

به نام آنکه عقل را فکرت آموخت

سخنی با همکاران

سالی که گذشت

سال ۱۳۸۰، به یاری خداوند متعال و تلاش همکاران عزیز اعضای محترم هیأت علمی و کارکنان عزیز پژوهشکده ابن‌سینا همراه با موفقیت‌های قابل توجهی برای پژوهشکده بود که از مهمترین آنها می‌توان اشاره نموده به:

کسب رتبه سوم در میان مراکز تحقیقاتی علوم پزشکی کشور (بر اساس ارزیابی انجام شده توسط معاونت محترم پژوهشی و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، اخذ مجوز و تأسیس مرکز تحقیقات آنتی‌بادی مونوکلونال، برگزاری همایش کشوری عوامل محیطی و ناباروری با همکاری سازمان‌ها و مراکز علمی-تحقیقاتی داخلی و خارجی (WHO)، کسب رتبه‌های برتر توسط اعضای محترم هیأت علمی پژوهشکده در جشنواره‌های رازی و انتخاب پژوهشگران برترسال، به تولید رسیدن بیش از ۴۵ ماده آزمایشگاهی و تشخیصی و دریافت مجوزهای رفرانس و تولید مربوطه، اخذ مجوز ماهنامه بهداشت باروری جهت عموم مردم با گستره توزیع کشوری و...

امیدواریم در سال جاری نیز این روند رو به رشد با همکاری کلیه همکاران عزیز و سروران گرامی بویژه برادر ارجمند جناب آقای دکتر علی منتظری ریاست محترم جهاددانشگاهی که همواره پشتیبان و حامی این پژوهشکده بوده‌اند، ادامه یافته و به اهداف مورد نظر در سال ۸۱ که از مهمترین آنها آغاز فعالیت مرکز تخصصی درمان ناباروری پژوهشکده می‌باشد دست یابیم.

انشاءالله

مقاله تخصصی

پروتکل‌های درمانی در ART

دکتر سهیلا عارفی

متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی پژوهشکده ابن‌سینا و گروه غدد تولیدمثل

بررسی ذخیره تخمدان می‌تواند به تشخیص صحیح و طراحی رژیم درمانی مناسب برای تحریک تخمدان کمک کند. قابل استفاده‌ترین تست، FSH پایه‌ای همراه با E₂ پایه‌ای و CCCT (Clomiphene Citrate Chalange Test) می‌باشد. مقادیر طبیعی برای FSH و E₂ پایه‌ای در روز سوم سیکل قاعدگی به ترتیب کمتر از ۱۰ میلی واحد در میلی‌لیتر (باروش ایمینواسی) و کمتر از ۸۰ پیکوگرم در میلی‌لیتر می‌باشد. برای CCCT مقادیر طبیعی برای FSH پایه‌ای و تحریک‌شده ۱۰ میلی واحد در میلی‌لیتر می‌باشد. FSH و E₂ بالاتر از این مقادیر نشانه کاهش ذخیره تخمدان می‌باشد. بیماران کمتر از ۴۰ سال با کاهش ذخیره تخمدان و بالای ۴۰ سال با ذخیره طبیعی باید با پروتکل‌های مناسب Low responder درمان شوند. خانمهای بالای ۴۰ سال با کاهش ذخیره تخمدان باید اوسیت اهدائی و یا فرزندخواندگی را بپذیرند.

بررسی ذخیره تخمدان می‌تواند در تشخیص مناسب و طراحی رژیم درمانی مناسب برای تحریک تخمدان کمک کند.

بیماران با ذخیره طبیعی تخمدان باید با پروتکل‌های normal responder و بیماران با ریسک بالای OHSS باید با پروتکل‌های high responder درمان شوند.

پروتکل‌های تحریک تخمدان

A. تحریک تخمک‌گذاری برای افراد با جواب طبیعی

بررسی گذشته‌نگر نشان داده است که کلومیفن سیترات به همراه IUI در الگوریتم درمان نازایی به عنوان اولین قدم، مقرون به صرفه خواهد بود. که علل آن می‌تواند قیمت نسبتاً پایین دارو، احتیاج به کنترل کم و کاهش خطرچند قلوئی و عوارض دیگر می‌باشد.

