

بولتن تولیدمثل و نازایی

سال اول مرداد ۱۳۷۸

بنام آنکه جان را فکرت آموخت

سخنی با خوانندگان

پرسش ما از خوانندگان

متأسفانه بار دیگر شاهد گزارشی در یکی از روزنامه‌ها همشهری مورخ چهارشنبه ۷۸/۱/۲۵، ص ۱۱ بودیم که مضمون آن آمار غیر واقعی گزارشگر روزنامه از وضعیت درمان ناباروری در ایران و جهان می‌باشد. همانگونه که در شماره قبل بیان شد، استفاده ابزاری از تبلیغات در گمراهی بیماران کاملاً مطرود است. اخلاق پزشکی، اغفال گروهی را که به دنبال رفع بزرگترین و عمده‌ترین مشکل زندگی خود در جستجوی مرکزی مطمئن می‌باشند، مذموم و دور از اصول انسانی می‌شمارد.

لذا از عموم خوانندگان، اساتید، همکاران گرامی و مسئولین مراکز لقاح خارج رحمی تقاضا می‌کنیم که با پاسخگویی به سوالات ذیل موضع خود را نسبت این امر روشن نموده، تا با پیگیری این مهم، روند رویه افزایش اینگونه تبلیغات متوقف شود.

۱- آیا حقیقتاً ۹۸٪ از موارد نازایی در کشورهای پیشرفته، قابل درمان هستند؟

۲- در ایران چند درصد از نازایی‌ها قابل درمان می‌باشند؟

۳- در کشورهای خارجی، تحول درمان ناباروری به چند سال قبل باز می‌گردد؟

۴- ایران از چه سالی در زمینه لقاح خارجی رحمی عملاً در جرگه کشورهای بهره‌گیر از این روش نوین قرار گرفت؟

۵- اولین مرکز لقاح خارجی رحمی (IVF) در ایران کدام و در چه سالی تاسیس گردید؟

۶- اولین موفقیت درمان لقاح رحمی (IVF) در چه تاریخی و توسط چه مرکزی گزارش شد؟

۷- اولین موفقیت درمان لقاح خارجی رحمی (ICSI) در چه تاریخی و توسط چه مرکزی گزارش شد؟

۸- در چند درصد نازایی‌ها، علت ناباروری مربوط به زن می‌باشد؟

۹- در چند درصد نازایی‌ها، علت نازایی مربوط به مرد می‌باشد؟

۱۰- در چند درصد موارد نازایی، علت نازایی می‌توان تشخیص داد؟

۱۱- در چند درصد موارد نازایی، علت نازایی نامشخص است؟

۱۲- چند درصد از نازایی‌ها، قابل درمان با روشهای استاندارد درمانی است؟

۱۳- روشهای استاندارد درمان ناباروری کدامند؟ همچنین خواهشمند است، نظر خود را نسبت به گزارش مندرج در روزنامه مذکور به آدرس پژوهشکده ارسال نمایید.

ژورنال کلاب باروری و ناباروری

یازدهمین ژورنال کلاب باروری و ناباروری تحت عنوان Luteal Phase Deficiency دوشنبه مورخ ۷۸/۲/۲۰ در محل پژوهشکده بیولوژی و بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی برگزار گردید. در این گردهمایی خانم دکتر ربابه طاهری پناه متخصص زنان، زایمان و نازایی و عضو هیئت علمی پژوهشکده BIB، به بررسی اختلالات فازلوتهال و نقش آن در ناباروری پرداختند، که خلاصه مطالب ایشان به شرح ذیل می‌باشد.

ترشح یا اثرپروژسترون، در طی فاز ترشحي سيكل تخمدان کاهش می‌یابد. پروژسترون یکی از هورمونهای اساسی در ایجاد آندومتر طبیعی و مناسب جهت لانه‌گزینی جنین می‌باشد. کمبود این هورمون موجب یکسری عوارض باروری از جمله نازایی، سقط راجعه و مشکلات متعدد دیگر می‌شود از نظر فیزیولوژی، کورپوس لوتئوم با توجه به سایز آن یکی از پیچیده‌ترین ارگانهای اندوکراین بدن محسوب می‌گردد، که ترشح هورمونهای مانند پروژسترون، ۱۷ هیدروکسی پروژسترون، استرادیول و اینهبین را بهعهده دارد.

