پزشکان گیل

۱۷۱

دی ۱۳۹۶

۴۰۰۰ تومان

ماهنامه‌ی جامعه‌ی پزشکی استان گیلان

PEZESHKAN GIL

داستان فیلسوف و اعرابی

Guilan Oncology Center

مرکز انکولوژی گیلان

GOC (Guilan Oncology Center)

کلینیک رادیوتراپی - انکولوژی

اولین و مجهزترین مرکز درمان تخصصی سرطان در شمال کشور

رشت، گلسار، خیابان نواب، کوچه بهار

ساختمان GOC (Guilan Oncology Center)

تلفن: ٦-٣٣١٣١٦٤٥، فکس: ٣٣١٣١٦٣٨

مرکز لیزر چشم فارابی

اصلاح عیوب انکساری (نزدیک‌بینی، آستیگماتیسم، دوربینی)

خدمات پیشرفته تشخیصی و درمانی

مجهز به دقیق ترین و پیشرفته ترین دستگاه های چشم پزشکی

لیزر اگزایمر SCHWIND
لیزر اگزایمر VISEX
لیزر یاگ NIDEK
لیزر یاگ ELLEX
لیزر PDT
لیزر PRP
لیزر زرد
توپوگرافی TOMY
گالیله ZIEMER
پنتاکم OCULUS
دستگاه SIRIUS SCHWIND
ویواسکن VISEX
پاکیمتری NIDEK
لنزاستار HAAG-STREIT
دستگاه CIRRUS-ZEISS OCT
(FUNDUS CAMERA (TRUE COLOR CONFOCAL SCANNER
پریمتری (سنجش میدان بینایی) HUMPHREY ZEISS
دستگاه کراس لینکینگ (جلوگیری از پیشرفت قوز قرنیه)

رشت - پل بوسار، خیابان بوسار، نرسیده به آزمایشگاه دکتر آشتیانی
جنب رادیولوژی دکتر خیابانی، طبقه سوم و چهارم
تلفن: ۳۳۱۳۳۴۸۸ - ۳۳۱۳۳۴۸۷ فکس: ۳۳۱۳۳۴۸۶

دکتر علی پرندآور

جراح و متخصص گوش، حلق و بینی

پلاستیک بینی (زیبایی بینی)

پذیرش: صبح و عصر

رشت، چهارراه میکاییل، ابتدای نامجو، ساختمان پزشکان سینا، طبقه اول

تلفن: ۳۳۳۳۴۵۲۷-۳۳۳۳۵۰۸۴

کلینیک رادیولوژی دیژیتال، سونوگرافی- الاستوگرافی و دانسیتومتری

دکتر سید محمد میرباقری

متخصص رادیولوژی و سونوگرافی
از دانشگاه علوم پزشکی تهران

M.R.I C.T.Scan

از دانشگاه‌های L.M.U آلمان و MC.Gill کانادا

با توجه به نصب دستگاه‌های جدید، رادیوگرافی دیژیتال- اسکنوگرام
سونوگرافی- الاستوگرافی، سنجش تراکم استخوان و... در این مرکز انجام می‌شود.

رشت، گلسار، بلوار نماز، روبه‌روی مدرسه دخترانه شاهد (فاطمه الزهرا)، مجتمع البرز

تلفن: ۳۳۱۱۸۵۶۴ - ۳۳۱۱۸۵۶۹ (۰۱۳) فاکس: ۳۳۱۱۸۵۷۳ (۰۱۳)

دکتر شیرین (معصومه) اصغرنیا

جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی

عضو هیات علمی، استادیار دانشگاه

عضو پیوسته انجمن علمی باروری، ناباروری

لاپاراسکوپی- هیستروسکوپی

برگزاری کلاس‌های ویژه برای خانم‌های باردار:

- ورزش‌های دوران بارداری و پس از زایمان
- آمادگی برای زایمان ایمن و روش‌های کاهش درد و تن‌آرامی به‌منظور رفع استرس و افزایش اعتماد به‌نفس
- آموزش شیردهی موفق و مراقبت از نوزاد

رشت، خیابان امام خمینی، خیابان حسام
جنب آزمایشگاه رازی، ساختمان آوین
۳۳۳۳۸۳۱۶ - ۳۳۳۳۸۳۱۲

رشت، بلوار قلی‌پور، جنب بیمارستان پارس
ساختمان پارس طب، طبقه پنجم
۹۱۰۰۱۲۶۲-۹۱۰۰۱۲۶۱-۹۱۰۰۱۲۶۰

نوبت‌دهی اینترنتی: **www.dr-asgharnia.com**

موسسه زاهد

تخصصی . پرستاری . بهداشتی و درمانی

ویزیت در منزل

اگر بیمار بستری در منزل دارید!

- آموزش و پیشگیری رایگان زخم
- مراقبت استاندارد از زخم دیابتی . زخم بستر زخم فشاری . سوختگی به روش نوین

مدیر مسئول : طاهره زاهدصفت

رشت .روبروی بیمارستان پورسینا.ساختمان حکیم

تلفن : ۳۳۳۱۰۲۰۰ - ۳۳۲۵۴۷۴۰

همراه : ۰۹۱۱۱۳۰۵۵۱۴

NHS

Ministry of Health Malaysia

AACU

SIU

eau

دکتر سیّد علاء الدّین عسگری

فوق تخصص جراحی کلیه و مجاری ادراری، نازایی

دوره‌های تکمیلی فوق تخصصی از انگلستان

عضو جامعه جراحان کلیه و مجاری ادراری آمریکا

استاد دانشگاه علوم پزشکی - Professor of Urology

ارایه تکنیک جدید جراحی اندوسکوپی PIT برای High Grade VUR و چاپ آن در مجله معتبر پزشکی آمریکا [اولین بار در جهان]

اصلاح اختلال عملکرد جنسی مردان با پیوند مخاط زبان (Lingual Mucosal Transplanta-tion to Penile Chordee) [اولین بار در ایران]

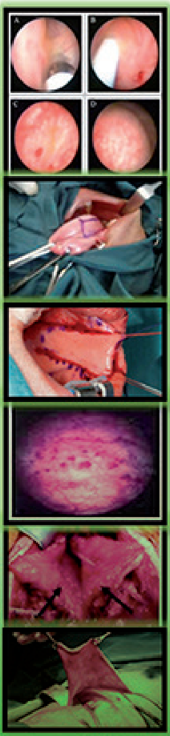
اصلاح تنگی مجرا در زنان با پیوند مخاط زبان (Lingual Mucosal Transplantation to Female Urethra) [اولین بار در ایران]

عمل جراحی کمتر تهاجمی پروستات (Less Invasive Open Prostatectomy- No Drain, No Cystectomy) [از سال ۱۳۷۹، اولین بار در ایران]

پیوند معده به مثانه (Gastrocystoplsty) در مثانه های عصبی (Neurogenic bladder) برای پیشگیری از نارسایی پیشرونده کلیوی [سومین مرکز در کشور]

اصلاح دایمی و قطعی ناتوانی جنسی مردان به وسیله پروتز (Penile Prosthesis) [از سال ۱۳۸۵، چهارمین مرکز در کشور]

اصلاح دایمی انواع بی‌اختیاری مردان و زنان با کنترل آندوسکوپیک (Modified Gittes & Stamey, Argus, TOT, TVT) [از سال ۱۳۸۰، اولین مرکز در شمال کشور]



رشت، گلسار، خیابان نواب، داخل کوچه داروخانه دکتر آریافر، ساختمان سنا، طبقه اول

تلفن: ۳۳۱۱۳۷۹۳-۰۱۳ و ۳۳۳۲۲۵۹۶-۰۱۳

بیمارستان آریا

www.aryahospital.ir

بیمارستان آریا

ARYA HOSPITAL

رشت، جاده انزلی، بلوار ولی عصر
شرکت گروه پزشکی گیل و دیلم
بیمارستان آریا
تلفن: ۹-۳۳۷۵۹۷۹۰

دکتر کتایون کاشانی

متخصص دندانپزشکی ترمیمی، زیبایی و ایمپلنت

دارای بورد تخصصی

دارای سرتیفیکیت لیزر از WCLI

عضو آکادمی دندانپزشکی زیبایی آمریکا

Dr.Katayoon Kashani

Specialist in cosmetic & Restorative dentistry

Implantologist, D.D.S,M.S

رشت ـ چهارراه گلسار ـ خیابان نواب ـ پشت

اداره پست ـ ساختمان دکتر بنیادی ـ طبقه چهارم

تلفن: ۳۳ ۱۱ ۶۶۴۳

۳۳ ۱۱ ۶۶۴۲

دکتر محمودرضا کی‌منش

متخصص ارتودنسی

دارای بورد تخصصی در درمان ناهنجاریهای دندانی و فکی

رشت، چهارراه گلسار، روبروی داروخانه شبانه‌روزی گلسار، ساختمان زکریای رازی

تلفن: ۳۳۱۱۰۵۱۵ ۳۳۱۱۰۵۱۶

RMC1007

دکتر جعفر مهدیان ماهر
متخصص پوست، مو، زیبایی
لیزر و جراحی پوست
(دارای بورد تخصصی)
رشت، گلسار، خیابان ۷۸، پشت اداره اوقاف، پلاک ۱۱
تلفن: ۳۳۱۱۳۵۷۸

دکتر لاله ترابی
جراح و متخصص گوش، گلو و بینی، سروگردن
جراح زیبایی بینی و صورت
دارای بورد تخصصی ناسیونال
عضو انجمن آکادمی جراحان پلاستیک اروپا EAFPS
RMC1016
رشت، پل بوسار، بلوار بوسار، بعد از آزمایشگاه دکتر آشتیانی
بن بست پورکار، ساختمان طلاییه، تلفن: ۳۳۱۲۷۷۰۴
Dr_LalehTorabi
۰۹۰۳۲۶۰۹۹۶۶

آخرین اطلاعات بیمه‌ای در رابطه با نیاز پزشکان و پیراپزشکان استان گیلان

در سایت www.mirvahabi.com اطلاعات بیمه‌ای و آخرین اطلاعیه‌های مهم در ارتباط با شغل و حرفه خود را جستجو کنید.

نحوه پرداخت هزینه‌های درمانی مصدومین تصادفات رانندگی

الزامات قانونی:

• وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است نسبت به درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومان حوادث رانندگی در مراکز بهداشتی و درمانی اقدام کند. به‌منظور تامین منابع برای ارایه خدمات فوق، ۱۰ درصد حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد توسط شرکت‌های بیمه تجاری وصول و به حساب درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می‌گردد. هزینه‌های درمان کلیه مصدومان ترافیکی، جاده‌ای و رانندگی از محل وجوه واریز شده به این حساب و سایر منابع موجود پرداخت خواهد شد.

تکالیف مراکز درمانی راجع به پذیرش و درمان مصدومین ناشی از حوادث و سوانح رانندگی:

• بیمارستان‌ها و مراکز درمانی هنگام پذیرش مصدوم حق دریافت هیچ‌گونه وجهی از مصدوم، همراهان و مقصر حادثه ندارند.

• مراکز درمانی اعم از خصوصی، دولتی، خیریه، نظامی و... موظف به درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی تا زمان ترخیص بیمار هستند و کلیه هزینه‌های درمان از جمله اقلام و لوازم مصرفی و غیرمصرفی به‌عهده مراکز درمانی است.

• در صورتی که اولین بیمارستان یا مراکز درمانی که مصدوم به آن مراجعه می‌کند امکانات تخصصی برای درمان مصدوم نداشته باشد، ضمن پذیرش، باید بیمار مصدوم را به بیمارستان یا مرکز درمانی دیگری که دارای امکانات مربوطه است معرفی و اعزام کند. مرکز یاد شده نیز موظف به پذیرش بیمار مصدوم است.

• در مواردی که بیماران مصدوم به بیمارستان‌های خصوصی ارجاع داده شده باشند، بیمارستانهای خصوصی موظف‌اند پس از انجام اقدامات اولیه مانند احیای بیماران و Stable کردن شکستگی‌ها، بدون اخذ هیچ‌گونه وجهی از بیماران یا همراهان یا مقصر حادثه، پس از اطلاع به ستاد دانشگاه مربوطه برای بیمار پذیرش بگیرند و ستاد دانشگاه موظف است در اولین فرصت بیماران را پذیرش کنند.

• بیمارستان‌های غیردولتی پس از انجام اقدامات فوق می‌توانند با ارسال مدارک ذکر شده نسبت به اخذ هزینه‌های مصدومین از حوزه معاونت سلامت وزارت متبوع اقدام کنند.

• در صورتی که مصدومین متمایل به ادامه درمان در بیمارستانهای غیردولتی باشند، مابه‌التفاوت هزینه تعرفه دولتی و غیردولتی به‌عهده بیماران است و مرکز غیردولتی پس از ترخیص و اخذ مابه‌التفاوت، هزینه بیمار را براساس تعرفه‌های دولتی از حوزه معاونت سلامت وزارت متبوع دریافت می‌کنند.

- هزینه‌های درمانی فوق‌الذکر صرفاً برای درمان مصدومین ناشی از حوادث و سوانح رانندگی با وسایل نقلیه موتوری است.

- دستورالعمل فوق شامل کلیه مصدومین سوانح و حوادث رانندگی اعم از سرپایی و بستری است.

تنها نمایندگی بیمه ایران در استان گیلان که از ساعت ۸ صبح تا ۸ شب به‌صورت یک‌سره آماده ارایه خدمات به متقاضیان محترم است. در صورت نداشتن وقت حضوری، کلیه خدمات ما را می‌توانید به‌صورت تلفنی در محل کار یا منزل خود دریافت کنید.

مهندس میرکیا میروهابی
رشت، خیابان سعدی، نبش بلوار معلم
تلفن: ۳۳۲۲۵۷۹۰، ۳۳۲۳۶۴۴۷، ۳۳۲۴۰۱۸۷

بیمه ایران

www.mirvahabi.com
Email: info@mirvahabi.com, kia@mirvahabi.com

دکتر مژگان نبات‌زاده
فلوشیپ فوق‌تخصصی بیماری‌های پستان
بورد تخصصی جراحی عمومی
کلینیک فوق‌تخصصی جراحی پستان:
غربالگری سرطان، مشاوره بیماری‌های پستان، بیوپسی پستان
جراحی انکوپلاستی سرطان و بازسازی فوری و تاخیری
بازسازی پستان به‌دنبال ماستکتومی قبلی
جراحی‌های زیبایی، پروتز و ماموپلاستی
رشت، میدان گلسار، ابتدای میدان به سمت سعدی، سمت راست
مجتمع پزشکی دی، طبقه اول
۰۹۱۱۲۴۹۲۴۴۹-۰۱۳۳۳۱۱۵۵۱۱-۰۱۳۳۳۱۲۲۰۴۰

۱۷۱

پزشکان گیل

ماهنامه جامعه پزشکی استان گیلان

شماره ۱۷۱، دی ۱۳۹۶ (انتشار با تاخیر: ۱۰ بهمن ۱۳۹۶)

صاحب امتیاز و مدیر مسوول:
دکتر محمدتقی یحیی جوزی
(مسعود جوزی)
مدیر داخلی و اشتراک:.............................فرشته جوزی
طراح و صفحه‌آرا:............................ رها فتاحی
عکس:...مهراب جوزی
امور دفتری:..ماریا اکبری
اشتراک و آگهی:............................پدرام بایبوردی
چاپ:.................................... سایان (۳۳۳۴۴۶۷۳)

همکاران این شماره:

زنده‌یاد دکتر فضل‌الله آصف، دکتر آتوسا جانشین

دکتر ناهید حاجت‌پور، دکتر رقیه حج‌فروش

دکتر عبدالحمید حسین‌نیا، دکتر امید زرگری

دکتر بابک عزیز افشاری، دکتر محمدحسن هدایتی امامی

نشانی: رشت، خیابان نامجو، نرسیده به فلکه گاز
نبش کوچه سعید، طبقه سوم داروخانه دکتر مظفری
جنب کلینیک مهرگان، تلفن: ۳۳۳۶۷۶۲۶
فکس: ۳۳۳۶۷۷۳۰، صندوق پستی: ۳۹۵۸-۴۱۶۳۵
Website: pezeshkangil.com
Email: masoud_jowzi@yahoo.com

«پزشکان گیل» متعلق به خانواده بزرگِ پزشکی ایران است؛ با ارسال مطالب خود همراه‌مان باشید.
لطفاً مطالب خود را در قالب Word ای‌میل کنید یا بر یک روی صفحه، حتی‌المقدور تایپ شده با فاصله کافی میان سطرها بفرستید. در این صورت، سی‌دی متن، تصاویر و جداول مربوطه را ضمیمه فرمایید.
در مورد مطالب ترجمه، ارسال متن اصلی الزامی است.
مطالب دریافتی بازگردانده نمی‌شود.
نقل مطالب «پزشکان گیل» با ذکر ماخذ آزاد است.

سرمقاله

داستان فیلسوف و اعرابی...۵

خبر

انتخابات انجمن پزشکان عمومی رشت برگزار شد.........................۸

زنان قدرتمند بازگشته‌اند...۱۱

یادداشت

دو یادداشت...۱۵

هارپ...۱۷

فناوری اطلاعات و تحول در نظام سلامت..............................۱۹

کلینیک

آیا تنها برم‌هگزین برای درمان اوتیت میانی ۲۱

عادات دهانی در کودکان...۲۳

باشگاه مجلات...۲۶

خواندنی‌ها

جشن‌نامه‌ی م. پ. جکتاجی...۳۱

تاریخ پزشکی

تاریخچه همانندسازی...۳۳

دفتر خاطرات

گلوله در قلب...۳۷

داستان فیلسوف و اعرابی

دکتر مسعود جوزی

حضرت مولانا در دفتر دوم مثنوی داستان عجیبی دارد که لابد شنیده‌اید. اعرابی شترسواری که دو جوال دو طرف شتر بار کرده است، در بیابان با یک فیلسوف پیاده همسفر می‌شود. فیلسوف فضول از محتویات جوال‌ها می‌پرسد که طرف در پاسخ می‌گوید یکی گندم است و دیگری را پر از ریگ کرده‌ام تا تعادل شتر به‌هم نخورد! فیلسوف هم به او مشاوره می‌دهد که می‌تواند به‌جای این کار، جوال ریگ را خالی کند و نیمی از گندم را در آن بریزد. اعرابی که از این راه‌حل به وجد آمده، چنین می‌کند و سپاس‌گویان فیلسوف را بر ترک شتر خود می‌نشانَد.

اما اصل داستان تازه پس از این اظهار لطف شروع می‌شود. اعرابی که هنوز از هوش سرشار همنشین خود در حیرت است، می‌کوشد سر از کار و بار او دربیاورد:

«این‌چنین عقل و کفایت که تو راست
تو وزیری یا شهی؟ برگوی راست»

اما خیر؛ از این خبرها نیست:

گفت: «این هر دو نِیَم؛ از عامه‌ام
بنگر اندر حال و اندر جامه‌ام»

خب ایشان شاه و وزیر نیست؛ حتماً از فعالان اقتصادی بخش خصوصی است:

گفت: «اشتر چند داری، چند گاو؟»
گفت: «نه این و نه آن؛ ما را مکاو!»
گفت: «رختت چیست باری در دکان؟»
گفت: «ما را کو دکان و کو مکان؟»

باز از اعرابی اصرار و از فیلسوف انکار:

گفت: «پس از نقد پرسم؛ نقد چند؟
که تویی تنهارو و محبوب‌پند
کیمیای مس عالم با تو است
عقل و دانش را گوهر تو بر تو است»
گفت: «والله نیست یا وجه العرب
در همه ملکم وجوه قوت شب
پابرهنه تن‌برهنه می‌دوم
هر که نانی می‌دهد آن‌جا روم...

تا این‌جا که «جان کلام» است:

... مر مرا زین حکمت و فضل و هنر
نیست حاصل جز خیال و دردسر!»

واکنش اعرابی ساده‌دل که آخر و عاقبت سواد و تحصیلات فیلسوف را دیده، خواندنی است! از شتر که پیاده‌اش می‌کند هیچ، باران تند و تیز عتاب هم بر سرش می‌بارد:

پس عرب گفتش که: «رو دور از برم!
تا نبارد شومی تو بر سرم
دور بر آن حکمت شومت ز من
نطق تو شوم است بر اهل زمن

یا تو آن‌سو رو، من این‌سو می‌دوم
ور تو را ره پیش، من واپس روم
یک جوالم گندم و دیگر ز ریگ
به بُوَد زین حیله‌های مرده‌ریگ...

