

بنام آنکه جان را فکرت آموخت

سخنی با خوانندگان

با کمال مسرت به اطلاع همکاران گرامی می‌رساند که پژوهشکده BIB مقدمات تاسیس یک مرکز جامع تشخیصی درمانی سقط مکرر را آماده نموده و این مرکز در آینده بسیار نزدیک با همکاری متخصصین زنان و زایمان، ایمونولوژی، ژنتیک، جنین شناسی و دیگر متخصصین علوم بالینی و علوم پایه مربوطه و با استفاده از تجهیزات پیشرفته در جهت تشخیص و درمان بیماری شروع به کار خواهد نمود.

ژورنال کلاب باروری و ناباروری

ژورنال کلاب هفته اول خرداد ماه با عنوان Flow cytometry & Infertility توسط خانم دکتر فرزانه آشتیایی ایمونولوژیست و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران در محل پژوهشکده BIB برگزار گردید که خلاصه مطالب به شرح ذیل می‌باشد. فلوسیتومتری مدرن امروزی نتیجه بکارگیری اطلاعات و تکنیک‌هایی است که حاصل پیشرفت‌های شگرفی در علوم کامپیوتر، تکنولوژی لیزر، تهیه آنتی بادی‌های مونوکلونال و شیمی فلوروکروم می‌باشد و فصل جدیدی را در بررسی‌های کلینیکی بیماری‌های ایمونولوژیک، هماتولوژیک و نئوپلاستیک گشوده است. امروزه با استفاده از این روش می‌توان بسیاری از پارامترهای فیزیکی و بیولوژیکی سلول‌ها را هر جزء بیولوژیک را مشخص نمود. این سیستم با استفاده از منبع نوری لیزر و با عبور دادن نمونه به صورت single file از مقابل نور همزمان پارامترهایی همچون سایز، میزان گرانولاریتی و میزان بروز مولکول یا سلولهای مورد نظر در قالب شدت نور فلورسانس اندازه‌گیری می‌کند. آنالیز کمی سلولها در سطح یک سلول منفرد، پارامترهای سلولی همچون محتوای RNA/DNA کاربوتیپ کروموزوم، فعالیت‌های آنزیمی، پارامترهای داخل سلولی یا تعداد و نوع آنتی‌ژنهای سطحی، جمعیت‌های سلولی مختلف و زیرگروه‌های آنها، تغییرات مانترینگ شیمی درمانی، آنالیز رتیکولوسیتی، تشخیص لوسمی و لنفوم، گیرنده‌های

بولتن تولیدمثل و نازایی

سال اول مرداد ۱۳۷۸

جداسازی شده و متعاقباً در پروسه IVF از آنها استفاده بعمل می‌آید. از دیگر زیبایی‌های این تکنیک در زمینه تعیین جنسیت نوزاد قبل از لقاح مصنوعی می‌باشد که با میزان بالای ۹۸٪ صحت، اسپرم‌های X و Y را بر اساس تفاوت میزان DNA آنها جدا نموده تا از اسپرم مورد نظر در عمل لقاح مصنوعی در ایجاد نوزاد با جنسیت از قبل تعیین شده، استفاده نمود. بیش از ۹۷ درصد مطالعات حاکی از موفقیت این تکنیک می‌باشند. از دیگر مزایای جداسازی اسپرم‌ها بر اساس کروموزوم‌های X و Y، جلوگیری از بروز بیماری‌های X-linked می‌باشد. لذا استفاده از این تکنیک در واقع گامی است در جهت بهبود نسل و تعادل جنسیت جامعه.

دومین گردهمایی باروری و ناباروری در تاریخ دوشنبه ۷۸/۳/۱۷ با عنوان Epididymal sperm Maturation توسط آقای دکتر محمد رضا صادقی متخصص بیوشیمی بالینی با گرایش نازایی عضو هیئت علمی پژوهشکده BIB برگزار گردید. که خلاصه مطالب ایشان ذیل ذکر می‌گردد. مطالعه بر روی بلوغ اسپرم پس از خروج از بیضه (Post testicular maturation)، نقش اپیدیدیم در بلوغ اسپرم پستانداران به‌او خردده ۱۹۸۰ برمی‌گردد. اپی دیدیم بیشترین بخش مجاری خارج بیضه را تشکیل می‌دهد که در انسان طولی بالغ بر ۶ متر دارد. بطور ماکروسکوپی اپی دیدیم به سه ناحیه سر (caput)، تنه (corpus) و دم (cauda) تقسیم می‌گردد. ناحیه سر علاوه بر caput شامل efferent ductus بوده و بخش اعظم اپی دیدیم را تشکیل می‌دهد. در مطالعه میکروسکوپی در اپی تلیوم داخل مجرا، ۵ نوع سلول مشاهده می‌شود سلولهای Principal که در جذب مایع بیضوی داخل لومن و نیز ترشح ماکرومولکولها و یونها نقش دارند. سلولهای basal بر روی غشاء پایه بوده و نقش Stem cells را دارند، Halo cells که لنفوسیتها و ماکروفازهای بین اپی تلیالی می‌باشند در نهایت clear apical mitochondrial riched cells که در جذب و ترشح مایعات و تنظیم محیط داخل مجرا نقش دارند. غالب این فعالیتها وابسته به آندروژن‌ها بویژه DHT می‌باشد که بوسیله آنزیم 5-alpha ردوکتاز از تستوسترون حاصل می‌گردد.

