

بنام آنکه جان را فکرت آموخت

سخنی با همکاران

مطالعه و پی گیری نتایج درمان ناباروری با استفاده از روشهای لقاح خارج رحمی، نشان میدهد که این روش توانسته است، برخی از زوجین را بارور نماید. محققین ایرلندی گزارش نموده اند که تقریباً ۲۱٪ از زوج هایی که تحت درمانهای موفق لقاح خارج رحمی (IVF) و یا میکرواینجکشن (ICSI) قرار گرفته اند، در مراحل بعدی خودبخود حامله شده که این حاملگی های خودبخودی در طول دو سال پس از درمان ناباروری صورت پذیرفته است. بنظر میرسد که این پدیده عجیب و ناباورانه باروری طبیعی پس از درمان ناباروری با استفاده از روشهای لقاح خارج رحمی، مربوط به فراغت از استرسی است که بواسطه نداشتن فرزند و آرزو و اشتیاق بی حد و حصر برای داشتن فرزند است.

پدیده استرس باید بعنوان یکی از موانع جدی ناباروری زوجها مورد بررسی مراکز درمانی لقاح خارج رحمی قرار گیرد

اگرچه درصد ذکر شده فوق بنظر عجیب و ناباورانه میرسد، ولی این چیزی است که اتفاق افتاده است. در گزارشی مشابه از مرکز درمان ناباروری دانشگاه نیوجرسی آمریکا، با مطالعه ۱۰ ساله ای در بین زوجهای تحت درمان ناباروری، آماری بیش از ۱۰ درصد از حاملگی های خودبخودی را پس از درمان ناباروری ارائه داده اند.

برنات هنی از دوبلین اظهار داشته است که پدیده غیرقابل انتظار حاملگی طبیعی پس از درمان ناباروری با روشهای لقاح خارج رحمی، برای زوجها بسیار عجیب بوده است. این پدیده معمولاً در زوجهایی مصداق داشته که ناباروری آنها در گروه ناباروری

ناشناخته و یا اندومتريوزیس، طبقه بندی شده است. بنابراین بنظر میرسد که حاملگی طبیعی میتواند تا حدی مشکل اندومتريوزیس را نیز مرتفع نماید. در مطالعه ای، ۱۰۶ نفر از ۵۱۳ زوج تحت درمان موفق لقاح خارج رحمی، حاملگی خودبخودی را تجربه نموده اند و این شانس در بیماران جوانتر بسیار بالاتر بوده است. در این مورد حد متوسط ناباروری زوج قبل از درمان با روش لقاح خارج رحمی چهار سال بوده است. بنظر میرسد که پدیده استرس باید بعنوان یکی از موانع جدی ناباروری زوجها مورد بررسی مراکز درمانی لقاح خارج رحمی قرار گیرد و ما امید آن داریم که بتوانیم گزارش های مبسوط و جالبی را در سمپوزیوم روانشناسی و ناباروری پژوهشکده ابن سینا که انشاء... در زمستان سال ۷۹ برگزار خواهد شد، داشته باشیم.

موفق باشید

ژورنال کلاب

بیست و هشتمین گردهمایی باروری و ناباروری با عنوان «کلامیدیا و ناباروری» توسط خانم دکتر لیلی چمنی متخصص عفونی و عضو هیأت علمی پژوهشکده ابن سینا روشنبه مورخ ۱۳۷۹/۲/۱۹ با شرکت جمعی از اساتید در محل پژوهشکده برگزار گردید که خلاصه مطالب ایشان به شرح زیر است:

امروزه بنظر می رسد که از هر ۶ زوج یک زوج دچار مشکلات باروری هستند. در بررسی این بیماران توجه به بیماریهای عفونی از جایگاه ویژه ای برخوردار است. یکی از مهمترین عواملی ایجاد کننده ناباروری **کلامیدیا تراکوماتیس** است که یک باکتری گرم منفی داخل سلولی و دارای DNA, RNA بوده و قادر است تا مدت های طولانی در دستگاه تناسلی به حیات خود ادامه دهد. این ارگانیزم بواسطه لیپوپروتئین غشاء خارجی و پروتئین hSP-60 خود به القاء واکنش التهابی می پردازد. طبق نظر CDC (مرکز کنترل بیماریها) سالیانه ۴

زنایی که سابقه عفونت با کلامیدیا تراکوماتیس و تیترا بالای IgG ضد کلامیدیا دارند در سیکل درمانی با FSH طی مراحل انجام IVF پاسخ درمانی ضعیف تری نشان می دهند

