία HMB καθώς και άλλα σημαντικά συμπτώματα, όπως δυσμηνόρροια ή

- πίεση, μπορεί να συστηθεί να εξεταστεί η χειρουργική επέμβαση ή ο εμβολισμός της μητριαίας αρτηρίας ως θεραπεία πρώτης γραμμής.
2. (C) – ΗΑΕ, ινομυωματεκτομή ή υστερεκτομή θα πρέπει να εξετάζεται σε περιπτώσεις μηνορραγίας, όταν υπάρχουν ινομύωματα (μεγαλύτερα από 3 εκατοστά σε διάμετρο) και η αιμορραγία έχει σοβαρό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής μιας γυναίκας.
 3. D (GPP) – Όταν η χειρουργική επέμβαση για ινομύωμα που σχετίζεται με μηνορραγία κριθεί απαραίτητη, τότε ο εμβολισμός της μητριαίας αρτηρίας, η ινομυωματεκτομή και η υστερεκτομή πρέπει να εξετάζονται, να συζητιούνται και να τεκμηριώνονται.
 4. (C) – Οι γυναίκες πρέπει να ενημερώνονται ότι ο εμβολισμός της μητριαίας αρτηρίας και η ινομυωματεκτομή ενδεχομένως θα τους επιτρέψουν να διατηρήσουν τη γονιμότητά τους.
 5. (D) – Η ινομυωματεκτομή συνιστάται σε γυναίκες με μηνορραγία που συνδέεται με τα ινομύωματα της μήτρας και οι οποίες θέλουν να διατηρήσουν τη μήτρα τους.
 6. (B) – Ο εμβολισμός της μητριαίας αρτηρίας συνιστάται σε γυναίκες με μηνορραγία που σχετίζεται με τα ινομύωματα της μήτρας και οι οποίες θέλουν να διατηρήσουν τη μήτρα τους ή/και να αποφύγουν τη χειρουργική επέμβαση.
 7. D (GPP) – Πριν από τον προγραμματισμό του εμβολισμού της μητριαίας αρτηρίας ή της ινομυωματεκτομής, η μήτρα και το ινομύωμα θα πρέπει να αξιολογούνται με υπερήχους. Εφόσον απαιτούνται περαιτέρω πληροφορίες για το ινομύωμα, όπως η θέση, το μέγεθος, ο αριθμός και η αγγείωση, θα πρέπει να εξεταστεί η λύση της μαγνητικής τομογραφίας.
 8. (A) – Προεπεξεργασία πριν από την υστερεκτομή και την ινομυωματεκτομή με ορμονικό ανάλογο απελευθέρωσης γοναδοτροπίνης για 3 έως 4 μήνες θα πρέπει να εξετάζεται όταν τα ινομύωματα της μήτρας προκαλούν διεύρυνση ή στρέβλωση της μήτρας.
 9. D (GPP) – Αν μια γυναίκα είναι υπό θεραπεία με ορμονικό ανάλογο απελευθέρωσης γοναδοτροπίνης και έχει προγραμματιστεί εμβολισμός της μητριαίας αρτηρίας, το ορμονικό ανάλογο θα πρέπει να σταματήσει το συντομότερο.

12. Υστερεκτομή

1. (C) - Η υστερεκτομή δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως θεραπεία πρώτης γραμμής αποκλειστικά για τη μηνορραγία. Πρέπει να εξετάζεται μόνο όταν:
 1. Άλλες θεραπευτικές επιλογές έχουν αποτύχει, αντενδείκνυνται ή τις έχει απορρίψει η ασθενής.
 2. Υπάρχει επιθυμία για αμηνόρροια.
 3. Η γυναίκα (η οποία έχει ενημερωθεί πλήρως) το ζητά.
 4. Η γυναίκα δεν επιθυμεί πλέον να διατηρήσει τη μήτρα και τη γονιμότητα της.
2. D (GPP) – Πριν ληφθεί η απόφαση για υστερεκτομή, πρέπει να έχει προηγηθεί πλήρης ενημέρωση των γυναικών για τις επιπτώσεις της χειρουργικής επέμβασης. Η συζήτηση θα πρέπει να περιλαμβάνει: τα

σεξουαλικά συναισθήματα, τις επιπτώσεις στη γονιμότητα, τη λειτουργία της κύστης, την ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία, τις επιπλοκές θεραπείας, τις προσδοκίες της γυναίκας, τις εναλλακτικές χειρουργικές επεμβάσεις και τον ψυχολογικό αντίκτυπο.

3. (C) – Οι γυναίκες στις οποίες προτείνεται η υστερεκτομή πρέπει να είναι ενήμερες για τον αυξημένο κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών (όπως διεγχειρητική αιμορραγία ή βλάβη σε άλλα κοιλιακά όργανα) που συνδέονται με την υστερεκτομή, όταν υπάρχουν ινομυώματα στη μήτρα.
4. D (GPP) – Οι γυναίκες πρέπει να ενημερώνονται για τον κίνδυνο της πιθανής απώλειας της ωοθηκικής λειτουργίας και τις συνέπειές της, ακόμη και αν οι ωοθήκες τους διατηρούνται σε υστερεκτομή.
5. D (GPP) – Η ατομική αξιολόγηση είναι απαραίτητη, όταν αποφασίζουν την υστερεκτομή. Οι ακόλουθοι παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη:
 1. Η παρουσία άλλων γυναικολογικών παθήσεων ή ασθενειών.
 2. Το μέγεθος της μήτρας.
 3. Η παρουσία και το μέγεθος των ινομυωμάτων.
 4. Η κινητικότητα και η κάθοδος της μήτρας.
 5. Το μέγεθος και το σχήμα του κόλπου.
 6. Το ιστορικό προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης.
6. (A) – Λαμβάνοντας υπόψη την ανάγκη για ατομική αξιολόγηση, η απόφαση της υστερεκτομής θα πρέπει να εξετάζεται με την ακόλουθη σειρά:
 1. Πρώτη γραμμή από τον κόλπο.
 2. Δεύτερη γραμμή από την κοιλιά.
7. D (GPP) –Υπό περιστάσεις, όπως αυτή της νοσογόνου παχυσαρκίας ή της ανάγκης για ωοθηκεκτομή κατά τη διάρκεια κολπικής υστερεκτομής, η λαπαροσκοπική προσέγγιση θα πρέπει να θεωρείται η πιο κατάλληλη λύση.
8. D (GPP) – Αν αποφασιστεί κοιλιακή υστερεκτομή, και οι δύο μέθοδοι, δηλαδή η μέθοδος της ολικής αφαίρεσης (αφαίρεση της μήτρας και του τραχήλου) και της υπολικής αφαίρεσης (αφαίρεση της μήτρας και διατήρηση του τραχήλου της μήτρας) πρέπει να συζητηθούν με τη γυναίκα.

13. Αφαίρεση των ωοθηκών κατά τη διάρκεια της υστερεκτομής

1. Ωοθηκεκτομή

1. D (GPP) – Δεν πρέπει να γίνει κατάργηση των υγιών ωοθηκών κατά τη διάρκεια της υστερεκτομής.
2. D (GPP) – Κατάργηση των ωοθηκών πρέπει να γίνεται μόνο με τη ρητή επιθυμία και τη συγκατάθεση της γυναίκας.
3. D (GPP) – Οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού ή των ωοθηκών πρέπει να παραπέμπονται για γενετική συμβουλευτική πριν από τη λήψη απόφασης σχετικά με ωοθηκεκτομή.
4. D (GPP) – Σε γυναίκες κάτω των 45 ετών που σκέφτονται την υστερεκτομή για μηνορραγία μαζί με άλλα συμπτώματα που μπορεί να σχετίζονται με τη δυσλειτουργία των ωοθηκών (για παράδειγμα,

προεμμηνορροϊκό σύνδρομο), η δοκιμασία της φαρμακευτικής καταστολής των ωοθηκών για τουλάχιστον τρεις μήνες πρέπει να χρησιμοποιηθεί ως οδηγός για την ανάγκη ωοθηκεκτομής.

5. D (GPP) – Αν εξετάζεται η αφαίρεση των ωοθηκών, πρέπει να συζητηθεί ο αντίκτυπος που θα έχει στην ευημερία της γυναίκας και, για παράδειγμα, η πιθανή ανάγκη για θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης (HRT).
6. D (GPP) – Γυναίκες που εξετάζουν το ενδεχόμενο διμερούς ωοθηκεκτομής πρέπει να ενημερώνονται για τον αντίκτυπο αυτής της θεραπείας και για τον κίνδυνο καρκίνου των ωοθηκών και του μαστού.

Στις γυναίκες θα πρέπει να παρέχονται οι ακόλουθες πληροφορίες σχετικά με πιθανά ανεπιθύμητα αποτελέσματα, όπως αναφέρονται στο παρακάτω πίνακα:

Πίνακας: Πιθανά ανεπιθύμητα αποτελέσματα των θεραπευτικών παρεμβάσεων για μηνορραγία (HMB)

Παρέμβαση	Πιθανά ανεπιθύμητα αποτελέσματα που υφίστανται ορισμένες γυναίκες (συχνά = 1 στις 100 πιθανότητες, λιγότερο συχνά = 1 στις 1.000 πιθανότητες, σπάνια = 1 στις 10.000 πιθανότητες, πολύ σπάνια = 1 σε 100.000 πιθανότητες)	
<i>Ενδομήτριο σύστημα απελευθέρωσης λεβονοργεστρέλης (LNG-IUS)</i>	Συχνά	Ακανόνιστη αιμορραγία που μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από 6 μήνες, προβλήματα που σχετίζονται με τις ορμόνες, όπως η ευαισθησία των μαστών, η ακμή, ο πονοκέφαλος, τα οποία, αν υπάρχουν, είναι συνήθως μικρής κλίμακας και παροδικά
	Λιγότερο συχνά	Αμηνόρροια
	Σπάνια	Διάτρηση της μήτρας κατά τη στιγμή της εισαγωγής του IUS.
<i>Τρανεξαμικό οξύ (tranexamic acid)</i>	Λιγότερο συχνά	Δυσπεψία, διάρροια, πονοκέφαλος
<i>Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ)</i>	Συχνά	Δυσπεψία, διάρροια
	Σπάνια	Επιδείνωση του άσθματος σε ευαίσθητα άτομα, πεπτικά έλκη με πιθανή αιμορραγία και περιτονίτιδα

Συνδυασμένα από του στόματος αντισυλληπτικών (από του στόματος αντισυλληπτικά)	Συχνά	Διαταραχές της διάθεσης, πονοκέφαλος, ναυτία, κατακράτηση υγρών, ευαισθησία μαστού
	Σπάνια	Εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, εγκεφαλικό επεισόδιο, καρδιακά επεισόδια
Από του στόματος προγεσταγόνο (norethisterone)	Συχνά	Αύξηση βάρους, φούσκωμα, ευαισθησία στο στήθος, πονοκέφαλος, ακμή (αλλά όλα είναι συνήθως μικρής κλίμακας και παροδικά)
	Σπάνια	Κατάθλιψη
Ένεση προγεσταγόνου	Συχνά	Αύξηση βάρους, ακανόνιστη αιμορραγία, αμηνόρροια, προεμμηνορροϊκό σύνδρομο (συμπεριλαμβάνονται φούσκωμα, κατακράτηση υγρών, ευαισθησία στο στήθος)
	Λιγότερο συχνά	Μικρή απώλεια της οστικής πυκνότητας, που επί το πλείστον αποκαθίσταται όταν η θεραπεία διακοπεί
Ορμόνη απελευθέρωσης γοναδοτροπίνης (GnRH-a)	Συχνά	Εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα (όπως οι εξάψεις, αυξημένη εφίδρωση, κολπική ξηρότητα)
	Λιγότερο συχνά	Οστεοπόρωση, ιδιαίτερα δοκιδωτού οστού, αν χρησιμοποιείται για περισσότερους από 6 μήνες
Ενδομητρίου εκτομή	Συχνά	Κολπικό έκκριμα, έντονος πόνος ή κράμπες περιόδου (ακόμη και αν δεν

		απαιτείται περαιτέρω αιμορραγία), ανάγκη για πρόσθετη χειρουργική επέμβαση
	Λιγότερο συχνά	Λοίμωξη
	Σπάνια	Διάτρηση (αλλά πολύ σπάνια με δεύτερης γενιάς τεχνικές)
<i>Εμβολισμός μητριάας αρτηρίας (UAE)</i>	Συχνά	Επίμονο κοιλιακό έκκριμα, μεταεμβολικό σύνδρομο, πόνος, ναυτία, έμετος και πυρετός (που δεν συνεπάγονται νοσηλείας)
	Λιγότερο συχνά	Ανάγκη για πρόσθετη χειρουργική επέμβαση, πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια, ιδιαίτερα σε γυναίκες άνω των 45 ετών, αιμάτωμα
	Σπάνια	Αιμορραγία, άστοχος εμβολισμός που προκαλεί νέκρωση των ιστών, λοίμωξη που προκαλεί σηψαιμία
<i>Ινομυωματεκτομή</i>	Λιγότερο συχνά	Συμφύσεις (που μπορεί να οδηγήσουν στον πόνο ή/και στην εξασθένηση της γονιμότητας), ανάγκη για πρόσθετη χειρουργική επέμβαση, επανάληψη των ινομυωμάτων, διάτρηση (υστεροσκοπική διαδρομή), λοίμωξη
	Σπάνια	Αιμορραγία
<i>Υστερεκτομή (Οι επιπλοκές είναι πιο πιθανές όταν η υστερεκτομή γίνεται με την παρουσία των ινομυωμάτων)</i>	Συχνά	Λοίμωξη
	Λιγότερο συχνά	Διεγχειρητική αιμορραγία, ζημιές σε άλλα κοιλιακά όργανα, όπως του ουροποιητικού συστήματος ή του εντέρου, ουροποιητική δυσλειτουργία,

		συχνουρία και ακράτεια
	Σπάνια	Θρόμβωση (DVT και θρόμβος στους πνεύμονες)
	Πολύ σπάνια	Θάνατος
<i>Ωοθηκεκτομή κατά τη στιγμή της υστερεκτομής</i>	Συχνά	Εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα

3.5 Ολιστική θεραπεία vs ανακούφιση συμπτωμάτων

Τα θέματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν είναι πολλά στο αντικείμενο αυτό και θα πρέπει να αναφέρουμε ότι αν πέσει η τοπική άμυνα του οργανισμού, μπορεί να εμφανιστούν τοπικά συμπτώματα, που όμως δεν πρέπει να αντιμετωπιστούν τοπικά. Η θεραπεία που έχει στόχο μόνο την τοπική αντιμετώπιση του συμπτώματος μπορεί να καταλήξει στη δημιουργία γενικών συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, όταν έχουμε μια τοπική αλλεργία που οφείλεται σε κάποιο ψυχολογικό παράγοντα, αν δεν αντιμετωπίσουμε τον ψυχολογικό παράγοντα και βάλουμε κορτιζόνη στη δερματική βλάβη, είναι πιθανό να καταπιέσουμε το σύμπτωμα προς τα μέσα και αυτό να εκδηλωθεί αργότερα σ' ένα βαθύτερο επίπεδο. Αυτό το φαινόμενο δεν ήταν γνωστό μέχρι πριν από λίγο καιρό, όμως έχει αρχίσει να παρατηρείται αύξηση της επίγνωσης για τα θέματα αυτά παγκοσμίως.

Έτσι λοιπόν, πρέπει να βρεθεί ένα θεραπευτικό σύστημα που να ενισχύει τον οργανισμό ως όλον και να αποφεύγει την τοπική θεραπεία. Στη γυναικολογία μπορούν να εφαρμοστούν σε μεγάλο βαθμό οι ολιστικές θεραπείες. Οι κολπίτιδες, οι δυσμηνόρροιες, οι μητρορραγίες καθώς και άλλες παθολογικές καταστάσεις του γυναικείου γεννητικού συστήματος οφείλονται σε βαθύτερους παράγοντες, οι οποίοι δεν αναγνωρίζονταν από τη γυναικολογία μέχρι τώρα. Κατά συνέπεια, γινόταν τοπική θεραπεία του συμπτώματος, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει εντέλει μια ολιστική βελτίωση της ασθενούς, αλλά ως επί τον πλείστον επιδείνωση της υγείας της. Το ολιστικό θεραπευτικό σύστημα που μπορεί να βοηθήσει τα γυναικολογικά περιστατικά είναι η ομοιοπαθητική.

3.6 Η επιστήμη της ομοιοπαθητικής

Η ομοιοπαθητική είναι μια επιστήμη που ξεκίνησε από τον Ιπποκράτη και συνεχίστηκε από τον Samuel Hahnemann. Χρησιμοποιεί σκευάσματα από πολύ αραιωμένα διαλύματα, που έχουν προέλθει από μια βασική ουσία η οποία προκαλεί τα συμπτώματα που θέλουμε να θεραπεύσουμε στον ασθενή⁷⁹.

Είναι γνωστό ότι στην ομοιοπαθητική δεν υπάρχουν ασθένειες, αλλά μόνο ασθενείς⁹⁰. Τι σημαίνει αυτό; Για παράδειγμα, αν μια γυναίκα έχει δυσμηνόρροια, πόνο δηλαδή στην περίοδο, είναι δυνατόν να πάρει σχεδόν οποιοδήποτε φάρμακο από τη **Materia Medica**⁷⁵. Το φάρμακο που θα χορηγεί δεν είναι ανάλογο με αυτό που έχει η γυναίκα σύμφωνα με την κλασική ιατρική ορολογία, αλλά είναι ανάλογο με τα σημεία και τα συμπτώματα που εμφανίζει, ανάλογο με την ιδιοσυγκρασία⁶³ της, η οποία σχεδόν πάντα είναι διαφορετική μεταξύ των ασθενών, και ανάλογο με τους τροποποιητικούς παράγοντες των σημείων και συμπτωμάτων, τα modalities δηλαδή που μπορεί να έχει κάθε ασθενής.

Όμως, σε κάθε γυναικολογική ασθένεια που περιγράφεται με όρους της κλασικής ιατρικής υπάρχουν κάποια φάρμακα τα οποία είναι πλέον χρησιμοποιούμενα, όπως για παράδειγμα σε ένα άτομο με κατάθλιψη είναι πολύ πιο πιθανόν να δώσουμε, π.χ. **Ignatia**, χωρίς βέβαια να αγνοούνται και όλα τα υπόλοιπα φάρμακα της **Materia Medica**, ή σε ένα άτομο που έχει τάση αυτοκτονίας να δώσουμε **Aurum** ή σε κάποιον που έχει πολλά νεύρα να δώσουμε **Nux Vomica**. Αυτό βεβαίως δεν σημαίνει ότι δεν μπορούμε να δώσουμε και οτιδήποτε άλλο⁷⁵.

Παρ' όλα αυτά, είναι πολύ δύσκολο να φανταστούμε ένα άτομο που να είναι χαρούμενο, να μην έχει κατάθλιψη, να γελάει και να χαίρεται, να πάρει **Ignatia**. Δεν αποκλείεται, αλλά είναι λιγότερο πιθανό. Όπως επίσης, είναι πολύ δύσκολο να φανταστούμε ένα πάρα πολύ ήρεμο άτομο, που δεν νευριάζει ποτέ ή που ζεσταίνεται να πάρει **Nux Vomica**. Έτσι λοιπόν, προσπαθούμε εδώ να αναφέρουμε απλώς τα πιο συνήθη φάρμακα σε κάθε περίπτωση, δίνοντας βεβαίως και τα modalities, περιγράφοντας αυτά, έτσι ώστε ο γιατρός εκείνος ο οποίος θα έχει μπροστά του ένα γυναικολογικό περιστατικό να μπορέσει να ανατρέξει στο κείμενο αυτό και να δει τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι αυτά είναι τα φάρμακα που οπωσδήποτε πρέπει να χρησιμοποιήσει για την ασθενή που παρακολουθεί.

Η ομοιοπαθητική είναι μια επιστήμη που στηρίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization – WHO) και τα εργαλεία της είναι το **Repertory** και η **Materia Medica**. Το **Repertory** μας βοηθά να διευκολύνουμε την αναζήτησή μας, όσον αφορά την κατάλληλη θεραπευτική ουσία που ενδείκνυται για την ομάδα σημείων και συμπτωμάτων που παρουσιάζει ο ασθενής, ενώ η **Materia Medica** μας βοηθά να θεραπεύουμε το γενικό βλέποντας το τοπικό.

Στόχος του ομοιοπαθητικού θεραπευτή στις γυναικολογικές παθήσεις είναι να αναγνωρίσει την ιδιοσυγκρασία⁶³ της κάθε γυναίκας μέσα από το ιστορικό της και όχι μόνο από το τοπικό σύμπτωμα (μητρορραγία, κολπίτιδα κ.λπ.)

Η αναγνώριση της ιδιοσυγκρασίας της γυναίκας θα επιφέρει τη θεραπεία και όχι την ανακούφιση από το τοπικό σύμπτωμα⁹⁰.

Η ανεύρεση της ιδιοσυγκρασίας⁵⁷ είναι πολύ σημαντική, διότι εδώ πρέπει να αναφερθεί ότι σε κάθε άνθρωπο και σε κάθε δεδομένη στιγμή ενδείκνυται ένα και μόνο ομοιοπαθητικό φάρμακο. Έτσι λοιπόν, είναι λάθος να πιστεύουμε ότι σε μια γυναίκα σε μια δεδομένη στιγμή θα πρέπει να της δώσουμε άλλο φάρμακο για την κολπίτιδα, άλλο φάρμακο για τη μητρορραγία και άλλο φάρμακο για τη ρινορραγία.

Μια γυναίκα που ενδεχομένως έχει μητρορραγία και συγχρόνως ρινορραγία χρειάζεται ένα φάρμακο και μόνο ένα, το οποίο θα καλύπτει όλα της τα συμπτώματα, όποια και να είναι αυτά. Στην περίπτωση μας, ένα τέτοιο φάρμακο ΜΠΟΡΕΙ να είναι ο **φώσφορος**. Όμως, μπορεί να είναι και κάποιο άλλο.

Ο ομοιοπαθητικός γιατρός μέσω της ανασκόπησης των γυναικολογικών συμπτωμάτων της ασθενούς προσπαθεί να αναγνωρίσει την ιδιοσυγκρασία⁶³ της μέσα από το μεμονωμένο γυναικολογικό σύμπτωμα ή τροποποιητικό παράγοντα. Θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι, επειδή πολλά από τα γυναικολογικά συμπτώματα έχουν ψυχοσωματική αιτιολογία, η ομοιοπαθητική είναι και η πιο κατάλληλη γι' αυτά, αλλά ενδείκνυται απόλυτα και για συμπτώματα από το γυναικείο γεννητικό σύστημα που δεν έχουν ψυχοσωματική αιτία.

Λαμβάνοντας δε υπόψη ότι και η κλασική θεραπεία έχει πολλές παρενέργειες από το ίδιο το θεραπευόμενο σύστημα ή και από άλλα συστήματα που βρίσκονται

στον οργανισμό, ενδείκνυται να αναγνωρίσουμε την ισχυρή τάση της κοινωνίας για φυσική και ασφαλή ιατρική.

Η ομοιοπαθητική είναι ασφαλής και ευγενική και ορισμένες φορές είναι και πιο αποτελεσματική από τη σύγχρονη θεραπευτική. Μια δόση μπορεί να κρατήσει για πολλούς μήνες κάθε φορά και ο ασθενής δεν χρειάζεται να παίρνει επαναλαμβανόμενες δόσεις για να έχει αποτέλεσμα, παραδείγματος χάρη, σ' έναν πονοκέφαλο όταν πάρουμε ένα παυσίπονο και περάσει ο πονοκέφαλος, μπορεί να επανέλθει, όταν περάσει η δράση του. Στο ομοιοπαθητικό, όμως, ο πονοκέφαλος δεν θα επανέλθει ίσως για 5 με 6 μήνες, ίσως και περισσότερο, γι' αυτό στην ομοιοπαθητική δεν υπάρχουν διπλές, τυφλές διασταυρούμενες μελέτες, διότι όταν η ομάδα Α θα πρέπει να πάρει το φάρμακο που πήρε η ομάδα Β, θα έχει ήδη θεραπευτεί από το ομοιοπαθητικό φάρμακο που πήρε προηγουμένως και έτσι η μελέτη θα αποτύχει.

Ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν σημεία και συμπτώματα κατά τη διάρκεια της ομοιοπαθητικής θεραπείας τα οποία από κάποιους θεραπευτές θεωρούνται θετικά και από άλλους αρνητικά⁵⁸. Αυτά τα σημεία και συμπτώματα ταξινομούνται στις εξής κατηγορίες: ομοιοπαθητική επιδείνωση, επιστροφή παλιών συμπτωμάτων και εμφάνιση νέων συμπτωμάτων.

Η ομοιοπαθητική επιδείνωση είναι μία από τις πιο γνωστές αντιδράσεις. Ορίζεται ως η επιδείνωση των συμπτωμάτων που συμβαίνουν κοντά στο χρόνο λήψης της ομοιοπαθητικής θεραπείας και ακολουθείται είτε από τα συμπτώματα που είχε ο ασθενής στην προηγούμενη κατάστασή του είτε από μια συνολική βελτίωση των συμπτωμάτων. Η ομοιοπαθητική επιδείνωση θεωρείται απόδειξη ότι ο ασθενής είναι ευαίσθητος στο φάρμακο και δεν θεωρείται αρνητική απάντηση ή αντίδραση και μπορεί να καθοδηγήσει το θεραπευτή στην αλλαγή της ομοιοπαθητικής ή της δυναμοποίησης⁵⁸.

Η επιστροφή των παλαιών συμπτωμάτων και άλλων αντιδράσεων του ασθενούς έχουν περιγραφεί από τον Constantine Hering (1800-1880) και είναι γνωστές ως Νόμος του Hering (Hering Law). Σύμφωνα με το νόμο αυτό, ο ασθενής πρέπει να βελτιωθεί από το κεφάλι προς τα κάτω, από τα ζωτικής σημασίας όργανα προς τα λιγότερο ζωτικά όργανα και από τα πιο πρόσφατα στα πρώτα ή πρώιμα συμπτώματα. Μάλιστα θα πρέπει τα συμπτώματα να εξαφανίζονται με την αντίστροφη σειρά εμφάνισής τους. Η διαδικασία επανεμφάνισης των συμπτωμάτων του παρελθόντος ονομάζεται «επιστροφή των παλαιών συμπτωμάτων» και δεν θεωρείται αρνητική διαδικασία, αλλά μπορεί να είναι ανησυχητική, αν ο ασθενής είναι απροετοίμαστος⁵⁸.

