



خبرنامه

انجمن پزشکان کودکان ایران
سال هجدهم / شماره شصت و هشتم / تابستان ۱۴۰۰

۶۶

انتشارات انجمن پزشکان کودکان ایران

من ندانتم از اول که تو بی مهر و وفایی
دوستان عیب کنندم که چرا دل به تو دادم
ای که گفتی مرو اندر پی خوبان زمانه
آن نه خالست و ز نخدان و سر زلف پریشان
پرده بردار که بیگانه خود این روی نیند
حلقه برد تو انم زدن از دست رقیبان
عشق و درویشی و انگشت نمایی و ملامت
روز صحرا و سماعت و لب جوی و تماشا
گفته بودم چو بیایی غم دل با تو بگویم
شمع را باید از این خانه به در بردن و کشتن
سعدی آن نیست که هرگز ز کمندت بگریزد
خلق کویند برو دل به هوای دگری ده

عهد نداشتن از آن به که بندی و پناهی
باید اول به تو کشتن که چنین خوب چرای
ما کجاییم در این بحر فکرت تو کجایی
که دل اهل نظر برد که سرست خدایی
تو بزرگی و در آینه کوچک نمایی
این توانم که میایم به محلت به گدایی
همه سهلست کحل کننم بار جدایی
در همه شهر دلی نیست که دیگر بریایی
چه بگویم که غم از دل برود چون تو میایی
تا به همسایه نگوید که تو در خانه مایی
که بدانست که در بند تو خوشتر که رهایی
کنم خاصه در ایام آبلاب دو هوایی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



سال هجدهم / شماره شصت و ششم / تابستان ۱۴۰۰

فهرست

- شعر
- پیام سردبیر
- مزایای شیرمادر و مضرات شروع شیرمصنوعی در بیمارستان‌ها
- مروری کوتاه به موازین اخلاق پزشکی
- اهمیت برقراری به موقع تماس پوست نوزاد با پوست مادر و شروع تغذیه با شیر
- مادر در ساعت اول تولد در نوزادان ترم
- پوستر هفته جهانی تغذیه با شیرمادر
- تظاهر بسیار نادر کیست هیداتید کلیه و عضله در یک کودک: یک چالش تشخیصی و درمانی
- گفتگو با دکتر «ویلیام گروبر» معاون ارشد توسعه بالینی واکسن فایزر در خصوص واکسیناسیون کودکان زیر ۱۲ سال
- مکاتبات انجام شده با انجمن
- اطلاعیه درخواست عضویت در انجمن و سامانه انتخابات الکترونیک
- تسلیت
- پوستر «همایش سالیانه انجمن پزشکان کودکان ایران و چهل و دومین بزرگداشت استاد دکتر محمد قریب»
- فرم ثبت نام

صاحب امتیاز: انجمن پزشکان کودکان ایران

مدیر مسئول: دکتر غلامرضا خاتمی

سردبیر: دکتر سید محمدرضا بلورساز

ویراستار: دکتر کتایون خاتمی

مدیر اجرایی: مریم ملایی

هیئت تحریریه: (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر فرید ایمان زاده، دکتر امیر بهاری، دکتر سید محمدرضا بلورساز، دکتر

منصور بهرامی، دکتر غلامرضا خاتمی، دکتر کتایون خاتمی، دکتر مهدی

سالک، دکتر حامد شفق، دکتر حسین فخرایی، دکتر علی فرجی.

همکاران این شماره: (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر ناهید عزالدین، دکتر نسترن خسروی، دکتر سهیلا سیروس بخت،

صدرا رضاخانی‌ها

طراحی و صفحه‌آرایی: موسسه طرح خوب (پرویز مقدم)

✓ آدرس انجمن پزشکان کودکان ایران

تهران- خیابان ولی‌عصر- خیابان بزرگمهر، شماره ۲۰- طبقه سوم،

کدپستی ۱۴۱۶۹۳۴۸۹۶

تلفن انجمن ۶۶۴۹۲۱۵۷، ۸-۶۶۹۶۸۳۱۷

دورنگار (فاکس): ۶۶۴۶۵۸۲۸

آدرس سایت: www.irpediatrics.com

آدرس ایمیل: info@irpediatrics.com



پیام سردبیر

دوستان، همکاران و اساتید محترم

پاندمی کرونا که هم اکنون بیش از دویست میلیون نفر را در جهان مبتلا نموده و چهار میلیون انسان را به کام مرگ کشانده و هم اکنون انسان‌ها زیادی در حال مبارزه با مرگ هستند، یک بلای قرن است.

آری هر روز شاهد شکل جدیدی از این بیماری کشنده هستیم که متأسفانه جمعی از انسانها را به کام مرگ می‌کشاند.

در این برهه زمانی چه باید کرد؟ ما که سکان حفظ سلامتی انسان‌ها را به عهده داریم چه بایستی بکنیم؟

به نظر من حفظ فاصله اجتماعی و رعایت پروتکل‌ها، اصلی برای تضمین سلامتی ماست که ابتدا موجب حفظ سلامت شخصی و سپس باعث محافظت از خانواده خود و سایرین می‌شوید که شما بزرگواران بهتر از هر کس از این پروتکل‌ها مطلع هستید و واقعاً بایستی این مسئله را در هنگام ویزیت و درمان بیماران جدی بگیریم.

درمان بیماران بایستی براساس پروتکل‌های علمی تعیین شده داخلی و خارجی باشد.

آری پروتکل‌های تنظیم شده سازمان‌های بهداشتی داخلی و خارجی و به هیچ عنوان از تجربیات شخصی و یا تجربیات افراد دیگری که پایه و اساس علمی نداشته و تحقیقات علمی روی آن صورت نگرفته است، در درمان بیماران استفاده نکنیم. واقعاً بایستی حفظ جان و سلامتی بیماران را جدی گرفت.

تقاضای بنده حقیر از شما بزرگواران، دوستان و همکاران این است که مواردی که به آن‌ها اشاره نمودم را جدی بگیریم تا بتوانیم با توکل به خداوند به طور جد با این ویروس مبارزه نماییم.

با آرزوی سلامتی برای شما همکاران گرامی
دکتر سید محمدرضا بلورساز



مزایای شیرمادر و مضرات شروع شیرمصنوعی در بیمارستان‌ها

دکتر ناهید عزالدین زنجانی^۱

برگرفته از انتشارات انجمن علمی ترویج تغذیه با شیرمادر ایران

اهمیت تغذیه با شیر مادر

در زندگی هر فرد، ۱۰۰۰ روز اول زندگی شامل ۹ ماه زندگی داخل رحمی (۲۷۰ روز) و ۲ سال اول کودکی (۷۳۰ روز) است که به عنوان ایامی حساس و طلایی شناخته می‌شود. در این ۱۰۰۰ روز، بیش از ۷۰ درصد رشد مغزی، ۴۰ درصد رشد قدی و ۲۵ درصد رشد وزنی نسبت به یک انسان بالغ شکل می‌گیرد. رشد و تکامل انسان دو پدیده توانمند هستند که از ابتدای تشکیل سلول تخم شروع می‌شود و تا بلوغ و بزرگسالی ادامه می‌یابد. اگر رشد، افزایش در اندازه بدن و یا بخش‌های مختلف آن تعریف شود، تکامل تغییر عملکرد کودک در طول زمان است و فرایندی است که طی آن کودک به کاوش در محیط پیرامون خود و یادگیری می‌پردازد. سرعت دستیابی به مهارت‌های تکاملی در سال‌های نخست کودکی بیش از سال‌های پس از آن است و چنانچه به نیازهای تکاملی او پاسخ مناسب داده شود، کودک از قدرت تفکر و تعقل بیشتر و مهارت‌های عاطفی و اجتماعی بالاتر برخوردار خواهد شد. آنچه مسلم است روند تکامل به ویژه تکامل ذهنی و مغزی به تنهایی توسط عوامل ژنتیک تعیین نمی‌شود، بلکه در این میان عوامل محیطی چون رفتار و سلامت روانی والدین و تحصیلات آنان، محیط زندگی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانواده و تغذیه نقش بسزایی دارد.

نقش حفاظتی شیر مادر

تغذیه با شیر مادر زیربنای بقا و سلامت کودک در بزرگسالی بوده و بیشترین تاثیر بالقوه را بر رشد و تکامل او دارد. شیر مادر، یک مایع بیولوژیکی پیچیده، متغیر و غیر ثابت است که به لحاظ وجود طیف وسیعی از مواد مغذی و ترکیبات زیستی فعال، در بهبود تکامل ذهنی و مغزی نوزادان و کودکان نقش ویژه‌ای ایفا می‌کند و مزایای آن برای سلامت مادر و شیرخوار و تکامل سیستم اعصاب مرکزی کاملاً به اثبات رسیده است. شیر مادر حاوی پروتئین، قند، چربی، آب، تمام املاح، ویتامین‌ها و عناصر کمیاب (Trace elements) با مقدار و نسبت متعادل و متناسب است که برای رشد و تکامل مطلوب شیرخوار ضروری است. به علاوه دارای مقادیر زیادی سلول‌های زنده، آنتی‌بادی‌ها، آنزیم‌ها، هورمون‌ها، فاکتورهای متعدد، نوکلئوتیدها و اولیگوساکاریدها است، به عبارت دیگر ماده‌ای است شگفت‌انگیز و حیات بخش و فراتر از یک تغذیه، لذا در سلامت و بقای کودک و پیشگیری از بیماری‌های عفونی و غیر عفونی دوران کودکی، همچنین بیماری‌های غیرواگیر دوران بزرگسالی نقش ارزنده‌ای داشته و بی‌دلیل نیست که شیرمادر را «خون سفید» نامیده‌اند. عوامل حفاظتی زیست فعال در شیر مادر نقش بسیار مهمی در پیشگیری از ابتلای شیرخوار به عفونت‌ها دارد، زیرا سیستم



است که الزاما همه آن‌ها مفید باشند. از جمله FDA افزودن DHA را تأیید نمی‌کند، ولی هرگز نمی‌توانند سایر ترکیبات شیر مادر مانند سلول‌های زنده، هورمون‌ها، آنزیم‌ها، فاکتورهای رشد، عوامل دفاعی و ایمنی‌بخش و بسیاری عوامل شناخته شده و ناشناخته شیر مادر را به آن بیفزایند؟

نتایج تحقیقات گسترده نشان داده است کودکانی که با شیر مصنوعی تغذیه می‌شوند در معرض خطرات بی‌شماری قرار می‌گیرند از جمله احتمال ابتلای آنان به عفونت‌های دستگاه گوارش میانی (اوتیت) ۵۰ درصد - بیماری‌های قلبی ۶۴ درصد - عفونت‌های تنفسی تحتانی ۷۲ درصد - آسم ۲۵ درصد - بروز دیابت نوع دو ۳۹ درصد - خطر مرگ ناگهانی ۳۶ درصد - سرطان خون ۳۰ درصد و چاقی ۲۴ درصد بیشتر است و خطرات و مشکلات دیگری نیز آنان را تهدید می‌کند مانند آلرژی به شیر گاو در حالی که هنوز در دنیا، آلرژی به شیر مادر گزارش نشده، مگر این که مادری که شیر می‌دهد خود از مواد آلرژی‌زا استفاده کرده باشد، لذا همه محققین و دانشمندان توصیه می‌کنند تمام کودکان، به ویژه کودکانی که در خانواده‌هایی به دنیا می‌آیند که سابقه آلرژی در خانواده وجود دارد فقط با شیر مادر تغذیه شوند.