ساختار اصلی این عضو مهم، در فاز پرولیفراتیو سیکل قاعدگی شکل می‌گیرد. در مواردیکه تشکیل فولیکول گراف با مشکل مواجه است، فونکسیون کورپوس لوتئوم مختل می‌گردد. بطور معمول پس از تخمک‌گذاری در عرض ۲ تا ۴ روز، آنژیوزنز در سلولهای گرانولوزا و تکا اتفاق می‌افتد. سلولهای گرانولوزا به سلولها گرانولوزای لوتئینی بزرگ (large cell) تبدیل می‌گردند سلولهای بزرگ ترشحي پروژسترون در early luteal phase را بدون وابستگی به LH بهعهده دارند، در حالیکه سلولهای کوچک از نیمه فاز لوتئال، ترشح پروژسترون وابسته به ترشح LH را شروع می‌کنند در ۵ الی ۱۰ درصد از جمعیت عادی و ۱۰ الی ۱۵ درصد افراد دچار سقط راجعه و نازایی LPD مشاهده می‌گردد. بطور معمول، بیوپسی آندومتر نشان داده است که ۳۰ درصد خانمها در یک سیکل دچار LPD هستند، ولی فقط ۵ الی ۱۰ درصد آنها تکرار می‌گردد از موارد فیزیولوژیک LPD میتوان به دوران پری منارک، قبل از منوپوز، پس از زایمان، دوران شیردهی و بدنبال انجام ورزشهای سنگین اشاره نمود. از دیگر موارد پاتولوژیک کاهش تاثیر پروژسترون علیرغم میزان ترشح کافی آن است. این مسئله می‌تواند ناشی از وجود آنتی‌بادیهای ضد پروژسترون یا آندومتریث ناشی از کلامیدیا باشد که منجر به عدم تشکیل رسپتور پروژسترون می‌گردد. لازم به ذکر است، که یافتن آنتی‌بادی علیه پروژسترون مقوله جدیدی است که علاوه بر

۱۵

گردهمایی
باروری و ناباروری

Fertility & Infertility
J.Club

موضوع: Flow Cytometry & Infertility

سخنران: دکتر فرزانه آشتیانی

تاریخ: دوشنبه ۷۸/۳/۳ ساعت: ۱۳/۳۰ - ۱۲/۳۰

مکان: بزرگراه شهید چمران، آوین، دانشگاه شهید بهشتی
پژوهشکده ابن سینا (بیولوژی، بیوتکنولوژی تولیدمثل و نازایی)

Luteal Phase Deficiency (LPD) طبق تعریف عبارت است، اختلالی که در آن میزان و یامدت