Ορισμένοι άνθρωποι μπορεί να αναπτύξουν νέα συμπτώματα έπειτα από ομοιοπαθητική θεραπεία, τα οποία δεν είχαν ποτέ πριν. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής κάνει proving του φαρμάκου, όπως όταν γίνονται οι ομοιοπαθητικές μελέτες για τη δράση ενός φαρμάκου και είναι τα συμπτώματα που μπορεί να αναπτύξει ένας υγιής άνθρωπος όταν του δίνεται ένα ομοιοπαθητικό φάρμακο. Η εμφάνιση νέων συμπτωμάτων μπορεί επίσης να συμβεί σε μια θεραπευτική κατάσταση και πιστεύεται ότι οφείλεται σε υπερδιέγερση του σώματος όταν χορηγείται το ομοιοπαθητικό φάρμακο σε πάρα πολύ υψηλή δραστηριότητα και οδηγεί στην εμφάνιση νέων συμπτωμάτων. Μπορεί επίσης να συμβεί όταν η ομοιοπαθητική θεραπεία δεν είναι η σωστή και ο ασθενής αντιδρά με την εμφάνιση συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη θεραπεία⁵⁸.

Ανακεφαλαιώνοντας, οι βασικές αρχές του Hahnemann για την ομοιοπαθητική⁹⁰ είναι ότι η θεραπεία πρέπει να είναι εξατομικευμένη, δηλαδή να

επικεντρώνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες και στα χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς, όπως αυτά αναδύονται από το ομοιοπαθητικό ιστορικό. Ο θεραπευτής πρέπει να έχει γνώση και πίστη στη θεραπεία, να μπορεί να ερμηνεύει την αντίδραση του ασθενούς, να αφήνει το φάρμακο να δρα μέχρι να ολοκληρωθεί το θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα και, τέλος, να επιλέγει τη σωστή δυναμοποίηση των θεραπειών για κάθε ασθενή.

Η επιστημονική τεκμηρίωση της ομοιοπαθητικής⁶² δεν είναι σαφής. Οι απόψεις για την κλινική αποτελεσματικότητά της είναι αμφισβητούμενες και αμφιλεγόμενες. Τα αποτελέσματα των μετα-αναλύσεων διάφορων κλινικών δοκιμών είναι θετικά για την ομοιοπαθητική, όμως σε γενικές γραμμές δεν καθορίζουν συγκεκριμένες ιατρικές οντότητες ή νόσους, οι οποίες βελτιώνονται σημαντικά με την ομοιοπαθητική. Το βασικότερο πρόβλημα είναι η φτωχή ερευνητική προσπάθεια. Οι νοσολογικές οντότητες⁶² στις οποίες θεωρείται ότι είναι ισχυρή η επιστημονική τεκμηρίωση ή η ένδειξη για την αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής είναι οι εξής: παιδική διάρροια, ινοσίτιδα, γρίπη, εποχιακή αλλεργία –αλλεργική ρινίτιδα–, πόνος (γενικά), παρενέργειες της ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας, διαστρέμματα και λοιμώξεις του αναπνευστικού. Ικανοποιητικές ενδείξεις υπάρχουν για την αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής στον πονοκέφαλο, στα εγκεφαλικά επεισόδια και στους δερματικούς ακροχόρδωνες (warts). Από τα παραπάνω, ιδιαίτερα χρήσιμη πληροφορία για την παρούσα διατριβή είναι η αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής στις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας και της χημειοθεραπείας, αφού μπορεί να αφορά πολλές γυναίκες με καρκίνο του μαστού.

Υπάρχει ένα σοβαρό πρόβλημα στην κλινική πράξη της ομοιοπαθητικής και κατ' επέκταση στη μετάδοση της εμπειρική γνώσης μεταξύ των θεραπευτών⁷⁵ και αυτό είναι τα προβλήματα στην παρουσίαση ενός περιστατικού. Δεδομένου ότι η ομοιοπαθητική εμπειρική γνώση αποτελεί σημαντική πηγή γνώσης για την ομοιοπαθητική Materia Medica και το ομοιοπαθητικό Repertory, γίνεται κατανοητό το μέγεθος του προβλήματος ενός θεραπευτή να συστήσει ομοιοπαθητικές θεραπείες σε άλλους θεραπευτές. Όπως αναφέρει και ο Cees Bass⁷⁵, οι αυστηροί κανόνες στην παρουσίαση και αναφορά των ομοιοπαθητικών περιστατικών δεν θα λύσουν αυτό το πρόβλημα. Θέτει συγκεκριμένα τις εξής ερωτήσεις ή απορίες: Τι να σκεφτεί ένας θεραπευτής για κάποιον ασθενή, που, σύμφωνα με την παρουσίαση του περιστατικού του, πάει πολύ καλά με το Conium, αλλά απεβίωσε ένα έτος αργότερα από καρδιακή προσβολή, δηλαδή κάτι που δεν είχε καμία σχέση με τα συμπτώματα για τα οποία λάμβανε Conium; Τι να σκεφτεί ένας θεραπευτής για μια γυναίκα που πάει πολύ καλά με Ignatia σε επανειλημμένες διμηνιαίες δόσεις, αλλά δύο χρόνια αργότερα έχει ανάγκη το Conium; Ή για μια γυναίκα που πάει καλά με Spongia, αλλά αναπτύσσει αργότερα καρκίνο του μαστού; Ή για ένα παιδί του οποίου τα κρυολογήματα εξαφανίζονται με Aconitum, αλλά το Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) δεν βελτιώνεται; Ποιες είναι τελικά οι συνέπειες του εικονικού φαρμάκου (placebo); Γιατί όλοι οι guru της ομοιοπαθητικής φαίνεται πως έχουν όλα τα καθαρά και ιδανικά περιστατικά; Ποιων θεραπειών τις υποθέσεις και τα περιστατικά μπορούμε να δεχτούμε; Μπορούμε να δεχτούμε τα περιστατικά από έναν ενθουσιώδη αρχάριο; Μπορούμε να δεχτούμε τα περιστατικά μόνο από γιατρούς ή και από μη γιατρούς ομοιοπαθητικούς; Τελικά σε ποιους συναδέλφους να έχει εμπιστοσύνη ένας θεραπευτής;

Σύμφωνα με τον ομοιοπαθητικό γιατρό Cees Baas⁸⁵, αν η ομοιοπαθητική είναι επιστήμη και αποτελεί μέρος του ευρύτερου ιατρικού επιστημονικού τομέα, τότε οι διαγνώσεις και οι συνταγογραφήσεις των ομοιοπαθητικών θεραπειών πρέπει να

βασίζονται σε επικυρωμένη πληροφορία ή γνώση, γιατί έτσι τα αποτελέσματα των κλινικών και επιδημιολογικών μελετών για την αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής θα είναι καλύτερα. Το πρόβλημα, σύμφωνα με τον Cees Bass, εστιάζεται στη μικρή συμμετοχή των ομοιοπαθητικών θεραπειών σε προσπάθειες συλλογής ομοιοπαθητικών κλινικών δεδομένων. Χαρακτηριστικά αναφέρει ότι στις χώρες όπου η ομοιοπαθητική είναι διαδεδομένη οι θεραπευτές νιώθουν πιο σίγουροι για την εμπειρία τους και για τις διαγνώσεις τους και δεν δίνουν κλινικές πληροφορίες. Μάλιστα, εκφράζει την άποψη ότι είναι καλύτερα που οι σκεπτικιστές και οι εχθροί της ομοιοπαθητικής εστιάζουν την επίθεσή τους στα υπεραραιωμένα διαλύματα και όχι στη διαφάνεια των διαγνωστικών κριτηρίων των ομοιοπαθητικών θεραπειών, π.χ. ότι δεν υπάρχει τέλειο ομοιοπαθητικό Repertory, ότι είναι πολύ λίγοι οι θεραπευτές που εξετάζουν τα περιστατικά τους μέσα από την ανάλυση της Materia Medica και ότι σε ένα περιστατικό 10 θεραπευτές θα δώσουν διαφορετική ομοιοπαθητική θεραπεία. Στο συγκεκριμένο άρθρο γίνεται κριτική και για την πρακτική που ακολουθείται στην εκπαίδευση και στη μετάδοση της εμπειρικής γνώσης στην ομοιοπαθητική, δηλαδή ότι πρέπει ο νέος θεραπευτής να βρεθεί δίπλα σε έναν έμπειρο θεραπευτή για να μάθει. Αναφέρει μάλιστα τη φράση του πολύ γνωστού ομοιοπαθητικού θεραπευτή Herring, που έλεγε στους μαθητές του: «Copy but copy ALL», δηλαδή αντιγράψτε τα πάντα από όσα κάνει ο δάσκαλός σας. Όλα τα παραπάνω διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο θα συνδεθεί η ομοιοπαθητική με τη γυναικολογία σε επίπεδο κλινικής πράξης και γνώσης, δηλαδή κύρια πηγή θα είναι η Materia Medica, οι σημειώσεις των δασκάλων, η κλινική εμπειρία και το ομοιοπαθητικό Repertory.

3.7 Ομοιοπαθητική και γυναικολογία

Όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο 1, όπου παρουσιάστηκε ο σκοπός της διατριβής, η διεθνής ομοιοπαθητική βιβλιογραφία για τις φυσιολογικές και παθολογικές καταστάσεις των γυναικών είναι πολύ φτωχή. Αρχικά θα πρέπει να αναφερθεί ότι στον ιστότοπο Science Gateway δεν υπάρχει καν στη λίστα με τα θέματα των περιοδικών που έχουν πολύ υψηλό impact factor η ομοιοπαθητική ή οι εναλλακτικές θεραπείες (<http://www.sciencegateway.org/rank/index.html>) και μάλιστα για το ειδικό θέμα της παθολογίας (Pathology) δεν υπάρχει κανένα εναλλακτικό ή ολιστικό περιοδικό. Ο impact factor είναι προϊόν της Thomson ISI (Institute for Scientific Information), είναι ένας ποσοτικός δείκτης αξιολόγησης των επιστημονικών περιοδικών και δηλώνει τη συχνότητα με την οποία γίνεται παραπομπή σε ένα «μέσο άρθρο» του περιοδικού. Το περιοδικό Homeopathy της Elsevier, με εκδότη τον Peter Fisher, έχει impact factor ίσο με 1.125.

Στο περιοδικό Homeopathy της Elsevier η αναζήτηση της λέξης-κλειδί «obstetrics» δίνει 11 αποτελέσματα, 5 από τα οποία αφορούν κτηνιατρικά περιστατικά. Η λέξη-κλειδί «gynaecology» δίνει 10 αποτελέσματα – τα περισσότερα είναι κοινά με την πρώτη λέξη-κλειδί. Η λέξη-κλειδί «women» δίνει 99 αποτελέσματα, από τα οποία μόλις 1 είχε στο τίτλο του τη λέξη-κλειδί «women» – MF Bordet, A Colas, P Marijnen, JL Masson, M Trichard, 2008, Treating hot flushes in menopausal **women** with homeopathic treatment-Results of an observational study Original Research Article Homeopathy, Volume 97, Issue 1, January 2008, Pages 10-15. Από τα υπόλοιπα 98 μόλις 17 αφορούν παθολογικές καταστάσεις που μπορεί να εμφανιστούν και σε γυναίκες και σε άνδρες, ενώ τα άρθρα που αναφέρονται σε αμιγώς γυναικείες παθολογικές καταστάσεις αφορούν κυρίως τη δυσμηνόρροια και την εμμηνόπαυση και είναι 6 σε αριθμό, ενώ 2 αφορούν τον καρκίνο του μαστού και

άλλα 2 αυτοάνοσα νοσήματα, όπως ο ομαλός λειχήνας και η ινομυαλγία. Όλα αυτά σε ένα περιοδικό που θεωρείται το εγκυρότερο ομοιοπαθητικό περιοδικό και κυκλοφορεί από το 2002. Η αντίστοιχη λέξη-κλειδί στο περιοδικό British Homeopathic Journal δίνει 877 αποτελέσματα, από τα οποία τα 7 έχουν στο τίτλο τους τη λέξη women/woman. Στη λέξη-κλειδί «obstetrics» δίνονται 29 άρθρα, από τα οποία μόλις τα 3 έχουν στον τίτλο τους τη λέξη-κλειδί.

Στον ιστότοπο του οργανισμού American Institute of Homeopathy (homeopathyUSA.org) παρουσιάζεται η παρακάτω λίστα παθολογικών καταστάσεων, στις οποίες η ομοιοπαθητική είναι σημαντικά αποτελεσματική. Στη λίστα αυτή σημειώνονται οι γυναικολογικού ενδιαφέροντος παθολογικές καταστάσεις:

Acute viral syndromes

Asthma

Chronic fatigue syndrome

Childhood diarrhea

Grief reactions

Ineffective labor

Menopausal symptoms

Toxemia of pregnancy

Osteoarthritis

Insomnia

Otitis media, purulent and serous

Eczema

Enuresis Allergies

Anxiety disorders

Croup

Colic

Dysmenorrhea

Inflammatory arthritis

Mastitis

Hypermenorrhea

Migraine

Recurrent miscarriage

Post traumatic stress syndrome

Inflammatory bowel disease Attention deficit/hyperactivity disorder

Chronic viral conditions

Vaginitis

Nausea of pregnancy

Infertility

Recurrent urinary tract infections

Premenopausal syndrome, acute or chronic

Functional complaints (e.g., irritable bowel syndrome)

Thyroid conditions

(πηγή: <http://homeopathyusa.org/faq.html>)

Η παραπάνω βιβλιογραφική έρευνα καθορίζει ποιες γυναικολογικές παθολογικές καταστάσεις θα αναφερθούν αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο.

4. Ομοιοπαθητική Materia Medica και γυναικολογικές παθολογικές καταστάσεις

4.1 Εισαγωγή

Πολλές φορές η ομοιοπαθητική αποδεικνύεται πολύ πιο αποτελεσματική από τη σύγχρονη ιατρική, ενώ σε άλλες περιπτώσεις η σύγχρονη ιατρική μπορεί να αποδειχθεί πιο αποτελεσματική από την ομοιοπαθητική. Ο ανθρώπινος οργανισμός έχει πια πολύ λιγότερες δυνατότητες να ανταποκριθεί στη χημική ουσία του κλασικού φαρμάκου και είναι πολύ πιο δεκτικός στις παρενέργειές. Έτσι λοιπόν στην εποχή μας η ομοιοπαθητική γίνεται πολύ πιο απαραίτητη, γιατί χρησιμοποιεί έναν τρόπο που δεν έχει παρενέργειες, είναι μη τοξικός και βελτιώνει το ανοσολογικό σύστημα, αντί να το μειώνει, καθώς πολλές φορές μπορεί να αντιμετωπίσει οξείες και σοβαρές καταστάσεις, οι οποίες θα χρειάζονταν πολύ χρόνο να αντιμετωπιστούν με τις λεγόμενες «ορθόδοξες» μεθόδους.

4.2 Ομοιοπαθητική και εγκυμοσύνη

Η ομοιοπαθητική μπορεί να παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην εγκυμοσύνη¹⁰¹. Είναι γνωστό ότι στην εγκυμοσύνη δεν επιτρέπεται, ή μάλλον είναι προτιμότερο να αποφεύγεται, η χορήγηση χημικών φαρμάκων. Ο λόγος είναι ότι τα περισσότερα χημικά φάρμακα διαπερνούν τον πλακουντιακό φραγμό και προσπελάζουν το έμβρυο, στο οποίο μπορεί να προκαλέσουν άμεσες ή απώτερες βλάβες. Έτσι λοιπόν, στα περισσότερα κλασικά φάρμακα αναγράφεται ότι είναι καλό να μη χορηγούνται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης ή της γαλουχίας. Το ομοιοπαθητικό φάρμακο δεν παρουσιάζει κανένα τέτοιο πρόβλημα. Η χορήγησή του στην περίοδο της εγκυμοσύνης είναι χωρίς παρενέργειες. Μερικές φορές η ομοιοπαθητική μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη προβλημάτων και επιπλοκών της εγκυμοσύνης με τρόπους που η σύγχρονη ιατρική δεν μπορεί.

Σύμφωνα με μελέτη των Allaire, Moss, Wells (2000) σε 120 μαίες, από τις οποίες συμμετείχαν οι 82, οι εναλλακτικές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης της ομοιοπαθητικής, χρησιμοποιούνται από πολλές γυναίκες στις ΗΠΑ και προτείνονται από πολλές μαίες¹⁰¹. Οι εναλλακτικές θεραπείες που προτείνονται στη μελέτη αυτή ανήκουν στις εξής κατηγορίες: βοτανοθεραπεία (73,2%), μασάζ (67,1%), χειροπρακτική (57,3%), acupressure (52,4%), θεραπείες στο πνεύμα και στο σώμα (mind-body interventions) (48,8%), αρωματοθεραπεία (32,9%), **ομοιοπαθητική** (30,5%), πνευματική θεραπεία (23,2%), βελονισμός (19,5%) και βιοανάδραση ή μαγνητισμός (14,6%). Οι εναλλακτικές θεραπείες δόθηκαν σε εγκύους για την αντιμετώπιση των παρακάτω συμπτωμάτων: ναυτία, έναρξη του τοκετού, δυσφορία του περινέου, διαταραχές του θηλασμού, κατάθλιψη μετά τη γέννα, πρόωρος τοκετός, αιμορραγία μετά τη γέννα, αναισθησία κατά τη γέννα και λανθασμένη ή ανώμαλη εικόνα του εμβρύου (malpresentation).

4.3 Ομοιοπαθητική και γονιμότητα

Σε μια μελέτη¹⁰² των Rayner, McLachlan, Forster και Cramer στην Αυστραλία το 2007, μελετήθηκε η χρήση των εναλλακτικών θεραπευτικών μεθόδων για την ενίσχυση της γονιμότητας των γυναικών και αναλύθηκε η εμπειρία των γυναικών που συμμετείχαν αλλά και των θεραπειών που τις παρακολουθούσαν. Οι σχετικές με το θέμα μελέτες είναι πολύ λίγες. Η τάση στην Αυστραλία είναι οι γυναίκες να

χρησιμοποιούν εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά είναι σχετικά άγνωστο το θέμα της χρήσης των εναλλακτικών μεθόδων για την ενίσχυση της γονιμότητας. Η ηλικία των γυναικών που γεννούν για πρώτη φορά έχει αυξηθεί, με αποτέλεσμα τα ζευγάρια να καταφεύγουν σε τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, για να καταφέρουν να γίνουν γονείς. Οι θεραπευτές ανέφεραν στη μελέτη αυτή ότι πολλές από τις γυναίκες που έκαναν υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ζητούσαν συμβουλές για την ενίσχυση της γονιμότητάς τους. Οι εναλλακτικές θεραπείες χρησιμοποιήθηκαν με σκοπό τη διατήρηση της καλής υγείας και την ενίσχυση της γονιμότητας. Χαρακτηριστικά αναφέρεται στα συμπεράσματα της μελέτης ότι μια γυναίκα θα έκανε τα πάντα για να μείνει έγκυος και ότι η εμπειρία των γυναικών από την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι άσχημη, ενώ αναφέρουν ότι δίσταζαν να εκμυστηρευτούν στο γιατρό τους ότι λάμβαναν και εναλλακτικές θεραπείες. Οι περισσότερες γυναίκες είχαν θετική άποψη και εμπειρία από τις εναλλακτικές θεραπείες που χρησιμοποίησαν. Όπως και σε κάθε άλλη μελέτη για τις εναλλακτικές θεραπείες, υπάρχει το πρόβλημα του σκεπτικισμού από τους κλασικούς γιατρούς για τη θετική δράση τους. Το βασικότερο πρόβλημα, σύμφωνα με τη μελέτη, είναι ότι πρέπει να ενισχυθεί η επικοινωνία μεταξύ των γυναικών, των κλασικών γιατρών και των εναλλακτικών θεραπειών. Επίσης, χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για την αποτελεσματικότητα των εναλλακτικών θεραπειών στην ενίσχυση της γονιμότητας.

4.4 Ομοιοπαθητική αντιμετώπιση της δυσμηνόρροιας

Το ομοιοπαθητικό φάρμακο ενδείκνυται στη δυσμηνόρροια. Στην Αγγλία και στην Αμερική, ο όρος που χρησιμοποιείται για τα χημικά φάρμακα είναι «drugs», ενώ ο όρος αυτός δεν χρησιμοποιείται ποτέ στην ομοιοπαθητική. Ο όρος που χρησιμοποιείται για τα ομοιοπαθητικά σκευάσματα είναι «remedies», δηλαδή «θεραπείες». Έτσι λοιπόν στο εξής αντί για «ομοιοπαθητικά φάρμακα» θα χρησιμοποιείται ο όρος «ομοιοπαθητικές θεραπείες». Οι «ομοιοπαθητικές θεραπείες» δεν είναι κάποια συνεχιζόμενη θεραπεία, αλλά αυτό που εννοεί συνήθως ο κόσμος λέγοντας «φάρμακα».

Στη δυσμηνόρροια, αλλά και σε όλες τις άλλες νοσολογικές καταστάσεις που θα περιγραφούν στη διατριβή, μπορεί να ενδείκνυται οποιαδήποτε ομοιοπαθητική θεραπεία, οποιοδήποτε ομοιοπαθητικό σκεύασμα. Στη συνέχεια θα περιγραφούν κάποιες ομοιοπαθητικές θεραπείες, δηλαδή θα περιγραφούν τα κυριότερα συμπτώματά τους. Αυτές οι ομοιοπαθητικές θεραπείες που επιλέχθηκαν μπορεί να είναι πιο συχνές, στη χορήγησή τους στην κλινική πράξη, στην αντίστοιχη νοσολογική οντότητα που περιγράφεται.

Έτσι λοιπόν, για τη δυσμηνόρροια, υπάρχει περίπτωση η γυναίκα που θα επισκεφτεί τον ομοιοπαθητικό θεραπευτή να ωφεληθεί από τις κάτωθι ομοιοπαθητικές θεραπείες:

4.4.1 Pulsatilla και δυσμηνόρροια

Η εικόνα της Pulsatilla για τη δυσμηνόρροια μπορεί να είναι η εξής:

- Κράμπες και πόνος δηλαδή:
 - Πόνος στη μήτρα πριν από την περίοδο, που καλυτερεύει με τη ζέστη.
 - Πόνος σαν κράμπα κατά τη διάρκεια της περιόδου, που χειροτερεύει με το περπάτημα.

- Πόνοι στην κοιλιά σαν να την κόβουν μαχαίρια, που καλυτερεύει με την κίνηση.
- Ναυτία ή εμετός.
- Μελαγχολία.
- Ευερεθιστότητα πριν από την περίοδο.
- Καχυποψία.
- Κλάμα πριν και κατά τη διάρκεια των περιόδων.
- Αδιαφορία.
- Αίσθημα ζάλης πριν από την περίοδο.
- Πονοκέφαλος πριν από την περίοδο.
- Ημικρανία κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Φούσκωμα στην κοιλιά πριν από την περίοδο.
- Διάρροια κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Βαριές περίοδοι και βαριές περίοδοι με πηγμένα.
- Ενδομητρίωση.
- Περίοδος που είναι μικρή σε ποσότητα.
- Ευαίσθητοι μαστοί πριν από την περίοδο.
- Πόνος στην πλάτη ή στη μέση πριν από την περίοδο.
- Καθυστερημένη εμμηναρχή, ειδικά σε νέα κορίτσια.
- Η περίοδος ρέει μόνο την ημέρα.
- Ανατριχίλες, ωχρο πρόσωπο, χασμουρητά και τεντώματα πριν από την περίοδο.
- Πίεση στο ορθό σαν να θέλει να πάει τουαλέτα.
- Συχνουρία.
- Περίοδος που σταματάει, κυρίως από το κρύο ή αν βραχούν τα πόδια.
- Περίοδος με λίγο αίμα ή που έχει καθυστερήσει να έρθει, που μια ρέει, μια δεν ρέει, και συνοδεύεται από ανατριχίλες, λύπη, ωχρο πρόσωπο, τάση για κλάμα, τρόμο των ποδιών και αίσθημα κρύου.
- Κλάμα με τα πάντα είτε είναι ευχάριστα είτε δυσάρεστα.
- Περίοδος που σχεδόν σταματάει τη νύχτα.
- Βαρύς πιεστικός πόνος στην κοιλιά σαν να της έχουμε βάλει πάνω μια πέτρα.
- Τα συμπτώματα όλα αλλάζουν.
- Οι πόνοι αλλάζουν θέση.

4.4.2 Sepia και δυσμηνόρροια

Η εικόνα της Sepia για τη δυσμηνόρροια μπορεί να είναι η εξής:

- Κράμπες πριν από την περίοδο, που βελτιώνονται ή καλυτερεύουν όταν διπλώνεται στα δύο (Coloc).
- Πόνος στη μήτρα πριν από την περίοδο, που βελτιώνεται ή καλυτερεύει όταν ξαπλώνει δεξιά.
- Μελαγχολία πριν από την περίοδο.

