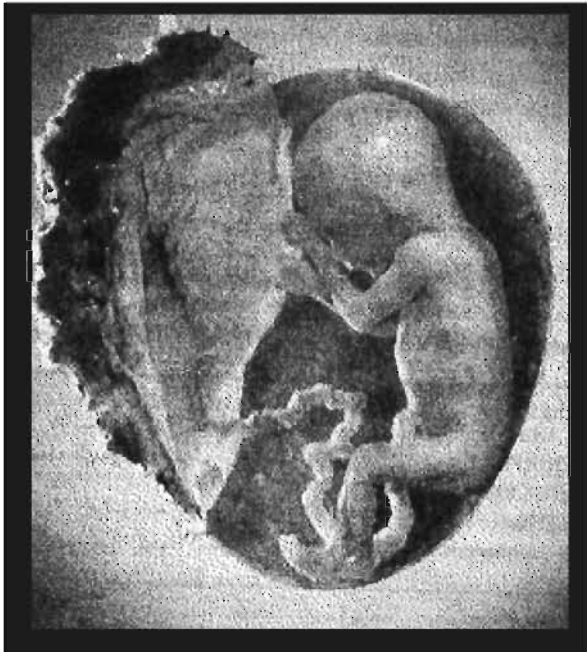


بولتن تولید مشل و نازایی



قیمت: ۱۰۰ تومان

سال نهم - مه ماه ۱۳۷۹



◀ سخن با همکاران

◀ ژورنال کلاب

◀ مقالات تخصصی

◀ اخبار علمی

◀ تقویم کنفرانسها



پژوهشگاه ابن سینا

(مرکز پژوهشی بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مشل و نازایی جهاد دانشگاهی)

بنام آنکه جان را فکرت اموخت

سخنی با همکاران

در آستانه ماه مهر سال جاری، بولتن تولید مثل و نازایی پژوهشکده ابن سینا، سومین سالگرد فعالیت خود را آغاز می نماید. در این ارتباط، این بولتن ضمن ارائه خلاصه ای از ژورنال کلاب های برگزار شده، درج مقالات کوتاه و علمی باروری و ناباروری، چاپ آخرین اخبار علمی و انتشار اخبار کنفرانس ها و سمپوزیوم های باروری و ناباروری بابتی را در ایجاد ارتباط مداوم بین مراکز تحقیقاتی - درمانی باروری و ناباروری گشوده است. از آنجا که ارتقاء کیفیت این بولتن در گرو انعکاس نکته نظرهای همکاران محترم می باشد، لذا خواهشمند است در صورت امکان نسبت به تهیه نظرات خود و ارسال آن به پژوهشکده (از طریق پست و یا فاکس) اقدام فرمائید، و ما را از نظرات خود نسبت به ارتقاء کیفیت این نشریه محروم نفرمائید. موفقیت شما را از درگاه باری تعالی خواستاریم.

ژورنال کلاب

«فاکتورهای موثر در کیفیت اووسیت»

سی و سومین گردهمایی علمی باروری و ناباروری در محل پژوهشکده ابن سینا با شرکت جمعی از اساتید تحت عنوان «فاکتورهای موثر در کیفیت اووسیت» توسط جناب آقای دکتر معرفت غفاری عضو هیئت علمی و مدیر گروه غده پژوهشکده ابن سینا در تاریخ ۷/۶/۷۹ برگزار گردید.

ایشان بحث خود را در ۳ محور: ۱- بلوغ طبیعی اووسیت ۲- فاکتورهای تاثیرگذار بر اووسیت ۳- بیماریهای موثر بر تخمک گذاری و کیفیت اووسیت بیان کردند.

ایشان اظهار داشتند که یک اووسیت زمانی بعنوان یک اووسیت با کیفیت خوب محسوب می شود که در مجاورت اسپرم نرمال بارور شده و مراحل تقسیم جنین بطور طبیعی انجام و حاملگی صورت پذیرد. هر چند درجه بندی اووسیت از نظر مورفولوژی تا حدی می تواند در تعیین کیفیت اووسیت موثر باشد.

وی سپس به بحث و ارائه مقالات در

مورد عوامل موثر در بلوغ طبیعی اووسیت، مانند گنادوتروپین ها (LH,FSH) استروئیدها، نقش ارتباطی سلولهای گرانولوزا و اووسیت، cAMP، پورین ها، Maturation Promoting factor، فاکتورهای رشد و (TNF-GH) پرداخت.

در بیماران PCO میزان تولید آندروژن زیاد است که این افزایش بر روی بلوغ اووسیت اثر گذاشته و در نهایت موجب پائین آمدن میزان باروری می شود همچنین در این بیماران بعلت تبدیل آندروژن به استروژن میزان استرادیول خون افزایش می یابد که بر روی پذیرش اندومتر تاثیر می گذارد و موجب کاهش میزان لانه گزینی می شود.