۱- کلومیفن سیترات (cc): هدف از تحریک تخمدان ایجاد بیش از چهار فولیکول رسیده می‌باشد. در بیمارانی که تا بحال درمان‌های تحریک تخمدان نداشته‌اند، اولین داروی انتخابی کلومیفن سیترات می‌باشد. ۷۵٪ تا ۸۰٪ بیماران بدون تخمک‌گذاری، تخمک‌گذاری خواهند کرد و ۵۰٪ پس از درمان با کلومیفن بارور خواهند شد. بررسیها نشان داده است که کلومیفن اختلالات مختصر در تخمک‌گذاری را در بیماران با نازایی بدون علت، اصلاح خواهد کرد. به علاوه بررسی گذشته‌نگر نشان داده است که کلومیفن سیترات به همراه IUI در الگوریتم درمان نازایی به عنوان اولین قدم، مقرون به صرفه خواهد بود. که علل آن می‌تواند قیمت نسبتاً پایین دارو، احتیاج به کنترل کم و کاهش خطرچند قلوئی و عوارض دیگر می‌باشد. در دانشگاه مرکز پزشکی Nebraska، ترکیب کلومیفن سیترات و IUI را صرف نظر از وجود نازایی فاکتور مردانه، توصیه می‌کنند. زیرا در این روش میزان حاملگی به ازای هر سیکل دوبرابر زمانی است که کلومیفن به تنهایی مصرف می‌شود. این درمان ترکیبی باعث می‌شود که ترشحات نامناسب سرویکس که در درمان با کلومیفن ایجاد می‌شود، ایجاد مشکل نکند. معمولاً HCG برای تحریک تخمک‌گذاری و اطمینان از زمان مناسب و دقیق IUI منفرد تجویز می‌شود. در حالیکه کیت‌های بررسی

اشکال در تکامل اندومتر از اثرات جانبی درمان با کلومیفن می‌باشد.

اوولاسیون ممکن است برای زمان‌بندی نزدیکی در سیکلهایی با کنترل کم مورد استفاده باشد، استفاده از آن برای زمان IUI نامناسب بوده و گاهی برنامه‌های آزمایشگاه‌های آندرولوژی و کلینیکی را مخدوش می‌کند. به علاوه استفاده از آنها مزایای کنترل جواب به کلومیفن را نادیده می‌گیرد.

کنترل با اندازه‌گیری E_2 در جواب به کلومیفن و همچنین بررسی اندومتر انجام می‌شود. میزان E_2 بالاتر یا مساوی ۲۵۰ پیکوگرم در میلی‌لیتر به ازای هر فولیکول رسیده مناسب می‌باشد. ضخامت اندومتر و شکل آن با سونوگرافی ترانس واژینال بررسی می‌شود. ضخامت اندومتر بوسیله اندازه‌گیری بزرگترین قطر قدامی-خلفی اندومتر از قاعده تا قاعده اندازه‌گیری و طرح اکورنسیتی هموژن یا سه خطی ظاهر می‌شود. طرح هموژن شامل یک لایه هیپراکو می‌باشد. طرح سه خطی شامل یک لایه هیپواکو با یک خط مرکزی هیپراکو می‌باشد. ضخامت اندومتر به اندازه ۸ میلیمتر مطلوب است گرچه ضخامت اندومتر به اندازه ۵ میلیمتر نیز وقتی طرح سه خطی وجود دارد پذیرفته می‌شود. بعضی محققان نشان دادند که طرح سه خطی از ضخامت آن مهم‌تر است. ضخامت بیشتر یا مساوی ۸ میلیمتر ولی هموژن با میزان لانه‌گزینی و حاملگی کم همراه است. اشکال در تکامل اندومتر از اثرات جانبی درمان با کلومیفن می‌باشد. به طور کلی وجود اندومتر هموژن در انتهای فاز فولیکولار با میزان حاملگی پایین همراه است و از موارد منع درمان با کلومیفن می‌باشد.

پروتکل: IUI+CC/HCG

۱- کلومیفن سیتترات ۵۰mg خوراکی از روز ۵ تا ۹ سیکل قاعدگی، اندازه‌گیری E_2 , LH و سونوگرافی

ترانس واژینال (TVUS) که از روز چهارم پس از آخرین روز مصرف کلومیفن سیتترات شروع می‌شود. در این زمان بیشتر بیماران در حدود ۲-۱ روز آخر تکامل فولیکولی می‌باشند.

۲- تزریق عضلانی ۵۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰ واحد HCG، زمانی که قطر بزرگترین فولیکول حدود ۲۰ میلیمتر می‌باشد، که زمان تقریبی آن ۳۶-۲۴ ساعت قبل از انجام IUI منفرد می‌باشد. اگر LH surge نشان داده شد، IUI باید روز بعد انجام شود.

جواب مناسب اندومتر و فولیکول تنها فاکتورهای هستند که روی تعیین دوز دخالت دارند.

