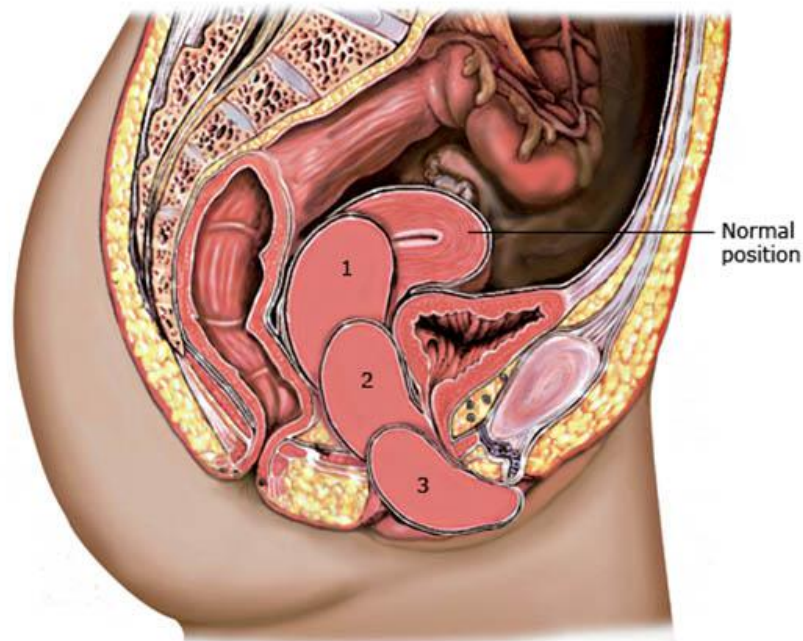


**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ**



**ΠΕΡΧΑΝΙΔΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ-ΑΡΣΕΝΙΑ  
ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ  
Κ. ΜΕΝΕΛΑΟΣ Α. ΖΑΦΡΑΚΑΣ  
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΜΑΣΤΟΥ (FEBS-BS), ΜΑΙΕΥΤΗΡΑΣ  
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ  
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΑΤΕΙΘ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2018**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΠΕΡΧΑΝΙΔΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ-ΑΡΣΕΝΙΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ  
Κ. ΜΕΝΕΛΑΟΣ Α. ΖΑΦΡΑΚΑΣ  
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΜΑΣΤΟΥ (FEBS-BS), ΜΑΙΕΥΤΗΡΑΣ  
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ  
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΑΤΕΙΘ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2018**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω για τη στήριξη και τη συμβολή του στην προσπάθεια που κατέβαλλα, τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Μενέλαο Ζαφράκα. Η βοήθειά του ήταν πολύτιμη όπως και η καθοδήγησή του.

Επίσης ευχαριστώ θερμά τον κ. Μίκο που στήριξε την προσπάθεια μου και μου αφιέρωσε πολύτιμο χρόνο του, καθώς και τις μαίες και το προσωπικό των Εξωτερικών Ιατρείων της Α΄ Μαιευτικής – Γυναικολογικής Κλινικής για τη συμβολή και την συμπαράστασή τους για τη διεκπεραίωση της πτυχιακής εργασίας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην Αντωνία, τον Χρήστο και την Αλεξάνδρα.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α.....	6
Α.1 Ανατομία της πυέλου.....	6
Α.1.1 Πυελική Ζώνη.....	6
Α.1.2 Οι μύες του πυελικού εδάφους.....	8
Α.1.3 Περίναιο.....	11
Α.1.4 Κόλπος.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β.....	13
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ.....	13
Β.1 Ορισμός - Επιδημιολογία.....	13
Β.1.1 Αίτια χαλάρωσης του πυελικού εδάφους.....	13
Β.1.2 Ταξινόμηση της κολπικής χαλάρωσης.....	13
Β.1.3 Τύποι χαλάρωσης πυελικού εδάφους.....	14
Β.1.4 Διάγνωση – Συμπτωματολογία – Κλινική Εξέταση.....	15
Β.1.5 Διαγνωστικές Εξετάσεις.....	16
Β.1.6 Θεραπεία Χαλάρωσης των Πυελικών Οργάνων.....	16
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α.....	20
ΣΚΟΠΟΣ.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β.....	21
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	21
Δείγμα μελέτης.....	21
Ερωτηματολόγια.....	21
Καταχώρηση και Στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ.....	22
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	22
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ICIQ.....	23
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ POP-SS.....	29
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ PISQ-12.....	34

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ EQ-5D.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ.....	51
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	52
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	
....54	

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η δυσλειτουργία του Πυελικού Εδάφους αφορά ένα μεγάλο φάσμα συμπτωμάτων. Πρόκειται για πάθηση που εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας. Συσχετίζεται άμεσα με ποικίλους παράγοντες που αφορούν την καθημερινότητα των γυναικών και την ποιότητα ζωής τους. Συχνά επιφέρει σημαντική κοινωνική και ψυχολογική επιβάρυνση στις πάσχουσες λόγω των επιπτώσεων που προκαλούν. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετηθεί σε ένα δείγμα γυναικών η συχνότητα της εμφάνισης των παθήσεων του πυελικού εδάφους και κατά πόσο οι παθήσεις αυτές σχετίζονται μεταξύ τους, αλλά και με την καθημερινότητα των γυναικών. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή των συμπερασμάτων ήταν η χρήση ερωτηματολογίων σε δείγμα 35 γυναικών. Τα ερωτηματολόγια περιλάμβαναν ερωτήσεις για την ακράτεια ούρων (ICIQ), την πρόπτωση των γεννητικών οργάνων (POP-SS), τη σεξουαλική ζωή των γυναικών με προβλήματα ακράτειας και πρόπτωσης (PISQ-12) και τέλος ερωτήσεις σχετικά με τον έλεγχο για την ποιότητα ζωής (EQ-5D). Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων παρατίθενται σε διαγράμματα στο ειδικό μέρος της εργασίας. Για τη διεξαγωγή τους λαμβάνονται υπ όψιν δημογραφικά στοιχεία και παράγοντες που αφορούν την ποιότητα ζωής τους, τα οποία συσχετίζονται με τις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων από τα οποία προέκυψαν και τα συμπεράσματα. Τα συμπεράσματα που προκύπτουν δείχνουν ότι οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος πάσχουν από τις παθήσεις πυελικού εδάφους, ωστόσο δευτερεύοντες παράγοντες επιβαρύνουν την ποιότητα της ζωής τους.

**Λέξεις κλειδιά:** Πυελικό έδαφος, Ακράτεια, Πρόπτωση, Kegel

## **ABSTRACT**

Pelvic floor dysfunction involves a great variety of symptoms. It is rather a spectrum of disorders which occur mostly in older women. These disorders are associated with various factors involved in the daily lives of women and their quality of life. Their sequelae often lead to a significant social and psychological burden for patients. The aim of the present study was to evaluate a sample of women, regarding the incidence of symptoms of pelvic floor disease, how these disorders relate to one another and with the daily routine of women. The method used to carry out the study was the use of questionnaires in a sample of 35 women. The questionnaires included questions about urinary incontinence (ICIQ), genital prolapse (POP-SS), the sexual life of women with incontinence and pro-disability (PISQ-12), and questions about their quality of life and control (EQ-5D). The results of the questionnaires are presented in diagrams in the second part of this thesis. Furthermore, demographic factors and factors regarding women's quality of life are presented, based on the questions and the analysis results. In conclusion, most women in this sample did suffer from pelvic floor dysfunction; however secondary factors seem to affect their quality of life.

**Keywords:** Pelvic Floor, Incontinence, Prolapse, Kegel

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στο σώμα της γυναίκας επέρχονται σημαντικές μεταβολές. Το αυξανόμενο βάρος και η πίεση που ασκείται σταδιακά λόγω της ανάπτυξης του εμβρύου, δημιουργεί δυσλειτουργίες στο πυελικό έδαφος. Επίσης δυσλειτουργίες μπορεί να προκληθούν και κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Η χαλάρωση του πυελικού εδάφους αποτελεί ένα από τα πιο συνηθισμένα γυναικολογικά προβλήματα. Διαπιστώνεται στο 50% των γυναικών που έχουν γεννήσει. Από αυτές όμως μόνο το 10-20% αναζητά ιατρική φροντίδα. Οι παθήσεις πυελικού εδάφους κατατάσσονται στον τομέα της ουρογυναικολογίας, κλάδος ο οποίος βρίσκεται ακόμα στην αιχμή του στη χώρα μας και τείνει να αναπτυχθεί και να εδραιωθεί ακόμα περισσότερο.

Παρακάτω στο γενικό μέρος, θα αναλυθεί λεπτομερώς η ανατομία και φυσιολογία της πυέλου καθώς και οι παθήσεις του πυελικού εδάφους, όπως επίσης και το πώς ανιχνεύονται και πώς αντιμετωπίζονται. Θα ακολουθήσει το ειδικό μέρος στο οποίο μελετήθηκαν και παρατέθηκαν τα αποτελέσματα των απαντήσεων των γυναικών ως προς τη συμπτωματολογία των παθήσεων στην καθημερινή ζωή των γυναικών.



# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

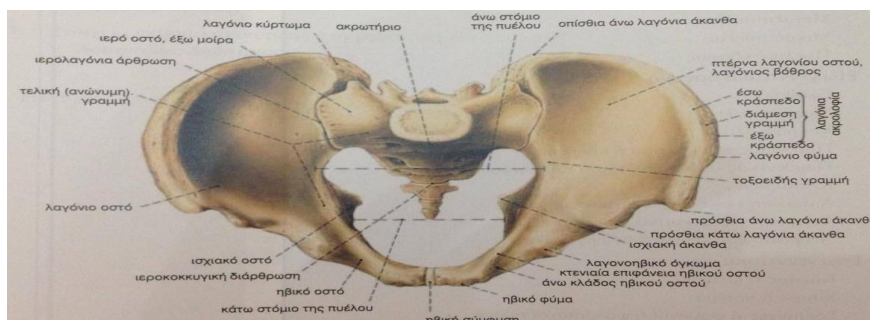
### A.1 Ανατομία της πυέλου

Η πυέλος αποτελεί μέρος του κορμού προς τα κάτω και πίσω από την κοιλιά και μεταβαίνει μεταξύ κορμού και κάτω άκρων. Ανατομικά περιβάλλεται από την πυελική ζώνη (οστέινη πυέλος), που είναι μέρος του σκελετού των κάτω άκρων. Η πυέλος διακρίνεται σε μεγάλη και μικρή. Η μεγάλη πυέλος περιλαμβάνει τα κατώτερα κοιλιακά σπλάγχνα προσφέροντας σε αυτά προστασία. Η μικρή πυέλος περιβάλλεται από την κάτω πυελική ζώνη, η οποία παρέχει το σκελετικό υπόστρωμα, την πυελική κοιλότητα και το περινέο.

#### A.1.1 Πυελική Ζώνη

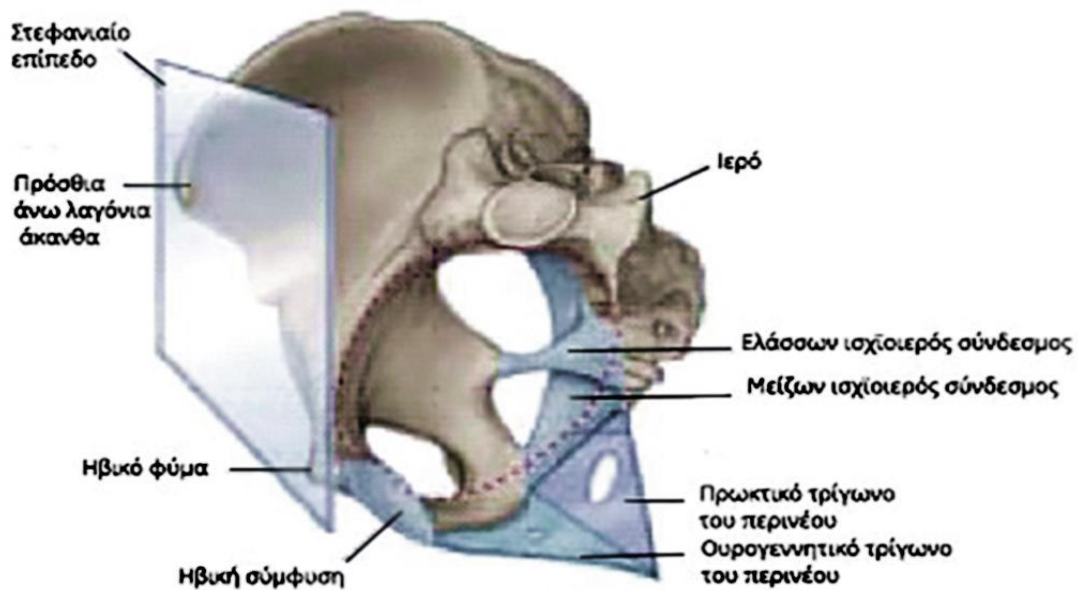
Η πυελική ζώνη αποτελεί έναν δακτύλιο οστών σκαφοειδούς σχήματος που συνδέει την σπονδυλική στήλη με τα δύο μηριαία οστά. Η λειτουργία της είναι να υποστηρίζει το βάρος του σώματος σε καθιστική και όρθια στάση, να μεταφέρει το βάρος αυτό από τον σκελετό του άξονα στο σκελετό των κάτω άκρων για τη στάση και τη βάδιση και να παρέχει προσφύσεις για τους ισχυρούς μυς της κίνησης και της στάσης του σώματος και στους μυς του κοιλιακού τοιχώματος, αντιμετωπίζοντας τις δυνάμεις που δημιουργούνται από τις λειτουργίες του. Επίσης περιέχει και προστατεύει τα πυελικά σπλάγχνα και τα κατώτερα κοιλιακά σπλάγχνα (έντερα), επιτρέποντας ταυτόχρονα τη διόδo των τελικών μοιρών τους, αλλά και ενός τελειόμηνου εμβρύου διαμέσου του περινέου. Χαρακτηριστικά και προσανατολισμός της Πυελικής Ζώνης

Η πυέλος σχηματίζεται από τα δύο ανώνυμα οστά και το ιερό οστό με την απόληξή του, τον κόκκυγα στο πίσω μέρος. Στο πρόσθιο τοίχωμα τα ανώνυμα οστά συνδέονται μέσω της ηβικής σύμφυσης. Κάθε ανώνυμο οστό αποτελείται από τρία επί μέρους οστά το λαγόνιο, το ηβικό και το ισχιακό.



Εικόνα 1-1. Οστά που συνθέτουν την πυελική κοιλότητα (Προσαρμογή από: Αριστείδης Αντσακλής, Μαιευτική και Γυναικολογία).

Η είσοδος της πυέλου χαρακτηρίζεται ως το όριο μεταξύ της μεγάλης και της μικρής πυέλου και αφορίζεται από το ακρωτήριο των μαιευτήρων, τις τοξοειδείς και λαγονοκτενιαίες γραμμές και την ηβική σύμφυση. Η έξοδος της πυέλου διαγράφεται μπροστά από την ηβική σύμφυση πίσω από το ιερό οστό και τον κόκκυγα και πλάγια από τα ισχιακά κυρτώματα. Στην πυέλο προσκολλούνται οι στηρικτικές δομές. Σε ανατομική θέση, η δεξιά και αριστερή πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα και το πρόσθιο άκρο της ηβικής σύμφυσης βρίσκονται στο ίδιο κάθετο επίπεδο ως προς το έδαφος. Κατά συνέπεια, η είσοδος της πυέλου είναι κάθετη προς το έδαφος και η έξοδος της πυέλου είναι παράλληλη προς το έδαφος. Στην όρθια στάση τα σπλάχνα κατευθύνονται στα οστά της πυέλου αντί στους μύες και την περιτονία του πυελικού εδάφους. Έτσι οι ασκούμενες δυνάμεις διαχέονται μειώνοντας στο ελάχιστο το φορτίο προς τους πυελικούς μύες και περιτονία, επιβαρύνοντας τα οστά της πυέλου που είναι καταλληλότερα για την πολύωρη στήριξη στην καθημερινή ζωή. Παραλλαγές στον προσανατολισμό και το σχήμα των πυελικών οστών συνδέονται με την τάση πρόπτωσης των οργάνων. Γυναίκες με λοξή κλίση του κάθετου άξονα έχουν αυξημένο κίνδυνο πρόπτωσης.

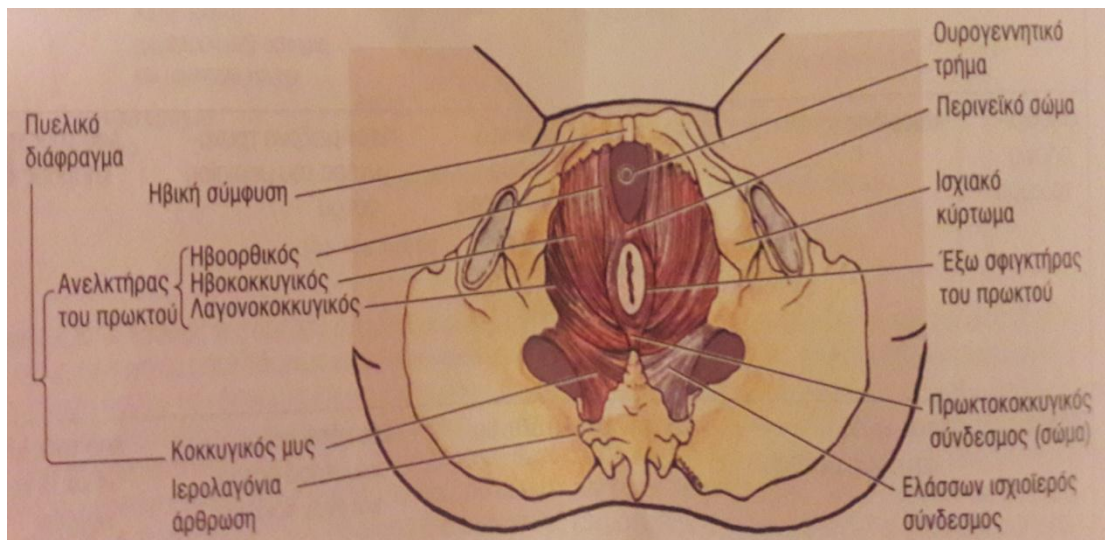


Εικόνα 1 Προσανατολισμός της πυέλου σε ανατομική θέση. (Προσαρμογή από: Drake RL et al, Gray's Anatomy for Students).

Τέλος τυχόν παραλλαγές στον προσανατολισμό των οστών της πυέλου ευθύνονται για βλάβες μαλακών μορίων και νεύρων στον τοκετό.

## A.1.2 Οι μύες του πυελικού εδάφους

Το πυελικό έδαφος αποτελεί ένα είδος 'αιώρας' που φέρει πλήθος πεπλατυσμένων μυϊκών ινών και περιτονιών και φράσσει το επίπεδο εξόδου της ελάσσοнос πυέλου, αφήνοντας μόνο οπές από τις οποίες διέρχονται η ουρήθρα, ο κόλπος και το ορθό. Το πυελικό διάφραγμα που σχηματίζεται, σχήματος χωνιού, διαδραματίζει σημαντικό στηρικτικό ρόλο τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης όσο και κατά τη διάρκεια του τοκετού και γενικά σε καταστάσεις που αυξάνεται η ενδοκοιλιακή πίεση. Οι μύες του πυελικού εδάφους είναι οι ανελκτήρες μύες του πρωκτού, ο κοκκυγικός μύς, ο έξω σφιγκτήρας του πρωκτού, ο ουρηθρικός σφιγκτήρας, οι μύες της επιπολής και της εν τω βάθει στιβάδας του περινέου ενώ σημαντικό ρόλο παίζουν και οι περιτονίες. Οι μύες του πυελικού εδάφους, και ειδικότερα οι ανελκτήρες μύες του πρωκτού, διαδραματίζουν στηρικτικό ρόλο στα όργανα της πυέλου και συμμετέχουν στις λειτουργίες της ούρησης, της αφόδευσης και της σεξουαλικής πράξης.

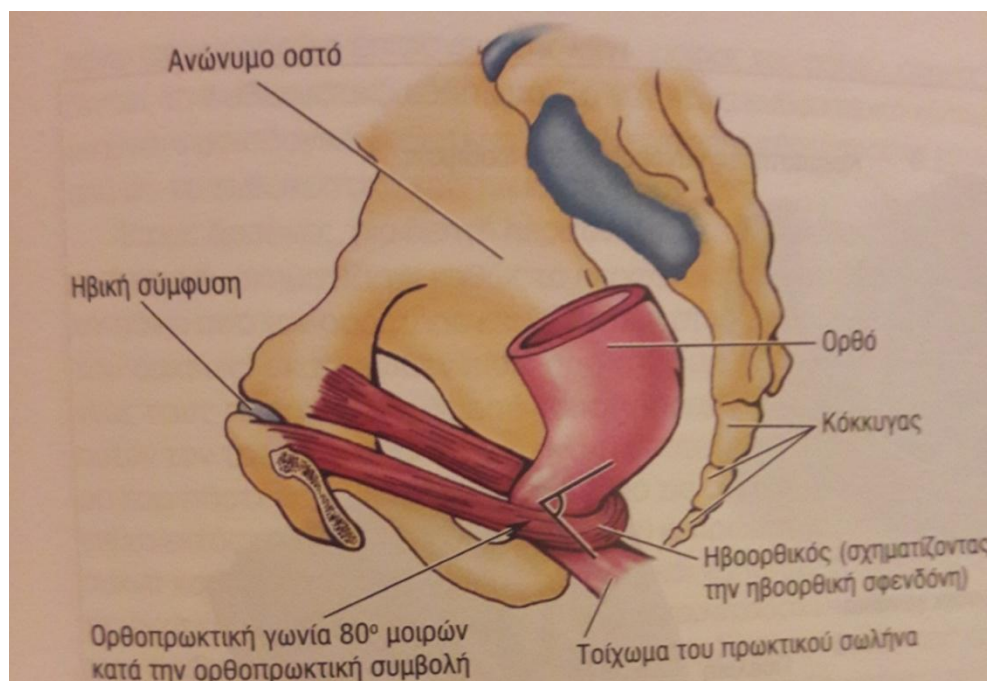


Εικόνα 3.11 Τα στοιχεία του πυελικού διαφράγματος σχηματίζουν το έδαφος της πυελικής κοιλότητας και την οροφή του περινέου (Προσαρμογή από: Keith L. Moore et al., Clinically Oriented Anatomy).

Οι κοκκυγικοί μύες εκφύονται από τις πλάγιες επιφάνειες της κάτω μοίρας του ιερού οστού και του κόκκυγα, ενώ οι σαρκώδεις ίνες τους βρίσκονται πάνω και καταφύονται στην κάτω επιφάνεια του ελάσσοнос ισχιοϊερού συνδέσμου. Ο ανελκτήρας του πρωκτού εκφύεται από τα σώματα των ηβικών οστών μπροστά, από τις ισχιακές άκανθες προς τα πίσω και από μία πάχυνση της θυροειδούς περιτονίας (το τενόντιο τόξο του ανελκτήρος μύος του πρωκτού) μεταξύ των δύο οστέινων θέσεων εκατέρωθεν.