میلیون عفونت جدید با کلامیدیا تراکوماتیس رخ می دهد (۱) و بسته به جمعیت های مختلف حدود ۸ الی ۴۰ درصد زنان و ۱۰ درصد مردان فعال از نظر جنسی به آن مبتلا هستند. ارگانیزم به سلولهای اپی تلیال Squamocolumnar اندوسرویکس، دستگاه تناسلی فوقانی زنان، ملتحمه، اورتر و رکتوم، اپیدیدیم در مردان و سلولهای استوانه ای دستگاه تنفسی نوزادان تمایل داشته و قادر است بیماریهای مختلفی از جمله لنفوگرانولوم ونروم، بیماری oculogenital، اورتریت، اپیدیدیمیت، پروکتیت، سندرم رایتر، سرویسیت، اندومتريت و سالپنژیت و در نتیجه ناباروری و حاملگی خارجی ایجاد کند (۲). ۷۰ درصد زنان مبتلا به عفونت اندوسرویکال بی علامت یا کم علامت هستند و ممکن است از علائمی مثل ترشح واژینال، خونریزی، دردهای خفیف شکمی و سوزش ادرار شاکی باشند. ۸ درصد زنان مبتلا دچار سالپنژیت میشوند و در ۴۰ درصد زنایی که سرویسیت موکولوپرولانیت دارند میتوان اندومتريت همراه با شواهد انفیلتراسیون پلازما سل ها را مشاهده نمود. طیف بالینی بیماری التهابی لگنی (PID) ناشی از کلامیدیا تراکوماتیس از بیماری شدید تا آسمپتوماتیک و خفیف متغیر است. نتیجه PID حاد و یا بیماری بی علامت در دراز مدت می تواند به صورت ناباروری لوله ای، حاملگی خارج رحمی و سندرم درد مزمن لگنی مشاهده شود. انسداد لوله ها عامل ۳۰-۱۰ درصد موارد ناباروری است که در عفونت های کلامیدیایی به دلیل التهاب مزمن و ایجاد اسکار ناشی از عفونت مکرر یا پایدار ایجاد می شود. با تکرار دفعات PID درصد موارد ناباروری و یا حاملگی خارج رحمی افزایش می یابد. به منظور اثبات نقش کلامیدیا در ایجاد این ناهنجاریها مطالعات متعددی صورت

نتیجه PID حاد و یا بیماری بی علامت در دراز مدت می تواند به صورت ناباروری لوله ای ، حاملگی خارج رحمی و سندرم درد مزمن لگنی مشاهده شود

گرفته است و نتایج حاصله نشان دهنده وجود شواهد سرولوژیک از ابتلا قبلی به عفونت کلامیدیایی در زنان نابارور بوده و در مواردی نیز کلامیدیا از نمونه های بیوپسی لوله ای فالوپ و در موارد کشت منفی نیز آنتی ژن و DNA کلامیدیا از لوله های فالوپ زنان نابارور و مبتلا به حاملگی خارج رحمی بدست آمد (۳) و (۸). همچنین مشاهده تیرهای بالای IgG ضد کلامیدیا در خون زنانی که سقط جنین خودبخودی داشته اند، مطرح کننده رابطه بین عفونت قبلی اندومتر با کلامیدیا و سقط جنین می باشد (۴).

مطالعات وسیع تر نشان دادند که زنانی که سابقه عفونت با کلامیدیا تراکوماتیس و تیترا بالای IgG ضد کلامیدیا دارند در سیکل درمانی با FSH در طی مراحل انجام IVF پاسخ درمانی ضعیف تری نشان می دهند (۵).

از آنجایی که اصلاح عوامل ایجاد کننده ناباروری بسیار دشوار می باشد امروزه تلاشهای روز افزونی به منظور پیشگیری از ایجاد آنها صورت می گیرد (۶) و (۷). لذا در کشور ما نیز بهتر است علاوه بر برخورد جدی با مبتلایان به عفونتهای کلامیدیایی، در راستای اهداف پیشگیری از ابتلاء و انتشار بیماری نیز بیشتر تکیه شود.

- Centers for Disease control and Prevention . Recommendations for the prevention and management of chlamydia trachomatis infections . 1993 MMWR. 1993
- KUOC-C/ Host respoxe . In : Barron Al, ed . Microbiology of chlamydia Boca Raton , FL : CRC Press ; 1988
- Presence of the major outer - membrane protein of Chlamydia trachomatis in patients with chronic Salpingitis and Salpingitis isthmica nodosa with tubal occlusion . Fertil Steril uolam 70 :issue 4 october 1998

- Chlamydia Trachomatis . Robert B . Jones Mandels Principels and practice of infictious disease 1995 (1679-1691)
- The relation between immunoglobulin G antibodies to chlamydia trachomatis and poor ovarian response to gonadotropin stimulation before IVF .Fertil & Steril , vol :70 issue 2 ,1998
- Results of simplified screening for chlamydia in female Military Recruits suggest testing for All Sexually Active young women . Cheryl parrot , National Institute of Allergy and infectious Disease (NIAID) sep ioi 1998
- Nancy van Devanter Preucntion of sennccally Transmitted Disease Amerieean Journal of Health June 1999 vol . 89. No : 6
- Hervec . Gerard . et all; / viability of chlamydia trachonatis in fallopian tubes of patients with ectopic pregnancy Fertil - steril vol . 70 . issue 5 Nov ,1998 (945 - 948)