درباره عوامل بالینی مؤثر بر تخمک گذاری و کیفیت اووسیت، ایشان اختلالات هیپوتالاسمی - هیپوفیزی از جمله سندرم Anorexia, kalemans و هیپرپرولاکتینما را ذکر نمودند که این بیماریها به علت اختلال در ترشح ضرباندار GnRH ایجاد شده است و در دو مورد اول با تجویز GnRH بطور ضرباندار و در مورد هیپرپرولاکتینما با تجویز بروموکریپتین کاملاً برطرف شده و حاملگی طبیعی ایجاد می شود.

از جمله بیماریهای دیگر، PCO می باشد که با افزایش LH همراه می باشد. در این بیماری میزان تولید آندروژن زیاد است که این افزایش بر روی بلوغ اووسیت اثر گذاشته و در نهایت موجب پائین آمدن میزان باروری می شود. همچنین در این بیماران بعلت تبدیل آندروژن به استروژن میزان استرادیول خون افزایش می یابد که بر روی پذیرش اندومتر تاثیر می گذارد و موجب کاهش میزان لانه گزینی می شود.

موارد دیگری مانند OHSS، اندومتريوز، سرطانها، رادیوتراپی و عوامل محیطی (سیگار و قهوه) و اثرات اینها بر روی کیفیت اووسیت به تفصیل بحث شد.

بالاخره در مورد فاکتورسن و رابطه آن با کیفیت اووسیت ایشان به میزان بالای سقط مکرر و کاهش میزان لانه گزینی در خانم های بالای ۳۵ سال اشاره کردند و سن بیولوژیکی (سطح FSH) را بسیار مهمتر از سن Chronologic دانستند که با

بسمه تعالی

پژوهشکده ابن سینا

(مرکز پژوهش بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی جهاد دانشگاهی)

اعلامیه برگزاری کارگاه نظری و عملی روشهای تشخیص مولکولی

بیماریهای ژنتیکی

بدینوسیله به اطلاع کلیه علاقمندان و محققین می رساند که کارگاه عملی و نظری تشخیص مولکولی بیماریهای ژنتیکی از ۲۵ الی ۲۶ آبانماه ۱۳۷۹ در محل پژوهشکده برگزار خواهد شد.

کارگاه عملی	مباحث نظری
DNA Extraction PCR-RFLP Restriction.Enzyme digestion Gel Electrophoresis	۱- مبانی مولکولی بیماریهای ژنتیکی ۲- تکنیک های مهندسی ژنتیک در تشخیص بیماریها

تعداد شرکت کنندگان در این دوره حداکثر ۱۰ نفر و بر اساس اولویت ثبت نام می باشد هزینه ثبت نام مبلغ ۱۰۰۰/۰۰۰ ریال است.

فرم شرکت در کارگاه نظری و عملی روشهای تشخیص مولکولی بیماریهای ژنتیکی در برگ آخر بولتن درج گردیده است. علاقمندان پس از تکمیل فرم فیش مبلغ درخواستی را به آدرس پژوهشکده ابن سینا ارسال نمایند.

اندازه‌گیری سطح FSH در روز سوم سیکل، میتوان پاسخ تخمدان به داروهای محرک تخمک‌گذاری و کیفیت اووسیت را پیش بینی کرد.

« لکوسیت‌های اندومتر و نازایی »

سی چهارمین گردهمایی علمی باروری و ناباروری تحت عنوان « لکوسیت‌های اندومتر و نازایی » توسط سرکارخانم دکتر معصومه سیمبر (Ph.D طب ناباروری) در تاریخ ۷/۶/۷۹ با شرکت جمعی از اساتید در محل پژوهشکده ابن سینا برگزار گردید که خلاصه مطالب ایشان به شرح زیر می‌باشد:

دسیدوای حاملگی حاوی تعداد زیادی لکوسیت می باشد که در ۲ گروه اصلی ماکروفاژها، لنفوسیت‌های گرانوله اندومتر و لنفوسیت‌های T قرار می گیرند. لنفوسیت‌های گرانوله اندومتر (EGLS) در اوایل حاملگی افزایش می یابند که به عنوان ساپرسور (مهار کننده) عمل کرده و تهاجم تروفوبلاست را کنترل نموده و پاسخ ایمنی آنتی فتال مادر را ساپرس می کنند. تولید برخی از سایتوکاین ها مانند TGF-B و TNF، تحریک و کنترل پرولیفراسیون و تکامل تروفوبلاست و مکانیسم دفاعی ضد ویروسی را نیز به عهده دارند، به این ترتیب نقش محافظت جنین و جفت را بر علیه عفونت ایفا می کنند. لنفوسیت‌ها ۷۵٪ لکوسیت‌های اندومتر را در ۳ ماهه اول تشکیل می‌دهند که درنیمه دوم حاملگی کاهش می یابند.

دچار آشفتگی های روانی است. در حالیکه دونکل - شترولوبل (۱۹۹۱) این ادعا را مطرح میکنند که بین جمعیت نابارور و جمعیت عادی تفاوت چندان قابل ملاحظه ای یافت نمیشود.