- Ευερεθιστότητα πριν από την περίοδο.
- Αδιαφορία πριν από την περίοδο.
- Κακή διάθεση πριν από την περίοδο.
- Ημικρανίες, ιδιαίτερα δεξιά.
- Ακμή στο πρόσωπο.
- Πόνος στον κόλπο κατά τη σεξουαλική επαφή.
- Ιδρώτας κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Αδυναμία κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Τρέμουλο πριν από την περίοδο.
- Αίσθημα εξάντλησης με πόνο πριν από την περίοδο, που χειροτερεύει με το κρύο.
- Αίσθημα πίεσης προς τα κάτω, σαν να πέφτει η μήτρα.
- Κίτρινη λευκόρροια πριν από την περίοδο.
- Λευκόρροια πριν από την περίοδο σαν γάλα.
- Κολπικά υγρά που μυρίζουν.
- Περίοδος που ρέει μόνο το πρωί.
- Περίοδος που διαρκεί μία μέρα.
- Μυρίζει το στόμα πριν από την περίοδο.
- Πόνος στο περίνεο πριν από την περίοδο.
- Μελαγχολική διάθεση το πρωί όταν έρθει η περίοδος.
- Μεγάλη εξάντληση το πρωί όταν έχει περίοδο.
- Το βράδυ δεν μπορεί να κοιμηθεί εξαιτίας του πόνου.
- Ισχυρός μετωπιαίος πονοκέφαλος κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Νιώθει ότι πρέπει να σταυρώσει τα πόδια της για να μη φύγει η μήτρα από κάτω.
- Ο πόνος στην περίοδο καλυτερεύει όταν αρχίσει η ροή (**Lachesis**). Στην **Pulsatilla** συμβαίνει το αντίθετο (ο πόνος στην περίοδο χειροτερεύει όταν αρχίσει η ροή).
- Μετά την περίοδο πόνος στο στήθος, ναυτία, τάση για εμετό, βράχνος φωνής.
- Ξηρότητα του κόλπου, η οποία είναι ενοχλητική στο περπάτημα.
- Ο ιδρώτας στις μασχάλες μυρίζει.

4.4.3 Colocynthis και δυσμηνόρροια

Το Colocynthis είναι μια πολύ σημαντική ομοιοπαθητική θεραπεία για τη δυσμηνόρροια. Η εικόνα του Colocynthis για τη δυσμηνόρροια μπορεί να είναι η εξής:

- Πόνος κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Περίοδος με πολύ αίμα.
- Πόνος που την αναγκάζει να σκύψει στα δύο για να ανακουφιστεί.
- Πόνος που την αναγκάζει να πιέσει κάτι σκληρό στην κοιλιά της για να ανακουφιστεί.

- Νευραλγικοί πόνοι στη διαδρομή των νεύρων.
- Ωοθήκη σαν να καίει (καυστικός πόνος στην ωοθήκη).
- Δίψα κατά την περίοδο.
- Πόνος μετά την περίοδο.
- Ανησυχία – ακαθυσία κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Συνήθως ο πόνος είναι αριστερά.
- Η περιοχή της πυέλου είναι μουνδιασμένη με τσιμπήματα.
- Δυσπεψία με θυμό.
- Τα συμπτώματα χειροτερεύουν με το φαγητό και το ποτό.
- Η κοιλιά είναι πολύ ευαίσθητη στη αφή.
- Ο πόνος έρχεται σε παροξυσμούς.
- Η ασθενής είναι πολύ ευερέθιστη, ανυπόμονη, νευριάζει ή προσβάλλεται κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνέντευξης.
- Πετάει πράγματα.
- Έντονος πόνος σαν αστραπή που κατεβαίνει προς τα πόδια.
- Νιώθει χειρότερα 4 με 9 το πρωί.
- Ζαλίζεται όταν γυρίσει το κεφάλι γρήγορα.
- Επιθυμεί ψωμί και μπίρα.
- Δεν θέλει να τρώει φαγητό και να μιλάει.

Όπως λέει ο καθηγητής Γεώργιος Βυθούλκας στη **Materia Medica Viva**, στο κεφάλαιο του **Colocynthis** και στην πρώτη γραμμή, το **Colocynthis** είναι μια ουσία που επηρεάζει την κοιλιά, ιδιαίτερα το παχύ έντερο. Προκαλεί φλεγμονή των βλεννωδών μεμβρανών του παχέος εντέρου, οι οποίες συχνά συνδέονται με κράμπες και σπασμούς. Εδώ, πρέπει να λάβουμε υπόψη μας ότι η δυσμηνόρροια πολλές φορές προκαλείται και από μια μικροφλεγμονή (ιδιαίτερα η δευτεροπαθής δυσμηνόρροια) που υπάρχει στην ωοθήκη και επινέμεται το παχύ έντερο. Έτσι λοιπόν, εξηγούνται και τα συμπτώματα της θεραπείας **Colocynthis**.

4.4.4 Viburnum Opulus και δυσμηνόρροια

Αυτή είναι μία από τις επίσης συχνά χρησιμοποιούμενες θεραπείες για τη δυσμηνόρροια, καθώς ανακουφίζει όλες τις περιπτώσεις νευραλγικού ή συμφορητικού τύπου, καθώς επίσης μερικές από τις άλλες περιπτώσεις δυσμηνόρροιας (μεμβρανώδης και αποφρακτική). Παρ' όλα αυτά, η δράση του φαίνεται να εξαντλείται έπειτα από τρεις μήνες. Η εικόνα του Viburnum Opulus για τη δυσμηνόρροια μπορεί να είναι η εξής:

- Έντονοι πόνοι που έχουν κατεύθυνση προς τα κάτω, πριν από την περίοδο, καθώς και τράβηγμα στους πρόσθιους μυς των μηρών.
- Έντονος πόνος στην περιοχή του ιερού οστού και πάνω από την ηβική σύμφυση.
- Μερικές φορές υπάρχουν και οξείς διαξιφιστικοί πόνοι στις ωοθήκες.
- Μπορεί επίσης να υπάρχουν πόνοι που να εκνευρίζουν τη γυναίκα τόσο πολύ, ώστε να μην μπορεί να μείνει ακίνητη σε ένα σημείο.
- Κωλικοειδείς πόνοι σαν κράμπες στο κατώτερο μέρος της κοιλιάς.

- Πόνοι που διαπερνούν τη μήτρα.
- Ο πόνος αρχίζει στη μέση και έρχεται κυκλικά προς τα εμπρός καταλήγοντας σε κράμπες στη μήτρα.
- Ναυτία κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Πόνοι σαν κράμπες και μεγάλη νευρική ανησυχία κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Η ροή σταματάει για αρκετές ώρες και επανέρχεται με πήγματα.
- Η ροή της περιόδου δεν είναι μεγάλη.
- Το αίμα της περιόδου έχει ανοιχτό χρώμα.
- Αίσθηση ελαφρύτητας στο κεφάλι.
- Τάση λιποθυμίας όταν προσπαθεί να ανακαθίσει από την ξαπλωτή θέση.
- Αίσθηση σαν να πέφτει εμπρός.
- Ίλιγγος.
- Πολύ ευερέθιστη.
- Η μέση πονάει σαν να πρόκειται να σπάσει.
- Το **Viburnum Opulus** είναι το μόνο φάρμακο στο οποίο η γυναίκα έχει μια «αύρα» πριν έρθει η περίοδος. Έχει δηλαδή ένα αίσθημα συμφοράς και καταλαβαίνει ότι πρόκειται σύντομα να έρθει η περίοδος.
- Μπορεί να είναι μια υστερική γυναίκα, ψηλή και αδύνατη, με σκούρο δέρμα ή με ανοιχτό χρώμα μαλλιών.

4.4.5 Belladonna και δυσμηνόρροια

Η Belladonna χορηγείται στον πρωτοπαθή τύπο, συγγενούς αιτιολογίας, ή στον νευραλγικό τύπο. Η εικόνα της Belladonna για τη δυσμηνόρροια μπορεί να είναι η εξής:

- Πόνος στην κοιλιά σαν κράμπα, που είναι χειρότερα αμέσως πριν από την περίοδο και χειροτερεύει με το περπάτημα.
- Πόνος στην κοιλιά κατά τη διάρκεια της περιόδου σαν να σχίζεται η μήτρα.
- Πόνος κατά τη διάρκεια της περιόδου, που χειροτερεύει όταν ξαπλώνει στο κρεβάτι.
- Νοητική νωθρότητα πριν από την περίοδο.
- Κεφαλαλγία πριν από την περίοδο.
- Δεξιά ημικρανία κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Βαριές περίοδοι με πήγματα.
- Περίοδος με ανοιχτό κόκκινο αίμα που ρέει άφθονο.
- Περίοδος που χειροτερεύει με την παραμικρή κίνηση.
- Δέρμα ζεστό και πρόσωπο σε έξαρση.
- Πόνοι που έρχονται και σταματούν απότομα.
- Περίοδος που μυρίζει και έχει πήγματα.
- Νιώθει, σαν τη **Sepia** και λίγο σαν το Viburnum, ότι όλα εξέχουν από τον κόλπο, κάτι από το οποίο ανακουφίζεται όταν κάτσει ίσια στην καρέκλα.
- Η δυσμηνόρροια της **Belladonna** είναι έντονα αλγινή.

- Ο κόλπος είναι ξηρός και θερμός.
- Οι πόνοι διατρέχουν την πύελο σε μια κατεύθυνση παράλληλα με το έδαφος.
- Μπορεί να συνυπάρχει παλμικός πονοκέφαλος.
- Ο σφυγμός είναι γεμάτος.
- Η κοιλιά είναι ζεστή και έντονα διατεταμένη.
- Η κοιλιά είναι ευαίσθητη στην αφή ή στο τράνταγμα.
- Νιώθει μεγάλη τάση προς τα κάτω στα γεννητικά όργανα.
- Έντονος πυρετός με ντελίριο και παραισθήσεις.
- Δαγκώνει και σχίζει τα ρούχα της.
- Βίαιη και ανήσυχη.
- Το αίμα που βγαίνει από τον κόλπο είναι ιδιαίτερα ζεστό.
- Συνυπάρχει έντονος παλμικός πονοκέφαλος, ο οποίος ανακουφίζεται από εξωτερική πίεση.
- Μπορεί να υπάρχουν παλμική οδονταλγία, σπασμωδικοί ινιδισμοί, μυδρίαση, ντελίριο, φρενίτις, οργή.
- Στο υπερηχογράφημα ανευρίσκεται χρόνια διόγκωση των ωοθηκών, οι οποίες διογκώνονται ακόμα περισσότερο κατά τη διάρκεια της περιόδου και προκαλούν πολύ πόνο.
- Πόνοι που έρχονται ευθεία από πίσω προς τα εμπρός ή από εμπρός προς τα πίσω.
 - Στη **Sepia** και στη **Platina** οι πόνοι πηγαίνουν γύρω γύρω.
 - Στο **Murex** οι πόνοι πηγαίνουν επίσης από εμπρός προς τα πίσω ή ανάποδα, σε ευθεία γραμμή πάντα.

4.4.6 Cimicifuga Racemosa και δυσμηνόρροια

Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ρευματικές, νευραλγικές και συμφορητικές περιπτώσεις. Είναι μία από τις καλύτερες θεραπείες για τη δυσμηνόρροια. Τα χαρακτηριστικά της είναι ότι:

- Οι πόνοι μεταφέρονται από τη μια μεριά της πύελου στην άλλη.
- Οξείς, διαξιφιστικοί πόνοι στην περιοχή της μήτρας και των ωοθηκών.
- Αίσθηση ότι η κοιλιά τραβάει προς τα κάτω.
- Πόνος στη μέση
- Νευρικός πονοκέφαλος.
- Υστερικοί σπασμοί.
- Μικρή ροή ανάμεσα στις περιόδους.
- Αδυναμία.
- Νευραλγικοί πόνοι.
- Η ασθενής είναι σε κατάθλιψη.
- Τα νοητικά συμπτώματα είναι χειρότερα κατά τη διάρκεια της περιόδου και συνήθως εναλλάσσονται με ρευματικούς πόνους.
- Η ασθενής είναι πάντοτε λυπημένη και υστερική.
- Οι μυϊκοί πόνοι σχετίζονται με διαταραχές από την πλευρά της μήτρας.

- Υπάρχει μια τάση για κίνηση στα πόδια.
- Νευρική κατάσταση κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Το αίμα της περιόδου είναι μαυριδερρό και εν μέρει πηγμένο.
- Όλα τα νοητικά και σωματικά συμπτώματα χειροτερεύουν με τη ροή της περιόδου.

4.4.7 **Cantharis Vesicatoria** και δυσμηνόρροια

Άλλη μια κατάλληλη θεραπεία, ιδιαίτερα στη μεμβρανώδη δυσμηνόρροια. Για να δοθεί **Cantharis** στην περίπτωση της δυσμηνόρροιας, θα πρέπει σχεδόν πάντα να υπάρχουν και συμπτώματα από την ουροδόχο κύστη. Τα χαρακτηριστικά της σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Έντονος τεινεσμός στην ουροδόχο κύστη.
- Γλοιώδης έκκριση που περιέχει γραμμές αίματος.
- Πόνος κατά την ούρηση.
- Κολικός που κάνει την ασθενή να διπλώνεται στα δύο από τον πόνο (**Colocynthis**).
- Συχνουρία.
- Πόνος στην ωοθήκη.
- Νιώθει τη μήτρα μεγάλη και πρησμένη.
- Οι μαστοί πονούν.
- Έντονη φαγούρα στην περιοχή του κόλπου.
- Καύσος στην περιοχή του αιδοίου.
- Άγχος.
- Ακαθυσία.
- Έντονη ερωτική επιθυμία.
- Υπερευαισθησία με υπερβολική αδυναμία.
- Η ροή είναι έντονη.
- Η ροή έρχεται πολύ νωρίς.
- Η ροή έχει πολύ μαύρο αίμα.
- Υπερευαισθησία όλων των τμημάτων του σώματος.
- Καύσος σε κάθε τμήμα του σώματος, τόσο εσωτερικά όσο και εξωτερικά.
- Τα γαστρικά ενοχλήματα χειροτερεύουν με την πόση καφέ, ενώ στη **Lachesis** υπάρχει επιθυμία για καφέ, αλλά δεν χειροτερεύουν τα συμπτώματα.
- Αν η γυναίκα πει έστω και μια μικρή ποσότητα νερού, αυξάνεται ο πόνος στην ουροδόχο κύστη.
- Υπάρχουν έντονοι διαξιφιστικοί πόνοι προς τους νεφρούς και από τους νεφρούς.
- Χειροτερεύει βλέποντας αστραφτερά αντικείμενα και νερό.
- Έντονη σεξουαλική επιθυμία.

4.4.8 Xantoxylum Fraxineum και δυσμηνόρροια

Μια πολύ καλή θεραπεία για τη δυσμηνόρροια. Η θεραπεία αυτή έχει σχεδόν μια χρήση στην ομοιοπαθητική και η χρήση αυτή είναι η χορήγησή της στη δυσμηνόρροια και στους πόνους της μήτρας. Τα χαρακτηριστικά της σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Αγωνιώδεις πόνοι.
- Καυστικοί πόνοι.
- Πόνοι που εκτείνονται προς τα κάτω.
- Πόνοι που εκτείνονται προς τους μηρούς κατά μήκος των νεύρων, με μια αίσθηση σαν τα πόδια να έχουν παραλύσει.
- Η περίοδος είναι συνήθως έντονη και συνοδεύεται από αγωνιώδεις πόνους, που δίνουν στη γυναίκα την προς τα κάτω αίσθηση.
- Πόνος συνήθως στην αριστερή ωοθήκη, παρόλο που μπορεί να επηρεάσει και τη δεξιά.
- Συνδέεται με το νευραλγικό τύπο δυσμηνόρροιας.
- Κεφαλαλγία πάνω από το αριστερό μάτι την προηγούμενη ημέρα από την περίοδο.
- Φαίνεται να συνδέεται με γυναίκες που έχουν μια ντελικάτη αλλά και αγχώδη συγχρόνως ιδιοσυγκρασία.
- Η ασθενής είναι νευρική, μελαγχολική και φοβισμένη.
- Υπάρχουν νευραλγικοί πόνοι που αντανακλούν σαν να χτυπάει ηλεκτρικό ρεύμα.
- Διαταραχή του ύπνου λόγω του πόνου.
- Η ασθενής είναι λεπτή, σε απίσχνανση, με φτωχή αφομοίωση της τροφής και παρουσιάζει αϋπνίες.
- Η ασθενής έχει αφωνία και μια επιθυμία να πάρει βαθιά αναπνοή.
- Η περίοδος είναι πολλή, σχεδόν μαύρη.
- Συνυπάρχει λευκόρροια μαζί με την περίοδο.

4.4.9 Magnesia Phosphorica και δυσμηνόρροια

Πολλές φορές είναι το φάρμακο επιλογής για τη μεμβρανώδη δυσμηνόρροια. Αποτελεί την κυριότερη θεραπεία για υπερβολικούς πόνους και κράμπες στη δυσμηνόρροια μαζί με το Cuprum. Τα χαρακτηριστικά της σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Ο πόνος αρχίζει αμέσως πριν ξεκινήσει η ροή ή αρχίζει αμέσως αφού έχει ξεκινήσει η ροή.
- Η γυναίκα επιθυμεί τα ζεστά επιθέματα στην περιοχή της μήτρας και ανακουφίζεται από την πίεση και την κίνηση.
- Βλέπουμε ότι υπάρχουν μεμβράνες στη ροή της περιόδου.

4.4.10 Natrum Muriaticum και δυσμηνόρροια

Είναι μια πολύ χρήσιμη θεραπεία. Τα χαρακτηριστικά της σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Σκούρα και αραιή περίοδος.
- Πριν από την περίοδο υπάρχει πονοκέφαλος.
- Επιχείλιος έρπητας ή φουσκάλες στα χείλη έπειτα από πυρετό.
- Αλλεργίες και εξανθήματα κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού.
- Έντονο κάψιμο στον κόλπο σαν να τον κόβουν ξυράφια, το ίδιο κάψιμο υπάρχει και στη μήτρα
- Έντονη μελαγχολία.
- Η ροή έρχεται πολύ νωρίς, είναι πολύ έντονη και υπάρχει πονοκέφαλος, σαν το κεφάλι να πηγαίνει να σπάσει, και συχνά νιώθει ρίγη.
- Κράμπες στην κατώτερη περιοχή της κοιλιάς, οι οποίες χειροτερεύουν όταν έρθει η περίοδος και εκτείνονται προς τη μέση.
- Κλάμα πριν από την περίοδο (**Pulsatilla**).
- Η γυναίκα επίσης κλαίει και κατά τη διάρκεια της περιόδου και παρουσιάζει απάθεια και εγκεφαλο ο οποίος λειτουργεί αργά νοητικά (βραδύνοια).
- Πόνος στον κόλπο κατά τη διάρκεια της επαφής.
- Χειροτερεύει με τη ζέστη.

4.4.11 Ferrum Phosphoricum και δυσμηνόρροια

Πολλές φορές είναι η ενδεικνύομενη θεραπεία για τη μεμβρανώδη δυσμηνόρροια. Αυτή η θεραπεία μπορεί να ληφθεί πριν από τις περιόδους ως προληπτική θεραπεία, σε περίπτωση χρόνιας δυσμηνόρροιας. Τα χαρακτηριστικά της σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Υπερβολικό αίμα στη μήτρα κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Ο κόλπος είναι ξηρός και πολύ ευαίσθητος.
- Πόνος κατά τη διάρκεια της περιόδου με έντονη κόκκινη ροή, αναποκοκκινισμένο πρόσωπο και γρήγορο σφυγμό.
- Μερικές φορές υπάρχει έμετος φαγητού.

4.4.12 Bellis Perennis και δυσμηνόρροια

Τα χαρακτηριστικά της σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Δυσμηνόρροια που χειροτερεύει περίπου στις 3 το μεσημέρι.
- Δυσμηνόρροια που είναι έντονη μεταξύ 3 με 4 το πρωί.
- Δυσμηνόρροια που καλυτερεύει με ισχυρή πίεση στο υπογάστριο (Βυθούλκας).
- Δυσμηνόρροια που καλυτερεύει με κρύα επιθέματα.
- Δυσμηνόρροια που δεν καλυτερεύει με τη ζέστη.
- Δυσμηνόρροια που συνοδεύεται από ναυτία και έμετο.
- Δυσμηνόρροια που συνοδεύεται από παλμική αίσθηση στην πύελο.
- Δυσμηνόρροια με πόνους που αντανακλούν από τη μήτρα προς το ορθό και ο πόνος στη μήτρα καλυτερεύει με το να μαζεύει η ασθενής τα γόνατα προς το στήθος.
- Άκρα που είναι κρύα έπειτα από τραυματισμό.

4.4.13 Διαφορική διάγνωση για την ομοιοπαθητική θεραπεία της δυσμηνόρροιας

Από τις ομοιοπαθητικές θεραπείες που αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, τα σημαντικότερα διαφοροδιαγνωστικά σημεία είναι τα εξής:

- Θα χορηγήσουμε **Pulsatilla** σε ένα άτομο που κλαίει εύκολα πριν και κατά τη διάρκεια των περιόδων.
- Θα χορηγήσουμε **Sepia** σε ένα άτομο που δεν έχει καμία σεξουαλική επιθυμία, εμφανίζει άσχημη διάθεση πριν από την περίοδο και ιδρώτα κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Θα χορηγήσουμε **Calcarea** όταν υπάρχει επιθυμία για γλυκά, τάση για αύξηση βάρους και χειροτερεύει με το κρύο.
- Θα χορηγήσουμε **Nux Vomica** όταν υπάρχει έντονος εκνευρισμός, έχει την τάση να διπλώνεται στα δύο, επίσης χειροτερεύει με το κρύο, νιώθει αδυναμία και εξάντληση.
- Θα χορηγήσουμε **Lycopodium** όταν υπάρχουν πολλά αέρια, τρεμούλα ανάμεσα στις περιόδους, προεμηνόρροιακό σύνδρομο, που προηγείται της δυσμηνόρροιας, χειροτερεύει με το κρύο και λιποθυμά πριν έρθει η περίοδος.
- Θα χορηγήσουμε **Belladonna** όταν έχουμε μαζί με την περίοδο δεξιά ημικρανία, βαριά περίοδο, δέρμα ζεστό και σε έξαψη, καθώς και κρύα άκρα.
- Θα χορηγήσουμε **Lachesis** σε μια γυναίκα που καλυτερεύει αμέσως μετά την πρώτη σταγόνα αίματος, έχει προεμηνόρροιακό σύνδρομο, μπορεί να λιποθυμήσει από την αίσθηση του πόνου και χειροτερεύει με τη ζέστη.
- Θα χορηγήσουμε **Sulphur** όταν χειροτερεύει με τη ζέστη και ζεσταίνεται υπερβολικά, βγάζει τα πόδια έξω από το κρεβάτι όταν κοιμάται και νιώθει ιδιαίτερη αδυναμία κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Θα χορηγήσουμε **Kali-Carbonicum** όταν υπάρχει πόνος στον κόλπο κατά τη διάρκεια της επαφής, καθώς και πολύ έντονα πρησμένοι μαστοί κατά τη διάρκεια της περιόδου, μαζί με τον πόνο. Επίσης μπορεί να πονάει η μέση της, να νιώθει εξάντληση και να χειροτερεύει με το κρύο.
- Θα χορηγήσουμε **Natrum Muriaticum** όταν ο πόνος είναι σαν κράμπα και χειροτερεύει με την περίοδο, εκτείνεται προς τη μέση, έχει κατάθλιψη, τάση να κλαίει και χειροτερεύει με τη ζέστη.
- Θα χορηγήσουμε **Cocculus** όταν υπάρχει μια ζάλη μαζί με τον πόνο στην περίοδο, καθώς και άγχος πριν από την περίοδο και πρήξιμο στην κοιλιά.
- Θα χορηγήσουμε **Phosphorus** όταν το αίμα είναι έντονο, κόκκινο και πολύ, με διάρροια κατά τη διάρκεια της περιόδου, πιθανόν ακμή στο πρόσωπο και βαριές περιόδους.
- Θα χορηγήσουμε **Causticum** όταν έχει κατάθλιψη, είναι καχύποπτη και δεν εμπιστεύεται εύκολα, έχει ακμή στο πρόσωπο, χειροτερεύει με το κρύο και την υγρασία.
- Θα χορηγήσουμε **Chamomilla** όταν το άτομο είναι υπερευαίσθητο πριν από την περίοδο, έχει έντονες κράμπες πριν και κατά τη διάρκεια της περιόδου, μπορεί να κάνει εμετό από τον πόνο, έχει κατάθλιψη και πολύ κακή διάθεση κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Θα χορηγήσουμε **Graphites** όταν χειροτερεύει με το κρύο, έχει τάση να βάλει βάρος και έχει πόνους σαν να σχίζεται η μήτρα της κατά τη διάρκεια της

περιόδου, που χειροτερεύουν με το περπάτημα, και μπορεί να υπάρχουν μαζί ναυτία και πόνος στη μέση.

Στη συνέχεια θα παρουσιαστεί ένα Repertory για τη διαφορική διάγνωση συγκεκριμένων, πολύ χαρακτηριστικών και σημαντικών σημείων και συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη δυσμηνόρροια όπως:

- Κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της δυσμηνόρροιας: **Pulsatilla, Sepia, Lycopodium, Sulphur, Natrium Muriaticum, Causticum** και **Chamomilla**.
- Τάση να διπλώνεται στα δύο: **Colocynthis, Sepia, Nux Vomica, Aconitum, Cimicifuga, Opium** και **Sulphur**.
- Καχυποψία: **Pulsatilla, Sulphur, Causticum**.
- Ακμή στο πρόσωπο κατά τη διάρκεια της περιόδου: **Sepia, Nux Vomica, Phosphorus** και **Causticum**.
- Επιθυμία για καφέ: **Lachesis**.
- Πρήξιμο στην κοιλιά και πολλά αέρια, ρεψίματα: πιθανόν χρειάζεται **Viburnum**.
- Πόνος στην ούρηση: **Nux Moschata, Senekio** και **Veratrum Vir**.
- Αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας: **Cannabis Indica, Platina** και **Cantharis**.
- Όταν ο πόνος της περιόδου έρχεται έπειτα από θυμό: **Nux Vomica, Chamomilla**.
- Όταν έχουμε πόνο στην περίοδο έπειτα από μια αποβολή ή διακοπή κύησης: **Senekio**.
- Όταν η γυναίκα νιώθει τη μήτρα της να πιέζεται προς τα κάτω, μπορούμε να σκεφτούμε την **Belladonna**, το **Lilium Tigrinum**, την **Pulsatilla** και τη **Sepia**.
- Όταν η γυναίκα νιώθει καυστικό πόνο, καλό είναι να σκεφτούμε την **Calcarea Phosphorica**.
- Όταν νιώθει κράμπες στη μήτρα, μπορούμε να σκεφτούμε το **Caulophyllum**, την **Chamomilla**, τη **Nux Vomica**, τη **Sabina** και το **Ustilago**.
- Όταν οι πόνοι είναι σαν κόψιμο από ξυράφι, το πρώτο που μπορούμε να σκεφτούμε είναι το **Cocculus**.
- Όταν οι πόνοι είναι σαν τοκετός: την **Chamomilla**.
- Η μήτρα πονάει κατά τη διάρκεια της περιόδου: **Belladonna, Cactus, Calcarea, Nux Vomica, Pulsatilla**.
- Πόνος στην αρχή της περιόδου: **Calcarea, Crotalus, Lachesis**.
- Ο πόνος καλυτερεύει γέρνοντας προς τα πίσω: **Lac-Caninum, Dioscorea**.
- Βγάζει εξανθήματα σε όλο το σώμα: **Dulcamara**.
- Κρυώνει: **Kali Carbonicum, Veratrum**.
- Έπειτα από έναν κολικό του εντέρου, η δυσμηνόρροια μπορεί να θεραπευτεί με **Kali Carbonicum**.
- Δυσμηνόρροια έπειτα από το βραδινό φαγητό: **Phytolaca**.
- Βελτίωση αφού αποβάλλει τα πύγματα: **Viburnum**.
- Χειροτερεύει η δυσμηνόρροια όταν συγκινηθεί: **Chamomilla**.

