

سیام بارور و مابارور کے

۲۴

قیمت: ۱۰ تومان

سال دوم - تیرماہ ۱۳۸۰



• سرمقالہ:

چرا درمان تیرہ ای نڈا: (۱)

• سیری در دنیای علم:

آندوتروز

• پانچ برج پر سہماں شام

• خاطرات باروری

• اخبار علمی برگزیدہ:

لیزر دیالکت و در پستان قبل از قاعدگی

• دانستہماں باروری:

سندرم ترنوفنا باروری

• اطلاعات دارویی:

hMG

• جدول



پژوہنگدہ ابن سینا

مرکز پژوهشی بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی ہماہد دانشگاہی

ناباروری خود موفق بوده اند، که هر روش درمانی را بیش از یک مرتبه تکرار نموده اند بهمین دلیل است که مراکز درمان ناباروری قبل از انتخاب روش های دیگر درمانی، حداقل انجام ۳ الی ۴ سیکل درمانی با یک روش انتخابی را به هر زوج توصیه می نمایند.

۳- فقط اسپرم و تخمک نیستند که در باروری زوج مؤثرند.

بسیاری از درمانهای ناباروری با استفاده از شرایط طبیعی بگونه ای طراحی و برنامه ریزی می شوند که در زمان مناسب و مساعد سیکل، اسپرم و تخمک در مجاورت هم قرار گیرند و این نکته در شکل های متفاوت درمانی، تحت عنوان زمان نزدیکی، تحریک تخمک گذاری، تزریق اسپرم بداخل رحم و لقاح خارج رحمی رعایت می شود. برخی از زوجین وقتی نتیجه منفی درمانی خود را، پس از تنظیم زمانبندی دقیق مجاورت اسپرم و تخمک مشاهده می نمایند، بسیار نگران شده و اظهار می دارند که بایستی نتیجه می گرفتند. لازم به توضیح است که وقوع حاملگی فقط مجاورت ساده اسپرم و تخمک در زمان مساعد و مناسب نیست، و بسیاری موارد دیگر نیز در این موقعیت مؤثرند که

بطور نسبی حداقل زمان برای حاملگی زوج بدون داشتن مشکل ناباروری پس از تصمیم و تلاش برای داشتن فرزند، شش ماه می باشد.

برخی از آنها شامل: طبیعی بودن وضعیت ژنتیکی اسپرم و تخمک، طبیعی بودن جنین حاصل از لقاح اسپرم و تخمک، از بعد ژنتیکی برای تداوم تقسیمات بعدی و رشد جنین، انتقال جنین از محل باروری در لوله های رحمی به رحم و در موقع مقرر، رشد مناسب و کامل دیواره رحمی در زمان رسیدن جنین به رحم، وجود فاکتورهای لازم برای جایگزینی جنین در رحم و نهایتاً ترشح هورمونهای ضروری برای

تلاش و پیگیری نداشته اید.

اغلب زوجهای نابارور به این نکته توجه نمی نمایند که حتی اگر دلیل اصلی ناباروری آنها مشخص و تعیین شد و بدنبال آن درمان صحیح نیز برای رفع مشکل انتخاب گردید، حصول موفقیت نیازمند تلاش، پی گیری و تداوم و تکرار درمان است. بطور طبیعی، کارایی و قابلیت تولید مثل در انسان، و در افراد عادی بدون داشتن هیچگونه مشکلی، بالا

بیشترین موفقیت ها در درمان ناباروری، پس از تلاش های مکرر درمان حاصل شده است آمار نشان میدهد، زوجهایی در درمان ناباروری خود موفق بوده اند، که هر روش درمانی را بیش از یک مرتبه تکرار نموده اند.

نیست. حتی در بهترین حالات و موقعیت ها و در زمانی که والدین در بهترین موقعیت زمانی و باروری قرار دارند، شانس حاملگی زوج در هر ماه ۲۵ درصد می باشد. بطور نسبی حداقل زمان برای حاملگی زوج بدون داشتن مشکل ناباروری پس از تصمیم و تلاش برای داشتن فرزند، شش ماه می باشد.

۲- شما علل و دلایل موفقیت در حاملگی زوج نابارور را نمی دانید.

این موضوع نتیجه منطقی اولین پاسخ ارائه شده در بالا است و زوجین که مرتباً دوستان خود را پس از درمان موفق ناباروری نشان میدهند، بایستی باین پاسخ توجه نمایند. در درمان ناباروری اظهار این مطلب صحیح نیست که گفته شود، اگر بنا به موفقیت بود، بایستی در اولین درمان پاسخ مساعد میداد. مفهوم این مطلب اینست که همه زوجهای ناباروری که موفق به داشتن فرزند شده اند، از اولین درمان خود نتیجه گرفته اند واقعیست این است که بیشترین موفقیت ها در درمان ناباروری، پس از تلاش های مکرر درمان حاصل شده است بر اساس آمار موجود، زوجهایی در درمان

به نام آنکه هستی از اوست

سرمقاله



چرا درمان نتیجه ای نداد؟!