گاه فعالیت نامناسب لنفوسیتها و عدم تعادل سایتوکاین‌ها در رحم منجر به اختلالات مختلفی در جریان حاملگی می‌شود. در اندومتر زنان نازا تعداد لنفوسیت‌های T، لنفوسیت‌های گرانوله CD⁵⁶⁺ و لنفوسیت‌های تولید کننده T کمتر است.

ماکروفاژها ۴۰-۳۵٪ لکوسیت‌های دسیدوا را تشکیل می دهند که دارای فعالیت آنتی تروفوبلاست هستند و از طریق ترشح PGE2 فعالیت تخریب کنندگی سلولهای تروفوبلاست را مهار می کنند. لنفوسیت‌های T ۲۰-۱۵٪ لکوسیت‌ها را تشکیل می‌دهند که علاوه بر ساپرسور بودن در کنترل پرولیفراسیون سلولهای جفت نقش دارند. گاه فعالیت نامناسب لنفوسیتها و عدم تعادل سایتوکاین‌ها در رحم منجر به اختلالات مختلفی در جریان حاملگی می‌شود. در اندومتر زنان نازا تعداد لنفوسیت‌های T، لنفوسیت‌های گرانوله CD⁵⁶⁺ و لنفوسیت‌های تولید کننده T کمتر است.

مطالعات انجام شده روی موش شواهدی را دال بر نقش لکوسیت‌های دسیدوا در بروز سقط خودبخودی نشان داده است. در انسان، کاهش نوتروفیلها و LGL در سقطهای هفته ۱۸ تا ۲۱ مشخص شده است، علاوه بر این افزایش سلولهای CD⁸⁺, CD³⁺, CD⁴⁵⁺ و کاهش سلولهای CD⁵⁶⁺ در بافت اندومتريوز مشخص شده است این تغییرات نقش عمده ای در پاتورنژ آندومتريوز و مشکلات ناشی از آن ایفا می‌کند.

اینکه چرا بین این مطالعات همخوانی وجود ندارد شاید به این دلیل باشد که آشفتگی روانی از دیدگاه این محققین تعریف متفاوتی دارد. یعنی ملاک و معیار آشفتگی روانی در دو جمعیت در مقیاسهای مربوط به یک آزمون روانشناختی میتواند متفاوت باشد. هر آزمون روانشناختی در حالیکه دارای یک نمره کل میباشد دارای نمراتی جداگانه مربوط به هریک از زیرمجموعه های آزمون نیز میباشد. اینکه تفاوت در نمره کل و یا هریک از زیر مجموعه های آزمون به تنهایی در نظر گرفته شود میتواند دلیلی برای ناهمخوانی مطالعات فوق باشد. در بیشتر مطالعاتی که از آزمونهای استاندارد شده مربوط به آشفتگی های روانی (مانند MPI و BSI) استفاده شده است، یا تفاوتی را در نمره کل این آزمونها بین جمعیت نابارور و جمعیت عادی نشان میدهد (اموره و دیگران ۱۹۸۳؛ آرتون و هوول ۱۹۹۵؛ کوروپاتنیک و دیگران ۱۹۹۳؛ رایست و دیگران ۱۹۹۱) و یا حداقل تفاوتی را در یکی از زیر مجموعه های آن آزمون (خصوصاً آنهایی که به حساسیت بین فردی و افسردگی مربوط است) را نشان میدهد. (بری و ویلسون ۱۹۹۰؛ دانی و مک کینی ۱۹۹۲؛ هینز و دیگران، ۱۹۹۲) مطالعاتی که هیچگونه تفاوتی را نشان نمی دهند بیشتر بیماران تحت درمان IVF را بعنوان جمعیت نابارور استفاده کردند هرچند که این مطالعات نیز نشان میدهند که اگرچه بطور کمی تفاوتی بین دو جمعیت نابارور و عادی دیده نشده است

مقاله تخصصی

ناباروری و جنبه های روانی - اجتماعی

دکتر رضا کرمی نوری

قسمت دوم

آزمون فرضیه پی آمدهای روانشناختی در این مطالعات تلاش عمده بر آنست که با استفاده از روشهای کمی این فرضیه آزمون شود که آیا ناباروری منبعی برای آشفتگی های روانی محسوب میگردد. در این مطالعات خصوصیات و ویژگیهای روانشناختی جنسیت نابارور با جمعیت عادی مقایسه میشود. محققین گوناگون با استفاده از آزمونهای استاندارد شده به نتایج متفاوتی دست یافته‌اند. رایست و دیگران (۱۹۸۵) چنین نتیجه گیری میکنند که جمعیت نابارور بیش از جمعیت عادی

۳۵

گردهمایی
باروری و ناباروری

Fertility & Infertility
J. Club

موضوع: ژنیک و PCO

سخنران: دکتر شایسته جهانفر

تاریخ: دو شنبه ۷/۷/۷۹

مکان: سرگروه نهد چهران، اولین دانشگاه نهد بهندی
پژوهشکده ابن سینا (بزرگراه عبور از بزرگراه آزادی نزدیک هتل و نازایی)

