

بنام آنکه جان را فکرت آموخت

سخنی با همکاران

یا مقرب القلوب و الإبصار
یا مدبر الیل و النهار
یا محول الحول و الاحوال
حول حالتنا الی احسن الحال

آمدن عید یعنی شکوه لبخند آب چشمه زلال. آمدن بهار یعنی زلال خنده مردمک کودکانی که نسیم را میبویند تا والدین آنها پشتی نگرانی را فراموش کنند و مهر فرزند داشتن را با خاک تازه بهاران، پیوند دهند. آمدن عید یعنی دل در گرو محبت آدمیان داشتن و درد و رنج و غم آنها را لمس نمودن. آمدن عید یعنی با تمام توان در رفع آلام دیگران کوشیدن.

همکار عزیزو دوست دانشمند، بهار از راه رسید و ما به توانایی خود و شما برای تغییر حال و رفتن از وضع موجود بسوی وضعیتی مطلوب هیچ تردیدی نداریم. ضمن آرزوی سلامتی و توفیق علمی برای شما این شعر حافظ را تقدیم حضورتان مینمائیم.

روز هجران و شب فرقت یار آخر شد
دم این فاله و گذشت اختر و کار آخر شد
آن همه ناز و تنعم که فزانت میفرمود
عاقبت در قدم باد بهار آخر شد
شکر ایزد که به اقبال کله کوشه کل
نفوت باد دوی و شوکت ثار آخر شد
صبح امید که شد معتکف پرده غیب
گو برون آجی که کار شب تار آخر شد
بعد از این نور به آفاق دهم از دل خویش
که به خورشید رسیدیم و غبار آخر شد
باورم نیست ز بد عهدی ایام هنوز
قصد غصه که در دولت یار آخر شد
ساقیا لطف نمودی قدمت پر می باد
که به تدبیر تو تشویش غمار آخر شد
در شمار ارچه نیاورد کسی حافظ را
شکرکنان منت بیرون ز شمار آخر شد



آمدن عید یعنی شکوه لبخند آب چشمه زلال. آمدن بهار یعنی زلال خنده مردمک کودکانی که نسیم را میبویند تا والدین آنها پشتی نگرانی را فراموش کنند و مهر فرزند داشتن را با خاک تازه بهاران پیوند دهند.

خواهد بود.

۱- جواز استفاده از رحم جانشین

از چند جهت استخدام رحم جانشین در فقه قابل توجیه است. نخست آنکه مصادیق معمول و متداول surrogacy یا از قبیل اجاره رحم است و یا عاریه آن. در هر دو فرض هیچ دلیلی بر فساد و بطلان آن از منظر حقوق شرعی وجود ندارد، زیرا مقتضای قاعده اولیه صحت و نفوذ کلیه توافقات اشخاص واجد صلاحیت و اهلیت میباشد. به عبارت دیگر، فساد و بطلان خلاف اصل و اثبات آن نیاز به دلیل صریح دارد. بنابراین، مصادیق surrogacy همانند دیگر توافقات طرفینی مشمول عموماً اولیه «تجاره عن تراض» و «المؤمنون عند شروطهم» و ادله ناظر بر اجاره و عاریه بوده و به حکم این عموماً صحیح و نافذ و بر طرفین توافق لازم الاتباع است. ایراد به اینکه اجاره رحم منافی با شأن انسان است ناتمام به نظر میرسد. مضافاً بر این، گرچه مصادیق اینچنینی در فقه تاکنون رایج نبوده ولی مواردی نظیر اجاره زن شیرده برای رضاع طفل دیگری در فقه رایج و مورد پذیرش فقیهان قرار گرفته است که با وحدت ملاک میتوان حکم بر صحت و نفوذ توافقات مزبور داد. بر فرض عدم امکان توصیف توافقات مزبور در قالب عقود اجاره و عاریه، توافقات مزبور در قالب عقود ابتدایی و فاقد نام هم قابل توجیه است، زیرا عموماً نظیر «اوفوا بالعقود» و «المؤمنون عند شروطهم» شامل توافقات مزبور بوده و هیچ دلیلی بر عدم شمول به نظر نمیرسد.

دوم آنکه قاعده عام «الناس مسلطون علی اموالهم» توافقات مزبور را شامل میشود، مخصوصاً بنا به نقلی که قاعده مزبور در آن با عبارت «الناس مسلطون علی اموالهم و انفسهم» روایت شده است. (بحار، ج ۲، ص ۲۷۲، باب ۳۳، روایت ۳۳). بر فرض نقل اول هم شمول قاعده مزبور قابل توجیه است، زیرا «اموال» دارای مفهوم عام و فراگیر بوده و شامل کلیه امور با ارزش میشود. در واقع در خصوص ما نحن فیه، زن و شوهر

درآمدی بر مسائل فقهی - حقوقی ART

وضعیت فقهی - حقوقی Surrogacy یا رحم جانشین (قسمت پنجم)