(۱)

دکتر محمد مهدی آخوندی

از متداولترین و رایجترین و عمومی ترین سؤلهایی که زوجین تحت درمان ناباروری، پس از درمان ناموفق خود می نمایند، اینست که چرا درمان ما نتیجه ای نداد؟ پرسش این سؤال هیچگونه ارتباطی به نوع درمان انجام شده ندارد. معمولاً این سؤال پس از اولین درمان ناموفق و عمدتاً در مواردی اظهار می شود که بیماران اطلاعات و شناخت کافی از مشکل ناباروری خود نداشته و از برنامه درمانی خود تاحدی مطلع هستند، اگر چه تقریباً همه زوجها و حتی آنهایی که شانس بالاتری را در درمان خود داشته اند بنوعی این سؤال را مطرح می نمایند. در بسیاری موارد موفقیت در درمان برای پزشک و بیمار آنچنان نزدیک و در دسترس می نماید، ولی ناگهان این انتظار به یاس تبدیل می شود. در پایان یک روند درمانی ناموفق، سؤال از اینکه چرا درمان نتیجه ای نداشته است، نگرانی بیحد و حصر زوج را نشان میدهد و در این موقعیت، پاسخ به این سؤال و متقاعد نمودن زوج بسیار مشکل خواهد بود. اغلب بیمارانی که تحت مراحل درمان ناباروری قرار میگیرند، باید به این نکته توجه نمایند که موفقیت، چندان آسان بدست نمی آید. برای بدست آوردن اطمینان و ترغیب به جدیت و تلاش بیماران در مسیر مشکل درمان ناباروری و قبل از پایان یافتن فرصت های طلایی، دانستن پاسخ این سؤال لازم به نظر می رسد، که برخی از آنها از قرار ذیل می باشد:

۱- شما در انجام درمان ناباروری خود باندازه کافی جدیت،

خانم‌ها در قسمت‌هایی از بدن دارای اندومت‌ریوز هستند که اصلاً رشد و گسترش ندارد در حالیکه در عده ای دیگر بیماری در سراسر حفره لگن گسترده شده است.

تحریک بافت‌های اطراف سبب ایجاد یکسری بافت‌های نواری شکل میشود این نوارها به اعضای لگنی متصل شده و حتی ممکن است تمام سطح آنها را در برگیرد. این بیماری همیشه علامت دار نیست. زمانی با درد شدید قاعدگی و مقاربت بروز می‌کند و زمانی اندومت‌ریوز به عنوان عامل ناباروری مطرح می‌باشد.

علت بروز اندومت‌ریوز

فرضیه‌های مختلفی در زمینه علت ایجاد اندومت‌ریوز وجود دارد. **فرضیه قاعدگی معکوس** که در ۹۰-۷۰٪ خانم‌ها رخ می‌دهد در خانم‌های مبتلا به این بیماری شایعتر است. در این فرضیه برگشت خون قاعدگی از طریق لوله‌های رحم به داخل شکم سبب کاشته شدن سلولهای رحمی در حفره شکم می‌شود.

فرضیه تبدیل بافت‌های پوششی به یکدیگر که مبدل شدن یک بافت را به بافت رحم مطرح می‌کند که تحت تاثیر عوامل هورمونی و عفونی یا اشعه رخ می‌دهد **فرضیه القا** که بر طبق آن یک عامل داخلی باعث تبدیل سلولها به بافت رحم می‌شود. **فرضیه نفوذ مستقیم سلولهای اندومتر** که ایجاد اندومت‌ریوز را در محل برش‌های جراحی توجیه می‌کند.

اگر یکی از بستگان درجه اول به این بیماری مبتلا شد احتمال خطر ابتلا ۷ برابر می‌شود و اغلب محدود به نسل مادری است.

قاعدگی معکوس پدیده شایعی می‌باشد ولی همه خانم‌های دارای قاعدگی معکوس به این بیماری مبتلا نمی‌شوند ممکن است در صورت وجود اختلال سیستم ایمنی در جهت پاکسازی سلولهای اندومتر از حفره رحم امکان ابتلا این بیماری بیشتر شود. خانم‌های مبتلا بیشتر دارای دوره‌های قاعدگی کمتر از ۲۷ روز و یا خونریزی بیش از ۸ روز می‌باشند. **عوامل هورمونی** در ایجاد این بیماری به دلایل زیر نقش دارند.

مشکلات روحی و روانی زوج ناشی از عدم نتیجه کاهش نمی‌یابد. ادامه بحث را در شماره آینده مطالعه فرمائید.

