

## بنام آنکه عقل را فکرت آموخت

## سخنی با همکاران

## سمینار بررسی ابعاد جامع سقط جنین در ایران

توجه به حرکت‌های عظیمی چون بررسی معضلات پیچیده اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی نظیر "سقط‌های القایی" نیاز به فراهم آمدن زمینه‌های لازم، حضور فعال کارشناسان و متخصصان آگاه و دانشمند در زمینه‌های متنوع موضوع و احساس نیاز برای بررسی و حل معضل دارد. نگرش علمی به این مسائل، امکان جمع‌آوری اطلاعات کافی و جامع، پرهیز از سطحی نگری و فراهم بودن امکان طرح نکته نظرات متخصصان و عالمان در فضایی مناسب، زمینه‌ساز پرداختن به این معضلات مهم اجتماعی است.

اکنون بحمدالله با همت پژوهشکده ابن‌سینا و دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و همکاری سازمانهای مسئول و دست‌اندرکار و همچنین سازمانهای علمی و فرهنگی دولتی و غیردولتی، نظیر: معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری - سازمان پزشکی قانونی کشور - مرکز گسترش سینمای مستند و تجربی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی - انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران - مرکز تحقیقات آنتی‌بادی منوکلونال - استانداری کرمانشاه - دانشگاه رازی کرمانشاه - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایلام - دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه و سازمان بهزیستی استان کرمانشاه، امکان طرح علمی مباحث در "سمینار بررسی ابعاد جامع سقط جنین در ایران" فراهم آمده است. در این سمینار دانشمندان حوزه‌های علوم پایه و بالینی پزشکی، حقوق، فلسفه اخلاق، روانشناسی و

جامعه‌شناسی در کنار عالمان دینی گرد هم می‌آیند و درباره یکی از مشکلات فعلی و معضلات اجتماعی جامعه (سقط‌های القایی) به بحث و گفتگو می‌نشینند. طبعاً این مباحث نیازمند تحقیقات گسترده‌تر و تأملات بیشتری است. در بدو امر برگزاری این سمینار، فرصت ارائه مقالات استدلالی متنوع و محصولات علمی جدید را فراهم آورده و انتشار مجموعه خلاصه مقالات سمینار، زمینه‌ساز مباحث بعدی و نقدهای سازنده در سمینار خواهد بود. انشاءالله جمع‌بندی روشنی از مجموعه این مباحث در سمینار بعمل آید. باشد که به میمنت و مبارکی این حرکت و شناخت زمینه‌های اولیه مشکل سقط‌های القایی، برنامه‌ریزی و حرکت‌های اصولی بعدی برای رفع مشکلات صورت پذیرد. پژوهشکده ابن‌سینا و دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه قبلاً از حضور فعال شما در این سمینار قدردانی و تشکر می‌نمایند.

## ژورنال کلاب

هشتمین ژورنال کلاب  
دوشنبه ۸۱/۱۱/۷

دکتر حوریه شمشیری میلانی  
متخصص زنان و زایمان

## بهداشت و حقوق باروری

سالها قبل از آنکه جهان در سال ۱۹۹۴ متفقاً پرداختن به مسایل بهداشتی و حقوق باروری را جزء تعهدات اولویت‌دار خود اعلام کند، مردم آنرا با تمام وجود خود درک می‌کردند. به راستی این اصطلاح که ادعا می‌شود جزء حقوق بشر است چیست و جوامع در کنفرانس جهانی توسعه و جمعیت در قاهره متعهد انجام کدام فعالیت شدند؟ برای پاسخ به این سؤال بهتر است کلمات را معنا کنیم. ابتدا بهداشت را معنا می‌کنیم. بهداشت، سلامت، تندرستی مترادف هم و ترجمه

Health می‌باشند. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی دارد و با این تعبیر، عدم مشکل در همه زمینه‌ها به معنای سلامتی است. بانویی که دچار ناباروری است و تنها از نظر جسمانی، مسئله‌ای دارد که نمی‌تواند باردار شود، از نظر روانی دچار عدم تعادل می‌شود و بسوی افسردگی و شرمندگی و... پیش می‌رود و از طرف دیگر سلامت اجتماعی او هم با انجام طلاق به مخاطره می‌افتد، پس ابعاد سلامت، ارتباط تنگاتنگ با هم دارند و تزلزل یک بعد بر روی ابعاد دیگر، اثر حیاتی می‌گذارد. از سوی دیگر سلامت و بهداشت، معنای پیشگیری، درمان و توانبخشی را در بطن خود دارد. به بیان ابوعلی سینا، حکیم ایرانی، دستور حفظ‌الصحه (بهداشت) یعنی اینکه چگونه تندرستی را حفظ کنیم و نگذاریم خللی در آن ایجاد شود. تعریف بهداشت باروری مطابق سند قاهره به شرح زیر است: «بهداشت باروری وضعیتی است که در آن رفاه کامل جسمی، روحی و اجتماعی موجود بوده و به تمامی مواردی که به سیستم تولیدمثل و عمل و فرآیند آن ارتباط پیدا می‌کند مربوط گردیده و صرفاً به عدم وجود بیماری، ضعف و سستی اطلاق نمی‌شود».

