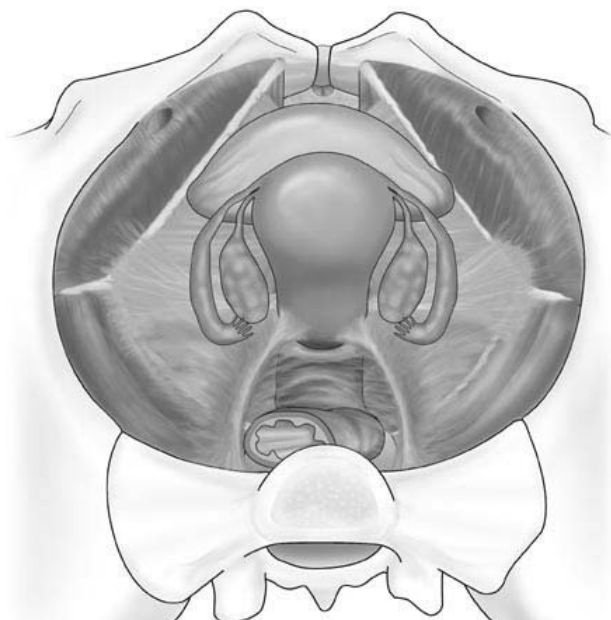


تولید مثل و نازایی

- مشکلات اجرایی قانون اهدای جنین
- ابداع واکسن های DNA ، بشر را قادر به ایمن سازی علیه اهداف مورد نظرش از جمله پیشگیری از باروری خواهد ساخت.
- ارتباط اسید فسفاتاز موجود در سمن با عملکرد پروستات و پارامترهای اسپرم
- انفلوآنزا می تواند باعث زایمان زودرس، افزایش مرگ و میر نوزادان و مرگ قبل از تولد شود.
- حدود ۸۰٪ از متخصصان ژنتیک با انتخاب جنسیت مخالفند.
- انتخاب جنسیت میتواند به کاهش سقط جنینهای ناخواسته کمک کند.
- تخمک های حامل تلومرهای کوتاه شانس کمتری برای ایجاد جنین بدنبال IVF دارند.



پژوهشکده ابن سینا

(مرکز پژوهشی بیولوژی و میکروتنولوژی تولید مثل و نازایی جهاد دانشگاهی)

به نام آنکه عقل را فکرت آموخت

در این شماره می‌خوانید:

- سخنی با همکاران ص (۲)
 واکسن‌های DNA و ناباروری ص (۲)
 اسیدفسفاتاز و ناباروری ص (۳)
 انفلوآنزا در حاملگی ص (۴)
 مخالفت متخصصان ژنتیک با انتخاب
 جنسیت ص (۶)
 نقش کروموزوم‌ها در موفقیت IVF ص (۶)
 اخبار کنفرانس‌ها ص (۷)

سخنی با همکاران

به بهانه تصویب قانون نحوه اهداء جنین به زوجین نابارور

در ماه گذشته در انگلستان دو زن که در جستجوی استفاده از جنین‌های فریز شده خود بودند بدلیل عدم موافقت شریک زندگی قبلی خود، توسط دادگاه عالی محکوم به عدم امکان استفاده از جنین‌های خود شدند. بر طبق قوانین بریتانیا، وقتی زوج امکان فریز و سپس استفاده از جنین‌های خود را دارد که هر دو در هنگام انجماد و ذخیره‌سازی و همچنین در هنگام استفاده مجدد از آن، موافقت کتبی خود را اعلام نمایند. این در موقعیتی است که هر دو زن بدلیل سن بالای خود امکان استفاده از تخمک خود را برای داشتن فرزندی ندارند و این آخرین شانس آنها برای داشتن فرزندی از آن خود است.

همچنین طبق قوانین انگلیس اگر زوج تصمیم به اهداء جنین بگیرند، این جنین‌ها حفظ خواهند شد و در این صورت شخص دیگری از آن استفاده خواهد کرد. اگر چه این مشکل اصلی نیز وجود دارد که طبق قوانین انگلستان اهداء جنین به شکلی محرمانه صورت می‌گیرد و لذا کسی از

هویت اهداء کننده و دریافت کننده مطلع نیست و لذا به هیچوجه امکان پی‌گیری و رویت فرزند حاصل از این جنین‌ها برای صاحبان نطفه و جنین وجود نخواهد داشت. لذا در صورت عدم تفاهم زوج در انتقال جنین به همسر و یا اهداء آن‌ها، تنها راه باقیمانده درخواست از دادگاه جهت از بین بردن جنین‌هاست.

بدنبال پیشرفت روش‌های درمان ناباروری و وسعت انجام این تکنیک‌ها در سراسر دنیا، مرتباً شاهد اتفاقات و حوادث بسیار مستحده و جدید هستیم. حتی در کشورهایی مثل انگلستان که قوانین مدون و قابل اجرایی را در حل و فصل مشکلات ناشی از بکارگیری تکنولوژی پیشرفته لقاح خارج رحمی تدوین نموده‌اند، نمونه‌هایی از این قبیل مرتباً در اخبار و رسانه‌ها منعکس می‌گردد. ولی جالب اینجاست که در کشور علی‌رغم نداشتن هیچگونه قوانینی در این زمینه، تا بحال شاهد طرح هیچگونه دعاوی در این خصوص نبوده‌ایم. در حال حاضر بحمدالله قانون نحوه اهداء جنین به زوجین نابارور، توسط مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۸۲/۵/۸ به تایید شورای نگهبان رسیده است و خوشبختانه این اولین قانون تدوین شده در این زمینه است. انتظار می‌رود که با در نظر گرفتن دستورالعمل‌های مورد اجرای کشورهای دیگر، و مطالعه جامع در زمینه مشکلات ناشی از اجرای این قانون، تا حد امکان در تنظیم دستورالعمل‌های جامع و مفید و قابل اجرا دقت و وسواس بکار گرفته شود.