دوز کلومیفن بین ۱۵۰-۵۰mg روزانه می‌باشد و نتایج با دوز بالای ۱۵۰mg بهبود نداشته است. در صورتی که E_2 به ازای هر فولیکول بالای ۲۰ میلیمتر، کمتر از ۲۵۰ پیکوگرم در میلی‌لیتر باشد و یا هیچ فولیکول غالبی ایجاد نشده باشد، دوز کلومیفن باید ۵۰mg افزایش یابد. در صورت وجود فولیکولهای کافی نباید دوز کلومیفن افزایش یابد، حتی اگر هم حاملگی رخ نداده و اندومتر نیز ضخامت خوبی نداشته باشد، جواب مناسب اندومتر و فولیکول تنها فاکتورهای هستند که روی تعیین دوز دخالت دارند. دوز دارو نباید به علت عدم باروری در یک سیکل درمانی افزایش یابد. چنانچه جواب مناسب اندومتر و فولیکول را داشته باشیم با وجود عدم باروری در طی یک سیکل، احتمال حاملگی در سیکلهای بعدی بالا خواهد بود. احتمال حاملگی و زایمان نوزاد زنده در هر سیکل درمانی با CC+IUI در مرکز پزشکی دانشگاه Nebraska ۱۶٪ می‌باشد اما ممکن است در حد ۸/۲٪ نیز پایین بیاید. بیشتر بیماران پس از ۳ تا ۶ سیکل حامله خواهند شد. بنابراین قبل از اینکه پروتکل‌های تهاجمی‌تر شروع شود درمان با دوز مناسب برای

جواب طبیعی برای ۶ سیکل باید انجام شود. افزایش دوز کلومیفن کیفیت اندومتر را اصلاح نخواهد کرد بخصوص اگر اندومتر نامناسب با سطح استرادیول مناسب همراه باشد، بنابراین برای اصلاح جواب اندومتر نباید دوز دارو را افزایش داد. بیماران با اندومتر نامناسب در جواب به کلومیفن، باید با گنادوتروپین درمان شوند.

۲- CC+HMG

درمان ترکیبی با کلومیفن و HMG دو فایده دارد:

۱- این درمان باعث افزایش جواب فولیکولی در مقایسه با استفاده از کلومیفن تنها می‌شود.

۲- باعث کاهش میزان HMG مورد نیاز برای تحریک تخمک‌گذاری می‌شود.

برای بیماران که در آنها کلومیفن سیتترات باعث افزایش تحریک فولیکولها شده اما نمی‌تواند رشد فولیکولها را تا بلوغ کامل ادامه دهد استفاده از HMG در انتهای مصرف کلومیفن سیتترات مفید خواهد بود.

پروتکل: CC+HMG/HCG +IUI

۱- کلومیفن سیتترات ۵۰mg خوراکی روزانه از روز ۵ تا ۹ سیکل قاعدگی

۲- HMG ۱۵۰-۷۵ واحد عضلانی روزانه از روز ۱۰ سیکل.

۳- اندازه‌گیری E_2 , LH و سونوگرافی واژینال از روز ۱۲ سیکل قاعدگی.

دوز روزانه HMG باید پس از رسیدن فولیکول به بالای ۱۲ میلیمتر کاهش یابد و در حد ۷۵ واحد روزانه حفظ شود.

افزایش دوز کلومیفن کیفیت اندومتر را اصلاح نخواهد کرد بخصوص اگر اندومتر نامناسب با سطح استرادیول مناسب همراه باشد.

۴- تزریق عضلانی ۵۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰ واحد HCG، زمانی که فولیکول غالب به ۲۰ میلیمتر رسید، که حدود

۳-۲۶ ساعت قبل از IUI منفرد می‌باشد.
راه دیگری برای ترکیب کلومیفن سیترات و HMG که به عنوان پروتکل تحریکی خفیف یاد می‌شود بوسیله گروه Mayo گزارش شده است که در اینجا تحت عنوان CC+HMGms به آن اشاره می‌شود.

FSH انسانی صناعی (rhFSH) توانائی بیشتری نسبت به گنادوتروپین‌های ادراری دارد و بنابراین اثرات بیشتری برای خانمهای با تخمک‌گذاری بدون تخمک‌گذاری برخوردار خواهد بود.

پروتکل: IUI+HCG/HMGms

۱- کلومیفن سیترات از روز ۲ تا ۷ سیکل قاعدگی.
۲- یک دوز HMG ۱۵۰ واحد روز ۹ سیکل قاعدگی.
۳- سونوگرافی واژینال در روز دوازدهم سیکل قاعدگی برای بررسی تکامل فولیکولی.
۴- تزریق عضلانی ۵۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰ واحد HCG، زمانی که فولیکول غالب به ۲۰ میلیمتر رسید. اگر در روز ۱۲ فولیکول غالب ۲۰ میلیمتر نبود. براساس این فرض که فولیکول ۲-۱ میلیمتر در روز رشد می‌کند در زمان تقریبی رسیدن قطر فولیکول به ۲۰ میلیمتر، HCG تزریق می‌شود.
گروه Mayo گزارش کردند که این پروتکل به اندازه پروتکل استفاده منفرد از HMG مفید خواهد بود. فواید آن شامل میزان حاملگی قابل مقایسه با HMG و کاهش هزینه درمان به علت کاهش استفاده از HMG می‌باشد. موارد منع استفاده از پروتکل‌های CC+HMG جواب مناسب اندومتر به کلومیفن سیترات تنها می‌باشد.
اضافه کردن HMG به کلومیفن سیترات از اثرات نامناسب کلومیفن سیترات روی اندومتر جلوگیری نخواهد کرد.