درآمدی بر مسائل فقهی - حقوقی ART

وضعیت فقهی - حقوقی Surrogacy یا رحم جانشین (قسمت پنجم) حقوق و اختیارات صاحبان اسپرم، تخمک و جنین

دکتر میر قاسم جعفر زاده

در نخستین شماره این مجموعه وعده داده شد که مسائل مهم ناشی از بکارگیری تکنیکهای نوین باروری در تولید مثل انسانی از منظر فقه و حقوق به بحث و بررسی گذاشته شود. از شماره دوم بولتن تا کنون این بحث مستمراً دنبال شد. طی چهارده شماره وضعیت شرعی استفاده از تکنیکهای معمول پزشکی در امر بارورسازی زوجین نابارور مورد بررسی قرار گرفت و در ضمن آن دیدگاههای فقهی فقیهان پیرامون جواز و یا حرمت استعمال آنها منعکس گردید. پنج شماره بعدی بولتن هم به بحث پیرامون ماهیت حقوقی، احکام و آثار توافقات ناظر بر استخدام رحم جانشین به منظور تولید فرزند یا Surrogacy اختصاص یافت. اینک فصل دیگری از مباحث مزبور را گشوده و در ضمن آن بعد دیگری از ابعاد متنوع و بحث انگیز استعمال روشهای نوین باروری کمکی یعنی حقوق و اختیارات

صاحبان اسپرم، تخمک و جنین را به بحث خواهیم گذاشت.

طرح بحث

استفاده از روشهای نوین پزشکی در تولیدمثل انسانی پرسشهای متعددی را در خصوص حقوق و اختیارات صاحبان اسپرم، تخمک و جنین برمی انگیزد که ذیلاً آنها را در چند دسته کلی جای می دهیم:

۱- آیا اسپرم، تخمک و یا جنین در قالب اعمال حقوقی چون بیع، هبه و صلح و نظایر آن قابل انتقال بدیگری می باشد؟

۲- برفرض صحت ونفوذ چنین اعمال حقوقی، آیا اخذوجه درازاء آن جائز است؟

آیا صاحبان چنین موجوداتی حق اعراض از حقوق خود نسبت به آنها رادارای می باشند؟

برفرض صحت ونفوذ انتقال واعراض حقوقی، انتقالات واعراض مزبور چه تأثیری بر ارتباط حقوقی طفل متولد از این اجزاء انتقال یافته ویا اعراض شده با صاحبان آنها خواهد داشت؟

اگرچه نویسندگان فقهی وحقوقی درکشورما فروعات حقوقی ناشی از استعمال تکنیکهای نوین باروری کمکی درتولید مثل انسانی رااز منظرهای مختلف مورد بحث وبررسی قرار داده و زوایای متعددی از موضوعات مزبور را روشن نموده وبدینوسله ادبیات حقوقی وفقهی نسبتاً مفیدی ازخودبرجانهاده اند، مع ذلک ادبیات فقهی وحقوقی مادرخصوص موضوع فصل حاضر بسیارفقیراست. کمترینوشته فقهی وحقوقی رامی توان یافت که مسائل ناشی از استعمال تکنیکهای مزبور را از این منظر مورد مطالعه قرار داده و به توصیف تحلیل ماهیت، احکام وآثار علقه واربتباط اسپرم، تخمک وجنین باصاحبان آنها پرداخته باشند. به همین جهت وضعیت پرسشهای فوق الذکردرفقه وحقوق چندان روشن نیست. آنچه دراین زمینه می توان یافت اظهار نظرهای فاقد توصیف، تحلیل وتوجیه درقالب فتاوی درپاسخ به استفتائات مجامع پزشکی وبیماران توسط فقیهان ومراجع معاصر است.

