

بولتن تولیدمثل و نازایی

سال دوم مهرماه ۱۳۷۸

بنام آنکه جان را فکرت آموخت

سخنی با خوانندگان

قریب به دو سال و نیم از برگزاری هفتمین کنگره سالانه ناباروری در مرکز تحقیقاتی و درمانی ناباروری یزد می‌گذرد، متأسفانه بنظر می‌رسد، تاکنون اقدامی جدی در برگزاری هشتمین کنگره بعمل نیامده است. با توجه به لزوم برنامه ریزی های اولیه برای اجرای هر کنگره ای، که حداقل شش ماه بطول می‌انجامد، بنظر میرسد که فرصت سال جاری، برای اجرای این کنگره از دست رفته باشد. در هر صورت مشتاقان به برگزاری کنگره ناباروری منتظر اعلام مجریان هشتمین کنگره اند. بامید آنکه ضمن آگاهی از آخرین دستاوردهای باروری و ناباروری ایران و جهان، گوشه‌ای از مشکلات و مسائل مربوط به تحقیقاتی - درمانی ناباروری به بحث گذاشته شود و دستاوردهای خوبی را به همراه داشته باشد.

ژورنال کلاب باروری و ناباروری

گردهمایی هفته اول شهریور ماه با عنوان اثر پردنیزون و آسپیرین بر لانه‌گزینی جنین جنین توسط خانم دکتر مرضیه غفارزاد عضو هیأت علمی بیمارستان میرزا کوچک خان در محل پژوهشکده BIB برگزار گردید که خلاصه آن به شرح زیر می‌باشد.

لانه‌گزینی جنین یکی از مراحل بیولوژی تولیدمثل است. در این مرحله روابط بین تروفوبلاست جنین با رحم و سیستم اندوکراین منجر به اتصال و نفوذ محصولات حاملگی به اندومتریم در زمان لانه‌گزینی توسط هورمونهای تخمدانی و سایر فاکتورها، آماده برای پذیرایی از جنین می‌گردد. شانس هر زوج بارور برای داشتن فرزند در هر سیکل قاعدگی ۲۰ تا ۲۵ درصد میباشد. نشان داده شده است که بدنال IVF-ET لانه‌گزینی چندان مؤثر و کارا نیست بطوری که کمتر از ۱۰ درصد جنینهای منتقل شده به حاملگی بالینی منجر می‌گردند و اشکال در لانه‌گزینی از عوامل مهم مسئول در نازایی میباشد. علیرغم پیشرفتهای اخیر در ART مانند میکرواینجکشن و بهبود محیط کشت جنین، میزان لانه‌گزینی بعد از انتقال جنین حدود ۱۵-۱۰ درصد میباشد.

این نکته مطرح است که کیفیت اووسیت و جنین عامل شکست درمان بعد از انتقال جنین میباشد. نیز پیشنهاد شده است که کاهش قدرت

پذیرش رحم که همراه با تحریک تخمک گذاری دیده میشود، عامل مهم مرتبط با شکست بعد از انتقال جنین میباشد.

آقای Coulam اهمیت اختلالات رحم را در رابطه با شکست در لانه‌گزینی مطرح کرد. مشاهدات او نشان داد که با استفاده از جنینهای تازه در IVF-ET میزان از بین رفتن محصول حاملگی بیشتر از کسانی است که از اووسیت دهنده و جنین فریز شده استفاده میکنند. مطالعه

باروری، مطالعه ای گذشته نگر در مورد ۳۰۷ بیمار در شرایط اتوایمیون، در بخش IVF دانشگاه Niigota ژاپن در مدت ۲ سال انجام گرفت. روزانه ۱۰ mg پردنیزون و ۸۱ mg آسپیرین به بیمارانی که آنتی بادی مثبت داشتند، تجویز شد. نتایج مطالعه نشان داد در زنانی که آنتی نوکلئار آنتی بادی مثبت داشته با یا بدون آنتی فسفو لیپید آنتی بادی به میزان قابل توجهی لانه‌گزینی و حاملگی کمتری نسبت به افرادی که بدون اتوآنتی بادی بودند یافت شد. (۱۴/۸ درصد در مقابل ۲۱/۷ درصد و ۶/۸ درصد در مقابل ۱۰/۴ درصد)

تجویز PSL/LDA به زنان دارای ANA مثبت بطور مشخصی پیش آگهی IVF-ET را بهبود بخشید. (۴۰/۶ درصد میزان حاملگی، ۲۰/۳ درصد میزان لانه‌گزینی). مطالعه فوق نشان داد درصد بالایی از خانمهایی که IVF-ET میشدند، اتوآنتی بادی دارند که همراه با عاقبت ضعیف ET میباشد و تجویز پردنیزون و آسپیرین به مقادیر کم میزان حاملگی و لانه‌گزینی را ممکن است بهبود بخشد. برای اثبات مطلب فوق مطالعه ای دوسو کور آینده نگر با استفاده از پلاسبو باید طراحی گردد.

