

Γράφει η
BENETSANA
ΚΥΡΙΑΖΟΠΟΥΛΟΥ*

Η ενημέρωση προλαμβάνει την εμφάνιση της νόσου

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2, είναι χρόνιο νόσημα αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα υγείας, με συνεχώς αυξανόμενη επίπτωση στο γενικό πληθυσμό ακόμα και σε μικρότερες ηλικίες, με γενετικό υπόστρωμα. Παράγοντες όπως η ηλικία, το σωματικό βάρος, η φυσική δραστηριότητα και άλλοι, παρεμβαίνουν στην εμφάνιση του σε γενετικά προκαθορισμένα άτομα. Δεδομένου ότι, η επίπτωση στο γενικό πληθυσμό είναι ήδη μεγάλη και συνεχώς αυξάνει, κύριο μέλημα όλων ανήκουν στο υγειονομικό προσωπικό, αποτελεί η ενημέρωση, με στόχο αφενός την πρόληψη εμφάνισης της νόσου, αφετέρου δε την έγκαιρη διάγνωση και σωστή αντιμετώπιση. Η ενημέρωση η έγκαιρη διάγνωση και σωστή αντιμετώπιση, είναι εξαιρετικά σημαντικά βήματα στην αντιμετώπιση της νόσου και στην πρόληψη των επιπλοκών της.

□ Υπάρχει δυνατότητα πρόληψης; Η ενημέρωση αποτελεί το βασικό βήμα. Όλοι πρέπει να γνωρίζουν τις φυσιολογικές τιμές σακχάρου αίματος νηστείας σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα (σ. <100 mg). Να γνωρίζουν ότι τιμές σακχάρου νηστείας > 126 mg σε δύο μετρήσεις είναι παθολογι-

κές και πρέπει να απευθυνθούν στο θεράποντα ιατρό τους. Επίσης με τιμές σακχάρου νηστείας 100 mg- 126 mg, χρειάζονται οδηγίες από τον θεράποντα ιατρό τους.

Χρειάζεται ενημέρωση των παιδιών ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, και ιδιαίτερα των γυναικών που βρίσκονται σε κύηση, ώστε να ακολουθήσουν τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού.

Ο τρόπος ζωής και ιδιαίτερα η φυσική δραστηριότητα η διατροφή μας και το σωματικό βάρος παίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στην αντιμετώπιση της νόσου όσο και στην πρόληψη για την εμφάνισή της. Και δυστυχώς η πείρα λέει ότι αποτελούν την μεγαλύτερη δυσκολία συμμόρφωσης. Ωστόσο είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί ότι αυτή η συμμόρφωση είναι εξίσου σημαντική, για να μην πούμε περισσότερο, με την φαρμακευτική αγωγή.

□ Ποια είναι η καλύτερη θεραπεία για τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2;

Πιστεύω ότι πρέπει να ξεκαθαρίσουμε ορισμένα θέματα. Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίζονται σαν ξεχωριστές οντότητες. Πόσω μάλλον οι πάσχοντες από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Είναι χρό-



Ο τρόπος ζωής και ιδιαίτερα η φυσική δραστηριότητα, η διατροφή μας και το σωματικό βάρος παίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στην αντιμετώπιση της νόσου όσο και στην πρόληψη για την εμφάνισή της.



νιο νόσημα με άλλες συνοσπρόπτες (κυρίως υπέρταση, δυσλιπιδαιμία) με πιθανές επιπλοκές από τα μάτια νεφρά, αγγεία, καρδιά. Αφορά ανθρώπους με ποικίλες εργασίες και ωράρια. Στόχος λοιπόν είναι, η αντιμετώπιση να γίνεται από ομάδα (εξειδικευμένου ιατρικού και υγειονομικού προσωπικού) όπου θα εξατομικεύονται ιδιαιτερότητες και οι ανάγκες των ανθρώπων και η θεραπευτική προσέγγιση θα αφορά όλες τις μεταβολικές διαταραχές. Και βέβαια είναι απαραίτητη προϋπόθεση η συνεργασία των ασθενών. Φάρμακα υπάρχουν πολλά στη φαρμάκω μας. Όμως θα επιμείνω και πάλι. Η θεραπεία εξατομικεύεται. ΔΕΝ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΟΤΙ ΚΑΦΕ ΝΕΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΚΑΝΕΙ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ. Ο θεράπων ιατρός, λαμβάνοντας υπόψη του τα δεδομένα του ασθενούς που αποφασίζει, αφού ενημερώσει τον ασθενή του και για τις επιπλοκές της θεραπείας. Οι συνδυασμοί φαρμάκων πλέον είναι πολλοί είτε από του στόματος δισκία είτε ενέσιμα. Στόχος όλων μας είναι η καλύτερη ρύθμιση, προσαρμοσμένη στη ζωή και εργασία κάθε ατόμου, ώστε να χαίρεται μία φυσιολογική καθημερινότητα και συγχρόνως να ελαχιστοποιείται η πιθανότητα επιπλοκών. Σκοπίμως δεν αναφέρομαι

σε συγκεκριμένες θεραπείες εφόσον πιστεύω στην εξατομικευση της αγωγής με την απόφαση του θεράποντος ιατρού.

□ Αλλάζει η καθημερινότητα ασθενούς με Σ. Διαβήτη τύπου 2;

Η συνεργασία των ασθενών με την ομάδα παρακολούθησης είναι πολύ σημαντικός παράγων μιας φυσιολογικής ζωής. Η φυσική δραστηριότητα και ο σωστός τρόπος διατροφής, θα προσφέρουν μεγαλύτερη ευεξία και θα αλλάξουν την καθημερινότητα προς το καλύτερο. **Θέλω να πιστεύω ότι όλοι οι ασθενείς με Σ. Διαβήτη δεν καπνίζουν. Και αν συνεχίζουν πρέπει να το σταματήσουν άμεσα.** Η διατροφή εξατομικεύεται και τίποτα δεν απαγορεύεται αν ακολουθούνται οι οδηγίες. Αυτό που πρέπει να γνωρίζει ο ασθενής με Σ. Διαβήτη τύπου 2 είναι ότι η συστηματική συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό του, θα του επιτρέψει μια φυσιολογική ζωή και αποφυγή εκείνων των επιπλοκών που δυνητικά μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία του.