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی دارد و با این تعبیر، عدم مشکل در همه زمینه‌ها به معنای سلامتی است.

## اجزاء بهداشت باروری کدامند؟

پاسخ به این سؤال در جواب به سؤال زیر است:  
یک فرد به مناسبت بارور بودن خود با چه رویدادهایی روبرو است؟  
اولین اتفاق مهم در زندگی هر فرد تولد است. هر چند از بعد فلسفی می‌توان، لقاح را حادثه مهم فرض کرد، به هر حال یک جنین دختر یا پسر، رشد کرده و با تولد پا به

دوره دیده و... فقط شاخصهای بهداشتی نیستند، بلکه شاخص توسعه نیز می‌باشند و نشان می‌دهند که جوامع تا چه اندازه به سلامتی زنان خود اهمیت می‌دهند.

### حقوق باروری چیست؟

اگر چنانچه آفرینش، چنان برنامه‌ریزی کرده است که زنان و مردان دارای سیستم باروری باشند تا نسل بشر باقی بماند، پس برای آنان حقی تعلق می‌گیرد. بها ندادن به این حقوق و ادا نمودن آن بطور مناسب باعث شده است که جوامع بشری همه روزه با مشکلات بی‌شمار از قبیل بیماریهای جسمانی زجرآور تا مسایل اجتماعی دردآور روبرو باشند. اگر چنانچه مادری در اثر زایمان می‌میرد برای این است که از حقوق باروریش محافظت نشده است وگرنه زایمانی که بعنوان یک فرآیند فیزیولوژیک محسوب می‌شود، همچون تنفس کردن که فرآیند فیزیولوژیک سیستم تنفس است، چرا باید مرگ‌آور باشد؟!

کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در قاهره در سال ۱۹۹۴ بهداشت باروری را در زمره حقوق بشر قلمداد کرد. ۱۸۰ کشور در این کنفرانس، هدف خود را دسترسی همگان به اطلاعات و خدمات بهداشت باروری تا سال ۲۰۱۵ میلادی اعلام کردند. فدراسیون بین‌المللی تنظیم خانواده (IPPF) که بزرگترین سازمان داوطلبانه در این زمینه در دنیا است ترویج ۱۲ حق را به عنوان حقوق باروری در سطح بین‌المللی در دستور کار خود قرار داده است که شامل موارد زیر است:

- ۱- حق زندگی، ۲- حق آزادی و امنیت فردی، ۳- حق برخورداری از عدالت و رهایی از هرگونه تبعیض، ۴- حق رازداری، ۵- حق آزادی اندیشه، ۶- حق دسترسی به امکانات و آموزش، ۷- حق تصمیم‌گیری در باره ازدواج و تشکیل خانواده، ۸- حق تصمیم‌گیری فردی درباره تعداد و زمان تولد فرزندان، ۹- حق دسترسی به خدمات و برخورداری از بالاترین کیفیت خدمات، ۱۰- حق

دیررس این پدیده را تجربه می‌کنند. آنان مسائل عاطفی، هیجانی، گرگرفتگی، پوکی استخوان، بیماریهای قلبی و عروقی را پشت سر گذاشته و در نهایت به آخر زندگی و مرگ خواهند رسید.

کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در قاهره در سال ۱۹۹۴ بهداشت باروری را در زمره حقوق بشر قلمداد کرد.

### ب: پسران:

در میان اجزاء بهداشت باروری مردان، بر روی چند واقعه زیر تکیه بیشتری می‌شود.

بلوغ، ازدواج و همسرگزینی، تنظیم خانواده، مسئولیت جنسی و مشارکت مردان، عفونتهای دستگاه تناسلی، بیماریهای مقاربتی و ایدز، ناباروری و مشکلات پروستات.

### اهمیت بهداشت باروری

از میان شاخص‌هایی که سلامت یک انسان و سلامت عمومی را بهتر نشان می‌دهد و نقش کلیدی دارد، کدامها محوری‌ترند؟

گروهی شاخص‌های مربوط به بهداشت باروری را محور سلامت عمومی می‌دانند، به عبارتی شاخص‌های این حیطه مثل نسبت مرگ و میر مادران، درصد زایمان‌های انجام شده توسط فرد

عرصه حیات می‌گذارد و در قالب پسر یا دختر مراقبت می‌شود، آموزش می‌بیند تا به سن بلوغ می‌رسد. از این به بعد سرنوشت باروری دختران و پسران را مجزا می‌کنیم چرا که وظیفه باروری آنها متفاوت است.