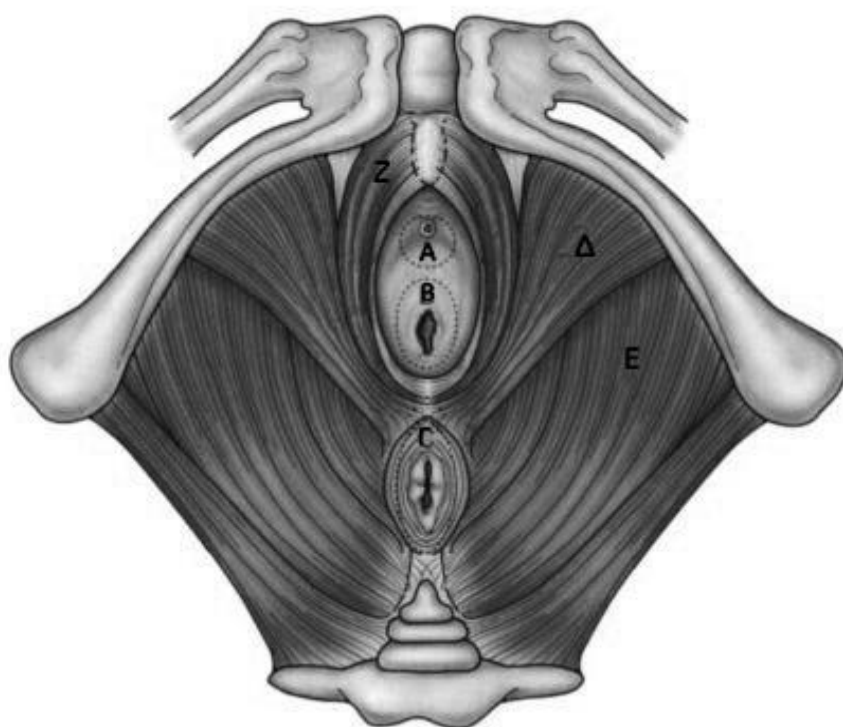
Επομένως το πυελικό διάφραγμα εκτείνεται μεταξύ του προσθίου, των πλαγίων και του οπισθίου τοιχώματος της ελάσσοнос πυέλου. Το πρόσθιο άνοιγμα που δημιουργείται μεταξύ των έσω χειλέων των ανελκτήρων του πρωκτού όπου διέρχεται η ουρήθρα, ο κόλπος και το ορθό ονομάζεται ουρογεννητικό τρήμα.

Ο ανεγκτήρας του πρωκτού αποτελείται από τρεις μοίρες: α) τον ηβοορθικό (παχύτερη και στενότερη έσω μοίρα του ανεγκτήρα του πρωκτού) που αποτελείται από συνεχείς μυϊκές ίνες μεταξύ των οπισθίων επιφανειών των σωμάτων του δεξιού και αριστερού ηβικού οστού. Ο μυς φέρεται πίσω από την πρωκτοορθική συμβολή (ηβοορθική σφενδόνη) και αφορίζει το ουρογεννητικό τρήμα. Η μοίρα αυτή παίζει σημαντικό ρόλο στην εγκράτεια των κοπράνων. β) τον ηβοκοκκυγικό (πλατύτερη και λεπτότερη μέση μοίρα του ανεγκτήρα του πρωκτού) που εκφύεται από την οπίσθια επιφάνεια του σώματος του ηβικού οστού και από την πρόσθια μοίρα του τενόντιου τόξου, μέχρι το ύψος της έκφυσης του λαγονοκοκκυγικού μυός. Κατευθύνεται προς τα πίσω, προς τα κάτω και προς τη μέση γραμμή και καταφύεται στον πρόσθιο ιεροκοκκυγικό σύνδεσμο, το εν τω βάθει τμήμα της πρωκτοκοκκυγικής ραφής και εκατέρωθεν του ορθού. Οι μυϊκές ίνες κατευθύνονται πίσω από τον κόλπο, το ορθό και το σώμα του περινέου, σχηματίζοντας ένα πέταλο, την ορθοπρωκτική γωνία. γ) τον λαγονοκοκκυγικό (οπίσθια και έξω μοίρα του ανεγκτήρα του πρωκτού) που εκφύεται από την οπίσθια μοίρα του τενόντιου τόξου και από την ισχιακή άκανθα



Εικόνα 3.12 Ηβοορθικός μυς. Η μοίρα αυτή σχηματίζεται από συνεχείς μυϊκές ίνες ακολουθώντας μία πορεία σχήματος U γύρω από την πρωκτοορθική συμβολή. Έτσι ο ηβοορθικός μυς σχηματίζει μία ηβοορθική σφενδόνη, ο τόνος της οποίας είναι υπεύθυνος για τη διατήρηση της ορθοπρωκτικής γωνίας, (περινεϊκής καμπής) (Προσαρμογή από: KeithL. Moore et al., Clinically Oriented Anatomy).

Ο ανελκτήρας του πρωκτού αποτελεί ένα δυναμικό έδαφος για την υποστήριξη των κοιλιοπυελικών σπλάγγων. Συσπάται τον περισσότερο χρόνο για την υποστήριξη των κοιλιοπυελικών σπλάγγων και για να βοηθά στην εγκράτεια των ούρων και των κοπράνων. Συσπάται ενεργά κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων όπως η βίαιη εκπνοή, ο βήχας, ο παρμός, ο εμετός και η σταθεροποίηση του κορμού κατά τη διάρκεια ισχυρών κινήσεων των άνω άκρων, για να αυξήσει κυρίως την υποστήριξη των σπλάγγων σε περιόδους αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσεως και δευτερογενώς για να συμβάλλει στην αύξηση της πίεσης (για να βοηθήσει στην εξώθηση). Για να επιτραπεί η ούρηση και η αφόδευση ο ανελκτήρας μυς του πρωκτού θα πρέπει να είναι χαλαρός.



Εικόνα 4 Οι μύες που συγκροτούν τον ανελκτήρα του πρωκτού και το ουρογεννητικό τμήμα. Α)ουρήθρα, Β)κόλπος, Γ)πρωκτός, Δ)ηβοκοκυγικός μυς, Ε)λαγονοκοκυγικός μυς, Ζ)ηβοορθικός μυς (Προσαρμογή από: Saunders, Femaleurology).

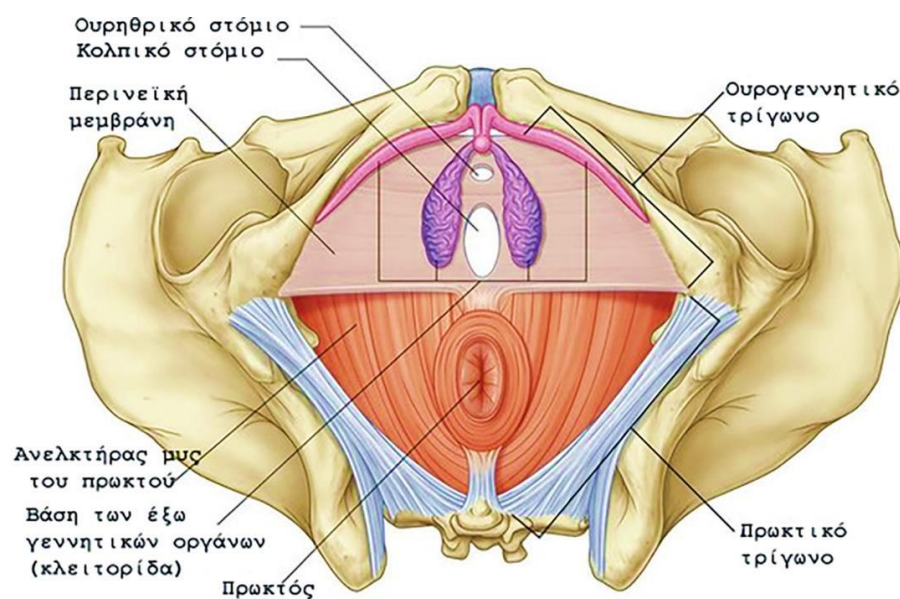
Συνεπώς οι πυελικοί μύες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ούρηση, αφόδευση και στη σεξουαλική διέγερση, ενώ διατείνονται σημαντικά κατά τον τοκετό επιτρέποντας το πέρασμα του νεογνού από τον πυελογεννητικό σωλήνα. Ταυτόχρονα έχουν τη δυνατότητα να συσπώνται ξανά μετά τον τοκετό επαναφέροντας την κύστη και το έντερο στις φυσιολογικές τους λειτουργίες.

### A.1.3 Περίνεο

Η ρομβοειδούς σχήματος περιοχή μεταξύ του κόλπου και του πρωκτού ονομάζεται περίνεο ή περινεϊκό σώμα. Τα όριά του είναι το ηβοϊσχιακό τόξο, τα ισχιακά κυρτώματα, οι ισchioϊεροί σύνδεσμοι και ο κόκκυγας. Η νοητή γραμμή που συνδέει τα ισχιακά κυρτώματα, διαιρεί το περίνεο σε δύο τρίγωνα, το ουρογεννητικό πάνω και το πρωκτικό κάτω. Το περινεϊκό σώμα σχηματίζεται από τη σύμπτυξη μυϊκών ινών του ουρογεννητικού και του πρωκτικού τριγώνου με τις περιτονίες του περινέου.

Η αφθονία του σε λείες μυϊκές και ελαστικές ίνες, υποδηλώνει την συμβολή του στη στήριξη και τη λειτουργία των πυελικών οργάνων. Η ελαστικότητα του περινεϊκού σώματος επιτρέπει την προς τον κόκκυγα μετακίνησή του, καθώς και τη σημαντικού βαθμού διάταση του κόλπου, όπως συμβαίνει κατά την σεξουαλική επαφή και τον τοκετό. Σημαντικά προβλήματα πυελικής στήριξης και πρόπτωσης του κόλπου μπορεί να δημιουργηθούν, όταν η ελαστικότητα και η δυνατότητα διάτασης του περινέου περιορισθεί ή χαθεί έπειτα από χειρουργικά ή μαιευτικά τραύματα.

Η ουρήθρα και ο κόλπος διέρχονται από το χάσμα της περινεϊκής μεμβράνης (το ουρογεννητικό τρήμα) όπου εξέρχονται στο ύψος του προδόμου του κολεού. Η περινεϊκή μεμβράνη λοιπόν, παρέχει στήριξη στο απώτερο τμήμα της ουρήθρας, του κόλπου, και το περινεϊκό σώμα ως τα ηβικά τόξα.



Εικόνα 8 Το ουρογεννητικό τρίγωνο πάνω, κάτω το πρωκτικό τρίγωνο και η περινεϊκή μεμβράνη με τα κεντρικά τρήματα της ουρήθρας και του κόλπου (Προσαρμογή από: GraysAnatomyforStudents).

Οι μύες του περινέου διακρίνονται σε τρεις στοιβάδες: α) την έξω ή επιπολής που αποτελείται από τον επιπολή εγκάρσιο του περινέου, τον ισχιοσηραγγώδη, τον βολβοσηραγγώδη και τον έξω σφιγκτήρα του πρωκτού, β) την μέση ή ουρογεννητικό διάφραγμα που αποτελείται από τον εν τω βάθει εγκάρσιο μυ του περινέου και τον έξω σφιγκτήρα της ουρήθρας και γ) την άνω ή πυελικό διάφραγμα που αποτελείται από τον ανελκτήρα μυ του πρωκτού και τον ισχιοκοκκυγικό μυ.

Το περίνεο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην στήριξη του άπω τριτημορίου του κόλπου και στην φυσιολογική ορθοπρωκτική λειτουργία. Η αιμάτωσή του προκύπτει από την περινεϊκή και κάτω αιμορροϊδική αρτηρία, κλάδοι της έσω αιδοϊκής αρτηρίας και η νεύρωσή του επιτυγχάνεται α) από τους νευρικούς κλάδους του οσφυϊκού πλέγματος που περιλαμβάνουν το λαγονοβουβωνικό νεύρο και τον αιδοϊκό κλάδο του αιδοιομητρικού νεύρου και β) από τους νευρικούς κλάδους του ιερού πλέγματος που περιλαμβάνουν το έσω αιδοϊκό νεύρο και τον περινεϊκό κλάδο του οπίσθιου δερματικού νεύρου του μηρού.

#### **A1.4 Κόλπος**

Ο κόλπος είναι ένας κοίλος, ινομυώδης σωλήνας με πτυχώσεις (κολεικές ρυτίδες) που εκτείνονται από τον πρόδομο έως τον τράχηλο της μήτρας. Τα έσω τοιχώματα του κόλπου διακρίνονται στο πρόσθιο τοίχωμα μήκους 6-8 εκ. και στο οπίσθιο που συνήθως είναι μακρύτερο κατά 1-2εκ. Η πρόσφυση του κόλπου γύρω από τον τράχηλο της μήτρας σχηματίζει τον θόλο του κόλπου. Ο θόλος διακρίνεται σε τέσσερα τμήματα: α) το πρόσθιο που συνορεύει με την κυστεομητρική πτυχή, β) το οπίσθιο που επικοινωνεί με τον δουγλάσσειο χώρο και είναι το πιο βαθύ και γ) τα δύο πλάγια έξω από τα οποία βρίσκονται οι ουρητήρες, η πυελική περιτονία και οι ανελκτήρες του πρωκτού. Στην εγκάρσια τομή του ο κόλπος προσδίδει την εικόνα του γράμματος Η, καθώς τα τοιχώματά του εφάπτονται στο μεγαλύτερο μήκος τους. Ο κόλπος λαμβάνει στήριξη από το περίνεο, το παραμήτριο, τον πλατύ σύνδεσμο και τους μύες του ουρογεννητικού τριγώνου.

Ιστολογικά το κολπικό τοίχωμα αποτελείται από τρεις στοιβάδες από τα έσω προς τα έξω: το βλεννογόνο που αποτελείται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, χόριο και στερείται αδένων, το μυϊκό χιτώνα που αποτελείται από την έσω επιμήκη, τη μέση κυκλοτερή και την έξω επιμήκη στοιβάδα και από τον ινώδη χιτώνα που αποτελείται από πυκνό ινώδη συνδετικό ιστό.

Οι μύες που δρουν ως σφιγκτήρες του κολεού και έχουν τη δυνατότητα να τον συμπιέζουν είναι το ουρογεννητικό διάφραγμα, ο βολβοσηραγγώδης μυς και ο ηβοκολεικός μυς. Το έξω τοίχωμα του κόλπου φιλοξενεί τα αγγειακά, λεμφαγγειακά και νευρικά πλέγματα που τον τροφοδοτούν.

Ο κόλπος αιματώνεται από την μητροκολεική αρτηρία, κλάδος της μητριάιας αρτηρίας, και από την κάτω κυστική και τη μέση αιμορροϊδική αρτηρία. Νευρώνεται από το μητροκολεικό πλέγμα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

### ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ

#### B.1 Ορισμός - Επιδημιολογία

Η χαλάρωση του πυελικού εδάφους αποτελεί ένα από τα πιο συνηθισμένα γυναικολογικά προβλήματα. Με τον όρο χαλάρωση αναφερόμαστε στην εξασθένιση των στηρικτικών δομών του κόλπου και των γεννητικών οργάνων, που επιτρέπει την πρόπτωση των πυελικών οργάνων, την προς τα κάτω δηλαδή μετατόπισή τους σε σχέση με τη φυσιολογική τους θέση και την κάθοδό τους στον κόλπο ή και εκτός αυτού. Η χαλάρωση του πυελικού εδάφους και πρόπτωση των πυελικών οργάνων, διαπιστώνεται στο 50% των γυναικών που έχουν γεννήσει.

#### B.1.1 Αίτια χαλάρωσης του πυελικού εδάφους

Τα αίτια που οδηγούν σε χαλάρωση του πυελικού εδάφους είναι πολλά όπως διαταραχές σύνθεσης κολλαγόνου και γεννητικοί παράγοντες, η εγκυμοσύνη, ο αριθμός των τοκετών και το είδος των τοκετών (χρήση εμβρυουλκών), η παχυσαρκία, η προχωρημένη ηλικία και η έλλειψη οιστρογόνων κατά την κλιμακτήριο και την εμμηνόπαυση που οδηγούν σε ατροφία της ενδοπυελικής περιτονίας και των στηρικτικών δομών του κόλπου και των γεννητικών οργάνων με αποτέλεσμα την αποδυνάμωσή τους. Επίσης η χρόνια αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης όπως σε χρόνια βήχα, αποφρακτική πνευμονοπάθεια, χρόνια δυσκοιλιότητα, βαριά χειρωνακτική εργασία και γενικά ο τρόπος ζωής. Τα αίτια χαλάρωσης του πυελικού εδάφους είναι κοινά με αυτά της ακράτειας ούρων, με αποτέλεσμα οι δύο αυτές καταστάσεις να συνυπάρχουν σε μεγάλο ποσοστό. Εσφαλμένα όμως δίνεται η εντύπωση ότι η ακράτεια οφείλεται στην χαλάρωση του κόλπου.

#### B.1.2 Ταξινόμηση της κολπικής χαλάρωσης

Υπάρχουν διάφορα συστήματα μέτρησης της χαλάρωσης. Σύμφωνα με το πιο διαδεδομένο υπάρχει τριών βαθμίδων χαλάρωση

1<sup>ου</sup> βαθμού: το κατώτερο τμήμα της χαλάρωσης φτάνει έως τη μεσότητα του κόλπου.

2<sup>ου</sup> βαθμού: το κατώτερο τμήμα της χαλάρωσης εκτείνεται έως τη σχισμή του αιδοίου.

3<sup>ου</sup>

βαθμού: το κατώτερο τμήμα της χαλάρωσης επεκτείνεται και έξω από τον κόλπο.

Ένα πιο αντικειμενικό σύστημα προτείνεται από τη Διεθνή Εταιρία για την ακράτεια (International Continence Society), το οποίο περιλαμβάνει μία σειρά εννέα μετρήσεων. Οι έξι μετρήσεις παριστούν την απόσταση από τον παρθενικό υμένα σε εκατοστά, συγκεκριμένων σημείων στον κόλπο (δύο για το πρόσθιο, δύο για το οπίσθιο τμήμα του κόλπου, ένα για τον τράχηλο και ένα για τον δουγλάσσειο) κατά τη δοκιμασία Valsava. Το επίπεδο μηδέν βρίσκεται στο επίπεδο του παρθενικού υμένα. Εάν τα σημεία που εξετάζονται βρίσκονται κάτω από τον παρθενικό υμένα



παίρνουν θετική τιμή, ενώ αν βρίσκονται πάνω από τον παρθενικό υμένα παίρνουν αρνητική τιμή. Τρεις ακόμα μετρήσεις εκτιμούν σε ηρεμία την είσοδο του κόλπου, το μήκος του περινέου και το ολικό μήκος του κόλπου.

Το σύστημα αυτό προσφέρει τη δυνατότητα αντικειμενικής και ακριβούς μέτρησης του βαθμού και του τύπου χαλάρωσης, ενώ μπορεί να εκτιμηθεί καλύτερα η αποτελεσματικότητα της εκάστοτε χειρουργικής επέμβασης.

### **B.1.3 Τύποι χαλάρωσης πυελικού εδάφους**

Η πρόπτωση των πυελικών οργάνων οφείλεται στην χαλάρωση του κοιλιακού τοιχώματος και της στήριξής του, με αποτέλεσμα την κάθοδο του ή των οργάνων σε αυτόν. Έτσι διακρίνονται καταστάσεις όπως:

**Ουρηθροκήλη:** χαρακτηρίζεται η κάθοδος της ουρήθρας μέσα στον κόλπο λόγω χαλάρωσης του ουρογεννητικού διαφράγματος, της ηβοτραχηλικής περιτονίας, των ηβοουρηθρικών συνδέσμων και της παρακολπικής περιτονίας.

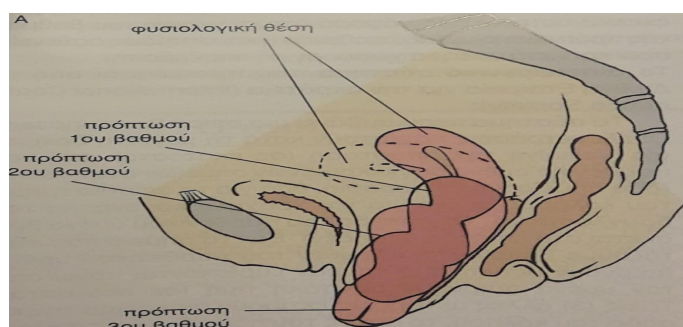
**Κυστεοκήλη:** η προς τα κάτω μετατόπιση του κοιλιακού τοιχώματος και της υποκείμενης κύστης. Οφείλεται σε χάσμα της κυστεοτραχηλικής περιτονίας, είτε απώλεια της στήριξης της κυστεοτραχηλικής περιτονίας από το πλάγιο πυελικό τοίχωμα.

**Πρόπτωση μήτρας:** η κάθοδος του τραχήλου και του σώματος της μήτρας στον κόλπο ή και έξω από αυτόν. Οφείλεται στην κάκωση των ιερομητρικών και εγκάρσιων συνδέσμων και της ενδοπυελικής περιτονίας, που στηρίζουν τη μήτρα και το ανώτερο κοιλικό τοίχωμα. Στην περίπτωση που έχει προηγηθεί υστερεκτομή γίνεται αναφορά με τον όρο πρόπτωση του κοιλιακού κολοβώματος, όπου έτσι χαρακτηρίζεται η κάθοδος του ανώτερου τμήματος του κόλπου.

**Εντεροκήλη (δουγλασσειοκήλη):** η προβολή του περιτοναίου του δουγλασσειού στον αυλό του κόλπου, μέσω στοιβάδων του οπισθίου κοιλιακού τοιχώματος.

**Ορθοκήλη:** η προεκβολή του ορθού, ή ο σχηματισμός κήλης μέσα στον οπίσθιο αυλό του κόλπου, που συνδυάζεται με λέπτυνση και αδυναμία της περιτονίας του οπισθίου κοιλιακού τοιχώματος.

**Χαλάρωση περινέου:** η απώλεια ακεραιότητας του περινέου, όπου σε αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης κατέρχεται και παρουσιάζεται ως χαμηλή ορθοκήλη.



Εικόνα 78-2. Βαθμός πρόπτωσης μήτρας (Προσαρμογή από: Αριστείδης Αντσακλής, Μαιευτική και Γυναικολογία).

### **B.1.4 Διάγνωση – Συμπτωματολογία – Κλινική Εξέταση**

Η διάγνωση τίθεται από το ιστορικό της γυναίκας και την κλινική της εξέταση. Στην ασυμπτωματική πρόπτωση τα ενοχλήματα συνήθως απουσιάζουν και η διάγνωση γίνεται τυχαία κατά την κλινική εξέταση. Πολλές φορές η ίδια η ασθενής μπορεί να ψηλαφίσει την πρόπτωση χωρίς όμως να παρουσιάζει συμπτωματολογία.