ژورنال کلاب

نود و ششمین ژورنال کلاب

دوشنبه ۸۲/۷/۷

واکسن‌های DNA و ناباروری

ابراهیم ترک آبادی

دانشجوی کارشناسی ارشد ایمونولوژی

تفکر یافتن روش‌هایی که بتوان از وقوع بیماری‌ها جلوگیری کرد به سال‌های قبل از میلاد مسیح برمی‌گردد. در این رابطه استنشاق ذرات خشک شده آبله انسانی در چین (قرن ۱۱ میلادی) و یا تلقیح مایع پوستولی آبله گاوی توسط ادوار دجنر (۱۷۹۶) جهت جلوگیری از آبله انسانی، استفاده از سویه‌های ضعیف شده عوامل بیماری‌زایی از جمله وبای مرغی، عامل سیاه زخم و ویروس هاری توسط دانشمند برجسته لویی پاستور (۱۸۷۹) و یا ابداع فرم غیرتوکسیک ولی ایمونوژن اجزا و ترشحات باکتری‌ها توسط آقای گاستون رامون (۱۹۲۸) تا دوران اخیر که از پپتیدهای آنتی ژنیک نو ترکیب بعنوان واکسن در بدن میزبان مورد استفاده قرار گرفته همگی سعی در بوجود آوردن خاطره ایمنی در بدن فرد غیرایمن داشته‌اند. اما این روش‌ها بخاطر محدودیت‌شان در بکارگیری عوامل پاتوژن زنده و یا زنده ضعیف شده، توانایی‌شان تنها محدود به برانگیختن ایمنی هومورال و تولید آنتی‌بادی علیه عوامل مهاجم می‌باشد و در ارتباط با عفونت‌های درون سلولی از جمله HIV، مالاریا، لیشمانیا و یا توپرکولوزیس استفاده از روش‌های متداول منتبی به ایمنی هومورال (نه آنچنان مؤثر) می‌شود در حالی که جهت حذف این عوامل فعالیت و پاسخ ایمنی سلولی حایز اهمیت می‌باشد. بنابراین استفاده از روش‌هایی که بتواند بطور کارآمد فعالیت ایمنی سلولار را برانگیزد زمینه تحقیق دانشمندان قرار گرفت.

تکنیک واکسن‌DNA در زمینه‌های مختلف در چهارچوب تحقیقات آزمایشگاهی وسعت زیادی پیدا کرده اما آنچه که در این زمینه اهمیت دارد بالا بردن ضریب ایمنی این واکسن‌ها جهت بکارگیری آن در جامعه انسانی می‌باشد.

برای اولین بار در سال ۱۹۹۰ Wolff و همکارانشان گزارش کردند که بدنبال تلقیح پلاسمید حاوی چند ژن توانسته‌اند در نمونه آزمایشگاهی خود (mice) ایجاد ایمنی هومورال و سلولی نمایند. در ادامه محققین زیادی در این رابطه تحقیق نموده‌اند. تکنیک

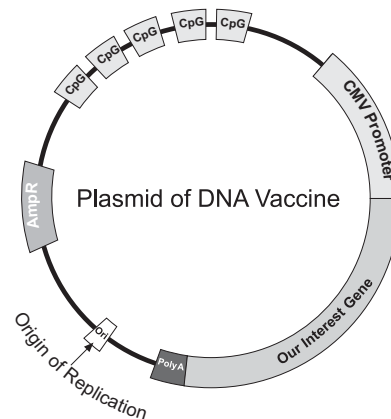
واکسن DNA در زمینه های مختلف در چهارچوب تحقیقات آزمایشگاهی وسعت زیادی پیدا کرده اما آنچه که در این زمینه اهمیت دارد بالا بردن ضریب ایمنی این واکسن ها جهت بکارگیری آن در جامعه انسانی می باشد.

در مورد بکارگیری واکسن ها ترکیبات مکملی تحت عنوان «ادجوانت» وجود دارند، که افزودن آنها به محلول آنتی ژنتیک/ایمونوژنیک واکسن سبب افزایش تحریک سیستم ایمنی از یک سو و دوام بیشتر واکسن در بدن میزبان از سوی دیگر می شود. بنابراین تاثیر واکسن در ایمن سازی میزبان را چند برابر می نماید. در ارتباط با واکسن های متداول ترکیبات ادجوانت کامل و ناقص فروند (با کاربرد حیوانی) و هیدروکسید آلومینیوم یا آلوم (با کاربرد انسانی) استفاده می شوند اما در ارتباط با واکسن های DNA، نوعی توالی DNA باکتریایی به نام CpG (یک دی نوکلئوتید غیرمتیل- محرک بسیار قوی در زمینه ایمنی سلولی) و یا توالی های کدکننده سایتوکاین های التهابی و یا مولکولهای Co-stimulatory (جهت افزایش اثر واکسن در تحریک ایمنی)، بعنوان ادجوانت در واکسن های DNA بکار گرفته می شوند.

۲- واحد ادجوانتی: شامل چندین توالی CpG باکتریایی و یا ژنهای کد کننده سایتوکاین های پیش التهابی و یا مولکولهای Co-stimulatory می باشند. که در مجموع نقش ادجوانتی برای واکسن DNA خواهند داشت.