سیری در دنیای علم



اندومت‌ریوز (۱)

دکتر ویدا عمید
متخصص جراحی زنان و زایمان و نازایی

اندومت‌ریوز یکی از بیماریهای نسبتاً شایعی است که بسیاری از زنان را در سنین باروری درگیر می‌سازد، شیوع آن در سنین باروری حداقل ۱٪ می‌باشد. این بیماری یک پدیده خوش‌خیم بوده و زمانی ایجاد می‌شود که بافت طبیعی پوشش داخل رحم در جایی غیر از رحم رشد کند ولی اکثراً در محدوده لگن یافت می‌شود. این بافت در هر جایی که باشد تخمدان، لوله‌های رحمی، حفره شکم، مجاری ادراری یا مجاری روده‌ای، نسبت به هورمونهای استروژن و پروژسترون حساس بوده با افزایش این هورمونها این بافت‌ها رشد کرده و بزرگ می‌شوند و با کاهش میزان این هورمونها دچار خونریزی می‌گردند. اما برخلاف خون قاعدگی که به طور طبیعی از بدن خارج می‌شود خون حاصل از ریزش این بافت‌ها راهی به بیرون

اندومت‌ریوز یکی از بیماریهای توارث نسبتاً شایعی است که بسیاری از زنان را در سنین باروری درگیر می‌سازد، شیوع آن در سنین باروری حداقل ۱٪ می‌باشد.

ندارد و در نتیجه در خود شکم باقیمانده و بافت‌های اطراف خود را تحریک می‌کند.

تشخیص قطعی این بیماری آسان نیست از آنجائیکه تشخیص فقط با روشهای جراحی امکان پذیر است تعیین دقیق شیوع و عوامل خطرزای آن امکان پذیر نیست. عده ای از

تداوم حاملگی می‌باشند. هر گونه نقص در یکی از موارد بالا موجب توقف در حاملگی خواهد شد. **۴- انتظارات شما از درمان ناباروری واقعی نیست.**

زوجهای نابارور بعلت اهمیت داشتن فرزند و نگرانی‌های حاصل از نداشتن آن، اغلب تذکرات و

اغلب بیماریانی که تحت مراحل درمان ناباروری قرار میگیرند، باید به این نکته توجه نمایند که موفقیت چندان آسان بدست نمی‌آید.

توصیه‌های متخصصین درمان ناباروری را شنیده ولی به آن توجهی نمی‌نمایند. و لذا اغلب توصیه‌های ارائه شده به زوج، بواسطه ترس و یا ناباوری و یا توجه به توصیه‌های غیر تخصصی دوستان و خویشاوندان انجام نمی‌گردد. برای مثال ممکن است که پزشک برای اطمینان از عدم وجود اندومت‌ریوزیس، درخواست لاپاراسکوپی را بنماید ولی خانم مراجعه کننده آنرا به آینده موکول نموده و درخواست درمان دارویی را بنماید. و یا در مثال دیگری در مورد مرد با کیفیت اسپرم بسیار ضعیف و وجود واریکوسل حاد، ممکن است پزشک پیشنهاد انجام عمل واریکوسلکتومی نموده ولی او قبل از هر اقدامی درخواست درمان بروش III (تزریق اسپرم بداخل رحم) را بنماید. و در مثال دیگر، پزشک برای زنی با بیش از ۴۰ سال سن، پیشنهاد استفاده از تخمک اهدایی را نماید ولی او مرتباً بدون توجه به مشکلات ناشی از آن، درخواست درمان با استفاده از تخمک خودش را تکرار نماید. بنابراین مواجهه با اصرارهای مداومی برای شروع و یا تداوم درمان، علیرغم پیش بینی موفقیت بسیار اندک و یا عدم موفقیت، در زوجهایی با داشتن مشکلات، غیر معمول نیست. و حتی در این گونه موارد، زمانی که استفاده از روش درمانی مورد اصرار بیمار به نتیجه ای نمیرسد، نگرانی‌ها و

مردان بسیار کمی علائم ناراحت کننده منوپوز را که در خانمها بروز می کند تجربه خواهند کرد در موارد نادر آقایان ممکن است گرگرفتگی و بطور شایعتر تغییرات روحی-اجتماعی را تجربه کنند.

سوال: من سه بار IVF شدم و ظاهراً در هر سیکل نیز تخمکهای خوبی داشتم ولی هیچگاه جنینهای حاصل در رحم من کاشته نشدند. ممکن است توضیح بدهید که چگونه این اتفاق می افتد؟ لازم به ذکر است که نمونه اندومتر من نیز کاملاً سالم بوده است

جواب: علل شکست جنین در کاشته شدن و لانه گزینی در رحم هنوز کاملاً شناخته نشده است بعضی از مراکز برای این منظور تغییر برنامه درمانی یا روش انتقال را پیشنهاد می کنند به امید اینکه احتمال کاشته شدن جنین افزایش یابد اما موثر بودن هیچ یک از این روشها هنوز ثابت نشده است. اندازه گیری آنتی فسفولیپید آنتی بادی ممکن است در بعضی از خانمها مفید باشد ولی بر اساس اخبار امیدوار کننده شانس حاملگی بعد از سه شکست طی ۲ تا ۳ سیکل جدید بسیار بالا می باشد.