ولی بطور کیفی این دو جمعیت با هم متفاوتند. بعنوان مثال در مطالعه فریمن و دیگران (۱۹۸۵) که بر روی ۲۰۰ زن که تحت درمان IVF قرار گرفته بودند انجام شد اگرچه در آزمون MMPI تفاوتی بین دو جمعیت نابارور و عادی مشاهده نشد ولی ۴۸٪ از ناباروران گزارش دادند که ناباروری بدترین تجربه در طول زندگی آنها بوده است. در آزمونهای مربوط به عزت نفس و رضایت زناشویی نیز نتیجه مطالعات با هم همخوانی ندارند. برخی گزارش داده‌اند که جمعیت نابارور در مقایسه با جمعیت عادی از عزت نفس پایینتر (هینز و دیگران ۱۹۹۲، کدم و دیگران ۱۹۹۰، کالان، ۱۹۸۷، آبی و دیگران ۱۹۹۱، ۱۹۹۲) و رضایت زناشویی و جنسی پایینتر (اندروز و دیگران، ۱۹۹۲؛ هیرچ و هیرچ ۱۹۸۸؛ چاندر و دیگران ۱۹۹۱؛ پپه و بیرنر ۱۹۹۱) برخوردار بوده‌اند و برخی نیز تفاوت معنی داری در عزت نفس (براند و دیگران ۱۹۸۲؛ ادلمن و دیگران ۱۹۹۴؛ پاسن و دیگران ۱۹۸۸) و یا در رضایت زناشویی و جنسی (فریمن و دیگران ۱۹۸۳؛ شاور و دیگران ۱۹۹۲؛ دانی لوک و دیگران ۱۹۸۷) پیدا نکرده‌اند.

نتیجه گیری کلی از مطالعات مربوط به آزمون فرضیه پی آمدهای روانشناختی (آشفتگی روانی - اجتماعی) ناباروری، به شدتی که در مطالعات توصیفی مطرح میشود نیست. بنابراین در حالیکه مطالعات توصیفی که از روشهای کیفی استفاده میکنند بطور قویتری از تفاوتها بین جمعیت نابارور و جمعیت عادی دفاع میکنند، مطالعات آزمون فرضیه که از روشهای کمی استفاده میکنند به طور ضعیف تری از تفاوت های بین جمعیت نابارور و جمعیت عادی گفتگو میکنند و باهم همخوانی ندارند.

دو دسته از مشکلات را در بروز ناهمخوانی بین مطالعات کیفی و کمی از یکطرف و همچنین ناهمخوانی در درون مطالعات کمی از طرف دیگر میتوان مؤثر دانست:

۱- مشکلات روش شناسی - مشکلات مربوط به نمونه گیری ناباروران، زمان بندی، گروه کنترل و تغییرات بین فرهنگی در زمره این مشکلات قرار دارند:

نمونه گیری - مطالعات مربوط به پی آمدهای روانشناختی ناباروری عموماً با

این مسأله روبرو بوده‌اند که از نمونه‌هایی استفاده کرده‌اند که معرف واقعی جمعیت نابارور نبوده‌اند. این نمونه‌ها غالباً از کلینیک‌های ناباروری برداشته شده‌اند و لذا از نتایج بدست آمده تفسیر جامع و کاملی نمیتوان داشت. بعنوان مثال نشان داده شده است که نمونه‌های مربوط به Resolve آشفتگی‌های روانی بیشتری و بیماران تحت درمان IVF آشفتگی‌های روانی کمتری را گزارش میدهند. همچنین نمونه‌ها غالباً از میان ناباروران داوطلب انتخاب میشوند که ممکن است در مقایسه با ناباروران غیرداوطلب از آشفتگی روانی کمتری برخوردار باشند. مشکل عمده در مورد نمونه‌گیری از ناباروران آنست که نیمی از زوجهای نابارور در جستجوی درمان پزشکی نیستند و لذا در حیطه فرایند درمان قرار نمیگیرند (موشر و پرات ۱۹۹۰) بنابراین مشکل حذف (omission) را به لحاظ آماری بوجود می‌آورند. از آنجائی که نیمرخ جمعیتی ناباروران درمان جو و ناباروران غیردرمان جو

ایده آل این خواهد بود که نمونه‌گیری بطور تصادفی از میان جمعیت نابارور انجام گیرد که البته هم حجم نمونه زیاد خواهد شد و هم مستلزم هزینه زیاد خواهد بود.