دکتر میر قاسم جعفرزاده

در شماره گذشته وضعیت حقوقی توافق surrogacy را از منظر حقوق ایران به اجمال مورد بررسی قرار دادیم. در آن مکتوب تلاش بر طرح دلایل پذیرش و یا عدم پذیرش توافقات مزبور در چارچوب اصول و قواعد حاکم بر عقود و تعهدات و نظام حاکم بر تولید فرزند در حقوق ایران بود. بررسی اجمالی مزبور نشان داد که به دلیل عدم موضع گیری قانونگذار ایرانی، پذیرش و عدم پذیرش چنین توافقاتی در نظام حقوقی ایران میتواند مستند بر دلایل و توجیهات حقوقی قابل ملاحظه ای باشد. از آنجا که نظام حقوقی ایران، بویژه مقررات حاکم بر عقود و تعهدات و تولید فرزند، متأثر از دیدگاه های فقهی فقیهان و فقه امامیه میباشد، شایسته است موضوع مزبور از منظر فقه هم مورد بررسی قرار گرفته تا راهنمای ما در پذیرش یا رد دیدگاه و تفسیر خاصی در حقوق ایران باشد.

ب) فقه امامیه

همچنانکه سابقاً یادآور شدیم، گروهی از فقیهان و نویسندگان فقهی ضمن توصیف قرارداد استخدام رحم جانشین به اجاره و یا عاریه رحم، توافق مزبور را تلویحاً شرعی و نافذ پنداشتند. البته اینان هیچ تحلیل و توضیحی پیرامون دلایل صحت و نفوذ اینگونه توافقات ارائه نداده اند، لذا این پرسش همچنان مطرح است که آیا توافقات مزبور شرعاً صحیح و نافذند یا باطل؟ به نظر میرسد در فقه هم پرسش مزبور پاسخ قاطع و واحدی دریافت نخواهد کرد. تجویز و ممنوعیت استخدام رحم جانشین هر دو قابل دفاع

پرورش دهنده جنین از حق خویش به نفع دیگری صرف نظر میکنند.

پدر و ادر قانونی حتی به موجب قرارداد نمیتوانند کودک منتسب به خود را به دیگری واگذار نمایند. چنین توافقاتی شرعاً ممنوع و مخالف کتاب و سنت است.

۲- ممنوعیت استفاده از رحم جانشین علیرغم استدلالهای مؤید تجویز استخدام رحم جانشین، از جهاتی پذیرش آن قابل تردید است. نخست اینکه هیچیک از مصادیق استفاده از رحم جانشین به منظور تولید فرزند در قالب عقود اجاره و عاریه قابل توصیف نیست زیرا در اجاره مالک منافع اعیان متعلق به خود را به دیگری تملیک و در عاریه هم منافع حاصل از مالش را مجاناً به طرف مقابل واگذار مینماید، در حالیکه در surrogacy کودک متولد منافع رحم نیست، مخصوصاً در مواردی که جنین محصول لقاح تخمک و اسپرم زن و شوهر پرورش دهنده جنین باشد.

دوم اینکه بر فرض توصیف توافقات surrogacy در قالب قرارداد بی نام شمول عموماً چون «اوفوا بالعقود» و «المؤمنون عند شروطهم» نسبت به آنها محل تردید است. ظهور قابل اعتماد عناوینی چون «العقود» و «شروطهم» عقود و شروط مطابق با شرع است نه مطلق عقود و شروط. توضیح اینکه، اگرچه گروهی از فقیهان واژه «شروط» مندرج در قاعده المؤمنون عند شروطهم را به تعهدات ضمن عقد تفسیر نموده اند، ولی همانطوری که پاره ای از فقیهان صاحب نام نظیر شیخ مرتضی انصاری - ره - تأکید نموده اند، واژه مزبور عام و شامل همه انواع تعهدات اصلی و ضمنی میشود. هر تعهد الزام آور لازم است فی نفسه شرعی و موافق کتاب و سنت قطعی باشد. به عبارت دیگر تعهد خواه اصلی باشد خواه فرعی، لازم است مشروعیت و عدم مخالفت آن با کتاب و سنت قطعی قبلاً احراز شود. به همین جهت در تعدادی از روایات قاعده مزبور با قیودی چون «الا ما خالف کتاب...» یا «الا ما حرم حلالاً او حلل حراماً» همراه

شده است. (در این مورد رک؛ شیخ مرتضی انصاری، المکاسب، ج ۳، ص ۷ به بعد، انتشارات دهاقانی، سال ۱۳۷۳).