ملاحظه مجموعه استفتائات جمع آوری شده از فقهاء و مراجع در پاسخ به پرسشهای اول و دوم نشان میدهد که آنان دیدگاه واحدی ندارند. در این خصوص گروهی از آنان بدون تعیین عنوان حقوقی، انتقال آنها را بلامانع و دریافت وجه درازاء آن را فاقد اشکال دانسته اند. در برابر، برخی دیگر از آنان انتقال موجودات مزبور را تحت هر عنوان حقوقی باطل و دریافت وجه درازاء آنها را از مصادیق «اکل مال به باطل» اعلام داشته اند، البته از این گروه برخی تنها برفتوی بر احتیاط در ترک اخذ وجه بسنده نموده اند. در استدلال به تحریم اخذ وجه چنین اظهار شده است: از آنجا که اسپرم و تخمک و جنین در حالات نطفه، علقه، مضغه و جنین نجس و در حکم مردار است، معامله بر نجس و مردار باطل و اخذ وجه در ازاء آن هم از مصادیق «اکل مال به باطل» است. در این میان گروه سومی از فقیهان هم با تفصیل بیشتری اظهار نظر نموده اند. برخی از آنان اخذ وجه تحت عنوان فروش را غیر جائز ولی در قالب حقوقی صلح بلامانع پنداشته اند. بعضی دیگر هم همانند سابق دریافت وجه تحت عنوان فروش را تحریم ولی برای صاحبان آنها نوعی حق به رسمیت شناخته اند. این دسته از فقیهان بدون توصیف ماهیت حقوقی حق مزبور دریافت وجه در ازاء رفع ید از آنرا مجاز دانسته اند. برخی دیگر هم همانند گروه سابق اخذ وجه تحت عنوان فروش را خالی از اشکال ندیده ولی دریافت وجه در ازاء اجازه استفاده از آنها را فاقد اشکال دانسته اند. و بالاخره بعضی دیگر هم ضابطه روشنتری برای تعیین موارد جواز و عدم جواز انتقال و دریافت وجه به دست داده اند. از نظر گروه اخیر چنانچه به لحاظ عرف اشیاء مزبور دارای ارزش مالی و اقتصادی بوده به نحوی که مطالبه و پرداخت وجه درازاء آن لغو و سفیهانه تلقی نشود انتقال نافذ و دریافت وجه هم بلامانع است (فتاوی مزبور بزودی در مجموعه ای که توسط پژوهشکده ابن سینا تحت عنوان «فقه و حقوق در چالش با بکارگیری تکنیکهای نوین باروری کمکی در تولید مثل انسانی» منتشر میشود جمع آوری شده است). از نویسندگان حقوقی هم برخی به اختصار برخی از پرسشهای مطرح

در این نوشتار راطرح و پاسخ داده اند. جناب آقای دکتر شهیدی از جمله این نویسندگان می باشند. از نظر ایشان انتقال موجودات مزبور همانند انتقال سایر اجزاء بدن نظیر کلیه، قلب و چشم حتی در قالب معاملات معوض صحیح و نافذ و دریافت وجه درازاء آن علی الاصول بلامانع است، خواه انتقال به اشخاص دیگر با هدف تحقیق و پژوهش بر روی موجودات مزبور توسط مراکز تحقیقی و پژوهشی باشد و یا تولید فرزند توسط زوجین متقاضی فرزند، البته مشروط بر اینکه انتقالات مزبور با هدف تجارت و سوداگری نبوده و در عمل منجر به راه انداختن بازار داد و ستد و فروش موجودات مزبور نشود (سخنرانی دکتر شهیدی، نخستین سمپوزیوم فقهی - حقوقی توسط پژوهشکده ابن سینا در دانشگاه تهران، بهمن ماه سال ۱۳۷۷).

انتقال موجودات مزبور همانند انتقال سایر اجزاء بدن نظیر کلیه، قلب و چشم حتی در قالب معاملات معوض صحیح و نافذ و دریافت وجه درازاء آن علی الاصول بلامانع است ...

ملاحظه اجمالی آراء و فتاوی مزبور نشان میدهد که دیدگاه واحدی پیرامون پرسشهای مزبور وجود ندارد. به نظر میرسد اختلاف دیدگاه ناشی از عدم توصیف واقعیت مادی موجودات مزبور از یک طرف و تبیین ماهیت حقوقی ارتباط جنین، تخمک و اسپرم با صاحبان آنها می باشد. بر این اساس - لازم است ابتدا واقعیت مادی موجودات - سلولی مزبور تعیین و سپس نوع ارتباط و علقه حقوقی موجودات مزبور با صاحبان آنها مورد بررسی قرار گرفته و آنگاه پرسشهای مزبور پاسخ داده شوند. ۱ توصیف اسپرم، تخمک و جنین اسپرم موجود سلولی بسیار ریزی است که بدون چشم مسلح قابل رؤیت نیست. در یک انزال طبیعی این موجود سلولی به میزان فراوانی در مایع منی (semen)

وجود دارد. موجود مزبور ترکیبی از کروموزمها و ژنهای ناقلند که چنانچه مبتلا به بیماری عفونی و نظایر آن نباشند قادر به نفوذ در تخمک تولید شده از زن بوده و در صورت تحقق لقاح جنین شکل میگیرد. تخمک هم موجود سلولی ریزی، البته حجیم تر از اسپرم، بوده که از تخمدان زن تولید میشود. برخلاف مردان، زنان در شرایط معمولی قادر به تولید تعداد بسیار اندکی از تخمکهای آماده لقاح با اسپرم مردند. تخمکها هم همانند اسپرمها ترکیبی از کروموزمها و ژنهای ناقل میباشند که در شرایط طبیعی و در صورت عدم وجود موانع عفونی و غیره مستعد پذیرش اسپرمها میباشند.

