

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ



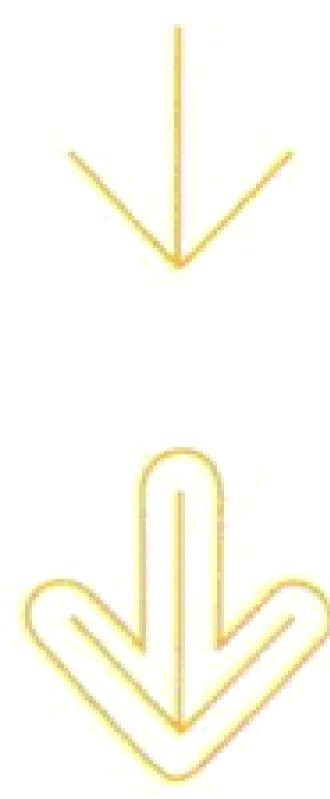
Τεχνολογικά χρονικά

2009, το διεθνές έτος
της Αστρονομίας

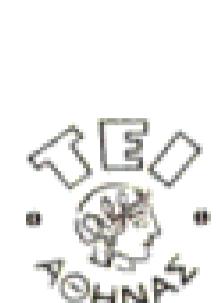
Ο εφιάλτης
της κλιματικής αλλαγής

Μυσκελετικές παθήσεις
των εργαζόμενων

ΤΕΥΧΟΣ
ΑΠΡΙΛΙΟΣ
ΜΑΪΟΣ
ΙΟΥΝΙΟΣ
2009
17

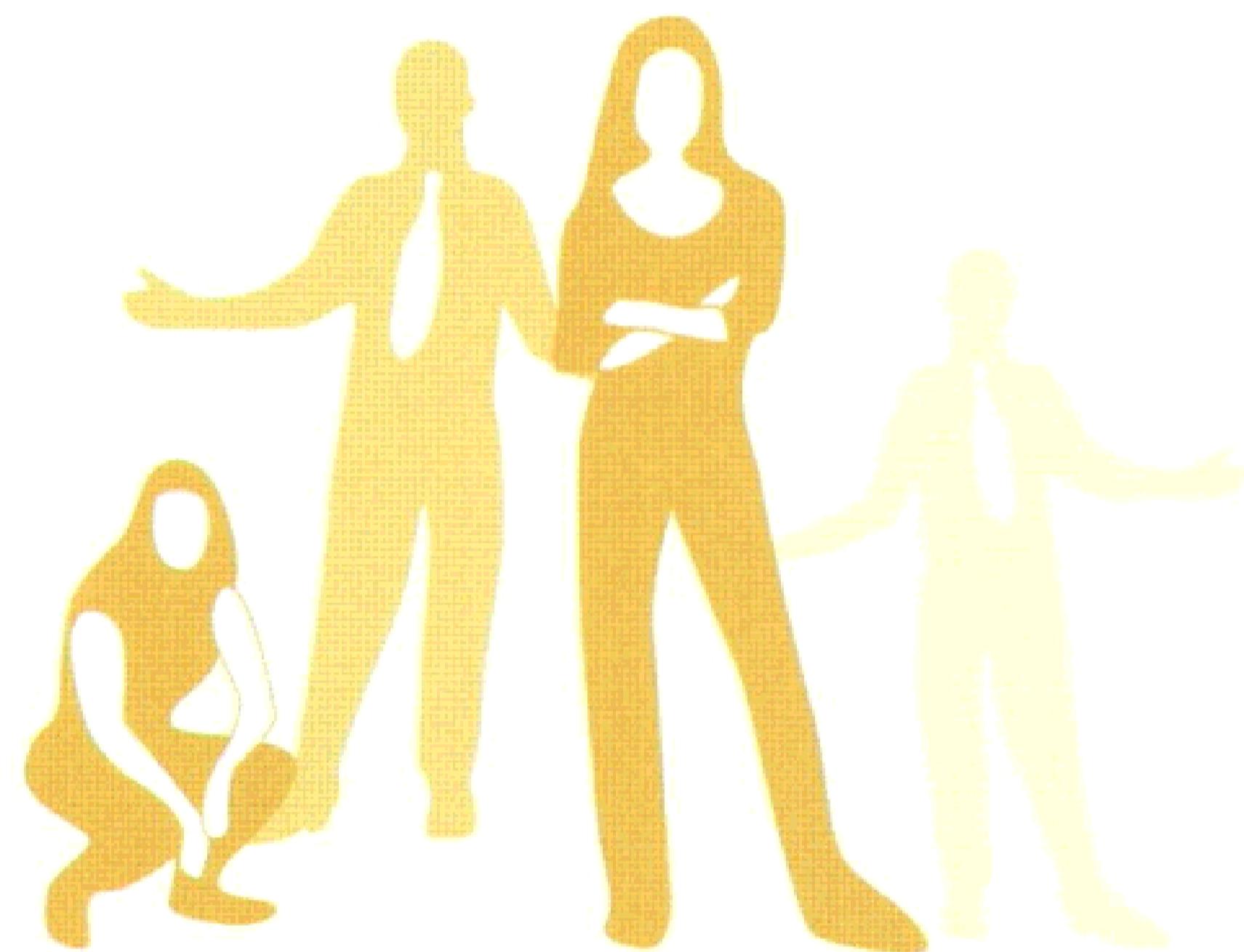


ΑΠΡΙΛΙΟ - ΜΑΪΟ - ΙΟΥΝΙΟ 2009



Τεχνολογικά χρονικά

Ιδιοκτησία	ΤΕΙ Αθήνας
Εκδότης	Δημήτριος Νίνος
	Πρόεδρος ΤΕΙ Αθήνας
Διευθυντής	Αντώνιος Καμμάς
Συντακτική Επιτροπή	Δημήτριος Νίνος Μιχαήλ Μπρατάκος Ιωάννης Χάλαρης Απόστολος Παπαποστόλου Γεώργιος Γιαννακόπουλος Ιφιγένεια Αναστασάκου Ελένη Βαβουράκη Δώρα Φραγκούλη Δανάη Κονδύλη
Επιμέλεια έκδοσης	
Καλλιτεχνική	
Επιμέλεια έκδοσης	Έφη Παναγιωτίδη, efpapanpan@yahoo.gr



ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ

Πρόεδρος	Δημήτριος Νίνος
Αντιπρόεδρος	Αντώνιος Καμμάς
Αντιπρόεδρος	Μιχαήλ Μπρατάκος
Αντιπρόεδρος	Ιωάννης Χάλαρης
Διευθύντρια ΣΕΥΠ	Ευαγγελία Πρωτόπαπα
Διευθυντής ΣΤΕΦ	Δημήτριος Βάττης
Διευθυντής ΣΓΤΚΣ	Νικήτας Χιωτίνης
Διευθυντής ΣΔΟ	Γεώργιος Πολυχρονόπουλος
Διευθυντής ΣΤΕΤΡΟΔ	Ιωάννης Τσάκνης
Γενική Γραμματέας	Κωνσταντίνα Μασούρα
Γραμματέας Συμβουλίου	Αφροδίτη Λάσκαρη

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΩΝ

Πρόεδρος ΕΕ&Ε	Μιχαήλ Μπρατάκος
Αντιπρόεδρος ΤΕΙ-Α	
Αντιπρόεδρος	Ιωάννης Τσάκνης
Μέλη ΕΕ&Ε	Ευαγγελία Πρωτόπαπα Γεώργιος Παναγιάρης Δήμος Τριάντης Γεώργιος Γιαννακόπουλος Πέτρος Πουλμέντης
Γραμματέας ΕΕ&Ε	Ιφιγένεια Αναστασάκου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1

ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ 4

2

- ΘΕΣΜΙΚΑ 8 ▪ 3^η Σύνοδος Προέδρων - Αντιπροέδρων ΤΕΙ
9 ▪ Επιστολή Προέδρου στον Υπουργό Παιδείας
10 ▪ Επιστολή Προέδρου στον Υπουργό Παιδείας
11 ▪ Σύσκεψη των Προέδρων των ΕΕ&Ε

3

- ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ 13 ▪ **Μεταπτυχιακό** Πρόγραμμα με τίτλο “Αντιμετώπιση του πόνου”
16 ▪ **Παρουσίαση** του τμήματος Ναυπηγικής του ΤΕΙ Αθήνας

4

- ΑΡΘΡΑ - ΑΠΟΨΕΙΣ 22 ▪ **Α. Αραβαντινός:** 2009, το διεθνές έτος της αστρονομίας
32 ▪ **Σ. Γ. Φραγκόπουλος:** Ο φιλόσοφος Karl Popper (1902-1994)
38 ▪ **I. Δ. Μπουρής:** Από την κοινωνία των πολιτών
και της συναίνεσης στην κοινωνία των πελατών
και της διαπλοκής
45 ▪ **Α. Καμμάς:** Ο Θωμάς Μουρ και η “ουτοπία” του
48 ▪ **Ν. Μ. Χιωτίνης:** Για το Πανεπιστημιακό Άσυλο
50 ▪ **Μ. Μπρατάκος:** Ο εφιάλτης της κλιματικής αλλαγής
58 ▪ **Μ. Βενετίκου, Σ. Σκυλοδήμου, Φ. Κοσμά:**
Η υπογονιμότητα και οι κυριότερες αιτίες της

