علمی|فرهنگی|اجتماعی
شماره۵۴-زمستان۹۴-۲۰.۰۰۰ریال

خانه‌ای برای بیماران پروانه‌ای

تالاسمی و ژن درمانی

Cancer Council NSW
موسسه سرطانی NSW

مراقبت بیماران ای بی

بازارچه بوی مهربانی

روز جهانی کلیه

مراقب کلیه کودکانمان باشیم

JMS
The bridge to good heath care
www.teda.ir
خصوصیات ویژه:
۰۱ سادگی روش های کاری در جهت افزایش کارایی دستگاه
۰۲ طراحی چشم گیر برای اطمینان از:
• کارایی بالا
• ایمنی
• کاربری آسان
• سرویس راحت تر
ماشین همو دیالیز
مدل SDS-50
جدید
ماشین دیالیز
با خدمات گسترده
پس از فروش
تدا (تدارکات درمان اتیام)
تهران، خیابان دکتر علی شریعتی، پائین تر از پل بهار شیراز، خیابان خسرو
شمارهٔ ۳، ساختمان تدا
کدپستی: ۱۶۱۳۹۵۹۳۱۱
تلفن: ۷۷۵۳۰۳۶۰ ، ۰۲۱-۷۷۹۵۴۴۴۰ فکس: ۰۲۱-۷۷۵۲۷۱۳۷
TÜV
ISO 9001 :2000

بسم الله الرحمن الرحیم

نشریه علمی | فرهنگی | اجتماعی

شماره ۵۴ - زمستان ۱۳۹۴
صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماری‌های خاص
مدیر مسئول: دکتر فاطمه هاشمی
سردبیر: دکتر باقر لاریجانی

هیات علمی :
دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر ناصر پارسا، دکتر احمدرضا جمشیدی، دکتر سیدهاشم جنت‌پور، دکتر سیدمحسن خوش‌نیت، دکتر شمس شریعت‌تربقان، دکتر رمضان‌علی شریفیان، دکتر سیدمحمود طباطبایی، دکتر سیدمؤید علویان، دکتر ایرج فاضل، دکتر محمد فرهادی‌لنگرودی، دکتر اردشیر قوام‌زاده، دکتر باقر لاریجانی، دکتر رضا ملک‌زاده، دکتر سعید نمکی، دکتر علی‌اکبر ولایتی.

هیات تحریریه این شماره:
محمد صالح چیت گران، نسرین آقا ملا، ندا جلیلیان، دکترساناز طبرستانی، فرزانه شعبانی، هانی صباغان، امین کوپایی، محدثه محب، احمد مکری، آرزو مختاری. محمد جواد شیرچیان.

مدیر اجرایی: زینب نجاری
طراح و مدیر هنری : فریبرز مرشدی

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: سازمان چاپ و انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی

بنیاد امور بیماریهای خاص
پست الکترونیک
cffsdorg@gmail.com
نشانی نشریه
تهران، بزرگراه صدر (غرب به شرق)، خروجی بلوار کاوه (شمال)،
خیابان بهار جنوبی، نبش کوچه سعید شرقی، پلاک ۲
صندوق پستی: ۱۹۳۹۵/ ۴۸۸۳
سامانه پیام کوتاه: ۱۰۰۰۱۰۰۰۷۵
تلفن: ۲۲۵۹۱۹۵۷ **دورنگار:** ۲۲۷۶۵۴۲۳

فهرست

۱ سخن سردبیر

۲ **اجتماعی**
۳ پیامبر از نگاه دانشمندان
۴ حضور بنیاد در میان مردم
۵ گزارش بازارچه بوی مهربانی
۶ گزارش بازدید از مراکز درمانی استان گلستان
۷-۸ لیست اقلام اهدایی بنیاد امور
۹-۱۰ معرفی معاونت فنی و مراکز وابسته
۱۱ خانه ای برای بیماران پروانه ای
۱۲ مصاحبه با خانم عباسپور مدیر خیریه کوثر مشیز بم
۱۳ هدیه ایثار
۱۴ ایثار زندگی یاری سبز یاوران
۱۵ معرفی بروشورها و کتابهای بنیاد امور بیماری ها ی خاص

سلامت
۱۷-۱۸ پراکندگی سرطان در ایران
۱۹ روز جهانی سرطان
۲۰ نکات تغذیه ای در مبتلایان به نارسایی مزمن کلیوی
۲۱-۲۲ عوامل خطر قابل پیشگیری سرطان
۲۳-۲۴ نقش ورزش در بیماران کلیوی
۲۵-۲۶ تالاسمی و ژن درمانی
۲۷-۲۸ آزمایش خون قبل از ازدواج و پیشگیری از تالاسمی
۲۹-۳۰ درباره دیابت
۳۱-۳۲-۳۳ مراقبت بیماران ای بی
۳۴-۳۵-۳۶-۳۷-۳۸ لوپوس اریتماتوز سیستمیک
۳۹-۴۰ بهداشت روانی بیماران پیوند اعضا
۴۱-۴۲-۴۳-۴۴ درمان نوین ام اس
۴۵-۴۶-۴۷-۴۸-۴۹ معرفی بیماری سرطان
۵۰-۵۱-۵۲ انواع بیماری هموفیلی و فاکتورهای انعقادی

۵۳ **بین‌المللی**
۵۴ موسسه سرطانی NSW
۵۵ کنفرانس های بین المللی فصل بهار
۵۶ ویروس زیکا (ترجمه)
۵۷ رژیم غذایی برای مبتلایان به هموفیلی(ترجمه)
۵۸-۵۹ what is cancer

۶۰ **فرهنگی**
۶۱ خدا صحبت است
۶۲ نقش درختان
۶۳ جدول و شعر
۶۴-۶۵-۶۶ خلاصه‌ای از صفحات مجله What you will read in this issue?
۶۷ فرم اشتراک فصلنامه خاص

سخن سردبیر

باوجود پیشرفتهای چشمگیر علوم پزشکی در دهه های اخیر و ریشه کنی بسیاری از بیماری های عفونی، سبک زندگی، فعالیت کم و یا بی تحرکی و دلایل دیگر منجر به گسترش بیماری های غیرواگیر شده است.
بیماری های کلیوی که ابتلا به آنها در کشور ما سیر صعودی داشته و آثار نامطلوبی بر سلامت جامعه دارند، بعضا از آثار دراز مدت این گونه بیماری ها مانند دیابت و فشارخون هستند به طوریکه، حدود ۲۵ درصد نارسایی کلیه به دلیل بیماری دیابت رخ می دهد.
سرمایه گذاری های عظیمی برای مداوای این بیماران در کشور ما صورت گرفته که از آن جمله می توان به تصمیم و دستور ریس جمهوروقت آیت الله هاشمی رفسنجانی در خصوص پرداخت هدیه ایثار اشاره کرد و حمایت های وسیع در ایجاد مراکز دیالیز و افزایش دستگاه ها در کل کشور را نام برد که نقش بنیاد بیماری های خاص در این زمینه بی نظیر بوده است. در همین راستا گسترش مراکز پیوند کلیه در کشور ما قابل توجه بوده است.
پروتکل های پیوند کلیه در ایران متفاوت از برخی نقاط دیگر دنیاست، به طوریکه تقریبا ۸۰ درصد پیوندها از دهنده زنده و ۲۰ درصد آنها از کاداور انجام می شود. گرچه این نحوه کار خالی از بحث نیست، لیکن توانسته صف پیوند را در کشور کاهش دهد یا از بین ببرد، نتیجه این امر باعث شده که میزان پیوند نسبت به جمعیت در کشور ما بالاترین رتبه را در میان کشورهای مختلف داراست .
در مجموع می توان گفت گرچه سرمایه گذاری وسیعی برای درمان بیماران کلیوی در کشور انجام می شود، اما به نظر می رسد باید تلاش بیشتری برای زندگی مناسب تر و افزایش طول عمر بیماران دیالیزی و پیوندی صورت پذیرد و به مسائل جنبی آنها از قبیل ورزش، روابط اجتماعی و ... توجه ویژه شود.
مسئله پیشگیری این بیماریها می تواند نقش کلیدی در کاهش روند آبشارگونه رشد آنها داشته باشد. امید است کشورمان بتواند با برنامه ریزی گسترده بر مشکلات این بخش غلبه کند و در نهایت شاهد ارتقای سطح سلامت در کشور عزیزمان ایران باشیم.
بنیاد امور بیماری‌های خاص این بیماران را هدف ارائه خدمت خود قرار داد و با مشارکت افراد خیر با رویکرد ایجاد بستر درمانی برای بیماران خاص مراکز متعددی را در سراسر کشور راه‌اندازی و تجهیز نمود. در این راه بنیاد امور بیماری‌های خاص به تاسیس موسسه تحقیقات، آموزش و پیش‌گیری سرطان با هدف پیش‌گیری، کمک به حفظ سلامتی و کاهش خطر ابتلا به سرطان و عوارض ناشی از آن، از طریق برنامه‌ریزی، تحقیق، آموزش و پیش‌گیری و ارائه خدمات اطلاع‌رسانی به مردم، با سرطان و عوارض آن در کشور مقابله می‌کند.
مسلماً شرط توفیق بنیاد، همراهی و همدلی گروه بزرگی از انسان‌های دلسوز و خیر خواه است که در هر زمان و هر مکان با کمک‌های خود زمینه را برای ارتقای کیفیت زندگی این گروه از بیماران فراهم نموده‌اند.
اینجانب ضمن تقدیر و تشکر از همه همراهان بنیاد امور بیماری‌های خاص در طول سال‌های حضور در این عرصه امیدوارم با عنایت خداوند

اجتماعی

پیامبر از نگاه دانشمندان

تهیه و تنظیم :
معاونت ارتباطات
و بین الملل

ظهور اسلام در پرتو مجاهدت‌های نبی اعظم(ص) نقطه عطف تاریخ بشری است، که دستاوردهای بی‌شمار، پیشرفت همه جانبه تمدن کنونی را فرا روی بشریت قرار داده است. کمترین دستاورد این شجره پاک آسمانی گسترش خواندن، نوشتن و عالم‌گیر شدن علوم در جهان اسلام و انتقال این علوم ابتدا به اسپانیا، ایتالیا، آلمان، انگلستان و... سایر ملل و دول اروپا و سپس همه جهانیان شد، به طوری که بدون این نقطه عطف آسمانی هرگز تمدن‌هایی چون روم، مصر و ایران باستان راهی به تمدن کنونی نداشتند.
دلایل تاریخی این حقیقت غیر قابل انکار بیشمار است: یکی از این دلایل اقرار مکرر دانشمندان اسلامی و خصوصاً غیر اسلامی و اروپایی به این حقیقت عظیم است که نمونه کوچکی از آن را می‌گوییم.

دانشمندان به نام این جوامع بر خلاف تلاش‌های مذبوحانه و توهین‌آمیز نه تنها پیامبر اسلام را از بزرگان طراز اول تمدن دینی می‌دانند، بلکه با صراحت تمام بر جهانی شدن دین اسلام به علت مزایای بی‌شمار آن اقرار نموده‌اند. و شاید توجه به این واقعیت‌ها توهین‌کنندگان را به درد آورده و آنها را به ورطه بی‌فرهنگی و توهین کشانده است.

کارل مارکس، فیلسوف، سیاستمدار و انقلابی آلمانی الاصل در قرن ۱۹ با درک عمیق از شخصیت پیامبر عظیم الشأن اسلام چنین اظهار می‌دارد: محمد مردی بود که از میان مردمی بت‌پرست با اراده آهنین برخاست و آنان را به یگانه‌پرستی دعوت کرد و در دل‌های ایشان جاودانی روح و روان را بکاشت، بنابراین او را نه تنها باید در ردیف مردان بزرگ و برجسته تاریخ شمرد، بلکه سزاوار است که به پیامبری او اعتراف کنیم و از دل و جان بگوییم که او پیامبر خدا بوده است.
شریعتی که محمد آورد به منزله چشمه‌ای است که نیاز جویندگان را بر آورده می‌سازد او جامعه‌ای بنیان نهاد که هر کس برابر ضوابط سهمش را از بیت‌المال دریافت می‌کرد و آیین وی کمک بزرگی به انسانیت بود. من همیشه نسبت به دین محمد به واسطه خاصیت زنده بودن شگفت آورش نهایت احترام را داشته‌ام، به نظر من اسلام تنها دینی است که دارای آنچنان خاصیتی است که می‌تواند تغییرات گوناگون را به خود جذب کند و خود را با اشکال و صور هر عصر منطبق سازد. من درباره دین حضرت محمد(ص) چنین پیش‌بینی کرده‌ام که کیش او برای فردای اروپا قابل قبول خواهد بود. همان‌طوری که در اروپای امروز هم پذیرش آن آغاز شده است. من معتقدم که اگر مردی مانند پیامبر اسلام فرمانروایی مطلق جهان عصر جدید را احراز کند، طوری در حل مسایل و مشکلات جهان توفیق خواهد یافت که صلح و سعادتی را که بشر به شدت احتیاج دارد برای او تأمین خواهد کرد.
تولستوی نویسنده وفیلسوف اخلاق گرای معروف روسیه : که آموزه‌هایش سر مشق رهبران بزرگ سیاسی در جهان بوده است در کتاب اسلام وعرب دکتر گستاولوبون صفحه ۱۵۴و۱۵۹ نظریه صائبی در مورد پیامبر اسلام بشرح زیر دارد که موضوع آن ماهیت و انگیزه پشت پرده کاریکاتورهای توهین آمیز غرب را بر ملا می سازد.
تولستوی که سر مشق افرادی همچون گاندی بوده چنین می‌گوید : شخص شخیص پیامبر اسلام سزاوار همه گونه احترام و اکرام می‌باشد. شریعت پیغمبر اسلام به علت توافق آن با عقل و حکمت در آینده عالم گیر خواهد شد .
محمد مردی بود که از میان مردمی بت پرست با اراده آهنین برخواست و آنان را به یگانه پرستی دعوت کرد و در دل‌های ایشان جاودانی روح و روان را بکاشت بنابر این او را نه تنها باید در ردیف مردان بزرگ و برجسته تاریخ شمرد بلکه سزاوار است که به پیامبری او اعتراف کنیم و از دل و جان بگوییم که او پیامبر خدا بوده است.
مهاتما گاندی در کتاب اسلام شناسی غرب صفحه ۳۶می گوید: حیات شخص پیامبر اسلام به نوبه خود نشانه و سر مشق بارزی برای رد فلسفه عنف و اجبار در امر مذهب می‌باشد .
پیر سیمون لاپلاس ،منجم , ریاضی دان بسیار معروف فرانسوی قرن ۱۸و ۱۹ میلادی می باشد که نظریات او تحولات بزرگی در نجوم ایجاد کرده است یکی از محققین غربی است که در مورد دین مبین اسلام چنین اظهار نظر نموده است: (مجله مکتب اسلام اردیبهشت ۵۲ صفحه۶۹)
گر چه ما به ادیان آسمانی عقیده نداریم ولی آئین حضرت محمد(ص) و تعالیم او دو نمونه اجتماعی برای زندگی بشریت است. بنابراین اعتراف می‌کنیم که ظهور دین او و احکام خردمندانه‌اش بزرگ و با ارزش می‌باشد و به همین جهت از پذیرش تعالیم حضرت محمد بی نیاز نیستیم.
پرفسور ویل دورانت مورخ و نویسنده آمریکایی ۱۹۸۱ ـ ۱۸۸۵ که میلیون‌ها نفر در جهان آثار او را مطالعه می‌کنند در رابطه با شخصیت بزرگ پیامبر بزرگوار اسلام چنین اظهار نظر میکند:
اگر به میزان اثر این مرد بزرگ در مردم بسنجیم باید بگوییم که حضرت محمد(ص) از بزرگترین بزرگان تاریخ انسانی است. وی درصدد بود سطح معلومات و اخلاق قومی را که از فرط گرمای هوا و خشکی صحرا به تاریکی توحش افتاده بودند، اوج دهد، در این زمینه توفیقی یافت که از توفیقات تمام مصلحان جهان بیشتر بود. کمتر کسی را جز او می‌توان یافت که همه آرزوهای خود را در راه دین انجام داده باشد، زیرا به دین اعتقاد داشت. محمد(ص) از قبایل بت‌پرست و پراکنده در صحرا امتی واحد به وجود آورد. برتر و بالاتر از دین یهود و دین مسیح و دین قدیم عربستان آئینی ساده و دینی روشن و نیرومند با معنویاتی که اساس آن شجاعت قومی بود پدید آورد، که در طی یک نسل در یک صد معرکه نظامی پیروز شد و در مدت یک قرن یک امپراتوری عظیم و پهناور به وجود آورد و در روزگار ما نیروی مهمی است که بر یک نیمه جهان نفوذ دارد.

نمایشگاه های بنیاد امور بیماری های خاص یکی از ابزار های معرفی و ارایه خدمات بنیاد است که فراخورمناسبت های مختلف از کنگره های علمی گرفته تا نمایشگاه های عمومی برگزار می شود و دراین شماره از نشریه هم بنیاد در چندین نمایشگاه شرکت که گزارش آن را می خوانیم.

حضور بنیاد در میان مردم

پنجمین نمایشگاه بین المللی مبلمان اداری
این نمایشگاه در تاریخ ۲ الی ۵ دی ماه در محل دائمی نمایشگاه بین المللی برگزار شد که یک غرفه جهت معرفی فعالیت ها و جلب حمایت مردمی در اختیار این بنیاد قرار گرفت که در آن انتشارات بنیاد در اختیار بازدید کنندگان قرار گرفت.

دوازدهمین نمایشگاه بین المللی تبلیغات ،بازاریابی و صنایع وابسته

این نمایشگاه در تاریخ ۱۲ الی ۱۵ دی ماه در نمایشگاه بین المللی تهران برگزار شد بنیاد در این نمایشگاه شرکت و ضمن توزیع بسته های انتشاراتی جهت معرفی فعالیت های بنیاد به جذب کمک های مردمی نیز پرداخت و شماره حساب بنیاد بین بازدید کنندگان توزیع شد.

هفتیمن نمایشگاه درب و پنجره و صنایع وابسته
نمایشگاه درب و پنجره در تاریخ ۲ الی ۵ بهمن ماه در نمایشگاه بین المللی تهران برگزار شد بنیاد نیز در این نمایشگاه شرکت و ضمن توزیع پکیج های انتشاراتی به معرفی فعالیت های بنیاد و جذب خیر جهت کمک به بیماران خاص پرداخت .

هفتمین نمایشگاه بین المللی قیر و آسفالت ، عایق و ماشین آلات
این نمایشگاه از ۲ الی ۵ بهمن ماه در نمایشگاه بین المللی تهران برگزار شد غرفه بنیاد در این نمایشگاه مورد استقبال بازدیدکنندگان قرار گرفت انتشارات خاص و مجله بنیاد بین بازدیدکنندگان توزیع شد . و شماره حساب نیز جهت واریز کمک های مردمی به بازدید کنندگان ارایه شد.

تهیه و تنظیم :
نسرین آقاملا

گزارش بازارچه بوی مهربانی

بازارچه خیریه بوی مهربانی در تاریخ ۶ اسفند ماه ۱۳۹۴ در محل بنیاد از ساعت ۹ صبح تا ۹ شب برگزار شد.
در این بازارچه غرفه‌های متعددی اجناس خود را جهت کمک به بیماران خاص از جمله روسری، لباس، لوازم آشپزخانه، عروسک، لوازم منزل، وسایل دکوری و تزیینی و غرفه مطبوعات، ام.اس. و تالاسمی به فروش گذاشتند.
همچنین غرفه‌های مواد غذایی، شیرینی‌های خانگی ، ترشیجات و غذای گرم که توسط خیرین پخته و آماده شده بود، برقرار بود.
در این روز باشکوه آقای دکتر مهدوی سخنرانی ایراد فرمودند. ایشان در این سخنرانی، درباره کسانی که به قدرت می‌رسند و بایستی از قدرتشان برای کمک به بیماران استفاده کنند و همچنین نباید راه‌های دروغ را به افراد یاد بدهند و راه درست را نادیده بگیرند، صحبت کردند.
این بازارچه توسط خیرین به نفع بیماران خاص و برای یاری رساندن به ایشان برگزار و با استقبال زیاد هموطنان نیکوکار روبرو گشت. همچنین در این بازارچه کالاهای دست‌ساز، صنایع دستی و کارهای هنری بیماران تالاسمی و ام.اس. نیز برای فروش عرضه شد.
طرح غربالگری فشارخون صورت گرفت و این همراهی با یاری خیرین خاص به پایان رسید.

تازه چه خبر !

برگزاری جلسه کمیته بیماران خاص در استان لرستان

از سال ۱۳۷۶ و به تصویب هیأت دولت کمیته بیماران خاص استان ها فعالیت خود را از سر گرفتند، اگرچه در سالهای اخیر این کمیته که هدف آن صرفا بررسی و برطرف نمودن مشکلات بیماران خاص استان می باشد با بی مهری مسئولان اکثر استان ها همراه بوده است، اگرچه برخی استانها نیز با دلسوزی و توجه خاص به بیماران خاص همواره به تشکیل این کمیته پیشگام بوده اند. در این میان نیز استان لرستان در آخرین هفته دی ماه سالجاری دومین جلسه کمیته، با ریاست سرپرست امور اجتماعی و فرهنگی استانداری آقای ولیزاده در استانداری شهرستان خرم آباد برگزار گردید.
در این جلسه به مشکلات بیماران خاص و کمبودهای موجود در سطح استان پرداخته شد. شرح برخی مصوبه های جلسه به طریق ذیل می باشد:
۱- دستگاه های فرهنگی ، اجتماعی و تبلیغی بالاخص صدا و سیما با اجرای برنامه های ویژه مشارکت مردم را در خصوص پیشگیری از بیماری های خاص تقویت نمایند که دستگاه مجری این طرح صدا و سیما و دستگاه های اجرایی عضو کمیته می باشند.
۲- نیازسنجی در خصوص نوع آموزش ها و مهارت های افراد ارجاعی به اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی انجام گیرد که دستگاه مجری این طرح معاونت اشتغال اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی هستند.
۳- ابطال پروانه و یا صدور مجوز جهت فعالیتهای انجمن ها به سازمان های بیمه گر هم ابلاغ گردد .
۴- تاسیس داروخانه هلال احمر در شهرستان خرم اباد پیگیری شود و مقدمات راه اندازی آن توسط هلال احمر و معاونت غذا دارو انجام شود.
در ادامه جلسه آقای ولی زاده با اشاره به نیازمندی های ویژه این بیماران و نگاه خاص مسئولان به این قشر از جامعه خواستار تلاش های بیش از پیش مسئولان استان شدند. در پایان نیز مقرر گردید تمامی مسئولان با یک بسیج عمومی در جهت کاهش آلام این بیماران بکوشند تا پاره ای از مشکلات این بیماران در استان لرستان کاسته شود.

تهیه و تنظیم :
معاونت ارتباطات

گزارش بازدید از مراکز درمانی بیماران خاص در ۳ ماه سوم سال

تهیه کننده : معاونت هماهنگی و امور استان‌ها

بر اساس بازدیدهای دوره ای کارشناسان بنیاد از مراکز درمانی سطح کشور و نیز درخواست مراکز درمانی بنیاد امور بیماری های خاص در سه ماهه سوم سال ۱۳۹۴ تعداد ۵۲ عدد دستگاه دیالیز، ۱۱۵ عدد تخت سه شکن، ۸۷ عدد تخت یک شکن، ۱۱۳ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی و ۷ عدد تجهیزات رفاهی به ۱۳ استان و ۷۲ مرکز درمانی در سطح کشور اهدا نموده است که به شرح ذیل می باشد:

- استان بوشهر:

به بیمارستان های فاطمه الزهرا، امام حسین تنگستان، زینبیه خورموج، بقیه الله دیلم، امام خمینی کنگان، امیرالمومنین گناوه و بیمارستان ۱۷ شهریور دشتستان ۲۰ تخت سه شکن، ۱۰ عدد تخت یک شکن، ۶ عدد تجهیزات درمانی و ۱۷ عدد تجهیزات رفاهی اهدا گردید.

- استان لرستان:

به بیمارستان های شهدای هفتم تیر درود، امام علی ازنا، امام جعفر صادق الیگودرز، شهدای عشایر خرم آباد و امام خمینی بروجرد ۲ دستگاه دیالیز، ۱۲ تخت سه شکن، ۵ تخت یک شکن و ۹ عدد تجهیزات رفاهی اهدا گردید.

- استان مازندران:

به بیمارستان های امام رضا آمل، امام سجاد رامسر، امام خمینی رامسر، فاطمه الزهرا ساری، شهداء سواد کوه، بوعلی سینا نکا، امام حسن نکا، امام خمینی نور، امام خمینی بهشهر و شهید بهشتی نوشهر ۱۳ تخت سه شکن، ۲ تخت یک شکن و ۸ عدد تجهیزات رفاهی اهدا گردید.

- استان خراسان رضوی:

به بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور، خانه بهداشت نصر آباد و درمانگاه بیماران خاص نیشابور ۴ دستگاه دیالیز و ۷ عدد تجهیزات درمانی اهدا گردید.

- استان تهران:

به مرکز درمانی های خاص شرق، سوده، بیمارستان زعیم پاکدشت و بیمارستان امام خمینی ۲۱ دستگاه دیالیز اهدا گردید .

- استان فارس:

به بیمارستان استاد مطهری جهرم و انجمن MS جهرم ۵ دستگاه دیالیز ، ۳ تخت سه شکن و ۵ عدد تجهیزات رفاهی اهدا گردید.

- استان سیستان و بلوچستان:

به بیمارستان های خاتم الانبیا زاهدان، علی ابن ابی طالب زاهدان، امام خمینی خاش، امام علی چابهار، علی اصغر زاهدان و رازی سراوان ۴ دستگاه دیالیز، ۸ تخت سه شکن، ۸ تخت یک شکن، ۷ تخت اطفال و ۲۴ عدد تجهیزات رفاهی اهدا گردید.

- استان گلستان:

به بیمارستان طالقانی گرگان ۲ دستگاه دیالیز اهدا گردید.

- استان گیلان:

به بیمارستان های کوثرآستانه، شهید بهشتی انزلی، شهید انصاری رودسر، امام خمینی صومعه سرا، سید الشهداء لاهیجان، شهید رازی رشت ، ۱۷ شهریور رشت و امام حسین فومن ۱ دستگاه دیالیز، ۱۵ تخت سه شکن، ۲۶ تخت یک شکن و ۹ تخت اطفال اهدا گردید.

استان زنجان:

به بیمارستان های امدادی ابهر و بوعلی سینا خرمدره ۵ دستگاه دیالیز اهدا گردید.

- استان همدان:

به بیمارستان های ولیعصر رزن، امام رضا کبودرآهنگ، امام حسین ملایر، علیمرادیان نهاوند، شهید بهشتی همدان و بعثت همدان ۳ دستگاه دیالیز، ۱۰ تخت سه شکن، ۱۰ تخت یک شکن، ۲ تخت اطفال، ۴ عدد تجهیزات درمانی و ۴۰ عدد تجهیزات رفاهی اهدا گردید.

- استان اصفهان:

به درمانگاه بیماران خاص گلپایگان ۳ دستگاه دیالیز و ۳ تخت سه شکن اهدا گردید.

- استان خوزستان:

به بیمارستان های شهید بهشتی آبادان، شهید معرفی زاده شادگان، نظام مافی شوش، سینا، گلستان، شفا اهواز، شهدا ایذه، امام رضا امیدیه، حاجیه نرگس ماهشهر، شهید چمران سوسنگرد، خاتم الانبیا شوشتر، ۲۲ بهمن مسجد سلیمان، امام خمینی رامهرمز، امام علی اندیمشک، راه زینب بندر امام خمینی و دکتر شهید زاده بهبهان ۱۲ دستگاه دیالیز، ۳۱ تخت سه شکن، ۲۶ تخت یک شکن و ۴ عدد تجهیزات رفاهی اهدا گردید.

لیست اقلام اهدایی بنیاد امور بیماری‌های خاص به مراکز درمانی کشور از ابتدای سال تا پایان اسفند ماه سال ۱۳۹۴

بر اساس بازدیدهای دوره ای کارشناسان بنیاد از مراکز درمانی سطح کشور و نیز درخواست مراکز درمانی بنیاد امور بیماری های خاص از ابتدای سال تا پایان اسفند ماه سال ۱۳۹۴، تعداد ۱۶۰ عدد دستگاه دیالیز، ۳۲۳ عدد تخت سه شکن، ۱۶۷ عدد تخت یک شکن، ۴۳۹ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی و ۱۸ عدد تجهیزات رفاهی به ۲۶ استان و ۱۶۵ مرکز درمانی در سطح کشور اهدا نموده است که به شرح ذیل می باشد:

• استان سمنان:
به بیمارستان های ۱۵ خرداد مهدی شهر، امام خمینی گرمسار، امام حسین شاهرود، مرکز پزشکی خاص شاهرود و درمانگاه امام رضا میامی ۳ دستگاه دیالیز، ۲ عدد تخت سه شکن، ۳ عدد تخت یک شکن، ۶۳ عدد تجهیزات درمانی و ۲ عدد تجهیزات رفاهی اهدا گردیده است.

• استان مرکزی:
به بیمارستان امام خمینی خمین ۳ عدد تخت سه شکن اهدا گردیده است.

• استان هرمزگان:
به بیمارستان های علی ابن ابی طالب و شهید محمدی بندرعباس ۱ دستگاه دیالیز و ۱۵عدد تجهیزات درمانی اهدا گردیده است.

• استان البرز:
به بیمارستان های باهنر کرج، امام جعفر صادق هشتگرد و مرکز دیالیز دکتر زاهد ۱۴ دستگاه دیالیز و ۱۲ عدد تخت سه شکن و ۶ عدد تجهیزات درمانی اهدا گردیده است.

• استان آذربایجان غربی:
به بیمارستان های طالقانی ارومیه، دکتر قلی پور بوکان، شهید مدنی خوی، امام خمینی مهاباد و عباسی میاندوآب ۱۱ دستگاه دیالیز، ۱۵ عدد تخت سه شکن و ۲ عدد تخت یک شکن اهدا گردیده است.

• استان آذربایجان شرقی:
به بیمارستان های باقرالعلوم اهر، امام خمینی اسکو، ارتش تبریز، امیرالمومنین تبریز، ۲۹ بهمن تبریز، کودکان تبریز، امام خمینی سراب، دکتر ساجدی هادی شهر، خامنه شبستر و امام حسین هریس ۲ دستگاه دیالیز، ۲۱ عدد تخت سه شکن، ۴ عدد تخت یک شکن اهدا گردیده است.

• استان خراسان رضوی:
به بیمارستان های بنت الهدی مشهد، کلینیک سرور مشهد، صالح آباد تربت جام، آیت الله مدنی بجستان، ۲۲ بهمن خواف، بنت الهدی مشهد، ولیعصر بردسکن، ۲۲ بهمن نیشابور، خانه بهداشت نصر آباد و درمانگاه بیماران خاص نیشابور و مرکز دیالیز نیکان فردا مشهد ۲۷ دستگاه دیالیز، ۱۶ عدد تخت سه شکن، ۲۵ عدد تخت یک شکن و ۱۹ عدد تجهیزات درمانی و ۳ عدد تجهیزات رفاهی اهدا گردیده است.

• استان گلستان:
به بیمارستان های امام خمینی بندر ترکمن، امام علی کردکوی، رسول اکرم کلاله، مطهری گنبد کاووس، طالقانی گرگان، آل جلیل قلا، پنجم آذر گرگان، کوثرآستانه، شهید بهشتی انزلی، شهید انصاری رودسر، امام خمینی صومعه سرا، سید الشهداء لاهیجان، شهید رازی رشت ، ۱۷ شهریور رشت و امام حسین فومن ۸ دستگاه دیالیز، ۳۶ عدد تخت سه شکن، ۲۶ تخت یک شکن، ۹ تخت اطفال، ۱ عدد تجهیزات رفاهی و ۱۴ عدد تجهیزات درمانی اهدا گردیده است.

• استان فارس:
به بیمارستان های امام خمینی آباده، امام حسن داراب، نمازی شیراز، ولیعصر کازرون، شهید مطهری مرودشت و استاد مطهری جهرم ۱۳ دستگاه دیالیز، ۲۰ عدد تخت سه شکن، ۵ عدد تخت یک شکن و ۴۵ عدد تجهیزات درمانی اهدا گردیده است.

• استان کردستان:
به بیمارستان های صلاح الدین ایوبی، امام خمینی دیواندره، امام خمینی سقز، توحید سنندج، سینا کامیاران، بوعلی مریوان و دکتر بهشتی قروه ۷ دستگاه دیالیز، ۳۱ عدد تخت سه شکن، ۵ عدد تخت یک شکن و ۲۷ عدد تجهیزات درمانی اهدا گردیده است.

• استان تهران:
به بیمارستان های به آفرین، سینا، فدراسیون ورزشی بیماران خاص و پیوند اعضا، مرکز درمانی های خاص شرق، سوده و بیمارستان زعیم پاکدشت، شرکت تدا و انجمن اتیسم ایرانیان ۱ دستگاه EEG،۲۱ دستگاه دیالیز و۴ عدد تجهیزات ۵ عدد تجهیزات رفاهی و ۶

تهیه و تنظیم :
واحد امور هماهنگی و امور استان‌ها

عدد تجهیزات درمانی اهدا گردیده است.

• استان اصفهان:
به بیمارستان های فاطمیه بادرود، مرکز ولیعصر برخوار، درمانگاه بیماران خاص گلپایگان، بهنیا تیران، ساعی خمینی شهر، یغمائی خور، شهدای دهاقان، سیدالشهدا سمیرم، شهید رجایی فریدن، رسول اکرم فریدونشهر و آیت الله منتظری نجف آباد ۱۴ دستگاه دیالیز، ۱۵ عدد تخت سه شکن و ۴ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی اهدا گردیده است.

• استان خراسان شمالی:
به بیمارستان های امام خمینی اسفراین، امام خمینی شیروان و فرهنگیان آشخانه ۵ دستگاه دیالیز و ۲ عدد تخت سه شکن اهدا گردیده است.

• استان سیستان و بلوچستان:
به بیمارستان های خاتم الانبیا زاهدان، رازی سراوان، علی ابن ابی طالب زاهدان، امام خمینی خاش، امام علی چابهار، علی اصغر زاهدان و رازی سراوان ۶ دستگاه دیالیز، ۸ تخت سه شکن، ۸ تخت یک شکن، ۷ تخت اطفال و ۲۴ عدد تجهیزات رفاهی اهدا گردید.

• استان لرستان:
به بیمارستان های امام علی بروجرد، هفتم تیر درود ، امام علی ازنا، امام جعفر صادق الیگودرز، شهدای عشایر خرم آباد و امام خمینی بروجرد ۳ دستگاه دیالیز، ۱۲ تخت سه شکن، ۵ تخت یک شکن و ۱۰ عدد تجهیزات رفاهی اهدا گردید.

• استان قم:
به بیمارستان های آیت ا.. گلپایگانی، شهید بهشتی و خیریه طباطبایی ۷ عدد تخت سه شکن، ۵ عدد تخت یک شکن و ۷ عدد تجهیزات درمانی اهدا گردیده است.

• استان کرمان:
به مجمع خیرین سلامت کرمان و بیمارستان امام رضا سیرجان ۴ دستگاه دیالیز اهدا گردیده است.

• استان خراسان جنوبی:
به مرکز جامع بیماران خاص بیرجند ۱۰ عدد تخت سه شکن، ۱۰ عدد تخت یک شکن و ۶۰ عدد تجهیزات درمانی اهدا
گردیده است

• استان اردبیل:
به بیمارستان های بوعلی اردبیل، امام خمینی پارس آباد، امام خمینی بیله سوار، ولایت گرمی، ولیعصر مشگین شهر ۴ دستگاه دیالیز ، ۱۸ عدد تخت سه شکن، ۳ عدد تخت یک شکن و ۱۵ عدد تجهیزات درمانی اهدا گردیده است.

• استان مازندران:
به بیمارستان های امام رضا آمل، امام سجاد رامسر، امام خمینی رامسر، فاطمه الزهرا ساری، شهداء سواد کوه، بوعلی سینا نکا، امام حسن نکا، امام خمینی نور، امام خمینی بهشهر و شهید بهشتی نوشهر ۱ دستگاه دیالیز، ۱۳ تخت سه شکن، ۲ تخت یک شکن و ۸ عدد تجهیزات رفاهی اهدا گردید.

• استان همدان:
به بیمارستان های ولیعصر رزن، امام رضا کبودرآهنگ، امام حسین ملایر، علیمرادیان نهاوند، شهید بهشتی همدان و بعثت همدان ۴ دستگاه دیالیز، ۱۰ تخت سه شکن، ۱۰ تخت یک شکن، ۲ تخت اطفال، ۴ عدد تجهیزات درمانی و ۴۰ عدد تجهیزات رفاهی اهدا گردید.