ابعاد زمانی - ناباروری یک صفت ثابت نیست بلکه فرایندی گذراست. مؤلفه زمان عامل مهمی در ناباروری به حساب می‌آید. این مهم است که بدانیم ناباروران در کجای فرایند ناباروری مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. ممکن است تفاوتی بین دو گروه نابارور و غیرنابارور مشاهده شده باشد که ناشی از تفاوتهای زمانی باشد. باید به این نکته نیز توجه داشت که ممکن است آثار زمان بر تجربه ناباروری خطی نیز نباشد. مطالعه هینز و دیگران (۱۹۹۲) اهمیت زمان را بخوبی نشان میدهد. در این مطالعه پرسش نامه‌هایی درجهت اندازه‌گیری میزان افسردگی و عزت نفس به ۱۰ زن نابارور تحت درمان IVF و ۷۳ کنترل بارور در دو موقعیت زمانی جداگانه (با فاصله ۶ هفته) داده شد. در آزمایش اول هیچ تفاوت معنی داری در افسردگی و عزت نفس بین زنان نابارور و کنترل مشاهده نشد. ولی در آزمایش دوم (زمانی که زنان نابارور با تلاشهای ناموفقی در درمان IVF روبرو شده بودند) تفاوت معنی داری هم در افسردگی و هم در عزت نفس بین دو گروه مشاهده شد.

در آزمون پی آمدهای روانشناختی ناباروری دو متغیر زمانی را باید مورد ملاحظه قرار داد: مدت ناباروری و مدت درمان. این دو متغیر به شیوه‌های متفاوتی در استرس ناباروران نقش دارند و حتی ممکن است که بصورت تعامل نیز عمل کنند. بعنوان مثال میتوان این احتمال را در نظر گرفت که استرس ناباروری در طول زمان برای آنهایی که در جستجوی درمان نیستند کاهش پیدا می‌کند ولی برای کسانی که فعالانه در جستجوی درمان هستند افزایش پیدا میکند. اینکه آیا فرایند درمان موفق بوده است یا نه خود نیز توجه خاصی را میطلبد. در حال حاضر مطالعات کنونی اجازه تعمیم دهی را بطور کلی در آثار مدت ناباروری و یا مدت درمان بر آشفتگی‌های روانی نمیدهند. به این نکته باید اشاره نمود که بیشتر مطالعات،

ممکن است باهم متفاوت باشند، بنابراین نمیتوان نتایج گروه درمان جو را به گروه غیردرمان جو تعمیم داد. مشکل دیگر آنست که ناباروران در طبقات اجتماعی - اقتصادی پایین و کم درآمد نیز کمتر مورد مطالعه قرار میگیرند در حالیکه این گروه درصد بیشتری از ناباروران را شامل میشوند. استدلر و دیگران (۱۹۹۳) برای رفع این مشکلات از طریق مطبوعات ناباروران را به مطالعه خود دعوت نمودند ولی روش

۳۶

گردهمایی
باروری و ناباروری

Fertility & Infertility
J. Club

موضوع: Usage of single cell PCR in IVF

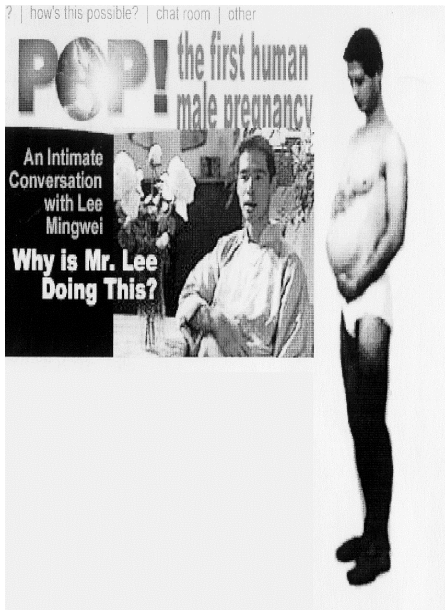
سخنران: دکتر محمود جدی تهرانی

تاریخ: دوشنبه ۷۹/۷/۱۸ ساعت: ۱۴/۳۰-۳۱/۳۰

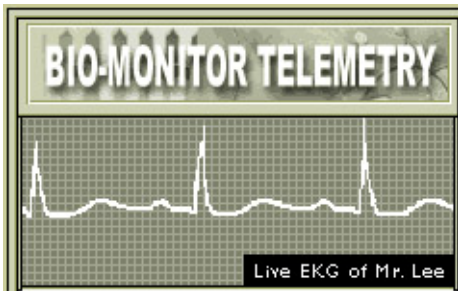
مکان: سرگزاره لید، چمران، آوین، دانشگاه لید، بهشتی

پویشگاه ان سبنا (بزرگسالی، بزرگسالی، بزرگسالی، بزرگسالی، بزرگسالی)

هورمونهای جنسی زنانه به فرد مورد نظر داده شد و سپس با تکنیک IVF یک جنین به همراه جفت در حفره شکم دقیقاً بر روی پریوتئین قرار داده شد. این عمل با خطر خونریزی زیاد همراه است.



بعد از جایگزینی جنین مصرف هورمونها متوقف می شود چرا که جفت هورمونهای لازم برای ادامه حاملگی را تولید می نماید. خوشبختانه در طی حاملگی مشکل خاصی ایجاد نشده است



و قلب جنین در تمام مدت کنترل می شود و نمونه برداری از پرزهای جفتی و سونوگرافی با موفقیت انجام شد.