نوزدهمین گردهمایی علمی باروری و ناباروری تحت عنوان «هیپرپرولاکتینمی» در مرحله پژوهشکده بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی برگزار گردید. در این گردهمایی که جمعی از پزشکان و متخصصین مراکز ناباروری شرکت داشتند خانم دکتر عصمت باروتی متخصص زنان و نازایی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مرکز آموزشی درمانی بیمارستان مهدیه اظهار داشت:

هورمون پرولاکتین که از هیپوفیز قدامی ترشح می‌شود نقشهای فیزیولوژیک متعددی در بدن دارد. افزایش آن به علت بیماری پامدهایی در کارکرد طبیعی بدن ایجاد میکند. افزایش پرولاکتین در زنان سبب کاهش فیدبک مثبت استروژن شده و بدنبال آن ترشح ضربانی LH را مختل میکند. ابتدا دامنه و میزان آن کاهش یافته و سپس تواتر ترشح ضربانی آن تغییر مییابد و سرانجام افزایش ناگهانی LH مهار می‌گردد.

هیپرپرولاکتینمی در ترشح ضربانی GnRH اثر میگذارد و سنتز (ساخت) هورمونهای استروئیدی تخمدان تغییر مییابد. هیپرپرولاکتینمی در بسیاری از زنان بصورت کوتاه شدن مرحله لوتئال و بدنبال آن نارسایی جسم زردکاهش ترشح پروژسترون بروز میکند و در ادامه اختلالات عادت ماهیانه بشکل اولیگومنوره، آمنوره و اختلال در فولیکول سازی

۲۰

گردهمایی
باروری و ناباروری
Fertility & Infertility
J. Club

موضوع: بیپوشی و IVF

ارائه دهنده: دکتر ربابه طاهری پناه

زمان: دوشنبه ۱۹/۷/۷۸ ساعت ۱۳:۳۰-۱۴:۳۰

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

تولید مثل و نازایی جهاد دانشگاهی

آقای coulam پیشنهاد میکند که کوشش برای افزایش لانه‌گزینی باید در جهت افزایش قابلیت پذیرش رحم و بدست آوردن جنین با کیفیت خوب باشد. ثابت شده است که تجویز آسپیرین با مقادیر کم و پردنیزون در بیمارانی که سقط تکرار شونده خودبخودی داشته و در شرایط اتوایمیون (افراد دارای آنتی فسفولیپید آنتی بادی مثبت) میباشد، در تداوم و بقای حاملگی مؤثر میباشد. پردنیزون از طریق تغییر در سیستم ایمنی و آسپیرین از طریق بهبود در مقاومت عروقی اعمال اثر میکند. نیز گزارش شده است که در افرادی که مکرراً IVF-ET منجر به شکست لانه‌گزینی میشود، شیوع بالایی از اتوآنتی بادیها دیده میشود. مطالعات اخیر با استفاده از Doppler velocitometry نشان داده است که اختلال در مقاومت عروق تخمدانی همراه با پیش آگهی ضعیف IVF-ET میباشد. برای بررسی اثر پردنیزون و آسپیرین بر میزان لانه‌گزینی و

درآمدی بر مسائل فقهی حقوقی

ART

دکتر میرقاسم جعفرزاده

**درآمدی بر مسائل فقهی - حقوقی ART
۳- وضعیت شرعی بکارگیری تکنیک ها
IVF و ZIFT**

در واپسین قسمت شماره پیشین بررسی وضعیت شرعی انتقال زایگوت حاصل از لقاح تخمک و اسپرم متعلق به زن و مردی به رحم زنی بیگانه از منظر روایات را آغاز نمودیم. در نخستین نگاه نسبت به شمول روایات مزبور تردید شد. اولین ایراد بر شمول مفاد آنها در شماره پیشین ذکر شد. اینک ایرادهای بعدی دنبال میشود. دومین ایرادی که به ذهن خطور میکند این است که در یکی دیگر از آن روایات یعنی روایت سلیمان بن داوود از امام صادق (ع) آمده است: "هیچ مردی حق ندارد "ماء" متعلق به خویش را در رحم زنی بیگانه جای دهد". یک نگاه ابتدایی به روایت مزبور نشان می دهد که مبنای تحریم مستفاد از روایت "ادخال ماء متعلق به مرد" به رحم زنی نامحرم است، یعنی مانی که غالباً حاوی اسپرم است. در حالیکه زایگوت موضوع بحث غیر از ماء حاوی اسپرم است. نظیر همین بیان در روایت منسوب به پیامبر اکرم (ص) در کتاب الجعفریات وارد شده است. به موجب روایت مزبور "وضع نطفه توسط مردی در رحم غیرحلال" معادل شرک به خداوند قلمداد شده است.