تغذیه با شیر مصنوعی حتی اگر کوتاه مدت هم باشد، فلور میکروبی شیرخوار را در دراز مدت تغییر می‌دهد و احتمال آلرژی را تا دو سالگی افزایش می‌دهد. اگر تغذیه نوزاد با شیر مادر در بیمارستان، انجام نشود و یا مدت زمان آن کم باشد منجر به تجویز نابجای شیر مصنوعی می‌شود که در دراز مدت آثار نامطلوبی بر سلامتی مادر و شیرخوار می‌گذارد.

متأسفانه تغذیه نوزاد با شیر مصنوعی در بیمارستان، تأثیرپذیر از مجموعه عواملی مانند ویژگی‌های جسمانی و فرهنگی مادر، سیاست‌های بیمارستان محل زایمان، ناکافی بودن آموزش پرسنل و در دسترس بودن شیر مصنوعی است و در برخی موارد نیز به دلیل احتمال پایین افتادن قند خون یا افزایش زردی و یا کاهش وزن نوزاد، اقدام به تجویز شیر مصنوعی می‌شود که همه این موارد با مدیریت مناسب شیردهی و فراهم سازی شیر

ایمنی شیرخوار حداقل دو سال طول می‌کشد تا تکامل پیدا کند، بنابراین اگر تغذیه نوزاد طی ساعت اول بعد از تولد از پستان مادر آغاز و روزهای بعد نیز استمرار داشته باشد، به عنوان اولین ایمن سازی شیرخوار به شمار می‌رود.

شیرمادر، کودک را در مقابل عفونت‌ها به دو طریق، حفظ می‌نماید:

۱- محافظت ایمنی یا اختصاصی که مربوط به ایمونوگلوبولین‌ها (آنتی بادی‌ها) است.

۲- محافظت غیر اختصاصی که از طریق لاکتوفرین، لیوزیم، کازئین، اینترفرون، اولیگوساکاریدها، چربی‌ها، سایتوکائین‌ها، ترکیبات ضد التهابی و سلول‌های زنده موجود در شیر مادر انجام می‌گیرد.

شیرمادر حاوی باکتری‌های سودمندی است که پروبیوتیک نامیده می‌شوند. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت پروبیوتیک‌ها میکروارگانیسم‌های زنده غیر بیماری‌زایی هستند که اگر به مقدار کافی مصرف شوند سبب اثرات مفید در سلامتی میزبان می‌شوند. پروبیوتیک‌های موجود در شیر مادر با مکانیسم‌های مختلف سبب تقویت سیستم ایمنی، جلوگیری از بروز بیماری‌های عفونی و اسهال، تحریک تولید ایمونوگلوبولین A (IgA) و ایجاد بالانس مناسب بین IgE و IgA و نهایتاً پیشگیری از آلرژی‌ها نظیر درماتیت آتوپیک و آلرژی غذایی می‌شوند.

مضرات شروع زود شیرهای مصنوعی

در حالی که شیرهای مصنوعی ترکیبی هستند از درشت مغذی‌ها و ریز مغذی‌ها (پروتئین، قند، چربی، ویتامین‌ها و املاح). آن‌ها هم شاید برخی اوقات با مقدار ناکافی و یا نسبت‌های نامتعادل و بدون مواد ایمنی‌بخش و حفاظتی و آنزیم‌ها و فاکتورهای رشد. تنها افتخاری که شرکت‌های تولید کننده شیر مصنوعی در سال‌های اخیر داشته‌اند این است که ادعا می‌کنند اسیدهای چرب بلند زنجیره آراشیدونیک (AA) و دی‌کوزاهگزانوئیک (DHA) همچنین نوکلئوتیدها و اولیگوساکاریدها و یا پروبیوتیک‌ها را به برخی شیرهای مصنوعی اضافه کرده‌اند (گرچه هم ثابت نشده

احساس برخی مادران هم این است که با شروع شیر مصنوعی دیگر نمی‌توانند به تغذیه انحصاری با شیر مادر دست یابند. حتی در باور آنان، شیراهدایی نیز موقتی است و شیر مصنوعی برنامه ماندگارتری است، بنابراین مداخلات لازم جهت ارتقای میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر باید قبل از تولد آغاز شود که شامل اطلاعات لازم در زمینه شروع زود هنگام تماس پوست با پوست مادر و نوزاد، رفتار طبیعی شیرخوار و نشانه‌های آمادگی برای تغذیه و نحوه دوشیدن شیر با دست و یا پمپ است. علاوه بر مادر، سیستم‌های حمایت‌کننده نیز باید در آموزش‌ها سهیم باشند. گروه‌های حامی شیردهی می‌توانند این آموزش‌های پیش از تولد را استحکام بخشند. مهیا ساختن یک کلینیک دوستدار یا حامی شیر مادر، قادر است میزان زمان کل شیردهی و میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر را افزایش دهد. گام ساده نخست در این راه ممنوعیت عرضه نمونه‌های رایگان شیر مصنوعی و یا بروشورهای تبلیغاتی، به مادران باردار است.

راهکارهای مفید جهت تغذیه انحصاری با شیر مادر

تغذیه نوزاد با شیر مصنوعی در طول دوره اقامت پس از زایمان در بیمارستان به ندرت ضرورت طبی داشته و جز موارد استثنائی و در صورت عدم دسترسی به شیر دوشیده شده مادر یا شیراهدایی پاستوریزه، مجوزی برای مصرف نخواهد داشت. متأسفانه هنوز هم در بسیاری بیمارستان‌ها، کماکان دست‌کم به نیمی از نوزادان ترم سالم، شیر مصنوعی می‌دهند. بیمارستان‌های زنان و زایمان می‌توانند با تغییر پروتکل‌های بیمارستانی و ارتقای اقدامات مراقبت از مادران و اجرای گام‌های ۱۰ گانه ترویج تغذیه با شیر مادر میزان تغذیه نوزاد با شیر مصنوعی در بیمارستان را به طور چشمگیری کاهش دهند. دستورالعمل‌های روتین برای زایمان طبیعی و سزارین همانند پروتکل‌های سنجش قند خون نوزاد و نحوه صحیح برخورد با کاهش وزن بیش از حد و ایکتر نوزاد بر عملکرد تجویز شیر مصنوعی در بیمارستان تاثیر دارند. داشتن زمان بندی استاندارد توزین روزانه نوزاد، تماس زود هنگام پوستی مادر

دوشیده شده، قابل پیشگیری و درمان هستند. به عنوان مثال، بسیاری از بیمارستان‌ها، هنگامی که نوزاد حدود ۷ تا ۱۰ درصد وزن خود را از دست می‌دهد مبادرت به دادن شیر مصنوعی می‌کنند. حال آنکه کاهش وزن نوزاد نشانه شروع شیر مصنوعی، نیست بلکه لزوم ارزیابی آن را یادآوری می‌کند.

نتایج بررسی‌های انجام شده در یکی از بیمارستان‌های آمریکا که در مجله Pediatrics آکادمی طب کودکان آمریکا به چاپ رسید؛ نشان داد شیرخوارانی که در بیمارستان با شیر مصنوعی تغذیه شده بودند نسبت به گروهی که انحصاراً شیر مادر دریافت کردند در سال اول ۲/۵ تا ۶ برابر بیشتر، تغذیه از پستان مادر را رها کرده و در حقیقت، خود را از شیر مادر گرفته بودند، بنابراین چون شروع تغذیه نوزاد با شیر مصنوعی در طول مدت اقامت پس از تولد در بیمارستان، به کوتاه شدن مدت زمان تغذیه با شیر مادر می‌انجامد، باید برای حذف و یا کاستن از میزان تغذیه نوزاد با شیر مصنوعی در بیمارستان، سیاست‌هایی شامل آموزش به والدین، دادن مشاوره به همکاران، آموزش به پرسنل بیمارستان و پزشکان و اجرای تماس پوست با پوست مادر و نوزاد انجام گیرد، زیرا تغذیه انحصاری با شیر مادر برای نوزاد تازه متولد شده در بیمارستان و ادامه آن تا پایان ۶ ماهگی در ارتقای سلامت مادر و کودک نقش به سزایی دارد. با تجویز شیر مصنوعی نوزاد کمتر پستان مادر را می‌مکد و ترشح پرولاکتین در مادر کاهش می‌یابد. کم شدن تغذیه مستقیم از پستان، خروجی شیر را کاهش داده و منجر به احتقان پستان مادر و کم شدن تولید شیر می‌شود. شروع تغذیه نوزاد با شیر مصنوعی در بیمارستان غالباً به تداوم تغذیه با شیر مصنوعی پس از ترخیص، نیز می‌انجامد. مادرانی که در بیمارستان به آنها گفته می‌شود نوزادشان به شیر مصنوعی نیاز دارد، اعتماد به نفس و باور خود را در توانایی تولید شیر کافی از دست می‌دهند. از سوی دیگر هنگامی که این توصیه توسط پزشکان به مادر داده می‌شود، مادر تصور می‌کند که شیر مصنوعی یک جایگزین سالم و مناسب برای شیر مادر است.



آگاهی و همراهی متخصصین زنان و کودکان، کار تیمی پزشکان، پرستاران و مشاورین شیردهی به مادران و خانواده‌ها برای دستیابی به اهداف تغذیه با شیرمادر کمک می‌کند. چنانچه خانواده‌ها شیر مصنوعی درخواست کنند، شایسته است در پس زمینه این قبیل درخواست‌ها کنکاش شود و با شیوه مناسب فرهنگی نگرانی‌های آنان را دریابند و پاسخ دهند. پیگیری عاجل و مداوم مادر پس از ترخیص، توسط یک مشاور آموزش دیده و مجرب شیردهی و فراهم ساختن بستر و ساختار مناسب در جامعه. برای رفع نگرانی‌ها و تداوم شیردهی مادر، الزامی است.

