

بولتن تولید مشل و نازایی



قیمت: ۱۰۰ تومان

سال نهم - دی ماه ۱۳۷۹

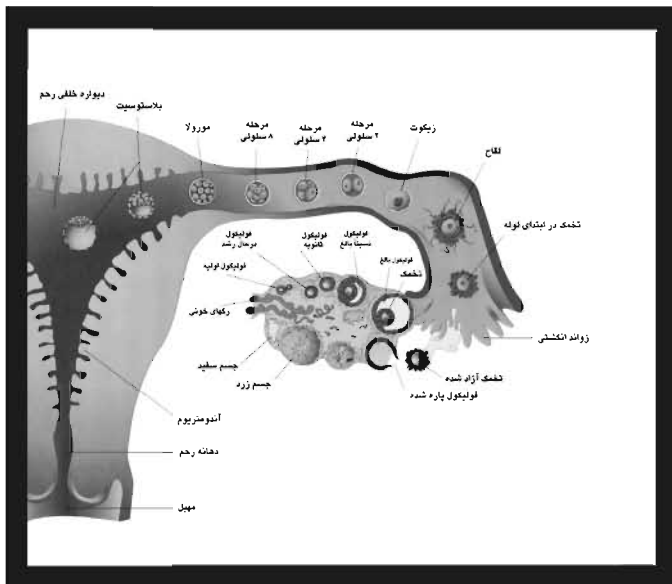
◀ سخن با همکاران

◀ 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 آموخت

سخنی با همکاران

اخیراً در اخبار رسانها های جمعی آمده بود که انجمن پزشکی اسلامی پاکستان «لقاح و باروری مصنوعی و همچنین فروش اعضای بدن انسان را نامشروع و حرام اعلام نموده و خواستار متوقف شدن این گونه اعمال در پاکستان شد». صرف نظر از اینکه انجمن اسلامی مزبور در مقامی می باشد که فتوی برحرمت یا حلیت امری از نظر شرع دهد یا خیر، ولی اهتمام اینگونه محافل به مسائل از این دست و ضرورت دخالت قانونگذار قابل توجه و تحسین است. همچنین در اخبار استماع شد که پارلمان کشور هلند پس از سالها تردید و مناقشه مصوبه ای تصویب و بدین وسیله «مرگ آسان» افراد صعب العلاج را برای چنین بیمارانی به رسمیت شناخته و برمنازعات محافل مذهبی، اخلاقی و حقوقی پایان بخشید. البته هلند شاید نخستین کشوری است که در دنیا چنین امری را تحت شرایطی مشروع قلمداد می نماید. اخباری از این دست همه روزه در محافل خبری، علمی و بویژه حقوقی رد و بدل می شود. این دو موضوع بخش ناچیزی از مسائل متنوع و در عین حال پیچیده ای است که از رهگذر ظهور تکنولوژی مدرن در عرصه پزشکی و درمان بیمارانی حاصل شده است.

اساساً از زمان ظهور تکنیکهای نوین پزشکی در حوزه درمان بیمارانی و طرح مسائل اخلاقی، مذهبی و حقوقی در محافل مختلف، کشورها هر یک فراخور شرایط اجتماعی، مذهبی، سیاسی و حقوقی اقدامات مناسبی جهت شناسایی مسائل و تدوین راه حلهای مناسب مبذول داشته اند. کشورهای اروپایی در این خصوص پیشرو بوده و محصول این تلاش ادبیات تحقیقی وسیع و رژیم حقوقی نسبتاً جامع در این حوزه می باشد. کشورهای در حال توسعه عموماً واسلامی خصوصاً اگر چه تا کنون موفق به تدوین یک نظام حقوقی