• استان ایلام:
به بیمارستان های حضرت رسول آبدانان، امام رضا ایوان، ولیعصر دره شهر، شهدا دهلران، امام علی سرابله، ولیعصر ملکشاهی، امام حسین مهران و مصطفی خمینی ایلام ۲۳ عدد تخت سه شکن، ۱۳ عدد تخت یک شکن و ۳۶ عدد تجهیزات درمانی اهدا گردیده است.

• استان خوزستان:
به بیمارستان های شهید بهشتی آبادان، شهید معرفی زاده شادگان، نظام مافی شوش، سینا، گلستان، شفا اهواز، شهدا ایذه، امام رضا امیدیه، حاجیه نرگس ماهشهر، شهید چمران سوسنگرد، خاتم الانبیا شوشتر، ۲۲ بهمن مسجد سلیمان، امام خمینی رامهرمز، امام علی اندیمشک، راه زینب بندر امام خمینی و دکتر شهید زاده بهبهان ۱۲ دستگاه دیالیز، ۳۱ تخت سه شکن، ۲۹ تخت یک شکن،۸ عدد تجهیزات درمانی و ۴ عدد تجهیزات رفاهی اهدا گردید.

• استان بوشهر:
به بیمارستان های فاطمه الزهرا، امام حسین تنگستان، زینبیه خورموج، بقیه الله دیلم، امام خمینی کنگان، امیرالمومنین گناوه و بیمارستان ۱۷ شهریور دشتستان ۲۰ تخت سه شکن، ۱۰ عدد تخت یک شکن، ۶ عدد تجهیزات درمانی و ۱۷ عدد تجهیزات رفاهی اهدا گردید.

• استان زنجان:
به بیمارستان های امدادی ابهر و بوعلی سینا خرمدره ۵ دستگاه دیالیز اهدا گردید.

• استان گیلان:
به بیمارستان های کوثرآستانه، شهید بهشتی انزلی، شهید انصاری رودسر، امام خمینی صومعه سرا، سید الشهداء لاهیجان، شهید رازی رشت ، ۱۷ شهریور رشت و امام حسین فومن ۱ دستگاه دیالیز، ۱۵ تخت سه شکن، ۲۶ تخت یک شکن و ۹ تخت اطفال اهدا گردید.

معرفی معاونت فنی و مراکز وابسته

تهیه کننده :
جواد شیرچیان

بنیاد امور بیماری های خاص به عنوان یک نهاد عمومی غیردولتی فعالیت خود را از اردیبهشت ۱۳۷۵ به منظور ساماندهی و ارتقای وضعیت بیماران خاص در زمینه های مختلف درمانی، دارویی، آموزشی ، پیشگیری، اجتماعی و...... آغاز نموده است. بنیاد امور بیماری های خاص در چارچوب سیاست های تدوین شده و با بهره گیری از کمک های مردمی در جهت بهبود وضعیت بیماری های خاص تلاش می نماید.
بنیاد در سه سطح (سیاستگذاری و نظارت) (مشاوره، آموزش و پژوهش) و (اجرا) فعالیت می کند. بخش های مختلفی که یاری دهنده بنیاد در پیشبرد اهداف مورد نظر است شامل معاونت آموزش و پژوهش، معاونت هماهنگی و امور استانها، معاونت اداری و مالی، معاونت ارتباطات و امور بین الملل و معاونت فنی مراکز وابسته می شود.
از اهداف کلان بنیاد امور بیماری های خاص می توان به موارد زیر اشاره کرد.
- جلب توجه مراجع دولتی و جوامع مختلف ملی به مسائل خاص درمانی و اجتماعی بیماری های خاص
- همکاری و مشاوره با مسئولان جهت بهره گیری بهینه از امکانات و اعتبارات موجود در بیماری های خاص
- همکاری در گسترش خدمات پژوهشی، آموزشی، تشخیصی، درمانی و اجتماعی در راستای اهداف بنیاد
- ارائه طرحهای قابل اجرا به نهادهای اجرایی کشور در جهت بهبود وضعیت درمانی و اجتماعی بیماری های خاص.

معرفی معاونت فنی مراکز وابسته :
با توجه به اینکه بنیاد امور بیماری های خاص یک نهاد عمومی غیر دولتی است، اما کیفیت و ارائه خدمات به بیمارانی که به مراکز این بنیاد مراجعه می کنند، از اهمیت ویژه ای برخوردار است.
بنیاد امور بیماری های خاص مراکزی را در تهران و شهرستان ها و مراکزی در خارج از ایران احداث کرده و یا در دست احداث دارد.
این مراکز شامل :
- مرکز درمانی خاص شرق: این مرکز در تهران و در منطقه افسریه، شهرک مسعودیه ساخته شده است که دارای بخش های دیالیز، تالاسمی و هموفیلی، شیمی درمانی، فیزیوتراپی، آزمایشگاه، کلینیک های تخصصی و داروخانه می باشد.
- مرکز درمانی سوده: این مرکز در تهران و در منطقه اسلامشهر، شهرک واوان واقع شده است و دارای بخش های دیالیز، تالاسمی و هموفیلی، آزمایشگاه و کلینیک های تخصصی می باشد.
مرکز خاص رفسنجان: این مرکز در استان کرمان و در شهرستان رفسنجان ساخته شده است و دارای بخش های دیالیز، تالاسمی و هموفیلی، شیمی درمانی، فیزیوتراپی، آزمایشگاه، کلینیک های تخصصی و داروخانه می باشد.
- مرکز درمانی خاص بروجرد: این مرکز در استان لرستان و در شهرستان بروجرد با همکاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد ساخته شده است و دارای بخش های دیالیز، تالاسمی و هموفیلی، شیمی درمانی، فیزیوتراپی، آزمایشگاه، کلینیک های تخصصی و داروخانه می باشد که در حال حاضر بخش دیالیز آن فعال است.
- مرکز درمانی خاص شاهرود: این مرکز در استان سمنان و در شهرستان شاهرود با همکاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود ساخته شده است و دارای بخش های دیالیز، تالاسمی و هموفیلی، شیمی درمانی، فیزیوتراپی، آزمایشگاه، کلینیک های تخصصی و داروخانه می باشد که در حال

حاضر بخش دیالیز آن فعال است.
مرکز خاص نجف و کربلا: این دو مرکز در کشور عراق توسط بنیاد امور بیماری های خاص ساخته شده است و دارای بخش های دیالیز، تالاسمی و هموفیلی، شیمی درمانی، فیزیوتراپی، آزمایشگاه، کلینیک های تخصصی و داروخانه می باشد. که در حال تجهیز و راه اندازی می باشد.
معاونت فنی مراکز وابسته دارای شرح وظایفی می باشد که از مهمترین آنها می توان به موارد زیر اشاره کرد:
- نظارت مستقیم بر مراکز درمانی وابسته به بنیاد، حسن انجام کار و ارتقای کیفیت ارائه خدمات بهداشتی، تشخیص و درمانی در آن مراکز
- بازدید مستمر از مراکز وابسته و ارائه گزارش های لازم در زمینه عملکرد آن مراکز و ارائه روش های جدید جهت به روزنمودن ارائه خدمات
- نظارت و پیگیری جهت خرید تجهیزات پزشکی و داروی مورد نیاز مراکز وابسته
- تهیه ، تدوین و بازنگری آئین نامه ها و دستورالعمل های موردنیاز مراکز واسته
- نظارت بر اجرای صحیح برنامه ها و مصوبات بنیاد و هیات مدیره مراکز وابسته
با توجه به شرح وظایف معاونت فنی مراکز وابسته این معاونت تا کنون بازدیدهای مستمری را از مراکز تحت پوشش بنیاد داشته است و در اجرای صحیح طرحهای درمانی و نحوه ارائه خدمات و کیفیت آن گزارشهایی را تهیه و به مراکز خود ابلاغ نموده است.
این معاونت همچنین پیرو تفاهم نامه ای که فی ما بین بنیاد امور بیماری های خاص و معاونت علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی به امضا رسیده است با همکاری واحد اعتباربخشی و استاندارد سازی معاونت علوم پزشکی دانشگاه آزاد بازدیدهایی را به همراه کارشناسان این دانشگاه از مراکز درمانی به انجام رسانده است و پیرو آن بر اساس سنجه های استانداردسازی و اعتبار بخشی که از سوی وزارت بهداشت ابلاغ شده است خط مشی های مناسب با هر بخش را نوشته و به مراکز درمانی بنیاد ابلاغ کرده است.
از جمله اقدامات این معاونت، هماهنگی جهت حضور مدیران ارشد وزارت بهداشت در مراکز بنیاد بوده است که می توان به بازدید جناب آقای دکتر پور فتح اله ریاست سازمان انتقال خون و جناب آقای دکتر سندگل مدیرکل بیماری های غیر واگیر وزارت بهداشت و جناب آقای دکتر مطلق و جناب آقای دکتر ابراهیمی ریاست مرکز تالاسمی ظفر از مرکز پزشکی خاص شرق اشاره داشت.
با توجه به اهمیت دوره های آموزشی و باز آموزی برای پرسنل مراکز درمانی، این معاونت اقدام به برگزاری کلاسهای باز آموزی دیالیز برای پرستاران این بخش و همچنین کلاسهای احیای قلبی – ریوی ابتدایی و پیشرفته را برای تمام پرستاران مراکز کرده است.
از جمله اقداماتی که برای بخش های تالاسمی مراکز بنیاد توسط این معاونت پیگیری و به انجام رسیده است انجام تست های کراس مچ بر اساس آخرین روش های ابلاغی بوده است که بطور مثال انجام آزمایش Kell یکی از مهمترین آنها می باشد. همچنین تشکیل کمیته هموویژلانس در مراکز بنیاد و تشکیل جلسه با این کمیته در مراکز بنیاد یکی دیگر از اقدامات این معاونت در جهت ایجاد رفاه حال بیماران بوده است.
در نهایت هدف اصلی معاونت فنی مراکز وابسته ارائه بالاترین کیفیت و بهترین خدمات به بیماران می باشد.

خانه ای برای بیماران پروانه ای

تهیه کننده :
مهتاب فروتن

سال ها بود که ضرورت ایجاد تشکیل کارگروه مخصوص بیماری سخت و دردناک اپیدرمولایزیس بولوزا (ای بی) احساس میشد ، تا این که به همت بنیاد امور بیماری های خاص ،بنیاد مستضعفان و جمعی از خیرین عزیز خانه ای بی در مرداد ماه افتتاح شد.

از آن جایی که بیماری ای بی علاوه بر ایجاد اختلال در بافت های پوستی فرد بیمار ، عملکرد دستگاه گوارش ، مری ، چشم ها و دندان ها و ... را نیز درگیر میکند ، نیاز به همراهی یک تیم پزشکی متخصص و متعهد را می طلبید از این رو تفاهم نامه ای سه جانبه میان بنیاد امور بیماری های خاص بنیاد مستضعفان و دانشگاه علوم پزشکی ایران امضا شد که بر مبنای آن پزشک عمومی همراه دو پرستار خانم و آقا در طول هفته در خانه ای بی حضور دارند، علاوه بر آن بعد از اتمام غربال گری نیاز های درمانی بیماران توسط کادر پزشکی به تفکیک مشخص شده و هر کدام به پزشک مورد نیاز ارجاع داده می شود.

بیماران پروانه ای در طول زندگی پر مشقت خود ، با مشکلات متعددی مقابله می کنند.دست و پنجه نرم کردن با درد و آلام این بیماری از یک سو ، نگاه خاص و سرد اجتماع به آنان از سوی دیگر آزارشان می دهد.

خانه ای بی در طول فعالیت خود با برگزاری جلسات متعدد با مسئولان ، سعی داشته است که با آگاهی بخشی و اطلاع رسانی جوانب مختلف این بیماری ، سمت نگاه مردم که از ترس واهی واگیر بودن این بیماری سرد است ،به نگاهی سرشار از گرما ، مهر و همدلی تغییر دهد.از جمله اقدامات خانه ای بی در راستای نیل به هدف مذکور انعکاس مشکلات این بیماری و شرح حال دردناک پروانه ای ها در جراید و رسانه های خبری بوده است که به همین منظور گزارشی از بیماران ای بی در مورخ ۱۳۹۴/۱۲/۱۱ در اخبار ۲۰:۳۰ پخش شد. هم چنین تعداد ۳۰تیتر خبری به طور خاص در روزنامه ها ی داخلی و سایت های خبرگزاری به این موضوع پرداخته اند.علاوه بر آن به همت خیرین مستندی جامع از این بیماری و زندگی بیماران ای بی ساخته و تکثیر شده است.

لازم به ذکر است خانه ای بی از مورخ ۱۳۹۴/۸/۱۶ لغایت ۱۳۹۴/۱۲/۱۲ برای مجموع ۳۳۰ بیمار پرونده پزشکی تشکیل داده که مانند ادوار گذشته در بهمن و اسفند ماه برای عزیزان بسته های حمایتی ارسال شده است.خانه ای بی در بانک سینا شماره حساب ۱-۱۰۰۱۰۱۴۵-۴-۳۶۶ به نام بنیاد امور بیماری های خاص و شماره کارت ۰۹۷۴-۲۳۸۴-۴۶۱۰-۶۳۹۳ و شماره شبا ۴۰۰۵۹۰۰۳۶۶۰۰۴۱۰۰۱۰۱۴۵۰۰۱ افتتاح نموده است که هر بیمار نیز به طور جداگانه شماره حسابی مستقل در بانک سینا شعبه ملاصدرا کد ۳۶۶ نیز افتتاح کرده است تا ان شالله کمک های مردمی به حسابهای این عزیزان واریز شود.

خانه ای بی امید وار است با حمایت مسئولان ، خیرین و مردمان عزیز سرزمین درد و رنج این بیماران روز به روز تسکین یابد و دلگرمی ها و توجه آنان هم چون نوری بر بال های زخمی شان بتابد.

در آسمان آبی مهربانی ها پروانه ها همچنان نیازمند یاری سبزتان هستند.

مصاحبه با خانم عباسپور
مدیر خیریه کوثر مشیز بم

نسرین آقاملا

س: خانم عباسپور لطفاً خودتان را به خوانندگان معرفی کنید.
من فعالیت خود را از سال ۱۳۷۲ بعد از اتمام تحصیلات دانشگاهی با سمت مدیر عامل موسسه خیریه کوثر مشیز در کرمان شروع کردم، با وجود این که استان کرمان سرزمینی غنی از منابع مادی و معنوی است، ولی به لحاظ موقعیت جغرافیایی جز استان های آسیب پذیر و جرم خیز است. بدین لحاظ با درک مسئولیت اجتماعی خود و همت جمعی از خیرین، با پشتوانه خرد و ایمان ویژه این موسسه بنیان گذاشته شد.

س۲: موسسه خیریه کوثر مشیز از چه سالی و با چه هدفی شروع به کارکرد؟
این موسسه از سال ۱۳۷۳ با هدف مشارکت در توسعهٔ پایدار شروع به کار نمود. رویکرد ما در این عرصه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی است. لذا با تدوین و اجرای برنامه هایی از جمله: توانمندسازی و حمایت از کودکان بی سرپرست و بدسرپرست، حمایت از افراد بیمار، توانبخشی به گروه سنی توانخواهان بالای ۱۴ سال، آموزش و تربیت نیروی انسانی کارآمد در مراکز آموزشی تا به امروز فعالیت کرده‌ایم.

س۳: خیریه کوثر مشیز تاکنون چه گام هایی برداشته است؟
تا کنون در جهت تحقق اهداف اساسی خود در تمامی شهرهای استان کرمان از جمله شهرستان بم ۱۲ مرکز شبه خانواده، ۲ مرکز درمانی در شهر کرمان و ۱ مرکز درمانی در تهران، ۱ مرکز توانبخشی به توانخواهان در کرمان و ۱ مجتمع آموزشی در شهر کرمان ایجاد کرده و توانسته‌ایم با الگوسازی در این مراکز، خدمات موفق و قابل قبولی در راستای اهداف خود و این قبیل مشارکت‌های اجتماعی ارایه کنیم.

س۴: افراد تحت پوششتان چند نفرند؟
در مراکز شبه خانواده که یکی از خدمات موثر و افتخارآمیز موسسه است و به صورت خانه ای امن برای بالندگی شخصیت انسانی و علمی فرزندان در ۱۲ مرکز راه اندازی شده و از ابتدا تا به امروز ۱۵۶۹ نفر تحت پوشش قرار گرفته اند که تعداد ۱۲۷۴ نفر ترخیص گردیده اند و تعداد ۲۹۲ نفر به آموزش عالی راه یافته اند و مدارج عالی را تا سطح دکتری ادامه داده اند .
- در مراکز درمانی روزانه قریب به ۱۰۰۰ نفر پذیرش می‌شوند و از آغاز تا به امروز ۵ میلیون نفر از خدمات این مراکز بهره مند شده‌اند.
- درمرکز توانبخشی توانخواهان نیز تا کنون ۲۷۰ نفر پذیرش شده‌اند.

س ۵ : چطور با بنیاد آشنا شده اید؟
با توجه به خدمات ارزنده بنیاد و مدیریت شایسته خانم هاشمی که در سطح کشور به بیماران خاص ارائه می شود، این بنیاد برای همهٔ فعالان عرصه اجتماعی شناخته شده است و همچنین سابقه طولانی فعالیت آن در شهرهای استان کرمان و به ویژه هم راستائی اهداف و برنامه های بنیاد با موسسه خیریه مشیز در ارائه خدمت به بیماران موجب آشنایی بیشتر و همکاری مستمر شده است.

س۶: در چه زمینه‌هایی با بنیاد تعامل داشته اید؟
در بخش بیماران خاص، افراد بیمار به مراکز درمانی خیریه مراجعه می‌کنند و پس از شناسائی می شوند، به شعبه های بنیاد در سطح استان هدایت می شوند. در بخش خدمات عام المنفعه بعد از زلزله ۵ دی سال ۱۳۸۲ شهر بم بنیاد ساختمان مناسبی را تهیه و تجهیز کرد. این مرکز برای ساماندهی شیرخواران باقیمانده از زلزله که با لطف مسئولین بنیاد به ویژه خانم دکتر هاشمی در اختیار خیریه کوثر مشیز قرار داده شد. ما توانستیم ۴۰ نفر از کودکان بی سرپرست بم را که مرکز شبه خانواده آنها تخریب شده بود، به آنجا منتقل کنیم و به فعالیت خود ادامه دهیم، که لازم است من صمیمانه از ایشان تشکر و قدردانی کنم که در آن مقطع نیاز این کودکان را که یک مکان مناسب برای زندگی بود فراهم کردند .

س۷: از اقداماتی که تا کنون در بم انجام داده اید برایمان بگوئید؟
یکی از فعالیتهای موثر که موسسه در بم انجام داده است راه اندازی مرکز شبه خانواده با ظرفیت ۴۰ نفر در سال ۱۳۷۵ است که تا کنون ۱۵۴ نفر در آن پذیرش و ۱۳۴ نفر از آن ترخیص شده و در زمان زلزله ۵ دیماه ۱۳۸۲ ، ۶۰ نفر از فرزندان زلزله زده را در مرکز شبه خانواده کرمان پذیرش کردیم که در آن شرایط بحرانی بسیار کارساز بود و ظرفیتی نزدیک به ۵۰۰ نفر را آماده پذیرش برای این گروه کردیم. اقدام مثمرثمر دیگر موسسه در زمان زلزله بم اعزام گروه امداد و نجات در قالب اورژانس هوائی و زمینی در ساعات اولیه وقوع زلزله بود که توانست خدمات موثر به افراد زلزله زده ارائه کند .

س۸: شما در آینده چه برنامه هایی برای خیریه مشیز دارید؟
ما باور داریم که مهمترین سرمایه جامعه، رشد و توسعه منابع انسانی آن است. با توجه به هدف این موسسه که مشارکت در توسعه کشور است، حفظ و تربیت نیروی انسانی کارآمد بزرگترین وظیفه اجتماعی ما است. لذا برای پذیرش این مسئولیت باید با تدوین برنامه ها و اقدامات پیشگیرانه و سازنده بتوانیم کودکان و نوجوانان به ویژه گروه در معرض آسیب را که پایه اصلی جامعه فردا هستند را حفظ و با توانمندسازی، آنها را به فردایی روشن هدایت کنیم.
پس کلیه تلاشهای ما در این زمینه خواهد بود.

س: در پایان چه صحبتی دارید؟
از فرصتی که شما و نشریه تان در اختیار من گذاشته اید سپاسگزارم و در پایان برخود لازم می دانم از خانم دکتر هاشمی و همکارانشان در بنیاد به لحاظ همکاری خیرخواهانه و بشر دوستانه ای که با خیریه کوثر مشیز دارند چه در مورد بیماران خاص و چه درمورد کودکان بی سرپرست که با واگذاری ساختمان تجهیز شده به مرکز شبه خانواده بم به این شهرکمک شایانی کردند، قدردانی و تشکر کنم و از خداوند توفیق روز افزون و سلامتی و سعادت ایشان را خواستارم.

هدیه ایثار

بوستان اهدای عضو در سال ۷۵ به ثمر نشسته است و هم اکنون ده‌ها نفر از هموطنان به یاری همنوعان خود شتافته‌اند تا با هدیه کردن بخشی از وجود خود، دوباره نعمت زندگی را در وجود دیگری جاری سازند .

آذر رشیدی، معرفی، کمال فضلی، الهه جواهری، سوری، شمشیری، محسن صادقیان، موسوی، قدرتی، عبدالله بایرامعلیزاده روحبخشی، داود پناه، کولیوند، نعمتی، داوود، پاشا، فدایی، علی نادری، رضایی، معصومه ثنایی، بابک سیفی، محمدرضا محمودی، ولی زاده، رضا رضایی، فراهانی، سعید امانی، اسدی، مسعودی، محمد غفاری، رضایی، بابایی، کریمپور، رضا صادقی، عبدالرحیم پروندی، شبانی، طوسی، سلیمان ارغد، رحمان زاده، حسینی، محمد حیدریان، صبری، خسرو خوشایی، جواد موسوی پورحق، عباس هادی، نیک نفس، ناصری کیا، الهویی، زنجانی، عزیزیان، مرتضی موسوی، کاظمی، مصطفی فضلی، مهدی منوچهری، حسن یادگاری، هادی علیمرادی، اسماعیلی، ناصر بقا، موسوی، آرش مرتضی نیا، سلیمانی، نیکوکار، جواهری، کاظمی، پور اصلانی، شهرزاد، رهبر، مریم شکوری، یزدانی، عبادی، خمسه، حسن عبداللهی، امانی، حاتمی، حسن میرزایی، وکیلی، سید مریم نبی پور، معینی، رضایی، نوروزی، جلالی، رجبعلی سلیمانی، آرمان نیکو، اردشیر فغان، محترم بهاری، لیلا نعمتی، کیان زاده، سلیمانیان، اکبر کوه زارع، گوهریان، عارفی، حکمت عزیزی، سلیمی، محمد امین ناصری، سرهنگ پور، میرزاده، عباس کیانی، کبری ماسالی، شوقی، هراتی، بلوری، پروانه پهلوان، سوسن میرزالو، عمادی، برنجی، رخساره پایدار، کرامتی، رضا عجم خبجی، محمود عجم خبجی، بدیعی، بیات، خدامی، طاهری، محمدی، شهرآبادی، شریفی، آخوندی، عرب نژاد، جعفری، ابراهیمی، یساولی، مهدیان، طباطبایی، صادقی مقدم، حبیب نژاد کریم لو، منزوی، امین زاده، همایون مهر، قدرتی، پناهی، بنایی فر، گودرزی، فرهی، رنجی، خزندی، مظفری، علی تبار، خشنود، حسینی، بختیاری، دهقان، رحمتی، ناظر، کرلو، لاریجانی، مقدم، دوستی عصمت هراتی، شاهین احمدبیگی، گلزار خلج، پرویز قره باغ، مهسا حسینی، قمی زاده، قاضی زاده، احمدپیام، روشن، اخباری، آقا محمدی، حسین احمد، رادنیا، موسی پور، سید احمد خاتمی، مجتبی حکمت، نصراله شهابی، احسانی، ناصر جعفری، محمدیان، مریم حایری، خیراندیش، محمدرضا اصلان، آجیل چی، عباسی، اقدس ایوبی، معصومه زارع، مهناز حایریشاه، مقیمی، امیر احمدی، مهری، صدیقه صالحی، دانشفر، مصطفی فضلی، چینی زاده، عزیز عالی نژاد، جمشید کیخسرو، حسینی، اشرف حیدری، ثریا خصوصی، مجید فرمانده، مرادی، آرمان، فاطمه کیوانی، مهدی غلامی، نجار، قماش چی، سرابی، عمومی، نوری، نوید علمیان، زهره ناصری، پروین فراجه، دوستی، تبریزی، عباسی، آقاجانی، هراتی، شهلا نیستی، ابوالفضل سرو، دهقان، محمداسکی، مرتضی محسنی، ایروانی، چمنی، آذرنگین، غلامپور، میربابایی، پریشانی، مرتضی خادمی، کامرانی، شاهرخ ادریس آبادی، بهرام نژاد، الهه هاشمجواه، سیدعزیز هاشمی، شاه حسینی، صفوی، مریم معصومی، حمیده شکاری، عربشاهی، آرین، حاجی اوقلی، ارشیا سپهر، یوسف مددپور، مجتبی مودی، محترم بهاری، احمدی، لعل شکن، حسینی، سیروس برومند، زارعی، وثوقیان، حبیب آقا بزرگی، شکوه زمانی، نصرالله، ناهید امیرپاشا، عنگامه موسوی، صادقی نژاد، سعادتمند، احمدی، علایی، صنم دولتی، اعظم صادربون، عابدینی، ایده خانی، سیدعباس جعفری، ناهید یوسفی، سینا زمردیان، حمید محمدتقی، غلام ورمزیاری، طاهره حامدی، روحی، عطاالهی، حبیب پور، علیزاده، فاضل ایلخانی، عظیمی، سها، فریبا مهرابی، اسماعیلی، مهرداد حاجی، پرویز یعقوبی، نبی پور، آذرساکی، وکیلی، محترم بهاری، عمومی، بهرامنژاد، مرتضی نیا، مسعود ذوالفقاری، شاهمرادی، یاوری

با اهدای عضو بعد از مرگ، حیاتی تازه به همنوع خود ببخشید.
آدرس اینترنتی جهت تکمیل فرم برای علاقه‌مندان
cffsd.org/forms/ozv

جهت کسب اطلاعات بیشتر با این شماره تماس حاصل فرمایید :
۲۲۵۹۱۹۵۷ / داخلی ۴۱۱

تهیه کننده :
معاونت هماهنگی و امور استان‌ها

ایثار زندگی
یاری سبز یاوران

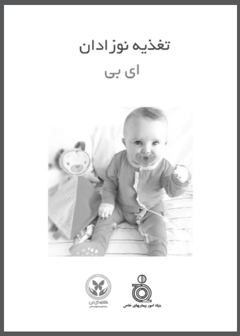
یاوران عزیز :
لطفا فیش کمک‌های واریزی به همراه آدرس خود را برای بنیاد ارسال فرمائید تا ضمن درج نامتان در این صفحه لوح تقدیر برایتان ارسال گردد.

صندوق پستی بنیاد امور بیماری‌های خاص : ۱۵۸۱۵ – ۳۳۳۳

تهیه کننده :
دفتر مشارکت‌های مردمی

این بار هم یاری سبز شما هم‌وطنان به کمک بیماران خاص کشور آمد تا بار دیگر افتخار کنیم که هم‌میهنانی چون شما داریم.

سجاد نوروز زاده- علی غلامی برز آباد- حشمت الله قنبری- اسمعیل خانمیرزایی- محمد جواد آذری- فاطمه عظیمی- محسن نادرخانی-پرویز آزادوند- حجت احمدی- حشمت بارانی- ارشاد صادقی- مهدی بنابی- فاطمه بنی عقبه- حمید کشتکار- عبدالحسین آرین نژاد- آمنه اسمعلی قزلجه میدان- سعید عزیزی- مجید گلشن مطلق- کریم نوروزی- نوابه ولیزاده واسکسی- مسعود الهی- کبری کشتکار- مجید ریحان پور کمانج علیا- لعیا سید یزدی- شاهین شایان مهر- حسین فرخ کیش- غلامرضا رشیدی بفروئی- علی تیموری کهریز- بهروز کمالی- سجاد حاجی اسفندیاری- امرالله امینی کردکندی- حمید دژکام چالکسر- معرفت محبی- مصطفی عبدالمالکی- محترم شعبانی- حسن شامبولی- منوچهر قاسمی- شهاب دوستی- غلامرضا صالحی مورکانی- محمد اسمعیل زاده- حسین افزا- سمانه اسدی- مریم شرفی پور حسن آبادی- قادر دهدار- ابراهیم آرغده- جمشید فرهادی- وحید رحیمی غیاث- مرتضی پاکپور- میلاد افتخاری سولا- سوسن رجبی- سارا محمد نژاد- افشین کرمی- مهدی بندار- مرتضی رحیمی نژاد- مهدی بور بور مرادی-معصومه رازقندی- محمد افراسیابی- محمد میر حیدری- محسن نعمتی- محمد درخواه- عباس عبدالهی فرد- مهدی عباسی- سید جواد رئیسی طوسی- رسول رباط جزی- عاطفه خرقانی- رضا علی محمد پور- حسن کرمی- احمدرضا عباسی- رضا محمدی- خدیجه پور احمدی بابکی- مهناز حسین آبادی-سید علی موسوی- منصور ناصر روستا- مهدی کنعانی پور- کامران عیسایی- رویا فرهنگ رنجبر- صابر آزاده- جلال مجیدی مقدم- حامد پیروتی- میلاد رحیمی- سید رضا خسروی- همین رسالت- حسن روشنی- ایمان دارابی آزاد- اسماعیل امیری- عبدالرضا حیدریان- علیرضا ستوده- حمید عزیزی- وحید تاجیانی- امید غلامی- آرمان ذکایی فر- محمد حمیدی- علی اکبر عراقی عرب- امیر حسین هراتیان- امیر جاویدان- میثم وجدی- رامین مختاری- محمد اسماعیل منصور آباد- حمید خسروی- حسین کیانوش راد- حامد مجاور- سعید عبدلی- ایمان ارجمند حسین- رضا پاینده راد- جاوید پرنیان- علی قدسی قراملکی- سید ابراهیم حسینی فرد- مجتبی بخشنده- سامان سیاحی- میلاد کاوانی- داود شاکری- حسن همراهی قوشه- محمد نهاوند پور- شهباز احمدی- مهدی جهان تیغ- محمد خادمی کلیبی- سامان نور محمدی- ابوالفضل باقریان- روح الله فردی- مهسا پور بابا- خلیل احمد جامی ریز گی- جواد شعبانی- پریسا ابراهیمی- حمید هراتی- مسلم غفوری زاده- کسری کرمی- پدرام نوری- پیمان بشکار- محمد ممتازی- زهرا زارعی پشتیبان- حامد حاج خضری- احسان هدایتی- سید حمزه افسرپور- جمشید عزتی- عادل چمنی- غلامرضا نصیری- زهره عزیزی- سیاوش آخشیک- مژگان ذوالفقاری- اسدالله مقدمی کبیر- محمد جواد غلامی- قاسم کاوه آملی- محمد امین محیاپور لری- فاطمه رحمتی نیک قلعه- علی خلیلی- محمد نجفی کبوترکی- فاطمه آقازاده- محسن کلهر- شیرین براری پائین افراکتی- پویان شیرزای- مجید فرحبخش- محمد چاپی- داود وقاری امرالله- پیمان دستان- مهرداد کریمی- بهرام تاج امیری- مسعود معماری- مرتضی احمدیان والا- داود حیدری- محسن منصف- محمد کیوان شریعتی گزگزاره- فرهاد کیانی- اسماعیل محبی- رسول احمدوند- مدینه کیاه خواه- بهنام شریفی- محمد حداد- سید محمد مهدی خرمیان- مرتضی قنمادی- افروز شریعتی- محمد صدیق خالدی- احمد احمدی- بهمن منصوری- جواد شیراوژن- ایمان افشاری- معین فدوی- عبدالرسول مظفری وانانی- حسن قوس نشانی- امید زمانی شادباد- محمد ونائی- سجاد سهرابی شعبجره- جمال تازه حسنی کسمائی- ایوب علی زاده- بهنام اسبری- بهنام پایدار- علیرضا سلامت ابراهیم- علی اکبر نوروزی- مهدی زارع- جعفر پیامنی- لیلا حضرتی- پیمان الله میری- حامد سلیمانی- مریم کد خدا کاظم آبادی- مهدی حمیدی- فاطمه مرادی- روح الله قصاب زاده- ناصر سلطانی بقا- زهرا مهدی پور- مولود رشیدیان- میثم غناء- مینا کمالی- احمد تنگسیری- مجید قائنی زاده- فرشاد نجفی شاغنجی- حسن ممتاز موس آباد- احمد قریب دادی اغداش- مرتضی موسوی الاشلو- علیرضا رمضانی سنگانی- عمار حسین زاده- اعظم اسمعیلی- مسعود حکیمی- امین سدیدی- رسول معین- مرتضی ایمان پور- محمد دهقانی- علیرضا فاضلی- افشین خانزادی- الهه دوستی- عباس دالوند- کیوان پاشایی- اعظم نجفی قزلجه- سجاد معمارفرد- میثم نور شهرکی- عیسی امیری- میلاد صانع لفمجانی- ابوبکر کریمی- فرزاد عریانی- امیر وحدت منفرد- قاسم صالحی سیاه اسطلخی- الهام واحدی صفت- رضا فلاح پیشه- حسن سرگزی- محمد احسان سالاری- علیرضا حسن زاده- صمد غنی دل- مهرانگیز سالار نسب- مریم امجدیان- مهرداد فعلی پور ایلخانی- کاظم اکبر کسجینی- نجات قربانی فرد- مالک مساحی- سید هادی پازهر ، مریم رضانی ، محمود ندری ، کسری نظری ، بایرامعلی دلانی میلان ، محمد نورالدین ، میثم صالحی ، محسن شیخ زاده ، حسین اصغری ، تورج احتشام فر ، ایمان خبازی نژاد ، محمد شجاعی ، مریم لاجی ، مختار نظری ، رضا کدخدا فتح آبادی ، محمد امین شیروش ، معصومه رمضانی ، تورج مهری ، فاطمه یار احمدی ، علی مالکی ، حامد پروین ،محسن مردانی ، احمد رضا صادقی ، مصیب زارع ، بهنام قره قانی ، حمیدرضا رودی ، پویا سفید رو ، مهدی کاو تراش ، جمیله ولد خانی ، محمد نصیری پور ، سامان ورناصری محمدی ، حمید رضا سیل سپور ، محمد سلطانی نژاد ، جواد راست گردانی ، رسول جبارات ، جواد قادری ، وحید زنگنه ، سجاد زارع قشلاقی ، عرفان ایوانی ، حمید داوودی ، حسین زکی پور کینجی ، رامین رمضان پور مفرد ، محمد رضا دهستانی تفتی ، علیرضا طاهر نژاد ، غفار محرمی ، سعید اسماعیل پور باباجان ، مصطفی فیوج شجاعی یزدی ، میثم یوسف زاده ، وحید رزمان ، سعید صادقی ، خالد حسن نیا



- **عنوان کتاب: تغذیه نوزادان ای بی**
- **سال چاپ:** ۱۳۹۴
- **تیراژ:** ۳۰۰۰ نسخه
- **مترجم:** فاطمه افشار زاده
- **چکیده:** این کتابچه که در سایز A6 تهیه و چاپ شده است در بردارنده جملات کوتاه و پند آموزی است که برای کمک به کسب آرامش در دنیای پرتلاطم و پر استرس امروز بسیار سودمند هستند. مخاطب این کتابچه عموم مردم هستند.

معرفی بروشورها و کتابهای بنیاد امور بیماری ها ی خاص

- **عنوان کتاب:** هموفیلی مایلد
- **سال چاپ:** ۱۳۹۴
- **تیراژ:** ۳۰۰۰ نسخه
- **موئلفین:**ندا جلیلیان
- **چکیده:** در این کتاب ضمن تعریف پیوند اعضا، مطالبی درباره انواع پیوند، اعضای پیوندی، ابعاد فقهی و حقوقی پیوند و دیگر مطالب مرتبط با این موضوع آورده شده است.