و یک نتیجه‌گیری منطقی:

... احمقی‌ام پس مبارک احمقی‌ست
که دلم با برگ و جانم متقی‌ست...

و یک نصیحت جادویی:

... گر تو خواهی که‌ت شقاوت کم شود
جهد کن تا از تو حکمت کم شود...»

بعد از این دیگر راه من و مولانا جداست. او، به اقتضای فلسفه‌ستیزی خود، در طعن فیلسوف مسکین با اعرابی هم‌آوا می‌شود و من می‌مانم بر سر دوراهی؛ حالا که اعرابی فیلسوف را از ترک شتر به‌زیر رانده و راهش را از او جدا کرده با کدام‌یک همراه شوم؟

داستان فیلسوف

این‌سو دریغ و سوگ بر سرنوشت مردی است که هرچند معلوم نیست تا چه حد فیلسوف و روشنفکر یا حتی تحصیلکرده باشد، دست‌کم این‌قدر می‌داند که برای حفظ تعادل شتر نیاز نیست یک جوال سنگین ریگ بر بارش افزود؛ با این‌همه مشاوره بی قیمت و منتش نه در چشم اعرابی ساده‌دل قدر و منزلتی دارد و نه حتی در دیدگان حضرت خداوندی، مولانا. این مرد که مولانا فیلسوف می‌خواندش و پس از ۷۵۰ سال می‌توان تصور کرد اگرنه فیلسوف که مثلاً روشنفکر، تکنوکرات، کارشناس یا دانش‌آموخته‌ای در هر یک از رشته‌های علوم مهندسی، طبیعی یا انسانی باشد، نه‌تنها شاه و وزیر نیست که اگر وابستگی نسبی یا سببی به سردمداران یکی از دو جناح حاکم نداشته یا خود را به لطایف‌الحیلی (از تغییر در آرایش و پوشش تا مراعات ظواهری در رفتار و گفتار) به حلقه اطرافیان و مقربان نرسانده باشد، حتی صدایش از رسانه‌ها هم به این مقامات نمی‌رسد. برسد هم، گوش شنوایی نیست؛ همین‌که طعن و لعن بشنود و کارش به گیر و بند و داغ و درفش نیافتد، خدا را شاکر باشد.

و این تازه در آن سوی بالایی هرم است؛ در این سوی زیرین هم سال‌هاست کسی برای فکر و اندیشه و آن‌چه معنوی و نادیدنی است، تره خرد نمی‌کند. اسباب احترام و بزرگی به ضیاع و عقار و دیدنی‌ها و شمردنی‌هاست. روشنفکر/ تکنوکرات/ کارشناس/ دانش‌آموخته امروز ما اگر رخت غریبی بر تن نکرده و هنوز در این خانه مانده باشد، «نه بر اشتری سوار» است که «چو خر به زیر بار» است. معنی واقعی «خسر الدنیا و الآخره» باید همین باشد: «مر مرا زین حکمت و فضل و هنر/ نیست حاصل جز خیال و دردسر!» ۲۰ سال پیش در شعری خطاب به وطنم («گربه-مادر نامهربان خاکروبه‌ی هستی») نوشته بودم: «زیباترین فرزندانت را پیش‌تر دریده‌ای/ بر بقیه چنگ نیاندازی!» چه می‌دانستم این روزها در راه است...

داستان اعرابی

اما این فقط نیمی از ماجراست. دریغ بیشتر بر مملکتی است که بی‌نیاز از دانش و بینش بهترین فرزندانش، اداره می‌شود. اگر کسی فرصت و حوصله کند و مطبوعات دو دهه گذشته را ورق بزند، پر است از هشدارها و توصیه‌های همین کارشناسان قدرنادیده که عواقب سیاست‌های آن روز و سرنوشت امروز ما را به‌روشنی به‌تصویر کشیده بودند؛ از بحران آب و بیابان‌زایی و خشک شدن دریاچه‌ها و تالاب‌ها و آلودگی هوای شهرها و ریزگردها و سایر فجایع زیست‌محیطی بگیر تا اختلاف طبقاتی و فقر و بی‌کاری و اختلاس‌ها و فسادهای کلان اقتصادی و ناکارآمدی اداری و بحران‌های اخلاقی و شکاف‌های اجتماعی و... اما پاسخ زمامداران به این‌همه نقد و نق و هشدار چه بود؟ «یا تو آن سو رو، من این سو می‌دوم/ ور تو را ره پیش، من واپس روم!»

و جالب‌تر از همه وجود پستی به نام «مشاور» و «مشاور عالی» و... در دستگاه‌هاست. نه این‌که مناصب اجرایی به‌سبب محدودیت‌های گزینشی و رانت‌های خانوادگی به‌انحصار عده‌ای خاص درآمده است، منصب «مشاوره» نیز به‌عنوان شغلی که معمولاً کاری ندارد (یا دورکاری دارد!) ولی به‌هرحال پرنسیبی و چند میلیون حقوق و مزایای ماهانه دارد، در انحصار از ما بهتران است: مدیران سابق دولتی یا نمایندگان سابق مجلس یا وابستگان سببی و نسبی (آقازاده‌ها و خواهرزاده‌ها و... که به‌صورت ضربدری در ادارات پاسکاری می‌شوند: خواهرزاده من مشاور تو، آقازاده تو مشاور من!).

نویسنده این چند سطر البته توان و داعیه کارشناسی و داوری درباره تمام امور مملکتی را ندارد اما به‌واسطه فعالیت‌های مطبوعاتی و صنفی در دو دهه اخیر، با طرح‌ها و برنامه‌های متعددی در نظام سلامت روبه‌رو شده است که می‌شد ناکام ماندن‌شان را به‌آسانی پیش‌بینی کرد. همه این پیش‌بینی‌ها و هشدارها را هم از همان آغاز کارشناسان خارج از قدرت نوشتند و گفتند اما کو گوش شنوا؟ آخرین مورد هم طرح پر سروصدای تحول نظام سلامت است که با آن‌همه هزینه‌های مالی و فرسودگی‌های جسمی و روحی که به‌بار آورد، خود «یکی داستانی است پر آب چشم».

نمی‌شود همه این خردستیزی و خردگریزی را به ماهیت ایدئولوژیک حکومت نسبت داد. در همه سیاست‌گذاری‌های این چند دهه (به‌معنی عام سیاست: تدبیر مدن) مسلماً رگه‌هایی از سیاست‌بازی (به‌معنی خاص و ایدئولوژیک و فرقه و جناح‌بازی) هم وجود داشت، ولی هیچ‌یک ذاتاً و به‌تمامی سیاسی نبود و می‌شد از برج عاج خودبرتربینی ایدئولوژیک پایین آمد و پرده‌های «خودی و غیرخودی» را کنار زد و نظرات کارشناسان غیرسیاسی یا دیگراندیش را هم شنید. اما چه می‌شود کرد که حاکمان ایدئولوژیک اگرچه در ابتدا حصاری اعتقادی با دوگانه‌ی کاذب «متعهد- متخصص» بین خود و غیرخود می‌کشند، در ادامه اغلب هم خود (و آقازاده‌ها و بستگان) از آن تنزه‌طلبی اولیه دور و جذب «چرب و شیرین» دنیا می‌شوند و هم فرصت‌طلبانی که قابلیت «خودی» شدن در هر نظامی را دارند، این هسته مرکزی را صلب‌تر و ناکارآمدتر می‌کنند. گور بابای شایسته‌سالاری! آینده مملکت کیلویی چند؟

و این شتر، جوالی گندم و جوالی ریگ بر پشت، همچنان در راه است...

دکتر محمدرضا امام‌هادی

Brachial Plexus & Peripheral Nerve Injury center
IRAN-RASHT

متخصص جراحی مغز و اعصاب، دیسک
و بیماری‌های ستون فقرات
فوق‌تخصص جراحی عصب دست و پا
بازسازی شبکه عصبی دست
بازتوانی دست از طریق پیوند عصب در بیماری‌های فلج چهار اندام
جراحی میکروسکوپی پیوند اعصاب دست و پا
مدرس بین‌المللی جراحی عصب محیطی در فدراسیون جهانی جامعه جراحان اعصاب (WFNS)

کلینیک دست
کلینیک کمردرد

سایت آموزشی: www.irannerve.com

☎ ۳۳ ۲۳ ۵۰ ۱۵

مطب: رشت، خیابان حاجی‌آباد، جنب پاساژ مریم، کوچه رز

انتخابات انجمن پزشکان عمومی رشت برگزار شد

سایت انجمن پزشکان عمومی رشت: با برگزاری مجمع عمومی و انتخابات انجمن پزشکان عمومی رشت، اعضای دهمین هیات مدیره این انجمن انتخاب شدند.

در این مجمع که صبح جمعه ۱۵ دی ۹۶ در هتل کادوس رشت برگزار شد، ابتدا دکتر ابوالقاسم پیروزی، رییس هیات مدیره مجمع انجمن‌های علمی پزشکی گیلان در سخنان کوتاهی بر جایگاه انجمن پزشکان عمومی رشت در انجمن‌های استان تاکید و از حضور در جمع همکاران ابراز خوشحالی کرد.

در ادامه با تشکیل هیات رییسه مجمع شامل دکتر مهرداد محمودی، دکتر جعفر ثابت‌قلب قربانی، دکتر حمید اخوین و دکتر میرمرتضی نیاکویی، گزارش‌های هیات مدیره، مالی و بازرسی توسط دکتر حمید طهماسبی‌پور رییس، دکتر آرش عصاری خزانه‌دار و دکتر محمد دوزنده بازرس انجمن ارایه شد.

سپس چند تن از ۱۲ کاندیدای هیات مدیره و دو

دکتر حمید طهماسبی‌پور

دکتر ابوالقاسم پیروزی

کاندیدای بازرسی به اختصار خود و برنامه‌های‌شان را معرفی کردند ودر نهایت از مجموع ۱۲۹ رای، همکاران زیر به‌عنوان اعضای هیات مدیره و بازرس برگزیده شدند:

اعضای هیات مدیره:

۱. دکتر سینا صادقی، ۱۰۸ رای
۲. دکتر محمد دوزنده نرگسی، ۱۰۲ رای
۳. دکتر هومن ابراهیمی لویه، ۹۹ رای
٤. دکتر رضا امیدی، ۸۷ رای
۵. دکتر میترا عزیزالله‌زاده، ۸۳ رای
٦. دکتر نیما نیک‌بین، ۷۸ رای
۷. دکتر آنه‌محمد دوگونچی، ۷۷ رای
۸. دکتر اردلان رضایی، ۷٦ رای
۹. دکتر پوپک توحیدی، ۵۹ رای

اعضای علی‌البدل هیات مدیره:

۱۰. دکتر فرزانه ملارضا فرج‌پور، ٤۸ رای
۱۱. دکتر نیما نائلی، ٤٤ رای
۱۲. دکتر آرش عصاری، ۲۹ رای

بازرس:

دکتر رامین کوهساری، ۹۷ رای

بازرس علی‌البدل:

دکتر صوفیه قدوسی، ۸ رای.

ناظر انتخابات دکتر علی سجادی، دبیر انجمن پزشکان عمومی ایران بود.

کلینیک گفتاردرمانی گلسار

آسیب‌شناسی گفتار و زبان

عالمه حسینیان

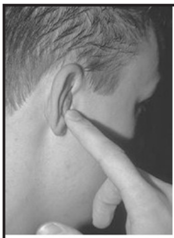
فارغ‌التحصیل دانشگاه علوم پزشکی ایران

- ارزیابی، تشخیص، مشاوره و درمان اختلالات گفتاری
- تاخیر گفتاری در کودکان کمتر از ۳ سال
- اختلالات نافذ رشدی (اوتیسم، آسپرگر)
- لکنت (ناروانی طبیعی) کودکان ۶-۲/۵ سالگی و بزرگسال
- اختلالات تلفظی ناشی از شکاف کام- گفتار بچگانه
- سکته مغزی (آفازی بروکا)
- گرفتگی‌های صوت در اثر ندول- فلجی تار آوا

رشت، چهارراه گلسار، خ نواب، کوچه میلاد، ساختمان میلاد

۰۹۱۱۱۳۸۰۰۶۲-۳۳۱۱۴۹۶۴-۳۳۱۲۷۶۰۲

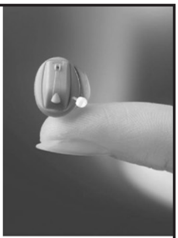
alemeh_hosseinian@yahoo.com



مرکز شنوایی‌شناسی گلسار

ادیولوژیست: **افشین بلندبخش**

عضو انجمن علمی شنوایی‌شناسان ایران



انجام آزمون‌های تشخیصی شنوایی (بزرگسالان، کودکان، نوزادان)

تجویز و تنظیم سمعک‌های پشت گوشی و داخل‌گوشی (نامرئی)
(آنالوگ، دیجیتال، هوشمند)

ساخت قالب‌های ضدآب، ضدصدا و صداشکن

ABR— OAE

رشت، چهارراه گلسار، کوچه عسگری، ساختمان MRI، طبقه سوم

تلفن: ۳۳۱۱۲۰۶۸-۰۱۳ پذیرش: ۸-۴ عصر

سه دادگاه و صدها سال زندان
برای پزشک تیم ملی ژیمناستیک آمریکا

زنان قدرتمند بازگشته‌اند

ترجمه: دکتر رقیه حج‌فروش

این روزها اخبار ناخوشایند زیادی درباره آزارهای جسمی و جنسی کودکان، زنان و حتی مردان شنیده می‌شود که خوشبختانه با توجه به همه‌گیر شدن فضای مجازی، در مرکز توجه و چاره‌جویی قرار گرفته است. پس از کارزار موفق و پرسروصدای ستاره‌های هالیوودی با برچسب «من هم» (#metoo)، آخرین خبر مربوط به محکومیت پزشک تیم ملی ژیمناستیک ایالات متحده آمریکاست؛ مجرمی که در آخرین جلسه دادگاه این‌چنین مورد خطاب یکی از دختران قربانی (و پیشگام آنان در اقامه دعوی) قرار گرفت: «دختران کوچک همیشه کوچک باقی نمی‌مانند. آنان روزی تبدیل به زنی قدرتمند می‌شوند و برمی‌گردند و زندگی‌ات را نابود می‌کنند.» امید است این کارزارها و پیگیری‌ها سرمشقی برای کشور من و بسیاری از کشورهای دنیا باشد که در آن‌ها هنوز تعداد قابل توجهی از زنان و دختران و خانواده‌های‌شان، مشکلات و ظلم‌های این‌چنینی را به دلایل فرهنگی و ملاحظاتی چون ترس، آبرو، نبود قانون‌های متناسب برای پیگیری و ناامیدی از مجازات متعرضان هرگز فاش نمی‌کنند.

سرانجام *لری نصار* (Larry Nassar) پزشک سابق تیم ملی ژیمناستیک ایالات متحده با شکایت ۱۵۶ دختر ورزشکار از جمله چهار برنده مدال المپیک مبنی بر آزار جنسی در هنگام درمان آسیب‌های ورزشی، به دست‌کم ۱۷۵ سال زندان محکوم شد؛ اگرچه گفته می‌شود اکنون تعداد قربانیان شناسایی‌شده او به ۲۶۵ تن افزایش یافته است.

نصار که متولد ۱۹۶۳ شهر فرامینگتون هیل در ایالت میشیگان آمریکاست، کار خود را به‌عنوان مربی ورزشی ژیمناستیک دانشجویان از اواخر دهه ۱۹۷۰ آغاز کرد. سپس در سال ۱۹۸۵ از دانشگاه میشیگان در رشته حرکت‌شناسی (Kinesiology) فارغ‌التحصیل شد و در پی آن به‌عنوان مربی ورزشی به گروه پزشکی تیم ملی ژیمناستیک ایالات متحده پیوست. او که یک چهره محترم در پزشکی ورزشی بود، در ادامه در سال ۱۹۹۳ درجه دکترای استئوپاتیک[1] خود را از دانشگاه ایالت میشیگان دریافت کرد و سه سال بعد به‌عنوان هماهنگ‌کننده پزشکی ژیمناستیک ملی ایالات متحده منصوب شد و در سال ۱۹۹۷ نیز پزشک تیم و استادیار دانشگاه ایالت میشیگان شد.

سیر پرونده

اولین پرونده جنایی نصار مرتبط با کار او در دانشگاه ایالت میشیگان است؛ جایی که به‌عنوان پزشک، ژیمناستیک‌کارهایی را که در ناحیه لگن یا پشت آسیب دیده بودند، درمان می‌کرد. وی به مدت دو دهه یعنی تا تابستان ۲۰۱۵، دختران نخبه ژیمناستیک و بسیاری از بانوان مدال‌آور در عرصه‌های جهانی و رقابت‌های بین‌المللی ژیمناستیک را به‌عنوان پزشک تیم همراهی می‌کرد. تعداد زیادی از این زنان و دختران از جمله قهرمان المپیک سال ۲۰۰۰، جیمی دانسر (Jamie Dantzscher) به اتهام آزار جنسی خود از او شکایت کرده‌اند.

اولین شکایت‌ها از نصار در سال ۲۰۱٤ مطرح شد و دانشگاه میشیگان (MSU) وی را به‌دلیل نقض محدودیت‌هایی که به‌دنبال این شکایت‌ها اعمال شده بود، اخراج کرد. البته وکیل نصار در ای‌میلی که پاییز سال گذشته به روسای ایالت میشیگان فرستاد، ادعای سوءاستفاده و آزار جنسی را رد کرد.

شکایت‌ها در دو پرونده مختلف در دو شهر اینگام

آزار یا مزاحمت جنسی زمانی رخ می‌دهد که یک کودک برای لذت جنسی یک بزرگسال یا کودک بزرگ‌تر از خود مورد سوءاستفاده قرار گیرد

کانتی و ایتون کانتی ایالت میشیگان مطرح شد. نصار متهم بود که در زمان ویزیت دختران در کلوب ژیمناستیک و درمان جراحات مختلف، انگشت بدون دستکش خود را در ناحیه تناسلی (واژن) دختران وارد می‌کرده است. پلیس گفت که او از والدین می‌خواست اتاق را در زمان معاینه ترک کنند یا از یک ملحفه یا وضعیت ایستادن خاص استفاده می‌کرد که مانع از دیدن بقیه شود. دو دختر زیر ۱۳ سال بودند و هفت نفر بین ۱۳ تا ۱۶ سال. تعدادی هم به جرم لمس پستان‌های خود از او شکایت کردند.

دادستان کل ایالت میشیگان می‌گوید: دکتر نصار از وضعیت و قدرت خود برای انجام تجاوزات جنسی خود زیر پوشش اقدامات پزشکی استفاده کرده است. این فرد چندش‌آور است، او یک هیولاست!

یکی از دختران که حالا ۲۱ ساله است، می‌گوید موارد تجاوز جنسی نصار به او بی‌شمار بوده است. این قربانی می‌گوید که او و بسیاری دیگر از ورزشکاران به نصار اعتماد داشتند و او در ژیمناستیک به‌مثابه خدا بود و از این‌رو هر چه برای آنان رخ داد، طبیعی تلقی می‌شد. به گفته پلیس، نصار گاهی به دختران هدیه‌هایی مثل لباس‌های ورزشی می‌داد تا اعتماد آنان را جلب کند.

علاوه بر جرم‌های جنایی که اعلام شد، نصار با دو مورد دیگر شکایت مواجه شد که ارتباطی با شغل پزشکی او ندارد؛ او در سال ۲۰۱۶ متهم به داشتن عکس‌های پورنوگرافی کودکان و نیز ایجاد مزاحمت برای دختران دوست‌های خانوادگی شد.

سرانجام با این اتهامات، لری نصار زندانی شد.

کودک‌آزاری چیست؟

کودک‌آزاری مجموعه‌ای است از آسیب‌های جسمی، روحی، جنسی یا غفلت و هر الگویی از رفتار که کودک را در معرض آسیب قرار دهد.

آسیب جسمانی هر رفتار جسمی عمدی با زور است که توسط والدین یا مراقب کودک صورت بگیرد و به آسیب کودک منجر شود و شامل کبود شدن، بریده شدن، مشت زدن، سیلی زدن، کتک زدن، سوزاندن، تکان دادن‌های شدید و زدن و پرت کردن کودک است. استفاده از کمربند، عصا یا چوب یا هر وسیله دیگر که بتواند به کودک آسیب برساند نیز کودک‌آزاری محسوب می‌شود.