### الف: دختران

بلوغ پدیده‌ای در باروری است که با خود، حوادثی را برای فرد به ارمغان می‌آورد. بلوغ برای دختران با شروع دوره‌های قاعدگی همراه است. اگر دختران در جوامع در حال توسعه تا سن بلوغ دچار سوء تغذیه و کم‌خونی نبودند از این به بعد در معرض این اختلالات قرار خواهند گرفت. ازدواج و همسرگزینی پدیده دیگر باروری است که بارداری، زایمان، دوره نفاس و شیردهی را به دنبال خواهد داشت و اگر بارداری موفق نباشد یا ناخواسته باشد سقط جنین نیز پیش خواهد آمد که این موارد در زندگی یک زن نه یکبار بلکه ممکن است چندین بار تکرار شود. البته ممکن است یک زن در طول دوره زندگی خود نابارور باقی بماند و این موارد را تجربه نکند. زنان در طول زندگی ممکن است طیف وسیعی از بیماریهای مربوط به سیستم مختلف دستگاه تناسلی، بی‌اختیاری ادراری، عفونتها و دردهای لگنی و... مثالهای اندک از تعداد بی‌شمار این ناراحتی‌ها و بیماریها هستند. سرطانهای مخصوص زنان جزء دیگر بهداشت باروری است. امروزه سرطان پستان اولین علت مرگ و میر زنان در اثر بدخیمی است. عفونتهای دستگاه تناسلی و بیماریهای مقاربتی و ایدز موارد دیگری است که در جهان امروز آمار قربانیان ناشی از آنها تکان‌دهنده است. زنان در طول حدود ۳۵ سال توانایی باروری با توجه به تعداد زایمانهای دلخواه و سالم ملزم به مراعات روشهای پیشگیری از بارداری و تنظیم خانواده می‌باشند و پس از آن در حدود سن ۵۰ سالگی با رخداد یائسگی و قطع تخمک‌گذاری و قدرت باروری، عوارض زودرس و

۸۵

گردهمایی

باروری و ناباروری

Fertility & Infertility

J. Club

موضوع: نقش ایندول آمین ۲ و ۳ دی‌اکسیناز در تحمل ایمنولوژیک حاملگی

سخنران: آقای دکتر امیرحسن زرنانی

تاریخ: دوشنبه ۸۱/۱۲/۵ ساعت: ۱۲/۳۰ - ۱۲/۳۰

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

پژوهشگاه ابن سینا

نمی پذیرد، بلکه تحقیقات موجود در

اثرات خشونت خانگی علاوه بر مادر باردار و نوزاد تازه متولد شده او بر دیگر اعضای خانواده نیز قابل توجه است.

این زمینه انگشت شمار هستند.

تنها در چندسال گذشته سازمانهای غیر دولتی زنان و یا برخی از نهادهای وابسته به دولت اقدام به بررسی این معضل اجتماعی نموده‌اند. یک مورد بررسی توزیع فراوانی انواع همسرآزاری در شهر اصفهان به پشتیبانی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی اصفهان انجام شده که ضمن اشاره به بالا بودن نرخ همسرآزاری (۲۴٪) پیشنهاد نموده که تحقیق کمی گسترده‌تری در این رابطه به انجام برسد (گزارش کمیته تحقیق اصفهان در سمینار بهداشت باروری). در این راستا پژوهشی انجام گرفته است که شیوع خشونت خانگی یا همسرآزاری در بین زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی ایران را مورد بررسی قرار دادند. در این تحقیق آموزشهای لازم به منظور دستیابی به نتایج واقعی و حساسیت‌زدایی به پرسشگران داده شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل یک فرم ثبت اطلاعات و یک پرسشنامه استاندارد سنجش همسرآزاری بود. برگه پرسشنامه استاندارد سنجش همسرآزاری، مشتمل بر ۳۲ سوال بود، ده سوال به بررسی آزار فیزیکی و شدت آن مربوط بود. از سوال ۱۱ تا ۲۴ آسیب روحی - روانی و بقیه سؤالا آسیب جنسی را مورد بررسی قرار می‌داد. شیوع همسرآزاری در این مطالعه ۶۰/۶٪ بدست آمد. (۱۰۹۱ مورد از ۱۸۰۰ نمونه) که بصورت همسرآزاری فیزیکی (۱۴/۶٪)، روحی - روانی (۶۰/۵٪) و جنسی (۲۳/۵٪) گزارش شده است. شیوع همسرآزاری در پژوهش حاضر در مقایسه با مطالعات مشابه در سطح دنیا بسیار بالاتر بدست آمده است. از آنجا که تاثیرات منفی همسرآزاری

باردار نیز در گزارشات متعددی آمده است. افزایش سقط، زایمان زودرس، وزن کم زمان تولد، صدمات وارد شده بر جنین و مرگ جنینی ناشی از ضربات وارد شده بر شکم، زایمان سریع، کوریوآمیوتیت از عوارض ناشی از خشونت اعمال شده بر زنان در طی بارداری است.

