



## چکیده مقالات

همایش سالانه انجمن پزشکان کودکان ایران  
چهل و پنجمین بزرگداشت استاد دکتر محمد قریب

محل برگزاری: تهران، مرکز همایش های بین المللی رازی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

چکیده مقالات

همایش سالیانه انجمن پزشکان کودکان ایران

و

چهل و پنجمین بزرگداشت استاد دکتر محمد قریب

۳ لغایت ۶ تیرماه ۱۴۰۳

برگزارکننده:

انجمن پزشکان کودکان ایران



## کمیته برگزاری همایش:

۱. دکتر علی ربانی
۲. دکتر سید محمدرضا بلورساز
۳. دکتر محمد زنوزی راد
۴. دکتر علی فرجی
۵. دکتر مهدی سالک اردستانی
۶. دکتر محمود حقیقت
۷. دکتر رضا شروین بدو
۸. دکتر فرهاد ابوالحسن چوبدار
۹. دکتر امیر بهاری بندری
۱۰. دکتر علیرضا عشقی
۱۱. دکتر فریبا شیروانی
۱۲. خانم مریم ملایی

## کمیته اجرایی همایش:

۱. دکتر علی ربانی (ریاست همایش)
۲. دکتر سید محمدرضا بلورساز (دبیر علمی همایش)
۳. دکتر محمد زنوزی راد (دبیر اجرایی همایش)
۴. دکتر علی فرجی
۵. دکتر مهدی سالک اردستانی
۶. دکتر محمود حقیقت
۷. دکتر رضا شروین بدو
۸. دکتر فرهاد ابوالحسن چوپدار
۹. دکتر امیر بهاری بندری
۱۰. دکتر علیرضا عشقی
۱۱. دکتر فریبا شیروانی
۱۲. خانم مریم ملایی
۱۳. دکتر سمیه نامجو
۱۴. دکتر کامران صفوی پور
۱۵. دکتر شمس اله نوری پور
۱۶. دکتر یوسف مجتهدی
۱۷. دکتر شهرزاد زاده مدرس
۱۸. دکتر حسین بابایی
۱۹. دکتر مسعود حیدری
۲۰. خانم فاطمه سلامی
۲۱. آقای خالق حمزوی

## اعضای هیئت علمی همایش (به ترتیب حروف الفبا):

۱. دکتر غلامرضا ابراهیمی
۲. دکتر محمد مهدی ابراهیمی نسب
۳. دکتر حسن ابوالقاسمی
۴. دکتر فهیمه احسانی پور
۵. دکتر محمد تقی ارزانیان
۶. دکتر فرحناک اسدی
۷. دکتر محمد اسماعیل زاده
۸. دکتر بهار اشجعی
۹. دکتر محمود رضا اشرفی
۱۰. دکتر فریبا اعلایی
۱۱. دکتر کامبیز افتخاری
۱۲. دکتر سید ابوالفضل افجه
۱۳. دکتر بهار اله وردی
۱۴. دکتر فرشته امیدبخش
۱۵. دکتر ابوالفضل ایرانی خواه
۱۶. دکتر فرید ایمان زاده
۱۷. دکتر ویدا ایمانی
۱۸. دکتر جواد آخوندیان
۱۹. دکتر رضا آزادی
۲۰. دکتر فریدون آشنایی
۲۱. دکتر سید مهدی آل حسین
۲۲. دکتر محمد آهنگر داودی
۲۳. دکتر حسین بابایی
۲۴. دکتر داوود بادبرین
۲۵. دکتر آرش بردبار
۲۶. دکتر محمد برزگر
۲۷. دکتر بهزاد برکتین
۲۸. دکتر سید محمد رضا بلورساز
۲۹. دکتر امیر بهاری
۳۰. دکتر مهران بیرقی
۳۱. دکتر زهرا پارساپور
۳۲. دکتر علیرضا پارساپور
۳۳. دکتر ندا پاک
۳۴. دکتر مائده پرویزی
۳۵. دکتر بهنام پنجوی
۳۶. دکتر حسن پورمشتاق
۳۷. دکتر مریم تشویقی
۳۸. دکتر عبدالحمید تقی زاده
۳۹. دکتر سعید توکلی
۴۰. دکتر نجمه توکلیان
۴۱. دکتر امیر حسین ثابتیان
۴۲. دکتر مهزاد جاوید
۴۳. دکتر محسن جعفری
۴۴. دکتر نرگس جعفری
۴۵. دکتر امیر حسین جعفری روحی
۴۶. دکتر شبنم جلیل القدر
۴۷. دکتر بهروز جلیلی
۴۸. دکتر فرهاد ابوالحسن چوبدار
۴۹. دکتر عاطفه حبیبی
۵۰. دکتر مریم حسن زاد
۵۱. دکتر امیر حسین حسینی
۵۲. دکتر سید محمد تقی حسینی طباطبایی
۵۳. دکتر نسرین حسینی نژاد
۵۴. دکتر محمود حقیقت
۵۵. دکتر غلامرضا خاتمی
۵۶. دکتر احمد خالق نژاد
۵۷. دکتر محمود خدابنده
۵۸. دکتر نسترن خسروی
۵۹. دکتر رفیع خورگامی
۶۰. دکتر خدیجه دانشجو

۶۱. دکتررزیتا داوری
۶۲. دکتر بهناز دربان
۶۳. دکتر صلاح الدین دلشاد
۶۴. دکتر حسین دلیلی
۶۵. دکتر مهدی دوایی
۶۶. دکتر نسرین دودانگی
۶۷. دکتر حجت اله راجی
۶۸. دکتر کتایون رازجویان
۶۹. دکتر محمود راوری
۷۰. دکتر علی ربانی
۷۱. دکتر خسرو رحمانی
۷۲. دکتر مریم رزاقی آذر
۷۳. دکتر هانی رستمی راد
۷۴. دکتر امیر رضایی
۷۵. دکتر صدیقه رفیعی طباطبایی
۷۶. دکتر پژمان روحانی
۷۷. دکتر محسن روزرخ
۷۸. دکتر علی اکبر رهبری منش
۷۹. دکتر محمدعلی رئیسی
۸۰. دکتر غلامرضا زمانی
۸۱. دکتر فاطمه زمانی
۸۲. دکتر محمد زنوزی راد
۸۳. دکتر محسن زهرایی
۸۴. دکتر علی اکبر زینالو
۸۵. دکتر مهدی سالک
۸۶. دکتر محمدکاظم سبزه ای
۸۷. دکتر رضا سعیدی
۸۸. دکتر زهرا سلطان تویه
۸۹. دکتر محمدحسین سلطان زاده
۹۰. دکتر علی اصغر سلیمانی
۹۱. دکتر هادی سماعی
۹۲. دکتر شهناز سمسارزاده
۹۳. دکتر شیرین سیاح فر
۹۴. دکتر علی اکبر سیاری
۹۵. دکتر فاطمه سیاری فرد
۹۶. دکتر غلامحسین شاهچراغی
۹۷. دکتر رضا شروین بدو
۹۸. دکتر غزال شریعت پناهی
۹۹. دکتر مصطفی شریفیان
۱۰۰. دکتر الهام شفیقی
۱۰۱. دکتر بی بی شهین شمسیان
۱۰۲. دکتر رضا شیاری
۱۰۳. دکتر روح الله شیرزادی
۱۰۴. دکتر فریبا شیروانی
۱۰۵. دکتر اسماعیل صادقی
۱۰۶. دکتر مهناز صادقیان
۱۰۷. دکتر بنفشه صداقت
۱۰۸. دکتر سعید صدر
۱۰۹. دکتر مهدی صرافی
۱۱۰. دکتر کامران صفوی پور
۱۱۱. دکتر کیهان صیادپور
۱۱۲. دکتر وحید ضیایی
۱۱۳. دکتر علی طالع
۱۱۴. دکتر پرویز طباطبایی
۱۱۵. دکتر سیداحمد طباطبایی
۱۱۶. دکتر حامد طبسی زاده
۱۱۷. دکتر شیرین طریقت تهرانی
۱۱۸. دکتر محمدرضا طلوع
۱۱۹. دکتر آرش عباسی
۱۲۰. دکتر محمدرضا عبدالصالحی

۱۲۱. دکتر فریبا عربگل
۱۲۲. دکتر ندا عشایری
۱۲۳. دکتر علیرضا عشقی
۱۲۴. دکتر مرضیه عصاره
۱۲۵. دکتر محمد عفت پناه
۱۲۶. دکتر یحیی عقیقی
۱۲۷. دکتر جواد علاقبند راد
۱۲۸. دکتر محمد غفرانی
۱۲۹. دکتر فروزان فارس
۱۳۰. دکتر سمیه فتاحی
۱۳۱. دکتر سیدحسین فخرایی
۱۳۲. دکتر محمد فرانش
۱۳۳. دکتر علی فرجی
۱۳۴. دکتر فریبا فرنقی
۱۳۵. دکتر فاطمه فرهمند
۱۳۶. دکتر خلیل فریور
۱۳۷. دکتر محمدرضا فضل الهی
۱۳۸. دکتر مسعود فلاح نژاد قاجاری
۱۳۹. دکتر محمدعلی فلاحی
۱۴۰. دکتر سیدعلیرضا فهیم زاد
۱۴۱. دکتر محمد قرگزلو
۱۴۲. دکتر ملیحه کدیور
۱۴۳. دکتر حسین کریمی
۱۴۴. دکتر عبدالله کریمی
۱۴۵. دکتر ناصر کلانتری
۱۴۶. دکتر مجید کیوان فر
۱۴۷. دکتر جتبی گرجی
۱۴۸. دکتر مائده گوران
۱۴۹. دکتر فریدون مجتهدزاده
۱۵۰. دکتر سیدیوسف مجتهدی
۱۵۱. دکتر محمدتقی مجنون
۱۵۲. دکتر مصطفی محاوری
۱۵۳. دکتر امیرحسین محبوبی
۱۵۴. دکتر پریسا محقق
۱۵۵. دکتر محمود محمدی
۱۵۶. دکتر علی مددی
۱۵۷. دکتر محمدرضا مدرسی
۱۵۸. دکتر سیدعلیرضا مرنندی
۱۵۹. دکتر زیبا مسیبی
۱۶۰. دکتر داوود مطهری زاد
۱۶۱. دکتر علی مظاهری
۱۶۲. دکتر رامین مظفری
۱۶۳. دکتر فرزانه معتمد
۱۶۴. دکتر حسین معصومی اصل
۱۶۵. دکتر مصطفی معین
۱۶۶. دکتر منصور ملائیان
۱۶۷. دکتر الهه ملکان راد
۱۶۸. دکتر علی ملکی
۱۶۹. دکتر آرمن ملکیان
۱۷۰. دکتر ستاره ممیشی
۱۷۱. دکتر رکسانا منصور قناعی
۱۷۲. دکتر مسعود موحدی
۱۷۳. دکتر مهدیه موسوی
۱۷۴. دکتر علی اکبر مومن
۱۷۵. دکتر مهرزاد مهدی زاده
۱۷۶. دکتر عظیم مهرور
۱۷۷. دکتر حسین میرلوحی
۱۷۸. دکتر آرش میرمحمد صادقی
۱۷۹. دکتر علیرضا میلانی فر
۱۸۰. دکتر سحر نادری



۱۸۱. دکتر محمدمهدی ناصحی
۱۸۲. دکتر محمدحسین نبیان
۱۸۳. دکتر فریده نجات
۱۸۴. دکتر مهتری نجفی
۱۸۵. دکتر شهربانو نخعی
۱۸۶. دکتر نوید نمازی
۱۸۷. دکتر ثمیله نوربخش
۱۸۸. دکتر ضیاءالدین نوروزی
۱۸۹. دکتر زهرا نوع پرست
۱۹۰. دکتر محمدعلی نیلفروشان
۱۹۱. دکتر زهرا واحدی
۱۹۲. دکتر کوروش وحیدشاهی
۱۹۳. دکتر امیررضا وفایی
۱۹۴. دکتر نکیسا هومن
۱۹۵. دکتر نفیسه یازرلو
۱۹۶. دکتر آیه یراقی

## به نام خداوند جان و خرد

استادان، فرهیختگان و همکاران عزیز

انجمن پزشکان کودکان ایران مفتخر است که همایش سالیانه انجمن پزشکان کودکان و چهل و پنجمین بزرگداشت استاد فقیه دکتر محمد قریب پس از چند سال مجدداً میزبان شما خواهد بود.

در اینجا خلاصه موضوعات مطروحه در کنگره تقدیم حضورتان می شود. با نگاه اجمالی به خلاصه سخنرانی ها فرصت انتخاب مشروح مقالات و سخنرانی ها را از طریق کانال انجمن پزشکان کودکان ایران خواهید داشت.

**دکتر علی ربانی**

**رئیس همایش**

## زندگینامه زنده یاد استاد دکتر محمد قریب

استاد دکتر محمد قریب مرد مسلمان و متعهدی بود که همه عمر پربار خویش را با این دو صفت گذراند. اعتقادات دینی وی که از پرورش صحیح در خانواده ای متدین ریشه گرفته بود، نه تنها با جوانی و سفر فرنگ و غور و تفحص در فرهنگ و تمدن غرب کاستی نیافت، بلکه روز به روز بر عمق و ظرافت آن افزوده شد. آنچه دکتر محمد قریب را شاخص می نمود هوش سرشار، علاقه وافر به فراگیری، قدرت انتقال سریع، قدرت کار و استقامت در مقابل مشکلات بود. کلاس درس استاد که تقریباً همیشه بر بالین بیمار بود، در نوع خود مکتبی از پیشرفته ترین روش های علمی کنونی به شمار می رفت. استاد شاگرد را در برابر بیمار و مسایل وی قرار می داد، او را به تفکر و تعقل و سخن گفتن و امی داشت و سپس راهنمایی می نمود. دکتر محمد قریب در سال ۱۲۸۸ در تهران، در خانواده ای اصیل و مذهبی به دنیا آمد. پدرش مرحوم علی اصغر از مردم گرکان بود. دوران ابتدایی را در دبستان سیروس و متوسطه را در دارالفنون گذراند. در سال ۱۳۰۶ با اولین گروه دانشجویان ایرانی برای تحصیل در رشته پزشکی به فرانسه رفت و در محضر استادان مشهور زمان به تحصیل طب پرداخت. او نخستین ایرانی بود که در کنکور انترنای پاریس موفق گردید و در رشته های اطفال و پوست به ادامه تحصیل پرداخت. رساله دکترای خود را با عنوان وقفه تنفسی شیرخواران با درجه بسیار خوب گذراند و سال ۱۳۱۷ به میهن مراجعت نمود و با دوشیزه زهرا قریب دختر مرحوم آقا میرزا عبدالظیم خان قریب ازدواج کرد و نتیجه این پیوند مبارک، دو پسر و دو دختر می باشد، پسران ایشان به پزشکی اشتغال دارند.

استاد در سال ۱۳۱۹ شروع به تدریس در دانشگاه پزشکی تهران نمود. دکتر محمد قریب ابتدا در بیمارستان رازی و سپس در بخش کودکان بیمارستان هزار تختخوابی شروع به فعالیت نمود. در سال ۱۳۴۷ بعد از پایان ساختمان مرکز طبی کودکان که توسط ایشان و مرحوم دکتر حسن اهری پایه گذاری شده بود، به ادامه فعالیت در این مرکز پرداخت. در سال ۱۳۱۹ کتاب بیماری های اطفال را به رشته تحریر درآورد و در سال ۱۳۳۵ به تجدید نظر و چاپ مجدد آن مبادرت نمود. به اتفاق مرحوم دکتر حسن اهری دو جلد کتاب به نام مشکلات طبی کودکان تالیف کرد که بسیار جالب و آموزنده است. ایشان پایه گذار انجمن پزشکان کودکان ایران بود، سال ها مقام پیشکسوتی و ریاست انجمن را به عهده داشت، در جامعه بین المللی متخصصین اطفال از افراد سرشناس بود و یکبار نیز به عضویت هیات رئیسه آن انتخاب گردید. مرحوم دکتر قریب سفرهای متعدد به نقاط مختلف گیتی نمود ولی بارها اذعان می نمود که هرگز به اندازه سفر حج و لحظات لبیک از ساعات زندگی خود لذت نبرده است و این سعادت دو بار نصیب وی گردید.

### سال های آخر

عمر استاد بهترین درس برای شاگردانش بود. بیماری کشنده سرطان برای مردی که خود همه چیز را می دانست هرگز وی را از راه راست ادامه تدریس، معاینه بیماران و کمک به درماندگان باز نداشت. ایمان وی به خدا در آن ایام واضح تر گشت، حتی در بستر بیماری در آخرین روزهای حیات، لحظه ای دم از شکر خالق فرو نیست، تنها چند روزی از درس و بحث بازماند. استاد در اول بهمن ۱۳۵۳ در سن ۶۵ سالگی در حالی که پرتو وجودش به یاران و درماندگان روشنی می داد، به سرای باقی شتافت. برای روح آن بزرگوار طلب رحمت خداوندی و برای فرزندان و یاران ارجمندش تندرستی و توفیق خدمات آرزو می کنیم. یادش همواره گرمی باد.

## فهرست مقالات

---

### بیماری های نوزادان

- ◆ کونژونکتیویت نوزادی ..... ۱۶
- دکتر زیبا مسیبی

---

### بیماری های عفونی

- ◆ اپی گلو تیت ..... ۱۸
- دکتر حسین معصومی اصل
- ◆ هیپاتیت C در کودکان ..... ۱۹
- دکتر شیرین سیاح فر

---

### بیماری های گوارشی

- ◆ تشخیص و درمان بیماری رفلکس در کودکان ..... ۲۱
- دکتر مهناز صادقیان
- ◆ کلستاز ..... ۲۲
- دکتر کامبیز افتخاری
- ◆ تشخیص و درمان بیماری سلیاک در کودکان ..... ۲۳
- دکتر کتایون خاتمی

◆ ۲۴..... علائم بالینی ریفلکس معده به مری در شیرخواران و کودکان

دکتر آرمن ملکیان

---

### بیماری های اعصاب

◆ ۲۶..... مروری بر تشخیص و درمان سردرد کودکان

دکتر علی اکبر مومن

◆ ۲۷..... آنچه پزشک اطفال از سی تی اسکن مغز باید بداند

دکتر فریده نجات

◆ ۲۸..... شگفتی های تکامل حواس بویایی و چشایی در دوران جنینی و تاثیر آن بر تمایلات غذایی

دکتر شهناز سمسارزاده، دکتر ملیکا ابدالی

---

### رماولوژی

◆ ۳۰..... سندرم مارشال چیست؟

دکتر عاطفه حبیبی

---

### خون

◆ ۳۲..... نکات مهم فقر آهن کودکان

دکتر بابک عبدالکریمی

---

### ریه

◆ ۳۴..... داروهای جدید در سیستمیک فیبروزیس

دکتر امیرحسین جعفری روحی

---

### بیماری های غدد

◆ ۳۶..... بلوغ زودرس

دکتر علی مظاهری

---

## جراحی

◆ عوارض ختنه راه‌های پیشگیری و درمان ..... ۳۸

دکتر صلاح الدین دلشاد

◆ اعمال جراحی الکتیو در کودکان و نوزادان ..... ۴۴

دکتر محمدرضا طلوع

---

## قلب

◆ درگیری قلب در بیماری‌های روماتولوژیک ..... ۴۶

دکتر فریدون آشنایی

---

## روانپزشکی

◆ مشکلات روانشناختی در کودکان دارای اختلالات جسمی ..... ۴۸

دکتر مائده پرویزی

◆ ارزیابی روانپزشکی کودکان ..... ۴۹

دکتر رزیتا داوری آشتیانی

---

## دندانپزشکی

◆ اهمیت و ضرورت نگهداری و درمان دندان‌های شیری در کودکان ..... ۵۱

دکتر مسعود فلاح نژاد قاجاری

◆ کنترل رفتاری دارویی کودکان در درمان‌های دندانپزشکی، درمان تحت آرامبخشی ..... ۵۲

دکتر مصطفی محاوری

◆ معرفی ساختار و فعالیت‌های کلینیک فلوشیپ دندانپزشکی بیمارستانی کودکان ..... ۵۳

دکتر محمد اسماعیل زاده

---

## خواب

◆ رویکرد به بی خوابی در کودکان ..... ۵۵

دکتر زهرا سلطان توبه

---

## متفرقه

◆ چالش های اخلاق پزشکی در مراقبت از کودکان در طب کودکان ..... ۵۷

دکتر ملیحه کدیور

◆ چالش های قانونی مسمومیت های شایع کودکان ..... ۵۸

دکتر فریبا فرنقی

---

## پوستر

◆ بررسی ارتباط ورزش با رشد قامت کودکان ۷-۱۲ ساله مراجعه کننده به بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران ۱۴۰۱-۱۴۰۲ ..... ۶۱

دکتر مرجان محمدنوری

◆ پارامترهای تازه CBC اتوماتیک و کاربرد آنها در طب کودکان ..... ۶۲

دکتر علی ملکی

**بیماری های نوزادان**





## کونژونکتیویت نوزادی

دکتر زیبا مسیپی<sup>۱</sup>

کونژونکتیویت نوزادی می تواند به علت التهاب، عفونت (باکتریال، ویرال) و یا انسداد مجرای اشکی باشد. تشخیص سریع براساس تاریخچه (بخصوص تاریخچه پره ناتال)، زمان بروز، نوع علائم و تست های آزمایشگاهی است که می تواند منجر به درمان مناسب و کاهش عوارض ناشی از بیماری شود.

چند مورد از کونژونکتیویت هایی که می تواند در دوران نوزادی و اوایل شیرخوارگی اتفاق افتد، به اختصار عبارتند از: شیمیایی: یک تا دو روز بعد از استفاده قطره یا پمادهای چشمی اتفاق می افتد و در ظرف ۴۸-۲۴ ساعت خودبخود بهبود می یابد.

کلامیدیایی: به صورت قرمزی چشم، تورم پلک با ترشحات موکوپروولانت یک یا دوطرفه که در ظرف ۱۴-۵ روز بعد از تولد ظاهر می شود. رنگ آمیزی گیمسا بر روی نمونه بدست آمده از scraping ملتحمه، PCR/ NAATs، کشت سلولی برای تشخیص مناسب است. درمان به صورت سیستمیک با اریترومايسين یا آزیترومایسین می باشد.

گونوکوکی: علائم ۵-۲ روز پس از تولد به صورت حاد و با ترشحات چرکی فراوان، کیموزیس و ادم شدید پلک تظاهر یافته و عدم درمان باعث اولسر، اسکار، پرفوراسیون قرنیه و کوری خواهد شد. تشخیص با تست های میکروبیولوژیک می باشد. نوزادان با کونژونکتیویت گونوکوکی باید برای ارزیابی پاسخ به درمان بستری شده و از نظر عفونت منتشر نیز بررسی شوند.

درمان شامل تک دوز وریدی یا عضلانی یک سفالوسپورین نسل سوم همراه با درمان موضعی می باشد. سایر علل باکتریال: شامل استافیلوکوک، پنوموکوک، استرپتوکوک و ... که می توانند چندین روز بعد از تولد ایجاد شوند و اغلب نیز به درمان با آنتی بیوتیک های موضعی یا پمادها پاسخ مناسب می دهند.

ویروسی: گرچه کونژونکتیویت هرپسی شیوع کمتری دارد اما منجر به تخریب شدید چشم می شود و نیاز به درمان سیستمیک با آسیکلوویر و درمان موضعی دارد.

پیشگیری در وهله اول با یک good prenatal care و درمان عفونت ها در طول حاملگی صورت می گیرد. پس از تولد ممکن است برحسب قوانین موجود در کشورها از پروفیلاکسی موضعی و یا به علت احتمال تماس داخل رحمی یا حین تولد با عفونت ها از پروفیلاکسی سیستمیک استفاده شود.

**بیماری های عفونی**



## اپی گلو تیت

دکتر حسین معصومی اصل<sup>۱</sup>

اپی گلو تیت التهاب حاد اپی گلوت و ساختمان های اطراف بصورت سلولیت است که با وجود اینکه نادر است ولی تهدید کننده حیات از طریق انسداد حاد مجرای هوایی می باشد. اپی گلو تیت در هر سنی رخ می دهد ولی شایع ترین سن ۳-۷ سالگی است. اتیولوژی آن در ۹۰ درصد موارد هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ B است در بقیه موارد استافیلوکوک اورئوس، استرپ پنومونیه، استرپ گروه A و گاهی ویروس هایی مانند آدنوویروس ها و کووید-۱۹ می باشد. در کشورهایی که از واکسن هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ B استفاده می کنند موارد اپی گلو تیت با استرپ گروه A رو به افزایش است. شروع علائم ناگهانی بصورت تب بالا، درد گلو، آب ریزش از دهان، دیسفاژی و دیسترس تنفسی می باشد و بیمار تمایل به نشستن و جلو دادن سینه و خم کردن گردن به عقب دارد وضعیت (Sniffing) استریدور شدت علائم را نشان می دهد. تشخیص بالینی است ولی کشت گلو، رادیوگرافی گردن و معاینه ته حلق هم کمک می کند. در تشخیص افتراقی کروب، باکتریال تراکئیت، تونسیلار و پری تونسیلار آبنه، اوولایتیس و دیفتری مطرح است. مهمترین پیام این سخنرانی این است که بدلیل احتمال انسداد ناگهانی ناشی از معاینه گلو با آبلانگ، در زمان شک به این عفونت معاینه گلو باید حتما در بیمارستان و در حضور متخصص بیهوشی انجام شود. عوارض اپی گلو تیت انسداد ناگهانی مجاری هوایی، هیپوکسی، سپسیس، سپتیک شوک و مرگ می باشد. درمان شامل مایع درمانی، اکسیژن درمانی و استفاده از آنتی بیوتیک مناسب مانند سفوتاکسیم، سفتریاکسون و سفوروکسیم می باشد برای پروفیلاکسی می توان از ریفامپین روزانه به میزان ۲۰ میلی گرم به ازای هر کیلو وزن بدن بصورت تک دوز برای ۴ روز برای کودک بیمار، والدین و مراقبین کودک که در تماس بوده اند استفاده کرد. برای اولین بار اپی گلو تیت ناشی از ویروس COVID-۱۹ در یک کودک ۴ ساله از ایران گزارش شده است.

**کلمات کلیدی:** اپی گلو تیت، هموفیلوس آنفلوآنزای تیپ B، دیسفاژی و دیسترس تنفسی

## هیپاتیت C در کودکان

دکتر شیرین سیاح فر<sup>۱</sup>

تخمین زده می شود که ۵۸ میلیون نفر در سراسر جهان با ویروس هیپاتیت C زندگی می کنند. از این تعداد ۳/۲ میلیون نفر را کودکان و نوجوانان تشکیل می دهند. تقریباً ۱/۵ میلیون عفونت جدید سالانه رخ می دهد و ۲۹۰۰۰۰ مرگ به عفونت با HCV نسبت داده می شود که اکثر آنها بدلیل سیروز و کارسینوم کبدی است.

انتقال HCV از فرد به فرد از طریق خون آلوده، استفاده مجدد و یا استریل کردن ناکافی تجهیزات پزشکی و استفاده از از فرآورده های خونی آلوده اتفاق می افتد. استفاده از سرنگ آلوده، خالکوبی و همچنین فعالیت های جنسی که منجر به قرار گرفتن در معرض خون می شود نیز می تواند باعث انتقال شود.

راه اصلی انتقال در کودکان به صورت عمودی از مادر به کودک است که با احتمال ۵٪ و در صورت عفونت همزمان HIV/HCV تا ۱۰٪ می تواند رخ دهد.

عفونت مزمن با HCV معمولاً در دوران کودکی بدون علامت است، اگرچه موارد نادری از فیروز پیشرفته و نارسایی کبدی گزارش شده است. عفونت همزمان HIV/HCV و HBV/HCV با تسریع پیشرفت بیماری و افزایش خطر تبدیل به بدخیمی همراه است. مطالعات اخیر نشان می دهد پس از انتقال پری ناتال، پاکسازی خود به خودی ویروس (SVC) spontaneous viral clearance تا ۶۶ درصد در سن متوسط ۱۲ ماهگی رخ می دهد.