Η συμπτωματική πρόπτωση μπορεί να εκδηλωθεί με αρκετούς διαφορετικούς τρόπους. Το πιο σύνηθες σύμπτωμα είναι η αίσθηση της πίεσης ή ότι κάτι προβάλλει από τον κόλπο και το πυελικό άλγος. Τα συμπτώματα αυτά γίνονται εντονότερα κατά τη διάρκεια της ημέρας έπειτα από παρατεταμένη ορθοστασία και κυρίως όταν η γυναίκα σηκώνει βάρος ή αυξάνεται η ενδοκοιλιακή πίεση. Οι ασθενείς αναφέρουν ύφεση των συμπτωμάτων κατά τις πρωινές ώρες και κατά την κατάκλιση.

Συχνά η πρόπτωση μπορεί να σχετίζεται με ειδικά συμπτώματα. Η απώλεια της πρόσθιας κοιλιακής υποστήριξης μπορεί να οδηγήσει σε υπερκινητικότητα της ουρήθρας, η οποία με τη σειρά της να καταλήξει σε ακράτεια ούρων από στρες, συχνοουρία, δυσουρικά ενοχλήματα ή δυσκολίες ούρησης.

Η χαλάρωση του οπισθίου κοιλιακού τοιχώματος πολλές φορές σχετίζεται με αίσθηση ανεπαρκούς κένωσης του εντέρου, ακράτειας κοπράνων ή με δυσκοιλιότητα. Σε μεγάλο βαθμού πρόπτωση συχνά οι ασθενείς αναγκάζονται να ανατάξουν την πρόπτωση για να επιτύχουν την κένωση της ουροδόχου κύστης ή του εντέρου.

Κατά την κλινική εξέταση θα πρέπει να γίνεται μία πλήρης εκτίμηση του τύπου και του βαθμού της πρόπτωσης. Η εξέταση γίνεται συνήθως σε θέση λιθοτομής ζητώντας από την ασθενή να πραγματοποιήσει τη δοκιμασία Valsava (αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης). Κατά την εξέταση πρέπει να ελεγχθούν προσεκτικά όλες οι πλευρές υποστήριξης της πυέλου και κάθε τμήμα της ανατομίας του κόλπου να περιγράφεται ξεχωριστά. Εξετάζεται το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα και έπειτα το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα καθώς και τα πλάγια κοιλιακά τοιχώματα με κολποδιαστολέα μονού σκέλους. Η διαδικασία αυτή είναι πολύ σημαντική καθώς μία μεγάλη πρόπτωση της μίας πλευράς του κόλπου μπορεί να κρατήσει μία μικρότερη πρόπτωση από την άλλη πλευρά στη θέση της, οδηγώντας σε λανθασμένη διάγνωση, όπως όταν μία μεγάλη κυστεοκήλη σκιάζει την παρουσία μίας μεγάλης ορθοκήλης, ή όταν η εκτροφή της κορυφής του κόλπου εκλαμβάνεται για μία μεγάλη κυστεοκήλη.

Στη συνέχεια εξετάζεται η πρόπτωση της μήτρας με τη χρήση του προσθίου κολποδιαστολέα, ενώ γίνεται ταυτόχρονα εκτίμηση του βαθμού χαλάρωσης του περινέου. Η αμφίχειρη εξέταση από τον κόλπο και το ορθό είναι συχνά απαραίτητη για τη διάγνωση πιθανής δουλγασσειοκήλης.

Σε περίπτωση αδυναμίας αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης, η εκτίμηση της χαλάρωσης θα πρέπει να γίνεται με την ασθενή σε όρθια θέση, με το ένα πόδι σηκωμένο και καλά στερεωμένο σε ένα σκαμπό.

### **B.1.5 Διαγνωστικές Εξετάσεις**

Η διάγνωση της πρόπτωσης των πυελικών οργάνων γίνεται κυρίως με την κλινική εξέταση. Σε περίπτωση συμπτωμάτων από το ουροποιητικό απαραίτητη είναι η ουροδυναμική μελέτη για την εκτίμηση της λειτουργικότητας του κατώτερου ουροποιητικού, ο ενδοσκοπικός και ο ακτινολογικός έλεγχος. Ο έλεγχος ενδείκνυται προ της χειρουργικής θεραπείας και σε ασυμπτωματικές γυναίκες, καθώς ένα σημαντικό ποσοστό αυτών (40%-60%) παρουσιάζει λανθάνουσα ανεπάρκεια του σφιγκτηριακού μηχανισμού της ουρήθρας που μπορεί να γίνει συμπτωματική μετά την αποκατάσταση της κολπικής χαλάρωσης. Συμπληρωματικά θα μπορούσε να γίνει και γενική εξέταση ούρων αν συνυπάρχουν δυσουρικά προβλήματα. Σε περίπτωση που συνυπάρχει και ακράτεια ούρων απαραίτητος είναι και ο ουροδυναμικός έλεγχος με τον οποίον εξετάζεται η λειτουργία του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος.

### **B.1.6 Θεραπεία Χαλάρωσης των Πυελικών Οργάνων**

Η πρόπτωση 1<sup>ου</sup> βαθμού που συνήθως είναι ασυμπτωματική δεν θα πρέπει απαραίτητα να αντιμετωπιστεί. Αντιθέτως η συμπτωματική πρόπτωση μπορεί να αντιμετωπιστεί συντηρητικά ή χειρουργικά.

#### Συντηρητική Αγωγή

Η συντηρητική αγωγή περιλαμβάνει:

-Ασκήσεις πυελικών μυών (Kegel): αν και οι ασκήσεις αυτές μπορεί να ωφελήσουν γυναίκες με ακράτεια από στρες ενισχύοντας την ουρηθρική υποστήριξη, δεν έχουν αποδειχθεί ωφέλιμες για ασθενείς με σημαντική πρόπτωση. Οι ασκήσεις ενδυναμώνουν τους πυελικούς μύες, που παίζουν σημαντικό ρόλο στη φυσιολογική στήριξη, αλλά δεν αποκαθιστούν κακώσεις της ενδοπυελικής περιτονίας και των στηρικτικών συνδέσμων. Επομένως οι ασκήσεις δεν είναι επιβλαβείς, αλλά η χρησιμότητά τους είναι κυρίως προληπτική και όχι θεραπευτική.

-Χρήση κολπικών πεσσών: Οι κολπικοί πεσσοί αποτελούν δακτυλίους μεγάλης ποικιλίας μεγεθών και σχημάτων από ελαστικό συνθετικό υλικό (σιλικόνη ή πολυθυλένιο), οι οποίοι τοποθετούνται στον κόλπο και υποστηρίζουν τα κολπικά τοιχώματα και τα έσω γεννητικά όργανα. Με την εισαγωγή τους στηρίζονται στον οπίσθιο κολπικό θόλο και πίσω από την ηβική σύμφυση, δημιουργώντας στηρικτική βάση, πάνω στην οποία στηρίζονται τα πυελικά όργανα. Η επιλογή του μεγέθους γίνεται έτσι ώστε να μην πιέζει υπερβολικά τα τοιχώματα του κόλπου ή την ουρήθρα, αλλά να μην είναι τοποθετημένο και πολύ χαλαρά ώστε να αποβάλλεται έπειτα από αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης. Οι πεσσοί θα πρέπει να αντικαθίστανται κάθε 2-3 μήνες ούτως ώστε να αποφεύγεται πιθανή μόλυνση. Οι γυναίκες που χρησιμοποιούν πεσσοί θα πρέπει να έχουν κόλπο που να δέχεται καλή οιστρογονική διέγερση. Οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με έντονη ατροφία κόλπου, πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης ή ενδοκολπική κρέμα οιστρογόνων σε τακτική βάση. Στις περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες θα πρέπει να χορηγείται τοπική θεραπεία

με οιστρογόνα για ένα μήνα προ της τοποθέτησης του πεσσού και ιδανικά να συντηρείται, έτσι ώστε να μειώνεται η πιθανότητα κάκωσης και φλεγμονής, να εφαρμόζει καλύτερα και πιο άνετα ο πεσός και να προάγεται η μακροχρόνια χρήση του. Ιδιαίτερα οι ηλικιωμένες γυναίκες θα πρέπει να ελέγχονται σε τακτική βάση.

-Θεραπεία με οιστρογόνα: Η θεραπεία αυτή (κυρίως τοπική αγωγή) αντιμετωπίζει την ατροφία του κόλπου στις εμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Αν και δεν θεραπεύει την κολπική χαλάρωση, μπορεί να βελτιώσει τα ερεθιστικά συμπτώματα που τη συνοδεύουν.

### Χειρουργική Θεραπεία

Η θεραπεία της κολπικής χαλάρωσης και της πρόπτωσης της μήτρας είναι κυρίως χειρουργική και θα πρέπει να εξατομικεύεται ανά ασθενή λαμβάνοντας υπ' όψιν την ηλικία της, τον τύπο και τον βαθμό της πρόπτωσης, την επιθυμία για μελλοντική εγκυμοσύνη, τα συμπτώματα και την επιθυμία της ασθενούς. Σκοπός της επέμβασης είναι να ανακουφίσει την ασθενή από τα συμπτώματά της, αποκαθιστώντας κάθε παθολογική υποστήριξη της πυέλου με ανθεκτικό και μακροπρόθεσμο τρόπο. Οι περισσότερες ασθενείς παρουσιάζουν προβλήματα χαλάρωσης που εντοπίζονται σε διάφορα σημεία όπως κυστεοκήλη μαζί με ορθοκήλη και πρόπτωση την μήτρας. Οι χειρουργικές επεμβάσεις μπορεί να διεκπεραιωθούν διακολπικά, διακοιλιακά, λαπαροσκοπικά ή με συνδυασμό των ανωτέρω.

#### Διακοιλιακές Επεμβάσεις:

Κυστεοκήλη:

-Επιδιόρθωση παρακολπικής περιτονίας κατά Richardson:

Γίνεται ανατομική παρασκευή και καθήλωση του πλάγιου τοιχώματος του κόλπου στο τενόντιο τόξο της πυελικής περιτονίας. Η ουροδόχος κύστη απωθείται πλάγια και τοποθετούνται αρκετές ραφές στο τενόντιο τόξο της πυελικής περιτονίας. Εν συνεχεία οι ραφές περνούν από την ηβοτραχηλική περιτονία και το κολπικό τοίχωμα.

Δουγλασσειοκήλη:

-Επέμβαση κατά Moschowitz: Διαδοχικές κυκλοτερής ραφές στο περιτόναιο γύρω από τον δουγλάσσειο. Η ανώτερη ραφή περιλαμβάνει το οπίσθιο κολπικό τοίχωμα, τους δύο ιερομητρικούς και τον ορογόνο του σιγμοειδούς όπισθεν.

-Επέμβαση κατά Halban: Η σύγκλιση του δουγλασσειού όπως και στην επέμβαση κατά Moschowitz αλλά με επιμήκεις ραφές. Οι δύο εξωτερικές ραφές περιλαμβάνουν τους ιερομητρικούς συνδέσμους.

-Συμπλησίαση ιερομητρικών κατά McCall: Η συμπλησίαση των δύο ιερομητρικών στη μέση γραμμή και σύγκλιση του δουγλασσειού. Στις επεμβάσεις αυτές χρειάζεται προσοχή για να αποφευχθεί κάκωση, απολίνωση ή απόφραξη του ουρητήρα.

Πρόπτωση κολοβώματος του κόλπου – Πρόπτωση μήτρας:

-Ιεροκολποπηξία: Στην επέμβαση αυτή γίνεται ανάρτηση του κολπικού κολοβώματος στο ακρωτήριο των μαιευτήρων με την τοποθέτηση πλέγματος για την αντιμετώπιση της πρόπτωσης του κολοβώματος του κόλπου έπειτα από υστερεκτομή. Συνήθως τοποθετούνται δύο πλέγματα, ένα στο πρόσθιο και ένα στο οπίσθιο κολπικό τοίχωμα. Η επέμβαση αυτή είναι πρώτης εκλογής για την πρόπτωση του κολπικού κολοβώματος με ποσοστά επιτυχίας που ξεπερνούν το 90% και ποσοστά επιπλοκών

<6%. Σε περίπτωση πρόπτωσης μήτρας, εφόσον είναι επιθυμητή η διατήρησή της, τοποθετείται πλέγμα στο ακρωτήριο για την στήριξή της (υστεροπηξία).

Λαπαροσκοπικές Επεμβάσεις: Όλες οι διακοιλιακές επεμβάσεις μπορούν να γίνουν και λαπαροσκοπικά. Με τον τρόπο αυτό αναπαράγεται η ανοιχτή χειρουργική τεχνική. Όταν επιτευχθεί αυτό το αποτέλεσμα είναι εφάμιλλο με τη λαπαροτομία.

Διακολπικές Επεμβάσεις:

-Κολπική υστερεκτομή με ή χωρίς προσθιοπίσθια κολπορραφία:

Πραγματοποιείται εξαίρεση της μήτρας με ανάρτηση του κολπικού κολοβώματος από τους ιερομητρικούς συνδέσμους και ενίοτε από τους στρογγύλους συνδέσμους και ακολουθεί προσθιοπίσθια κολπορραφία για την αποκατάσταση της χαλάρωσης του προσθίου και οπισθίου κολπικού τοιχώματος. Αποτελεί την πιο συχνή επέμβαση για την αποκατάσταση της πρόπτωσης της μήτρας και της συνυπάρχουσας κυστεοορθοκίλης. Σε περίπτωση που συνυπάρχει ουροδυναμικό Stress Incontinence, τοποθετείται και κολπική ταινία ελεύθερης τάσης.

Κυστεοκίλη:

-Πρόσθια κολπορραφία: Γίνεται διάνοιξη του προσθίου κολπικού τοιχώματος, επιδιόρθωση του χάσματος της κυστεοτραχηλικής περιτονίας, αφαίρεση του κόλπου που περισσεύει και συρραφή του προσθίου κολπικού τοιχώματος. -

Επιδιόρθωση παρακολπικών χασμάτων: Διάνοιξη του προσθίου κολπικού τοιχώματος, παρασκευή των παρακυστικών χώρων και καθήλωση της κυστεοτραχηλικής περιτονίας στο τενόντιο τόξο της ενδοπυελικής περιτονίας με διακεκομμένες ραφές. Η επέμβαση αυτή αναπαράγει τη διακοιλιακή τεχνική (Richardson).

Ορθοκίλη:

-Οπίσθια κολπορραφία: Η

διάνοιξη του οπισθίου κολπικού τοιχώματος, η παρασκευή του ορθοκολπικού διαφράγματος και η επιδιόρθωση των χασμάτων του. Ακολουθεί η συμπλησίαση της παραορθικής περιτονίας και των ανελκτήρων στη μέση γραμμή για ενίσχυση της αποκατάστασης. Η συμπλησίαση των ανελκτήρων θα πρέπει να αποφεύγεται σε σεξουαλικά ενεργές γυναίκες λόγω κινδύνου μετεγχειρητικής δυσπαρένειας.

-Περινεοπλαστική: Γίνεται σε

περιπτώσεις χαλάρωσης του περινέου και συνήθως συνδυάζεται με την οπίσθια κολπορραφία. Παρασκευάζονται οι μύες και τα στοιχεία του περινέου και αποκαθίσταται το περίνεο με συρραφή και συμπλησίαση αυτών των στοιχείων στη μέση γραμμή.

Πρόπτωση κολπικού

-Επέμβαση κατά McCall:

Η στήριξη του κολπικού κολοβώματος κατά την κολπική υστερεκτομή και η επιδιόρθωση της δουγλασσειοκίλης.

-Ανάρτηση του

κολοβώματος του κόλπου στον ισχιοϊερό σύνδεσμο (Sacrospinous ligament suspension): Στην καθήλωση στον ισχιοϊερό σύνδεσμο γίνεται ανάρτηση του κολπικού κολοβώματος από τον δεξιό ισχιοϊερό σύνδεσμο ή και αμφοτερόπλευρα. Συνιστάται σε γυναίκες που προτιμάται η διακολπική ή αντενδείκνυται η διακοιλιακή αντιμετώπιση.

-Ανάρτηση του κοιλιακού κολοβώματος στην περιτονία του λαγονοκοκκυγικού: Ανάρτηση του κοιλιακού κολοβώματος στην περιτονία του λαγονοκοκκυγικού μπροστά ή κάτω της ισχιακής άκανθας. Με την επέμβαση αυτή μειώνεται ο κίνδυνος κάκωσης αγγείων και νεύρων.

-Ανάρτηση κοιλιακού κολοβώματος στους ιερομητρικούς συνδέσμους: Ανάρτηση του κοιλιακού κολοβώματος στους ιερομητρικούς εκατέρωθεν και συρραφή του χάσματος μεταξύ της ηβοτραχηλικής περιτονίας και του ορθοκολπικού διαφράγματος.

Κολπόκλειση: Γίνεται απόφραξη του κόλπου ούτως ώστε να μην υπάρχει δυνατότητα πρόπτωσης των τοιχωμάτων του κόλπου ή της μήτρας. Συνιστάται κυρίως σε γυναίκες που είναι σεξουαλικά ανενεργές, με σοβαρά προβλήματα υγείας, αποφεύγοντας ένα πιο επεμβατικό χειρουργείο. Με την κολπόκλειση LeFort το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα συρράπτεται με το οπίσθιο.

Πλέγματα: Η αποκατάσταση της κοιλιακής χαλάρωσης με τις κλασικές τεχνικές παρουσιάζει ένα ποσοστό υποτροπής που αγγίζει περίπου το 30%. Η αιτία των υποτροπών δεν σχετίζεται πάντα με την κακή χειρουργική τεχνική ή τη λάθος εκλογή επέμβασης, αλλά οφείλεται σε ένα μεγάλο βαθμό στην κακή ποιότητα των ιστών που χρησιμοποιούνται για την αποκατάσταση. Έτσι τα τελευταία χρόνια έχουν προταθεί ειδικά πλέγματα για τη μείωση των υποτροπών και τη βελτίωση του χειρουργικού αποτελέσματος. Υπάρχουν διάφορων ειδών πλέγματα όπως τα συνθετικά (π.χ πολυπροπυλένιο) ή τα βιολογικά (π.χ χοίρειο δερματικό κολλαγόνο, βόειο περικάρδιο). Τα πλέγματα τοποθετούνται χωρίς τάση, ενώ δεν είναι απαραίτητη η υστερεκτομή. Τα πρώτα αποτελέσματα είναι αρκετά ενθαρρυντικά σε προπτώσεις μεγαλύτερες του 2<sup>ου</sup> βαθμού, αλλά αναμένονται περαιτέρω μελέτες για την πλήρη εκτίμηση των νέων αυτών τεχνικών. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι αιμορραγία, αιματώματα και κάκωση του κοίλου σπλάγχχνου αποτελούν μερικές από τις διεγχειρητικές επιπλοκές. Επίσης τοπική ουλοποίηση, συρρίκνωση, διάβρωση του κόλπου, φλεγμονή, συρίγγια, δυσπαρεύνια ή λειτουργικά προβλήματα από το κατώτερο ουροποιητικό και γαστρεντερικό, είναι μερικές από τις απώτερες επιπλοκές.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α**

#### **ΣΚΟΠΟΣ**

Οι παθήσεις του πυελικού εδάφους όπως έχει αποδειχθεί παραπάνω είναι αποτέλεσμα παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται είτε με τη φυσιολογία της γυναίκας

(βάρος, ηλικία, τρόπος ζωής κτλ.), είτε με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και το βάρος γέννησης του νεογνού. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιαστεί μέσα από το δείγμα των γυναικών η συχνότητα της εμφάνισης των συγκεκριμένων παθήσεων και κατά πόσο οι παθήσεις αυτές σχετίζονται μεταξύ τους αλλά και με την καθημερινότητα των γυναικών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β**

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

#### **Δείγμα μελέτης**

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί μια μελέτη. Κατά τη διάρκεια της έρευνας έλαβαν μέρος 35 γυναίκες ηλικίας 49-84 ετών. Η επιλογή των ατόμων έγινε με συγκεκριμένα κριτήρια. Αυτά αφορούσαν τα συμπτώματα των γυναικών ως προς την ακράτεια ούρων και την πρόπτωση οργάνου από τον κόλπο.

#### **Ερωτηματολόγια**

Για την πραγματοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο σχετικά με τη βαρύτητα πρόπτωσης των γυναικείων γεννητικών οργάνων. Η κάθε γυναίκα συμπλήρωνε εθελοντικά το ερωτηματολόγιο σύμφωνα με τις προσωπικές της εμπειρίες το οποίο δρούσε συμπληρωματικά ως προς τη λήψη του ιστορικού της.

Το ερωτηματολόγιο αυτό αρχικά περιλάμβανε τις σημαντικότερες πληροφορίες που αφορούσαν τα δημογραφικά στοιχεία, το ατομικό ιστορικό, το γυναικολογικό ιστορικό, το μαιευτικό ιστορικό, το ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τη χρήση καπνίσματος. Στη συνέχεια ακολούθησαν ερωτήσεις για την ακράτεια ούρων (ICIQ). Οι γυναίκες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με τη συχνότητα απώλειας ούρων, την ποσότητα ούρων, όπως επίσης και σε ερωτήσεις που αφορούσαν την καθημερινότητά τους ως προς το πόσο επηρεάζονται αλλά και κάθε πότε παρατηρούσαν τα συμπτώματα αυτά. Επιπλέον απαντήθηκαν ερωτήσεις για συμπτώματα που σχετίζονταν με την πρόπτωση των γεννητικών οργάνων (POP-SS). Αν είχαν δηλαδή το αίσθημα ότι κάτι κατεβαίνει από τον κόλπο και κατά πόσο αυτό συσχετιζόταν με πόνο, τάση ή πίεση στην μέση και χαμηλά στην κοιλιά και την ολοκλήρωση της ούρησης και της κένωσης. Παράλληλα έγινε αναφορά στη σεξουαλική ζωή των γυναικών με πρόβλημα πρόπτωσης ή ακράτειας ούρων (PISQ-12) και τέλος ερωτήσεις σχετικά με τον έλεγχο για την ποιότητα ζωής (EQ-5D).