غفلت زمانی رخ می‌دهد که یک مراقب کودک، نیازهای اولیه مثل غذای کافی، خواب، امنیت، آموزش، لباس یا مراقبت‌های پزشکی را برای کودک فراهم نکند. اگر مراقب کودک به دلایل مالی قادر به تهیه نیازهای

ابتدایی کودک نباشد، غفلت محسوب نمی‌شود مگر این‌که شرایط کمک پیشنهاد شده و او رد کرده باشد.

آزار احساسی الگوی رفتاری است که در آن به رشد احساسات کودک و ارزش او به خود تعرض شود که شامل تقاضاهای مکرر و بی‌دلیل از کودک است و انتظاراتی فراتر از ظرفیت کودک بر او تحمیل می‌کند. آزارهای احساسی شامل انتقادهای مداوم، تحقیر، توهین و مسخره کردن، پس زدن کودک یا نادیده انگاشتن و انزوای کودک یا او را در معرض خشونت خانگی قرار دادن است.

ازدواج کودکان یکی از اشکال اصلی آزار جنسیِ و بنا به اعلام یونیسف احتمالاً شایع‌ترین فرم آزار جنسی و استثمار دختران است

آزار جنسی کودکان

آزار یا مزاحمت جنسی زمانی رخ می‌دهد که یک کودک برای لذت جنسی یک بزرگسال یا کودک بزرگ‌تر از خود مورد سوءاستفاده قرار گیرد.[۲] کودک ممکن است برای جلب رضایت بزرگسال یا از ترس با او همکاری کند. این مساله شامل ارتباط جنسی، دیدن عضو تناسلی، تماس‌های تلفنی با محتوای گستاخانه یا جنسی، نوازش به قصد جنسی، تماشای کودک در زمان تعویض لباس به قصد لذت جنسی و اجازه دادن یا به‌زور وادار کردن کودک برای تماشا یا شرکت در اجرای فیلم یا عکس‌های پورنوگرافی و خودفروشی است.

آزار جنسی ممکن است در مدرسه و محل کار به‌ویژه در جوامعی که کودکان کار زیاد باشند، رخ دهد. ازدواج کودکان یکی از اشکال اصلی آزار جنسی و بنا به اعلام یونیسف احتمالاً شایع‌ترین فرم آزار جنسی و استثمار دختران است. شیوع کلی آزار جنسی کودکان حدود ۱۹/۷ درصد برای دختران و ۷/۹ درصد برای پسران برآورد می‌شود.

عوارض و آثار آزار جنسی در کودکان علاوه بر آسیب‌های جسمی و فیزیکی شامل افسردگی، اختلال استرس پس از حادثه (PTSD)، اضطراب، گرایش به آسیب و قربانی شدن بیشتر در سنین بزرگسالی است. آزار جنسی توسط اعضای خانواده به‌ویژه آزار توسط پدر می‌تواند سبب آسیب‌های روحی جدی‌تر و طولانی‌تر شود.

چه کسانی مرتکب آزار جنسی کودکان می‌شوند؟

لغت پدوفیل (Pedophile) به‌طور شایع برای هر فردی که کودکی را مورد آزار جنسی قرار داده باشد استفاده می‌شود اما متعرضان جنسی کودک لزوماً پدوفیل نیستند مگر این‌که تمایل شدید به تماس جنسی با کودک نابالغ داشته باشند. بیشتر مرتکبین آزارهای جنسی با

قربانیان خود آشنا و حدود ۳۰ درصد آنان افراد خانواده و بیشتر برادر، پدر، عمو و دایی یا فرزندان آن‌ها (پسرخاله و پسردایی و...) هستند. حدود ٦٠ درصد مرتکبین نیز دوستان خانواده، مراقبین کودک و همسایه‌ها هستند. غریبه‌ها تقریباً ۱۰ درصد این آزاررسان‌ها را تشکیل می‌دهند. بیشتر آزارهای جنسی را مردان انجام می‌دهند و مطالعات نشان می‌دهد زنان آزاررسان جنسی مسوول ١٤ تا ٤٠ درصد موارد آزار جنسی پسران و ٦ درصد آزار جنسی دختران هستند.

انجمن روانشناسی آمریکا می‌گوید کودکان نمی‌توانند برای تماس جنسی با بزرگسالان رضایت بدهند و بزرگسالی که تماس جنسی با یک کودک برقرار کند یک عمل جنایی و غیراخلاقی انجام داده و این رفتار هرگز یک عمل طبیعی یا رفتار مورد پذیرش اجتماعی نیست.

سرانجام لری نصار چه شد؟

نصار ٥٤ ساله که خود سه فرزند دارد، فعلاً در سه مورد با درخواست مجازات برای گذراندن بقیه عمر خود در زندان مواجه است؛ در ماه دسامبر ۲۰۱۷ قاضی فدرال او را به اتهام پورنوگرافی کودکان به ٦٠ سال زندان محکوم کرد؛ سپس در ژانویه ۲۰۱۸ پس از این‌که برای هفت مورد جرایم جنسی در اینگام کانتی گناهکار اعلام شد، قاضی ایالت میشیگان او را به ٤٠ تا ۱۷۵ سال زندان محکوم کرد که پس از حکم فدرال اجرا خواهد شد. در ماه فوریه نیز قاضی دیگری در ایالت میشیگان نصار را برای سه اتهام دیگر در ایتون کانتی محاکمه خواهد کرد که احتمال می‌رود با محکومیت‌های مشابهی همراه باشد.

اما این رسوایی تنها به شخص نصار محدود نمی‌شود. بسیاری از مقامات ایالت میشیگان و نیز فدراسیون و تیم ملی ژیمناستیک آمریکا متهم هستند که نسبت به اتهام‌های آزار جنسی مطرح‌شده در این مورد بی‌توجه بوده و اجازه داده‌اند ابعاد جنایت جنسی این پرونده‌ها به گستردگی حاضر برسد. تا کنون برخی از این مقامات استعفا داده‌اند و انتظار می‌رود موج استعفاها و حتی محاکمه‌های بیشتری نیز در راه باشد.

۱. استئوپاتی یکی از انواع پزشکی جایگزین است که بر تنظیم مجدد، رهاسازی فشار عضلات و مفاصل (myofascial release) و سایر دستکاری‌های بافت عضلات و استخوان تاکید دارد.

۲. در کانادا نوجوانان ۱۵–۱۳ ساله تنها با نوجوانان همسن تا حداکثر دو سال بزرگ‌تر از خود می‌توانند ارتباط جنسی داشته باشد و ۱۸–۱۵ ساله‌ها تا حداکثر ۵ سال بزرگ‌تر از خود. ارتباط جنسی با فردی با اختلاف سنی بیشتر از موارد فوق، آزار جنسی در نظر گرفته می‌شود.

Ref:

theguardian.com/sport/2017/feb/22/gymnastics-doctor-larry-nassar-sexual-assault-charges

cnn.com/2018/01/26/us/larry-nassar-investigation-fallout-march/index.html

oacas.org/childrens-aid-child-protection/what-is-abuse/

en.wikipedia.org/wiki/Child_sexual_abuse

indystar.com/story/news/2018/01/25/heres-what-larry-nassar-actually-did-his-patients/1065165001/

bbc.com/persian/world-42894494

دکتر رقیه حج‌فروش

پزشک عمومی

Email:dr.hajf@gmail.com

دو یادداشت

دکتر امید زرگری

اندر حکایت درمان‌های «قطعی»!

پیش‌تر در مورد علاقه ملت‌مان به فریفته شدن مطلبی نوشته بودم. از دیگر چیزهای مورد علاقه ملت شریف ما درمان قطعی است!

ملت نجیب ما علاوه بر دو خصوصیت بالا، یک ویژگی دیگر هم دارد و آن این‌که حافظه خوبی ندارد! (برای یادآوری، همین چند سال پیش بود که گفتند دانشمندان کشور ما داروی ایدز را کشف کرده‌اند. بعید می‌دانم یادتان مانده باشد!)

این سه خصوصیت را که کنار هم بگذارید، راه را برای شارلاتان‌ها در همه زمینه‌ها باز می‌کنید!

متاسفانه اصرار پنهان و آشکار اولیای امور بر ترویج طب اسلامی و سنتی و گیاهی و امثالهم و نبود کنترل بر مدعیان این‌گونه درمان‌ها، موجب می‌شود که سودجویان به‌راحتی با تبلیغات کذب، بیماران را فریب داده و روند درمان درست را مختل کنند.

برای نمونه، این روزها از زبان بیماران می‌شنوم که کرمی به نام «پسومام» بیماری سوریازیس را به‌طور قطعی درمان می‌کند.

شخصاً چندین بار در مورد بیماری سوریازیس مطالبی به عرض رسانده‌ام؛ این‌که چیزی حدود ۱۲۵ میلیون نفر در دنیا به این بیماری مبتلا هستند و این‌که این بیماری، یک بیماری مزمن است اما می‌توان آن را کنترل کرد (همان‌طور که دیابت و فشار خون و... را می‌توان کنترل کرد اما چیزی به اسم درمان قطعی برای آن‌ها وجود ندارد).

داستان‌های مشابه در مورد درمان قطعی بیماری‌های دیگر را هم لابد شنیده‌اید...

خلاصه کلام: آن کس که مکرر فریب می‌خورد، بیش از فریبکار مقصر است.

چرا اصلاح باور غلط سخت است؟

این اتفاق مرتب برایم رخ می‌دهد که بیماری با باوری غلط که شدیداً به آن معتقد است به من مراجعه می‌کند

(صرفاً برای این‌که یک تایید هم از پزشک معالجش بگیرد!) و من علی‌رغم تلاش و دادن توضیح علمی، موفق به اصلاح باور اشتباه بیمار نمی‌شوم.

برای مثال، خیلی از بیماران تصور می‌کنند مصرف آب فراوان، باعث رطوبت‌رسانی به پوست‌شان می‌شود (لابد جایی در اینترنت یا مجلات زرد چیزی در این مورد خوانده‌اند). وقتی به ایشان توضیح می‌دهم که رابطه‌ای علمی بین مصرف آب و رطوبت پوست وجود ندارد، این حس را دارم که اغلب تغییری در باورشان ایجاد نمی‌شود؛ اما چرا؟

این مقاومت در برابر تغییر باور چیزی است که دانشمندان آن را Backfire effect نامیده‌اند. شاید بتوان آن را «اثر نتیجه معکوس» نامید. به این معنی که سعی بر توضیح، حتی ممکن است باعث پافشاری بیشتر فرد بر باور غلط خویش شود! دلیل این پدیده این است که پذیرش باور اشتباه، برای بسیاری تهدیدی برای سایر باورهای‌شان هم محسوب می‌شود و به این علت از قبول آن سر باز می‌زنند.

بنابراین اگر قصد اصلاح باور اشتباه فردی را دارید، بهتر است خیلی با ملایمت رفتار کرده، به چند نکته توجه کنید:

– نشان دهید، که اصلاح این باور به‌معنی اشتباه بودن سایر باورهای فرد نیست.

–به‌جای حمله، محترمانه بحث کنید و هیجان‌زده نشوید!

– به‌دقت به فرد گوش دهید و سعی کنید منشا آن اعتقاد غلط را پیدا کنید.

با تمام این حرف‌ها، گاهی موفق نمی‌شوید! برای مثال، این روزها مردم (در سراسر دنیا) عاشق داروهای گیاهی هستند و باور دارند که این مواد چون منشا گیاهی دارند، کاملاً بی‌ضررند.

من معمولاً به‌جای بحث کردن، از ایشان می‌پرسم منشا سیگار چیست؟!

دکتر امید زرگری

متخصص پوست

نشانی: رشت، پل بوسار، ساختمان پزشکان دانا، طبقه سوم، واحد یک، تلفن: ۳۳۱۱۷۵۲۰

Website: iranderma.com; drzargari.com

Telegram: t.me/dromidzargari

Email: ozargari@gmail.com

دکتر حسین امانی

متخصص بیماری‌های داخلی

فوق تخصص بیماری‌های ریوی

و مراقبت‌های ویژه (ICU)

عضو هیات علمی دانشگاه

رشت، خیابان سعدی، پل بوسار، برج دانا، طبقه ۱، تلفن: ۳۳۱۱۹۱۱۱

RMC1021

برگزاری کارگاه غربالگری نوزادان (Neonatal Screening)
توسط آزمایشگاه رازی رشت

کارگاه غربالگری نوزادان (Neonatal Screening) در تاریخ ۱۳۹۶/۱۰/۱۴ توسط آزمایشگاه رازی رشت و با همکاری گروه علمی آزمایشگاه نیلو تهران برگزار گردید.

در این همایش که با حضور جمعی از متخصصین اطفال مجرب استان، اساتید دانشگاه، پزشکان و همکاران آزمایشگاه رازی رشت و پزشکان میهمان از آزمایشگاه نیلو تهران برگزار شد، مطالبی از جمله کلیات غربالگری نوزادان، مبانی ژنتیک در غربالگری، مبانی کنترل کیفی مهم در تفسیر تست‌های غربالگری و مثال‌هایی از نحوه پیگیری جواب های غیرطبیعی توسط آقای دکتر یونسی، آقای دکتر سواد و خانم یزدانی به‌تفصیل مورد بحث قرار گرفت.

در پایان جلسه پرسش و پاسخ با حضور همه همکاران شرکت کننده برگزار گردید.

WebSite: www.razipath.com
E.mail: info@razipath.net

نشانی: رشت، خیابان امام خمینی، بین میدان دکتر حشمت و چهارراه میکاییل، پلاک ۱۸۷
تلفن: ۳۳۳۲۴۶۴۷-۰۱۳ (۶ خط)، فکس: داخلی ۵

برگزاری کارگاه روش‌های نوین غربالگری سلامت جنین (Prenatal Screening)

توسط آزمایشگاه رازی رشت

کارگاه روش‌های نوین غربالگری سلامت جنین (Prenatal Screening) در تاریخ ۱۳۹۶/۱۰/۱۴ توسط آزمایشگاه رازی رشت و با همکاری گروه علمی آزمایشگاه نیلو تهران برگزار گردید.

در این همایش که با حضور جمعی از متخصصین زنان و زایمان مجرب استان، اساتید دانشگاه، پزشکان و همکاران آزمایشگاه رازی رشت و پزشکان میهمان از آزمایشگاه نیلو تهران برگزار شد، مطالبی از جمله مروری بر کاربرد کلینیکی تست NIPT و کلیات Carrier Screening توسط آقای دکتر یونسی و آقای دکتر سواد به‌تفصیل مورد بحث قرار گرفت.

در پایان جلسه پرسش و پاسخ با حضور همه همکاران شرکت کننده برگزار گردید.

نشانی: رشت، خیابان امام خمینی، بین میدان دکتر حشمت و چهارراه میکاییل، پلاک ۱۸۷
تلفن: ۳۳۳۲۴۶۴۷-۰۱۳ (٦ خط)، فکس: داخلی ۵

WebSite: www.razipath.com
E.mail: info@razipath.net

سلاح مخفی برای تغییرات آب و هوایی و جنگ الکترومغناطیسی؟

هارپ

ترجمه: دکتر بابک عزیز افشاری

این مقاله اولین بار در آگوست ۲۰۱۰ در سایت گلوبال سرچ کانادا منتشر شد و هم‌اکنون با اندکی تغییر بازنشر می‌شود.

این صرفاً یک توهم توطئه درباره «برنامه پژوهشی فعال‌سازی یونوسفر با فرکانس بالا» (High Frequency Active Auroral Research Program) با اسم اختصاری هارپ (HAARP) نیست. اتحادیه اروپا این برنامه را یک نگرانی جهانی نامید و طی مصوبه‌ای خواستار تحقیقات بیشتر درباره تهدیدات احتمالی آن برای سلامت و محیط زیست شد، ولی مسوولان این برنامه همچنان اصرار دارند که هارپ چیزی جز یک وسیله پژوهشی رادیویی ساده نیست.

چیز زیادی درباره هارپ نمی‌دانیم به‌جز این که یکی از برنامه‌های مهم دفاعی ایالات متحده است که از زمان مطرح شدن در دوران جنگ سرد، همواره بحث‌های متناقضی درباره آن جریان داشته است. برخی پژوهشگران معتبر اذعان داشته‌اند که تسلیحات سری جنگ الکترومغناطیسی یکی از ابزار مهمی است که برای نیل به هدف تبدیل به نیروی نظامی برتر جهان تا سال ۲۰۲۰، در اختیار ارتش ایالات متحده قرار دارد. برخی حتی معتقدند هارپ قادر به ایجاد تغییرات آب و هوایی، تولید زمین‌لرزه، مختل ساختن ارتباطات جهانی و... است.

بخش عمده‌ای از برنامه هارپ به دلایل امنیت ملی به‌صورت سری نگاه داشته شده است. هرچند شکی نیست که چیزی به نام تسلیحات الکترومغناطیسی و هارپ وجود دارد. سایت رسمی هارپ می‌گوید این برنامه یک دستاورد علمی است که هدف آن مطالعه ویژگی‌ها و رفتار یونوسفر (دورترین و ناشناخته‌ترین بخش جَوّ در فاصله بین ۵۰ تا هزار کیلومتری سطح زمین) با تاکید بر توانایی تقویت سامانه‌های ارتباطی و نظارتی برای اهداف غیرنظامی و همچنین دفاعی است.

در سایت هارپ گفته شده آزمایش‌هایی در دست انجام است که در آن‌ها با تولید ضربان‌های الکترومغناطیسی قدرتمند (امواج مافوق کوتاه رادیویی ELF/ULF/ VLF)، بخشی از یونوسفر به‌طور موقت و محدود در حالت انگیختگی قرار می‌گیرد. برخی محققین مانند دکتر *مایکل چاسودوفسکی* از دانشگاه اوتاوا و دکتر *نیک بگیچ* از آلاسکا معتقدند دستکاری این بخش حساس جَوّ در همین حد نیز می‌تواند زیانبار باشد و حتی منجر به سونامی و زمین‌لرزه شود.

در این زمینه دو فیلم مستند توسط شبکه ملی کانادا (CBC) و کانال تاریخ (History Channel) ساخته شده که بخشی از حقایق را درباره هارپ بیان می‌کنند. در مستند CBC گفته می‌شود:

این صرفاً یک توهم توطئه نیست. در ژانویه ۱۹۹۹ اتحادیه اروپا این برنامه را یک نگرانی جهانی خواند و خواستار توقف اجرای آن تا انجام تحقیقات مستقل و دستیابی به اطلاعات بیشتر در زمینه خطرات بهداشتی و زیست‌محیطی آن شد. از آن پس اتحادیه اروپا چندین بار از عدم همکاری دولت ایالات متحده در این زمینه و عدم ارسال اطلاعات اظهار تاسف کرده است.

در مستند کانال تاریخ گفته می‌شود:

تسلیحات الکترومغناطیسی قادر به شلیک امواجی است که با چشم غیرمسلح دیده نمی‌شود ولی صدها بار قدرتمندتر از جریان الکتریکی موجود در یک صاعقه است. این امواج قادر است موشک‌های دشمن را در آسمان منهدم کند، سربازان را در میدان نبرد کور کند و پوست آنان را بسوزاند. با تسلیحات الکترومغناطیسی می‌توان تمام سامانه‌های الکترونیک یک شهر بزرگ را

در عرض چند ثانیه از کار انداخت. این ضربان‌ها چنان قدرتمند است که با گرم کردن یونوسفر می‌تواند منجر به پدیده‌هایی مانند وقوع سیل یا گردباد شود.

اطلاعات محدود منتشر شده از تحقیقاتی که در اواخر جنگ جهانی دوم در ساحل اوکلند انجام گرفت، نشان می‌دهد هدف از انجام این تحقیقات، تولید یک بمب سونامی (Tidal wave bomb) بوده است. مقامات وزارت دفاع ایالات متحده می‌گویند اگر جنگ ادامه یافته و چنین بمبی تولید شده بود، قدرت آن از بمب اتمی هم بیشتر بود. تاکنون جزییات بیشتری از این تحقیقات منتشر نشده است. اگر بیش از نیم قرن پیش، برنامه هارپ چنین توانی داشت، هم‌اکنون با این فناوری چه کارهایی که نمی‌توان انجام داد. چیزی که بتواند سونامی ایجاد کند، مسلماً توانایی تولید زمین‌لرزه و گردباد را هم دارد.