در اوایل حاملگی جوشهای صورت پدیدار شد ولی بعد از آن مشکل پزشکی عمده ای دیده نشد. فشار خون آقای لی نرمال بوده و اندازه شکم از سمفیزپوبیس ۳۷cm می باشد. در حال حاضر علائم دال بر بروز بی اختیاری ادرار و هموروئید دیده می شود. سونوگرافی ماه چهارم سرجنین را به وضوح نشان میدهد. در حال حاضر به شکم آقای لی الکترودهائی متصل است که علائم دیجیتالی را جهت بررسی وضعیت سلامتی جنین و عملکردهای

۱۸۵ (۱۹۹۵) زوج نابارور و ۹۰ زوج بارور را باهم مقایسه کردند. از زوجهای نابارور درخواست شده بود تا به مجموعه ای از سؤالات مربوط به مشکل استرس باروری پاسخ دهند. در گروه کنترل، از آزمودنیها خواسته شده بود تا درباره استرس مربوط به بزرگترین مشکل خود به سؤالا پاسخ دهند. بنابراین در این مطالعه که به نوعی مطالعه توصیفی بشمار می آید (زیرا از آزمون استاندارد شده یکسان برای دو گروه مورد استفاده قرار نگرفته است) هدف آن بوده است که نشان دهد تجربه ناباروری یک تجربه استرس زا و تهدیدی برای هویت فرد است و بطور خلاصه موقعیت دشواری در زندگی است. بنابراین لزوماً نباید بدنبال این نتیجه گیری بود که افراد نابارور بطور روانشناختی بهتر یا بدتر از گروههای دیگر هستند بلکه آنچه که حائز اهمیت است آنست که ناباروری بصورت یک بحران برای زوجها میتواند مطرح باشد آنچنان که مسائل دیگری نظیر بیماری فرزندان، یا سیر بیماریهای هریک از زن و شوهر و مشکلات اقتصادی بحرانهای دیگری در زندگی زناشویی بحساب آیند.

تغییرات بین فرهنگی - هرچند که مطالعات مربوط به آشفتگی های روانی در کشورهای مختلفی (نظیر کانادا، آمریکا، انگلستان، سوئد، سوئیس، آلمان و...) صورت گرفته است ولی این سؤال که چگونه زمینه ها و محیطهای فرهنگی و ملی تجربه ناباروری را شکل میدهد هرگز مورد مطالعه قرار نگرفته است (بری و ویلسون، ۱۹۹۴) یا مطالعات کمی در این رابطه موجود است (چاندر و دیگران ۱۹۹۱ و بلوچ و دیگران ۱۹۹۳).

اخبار علمی

اولین حاملگی

اولین حاملگی در مرد توسط یک شرکت اصلی در تولید مثل انسان به نام Genochoice.Inc ایجاد شد و این عمل در بیمارستان RYT لندن و توسط دکتر اکتاویوس روی یک مرد چینی بنام آقای لی صورت گرفت. برای این امر ابتدا

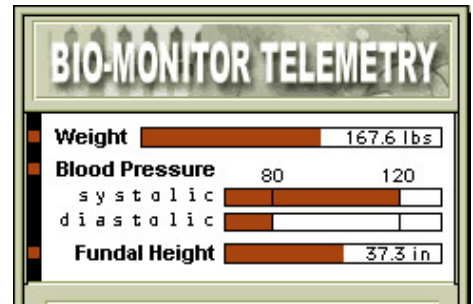
از نوع مطالعات طولی بوده اند نه مطالعات عرضی که این امکان را فراهم نمیکند که مسأله علت و معلول را در ناباروری و آشفتگی های روانی مشخص سازیم. همچنین با فقدان اطلاعات قبل از درمان نمیتوان آثار ناباروری را از آثار خوددرمان جدا ساخت (کونولی و دیگران ۱۹۹۲؛ رایت و دیگران ۱۹۹۱)

بنابراین لزوماً نباید بدنبال این نتیجه گیری بود که افراد نابارور بطور روانشناختی بهتر یا بدتر از گروههای دیگر هستند بلکه آنچه که حائز اهمیت است آنست که ناباروری بصورت یک بحران برای زوجها میتواند مطرح باشد، آنچنان که مسائل دیگری نظیر بیماری فرزندان، یا سیر بیماریهای هریک از زن و شوهر و مشکلات اقتصادی نیز میتوانند بحرانهای دیگری در زندگی زناشویی بحساب آیند.

گروه کنترل - آزمون پی آمدهای روانشناختی مقایسه بین دو جمعیت نابارور و غیرنابارور (کنترل) را لازم میسازد. در این مطالعات معمولاً مشخص نیست که گروه کنترل مناسب چه خصوصیتی باید داشته باشد. در بیشتر موارد گروه کنترل از میان زنان حامله انتخاب میشوند که ممکن است انتخاب مناسبی نباشد (بری و ویلسون ۱۹۹۰؛ رایت و دیگران ۱۹۹۱). در مورد گروه های کنترل دیگر نظیر مادرانی که بطور داوطلبانه بدون فرزند هستند، بیمارانی که دچار مسائل خاص بیماریهای زنانه (ژنیکولوژی) هستند و دانشجویان دانشگاه نیز بنوبه خود مشکلاتی وجود دارد.