#### **Καταχώρηση και Στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων**

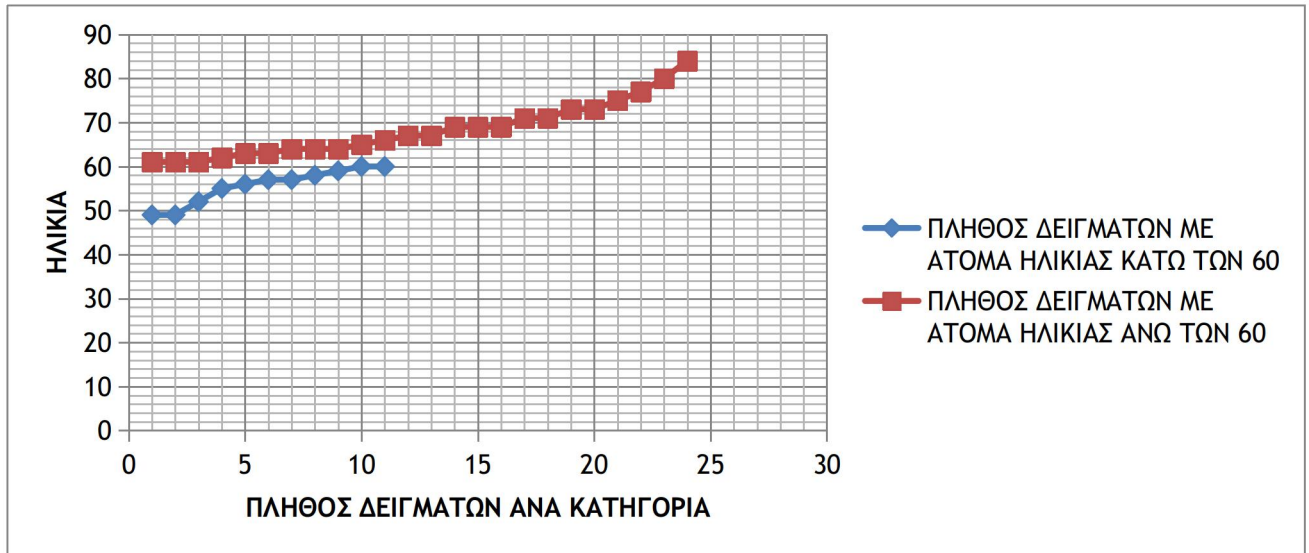
Ύστερα από τη συμπλήρωση και συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε καταχώρηση και στατιστική επεξεργασία τους σύμφωνα με το πρόγραμμα λογιστικών φύλλων Microsoft Excel. Έγινε αρίθμηση των ερωτηματολογίων και καταχωρήθηκαν τα δεδομένα των απαντήσεών τους από τα οποία προέκυψαν τα διαγράμματα που οδήγησαν στην εξαγωγή των συμπερασμάτων.



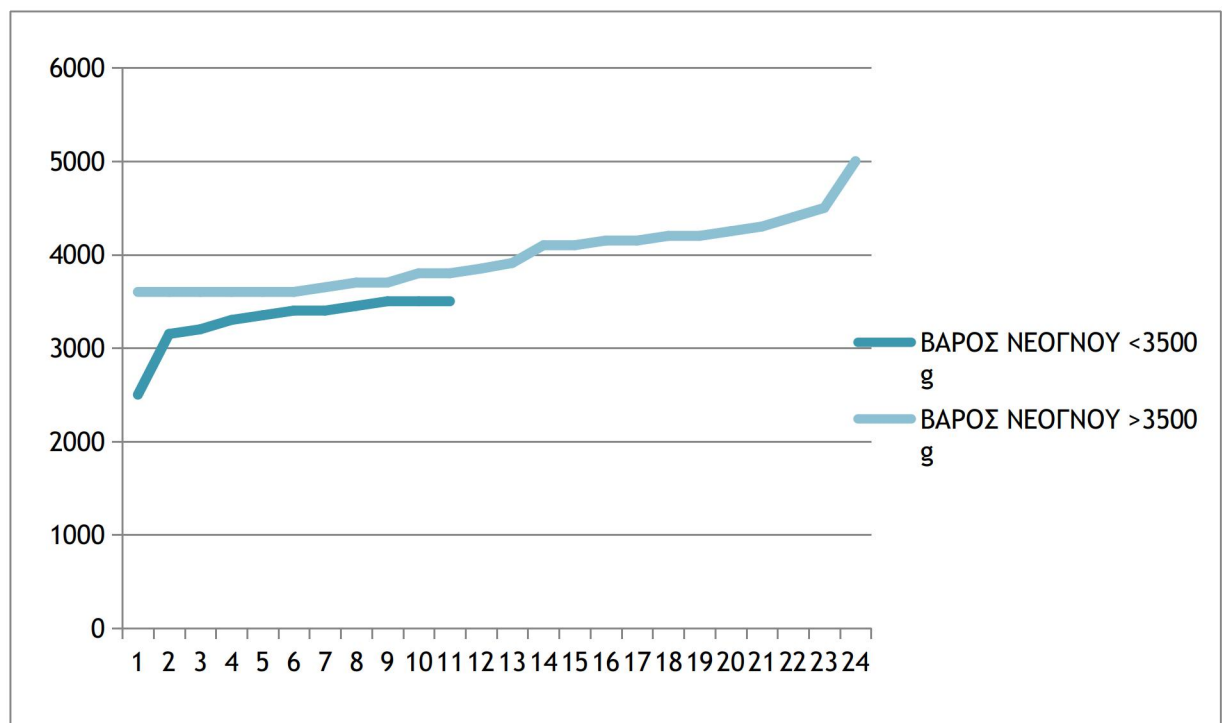
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### Δημογραφικά



Διάγραμμα 1. Στο ανώτερο διάγραμμα, εμφανίζεται με την μορφή γραμμών το πλήθος των δειγμάτων σε συνάρτηση με την ηλικία. Όπως βλέπουμε, το πλήθος των δειγμάτων αποτελείται κατά πλειοψηφία από γυναίκες ηλικίας 60 ετών και άνω.



Διάγραμμα 2. Στο επόμενο διάγραμμα, φαίνεται το πλήθος των νεογνών των οποίων το βάρος είναι κάτω από 3500g και το πλήθος των νεογνών με βάρος άνω των 3500g.

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙCΙQ

### 1. Συχνότητα απώλειας ούρων



Διάγραμμα 1.1.1 Στο παραπάνω γράφημα απεικονίζεται το σύνολο του δείγματος με αύξουσα σειρά ανά ηλικία σε συνάρτηση με τη συχνότητα απώλειας ούρων. Με μέγιστη απώλεια το 5 όπως φαίνεται, τουλάχιστον το 50% των γυναικών βρίσκεται πάνω από το μέσο της συχνότητας που έχει οριστεί στο συγκεκριμένο γράφημα.

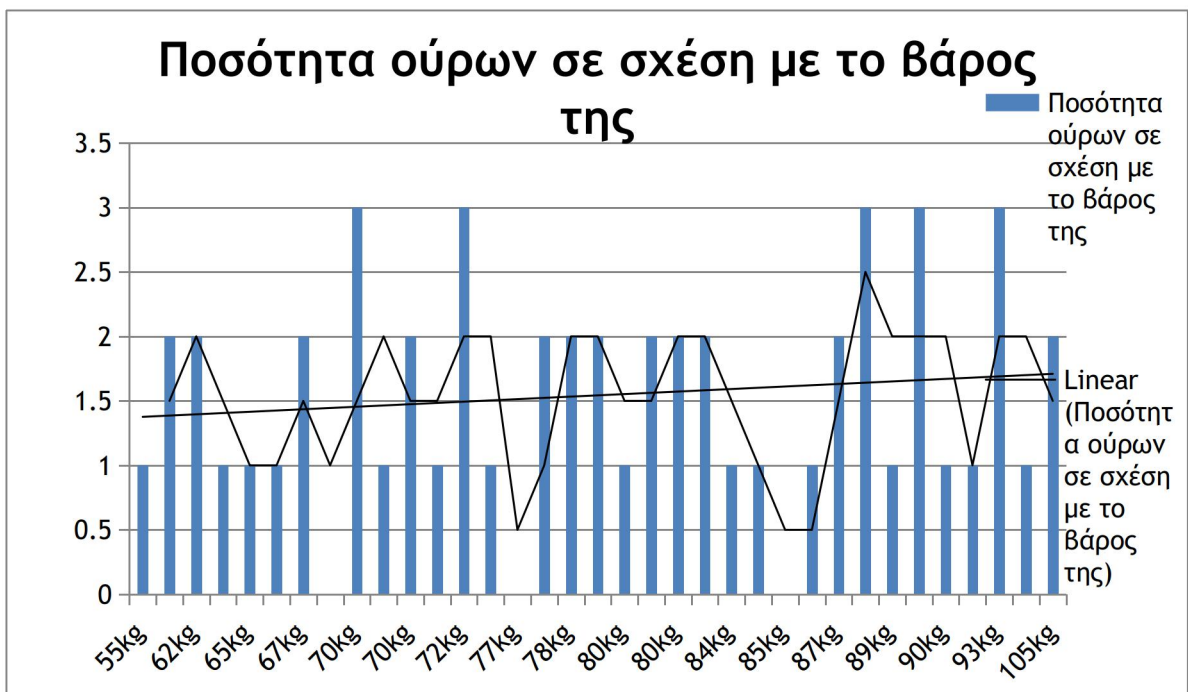


Διάγραμμα 1.1.2 Στη συνέχεια βλέπουμε τη συχνότητα απώλειας ούρων σε σχέση με το βάρος γέννησης του νεογνού. Όπως φαίνεται και από το διάγραμμα η πλειοψηφία των γυναικών (>50%) με συχνότητα απώλειας ούρων πάνω από το μέσο, έχουν γεννήσει νεογνά με βάρος γέννησης περίπου πάνω από 3500g.



Διάγραμμα 1.1.3 Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα οι μισές περίπου γυναίκες φαίνεται να βρίσκονται πάνω από το μέσο της συχνότητας για την απώλεια ούρων, χωρίς όμως αυτό να σχετίζεται απόλυτα με την εργασία τους, καθώς υπάρχουν και γυναίκες που με την ίδια ενασχόληση βρίσκονται κάτω από το μέσο. Αυτό που θα μπορούσε να αποτελέσει επιβαρυντικό παράγοντα είναι η συχνότητα και η ένταση της δουλειάς.

## 2. Ποσότητα απώλειας ούρων

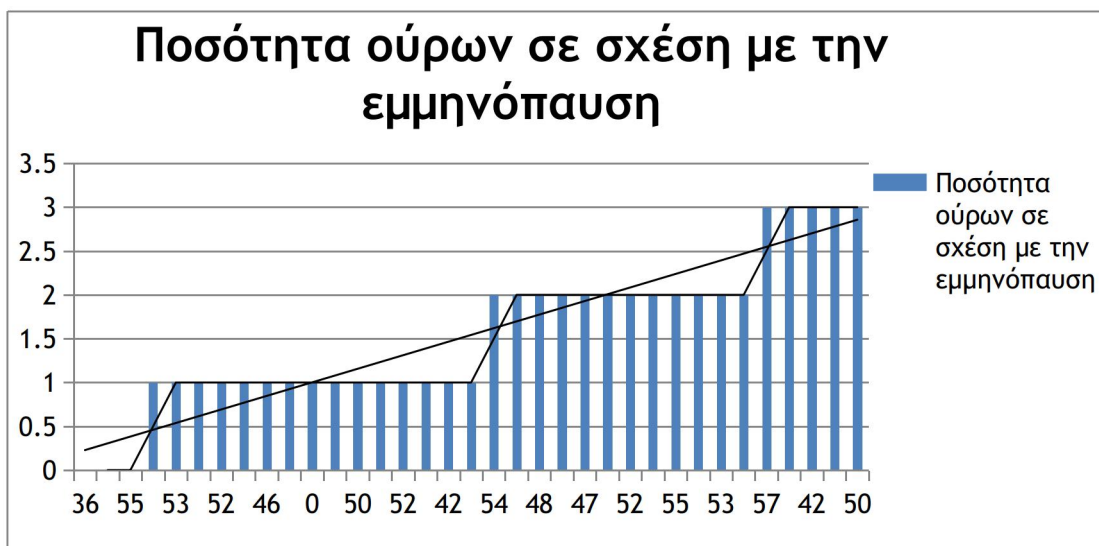


Διάγραμμα 1.2.1 Σύμφωνα με την ποσότητα απώλειας ούρων με μέγιστη ποσότητα το 3.5 σε σχέση με το βάρος της γυναίκας, οι μισές βρίσκονται πάνω από το μέσο χωρίς όμως αυτό να συνδυάζεται με το βάρος της γυναίκας, αφού και γυναίκες αυξημένου βάρους δεν παρουσιάζουν έντονα συμπτώματα απώλειας ούρων.



Διάγραμμα 1.2.2 Παραπάνω φαίνεται το επίπεδο ποσότητας για την απώλεια ούρων σε συνάρτηση με το κάπνισμα. Η πλειοψηφία των γυναικών δεν καπνίζει ή διέκοψε ενώ ελάχιστες είναι αυτές που καπνίζουν ακόμα. Παρ όλα αυτά δεν φαίνεται να αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα το κάπνισμα τόσο σε αυτές που καπνίζουν όσο και σε αυτές που διέκοψαν.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ένας από τους παράγοντες που θα μπορούσε να οφείλεται στην ποσότητα ούρων που χάνεται, είναι η μακροπρόθεσμη λήψη φαρμάκων από τη γυναίκα για κάποια πάθηση (π.χ αρτηριακή υπέρταση), κάτι που θα επιβάρυνε την εικόνα της ασθενούς.



Διάγραμμα 1.2.3 Παραπάνω απεικονίζεται η ποσότητα ούρων που χάνεται σε σχέση με την ηλικία εμμηνόπαυσης των γυναικών. Βλέπουμε λοιπόν ότι δεν είναι απόλυτα αλληλένδετα.

### 3. Επιρροή απώλειας ούρων

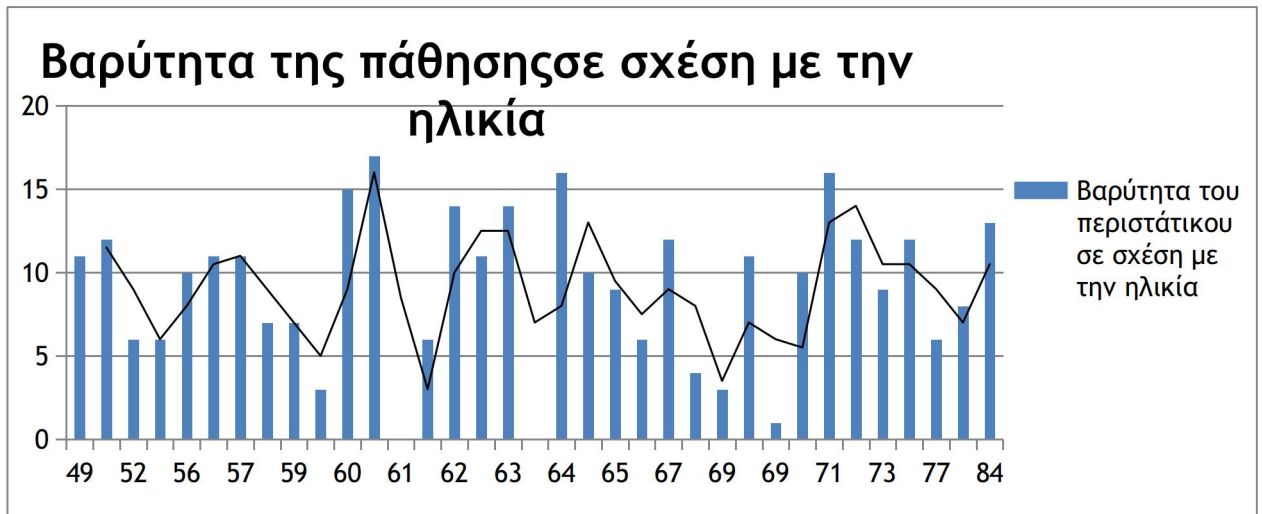


Διάγραμμα 1.3.1 Στη συνέχεια ακολουθεί το διάγραμμα που φαίνεται η επιρροή της απώλειας ούρων στην καθημερινότητα της γυναίκας και κατά πόσο αυτό σχετίζεται με την εργασία της. Όλες σχεδόν οι γυναίκες ασχολούνταν με τα οικιακά εκτός λίγων που δούλευαν. Παρατηρείται μία αυξομείωση ως προς την επιρροή στην καθημερινότητά τους, η οποία δεν σχετίζεται με την εργασία αλλά πολύ πιθανόν με τη συχνότητα ή την ένταση της εργασίας.

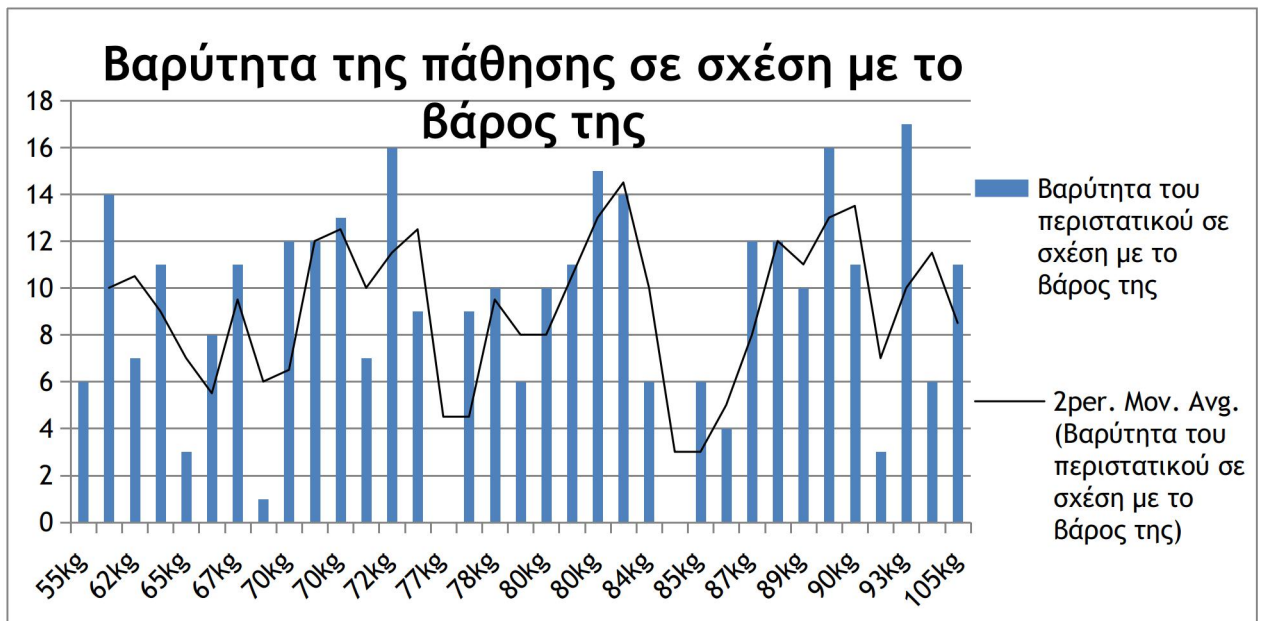


Διάγραμμα 1.3.2 Πολλές γυναίκες υπέφεραν ταυτόχρονα και από χρόνιες παθήσεις για τις οποίες έπαιρναν αγωγή. Παθήσεις που μπορεί να έφταναν και τις τέσσερις στο σύνολο. Οι μισές περίπου από αυτές, με μέγιστη επιρροή το 10 φαίνεται να βρίσκονται πάνω από το μέσο της επιρροής στην καθημερινότητά τους, από τις οποίες οι μισές πάλι να έχουν μία ή παραπάνω παθήσεις.

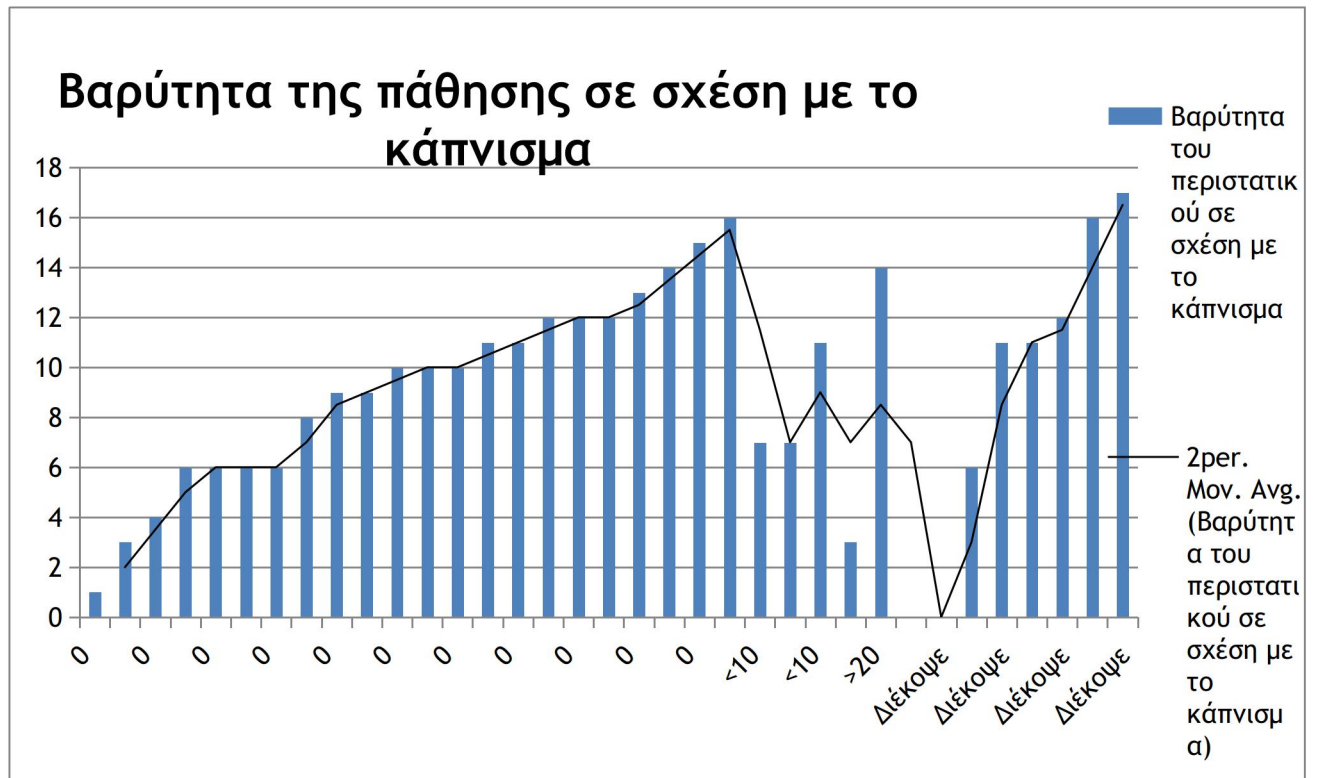
#### 4. Βαρύτητα της Πάθησης– Συμπέρασμα



Διάγραμμα 1.4.1 Στο παρόν διάγραμμα φαίνεται η βαρύτητα της πάθησης, που προκύπτει από τα συμπτώματα των γυναικών και την επιρροή αυτών, σε σχέση με την ηλικία της ασθενούς. Πάνω από το 50% των γυναικών επηρεάζονται κατά πολύ στην καθημερινότητά τους.



Διάγραμμα 1.4.2 Επίσης εξίσου σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και το βάρος καθώς γυναίκες αυξημένου βάρους τείνουν να παρουσιάζουν δυσκολίες στην καθημερινότητά τους σε σχέση με την πάθηση.