- **عنوان کتاب:**پس از تشخیص سرطان
- **سال چاپ:** ۱۳۹۴
- **تیراژ:** ۳۰۰۰ نسخه
- **مترجم:** بهار محب - امین کوپایی
- **چکیده:** این کتابچه برای خانواده و دوستان فرد مبتلا به سرطان نوشته شده است. اینکه چنین فردی از نظر روحی و جسمی چه نیاز هایی دارد، چگونه باید این نیاز ها را برطرف نمود و اینکه دیگران چه نقشی در گذر فرد از بیماری اش ایفا می کنند، از جمله نکاتی است که در این کتاب به آنها اشاره شده است.

تهیه و تنظیم : ندا جلیلیان

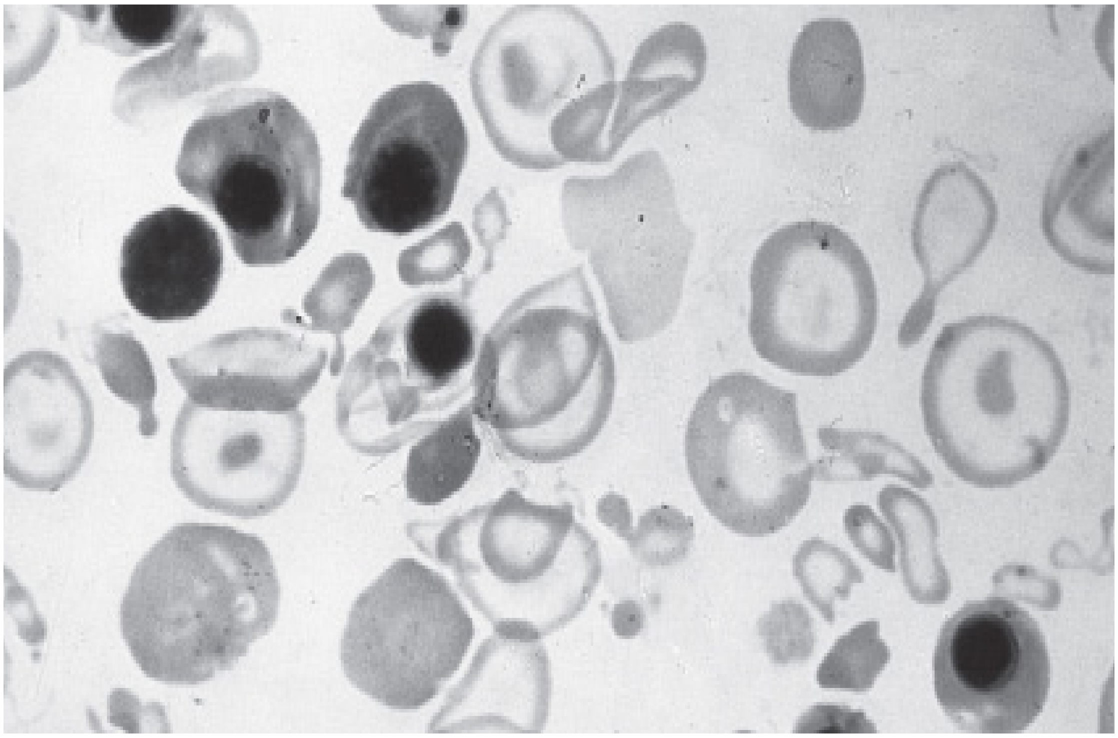
سلامت

پراکندگی سرطان در ایران

نویسنده:
دکتر رسول انتظار مهدی
اپیدمیولوژیست

اپیدمیولوژی سرطان ها در جهان و ایران
در طی سال ۲۰۰۸ درحدود ۷/۱۲ میلیون مورد جدید سرطان اتفاق افتاده و بیش از۷/۶ میلیون نفر بدلیل ابتلا به آن فوت نموده اند. بالاترین میزان بروز سرطانها در نیوزیلند واسترالیا با ۳۵۶ در یکصد هزارجمعیت در مردان و با ۲۷۶ دریکصد هزار در زنان دیده میشود. در این دو منطقه سرطان پروستات در مردان با بالاترین بروز (۸۰ در یکصد هزار جمعیت) و سرطان پستان در زنان، با میزان بروز ۷۵ در یکصدهزار جمعیت اتفاق میافتد. نسبت میزان بروز سنی استاندارد شده سرطانها درکشورهای توسعه یافته به کشورهای در حال توسعه ۱/۸ در مردان و ۱/۶ در زنان است. در حالیکه همان نسبت برای مرگ ناشی از سرطان خیلی پایین بوده و۱/۲ برای مردان و یک در زنان است. سرطانهای با بروز بالا در کشورهای توسعه یافته پروستات، پستان و کولورکتال بوده که با پیشآگهی بقای بالاتری همراه است، درحالیکه سرطان های با بروز بالا در کشورهای در حال توسعه معمولا شامل سرطان کبد، معده ومری می باشد که عمدتا با پیش آگهی بدتری همراه هستند. در این میان سرطان ریه در هردو گروه کشور دیده می شود، هر چند عوامل خطر این سرطان در دو گروه ذکر شده متفاوت می باشند. براساس برآوردهای انجام گرفته توسط سازمان جهانی بهداشت، تا سال ۲۰۲۰ میزان مرگ ناشی از سرطانها ۱۰۴ درصد افزایش خواهد یافت. که در کشورهای سوسیالیستی سابق شامل ۵۴ درصد، کشورهای آمریکای لاتین و حوزه کارائیب ۱۴۴ درصد، چین ۱۴۵ درصد، هندوستان ۱۵۸ درصد و کشورهای مدیترانه شرقی ۱۸۱ درصد خواهد بود. در حال حاضر در ایران سالانه بیش از ۷۵۰۰۰ مورد سرطان ثبت وگزارش می شود و براساس برآیند بررسی ها و نظرات صاحبنظران بین المللی که از برنامه ثبت سرطان کشور بازدید بعمل آورده اند با واقعیت های جامعه ایران منطبق میباشد و پوشش برنامه نیز مطلوب ارزیابی می شود. برهمین اساس میزان بروز سرطان در کشور کمی بیش از ۱۴۶ در یکصد هزارجمعیت برآورد می گردد. در ایران سرطان سومین عامل مرگ محسوب می شود و براساس گزارشات اولیه نظام ثبت مرگ کشور سالانه بیش از ۳۰۰۰۰ نفر از بیماران در اثر سرطان جان خود را از دست میدهند. براساس برآورد Globocan۲۰۰۸ در حال حاضر بیش از ۱۶۵۰۰۰ نفر بیمار مبتلا به سرطان در ایران زندگی میکنند.

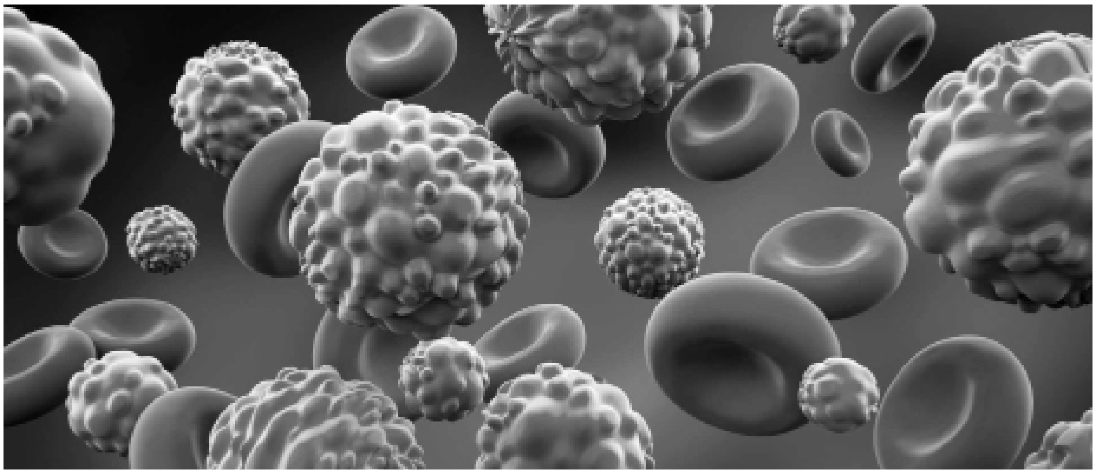
اپیدمیولوژی سرطان پستان
سرطان پستان شایعترین سرطان دربین زنان بوده و۱/۳۸ میلیون مورد جدید در سال ۲۰۰۸ کشف شده که ۲۳ درصد کل سرطان های زنان و دومین سرطان مهم در کل جمعیت (۱۰/۹ درصداز تمام سرطان در هردوجنس) می باشد. سرطان پستان در مردان از یک درصد تمام تومورهای پستان در هردو جنس را تشکیل میدهد. این تومور درکشورهای درحال توسعه و توسعه یافته تقریبا بروز مشابهی دارد(۶۹۲ هزار مورد)، در حالیکه نسبت جمعیت کشورهای توسعه یافته به کمتر توسعه یافته یک به چهار می باشد. دامنه میزان مرگ نسبت به بروز خیلی کمتر و ۱۹-۶ در یکصد هزار جمعیت است که مهمترین علت آن بقای بیشتر مبتلایان در کشورهای توسعه یافته است. کمترین میزان بروز سرطان پستان ۲۰ در یکصد هزار در اکثر کشورهای آفریقای زیر صحرا، چین وسایر کشورهای شرق آسیا به استثناء ژاپن و بالاترین میزان بروز ۹۰-۸۰ مورد در یکصدهزار در آمریکای شمالی و جنوبی(برزیل وآرژانتین)، شمال و غرب اروپا و استرالیا دیده می شود. بروز این سرطان در طول دهه اخیر در اکثر کشورهای درحال توسعه رشد سریعی داشته است. میزان مرگ ناشی از سرطان پستان در طی ۱۹۹۰-۱۹۶۰ در اکثر کشورهای اروپایی وامریکایی ثابت بود، ولی بعداز دهه ۹۰ موارد مرگ کاهش یافته و در حال حاضر به ۳۰-۲۵ درصد در اروپای شمالی رسیده است که عمدتا بدلیل بهبود فرایند تشخیص و درمان بوده است. سرطان پستان شایعترین سرطان دربین کل سرطانها در کل جمعیت می باشد و مهمترین علت آن بالا بودن بقا در مبتلایان است و تخمین زده می شود که در پنج سال گذشته بیش از ۴/۴ میلیون مورد تشخیص داده شده در جهان در حال حاضر زنده هستند. سرطان پستان از سالهای گذشته مشکل بهداشتی مناطق توسعه یافته بوده و در حال حاضر در کشورهای در حال توسعه نیزبعنوان یکمعضل بهداشتی مهم و دارای فوریت نمود یافته است، بطوریکه سالانه ۵ درصد به موارد بروز در این کشورها افزوده می شود. در حالیکه میزان بروز بیماری در جنوب آسیا هنوز پایین و ۲۱ در یکصد هزار جمعیت است، این میزان در کشورهای آسیایی دارای



نظام ثبت سرطان تقریبا پیشرفته، از جمله ژاپن، سنگاپور وکره در طی ۴۰ سال گذشته ۲ یا ۳ برابر شده است. روند افزایش موارد بیماری درهندوستان هم در مناطق شهری متمرکز است. شیب تند افزایشسرطان پستان در کشورهای درحال توسعه بدلیل گسترش کسب عادات وشیوه زندگی ا ز زنان جوامع توسعه یافته و صنعتی را غربی شدن (Westernization) نیز نامیده اند.

اپیدمیولوژی سرطان پستان در ایران

الگوی اپیدمیولوژیک سرطان پستان در ایران مشابه با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی و سایر کشورهای در حال توسعه میباشد و روند بروز آن در سالهای گذشته دستخوش تغییر شده است. روند بروز سرطان پستان در طی ۲۸ سال گذشته از رتبه پنجم به اولین رتبه درسال ۱۳۸۶ رسیده است. مثل اکثر قریب به اتفاق کشورهای منطقه مدیترانه شرقی که سرطان پستان در زنان شایعترین بدخیمی در کل جمعیت می باشد، در ایران هم سرطان پستان بعدازسرطانهای معده و مری قرار داشتولی براساس آمار نظام ثبت سرطان کشور در سال ۱۳۸۷ و آمار منتشره در GLOBOCAN ۲۰۰۸ سرطان پستان بعنوان مهمترین سرطان در کل جمعیت کشور(Number one) مطرح شده است و در حال حاضرسرطان پستان مهمترین بدخیمی قابل مداخله در سطح دوم در میان شایعترین بدخیمی های کشور محسوب می شود. با توجه به عوامل خطر ذکر شده و برآورد کلی از عوامل خطر سرطان پستان در میان زنان کشور نظیر پایین بودن نسبی سن ابتلا، رشد شاخصهای توسعه انسانی در کشور، بهبود شرایط اجتماعی و اقتصادی احاد جامعه بویژه زنان کشور که برروی شاخصهای باروری عامل خطر ابتلا به سرطان پستان تاثیر مثبت دارند(از جمله بالا رفتن سن ازدواج و سن بالای مادر زمان تولد اولین بچه، کاهش سن منارک و یائسگی دیررس، رواج تدریجی استفاده از HRT در میان زنان طبقه اجتماعی اقتصادی بالاتر) و تغییر شیوه زندگی و بالا بودن نسبی زنان با BMI بالای ۳۰(بیش از ۲۰ درصد) ، روند فزاینده نسبت جمعیت گروه سنی در معرض خطر ابتلا، افزایش شهرنشینی و افزایش امید زندگی و افزایش ذاتی سالیانه موارد سرطان از جمله پستان، انتظار میرود موارد بروز سرطان پستان افزایش یافته و درطی دو دهه آینده به الگوی کشورهای توسعه یافته نزدیکتر شود. از طرف دیگر با توجه به بهبود دسترسی آحاد جامعه(ازجمله زنان) به خدمات تشخیصی درمانی منطبق با تکنولوژی روز دنیا و گسترش نسبی خدمات حمایتی درمانی(از جمله بیمه های مکمل و...) برآورد می شود شیوع بیماری نیز بمراتب افزایش یابد. افزایش بروز و شیوع سرطان پستان با روند فعلی به مفهوم افزایش نیاز به تخت بستری تخصصی، افزایش ناتوانی ها و هزینه های مترتب بر آن و هزینه های خدمات محافظتی (Conservative) وتسکینی (palliative) ، می باشد که معضلی برمعضلات مهم وپیچیده نظام سلامت و نظام اجتماعی خواهد افزود.



روز جهانی سرطان

روز جهانی سرطان ۱۵ بهمن ۱۳۹۴ معادل ۴ فوریه ۲۰۱۶:
چهارم فوریه، برابر با ۱۵ بهمن ماه هر سال در تقویم سلامت، روز جهانی سرطان نامگذاری شده است. انجمن جهانی سرطان و سازمان بهداشت جهانی هم همه ساله در این روز، برنامهها و شعارهایی برای مبارزه با سرطان در نظر میگیرند که شعار «ما میتوانیم. من میتوانم»، از سوی این انجمن و سازمان برای سالهای ۲۰۱۸-۲۰۱۶ انتخاب شده است. هدف از انتخاب این شعار، مشارکت فردی و گروهی در امر مبارزه با سرطان بوده است.. هدف از روز جهانی سرطان، حمایت از بیماران سرطانی و حمایت از تمام اقداماتی است که با ابتلا به سرطان مبارزه میکنند.
سرطان به روایت آمار...
•براساس آمارهای سازمان بهداشت جهانی، سالانه بیش از ۸ میلیون نفر در سراسر جهان بر اثر ابتلا به یکی از انواع سرطان، جان خود را از دست میدهند.
•سرطانهای معده، کبد، کولون و پستان، بیشترین آمار مرگ و میر در اثر سرطان را به خود اختصاص دادهاند.
•بیش از ۳۰ درصدِ مرگ و میرهای ناشی از سرطان در اثر پیروی از سبک زندگی و الگوی غذایی نادرست مانند اضافهوزن، کاهش مصرف میوهها و سبزیهای تازه، کاهش میزان فعالیتهای فیزیکی روزانه و استعمال الکل و دخانیات است.
•مصرف دخانیات، عامل ۲۲ درصد از مرگ و میرهای ناشی از سرطان و ۷۱ درصد از مرگ و میرهای ناشی از سرطان ریه در سراسر جهان است.
•حدود ۸۰ درصد از مرگ و میرهای ناشی از سرطان در کشورهایی با درآمد متوسط و پایین اتفاق میافتد.
•پیشبینی میشود که میزان مرگ و میر در اثر ابتلا به سرطان در سال ۲۰۳۰ به ۱۳٫۱ میلیون نفر در سراسر جهان برسد.
•بیش از ۶۰ درصدِ موارد ابتلا به سرطانها با داشتن فعالیت فیزیکی کافی در طول روز، مصرف ۵ وعده میوه و سبزی تازه، پرهیز از استعمال دخانیات و پیروی از یک سبک زندگی سلامت، قابل پیشگیری هستند.
روز جهانی کلیه ۲۰ اسفندماه معادل ۱۰ مارس ۲۰۱۶:
روز جهانی کلیه امسال (The World KIDNEY Day) ۲۰ اسفند معادل ۱۰ مارس هر سال است. بیماری کلیوی بیماری خاموشی است که زندگی افراد را بسیار تحت تاثیر قرار می دهد. شعار امسال « مراقب کلیه کودکان خود باشیم» . در راستای پیامد این شعار بحث پیشگیری از بیمارری کلیه مطرح می گردد. در ذیل چندین راه ساده جهت پیشگیری و کاهش خطر بیماری کلیوی ذکر شده است:
۱-تناسب اندام خود را حفظ کنید و فعالیت بدنی داشته باشید
۲-میزان فشار خون خود را به طور منظم تحت کنترل داشته باشید
۳-فشار خون خود را پایش کنید
۴-رژیم غذایی سالمی داشته باشید و وزن خود را کنترل کنید
۵-مصرف مایعات سالم را به طور مستمر داشته باشید
۶-از مصرف دخانیات اجتناب کنید
۷-از مصرف خودسرانه داروهای بدون نسخه اجتناب کنید.

تهیه کننده:
معاونت آموزش و پژوهش

نکات تغذیه ای در مبتلایان به نارسایی مزمن کلیوی

نویسنده:
دکترفرید نوبخت حقیقی
متخصص تغذیه

* تعریف بیماری:
نارسایی مزمن کلیوی به مرحله ای از نارسایی کلیوی گفته می شود که کلیه ها دیگر قادر به عملکرد طبیعی و انجام وظایف خود شامل حفظ تعادل محیط داخلی بدن و دفع مواد زاید و سمی از طریق ادرار نیستند. در نتیجه این امر، مواد سمی در خون تجمع پیدا می کنند که سبب بروز اختلالاتی جدی در افراد می شود. دیابت و پرفشاری خون از مهم ترین علل بروز نارسایی مزمن کلیوی هستند. کنترل نکردن این بیماری به از بین رفتن کامل عملکرد کلیه ها منجر می شود که در این شرایط، انجام دیالیز و یا پیوند کلیه برای ادامه حیات بیمار ضروری خواهد بود.

* نکات ویژه در خصوص رژیم غذایی مبتلایان به نارسایی مزمن کلیوی

- به دلیل کم اشتهایی مبتلایان به این بیماری، بهتر است تعداد وعده های غذای مصرف روزانه ایشان افزایش و حجم هر وعده کاهش یابد.
- مصرف نمک در این بیماران باید محدود شود در ضمن باید از مصرف غذاهای پرنمک مانند خیارشور، رب گوجه فرنگی، انواع سس و مانند اینها نیز اجتناب کرد.
- مصرف قند و شکر و غذاهای حاوی آنها باید بسیار محدود شود.
- نان مصرفی باید کم نمک و تهیه شده از آردهای سبوس دار باشد.
- حبوبات (مانند نخود، عدس، لوبیا) حاوی مقدار زیادی پتانسیم هستند و بهتر است به شکل محدود مصرف شوند.
- سیب زمینی حاوی مقدار زیادی پتاسیم است و برای مصرف آن باید پوست آن از قبل گرفته و به مدت چند ساعت در آب خیسانده شود تا مقدار پتاسیم موجود در آن کاهش یابد.
- سبزی ها و میوه ها حاوی مقدار زیادی پتاسیم هستند اما به دلیل دارا بودن بسیاری از مواد مغذی ضروری برای بدن، باید به مقدار متناسب از انواع کم پتاسیم آنها استفاده کرد.

* میوه های کم پتاسیم: سیب ، نارنگی، لیمو، گریپ فروت، انگور، گیلاس، توت فرنگی، هلو، آناناس، هندوانه، تمشک، زغال اخته.

* میوه های پرپتاسیم: موز، خرما، پرتقال، کیوی، گلابی، آلو، شلیل، زردآلو، طالبی، گرمک، خربزه، میوه های خشک.

* سبزی های کم پتاسیم: خیار، جوانه حبوبات، کاهو، کلم، گل کلم، کلم بروکلی، پیاز، لوبیاسبز، فلفل سبز، کدو سبز، بادنجان، شلغم، هویج، تربچه، ریواس، قارچ.

* سبزی های پرپتاسیم: گوجه فرنگی، سیب زمینی، چغندر، بامیه، کدوحلوایی، فلفل تند.

* نکته: پختن سبزی ها سبب بالا رفتن مقدار پتاسیم قابل جذب آنها می شود. بنابراین بهتر است سبزی ها به شکل خام مصرف شوند.

عوامل خطر قابل پیشگیری سرطان

نویسنده: دکتر رشید رمضانی- ریاست اداره سرطان وزارت بهداشت

اهمیت موضوع

با حذف و کنترل عوامل عفونی بعنوان مهمترین پاتوژن های تهدید کننده سلامتی جامعه انسانی در طی هزاران سال و با افزایش امید زندگی و افزایش نسبت سالمندی در جهان و بهبود فرایندهای تشخیص طبی و درمان بیماریها ونیز تغییرات گسترده در شیوه زندگی و الگوی تغذیه ای، بیماریهای غیرواگیر و مزمن از نیمه دوم قرن بیستم بعنوان مشکل عمده جهان صنعتی نمود یافت. سازمان جهانی بهداشت پیش بینی کرده بار بیماریهای غیرواگیر در کل جهان طی دهه آینده ۱۷ درصد افزایش یابد که ۲۷ درصد آن مربوط به منطقه آفریقا(AFRO) و ۲۵ درصد(یک چهارم افزایش جهانی) مربوط به منطقه مدیترانه شرقی (EMRO) خواهد بود، در حالیکه منطقه آفریقا ۱۲ درصد و منطقه مدیترانه شرقی فقط ۸ درصد جمعیت جهان را دارا می باشند. بیماریهای غیرواگیر، شامل بیماریهای قلبی و عروقی، سرطان، بیماریهای مزمن تنفسی و دیابت، تهدید کننده حیات انسان محسوب میشوند. این چهار بیماری بزرگترین عامل مرگ انسان در جهان(۶۰ درصد با ۳۵۰ میلیون مورد) می باشند که ۸۰ درصد آنها در کشورهای با درآمد پایین و متوسط رخ میدهد. این در حالی است که ۸۰ درصد بیماریهای قلبی وعروقی و یک سوم سرطانها با حذف عوامل خطر قابل پیشگیری هستند.

یکی از مهمترین بیماریهای غیرواگیر سرطان ها میباشد که بدلیل ماهیت مزمن بودن و بار بیماری ناشی از آن، رشد بی سابقه سرطانها بخصوص در کشورهای در حال توسعه، هزینه های سرسام آور درمان این بیماریها با اولویت بالا در نظامهای سلامت کشورها مورد پیگیری قرار میگیرد.

علل و عوامل خطر سرطان

مهمترین علل و عوامل مستعد کننده، بوجود آورنده و پیشبرنده سرطانها که در کلیه جوامع از الگوی تقریبا مشابهی برخوردار هستند عبارتند از: کارسینوژنها، شیوه زندگی، عادات غذایی، تغذیهای و تغییرات جمعیتی که در فرآیندهای مختلف زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و در تعامل با محیط روی میدهند. گستردگی روبه فزونی مشکل بدخیمی ها و لزوم پیشگیری از آنها ایجاب مینمود نسبت به شناسایی عوامل خطر ابتلا به سرطانها اقدام شود. شناخت عوامل خطر سرطانها در طی یکصد سال گذشته با انسجام بیشتری انجام گرفته و همه روزه کارسینوژنهای بیشتری تعیین و معرفی میشوند. مهمترین کارسینوژنهایی که نقشقطعی آنها در بروز سرطانهای معین مشخصگردیده به اشکال مختلفطبقه بندی میگردد که در زیر به عناوین کلی آنها اشاره میشود:

-۱ سیگار(با اشکال مختلف مصرف تدخینی، Passive smokers ،Smokless tobacco)

-۲ عوامل بیولوژیکو عفونتهای مزمن(آفلاتوکسین ها، HBV,HCV,HPV,Hp,EBV)

-۳ الکل

-۴ عوامل باروری وهورمونهای داخلی و اشکال دارویی(OCP,HRT)

-۵ شیوه زندگی(تغذیه، چاقی و فعالیت فیزیکی)
-۶ پرتوهای یونیزان(اشعه آفتاب، اولتراویوله، گاز رادون، اشعه ایکسو گاما) و میدانهای الکترومغناطیسی
-۷ آلودگی هوا(آزبست، بنزن)، آب و خاک(آرسنیکو فلزات سنگین دیگر)و محل سکونت(سوختهای حیوانی)
-۸ مواد پیچیده شیمیایی و مواجهات شغلی(آزبست، سیلیس، ارسنیک، بریلیوم، کادمیوم، کروم، زغال سنگ، مواد بکاررفته در صنایع رنگسازی)
-۹ حساسیتهای ژنتیکی و وجود ژنهای حساس در برخی بدخیمی ها

عوامل خطر سرطان در ایران

در ایران نیز مولفه های تأثیرگذار در بروز سرطانها ازتنوع و گستردگی بالایی برخوردارند از جمله: افزایش روبه رشد مصرف محصولات دخانی، شیوع بالای اضافه وزن و چاقی، غیر صحیح بودن شیوه زندگی وروی آوردن مردم به عادات غذایی و تغذیه ای پرخطر(Westernization) ، عدم تحرک بدنی در قشر وسیعی از مردم، کمبود بعضی ریز مغذی هادر گروههای خاصسنی وجنسی ، در اقلیم های مختلفکشور، ضعفجدی در نظارت صحیح بر فرآیند تولید و عرضه مواد غذایی آماده ونیمه آماده، بالا بودن میانگین دریافت انرژی، مصرف بسیار بالای مکمل های کشاورزی وباغبانی نظیر سموم و کودهای شیمیایی، گسترش و پیچیدگی عوامل خطر محیطی از جمله آلودگی هوا در کلان شهرها، مواجهات شغلی و صنعتی شدن کشور.

عوامل خطر سرطان پستان

زنان از دوران بلوغ در معرضخطر ابتلا به سرطان پستان قرار میگیرند و با افزایش سن این خطر روبفزونی میگذارد، ولی در گروهی از بانوان خطر ابتلا بیشاز سایر زنان عضو هم گروه می باشد. مهمتری عوامل خطری که زنان را از هم گروه خود متمایز می کند عبارتند از :

-۱ تاریخچه فردی ابتلا به سرطان پستان
-۲ تاریخچه ابتلا به سرطان پستان در مادر، خواهر و یا دختر بویژه درسنین قبل از ۵۰ سالگی و ابتلا فرد مذکر در فامیل درجه اول
-۳ یافته های بیوپسی دال بر تغییراتقطعی در نسج پستان
-۴ تغییرات ژنتیکی نظیر BRCA۱-BRCA۲
-۵ شروع دوره قاعدگی(منارک) قبل از ۱۲ سالگی
-۶ شروع دوره یائسگی بعد از ۵۵ سالگی
-۷ تولد اولین بچه بعد از ۳۰ سالگی یا بچه دار نشدن
-۸ استفاده طولانی مدت (بیش از ۵ سال) از درمان هورمونی(HRT) دوره یائسگی
-۹ متراکم بودن نسج پستان در زنان مسن تر
-۱۰ سابقه رادیوتراپی برای درمان بدخیمی ها مثل هوچکین
-۱۱ مصرف الکل

نقش ورزش در بیماران کلیوی

نویسنده: دکتر مریم ابوالحسنی
متخصص پزشکی ورزشی

نارسایی کلیه نوعی اختلال بالینی است و در اثر عامل های بیماری زای گوناگون ، از جمله فشار خون و دیابت ، نفریت گلومرولی ، انسداد شریان کلیوی و نارسایی قلبی ایجاد می شود . نقش ورزش به منظور پیشگیری از بیماری های کلیوی به طور غیر مستقیم و آثار مثبتی که بر فشار خون ، دیابت و جلوگیری از انسداد شریان کلیوی دارد ، تأیید شده است . به هر حال ، محققان به نقش ورزش پس از نارسایی کلیه نیز توجه داشته اند . برای روشن شدن این مطلب ابتدا به بیماری نارسایی کلیه و علت آن با توجه به بیماری دیابت ، فشار خون و چربی خون و درمان و یا کنترل این بیماری ها با ورزش می پردازیم.

بیماری فشار خون و رابطه آن با بیماری کلیوی

به نظر می رسد از بین عامل های متعدد ایجاد کننده بیماری کلیوی در افراد بزرگسال ، بیماری فشار خون نقش زیادی داشته باشد . در دهه اخیر ، به دلیل مشکلات اجتماعی و بی تحرکی جسمانی ، بیماری کلیوی حاصل از بیماری فشار خون حدود ۱۶ الی ۲۶ درصد افزایش یافته است . بیماری فشار خون می تواند ، باعث بروز نارسایی کلیوی شود و یا پیشرفت نارسایی کلیه را تسریع کند . زیرا به نظر می رسد ، اولین اختلالی که باعث ظهور اختلال کلیه می شود ، کاهش قطر رگ های کلیوی در اثر اختلال توان وازوموتور سرخرگچه های کلیوی باشد . بنابراین ، در چنین وضعیتی دارو درمانی و فعالیت های بدنی هوازی با عضلات بزرگ بدن می تواند ، از طریق کنترل و احتمالاً کاهش فشار خون مفید واقع شود .

بیماری دیابت و و رابطه آن با بیماری کلیوی

در هر دو نوع بیماری دیابت شیرین (وابسته وغیر- وابسته به انسولین) ، یکی از شایع ترین علت ها ، نارسای کلیوی است . در چنین مواقعی ، حضور پروتئین های سرم در ادرار (پروتئینوری یا آلبومینوری) افزایش می یابد.معمولا در این وضعیت ، دیابت با ترکیبی از تعدیل رژیم غذایی ، ورزش و قرص های خوراکی پایین آورندهٔ قند خون با انسولین قابل کنترل است .در این بیماری ، اجرای فعالیت های ورزشی سبب کاهش غلظت گلوکز و افزایش حساسیت گیرنده های انسولینی در سلول های عضلانی می شود . این امر باعث می شود ، سلول های عضلانی قند را مصرف کنند .

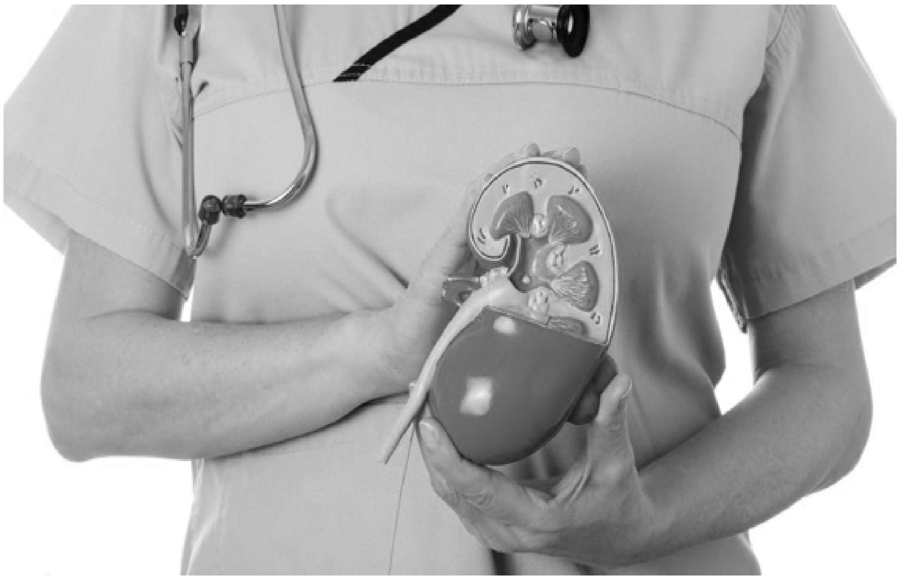
اگر چه تحقیقات متعددی ، نقش ورزش را بر بهبود بیماری دیابت نشان داده اند ، اما به نظر می رسد ، فعالیت های حرکتی به تنهایی نمی توانند قند خون را کنترل کنند یا اثر کمی بر کنترل قند خون دارند،اما زمانی که ورزش ، رژیم غذای و دارو درمانی با هم ترکیب شوند ، آثار فوق العاده ای خواهند داشت .

افزایش چربی های خون و رابطه آن با بیماری کلیوی

بسیاری از بیماران کلیوی ، مشکلات متعددی از جمله افزایش تری گلیسرید ، کلسترول و کاهش سطح HDLدارند . اگر چه این اختلالات ممکن است ، ارتباطی با بیماری کلیوی نداشته باشند ، اما می توانند شدت بیماری کلیوی را افزایش دهند . با توجه به این که تأثیر ورزش هوازی بر کاهش تری گلیسرید وکلسترول و افزایش HDLتا حد زیادی مشخص شده است ، اما به نظر می رسد ، یکی دیگر از آثار مفید ورزش در بیماران کلیوی ، تعدیل سطح چربی های خون باشد .

دیالیز و ورزش

به رغم اینکه با ورزش می توان از روند بیماری هایی که منجر به نارسایی کلیه می شوند ،جلوگیری کرد اما گاهی وخامت بیماری به حدی است که تاثیرات غیرقابل جبرانی بر روی کلیه می گذارد و بیمار یا باید پیوند کلیه انجام دهد و یا دیالیز را انتخاب



کند. ورزش در بیماران دیالیزی نیاز به رعایت نکات مهمی زیر نظر پزشک هست.

توصیه های مهم برای ورزشکاران دیالیزی

اگر چه انجام ورزش روی کلیه هایی که دچار نارسایی غیر قابل جبران شده اند ، تأثیرچندانی ندارد ، اما آثار مفیدی روی سلامت قلب و عروق ، سیستم اسکلتی – عضلانی ، سوخت و ساز و سیستم دفاعی بدن دارد . انجام تمرینهای ورزشی در بهبودی بیماران دیالیزی موثر است، اما مبتلایان به بیماریهای کلیوی ممکن است دچار ضعف عضلانی و خستگی بیش از حد باشند که این مشکل با تجویز یک نسخه ورزشی مناسب برای کنترل و بهبودی بیماریهای کلیوی قابل حل است. به هر حال نکات مهمی دربارۀ ورزش در بیماران دیالیزی وجود دارد که باید قبل از ورزش و در هنگام تمرینات به آن دقت شود.

- اندازه گیری سطح پلاسمای خون: گاهی افزایش سطح پتاسیم پلاسما پس از انجام برخی تمرینات ورزشی پیش می آید که می تواند باعث اختلالات قلبی شود .البته احتمال هیپرکالمی (افزایش پتاسیم خون) پس از ورزش های هوازی کم است .

-اندازه گیری فشار خون : از آنجاییکه گاهی شاهد افزایش فشار خون هنگام ورزش هستیم باید قبل از انجام تمرینات ورزشی آنرا اندازه گیری کرد در صورتی که فشار خون سیستولی و دیاستولی به ترتیب بالاتر از ۲۰۰ و ۱۲۰ میلی متر جیوه باشد ، باید از ورزش خودداری کنند

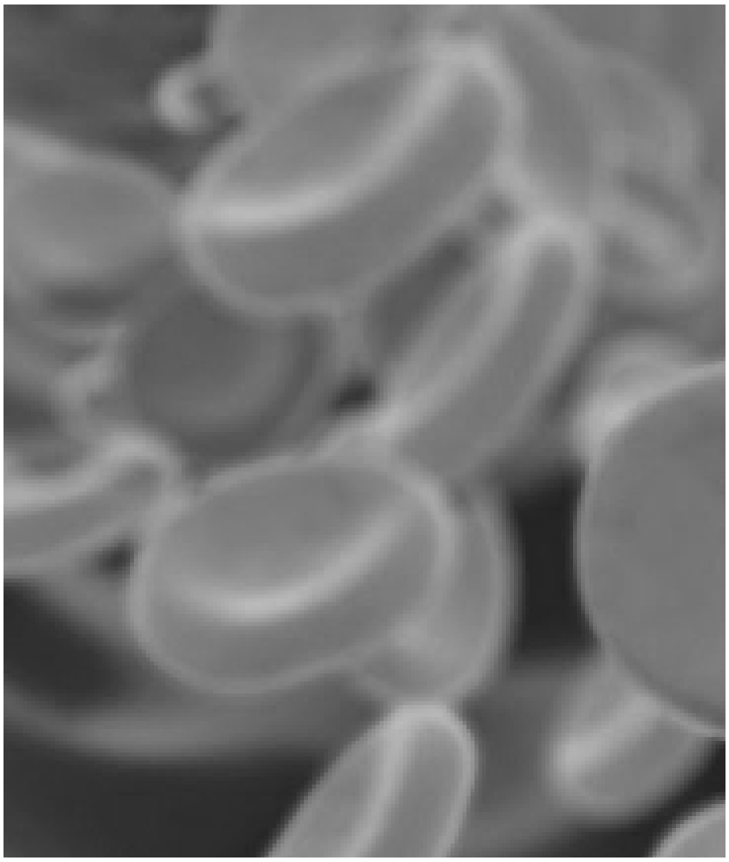
- کاهش شدت تمرینات و جلوگیری از کم آبی : در صورتیکه شدت و حجم ورزش بالا باشد ،فرد آب بسیاری را از دست می دهد و امکان دارد دچار دهیدراسیون شود که می تواند عواقب منفی را به دنبال داشته باشد، باید دقت کرد تا آب از دست رفته جایگزین شود تا خطر کم آبی (دهیدراسیون) کاهش یابد .