در مطالعاتی که از گروه کنترل استفاده میشود نوعاً از آزمونهاى عمومی مربوط به آشفتگی های روانی استفاده میشود و لذا در این آزمونها بطور ویژه و اختصاصی به آشفتگی های مربوط به ناباروری تکیه نشده است. این مسأله خود در نتیجه مطالعات تأثیر خواهد گذاشت. در تلاشی برای رفع این مشکل، آبی و دیگران ۱۹۹۱، ۱۹۹۲، ۱۹۹۴،

بیولوژیکی بدن وی نشان میدهد. این علائم و اطلاعات توسط برنامه های کامپیوتری ثبت شده و به سایتهای خبری منتقل می شود.



مرحله آخر حاملگی خروج جنین است که تنها به وسیله جراحی سزارین امکان پذیر است. البته خروج جنین خطرناک خواهد بود و بدلیل احتمال درگیری روده ها و سایر ارگانهای داخل شکم ممکن است برخی از اعضاء نیز برداشته شود. در حال حاضر یک گروه از جراحان متخصص در حاملگی خارج رحمی آماده پیشگیری از بروز هر گونه خطری می باشند.

بهبود تکامل تخم قبل از لانه گزینی و جایگزینی جنین در موشهای دچار نقص رسپتور پرولاکتین بعد از مصرف پروژسترون.

در رابطه با رشد سلول و تولید مثل پستانداران، نقشهای تنظیمی متعددی به پرولاکتین (هورمون مترشحه از هیپوفیز و منابع دیگر همانند دسیدوا) نسبت داده شده است. این اثرات به وسیله رسپتورهای پرولاکتینی متعلق به خانواده رسپتور سیتوکین ایجاد می شود.

این مطالعات در زمینه تداخل این دارو با الکل، اثرات قلبی عروقی، میزان اثر و عوارض دزهای ۲ mg، ۳ mg، ۴ mg مقایسه آن با پلاسبو می باشد.

این شرکت امیدوار است مطالعات تا پایان سال تکمیل شود در این صورت با موافقت FDA، این دارو قدم اول در درمان اختلال ارکشن و قدم دوم در بیماری است که سایر درمانها در مورد آنها ناموفق بوده است.

Ref: Fertinet. Issue 15 - week29- vol.2-2000

تاثیر آنتی بادیهی ضد اسپرم در ناباروری

ناباروری با علت نامشخص شرایط مبهم و پیچیده ای را برای زوجین به همراه دارد. در برخی موارد آنتی بادیهی ضد اسپرم که باعث آگلوتینه شدن اسپرم و توقف فعالیت اسپرم می شوند در خون و مایعات اندامهای تناسلی دیده می شوند. این موارد به عنوان ناباروری با علت ایمونولوژیک مطرح می شوند در بررسی انجام شده هفت جایگاه آنتی ژنی اسپرم و ژنهای کد کننده آنها مشخص شده است. آنتی بادیهی ضد اسپرم (ASA) از زنان نابارور و یا آنتی بادیهی منوکلونال (mAb) ایجاد شده در برابر پروتئینهای اسپرم انسان بدست آمد. تمام آنتی بادیهی ضد اسپرم (ASA) خاصیت آگلوتینه کردن و توقف فعالیت اسپرم را دارا بودند. آنتی ژنهای هدف (جایگاههای آنتی ژنی) از اسپرم انسان و سایر پستانداران، جدا شد و ژنهای کد کننده آنها مشخص گردید.

هفت آنتی ژن موجود عبارتند از: HED-2 (Zyxin)، 75-KD هر آنتی ژن یک موجودیت جدا دارد و توسط سلولهای مختلف دستگاه تولید مثل همانند ژرم سل، سلولهای اپی تلیال اپیدیدیم و سلولهای سرتولی تولید می شود. هیچ عاملی که در تداخل با ASA باشد دیده نشده است. بنابراین ناباروری ایمونولوژیک، ناشی از عملکردهای متعدد ASA همانند متوقف ساختن و آگلوتینه نمودن اسپرماتوزوا، بلوک کردن لقاح اسپرم و تخمک، جلوگیری از جایگزینی جنین و ادامه تکامل آن می باشد.

Ref: Fertinet. Issue 15 - week29- vol.2-2000

اگرچه به نظر می رسد که پروژسترون و شاید پرولاکتین تکامل جنین را قبل از لانه گزینی تسهیل می کنند، ولی فاکتورهای دیگری همانند تاثیر مستقیم پرولاکتین بر روی رحم، جهت ادامه حاملگی ضروری می باشد

موتاسیون خنثی در ژن رسپتور پرولاکتین، منجر به عقیمی جنین مونث می شود. و این امر ناشی از عدم تکامل قبل از جایگزینی و شکست کامل در لانه گزینی جنینهایی که به مرحله بلاستوسیت رسیده اند می باشد، این مسئله نقش پرولاکتین را در لانه گزینی مشخص می نماید.