مقصود از جنین (Emdryo) در حوزه درمان ناباروری کنونی تخمکهای لقاح یافته است، یعنی تخمکی که بدلیل مجاورت با اسپرمهای مستعد و یا از طریق تکنیک ICSI با اسپرم مناسب لقاح نموده و بتدریج شروع به تکثیر سلولی نموده است. آنچه در حال حاضر موضوع انتقال است تخمک بارور شده ای است که حداکثر سه روز از زمان لقاح آن گذشته و حاوی ۶ تا ۸ سلول بوده و چنانچه در فضای مناسبی قرار داده شود آماده تکثیر و در نهایت تبدیل به انسان کامل می باشد.

با عنایت به آنچه فوقاً ملاحظه شد، آنچه موضوع انتقال و علقه و ارتباط حقوقی میباشد موجودات سلولی بسیار کوچک ولی مستعد و آماده ترکیب و تبدیل به یک انسان کامل است.

۲- ماهیت حقوقی علقه و ارتباط جنین، اسپرم و تخمک با صاحبان آنها در حقوق کلاسیک علقه و ارتباط حقوقی یک شخص با اشیاء و پدیده های مالی در یکی از دسته بندیهای زیر جای میگیرد: مالکیت خواه عین باشد یا منفعت.

انتفاع

ارتفاق به ملک دیگر (مواد ۲۹۰ به

بعقدانون مدنی)

رابطه یک شخص نسبت به هر پدیده و شیئ مالی و بالارزش یا در قالب حق مالکیت، یا حق انتفاع و یا حق ارتفاق قابل توجیه است. کما اینکه اگر موضوع علقه و رابطه حقوقی شخص، شخص دیگری باشد ممکن است علاقه حقوقی او با آن از نوع حق دینی باشد و یا ولایت و یا قیمومت.

برای زن هم قائل شد و بر آن بود که زن هم نوعی ولایت و قیمومت بر موجود مزبور، بویژه قبل از لقاح، دارد. در شماره آتی به یاری خداوند به پرسشهای مطرح در صدر بحث پاسخ خواهیم نمود.

ژنتیک تولید مثل و نازایی

شکل گیری جنسیت و اختلالات آن

دکتر کریم نیرنیا

قسمت دوم

جنسیت در انسان (مذکر یا مؤنث بودن) میتواند در سطوح مختلف شکل گیرد و تشخیص داده شود:

- جنسیت ژنتیکی

- جنسیت کروموزومی

- جنسیت گنادال

- جنسیت سوماتوتیپ

- جنسیت روانی

- جنسیت حقوقی یا اجتماعی

هرگاه جنسیت در سطوح مختلف بالا با یکدیگر تناقض داشته باشد از جنسیت دوگانه (intersexuality) صحبت به میان میآید. در تکامل و تمایز جنسیت در انسان در سطوح مختلف بالا ژنهای زیادی مؤثر میباشند و بدین خاطر تکامل و تمایز جنسیت از لحاظ فیزیولوژیکی چند ژنی میباشد. اما برای تعیین جنسیت در مراحل اولیه (جنسیت ژنتیکی) فقط یک ژن مؤثر می باشد. این ژن بر روی بازوی کوتاه کروموزوم Y در منطقه SRY (Sex Region on Y) قرار دارد. محصول ژن SRY بر روی این منطقه قرار دارد عبارت از Testis TdF (determining Factor) میباشد که وظیفه تشکیل بیضه را در مردان برعهده دارد. ابتدا گنادی تشکیل میگردد که توانایی تکامل به سوی گناد مؤنث و مذکر را دارد. در صورت حضور ژن SRY این گناد بسوی گناد مذکر (بیضه ها) و در صورت فقدان ژن SRY این گناد بسوی گناد مؤنث (تخمندانها) تکامل و تمایز مییابد. اگر در این ژن جهشی یا حذفی صورت پذیرد بطوری که محصول آن یعنی TdF دیگر مؤثر واقع نیافتد گناد بسوی گناد مذکر تکامل و تمایز نمییابد و از آنجا که بر روی کروموزوم Y ژنهای دیگری نیز وجود دارد که وظایفی از قبیل