با این پیش فرض نمیتوان surrogacy را، مخصوصاً در برخی صور، شرعی پنداشت. توضیح آنکه همانطوری که سابقاً یادآور شدیم مقتضای اصلی توافق surrogacy تولید بچه به نفع دیگری است. به موجب توافق مزبور surrogate mother و زوجش، در صورتیکه دارای شوهر باشد، متعهد میشوند ضمن پرورش جنین کودک متولد را بلافاصله پس از وضع حمل به متعهدله تسلیم نمایند. چنین تعهدی فی نفسه مخالف احکام لازم الاتباع (قوانین آمره) است؛ بر طبق اصول اولیه کودک از آن کسی است که به لحاظ نسب به او منتسب است. پدر و مادر قانونی حتی به موجب قرارداد نمیتوانند کودک منتسب به خود را به دیگری واگذار نمایند. چنین توافقاتی شرعاً ممنوع و مخالف کتاب و سنت است. سرپرستی و حضانت از کودک هم دارای دوچهره است. هم حق است و هم حکم و باید بر طبق مصلحت کودک تعیین شود.

در صورت تردید در صلاحیت والدین برای سرپرستی دادگاه باید تصمیم بگیرد، نه اینکه مطابق قرارداد تعیین تکلیف شود. سایر شئون نسب چون نفقه، اطاعت از والدین و محرمیت و حرمت نکاح هم از این قبیل است. البته در فرضی که کودک محصول لقاح تخمک و اسپرم زن و شوهر متقاضی کودک باشد ایراد فوق وارد نیست، ولی مصداق مزبور از جهات دیگری محل تردید است. نخست اینکه باردار شدن و وضع حمل برای زن نوعاً زیانبار بوده و پیامد های نامطلوب متعددی به دنبال دارد. بنابراین

(شوهر) است، نفوذ آن منوط به رضا و اجازه شوهر است.

ج - ارزیابی و نتیجه گیری
همانطوری که ملاحظه شد، تجویز و تحریم هر دو به جهاتی قابل دفاع است ولی استدلالهای مربوطه نه قادر به اثبات ممنوعیت تمامی صور و مصادیق surrogacy است و نه توان اثبات تجویز آن را دارند. واقعیت این است که تجویز مطلق و بدون قید و شرط تمامی صور و مصادیق surrogacy نه قابل دفاع است و نه اساساً شایسته است. کمالینکه ممنوعیت تمامی صور و مصادیق آن هم نه قابل دفاع است و نه امری معقول

در surrogacy کودک متولد منافع رحم نیست، مخصوصاً در مواردی که جنین محصول لقاح تخمک و اسپرم زن و شوهر پرورش دهنده جنین باشد

است. فرزندان شدن از جمله حقوق فطری و طبیعی هر انسان است. مادامی که منابع طبیعی قادر به ارضاء این حس نیرومند انسانی نیست باید نظام حقوقی این ظرفیت و انعطاف را داشته باشد که تحت شرایطی از راههای جانشین استفاده کند. نادیده گرفتن این گرایش قوی انسانی ضایعات فراوانی برای خانواده های محروم از فرزند بدنبال دارد. اساساً پذیرش نهاد حقوقی فرزند خواندگی در تمامی نظام های حقوقی در واقع در راستای پاسخ گویی به این راز پنهان در انسانها است که آنان از عمق جان شایق داشتن کودکی در خانه و در

اساساً پذیرش نهاد حقوقی فرزند خواندگی در تمامی نظام های حقوقی در واقع در راستای پاسخ گویی به این راز پنهان در انسانها است که آنان از عمق جان شایق داشتن کودکی در خانه و در کنار خویشند. منتها سپردن امر به دست افراد به هرج و مرج و گسیختگی روابط منجر میشود

کنار خویشند. منتها سپردن امر به دست افراد به هرج و مرج و گسیختگی روابط منجر میشود. لذا لازم است قانونگذار چارچوبها را مشخص کند و در قالب آن موارد ممنوع و مجاز را تعیین و شروط

نفوذ قرارداد مزبور تابع شرایط قاعده لاضرر است. دوم اینکه، باردار شدن به نفع دیگری محل حقوق زناشویی شوهر است. از آنجا که پذیرش تعهد از سوی زن به نوعی تجاوز به حقوق ثالث

می باشد این بیماری که در اثر اسپاسم اسفنکتر بین معده و گلوت می باشد موجب استفراغ غذا و بازگشت آن به دهان می گردد .

ویاگرا در رحم سبب افزایش ضخامت لایه رحمی و شاناس اتصال جنین به دیواره رحم را افزایش میدهد