* Η Βενετσάνα Κυριαζοπούλου είναι καθηγήτρια Παθολογίας-Ενδοκρινολογίας του Πανεπιστημίου Πατρών.

Γράφει ο
ΘΕΟΔΩΡΟΣ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ*

Η ακτινογραφία του νεανικού διαβήτη

Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1 (ΣΔτ1) ή Ινσουλινοεξαρτώμενος ή παιδικός είναι ο διαβήτης που συνήθως εκδηλώνεται στην παιδική ηλικία και οφείλεται στην προοδευτική καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος με αυτοάνοσο μηχανισμό και συνοδεύεται από σοβαρού βαθμού ή πλήρη έλλειψη ινσουλίνης.

□ Ποια είναι η καλή ρύθμιση για ασθενή με ΣΔτ1;

Σύμφωνα με τις οδηγίες, η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), η οποία αντιστοιχεί στην μέση τιμή της γλυκόζης αίματος για τους προηγούμενους 2-3 μήνες, πρέπει να είναι <7%. Όπου είναι εφικτό καλό είναι να στοχεύσουμε σε τιμές κάτω του 6,5%, χωρίς υπογλυκαιμίες. Σε πολύ μικρής ηλικίας παιδιά ο στόχος μπορεί να είναι <7,5% ή <8%.

Οι τιμές γλυκόζης νηστείας ή πριν από τα γεύματα 70-130 mg/dl.

Οι τιμές γλυκόζης 2 ώρες μετά τα γεύματα, ιδανικά πρέπει να είναι <140 mg/dl, αλλά σε περιπτώσεις μικρών παιδιών και συχνών υπογλυκαιμιών οι στόχοι είναι πιο χαλαροί. Γενικά στον καθορισμό των στόχων της ρύθμισης λαμβάνονται υπόψη η συχνότητα και σοβαρότητα των υπογλυκαιμιών, κατά πόσο ο ασθενής είναι συνεργάσιμος και εάν αντιλαμβάνεται τις υπογλυκαιμίες, την υπάρχουσα ενδογενή παραγωγή ινσουλίνης και από τα συνυπάρχοντα προβλήματα υγείας.

□ Τι είναι η αντλία ινσουλίνης και πότε συνιστάται;

Η αντλία ινσουλίνης είναι συσκευή ρυθμιζόμενης συνεχούς υποδόριας χορήγησης ταχείας δράσης ινσουλίνης, η οποία υποκαθιστά την βασική έκκριση ινσουλίνης. Μπορεί να προγραμματίζεται ώστε να παρέχει ινσουλίνη με διαφορετικό ρυθμό σε διαφορετικές χρονικές περιόδους του 24/ώρου. Ο ασθενής έχει επίσης την δυνατότητα να χορηγεί προγευματικά την δόση της ινσουλίνης που χρειάζεται

το συγκεκριμένο γεύμα πιέζοντας ένα κουμπί της αντλίας. Οι σύγχρονες αντλίες έχουν την δυνατότητα να επικοινωνούν ασύρματα με σύστημα συνεχούς μέτρησης της γλυκόζης και να διακόπτουν την χορήγηση ινσουλίνης όταν η γλυκόζη αίματος είναι χαμηλή. Τα δεδομένα των μετρήσεων της γλυκόζης, ο ρυθμός χορήγησης ινσουλίνης, η προγευματική και η διορθωτική χορήγηση ινσουλίνης και τα γεύματα καταγράφονται από την αντλία και μπορούν να μελετηθούν ώστε να ληφθούν αποφάσεις αναφορικά με την χορήγηση ινσουλίνης.

Ο στόχος μελλοντικά, είναι το σύστημα συνεχούς καταγραφής της γλυκόζης και η αντλία, να συνεργάζονται αυτόματα χωρίς την παρέμβαση του ασθενούς, ώστε η γλυκόζη αίματος να παραμένει μέσα στα προκαθορισμένα επίπεδα, να λειτουργεί δηλαδή σαν τεχνητό πάγκρεας.

Οι αντλίες έχουν ένδειξη σε ασθενείς με συχνές και σοβαρές υπογλυκαιμίες, με κακή ρύθμιση, με μεγάλες διακυμάνσεις της γλυκόζης, σε παιδιά ηλικίας <6 ετών, σε έφηβους με διαταραχές της όρεξης και όταν είναι επιθυμητή μεγαλύτερη ευελιξία στην θεραπεία λόγω του τρόπου ζωής.

□ Τι είναι ο νέος τρόπος προσδιορισμού του σακχάρου αίματος χωρίς τσιμπήματα;

Ένα νέο σύστημα συνεχούς καταγραφής. Ο αισθητήρας έχει το σχήμα μικρού δίσκου, εφαρμόζεται στη πίσω επιφάνεια του βραχίονα και



Η δυνατότητα που έχει ο ασθενής να μετρά όσο συχνά θέλει τη γλυκόζη χωρίς τρυπήματα βοηθά πολύ στην ρύθμιση του διαβήτη



με το λεπτό ινίδιο (πάχους 0,5 χιλ.) να εισέρχεται 5 χιλ. μέσα στο υποδόριο ώστε ανιχνεύει τη συγκέντρωση της γλυκόζης στον υποδόριο ιστό για 2 εβδομάδες. Ένα απλό πέραςμα του μετρητή γλυκόζης πάνω από τον αισθητήρα καταγράφει τις μετρήσεις του προηγούμενου 8/ώρου και την τιμή γλυκόζης την στιγμή αυτή, δίνοντας επιπλέον την πληροφορία για την τάση και την ταχύτητα μεταβολής της συγκέντρωσης της γλυκόζης προς τα πάνω ή προς τα κάτω, οπότε ο ασθενής μπορεί να προβλέψει που θα βρίσκεται η γλυκόζη το επόμενο διάστημα και να παρέμβει. Η δυνατότητα που έχει ο ασθενής να μετρά όσο συχνά θέλει τη γλυκόζη χωρίς τρυπήματα βοηθά πολύ στην ρύθμιση του διαβήτη. Το σύστημα δίνει επιπλέον την δυνατότητα απεικόνισης τις μετρήσεων σε μορφή διαγράμματος για τις προηγούμενες 1, 2 και 4 εβδομάδες ώστε ο ασθενής και ο γιατρός του να μπορούν να προσαρμόσουν την θεραπευτική αγωγή για καλύτερη ρύθμιση του διαβήτη.