تلقیح واکسن DNA بدو روش تفنگ ژنی (تفنگ ژنی وسیله ای است که با فشار گاز هلیوم مولکولهای DNA ایی که بر روی ذرات طلا سوار شده اند را با سرعت بسیار زیادی وارد سیتوپلاسم سلول های ناحیه شلیک می نماید) و یا تزریق می باشد که به شیوه های داخل عضلانی، داخل جلدی، ایجاد اسکار در پوست و یا در سطوح مخاطی یا داخل وریدی انجام شده است. در صورتی که پلاسمید بکار رفته حاوی ادجوانت CpG باشد، روش تزریق ارجحیت بیشتری نسبت به تفنگ ژنی دارد. چرا که تفنگ ژنی DNA پلاسمیدی را با سرعت زیادی وارد سیتوپلاسم سلول کرده و مشخص شده که بیشتر ایمنی هومورال فعال خواهد شد اما در شکل تزریق، توالی CpG با اتصال به گیرنده TLR-9 در سطح سلول بدنال یک سری مکانیسم های سیگنالینگ غشایی منجر به تولید IL-12، و ترشح دیگر سایتوکاین های پیش التهابی شده که شرایط را به نفع بلوغ سلولهای Th1 و فعال نمودن سلولهای T سایتولیتیک فراهم می نماید.

واکسن DNA معمولاً از یک بستر پلاسمیدی تشکیل شده که قطعات مختلفی را بر روی آن درج نموده اند



واکسن DNA معمولاً از یک بستر پلاسمیدی تشکیل شده که قطعات مختلفی را بر روی آن درج نموده اند. اما بطور کلی شامل دو قسمت می باشد.

۱- واحد نسخه برداری: شامل توالی پروموتور ویروسی (معمولاً CMV)، توالی ژنی مورد نظر، توالی مقاومت به آنتی بیوتیک، توالی های Transcription و (Poly A) Termination

پروتئین را شناخته و مانع از اتصال اسپرم و تخمک انسان در شرایط in vitro گردیده است.

در همان سال Chen Y و همکارانشان در چین با استفاده از پلاسمید rmCGbeta که حاوی ژن کد کننده زیر واحد گلیکوپروتئین کوریونیک گنادوتروپین گونه رزوس میمون بوده، توانسته اند بعد از تلقیح در موش ماده، به روش داخل جلدی ایجاد ناباروری نمایند در تحقیق دیگری که اخیراً انجام شده Xiang RL و همکارانشان در چین با استفاده از پلاسمید pCMV4-rZPC که حاوی ژن کد کننده گلیکوپروتئین zp3 در گونه خرگوش (rabbit) است توانستند با تزریق به موش Balb/C و خرگوش های گونه «New zealand» به روش داخل عضلانی جلوی دوره باروری را بگیرند هر چند که هیچ تداخلی با روند طبیعی تکامل فولیکولی بوجود نیاورده است. بنابراین هرکدام از واکسن های فوق را می توان با تحقیقات بیشتر جهت کاربردهای ایمنوکنتراسپتیو (پیشگیری از باروری) قابل استفاده نمود. البته به این نکته باید توجه نمود که استفاده از واکسن های DNA خطراتی را هم بدنال دارد. از جمله احتمال دارد ژن مورد نظر با درج در ژنوم میزبان بتواند منجر به بیان اونکوژن ها شده و ایجاد سرطان نماید و یا با بیان شدن ژن مورد نظر و پروتئین حاصل، واکنش ایمنی را به سمت اتوایمنی سوق دهد. در عین حال مشاهده شده که استفاده از این واکسن ها

تحقیقات واکسن های DNA در زمینه های مختلفی از جمله عوامل پاتوژن، سرطان، آلرژی و حتی در زمینه ناباروری انجام شده است. در سال ۲۰۰۲ برای اولین بار Rath و همکارانشان در هند گزارش کردند با ساختن cDNA ی مربوط به گلیکوپروتئین B زوناپلوسیدای میمون گونه «Bonnet» آن را در پلاسمید ناقل VR1020 درج کرده و در نهایت DNA پلاسمیدی VRbmZPB را بوجود آوردند و بدنال ایمنوژنیزه کردن موش ها (mice) با DNA فوق، آنتی بادی های علیه ZpB تشکیل شد که فرم طبیعی این

۹۸

گردهمایی
باروری و ناباروری
Fertility & Infertility
J. Club

موضوع: فن آوری تولید حیوانات
ترانسژنیک و تحقیقات ژنتیک تکوینی
سخنران: عبدالحسین رضاییان

تاریخ: دوشنبه ۸۲/۵ ساعت: ۱۳/۳۰ - ۱۲/۳۰

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

فوکوسینگ برای همه نمونه‌ها مورد استفاده قرار گرفت و در همه موارد فعالیت آنزیم بین PH ۴ تا PH ۶/۵ تعیین گردید. همانگونه که اشاره شد در گروه azoospermic فعالیت اسید فسفاتاز نسبت به گروه کنترل بسیار بیشتر بود که شاید به علت نقص در ترشح Vesicular epididymally در اثر گرفتگی پروستات باشد.

سنجش فعالیت اسید فسفاتاز در سمن به عنوان مارکر پروستاتی توصیف شده، بنابراین در آندرولوژی به عنوان شاخص مناسبی از ترشح پروستات در سمن مورد استفاده قرار می‌گیرد

در پژوهش دیگری ۱۷۶ مردی را که برای درمان ناباروری به یک مرکز درمانی مراجعه کرده بودند و همچنین ۸۸ مردی را که داوطلبانه از کتومی شدند مورد مطالعه قرار گرفتند. فعالیت اسید فسفاتاز در گروه اول بیشتر از گروه دوم تعیین گردید.