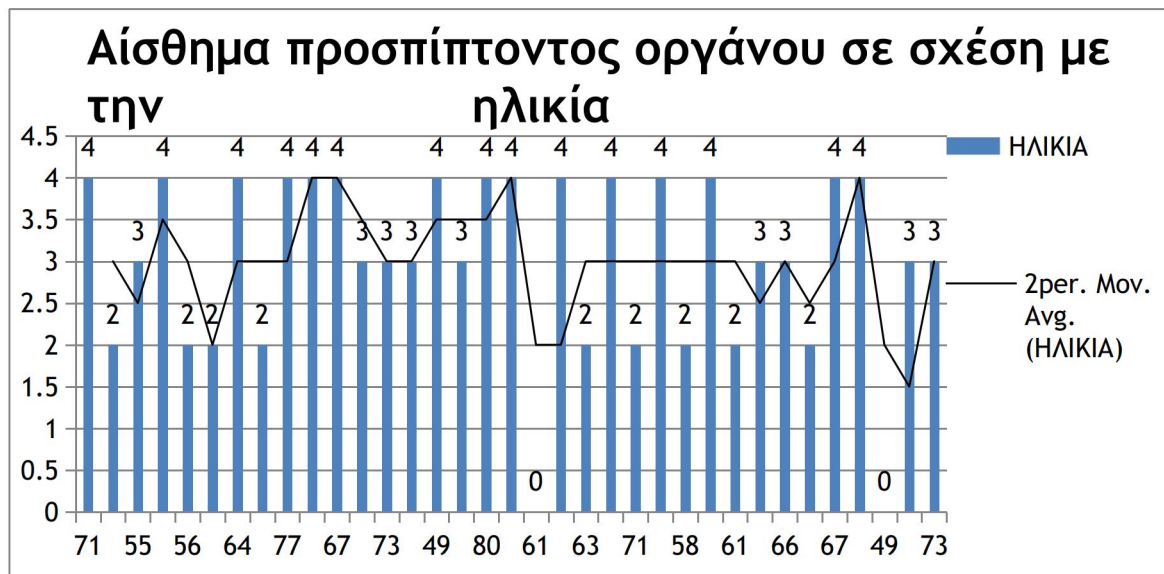


Διάγραμμα 1.4.3 Αυξητική φαίνεται η πορεία για την βαρύτητα της πάθησης και σε αυτό το διάγραμμα, χωρίς όμως να σχετίζεται απόλυτα με το κάπνισμα.

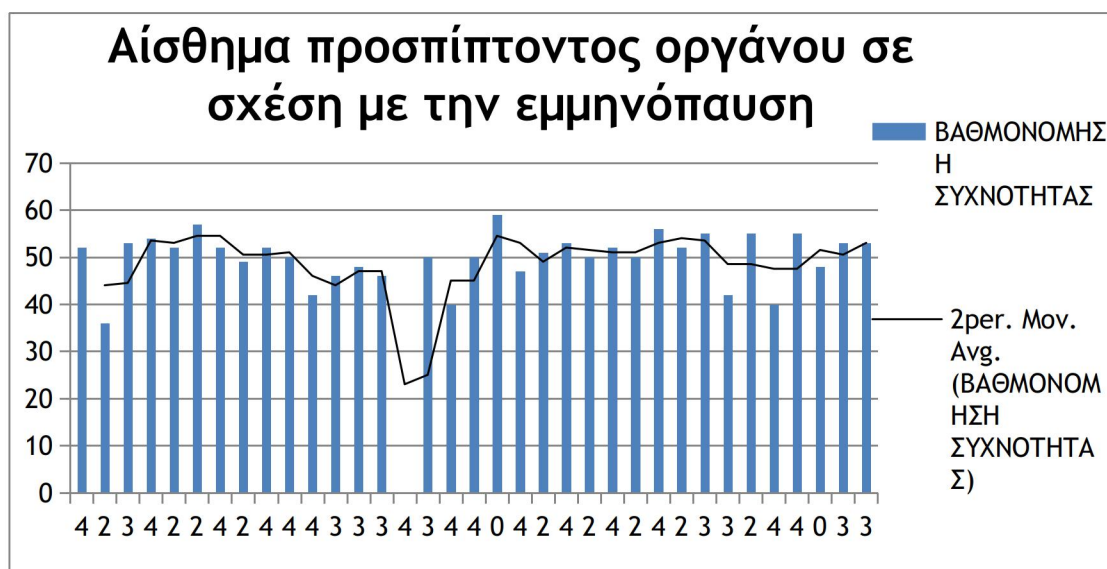
Επίσης στο ερώτημα για το πότε παρατηρείται απώλεια ούρων μέσα στη μέρα το 80% των γυναικών απάντησε: όταν γελά ή φτερνίζεται, όταν είναι να πάει τουαλέτα και όταν σηκώνεται από την τουαλέτα και έχει ντυθεί.

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ POP-SS

### 1. Αίσθημα προσπίπτοντος οργάνου



Διάγραμμα 2.1.1 Στο ακόλουθο διάγραμμα γίνεται συσχέτιση του προσπίπτοντος οργάνου από τον κόλπο με την ηλικία της γυναίκας. Αρκετά πάνω από το 50% αναφέρει συχνό ή συνεχές αίσθημα της πρόπτωσης, ενώ είναι εντονότερο σε ηλικίες άνω των εβδομήντα.



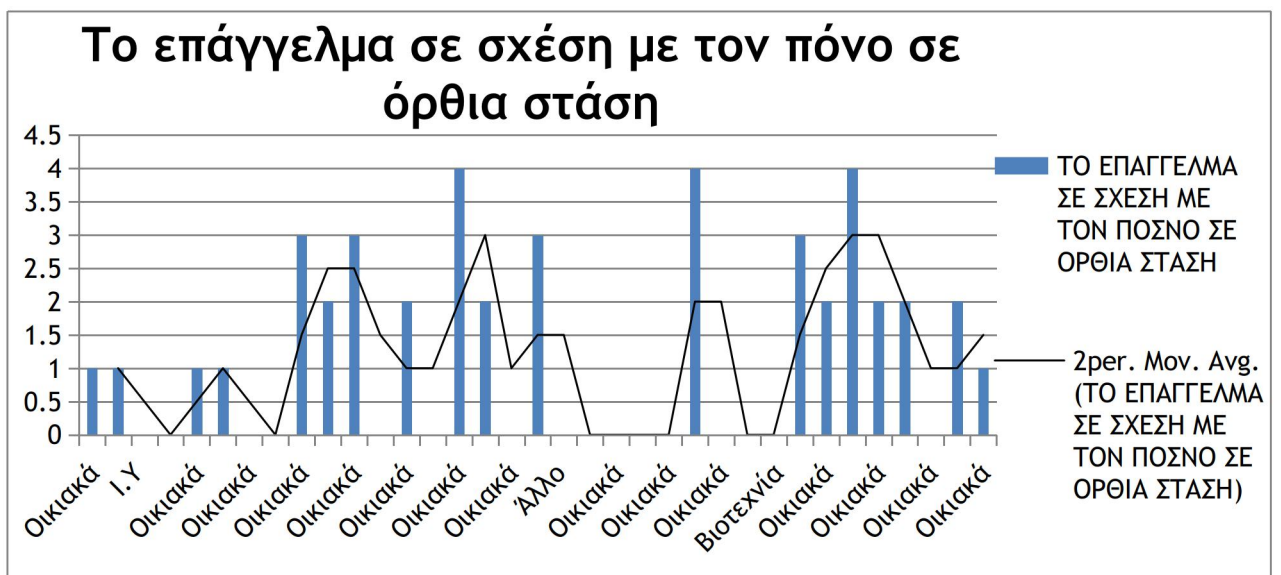
Διάγραμμα 2.1.2 Από τις γυναίκες που συμμετείχαν όλες βρίσκονταν στην εμμηνόπαυση κατά μέσο όρο από την ηλικία των 50 περίπου ετών. Σχεδόν όλες αναφέρουν το αίσθημα του προσπίπτοντος οργάνου, πάνω από τις μισές όμως το χαρακτηρίζουν ως συχνό ή συνεχόμενο σύμπτωμα.



## 2. Δυσάρεστο αίσθημα ή πόνος που χειροτερεύει στην όρθια στάση



Διάγραμμα 2.2.1 Από τις γυναίκες που ένιωθαν πόνο η πλειοψηφία τους ήταν πάνω από τον μέσο όρο του πόνου. Ως προς τα κιλά τους δεν γίνεται κάποια συσχέτιση αφού και ασθενείς με αυξημένο βάρος δεν είχαν έντονο το αίσθημα του πόνου. Αυτό βέβαια μπορεί να συνδυαστεί με τη μετρίου βαθμού πρόπτωση.



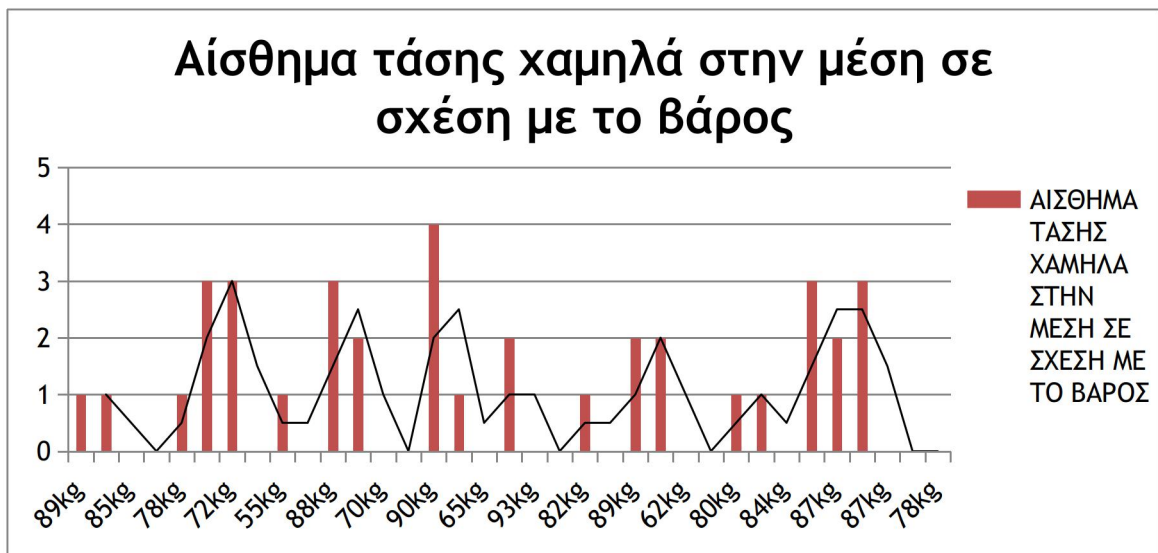
Διάγραμμα 2.2.2 Οι περισσότερες γυναίκες βρίσκονται πάνω από το μέσο όρο του πόνου. Σχεδόν όλες οι γυναίκες που πονούν ασχολούνται με τα οικιακά, αποτέλεσμα που έχει βάση αν λάβει κανείς υπ όψιν ότι τα οικιακά καμιά φορά μπορεί να είναι επίπονη και βαριά διαδικασία.

### 3. Αίσθημα τάσης – βάρους στην κοιλιά κάτω από τον ομφαλό

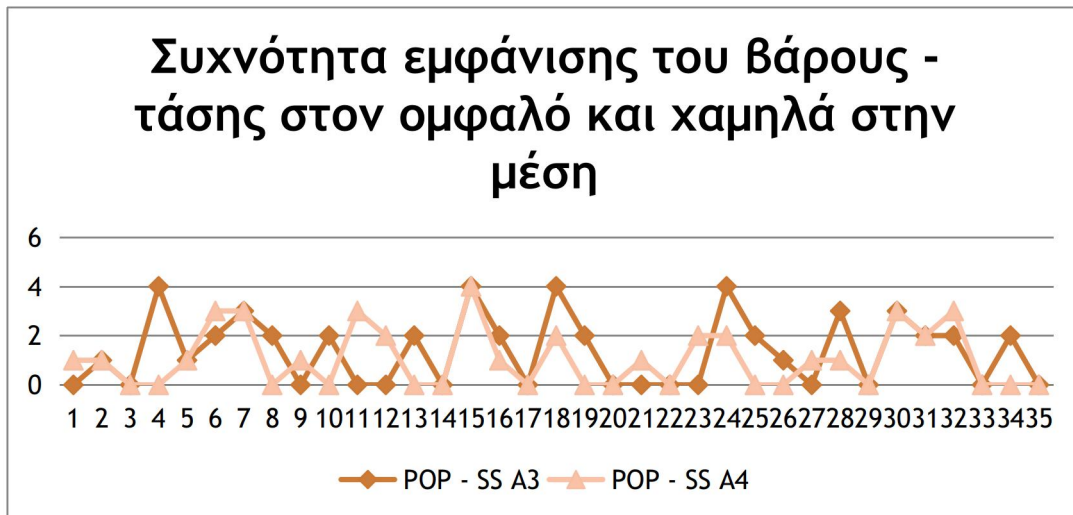


Διάγραμμα 2.3.1 Στο επόμενο διάγραμμα φαίνεται η πλειοψηφία των γυναικών βάρους κυρίως άνω των εβδομήντα κιλών να εμφανίζει αίσθημα τάσης ή βάρους.

### 4. Αίσθημα βάρους – τάσης χαμηλά στη μέση



Διάγραμμα 2.4.1 Όμοια και σε αυτό το διάγραμμα η πλειοψηφία των γυναικών βάρους κυρίως άνω των εβδομήντα κιλών να εμφανίζει αίσθημα τάσης ή βάρους χαμηλά στη μέση.



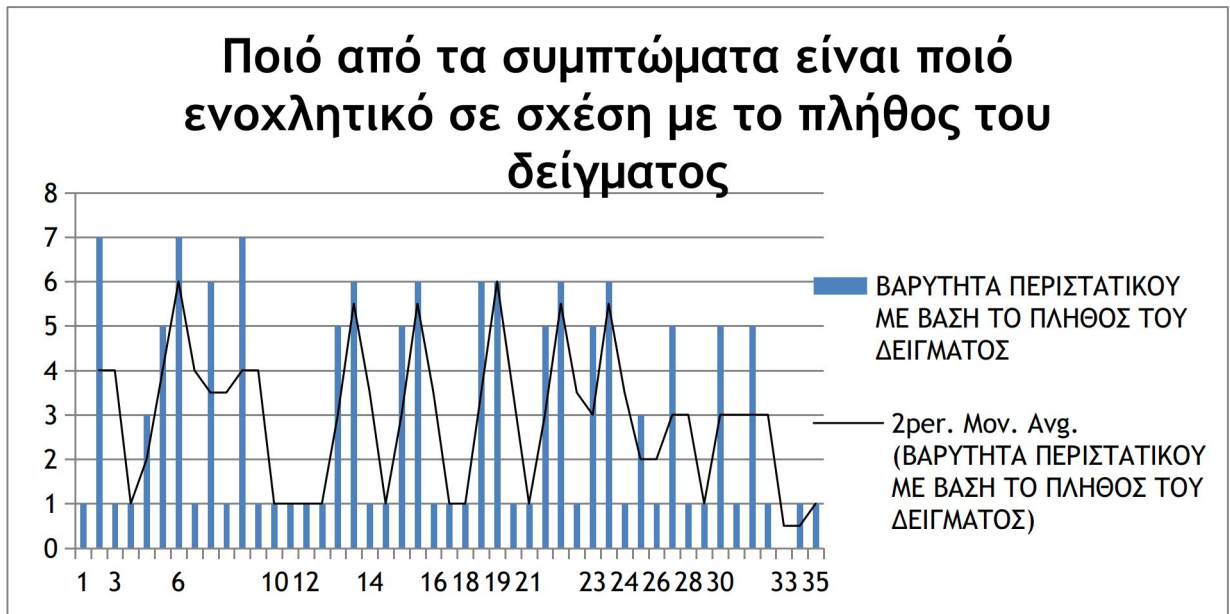
Διάγραμμα 2.4.2 Το παραπάνω διάγραμμα συσχετίζει το αίσθημα τάσης – βάρους κάτω από τον ομφαλό με αυτό χαμηλά στη μέση. Φαίνεται οι δύο άξονες να κινούνται παράλληλα με επικρατέστερο όμως σύμπτωμα αυτό εμφανίζεται κάτω από τον ομφαλό.

#### 5. Ανάγκη σφιξίματος για την ολοκλήρωση της ούρησης



Διάγραμμα 2.5.1 Η πλειοψηφία των γυναικών με μέτριο έως συνεχόμενο το αίσθημα αυτό φαίνεται να υποφέρουν από μία τουλάχιστον πάθηση επιπλέον.

## 8. Επικρατέστερο σύμπτωμα



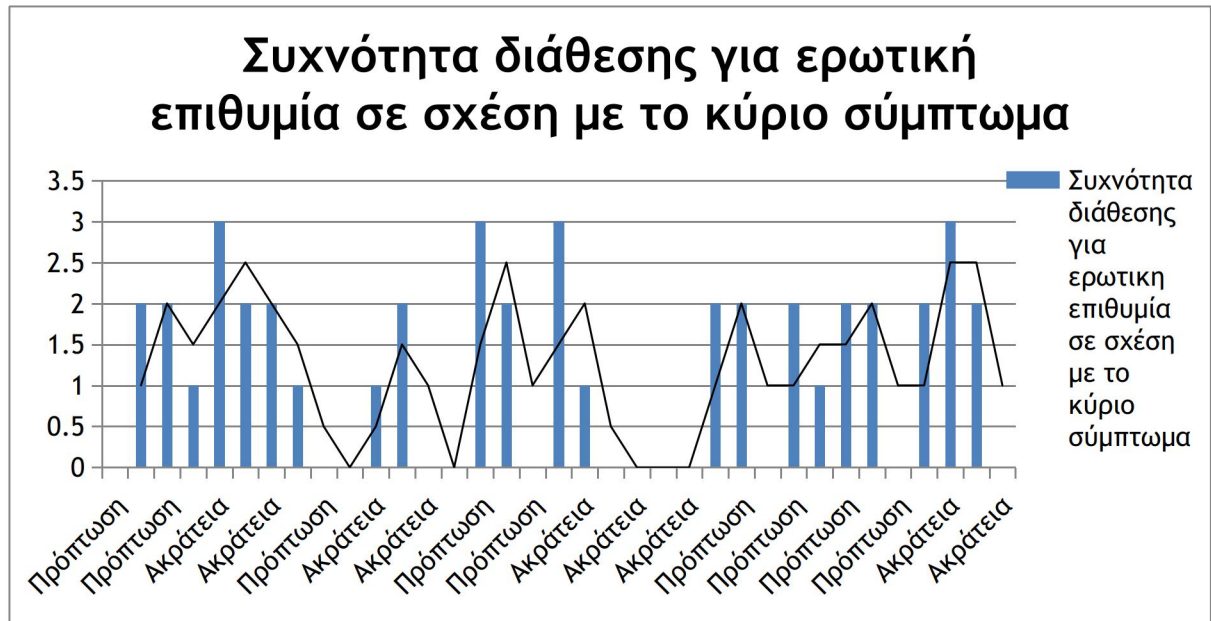
Διάγραμμα 2.8.1 Από το πλήθος των 35 ατόμων τα 26 ανέφεραν ως πιο ενοχλητικό σύμπτωμα το αίσθημα προσπίπτοντος οργάνου από τον κόλπο. Τα 8 ανέφεραν την ανάγκη σφιξίματος για την ολοκλήρωση της σύρσης, τα 7 το αίσθημα ατελούς κένωσης της κύστης, τα 3 το αίσθημα ατελούς κένωσης του εντέρου, ενώ μόλις τα 2 ανέφεραν ως πιο ενοχλητικό το αίσθημα βάρους ή τάσης κάτω από τον ομφαλό. Πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν άτομα που έχουν αναφέρει περισσότερα από ένα συμπτώματα ως ενοχλητικά.



Διάγραμμα 2.8.2 Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο διάγραμμα το επικρατέστερο σύμπτωμα ήταν αυτό του προσπίπτοντος οργάνου από τον κόλπο. Σε αυτό το σύμπτωμα όπως και στα υπόλοιπα δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια συγκεκριμένη ηλικία στην οποία να εμφανίζεται το καθένα από αυτά.

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ PISQ-12

### 1. Συχνότητα για ερωτική επιθυμία



Διάγραμμα 3.1.1 Σύμφωνα με το διάγραμμα λιγότερο από το 50% των γυναικών ένοιωθαν ερωτική επιθυμία. Οι περισσότερες από αυτές αναφέρουν πως μερικές φορές είχαν την επιθυμία αυτή. Κανένας διαχωρισμός δεν γίνεται ως προς το κύριο σύμπτωμα της κάθε μίας, ενώ αρκετές είναι αυτές που δεν έχουν την επιθυμία αυτή ή δεν έχουν καθόλου σεξουαλικές επαφές.



Διάγραμμα 3.1.2 Παραπάνω φαίνεται ότι γυναίκες ηλικίας 49 έως 66 μερικές φορές έχουν επιθυμία για σεξουαλική επαφή. Οι υπόλοιπες σπάνια είχαν αυτή την επιθυμία ή και καθόλου.

## 5. Πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή



Διάγραμμα 3.5.1 Λιγότερες από τις μισές γυναίκες έχουν σεξουαλικές επαφές. Από αυτές όπως φαίνεται, όλες σχεδόν νοιώθουν πόνο μερικές φορές, ενώ ελάχιστες είναι εκείνες που πονούν σπάνια ή συνήθως κατά την επαφή. Από αυτές που δηλώνουν πόνο το βάρος τους κυμαίνεται από 62 έως και 93 κιλά.



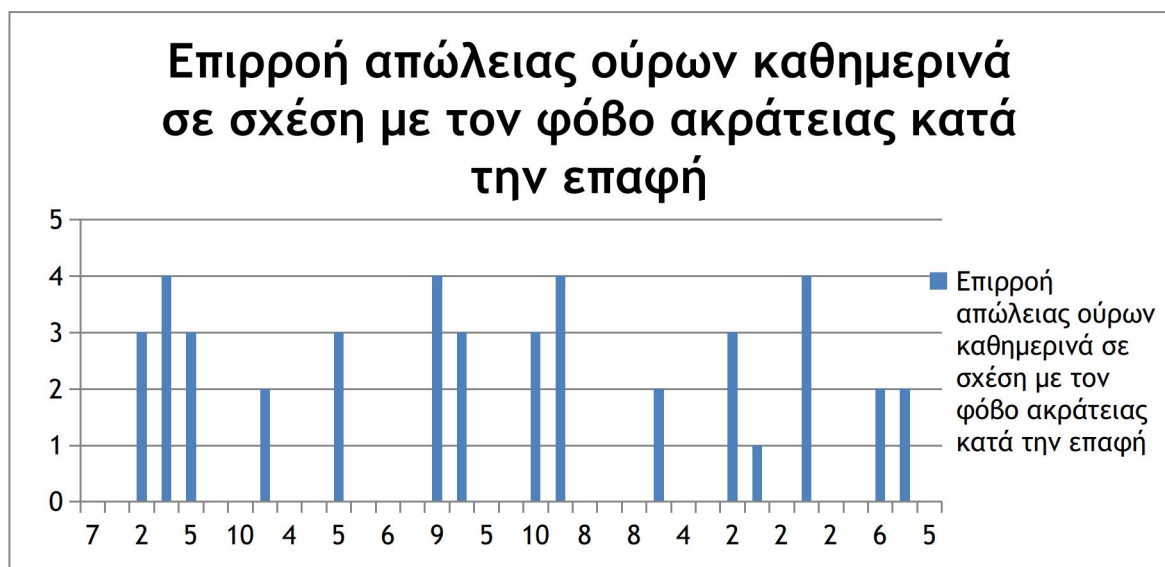
Διάγραμμα 3.5.2 Από το σύνολο του δείγματος οι 20 γυναίκες δεν νοιώθουν πόνο κατά την επαφή παρ'όλο που παρουσιάζουν απώλεια ούρων, οι 4 σπάνια νοιώθουν πόνο, οι 9 μερικές φορές και οι 2 συνήθως πονούν. Όλες οι γυναίκες έχουν απώλεια ούρων εκτός από 2. Η συχνότητα της απώλειας ποικίλει δεν φαίνεται όμως να σχετίζεται με την ένταση του πόνου ανά γυναίκα.