غربالگری اولیه HCV از طریق آزمایش HCV Ab انجام می شود. با این حال HCV Ab مثبت نمی تواند بین عفونت قبلی (درمان شده یا پس از SVC) و ویرمی فعلی تمایز قائل شود. یک آزمایش HCV Ab مثبت باید با آزمایش کمی یا کیفی NAAT برای تشخیص HCV-RNA دنبال شود. آزمایش HCV Ab منفی طی ۶ ماه پس از در معرض قرار گرفتن با HCV نیاز به NAAT یا تکرار آزمایش آنتی بادی حداقل ۶ ماه پس از مواجهه دارد.

البته توصیه های غربالگری HCV برای کودکان خردسال در معرض ابتلا از طریق پری ناتال متفاوت است، زیرا آنتی بادی های HCV مادر ممکن است تا ۱۸ ماه اول زندگی باقی بمانند. به همین دلیل فقط NAAT باید قبل از سن ۱۸ ماهگی انجام شود و آزمایشات سرولوژیکی از ۱۸ ماهگی توصیه می شود.

در سال ۲۰۲۰، CDC غربالگری HCV را حداقل یک بار برای همه بزرگسالان بالای ۱۸ سال و در طول هر بارداری توصیه کرد، به استثنای مواردی که شیوع  $HCV < 0.1\%$  باشد.

غربالگری جهانی HCV جزء حیاتی استراتژی حذف HCV است و آزمایش HCV در بارداری برای پیگیری مناسب و تشخیص زودهنگام و درمان کودکان در معرض پری ناتال ضروری است.

توصیه های اخیراً درمان ضد ویروسی را برای کودکان مبتلای بالای ۳ سال، صرف نظر از شدت بیماری، توصیه می کند.

نقطه پایانی درمان به صورت عدم وجود HCV RNA، ۱۲ هفته پس از پایان درمان تعریف می شود.

{sustained virological response} (SVR<sup>۱۲</sup>).

**بیماری های گوارشی**



## تشخیص و درمان بیماری رفلاکس در کودکان

دکتر مهناز صادقیان<sup>۱</sup>

رفلاکس معده به مری یا GER یک فرآیند فیزیولوژیک طبیعی است که در نوزادان، کودکان و بزرگسالان سالم رخ می دهد. GERD زمانی رخ می دهد که دوره های رفلاکس با عوارضی مانند ازوفازیت یا اختلال وزن گیری همراه باشد. تشخیص و مدیریت (GERD) در نوزادان و کودکان همچنان یک چالش است. ابزار تشخیصی استاندارد طلایی تشخیص GERD در نوزادان و کودکان وجود ندارد. تاریخچه بالینی و معاینه فیزیکی برای شناسایی علائم و نشانه های هشدار دهنده و افتراق GERD از سایر اختلالات زمینه ای مهم هستند. تکنیک های تصویر برداری مانند باریوم سوالو، اسکنتوگرافی و سونوگرافی تنها در ۵۰ درصد موارد و تنها یک تا دو اپیزود رفلاکس را نشان دهند. مطالعه با باریوم تنها در مورد بررسی علل اناتومیکی رفلاکس کمک کننده است. سونوگرافی برای تشخیص GERD اندیکاسیون ندارد زیرا نتایج به وضوح وابسته به سونولوژیست است. آندوسکوپی و انجام بیوپسی برای بررسی ازوفازیت و مواردی مانند هماتمز، دیسفاژی، یا اختلال رشد یا کم خونی و برای تشخیص عوارض GERD، مانند ازوفازیت اروزینو، تنگی و مری بارت، یا برای تشخیص بیماری هایی که ممکن است شبیه به GERD باشند، مانند ازوفازیت ائوزینوفیلیک کمک کننده باشد pH متری و MII امکان تشخیص رفلاکس اسیدی و غیر اسیدی را فراهم می کند. از آنجایی که MII گران است، این تکنیک تنها در تعداد محدودی از مراکز موجود است. مطالعات مانومتري و بررسی موتیلیتی، رفلاکس را اندازه نمی گیرند، اما ممکن است در نشان دادن علت GERD مفید باشند. تریال تراپی با PPI در کودکان ارزشمند نیست.

**درمان:** درمان غیر دارویی مانند رعایت پوزیشن، بهبود تکنیک تغذیه و غلیظ کردن شیر، ادامه تغذیه با شیر مادر، استفاده از پروبیوتیک ها، حذف موقت لبنیات لازم است در درمان مورد توجه قرار گیرند. کودکان چاق در معرض افزایش خطر ابتلا به علائم GER هستند و کاهش وزن توصیه می گردد. شواهد کافی برای توصیه به ماساژ درمانی، درمان مکمل (هیپنوتیزم درمانی، هومیوپاتی، طب سوزنی و داروهای گیاهی) برای کاهش علائم GERD وجود ندارد. درمان های دارویی مانند سرکوب کننده های اسید و پروبیوتیک ها در جایگاه مناسب باید استفاده شوند. درمان جراحی در موارد GERD مقاوم به درمان پیشنهاد می گردد. روش radiofrequency ablation راه جدیدی برای درمان GERD می باشد.

## کلستاز

دکتر کامبیز افتخاری<sup>۱</sup>

کلستاز شیرخواری کلستاز نوزادی به افزایش طولانی مدت بیلی روبین کونژوگه تا بعد از ۱۴ روز اول تولد گفته می شود که با کاهش جریان صفراوی همراه با افزایش بیلی روبین مستقیم یا کونژوگه مشخص می شود. می تواند ثانویه به علل عفونی، ژنتیک، متابولیک یا اختلالات ناشناخته باشد. بطور کلی به دو دسته داخل و خارج کبدی تقسیم می شود: خارج کبدی شامل انسداد یا آسیب مجاری صفراوی مخصوصاً آترزی صفراوی. داخل کبدی که خود به دو دسته تقسیم می شود: آسیب مجاری صفراوی داخل کبدی: مانند هیپوپلازی یا کاهش تعداد مجاری صفراوی. آسیب سلول های کبدی شامل بیماری های متابولیک، بیماری های ویروسی و هیپاتیت ایدیوپاتیک.

اپروچ: قدم اول، اثبات کلستاز است. (بیلی روبین کونژوگه بیش از ۲۰٪ بیلی روبین توتال باشد) قدم دوم، شناسایی علل کلستاز است. قدم سوم، افتراق بین آترزی صفراوی خارج کبدی از هیپاتیت نوزادی است. قدم آخر، بررسی درمان های اختصاصی و درمان های نگهدارنده است. تشخیص زودرس اختلالات قابل درمان بویژه آترزی مجاری صفراوی و اختلالات متابولیک (مثل: هیپوتیروئیدی، تیروزیمی یا گالاکتوزمی) حائز اهمیت است.

کلستاز نوزادی همیشه پاتولوژیک است. (برخلاف ایکتر غیر کونژوگه) آزمایشات اولیه ضروری شامل: ALT، Bil T، D، CBC، AST، ALKP،  $\gamma$ GT، پروتئین توتال و آلبومین، PT، INR، PTT، پانل کامل متابولیک، ارزیابی از نظر سپسیس، تست عرق سونوگرافی شکم برای ارزیابی ناهنجاری های ساختاری هیپاتوبیلیاری و ارگان های داخل شکمی (مشخصه آترزی صفراوی: عدم وجود کیسه صفرا و وجود علامت طناب مثلثی TACS) سینتی گرافی کبدی صفراوی (اسکن هایدا): برای رد کردن آترزی صفراوی، در نهایت برای تشخیص قطعی نیاز به بیوپسی می باشد. هیچ درمان مؤثر شناخته شده ای برای متوقف کردن پیشرفت کلستاز یا جلوگیری از آسیب بیشتر سلول کبدی و سیروز وجود ندارد. نارسایی رشد از جمله عوارض مهم این بیماری است که می تواند باعث سوءتغذیه، سوءجذب و سوءهاضمه چربی ها در رژیم غذایی باشد.

همه بیماران مبتلا نیاز به مراقبت های حمایتی دارند. تغذیه با فورمولاهای حاوی MCT، مکمل سازی با ویتامین های محلول در چربی، بهبود جریان صفرا توسط عوامل کلرتیک (فنوباربیتال، UDCA) و درمان عوارض فیروز و سیروز پیشرونده (آسیت و خونریزی از واریس).

## تشخیص و درمان بیماری سلیاک در کودکان

دکتر کتابون خاتمی<sup>۱</sup>

بیماری سلیاک یک بیماری سیستمیک با واسطه سیستم ایمنی است که ارگان های مختلف بدن را درگیر می کند و در افراد مستعد از نظر ژنتیک، مصرف گلیادین گندم باعث ایجاد علامت می شود. تظاهرات گوارشی شایعترین علایم بیماری سلیاک بوده و شامل اسهال مزمن، دل درد مزمن، یبوست مزمن، استفراغ و دیستانسیون شکمی می باشد. عدم وزن گیری، تظاهرات نورولوژیک و رفتاری، آرتريت یا آرتراالژی، قد کوتاه، تاخیر بلوغ و آنمی فقر آهن از علایم غیر گوارشی بیماری سلیاک هستند. اولین قدم برای تشخیص این بیماری، اندازه گیری IgA سرم و آنتی بادی ضدترانس گلوتامیناز بافتی از نوع IgA (tTG-IgA) است (در حالی که بیمار دارای رژیم حاوی گلوتن باشد). در صورت tTG-IgA سرم بالای حد نرمال، بیمار تحت آندوسکوپی قرار گرفته و نمونه بافتی از دئودنوم برای تشخیص بیماری گرفته می شود. اگر بیمار علایم مشکوک به بیماری سلیاک را داشته و سطح سرمی tTG-IgA بالای ده برابر نرمال باشد، آنتی بادی ضد آندومزیال اندازه گیری شده که در صورت مثبت بودن، تشخیص سلیاک داده می شود و نیازی به انجام آندوسکوپی ندارد. آنتی بادی ضد گلیادین برای تشخیص بیماری سلیاک حساس نیست و توصیه نمی شود. در حال حاضر رژیم غذایی تنها درمان این بیماری است که باید مادام العمر رعایت شود، لازم است تشخیص بیماری قبل از شروع رژیم غذایی قطعی شود و تجویز رژیم غذایی فاقد گلوتن به منظور رد یا تایید بیماری سلیاک به هیچ عنوان توصیه نمی شود. مواد غذایی حاوی گلوتن عبارتند از گندم، جو، چاودار، محصولات غذایی حاوی گلوتن شامل سوپ، رشته آش، ماکارونی، شیرینی، نان، نسکافه، سس سفید و مایونز، میوه های خشک آماده، آجیل های شور آماده، غذاهای فراوری شده مانند شنیتسل، سوسیس، کالباس و گوشت آماده باید از رژیم غذایی بیمار حذف شوند. هر بیمار مبتلا به سلیاک باید از نظر وضعیت تغذیه ای و کمبود کالری و آنمی فقر آهن (CBC) و Ferritin بررسی گردد و مداخله لازم جهت اصلاح آنها انجام گیرد. از آنجایی که استئوپنی در بیماری سلیاک شایع است، مکمل کلسیم و ویتامین D به میزان متناسب با سن باید برای بیمار تجویز شود.

کلمات کلیدی: کودکان - سلیاک - تشخیص - درمان

۱- فوق تخصص گوارش و کبد کودکان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات گوارش، کبد و تغذیه کودکان، پژوهشکده سلامت



## علائم بالینی ریفلاکس معده به مری در شیرخواران و کودکان

دکتر آرمن ملکیان طاقی<sup>۱</sup>

ریفلاکس معده به مری (GER) به عبور محتویات معده به مری اشاره می کند. بیماری ریفلاکس معده به مری (GERD) به ریفلاکسی اشاره دارد که پیامدهای پاتولوژیک مانند ازوفازیت، اختلال تغذیه با کاهش وزن یا عوارض تنفسی ایجاد کند. به طور کلی تصور می شود بیشتر تظاهرات بالینی با واسطه ریفلاکس اسید باشد. اغلب با علائم ازوفازیت (تحریک پذیری، اپیستوتونوس، آپنه، تهوع، بی میلی به غذا، استفراغ) و در نهایت اگر ادامه داشته باشد منجر به اختلال رشد می شود. به طور طبیعی در اکثر موارد در ۱۲-۲۴ ماه برطرف می شود. این شکایت با افزایش سن کودکان تا حدودی کاهش می یابد. سندرم ساندیفر تظاهرات تنفسی نیز به سن بستگی دارد. GERD در نوزادان ممکن است به صورت آپنه انسدادی یا به صورت استریدور یا راه هوایی تحتانی دیده شود. لارنگومالاسی یا دیسپلازی برونش ریوی. اوتیت مدیا، سینوزیت، هیپریپلازی لنفوئید، گرفتگی صدا، ندول های تارهای صوتی و ادم حنجره همه با GERD مرتبط هستند. تظاهرات راه هوایی در کودکان بزرگتر است. علائم هشدار دهنده اولین قدم در ارزیابی این بیماران است علائم انسداد یا بیماری گوارشی: شامل استفراغ صراوی، خونریزی گوارشی، هِماتمزیس، هِماتوشزی، استفراغ مداوم و شدید، شروع استفراغ بعد از شش ماه زندگی، یبوست، اسهال، حساسیت در لمس شکم، اتساع شکم، علائم یا نشانه هایی که نشان دهنده بیماری سیستمیک یا عصبی هستند: هپاتواسپلنومگالی، فونتanel برجست، ماکروسفالی یا میکروسفالی، تشنج، هیپوتونی یا هیپرتونی (به عنوان مثال، فلج مغزی) | اختلالات ژنتیکی (به عنوان مثال، تریزومی ۲۱) علائم غیر اختصاصی: تب، پنومونی، بی حالی، وزن گیری نامناسب و اختلال رشد.

بیماری های اعصاب



## مروری بر تشخیص و درمان سردرد کودکان

دکتر علی اکبر مومن<sup>۱</sup>

در بررسی اخیر شیوع تخمینی سردرد بعنوان شایعترین شکایت عصبی در کودکان حدود ۴/۵۸٪ می باشد. سردرد علت اصلی ۳/۱۱٪ - ۰/۱۶٪ از کل موارد بستری در اورژانس کودکان بوده که غالباً ناشی از عفونت های تنفسی فوقانی است. فراوانی سردرد های عود کننده با توجه به سن از ۵/۴٪ در کودکان ۴-۶ ساله تا ۴/۲۷٪ در نوجوانان ۱۶-۱۸ ساله متغیر می باشد. تقسیم بندی IHS سردرد را به اختلالات سردرد اولیه و ثانویه تقسیم، که در اولیه، سردرد خود بیماری بدون هیچ اختلال دیگری است. نوع اولیه شامل سردرد میگرنی، تنشی، خوشه‌ای، سایر سفالژی‌های اتونومیک و بقیه اختلالات سردرد اولیه است. در فرم ثانویه، سردرد علامت ناهنجاری ساختاری، متابولیکی یا سایر اختلالات بوده و باید به علائم افزایش ICP و اختلال عملکرد عصبی پیشرونده توجه ویژه بشود.

علائم خطر شامل: اولین یا بدترین سردرد در طول عمر، حمله جدید سردرد، افزایش شدت یا فرکانس سردرد، سردرد ناحیه پشت سری، سردردی که سبب بیدار شدن از خواب شده، سردرد صبحگاهی با استفراغ و سردرد همراه با زور زدن. سردردهای ثانویه ممکن است به صورت حاد (SAH) تحت حاد (مننژیت) یا پیشرونده (نئوپلاسم) باشند. ارزیابی بالینی بعنوان موثرترین روش غربالگری که هدفش نه تنها رسیدن به یک تشخیص خاص، بلکه ایجاد یک رابطه درمانی با کودک و والدین است. سردردها معمولاً حاد (عفونت ویروسی یا سایر عفونت ها) عود شونده حاد (میگرن یا خوشه‌ای) مزمن غیر پیشرونده (تنشی) یا مزمن پیشرونده (افزایش ICP) هستند. ارزیابی باید شامل گرفتن هیستوری و معاینات دقیق جنرال و نورولوژیکی و با توجه به نقش احتمالی و تاثیر فاکتورهای روانی، حوادث و سبک زندگی با استرس فراوان در بروز سردردهای عود شونده باشد. نوع آزمایشات به تشخیص های افتراقی براساس شرح حال، خصوصیات و زمان بروز سردرد و نیز معاینات فیزیکی و نورولوژیکی بستگی دارد. اگر شکایت یا علائمی از اختلالات نورولوژیکی فوکال یا پیشرونده دارند، باید تصویربرداری مغزی انجام شود. نوارمغز و سایر تست های نوروفیزیولوژیک روتین نیستند. نزد کودکان با سردرد احتمال برخورد با ناملایمات روانی - اجتماعی بیشتر و نیز در طول زندگی احتمال مواجه با حملات سردرد و مشکلات جسمانی و روانی بیشتری بوده و این مسائل نگرانی هایی را برای آینده شان دربر خواهد داشت.

## آنچه پزشک اطفال از سی تی اسکن مغز باید بداند.

دکتر فریده نجات<sup>۱</sup>

سی تی اسکن مغز مدالیتی تصویری است که به جهت سهولت دسترسی، سرعت انجام و قیمت کمتر بسیار شایع و فراوان مورد استفاده قرار می گیرد. خطر در معرض اشعه قرار گرفتن و دقت کمتر در مقایسه با ام آر آی از مضرات این مدالیتی تصویری می باشد. در طب اطفال در برخورد با کودک دچار نقص عصبی یا سردرد، شک به عفونت داخل مغزی و خصوصاً متعاقب ضربه سر سی تی اسکن مغز انجام و نتایج اولیه تا حدود زیادی مشکل را حل می کند. بر مبنای یافته های سی تی اسکن که ضایعه دارای چه نمایی است ایزودنس، هیپو یا هیپردنس است تشخیص ضایعه تا حدود زیادی مشخص می شود در عین حال بر مبنای وضعیت سولکوسها و آناتومی خط وسط می توان مشکلات همراه را نیز معین کرد. در این بحث یافته های سی تی اسکن طبیعی و بیماری های مختلف شایع مورد بحث قرار می گیرد.

## شگفتی های تکامل حواس بویایی و چشایی در دوران جنینی و تاثیر آن بر تمایلات غذایی

دکتر شهناز سمسارزاده<sup>۱</sup>، ملیکا ابدالی<sup>۲</sup>

یکی از چالش‌های مهم در پزشکی کودکان و متخصصان این رشته علاوه بر تعیین دوز صحیح و درک تداخلات دارویی، اطمینان از روش و زمان مناسب تجویز دارو به گونه‌ای است که خواب کودک مختل نشود. والدین و حتی کودکان اغلب ترجیح می‌دهند داروها طعم و ظاهر جذابی داشته باشند. با این حال، مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر پذیرش دارو توسط کودکان، بوی دارو است که معمولاً علت اصلی عدم تمایل آنها به مصرف دارو می‌باشد. در مورد این موضوع، با مرور تعدادی مقاله از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۴، فرایند تکامل حس چشایی و بویایی در دوران جنینی به اختصار بررسی شده است.

حس چشایی جنین: حس چشایی در جنین از اوایل بارداری شروع به توسعه می‌کند. در هفته‌های اولیه، جوانه‌های چشایی در دهان جنین شکل می‌گیرند که قادر به تشخیص طعم‌های پایه مانند شیرین، ترش، شور و تلخ هستند. با پیشرفت بارداری، این جوانه‌های چشایی نسبت به طعم‌های مختلف حساس‌تر می‌شوند. جنین می‌تواند به طعم‌های مختلف موجود در مایع آمنیوتیک واکنش نشان دهد؛ برای مثال، ممکن است به طعم تلخ اخم کند و به طعم شیرین لبخند بزند. این واکنش‌ها نشان‌دهنده تأثیر رژیم غذایی مادر بر تجربیات چشایی جنین است.

حس بویایی جنین: به طور مشابه، حس بویایی در جنین از اوایل بارداری شروع به توسعه می‌کند. بین هفته‌های ۱۱ تا ۱۵، اولین سلول‌های گیرنده بویایی در بینی جنین شکل می‌گیرند که به آن امکان تشخیص بوها در مایع آمنیوتیک را می‌دهد. با پیشرفت بارداری، سیستم بویایی جنین پیچیده‌تر می‌شود. تا هفته‌های آخر بارداری، جنین می‌تواند طیف وسیعی از بوها را تشخیص داده و به آنها واکنش نشان دهد. این تجربیات بویایی می‌توانند بر ترجیحات بویایی و غذایی کودک در آینده تأثیر بگذارند.

نتایج تحقیق و مداخلات تغذیه‌ای: نتایج تحقیق نشان می‌دهد که حرکات جنینی (FM) به طعم‌های موجود در رژیم غذایی مادر واکنش نشان می‌دهند و جنین‌ها می‌توانند این طعم‌ها را تا حداقل هفته ۳۲ بارداری تمایز دهند. در تحقیق مشخص شد که در مواجهه با طعم کلم، جنین‌ها بیشتر حرکات صورت گریه‌آلود نشان می‌دهند که شامل افزایش لب بالا (FM۱۰)، پایین‌کشنده لب پایین (FM۱۶)، کشش لب (FM۲۰) و فشار لب (FM۲۴) است. در مقابل، مواجهه با طعم هویج باعث افزایش حرکات صورت خندان می‌شود که با افزایش حرکات کشش گوشه لب (FM۱۲) مشخص می‌شود. این یافته‌ها نشان‌دهنده تأثیر رژیم غذایی مادر بر تجربیات چشایی جنین و بیان چهره‌ای آنهاست. این تجربیات چشایی و بویایی پیش از تولد می‌توانند پذیرش طعم‌های خاصی را پس از تولد افزایش دهند، که نشان‌دهنده اهمیت انتخاب های غذایی مادر در شکل‌گیری تجربیات حسی اولیه و عادات غذایی طولانی‌مدت کودک است. تشویق مادران باردار به مصرف غذاهای سالم و متنوع می‌تواند به پذیرش بهتر این طعم‌ها توسط کودکان در آینده کمک کند و به این ترتیب عادات غذایی سالم‌تری را برای آنها ایجاد کند.

**Keywords:** Smell- Olfaction- Taste- Flavor- Fetus- Fetal- Infant- Newborn- Pregnancy- Gestation- Diet- Maternal diet- Face movment

۱- متخصص نوزادان و کودکان، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی

۲- کمیته تحقیقات تغذیه، دانشجوی فوق لیسانس دانشکده تغذیه و علوم غذایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

رماٲولوژی 

## سندرم مارشال چیست؟

دکتر عاطفه حبیبی<sup>۱</sup>

**مقدمه:** تب یک تظاهر بالینی ناشی از ترشح مواد درونزاد به نام سیتوکین می باشد. ترشح این مواد می تواند علل عفونی و یا غیر عفونی (از جمله اختلال عملکرد سیستم ایمنی) داشته باشد. دسته ای از بیماری ها که ناشی از اختلال عملکرد سیستم ایمنی ذاتی بوده بیماری های خودالتهابی نام گرفته اند که یکی از بارزترین علامت گروهی از آنها بروز تب های دوره ای با یا بدون علائم التهابی در ارگان های دیگر باشد.

**بحث:** یکی از شایعترین بیماری های تب دوره ای در دوران کودکی سندرم مارشال PFAPA (تب دوره ای، آفت، آدنیت و فارنژیت) می باشد. سن شروع علائم معمولاً زیر ۵ سال بوده و مشخصه آن دوره های منظم تب در هر بیمار با توالی هر ۴-۶ هفته می باشد. سایر علائم همراه شامل فارنژیت، آدنیت گردنی و استوماتیت آفتی است. وجود همزمان تمامی علائم بالینی ذکر شده در تمامی حملات الزامی نمی باشد. دوره بیماری بین ۳ تا ۷ روز (متوسط ۴ روز) می باشد. در فواصل بین حملات کودک بدون علامت می باشد و فاکتورهای التهابی نرمال است. علت زمینه ای این بیماری تاکنون ناشناخته است و تست آزمایشگاهی اختصاصی جهت این سندرم وجود ندارد. علیرغم داشتن زمینه خانوادگی جهش ژنتیکی خاصی تاکنون برای آن یافت نشده است. تشخیص آن براساس آخرین کرایتریای بالینی که در سال ۲۰۱۹ توسط EUROFEVER/PRINTO منتشر شد داده می شود. در حال حاضر درمان های موجود بر پایه پیشگیری از حملات و درمان حملات می باشد. سندرم مارشال معمولاً تا سنین نوجوانی برطرف می شود ولی موارد نادری تا بزرگسالی پایدار می ماند. علیرغم سایر بیماری های خودالتهابی عارضه آمیلوئیدز تاکنون در این سندرم گزارش نگردیده است.

**نتیجه:** شناخت بهتر این گروه از بیماری ها توسط پزشکان شاغل در زمینه کودکان جهت افتراق آن از عفونت های رایج در این سنین و پیشگیری از مصرف بی دلیل آنتی بیوتیک ها الزامی می باشد.

**کلیدواژه ها:** سندرم مارشال، تب های دوره ای، بیماری های خودالتهابی PFAPA

خون





## نکات مهم فقر آهن کودکان

دکتر بابک عبدالکریمی<sup>۱</sup>

کمبود آهن شایع ترین کمبود تغذیه ای در سراسر جهان و یک مشکل مهم بهداشت عمومی به ویژه در کودکان کشورهای در حال توسعه است. در حال حاضر درمان کلاسیک آنمی فقر آهن توسط متخصصین کودکان و پزشکان عمومی انجام می شود ولی آنمی فقر آهن مقاوم به درمان حاوی نکات تشخیصی بسیار ظریفی هست که باید توسط متخصصین هماتولوژی کودکان مورد بررسی قرار گیرد. در حال حاضر با ایجاد تنوع غذایی و شناخت غذاهای آلرژی زا فرم جدیدی از انواع آنمی فقر آهن در کودکان مورد توجه قرار گرفته است که در راس این علل بیماری سلیک قرار دارد که باعث از دست دادن خون مزمن از دستگاه گوارش و التهاب در سطح جذبی آهن در روده می شود. کمبود آهن ممکن است در غیاب کم خونی ایجاد شود و بافت ها ممکن است از این وضعیت تحت تاثیر قرار گیرند. شایع ترین علل کمبود آهن در کودکان شامل دریافت ناکافی همراه با رشد سریع، وزن کم هنگام تولد و از دست دادن دستگاه گوارش مربوط به مصرف بیش از حد شیر گاو است. اصول اصلی در مدیریت کم خونی فقر آهن شامل بررسی و رفع علت منجر به فقر آهن، جایگزینی کمبود، بهبود تغذیه و آموزش بیمار و خانواده است. در این مقاله رویکردهای کاربردی در تشخیص و درمان فقر آهن و به خصوص در حوزه آلرژی های گوارشی منجر به فقر آهن مورد بررسی قرار می گیرد.

ريپه 

## داروهای جدید در سیستمیک فیبروزیس

دکتر امیرحسین جعفری روحی<sup>۱</sup>

سیستمیک فیبروزیس (CF)، یک بیماری مزمن محدود کننده زندگی است که به دلیل جهش در ژن CFTR ایجاد می شود. سیستمیک فیبروزیس در اثر جهش یا تغییر در ژن CFTR ایجاد می شود. این ژن کدی را ارائه می دهد که به بدن می گوید چگونه پروتئین CFTR را بسازد. این پروتئین تعادل نمک و آب را در ریه ها و سایر بافت ها کنترل می کند. همه افراد دو نسخه از ژن CFTR دارند و برای ایجاد CF باید در هر دو نسخه جهش وجود داشته باشد. بیش از ۱۷۰۰ جهش در ژن CFTR شناسایی شده است. اگرچه برخی از آنها رایج هستند، برخی دیگر نادر هستند و تنها در افراد کمی یافت می شوند. تا همین اواخر، درمان های موجود تنها برای کنترل علائم وجود داشتند و نمی توانستند روند بیماری را تغییر دهند. داروهای جدید توسعه یافته در دهه گذشته، پتانسیل تغییر بیان، عملکرد و پایداری پروتئین CFTR را دارند و اساس نقص مولکولی را هدف قرار می دهند. در این مقاله داروهای جدید، با تمرکز ویژه بر امیدوار کننده ترین تحقیقات بالینی که تا به امروز انجام شده است، ارائه شده است. این داروهای جدید تأیید شده که جهش های خاص CFTR را هدف قرار می دهند، عمدتاً به دو گروه اصلی تعدیل کننده های CFTR تقسیم می شوند: Potentiators و Correctors. درمان های جدید راه را برای درمان های منحصر به بیمار و بالقوه اصلاح کننده بیماری برای مبتلایان به CF باز کرده اند. درمان های تعدیل کننده CFTR برای اصلاح پروتئین غیر طبیعی ساخته شده توسط ژن CFTR، طراحی شده اند.