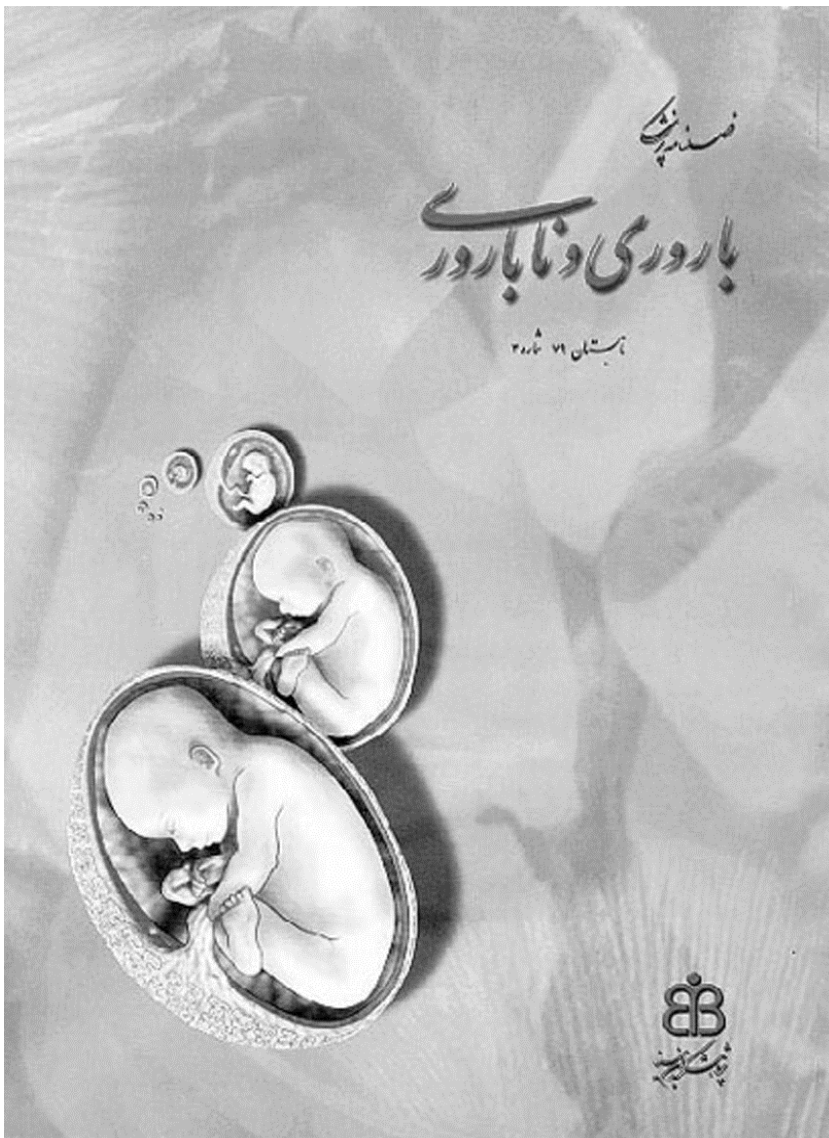
مناسب برای تبیین مسائل و مشکلات متعدد ناشی از این روشهای درمانی و تدوین راه حلهای حقوقی متناسب با بافت اجتماعی، فرهنگی و دینی نشده اند، اما محافل مذهبی و حقوقی هر چند گاه در قالب عکس العملها و اظهارنظرها به پیچیدگی مسائل از یک طرف و ضرورت مطالعه همه جانبه و لزوم اتخاذ تصمیم مناسب اشاره می نمایند.

کشور ما هم از این قاعده مستثنی نیست. امروزه محافل پزشکی توانایی و آمادگی بکارگیری روشهای نوین

باروری کمکی برای درمان خانواده های نابارور، و انجام پیوند اعضا را دارا می باشند. همچنین بیماران صعب العلاج در کشور ما هم کم نیستند. اما مقررات موضوعه و حتی اصول حقوقی قادر به پاسخ گویی به انبوه مسائل فرعی ناشی از این روشهای نوین درمانی نیستند. اظهار نظرهای پراکنده از ناحیه محافل فقهی و حقوقی تنها به بخش ناچیزی از این مسائل اشاره می نمایند و بخش بسیار مهم آنها یا مورد توجه قرار نگرفته و یا به ابهام از آن رد

قابل توجه همکاران محترم

سومین شماره فصلنامه باروری و ناباروری منتشر شد
علاقمندان جهت تهیه فصلنامه می توانند با پژوهشکده
ابن سینا تماس برقرار نمایند.



قابل توجه همکاران محترم

در سی و هفتمین جلسه کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور

در مورخ ۷۹/۹/۲۲، «فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری»

حائز رتبه علمی - پژوهشی گردید.

همکاران محترم می توانند مقالات خود را در زمینه های علوم

پایه و بالینی، روش های تشخیصی و درمان و همچنین موضوعات

روانشناختی - بهداشتی - فقهی - حقوقی و قانونی باروری و

ناباروری، برای این فصلنامه ارسال نمایند.

زیادی دارد تئوریهای مختلفی در مورد پاتورنیز آن مطرح شده است از جمله تئوری سامپسون مبنی بر خونریزی رتورگرید، تئوری انتشار خونی و لنفوی، تئوری متاپلازی سلومیک، انتشار یاتروژنیک می باشد.

محل های درگیر شامل: لگن (پریتونن لگنی اطراف لوله ها، تخمدانها، کولودوساک، لیگامنت اوتروساکرال)، دستگاه گوارش، کلون رکتوسیگموئید، ایلئوم ترمینال، آپاندیس، دستگاه ادراری (حالب، مثانه و بندرت کلیه ها)، دستگاه تنفسی و مناطق دیگر مثل عضله، پوست و قلب می باشد. معمولاً علائم بیماری مانند: دیسمنوره، دیس پارونی نازائی و درد لگن باعث شک ما به اندومتریوز شده و تشخیص آن با لاپاروسکوپی و دیدن ضایعات و هیستولوژی تأیید می شود. اندومتریوز با مکانیزمهای مختلفی باعث نازائی می شود که بطور خلاصه شامل:

- ۱- ایجاد چسبندگی اطراف تخمدان و لوله ها که باعث اختلال در برداشت تخمک و انتقال آن در لوله می شود.
- ۲- افزایش ایجاد پروستاگلاندینها (PG) باعث اختلال در فولیکولرئز،

نشر آنها به زبان ساده علمی از یک طرف و محافل مذهبی، فقهی و حقوقی، جامعه شناسی و روانشناسی با مطالعات همه جانبه ضرورت دخالت قانونگذار و تدوین مقررات متناسب را نمایان سازند تا در پرتو آن هم جامعه علمی - پزشکی به بالندگی و نوآوری خویش در عرصه های مختلف درمان بیماران توسعه و شتاب بخشد و هم جامعه بیماران از نعمت این توسعه میمون برخوردار شود. به امید آرزو

ژورنال کلاب

سی و نهمین گردهمایی علمی باروری و ناباروری پژوهشکده ابن سینا تحت عنوان «بررسی دلایل ایمونولوژیک موثر در ناباروری بعلت اندومتریوز» توسط خانم دکتر سهیلا عارفی عضو هیئت علمی گروه غدد و تولیدمثل پژوهشکده ابن سینا در تاریخ ۷۹/۹/۲ برگزار گردید. که خلاصه آن به شرح زیر میباشد.

از نظر تعریف؛ اندومتریوز به وجود بافت اندومتر (غدد و استروما) در خارج از حفره رحم اطلاق می شود و به عنوان یکی از شایع ترین و مهمترین بیماریهای زنان اهمیت

شده اند. معمولاً محافل مذهبی، اخلاقی و حقوقی از یکسو و جامعه بیماران و پزشکان از سوی دیگر هر یک مسائل را از منظر خود نگاه می کنند، بیماران بر حق طبیعی بهره مندی از ثمرات تمدن مدرن و نهایتاً درمان خویش با روشهای نوین و جامعه پزشکان و مراکز درمانی هم بر توانایی و آمادگی خود برای درمان بیماران تاکید می ورزند. اما روشهای جدید درمانی، مسایل و مشکلاتی را در عمل فراهم می سازد که کارآیی تکنیکهای جدید درمان را تقلیل و اشتها و مطالبات جامعه بیماران را افزون می سازد. محافل مذهبی، اخلاقی و حقوقی هم بدلیل عدم تصویر عینی مشکلات و تنوع و پیچیدگی آنها بر راه حلها و اصول سنتی پای می فشرند که نتیجه اعمال آنها نه تنها حل مسائل که بغرنج تر کردن آنها است.

۴۱

گردهمایی
باروری و ناباروری
Fertility & Infertility
J.Club

موضوع: مرگ آسان

سخنران: آقای دکتر سید محمد قاری سید فاطمی

تاریخ: دوشنبه ۷۹/۱۰/۵ ساعت: ۱۳/۳۰ - ۱۲/۳۰

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

این مشکل زمانی قابل حل خواهد بود که اولاً مشکلات و مسائل به نحو علمی و محسوس برای محافل مذهبی، اخلاقی و حقوقی تبیین و آنگاه با مطالعات و تحقیقات جامع و چند منظوره راه حلها و قواعد و اصول سنتی به محک نقد و تحلیل گذاشته شده و ابهامات و نقاط ضعف آن آشکار گردد تا آنگاه ضرورت تدوین راه حلهای نوین متناسب با فرهنگ اجتماعی، مذهبی و نظام حقوقی کشور نمایان شود.

امید است جامعه بیماران و مراکز درمانی با تاکید بر مسائل متنوع و

نموده و با استفاده از DEAE-Cellulose برخی‌نوعی از ناخالصی‌ها حذف می‌گردد، در مرحله بعد با کمک ستون کروماتوگرافی DEAE-Sephadex-A50 و Sephadex-G-100، استرپتوکیناز خالص می‌گردد. اندازه‌گیری میزان استرپتوکیناز حاصله با روش اسپکتروفتومتری و استفاده از سوبسترای کروموژنیک انجام می‌پذیرد.

یکی از دلایل عمده ناباروری در مردان عدم تحرک مناسب اسپرم باعث تشکیل فیبرین و ایجاد لخته در مایع سمینال می‌باشد.