استروژن، از جمله کاربردهای کلینیکی و تحقیقاتی سیستم‌های فلوسیتومتری هستند که بطور مستمر در حال گسترش می‌باشند. در حال حاضر فلوسیتومتری به عنوان یک روش تکمیلی در تأیید تشخیص مورفولوژیک و کسب اطلاعات با ارزش پروگنوستیک بکار می‌رود و در آزمایشگاه‌های تحقیقاتی ارتباط سیتومورفولوژی و عملکرد سلولی با خصوصیات فنوتیپی آنها درجه جدیدی رابۀ شناسائی بیماری‌های انسان گشوده است. از خصوصیات منحصر بفرد این سیستم، تفکیک سلولی، جداسازی و تخلیص هتروژن سلولی است که در ضمن کار، سلولها دست نخورده باقی مانده و میتوان آنها را در مطالعات بیوشیمیایی، میکروبیشناسی، سیتوژنتیک، یا دیگر زمینه‌ها مورد استفاده قرار داد. بعلاوه از آنجائیکه پروسه جداسازی تحت شرایط استریل انجام می‌شود، می‌توان سلول‌های جدا شده را کشت داد و این جنبه مفید و موثری از فلوسیتومتری است که متخصصین باروری از آن به نحو احسن استفاده نموده‌اند و شاهد پیشرفت‌های شگرفی در این زمینه هستیم. در مروری بر مطالعات متعددی که در این زمینه انجام شده است. مشاهده می‌کنیم در افرادی که نیاز به عمل IVF دارند به کمک سیستم فلوسیتومتری، اسپرم‌های زنده، متحرک و فعال با سرعتی برابر ۲۵۰۰۰ عدد در ثانیه

۱۴

گردهمایی
باروری و ناباروری
Fertility & Infertility
J.Club

موضوع: Varicocele in male infertility

ارائه دهنده: دکتر محمد علی صدیقی

تاریخ: دوشنبه ۷۸/۴/۷ ساعت: ۱۳/۳۰ - ۱۲/۳۰

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

اپی دیدیم در پستانداران دارای سه نقش عمده شامل: انتقال اسپرم، بلوغ اسپرم، ذخیره و نگهداری اسپرم می باشد.

انتقال اسپرم در طول اپی دیدیم ناشی از جریان مایعات حاصل از بیضه حرکات انتقباضی پیشرونده ماهیچه های صاف جدار لوله و نیز حرکات *stereocilia* موجود در سطح سلول های اپی تلیال می باشد. بدون در نظر گرفتن طول اپی دیدیم در انسان این زمان در سریع ترین حالت ۲-۴ روز است که در مقایسه با سایر پستانداران ۹-۱۲ روز بسیار سریع می باشد.

بلوغ اسپرم حدود ۳٪ اسپرم ها در ابتدای *caput* دارای حرکت پیشرونده بوده ولی فاقد قدرت اتصال به *Zona* و باروری تخمک می باشند. در حالیکه در ناحیه *cauda* بیش از ۶۰٪ اسپرم ها دارای حرکت مستقیم پیش رونده بوده و قادر به اتصال *zona* و دیواره تخمک و نهایتاً *Fusion* و تشکیل جنین می باشند. روندهای بلوغ غالباً ناشی از ترشحات سلول های اپی تلیال می باشد این سلولها ترشحات خود را به دو طریق *Merocrine* یعنی ترشح مستقیم مواد به داخل مجرا و *apocrine* ترشح مواد در وزیکول های محدود به غشاء به نام *seminosomes* در معرض اسپرم ها قرار می دهند و شرایط لازم برای بلوغ آنها را فراهم می کنند که شامل:

الف: فراهم آوردن محیط یونی و *PH* مناسب بواسطه کانال های یونی موجود در سطح سلول های *apical*

ب: ترشح پروتئینها و گلیکوپروتئینهایی که با اتصال مستقیم اسپرم به سلول های اپی تلیال و یا توسط سمینوزوم ها به غشاء اسپرم منتقل شده و در مراحل بعدی بلوغ و لقاح نقش دارند.