□ Μια νέα γυναίκα με ΣΔΙ τι οδηγίες πρέπει να έχει για να μείνει έγκυος και να κυοφορήσει χωρίς προβλήματα;

Σε γυναίκες με ΣΔτ1 συνιστάται να αποφύγουν την μη προγραμματισμένη κύηση χρησιμοποιώντας μέσα αντισύλληψης. Ο διαβήτης πρέπει να είναι καλά ρυθμισμένος, δηλαδή η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη να είναι <6,5% και οι τιμές γλυκόζης νηστείας προγευματικά 70-100 mg/dl και μεταγευματικά <140

mg/dl, διότι έχει δειχθεί ότι έτσι μειώνεται η πιθανότητα συγγενών ανωμαλιών. Όταν προγραμματισθεί κύηση πρέπει να διακοπούν τα φάρμακα που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο συγγενών ανωμαλιών του εμβρύου.

□ Τελευταία κυκλοφορούν πολλές διαφορετικές ινσουλίνες, σε τι διαφέρουν και πόσο είναι χρήσιμες;

Οι ινσουλίνες διακρίνονται σε δυο βασικές κατηγορίες: σε αυτές που έχουν μεγάλο χρόνο δράσης, οι οποίες καλούνται βραδείας δράσης ή βασικές και στις ταχείας δράσης ή προγευματικές. Οι νέες βασικές ινσουλίνες έχουν διάρκεια δράσης μεγαλύτερη του 24/ώρου και σταθερά και πιο προβλέψιμη δράση όλο το 24/ωρο, ιδιότητες που δεν εξασφάλιζαν οι παλιότερες βασικές ινσουλίνες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα λιγότερες υπογλυκαιμίες ιδιαίτερα το βράδυ στο ύπνο. Οι νέες ταχείας δράσης προγευματικές ινσουλίνες είναι πιο γρήγορες από την ανθρώπινη και επιτυγχάνουν επίπεδα ινσουλίνης μετά το γεύμα πιο κοντά σε αυτά που έχει ένας φυσιολογικός άνθρωπος με αποτέλεσμα καλύτερες μεταγευματικές τιμές γλυκόζης και λιγότερες υπογλυκαιμίες. Οι νέες ταχείας δράσης ινσουλίνες μπορούν χορηγούνται αμέσως πριν, στη διάρκεια ή αμέσως μετά από το γεύμα. Αυτά είναι σημαντικά πλεονεκτήματα καθώς ο ασθενής δεν χρειάζεται να περιμένει να περάσει κάποιο χρονικό διάστημα από την έναρξη μέχρι την έναρξη του γεύματος, όπως γινόταν με την ανθρώπινη ινσουλίνη. Επίσης στα μικρά παιδιά που είναι απρόβλεπτο πόσο θα φάνε στο συγκεκριμένο γεύμα είναι σημαντικό να μπορεί η ινσουλίνη να χορηγείται αμέσως μετά το γεύμα. Στις αντλίες συνεχούς χορήγησης ινσουλίνης χρησιμοποιούνται οι νεότερες ταχείας δράσης ινσουλίνες.

* Ο Θεόδωρος Αλεξανδρίδης είναι ομότιμος καθηγητής Παθολογίας-Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Πατρών.

Του
**ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ
ΜΟΡΤΟΓΛΟΥ***

Τι ισχύει με τα συμπληρώματα διατροφής που κυκλοφορούν ευρέως;

Τα διατροφικά συμπληρώματα περιλαμβάνουν κάθε προϊόν που προορίζεται για κατανάλωση ως συμπλήρωμα της διατροφής και περιλαμβάνουν βιταμίνες, άλατα, βότανα και φυτικής προέλευσης ουσίες, αμινοξέα, καθώς και μεταβολίτες, συμπυκνώσεις ή εκχυλίσματα αυτών των ουσιών.

Τα κύρια διαφημιστικά σλόγκαν για την προώθηση των προϊόντων αυτών αλλά και οι βασικοί πόλοι έλξης της πελατείας τους είναι: «**Επειδή είναι 'φυσικά'**», «**Προσφέρουν ουσίες που λείπουν από μία συνθησιμένη διατροφή**», «**Αύξηση της σωματικής και πνευματικής απόδοσης**», «**Ανεγέννηση των ιστών και επιβράδυνση του γήρατος**», «**Υποβοήθηση της πέψης και του μεταβολισμού**», «**αδυναμία**», «**Αποτοξίνωση**», «**Θεραπευτικός για κάθε νόσο, σωματική ή ψυχική καθώς και για αποκατάσταση της τριχόπτωσης, των νυχιών, του δέρματος και της σεξουαλικής λειτουργίας**»

Τα διατροφικά συμπληρώματα κυκλοφορούν σε πλήθος φαρμακοτεχνικών μορφών και πωλούνται σε πολλά και διάφορα καταστήματα, όπως σούπερ μάρκετ, φαρμακεία κλπ, ακόμη και μέσω τηλεόρασης, ραδιοφώνου, διαδικτύου κ.λπ.

Στον κόσμο κυριαρχεί η άποψη ότι τα διατροφικά συμπληρώματα δεν είναι φάρμακα. Η αλήθεια είναι ότι **είναι φάρμακα αλλά ΜΗ συνταγογραφούμενα**.

Θα πρέπει να γίνει γνωστό στον καταναλωτή ότι η βιοδιαθεσιμότητα όλων των θρεπτικών συστατικών μέ-

σω της διατροφής είναι πολλαπλάσια μεγαλύτερη από αυτή των φαρμακευτικών συμπληρωμάτων. Και βέβαια δεν πρέπει να ξεχνάμε το κόστος. Η μέση τιμή όλων αυτών των προϊόντων είναι πολύ μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Επομένως, τα διατροφικά συμπληρώματα δεν μπορούν, τουλάχιστον σε όλες τις περιπτώσεις, να αντικαταστήσουν την καθημερινή φυσιολογική διατροφή, αφού είναι βέβαιο ότι δεν μπορούν να παρέχουν όλα τα γνωστά, ίσως και μη γνωστά, οφέλη της συνήθους διατροφής.