داروی Progestogen مانع کننده از ایجاد کیست تخمدان در زمان تحریک تخمک گذاری

درمان با داروی پروژستوژن در زمان حساسیت زدایی هیپوفیز با آگونیستهای GnRH از ایجاد کیست تخمدان جلوگیری مینماید. به منظور تأیید این فرضیه که اضافه نمودن پروژستوژن قبل از شروع درمان با GnRHa در فاز فولیکولار اولیه شیوع کیستهای تخمدانی را در حین تحریک تخمگذاری به منظور انجام روش IVF کاهش میدهد، مطالعه ای آینده نگر و تصادفی توسط آقایان z Bekir و Engmann L ، Maconochie N ، Tan SL یکی از کلینیکهای IVF انگلستان صورت گرفت. در طی این بررسی ۱۱۶ خانم نابارور ۴۴-۱۸ ساله (متوسط ۳۵ ساله) که تحت درمان روشهای کمک باروری بوده با میزان FSH سرم کمتر از IU/L ۱۱ ، بدون وجود اندومتريوما یا کیست بیش از ۱۴ میلی متر در تخمدان مورد مطالعه واقع شدند که ۴۴٪ آنها دچار ناباروری با فاکتور مرد، ۱۰٪ بعلت فاکتور لوله ای، ۶٪ اندومتريوز، ۸٪ علت ناشناخته و ۳۲٪ بعلت مختلف نابارور بوده اند. ۴۳٪ از زنان PCO داشته و ۲۶٪ آنها در سیکل درمانی قبلی دچار کیست تخمدان بوده اند. همچنین ۱۶٪ این زنان ۴۰ سال و یا بیشتر سن داشته اند. بطور تصادفی ۶۲ زن، ۱۰ میلی گرم Noretindron به مدت ۵ روز در آغاز سیکل و ۵۴ نفر باقمیاند ه-یچ پروژستوژنی دریافت نمودند. اما همگی بیماران روزانه به میزان ۵۰۰ µg از روز دوم سیکل تا زمان مهار هیپوفیز GnRha دریافت نمودند. سپس دوز بوسرلین به ۲۰۰ µg روزانه تقلیل یافت و تحریک

نموده اند این مسئله با حاملگی این بیماران به تأیید رسید .

بهر حال پزشکیانی که این تحقیقات را انجام داده اند مصرف بی رویه و زیاد این دارو را توسط زنان نابارور به امید باروری را صلاح ندانسته و توصیه نمی نمایند. به نظر می رسد Viagra تنها برای گروه خاصی از زنان که اندومتر آنان نازک است، مفید میباشد. زیرا در این شرایط چسبیدن جنین به دیواره رحم با اشکال مواجه خواهد بود . داروی Viagra در مردان با افزایش جریان خون در پنیس در رفع مشکل ناتوانی جنسی آنها دخیل می باشد.

پزشکان معتقدند که این دارو بر روی رحم اثر مشابهی دارد. و سبب افزایش ضخامت لایه رحمی شده و شاناس اتصال جنین به دیواره رحم را افزایش میدهد. اما گروهی از متخصصین از خطرات احتمالی دارو برای مادر و رشد جنین هنوز هراس دارند انجمن ناباروری امریکا طی بیانیه ای اظهار

داروی Viagra همچنین در درمان بیماری Acholasia مؤثر می باشد

داشت که مصرف داروی Viagra همراه با خطرات و عوارض جانبی از جمله افزایش سطح اکسید نیتریک در رحم است که می تواند برای مادر و رشد جنین سمی باشد . این مطالعات توسط دکتر Geoffrey Sher که داروی Viagra را به طور قرص خوراکی و سپس شیافهای واژینال که زنان می بایست ۴ بار در روز استعمال کنند تهیه نموده، انجام شده است . دکتر Sher معتقد است که مطالعات بیشتری برای ترویج استفاده از ویاگرا به عنوان داروی ضد باروری استفاده می شود ولی باید توجه داشت که فقط گروه اندکی از زنان دچار نازکی ضخامت لایه رحم نابارور می باشند.

دکتر Derek Machin متخصص اورولوژی و داروی Viagra از دانشگاه Aintree اظهار می دارند که داروی ویاگرا در ابتدا در درمان بیماریهای قلبی مورد استفاده قرار میگرفت ولی امروز کاربردهای بسیاری پیدا کرده است که شاید اصلا در آن زمان به ذهن ما خطور نمیکرد . داروی Viagra همچنین در درمان بیماری Acholasia (آشالازی) مؤثر

موارد جواز را هم به صراحت تعیین نماید. از میان صور و مصادیق ممکن، به لحاظ نظری فرضی که زن و شوهری واجد اجزاء تشکیل دهنده بچه میباشند، ولی زن قادر به بارداری شدن نیست. صرف نظر از تردید در انتقال آن به رحم زن اجنبی، توافق surrogacy بلااشکال به نظر رسیده و حتی دریافت وجه در برابر آن مادامیکه به نوعی تجارت و سوداگری منجر نشود بلامانع است. کمالینکه پذیرش فرضی که زن و شوهر خود قادر به بچه دار شدن به طور طبیعی میباشند و تنها به دلایل شغلی و فرار از ضایعات ایام بارداری و زایمان حاضر به بارداری شدن نیستند، به سختی قابل دفاع است. فروض دیگر گرچه رد و پذیرش آن همانند دو فرض پیشین نیست ولی گرایش به پذیرش آن قوی تر است. در شماره آتی فصل جدیدی را گشوده و در آن بعد دیگری از ابعاد متنوع ART از منظر فقه و حقوق را به بحث خواهیم گذاشت.