جهت آزمایش چگونگی تأثیر استرپتوکیناز بر تحرک اسپرم از روش آسان و دقیق (TMM) Trans Membrane Migration Method استفاده می‌گردد، در این آزمایش مقدار مشخصی از مایع سمینال را که ۲۰۰ IU استرپتوکیناز بدان افزوده شده در لوله سرنگی که انتهای آن توسط یک غشاء با منافذ ۵ μm مسدود شده است ریخته و آنرا در استوانه شیشه‌ای حاوی مقداری بافر PBS غوطه‌ور نموده، پس از ۲ ساعت در دمای ۳۷°C، میزان اسپرم‌های عبور کرده از غشاء به داخل استوانه شیشه‌ای و همچنین موجود در سرنگ را توسط هموسایتومتر شمارش نموده و میزان افزایش تحرک (عبور از غشاء) با نمونه سمینال بدون استرپتوکیناز مقایسه می‌گردد، بررسی نشان می‌دهد که استرپتوکیناز با اضمحلال لخته باعث ۱۲۰٪ افزایش تحرک اسپرم نسبت به نمونه‌های سالم می‌گردد. ترکیباتی همچون شلات‌کننده‌ها و غیر فعال‌کننده‌های کلسیم نیز بطور قابل توجهی باعث افزایش تحرک می‌گردند. لیکن با اثر مستقیم بر روی پروتئین‌های سطح اسپرم، احتمال ناقص‌الخلقگی را افزایش می‌دهند لذا استفاده از آنها در تلقیح مصنوعی مناسب نمی‌باشد، در حالی که استرپتوکیناز تنها بر روی شبکه

۹- رادیکالهای آزاد و نیتریک اکسید در اپی‌تلیوم گلاندولار افزایش می‌یابند.

۱۰- لانه‌گزینی به علت دیس اختلال در عملکرد آندومتر و محیط امبریوتوکسیک رحم کاهش می‌یابد. بهر صورت با افزایش Stage از تعداد و فعالیت لوکوسیتها، ماکروفاژها و سلولهای T-Helper و NK کاسته می‌شود. در هر صورت نکته مهم آن است که این مکانیزمهای ایمنی بیشتر در ایجاد Subfertility نقش دارند. زیرا در بسیاری از موارد آندومتریوز، با وجود این مکانیزمها باروری فرد مختل نمی‌گردد.

چهلینم گردهمایی علمی باروری و ناباروری پژوهشکده ابن سینا تحت عنوان «استرپتوکیناز و ناباروری» توسط آقای دکتر بابا شمسی عضو هیئت علمی جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی در تاریخ ۲۱/۹/۷۹ برگزار گردید. که خلاصه آن به شرح زیر می‌باشد

یکی از دلایل ناباروری در مردان عدم تحرک مناسب اسپرم باعث تشکیل فیبرین و ایجاد لخته در مایع سمینال می‌باشد. تشکیل رشته‌های فیبرین باعث اثر ترومبین بر فیبرینوژن می‌باشد. آنزیم ترانس‌آمیداز انتهای آزاد آمینو آمینواسیدهای گلوتامین و لیزین در رشته‌های متعدد فیبرین را به یکدیگر پیوند داده و با ایجاد شبکه فیبرینی لخته حاصل می‌گردد.

پلاسمینوژن پیش‌ساز غیر فعالی است که تحت تأثیر فعال‌کننده‌های پلاسمینوژن به آنزیم پلاسمین تبدیل شده و با هیدرولیز فیبرین لخته را حل می‌کند. استرپتوکیناز یکی از فعال‌کننده‌های پلاسمینوژن است که از گونه‌های بخصوصی از استرپتوکوک همولایتیک استخراج و تخلیص می‌گردد، به طور اختصار

استرپتوکوک همولایتیک H46A را در محیط کشت مناسب کشت داده، با افزودن سیلیکات منیزیم استرپتوکیناز توسط آن جذب می‌گردد، سپس بکمک کربنات سدیم و استن استرپتوکیناز را از آن جدا

لوتولیز و اختلال حرکات لوله و لانه‌گزینی می‌شود.

۳- افزایش حجم مایع پریوتون که باعث اشکال در برداشت تخمک می‌شود.

۴- مکانیزمهای ایمنی. مکانیزمهای ایمنی ایجاد کننده ناباروری شامل:

۵- افزایش تعداد و فعالیت ماکروفاژها در مایع پریوتون که باعث افزایش تولید PG، سیتوکینها، فاکتورهای رشد، ترکیبات سیستم کمپلمان می‌شود. فاکتورهای رشد باعث رشد و پرولیفراسیون سلولهای آندومتر می‌شود، PG باعث لوتولیز، اختلال در فولیکول‌ها و حرکات لوله و لانه‌گزینی می‌شود و سیتوکینها مانند TNF و IF-γ با اشکال در لقاح و IL-6 که خود باعث افزایش لوکوسیتها B-Cell، T-Cell و PC می‌شوند.

معمولاً علائم بیماری مانند: دیسمنوره، دیس پارونی نازائی و درد لگن باعث شک ما به آندومتریوز شده و تشخیص آن با لاپاروسکوپی و دیدن ضایعات و هیستولوژی تأیید می‌شود.

۶- در آندومتریوز، سلولهای آندومتر موجود در آندومتریوز به اثر تحریک رشد سلولی PBM (مونوسیتها خون محیطی) حساس و به اثر مهار رشد سلولی ماکروفاژها بی‌تفاوت می‌شوند.