خاطرات باروری



پژوهشگره ابن سینا (مرکز تحقیقاتی بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی) در نظر دارد بمنظور انعکاس مشکلات ناشی از درمان، تهیه دارو، تأثیرات سوء ناشی از ناباروری یا خاطرات تلخ و شیرین ناباروری و یا زحماتی که برای حصول باروری متحمل شده اید در هر شماره ماجرای زوجی نابارور را که برای دفتر نشریه ارسال شده است، منتشر نماید. تا شاید تأثیر روانی مثبتی بر دیگر زوجها و یا نحوه برخورد پزشکان محترم داشته باشد.

من خانمی ۲۴ ساله هستم وشوهرم ۴۶ سال سن دارد ۳/۵ سال

است. اندومتريوز ريوي به صورت همراهی خلط خونی در زمان قاعدگی می باشد. هنگامی که بیمار توده ای قابل لمس در شکم و یا درد روده ای در ناحیه ناف داشته باشد باید به اندومتريوز مشکوک شد و وجود چنین توده هائی در محل برش های جراحی نیز ممکن است به علت اندومتريوز در محل برش های جراحی باشد.

ادامه بحث در شماره آینده

پاسخ به پرسشهای شما



با توجه به انبوه پرسشها و نکات مبهم در روند تشخیص و درمان شما خوانندگان گرامی، پژوهشگره ابن سینا (مرکز تحقیقاتی بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی) آمادگی پاسخگویی به سؤالات شما را دارد. لذا خواهشمند است هرگونه سؤال و یا پرسشی که در زمینه باروری و ناباروری دارید به آدرس پژوهشگره ارسال نمائید تا توسط متخصصین مربوطه مورد بررسی قرار گرفته و پاسخ آن مستقیماً جهت اطلاع شما ارسال و همچنین در صورت تمایل در شماره های آتی در ستون مزبور منتشر گردد.

سؤال: آیا مردان نیز با بالارفتن سن دچار منوپوز می شوند؟

جواب: تغییراتی که مردان سالم میانسال در این سنین تجربه می کنند مانند منوپوز خانمها قابل توجه نیست اما یک کاهش تدریجی در هورمون جنسی اصلی مردان (تستوسترون) ایجاد خواهد شد. این کاهش ممکن است بعد از ۳۰ سالگی شروع شود تا ۷۰ سالگی ادامه یابد. و سطح خونی این هورمون ممکن است به نصف تا یک سوم سطح آن در جوانی نزول کند

از طرف دیگر در سنین منوپوز در خانمها طی ۱ الی ۳ سال، سطح هورمون جنسی کاملاً کاهش می یابد در حالیکه آقایان در میانسالی میزان کمی از تستوسترون را بطور تدریجی از دست میدهند ولی بطور مشخص در یک حد طبیعی مرزی باقی می ماند.

۱- اندومتريوز قبل از بلوغ شایع نبوده و به طور نادر بعد از یائسگی دیده می شود

۲- از بین بردن تخمدان معمولاً منجر به پسرقت کامل و سریع بافت نابجای رحم می شود

۳- اندومتريوز بندرت در خانمهایی که پیروید نمی شود رخ می دهد. اما زمانی که دارای قاعدگی دوره ای به مدت بیش از ۵ سال هستند شایعتر است ۴- اندومتريوز طی دوره های حاملگی با ایجاد حالت های حاملگی کاذب و یائسگی بهبود می یابد.

۵- به نظر می رسد حاملگی های مکرر بخصوص در اوایل دوره باروری مانع از پیدایش اندومتريوز می شود.

علائم اندومتريوز

این بیماری ممکن است بدون علامت باشد. قاعدگی دردناک در خانمی که پس از سالها درد آغاز شده است به نفع این بیماری است. درد قاعدگی در این بیماری پیشرونده می باشد درد همزمان یا بلافاصله قبل از شروع

قاعدگی دردناک در خانمی که پس از سالها درد آغاز شده است به نفع این بیماری است..

خونریزی ایجاد می شود. اما شدت این درد ارتباطی با شدت بیماری ندارد برخی از خانمها حتی با داشتن بیماری پیشرفته هیچگونه دردی ندارند. لکه بینی قبل از قاعدگی و افزایش میزان خونریزی یکی از علائم این بیماری است.