5

- ΑΦΙΕΡΩΜΑ 66 ▪ Παγκόσμια ημέρα των αθώων - παιδιών θυμάτων
της επιθετικότητας

6

- ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΖΩΗ 69 ▪ **Μ. Στάμου:** Μυοσκελετικές παθήσεις
των εργαζόμενων

7

- ΤΑ ΝΕΑ ΤΟΥ ΤΕΙ 76 Νέα της Διοίκησης
78 Νέα από τα Τμήματα
94 Νέα της Επιτροπής Εκπαίδευσης και Ερευνών

8

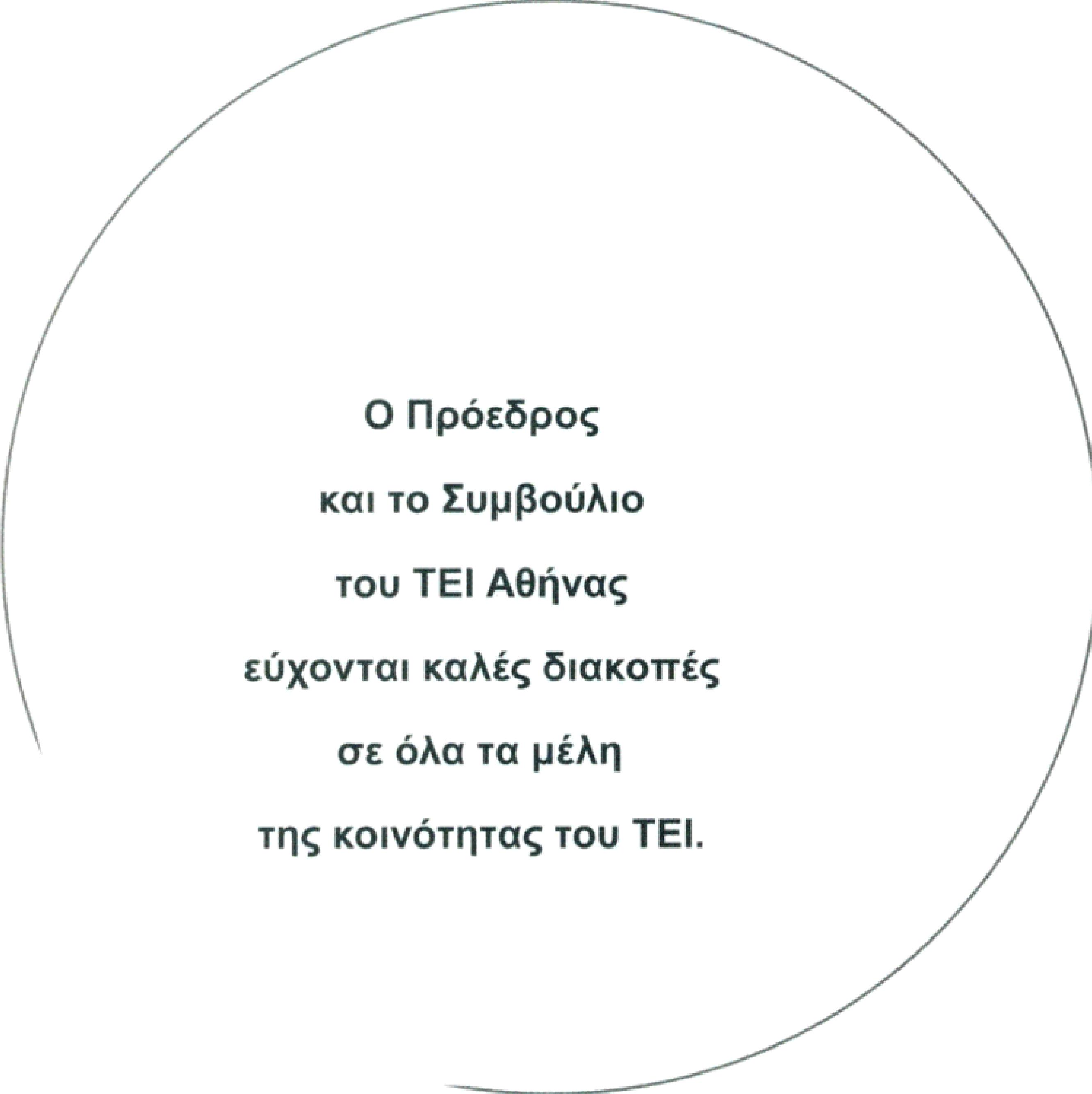
ΦΟΙΤΗΤΙΚΑ ΝΕΑ 103

ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ 111

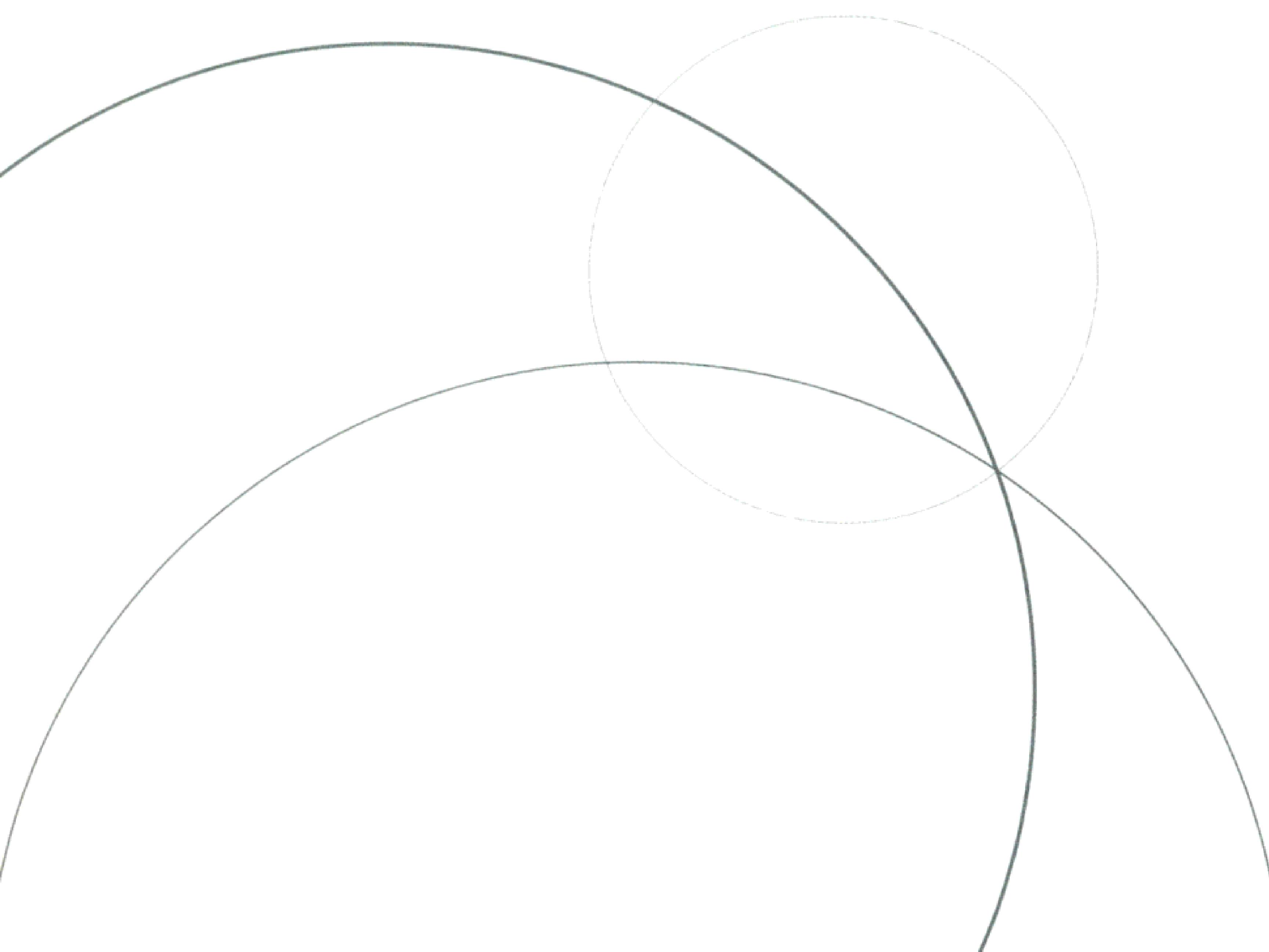
9

ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ 115

Τα άρθρα που δημοσιεύονται εκφράζουν
προσωπικές απόψεις των αρθρογράφων



Ο Πρόεδρος
και το Συμβούλιο
του ΤΕΙ Αθήνας
εύχονται καλές διακοπές
σε όλα τα μέλη
της κοινότητας του ΤΕΙ.