- زمان مناسب برای ورزش : به طور کلی ، شاید روز قبل از دیالیز برای ورزش مناسب نباشد ، چون احتمال بی ثباتی بیمار بیش تر است . بنابراین ، فعالیت های ورزشی در روز دیالیز و بعد از آن توصیه شده است .

ورزش های هوازی بهترین انتخاب

با توجه به آنچه گفته شد ، به نظر می رسد ، فعالیت های هوازی با شدت سبک و متوسط مانند پیاده روی و دوچرخه سواری)ثابت و متحرک) از جمله ، فعالیت های هوازی قابل قبولی هستند که افراد دیالیزی می توانند انجام دهند . مدت تمرین می تواند ، از زمان کم شروع شود ، سپس به تدریج تا ۲۰ دقیقه در هر جلسه افزایش یابد . ورزش های هوازی ضمن اینکه می توانند ، در پیشگیری یا کنترل بیماری کلیوی عامل مهمی باشند ، می توانند برای بیماران دیالیزی نیز سودمند باشند و ضمن افزایش کیفیت زندگی این افراد ، آثار دیالیز را افزایش دهند . به هر حال ، انجام ورزش در بیماران دیالیزی ، مستلزم کنترل پزشکی دقیق از جمله فشار خون و پتاسیم پلاسما است .

طبق نظریه متخصان کلیه و مجاری ادراری روزانه ۲۰ تا ۳۰ دقیقه ورزش منظم و هوازی مانند دوچرخه سواری، شنا، پیاده روی و ایروبیک می تواند در بهبود عملکرد کلیه ها نقش مهمی را ایفا کند.زیرا ورزش باعث می شود که مایعات بیشتری مصرف کنیم و این مصرف بیشتر مایعات در عملکرد کلیه ها تاثیر گذاراست. همچنین با توجه به این که ورزش باعث گردش خون بیشتر در کلیه ها می شود، آن ها را از خطر ابتلا به بیماری های کلیوی مصون می دارد.باید توجه کرد که منظور از ورزش، ورزش منظم و روزانه است و ورزش های سنگینی که فقط یک روز در هفته انجام شود و روزانه تکرار نشود، از نظر پزشکی در بهبود عملکرد کلیه ها تاثیری ندارد.



تالاسمی و ژن درمانی

نویسنده: دکتر فرخنده پوراسماعیلی
دانشیار گروه ژنتیک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تالاسمی چیست؟

تالاسمی یک بیماری خونی است که بشکل اتوزومی نهفته بارث میرسد یعنی پدر و مادر هردو در انتقال آن به فرزندانشان نقش دارند. در این بیماری، هموگلوبین که ماده اصلی خون است شکل طبیعی خود و در نتیجه توان انتقال اکسیژن به بافتها را از دست داده و گلبولهای قرمز خون تخریب میشوند.

علت بروز بیماری:

تالاسمی در پی جهش در ژنهای مسول تولید هموگلوبین در سلولهای قرمز خون بوجود می آید . بیماران ، هموگلوبین کمتری نسبت به افراد نرمال میسازند که در نتیجه باعث بروز نوعی کم خونی بنام آنمی میکروسیتیک میشود. تالاسمی اختلالاتی را در پی دارد از جمله اینکه آهن خون افزایش یافته، ناهنجاریهای استخوانی مثل پهن شدن استخوانها و افزایش ریسک شکستگی آنها و بزرگ شدن طحال در بیمار مشاهده میشود . اختلالهای قلبی عروقی مادرزادی و ریتم قلبی غیر نرمال در اشکال تالاسمی حاد و تاخیر در رشد کودک بیمار از دیگر عوارض بیماری هستند. با وجود این اختلالها، بیماران به مالاریا مقاوم می باشند که خود یک امتیاز محسوب میشود.

انواع تالاسمی:

دو نوع عمده بیماری تالاسمی آلفا و بتا هستند که هردو شکل مغلوبی از توارث را دارند. بنابراین، هردو والد(پدر و مادر) میبایست حامل شکل جهش یافته ژن گلوبین باشند تا شانس بیمار شدن در **۲۵دددد** از فرزندان آنها بوجود آید. لذا، مشاوره ژنتیک و آزمایشهای ژنتیک برای مشخص نمودن افراد حامل ژن بیمار در خانواده هایی که بیمار تالاسمی دارند جهت پیشگیری از تولد مبتلایان بیشتر توصیه میشود. حدود ۶۰-۸۰ میلیون بیمار تالاسمیک در دنیا وجود دارد.

حدود **۳دددد** از کل جمعیت دنیا (۱۵۰ میلیون نفر)، تنها حامل ژن بتا تالاسمی می باشند. هر چند تالاسمی در بیش از ۶۰ کشور دنیا گزارش شده است اما بیشترین شیوع این اختلال در کمربند مالاریا خیز دنیا، شامل کشورهای حوزه مدیترانه، بخشهایی از غرب و شمال آفریقا، خاورمیانه، شبه قاره هند و جنوب شرق آسیا مشاهده شده است. ایران نیز جزء کشورهایی می باشد که بر روی کمربند مالاریا خیز واقع شده و با شیوع به نسبت بالای تالاسمی روبرو است. تاکنون بیش از ۲۰۰ جهش نقطه ای مختلف و نیز موارد نادری از حذف ژنی در مورد ژن بتا و بیش از ۲۳ نقص ژنی متفاوت که مسئول ایجاد تالاسمی آلفا میباشند در سراسر جهان گزارش شده است. معمولا هر جمعیتی، دارای تعدادی جهش شایع تالاسمی و نیز تعدادی جهش نادر خاص مربوط به جمعیت خود می باشد .هر چند ژن بتا تالاسمی در جمعیت ایرانی شیوع بالایی دارد اما فراوانی آن در نواحی مختلف ایران کاملا متفاوت میباشد به طوریکه بالاترین شیوع آن در امتداد خطوط ساحلی شمال (دریای خزر) و (جنوب خلیج فارس) با میزان بیش از **۱۰دددد** دیده می شود. این در حالی است که شیوع این اختلال در دیگر نواحی ایران بین ۴ تا ۸ درصد می باشد .تاکنون بیش از ۵۰ جهش متفاوت مربوط به ژن بتا در سراسر ایران یافته شده است که این موضوع نشان دهنده ناهمگونی جمعیت ایران می باشد .جهش های مختلف عامل بتا تالاسمی در ایران، دارای منشأ های متفاوتی همچون ایرانی، مدیترانه ای، کردی، ترکی، مصری، تونسی، هندی و چینی می باشند.

آلفا تالاسمی که برخلاف نوع بتا در ایران بسیار نادر میباشد حاصل کاهش تولید زنجیره آلفا هموگلوبین می باشد. تولید زنجیره آلفای هموگلوبین توسط دو ژن موجود بر روی هرکدام از کروموزوم های شماره ۱۶ کنترل می شود.

آزمایشهای غربالگری و بررسی های ملکولی در هنگام مشاوره ژنتیکی برای افراد مشکوک به این اختلالات باید مدنظر قرار گیرد. علاوه بر این، شناسایی افراد ناقل آلفا و بتاتالاسمی جهت ممانعت از صرف وقت و هزینه گزاف جهت شناسایی اتیولوژی آنمی ها و استفاده نا بجا از مکمل های آهن

ضروری به نظر میرسد.
آزمایشهای مرسوم برای شناسایی حاملین
شناسایی حاملین ژنهای جهش یافته و باصطلاح ناقلین جهت آگاهی جامعه از خطر بالای ازدواجهای خویشاوندی در ایجاد فرزندان بیمار و پیشگیری از این امر از اهمیت بسیار بالایی در حوزه خانواده، جامعه و سلامت برخوردار است.
کامل خون(CBC) یکی از معمولترین آزمایشهایی است که با استفاده از ان اندازه و شکل سلولهای خون و نیز مقدار هموگلوبین مشخص میشود. در این تستهاMCV پائین نشانه تالاسمی است. F/Hb A۲ معمولا در بتا تالاسمی و Hb H در آلفا تالاسمی مورد بررسی قرار میگیرد.
آنالیز DNA هم آزمایشی است که برای یافتن جهشها و حذف های ژنهای کد کننده گلوبین آلفا و بتا مورد استفاده قرار میگیرد. این تست بصورت روتین انجام نمیشود اما میتواند بعنوان تست تشخیصی تالاسمی و برای تعیین حاملین کاربرد داشته باشد. مایع آمنیون هم در بعضی شرایط برای آزمایش ژنتیکی DNA جنینی برای تالاسمی استفاده میشود.
درمان تالاسمی و ژن درمانی
تا کنون برای درمان تالاسمی اقدامات مختلفی انجام گرفته است از جمله: استفاده از ذخیره خون مطمئن تر، انتقال منظم تر خون، اندازه گیری مقدار آهن خون و در سالهای گذشته پیوند مغز استخوان و مطالعه مسیرهای بیوشیمیایی سلول مثل مسیر گیرنده های اکتیوین Activin receptors)(، پروتئین های Heat shockودرمان هدفمند ماکروفاژها که بعضا در مرحله تحقیق قرار داشته و هنوز کاربرد درمانی ندارند.
استفاده از شیلاتورهای آهن (پاک کننده آهن از بدن) باعث افزایش طول عمر و کیفیت آن در بیماران تالاسمیک شده است. در حال حاضر سه دارواز این نوع با خصوصیات متفاوت فارماکوکینتیکی و فارماکودینامیکی بصورت تجاری در دسترس میباشد و از نظر تاثیر، بی ضرر بودن و پذیرش از سوی بیمار برتری هایی نسبت بهم نشان میدهند اما همچنان برای افزایش کیفیت آنها، طراحی موثر به تحقیقات بیشتری نیاز دارند.
ژن درمانی از پیشرفته ترین روشهای درمان بیماری است که بعضی بیماران به آن پاسخ داده ودر مراحل تحول خود را سپری میکند. در این روش، ژن بتا گلوبین به بدن بیمار منتقل می شود و به فعالیت خود ادامه می دهد و شروع به ساخت پروتئین بتا گلوبین سالم می کند. محققان با قلاب کردن عایق آنکرین(Ankyrin Insulator) به ژن بتا گلوبین که توسط یک حامل لنتی ویروس حمل می شود و سپس انتقال این حامل به سلول بنیادی مغز استخوان بیمار در محیط خارج از بدن و سپس با پیوند دوباره این مغز استخوان تغییر یافته به بدن بیمار فرصتی فراهم میاورند که سلول بنیادی حامل ژن درمانگر (ژن نرمال گلوبین) شروع به ساخت پروتئین بتا گلوبین و هموگلوبین سالم کند.عایق آنکرین(Ankyrin Insulator) بسیار موثر و مهم است. زیرا از انتقال ژن بتا گلوبینسالم محافظت می کند درجه کارآیی حامل بسته به نوع جهش تالاسمی بتا متفاوت است،در سال ۲۰۱۲ ، محققان با آزمایش بر روی ۱۹ بیمار مبتلا به تالاسمی بتا دریافتند که دو نمونه در بین بیماران بسیار شایع است: سلولهای بتا صفر که هیچ بتا گلوبینی تولید نمی کنند و باعث می شوند بیمار تمام عمر مجبور به تزریق خون باشد و سلولهای بتا مثبت که هموگلوبین تولید می کنند. محققان دریافتند که به طول میانگین یک کپی از حامل در سلولهای بتای صفر، ۵۵ درصد از هموگلوبینی را که در یک فرد سالم تولید می شود تولید میکند، در حالی که ، سلولهای بتای مثبت، بعد از درمان به همان مقدار که در بدن افراد سالم هموگلوبین تولید می شود، همو گلوبین تولید می کنند.
ماهیت متغیر جهش تالاسمی بتا باعث می شود که برخی از بیماران نسبت به بقیه بیماران، داوطلب بهتری برای ژن درمانی باشند و البته درصد موفقیت حامل به توانایی حامل در ساخت هموگلوبین هم بستگی دارد. ویژگی روش جدید ژن درمانی در این است که با انجام یک آزمایش خونساده می توان درصد موفقیت را تخمین زد.
دکتر امیر علی حمیدیه، فوق تخصص خون و سرطان کودکان عقیده دارند که حدود۷۵ درصد بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور با روش پیوند بهبود پیدا می کنند و اینکه هرچقدر سن بیمار کم تر باشد پیوند موفقیت آمیز تر است و میزان موفقیت آن به ۹۰ هم می رسد اما هرچقدر سن بالاتر باشد، اضافه بار آهن بالا می رود و شانس موفقیت پایین آمده و ۵۰ الی ۶۰ درصد خواهد شد.
در تاریخ ۶ نوامبر ۲۰۱۵ در مجله علمی Nature خبری جدید در مورد تزریق مستقیم DNA ی کدکننده آنزیمی که ترمیم کننده ژن معیوب لوسمی (یکنوع سرطان خون) است بچاپ رسید. آیا این نحوه درمان برای تالاسمی قابل اجراست و چه میزان امید بهبود را افزایش میدهد به تلاش محققین و امید به آینده دستاورد های جدید بستگی دارد.
در حال حاضر، سلول درمانی بیماران مبتلا به تالاسمی در ایران در بیمارستان شریعتی و شیراز انجام می شود.

آزمایش خون قبل از ازدواج و پیشگیری از تالاسمی

نویسنده: سید علیرضا سید محمدی
کارشناس ارشد ژنتیک

تالاسمی چیست؟

صفت ارثی یک ویژگی است که والدین به فرزندان خود منتقل می‌کنند. برخی از این صفت‌های ارثی باعث بروز یک بیماری می‌شوند، ولی برخی دیگرٍ فقط یک ویژگی را توصیف می‌کنند. مثلاً رنگ چشم، یک ویژگی است که توسط آن افراد را می‌توان توصیف کرد. فلانی رنگ چشمش آبی یا سبز است! ... ولی تالاسمی یک صفتی است که بیماری را منتقل می‌کند. در این بیماری مغز استخوان قادر به ساختن مقادیر کافی از هموگلوبین طبیعی در گلبول‌های قرمز نیست. میزان کاهش هموگلوبین طبیعی در انواع مختلف تالاسمی‌ها متفاوت است. لذا در افرادی که این صفت ارثی را دارند، تالاسمی به یک شکل بروز نمی‌کند.

در انتقال صفات ارثی از والدین به فرزندان به دو نکته توجه نمایید:

بروز صفت‌های ارثی تابع قانون احتمالات است، یعنی انتظار نداریم پدر و مادری که یک صفت را دارا هستند، آن را حتماً به فرزندان خود منتقل کنند.

صفت‌های ارثی که به صورت بیماری خود را نشان می‌دهند، از تنوع زیادی برخوردارند. تعدادی از آن‌ها شیوع بیشتری دارند و پراکندگی این صفات در جوامع مختلف متفاوت است.

تالاسمی در ایران شایع‌ترین بیماری ژنتیکی است و از انواع تالاسمی‌ها، نوع بتا شیوع بیشتری دارد.

تالاسمی بتا خود به انواع مختلف تقسیم می‌شود. در انواع مختلف آن، میزان کاهش Hb طبیعی متفاوت است. بتا تالاسمی مینور، نوعی بتا تالاسمی است که در آن کاهش Hb طبیعی مشکل حادی را ایجاد نمی‌کند، چون بدن با افزایش تعداد گلبول قرمز خود این مشکل را تا حدودی جبران می‌نماید. این افراد اگر با کسی که این صفت را ندارد ازدواج کنند، هیچ خطری فرزندان آن‌ها را تهدید نمی‌کند و حداکثر ممکن است فرزندی مثل خود فرد، به صورت ناقل مینور متولد شود. ولی اگر با کسی که این صفت را دارد ازدواج کنند، ۲۵ درصد احتمال دارد که فرزند مبتلا به تالاسمی ماژور به دنیا بیاید.

برای تعیین وضعیت جنین از نظر تالاسمی ماژور نیاز به نمونه‌برداری در هفته ۱۰ تا ۱۲با روش تکه‌برداری از پرزهای جفتی (CVS)یا در هفته ۱۴ تا ۱۶ با روش آمنیوسنتز است.اگر پس از بررسی‌های لازم مشخص شود جنین ژن‌های جهش‌یافته والدین را دریافت کرده است، جنین به تالاسمی ماژور مبتلا است، که احتمال آن ۲۵ درصد است. در این صورت سقط‌درمانی با مجوز پزشکی قانونی میسر است. البته در ۷۵ درصد موارد هم احتمال دارد جنین سالم باشد. در این صورت بارداری ادامه می‌یابد.بتا تالاسمی ماژور نوع شدید بیماری بتا تالاسمی است. در این نوع به دلیل کاهش هموگلوبین طبیعی، اکسیژن‌رسانی به بافت‌ها با مشکل همراه است. بدن این افراد علی‌رغم فعالیت

کلیه استخوان‌های خون‌ساز، قادر به جبران کمبود هموگلوبین طبیعی نیست. (فعالیت استخوان‌های خون‌ساز در ناحیه صورت سبب درشت شدن گونه‌ها و پیشانی در این افراد می‌شود). لذا هر چند وقت یک‌بار باید به این افراد خون سالم تزریق شود. تزریق خون باعث افزایش سطح آهن بدن می‌شود و برای جلوگیری از افزایش مسموم‌کننده آهن، تزریق آمپول دسفرال برای خارج کردن آهن اضافی ضروری است.

روش غربالگری تالاسمی چگونه انجام می‌شود؟

برای شروع برنامه غربالگری ابتدا کلیه آزمایشگاه‌های ازدواج مجهز به دستگاه شمارش سلولی خودکار (سِل کانتر) شده‌اند که عمده این دستگاه‌ها از نوع سیسمکس هستند. برای این آزمایش (آزمایشCBC) نیاز به حداقل ۲ سی‌سی خون است که در ویال‌های محتوی ماده ضد انعقاد گرفته می‌شود. این خون برای مخلوط شدن با ضد انعقاد، حداقل ۵ دقیقه روی دستگاهی به نام میکسر باید بچرخد و سپس به دستگاه داده شود. این دستگاه‌ها قادرند در کمتر از یک دقیقه حداقل ۸ پارامتر و اندکس خونی را نشان دهند. نتایج حاصل از دستگاه‌ها ملاک تصمیم‌گیری‌ها است. لذا تعمیر و نگهداری این دستگاه‌ها و بررسی صحت و دقت آن‌ها دارای برنامه مدونی است و پرسنل فنی آزمایشگاه ملزم به رعایت آن‌ها هستند .از بین پارامترها و اندکس‌های خونی آن‌چه در وهله اول به آن توجه می‌شود MCH و MCVاست .MCH متوسط غلظت هموگلوبین و MCV متوسط حجم گلبول‌های قرمز نشان می‌دهد برای MCHمقادیر بیش از ۲۷ و برای MCVمقادیر بیش از ۸۰، (و البته کمتر از ۱۰۰) نرمال تعریف شده است. در طرح غربالگری تالاسمی، هدف، شناسایی زوج ناقل صفت تالاسمی است که تصمیم دارند با یکدیگر ازدواج کنند. لذا اگر یکی از طرفین صفت تالاسمی را نداشته باشد مشکلی برای آینده زندگی مشترکشان پیش نخواهد آمد. بدین منظور در ابتدا نمونه آقا گرفته می‌شود و در صورت نیاز از خانم نمونه‌گیری می‌شود.

چرا ابتدا از مردان خون‌گیری انجام می‌شود؟

دلیل آن این است که تعداد زیادی از زنان در جامعه به کم‌خونی حاصل از فقر آهن مبتلا هستند. در این بیماری اندکس‌های مورد نظر مثل تالاسمی مینور کمتر از حد نرمال است و از آن‌جایی که ملاک غربالگری فقط اندکس‌های فوق است، بنابراین مجبور خواهیم بود در مقابل این خانم‌ها، مردان بیشتری را مورد بررسی قرار بدهیم.

هر نمونه پس از اندازه‌گیری پارامترهایش توسط دستگاه، اگر مقادیر یکی یا هر دو اندکس مورد نظر را کمتر از حد نرمال را نشان دهند به عنوان مشکوک در نظر گرفته می‌شوند تا اقدامات بعدی انجام شود .اقدام بعدی فراخواندن خانم مورد نظر برای نمونه‌گیری خون و بررسی اندکس‌های وی می‌باشد. در صورتی که خانم نرمال باشد، وضعیت آقا برای ازدواج از نظر صفت تالاسمی اهمیتی ندارد لذا بدون مشاوره ویژه، جواب آن‌ها صادر می‌شود. اگر هر دو نفر اندکس‌های پایین داشته باشند (زوج مشکوک به تالاسمی)، توسط پزشک مشاوره تالاسمی تحت مشاوره ویژه قرار می‌گیرند. در اولین اقدام وضعیت آهن بدن آن‌ها مورد ارزیابی قرار می‌گیرد، در صورت نیاز یک دوره درمان آهن تجویز می‌شود.

پس از سپری شدن طول درمان، نمونه‌گیری انجام و نتیجه از نظر مقادیر اندکس‌ها، مجدد ارزیابی می‌شود. در صورت عدم تصحیح اندکس‌های مورد نظر، برای هر دو نفر اندازه‌گیری HB A2درخواست می‌شود. نتایج حاصل از پیگیری‌های پزشک مشاور بر اساس یک معرفی‌نامه در اختیار زوجین قرار می‌گیرد تا با مراجعه به یکی از مراکز مشاوره ژنتیک مورد تأیید و معرفی شده از وزارت بهداشت، وضعیت صفت تالاسمی در آن‌ها به طور قطعی مشخص شود. HBA2. یکی از انواع هموگلوبین‌های طبیعی است که در یک فرد نرمال حداکثر ۳/۵ درصد از مقدار هموگلوبین کل را تشکیل می‌دهد. مقدار بیش از آن (حداکثر تا ۷ درصد)، تشخیص تالاسمی را قطعی می‌کند. ولی مقادیر در حد نرمال در افراد مشکوک، تالاسمی را رد نمی‌کند. لذا در این غربالگری مقادیر بالای آن دارای ارزش است.

در آزمایشگاه ژنتیک، جهش‌های ژنی هموگلوبین از نظر صفت تالاسمی مورد بررسی قرار می‌گیرد. پس از آن متخصص ژنتیک نظر خود را به مشاور تالاسمی اعلام می‌کند. در صورتی که صفت تالاسمی در هر دو نفر یا یکی از زوجین تأیید نشود، پایان مشاوره ویژه برای آنان خواهد بود. ولی اگر هر دو نفر ناقل تشخیص داده شوند، پس از اطلاع‌رسانی کامل در مورد آینده مشترکشان، تصمیم‌گیری برای ازدواج به عهده خودشان گذاشته می‌شود. اگر منصرف شوند پرونده آن‌ها بسته می‌شود، ولی اگر اصرار به ازدواج داشته باشند پس از تکمیل فرم‌های لازم مجوز ازدواج برای آن‌ها صادر خواهد شد و نیز به مرکز بهداشت محل سکونتشان معرفی می‌شوند و از طریق کارشناسان آن مرکز وضعیت بارداری خانم پیگیری می‌شود تا اقدامات لازم در زمان بارداری برای تشخیص وضعیت صفت تالاسمی در جنین قبل از ماه چهارم بارداری انجام شود تا در صورت نیاز مجوز سقط جنین صادر شود.

برای اجرای دستورالعمل شناسایی زوج ناقل تالاسمی تا رسیدن به یک نتیجه قطعی و مطمئن، گاهی ۲ تا ۳ ماه زمان نیاز است. از طرف دیگر زوجی که به آزمایشگاه مراجعه می‌کنند و قبل از نتیجه آزمایشات، مراسم ازدواج خود را برنامه‌ریزی کرده‌اند و فقط منتظر جواب آزمایش هستند، اگر به آن‌ها گفته شود باید منتظر بمانند تا بررسی‌های لازم نتیجه قطعی را مشخص کند.

درباره دیابت

نویسنده:دکتر علیرضا استقامتی
فوق تخصص غدد و متابولیسم

شاخصه بیماری دیابت قند خون بالاست که از عدم توانایی بدن در ترشح انسولین یا کاربرد آن ناشی می گردد.

انسولین به سلول های بدن اجازه جذب، استفاده و ذخیره قند را می دهد و باعث کاهش سطح قند خون پس از وعده غذایی می گردد. بالا ماندن قند خون در طولانی مدت باعث عوارض مربوط به دیابت می گردد.

انواع دیابت

دیابت نوع ۱ یک بیماری خود ایمنی است که در آن سیستم ایمنی بدن به بافت های سالم حمله کرده و آنها را از بین می برد. در دیابت نوع ۱ سیستم ایمنی سلول های ترشح کننده انسولین در لوزالمعده را از بین می برد. این نوع دیابت حدود ۳ الی ۵ درصد دیابت در سراسر دنیا را تشکیل می دهد. این بیماری بیشتر در میان کودکان و نوجوانان شایع بوده ولی احتمال بروز به صورت دیابت خود ایمنی مخفی(LADA) در افراد بزرگسال نیز می رود. افرادی که مبتلا به دیابت نوع ۱ هستند برای زنده ماندن نیاز به تزریق انسولین دارند.

دیابت نوع ۲ به دلیل عدم توانایی بدن در تولید انسولین کافی و مقاومت اندام های مختلف به انسولین ایجاد می شود. این نوع دیابت بیش از ۵۹ درصد بیماران دیابتی در سراسر دنیا را در بر می گیرد. دیابت نوع ۲ اغلب در افراد میانسال و مسن تر به چشم می خورد ولی در سال های اخیر میزان شیوع آن میان کودکان و نوجوانان دارای اضافه وزن افزایش پیدا کرده است.

دیابت حاملگی(GDM) اختلال تحمل گلوکز در آغاز یا حین حاملگی می باشد. در جهان از هر ۲۵ بارداری یکی با این بیماری همراه است ولی برآورد می گردد که در آینده این میزان سه برابر گردد. در صورت عدم تشخیص یا درمان نامناسب، دیابت حاملگی می تواند باعث نوزادان درشت تر از حد طبیعی، مرگ و میر بیشتر نوزادان و ناهنجاری های جنینی گردد. علاوه بر این، زنانی که دیابت حاملگی داشته اند و کودکانی که از بارداری همراه با این بیماری به دنیا آمده اند در معرض ریسک بالاتری برای ابتلا به دیابت نوع ۲ در سال های آتی زندگی قرار دارند.

دیابت و عوارض آن

دیابت یک بیماری مزمن پیشرونده است که باعث عوارض جدی مانند حمله قلبی، سکته، نارسایی کلیه، کوری و قطع عضو می گردد. اغلب دیابت زمانی تشخیص داده می شود که عوارض غیر قابل برگشت بروز پیدا کرده باشند.

دیابتی که به خوبی کنترل نشود می تواند منجر به عوارض مربوط به دیابت گردد. علاوه بر هزینه های درمانی که مستقیما با مدیریت و مراقبت دیابت و عوارض آن مرتبط هستند، عوارض دیابت هزینه های غیر مستقیمی نیز در بر دارند.

در حال حاضر بیماری بیش از ۱/۹ میلیون بزرگسال ایرانی تشخیص داده نشده و ایشان از وضعیت خود مطلع

نیستند. تمام این افراد در معرض ریسک بالاتر عوارض عمده مرتبط با دیابت نوع ۲ در دهه های آتی می باشند.

به خاطر عوارض آن، افراد مبتلا به دیابت نسبت به افراد غیر دیابتی دو برابر در معرض خطر مرگ قرار دارند. در ایران، هر روز حدود ۱۰۰ نفر به خاطر عوارض ناشی از دیابت جان خود را از دست می دهند که مجموع این رقم در سال ۱۳۹۴ به ۳۷ هزار می رسد.

کنترل مناسب قند خون می تواند عوارض را کاهش داده یا از آنها پیشگیری کند

اکثر هزینه های سلامت مربوط به دیابت به خاطر درمان طولانی مدت عوارض آن که به دلیل کنترل نامناسب قند خون بروز پیدا کرده اند می باشد. حفظ سطوح نرمال قند خون، فشار خون و کلسترول می تواند جلوی بروز عوارض دیابت را گرفته یا آنها را به تاخیر بیاندازد. بنابراین کاهش و پیشگیری از عوارض بهترین روش برای مدیریت هزینه هاست.

تحقیق دیابتی آینده نگر انگلستان(UKPDS) نشان می دهد که تنها ۱ درصد کاهش HbA1c باعث 21 درصد کاهش در خطر ابتلا به عوارض می گردد. پیشگیری و کاهش عوارض از طریق مدیریت و کاهش هزینه های دیابت است. این روند همچنین منجر به کاهش مرگ و میر و افزایش کیفیت زندگی شخص می گردد.

هیپو گلیسمی: چالشی روزانه برای افراد مبتلا به دیابت

حملات افت قند خون شدید یا هیپوگلیسمی وضعیتی است که در آن قند خون به سطوح بسیار پایین(کمتر از ۷۰ میلی گرم/دسی لیتر) می رسد. این پدیده یکی از عوارض شایع میان بیماران دیابتی است که انسولین مصرف می کنند. بیشتر افرادی که انسولین مصرف می کنند این حملات را تجربه کرده اند. این یک وضعیت اورژانسی است که می بایست به سرعت تشخیص داده شده و درمان گردد تا از صدمه به اندام ها و مغز پیشگیری شود. پیشگیری از افت شدید قند خون برای اجتناب از این حملات و کاهش هزینه ها مهم می باشد.

بیش از ۵۰ درصد حملات هیپوگلیسمی با پایش قند خون توسط خود افراد و ارزیابی ریسک فاکتور مربوطه قابل پیشبینی می باشند. علاوه بر این درمانهای جدید دیابت مانند انسولین های مدرن که نیازمند تزریقات کمتر یا دوزهای قابل تنظیم با توجه به وعده غذایی هستند نیز می توانند در مدیریت افت شدید قند خون مفید واقع شوند.

مراقبت در بیماران ای بی

کتاب منتشر شده توسط دبرا

گرچه تا کنون هیچ درمان قطعی برای **EB** شناسایی نشده است، اما با این حال از طریق اقدام زود هنگام پزشکی، بسیاری از عوارض آن می تواند به حداقل کاهش یابد.در تمامی موارد، اقدامات درمانی صورت گرفته، مستقیما جهت کاهش بروز علائم صورت می گیرد و عمدتا حمایتی است.این اقدامات مراقبتی باید روی پیشگیری از عفونت، مراقبت از پوست در برابر آسیب و ضربه، توجه به رژیم غذایی خاص و کمبود های تغذیه ای، به حداقل رساندن ناهنجاری ها و نیاز به حمایت های روانشناسی برای کل اعضای خانواده، متمرکز گردد. بسیاری از بیمارانی که به فرم های خفیف تر این بیماری مبتلا می باشند علائم کمتری داشته و نیاز به درمان حمایتی جزیی دارند.

تمام کودکان مبتلا به **EB** نیاز به مراقبت های پوستی داشته و خانواده ها باید دارای یک برنامه ی روزانه ی بررسی پوست و شرایط آن باشند و در صورت لزوم اقدامات لازم را صورت دهند.در خفیف ترین فرم **EB**، این برنامه ی مراقبتی شامل شناسایی تاول های جدید، تخلیه ی آنها و تمیز نگاه داشتن ناحیه متاثر می باشد.

در فرم های شدیدتر بیماری که نواحی بیشتری از بدن متاثر از تاول های جدید روزانه است، برنامه های مراقبتی بسیار زمان بر بوده و اغلب چندین ساعت از صبح یا غروب را به خود اختصاص می دهند. برنامه های مراقبتی در این افراد، شامل خیساندن پوشش هایی که به زخم ها چسبیده و گیر کرده اند، تخلیه ی تاول ها، حمام کردن و استفاده از پماد و چندین لایه پوشش غیر چسبنده ی جدید و تمیز می باشد.

تصور درد و رنجی که کودک و والدینش هنگام صبح، قبل از رسیدن به مدرسه متحمل می شوند زیاد دشوار نیست.

همین که کودک مبتلا به فرم خفیف **EB** ، با تاول های تازه تخلیه شده و چندین تاول بهبود یافته که از زیر لباس مدرسه قابل مشاهده نیست، وارد مدرسه می شود، ممکن است باعث محدودیت در حرکات کودک و زحمت و سختی او گردد. بهتر است والدین کودک تا قبل از تولد سه سالگی فرزند خود، با مدیریت مدارس منطقه ی خود تماس برقرار نموده و در ارتباط باشند. آنها باید با مسئول امور مربوط به کودکان استثنایی مشورت نموده و بیماری تشخیصی فرزند خود و همچنین نیاز های او را کاملا توضیح و تشریح نمایند و در خواست ارزیابی غربالگری برای کودک خود بنمایند.

اکثر کودکان مبتلا به **EB** می توانند در مدارس معمولی تحصیل نمایند. همانطور که می دانید، قوانین آموزشی به وضوح بیان می کنند که در صورت امکان، کودکی که نیاز های آموزشی خاص دارد می تواند وارد مدارس عادی و معمولی شود.

اگر کودک در سنی قرار دارد که آماده ی ورود به دوره ی پیش دبستانی ست ولی تا کنون درگیر مسائل آموزشی نبوده، والدین باید زمانی را قبل از شروع دوره ی آموزشی فرزند خود، به برقراری ارتباط و برگزاری جلساتی با مدیر مدرسه ی او اختصاص داده و اطلاعات جامعی از شرایط کودک ارائه نماید و همچنین درخواست نماید که برنامه ای جهت رفع نیازهای خاص کودک تدوین گردد.

والدین در صورت امکان، حتما قبل از شروع مدرسه ی کودک، باید با معلمین و مشاور امور بهداشتی مدرسه، جلسه ای داشته باشند. این ملاقات، این امکان را به معلمین مربوطه و مشاور بهداشت کودک می دهد تا راجع به این بیماری بیشتر بدانند و در جریان چگونگی تاثیر این بیماری روی کودک قرار بگیرند. بیاموزند که تاول ها چگونه ایجاد می شوند،

بهترین راه برای جلوگیری از تشکیل تاول ها چیست و در صورت ایجاد، چگونه می توان آن را التیام بخشید.

بهتر است والدین، اقدام به تهیه ی بسته ای نمایند که حاوی پمادها، پارچه ها و پوشش ها، دستورات پزشک و دستکش باشد و آن را داخل کیف مدرسه ی فرزند خود قرار دهند تا در شرایط اضطراری و اورژانس، مسئولین مدرسه از آن استفاده نمایند.

در صورت امکان، حضور والدین کودک در هفته ی اول مدرسه در کلاس و ارائه ی توضیح مختصری راجع به بیماری **EB** به سایر دانش آموزان، می تواند بسیار مفید باشد. اگر سایر دانش آموزان بدانند که به چه دلیل دست هم کلاسی شان معمولا بانداژ شده است و در حرکاتش محدودیت به چشم میخورد، بسیار مهربانانه تر برخورد نموده و خود را حامی کودک بیمار خواهند دانست. همچنین شرکت در جلسات اولیا و مربیان، و توضیح و تشریح این بیماری به سایر خانواده ها بسیار لازم و ضروری است.