ایجاد LPD، سبب مشکلات دیگری از جمله کاهش میزان لانه‌گزینی در IVF و یا سقط راجعه می‌گردد البته هنوز روش تشخیص قطعی برای این عارضه وجود ندارد، ولی بهترین روش معمول، بیوپسی آندومتر، بر اساس معیار Noyes است بر اساس معیارهای فوق با در نظر گرفتن قاعدگی بعدی اگر بیوپسی آندومتر در دو سیکل متوالی، دو الی سه روز تاخیر در الگوی غددی و استرومایی آندومتر را تایید کند، تشخیص LPD مطرح می‌گردد. نکته قابل ذکر، زمان انجام بیوپسی است که با در نظر گرفتن فیزیولوژی ترشح پروژسترون از سلولهای کوچک و بزرگ لوتئینی بهتر است ۱۰ الی ۱۱ روز پس از تخمک گذاری، یعنی در نیمه دوم فازلوتئال انجام گردد. در مواردیکه بیوپسی آندومتر در نیمه اول فازلوتئال و زودتر از زمان فوق انجام گیرد، شیوع LPD افزایش می‌یابد. علت این مسئله کمبود سلولهای بزرگ در نیمه اول فاز لوتئال است که با افزایش تعداد سلولهای کوچک وابسته به LH در نیمه دوم فاز لوتئال اصلاح می‌گردد. از دیگر موارد تشخیصی، ثبت درجه حرارت (BBT) و اندازه گیری پروژسترون خون می‌باشد. البته با توجه به فرکانس ترشح LH و پروژسترون که هر ۲ تا ۳ ساعت می‌باشد، و نیمه عمر پروژسترون تنها ۲۰ دقیقه است. اندازه گیری پروژسترون تنها زمانی ارزش می‌یابد، که طی پروژنه های تحقیقاتی و بطور متوالی انجام گیرد. اگر پروژسترون میانه سیکل کمتر از ۳ ng/ml باشد، قطعاً LPD مطرح است، ولی اگر ۱۰-۳ ng/ml موید عدم تخمک گذاری است. روشهای درمانی موثر در رفع کمبود پروژسترون، شامل تجویز پروژسترون، استفاده از کلومیفن، hMG و دیگر روشهای تحریک تخمک گذاری است. برخی مطالعات تجویز تاموکسیفن را هم موثر دانسته اند. میزان موفقیت گزارش شده بدنال درمان ۸۰-۴۸٪ تخمک گذاری و ۵۰٪ حاملگی می‌باشد.

درآمدی بر مسائل فقهی حقوقی ART

دکتر میرقاسم جعفرزاده

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

در دو شماره پیشین با جنبه هایی از تکنیک GIFT از منظر مخالفان جواز استعمال آن، آشنا شدیم. از مجموع گفته های شماره پیشین این نتیجه حاصل آمد که اکثر ادله قابل استناد در خصوص تکنیک IUI بر تکنیک GIFT به منظور تزریق تخمک زنی به رحم زنی دیگر قابل انطباق نیست. تنها دلیل

قابل استناد عموماً و اطلاق مستفاد از پاره ای آیات قرآن کریم است که شمول آن مورد تردید جدی است. اگر این قرائت از ادله مقبول گردد، مجرد تزریق تخمک متعلق به زنی به رحم زنی دیگر علی الاصول فاقد منع شرعی است، مگر اینکه تخمک تزریقی با اسپرم تزریق شده در لوله رحم لقاح نموده و موجب تشکیل نطفه گردد. این خود موضوع پرسش دیگری است که لازم است به طور مستقل بررسی گردد. به نظر میرسد فراهم ساختن زمینه لقاح اسپرم با تخمک تنها در خصوص تکنیک GIFT مطرح نمی‌باشد. تکنیک مزبور هم در رابطه با تکنیک IUI کاربرد دارد و هم در خصوص تکنیک GIFT مضافاً بر این ترکیب اسپرم با تخمک خود موضوع تکنیک کاملاً جدید دیگری است به نام ICSI=Intra Cytoplasmic Sperm Injection.

تنها تفاوت این است که در تکنیک GIFT به کمک ابزارهای پزشکی زمینه لقاح طبیعی اسپرم با تخمک در لوله رحم زن فراهم میشود، ولی در IVF در خارج رحم و در ظرفهای آزمایشگاهی در تکنیک ICSI هم به دلیل اینکه اسپرم قادر به نفوذ و ورود به تخمک نمی‌باشد بوسیله دستگاه ویژه ای اسپرم مورد نظر گرفته شده و سپس وارد تخمک می‌گردد. نظر به وحدت موضوع تکنیکهای مزبور در خصوص مسئله مذکور ذیلاً هر سه تحت عنوان مستقلی مورد بحث قرار میگیرد.