خطرات بسیاری خانمهای باردار تحت خشونت خانگی را تهدید می‌کند. مهمترین این خطرات زایمان زودرس است که در نتیجه نوزاد متولد شده نیز در معرض مخاطره می‌باشد. خشونت خانگی تهدیدی جدی برای سلامت فیزیکی و روحی مادر و کودک او قبل و بعد از تولد، محسوب می‌شود. علاوه بر موارد ذکر شده در بالا، عفونتهای مادری، وزن‌گیری نامناسب مادر در حین بارداری نیز گزارش شده است. در مواردی که خشونت مکرر و دائمی است، همسران از مراجعه زنان به مراکز مراقبتی نیز جلوگیری می‌نمایند. افزایش مصرف سیگار، الکل، داروهای غیرمجاز و مواد مخدر، تلاش برای خودکشی، همچنین آرمی و عفونت در بین زنان مذکور با نرخ بالایی گزارش شده است.

سوء استفاده جنسی از کودکانی که مادرانشان تحت خشونت بوده اند به کرات گزارش شده است. اثرات خشونت خانگی علاوه بر مادر باردار و نوزاد تازه متولد شده او بر دیگر اعضای خانواده نیز قابل توجه است.

در مواردی که خشونت مکرر و دائمی است، همسران از مراجعه زنان به مراکز مراقبتی نیز جلوگیری می‌نمایند.

خشونت خانگی همواره نظر مسئولین بهداشتی را به خود منقطع ساخته و پرسشگری از اعمال خشونت بر زنان جزء وظایف پرسنل بهداشتی مطرح شده است. در ایران متأسفانه نه تنها پرسش از مراجعه‌کنندگان به درمانگاههای مراقبت بارداری و یا دیگر درمانگاهها در این رابطه انجام

بهره‌مند شدن از پیشرفتهای علمی، ۱۱- حق آزادی در اجتماعات و مشارکتهای اجتماعی، ۱۲- حق رهایی از شکنجه و آزار خلاصه کلام اینکه، اگر افراد و جوامع حق باروری را یک تکلیف دانسته و به طور مناسب آنرا ادا نمایند زنان و مردان سالم و در نتیجه کودکان سالم در جامعه‌ای سالم زندگی خواهند کرد در غیر اینصورت همواره شاهد عدم سلامتی، بیماری، معلولیت و مسدود بودن راه توسعه واقعی انسانی خواهیم بود.



## هشتاد و چهارمین ژورنال کلاب دوشنبه ۸۱/۱۱/۲۰

دکتر شایسته جهانفر  
Ph.D. بیماریهای زنان و مامائی

### بررسی تأثیر همسرآزاری بر نتایج بارداری

مطابق تعریف مطرح شده در سازمان بهداشت جهانی فوریه ۱۹۹۶، هر عملی که به منظور آسیب‌رسانی از نظر فیزیکی، روحی - روانی و جنسی نسبت به جنس زن انجام شود، چه شامل تهدید به آسیب‌رسانی، چه صلب آزادی در زندگی شخصی و یا در زندگی اجتماعی باشد، خشونت علیه زن محسوب می‌گردد. خشونت علیه زنان و دختران یک نگرانی عمده مربوط به حقوق بشر بوده و از نظر سلامت و بهداشت بسیار حائز اهمیت است. زنان در طی زندگی از دوران نوزادی تا دوران کودکی، نوجوانی و بزرگسالی و بالاخره در سنین پیری در معرض خشونت هستند. خشونت علیه زنان در عین اثری که در سلامت زنان دارد، دارای جنبه‌های اجتماعی نیز هست که نیاز به توجهات ویژه دارد. خشونت خانگی گاه در دوران بارداری شروع می‌شود و یا شدت می‌گیرد. برخی از پژوهشها کمتر شدن خشونتها را در طی دوران بارداری و برخی تغییر نوع خشونت را گزارش کرده‌اند. ضربات متعدد و صدمات چندگانه و یا ضربات منقطع شده بر شکم زن

کنترل بود. علاوه بر این میزان لپتین پلاسما در گروه پره‌اکلامپسی شدید، به صورت قابل توجهی بیشتر از گروه پره‌اکلامپسی خفیف بود. مقدار بیان mRNA لپتین در بافت جفت زنان مبتلا به پره‌اکلامپسی، به طور واضحی بیش از زنان باردار هم سن ولی بدون پره‌اکلامپسی بود و این مقدار در زنان مبتلا به پره‌اکلامپسی شدید از مبتلایان به پره‌اکلامپسی خفیف، بسیار بیشتر بود. در تعدادی از تحقیقات، میزان لپتین پلاسما با خصوصیات کلینیکی جنینی و مادری مبتلایان پره‌اکلامپسی مقایسه شده است. میزان لپتین پلاسما، رابطه‌ای مثبت با متوسط فشارخون سرخرگی در زنان باردار مبتلا به پره‌اکلامپسی دارد اما با شاخص وزن بدن رابطه‌ای ندارد. در زنان مبتلا به پره‌اکلامپسی که نوزادان خود را کوچکتر از سن حاملگی (Small for Date) (SFD) بدنیا آورده‌اند، به طور قابل توجهی میزان لپتین پلاسما بالاتر از زنانی است که نوزادانشان را در موقع مناسب (Appropriate For Date) (AFD) بدنیا آورده‌اند. به علاوه، شیوع SFD در زنان بارداری که لپتین پلاسما بالایی دارند، بیشتر از زنان باردار دارای لپتین پلاسما نرمال است. بنابراین احتمالاً رابطه تنگاتنگی بین عقب افتادگی رشد جنین و افزایش لپتین پلاسما وجود دارد. به منظور درک مکانیسم‌های تولید فراوان لپتین در جفت زنان مبتلا به پره‌اکلامپسی، اثرات هیپوکسی بر میزان ترشح