با عنایت به نکات فوق به نظر می رسد که روایات مزبور، به فرض شمول، تنها تزریق اسپرم را ممنوع ساخته و شامل انتقال زایگوت که در واقع تخمک بارور شده است نمیباشد.

نکته ای که ممکن است موجب تقویت مفاد فراگیر روایات مزبور گردد این واقعیت است که پاره ای روایات واژه "نطفه" را در معنایی عام بکار گرفته بطوری که شامل مراحل متعددی از تحول و تکامل اجزای ژنتیکی متعلق به زن و مرد نظیر اسپرم و تخمک لقاح نیافته، تخمک بارور شده و حتی تخمک بارور شده ای که شروع به تکثیر سلولی نموده و به مراحل از رشد و تکامل رسیده، می شود. بر مبنای روایات مزبور، موجود سلولی حاصل از لقاح اسپرم و تخمک تنها زمانی از عنوان "نطفه" مندرج در روایات موضوع بحث خارج میشود که به مرحله ای از رشد برسد که مشمول عنوان "علقه" گردد. در این راستا، حتی می توان روایاتی را مورد توجه قرار داد که حتی سقف زمانی برای این مرحله از رشد تعیین نموده و تا قبل از ۴۰ روز از زمان لقاح و لانه گزینی آن را مشمول "نطفه" دانسته و درست پس از ۴۰ روز است که مشمول عنوان "علقه" میشود. اگر تفسیر مزبور از واژه "نطفه" پذیرفته گردد طبیعی است که روایات مزبور شامل نه تنها زایگوت بلکه حتی

ایجاد میکنند. براساس مطالعات مختلف میزان شیوع هیپرپرولاکتینمی در بین جمعیت نابارور متفاوت میباشد و ماکزیم زنان حدود ۲۰ درصد گزارش شده است. همچنین هیپرپرولاکتینمی در مردان نیز بر کیفیت اسپرم، کارکرد گنادها (غدد جنسی)، رفتار جنسی فرد، مایع پلاسمای منی و نیز میل جنسی افراد و دستگاه اعصاب مرکزی اثر دارد. مطالعه ۶ ساله بر روی ۹۹ بیمار با هیپرپرولاکتینمی ایدیوپاتیکی نشان داد که در طول مدت مطالعه، ۲۳ درصد آنها مبتلا به میکروآدنوما شدند.

نقش هیپرپرولاکتینمی در نازایی:

نازایی اغلب بدنبال افزایش سطح پرولاکتین بیشتر از ۲۰۰ ng/ml پیش می آید و علت اصلی نازایی بعلت تغییر در ترشح ضربانی GnRH و HCG و نهایت anovulation و عدم کفایت فازلوتئال میباشد. در انسان در مورد اثر مستقیم افزایش پرولاکتین زیر ۲۰۰ ng/ml روی رشد فولیکول شواهد کلینیکی تأیید کننده ای وجود ندارد و علت نازایی بیشتر نقص فازلوتئال و جلوگیری از لانه گزینی و یا از بین رفتن حاملگی در مراحل اولیه میباشد.

در مطالعه ای نیز تأثیر هیپرپرولاکتینمی گذرا بر روی Oocyte recovery، Mid cycle، pregnancy Rate و Fertilization Rate بررسی گردید. در این مطالعه ۵۳ زن نازا با پرولاکتین بالا و ۵۳ زن گروه کنترل با پرولاکتین نرمال مقایسه شدند. متوسط سطح پرولاکتین سرم در روز بعد از تزریق HCG بطور معنی داری در گروه مورد مطالعه نسبت به گروه کنترل بالاتر بود ولی میزان استرادیول تفاوت معنی داری نداشت. میزان متوسط اووسیت گرفته شده و میزان Fertilization و Pregnancy Rate باهم تفاوتی نداشت. در سیکل بعدی IVF ۱۱ بیمار با پرولاکتین بالا در ۵۳ بیمار انتخاب و روزانه ۲/۵mg بروموکریپتین دریافت کردند. کاهش سطح پرولاکتین مشاهده گردید ولی میزان استرادیول تفاوتی نداشت.