۳- گنادوتروپین‌های ادراری (FSH-HP, FSH.HMG)

تحریک تخمک‌گذاری با گنادوتروپین به کنترل دقیق احتیاج دارد. چون جواب تخمدان با مکانیزم‌های فیدبک داخلی محدود نمی‌شود. رشد چند فولیکول (بیش از چهارتا) می‌تواند تنها با کاهش دوز زمان مناسب محدود شود.

هدف از درمان افزایش سطح FSH، درست بالای مرز لازم برای تحریک رشد تخمدان می‌باشد. وقتی ۴-۲ فولیکول نهائی قطر بالای ۱۲ میلیمتر پیدا کردند دوز باید کاهش یابد تا رشد فولیکول به حد بلوغ ادامه یابد، زیرا فولیکول‌های نهائی به گنادوتروپین‌ها حساسیت بالائی دارند.

تولیدات مختلف گنادوتروپین‌ها در دوزهای یکسان اثرات یکسانی دارند و می‌توانند به جای همدیگر استفاده شوند. پروتکل بعدی برای استفاده از HMG برای هر نوع گنادوتروپین ادراری قابل استفاده است. این پروتکلها شامل IUI هم خواهد بود. همانطور که در تحریک تخمک‌گذاری با کلومیفن گفته شد میزان تولد زنده به ازای هر سیکل درمانی با IUI دو برابر خواهد شد.

پروتکل: HCG/HMG +IUI

۱- سونوگرافی ترانس واژینال پایه‌ای در شروع سیکل قاعدگی و قبل از تحریک تخمک‌گذاری برای اندازه‌گیری تعداد فولیکول‌های پایه‌ای و برای اثبات عدم وجود کیست بالای ۱۲ میلیمتر.

۲- تزریق عضلانی ۱۵۰ واحد HMG از روز ۳ تا ۵ قاعدگی.

۳- کنترل با سونوگرافی واژینال اندازه‌گیری E₂, LH برای بررسی تکامل فولیکولی و میزان افزایش E₂ و میزان LH پایه‌ای که این اندازه‌گیریها هر ۳-۲ روز یکبار تکرار می‌شود.

۴- دوز داروها باید براساس میزان E₂ و رشد فولیکولها تغییر یابد در صورتی که فولیکول غالب به بالای ۱۲ میلیمتر برسد دوزاژ باید کاهش یابد.

۵- تزریق HCG مثل پروتکل‌های قبلی

۴- FSH انسانی صناعی

FSH انسانی صناعی (rhFSH) توانائی بیشتری نسبت به گنادوتروپین‌های ادراری دارد و بنابراین اثرات بیشتری برای خانمهای با تخمک‌گذاری و بدون تخمک‌گذاری برخوردار خواهد بود. وقتی که از آن برای تحریک تخمک‌گذاری به همراه IUI استفاده شود همان روشهای قبلی که برای HMG بیان شد بکار می‌رود (به جز اینکه rhFSH به صورت زیرجلدی تزریق می‌شود). باید در ذهن داشته باشیم که در استفاده از این دارو ممکن است زودتر دوز دارو را کاهش بدهیم. معمولاً بررسی جواب تخمدان با فواصل چهار روز یکبار انجام می‌شود تا از تحریک بیش از حد جلوگیری شود.

۶۶

گردهمایی
باروری و ناباروری

Fertility & Infertility
J.Club

موضوع: Apoptosis and Spermatogenesis

سخنران: دکتر محمد رضا صادقی

تاریخ: دوشنبه ۸۱/۲/۲ ساعت: ۱۳/۳۰ - ۱۲/۳۰

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

۵- آگونیست هورمون رهاکننده گنادوتروپین‌ها (GnRH) + گنادوتروپین‌ها

GnRH-a یک داروی مکمل برای تحریک تخمدان در بیماران با جواب طبیعی می‌باشد که LH Surge زودرس دارند. در تعداد زیادی از پروتکل‌ها GnRH-a با گنادوتروپین استفاده می‌شود. بر اساس زمان شروع GnRH می‌توان از فواید تحریکی یا مهارتی روی ترشح گنادوتروپین‌ها استفاده کرد. در پروتکل Short (کوتاه)، از فاز تحریکی GnRH-a استفاده می‌شود. در حالیکه در پروتکل Long (بلند) از فاز مهارتی استفاده می‌شود. یکی از فواید

