

بولتن تولیدمثل و نازایی

سال اول مرداد ۱۳۷۸

تکنیک GIFT طرح و نشان داده شد که چنانچه به کمک تکنیک مزبور اسپرم و تخمک از زن و شوهر قانونی تهیه و پس از طی مراحل لازم به رحم زن منتقل شود عمل مزبور علی‌الاصول بلااشکال است. اما اگر تخمک و اسپرم از آن زن و مرد بیگانه ای باشد، به لحاظ فقهی و فرض دوم تکنیک IUI همسان بوده و تمامی دلایل له و علیه آن در این خصوص قابل طرح است. صورت بحث انگیز دیگر فرضی بود که اسپرم از آن شوهر و لسی تخمک از آن زنی دیگر است. در این صورت هم دوفرض جزئی تر قابل فرض است: یکی آنجایی که تخمک از آن همسر دوم مرد باشد و دوم آنجایی که تخمک از زنی بیگانه تهیه گردد. به منظور تعیین حکم فرض اول، پیشنهاد شد که مسئله وارد ساختن اجزاء ژنتیکی متعلق به دیگران (تخمک) به اندام تناسلی زن دیگر از مسئله فراهم ساختن ریمه لقاح اسپرم با تخمک مرد و زن بیگانه تفکیک گردد استدلال شد تنها در این صورت است که تزریق تخمک زنی به رحم مستقلاً قابل بررسی است. در بررسی وضعیت حقوقی عمل مزبور، ملاحظه شد که این مسئله از دو منظر مخالفان و موافقان قابل بحث است. از نقطه نظر مخالفان، نشان داده شد که آیات ناظر بر حفظ فروج عمومیت داشته و شامل فرض مذکور هم می‌گردد. اینک قابلیت انطباق سایر ادله به اختصار مورد ملاحظه قرار می‌گیرد.

ژورنال کلاب باروری و ناباروری

۱۱
گردهمایی
باروری و ناباروری
Fertility & Infertility
J.Club
موضوع: Luteal Phase Deficiency
سخنران: دکتر ربابه طاهری پناه
تاریخ: دوشنبه ۷۸/۲/۲۰ ساعت: ۱۳/۳۰ - ۱۲/۳۰
مکان: بزرگراه شهید چمران، اوبین، دانشگاه شهید بهشتی
پژوهشکده این سینا (بیولوژی، بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی)

درآمدی بر مسائل فقهی حقوقی ART

دکتر میرقاسم جعفرزاده

درآمدی بر مسائل فقهی - حقوقی ART
وضعیت فقهی - حقوقی تکنیک GIFT
(قسمت دوم)

در شماره پیشین صور قابل طرح در رابطه با

بنام آنکه جان را فکرت آموخت

سخنی با خوانندگان

پاسخ پرسش ما از خوانندگان

ضمن تشکر از نامه‌های ارسالی شما خوانندگان محترم در پاسخ به پرسشی از خوانندگان مندرج در بولتن شماره ۷ تولید مثل و نازایی در ارتباط با موضوع خبر تولد اولین نوزاد از طریق میکرواینجکشن در ایران در بیمارستان میرزا کوچک خان، بدنبال دریافت پاسخ ذیل از رئیس بخش IVF بیمارستان میرزا کوچک خان عیناً آنرا منعکس و از انتشار پاسخ های دیگر خودداری می‌نمائیم...

لازم می‌دانیم پاسخ این پرسش را در روزنامه کیهان مورخه پنجشنبه ششم اسفند سال ۱۳۷۷ ملاحظه فرمائید که متن صحیح خبر که از طریق مرکز IVF بیمارستان میرزا کوچک خان اعلام شده است، مبنی بر استفاده از سیستم میکرواینجکشن و (TESE) در مردان آزواسپرم بوده است که برای اولین بار در این مرکز منجر به تولد نوزاد شده است. متأسفانه در روزنامه خبر اشتباهی به شکل تولد اولین نوزاد به روش IVF در ایران چاپ شده است. همانطور که میدانید اولین نوزاد IVF و میکرواینجکشن در ایران در مرکز ناباروری یزد بوده است.

ضمناً بلافاصله بعد از انتشار خبر تذکر لازم به روزنامه ها در چاپ صحیح خبر داده شده است.