زمانیکه سرطان پروستات به دیگر قسمت‌های بدن مخصوصاً استخوان گسترش پیدا کند سطح این آنزیم بالا می‌رود

ولی در هیچ کدام از این دو گروه رابطه روشنی بین فعالیت آنزیم، حجم سمن، تحرک و مورفولوژی اسپرم مشاهده نشد. برای یافتن رابطه بین تعداد اسپرم، تحرک اسپرم و فعالیت اسید فسفاتاز در سمن، ۵۶ مرد مورد مطالعه قرار گرفتند که به سه دسته تقسیم شدند:

۱- normospermia (۱۹ نفر)

۲- mild oligospermia (۱۸ نفر)

۳- very sever oligospermia (۹ نفر)
مجدداً هر گروهی به دو گروه فرعی تقسیم شدند.

الف) افراد بین ۲۵ تا ۳۵ سال

ب) افراد ۳۶ سال به بالا

نتایج نشان داد که در Very sever oligospermia (تعداد اسپرم‌ها بین صد هزار تا دو میلیون در هر سی سی) در گروه سنی ۳۶ سال به بالا یک رابطه مثبتی وجود دارد ($P < 0.009$) ولی بهر صورت از آنجا که این نتایج فقط در مورد افراد

فعالیت این آنزیم را در سمن اندازه‌گیری نموده و ارتباط آن را با ناباروری مردان مطالعه کرده‌اند.

در پژوهشی که در سال ۱۹۸۵ انجام شد نمونه‌های سمن مردانی را که برای معالجه ناباروری به یک مرکز درمانی در پاریس مراجعه کرده بودند جمع‌آوری گردید. این نمونه‌ها به ۴ گروه زیر تقسیم شد:

۱- ۶ نمونه Normozoospermic

۲- ۱۴ نمونه Oligozoospermic

۳- ۲۰ نمونه Azoospermic

۴- ۱۲ نمونه Asthenoteratozoospermic
در تمام این نمونه‌ها فعالیت اسید فسفاتاز با روش کینتیک اندازه‌گیری شد که از

آلفانتیل فسفات به عنوان سوپسترا استفاده گردید. قبل از آن در تمام موارد حجم سمن، PH و تعداد اسپرم در یک سی سی سمن و همچنین درصد motility و Abnormality و نیز سن افراد مشخص گردید. نتایج بدست آمده نشان داد که اختلاف معنی داری بین گروه Oligozoospermic, Normozoospermic

وجود نداشت. فعالیت اسید فسفاتاز در گروه azoospermic بیشتر ($P < 0.05$) و در گروه asthenoteratozoospermic در مقایسه با گروه کنترل کمتر بود. ($P < 0.05$)
بعلاوه فعالیت آنزیم در اولین فرکشن در هر چهار گروه ($n=12$) بامیانگین ۵۵۰ واحد در هر سی سی) بیشتر از فعالیت آنزیم در دومین فرکشن بود (میانگین ۳۲۰ واحد در سی سی). برای شناسایی ایزو آنزیم‌های اسید فسفاتاز، تکنیک ایزو الکترونیک

نه تنها واکنشی علیه آنتی ژن مورد نظر را برنیانگیخته بلکه نسبت به آن تحمل بوجود آورده است بنابراین با وجود خطراتی که احتمال آن وجود دارد بایستی ضریب ایمنی این واکنسرها را بالا برد تا استفاده از آن سلامت جامعه را تهدید ننماید.



نود و هفتمین ژورنال کلاب دوشنبه ۸۲/۷/۲۱

اسید فسفاتاز و ناباروری

دکتر صدرالدین محمدی
Ph.D بیوشیمی

اسید فسفاتاز آنزیمی است که هیدرولیز منواسترهای اسید فسفریک را کاتالیز می‌نماید. در بدن انسان، این آنزیم ابتدا در غده پروستات مردان، که یک غده جنسی است شناسایی گردید. فعالیت اسید فسفاتاز در غده پروستات تقریباً صد برابر فعالیت این آنزیم در دیگر بافت‌های بدن گزارش شده است. زمانیکه سرطان پروستات به دیگر قسمت‌های بدن مخصوصاً استخوان گسترش پیدا کند سطح این آنزیم بالا می‌رود که بعد از معالجه یا برداشتن تومور مجدداً سطح آنزیم به حالت نرمال بر می‌گردد. لذا اندازه‌گیری فعالیت اسید فسفاتاز برای غربالگری سرطان پروستات ارزش زیادی ندارد.

فعالیت اسید فسفاتاز در غده پروستات تقریباً صد برابر فعالیت این آنزیم در دیگر بافت‌های بدن گزارش شده است

سنجش فعالیت اسید فسفاتاز در سمن به عنوان مارکر پروستاتی توصیف شده، بنابراین در آندرولوژی به عنوان شاخص مناسبی از ترشح پروستات در سمن مورد استفاده قرار می‌گیرد. در مطالعات متعددی اسید فسفاتاز را به عنوان پارامتر مناسبی برای عمل پروستات در مورد عفونت گزارش نموده‌اند. در تحقیقات مختلفی

۹۹

گردهمایی
باروری و ناباروری
Fertility & Infertility
J. Club

موضوع: ازدواج‌های فامیلی و تاثیر آن در بروز ناهنجاریهای مادرزادی

سخنران: دکتر سید علی رحمانی

تاریخ: دوشنبه ۸۲/۷/۱۹ ساعت: ۱۳/۳۰ - ۱۲/۳۰

بزمهشکده این سینا
(مرکز تحقیقاتی بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی)
بزرگراه شهید چمران، اوین، دانشگاه شهید بهشتی

بالای ۳۶ سال با تعداد اسپرم خیلی کم نشان داده شده بایستی با احتیاط مورد توجه قرار گیرد.