شیوع هیپرپرولاکتینمی در بین جمعیت نابارور متفاوت و ماکزیم در بین زنان حدود ۲۰ درصد گزارش شده است.

در مطالعه ای بر روی ۳۲ بیمار در سیکل IVF ۱-۱۲ ساعت قبل از بیهوشی برای گرفتن اووسیت بمنظور بررسی تأثیر هیپرپرولاکتینمی گذرا بعلت بیهوشی در گروه شاهد پلاسبو و در گروه مورد مطالعه بروموکریپتین تجویز شد. ۳۰ دقیقه بعد از بیهوشی میزان پرولاکتین در هر دو گروه مورد مطالعه قرار گرفت. در گروه کنترل افزایش یافته ولی در گروه شاهد تغییر معنی داری نداشت. در گروه شاهد پرولاکتین مایع فولیکولی کاهش و استرادیول افزایش نشان میداد. میزان Pregnancy Rate و Fertilization مشابه و تغییری نداشته است بنابراین میتوان نتیجه گیری نمود که هیپرپرولاکتینمی گذرا روی pregnancy Rate در سیکل IVF اثر معنی داری ندارد.

جنین موضوع بحث فصل بعدی هم میگردد. (در این خصوص رجوع شود به وسائل؛ ج ۲۹، باب ۱۹ صص ۳۱۶ و ۳۱۷؛ ج ۷، باب ۶۴، ص ۱۴۰؛ مستدرک، ج ۱۵، باب ۶، ص ۸)

به نظر میرسد قرائت فوق از جهاتی قابل تردید باشد. نخست آنکه، روایات ناظر بر تقسیم بندی مراحل رشد موجود سلولی حاصل از اجزاء ژنتیکی مرد و زن بر حسب ایام، ضعیف و غیر قابل استناد است. دوم آنکه اساساً قرائت مزبور با واقعتهای پزشکی ناسازگار است، پس از ۴۰ روز از لقاح اسپرم با تخمک و لانه گزینی در رحم موجود سلولی مزبور شکل و هیات یک موجود انسانی به خود گرفته و غالب اعضاء و جوارح جسمانی آن هویت خاصی به خود میگیرد، نه اینکه تنها علقه ای محض (شبهه زالو) باشد.

به نظر میرسد روایات مزبور، برفرض صحت استناد به پیشوای معصوم، بر اساس دریافتهای پزشکی آن زمان بوده است. سوم آنکه، بر فرض صحت اطلاق عنوان "نطفه" بر تخمک بارور شده، اساساً پذیرش ادعای شمول روایات مزبور به لحاظ اصول زبان شناسی دشوار است. در فهم روایات باید ظرف زمانی صدور روایات را مورد توجه دقیق قرار داد. بر این اساس، فهم یک معنایی چنین فراگیر امکان پذیر نیست، زیرا در زمان صدور روایات مزبور اساساً امکان اخذ تخمک از تخمدان زن و باروری خارج رحمی امکان پذیر نبود، بلکه حتی به ذهن احدی هم چنین معنایی خطور نمیکرد. عمل مزبور موهون دانش پزشکی جدید در سالهای اخیر است. بنابراین، چگونه میتوان پذیرفت که مقصود از روایات مزبور تحریم ادخال نطفه (تخمک بارور شده) به رحم زن بیگانه است؟ آیا میتوان پذیرفت که در زمان صدور روایات مزبور واژه "نطفه" چنین ظهوری داشت؟ مضافاً بر این امور و بر فرض شمول "نطفه" در روایات موضوع بحث قرائن متعددی وجود دارد که موجب انصراف قطعی آنها از فروض موضوع بحث می شود. در روایات مزبور، همانطور که فوقاً اشاره شد، قرائتی چون "من أقر نطفته"، "من نطفه حرام وضعها امرؤ فی رحم لا تحل له"، "من أقر نطفه فی رحم محرم علیه"، "أفرغ مائه فی امرأه حراماً و لتضییعه النطفه و لوضعه ایها فی غیر موضعها" وجود دارد که تماماً حکایت از عدم شمول واژه "نطفه" و "ماء" مندرج در روایات مزبور و انصراف آنها به خصوص منی و ماء مرد دارد. برآستی آیا استناد واژه "نطفه" به ضمیر مذکر در روایات اول و یا منع وضع "نطفه" در رحم غیر حلال حاکی از انصراف واژه مزبور نیست؟ کدام رحم بر زن حلال است که روایت مزبور برخی را استثناء می نماید؟ روایات دیگر هم مسلماً با قرائتی چون "رحم محرم علیه" و "أفرغ مائه فی امرأه حراماً" و "لوضعه ایها فی غیر موضعها" انصراف به خصوص ادخال "نطفه" متعلق به مرد داشته و شامل مراحل بعدی رشد آن یعنی پس از لقاح با تخمک زن و شروع تکثیر سلولی نمی شود.