## 6. Ακράτεια ούρων κατά την επαφή



Διάγραμμα 3.6.1 Στο επόμενο διάγραμμα οι γυναίκες που συνήθως χάνουν ούρα κατά την επαφή αναφέρουν μεγάλη ποσότητα ούρων. Εκείνες που έχαναν μερικές φορές ούρα ανέφεραν μέτρια ποσότητα, ενώ εκείνες που έχαναν σπάνια ούρα κατά την επαφή ανέφεραν μικρή ποσότητα ούρων. Γυναίκες που δεν έχαναν ούρα κατά την επαφή δεν αναφέρουν απώλεια ούρων.

## 7. Φόβος ακράτειας κατά τη σεξουαλική επαφή

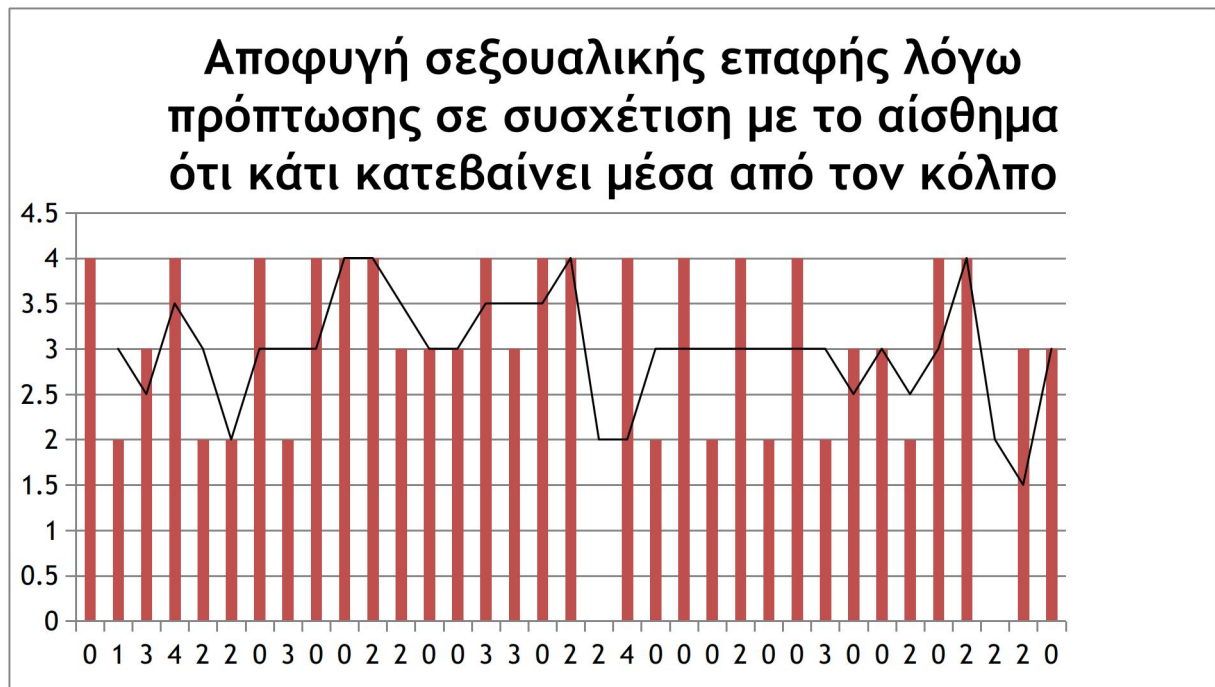


Διάγραμμα 3.7.1 Από το σύνολο του δείγματος 15 γυναίκες έχουν σεξουαλικές επαφές. Οι 10 από αυτές αναφέρουν ότι συχνά ή πάντα φοβούνται για ακράτεια κατά την επαφή και οι περισσότερες βρίσκονται πάνω από το μέσο όρο επιρροής της απώλειας ούρων στην καθημερινότητά τους.



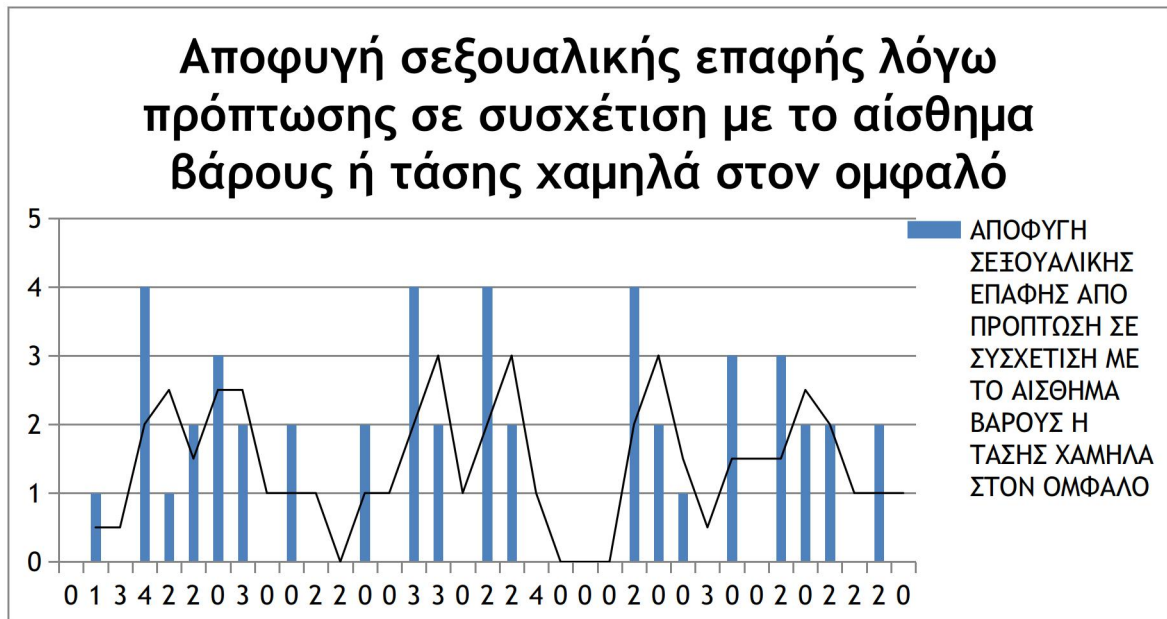
Διάγραμμα 3.7.2 Στο ακόλουθο διάγραμμα απεικονίζεται το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (22 γυναίκες) να επηρεάζεται κατά πολύ στην καθημερινότητά τους από την ακράτεια. Αυτό φαίνεται να σχετίζεται με τον φόβο για ακράτεια κατά την επαφή αλλά όχι σε όλες τις γυναίκες. Περίπου οι μισές αναφέρουν μέτριο έως μεγάλο φόβο για ακράτεια, ενώ σε άλλες είναι μικρότερος ή και ανύπαρκτος.

#### **8. Αποφυγή σεξουαλικών επαφών λόγω πρόπτωσης γεννητικών οργάνων**



Διάγραμμα 3.8.1 Η πλειοψηφία των γυναικών (24 γυναίκες) αναφέρει από συχνό ως έντονο το αίσθημα του προσπίπτοντος οργάνου. Ελάχιστες είναι αυτές που αποφεύγουν συνήθως την επαφή (6 γυναίκες), ενώ από τις υπόλοιπες οι 11 μερικές φορές, η μία σπάνια και οι 17 ποτέ.





Διάγραμμα 3.8.2 Στο επόμενο διάγραμμα 16 μόλις γυναίκες αναφέρουν αίσθημα τάσης ή βάρους χαμηλά στον ομφαλό μερικές φορές έως συνέχεια. Από αυτές οι 5 ποτέ δεν αποφεύγουν επαφή, οι 8 αποφεύγουν μερικές φορές και οι 3 αποφεύγουν συνήθως.

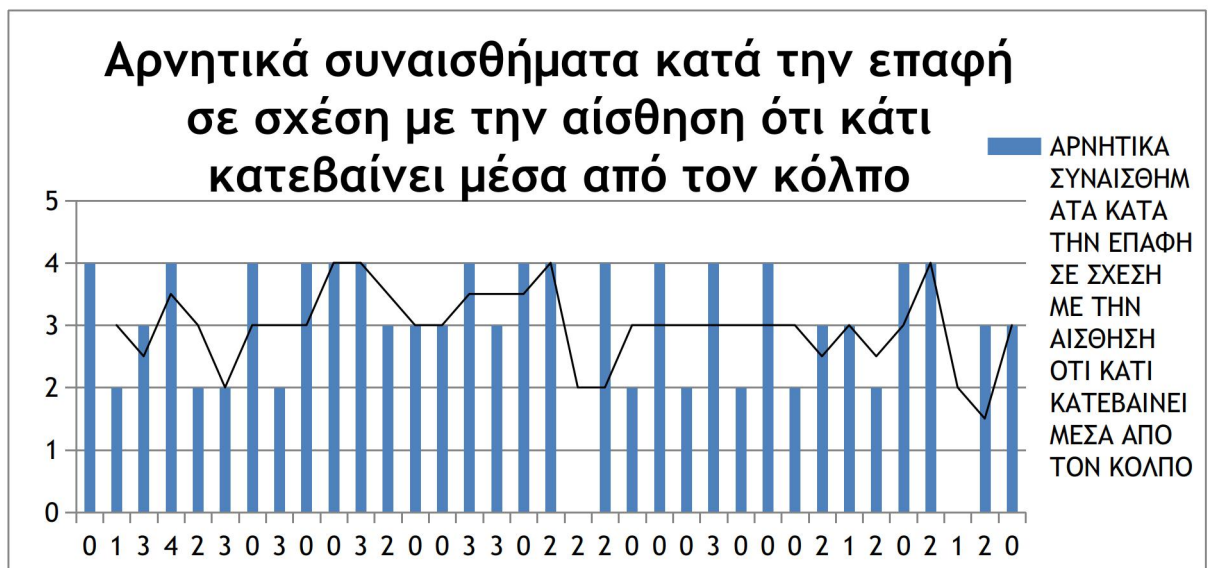


Διάγραμμα 3.8.3 Στο παρόν διάγραμμα το αίσθημα βάρους ή τάσης χαμηλά στη μέση απεικονίζεται στις 11 γυναίκες μερικές φορές (5 γυναίκες), συχνά (5 γυναίκες) και συνέχεια (1 γυναίκα). Στις 8 γυναίκες εμφανίζεται σπάνια και στις υπόλοιπες 16 καθόλου. Η πλειοψηφία των γυναικών με το σύμπτωμα αυτό φαίνεται να απέχει μερικές φορές από τη σεξουαλική επαφή.

## 9. Αρνητικά συναισθήματα κατά την επαφή



Διάγραμμα 3.9.1 Στο παραπάνω διάγραμμα υπάρχει μία σταθερά αυξητική πορεία που δηλώνει την μεγάλη επιβάρυνση των γυναικών στην καθημερινότητά τους από την ακράτεια (22 γυναίκες). Από αυτές μόνο οι 5 συνήθως αποφεύγουν την σεξουαλική επαφή, οι 11 καθόλου και οι 7 μερικές φορές.

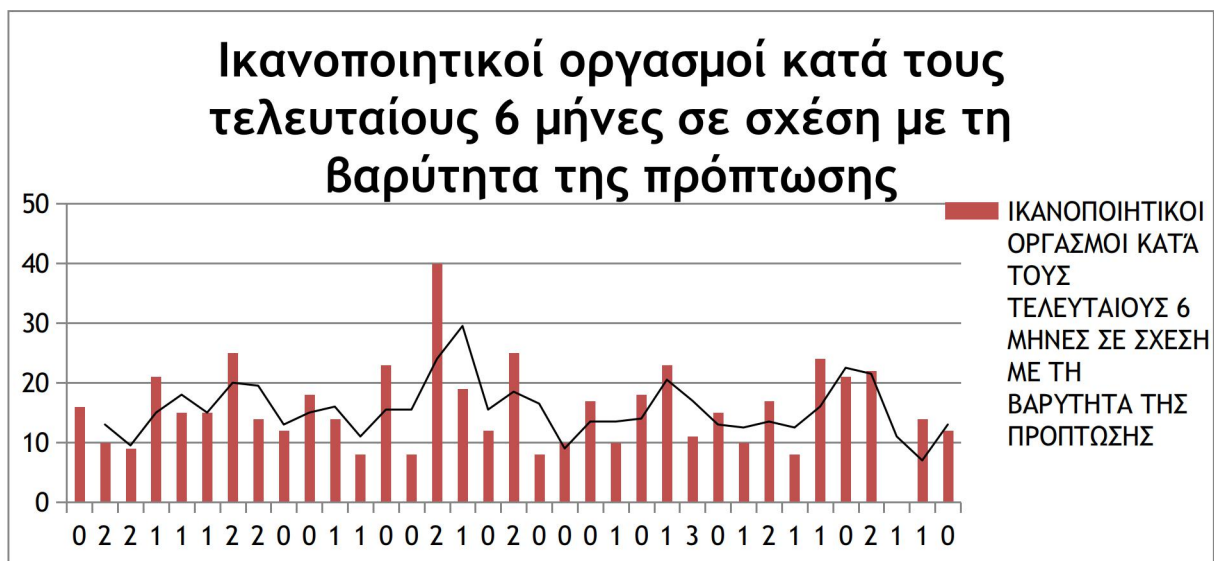


Διάγραμμα 3.9.2 Από το σύνολο του δείγματος οι 24 γυναίκες συχνά ή συνεχόμενα είχαν την αίσθηση του προσπίπτοντος οργάνου, ενώ οι 9 μερικές φορές και οι 2 καθόλου. Από αυτές τις 33 οι 15 δεν απέφευγαν ποτέ σεξουαλικές επαφές, οι 10 σπάνια ή μερικές φορές και οι 8 απέφευγαν συνήθως ή πάντα.

## 12. Ικανοποιητικοί οργασμοί τους τελευταίους 6 μήνες



Διάγραμμα 3.12.1 Από το σύνολο του δείγματος οι 22 γυναίκες φαίνεται να επηρεάζονται κατά πολύ στην καθημερινότητά τους από την ακράτεια. Από αυτές οι 10 είχαν αρκετά λιγότερους οργασμούς, οι 9 λιγότερους και οι 3 τους ίδιους.



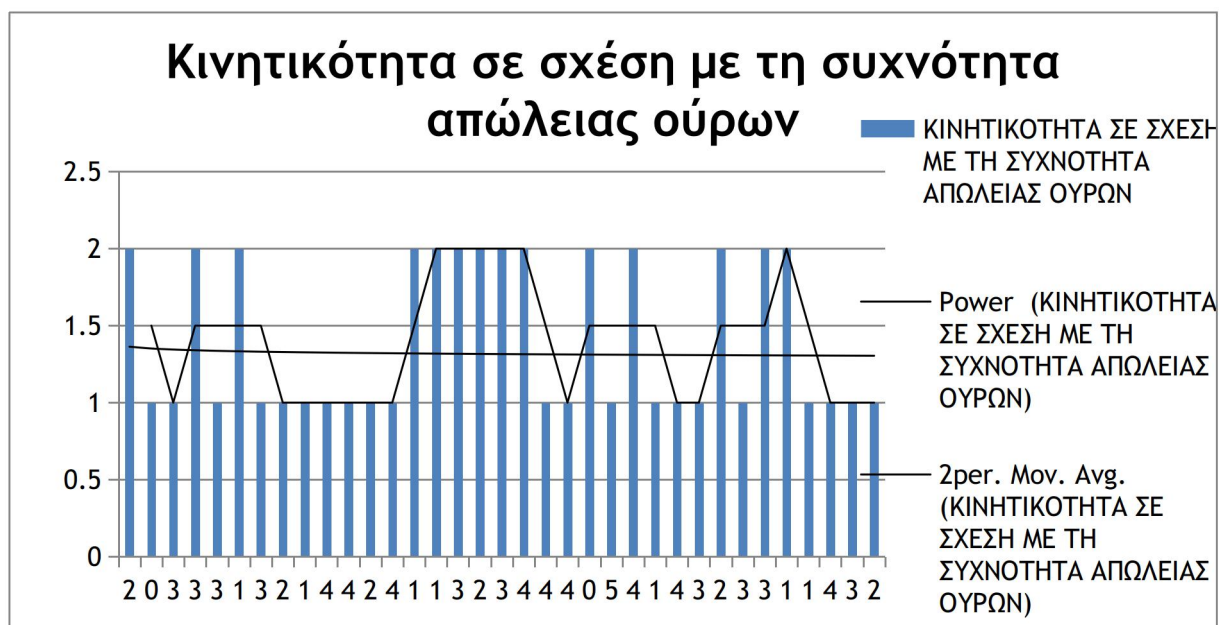
Διάγραμμα 3.12.2 Από το δείγμα των γυναικών οι 25 παρουσιάζουν έντονο πρόβλημα στην καθημερινότητά τους λόγω της πρόπτωσης. Από αυτές οι 11 έχουν αρκετά λιγότερους οργασμούς, οι 8 λιγότερους, οι 6 τους ίδιους, ενώ η μία περισσότερους οργασμούς τους τελευταίους 6 μήνες σε σχέση με παλιότερα.

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ EQ-5D

### 1. Κινητικότητα

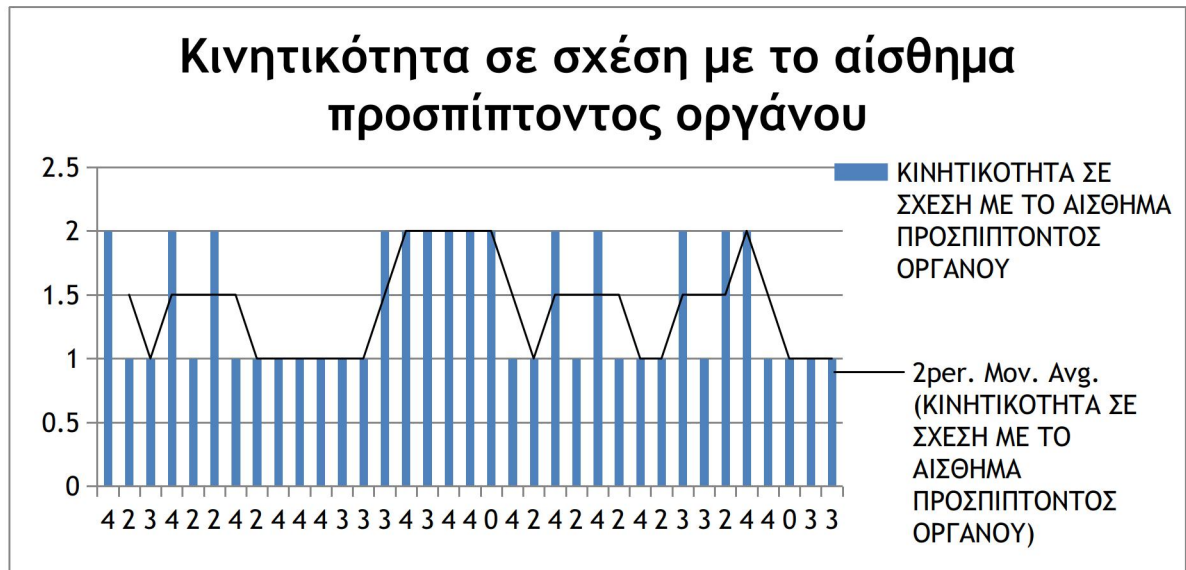


Διάγραμμα 4.1.1 Στο παραπάνω διάγραμμα οι 21 γυναίκες δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα στο περπάτημα και οι 14 έχουν κάποιες δυσκολίες. Το βάρος των γυναικών κυμαίνεται από 55 έως 105 κιλά. Σχετικά με τις γυναίκες που δηλώνουν κάποιες δυσκολίες στο περπάτημα, φαίνεται το βάρος αυτών στην πλειοψηφία τους να ξεκινά από τα 77 κιλά έως και 90.



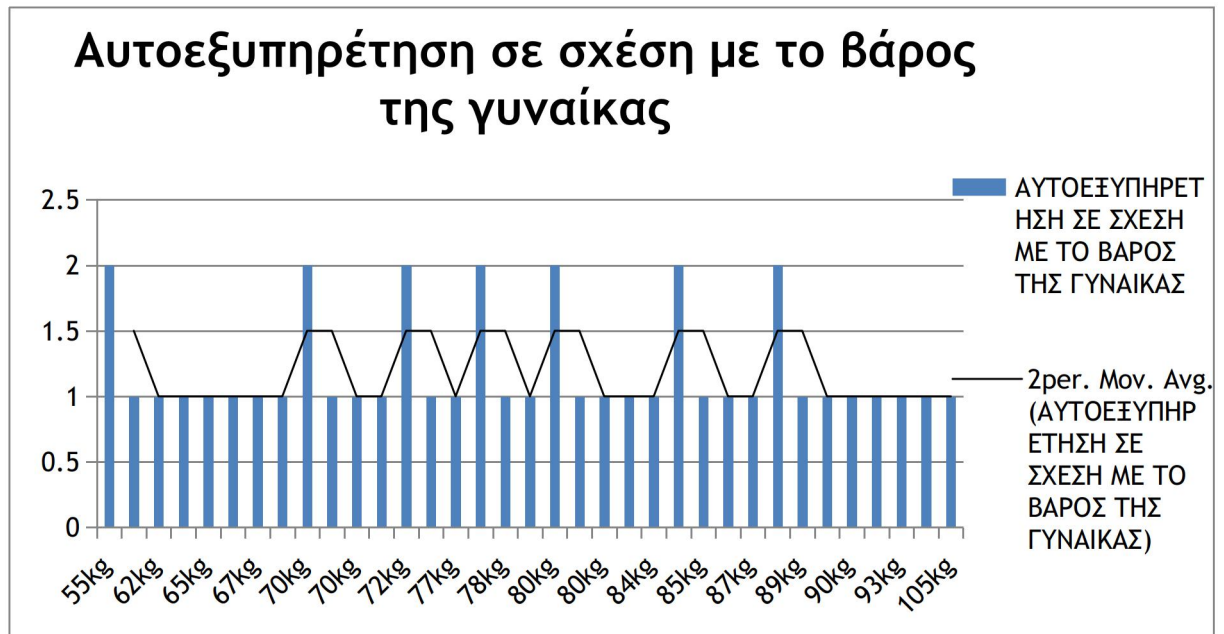
Διάγραμμα 4.1.2 Από το σύνολο του δείγματος οι 21 γυναίκες δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα στο περπάτημα και οι 14 έχουν κάποιες δυσκολίες. Από τις 14 οι 6 αναφέρουν απώλεια καθημερινά και πολλές φορές τη μέρα, οι 7 δηλώνουν απώλεια

δύο έως τρεις φορές τη βδομάδα ή μία φορά την βδομάδα και σπανιότερα, ενώ η μία δεν αναφέρει απώλεια.