فرایند مراقبت تیمی و دخیل شدن متخصصین و مشاورین شیردهی در ساز و کار مراقبت از مادران نه تنها میزان تغذیه نوزاد با شیر مصنوعی در بیمارستان‌ها را کاهش می‌دهد، بلکه مادران و خانواده‌ها را در جهت نیل به اهداف آرمانی و افزایش مدت تغذیه شیرخواران با شیرمادر یاری می‌نماید.

و نوزاد، عدم عرضه گول زنک و مشخص کردن محل مناسب برای انجام فرایندهای معمول درمانی نوزاد در بیمارستان نیز بر کاهش مصرف شیر مصنوعی در بیمارستان اثرگذارند. تماس زود هنگام پوستی مادر و نوزاد، سبب تسهیل تغذیه با شیرمادر در ساعت اول پس از زایمان شده و به دلیل افزایش دفعات تغذیه از پستان در طول اقامت بیمارستانی، میزان تغذیه با شیر مصنوعی کاهش می‌یابد. در صورت نیاز به تغذیه با شیراضافه، می‌توان در صورت امکان از شیر خود مادر نوزاد استفاده کرد. چنانچه این شیوه عملی نبود، شیراهدایی پاستوریزه شده، قادر به حفاظت دستگاه گوارش آسیب‌پذیر نوزاد خواهد بود و در عین حال مراقبین، بر موقتی بودن آن تا زمان برقراری شیرمادر تاکید خواهند نمود. دوشیدن و آماده نگاه داشتن آغوز پیش از زایمان نیز در برخی موارد منطقی است. در همه موارد فوق، تغذیه نوزادان کماکان تغذیه انحصاری با شیرمادر قلمداد می‌شود و در آنان احتمال تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر حین و پس از ترخیص از بیمارستان افزایش می‌یابد.



مروری کوتاه به موازین اخلاق پزشکی (Ethics)

دکتر منصور بهرامی^۱

مایع درمانی در موارد خاص، مصرف داروهای مخدر، تکلیف نوزادان با آلومالی‌های متعدد گروه خدمات درمانی قابل ذکرند.

اصول اخلاقی در خدمات پزشکی

۱- داشتن حق انتخاب (autonomy)

هرکس می‌تواند در مورد خود تصمیم‌گیری کند ولی پدران نمی‌توانند در مورد فرزندان نابالغ و یا اشخاص با تأخیر ذهنی که تحت حمایت او هستند هر نوع تصمیمی اتخاذ کنند و در چنین مواردی پزشک می‌تواند از مراجع قانونی کسب تکلیف

کند (مثل واکسیناسیون و یا خدمات فوری پزشکی) حق انتخاب مبنایی است برای اخذ رضایت آگاهانه از بیمار که متن آن باید به طور واضح و قابل درک برای بیمار توضیح داده شود.

بیانات پزشک با صداقت کامل و اطلاعات شخصی بیمار محرمانه باشد.

۲- حفاظت از منافع همه جانبه بیمار

۳- اجتناب از اقدامات پرخطر

۴- عدالت: که عملاً بخش غیرقابل اجرای اخلاق پزشکی است که بیشتر مربوط به قوانین جاری کشورها است و در شکل

۱- تعریف: به موازین و اصولی اطلاق می‌گردد که پزشک باید در کار حرفه‌ای خود مراعات نماید.

ازجمله: توانمندی در ارزیابی خدمات توأم با صحت و دقت عمل

حافظ منافع بیمار و اجتناب از اقدامات پرخطر

مقید به مراعات کلیه قوانین تنظیم شده در مراجع ذیصلاح

احترام به عقاید بیمار و آگاه نمودن او از شرایط بیماری

حفظ اسرار بیمار مگر در موارد استثنایی که قانون مشخص

کرده

۲- سابقه:

در جریان جنگ دوم جهانی در بسیاری از کمپ‌های اسرای جنگ اقدامات تحقیقاتی یا درمانی خلاف به نام خدمات پزشکی انجام شده بود که مسئله اخلاق پزشکی مورد توجه قرار گرفت و ضوابط و قوانین آن مشخص گردید.

۳- طبقه بندی:

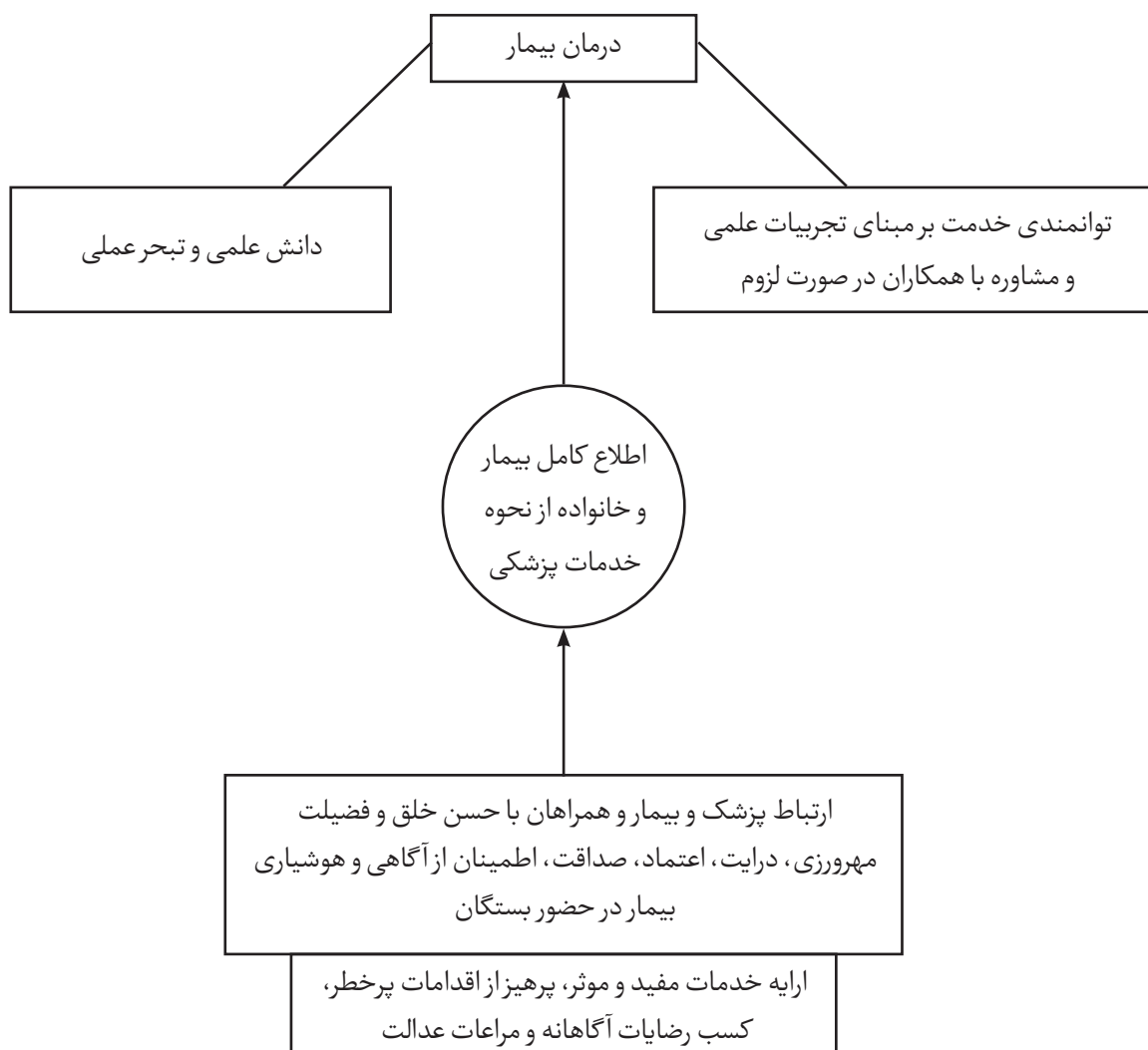
چهار حیطه اخلاق پزشکی عبارتند از: تحقیقات، خدمات بهداشت عمومی، سازمان‌های درمانی و بهداشتی و خدمات درمانی در بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها که در هر کدام از چهار بخش قوانین بین‌المللی و یا ملی ثبت شده وجود دارد و پزشکان باید از آنها مطلع باشند. خدمات پزشکی در ICUها،

۱- متخصص کودکان - عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



- ایده آل آن تاکید شده که بودجه‌ها و آرایه خدمات بهداشتی و درمانی حتی الامکان بین افراد به طور مساوی تقسیم گردد ولی تاکنون معیارهای مختلفی که به کار گرفته شده مثل اولویت، نیاز، شایستگی، همراهی و همکاری هیچکدام ضامن اجرای عدالت نبوده‌اند.
- تداخل بین ۱۴ اصل Conflicts Between Principle ممکن است در عمل مواردی از تداخل ۱۴ اصل پیش آید که باید با مراجع قانونی (پزشکان متخصص قانونی) مشورت گردد. آنچه نیاز به تاکید دارد این است که: پزشکان باید از هر نوع ارتباط مالی با آزمایشگاه‌ها، مراکز تصویربرداری، کمپانی‌های دارویی و غذایی و موارد مشابه دیگر اجتناب نمایند.
- خلاصه انتظارات از پزشکان از دیدگاه اخلاق پزشکی در حدود امکانات
- ۱- درمان بیماری‌ها
 - ۲- ارتقاء سلامت بیمار و پیشگیری از بیماری‌های آینده
 - ۳- کوشش برای بهبود کیفیت زندگی
 - ۴- آموزش و مشاوره برای افزایش سواد بهداشتی و سلامتی
 - ۵- جلب اطمینان و اعتماد متقابل و حفظ اسرار بیماران
 - ۶- آرایه خدمات آرام بخش به بیماران در حال احتضار
 - ۷- مهارت کافی در برقراری ارتباط خوب با خانواده بیماران بدحال

مدل درمانی بر مبنای اصل اخلاقی





اهمیت برقراری به موقع تماس پوست نوزاد با پوست مادر و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد در نوزادان ترم

دکتر نسترن خسروی^۱

و ثبات قند خون، اصلاح سریع تر اسیدیته خون، استفاده از آغوز به عنوان اولین واکسن، استفاده از فاکتورهای رشد جهت تکامل و عملکرد موثر روده، تحریک عمل دفع و پیشگیری از زردی نوزاد، کمک به تولید شیر کافی برای تغذیه بعدی و پیشگیری از بروز هیپوگلیسمی، برقراری رفلکس مکیدن قوی در نوزاد، کمک به انقباض رحم و خروج جفت و کاهش خون ریزی مادر. پس از زایمان طبیعی و یا سزارین با بی حسی موضعی، اغلب می توان بلافاصله تغذیه با شیر مادر را شروع نمود. پس از سزارین با بی هوشی عمومی، تغذیه با شیر مادر می تواند طی چند ساعت اول به محض هوشیاری مادر انجام شود. در نهایت موجب تحکیم پیوند عاطفی بین مادر و نوزاد می شود.

شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد، اولین و حیاتی ترین گام برای کاهش مرگ و میر شیرخواران و کودکان است. از ۱۳۶ میلیون مرگ در سال، تقریباً ۴ میلیون مرگ در ماه اول وجود دارد (حدود ۹۸٪ در کشورهای کمتر توسعه یافته یا فقیر متولد می شوند). با شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد و تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماه می توان جان یک میلیون نوزاد را حفظ کرد. مزایای شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد برای مادر و نوزاد عبارتند از: افزایش قابل توجه میزان تغذیه با شیر مادر و مدت شیردهی، آرام کردن مادر و شیرخوار، ثبات ضربان قلب و تنفس شیرخوار، گرم نگه داشتن نوزاد، دمای زیربغلی و پوستی بالاتر، تطابق متابولیکی

۱- فوق تخصص نوزادان- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران



World Breastfeeding Week 2021



Breast Milk Advantages and Infant Formula Disadvantages

By: Dr. Nahid Ezzedin Zanjani (Pediatrician)

Breastfeeding is a child Survival & health promotion during childhood and adulthood. It has the most effect on infant Growth and Development. Breast milk is a biological complex, variable and non-fixed liquid that because of a wide spectrum of nutrient and bioactive agents, has a special role on the mental and brain function improvement of newborns and infants.

Infant mother's milk is an amazing, life-giving agent and more than a nutrient substance, therefore it has a worthwhile role for prevention of infectious and non-infectious diseases during childhood and adulthood and it is not unreasonable to suggest it as "With blood". Result of expanded researches showed that infants who are formula-fed are more exposed to some conditions including Otitis Media, Acute Upper and Lower Respiratory Diseases, Asthma, type 2 Diabetes and Leukemia, thus researchers and scientists recommend, that all infants especially preterm infants should be only breastfed including those who are born in family with allergy history.



BREASTFEEDING
A Shared Responsibility



شعار هفته جهانی تغذیه با شیر مادر سال ۲۰۲۱:

تغذیه با شیر مادر، یک مسئولیت مشترک



World Breastfeeding Week
1 - 7 August 2021

هفته جهانی تغذیه با شیر مادر
۱۰ لغایت ۱۶ مرداد ماه

تظاهر بسیار نادر کیست هیداتید کلیه و عضله در یک کودک: یک چالش تشخیصی و درمانی

صدرا رضا خانی‌ها (B.Sc)^۱، سهیلا سیروس بخت (MD)^۲

مقدمه

ابتلای اولیه بافت‌های نرم از جمله کلیه و عضله بدون ابتلا کبد و ریه خیلی نادر بوده و در بررسی‌های انجام شده در اطفال موردی یافت نگردید (۵). این مورد خیلی نادر، کودکی با توده کلیه بدون علائم ادراری با سابقه کیست هیداتید عضله ران و بدون درگیری کبد و ریه معرفی می‌گردد. هدف از گزارش این مورد نادر بررسی چالش‌های تشخیصی و درمانی کیست‌های هیداتید کلیوی در مناطق آندمیک می‌باشد.

گزارش مورد

دختر بچه ۱۱ ساله با درد مبهم شکمی و گزارش توده کلیوی در سونوگرافی شکم و سابقه جراحی توده کشاله ران در ۲ سال پیش در اصفهان با پاتولوژی نهایی کیست هیداتید عضله به بیمارستان گلستان تهران در سال ۱۳۹۸ مراجعه نمود. او در یکی از شهرهای توابع اصفهان زندگی می‌کرد و هیچ‌گونه علامت تب، کاهش وزن و مشکلات ادراری در شرح حال بیمار دیده نشد. ضمناً درمان دارویی برای ضایعه جداری دریافت نکرده بود. کارهای تشخیصی انجام شده شامل آزمایشات خون کامل (هموگلوبین ۱۲٫۷، گلبول سفید ۸۷۰۰، اتوزینوفیل ۲٫۸٪، سدیمان ۲۷)، تست‌های کلیوی و کبدی، کلسیم، الکالین

بیماری کیست هیداتیک در جنوب و مرکز آمریکا، آسیای میانه، آفریقا، روسیه و چین شیوع بیشتری دارد. هیچ ارگانی از ابتلا به این بیماری مصون نیست ولی کبد و ریه خاستگاه اصلی درگیری در این بیماری می‌باشند (کبد ۷۵٪، ریه ۱۵٪) و بقیه ارگانهای دیگر به طور نادر مبتلا می‌گردند (۱۰٪ موارد). ابتلا کلیوی در حدود ۲٪ و دستگاه عضلانی استخوانی ۱٪ گزارش شده است. درگیری دو ارگان بطور همزمان در حدود ۱۳-۵٪ ذکر گردیده است (۱).

درگیری کلیه بصورت ضایعات کیستیک (چندحفره ای و یا تک حفره ای) و یا حتی توده‌های توپر می‌تواند بروز نماید که با تومورهای کلیوی تشخیص افتراقی دارد (۲). ضایعات هیداتید کلیوی بصورت توده‌های کیستیک معمولاً بدون علامت با رشد آهسته در مدت سالها رخ داده که ممکن است علائم فشاری و یا درد پهلوی ایجاد نمایند (۳). شایع ترین تظاهرات ادراری در اینگونه موارد شامل درد مبهم و مزمن در پهلو و یا پایین کمر و خونریزی میکروسکوپی ادراری بدون اختلال در عملکرد کلیه‌ها می‌باشد. هیداتیداور (عبور توده‌های سفید، کوچک، شبیه دانه انگور در ادرار) در ۲۰-۱۰٪ موارد دیده می‌شود (۴).

۱- گروه تغذیه، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲- گروه اطفال، بیمارستان گلستان، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران



معرفی گردید. ضمناً بروز کیست هیداتید کلیه به صورت ضایعات کیستیک کمپلکس می‌تواند به اشتباه تومور کیستیک کلیوی تشخیص داده شود.

در نواحی اندمیک با مشاهده هرگونه ضایعه کیستیک در هر قسمت از بدن، تشخیص افتراقی کیست هیداتیک می‌بایستی مد نظر قرار گیرد (۶). در بیمار معرفی شده نیز با توجه به سابقه قبلی کیست هیداتید ران، با وجود گزارش اولیه تومور کیستیک کلیه، ابتلا کلیوی هیداتید برای بیمار در نظر گرفته شده بود. درگیری دستگاه ادراری با کیست هیداتید بصورت ضایعات کیستیک کلیه، پاراوزیکال و یا رترو وژیکال در ۲٪ موارد دیده می‌شود. این گونه ضایعات هیداتید کلیوی بصورت توده‌های کیستیک معمولاً بدون علامت با رشد آهسته در مدت سالها رخ داده که ممکن است علائم فشاری و یا درد پهلوی ایجاد نمایند (۶). شایع ترین تظاهرات ادراری در اینگونه موارد شامل درد مبهم و مزمن در پهلوی و یا پایین کمر و خونریزی میکروسکوپی ادراری بدون اختلال در عملکرد کلیه‌ها می‌باشد. هیداتیدواری (عبور توده‌های سفید، کوچک، شبیه دانه انگور در ادرار) در ۱۰ تا ۲۰ درصد موارد دیده می‌شود (۷).

علائم کیست هیداتید کلیه در بچه‌ها غیر اختصاصی و اکثراً بدون علامت بوده و در بررسی‌های تصادفی یافت می‌گردند (۶). بیمار معرفی شده نیز بدون علائم اختصاصی و با درد مبهم شکمی متناوب و خفیف مراجعه نمود و در سونوگرافی، توده بصورت تصادفی کشف گردید.

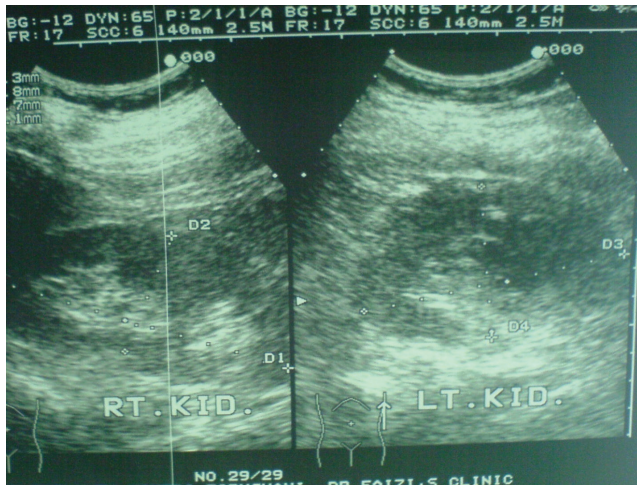
سونوگرافی، سیتی اسکن و یا MRI در تشخیص ضایعات کمک کننده می‌باشند. کیست با جداره ضخیم تک حفره ای (unilocular) با کلسیفیکاسیون در جدار و یا یک ضایعه کیستیک چندحفره ای (multilocular) با هتروژنیسته مختصر در سیتی اسکن نشان دهنده کیست هیداتید می‌باشد (۷). البته عدم وجود کلسیفیکاسیون و یا کیست‌های دختر داخل کیست اصلی باعث رد تشخیص کیست هیداتید نمی‌گردد. مهمترین تشخیص‌های افتراقی شامل کیست عفونی، آبسه کلیوی و تومورهای کیستیک کلیه می‌باشند (۸).