این احتمال وجود دارد که افزایش میزان لپتین در خون مادری، موجب افزایش فشار خون شود، چون که لپتین سیستم عصبی سمپاتیک را فعال کرده و باعث تحریک ترشح کاتکولامین‌ها می‌شود.

پره‌اکلامپسی اختلال در فشار خون زنان باردار است که بیش از حد معمول بالا می‌رود و معمولاً در اواخر دوران بارداری رخ می‌دهد و غالباً در نتیجه عملکرد غیرطبیعی جفت، عقب‌افتادگی در رشد جنین را نیز به همراه پره‌اکلامپسی می‌بینیم. پره‌اکلامپسی بر اساس تعریف American College of (ACOG) Obstetricians and Gynecologists (به دو زیر گروه پره‌اکلامپسی خفیف و شدید تقسیم می‌شود. در یک مطالعه میزان لپتین پلاسما در

در دوران بارداری در مطالعات به خوبی مشخص شده است توصیه می‌شود که کلیه درمانگاه‌های مراقبت از بارداری به طور روتین غربالگری همسرآزاری را انجام دهند تا موارد را شناسایی کرده و مشاوره لازم را انجام دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود که ماماها جهت مواجهه با چنین شرایطی آموزش لازم را ببینند تا بتوانند در مواقع لزوم مشاوره زنان باردار را انجام دهند. در مواردی که همسرآزاری فیزیکی، روحی - روانی و یا جنسی شدید باشد، بهتر است زن باردار را ضمن انجام مشاوره جهت دریافت حمایت‌های بیشتر به "خانه حمایت از زنان" (هم اکنون در استان تهران ۶ مرکز آن موجود است) معرفی نمود و یا آدرس این خانه‌ها که مخصوص زنان بی‌پناه و در معرض آزار و اذیت می‌باشد را در اختیار آنان قرار داد تا در مواقع احساس خطر به این مراکز پناه آورند و از حمایت مددکاران، روانشناسان و مقامات انتظامی این مراکز بر خوردار شده و از جان خود و فرزندشان رفع خطر بنمایند.

## مقاله تخصصی

### نقش لپتین در بارداری (۲)

سید احمد رضا محمودی  
دانشجوی کارشناسی ارشد زیست‌شناسی سلولی مولکولی در شماره قبل لپتین به عنوان یک پیام‌آور متابولیسم انرژی جدید معرفی شد و سپس اطلاعاتی در مورد تولید لپتین در جفت ارائه شد. در این شماره به عملکرد لپتین در بارداری اشاره خواهد شد.

### ۳- افزایش لپتین خون در حاملگی‌های عارضه‌دار:

در اکثر تحقیقات به منظور بررسی نقش پاتوفیزیولوژیک لپتین در حاملگی‌های عارضه‌دار، مقدار لپتین پلاسما و میزان بیان mRNA لپتین جفت، در زنان باردار مبتلا به پره‌اکلامپسی، اندازه‌گیری می‌شود.

**۸۶**

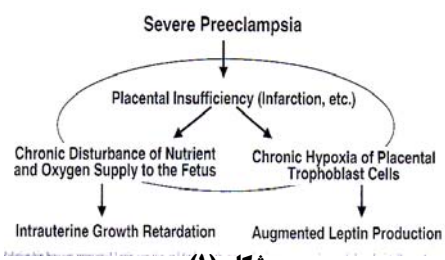
**گردهمایی**  
**باروری و ناباروری**  
Fertility & Infertility  
**J. Club**

موضوع: **Male Sexual Dysfunction**

سخنران: **آقای دکتر ناصر امیر جنتی**

تاریخ: **دوشنبه ۱۹/۱۲/۸۱ ساعت: ۱۳:۳۰ - ۱۲/۳۰**

مکان: **پژوهشگاه ابن سینا، اوبن، دانشگاه شهید بهشتی**  
پژوهشگاه ابن سینا (مرکز تحقیقات بیولوژی، بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی)



شکل (۱)