قبل از مدرسه

والدین کودکان مبتلا به **EB** باید به شرکت فرزندشان در کلاس های پیش دبستانی، جهت افزایش مهارت های اجتماعی وی در کنار سایر دانش آموزان، تشویق . ترغیب گردند.این شرایط می تواند برای والدین بسیار اضطراب آور باشد که فرزندشان را برای ساعاتی دور از محیط حفاظت شده و تحت کنترل منزل تنها بگذارند.گاهی اوقات مراکز پیش دبستانی و گروه های بازی، تمایلی به پذیرش یک کودک مبتلا به **EB** در میان خود ندارند، چرا که احساس می کنند ممکن است نتوانند با نیاز های ویژه ی کودک کنار آیند. آن ها نگران این مطلب هستند که بازی کردن بچه ها برای کودکان **EB** خطرناک باشد و بنا به یک اعتقاد غلط، از سرایت این بیماری به سایر کودکان می ترسند.این ترس ها قابل درک هستند و باید در مورد چگونگی برخورد و حل این مشکلات تصمیمات مناسب اتخاذ گردد و نباید اجازه داد که این تفکرات غلط مانع تعامل مناسب کودک **EB** با جامعه گردد.

والدین و اولیا ی مدرسه باید دست به دست هم داده و محیط آموزشی را تا حد امکان ایمن گردانند.

کودکان **EB** به عنوان دانش آموزان پیش دبستانی، باید بیاموزند که چگونه از خود مراقبت کنند، چگونه نیاز های خود را عنوان و ابراز نمایند، چگونه به عنوان عضوی از یک گروه عمل نمایند و چگونه به کسانی به جز والدین خود اعتماد و اطمینان کنند.

شرکت مادر کودک **EB** در هفته اول حضور کودک در مهد کودک یا مدرسه، به منظور فراهم نمودن شرایطی که کودک بتواند تعامل بهتری با محیط و سایر کودکان داشته باشد، و همچنین چگونگی برخورد با مشکلات پوستی کودک در صورت بروز در طول روز، بسیار مفید و موثر خواهد بود. این اقدام موجب ایجاد احساس اطمینان در مادر، کودک و همچنین دبیران خواهد شد.

مقابله با یک حادثه ی جزیی توسط سایرین، که منجر به آسیب پوستی در کودک **EB** شده است می تواند منجر به تجربه ی مفیدی برای او گردد که بفهمد سایر بزرگسالان به جز پدر و مادرش هم می توانند از او مراقبت کنند.

بعدها این تجربه، در دوران نوجوانی و بزرگسالی کودک می تواند بسیار با ارزش باشد.

اتفاقات روزانه

اقدامات احتیاطی هنگام مواجهه با خون و سایر مایعات بدن :

با اینکه **EB** به هیچ عنوان مسری نیست، اما رعایت اقدامات احتیاطی هنگام مواجهه با خون و مایعات بدن هر شخصی، لازم و ضروری است (اقدامات احتیاطی جهانی). این اقدام به خصوص در زمان هایی که کودک در مهدکودک حضور دارد به دلیل شریک شدن آنها در وسایل بازی یکدیگر و گرفتن دستان هم، شایان توجه است.

اگر کودک مبتلا به **EB** ، مرتبا در دست های خود ضایعات و تاول هایی دارد، توصیه می شود که فقط از وسایل بازی شخصی خود استفاده نماید.

والدین باید این نکته را در نظر داشته باشند که، مدارس موظف هستند از سایر دانش آموزان نیز مراقبت نمایند. کودکان **EB** نباید با زخم های باز و جراحات بانداژ نشده به مدرسه فرستاده شوند. تنها استثنا زمانی است که ضایعات بر روی صورت یا گردن کودک واقع شده باشد و امکان بانداژ ان محل وجود نداشته باشد. با افزایش تعداد موارد این چنینی، موقعیت باید به گونه ای مناسب و به صورت موردی بین خانواده ها و مسئولین مدرسه بررسی و مناسبترین تصمیمات اتخاذ گردد.

مراقبت های عملی در مدرسه :

بهتر است والدین کودک **EB**، یک کیت **EB** حاوی پوشش های مناسب پانسمان به همراه توضیحات روند پانسمان و بانداژ آماده نمایند تا فقط در صورت بروز آسیب در مدرسه مورد استفاده ی مسئولین آنجا قرار گیرد. همچنین بهتر است والدین، شماره تماس مستقیم خود را در اختیار مدرسه قرار داده تا در شرایط اورژانس، مسئولین بتوانند با آنان تماس حاصل نمایند.با این حال، کاملا به اثبات رسیده است که کودکان مبتلا به **EB**، به نحو بسیار مطلوبی خود را با شرایط کلاس و مدرسه وفق داده و در مدت زمان اندکی چگونگی اجتناب از ایجاد زخم و آسیب را به خوبی می آموزند.

بلند کردن کودک

هنگامی که با یک کودک **EB** تماس پوستی برقرار می نمایید، توجه داشته باشید که ممکن است باعث ایجاد تاول و آسیب پوستی کودک گردد. اما فشار مستقیم، این حالت را ایجاد نمی کند. کودکان **EB** را نباید از زیر بازوهایشان بلند و حمل نمود، زیرا این احتمال وجود دارد که باعث ایجاد تاول های دردناکی در آن ناحیه گردد و از طرف دیگر، بانداژ آن ناحیه بسیار سخت و دشوار است.

ورزش و بازی کودک

هدف از بازی کردن با کودک **EB** باید این باشد که تا حد امکان کودک بتواند درگیر شده و به نحو مطلوب مشارکت نماید.برای بازی هایی که کودک روی زمین انجام می دهد بهتر است روی یک تشک فوم بایستد ، بنشیند و یا دراز بکشد.تاول در اثر اصطکاک پوست کودک ایجاد می شود، در نتیجه فعالیت هایی که با زانو زدن، دویدن

و یا پرش همراهند می توانند مشکل زا باشند.همچنین بازی هایی که نیازمند استفاده از دست و یا فعالیت های سریع می باشد نیز، ممکن است برای کودک سخت باشد.اصولا، کودک **EB** و والدین او، می توانند کلیه ی بازی ها و فعالیت هایی که می توان در مدرسه انجام داد و باعث وخیم تر شدن وضعیت تاول ها نمی شود را انجام دهند. این فرآیند می تواند شامل تغییراتی در نحوه ی ارائه ی دروس تربیت بدنی و ورزش و یا معاف نمودن کودک از تمامی فعالیت های درس مذکور باشد.

دوره ی متوسطه و دبیرستان

ورود به دوره های تحصیلی متوسطه و دبیرستان، یکسری مشکلات جدیدی را به دنبال خواهند داشت که باید مورد توجه قرار گیرند.در سطح عملی دروس، کودک باید به دلایل مختلف، از کلاسی به کلاس دیگر دائما در حرکت باشد که همین عامل باعث تاول زایی مکرر یا تشدید تاول های موجود شده و حرکت را با مشکلاتی مواجه خواهد نمود.

در اکثر مدارس، درها با دستگیره بسته می شوند و به همین علت دسترسی کودکان **EB** را با مشکل همراه خواهد نمود.چالش دیگری که کودکان **EB** در این دوره با آن مواجه خواهند بود، سنگینی کوله پشتی آنهاست.مقررات باید به گونه ای وضع شوند که بتوانند نیاز های فردی هر شخص را تحت پوشش قرار دهند. زمانی که کودک **EB** به مرحله ای می رسد که می خواهد در انتخاب مدرسه اش دخیل باشد، طرح فیزیکی و ساختمانی مدرسه، تبدیل به مانع شده و باعث محدودیت در انتخاب می گردد.از نظر روانشناسی و اجتماعی، کودک **EB** در این دوره، وارد فاز جدیدی از پیشرفت شده و از او انتظار می رود که مستقل تر و مسئول تر شود.کمک های دیگر می تواند، شامل تدوین الگوی رفتاری مناسب برای سایرین به گونه ای باشد که مانع شکل گیری این حس در کودک شود که با سایر کودکان متفاوت است.برای دانش آموزانی که به فرم شدید تر **EB** مبتلا هستند، موانع مهمتر و بیشتری برای غلبه وجود دارد.حضور مکرر این کودکان در بیمارستان، جهت طی کردن روند درمان، کودک را مجبور به غیبت های متناوب از کلاس درس می نماید.عصر هر روز، کودک باید زمان خود را به گونه ای سازماندهی کند که هم به انجام تکالیف درسی خود برسد، و هم به مراقبت های پوستی روزانه و چندگانه ی خود.البته روشن است که با همکاری و مشارکت والدین و اولیای مدرسه ، کودک قادر است به تمامی این مشکلات غلبه نماید. کودکان **EB** ای که به دلیل محدودیت های خود قادر به انجام فعالیت های فیزیکی و یدی نمی باشند، نیاز به اخذ مدارک تحصیلی معتبری دارند که این امکان را برای آن ها به وجود آورد که یک طیف وسیع انتخابی، جهت گزینش شغل آینده ی خود، در پیش رو داشته باشند.پهنه ی وسیعی از فرصت های شغلی مختلف، در پیش روی افراد مبتلا به **EB** وجود دارد و شرایط فیزیکی آن ها نباید سدی جهت رسیدن این عزیزان به قله های رفیع تحصیلی و آموزشی باشد.

راه کارهایی جهت مقابله با چالش های موجود برای کودک **EB** در مدرسه

اگر کودکتان از لحاظ بلع دچار مشکل می باشد، حتما با مسئولین مدرسه درباره ی رژیم غذایی او صحبت کنید.

مدرسه، باید کاملا از مشکلات مربوط به بلع فرزندتان آگاه بوده و مراقب نوع غذا، میوه، اسنک و انواع خوردنی های ارائه شده به این کودکان باشد.

والدین می توانند، خود نوع وعده های غذایی مدرسه را جهت استفاده ی کودک خود برگزینند.

باید غذاهای جایگزین نرم، که بلع آسانی دارند، جهت استفاده ی کودک **EB** انتخاب شوند. معمولا بستنی یکی از بهترین و مناسبترین گزینه هاست.

باید توجه داشت که در صفوف مختلف، کودک مبتلا به **EB** باید حتما در ابتدا یا انتهای صف قرار گیرد تا از ضربه ها و اصطکاک ناشی از ازدحام جمعیت و برخورد های سهوی بین دانش آموزان، در امان باشد.

اگر کودک، مبتلا به فرم شدید **EB** بود، بهتر است چند دقیقه زودتر یا دیرتر از سایر دانش آموزان وارد کلاس و یا از آن خارج شود.

کلاس درس، باید از نظر وجود موانعی که ممکن است باعث سقوط کودک و یا گیر کردن او شود، بررسی گردد.

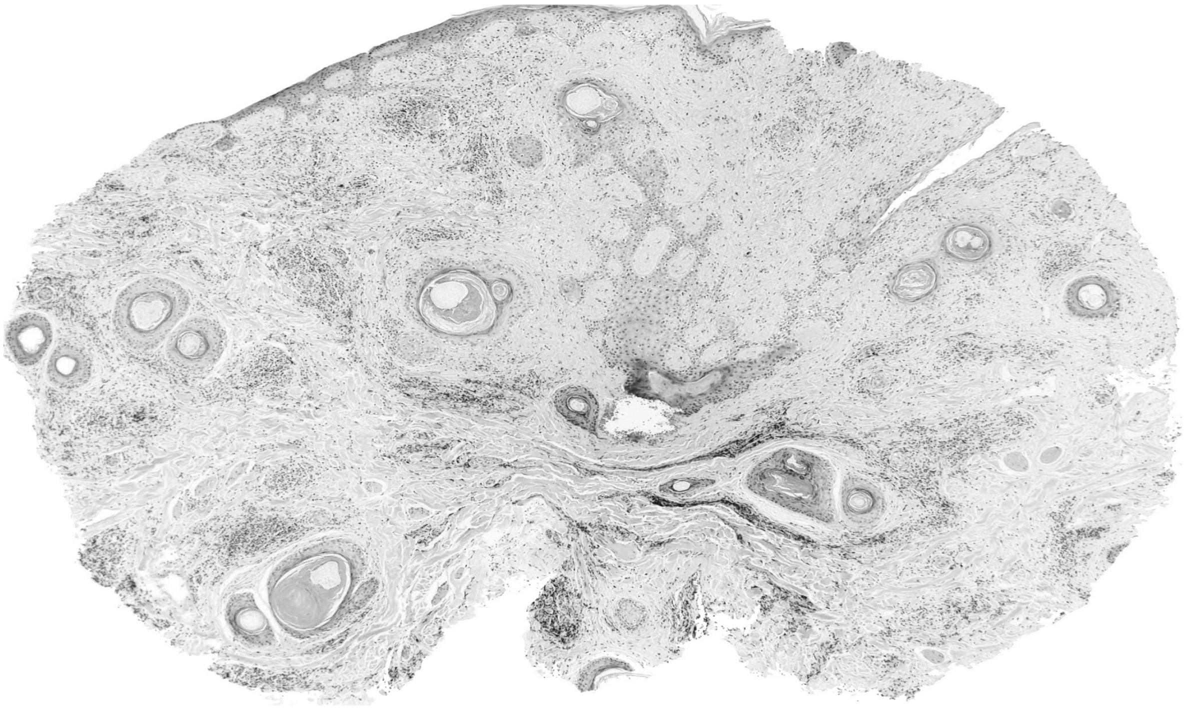
حتما در نظر داشته باشید، که شرایط و وضعیت کودک **EB** را به گونه ای برای سایر دانش آموزان کلاس توضیح دهید، که کاملا درک نمایند که به چه دلیل نباید او را هل داده و یا بگیرند.

میزهای کلاس درس باید حتما از نظر وجود لبه های تیز و برنده بررسی شده و در صورت لزوم تغییراتی در ساختار آن ایجاد شود و یا مراقبت های بیشتری اعمال گردد. در صورت وجود کودک مبتلا به فرم شدید **EB**، بهتر است روی صندلی او قطعه ای از پوست گوسفند و یا یک بالش جهت نشستن قرار داده شود.

از نشاندن کودک در کنار بخاری، دریچه های گرمازا و یا پنجره هایی که خورشید از طریق آنها مستقیم می تابد، جدا خودداری نمایید. چون گرما می تواند، روند تاول زایی را تشدید نماید.

در نظر داشته باشید که شیوه ی عملکرد کودک و انتظارات دبیران از وی در زمینه ی ورزش و فعالیت های بدنی، باید کاملا تغییر کرده و یا عملا حذف گردد.

حتما تدبیری جهت چگونگی گذر زنگ تفریح این کودکان بیندیشید و در نظر داشته باشید که محل حضور کودک باید منطقه ی خلوتی بوده و در عین حال تعامل اجتماعی کودک با سایرین هم باید حفظ گردد.



لوپوس اریتماتوز سیستمیک

لوپوس اریتماتوز سیستمیک (SLE) از نظر پزشکی یک بیماری هتروژنوس است و اساساً اتوایمیون است و توسط حضور آنتی بادیهای مستقیم بر ضد آنتی ژنهای هسته ای تشخیص داده می شوند.

این بیماری ، طبق تعریف ، یک بیماری مولتی سیستم است و بیماران علائم گوناگونی را دارند . طبقه بندی معیارهای این بیماری بهتر شده بطوریکه تلاش شده که تاحد ممکن جهت اهداف پژوهشی بیماران همگن را در یک گروه قراردهند.

۱)Lupus nephritis

۲)neurosychiatric lupus

۳)cutaneous lupus

۴)AmericanCollegeof Rheumatology

شیوع :

لوپوس در زنان ۱۰ برابر شایعتر از مردان است وعموماً تمایل به ظهور در سالهای زادآوری در زنان است . بدست آوردن اطلاعات قابل قبول در مورد شیوع SLE بسیار دشوار است . گوناگونی روش ها برای جمع آوری اطلاعات از دلایل این دشواری است ولی این مسئله مشهود است که آمارها در قوم های مختلف متفاوت است.

علت شناسی / بیماریزایی :

هتروژنیتی بودن کلینکی این بیماری مربوط به کمپلکس علل بیماریزائی میباشد. بررسی دو قلوها در ابتدا اهمیت فاکتورهای ژنتیکی را نشان داد ، پایش ژنوم پتاسیل تعدادی از موقعیت های مناسب را معین کرد. در افراد مستعد ، بیماری ممکن است در اثر تعدادی از محرک های محیطی مانند قرار گرفتن در معرض نورخورشید، داروها و عفونت ها مخصوصاً عفونت توسط ویروس Epstein – Barr (EBV) ، بوجود آید . حتی در یک بیمار ، لوپوس میتواند در اثر نسخه های متفاوت در زمانهای متفاوت شعله ور شود.

با توجه به تلاش های گسترده ،مکانیسم بیماریزایی SLE هنوز بطور کاملاً دقیق شناخته شده نیست .اکثر بیماران دارای سطوح بالائی از اتو آنتی بادیها هستند مخصوصاً برضد اجزاء هسته ای خاص مثل نوکلئوزوم ها ، DNA و هیستونها و این مسئله پذیرفته شده که حداقل یکی از این ها نقش بیماریزائی را ایفا میکند. حتی توسط رسوب ناگهانی به شکل

نویسنده:

سمیرا اکبرزاده

لیسانس میکروبیولوژی

فوق لیسانس بیوشیمی

کمپلکس های ایمنی در ارگان هدف یا توسط واکنش های متقابل یا دیگر آنتی ژنهای مربوطه. حضور و پایداری این آنتی بادیها نشانگر عدم تعادل است و این عدم تعادل به علت ترکیبات غیر عادی اتو آنتی بادیهای تولید شده در طی آپاپتوزیس و اختلال عملکردی لنفوسیت های T و B میباشد.

تشخیص افتراقی :

تشخیص های احتمالی افتراقی بسیار گسترده است و به ازای هر مورد تفاوت خواهد داشت. تظاهرات بالینی غیر ویژهٔ گسترده مثل درد وخستگی میتواند در برخی از بیماریها مثل Fibromyalgia و سندرم دردهای مزمن خاص و افتراقی باشد. حقیقتاً این نکته مهم است که Fibromyalgia و SLE میتواند بطور همزمان در یک بیمار وجود داشته باشد.

تعدادی از بیماران دسته ای از تظاهرات بالینی مربوط به بیماری اتوایمیون روماتیسم را دارند درحالیکه در بررسی های اولیه تشخیص نهایی چندان روشن نیست . این دسته از بیماران (نامتمایز) دچارSLE پیشرفته و یا دیگر بیماریها مانند اسکلروزیس سیستمیک می شوند.

برخی از بدخیمی ها ، مخصوصاً لنفوما و لوسمی که مربوط به این گروه سنی هستند، می توانند ظاهر کلینیکی مشابهی داشته باشند . به همین نحو ، یک همپوشانی مهمی با دچار شدن به برخی عفونت ها مخصوصاً سل ، ایدز/ HIV واندوکاردیتیس باکتریایی دارند. نظر به طبیعت داروهای سرکوب کنندهٔ ایمنی که از داروهای لازم در درمان این بیماری است ، این مسئله حائز اهمیت است که قبل از شروع به درمان لوپوس باید مانع ایجاد عفونت شویم .

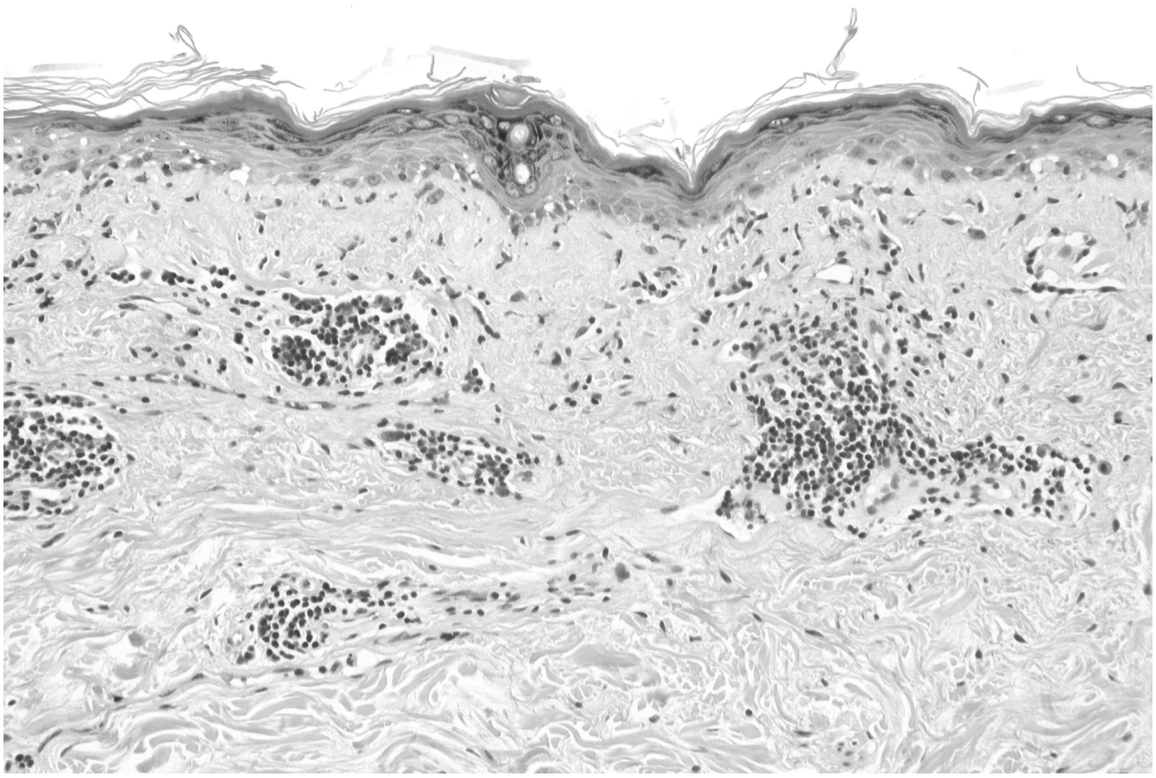
بیماران مبتلا به لوپوس حاد :

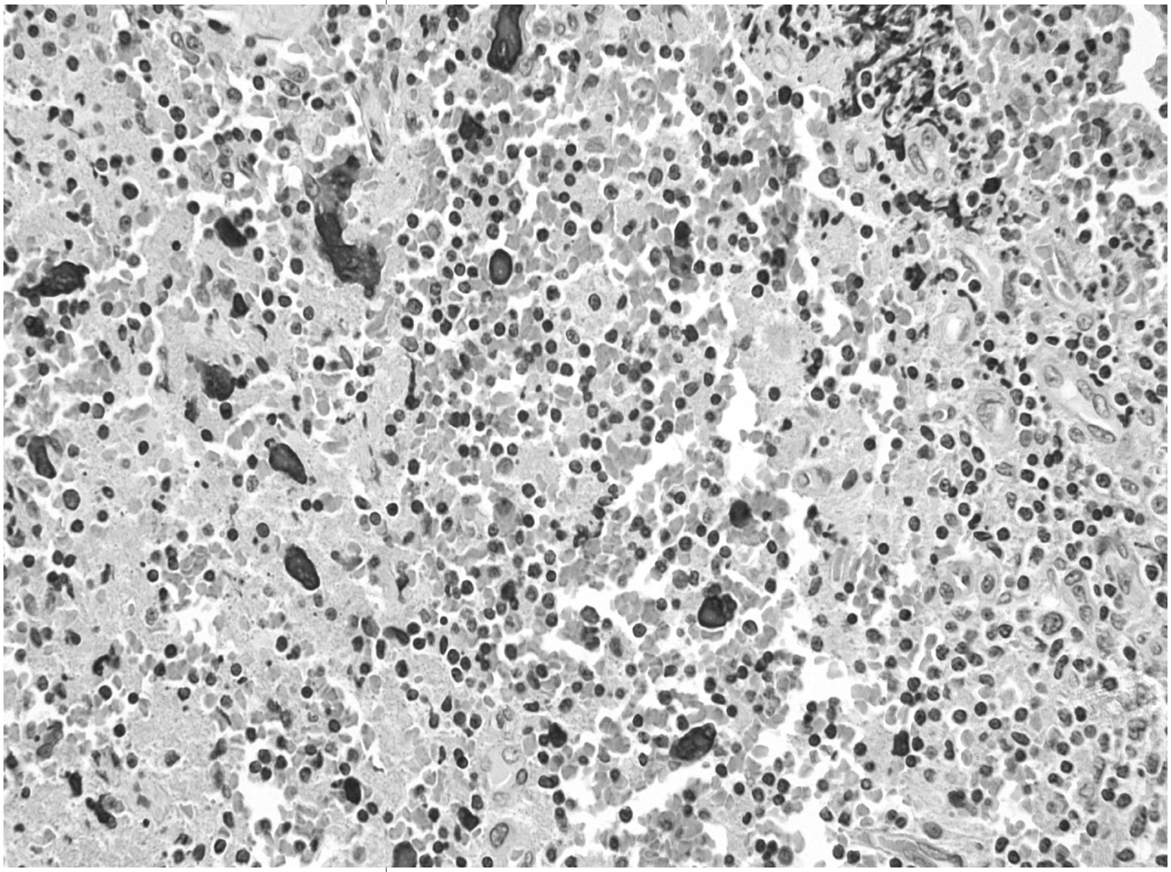
از آنجائیکه هم خود لوپوس وهم داروهای مورد استفاده، سرکوب کننده ایمنی هستند، سپسیس در این بیماران رواج داردو میتواند از طرق غیر عادی ظاهر شود. بنابر این پزشکان باید مراقب عفونت ها باشند. به علاوه احتمال وقوع سندرم T آنتی فسفولیپید که فاجعه انگیز است نیز وجود دارد. صفحه آخر ۸۰ سری از اینگونه بیماران را توصیف میکند. انسداد عروق کوچک چند گانه میتواند به علت مشکلات چند ارگانی بوجود آید ودر ۴۸درصد از این گروه از بیماران مرگ ومیر گزارش شده است .

تظاهرات بالینی :

تظاهرات بالینی لوپوس متفاوت است و در حد امکان و درجایی مناسب بحث شده است. هر قسمت از آن برای مطالعهٔ بیشتر به جایی دیگر ارجاع داده شده است . تناوب ظهور هر یک از این بیماریها براساس مطالعاتی است که اروپائیان در طول ۱۰ سال بر روی هزار بیمار مبتلا به SLE انجام داده اند، میباشند. علائم اصلی بیماری مثل خستگی ، کاهش وزن و تب علائم تهدید کنندهٔ زندگی نیستند ولی تاثیر قابل توجهی بر روی کیفیت زندگی دارند. بیماران مبتلا به SLE اغلب از خستگی طاقت فرسا و خواب نامناسب شکایت دارند.

بیماری کلیوی روی ۳۰ درصد بیماران مبتلا به SLE اثر میگذارد و اغلب خطرناک و عوارض تهدید کنندهٔ حیات را دارد. بیمارانی که دارای لوپوس





نفریتیس پیشرفته هستند اغلب در سالهای اولیهٔ ابتلا به بیماری SLE به این بیماری دچار شده اند . درگیریهای کلیوی ،مخصوصاً در اوایل ، اغلب بدون علامت است ، بنابراین آنالیزهای ادراری منظم و پایش فشار خون بسیار مهم است . درگیری کلیوی توسط دفع پروتئین از ادرار وحضور Cast های گلبولهای قرمز در ادرار تشخیص داده می شود وخیلی زود به بیوپسی کلیوی ارجاع داده می شود که این آزمایش بسیار مهم است.

لوپوس نوروساکیاتریک(NPSLE): این لوپوس در حدود ۲۰درصد از موارد دیده شده است. تشخیص این نوع لوپوس اغلب دشوار است. جهت تعریف این بیماری ۱۹ علامت متفاوت در کالج امریکایی روماتولوژی وجود دارد. در اکثر موارد، یک بیوپسی از مغز می تواند به عنوان تست تشخیصی باشد ولی این روش به ندرت انجام میشود. علائم کلینیکی درگیری سیستم اعصاب مرکزی شامل سردرد و تشنج و تشخیص های روان پزشکی شامل افسردگی و یا جنون نیز شامل درگیریهای نوروپاتی میشود. درگیری سیستم اعصاب مرکزی را میتوان توسط تصویربرداری مغناطیسی (MRI) از مغز یا نخاع و آزمایشات روی مایع مغزی نخاعی بطور مناسب تشخیص داد.به هر حال باید به خاطر داشت که در بررسی های معمول نبودن شاهدی برای فعال بودن بیماری در قسمتی دیگر از بدن نمیتواند تشخیص NPSLE را رد کند.

در مطالعات اخیر توسط MRI بر روی بیماران مبتلا به NPSLE نشان داد که ۳۴درصد آنها دارای اسکن مغزی نرمال بودند. جالب است که فقط یکی از ۸۵ بیمار در این مطالعه دارای بیوپسی از مغز بوده.

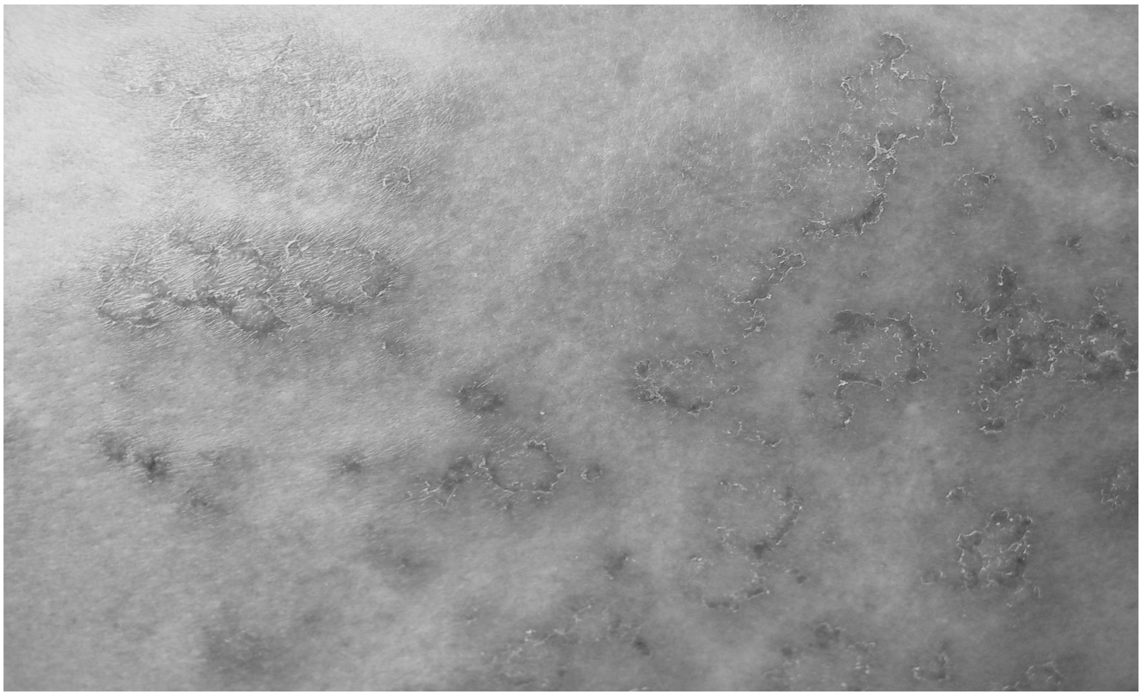
سندرم های نوروسایکیاتریک مشاهده شده در مبتلایان به لوپوس

تناوب بیماریهای اسکلت عضلانی در SLE بدین معناست که روماتولوژیست ها اغلب در ابتدا این مسئله را تشخیص میدهند. درد مفاصل و عضلات در اغلب این بیماران رخ میدهد.

دخالت پوست در لوپوس نیز امری رایج است. بعلاوه اینکه در نمونه های دانه های کلاسیک و راش های قرص مانند، بیشتر حساسیت های نوری رخ میدهد در نتیجه مواجهه با نور خورشید از عوامل عود بیماری شناخته میشود. ریزش مو و زخم شدن جای آن بصورت یک قرص نیز میتواند از عوارض ضایعات این زخم ها باشدکه اغلب با شدت بیماری، میزان آن نوسان دارد. زخم های دهان مانند آفت نیز همچنین از عوامل فعال بودن بیماری ست. دیگر عوارض دهانی مثل خشک شدن در نتیجه عملکرد سندرم های شوگرون میباشد .این بیماران همچنین از خشکی چشم ها و دهانه واژن رنج میبرند.

علائم هماتولوژیکی شامل
مک خونی نوروموسیتیک
نورموکرومیک،ترومبوسیتوپنیا (غالبا و نه همیشه با آنتی بادیهای ضد فسفولیپیده مرتبط است) و لکوپنی میباشد.
بیماریهای شدید خونی نیز ممکن است رخ بدهد ولی غالبا نادر است.

پلوریتیس باعث درد قفسه سینه، سرفه و تنگی نفس می شود که از مشهورترین و رایج ترین شواهد و علائم درگیری ریوی در SLE است. علائم ابتلا به ذات الریه نیز ممکن است ارتباط مستقیم با فعالیت لوپوس داشته باشد. انسداد جریان خون باید بطور دائم مخصوصا در افرادی که



دارای آنتی بادی ضد فسفولیپید هستند بررسی شود.

اختلالات گوارشی اغلب بطور غیر اختصاصی ای باعث درد در ناحیه شکم و سوئ هاضمه می شود. اگر چه این مسئله می تواند به مخفی شدن محل اصلی درد و جای آن بیانجامد و یا ممکن است بر اثر عوارض جانبی دارو بوجود آید. بزرگی طهال و کبد نیز در پی آن بوجود می آید و باعث تشدید بیماری می شود. بندرت مزانترواسکولیتی رخ میدهد ولی ایجاد آن عامل تهدید کننده زندگی ست مخصوصا اگر منجربه سوراخ شدن در این نواحی شود. این مسئله فقط توسط لاپاراتومی تشخیص داده می شود.

SLE با علائم عروقی نیز مرتبط است. پدیده Raynoud باعث تغییر رنگ تری فازیک می شود که در ۱۶درصد بیمارانی که در اروپا مورد بررسی قرار گرفته اند، دیده شده است. نمودار نشان میدهد که زنان بین ۱۸ تا ۴۴ سال مبتلا به SLE دو برابر بیشتر در معرض خطر ایست قلبی و ۴ برابر بیشتر در معرض بیماریهای شبیه نا توانیهای قلب در معرض مرگ قرار میگیرند. مشاهده بیماریهای داخلی با اکوکاردیوگرافی جهت شناسایی زخم های دریچه قلب امکان پذیر است. بعلاوه تورم غشا خارجی قلب و خارج شدن از حالت طبیعی دریچه ها از عوارض معمول بیماریهای میوکاردیکال است که به نسبت نادر است.

یافته های آزمایشگاهی :

بالای ۹۰درصد از بیماران مبتلا به SLE دارای آنتی بادیهای ضد هسته ای مثبت هستند (ANA) . تیترهای قابل قبول نزدیک به ۱:۸۰ یا بیشتر است .اگرچه تست ANA بسیار حساس است ولی برای تشخیص SLE اصلاً اختصاصی نیست . ANA مثبت در بسیاری از بیماریهای دیگر نیز مانند اسکلروزیس سیستمیک و پلی میوزیتیس و برخی از عفونت های مزمن دیده شده است . کلیه بیماران باید از نظر آنتی ژنهای قابل استخراج (ENA) بررسی شوند . ENA های مختلف مربوط به تظاهرات مختلف بیماری است به عنوان مثال

Anti – sm مربوط به درگیری کلیوی و anti – ro مربوط به سندرم ثانویه Sjogren است.

آنتی بادیهای DNA دو رشته ای (ds DNA) واخیراً آنتی بادیهای نوکلئوزومها (این تست ها بصورت عمومی در همهٔ آزمایشگاهها وجود ندارد.)جهت تشخیص SLE بسیار اختصاصی میباشد.

تیترهای anti –ds DNA جهت پیش بینی درگیری کلیوی بکار میرود. به هر حال این تیترهای آنتی بادی باشدت بیماری بالا و پائین می شوند ، از این رو تست های نوبتی به کمک ابزارهای پایش بسیار سودمند است .

اصولاً فعال شدن بیماری با افزایش تیترآنتی بادیهای ds DNA و سرعت رسوب ارتیروسیت های (ESR)و کم شدن تعداد لنوفوسیت ها همراه می باشد.

برخلاف آنها، CRP و ESR در زمان فعالیت بیماری زیاد نمی شود مگر اینکه ارتریتیس یا سروزیتیس وجود داشته باشد و اغلب افزایش CRP در بیماران مبتلا به SLE نمایانگر وجود عفونت می باشد.

درمان :

SLE یک بیماری عود کننده وخاموش شونده است و اهداف درمانی آن در سه چیز است :

مدیریت زیرکانه دوران عود بیماری ، پائین آوردن درصد خطر عود بیماری و

پایداری نسبی آن ، کنترل عوامل تهدید کننده اما اغلب ناتوانی ها روز به روز نمایان تر می شود . منظور ما از بیماریزای SLE این است که هم اکنون درمان اصلی این بیماری در صورتیکه در حالت فعال باشد، استفاده از سرکوب کننده های ایمنی است و بنابراین دارای خطر بالای دچار شدن به عفونت های دیگر است.