چهار تعدیل کننده CFTR برای افراد دارای جهش های خاص CFTR عبارتند از: Trikafta، Smdeko، Orkambi و Kalydeco

بیماری‌های غدد



## بلوغ زودرس

دکتر علی مظاهری<sup>۱</sup>

بلوغ گذر از کودکی و ورود به نوجوانی است و شامل تغییرات ثانویه جنسی، رشد سریع خطی و استخوانی است. که اگر در سنین کمتر از ۹ سالگی در پسران و ۸ سالگی در دختران رخ دهد، بلوغ زودرس گفته میشود و می تواند پیامدهایی به دنبال داشته باشد و نیازمند مداخله طبی باشد. در دختران بلوغ زودرس بطور معمول علت ایدیوپاتیک دارد و در پسران علت مهمتر و عامل زمینه ای دارد. در صورت بروز تلارک در دختران زیر ۸ سال و تغییرات ظاهری و تغییر سایز در دستگاه ژنیتال در پسران کمتر از ۹ سال می باید به دنبال علت بلوغ زودرس بود و در صورت نیاز درمان انجام شود. در دختران بالای ۶ سال بیشتر موارد خوش خیم هستند و در کمتر مواردی با عامل زمینه ای جدی روبرو هستیم. ولی در پسران زیر ۹ سال بطور معمول عامل زمینه ای خطیری وجود دارد که باید به دنبال آن گشت. بروز بلوغ زودرس در کودکان سبب نگرانی و اضطراب در والدین می شود. نکته مهم پذیرش پدر و مادر و کودک و اطمینان از قامت نهایی کودک هست که میتوان با پیگیری دوره ای بلوغ را رصد کرد و در صورت لزوم با مداخله دارویی آنرا کنترل کرد. هر بلوغی زودرس محسوب نمیشود و نیاز به درمان ندارد.

جراحی



## عوارض ختنه، راه‌های پیشگیری و درمان

دکتر صلاح الدین دلشاد<sup>۱</sup>

همانند بسیاری از اعمال جراحی، ختنه نیز عوارض گوناگونی دارد. باید گفت که هر کدام از روش‌ها، دارای عوارض خاص خود است، توجه به عوامل مؤثر در پیدایش عوارض، موجب کاهش آن‌ها می‌گردد. بعضی از عوارض همچون خون‌ریزی و نکروز عواقب بسیار ناخوشایند دارند. عوارض را می‌توان در دو گروه اصلی زودرس و دیررس مورد مطالعه قرار داد.

الف) عوارض زودرس ختنه

- ۱- خونریزی
- ۲- نکروز گلانس و تنه
- ۳- آسیب دیدگی گلانس و تنه
- ۴- ادم و تورم
- ۵- عفونت
- ۶- احتباس حاد اداری
- ۷- برداشتن مقدار زیاد از پوست
- ۸- برداشت ناقص پوست

### خونریزی:

در روش جراحی، خونریزی به علت عدم دقت در لیگاتور یا کوتتری عروق خونریزی دهنده پیش می‌آید. در برخی موارد به علت آزاد شدن یا باز شدن گره‌های عروق نیز رخ می‌دهد. بیش‌ترین خونریزی از عروق تحتانی و ناحیه فرنلوم و در درجه بعد از عروق فوقانی (dorsal) می‌باشد. ست‌های جراحی ختنه باید به تعداد کافی حاوی پنس و موسکیتو باشد تا پس از بریدن پوست و مخاط پره پوس، بتوان عروق خونریزی دهنده را با آن‌ها مسدود نمود (هموستاز). در صورتی که پزشک ختنه کننده تجربه کافی داشته باشد، از کوتتری و در غیر این صورت از نخ‌های کرومیک ۰/۴ و ۰/۵ برای هموستاز، استفاده می‌نماید. برای لیگاتور عروق، پزشک ختنه کننده حتما نیاز به دستیار دارد. ممکن است علیرغم لیگاتور و کوتتری، پس از رفتن کودک به منزل به علت باز شدن لیگاتور یا آزاد شدن لخته نوک عروق، خونریزی شروع شود. خونریزی در روش حلقه ۳ تا ۱۰ درصد گزارش شده است. یکی از دلایل خونریزی در روش حلقه، جابه‌جا شدن رینگ و آزاد شدن عروق بریده شده به سمت پروگزیمال حلقه و پیدایش هماتوم است. هماتوم جمع شده بین مخاط و پوست به مرور زمان از نقطه ضعیفی به بیرون راه پیدا کرده و تبدیل به خون ریزی می‌گردد. بیش‌ترین خونریزی از محل فرنلوم می‌باشد. درمان خون‌ریزی در روش جراحی عبارت است از انجام بی‌حسی یا بی‌هوشی مجدد و باز کردن بخیه‌های پوست و مخاط، پاک نمودن نسوج از هماتوم، سپس پیدا کردن عروق خون‌ریزی دهنده و لیگاتور یا کوتتریزه نمودن آن‌ها.

برای درمان خون ریزی به دنبال ختنه در کودکانی که به روش حلقه انجام گرفته، لازم است پس از بی حسی یا بی هوشی، با بریدن نخ حلقه، حلقه برداشته شده و پس از شستن محل ختنه با نرمال سالین ولرم، هموستاز عروق خون ریزی دهنده انجام گیرد (با استفاده از لیگاتور کرومیک ۰/۴ یا کوتری) پس از اطمینان از هموستاز، پوست و مخاط را باید با کرومیک دوخت و روش را به جراحی تبدیل نمود. در صورتی که خونریزی با تأخیر رخ داده و لبه‌های پوست و مخاط ایسکمیک شده باشد، باید لبه‌ها را بریده و سپس از نو دوخته شود. می‌توان به هنگام انجام ختنه به روش فرنلوم را کوتریزه نمود و از بروز خونریزی پیشگیری به عمل آورد. در برخی موارد می‌توان با گذاشتن گاز به عرض ۱ میلی متر و طول ۱ میلی متر در بین حلقه و گلانس در ناحیه خونریزی محل فرنلوم، و فشار دادن آن، خون ریزی را کنترل نمود.

### نکروز گلانس و تنه:

در روش جراحی اکثریت قریب به اتفاق نکروزهای گلانس و تنه ناشی از سوختگی با کوتری است. استفاده از کوتری برای بریدن پوست، عامل اصلی در بروز این عارضه هولناک است. در این عارضه درجات آسیب متفاوت است. گاه نکروز فقط منحصر به لایه‌های اپی تلیال گلانس و پوست تنه است. گاه عمیق تر بوده و تمامی گلانس و تنه آلت سوخته و نکروزه می‌شود. در هر دو حالت ادرار کردن کودک ممکن است طبیعی و یا با مشکل همراه باشد. در نوع اول احتمال استفاده از فلاپ‌های پوستی مقدور بوده اما در سوختگی عمیق کار خاصی برای ترمیم انجام پذیر نبوده و باید دبریدمان صورت گیرد. برخی از جراحان ترمیمی با استفاده از فلاپ‌های عضلانی و پروتز برای ایجاد آلت مصنوعی تلاش می‌کنند. در روش حلقه، اکثراً قرار گرفتن نخ در خارج حلقه و گره خوردن آن روی تنه آلت، عامل ایسکمی و نکروز نسج و در برخی موارد پیدایش فیستول و احیاناً نکروز و گانگرن می‌باشد. در چنین حالتی احتباس شدید ادراری محتمل است و کودک را بیقرار می‌کند.

### آسیب دیدگی گلانس:

در اغلب موارد در روش جراحی اتفاق می‌افتد. بهنگام بریدن پره پوس با بیستوری به خطا قسمتی از گلانس نیز بریده می‌شود. ترمیم سریع گلاس به همراه پیوند مجرای ادرار توسط یک جراح اطفال یا ارولوژیست اطفال ضروری است.

### تورم و ادم:

از عوارض زودرس و شایع است و اکثراً ناشی از دستکاری بیش از حد پره پوس و یا فشار روی تنه آلت می‌باشد به نحوی که مانع برگشت جریان لنفاوی می‌گردد. استفاده غیر صحیح از ابزارها برای انجام ختنه نیز یکی دیگر از عوامل پیدایش اختناق لنفاوی است. تجویز آنتی بیوتیک موضعی و خوراکی به همراه قرار دادن آلت در آب ولرم از روش‌های درمانی مؤثر است. در صورت مشاهده باندهای پوستی، آزاد نمودن آن‌ها ضروری است.



**عفونت محل ختنه:**

بسیار کم دیده می‌شود و ۵-۱٪ گزارش شده است. در برخی مقالات تا ۱۲٪ نیز احصاء شده است. تجویز آنتی بیوتیک می‌تواند در پیشگیری کمک نماید. در صورت بروز عفونت ضمن شستشوی روزانه با نرمال سالین ولرم، آنتی بیوتیک موضعی و خوراکی تجویز می‌گردد.

**احتباس حاد ادراری:**

احتباس ادراری اکثراً بعلت اسپاسم دریچه خروجی مثانه ناشی از درد و مسائیل روحی و روانی رخ می‌دهد و اغلب موارد پس از کاهش درد و سوزش و آرامش کودک خودبخود بهبود می‌یابد. در برخی حالات لازم است با مداخله پزشک و گذاشتن سوند مثانه، درمان گردد. در موارد نادر، بسته شدن واقعی مجرای ادرار در روش‌های جراحی، ناشی از بخیه بوده که معمولاً به دست افراد کم تجربه رخ می‌دهد. در روش حلقه هنگامی که دهانه مجرا (مه آ) بسمت و نترال بوده و حلقه روی آن را می‌پوشاند احتباس ادراری رخ می‌دهد و ادرار کردن کودک همراه با سوزش خواهد بود. در برخی موارد آزادسازی فرنلوم و جابه‌جا نمودن دهانه مجرای ادرار احتباس ادراری را خاتمه می‌دهد. در احتباس شدید لازم است حلقه باز گردیده و ختنه به نوع جراحی تبدیل شود.

**برداشتن مقدار زیادی از پوست آلت:**

در هر دو نوع جراحی و حلقه رخ می‌دهد. کشیدن بیش از حد پوست توسط دستیار و عدم اندازه‌گیری صحیح پوست به تناسب طول آلت توسط پزشک ختنه کننده، دو عامل اصل این عارضه می‌باشند. در اغلب موارد گلانس به پوست عانه نزدیک یا چسبیده است. اصلاح این عارضه توسط جراح ترمیمی، با استفاده از فلاپ های پوستی مقدور می‌باشد. باید گفت که هیچکدام از فلاپ‌های پوستی جایگزین واقعی پوست آلت نبوده و در آینده مشکلاتی به همراه خواهد داشت.

**ختنه ناقص یا برداشتن مقدار کمی از پوست پره پوس:**

در بسیاری از کشورهای اروپایی برداشتن مقداری از پره پوس به عنوان ختنه تلقی می‌شود، اما در کشور ما این به مفهوم ختنه ناقص بوده و اغلب موجب اعتراض والدین می‌گردد. باید توجه کرد که در کودکان چاق که چربی قابل توجه در ناحیه عانه دارند که باعث فرو رفتن آلت ختنه شده در آن می‌شود با ختنه ناقص اشتباه گرفته نشود. در ختنه ناقص مقدار پوست روی آلت از طول تنه آلت بیش تر است و مقدار زیادی از گلانس را می‌پوشاند و نیاز به عمل جراحی اصلاحی دارد. در نوع فرورفتگی ناشی از چربی زیاد ناحیه عانه، به هنگام کشیدن آلت به بیرون، طول پوست با طول تنه آلت متناسب بوده و نیاز به عمل جراحی مجدد ندارد. در مورد اخیر باید والدین را توجیه نمود و امیدواری داد تا در آینده به هنگام کاهش این چربی ها و با افزایش سن کودک، آلت شکل طبیعی خود را پیدا می‌کند. در این افراد مهم ترین توصیه به والدین این است که به هنگام شستن ناحیه تناسلی، آلت را کاملاً بیرون بکشند و پوست FORESKIN را به عقب برگردانند و رسوبات smegma را خوب شستشو دهند تا عامل عفونت و چسبندگی نشود.

یکی دیگر از عوارض روش حلقه، نکروز ناقص پوست پره پوس و زنده ماندن قسمتی از آن است که به صورت گرانولاسیون مانند رشد می‌کند. این عارضه ناشی از گره شل نخ روی حلقه بوده و باید این زائده برداشته شود.

### خفگی یا اختناق:

در روش حلقه در صورتی که اندازه حلقه کمتر از قطر گلانس باشد، به علت ادم پوست، و جابه‌جایی حلقه، گلانس وارد آن شده و تحت فشار قرار می‌گیرد. مهمترین پیامد اختناق حاد، احتباس ادراری (urine retention) می‌باشد. در روش جراحی، در صورتی که ختنه به دست افراد تجربی انجام گیرد، جابجایی پوست باعث فشار و اختناق تنه آلت می‌گردد که اکثراً همراه با سوزش ادرار و ادم شدید می‌باشد. درمان هر دو حالت عبارت است از برداشتن عامل فشار از روی آلت و گلانس.

### فاشئیت نکروزان:

یک عارضه خطرناک بوده و اکثراً به علت عفونت با میکروبه‌های بی‌هوازی رخ می‌دهد که پوست و فاشیای زیر آن نکروز شده و نیاز به دبریدمان وسیع و سپس ترمیم با فلاپ‌های پوستی توسط جراحان ترمیمی دارد.

### ب) عوارض دیررس ختنه شامل:

- ۱- تنگی دهانه مجرای ادرار (meatal stenosis)
- ۲- فیستول مجرای ادرار (fistula)
- ۳- اختناق و خفگی آلت (strangulation)
- ۴- آلت مخفی (concealed penis)
- ۵- پل‌های پوستی (skin bridges)
- ۶- کیست انکلوزیون (inclusion cyst)

### تنگی دهانه مجرای ادرار (meatal stenosis):

یکی از شایع‌ترین عوارض ختنه در شیرخواران می‌باشد. عامل تنگی، درماتیت مونیایکی ناشی از تماس طولانی مدت ادرار با دهانه مجرا است که با اکثراً در شیرخواران پوشک دار رخ می‌دهد. این التهاب به هنگام بهبودی، اسکار حلقوی ایجاد کرده و منجر به تنگی دهانه مجرای ادرار می‌گردد. زبر بودن سطح پوشک و احیاناً مواد شیمیایی به کار گرفته شده در آن هم در پیدایش تنگی دهانه مجرای ادرار نقش ایفا می‌کند. به منظور پیشگیری از این عارضه شایع، باید چهار اقدام را به خانواده توصیه نمود. ۱) مالیدن پماد وازلین یا ویتامین A+D روی سطح گلانس به صورت چهاربار در روز به مدت ۴ ماه، تا به صورت عایق عمل نموده و مانع تماس مستقیم ادرار با سطح گلانس گردد. ۲) نوشیدن آب به مقدار ۲۰-۳۰ سی‌سی صبح و شب به منظور رقیق نمودن ادرار به مدت یک ماه (ترجیحاً آب جوشانده شده و ولرم شده). ۳) تعویض سریع پوشک کودک و از بین بردن آثار ادرار با شستن دستگاه تناسلی با آب ولرم به مدت ۱ ماه. ۴) گذاشتن گاز استریل روی آلت به منظور پیشگیری از عوارض پوشک به مدت ۱ ماه.

در صورت تشخیص سریع تنگی دهانه مجرا، امکان گشاد نمودن آن با بوژی هگار و یا درجه حرارت میسر بوده و در غیر این صورت نیاز به عمل جراحی مآتوتومی و یا مآتوپلاستی می باشد.

### فیستول مجرای ادرار (fistula):

برش و دوختن نامناسب مخاط و پوست منجر به پیدایش سوراخ در ناحیه ونترال آلت می گردد. خروج ادرار از این سوراخ به هنگام ادرار کردن کودک، تایید کننده این ضایعه است. ترمیم فیستول توسط جراح اطفال و یا ارولوژیست اطفال، تنها روش درمانی است.

### اختناق مزمن (chronic strangulation):

در هر دو روش حلقه و جراحی دیده می شود. در روش حلقه، به هنگام قرار دادن نخ اضافی در خارج حلقه (پروگزیمال) رخ می دهد. حلقه اصلی با نخ و پوست نکرور شده همراه آن در مدت زمان مقرر می افتد، اما نخ اضافی می ماند و با رشد آلت، شیاری در تنه پیدا می کند که به مرور زمان منجر به بریدگی تنه و پیدایش فیستول می گردد. برای درمان این عارضه می بایست پیوند مجرای ادرار به همراه ترمیم تنه (کورپورا) انجام گیرد. در ضمن جا به جا شدن حلقه نیز باعث اختناق می گردد. اختناق آلت در روش جراحی، بیشتر در خانواده های کم دقت رخ می دهد. قرار گرفتن یک تار موی مادردر کهنه کودک و گره خوردن آن در اطراف آلت، به مرور زمان شیاری و حتی فیستول ایجاد می نماید. در هندوستان، بر پایه باورهای مذهبی برخی اقوام، موی رهبر دینی را در پوشک کودک قرار می دهند. دیده شده که این مو منجر به اختناق می گردد.

### آلت مخفی (concealed penis):

لبه های پره پوس بریده شده در برخی افراد با اسکار پیش رونده همراه بوده و ضمن کشیدن پوست به جلو به مرور زمان، گلانس با پوست آلت پوشانده شده و گلانس کاملاً مخفی می ماند. ترمیم این ضایعه به دست جراحان اطفال یا ارولوژیست های اطفال با برش طولی پره پوس و دوختن عرضی آن میسر است. در افراد ستعد باید توصیه نمود والدین، روزانه چندین بار پوست را به عقب کشیده تا مانع جلو روی آن و پیدایش این حالت شوند.

### پل های پوستی (skin bridges):

به هنگام استفاده نادرست از نخ و همچنان دوختن های غیراصولی و یا استفاده از نخ های بی کیفیت و دیر جذب و یا چسبندگی های بعد از ختنه این حالت رخ می دهد. درمان این عارضه می بایست زیر بیهوشی و توسط جراح اطفال یا ارولوژیست های اطفال با بریدن پل های پوستی و ترمیم پوست و مخاط صورت گیرد. برای پیشگیری از این عارضه استفاده از نخ های زود جذب و نازک و استاندارد توصیه می شود. پس از عمل ختنه جا به جا نمودن مداوم مخاط پره پوس و جداسازی آن از گلانس توسط والدین باید مورد تاکید قرار گیرد.

**کیست انکلوزیون (inclusion cyst):**

باقی ماندن بقایای نخ های کرومیک غیر استاندارد و یا احتباس smegma در لایه های پوستی و مخاطی عامل آن می باشد. درمان آن جراحی است و با خارج نمودن کیست ها و دوختن پوست و مخاط میسر می گردد. دقت در انجام عمل ختنه، تمیز کردن سطوح از smegma، استفاده از نخ های نازک و قابل جذب و جلوگیری از قراردادن مخاط پره پوس در زیر پوست به هنگام دوختن نقش به سزایی در پیشگیری از این عارضه دارد.

## اعمال جراحی الکتیو در کودکان و نوزادان

دکتر محمدرضا طلوع<sup>۱</sup>

نوزادان و شیرخواران و کودکان ممکن است دچار بیماریهایی شوند که برخی نیاز به عمل اورژانس دارند و برخی نیاز به عمل غیراورژانس (الکتیو). از جمله اعمال جراحی الکتیو به عمل فتق، بیضه نزول نیافته، ختنه و... اشاره کرد. با توجه به سن و بیماری های همراه و اختلال عملکردی آن عضو در صورت عدم عمل جراحی در زمان مناسب باید در زمان درست تحت عمل جراحی قرار بگیرند که در این مقاله زمان مناسب هر عمل را بیان میکنیم

قلب



## درگیری قلب در بیماری های روماتولوژیک

دکتر فریدون آشنایی<sup>۱</sup>

درگیری قلب در بیماری های روماتولوژیک با توجه به پیشرفت های حاصل در درمان بیماری های روماتولوژیک و افزایش امید به زندگی در این بیماران، درگیری قلبی از عوارض شناخته شده این بیماران بوده و همراه با موربیدیتی و مورتالیتی بالا می باشد. یکی از درگیری های مهم قلب در این بیماران اترواسکلروز زودرس هست که بعلت وجود ریسک فاکتورهای عمومی و اختصاصی ایجاد می شود و چون اغلب علایم بالینی در سنین پایین ندارند، مورد توجه قرار نمی گیرند. تمام قسمت های قلب از جمله پریکارد، میوکارد، اندوکارد، سیستم هدایتی و عروق کرونر در بیماری های روماتیسمی ممکن هست درگیر شود و از نظر علایم بالینی ممکن است بدون علامت یا بصورت شوک کاردیوژنیک باشد، بنابراین انجام ارزیابی و تست های تشخیصی قلبی در تمام این بیماران از جمله در لوپوس، ارتريت روماتوئید، درماتومیوزیت توصیه می شود. بطور کلی درگیری های قلبی در زمینه بیماری های روماتولوژیک بصورت پریکاردیت، میوکاردیت، نارسایی قلبی، آریتمی، نارسایی دریچه ای، بلوک قلبی، سکتة قلبی و لوپوس نوزادی در مادران انتی بادی مثبت هست که در جنین و نوزاد باعث بلوک کامل قلبی شده و با مرگ و میر بالای همراه هست. درمان اصلی درگیری های قلب در بیماری های روماتیسمی اصولاً درمان بیماری زمینه ای با داروهای ضد التهابی و مهارکننده سیستم ایمنی بوده و در مواردی که درگیری قلبی با علایم بالینی قابل توجه همراه هست، بایستی درمان اختصاصی خود قلب نیز انجام شود. برای پیشگیری از بیماری های قلبی در بیماران روماتولوژیک باید تغییر در سبک زندگی فرد، از جمله انجام مرتب ورزش، رعایت رژیم غذای برای کاهش احتمال فشارخون بالا و دیابت صورت گیرد. هم چنین توجه و تشخیص به موقع درگیری قلبی در این بیماران برای کاهش موربیدیتی و مورتالیتی بسیار مهم هست.

**پیام کلیدی:** درگیری قلب در بیماری های روماتولوژیک نسبتاً شایع بوده و چون اغلب علایم بالینی قابل توجه ندارند، در صورتی که مورد توجه قرار نگیرند موربیدیتی و مورتالیتی بالای خواهند داشت.

**واژه های کلیدی:** بیماری روماتیسمی، قلب، درگیری قلبی

روانپزشکی





## مشکلات روانشناختی در کودکان دارای اختلالات جسمی

دکتر مائده پرویزی<sup>۱</sup>

تخمین زده می شود که از هر شش کودک و نوجوان حدود یک نفر دارای اختلالات روانپزشکی از جمله خلقی، اضطرابی و رفتاری می باشد. میزان علایم تحت بالینی از این حد نیز شایع تر است. کودکان مبتلا به بیماری های مزمن جسمی، اختلالات روانپزشکی را به میزان بالاتری تجربه می کنند. سطح معینی از احساس ناراحتی در بیمارستان مناسب و مورد انتظار است. تمایز این سطح از ناراحتی از ناهنجاری، چالشی رایج برای پزشکان کودکان می باشد. لذا، ارزیابی چند رشته ای دقیق و جامع حیاتی است. اختلالات اضطرابی، رفتارهای مخرب، مشکل در تنظیم هیجان و مشکلاتی از جمله دلیریوم در کودکان مبتلا به بیماری های جسمی رایج و میزان آن بین ۷ تا ۴۰ درصد است. این شرایط ممکن است پیش از بیماری و/یا به طور ناخواسته توسط رفتارهای والدین با نیت خوب اما در نهایت غیرمفید تقویت شود. به طور خاص، والدین کودکان دارای بیماری های جسمی اغلب در قانون گذاری و تعیین محدودیت ها دارای مشکل بوده و معمولا در گیر اقدامات سهل گیرانه برای جبران ناملايمات جسمی در این کودکان می شوند که بالقوه منجر به افزایش انطباق ناپذیری و رفتارهای نامطلوب می شود. ماهیت استرسزای بستری در بیمارستان ممکن است کودک را در معرض اختلال سازگاری قرار داده و در پی آن پاسخهای احساسی و/یا رفتاری فراتر از حد قابل انتظار رخ خواهد داد.

علاوه بر این، بسیاری از مداخلات طبی می تواند برای کودکان به عنوان حوادثی آسیبزا درک شود. علایم استرس پس از سانحه در حدود ۶۲ درصد از کودکان بدحال در بخش مراقبت های ویژه کودکان دیده می شود. به طور خلاصه، اختلالات روانپزشکی در کودکان دارای بیماری جسمی شدید و ناتوان کننده، شایع بوده و تشدید کننده پریشانی حاصل از بیماری آن ها است. هوشیاری در تشخیص و مداخله مناسب در کاهش باری که کودک با آن دست و پنجه نرم می کند، بسیار مهم است. لازم است تحقیقات آتی به طور خاص تر اثربخشی مداخلات روان شناختی و دارویی را در کودکان دارای بیماری های جسمی با مشکلات روانپزشکی همراه که معمولا از آزمایش های بالینی کنار گذاشته می شوند، بررسی کند. این امر سبب تقویت شواهد برای آگاهی بخشی و مدیریت بالینی صحیح خواهد شد.

## ارزیابی روانپزشکی کودکان

دکتر رزیتا داوری آشتیانی<sup>۱</sup>

کودکان در سنین مختلف، تغییرات تکاملی در ابعاد مختلف فیزیکی، شناختی، اجتماعی، زبانی و جنسی پیدا می کنند و یکی از مهمترین پیش نیازها برای ارزیابی روانپزشکی کودکان، آگاهی از تغییرات مختلف تکاملی و چالش های هر دوره سنی در آنها می باشد. بدون شناخت کافی از این تغییرات، تشخیص علائم اختلالات از نشانه های طبیعی امکان پذیر نمی باشد. همچنین روانپزشک باید اختلالات شایع هر دوره سنی را شناخته و به دنبال نشانه های آن باشد. به عنوان مثال در دوره شیرخوارگی و نوپایی معمولاً نشانه های تاخیر تکاملی ناشی از ناتوانی ذهنی و یا اختلالات طیف اوتیسم باید جستجو شود. در دوره پیش از دبستان علاوه بر این ها نشانه های اختلال بیش فعالی/کمبود توجه نیز مورد ارزیابی قرار می گیرد. در دوران مدرسه بررسی اختلالات یادگیری، اختلالات خلقی و تیک نیز به موارد قبلی اضافه می شوند. اخذ شرح حال بهتر است از منابع متعدد مانند خانواده، مدرسه، کودک، پزشک خانواده و ... انجام گیرد. در معاینه وضعیت روانی، جنبه های مختلف شناختی، خلق، تکلم، فرم و محتوای فکر مورد ارزیابی قرار می گیرند. هر چه سن کودک کمتر باشد در معاینه از روش های غیر مستقیم باید بیشتر استفاده شود. برخی از این روش ها عبارتند از: استفاده از عروسک های انگشتی و بازی های خیالی، سوال در مورد آرزوها، بهترین و بدترین اتفاقات زندگی، توصیف شخصیت مورد علاقه کارتون و استفاده از ترمومتر نمادین برای ارزیابی خلق. به طور کلی پایایی اطلاعاتی که کودکان زیر ۱۰ سال به ما می دهند کمتر از سنین بالاتر است. بنابراین باید از منابع مختلف برای اطمینان از اعتبار اطلاعات استفاده کنیم.