مقاله تخصصی

انفلوآنزا در حاملگی

دکتر لیلی چمنی

متخصص بیماریهای عفونی، عضو هیات علمی پژوهشکده ابن سینا

هر ساله تعداد زیادی از مردم دنیا به دلیل ابتلا به انفلوآنزا، بیمار و بستری شده و حتی فوت می کنند. انفلوآنزا یک بیماری ویروسی بسیار مسری است که در کودکان شایعتر بوده و فرم شدید آن نیز در افرادی که مبتلا به بیماریهای مزمن یا ضعف ایمنی باشند و در خانم های باردار بیشتر دیده می شود.

ویروس انفلوآنزا سه تیپ A، B، و C دارد و هرکدام دارای زیرگروه های متعددی می باشند. بیشترین تأثیر روی سلامت انسان ناشی از فعالیت ویروس های انفلوآنزای A و B می باشد. انفلوآنزای A و B دارای دو گلیکوپروتئین سطحی بنام هماگلو تیدین (HA) و نورآمینیداز (NA) می باشند. ویروس های انفلوآنزای A و B مداوماً دچار آنتی ژنی و ویروس انفلوآنزا A دچار shift آنتی ژنی می شوند لذا خواص آنتی ژن آنان مداوماً دچار تغییر و تحول است. بیشتر اپیدمی های ایجاد شده از سال ۱۹۷۷ به این طرف توسط آنفلوآنزای A/H3N2 و A/H1N1 و انفلوآنزای B ایجاد شده اند و همه گیریه می توانند توسط یک فرم ویروس یا دو یا چند فرم ویروس باهم در یک فصل دیده شوند. انفلوآنزا A در حیوانات نیز می تواند ایجاد بیماری کند. انفلوآنزا توسط استنشاق آئروسول های حاوی ویروس که از طریق عطسه، سرفه و تنفس فرد بیمار در هوا پراکنده می شوند و تماس با ترشحات تنفسی فرد بیمار از طریق دست دادن، استفاده از ظروف و وسایل شخصی مشترک به راحتی منتقل

می شود. میزان آلوده کنندگی برای افراد خانواده بیشتر از ۵۰٪ است و حتی بچه های زیریکسال هم می توانند مبتلا شوند. همه گیری های انفلوآنزا با مرگ و میرهای زیادی همراه هستند برای مثال در همه گیری سالهای ۱۹۷۵ و ۱۹۹۰ انگلستان بین ۵۰۰۰ تا ۲۹۰۰۰ نفر فوت نمودند. خطر بستری شدن و مرگ و میر در افراد زیر بیشتر است:

مبتلایان به بیماریهای مزمن ریوی (آسم، برونشیت مزمن، آمفیزم، سل)، بیماریهای دریچه ای و عروقی قلبی، دیابت، بیماریهای کلیوی، مشکلات عصبی (بیماریهای عروقی مغز، پارکینسون، اسکلروز مولتیپل)، کم خونی، حاملگی، ضعف ایمنی (گیرندگان پیوند، افراد تحت شیمی درمانی) و ساکنین خانه های سالمندان.

انفلوآنزا می تواند از یک عفونت بدون علامت تا بیماری شدید درگیر کننده سیستم های مختلف بدن را ایجاد کند.

فرم بالینی ایجاد شده، به خصوصیات ویروس، سن، وضعیت ایمنی فرد، مصرف سیگار و بیماریهای زمینه ای فرد مبتلا بستگی دارد.

ویروس انفلوآنزای سه تیپ A، B و C دارد و هرکدام دارای زیرگروه های متعددی می باشند. بیشترین تأثیر روی سلامت انسان ناشی از فعالیت ویروس های انفلوآنزای A و B می باشد.

علائم اغلب از ۶ ساعت الی ۲ روز بعد از تماس با فرد بیمار شروع می شود. شروع علائم اغلب ناگهانی بوده و به صورت تب، لرز، سردرد، بی اشتها، کوفتگی و خواب آلودگی می باشد.

تب در حدود ۴۰-۳۸ درجه سانتی گراد از مشخص ترین علائم است و بین یک الی ۵ روز به طول می انجامد. شکایات اولیه عبارتند از سرفه خشک، آبریزش بینی، عطسه و گلودرد و برخی از بیماران هم ممکن است سرفه خلط دار، خشونت صدا و سوزش زیر جناق پیدا کنند. در ۱۰٪ بیماران در معاینه رال و ویزینگ یافت می شود.

علائم بیماری اغلب در عرض ۳ الی ۵ روز

بهبود می یابند ولی سرفه، کوفتگی و بی حوصلگی ممکن است تا ۲ هفته بعد هم ادامه یابد.

مطالعات نشان داده اند که انفلوآنزا A/H3N2 قادر است بیماری شدیدتر از A/H1N1 ایجاد کند بیماری ایجاد شده از انفلوآنزای B از شدت متوسطی برخوردار است. بیماران مسن ممکن است شکایات گوارشی بیشتری از جوانان داشته باشند.

خوشبختانه ابتلا به انفلوآنزا در حاملگی با عوارض جنینی قابل مشاهده ای همراه نبوده و نیازی به خاتمه حاملگی نمی باشد.