□ Πόσο ανησυχπητική είναι η νευρογενής ανορεξία και πώς αντιμετωπίζεται σωστότερα;

Η ψυχογενής ανορεξία είναι ψυχιατρική νόσος που χαρακτηρίζεται από διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά με αποτέλεσμα τη μεγάλη μείωση του σωματικού βάρους. Η κληρονομικότητα έχει ισχυρή αιτιολογική συμμετοχή. Η συχνότητά της έχει πάρει σήμερα επιδημικές διαστάσεις, κύρια στις δυτικού τύπου κοινωνίες με κύρια επικράτηση στο γυναικείο φύλο και η νοσηρότητα, εκτός και από πρόσθετες ψυχιατρικές αποκλίσεις, εκτείνεται σε όλο το φάσμα της ιατρικής και οφείλεται στην κακή θρέψη. Η θνησιμότητα της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η μεγαλύτερη από όλες τις ψυχιατρικές νόσους και φτάνει στο 0.56% ανά έτος, δηλαδή είναι 12 φορές μεγαλύτερη από αυτή ατόμων ανάλογης ηλικίας.

Οι κλασικές ορμονικές αποκλίσεις



«**Θα πρέπει να γίνει γνωστό στον καταναλωτή ότι η βιοδιαθεσιμότητα όλων των θρεπτικών συστατικών μέσω της διατροφής είναι πολλαπλάσια μεγαλύτερη από αυτή των φαρμακευτικών συμπληρωμάτων**»



που χαρακτηρίζουν τη νόσο είναι: Η αμηνόρροια, η μείωση των περιφερικών ορμονών του θυρεοειδούς με αμετάβλητη την TSH, η μεγάλη μείωση του μεταβολισμού, η οστεοπόρωση, η αύξηση της κορτιζόλης,

η μεγάλη μείωση της λεπτίνης και η αύξηση της αυξητικής ορμόνης αλλά μείωση του IGF-1.

Η θεραπεία πρέπει να αρχίζει άμεσα, δηλαδή από την εφηβική ηλικία που συνήθως είναι και η έναρξη του προβλήματος και να μην υποτιμάται από το περιβάλλον της/του πάσχοντα. Πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένη ομάδα ψυχιάτρων, ψυχολόγων, διαιτολόγων και ενδοκρινολόγων και βέβαια πρέπει να θεραπεύεται όλη η οικογένεια και όχι μόνο η πάσχουσα.

Η απάντηση στη θεραπεία δεν έχει αλλάξει σημαντικά τα τελευταία χρόνια, αφού υπολογίζεται ότι περίπου το 25% των πασχόντων από νευρική ανορεξία θεραπεύεται πλήρως, το 50% παρουσιάζει απλώς βελτίωση και δυστυχώς το 25% χρονίζει. Για τις περιπτώσεις αυτές βρίσκονται σε εξέλιξη θεραπείες με πιο ισχυρά ψυχοφάρμακα, όπως η ολανζαπίνη καθώς και επεμβάσεις σε κάποια κέντρα του εγκεφάλου.

□ Διαβάζουμε συνεχώς αντικρουόμενες διαιτητικές οδηγίες, πολλά και μικρά γεύματα, ένα και μέγα γεύμα ημερησίως, μόνο πρωτεΐνη, κυρίως υδατάνθρακες, κ.λπ. Τι ισχύει επιστημονικά ή είναι απλώς διάφορες περαστικές μόδες διατροφής;

Η απώλεια βάρους με οποιαδήποτε μέθοδο θεραπείας της παχυσαρκίας οφείλεται αποκλειστικά και μόνο στο ενεργειακό έλλειμμα, δηλαδή στο πόσο λιγότερες θερμίδες θα πάρουμε σε σχέση με αυτές που κα-

ταναλώνουμε. Η σύσταση των γευμάτων σε αναλογία μακροστοιχείων καθορίζει την επάρκεια της διατροφής, την τροποποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς του παχύσαρκου ατόμου καθώς και την ποιοτική απώλεια, δηλαδή πόσο λίπος και από που θα το χάσουμε σε σχέση πάντα με τη συνολική απώλεια σε κιλά.

□ Πόσο νωρίς εκδηλώνεται η προδιάθεση για παχυσαρκία; Μπορεί να αφορά ακόμα και την εμβρυϊκή ζωή;

Ο άνθρωπος γονιδιακά έχει τη ικανότητα να εκδηλώσει ένα φαινόμενο μεταβολικής οικονομίας ή ένα φαινόμενο αυξημένης μεταβολικής δραστηριότητας. Αυτό εξαρτάται από τις συνθήκες θρέψης και ανάπτυξης κατά την εμβρυϊκή ζωή. Όσο πιο στερμένο είναι το έμβρυο τόσο ευνοείται η ανάπτυξη χαρακτήρων μεταβολικής οικονομίας που συνοδεύουν το άτομο κατόπιν το άτομο σε όλη την υπόλοιπη ζωή και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ευκολότερη αύξηση βάρους και εμφάνιση παχυσαρκίας. Στον μετά τον τοκετό βίο μας οι κρισιμότερες περιόδους αύξησης βάρους είναι ο πρώτος χρόνος της ζωής (το όριο είναι τα 12 κιλά), η εφηβεία, ο γάμος, οι κύσεις στις γυναίκες και η εμμηνόπαυση. Το σχεδόν βέβαιο είναι ότι αν κάποιος δεν παχύνει μέχρι τα 60, η πιθανότητα να γίνει παχύσαρκος μετά από αυτή την ηλικία είναι μηδαμινή.