تجربه نشان داده که دولت و ارتش ایالات متحده هیچ تمایلی به افشای این‌گونه موارد ندارند. نمونه آن برنامه بزرگ مانهاتان (Manhattan Project) است که منجر به تولید اولین بمب اِتمی شد. برای اجرای این برنامه یک شهر بزرگ و کاملاً سری در اوکلند ریج تنسی ساخته شد، در حالی که حتی فرماندار این ایالت نیز از وجود آن خبر نداشت. برخی محققین احتمال دست داشتن بشر در بلایای بزرگی مانند زمین‌لرزه هائیتی، سونامی اندونزی و طوفان کاترینا را مطرح کرده‌اند. البته چنین بلایایی به‌طور طبیعی رخ می‌دهد ولی وقوع برخی از آن‌ها از بعضی جهات عجیب است.

در سال ۱۹۹۹ کمیسیون روابط خارجه و امنیت و دفاع اروپا در گزارشی به پارلمان اروپا از احتمال استفاده از هارپ به‌عنوان یک سلاح ابراز نگرانی کرد و خواستار پایبندی به مفاد قطعنامه‌های سازمان ملل در این‌باره شد. با این‌حال، اتحادیه اروپا در نروژ، و روسیه در نیژنی نووگورود نیز تاسیسات مشابهی در حال فعالیت دارند که از هارپ پرقدرت‌تر است. به‌گفته روزنامه روسی پراودا در سال ۲۰۰۵، در حالی که سیاستمداران روسی در مورد پروژه هارپ کماکان وحشت‌پراکنی می‌کنند، اما به این نکته کاملاً بی‌توجه‌اند که روسیه تاسیسات همانندی در ۱۵۰ کیلومتری شمال نیژنی نووگورود دارد که دارای قدرت مشابه با تاسیسات هارپ است و مدت‌هاست مورد استفاده دانشمندان روسی بوده است.

در مقایسه با هارپ ۳/۶ مگاواتی، سایر تاسیسات مشابه در جهان براساس توان تشعشع موثر (Effective Radiated Power) شامل EISCAT در نروژ با توان بیش از یک گیگاوات، فرستنده صدای آمریکا در دلانو در کالیفرنیا با توان ۳۰ مگاوات، SURA (Radiophysical Research Institute) در روسیه با قدرت ۱۹۰ مگاوات، آرسیبو با قدرت ۲۰ مگاوات و HIPAS (High Power Auroral Stimulation Observatory) یا آزمایشگاه پلاسما در دانشگاه UCLA در فیربنکس با قدرت ۷۰ مگاوات است.

ترجمه از:

HAARP: Secret Weapon Used For Weather Modification, Electromagnetic Warfare

Fred Burks

January 05, 2018 (goo.gl/Zgh9iy)

فناوری اطلاعات و تحول در نظام سلامت

دکتر ناهید حاجت‌پور

چند سالی است که فناوری‌های اطلاعات و ارتباطات (ICTs) موجب ایجاد تحولاتی گسترده در بسیاری از حوزه‌ها و صنایع شده است. در این میان حوزه سلامت فردی و در ابعاد کلان‌تر حوزه پزشکی نیز به‌شکل روزافزونی از این فناوری‌ها بهره‌مند می‌شود.

واقعیت این است که فناوری دیجیتال فرصت بالقوه ارزشمندی برای حل بسیاری از چالش‌های قدیمی مرتبط با حوزه بهداشت، سلامت و پزشکی ایجاد کرده است. دو رویکرد نسبتا نوین موجود در این زمینه یعنی «پزشکی از راه دور» (Telemedicine) و «سلامت از راه دور» (Telehealth) نمونه‌هایی ارزشمند از کاربردهای فناوری‌های اطلاعات و ارتباطات است که به کمک آن‌ها می‌توان بر مشکلاتی چون موانع جغرافیایی، فنی و اقتصادی غلبه کرد و خدماتی نظیر تشخیص و درمان را به شکلی گسترده‌تر (به‌ویژه برای گروه‌هایی که از بضاعت مالی کمتر برخوردارند یا در نواحی دورافتاده و محروم زندگی می‌کنند) فراهم ساخت. پزشکی از راه دور امروزه دارای زیرشاخه‌های مختلفی چون «تله‌رادیولوژی» (Teleradiology) و «تله‌پاتولوژی» (Telepathology) است که هر کدام می‌توانند به تحولی در نظام سلامت بیانجامند.

واکاوی سلامت و بهداشت از راه دور

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۸ در یکی از اسناد خود، این مفاهیم را این گونه تعریف کرد:

ارایه خدمات مراقبت بهداشتی، در مواردی که موقعیت فیزیکی عامل مهمی به‌شمار می‌رود، از طریق متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و با استفاده از فناوری‌های اطلاعات

و ارتباطات به‌منظور تبادل اطلاعات معتبر برای تشخیص، درمان و جلوگیری از بیماری و آسیب، پژوهش و ارزیابی یا ادامه تحصیل ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی، به‌منظور ارتقای سلامت افراد و جوامع آن‌ها.

خلاصه این‌که پزشکی از راه دور برای فعالان حوزه سلامت (اعم از پزشکان، پرستاران و سایر فعالان این حوزه) امکان ارزیابی، تشخیص و درمان افراد نیازمند را به‌صورت از راه دور و با استفاده از اشکال مختلف فناوری فراهم می‌سازد. این الگو می‌تواند شیوه کنونی نظام سلامت را دگرگون سازد و به‌همین دلیل، این فناوری‌ها بخشی لاینفک از زیرساخت‌های مرتبط با نظام سلامت خواهد بود.

برای شناخت تفاوت میان «پزشکی از راه دور» و «سلامت از راه دور»، شاید بهتر باشد با تعاریف این دو آشنا شویم.

سلامت از راه دور دربردارنده خدماتی است که برای ارایه به بیمار طراحی شده است و طیف گسترده‌ای را شامل می‌شود که فقط دربردارنده خدمات بالینی نیست و امور دیگری مانند ادامه تحصیل برای فعالان این حوزه یا ارتقای دانش و آگاهی بیماران، تسهیل عملیات اجرایی در نظام سلامت و سایر خدمات مرتبط با سلامت عمومی را نیز دربر می‌گیرد.

پزشکی از راه دور به فرآیندها و فناوری‌هایی اشاره دارد که برای ارایه خدمات بالینی و نگهداری از بیماران به کار می‌رود و برای نمونه می‌توان به ارزیابی، تشخیص، درمان، پیگیری وضعیت بیمار، مدیریت وضعیت مزمن، روند درمان دارویی، مشاوره تخصصی و غیره اشاره کرد.

پزشکی از راه دور در واقع برای ارایه خدمات به بیماران در مناطقی که دسترسی به پزشک امکان‌پذیر نبود طراحی شد. با وجود این، مزایای این الگو (که دربردارنده هزینه کمتر و عدم نیاز به مراجعه حضوری به مراکز درمانی است) سبب شده حتی در کشورهای توسعه‌یافته نیز از آن استقبال شود.

دسترسی مردم به اینترنت، رایانه و گوشی‌های هوشمند فرصتی ارزشمند برای توسعه پزشکی از راه دور پدید آورده است. این فرصت به‌قدری ارزشمند است که شاخه‌ای جدید به نام «سلامت همراه» (mHealth) شکل گرفته که به کاربران امکان بهره‌مندی از خدمات مختلف مرتبط با سلامت و پزشکی را از طریق ابزارهای همراه (مانند گوشی هوشمند، ساعت هوشمند یا دستبندهای ویژه سلامت) فراهم می‌کند.

نگاهی به آمارهای مربوط به رشد حوزه سلامت همراه گویای آن است که ارزش بازار آن در سال جاری میلادی به حدود ۳۴ میلیارد دلار رسیده و بر اساس پیش‌بینی صورت گرفته، در سال ۲۰۲۰ به رقم حدود ۵۹ میلیارد دلار خواهد رسید.

در این میان شاید آشنایی مدیران نظام سلامت و بهداشت با این روند جهانی و بهره‌گیری از آن بتواند به گسترش هر چه بیشتر خدمات مربوطه و افزایش کیفیت سلامت جامعه کمک کند.

منابع:

evisit.com/future-of-telemedicine-7-trends-shaping-the-future-of-telehealth/

statista.com/statistics/295771/mhealth-global-market-size/

دکتر ناهید حاجت‌پور

مسول مرکز خدمات جامع سلامت شماره ۶ رشت

دکتر افشین صفائی اصل
متخصص بیماری‌های کودکان و نوزادان
فوق تخصص بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار کودکان
عضو هیات علمی دانشگاه

دکتر شهره ملک‌نژاد
متخصص بیماری‌های کودکان و نوزادان
فوق تخصص گوارش، کبد و اندوسکوپی کودکان
عضو هیات علمی دانشگاه

انتقال مطب
رشت، گلباغ نماز، روبه‌روی مدرسه شاهد، ساختمان البرز
تلفن: ۳۳۱۲۳۵۴۶-۳۳۱۲۳۴۶۷
RMC1019

آیا تنها برم‌هگزین برای درمان اوتیت میانی کافی است؟

دکتر عبدالحمید حسین‌نیا

درمان اصلی اوتیت میانی با تراوش مایع (O.M.E) در درجه نخست آنتی‌بیوتیک است.

دکتر *سیروس خادم معارف* در مقاله‌ای تحت عنوان «نقش موکولیتیک‌ها در درمان «S.O.M» و نتایج آن در ۲۴ مورد» در شماره سوم و چهارم سال هفتم مجله گوش و گلو و بینی و حنجره ایران چنین آورده است:

درمان‌های معمولی که تابه‌حال انجام می‌شود کمتر موثر بوده یا حداقل بدون موکولیتیک‌ها موفقیت قطعی ندارند... آنتی‌بیوتیک‌ها موثر نیستند چون ترشح گوش میانی، حداقل در ابتدا و قبل از پرفوراسیون، استریل است.

و نسبت به تجویز سایر داروهای کمک‌کننده خاطرنشان کرده است:

از کورتیکوستروئید جهت جلوگیری از اوتیت چسبنده می‌توان استفاده کرد ولی با در نظر گرفتن سیر طولانی اوتیت‌های مترشحه مزمن نمی‌توان به‌طور درازمدت آن را مصرف نمود. تجویز آنتی‌هیستامینیک‌ها در اوتیت‌هایی که زمینه حساسیت دارند منطقی به‌نظر می‌آید و می‌توان آن‌ها را توام با سایر داروها به‌کار برد.

مولف برم‌هگزین را به‌عنوان موکولیتیک و بدون تجویز سایر داروها از جمله آنتی‌بیوتیک به‌تنهایی در ٤٤ مورد اوتیت میانی با تراوش مایع به‌کار برده و با مقایسه دو گروه شاهد و تحت درمان این‌طور نتیجه گرفته که برم‌هگزین اثر سریع در بهبود اوتیت‌های با کم‌شنوایی متوسط از خود بروز داده و علاوه بر آن، عمل موکولیتیک در تسهیل تخلیه ترانس‌تمپاتیک اثر غیرقابل انکار دارد.

عده دیگری از محققان مصرف توامان آنتی‌بیوتیک و داروی موکولیتیک را توصیه نموده و از تجویز آنتی‌هیستامینیک احتراز کرده‌اند چون معتقدند منجر به ایجاد ترشح چسبناک (Glue ear) در گوش میانی می‌شود.

به‌دلیل آن‌که درباره مصرف داروی موکولیتیک در منابع و مآخذ اشاره‌ای نشده است، بر آن شدیم در این زمینه استفساری از *پروفسور بلو استون* (Charles D. Bluestone) استاد بلندآوازه گوش و حلق و بینی در دانشگاه پیتزبورگ آمریکا داشته باشیم که جمع‌بندی نظر ایشان چنین است:

آنتی‌بیوتیک‌درمانی تنها درمان طبی ثابت‌شده علیه اوتیت میانی با تراوش مایع محسوب می‌شود. آنتی‌بیوتیک را از این جهت باید تجویز کرد که یک‌سوم موارد ترشحات گوش میانی در دو مرحله حاوی باکتری است. درمان آنتی‌بیوتیک حداقل دو هفته باید ادامه یابد. البته توصیه نمی‌شود که بیش از یک ماه برای درمان بیماری آنتی‌بیوتیک مصرف کرد زیرا مقاوم شدن باکتری را به‌دنبال دارد.

ایشان درباره تجویز ضد احتقان و آنتی‌هیستامین معتقد است:

داروهای ضد احتقان و آنتی‌هیستامین جایی در اوتیت میانی با تراوش مایع ندارد ولی در احتقان و آتوپی بینی موثر است و در صورت توام بودن، می‌تواند مفید واقع شود. تجویز کورتیکوستروئیدها نیز تنها تحت این شرایط سودمند است.

پروفسور بلو استون نسبت به تجویز برم‌هگزین به سکوت بسنده کرده و اظهارنظری نمی‌کند؛ ولی در بعضی از اظهارنظرها آمده است که برم‌هگزین با دوز توکسیک خود در O.M.E اثر می‌کند نه دوز درمانی (تراپوتیک).

دکتر عبدالحمید حسین‌نیا
جراح و متخصص گوش، حلق و بینی
Email: a_husseinnia@yahoo.com

فروشگاه ارتوپدی و توانبخشی آقازاده

نمایندگی انحصاری محصولات O & M فکی و ارتوپدی در استان گیلان

نمایندگی انحصاری محصولات کمک‌توانبخشی Oppo در استان گیلان

نمایندگی انحصاری محصولات سیستم نوین درمان زخم و پانسمان Comfeel

نمایندگی انحصاری محصولات ارتوپدی Siora در استان گیلان

نمایندگی محصولات ABENA در استان گیلان

نمایندگی انحصاری محصولات شرکت خسرومدیساطب K.M.T

فروش و واگذاری ست‌های اینترلاک فمور و تیبیا

با کلیه متعلقات و کونچرها و تکنیسین در کلیه شهرستان‌های استان گیلان

فروش و واگذاری ست UHN بازو

با کلیه متعلقات و کونچرها و تکنیسین در کلیه شهرستان‌های استان گیلان

رشت، چهارراه پورسینا، جنب بانک ملی محتشم

تلفن: ۳۳۳۲۵۶۳۹ فکس: ۳۳۳۴۰۰۱۸ همراه: ۰۹۱۱۱۳۱۴۴۹۲

قابل توجه پزشکان، بیمارستان‌ها،
درمانگاه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری و ...

طراحی چاپ مشاوره

عکاسی تخصصی، سرنسخه پزشکان
پاکت، سربرگ، کاتالوگ، پوشه، مُهر، جعبه، تقویم و ...

دارای دیپلم نشانه‌شناسی تبلیغات

پزشکان گیل ۰۹۳۷-۹۱۷-۸۲۰۰

عوارض دندانپزشکی و راه‌های درمان آن

عادات دهانی در کودکان

دکتر آتوسا جانشین

وجود عادات دهانی مانند مکیدن انگشت و پستانک طی معاینه کلینیکی یک کودک، یافته مهمی به‌شمار می‌رود. عادات مکیدن برخاسته از نیازهای روانی و نیازهای فیزیولوژیک برای تغذیه است و در سنین پایین جزیی از تکامل طبیعی همه کودکان است؛ ولی اگر این عادت بعد از سن خاصی ادامه پیدا کند می‌تواند مشکلاتی برای کودک ایجاد کند.

عادتی که موجب حرکت دندان‌های شیری شده باشد باید پیش از رویش دندان‌های قدامی (دندان‌های پیشین) دایمی حذف شود. اگر عادتی باعث تغییرات دندانی شیری شده باشد و پیش از رویش دندان‌های دایمی حذف نشود، می‌تواند باعث بروز تغییرات مخرب روی دندان‌های دایمی نیز بشود. از سوی دیگر اگر عادت پیش از رویش دندان‌های دایمی حذف شود، تغییرات دندانی نامطلوب به‌طور طبیعی بهبود خواهند یافت.

تلاش در جهت برطرف کردن این عادت با کمک متخصص دندانپزشکی کودکان می‌تواند از صحبت کردن با کودک تا درمان‌های پیچیده شامل استفاده از اپلاینس‌ها و وسایل دندانی مختلف، متفاوت باشد. مهم‌ترین نکته‌ای که باید در مورد هرگونه درمان به‌خاطر داشت این است که کودک باید بخواهد عادت را ترک کند تا درمان موفق باشد.

عادات مربوط به مکیدن انگشت و شست

عادات مکیدن انگشت و شست بیشترین عادات دهانی را تشکیل می‌دهند. این عادت تا ۲ سال اول زندگی طبیعی تلقی می‌شود و نباید تلاشی در جهت ترک عادت در این سن انجام شود. والدینی که از این مشکل در فرزند خود نگران هستند در مورد عوارضی که این عادت ممکن است در صورت طولانی شدن ایجاد کند، از دندانپزشک می‌پرسند. در پاسخ باید گفت انواع تغییرات دندانی که عادت مکیدن انگشت می‌تواند ایجاد کند بسته به شدت، طول مدت و تکرر عادت و حالتی که در آن انگشت در دهان قرار می‌گیرد، متفاوت است ولی به‌طور کلی شایع‌ترین مشکلات و علایم دندانی گزارش‌شده به‌دنبال عادت فعال عبارت‌اند از:

۱. اپن بایت قدامی (Anterior open bite)

۲. حرکت دندان‌های پیش بالا به‌سمت جلو و حرکت

تصویر ۱. مکیدن انگشت شست جزیی از تکامل طبیعی کودک

دندان‌های پیش پایین به‌سمت عقب

۳. تنگی قوس فک بالا و کراس بایت خلفی (Posterior cross bite).

این عوارض حاصل ترکیبی از فشار مستقیم به دندان (ناشی از مکیدن انگشت) و تغییر در فشاری است که از سمت لب، گونه و زبان به دندان‌ها وارد می‌شود.

درمان

زمان درمان و روش درمانی باید توسط متخصص دندانپزشکی کودکان به‌دقت برآورد شود. اگر والدین یا کودک نخواهند درگیر درمان شوند، تلاشی نباید صورت بگیرد. مداخله درمانی برای ترک عادت هیچ‌گونه تاثیر منفی روی تکامل احساسی کودک ندارد و باعث جایگزینی عادت دیگری نمی‌شود. درمان به‌طور معمول بین سنین ٤ تا ٦ سالگی و پیش از رویش دندان‌های قدامی دایمی انجام می‌شود. پیش از سن ٤ سالگی مداخله مستقیم برای ترک عادت ضرورت ندارد.

چهار روش درمانی اصلی برای ترک عادت مکیدن انگشت توسط دندانپزشک کودکان توصیه می‌شود:

۱. مشاوره: صحبت کردن با کودک در مورد عوارض مضر این عادات، با تکیه بر اثرات مخرب بر زیبایی، گاهی در کودکان بزرگ‌تر می‌تواند مفید واقع شود؛ به‌خصوص وقتی این توصیه‌ها توسط دندانپزشک به کودک گفته شود.

۲. درمان یادآوری: این درمان برای کودکانی که مایل به توقف عادت هستند ولی به مقداری کمک نیاز دارند، مفید است. هدف هرگونه درمانی باید برای کودک به‌طور کامل توضیح داده شود. استفاده از باند چسبی با نوار ضد آب روی انگشتان، پوشیدن دستکش به‌خصوص در طول ساعات خواب و استفاده از محلول‌های تلخ روی انگشتان جهت یادآوری قرار ندادن انگشت در دهان می‌تواند برای ترک عادت به کودک کمک کند.

۳. سیستم پاداش: قراردادی بین کودک و والدین یا بین کودک و دندانپزشک بسته می‌شود. از کودک تقاضا می‌شود در یک دفترچه یادداشت دوره‌های مکیدن انگشت در طول روز را ثبت کند. در این روش والدین باید از هرگونه مداخله خودداری کرده و عادت کودک را نادیده بگیرند زیرا مداخله آن‌ها شاید باعث تشدید عادت شود. کودک هر روزی که عادتش را انجام نداده در دفترچه یک ستاره می‌گذارد. اگر تعداد ستاره‌ها در ماه به ۲۸ عدد رسید (هر ماه تا ۲ روز انجام عادت مجاز است) به او یک جایزه از پیش تعیین‌شده داده می‌شود. هدف در ماه دوم ۲۹ ستاره و در ماه سوم ۳۰ ستاره است. اگر کودک به‌مدت ۳ ماه عادت را انجام ندهد، شانس ترک طولانی‌مدت زیاد خواهد بود.