4 ΑΡΘΡΑ ΑΠΟΨΕΙΣ

■ A. Αραβαντινός

2009, το διεθνές έτος της αστρονομίας

■ Σ. Γ. Φραγκόπουλος

Ο φιλόσοφος Karl Popper (1902-1994)

■ I. Δ. Μπουρής

Από την κοινωνία των πολιτών και της συναίνεσης στην κοινωνία των πελατών και της διαπλοκής

■ A. Καρμάς

Ο Θωμάς Μουρ και η “ουτοπία” του

■ N. M. Χιωτίνης

Για το Πανεπιστημιακό Άσυλο

■ M. Μπρατάκος

Ο εφιάλτης της κλιματικής αλλαγής

■ M. Βενετίκου, S. Σκυλοδήμου, F. Κοσμά

Η υπογονιμότητα και οι κυριότερες αιτίες της

Μαρία Βενετίκου¹, Σοφία Σκυλοδήμου², Φερενίκη Κοσμά^{2 *}

Η υπογονιμότητα και οι κυριότερες αιτίες της

● Αίτια ανδρικής υπογονιμότητας

Μερικά χρόνια πριν, η ανδρική υπογονιμότητα ήταν ταμπού. Δεν ήταν σπάνια η περίπτωση κατά την οποία ένα ζευγάρι που δεν μπορούσε να τεκνοποιήσει επικέντρωνε την προσοχή του αποκλειστικά και μόνο στη γυναίκα. Μέχρι να γίνει ευρέως γνωστό ότι και ο άνδρας μπορεί να έχει μειωμένη γονιμότητα, ακριβώς όπως και η γυναίκα, έπρεπε να υπάρξει συστηματική ενημέρωση και να περάσουν αρκετά χρόνια. Παράλληλα, έπρεπε να καταρριφθεί η απολύτως εσφαλμένη ιδέα ότι για την ανικανότητα ταυτίζεται με την ανικανότητα. Ένας άντρας μπορεί να έχει κανονική, φυσιολογική και χωρίς προβλήματα σεξουαλική ζωή και ταυτόχρονα να μην μπορεί να τεκνοποιήσει.

Αιτίες

Το βασικό πρόβλημα που σχετίζεται με την ανδρική υπογονιμότητα αφορά στον παράγοντα σπέρμα. Αν και αυτό ίσως ακούγεται απλό, δεν είναι έτοι, διότι μια μεγάλη ποικιλία επιμέρους διαταραχών μπορεί να καλύπτει ένα ευρύ φάσμα παθολογίας. Η αδρή αναφορά στα ευρήματα που σχετίζονται με την εξέταση σπέρματος πρέπει να καλύπτει παραμέτρους όπως η ποσότητα, η κινητικότητα, η μορφολογία των σπερματοζωαρίων κ.α. Έτσι λοιπόν, κατά περίπτωση, μπορούμε να μιλάμε για ασπερμία

(όταν δεν υπάρχει παραγωγή σπερματικού υγρού), ολιγοσπερμία (όταν το σπερματικό υγρό δεν είναι ποσοτικά επαρκές), αζωοσπερμία (όταν στο σπερματικό υγρό δεν ανευρίσκονται σπερματοζωάρια), ολιγοσπερμία (όταν τα σπερματοζωάρια δεν είναι σε φυσιολογικό αριθμό), ασθενοσπερμία (όταν η κινητικότητα τους δεν είναι ικανοποιητική), τερατοζωοσπερμία (όταν η μορφολογία τους σε μεγάλο ποσοστό είναι παθολογική). Όλα αυτά τα ευρήματα, που πολύ συχνά συνυπάρχουν, μπορεί να οφείλονται σε αιτίες όπως:

1. Αιτίες κεντρικής αιτιολογίας

(Διαταραχές υποθαλάμου - υπόφυσης και παθήσεις άλλων αδένων)

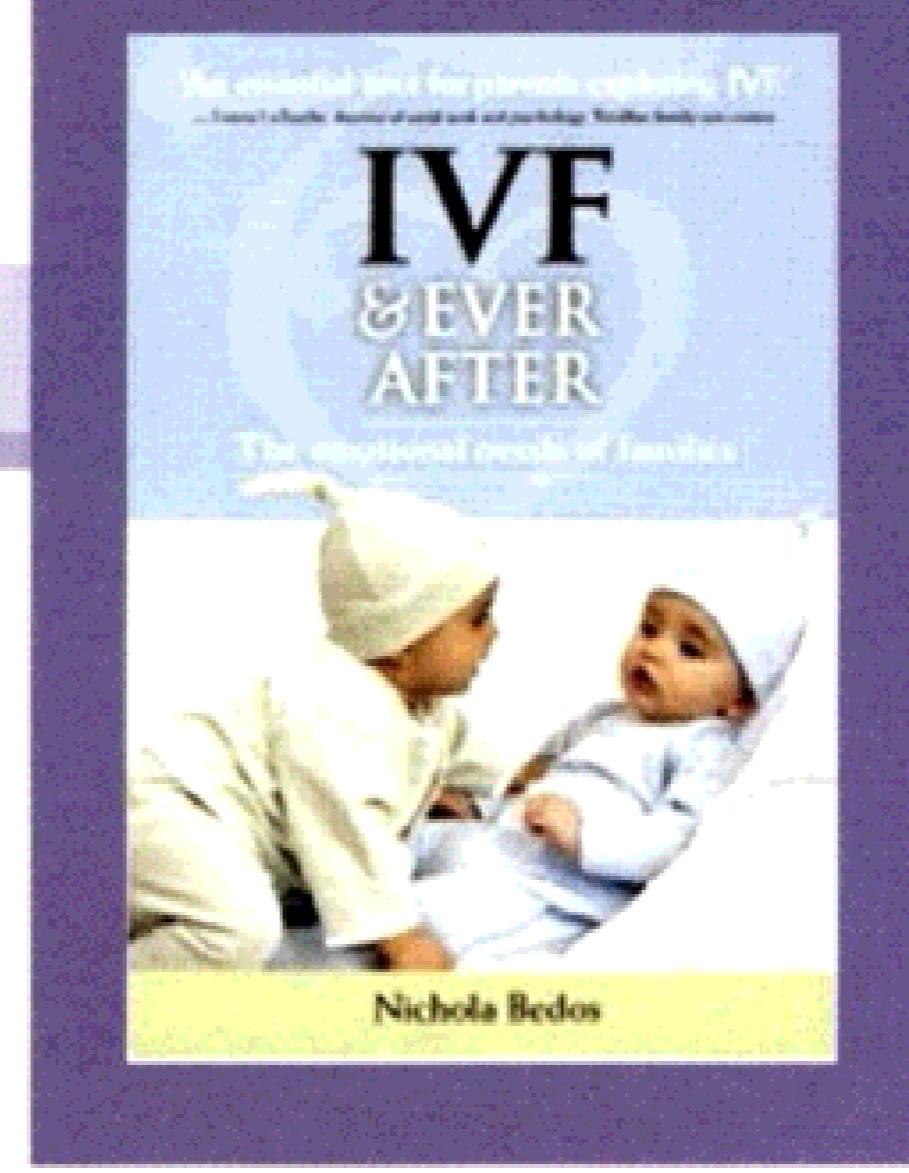
Ενδοκρινολογικές παθήσεις που σχετίζονται με την υπογονιμότητα περιλαμβάνουν κάθε υπολειτουργία της υπόφυσης, όπως σύνδρομο Kallman (έλλειψη γοναδοτροπινών), προλακτίνωμα, καθώς και αντοχή των ιστών στα ανδρογόνα (androgen insensitivity), ελαττωματική παραγωγή ανδρογόνων κ.α.

2. Λοιμώξεις

Μικροβιακές ή ιογενείς παθήσεις μπορεί να πλήξουν την ανδρική γονιμότητα σε πολλά επίπεδα όπως π.χ. παρωτίτιδα μετεφηβικής

¹ Η κ. Μ. Βενετίκου είναι ενδοκρινολόγος, καθηγήτρια Παθοφυσιολογίας / Νοσολογίας

² Η κ. Σ. Σκυλοδήμου και η κ. Φ. Κοσμά είναι τελειόφοιτες της Σχολής Επισκεπτών Υγείας



ηλικίας, επίμονη υποτροπιάζουσα προστατίδα, επιδιδυμίτιδα κλπ. Η καλή σεξουαλική υγειεινή και η προσεκτική λήψη κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής σε όλες τις περιπτώσεις φλεγμονών κρίνεται πάντα απαραίτητη, αλλά δυστυχώς συχνά αμελείται.

3. Τραυματισμοί

Προφανώς μπορεί να έχουν αρνητικές συνέπειες στα ανδρικά γεννητικά όργανα.

4. Κρυψορχία

Πρόκειται για μια ανωμαλία, κατά την οποία ο ένας ή οι δύο όρχεις του νεογέννητου παιδιού δεν βρίσκονται στη φυσιολογική τους θέση, δηλαδή στο όσχεο, αλλά στο βουβωνικό πόρο ή ακόμη και στην κοιλιά. Η μη φυσιολογική κάθοδος πρέπει απαραίτητα να αποκαθίσταται με απλή χειρουργική επέμβαση σύντομα μετά τη γέννηση.