است. درخصوص تخمک هم گرچه در منابع اولیه فقه بدلیل عدم آشنایی با آن مورد توجه قرار نگرفته است، ولی میتوان معتقد بود که استخراج آن از تخمدان زن و از بین بردن آن بدلیل عدم نیاز بلاشکال است. زیرا ایندوموجود به تنهایی قابل تبدیل به انسان نبوده و تنها در صورت لقاح ممکن است به یک انسان تبدیل شوند. بااین وجود بسیار دشوار است که تخمک لقاح یافته با اسپرم آنگونه که سابقاً توصیف شد درحکم یک انسان بالفعل بوده و احکام آنرا داشته باشد، زیرا کمتر کسی میتواند بپذیرد که از بین بردن آن قتل یک انسان و مستلزم احکام کیفری و پرداخت دیه باشد. مع ذلک می توان موجودات مزبور را بالخصوص تخمک بارور شده در حال تکثیر سلولی، را درحکم انسان بالقوه دانسته و پاره ای از احکام یک انسان را بر آن بار نمود. به این بیان که همانگونه که پدر به عنوان مولد و بوجود آورنده

اینک پرسش این است که رابطه حقوقی صاحبان جنین، تخمک و اسپرم، آنگونه که فوقاً توصیف شدند، در کدام یک از دسته های فوق قابل توجیه است. آیا از نوع حق مالکیت است یا حق انتفاع؟ مسلماً حق ارتفاق دراین ارتباط معنی ندارد. ممکن هم است گفته شود که رابطه حقوقی صاحبان این موجودات سلولی که مولدان آنها می باشند از نوع رابطه ولایی و قیمومی است. اتخاذ موضع روشن مبتنی بر این است که وضعیت این موجودات به لحاظ واقعیت پزشکی و زیست شناسی روشن شود. آیا موجودات مزبور همانند سایر پدیده های مالی مال و دارای ارزش اقتصادی اند؟ برخی چنین پنداشته اند که موجودات مزبور همانند دیگر پدیده های مالی بوده و لذا اگر دارای ارزش اقتصادی و قابل معاوضه باشند معامله بر آنها بلامانع است. درحالیکه قبل از پاسخ گویی به این پرسش که آیا این موجودات قابل معامله اند باید پیشاپیش به این پرسش پاسخ داده شود که آیا موجودات مزبور از اموال و دیده های مالی اند یا عضوی از بدن و یا حتی انسان بالقوه؟ به نظر می رسد تلقی این موجودات به عنوان مال بسیار دشوار است، موجودات مزبور را نمیتوان همانند اشیاء و پدیدههای مالی پنداشت و احکام و آثار اموال اقتصادی و تجاری را بر آن مترتب ساخت. کما اینکه موجودات مزبور را نمی توان با دیگر اجزاء بدن نظیر چشم، کلیه، قلب و غیره مقایسه نمود. اگرچه این اجزاء برای ادامه حیات و سلامت یک انسان فوق العاده مفیدند، اما این اجزاء به لحاظ زیست شناسی کارکردی کاملاً متفاوت با این موجودات دارند. اجزاء دسته نخست تنها یک انسان در حال مرگ را نجات و یا از درد و آلام رهایی میدهند، در حالیکه موجودات مزبور اگر در شرایط مناسب قرارگیرند تبدیل به یک انسان واقعی میشوند. ولی آیا واقعاً موجودات مزبور درحکم انسان بوده و احکام یک انسان بالفعل را دارا میباشند؟ به نظر میرسد که پذیرش این امر که موجودات مزبور درحکم انسان می باشند، حداقل در حقوق ما، دشوار است. درحقوق ما و فقه امامیه، عزل منی حاوی اسپرمهای فراوان که به منزله از بین بردن اسپرمهای متعدد است بلاشکال

۲۹

گردهمایی
باروری و ناباروری
Fertility & Infertility
J.Club

موضوع: جنبه های روانی اجتماعی
سخنران: آقای دکتر رضا کرمی نوری

تاریخ: دوشنبه ۷۹/۲/۳۱ ساعت: ۱۳/۳۰ - ۱۲/۳۰
مکان: بزرگراه شهید چمران، اوبن، دانشگاه شهید بهشتی
پژوهشکده این سینا (بیولوژی، بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی)

کودک، یک سمت ولایت ذاتی و قیمومتی بر کودک حاصل از خود دارد همان نحوه سمت و ولایت ذاتی بر قبل از تولد و از هنگام انعقاد نطفه و شکل گیری جنین در رحم را دارا می باشد. و بر همین اساس مخارج و نفقه جنین در دوران حاملگی زن بر عهده پدر و یا جد پدری است. می توان این نحوه ولایت ذاتی را تعمیم داده و به زمان قبل از انعقاد نطفه در رحم تسری داد و بر این عقیده بود که پدر بر این موجود مستعد انعقاد و تبدیل به کودک نوعی سمت ولایت ذاتی داشته و اختیار آن بدست اوست. شاید بتوان همین نحوه اختیار را

اخبار علمی

تشخیص ژنتیکی جابجایی دوطرفه کروموزوم (q24.3; q27.3) (3;11)t قبل از لانه‌گزینی در خواهران و برادران