دکتر فیروزه اکبری

رئیس بخش IVF بیمارستان میرزا کوچک خان

ضمن تشکر از دقت و اقدام بجای سرکار خانم دکتر فیروزه اکبری در تصحیح خبر روزنام ها، با توجه به اینکه بعضاً آگهی های تبلیغاتی غیرواقعی در زمینه لقاح خارج رحمی در روزنامه ها مشاهده می‌گردد لازم است توجه همکاران محترم مراکز لقاح خارج رحمی را به این نکته جلب نمائیم که گر چه اینگونه تبلیغات علاوه بر تضییع حقوق همکاران، ممکن است در برهه ای از زمان برخی افراد غیر مطلع و نیازمند به درمان را فریب دهد ولی با موضع گیری های آگاهانه همکاران مراکز دیگر و انتشار نتایج خود، عملاً خنثی خواهد شد. به امید روزی که همگی ما انصاف و رعایت اخلاق پزشکی را مد نظر قرار

دهیم.

آگهی

پذیرش پایان نامه های دانشجویان فوق لیسانس، دکتری و دکتری تخصصی
شاغل به تحصیل در دانشگاهها

پژوهشکده BIB آمادگی خود را برای پذیرش پایان نامه های دانشجویان در رشته های بافت شناسی بیولوژی،

بیوتکنولوژی، بیوشیمین جنین شناسی ایمونولوژی و حقوق در زمینه های ذیل اعلام می‌دارد.

- ۱- بررسی ساختمانی و ترشحي بافتهاي دستگاه تناسلي انسان در محيط InVtiro
- ۲- بررسی فاکتورهای موجود در مایع فولیکولی انسان پس از تحریک تخمک گذاری
- ۳- طراحی کیت های اندازه گیری هورمونهای استروئیدی
- ۴- شناسایی و تعیین خصوصیات آنتی ژنهای سطح اسپرم انسان
- ۵- بلوغ آزمایشگاهی اسپرم
- ۶- رشد جنین انسان تا مرحله بلاستوسیست در محیط آزمایشگاه
- ۷- ابعاد فقهی حقوقی و اخلاقی ART

علاقتمندان می‌توانند جهت کسب اطلاعات بیشتر با پژوهشکده تماس حاصل نمایند.

روایاتی که توسط برخی از فقها در رابطه با استعمال تکنیکهای نوین باروری مورد استناد قرار گرفته در شماره های پیشین مورد بررسی قرار گرفت. امکان یا عدم امکان تطبیق روایات مزبور بر فرض تزریق تخمک زنی به رحم زن دیگر مورد توجه فقیهان امامیه قرار نگرفته است. مع ذلک، ملاحظه این روایات نشان میدهد که اساساً لحن صریح این روایات ناظر به ادخال اسپرم مرد بیگانه به رحم زنی است. در تمامی این روایات هیچ قرینه ای حاکی از تعمیم وجود ندارد. مضافاً براینکه، به هنگام صدور روایات مزبور دانش پزشکی با وجود ژنتیکی مستقلی بنام تخمک آشنا نبود و این امکان برای بشر میسر نبود که تخمک زن را شناسایی و آنرا از بدنش خارج و به رحم زنی دیگر منتقل سازد. اراده چنین عمومی، بر فرض وجود قرینه ای حاکی از عمومیت، تحمیل بر روایات خواهد بود که اساساً پذیرش آن بر خلاف موازین زیانشناسی و اصول الفاظ است. علیهذا، بنظر می رسد از نقطه نظر روایات، هیچ دلیلی مبنی بر حرمت مجرد ادخال تخمک متعلق به زنی به رحم زن دیگر در دسترس نیست، خواه زن صاحب تخمک با شوهر زن دریافت کننده رابطه زوجیت قانونی داشته یا نداشته باشد.