۷- در مایع پریوتونال تغییرات دیگری هم به چشم می‌خورد، حجم مایع پریوتون افزایش پیدا می‌کند. در مایع پریوتونال ماکروفاژها بیش از سلولهای T-Cell حضور دارند، مارکر CD45 افزایش پیدا می‌کند ولی CD56 کاهش می‌یابد. T-Helper بیش از T-Helper₁ فعالیت دارند. فعالیت فاگوسیتی اسپرم افزایش می‌یابد.

۸- در مایع فولیکولی IL-6 افزایش و VEGF کاهش می‌یابد.

ET و ZIFT تعداد حاملگی را در ZIFT (۵۰٪) تقریباً ۳ برابر IVF-ET گزارش کردند.

یکی از اشکالات اصلی روشهای داخل لوله ای نیاز به لاپاراسکوپی و بیهوشی عمومی است که در این خصوص می توان از روش جایگزینی زایگوت ها از طریق سرویکس به طریق سونوگرافی استفاده کرد گرچه نتایج حاملگی به خوبی روش کانولاسیون با لاپاراسکوپی نیست

Weisman A, Farhi S نشان دادند که ZIFT در کسانی که در سیکلهای قبل شکست در برنامه IVF-ET داشته اند انتخاب خوبی خواهد بود. هم چنین Bolod.T و Sehnarr.P در مطالعه خود نشان دادند که نتایج حاملگی با ICSI+ZIFT بهتر از نتایج حاملگی با ICSI+IVF بوده است. از طرف دیگر Devroey.P و Tourang.H مطالعه آینده نگر که در افراد نازا با علت Male factor انجام شد نتایج حاملگی را در گروه ZIFT کمتر از IVF-ET نشان دادند در حالی که Chen.CD و Ho.HN استفاده از روشهای داخل لوله ای را در بهبود نتایج حاملگی مؤثر دانسته اند. در سال ۱۹۹۲ Gonzales J و Balmaceda JP متذکر شدند که نتایج بهتری که در GIFT و ZIFT از نظر لانه گزینی و حاملگی در مقایسه با IVF-ET در بسیاری از مطالعات دیده شده است. در واقع به محیط لوله نسبت به محیط رحم بودن گامت یا زایگوت و یا جنینهای منتقل شده است. در واقع آن چیزی که روی بر لانه گزینی جنین اثر می گذارد صرف نظر از محیط لوله ها وضعیت آزمایشگاه می باشد در این رابطه عنوان Tanbot و Abyholm MT کردند در واقع ZIFT, GIFT باعث ورود به موقع جنین به داخل رحم میشود اما مطالعات آینده نگر و

منتقل شود گرچه Haines CJ و O'Shea.RT در مطالعه خود نشان دادند که نتایج GIFT, ZIFT در دو متد کانولاسیون یک طرفه و دو طرفه لوله اختلاف نداشته است. بهر صورت در مواردی که هر دو لوله باز است، انتخاب لوله جهت کانولاسیون و انتقال زایگوت به عهده جراح است. Ransom MX و Gorsan GH نشان دادند زمانی که انتقال زایگوت ها به لوله طرف تخمدان غالب که تعداد فولیکول غالب بیشتری دارد صورت گیرد، میزان حاملگی کلینیکی بالاتر بوده است. در حال حاضر بسیاری از مراکز از روش ZIFT و ICSI استفاده می کنند. که پس از جمع آوری اووسیت ها از طریق لاپاراسکوپی و یا سونوگرافی واژینال RAPID ICSI شده و سپس زایگوت از طریق لاپاراسکوپی بلافاصله به لوله فالوپ منتقل می گردد.

۴۲

گردهمایی
باروری و ناباروری

Fertility & Infertility
J.Club

موضوع: اثر توکسین های محیطی
در باروری

سخنران: خانم مهناز حیدری

تاریخ: دو شنبه ۱۹/۱۰/۷۹ ساعت: ۱۳/۳۰ - ۱۴/۳۰

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

در جهت بررسی نتایج IVF-ET و ZIFT مطالعات زیادی صورت گرفته است. Toth و همکارانش در مطالعه خود نتایج حاملگی را در دو گروه IVF-ET و ZIFT یکسان نشان داده اند در حالی که Curtis و Amso, Precuthipan نشان دادند میزان لانه گزینی و حاملگی در گروه تحت درمان با ZIFT تحت شرایط نسبتاً مساوی بیشتر از IVF-ET بوده است. در مطالعه دیگری که بین سالهای ۱۹۹۵ - ۱۹۸۶ توسط Aristotle صورت گرفت، در مقایسه نتایج IVF-

فیبرین و اضمحلال لخته اثر نموده و لذا کاملاً بی خطر می باشد.