در هنگام مقاربت، علت ایجاد درد اتصال تخمدان یا بافت هایی است که به قسمت فوقانی واژن چسبیده اند و با حرکت آلت تناسلی تحت کشش قرار می گیرند. کاهش مدت باروری با اندومتريوز عموماً پذیرفته شده است اما نقش انواع خفیف بیماری در ناباروری هنوز قطعی نیست.

اندومتريوز دستنگاه روده ای به صورت درد پشت و شکم، اتساع شکم، خونریزی روده ای، یبوست و اجابت مزاج دردناک بروز می کند. درگیری مجاری ادراری و به صورت دردهای دوره ای زیر شکم به صورت سوزش و با دفع ادرار خونی همراه



در یک مطالعه آینده نگر و دوسوکور (double blind) تیم دکتر Kaleli به ۶۰ زن که در دوره قبل از یائسگی بودند به طور تصادفی بمدت ۲ ماه ۰/۲ mg لیزورید مالئات و پلاسبو (داروی بی اثر) دادند.

لیزورید بخوبی تحمل شد و شدت درد پستان که به روش Visual analog scale اندازه گیری شده بود، در گروهی که بطور فعال دارو را مصرف می کردند نسبت به گروهی که داروی پلاسبو مصرف می کردند بمیزان قابل توجهی کاهش یافت.

سطح پرولاکتین نیز همانند کاهش درد، در گروهی که لیزورید مصرف می کردند به میزان قابل توجهی کاهش یافت.

دکتر Kaleli و همکارانش بر اساس تجربیاتشان چنین نتیجه گیری کردند که تجویز ۰/۲ mg لیزورید مالئات در روز می تواند درمان انتخابی برای درد پیش از قاعدگی پستان باشد.

Ref: Fertil Steril 2001; 75:718-723.

دانستی های باروری



سندرم ترنر و ناباروری

سندرم ترنر حدود یک در ۲۵۰۰-۲۰۰۰ مورد در نوزادان دختر دیده می شود از نشانه های کلاسیک این سندرم به قد کوتاه، عدم بلوغ جنسی، گردن پرده دار و مشکلات

تاکید داشت که من کار بیرون را متوقف کنم در واقع من نمی توانستم کارم را ادامه بدهم چون استراحت بدنسبال OHSS و آزمایشات و سونوگرافی و ملاقاتهای دکتر تمام وقت من را پر کرده بود. بنابراین تمام اوقات من صرف برنامه IVF شده بود. برنامه

انتقال جنین برای آخر این ماه تنظیم شده است. در حال حاضر امیدوارم که انتقال جنین فریز شده (ET) به راحتی انجام گیرد و از خداوند می خواهم که کمک کند تا من در این دوره درمان به موفقیت دست یابم و از شما خوانندگان گرامی که داستان من را می خوانید نیز التماس دعا دارم.

اخبار علمی برگزیده



تسکین درد پستان پیش از قاعدگی با لیزورید مالئات

بر اساس نتایج مطالعه ای که در شماره آوریل مجله (Fertility and Sterility) به چاپ رسیده است درد پستان پیش از قاعدگی ممکن است با لیزورید مالئات که یک آگونیست دوپامین است برطرف شود.

فقدان یک درمان رضایت بخش برای زنانی که دچار این مشکل بودند گروهی از محققین اهل ترکیه (از دانشگاه استانبول) را برآن داشت تا اثرات درمانی لیزورید مالئات را بر روی آن مورد بررسی کنند. دکتر Semih Kaleli و همکارانش در مقاله خود شرح دادند که در زنان مبتلا به درد پستان پیش از قاعدگی سطح پرولاکتین افزایش یافته و نشان داده شده که در این موارد لیزورید مالئات می تواند سطح پرولاکتین خون را کاهش دهد.

از ازدواج ما می گذرد و مدت ۲/۵ سال نیز برای بچه دار شدن تلاش کرده ایم داستان ناباروری ما از زمانی شروع میشود که من تحت نظر یک پزشک زنان و زایمان دو بار بیوپسی (نمونه برداری) اندومتر شدم که هر دو ناموفق بود دکتر به من پیشنهاد کرد که برای بار سوم نیز این عمل را تکرار کنم ولی من در آن موقع متوجه شدم که زمان آن رسیده است که به یک متخصص درمان ناباروری مراجعه کنم. شوهرم توسط یک اورولوژیست مورد بررسی کامل قرار گرفت و مشخص شد که مشکلی ندارد. پس از آن نزد یک پزشک متخصص رفتم تمام آزمایشات لازم انجام گردید و مشکلی تشخیص داده نشد. ظاهراً تستهای پیشرفته ای وجود داشت که معمولاً در آزمایش استاندارد سیمین (مایع منی) انجام نمی شود ولی این پزشک آن تستها را انجام می داد. یک آزمایش عملکردی HOS (Hypo Osmotic Swelling test) که شوهرم این آزمایش را انجام نداده بود. پس از انجام این آزمایش دکتر با اطمینان گفت بهترین روش درمان برای شما IVF+ICSI می باشد من تحت درمان با داروهای hMG و hCG قرار گرفتم در روز جمع آوری تخمک، ۴۱ تخمک گرفته شد. که ۱۶ عدد از آنها بارور شد.