- Ο πόνος της δυσμηνόρροιας καλυτερεύει όταν πιέσει τα πόδια της πάνω σε κάποιο στήριγμα: **Medorrinum**.
- Ο πόνος στην περίοδο χειροτερεύει αφού βρέξει τα πόδια της: **Phosphorus**,
- **Pulsatilla** και **Rhus Tox**.
- Όσο μεγαλύτερη είναι η ροή, τόσο εντονότερος είναι και ο πόνος στην περίοδο.
- * Πόνος έπειτα από τρόμαγμα.
- * Ο πόνος καλυτερεύει με τη ροή: Lachesis, Zink, Aconitum, Cimiciguka, Magnesia Phosphorica και Moschus.
- Πόνος που χειροτερεύει με το κρύο.
- Από τη στιγμή που θα ξεκινήσει η πρώτη έμμηνος ρύση, οι περίοδοι μετά χαλάνε σε συχνότητα και υπάρχει πόνος: Pulsatilla.
- Ο πόνος είναι ανυπόφορος με κλάμα και λυγμούς: **Cactus**, **Coffea** και **Cuprum**.
- Η γυναίκα συμπεριφέρεται σαν παιδί κατά τη διάρκεια της δυσμηνόρροιας: **Calcarea Phosphorica**.
- Τινάγματα κατά τη διάρκεια της δυσμηνόρροιας: **Platina**.
- Περίοδος με πόνο, που όμως δεν έρχεται τακτικά, δηλαδή έρχεται σε άτακτες ημερομηνίες, δεν είναι κάθε 28 ημέρες: **Belladonna**, **Calcarea**, **Caulophyllum**, **Cimicifuga**, **Siclamen**, **Natrum Muriaticum**, **Nux Vomica**, **Pulsatilla**, **Senecio**, **Sepia**.
- Αλγεινή περίοδος κάθε δύο βδομάδες: **Bovista**, **Calcarea**, **Phosphorus**.
- Πρόπτωση της μήτρας: **Veratrum Vir** ή **Sepia**.
- Δυσμηνόρροια κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας: πιο συχνά **Phytolaca** και **Pulsatilla**.
- Όταν η γυναίκα αναγκάζεται να φωνάζει από τον πόνο, μπορεί να έχουμε μια περίπτωση **Platina**.
- Περίοδος και συχνουρία: **Cantharis** ή **Medorrinum**.
- Η δυσμηνόρροια χειροτερεύει με το περπάτημα: **Sabina**.
- Η δυσμηνόρροια καλυτερεύει με το πλύσιμο: **Kali Carbonicum**.
- Πόνος στον αριστερό μαστό, ενώ η γυναίκα βήχει, σε περίπτωση δυσμηνόρροιας: **Causticum**.
- Δυσμηνόρροια με εισολκή των θηλών: **Sarsaparilla**.
- Εφιάλτες κατά τη διάρκεια της αλγεινής περιόδου: **Cyclamen**.
- Αϋπνία κατά τη διάρκεια της αλγεινής περιόδου: **Cocculus**.
- Κρύος ιδρώτας κατά τη διάρκεια της δυσμηνόρροιας: **Sarsaparilla** και **Veratrum**.
- Δυσμηνόρροια με πόνο στις αρθρώσεις: **Caulophyllum**.
- Δυσμηνόρροια με βλέννα στη γλώσσα: **Lac Canninum**.
- Πόνος στα κόκαλα τον οποίο ακολουθεί δυσμηνόρροια, μπορεί να χορηγηθεί **Pyrogenium**.
- Δυσμηνόρροια με κρυάδες: **Kali Carbonica** ή **Veratrum**.
- Δυσμηνόρροια που μπορεί να χειροτερεύει με το ντύσιμο: **Lachesis**.

- Δυσμηνόρροια που χειροτερεύει με την έκθεση στο κρύο: **Nux Moschata** ή **Aconitum**.
- Δυσμηνόρροια που μπορεί να συνοδεύεται από σπασμούς: **Caulophyllum**, **Collinsonia**, **Natrium Muriaticum** και **Tarentula**.
- Δυσμηνόρροια, πόνος δηλαδή κατά τη διάρκεια της περιόδου, που όμως δεν έρχεται στην αρχή, αλλά στο τέλος της περιόδου: **Bufus Australis (Buth-a)**.
- Δυσμηνόρροια με πυρετό: **Ferrum Phosphoricum**.
- Δυσμηνόρροια την πρώτη ημέρα της περιόδου: **Cinafalium Polisefaloum**. Στην περίπτωση αυτή βεβαίως θα υπάρχει και ισχιαλγία, η ασθενής θα είναι χειρότερα στη δεξιά πλευρά και επίσης είναι χειρότερα όταν ξαπλώνει κάτω, όταν κινείται και περπατάει, ενώ είναι καλύτερα όταν κάθεται στην καρέκλα και τραβάει τα πόδια της προς την κοιλιά της. Επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και το **Lachesis**.
- Όσο περισσότερη είναι η ροή, τόσο μεγαλύτερος είναι και ο πόνος: **Cannabis Sativa**, **Cann-xyz**, **Cimicifuga**, **Granit-m**, **Phosphorus**, **Tarentula** και **Tuberculinum**.
- Δυσμηνόρροια με λίγο αίμα: **Caulophyllum** ή **Graphites**.
- Δυσμηνόρροια η οποία χειροτερεύει με το τρόμαγμα: **Aconitum**, **Tuberculinum**.
- Δυσμηνόρροια με ακατάστατες περιόδους: **Millefolium**.
- Δυσμηνόρροια που καλύτερεύει με τα πόδια τεντωμένα εμπρός: **Sabina**.
- Δυσμηνόρροια που καλύτερεύει όταν η ασθενής κοιμάται σε σκληρό μαξιλάρι: **Magnesia Muriatica**.
- Όταν εμφανίζεται δυσμηνόρροια κοντά στην εποχή της εμμηνόπαυσης, δηλαδή σε προχωρημένη ηλικία, μπορεί να χορηγηθεί **Psorinum**.
- Δυσμηνόρροια σε γυναίκα που έχει ένα μεγάλο και σκληρό ινομύωμα: **Aurum metallicum**.
- Δυσμηνόρροια με ναυτία και εμετό, ιδιαίτερα όταν η ναυτία και ο εμετός έρχονται συγχρόνως: **Veratrum**.
- Η δυσμηνόρροια καλύτερεύει με την πίεση: **Magnesia Carbonica**.
- Δυσμηνόρροια στην εφηβική ηλικία: **Calcarea Phosphorica**, **Phytolaca** και **Pulsatilla**.
- Ο πόνος στη μήτρα καλύτερεύει με τη ζέστη: **Arsenicum**, **Colocynthis**, **Magnesia Phosphorica**, **Nux Moschata** και **Sabina**.
- Έντονοι πόνοι κατά τη διάρκεια της περιόδου, που πιέζουν προς τα κάτω: **Asclepias Tuberosa**. Για να χορηγηθεί **Asclepias Tuberosa**, η γυναίκα πρέπει να έχει επίσης πολύ αίμα κατά τη διάρκεια της περιόδου και ίσως μεσοπλευρίες νευραλγίες ή πόνους στην κοιλιά, που χειροτερεύουν πολύ από το κάπνισμα, ένα αίσθημα μωδιάσματος σε όλο το σώμα, υπερβολική εφίδρωση και όνειρα ότι πετάει πάνω από κτίρια και ταρατσες. Επίσης, μπορεί να βρούμε ένα αίσθημα του να νιώθει η γυναίκα μεθυσμένη, με όχι καλή όραση, το οποίο επέρχεται μετά το κάπνισμα. Γενικά, στην **Asclepias Tuberosa** υπάρχει ευαισθησία στον καπνό.

4.5 Ομοιοπαθητική αντιμετώπιση της λειτουργικής μητρορραγίας

4.5.1 Sabina και μητρορραγία

Ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα στις αιμορραγίες από τη μήτρα είναι η **Sabina**². Το φάρμακο αυτό αναφέρεται ως μια μεγάλη αντιαιμορραγική θεραπεία όταν υπάρχει πολύ αίμα, κυρίως κατά τη διάρκεια της περιόδου. Για να ξεχωρίσετε τη **Sabina**, πρέπει η γυναίκα να έχει άφθονη μητρορραγία που να συνοδεύεται από κολικό της μήτρας, που θυμίζει ωδίνες τοκετού, και δυσσομία³. Τα χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα με τα οποία μπορεί να συσχετιστεί η Sabina είναι τα εξής:

- Η αιμορραγία χειροτερεύει με την κίνηση.
- Η αιμορραγία μυρίζει.
- Το αίμα της περιόδου έχει σκούρο χρώμα.
- Το κύριο χαρακτηριστικό είναι ο πόνος που ξεκινάει από τη μέση και καταλήγει στην ηβική σύμφυση (στην περίπτωση αυτή μπορείτε να σκεφτείτε και το **Berberis**, το οποίο είναι πολύ πιθανό να μη βοηθήσει σε αυτή την περίπτωση).
- Το αίμα έρχεται κατά κύματα.
- Υπάρχει αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας σε περίπτωση μητρορραγίας ανάμεσα στις περιόδους.
- Πολλές φορές συνυπάρχει λευκόρροια.
- Συνυπάρχουν έντονοι κολικοειδείς πόνοι στην κοιλιά κατά τη φάση της περιόδου.
- Δεν ανέχεται τη μουσική – μάλιστα η μουσική τη νευριάζει.
- Είναι στενοχωρημένη, σε κατάθλιψη και νευρική.
- Μπορεί να έχει ινομυώματα.
- Οι πόνοι έρχονται με μια αίσθηση προς τα κάτω (**Sepia**).

4.5.2 Belladonna και μητρορραγία

Η **Belladonna** είναι ένα άλλο φάρμακο που ενδείκνυται για μητρορραγία (αιμορραγία που δεν επέρχεται στη διάρκεια της περιόδου), ειδικά σε υπεραιμικές ασθενείς. Τα κύρια χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα με τα οποία σχετίζεται η Belladonna είναι τα εξής:

- Η περίοδος είναι έντονη σε ποσότητα και έχει ανοιχτό χρώμα. Μέχρι τώρα γνωρίζουμε ότι σε ανοιχτό χρώμα περιόδου, έντονο κόκκινο δηλαδή, θα δώσουμε **Phosphorus**. Το έντονο κόκκινο αίμα στην περίοδο, δηλαδή αίμα σαν να έχουμε κόψει μια φλέβα από αρτηρία, μπορεί να συσχετιστεί με το **Phosphorus**, αλλά το ίδιο κόκκινο αίμα μπορεί να συσχετιστεί και με την **Belladonna**, η οποία είναι ένα συχνό φάρμακο για τη μητρορραγία, αν βέβαια συνυπάρχουν και τα υπόλοιπα συμπτώματα, που θα μας οδηγήσουν στην ιδιοσυγκρασία του φαρμάκου κατά τη δεδομένη στιγμή της μητρορραγίας. Επίσης, θα πρέπει να πούμε ότι το έντονο κόκκινο αίμα μπορεί να συσχετιστεί με την **Arnica**, την **Calcarea**, τον **Hyoscyamus**, το **Lycopodium** και τη **Sabina**.

- Όταν όμως το αίμα έρχεται και φεύγει γρήγορα, θα σκεφτούμε την **Belladonna**.
- Μπορεί να έχουμε και μαύρο αίμα, να μυρίζει και τα σημεία στην περιοχή εκείνη να είναι ζεστά⁷
- Υπάρχει αίσθημα βάρους στην περιοχή της μήτρας (**Sepia**).
- Η ασθενής κρυώνει πάρα πολύ εύκολα και έχει πόνους από μηρό σε μηρό⁸
- Υπάρχει μεγάλη ξηρότητα στο σώμα με έντονη συμφόρηση.
- Ερυθρότητα, αίσθημα ζέστης και καύσος.
- Η ασθενής παρουσιάζει ντελίριο και συγχρόνως αισθάνεται αηδία ή σκίζει τα ρούχα της ή δαγκώνει και χτυπάει τους πάντες. Επίσης, το πρόσωπο είναι έντονα κόκκινο και λάμπει, με διατεταμένες κόρες, οι καρωτίδες έχουν ορατό σφυγμό και η ασθενής είναι υπερευαίσθητη και νιώθει υπνηλία.

4.5.3 Ipecacuanha και μητρορραγία

Η **Ipecacuanha** είναι η θεραπεία εκλογής για τη μηνορραγία αλλά και για τη μητρορραγία. Είναι μια μεγάλη αντιαμική θεραπεία⁹. Για να χορηγηθεί **Ipecacuanha**, η ασθενής θα πρέπει να έχει εμετούς. Τα κύρια χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα που μπορούν να συσχετιστούν με την **Ipecacuanha** είναι τα εξής:

- Η ασθενής μπορεί να αιμορραγεί από όλες τις εξόδους του σώματος, από τη μήτρα, τους νεφρούς, το στομάχι, τη μύτη, τους πνεύμονες κ.λπ.
- Το αίμα είναι έντονα κόκκινο και με πήγματα.
- Έχει συνεχή ναυτία, δεν αναπνέει καλά, νιώθει εξάντληση και έχει κρύο ιδρώτα.
- Η περίοδος είναι πολύ έντονη, έρχεται γρήγορα (**Platina**) και πολύ συχνά.
- Η ασθενής δεν ανακουφίζεται μετά τον εμετό και μετά κάθε προσπάθεια για εμετό υπάρχει ροή από έντονα κόκκινο αίμα.
- Υπάρχει πόνος σαν ένα χέρι να σφίγγει την περιοχή του ομφαλού, η ναυτία συνεχίζεται, η ασθενής είναι ευαίσθητη και νευρική.
- Δεν μπορεί να ανεχθεί τον ελάχιστο θόρυβο.

4.5.4 Platinum Metallicum και μητρορραγία

Τα κύρια χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα που μπορούν να συσχετιστούν με την **Platina** είναι τα εξής:

- Η περίοδος έρχεται πολύ γρήγορα, είναι έντονη και διαρκεί πολύ.
- Το αίμα είναι σκούρο με πήγματα.
- Σπασμοί στην πλάτη με πόνο στη μήτρα.
- Ο πόνος έρχεται σταδιακά, σε αντίθεση με την **Belladonna**, που έρχεται απότομα και φεύγει σταδιακά.
- Υπάρχει μούδιασμα στην πύελο.
- Η περίοδος ορισμένες φορές έρχεται κάθε 14 ημέρες¹¹
- Δεν υπάρχει πόνος κατά τη διάρκεια της αιμορραγίας, που καμιά φορά συνοδεύεται από την αίσθηση ότι το σώμα είναι πιο μεγάλο.
- Πονάνε η ηβική σύμφυση και τα γεννητικά όργανα.

- Η ασθενής είναι υστερική, έχει αίσθημα ανωτερότητας, φούσκωμα, αυξημένη σεξουαλική όρεξη, μιλά πολύ λίγο, φοβάται το θάνατο και έχει άγχος.
- Η ασθενής παρουσιάζει νυμφομανία. Όταν ακουμπά τα γεννητικά της όργανα αυτά υφίστανται σπασμό¹²
- Η ασθενής ζεσταίνεται, αλλά κατά την αιμορραγία νιώθει πολύ κρύα¹³.

4.5.5 Διαφορική διάγνωση για την ομοιοπαθητική θεραπεία της λειτουργικής μητρορραγίας

Από τις ομοιοπαθητικές θεραπείες που αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, τα σημαντικότερα διαφοροδιαγνωστικά σημεία είναι τα εξής:

- Η περίοδος έρχεται πιο νωρίς: **Ambra Grisea**.
- Έντονη λευκόρροια και αίσθημα καύσου στα γεννητικά όργανα μαζί με κνησμό και οίδημα των χειλέων: **Belladonna**.
- Έντονο κόκκινο αίμα, που μυρίζει άσχημα και πήζει: **Belladonna**.
- Μητρορραγία μαζί με κολικό και θόλωμα στα μάτια: **Belladonna**.
- Μητρορραγία μαζί με δίψα και πόνο στο στήθος τη νύχτα: **Belladonna**.
- Πρήξιμο στο μαστό με ευαισθησία, πρόωρη και έντονη μητρορραγία⁴: **Calcarea**
- Πρόωρη περίοδος με κνησμό στο δέρμα και πονοκέφαλος ή κολικός: **Carbo Vegetabilis**.
- Μητρορραγία με σκούρα πήγματα, με δίψα, κρύα άκρα και τάση για λιποθυμία: **Chamomilla**.
- Περίοδος κάθε 15 ημέρες, με κράμπες, σκληρή και διατεταμένη κοιλιά, υστερικά συμπτώματα, ναυτία με λιποθυμία, κρυάδες και δυσανεξία στο φως και στο θόρυβο: **Ignatia**.
- Περίοδος που έρχεται πολύ νωρίς χωρίς γνωστή αιτία, είναι βαριά, το αίμα είναι σκούρο κόκκινο και πήζει εύκολα, αδυναμία και απέχθεια στο φαγητό: **Ipecacuanha**.
- Πολύ βαριά και μεγάλη περίοδος, της οποίας προηγείται ευερεθιστότητα, μελαγχολία και ανησυχία, μαζί με πονοκέφαλο κατά τη διάρκειά της, που κάνει την ασθενή να θέλει να μείνει στο κρεβάτι: **Natrium Muriaticum**.
- Βαριά περίοδος με κράμπες στην κοιλιά, περίοδος κάθε 15 ημέρες, εμετός κατά τη διάρκεια της περιόδου, πονοκέφαλος πάνω από τα μάτια, αίσθηση ξηρής ζέστης και αδυναμίας: **Nux Vomica**.
- Έντονη περίοδος, με πόνους στα πλάγια, κολικός, πρήξιμο στα ούλα και στα μάγουλα κατά τη διάρκεια της περιόδου, πόνος στη μέση, αιμόπτυση και ταχυκαρδία: **Phosphorus**.
- Πολύ έντονη μητρορραγία με πόνους σαν την περίοδο και πόνος κάτω στο αιδοίο με ξεφλούδισμα του δέρματος στην περιοχή: **Rush Toxicodendron**.
- Η περίοδος ξεκινάει πριν από την ώρα της, έπειτα από μια έντονη συναισθηματική κατάσταση: **Platina**⁵
- Η περίοδος έρχεται έπειτα από υπερβολική σωματική κούραση: **Arnica, Rhus Toxicodendron**.
- Η περίοδος έρχεται χωρίς αιτία (σταματάει και ξαναέρχεται): **Ipecacuanha**⁶.

- Ρίγος πριν από την περίοδο, αίσθημα λύπης και ξινή γεύση στο στόμα: **Ipecacuanha**⁶
- Μαύρο αίμα στη μητρορραγία: **Chamomilla, China, Ferrum, Kreosotum, Platina, Pulsatilla, Secale** και **Sulphur**.
- Όταν το αίμα πήζει έντονα: **Arnica, Belladonna, Chamomilla, China, Coffea, Crocus, Ciclamen, Ferrum, Sabina, Nux Vomica, Lycopodium, Secale**, και **Ammonium**.

4.6 Ομοιοπαθητική αντιμετώπιση της μηνορραγίας

Ο A.C. Cowperwaite στο βιβλίο του *Disorders of Menstruation* γράφει ότι τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται πιο συχνά κατά την περίοδο μιας κρίσης μηνορραγίας είναι η **Ipecacuanha**, η **Belladonna**, το **Aconitum**, το **Trillium**, το **Erigeron**, η **Sabina**, το **Cinamomum**, η **Chamamellis**, το **Ferrum** και το **Sulphuricum Acidum**¹³.

4.6.1 Phosphorus και μηνορραγία

Ο **Phosphorus** είναι μια πολύ αποτελεσματική θεραπεία για τη μηνορραγία¹⁴. Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Μηνορραγία με έντονο κόκκινο αίμα αναμεμειγμένο με πύγματα, το οποίο σταματάει και επανέρχεται και το οποίο μπορεί να υπάρχει και ανάμεσα στις περιόδους.
- Η περίοδος έρχεται πολύ νωρίς, διαρκεί πολύ χρόνο και η ροή είναι έντονα κόκκινη.
- Υπάρχει έντονος πόνος στις ωοθήκες, που επεκτείνεται προς τα κάτω, στο εσωτερικό των μηρών.
- Υπάρχει πόνος στη μέση σαν οσφυαλγία, παγωμένα χέρια και πόδια, μπλε κύκλοι γύρω από τα μάτια¹⁵
- Η ασθενής φοβάται και έχει ναυτία κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Η ασθενής μπορεί να έχει και ινομώματα. Η αιμορραγία στην περίπτωση του **Phosphorus** μπορεί να προέρχεται και από ινομώματα.
- Υπάρχει πρωινή διάρροια και τα κόπρανα βγαίνουν πολλές φορές χωρίς τη θέληση της ασθενούς.

4.6.2 Ferrum Metallicum και μηνορραγία

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Η περίοδος έρχεται πολύ νωρίς, είναι έντονη και διαρκεί πολλές ημέρες¹⁶
- Η περίοδος μπορεί να σταματήσει για 2-3 ημέρες και να επανέλθει.
- Όταν υπάρχει νευρική διέγερση, η περίοδος σταματάει.
- Υπάρχει έντονα κόκκινο πρόσωπο (**Belladonna**).
- Κατά τη διάρκεια της περιόδου υπάρχουν έντονοι πόνοι.
- Υποφέρει πάρα πολύ από αιμορραγία στη μήτρα¹⁷ και πόνο στον κόλπο κατά τη διάρκεια της επαφής.
- Μηνορραγία με έντονα κόκκινο πρόσωπο με αδυναμία και ταχυπαλμίες.

- Μηνορραγία με πονοκεφάλους μετά την αιμορραγία.
- Υπερευαίσθησία στους ήχους.
- Κοκκινίζει εύκολα στο πρόσωπο.
- Παθαίνει κατάθλιψη όσο περισσότερο αίμα χάνει¹⁸
- Αγχώδες άτομο με εναλλαγές διάθεσης.
- Ανησυχία και αίσθημα λύπης.
- Ζαλάδα.
- Πιθανότατα αναιμία.
- Πρήξιμο στα μάτια και στο πρόσωπο.
- Χειροτερεύει με την περίοδο.
- Ρεψίματα.
- Διάρροια.
- Λευκόρροια.
- Μπορεί να έχει παρουσιάσει προηγουμένως αμηνόρροια και μετά την αμηνόρροια να έρθει έντονη περίοδος, η οποία μπορεί να είναι πολύ συχνή.

4.6.3 Ferrum Phosphoricum και μηνορραγία

Το **Ferrum Phosphoricum** δεν είναι μια ομοιοπαθητική θεραπεία που ενδείκνυται για αιμορραγίες και μηνορραγίες. Επειδή, όμως, πολλές φορές ο γιατρός έχει δυσκολία να διαγνώσει το **Phosphorus** και το **Ferrum Metallicum**, καταφεύγει στο να χορηγήσει **Ferrum Phosphoricum**, για να έχει περισσότερη ασφάλεια. Αυτό όμως δεν είναι σωστή ιατρική, γι' αυτό έχουμε κάνει την προσπάθεια να δώσουμε το **Ferrum Metallicum** και ακολουθεί μια προσπάθεια να δώσουμε και το **Ferrum Phosphoricum** σωστά. Ο γιατρός πρέπει να ξέρει πότε πρέπει να δώσει ένα από τα δύο φάρμακα ή πότε δεν πρέπει να δώσει ένα από τα δύο. Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Έντονη ροή κατά τη διάρκεια των εμμήνων είναι η έντονη κόκκινη ροή (θυμίζει **Phosphorus**) που έχει πήγματα, είναι πολύ σε ποσότητα, μπορεί όμως να είναι και σκούρα, μπορεί να είναι πολύ συχνή, διαλείπουσα και με σχετικό πόνο¹⁹
- Η ασθενής ανεβάζει πυρετό, κάτι που δεν γίνεται με το **Ferrum Metallicum**.
- Έχει μειωμένη επιθυμία για σεξουαλική επαφή και μεγάλη αποστροφή προς την πνευματική εργασία. Μόνο και μόνο η διαδικασία του να σκέφτεται την εξάντλει²⁰. Μπορούμε να πούμε ότι είναι χαρακτηριστικό του **Ferrum Phosphoricum** ότι ακόμα και η σκέψη ότι θα πρέπει να μπει σε μια διαδικασία σκέψης την κάνει να αντιδρά έντονα²¹.
- Η ασθενής είναι ένα άτομο που κρυώνει και παθαίνει κρυολογήματα πολύ συχνά.
- Νιώθει χειρότερα στη δεξιά πλευρά.
- Νιώθει χειρότερα στις 4 με 6 το πρωί.
- Μπορεί να έχει πρωινές διάρροιες.

Ο καθηγητής Γ. Βυθούλκας τη συγκρίνει με το **Aconitum** (λόγω του πυρετού) και με το **Gelsenium** (λόγω της εξάντλησης)²².