معمولاً در نوع ملایم از داروی هیدروکسی کلروکین استفاده می شود این دارو بر بیماری پوستی ، دردهای مفاصل وخستگی مؤثر است . دارهای غیر استروئیدی نیز اغلب برای دردهای مفاصل مفید هستند . اگر چه ممکن است درمان تهاجمی با داروی متوترگزات(methotrexate) مورد نیاز باشد. دوزهای پائین استروئیدهای خوراکی یا تزریق های عضلانی میتواند در درمان بیماری باشدت متوسط مؤثر باشد، اما درمان با سرکوب کننده های ایمنی و دوزهای بالای استروئیدها اغلب زمانی استفاده می شوند که یک ارگان اصلی درگیر شده باشد.

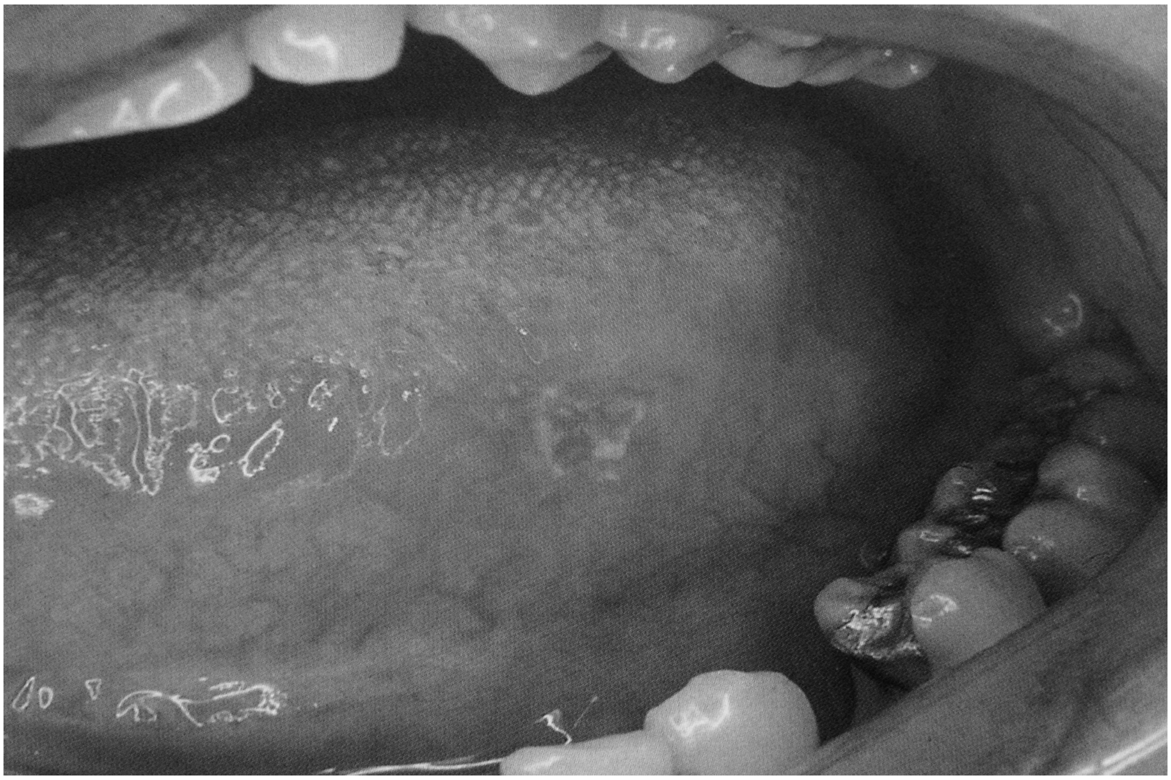
لوپوس نفریتیس بیشترین خطر مرگ یا ناتوانی برای دراز مدت را دارد. ترکیب دوزهای بالای کورتیکو استروئیدها باسیکوفسفامیدها جهت درمان لوپوس نفریتیس پرولیفراتیو به عنوان درمان طلایی برای سالهای زیادی بکار رفته است. هر دو دارو سرکوب کننده ایمنی هستند. بعلاوه اینکه کورتیکواستروئیدها دارای عوارض جانبی مضر مانند پوکی استخوان ، افزایش وزن و سیکلوفسفامیدها نیز میتوانند باعث تأثیرات ژنتیکی و ناباروری شوند.

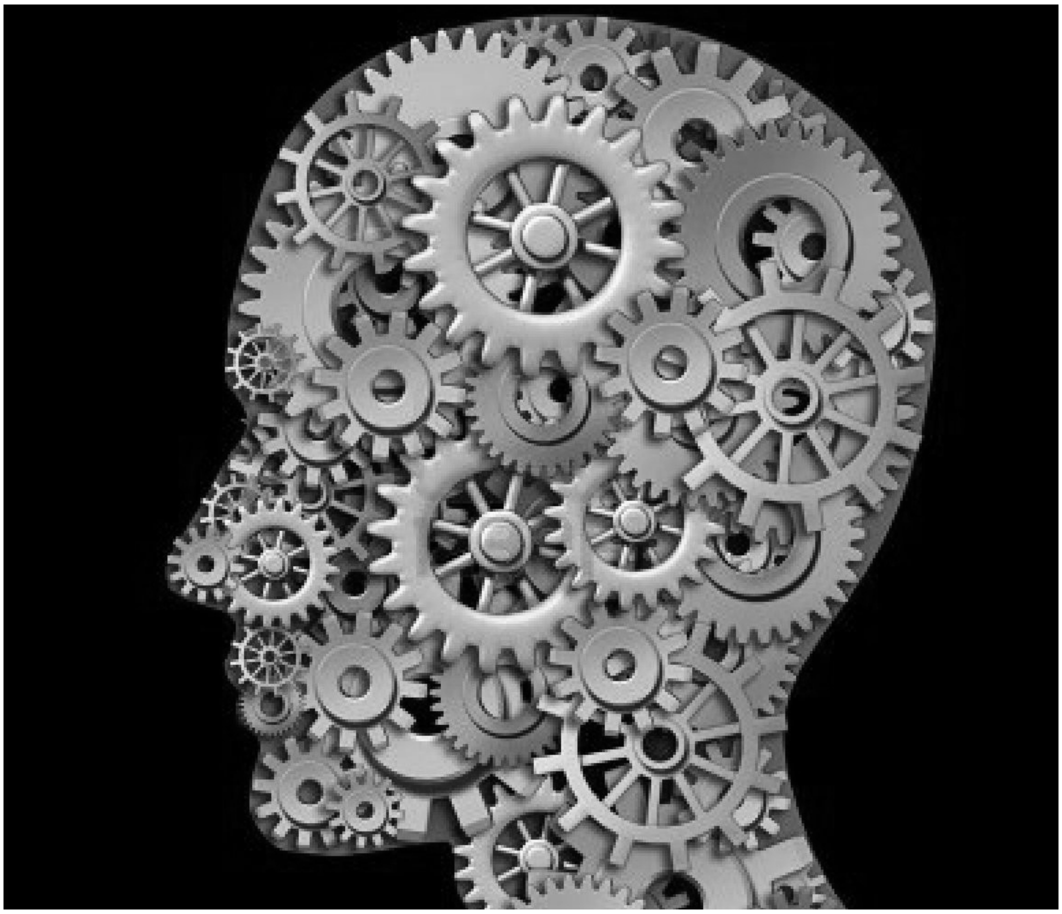
اخیراً رژیم مدون ماهیانه بصورت ۱ گرم سیکلوفسفامید برای ۶ ماه که بصورت هر سه ماه به مدت ۲ سال دنبال میشود ، توسط برخی گروهها به اثبات رسیده است در صورتیکه برخی ها معتقد به استفاده از دوزهای پایین سیکلوفسفامید (۶ تا دو هفته به مقدار کمتر از ۵۰۰ میلی گرم) هستند . قوانینی بنام لوپوس اروپایی که در سال ۲۰۰۲ انتشار پیدا کرد و نشان داد که استفاده از دوزهای پایین عواقب بهتری را در جهت پایین آوردن درصد ریسک و خطر را داشته بدون اینکه آسیبی به بیماران مبتلا به لوپوس با اختلالات ادراری بزند.

به همین منوال از آزاتیوپرین معمولاً برای درمان نگهدارنده استفاده می شود. از مایکوفنولات مفتیل نیز در کنار سیکلوفسفامیدها جهت درمان نگهدارنده استفاده می شود.

بطور مشابه از داروهای سرکوب کنندهٔ ایمنی مانند سیکلوفسفامیدها و آزاتیوپرین جهت درمان درگیریهای سیستم عصبی مرکزی و بندرت جهت درمان Serositis و اختلالات خونی استفاده میشود . گاهی اوقات در ترومبوسیتوپنیای اتوایمیون مقاوم نیاز به ایمونوگلوبولین داریم .

در تلاش برای بهبود مدیریت ، درمانهای بیولوژی شروع به پیشرفت کردند بطوریکه هدف آنها سلولهای خاص یا مولکولهایی با اعمال غیر طبیعی که درون سیستم ایمنی هستند می باشند. برای مثال برای حذف سلولهای B از rituzimab استفاده می کنند و سابقاً نیز از آنتی بادی منوکلونال ضد CD۲۰ برای درمان سلولهای لنفوسیت B استفاده می کردند که اکنون از این درمان جهت بیماران مبتلا با شدت زیاد که به درمانهای معمولی پاسخ نداده اند استفاده می شود.





بهداشت روانی بیماران پیوند اعضا

نویسنده: فرشته سادات شجاعی
دانشجودکتری تخصصی
روانشناسی بالینی

پیوند اعضا از مسائل نوین علم پزشکی و از دستاوردهای مهم آن و نشانه ارتقا و توانمندی مراکز پزشکی است؛ پدیده مرگ مغزی و امکان بهره گیری از آن در پیوند اعضا اگر چه امیدهای تازه ای را در نجات جان تعدادی از بیماران به وجود آورده، مسائل اخلاقی، فرهنگی و حقوقی فراوانی نیز به همراه داشته است. بررسی برخی از مشکلات علمی در پیوند اعضا از انسان مرده به انسان زنده و بیان دیدگاه های مخالفان و موافقان از اهداف این پژوهش می باشد.

در منابع اسلامی، حیات انسانی مقدس و حفظ جان او وظیفه ای الهی است. توجه اسلام به تحقیقات و یافته های جدید علمی در رفع نیازهای دینی و دنیوی انسان، به پیشرفت های پزشکی در نجات جان انسان ها مشروعیت می بخشد. تلاش برای رفع موانع و مشکلات موجود در پیوند اعضا، علاوه بر کاهش هزینه های نگهداری بیماران مرگ مغزی و امیدبخشی به بیماران نیازمند پیوند اعضا، از اقدامات سودجویانه، غیراخلاقی و غیرقانونی در این زمینه جلوگیری می کند.

تنها راه ادامه حیات برای بیماران با نارسایی پیشرفته قلب، ریه و کبد پیوند عضو می باشد.

• بهترین درمان برای بسیاری از بیماران با نارسایی پیشرفته کلیه پیوند کلیه می باشد.

پیوند اعضا از مسائل نوین علم پزشکی و از دستاوردهای مهم آن و نشانه ارتقا و توانمندی مراکز پزشکی است؛ پدیده مرگ مغزی و امکان بهره گیری از آن در پیوند اعضا اگر چه امیدهای تازه ای را در نجات جان تعدادی از بیماران به وجود آورده، مسائل اخلاقی، فرهنگی و حقوقی فراوانی نیز به همراه داشته است. بررسی برخی از مشکلات علمی در پیوند اعضا از انسان مرده به انسان زنده و بیان دیدگاه های مخالفان و موافقان از اهداف این پژوهش می باشد.

در منابع اسلامی، حیات انسانی مقدس و حفظ جان او وظیفه ای الهی است. توجه اسلام به تحقیقات و یافته های جدید علمی در رفع نیازهای دینی و دنیوی انسان، به پیشرفت های پزشکی در نجات جان انسان ها مشروعیت می بخشد. تلاش برای رفع موانع و مشکلات موجود در پیوند اعضا، علاوه بر کاهش هزینه های نگهداری بیماران مرگ مغزی و امیدبخشی به بیماران نیازمند پیوند اعضا، از اقدامات سودجویانه، غیراخلاقی و غیرقانونی در این زمینه جلوگیری می کند.

تنها راه ادامه حیات برای بیماران با نارسایی پیشرفته قلب، ریه و کبد پیوند عضو می باشد.

- بهترین درمان برای بسیاری از بیماران با نارسایی پیشرفته کلیه پیوند کلیه می باشد.
- میزان موفقیت پیوند و بقای آن هرساله روبه افزایش است .
- بیماران زیادی در انتظار دریافت اعضای پیوندی می باشد.

تصمیم گیری درمورد اهداء عضو موضوعی کاملا خصوصی و شخصی است . شما می توانید در هر مرحله از زندگی خود تصمیم خود را تغییر دهید. این قسمت جهت یاری رساندن به شما در پاسخگویی به سوالات شایعی که در این زمینه پرسیده می شود تنظیم گردیده است. اگر شما تصمیم به اهدا عضو پس از مرگ دارید، مناسب است خانواده خود رانیز از این تصمیم آگاه نمایید.

اهدا اعضا می تواند نجات بخش جان بیماران، حافظ سلامت وایجاد امیدواری به شروع زندگی جدید باشد

پس از تایید مرگ مغزی، هماهنگ کنندگان پیوند با خانواده بیمار در خصوص اهدا عضو صحبت می کنند و در صورت موافقت، تیم جراحی آگاه می شوند.

لازم است بیماران موجود در لیست انتظار دریافت عضو پیوندی، با مسائل روانی اجتماعی متعددی که پیش رو دارند مقابله کنند. انتظارات بیماران از نتایج پیوند، مشکلات روانپزشکی موجود در بیمار، بررسی رفتارهای پرخطر در بیماران (اعتیاد تزریقی، الکلیسم،...) شناخت ویژگیهای شخصیتی و مکانیسمهای دفاعی بیماران، میزان پذیرش درمانهای پیچیده و طولانیمدت قبل و پس از پیوند و میزان همکاری بیمار با تیمهای درمان بر لزوم ارزیابی دقیق افراد کاندید دریافت عضو پیوندی صحه میگذارد.

گیرندگان عضو پیوندی در ۲۰درصد موارد دچار حمله افسردگی عمده یا اختلال سازگاری یا خلق افسرده میشوند که ارزیابی افکار خودکشی و آسیب به خود را در ایشان ضروری مینماید. حملات همراه با نشانههای اختلال استرس پسآسیبی (PTSD)،مشکلات خواب، کابوس، علایم اضطرابی مرتبط با پیوند عضو و مشکلات شناختی و دلیریوم به کرات در این بیماران دیده میشود..

پس از یک پیوند موفق نیز بیمار با مشکلات مربوط به خدشه در تصویر بدنی (Body Image)، پذیرفتن نقش بیمار برای مدتهای طولانی، وابستگی به خانواده خود و پسرفتهای اجتماعی و عملکردی درگیر است که بر لزوم بازتوانی فیزیکی و روحی روانی بیماران و بازگرداندن آنها به زندگی مولد دلالت میکند. رواندرمانی حمایتی، گروه درمانی بیماران در لیست انتظار و پیوند شده، آموزش مهارتهای اجتماعی و زندگی با شرایط جدید، دخالتهای روانپزشکی مشاور یا رابط میتواند در حل مسائل ذکر شده مؤثر باشد. خیلی از بیماران پس از پیوند عضو، دور تازه ای از مشکلاتشان شروع می شود که گاه به اندازه روزهایی که عضو پیوندی نداشتند، رنج و عذاب می کشند.

خدمات روان درمانی

ارائه خدمات روان درمانی به بیماران

۱-بستری در بخش

۲-ارائه خدمات روان درمان فردی

۳-ارائه خدمات روان درمانی روانی جنسی

۴-ارائه خدمات روان سنجی-تست های مختلف

۵-ارائه خدمات گروه درمانی

۶-ارائه خدمات خانوتده درمانی

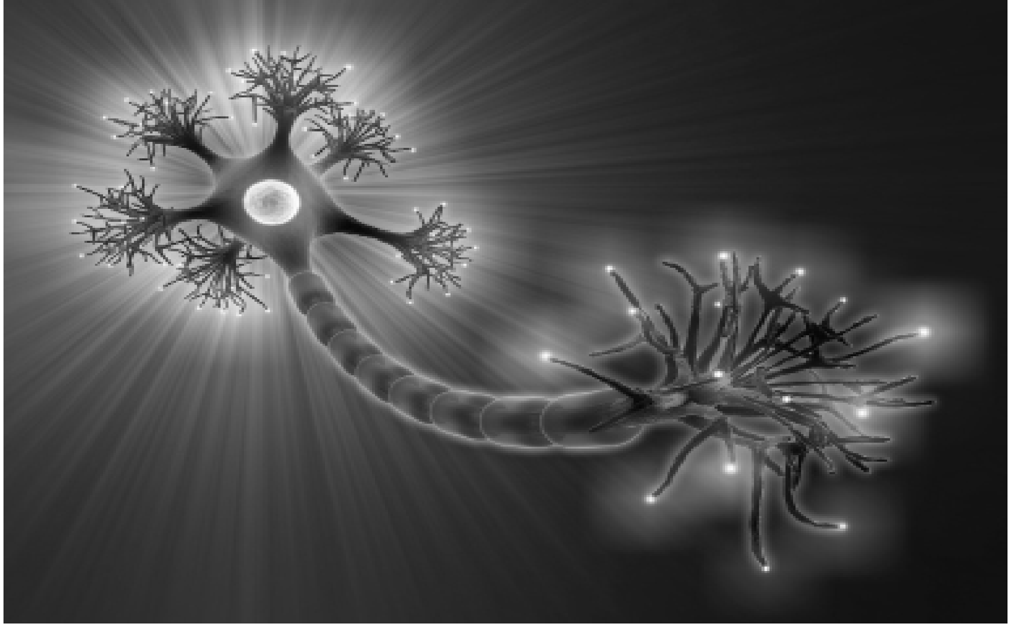
۷-ارائه خدمات روانپزشکی -دارودرمانی

پیوند واقعه بزرگی است گه در زندگی این بیماران اتفاق می افتد. اضطراب پس زدن پیوند از مسائلی است که این بیماران بعد از پیوند با آن مواجه می شوند. ارتباط و آشنایی با خانواده های اهدا کننده نیز بر این اضطراب می افزاید. ارتباط با خانواده بیمار مرگ مغزی برای گیرنده پیوند تجربه ای بدیع و همراه با واکنش های متفاوت است. این ارتباط به دلیل ابعاد متفاوتی که دارد، واکنش مختلفی در طرفین بر می انگیزد در صورت تمایل ارتباط با خانواده های بیماران مرگ مغزی با گیرنده های اعضا بهتر است که این ارتباط تحت شرایط خاصی و تحت نظر روان شناس و روان پزشک انجام گردد.بهترین لطف و کمکی که میتوانیم برای بیماران پس از پیوند عضو انجام دهیم، این است که به آنها درباره مراقبتهای پس از پیوند، آموزش داده شود.

درمان نوین ام اس

نویسنده: دکتر سید محمد باغبانیان
متخصص مغز و اعصاب و فلوشیپ ام اس
عضو هیت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

بیماری MS یک بیماری التهابی سیستم اعصاب مرکزی است. ویژگی آن درگیری نقاط مختلفی از سیستم اعصاب مرکزی شامل مغز، نخاع در زمان های مختلف است. وقوع التهاب در بخشی از سیستم اعصاب مرکزی موجب هر نوع علایمی می شود که ممکن است بی علامت و گاه آنقدر شدید باشد که موجب ناتوانی فرد شود. در این صورت به آن یک حمله یا attackبیماری گفته می شود. ویژگی هر حمله به نوعی است که ممکن است ۲۴ ساعت طول بکشد و بعلت تب و یا استرس های اخیر نباشد.
شیوع بیماری در خانم های جوان ۲۰ تا ۴۰ سال دو تا سه برابر آقایان است. در بیش از ۸۵درصد مواقع بیماری با ماهیت عود کننده فروکش کننده تظلهر می کند یعنی بیمار علایم درگیری سیستم اعصاب را بصورت حمله ای تجربه می کند. این حملات با و یا بدون درمان بصورت خودبه خود بهبود می یابد. در ۱۵درصد مواقع بیماری از ابتدا پیشرونده شروع می شود و ادامه می یابد . این فرم که بنام از ابتدا پیشرونده نامیده می شود در سنین بالاتری تظاهر می یابد و ویژگی مهم آن اشکال در تعادل و راه رفتن پیشرونده است. MS بهبودی کامل ندارد و هدف درمان کنترل و کاهش حملات بیماری است چرا که هر حمله می تواند در مدت عدم درمان موجب آسیب غیرقابل برگشت در بخشی از سیستم اعصاب مرکزی گردد و بنوعیکه بیمار دیگر در بین حملات کاملا عاری از علایم نباشد. در این حالت بیمامری وارد مرحله ای به نام ثانویه پیشرونده شده است. پروتکل های درمانی در MS در سه جهت متمرکز می شود: یکی درمان حملات است که غالبا با تزریق وریدی متیل پردنیزولون تحت عنوان پاس متیل و حتی انجام پلاسما نرزیس که نوعی تصفیه سرم از سموم آسیب رسان است انجام می شود . مرحله دمو درمان که بخش مهمی از درمان را شامل می شود، پیشگیری از وقوع حملات و ممانعت از ورود بیمار به فاز ثانویه پیشرونده است و مرحله سوم درمان علامتی مشکلاتی است که بیمار می تواند داشته باشد که بصورت اختلالات اسفنگتری، اسپاسم و درمان عروقی درد می باشد.
درمان نوع دوم بیماری ام اس از اواسط سال ۱۹۹۰ میلادی با معرفی داروهای تعدیل کننده ایمنی وارد مرحله جدیدی شد. این داروها تزریقی بودند که یا بصورت عضلانی و یا بصورت زیر جلدی تزریق می شوند. این داروها کفایت و توانایی خود را طی این مدت مصرف تا کنون نشان داده اند و البته نشان داده اند که مخاطرات و عوارض قابل قبول و قابل پیشگیری دارند. این داروها که طی دهه اخیر داروهای انتخابی درمان ام اس بوده اند شامل داروهای گروه اینترفرون و گلوتیرامراستات بوده است اما در طی سالیان اخیر ایزو داروهای جدیدی با قدرت و توانایی بیشتر برای کنترل حملات بیماری رونمایی شده است. داروهایی که در کنارتوانایی زیاد کنترل سیر بیماری عوارض مهم تر و جدی تری دارند و کاربرد آنها نیاز به وقت و توجه زیاد پزشک و بیمار دارد. لذا هنوز خطر دوم درمان محسوب می شوند. یکی از مهمترین ویژگی این داروهای جدید که مصرف آن را برای بیماران جذاب کرده است خوراکی بودن آنهاست و البته داروهایی بصورت وریدی ماهیانه و یا هر ماه تزریق می شوند. لذا بیمارانیکه برای مدت طولانی تزریق را تجربه کرده اند برای رهایی از درد تزریق همیشه پیگیر استفاده از داروهای خوراکی و جدید می باشند توجه این بیماران به این نکته ها حایز اهمیت



است که داروهای جدید در کنار توانایی زیاد کنترل بیماری عوارض مهمی دارند و تا زمانیکه بیمار با داروهای تزریقی پاسخ مناسب درمان داشته باشد نمی تواند کاندید درمان های جدید باشد. در واقع لازم است فایده درمانی داروی جدید بر ریسک عوارض تحمیلی به بیمار با داروهای جدید رجحان داشته باشد.

فینگولیور:

این دارو اولین داروی خوراکی است که در درمان بیماری MS مورد تایید قرار گرفته است. مکانیزم افزایش دارو محدود کردن پاسخ های خودایمنی، توقف حرکت سلول های ایمنی B و T به سیستم اعصاب مرکزی است. این دارو در اولین تریال انجام شده میزان حملات سالیانه را ۵۴ تا ۶۰ درصد میزان پیشرفت بیماری را تا ۳۰ درصد و سرعت کاهش حجم مغز را تا ۳۰درصد و نیز شکل گیری فعالیت جدید در MRI را تا ۷۵درصدکاهش داده است. این تریال نشان داد که این دارو بر اینترفرون های تزریقی از نظر بهبودی بالینی، پیش آگهی MRI برتری دارد.

اما نکاتی در کاربرد این دارو حائز اهمیت بوده است. این دارو می تواند موجب آریتمی قلبی گردد. در واقع این عارضه بالاخص کندی ضربان قلب جدی ترین عارضه این داروست. این عارضه از ۲/۳ تا ۳/۶درصد از بیماران بالافاصله پس از مصرف اولین دوز دارو گزارش شده است. عارضه مهم دیگر افزایش احتمال عفونت با ویروسی بنام هرپس ویروس است. در تریال دوم مصرف این دارو یک مورد عفونت پارانشیم مغز بعلت این ویروس و یک مورد عفونت منتشر ناشی از ویروس آبله مرغان در بیماری که سابقه ابتلا به این ویروس را نداشته است، گزارش شده است سایر عوارض ناشی از این دارو بصورت ادم ،کولد چشم ۰دورم ماکولد) در ۰/۵ اختلال در آنزیم های کلیوی (۸/۳ تا ۹درصد) افزایش فشار خون شریانی (۱۲/۶-۱۰/۶) و نیز و نیز کاهش عفونت های خون می باشد . ابتلا پس از مصرف این دارو مواردی از عفونت مغز به دنبال یک ویروس کند که در شرایط معمولی و بیماری نمی کند بنام JCV گزارش شده است که به این عفونت پرو گریلو مولتی موکال کلوانسفالوپاتی(PML) می گویند این عفونت واقعاً جدی است و تأخیر در تشخیص بموقع می تواند موجب حتی مرگ بیمار گردد. به دنبال عوارض گزارش شده این دارو سازمان دارو و غذایی آمریکا توجهات ویژه ای را در استفاده از این دارو را متذکر شد . برای عوارض قلبی این دارو لازم است بیمار در اولین مصرف از این کپسول این دارو در بیمارستان بسته بندی شده و برای مدت ۶ ساعت در یک ساعت فشار خون و ضربان قلب بیمار چک شود چنانچه ضربان قلب به زیر ۴۵ برسد مونیتو رنگ قلبی برای مدت طولانی تری ادامه یابد. فینگولیوز در بیمارانی که سابقه بیماریهای قلبی بالا طی ۶ ماه گذشته داشته اند و نیز در بیمار اینکه دچار بلوک هدایتی قلب درجه ۲و ۳ می باشند ممنوع است لذا بیمارانی که قرار است این دارو برایشان تجویز شود یک مشاوره قلب شوند و یک متخصص قلب تایید کند که بیمار دچار مشکلات هدایتی قلب نمی باشد. برای پیشگیری از عفونت های ناشی از ویروس ابله مرغان لازم است قبل از شروع دارو میزا توانایی و سیستم ایمنی بیمار در برابر عفونت آبله مرغان با انجام آزمایش سطح انتی بادی علیه ویروس آبله مرغان سنجیده شده و در صورت فقدان توانایی لازم بیمار بر علیه ویروس آبله مرغان و اکسینه شود .از نظر احتمال آدم و اسیب ساکولوی چشم لازم است بیمار قبل از شروع دارو و ۳ ماه پس از شروع دارو توسط متخصص چشم پزشکی معاینه شود و حتی در صورت نیاز تست OCT انجام دهد ابتدا احتمال ادم و آسیب ساکولوی چشم در بیماران بالای ۶۰ سال و بیمارنیکه دیابت دارتد بیشتر است و در این بیماران باید با دقت بیشتری بررسی شود. از نظر آسیب کلیوی لازم است تست های کلیه قبل و پس از مصرف دارو با فواصل مشخصی انجام شده و پیگیری شود.

داروی تریفلونامید :

این دارو در فیلد دارویی خوراکی پس از فیگوسیمور است که در درمان بیماری ام اس مورد تایید قرار گرفته است. از دارویی که مدتها برای درمان روماتوئید آوتریت استفاده می شده است بنام لفلونامید استنتاج شده است مکانیسم اثر این دارو کاهش تکثیر سلو ل های ایمنی لمنوتین فعال است در ضمن اثرات ضد التهابی دارد و موجب کاهش عبور و مرور سلول های التهابی به نواحی در گیر در مغز و نخاع می گردد این دارو در تریال های انجام شده در مقایسه با دارو نما موجب کاهش موارد محسور سالیانه شده است آگر چه این کاهشدر مقایسه با داروی تزریقی اینترفرن تفاوت معنا داری نداشته است ولی برروی تغییرات MRZ بیماران ام اس اثرات بهبودی بخش مناسبی داشته است نکته حائز اهمیت آنست که با توجه به خوراکی بودن مصرف دارو میزان رضایت بخشی مصرف دارو در بیماران بالاتر از اینترفرون های تزریقی بوده است در تریال های

بعدی شایع ترین عوارض جانبی این دارو اسهال به میزان ۱۶/۳درصد تهوع ۱۱/۳درصد افزایش آنزیم های کلیوی به میزان ۱۳/۱درصد و ریزش مو به میزان ۱۱/۷درصد بوده است عفونت های دستگاه تنفسی فوقانی عمدتا بصورت فارنژیت در ۲۵/۸درصد گزارش شده است . سایر عوارض بصورت سر درد ، گزگز دست ها و پاها ،درد پشت اندام ها و درد های مفصلی بوده است .علاوه بر این یک مورد عفونت سل روده ای تشدید شده و با آن گزارش شده است .

یکی از مهم ترین نکات در مصرف این دارو این است که این دارو در دوران بارداری موجب نقص جنیجدی می شود و تنها دارویی در گروه دارو های ام اس است که در گروه x یا خطرناک قرار گرفته است با توجه به عوارض فوق الذکر لازم است قبل از شروع دارو شمارش گلبول های سفید و قرمز پلاکت های خون سفت پوستی برای سل در سطح آنزیم های کبدی چک شده و پس از شروع مصرف به صورت ماهیانه آن هر ۶ ماه مجدداً ارزیابی و در خواست شود . این دارو در بیماران با بیماری کبدی زمینه ای موضوع است . از نظر امکان نقص جنینی در صورت تصمیم به بارداری در خانم ها یا باید یک سال از مصرف دارو گذشته باشد و یا با داروی بصورت سریع دارو را از بدن بیمار خارج کرد در صورت مصرف داروی کلستیرامین خارج کردن دارو از بدن ۱۱ روز طول خواهد کشید .

دی متیل فومارات:

اسید فوما یک برای سالها در اروپا بعنوان درمان برای بیماری پسوریازیس(داء الصرف) استفاده می شده است. دی متیل فومارات یک مشتق از فوماریت اسید است به صورت قرص های روکش داری که در سال ۲۰۱۳ از سوی سازمان دارو و غذای آمریکا برای درمان در MS تائیدیه گرفت این دارو و اثرات فیلد التهابی انتی اکسیدان داشته و اثرات حمایت کننده برای بافت های آسیب دیده عصبی دارد . این دارو در مطالعات یک را تا ۵۰درصد و یک ناتوان را پیشرفتآن را به میزان ۳۴ تا ۳۸درصد کاهش داده است ایجاد ضایعات جدید در MRZ را ۷۱ تا ۸۵درصد کاهش داده است . عوارض جانبی دی متیل فومارات اندک و بیشتر طی یک ماه اول درمان عارض می شود شامل گر گرفتگی و عوارض گوارشی است (تهوع، استفراغ،درد شکم و اسهال). گرگرفتگی در ۳۸ درصد بیماران، اسهال در ۱۵درصد تهوع در ۱۳درصد درد شکم و استفراغ در ۱۰درصد بیماران گزارش شده است. ۱۶درصد بیماران دارو را بعلت عوارض جانبی آن قطع کرده اند. مهمترین عارضه این دارو کاهش مسمومیت های خون محیطی است. از سال ۲۰۱۳ تا کنون ۴ مورد کیس عفونت مغزی با آن البته در بیماران غیر MS گزارش شده است. البته برخی از این بیماران داروهای سرکوب گر ایمنی را در گذشته داشته اند. این عارضه ۱۰۰ برابر شیوع کمتری از عفونت مغزی با داروی ناتالیزومب دارد.

عوارض جانبی طی ماه اول را می توان با اقداماتی کاهش داد. گرگرفتگی را می توان با آسپیرین و خارش را با آنتی هیستامین، ضد حساسیت و عوارض گوارشی را با آنتی اسید و نیز مصرف دار وبا غذا کاهش داد.

آلمتزومب

این دارو یک داروی از خانواده آنتی بادی های مونو کلونال است. این دارو طی ۲ سال تزریق می شود. سال اول فقط یک تزریق ۵ روزه، سال دوم یک تزریق ۳ روزه انجام می شود. موجب کاهش پلاک های خون به همراه تظاهرات پوستی در ۱درصد موارد است. مواردی از درگیری غدد بصورت خودایمنی، کم خونی همولیتیک با این دارو گزارش شده است. این بیماران لازم است طی مصرف دارو برای جلوگیری از عفونت هرپس دارو مصرف کند و از نظر درگیری کلیوی و البته سایر بیماری های خودایمنی پیگیری شوند.

ناتالیزومب

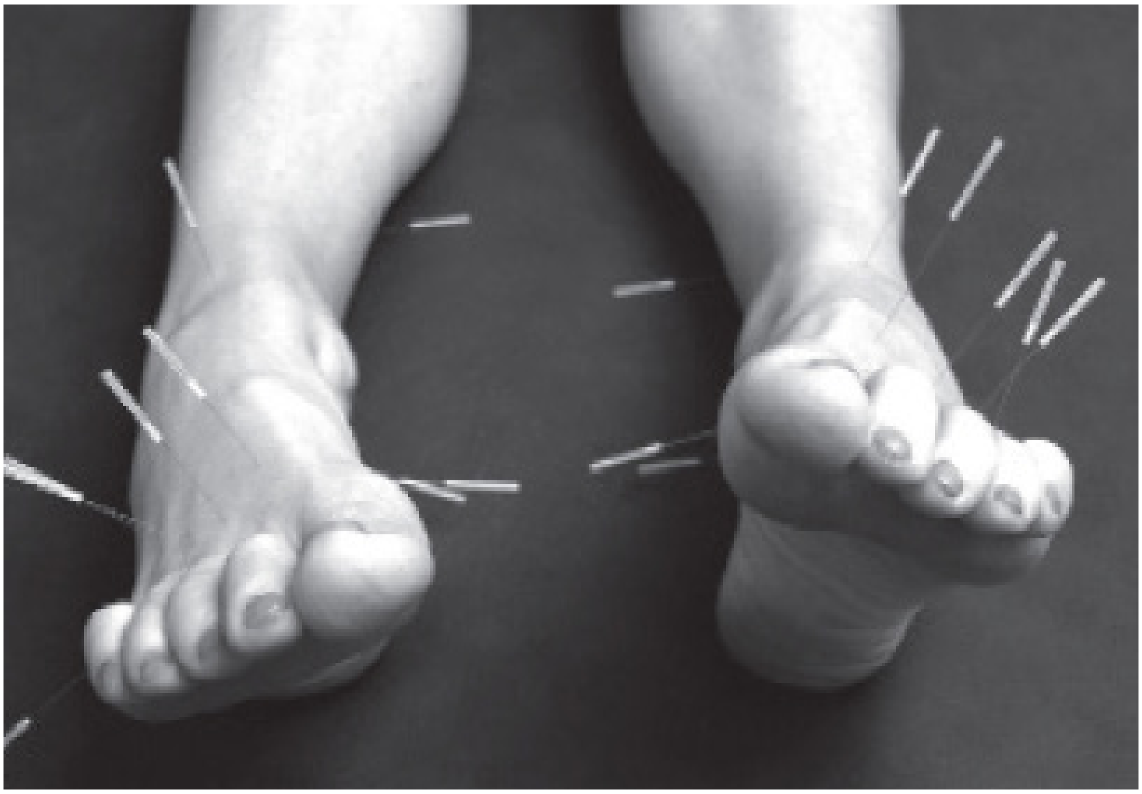
این دارو نیز یک آنتی بادی مونوکلونال است که با مسدود کردن سدخونی مغزی مانع ورود سلول های التهابی و مغز می شود. این دارو ریسک عود سالیانه را تا ۶۸درصد پیشرفت ناتوانی را تا ۴۲درصد و ایجاد ضایعات جدید در MRI را تا۸۳ درصد و ریسک تشکیل ضایعات مغزی جذب کننده ماده حاجب یا فعال را تا ۹۲درصد کاهش داده است.

در ۹درصد بیماران واکنش های حساسیتی گزارش شده است. ۲۴درصد بیماران طی ۲ ساعت پس از تزریق سردرد، خستگی و تهوع را تجربه می کنند. نیز برخی مطالعات کاهش عفونت های خون محیطی و افزایش آنزیم های کبدی را گزارش کرده اند.