ج: ترشح آنزیم های محافظ کننده اسپرم در برابر گونه های فعال اکسیژن (*ROS*) مانند *SOD*، *PHGPX* و *GRD* و *GST* و *SGT* و *GGT* و *Catalase*

د: ترشح پروتئینها و ماکرومولکول هائی که فعالیت آنزیم های پروتئولیتیک حاصل از تخریب اسپرم ها را مهار می کنند، مانند *x1* آنتی تریپسین و *HE4*

ه: ترشح ماکرومولکولهای که با اتصال به اسپرم، باعث حفاظت آن از سیستم ایمنی در مجاری تناسلی مرد و زن می گردند مانند *CD52, CD55, CD59, SGP2*

و: ترشح پروتئینها و آنزیم هایی که باعث تغییراتی در آنتی ژنهای حاصل از بیضه در سطح اسپرم می گردند مانند آنزیم های *glycosidase, glycosyl transferase*

ز: تغییر محتوای لیپیدی و فسفولیپیدی غشاء اسپرم از جمله افزایش میزان کلاسترول و استرول سولفات غشاء که باعث کاهش سیالیت غشاء اسپرم می گردد.

ظرفیت ذخیره اسپرم در ناحیه *cauda* در انسان در مقایسه با جوندگان و پستانداران اهلی ناچیز است که ناشی از قطر کم مجرای داخلی و پیچ خوردگی های کم آن است. اسپرم می تواند برای زمان محدود، بدون هیچ تغییری در کیفیت آن به صورت غیر فعال نگهداری شود که ناشی از

کاهش *PH* و غلظت سدیم و افزایش پتاسیم، غلظت اسپرم و پروتئینهای ویسکوز و نهایتاً پائین بودن دمای اسکروتوم *۳۵-۳۳ C* و کاهش سیالیت عشاء اسپرم می باشد.

با توجه به معلومات ما در حال حاضر در تمامی این مراحل تغییری در ژنوم اسپرم ایجاد نمی گردد. بلکه تنها مقداری بر تراکم کروماتین هسته افزوده می شود. در نتیجه این روندها برای ایجاد جنین یک نیاز مطلق نمی باشد. همانطوریکه تزریق یک اسپرماتید گرد با تکنیک *ICSI* به داخل تخمک منجر به ایجاد جنینی کامل و بی نقص می گردد. ولی بدون این روند های بلوغی اسپرم قادر به عبور از سد های طبیعی که با آن مواجه است شامل مخاط واژن، سرویکس، رحم، لوله های فالوپ، انجام *capacitation*، اتصال به *zona* انجام *Acrosome reaction* نهایتاً اتصال به غشاء تخمک و *Fusion* نخواهد بود.

درآمدی بر مسائل فقهی حقوقی ART

دکتر میرقاسم جعفرزاده

درآمدی بر مسائل فقهی - حقوقی ART وضعیت فقهی - حقوقی تکنیک GIFT (قسمت چهارم)

۲/۲ لقاح مصنوعی داخل رحمی
در شماره پیشین جایگاه فقهی لقاح خارج رحمی اسپرم با تخمک زنی بیگانه مورد بررسی قرار گرفت و روشن شد که هیچ یک از ادله مورد استناد در رابطه با تکنیک *IUI* در این رابطه قابل اعتماد نبوده و بر این اساس عمل مزبور هیچ منعی نخواهد داشت، خواه لقاح به طور طبیعی در ظروف آزمایشگاه صورت پذیرد و یا با بکارگیری تکنیک *ICSI* اینک وضعیت شرعی ترکیب اسپرم مردی با تخمک زنی دیگر در داخل لوله رحم مورد بررسی قرار می گیرد. همانطوریکه در نوشته های پیشین اشاره شد در تکنیک *GIFT* ممکن است تخمک تزریقی از آن زنی باشد که با شوهر زن پذیرنده تخمک رابطه زوجیت دارد و یا از آن زنی بیگانه باشد. ذیلاً هر دو فرض مستقلاً مورد بررسی قرار می گیرد.