۲- وضعیت شرعی فراهم ساختن مصنوعی لقاح بین اسپرم و تخمک

پرسش فوق به نحوی که ذیلاً طرح می‌شود، توسط هیچیک از نویسندگان فقهی - حقوقی مورد توجه قرار نگرفته است. علیهذا نحوه انطباق ادله قابل استناد بر این موضوع از نظر فقیهان روشن نیست. مع ذلک، چنانچه اسپرم و تخمک از آن زن و شوهر قانونی باشد به نظر می‌رسد هیچ عنوانی از عناوین محرم شرعی بر عمل لقاح بین اسپرم و تخمک زن و مرد شرعی صادق نبوده و علیهذا مشمول قاعده فراگیر حلیت و اباحه خواهد شد، خواه لقاح مزبور پس از تزریق اسپرم و تخمک زن و شوهر به لوله رحم زوجه و در داخل رحم صورت پذیرد و یا در خارج رحم لقاح در خارج رحم هم تفاوتی نمی‌کند که بطور طبیعی باشد و یا به کمک تکنیک ICSI فروض بحث انگیز آنهاست که اسپرم و تخمک از آن زن و شوهر قانونی نباشد. این پرسش بدو مطرح است: آیا نفس ترکیب اسپرم متعلق به مردی با تخمک متعلق به زنی بیگانه جائز است یا خیر؟ دیگر اینکه آیا بین ترکیب این دو عنصر ژنتیکی در خارج رحم و فراهم ساختن زمینه ای برای لقاح طبیعی در داخل رحم تفاوتی وجود دارد؟ نخست وضعیت شرعی لقاح خارج رحمی در پرتو ادله اولیه فقه مورد بررسی قرار گرفته و سپس لقاح در داخل رحم.

۲/۱- وضعیت شرعی لقاح خارج از رحم

۲/۱/۱- عموماً قرآنی

آنچه مسلم است هیچیک از آیاتی که درخصوص تکنیک IUI مورد بحث قرار گرفت شامل فرضی که لقاح اسپرم با تخمک در خارج رحم صورت می‌گیرد، نمی‌گردد. زیرا موضوع آن آیات فروج و متعلق آنها حفظ فروج است. حتی بنا به نظریه طرفداران عمومیت آیات مزبور، فرض مورد نظر از شمول موضوع این آیات تخصصاً خارج است. علیهذا، از نگاه قرآن هیچ معنی در رابطه با لقاح بین اسپرم و تخمک زن و مرد بیگانه در خارج رحم به نظر نمی‌آید، خواه این لقاح بطور طبیعی و در ظروف آزمایشگاهی صورت گیرد و یا به کمک تکنیک ICSI.

۲/۱/۲- اطلاقات روایی

روایات مورد اتکاء مخالفین تکنیک IUI هم سابقاً مورد اشاره قرارگرفت ملاحظه این روایات نشان میدهد که موضوع روایات مزبور همانند آیات قرآنی ناظر بر فروج است. در حالیکه نفس عمل ترکیب اسپرم با تخمک تحت هیچیک از عناوین مندرج در آن روایات نظیر «افراغ ماء الغیر فی رحم محرم» و یا «ادخال النطفه فی رحم حراما» قرار نمی‌گیرد، ولو اینکه ترکیب ایندو عنصر با یکدیگر با هدف تولید فرزند باشد.

روایات ناظر بر «منع تضييع النطفه» وضع آن در غیر موضعه» هم به نظر می‌رسد، شامل فرض مزبور نمی‌شود زیرا به قرینه موجود در خود آن روایات، مقصود رحم زنی دیگر است بدین ترتیب مقصود آن روایات این است که مرد مجاز نیست نطفه متعلق به خود را در غیر جایگاه مقرر که عبارت از رحم همسرش باشد قرار دهد. بدین ترتیب، شمول روایات مزبور نسبت به فرض مورد بحث بسیار بعید به نظر می‌آید.

روایات ناظر بر منع «عزل منی» هم به نظر می‌رسد که اولاً دلالت بر منع ندارد. زیرا همانطوریکه در شماره های پیشین اشاره شده، روایاتی چند در دسترس است که با اینکه هم تعداد آنها بیشتر و هم سند آنها صحیحتر می‌باشد، دلالت بر جواز این امر دارد. ثانیاً عمل ترکیب اسپرم با تخمک تحت عنوان «عزل منی» قرار نمی‌گیرد بر این اساس از نگاه روایات هیچ دلیلی بر ممنوعیت نفس ترکیب اسپرم با تخمک در خارج از رحم به چشم نمی‌خورد.