لپتین در سلولهای BeWo، مورد مطالعه قرار گرفت. یک سری از سلولها در محیط حاوی ۵٪ و یک سری دیگر در شرایط استاندارد ۲۰٪ اکسیژن کشت داده شدند و مشخص شد که در سلولهای BeWo که ۷۲

میان زنان مبتلا به پره‌اکلامپسی خفیف، شدید و زنان بدون پره‌اکلامپسی (گروه کنترل) مورد بررسی قرار گرفت. در این بررسی هیچ تفاوت قابل توجهی در میزان لپتین پلاسما گروه پره‌اکلامپسی خفیف در مقایسه با گروه کنترل که زنان باردار بدون پره‌اکلامپسی و هم‌سن با گروه تست بودند، مشاهده نشد. در مقابل، میزان لپتین پلاسما در گروه مبتلا به پره‌اکلامپسی شدید، تقریباً ۳ برابر میزان آن در گروه

را سرکوب نمی‌کند و به نظر می‌رسد که در این موشها نوعی مقاومت به لپتین وجود دارد. چنین پیشنهاد شده است که مقاومت به لپتین در جوندگان و انسان‌های چاق با کاهش نسبت لپتین موجود در مایع مغزی - نخاعی به لپتین موجود در سرم مرتبط است که با انتقال لپتین از سد مغزی - خونی تنظیم می‌شود. در هر حال، میزان تمایل به غذا خوردن در موشهای ترانس ژنیک (القاء شده برای بیان بیش از حد لپتین) به طور عمده‌ای نسبت به موشهای غیرترانس ژنیک، سرکوب شده است. این نکته این احتمال را تقویت می‌کند که در طول حاملگی، موقعی که میزان لپتین به حد کافی برسد کارایی خواهد داشت. با توجه به چنین مطالعاتی، می‌توان نتیجه گرفت که مقدار لپتین بالا در خون با تعدیل تمایل به غذا خوردن و تونوس رگها، می‌تواند روی رشد جنین اثرگذار باشد. عملکرد مهم دیگر لپتین، تنظیم متابولیسم گلوکز و حساسیت انسولین است. در مطالعه‌ای که روی حیوانات دارای جهش در گیرنده لپتین، انجام شده تجویز لپتین از دیابت دوران بارداری، جلوگیری کرده است. گرچه این مطالعه روی جوندگان انجام شده این احتمال وجود دارد که لپتین بالا در خون می‌تواند به این طریق روی رشد جنین اثرگذار باشد، زیرا که میزان گلوکز پلاسمای مادری یکی از نیازهای اساسی برای رشد جنین است. البته آزمایشات و تحقیقات دیگر بر روی نقش لپتین پلاسمای در رشد جنین انسان، ادامه دارد. در شکل ۲، عملکرد فیزیولوژیک لپتین

در کنار یکدیگر این فرض را بوجود می‌آورند که تنظیم بیان ژن در تروفوبلاست با بافت چربی تفاوت دارد. درک مکانیسم دقیق افزایش بیان ژن لپتین در جفت زنان باردار مبتلا به دیابت، نیازمند مطالعات و تحقیقات بیشتری است. میزان بیان ژن لپتین در مول هیداتیدیفورم نیز افزایش می‌یابد. بیان بیش از حد لپتین در جفت ممکن است باعث تحریک تکثیر تروفوبلاست شود، زیرا که تروفوبلاست رسپتورهای لپتین را تولید می‌کند.

#### ۴- انجام تحقیقات روی لپتین به کمک موش‌های ترانس ژنیک:

با استفاده از موش‌های ترانس ژنیک که بیان بالای لپتین در آنها القاء شده بود، اثرات مقدار بالای لپتین روی دوره بارداری، مطالعه شد. میزان لپتین پلاسمای در موشهای ترانس ژنیک غیرباردار، در سن ۱۲ هفتگی، ده برابر بیشتر از موشهای غیرترانس ژنیک گروه کنترل بود. مقدار دفع نوراپی نفرین روزانه در ادرار موشهای ترانس ژنیک، به طور قابل توجهی بالاتر از موشهای غیرترانس ژنیک بود و این نشان‌دهنده فعال‌سازی سیستم عصبی سمپاتیک توسط مقدار بالای لپتین خون است.

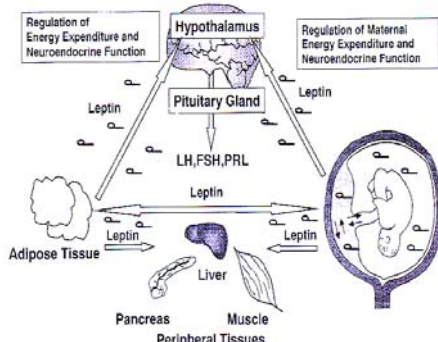
میزان لپتین پلاسمای رابطه‌ای مثبت با متوسط فشارخون سرخرگی در زنان باردار مبتلا به پره‌اکلامپسی دارد اما با شاخص وزن بدن رابطه‌ای ندارد.