به نظر می رسد واژه "نطفه" به لحاظ لغوی، استعمالات قرآنی و روایی بیشتر ناظر

ندرتاً بطور معنی داری در مردان اولیگواسپرم اتفاق میافتد.

پیشنهاد شده است که کاهش قدرت پذیرش رحم که همراه با تحریک تخمک گذاری دیده میشود عامل مهم مرتبط با شکست بعد از انتقال جنین میباشد.

مردان نابارور با علت نامشخص درصد اسپرم نرمال کمتری نسبت به مردان طبیعی دارند اما اسپرم نرمال آنها نسبت به مردان اولیگواسپرمی بطور معنی داری بالاتر است.

مؤلفان چنین نتیجه گیری میکنند که این افراد در DNA اسپرم خود دارای شکستگی هایی می باشند و پیشنهاد می کنند که اگرچه این گروه ممکن است مانند بسیاری از مردان اولیگواسپرم از اختلال عملکردهای مشابه رنج ببرند اما محل های Apoptose فعال در بیضه های آنها متفاوت میباشد.

داروی Ganirelix Acetate

FDA داروی جدیدی که با نام Ganirelix Acetate را که توسط شرکت دارویی ارگانون به منظور درمان ناباروری زنان به بازار عرضه شده است تأیید نمود.

تزریق Ganirelix Acetate برای ممانعت از افزایش ناگهانی LH در زنانی که تحت تحریک تخمک گذاری کنترل شده می باشند، توصیه میگردد. این نخستین فرآورده GnRH است که بدین منظور در آمریکا به تأیید رسیده است. این درمان جدید زنان ناباروری را که تحت درمانی های باروری می باشند با کاهش دوزهای درمانی دارو به منظور مهار LH Surge کمک میکند و بنابراین تخمکها در تخمدان باقی میمانند.

برخلاف فرآورده های آگونیست که مبیایست ۲۶ روز استفاده شود، این مطالعه بر روی آنتاگونیست نشان داده است که می توانیم با تجویز ۵ روز آنتاگونیست همزمان با کاهش عوارض جانبی ناخوشایند مثل سردرد و گرگرفتگی به همان اهداف دست یابیم.

بلوغ آزمایشگاهی سلول های ژرمینال در مردان

دکتر Tesarik و همکارانش توانستند در محیط آزمایشگاه به کمک رشد سلولهای زایا اسپرماتید ایجاد نموده و از آنها در روش های کمک باروری برای مردانی که کاملاً دچار توقف در بلوغ اسپرم می باشند استفاده کنند.

این گروه از ۳۶ مرد با آزواسپرمی انسدادی اما اسپرموگرام نرمال و ۱۳ مرد آزواسپرم، بیوسپی بیضه انجام و مرحله توقف اسپرماتوزن را تعیین نمودند. سپس نمونه ها را برای ۴۸ ساعت در دمای حدود ۳۰°C با غلظت های متفاوتی از هورمون FSH یا تستوسترون کشت دادند.

پس از کشت، پلوئیدی در سلولهای زایا با درجاتی از بلوغ سیتوپلاسمی و تمایز مورفولوژیکی مشاهده گردید. در مردانی که اسپرماتوزن نرمال داشتند هورمون FSH سبب کاهش پلوئیدی، بلوغ سیتوپلاسمی و تمایز مورفولوژیکی میشود. هورمون

بیوسپی بیماران تحت درمان IVF که همگی اعلام رضایت نیز نموده بودند، صورت گرفته است. در این تحقیق پس از تحریک تخمک گذاری در موشها، اقدام به جداسازی سلولهای کومولوس از مجموعه کومولوس - اووسیت نمودند و آنها را به مدت بیش از ۳۰ روز کشت دادند. سپس سلولهای استروما و کومولوس را درون اووسیت های موش که قبلاً هسته آنها را تخریب و جدا کرده بودند منتقل و به این مجموعه فرصت بلوغ تا مرحله آزادسازی نخستین جسم قطبی داده شد.