مقاله تخصصی

مقایسه نتایج ZIFT و IVF-ET

خانم دکتر سهیلا عارفی متخصص زنان و زایمان میزان لانه گزینی و میزان حاملگی در روشهای ترانسفر داخل لوله ای مانند ZIFT و GIFT و مقایسه آن با IVF-ET از بحث های معمول در نازایی است گرچه در این مطالعات با علل مختلفی بیماران تحت درمان نازایی قرار گرفته اند و شرایط مقایسه با یکدیگر را ندارند اما به نظر می رسد این تفاوتها به علت قرار گرفتن گامت و یا زایگوت در محیط فیزیولوژیکی باروری یعنی قسمت آمپولای لوله های فالوپ می باشد. به علاوه اثرات هورمونی و میتوزنیک داخل لوله شرایط بهتری را نسبت به آزمایشگاه برای رشد جنین ایجاد می کند. ZIFT یک روش ایده آل برای زوجهای است که علت نازایی آنها Male factor و یا علت ایمنولوژیک می باشد از اندیکاسیون های، دیگر ZIFT، اندومتریوز، نازایی بی علت، فاکتور سرویکال، شکست قبلی در IVF-ET، شکست قبلی در GIFT و اهداء تخمک می باشد در واقع ارجحیت این روش رشد زایگوت و جنین در محیط طبیعی لوله و انتقال طبیعی آن به رحم است. شرط اساسی برای انجام روشهای داخل لوله ای وجود حداقل یک لوله باز می باشد در این روشها، رژیم تحریک تخمک گذاری مشابه IVF-ET می باشد در ZIFT جمع آوری تخمکها از راه سونوگرافی واژینال و یا لاپاراسکوپی انجام و ۱۸-۲۴ ساعت پس از تلقیح و مشاهده باروری زایگوت ها از طریق کانولاسیون لوله فالوپ با راهنمای لاپاراسکوپی به داخل لوله فالوپ در فاصله ۲ الی ۴ سانتی متر انتهای آن منتقل میشود. که خود نهایتاً به طریق فیزیولوژیک وارد رحم میشود. در صورت باز بودن هر دو لوله زایگوت ها می تواند به هر دو لوله

۱۷ سیکل قاعدگی) مطالعه ای را بر روی ۲۲۱ زن سالم که تمایل به بارداری شدن داشتند انجام دادند. زمان تخمک گذاری در ۶۹۶ سیکل قاعدگی بوسیله متابولیتهای استروژن و پروژسترون تخمین زده شد. نتایج این مطالعه نشان داد که پنجره باروری در محدوده گسترده ای از روزهای قاعدگی رخ میدهد. زنان در روزهای ۶ تا ۲۱ حداقل ۱۰٪ احتمال دارد که پنجره باروری را داشته باشند. نتایج همچنین نشان داد که در ۶-۴٪ موارد زنان دارای تخمگذاری تاخیری گذرا بوده و دارای پتانسیل باروری در هفته پنجم از سیکل خود هستند. این پژوهشگران نتیجه گرفتند که تنها در ۳۰٪ زنان پنجره باروری بطور کامل در روزهایی از سیکل قاعدگی که بطور کلینیکی تعریف شده بود یعنی روزهای ۱۷-۱۰ قرار داشت و اکثر زنان پنجره باروری آنها در قبل و بعد از این روزها می باشد زنان باید اطلاع داشته باشند که پنجره باروری آنها می تواند بسیار غیر قابل پیش بینی باشد حتی اگر آنها سیکل معمولاً منظم باشد.

Ref: BMJ 2000,321:1259-1262

تشخیص سندرم Down's جنین با آزمایش خون مادر

محققان هنگ کنگی با استفاده از تکنیک Fluorescence in situ Hybridization (FISH) توانستند خون مادران را از نظر DNA جنین ارزیابی کرده و جنین هایی را با تریزومی تشخیص دهند.

نهایتاً با بهبود تکنیک های بکار گرفته شده تشخیص قبل از تولد با آزمایش خون مادر می تواند وابستگی محققین را به روشهای Invasive کم کرده و باعث ایجاد پروتکل های عملی بی خطرتری برای مادر و جنین گردد.

دکتر Leo و همکارانش از دانشگاه چینی هنگ کنگ نمونه خون سه زن را که حامل جنین هایی با تریزومی

۵۱٪ و میزان تولد زنده به ازای هر ZIFT ۲۴٪ بود. این مطالعه اولین مطالعه ای است که روی ZIFT و با استفاده از جنین های منجمد شده انجام گرفته است.

بهر صورت تفسیر نتایج حاملگی و مقایسه آن در دو گروه ZIFT و IVF-ET به دلیل تنوع موجود در اندیکاسیونها، روشهای تحریک تخمک گذاری و تکنیک انتقال جنین مشکل به نظر می رسد ولی با وجود این اختلافات، به نظر می رسد که میزان حاملگی بالینی در روشهای داخل لوله ای به طور محسوسی بیش از روشهای معمول IVF-ET باشد. در واقع زوجهایی که نیاز به کمک در باروری در آزمایشگاه دارند از قرار دادن زایگوت ها در محیط فیزیولوژیک لوله فالوپ سود می برند. یکی از اشکالات اصلی روشهای داخل لوله ای نیاز به لاپاراسکوپ و بیهوشی عمومی است که در این خصوص می توان از روش جایگزینی زایگوت ها از طریق سرویکس به طریق سونوگرافی استفاده کرد گرچه نتایج حاملگی آن به خوبی نتایج روش کانولاسیون با لاپاراسکوپ نیست، با این تفاسیر انتخاب روشهای ZIFT، GIFT و IVF-ET می تواند بر اساس علت ناباروری، هزینه ها، خطرات و میزان موفقیت آنها باشد. اگر فاکتور لوله ای وجود دارد بعلمت خطر حاملگی خارج رحمی ZIFT و GIFT انتخاب خوبی نخواهد بود برعکس در مواردی مانند هیپوپلازی مادرزادی سرویکس، اسکار شدید سرویکس و یا اختلالات رحم، تکنیک های داخل لوله ای مناسب تر می باشد. و همینطور در ناباروری بدون علت ZIFT نتایج حاملگی بهتری را در مقایسه با IVF نشان داده است.