۲/۲/۱ لقاح مصنوعی اسپرم با تخمک همسر دوم: صرف نظر از گفتگو پیرامون جواز و یا عدم جواز تزریق اجزاء ژنتیکی متعلق به زنی به رحم زنی دیگر، این پرسش مطرح میشود که آیا بر فرض جواز تزریق تخمک زنی به رحم زن دیگر نفس لقاح ایندو عنصر ژنتیکی با یکدیگر جایز است؟ به عبارت دیگر آیا فراهم ساختن زمینه لقاح طبیعی ایندو در رحم زنی که صاحب تخمک نیست منعی دارد؟ فرض مزبور در نوشته های صاحب نظران و نویسندگان فقهی مورد توجه چندانی واقع نشده است. ذیلاً وضعیت آن از زاویه مجموعه ادله ای که در شماره های پیشین مورد بحث قرار گرفته ارزیابی میشود.

۱/۲/۲ - عموماً قرآنی

آیا لقاح اسپرم و تخمک زن و مردی که با یکدیگر رابطه زوجیت دارند در فضای رحم زنی دیگر که همسر دیگر مرد صاحب اسپرم است. مشمول منع حاصل از آیات ناظر بر حفظ فرج می شود؟ در این خصوص لازم است ملاک عمومیت آیات مزبور، بنابر شمول آیات مزبور نسبت به استعمال تکنیکهای نوین باروری، را احراز شود به عبارت دیگر به چه دلیل زنان موظف به حفظ فرج خویش شده اند؟ آیا مفاد آیات مزبور انشاء حکمی تبدیلی است یا اینکه حکم مزبور مبتنی بر یک ملاک و منطقی قابل درک است؟ چنانچه مفاد آیات مزبور وضع حکمی تبدیلی باشد، تحقیقاً لقاح مزبور مشمول منع حاصل از آیات مزبور خواهد بود. زیرا به موجب آیات مزبور زنان به نحو تبدیلی موظف به حفظ فرج خویش از غیر شدند خواه تزریق اسپرم باشد یا تخمک، خواه تخمک تزریقی از آن زنی بیگانه با شوهر زن پذیرنده باشد و یا همسر دوم او و خواه تخمک تزریقی منجر به لقاح با اسپرم شوهر بشود و یا نشود. در همه حال او موظف به حفظ فرج خویش از اجزاء ژنتیکی متعلق به غیر است و مجرد وجود رابطه زوجیت بین زن صاحب تخمک و شوهر زن صاحب رحم وضعیت موضوع منع حاصل از آیات مزبور را تغییر نمی دهد. ولی چنانچه ممنوعیت مفاد آیات مزبور حکمی غیر تبدیلی و مبتنی بر ملاکی قابل درک باشد وضعیت به گونه ای دیگر خواهد بود. ممکن است گفته شود که ملاک آیات مزبور حفظ نسب و تعیین پدر و مادر طفل متولد و حفظ پیوند زناشویی و قوام و استواری نظام خانواده است. اگر قرائن اخیر پذیرفته گردد به نظر می رسد فرض مزبور بلامانع باشد، چه آنکه اولاً صاحب اسپرم معین و ثانیاً خود او، شوهر زن صاحب رحم است. ثالثاً صاحب تخمک هم همسر قانونی و شرعی مرد صاحب اسپرم است. علیهذا، حتی مشمول منع احتمالی لقاح اسپرم و تخمک زن و مرد بیگانه نمی گردد. با این تفسیر بنظر می رسد لقاح در فرض مزبور شرعی و کودک حاصل هم صاحب نسب شرعی است. عمده تعیین رابطه حقوقی طفل با صاحبان اسپرم، تخمک و رحم است که در فصول آتی به تفصیل بررسی خواهد شد.

۲/۲/۱/۲ - اطلاقات روایی

به نظر می رسد روایات ناظر بر موضوع بحث همانند آیات شامل فرض مزبور نمی شود. زیرا، موضوع روایات مزبور، حتی بنابر آن قرائتی که آنها را تنها ناظر بر منع لقاح اسپرم و تخمک در فضای رحم می دانست و نه مجرد تزریق (رک: آیت ا... مومن، کلمات سدیله فی مسائل جدیده، موسسه النشر الاسلامی، قم، ۱۴۱۵ ص ۸۱) ناظر بر لقاح اسپرم و تخمک زن و مرد فاقد رابطه زوجیت است. در حالیکه فرض ما این است که صاحب تخمک همسر دوم صاحب اسپرم است مضافاً بر این، بنظر میرسد ملاک احکام مستفاد از این روایات، بنابر مشمول آنها، همان ملاک آیات ناظر بر حفظ فرج است که فوقاً بدان اشاره شد.