۲۱

گردهمایی
باروری و ناباروری
Fertility & Infertility
J.Club

موضوع: استخراج اسپرم از گناد

ارائه دهنده: دکتر سید محمد کاظمینی

زمان: دوشنبه ۱۹/۷/۷۸ ساعت ۱۳:۴۰-۱۴:۳۰

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

بطور کلی هسته ۴۵ اووسیت سالم را از بین برده و به سلولهای سوماتیک انسان متصل کردند. رنگ آمیزی و تثبیت اووسیت های بالغ وجود متافاز را در کروموزوم های اوپلاسم و جسم قطبی نشان داد. در نتیجه دکتر Takeuchi اظهار داشت. واضح است که اوپلاست نابالغ موش میتواند فرآیند هاپلوئید شدن هسته سلول سوماتیک موش یا انسان را تقویت کند و این مطالعه فرضیه استفاده از سلول سوماتیک هاپلوئید به عنوان یک منبع تولید اووسیت را حمایت میکند.

شکستگی رشته DNA در اسپرماتوزوای انسان

یک فاکتور مهم که می بایست در نازایی با علت نامشخص در نظر گرفته شود احتمال شکستگی در رشته DNA اسپرم میباشد.

پژوهشگران دانمارکی از کلینیک ناباروری Ciconia در Frederiksberg اطلاعاتی دال بر احتمال وجود شکستگی DNA موجود در اسپرم مردان مبتلا به ناباروری با علت نامشخص را منتشر نمودند. Host و همکارانش توانستند شکستگی رشته DNA و مورفولوژی سلول اسپرم را در ۳۹ مرد نابارور با علت نامشخص، تعیین نموده و نتایج را با ۲۰ مرد بارور و ۷۴ مرد اولیگواسپرم مقایسه نمایند. آنها دریافتند که شکستگی DNA در هسته سلول اسپرم بکرات در اسپرم مردان نابارور با علت نامشخص نسبت به مردان بارور طبیعی و

به موجود ژنتیکی متعلق به مردان و یا حداکثر تخمک زنان بوده و ارتباطی با تخمک بارور شده ندارد. تخمک به محض بارور شدن و لقاح با اسپرم مشمول عنوان دیگری یعنی "علقه" میشود. دلیل اطلاق این عنوان بر این مرحله از رشد هم استعداد تعلق و چسبندگی به جداره رحم و به عبارت دیگر لانه گزینی در صورت فراهم بودن شرایط مناسب است. از قضاء در روایات با اینکه در این قبیل موارد نیازی به شناخت کارشناسانه روایات نیست، زیرا موضوع این روایات واقعیات خارجی بوده و باید براساس روش های عرفی احراز شوند، فزاهایی میتوان یافت که به صراحت یا تلویح واژه "نطفه" را منحصر در اجزاء ژنتیکی متعلق به مرد میدانند و پس از لقاح آن با تخمک زن مشمول عنوان "علقه" معرفی میکنند. به عنوان نمونه در حدیثی از امام صادق (ع) آمده است: ... ان النطفه اذا وقعت فی الرحم تصیر الی علقه ثم الی مضغه... (وسائل، ج ۲، باب ۳۳ ص ۳۳). همچنین در روایتی منسوب به امیرالمؤمنین (ع)، امام ضمن طبقه بندی مراحل رشد اجزاء ژنتیکی زن و مرد به شش مرحله، منی، علقه، مضغه، عظم، جنین فاقد روح و جنین دارای روح انسانی، فرمود: للنفطه عشرين دیناراً و هو الرجل یفزع عن عرسه فلیقی نطفته و هی لا ترید ذلک". (مستدرک، ج ۱۸، باب ۱۹، ص ۳۶۲). با عنایت به نکات پیش گفته به نظر میرسد در متون اصیل اسلامی واژه "نطفه" تنها شامل مرحله قبل از لقاح می باشد و چنانچه بنا بر اشاره به مرحله ای پس از آن بوده با قرآنی نظیر "نطفه آمشاج" که در قرآن کریم آمده و نظایر آن معین میشده است. در قرآن کریم هم در آیه ای همین دآوری موضوع شناسانه تأیید شده است. در آیه ناظر بر مراحل آفرینش و پیدایش انسان آمده است: لقد خلقنا الانسان من سلاله من طین ثم جعلناه نطفه فی قرار مکین.