متأسفانه بدلیل اینکه من دچار تحریک بیش از حد شده بودم نتوانستم انتقال جنین را داشته باشم در حال حاضر مشکل (OHSS) سندرم تحریک بیش از حد تخمدان من حل شده است و من بهبود یافته ام به هر حال من مایل بودم که ماه بعد انتقال جنین داشته باشم ولی شوهرم پیشنهاد کرد که این انتقال حداقل ۲ ماه به تعویق بیافتد زیرا از نظر جسمی بسیار ضعیف شده بودم و او می خواست که من از نظر فیزیکی و روحی کاملاً قوی بشوم.

من به اندازه کافی خوشبخت بودم چرا که شوهرم کاملاً مراقب من بود و مرا تشویق می کرد که در طول این مدت کمتر به خودم فشار بیاورم. او تمام حواسش به من بود و

اطلاعات داروئی



hMG

Human Menopausal Gonadotropin

تقریباً یک سوم تا یک دوم از زنان نابارور، مشکلات تخمک گذاری دارند که این می تواند به علت عدم توانائی تخمدانها در تولید تخمک رسیده و یا آزاد شدن تخمک باشد. وقتی تخمکی آزاد نشود مسئله عدم تخمک گذاری مطرح است. متخصصین درمان ناباروری اغلب روی یک گروه اصلی از داروهای محرک تخمک گذاری که تحت عنوان داروهای ناباروری معروف است تکیه می کنند که موقتاً مشکلات تخمک گذاری را اصلاح می کند. و توانائی حاملگی خانها را افزایش می دهد.

تقریباً یک سوم تا یک دوم از زنان نابارور، مشکلات تخمک گذاری دارند که این می تواند به علت عدم توانائی تخمدانها در تولید تخمک رسیده و یا آزاد شدن تخمک باشد.

برخلاف باور عموم، این داروها باروری خانها را افزایش نمی دهند بلکه در حقیقت در مدت زمانیکه این داروها مصرف شود احتمال حاملگی افزایش می یابد. این داروها در بعضی از خانمهاییکه مشکلات تخمک گذاری دارند باعث می شود که تخمک گذاری با نظم بیشتری صورت بگیرد و یا در خانمهاییکه عدم تخمک گذاری دارند و نابارور می باشند استفاده می شود. با استفاده از داروهای محرک تخمک گذاری زمان تخمک گذاری و آزاد شدن تخمکهای رسیده را میتوان کنترل کرد و ممکن است برای سایر مشکلات ناباروری مثل اصلاح ترکیبات هورمونی در جهت تاثیر مطلوب روی اندومتر (پوشش داخلی رحم) نیز بکار رود. از طرف دیگر این داروها در طول سیکل درمانی باعث

استثنایی وجود دارد و آن مربوط به خانم هایی است که با روش ICSI برای درمان ناباروری خود تلاش می کنند. این روش در یک مرکز درمان ناباروری و توسط متخصص ناباروری انجام می گیرد که در آن اسپرم به درون سیتوپلاسم تخمک تزریق می گردد و این کار احتمال وقوع حاملگی را افزایش می دهد به نظر می رسد که احتمال وقوع برخی ناهنجاریهای کروموزومی جنسی مثل سندرم ترنر، ۲ درصد بیشتر از وقوع آبستنی های طبیعی باشد.

برخی از زوجین به دلیل پایین تعداد اسپرم ها و یا بالا بودن تعداد اسپرمهای غیرطبیعی مجبورند برای بچه دار شدن از روش ICSI استفاده کنند.

۲٪ تا ۴٪ مردانی که به دلیل نداشتن اسپرم یا کم بودن تعداد اسپرم تصمیم به انجام ICSI گرفته اند، دارای حذف قطعه کوچکی از کروموزوم Y خود بوده اند. ۱۴٪ مردان ناباروری که شمارش اسپرم آنها صفر بود، و ۵ درصد مردان ناباروری که تعداد اسپرم پائینی داشته اند، دارای ناهنجاری کروموزومی بوده اند. علت اینکه چرا خانم ها بعد از ICSI دارای حاملگی های با ناهنجاریهای کروموزومی بیشتری نسبت به حالت طبیعی هستند معلوم نیست ولی شاید برخی از ناهنجاریهای کروموزومی و ژنتیکی کروموزوم Y دارای نقش مهمی باشند.