در ضایعات کبدی حساسیت تست IHA و ELISA و تست کازونی

فسفاتاز، نمونه ادرار و عکس سینه نرمال بودند. با توجه به سابقه بیماری هیداتید تست هموآگلوتیناسیون غیرمستقیم (IHA) و کازونی درخواست گردید که نتیجه آنها منفی گزارش گردید. در سونوگرافی شکم توده هتروژن 8×7 سانتی متر با نکروز مرکزی با جدار مشخص در قطب تحتانی - میانی کلیه راست مشخص بود (شکل ۱). در سیتی اسکن توده کیستیک کمپلکس با جدار ضخیم و نامنظم با واسکولاریته و انهنسمنت نسبی در فاز ترشچی (Bosniak III) بدون درگیری ارگانهای دیگر با تشخیص احتمالی تومور کلیوی گزارش گردید (شکل ۲). با تشخیص تومور کیستیک کلیه تصمیم به همی نفرکتومی گرفته شد. با توجه به سابقه بیمار و بدلیل احتمال توده‌های دیگر مانند کیست هیداتید کلیوی برش جراحی فلانک و خارج صفاقی بجای برش داخل صفاقی انجام گردید. در حین جراحی توده سفت با چسبندگی به اطراف و عروق متسع و محتق در قسمت میانی و ناف کلیه دیده شد و امکان همی نفرکتومی و یا برداشت توده میسر نشد و به ناچار عمل نفرکتومی برای بیمار انجام گردید. گزارش ماکروسکوپی کلیه به ابعاد $7 \times 9 \times 3$ سانتی متر با توده سفت به ابعاد $8 \times 7 \times 5$ سانتی متر در نیمه تحتانی کلیه با عروق نابجا و محتق مشاهده گردید. در برش کلیه کیست با جدار سفیدرنگ با ضخامت $1/1$ سانتی متر و ابعاد ذکر شده مشاهده شد. در گزارش میکروسکوپی (هماتوکسیلین - ائوزین، $40 \times$) جدار کیست با لایه زایا (germinal layer) شامل سلولهای صاف و مسطح و نیز سلولهای چندلایه (laminated layer) و نواحی خونریزی در اطراف کیست مشاهده شد (شکل ۳). آلبندازول 200 میلی گرم دو بار در روز بمدت ۶ ماه با چک ماهیانه آزمایش خون کامل و تست‌های کبدی شروع گردید. در طول دوره پیگیری از بیمار سونوگرافی شکمی، عکس سینه و تستهای آزمایشگاهی کلیوی و کبدی IHA انجام شد و در دوره پی گیری ۱ ساله از بیمار هیچگونه شواهدی از عود یا ابتلا جدید مشاهده نگردید.

بحث و نتیجه گیری

کودکی با درگیری کیست هیداتید عضله که بررسی ارگان‌های دیگر انجام نشده و ضمناً درمان دارویی مناسب دریافت نکرده



شکل ۱- سونوگرافی شکم بیمار توده هتروژن ۷×۸ سانتی متر با نکروز مرکزی با جدار مشخص در قطب تحتانی- میانی کلیه راست گزارش گردید.

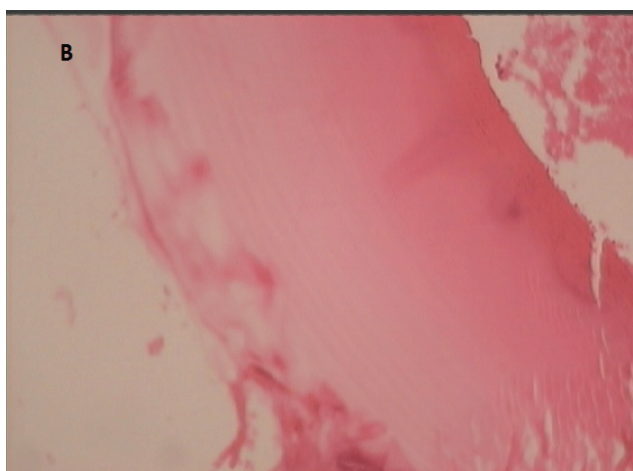
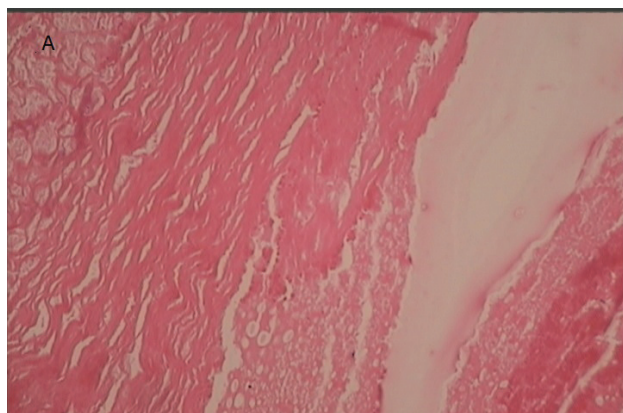
هیداتید در ۳۸ مرکز پزشکی در ایران، درگیری کلیه در ۲/۵۶٪ و درگیری عضله در ۱/۰۲٪ مشاهده گردید اما درگیری کلیه و عضله بطور همزمان یا غیرهمزمان در یک بیمار گزارش نگردیده بود (۱۴). اما بیمار ذکر شده کودک ۱۱ ساله ای با درگیری کلیوی و عضله که بسیار نادر می باشد، معرفی گردید.

عود ضایعات کیست هیداتید بعد از درمان حدود ۶/۵٪ ذکر گردیده است. مدت زمان عود بعد از جراحی ضایعات بافت نرم در حدود ۳ ماه تا ۲۰ سال (متوسط ۱۰-۲ سال) گزارش گردیده است. در بیمارانی که تست های سرولوژیک مثبت می گردد افزایش تیترانتی بادی ها بعد از برداشت ضایعه اولیه ممکن است تا مدت های طولانی باقی بماند بنابراین تشخیص ضایعات در عود بیماری توسط سونوگرافی و یا سیتی اسکن بهتر امکان پذیر می باشد (۱۵). میزان عود در بیماران با ابتلای بافت نرم بدون درگیری کبد و ریه، بیشتر می باشد. به همین دلیل درمان دارویی قبل و بعد از برداشت این ضایعات پیشنهاد می گردد. در مناطق آندمیک بهتر است پس از کشف ضایعه در یک ارگان، ارگان های دیگر بدن و بافت نرم بررسی گردند (۱۶، ۱۷). در بیمار معرفی شده بعد از جراحی ضایعه ران درمان دارویی انجام نگردید. ضمناً در موقع کشف ضایعه ران می بایستی

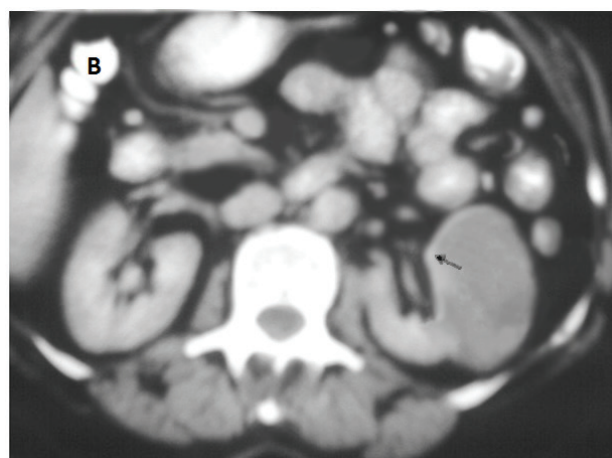
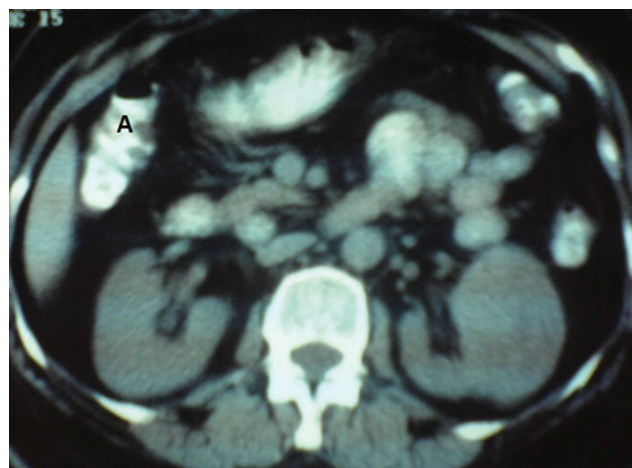
۱۰۰-۸۰٪ و اختصاصیت ۹۶-۸۸٪ می باشد ولی در ضایعات ریوی ۵۰ تا ۵۶ درصد و در ضایعات دیگر ۲۶-۲۵٪ گزارش گردیده است و افزایش اتوزینوفیل در کمتر از ۵۰٪ موارد دیده می شود (۹). آسپیراسیون سوزنی (FNA) در موارد مشکوک و در ارگان های غیر معمول می تواند کمک کننده باشد ولی خطر شوک آنافیلاکتیک و انتشار کیست های دختر می بایستی در نظر گرفته شود (۱۰). در بیمار معرفی شده تست های سرولوژیک منفی بوده و افزایش اتوزینوفیل مشاهده نگردید. ذکر این نکته مهم می باشد که مثبت بودن تست های سرولوژیک ارزشمند بوده ولی منفی بودن آنها تشخیص بیماری هیداتید را رد نمی کند. سابقه بیماری هیداتید در ارگان های دیگر و یا ابتلا اقوام و نزدیکان بیمار به این بیماری بخصوص در نواحی آندمیک بسیار اهمیت داشته و در تشخیص افتراقی بیمار می بایستی مد نظر قرار گیرد.

روش های گوناگونی برای درمان ضایعات هیداتید کلیوی گزارش شده است. جراحی با حفظ نسج کلیه در اکثریت بیماران (۷۵٪) امکان پذیر می باشد و نفرکتومی در بیمارانی که تخریب کامل کلیه صورت گرفته (۲۵٪) و یا بطور شایع در موارد با احتمال تومور کیستیک کلیه و عدم تشخیص قطعی کیست هیداتید قبل از جراحی، انجام می گردد (۱۱). در یک گزارش نادر، توده کیستیک کلیه در یک خانم ۵۴ ساله با تشخیص سرطان کلیه تحت نفرکتومی رادیکال به روش داخل صفاقی قرار گرفت که تشخیص نهایی کیست هیداتید بود (۱۲). اما در بیمار ذکر شده، درگیری کیست هیداتید در تشخیص افتراقی ضایعه بیمار مد نظر قرار گرفته بود به همین دلیل برش جراحی خلف صفاقی بجای داخل صفاقی در نظر گرفته شد تا احتمال پخش ضایعه در حفره شکمی در صورت پارگی کیست کاهش یابد. درگیری کلیه با کیست هیداتید معمولاً با ابتلا کبدی و یا ریه بصورت همزمان و یا غیرهمزمان گزارش شده است (۱۳). اما در بیمار معرفی شده درگیری کبد یا ریه مشاهده نگردید و بصورت خیلی نادر سابقه ابتلای عضله در ۲ سال قبل از مراجعه داشته است که در گزارش های مشابه یافت نشده بود.