٤. درمان با اپلاینس یا وسایل داخل دهانی: اگر عادت پس از درمان یادآوری و سیستم پاداش هنوز پابرجاست ولی کودک حقیقتاً مایل به حذف آن است، می‌توان از وسایل مخصوص عادت‌شکن داخل دهانی استفاده کرد. این وسایل انواع مختلفی دارند و به‌طور فیزیکی مانع قرار دادن انگشت در دهان می‌شوند. باید به کودک و والدین یادآوری کرد که این کار جنبه تنبیه ندارد و صرفاً یک یادآوری کننده دایمی است (تصویر ۲). این درمان برای کودکان ٦ ساله و بزرگ‌تر بیشترین کاربرد را دارد. Palatal crib یکی از اپلاینس‌های داخل دهانی است که عادت مکیدن انگشت را با ممانعت از قرار دادن انگشت در دهان و لذت بردن از مکیدن، برطرف می‌کند. برای ترک عادت لازم است این وسیله حداقل ٦ ماه در دهان بماند.

عادات مربوط به مکیدن پستانک

تغییرات دندانی ایجادشده به‌وسیله پستانک بسیار شبیه به تغییرات ایجادشده توسط مکیدن انگشت است. اپن بایت قدامی و تنگی قوس فک بالا به‌طور پیوسته در کودکانی که پستانک می‌مکند رخ می‌دهد. خبر خوب این است که عادت به پستانک به‌علت فشارهای وارده از طرف اطرافیان

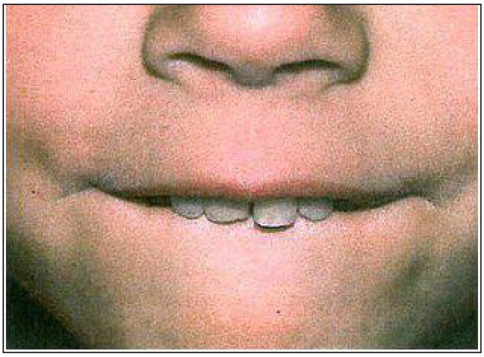
تصویر ۲. اپن‌بایت قدامی ایجادشده در اثر مکیدن انگشت و پستانک

تصویر ۳. دستگاه عادت‌شکن پالاتال کریب

و هم‌سن و سالان خیلی زودتر و راحت‌تر ترک می‌شود. تغییرات دندانی ایجادشده با مکیدن پستانک پیش از ۲ سالگی اندک است، بنابراین به والدین گفته می‌شود که کودک باید عادت مکیدن پستانک را بین ۲ تا ۳ سالگی ترک کند. گزارش‌ها نشان می‌دهد که در بیش از ۹۰ درصد موارد، پیش از سن ۵ سالگی این عادت از بین می‌رود.

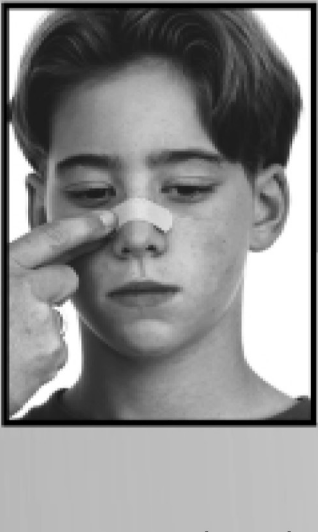
عادات مربوط به لب

عادات مربوط به لیسیدن لب و کشیدن لب در رابطه با اثرات دندانی‌شان نسبتاً خوش‌خیم تلقی می‌شوند. مشخص‌ترین نشانه‌های همراه با این عادات، قرمزی لب، التهاب و ترک‌دار شدن لب‌ها و بافت‌های اطراف دهان است. درمان معمولاً تسکینی و محدود به مرطوب‌کننده‌های لب است ولی گاهی در موارد شدید استفاده از اپلاینس‌های داخل دهانی برای ترک این عادت توسط دندانپزشک توصیه می‌شود. اگرچه اغلب عادات لب موجب مشکلات دندانی نمی‌شود ولی مکیدن و گاز گرفتن لب مطمئناً می‌تواند مال‌اکلوژن (اختلال در ردیف بودن دارو‌ها) از قبل موجود را حفظ کند. شایع‌ترین حالت مکیدن لب به این صورت است که لب پایین پشت دندان‌های پیشین بالا مکیده می‌شود که این عمل موجب افزایش جلوآمدگی دندان‌های بالایی (Overjet) می‌شود.



تصویر ٤. عادت مربوط به لیسیدن لب پایین

دکتر آتوسا جانشین
متخصص دندانپزشکی کودکان و نوجوانان و ارتودنسی پیشگیری
استادیار دانشکده دندانپزشکی گیلان
نشانی: رشت، چهارراه گلسار، کوچه عسگری، کوچه بنفشه، ساختمان حکیم، تلفن: ۳۳۱۲۵۹۳٤
Email: atousa_343@yahoo.com


دکتر رضا افراه
جراح و متخصص
گوش، حلق، بینی و گردن
جراحی پلاستیک بینی و صورت
تلفن: ۳۳۱۱۳۳۱۸
رشت، چهارراه گلسار، نرسیده به پل بوسار
ساختمان دانا، طبقه ششم

باشگاه مجلات

دکتر بابک عزیز افشاری

آیا پزشکان آزمایش غیرضروری و اضافی درخواست می‌کنند؟

یک مطالعه از شماره نوامبر JAMA Intern Med پایگاه داده‌های ایالت تگزاس در زمینه تعداد آزمایش درخواستی برای بیش از ۴۳ هزار بیمار بستری را بررسی کرده است. این بیماران با تشخیص پنومونی یا سلولیت در ۱۱ بیمارستان آموزشی بزرگ، ۱۲ بیمارستان آموزشی کوچک و ۷۳ بیمارستان غیرآموزشی بستری شده بودند.

تجربیات گذشته و برخی مطالعات نشان داده پزشکان (دانشجویان، انترن‌ها و رزیدنت‌ها) در بیمارستان‌های آموزشی، نسبت به پزشکان باتجربه‌تر، آزمایش‌های بیشتری درخواست می‌کنند. این مطالعه نیز نشان می‌دهد در مراکز آموزشی نسبت به غیرآموزشی، برای هر بیمار در هر روز ۳ تا ٤ آزمایش بیشتر درخواست شده است. البته بیمارستان‌های آموزشی به‌طور متوسط بیماران بدحال‌تری را پذیرش می‌کنند ولی هیچ ارتباطی بین تعداد آزمایش درخواستی و میزان مرگ‌ومیر وجود ندارد.

با این‌که هزینه آزمایش در بیشتر بیماران کمتر از ۵٪ هزینه بیمارستان است ولی نتایج آزمایش‌ها در ٦۰ تا ۷۰ درصد تصمیم‌گیری‌های بالینی موثر است. خونگیری اضافی می‌تواند منجر به عوارضی مانند کم‌خونی اکتسابی از بیمارستان شود. به‌نظر پژوهشگران، شناسایی الگوهای درخواست آزمایش غیرضروری و اضافی که هیچ تاثیری در بهبود مراقبت از بیماران ندارد، علاوه بر کاهش هزینه درمان می‌تواند از عوارض احتمالی ناشی از اقدامات غیرضروری دیگر نیز جلوگیری کند.

مطالعه مشابه دیگری از شماره ژانویه J Hosp Med روش‌های کاهش درخواست آزمایش را بررسی کرده است. در این مطالعه یادداشت‌هایی تهیه شد و در حین انجام ویزیت‌های روزانه بیماران بستری در بیمارستان در اختیار پزشکان قرار گرفت. این یادداشت‌ها حاوی مطالبی بود که پزشکان را تشویق می‌کرد تا پس از پایدار شدن شرایط بیمار، از تکرار آزمایش در هر روز خودداری کنند. منظور از شرایط پایدار، شرایطی است که بتوان بیمار را طی ٢٤ تا ٤٨ ساعت آینده مرخص کرد. با همین اقدام ساده، میزان درخواست آزمایش در عرض ٢٤ ساعت ١۵٪ و در عرض ٤٨ ساعت، ٣٣٪ کاهش یافت.

اعتیاد به بازی‌های ویدئویی در فهرست اختلالات روانی

با پیشنهاد سازمان جهانی سلامت (WHO)، اعتیاد به بازی‌های ویدئویی به فهرست اختلالات روانی افزوده می‌شود. در سند موسوم به طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-١١) که نسخه بتای آن در ماه دسامبر به‌صورت برخط در دسترس همگان قرار گرفته است، در تعریف اختلال بازی (gaming disorder) گفته شده «الگویی

از پرداختن به بازی ویدئویی یا دیجیتال (که ممکن است برخط یا برون‌خط باشد) به‌صورت مداوم یا مکررٍ با سه مشخصه زیر: ۱) ناتوانی در کنترل بازی (مثلاً شروع، فواصل، شدت، مدت، پایان، یا نوع بازی)؛ ۲) تمایل فزاینده به اولویت بازی به حدی که بازی به علایق دیگر زندگی و فعالیت‌های روزمره ترجیح داده شود؛ و ۳) ادامه دادن بازی با وجود پیامدهای منفی در زندگی شخصی، خانوادگی، اجتماعی، تحصیلی، شغلی، یا عملکردهای مهم دیگر. این الگو پیش از تشخیص باید دست‌کم در یک دوره ۱۲ ماهه به‌صورت مداوم یا متناوب و مقطعی و مکرر وجود داشته باشد.»

اگر علایم شدید و همه معیارها برای تشخیص فراهم باشد، این مدت می‌تواند کوتاه‌تر باشد. همچنین اختلال بازی ویدئویی باید از اختلال موسوم به بازی خطرناک (Hazardous gaming) که با افزایش واضح خطر آسیب‌های جسمی یا روانی همراه است، افتراق داده شود.

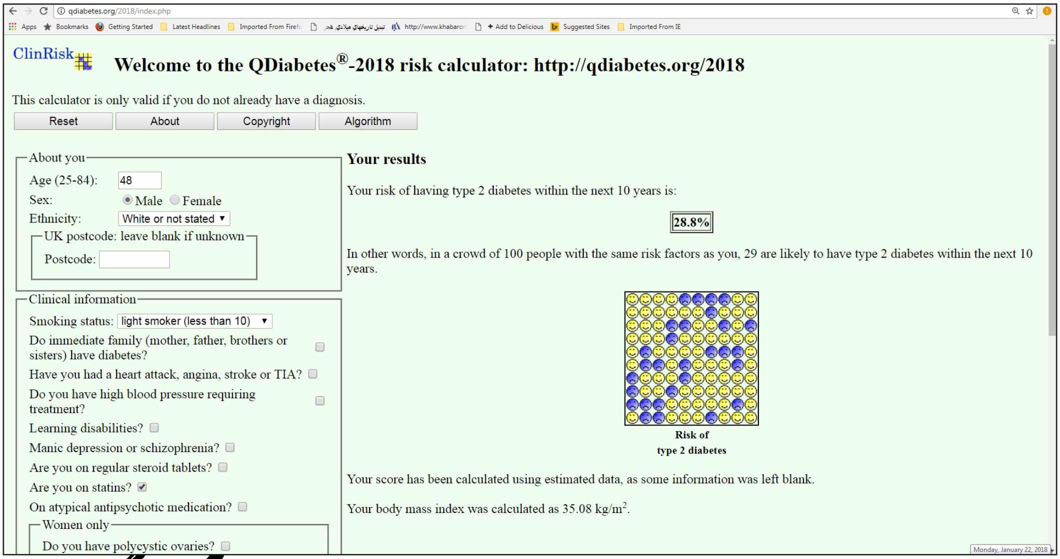
پیش از این در ویرایش پنجم دست‌نامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-۵) نیز معیارهایی برای اختلال بازی اینترنتی پیشنهاد شده ولی هنوز به‌عنوان یک اختلال رسمی پذیرفته نشده است.

به‌روزرسانی ابزار محاسبه خطر ابتلا به دیابت نوع ۲

یک مطالعه از شماره نوامبر مجله پزشکی انگلستان (BMJ)، با شرکت ۱۱/۵ میلیون فرد ۲۵ تا ۸۴ ساله، کارایی و اعتبار نسخه جدید و به‌روزشده الگوریتم‌های پیش‌بینی خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ موسوم به QDiabetes-۲۰۱۸ در طول یک دوره ۱۰ ساله را ارزیابی کرده است.

اولین مدل QDiabetes در سال ۲۰۰۹ برای پیش‌بینی خطر ۱۰ ساله ابتلا به دیابت نوع ۲ پیشنهاد شد و در سامانه رایانه‌ای خدمات سلامت ملی انگلستان به‌کار گرفته شد. تغییراتی که در این مدت روی داده شامل گسترش محدوده سنی از ۲۵ تا ۷۹ سال به ۲۵ تا ۸۴ سال، ارزیابی سیگار در ۵ سطح به‌جای ۲ سطح، هیچ‌یک از این افراد در ابتدای مطالعه مبتلا به دیابت نبودند. در الگوریتم‌های جدید، علاوه بر عوامل خطرسازی که در الگوریتم‌های پیشین وجود داشت (شامل سن، نژاد، فقر، نمایه وزن بدن [BMI]، سیگار، سابقه خانوادگی دیابت در خویشاوند درجه یک، بیماری قلبی-عروقی، پرفشاری درمان‌شده و مصرف منظم کورتیکواسترویید)، عوامل خطرساز جدید شامل مصرف داروهای ضدجنون غیرمعمول (atypical antipsychotics)، استاتین‌ها، اختلال خلقی دوقطبی، اسکیزوفرنی، معلولیت ذهنی، دیابت حاملگی و سندرم تخمدان پلی‌کیستی نیز افزوده شده است.

سه الگوریتم شامل الگوریتم بالینی (مدل A) برای شناسایی افرادی که نیاز به آزمایش دارند، الگوریتم گلوکز ناشتا (مدل B) و الگوریتم هموگلوبین A۱c (مدل C)



برای پیش‌بینی خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ و شناسایی افرادی که نیاز به مداخله و پیگیری دقیق‌تر دارند، به‌کار رفت. در نهایت، مدل B بهترین کارایی و دقت را در پیش‌بینی خطر ۱۰ ساله ابتلا به دیابت نوع ۲ داشته است.
آستانه تعریف خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ در انگلستان با توصیه‌های بین‌المللی متفاوت است (گلوکز ناشتا ۹۹ تا ۱۲٤ به‌جای ۱۰۰ تا ۱۲٤ و A۱c بین ٦ تا ٦/٤ درصد به‌جای ۵/۷ تا ٦/٤ درصد). اعتبارسنجی QDiabetes-۲۰۱۸ در خارج از انگلستان تاکنون انجام نشده است ولی همه می‌توانند با مراجعه به سایت qdiabetes.org/۲۰۱۸/index.php از میزان خطر ابتلای خود به دیابت نوع ۲ در طی ۱۰ سال آینده آگاه شوند.

همه انواع واکسن آنفلوانزا در همه افرادی که دچار حساسیت به تخم‌مرغ هستند بی‌خطر است

شماره ژانویه مجله Ann Allergy Asthma Immuno حاوی تازه‌ترین دستورالعمل در زمینه تجویز واکسن آنفلوانزا در افرادی است که به تخم‌مرغ حساسیت دارند.
این دستورالعمل به تایید آکادمی آسم و آلرژی و ایمونولوژی آمریکا (AAAAI) و کالج آسم و آلرژی و ایمونولوژی آمریکا (ACAAI) رسیده است. به‌طور سنتی افرادی که دچار درجات مختلف حساسیت به تخم‌مرغ (egg allergy) هستند از تزریق برخی انواع واکسن هراس دارند. واکسن آنفلوانزا در داخل تخم‌مرغ تولید می‌شود و همین مایه نگرانی این افراد می‌شود چون ممکن است بخشی از پروتئین‌های تخم‌مرغ وارد واکسن شده باشد و هنگام تزریق واکسن باعث شوک آنافیلاکسی و مرگ شود.
مطالعات متعددی در این زمینه انجام شده که همگی نشان داده تزریق واکسن آنفلوانزا در افرادی که دچار حساسیت به تخم‌مرغ هستند بی‌خطر است.
رووس این توصیه‌ها به شرح زیر است:
– هنگام تزریق واکسن آنفلوانزا، پرسیدن سابقه حساسیت به تخم‌مرغ لازم نیست. تجویز همه انواع واکسن آنفلوانزا در همه افرادی که با هر شدتی به تخم‌مرغ حساسیت دارند، حتی در کودکان، بلامانع است. این شامل انواع تزریقی و استنشاقی (داخل بینی) واکسن آنفلوانزاست، هرچند نوع استنشاقی به‌طورکلی در فصل ۲۰۱۸–۲۰۱۷ توصیه نشده است.
–واکسن‌های غیرتخم‌مرغی (Non–egg-containing vaccines) قابل تجویز هستند ولی برتری خاصی نسبت به واکسن‌های معمولی ندارند.

تشخیص ام‌اس: به‌روزرسانی معیارهای مک‌دونالد

در ویرایش جدید (۲۰۱۷) معیارهای مک‌دونالد برای تشخیص ام‌اس (Multiple Sclerosis)، نسبت به نسخه پیشین (۲۰۱۰)، استفاده از ام‌آرآی ساده‌تر شده است. جمعیت هدف معیارهای تازه که از سوی پانل بین‌المللی تشخیص ام‌اس در شماره دسامبر مجله Lancet Neurology منتشر شده، بیمارانی است که مبتلا به سندرم بالینی ایزوله‌ای هستند که مطرح‌کننده ام‌اس است. این معیارها به‌ویژه در تشخیص نوع relapsing-remitting بیماری ام‌اس کمک‌کننده است.
نسخه ۲۰۱۷ همچنان اجازه می‌دهد ضایعات انتشار فضایی (dissemination in space: DIS) داشته باشند ولی دست‌کم دو ضایعه در دو جایگاه (پری‌ونتریکولار، ژوکستاکورتیکال، اینفراتنتوریال، نخاعی) برای تشخیص لازم است.
تفاوت‌ها با نسخه ۲۰۱۰:
– معیارها ضایعات کورتیکال را شامل می‌شود و این ضایعات معادل ضایعات ژوکستاکورتیکال قلمداد شده است.
– ضایعات علامت‌دار نخاع یا ساقه مغز در انتشار فضایی ضایعات به‌شمار می‌آید.
– انتشار زمانی (dissemination in time: DIT) همچنان به‌صورت یک ضایعه گادولینیوم مثبت (Gd+) در آغاز یا یک ضایعه جدید در ام‌آرآی بعدی امکان‌پذیر است. تغییرات در DIT در نسخه جدید به این شکل است که تنها ضایعات Gd+ علامت‌دار (و نه بدون علامت) به‌عنوان ضایعه به‌شمار می‌آید.
– حضور همزمان ضایعات گادولینیوم مثبت و گادولینیوم منفی در تعریف DIT قرار می‌گیرد.
–وجود ضایعات گادولینیوم مثبت علامت‌دار در ساقه مغز و نخاع در تعریف DIT قرار می‌گیرد.
– وجود نوارهای الیگوکلونال (OCBs) در مایع مغزی- نخاعی (CSF) در تعریف DIT قرار می‌گیرد.
– در مواردی که بیمار با تظاهرات مشخصه ام‌اس (typical demyelinating event) شامل نوریت اپتیک،

میلیت عرضی یا گرفتاری ساقه مغز) مراجعه نکرده یا از نظر مشخصات دموگرافیک برای اماس تیپیک نباشد، باید در استفاده از این معیارها احتیاط شود.

– این معیارها حساسیت بالا و ویژگی متوسطی دارد و برای اماس اختصاصی نیست.

– تصویربرداری نخاع در مواردی توصیه می‌شود که تظاهرات بالینی مطرح‌کننده گرفتاری نخاع باشد یا سیر اولیه پیشرونده باشد یا تظاهرات آتیپیک باشد یا ام‌آرای مغز تشخیصی (دیاگنوستیک) نباشد.

– آزمایش CSF برای تایید تشخیص و ارزیابی سایر احتمالات ارزشمند است.

– علاوه بر تابلوی بالینی در هنگام مراجعه، توجه به سوابق بالینی یا پاراکلینیک عینی نیز برای تایید شواهد یک حمله پیشین الزامی است.

آسیب‌های شغلی ناشی از ایستادن و خم و راست شدن در محیط کار

یکی از شماره‌های ژانویه گزارش هفتگی بیماری و مرگ‌ومیر (Morbidity and Mortality Weekly Report) که هر هفته از سوی مرکز کنترل بیماری (CDC) منتشر می‌شود، به موضوع آسیب‌های شغلی در محیط کار پرداخته است. نتایج تحقیقی که در سال ۲۰۱۵ توسط انستیتو ملی ایمنی و سلامت شغلی (NIOSH) با شرکت بیش از ۱۷ هزار نفر انجام گرفته و به‌تازگی منتشر شده نشان می‌دهد دوسوم بزرگسالان شاغل در ایالات متحده ناچارند هنگام کار به‌طور مکرر بایستند. کارگران بخش‌های خدمات غذایی، کشاورزی، ماهیگیری، جنگلبانی، نظافت و نگهداری، بیشترین میزان ایستادن را گزارش کرده‌اند.