۳-۱- مقتضای قاعده احتیاط

در خصوص شمول قاعده مزبور نسبت به فرض مزبور، مخالفان اشاره خاصی ندارند. اما از نحوه استدلال آنان در خصوص شمول قاعده مزبور نسبت به تکنیک IUI به نظر می رسد قاعده مزبور در فرض مورد بحث قابل استناد نیست، زیرا همانطوریکه به هنگام بحث پیرامون جواز یا عدم جواز بکارگیری تکنیک IUI بیان شده قاعده مزبور، بویژه با عنایت به روایاتی که توصیه به رعایت احتیاط در امر فروج و نکاح نموده اند، بر اساس لزوم اجتناب از اختلاط میاه و نسب اشخاص توجیه شده است. در حالیکه فرض مورد بحث ناظر بر پرسش اول یعنی وضعیت شرعی مجرد تزریق تخمک زنی به رحم زن دیگر است. البته ملاک مزبور در خور توجه بوده و قابلیت انطباق آن با پرسش دوم یعنی: وضعیت شرعی فراهم ساختن موضوعی لقاح بین اسپرم و تخمک زن و مرد بیگانه در خارج یا رحم زنی دیگر، در آینده نزدیک مورد بحث قرار خواهد گرفت.

۴-۱- مغایرت با اغراض تشریح ازدواج
به هنگام گفتگو پیرامون دلایل مخالفین استعمال تکنیک IUI به منظور تزریق اسپرم مرد اجنبی به رحم زنی، پاره ای از فقیهان تجویز این عمل را مغایر با اهداف قانونگذار اسلام در تشریح ازدواج و برقراری روابط ناشویی و بقای خانواده و سبب از دست رفتن مصالح مهم دیگری تلقی نموده اند. مخالفین و موافقین جواز IUI در اندک نوشته های در دسترس به این استدلال توجه زیادی نشان نداده اند. علیهذا، معلوم نیست که آیا از منظر آنان

است یا خیر؟ به نظر می رسد به جهانی استدلال مزبور در خصوص فرض کنونی ناتمام است. نخست آنکه اساساً تکنیک مزبور در جایی بکار گرفته می شود که زنی شوهردار فاقد تخمک مناسب است، در حالی که ملاک استدلال مزبور زنان فاقد شوهری است که بیم آن می رود با فرار از ازدواج و تشکیل خانواده و با استفاده از اسپرم مردی بیگانه بچه دار شود ثانیاً پذیرش تخمک اهدائی نه تنها مغایر با غرض قانونگذار در تشریح ازدواج و ملاً سبب تزلزل موجودیت خانواده نمی گردد. بلکه موجب تقویت بنیان های خانواده و نکاحهای موجودی می گردد که در اثر ناتوانی زن در بچه دار شدن در معرض تلاشی و زوال قرار گرفته است. بدین ترتیب تکنیک مزبور، بویژه در فرضی که شوهر قانونی زن واجد اسپرم مناسب باشد، در راستای تامین اغراض قانونگذار اسلام در تشریح ازدواج و تقویت بنیادهای خانواده است با این استدلال به نظر می رسد دلیل مزبور نه تنها مانع بکارگیری تکنیک مزبور در فرض اخیر نمی گردد. بلکه چه بسا خود دلیل بر حسن بکارگیری آن گردد.

با عنایت به آنچه فوقاً اشاره شد به نظر می رسد تنها دلیلی که ممکن است برای منع مجرد تزریق تخمک زنی به رحم زنی دیگر مورد استناد قرار گیرد، عمومات قرآنی مبنی بر حفظ فروج از هر جزء ژنتیکی متعلق به دیگران است. سایر ادله استنادی هم بنا به آنچه فوقاً اشاره شد برای منع تزریق تخمک متعلق به زنی به رحم زن دیگر کافی به نظر نمی آید. در شماره آتی به سایر ابعاد تکنیک GIFT از دیدگاه مخالفان اشاره و سپس موضع موافقان را مورد بررسی قرار خواهیم داد.

اخبار علمی

کشت جنین تا مرحله بلاستوسیست و انتقال آن

کشت بلاستوسیست و انتقال آن در ART موضوعی بحث برانگیز می باشد. حامیان این شیوه معتقدند که با استفاده از محیطهای کشت مناسب میزان لانه گزینی بلاستوسیستهای کشت شده بطور معنی داری نسبت به جنین هایی که در مرحله تقسیم سلولی (کلیواژ) به رحم منتقل می شوند، بیشتر می باشد.