ژورنال کلاب
به اطلاع کلیه همکاران
گرامی میرساند، ژورنال
کلاب هفته اول اردیبهشت
به علت تقارن با کنکره
باروری و ناباروری برگزار
نمیکرد، که بدینوسیله از
کلیه همکاران یوزش
میتطلبیم

اخبار علمی

بازگشت باروری با Viagra

بر اساس پاره ای تحقیقات که در مجله Human Reproduction منتشر گردیده است ، داروی ضد ناتوانی جنسی با نام Viagra احتمالاً می تواند ناباروری زنان را بهبود و آنان را باردار سازد. در مطالعه ای که در آمریکا بر روی ۳ الی ۴ زن نابارور که از داروی Viagra استفاده

در مواقعی که سلولها سه ساعت در معرض آفت کش ها قرار بگیرند پس از ۱۸ ساعت میتوانند به حالت اولیه خود بازگردند و هورمون تستوسترون تولید نمایند اما چنانچه ۶ ساعت در معرض تماس واقع شدند پس از ۱۸ ساعت دیگر نمیتوانند همانند حالت قبل تستوسترون ترشح نمایند.



«اثرات آفت کش ها بر باروری مردان»

بر اساس تحقیقات آژانس حفاظت از محیط زیست و انجمن جمعیت، مصرف متداول و معمول آفت کشها میتواند با کاهش سطح هورمون تستوسترون مردانه در باروری مردان اثر سوء داشته باشد و بر اساس پیشنهاد محققین به منظور کاهش این خطر سبزیجات و میوه ها را قبل از مصرف شسته و از محصولات ارگانیک استفاده شود. یک تیم پژوهشی به رهبری دکتر Benson Akingbemi در مرکز تحقیقات بیومدیكال مطالعه خود را با در معرض قرار دادن تعدادی موش (Rat) در مقابل HPTE که یک متابولیت آفت کش متوکسی کلر (Methoxy Chlor) بوده و در حفظ و نگهداری میوه ها و سبزیجات استفاده میشود آغاز نمود و متوجه شدند که HPTE بطور قابل ملاحظه ای سبب کاهش سطح تستوسترون در موشها میشود. از زمانیکه مصرف سم DDT در آمریکا ممنوع اعلام شده (۱۹۷۲) استفاده از ترکیب متوکسی کلر بطور گسترده ای رایج گردیده است. این ترکیب محافظت کننده ای است که بسرعت از بدن دفع شده و نسبت به DDT از سمیت کمتری برخوردار است.

بنابر اظهارات دکتر Matthew P.Hardy متخصص بیولوژی تولیدمثل و یکی از مؤلفین مقاله منتشر شده در مجله Biology of Reproduction پیامدهای این یافته های این است که مردان از کاهش قدرت باروری خود بعلت کمبود تستوسترون رنج میبرند البته واضح است که فاکتورهای دیگری در این مسأله دخیل هستند اما این متابولیت بر روی

ایجاد کیستهای تخمدانی را کاهش و مدت زمان دستیابی به مهار هیپوفیز نیز را به یک هفته تقلیل دهد.



«نقش تغذیه در باروری مردان»

گروهی از پژوهشگران هلندی به منظور تعیین عوامل مؤثر در ناباروری مردان بخصوص نقش فاکتورهای تغذیه ای مانند آهن و روی مطالعه ای را انجام دادند. عوامل بسیاری در ناباروری مردان دخیل میباشد که از این میان دو عامل محیطی و ژنتیک نقش بسزایی بازی میکنند اگرچه پاتورنز ناباروری مردان از جمله نقش عناصر غذایی روی و فولات هنوز بطور دقیق مشخص نمیشد. روی و فولات در سنتز DNA و RNA نقش دارند. کمبود روی موجب علائم کلینیکی چندی از جمله کاهش اسپرما توژنزیس شده که میتواند سبب ناباروری مردان گردد اما پاتوفیزیولوژی دقیق آن نیاز به روشنگری دقیقتری دارد.

بنابراین میتوان نتیجه گرفت که بیشترین علت ناباروری ناشناخته میباشد و تحقیقات بیشتری در فهم این عوامل لازم میباشد چون باروری اندک مردان میتواند بعلت کمبودهای تغذیه اختصاصی باشد میباشد به نقش درمانی یا پیشگیرانه مکملهای غذایی توجه بیشتری معطوف و تأکید مطالعات باید بروی اثرات تغذیه اختصاصی بر روی باروری مردان باشد.