۴۰ درصد کارکنان علاوه بر ایستادن ناچارند به‌طور مکرر به کارهایی مانند فشار، کشش یا بلند کردن نیز بپردازند. بیشترین کار فیزیکی توسط کارگران ساختمانی گزارش شده است. کمترین کار فیزیکی متعلق به مشاغل بخش‌های حقوقی، مالی و رایانه‌ای است.

میزان تحصیلات یکی از عوامل اصلی تعیین‌کننده است. کمتر از یک‌چهارم افرادی که تحصیلات لیسانس یا بالاتر دارند، ایستادن مکرر یا کار فیزیکی قابل‌توجه را گزارش کرده‌اند. این رقم در افرادی که به کالج نرفته‌اند بیش از نصف است.

مشکل محدود به بلند کردن اشیای سنگین و یا انجام حرکات سخت نیست. حرکات سبک‌تر به دفعات بیشتر نیز می‌تواند نتایج مشابه داشته باشد.

به‌نظر پژوهشگران، هدف از این مطالعه ارزیابی وضعیت مشاغل مختلف از نظر میزان ایستادن و کار فیزیکی است و صرفاً با توجه به این داده‌ها نمی‌توان توصیه خاصی ارایه کرد. دادگاه عالی ایالات متحده در سال گذشته اعلام کرد همه افراد حق دارند در هنگام انجام کارهایی که در حالت نشسته قابل انجام است، بنشینند و کار کنند. خود افراد نیز باید در هنگام کار به برخی نکات توجه کنند. تقویت عضلات محوری بدن، بلند کردن اشیا با استفاده از عضلات اندام تحتانی، درست ایستادن و درست نشستن و استراحت کوتاه در حین کار می‌تواند از شدت این مشکلات بکاهد.

سیستم بتسدا ۲۰۱۷ برای گزارش سیتوپاتولوژی تیروئید

ویرایش دوم (۲۰۱۷) سیستم بتسدا برای گزارش سیتوپاتولوژی تیروئید (TBSRTC) نسبت به ویرایش اول آن (۲۰۰۹) تغییر فاحشی ندارد. هدف اصلی این سیستم، استانداردسازی گزارش آسپیراسیون ندول‌های تیروئید و کاهش موارد غیرضروری جراحی تیروئید، یا در صورت نیاز به جراحی، انجام آن به محافظه‌کارانه‌ترین شکل ممکن است. اخیراً TBSRTC۲۰۱۷ به‌طور همزمان در مجله تیروئید و مجله انجمن سیتوپاتولوژی آمریکا رونمایی شد.

نکته مهم مورد تاکید در TBSRTC۲۰۱۷ این است که تفسیر سیتوپاتولوژی تیروئید باید در زمینه شرح‌حال، معاینه فیزیکی و سونوگرافی تیروئید انجام شود. دوران تصمیم‌گیری درباره جراحی صرفاً بر اساس مشاهده اسلایدهای سیتولوژی به پایان رسیده است.

شش گروه تشخیصی اصلی در TBSRTC۲۰۱۷ بدون تغییر مانده است:

- Nondiagnostic or unsatisfactory
- Benign
- Atypia of undetermined significance (AUS) or follicular lesion of undetermined significance (FLUS)
- Follicular neoplasm or suspicious for a follicular neoplasm (FN/SFN)
- Suspicious for malignancy

- Malignant

نکته مهم، تاکید بر ماهیت غیرسرطانی نئوپلاسم غیرمهاجم فولیکولار با مشخصات هسته شبه‌پاپیلاری (NIFTP) است که پیش از سال ۲۰۱۶ در گروه سرطان تیروئید قرار داشت. تومورهای NIFTP در ارزیابی سیتولوژیک دارای تغییراتی هستند که مشابه سایر سرطان‌های تیروئید است ولی پیگیری نزدیک آن‌ها در طولانی‌مدت نشان داده که عود نمی‌کنند و متاستاز نمی‌دهند و بنابراین رفتار بالینی آن‌ها شباهتی به سرطان تیروئید ندارد.

تومورهای NIFTP را براساس یافته‌های سیتولوژیک در اغلب موارد می‌توان در ذیل یکی از گروه‌های تشخیصی ۳، ٤ یا ٥ جای داد ولی تشخیص این‌که این تومورها سرطان نیستند، تنها پس از اکسیزیون جراحی و خارج ساختن کامل تومور میسر است.

خطر بدخیمی در گروه ۳ بین ۱۰ تا ۳۰ درصد است ولی بدون در نظر گرفتن تومورهای NIFTP، این رقم به ٦ تا ۱۸ درصد کاهش می‌یابد. خطر بدخیمی یک ندول تیروئید به‌طورکلی ٦ تا ۸ درصد است. بنابراین با مطرح شدن NIFTP، ارزش تشخیصی گروه ۳ بتسدا، بیش از پیش مورد تردید قرار گرفته است. با توجه به این‌که برای رد تشخیص سرطان، تومورهای NIFTP باید جراحی شوند، تصمیم‌گیری جراحی در گروه‌های تشخیصی ۳، ٤ و ٥ عملاً تغییر نکرده است. درمان در بیشتر تومورهای NIFTP شامل خارج کردن لوب گرفتار است و این باعث افزایش چشمگیر موارد جراحی لوبکتومی شده است.

تغییرات دیگر در TBSRTC۲۰۱۷ شامل گزینه آزمایش مولکولی برای درمان استاندارد «آتیپی با اهمیت نامشخص/ ضایعه فولیکولی با اهمیت نامشخص» (AUS/FLUS) و «نئوپلاسم فولیکولار/ مشکوک به نئوپلاسم فولیکولار» (FN/SFN) است. همچنین معیارهای تشخیصی و تعریف FN/SFN در بتسدای جدید تغییر یافته و تغییرات خفیف هسته‌ای مرتبط با کارسینوم پاپیلاری تیروئید را نیز شامل شده است.

دکتر بابک عزیز افشاری
متخصص پاتولوژی
نشانی: تالش، خیابان معین، کوچه‌ی بوعلی، تلفن: ٤٤٢٤٣٤٤٧

استاد ارجمند

جناب آقای دکتر علاالدین عسگری

درگذشت مادر گرامی‌تان را صمیمانه تسلیت عرض می‌کنیم.

ماهنامه پزشکان گیل

دیگر همیشه در کنار هم هستیم
Pezeshkangil.com | @pezeshkangil
پایگاه اینترنتی و کانال تلگرامی پزشکان گیل

تک فروشی
رشت، ابتدای خیابان انقلاب، کالای پزشکی نیکو
تلفن: ۳۳۳۲۸۲۰۴

پزشکان گیل
ماهنامه‌ی جامعه‌ی پزشکی استان گیلان
PEZESHKANGIL

متعلق به خانواده‌ی بزرگ پزشکی ایران است
با مقالات، انتقادات و پیشنهادات خود همراه ما باشید
۰۱۳-۳۳۳۶۷۶۲۶
E-mail: masoud_jowzi@yahoo.com

برای این ماه چه کتابی پیشنهاد می‌کنید؟

جشن‌نامه‌ی م. پ. جکتاجی

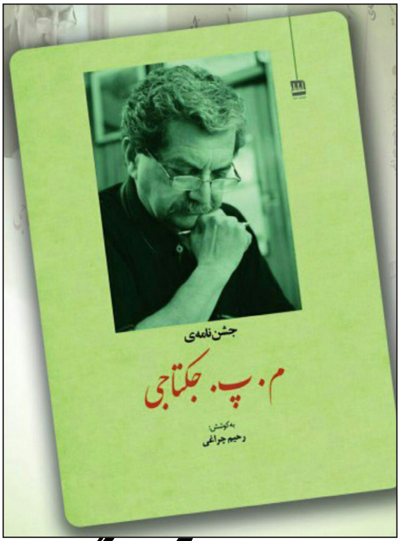
دکتر مسعود جوزی

۱

اول از همه با خودم صادق باشم؛ از این‌که «جشن‌نامه‌ی م. پ. جکتاجی» درآمده و اسم من در فهرست نویسندگان نیست، به‌شدت احساس زیان می‌کنم؛ و وقتی پیگیری بسیار جدی و حرفه‌ای گردآورنده این مجموعه، رحیم چراغی عزیز، را به‌یاد می‌آورم، این احساس زیان‌دیدگی با شرم نیز توامان می‌شود. ظلمی است که به خودم کرده‌ام؛ جکتاجی بزرگ آن‌قدر وقار و مناعت طبع دارد که به ستایش چون منی نیازش نباشد. با این‌همه این چند خط را گذشته از «پیشنهاد کتاب»، ادای دین و اظهار ارادتی دیرهنگام در نظر آورید: سر ارادت ما و آستان حضرت دوست!

۲

از این مقدمه که بگذریم، به خود استاد محمدتقی پوراحمد جکتاجی می‌رسیم که به‌گمان من تندیس زنده روزنامه‌نگاری گیلان است؛ البته نه آن‌گونه که فعلاً هست، بلکه آن‌گونه که باید باشد. متاسفانه جکتاجی معدل روزنامه‌نگاری گیلان نیست، اما شاگرد اول آن است و شاگرد اول‌ها می‌توانند الگویی برای ما بدها و تنبل‌ها باشند که سر آخر اگر کارنامه درخشانی برجا نمی‌گذاریم، لااقل رفوزه و بی‌آبرو هم نباشیم. جکتاجی در ۷۰ سال زندگی و ۵۰ سال زیست فرهنگی و به‌ویژه روزنامه‌نگاری خود نشان داد که حتی در دشوارترین شرایط سیاسی هم می‌توان شرافتمندانه از دل‌خواسته‌ها



جشن‌نامه‌ی م. پ. جکتاجی
به‌کوشش: رحیم چراغی
نشر فرهنگ ایلیا، رشت ۱۳۹۶
۱۱۵۶ ص، ۸۰ هزار تومان

و بر زبان نیامده‌های مردم نوشت؛ گیرم گاهی به زمزمه و کنایه و گاه به تصریح و بانگ بلند. گذشته از دغدغه‌های فرهنگی و علایق خاص گیلان‌شناسی و گیلان‌پژوهی، بزرگ‌ترین مساله او توسعه گیلان است؛ توسعه استانی که خود به تعریض «استان آخر»ش نامیده است؛ توسعه‌ای که اگر حتی اندکی از آن محقق شود، بسیاری از مشکلات معیشتی مردم آبرودار ولی بی‌چیز و از یاد رفته و معضلات زیست‌محیطی طبیعت مظلوم آن برطرف خواهد شد.

۳

جکتاجی نشان داد در تباه‌ترین و فاسدترین مناسبات اجتماعی و اقتصادی این روزها نیز می‌توان پاکیزه زیست. در این ۵۰ سال چه بسیار به عرصه مطبوعات گیلان آمدند و رفتند که یک‌صدم توان اندیشگی و نوشتاری او را نداشتند؛ ولی در این فاصله کوتاه آمدن و رفتن بار خود بستند و به پشت سر هم نگاه نکردند: آنان که نگاه‌شان هم به قلم و هم به مردم به‌واقع «ابزاری» بود؛ چه آن‌ها که قلم را چون چاقوی باج‌گیران به‌سوی پشت‌میزنشینان گرفتند که اگر حق و حساب نرسد، به‌جای مدح و تملق، باران تهمت و شایعه خواهد بارید؛ و چه آنان که تحریریه را سکویی کردند تا خود به آن سوی میز پرتاب کنند. پس از همه این سال‌ها، با خاطر جمع می‌توان گفت که جکتاجی نه‌تنها از روزنامه‌نگاری کیسه‌ای ندوخته بود که حتی اگر چیزکی هم از زندگی کارمندی اندوخته داشت، یکسره صرف «عشق» کرد و البته صرفه‌اش را هم برد!

٤

جکتاجی پیش از آن‌که با «دامون» و سپس «گیلان‌نامه» و «گیله‌وا» روزنامه‌نگاری پیشه کند و پس از آن، هم شاعر و نویسنده بوده و هست و هم کتاب‌شناس و پژوهشگر خستگی‌ناپذیر زبان، تاریخ و فرهنگ گیلان‌زمین و هم فعال فرهنگی و اجتماعی (به‌ویژه از بنیان‌گذاران «خانه فرهنگ گیلان» و «خانه میرزا» و...) و البته همین ویژگی‌هاست که به او در روزنامه‌نگاری به‌معنی عام و روزنامه‌نگاری تخصصی در حوزه گیلان‌شناسی و گیلان‌پژوهی جایگاهی چنین بلند بخشیده است. این‌که در این چند خط بیشتر بر روزنامه‌نگاری استاد تاکید می‌کنم، گذشته از رعایت اختصار کلام، بی‌دانشی و کم‌دانشی من در آن عرصه‌های متنوع است و چه خوب که گردآورندگان «جشن‌نامه‌ی م. پ. جکتاجی» به خوبی و کفایت حق مطلب را ادا کرده‌اند تا در پرتو آشنایی با زیست فرهنگی او، با آن زمینه‌های گسترده فرهنگی، حتی فراتر از کارنامه شخصی خود جکتاجی، آشناتر شویم.

۵

«جشن‌نامه‌ی م. پ. جکتاجی» مجموعه یک مقدمه، سه کتاب و یک پیوست است:

مقدمه در ۹۰ صفحه شامل سه مطلب «مقدمه: درباره اندیشه و ابتکار م. پ. جکتاجی (و سه کتاب جشن‌نامه)» از رحیم چراغی، «سال‌شمار زندگی و آثار م. پ. جکتاجی» از سونه جکتاجی و «از دیروز تا امروز» به قلم خود جناب جکتاجی است.

کتاب اول: «روزنامه‌نگار و گیلان‌پژوه (محمدتقی پوراحمد جکتاجی)» در حدود ۲۲۰ صفحه مجموعه‌ای است از آن‌چه دیگر نویسندگان و پژوهندگان درباره جکتاجی نوشته‌اند. در این بخش گزیده‌هایی از نامه‌های منتشرنشده بزرگان فرهنگ ایران‌زمین به جکتاجی نیز پیوست شده است.

کتاب دوم: «مطالعات شمال (در زمینه تاریخ، تمدن، مردم‌شناسی و فولکلور، هنر و...)» در حدود ۶۲۰ صفحه خود به‌تنهایی یک جُنگ بسیار پربار است به قلم نویسندگانی که هر یک در زمینه تخصصی خود به‌راستی عالم و صاحب‌نظرند. از این جُنگ در نشست اول دو مقاله «کسما و گوراب زرمیخ؛ تقابل سنت و مدرنیته در تشکیلات جنبش جنگل» نوشته دکتر ناصر عظیمی و «میرزا کاظم خان فیلسوف‌الدوله» از دکتر هومن یوسف‌دهی را خواندم و گذشته از حظ فراوان، بسیار آموختم.

کتاب سوم: «مطالعات ایرانی (در گستره تاریخ، زبان، هنر، ادبیات و...)» در حدود ۱۵۰ صفحه نیز به‌همان سیاق کتاب دوم، شامل نوشته‌هایی بسیار خواندنی در عرصه ملی است.

پیوست «چهره و چهره‌ها: م. پ. جکتاجی به روایت عکس‌ها» هم در ۶۰ صفحه یک آلبوم دیدنی از خاطره‌هاست.

٦

دست رحیم چراغی درد نکند! یک‌تنه تاوان قدرناشناسی تاریخی به‌ویژه ما گیلانیان را داده و پیداست که برای کاری به این غنا و گستردگی، زحمت فراوان کشیده است. حاصل کار هم چنان است که می‌توانیم با افتخار سرمان را بالا بگیریم، هم به یگانه‌ای چون محمدتقی پوراحمد جکتاجی ببالیم و هم نویسندگان ارجمندی که مجموعه‌ای چنین فاخر و ماندگار فراهم کرده‌اند.

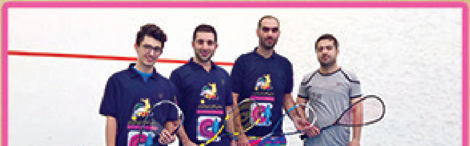
مقام دوم دور رفت لیگ دسته اول اسکواش ایران
برای انکولوژی گیلان

Guilan
Oncology
Center

مرکز انکولوژی گیلان (GOC) اولین مرکز درمانی حامی ورزش حرفه‌ای در سطح ملی

نتایج دور رفت لیگ دسته یک اسکواش کشور- بهمن ۹۶

		امتیاز
۱	قهرمانان سانچی تهران	۱۵
۲	انکولوژی گیلان (GOC)	۱۳
۳	پالایش نفت آبادان	۱۲
۴	بیمه آسیا زنجان	۱۰
۵	توکا البرز	۶
۶	پارس‌اندیش خرم‌آباد	۳
۷	آبیدر سنندج	۰
۸	آران و بیدگل	۰

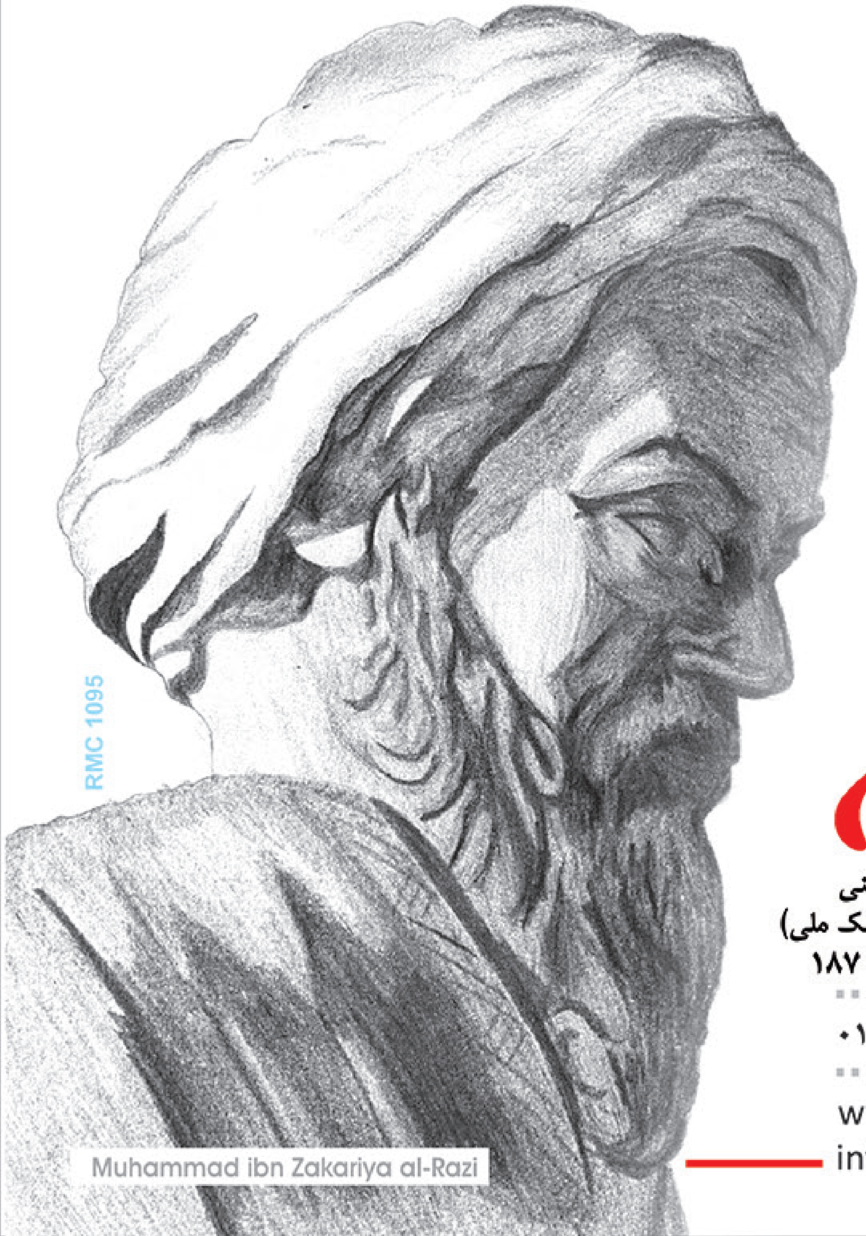


از راست: سعید صفایی، سعید پتکی، مهراب جوزی، دانیال حسین‌زاده

دور برگشت مسابقات لیگ دسته اول اسکواش کشور: ۱۷ و ۱۸ اسفند ۹۶ رشت، مجموعه‌ورزشی یادگار امام

آزمایشگاه پاتوبیولوژی رازی رشت

دکتر هدی، دکتر حبیب زاده، دکتر مصباح، دکتر شهباز
متخصصین آسیب شناسی بالینی و تشریحی



Muhammad ibn Zakariya al-Razi

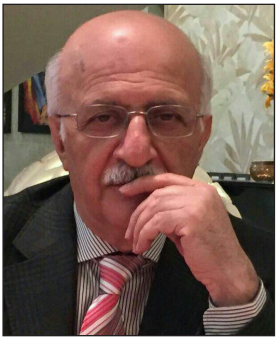
RMC 1095

RAZI PATHOBIOLOGY LAB.