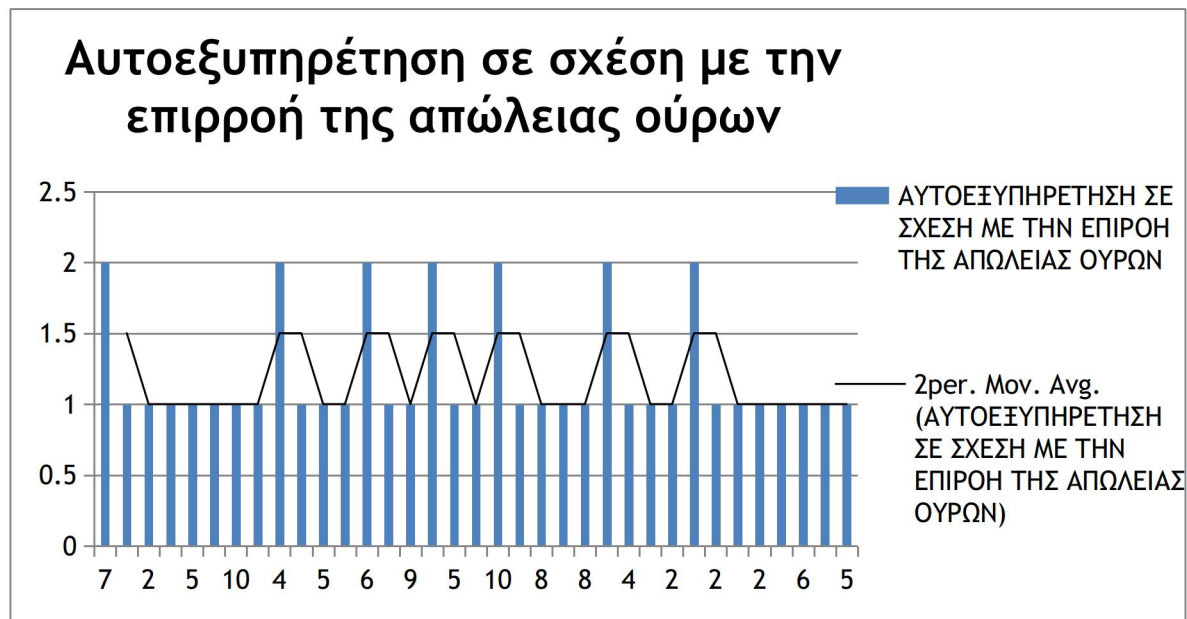
Διάγραμμα 4.1.3 Από το σύνολο του δείγματος οι 21 γυναίκες δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα στο περπάτημα και οι 14 έχουν κάποιες δυσκολίες. Η πλειοψηφία των γυναικών που έχουν δυσκολίες (11 γυναίκες) δηλώνουν ως συχνό ή συνεχές το αίσθημα του προσπίπτοντος οργάνου. Οι 2 αναφέρουν το σύμπτωμα αυτό μερικές φορές και η 1 καθόλου.

## 2. Αυτό-εξυπηρέτηση



Διάγραμμα 4.2.1 Καμία από τις γυναίκες στο παραπάνω διάγραμμα δεν έχει πρόβλημα στο να αυτοεξυπηρετηθεί, εκτός από 7 οι οποίες αναφέρουν κάποιες δυσκολίες στην αυτό-εξυπηρέτησή τους (ντύσιμο - πλύσιμο). Το βάρος των γυναικών

κυμαίνεται από 55 έως 105, ενώ στις γυναίκες που αναφέρουν κάποιες δυσκολίες στην αυτό-εξυπηρέτησή τους ξεκινά από τα 70 κατά μέσο όρο.

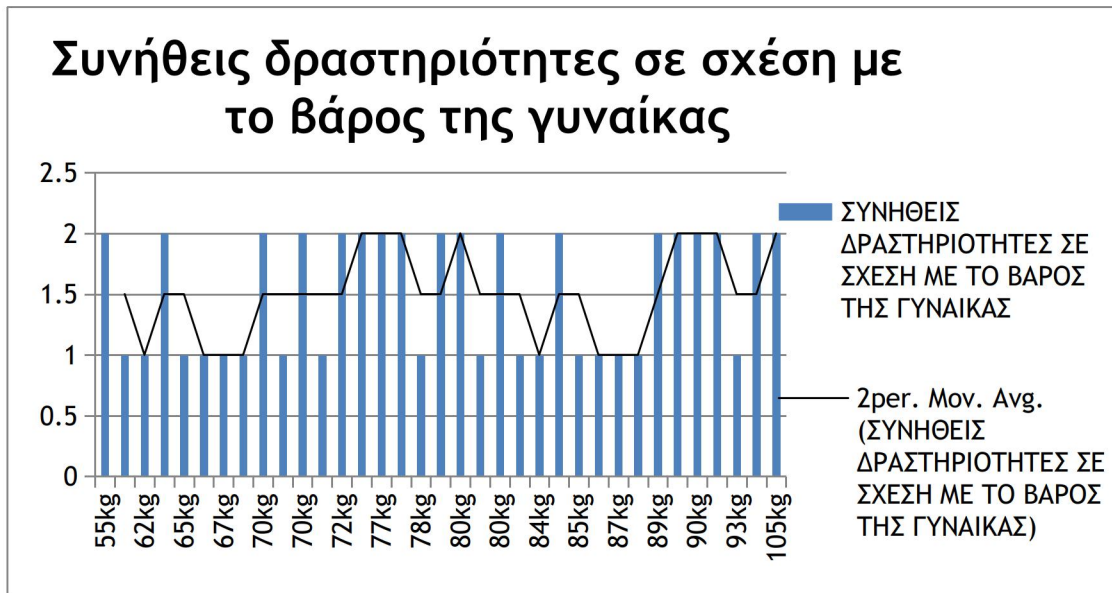


Διάγραμμα 4.2.2 Από το δείγμα των γυναικών μόνο οι 7 αναφέρουν κάποιες δυσκολίες στην αυτό-εξυπηρέτησή τους (ντύσιμο - πλύσιμο), σε σχέση με τις υπόλοιπες οι οποίες δεν αναφέρουν κάποιο πρόβλημα. Όλες όμως οι γυναίκες ως προς την επιρροή απώλειας ούρων, εκτός από τις 11, επηρεάζονται, με μέγιστο το 10, πάνω από το μέσο στην καθημερινότητά τους.

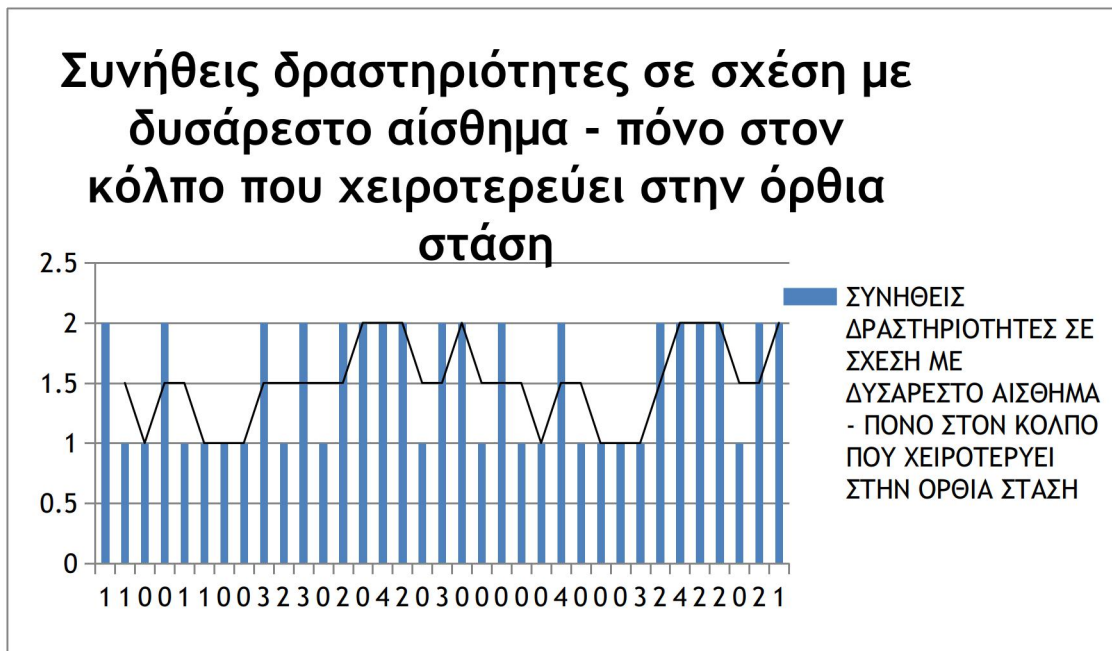


Διάγραμμα 4.2.3 Επίσης και σε αυτό το διάγραμμα μόνο οι 7 αναφέρουν κάποιες δυσκολίες στην αυτό-εξυπηρέτησή τους (ντύσιμο - πλύσιμο), σε σχέση με τις υπόλοιπες οι οποίες δεν αναφέρουν κάποιο πρόβλημα. Ως προς την βαρύτητα της πρόπτωσης, με μέγιστο το 25, οι 25 γυναίκες βρίσκονται πάνω από το μέσο της βαρύτητας και οι υπόλοιπες 10 λίγο κάτω από το μέσο.

3. Συνήθειες δραστηριότητες (δουλειά, οικιακά, οικογενειακές ασχολίες ή διασκέδαση)



Διάγραμμα 4.3.1 Στο επόμενο διάγραμμα οι μισές γυναίκες (18 γυναίκες) αναφέρουν ότι έχουν κάποιες δυσκολίες στο να εκτελέσουν τις συνήθειες δραστηριότητές τους. Οι άλλες μισές (17 γυναίκες) δεν έχουν κάποιο πρόβλημα στις καθημερινές τους συνήθειες. Το βάρος των γυναικών και στις δύο περιπτώσεις κυμαίνεται από 55 έως 105 κιλά.



Διάγραμμα 4.3.2 Επίσης σε αυτό το διάγραμμα οι μισές γυναίκες (18 γυναίκες) αναφέρουν ότι έχουν κάποιες δυσκολίες στο να εκτελέσουν τις συνήθειες δραστηριότητές τους. Οι άλλες μισές (17 γυναίκες) δεν έχουν κάποιο πρόβλημα στις καθημερινές τους συνήθειες. Οι 18 αυτές γυναίκες είχαν εντονότερο το δυσάρεστο αίσθημα – πόνο σε σχέση με τις υπόλοιπες. Συγκεκριμένα οι 6 το ένοιωθαν συχνά

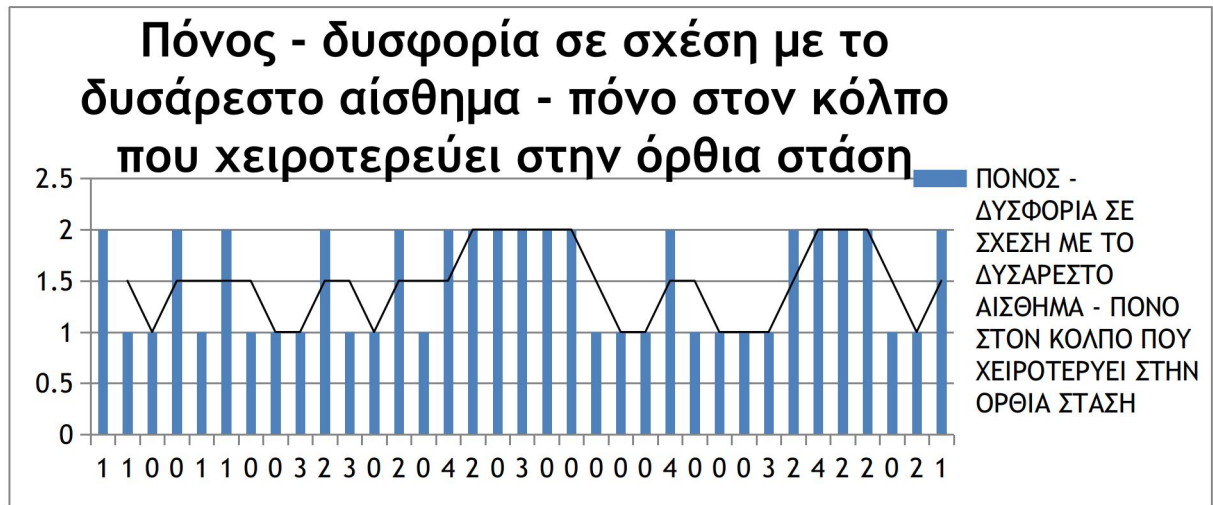
έως συνεχόμενα, οι 6 μερικές φορές, οι 2 σπάνια και οι 4 καθόλου. Αντιθέτως από τις υπόλοιπες μισές οι 12 δεν είχαν καθόλου αυτό το αίσθημα και οι 5 από μερικές φορές έως συνέχεια.



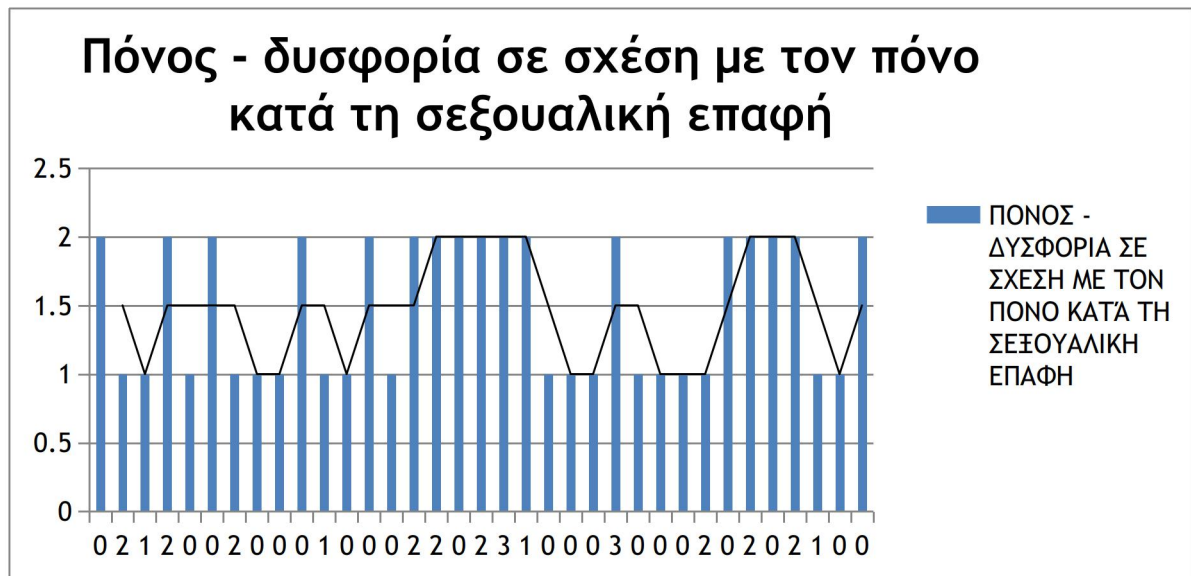
Διάγραμμα 4.3.3 Ομοίως οι μισές γυναίκες (18 γυναίκες) αναφέρουν ότι έχουν κάποιες δυσκολίες στο να εκτελέσουν τις συνήθειες δραστηριότητές τους. Οι άλλες μισές (17 γυναίκες) δεν έχουν κάποιο πρόβλημα στις καθημερινές τους συνήθειες. Όλες παρουσίασαν με μέγιστο όριο το 17, αυξημένα ποσοστά ως προς τη βαρύτητα της ακράτειας, εκτός από 10 που βρίσκονταν κάτω από το μέσο και 2 χωρίς συμπτώματα ακράτειας.



#### 4. Πόνος – Δυσφορία



Διάγραμμα 4.4.1 Από το σύνολο του δείγματος οι 17 γυναίκες αντιμετωπίζουν μέτριο πόνο ή δυσφορία ως προς την ποιότητα ζωής τους και οι υπόλοιπες 18 δεν αντιμετωπίζουν πόνο ή δυσφορία. Από τις 17 οι 9 είχαν αυτό το σύμπτωμα μερικές φορές ή και σπάνια, οι 4 συχνά ή συνέχεια και οι υπόλοιπες 4 καθόλου. Από τις 18 που δεν αντιμετώπιζαν πρόβλημα οι 12 δεν είχαν δυσάρεστο αίσθημα ή πόνο στον κόλπο, οι 3 το είχαν μερικές φορές ή σπάνια και οι άλλες 3 συχνά ή συνέχεια.



Διάγραμμα 4.4.2 Από το σύνολο του δείγματος οι 17 γυναίκες αντιμετωπίζουν μέτριο πόνο ή δυσφορία ως προς την ποιότητα ζωής τους και οι υπόλοιπες 18 δεν αντιμετωπίζουν πόνο ή δυσφορία. Στην πλειοψηφία των γυναικών δεν φαίνεται να σχετίζεται ο πόνος στην καθημερινότητά τους τόσο με τον πόνο κατά την επαφή. 2 μόνο γυναίκες αναφέρουν συχνό και συνεχή πόνο και 13 μερικές φορές έως σπάνια.

## 5. Άγχος – Κατάθλιψη



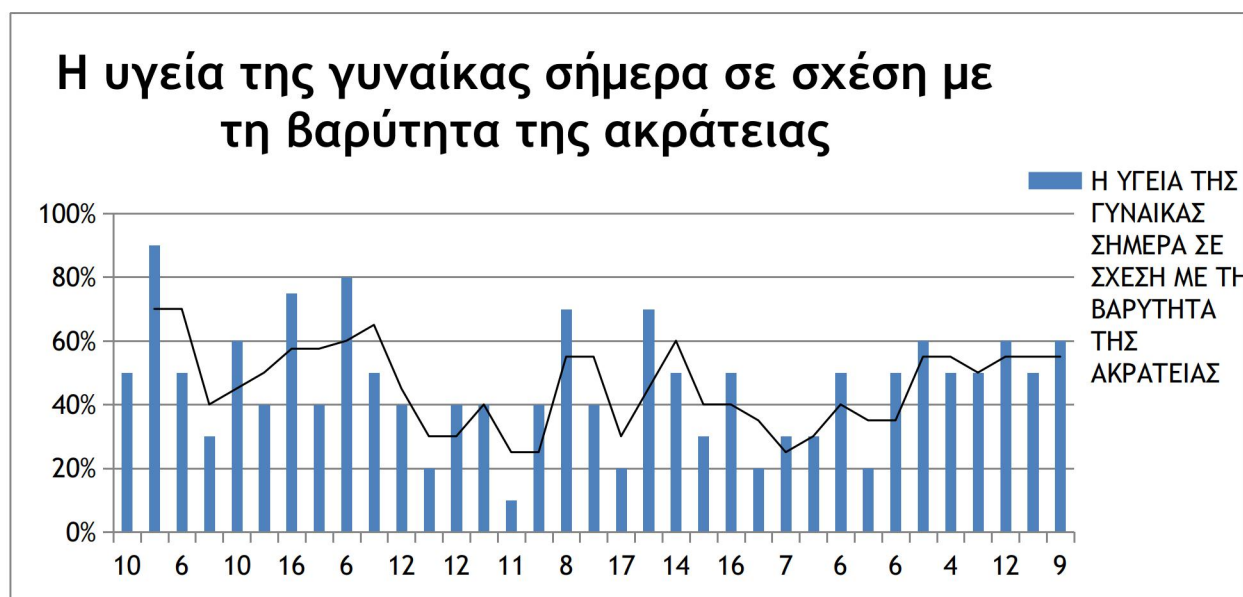
Διάγραμμα 4.5.1 Από το σύνολο του δείγματος οι 8 γυναίκες δεν αναφέρουν άγχος ή κατάθλιψη στην καθημερινότητά τους, οι 22 αισθάνονται άγχος σε μέτριο βαθμό και οι 5 αισθάνονται εξαιρετικό άγχος ή κατάθλιψη. Αυτές οι 5 γυναίκες με μέγιστο το 17 σχετικά με τη βαρύτητα της ακράτειας στην καθημερινότητά τους, βρίσκονται αρκετά πάνω από το μέσο. Από τις γυναίκες με μετρίου βαθμού άγχος, όλες επιβαρύνονται καθημερινά αρκετά από την ακράτεια εκτός από 6, ενώ από αυτές που δεν νοιώθουν άγχος δεν φαίνεται να επηρεάζονται πολύ από την ακράτεια ή και καθόλου.



Διάγραμμα 4.5.2 Από το σύνολο του δείγματος οι 8 γυναίκες δεν αναφέρουν άγχος ή κατάθλιψη στην καθημερινότητά τους, οι 22 αισθάνονται άγχος σε μέτριο βαθμό και οι 5 αισθάνονται εξαιρετικό άγχος ή κατάθλιψη. Αυτές οι 5 γυναίκες με μέγιστο το 25 σχετικά με τη βαρύτητα της πρόπτωσης, βρίσκονται αρκετά πάνω από το μέσο. Από τις γυναίκες με μετρίου βαθμού άγχος, όλες επιβαρύνονται καθημερινά αρκετά από

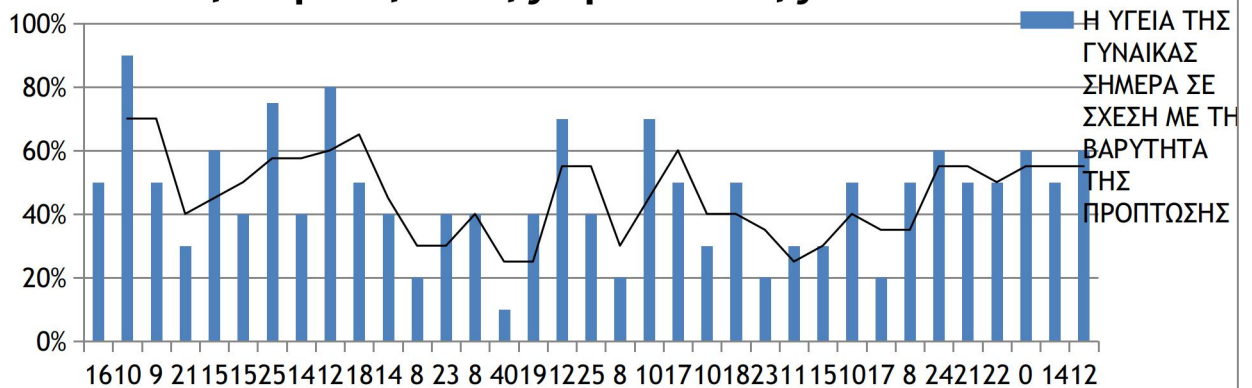
την πρόπτωση εκτός από 5, ενώ από αυτές που δεν νοιώθουν άγχος δεν φαίνεται να επηρεάζονται πολύ από την πρόπτωση εκτός από 3.