در حالیکه کمتر میتوان تردید کرد که چنین لوازم و نتایج نامطلوبی از فرض مورد بحث ناشی شود. زیرا هم نسب مشخص است و هم لقاح بین اسپرم و تخمک زن و مرد قانونی است و هم صاحب رحم با مرد صاحب اسپرم رابطه زوجیت قانونی دارد به علاوه عمل مزبور موجب تقویت پیوند زناشویی زن فاقد تخمک با مرد صاحب اسپرم شده و بنیان خانواده آنها با استحکام بیشتری دوام خواهد یافت. علیهذا، بسیار بعید به نظر می رسد که روایات مزبور مانع تجویز فرض مزبور گردد.

۲/۲/۱۳- مقتضای قاعده احتیاط و مغایرت با اغراض تشریع ازدواج

دو دلیل مزبور هم به نظر می رسد چندان استحکامی برای تحریم عمل مزبور نداشته و علی الاصول باید رای بر جواز آن داد. زیرا اولاً همانگونه که سابقاً یادآور شدیم قاعده احتیاط بر مبنای ملاک و منطبق روشنی استوار است. یک حکم تعبدی محض نیست. هدف جلوگیری از اختلاط میاه، نسب و در نهایت شناسایی پدر و مادر شرعی است. پرواضح است که در فرض مزبور نه اختلاط میاهی در کار است و نه از آن اختلاط نسبی ناشی می گردد. حتی بنا بر قول احتیاط در لقاح اسپرم و تخمک بیگانگان، در فرض مزبور چنین محظور احتمالی در میان نیست، زیرا صاحب تخمک همسر مرد صاحب اسپرم است و صاحب رحم با مرد صاحب اسپرم رابطه زوجیت دارد. قاعده لزوم حفظ نهاد خانواده و تشویق مردان و زنان به نکاح صحیح و تکثیر نسل آدمی از مجرای صحیح مورد نظر قانونگذار اسلام هم در خصوص فرض مورد بحث جریان نمی یابد. زیرا فرض مزبور اساساً ناظر بر ازدواجی است که بدلیل فقدان فرزند در معرض تزلزل است و زن به جهت محرومیت از داشتن نعمت فرزند رنج روحی سنگینی را تحمل می کند. تجویز عمل مزبور موجب حفظ بنیان خانواده و بقای رابطه زوجیت می گردد. و نه زوال و تلاشی آن تردید در اینکه با تجویز آن نظام نهادهای حقوقی نظیر مادری، خواهری و امثال آن به هم می ریزد، تردیدی فاقد وجهات علمی است. چه آنکه می توان آنرا منحصر در مواردی نمود و از تخمک آن دسته زانی استفاده نمود که منجر به چنین نتایج و لوازم ناهنجاری نگردد.

باعیانیت به آنچه گفته شد، روشن شد که هیچ یک از ادله کافی برای منع فرض مزبور نبوده و علی الاصول استفاده از تخمک همسر دوم مردی، ولو با رابطه زوجیت موقت، به منظور بارداری ساختن همسر دیگرش که فاقد تخمک مناسب است بلا اشکال است. ۲/۲/۲- لقاح مصنوعی اسپرم با تخمک زنی بیگانه عبارات فوقانی عهده دار تعیین وضعیت شرعی استفاده از تخمک همسر دوم مردی برای بارداری ساختن همسر دیگرش که فاقد تخمک مناسب است بود. اینک این پرسش مطرح می گردد که آیا میتوان از تخمک زنی بیگانه استفاده کرد؟ همانطوریکه سابقاً اشاره کردیم فرض مزبور پس از گذار از تعیین حکم نفس تزریق تخمک زنی به زن دیگر است طبیعی است چنانچه قائل به منع مجرد تزریق شویم بحث از فرض دیگر تنها در راستای تشدید ممنوعیت است، ولی اگر نفس ادخال تخمک زنی به رحم زن دیگر بلا مانع باشد نمی توان گفت حتماً تکون و پیدایش کودک از این رهگذر هم

بلا مانع است. چه بسا ممکن است عمل اول مجاز ولی عمل دوم ممنوع باشد. کما اینکه در خصوص تزریق اسپرم مرد اجنبی پاره ای از فقیهان چنین نظر داده اند. از نظر آنان نفس تزریق اسپرم مرد اجنبی به رحم زنی ممنوع نیست. آنچه مشمول ادله مانع می شود اختلاط اجزای ژنتیکی زن و مرد بیگانه و در نهایت تکون کودک است (رک: آیت ا... مومن، کلمات سدیدیه فی مسائل جدیدیه موسسه النشر الاسلامی، ۱۴۱۵، قم، ص ۸). در خصوص فرض مورد بحث هم ممکن است همین نظر تقویت گردد. در این رابطه شایسته است همانند فروض پیشین قابلیت انطباق هر یک از ادله قابل استناد طرح و مورد ارزیابی قرار گیرد. در شماره آتی ضمن طرح ادله مزبور، قابلیت استناد و مشمول آنها نسبت به فرض مذکور را بررسی خواهیم نمود.