• **Ο Αναστάσιος Μόρτογλου, MD, είναι ενδοκρινολόγος, διευθυντής τομέα Ενδοκρινολογίας Ιατρικού Κέντρου Αθηνών.**

Γράφει ο
ΔΡ ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΗΣ ΤΖΩΤΖΑΣ*

Υπερλιπιδαιμία: Η διατροφή μπορεί να τη νικήσει

Η αύξηση της χοληστερίνης είναι ένα συνηθισμένο πρόβλημα στην εποχή μας. Ποιες είναι οι αιτίες; Παίζουν ρόλο οι ορμόνες;

Πράγματι, περίπου το 1/3 του ελληνικού πληθυσμού παρουσιάζει αύξηση της χοληστερίνης ή των τριγλυκεριδίων. Οι αιτίες είναι συνήθως η κακή διατροφή και πιο σπάνια η κληρονομικότητα στο 10%. Ορμονικές διαταραχές όπως υποθυρεοειδισμός, το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών, η υπερνισουλιναιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης, αλλά και οι διαταραχές κατά την κλιμακτηριακή περίοδο και την εμμηνόπαυση προκαλούν αύξηση της χοληστερίνης και γενικότερα των λιπιδίων. Πως εξηγείται ότι κάποια άτομα αδύνατα έχουν διαταραχές των λιπιδίων και κάποιοι παχύσαρκοι δεν έχουν;

Στην περίπτωση αυτή κυρίαρχο λόγο παίζει η κληρονομικότητα, δηλαδή η γονιδιακή επιβάρυνση κάθε ατόμου για να εμφανίσει υψηλή χοληστερίνη. Επί παχυσαρκίας, προκαλούνται συνηθέστερα διαταραχές χοληστερίνης ή τριγλυκεριδίων κυρίως όταν η συσσώρευση λίπους αφορά στην κοιλιά («ανδρικού τύπου ή κοιλιακή παχυσαρκία»).

□ Πρέπει πάντα να θεραπεύονται οι υπερλιπιδαιμίες ή εξατομικεύεται η αντιμετώπισή τους ανάλογα με τον ασθενή;

Γενικά όταν αυξάνεται η χοληστερίνη πάνω από κάποια όρια (π.χ. πάνω από 200 η ολική ή πάνω από 130 η LDL («κακή»), πρέπει αρχικά να συστήνονται υγιεινο-διαιτητικά μέτρα δηλαδή δίαιτα και άσκηση και σε δεύτερο χρόνο υπολιπιδαιμικά φάρμακα. Όμως, πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπόψη όλοι οι παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο όπως το κάπνισμα, η υπέρταση, η παρουσία σακχαρώδη διαβήτη και η παχυσαρκία. Όσο περισσότερους τέτοιους παράγοντες συγκεντρώνει ένα άτομο, τόσο αυστηρότερα είναι τα όρια-στόχος για θεραπευτική αντιμετώπιση. Για παράδειγμα ένας μεσήλικας που καπνίζει 1 πακέτο τσιγάρα και έχει υψηλή πίεση πρέπει να έχει ολική χοληστερίνη κάτω από 150 και LDL κάτω από 100. Εάν βέβαια το άτομο έχει ήδη κάποιο καρδιαγγειακό επεισόδιο όπως έμφραγμα ή εγκεφαλικό, τότε τα όρια-στόχος της χοληστερίνης είναι πολύ πιο χαμηλά, π.χ. κάτω από 130 για την ολική και κάτω από 70 για την LDL.



Ορμονικές διαταραχές όπως υποθυρεοειδισμός, το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών, η υπερνισουλιναιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης, αλλά και οι διαταραχές κατά την κλιμακτηριακή περίοδο και την εμμηνόπαυση προκαλούν αύξηση της χοληστερίνης και γενικότερα των λιπιδίων.



□ Αναφέρεται ότι τα πιο συνηθισμένα φάρμακα, οι στατίνες έχουν παρενέργειες. Πότε πρέπει να τις διακόψουμε και τι εναλλακτικές λύσεις υπάρχουν;

Οι στατίνες είναι τα πιο αποτελεσματικά και ασφαλή φάρμακα για τη μείωση της χοληστερίνης εδώ και 30 περίπου χρόνια. Μειώνουν όχι μόνο τη χοληστερίνη αλλά και την αρτηριοσκληρόνωση των αγγείων, με αποτέλεσμα αποφυγή εμφραγμάτων και εγκεφαλικών. Μάλιστα, σύμφωνα με τελευταίες μελέτες φαίνεται ότι όσο περισσότερο μειώνεται η κακή χοληστερίνη τόσο περισσότερο ελαττώνονται τα καρδιαγγειακά επεισόδια. Οι παρενέργειές τους δεν είναι σοβαρές, είναι σπάνιες και κυρίως αφορούν σε μυϊκούς πόνους σε ποσοστό 5-10%. Υπάρχει έντονη φημολογία περί πρόκλησης ηπατικών βλαβών από τις στατίνες, η οποία όμως δεν στέκει επιστημονικά. Λιγότερο από 1% μπορεί να προκληθεί ηπατική διαταραχή και αυτή είναι αναστρέψιμη. Επίσης έχει ακουσθεί αυξημένος κίνδυνος για γνωσιακές διαταραχές και άνοια, που όμως επίσης δεν ισχύει. Οι στατίνες μπορεί να προκαλέσουν σπανίως μία πολύ μικρή αύξηση του σακχάρου π.χ. από 95

στο 100 αλλά αυτό δε δημιουργεί κανένα κίνδυνο. Γενικά, οι στατίνες πρέπει να λαμβάνονται εφ' όρου ζωής διότι εάν διακοπούν αυξάνεται πάλι η χοληστερίνη αλλά και ο κίνδυνος για αγγειακά επεισόδια. Εναλλακτικά, υπάρχουν κάποια άλλα φάρμακα όπως η εζετιμίμπη, οι φιμπράτες, τα ιχθυέλαια και τελευταία κάποια άλλα ισχυρά υπολιπιδαιμικά, αλλά και αυτά καλό είναι να συνδυάζονται με τις στατίνες

□ Πρέπει να συνεχίζουμε τη δίαιτα όταν παίρνουμε στατίνη;

Η υπολιπιδαιμική διατροφή είναι πάντα ο ακρογωνιαίος λίθος της αντιμετώπισης της υπερλιπιδαιμίας και πρέπει να συνεχίζεται. Όλοι πλέον διεθνώς παραδέχονται ότι η μεσογειακή διατροφή είναι το καλύτερο μέσο για να μειώσει κάποιος τη χοληστερίνη και τα καρδιαγγειακά επεισόδια. Μια τέτοια διατροφή στηρίζεται κυρίως στο ελαιόλαδο, τα λαχανικά, τα όσπρια, τα φρούτα και τους ξηρούς καρπούς.