انسانی، دکتر آنتینوری اعلام کرده است که DNA یک فرد را به داخل یک تخم (egg) تخلیه شده از مواد ژنتیکی تزریق کرده است. تخم مذکور ممکن است جهت تقسیم شدن برای تبدیل به یک جنین و کاشته شدن در رحم زن تحریک گردد. بسیاری از دانشمندان در مورد نتایج وحشتناک حاصل از اینکه هر فردی بتواند در مورد شبیه سازی انسانی تلاش کند، هشدار داده‌اند. شبیه سازی حیوانی با میزان شکست بالایی همراه بوده است. منتقدین هشدار داده‌اند که "شبیه سازی انسانی" ممکن است با سقط و یا تولد نوزاد ناقص‌الخلق همراه باشد. بعضی از منتقدین می‌گویند که تولید انسانی که از نظر ژنتیکی منحصر به فرد می‌باشد، اشتباه است. طرح‌های دکتر آنتینوری ملل متحده را جهت به راه‌انداختن یک نشست در سال گذشته به منظور ایجاد و جلوگیری از یک معاهده بین‌المللی جهت ممنوعیت شبیه سازی تشویق کرد. بنظر می‌رسد مراحل معاهده بین‌المللی یکسال طول بکشد اما به نظر می‌رسد این اعلامیه آخر جهت تشکیل جلسه بحث ایجاد فوریت نموده است.

Source: www.msnbc.com/news

بسیاری از دانشمندان در مورد نتایج وحشتناک حاصل از اینکه هر فردی بتواند در مورد شبیه سازی انسانی تلاش کند، هشدار داده‌اند.

کودکان از پیش طراحی شده

یک زوج برای دنیا آوردن بچه‌ای که بتواند زندگی پسر شدیداً بیمارشان را نجات دهد، مجوز گرفته‌اند. Zain Hashmi «زین هاشمی»، ۳ ساله ساکن شهر لیدز، به بیماری نادر و کشنده و بسیار خطرناک تالاسمی مبتلاست. او نیاز مبرم به پیوند مغز استخوان دارد اما تا کنون، فرد دهنده‌ای که از نظر ژنتیکی برای وی مناسب باشد پیدا نشده است. اما، اکنون سازمان HFEA (Human Fertilisation and Embryology

فاز فولیکولار به علت کاهش FSH و LH افزایش می‌یابد و تا زمان رشد فولیکولی دوزاژ باید حفظ شود. در صورتیکه فولیکول غالب بالای ۱۲ میلی‌متر شود دوز باید به ۷۵ واحد روزانه کاهش یابد.

۷- تزریق HCG مانند پروتکل‌های قبلی.

ادامه دارد.



پیشرفت در شبیه سازی انسانی

یک متخصص باروری ایتالیایی اظهار کرده است که در پروژه "شبیه سازی" انسانی پیشرفت حاصل شده است. طبق گزارش Gulf News، وی اعلام کرده است که یک خانم در این پروژه باردار شده است. البته مشخص نیست که جنین شبیه سازی شده چگونه در رحم این خانم کاشته شده است. گزارش حاکی است دکتر سورینو آنتینوری (Severino Antinori) در کنفرانس "شبیه سازی" در امارات متحده عربی در اوایل این هفته اعلام کرده است که این زن هم‌اکنون در هفته ۸ حاملگی می‌باشد. دکتر آنتینوری از دادن اطلاعاتی در مورد هویت، ملیت و چگونگی بارداری این زن امتناع کرده اما وی گفت که ۵۰۰۰ نفر در این پروژه شرکت دارند. این پزشک ایتالیایی یکسال پیش با افتخار اعلام کرد که تصمیم به خلق اولین کودک شبیه سازی شده انسانی را با همکاری Panayiotis Zavos شخصی که یک مرکز ناباروری در Lexington, Ky را راه‌اندازی کرده است را دارد. علیرغم فواید پیش‌بینی شده از این تحقیقات این ایده در سراسر جهان با خشونت روبرو شد. آنتینوری در سال ۱۹۹۴ با کمک به یک زن ۶۲ ساله جهت فرزند دار شدن نظر جهانیان را به خود جلب کرد. برای شبیه سازی

پروتکل بلند مهار LH Surge در سیکل تحریک شده می‌باشد. این باعث می‌شود که تحریک تا زمان بلوغ کامل فولیکولها و تزریق HCG ادامه پیدا کند. شایعترین پروتکل Long مورد استفاده شروع GnRH-a از فاز میدلوتئال سیکل قبل از سیکل تحریکی می‌باشد. در این پروتکل از گنادوتروپین‌های ادراری یا صناعی می‌تواند استفاده شود.