سابقه تولد نوزاد زنده گر چه شانس مجدد تولد زنده را افزایش میدهد ولی منجر به افزایش احتمال حاملگی چندقلویی نمی گردد. در صورتی که بیمار چهار جنین خوب برای انتقال داشته باشد و فقط دو عدد به رحم منتقل گردد، تفاوتی در میزان تولد نوزاد زنده بوجود نخواهد آمد.

در این مصاحبه پروفسور Templeton به شرح دقیق یافته های فوق می پردازد:

- از آنجائی که پیشگیری از حاملگی چند قلویی در ART بسیار با اهمیت است و چون احتمال تولد نوزاد با انتقال دو جنین نیز کاهش نمی یابد، آیا می توان تعداد را به انتقال یک جنین تقلیل داد؟

در حال حاضر همه آنچه را که میتوان توصیه نمود، عدم انتقال بیش از دو جنین است. مطالعات، نشان دادند که در صورت وجود بیش از چهار عدد تخمک لقاح یافته، تعداد جنین های زنده متولد شده نیز بیشتر می باشد در حالیکه تفاوت محسوسی در میزان تولد در انتقال سه جنین با انتقال دو جنین دیده نمی شود. اما چنانچه سه جنین منتقل گردد، افزایش قابل توجهی در میزان حاملگی چند قلویی بوجود می آید. اولین قدم تشویق کشورهایمانند انگلستان، آفریقای جنوبی و عمده کشورهای که هنوز سه جنین منتقل می کنند، می باشد. گر چه هدف حرکت به سمت انتقال یک جنین است ولی این امر منوط به داشتن دلایل و استنادات کافی در این زمینه می باشد.

- توصیه شما در مورد تعداد جنین منتقله چیست؟ آیا در تمامی موارد انتقال دو جنین کافی است و یا در صورت وجود شرایط خاص می توان سه جنین را منتقل نمود؟

اطلاعات موجود مؤید آن است که با انتقال دو جنین نه تنها آسیبی متوجه بیمار نخواهد بود، بلکه خطر سه قلویی حذف می گردد. سه قلویی باعث صرف هزینه گزاف از نظر کنترل بیمار و نگهداری نوزادان برای مراکز بهداشتی و درمانی می گردد.

نکته قابل ذکر دیگر این است که با کاهش تعداد جنینهای منتقل شده، شانس فریز و انجماد جنین افزایش یافته و می توان از جنین های اضافی در مراحل بعدی استفاده نمود.

- بنظر می رسد دلیل ناشناخته ای وجود دارد که به واسطه آن می توان علت اینکه چرا انتقال جنین های بیشتر نمی تواند میزان حاملگی را افزایش دهد ولی شانس حاملگی چند قلو را افزایش میدهد توجیه نمود. آیا شما با این نظریه موافق هستید؟

خیر، چرا که در این فرآیند رحم یا توانایی لانه گزینی جنین را دارد و یا دچار عدم توانایی است. در صورت اول تمامی جنین هایی که به رحم منتقل می شوند، لانه گزینی کرده و در صورت دوم هیچکدام از آنها لانه گزینی نمی کنند. آنچه که بر اثر رحمی اضافه می شود، عامل انتخاب است.

پژوهشگاه ابن سینا

۱۵

گردهمایی

باروری و ناباروری

Fertility & Infertility

J.Club

موضوع: Endometriosis & infertility

سخنران: دکتر فیروزه اکبری

تاریخ: دوشنبه ۷۸/۴/۲۱ ساعت: ۱۳/۳۰ - ۱۲/۳۰

مکان: بزرگراه شهید چمران، بوین، دانشگاه شهید بهشتی
پژوهشگاه ابن سینا (بولووی، بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی)

اخبار علمی

گفتگویی پیرامون تعداد مطلوب انتقال جنین با پروفسور Allan Templeton

پروفسور Allan Templeton و JK Morris از اسکاتلند طی مقاله ای که منتشر کرده اند نکات ارزشمندی را در خصوص حاملگی چندقلویی بدنبال IVF و نحوه پیشگیری از آن مطرح نمودند. بر اساس اطلاعاتی که توسط مرکز Human Fertilization & Embryology به ثبت رسیده است، پروفسور Templeton و Morris عوامل افزایش دهنده خطر حاملگی های چند قلویی در ۴۴۲۳۶ سیکل در ۲۵۲۴۹ زن مطالعه نمودند.