بنا به دلایل و یافته های ذکر شده محققین متعددی توصیه نموده اند که قبل از انجام ICSI مردان باید از لحاظ ژنتیکی برای ناباروری غربالگری شوند. انجام یک آمنیوسنتز در خلال حاملگی که در نتیجه ICSI بوجود آمده الزامی است و این به دلیل خطر بالای وقوع ناهنجاریهای کروموزومی و فقدان یافته های اختصاصی بوسیله سونوگرافی در اکثر موارد می باشد. مشاوره و آزمایش ژنتیک به زوجها امکان تصمیم گیری با اطلاعات کافی را می دهد.

متعدد مربوط به سلامتی عمومی مثل افزایش احتمال نارسایی قلبی، مشکلات شنوایی، دیابت، مشکلات تیروئید و سایر موارد می توان اشاره نمود. برخی از دختران و زنان که دارای سندرم ترنر می باشند ممکن است به غیر از کوتاهی قد سایر خصوصیات ظاهری را نشان ندهند. لذا این علائم متغیر می باشند. در جنس مؤنث معمولاً دو کروموزوم X وجود دارد که کروموزومهای

زمانیکه یک سلول اسپرم فاقد کروموزوم جنسی با تخمک لقاح یابد. تخم حاصل تنها یک کروموزوم جنسی یعنی همان کروموزوم X مادری را دارا خواهد بود. و در نتیجه جنین حاصل مبتلا به سندرم ترنر خواهد شد.

جنسی زنان محسوب می شود. در حدود نصف دختران و زنانی که مبتلا به سندرم ترنر می باشند، هر دو کروموزوم X وجود داشته ولی فعالیت طبیعی خود را انجام نمی دهند.

البته دخترانی که دارای انواع دیگری از ناهنجاریهای کروموزومهای جنسی هستند نیز می توانند دارای سندرم ترنر باشند. معمولاً این دسته از افراد برخلاف دسته ای که تنها یک کروموزوم X دارند قسمتی از کروموزوم X خود را از دست داده اند.

زمانیکه یک سلول اسپرم فاقد کروموزوم جنسی با تخمک لقاح یابد تخم حاصل تنها یک کروموزوم جنسی یعنی همان کروموزوم X مادری را خواهد داشت و در نتیجه جنین حاصل مبتلا به سندرم ترنر خواهد شد. کروموزوم X موجود دارای ریشه مادری بوده و جنین های دخترانی که دارای یک کروموزوم X باشند، ۲ درصد شانس دارند تا زنده متولد شوند و بقیه معمولاً سقط می شوند. در زنان جوانتر به نظر می رسد که احتمال داشتن حاملگی های سندرم ترنر بیشتر است. در این مورد البته

تحریک و رشد چندین تخمک می شوند.

بنابراین داروهای تخمک گذاری هم برای کنترل زمان تخمک گذاری و هم جهت تنظیم تخمک گذاری های نامرتب به کار می رود. با استفاده از این داروها با اطلاع از زمان تخمک گذاری پزشک می تواند برنامه تلقیح نطفه را در روزهای باروری خانمها تنظیم کند و بدین وسیله شانس حاملگی را به حداکثر برساند.

در بعضی از خانمها عدم تخمک گذاری ممکن است بدلیل بالا بودن تولید هورمون مردانه در تخمدان، سندرم تخمدان پلی کیستیک، (PCOS) ترشح هورمون FSH, LH به میزان ناکافی از غده هیپوفیز و یا عدم پاسخ صحیح تخمدان به سطح طبیعی هورمونهای LH و FSH باشد.

داروهای تخمک گذاری ممکن است در درمان خانمهاییکه دچار آمنوره (عدم قاعدگی) می باشند نیز بکار رود و یا ممکن است جهت اصلاح نقص فازلوتئال به طور موقتی استفاده شود. زمانیکه تولید پروژسترون از جسم زرد زودتر از زمان مقرر متوقف شود، میزان تولید پروژسترون برای کامل شدن پوشش داخلی رحم ناکافی باشد و یا تخمک گذاری در زمان طبیعی انجام نشده باشد نقص فارلوتئال رخ میدهد. فاصله بین تخمک گذاری تا شروع سیکل بعدی حدوداً 1 ± 14 روز است اگر نقص فاز لوتئال رخ بدهد این زمان کوتاه می شود و اندومتر برای پذیرش و تغذیه جنین در وضعیت مناسبی نخواهد بود بنابراین عمل کاشته شدن جنین نیز رخ نخواهد داد.

داروهای تخمک گذاری با بالا بردن تولید پروژسترون از جسم زرد بعد از تخمک گذاری باعث اصلاح نقص فاز لوتئال می شوند بطوریکه اندومتر را جهت کاشته شدن جنین آماده می سازد. از طرف دیگر استفاده از پروژسترون طبیعی نیز به آمادگی اندومتر کمک می کند.