بیماری می تواند عوارضی از قبیل: برونشیت حاد، پنومونی ویروسی، پنومونی ثانویه باکتریال، تشدید مشکلات قلبی ریوی بیمار، شوک توکسیک ناشی از عفونت ثانویه با استاف آرئوس، سندرم ری در بچه ها خصوصاً در صورت مصرف آسپرین، درگیری قلبی، مشکلات عصبی، سندرم گیلن باره، اختلال هوشیاری، عوارض روحی، بستری در ICU ایجاد نماید و نهایتاً منجر به مرگ شود.

بنظر می رسد خصوصاً در موارد همه گیری های انفلوآنزا زنان باردار در سه ماهه دوم و سوم حاملگی در مرض خطر بیشتری برای ابتلا به عوارض ریوی انفلوآنزا، بستری در بیمارستان و حتی مرگ قرار داشته باشند. در اپیدمی سال ۱۹۹۰-۱۹۸۹ انگلستان میزان مرگ زنان باردار نسبت به حالت عادی ۴ برابر افزایش نشان داد. در زنانی که مبتلا به بیماری دریچه میترال باشند در صورتی که زایمان در هنگام ابتلا به انفلوآنزا صورت گیرد با خطر مرگ و میر بین ۴۵٪ تا ۶۰٪ همراه خواهد بود. به منظور کاهش خطرات فوق امروزه واکسیناسیون انفلوآنزا در زنان باردار توصیه می شود.

خوشبختانه ابتلا به انفلوآنزا در حاملگی با عوارض جنینی قابل مشاهده ای همراه نبوده و نیازی به خاتمه حاملگی نمی باشد. ولی می تواند باعث زایمان زودرس، افزایش مرگ و میر نوزادان و مرگ قبل از تولد شود.

تشخیص:

وجود تب و سرفه همزمان در ۶۰٪ تا ۷۰٪ موارد به تشخیص بالینی کمک می‌کند ولی اثبات بیماری با بدست آوردن ویروس از ترشحات تنفسی فرد بیمار و یا کشف آنتی ژن ویروس توسط تست فلورسانس مستقیم و غیر مستقیم، کشف RNA ویروس توسط PCR و سرولوژی و بررسی آنتی بادیها صورت می‌گیرد.

پیشگیری:

امروز واکسن انفلوآنزا حاوی گلیوکوپروتئین‌های HA و NA در دسترس هستند که ترکیب آنها سالانه بر اساس مشخصات آنتی ژنی ویروسهای در گردش در جامعه تغییرپذیر است. واکسیناسیون تا ۷۰٪ در کاهش خطر ابتلا به بیماری مؤثر است. توصیه برای تجویز واکسن از کشوری به کشور دیگر می‌تواند متفاوت باشد ولی در اغلب نقاط دنیا موارد زیر را در برمی‌گیرد:

- افراد مسن بالاتر از ۶۰ سال
- مبتلایان به بیماریهای قلبی ریوی
- مبتلایان به نقص ایمنی
- ساکنین خانه‌های سالمندان و مرکز نگهداری کودکان استثنایی
- پرسنل بهداشتی
- کودکان و نوجوانانی که باید تحت درمان طولانی مدت با آسپرین قرار داشته باشند
- زنان باردار در سه ماهه دوم و سوم بارداری

در فصول شیوع بیماری پس از واکسیناسیون فرد ممکن است برای یک الی ۲ روز احساس تب، خستگی، کوفتگی داشته باشد ولی به دلیل اینکه واکسن از اجزاء ویروس کشته شده تشکیل شده واکسن باعث ایجاد بیماری انفلوآنزا نمی‌شود.

در افرادی که سابقه حساسیت شدید (آنافیلاکسی) به تخم مرغ داشته باشند استفاده از واکسن ممنوع است

درمان:

امروزه داروهای متعددی برای درمان انفلوآنزا در دسترس هستند. از قبیل آمانتادین، ریمانتادین، زانامیویر. که خصوصاً در صورت شروع در ۲۴ ساعت اول از آغاز بیماری می‌توانند تا ۷۰٪ الی ۹۰٪ در کاهش علائم بیماری مؤثر باشند. آمانتادین در ایران

به صورت کپسولهای ۱۰۰mg در دسترس می‌باشد که درمان بالغین و اطفال بیشتر از ۹ سال به میزان ۱۰۰mg هر ۱۲ ساعت به مدت ۵ الی ۷ روز و در درمان اطفال زیر ۹ سال به میزان ۴/۵-۹ میلی‌گرم به ازاء هر کیلو وزن بدن روزانه استفاده می‌شود. و باید دقت کرد که میزان مصرف در اطفال زیر ۹ سال از ۱۵۰mg روزانه نباید بیشتر شود. می‌توان در افرادی که منع واکسیناسیون دارند برای پیشگیری نیز استفاده نمود.

اخبار علمی**مخالفت متخصصان ژنتیک با انتخاب جنسیت**

بر اساس نتایج بحث و گفتگو در کنفرانس جامعه بریتانیایی ژنتیک انسان (BSHG)، اکثر متخصصان ژنتیک معتقدند که به والدین نباید اجازه داد تا جنسیت فرزند خود را تعیین کنند. حدود ۸۰٪ درصد از ۲۰۴ نماینده‌ایی که در کنفرانس حضور داشتند بدلائل اجتماعی با انتخاب جنسیت مخالف، ۱۸ درصد موافق و ۲ درصد بیطرف بودند. استفاده از تشخیص ژنتیکی پیش لانه‌گزینه (PGD بمنظور تعیین جنسیت یک جنین، اخیراً و فقط به دلایل پزشکی در ایالت متحده و در خانواده‌هایی که در معرض خطر جدی شرایط مرتبط با جنسیت هستند، مجاز است.