در مرکز تحقیقات دانشگاه ماساچوست آمریکا، تشخیص ژنتیکی قبل از لانه‌گزینی در دو زوج به منظور جلوگیری از بروز تبادلات نامتعادل کروموزومی در خانواده‌ای که در آن یک خواهر و یک برادر حامل یک ترانسلوکاسیون متقارن (q24.3; q27.3) (3;11)t بودند توسط گروهی از پژوهشگران مرکز صورت گرفت

در افراد حامل ترانسلوکاسیون دوطرفه، PGD روشی عملی و بسیار مفید برای دستیابی به جنینهای با کروموزوم‌های نرمال و اجتناب از سقطهای خودبخودی و عمدی میباشد

بیوپسی جنین‌ها سه روز پس از باروری انجام گرفت و بلاستومرها با استفاده از روش FISH hybridization استفاده از روش Fluorocent-insitu مورد بررسی و سپس به دو گروه طبیعی / متقارن و غیر متقارن تقسیم شدند. در زوج اول مرد، حامل به همراه همسرش تحت درمان یک سیکل IVF/PGD قرار گرفته که طی آن ۱۸ جنین حاصل همگی مورد بررسی واقع شدند از این تعداد ۱۵ جنین دارای کاریوتیپ نامتقارن، از یک جنین نتیجه قطعی حاصل نشد و در جنین دیگر نتایج ضد و نقیض و تنها یک جنین به عنوان طبیعی / متقارن به رحم مادر منتقل که یک حاملگی یک قلو نیز به دنبال آن ایجاد شد و در پی تکمیل روند PGD در هفته ۱۶ حاملگی آمینوسنتز نیز صورت گرفت که در خاتمه حاملگی یک نوزاد دختر سالم با کاریوتیپ طبیعی متولد گردید.

۲- سندرم کلاین فلتز (47,XXY): این بیماری، مردانی با یک کروموزوم اضافی در بر میگیرد، برای اولین بار توسط کلاین فلتز در سال ۱۹۴۲ شرح داده شد. این بیماری فقط در مردان روی داده و علائم آن عبارت از قد بلند، بیضه های کوچک، رشد بیش از اندازه پستانها در مردان (gynecomastia)، فقدان اسپرم (Azoospermia)، افزایش غیر طبیعی سلولهای لایدیگ و افزایش تولید هورمون FSH میباشد. اختلال کروموزومی 47,XXY بعنوان علت این بیماری، در سال ۱۹۵۴ بوسیله ژکوب و همکارانش شناخته شد. لازم به ذکر است که اختلالات کروموزومی 48,XXXY، 48,XXY و 49,XXXXY نیز میتواند علت این بیماری باشد.

۱- سندرم ترنر (45,X): این زنان فاقد یک کروموزوم X میباشد. از هر ۲۰۰۰ زن، یکی از آنها دچار این بیماری میباشد. این بیماری برای اولین بار توسط اولریش در سال ۱۹۲۹ شرح داده شد. علائمی که وی برای این بیماری شرح داده بود عبارت بودند از: گردن پره دار (Pterygium coli)، قد کوتاه، تغییر شکل

۲- مردان XX و زنان XY: این مردان و زنان از لحاظ تعداد کروموزومها نسبتاً طبیعی میباشند. اما اشکال مهم در آنها این است که مردان دارای کاریوتایپ (47,XX) و زنان دارای کاریوتایپ (47,XY) میباشند.

مردان XX دارای علائم مشابه بیماری کلاین فلتز میباشد. علت بوجود آمدن این بیماری تعویض (Translocation) قسمتهایی از کروموزوم Y و X میباشد که در شکل گیری جنسیت دخالت دارند (بازوهای کوتاه). بر روی کروموزوم Y منطقه ای وجود دارد که وظیفه تعیین جنسیت را برعهده دارد. این منطقه که SRY (Sex Resion on Y) نام دارد در بیماران XX بر روی کروموزوم X انتقال یافته است. این مردان همیشه نازا میباشند.

زنانی که دارای کاریوتایپ (46,XY) میباشند شکل ظاهری و رفتار آنها بطور طبیعی زنانه میباشد. گندهای این گونه زنان در داخل بصورت بیضه تکامل یافته اند. این زنان فاقد رحم ولوله میباشند. علت این اختلال جهشی است که بر روی ژن گیرنده آندروژن رخ داده و بافتیایی که بایستی در مقابل تسترون حساس باشند را غیرحساس مینماید. مقدار تسترون در پلاسمای خون این زنان از مردان بالاتر میباشد.