گردهمایی
باروری و ناباروری
Fertility & Infertility
J. Club

موضوع: الگوی سنبوگنهای T1 و T2 در سطح تماس مادر-جنین

سخنران: دکتر امیر حسن زرنانی

تاریخ: دوشنبه ۱۶/۲/۸۱ ساعت: ۱۳:۳۰ - ۱۴:۳۰

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

پروتکل:

- ۱- تزریق زیرجلدی Leuprolide ۰/۵ میلی‌گرم روزانه، شروع در روز ۲۱ سیکل قبل از سیکل تحریک.
- ۲- پس از شروع قاعدگی، استرادیول سرم باید کمتر از ۵۰ پیکوگرم در میلی‌لیتر باشد تا از مهار تخمدان اطمینان حاصل شود.
- ۳- سونوگرافی ترانس واژینال برای اطمینان از عدم وجود کیست بالای ۱۲ میلی‌لیتر.
- ۴- تزریق عضلانی ۱۵۰ واحد HMG روز سوم سیکل.
- ۵- کنترل از روز چهارم تحریک سیکل (روز ۶ سیکل) با اندازه‌گیری E₂ سرم و سونوگرافی ترانس واژینال.

۶- دوزاژ باید برای رشد فولیکولی و افزایش E₂ تغییر کند (در صورتیکه recombinant استفاده شود انتظار دوبرابر شدن E₂ در ابتدا و وسط فاز فولیکولار را نداریم) E₂ در انتهای

پسر چهار ساله‌اش که مبتلا به سرطان خون است به وی پیشنهاد شده بود به شیکاگو سفر کرد.

در یک مورد مشابه دیگر در آمریکا، خانواده‌ای صاحب یک فرزند با لقاح آزمایشگاهی شدند تا مغز استخوان دختر ۶ ساله‌شان که مبتلا به کم خونی فانکونی بود را تأمین نماید.

«مولی ناش» سلولهایی را از بندناف برادرش «آدام» دریافت کرد که به وی کمک کند تا بتواند با بیماری ارثی‌اش مقابله کند. تالاسمی یک نوع اختلال ارثی است که هموگلوبین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هموگلوبین ماده‌ای در خون است که اکسیژن را به بافتهای بدن حمل می‌کند. کودکان مبتلا به تالاسمی قادر به ساخت میزان کافی هموگلوبین نیستند و مغز استخوانشان نمی‌تواند به اندازه کافی سلولهای قرمز خونی بسازد.

واکسن سیاه زخم حاملگی را با خطر مواجه می‌کند.

یک مشکل جدید در رابطه با میکروب مرگبار سیاه زخم در برنامه حافظتی نیروهای ارتش برای پنتاگون ایجاد شده است. واکسن سیاه زخم ممکن است سبب نواقص مادرزادی گردد. سازمان دفاع بدنال یک مطالعه که بوسیله گروه پزشکی و جراحی نیروی دریایی انجام شده بود و مشخص گردید، که خانمهای حامله‌ای که واکسن سیاه زخم را دریافت کرده بودند در خطر بالاتری برای داشتن نوزاد با نواقص هنگام تولد قرار دارند، تزریق واکسن را برای خانمهای حامله در مراقبتهای دوران بارداری متوقف کرده است. از آنجائیکه افسران نیروهای ارتش تصور کرده‌اند که ممکن است در این مطالعه از اطلاعات اشتباه استفاده شده باشد دستور بررسی مجدد را دادند. ولی چون این بررسی ماهها وقت می‌برد بنابراین مسئولین بهداشت سازمان دفاع تقاضا کردند که تمام سرویسهای نظامی یک برنامه دو هفته‌ای را تنظیم کنند که در طی این دو هفته خانمهای حامله در ارتش، ناوگان نظامی، نیروهای هوایی و دریائی واکسن دریافت نکنند.

«ما انتظار داریم که اینگونه موارد نادر باشد و اجازه چنین درمانی تنها با نظارت کامل و تفصیلی اولیاء امر و تحت کنترل‌های سخت و محکم داده خواهد شد».