لین چیتی Lynn Chitty از انستیتو بهداشت کودکان در لندن اظهار داشت باید به زوجی که تحت شرایط PGD قرار می‌گیرند اگر بخواهند، این اجازه داده شود تا جنسیت جنینی را که داخل رحم جایگزین می‌شود، تعیین کنند. وی در جمع حضار این سوال را مطرح کرد که این مباحثه راجع به ایمنی و سلامت روش‌های اخیر برای تعیین جنسیت و یارانه چنین خدماتی نبوده اما آیا تمایل به داشتن نوزاد با یک جنسیت خاص به لحاظ اخلاقی صحیح نیست. "اگر تمایل و آرزوی فرد برای چیزی غلط و اشتباه نیست، چرا تحقق و دست یابی به آن آرزو به لحاظ اخلاقی غلط است" فرانس فلینتر Frances Flinter از بیمارستان

St توماس لندن که در مورد انتخاب جنسیت اجتماعی صحبت می‌کرد به تعداد زیاد کودکان مذکر در هند و چین اشاره کرد که منجر به سقطهای جنین‌های مونث و در نتیجه افزایش جمعیت مردان در این کشورها شده است. وی ادامه داد که اگر متخصصان ژنتیک ایالت متحده امکان انتخاب جنسیت را در اختیار زوج‌ها قرار دهند، ممکن است نوعی در خصوص کار اعضاء به دولت کمک کرده و آنها بیشتر به کار کمک به بیماران متمرکز شوند. مارکوس پمبری «Marcus Pembrey» از (ALSPA) اظهار داشت که سهولت تکنیک‌های انتخابی جنسیت از ضررهای وارده به کشورها در خصوص ازدیاد وجود یک جنس (مذکر یا مونث) خواهد کاست و منجر به سقط‌ها و نوزادکشی‌های کمتری خواهد شد. وی ادامه داد که داشتن چنین سرویسی مجاز است ولی باید بصورت کاملاً منظم و کنترل شده باشد. وی گفت: انتخاب جنین بر اساس جنسیت در حقیقت خط تمایز کاملاً آشکاری است که کشیده می‌شود.

در پایان تام شکسپیر Tom Shakespear از PEALS گفت که بحث راجع به استفاده از تکنیک‌های انتخاب جنسیت بوسیله افرادی است که می‌خواهند به تنهایی جنسیت فرزند خود را تعیین کنند. وی ادامه داد که در چنین مواردی برآوردن چنین خواست و تمایلی کار غلطی است زیرا در حقیقت تلاش برای شکل دادن به زندگی آینده کودکانه است که مزیتی برای خود کودک ندارد. وی در حالی که به باروری و لقاح انسان و گردهمایی جنین شناسان راجع به PGD اشاره می‌کرد، گفت که اکثر افراد با انتخاب جنسیت مخالف بودند و مجاز دانستن این مراحل به شهرت ژنتیک آسیب می‌رساند.

Source: Internet – IVF news

**نقش کروموزوم‌ها در موفقیت IVF**

محققان می‌گویند تلومر بلند کروموزوم می‌تواند راز موفقیت لقاح خارج رحم باشد. نتایج می‌تواند به افرادی که تخمک‌های ضعیفی دارند کمک کند.

پزشکان و متخصصان ناباروری بمنظور درک این مطلب که چرا تخمک‌های برخی زنان توانایی

تلفن: ۰۲۱-۷۹۲۳۰۸۱ (۰۳۱۱)

نمابر: ۰۳۱۱-۶۶۸۷۸۹۸ (۰۳۱۱)

Email: seminars@mui.ac.ir

پژوهشگران و اساتید ارجمند می‌توانند خلاصه مقالات خود را حول محورهای ذیل تا تاریخ ۸۲/۸/۳۰ به آدرس دبیرخانه علمی سمینار ارسال فرمایند.

۱- ایمنی مخاطی در تولید مثل

۲- ایمونولوژی لانه‌گزینی و حاملگی

۳- اتوایمنی و سایر علل ایمونولوژیک ناباروری

۴- جنبه‌های ایمونولوژیک سقط مکرر

۵- تومور مارکرها در بیولوژی تولید مثل

۶- رویکرد بالینی در اختلالات ایمونولوژیک تولید مثل

4th World Congress on Ovulation Induction

Description: From Anovulation to Assisted Reproduction

May 27-29, 2004

Bologna, Italy

Contact: Website:

www.gynepro.medibrain.it/eng/2004-1.html

Deadline for submission of

abstrac:26 March 2004

ماهنامه تخصصی تولید مثل و نازایی
سال ششم، شماره ۶۲، آبان ماه ۱۳۸۲

صاحب امتیاز: پژوهشکده ابن سینا

مدیر مسئول: دکتر محمد مهدی آخوندی

سر دبیر: دکتر معرفت غفاری

زیر نظر شورای علمی نشریه: شمیمه اسکندری، دکتر

ناصر امیرجنتی، دکتر محمدرضا صادقی، دکتر هومن

صدری اردکانی، دکتر سهیلا عارفی، دکتر معرفت غفاری،

دکتر افسانه محمدزاده

مدیر داخلی: شمیمه اسکندری

همکاران علمی این شماره: مهلازین پور، مهناز حیدری

همکاران اجرایی: افسانه زمانی، فاطمه شاکری،

ابوالفضل علیزاده ناصر رحیمی، مرزده مظهری

طراحی روی جلد و صفحه آرایی: مونا سراجی

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: ۱۷۷-۱۹۸۲۵

تلفن: ۰۲۱-۲۴۰۲۰۱۱ فاکس: ۰۲۱-۲۴۰۳۶۴۱

Email: bna@avesina.ir

Website: <http://www.avesina.ir>

با تعداد کروموزوم غیر طبیعی مثل سندرم دان افزایش می‌یابد، کمک کند.