در موشها، جفت، گیرنده لپتین را به صورت محلول در خون، به خون مادر ترشح می‌کند که این گیرنده به لپتین متصل شده و مانع برداشت لپتین از خون می‌شود. بنابراین، در طول بارداری موشهای غیرترانس ژنیک، میزان لپتین پلاسمای در حدود ۲۰ برابر، افزایش می‌یابد. میزان لپتین افزایش یافته در پلاسمای موشهای غیرترانس ژنیک در خلال حاملگی، میل به خوردن غذا

ساعت در شرایط ۵٪ اکسیژن بودند، ترشح لپتین در حدود ۳ برابر آن سلولهای بود که در ۲۰٪ اکسیژن، رشد کرده بودند. در مقابل، میزان ترشح hCG در سلولهای موجود در محیط اکسیژن ۵٪، بسیار کمتر از سلولهای BeWo موجود در محیط ۲۰٪ اکسیژن بود. در شکل ۱، رابطه‌ای فرضی بین افزایش ترشح لپتین جفت و عقب‌ماندگی رشد جنین در مبتلایان به پره‌اکلامپسی شدید، نشان داده شده است.

در پره‌اکلامپسی شدید به همراه فشار خون بالا، جریان خون رحمی - جفتی مختل می‌شود، اختلال در جریان خون جفت، موجب اختلال مزمن در تأمین مواد غذایی و در نتیجه منجر به عقب‌ماندگی رشد جنین می‌شود. به عبارت دیگر، خون‌رسانی ناقص جفت، موجب هیپوکسی موضعی می‌شود که سرانجام منتهی به افزایش بیان ژن لپتین می‌شود. این احتمال وجود دارد که افزایش میزان لپتین در خون مادری، موجب افزایش فشار خون شود، چون که لپتین سیستم عصبی سمپاتیک را فعال کرده و باعث تحریک ترشح کاتکولامین‌ها می‌شود. بنابراین، میزان لپتین پلاسمای مادر، احتمالاً بیانگر محیط جنینی - مادری در حاملگی‌هایی است که رشد جنین کمتر از حد نرمال می‌باشد. افزایش مقدار بیان mRNA لپتین در بارداری‌های عارضه‌داری که با دیابت همراهی باشند، خصوصاً در زنان بارداری که در حال درمان با انسولین می‌باشند، گزارش شده است. افزایش غلظت لپتین در پلاسمای مادر و در بافت جفت این بیماران دیده شده است. عملکرد فیزیولوژیک پیشنهادی برای انسولین، تنظیم تولید لپتین در جفت انسان است. به بیان دیگر پس از اصلاح شاخص وزن بدن و سطح انسولین ناشتا، میزان لپتین پلاسمای زنان باردار با دیابت خفیف، کمتر از زنان دارای تحمل نرمال گلوکز بود. البته گزارش شده که بیان ژن لپتین در سلولهای چربی، توسط انسولین تحریک می‌شود. تمامی این اطلاعات

شکل (۲)



آماده‌سازی درمانی برای روشهای ART کمک مؤثری باشد. اگرچه محققین اشاره کردند که مطالعات تصادفی گسترده‌تری نیازمند است تا تأثیرات این داروها را ارزیابی کند.

## اخبار کنفرانس‌ها

### 2<sup>nd</sup> Annual Comprehensive Review Of Sexual Medicine

May 8-10, 2003

Toronto, Canada

#### Contact:

Venue West Conference Services Ltd.

Phone: +604-681-5226

Fax: +604-681-2503

Email: congress@venuewest.com

#### هفتمین سمینار روشهای پیشرفته

#### تشخیص درمان ناباروری رویان

برگزارکننده: پژوهشکده رویان جهاد دانشگاهی

با همکاری دانشگاه علوم پزشکی ایران

تاریخ برگزاری: ۱۰ و ۱۱ اسفند ماه ۱۳۸۱

مکان برگزاری: مجتمع آموزشی و درمانی

حضرت رسول اکرم (ص)

آدرس دبیرخانه: تهران، خیابان ولیعصر،

زعفرانیه، چهارراه اصف، کوچه سیمین،

پژوهشکده رویان

تلفن تماس: ۲۴۱۳۷۹۰

واقع در نوادا (Nevada) طی مصاحبه‌ای با Reuters Health گفت: درصد بسیار کمی از زنان (کمتر از ۵٪) که در جستجوی درمان لقاح خارج رحمی‌اند، به علت اینکه اندومتر رحم آنها، به رویان اجازه چسبیدن را نمی‌دهد، نمی‌توانند بچه‌دار شوند. Sher و همکارانش در این مطالعه ۷۳ زن که مبتلا به این نوع ناباروری بودند را با استفاده از شیاف ویگرا چهار بار در روز از شروع دوره قاعدگی تا ۳ الی ۱۰ روز بعد، درمان نمودند. درمان دارویی تقریباً ۲ روز قبل از برداشتن تخمکها برای لقاح و لانه‌گزینی در رحم متوقف شد. زنان دریافت کننده ویگرا با ۳۲ زن دیگر با تشخیص مشابه تحت درمان لقاح خارج رحمی اما بدون مصرف ویگرا، مقایسه شدند.