اخبار علمی

پنجره باروری در سیکل قاعدگی پژوهشگران انستیتو علمی علوم بهداشتی محیطی امریکا به منظور تخمین دقیق احتمال باروری در روزهای پنجره باروری (روز ۱۰ تا

راندوم ارجحیت این متدها را نسبت به IVF-ET نشان نداده اند. کوکالچر ها و تیپ های سلولی مختلف مورد استفاده در آزمایشگاه امکان ایجاد جنینهای با قابلیت حیات بهتر و در نتیجه لانه گزینی بهتر می شود در واقع استفاده از محیط کشت مناسب در IVF می تواند نتایج IVF-ET را در حد GIFT و ZIFT ارتقاء دهد در حالی که احتیاج به لاپاراسکوپ و بیهوشی عمومی هم برای انجام پروسه های ZIFT و GIFT دیده نمی شود.

آخرین عکس از Mr.Lee



Fluker MR و Zoures CG نیز در یک بررسی آینده نگر که در افراد نابارور با علل غیر لوله ای انجام گرفته است تفاوت معنی داری را در میزان لانه گزینی حاملگی و سقط در گروه ZIFT و GIFT در مقایسه با گروه IVF-ET نشان ندادند درحالیکه ارزیابی Pool TB و Ellsworth LR نشان داده اند که زوجهایی که در نازایی با علل غیر لوله ای تحت درمان قرار گرفتند میزان حاملگی کلینیکی در ZIFT به طور محسوسی بالاتر IVF-ET بوده است (۴۰ درصد در مقایسه با ۲۱/۱٪ Bollen N و Camus M در شیوع حاملگی های چند قلو در IVF-ET، GIFT و ZIFT نشان دادند که چند قلویی در IVF-ET چندین برابر بیش از ZIFT و GIFT دیده میشود.

Fredric JL و Ord.T در سال ۱۹۹۴ در یک اقدام تازه از زیگوت های فریز شده جهت انتقال به لوله استفاده کرده در این مطالعه میزان حاملگی

Congress Secretariat:
 Congrex Sweden AB
 P.O. Box 5619
 SE-114 86 STOCKHOLM,
 Sweden
 Tel: +46 8 459 6600
 Fax: +46 8 661 9125
 Email: endometriosis@congrex.se
 Scientific Office:
 Associate Professor Agneta
 Bergqvist
 Dept of Obstetrics and
 Gynaecology
 Huddinge University Hospital
 SE-141 86 HUDDINGE, Sweden
 Fax: +46 8 585 87575
 Email:
agneta.bergqvist@obgyn.hs.sll.se

پنجمین سمینار ناباروری و هفتمین کارگاه عملی

روشهای پیشرفته تشخیص و درمان ناباروری ۲۵-۲۶ دیماه ۱۳۷۹ (سمینار) ۲۹-۲۶ دیماه ۱۳۷۹ (کارگاه عملی) پژوهشکده رویان تهران دارای ۱۲ امتیاز آموزش مداوم برای پزشکان عمومی، متخصصین زنان و زایمان، اورولوژی و علوم آزمایشگاهی مهلت ثبت نام و ارسال مدارک: ۱۰ دی ماه ۱۳۷۹ آدرس ارسال مدارک: دبیرخانه سمینار صندوق پستی ۴۶۴۴-۱۹۳۹۵ تلفن: ۰۲۱-۸۷۷۸۰۶۱-۰۲۱-۸۷۹۱۲۰۷-۰۲۱

صاحب امتیاز: پژوهشکده این سینا
 مدیر مسئول: دکتر محمد مهدی آخوندی

زیر نظر شورای علمی نشریه:
 دکتر محمد رضا صادقی، دکتر معرفت غفاری، شمیمه اسکندری

همکاران اجرایی:
 ناصر رحیمی، ابوالفضل علیزاده، مریم سلیمی

طراحی روی جلد:

پیمان احسانی راد
 این نشریه برای شنیدن هر گونه اظهار نظر، پیشنهاد، انتقاد سازنده اعلام آمادگی می نماید. علاقمندان می توانند نقطه نظرات خود را به نشانی زیر ارسال نمایند.