Authnty) برای اولین بار به والدین این کودک اجازه داده تا جنین خاصی را انتخاب کنند که بتواند جان فرزندشان را نجات بخشد. با استفاده از تکنیکهای IVF (لقاح خارج

رحمی)، یک سلول از جنین انتخابی جدا شده و از نظر نداشتن بیماری مذکور و تناسب و سازش بافتی بررسی می‌شود. اگر جنین انتخاب شده از این نظر مناسب باشد، در رحم مادر جایگزین می‌شود و وقتی نوزاد به دنیا آمد، پزشکان سلولهای ریشه‌ای (Stem Cell) را که قادر است مغز استخوان را بازسازی کند، از بندناف وی گرفته و به بدن کودک مریض تزریق می‌کنند. شانس تطابق پیوند در این روش ۸۰٪ است، در حالیکه شانس موفقیت پیوند از خواهر یا برادری که به طور

سؤالات جدی:

مخالفین معتقدند که این رویه منجر به تولید کودکان از پیش طراحی شده برای تأمین اعضای یدکی می‌شود. آنها همچنین با دور ریختن جنینهایی که در این روش بوجود آمده اما مناسب نیستند نیز مخالفند، گرچه در هر درمان IVF (لقاح خارج رحمی) نیز جنینهایی که مورد استفاده قرار نگرفته‌اند، دور ریخته می‌شوند.

یک سخنگوی گروه مخالفین گفت: «مسئله فوق این سؤال جدی را مطرح ساخته است که ما تا کجا باید به علم اجازه بدهیم که پیش برود». آیا ما باید اجازه دهیم که فرزندی برای رفع نیازهای طبی برادر بزرگترش تولید شود؟ در حالیکه اصطلاح «کودک از پیش طراحی شده زیاد مورد استفاده قرار می‌گیرد، در این مورد استفاده از آن بسیار بجا و مناسب است». یک زن انگلیسی بعنوان اولین زن در کشورش اخیراً کودکی را با این تکنیک که اصطلاحاً «تشخیص ژنتیکی قبل از لانه‌گزینی جنین (PGD)» نامیده می‌شود، بدنیا آورده است. وی جهت انجام این عمل که بعنوان بهترین شانس برای موفقیت درمان

طبیعی متولد شده‌اند ۲۰٪ است. این تصمیم مورد انتقاد بعضی از مخالفین قرار گرفته است که معتقد هستند این تصمیم راه را برای تولید بچه‌ها بعنوان کالا باز خواهد کرد. انتظار می‌رود خانواده «زین هشمی» درمان فرزندشان را در مرکز IVF بیمارستان پارک در ناتینگهام شایر شروع کنند. دکتر سیمون فیشل از کلینیک ناتینگهام شایر به مرکز خبری بی‌بی‌سی گفت: من برای این خانواده بسیار خوشحالم که این فرصت را بدست آورده‌اند که برای بهبود وضعیت زندگی «زین» تلاش کنند. من بسیار خوشحالم که این تصمیم در حیطه پزشکی تولید مثل صورت گرفته است، زیرا من معتقدم که این راه درست است. وی معتقد است که کودک تازه متولد شده عمیقاً مورد علاقه خانواده «هشمی» خواهد بود. چهار فرزند دیگر نیز در خانواده «هشمی» وجود دارند، اما هیچکدام خونشان به «زین» نمی‌خورد. «جین دنتون» قائم مقام HFEA گفت که تصمیم روز جمعه، یک بدعت نیست و در هر مورد باید جداگانه تصمیم گرفته شود. وی اظهار داشت:

1st Congress on Prevention of Non- Communicable Diseases

زمان برگزاری: ۱۰-۷ آبان ماه ۱۳۸۱
آدرس دبیرخانه کنگره: تهران، اوین،
بیمارستان طالقانی، مرکز تحقیقات
غد درون ریز و متابولیسم
Email: pncd@erc-iran.com
www.erc-iran/pncdWeb site:

11TH WORLD CONGRESS ON HUMAN REPRODUCTION MONTREAL, CANADA June 1-4, 2002

Web site: www.HumanRep2002.com

THE 3RD WORLD CONGRESS ON CONTROVERSIES IN OBSTETRICS, GYNECOLOGY & INFERTILITY-COGI WASHINGTON D.C., USA JUNE 20-23, 2002

Website: www.kenes.com/controversies
Deadline for submission of abstract
March 15th 2002