دندانپزشکی



## اهمیت و ضرورت نگهداری و درمان دندان های شیری در کودکان

دکتر مسعود فلاحی نژاد قاجاری<sup>۱</sup>

دندان های شیری بدلیل اینکه در محدوده زمانی خاصی (۶ تا ۱۲ سالگی) می افتند و با دندان های دائمی جایگزین می شوند، مورد بی مهری و غفلت قرار می گیرند. علیرغم مشکلات عدیده ای که در زمان حضور دندان های شیری در دهان مثل درد و آبرسه و ایجاد می شود، باز هم مشاهده می شود که جامعه والدین نسبت به نگهداری دندان ها اهمیتی قائل نمی شوند. این مسئله دلایل مختلفی ممکن است داشته باشد: عدم آگاهی، مشکلات مالی یا اجتماعی و ...

اما این موضوع حتی در میان خانواده های با سطح تحصیلات عالی و بعضا والدین پزشک هم مشاهده می شود. همان والدینی که شش ماه منتظر رویش دندان بودند و خنده بر لبانشان نقش می بست و ذوق زده می شدند، دندان را به حال خود رها می کنند و زمانی که با پوسیدگی و درد و آبرسه و ناراحتی کودک مواجه می شوند، به دندانپزشک مراجعه می کنند که در بسیاری مواقع تنها راه درمان کشیدن زودرس دندان هست. اهمیت دندان های شیری در ابعاد ذیل باید مورد توجه قرار گیرد:

- ۱- ظاهر کودک: با رویش دندان های شیری و تشکیل قوس دندانی، لب ها و گونه ها و صورت فرم طبیعی گرفته و چهره کودک خصوصا در ناحیه قدامی و طرح لبخند جذابیت بیشتری پیدا می کند.
  - ۲- گفتار کودک: حرکت زبان هنگام حرف زدن با تکیه به دندان ها در قسمت قدام و قرار گرفتن زبان در کنار دندان های خلفی در ادا و تلفظ صحیح کلمات کمک شایانی می کند.
  - ۳- جویدن غذا: با رشد کودک دندان های شیری از حدود شش ماهگی در دهان شروع به رویش می کنند تا دستگاه گوارش آماده تغذیه از شیر به غذاهای جامد شود. دندان های قدامی مسئولیت تکه کردن و دندان های خلفی جویدن را به عهده می گیرند.
  - ۴- حفظ قوس دندانی: دندان های شیری تا زمان تکامل و رویش دندان های دائمی وظیفه حفظ فضای لازم و موجود را به عهده دارند. با از دست رفتن هر یک از دندان های شیری قوس دندانی بهم می ریزد.
- واژه های کلیدی:** کودکان- دندان های شیری- رشد و تکامل صورت- تغذیه و گوارش
- پیام کلیدی:** اهمیت مراقبت و حفظ دندان های شیری اگر بیشتر از دندان های دائمی نباشد، کمتر از آن نیست.

## کنترل رفتاری دارویی کودکان در درمانهای دندانپزشکی، درمان تحت آرامبخشی

دکتر مصطفی محاوری<sup>۱</sup>

آگاهی از ترس بیماران برای دندانپزشک اولین گام در کنترل ترس و اضطراب است. ارتباط مناسب با کودک و مدیریت رفتار کودک اصلی ترین مبحث در دندانپزشکی کودکان است. در بسیاری از موارد ارائه درمان مطلوب برای کودکان صرفاً با کنترل رفتاری مناسب امکان پذیر است. کنترل رفتاری علاوه بر روش هایی که باعث شکل گیری رفتار مناسب در کودک می گردد باعث ایجاد نگرشی مثبت جهت مراجعات بعدی و در سنین بالاتر می گردد. والدین در ایجاد شرایط مناسب برای برقراری ارتباط منطقی بین کودک و دندانپزشک نقش مهمی برعهده دارند که چنانچه این نقش مورد غفلت قرار گیرد، کنترل رفتاری کودک به تنهایی پاسخگو نخواهد بود. لذا دندانپزشک باید با تلفیق علم و تجربه شرایطی را فراهم سازد تا والدین بعنوان عضوی از تیم دندانپزشکی حداکثر همراهی با روند درمانی را داشته باشند و با ایجاد شرایط محیطی مناسب قبل و طی درمان حداقل استرس در کودک ایجاد گردد. در مواردی که امکان ارائه خدمات درمانی دندانپزشکی مطلوب با روش های جاری کنترل و هدایت رفتاری مقدور نباشد، از روش های دارویی بعنوان روش های مکمل کنترل رفتاری استفاده می گردد. درمان دندانپزشکی تحت آرامبخشی یکی از گزینه های مناسب در کنترل رفتاری کودک با استفاده از دارو می باشد. درمان های تحت آرامبخشی طیف وسیعی از درمان ها، از آرامبخشی هوشیارانه (conscious sedation) تا آرامبخشی عمیق (deep sedation) را پوشش می دهند. داروهای مصرفی در آرامبخشی در محدوده داروهای بیهوشی با رعایت مواردی نظیر کنترل راه هوایی و رفلکس های ارادی بیمار است. با توجه به گسترش روز افزون این روش درمانی، روش های آرامبخشی خوراکی، نازال، و وریدی در این مبحث ارائه می گردد.

## معرفی ساختار و فعالیت های کلینیک فلوشیپ دندانپزشکی بیمارستانی کودکان

دکتر محمد اسماعیل زاده<sup>۱</sup>

مطالعات نشان می دهند دندانپزشکان و والدین کودکان، تکنیک های کنترل رفتاری غیردارویی را ترجیح می دهند. با این حال، در بسیاری از موارد برای درمان مناسب کودکان دارای مشکلات رفتاری، کودکان خردسال و کودکان دارای مشکلات پزشکی زمینه ای، استفاده از روش های کنترل رفتاری دارویی به صورت آرام بخشی (Sedation) و یا بیهوشی عمومی (G.A)، اجتناب ناپذیر می باشد. در این میان تصمیم گیری برای انتخاب بین این دو روش کنترل رفتاری دارویی، اغلب آسان نبوده و با وجود ناچیز بودن عوارض پس از درمان هر دو تکنیک، مهارت تیم درمان کننده، شرایط بالینی و شدت پوسیدگی دندان های کودک، تجهیزات مناسب در دسترس و هزینه نهایی درمان باید مورد توجه قرار گیرد. در مورد کودکان سالم گروه (ASA I,II) نیازمند درمان های دندانپزشکی تحت شرایط آرام بخشی یا بیهوشی، مراکز درمانی دولتی و خصوصی متعددی مشغول فعالیت هستند ولی متأسفانه در مورد کودکان دارای مشکلات پزشکی زمینه ای (ASA III) و بالاتر مراکز دندانپزشکی معدود و انگشت شماری مشغول ارائه خدمات می باشند. یکی از برجسته ترین این مراکز، کلینیک فلوشیپ دندانپزشکی بیمارستانی کودکان دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی تهران می باشد که اساتید و کارکنان این بخش با کمک و همکاری نزدیک متخصصین پزشکی مستقر در بیمارستان مفید مشغول فعالیت و ارائه خدمات تخصصی دندانپزشکی به کودکان نیازمند در این زمینه هستند. در این فرصت کوتاه به معرفی بیشتر این بخش به همکاران پزشک فعال در حوزه درمان و سلامت کودکان پرداخته خواهد شد.

خواب



## رویکرد به بی خوابی در کودکان

دکتر زهرا سلطان تویه<sup>۱</sup>

خواب کافی از نظر کمیت و کیفیت جهت رشد و تکامل افراد لازم است و کمبود خواب با عوارض جسمی چون چاقی، افزایش فشار خون، دیابت و اختلالات رفتاری مانند عدم تمرکز و اختلالات حافظه همراهی دارد. بی خوابی در کودکان باعث اختلال در کیفیت زندگی کودک و والدین می شود. شیوع بی خوابی در کودکان بنا به بیان والدین حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد می باشد. براساس مطالعات فراوانی که انجام شده است میزان خواب طی صد سال اخیر در بین کودکان و نوجوانان کاهش یافته است. منظور از بی خوابی مشکلات پایدار در شروع خواب، طول مدت خواب و حفظ خواب، علی رغم فرصت و شرایط کافی برای خواب می باشد که باعث ایجاد فرم هایی از اختلال عملکرد روزانه می شود. بی خوابی در کودکان شامل موارد زیر است:

- بی خوابی با اختلالات شروع خواب به شکل عدم توانایی و یا عدم تمایل کودک برای خوابیدن (به دلیل همراهی های نامناسب، تنظیم نادرست محدودیت ها، بیماری های همراه)

- بی خوابی با بیداری های شایع نیمه شب

- بی خوابی با بیداری های مکرر شبانه و سختی در به خواب رفتن مجدد

پلی سومنوگرافی به صورت روتین در ارزیابی و تشخیص بی خوابی در کودکان اندیکاسیون ندارد ولی ثبت خواب توسط والدین و یا اکتی گرافی می تواند کمک کننده باشد. جهت تشخیص و درمان مشکلات بی خوابی در کودکان شناخت خواب نرمال براساس سن کودک ضروری است. شرح حال کامل از مشکلات کودک و والدین، بررسی الگوی خواب کودک و خانواده، بررسی بیماری های همراه و داروهای مصرفی در شناخت دقیق مشکل کمک می کند. معاینه فیزیکی کامل در جهت تشخیص ضروری است. مهم ترین نکته در درمان بی خوابی در کودکان پیشگیری است. تمرین خواب خوب و مداخلات رفتاری اولین توصیه پزشکان خواب برای والدین است. رعایت اصول بهداشت خواب الزامی است و در موارد خاصی نیاز به درمان دارویی می باشد.



متفرقه



## چالش‌های اخلاق پزشکی در مراقبت از کودکان در طب کودکان

دکتر ملیحه کدیور<sup>۱</sup>

در سال‌های اخیر روزبه‌روز توجه بیشتری به حوزه اخلاق در مراقبت از کودکان و طب‌کودکان به دلیل حساسیت‌های خاص سنی و روانشناختی صورت می‌گیرد. اگرچه در مورد کودکان رویکرد اخلاقی چون بزرگسالان بر پایه اصول احترام به اختیار فرد، عدم زیان، سودرسانی و عدالت بوده، اما کودکان مینیاتور بزرگسالان نیستند. نکات مرتبط به سنین مختلف کودکی از شیرخوارگی تا نوجوانی با در نظر گرفتن شرایط و همراهی وی در این تصمیم‌گیری‌ها مهم است. رویکرد تصمیم‌گیری مشترک امروزه در امور مرتبط به کودکان مدنظر قرار می‌گیرد. این مسئله با ارائه اطلاعات مناسب و گفتگوی تیم پزشکی با والدین، براساس مصالح و منافع کودک می‌باشد که می‌تواند در ارتقا رضایت‌مندی، کاهش شکایت‌ها و چالش‌ها هم مؤثر باشد. مهارت‌های ارتباطی در طب کودکان شالوده اصلی حرفه‌مندی است. مسائل اخلاقی همواره در بخش‌های ویژه کودکان و مراقبت از کودک وجود دارند، اما در زمانی که اصول اخلاقی و اقدامات در مصالح کودک با هم در تعارض بوده و یا نظرات خانواده و کادر پزشکی در یک جهت نباشد، می‌تواند منجر به چالش‌های اخلاقی شود. رهبری مناسب توسط پزشک متخصص کودکان و یا رشته‌های مرتبط در همراهی کادر پزشکی با در نظر گرفتن شرایط کودک بیمار بستری می‌تواند به ارتقا مراقبت و کاهش چالش‌های اخلاقی کمک زیادی نماید. در این حال در شرایط وخامت حال کودک و یا بروز بحران در روند درمان، در نظر گرفتن میزان موفقیت‌آمیز بودن درمان، خطرات همراه با انجام و یا عدم انجام درمان، میزان افزایش طول عمر در صورت درمان موفقیت‌آمیز، درد و رنج همراه با درمان و پیش‌بینی کیفیت زندگی کودک با و بدون درمان؛ همه از مواردی بوده که نیاز است در هنگام گفتگو با خانواده با توجه به اعتقادات، باورها و ترجیحات خانواده با اولویت مصالح کودک در چارچوب اصول اخلاقی مطرح شود. آموزش ارائه‌دهندگان ارائه خدمات سلامت به کودکان، مهارت‌های ارتباطی و گفتگو با خانواده، رویکرد ارائه خدمات منسجم با مشارکت تیم حاضر، وجود راهنمای مشخص در مراکز درمانی با کاهش فشار تصمیم‌گیری فردی، امکان مشاوره چندتخصصی، درخواست مشاوره از کمیته اخلاق مراکز درمانی؛ همه از نکاتی است که می‌تواند در کاهش چالش‌های اخلاقی در طب کودکان کمک کند.

## چالش های قانونی مسمومیت های شایع کودکان

دکتر فریبا فرنقی<sup>۱</sup>

هدف مقاله معرفی قصورات شایع مسمومیت های کودکان می باشد تا بتوان از آنها اجتناب یا کاهش داد. قصور Negligence یا Malpractice به معنی کوتاهی، اهمال، بی احتیاطی، عدم مهارت پزشک مسؤل در درمان که منجر به ایجاد آسیب، عوارض یا مرگ گردد، به عبارت دیگر انجام کاری که نباید انجام می شده (فعل) یا عدم انجام کاری که باید انجام میشده (ترک فعل). در توکسیکولوژی اطفال بیشترین موارد قصور چه در مرگ و چه در عوارض در مسمومیت مواد مخدر مخصوصاً متادون رخ می دهد. نمونه هایی از قصورهای شایع:

### Wrong drugs/Antidotes (A)

الف) تجویز نابجای باکلوفن برای GER غیر پاتولوژیک در شیرخوار کم سن بعنوان اولین درمان منجر به خواب آلودگی، poor feeding، آسپیریشن و بستری در بیمارستان

ب) تجویز نابجای آنتی بیوتیک وریدی مخصوصاً سفتریاکسون برای عفونت های ویروسی منجر به آنافیلاکسی

ج) تجویز بدون اندیکاسیون N-Acetylcysteine وریدی پرعارضه برای مسمومیت با دوز nontoxic استامینوفن (۱۵۰۰-۲۰۰ mg/kg) منجر به عوارض جدی مثل آنافیلاکسی و مرگ

د) درمان غیر لازم وریدی آپوتل،کتورولاک، آنتی هیستامین و.. برای بیماران خفیف تا متوسط

ه) عدم تجویز صحیح و بموقع آنتی دوت در متانول یا مواد مخدر

و) تجویز بایپیریدین پرعارضه برای اکستراپیرامیدال

### Handwriting error (B)

الف) لاموترژین بجای لوتیروکسین

ب) انفوزیون مداوم نالوکسان بدخط ناخوانا

### Untimely/Unnecessary lab exams (C)

الف) مسمومیت متانول اسیدوز متابولیک ۲۴-۱۲ ساعت بعد و در صورت همراهی با اتانول حتی دیرتر ظاهر می شود.

ب) هیپوگلیسمی تأخیری سولفونیل اوره ها

ج) هیپاتوتوکسیستی تأخیری استامینوفن و قارچ آمانیتا فالویدس

د) انجام بدون اندیکاسیون CT scan با تزریق در جای غیر مجهز

### Early Discharge (D)

الف) عدم تکمیل دوره درمانی (حداقل ۵۰ ساعت متادون)

ب) ترخیص زود هنگام مشروبات الکلی (حداقل ۲۴-۱۲ ساعت بعد از رفع علائم اتانول باید تحت نظر و بررسی باشد)

ج) ترخیص زود هنگام بیمار کم/بی علامت مواد مخدر (گمراه شدن بعلت حال خوب اولیه)

## Discharge by personal/parental consent (E)

در مسمومیت های جدی خطر ناک و بدحال ترخیص با رضایت شخصی مجاز نبوده و رافع مسئولیت پزشک نمی باشد.

## F Safe patient transfer (F)

الف) انتقال مسمومیت CO بدون دریافت صحیح و کافی اکسیژن

ب) انتقال مسمومیت مواد مخدر بدون دریافت صحیح و کافی نالوکسان

ج) عدم دسترسی به رگ وریدی، داروهای لازم، مونیتورینگ و ... حین انتقال

**Keywords:** Poisoning, Pediatrics, Negligence

پوستر



## بررسی ارتباط ورزش با رشد قامت کودکان ۷-۱۲ ساله مراجعه کننده به بیمارستانهای تابعه

دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران ۱۴۰۱-۱۴۰۲

دکتر مرجان محمدنوری<sup>۱</sup>

**مقدمه:** رشد (growth) به معنی افزایش اندازه بدن که با افزایش وزن و قد انسان قابل اندازه گیری است و یکی از شاخص های اصلی سلامت کودکی و نوجوانی است. در این دوران دو نکته مهم است. ۱- اطمینان رسیدن کودک به پتانسیل کامل رشد تعیین شده ژنتیکی ۲- فراهم آوردن شرایط متعدد موثر بر رشد کودک: ژنتیک، محیط، تغذیه، مسائل متابولیک و هورمونی و فعالیت بدنی. ورزش نوعی فعالیت بدنی ساختاریافته، سازمان یافته و از قبل برنامه ریزی شده با تمرین تکراری و با هدف بهبود یا حفظ آمادگی جسمانی است. که سبب پیشگیری از بیماری ها و بهبود رشد و نمو در دوران کودکی شده و از طرفی اثرات مضر احتمالی تمرین های شدید و مقاومتی بر رشد وزن و قد بعضا مطرح می باشد.

**مواد و روش ها:** در یک مطالعه مقطعی توصیفی- تحلیلی ۳۸۴ کودک ۷ تا ۱۲ ساله مراجعه کننده به درمانگاه های اطفال بیمارستان های دانشگاه آزاد اسلامی انتخاب شدند. سن، جنسیت، تحصیلات مادران، قومیت و داشتن فعالیت ورزشی منظم در کودکان بررسی شد. وجود فعالیت ورزشی حداقل دو روز در هفته و روزی دو ساعت به عنوان فعالیت ورزشی منظم در نظر گرفته شد. همچنین میزان قد آن ها در حالت ایستاده و به روش یکسان و استاندارد اندازه گیری شد. ارتباط رشد قد و ورزش و اثر متغیر های زمینه ای با نرم افزار SPSS26 مورد تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** میانگین سن افراد  $9/18 \pm 1/14$  سال بود. ۵۰/۸٪ پسر. ۵۱/۳٪ فعالیت ورزشی منظم در طول هفته. ۵۵/۵٪ ورزش رزمی یا فوتبال. میانگین قد:  $130/09 \pm 8/12$  سانتی متر. پس از آنالیز داده ها مشخص گردید در کودکان با فعالیت ورزشی منظم میزان رشد قد بیشتر است و در نمودار رشد درصد بالاتری قرار دارند ( $P=0.001$ ). اما ارتباط معناداری با جنسیت، سن، تحصیلات مادران و نوع ورزش انجام شده وجود ندارد ( $P=0.05$ ).

**نتیجه گیری:** در پایان مطالعه مشاهده گردید که در کودکان با انجام ورزش منظم در طول هفته میزان رشد قد به طور معناداری بیشتر از سایر کودکان می باشد. به عبارتی کودکان با انجام فعالیت ورزشی منظم در نمودار رشد در صدک بالاتری نسبت به دیگران قرار می گیرند. همچنین مشخص گردید که این میزان افزایش قد ارتباط معناداری با جنسیت، سن، میزان تحصیلات مادر و نوع ورزش انجام شده ندارد.

**واژگان کلیدی:** ورزش، فعالیت بدنی، رشد قد کودکان

## پارامترهای تازه CBC اتوماتیک و کاربرد آنها در طب کودکان

دکتر علی ملکی<sup>۱</sup>

سیر تحول شمارش خودکار سلولهای خونی (CBC) از سال ۱۹۵۶ با شمارش اریتروسیتها به روش امپدانس الکتریکی توسط کولتر آغاز شد. سپس با تکامل معرفهای لیزکننده، شمارش اتوماتیک لکوسیتها و سنجش میزان هموگلوبین نیز میسر شد. نخستین آنالیزهای هماتولوژی تنها قادر به گزارش دو پارامتر RBC و WBC بودند. به تدریج با پیشرفت فناوری سنجش هموگلوبین و هماتوکریت نیز به این دستگاهها افزوده شد و بدین ترتیب آزمایش خودکار CBC شامل ۷ پارامتر WBC، MCV، MCH، MCHC، Hb، HCT، RBC و محاسبه اندیسهای وینتروب (MCV، MCH و MCHC) عملی شد. شمارش پلاکتها و پارامترهای دیگری نظیر MPV، RDW، HDW و ... و نیز شمارش افتراقی لکوسیتها از جمله قابلیت های دیگری بودند که به این دستگاهها افزوده شدند. برخی از این پارامترها به شکل کاملاً رایج در تشخیصهای بالینی مورد استفاده قرار میگیرند. بکارگیری قواعد فیزیکی نوین در آنالیز سلولی و تکامل پیوسته نرمافزاری طی دو دهه گذشته، آنالیزهای هماتولوژی را از نظر فناوری دستخوش پیشرفت های چشمگیری ساخته است. علاوه بر پارامترهای معمول ذکر شده، آنالیزهای پیشرفته امروزی قادر به ارائه پارامترهای کمی و کیفی بیشتری میباشند که از جمله آنها میتوان به شمارش افتراقی توسعه یافته (EDC) و شمارش سلولهایی که در حالت طبیعی در خون حضور ندارند (بلاستها، لنفوسیتهای آتیپیک و گرانولوسیتهای نارس) و پارامترهای موقعیتی لکوسیتها اشاره نمود. پارامترهای دیگر شامل درصد گلبولهای قرمز هیپوکروم، شمارش اتوماتیک گلبولهای قرمز هسته دار (NRBC) شمارش اتوماتیک رتیکولوسیتها و پارامترهای تازه رتیکولوسیتی مانند IRF، CHr، MCVr فاکتور اندازه گلبول های قرمز خون (RSf)، گلبول های قرمز شکسته شده یا شیتوسیتها (FRBC)، پلاکت های رتیکوله یا فراکشن پلاکت های نارس (IPF) و گستره توزیع حجمی نوتروفیلها (NDW)، میانگین میزان تفرق جانبی نور توسط نوتروفیلها (NEUT-X) و لنفوسیت های با فلئورسنت بالا و ... میباشند. کاربرد بالینی برخی از این پارامترها مشخص و در متون مرجع هماتولوژی آمده است و در مورد برخی دیگر نیز کارآزماییهای بالینی متعددی صورت گرفته است. در این مقاله به اساس اندازه گیری، دامنه مرجع، موارد استفاده تشخیصی و برخی از چالشهای پیشرو در تفسیر این پارامترها در طب کودکان میپردازیم.

کلیدواژه: آزمایش CBC، پارامتر تازه، پزشکی، کودکان، تفسیر

## Evaluating Loss to Follow-up in Newborn Hearing Screening in central Iran

Dr. Nasim Ghavami<sup>1</sup>, Dr Leili Borimnezhad<sup>1</sup>

Background: Spinal muscular atrophy with progressive myoclonic epilepsy affects the nervous system. Symptoms appear in early childhood and include muscle weakness, difficulty walking, seizures, and cognitive decline. Despite of introducing various therapies to restore acid ceramidase function or reduce ceramide accumulation, as well as gene therapy to correct genetic mutations, there are still unknown underlying molecular mechanisms related to this disorder. We report a novel variant c.118GC in *ASAHI* gene. Patient found with clinical manifestations such as progressive muscle weakness and myoclonic convulsions. Clinical features and electrophysiological investigations revealed a motor neuron disease and generalized epileptic discharge. There was a significant temporal interval observed between the initial diagnosis of Spinal Muscular Atrophy (SMA) and the subsequent manifestation of myoclonic seizures. Proband genetically assessed through whole exome sequencing followed by variant confirmation and bioinformatics analysis. According to our finding and previous researches, further diagnostic testing and management are needed to determine the severity and progression of the patient's condition.

**Keywords:** spinal muscular atrophy-progressive myoclonic epilepsy, novel variant



## The Effect of Fennel on Infantile Colic: A Systematic Review and Meta-Analysis

Dr. Seyede Mozhgan Heidari <sup>1</sup>

**Background:** The colicky infants generally present around 6–8 weeks postpartum then is suddenly relieved by 3–4 months. A few studies assessed the effect of fennel on colicky infants. The aim of this systematic review and meta-analysis was to assess whether fennel is effective on infantile colic. **Materials and Methods:** Two independent authors separately searched the articles on the national (Irandoc, Magiran, Medlib, SID, and Barakatks), and the international databases (Medline, EMBASE, Web of Science, Scopus and Cochran Central Register of Controlled Trials) without any time limitation since the inception to August 2019. The keywords of the search were: (Colic) AND (Foeniculum OR Fennel OR Foeniculum vulgare) AND (Infant OR Children OR Baby).

**Results:** Four studies were conducted to assess the impact of fennel on the infantile colic. A Foeniculum Vulgarein in combination with other herbal medicines was found to be more effective than control group on crying time on infantile colic (SMD= 0.708; 95% CI= -0.951 to -0.465; P<0.001). Heterogeneity was 0% and non-significant. According to one study, in the 3rd and 7th days of the treatment in comparison with the previous times, both the fennel group (P = 0.004, P=0.05, respectively), and the gripe water group (P = 0.037, P=0.002, respectively) indicate the statistically significant difference. Moreover, none of the infants cried for more than 2 hours in the two groups. After treatment, an insignificant difference between the two groups (fennel and gripe water groups) was observed.

**Conclusion:** Fennel alone or in combination with other herbal medicine is effective on infantile colic. Concerning the high heterogeneity, there is a need of future trials to reach a certain conclusion.

**Keywords:** Effect, Fennel, Infantile Colic.

## Evaluation of Radiographic Findings in Children with Different Severity of Pneumonia Aged from 1 Month to 18 Years Old

Dr. Saeede Yaghobi<sup>1</sup>, Dr Gholamreza Soleimani<sup>2</sup>

**Objectives:** To evaluate the relationship between different chest X-ray (CXR) radiologic findings in pediatric patients admitted with different severity of pneumonia. **Material and methods:** The present descriptive-analytical cross-sectional study took place in Ali Ibn Abitaleb Hospital (Zahedan, Iran) Every pediatric patient with the clinical diagnosis of pneumonia enrolled and study population was divided into non-severe, severe, and vary severe groups based on the world health organization criteria of pneumonia severity. The CXR findings of every pediatric patient were reported and the correlation between the radiologic findings and disease severity was evaluated.

**Results:** A total of 352 patients with a mean age of 22.63 months enrolled and the majority of patients were male (212,60.2%). The intensity of disease was non-severe in the majority of patients (279,79.3%) and severe in 17.6% there was a significant difference between disease severity groups in terms of age ( $p < 0.001$ ) and radiographic findings ( $p < 0.001$ ). There was a significant relationship between severe disease and age ( $p = 0.002$ , OR=0.964, 95% CI for OR: 0.942, 0.986). Moreover, there was a significant relationship between very severe disease and reticular pattern ( $p = 0.042$ , OR=9.543, 95% CI for OR: 1.086, 83.886).

**Conclusion:** The present study demonstrated that CXR findings in children with pneumonia are correlated with disease severity and consolidation and reticular are the important findings indicating severity in children.

**Keywords:** Pneumonia, Radiographic changes, pediatrics

**REFERENCES:** 1. Nevés T, von Gontard A, Hoebeke P, et al. The standardization of lower urinary tract function terminology in children and adolescents: report from the International Children's Continence Society Standardisation Committee. *J Urol* 2006; 176:314. 2. von Gontard

1 - Assistant Professor of Pediatric Infectious Disease, Department of Pediatrics, School of Medicine, Children and Adolescents Health research center, Research institute of cellular and Molecular Science in Infectious Diseases, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

2 - Professor of Pediatric Infectious Disease Department of Pediatrics, School of Medicine Children and Adolescents Health Research Center Research Institute of Cellular and Molecular Sciences in Infectious Diseases Ali IbneAbitaleb Hospital Zahedan University of Medical Sciences

## **A Case Report of GM1 Gangliosidosis**

Dr. Maryam Kachuei<sup>1</sup>

We present a patient with an early, infantile type of GM<sub>1</sub> gangliosidosis. She was the product of consanguineous marriage. Hypotonia was evident from the first months of life. There was no fix and follow at examination and cherry red spot was detected. Hepatosplenomegaly was documented by sonography and extensive Mongolian spot was also noted. At 14 months she had head lag, feeding was done with NG tube and beta-galactosidase enzyme activity was lower than normal.