5. Κιρσοκήλη

Πρόκειται για την συσσώρευση αίματος στα φλεβικά αγγεία των όρχεων, κυρίως του αριστερού και είναι μια απλή και συχνή κατάσταση. Μπορεί να σχετίζεται με ελαττωματική ποιότητα σπέρματος και έτσι σε κάποιες περιπτώσεις συνιστάται η χειρουργική της αποκατάσταση. Αυτή η επέμβαση είναι μεν απλή, αλλά δεν οδηγεί πάντα σε σημαντική βελτίωση των παραμέτρων του σπερμοδιαγράμματος.

6. Απόφραξη σπερματικών πόρων

Έχει ως συνέπεια την αδυναμία της φυσιολογικής διόδου των σπερματοζωαρίων από τον όρχι μέχρι την ουρήθρα, ώστε να συμβεί εκσπερμάτιση.

Συνήθως οφείλεται σε γενετικά αίτια (συγγενής μορφή), σε τραυματισμούς ή λοιμώξεις.

7. Παλίνδρομη εκσπερμάτιση

Το σπερματικό υγρό, ενώ μπορεί να είναι απόλυτα φυσιολογικό, κατά την εκσπερμάτιση οδηγείται προς την ουροδόχο κύστη, κάτι που συνήθως σχετίζεται με νευρολογικά προβλήματα.

8. Τρόπος σύγχρονης ζωής και εξωγενείς παράγοντες

Απλές καθημερινές συνήθειες όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και πολύ περισσότερο προβλήματα όπως η λήψη ναρκωτικών, η υπερβολική κατανάλωση φαρμάκων, η έκθεση σε τοξικές ουσίες κλπ. μπορεί να επηρεάσουν δραματικά την ποιότητα του ανδρικού σπέρματος.

9. Μολύνσεις ουροποιητικογενετικού συστήματος

Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα Ureoplasma urealyticum, Chlamydia trachomatis και άλλα gram αρνητικά βακτηρίδια μπορούν να προκαλέσουν υπογονιμότητα τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.

10. Ανοσοβιολογικοί παράγοντες

Ορισμένα άτομα αναπτύσσουν αντισώματα έναντι των σπερματοζωαρίων τους (αυτοαντισώματα). Όταν ο τίτλος των αντισωμάτων αυτών στο αίμα ή στο σπέρμα (αντισπερμικά αντισώματα) είναι αυξημένος, αυτό αποτελεί μία σημαντική αιτία υπογονιμότητας.

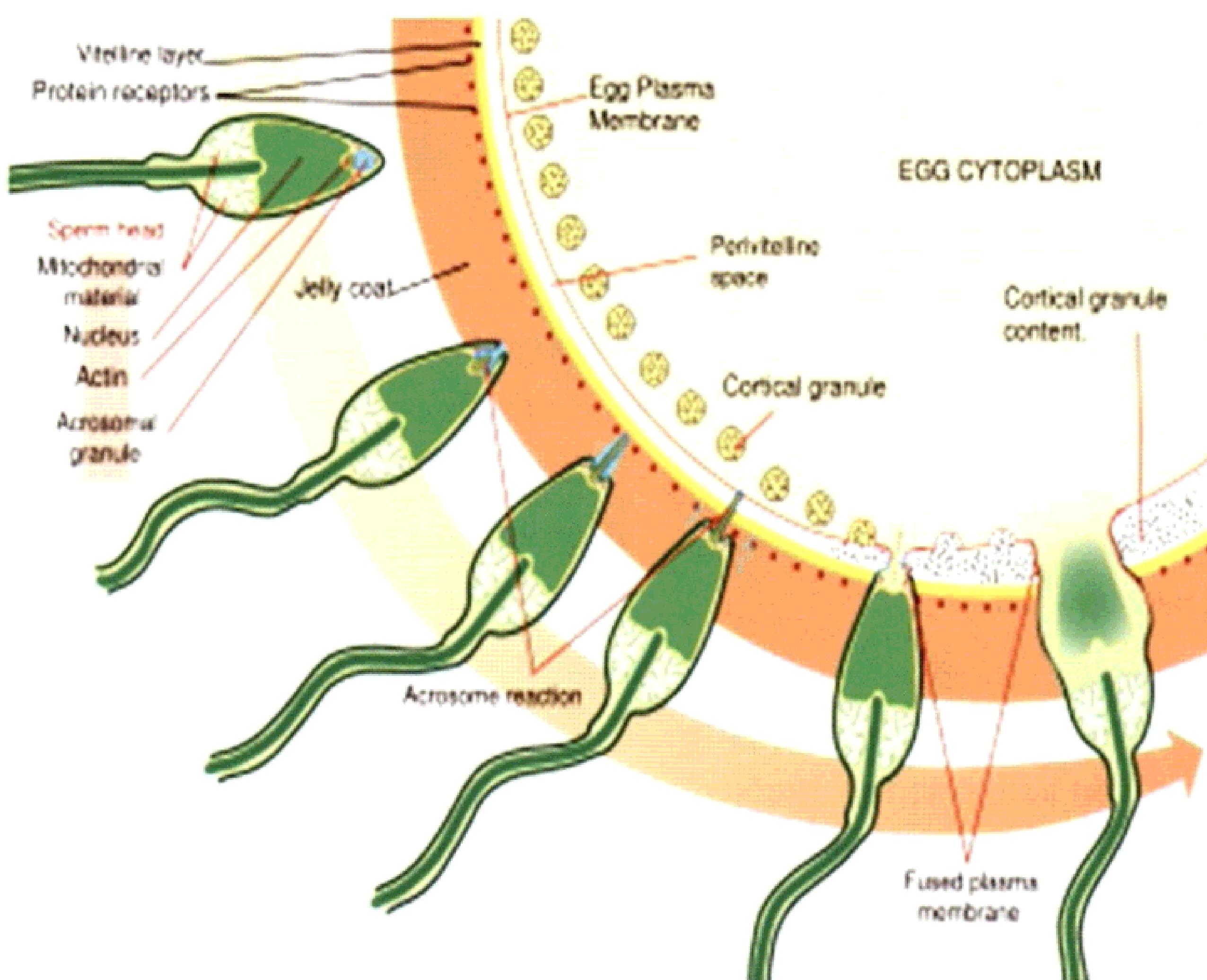
● Αίτια γυναικείας υπογονιμότητας και ανεξήγητη υπογονιμότητα

Οι κυριότερες αιτίες για την γυναικεία υπογονιμότητα είναι προβλήματα με τις σάλπιγγες, την ωορρηξία, τις ορμόνες, καθώς και η ενδομητρίωση.

Ο όρος υπογονιμότητα ορίζεται ως η αδυναμία του ζεύγους να συλλάβει μετά από συχνές

επαφές 1 έως 2 ετών. Βέβαια παράγοντες όπως αυξημένη ηλικία, ανώμαλος κύκλος, ιστορικό κολπικών μολύνσεων ή παλαιότερα χειρουργεία, μπορεί να αποτελέσουν ενδείξεις για εξέταση.

Η γυναικεία υπογονιμότητα μπορεί να χωριστεί σε δύο τύπους:



Πρωτοπαθής, όταν δεν υπάρχει προηγούμενη εγκυμοσύνη (~40% των περιπτώσεων).

Δευτεροπαθής, όταν υπάρχει προηγούμενη εγκυμοσύνη, οποιοδήποτε και αν ήταν το αποτέλεσμα αυτής (~60% των περιπτώσεων).

Αναλυτικότερα τα αίτια της γυναικείας υπογονιμότητας είναι τα εξής:

1. Ενδομητρίωση

Ο όρος ενδομητρίωση αναφέρεται σε μια συνηθισμένη ασθένεια κατά την οποία κύτταρα όμοια με αυτά που επενδύουν τα τοιχώματα της μήτρας, εγκαθίστανται έξω από αυτήν π.χ. στις ωοθήκες, στις σάλπιγγες, στην ουρήθρα κλπ.

Στις ασθενείς με ενδομητρίωση αυτά τα κύτταρα, όπως και όταν βρίσκονται στο ενδομήτριο, αποκρίνονται στις ορμονικές μεταβολές του κύκλου.

Όταν η γυναίκα με ενδομητρίωση έχει εμμηνορυσία, τα κύτταρα του ενδομητρίου δε μπορούν να βρουν διέξοδο προς τον κόλπο σχηματίζουν κύστεις αίματος και συγκολλήσεις που μπορούν να βλάψουν τις σάλπιγγες, επειδή δημιουργούν συμφύσεις.

Η ενδομητρίωση εμφανίζεται συχνότερα

σε γυναίκες μεταξύ 30 - 40 χρονών, αλλά περιστασιακά εμφανίζεται και σε νεώτερες γυναίκες.

Σε μερικές είναι ασυμπτωματική, ενώ άλλες εμφανίζουν πόνους κατά τη διάρκεια της περιόδου ή κατά την σεξουαλική πράξη.

Κατά την κολπική εξέταση μπορεί να παρατηρηθεί πάχυνση των συνδέσμων που συγκρατούν την μήτρα. Η πλειοψηφία των γυναικών με ενδομητρίωση είναι γόνιμες, ωστόσο κάποιες μπορεί να αντιμετωπίσουν προβλήματα υπογονιμότητας.