نتایج نشان داد که عواملی مانند افزایش سن زن، ناباروری و علت لوله های رحمی، ناباروری طولانی مدت و سابقه انجام مکرر IVF، بطور معنی داری با کاهش شانس حاملگی چند قلویی مرتبط می باشد.

علت اینکه چرا شانس تولد نوزاد زنده به تعداد جنین های لقاح یافته مرتبط است، شاید انتخاب جنین های بیشتر برای انتقال باشد. همواره بهترین جنین ها برای انتقال انتخاب می گردند ولی اگر مورفولوژی جنین ها کاملاً از نظر توانایی زنده ماندن قابل پیش بینی نباشد خود می تواند عاملی در جهت کاهش میزان تولد تلقی گردد.

شما آینده انتقال جنین را چگونه پیش بینی می نمایید؟ انتقال بلاستوسیست در روز پنجم یا انتخاب جنین در روز دوم یا سوم؟

ممکن است تحقیقات گسترده ای که در زمینه بلاستوسیست انجام می شود، سرانجام دلایل کافی را که ما برای انتقال یک جنین نیازمندیم، فراهم نماید. ظاهراً اگر یک جنین به مرحله بلاستوسیست رسیده باشد، نمایانگر قدرت رشد و توانایی آن است. در نتیجه انتظار بیشتری برای موفقیت بارداری وجود دارد. اما مشکل عمده در حال حاضر عدم دستیابی به شرایط رشد بلاستوسیست در محیط آزمایشگاه است.

ارتباط اندومتریوز با خطر سرطان

بر طبق مطالعات انجام شده توسط انجمن اندومتریوز امریکادر میان ۴۰۰۰ نفر از اعضاء این انجمن که از بیماری اندومتریوز رنج می برند، احتمال بروز سرطان پستان، ملانوما و سرطان تخمدان در میان ۴۰۰۰ از اعضاء انجمن، که از بیماری اندومتریوز رنج می برند نسبت به زنان دیگر بیشتر می باشد.

همچنین در خانواده های این بیماران احتمال خطر بیماریهایی مانند لنفوم غیر هوچکینی از حد متوسط بیشتر است. بهر حال محققین اظهار می دارند که این اطلاعات بسیار مقدماتی است بعلاوه زنان مورد بررسی این مطالعه بعنوان نماینده یک منبع تصادفی و بدون عوامل مخدوش کننده نمی باشند. مطالعات اپیدمیولوژیکی گسترده ای برای تحکیم این اطلاعات مورد نیاز می باشد. اخیراً محققین اثرات دیگوکسین را بر روی فرآورده های هورمون های استروئیدی بررسی و ارتباط آنها را با اندومتریوز جستجو می کنند.

Ref: National Endometriosis Association, 1999

داروی جدید در درمان PCO

داروی نوینی که به کارایی بهتر انسولین کمک میکند، به نظر میرسد در درمان ناباروری زنان مبتلا به PCO نیز موثر باشد. پژوهشگران NICHD دریک بررسی مقدماتی متوجه شدند که داروی D-chiro - inositol که در میوه و گیاهان موجود در طبیعت یافت می گردد، فاقد هر گونه اثرات جانبی در تعداد نسبتاً اندکی از بیماران مورد مطالعه مذکور می باشد. در حال حاضر پزشکان فقط اقدام به درمان علامتی PCO می کنند و قادر به از بین بردن علت آن نیستند به عنوان مثال داروهای آنتی آندروژن برای متوقف نمودن عمل هورمون تستوسترون و در نتیجه کاهش شدید رشد موها

تجویز می شود. قرص های جلوگیری از بارداری برای تنظیم سیکل قاعدگی و چنانچه این زنان خواهان فرزند باشند به کمک داروهای محرک باروری به تنهایی و یا همراه IVF درمان می شوند در این راستا محققین ۴۴ زن چاق مبتلا به PCO را انتخاب و به دو گروه مساوی تقسیم نمودند. برای گروه اول D-chiro-inositol تجویز و گروه دوم placebo دریافت نمودند ۸۶٪ از گروه اول و ۲۷٪ از گروه دوم تخمک گذاری کردند. گروه اول که داروی فوق را مصرف نموده بودند در سطوح انسولین، قند خون، فشار خون، تستوسترون، تری گلیسیرید بهبودی مشاهده گردید.