## Duchenne Muscular Dystrophy in North Khorasan: A Case Series

Dr. Meisam Babaei<sup>1</sup>, Fatemeh Arab PhD<sup>2</sup>, Salman Baratzadeh MD<sup>3</sup>, Mahnaz Banaei Bsc<sup>4</sup>

**Background:** Duchenne muscular dystrophy (DMD) is the most common muscular dystrophy in children that usually presents in early childhood with delayed motor milestones, proximal weakness and hypercikemia. DMD is rapidly progressive, with affected children being wheelchair bound approximately by age 12. In this study we aimed to investigate about prevalence, epidemiology, and genetic of patients that refer to clinic for genetic consult in recent five years.

**Material and Methods:** this search was conducted in data registry for patients who referred by physician with diagnosis of Duchenne (DMD) from 1396-1401. Between 2730 files, we received 28 documents, with this diagnosis; 13 files were excluded because of other diagnosis, and in 15 remaining files two one's excluded because the genetic test was not done. Finally, 13 patients entered for analysis. Because the majority of pathogenic variants involve deletions/duplications, at first MLPA test was done, and if MLPA was negative at second step, the patients were referred for whole exome sequencing (WES).

**Results:** mean age of the patients at the time of diagnosis was 5/5 years (3-10 years). All of them had previous history of motor delay. None of them have cardiac involvement. All of 13 affected patients undergone MLPA test. This test was conclusive in 11/13 patients with deletion in 10, and duplication in one patient. Of the remaining two patients, diagnosis stablished by WES in one patient with pathogenic variant in exon 70, and the WES was not done for the other patient.

**Conclusion:** MLPA test was conclusive in 11/13 (85%) that was higher than percentages that mentioned on the texts, probably because of small sample size. Muscle biopsy was not done for none of the patients; probably because of invasive procedure and high cost of this confirmatory investigation. In this study, carrier detection test was done only for two patients maybe because of patients' compliance, it's cost and inadequate education.

**Keywords:** Duchenne muscular dystrophy, North Khorasan

1- Department of Pediatrics, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd

2- Department of Medical Genetics, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Student Research Committee, School of Medicine, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

4- Hazrat Ali Asghar Children's Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Identification of a Novel Genetic Variant in Spinal Muscular Atrophy with Progressive Myoclonic Epilepsy: A Case Report

Dr. Meisam Babaei MD<sup>1</sup>, Dr. Najmeh Ahangari PhD<sup>2</sup>, Dr. Fatemeh Arab PhD<sup>3</sup>

**Background:** Spinal muscular atrophy with progressive myoclonic epilepsy affects the nervous system. Symptoms appear in early childhood and include muscle weakness, difficulty walking, seizures, and cognitive decline. Despite of introducing various therapies to restore acid ceramidase function or reduce ceramide accumulation, as well as gene therapy to correct genetic mutations, there are still unknown underlying molecular mechanisms related to this disorder. We report a novel variant c.118GC in *ASAHI* gene. Patient found with clinical manifestations such as progressive muscle weakness and myoclonic convulsions. Clinical features and electrophysiological investigations revealed a motor neuron disease and generalized epileptic discharge. There was a significant temporal interval observed between the initial diagnosis of Spinal Muscular Atrophy (SMA) and the subsequent manifestation of myoclonic seizures. Proband genetically assessed through whole exome sequencing followed by variant confirmation and bioinformatics analysis. According to our finding and previous researches, further diagnostic testing and management are needed to determine the severity and progression of the patient's condition.

**Keywords:** spinal muscular atrophy-progressive myoclonic epilepsy, novel variant

1- Department of Pediatrics, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

2- Innovative Medical Research Center, Faculty of Medicine, Mashhad Medical Science, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

3- Department of Medical Genetics, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Risk Factors for Epilepsy in Children with Neonatal Hypoglycemia

Meisam Babaei MD<sup>1</sup>, Dorsa Vagharmoosavi MD<sup>2</sup>, Shima Hoseinzadeh MD<sup>2</sup>, Rezvan Rajabzadeh PhD<sup>3</sup>

**Introduction:** Neonatal hypoglycemia remains one of the important causes of brain damage in infants which can lead to long-term neurological disabilities, including epilepsy. In the present study, we examined the risk factors of epilepsy in children with a history of neonatal hypoglycemia. **Materials and Methods:** this is a cross-sectional case control study which was done after obtaining ethical code REC.NKUMS.IR.1401.070 in records of hospitalized neonates between September 2016 to September 2021. From total of 422 records with initial diagnosis of hypoglycemia, and based on entry and exit criteria, 109 records were included in the study. Then a standardized questionnaire, based on history and examination and also age and stage questionnaire (ASQ) test completed. Finally, the data was analyzed based on SPSS version 20 software and statistical analytic tests. **Results:** out of 422 documents, only 233 documents had recorded and confirmed hypoglycemia and were included in the study. Of these, 124 cases were excluded due to lack of patients access or not interested to participating in the study. Ultimately, 109 patients were included for history taking and neurologic examination and completed ASQ test, and also divided into epileptic(case) and non-epileptic(control) groups. (19 patients (17%) in case, and 90 patients (82%) in control group). The results of this study showed, neonatal age at the time of hypoglycemia, duration of hypoglycemia, duration of staying in hospital, concomitant seizures, family history of epilepsy, and developmental disabilities, had statistically significant difference between two groups. (P<0/05) based on logistic regression analysis, the most important risk factors for epilepsy in children with previous history of hypoglycemia in neonatal period were include: neonatal age at the time of hypoglycemia, duration of hypoglycemia, family history of epilepsy and duration of hospitalization.

**Conclusion:** those results showed that, continuous maternal education by health care providers particularly around the birth period, can effectively prevent many of these consequences.

**Keywords:** risk factor, neonatal hypoglycemia, epilepsy

1- Department of Pediatrics, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

2- Student Research Committee, School of Medicine, North khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

3- Assistant Professor of Epidemiology, School of Medicine, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

## Follow-Up of 25 Patients with Treatable Ataxia: A Comprehensive Case Series Study

Dr. Mahmoud Reza Ashraf<sup>1</sup>, Dr. Elham Pournakhtyaran<sup>1</sup>, Dr. Mohammad Rohani<sup>2</sup>,  
Dr. Morteza Heidari<sup>1</sup>, Dr. Bita Shalbafan<sup>3</sup>, Dr. Alireza Tavasoli<sup>4</sup>

**Background:** Autosomal recessive cerebellar ataxias are a group of heterogeneous early-onset progressive disorders that some of them are treatable. Here, we present clinical presentation, genetic findings, treatment, and outcome of 25 patients with treatable autosomal recessive ataxias recruited from our Neurometabolic registry system and an early-onset cerebellar ataxia study from 2017.

**Methods and materials:** Patients with the diagnosis of progressive cerebellar ataxia had been referred to the ataxia clinic of Children's Medical Center, Tehran, Iran were registered. After detailed neurological exams and family history, a diagnostic approach to progressive ataxia was done and genetic analysis was performed for confirmation of diagnosis. Then, patients who had treatable ataxia with genetic confirmation entered our study. We administered the drug of choice depending on the type of ataxia and followed the patients regularly. We recorded related data including age, sex, the onset of ataxia, additional features, age of definite diagnosis, genetic testing results, type of treatment, and outcome

**Result:** During 4 years period of study 135 patients of early-onset ataxia were registered that 25 of them were treatable autosomal recessive cerebellar ataxia. We followed these 25 patients that consisted of Friedrich's ataxia, Ataxia with vitamin E deficiency (AVED), coenzyme Q10 (CoQ10) deficiency, Niemann-Pick Type C (NPC) disease, and Cerebrotendinous xanthomatosis (CTX).

**Conclusion:** According to our study, patients would benefit from early detection of treatable ataxia, therefore, the diagnostic approach should be more focused on these types of ataxia to achieve better treatment outcomes and decrease the burden of these diseases. Besides, like any chronic disease, close observation, and follow-up is important for this goal.

**Keywords:** ataxia, treatable, children

1- Department of Paediatrics, Division of Paediatric Neurology, Growth and Development Research Center, Children's Medical Centre, Paediatrics Centre of Excellence, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran 2- Department of Neurology, School of Medicine, Hazrat Rasool-E Akram General Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Clinical Research Development Center of Labbafinejad Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Pediatric Neurology Division, Children's Medical Center, Pediatrics Center of Excellence, Myelin Disorders Clinic, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## A More Suitable Respiratory Treatment for Premature Infants with Bronchopulmonary Dysplasia, Comparison of Three Regimens

Dr. Mahsa Khoshnamrad<sup>1</sup>, Dr. Zahra Rahimikia<sup>1</sup>, Dr. Alireza Jashni Motlagh<sup>1</sup>

**Background:** Bronchopulmonary dysplasia (BPD) is a chronic lung disease commonly observed in premature infants undergoing respiratory assistance. The lungs sustain damage due to supplemental oxygen, barotrauma, and subsequent inflammation. Treatment is supportive, and corticosteroid regimens could be beneficial in improving patient outcomes, yet precise data on the efficacy of these therapeutic strategies are lacking. Purpose: This study aims to investigate the efficacy of three different drug regimens in improving bronchopulmonary dysplasia.

**Method:** This retrospective cohort study, conducted through a medical record review, included a total of 97 premature infants diagnosed with bronchopulmonary dysplasia (BPD) in two hospitals in Karaj in 2020. Infants were categorized into three drug therapy

**Groups:** single drug therapy (nebulized Lasix, inhaled corticosteroids, or intravenous corticosteroids), or a combination of two or three drugs. The duration of hospitalization and the need for oxygen therapy among the therapeutic groups were compared using descriptive statistical methods (median and interquartile range) and analytical methods (Chi-square, Mann–Whitney U test and Kruskal-Wallis test).

**Results:** The use of combined inhaled corticosteroids and nebulized Lasix therapy resulted in a significant reduction in the duration of hospitalization and the duration of oxygen therapy ( $P=0.01$  and  $P0.001$ , respectively). The use of nebulized Lasix contributed to a reduced duration of intubation and feasibility of extubation before 7 days ( $P0.001$ ).

**Keywords:** Bronchopulmonary dysplasia, nebulized Lasix, Intravenous corticosteroids, Inhaled corticosteroids, Dysplasia treatment of bronchopulmonary



## **The Importance of Investigating the Ambiguities of the Genital System of Sick Children in the Emergency Department**

Dr. Foroozan Faress<sup>1</sup>

A 50-day-old male infant was brought by his parents to the emergency department of the children's hospital with complaints of nausea, loss of appetite, and inappropriate weight gain. Despite the partial recovery of nausea and a slight improvement in feeding status, they go to the hospital at the insistence of the relatives. doctor examines the patient in the emergency room and with the advice of the gastroenterology service and orders the necessary tests, he orders Ram to be admitted to the gastroenterology service with the diagnosis of growth failure. The emergency room notices the gender ambiguity during the examination, but is not sure. During the stay in the emergency room, the child was breastfed and according to the doctor, except for the weight loss and emaciation, the general condition was good. After about 4-5 hours, the patient was transferred to the ward and the result of the sodium test was 99 and potassium was 6.5. The general condition of the patient was good and he was feeding on breast milk in the ward, but the patient's vein was damaged and the vein was taken again despite the efforts. It fails. In order to correct the sodium and receive the drugs, a suitable vein is needed and the patient was transferred to the intensive care unit, where he was diagnosed with dry oral mucosa during the insertion of the central vein (about 12 hours after admission) and unfortunately dies. It seems that the examination of the reproductive system of pediatric patients should be done in the emergency room in all patients with any complaint, and even in case of uncertainty and suspicion of gender ambiguity, the result should be recorded and the possibility of adrenal insufficiency should be considered, And considering the low cortisol reserve of these patients, especially during invasive procedures or not having a suitable vein and not receiving enough fluid, and the possibility of the patient becoming dehydrated during hospitalization, even in spite of a good appearance and a long hospitalization in the emergency room, considering The possibility of adrenal insufficiency, hydrocortisone should be prescribed from the beginning

## **The Importance of Clinical Records in Examining Medical Malpractice in Pediatrics**

Dr. Foroozan Faress<sup>1</sup>

When there is a complaint about the treatment staff regarding the hospitalized patient, the basis of the complaint handling commission is to review the clinical file. It is obvious that due to the busyness of hospitals and the heavy work of doctors and nurses, sometimes they forget to record some orders or events. The medical staff should be trained and know that the timely and correct recording of events related to the patient can be beneficial in the complaint investigation process. In reviewing some cases related to malpractice in pediatrics, the following cases were observed: mistakes in recording or failure to record the exact time and date of the consultation, failure to follow the order of the infirmary doctor, failure to inform about leave and appointment of a substitute person in writing, failure to attend Timely personnel changing shifts and abandoning the shift by the previous person, failure to accurately record the condition of the patient taken from the operating room and transferred to the special and radiology department, mistakes in recording the injured hand in radiography, accidental injury by the treatment staff during the shift Dressing and failure to record follow-ups and.....which in this article are referred to examples related to the above.

The treatment staff should realize the importance of recording the events in their report writing because after examining the patient and scanning the file, it will be very difficult to prove any claim about the events that happened that were not written down. It is obvious that the quotation and verbal order or definition based on mental recollection, which is not documented in the clinical file, will not be accepted.

---

1- Assistant prof. Department of Forensic Medicine, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Investigating the Attitude of Pregnant and Lactating Mothers About Corona Virus Vaccination in Health Centers of Shiraz City, 2023-2022

Dr. Mahnaz Haghighi<sup>1</sup>, Dr Mohammadreza Norozi<sup>2</sup>

**Introduction** Covid-19 vaccination has been a solution way for controlling disease. Attitude investigation of all people, could predict health care behaviors that are the prominent method in disease prevention. This study aimed to investigate pregnant and breast fed mothers, attitude about covid vaccination in health care centers in shiraz1401. **Method and material** In this cross sectional study 404 participants were enrolled according to include criteria and consent form. Personal and attitude assessment information were collected through created questioner and analyzed by software SPSS, version 25. **Results** Among 404 participants, there were 312 case pregnant (77.2%) and 92 case breastfed mothers (22.8%) that majority of them (158) had injected covid vaccine at least one dose (39.1%), 136 case (33.7%) received 2 dose, 23 case (5.7%) received 3 dose. Vaccine injection rate was 78.5%. The mean of attitude score was  $75.53 \pm 12.012$ . Statistical analysis revealed better attitude score between people who had received vaccines. (P value = 0.001). There were not significant correlations between maternal attitude scores and maternal age, education, number of child, type of vaccine. **Conclusion** Pregnant and breast fed mothers who had received vaccines, had better attitude assessment score So we need to improve vaccine awareness and knowledge.

**Keywords:** Attitude, Covid 19, Vaccine, Pregnancy, Lactation

1- Assistant Professor, Faculty of Medicine, Azad University, Kazeroon Branch

2- General Physician of Azad University, Kazeroon Branch

## Poisoning in Children and Adolescents in Kermanshah City, Iran

Dr. Mitra Hemmati<sup>1</sup>, Mohamad Reza Tohidi, Ali Mohammadi, Firozeh Jahanpour, Bahareh Andayeshgar and Sahar Fallah

poisoning among children and adolescents is a public health problem worldwide. To take preventive measures, the pattern of this problem should be determined. This study aimed to describe the demographic characteristics of poisoning in children and to investigate the relationship between the types of poisoning and demographic factors in children in Kermanshah province. **Methods** This cross-sectional, descriptive-analytical study was conducted on 250 children and adolescents under 18 years of age who were referred to Mohammad Kermanshahi Pediatric Hospital in Kermanshah province due to poisoning during 2019–2022. The demographic and epidemiological data of patients were extracted from their medical files and analyzed. **Results** Out of 250 cases of poisoning, 173 (69.2%) cases were unintentional, 96 (55.5%) of whom were boys. Further, 77 (30.8%) cases of poisoning were intentional, of whom 49 (63.6%) were girls. There was a significant difference between gender and intentional and unintentional poisonings ( $p$ -value=0.005). The median age of unintentional poisoning was 3 (IQR=2.5) and that of intentional poisoning was 14 (IQR=2). Most cases of poisoning were in cities, 145 (83.8%) of them were unintentional and 66 (85.7%) were intentional. Most cases of intentional and unintentional poisonings occurred in spring 2017 (35.1%) and autumn 2016 (34.6%), respectively. The most common causes of poisoning were narcotics ( $n=36$ , 34.3%) and drugs ( $n=35$ , 33.3%) in the age group 0–3 years and drugs ( $n=46$ , 66.9) in the age group 11–18 years. **Conclusions** The most common causes of poisoning were narcotics and drugs in children and drugs in adolescents. To prevent poisoning in children, parents are required to increase their knowledge of the safe storage of narcotics and drugs, such as not storing methadone in a water bottle. Targeted evaluation and preventive measures are also needed in adolescent poisoning.

**Keywords:** Intentional poisoning, Unintentional poisoning, Children, Adolescent, Iran

**Conclusion:** those results showed that, continuous maternal education by health care providers particularly around the birth period, can effectively prevent many of these consequences.

**Keywords:** risk factor, neonatal hypoglycemia, epilepsy



## **Skin Disorders in Children: An Overview of Contact Dermatitis, Seborrheic Dermatitis, and Atopic Dermatitis**

Dr. Reza Azadi<sup>1</sup>

Skin disorders are a prevalent concern in pediatric healthcare, with various conditions affecting children worldwide. Contact dermatitis, seborrheic dermatitis, and atopic dermatitis are three common skin disorders that affect children, each with distinct signs, symptoms, and etiologies. Contact dermatitis is a common skin condition that occurs when the skin comes into contact with an allergen or irritant, leading to inflammation and skin damage. In children, contact dermatitis often manifests as redness, itching, blistering, and oozing of the skin. Treatment involves identifying and avoiding the offending substance, along with applying topical corticosteroids and moisturizers to reduce inflammation and soothe the skin. Seborrheic dermatitis, on the other hand, is a chronic inflammatory skin condition characterized by yellow, oily, and flaky scales on the scalp and face. In children, seborrheic dermatitis often presents as cradle cap, a common condition affecting the scalp. The exact etiology of seborrheic dermatitis remains unclear, but it is thought to be linked to fungal infections and hormonal changes. Treatment involves shampoos containing antifungals, along with topical corticosteroids to reduce inflammation. Atopic dermatitis, also known as eczema, is a chronic inflammatory skin condition characterized by dry, itchy, and inflamed skin. In children, atopic dermatitis often presents as patches of dry skin on the face, trunk, and extremities, which can lead to skin thickening and Pigmentary changes over time. Atopic dermatitis is thought to be linked to genetic predisposition, environmental factors, and allergens. Treatment involves identifying and avoiding triggers, applying topical corticosteroids and moisturizers to reduce inflammation and soothe the skin, and in severe cases, immunomodulators and phototherapy. Diagnosis of these skin disorders in children often involves a combination of physical examination, medical history, and laboratory tests to rule out other skin conditions. Treatment options vary depending on the severity and type of skin disorder, but generally involve a combination of topical medications, lifestyle modifications, and avoidance of triggers.



**Other**

## Investigating Two Cases of Medical Errors in the NICU

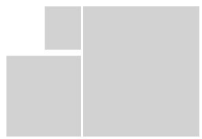
Dr. foroozan faress<sup>1</sup>

Two cases of medical and nursing malpractice in the NICU department, which have the same error table, are presented: the first case - a 28-day-old female infant with problems in sucking and insufficient breastfeeding was brought by her parents and is admitted to the NICU department and is being examined. NGT is installed for the patient. The patient's companion/aunt repeatedly warns the nurse about not sticking the corner of the adhesive to the patient's face. The nurse tries to cut the adhesive with scissors, which accidentally cuts the skin of the patient's face. The cut included the skin and the superficial part under the skin and was accompanied by bleeding.

The second case - a baby hospitalized in the NICU has an angio coat on his right hand and is discharged. In order to remove the angio, as the nurse was reviving a sick patient, the service department took out and cut the glue with scissors, which unfortunately accidentally cut the distal ligament of the patient's 5th finger completely.

In the investigation of both cases, in addition to the nursing error, it is necessary for the attending physician to perform the following measures as soon as he is informed: preparation of initial and daily photography and the day of discharge and after recovery and printing them, perform restorative counseling, and record the events and actions taken. In the file, recording the injury status and daily examination, personnel training, using appropriate safe tools, notifying the parents, not placing the baby in the arms of companions because they cannot have proper control, and other cases can prevent the occurrence of similar errors. It is obvious that the doctor's failure to handle and manage the injury can lead to medical malpractice for him in addition to the nurse.





# **Medical Malpractice**

## Diagnostic and Therapeutic Challenges of Pediatric Sleep Breathing Disorders

Dr. Zahra Parsapoor<sup>1</sup>

sleep related breathing disorders (SRBD) in children are characterized by an abnormal respiratory pattern during sleep and encompass a broad spectrum of respiratory disorders that occur in children of all ages, from neonates through adolescents. The spectrum of obstructive sleep-disordered breathing (SDB) ranges from habitual snoring to upper airway resistance syndrome (UARS), obstructive hypoventilation to intermittent occlusion of the upper airway as seen in obstructive sleep apnea syndrome (OSAS). OSA may present with nocturnal and/or diurnal symptoms, that nocturnal symptoms include Snoring, Difficulty in breathing during sleep, witnessed apnea, Restless sleep, Frequent awakening night sweating, and Nocturnal enuresis and daytime symptoms include Mouth breathing, Chronic nasal congestion/rhinorrhea, Hyponasal speech, Morning headaches, Frequent infections, Difficulty swallowing, Poor appetite, Excessive daytime sleepiness, Mood changes, "AD/HD"-like symptoms, and Learning problems. There are a number of sequelae of OSA and SRBDs, including cardiovascular, metabolic, and neurocognitive consequences. Upper airway obstruction often reflects an interaction between anatomically reduced upper airway size and soft tissue structures encroaching on the upper airway. Underlying obstruction varies in degree and level (i.e., nose, naso/oropharynx, hypopharynx). Adenotonsillar hypertrophy remains the most common cause of OSA in children. Although the history and physical examination are important in making the diagnosis of OSA in children, overnight attended PSG performed in an accredited sleep laboratory by technicians skilled in working with children and interpreted by a sleep medicine physician with pediatric experience remains the diagnostic gold standard for OSA in children. The decision of whether and how to treat OSA specifically in children is contingent on a number of parameters, including severity (nocturnal symptoms, daytime sequelae, sleep study results), duration of disease, and individual patient variables such as age, comorbid conditions, and underlying etiologic factors. The child has OSA with adenotonsillar hypertrophy, AT is recommended as first-line treatment. If the child has OSA without adenotonsillar hypertrophy, other treatments should be considered. Clinicians should refer patients for CPAP management if symptoms/signs or objective evidence of OSA persists after AT or if AT is not performed. Clinicians should recommend weight loss in addition to other therapy if a child with OSA is overweight or obese.

## Pediatric Sleep Disorders Clinic

Dr. Shirin Tehrani Tarighat<sup>1</sup>

Pediatric Sleep Disorders Clinic Shirin Tehrani Tarighat.MD. Pediatrician, Fellowship of Sleep Disorders Sleep is an active, not passive, processes that involve the interaction of multiple central nervous system components. characterized by the following: • Reduced motor activity • Decreased interaction with and responsivity to the environment • Specific postures (e.g., lying down, eyes closed) • Easy reversibility During deep non-REM sleep, the body's energy is restored, growth and repair occurs and important brain development hormones are released. Thus, Sleep is an essential building block for your child's mental and physical health. The Pediatric Sleep Disorders Clinic is dedicated to providing comprehensive evaluation and treatment for a wide range of sleep disorders such as obstructive sleep apnea, nocturnal hypoventilation in neuromuscular and genetic diseases, respiratory failure and narcolepsy. The lab provides a safe, comfortable sleeping environment for an overnight study, we can monitor brain waves, breathing, movements and sleep cycles as a child sleeps.

INDICATIONS of refer to children s sleep center 1-Ventilatory conditions 2-Sleeping difficulties 3-Movement disorders INDICATIONS FOR PEDIATRIC POLYSOMNOGRAPHY • Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS) ... • Central Apnea, Periodic Breathing and Central Hypoventilation Syndromes. • Neuromuscular Disorders. ... • Chronic Lung Disease. ... chronic asthma, cystic fibrosis, pulmonary hypertension, bronchopulmonary dysplasia, or chest wall abnormality • Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) Ventilator Titration Studies. ... • Tracheostomy Decannulation. ... • Parasomnias?? • Before determining the need for tonsillectomy, the clinician should refer children with sleep-disordered breathing for polysomnography if • obesity, Down syndrome, craniofacial abnormalities, neuromuscular disorders, sickle cell disease, mucopolysaccharidoses.

## **An Overview of Pediatric Sleep Medicine in Iran: Primary Steps and Challenges**

Dr. Shabnam Jalilolghadr<sup>1</sup>

Pediatric Sleep medicine as a medical specialty with its own diagnostic procedures, therapeutic strategies, and sleep monitoring techniques became available, primarily in the last 30 years. Iranian Sleep Medicine (ISM) Society was established in 2006. This society has a multidisciplinary approach with established board members from 8 different disciplines qualified to practice sleep medicine. The mission of ISM is training pediatric and adult sleep medicine specialists and technicians, education, research and promotion of sleep health in the community. Other ISM activities for development of sleep medicine include establishment of a training program for sleep technicians, development of standard protocols for sleep centers, standardizing sleep studies (PSG, MSLT, MWT, and PAP titration study), in the Ministry of Health holding symposium for clinicians, press conferences, annual academic meetings, virtual education programs and workshops for clinicians. The prevalence of sleep disorders in different age groups in Iranian children and adolescents is more than 50%. Sleep Medicine Fellowship Programs Qualified Disciplines for practice of Sleep Medicine and participation in sleep fellowship programs in Iran include pediatrics, psychiatry, otolaryngology occupational medicine, pulmonology, internal medicine, neurology, and anesthesiology. The standards for performing Polysomnography (PSG), Titration study, Multiple Sleep Latency Test (MSLT), Actigraphy and Maintenance of Wakefulness Test (MWT) are available in accredited sleep clinics in Iran. About challenges and Barriers to the Practice of pediatric Sleep Medicine: One of the problems of sleep medicine in Iran is the lack of complete knowledge of people and even health system colleagues about sleep medicine. Second problem is low number of sleeping centers compared to the population. The expensive cost of testing compared to the salaries of ordinary people is another most important challenges. Parallel to the development and progress of sleep medicine in the world, we, as a developing country, should try to create advanced services in our country. Our prediction is to improve education, research and treatment of pediatric sleep disorders in the Iran in the next 10 years.



## Indication of Chest CT in Children

Dr. Fatemeh Zamani<sup>1</sup>

Despite advances in MRI technology, CT scans are still considered the best imaging method for examining the chests of pediatric patients, especially when assessing lung tissue. Single-source CT scans were the primary imaging method for the first 30 years. However, the introduction of multidetector row computed tomography (CT) has improved the feasibility of imaging younger children and expanded the use of CT scans for diagnosing a wide range of pediatric respiratory diseases in recent years. CT scans are a valuable diagnostic tool but come with the potential risk of radiation exposure. This is particularly concerning for children, as they are more vulnerable to the effects of radiation and have a longer lifespan during which complications may develop. Radiologists and pediatricians should work together to minimize these risks and ensure the safety of pediatric patients undergoing CT scans. The aim of CT was diagnosis (61%) or follow-up of previous lung diseases (39%). The findings showed that chest CT scans played a crucial role in determining diagnoses and treatment plans. Specifically, the initial CT scans directly contributed to diagnosing 48% of cases and aiding in treatment decisions for 24% of cases. Additionally, follow-up CT scans contributed to diagnosing 38% of cases and influencing treatment plans in 19% of cases. These scans were primarily used to analyze bronchial disease (44%), infectious disease (16%), interstitial disease (14%), and malformations (9%).