4.6.4 Calcareo Fluorica και Calcareo Phosphorica και μηνορραγία

Οι συγγραφείς Dr J.D. Patil και Dr A. Despande θεωρούν ότι τα βιοχημικά φάρμακα που ενδείκνυται περισσότερο για τη μηνορραγία είναι τα **Ferrum Phosphoricum, Calcareo Fluorica, Calcareo Phosphorica**. Εδώ πρέπει να πούμε ότι στην Ελλάδα χρησιμοποιείται συχνά η **Calcareo Carbonica** με πολύ καλά αποτελέσματα. Είναι πολύ σημαντικό, όμως, σε κάθε περίπτωση που ο γιατρός θεωρεί ότι πρέπει να χορηγηθεί **Calcareo Carbonica** στη μηνορραγία να σκεφτεί μήπως θα δρούσε πιο καλά η **Calcareo Fluorica** ή η **Calcareo Phosphorica** και να κάνει τις ανάλογες ερωτήσεις στην ασθενή, προκειμένου να διαπιστώσει την πραγματική ιδιοσυγκρασία της.

Η διαφορική διάγνωση μεταξύ της **Calcareo Fluorica** και της **Calcareo Phosphorica** βασίζεται στο ότι η μεν πρώτη δίδεται σε περίπτωση που η μήτρα έχει χάσει τη συστατική της ικανότητα και υπάρχει μηνορραγία με υπερβολική αίσθηση προς τα κάτω και πόνους που σχετίζονται με μετάθεση της μήτρας (ή με αίσθημα μετάθεσης), ενώ η **Calcareo Phosphorica**, την οποία θεωρούν και την καλύτερη θεραπεία για τη μηνορραγία, έχει βαριά περίοδο και η ασθενής είναι υπερβολικά εξαντλημένη λόγω του πολύ αίματος²³.

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα της **Calcareo Phosphorica** είναι τα εξής:

- Η ασθενής έχει διανοητική αδυναμία, διανοητική νωθρότητα ή σχεδόν ιδιωτεία.
- Νιώθει ίλιγγο και ζάλη όταν φυσάει κρύος άνεμος.
- Μπορεί να θέλει το αλάτι, το μπέικον και τα καπνιστά κρέατα.
- Μπορεί να έχει αυξημένη όρεξη.
- Ένα σύμπτωμα που θα μας οδηγήσει στο **Calcareo Phosphorica** είναι ότι ένα και μόνο κρυολόγημα στην εμμηναρχή αρκεί για να ακολουθήσει επώδυνη εμμηνορρυσία, που διαρκεί για όλη την αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας, εκτός και αν της χορηγηθεί **Calcareo Phosphorica**²⁴.
- Έντονες κράμπες στη μήτρα και στους βουβώνες πολλές ώρες πριν από την έναρξη της εμμηνορρυσίας, που περνούν μόλις αρχίσει η περίοδος.
- Πονάει τόσο πολύ, που κλαίει και έχει έντονη ερωτική διέγερση όπως στην **Platina, Gratiola** και **Origanum**.

Ορισμένες κοπέλες που μόλις ξεκινάει η περίοδός τους, δηλαδή στην ηλικία περίπου των 11 ετών, αρχίζουν και παρουσιάζουν μηνορραγίες ή μητρορραγίες άγνωστης αιτίας. Αυτές οι μητρορραγίες ή μηνορραγίες προκαλούν αναιμία και έντονη καταβολή στις κοπέλες και μεγάλη ανησυχία στους γονείς. Το 90% των κοριτσιών αυτών θα καταλήξουν σε γυναικολόγους που θα τους δώσουν βαριές δόσεις ορμονών, προκειμένου να σταματήσουν τη μητρορραγία. Μερικά περιστατικά υφίστανται στην αρχή της περιόδου απόξεση του ενδομητρίου, προκειμένου να σταματήσει η έντονη μητρορραγία. Στο μεγάλο αυτό πρόβλημα της έναρξης της περιόδου και της μητρορραγίας στην περίοδο αυτή μπορεί να βοηθήσει η **Calcareo Phosphorica**, η οποία είναι ιδανική για τις νεαρές ασθενείς.

Η χορήγηση ορμονών σε νέες κοπέλες στις οποίες μόλις έχει αρχίσει η περίοδός τους μπορεί να διαταράξει το ορμονικό τους σύστημα, σύμφωνα με το μηχανισμό της αρνητικής ανατροφοδότησης (Negative Feedback) ίσως και για πάρα πολλά χρόνια. Έτσι λοιπόν, η συμβολή της ομοιοπαθητικής εδώ είναι τεράστια.

4.6.5 Calcareo carbonica και μηνορραγία

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Έντονη λευκόρροια μαζί με τις περιόδους.
- Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο με κράμπες.
- Έντονη κόκκινη ροή.
- Ακατάστατες περίοδοι.
- Ευερεθιστότητα ή αδιαφορία.
- Άγχος ή κατάθλιψη.
- Πόνος πριν από την περίοδο.
- Φαγούρα.
- Ινομώματα.
- Ευαίσθητοι μαστοί πριν από την περίοδο.
- Πόνος στην πλάτη πριν από την περίοδο.
- Κολλώδεις ιδρώτες πριν από την περίοδο.
- Κρυώνει.
- Παχαίνει (αύξηση του βάρους).

4.6.6 Pulsatilla και μηνορραγία

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο.
- Πόνος κατά τη διάρκεια της περιόδου και εμετός.
- Πήγματα στη ροή.
- Αδιαφορία πριν από την περίοδο.
- Ευερεθιστότητα πριν από την περίοδο.
- Πονοκέφαλος πριν από την περίοδο.
- Ακμή στο πρόσωπο.
- Νιώθει χειρότερα με το περπάτημα και πριν από την περίοδο.
- Μπορεί να έχει ενδομητρίωση.
- Χειροτερεύει με τη ζέστη.
- Δεν διψάει.

4.6.7 Lycopodium και μηνορραγία

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο.
- Δυσκολία στη συγκέντρωση.
- Πρησμένη κοιλιά πριν από την περίοδο.
- Αέρια πριν από την περίοδο.
- Πόνος στη μήτρα πριν από την περίοδο.
- Ινομώματα.
- Χειροτερεύει με το κρύο.

4.6.8 Sepia και μηννορραγία

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο.
- Πόνος πριν από την περίοδο.
- Κράμπες κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Αίσθημα λιποθυμίας με την περίοδο.
- Δυσκολία συγκέντρωσης.
- Απάθεια.
- Βλέπει ζιγκ ζαγκ εμπρός από τα μάτια της²⁵
- Ακμή στο πρόσωπο.
- Ιδρώνει κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Χειροτερεύει με το κρύο.
- Χειροτερεύει στην αρχή της περιόδου.

4.6.9 Kali Carbonicum και μηννορραγία

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο και πόνοι σαν κράμπες.
- Πόνος στη μήτρα πριν από την περίοδο και στην αρχή της περιόδου.
- Περίοδος με λεπτή υδατώδη υφή χωρίς πήγματα.
- Ευερεθιστότητα.
- Φόβος θανάτου.
- Κρύα άκρα – τα πόδια της χειροτερεύουν άμα τα ζεστάνει
- Νιώθει χειρότερα στην αρχή της περιόδου.
- Νιώθει εξάντληση.

4.6.10 Belladonna και μηννορραγία

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Η ασθενής είναι ευερέθιστη.
- Όταν θυμώνει, το πρόσωπό της γίνεται κατακόκκινο.
- Φοβάται έντονα τα σκυλιά.
- Έχει επιθυμία να βάλει φωτιά σε πράγματα.
- Είναι ευαίσθητη στο φως.
- Είναι ευαίσθητη στις κινήσεις του κεφαλιού.
- Νιώθει τη μήτρα της γεμάτη αίμα.
- Πόνος κατά τη διάρκεια της περιόδου.
- Μπορεί να έχει διογκωμένες ωοθήκες στο υπερηχογράφημα.
- Περίοδος που είναι έντονα κόκκινη με μαύρα πήγματα, πολύ σε ποσότητα, συχνά διαλείπουσα και μπορεί να μυρίζει.
- Το αίμα ή η ροή έρχεται απότομα και η γυναίκα το νιώθει ζεστό.

- Η περίοδος πονάει σαν τοκετός.
- Ο πόνος μπορεί να εντοπίζεται κυρίως στη δεξιά ωοθήκη.
- Το τίναγμα (Jar) τη χειροτερεύει.
- Νιώθει χειρότερα με την κίνηση.
- Οι πόνοι είναι σαν τσιμπήματα.
- Το περπάτημα τη χειροτερεύει.
- Πολύποδες στη μήτρα.

4.6.11 Sabina και μηνορραγία

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Μηνορραγία με πονοκέφαλο στους κροτάφους.
- Μηνορραγία και μικρή απώλεια της όρασης.
- Αιμορραγίες από τη μύτη.
- Συνεχόμενος πόνος στην κοιλιά, ο οποίος χειροτερεύει με την περίοδο.
- Συχνουρία.
- Λευκόρροια.
- Η κοιλιακή αιμόρροια κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης μπορεί να χρειάζεται **Sabina**²⁶
- Η ροή βγαίνει κατά κύματα (gushing).
- Μπορεί να υπάρχει μητρορραγία και ανάμεσα στις περιόδους.
- Μητρορραγία πριν και μετά τον τοκετό.
- Το αίμα είναι αραιό (Kent).
- Κράμπες στη μήτρα που έρχονται και φεύγουν (Kent).
- Πόνος στη μήτρα που επεκτείνεται και προς το μηρό (Kent).
- Αίσθηση ότι η μήτρα πέφτει προς τα κάτω.
- Πόνος στη μέση και κρύα άκρα.
- Πόνος στις αρθρώσεις.
- Πόνος στον καρπό (Boenninghansen).

4.6.12 Bovista και μηνορραγία

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Οιδήματα με εύκολα εντυπώματα.
- Αίσθηση πρηξίματος.
- Δεν ανέχεται τα στενά ρούχα (**Lach**).
- Διάρροια ή πολτώδεις κενώσεις πριν από την έμμηνο ρύση.
- Περίοδος με ροή κυρίως το βράδυ.
- Λευκόρροια πριν ή μετά την περίοδο.
- Έρπης πριν ή μετά την περίοδο.
- Αγχώδης ασθενής με πολυλογία, λάθη στο λόγο, αδεξιότητα λόγου και πράξεων, δυσκολία κινήσεων.

- Νιώθει χειρότερα το πρωί.
- Νιώθει χειρότερα με το σεξ.
- Νιώθει χειρότερα με τη ζέστη²⁷

4.6.13 Rigellon και μηννορραγία

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Μηννορραγία με ανοιχτό κόκκινο αίμα και σε μεγάλη ποσότητα.
- Μηννορραγία που χειροτερεύει με την κίνηση.
- Πόνος.
- Μητρορραγία πριν και μετά τον τοκετό και το αίμα γίνεται περισσότερο με την κούραση.
- Το αίμα δεν βγαίνει σε ποσότητα, αλλά βγαίνει λίγο λίγο, σαν να στάζει από ένα μπαμπάκι που είναι ποτισμένο με αίμα (oozing). Το ίδιο στοιχείο (**Oozing**) έχει και το **Trillium Pendulum**.

4.6.14 Cinamomum και μηννορραγία

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Χρόνια συνεχή λευκόρροια.
- Μητρορραγία μερικές ημέρες μετά τον τοκετό ή στην πρώτη περίοδο (μηννορραγία) μετά τον τοκετό.

4.6.15 Chelonias και μηννορραγία

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Αυξημένη γλυκόζη στα ούρα (Kent).
- Συναίσθηση της μήτρας, δηλαδή σαν να κινείται μέσα στο σώμα²⁸
- Κνησμός στα γεννητικά όργανα (Kent - Βυθούλκας).
- Χειροτερεύει όταν βρίσκεται μέσα σε ένα αυτοκίνητο που κυκλοφορεί στο δρόμο²⁹

4.6.16 Secale και μηννορραγία

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Η ασθενής έχει άγχος και ανησυχία.
- Ξεδιάντροπη συμπεριφορά (Kent).
- Αιμορραγία και από τη μύτη.
- Μόλυνση στη μήτρα.
- Επιλόχεια λοίμωξη.
- Σπασμοί από την αιμορραγία της μήτρας.
- Κρύα χέρια και πόδια.

4.6.17 Sulphuric Acid και μηννορραγία

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Η ασθενής είναι άτομο βιαστικό.
- Η ασθενής είναι άτομο με εναλλαγές της διάθεσης.
- Αιμορραγική διάθεση από τα μάτια.
- Άφθες στο στόμα.
- Διάρροια ή μαλακά κόπρανα.
- Τα γυναικολογικά προβλήματα εντοπίζονται κυρίως στη δεξιά πλευρά.
- Η περίοδος έρχεται πολύ νωρίς.
- Πόνος κατά την περίοδο, κυρίως στη δεξιά πλευρά.

4.6.18 Bryonia και μηννορραγία

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Δίψα και αφυδάτωση.
- Ακαμψία.
- Χειροτερεύει με την κίνηση.
- Επιθυμία να μείνει μόνη.
- Φόβος φτώχειας.
- Βελτίωση με την πίεση.
- Διψάει για δροσερό νερό, αλλά ανακουφίζεται με ζεστό.
- Η αιμορραγία ελαττώνεται ή σταματάει όταν πιέζουμε την περιοχή της μήτρας.
- Πόνος πάνω από το αριστερό μάτι, που καλυτερεύει με την κατάκλιση προς τα αριστερά.
- Η περίοδος έρχεται πολύ νωρίς.
- Με την περίοδο υπάρχει πόνος στα αριστερά.
- Πόνος στους μαστούς πριν από την περίοδο.
- Χρόνια μαστίτιδα και αϋπνία³⁰.

4.6.19 Διαφορική διάγνωση για την ομοιοπαθητική θεραπεία της μηννορραγίας

Από τις ομοιοπαθητικές θεραπείες που μπορούν να χορηγηθούν σε περιστατικά μηννορραγίας, τα σημαντικότερα διαφοροδιαγνωστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Ασθενής που έχει μηννορραγίες και υπερβολικό άγχος: **Canabis Indica**.
- Ασθενής που νιώθει κατάθλιψη: **Cocculus**.
- Ασθενής που είναι επίμονη και νευρική: **Nux Vomica**.
- Μηννορραγία και πονόδοντος: **Ferrum Fufuridu**.
- Μηννορραγία και καύσος στα ούρα: **Ferum Metallicum**.
- Βαριές περίοδοι έπειτα από έκτρωση: **Plubum, Arnica**.
- Μηννορραγία και καυστική έκκριση: **Iodum**
- Μηννορραγία και δυσκολία στον ύπνο: **Canabis Indica**.
- Μηννορραγία και χασμουρητό: **Apis, Ignatia**.

- Μηνόρραγια με κρυάδες και πονοκέφαλο: **Cinimum Sulphuricum**.
- Μηνόρραγια και αναιμία: **Calcareia Carbonica, Canabis Indica, Ciclamen, Ferrum, Graphites** ή **Hydrastis**.
- Αίμα που ξεκινάει και σταματάει, σκούρα πήγματα, κράμπες, πονοκέφαλος και αίσθημα λιποθυμίας, με πολύ ωχρό πρόσωπο: **China**.
- Δυσκολία να ελέγξει το βάρος της, έχει έντονες συναισθηματικές διαταραχές με δυνατούς πόνους, πήγματα και σκούρο αίμα: **Sabina**.
- Μηνόρραγια με έντονο κόκκινο αίμα: **Phosphorus, Ipecacuanha**.
- Μηνόρραγια με έντονο κόκκινο αίμα και ναυτία ή έμετος: **Ipecacuanha**.
- Ωχρό πρόσωπο με εξάψεις και βελτίωση με το περπάτημα, ενώ το αίμα είναι σκούρο και υδαρές: **Ferrum**.
- Αίσθηση κίνησης μέσα στη μήτρα, η ασθενής νιώθει άρρωστη, εξασθενημένη και ανήσυχη: **Crocus**.
- Κράμπες και ναυτία, ιδιαίτερα την πρώτη ή τις δύο πρώτες ημέρες της περιόδου και επιδείνωση του πόνου και της αιμορραγίας τη νύχτα: **Borax**.
- Άγχος τη νύχτα μετά την περίοδο: **Sepia**.
- Άγχος κατά τη διάρκεια της νύχτας: **Sabina**.
- Περιέργη συμπεριφορά μετά τις περιόδους: **Sepia**.
- Μηνόρραγια και βάρος στην κοιλιά: **Apis**.
- Μηνόρραγια με τσιμπήματα και πόνο στην κοιλιά: **Apis**.
- Πόνοι σαν τον τοκετό: **Caulophyllum, Chamomilla, Cimicifuga**.
- Μηνόρραγια και δυσκολία στην αναπνοή: **Fluoric Acid, Natrium Sulphuricum**.
- Ανήσυχος ύπνος κατά τη διάρκεια της περιόδου: **Sabina**.
- Ανήσυχος ύπνος μετά την περίοδο: **Sepia**.
- Μηνόρραγια και αίσθημα λιποθυμίας: **China**.
- Νιώθει χειρότερα με την παραμικρή κίνηση: **Erigeron**.
- Τάση για λιποθυμία κατά τη διάρκεια της αιμορραγίας: **Trillium Pendulum**.
- Πόνος στην κοιλιά που χειροτερεύει με το περπάτημα (Kent): **Trillium Pendulum**.

4.7 Ομοιοπαθητικές θεραπείες για την κολπίτιδα

4.7.1 Calcareia Carbonica και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Φαγούρα σε συνδυασμό με τραχηλίτιδα.
- Κίτρινη ή γαλακτώδης ροή με φαγούρα πριν από την περίοδο.
- Μόλυνση που είναι χειρότερη μετά τις περιόδους.
- Μόλυνση που χειροτερεύει με τη ζέστη.
- Μόλυνση που χειροτερεύει με το άγχος.
- Μόλυνση που χειροτερεύει πριν από την περίοδο.

- Αίσθημα καύσου.
- Αυξημένη όρεξη.
- Συχνουρία.
- Εξάντληση.
- Η ασθενής παρουσιάζει τάση να βάλει βάρος³².

4.7.2 Sepia και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Εκκρίσεις του κόλπου που μυρίζουν πάρα πολύ.
- Πολύ μεγάλη φαγούρα.
- Πόνος και καύσος στον κόλπο.
- Πιθανή τραχηλίτιδα.
- Έλκη στα χείλη του αιδοίου.
- Κίτρινη απόχρεμψη πριν και μετά την περίοδο.
- Χειροτερεύει με το στρες.
- Χειροτερεύει στην εγκυμοσύνη.
- Κλάμα πριν από την περίοδο.
- Δυσκολία συγκέντρωσης.
- Χρόνιος πονοκέφαλος.
- Χρόνια κολπίτιδα.
- Χειροτερεύει στην εμμηνόπαυση.
- Πόνος στην πλάτη.
- Χειροτερεύει μεταξύ 3 και 5 το απόγευμα.
- Χειροτερεύει με το περπάτημα³³.
- Εκκρίσεις που είναι γλοιώδεις, με μικρά στερεά κομματάκια ή περιέχουν αίμα.
- Τα συμπτώματα προέρχονται από μια ορμονική ανισορροπία.
- Κατάθλιψη.
- Ευερέθιστη και κλαίει εύκολα.
- Έκκριση που είναι χειρότερη κατά τη διάρκεια της ημέρας και δεν υπάρχει καθόλου κατά τη διάρκεια της νύχτας.
- Ξηρότητα στον κόλπο σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που χειροτερεύει με το περπάτημα.
- Απέχθεια για το σεξ.
- Αίσθηση ότι τα όργανά της θα πέσουν κάτω.
- Χειροτερεύει πριν από την περίοδο.
- Χειροτερεύει με το κρύο.
- Χειροτερεύει μετά τον τοκετό.
- Βελτιώνεται με την έντονη άσκηση.
- Βελτιώνεται με το χορό.

- Βελτιώνεται με τη ζέστη.
- Βελτιώνεται με το σταυροπόδι⁴⁴
- Επιθυμία για ξίδι.
- Επιθυμία για γλυκά.
- Δεν επιθυμεί το λίπος.

4.7.3 Sulphur και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Εκκρίσεις με έντονη οσμή.
- Εκκρίσεις που χειροτερεύουν με το στρες πριν από την περίοδο.
- Πόνος στον κόλπο κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.
- Ο πόνος και οι εκκρίσεις χειροτερεύουν την εβδομάδα πριν από την έλευση της περιόδου.
- Χρόνιος πονοκέφαλος που χειροτερεύει πριν από την περίοδο.
- Καυστικός πόνος στα μάτια με αυξημένη όρεξη και ευερέθιστο έντερο (Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου).
- Αέρια που μυρίζουν.
- Αισθήματα νυγμών (τσιμπήματα) γύρω από τον ομφαλό.
- Πόνος στην ουρήθρα μετά την ούρηση.
- Πάχυνση του δέρματος από το ξύσιμο.
- Χειροτερεύει στην εμμηνόπαυση.
- Πόνος στον αυχένα που αντανakλά στον ώμο³⁴

4.7.4 Graphites και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Φαγούρα στον κόλπο πριν από την περίοδο μαζί με κολπικές εκκρίσεις μετά την περίοδο.
- Χρόνια πάχυνση του δέρματος του αιδοίου από το ξύσιμο.
- Δυσκολία συγκέντρωσης.
- Δυσκολία στη λήψη αποφάσεων.
- Χειροτερεύει μετά την περίοδο.
- Λευκόρροια.
- Βελτίωση της ακοής με τους θορύβους.
- Κόπρανα που είναι μικρά, ενωμένα με κλωστές από βλέννα (Kent).
- Μικροεκδορές στο εσωτερικό των μηρών που χειροτερεύουν με το περπάτημα (Kent).
- Έκζεμα.

4.7.5 Pulsatilla και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Υδαρή έκκριση που χειροτερεύει πριν και μετά την περίοδο.

- Χειροτερεύει με την κατάκλιση.
- Ευερέθιστη πριν από την περίοδο.
- Δεν αποφασίζει εύκολα.
- Καυστικός πόνος στα μάτια.
- Φούσκωμα στην κοιλιά πριν από την περίοδο.
- Συχνουρία.
- Χρόνια κυστίτιδα.
- Βαριές περίοδοι που χειροτερεύουν στην εμμηνόπαυση.
- Χρόνια κολπίτιδα.
- Ευαίσθητοι μαστοί.
- Χειροτερεύει με την παρηγοριά.
- Ζάλη όταν σηκώνει κάποιο βάρος.
- Τα μάτια είναι ξηρά και χειροτερεύουν σε ζεστό δωμάτιο.
- Δίψα γύρω στις 2 το απόγευμα (Kent).
- Κοιμάται με τα χέρια πάνω από το κεφάλι και ανάσκελα.
- Χειροτερεύει με τη ζέστη³⁵.
- Παχιές, κιτρινοπράσινες εκκρίσεις.
- Επιθυμία για φρέσκο αέρα, γιατί νιώθει ότι θα βελτιωθεί.
- Επιθυμία να ανοίξει το παράθυρο, γιατί νιώθει ότι θα βελτιωθεί.
- Εναλλαγές διάθεσης.
- «Εξάρτηση» από το σύντροφο ή το σύζυγο.
- Εύκολο κλάμα.
- Θέλει παρέα όταν είναι ασθενής.
- Έκκριση που καίει ή είναι παχιά ή γαλακτώδης και συνήθως είναι χωρίς πόνο.
- Έκκριση στην οποία συνυπάρχει πόνος στη μέση και εξάντληση.
- Απώλεια περιόδων ή η περίοδος έρχεται αργά ή με αστάθεια.
- Χειροτερεύει στο ζεστό δωμάτιο.
- Χειροτερεύει με το πλούσιο φαγητό.
- Βελτίωση με τον περίπατο στον καθαρό αέρα.
- Συνήθως δεν διψάει.
- Επιθυμία για βούτυρο.
- Επιθυμία για παγωτό.
- Επιθυμία για κρεμώδη φαγητά.
- Απέχθεια στο λίπος.
- Χειροτερεύει με το λίπος.
- Χειροτερεύει με το γάλα.
- Χειροτερεύει με το χοιρινό.

4.7.6 Lycopodium και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Λοιμώξεις από μύκητες που χειροτερεύουν με το στρες.
- Κολπικές εκκρίσεις που είναι ερεθιστικές για τον κόλπο.
- Φαγούρα που χειροτερεύει μετά την περίοδο.
- Φαγούρα που χειροτερεύει μεταξύ 4 και 8 το απόγευμα.
- Ευερέθιστη.
- Κλαίει πριν και μετά την περίοδο.
- Δυσκολία στη συγκέντρωση.
- Πονοκέφαλος πριν από την περίοδο.
- Κονδυλώματα.
- Φακίδες στο δέρμα, κυρίως στο πρόσωπο.
- Απίσχυραση ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα (Kent).
- Το ένα πόδι μπορεί να είναι κρύο και το άλλο ζεστό.
- Νιώθει ζέστη στις πατούσες των ποδιών (Kent).

4.7.7 Carbo Vegetabilis και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Χειροτερεύει με τη ζέστη.
- Ρωγμές στο αιδοίο από το ξύσιμο μαζί με φαγούρα.
- Άγχος.
- Κατάθλιψη.
- Δυσκολία στη συγκέντρωση.
- Εξάντληση.
- Διάταση του στομάχου, που μπορεί να καλυτερεύει με τις ερυγές³⁶.

4.7.8 Mercurius και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Πολύ καυστική έκκριση από τον κόλπο, που χειροτερεύει με το στρες μαζί με συχνοουρία.
- Κονδυλώματα.
- Ευαίσθητοι μαστοί που πονάνε.
- Μεταλλική γεύση στο στόμα.
- Σημάδια από σάλια στο μαξιλάρι όταν κοιμάται (τις περισσότερες φορές).
- Κρυάδες που εναλλάσσονται με ιδρώτα³⁷.

4.7.9 Natrum Muriaticum και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Έντονο ξύσιμο και φαγούρα που χειροτερεύουν με τη ζέστη και το στρες.
- Συναισθηματική ευαισθησία πριν από την περίοδο (**Puls**).

- Συμπτώματα ευερέθιστου εντέρου.
- Συχνουρία.
- Υπερθυρεοειδισμός.
- Νιώθει ότι θέλει να κλάψει και δεν μπορεί.
- Έντονη ξηρότητα στον κόλπο.
- Μεγάλη επιθυμία ή ανάγκη ή όρεξη για αλάτι. Αν δεν υπάρχει αγάπη για το αλάτι, θα πρέπει να σκεφτούμε κυρίως το **Lycopodium** και τη **Sepia**, γιατί αυτά τα τρία φάρμακα έχουν τη μεγαλύτερη ξηρότητα στον κόλπο κατά τη διάρκεια της κολπίτιδας, αλλά και γενικά.