۲/۱/۳- مقتضای قاعده احتیاط

در این خصوص که آیا ترکیب تخمک و اسپرم زن و مرد بیگانه و فراهم ساختن لقاح این دو با هم در خارج رحم مشمول قاعده اولی برائت است و یا محکوم یا احتیاط است فقیهان امامیه اظهار نظر صریحی تا کنون به عمل نیاورده اند. تنها در اعلام نظر مجمع فقه اهل البیت که متشکل از چندین فقیه صاحب نام حوزه های علمیه می‌باشد، چنین عملی خلاف احتیاط اعلام شده است

۱۳
پژوهشگاه این سینا
گردهمایی
باروری و ناباروری
Fertility & Infertility
J.Club
موضوع: Sperm Maturation
سخنران: دکتر محمد رضا صادقی
تاریخ: دو شنبه ۷۸/۳/۱۷ ساعت: ۱۳/۳۰ - ۱۲/۳۰
مکان: بزرگراه شهید چمران، اوابن، دانشگاه شهید بهشتی
پژوهشگاه این سینا (بیولوژی بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی)

نقش داروهای گیاهی بر عملکرد اسپرم:

گروهی از پژوهشگران دانشگاه Loma Linda در کالیفرنیا، تاثیر چندین داروی گیاهی را بر روی ناباروری مردان بررسی نمودند. بر اساس گزارش آنها به نظر می رسد، فرآورده های گیاهی St John's wort از نفوذ اسپرم به تخمک جلوگیری نموده و سبب جهش های ژنتیکی در اسپرم می گردند.

از این فرآورده ها می توان به دو داروی Gingko biloba و Echinacea اشاره نمود که تاثیر آنها را در محیط آزمایشگاه بر روی توانایی نفوذ یک اسپرم سالم به درون تخمک مستر اندازه گیری کردند.

در مقادیر بسیار اندک دارو، تغییر در عملکرد اسپرم مشاهده نشد، اما مقادیر بالای دارو نفوذ اسپرم به تخمک را مختل گردانید که این نتایج در هر سه داروی St John's wort, Gingko biloba, Echinacea یکسان بود. به اعتقاد محققین، اسپرماتوزوهای گیاهی که بیش از یک هفته در معرض برگشت می شوند، این بررسی اطلاعات با ارزشی را در اختیار افرادی که از نازایی رنج می برند قرار می دهد طبق اظهار نظر Dr. Alan deCherney با توجه به افزایش زیاد مصرف فرآورده های گیاهی، لازم است که عوارض جانبی احتمالی مورد آزمایش قرار گیرد. آزمایشات بالینی نشان داده اند داروی St John's wort در درمان افسردگی و اضطراب و داروی Gingko biloba برای تقویت حافظه در بیماران مبتلا به آلزایمر و داروی Echinacea به منظور افزایش قدرت سیستم ایمنی بدن بر علیه سرماخوردگی و انفلوانزا نیز مفید واقع می شود.

Ref.Fertility & Sterility,71,2,1999

تحریم آن تلقی گردد. در شماره های آتی به بحث پیرامون وضعیت شرعی فراهم ساختن زمینه مصنوعی لقاح بین اسپرم و تخمک زن و مرد فاقد رابطه زوجیت در داخل لوله رحم خواهیم پرداخت.