این روش موجب افزایش احتمال حاملگی میشود و بالطبع انتقال جنین های کمتری نیاز میباشد. در نتیجه شناس حاملگی چند قلوئی نیز کاهش مییابد. بهر حال نکات مورد بحثی در این شیوه هنوز وجود دارد. با توجه به اینکه در انتقال جنین در مرحله بلاستوسیست، ممکن است عوامل طبیعی تنظیم مولکولی جنینی نادیده گرفته شود، سلامتی نوزادانی که بدنبال استفاده از این روش

بدنیا می آیند، مورد سوال می باشد. در گفتگوی زیر به بررسی جواب این احتمال می پردازیم.

گفتگوی پیرامون پروتکل های جدید کشت بلاستوسیست انسانی

مصاحبه با دکتر Gayle M Jones رئیس گروه تحقیق ناباروری انسانی از موسسه تولید مثل و نمو مرکز پزشکی Monash (ملبورن استرالیا) وی از نخستین محققینی است که کشت بلوستوسیست انسانی را با همکاری پروفیسور Alan Tronson در مرکز لقاح خارجی رحمی Monash انجام داده اند این پروتکل توسط چندین برنامه بین المللی ART پذیرفته و تکمیل شده است.

- فواید و مضرات روش کشت بلاستوسیست در مقایسه با روش کشت مرسوم دو تا سه روز برای بیمار و آزمایشگاه چیست؟

اشکال عمده کشت بلاستوسیست برای آزمایشگاه، افزایش تعداد روزهای مورد نیاز برای کشت و در نتیجه نیاز به انکوباتورهای حجیمتری می باشد چرا که مدت کشت، در روش کشت بلاستوسیست ۶ تا ۷ روز از زمان استحصال تخمک می باشد، که در روش کشت مرسوم این زمان به ۲ تا ۳ روز تقلیل می یابد.

در یک آزمایشگاه فعال اگر همه بیمارانتقال بلاستوسیست داشته باشند، اختصاص زمان یک هفته برای انکوبه کردن جنین، از نظر صرف وقت اهمیت می یابد. با توجه به فرآیند انتخاب، تعداد جنین های مورد استفاده در سیکل بلاستوسیست نسبت به تعداد جنین هایی که روز دوم کشت منتقل می شوند، بسیار کوتاه است.

از مزایای این روش برای آزمایشگاه، کاهش حجم فعالیت کاری می باشد چون در این روش تعداد جنین های کمتری فریز شده و بنابراین سیکل های ذوب نیز کمتر خواهد بود. همچنین در این روش مشکلات تکنیک کشت، شرایط کشت، کیفیت کنترل، نسبت به روش کشت مرسوم زودتر تشخیص داده خواهد شد.

اشکال عمده این روش برای بیمارانت، انتظار طولانی مدت ۵ تا ۶ روز برای اخذ جواب آزمایشگاه جهت انتقال جنین می باشد، که در گروهی از بیمارانت بعلت عدم رشد بلاستوسیست ها انتقال جنین منتفی خواهد شد. اگر چه این خبر برای بیمارانت ناراحت کننده است. ولی خبر از دست رفتن حاملگی پس از انتقال جنین، بسیار ناراحت کننده تر است. این امر بخصوص برای بیمارانتی مصداق دارد که حاملگی آنها به کرات طی چندین سیکل، علی رغم انتقال جنین های با کیفیت خوب، منتهی به سقط می شود.

فایده مهم این روش برای بیماران این است که انتقال بلاستوسیت، شانس حاملگی را به ازاء انتقال یک جنین نسبت به انتقال جنین تازه و یخ زده با هم در یک سیکل (که موجب حاملگی چندقلویی می گردد) افزایش میدهد. در نتیجه بیمار می تواند در زمان کوتاهتر به حاملگی دست یابد. از آنجا که بدنبال انتقال بلاستوسیت میزان لانه گزینی بیشتر بوده، شانس حاملگی افزایش می یابد و انتقال جنین های کمتری برای رسیدن به میزان بالایی از حاملگی، مورد نیاز است. بنابراین حاملگی چندقلویی، عوارض و مرگ و میر مربوط به آن نیز کاهش می یابد.