* **Ο Δρ Θεμιστοκλής Τζώτζας είναι ενδοκρινολόγος, υπεύθυνος Ενδοκρινολογικού Τμήματος Κλινική Αγίας Λουκάς -Θεσσαλονίκη.**

Γράφει ο
ΤΡΟΒΑΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ*

Η οστεοπόρωση αφορά και τους άντρες

□ Από ποια ηλικία πρέπει μια γυναίκα να ανησυχεί για την πιθανότητα εμφάνισης οστεοπόρωσης;

Αν και συνήθως η εμμηνόπαυση θεωρείται και είναι μια κρίσιμη περίοδος για την σκελετική υγεία της γυναίκας σήμερα οι οδηγίες των επιστημονικών εταιρειών συμπεριλαμβανομένων των ελληνικών συνιστούν μέτρηση της Οστικής πυκνότητας (του κυρίου εργαλείου διάγνωσης της Οστεοπόρωσης) στις εξής περιπτώσεις:

- γυναίκες και άνδρες άνω των 65 ετών,
- άτομα που έχουν υποστεί κάταγμα σε ηλικία άνω των 50 ετών,
- γυναίκες σε εμμηνόπαυση με παράγοντες κινδύνου,*
- μετεμμηνόπαιστικές γυναίκες κάτω των 65 ετών με παράγοντες κινδύνου,*
- άνδρες 50 έως 69 ετών με παράγοντες κινδύνου,*

ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΔΡΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 40 ΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΟΥ ΓΙΑ ΠΙΘΑΝΟ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΕΝΑ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΤΟΥ 10 ΕΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΕΧΟΥΝ ΕΝΣΩΜΑΤΩΘΕΙ ΠΟΛΛΟΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΕΧΕΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΘΕΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ (ΕΛΛΗΝΙΚΟ FRAX).

□ Υπάρχει οστεοπόρωση στους άνδρες και πόσο συχνή είναι;

Η οστεοπόρωση είναι μια ασθένεια η οποία έχει ταυτιστεί με τις γυναίκες. Σήμερα γνωρίζουμε όμως, ότι δεν κάνει διακρίσεις φύλου: Είναι μια ασθένεια που πλήττει και τους άνδρες μια και 1 στους 5 άνδρες ηλικίας άνω των 50, θα υποστεί κάποιο κάταγμα που οφείλεται σε οστεοπόρωση, και η πιθανότητα που έχει ένας άνδρας να υποφέρει από οστεοπορωτικό κάταγμα, είναι μεγαλύτερη από την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του προστάτη. Παρόλο που προσβάλλει τους άνδρες λιγότερο συχνά απ' ό,τι τις γυναίκες, οι άνδρες που παθαίνουν κάταγμα υποφέρουν πιο σοβαρά, επειδή τα κατάγματα των ανδρών συνδέονται με μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνητότητα συγκριτικά με τα κατάγματα στις γυναίκες. Οι άνδρες συχνά δεν είναι διατεθειμένοι να αναφέρουν στον γιατρό τους ότι τα πράγματα δεν είναι ακριβώς όπως ήταν κάποτε, και αν δεν ρωτήσει ο γιατρός, αυτό το σημαντικό πρόβλημα για τον άνδρα δεν εντοπίζεται.

□ Ποιες παθήσεις και ποια φάρμακα προδιαθέτουν στην εμφάνιση οστεοπόρωσης;

ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Ενδοκρινικές Παθήσεις:

Διαβήτης τύπου 1 και 2
Υπερπαραθυρεοειδισμός
Υπερθυρεοειδισμός
Σ. Cushing
Πρόωρη εμμηνόπαυση
Υπογοναδισμός σε άνδρες και γυναίκες
Σ. Turner
Σ. Klinefelter

Αυτοάνοσες Παθήσεις:

Ρευματοειδής Αρθρίτιδα
Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα
Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος
Πολλαπλή σκλήρυνση

Παθήσεις Γαστρεντερικού Συστήματος:

Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου. Crohn, ελκώδης κολίτιδα)
Κοιλιοκάκη
Γαστρεκτομή

Βαριατρική χειρουργική για την αντιμετώπιση της Παχυσαρκίας

Αιματολογικές Παθήσεις:

Πολλαπλούν Μυέλωμα
Λευχαιμία-Λέμφωμα
Μεσογειακή Αναιμία
Δρεπανοκυτταρική Αναιμία

Καρκίνος:

Μαστού
Προστάτη

Νευρολογικές-Ψυχιατρικές Παθήσεις:

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
Πάρκινσον
Κακώσεις του Νωτιαίου Μυελού
Κατάθλιψη
Διατροφικές διαταραχές (Νευρογενής Ανορεξία)

ΆΛΛΕΣ ΝΟΣΟΙ-ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ:

Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
Ιός ανοσοανεπάρκειας (HIV)
Χρόνια νεφρική νόσος
Ηπατική ανεπάρκεια
Μεταμόσχευση οργάνων
Τριάδα αθλητών
Σημαντική απώλεια βάρους
Παρατεταμένη ακινητοποίηση

ΦΑΡΜΑΚΑ

Κορτιζόνη



Αντιεπιληπτικά
Αναστολείς αρωματάσης
Ανάλογα GnRH
Χημειοθεραπευτικά
Αντικαταθλιπτικά (αναστολείς της επαναπρόληψης σεροτονίνης)
Ηπαρίνη
Αναστολείς της αντλίας πρωτονίων
Αντιδιαβητικά (Γλιταζόνες)
Κατάχρηση θυροξίνης
Λίθιο
Ορισμένα αντιψυχωσικά

□ Η άσκηση βοηθά στην πρόληψη της οστεοπόρωσης, και ποια ακριβώς άσκηση;

Η άσκηση μαζί με την σωστή διατροφή αποτελούν τους ακρογωνιαίους λίθους της πρόληψης της Οστεοπόρωσης.