تهران: بزرگراه شهید چمران، دانشگاه شهید بهشتی، انتهای بلوار
 صندوق پستی: ۱۷۷-۱۹۸۳۵
 تلفن: ۲۴۰۲۰۱۱
 ۴-۲۴۱۸۷۴۱
 فاکس: ۲۴۰۳۶۴۱
 E-mail: RBIBR@yahoo.com

اسپریماتوزوئید در نمونه‌های TESE با آنالیز هیستولوژیکی کمی اسپریماتوزنز مقایسه شد. بنابراین نتیجه گیری در مورد پراکندگی اسپریماتوزنز بر اساس آزمایشات انجام شده TESE در ۱۰۳ بیمار آزواسپرمی غیر انسدادی انجام شد بررسی های این پژوهشگران نشان داد که مردان با آزواسپرمی غیر انسدادی به علت اختلال در سلولهای ژرمینال دارای اسپریماتید بالغ بطور متوسط صفر تا ۳ عدد در هر لوله سمینی فرس بود. در صورتیکه در مردان با اسپریماتوزنز طبیعی و آزواسپرمی انسدادی این میزان ۱۷ تا ۳۵ عدد در هر لوله بود که بیان کننده این موضوع می باشد که این میزان آستانه اسپریماتوزنز کمی، برای خروج اسپریماتوزوئید بدخل مایع انزال می باشد. نقشه بیضه بوسیله بیوپسی های متعدد (N=۱۵) و برداشت بافت بیضه (N=۴۳) بوسیله جراحی میکروسکوپی نشان دهنده منتشر بودن بجای منطقه ای بودن پراکندگی کمی اسپریماتوزنز می باشد.

در بررسی روش جراحی میکروسکوپی TESE، حداقل از دست رفتن بیضه و درد دیده شد. این پژوهشگران نتیجه گرفتند که احتمال وجود چند لوله با اسپریماتوزنز در جراحی میکروسکوپی زیر بی حسی موضعی زیاد می باشد و اگر در بعضی موارد به منظور یافتن اسپرم نیاز به برداشت مقدار زیاد بافت بیضه باشد این روش بوسیله حفاظت از سیستم خون رسانی از صدمه ثانویه بیضه جلوگیری نمود و از درد و آتروفی بدلیل فشار بالای بیضه جلوگیری می کند. و در نتیجه انجام ICSE - TESE مجدد لازم نمی باشد.
 Ref: Human Reproduction: Nov 2000, 15 (11): 2278-2284

اخبار کنفرانسها

1st Nordic Congress on Endometriosis

April 19 - 21, 2001. Stockholm, Sweden

۲۱ و نیز هفت زنی را که حامل جنین های Euploid بودند آزمایش کردند. تشخیص تریزومی ۲۱ این سه جنین قبلاً توسط آمنیوسنتز در یکی و CVS در دو تای دیگر انجام شده بود پس از تخلیص سلولهای جنینی از خون مادر، سلولها را با استفاده از تکنیک FISH و پروب های DNA برای کروموزومهای ۲۱، ۱۳، ۱۸ و ۲۱، کروموزوم Y بررسی کردند و در یک نامه که در شماره ۲۵ نوامبر ۲۰۰۰ مجله Lancet چاپ شد محققان گزارش کردند که هر سه مورد سندرم Down's سه سیگنال مشخص برای کروموزوم ۲۱ در تست FISH نشان داد. این محققان پیشنهاد کردند که در آینده آزمایشات بزرگتری باید انجام گیرد تا دقت این روش تأیید و نهایتاً بابه بود تکنیک های بکار گرفته شده تشخیص قبل از تولد با آزمایش خون مادر می تواند وابستگی محققین را به روشهای Invasive کم کرده و باعث ایجاد پروتکل های عملی بی خطرتری برای مادر و جنین گردد.

Ref: Lancet 25, Nov, 2000

جراحی میکروسکوپی TESE و چگونگی پراکندگی اسپریماتوزنز در آزواسپرمی غیر انسدادی

پژوهشگران مرکز نازایی لوئیس در آمریکا بررسی را به منظور تعیین اسپریماتوزنز در نواحی متفاوت بیضه در ۵۸ مرد با آزواسپرمی غیر انسدادی و بهبود استراژدی جراحی میکروسکوپی TESE انجام دادند. یکی از اهداف پژوهشگران بالا بردن شانس استحصال اسپریماتوزوئید از چنین مردانی و به حداقل رساندن از دست رفتن بافت و درد ناشی از آن در بیمار و بالا بردن شانس موفقیت این روش بود. از اهداف دیگر این بررسی گسترش بررسی هیستولوژیکی کمی گزارش های قبلی بافت بیضه در ۴۵ بیمار آزواسپرمی که تحت عمل TESE با جراحی میکروسکوپی و نقشه هیستولوژیک بود.

بوسیله جراحی میکروسکوپی پر بودن لوله ها مشاهده شد و وجود