- آیا شما در تمامی موارد، کشت بلاستوسیت را توصیه می نمایید با تنها در مواردی خاص؟
مزیتکشت بلاستوسیت در انتخاب جنین های است که برای انتقال مناسب می باشند اگر بیمار فقط دو یا سه جنین تولید کند، یا اگر تحت آنالیز کروموزومی قرار گرفته و تنها ۲ یا ۳ جنین طبیعی انتخاب گردیده است. ادامه کشت بلاستوسیت توصیه نمی گردد. برای بیمارانی که شکست های متعدد ART را تجربه نموده اند، استفاده از کشت بلاستوسیت به منظور انتقال جنین هایی که بطور طبیعی و کامل تکامل یافته اند پیشنهاد می گردد. از آنجا که تحقیقات بسیاری در این زمینه صورت گرفته است، تشخیص علت عدم توانایی رشد بعضی از جنین ها ممکن می باشد و می توان برای اولین بار توضیحات مستدلی را برای شکست حاملگی های مکرر بیماران ارائه نمود.

- تجهیزات اضافی که برای روش کشت بلاستوسیت نسبت به روش انتقال زود هنگام جنین مورد احتیاج می باشد، چیست؟
(تجهیزات آزمایشگاهی، پرسنل، مهارت و زمان) به منظور نگهداری و حمایت از جنین هایی که بیش از دوره کشت مرسوم باقی مانده اند، زمان کاری پرسنل افزایش قابل توجهی داشته است. اما همانطور که در بالا اشاره گردید، مهمترین ضرورت در تجهیزات آزمایشگاهی فضای انکوباتور می باشد.

مهارت پرسنل، در هر دو روش چندان تفاوتی ندارد. بهر حال اگر مهارت آنها کافی نباشد در پی طولانی شدن زمان کشت این کمبود مشخص می گردد. چرا که تعداد بلاستوسیت کمتری رشد خواهد نمود. در دوره های کوتاه مدت کشت تنها آزمونی که ضامن کیفیت آن روش است، تست حاملگی می باشد.

- اغلب شما بلاستوسیت ها را در روز پنجم منتقل می کنید یا روز ششم؟

با توجه به فراهم بودن تجهیزات، اغلب در روز ششم انجام می دهیم. همچنین باید به بیماران اطلاع داده شود، که ساعت ۸ صبح روز مورد نظر

برای انتقال آماده باشند. تعداد اندکی از بیماران (۲۰٪-۱۵٪) در روز پنجم (در واقع روز ۴/۵) دارای تعداد بلاستوسیت کافی از نظر مورفولوژیک و آماده برای اتصال به رحم دارند. به همین علت ترجیح می دهیم که انتقال جنین را تا روز ششم به تعویق بیندازیم. بلاستوسیت هایی که در مراحل پیشرفته دارای تعداد سلولهای خوب در تروفوبلاست و توده سلولهای داخلی بزرگتر می باشند. برای انتقال در اولویت هستند. آمار ارائه شده (دکتر Jones و همکارانش در مجله Fertil.Steril.70:1022-1029.1998) مشخص نمود که نتایج حاملگی، تحت تاثیر تاریخ انتقال جنین نمی باشد، بلکه بیشتر مورفولوژی و تعداد بلاستوسیت هایی که منتقل می گردد، اهمیت دارد - اگر بیمار یک یا چندین انتقال ناموفق، علیرغم وجود بلاستوسیت های با مورفولوژی خوب داشته باشد، آیا شما روز انتقال جنین را به روز دوم یا سوم برمیگردانید؟

اگر بیمار در تولید بلاستوسیت، بیش از یکبار ناموفق باشد، سیکلهای بعدی انتقال بلاستوسیت را پیشنهاد نمیکنم. جنین بنظر میرسد که علیرغم ضعف در تولید بلاستوسیت مناسب، در این بیماران اگر همان روش انتقال جنین در روز دوم یا سوم بکار گرفته شود، حاملگی در این افراد بوقوع می پیوندد. چنانچه بیمار در تولید بلاستوسیت های با مورفولوژی خوب موفق باشد، انتقال جنین را به روز دوم یا سوم منتقل نخواهم نمود. اما توصیه می کنم برای یافتن علت شکست لانه گزینی سطوح هورمونی فاز لوتال و نیز آندومتر با دقت کنترل شود و برای تشخیص آنوپلوئیدی از جنین نمونه برداری صورت گیرد. جنین های آنوپلوئید، قادرند تا مرحله بلاستوسیت پیشرفت نمایند، که این مسئله توسط آنالیز کروموزومی در سقطهای سه ماهه اول بارداری به اثبات رسیده است.