Ref : Fertil Steril 2000 Mar 1; 73(3): 435-44



تخمک گذاری با گنادوتروپین آغاز و در ۴۵٪ از سیکلها IVF و یا میکرواینجکشن انجام شد. در این مطالعه پارامترهایی از جمله، وجود کیستهای فونکسیون تخمدان (بزرگتر یا مساوی ۱۰ میلی متر، میزان استرادیول سرم بیش از ۱۵۰ مول در لیتر)، زمان دستیابی به مهار هیپوفیز (کیست تخمدان کوچکتر از ۱۰ میلی لیتر، ضخامت اندومتر کمتر از ۵ میلی متر و میزان استرادیول سرم کمتر یا مساوی ۱۵۰ مول در لیتر)، استحصال تخمک، جنینهای با کیفیت خوب بدست آمده، حاملگی (در صورت تأیید ساک حاملگی توسط سونوگرافی)، ارزیابی های آماری کنترل شده برای سن اندازه گیری شد. نتایج اینگونه نشان داد که پس از یک هفته درمان با GnRHa، در گروه پروژستوژن ۹۵٪ زنان و در گروه کنترل ۵۹٪ دچار مهار هیپوفیز شدند. پس از دو هفته این نسبت ها به ترتیب به ۱۰۰٪ و ۶۷٪ افزایش یافت. نسبت زنان با کیستهای فونکسیون تخمدان پس از یک هفته ۲/۱۲ (۵٪) در گروه پروژستوژن و ۲۱/۵۴ (۳۹٪) در گروه کنترل بود و پس از دو هفته این نسبتها به ترتیب به ۰/۶۲ و ۲/۵۴ (۳۷٪) تقلیل یافت ($P < 0.0001$). در گروه کنترل ۱۰ زن (۱۹٪) و در گروه پروسترون هیچ بیماری نیاز به تخلیه کیست همزمان با تحریک تخمدان نداشت.

تجویز پروژستوژن در پروتکل Long GnRHa در طی تحریک تخمدان برای IVF شیوع ایجاد کیستهای تخمدانی را کاهش و زمان دستیابی به مهار هیپوفیز نیز را به یک هفته تقلیل دهد.

تعداد اووسیتهای دریافت شده در گروه پروژستوژن ۱۱/۳ (۵/۸) و در گروه کنترل ۱۱/۸ (۵/۶) ($P = 0.82$) بود. متوسط جنینهای بدست آمده با کیفیت خوب در هر گروه ۲ عدد بود ($P = 0.70$) میزان حاملگی به ازاء انتقال هر جنین ۵۸/۲۰ (۳۴٪) در گروه پروژستوژن و در گروه کنترل ۹/۴۹ (۱۸٪) و به ازاء هر سیکل به ترتیب ۳۲٪ و ۱۷٪ بود میزان لانه گزینی ۳۰/۱۳۸ (۲۲٪) و ۱۱/۱۱۹ (۹٪) به ترتیب گزارش گردید. بنابراین میتوان دریافت کرد که تجویز پروژستوژن در پروتکل Long GnRHa در طی تحریک تخمدان برای IVF شیوع

هیپراستیمولاسیون در گروه rhFSH و سه مورد (۲/۲٪) در گروه مقابل دیده شد.

بنابراین میتوان اینگونه نتیجه گرفت که hFSH نسبت به UhFSH در تولید و رشد فولیکولهای تخمدانی بسیار مؤثرتر است.

Ref: Hum Reprod 2000 Mar 15(3): 520-525



معرفی کتاب

اصول اهداء تخمک و جنین

این کتاب توسط گروهی از مؤلفان از جمله دکتر Mar. k suer از صاحب نظران روشهای کمک باروری تألیف گردیده است. در این کتاب علاوه بر بحث و بررسی مطالب پزشکی، مباحث اخلاقی و قانونی این روشها توسط دکتر Sauer و همکارانش توضیح داده شده است و قطعاً میتوان آن را کتابی جامع و فراگیر قلمداد نمود. جزئیات اهداء جنین و یا تخمک با اندک تداخلی در جوانب تکنیکی در آغاز کتاب مورد بحث و نیز مراحل انتخاب و غربالگری فرد اهداء کننده با چگونگی آماده سازی هورمونی و مراقبت های مامایی هرکدام در بخشی جداگانه توضیح داده شده است. از جمله نکات مؤکد نقش بحرانی پروژسترون در تعیین زمان مناسب برای لانه گزینی جنین و یا عبارتی Implantation window میباشد و دکتر Ziegler استعمال واژینال آن را به عنوان یک راه بهتر در دستیابی مستقیم آندومتر رحم به پروژسترون نسبت به شیوه تزریقی آن میدانند. از دیگر عناوین مورد بحث جنبه های ژنتیکی انتخاب فرد اهداء کننده، هماهنگی سیکل های قاعدگی فرد اهداء کننده و گیرنده، مشکلات و عوارض جانبی روشها و نقش سونوگرافی در برنامه اهداء جنینی، سندرم تخمدان پلی کیستیک خطر OHSS در فرد اهداء کننده، اندیکاسیون های اهداء تخمک با تأکید بر عامل مهم یائسگی زودرس، میباشد. در حال حاضر به منظور جلوگیری از مشکلات ژنتیکی، درمان بیماران Poor responder و البته جهت درمان زنانی که باروری آنها به علت گذر زمان از بین رفته است از اهداء جنین و یا تخمک استفاده میگردد. امروزه اغلب زنان بعلت