با وجود اینکه این دارو قویترین داروی موجود برای کنترل بیماری MS است ولی یک عارضه مهم مصرف آن را با محدودیت هایی مواجه کرده است. مصرف این دارو با افزایش ریسک ابتلا به یک عونت ویروسی آهسته مغزی بنام PML توام بوده است که مواردی با ناتوانی کامل، حتی مرگ توام شده است. البته چنانچه با یکسری اقدامات تشخیص حین مصرف دارو نیز کمک می کند از ابتلا پیشگیری کنیم از طرفی آگاهی به علایم این عفونت ویروسی هم از طرف بیمار هم از طرف پزشک و تشخیص زودهنگام در مراحل اولیه به پزشک کمک می کند دارو را با اقدامات درمان با سرعت از بدن بیمار خارج کند و احتمال عفونت را کاهش داده و حتی در صورت ابتلا موجب ابتلا به موارد خفیف عفونت شده لذا شروع این دارو بصورت ویال های ۳۰۰ میلی گرم این بوده که بصورت ماهیانه و حتی هر ۲ ماه یکبار بصورت وریدی طی یک ساعت تزریق می شود.

پیوند سلول های بنیادی:

سلول های بنیادی سلول هایی دارای توانایی دوباری سازی و تمایزی ویژه ای می باشند منشا این سلول ها می تواند از سلول های جنینی باشد متاسفانه یکی از عوارض مهم استفاده از سلول های بنیادی جنینی امکان تبدیل آنها به یک نوع تومور بنام تراتوم است اما آنچه در ام اس مورد ترBال های بالینی قرار گرفته است استفاده از سلول های بنیادی خونی است ،سلول های بنیادی در نواحی مختلفی از بدن پراکنده اند و جمع آوری آنها.....شکل است بعنوان مثال سلول های بنیادی عصبی اطراف بطن های مغزی مستقر شده اند.البته این سلول های بنیادی را می توان آسان تر و مطئن تر از مغز استخوان در خون و جفت جدا کرد. جداسازی سلول های بنیادی خون ار بدن یک انسان با روشی بنام آفروزیس انجام می شود.با یک کاتتر وریدی خون از ورید های تاج ساعد با عروق گردن گرفته شده وارد فضاهای سانتریفیوژ ویژه ای



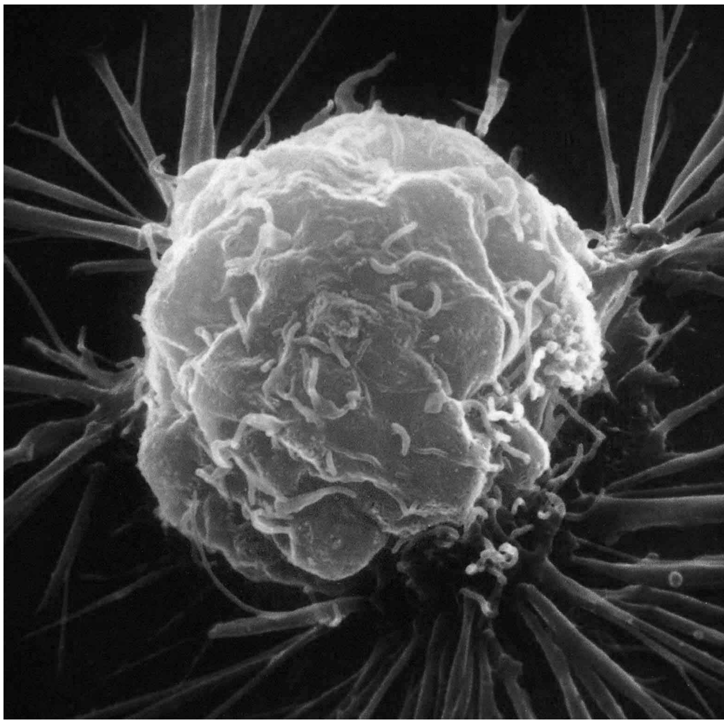
می شوند ، سانتریفیوژ ، خالص سازی و تقویت سلول های بنیادی در این فضاهای ویژه انجام می شود . ممکن است این روش ساعتها و روزها برای یک بیمار بطول انجامد و نیاز به مراجعات مکرر بیمار در روز های متوالی داشته باشد. پس از جداسازی سلول های بنیادی از کاتتر دیگری به بیمار تزریق می شود . البته می توان سلول های بنیادی را از فرد یا افراد دهنده ای نیز دریافت کرد.استفاده از سلول های بنیادی موجب جدیدشدن سیستم ایمنی در شرایط غیرالتهایی می شود البته لازم است پیش از انجام سلول های التهابی مضر را با روش های شیمی درمانی سخت از بین بردو در یک مطالعه اروپایی بر روی ۱۴۳ بیمار با تیپ های مختلف ms تثبیت و بهبودی در ۹۰ بیمار بدتر شدن در ۵۳ بیمار گزارش شد در این مطالعه عنوان شد هرچه بیمار جوان تر باشد و هرچه پیوند زودتر از ۵ سال اول ابتلا به ام اس انجام شود پیش آگهی بهتر خواهد بود.

البته استفاده از سلول های بنیادی عاری از خطر نبوده است مواردی از مرگ و سمیت شدید با داروهای شیمی درمانی گزارش شده اند.مرگ ها به علت عفونت ویروسی با ویروس آبله مرغان هپاتیت ویروسی و نیز مواردی ابتلا به سرطان خون و خونریزی بوده است.

استفاده از سلول های بنیادی اهدا شده از دیگران اگرچه مواردی بهبودی و پیشگیری از عود قابل توجهی را نسبت به فرم گرفته شده از خود بیمار داشته است یا خطر وقوع واکنش های رد پیوند به یک عامل غیرخودی جدی تر و شدید است. یک روش دیگر استفاده از پیوند سلول های بنیادی استفاده از سلول های بنیادی فرانشیمی است . این سلول ها مغز استخوان استخراج می شند وسپس بصورت وریدی تزریق می شود بدون اینکه نیازی به شیمی درمانی داشته باشد.

با این وجود سوالات زیادی در خصوص این روش استفاده از سلول های بنیادی وجود دارد از عوارض تاخیری و دیر هنگام این روش آگاهی زیادی در دسترس نیست اینکه ایا این روش موجب تومور در آینده شود یا خیر . اینکه موجب فیبروز و یا سخت شدن دیواره عروق میگردد یا خیر سوالات بی پاسخ اما مهمی است که استفاده از این روش های درمانی در آینده را بامحدودیت جدی مواجه می کند

معرفی بیماری سرطان



سرطان از سلولها ایجاد میشود که واحدهای ساختمانی بافتها هستند، بافتها اندامهای بدن را میسازند.
در شرایط عادی سلولها، با توجه به نیاز بدن، رشد کرده تقسیم میشوند تا سلولهای جدیدی بسازند و هنگامیکه سلولهای پیر شده میمیرند سلولهای جدید جایگزین آنها میشوند. گاهی، در این روند منظم اختلال ایجاد میشود؛ یعنی سلولهای جدید زمانی که بدن به آنها نیاز ندارد تولید میشوند و سلولهای قدیمیهم در زمانیکه باید، از بین نمیروند؛ این سلولهای اضافی اغلب تشکیل تودهای از بافت را میدهند که تومور نامیده میشود. این تومورها میتوانند خوشخیم یا بدخیم باشند.
تومورهای خوشخیم سرطان نیستند.
این غدد بهندرت خطر جانی دارند.
- بهطور کلی میتوان آنها را برداشت و اغلب دوباره رشد نمیکنند. - بهطور کلی سلولهای آن به بافتهای مجاور خود حمله نمیکنند. - سلولهای این غدد به دیگر بخشهای بدن منتشر نمیشوند.
تومورهای بدخیم
- جدیتر از تومورهای خوشخیم هستند و معمولاً خطر جانی هم دارند.
- در بیشتر موارد میتوان آنها را برداشت، اما گاهی دوباره رشد میکنند.
- سلولهای آن میتوانند به بافتها و اندامهای مجاور خود حمله کرده به آنها نیز آسیب برسانند.
- سلولهای غدد بدخیم میتوانند از یک قسمت به دیگر اندامهای بدن منتشر شوند.سلولهای سرطانی از تومور اصلی (اولیه) جدا شده وارد جریان خون یا دستگاه لنفاوی میشوند؛ این سلولها میتوانند به دیگر اندامها حمله کرده تومورهای جدیدی تشکیل دهند و به آن اندامها آسیب برسانند. انتشار سرطان متاستاز (Metastasis) نام دارد. نامگذاری بیشتر سرطانها براساس نام اندامی است که سرطان در آن بهوجود میآید. برای مثال، سرطان ریه در ریه و سرطان پستان در پستان بهوجود میآید لنفوم سرطانی است که در دستگاه لنفاوی و لوسمی سرطانی است که در گلبولهای سفید خون بهوجود میآید.
وقتی سرطان به قسمت دیگری از بدن منتشر شود و در آن تومور جدیدی بهوجود آورد، تومور جدید دارای همان نوع سلولهای سرطانی و همنام تومور اولیه است. برای مثال، اگر سرطان پروستات به استخوانها منتشر شود، سلولهای سرطانی استخوانها در حقیقت همان سلولهای سرطانی پروستات هستند و نام بیماری، سرطان پروستات متاستاتیک است و نه سرطان استخوان، به همین دلیل روش درمانی آن، روش درمان سرطان پروستات است، نه سرطان استخوان. پزشکان گاهی تومور جدید را «بیماری دوردست» یا بیماری متاستاستیک مینامند.
عوامل خطر
در بیشتر موارد پزشکان نمیتوانند دلایل ابتلا به سرطان را توضیح دهند، اما تحقیقات نشان میدهد برخی عوامل خطر مشخص، احتمال ابتلا به سرطان را افزایش میدهند. در زیر برخی عوامل خطر بسیار رایج آمده است:
- کهولت سن
- دخانیات
- اشعهٔ خورشید
- تشعشع یونیزان
- برخی مواد شیمیایی و مصنوعات خاص
- برخی ویروسها و باکتریها
- برخی هورمونها
- سابقهٔ ابتلا به سرطان در خانواده (توارث)
- مشروبات الکلی
- رژیم غذایی نامناسب، کمبود فعالیت بدنی یا اضافه وزن از بسیاری عوامل خطر فوق میتوان اجتناب کرد، اما از برخی دیگر مانند سرطان ارثی نمیتوان جلوگیری کرد. همهٔ افراد میتوانند با اجتناب از عوامل خطرحتیالمقدور از خود بیشتر محافظت کنند.
اگر فکر میکنید در معرض خطر ابتلا به سرطان قرار دارید، بهتر است با پزشک خود مشورت کرده از او دربارهٔ راههای کاهش خطر و همچنین انجام

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

مرتب معاینات عمومی سؤال کنید.
ممکن است چندین عامل مشترکاً باعث تبدیل سلولهای طبیعی به سلولهای سرطانی شوند. هنگامیکه میخواهید خطر ابتلا به سرطان را در خود بررسی کنید، چند نکته را در نظر داشته باشید:
- همه چیز سرطانزا نیست.
- سرطان از آسیبهایی مثل ضرب دیدگی و کبودی ایجاد نمیشود.
- سرطان مسری نیست و هیچکس از دیگری سرطان نخواهد گرفت، ولی انواع خاصی از ویروسها یا باکتریها ممکن است خطر ابتلا به برخی سرطانها را افزایش دهند.
- لزوماً وجود یک یا چند عامل خطر در فرد به معنی ابتلا به سرطان نیست و ممکن است بیشتر آنهایی که دارای عوامل خطر در بدن هستند، هرگز سرطان نگیرند.
- برخی افراد در برابر عوامل خطر از دیگران حساسترند.

آنچه در زیر میآید اطلاعات دقیقتری درباره رایجترین عوامل ابتلا به سرطان بهدست میدهد

کهولت سن
کهولت سن مهمترین عامل ایجاد سرطان است و بیشتر سرطانها در افراد بالای ۶۵ سال اتفاق میافتد؛ اما در عین حال افراد در هر سنی، حتی کودکی، نیز ممکن است به سرطان مبتلا شوند.

دخانیات
بنابر گفته معاونت وزارت بهداشت درمان سالانه ۵۰ هزار مورد مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات در ایران رخ میدهد.
استفاده از محصولات تنباکو و یا قرار داشتن پیوسته در معرض دود آن (قرار داشتن در محیط و بودن در معرض دود غیر مستقیم) خطر ابتلا به سرطان را افزایش میدهد.
افراد سیگاری بیش از دیگران در خطر ابتلای به سرطانهای ریه، حنجره، دهان، مری، مثانه، کلیه، حلق، معده، لوزالمعده و دهانۀ رحم هستند.
همچنین احتمال ابتلای آنها به لوسمی میلوئیدها (سرطانی که در گلبولهای خون بهوجود میآید) بیشتر است.
استفاده از دخانیات بدون دود (تنباکوی استنشاقی یا جویدنی) خطر ابتلا به سرطان دهان را، افزایش میدهد.

اشعۀ خورشید
پرتوی UV (Ultra Violet) از اشعۀ خوشید، لامپهای آفتابی و دستگاههای برنزه کننده ساطع میشود. این اشعه موجب پیری زودرس پوست و آسیبدیدگی آن میشود و ممکن است به سرطان پوست منجر شود.

تشعشع یونیزان
تشعشع یونیزان میتواند موجب آسیبدیدگی سلولها و ابتلا به سرطان شود. اینگونه تشعشعات، پرتوهایی هستند که از فضای خارج جو زمین، از غبار رادیواکتیو، گاز رادون (Radon)، اشعۀ ایکس و منابع دیگر ایجاد میشوند.
غبار رادیواکتیو ممکن است ناشی از حوادثی باشد که در نیروگاههای برق هستهای اتفاق میافتد و یا در روند تولید، آزمایش یا استفاده از سلاحهای هستهای بهوجود میآید. خطر ابتلا به سرطان، بهویژه سرطان خون، تیروئید، پستان، ریه و معده در افرادی که در معرض غبار رادیواکتیو قرار دارند، افزایش مییابد.
رادون نوعی گاز رادیواکتیو بیرنگ، بیبو و بیمزه و منشأ آن خاک و سنگ است؛ افرادی که در معادن کار میکنند ممکن است در معرض گاز رادون قرار بگیرند. در برخی نقاط ممکن است گاز رادون در منازل نیز وجود داشته باشد. افرادی که در معرض استشمام گاز رادون قرار دارند، در خطر ابتلا به سرطان ریه هستند.

فرآیندهای پزشکی یکی از منابع معمول تشعشع هستند:
- پزشکان از تشعشعات (پرتوی ایکس با میزان پایین) برای تصویربرداری داخلی بدن استفاده میکنند. این تصاویر به تشخیص شکستگی استخوان و شناخت دیگر مشکلات کمک میکند.
- پزشکان از پرتودرمانی (تشعشات در دز بالا که از دستگاههای بزرگ یا مواد رادیواکتیو ساطع میشوند) برای درمان سرطان استفاده میکنند.
- خطر ابتلا به سرطان از اشعۀ x با دز کم بینهایت پایین است این خطر در پرتودرمانی کمی بیشتر است.

مواد شیمیایی خاص و دیگر مصنوعات شاغلین بعضی مشاغل، مانند نقاشها، کارگران ساختمانی و شاغلین در صنایع شیمیایی، بیشتر در معرض خطر ابتلا به سرطان قرار دارند. مطالعات نشان داده است که کار و تماس با آزبست (پنبه نسوز)، بنزن، بنزیدین، کادمیوم، نیکل یا وینیل کلراید میتواند موجب ابتلا به سرطان شود.

برخی از ویروسها و باکتریها
برخی ویروسها و باکتریها ممکن است خطر ابتلا به سرطان را افزایش دهند:

ویروس پاپیلوم انسانی:
ابتلا به HPV یکی از دلایل اصلی سرطان دهانۀ رحم است؛ همچنین در ابتلا به دیگر سرطانها نیز یکی از عوامل خطر به حساب میآید.

ویروسهای هپاتیت B و C:
سرطان کبد ممکن است سالها بعد از ابتلا به هپاتیت B و C بروز کند.
ویروس لوسمی/لنفوم سلولهای T انسانی:
ابتلا به HTLV-۱ خطر ابتلای فرد به لنفوم و لوسمی را افزایش میدهد.

ویروس نقص ایمنی انسانی:
ویروسی است که باعث بیماری ایدز میشود. در افراد مبتلا به HIV خطر ابتلا به سرطانهایی مانند خون و نوع نادری از سرطان به نام سارکوم کاپوزی بسیار افزایش مییابد.

ویروس اپشتین- بار :
عفونت ناشی از EBV میتواند خطر ابتلا به لنفوم را افزایش دهد.
ویروس هریس انسانی:
این ویروس نیز میتواند موجب بروز سارکوم کاپوزی شود.
هلیکوباکترپیلوری:
این باکتری میتواند موجب زخم معده و همچنین سرطانهای معده و لنفوم جدار معده شود.

برخی هورمونها
ممکن است پزشکان برای مشکلاتی مانند گُر گرفتگی، خشکی واژن و پوکی استخوان که احتمالاً در دوران یائسگی(Menopause) ایجاد میشوند، برخی هورمونها (مثلاً استروژن به تنهایی یا استروژن به همراه پروژسترون) را تجویز کنند؛ اما مطالعات نشان داده که هورومون درمانی مربوط به یائسگی ممکن است عوارض جانبی خطرناکی داشته باشد. هورمونها میتوانند خطر ابتلا به سرطان پستان، سکته قلبی، سکتهٔ مغزی یا لخته شدن خون را افزایش دهند.دی اتیل بسترول یا (DES) (Diethylstilbestrol)، نوعی استروژن است که بین سالهای ۱۹۴۰ تا ۱۹۷۱ در ایالات متحده برای برخی زنان باردار تجویز میشد؛ در زنانی که در طول دوران حاملگی DES مصرف کنند، خطر ابتلا به سرطان پستان کمی افزایش مییابد و دخترانشان نیز بیشتر از دیگران در معرض خطر ابتلا به نوع نادری از سرطان دهانهٔ رحم قرار دارند. ولی عوارض این هورمون بر روی پسران این زنان هنوز در دست بررسی است.

سابقهٔ ابتلا به سرطان در خانواده
بیشتر سرطانها به دلیل تغییرات ژنتیکی (جهشهایی در ژن) است. یک سلول طبیعی معمولاً پس از یک سلسله تغییر و تحول در ژنها، به سلول سرطانی تبدیل میشود. مصرف دخانیات، برخی ویروسها و بالاخره بعضی عوامل که در شیوهٔ زندگی شخص یا محیط زیست وی وجود دارند، ممکن است در گونههای خاصی از سلولها این تغییرات را ایجاد کنند. برخی تغییرات ژنتیکی که موجب افزایش خطر ابتلا به سرطان میشود، میتواند ارثی باشد و از والدین به فرزندان منتقل شود؛ این مشکل از بدو تولد در تمام سلولهای بدن نوزاد وجود دارد.
معمولاً سرطان از نسلی به نسل دیگر منتقل نمیشود؛ با این وجود، ابتلا به برخی انواع سرطان در بعضی خانوادهها بیشتر است. برای مثال، ملانوم و سرطانهای پستان، تخمدان، پروستات و روده بزرگ ممکن است در خانوادهای به شکل ارثی وجود داشته باشد. ابتلا به نوع خاصی از سرطان در افراد متعدد یک خانواده، در اکثر موارد ممکن است ناشی از تغییرات ژنتیکی موروثی باشد و احتمال ابتلا به سرطان را در افراد آن خانواده افزایش دهد؛ هر چند عوامل زیست محیطی نیز میتوانند در این خصوص تأثیر گذار باشند. با این همه، موارد متعدد بروز نوع خاصی از سرطان در یک خانواده، اغلب اتفاقی است.
رژیم غذایی نامناسب، کمبود فعالیت بدنی یا اضافه وزن
افرادی که رژیم غذایی نامناسب، تحرک بدنی کم و یا اضافه وزن دارند، بیشتر در خطر ابتلا به انواع خاصی از سرطان هستند؛ بهعنوان مثال، مطالعات نشان میدهد افرادی که رژیم غذایی پر چربی دارند، از نظر ابتلا به سرطانهای روده بزرگ، رحم و پروستات بیشتر در خطر قرار دارند. فعالیت بدنی کم و اضافه وزن نیز از جمله عواملی هستند که خطر ابتلا به سرطانهای پستان، روده بزرگ، مری، کلیه و رحم را افزایش میدهند.

سرطانها را میتوان پیش از آنکه در بدن علائمی ایجاد کنند تشخیص داد. آزمایشات برای تشخیص سرطان (یا شرایطی که ممکن است منجر به سرطان شود) را در مورد افرادی که علائمی از سرطان در آنها ظاهر نشده است آزمایشات غربالگری (Screening) مینامند. آزمایشات غربالگری میتواند در تشخیص و درمان زود هنگام برخی از سرطانها به پزشکان کمک کند. و بهطور کلی، اگر سرطان زود تشخیص داده شود درمانش آسانتر و مؤثرتر خواهد بود.

از آزمایشات غربالگری در تشخیص سرطانهای پستان، رحم، روده بزرگ و راستروده بسیار استفاده میشود:

در مورد سرطان پستان:
ماموگرافی (عکسبرداری از پستان با اشعه ایکس) بهترین ابزار پزشکان برای تشخیص زودهنگام سرطان پستان است. ماموگرام (Mammogram)، تصویری از سینه است که بهوسیله اشعه ایکس گرفته میشود. به بانوان بالای چهل سال توصیه میشود حداقل هر یک یا دو سال یکبار ماموگرام انجام دهند. بانوانی که خطر ابتلایشان به سرطان پستان از حد متوسط بالاتر است، بهتر است دربارهٔ انجام ماموگرام پیش از ۴۰ سالگی و تعداد دفعات آن با پزشک خود مشورت کنند.

در مورد سرطان گردن رحم:
از آزمون پاپاسمیر برای بررسی سلولهای گردن رحم استفاده میشود؛ پزشک ابتدا از سلولهای رحم نمونهبرداری میکند و سپس در آزمایشگاه این نمونه برای تشخیص سرطان، یا تغییراتی که ممکن است به سرطان منجر شود (از جمله تغییراتی که ممکن است بر اثر ویروس پاپیلوم انسانی -مهمترین عامل ایجاد سرطان گردن رحم- ایجاد شده باشد)، بررسی میشود. بانوان باید سه سال پس از ازدواج (داشتن آمیزش جنسی) یا پس از ۲۱ سالگی (هر کدام زودتر پیش آمد)، آزمون پاپ اسمیر را انجام دهند. بیشتر بانوان باید دست کم هر سه سال یکبار این آزمایش را انجام دهند.

در مورد سرطان روده بزرگ و راستروده:
آزمونهای غربالگری برای تشخیص

پولیپ ، سرطان یا دیگر ناراحتیهای روده بزرگ و راستروده، مورد استفاده قرار میگیرد. افراد بالای ۵۰ سال حتماً باید مورد آزمایشات غربالگری قرار گیرند؛ افرادی هم که خطر ابتلایشان به سرطان روده بزرگ و راستروده، بالاتر از حد متوسط است، بهتر است پیش از ۵۰ سالگی، درباره انجام این آزمایشات و دفعات آن با پزشک خود مشورت کنند.

آزمون خون مخفی مدفوع:
گاهی اوقات توده سرطانی یا پولیپ، خونریزی میکند. این آزمایش میتواند مقادیر بسیار اندک خون را در مدفوع مشخص کند.

آندوسکوپی سیگموییده:
در این روش، پزشک داخل راستروده و قسمت تحتانی روده بزرگ را با یک لوله مخصوص به نام سیگمویدوسکوپ (Sigmoidoscope) معاینه میکند؛ معمولاً پزشکان میتوانند با این لوله پولیپها را هم بردارند.

آندوسکوپی رودهٔ بزرگ (کولونوسکوپی):
در این روش، پزشک داخل راستروده و تمام روده بزرگ را با استفاده از لوله مخصوص و بلندی به نام کولونوسکوپ (Colonoscope) معاینه میکند. پزشکان در این روش هم میتوانند پولیپها را بردارند.

تنقیه باریوم با وضوح دوگانه:
این آزمایش شامل چندین بار عکسبرداری با اشعه ایکس از روده بزرگ و راستروده است؛ بیمار را با محلول باریوم تنقیه کرده سپس هوا را به درون راستروده پمپاژ میکنند. وجود باریوم و هوا در رودهها موجب بالا بردن کیفیت عکسها میشود.

معاینه راستروده با انگشت:
معاینه راستروده معمولاً یکی از معاینات اولیهٔ بالینی است. پزشک متخصص دستکشی طبی به دست کرده، آن را چرب میکند و با انگشت به معاینه درون مقعد میپردازد تا نواحی غیرعادی را شناسایی کند. معاینه راستروده با انگشت فقط امکان معاینه پایینترین قسمت راستروده را میدهد. .پزشکان قبل از توصیهٔ آزمایش غربالگری عوامل بسیاری را در نظر میگیرند. برای آنها عوامل مرتبط با آزمایش و نوع سرطانی که ممکن است با انجام آن آزمایش تشخیص دهند از اهمیت فراوانی برخوردار است؛ آنها همچنین بهمیزان خطر ابتلای فرد به انواع خاصی از سرطان توجه ویژه نشان میدهند. برای مثال پزشک در این مورد سن، سوابق پزشکی، سلامت عمومی، سابقه خانوادگی و شیوهٔ زندگی فرد را در نظر میگیرد و بهمیزان دقت آزمایش نیز توجه دارد. علاوه براین، پزشکان زیانهای جانبی آزمایشات غربالگری را نیز مدنظر قرار میدهند. بهعلاوه، اگر آزمایشهای غیرطبیعی بهمعنی وجود سرطان باشد، آنها خطر آزمایشات پیگیری و نیز خطرات عملهای جراحی لازم را هم در نظر میگیرند. پزشکان در صورت تشخیص سرطان، به خطرات و مزایای درمان و بهمیزان کارایی و عوارض جانبی آن هم توجه دارند.
ممکن است بخواهید با پزشک خود درباره زیانها و مزایای احتمالی آزمایشات تشخیص سرطان صحبت کنید؛ اما در نهایت امر تصمیم به انجام آزمایشات غربالگری -مانندبسیاریدیگرازاین نوع تصمیمات-تصمیمیشخصی است،هرف ردپسازآگاهیازمزایاوزیانهایاینآزمایشاتب ایدخوددر این باره تصمیم بگیرد.

علائم سرطان

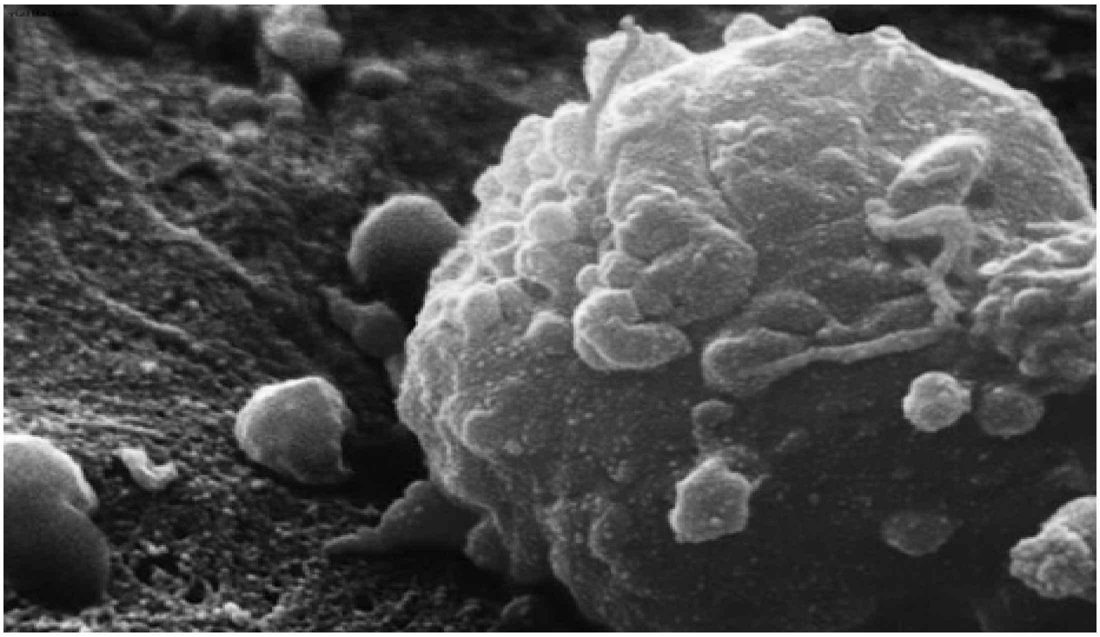
سرطان علائم زیادی دارد که برخی از آنها در زیر آمدهاند:
- وجود توده یا ضخیمشدگی در پستان یا دیگر قسمتهای بدن
- رشد خال جدید یا تغییراتی در خال قدیمی
- زخمیکه التیام نمییابد- خشونت در صدا یا سرفهای که از بین نمیرود
- تغییراتی در اجابت مزاج یا دفع ادرار- ناراحتی پس از خوردن غذا- وجود مشکلاتی در بلع
- افزایش یا کاهش بی دلیل وزن- ترشحات یا خونریزیهای غیر منتظره
- احساس ضعف یا خستگی شدید
در بیشتر مواقع این علائم، به معنی وجود سرطان نیستند همچنین ممکن است به دلیل وجود تومور خوشخیم یا دلایل دیگر باشند و تنها پزشک میتواند در این مورد نظر دهد. شخصی که این علائم یا تغییرات دیگری در او مشاهده شود باید هر چه سریعتر به پزشک مراجعه کند تا مشکلاتش تشخیص داده شده درمان شود.
معمولاً سرطان در مراحل اولیه درد ندارد؛ با مشاهدهٔ برخی از این علائم فوراً به پزشک مراجعه کنید و صبر نکنید تا درد شروع شود

.تشخیص بیماری
اگر برخی علائم سرطان در شما آشکار شد و یا نتایج آزمایشات غربالگری مثبت بود، پزشک است که باید تشخیص دهد این علائم و نتایج واقعاً مربوط به سرطان است یا دلایل دیگری دارد؛ پزشک احتمالاً سوابق پزشکی شخصی و خانوادگیتان را جویا میشود و از شما معاینهٔ بالینی به عمل میآورد؛ او همچنین ممکن است دستور انجام برخی آزمونهای آزمایشگاهی، تصویربرداری با اشعهٔ ایکس یا دیگر آزمایشها و فرایندهای پزشکی را صادر کند.

عکسبرداری
در روشهای تصویربرداری تصاویری از داخل بدن تهیه میشود که به پزشک در تشخیص تومور کمک میکند. این تصاویر را به چند شیوه میتوان تهیه کرد:

تصویربرداری با اشعهٔ ایکس :
تصویربرداری با اشعهٔ ایکس رایجترین شیوهٔ تهیهٔ تصویر از اندامها و استخوانهای داخل بدن است.

سی.تی.اسکن:



دستگاه تصویربرداری با اشعۀ ایکسی است که به یک رایانه متصل است و میتواند از اندامها مجموعهای از تصاویر با جزئیات بیشتر تهیه کند. در این نوع تصویربرداری، بهمنظور بررسیِ آسانتر و دقیقتر تصاویر، معمولاً مادهای حاجب مشخصکننده به فرد (مثلاً رنگ خوراکی مخصوص) خورانده میشود.

اسکن هسته ای:
در این نوع تصویربرداری مقدار کمی مواد رادیواکتیو به شخص تزریق میشود؛ این مواد از طریق جریان خون در اندامها و استخوانهای خاص متراکم میشود و یک اسکنر هم میزان رادیواکتیویته را در اندامها اندازهگیری و محل آن را مشخص کرده و از استخوانها و اندامها فیلمها و تصاویری بر روی صفحۀ نمایش رایانه ثبت میکند. لازم به یادآوری است که بدن مواد رادیواکتیو را به سرعت دفع میکند.

سونوگرافی:
دستگاه سونوگرافی، امواجی صوتی تولید میکند که گوش انسان قادر به شنیدن آنها نیست. این امواج پس از برخورد به بافتهای داخلی بدن منعکس میشوند و سپس رایانه انعکاس این امواج را دریافت و تصویری ایجاد میکند که سونوگرام نامیده میشود.

ام.آر.آی (MRI):
یک آهنربای بسیار قوی که به رایانه متصل شده و از آن برای گرفتن عکسهایی دقیق از درون بدن استفاده میشود. پزشک میتواند این تصاویر را بر روی یک صفحه نمایشگر (یا پس از چاپ، بر روی یک فیلم) مشاهده و بررسی کند

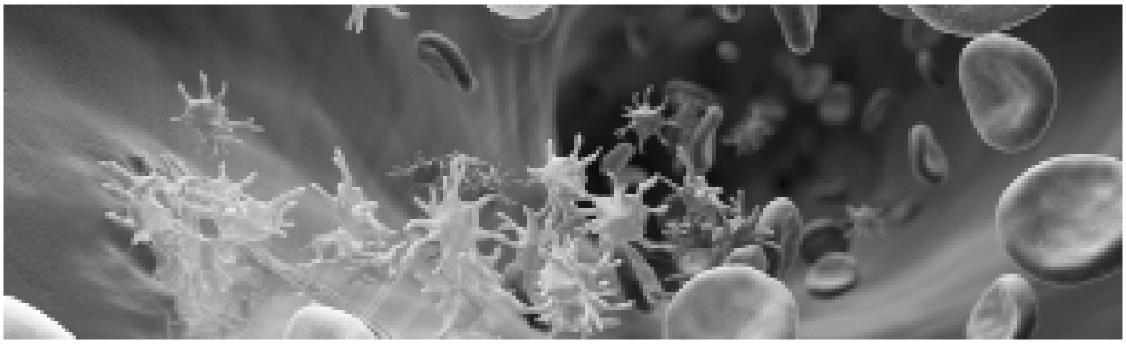
PET اسکن (PET Scan):
در این روش به شخص مقدار کمی مواد رادیواکتیو تزریق میشود و دستگاهی تصاویری میگیرد که فعالیتهای شیمیایی بدن را نشان میدهد؛ سلولهای سرطانی معمولاً به صورت نواحی بیش از حد فعال نمایان میشوند.

نمونه برداری
پزشکان در بیشتر موارد برای تشخیص سرطان به نمونهبرداری(Biopsy) نیاز دارند. برای این کار، پزشک نمونهای از بافت مشکوک را به آزمایشگاه میفرستد و متخصص آسیب شناس (Pathologist) آن را زیر میکروسکوپ بررسی میکند. نمونهبرداری به طرق مختلف انجام میگیرد:

به وسیله سوزن:
پزشک برای نمونهبرداری از بافت یا مایع میتواند از سوزن استفاده کند.

به وسیله آندوسکوپی:
پزشک از لوله باریک دارای نور (آندوسکوپ) برای مشاهده برخی نواحی درون بدن استفاده کرده بهوسیلۀ آن از بافتها نمونهبرداری میکند.

به وسیله جراحی:
جراحی ممکن است کامل (Excisional) یا برشی (Incisional) باشد: در نمونه برداری کامل، جراح کل تومور را بر میدارد و اغلب برخی از بافتهای سالم مجاور تومور نیز برداشته میشوند.
در نمونه برداری برشی، تنها بخشی از تومور برداشته میشود.