- در صورت وجود بلاستوسیت های مازاد آیا همه آنها را منجمد می نمایید؟ در غیر اینصورت معیار انتخاب شما برای فریز جنین چیست؟

تمام جنین هایی که قطعاً بلاستوسیت می باشند (بلاستوسیت واقعی: عدم وجود حفره مرکزی دژنره)، منجمد می شوند و برای انجماد آنها از گلیسرول و پروتکل سرد شدن تدریجی استفاده می کنیم. البته پروتکل های جدید Vitrification به عنوان یک روش محافظت از بلاستوسیت به نظر بسیار امیدوار کننده اند.

- میدانیم که میزان حاملگی به ازای هر بار انتقال بلاستوسیت، بسیار بیشتر از جنین های ۴ تا ۸ سلولی است. اما در مورد میزان حاملگی به ازاء هر بار استحصال تخمک چطور؟

اغلب برنامه های انتقال بلاستوسیت حداقل با گزارش میزان بارداری دو برابر، به ازاء هر بار انتقال بلاستوسیت، همراه بوده است (در مقام مقایسه با شیوه انتقال جنین مراحل اولیه). بیش از ۷۰٪ استحصال ها حداقل یک بلاستوسیت تولید نموده اند. بنابراین میزان حاملگی به ازاء هر استحصال می بایست بیشتر باشد.

بهر حال اگر تکنیک کشت و شرایط آن در حد مطلوبی نباشد، موفقیت در حاملگی بیمارانی که برای آنها حداقل یک بلاستوسیت انتقال می یابد. کاهش بسیار چشمگیری پیدا نموده و میزان آن تا حداقل جنین های ۴ تا ۸ سلولی کاهش می یابد. - آیا شما مورد سلامتی و وزن هنگام تولد نوزادانی که بدنبال انتقال بلاستوسیت متولد می شوند، اطلاعی دارید؟

اخیراً در مورد بچه های متولد شده به دنبال انتقال بلاستوسیت، تجزیه آماری انجام شده است و هیچگونه تفاوتی در وزن هنگام تولد و جنس نوزاد در این روش و شیوه مرسوم قبلی مشاهده نگردیده. ما امیدواریم که بتوانیم این اطلاعات را در کنگره جهانی که در ماه May سال جاری برگزار می گردد، ارائه دهیم.

ارتباط سرطان بیضه با کاهش باروری

مردانی که دچار کاهش باروری هستند، ممکن است با احتمال دو برابر، در معرض سرطان بیضه باشند. این کشف، نتیجه مطالعه انجام شده توسط گروهی از دانشمندان موسسه تحقیقات ملی دانمارک می باشد. این محققین مواردی از مبتلایان سرطان بیضه را بطور تصادفی از میان جمعیت دانمارکی انتخاب کردند. با بیماران تماس تلفنی برقرار شد. ۵۱۴ مرد مبتلا به سرطان و ۷۲۰ فرد به عنوان گروه کنترل، در این بررسی شرکت نمودند. در افرادی که دارای فرزند بودند، خطر بروز سرطان بیضه کمتر و در مردانیکه قبل از تشخیص سرطان بیضه، نسبت به سن خود از تعداد کمتری فرزند برخوردار بودند، خطر نسبی بروز سرطان بیضه تقریباً دو برابر بوده است.

آمار استخراج شده از نظر فاکتورهایی مثل همجنس بازی، سطح تحصیلات و تاخیر در ازدواج بعلت نبودن شریک جنسی مورد نظر تعدیل گردید، ولی اختلاف چندان در نتایج حاصل نشد. کاهش میزان باروری در گروههای سنی پایین تر وجود داشته و این اختلاف با افزایش سن مردان بتدریج افزایش می یابد. در ۲۰ سالگی هر دو گروه تعداد فرزندان مشابهی داشتند در ۳۰ سالگی مبتلایان به سرطان، دارای یک فرزند و مردان سالم ۱/۳ فرزند داشتند. در حالیکه در ۴۵ سالگی این تفاوت محسوس تر شده و افراد مبتلا ۱/۷ در قبال ۲/۳ فرزند در مردان سالم داشتند. نتایج مطالعه با این فرض مطابقت دارد که