4.7.10 Boracid Acid και κολπίτιδα

Ένα άλλο φάρμακο σπάνιο, αλλά πολύ χαρακτηριστικό που δίδεται για τις κολπίτιδες της εμμηνόπαυσης είναι το **Boracid Acid**, το οποίο χρησιμεύει και για τις εξάψεις της κλιμακτηρίου μαζί με το **Lachesis** και το **Amyl Nitro**, καθώς και για προβλήματα της εμμηνόπαυσης. Χορηγείται όμως και σε κολπίτιδες όπου υπάρχει και συχνουρία με τσούξιμο στην ούρηση και κνησμό. Το χαρακτηριστικό του **Boracid Acid** είναι ότι υπάρχει η αίσθηση ότι ο κόλπος είναι πάρα πολύ κρύος, σαν να τον έχουμε γεμίσει με πάγο⁴⁷.

4.7.11 Nitric acid και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Έκκριση πρασινωπή ή σε αποχρώσεις του ροζ, με πιθανή συνύπαρξη τραχηλίτιδας, που χειροτερεύει με το στρες.
- Χρόνιος πονοκέφαλος και σχισμή στο ορθό.
- Βαριές περίοδοι.
- Κονδυλώματα.
- Ακαμψία στο λαιμό.
- Μεγάλο άγχος για την προσωπική υγεία.
- Βελτίωση των συμπτωμάτων όταν βρίσκεται σε κίνηση, με αυτοκίνητο³⁸

4.7.12 Arsenicum και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Κίτρινη έκκριση και υπερβολικό άγχος.
- Ασχολείται με μικρολεπτομέρειες.
- Φόβος για το θάνατο και τους ληστές.
- Η ασθενής έχει τάση να βάλει βάρος.
- Χρόνια πάχυνση του δέρματος του αιδοίου λόγω ξυσίματος³⁹

4.7.13 Kreosotum και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Κίτρινη ή γαλακτώδης έκκριση, που μυρίζει σαν ψωμί σίκαλης.
- Ο κόλπος πονάει, καίει και μπορεί να συνυπάρχει τραχηλίτιδα.

- Έκκριση που αυξάνεται πριν από την περίοδο, ενώ προηγούνται εξάψεις και πόνοι στη μέση, που χειροτερεύουν μετά την περίοδο.
- Τραχηλίτιδα και εξάψεις στο πρόσωπο σε συνδυασμό με πόνους στη μέση και ακολουθεί περίοδος.
- Φαγούρα στον κόλπο με φλεγμονή, η οποία χειροτερεύει κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.
- Μεγάλη εξάντληση, η οποία χειροτερεύει πριν από τις περιόδους.
- Συχνουρία τη νύχτα.
- Απότομη έπειξη για ούρηση, ενώ η ποσότητα των ούρων είναι αυξημένη και υπάρχει λευκό ίζημα.
- Κολπίτιδα ως σύνδρομο ενός καρκίνου της ωοθήκης ή του αιδοίου.
- Σκληρά γεννητικά όργανα που φλεγμαίνουν.
- Φαγούρα με λευκόρροια.
- Φαγούρα ανάμεσα στα χείλη του αιδοίου.
- Καυστική έκκριση.
- Εκκρίσεις που μυρίζουν έντονα σαπίλα⁴¹
- Κίτρινες εκκρίσεις που λερώνουν τα υφάσματα (σεντόνια - εσώρουχα).
- Πόνος ανάμεσα στα χείλη του αιδοίου.
- Αίσθηση ότι η μήτρα και η περιοχή της θα βγουν έξω από κάτω (Kent).
- Κίτρινη κολπική έκκριση που έχει πολλή φαγούρα και καύσο και η απέκκριση μυρίζει σαπίλα ή σαν πράσινο καλαμπόκι⁴²
- Επιμονή στη γνώμη της.
- Αυστηρή και δυσαρεστημένη με τα πάντα.
- Ξύσιμο στα εξωτερικά χείλη του αιδοίου, που χειροτερεύει τη φλεγμονή.
- Κολπίτιδα που χειροτερεύει πριν από την έναρξη της περιόδου.
- Αδυναμία στα πόδια.
- Χειροτερεύει στην εγκυμοσύνη.
- Χειροτερεύει στην περίοδο.
- Βελτιώνεται στη ζέστη.
- Βελτιώνεται με το ζεστό φαγητό.
- Βελτιώνεται με το να κάθεται.
- Επιθυμία για καπνιστό κρέας.
- Χειροτερεύει με το κρύο φαγητό.

4.7.14 Lachesis και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Δυσκολία στη λήψη αποφάσεων.
- Δυσκολία στη συγκέντρωση.
- Κατάθλιψη.
- Χρόνιος πονοκέφαλος.
- Νιώθει χειρότερα πριν από την περίοδο.

- Μιλάει πολύ.
- Νιώθει έντονη ζήλεια.
- Χειροτερεύει με τη ζέστη.
- Νιώθει χειρότερα με τα ρούχα που την πιέζουν στο λαιμό.
- Φλεβίτιδα στα πόδια.
- Συχνουρία.
- Τα συμπτώματα χειροτερεύουν πριν και μετά την περίοδο.

4.7.15 Caladium και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Έντονη φαγούρα από τον κόλπο.
- Κολπίτιδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- Νευρική και ευερέθιστη.
- Φόβος μην κολλήσει κάποια ασθένεια.
- Ο κόλπος και τα χείλη του αιδοίου είναι ξηρά, με φαγούρα και καύσο.
- Επιθυμία για αυτοϊκανοποίηση.
- Χειροτερεύει με το κάπνισμα.
- Χειροτερεύει με την έντονη σεξουαλική ζωή.
- Βελτιώνεται με τον κρύο αέρα.
- Βελτιώνεται με τον ιδρώτα.
- Ανέχεται μόνο ζεστά πόματα.

4.7.16 Sanicula και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Εκκρίσεις του κόλπου που μυρίζουν σαν μπαγιάτικο ψάρι και το σώμα της μυρίζει σαν μπαγιάτικο τυρί⁴³
- Ευερέθιστη και θίγεται εύκολα.
- Δεν θέλει να την αγγίζουν.
- Αίσθηση ότι τα όργανα στην πύελο πέφτουν προς τα κάτω, σαν να πρόκειται να βγει η μήτρα προς τα έξω.
- Χειροτερεύει με την κίνηση.
- Βελτιώνεται με το ξεσκέπασμα.
- Βελτιώνεται με την ξεκούραση.
- Επιθυμία για αλάτι.
- Επιθυμία για μπέικον.
- Επιθυμία για κρύο ή παγωμένο γάλα.

4.7.17 Asterias Rubens και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Αίσθηση σαν να πρόκειται να πέσει έξω η μήτρα.

- Μικροσυσπάσεις της μήτρας και δυσκολία στο περπάτημα.
- Πιθανή καθυστέρηση της έλευσης της περιόδου.
- Αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας το πρωί στο κρεβάτι και το απόγευμα περίπου στις 4.

4.7.18 Arsenicum Iodatum και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Πρόπτωση της μήτρας.
- Καυστική λευκόρροια και απουσία περιόδου.
- Διογκωμένοι μαστοί που πονάνε.
- Ινοαδενώματα στο μαστό με εισολκή των θηλών.
- Καρκίνος των θηλών⁴⁵

4.7.19 Crotum Tiglium και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Κολπίτιδα.
- Γαστρεντερικές διαταραχές.
- Δερματικές διαταραχές.
- Χειροτερεύει με το ζεστό καιρό.
- Ενόχληση στα μάτια.
- Διάρροια, απότομη και εκρηκτική (**Lachesis**).
- Διάρροια μετά το φαγητό.
- Διάρροια μετά το ποτό.
- Αέρια κατά τη διάρκεια της αφόδευσης (**Natrum Sulphuricum**, **Podophyllum**).
- Έκζεμα (**Natrum Sulphuricum**, **Rhus Tox**, **Psorinum**, **Sulphur**).

4.7.20 Curare και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Κολπίτιδα.
- Μυϊκή παράλυση και μείωση της αισθητικής ικανότητας.
- Ασθένεια λόγω ηλικίας.
- Ασθένεια λόγω απώλειας υγρών.
- Γλυκοζουρία με κινητική παράλυση και τρισμό (σφίξιμο) των δοντιών.
- Η ασθενής μπορεί να είναι διαβητική.
- Κολπίτιδα και δυσμηνόρροια.
- Κολπική έκκριση κατά τη διάρκεια της κολπίτιδας, που είναι παχιά, πυώδης και μυρίζει.

4.7.21 *Hydrocotyle Asiatica* και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Κολπίτιδα.
- Καρκίνος στα γεννητικά όργανα και κολπίτιδα.
- Καρκίνος στα γεννητικά όργανα και συστηματικός ερυθηματώδης λύκος.
- Κολπίτιδα συγχρόνως με συμπτώματα και από το δέρμα.
- Κολπίτιδα και ξηρότητα του δέρματος.
- Κολπίτιδα και ψωρίαση.
- Κολπίτιδα και ιδρώτας.
- Κολπίτιδα και ακμή.

4.7.22 *Lobelia Inflata* και κολπίτιδες

Τα κύρια ή χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Ροή υγρού από τον κόλπο και ταυτόχρονη ροή από το ορθό.
- Επιθυμία για γλυκά.
- Επιθυμία για λίπος.
- Βελτιώνεται με την μπίρα.
- Χειροτερεύει με το κρύο.
- Πανικός από το φόβο της.
- Μεγάλο άγχος για την υγεία της.
- Υποχόνδρια σε θέματα υγείας, λόγω του υπερβολικού άγχους για την υγεία της.

4.7.23 Διαφορική διάγνωση για την ομοιοπαθητική θεραπεία της κολπίτιδας

Γενικά, οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες θεραπείες είναι το **Mercurius**, η **Sepia**, η **Pulsatilla** και το **Sulphur**, ακολουθούν το **Nitric Acid**, η **Thuja**, το **Kreosotum**, η **China**, το **Lycopodium** και η **Sabina**. Και τέλος, αν τίποτα από αυτά δεν μας κάνει, μπορεί η ασθενής να ωφεληθεί από το **Alumina**, το **Ammoniacum**, το **Causticum**, το **Conium**, το **Petroleum**, τον **Phosphorus** και το **Stannum**.

Από τις ομοιοπαθητικές θεραπείες που μπορούν να χορηγηθούν σε περιστατικά κολπίτιδας τα σημαντικότερα διαφοροδιαγνωστικά σημεία και συμπτώματα είναι τα εξής:

- Οξεία κολπίτιδα: **Mercurius**, **Sepia**, και σε δεύτερη φάση το **Sulphur** και η **Pulsatilla**.
- Χρόνια κολπίτιδα: **Mercurius**, **Sepia**, **Sulphur**, **Pulsatilla**, **Conium**, **Sabina**., **Calcarea carbonica**, **Graphites** και η **Nux Vomica**⁴⁰.
- Όταν η γυναίκα λέει: «Δεν είχα ποτέ τέτοια φαγούρα σε όλη μου τη ζωή»: **Caladium**.
- Όταν η γυναίκα λέει: «Ο κόλπος μου καίει τόσο πολύ από τις εκκρίσεις, που μόλις το αντέχω»: **Kreosotum**.

- Όταν η γυναίκα λέει: «Έχω αυτές τις κρεμώδεις εκκρίσεις πριν από την περίοδο. Με κάνει να θέλω να κλάψω»: **Pulsatilla**.
- Όταν η γυναίκα λέει: «Οι εκκρίσεις του κόλπου μου μυρίζουν σαν μπαγιάτικο ψάρι»: **Sanicula**.
- Όταν η γυναίκα λέει: «Έχω αυτή τη μόλυνση μετά τη γέννηση του παιδιού μου. Από τότε δεν έχω καμία σεξουαλική επιθυμία»: **Sepia**.
- Πρόπτωση της μήτρας: **Arsenicum Iodatum, Aurum Sulphuratum, Asterias Rubens, Sepia** και **Sanicula**. Η διαφορά των φαρμάκων αυτών είναι ότι η Asterias Rubens, η Sepia και η Sanicula δεν έχουν πραγματική πρόπτωση, απλώς έχουν μια αίσθηση τραβήγματος της μήτρας προς τα κάτω, το Arsenicum Iodatum έχει πρόπτωση, αλλά χωρίς ιδιαίτερη αίσθηση βαρύτητας στα γεννητικά όργανα, υπάρχει δηλαδή ανατομικό πρόβλημα, ενώ το Aurum Sulphuratum έχει και πρόπτωση στη μήτρα αλλά και βαρύτητα στα όργανα⁴⁶.
- Ερυθρότητα του κόλπου με μεγάλη αύξηση των πολυμορφοπύρηνων και μεγάλη εξάντληση της γυναίκας: **Radium Bromatum**.
- Ο κόλπος είναι γδαρμένος: **Kali Bichromicum, Hyoscyamus** και **Alumina**.
- Φλεγμονή στον κόλπο και αίσθημα ζέστης: **Aconitum, Belladonna, Graphites, Hyoscyamus, Kreosotum, Lycopodium, Carbo Vegetabilis, Aurum, Berberis, Borax, Rush Tox, Secale, Sepia, Sulphur, Tarentula** και **Thuja**.
- Κολπίτιδα: **Aconitum, Coccus Cacti, Crotum Tigilium, Curare (Cur), Mercurius, Mercurious Corosidus (Merc- C), Natrium Aceticum (Nat-Act), Nux Vomica, Sanicula, Alumina, Causticum, China, Kali Carbonicum, Chelonias, Graphites, Gelsemium, Natrium Muriaticum, Lycopodium, Sulphur, Syphilinum, Tarentula** και **Thuja**.
- Κολπίτιδα, κατά την οποία ο κόλπος καίει σαν φωτιά και η γυναίκα χειροτερεύει τη νύχτα: **Mercurious Corosidus (Merc- C)**.
- Φαγούρα στον κόλπο: **Caladium, Kreosotum, Nitric Acid, Sepia, Aurum Muriaticum, Bromium, Calcarea Sulphurica, Cantharis, Conium, Ferrum Iodatum (Ferr- I), Medorrinum, Lilium Tigrinum, Xydrocotyle Aciatica, Mercurius, Sulphur, Tarentula** και **Kreosotum**.
- Ροή υγρού από τον κόλπο μαζί με ταυτόχρονη ροή από το ορθό: **Lobelia Inflata**.
- Έντονη φαγούρα στον κόλπο, που την προδιαθέτει για αυτοϊκανοποίηση: **Caladium**.
- Έντονη φαγούρα στο αιδοίο, που την προδιαθέτει για αυτοϊκανοποίηση: **Caladium, Origanum, Zincum**.
- Κολπίτιδα που οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα σε μύκητα: **Apis, Arsenicum, Belladonna, Cantharis, Lac Canimum, Lachesis, Lycopodium, Pulsatilla, Sabina, Secale**.
- Κολπίτιδα οποιασδήποτε αιτιολογίας που συνδυάζεται με τραχηλίτιδα: **Apis, Arsenicum, Belladonna, Cantharis, Lac Canimum, Lachesis, Lycopodium, Pulsatilla, Sabina, Secale**.

- Κολπίτιδα με ξηρότητα στον κόλπο χωρίς τραχηλίτιδα: **Aconitum, Arsenicum, Belladonna, Berberis, Graphites, Lycopodium, Natrium Muriaticum** και **Sepia**.
- Έντονη φαγούρα στον κόλπο: **Caladium, Kreosotum** και **Lilium Tigrinum**.
- Κολπική έκκριση που είναι κρεμώδης: **Calcarea Phosphorica, Natrum Phosphoricum, Pulsatilla, Secale**.
- Καυστικός πόνος στον κόλπο: **Belladonna, Berberis, Calcarea Phosphorica, Cantharis, Chamomilla, Kali Carbonicum, Kreosotum, Graphites, Conium, Kreozoticum, Mercurius, Nitric Acid, Petrolium, Pulsatilla** και **Thuja**.
- Καυστικός πόνος στον κόλπο κατά τη διάρκεια της επαφής: **Kreozotum, Lycopodium** και **Sulphur**^{36A}.

4.8 Ομοιοπαθητική και καρκίνος του μαστού

Σύμφωνα με τους Thompson & Reilly⁴⁷ η ομοιοπαθητική έχει χρησιμοποιηθεί για την ανακούφιση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια διακοπής της ορμονικής θεραπείας με ταμοξιφαίνη σε γυναίκες που είχαν καρκίνο του μαστού.

Σαράντα πέντε ασθενείς συμμετείχαν στη μελέτη. Τα πιο κοινά συμπτώματα που παρουσίασαν ήταν οι εξάψεις (HF) (n = 38), οι διαταραχές της διάθεσης (n = 23), ο πόνος στις αρθρώσεις (n = 12) και η κόπωση (n = 16). Άλλα συμπτώματα περιλάμβαναν την αύπνια, τη μειωμένη λίμπιντο, την αύξηση του σωματικού βάρους, την κυστίτιδα, την κολπική ξηρότητα και τα εξανθήματα του δέρματος. Η δραστική παρέμβαση ήταν μια εξατομικευμένη ομοιοπαθητική θεραπεία. Σαράντα γυναίκες (89%) ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Σημαντικές βελτιώσεις στη μέση βαθμολογία των συμπτωμάτων παρατηρήθηκαν στην περίοδο της μελέτης και στη βαθμολογία για την επίδραση της θεραπείας στην καθημερινή ζωή. Άλλα συμπτώματα, εκτός από τις εξάψεις, όπως η κούραση και η διαταραχή της διάθεσης φαίνεται ότι παρουσίασαν βελτίωση. Σημαντικές βελτιώσεις ως προς το άγχος, την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκεια της μελέτης. Η ομοιοπαθητική προσέγγιση φαίνεται να είναι κλινικά χρήσιμη στη διαχείριση των συμπτωμάτων κατά τη διακοπή των οιστρογόνων σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, είτε λαμβάνουν Tamoxifen είτε όχι, και βελτιώνει τη διαταραχή της διάθεσης.

Οι συγγραφείς της μελέτης θεωρούν ότι μια ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο έρευνα θα είναι το επόμενο στάδιο αυτής της προβληματικής. Οι θεραπευτικές στρατηγικές που ακολούθησαν οι συγγραφείς βασίστηκαν επί του «συνόλου των συμπτωμάτων». Δεν αναδύθηκε ή προέκυψε κάποια ειδική θεραπεία. Στις 45 γυναίκες δόθηκαν συνολικά 25 θεραπείες. Ωστόσο, η Pulsatilla, η Sepia και το Sulphur χρησιμοποιήθηκαν σε περισσότερες από τρεις περιπτώσεις για την πρώτη συνταγή. Η πλειονότητα των συνταγών που δόθηκαν ήταν centesimal δυναμοποίησης και το 30% των θεραπειών ήταν LM δυναμοποίησης.

4.9 Ομοιοπαθητική και κατάθλιψη – Γενική αξιολόγηση

Στην εργασία των K. Pilkington, G. Kirkwood, H. Rapses, P. Fisher and J. Richardson⁶⁷ μελετήθηκαν συστηματικά τα στοιχεία της έρευνας για την αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής στη θεραπεία της κατάθλιψης και των καταθλιπτικών διαταραχών. Στην εργασία αυτή διεξήχθη μια ολοκληρωμένη αναζήτηση των μεγάλων βιοϊατρικών βάσεων δεδομένων, που περιλαμβάνουν

MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycInfo, Cochrane Library, καθώς και των βάσεων δεδομένων σχετικά με την εναλλακτική ιατρική, όπως Amed, CISCOR και Hom-Infom. Οι έρευνες που αξιολογήθηκαν κατηγοριοποιήθηκαν ανά είδος μελέτης και εξετάστηκαν ως προς τη σχεδιάσή τους. Τα αποτελέσματα της εργασίας είναι τα εξής: Μόνο δύο τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές (RCT) εντοπίστηκαν. Από αυτές η μία ήταν μελέτη σκοπιμότητας, για την εφαρμογή της ομοιοπαθητικής στη θεραπεία της κατάθλιψης, και κατέδειξε προβλήματα στη συμμετοχή των ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Υπήρξαν και αρκετές μη ελεγχόμενες μελέτες ή μελέτες που βασίστηκαν στις παρατηρήσεις των θεραπειών, οι οποίες έχουν αναφέρει θετικά αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένης της μεγάλης ικανοποίησης των ασθενών, αλλά λόγω έλλειψης μιας ομάδας ελέγχου, είναι δύσκολο να αξιολογηθεί ο βαθμός στον οποίο η θετική απάντηση οφείλεται σε συγκεκριμένα αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής. Υπήρξαν επίσης πολλές μελέτες που παρουσίαζαν μεμονωμένα περιστατικά, αλλά δεν βρέθηκαν σχετικές ποιοτικές έρευνες.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρθηκαν στις μελέτες που εξετάστηκαν περιορίζονται σε «θεραπευτικές επιδείνωσεις aggravations», συμπεριλαμβανομένων της προσωρινής επιδείνωσης των συμπτωμάτων, τις αλλαγές των συμπτωμάτων και την επανεμφάνιση παλαιών συμπτωμάτων. Αυτές οι αντιδράσεις στη θεραπεία ήταν κατά κανόνα παροδικές, αλλά σε μια μελέτη, η επιδείνωση των συμπτωμάτων προκάλεσε τη διακοπή της ομοιοπαθητικής θεραπείας σε έναν ασθενή. Τα συμπεράσματα της εργασίας⁶⁷ είναι ότι τα αποδεικτικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής στην κατάθλιψη είναι περιορισμένα, λόγω απουσίας κλινικών δοκιμών υψηλής ποιότητας. Άρα απαιτείται περαιτέρω έρευνα, η οποία πρέπει να περιλαμβάνει καλά σχεδιασμένες ελεγχόμενες μελέτες με επαρκή αριθμό συμμετεχόντων. Οι ποιοτικές μελέτες με στόχο την αποφυγή προβλημάτων, όπως η μικρή συμμετοχή των ασθενών, θα πρέπει να προηγηθούν των ελεγχόμενων κλινικών δοκιμών. Ο εξαιρετικά εξειδικευμένος χαρακτήρας της ομοιοπαθητικής θεραπείας και η ιδιαιτερότητα της ανταπόκρισης κάθε ασθενούς μπορεί να απαιτεί καινοτόμους τρόπους μελέτης και ανάλυσης της εξατομικευμένης αντίδρασης κάθε ασθενούς.

4.10 Ομοιοπαθητική και εξάψεις σε γυναίκες στην εμμηνόπαυση

Σε μια μελέτη⁴⁶ που διεξήχθη το 2008 από τους M.F. Bordet, A. Colas, P. Marijnen, J.L. Masson και M. Trichard εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής θεραπείας στις εξάψεις γυναικών στην εμμηνόπαυση. Τα κριτήρια για τις ασθενείς ήταν τα εξής: γυναίκες ηλικίας άνω των 45 ετών, σε φάση εμμηνόπαυσης, που υπέφεραν από εξάψεις, δεν λάμβαναν ούτε ομοιοπαθητική αγωγή ούτε ορμονική θεραπεία, για τη μείωση των εξάψεων, ούτε ραλοξιφαίνη. Ασθενείς που χρησιμοποιούσαν τοπική ορμονική θεραπεία για αιδοιοκολπικές διαταραχές που συνδέονται με την εμμηνόπαυση συμπεριλήφθησαν στη μελέτη.

Ο ορισμός της εμμηνόπαυσης που έδωσαν οι μελετητές ήταν ο εξής: α) τουλάχιστον 12 μήνες αμηνόρροιας σε γυναίκες ηλικίας τουλάχιστον 50 ετών, β) αρνητική δοκιμή για προγεστερόνη (δηλαδή απουσία αιμορραγίας έπειτα από χορήγηση προγεστερόνης για 10 ημέρες ανά μήνα και τουλάχιστον για 3 συνεχόμενους μήνες) σε γυναίκες ηλικίας τουλάχιστον 45 ετών, γ) γυναίκες με διμερή ωοθηκεκτομή, οι οποίες είχαν προηγουμένως εμμηνόρροια. Στα κριτήρια αποκλεισμού ασθενών από τη μελέτη ήταν και το να πάσχει η ασθενής από ορμονοεξαρτώμενο καρκίνο.

Η μελέτη⁴⁶ αξιολόγησε τις ομοιοπαθητικές θεραπείες ως προς τις εξάψεις και την επίδραση της ομοιοπαθητικής θεραπείας στην ποιότητα ζωής στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη. Η μελέτη βασίστηκε στις παρατηρήσεις των θεραπειών και στις αξιολογήσεις των ασθενών, δηλαδή δεν ήταν συγκριτική ή τυχαιοποιημένη μελέτη κ.λπ. Συμμετείχαν 99 εθελοντές γιατροί από 8 χώρες και 438 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας τα 55 έτη. Από τα ομοιοπαθητικά φάρμακα που δόθηκαν σε όλους τους ασθενείς, σε ποσοστό 98% συνταγογραφήθηκαν τα *Lachesis mutus*, *Belladonna*, *Sepia officinalis*, *Sulphur* και *Sanguinaria canadensis*. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν σημαντική μείωση στη συχνότητα των εξάψεων την ημέρα και τη νύχτα και σημαντική μείωση στην καθημερινή ταλαιπωρία των γυναικών. Ένα σημαντικό ποσοστό, το 90%, των γυναικών, ανέφεραν εξαφάνιση ή μείωση των συμπτωμάτων τους, επί το πλείστον εντός 15 ημερών από την έναρξη της ομοιοπαθητικής θεραπείας. Οι συγγραφείς προτείνουν ότι πρέπει να γίνουν περαιτέρω μελέτες.

Σε μια άλλη μη τυχαιοποιημένη και μη ελεγχόμενη μελέτη του 2002 από τους A. Clover, D. Ratsey⁵⁶ για τη θεραπεία των εξάψεων σε γυναίκες με εμμηνόπαυση, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομοιοπαθητική θεραπεία μπορεί να είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση των εξάψεων στις γυναίκες με εμμηνόπαυση. Στη μελέτη αυτή οι έξι πιο συχνά συνταγογραφούμενες ομοιοπαθητικές θεραπείες που έλαβαν από την αξιολόγηση των ασθενών υψηλή βαθμολογία στο συνολικό τους όφελος, δηλαδή +3 ή +2, ήταν τα *Amyl Nitrosum*, *Calcarea Carbonica*, *Lachesis mutus*, *Natrum Muriaticum*, *Pulsatilla* και *Sepia Officinalis*.