Πώς επηρεάζει την γονιμότητα η ενδομητρίωση;

Οι ανατομικές παραμορφώσεις που προκαλούνται από την ενδομητρίωση, ειδικά όταν είναι βαριάς μορφής, είναι μηχανικό αίτιο υπογονιμότητας, ο μηχανισμός παρεμπόδισης όταν πρόκειται για ελαφρά ενδομητρίωση όμως δεν είναι πλήρως κατανοητός.

Είναι δυνατόν η ενδομητρίωση να επηρεάζει την ωρίμανση των ωαρίων, την προσκόλληση του σπερματοζωαρίου στο ωάριο, την γονιμοποίηση, την λειτουργία των σαλπίγγων

και την εμφύτευση.

Ο μοναδικός τρόπος διάγνωσης της ενδομητρίωσης είναι με λαπαροσκόπηση, ώστε να αξιολογηθεί η βαρύτητα της ενδομητρίωσης και η κατάσταση των ωαγωγών.

Υπάρχουν αρκετοί διαφορετικοί τρόποι κατάταξης της σοβαρότητας της ενδομητρίωσης, αλλά η συχνότερα χρησιμοποιούμενη είναι αυτή της Αμερικανικής Κοινότητας Αναπαραγωγικής Ιατρικής, σύμφωνα με την οποία η ενδομητρίωση διακρίνεται σε τέσσερα στάδια.

Υπάρχει μικρός συσχετισμός μεταξύ της βαρύτητας των συμπτωμάτων και της έκτασης της ενδομητρίωσης.

Τα αίτια είναι άγνωστα. Η πιο αναγνωρισμένη εξήγηση είναι ότι κύτταρα του τοιχώματος της μήτρας περνούν προς τα πάνω στους ωαγωγούς και χύνονται έξω από αυτούς, μέσα στην κοιλιά. Στις περισσότερες γυναίκες τα κύτταρα αυτά καταστρέφονται από το ανοσοποιητικό σύστημα.

Όμως σε κάποιες επιζούν και πολλαπλασιάζονται πιθανώς λόγω κάποιας διαταραχής του ανοσοποιητικού.

2. Προβλήματα στην ωορρηξία

Είναι το συνηθέστερο αίτιο γυναικείας υπογονιμότητας, αλλά και αυτή που έχει τη μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχούς αντιμετώπισης.

Η ασθενής έχει συνήθως ακανόνιστο κύκλο, ή και αμηνόρροια.

Βέβαια, προβλήματα στην ωορρηξία μπορεί να παρουσιαστούν και σε γυναίκες με κανονικό κύκλο, όμως, γενικά το 95% των γυναικών με κανονικό κύκλο είναι ωορρηκτικές.

Κάποιες γυναίκες έχουν συμπτώματα όπως αυξημένη τριχοφυΐα, ακμή κλπ.

Διαταραχές ωορρηξίας μπορούν να ταξινομηθούν σε:

- Ανωοθυλακιορρηξία, δηλ. έλλειψη ωορρηξίας.
- Ολιγωορρηξία, δηλ. αραιές ωορρηξίες.

- Διαταραχές ωχρού σωματίου.

ΑΙΤΙΑ

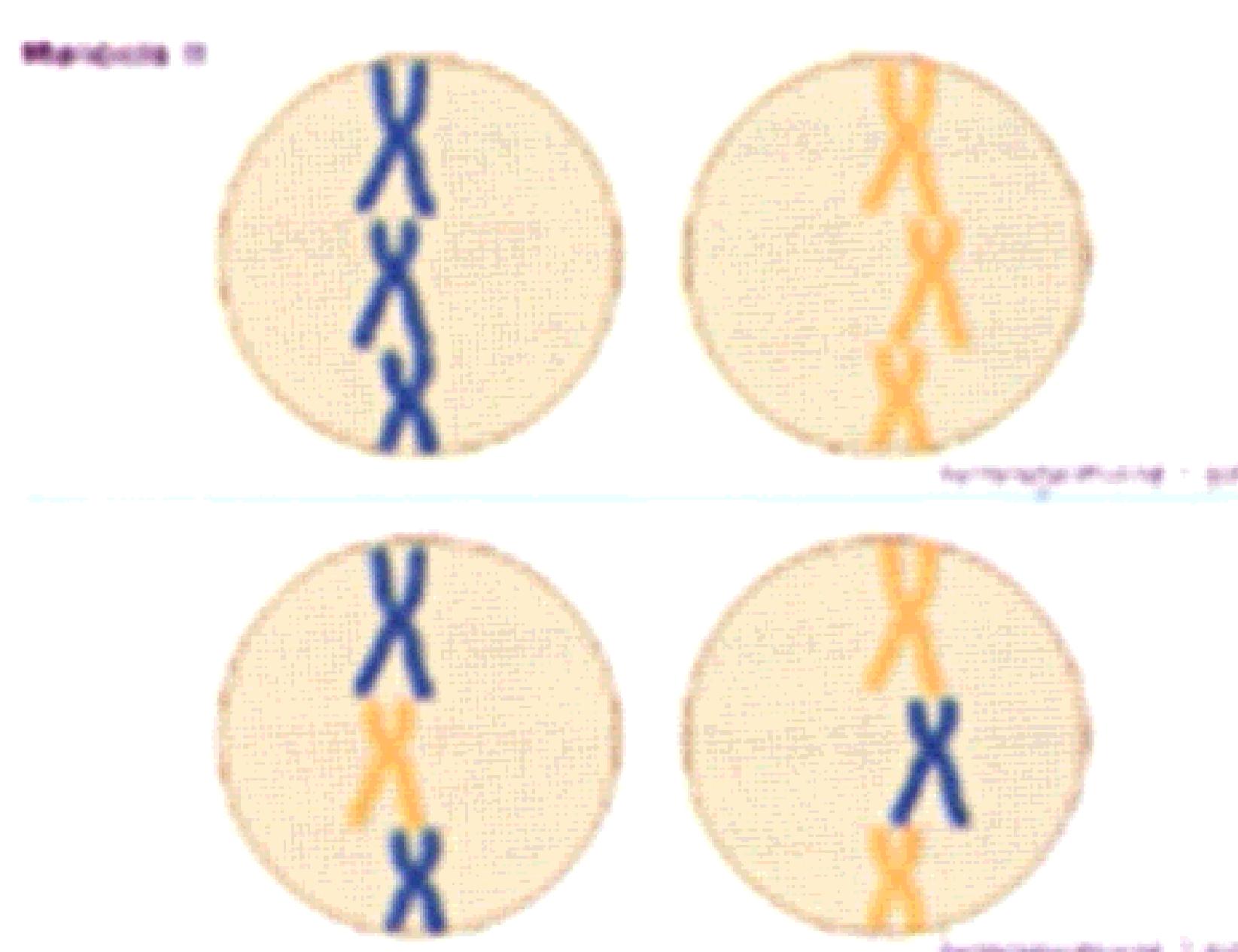
Το πρόβλημα μπορεί να εστιάζεται στην ίδια την ωοθήκη. Είναι δυνατόν να έχει γίνει χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών, είτε αυτές να έχουν καταστραφεί από χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Μπορεί να περιέχουν μειωμένο αριθμό ωαρίων, σε ασθενείς που πάσχουν από πρόωρη εμμηνόπαυση (1-2% των γυναικών κάτω από 40 χρονών).