در ۱۹۵۰ بیمار با متوسط سن ۳۵-۲۵ سال با ابتلای کیست



شکل ۳- در گزارش میکروسکوپی (هماتوکسیلین-اؤزین، ۴۰×) جدار کیست با لایه زایا (germinal layer) شامل سلولهای صاف و مسطح و نیز سلولهای چندلایه (A) (laminated layer) و نواحی خونریزی در اطراف کیست مشاهده شد (B).



شکل ۲- A: سیتی اسکن بدون کنتراست B: با کنتراست توده کیستیک کمپلکس با جدار ضخیم و نامنظم با واسکولاریته (پیکان) و انهنسمنت نسبی در فاز ترشحی (Bosniak III) بدون درگیری ارگانهای دیگر با تشخیص احتمالی تومور کیستیک کلیوی گزارش گردید.

تشخیص افتراقی در نظر گرفته شود. ضمناً اگر سابقه ابتلا با کیست هیداتید در هر ارگان دیگر در یک بیمار وجود داشت، درگیری هیداتید دیگر ارگانها در مراجعه فعلی بیمار می بایستی مدنظر قرار گیرد. همچنین در صورت نیاز به جراحی، بهتر است برش خارج صفاقی انتخاب گردد تا در صورت مواجهه با کیست هیداتید کلیوی حین عمل از احتمال انتشار آن در حفره شکمی در صورت پارگی کیست پیشگیری بعمل آید.

ارگانهای دیگر از نظر ابتلا مورد بررسی قرار می گرفتند تا تشخیص احتمالی ضایعه کلیوی در مراحل اولیه و زودتری انجام می گرفت.

با توجه به بیمار معرفی شده، در بیمار با کیست کمپلکس کلیه خصوصاً در نواحی اندمیک علاوه بر در نظر گرفتن تومور کیستیک کلیه حتی اگر بررسیهای سِرولوژیک و رادیولوژیک تایید کننده نباشند می بایستی کیست هیداتید کلیه در



diagnosis of hydatid disease. *Parasitol Res.* 2005;97(5):395–8.

10. Gupta R, Mathur SR, Agarwala S, Kaushal S, Srivastav A. Primary soft tissue hydatidosis: aspiration cytological diagnosis in two cases. *Diagn Cytopathol.* 2008;36(12):884–6.

11. Gadelkareem RA, Elqady AA, Abd-Elshafy SK, Imam H, Abolella HA. Isolated Renal Hydatid Cyst Misdiagnosed and Operated as a Cystic Renal Tumor. *Med Princ Pract.* 2018;27(3):297–300.

12. Dwivedi AND, Mourya C. Disseminated cystic nodal metastasis in renal cell carcinoma mimicking systemic hydatidosis on imaging. *J Cancer Res Ther.* 2018;14(2):441–3.

13. Morakote N, Thamprasert K, Lojanapiwat B, Muttarak M. Cystic echinococcosis in Thailand with a special note on detection by serology in one family. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2007;38(5):796–8.

14. Dalimi A, Motamedi G, Hosseini M, Mohammadian B, Malaki H, Ghamari Z, et al. Echinococcosis /hydatidosis in western Iran. *Vet Parasitol.* 2002; 105(2):161–71.

15. Velasco–Tirado V, Romero–Alegría Á, Belhassen–García M, Alonso–Sardón M, Esteban–Velasco C, López–Bernús A, et al. Recurrence of cystic echinococcosis in an endemic area: a retrospective study. *BMC Infect Dis.* 2017; 17(1):455.

16. Eyüboğlu TŞ, Gürsoy TR, Aslan AT, Pekcan S, Budakoğlu İİ. Ten-year follow-up of children with hydatid cysts. *Türk Pediatri Ars.* 2019; 54(3):173–8.

17. Tartar T, Bakal U, Sarac M, Akdeniz I, Kazez A. Primary Urachal Hydatid Cyst in a Child: A Case Report. *Iran J Parasitol.* 2019; 14(2):352–5.

References

1. Erol B, Tetik C, Altun E, Soysal A, Bakir M. Hydatid cyst presenting as a soft-tissue calf mass in a child. *Eur J Pediatr Surg.* 2007;17(1):55–8.

2. Qadri S, Sherwani RK, Ahmed M. Isolated cystic echinococcosis of kidney burlesquing as renal cell carcinoma: a diagnostic pitfall. *Ann Parasitol.* 2015;61(1):57–60.

3. Garg R, Nahar U, Mandal AK. A rare case of primary renal hydatid cyst. *Ann Parasitol.* 2015; 61(2):129–31.

4. Mudholkar VG, Suwarnkar SV, Deshpande SA, Kadam PN. Isolated renal hydatid disease with gross hydatiduria. *Indian J Pathol Microbiol.* 2011; 54(3):640–1.

5. Tekin R, Avci A, Tekin RC, Gem M, Cevik R. Hydatid cysts in muscles: clinical manifestations, diagnosis, and management of this atypical presentation. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2015; 48(5):594–8.

6. Islami Parkoohi P, Jahani M, Hosseinzadeh F, Taghian S, Rostami F, Mousavi A, Rezai MS. Epidemiology and Clinical Features of Hydatid Cyst in Northern Iran from 2005 to 2015. *Iran J Parasitol.* 2018 Apr–Jun;13(2):310–6.

7. Kumar V, Misra V, Chaurasiya D, Verma N. Collecting duct carcinoma kidney masquerading as hydatid cyst: A rare case report and review of literature. *Indian J Pathol Microbiol.* 2018;61(3):410–3.

8. Bhat GS, Burude VA, Hegde SD, Tembadamani VS. Isolated renal hydatid cyst masquerading as cystic renal cell carcinoma: a case report. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(3):PD07–8.

9. Gonlugur U, Ozcelik S, Gonlugur TE, Celiksoz A. The role of Casoni's skin test and indirect haemagglutination test in the



گفتگو با دکتر «ویلیام گروبر» معاون ارشد توسعه بالینی واکسن فایزر درخصوص واکسیناسیون کودکان زیر ۱۲ سال

ترجمه شده توسط مریم ملایی^۱

John Whyte, MD; William C. Gruber, MD

Cite this: Leading Pfizer Scientist on Vaccine for Kids Under 12 – Medscape – Aug 06, 2021.

کنید. اخیراً دکتر فائوچی (رئیس موسسه آلرژی و بیماری‌های عفونی آمریکا) گفته انتظار ندارد که واکسیناسیون در کودکان زیر ۱۲ سال تا نیمه زمستان انجام شود. من مطمئن نیستم که با چه مستنداتی این صحبت را انجام داده است.

دکتر ویلیام گروبر: بله

بنابراین کمی درخصوص زمان واکسیناسیون در کودکان با ما صحبت کنید، زیرا والدین می‌خواهند بدانند تکلیف واکسیناسیون کودکان در پاییز چگونه خواهد بود.

دکتر ویلیام گروبر: بدیهی است که ما رویکرد و عملکردی دقیق و جدی همانند سایر جمعیت‌ها و حتی با حساسیت و دقت بیشتر، برای اطمینان از ایمنی، اثربخشی و حتی اثرات جانبی این واکسن در کودکان، در پیش می‌گیریم. مشخص شده که واکسن‌های mRNA در گروه‌های سنی پایین تر واکنش‌های بیشتری را از نظر تظاهرات موضعی در محل تزریق یا واکنش‌های سیستمیک مانند تب یا لرز دارند. بنابراین ما خیلی دقیق تر و با احتیاط بیشتری این بررسی‌ها را انجام دادیم، به طور مثال، هنگامی که ما این آزمایشات را با بچه‌های ۱۲ تا ۱۵ ساله شروع کردیم، ابتدا جمعیت کمی را مورد مطالعه قرار دادیم تا اول مطمئن شویم که مشخصات ایمنی در دوز ۳۰ میکروگرم که در

جان وایت: همه گیری کووید منجر به عفونت بیش از ۳۵ میلیون و مرگ بیش از ۶۰۰۰۰۰ نفر در آمریکا شده است. واکسن‌هایی که در بازه زمانی کوتاه (از این نظر بی سابقه) تولید شده اند به کنترل همه گیری کمک کرده و امیدوارم به زودی این پاندمی پایان یابد. با این حال، میلیون‌ها آمریکایی هنوز درخصوص واکسیناسیون کووید ۱۹ تردید دارند. آنها فکر می‌کنند برنامه توسعه واکسن خیلی سریع بوده یا می‌گویند عوارض جانبی آن بسیار جدی و خطرناک است، یا اینکه آنها نمی‌دانند چه کسی را باید باور کنند. من با دکتر ویلیام گروبر - معاون ارشد توسعه و تحقیقات بالینی واکسن فایزر - نشست و گفتگویی را انجام دادم و ایشان به سوالاتی که بیشتر در ذهن شماست پاسخ داد.

- من می‌خواهم در مورد واکسیناسیون در کودکان زیر ۱۲ سال صحبت کنم.

دکتر ویلیام گروبر: بله

جان وایت: واکسن فایزر در آزمایشات بالینی که روی کودکان زیر ۱۲ سال انجام می‌دهد به کجای کار رسیده است؟ قبلاً اعلام شده بود که انتظار دارید اطلاعات مربوط به آن را در پاییز اعلام

^۱ - کارشناس مامایی



اثرزود هنگام واکسن را نشان می‌دهد، در کودکان ۱۲ تا ۱۵ ساله بیشتر از آن چیزی بود که حتی در ۱۶ تا ۲۵ سالگی شاهد بودیم. ایشان همچنین فرمودند: بنابراین در این شرایط ما می‌توانیم واکنشهای موضعی و سیستمیک واکسن را با شروع دوز پایین‌تر، به حداقل برسانیم. همچنین ما شروع به بررسی دوزهای ۳، ۱۰، ۳۰ میکروگرم در جمعیت‌های جوان کردیم (جمعیت بین ۵ تا ۱۱، ۲ تا ۴ و تقریباً ۵ ساله و ۶ ماه تا ۲ ساله) و همراه با کاهش سن جمعیت دوز واکسن‌ها را نیز کاهش دادیم. تعیین بیشترین دوز و بالعکس کمترین دوز که به ما مشخصات و نوع پاسخ ایمنی مناسب را می‌دهد، با در نظر گرفتن سن بسیار موثر بود.