کره جنوبی و خاورمیانه در سال ۱۹۹۸ شروع شد. از جمله مشکلات برنامه واکسیناسیون، ترس سربازان از ایمنی این واکسنها بود ولی مجبور بودند که واکسینه شوند، زیرا با قانون یا عکس‌العمل نظامی روبرو می‌شدند. بعد از جنگ خلیج فارس بعضی از لشگرها با علائمی که تحت عنوان «سندرم جنگ خلیج» نامیده می‌شد و هنوز علتی برای آن نیافتند روبرو شدند. اشاره شده بود که ممکن است این مشکلات بعثت واکسیناسیون ایجاد شده باشد. دانشمندان مرتباً اظهار می‌داشتند که سندرم جنگ خلیج هیچ ارتباطی با واکسن ندارد و اعلام داشتند که مجوز استفاده از این واکسن از سال ۱۹۷۰ توسط FDA صادر شده بود. البته ممکن است سایر مشکلات در ارتباط با واکسن با محلول تزریقی آن ارتباط داشته باشد. تنها تأمین کننده پنتاگون شرکت بیوپورت بود که سالها بدون موفقیت تلاش کرد تا برای تولیدات گیاهی خود از دولت مجوز قانونی بگیرد و نتیجه این تلاش ناموفق کاهش فرآورده‌ها بود و پنتاگون هم به طور جدی جلوی تزریق افرادی که از این ترکیبات استفاده می‌کردند را گرفت. شرکت بیوپورت گفته است که در چند هفته اخیر یک نامه از FDA نشان داده است که توزیع واکسن سیاه زخم چنانچه در یک آزمایشگاه مجزا و مجهز ویال‌بندی شود و مجوز بگیرد آغاز خواهد شد. بیش از ۵۲۵۰۰۰ نفر از اعضای ارتش تحت این برنامه واکسیناسیون یک یا چند تزریق از این واکسنها داشته‌اند که طبق این برنامه در مدت ۱۸ ماه حدود ۶ تزریق صورت گرفته که یادآور آن بصورت سالیانه دنبال شده است.

Source: www.anthrax.osd.mil/

اخبار کنفرانسها

اولین کنگره پیشگیری از بیماریهای
غیر واگیر

دکتر Willam Miken Werder منشی معاون سازمان دفاع در امور بهداشتی سرویسهای بهداشتی درخواست کرده است که راهی را برای شناسایی هر چه سریعتر بارداری خانمهای در سنین باروری (بخصوص با انجام تست تشخیص حاملگی) به منظور ممانعت از واکسیناسیون آنها اتخاذ کنند. بر اساس این برنامه از کارکنان مراقبت بهداشتی خواسته شده است که از تمام خانمهایی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند در مورد حامله بودن آنها سؤال کنند تا از تزریق به مادران حامله پرهیز شود. دکتر Weder تأکید کرد که این سیاست باید به تمام کارکنان پزشکی اعلام شود. در مورد خانمهایی که واکسن دریافت کرده‌اند به درستی روشن نیست که آیا به آنها گفته نشده که واکسن زنید یا اینکه در زمان تزریق از حاملگی خود خبر نداشتند. سخنگوی پنتاگون جیم ترنر Jim Turner اظهار داشتند: از آنجائیکه در این مطالعه نشان داده شده است که بعضی از خانمها بعد از سه ماهه اول یعنی زمانیکه احتمالاً از حاملگی خود اطلاع داشتند این واکسن را دریافت کرده‌اند و این مسئله افسران را وا داشته است تا در این زمینه اطلاعات بیشتری را جمع‌آوری کنند. کافکا kafka گفته است که پنتاگون جزئیات این مطالعه را تا زمانیکه راههای زیر مورد بررسی قرار نگیرد آشکار نکرد.

سالها قبل با بسته‌های پستی آلوده به میکروب سیاه زخم نگرانی آغاز شد. برنامه اولیه سازمان دفاع بر روی ایمنی دو میلیون و چهارصد هزار نفر اعضاء که در ارتش فعالیت می‌کردند متمرکز شده بود تا آنها را از باکتری سیاه‌زخم که استنشاق آن در عرض چند روز سبب مرگ می‌شود محافظت کنند. افسران ارتش اظهار داشتند که این برنامه ایمن‌سازی ضرورت داشت بدلیل اینکه عراق-کره شمالی و سایر دشمنان ایالات متحده سلاحهای سیاه زخم را تولید کرده بودند. این برنامه با واکسیناسیون لشگرهای مستقر در

صاحب امتیاز: پژوهشکده ابن سینا
مدیر مسئول: دکتر محمد مهدی آخوندی
زیر نظر شورای علمی نشریه:
دکتر محمد رضا صادقی، دکتر معرفت
غفاری، دکتر سهیلا عارفی، شمیمه
اسکندری
همکاران اجرایی:
ناصر رحیمی، معصومه عباس مقدم،
ابوالفضل علیزاده
طراحی روی جلد: حسن خطائیان گستره
توزیع: سراسر کشور
ترتیب انتشار: ماهنامه
روش: خبری، آموزشی
این نشریه برای شنیدن هر گونه اظهار نظر،
پیشنهاد، انتقاد سازنده اعلام آمادگی می
نماید. علاقمندان می‌توانند نقطه نظرات خود
را به نشانی زیرارسال نمایند.
تهران: بزرگراه شهید چمران، دانشگاه
شهید بهشتی، انتهای بلوار
صندوق پستی: ۱۷۷-۱۹۸۳۵ تلفن:
۲۴۰۲۰۱۱ و ۳-۲۴۱۸۷۴۱، فاکس: ۲۴۰۳۶۴۱
E-mail: Journals@arc.sbu.ac.ir
Web site: http://www.arc.sbu.ac.ir