بر اساس نظرات دکتر Nestler این گزارش ضرورت توجه بیشتر به علل مقاومت به انسولین در زنان PCO را نمایان می سازد.

Ref: N.E.J.M,340:1314-1320,1999

اثر آسپیرین در بهبود پاسخ تخمدان

گروهی از پژوهشگران آرژانتینی در مرکز پزشکی CER نشان دادند که دوزهای پایین داروی آسپیرین میتواند پاسخ تخمدان را به داروهای محرک تخمک گذاری بهبود بخشد. این گروه با همکاری دکتر Ester polak، ۱۴۹ خانمی که همزمان با مصرف داروهای تخمک گذاری روزانه ۱۰۰ میلی گرم آسپیرین نیز دریافت کردند با ۱۴۹ خانم گروه کنترل که داروی آسپیرین را مصرف نکرده بودند، مقایسه نمودند. در این بررسی ۴۵٪ از گروه اول در مقابل ۲۸٪ از گروه کنترل باردار گردیدند.

از گروه اول بطور متوسط ۱۹/۸ فولیکول و ۱۶/۲ اووسیت و از گروه کنترل ۱۰/۲ فولیکول و ۸/۶ اووسیت بدست آمد.

بنابراین مولفین معتقدند که آسپیرین درمانی با دوز پایین می تواند با افزودن سرعت جریان خون رحم و تخمدان بطور معنی داری پاسخ تخمدان را افزایش دهد. لذا آسپیرین اثرات مثبتی بر روی لانه گزینی جنین و حاملگی در بیماران تحت درمان IVF دارد.

Ref: Fertility & Sterility 71:825-829,1999

اخبار کنفرانسها

برگزاری موفقیت آمیز

سمپوزیوم

« عوامل ایمونولوژیک در سقط مکرر »

بحمداله دومین سمپوزیوم تخصصی باروری و ناباروری با استقبال گرم اساتید و همکاران محترم در تاریخ پنجشنبه ۱۳ خرداد ماه ۷۸ برگزار شد. در این سمپوزیوم یک روزه بیش از ۲۰۰ تن از پزشکان، متخصصین و اساتید گرانقدر شرکت کردند که موضوعات مهم ذیل مطرح و مورد تبادل نظر قرار گرفت.

ایمونولوژی حاملگی، برخورد با سقط عادت، نقش سیستم ایمنی، NK ها و سایتوکاین ها، عوامل شیمیایی و عفونی سقط مکرر فیزیوپاتولوژی سقط جنین، تست های تشخیصی سقط ایمونولوژیک و درمانهای ایمونولوژیک و غیر ایمونولوژیک سقط مکرر یکی از نکات مهم و جالب مطرح شده در این سمپوزیوم ایده تاسیس مرکز فوق تخصصی تشخیص و درمان سقط مکرر توسط پژوهشکده بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی جهاد دانشگاهی مطرح شد که مورد استقبال همکاران قرار گرفت.

فراخوان مقاله سومین سمپوزیوم تخصصی

باروری و ناباروری

عفونت و ناباروری

به یاری خداوند سمپوزیوم یکروزه عفونت و ناباروری با مجوز بازآموزی از اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی توسط پژوهشکده BIB و انجمن اورولوژی ایران در نیمه اول آبانماه ۷۸ برگزار می گردد. از علاقمندان دعوت می گردد تا خلاصه مقالات و تحقیقات خود را حول محورهای ذیل حداکثر تا تاریخ ۷۸/۶/۳۱ به آدرس پژوهشکده ارسال فرمایند.

عوامل عفونی در ناباروری مردان و زنان

- علل میکروبی: PID, Venereal disease, TB, ..

تستهای تشخیصی آزمایشگاهی

درمان

- جراحی

- آنتی بیوتیکهای وسیع الطیف

- ART

نقش عفونت در نتایج ART

- تاثیر سلولهای التهابی

- تاثیر عفونتهای دستگاه تناسلی

- روشهای بهبود نتایج ART در حضور

عفونتها و سلولهای التهابی

بولتن تولید مثل و نازایی

پژوهشکده بیولوژی و بیوتکنولوژی

تولیدمثل و نازایی، جهاد دانشگاهی

تهران، بزرگراه شهید چمران، دانشگاه شهید

بهشتی، انتهای بلوار

صندوق پستی: ۴۶۳۱-۱۹۳۹۵

تلفن: ۲۴۰۳۶۴۱، ۲۴۰۲۰۱۱

فاکس: ۲۴۰۳۶۴۱

Email: RBIBR@yahoo.com