Σε μια άλλη εργασία του 2002 από τους Kronenberg F. και Fugh-Berman⁹², που μελέτησαν 29 τυχαιοποιημένες και ελεγχόμενες κλινικές έρευνες για τη χρήση των εναλλακτικών θεραπειών σε εμμηνοπαυσιακούς ασθενείς, δεν βγήκαν συγκεκριμένα αποτελέσματα λόγω της διαφορετικής ποιότητας των μελετών που εξετάστηκαν, λόγω της υψηλής επίδρασης του placebo και λόγω της φυσικής μείωσης των συμπτωμάτων με την πάροδο του χρόνου.

5. Ολιστική προσέγγιση της υγείας των γυναικών – Ολιστική γυναικολογία – Συμπεράσματα

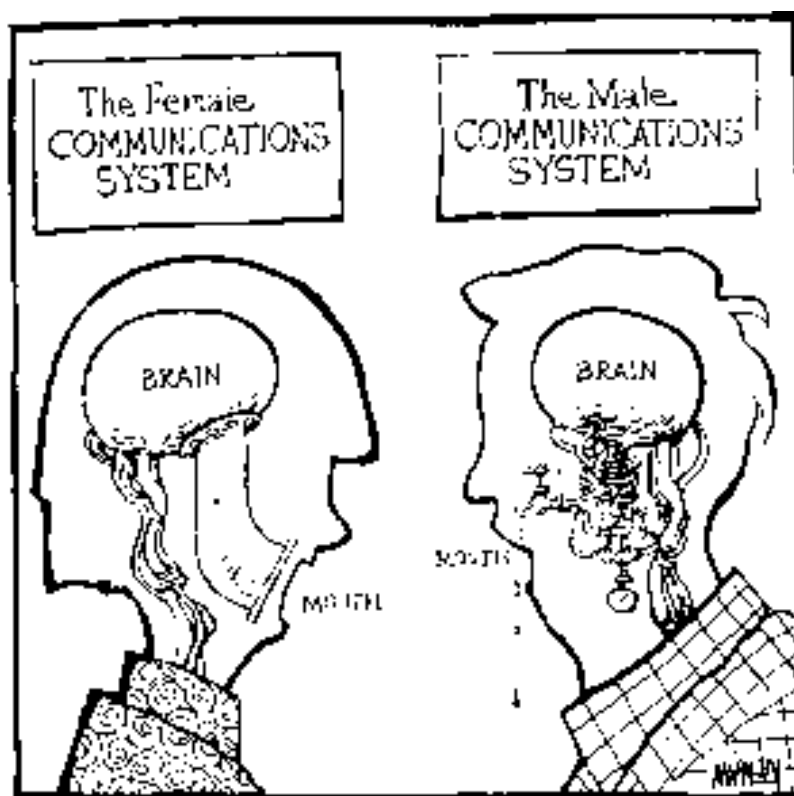
Μπορεί να θεωρηθεί ότι, πέραν της ομοιοπαθητικής, ορισμένες φυσικές μέθοδοι αντιμετώπισης ενδέχεται να βοηθήσουν την ασθενή, να επιταχύνουν την αποθεραπεία καθώς και την ανάρρωση⁶⁶. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να κρίνουμε σωστό να ξεφύγουμε στιγμιαία από το αντικείμενο της ομοιοπαθητικής και να αναφέρουμε μη δυναμοποιημένες θεραπείες, χωρίς βέβαια να ξεχνάμε ποτέ ότι το αντικείμενό μας είναι η ομοιοπαθητική. Ο λόγος που μπορεί να γίνει αυτό είναι ότι η ιατρική είναι μία και αλληλοσυμπληρώνεται. Η θεραπευτική δεν χωρίζει τους θεραπευτές σε «ομοιοπαθητικούς», «κλασικούς», «βελονιστές», «θεραπευτές», «ορθοπεδικούς», «ρεφλεξολόγους», «αλλοπαθητικούς», «ολιστικούς», «φυσικής ιατρικής», «κινεζικής ιατρικής», «ιρλανδέζικης ιατρικής» κ.λπ. Θεραπευτής είναι αυτός ο οποίος καταφέρνει να βγάλει το συνάνθρωπό του από τη δυσφορία και την ασθένεια. Έτσι λοιπόν, η θεραπεία είναι εκείνη που κάνει το θεραπευτή και δεν σημαίνει ότι επειδή έχουμε τον τίτλο των «θεραπευτών», απαραίτητα οι θεραπείες μας είναι και σωστές και πλήρεις και δεν χρειάζεται καμία συμπλήρωση πέρα από αυτές. Στο πλαίσιο λοιπόν αυτής της αντίληψης ότι η ιατρική είναι μία, δεν θα στερήσουμε από τον ασθενή τη συνδρομή ορισμένων –με φειδώ– φυσικών μεθόδων συμπλήρωσης της ομοιοπαθητικής θεραπείας.

Οι άντρες και οι γυναίκες είναι εντελώς διαφορετικά συστήματα τόσο ως οργανισμοί, γιατί έχουν διαφορετική δομή, οργάνωση και λειτουργία, όσο και ως μέλη ευρύτερων συστημάτων, π.χ. κοινωνικών, πολιτικών, επιστημονικών, όπου η αλληλεπίδρασή τους και η συμμετοχή τους είναι εντελώς διαφορετικές, π.χ. ρόλοι, στερεότυπα κ.λπ. Εκτός από τις κλασικές σωματικές - ανατομικές διαφορές (π.χ. γεννητικά όργανα, μυϊκό σύστημα, δέρμα, αναπνευστικό σύστημα), αυτές που είναι σημαντικές για την ομοιοπαθητική είναι οι νευρολογικές - εγκεφαλικές διαφορές, οι ορμονικές, που συνεπάγονται συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαφορές, και οι ανοσολογικές, που συνεπάγονται διαφορές στην ευαισθησία ή στην ανθεκτικότητα σε ασθένειες μεταξύ των δύο φύλων. Σύμφωνα με την ψυχολόγο Cordelia Fine⁹³, όλες οι μελέτες για τις διαφορές των φύλων σε διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο παρουσιάζουν προβλήματα. Για παράδειγμα, υπήρχε παλιότερα η άποψη ότι όσο μεγαλύτερος ο εγκέφαλος τόσο μεγαλύτερη και η ευφυΐα, γιατί οι άντρες έχουν βαρύτερο και μεγαλύτερο εγκέφαλο από τις γυναίκες – φυσικά κάτι τέτοιο δεν ισχύει. Οι νευροεπιστήμες βρίσκονται ακόμη στα πρώτα τους βήματα όσον αφορά στη μελέτη της οργάνωσης και λειτουργίας του εγκεφάλου. Η λεπτομερής ανατομική περιγραφή του εγκεφάλου έχει κάποια αξία, αλλά δεν υποδηλώνει κάτι για την οργάνωση και τη λειτουργία του εγκεφάλου ενός φυσιολογικού ανθρώπου.

Για την ομοιοπαθητική και κάθε άλλη ολιστική θεραπευτική μέθοδο, η βασική διαφορά των δύο φύλων είναι το ισχυρότερο και πιο ευαίσθητο στα εξωτερικά ερεθίσματα ανοσοποιητικό σύστημα των γυναικών – το οποίο αναλύεται στο κεφάλαιο 3.3.7 για τα αυτοάνοσα νοσήματα. Αν πράγματι ισχύει κάτι τέτοιο και δεν είναι άλλη η βάση των αυτοάνοσων νοσημάτων, μήπως κατά την ομοιοπαθητική πράξη που κινητοποιεί την άμυνα του οργανισμού πρέπει να διαφοροποιούμε τις δυναμοποιήσεις αναλόγως του φύλου του ασθενούς;

Μια άλλη διαφορά, την οποία η ομοιοπαθητική θα έπρεπε να μελετήσει περισσότερο, είναι οι συναισθηματικές επιπτώσεις της γήρανσης και της εικόνας του σώματος στα δύο φύλα, δηλαδή της ανδρόπαυσης και της εμμηνόπαυσης στην

ψυχολογία των γυναικών και των ανδρών – το διαφορετικό ορμονικό σύστημα ειδικά στην περίπτωση της φυσιολογικής φάσης της εμμηνόπαυσης ή της ανδρόπαυσης δείχνει ότι οι ορμόνες επηρεάζουν την ψυχολογία του άνδρα και της γυναίκας. Σε κάθε ηλικία οι ανάγκες του ασθενούς είναι διαφορετικές ως προς την αλληλεπίδρασή του με το κοινωνικό του περιβάλλον, γιατί κάθε φορά βλέπει αλλιώς τη ζωή του. Αυτό έχει πολλές επιπτώσεις στη σχέση που αναπτύσσει ένας ασθενής με το γιατρό του. Αν οι γυναίκες επικοινωνούν καλύτερα από τους άντρες, όπως λένε ορισμένες μελέτες, θα έχει πολύ ενδιαφέρον να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής στα δύο φύλα⁹⁴. Ο χαρακτήρας του ασθενούς είναι αυτός που εξετάζεται στην ομοιοπαθητική, μαζί με την ψυχοπαθολογία του²⁵. Ο χαρακτήρας είναι αυτός που περιγράφεται από τον ασθενή στην επικοινωνία του με το γιατρό. Όσο πιο καλή η επικοινωνία, τόσο καλύτερη και η περιγραφή του χαρακτήρα, άρα τόσο πιο αποτελεσματική θα πρέπει να είναι και η ομοιοπαθητική θεραπεία.

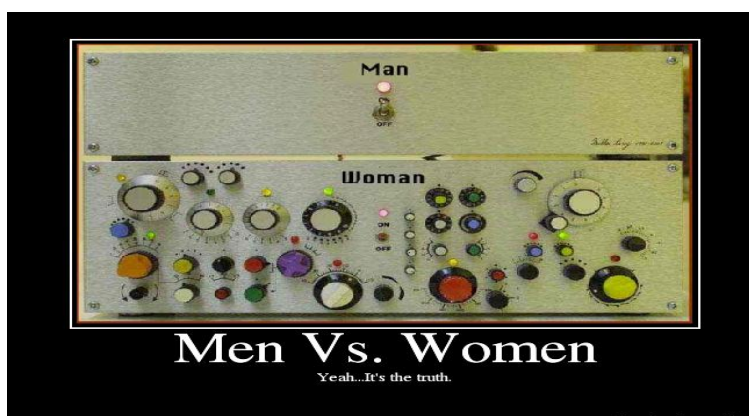


Ο χαρακτήρας κάθε ανθρώπου εξαρτάται από την αλληλεπίδρασή του με το περιβάλλον του – οικογένεια, φίλοι, εργασία, κοινωνία κ.λπ. Μια γυναίκα αλληλεπιδρά με το περιβάλλον διαφορετικά σε σύγκριση με έναν άντρα. Για παράδειγμα, λόγω της διαφοράς στη μυϊκή δύναμη, θεωρούμε ότι οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο και είναι πιθανότερο να πέσουν θύματα σεξουαλικής παρενόχλησης από ό,τι οι άντρες, όμως υπάρχει και η έκφραση πως μια γυναίκα «ευνούχισε» έναν άντρα. Μήπως πρέπει να επεκταθούν τα όρια και οι ορισμοί όσων θεωρούμε συναισθηματικά σημεία και συμπτώματα ή η ομοιοπαθητική δεν δίνει σημασία στο πώς αντιμετωπίζει ένας άντρας και μια γυναίκα σημαντικά και κοινά συναισθήματα της ζωής, π.χ. το χωρισμό από αυτόν που τον καταπιέζει; Αυτό δεν σημαίνει ότι ο άντρας και η γυναίκα μπορούν να αντιμετωπίσουν το χωρισμό με τον ίδιο τρόπο. Αν ένας άντρας πει στο γιατρό του ότι «χώρισα γιατί με καταπίεζε και για να φτάσω στο χωρισμό άρχισα να πηγαίνω με άλλες γυναίκες, γιατί στην πραγματικότητα η υπέρμετρη σεξουαλικότητά μου ήταν αυτό που καταπιεζόταν στη

σχέση μου», θα του δοθεί Staphysagria; Είναι ίδια αυτή η περίπτωση με κάποιον που καταπιέζεται σεξουαλικά από τη σύντροφό του και απομονώνεται, αντί να ψάχνει για εξωσυζυγικές σχέσεις; Η ουσία είναι ότι άλλοτε το πλεονέκτημα το έχουν οι άντρες, άλλοτε οι γυναίκες και άλλοτε υπάρχει ισοπαλία⁹⁴.



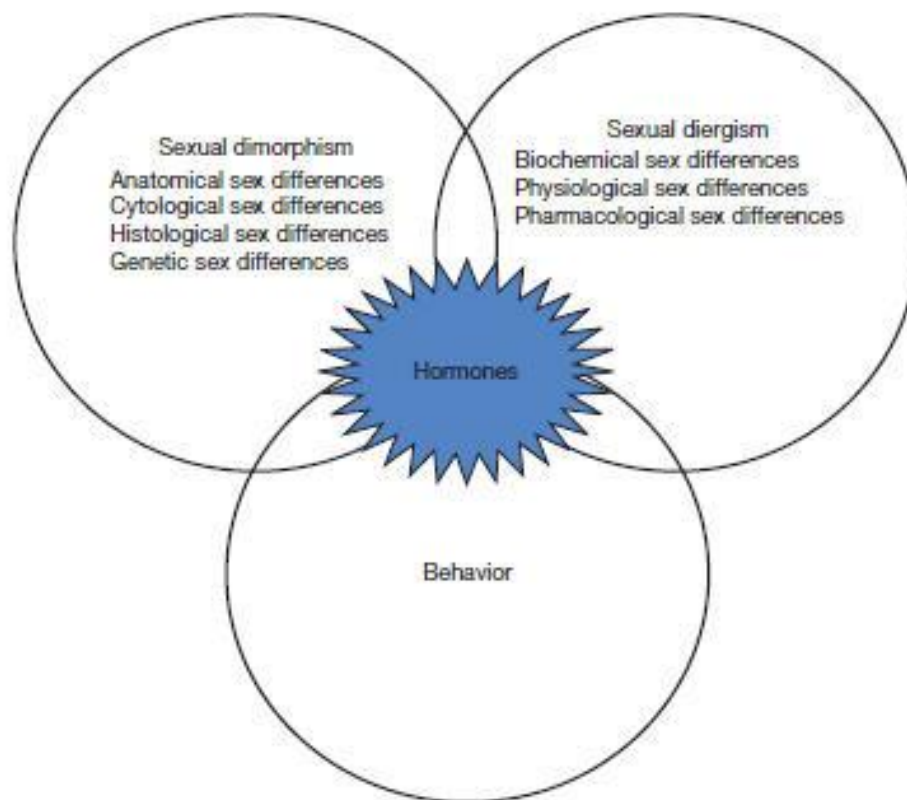
Άλλο ερώτημα που τίθεται για τις διαφορές των δύο φύλων και μπορεί να έχει σημασία για την ομοιοπαθητική θεραπεία είναι η ειλικρίνεια στη σχέση του θεραπευτή με τον ασθενή. Η ειλικρίνεια της σχέσης πολλές φορές σχετίζεται με αυτό που αναφέρεται ως «οι ευαίσθητες ερωτήσεις του ιστορικού», π.χ. λήψη ναρκωτικών ουσιών και σεξουαλικού τύπου ερωτήσεις. Το σεξουαλικό ένστικτο είναι αυτό που καθορίζει πολλά στον τρόπο με τον οποίο ένας άντρας ή μια γυναίκα αλληλεπιδρά με το περιβάλλον του – μάλιστα το σεξ μπορεί να βρίσκεται πίσω από κάθε αρνητικό συναίσθημα ενός άντρα ή μιας γυναίκας⁹⁴ και το συναίσθημα αυτό να σωματοποιείται με διαφορετικό τρόπο ή αντίστοιχα, αν είναι σωματικό, να ψυχοποιείται με διαφορετικό τρόπο. Τα σεξουαλικά προβλήματα που συνδέονται με την εικόνα του εαυτού ή με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κρύβονται πίσω από πολλά ψυχοσωματικά και σωματοψυχικά προβλήματα ή διαταραχές, γιατί το σεξουαλικό ένστικτο είναι πολύ δυνατό. Ο θεραπευτής μπορεί να έρθει σε πολύ δύσκολη θέση, όταν ένα ζευγάρι έρθει στο ιατρείο του και ο άντρας έχει κάποια προβλήματα στα γεννητικά του όργανα, που μπορεί να οφείλονται σε σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, και ειλικρινέστατα λένε και οι δύο ότι ουδέποτε έκαναν απιστία. Αν τελικά, αφού γίνει η εξέταση, βρεθεί ότι πράγματι υπάρχει σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, τι θα συμβεί στο ζευγάρι ή, αν δεν εξεταστεί περαιτέρω η πιθανότητα του σεξουαλικά μεταδιδόμενου νοσήματος, δηλαδή δεν το διερευνήσει ο θεραπευτής και είναι τελικά σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, είναι δυνατόν να θεωρηθεί σωστή η θεραπεία ακόμη και αν ο ασθενής νιώσει καλύτερα ή ανακουφιστεί από κάποιο σύμπτωμα;



Οι άντρες και οι γυναίκες είναι δύο διαφορετικοί οργανισμοί με διαφορετικές ανάγκες. Στην περίπτωση των γυναικών, η υγεία τους σε όλα τα επίπεδα – συναισθηματικό, διανοητικό και σωματικό– απαιτεί άλλη θεραπευτική και διαγνωστική θεώρηση.

Αν πράγματι ισχύει η διπλανή εικόνα –ένας άντρας on-off– και μια γυναίκα πολύπλοκη, τότε τα πάντα υπεραπλουστεύονται. Τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες είναι πολύπλοκα συστήματα, αλλά ταυτόχρονα διαφορετικά. Όπως δηλαδή θα μπορούσε να υπάρχει η ολιστική γυναικολογία, θα έπρεπε να υπάρχει και η ολιστική ανδρολογία. Αν μελετηθούν σε βάθος οι ασθένειες, π.χ. σε γονιδιακή βάση, είναι απορίας άξιο, γιατί ορισμένες ασθένειες έχουν κοινό όνομα στους άνδρες και στις γυναίκες. Εξ ορισμού ο φυλετικός ή σεξουαλικός διμορφισμός και η γενετική βασίζονται στο γεγονός ότι οι άντρες και οι γυναίκες έχουν διαφορετικά χρωμοσώματα. Από μόνα τους τα γονίδια δεν καθορίζουν την ανθεκτικότητα ή την ευαισθησία των αντρών και των γυναικών σε κάποια νοσήματα. Τα γονίδια μαζί με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, δηλαδή την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του, καθορίζουν την ευαισθησία ή την ανθεκτικότητα του ατόμου⁹⁶.

Σύμφωνα με τους Rhodes, Creel και Nord⁹⁷ οι διαφορές των δύο φύλων στους νευροδιαβιβαστές έχουν ως αποτέλεσμα διαφορές στη συμπεριφορά. Οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) έχουν μελετηθεί λεπτομερώς και έχουν χαρτογραφηθεί. Οι μορφολογικές διαφορές επικαλύπτουν τις λειτουργικές μεταξύ των δύο φύλων. Οι παραπάνω συγγραφείς εισάγουν τον όρο «διεργισμός», για να περιγράψουν τις λειτουργικές διαφορές των αντρών και των γυναικών. Ο νευροδιαβιβαστής που έχει μελετηθεί περισσότερο είναι η ακετυλοχολίνη, όμως υπάρχουν μελέτες και για την ντοπαμίνη, τη νοραδρεναλίνη, το GABA και τη σεροτονίνη. Η συσχέτιση των ορμονών με τη συμπεριφορά είναι δύσκολη, γιατί εξαρτάται από πολλούς παράγοντες - είναι δηλαδή ένα πολύπλοκο σύστημα⁹⁷.



Σχήμα 1: Ο ορισμός των εννοιών του φυλετικού διμορφισμού (sexual dimorphism) και φυλετικού διεργισμού (sexual diergism). Ο φυλετικός διεργισμός αποτελεί μια σημαντική παράμετρο στη μελέτη της συμπεριφοράς, της παθολογίας και των διαταραχών της υγείας καθώς και των φαρμακολογικών – τοξικολογικών αρχών, όπως η επιλογή, η τοξικότητα και η ανοχή ενός φαρμάκου, η εξάρτηση από κάποιο φάρμακο και η ρύθμιση των υποδοχέων ενός φαρμάκου. Οι ορμόνες και οι νευροδιαβιβαστές έχουν ρόλο-κλειδί στην ανάπτυξη και διατήρηση του φυλετικού διμορφισμού, του φυλετικού διεργισμού και της συμπεριφοράς [(Rhodes ME and Rubin RT (1999) Functional sex differences (sexual diergism) of central nervous system cholinergic systems, vasopressin, and hypothalamic–pituitary–adrenal axis activity in mammals: A selective review. Brain Research Reviews 30(2): 135–152].

Ένα παράδειγμα για το πώς μπορεί να συνδέονται οι διαφορές στο ΚΝΣ με το φυλετικό διεργισμό, δηλαδή τη λειτουργία αντρών και γυναικών και τη συμπεριφορά, στα ποντίκια είναι το εξής⁹⁷ :

1. **Φυσικό επίπεδο.** Η διάμετρος και το βάρος του ιππόκαμπου είναι μεγαλύτερα στα αρσενικά ποντίκια. Υπάρχουν περισσότεροι νευρώνες ευαίσθητοι στη βασοπρεσίνη, στον υπεροπτικό πυρήνα του υποθαλάμου, και περισσότεροι υποδοχείς βασοπρεσίνης στους νεφρώνες των αρσενικών ποντικών. Η αμυγδαλή και ο ιππόκαμπος είναι μεγαλύτεροι και με πολύ ανεπτυγμένο δίκτυο στα αρσενικά ποντίκια. Η οργάνωση του υποθαλάμου εξαρτάται από τα επίπεδα των ορμονών που σχετίζονται με το σεξ.
2. **Λειτουργικό επίπεδο.** Τα αρσενικά ποντίκια έχουν την τάση να κατακρατούν περισσότερο νερό από τα θηλυκά. Υπάρχει μικρότερη πυκνότητα μουςκαρινικών υποδοχέων στην αμυγδαλή και στον ιππόκαμπο των θηλυκών ποντικών, μεγαλύτερη συγκέντρωση και ευαισθησία στη βασοπρεσίνη στα αρσενικά ποντίκια, μικρότερη απόδοση ακετυλοχολίνης στον ιππόκαμπο των θηλυκών ποντικών, με αποτέλεσμα μικρότερη ανάδραση στον υποθάλαμο.
3. **Συμπεριφορικό επίπεδο.** Τα θηλυκά ποντίκια παρουσιάζουν μεγαλύτερη ημερήσια διακύμανση στην κορτικοστερόνη και μεγαλύτερη ευαισθησία

απέναντι στο στρες. Τα αρσενικά ποντίκια καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες νερού την ημέρα. Τα θηλυκά ποντίκια είναι πιο ευαίσθητα σε μουσκαρινικούς ανταγωνιστές και τα αρσενικά ποντίκια έχουν καλύτερη απόδοση σε συγκεκριμένους τύπους εργασιών που σχετίζονται με τη μνήμη.

Ένα άλλο παράδειγμα για τις διαφορές των δύο φύλων στην παθολογία είναι η επιληψία, όπου οι φυλετικές διαφορές σχετίζονται με διαφορά στη συχνότητα, στην εξέλιξη, στη σοβαρότητα και στη θεραπευτική ανταπόκριση της επιληψίας καθώς και στη συχνότητα των παρενεργειών από τα αντιεπιληπτικά φάρμακα⁹⁹. Στη μελέτη αυτή θεωρείται απαραίτητο να δημιουργηθούν θεραπευτικές στρατηγικές διαφορετικές για κάθε φύλο και προτείνεται οι κλινικές μελέτες για τα αντιεπιληπτικά φάρμακα να γίνονται ξεχωριστά σε άνδρες και γυναίκες. Γιατί να μη συμβαίνει το ίδιο και για άλλα φάρμακα, ακόμη και για τα ομοιοπαθητικά;

Αν πράγματι υπάρχουν αυτές οι λειτουργικές διαφορές και επιδρούν στη συμπεριφορά των ατόμων, αυτό από συστημικής πλευράς σημαίνει ότι οι άντρες και οι γυναίκες κάνουν διαφορετικές επιλογές πριν δράσουν, δηλαδή πριν επιδείξουν συμπεριφορά. Η δράση όμως και η επιλογή βασίζονται στην ερμηνεία των φαινομένων που συμβαίνουν στο εσωτερικό ή στο εξωτερικό ενός άνδρα ή μιας γυναίκας. Αν τελικά οι άντρες και οι γυναίκες διαμορφώνουν διαφορετικές ερμηνείες ακόμη και για κοινά φαινόμενα, τότε στην περίπτωση της παθολογίας οι ερμηνείες τους για την ασθένειά τους ή για την κατάστασή τους θα είναι διαφορετικές και απαιτείται διαφορετικό σύστημα ερμηνείας του θεραπευτή για τους ασθενείς του.

Σε μια άλλη μελέτη⁹⁸ παρουσιάζονται οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών απέναντι σε στρεσογόνα ερεθίσματα και στη συχνότητα εμφάνισης ορισμένων νοσημάτων και εξετάζεται η πιθανή σχέση μεταξύ της αντίδρασης σε στρεσογόνα ερεθίσματα και της εμφάνισης κάποιου νοσήματος. Η επίδραση ενός στρεσογόνου ερεθίσματος στη φυσιολογία ενός ατόμου –άντρα ή γυναίκας– έχει αποτέλεσμα ορμονικές αλλαγές στον άξονα υποθαλάμου – υπόφυσης – επινεφριδίων, στον άξονα συμπαθητικού – επινεφριδίων – μυελού και αλλαγές στο καρδιαγγειακό και ανοσοποιητικό σύστημα. Αν συνδεθεί αυτό με όσα προαναφέρθηκαν για τα αυτοάνοσα νοσήματα, μπορεί να στηριχτεί μια νέα υπόθεση, που να εξηγεί γιατί οι γυναίκες εμφανίζουν πιο συχνά αυτοάνοσα νοσήματα από τους άντρες.