رشت، خیابان امام خمینی
بین میدان دکتر حشمت (بانک ملی)
و چهارراه میکاییل، پلاک ۱۸۷

تلفکس: ۰۱۳-۳۳۳۲۴۶۴۷

www.razipath.com
info@razipath.com



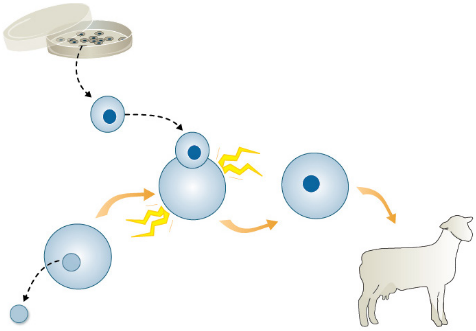
تاریخچه همانندسازی (۲)

ترجمه: دکتر محمدحسن هدایتی امامی

چیزی که در میانه جاروجنجال‌ها درباره همانندسازی گم شده، این است که همانندسازی اصلاً چیز تازه‌ای نیست و داستان علمی پربار آن سابقه‌ای بیش از ۱۰۰ سال دارد. با ارایه نمونه‌های برجسته زیر، شما را به گشت و گذاری در زمان دعوت می‌کنم. در این سفر به تاریخچه همانندسازی پی می‌برید.

۱۹۹۶؛ انتقال هسته از یاخته‌های آزمایشگاهی: گوسفند

Ian Wilmut and Keith Campbell



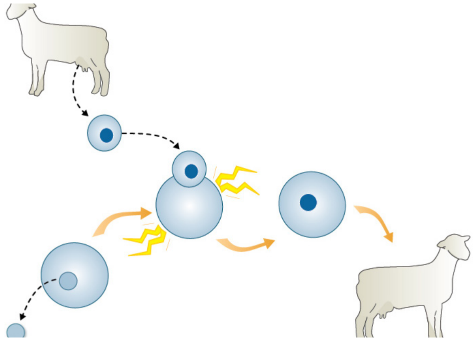
در همه همانندسازی‌های قبلی، از هسته یاخته‌های مراحل اولیه جنین‌ها استفاده شده بود. در این آزمایش هسته را از منبعی اندکی متفاوت برداشتند: از یاخته‌های کشت شده گوسفند که در آزمایشگاه آن‌ها را زنده نگه داشته بودند.

ویلموت و کامپل هسته یاخته کشت شده را در درون تخم بدون هسته گوسفند گذاشتند. با این کار دو بره متولد شد که نام‌شان را Megan و Morag گذاشتند.

با این آزمایش معلوم شد که برای همانندسازی از راه انتقال هسته، می‌توان هسته‌ها را از یاخته‌های کشت شده برداشت. در این زمان دانشمندان می‌توانستند ژن‌ها را به درون یاخته‌های کشت شده بفرستند. بدین ترتیب امکان آن فراهم شده بود که با استفاده از این یاخته‌های دگرگون شده، حیواناتی ترانس‌ژنیک بسازند؛ مثلا گاوهایی بسازند که شیرشان حاوی انسولین باشد.

۱۹۹۶؛ اولین پستانداری که با انتقال هسته از یاخته سوماتیک ساخته شد: گوسفند

Ian Wilmut and Keith Campbell



ویلموت و *کامبل* در این آزمایش تاریخی با انتقال هسته از یاخته سوماتیک پستان گوسفندی بالغ به درون تخم بدون هسته، گوسفندی ساختند. برای اولین بار بود که با هسته یاخته بالغ سوماتیک، همانندسازی انجام شد. اهمیت ویژه آن چه بود؟

هسته همه یاخته‌ها حاوی مجموعه کاملی از تمام ماده ژنتیکی است. یاخته‌ها وقتی از مرحله جنینی عبور می‌کنند و تمایز می‌یابند، دستخوش تغییرات اساسی می‌شوند. یاخته‌های تمایزیافته آن ژن‌هایی را که برای وظیفه‌های اختصاصی خود نیاز ندارند، خاموش می‌کنند. هنگامی که از یاخته‌های تمایزیافته بالغ برای انتقال هسته استفاده می‌شود، اول باید اطلاعات ژنتیکی آن‌ها را به حالت جنینی برگرداند. اغلب کار برگرداندن اطلاعات خوب پیش نمی‌رود و جنین‌های حاصله رشد و نمو خوبی ندارند.

از ۲۷۷ تلاشی که در این مورد انجام گرفت، تنها یک جنین توانست در زهدان گوسفندی آماده، رشد و نمو خود را طی کند و به بره‌ای تبدیل شود. نام این بره را Dolly گذاشتند. این گوسفند مشهور شد و همراه با نام خود، همانندسازی را هم سر زبان‌ها انداخت و بحث و مجادله درباره خوب و بد آن به رسانه‌ها کشیده شد. کاربردها و گرفتاری‌های همانندسازی مورد بحث عمومی قرار گرفت و درباره پژوهش درباره یاخته‌های پایه و همانندسازی انسان بحث‌های موافق و مخالف درگرفت.

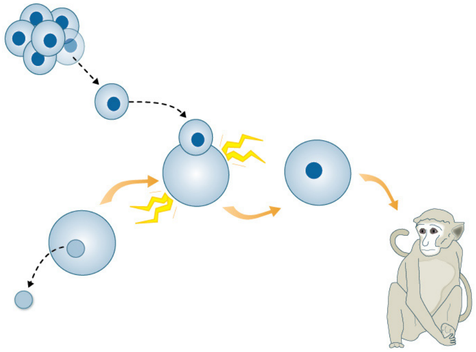
۱۹۹۷؛ اولین نخستی که با انتقال هسته از یاخته جنینی ساخته شد: میمون رزوس

Li Meng, John Ely, Richard Stouffer and Don Wolf

نخستی‌ها نمونه خوبی برای پژوهش در باره بیماری‌های انسان هستند. همانندسازی نخستی‌ها گوناگونی ژنتیکی آن‌ها را به کنار می‌نهد بنابراین برای پژوهش، نمونه‌های کمتری لازم می‌شود.

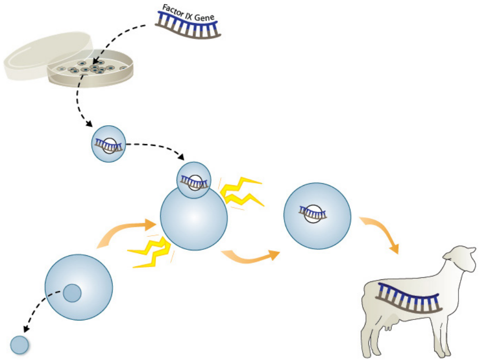
دانشمندان تیم ولف به‌دنبال آزمایش‌های قبلی، یاخته جنینی را با شوک الکتریکی کوچکی به تخم بدون یاخته میمون رزوس (Rhesus monkey) متصل کردند و هسته به‌راحتی وارد یاخته شد. سپس جنین حاصله را در درون زهدان میمونی آماده قرار دادند.

از ۲۹ مورد جنین همانندسازی شده دو میمون متولد شد که یکی ماده بود و دیگری نر. نام میمون ماده را Neti و نام میمون نر را Ditto گذاشتند. این آزمایش نشان داد از نخستی‌ها که نزدیک‌ترین خویشاوندان انسان هستند، می‌توان همانندسازی کرد.



۱۹۹۷؛ انتقال هسته از یاخته آزمایشگاهی دارای دستکاری ژنتیکی: گوسفند

Angelika Schnieke, Keith Campbell, Ian Wilmut



این آزمایش آمیزه‌ای هیجان‌انگیز از یافته‌های کارهای قبلی است. کامپل و ویلموت تا این زمان با استفاده از هسته یاخته‌ای آزمایشگاهی، همانندسازی کرده بودند.

در این آزمایش پژوهشگران ژن فاکتور ۹ (Factor IX) انسان را وارد ژنوم یاخته‌های پوست گوسفند کردند؛ این یاخته‌های پوست گوسفند را در ظرف آزمایشگاهی پرورش داده بودند. ژن فاکتور ۹ رمزی در خود دارد که دستور ساختن پروتئینی مهم را در کار انعقاد خون می‌دهد و برای درمان بیماری هموفیلی استفاده می‌شود. هموفیلی یکی از بیماری‌های ژنتیکی اختلال در انعقاد خون است.

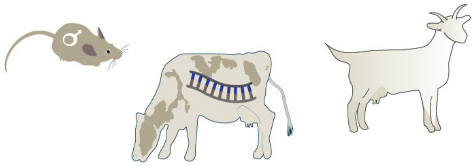
برای ساختن گوسفندی ترانس‌ژنیک، پژوهشگران از یاخته ترانس‌ژنیک دست‌ساخت خودشان استفاده و هسته آن را منتقل کردند. نتیجه گوسفندی شد به نام Polly که در شیر خود فاکتور ۹ تولید می‌کند.

این آزمایش نشان داد که با دستکاری ژنوم گوسفند می‌توان او را آماده تولید شیری کرد که دارای پروتئین‌های درمانی و سایر پروتئین‌های مفید است. همچنین توان بالقوه همانندسازی را برای مصارف طبی و تجاری نمایان کرد.

۱۹۹۸-۱۹۹۹؛ ساخت چندین پستاندار دیگر از راه انتقال هسته یاخته سوماتیک: موش، گاو و بز

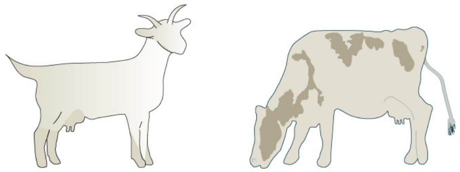
چندین گروه از پژوهشگران

پس از موفقیت‌هایی که به ساخت Dolly و Polly منتهی شد، دانشمندان دیگر خواستند با استفاده از روش‌هایی مشابه، انواع دیگر پستانداران را همانندسازی کنند. خیلی زود چندین پستاندار دیگر همانندسازی شدند. در بین این حیوانات ترانس‌ژنیک، همانندهایی ساخته شده از یاخته‌های جنینی و یاخته‌های فرد بالغ هم بود. یک موش نر هم همانندسازی شد؛ همانندهای قبلی همه ماده بودند.



۲۰۰۱؛ همانندسازی حیوانات در معرض انقراض با انتقال یاخته سوماتیک: گاومیش هندی، قوچ کوهی

چندین گروه از پژوهشگران

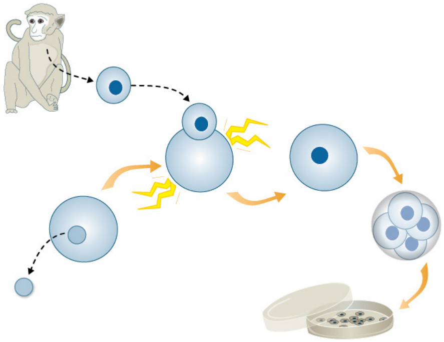


با درازتر شدن فهرست همانندسازی‌های موفقیت‌آمیز حیوانات، دانشمندان به فکر افتادند تا حیوانات در معرض انقراض یا منقرض‌شده را همانندسازی کنند. مشکل در مورد انواع در معرض انقراض و منقرض‌شده، یافتن حیواناتی بسیار نزدیک به آن‌هاست تا به عنوان دهنده تخم و زهدان «پذیرا» به کار آیند. گاومیش هندی (Gaur) و قوچ کوهی (Mouflon) انتخاب شدند، تا اندازه زیادی به این خاطر که گاو و گوسفند اهلی از بستگان نزدیک آن‌ها هستند.

در ۲۰۰۹ گروهی دیگر از پژوهشگران با استفاده از تخم و زهدان بز، اولین حیوان منقرض‌شده، بز کوهی اسپانیائی، معروف به Bucardo را همانندسازی کردند. متاسفانه تنها بزغاله‌ای که متولد شد، اندکی پس از تولد در اثر نقص ریوی از بین رفت.

۲۰۰۷؛ با انتقال هسته از یاخته سوماتیک، یاخته پایه جنینی نخستی‌ها را ساختند: میمون رزوس

Shoukhrat Mitalipov و همکاران



دانشمندان یاخته‌ای از میمون بالغ را برداشتند، آن را با یاخته تخم بدون هسته وصل کردند، به جنین حاصله فرصت دادند مدتی به رشد و نمو ادامه بدهد، سپس یاخته‌های آن را در ظرف آزمایشگاهی پرورش دادند. این یاخته‌ها را که می‌توانند به هر نوع یاخته‌ای تمایز بیابند، یاخته‌های پایه جنینی می‌نامند.

این آزمایش نشان داد که انتقال هسته در نخستی‌ها هم امکان‌پذیر است؛ تلاش‌های قبلی در سال‌های متمادی ناموفق مانده بود. دریچه‌ای باز شد برای امکان همانندسازی برای مقاصد درمانی در انسان: ساخت یاخته‌های پایه ویژه برای استفاده درمانی یا مطالعه بیماری‌ها.

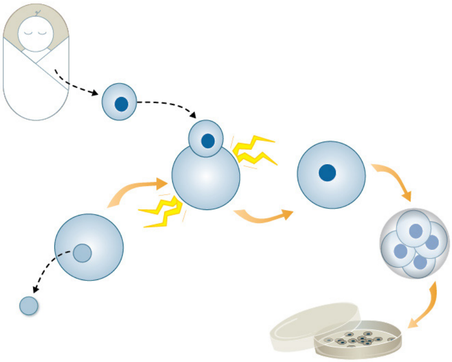
۲۰۱۳؛ با انتقال هسته از یاخته سوماتیک، یاخته پایه جنینی انسان را ساختند: انسان

Shoukhrat Mitalipov و همکاران

میتالیپوف و همکارانش پس از دهه‌ها تلاش برای کنار زدن دشواری‌های فنی، اولین گروه دانشمندانی بودند که توانستند با انتقال هسته از یاخته سوماتیک، جنین انسان را بسازند؛ و این جنین منبعی است از یاخته‌های پایه جنینی انسان. این رده یاخته پایه، خاص بیماری است که هسته‌اش را از او گرفته بودند؛ کودکی مبتلا به بیماری نادر ژنتیکی.

در این آزمایش پژوهشگران یاخته پوست بیمار را برداشتند. آن را با یاخته تخم اهدا شده‌ای متصل کردند. کلید موفقیت این آزمایش دو دسته تغییر بود: یکی در مایع کشت و دیگری در زنجیره پالس‌های الکتریکی که تخم را وادار به تقسیم می‌کرد.

در سال‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۰۵ درباره همانندسازی اختلاف‌نظر افتاد. در این سال‌ها دانشمندان کره جنوبی به دروغ اعلام کردند با استفاده از انتقال هسته یاخته سوماتیک توانسته‌اند رده‌های یاخته پایه جنینی بسازند. از آن پس جوامع علمی خواهان آن شده‌اند که دانشمندانی



که چنین موارد موفقی را اعلام می‌کنند، شواهد مستحکم‌تری ارایه دهند.

ترجمه از:

The History of Cloning

Learn Genetics, University of Utah (goo.gl/mVbdPs)

گلوله در قلب

زنده‌یاد دکتر فضل‌الله آصف

با سپاس دوباره از دکتر امیر آذراشک، نوه زنده‌یاد دکتر فضل‌الله آصف و ویراستار «دفتر خاطرات پزشکی» ایشان، یک برگ دیگر از این دفتر را تقدیم می‌کنیم. با این توضیح که این خاطره پیش‌تر در مجله دادگر نیز منتشر شده است.

چندی پیش، ساعت ۸ صبح از رادیو ایران شنیدم دست یک کارگر را که در کارگاه بتن‌سازی در دستگاه گیر کرده و بریده شده بود، با کوشش فراوان در تهران پیوند زده‌اند. جراح با نهایت صداقت گفت: «من وظیفه‌ام را انجام دادم و باید به خدا توکل کرد. اوست که شفا می‌دهد، می‌بخشد و هدایت می‌کند.» از گفته همکار فرهیخته‌ام خوشم آمد و این مرا به‌یاد گذشته انداخت و این که مساله توکل به خدا چقدر مهم و قابل یادآوری است.

سال‌ها قبل، در آخرین روزهای رژیم گذشته، از اروپا برمی‌گشتم. قبلاً از مشکلات سفر در روزهای پیش از انقلاب نوشته‌ام، از جمله این‌که شرکت‌های بزرگ هوایی مانند ایرفرانس، کی‌ال‌ام، پان امریکن، سوییس ایر، بریتیش ایرویز و... تمام پروازهای خود را به تهران لغو کرده بودند. هیچ هواپیمایی در فرودگاه تهران به زمین نمی‌نشست و مسافری به این مقصد پذیرفته نمی‌شد. حتی اگر بلیط صادر شده بود و پولش را هم گرفته بودند، ایرانی‌ها را سوار نمی‌کردند. بین پاریس، لیون و رم سرگردان بودیم و از آن‌جایی که یکی از فرزندانم در تهران دانشجو بود، لازم بود هر چه زودتر به وطن بازگردیم.

سرانجام شرکت هواپیمایی آل‌ایتالیا همت کرد و با شرکت‌های دیگر به توافق رسید تا ما را به تهران برساند. در تهران منظره فرودگاه شگفت‌آور بود. تانک‌ها، زره‌پوش‌ها، نظامی‌ها و غلغله امور همه‌جا به چشم می‌خورد. هنوز چند روز تا اول مهر ۱۳۵۷ باقی مانده بود.

پس از مدت کوتاهی با ماشین خودمان به سمت رشت حرکت کردیم. در قزوین یک استوار ژاندارمری از روی برچسب سمت راست بالای شیشه اتومبیل متوجه پزشک بودن من شد و فهمید که مقصدم شهر رشت است. توصیه کرد از راه کمربندی به‌سمت شهر بروم و گفت در شهر «آتش‌بازی» است. من هم طبق توصیه عمل کردم و از طریق مسیر کمربندی که بعدها دانشکده پزشکی قزوین در انتهای آن ساخته شد، به راه خود ادامه دادم. چند کیلومتر از قزوین دور نشده بودیم که لاستیک چرخ سمت راست جلو، با صدای انفجار مهیبی ترکید. لاستیک میشلین (Michelin) فرانسوی ماشین به‌خاطر میخ‌های پراکنده در جاده ترکیده بود. من تا آن روز زاپاس عوض نکرده بودم و یادم نبود

که از سال‌ها قبل یک جفت دستکش پنچرگیری در اتومبیل دارم که سوغات سفر به آلمان بود. آن موقع لاستیک‌ها سیم هم داشتند. به‌دنبال آشوب فکری و نداشتن دستکش، سیم‌های چرخ، دستم را زخمی کرد ولی به هر ترفندی بود، لاستیک یدک جایگزین همتای ترکیده شد. به رشت که رسیدیم، با زحمت یک لاستیک ساخت ایران پیدا کردم. تحریم‌ها شروع شده بود. لاستیک از خارج نمی‌آوردند. فروشنده گفت: «در حال حاضر این‌ها از مال خارج بهتر است. آن‌ها فقط پوسیده‌هاشان را به ما می‌فروشند!»