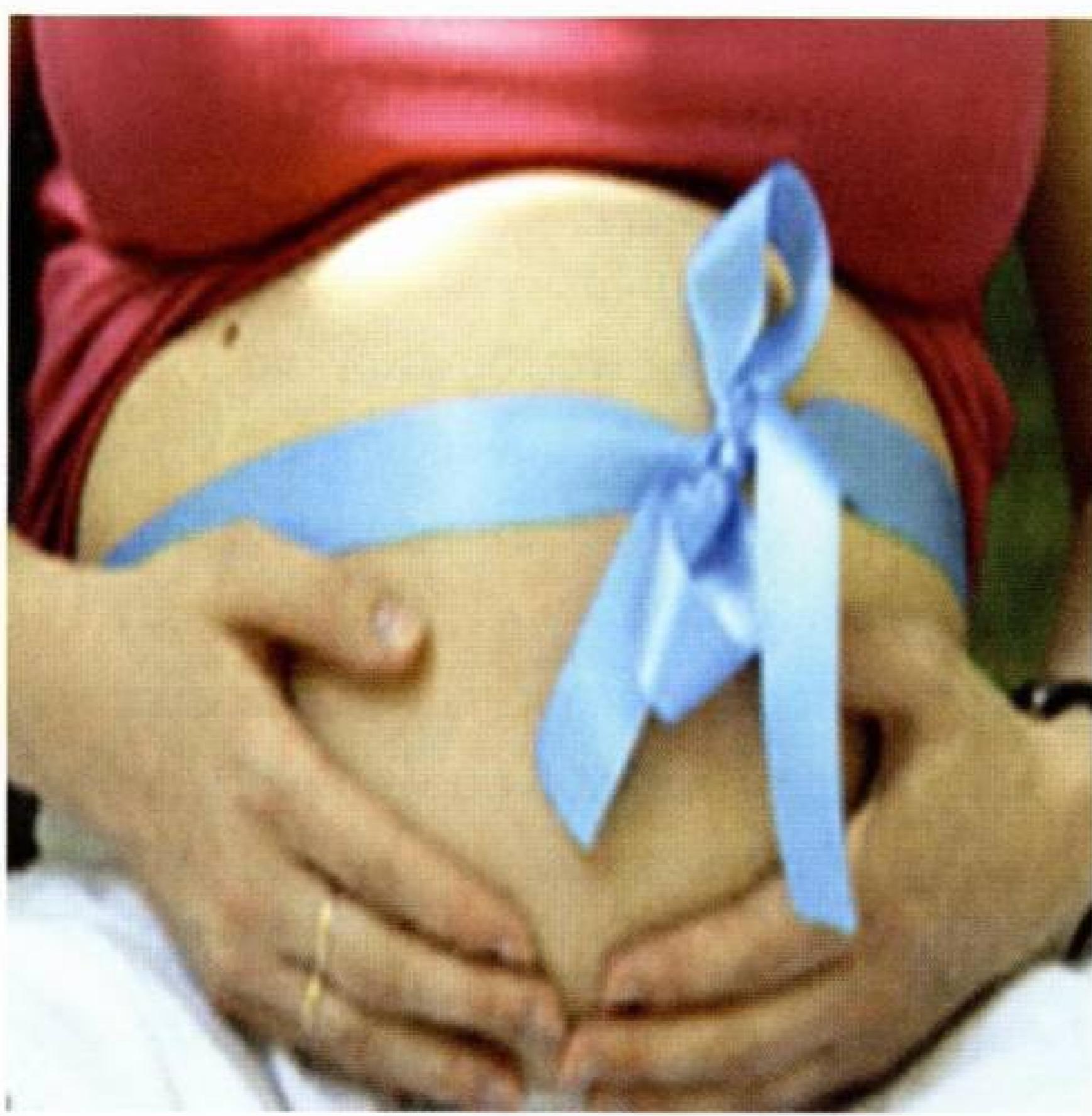
Τα προβλήματα στην ωορρηξία ευθύνονται για την πλειοψηφία των περιπτώσεων γυναικείας υπογονιμότητας.

Το πρόβλημα μπορεί να εστιάζεται στον υποθάλαμο, στην υπόφυση ή στις ωοθήκες. Συνήθη αίτια περιλαμβάνουν το στρες, την αλλαγή του σωματικού βάρους, την υπερβολική παραγωγή προλακτίνης ή το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών.

Το Σύνδρομο των Πολυκυστικών Ωοθηκών (Polycystic Ovarian Syndrome, PCO) αποτελεί την πιο αμφιλεγόμενη κατάσταση της γυναικολογικής ενδοκρινολογίας και έχει γίνει αντικείμενο έρευνας όσο λίγα άλλα θέματα.

Είναι ένα, αγνώστου - πολυεστιακής αιτιολογίας σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από ευρύ φάσμα διαταραχών της περιόδου, συνήθως του τύπου της αραιομηνόρροιας, που φθάνουν μέχρι αμηνόρροιας.





Όλα τα υπόλοιπα που αναφέρονται ως χαρακτηριστικά, διαπιστώνονται σε "ποικίλους συνδυασμούς" σε άλλοτε άλλο ποσοστό των ασθενών και είναι: υπερινσουλιναιμία, ακμή, υπερανδρογοναιμία, δασυτριχισμός, παχυσαρκία, αυξημένες τιμές της κυκλοφορούστης ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH), πολυκυστική εμφάνιση των ωοθηκών και πιθανώς υπογονιμότητα.

Για τη διάγνωση του PCO, πρέπει να αποκλεισθούν δευτερογενείς αιτίες, όπως η όψιμη υπερπλασία των επινεφριδίων, η υπερπρολακτιναιμία και οι νεοπλασίες που εκκρίνουν ανδρογόνα.

Η παρουσία πολυκυστικών ωοθηκών υπερηχογραφικώς είναι σημαντικό εύρημα, αλλά όχι ουσιώδες για τη διάγνωση.

3. Διαταραχές σαλπίγγων

Πολύ συχνά το αίτιο της υπογονιμότητας εντοπίζεται στις σάλπιγγες.

Δυσλειτουργία των κροσσών μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να μην μπορούν να καθοδηγήσουν το ωάριο μέσα στους ωαγωγούς.

Συμφύσεις γύρω από τη σάλπιγγα μπορεί να την παραμορφώσουν, ή να μειώσουν την κινητικότητά της, ή να διαταράξουν τη

φυσιολογική ανατομική σχέση σάλπιγγας - ωοθήκης, έτσι ώστε να επηρεάσουν δυσμενώς την ικανότητά της να συλλέξει το ωάριο.

Βλάβη στα κύτταρα που επενδύουν το εσωτερικό των ωαγωγών μπορεί να εμποδίσει τα σπερματοζωάρια να φτάσουν το ωάριο ή να εμποδίσει την γονιμοποίηση.

Απόφραξη των ωαγωγών μπορεί επίσης να εμποδίσει το σπέρμα να φτάσει το ωάριο, είτε το ωάριο να κατέλθει προς τη μήτρα, αυξάνοντας την πιθανότητα έκτοπης εγκυμοσύνης.

Οι περισσότερες γυναίκες δε θα συνειδητοποιήσουν ότι έχουν πρόβλημα στις σάλπιγγες, μέχρι να ελεγχθούν για γονιμότητα.

Κάποιες όμως μπορεί να έχουν έντονους πόνους περιόδου, ανώμαλο κύκλο, ή πόνους στην οσφυϊκή χώρα.

Λοίμωξη

Είναι η συνηθέστερη αιτία προβλημάτων στις σάλπιγγες, ειδικά όταν η λοίμωξη δεν αντιμετωπιστεί άμεσα, ή δεν αντιμετωπιστεί επαρκώς και αφορά σε προηγούμενες μολύνσεις της οσφυϊκής ή πυελικής χώρας, σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες όπως χλαμύδια ή γονόρροια, διασπορά της λοίμωξης από εσωτερικά όργανα όπως επί σκωληκοειδίτιδας. Επίσης μετά από έκτρωση, αποβολή ή τοκετό, μία λοίμωξη ίσως επεκταθεί στις σάλπιγγες.

Εγχείρηση

Οποιαδήποτε εγχείρηση στις σάλπιγγες, τις ωοθήκες ή τη μήτρα μπορεί να προκαλέσει συμφύσεις.

Κάποιες φορές και εγχειρήσεις στην κοιλιακή χώρα μπορεί να επηρεάσουν τις σάλπιγγες.

Προηγούμενες έκτοπες εγκυμοσύνες

Μπορεί να προκαλέσουν ζημιά στις σάλπιγγες.

Συγγενείς ανωμαλίες

π.χ. δυσμορφία στις σάλπιγγες.

Ενδομητρίωση (σαλπιγγική εντόπιση)

Υδροσάλπιγγες

Η πάθηση αυτή αναφέρεται σε παγιδευμένο υγρό μέσα στις σάλπιγγες, λόγω παλαιότερων φλεγμονών.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι υδροσάλπιγγες μειώνουν τις πιθανότητες επιτυχίας και αυξάνουν την πιθανότητα αποβολής.

Για τους λόγους αυτούς συχνά συνιστάται αφαίρεση ή απομόνωση των υδροσαλπίγγων.

4. Διαταραχές ή δυσλειτουργία της τραχηλικής βλέννης

Ο τράχηλος της γυναίκας παράγει βλέννη, η σύσταση της οποίας, στα μέσα περίπου του εμμηνορυσιακού κύκλου, πρέπει να είναι διαυγής, άχρωμη, υδαρής και άφθονη, ούτως ώστε να επιτρέπει στο φυσιολογικό σπέρμα να διεισδύσει και να οδηγηθεί προς τη μήτρα και τις σάλπιγγες.

Προβλήματα γονιμότητας μπορεί να δημιουργηθούν από την παθολογική σύσταση της τραχηλικής βλέννης (αποτέλεσμα συνήθως χειρουργικών επεμβάσεων, κρυοθερμοπηξίας, προηγούμενης βιοψίας ή θεραπείας του τραχήλου με laser) ή τη δυσλειτουργία της.

Σε περίπτωση δυσλειτουργίας, η τραχηλική

βλέννη, αν και εμφανίζει φυσιολογική σύσταση, δεν επιτρέπει τη διέλευση φυσιολογικών σπερματοζωαρίων προς τη μήτρα και τις σάλπιγγες.

Επίσης, η ύπαρξη αντισπερμικών αντισωμάτων στην τραχηλική βλέννη μπορεί να προκαλέσει θάνατο ή ακινητοποίηση των σπερματοζωαρίων.

5. Ενδοπυελικές

και ενδομητρικές συμφύσεις

Η κοιλιακή κοιλότητα καλύπτεται εσωτερικά από μία μεμβράνη, το περιτόναιο, και τα ενδοκοιλιακά όργανα από την ορογόνο στοιβάδα.