Υπάρχουν δυο ειδών τύποι άσκησης που συντελούν στην καλή σκελετική υγεία

Οι ασκήσεις που περιλαμβάνουν δραστηριότητες που αναγκάζουν το σώμα να κινείται ενάντια στη βαρύτητα και οι οποίες μπορεί να είναι υψηλής και χαμηλής έντασης και οι ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυών.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΥΨΗΛΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΑΣΚΗΣΕΩΝ

- Χορός
- Υψηλής έντασης Αεροβική
- Πεζοπορία
- Τζόκιν-τρέξιμο
- Σχοινάκι
- Ανέβασμα σκάλας
- Τένις

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΧΑΜΗΛΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΑΣΚΗΣΕΩΝ

- Χαμηλής έντασης αεροβική
- Χρήση ελλειπτικών μηχανημάτων άσκησης
- Διάδρομος η γρήγορο περπάτημα
- Βήματα σε μηχανήματα με σκαλοπάτια

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΜΥΪΚΗΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ

Ανύψωση βάρους
Χρήση ελαστικών ιμάντων άσκησης
Χρήση μηχανημάτων βάρους
Λειτουργικές κινήσεις όπως ανύψωση στα δάκτυλα των ποδιών.

□ Ποιο είναι το φαρμακευτικό οπλοστάσιο κατά της οστεοπόρωσης;

Τα φάρμακα για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης χωρίζονται αδρά σε δυο κατηγορίες: Τα αντικαταβολικά κατηγορία στην οποία ανήκουν τα διφωσφονικά, τα (οιστρογόνα-προγεστερόνη), δενοσουμάμπη, και οι εκλεκτικοί τροποποιητές των οιστρογονικών υποδοχέων, και τα αναβολικά που περιλαμβάνει την τεριπαρατίδη και την ρομοσοζουμάμπη (αναμένεται να κυκλοφορήσει στην Ευρώπη τον επόμενο χρόνο).

Στόχος της αγωγής ανάλογα με το φάρμακο είναι το σταμάτημα της οστικής απώλειας, η βελτίωση της οστικής πυκνότητας και η πρόληψη η ελάττωση των καταγμάτων.

Η πιο αποτελεσματική αγωγή και διάρκεια χορήγησης ενός φαρμάκου εξαρτάται από το συγκεκριμένο φάρμακο, τον συγκεκριμένο ασθενή και τον ατομικό κίνδυνο κατάγματος που έχει. Ανεξάρτητα από φάρμακα που θα συστήσουμε σε έναν ασθενή πρέπει συμπληρωματικά να μεριμνήσουμε για την επάρκεια του σε ασβέστιο και βιταμίνη D.

Οι συνιστώμενες ποσότητες είναι για το ασβέστιο για γυναίκες και άνδρες άνω των 50 ετών 1200mg ημερησίως και για την βιταμίνη D 800-1000 μονάδες. Βέβαια σε πολλές περιπτώσεις μετά από εργαστηριακό έλεγχο οι συνιστώμενες δόσεις (ιδιαίτερα για την βιταμίνη D) είναι πολύ μεγαλύτερες.

□ Μπορούν να κάνουν οδοντιατρικές επεμβάσεις άτομα υπό αντί οστεοπορωτική αγωγή;

Κατ' αρχάς, θα πρέπει να τονίσουμε ότι το θέμα το οδοντιατρικών επεμβάσεων αφορά του ασθενείς που λαμβάνουν για την οστεοπόρωση τους αγωγή με διφωσφονικά ή δενοσουμάμπη, και όχι τις άλλες κατηγορίες φαρμάκων. Η οστεοένκρωση της γνάθου που συσχετίστηκε με την χορήγηση διφωσφονικών η δενοσουμάμπης αφορά κύρια ογκολογικούς ασθενείς που παίρνουν μεγάλες των συγκεκριμένων φαρμάκων ενώ στους οστεοπορωτικούς ασθενείς είναι εξαιρετικά σπάνια (<0.001%) και γι' αυτό όλες οι επιστημονικές εταιρείες συνιστούν εάν είναι δυνατόν μια οδοντιατρική επίσκεψη πριν την έναρξη της αγωγής, καλή στοματική υγιεινή κατά τη διάρκειά της, χωρίς διακοπή στη ρουτίνα όταν χρειαστεί να γίνουν οδοντιατρικές επεμβάσεις αλλά μπορεί να συζητηθεί κάποια μικρή διακοπή των διφωσφονικών (αλλά όχι της δενοσουμάμπης) σε ασθενείς με πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου για οστεοένκρωση της γνάθου (λίψη κορτιζόνης, περιοδοντίτιδα, ανοσοκαταστολή) και σοβαρές οδοντιατρικές επεμβάσεις.



1 στους **5** άνδρες ηλικίας άνω των **50**, θα υποστεί κάποιο κάταγμα που οφείλεται σε οστεοπόρωση, και η πιθανότητα που έχει ένας άνδρας να υποφέρει από οστεοπορωτικό κάταγμα, είναι μεγαλύτερη από την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του προστάτη

Γράφει η
**ΕΙΡΗΝΗ
ΛΑΜΠΡΙΝΟΥΔΑΚΗ ***

Εμμηνόπαυση και ορμονική θεραπεία

Η εμμηνόπαυση είναι ένα φυσιολογικό γεγονός στη ζωή της γυναίκας. Εμφανίζεται γύρω στα 51 χρόνια και οφείλεται στη διακοπή της παραγωγής οιστρογόνων από την ωοθήκη. Η έλλειψη των οιστρογόνων στον οργανισμό δημιουργεί άμεσα συμπτώματα και επιφέρει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία μιας γυναίκας.

Τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι οι εξάψεις και οι εφιδρώσεις. Η έξαψη βιώνεται ως μια απότομη αύξηση της θερμοκρασίας του θώρακα και του προσώπου που συνοδεύεται με ερυθρότητα και ταχυκαρδία. Όταν οι εξάψεις συμβαίνουν το βράδυ προκαλούν συχνές αφυπνίσεις. Άλλα συμπτώματα είναι η νευρικότητα, η κακή διάθεση, η αδυναμία συγκέντρωσης, η κόπωση, οι μυοσκελετικοί πόνοι και οι πονοκέφαλοι.

ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η οιστρογονική ανεπάρκεια οδηγεί σε ατροφία του κόλπου και των έξω γεννητικών οργάνων της γυναίκας. Αυτό οδηγεί σε μια σειρά συμπτωμάτων, όπως ξηρότητα, πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή, αίσθημα ερεθισμού και συχνές ουρολοιμώξεις που επανεμφανίζονται μετά το τέλος της αντιβιοτικής θεραπείας.

ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Οι πιο σοβαρές όμως επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης είναι η μακροπρόθεσμες, αυτές δηλαδή που εμφανίζονται αρκετά χρόνια μετά την τελευταία περίοδο της γυναίκας. Σε αυτές περιλαμβάνονται η οστεοπόρωση και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η οστεοπόρωση οδηγεί σε κάταγμα μετά από ελάχιστο τραυματισμό, όπως όταν γλιστράμε και πέφτουμε στο

έδαφος ενώ στεκόμαστε ή περπατάμε. Ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπως έμφραγμα του μυοκαρδίου και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αυξάνεται σημαντικά κατά την εμμηνόπαυση γιατί χάνεται η προστατευτική δράση των οιστρογόνων στην καρδιά και στα αγγεία, ενώ παράλληλα αυξάνονται το σωματικό βάρος, η χοληστερίνη, τα τριγλυκερίδια και η αρτηριακή πίεση.

Τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης δεν αφορούν όλες τις γυναίκες. Κάποιες γυναίκες δεν εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα, ενώ άλλες εμφανίζουν ήπια συμπτώματα. Ένα ποσοστό γυναικών όμως εμφανίζουν έντονου βαθμού συμπτώματα, τα οποία καθιστούν προβληματική την καθημερινότητά τους και ως εκ τούτου απαιτούν ιατρική αντιμετώπιση. Πέραν των συμπτωμάτων, κάθε γυναίκα που μπαίνει στην εμμηνόπαυση πρέπει να υποβληθεί σε προληπτικό έλεγχο οστεοπόρωσης και καρδιαγγειακού συστήματος, έτσι ώστε εάν εντοπιστούν παρά-



Οι πιο σοβαρές επιπτώσεις της εμμηνόπαυσης είναι μακροπρόθεσμες. Σε αυτές περιλαμβάνονται η οστεοπόρωση και τα καρδιαγγειακά νοσήματα

Τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης είναι οι εξάψεις και οι εφιδρώσεις.

γοντες κινδύνου, όπως π.χ. αυξημένη αρτηριακή πίεση ή υψηλή χοληστερίνη, να αντιμετωπισθούν έγκαιρα. **ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**
Οι γυναίκες που εμφανίζουν έντονα συμπτώματα χρειάζονται ορμονική θεραπεία (ΟΘ). Η ΟΘ είναι η υποκατάσταση των φυσιολογικών ορμονών που παράγει η ωοθήκη της γυναίκας στην μικρότερη δυνατή δόση. Σε γυναίκες με μήτρα χορηγείται συνδυασμός οιστραδιόλης και προγεστερόνης (οι δύο ορμόνες που εκκρίνονται φυσιολογικά σε μια γυναίκα που έχει δική της περίοδο), ενώ σε γυναίκες που έχουν αφαιρέσει τη μήτρα τους χορηγείται μόνο οιστραδιόλη. Η θεραπεία μπορεί να δοθεί σε μορφή χαπιών ή διαδερμικά (αυτοκόλλητα τσιρότα στο δέρμα ή με ζελέ που επαλείφεται στο δέρμα). Εάν μια γυναίκα έχει συμπτώματα μόνο από το ουρογεννητικό σύστημα, τότε τα οιστρογόνα χορηγούνται στον κόλπο, με μορφή κολπικών υποθέτων ή κολπικού ζελέ.

Κατά τις παλαιότερες δεκαετίες παρατηρήθηκε ανεξέλεγκτη χρήση της ΟΘ, καθώς δινόταν σε κάθε ηλικία και ανεξάρτητα από την ύπαρξη συμπτωμάτων. Η ανεξέλεγκτη χρήση της ΟΘ οδήγησε στην εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως καρκίνο του μαστού και θρομβώσεις. Ιδιαίτερα για τον καρκίνο του μαστού, ο κίνδυνος εξαρτάται από το ιστορικό της γυναίκας αλλά και από το είδος και τη δόση των ορμονών που θα χορηγήσουμε. Εάν η γυναίκα εκτιμηθεί σωστά από ειδικό και χορηγηθεί θεραπεία υποκατάστασης με φυσικές ορμόνες στη χαμηλότερη δυνατή δόση, ο κίνδυνος είναι πρακτικά αμελητέος.

ΠΡΩΙΜΗ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ
Σε πολλές γυναίκες η εμμηνόπαυση εμφανίζεται νωρίτερα από τα 45 χρόνια της ηλικίας. Μία στις εκατό περίπου γυναίκες εμφανίζουν διακοπή της εμμήνου ρύσεως πριν από τα 40 χρόνια της ηλικίας τους. Το φαινόμενο αυτό χαρακτηρίζεται πρώιμη ωοθηκική ανεπάρκεια και εμφανίζεται πιο συχνά σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό πρόωρης εμμηνόπαυσης, σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε γυναικολογικές επεμβάσεις, καθώς και σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία. Η πρώιμη ωοθηκική ανεπάρκεια θεωρείται νόσος, δεδομένου ότι σχετίζεται με 3-6 φορές αύξηση του κινδύνου για οστεοπόρωση και πρώιμη καρδιοπάθεια. Ως εκ τούτου **όλες οι γυναίκες με πρώιμη ωοθηκική ανεπάρκεια πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, ανεξαρτήτως της παρουσίας συμπτωμάτων. Η διάρκεια της θεραπείας είναι συνήθως μέχρι την φυσιολογική ηλικία εμμηνόπαυσης, δηλαδή τα 50-52 έτη της ηλικίας.**

**Η Ειρήνη Λαμπρινουδάκη είναι Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.*

Τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης δεν αφορούν όλες τις γυναίκες. Κάποιες γυναίκες δεν εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα, ενώ άλλες εμφανίζουν ήπια συμπτώματα. Ένα ποσοστό γυναικών όμως εμφανίζουν έντονου βαθμού συμπτώματα, τα οποία καθιστούν προβληματική την καθημερινότητά τους