در ارزیابی این بیماران ابتدا بایستی سطح هورمونهای بدن قبل از

تجویز داروهای محرک تخمک گذاری اندازه گیری شود. گاهی اختلال تخمک گذاری ناشی از عدم تعادل هورمونی در سایر قسمتها، مثل بیماری تیروئید می باشد که ممکن است با اصلاح این اختلال هورمونی تخمک گذاری به طور طبیعی و خودبخودی صورت گیرد و هیچ نیازی به داروهای محرک تخمک گذاری نباشد.

داروهاییکه جهت تحریک تخمک گذاری استفاده می شوند شامل: کلومیفن سیترات Follicle Stimulation Hormon (FSH) Human Chorionic Gonadotropin (hCG) بروموکرپتین آنالوگها و آنتاگونیستهای GnRH می باشند (در شماره های قبل کلومیفن و آنالوگهای GnR معرفی شدند) hMG با نامهای پرگونال، (pergonal) و رپرونکس (Repronex TM)، هیومگون (HumegonTM) یکی از مؤثرترین داروهای تخمک گذاری است که اخیراً مورد استفاده قرار گرفته است این دارو فقط به فرم تزریقی وجود دارد و حاوی مقادیر مساوی از FSH و LH (یا hCG بعنوان جانشین LH) می باشد. که از ادرار خانمها یا سسه گرفته می شود LH و FSH با اثر مستقیم روی تخمدان سبب تحریک تخمدان در جهت تولید تخمکهای متعدد در یک سیکل می شوند.

زمانیکه تولید پروژسترون از جسم زرد زودتر از زمان مقرر متوقف شود، میزان تولید پروژسترون برای کامل شدن پوشش داخلی رحم ناکافی باشد و یا تخمک گذاری در زمان طبیعی انجام نشده باشد نقص فارلوتئال رخ میدهد.

hMG اغلب برای خانمهاییکه تخمک گذاری ندارند و با مصرف کلومیفن نیز تخمک گذاری نداشتند و خانمهاییکه غدد هیپوفیز آنها به میزان کافی LH و FSH ترشح نمی کند و در نتیجه سیکل قاعدگی ندارند (آمنوره) استفاده میشود. علاوه بر این، در IVF و سایر روشهای کمک درمانی (ART)

برای تولید تخمک بیشتر استفاده می شود.

از آنجائیکه خانمهای جوانتر به تولید تخمک بیشتر مستعدتر از خانمهای مسن می باشند بنابر پاسخ به این دارو متفاوت خواهد بود.

از طرف دیگر این دارو ممکن است برای تحریک تولید اسپرم در بعضی از موارد ناباروری مردان نیز استفاده شود. بعضی از متخصصین قبل از تجویز این دارو یک آزمایش خون برای FSH در روز دوم یا سوم سیکل به منظور پیش بینی بهتر پاسخ تخمدان به hMG درخواست می کنند اگر سطح FSH در روز دوم و سوم سیکل بالا باشد بنابراین یک پاسخ ضعیف به این دارو قابل پیش بینی است. تحت این شرایط سایر روش های کمک درمانی تولید مثل بایستی مورد بررسی قرار گیرد. درمان با hMG مستلزم یک سری تزریقات و کنترل دقیق در طول هر سیکل درمانی می باشد. از آنجائیکه این دارو گران می باشد و مصرف آن پر دردسر است و خطراتی به دنبال دارد لازم است که تجویز آن با بررسی و کنترل دقیق صورت گیرد، برای همین منظور خیلی از متخصصین ابتدا انجام تمام مراحل تشخیص ناباروری از جمله لاپاراسکوپی را ضروری می دانند. با استفاده از hMG در خانمهاییکه فقط عدم تخمک گذاری دارند و سایر مشکلات باروری را ندارند میزان حاملگی مورد انتظار تقریباً نزدیک به خانمهاییست که تخمک گذاری مرتب دارند. (تقریباً ۲۰٪ تا ۳۰٪ هر سیکل درمانی) بیشتر متخصصین، درمان با hMG را از روز دوم و سوم سیکل قاعدگی شروع می کنند. معمولاً درمان را با یک یا دو آمپول ۷۵-۱۵۰ واحد به طور روزانه شروع می کنند.

تزریقات معمولاً برای یک دوره ۷-۱۲ روزه تنظیم می شود. البته اگر پاسخ تخمدان ضعیف باشد این دوره طولانی تر خواهد بود. اندازه فولیکول با سونوگرافی کنترل میشود و ممکن است سطح استروژن خون در طول درمان نیز مرتب اندازه گیری شود.

اگر با انجام آزمایشات مشخص شود که تخمدان به hMG پاسخ نداده است پزشک ممکن است دوز دارو را افزایش دهد.