Συμπερασματικά, από τη μελέτη της βιβλιογραφίας είναι εμφανές ότι η έρευνα πάνω στις ορμόνες και στη συμπεριφορά έχει ακόμη πολύ μέλλον και τα αποτελέσματα πιθανόν να είναι εντυπωσιακά⁹⁷ στην αντιμετώπιση των ασθενειών. Η μελέτη της γυναίκας μέσω της ολιστικής γυναικολογίας, σε συνδυασμό με τα εργαλεία της ολιστικής θεραπευτικής, π.χ. την πλούσια εικόνα και περιγραφή της ομοιοπαθητικής, με τη γνώση από τις νευροεπιστήμες, την ενδοκρινολογία, την κλασική παθολογία και με τη συνέργεια άλλων μη γραμμικών επιστημών και θεωριών, μπορεί να προάγει την υγεία των γυναικών, γιατί χωρίς τη γυναίκα δεν υπάρχει εξέλιξη και ζωή.

6. Βιβλιογραφία

6.1 Journals and Books

1. Textbook of Gynecology with Homeopathic Therapeutics, Dr J.G Cowperwaite, Dr A. Despande, B.Jain Publishers, New Delhi, 2004, σελίδα 39.
2. Διαλέξεις ομοιοπαθητικής φαρμακολογίας James Tayler Kent, Μετάφραση – Επιμέλεια Νικόλαος Τσιβούλης, εκδόσεις Ταξιδευτής, Αθήνα 2007, Σελίδα 1375.
3. The Homeopathic treatment of the diseases of females and infants at the breast, Dr G.H.G JAHR, New Delhi ,B Jain Publishers, 2004, σελίδα 51.
4. Gems of Obsetrics and Gynecology with Homeopathic Therapeutics, Dr J.D Patil , Dr A. Deshpande, B. Jain Publishers, New Delhi, 2004 σελίδα 51.
5. Gems of Obsetrics and Gynecology with Homeopathic Therapentics, Dr J.D Patil, Dr A. Deshpande, B. Jain Publishers, New Delhi, σελίδα 51.
6. Gems of Obstetrics and Gynecology with Homeopathic Therapeutics, Dr J.D Patil, Dr A. Deshpande, B. Jain Publishers, New Delhi, σελίδα 17.
7. Gems of Obstetrics and Gynecology with Homeopathic Therapeutics, Dr J.D Patil , Dr A. Deshpande, B. Jain Publishers, New Delhi, σελίδα 17.
8. Gems of Obstetrics and Gynecology with Homeopathic Therapeutics, Dr J.D Patil, Dr A. Deshpande, B. Jain Publishers., New Delhi, σελίδα 40.
9. Gems of Obstetrics and Gynecology with Homeopathic Therapeutics, Dr J.D Patil , Dr A. Deshpande, B. Jain Publishers, New Delhi, σελίδα 41.
10. Gems of Obstetrics and Gynecology with Homeopathic Therapeutics, Dr J.D Patil , Dr A. Deshpande, B. Jain Publishers, New Delhi, σελίδα 41.
11. Disorters of Menstruation, A.C Cowperthwaite, B.Jain Publishers, New Delhi,2006.
12. Gems of Obsetrics and Gynecology with Homeopathic Therapeutics, Dr J.D Patil, Dr A. Deshpande, B. Jain Publishers, New Delhi, σελίδα 42.
13. Gems of Obsfetrics and Gynecology with Homeopathic Therapeutics, Dr J.D Patil , Dr A. Deshpande, B. Jain Publishers, New Delhi, σελίδα 44.
14. Materia Medica Viva, Homeopathic Book Publishers, London, Σελίδα 2030
15. Materia Medica Viva, Homeopathic Book Publishers, London, Σελίδα 2330.
16. Materia Medica Viva, Homeopathic Book Publishers, London, Σελίδα 2320.
17. Materia Medica Viva, Homeopathic Book Publishers, London, Σελίδα 2355.
18. Materia Medica Viva, Homeopathic Book Publishers, London, Σελίδα 2347.
19. Materia Medica Viva, Homeopathic Book Publishers, London, Σελίδα 2348.
20. Materia Medica Viva, Homeopathic Book Publishers, London, Τόμος 11, Σελίδα 2359.
21. Gems of Obsfetrics and Gynecology with Homeopathic Therapeutics, Dr J.D Patil, Dr A. Deshpande, B. Jain Publishers, New Delhi, σελίδα 43.

22. Διαλέξεις ομοιοπαθητικής φαρμακολογίας James Tayler Kent, Μετάφραση – Επιμέλεια Νικόλαος Τσιβούλης, εκδόσεις Ταξιδευτής, Αθήνα , 2007, Σελίδα 502.
23. The women's Guide to Homeopathy, Andrew Lockie, M.D. and Nicola Geddes, M.D., St. Martins Press, New York, 1994, Σελίδα 96.
24. Γιώργος Βυθούλκας, Σημειώσεις Ραντάρ.
25. Παραδόσεις Μαθημάτων Μεταπτυχιακού (Master) Ομοιοπαθητικής στη Σύρο, Πανεπιστήμιο Αιγαίου , Σπυρίδων Κυβέλλος.
26. Roger Morisson, Desktop Guide to Key Notes and Confirmatory's Symptom's, 1993, Albany.
27. Calvin B. Knerr, Repertory of Herrings Guiding Symptom of our Materia Medica, 1896, Filadelfeia.
28. Παραδόσεις Μαθημάτων, μεταπτυχιακού Πανεπιστημίου Αιγαίου, Σπύρος Κυβέλλος.
29. The women's Guide to Homeopathy , Andrew Lockie, M.D. and Nicola Geddes, M.D., St. Martins Press, New York, 1994, σελίδα 82.
30. The women's Guide to Homeopathy, Andrew Lockie, M.D. and Nicola Geddes, M.D., St. Martins Press, New York, 1994, σελίδα 82.
31. The women's Guide to Homeopathy, Andrew Lockie, M.D. and Nicola Geddes, M.D., St. Martins Press, New York, 1994, σελίδα 82.
32. New Manual, J kon, 1927, New Delhi και ως άνω.
33. The women's Guide to Homeopathy, Andrew Lockie, M.D. and Nicola Geddes, M.D., St. Martins Press, New York, 1994, Σελίδα 83.
34. Uterine Therapeutics – Henry Minton, B Jain Publishers, σελίδα 502.
35. The women's Guide to Homeopathy, Andrew Lockie, M.D. and Nicola Geddes, M.D., St. Martins Press, New York, 1994, Σελίδα 83.
36. The women's Guide to Homeopathy, Andrew Lockie, M.D. and Nicola Geddes, M.D., St. Martins Press, New York, 1994, Σελίδα 83.
37. The women's Guide to Homeopathy, Andrew Lockie, M.D. and Nicola Geddes, M.D., St. Martins Press, New York, 1994, Σελίδα 83.
38. The Homeopathic treatment of the diseases of females and infants at the breast, Dr G.H.G JAHR, New Delhi ,B Jain Publishers, 2004, σελίδα 204.
39. Boenninghausen, Boger Saurer Maixwer, Benign Characterishics and Repertory, 1936.
40. Whole Woman Homeopathy, Judyth Reichenberg – Ullman, Picnic Point Press, Usa, 2004, σελίδα 167.
41. Whole Woman Homeopathy, Judyth Reichenberg – Ullman, Picnic Point Press, Usa, 2004, σελίδα 167.
42. Whole Woman Homeopathy, Judyth Reichenberg – Ullman, Picnic Point Press, Usa , 2004, σελίδα 167.
43. Γιώργος Βυθούλκας, Materia Medica Viva, βλέπε σχετικό φάρμακο, Arsenicum Iodatum.
44. Γιώργος Βυθούλκας, Materia Medica Viva, Female Genitalia, Aurum Sulphuracum.
45. Γιώργος Βυθούλκας, Materia Medica Viva, Boracid Acid.

46. MF Bordet, A Colas, P Marijnen, JL Masson, M Trichard, 2008, Treating hot flushes in menopausal women with homeopathic treatment—Results of an observational study, *Homeopathy*, Volume 97, Issue 1, January 2008, Pages 10-15.
47. E. A. Thompson, D. Reilly, 2003, The homeopathic approach to the treatment of symptoms of oestrogen withdrawal in breast cancer patients. A prospective observational study, *Homeopathy*, Volume 92, Issue 3, July 2003, Pages 131-134.
48. P. Cardigno, 2009, Homeopathy for the treatment of menstrual irregularities: a case series, *Homeopathy*, Volume 98, Issue 2, April 2009, Pages 97-106.
49. C.T. Klein-Laansma, J.C.H. Jansen, A.J.W. van Tilborgh, D.A.W.M. Van der Windt, R.T. Mathie, A.L.B. Rutten, 2010, Semi-standardised homeopathic treatment of premenstrual syndrome with a limited number of medicines: Feasibility study, *Homeopathy*, Volume 99, Issue 3, July 2010, Pages 192-204.
50. H Van Hootegem, 2007, Can homeopathy learn something from psychoanalysis?, *Homeopathy*, Volume 96, Issue 2, April 2007, Pages 108-112.
51. M Trichard, E Lamure, Gilles Chaufferin, 2003, Study of the practice of homeopathic General Practitioners in France, *Homeopathy*, Volume 92, Issue 3, July 2003, Pages 135-139.
52. G Paterson, 2003, Menopause research: an opportunity for complementary collaborations, *Homeopathy*, Volume 92, Issue 3, July 2003, Pages 127-128.
53. David Francis Naudé, Ingrid Marcelline Stephanie Couchman, Ashnie Maharaj, 2010, Chronic primary insomnia: Efficacy of homeopathic simillimum, *Homeopathy*, Volume 99, Issue 1, January 2010, Pages 63-68.
54. Tobias Nuhn, Rainer Lüdtke, Max Geraedts, 2010, Placebo effect sizes in homeopathic compared to conventional drugs – a systematic review of randomised controlled trials, *Homeopathy*, Volume 99, Issue 1, January 2010, Pages 76-82.
55. Clare Relton, C. Smith, J. Raw, C. Walters, A.O. Adebajo, K.J. Thomas, T.A. Young, 2009, Healthcare provided by a homeopath as an adjunct to usual care for Fibromyalgia (FMS): results of a pilot Randomised Controlled Trial, *Homeopathy*, Volume 98, Issue 2, April 2009, Pages 77-82.
56. A Clover, D Ratsey, 2002, Homeopathic treatment of hot flushes: a pilot study, *Homeopathy*, Volume 91, Issue 2, April 2002, Pages 75-79.
57. Iris R Bell, C M Baldwin, G E Schwartz, J RT Davidson, 2002, Homeopathic constitutional type questionnaire correlates of conventional psychological and physical health scales: individual difference characteristics of young adults, *Homeopathy*, Volume 91, Issue 2, April 2002, Pages 63-74.
58. E. Thompson, S. Barron, D. Spence, 2004, A preliminary audit investigating remedy reactions including adverse events in routine homeopathic practice, *Homeopathy*, Volume 93, Issue 4, October 2004, Pages 203-209.
59. D Eskinazi, Vaccinations: for or against, 2005, *Homeopathy*, Volume 94, Issue 4, October 2005, Pages 252-253.

60. O Schlappack, 2004, Homeopathic treatment of radiation-induced itching in breast cancer patients. A prospective, *Homeopathy*, Volume 93, Issue 4, October 2004, Pages 210-215.
61. M. Van Wassenhoven, 2005, Priorities and methods for developing the evidence profile of homeopathy Recommendations of the ECH General Assembly and XVIII Symposium of GIRI, *Homeopathy*, Volume 94, Issue 2, April 2005, Pages 107-124.
62. RT Mathie, 2003, The research evidence base for homeopathy: a fresh assessment of the literature, *Homeopathy*, Volume 92, Issue 2, April 2003, Pages 84-91.
63. Anthony Campbell, 2011, The concept of constitution in homeopathy, *Homeopathy*, Volume 100, Issues 1-2, January-April 2011, Pages 79-82.
64. O. Leiser, 2011, Constitution and constitutional treatment, *Homeopathy*, Volume 100, Issues 1-2, January-April 2011, Pages 21-26.
65. Laila Launsø, Inge Henningsen, Jonas Rieper, Henriette Brender, Finn Sandø, Anne Hvenegaard, 2007, Expectations and effectiveness of medical treatment and classical homeopathic treatment for patients with hypersensitivity illnesses—One year prospective study, *Homeopathy*, Volume 96, Issue 4, October 2007, Pages 233-242.
66. A.E. Davies, 2007, The history of MSM–homeopathy and natural medicines, *Homeopathy*, Volume 96, Issue 1, January 2007, Pages 52-59.
67. K. Pilkington, G. Kirkwood, H. Rampes, P. Fisher, J. Richardson, 2005, Homeopathy for depression: a systematic review of the research evidence, *Homeopathy*, Volume 94, Issue 3, July 2005, Pages 153-163.
68. Asha Jain, 2003, Does homeopathy reduce the cost of conventional drug prescribing?: A study of comparative prescribing costs in General Practice, *Homeopathy*, Volume 92, Issue 2, April 2003, Pages 71-76.
69. Silvia Waisse-Priven, Gheorghe Jurj, Luciana Costa Lima Thomaz, Simone Almeida Tierno, Walter Labonia Filho, Andrea Braida Sos, 2009, Homeopathic treatment in resistant livedoid vasculopathy: case report, *Homeopathy*, Volume 98, Issue 3, July 2009, Pages 165-168.
70. Jeremy Swayne, 2008, Truth, proof and evidence: Homeopathy and the medical paradigm, *Homeopathy*, Volume 97, Issue 2, April 2008, Pages 89-95.
71. M Konitzer, A Renée, T Doering, 2003, Homeopathic remedies as metaphors in family therapy. A narrative-based approach to homeopathy, *Homeopathy*, Volume 92, Issue 2, April 2003, Pages 77-83.
72. Y.N. Mojaver, F. Mosavi, A. Mazaherinezhad, A. Shahrदार, K. Manshaee, 2007, Individualized homeopathic treatment of trigeminal neuralgia: an observational study, *Homeopathy*, Volume 96, Issue 2, April 2007, Pages 82-86.
73. F. Dantas, P. Fisher, H. Walach, F. Wieland, D.P. Rastogi, H. Teixeira, D. Koster, J.P. Jansen, J. Eizayaga, M.E.P. Alvarez, M. Marim, P. Belon, L.L.M. Weckx, 2007, A systematic review of the quality of homeopathic pathogenetic trials published from 1945 to 1995, *Homeopathy*, Volume 96, Issue 1, January 2007, Pages 4-16.

74. L. Launsø, J. Rieper, 2005, General practitioners and classical homeopaths treatment models for asthma and allergy, *Homeopathy*, Volume 94, Issue 1, January 2005, Pages 17-25.
75. Cees Baas, 2003, The challenges of clinical case reporting.: Delphi Project Conference, London, 2 April 2003, *Homeopathy*, Volume 92, Issue 4, October 2003, Pages 229-231.
76. EA Thompson, J Geraghty, 2007, The vital sensation of the minerals: reducing uncertainty in homeopathic prescribing, *Homeopathy*, Volume 96, Issue 2, April 2007, Pages 102-107.
77. Janete Dias Almeida, Emília Angela Loschiavo Arisawa, Ivan Balducci, Rosilene Fernandes da Rocha, Yasmin Rodarte Carvalho, 2009, Homeopathic treatment for bone regeneration: experimental study , *Homeopathy*, Volume 98, Issue 2, April 2009, Pages 92-96.
78. C. Endrizzi, E. Rossi, 200, Patient compliance with homeopathic therapy, *Homeopathy*, Volume 95, Issue 4, October 2006, Pages 206-214.
79. Josef M. Schmidt, 2010, The concept of health – in the history of medicine and in the writings of Hahnemann, *Homeopathy*, Volume 99, Issue 3, July 2010, Pages 215-220.
80. Martin F. Chaplin, 2007, The Memory of Water: an overview, *Homeopathy*, Volume 96, Issue 3, July 2007, Pages 143-150.
81. C Endrizzi, E Rossi, L Crudeli, D Garibaldi, 2005, Harm in homeopathy: Aggravations, adverse drug events or medication errors?, *Homeopathy*, Volume 94, Issue 4, October 2005, Pages 233-240.
82. K Souter, 2006, Heuristics and bias in homeopathy, *Homeopathy*, Volume 95, Issue 4, October 2006, Pages 237-244.
83. Heiner Frei, 2009, Polarity analysis, a new approach to increase the precision of homeopathic prescriptions, *Homeopathy*, Volume 98, Issue 1, January 2009, Pages 49-55.
84. M. McGuigan, 2007, Hypothesis: do homeopathic medicines exert their action in humans and animals via the vomeronasal system?, *Homeopathy*, Volume 96, Issue 2, April 2007, Pages 113-119.
85. Cees Baas, 2004, The nuts and bolts of homeopathy, *Homeopathy*, Volume 93, Issue 3, July 2004, Pages 117-118.
86. Germán Guajardo, 2005, Homeopathy at its Best, *Homeopathy*, Volume 94, Issue 1, January 2005, Pages 63-64.
87. A Steinsbekk, R Lüdtke, 2005, Patients' assessments of the effectiveness of homeopathic care in Norway: A prospective observational multicentre outcome study, *Homeopathy*, Volume 94, Issue 1, January 2005, Pages 10-16.
88. Mollie Hunton, 2005, Mastering Homeopathy—Accurate Prescribing for a Successful Daily Practice, *Homeopathy*, Volume 94, Issue 3, July 2005, Pages 209-210.
89. E. Weatherley-Jones, E.A. Thompson, K.J. Thomas, 2004, The placebo-controlled trial as a test of complementary and alternative medicine: observations from research experience of individualised homeopathic treatment, *Homeopathy*, Volume 93, Issue 4, October 2004, Pages 186-189.
90. John Weir, 2011, Homoeopathic philosophy: its importance in the treatment of chronic diseases, *Homeopathy* (2011) 100, 11 – 17.

91. Kronenberg F, Fugh-Berman A. Complementary and alternative medicine for menopausal symptoms: a review of randomised, controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 137:805–813.
92. Richard J. Haier, Rex E. Jung, Ronald A. Yeo, Kevin Head and Michael T. Alkired, 2004, Structural brain variation and general intelligence, *Neuroimage* 23 (2004), 425 – 433.
93. Fine, Cordelia [Delusions of Gender: How Our Minds, Society, and Neurosexism Create Difference](#) 2010.
94. David C. Geary (2006) Sex differences in social behavior and cognition: Utility of sexual selection for hypothesis generation, *Hormones and Behavior* 49 (2006) 273 – 275.
95. Borrelli F, [Ernst E.](#), 2010, Alternative and complementary therapies for the menopause, [Maturitas](#). 2010 Aug;66(4):333-43. Epub 2010 Jun 30.
96. Ingrid Waldron , 1983, Sex differences in human mortality: The role of genetic factors *Social Science & Medicine* Volume 17, Issue 6, 1983, Pages 321-333.
97. M.E. Rhodes^a, T.J. Creel^a and A.N. Norda, 2009, 5.87 - Sex Differences in CNS Neurotransmitter Influences on Behavior, Hormones, Brain and Behavior (Second Edition) Volume 5, Pages 2747-2785.
98. B.M. Kudielka D.H. Hellhammer and C. Kirschbaum, 2007, Sex Differences in Human Stress Response, *Encyclopedia of Stress* (Second Edition) Pages 469-473.
99. J. Velísková, 2009, HORMONES AND GENDER | Sex Differences in Seizure Sensitivity, *Encyclopedia of Basic Epilepsy Research*, Pages 523-526, 2009.
100. Darryle Steinberg, Margaret W. Bea, 2003, Homeopathy and Women's Health Care, *JOGNN*, 32, 207–214; 2003.
101. Allaire AD, Moos MK, Wells SR., 2000, Complementary and alternative medicine in pregnancy: a survey of North Carolina certified nurse-midwives., *Obstet Gynecol.* 2000 Jan;95(1):19-23.
102. Rayner JA, McLachlan HL, Forster DA, Cramer R., 2009, Australian women's use of complementary and alternative medicines to enhance fertility: exploring the experiences of women and practitioners., *BMC Complement Altern Med.* 2009 Dec 15;9:52.

6.2 Web based resources

96. Sex differences in humans – Wikipedia
http://en.wikipedia.org/wiki/Sex_differences_in_humans
97. Autoimmune diseases - Wikipedia -
http://en.wikipedia.org/wiki/Autoimmune_disease
98. Autoimmune diseases - MedlinePlus -
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000816.htm>
99. Autoimmunity - Wikipedia - <http://en.wikipedia.org/wiki/Autoimmunity>
100. Breast cancer - Wikipedia - http://en.wikipedia.org/wiki/Breast_cancer

101. Breast cancer - MedlinePlus -
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000913.htm>
102. Breast cancer - Medscape -
<http://www.medscape.com/resource/breastcancer>
103. Breast cancer chemotherapy - Wikipedia -
http://en.wikipedia.org/wiki/Breast_cancer_chemotherapy
104. Breast cancer classification - Wikipedia -
http://en.wikipedia.org/wiki/Breast_cancer_classification
105. Candidiasis - Wikipedia - <http://en.wikipedia.org/wiki/Candidiasis>
106. Cervical cancer - Wikipedia -
http://en.wikipedia.org/wiki/Cervical_cancer
107. Cervical cancer - MedlinePlus -
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000893.htm>
108. Cervical cancer - Medscape -
<http://emedicine.medscape.com/article/253513-overview>
109. Cervical cancer and HPV - Medscape -
<http://www.medscape.com/resource/hpv-cervical-cancer>
110. Depression - Wikipedia - <http://en.wikipedia.org/wiki/Depression>
111. Depression - MedlinePlus -
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003213.htm>
112. Depression - Medscape -
<http://www.medscape.com/resource/depression>
113. Depression – elderly - MedlinePlus -
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001521.htm>
114. Depression (mood) - Wikipedia -
[http://en.wikipedia.org/wiki/Depression_\(mood\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Depression_(mood))
115. Depression and insomnia - MedlinePlus -
<http://m.medlineplus.gov/ency/imagepages/19297.htm>
116. Endometrial cancer - Wikipedia -
http://en.wikipedia.org/wiki/Endometrial_cancer
117. Endometrial cancer - Medscape -
<http://www.medscape.com/resource/endometrial-cancer>
118. Endometrial cancer – Metformin - Medscape -
<http://www.medscape.com/viewarticle/740529>
119. Endometriosis - Wikipedia -
<http://en.wikipedia.org/wiki/Endometriosis>
120. Endometriosis - MedlinePlus -
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000915.htm>
121. Endometriosis - Medscape -
<http://emedicine.medscape.com/article/271899-overview>
122. Heart Disease - Wikipedia - http://en.wikipedia.org/wiki/Heart_disease
123. Hormone replacement therapy - Wikipedia -
[http://en.wikipedia.org/wiki/Hormone_replacement_therapy_\(menopause\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Hormone_replacement_therapy_(menopause))
124. Hormone replacement therapy - Medscape -
<http://www.medscape.com/viewarticle/719943>

125. Hysterectomy - Wikipedia - <http://en.wikipedia.org/wiki/Hysterectomy>
126. Insomnia - Wikipedia - <http://en.wikipedia.org/wiki/Insomnia>
127. Insomnia - MedlinePlus - <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000805.htm>
128. Major depressive disorder - Wikipedia - http://en.wikipedia.org/wiki/Major_depressive_disorder
129. Menopause - Wikipedia - <http://en.wikipedia.org/wiki/Menopause>
130. Menopause - MedlinePlus - <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000894.htm>
131. Menopause - Medscape - <http://www.medscape.com/resource/menopause>
132. Menstrual Cycle - Wikipedia - http://en.wikipedia.org/wiki/Menstrual_cycle
133. Menstrual Cycle - MedlinePlus - <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003263.htm>
134. Menstruation - Wikipedia - <http://en.wikipedia.org/wiki/Menstruation>
135. Menstruation - MedlinePlus - <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/menstruation.html>
136. Menstruation disorders - Medscape - <http://emedicine.medscape.com/article/953945-overview>
137. Osteoporosis - Wikipedia - <http://en.wikipedia.org/wiki/Osteoporosis>
138. Osteoporosis - MedlinePlus - <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000360.htm>
139. Osteoporosis - Medscape - <http://www.medscape.com/resource/osteoporosis>
140. Ovarian cysts - Wikipedia - http://en.wikipedia.org/wiki/Ovarian_cyst
141. Polycystic ovary syndrome - Wikipedia - http://en.wikipedia.org/wiki/Polycystic_ovary_syndrome
142. Pregnancy - Medscape - <http://www.medscape.com/resource/pregnancy>
143. Pregnancy and Diabetes Mellitus - Medscape - <http://emedicine.medscape.com/article/127547-overview>
144. Pregnancy and Hypertension - Medscape - <http://emedicine.medscape.com/article/261435-overview>
145. Sexually transmitted diseases and infections – Wikipedia - http://en.wikipedia.org/wiki/Sexually_transmitted_disease
146. Sexually transmitted diseases and infections – Medline plus - <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/sexuallytransmitteddiseases.html>
147. Sexually transmitted diseases – Medscape - <http://reference.medscape.com/features/slideshow/stds>
148. Sleep difficulty - MedlinePlus - <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003210.htm>
149. Sleep disorders - Medscape - <http://www.medscape.com/resource/sleep-disorders>

- 150. Systemic Autoimmune Disease - Wikipedia -
http://en.wikipedia.org/wiki/Systemic_autoimmune_diseases
- 151. Uterine cancer - Wikipedia -
http://en.wikipedia.org/wiki/Uterine_cancer
- 152. Uterine cancer - MedlinePlus -
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/uterinecancer.html>
- 153. Uterine cancer - Medscape -
<http://emedicine.medscape.com/article/258148-overview>
- 154. Vaginal wet mount - Wikipedia -
http://en.wikipedia.org/wiki/Vaginal_wet_mount
- 155. Vaginitis - Wikipedia - <http://en.wikipedia.org/wiki/Vaginitis>
- 156. Yeast infections - MedlinePlus -
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/yeastinfections.html>