ما وضعیت هورمونی موش را اندازه گیری نمودیم و مشخص شد که جسم زرد قادر به تولید پروژسترون نمی باشد و دریافت پروژسترون، بطور واضح، تکامل تخمک را قبل از لانه گزینی بهبود بخشید و حاملگی تا ۱۹/۵ روز ادامه یافت و حدود ۲۲٪ جنینهای حاصل تکامل یافتند.

اگرچه به نظر می رسد که پروژسترون و شاید پرولاکتین تکامل جنین را قبل از لانه گزینی تسهیل می کنند، ولی فاکتورهای دیگری همانند تاثیر مستقیم پرولاکتین بر روی رحم، جهت ادامه حاملگی ضروری می باشد. در نهایت درمان با پروژسترون اگر چه با کاهش ساختار آلونولی همراه است، ولی باعث افزایش انشعابات مجاری پستان می شود. مطالعه موجود، نقش رسپتور پرولاکتین را به عنوان کلید تنظیم کننده تولید مثل مطرح نموده و بینش جدیدی را در عملکرد هورمونهای

آگهی، استخدام هبات علمی

یژوهشیکده این سینا به منظور تکمیل کادر تخصصی خود افراد واجد شرایط ذیل را به همکاری دعوت می نماید:

۱- متخصص کلینیکال اندرولوژی و یا غدد تولید مثل اولویت انتخاب، داشتن تجربه عملی و علمی در ناباروری و شرط اصلی انتخاب فعالیت تمام وقت میباشد

انجام آزمایشات بیشتر بر روی داروی جدید ناتوانی جنسی

شرکت داروئی TAP تولید داروی جدید Uprima را تا تکمیل مطالعات مربوطه متوقف ساخت. Uprima داروی جدیدی است که در اوائل سال ۱۹۹۸ برای اختلال عملکرد ارکشن (نعوظ) تولید شد و تصور می شد که اولین دارو در بازار آمریکا باشد که با داروی Viagra رقابت می کند اما به منظور تکمیل مطالعات و اطمینان از بی خطر بودن و میزان اثر آن، تولید آن کناره گذاشته شد.

**American Society for
Reproductive Medicine
56th Annual Meeting
(ASSRM)**

**21-Oct-2000-25-Oct-2000
USA**

Venue: San Diego

**Convention Center ,San
Diego.USA**

**Contact: American Society
for Reproductive Medicine-
ASRM**

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**

لاکتوزنیک (شیرساز) و رسپتورهای
مربوطه ایجاد می نماید .

Ref: Fertinet. Issue 15 - week29- vol.2-2000

معرفی کتاب

بزودی منتشر میشود

فرم ثبت نام کارگاه نظری و عملی

نام و نام خانوادگی :

سمت : سن :

آخرین مدرک تحصیلی :

رشته تحصیلی:

آدرس کامل پستی :

تلفن : فاکس :

تاریخ و امضاء :

بولتن تولید مثل و نازایی

صاحب امتیاز :

پژوهشکده ابن سینا

مدیر مسئول :

دکتر محمد مهدی آخوندی

زیر نظر شورای علمی نشریه :

شمیسه اسکندری، دکتر معرفت غفاری، ملک

نخر ریحانی، مریم منتظری، دکتر کریم نیرنیا،

همکاران اجرائی :

ناصر رحیمی، مریم سلیمی، ابوالفضل

علیزاده

طرح روی جلد :

پیمان احسانی زاد

آدرس : تهران ، بزرگراه شهید چمران

دانشگاه شهید بهشتی ، انتهای

بلوارصندوق پستی : ۱۷۷-۱۹۸۳۵

تلفن : ۲۴۰۳۶۴۱ ، ۲۴۰۲۰۱۱

فاکس : ۲۴۰۳۶۴۱

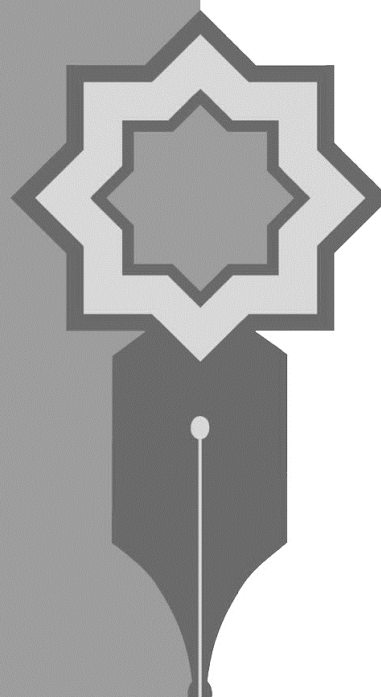
EMAIL:RBIBR@YAHOO.COM



پژوهشکده ابن سینا



پژوهشکده ابن سینا



روشهای نوین
تولید مثل انسانی
در آئینه فقه و حقوق