اخبار علمی

گزارشی پیرامون

تاثیر تکنیک و نوع کاتتر انتقال جنین

بر نتایج IVF

در این گزارش تاثیر نوع کاتتر مصرفی در انتقال جنین بر میزان حاملگی مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهشگران در طی مدت ۱۵ ماه ۳۲۰ بیمار را انتخاب کردند و بطور تصادفی به دو گروه تقسیم نمودند که در یک گروه از کاتتر Wallace و در گروه دیگر از کاتتر Erlangen استفاده شد. انتقال جنین نیز ۴۸ یا ۷۲ ساعت پس از لقاح بطور تصادفی انتخاب شدند که ۱۵ دقیقه پس از انتقال جنین با اسپکولوم معاینه و ترشحات موجود در سرویکس، آنها از نظر وجود جنین مورد آزمایش قرار گرفت. در ۵ بیمار به علت اشکال در عبور کاتتر، انتقال جنین به روش Transvaginal-Transmyometrial انجام شد. اگر چه میزان حاملگی در افرادی که ۷۲ ساعت بعد از لقاح ترانسفر انجام شده بود، اندکی بیش از گروه دوم (۴۸ ساعت پس از لقاح) بود، ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبوده است. با توجه به سهولت استفاده از کاتتر Erlangen نسبت به کاتتر Wallace نیاز به دیلاتاسیون سرویکس و کاهش میزان خونریزی نیز بطور محسوسی کمتر می شود همچنین موکوس چسبیده به نوک کاتتر Wallace از نظر میزان و تعداد جنین بیش از کاتتر Erlangen است ($p < 0.0007$). میزان حاملگی به ازای انتقال جنین، در گروه کاتتر Erlangen بیش از کاتتر Wallace بوده ولی این تفاوت نیز محسوس نیست. در ترشحات جمع آوری شده از دهانه خارجی رحم، در ۸ نفر (۱۶٪) این مسئله مشاهده شد، اما این تفاوت نیز معنی دار نیست. در ۹۲٪ از بیمارانی که حامله شده بودند، انتقال جنین به سهولت صورت گرفته است. بنابراین چنین نتیجه گیری می شود که میزان موفقیت نه تنها به زمان انتقال جنین ارتباطی ندارد، بلکه نوع کاتتر نیز تاثیری در میزان حاملگی نداشته است. در مواردی که عبور کاتتر از سرویکس مشکل و یا غیر ممکن است می توان از روش Transvaginal-Transmyometrial جنین ها را به داخل رحم منتقل نمود. اهمیت دفع زودرس یا

(رک: پاسخ به استفتائات مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی در مورد تلقیح مصنوعی) مجمع فقه اهل البیت - ۴-۱۵/۱/۷۲).
به نظر می رسد احتیاط مزبور استحبابی باشد، زیرا دلیلی بر وجوب احتیاط مشاهده نمی شود. مضافاً بر این، به نظر می آید که احتیاط در این مورد حتی استحباب هم ندارد، چه آنکه احتیاط باید دارای مبنا و ملاک معقولی باشد. اینکه در خصوص فروج و نکاح توصیه به احتیاط شده است. هم تحلیل فقهی و هم فرائین موجود در روایات ناظر بر احتیاط در فروج و نکاح نشان میدهد که احتیاط مزبور به منظور اجتناب از اختلاط میاه، نسب و اشتباه پدر و مادر طفل متولد می باشد، در حالیکه در فرض مزبور چنین توابع و لوازمی مطرح نیست. آیا ترکیب اسپرم و تخمک با یکدیگر و مطالعه نتایج ژنتیکی و پزشکی این لقاح و تکثیر سلولی مستلزم اختلاط میاه و نسبت تشکیل دهنده ملاک و مبنای روایات ناظر بر احتیاط است؟ با این تفسیر، به نظر می رسد قاعده احتیاط شامل فرض مزبور نشده و علی الاصول لقاح خارج رحمی فاقد منع شرعی بر اساس قاعده احتیاط است.