روشهای کمک باروری مانند ICSI گروهی از پژوهشگران مطالعه ای آینده نگر، تصادفی و دوسوکور را انجام و اثرات و صحت دو دارو را مورد بررسی قرار دادند. از ۲۷۸ بیمار تحت درمان با پروتکل Long GnRHa، ۱۳۹ نفر از داروی rhFSH و ۱۳۹ نفر از Purified highly urinary FSH [Metrodin (R) HP] به میزان ۱۵۰ واحد روزانه طی ۶ روز اول درمان استفاده نموده که در روز هفتم میزان دارو بر اساس پاسخ تخمدانها تعیین گردید. تجویز ۱۰/۰۰۰ واحد آمپول hCG براساس رشد بیش از یک فولیکول با سایز ۱۸ میلی متر و دو فولیکول مساوی یا بزرگتر از ۱۶ میلی متر صورت گرفت در ۱۲۸ بیمار مصرف کننده r-hFSH و ۱۱۳ بیماری که U-hFSH دریافت نموده اند حداقل یک اووسیت بدست آمد. استحصال تخمک ۲۸-۳۶ ساعت پس از تزریق hCG انجام گردید. همچنین تعداد متوسط اووسیت های بدست آمده بطور مشخصی در بیماران تحت درمان با r-hFSH (۹/۱ ± ۱۱) در مقابل (۸/۸ ± ۴/۸) (P = ۰/۰۰۲) و تعداد

هورمون تستوسترون مردان تأثیر نامطلوب دارد. این محققین سلولهای لایدیک را از بیضه موشهای بالغ برداشته و با میزانهای مختلفی از HPTe کشت دادند. در مواقعی که سلولها سه ساعت در معرض آفت کش ها قرار بگیرند پس از ۱۸ ساعت میتوانند به حالت اولیه خود بازگردند و هورمون تستوسترون تولید نمایند اما چنانچه ۶ ساعت در معرض تماس واقع شدند، پس از ۱۸ ساعت دیگر نمیتوانند همانند حالت قبل تستوسترون ترشح نمایند.

براساس عقیده دکتر Aking bemi پاسخ انسانها نیز قریب به یقین همانند موشها خواهد بود. البته بهرحال میزان آفت کش و زمان تماس مشخص نمیشد که چه مدت تماس میتواند تغییراتی در تستوسترون انسان و تولیدمثل آن داشته باشد. براساس تخمین وی اغلب افرادی که در معرض میزانی حدود ۰/۸ میکروگرم متوکسی کلر قرار میگیرند میتوانند قدرت باروری خود را حفظ نماید. دکتر Aking bemi معتقد است باید به پسران جوانی که در معرض مواد شیمیایی میباشد توجه نمود، چرا که عواقب تماس طولانی مدت با این مواد همچنان نامعلوم است.

وی هشدار میدهد که محدود نمودن تماس امروز با این ترکیبات قبل از مصرف آنها لازم است و میبایست در برابر این متابولیتها اقدامات محافظتی از طریق شستشوی مواد قبل از مصرف و استفاده از سبزیجات و میوه جاتی که بطور ارگانیک تولید میشود، بعمل آید. هم اکنون دانشمندان در پی انجام مطالعات گسترده ای بر روی دیگر متابولیت های شیمیایی مواد موجود در وسایل پزشکی و یا کنسروهای غذایی که میتوانند بر هورمونهای تولیدمثلی تأثیر گذارند، هستند.

Ref: Biology of Reproduction 2000, 6: 571-578



مقایسه کاربرد دو داروی Recombinant hFsh و FSH بدست آمده از ادرار در ART

به منظور مقایسه دو داروی Recombinant Human FSH (FSH, Gonal-F(R)) و F(R)) ادراری با خلوص بالا [Metrodin (R) HP] در زنان تحت درمان

۲۸

گردهمایی
باروری و ناباروری

Fertility & Infertility
J.Club

موضوع: کلامیدیا و ناباروری
سخنران: دکتر لیلی چمنی

تاریخ: دوشنبه ۱۹/۲/۷۹ ساعت: ۱۳/۳۰ - ۱۲/۳۰

مکان: بزرگراه شهید چمران، اولین، دانشگاه شهید بهشتی
پژوهشکده ابن سینا (بیولوژی، بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی)

متوسط جنین های حاصل در همین گروه نسبت به گروه مقابل (۳/۷ ± ۵/۱) با تجویز FSH در مقابل (۲/۵ ± ۳/۵) (۰۰۰۱) (P = ۰/)

لازم به ذکر است که مصرف کنندگان داروی r-hFSH از تعداد کمتری آمپول استفاده و با دوزهای کمتری نسبت به گروه مقابل تحت درمان بودند. جایگزینی جنینها در روز ۲ الی ۳ پس از استحصال تخمک منجر به تولد ۳۶ نوزاد در گروه [Gonal-F(R)] و ۳۳ نوزاد با داروی Metrodin HR(R) گردید که معنی دار نبود. در ۷ مورد (۵۰٪) سندرم

تمایل برای تأخیر در فرزند دار شدن با این چنین مشکلاتی دست به گریبان هستند. دکتر Jane Rosental در خصوص جنبه های روان شناسی مطالبی را عنوان نموده است ولی در مورد یائسگی به عنوان مرحله ای از زندگی باروری یک زن و تجربیات یک زن از یائسگی که میتواند به زمان روی دادن آن، شیوه تفکرات و البته فرهنگی که فرد در آن زندگی میکند وابسته باشد را توضیح داده است. همچنین جنبه های اخلاقی و قانونی روش اهداء تخمک و جنین در این کتاب مورد بحث و بررسی واقع شده است.