طبق گزارشی که در شماره نوامبر مجله (Fertility and Sterility) به چاپ رسیده است، حدوداً ۷۰٪ زنان گروه ویگرا، «افزایش ضخامت اندومتر» را تجربه نمودند. علاوه بر این، برطبق این گزارش لانه‌گزینی و حاملگی پایدار در گروه ویگرا (به ترتیب ۴۵٪ و ۲۹٪) نسبت به گروهی که ویگرا مصرف نکردند (۲٪ و صفر) به مراتب بیشتر بود.

قبلاً Sher تأثیر چسبهای پوستی نیتروگلیسرین (Nitroglycerine Patches) را در افزایش جریان خون رحم ارزیابی نموده بود. اما عوارض جانبی این نوع درمان شامل افت فشارخون و سر درد شدید را نیز گزارش داده بود. وی افزود: شیاف ویگرا دارو را مستقیماً به اندام هدف می‌رساند لذا خطر ایجاد عوارض جانبی کاهش می‌یابد.

Sher گزارش نمود که در میان زنانی که ویگرا مصرف کردند هیچ یک از عوارض جانبی این دارو گزارش نشده است. این محققین براساس یافته‌های خود به این نتیجه رسیدند که استفاده از شیاف ویگرا در زیرگروه کوچکی از بیمارانی که نازک‌بودن پوشش داخلی رحم آنها باعث ناکافی بودن جریان خون گردیده است ممکن است در

به طور شماتیک نشان داده شده است. رسپتور لپتین در بافتهای متنوعی بیان می‌شود، مثلاً در هیپوتالاموس، عضله، کبد، بافت چربی و... علاوه بر لپتین حاصل از بافت چربی، لپتین تولید شده در جفت نیز می‌تواند روی هیپوتالاموس اثر گذاشته و عملکرد سیستم نورواندوکرین و مصرف انرژی مادری را تنظیم کند. به عبارت دیگر لپتین جفت، می‌تواند روی بافت محیطی مادر اثر بگذارد، مثلاً با اثر روی عضله، کبد و یا پانکراس، متابولیسم گلوکز و حساسیت انسولین را تنظیم کند. به علاوه لپتین پلاسما به جنین نیز منتقل شده و ممکن است رشد و تکامل جنین را تنظیم کند. با تمام این تفاسیر، مطالعات جدید، فرضیه لپتین به عنوان یک هورمون مترشحه از جفت را تقویت می‌کنند که آثار فیزیولوژیک و پاتوفیزیولوژیک زیادی را روی رشد جنین در بارداری‌های نرمال و عارضه‌دار نشان می‌دهد.

پایان

## خبر علمی

### «ویگرا» می‌تواند به برخی از زنان نابارور در ایجاد حاملگی کمک کند

برطبق یک گزارش جدید، درصد کمی از زنان که ناباروری آنها به علت مشکلات لایه پوششی سطح داخل رحم می‌باشد، پس از استفاده از داروی ویگرا بصورت شیاف واژینال توانستند حامله شوند. به نظر می‌رسد ویگرا (Viagra) (با نام ژنریک سیلدنافیل «Sildenafil») جریان خون رحم را افزایش می‌دهد و باعث افزایش ضخامت اندومتر یا لایه پوششی سطح داخل رحم می‌گردد. علت ناباروری در درصد نسبتاً کمی از زنانی که نمی‌توانند باردار شوند، نازک بودن بیش از حد لایه پوششی رحم است. دکتر Geoffrey Sher از انستیتوی پزشکی تولیدمثل در لاس وگاس (Las Vegas)

#### صاحب امتیاز: پژوهشکده ابن سینا

مدیر مسئول: دکتر محمد مهدی آخوندی

مدیر داخلی: شمیمه اسکندری

زیر نظر شورای علمی نشریه: شمیمه اسکندری، دکتر ناصر

امیرجنتی، دکتر محمدرضا صادقی، دکتر هومن صدری،

دکتر سهیلا عارفی، دکتر معرفت غفاری، دکتر افسانه

محمدزاده

همکاران علمی این شماره: دکتر رضا بهجتی، سیداحمدرضا

محمودی

همکاران اجرایی:

معصومه عباسی مقدم، ابوالفضل عزیززاده، ناصر رحیمی

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 می‌نماید. علاقمندان

می‌توانند نقطه نظرات خود را به نشانی زیر ارسال

نمایند.

تهران: بزرگراه شهید چمران، دانشگاه شهید بهشتی، انتهای

بلوار داخل دانشگاه، صندوق پستی: ۱۷۷-۱۹۸۳۵

تلفن: ۲۴۰۲۰۱۱ فاکس: ۲۴۰۳۶۴۱

Email: bna@avesina.org

Website: http://www.avesina.org