Οι επιφάνειες αυτές είναι στιλπνές και διατηρούνται υγρές από ελάχιστο υγρό που απεκκρίνουν τα κύτταρά τους, με αποτέλεσμα τα όργανα να διολισθαίνουν χωρίς να επέρχονται συγκολλήσεις (συμφύσεις) μεταξύ γειτονικών οργάνων.

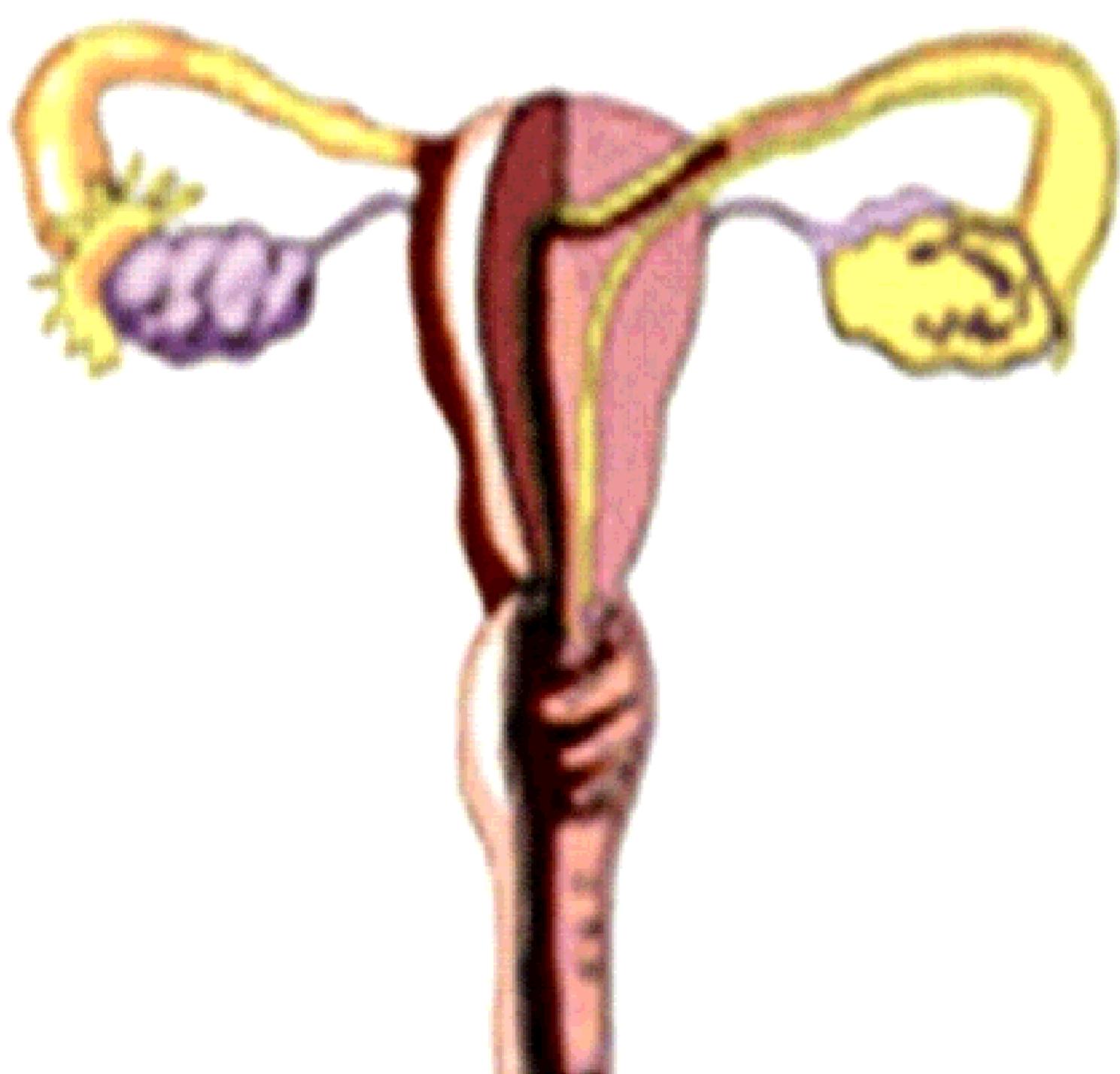
Κάθε τραυματισμός ή φλεγμονή των ιστών (χειρουργικές επεμβάσεις, περιτονίτιδα) καθώς και η ενδομητρίωση, μπορεί να δημιουργήσουν συμφύσεις (συγκολλήσεις των οργάνων μεταξύ τους) οι οποίες αποτελούν συχνά αιτία υπογονιμότητας.

Συμφύσεις σαλπίγγων και ωοθηκών μπορούν να προκαλέσουν διαταραχή της κινητικότητας των σαλπίγγων, διαταραχές ωοθυλακιορρηξίας ή διαταραχές της σχέσης σαλπίγγων / ωοθηκών.

Επίσης κάθε είδους επεμβάσεις εντός της μήτρας (π.χ. αποξέσεις) ή φλεγμονές, μπορεί να προκαλέσουν συμφύσεις του ενδομητρίου με αποτέλεσμα την ελάττωση ή και διακοπή της περιόδου, την αδυναμία εμφυτεύσεως του εμβρύου στη μήτρα και, σε περιπτώσεις εγκυμοσύνης, μεγάλο ποσοστό αποβολών.

6. Ανεξήγητη υπογονιμότητα

Η ανεξήγητη υπογονιμότητα αντιστοιχεί σε περίπου 20-25% των υπογόνιμων ζευγαριών. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η αδυναμία





διάγνωσης δεν οφείλεται σε ανεπαρκή διερεύνηση, αλλά στην αδυναμία μας να ελέγξουμε κάποιες διαδικασίες της φυσιολογικής σύλληψης με διαγνωστικά τεστ.

Στις περιπτώσεις ανεξήγητης υπογονιμότητας η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή έχει τόσο διαγνωστικό όσο και θεραπευτικό χαρακτήρα.

Η σχέση μεταξύ ηλικίας και γονιμότητας.

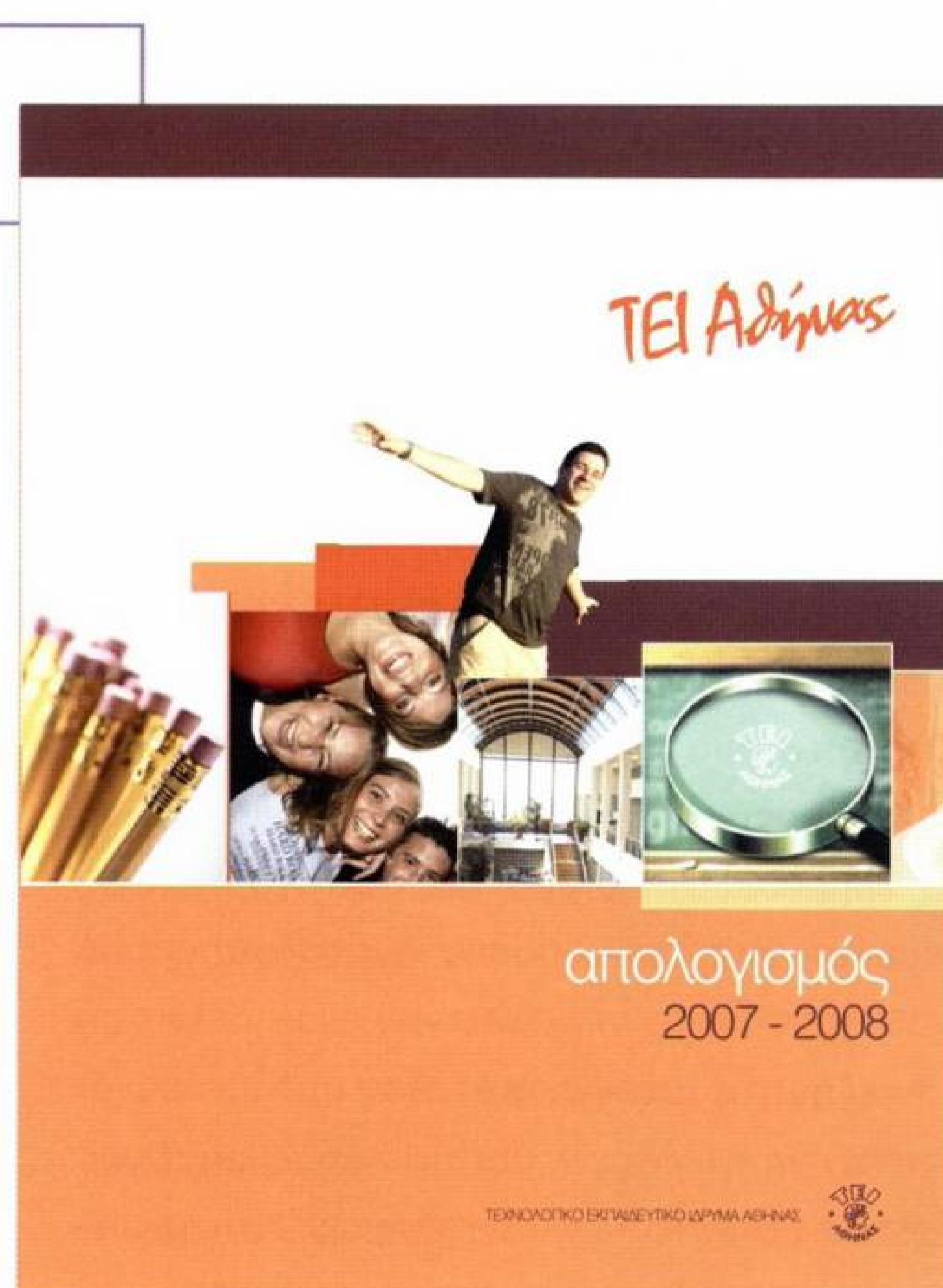
Στις δυτικές κοινωνίες είναι όλο και πιο συχνό να γεννιούνται παιδιά από μεγαλύτερα σε ηλικία ζευγάρια, για αρκετούς λόγους.