با هزار اندیشه که از مسافرت بدشگون خود داشتم، دوباره به طبابت مشغول شدم. یک روز منشی مطب با اضطراب به اتاق من آمد و گفت: «سه نفر با یک پرونده بزرگ آمده‌اند و همگی هراسان و نگران هستند.» آن موقع من با حدود ۳۰ سال سابقه، هنوز پزشک معتمد بانک ملی رشت بودم. آن زمان فقط یک شعبه مرکزی در میدان دکتر حشمت فعلی و یک شعبه در بازار زرگرها وجود داشت و این تعداد بانک در شهر نبود؛ به‌همین دلیل من بیشتر کارکنان آن‌ها را به اسم و رسم و سابقه می‌شناختم و خود نیز برای آن‌ها نام‌آشنا بودم. گفتم: «بگو تشریف بیاورند.» بعد دیدم دو نفر از قدیمی‌ها هستند: مرحوم دایی مژدهی و آقای جمالی که به اتفاق یک جوان کوتاه‌قد ولی قوی‌بنیه وارد شدند. من آن دو نفر معاونین کل را خوب می‌شناختم. هر دو نفر از خانواده‌های بسیار محترم رشت بودند. پس از احوالپرسی گفتند: «آقای عبدالله م. مجروح شده است.» پرونده را روی میز من گذاشتند. رادیوگرافی را که نگاه کردم، با تعجب دیدم یک گلوله فشنگ در ناحیه بطن چپ قلب فرورفته است. خیلی جا خوردم؛ گرچه با شرح‌حالی که از آن روزها نوشتم، چندان هم غیرمنتظره نبود.

پرسیدم: «این اتفاق عجیب چطور پیش آمده؟» گفت: «از اداره به خانه می‌رفتم. من در همان کوچه‌ای منزل دارم که سازمان امنیت قرار دارد. همان روز پاسبان‌ها و افسران پلیس در آن کوچه مستقر بودند. معلمین سخنرانی و تظاهرات می‌کردند و کوچه شلوغ شده بود. دستور شلیک هوایی صادر شد. آن معلم معروف، عطاآفرین، هم شهید شد. من خارج از ماجرا به‌سمت منزل خود می‌رفتم؛ به در خانه رسیده بودم که یکی از همین تیرهای هوایی کمانه کرد و به سینه من نشست. بستگانم هراسان مرا به بیمارستان رساندند. آن‌جا خونریزی را بند آوردند ولی گفتند ما هنوز امکان عمل جراحی قلب باز را نداریم و باید بیمار را به تهران ببرید. رییس‌کل بانک، آقای طاهبازیان، مرد تحصیلکرده و شریفی بود. خیلی زحمت کشید، ولی بیمارستان بانک ملی تهران امکان جراحی قلب باز را نداشت؛ بنابراین تصمیم گرفتند مرا در بیمارستان قلب ملکه مادر (شهید رجایی بعدی) بستری کنند. از شدت فراوانی زخمی‌ها در تهران، در بیمارستان جا نبود. اطبا هم اکثراً در سفر بودند، لذا من ماندم و این تیر در قلبم...»

با توجه به شرایط سفر در آن زمان، کشور سوییس را برای اعزام بیمار پیشنهاد کردم اما آن‌ها گفتند: «اصلاً امکانش نیست؛ ویزا نمی‌دهند.» گفتم: «با این وصف تنها یک راه مانده است و آن توکل بر خداست.»

من در دوره تخصص یکی دو بار افسران مجروح جنگ جهانی دوم را که از سوی استادان به ما معرفی شده بودند، در بیمارستان معاینه کرده بودم و به‌یاد دارم که در هنگام رادیوسکوپی مشاهده کرده بودم چطور پوکه فشنگ درست مثل یک زنگوله کوچک با ضربان قلب حرکت می‌کرد. آن موقع از استادم پرسیده بودم: «چرا این را عمل نکردید؟» گفته بود: «چون عمل قلب باز هنوز در پاریس مرسوم نیست و دستگاه‌های لازم وجود ندارد، نه پروفسور گدار دالن و نه معاون او پروفسور آگرژه دو بوست نمی‌خواهند ریسک کنند. این فلز اینوکسیدابل است و زنگ نمی‌زند و فعلاً خطری برای بیمار ندارد ولی در عمل جراحی خطر حتمی وجود دارد. از سوی دیگر این مرد معتقدی است و می‌گوید حال که در جبهه از دنیا نرفته‌ام، شاید خداوند مرا چنین مورد رحمت قرار داده تا سال‌ها با این گلوله زنده بمانم.»

این حکایت را برای ایشان تعریف کردم و عرض کردم که صبور باشند، چنان‌که فرموده‌اند: صبر کلید رستگاری است (الصبر مفتاح الفرج).

سال‌ها گذشت و من پس از انقلاب و حتی دوران جنگ، دیگر ایشان را ندیدم تا این‌که چند سال قبل لازم شد مبلغ اندکی پول به فرانسه حواله کنم تا برای انجام امور سفر به خارج از کشور جهت دیدار فرزندم، مدارکی مربوط به ایام تحصیلم در پاریس، یعنی در حدود ۶۰ سال قبل، برایم فرستاده شود.

دیگر زمانه دگرگون شده است. در زمان تحصیل

ما حتی تلفن به آسانی در دسترس نبود و نامه تنها وسیله ارتباطی بود اما امروزه با تحول ارتباطات به طرق مختلف و به آسانی می‌توان با دیگر نقاط جهان تماس گرفت. دانشگاه پزشکی گیلان هم بسیار ترقی کرده و جراحان بسیاری مشغول به کار هستند، چنان‌که فقط در رشت حدود چهار هزار عمل جراحی قلب باز انجام شده است.

طبق نامه‌ای که به دستم رسیده بود، نشانی متعلق به محلی در ۵۰ کیلومتری پاریس بود. شهر قصرهای خانواده بوربون، لویی‌های فرانسه. شهری زیبا، ولی خیلی کوچک‌تر از پاریس که اهالی آن به پاریسی‌ها فخر می‌فروشند که بهترین و صحیح‌ترین لهجه زبان فرانسه را دارند. با نوه‌ام، امیر، صحبت کردم. گفت: «مساله‌ای نیست. شما حواله را از بانک بگیرید و متن تقاضا را به فرانسه بنویسید. من تایپ می‌کنم و می‌فرستم.»

خلاصه یک روز شال و کلاه کردم و به بانک ملی، شعبه ارزی، رفتم. به میز رییس بخش ارزی نگاه کردم، دیدم آقای عبدالله م. است، همان آقای گلوله در قلب! کمی چاق شده و یک ریش پروفسوری هم به چهره‌اش اضافه شده بود که خیلی برازنده به نظر می‌رسید. سلام کردم. با تعجب برخاست و مرا در بغل گرفت. گفت: «شما کجا، این‌جا کجا؟! قصد سفر به خارج داری؟» گفتم: «برای تکمیل روال اداری مربوط به گرفتن ویزا، لازم است مبلغ اندکی پول به فرانسه حواله کنم.» با خنده گفت: «نمی‌شود.» پرسیدم: «چطور؟!» گفت: «اطبا فقط می‌توانند برای شرکت در کنگره‌های علمی، خرید کتاب یا وسایل پزشکی به خارج پول بفرستند.» من سوال کردم: «حاج آقا، این مبلغ که باید حواله کنم، معادل چند ریال می‌شود؟» گفت: «۱۶۰۰ ریال، اما اجازه نیست! دستور است، ولی راه دیگری به ذهنم می‌رسد، شاید یک صراف مشهور بتواند به شما کمک کند.» در آن زمان این نوع معاملات ارزی هنوز قانونی بود. تلفن را برداشت و با ایشان تماس گرفت. پرسیدم: «بالاخره گلوله را در آوردی؟ حالت خوب است؟ ایران در جراحی قلب، مغز و... پیشرفت زیادی کرده است. عمل جراحی انجام داده‌ای؟» گفت: «خیر، آن گلوله هنوز سر جایش است ولی من با توکل به خداوند متعال زنده هستم، مثل آن مجروح جنگ جهانی دوم که شما در پاریس دیده و حکایت آن را برای من تعریف کرده بودید.»

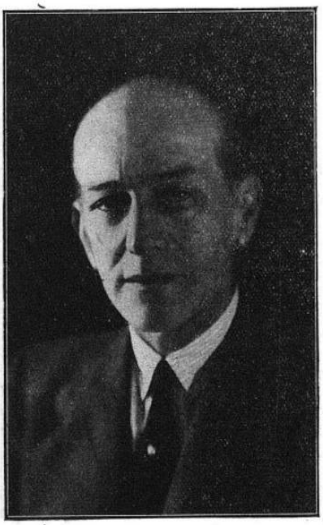
در همین زمان جوانی بلندبالا وارد شد و ضمن سلام و احوالپرسی به گیلکی شروع به صحبت کرد و گفت: «پدرم برای شما سلام رسانده و گفته‌اند، دکتر آصف در جوانی خیلی به ما خدمت کرده است.» بعد به یک کیسه بزرگ که در دست راستش بود، اشاره کرد و ادامه داد: «گفتند هر چقدر پول لازم است از این‌ها بردارد و به ایشان بگویید هر وقت پول داشتی به حجره ما بیا و معادل آن را بپرداز...» قبل از این‌که بتوانم چیزی بگویم، کیسه را روی میز رییس سر و ته کرد. تا آن‌جا که یادم مانده است، از پوند انگلیس و دلار آمریکا تا مارک آلمان و فرانک فرانسه در بین اسکناس‌ها بود که معاون بانک ۱۶ فرانک فرانسه را جدا کرد.

سرانجام یک نامه بسیار محترمانه برای فرانسه فرستادم و توضیح دادم که قصد مسافرت دارم و تقاضای دریافت این مدارک برای دیدار فرزندم صورت می‌گیرد. در ضمن دو برگ توصیه و گواهی که از زمان تحصیل در دست دارم و در گذر از طوفان حوادث روزگار برایم مانده است را به پیوست ارسال کردم. اولی رونوشتی از گواهی مرحوم پروفسور لئون بینه (Leon Binet)، رییس دانشکده پزشکی پاریس، استاد فیزیولوژی مشهور جهان است که مرقوم فرموده بودند: «دکتر فضل‌الله آصف در تمام دوره دانشجویی رضایت کامل استادان خود را چه در دوره تئوری و چه در دوره عملی و بیمارستانی جلب کرده است و هیچ‌گونه مشکل اخلاقی هم نداشته است.» دومی از مرحوم پروفسور دنزلو (Prof. Donzelot)، استاد کرسی قلب دانشگاه سوربون و عضو آکادمی فرانسه بود که با لطف و محبت بسیاری که داشتند، نامه‌ای بهتر مرحمت فرموده بودند که در زمان جوانی سبب پذیرش و اجازه کار من در بخش قلب پروفسور کاتز (Katz) در شهر شیکاگو، مرکز ایالت ایلینویز شده بود.

خداوند هر دو نفر را رحمت کند و روح‌شان را شاد گرداند که نسبت به شاگردان خارجی خود نیز بزرگواری و عنایت داشتند. همین استادم، پروفسور دنزلو، در روزهای ویزیت بیماران می‌فرمود که نسخه‌ها را من بنویسم چون می‌گفت می‌خواهد به همکلاسی‌ها بفهماند که استادشان «پا سیاه» (Pied-noir) نیست. («پا سیاه» یک اصطلاح عامیانه فرانسوی است و به کسانی که در مستعمرات زندگی کرده و به برتری ملیتی اعتقاد دارند، گفته می‌شود.)

استادم، روز خداحافظی از من خواست که قبل از رفتن به دیدنش بروم و مرا به یک قهوه مهمان کرد

LE PROFESSEUR E. DONZELOT



Le professeur Donzelot.

و با مهربانی گفت: «می‌دانم که اجازه کار شما در آمریکا صادر شده است، اما به‌نظر شما فاصله علمی بخش قلب ما در بیمارستان دانشگاه سوربون با مطب پزشکان شاغل در سطح شهر پاریس چقدر است؟» پاسخ دادم: «شاید این بخش، ۲۰ سال پیشروتر است.» گفت: «آفرین، درست است. حال فکر می‌کنی در زمینه تخصص قلب، این فاصله با مراکز استان‌های ایران چقدر است؟» با شرمندگی جواب دادم: «شاید ۳۰ سال.» ادامه داد: «من ۶۸ سال دارم و به‌زودی به‌عنوان استاد ممتاز بازنشسته می‌شوم. چیزهای زیادی در زندگی دیده‌ام و به بسیاری از آرزوهایم رسیده‌ام. شاید امروز فرانسه به‌دلیل درگیری جنگ ویتنام و الجزایر مشکلات مالی داشته باشد، ولی از لحاظ علم پزشکی ما موفقیت‌های زیادی کسب کرده‌ایم. البته این درست است که فرانسه بار سنگین هزینه‌های نزدیک به یک میلیون سرباز و نیروی نظامی را در آن‌جا به دوش می‌کشد، اما در آمریکا هم فقط امکانات بهتری وجود دارد. علاوه بر این، من صلاح می‌دانم که تو به وطنت برگردی، چون هیچ‌جا وطن نمی‌شود. تو زیر آسمان شهر خودت جایگاهی پیدا خواهی کرد.»

پس از سال‌ها، من هنوز وطن خود را به هر جای دیگری ترجیح می‌دهم و به‌یاد مرحوم پروفسور دنزلو می‌افتم که گفته بود: هیچ‌جا وطن نمی‌شود!

اشتراک پزشکان گیل

برای اشـتراک «پزشـکان گیل» لطفاً مبلغ اشـتراک (۴۸۰.۰۰۰ ریال برای ۱۲ شـماره) را به حسـاب شماره ۳۱۳۱۵۶۷ یـا کارت ۵۸۹۴ ۶۳۱۸ ۰۱۳۲ ۶۱۳۳ (رفـاه همراه) به نام محمدتقـی یحیی جوزی واریز فرمایید. سـپس می‌توانید فیش بانکی آن را به انضمام رونوشت فرم زیر به نشانی «رشت، ماهنامه پزشکان گیل، صندوق پسـتی ۳۹۵۸-۴۱۶۳۵» بفرستید، به شماره ۳۳۳۶۷۷۳۰-۰۱۳ فکس کنید یا شماره فیش و اطلاعات این فرم را به نشـانی masoud_jowzi@yahoo.com ای‌میل فرمایید. (در صورتی که می‌خواهید مجله با پست سفارشی برای‌تان ارسال شود، باید مبلغ ۶۰۰/۰۰۰ ریال برای رشت و ۷۰۰/۰۰۰ ریال برای سایر شهرها به مبلغ فوق اضافه فرمایید.)

نام: ______ آخرین مدرک تحصیلی: ______ شغل: ______

مبلغ پرداخت شده: ______ ریال

اشتراک از شماره ______ تا شماره ______ تلفن: ______

نشانی: ______

مهر و امضا

دکتر سید مصطفی سید جوادین

متخصص ارتودنسی

دارای بورد تخصصی در درمان ناهنجاری های دندانی و فکی

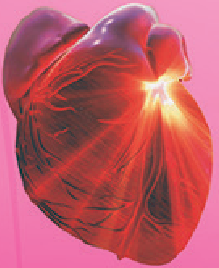
RMC 1056

رشت، گلسار، نرسیده به پمپ بنزین، نبش کوچه ۸۴، برج کاوه

بلوک ۱، طبقه ششم   تلفن: ۳۳۱۱۴۴۱۲-۳۳۱۱۴۳۷۱

شنبه تا چهارشنبه عصر

دکتر بنفشه حسینی



متخصص قلب و عروق

دارای بورد تخصصی

آنژیوگرافی عروق کرونر، اکوکاردیوگرافی رنگی و کالرداپلر
تست ورزش، هولتر مونیتورینگ

رشت، چهارراه گلسار، به طرف پل بوسار
ساختمان پزشکان دانا، طبقه هفتم، واحد ۷۲
تلفن: ۳۳۱۲۲۳۷۰

آزمایشگاه پاتوبیولوژی دانش

دکتر آرمان مازوجی

بورد تخصصی علوم آزمایشگاهی و پاتولوژی

فارغ‌التحصیل از دانشگاه علوم پزشکی تهران

رشت، چهارراه گلسار، خیابان نواب، ساختمان کیان، طبقه همکف

تلفن: ۳۳۱۱۴۹۷۷ تلفکس: ۳۳۱۱۱۵۶۸

RMC1005

Guilan Pain Clinic

Guilan pain clinic

کلینیک چند تخصصی

دردگیلان

www.guilanpainclinic.com

باهمکاری اساتید دانشگاه و پزشکان فوق تخصص و متخصص درمان دردهای حاد و مزمن (با استفاده از روش های غیر تهاجمی و بدون نیاز به بیهوشی و جراحی)

درمان

- با روشهای غیر جراحی و کم تهاجمی
- دردهای ستون فقرات، کمر درد، درد گردن
- دردهایی ناشی از آرتروز و مفاصل، درد زانو، درد شانه
- دردهای سرطانی و پیچیده
- سردرد و درد ناشی از میگرن

مشاوره با متخصصین

- ارتوپدی
- نورولوژی و مغز و اعصاب
- روانپزشکی و روان شناسی
- فیزیوتراپی و طب فیزیک
- انکولوژی

مجهز به بخش های

- مداخله ای و اینترونشنال (کم تهاجمی و بدون نیاز به جراحی)
- تجویز کفی با ارزیابی بیومکانیک (اسکن دو بعدی و سه بعدی)
- لیزر
- زیبایی
- رادیو فرکونسی و اصلاح عصب
- PRP و پلاسمای غنی از پلاکت
- طب سنتی
- طب سوزنی
- امبدینگ (کاشت نخ)
- ازون تراپی
- ماساژ درمانی
- یومی هوتراپی

با هم برای آینده ای بدون درد

رشت. تقاطع بلوار شهید انصـــاری و گلباغ نماز. جنب MRI مارلیک. ساختمان گیلان

تلفن : ۳۳۷۲۰۲۵۳*۳۳۷۲۷۰۴۳*۳۳۷۳۴۵۳۹ * ۳۳۷۳۱۶۳۴ - ۰۱۳

www.guilanpainclinic.com

@guilan_pain_clinic

اطلاعات تکمیلی را در وب سایت تخصصی کلینیک درمانی گیلان مشاهده نمایید.

GVSC

غیر تهاجمی

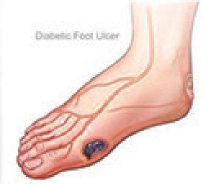
مرکز جراحی عروق گیلان (مرجع گیل)

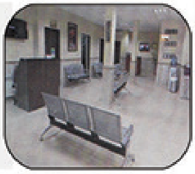
Gilan Vascular Surgery Center

درمان‌های مدرن واریس بدون جراحی- (لیزر، RF، اسکلروتراپی)- درمان زخم های دیابتی
مشاوره، ویزیت بیماریهای عروق محیطی- درمان تورم های اندام تحتانی- آزمایشگاه غیر تهاجمی عروق محیطی
(اندکس وریدی پا PPG، اندکس شریانی مچ پا ABI، اندکس شریانی انگشت پا TBI، داپلکس عروقی)

دکتر حسین همتی — **دکتر ایرج باقی**

دکتر کامبیز فریدمرندی — **دکتر سیدناصر دهقانی**





رشت، خیابان انقلاب، روبروی آزمایشگاه افراه، کوچه قویدل
دکتر همتی: ۳۳۳۳۴۱۱۷ دکتر باقی: ۳۳۳۲۶۵۱۷
آزمایشگاه عروق: ۳۳۳۲۴۰۲۷ فکس: ۳۳۳۳۴۵۳۲ مرکز تلفن: ۳۳۳۲۵۸۳۳

www.Gil-vsc.ir

دکتر پژمان نیرثابتی
دوره تکمیلی جراحی زانو از اتریش- آرتروسکوپی
بورد تخصصی جراحی استخوان و مفاصل
عضو انجمن جهانی جراحی زانو و آرتروسکوپی
کلینیك زانو
روزهای دوشنبه و چهارشنبه
سایت تخصصی جراحی زانو:
www.zanoo.ir
رشت، چهارراه پورسینا
روبروی اداره ثبت احوال، ساختمان اطبا
تلفن: ۳۳۳۲۰۴۵۶-۳۳۳۳۰۴۷۹
ساعت ۱۶ الی ۲۰ با تعیین وقت قبلی

آژانس هواپیمایی
اشکوری

تور اختصاصی آژانس اشکوری از فرودگاه رشت

برای اولین‌بار با
Boeing 737-700

Georgian Airways

گرجستان

نوروز ۱۳۹۷
۵ شب اقامت

تاریخ‌های پرواز: ۲۸ اسفند/ ۴ فروردین/ ۹ فروردین

تور هوایی رشت– آنتالیا با پرواز مستقیم از فرودگاه رشت

برای اطلاع از سایر خدمات و تورهای داخلی و خارجی با ما تماس بگیرید

www.eshkevaritour.com
لینک کانال: @eshkevaritour

۲۳۳۲۲۵۳۵
۲۳۳۳۱۳۵۴

رشت، پارک شهر (باغ محتشم)، خیابان حافظ
موبایل: ۰۹۱۱۱۳۴۹۹۹۹–۰۹۱۱۴۶۶۸۸۹۰