با لحاظ آنچه فوقاً بیان شد به نظر میآید که به لحاظ اصول تفسیر لفظی روایات متضمن حکم بر ممنوعیت ادخال "نطفه" به رحم زنی بیگانه، بر فرض شمول آنها نسبت به روش های نوین باروری، شامل انتقال تخمک بارور شده نبوده و علیهذا انتقال زایگوت حاصل از اسپرم و تخمک متعلق به زن و مردی به زحم زنی دیگر بلامانع است. البته تعمیم حکم روایات مزبور به فروش موضوع بحث به لحاظ وحدت ملاک خود بحث مستقلی است که در شماره آتی دنبال خواهد شد.

اخبار علمی

یک منبع جدید اووسیت زنده استفاده از سلول سوماتیک هاپلوئید امکان شگفت آوری است که شاید روزی به عنوان یک منبع اووسیت زنده در زنان نابارور مسن مفید واقع گردد.

این شیوه که توسط آقای T.Takeuchi از مرکز پزشکی باروری و ناباروری بیمارستان Cornell نیویورک مطرح شد، با استفاده از سلولهای استرومای اندومتر جمع آوری گردیده از نمونه های

« غدد درون ریز و ناباروری »

سمپوزیوم غدد درون ریز و ناباروری توسط پژوهشکده BIB و با همکاری مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در نیمه دوم زمستان ۷۸ برگزار می‌گردد. از علاقمندان دعوت می‌گردد تا خلاصه مقالات و تحقیقات خود را در محورهای ذیل حداکثر تا تاریخ ۷۸/۹/۳۱ به آدرس پژوهشکده بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی جهاد دانشگاهی ارسال فرمایند.

محورهای پیشنهادی سمپوزیوم :

- ۱- اصول آندوکرینولوژی تولیدمثل
- ۲- بیماریهای عمده غدد درون ریز زنان و مردان در ناباروری
- ۳- هیپرپرولاکتینمی در مردان و زنان
- ۴- سندروم تخمدان پلی کیستیک
- ۵- هیپوگنادیسم هیپو گنادوتروپیک در مردان و زنان

“Reproductive Medicine” Current concepts and New Perspectives

زمان: 12-13 Nov 1999

مکان: Hotel Londra / via Jacopo da

Diaceto, 16-20, 1-50123 Firenze / Italy.

کشور: ایتالیا

اطلاعات و ثبت نام:

S.p. International, via lame 44, 40122

Bologna, Italy, Fax +39-051-222101

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

به نظر میرسد کاهش ذخیره تخمدانی با افت سطح B اینهیپین سرم قبل از افزایش سطح FSH در روز سوم قاعدگی همراه است. به منظور تأیید این فرضیه گروهی از پژوهشگران اقدام به مطالعه ای بروی ۱۰۹ خانم نابارور که نازایی آنها به علت لوله های رحمی یا فاکتور مرد بوده در مقایسه با ۴۷ زن که دچار کاهش ذخیره تخمدانی بوده اند، نمودند. این گروه پارامترهایی مانند میزان B اینهیپین و FSH سرم، میزان گنادوتروپینهای تجویز شده، میزان پروستاگلاندین E2 در روز تجویز hCG، تعداد اووسیت هایی دریافتی، حاملگی های کلینیکی و تعداد سیکل های کنسل شده را اندازه گیری نمودند. همچنین دریافتند، زنانی که دچار کاهش ذخیره تخمدانی می گردند علیرغم نیاز بیشتر به گنادوتروپین، اووسیت های کمتر و میزان حاملگی کمتری نیز دارند و همچنین میزان کنسل شدن سیکل های آنها بیشتر است. علیرغم عدم افزایش در FSH سرمی روز سوم قاعدگی به میزان B اینهیپین سرمی آنها کاهش واضحی دارد. پس چنین نتیجه گیری میشود که کاهش ذخیره تخمدانی و پاسخ به تحریک تخمدان را میتوان به کمک کاهش میزان B اینهیپین روز سوم یعنی قبل از اینکه FSHH روز سوم این خانم ها افزایش یابد تشخیص داد.

Ref: Fertil & Steril 1999 Jul; 72(1); 63-5

اخبار کنفرانس ها

سومین سمپوزیوم تخصصی
«عفونت و ناباروری»

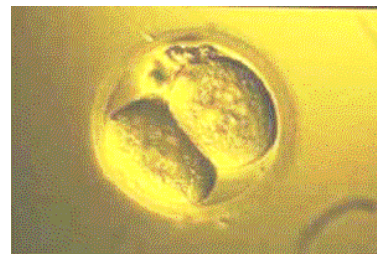
با کمال مسرت به اطلاع میرساند طبق مصوبه اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی به متخصصین زنان، زایمان و نازایی، اورولوژی، بیماریهای عفونی و گرمسیری، تولیدمثل و ART شرکت کننده ۶ امتیاز و به متخصصین داخلی، علوم آزمایشگاهی، دکترای علوم آزمایشگاهی، بیوشیمی، میکروبیولوژی و پزشکان عمومی شرکت کننده ۴ امتیاز تعلق می گیرد.