سمپوزیوم فاکتورهای ایمنولوژیک در سقط

مکرر

برگزار کننده: پژوهشکده بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی جهاد دانشگاهی با همکاری انجمن ایمنولوژی و آلرژی ایران
زمان: پنجشنبه ۱۳ خرداد ۱۳۷۸ (۸ صبح تا ۵ عصر)

مکان: تهران - دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (روبروی دانشگاه شهید بهشتی)

ضمن تجدید فراخوان مقالات، از پژوهشگران و اساتید و متخصصین ارجمند دعوت می شود مقالات و تحقیقات خود را حداکثر تا ۷۸/۲/۲۵ به دبیرخانه سمپوزیوم ارسال نمایند.

برای متخصصین محترم زنان و نازایی، اورولوژی، علوم آزمایشگاهی، جنین شناسی، تولیدمثل و نازایی، بیوشیمی، ایمنولوژی و ژنتیک شرکت کننده در برنامه ۵ امتیاز بازآموزی اختصاص یافته است.

اطلاعات و ثبت نام:

تهران - بزرگراه شهید چمران - اوین - دانشگاه شهید بهشتی - انتهای بلوار - پژوهشکده BIB (صندوق پستی ۴۶۳۱-۱۹۳۹۵)

تلفن: ۲۴۰۳۶۴۱-۲۴۰۲۰۱۱

فاکس: ۲۴۰۳۶۴۱

Email: RBIBR@Yahoo.com

سمپوزیوم

نقش عوامل عفونی در ناباروری

به یاری خداوند متعال سومین سمپوزیوم تخصصی پژوهشکده بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی در اوائل پاییز سال جاری با عنوان نقش عوامل عفونی در ناباروری برگزار خواهد شد. جزئیات و اطلاعات کاملتر در شماره های آتی بولتن تولید مثل و نازایی به اطلاع خواهد رسید.

بولتن تولید مثل و نازایی

پژوهشکده بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی، جهاد دانشگاهی

تهران، بزرگراه شهید چمران، دانشگاه شهید بهشتی، انتهای بلوار

صندوق پستی: ۴۶۳۱-۱۹۳۹۵

تلفن: ۲۴۰۳۶۴۱، ۲۴۰۲۰۱۱

فاکس: ۲۴۰۳۶۴۱

Email: RBIBR@yahoo.com

عنوان مثال، حمایت همه جانبه زن یا شوهر، خانواده و دوستان بسیار حیاتی است. همچنین حمایت از تیم درمانی از اهمیت بسزایی برخوردار خواهد بود.

به این دلیل مولفان معتقدند که برنامه های ناباروری قبل و پس از درمان باید به گونه ای باشد که بیماران را به سوی مراکز خدمات مشاوره تخصصی هدایت نماید.

Ref: *Obstetrics & Gynecology*, 93: 245-25, 1999

پروتکلی که مصرف کلومیفن سیترات را در زنانیکه تخمک گذاری نمی کنند، بهبود می بخشد

بر اساس نتایج یک مطالعه انجام شده در مرکز ناباروری ایالت واشنگتن، زنانیکه با مصرف میزان زیادی کلومیفن سیترات، تخمک گذاری نمی کنند، ممکن است از مصرف قرصهای کنتراستپو LD و مهار فعالیت تخمدان سود ببرند.

دکتر Emmette F. Branigan, Antoinette Estes از این شیوه برای ۳۸ زن که علیرغم مصرف کلومیفن سیترات روزانه بیش از ۱۵۰ میلی گرم تخمک گذاری ننموده اند، استفاده کردند.

هر بیمار ۰/۳ میلی گرم اتینیل استرادیول و ۰/۱۵ میلی گرم دزوژسترل به مدت ۲ ماه مصرف و سپس ۱۰۰ میلی گرم کلومیفن در روزهای ۵ تا ۹ سیکل قاعدگی بعدی تجویز گردید. هر زن ۱ تا ۶ سیکل تحت درمان واقع گردید که ۷۲/۶٪ این زنان تخمکگذاری نموده و ۵۸٪ آنها باردار گردیدند.