افراد مسن استفاده می‌کنیم، برای این گروه سنی نیز بی خطر و موثر خواهد بود. خوشبختانه ما خوشحالیم از این که نه تنها ثابت کردیم که این واکسن دارای اثرات ایمنی، قابلیت اثربخشی و تحمل است، بلکه این اطمینان خاطر را نیز به ما داد که ما می‌توانیم با اطمینان بیشتر این مطالعه را برای سنین پایین‌تر هم انجام دهیم و ممکن است این واکسن با دوز کمتر برای سنین پایین‌تر نیز به همان اندازه خوب عمل کند و بخشی از این اطمینان ناشی از این است هنگامی که اطلاعات کودکان ۱۲ تا ۱۵ ساله را بررسی می‌کردیم مشاهده کردیم که پاسخ آنتی بادی مجدد (که ما فکر می‌کنیم این یک علامت خوب است که اثربخشی واکسن را در برابر ابتلای مجدد به عفونت کرونا و از بین رفتن

مکاتبات انجام شده با انجمن



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

باسمه تعالی

شماره: ۴۰۰/۱۰۰/۷۰/۲۲۵۴۷

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۶/۰۷

ریاست محترم نظام پزشکی های سراسر کشور

با سلام

احتراما به پیوست تصویر نامه شماره ۶۶۴/۱۱۰۰۱ مورخ ۱۴۰۰/۳/۵ در خصوص ممنوعیت مطلق تهیه، نصب و کاربری تجهیزات و ملزومات پزشکی فاقد مجوزهای قانونی مدیر کل امور تجهیزات و ملزومات پزشکی ایفاد می گردد.

خواهشمند است دستور فرمایید جهت اطلاع رسانی به اعضاء محترم، اقدامات لازم مبذول نمایند.

دکتر محمد جهانگیری
معاون فنی و نظارت



رونوشت:

رئیس محترم انجمن های علمی-تخصصی- جهت استحضار و اقدامات لازم

خیابان کارگر شمالی، بالاتر از ال احمد، خیابان فرش مقدّم (شانزدهم)، پلاک ۱۱۹ کدپستی: ۱۴۳۹۸۳۷۹۵۳ صندوق پستی: ۱۴۳۹۵/۱۵۹۹

تلفن: ۸۴۱۳۰ نمابر: ۸۸۳۳۱۰۸۳ <https://irimc.org> info@irimc.org

مکاتبات انجام شده با انجمن



جمهوری اسلامی ایران
ریاست جمهوری
ستاد مرکزی مبارزه با قاچاق کالا و ارز
باسمه تعالی

معاونت امور مقابله و هماهنگی حقوقی

تاریخ: ۱۳۹۷/۱۱/۰۹

شماره: ۹۷/۱۳۸۱۲/ص

پیوست: ندارد



اقدام سریع

جناب آقای دکتر مسائلی، مشاور محترم وزیر و مدیر کل امور تجهیزات و ملزومات پزشکی سازمان غذا و دارو
جناب آقای آقا بابایی، مدیر کل محترم بازرسی و هماهنگی امور استان ها
جناب سرهنگ بهرامی، رئیس پلیس محترم مبارزه با قاچاق کالا و ارز آگاهی ناجا
جناب آقای پرهام فر، مدیر کل محترم دفتر پیشگیری از قاچاق کالا و ارز
موضوع: پیگیری مصوبات صورت جلسه دوم

سلام علیکم

با احترام، پیرو دعوت نامه شماره ۹۷/۱۳۴۶۶/ص مورخ ۹۷/۱۰/۱۶ پیرامون اجرای مفاد صورت جلسه موضوع نامه
۹۷/۱۳۶۰۸/ص مورخ ۹۷/۱۰/۲۵ قاچاق تجهیزات پزشکی، خواهشمند است از نتایج اقدامات بعمل آمده این دفتر را مطلع نمایید.

یاسر بودا کو بی
سرپرست دفتر هماهنگی امور مقابله
و سرصد تریان ملی قاچاق

رونوشت:

سرکار خانم دکتر سناز بخشنده رئیس گروه ارزشیابی و دیده بانی بیمه های سلامت
جناب آقای معنوی معاون

نشانی: تهران، خیابان شهید بهشتی، بعد از خیابان خالد اسلامبولی (وزراء)، پلاک ۳۰۵ - تلفن ۸۸۱۰۰۹۰۱ - نمابر ۸۸۱۰۰۹۰۲

مکاتبات انجام شده با انجمن

شماره: ۰۰/۲۰۰۶۱۳/ص
تاریخ: ۱۴۰۰/۰۲/۲۱
ساعت: ۰۸:۲۱
فوریت: فوری
پیوست: دارد



جمهوری اسلامی ایران
ریاست جمهوری
سازمان مرکزی مبارزه با قاچاق کالا و ارز

معاونت پیشگیری

باسمه تعالی

«تولید؛ پشتیبانی‌ها، مانع زدایی‌ها»

جناب آقای شاه مرادی، مدیر کل محترم امور تجهیزات و ملزومات پزشکی سازمان غذا و دارو
جناب آقای دکتر ملکوتی، سرپرست محترم دفتر بازرسی و رسیدگی به شکایات سازمان غذا و دارو

سلام علیکم

با احترام، بازگشت به مکاتبات منتهی به نامه‌ی شماره‌ی ۹۷/۱۳۸۱۲/ص تاریخ ۹۷/۱۱/۰۹، درباره‌ی «روند اجرایی پیشگیری و مقابله با عرضه گسترده تجهیزات پزشکی قاچاق (ویدیو اندوسکوپ) در مراکز درمانی»، متأسفانه علی رغم مشخص بودن برخی از تأمین کنندگان کالاهای قاچاق مطابق صورتجلسه‌های تنظیمی دانشگاه‌های علوم پزشکی و مکاتبات قبلی، برخورد مورد انتظار با شخصیت‌های حقوقی و حقیقی مذکور انجام نشده و مطابق اخبار واصله توزیع علنی و گسترده‌تر این محصولات در حال وقوع است. در آسیب‌شناسی انجام‌شده اغلب تخلفات از طریق سوء استفاده از گواهی ثالث ارائه خدمات نسبت به بازاریابی و عرضه تجهیزات پزشکی قاچاق همزمان با ارائه خدمات جانبی می‌پردازند و بازرسین محترم دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز در مقابل ادعاهایی نظیر اهدایی بودن تجهیزات یا جابجایی آن‌ها از مراکز دیگر، فرایند بازرسی را ادامه نداده و فعالیت ایادی ماقبل تأمین تجهیزات مذکور را مورد پیگیری قرار نمی‌دهند.

طبق گزارش‌های واصله و برآوردهای اولیه، حدود ۱۳۰۰ پزشک داخلی و گوارش در مطب‌های مربوطه و حدود ۱۰۰۰ درمانگاه/بیمارستان در حال فعالیت هستند که هر کدام حداقل یک دستگاه ویدئو اندوسکوپ نیاز دارند. مطابق گزارش بازرسی ۳۰ مرکز درمانی سطح کشور، حدود ۸۰٪ مراکز از دستگاه‌های ویدئو اندوسکوپ متفرقه و غیرمجاز استفاده می‌کنند. با توجه به اختلاف قیمت ویدئو اندوسکوپ‌های نو و مستعمل، برآوردهای اولیه نشان‌دهنده حاشیه سود قاچاق این دستگاه‌ها به ارزش بیش از ۱۰۰۰ میلیارد تومان است. فارغ از ابعاد اقتصادی موضوع، به دلیل عبور از بازه زمانی مفید کارکرد، این دستگاه‌ها قابلیت استریلیزاسیون نداشته و ضمن مخاطرات انتقال بیماری‌های بومی سایر مناطق دنیا به داخل کشور، منجر به تشدید عفونت‌های بیمارستانی می‌شوند.

با عنایت به شائبه سازمان‌یافتگی قاچاق و سرایت مفاسد احتمالی به سایر بخش‌ها، خواهشمند است شخصاً در جلسه‌ای که روز یکشنبه

تاریخ ۱۴۰۰/۰۲/۲۶ ساعت ۱۰:۱۵ در محل سالن جلسات شهید سپهبد قاسم سلیمانی ستاد برگزار می‌شود حضور به هم رسانید.

امیر محمد پرلمانی
مدیر کل دفتر پیشگیری از قاچاق کالا و ارز

رونوشت:

- جناب آقای صنایع، بازرس کل محترم واحدهای مجلس، تابعه و ریاست جمهوری سازمان بازرسی کل کشور، برای استحضار و صدور دستور مقتضی.
- جناب آقای دکتر شانه‌ساز، معاون محترم وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو، برای استحضار.
- جناب آقای دکتر عبدالهیان، رئیس محترم مرکز حراست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برای آگاهی و حضور در جلسه.
- جناب آقای سوادکوهی، مدیر کل محترم دفتر هماهنگی امور مقابله و رصد جریان مالی قاچاق، برای آگاهی و حضور در جلسه.
- جناب آقای حاجیه نیاسری، مدیر کل محترم پشتیبانی و خدمات فنی، برای آگاهی و اقدام لازم.
- جناب آقای باقری، مدیر کل محترم حراست، برای آگاهی و اقدام لازم.



..... شماره
تاریخ: ۱۴۰۰/۰۳/۰۵
..... پیوست ندارد

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

**جناب آقای دکتر جهانگیری****معاون محترم نظارت و برنامه ریزی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران****آنی - حائز اهمیت**

با سلام و احترام

با عنایت به گزارشات واصله مبنی بر قاچاق و فروش تجهیزات پزشکی غیر اصیل و فاقد مجوز توسط برخی از افراد سود جو به پزشکان و مراکز درمانی و با توجه به پیگیری ستاد مرکزی مبارزه با قاچاق کالا و ارز ریاست جمهوری درخصوص لزوم تشدید اقدامات نظارتی در برخورد با موارد مشاهده شده اعم از نصب و کاربری تجهیزات پزشکی غیر مجاز، خواهشمند است دستور فرمایید مراتب به اطلاع کلیه همکاران محترم پزشک (و حسب مورد انجمن های تخصصی - علمی پزشکی) درخصوص ممنوعیت مطلق هرگونه اقدام جهت تهیه نصب و کاربری تجهیزات و ملزومات پزشکی فاقد مجوزهای قانونی رسانده شود.

مزید استحضار معروض می گردد وفق مفاد تبصره ۴ الحاقی ماده ۱۸ قانون مبارزه با قاچاق کالا و ارز و تبصره "یک" و بند "الف" (اصلاحی ۱۳۹۴) ماده ۲۷ قانون اخیرالذکر و بند "پ" ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه ای کشور مصوب ۱۳۹۵ و تبصره ۲ ذیل ماده ۳ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی؛ اقدام به تهیه نصب و کاربری از دستگاه پزشکی فاقد مجوزهای قانونی جرم و قابل پیگرد خواهد بود.