Πολλά ζευγάρια προτιμούν να αποκτήσουν παιδιά αφού αποκτήσουν οικονομική σιγουριά, ενώ έχουν αυξηθεί οι γάμοι σε μεγαλύτερη ηλικία



ή και οι δεύτεροι γάμοι.

Αν και αναφέρονται ελάχιστες εγκυμοσύνες σε γυναίκες κοντά στα 50 τους χρόνια, γενικά υπάρχει μείωση της γονιμότητας με τη πάροδο του χρόνου. ☐



Τον Απρίλιο δημοσιεύθηκε ο “**Απολογισμός του ΤΕΙ Αθήνας για το διάστημα 2007 - 2008**” αποτελώντας τη φυσική συνέχεια του προηγούμενου που κάλυπτε το χρονικό διάστημα 2005 - 2006.

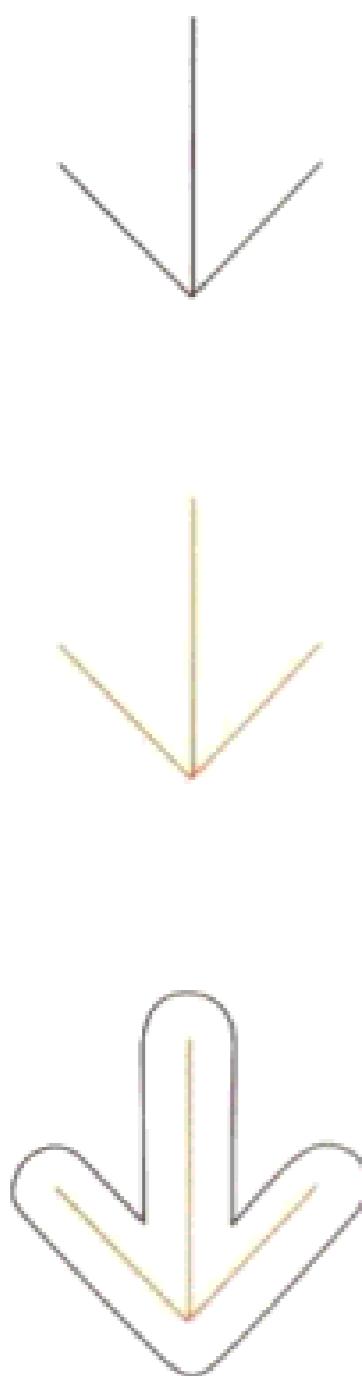
Μέσα από μια λιτή αλλά ιδιαίτερα προσεγμένη και κυρίως εύχρηστη έκδοση επιχειρήθηκε μια συνοπτική και ταυτόχρονα περιεκτική αποτύπωση του έργου που επιπέδυχθηκε κατά το διάστημα 2007 - 2008 σε όλους τους τομείς δραστηριοτήτων του ΤΕΙ Αθήνας με αντικειμενικότητα και αξιοπιστία.

Οι ευχαριστήριες επιστολές έγκριτων μελών της ακαδημαϊκής κοινότητας και του ευρύτερου επιχειρηματικού κόσμου, που ακολούθησαν την αποστολή των εντύπων, αποδεικνύουν ότι το Ίδρυμά μας ανταποκρίθηκε στις απαιτήσεις αυτού του δύσκολου εγχειρήματος με επιτυχία. ☐



Τα “Τεχνολογικά Χρονικά”
εύχονται
στους αναγνώστες τους

Καλό Καλοκαίρι!

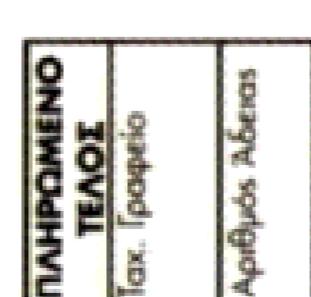
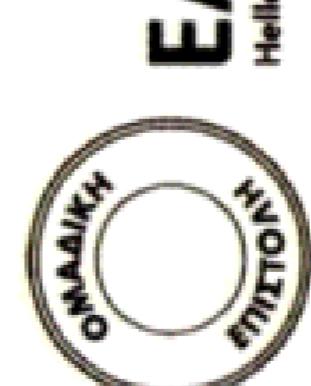
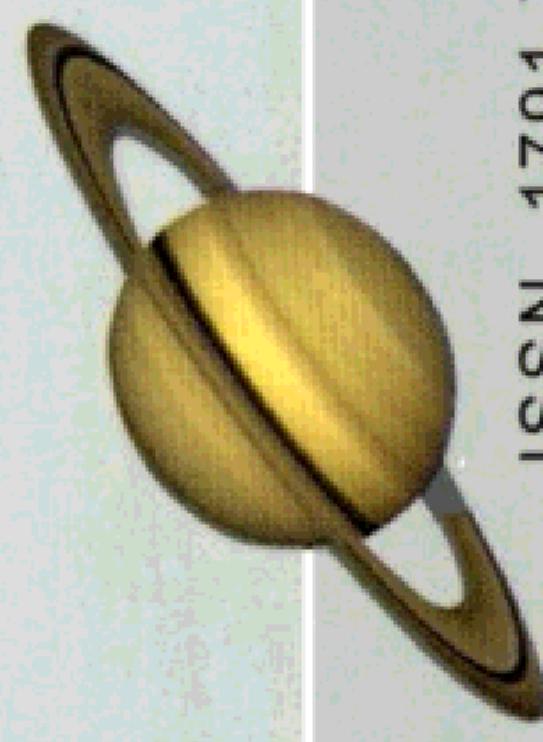
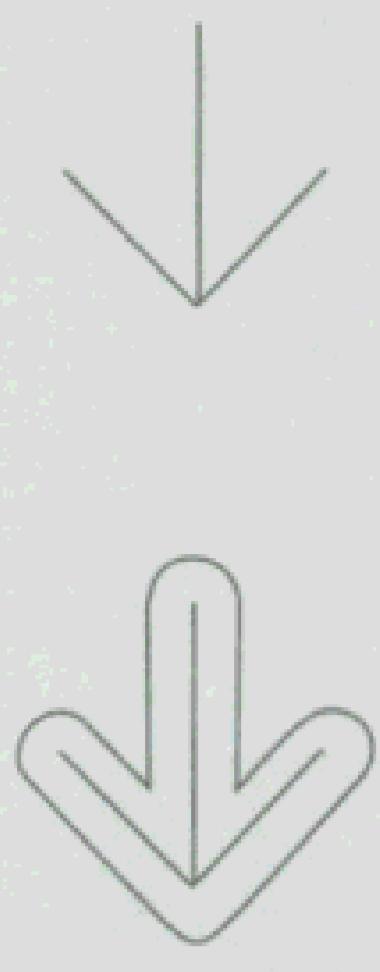


Δημοσίευση άρθρων

Γίνονται δεκτά άρθρα που πραγματεύονται **επίκαιρα ζητήματα στο χώρο της εκπαίδευσης ή και θέματα γενικότερου ενδιαφέροντος**. Τα κείμενα πρέπει να αποστέλλονται με e-mail, σε μορφή Word, ενώ οι φωτογραφίες που τα συνοδεύουν πρέπει να είναι σε ηλεκτρονική μορφή σε υψηλή ανάλυση. Η βιβλιογραφία, αν υπάρχει, παρατίθεται μόνο με τη μορφή υποσημειώσεων. Τα άρθρα, τα οποία μπορεί να είναι πρωτότυπα ή αναδημοσιεύσεις, δεν επιτρέπεται κατά κανόνα να υπερβαίνουν τις 2.000 λέξεις.

Για να δημοσιευτεί ένα κείμενο, πρέπει να εγκριθεί από την Συντακτική Επιτροπή. Η μερική ή ολική αναπαραγωγή κειμένων του περιοδικού επιτρέπεται μόνο με την άδεια του Εκδότη.

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να επικοινωνούν με την κα I. Αναστασάκου, τηλ.: 210 5385174, Fax: 210 5385852, e-mail: eee@teiath.gr



www.teiath.gr

ISSN 1791-7247

Αν. Σπυρίδωνος, 122 10 Αιγάλεω
Τηλ.: 210 538 5100, fax: 210 591 1590
e-mail: info@teiath.gr, webmaster@teiath.gr