---

1- Department of Radiology, Children Medical Center of Excellence, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran,

## Pediatric Chest Imaging

Dr. Seyedmehdi Alehossein<sup>1</sup>

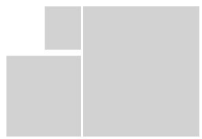
There are different imaging modalities including radiography, fluroscopy, CT scan, MRI and Ultrasound with variety of techniques that can be used for evaluation of lung fields, mediastinum, pleura and chest wall Some artifacts or pitfalls can occur in generation or interpretation of images. Absence of clinical data or inappropriate requests could be misleading or harmful for children. Some challanging or interesting cases will be discussed.

## Role of MRI in Pediatric Lung Diseases

Dr. Neda Pak<sup>1</sup>

MRI of the lung is a sensitive modality for evaluating solid lung lesions and infiltrative lung disorders. In addition to being radiation-free imaging modality, MRI also offers particular advantages compared with CT, such as greater soft-tissue contrast, dynamic studies of respiratory mechanics, perfusion and ventilation imaging. Moreover, MRI is not associated with radiation-induced adverse effects in patients who need repeated follow-up imaging. MRI could be considered for follow-up examination in children with known complicated pneumonia, specially empyema, replacing repeat CT. In addition, in pediatric patients who have chronic diseases, such as cystic fibrosis, tuberculosis (TB), lymphadenopathy, or primary ciliary dyskinesia, that might require multiple CT scans throughout their lifetime, thoracic MRI may be considered for evaluating the lungs without increasing the lifetime radiation dose. MRI is as sensitive and specific as CT, with 100% sensitivity and specificity in detecting pleural effusion, mediastinal and hilar lymphadenopathy, and cavitation. It is also a proper modality for evaluation of hydatid cyst and mediastinal tumors. The limitation of MRI is the long scanning time; Pediatric patients must lie still, often in uncomfortable positions, while MRI data are collected. In addition, MRI studies are influenced by involuntary (breathing, cardiac) motion, which affect the ability to obtain clear images of those moving structures. MRI should be considered as a viable alternative to CT for the evaluation of infections and their complications, tumors, pleural disease.





**Radiology**

## **PsyPharmacological Treatments for Childhood-Onset Somatic Symptom and Related Disorders (SSRD) and Functional Disorders**

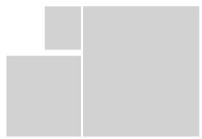
Dr. Marzieh Assareh<sup>1</sup>

Somatic symptom and related disorders (SSRD) and functional gastrointestinal disorders (FGID) are common causes of morbidity in children and adults. They are associated with impaired functioning in multiple domains and increasing health care utilization and costs. Their complex nature with medical and psychiatric comorbidities, diverse symptomatology, and often waxing and waning course can make them difficult to study and treat. However, there is some literature in this area regarding pharmacologic and behavioral treatment approaches. This review aims to examine the existing evidence for pharmacological treatments of SSRD and FGID. Several categories of psychotropic medications have been found to be efficacious in many of these disorders, including antidepressants, anticonvulsants, benzodiazepines, and antipsychotics. Data on pharmacological management of heterogeneous somatoform disorders ranges from sparse to substantial. A rehabilitative intervention model consisting of pharmacological and nonpharmacological modalities with simultaneous treatment of psychiatric comorbidities is recommended.

## Nonpharmacological Interventions of Functional Somatic Symptom in Childrens

Dr. Nasrin Dodangi<sup>1</sup>

Children and adolescents presenting with one type of Functional Somatic Symptom (FSS) commonly experience other FSS, and FSS and disorders are often comorbid with anxiety and depressive symptoms and disorders, suggesting a common pathophysiology. Therapeutic approaches to FSS and disorders often share common features, but care for individual patients is best individualized. Child and adolescent psychiatrists and other behavioral health professionals may be helpful as formal or informal consultants to primary care physicians and general medicine specialists, who are most often “out front” in managing children with FSS, but youth with FSS and their families may resist psychiatric referral, either actively or passively. Communication and coordination between the consultant and the referring physician are critical in maintaining the referring physician–patient alliance and avoiding unnecessary “doctor shopping.” Reassurance that a life-threatening or serious physical disease is not present is often a necessary step in the treatment process. It is usually essential for the patient and family to view the presenting symptoms as less threatening, as it is often difficult to proceed with intervention until fears related to the FSS have decreased. the rehabilitative approach directs the patient and family focus away from finding a “cure” to instead finding a way to cope with and overcome a distressing physical problem. Cognitive-behavioral therapy (CBT) addresses attitudes, cognitions, and behaviors that may generate or maintain FSS, and has been reported to be helpful. The use of placebo and/or sham interventions is discouraged for both ethical and practical reasons. Such efforts may inadvertently contribute to patient and family convictions that the symptom is caused by physical disease, and if suggestion or placebo prove unsuccessful, the clinician is then forced to perpetuate new deceptions or must backtrack and attempt to convince the patient that serious physical disease is absent and that symptom removal is not really necessary for functional improvement to take place.



**Psychology**

## Diagnosis of heart diseases with a stethoscope

Dr. Mojtaba Gorji<sup>1</sup>

Diagnosis of heart diseases with a stethoscope Article provider:Dr.Mojtaba Gorji Although it may seem unlikely at this time with advanced technologies such as echocardiography, many heart diseases can be easily diagnosed with heart auscultation and examination. Based on the type of heart murmur and its location and severity, heart disease and its severity can be diagnosed to a large extent. We have approximately 8 auditory areas in the chest, each of which is largely related to a specific lesion. In terms of time, we also have about 7 types of heart murmurs. The auditory status of S1, S2,S3,S4, click and trill are also helpful. ECG and chest X-ray give us more complete information.

## Chest Pain in Children

Dr. Mohamad-Taghi Majnoon<sup>1</sup>

Chest pain in children is a common symptom that can be caused by a variety of factors, ranging from benign conditions to life-threatening illnesses. It is essential to approach the diagnosis and management of chest pain in children with a thorough understanding of the potential causes and a careful evaluation of each patient's unique situation.

**Causes of Chest Pain in Children**

1. Musculoskeletal Causes
2. Respiratory Causes
3. Cardiac Causes
4. Gastrointestinal Causes
5. Psychiatric Causes
6. Idiopathic Causes

**Diagnosis and Management**

1. **Clinical Evaluation** : - A thorough clinical evaluation, including a detailed medical history and physical examination, is essential for diagnosing the cause of chest pain in children. This evaluation should include a review of the patient's symptoms, medical history, and any relevant family history.
2. **Imaging Studies** : - Imaging studies, such as chest X-rays or echocardiograms, may be necessary to rule out life-threatening conditions such as pneumothorax or cardiac arrhythmias.
3. **Treatment** : - Treatment for chest pain in children depends on the underlying cause. For musculoskeletal or gastrointestinal causes, pain management and supportive care may be sufficient. For cardiac or respiratory causes, more targeted treatments such as antibiotics or anti-inflammatory medications may be necessary. For psychiatric causes, therapy and counseling can be effective in managing symptoms.

Chest pain in children is a common symptom that can be caused by a variety of factors. A careful diagnostic approach, including a thorough clinical evaluation and imaging studies when necessary, is crucial for identifying the underlying cause of chest pain. Treatment should be tailored to the specific cause and may involve pain management, supportive care, or targeted therapies.



**Cardiology**

## Diabetes Type 1 Management

Dr. Elham Shafighishahri, Dr. Maryam Nakhaeimoghaddam<sup>1</sup>

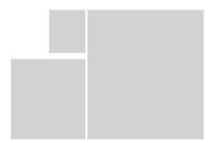
Treatment of type 1 diabetes mellitus involves the administration of exogenous insulin to avoid diabetic ketoacidosis, maintain glycaemic control and prevent the long-term complications associated with diabetes. Insulin therapy in type 1 diabetes presents a challenge to both the patient and the healthcare professional. To address this optimally, a collaborative approach is necessary. Insulin preparations with differing pharmacokinetic profiles have provided greater flexibility in the management of type 1 diabetes. In addition, technological advances in continuous glucose monitoring and continuous subcutaneous insulin infusion via insulin pumps show promise in helping to achieve treatment goals for the individual with type 1 diabetes. The concept of therapeutic patient education involves a significant investment of time and effort on the part of the patient and the healthcare team with the goal of achieving optimal 'self-management' of this condition. Other therapies in type 1 diabetes management include amylin analogues, pancreatic transplantation and islet transplantation. Islet transplantation provides a promising modality for the possible future delivery of 'engineered'  $\beta$ -cells from human stem cells. The use of immunotherapy for the prevention of type 1 diabetes has been disappointing



## Hypothyroidism

Dr. Maryam Razzaghy Azar<sup>1</sup>

Thyroid hormone is important in regulating body metabolism, normal growth and development and maturation of the nervous system in children. Thyroid hormone deficiency in the first 3 years of life results in irreversible damage to the nervous system, but most of the effects of hypothyroidism are reversible beyond 3 years of age. Hypothyroidism is classified as congenital when it is presented during first 3 years of life, and it is acquired when occurs thereafter. Hypothyroid fetus is protected from the hazards of this disorder due to placental transfer of maternal thyroid hormones and intra cerebral conversion of T4 to T3. Maternal hypothyroidism during early gestation results in significant cognitive impairment of the offspring because the fetal thyroid hormones are not produced yet, but there is no hazard in late gestation because the fetal thyroid is made and thyroid hormones are secreted by the fetus. if both mother and fetus have hypothyroidism significant impairment in neurointellectual development occurs. Hypothyroidism can be due to different disorders like thyrotropin releasing hormone deficiency or receptor abnormality, thyrotropin deficiency, thyrotropin hormone unresponsiveness, thyroid dysgenesis, thyroid dysharmonogenesis, defects in thyroid hormone transport, thyroid hormone unresponsiveness, iodine deficiency. Thyroid screening at 4-6 days of age can diagnose the newborn with congenital hypothyroidism. Early and appropriate treatment of these patients can prevent mental retardation in the majority of cases.



**Endocrinology**

## Foreign Body Aspiration in Children

Dr. Alireza Eshghi<sup>1</sup>

**Introduction:** One of the most important respiratory problems in children is foreign body aspiration (FBA). Children between 6 months to 3 years are more affected. Nuts are very problematic. Choking suddenly cough after eating, laughing, speaking or activity is major symptom. pneumonia may occur in same place. Normal imaging or physical exam do not R/O the diagnosis. Flexible bronchoscopy or rigid type used to management.

**Results:** Choking is the main symptom in FBA. Physician must ask care givers about aspiration especially at age of 6 months to 3 years. ask about nuts is necessary.

**Conclusions:** yet history and physical exam are clue for early diagnosis, foreign body aspiration (FBA) may be a missed diagnosis. If history of choking is present bronchoscopy must be done. Normal examination and imaging do not rule out the diagnosis.

**Keywords:** Aspiration, Foreign body, Bronchoscopy

## Management of Obstructive Sleep Apnea in Children

Dr. Seyed Hossein Mirlohi<sup>1</sup>

Obstructive sleep apnea (OSA) is characterized by episodes of complete or partial upper airway obstruction during sleep, often resulting in gas exchange abnormalities and arousals, which disrupt sleep. OSA is typically defined by clinically relevant symptoms and an apnea hypopnea index (AHI)  $\geq 1$  or hypoventilation (carbon dioxide  $\geq 50$  mmHg for 25 percent total sleep time) as determined on PSG. The decision to initiate treatment and choice of treatment depend upon: the child's age, clinical symptoms (eg, nighttime sleep problems or daytime dysfunction), presence of comorbidities (especially underlying genetic, craniofacial, neuromuscular disorders), risk factors (eg, obesity, crowded oropharynx), and results of PSG if performed. Adenotonsillectomy is indicated for otherwise healthy children who have adenotonsillar hypertrophy and severe OSA (eg, apnea hypopnea index [AHI]  $\geq 10$ , in the setting of relevant clinical symptoms). Intranasal corticosteroids or montelukast—Children with mild or moderate OSA and nasal obstruction due to adenoidal hypertrophy, especially those with seasonal allergies, may be candidates for treatment with intranasal corticosteroids or leukotriene modifier therapy. These therapies are typically considered as an alternative or adjunct to adenotonsillectomy or as a temporizing measure during the watchful waiting period prior to other interventions. If this approach is selected, a two- to four-week trial of the medication should be performed to decide if it would be useful for long-term therapy. Other options: Watchful waiting for up to six months, Positive airway pressure therapy, Rapid maxillary expansion (RME), Mandibular advancement device.

1- Pediatric Respiratory and Sleep Medicine Research Center, Children's Medical Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Approach to Chronic Cough in Children

Dr. Amir Rezaei<sup>1</sup>

**Introduction:** Chronic cough in children, a cough lasting more than four weeks, is a frequent cause for medical consultations. It can be classified into specific and nonspecific, depending on whether an underlying disease is identified after thorough evaluation. **Material and Methods:** This lecture summarizes the guidelines regarding the approach to chronic cough in children published after 2020. These guidelines were collected using the Google search engine and then analyzed to provide a comprehensive summary for clinical practice.

**Results:** A systematic approach to the evaluation of children with chronic cough should include a thorough targeted history, physical examination, chest radiograph, and spirometry (when feasible). Specific cough indicators, such as symptoms and signs that strongly suggest a specific cause, are outlined. In the presence of specific cough indicators, the range of potential diagnoses narrows. Chronic specific cough in children can have various underlying causes, which are also presented. If no features of specific cough are identified during initial evaluation, a provisional diagnosis of nonspecific cough may be made. For specific coughs, treatment typically involves addressing the underlying disease. For nonspecific coughs, a "wait, reassess, and review" approach is recommended. If medications for asthma or reflux are tried, the child should be reevaluated in two to four weeks. If the cough persists despite these trials, further investigation is required and a referral to a pulmonologist is likely necessary.

**Conclusion:** All practitioners involved in the care of children should be knowledgeable about the approach to chronic cough in children to ensure that the best possible treatment is provided and any potential mismanagement or complications are avoided.

**Keywords:** chronic cough, approach, children

a synthetic analogue, increases factor VIII activity in hemophilia and von Willebrand's disease. Hemostasis can be achieved using bronchoscopy with cold saline, topical epinephrine, or fibrinogen-thrombin mixtures, with embolotherapy as a last resort. About 80% of cases have favorable outcomes.

---

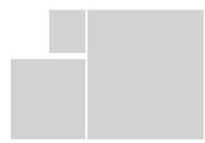
## Hemoptysis: An Overview

Dr. Maryam Hassanzad<sup>1</sup>

Hemoptysis is the expectoration of blood in sputum, more common in children under five and adolescents over 11. Massive hemoptysis, characterized by over 8mL/kg of blood in 24 hours, indicates damage to high-pressure bronchial vasculature. The lungs have low-pressure pulmonary arterial and high-pressure bronchial blood supplies. Clinical evaluation should consider blood-streaked sputum with fever (pneumonia), choking (tracheal foreign bodies), and histories of drug use and hematuria. Infections by *Streptococcus pneumoniae* and *Staphylococcus aureus* are common causes, with coughing trauma contributing. Airway diseases, especially in children under 4, include infections and foreign body aspiration. Children under 3 commonly aspirate foreign bodies, presenting with wheezing or chronic cough. Bronchiectasis, often seen in cystic fibrosis patients, can lead to small or massive hemoptysis from bronchial vessel rupture. Trauma from deep suctioning can cause mucosal injury and significant bleeding, mitigated by humidification and soft catheters. Pulmonary parenchymal diseases (e.g., tuberculosis, pneumonia, aspergilloma, lung abscess, inflammatory disorders, coagulopathies, idiopathic pulmonary hemorrhage) and pulmonary vascular disorders (e.g., pulmonary embolism, arteriovenous malformations, cardiac-related hemoptysis) also cause hemoptysis. Certain drugs (e.g., anticoagulants, aspirin, cocaine, penicillamine) can trigger it. Many cases remain unexplained (cryptogenic hemoptysis). Radiography often shows normal results in one-third of children with hemoptysis. Computed tomography angiography (CTA) is used for massive hemoptysis, and high-resolution CT (HRCT) is effective for diagnosing bronchiectasis. Minor hemoptysis is managed symptomatically with cough suppressants, hemostatic agents, reassurance, and treating underlying causes. Massive hemoptysis requires intravenous fluids and blood products to prevent cardiovascular collapse. Flexible bronchoscopy, useful for identifying bleeding sites, is performed under sedation but is not ideal for ventilation or clot removal. Rigid bronchoscopy is preferred for foreign body removal and effective for profuse bleeding. Lung biopsy may be considered for diffuse alveolar hemorrhage, particularly if immune-mediated lung disease is suspected. Routine measures include life support, oxygen supplementation, mechanical ventilation, correcting clotting abnormalities, and minimizing cough with opiates. Desmopressin acetate,

---

1- MD, Professor of Pediatric Pulmonology, Pediatric Respiratory Disease Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Disease, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran



**Pulmonology**



## Pediatric Central Nervous System Tumors

Dr. Azim Mehrvar<sup>1</sup>

Brain tumors are the second most common group of malignancy tumors in children under 15 years of age accounting for 20% of all children malignancies. Most childhood brain tumors (60%-70%) arise from glial cells. Pediatric brain tumor are growths of cells start in or near the brain in children. The growths called tumors, can growth to press on nearby parts of the cells. This can cause symptoms such as headaches and nausea, seizure and drowsiness, vomiting, irritability, lethargy and personality and mental activity changes, macrencephaly (enlarged head) in infant whose skull bones are not completely fused. Coma and death if left untreated can be inevitable. Changes in the way the eyes move confusion and difficulty with balance hearing problems, memory problems. Many types of pediatric brain tumor exist. The type of brain tumor a child has helps determine the best treatment plan. Tumor location is important too. Treatment for brain tumor in children is often quite different from adult brain tumors.

**Keywords:** Pediatric brain tumors, Symptoms, Treatment

## Diagnostic Evaluation of Brain Tumor in Children

Dr. Maryam Tashvighi<sup>1</sup>

The computed tomography (CT) scan is an important procedure in the detection of CNS malignancies. Tumors of the posterior fossa, which are common in children, are better evaluated with magnetic resonance imaging (MRI). CT scans should be performed using thin sections (usually 5 mm). Sedation is often necessary to avoid motion artifacts. CT is more useful than MRI in:

- evaluating bony lesions,
- detection of calcification in tumor,
- investigating unstable patients because of the shorter imaging time.

MRI with the contrast agent (Gd-DTPA) advantages:

- highlights areas of blood-brain barrier breakdown that occur in tumors,
- areas of tumor within an area of surrounding edema,
- improves the delineation of cystic from solid tumor,
- helps to differentiate residual tumor from gliosis.

Magnetic resonance angiography has been utilized in evaluation of the normal anatomic and tumor vascularity. Magnetic resonance spectroscopy may be helpful in both diagnosing and during follow-up investigations for distinguish between malignant tumors and areas of necrosis. PET is useful to determine:

- degree of malignancy
- prognosis
- appropriate biopsy site
- recurrent tumor from necrosis, scar, edema and postsurgical change.

Cerebrospinal fluid examination (CSF) should have the following studies performed:

- cell count with cytocentrifuge for cytology of tumor cells,
- glucose, protein content,
- CSF (AFP),
- CSF ( $\beta$ -hCG).

Polyamine assays in the CSF are of value in the evaluation of tumors that are in close proximity to the circulating CSF (medulloblastoma, ependymoma, and brainstem glioma). AFP and  $\beta$ -hCG of the CSF may be elevated in CNS GCTs.

Bone marrow aspiration and bone scan These studies are indicated in medulloblastoma and high-grade ependymomas with evidence of cytopenias on the blood count because a small percentage of these patients have systemic metastases at the time of diagnosis

Pathology & Biopsy;

- cellular pleomorphism,
- mitotic index,
- anaplasia and necrosis,
- proliferative index

Molecular pathology of CNS neoplasms The majority of CNS neoplasms are sporadic. Only a small percentage is associated with inherited genetic disorders. chromosomal abnormalities can be helpful in determining the pathologic classification of certain tumors.



**Hematology & Oncology**

## Key Points in History and Physical Examination (Articular) in Favor of Rheumatological Diseases

Dr. Sahar Naderi<sup>1</sup>

Key points in history and physical examination (articular) in favor of rheumatological diseases

History taking and physical examination in rheumatology are the key skills needed for management of a patient with a rheumatological complaint. Most patients with rheumatological diseases initially present with joint pain. Important points in order to joint pain in history are: 1. Onset: It is very important that patient identifies whether his joint pain began suddenly or developed gradually. 2. Duration: It is essential to determine whether the joint pains are acute or chronic. Arthritis more than 6 weeks is chronic arthritis. 3. Patterns of joints affected: Involvement of a single joint, or joints of small, medium, or large size, suggests different differential diagnoses. 4. Symmetry or asymmetry in joint involvement 5. Number of joints involvement: A monoarticular joint involvement, oligoarticular (less than 5 joint) and polyarticular involvement (5 or more than 5 joint) could be clue for diagnosis. 6. Associated symptoms: history of redness, swelling, and morning stiffness is essential in any patient with joints pains. 7. Functional impairment: How the arthritis affected patient's daily ability to self-care, his ability to sleep well and doing things at home, work, and leisure is a key point in history taking. 8. Relieving and aggravating factors: The causes which decrease or increase joint pain, such as rest or exercise, can be effective in proper diagnosis. In the joint examination, it is important to pay attention to the presence of arthritis, Enthesitis and any joint changes. Important points in order to joint pain in Physical Examination are: 1. Inspection: The basic anatomical structures overlying joints should be inspected for any changes like redness, rashes, hardness of skin, any deformity and color changes. 2. Palpation: this is basically palpating for tenderness over different anatomical structures (bone, joint, tendons, bursae, fascia). 3. Range of motion testing: there is active and passive ROM testing 4. Special tests like Schober test and other specific tests. In addition to all of these points, family history of rheumatologic diseases and history and examination of other organs besides the joint are also very important in the correct diagnosis of rheumatologic diagnosis.

## The role of laboratory data in pediatric rheumatologic diseases

Dr. Navid Namazi<sup>1</sup>

Role of laboratory data in pediatric rheumatologic diseases Rheumatology laboratory tests are commonly ordered by pediatricians to screen for rheumatic diseases when children present with Musculoskeletal pain or non-specific symptoms ( such as fatigue) . Caution should be taken because in order for a screening laboratory test to be clinically useful ,the Positive predictive value should be high . Particular caution should be taken with certain tests such as ANA and HLA-B27 which have been found to be positive in a relatively large percentage of healthy children . More over , the diagnostic criteria of most pediatric rheumatic diseases ,including JIA are based upon clinical finding rather than laboratory test results . For example although the RF & Anti CCP tests are used to screen for adult RA ,these tests are only positive in approximately 5 -10 % of JIA patients . Many referral come to pediatric clinic for positive rheumatology tests of uncertain significance and non specific complaint. The laboratory has an important role to play in evaluation , monitoring and prognosticating the future for a child with a rheumatologic conditions. It can be a friend for the astute clinician but a foe if the laboratory tests are assessed in isolation. We should remember : No test can rule in or rule out any rheumatologic disease. There is nothing can replace a detailed clinical history and a quality clinical examination ! Thank you .



**Rheumatology**

## Why the Syndromic Approach in the Classification of Epilepsy is Old-Fashioned?

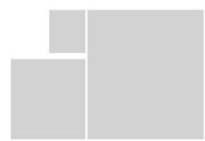
Dr. Mehran Beiraghi Toosi<sup>1</sup>, Dr. Bita Barazandeh<sup>2</sup>

Epilepsy is a neurological disorder that affects more than 11 million children under the age of fifteen in the world. The International League Against Epilepsy (ILAE) proposed a classification system for seizures and epilepsy with subsequent revisions in 1964. In ILAE-2017, epilepsies were classified into focal, generalized, combined generalized and focal, and unknown epilepsies. Also, there are three diagnostic categories: seizure type, epilepsy type, and epilepsy syndrome based on ILAE-2017. Furthermore, the 4-dimensional Epilepsy classification is one of the classification types. The syndromic approach in the classification of epilepsy, as outlined by ILAE-2017, while helpful for treatment and prognosis, is considered old-fashioned for several reasons. One major drawback is that it can be vague on pinpointing the exact epileptogenic zone, which is crucial for determining the lesion for epilepsy surgery. Additionally, the syndromic approach may be less specific in terms of the clinical symptoms (semiology) associated with different types of epilepsy. As our understanding of the genetic basis of epilepsies continues to evolve, relying solely on the syndromic classification may limit the ability to adapt treatment approaches based on individual genetic profiles. Thus, we must use the same classification for the seizures, such as integrated classification because there are different types of seizure classifications. Here, we describe the advantages and disadvantages of the syndromic classification (ILAE-2017).

**Keywords:** Epilepsy syndromes, ILAE, Integrated classification, Child

1-Department of Pediatrics, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran , Neuroscience Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2- Neuroscience Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran



**Neurology**



## Enuresis (Etiology, Pathophysiology & Evaluation)

Dr. Zahra Noupourast<sup>1</sup>, Dr. Sayed Yousef Mojtahedi<sup>1</sup>

Enuresis is a common problem in children. At 5 years of age, 15 % of children are incompletely continent of urine in sleep time. Most of these children have primary nocturnal enuresis.

Nocturnal enuresis is divided into monosymptomatic and nonmonosymptomatic forms. The first term is defined as enuresis without any urinary tract symptoms. Enuresis may be primary (80%) that nocturnal urinary control never achieved but if the child was dry at night for at least a few months and then enuresis developed is called secondary (20%).

Bladder capacity increases During the first 4-5 years of life. the mean bladder capacity in milliliters is equal to the  $([age (yr) + 2] \times 30)$ .

Primary enuresis may result from one or a combination of several related factors, including maturational delay, genetic factors, nocturnal polyuria, disturbed sleep, small bladder capacity, and detrusor overactivity. Psychological and behavioral abnormalities appear to be a cause of enuresis.

The evaluation of the child with monosymptomatic nocturnal enuresis includes history, physical examination, and urinalysis.

The main goal of history & physical examination is to determine whether the child has bowel and bladder dysfunction or enuresis as a manifestation of an underlying medical problem (eg, PUV or anatomic abnormality, spinal dysraphism, diabetes and tubulopathy, ...). A careful history should be obtained about fluid intake and the pattern of nocturnal enuresis.

The physical examination of the child with primary nocturnal enuresis usually is normal. Poor growth or HTN, abdominal distention, lumbosacral anomaly adenoid facies may indicate an underlying etiology for enuresis

The urinalysis should be performed on a first morning void and evaluated for specific gravity to exclude polyuria due to concentrating ability. The absence of glycosuria should be confirmed. Urine culture is not necessary unless indicated by previous history of UTI, WBC on urinalysis. If there are no daytime symptoms, the physical examination and urinalysis are normal, and the U/C is negative, further evaluation for more pathology generally is not warranted. A renal ultrasound is reasonable in an older child or in children who do not respond appropriately to therapy.

1- Department of pediatric Nephrology, Bahrami Children hospital, school of medicine, Tehran university of Medical Science, Tehran, Iran

## Monosymptomatic Nocturnal Enuresis in Children, is it A Common Problem?

Dr. Yousef Mojtahedi, Dr Zahra Nooparast<sup>1</sup>

Urinary incontinence is a common symptom in children. At five years of age, 15 percent of children are incompletely continent of urine. Most of these children have isolated nocturnal enuresis (monosymptomatic nocturnal enuresis). Based on the International Children's Continence Society enuresis is defined as episodes of urinary incontinence during sleep in children  $\geq 5$  years of age and is divided into monosymptomatic and non-monosymptomatic enuresis. Monosymptomatic nocturnal enuresis is defined as enuresis in children without other lower urinary tract symptoms and a history of bladder dysfunction. Monosymptomatic nocturnal enuresis usually is divided into primary and secondary forms. Children who have never achieved satisfactory nighttime dryness have primary enuresis. An estimated 80 percent of children with nocturnal enuresis have this form. Children who develop enuresis after a dry period of at least six months have secondary enuresis. Secondary enuresis often is described as an unusually stressful event (eg, parental emotional problem, birth of a new child) at a time of vulnerability in a child's life. Stool retention and suboptimal daytime voiding habits often play a role. However, the exact cause of secondary enuresis may remain unknown. If there is enuresis in children accompanied by other lower urinary tract symptoms, including daytime incontinence, urgency, and hesitancy, ... it is considered Non-monosymptomatic enuresis. Monosymptomatic nocturnal enuresis is common in children (about 16 percent at 5 years old) and males are affected twice compared to females. Multiple factors can be considered to cause monosymptomatic nocturnal enuresis. Factors include nocturnal polyuria, detrusor over activity, abnormal sleep, maturational delay, genetics, and abnormal secretion of antidiuretic hormone (ADH, vasopressin). Some psychologic and behavioral abnormalities can be due to enuresis and sometimes be considered etiologic factors.