۲/۱/۴- معایرت با اغراض قانونگذار در تشریح ازدواج

دلیل مزبور هم غیر قابل استناد به نظر می رسد. ملاک و منطق قاعده مزبور تشویق افراد واحد شرایط نکاح به ازدواج و تشکیل خانواده و تولید فرزند جهت تکثیر نسل آدمی از مجرای صحیح و پرورش فرزند شایسته تحت نظارت پدر و مادر شفیق و مهربان است. فلسفه تشریح ازدواج فراهم ساختن بقاء نسل انسان و پرورش انسانها در دامن زن و مرد شائق به فرزند و با انگیزه های لطیف انسانی است منع بکارگیری IUI به منظور تزریق اسپرم مرد بیگانه، حتی از نظر مخالفان جواز، جلوگیری از فراز زنان از تشکیل خانواده و تولید فرزند از راه دیگری غیر از ازدواج و برهم خوردن نهادهای شرعی پدر، مادر، خواهر، برادر و نظایر آن است. در حالیکه هیچ یک از لوازم و نتایج نامطبوع مذکور از نفس ترکیب اسپرم و تخمک بیگانه ناشی نمیشود، مگر آنکه موجود سلولی مزبور به رحم زنی منتقل و در آنجا به انسانی منجر گردد و یا با تکامل دانش بشری چنین امری در خارج رحم عملی گردد. البته این خود موضوع بحث جدیدی خواهد بود که اینک جای آن نیست. شاید بعدها به مناسبتی به آن پردازیم. آنچه اینکه مد نظر است تعیین وضعیت شرعی لقاح خارج رحم خواه به نحو طبیعی و یا به کمک تکنیک ICSI است که به نظر می رسد، در شرایط کنونی و با امکانات موجود علمی، منعی نداشته و دلیل فوق الذکر نمی تواند مبنای کافی برای

رابطه قدرت باروری با تغییر فصول

گروهی از پژوهشگران اثرات فصول را بر قدرت باروری ۴۰۲ زن هلندی که در فاصله سالهای ۱۸۷۳-۱۸۸۷ متولد و پیش از ۴۰ سالگی ازدواج نموده اند، مورد مطالعه قرار دادند و با استفاده از شیوه های نوین درمان که امکان کنترل همزمان زوجهای بارور، زوجینی که در معرض باروری هستند و حاملگی های چندقلویی را فراهم می کند، دریافتند که قدرت باروری در نیمه اول فصول بهار و زمستان ($P=0.06$) افزایش می یابد. شایان توجه است که اثرات فصول بر قدرت باروری زنانیکه قبل از ۲۰ سالگی ازدواج نموده اند. آشکارتر می باشد. هم چنین بررسی های مهمی به منظور دلایل کاهش باروری بدنال تغییرات فصول مطرح می باشد.

Ref: Hum Rep, vol 13, Issue 12, PP 3520-3524, 1998

اثر پروستاگلاندینها بر باروری و فشار خون

محققین دانشگاه Vanderbilt موفق به کشف ژن رسپتور برخی از پروستاگلاندینهای خاص دارای که نقش اساسی در ناباروری و هیپرتانسیون حساس به نمک می باشند، گردیدند. پروستاگلاندین ها واسطه های لیپیدی موجود در کل گردش خون می باشند که در طیف گسترده ای از فعالیتها فیزیولوژیک مانند اصلاح و تعدیل التهاب، تخمک گذاری و فشار خون سرخرگی کاربرد دارند از این دسته می توان به PGE2 اشاره نمود که در تنظیم فشار خون و باروری دخیل می باشد. دکتر Richard Breyer و همکارانش در پی بررسی چگونگی تاثیر PGE2 در زمینه التهاب، تخمک گذاری و فشار خون آنان موشهایی را که فاقد ژن EP2 برای پروستاگلاندین E2 بودند، تولید نمودند. گر چه همه موشها بطور طبیعی رشد کردند اما فشار خون سیستمیک اندکی نسبت به گروه کنترل بیشتر و حجم خون آنها نیز کمتر بود. هنگامیکه موش را با رژیم غذایی پر نمک تغذیه نمودند، مشاهده گردید که موشهای فاقد ژن رسپتور Ep2 دچار افزایش شدید فشار خون می شوند. متخصصین این مسئله راناشی از تاثیر رسپتور Ep2 در دیلاتاسیون عروق می دانند از طرف دیگر بررسی موشهای سالم و موش های فاقد رسپتور Ep2 در روز پنجم حاملگی نشان میدهد که کاهش خفیف رشد موش های مذکور به علت نقص در مرحله پیش از لانه گزینی است. همچنین طبق نظر محققین کاهش جنین های لانه گزینی شده، می تواند به علت اختلال در تخمک گذاری باشد و موجب کاهش محسوس میزان لقاح در روز دوم حاملگی می گردد. از نقطه نظر درمانی رسپتور Ep2 می تواند به عنوان یک بافت هدف مناسب در درمان فشار خون و ناباروری باشد.