۱- سندرم ترنر (45,X): این زنان فاقد یک کروموزوم X میباشد. از هر ۲۰۰۰ زن، یکی از آنها دچار این بیماری میباشد. این بیماری برای اولین بار توسط اولریش در سال ۱۹۲۹ شرح داده شد. علائمی که وی برای این بیماری شرح داده بود عبارت بودند از: گردن پره دار (Pterygium coli)، قد کوتاه، تغییر شکل

ژورنال کلاب

به اطلاع کلیه همکاران گرامی میرساند، ژورنال کلاب هفته سوم خرداد ماه به علت تقارن با سمپوزیوم ژنتیک و بیو تکنولوژی تولید مثل برگزار نمیگردد، که بدینوسیله از کلیه همکاران پوزش میطلبیم

آرنج به صورت دور شدن آن از خط میانی بدن (Cubiti valgi) و شکل خاصی از صورت. در سال ۱۹۲۸ ترنر علائم دیگری از این بیماری که عبارت بودند از فقدان بلوغ، عدم بروز قاعدگی به هنگام بلوغ (Primary Amenorrhoe) و نازایی را شرح داد. جنین‌هایی که دچار این سندرم میباشند در داخل رحم دچار عقب ماندگی در رشد میباشند. این بیماران در دوران بزرگسالی نیز دارای قدی کوتاه (۱۱۴ تا ۱۵۵ سانتیمتر) میباشند. گناد در این اشخاص نیز دچار نقص تکاملی و ناهنجاری میباشد بطوریکه معمولاً علائم ثانویه جنسی نیز ظاهر نمیگردد.

در زوج دوم، زن حامل به همراه شوهرش متحمل دو سیکل IVF/PGD شدند. در طی سیکل اول سه جنین حاصل مورد بررسی و از این تعداد یک جنین دارای کاریوتیپ نامتقارن و دو جنین دیگر دارای کاریوتیپ نرمال متقارن بوده که هر دو به رحم مادر منتقل گردیدند اما حاملگی حاصل نشد.

در طی سیکل دوم PGD سه جنین حاصل بررسی شدند که هیچکدام برای انتقال مناسب نبودند و این زوج از ادامه درمان منصرف شدند. نتایج اشاره بر آن دارد که در افراد حامل ترانسلوکاسیون دوطرفه، PGD روشی عملی و بسیار مفید برای دستیابی به جنینهای با کروموزوم های نرمال و اجتناب از سقطهای خودبخودی و عمدی میباشد.

تاثیر نمک بر تعداد اسپرم

دانشمندان معتقدند که اضافه نمودن ترکیب ید به نمک می تواند در کاهش تعداد اسپرم موثر باشد. آنها این فرضیه را بر روی موش ها (Rats) آزمایش و دریافته اند که محرومیت آنها از مصرف نمک ید دار سبب افزایش تولید اسپرم و سایز بیضه ها می گردند و در صورت مصرف نمک ید دار ضمن کوچک شدن سایز بیضه ها تولید اسپرم نیز کاهش می یابد. واضح است که وجود این عنصر (ید) بعلاوه نقش آن در فرآیند تولید هورمون تیروکسین در بدن انسان و رشد و فعالیت مغز ضروری بوده، به نحوی که کاهش این عنصر می تواند اختلالات ذهنی به همراه داشته باشد و با اضافه نمودن آن این اختلالات رفع می گردد آقایان James Crissman و همکارانش در آزمایشگاه تحقیقات بهداشت محیط از ایالت میشیگان مطالعه ای را پس از کشف رابطه بین کاهش تعداد اسپرم در آمریکا در سال ۱۹۶۰ و اضافه نمودن ید به نمک در سال ۱۹۲۴ انجام داد و طی بیانیه ای در مجله New Scientist اینگونه بیان میکنند: متأسفانه گروهی افراد ناآگاه وجود دارند که تولید میزان بیشتر اسپرم را بر فعالیت های مغزی ارجح می دانند.

Richard . sharpe از واحد بیولوژی تولید مثل Edinburgh بیان داشت که اگرچه مردانی با فعالیت تیروئیدی کم اما بیضه

های بزرگ وجود دارد اما وی هنوز در مورد نتیجه این مطالعه مشکوک بوده و بیان میدارد که تعداد اسپرم در شرایط متفاوت بسیار متغیر می باشد. هم چنین آقای دکتر غلام بهادر از دانشکده پزشکی لندن در مورد نتایج این مطالعه هنوز مردد می باشد و معتقد است که کمکان علت کاهش تعداد اسپرم مشخص نیست و شاید نتایج حاصله از موش ها در مورد انسان صادق نباشد چرا که مدل های حیوانی با انسانی کاملاً متفاوت است. بخصوص اینکه در این مطالعه موش ها در محلی کاملاً محدود قرار داشته که این امر در طبیعت نیز صادق نیست.

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

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

سمپوزیوم بین المللی
«ژنتیک و بیوتکنولوژی تولیدمثل»
Symposium on
Genetics & Biotechnology 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 واکسن 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
ثبت نام: با امتیاز باز آموزی برای متخصصین زنان و آروولوژی، 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



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

پریسا 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