## 6. Η υγεία της γυναίκας σήμερα



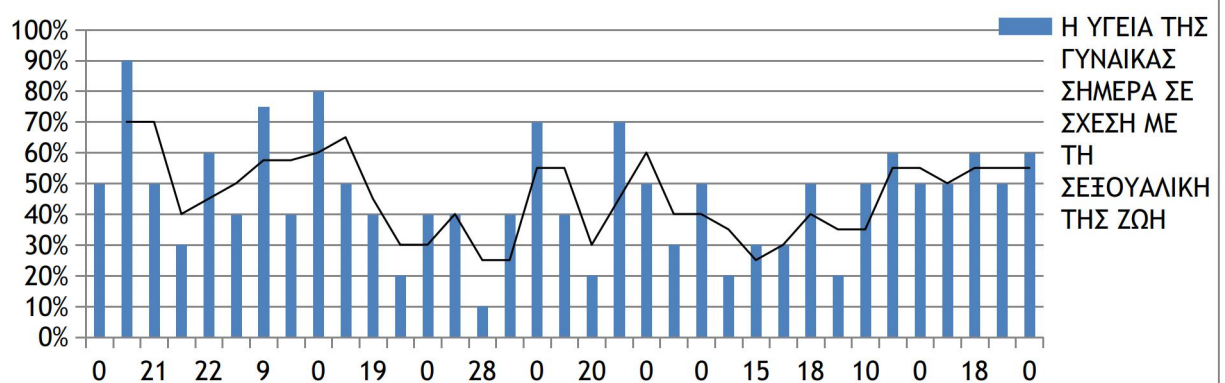
Διάγραμμα 4.6.1 Το ακόλουθο διάγραμμα απεικονίζει την ποιότητα ζωής των γυναικών από τη χειρότερη δυνατή κατάσταση της υγείας τους (0%) μέχρι τη καλύτερη δυνατή κατάσταση της υγείας τους (100%). Από το σύνολο του δείγματος μόνο οι 5 δηλώνουν σχετικά καλή προς πολύ καλή κατάσταση της υγείας τους (>70%), ενώ η συντριπτική πλειοψηφία (30 γυναίκες) δηλώνουν μέτρια προς κακή κατάσταση της υγείας τους (<60%). Από το σύνολο των γυναικών όλες επιβαρύνονται από την ακράτεια (22 γυναίκες) με ποσοστά πάνω από το μέσο (μέγιστο 17), εκτός από 13 οι οποίες επιβαρύνονται λιγότερο ή και καθόλου. Σχετικά με το δείγμα των ατόμων με την καλύτερη κατάσταση υγείας παρατηρούνται χαμηλά ποσοστά ως προς την επίπτωση της ακράτειας.

## Η υγεία της γυναίκας σήμερα σε σχέση με τη βαρύτητα της πρόπτωσης



Διάγραμμα 4.6.2 Ομοίως με το προηγούμενο διάγραμμα απεικονίζει την ποιότητα ζωής των γυναικών από τη χειρότερη δυνατή κατάσταση της υγείας τους (0%) μέχρι τη καλύτερη δυνατή κατάσταση της υγείας τους (100%). Από το σύνολο του δείγματος μόνο οι 5 δηλώνουν σχετικά καλή προς πολύ καλή κατάσταση της υγείας τους (>70%), ενώ η συντριπτική πλειοψηφία (30 γυναίκες) δηλώνουν μέτρια προς κακή κατάσταση της υγείας τους (<60%). Γυναίκες με χειρότερη κατάσταση υγείας παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά επιβάρυνσης από την πρόπτωση (26 γυναίκες), σε σχέση με 9 γυναίκες που δεν φαίνεται να επηρεάζονται τόσο, οι οποίες βρίσκονται και σε καλύτερη κατάσταση υγείας.

## Η υγεία της γυναίκας σήμερα σε σχέση με τη σεξουαλική της ζωή



Διάγραμμα 4.6.3 2 Ομοίως με το προηγούμενο διάγραμμα απεικονίζει την ποιότητα ζωής των γυναικών από τη χειρότερη δυνατή κατάσταση της υγείας τους (0%) μέχρι τη καλύτερη δυνατή κατάσταση της υγείας τους (100%). Από το σύνολο του δείγματος μόνο οι 5 δηλώνουν σχετικά καλή προς πολύ καλή κατάσταση της υγείας τους (>70%), ενώ η συντριπτική πλειοψηφία (30 γυναίκες) δηλώνουν μέτρια προς

κακή κατάσταση της υγείας τους (<60%). Σε συσχέτιση με τη σεξουαλική ζωή των γυναικών, ικανό ποσοστό αυτών (14 γυναίκες), παρ' όλο που παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, δεν φαίνεται να αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα στην σεξουαλική τους ζωή, καθώς βρίσκονται πολύ κάτω από το μέσο όρο της διαβάθμισης της σεξουαλικής της ζωής (<10).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά πρόκειται για παθήσεις οι οποίες σύμφωνα με το δείγμα της μελέτης εμφανίζονται ως επί το πλείστον σε ηλικίες άνω των 60 ετών. Εξίσου επιβαρυντικός παράγοντας, πέρα από την ηλικία, αποτελεί το βάρος γέννησης των νεογνών, το οποίο στην πλειοψηφία του ξεπερνά τα 3500g στην πλειοψηφία του.

Αρχικά ως προς την ακράτεια, παρατηρείται και σε μικρότερες ηλικίες των 49 ετών και άνω. Επιβαρυντικός παράγοντας είναι η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και το βάρος του νεογνού, καθώς και το βάρος της ίδιας της γυναίκας το οποίο φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά το σύνολο των γυναικών. Επίσης στις γυναίκες οι οποίες κάπνιζαν και σε αυτές που διέκοψαν πρόσφατα, παρατηρήθηκε ότι τα συμπτώματα της ακράτειας ήταν εντονότερα σε σχέση με αυτές που δεν κάπνιζαν. Παρά το γεγονός ότι η εμμηνόπαυση σχετίζεται με την ακράτεια ούρων, ωστόσο στο συγκεκριμένο δείγμα η ηλικία κατά την οποία ξεκινά η εμμηνόπαυση (>42 ετών) δεν φαίνεται να αποτελεί λιγότερο επιβαρυντικό παράγοντα για την εμφάνιση της ακράτειας.

Στη συνέχεια ως προς την πρόπτωση των γεννητικών οργάνων, εμφανίζεται σε όλες τις γυναίκες του δείγματος οι οποίες βρίσκονται στην εμμηνόπαυση. Τα συμπτώματα είναι εντονότερα σε ηλικίες άνω των 70 ετών. Το βάρος φαίνεται να αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα που επιβαρύνει την κατάσταση της γυναίκας. Επικρατέστερο σύμπτωμα στο σύνολο των γυναικών, είναι το αίσθημα του προσπίπτοντος οργάνου από τον κόλπο και το αίσθημα τάσης – πίεσης στη μέση ή κάτω από τον ομφαλό.

Επιπλέον η σεξουαλική ζωή των γυναικών σχετίζεται άμεσα με την ακράτεια ούρων και την πρόπτωση. Σεξουαλικές επαφές αναφέρουν γυναίκες ηλικίας 49 έως 66 ετών. Στις γυναίκες που υποφέρουν από ακράτεια, η συχνότητα της απώλειας ούρων σχετίζεται απόλυτα με την ποσότητα των ούρων που χάνονται κατά την επαφή. Παράλληλα γυναίκες με πρόπτωση δεν φαίνεται να αποφεύγουν τις σεξουαλικές επαφές. Όμως και στις δύο περιπτώσεις δεν λείπουν οι φόβοι και τα αρνητικά συναισθήματα.

Τέλος ενώ η πλειοψηφία του δείγματος δεν εκφράζει ιδιαίτερα προβλήματα στην καθημερινότητά του, υπάρχει ένας αριθμός γυναικών οι οποίες αναφέρουν προβλήματα στην καθημερινότητά τους που σχετίζονται με το αυξημένο βάρος, με την απώλεια ούρων αλλά και με την πρόπτωση. Ως προς την γενική κατάσταση της υγείας τους, έντονο άγχος και δυσφορία επικρατούν λόγω των συμπτωμάτων της ακράτειας και της πρόπτωσης. Ωστόσο η σεξουαλική ζωή των γυναικών παραμένει ανεπηρέαστη από τα εκάστοτε συμπτώματα.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Bump. R.C.,etal., *Textbook of female urology &urogynecology*, 2010.
- Drake RL et al, *Gray's Anatomy for Students*,Churchill Livingstone, February 2009
- Hendrix S.etal.,*Am J Obstet Gynecol.*,2002.
- Karram M. M.,etal., *Urogynecology& reconstructive pelvic surgery*, 2007
- MantJ.,etal., *Br J ObstetGynaecol*, 1997
- MoalliP.A. etal., *ObstetGynecol*, 2003
- Moore Keith L., Dalley Arthur F. & Anne M.R. Agur, *Essential Clinical Anatomy*, Lippincott Williams and Wilkins, 2012
- MuirT. W., *Urogynecology& reconstructive pelvic surgery*, 2007
- NygaardI.,etal., *ObstetGynecol*, 2004
- Raz S., Stothers L, Chopra,“Vaginal reconstructive surgery for incontinence and prolapsed” in: Walsh P.C., Retik A. B., Vaughan D. E. Jr., Wein A. J. Campbells*Urology*,1998, Vol I
- Saunders, *Female urology*, 2008
- SilvaW. A.,etal., *Urogynecology& reconstructive pelvic surgery*, 2007
- SwiftS., *Textbookof female urology &urogynecology*,2010.
- SwiftS. Etal., “PelvicOrganSupportStudy” ,*AmJ ObstetGynecol*2005.
- WaltersM.,*Textbook of female urology &urogynecology*, 2010
- ΑντσακλήςΑ., *Μαιευτική και Γυναικολογία*, 2008
- ΚαραπάτζοςΗ., *Ανατομία του Ανθρώπου*, 2015
- ΚρεατσάςΓεώργιος Κ., *Σύγχρονη Γυναικολογία Και Μαιευτική*, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, 1998

Μπόντης Ιωάννης Ν., *Βασικές γνώσεις μαιευτικής και γυναικολογίας*,  
UNIVERSITYSTUDIOPRESSA.E, 2007

Σάββα Α. Π., *Επίτομη Ανατομική του ανθρώπου. Οι μύες και οι περιτονίες του περινέου*. 1979.

Σπυρόπουλος Ε., 2002

Ιστοσελίδα

[Ινστιτούτο Μελέτης Ουρολογικών Παθήσεων](#)



# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ  
Α' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Π.Θ.  
Διευθυντής: καθηγητής Γ.Φ.ΓΚΡΙΜΠΙΖΗΣ  
Τμήμα Ουρογυναικολογίας

## POPQ προσδιορισμός βαρύτητας πρόπτωσης γυναικείων γεννητικών οργάνων

α/α _____ Επώνυμο _____ Όνομα _____ Ηλικία _____ Ημ. Εξέτασης _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: middle;">Aa</td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: middle;">Ba</td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: middle;">C</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: middle;">gh</td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: middle;">pb</td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: middle;">tvI</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: middle;">Ap</td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: middle;">Bp</td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: middle;">D</td> </tr> </table>	Aa	Ba	C	gh	pb	tvI	Ap	Bp	D
Aa	Ba	C								
gh	pb	tvI								
Ap	Bp	D								

Αριθμός κύσεων _____ Βάρος γέννησης μεγαλύτερου νεογνού _____ Ύψος _____ Βάρος _____ Εμμηνόπαυση _____ Χρήση Θ.Ο.Υ. _____ Ιστορικό υστερεκτομής _____ Ιστορικό διόρθωσης πρόπτωσης _____ Ιστορικό χρόνιων παθήσεων Χρόνια πνευμονοπάθεια <input type="checkbox"/> Σακχαρώδης διαβήτης <input type="checkbox"/> Καρδιοπάθεια <input type="checkbox"/> Υπέρταση <input type="checkbox"/> Άλλο <input type="checkbox"/>	Κάπνισμα Ποτέ <input type="checkbox"/> Διέκοψα <input type="checkbox"/> < 10 / ημέρα <input type="checkbox"/> < 20 / ημέρα <input type="checkbox"/> > 20 / ημέρα <input type="checkbox"/> Εισόδημα 0-10000 <input type="checkbox"/> 10-20000 <input type="checkbox"/> > 20000 <input type="checkbox"/> Επάγγελμα Υπηρεσίες γραφείου <input type="checkbox"/> Βιοτεχνία <input type="checkbox"/> Νοικοκυρά <input type="checkbox"/> Τεχνικός-Πωλήσεις <input type="checkbox"/> Άλλο <input type="checkbox"/>
---	--

Προσαρμογή από το: Bump *et al.* The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 10-17.



## ICIQ: Ερωτηματολόγιο της ICS για την ακράτεια ούρων

ICIQ: International Consultation on Incontinence Questionnaire

Ορισμένες γυναίκες υποφέρουν από ακράτεια ούρων. Με το ερωτηματολόγιο αυτό επιχειρούμε να προσδιορίσουμε την ομάδα των γυναικών αυτών, και να περιγράψουμε τη βαρύτητα του προβλήματος. Σας παρακολουούμε να απαντήσετε τις ακόλουθες ερωτήσεις, έχοντας κατά νου το πως είσαστε τις ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΤΕΣΣΕΡΕΙΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ.

1. Πόσο συχνά υποφέρετε από απώλεια ούρων; (επιλέξτε ένα από τα παρακάτω)

	Ποτέ	<input type="checkbox"/>	0
	Μία φορά την εβδομάδα ή σπανιότερα	<input type="checkbox"/>	1
	Δύο έως τρεις φορές την εβδομάδα	<input type="checkbox"/>	2
	Καθημερινά	<input type="checkbox"/>	3
	Πολλές φορές κάθε μέρα	<input type="checkbox"/>	4
	Συνεχώς	<input type="checkbox"/>	5

2. Τι ποσότητα ούρων συνήθως χάνετε (χρησιμοποιώντας προστασία ή μη) (επιλέξτε ένα από τα παρακάτω)  
Θέλουμε να περιγράψετε την ποσότητα ούρων που εσείς θεωρείται πως χάνετε.

	Καθόλου	<input type="checkbox"/>	0
	Μικρή μόνον ποσότητα	<input type="checkbox"/>	1
	Μέτρια ποσότητα ούρων	<input type="checkbox"/>	2
	Μεγάλη ποσότητα ούρων	<input type="checkbox"/>	3

3. Συνολικά, πόσο επηρεάζει η απώλεια ούρων την καθημερινότητά σας;  
Παρακαλώ να βάλετε σε κύκλο ένα νούμερο από το 0 (καθόλου) έως το 10 (πάρα πολύ)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
καθόλου				μέτρια						πάρα πολύ

Βαθμολόγηση ICIQ: άθροισμα 1 + 2 + 3

4. Πότε παρατηρείται απώλεια ούρων;  
(επιλέξτε όλες τις καταστάσεις που περιγράφουν το πρόβλημά σας)

ποτέ - δεν έχω τέτοιο πρόβλημα	<input type="checkbox"/>
μόλις είναι να πάω στην τουαλέτα	<input type="checkbox"/>
όταν γελά ή φτερνίζομαι	<input type="checkbox"/>
όταν κοιμάμαι	<input type="checkbox"/>
όταν γυμνάζομαι ή κινούμαι	<input type="checkbox"/>
όταν σηκώνομαι από την τουαλέτα και έχω ντυθεί	<input type="checkbox"/>
χωρίς να σχετίζεται με κάτι συγκεκριμένο	<input type="checkbox"/>
συνεχώς	<input type="checkbox"/>



## POP-SS: Ερωτηματολόγιο για τα συμπτώματα που σχετίζονται με την πρόπτωση των γυναικείων γεννητικών οργάνων

POP-SS: Pelvic Organ Prolapse Symptom Score

**Πόσο συχνά είχατε κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες;**

A1. Αίσθημα ότι κάτι κατεβαίνει μέσα από τον κόλπο ή έξω από αυτόν.

0       1       2       3       4  
Καθόλου      Σπάνια      Μερικές φορές      Συχνά      Συνεχώς

A2. Δυσάρεστο αίσθημα ή πόνος στον κόλπο που χειροτερεύει στην όρθια στάση.

0       1       2       3       4  
Καθόλου      Σπάνια      Μερικές φορές      Συχνά      Συνεχώς

A3. Βάρος ή αίσθημα τάσης στην κοιλιά κάτω από τον ομφαλό.

0       1       2       3       4  
Καθόλου      Σπάνια      Μερικές φορές      Συχνά      Συνεχώς

A4. Βάρος ή αίσθημα τάσης χαμηλά στη μέση.

0       1       2       3       4  
Καθόλου      Σπάνια      Μερικές φορές      Συχνά      Συνεχώς

A5. Ανάγκη να σφιγκτείτε ώστε να ξεκινήσει ή να ολοκληρωθεί η ούρηση.

0       1       2       3       4  
Καθόλου      Σπάνια      Μερικές φορές      Συχνά      Συνεχώς

A6. Αίσθημα ατελούς κένωσης της κύστης μετά την ούρηση.

0       1       2       3       4  
Καθόλου      Σπάνια      Μερικές φορές      Συχνά      Συνεχώς

A7. Αίσθημα ατελούς κένωσης του εντέρου μετά την αφόδευση.

0       1       2       3       4  
Καθόλου      Σπάνια      Μερικές φορές      Συχνά      Συνεχώς

A8. Ποιο από τα παραπάνω συμπτώματα είναι το πιο ενοχλητικό; .....



## PISQ-12: Ερωτηματολόγιο για τη σεξουαλική ζωή γυναικών με προβλήματα πρόπτωσης ή ακράτειας ούρων

Pelvic Organ Prolapse / Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire (PISQ-12)

1. Πόσο συχνά νοιώθετε ερωτική επιθυμία;  
 Πάντα  Συνήθως  Μερικές φορές  Σπάνια  Ποτέ
2. Κατά τη διάρκεια σεξουαλικής δραστηριότητας με το σύντροφό σας ερεθίζεστε;  
 Πάντα  Συνήθως  Μερικές φορές  Σπάνια  Ποτέ
3. Πόσο ικανοποιημένη είστε με τις σεξουαλικές σας προτιμήσεις;  
 Πάντα  Συνήθως  Μερικές φορές  Σπάνια  Ποτέ
4. Πόσο ικανοποιημένη είστε με την ποικιλία ερωτικών δραστηριοτήτων στη σεξουαλική σας ζωή σήμερα;  
 Πάντα  Συνήθως  Μερικές φορές  Σπάνια  Ποτέ
5. Αισθάνεστε πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή;  
 Πάντα  Συνήθως  Μερικές φορές  Σπάνια  Ποτέ
6. Υποφέρετε από ακράτεια ούρων κατά τη σεξουαλική επαφή;  
 Πάντα  Συνήθως  Μερικές φορές  Σπάνια  Ποτέ
7. Ο φόβος ακράτειας (ούρων ή κοπράνων) περιορίζει τη σεξουαλική σας δραστηριότητα;  
 Πάντα  Συνήθως  Μερικές φορές  Σπάνια  Ποτέ
8. Αποφεύγετε τη σεξουαλική επαφή επειδή υποφέρετε από πρόπτωση των γεννητικών οργάνων (κυστοκήλη, ορθοκήλη);  
 Πάντα  Συνήθως  Μερικές φορές  Σπάνια  Ποτέ
9. Κατά την σεξουαλική επαφή με το σύντροφό σας, μήπως έχετε αρνητικά συναισθήματα όπως φόβο, αηδία, ντροπή ή ενοχή;  
 Πάντα  Συνήθως  Μερικές φορές  Σπάνια  Ποτέ
10. Ο σύντροφός σας έχει πρόβλημα στύσης που επηρεάζει τη σεξουαλική σας ζωή;  
 Πάντα  Συνήθως  Μερικές φορές  Σπάνια  Ποτέ
11. Μήπως ο σύντροφός σας έχει πρόβλημα πρόωρης εκσπερμάτισης που επηρεάζει της σεξουαλική σας ζωή;  
 Πάντα  Συνήθως  Μερικές φορές  Σπάνια  Ποτέ
12. Έχετε ικανοποιητικούς οργασμούς κατά τους τελευταίους 6 μήνες σε σχέση με παλαιότερα;  
 Άρκετα λιγότερο  Λιγότερο  Το ίδιο  Περισσότερο  Πολύ περισσότερο



## EQ-5D: Ερωτηματολόγιο για τον Έλεγχο Ποιότητας Ζωής

EQ-5D, EuroQol Group

Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει καλύτερα την κατάσταση της υγείας σας. Παρακαλούμε να σημειώσετε μία απάντηση σε κάθε ομάδα από τις παρακάτω

### Κινητικότητα

- Δεν έχω πρόβλημα στο περπάτημα
- Έχω κάποιες δυσκολίες στο περπάτημα
- Είμαι καθηλωμένος στο κρεβάτι
- ○ ○ ○

### Αυτο-εξυπηρέτηση

- Δεν έχω πρόβλημα να αυτοεξυπηρετηθώ
- Έχω κάποιες δυσκολίες όταν πλένομαι ή ντύνομαι
- Δεν μπορώ να πλυθώ ή να ντυθώ μόνος μου
- ○ ○ ○

### Συνήθειες δραστηριότητες (δουλειά, οικιακά, οικογενειακές ασχολίες ή διασκέδαση)

- Δεν έχω πρόβλημα στις καθημερινές μου συνήθειες δραστηριότητες
- Έχω κάποιες δυσκολίες όταν εκτελώ τις συνήθειες δραστηριότητές μου
- Δεν μπορώ να εκτελέσω τις συνήθειες δραστηριότητές μου
- ○ ○ ○

### Πόνος / Δυσφορία

- Δεν έχω κάποιον πόνο ή δυσφορία
- Αντιμετωπίζω μέτριο πόνο ή δυσφορία
- Υποφέρω από εξαιρετικό πόνο ή δυσφορία
- ○ ○ ○

### Άγχος / Κατάθλιψη

- Δεν αισθάνομαι άγχος ή κατάθλιψη
- Αισθάνομαι άγχος ή κατάθλιψη σε μέτριο βαθμό
- Αισθάνομαι εξαιρετικό άγχος ή κατάθλιψη

Προκειμένου να βοηθήσουμε όσους συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο αυτό να περιγράψουν κατά το δυνατόν ακριβέστερα την κατάσταση της υγείας τους, έχουμε φτιάξει μία κλίμακα (κάτι σαν ένα θερμόμετρο) πάνω στην οποία η καλύτερη δυνατή κατάσταση υγείας περιγράφεται ως 100 και η χειρότερη ως 0.

Παρακαλούμε να υποδείξετε στην κλίμακα αυτή πόσο καλή ή άσχημη είναι η κατάσταση της υγείας σας σήμερα. Παρακαλούμε να τραβήξετε μία γραμμή που να ενώνει το τετράγωνο "η κατάσταση της υγείας σας σήμερα" με το σημείο που θεωρείται ότι ανταποκρίνεται στην κλίμακα.

Η υγεία σας  
σήμερα

Καλύτερη  
δυνατή  
κατάσταση  
υγείας



Χειρότερη  
δυνατή  
κατάσταση  
υγείας