این کتاب در سال ۱۹۹۸ با قیمت ۶۸/۵۰ پوند منتشر گردیده است.

ISBN: 0387949607

**Middle East Fertility Society
7th Annual Meeting
(MEFS 2000)**

15-8 Nov. 2000
Beirut , Lebanon
Info: Professor M.Aboulghar, 10
Geziret El Arab st., Mohandessin, Cairo
2411 Egypt



ESHRE 2000

25-28 June 2000
Bologna - Italy
Info: ESHRE CENTRAL offtce
Heid: Roijemans van Akenstraat 41 B-
1850 Grimbergen BELGIUM



۴- تکنولوژی های ترانسژنیک و همانندسازی
ثبت نام: با امتیاز باز آموزی برای متخصصین زنان و ارولوژی، علوم آزمایشگاهی، ژنتیک و پزشکان عمومی.
آدرس دبیرخانه سمپوزیوم:
تهران - ص پ ۱۷۷-۱۹۸۳۵
پژوهشکده ابن سینا (مرکز تحقیقات بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی جهاد دانشگاهی)
تلفن: ۲۴۰۲۰۱۱، تلفکس: ۲۴۰۳۶۴۱
Email: RBIBR@Yahoo.com



صبح امید که شد معتکف برده غیب
کو برون آیی که کار شب تار آفر شد
بعد از این نور به آفاق دهم از دل تویش
که به نورشید رسیدیم و غبار آفر شد



**سمپوزیوم بین المللی
«ژنتیک و بیوتکنولوژی تولیدمثل»
Symposium on
Genetics & Biothechnology of
Reproduction**

برگزار کنندگان:
پژوهشکده ابن سینا
(مرکز تحقیقات بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی جهاد دانشگاهی)
با همکاری:
مرکز ملی تحقیقات مهندسی ژنتیک و بیوتکنولوژی ایران
انجمن بیوتکنولوژی ایران
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
مؤسسه تحقیقات واکنس و سرم سازی رازی

انستیتو پاستور ایران
مرکز تحقیقاتی درمانی ناباروری یزد
زمان: پنجشنبه ۲۶ خرداد ۱۳۷۹
مکان: تهران - سالن کنفرانس دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی رو بروی دانشگاه شهید بهشتی ساعت ۸-۱۷/۳۰
از پژوهشگران و اساتید ارجمند دعوت می گردد خلاصه مقالات و تحقیقات خود را در محورهای ذیل به زبان انگلیسی حداکثر تا تاریخ ۷۹/۲/۱۵ به آدرس دبیرخانه سمپوزیوم ارسال نمایند.

محورهای سمپوزیوم:
۱- ژنتیک تولید و تمایز سلول های جنسی
۲- کاربرد بیوتکنولوژی در تشخیص و درمان ناباروری
۳- تشخیص ژنتیک قبل از لانه گزینی و قبل از تولد

آگهی استخدام هیات علمی
پژوهشکده ابن سینا به منظور تکمیل کادر تخصصی خود افراد واجد شرایط ذیل را به همکاری دعوت می نماید:
۱- متخصص زنان و زایمان
۲- متخصص کلینیکال آندروولوژی
اولویت انتخاب، داشتن تجربه عملی و علمی در ناباروری و شرط اصلی انتخاب فعالیت تمام وقت میباشد

اخبار کنفرانس ها

هشتمین کنگره باروری و ناباروری ایران
زمان: ۶-۳ اردیبهشت ۱۳۷۹
مکان: تالار امام بیمارستان امام خمینی - تهران
آدرس دبیرخانه: تهران - بیمارستان سینا - بخش تحقیقات پیوند - کدپستی ۱۱۳۶۴



بولتن تولید مثل و نازایی
صاحب امتیاز:
پژوهشکده ابن سینا
مدیر مسئول: دکتر محمد مهدی آخوندی
زیر نظر شورای علمی نشریه:
دکتر ربابه طاهری پناه،
دکتر معرفت غفاری،
دکتر هادی کریمی
پرپرسا مردانیپور،
شمیسه اسکندری
همکاران اجرائی:
ناصر رحیمی، ابوالفضل علیزاده
طرح روی جلد:
پیمان احسانی
آدرس: تهران، بزرگراه شهید چمران
دانشگاه شهید بهشتی، انتهای بلوار صندوق پستی: ۱۷۷-۱۹۸۳۵
تلفن: ۲۴۰۳۶۴۱، ۲۴۰۲۰۱۱
فاکس: ۲۴۰۳۶۴۱
EMAIL:RBIBR@YAHOO.COM