Ret: *Fertility & Sterility* 71:544-546, 1999

معرفی کتاب

Drug-Induced Infertility and Sexual Dysfunction

کتابی است که توسط Robert & Nathalie Forman و susana Gilmour-White درنه فصل نگاشته شده است، و راهنمای جامعی برای عوارض جانبی بسیاری از داروهای مورد مصرف در باروری و سلامتی جنسی می باشد. در این تالیف بالغ بر ۱۵۰ دارو مطرح و چگونگی ارتباط آنها با ناباروری و اختلالات جنسی، مرور گردیده است. مکانیسم تاثیر دارو بر تولید مثل، داروهای جدید ناباروری، داروهای اعصاب و روان، داروهای ضد فشار خون، داروهای اعتیاد آور، هورمونها، آنتی بیوتیکها، شیمی درمانی و غیره و نیز تاثیر عوامل محیطی از دیگر مطالب آن می باشد. این کتاب در سال ۱۹۹۶ با قیمت ۴۹/۹۵ دلار به چاپ رسیده است.

فاکتورهای اتیولوژیک مهمی بطور مشترک در کاهش ناباروری و سرطان بیضه دخیل هستند.

Ref: *BMJ*, 318, 7183: 559, 1999

گزارش مرکز کنترل و پیشگیری از بیماریهای ایالات متحده (CDC) از ART در سال ۱۹۹۶

در طی این سال بالغ بر ۲۰/۰۰۰ نوزاد به کمک روشهای ART در ایالات متحده متولد شده اند. بر اساس این گزارش ۱۹۹۶ منجر به تولد نوزادان زنده گردید. مدارک فوق هم چنین شامل میزان موفقیت درمانهای ناباروری انجام شده در ۳۰۰ کلینیک آمریکا می باشد و گزارش خلاصه ای از میزان موفقیت روشها با در نظر گرفتن سن زنان و دیگر فاکتورها به هر کلینیک ارائه گردیده است.

دکتر Lynne Wilcox رئیس بخش CDC می گوید: ما امیدواریم که ارائه چنین گزارش هایی سبب شود تا زوجین نابارور آگاهانه تر اقدام به تصمیم گیری نمایند. مولف این مقاله اظهار میدارد حدود ۲۷٪ سیکلهایی که در آنها از تخمک خود فرد استفاده شده است، حاملگی در پی داشته، که از این میزان ۱۴٪ حاملگی یک قلوبی ۸٪ حاملگی چند قلوبی و ۵٪ منجر به سقط و حاملگی خارج از رحمی و دیگر مشکلات گردید. در حالیکه تنها ۲۷٪ بارداری های جمعیت عمومی ایالات متحده چند قلوبی بوده است.

این گزارش توسط RESOLVE, ASRM, SART (انجمن حمایت از بیماران نابارور) تهیه شده است.

عوارض عاطفی درمان ناباروری

محققان دانشگاه کارولینای شمالی اینگونه گزارش می کنند که اغلب زنانیکه متحمل درمانهای ناباروری می باشند، از اندوه، انزوا طلبی و افسردگی رنج می برند. خانم دکتر Michelle P, lukse و Nicholas A. vacc به منظور پی بردن به تفاوت میزان حزن و افسردگی حاصل از روش های مختلف درمان ناباروری در زنانیکه متحمل این درمانها بوده اند، از روشهای تشخیصی استاندارد استفاده کردند. آنها اثرات روانی حاصل از درمان IVF و یا فقط تحریک تخمک گذاری را در ۱۰۰ زن بررسی نمودند. در هر دو روش IVF و تحریک تخمک گذاری میزان حزن و اندوه افراد، پس از گزارش منفی حاملگی مشابه بود و هنگامیکه امید به حاملگی از بین می رود، میزان قابل مقایسه ای از افسردگی، نامیدی، عصبانیت و عدم کنترل مشاهده گردیده است. همچنین گزارشاتای از وجود افسردگی در زنان چهار هفته پس از پاسخ منفی حاملگی در هر دو گروه درمانی وجود دارد.

از آنجا که از اثرات عاطفی درمانهای ناباروری نباید چشم پوشی شود، محققان راههای زیادی را برای تسکین این عوارض اتخاذ نموده اند. به