کروموزوم‌های کهنه و فرسوده در تقسیم صحیح و مناسب، هم در سلولها هم در تخمک‌ها بعد از باروری مشکل دارند.

نسبت از بین رفتن تلومر ممکن است از یک زن به زن دیگر متفاوت باشد. محققان در تخمک‌هایی که مورد بررسی قرار دادند، تعداد ۱۰۰ الی ۱۹۰۰۰ واحد شیمیایی را پیدا نمودند.

زنانه‌ای که تلومرهای کوتاهی دارند ممکن است برای آبستنی مشکل بیشتری داشته باشند که می‌توان با جستجو برای تخمک‌های با تلومرهای بلند در آنها و یا اهداء تخمک به آنان کمک نمود.

کمک به زنان مسن بمنظور باروری، احتمالاً یکی از داغ‌ترین موضوعات در جلسات پزشکی باروری می‌باشد.

Source: Internet-nature Science Update

انتخاب تخمک‌هایی با تلومرهای بلندتر افزایش باید، او در کنگره جهانی ASRM در سان آنتونیو تگزاس نتایج خود را اعلام کرده است.

زو روزنواکس (Zev Rosewaks) از مرکز پزشکی باروری و ناباروری در نیویورک می‌گوید، پزشکان بدنبال راهی برای تشخیص تخمک‌ها با شانس بالای موفقیت IVF، بر اساس شکل، زن‌ها یا متابولیسم آنها هستند، وی معتقد است این نتایج قابل توجه خواهد بود، ولی تاکنون راه قطعی پیدا نشده است.

متوسط احتمالی حاملگی پس از یک IVF حدود ۲۰٪ الی ۳۰٪ است و با بالا رفتن سن این درصد کاهش می‌یابد بر اساس نتایج قبلی تلومرها در کاهش تعداد تخمکها نقش داشته‌اند. اما مطالعات کیفی در ابتداء بیانگر این مسئله بوده است که کروموزومها ممکن است بتوانند نتایج IVF را پیشگویی کنند.

تلومرها ممکن است بتدریج همزمان با تشکیل تخمک‌ها در اثر تقسیم سلولی در تخمدان جنین در حال رشد، از بین بروند. تلومرها همچون انتهای بند کفش، در طول تقسیم سلولی از هم باز می‌شوند و بنابراین تخمکهای انتهایی، کوتاهترین تلومرها را دارند. بعلاوه مولکولهای آسیب زا مثل رادیکالهای آزاد نیز در طول زندگی باعث از بین رفتن این تلومرها می‌شوند.

تلومرهای از بین رفته ممکن است در روشن ساختن این مطلب که چرا با افزایش سن زنان باروری طبیعی کاهش و احتمال داشتن فرزند

تولید مثل و نازایی - سال ششم شماره ۶۲ - آبان ماه ۱۳۸۲

سمینار تازه‌های باروری و ناباروری از منظر ایمونولوژی

برگزارکنندگان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان و پژوهشکده ابن سینا جهاددانشگاهی

زمان برگزاری: ۲۴ و ۲۵ دی ماه ۱۳۸۲

مکان برگزاری: سالن همایش‌های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

آدرس دبیرخانه علمی سمینار: تهران بزرگراه شهید چمران دانشگاه شهید بهشتی انتهای بلوار داخل دانشگاه پژوهشکده ابن سینا تهران، صندوق پستی ۱۷۷-۱۹۸۲۵ دبیرخانه علمی سمینار تازه‌های باروری و ناباروری از منظر ایمونولوژی

تلفن: ۰۲۱-۲۴۰۲۰۱۱ (۰۲۱) نمابر: ۰۲۱-۲۴۰۳۶۴۱

Email: rep-immunoi@avesina.ir

آدرس دبیرخانه اجرایی سمینار: اصفهان، خیابان هزار جریب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان اصفهان، معاونت پژوهشی

صندوق پستی: ۳۱۹ - ۸۱۷۴۵

102

گردهمائی باروری و ناباروری

Fertility & Infertility J.Club

عنوان بحث: ارتباط Sperm Strict Criteria با موفقیت در روشهای ART

ارائه دهنده: دکتر محمدرضا صادقی

زمان: دوشنبه ۱۳۸۲/۱۰/۸ ساعت ۱۲/۳۰-۱۳/۳۰

مکان: تهران-اوین-دانشگاه شهید بهشتی- پژوهشکده ابن سینا



پژوهشکده ابن سینا
(مرکز پژوهشی بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی جهاددانشگاهی)

107

گردهمائی باروری و ناباروری

Fertility & Infertility J.Club

عنوان بحث: سیتومگالوویروس و تولیدمثل
Cytomegalovirus and Reproduction

ارائه دهنده: دکتر لیلی چمنی تبریز

زمان: دوشنبه ۱۳۸۲/۱۲/۱۸ ساعت ۱۲/۳۰-۱۳/۳۰

مکان: تهران-اوین-دانشگاه شهید بهشتی- پژوهشکده ابن سینا



پژوهشکده ابن سینا
(مرکز پژوهشی بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی جهاددانشگاهی)

Avesina Research Center

Contact@avesina.ir
http://www.avesina.ir

قیمت تک شماره: ۱۰۰۰ ریال