**Keywords:** nocturnal, enuresis, children, Urinary incontinency, Urinary incontinence, Monosymptomatic.

**REFERENCES:** 1. Nevés T, von Gontard A, Hoebeke P, et al. The standardization of lower urinary tract function terminology in children and adolescents: report from the International Children's Continence Society Standardisation Committee. *J Urol* 2006; 176:314. 2. von Gontard

## Management of Vesico-Ureteral Reflux in Children

Mostafa Sharifian MD<sup>1</sup>, Dr. Nasrin Esfandiar<sup>2</sup>

**Introduction:** Urinary tract infection (UTI) is common in children. It is important as its high incidence, Acute mortality in neonates and infants, chronic and malignant hypertension and the fact that there is about 50% underlying anatomical abnormalities and reflux nephropathy which leads end stage renal failure (ESRF) in 2- 30% of cases. One of the most important predisposing factors for UTI is Vesico-ureteral reflux (VUR); Incidence of VUR in different situations is shown in table below: 0.4- 1.8% of unselected children 30- 40% of children with UTI 70% of Neonates with UTI 30- 51% of siblings of children with VUR 50% of offspring of mothers with VUR 15% of less than 12 years UTI patients 10% of neonates with hydronephrosis have VUR 15% of UPJO 25% of neonates with neuropathic bladder at birth 50% of Neonates with PUV

**Material and Methods:** Diagnosis of VUR is made by Cystography or VCUG: first by Direct contrast and by Direct radionuclide for follow-up. Facing a pyelonephritis especially in a small child we suggest the use of U/S straight away and if the results are abnormal, VCUG can be used based on the bottom-up policy in NICE protocol and if U/S is normal then, DMSA scan is needed to see whether renal injury has developed. If there is severe renal involvement, then VCUG or DRNC or MRU may be indicated to find the cause of injury.

**Results:** VUR is Classified as: Primary which is autosomal dominant, Secondary, high pressure, Low pressure, VUR with ureterocele, with duplex. The combination of urinary tract infection (UTI) and vesicoureteral reflux (VUR) is commonly thought to predispose the child to pyelonephritis, renal scarring and, later in life, to hypertension or ESRD. This paradigm has led to the active search, follow-up and treatment of VUR, and also prevention of recurrent UTI in children. Conclusion: Aggressive anti-reflux treatment should not be hesitated if the child fails to stay UTI-free since VUR in combination with UTI are main causes of renal scarring, especially in patients with bladder dysfunction. Surveillance of bladder dysfunction even after spontaneous or surgical resolution of VUR is warranted

1- Faculty of medicine, Shahid Beheshti and Islamic Azad University of Medical sciences

2- Shahid Beheshti University of Medical sciences



**Nephrology**

## Enteral Nutrition in Critically Ill Pediatric Patients: Overview of the Indication, Initiation, Continuation and Monitoring

Dr. Somaye Fatahi, Dr. Hasti Eftekhari, Dr. Sasan Mohsenzadeh<sup>1</sup>

Enteral nutrition (EN) plays a crucial role in the pediatric intensive care unit (PICU) by providing essential nutrition support directly to the gastrointestinal tract, especially for critically ill children. Malnutrition in the PICU is associated with increased morbidities and mortality, emphasizing the importance of optimal nutrition support. Challenges in EN delivery in critically ill children include accurate assessment of nutrient requirements, feeding intolerance, and lack of standardized approaches, highlighting the need for improved EN practices and further research in this area. Early and adequate EN is linked to improved survival rates after critical illness, but there is often a shortfall in achieving goal calories due to various factors like feeding intolerance and practice variations among providers. To enhance outcomes, strategies focusing on early initiation, advancement, and maintenance of EN are essential in the PICU, underscoring the critical role of nutrition as a primary therapy for pediatric critical conditions. Common reasons for initiating EN in the PICU include the need to provide essential nutrients to patients who cannot orally intake an adequate amount of nutrition due to conditions like neurological impairments, mechanical ventilation, altered mental status, and gastrointestinal dysfunction. Additionally, EN is essential for children with cancer undergoing treatment-related gastrointestinal toxicity and malnutrition, where indications for EN may include mucositis, feed intolerance, and postoperative care. The decision to initiate EN in the PICU should be based on a comprehensive assessment of the patient's condition, nutritional needs, and the expected duration of EN support, ensuring that appropriate and safe enteral feeding practices are followed to optimize patient outcomes.

**Keywords:** Enteral nutrition, Pediatric intensive care unit (PICU)

---

<sup>1</sup>- Department of Clinical Nutrition and Dietetics, Faculty of Nutrition and Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Nutritional Assessment of Hospitalized Children

Dr. Amirhossein Hosseini<sup>1</sup>

It is well known that children have high protein and energy requirements for growth and development, and malnutrition during childhood can have lifelong effects on health. Malnutrition has been reported in 8%–51% of children admitted to hospital in Canada. Malnutrition is associated with increased length of hospital stay (LOS), morbidity and mortality, infection risk, and increased hospital costs when compared with well-nourished children. Long-term consequences include delayed development, functional impairment, and decreased academic performance. The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition recommends using a validated screening tool to identify nutrition risk on all patients admitted to hospital; however, validated screening tools are not used in many pediatric facilities, leaving a large gap between current and best practice. Multiple tools have been developed to screen for malnutrition in pediatric inpatient settings, but currently there are insufficient data to select one over the other. Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics (STAMP), Pediatric Yorkhill Malnutrition Score (PYMS), Screening Tool for Risk on Nutritional Status and Growth (STRONGkids), and Pediatric Nutrition Screening Tool (PNST). For a tool to be used by nurses on admission, it must be completed quickly and not require expert knowledge in nutrition assessment. Both STRONGkids and PNST consist of 4 “yes-or-no” questions that are completed in a few minutes and do not contain anthropometric measures. Based on the criteria of ease of use, quickness to complete (5 minutes), and no background knowledge needed in nutrition assessment, PNST and STRONGkids were selected for further validation. Despite both tools being validated in pediatric populations, there is insufficient evidence to choose one over the other and concern that the nutrition-risk cutoffs proposed are too specific to the initial study population. Therefore, adjusted nutrition-risk cutoffs must be assessed to better fit the intended population.

<sup>1</sup>- Assistant Professor of Gastroenterology (Peds.) Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Research Center, Research Institute for Children's Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Parenteral Nutrition

Dr. Ayeh Yaraghi<sup>1</sup>

Total parenteral nutrition (also called TPN and intravenous nutrition) is a special mixture of glucose, protein, fat, vitamins and minerals that is given through an IV into the veins in order to provide necessary nutrients when a child cannot consume or absorb enough food or nutrients to grow and be healthy. The exact prescription of TPN depends on each child's condition, estimated nutrition needs, blood work levels and whether the child is receiving other sources of nutrition such as through a feeding tube or if he or she is also eating by mouth. The TPN solution is usually infused continuously over several hours of the day and never actually enters the digestive system. Infants who get this type of feeding must be watched carefully to make sure they are getting the proper nutrition. Blood and urine tests help the health care team know what changes are needed. **RESULTS:** Major recommendations; venous access; protein-energy composition (electrolyte, vitamins and trace elements); formulation; administration; clinical and laboratorial control; and complications were also discussed. **CONCLUSIONS:** Parenteral nutrition, if well-indicated, is very important for the management of several childhood diseases, allowing the maintenance and restoration of nutritional status.

**Keywords:** parenteral nutrition, pediatric, TPN purpose of the presentation: Teaching how to do parenteral nutrition for children and minimizing the side effects of this type of nutrition.

---

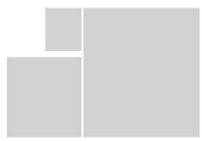
1- Assistant Professor of Children's Gastroenterology and liver Disease of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## The Role of Breastfeeding in Oral Health and Prevention of Tooth Decay

Dr. Mahmoud Ravari<sup>1</sup>

According to the studies conducted, the incidence of tooth decay in breastfed infants is much lower than that of formula fed infants, but unfortunately, some dentists without proven scientific evidence, based only on their observations in the office and ignoring the majority breastfed infants without dental caries who do not see a dentist warn parents that breastfeeding causes tooth decay and may pressure mothers to limit breastfeeding at night or stop breastfeeding. Breastfeeding at night is a natural feeding pattern and the principle of physiological care for infants, and these infants need frequent feedings from the breast during the day and night, therefore, deliberately limiting feeding at night, by reducing the frequency of feeding from the breast, causes a decrease in milk production, and finally the early termination of exclusive breastfeeding leads to a decrease in the duration of breastfeeding while the incidence of malocclusion is directly related to the reduction of the duration of exclusive breastfeeding and the duration of breastfeeding. Weaning because of the fear of tooth decay deprives the child and mother of the many benefits of breastfeeding and may unfortunately lead to the unnecessary use of bottles and milk powder and causes more caries such as bottle tooth decay “Baby milk bottle syndrome”, and other dental abnormalities. Human breast milk is not cariogenic. New studies have shown that breastfeeding compared to infants fed with formula, (for reasons such as: modulating effects and strengthening of the immune system, appropriate PH of breast milk, different sucking methods between the bottle and the breastfeeding, proper physical development of the jaw, mouth and teeth in breast feeding, antimicrobial properties and enzymes and protective substances in breast milk, etc.) cause dental protection and reduce caries of milk teeth, the result of which is early tooth decay (ECC), either due to not using breast milk or due to the use of drinks or diet with high sugar in children's diet. Therefore, by observing oral hygiene and feeding with mother's milk, both the health of the child and the optimal development of the mouth and the occurrence of tooth decay are also protected.





**Nutrition**

## Chronic Diarrhea in Children

Dr. Davood Motaharizad<sup>1</sup>

Diarrhea is defined as stool volume of more than 10 grams/kg/day in infants and toddlers, or more than 200 grams/day in older children . Functional diarrhea is defined as the painless passage of four or more large, unformed stools for four or more weeks, with onset in infancy or the preschool years, and without failure to thrive or a specific definable cause . Infectious Causes : Bacteria Parasites Postenteritis syndrome Abnormal Immune Response: Celiac Disease Inflammatory bowel disease Allergic enteropathy Eosinophilic gastroenteritis Microscopic and collagenous colitis Autoimmune enteropathies Immune Deficiency : HIV GASTROINTESTINAL PROTEIN LOSS: Mucosal disease ( IBD.celiac disease ) Lymphatic obstruction BOWEL OBSTRUCTION OR DYSMOTILITY: Hirschsprung disease Intestinal pseudobstruction CONGENITAL DIARRHEAS: Congenital chloride diarrhea Congenital sodium diarrhea Microvillus inclusion Tufting enteropathy Osmotic ( malabsorptive ) diarrhea: Glucose-galactose malabsorption Congenital sucrose-isomaltase deficiency Maldigestion of fat : Cystic fibrosis Abetalipoproteinemia Primary bile acid malabsorption Neuroendocrine tumors: Gastrinoma Vipoma Factitious Diarrhea History & Examination: Timing of onset Stool characteristics History of FTT & weight loss ( celiac Dis. C.F ) Family history Abdominal examination Laboratory Evaluation : Celiac disease Stool PH . Electrolytes . And reducing substances Osmotic gap :  $290 - 2 ([Na] + [k])$  Secretory diarrhea : O.G ( 50 mOsm/kg ) PH ( often 6.0 ) Osmotic diarrhea: O.G ( 75 mOsm/kg ) PH ( often 6.0 ) Fecal calprotectin and occult blood ( IBD ) Stool fat ( steatorrhea ) . The gold standard for diagnosis of steatorrhea is quantitative estimation of stool fat usually performed over 72 h . Other tests IBD ( CBC . CRP . Serum albumin . Contrast radiography . Endoscopy ) Protein-losing gastroenteropathy ( Serum albumin . Fecal alpha-1 antitrypsin ) Cystic fibrosis ( sweat chloride testing ) Pancreatic insufficiency ( eg. CF fecal elastase-1 /or chymotrypsin ) Stool giardia antigen Factitious diarrhea ( eg. Laxative abuse. Hypocalcemia Or metabolic alkalosis or factitious diarrhea ) : stool osmolality is elevated in the presence Of laxatives 290 and is reduced 290 mOsm/kg if the sample is contaminated With water or dilute urine. Diagnostic Approach: Functional diarrhea watery (Osmotic versus secretory) Inflammatory

## Clinical Manifestations of Pediatric IBD

Dr. Pejman Rohani<sup>1</sup>

Inflammatory bowel disease is chronic and persistent inflammation in the gut that will classifies in three well-known types. Ulcerative colitis is one type in which inflammation is in colon. Crohns disease involves from oral cavity to anus. IBD unclassified is another type which we could not define clearly the clinical course. In pediatric IBD, the onset of disease is under 17 years old. When onset of disease is under 10 is early onset IBD. Very early onset IBD is under 6 years old. The most common early manifestation of PIBD is abdominal pain. In UC, bloody diarrhea is associated with abdominal pain most of the time. In CD, watery diarrhea with weight loss and growth failure are more common. Arthritis, liver involvement, eye and skin are sometimes the only first manifestations. Key Words: Pediatric, IBD, CD, UC Summary: Pediatric IBD is multisystem chronic inflammation with increasing prevalence worldwide.

## Clinical Approach to Failure to Thrive in Children

Dr. Bahar Allahverdi<sup>1</sup>

When addressing growth failure, a comprehensive approach is essential. This involves conducting a detailed history and diet counseling, alongside close monitoring of the child's weight. Examination of the growth chart is crucial, as simultaneous drops in weight and height often indicate an organic disease. However, distinguishing between organic and nonorganic failure to thrive (FTT) based on a single clinical feature or test is unreliable without clear historical or physical signs of a specific cause, as children may have both types of FTT.

To conduct a thorough evaluation, a multidisciplinary team is necessary. This team typically includes a physician, nurse, social worker, nutritionist, child development expert, and sometimes a psychiatrist or psychologist. Observation of the child's feeding behaviors in both outpatient and inpatient settings is key. In cases where outpatient weight gain interventions fail, hospitalization may be necessary for comprehensive observation and swift diagnostic testing.

In the hospital, it's important to monitor interactions with the environment. Some children with nonorganic FTT may prefer interacting with objects over people, which could indicate a need to check for neglect or abuse. Developmental screening and detailed assessment are essential for the evaluation process, with children who gain weight with proper feeding techniques more likely to have nonorganic FTT.

Engaging parents as co-investigators is crucial, as it enhances their self-esteem and avoids placing blame. Encouraging frequent and long visits, supporting parents' feeding attempts, and promoting parent-child play are vital in this approach. Additionally, evaluating parental adequacy and responsibility is necessary, making social services referrals for suspected neglect or abuse.

While extensive lab testing is usually unnecessary, limited screening tests should be conducted. These include a complete blood count with differential, erythrocyte sedimentation rate, blood urea nitrogen, serum creatinine, and electrolyte levels, screening test for celiac disease, urine analysis and culture, and stool analysis for various factors. Additional tests may be warranted based on community prevalence, with testing for thyroid disorders and growth hormone deficiency being considered. Radiologic investigation should be reserved for suspected anatomical or functional pathology.

## Approach to the Patient with Abnormal Liver Biochemical and Function

Dr. Farid Imanzadeh<sup>1</sup>

Children with elevated liver enzymes are occasionally discovered through laboratory work-up from different clinical scenarios. Although the majority will have transient and/or benign conditions, a subgroup will have underlying liver disorders. The differential diagnosis is broad and therefore, a systematic approach is of utmost importance. In this presentation, we reviewed the most recent and relevant literature to provide a comprehensive overview of the main disease processes that cause hypertransaminasemia in children. Ultimately, we propose a practical stepwise approach to guide primary care physicians in the evaluation of abnormal liver enzymes in asymptomatic children. The first step is to obtain a complete history along with a thorough physical examination to exclude red flags, which should dictate urgent consultation with a paediatric gastroenterologist or hepatologist.

Conclusion: Hypertransaminasemia is a challenging scenario in the primary care setting. The aetiology can be broad, ranging from hepatic and extrahepatic to transient versus chronic liver disease. Timely referral to a specialised centre is of paramount importance for conducting targeted research and to not miss the chance of identifying a progressive, but still asymptomatic, treatable liver disease.

**Keywords:** Liver function test, hepatitis, cholestasis Aim of presentation: Early diagnosis and treatment of treatable causes of elevated liver enzymes

---

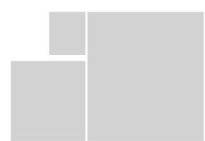
1- Professor of children's gastroenterology and liver disease of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Obesity and Fatty liver in Pediatric

Dr. Ali Akbar Sayari<sup>1</sup>

**Obesity:** Childhood obesity is a complex problem that has become a priority for pediatric health care providers across the globe in recent decades. A careful and thorough approach is necessary when assessing the causes and complications of a child's obesity, as well as in planning interventions. Treatment requires diverse approaches and disciplines; including the family of a child with obesity is crucial to successful treatment. New recommendations outline a systematic approach to evaluation and treatment. Novel interventions, such as bariatric surgery, hold promise for teens with morbid obesity. **Fatty liver:** Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) is the latest term for steatotic liver disease associated with metabolic syndrome. MASLD is the most common cause of chronic liver disease and is the leading cause of liver-related morbidity and mortality. It is important that all stakeholders be involved in tackling the public health threat of obesity and obesity-related diseases, including MASLD. A simple and clear assessment and referral pathway using non-invasive tests is essential to ensure that patients with severe MASLD are identified and referred to specialist care, while patients with less severe disease remain in primary care, where they are best managed

**Keywords:** Obesity, fatty liver, MASLD **Aim of presentation:** Early diagnosis and intervention of obesity and related complications including fatty liver in children



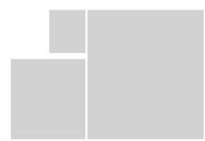
# **Gastroenterology**

## Recent Updates in Pediatric Asthma

Dr. Mohammad Reza Fazlollahi<sup>1</sup>

Pediatric asthma remains a significant public health concern, affecting millions of children worldwide. Despite advances in treatment, asthma remains a leading cause of morbidity and mortality in children. Recent studies have shed light on the importance of early diagnosis and treatment, emphasizing the role of biomarkers and precision medicine in personalized therapy. The presentation will discuss the latest guideline from the Global Initiative for Asthma (GINA), focusing on the optimal use of inhaled corticosteroids, bronchodilators, and biologics. GINA recommends confirming the diagnosis of asthma in children using spirometry or peak expiratory flow measurements whenever possible. GINA no longer recommends treating asthma with short-acting beta-agonists (SABA) alone in children over 5 years old, without inhaled corticosteroids (ICS). For children aged 6-11 years, GINA guideline recommend as-needed ICS-LABA therapy in mild asthma and ICS-formoterol combinations for maintenance and reliever treatment. In children with more frequent symptoms (moderate-to-severe asthma), GINA recommends regular ICS-containing controller therapy, with ICS-formoterol as maintenance and reliever treatment. The role of environmental factors, such as air pollution and allergen exposure, will also be discussed, highlighting the need for comprehensive approaches to asthma prevention and control. The guidelines emphasize the need for individualized assessment and adjustment of asthma treatment based on symptom control, risk factors, and patient preferences.





# **Immunology and Allergy**

## Post Varicella Necrotizing Fasciitis, An Emerging Concern in Children

Dr. Hamed Tabasizade, Dr. Amir Bahari, Dr. Maedeh Gooran, Dr. Hani Rostami zade<sup>1</sup>

Varicella-zoster virus (VZV) is one of the human herpes viruses (HHVs). The symptoms of varicella, a pediatric virus that is most common between the ages of 1 and 9, include fever and a generalized, pruritic, vesicular rash. In immunocompetent people, the illness is typically mild to moderate, but it can occasionally result in serious side effects like pneumonia, involvement of the central nervous system (CNS), secondary bacterial infections like cellulitis, myositis, and necrotizing fasciitis, encephalitis, septicemia, and even death.

Necrotizing fasciitis is an uncommon but serious side effect of a VZV infection, that needs to be surgically explored immediately in order to prevent fatal consequences and guarantee a positive outcome. Ibuprofen consumption during the course of VZV infection is considered as a prominent risk factor for the incidence of necrotizing fasciitis.

The early clinical appearance of necrotizing fasciitis might be mistaken for erysipela or cellulitis, which makes an early diagnosis difficult.

Imaging studies (ultrasound, CT scan, magnetic resonance) may help in making the diagnosis but should not delay treatment because definitive diagnosis is made during surgical treatment. In addition, the use of clinical scores, such as the Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis (LRINEC), is controversial in the literature because it has not been prospectively validated, and shows poor sensitivity.

Due to the small number of patients, the development of clear treatment recommendations and standardized treatment algorithms is difficult. Furthermore, cases of necrotizing fasciitis in children differ greatly as they are more likely to be immunocompetent and without underlying chronic illnesses than adult patients. In addition, the burden of the disease of necrotizing fasciitis can become significant, with long-term sequelae including scarring, deformities, joint function limitation, and amputation. The long-term management of these sequelae might be challenging, and more data is needed to assess the most adequate management of wounds created by debridement.

Following the rise in the complications of VZV infections, particularly necrotizing fasciitis, during the winter of 2024 in Iran, we have prepared this presentation to discuss more about VZV associated necrotizing fasciitis and share our experience in this case with the audience.

---

1- Pediatric Specialist Assistant

## Antibiotic Resistance in Pediatric Febrile Urinary Tract Infections

Dr. Ghazal Shariatpanahi<sup>1</sup>

Febrile urinary tract infection (UTI) is currently considered the most frequent cause of serious bacterial illness in children in the first 2 years of life. UTI in paediatrics can irreversibly damage the renal parenchyma and lead to chronic renal insufficiency and related problems. To avoid this risk, an early effective antibiotic treatment is essential. Moreover, prompt treatment is mandatory to improve the clinical condition of the patient, prevent bacteraemia, and avoid the risk of bacterial localization in other body sites. However, antibiotic resistance for UTI-related bacterial pathogens continuously increases, making recommendations rapidly outdated and the definition of the best empiric antibiotic therapy more difficult. Variation in pathogen susceptibility to antibiotics is essential for the choice of an effective therapy. Moreover, proper identification of cases at increased risk of difficult-to-treat UTIs can reduce the risk of ineffective therapy. In this review, the problem of emerging antibiotic resistance among pathogens associated with the development of paediatric febrile UTIs and the best potential solutions to ensure the most effective therapy are discussed. Literature analysis showed that the emergence of antibiotic resistance is an unavoidable phenomenon closely correlated with the use of antibiotics themselves. To limit the emergence of resistance, every effort to reduce and rationalise antibiotic consumption must be made. An increased use of antibiotic stewardship can be greatly effective in this regard.

---

1- MD, MSc, Pediatric infectious department, Bahrami Hospital, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences. Tehran. Iran.

## Association of Body Mass Index with COVID-19 Outcome in A Pediatric Tertiary Referral Hospital in Iran

Dr. Mohammad Reza Abdolsalehi<sup>1</sup>

**Background:** One of the challenging risk factors for severe COVID-19 infection is obesity and high body mass index (BMI). In this study we assessed the association between BMI and outcomes of hospitalized pediatric patients with COVID-19 in Iran. **Method** This retrospective cross-sectional study was performed in the biggest referral pediatric hospital in Tehran from March 7 to August 17, 2020. All hospitalized children  $\geq 18$  years of age with laboratory-confirmed COVID-19 were included in the study. We evaluated the association of BMI with COVID-19 outcomes (death, severity of clinical course, oxygen therapy, intensive care unit [ICU] admission, ventilator requirement). The secondary objectives were investigating the association of gender, underlying comorbidity, and patient age with COVID-19 outcomes. The limits for obesity, overweight, and underweight were set at BMI 95 percentile,  $85 \leq \text{BMI} \leq 95$ , and BMI 5 percentile, respectively. **Results** In total, 189 confirmed pediatric cases of COVID-19 (0.1–17 years) with a mean age of  $6.4 \pm 4.7$  years were included. Overall, 18.5% of the patients were obese and 33% were underweight. We found that BMI had no significant relation with COVID outcomes in pediatric cases but after subgrouping the participants, underlying comorbidities and lower BMI in previously ill children were independently associated with a poor clinical outcome of COVID-19. In addition, the previously ill children with higher BMI percentiles were at a relatively lower risk of ICU admission (95% CI: 0.971–0.998, OR: 0.98,  $p = 0.025$ ) and better clinical course of COVID-19 (95% CI: 0.970–0.996, OR: 0.98,  $p = 0.009$ ). The BMI percentile had a statistically significant direct relationship with age (Spearman correlation coefficient = 0.26,  $p < 0.001$ ). When we separated the children with underlying comorbidity, the BMI percentile was significantly lower ( $p < 0.001$ ) in comparison to the previously healthy children. **Conclusion** Based on our results, obesity is not related to COVID-19 outcomes in pediatric patients, but after controlling for confounding effects, underweight in children with underlying comorbidities was more likely to be associated with a poor prognosis of COVID-19

1- Department of Infectious Diseases, Pediatrics Center of Excellence, Children's Medical Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Culture results and antibiotic sensitivity pattern in staphylococcal scalded skin syndrome in children: evidence from a tertiary pediatric center

Dr. Mahmoud Khodabandeh<sup>1</sup>

**Background:** Staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS) is a bacterial toxin-mediated skin disorder that usually affects young children. Objectives: To study demographic profile, culture and sensitivity pattern in children admitted with SSSS

**Methods:** In this cross-sectional study, all patients admitted to the Children's Medical Center from 2006 to 2016 in Tehran, Iran were studied. Demographic and epidemiologic information (disease distribution in seasons) were assessed. Blood and other secretions culture from the wound or mouth was performed. Cultures results, antibiotic susceptibility and Outcome of the disease were evaluated. Data was analyzed using descriptive indicators.

**Results:** Of the 120 cases included in our study, 67 were male and 53 were female. The mean age of participants was  $1.58 \pm 0.75$  years. The mean time of hospitalization was  $4.38 \pm 2.79$  days. There were no deaths. Blood culture was positive in 8 cases (6.7%) and culture of other secretions (ulcer or oral) was positive in 62 cases (51.7%). The most common microbe grown was staphylococcus aureus (38.3%). The highest percentage of antibiotic susceptibility in specimens isolated from SSSS patients in our study was co-trimoxazole, cloxacillin, and ciprofloxacin.

**Conclusions:** oxacillin seems to be the selected medication for the treatment of SSSS which in most cases staphylococcus aureus is sensitive to this antibiotic.