در خاتمه از لطف و عنایت جنابعالی درخصوص تامین درخواست این اداره کل صمیمانه سپاسگزاری می گردد.

دکتر سعیدرضا شاهمرادی
مدیر کل امور تجهیزات و ملزومات پزشکی

رونوشت:

- جناب آقای دکتر جان بابایی معاون محترم درمان جهت استحضار
- جناب آقای دکتر شانه ساز معاون محترم وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو جهت استحضار
- جناب آقای دکتر پرهام فر مدیر کل محترم دفتر پیشگیری از قاچاق کالا و ارز جهت استحضار
- معاون محترم غذا و دارو/ معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ... سراسر کشور پیرو نامه شماره ۶۶۴/۱۰۲۲۴ مورخ ۱۴۰۰/۳/۳ جهت استحضار

دبیرخانه: سازمان نظام پزشکی کل کشور
شماره نامه: ۸۸۷۴ / ۷۰ / ۱۰۰ / ۴۰۰
تاریخ: ۱۴۰۰/۰۳/۰۵

مکاتبات انجام شده با انجمن

شماره ۶۶۴/۱۰۴۲۴

تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۰۳

پیوست ندارد



آنی - حائز اهمیت

معاون محترم غذا و دارو / معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی... سراسر کشور

با سلام و احترام

باتوجه به نشست برگزار شده در یکشنبه مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۶ در محل ستاد مرکزی مبارزه با قاچاق کالا و ارز (مستند پیوست) و مباحث مطروحه و تصمیمات اتخاذ شده مقتضی است دستور فرمایید ضمن تشدید اقدامات نظارتی و بازدید از کلیه مراکز درمانی (بیمارستانها ، درمانگاهها، پلی کلینیک ها) و مطب های فعال در زمینه آندوسکوپی دستگاه گوارش علاوه بر بررسی وضعیت دستگاههای ویدئو آندوسکوپ موجود از نظر اصالت، سلامت، کیفیت و ایمنی ، وضعیت مجوز دستگاه منصوب در مرکز (و یا مطب پزشکی) به استناد مدارک قانونی ارائه شده بررسی و در صورت مشاهده و رخداد تخلف (قاچاق) مراتب از طریق شعبه ویژه رسیدگی به جرائم پزشکی (حسب مورد دادسرای مرکز استان/ شهرستان و یا تعزیرات حکومتی) مورد پیگیری و همچنین موضوع حسب مورد باتوجه به ارتباط موسس مرکز درمانی (و یا مسئول فنی مرکز) و پزشک کاربر دستگاه (دو مرکز درمانی و یا مطب) از طریق دادسرای انتظامی نظام پزشکی مرکز استان/ شهرستان مورد پیگیری واقع و نتایج اقدامات به این اداره کل اعلام گردد.

باتوجه به دستور ستاد مرکزی مبارزه با قاچاق کالا و ارز ، تسریع و دقت در انجام دستور مورد تاکید این اداره کل می باشد.

دکتر سعیدرضا شاهمرادی
مدیر کل امور تجهیزات و ملزومات پزشکی

رونوشت:

- جناب آقای دکتر جان بابایی معاون محترم درمان جهت استحضار
- جناب آقای دکتر شانه ساز معاون محترم وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو جهت استحضار
- جناب آقای دکتر پرهام فر مدیر کل محترم دفتر پیشگیری از قاچاق کالا و ارز بازگشت به نامه شماره ۰۰/۲۰۰۶۱۳/ص مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۱ جهت استحضار



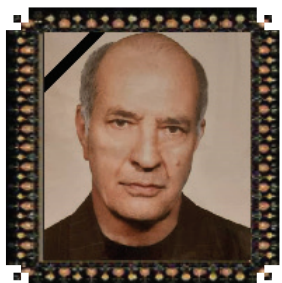
از کلیه متخصصین و فوق تخصص‌های کودکان تقاضا می‌شود تا در سامانه جامع انجمن‌های علمی پزشکی ایران به آدرس: www.ima-net.ir در قسمت ثبت نام عضو جدید در سامانه وارد شوند و فرم مربوطه را تکمیل نموده تا به صورت عضو رسمی انجمن پزشکان کودکان ایران درآیند، خواهشمند است که جهت ثبت نام دقیق و بدون اشکال ابتدا راهنمای ثبت نام در سامانه مذکور را مطالعه و از آن در جهت ثبت نام صحیح خود استفاده فرمایند.

تسلیت

از شمار دو چشم یک تن کم وز شمار خرد هزاران بیش



با نهایت تأسف و تأثر درگذشت استاد فرهیخته طب کودکان، **شادروان جناب آقای دکتر فخرالدین قوامی**، استاد صمیمی و محبوب که از پیشکسوتان خوشنام پزشکی و از ذخایر ارزشمند دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند را به جامعه پزشکی کشور و همه همکاران گرامی، شاگردان و خانواده محترم آن مرحوم تسلیت عرض نموده و از خداوند مهربان برای آن استاد فقید آرامش ابدی و برای بازماندگان صبر و شکیبایی آرزومندیم.



با کمال تأسف و تأثر درگذشت انسانی وارسته، پزشکی مهربان و دلسوز، **شادروان جناب آقای دکتر سید امان اله احسانی**، همکار محترم متخصص کودکان را خدمت همکاران محترم تسلیت عرض نموده، از خداوند مهربان برای این عزیز سفر کرده آرامش ابدی و رحمت الهی و برای خانواده‌های محترم، سلامتی و صبر جمیل آرزومندیم.



با کمال تأسف و تأثر درگذشت همکار گرانقدر، **شادروان جناب آقای دکتر علی مختار معصومی**، متخصص کودکان را خدمت همکاران محترم تسلیت عرض نموده، از ایزد منان برای آن مرحوم آرامش ابدی و رحمت الهی و برای بازماندگان، سلامتی و صبر جمیل آرزومندیم.

انجمن پزشکان کودکان ایران



فرم ثبت نام اعضای انجمن پزشکان کودکان ایران

نام :	نام خانوادگی :	نام پدر :	شماره شناسنامه :
Name :	last Name :		کد ملی :
شماره نظام پزشکی :		تاریخ تولد :	محل تولد :
فارغ التحصیل دانشکده پزشکی :		سال اخذ دکترا :	
متخصص رشته :		سال اخذ تخصص :	دانشگاه :
نوع کار :	آزاد :	دولتی :	نام موسسه مربوطه :
آدرس مطب :		رتبه دانشگاهی :	
		تلفن :	
آدرس محل کار :		تلفن :	
آدرس منزل :		تلفن :	
آدرس پست الکترونیک :		تلفن همراه :	
		محل مهر و امضاء :	
		تاریخ :	
مدارک مورد نیاز: ۱- ۲ قطعه عکس ۴ × ۳ (برای اعضای جدید) ۲- فتوکپی (آخرین مدرک تخصصی، شناسنامه، کارت نظام پزشکی، کارت ملی) از هر کدام ۱ برگ (برای اعضای جدید) ۳- تکمیل فرم ثبت نام، نام و نام خانوادگی به لاتین نیز نوشته شود. (خوانا) ۴- لطفاً آدرس کامل را مرقوم فرمایید. ۵- پرداخت حق عضویت به مبلغ ۱,۲۰۰,۰۰۰ ریال به حساب جاری شماره ۴۵۰۶۰۷۲۱ بانک تجارت، شعبه مرکزی (کد ۴۵۰). مدارک فوق همراه با اصل فیش حق عضویت پرداختی به نشانی انجمن ارسال گردد.			
تهران: خیابان ولیعصر، خیابان بزرگمهر، تقاطع فلسطین، شماره ۲۰، کد پستی ۱۴۱۶۹۳۴۸۹۶ IRANIAN SOCIETY OF PEDIATRICS No: 20, Bozorgmehr Street, Valiasr avenue, Tehran, Iran Zip code 1416934896			

همایش سالیانه انجمن پزشکان کودکان ایران

و

چهل و دومین بزرگداشت استاد دکتر محمد قریب

42

Annual Congress of Iranian Society of Pediatrics

&

42nd Memorial Congress of Professor Mohammad Gharib

WEBINAR Presentation

۳۰ اردیبهشت تا ۱۱ تیر ۱۴۰۰

روزهای پنجشنبه و جمعه

May-June-July 2021

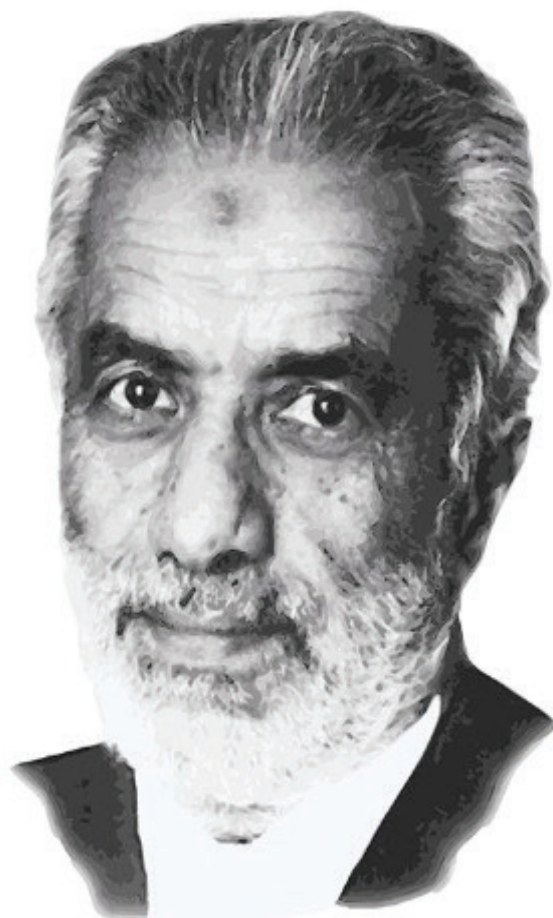
دبیر علمی: خانم دکتر کتایون خاتمی دبیر اجرایی: آقای دکتر حامد شفق

لینک شرکت در وبینار

www.skyroom.online/ch/aveedme.com/irpediatrics

دارای حداکثر ۳ امتیاز بازآموزی برای هر روز،
در مجموع ۳۶ امتیاز بازآموزی برای دوره کامل وبینار

کسب امتیاز بازآموزی منوط به ثبت نام الکترونیک در
سامانه یکپارچه آموزش مداوم و پرداخت هزینه برنامه،
همچنین شرکت و موفقیت در آزمون پایانی می باشد.



برگزارکننده: انجمن پزشکان کودکان ایران

Website: www.irpediatrics.com Email: info@irpediatrics.com