زمان: پنجشنبه ۶ آبان ۱۳۷۸ ساعت ۸ تا ۱۷/۳۰
مکان: تهران-دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

علاقتمندان جهت ثبت نام می توانند مبلغ ۴۰۰۰۰ ریال (بابت ثبت نام و پذیرایی) به حساب شماره ۱۳۵۸۵۱۱۴۰ بانک تجارت شعبه اردیبهشت تهران در وجه پژوهشکده واریز نموده و اصل فیش بانکی را به همراه فرم تکمیل شده ثبت نام و کپی کارت نظام پزشکی یا آخرین مدرک تحصیلی به آدرس: دبیرخانه سمپوزیوم (تهران - صندوق پستی ۴۶۳۱-۱۹۳۹۵) ارسال نمایند.

فراخوان مقاله چهارمین سمپوزیوم
تخصصی باروری و ناباروری

تستوسترون نیز پتانسیل انجام این عمل را دارد ولی به تنهایی نمی تواند تأثیرگذار باشد. از ۱۳ مرد آزواسپرم ۵ مرد دچار توقف بلوغ در مرحله اسپرماتوسیت اولیه بودند. در دو نفر از این گروه بررسی اسپرماتیدها در مراحل مختلف بلوغ پس از کشت صورت گرفت. سپس این اسپرماتیدها برای روش های کمک باروری استفاده و نتیجه آن یک حاملگی دوقلویی و تولد دو نوزاد سالم دختر بوده است. نتایج شگفت آور دکتر Tesarik حس کنجکاوی و علاقه بسیاری از محققین را برانگیخت. در مطالعات قبلی اینگونه استنباط می گردید که احتمالاً اسپرماتید در محیط کشت قبلاً وجود داشته است ولی موفق به دستیابی به آن نشده اند. دکتر Tesarik تأکید مینماید که روش اتخاذ شده توسط وی و همکارانش شانس این احتمال را بسیار کاهش میدهد و این مسئله ممکن نمی باشد. بهرحال مطالعات بیشتری لازم است تا بتوان مشخص نمود که آیا مردان با توقف کامل بلوغ اسپرم می توانند از نظر بیولوژیکی پدر شوند یا خیر؟

میزان حاملگی بدنبال میومکتومی توسط
هیستروسکوپی

گروهی از پژوهشگران از دانشگاه کلمبیا نیویورک به رهبری دکتر وارسته اثرات میومکتومی و پولیپکتومی با استفاده از هیستروسکوپی را در تولیدمثل زنان نابارور، با افرادی که دارای یافته های طبیعی در هیستروسکوپی میباشد، مقایسه نمودند و نتایج مطالعاتشان را در مجله OB & Gyn شماره آگوست منتشر کردند.

این گروه زنانی را که با تشخیص ناباروری فقط توسط یک جراح بین سال های ۱۹۷۵ تا ۱۹۹۶ (براساس پیگیری روتین پرسشنامه ای مربوط به تاریخچه تولیدمثلی) معاینه و بررسی شده بودند را در این تحقیقات مورد مطالعه قرار دادند.

تمام ۹۲ نفر مورد بررسی به پرسشنامه پاسخ دادند ۷۸ نفر شامل معیارهایی مانند سن زیر ۴۵ سال، حداقل ۱۲ ماه ناباروری، حداقل ۱۸ ماه تلاش برای باروری به عنوان مثال IVF در زنانی دچار انسداد دو طرفه لوله رحمی، بودند.

نتایج حاصله نشان داد، انجام پولیپکتومی و میومکتومی توسط هیستروسکوپی شانس باروری را در مقایسه با زنان ناباروری که حفره رحمی طبیعی دارند افزایش میدهد. علیرغم توجه به برداشتن یک میوم بزرگ از طریق هیستروسکوپی اما ممکن است منجر به برداشتن سطح وسیعی از حفره اندومتر گردد. این کار وجود فواید تولیدمثلی بیشتر این روش نسبت به خطرات آن را نشان داده است.

β اینهیپین و ذخیره تخمدان