Ref: Nature Medicine, 5,2:217-220, 1999.

معرفی کتاب

Endometriumand Endometriosis

عنوان کتابی است که توسط دکتر Michael P. Diamod, Kevin G. Osteen تالیف گردیده است و مشتمل بر ۴۵ فصل می باشد که شامل، بررسی وضعیت اندومتر در خلال سیکل قاعدگی، تظاهرات هیستولوژیک، پاتولوژی و تظاهرات بدخیمی، نقش اینترگین و سیتوکین ها، ماکروفاژها و رسپتورهای هورمونی در اندومتر و آندومتریوزیس، نارسایی فاز لوتئال، آندومیوز و همچنین شیوه های مختلف درمان طبی (داناژول)، جراحی و استفاده از کوتر، لیزروایمونوتراپی در آندومتریوزیس، درمان جراحی نقائص رحمی (میوم، پولیپ، سپتوم) می باشد این کتاب در سال ۱۹۹۷ با قیمت ۱۳۵ دلار منتشر گردیده است.

اخبار کنفرانسها

سمپوزیوم

« عوامل ایمنولوژیک در سقط مکرر »

سمپوزیوم عوامل ایمنولوژیک در سقط مکرر با همت پژوهشکده BIB و با همکاری انجمن ایمنولوژی و آلرژی ایران در تاریخ پنج شنبه ۱۳/۷/۸۳ ساعت ۸ صبح الی ۱۷ بعد از ظهر در محل دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برگزار خواهد شد. جهت کسب اطلاعات بیشتر به منظور ثبت نام با پژوهشکده (دبیرخانه سمپوزیوم) تماس حاصل فرمایید ضمناً شماره حساب صحیح پژوهشکده جهت واریز وجه ثبت نام حساب ۱۳۵۸۵۱۱۴۰ بانک تجارت شعبه اردبیهشت می باشد (در پوستر آگهی سمپوزیوم یک رقم اشتباه حذف شده است) که بدینوسیله آنرا اصلاح و از اساتید محترم پوزش می طلبیم.

سومین سمپوزیوم تخصصی

باروری و ناباروری

« عفونت و ناباروری »

بدینوسیله با اطلاع اساتید و متخصصین محترم میرساند، سمپوزیوم عفونت و ناباروری، توسط پژوهشکده بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی جهاد دانشگاهی با همکاری انجمن اورولوژی ایران پنجشنبه ۷۸/۸/۶ از ساعت ۸ صبح الی ۱۷ بعد از ظهر برگزار می گردد. علاقمندان می توانند مقالات خود را حول محورهای ذیل حداکثر تا تاریخ ۷۸/۷/۱ به آدرس پژوهشکده BIB (دبیر خانه سمپوزیوم) ارسال نمایند.

- نقش عوامل عفونی (کلامیدیا و TB و...)

در ناباروری مردان و زنان.

- بررسی عوارض PID در نازایی

- عوامل عفونی حاملگی خارج رحمی

- تستهای تشخیص آزمایشگاهی

- نقش عفونتها در نتایج ART

- آنتی بیوتیک های وسیع الطیف در درمان عفونتهای دستگاه تناسلی.

چهارمین سمپوزیوم تخصصی

باروری و ناباروری

« غدد درون ریز و نازایی »

به یاری خداوند متعال چهارمین سمپوزیوم تخصصی پژوهشکده بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی جهاد دانشگاهی، با همکاری مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم در زمستان سال جاری با عنوان سمپوزیوم غدد درون ریز و نازایی برگزار خواهد شد. جزئیات کاملتر این سمپوزیوم در شماره های آتی بولتن تولید مثل و نازایی به اطلاع شما اساتید و متخصصین 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