**Keyword(s):** Staphylococcal scalded skin syndrome, pediatric, antibiotic, treatment

---

1- Department of Infectious Diseases, Pediatrics Center of Excellence, Children's Medical Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
2- Pediatrics Center of Excellence, Children's Medical Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
3- Non-Communicable Pediatric Disease Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

profoundly immunocompromised hosts, particularly those with advanced human immunodeficiency virus (HIV)

**Human Herpes Virus 6 (HHV6):** CNS HHV6 disease is exceedingly rare, occurring only in profoundly T-cell depleted patients, as seen after HSCT, Patients most commonly present with limbic encephalitis characterized by headaches, behavior changes, amnesia, and seizure

**Human Herpes Virus 7 and 8 (HHV7, HHV8):** neurological manifestations (including encephalitis and secondary CNS manifestations such as CNS metastases due to HHV8-associated Kaposi sarcoma) are limited to a few isolated case reports

---

## an Updat :Herpesvirus-Associated Encephalitis

Dr. Fahimeh Ehsanipour<sup>1</sup>

Herpesviruses are a leading cause of encephalitis worldwide. the development of multiplex polymerase chain reaction (PCR)-based panels, which have improved access to PCR tests. There have been recent advances in vaccines, particularly for varicella zoster virus (VZV) which may impact neurologic complications. the recent discovery of an association between herpes encephalitis and post-infectious autoimmune encephalitis has had a critical impact on the fields of infectious and autoimmune neurology

**Keywords:** Herpes encephalitis· Postinfectious autoimmune encephalitis· Varicella zoster virus encephalitis

Cytomegalovirus encephalitis· Epstein-Barr virus encephalitis· HHV6 encephaliti

**Herpes Simplex Virus 1 (HSV1)** herpes simplexencephalitis (HSE) present with symptoms localizing to the frontal and temporal lobes including confusion, behavioral changes, impaired consciousness, aphasia, and seizures. brain biopsy was the historic gold standard for diagnosis, the development of PCR-based testing on cerebrospinal fluid (CSF) has eliminated the need for biopsy in mostcases. CSF HSV PCR testing is considered exquisitely sensitive and specific (96–98% and 95–99%, respectively)

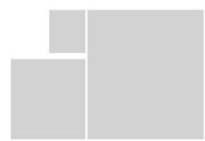
**HSE and Autoimmune Encephalitis:** post-infectious autoimmune encephalitis. Anti-N-methyl D-aspartate receptor (NMDAR) encephalitis following HS, the median time of onset after herpes encephalitis was 32 days, and the majority occurred within the first 2 months,

**Herpes Simplex Virus 2:** The most common HSV2 CNS manifestation is selflimited viral meningitis . a major cause of recurrent lymphocytic meningitis (also referred to as Mollaret meningitis)

**Varicella Zoster Virus:** The most commonly reported primary CNS manifestation is acute cerebellitis

**Epstein-Barr Virus:** subacute encephalitis in profoundly immunosuppressed patients

**Cytomegalovirus Virus (CMV):** Like EBV, it is rarely associated with neurologic manifestations in the immunocompetent host Primary infection is usually asymptomatic, followed by viral latency within the bone marrow hematopoietic progenitor cells Reactivation is generally limited to



# **Infectios Disease**



## Survival Rate of Very Low Birth Weight Neonates and its Determinant Factors.

Dr. Ramin Mozafari Kermani, Dr. Jila Sadighi, Dr. Abbas Habibollahi, Dr. Mahmoud Tavousi, Dr. Ali Asghar Haeri Mehrizi, Dr. Raheleh Rostami<sup>1</sup>

**Background:** Birth of an infant with very low birth weight (VLBW) (weight less than 1500 grams) is a major cause of deaths and complications in infancy and childhood. Despite recent progressions in medical care and treatment for VLBW children, the mortality rate is high in this group of children. The present study was performed to better identify the survival rate of these children and the problems that affect the survival of this group of infants in the short and long term.

**Methods:** The study population was all infants weighing less than 1500 grams or infants who were less than 32 weeks' pregnancy whom birth from the beginning to the end of 2018 were born in hospitals in Tehran. The study was a survival and cross-sectional study. A total of 338 children were studied. Information about these children was provided by the Family and Population Health Office of the Ministry of Health and Medical Education. Sampling was non-random and all information about the infants under study was recorded in the questionnaire after the phone call by the questioners. All data from the study were entered into SPSS-22 software and the results were presented using descriptive and analytical statistics. Survival analysis was performed by Kaplan-Meier test and the effect of variables on survival was evaluated using multivariate Cox model.

**Results:** Out of the total number of births, 338 infants were eligible to enter the study and their parents answered the phone call. Based on the results of cox regression models, the probability of one-month survival of children was about 68% and the probability of one-year survival was about 60%. Of the 10 variables affecting the survival of VLBW infants and children under study, 6 variables of maternal education, Number of pregnancies, parent and infant insurance, gestational age, birth weight and maternal vaccination before pregnancy were significantly related with the death of infant ( $P \leq 0.05$ ).

**Conclusions:** One of the effective strategies for VLBW infant survival rate is encouraging women to continue their education, vaccinating mother before pregnancy, insuring family members and preventing multiple pregnancies.

**Keywords:** Infants - Very low birth weight - Complications

## Treatment of neonatal jaundice

Dr. Zahra Vahedi<sup>1</sup>

Treatment of neonatal jaundice More than 80% of newborn infants will have some degree of jaundice. Careful monitoring of all newborn infants and the application of appropriate treatments are essential, because high bilirubin concentrations can cause acute bilirubin encephalopathy and kernicterus. Kernicterus is a permanent disabling neurologic condition characterized by some or all of the following: choreoathetoid cerebral palsy, upward gaze paresis, enamel dysplasia of deciduous teeth, sensorineural hearing loss or auditory neuropathy or dyssynchrony spectrum disorder, and characteristic findings on brain MRI. The goals of managing neonatal hyperbilirubinemia are to prevent severe hyperbilirubinemia and bilirubin-induced neurologic disorders (BIND) while avoiding unnecessary intervention which can interfere with successful initiation of breastfeeding and parent/caregiver bonding with the newborn. In symptomatic newborns with elevated total serum or plasma (TSB) levels in association with signs of acute bilirubin encephalopathy require escalation of care and possibly exchange transfusion. In asymptomatic newborns TSB thresholds for treatment depend upon the newborn's gestational age (GA) and other risk factors for neurotoxicity. For newborns with TSB at or above the threshold for phototherapy we recommend phototherapy. Newborns with TSB levels that are approaching or above the threshold for exchange transfusion require escalation of care and possible exchange transfusion. For newborns with TSB levels that are 2 mg/dL (34 micromol/L) below the phototherapy threshold and with certain risk factors for progressive hyperbilirubinemia (eg, onset of jaundice within first 24 hours after birth, alloimmune or other hemolytic disease, rapidly rising TSB, significant bruising/cephalohematoma), we suggest starting phototherapy. For newborns with near-threshold TSB levels without any of these risk factors, the decision to provide subthreshold phototherapy is individualized, depending on parent/caregiver preference. Home phototherapy may be an option if there are no clinical risk factors and additional criteria are met. Newborns with TSB levels that are 2 mg/dL (34 micromol/L) below the phototherapy threshold generally do not require treatment. Dr Zahra Vahedi Neonatologist Iran University of medical science

## Non-Invasive Ventilation in Neonates

Dr. reza saeidi<sup>1</sup>

**Introduction:** overall incidence of RDS in premature infants is about 12% and mortality due to RDS is 10 times higher in poor countries compared to rich countries.

Antenatal corticosteroid and ventilation and surfactant therapy are three important cornerstones to reduce neonatal mortality. Despite improving the survival, ventilator-induced lung injury (VILI) is a big problem. The mechanisms of VILI are volutrauma, Barotrauma, atelectotrauma, biotrauma. The incidence of BPD is up to 40% before 28 weeks and up to 80% before 24 w. and early use of NIV minimizes the risk for lung injury and the risk of BPD compared to invasive ventilation. NIV includes respiratory support modalities that do not require the insertion of an endotracheal tube.

**Discussion:** Currently, multiple NIV modalities are being used in the Delivery room prophylactically, as primary support for RDS, apnea of prematurity, TTN, meconium aspiration syndrome, and post extubating support. Following nasal interfaces are used in neonates; Long nasal prongs/nasopharyngeal prongs, Short binasal prongs, Nasal masks, Nasal cannula with long and narrow tubing (CLNT). Traditionally, short binasal prongs used to be the most commonly used interface but nasal masks have been associated with reduced risk of nasal trauma. NIPPV involves delivery of varying inspiratory and PEEP with time cycling at pre-defined rates. The major differences from BiPAP are that the difference between PIP and PEEP can be above 4–5 cm of H<sub>2</sub>O, it utilizes lower inspiratory times, higher respiratory rates, and can be synchronized or non-synchronized. sNIPPV provides PEEP similar to CPAP leading to all the benefits ascertained to CPAP. In addition, it delivers PIP which is not provided by CPAP. This results in a higher MAP than CPAP and better recruitment of alveoli, better CO<sub>2</sub> removal, decreased inspiratory work of breathing, improved tidal volume and FRC, and reduces bradycardia and apnea.

**Conclusion:** NIV is one of the most important components of preterm respiratory care but the choice of modality should be individualized based on its efficacy, pathology and resource settings. Although for most indications, sNIPPV seems to be the most efficacious, and HHHFNC being associated with the least likelihood of nasal injury.

**Keywords:** neonate, preterm, non-invasive ventilation, nasal intermittent positive airway pressure

## Non-Invasive Ventilation of the N-CPAP Type

Dr. Behzad Barekatin<sup>1</sup>

Non-invasive ventilation of the N-CPAP type Dr Behzad Barekatin, Associate Professor of Neonatology, Faculty Members of Isfahan University of Medical Sciences Today we are in a new era of respiratory support in sick and premature babies. In the past decade, there has been a growing understanding of physiological respiratory changes during the fetal-to-neonatal transition that can be used to improve respiratory support at birth. The types of non-invasive respiratory support are as follows: \* Continuous positive Airway Pressure(CPAP) \* Heated Humidified High-Flow Nasal Cannula (HHHFNC) \* Nasal Intermittent Positive Pressure Ventilation (NIPPV) \* Bi-level Positive Airway Pressure \* Nasal High-Frequency Oscillatory Ventilation (n-HFOV) \* Nasal Neurally Adjusted Ventilatory Assist (n-NAVA) According to the effects of CPAP in the prevention and treatment of respiratory diseases in newborns and according to extensive studies such as COIN, SUPPORT, Vermont Oxford and CURPAP, the early establishment of N-CPAP along with the administration of surfactant as early rescue by the European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome and the American Academy of Pediatrics are recognized as the standard treatment for premature infants at risk of RDS. Despite the position of N-CPAP in the treatment of respiratory diseases in infants, there are still many challenges in various aspects of establishing N-CPAP. These challenges are as follows: \*Which type of non-invasive support should we use? \*Non-invasive respiratory support with which type of flow source is more effective? \*Non-invasive respiratory support with which type of pressure mechanism is more effective? \* Non-invasive respiratory support with which type of interface is more effective? \* What is the best position for a baby who is on non-invasive respiratory support? \*Non-invasive respiratory support is more effective with what level of end-expiratory positive pressure? \*What is the best method for weaning from non-invasive respiratory support? \*What are the challenges in nursing and supportive care in infants under non-invasive respiratory support? \*What are the challenges of using non-invasive respiratory support in developing and underdeveloped countries? and..... Several studies are being conducted in the mentioned dimensions and it is expected that in the future, using the

---

1- Associate Professor of Neonatology, Faculty Members of Isfahan University of Medical Sciences

## High Flow Nasal Cannula for Non-Invasive Respiratory Support in Preterm Infants

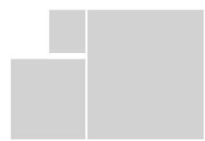
Dr. Mohammad Kazem Sabzehei<sup>1</sup>

High-flow nasal cannula (HFNC) is a relatively new mode of non-invasive respiratory support for preterm infants, with several mechanisms of action, including generation of distending pressure; washout of the nasopharyngeal dead space; provision of gas flow sufficient to reduce inspiratory resistance and work of breathing; and provision of adequate gas conditioning. HFNC uses smaller loose-fitting binasal prongs than CPAP and delivers heated, humidified gas at flows of more than 2 L/min, although in clinical practice and clinical trials, the flow is typically set at 4 to 8 L/min HFNC has several potential advantages over CPAP, such as reduced nasal trauma, ease of use, infant comfort, easier access for parental feeding and skin-to-skin care, which has led to its rapid adoption into neonatal care. The decision whether to apply primary HFNC will depend on the approach to surfactant treatment, availability of 'rescue' CPAP, and the severity of RDS, it may be prudent to choose CPAP for more immature infants and infants with a higher supplemental oxygen requirement. Recent trials comparing HFNC and CPAP as primary support have had differing results. Meta-analyses suggest that primary HFNC results in an increased risk of treatment failure, but that 'rescue' CPAP use in those infants with HFNC failure results in no greater risk of mechanical ventilation. Secondary outcomes demonstrated a significant lower rate of nasal injuries using HFNC and although other secondary outcomes did not differ significantly between groups, rates of surfactant therapy and sepsis were close to significantly lower in the HFNC group. HFNC is not recommended as primary respiratory support in infants with GA 28 weeks or sever RDS based on current evidence. Meta-analyses strongly support the effectiveness and safety of HFNC compared with CPAP for post-extubation support of infants  $\geq$  28weeks' gestation. Post-extubation HFNC use results in similar rates of treatment failure, mechanical ventilation, and adverse events compared to CPAP. HFNC may also be used as a 'weaning' mode, to transition infants off CPAP support.

## Neonatal Unconjugated Jaundice

Dr. Nastaran khosravi<sup>1</sup>

Neonatal unconjugated jaundice DEFINITIONS Nearly all newborn infants develop elevated bilirubin levels (ie, total serum or plasma bilirubin 1mg/dl , which is the upper limit of normal for adults.).As bilirubin level increase, the newborn may develop visibl jaundice. CAUSES OF SIGNIFICANT UNCOJUGATED NEONATAL HYPERBILIRUBINEMIA \*Increased production \*Decreased clearance INCREASED PRODUCTION Hemolytic disease of fetus and newborn: \* Rh incompatibility \* ABO incompatibility \* other blood group such as Kelly, Duffy and.. Rh disease: Rh negative is the result an absence of Rh gene or alterations in the RHD gene, resulting in gene inactivation. Maternal sensitization in an RhD-negative individual is due to a previous t exposure to Rh antigen: \* through transfusion with Rh positive (RBC). \* pregnancy with a Rh-positive offspring . \* miscarriage. \* Abortion \* frtomaternal hemorrhage The hallmark of isoimmunization is a positive DAT(also known as the Coombs test). Additional technologies used antenatally include: \* antenatal blood group genotype by (PCR) from fetal cells obtained by amniocentesis \* or even from maternal blood samples. \* Assessment of the degree of fetal anemia and determination of the need for intrauterine transfusion by: \* \*Determining middle cerebral artery peak systolic velocity by the Doppler technique have reduced the need for invasive procedures. Isoimmunization Caused by minor blood group incompatibility: \* Kelly, Duffy, MNS , P , and Diego systems) can result significant hemolytic disease of the newborn . \* Anti - Kelly isoimmunization warrants special mention because fetal anemia , rather than hyperbilirubinemia, often predominant es the clinical picture. \* This may be due to erythropoietic suppression in addition to a hemolytic disease. ABO hemolytic disease About one - third of blood group A or B neonates born to a blood group O mother will have a positive direct Coombs' test or DAT. \* strength of the DAT may also be predictive. \* neonates with ++DAT- positive has a higher incidence of hyperbilirubinemia. [31/05, 17:10] N.khosravi: paucity of A and B antigenic site on neonatal RBCs or weak expression of these antigens compared with adult may explain: \* an absence of clinical disease in many



**Neonatology**

◆ **Identification of a Novel Genetic Variant in Spinal Muscular Atrophy with Progressive Myoclonic Epilepsy: A Case Report .....85**

Dr. Meisam Babaei MD, Dr. Najmeh Ahangari PhD, Dr. Fatemeh Arab PhD

◆ **Duchenne Muscular Dystrophy in North Khorasan: A Case Series .....86**

Dr. Meisam Babaei MD, Dr. Najmeh Ahangari PhD, Dr. Fatemeh Arab PhD

◆ **A Case Report of GM1 Gangliosidosis .....87**

Dr. Maryam Kachuei

◆ **Evaluation of Radiographic Findings in Children with Different Severity of Pneumonia Aged from 1 Month to 18 Years Old .....88**

Dr. Saeede Yaghobi, Dr. Gholamreza Soleimani

◆ **The Effect of Fennel on Infantile Colic: A Systematic Review and Meta-Analysis .....89**

Dr. Seyede Mozghan Heidari

◆ **Evaluating Loss to Follow-Up in Newborn Hearing Screening in Central Iran .....90**

Dr. Nasim Ghavami, Dr. Leili Borimnezhad



---

## Other

---

- ◆ **Skin Disorders in Children: An Overview of Contact Dermatitis, Seborrheic Dermatitis, and Atopic Dermatitis .....76**

Dr. Reza Azadi

---

## Posters

---

- ◆ **Poisoning in Children and Adolescents in Kermanshah City, Iran .....78**

Dr. Mitra Hemmati, Mohamad Reza Tohidi, Ali Mohammadi, Firozeh Jahanpour, Bahareh Andayeshgar, Sahar Fallah

- ◆ **Investigating the Attitude of Pregnant and Lactating Mothers About Corona Virus Vaccination in Health Centers of Shiraz City, 2023-2022 .....79**

Dr. Mahnaz Haghghi, Dr Mohammadreza Norozi

- ◆ **The Importance of Clinical Records in Examining Medical Malpractice in Pediatrics .....80**

Dr. Foroozan Faress

- ◆ **The Importance of Investigating the Ambiguities of the Genital System of Sick Children in the Emergency Department .....81**

Dr. Foroozan Faress

- ◆ **A More Suitable Respiratory Treatment for Premature Infants with Bronchopulmonary Dysplasia, Comparison of Three Regimens .....82**

Dr. Mahsa Khoshnamrad, Dr. Zahra Rahimikia, Dr. Alireza Jashni Motlagh

- ◆ **Follow-Up of 25 Patients with Treatable Ataxia: A Comprehensive Case Series Study .....83**

Dr. Mahmoud Reza Ashraf, Dr. Elham Pourbakhtyaran, Dr. Mohammad Rohani

- ◆ **Risk Factors for Epilepsy in Children with Neonatal Hypoglycemia .....84**

Meisam Babaei MD, Dorsa Vagharmoosavi MD, Shima Hoseinzadeh MD, Rezvan Rajabzadeh PhD

---

## Psychology

---

- ◆ **Nonpharmacological Interventions of Functional Somatic Symptom in Childrens .....63**

Dr. Nasrin Dodangi

- ◆ **PsyPharmacological Treatments for Childhood-Onset Somatic Symptom and Related Disorders (SSRD) and Functional Disorders .....64**

Dr. Marzieh Assareh

---

## Radiology

---

- ◆ **Role of MRI in Pediatric Lung Diseases .....66**

Dr. Neda Pak

- ◆ **Pediatric Chest Imaging .....67**

Dr. Seyedmehdi Alehossein

- ◆ **Indication of Chest CT in Children .....68**

Dr. Fatemeh Zamani

---

## Sleep

---

- ◆ **An Overview of Pediatric Sleep Medicine in Iran: Primary Steps and Challenges .....70**

Dr. Shabnam Jalilolghadr

- ◆ **Pediatric Sleep Disorders Clinic .....71**

Dr. Shirin Tehrani Tarighat

- ◆ **Diagnostic and therapeutic challenges of pediatric sleep breathing disorders .....72**

Dr. Zahra Parsapoor

---

## Medical Malpractice

---

- ◆ **Investigating Two Cases of Medical Errors in the NIC.....74**

Dr. Foroozan Faress

---

## Hematology & Oncology

---

- ◆ **Diagnostic Evaluation of Brain Tumor in Children .....48**

Dr. Maryam Tashvighi

- ◆ **Pediatric Central Nervous System Tumors .....49**

Dr. Azim Mehrvar

---

## Pulmonology

---

- ◆ **Hemoptysis: An Overview .....51**

Dr. Maryam Hassanzad

- ◆ **Approach to Chronic Cough in Children .....53**

Dr. Amir Rezaei

- ◆ **Management of Obstructive Sleep Apnea in Children .....54**

Dr. Seyed Hossein Mirlohi

- ◆ **Foreign Body Aspiration in Children .....55**

Dr. Alireza Eshghi

---

## Endocrinology

---

- ◆ **Hypothyroidism .....57**

Dr. Maryam Razzaghy Azar

- ◆ **Hypothyroidism .....58**

Dr. Elham Shafighi shahri, Dr. Maryam Nakhaeimoghaddam

---

## Cardiology

---

- ◆ **Chest Pain in Children .....60**

Dr. Mohamad-Taghi Majnoon

- ◆ **Diagnosis of Heart Diseases with A Stethoscope .....61**

Dr. Mojtaba Gorji

◆ **Parenteral Nutrition .....35**

Dr. Ayeh Yaraghi

◆ **Nutritional Assessment of Hospitalized Children .....36**

Dr. Amirhossein Hosseini

◆ **Enteral nutrition in critically ill pediatric patients: Overview of the indication, initiation, continuation and monitoring .....37**

Dr. Somaye Fatahi, Dr. Hasti Eftekhari, Dr. Sasan Mohsenzadeh

---

**Nephrology**

---

◆ **Management of Vesico-Ureteral Reflux in Children.....39**

Mostafa Sharifian MD, Dr. Nasrin Esfandiar

◆ **Monosymptomatic Nocturnal Enuresis in Children, is it A Common Problem? .....40**

Dr. Yousef Mojtahedi, Dr. Zahra Nooparast

◆ **Enuresis (Etiology, Pathophysiology & Evaluation) .....41**

Dr. Zahra Nouparast, Dr. Sayed Yousef Mojtahedi

---

**Neurology**

---

◆ **Why the Syndromic Approach in the Classification of Epilepsy is Old-Fashioned? .....43**

Dr. Mehran Beiraghi Toosi1, Dr. Bita Barazandeh

---

**Rheumatology**

---

◆ **The Role of Laboratory Data in Pediatric Rheumatologic Diseases .....45**

Dr. Navid Namazi

◆ **Key Points in History and Physical Examination (Articular) in Favor of Rheumatological Diseases .....46**

Dr. Sahar Naderi

◆ **Association of Body Mass Index with COVID-19 Outcome in A Pediatric Tertiary Referral Hospital in Iran .....22**

Dr. Mohammad Reza Abdolsalehi

◆ **Antibiotic Resistance in Pediatric Febrile Urinary Tract Infections .....23**

Dr. Ghazal Shariatpanahi

◆ **Post Varicella Necrotizing Fasciitis, An Emerging Concern in Children .....24**

Dr. Hamed Tabasizade, Dr. Amir Bahari, Dr. Maedeh Gooran, Dr. Hani Rostami zade

---

**Immunology and allergy**

◆ **Recent Updates in Pediatric Asthma .....26**

Dr. Mohammad Reza Fazlollahi

---

**Gastroenterology**

◆ **Obesity and Fatty Liver in Pediatric .....28**

Dr. Ali Akbar Sayari

◆ **Approach to the Patient with Abnormal Liver Biochemical and Function Tests .....29**

Dr. Farid Imanzadeh

◆ **Clinical Approach to Failure to Thrive in Children .....30**

Dr. Bahar Allahverdi

◆ **Clinical Manifestations of Pediatric IBD .....31**

Dr. Pejman Rohani

◆ **Chronic Diarrhea in Children .....32**

Dr. Davood Motaharizad

---

**Nutrition**

◆ **The Role of Breastfeeding in Oral Health and Prevention of Tooth Decay .....34**

Dr. Mahmoud Ravari

## Table of Content

---

### Neonatology

---

◆ **Neonatal Unconjugated Jaundice** .....12

Dr. Nastaran Khosravi

◆ **High Flow Nasal Cannula for Non-Invasive Respiratory Support in Preterm Infants** .....13

Dr. Mohammad Kazem Sabzehei

◆ **Non-Invasive Ventilation of the N<sub>2</sub>CPAP Type** .....14

Dr. Behzad Barekatin

◆ **Non-Invasive Ventilation in Neonates** .....15

Dr. reza saeidi

◆ **Treatment of Neonatal Jaundice** .....16

Dr. Zahra Vahedi

◆ **Survival Rate of Very Low Birth Weight Neonates and its Determinant Factors** .....17

Dr. Ramin Mozafari Kermani, Dr. Jila Sadighi, Dr. Abbas Habibollahi,

Dr. Mahmoud Tavousi, Dr. Ali Asghar Haeri Mehrizi, Dr. Raheleh Rostami

---

### Infectious Disease

---

◆ **An Updat: Herpesvirus-Associated Encephalitis** .....19

Dr. Fahimeh Ehsanipour

◆ **Culture results and antibiotic sensitivity pattern in staphylococcal scalded skin syndrome in children: evidence from a tertiary pediatric center** .....21

Dr. Mahmoud Khodabandeh

## **A short biography of professor Mohamad Gharib**

Professor Mohammad Gharib was a man of religion and dedication who carried these traits with him throughout his productive life. His religious beliefs which sprang from a moral upbringing in a family of faith, not only did not wane with youth, foreign travel, exploration and celebration of the culture and civilisation of the West, but indeed grew daily in its depth and elegance. That which made Dr Mohammad Gharib exemplary was his exceeding intelligence, abundant enthusiasm for learning, the power to transfer knowledge quickly, strength in labour and resilience in the face of adversity.

The Professor's classes which almost always covered patients' clinical issues, in their own way represented tutorials in the most advanced current techniques in science. The Professor placed the student face-to-face with patients and their clinical issues, sought reasoning, thought and verbalisation from them and then provided guidance.

Dr Mohammad Gharib was born in the year 1909 in Tehran, in a family with deep roots and strong faith. His father, the dearly departed Ali Asher was of the Garakan people. His primary education was at the Cyrus school and his intermediary education at the Darolfonoon college. In 1927 he travelled to France to study medicine with the first group of Iranians students and set to the study of medicine in the institutions of famous master tutors of the time. He was the first Iranian to succeed in exams for admission as an intern to Paris and continued his education in the fields of pediatrics and dermatology. He passed his doctoral thesis with high grades in the area, and in 1938 returned to his homeland and married miss Zahra Gharib the daughter of the late Agha Mirza Abdolazeim khan Gharib, the result of this happy union being two sons and two daughters, with his sons following in his footsteps in medicine.

The professor began to teach at the Tehran University of medical sciences in 1940. Dr Mohammad Gharib began his career at the Razi hospital and then at the children's ward at the One thousand bed hospital. In 1968 he continued his work at the Tehran Children's Medical Centre, after its completion, the foundations of which he had himself laid along with the late doctor Hassan Ahari.

In 1954 he authored the book "Pediatric Diseases" and in 1974 he edited and re-printed the book. With the late Dr Hassan Ahari, he wrote a highly interesting and educational book in two-volumes entitled "[Problems in Pediatric Medicine".

He was the founder of the Iranian Society of Pediatrics, for years was its leader and held the position of the head of the society; he held an eminent position in the "International Pediatric Association" and for a time was elected to its board of directors.

The Professor's final years were the best examples for his students. The fatal disease of cancer never held him back from the righteous path of continuing his tuition, examination of patients and help to the needy. His faith in God during that period became more lucid, and even in the final days of life in the hospital bed, did not waiver for a moment from gratitude to the Almighty, and only refrained from teaching and discussion for a few days. The professor, on the 21<sup>st</sup> January 1975, while the radiance of his being gave light to friends and the needy, moved on to the next life. We pray for divine deliverance for the soul of this honourable man and for his children and colleagues we wish health and success in their service to society.

May his memory always be honoured.

**The Executive Committee**

# **Abstract Book**

**Annual Congress of Iranian Society of Pediatrics**

**&**

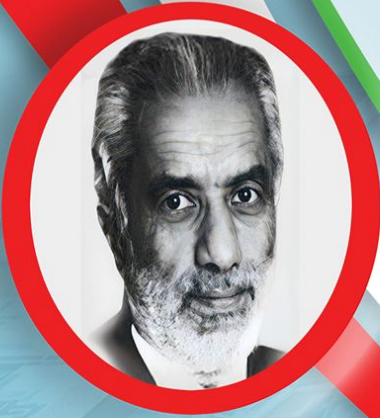
**45<sup>th</sup> Memorial Congress of Professor Mohammad Gharib**

**23-26 June 2024**





**IN THE NAME OF GOD**



**Abstract Book of Annual congress of  
Iranian Society of Pediatrics  
&  
45<sup>th</sup> Memorial Congress of  
Professor Mohammad Gharib**

23-26 June 2024

45