انواع بیماری هموفیلی و فاکتورهای انعقادی

نویسنده: دکتر الهام صادقی
پزشک درمانگر هموفیلی
مرکز تحقیقات بیماری های خونی مادرزادی بیمارستان کودکان مفید

خونی مادرزادی بیمارستان کودکان مفید
بیماری هموفیلی چیست؟
هموفیلی،نوعی بیماری ارثی ژنتیکی است که درآن،توانایی بدن برای کنترل ایجاد لخته(انعقادخون) اختلال می یابد. بیماری عمدتاً ازطریق انتقال ژن معیوب که روی کروموزوم (ایکس) ناقل مؤنث میباشد به فرزندان ذکورمنتقل میشود. عمدتا مردان گرفتاربیماری میشوند وآنرا ازطریق دختران شان منتقل میکنند، عموما دختران گرفتار بیماری هموفیلی نمیشوند ولی آنرا به فرزندان پسرخود منتقل میکنند به همین دلیل به آنها ناقل میگویند.
دختران مردان هموفیلی همیشه ناقل هستند(ناقلین اجباری) ونیاز به بررسی ژنتیک ندارند اما برای سایر زنان خانوادهٔ هموفیلی ، دانستن اینکه آنها ناقل بیماری هستند یا خیرامری بسیارحیاتی است.
برای شناسایی ناقلین ابتدا شجره نامه ژنتیک رسم میشود تا ارتباط ناقل احتمالی با اعضای مبتلا به هموفیلی در خانواده نشان داده شود و سپس ناقلین احتمالی برای آزمایش ژنوتیپ به آزمایشگاه معرفی میگردند و به این ترتیب ناقلین ژن هموفیلی درجامعه شناخته میگردند. چنانچه یک فرد ناقل زن هموفیلی با مرد سالم ازدواج نماید درهرحاملگی ۲۵ درصد احتمال تولد نوزاد هموفیلی وجود داردکه باروش های تشخیص پیش ازتولد میتوان از تولد نوزاد هموفیلی جلوگیری نمود. قابل ذکراست که حدود ۲۵ درصد از تولد نوزادان هموفیلی به صورت جهش ژنتیکی و بدون وجود سابقه هموفیلی درخانواده اتفاق می افتد که آنها موارد جدید بیماری هموفیلی هستند . تعیین دقیق ناقلان هموفیلی اساس و پایه تشخیص پیش از تولد را فراهم میآورد. امروزه میتوان در هفته های هفتم تا نهم حاملگی از پرزهای جفت نمونه برداری جنینی انجام داد و در صورت مشخص و گویا بودن الگوی چند شکلیهایی که در تعیین ناقلان مورد استفاده قرار گرفته اند ظرف ۴۸ ساعت وضعیت جنین را مشخص کرد که آیا به هموفیلی مبتلا است یا نه. اما ایده آل آن است که وضعیت ناقل بودن و یا نبودن کلیه ناقلان احتمالی قبل ازازدواج وحاملگی تعیین شوند.
انواع هموفیلی:
هموفیلی آ یا کلاسیک به دلیل کمبود یا فقدان فاکتور ۸ انعقادی. که در حدود ۹۰ بیماران هموفیلی
ازاین نوع میباشند.
هموفیلی ب یا بیماری کریسمس به دلیل کمبود یا فقدان فاکتور ۹ انعقادی میباشد.
هموفیلی ث که در اثر کمبود یا فقدان فاکتور ۱۱ ایجاد میشود.
هموفیلی اکتسابی :درصورتی است که مهارکننده های فاکتورانعقادی (آنتی بادیها) ایجاد شده و فاکتورهای انعقادی را تخریب کنند
شایعترین انواع هموفیلی نوع آ و ب میباشند که به بحث در مورد آنها میپردازیم:
کمبود فاکتور ۸ یا هموفیلی A
فاکتور۸ انعقادی، پروتئین تک زنجیرهای بزرگی است که توسط پروتئازهایی که درمسیرداخلی انعقاد تشکیل میشوند، فعال شدن فاکتور ۱۰ را تنظیم میکند. این فاکتور درسلولهای پارانشیم کبدی ساخته میشوند و به شکل متصل به پروتئین فون ویلبراند درجریان خون گردش میکند. ازخصوصیات آن میتوان به خونریزیهای درون بافت های نرم،عضلات ومفاصلی که وزن بدن را تحمل میکنند اشاره کرد. خونریزیهای ناشی ازهموفیلی ممکن است درهرعضوی ظاهرشوند و
درصورتی که درمان نشوند ممکن است روزها یا هفته ها ادامه یابند. این خونریزی منجربه تجمع وسیع خونی میشود که بخشی از آن منعقد شده وبه بافتهای مجاور فشارمیآورد. به طورمعمول بیماران هموفیلی که به خاطردرد و به دنبال آنتورم مفاصلی که وزن بدن را تحمل میکنند مانند مفاصل ران ، زانو و مچ پا مراجعه میکنند. خونریزیهای مکرر باعث خوردگی غضروف مفصلی و درنهایت آتروفی عضلات میشوند. به طورکلی خونریزی درهرمفصلی ممکن است اتفاق بیفتد ولی متعاقب صدمه به یک مفصل،این مفصل مکان مساعدی برای دورههای خونریزی بعدی میشود. لازم به ذکر است خونریزیهای مفصلی عضلانی
از خونریزیهای جدی وخونریزیهای دهانی،حلقی وشکمی و سیستم اعصاب مرکزی از خونریزیهای خطرناک محسوب میشوند.
کمبود فاکتور ۹ یا هموفیلیB

فاکتور ۹ از یک زنجیرهٔ ۵۵ کیلو دالتونی که به شکل پیش آنزیم است تشکیل شده است . فاکتور ۹ یکی ازشش پروتئینی است که درکبد ساخته شده وبرای فعالیت بیولوژیکی خود به ویتامین ک نیاز دارد.از هر صد هزار نفر یکی مبتلا به این بیماریست .این بیماری از نظر بالینی قابل افتراق با کمبود فاکتور ۸ نیست والبته برای درمان این بیماری ازاجزای پلاسمایی دیگراستفاده میشود. به همین دلیل تشخیص آزمایشگاهی دراین مورد اهمیت خاصی دارد. برای درمان این بیماری از اجزای پلاسمایی غنی ازپروتئین های کمپلکس پروترومبین و یا پلاسمای یخ زده تازه استفاده میشود.درکاربرداین مواد درمانی علاوه برعوارض موردانتظارهپاتیت،بیماری مزمن کبدی وایدز،خطربزرگ دیگری نیزجان بیمار را تهدید میکند،مقادیرناچیزفاکتورها ی انعقادی فعال موجود درکمپلکس پروترومبین تغلیظ شده ممکن است باعث فعال شدن سیستم انعقادی بیماروایجاد ترومبوزوآمبولی شوند. این امربه خصوص دربیمارانی که جهت جراحی بستری شده اند وحرکت ندارند ومبتلایان به بیماریهای کبدی شایع است.

تقسیم بندی هموفیلی از نظر شدت:

*شدید

دراین بیماران میزان فاکتورانعقادی درخون کمترازیک درصد میزان طبیعی است واین افراد دچار خونریزیهای خودبخودی در مفاصل وعضلات میشوند،به خصوص مفاصلی که بیشترین وزن بدن راتحمل میکنندوحرکت بیشتری دارند. ازجمله مفاصل مچ پا،لگن ،زانو،مچ دست،آرنج وشانه که معمولا یک الی دوباردرهفته دچارخونریزی میشوند.

*متوسط

دراین بیماران میزان فاکتورانعقادی بین ۱درصد تا ۵درصد بوده ودراین افرادخونریزی خودبخود وجود ندارد و در اثرکوچکترین ضربه یاصدمه دچارخونریزی میشوند و به علت تکرارخونریزی دچارآسیب مفاصل وعضلات میگردند. این افرادممکن است ماهی یکباردچارخونریزی شوند .

*خفیف

دراین بیماران میزان فاکتورانعقادی بین ۵درصد تا ۵۰ درصد میزان طبیعی بوده وهیچگاه دچارخونریزی خود به خودی خودی نشده وفقط دراثرضربه شدید یا تصادف یااعمال جراحی دچارخونریزی میشوند. خونریزی مفاصل کمتردراین افراد دیده میشود. میزان طبیعی فاکتورهای انعقادی درخون بین ۱۰۰-۵۰ درصدمیباشد. تنها درمان مؤثردراین بیماران جایگزین کردن فاکتورانعقادی دچارنقصان ازطریق تزریق وریدی فاکتورهای انعقادی کنستانتره یافرآوردههای خونی یا تزریق دسموپرسین میباشد.

درمان هموفیلی

درمان عمده هموفیلی،درمان جایگزینی(دادن یاجایگزین نمودن فاکتورانعقادی که مقدارآن خیلی پایین است ویاوجودندارد). فاکتورانعقادی تغلیظ شده،بصورت تزریق داخل وریدی داده میشود. فاکتورهای اختصاصی مورداستفاده برای درمان هموفیلی عبارت است از:

فاکتور ۸ انعقادی برای هموفیلی آ

فاکتور ۹ انعقادی برای هموفیلی ب

منابع فاکتورهای انعقادی:

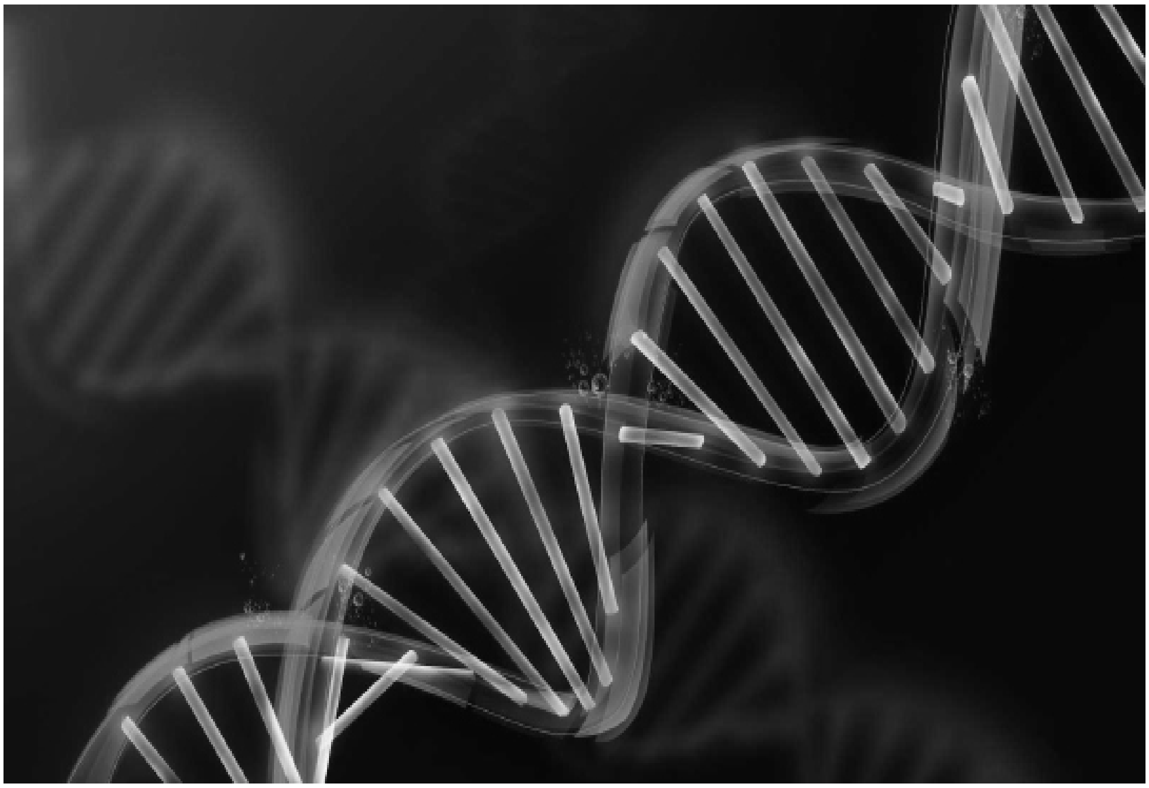
فاکتورهای انعقادی تغلیظ شده که دردرمان جایگزینی مورد استفاده قرارمیگیرند از دو منبع تهیه میشوند
۱/خون دهندگان انسانی
۲/فاکتورهای انعقادی تهیه شده درآزمایشگاه،این فاکتورها «نوترکیب» نامیده شده و از منابع انسانی تهیه نمیشوند
ازآنجاییکه نیمه عمرفعالیت فاکتور ۸ ، ۸-۱۲ ساعت و فاکتور ۹، ۲۴-۱۲ ساعت میباشد،تزریق داخل وریدی فاکتورهای انعقادی بصورت روزانه یکبار و یا دفعات بیشتر بسته به نوع و میزان خونریزی،درصورت شروع درمان داده میشود.
فاکتورهای انعقادی مورداستفاده دردرمان جایگزینی دارای خصوصیات زیرهستند::

- خیلی قوی هستند و برای کنترل خونریزی تنها میزان کمتری موردنیازمیباشد.
- ازنظراستفاده درمنزل،مخلوط کردن ونگهداری آسان میباشند. تهیه ودریافت فاکتورانعقادی،تنها۱۵ دقیقه وقت میگیرد.

درمان جایگزینی فاکتورانعقادی برای پیشگیری ازخونریزی
درمان جایگزینی براساس پایه ای منظم،برای پیشگیری ازخونریزی داده میشود. هدف نگه داری مقادیرفاکتورانعقادی درخون به میزان بالا،برای پیشگیری ازوقوع خونریزی میباشد. این درمان بیشتردرافرادهموفیل شدید بکارمیرودولی اغلب درکودکان نیزبرای پیشگیری ازصدمه مفاصل به دنبال خونریزی،بکارمیرود.
فاکتورهای انعقادی میتوانند عوارض جانبی ایجاد می کنند که برخی از مهمترین آنها:
۱/آنتی بادی برعلیه فاکتورانعقادی
آنتی بادی ها قبل ازاین که فاکتورهای انعقادی شانسی برای فعالیت داشته باشند،آنها راتخریب میکنند. این یک مشکل خیلی جدی میباشد،بدلیل اینکه درمان اصلی برای افراد هموفیلی(که جایگزینی فاکتورهای انعقادی میباشد) دردرازمدت،موثرنمیباشد.
مهارکننده های فاکتورهای انعقادی درحدود ۲۰ درصد افرادمبتلا به هموفیلی آ شدید و در ۱درصد افراد مبتلا به هموفیلی ب ایجاد میشوند.

درصورت بروزآنتی بادیها ،پزشکان مقادیربالاترفاکتورهای انعقادی را استفاده میکنند. گاهی اوقات،آنتی بادی ها نابود میشوند. محققین درحال مطالعه روشهایی برای مقابله باآنتی بادیهای ایجادشده برعلیه فاکتورهای انعقادی میباشند.

۱- ویروسهای منتقل شده ازطریق تزریق فاکتورها(تهیه شده ازخون انسان)
۲- ویروسهایی که موجب بروز ایدز وهپاتیت میشوند میتوانند از راه تزریق فاکتورهای انعقادی منتقل شوند که البته این خطر در فاکتورهای انعقادی نوترکیب نزدیک به صفر میباشد. باکمک درمانها ومراقبتهای مناسب ازکودک هموفیل میتوان نشانه های بیماری راکنترل کردوازتغییرشکل اندامها کاست . امروزه بچه های زیادی وجوددارندکه جزحساس بودن به خونریزی علامت بارز دیگری ندارندوکودک میتواننددرصورت داشتن شرایط محیطی مناسب وحمایت کافی والدین و مسوولین امرازیک زندگی طبیعی برخوردارباشد .



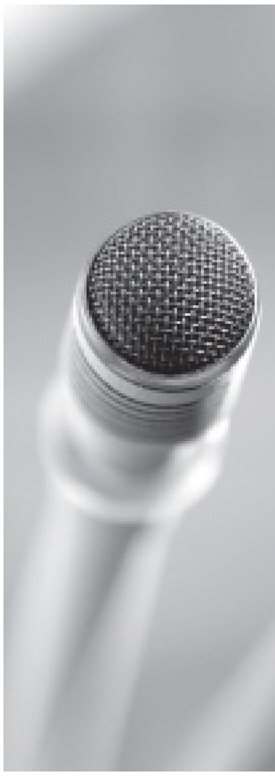
بين المللى

موسسه سرطانی NSW

این موسسه اولین آژانس استرالیایی کنترل سرطان است که به منظور کاهش اثرات سرطان در NSW تأسیس شده است. این موسسه از بهترین عملکردها و تمرینهای انجام شده در این راستا حمایت و تشویق می کند، در جهت ایجاد اطمینان در مردم سراسر کشور صرف نظر از جایی که در آن زندگی می کنند فعالیت میکند و همان سطحی از کیفیت که ایدئالترین شرایط برای بازده و نتیجه ی قابل قبول موردنیاز است برای افرادی که در آنها تشخیص سرطان داده شده است فراهم می نماید.
این موسسه در راستای تحقق موارد زیر فعالیت می نماید:
•کاهش بروز سرطان در جامعه
•افزایش میزان بقای بیماران مبتلابه سرطان
•بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سرطان و مراقبین آنها
•فراهم نمودن جمعی از افراد باتجربه و متخصص در جهت کنترل سرطان برای دولت، ارائهدهندگان خدمات بهداشت و سلامت، پژوهشگران پزشکی و جامعه ی عمومی
به منظور دستیابی به این مهم، این موسسه با جامعه، متخصصان سلامت، پژوهشگران، دولت ها و سازمان های خیریه همکاری نموده تا بتواند :
•اطلاعات، منابع و مشاوره در مورد پیشگیری از سرطان فراهم نماید
•ترویج اهمیت تشخیص زودهنگام از طریق برنامه های غربالگری سرطان
•ارائه کمک های مالی در جهت ایجاد ظرفیت پژوهش، نوآوری و پرورش و ترجمه تحقیقات سرطانی
•حفظ مخازن اطلاعات باکیفیت در مورد سرطان در NSW بهمنظور تعیین سیاست آینده و برنامه ریزی هایی درزمینه ی سلامت و بهداشت
•همکاری با متخصصان مراقبت های بهداشتی سرطان به منظور ایجاد و ارزیابی برنامه هایی در جهت بهبود کیفیت مراقبت و درمان سرطان در NSW
مأموریت های این موسسه
همکاری با یکدیگر برای کاهش اثرات سرطان
ما در همکاری کامل با جامعه ، افراد مبتلابه سرطان، متخصصین امور بهداشت و سلامت، دولتها و سازمانها هستیم. مایکی از سازمانهایی هستیم که به دنبال تغییر چهره ی سرطان در NSW هستیم.
دیدگاههای این موسسه
ما بهترین شیوه های کنترل سرطان در جهان را به NSW آورده ایم و آن را به سراسر جهان صادر می کنیم. همچنین ما در حال کاستن آسیب های شدید سرطان بر افراد مبتلا و دستگاه های سلامت و بهداشت هستیم.
این موسسه توسط مرکز دولتی NSW تأسیس شده و توسط اعضای هیئت مدیره ی آن اداره میشود و در حال همکاری با وزارت بهداشت NSW، بهداشت منطقه، شبکه های بهداشت و درمان تخصصی (آژانس برای نوآوری بالینی، اداره اطلاعات سلامت، گروه تعالی بالینی، موسسه آموزش بهداشت و خانوادهها و کودکان NSW) جهت بهبود بازده سلامت در سراسر کشور است.

مترجم: فاطمه افشار زاده

کنفرانس های بین المللی فصل بهار
(ژانویه، فوریه و مارس)
۲۰۱۵



عنوان	تاریخ برگزاری	مکان برگزاری
دوازدهمین کنفرانس بین‌المللی انجمن انکولوژی بالینی آسیا	۸ آوریل	دهلی‌نو/هند
هفتمین همایش سراسری اختلالات خواب	۲۰ آوریل	تهران/ ایران
همایش ملی روانشناسی تربیتی	۲ آوریل	مهاباد/ایران
سومین همایش بین‌المللی ایمپلنت‌های دندانی	۲۷ آوریل	اصفهان/ایران
سومین همایش سالانه‌ی بیماری‌های گوارشی : پیشرفت‌های جدید	۲-۱آوریل	پنسیلوانیا-ایالات متحده آمریکا
بیهوشی در شهر کنکان مکزیک	۹-۲ آوریل	کنکان- مکزیک
پیشرفت در بیماری‌های کبدی و پیوند-۲۰۱۶	۹آوریل	مریلند- ایالات‌متحده آمریکا
کنگره چشم‌پزشکی خاورمیانه و شمال آفریقا-۲۰۱۶	۱۶آوریل	دبی- امارات متحده عربی
کنفرانس شبیه سازی بهداشت و درمان در آسیا و اقیانوسیه	۲۲-۲۱ آوریل	مالزی
دهمین کنفرانس طراحی دارو و شیمی دارویی	۱۲-۱۱ می	برلین- آلمان
کنفرانس ملی پرستار	۱۴-۱۱ می	فلوریدا- ایالات‌متحده آمریکا
سومین کنفرانس غربالگری هدفمند GPCR	۱۳-۱۲ می	برلین-آلمان
صدوسومین امین کنگره ی ملی SIO	۲۸-۲۵ می	رم- ایتالیا
ششمین کنفرانس نسل جدید توالی یابی	۲۶-۲۵ می	ماساچوست-ایالات متحده آمریکا
نوزدهمین نشست متخصصین آنکولوژی زنان	۱۹ می	سن آنتونیو/ایالات‌متحده
چهاردهمین همایش گفتاردرمانی در ایران	۲می	تهران/ایران
دومین همایش بین‌المللی روان‌شناسی مدرسه	۵ می	اردبیل/ایران
همایش بین‌المللی استرس و بیماری‌های روانی	۱۰ می	تهران/ایران
دوازدهمین کنگره سالانه CNSA	۱۲ می	کارین/استرالیا
سومین همایش بین‌المللی ایمونولوژی، آسم و آلرژی و اولین سمپوزیوم آلرژی غذایی	۳ می	مشهد/ایران
کنفرانس مشارکت مشاورین آمریکایی با مشاورین آسیا – اقیانوسیه در سال ۲۰۱۶	۴-۳ ژوئن	سنگا پور
نقد و بررسی موردی درزمینهٔ ی تصویربرداری از مغز و اعضا ونکوور	کانادا	۱۱-۶ ژوئن
هم‌نشست جراحی پستان-رم-۲۰۱۶	ایتالیا	۱۰-۸ ژوئن
هشتمین کنگره و نمایشگاه جهانی نانوتکنولوژی پزشکی	ایالات‌متحده آمریکا	۱۱-۹ ژوئن
تکنیک های درمانی رفتارشناختی در ده دقیقه برای پزشکان	کانادا	۱۰-۹ ژوئن
کنگره ی اروپایی پزشکی جنین	هلند	۱۸-۱۵ژوئن
کنفرانس بیولوژیک ۲۰۱۶	پیا-قبرس	۱۶-۱۵ ژوئن
چهاردهمین کنفرانس بین المللی تحقیقاتی بهداشت و علوم زندگی	هنان- سنگاپور	۱۷-۱۶ ژوئن
هفدهمین کنفرانس بین المللی منطقهٔ ای علوم اعصاب و رفتار و روان‌پزشکی زیستی، درزمینهٔ ی استرس ورفتار	فلوریدا-ایالات متحده آمریکا	۲۴-۲۲ ژوئن
نهمین کنگره‌ی نانو برای نسل بعدی	والنسیا-اسپانیا	۹ امین کنگره ی نانو برای نسل بعدی

ویروس زیکا

مترجم: فاطمه افشار زاده

ویروس زیکا یک ویروس بیماری زای منتقله از راه پشه می باشد که توسط گونه های Aedes که عامل انتقال ویروس های دانگ و چیکونگونیا نیز می باشند، منتشر می شود.

این پشه ها در طول ساعات روز به اهداف خود حمله کرده و در محیط های باز و بسته می توانند زنده بمانند.

اگرچه علائم و نشانه های بیماری ناشی از این ویروس در طول یک هفته از بین می رود، ولی اخیرا نگرانی هایی در مورد پتانسیل این ویروس در ایجاد نقص های جنینی حین بارداری، مانند میکروسفالی، به وجود آمده است.

مناطقی که در حال حاضر انتقال این ویروس در آنها اتفاق می افتد عبارتند از:

آمریکای جنوبی و مرکزی : بولیوی، برزیل، کلمبیا، اکوادور، السالوادور، گویان فرانسه، گواتمالا، گویان، هندوراس، مکزیک، پاناما، پاراگوئه، سورینام، ونزوئلا

کارائیب: باربادوس، گوادلوپ، هائیتی، مارتینیک، پورتوریکو، سنت مارتین

اقیانوسیه: ساموآ

علائم و نشانه ها

علائم ویروس زیکا بسیار مبهم بوده و می تواند به مدت یک هفته به طول بینجامد. عموما تشخیص ابتلا به این ویروس با انجام آزمایش خون صورت می گیرد. علائم معمول آن عبارتند از: تب، راش های پوستی، درد مفصل، کونژنکتیویت (قرمزی چشم)، درد عضلانی، سردرد، درد در پشت کره ی چشم و استفراغ

نگرانی که در حال حاضر در مورد این ویروس در حال افزایش می باشد، وجود ارتباط احتمالی بین عفونت ویروس زیکای مادر و میکروسفالی نوزاد است. پژوهش های انجام شده نشان می دهد، عفونت با ویروس مذکور تنها در صورتی با اختلالات این چنینی جنین همراه می باشد که مادر باردار در سه ماهه ی اول یا دوم بارداری به این ویروس آلوده شده باشد.

تا کنون هیچ شواهدی مبنی بر انتقال این ویروس از طریق شیر مادر به نوزاد گزارش نشده است.

میکروسفالی چیست؟

میکروسفالی یک بیماری عصبی می باشد که در آن دور سر نوزاد به طور قابل توجهی کوچکتر از اندازه متوسط تعیین شده برای نوزادان هم سن و سال او است. میکروسفالی می تواند منجر به تاخیر در روند پیشرفت حرکتی و گفتاری کودک شود.

مشکلات ناشی از میکروسفالی عبارتند از:

کوتاهی قد و قامت و ریز نقشی، ناهمگونی چهره، عقب ماندگی ذهنی، بیش فعالی و تشنج

با اینکه درمان قطعی و شناخته شده ای برای این اختلال وجود ندارد اما درمان های حمایتی و توان بخشی می تواند به تکامل نوزاد کمک کند.

از آنجا که در حال حاضر هیچ واکسنی برای محافظت در برابر این بیماری وجود ندارد، اجتناب کردن از نیش پشه برای پیشگیری از انتقال ویروس زیکا حیاتی است.

رژیم غذایی برای مبتلایان به هموفیلی

نمای کلی:

هموفیلی یک بیماری مزمن است که با خونریزی بیش ازحد و اختلال در انعقاد خون مشخص میشود. طبق گزارشها اعلام شده از مرکز پزشکی دانشگاه مری لند، حدود ۲۰۰۰۰ نفر در ایالات متحده آمریکا از این اختلال رنج میبرند.

هموفیلی یک بیماری ارثی است که درنتیجه عدم وجود مقدار کافی از نوعی پروتئین در خون ایجاد میشود، پروتئینی که مسئول انعقاد خون است.

اگرچه ممکن است تغذیه بیماری هموفیلی را درمان نکند اما، با این وجود پیروی از یک رژیم غذایی خاص میتواند به بهبود لخته شدن خون و کاهش خطر دچار شدن به یک خونریزی بیش ازحد کمک کند. قبل از اینکه شروع به گرفتن هر نوع رژیم غذایی نمایید، پزشک خود را از وجود بیماری هموفیلی آگاه کنید.

رژیم غذایی ویتامین K:

پیروی از یک رژیم غذایی سرشار از ویتامین K طبیعی، ممکن است به کاهش اثرات هموفیلی کمک نماید. طبق اظهار فیلیس بالک، نویسنده کتاب "توصیه هایی برای شفا با تغذیه"، این ویتامین به تولید یک ماده شیمیایی به نام به نام پروترومبین (PT)، که منجر به لخته شدن خون می شود کمک میکند.

ویتامین K همچنین به بدن شما کمک میکند تا گلیکوژن تولید کند. گلیکوژن مادهای است که می تواند به بهبود عملکرد کبد کمک کند که این عامل خود باعث بهبود لخته شدن خون می شود.

با اتخاذ یک رژیم غذایی غنی از اسفناج، کلم بروکلی، جو ، سویا و نان گندم کامل میتوانید دریافت این ویتامین را در خود افزایش دهید.

رژیم غذایی ویتامین C:

ویتامین C درجه اول بهعنوان یک تقویتکننده سیستم ایمنی بدن شناخته میشود که میتواند به دفع سرماخوردگی و آنفولانزا کمک کند، اما ویتامین C نیز این توانایی را دارد که بهبود لخته شدن خون را ارتقا ببخشد.

همچنین این ویتامین بدن شمارا برای تولید کلاژن تحریک میکند، که میتواند شدت کبودی ناشی از هموفیلی را در شما کاهش دهد.

با مصرف میوهها و سبزیهایی نظیر سیب، کیوی، اسفناج، زغالاخته، کلم بروکسل، توتفرنگی، پرتقال، پا پایا و آناناس و نیز ادویه جاتی نظیر فلفل قرمز می توانید دریافت ویتامین C را در خود افزایش دهید.

رژیم غذایی سرشار از کلسیم:

کلسیم به عنوان بهترین ماده معدنی برای سلامت استخوان ها و دندان ها شناخته میشود اما بااینحال میتواند به شکلگیری پلاکت و لخته شدن خون نیز کمک کند.

رژیم غذایی سرشار از کلسیم میتواند به جلوگیری از خونریزی در بیماران هموفیلی کمک کند.

مترجم: فاطمه افشار زاده

What is canser?

What Is Cancer?

Cancer is the name given to a collection of related diseases. In all types of cancer, some of the body's cells begin to divide without stopping and spread into surrounding tissues.

Cancer can start almost anywhere in the human body, which is made up of trillions of cells. Normally, human cells grow and divide to form new cells as the body needs them. When cells grow old or become damaged, they die, and new cells take their place.

When cancer develops, however, this orderly process breaks down. As cells become more and more abnormal, old or damaged cells survive when they should die, and new cells form when they are not needed. These extra cells can divide without stopping and may form growths called tumors.

Many cancers form solid tumors, which are masses of tissue. Cancers of the blood, such as leukemias, generally do not form solid tumors.

Cancerous tumors are malignant, which means they can spread into, or invade, nearby tissues. In addition, as these tumors grow, some cancer cells can break off and travel to distant places in the body through the blood or the lymph system and form new tumors far from the original tumor.

Unlike malignant tumors, benign tumors do not spread into, or invade, nearby tissues. Benign tumors can sometimes be quite large, however. When removed, they usually don't grow back, whereas malignant tumors sometimes do. Unlike most benign tumors elsewhere in the body, benign brain tumors can be life threatening.

How Cancer Arises

Cancer is a genetic disease—that is, it is caused by changes to genes that control the way our cells function, especially how they grow and divide.

Genetic changes that cause cancer can be inherited from our parents. They can also arise during a person's lifetime as a result of errors that occur as cells divide or because of damage to DNA caused by certain environmental exposures. Cancer-causing environmental exposures include substances, such as the chemicals in tobacco smoke, and radiation, such as ultraviolet rays from the sun.

Each person's cancer has a unique combination of genetic changes. As the cancer continues to grow, additional changes will occur. Even within the same tumor, different cells may have different genetic changes.In general, cancer cells have more genetic changes, such as mutations in DNA, than normal cells. Some of these changes may have nothing to do with the cancer; they may be the result of the cancer, rather than its cause.

When Cancer Spreads

A cancer that has spread from the place where it first started to another place in the body is called metastatic cancer. The process by which cancer cells spread to other parts of the body is called metastasis.

Metastatic cancer has the same name and the same type of cancer cells as the original, or primary, cancer. For example, breast cancer that spreads to and forms a metastatic tumor in the lung is metastatic breast cancer, not lung cancer.Under a microscope, metastatic cancer cells generally look the same as cells of the original cancer. Moreover, metastatic cancer cells and cells of the original cancer usually have some molecular features in common, such as the presence of specific chromosome changes.

Treatment may help prolong the lives of some people with metastatic cancer. In general, though,

the primary goal of treatments for metastatic cancer is to control the growth of the cancer or to relieve symptoms caused by it. Metastatic tumors can cause severe damage to how the body functions, and most people who die of cancer die of metastatic disease.

Types of Cancer

There are more than 100 types of cancer. Types of cancer are usually named for the organs or tissues where the cancers form. For example, lung cancer starts in cells of the lung, and brain cancer starts in cells of the brain. Cancers also may be described by the type of cell that formed them, such as an epithelial cell or a squamous cell.Here are some categories of cancers that begin in specific types of cells:

Carcinoma

Carcinomas are the most common type of cancer. They are formed by epithelial cells, which are the cells that cover the inside and outside surfaces of the body. There are many types of epithelial cells, which often have a column-like shape when viewed under a microscope.

Carcinomas that begin in different epithelial cell types have specific names:

Adenocarcinoma is a cancer that forms in epithelial cells that produce fluids or mucus. Tissues with this type of epithelial cell are sometimes called glandular tissues. Most cancers of the breast, colon, and prostate are adenocarcinomas.

Basal cell carcinoma is a cancer that begins in the lower or basal (base) layer of the epidermis, which is a person’s outer layer of skin.

Squamous cell carcinoma is a cancer that forms in squamous cells, which are epithelial cells that lie just beneath the outer surface of the skin. Squamous cells also line many other organs, including the stomach, intestines, lungs, bladder, and kidneys. Squamous cells look flat, like fish scales, when viewed under a microscope. Squamous cell carcinomas are sometimes called epidermoid carcinomas.

Sarcoma

Sarcomas are cancers that form in bone and soft tissues, including muscle, fat, blood vessels, lymph vessels, and fibrous tissue (such as tendons and ligaments).

Osteosarcoma is the most common cancer of bone. The most common types of soft tissue sarcoma are leiomyosarcoma, Kaposi sarcoma, malignant fibrous histiocytoma, liposarcoma, and dermatofibrosarcoma protuberans.

Leukemia

Cancers that begin in the blood-forming tissue of the bone marrow are called leukemias. These cancers do not form solid tumors. Instead, large numbers of abnormal white blood cells (leukemia cells and leukemic blast cells) build up in the blood and bone marrow, crowding out normal blood cells. The low level of normal blood cells can make it harder for the body to get oxygen to its tissues, control bleeding, or fight infections.

There are four common types of leukemia, which are grouped based on how quickly the disease gets worse (acute or chronic) and on the type of blood cell the cancer starts in (lymphoblastic or myeloid).

Lymphoma

Lymphoma is cancer that begins in lymphocytes (T cells or B cells). These are disease-fighting white blood cells that are part of the immune system. In lymphoma, abnormal lymphocytes build up in lymph nodes and lymph vessels, as well as in other organs of the body.

فرهنگی

خدا صحبت است

بر سر کوی محبت به صَفا باید رفت
باشد آن جا به مَقامی به صفائی برسی
می ومیخانهٔ آب و هوایی دگر است
خوش بُود گر به چنین آب و هوایی برسی

« از مال خود با سخاوتمندی به دیگران ببخش، چون بخشش تو بدون عوض نمی‌ماند.

در تعریف شعر آمده است که : شعر سمفونی است با چندین ساز، ساز احساس و اندیشه ، ساز کلام، ریتم، بافت و تلفیق کلمات، اگر این ساز ناکوک باشد، این سمفونی شنیدنی نیست.

آری، سخن این است، در دنیایی که محبت در این زمانه بیش از گذشته غریب گشته و ما تشنه آن شده ایم. بنیاد امور بیماری‌های خاص با تدبیر و درایت و توکل و توسل به خدای یکتا، بدون چشم داشتی و توجهی به عنوان و نشان و درجهٔ آدم‌ها، و بی اعتنا به تحقیرها و انگها، تنها و تنها به عشق خدا و خدمت به هم‌نوعان می کوشد تا در حدبضاعت و رعایت مقررات، باری از دوش دولتمردان بردارد و دل ناشاد دردمندان را شاد کند.

بنیاد، همان سمفونی است که روز و شب تلاشش برای کوک کردن انسانهای ناکوک است، و به این خدمت می نازد و می بالد، چراکه؛ عبادت به جز خدمت خلق نیست – به تسبیح و سجاده و دلق نیست . باشد، که ما نیز به سهم خود از معرفتی که در چنین مکانهایی لبریز است استفاده نموده و درک کنیم.

« فَاذ اَمَسَّ الانسانَ ضُرٌّدَ دَعاناثُمَّ اِذانَحوَّ لناهُ نعمةً قالَ اِنَّما اُوتیتُهُ عَلی عِلمَ بَلی هِیَ فِتنه وَ لَکنَّ اَکثَرهُم لاتَعلِمون.»
« و چون به انسان بلایی رسد، ما را دعا بخواند، سپس چون از جانب خود به او نعمتی ارزانی داریم،

گوید همانا به خاطر علم (ی که داشته‌ام) آن را به من داده‌اند؛ حق این است که آن آزمونی است، ولی بیشتر آنها نمی دانند.
این آیه مفهومش این است که :
تا گشایش هست یادی از خدا در ذهن نیست

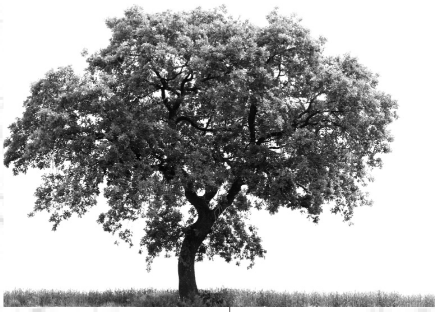
درگرفتاری تفأل را به قرآن می‌زنیم.
امروزه از هر فاجعه و جنایتی دردناک‌تر، مرگ اخلاق است، که متأسفانه گریبان‌گیر جامعهٔ انسانی در تمام دنیا شده است. اتفاقاتی که در شأن آدمی نبوده و نیست. علاج درمان این درد مزمن و بسیار خطرناکتر از سرطان و دیگر بیماریهای ناشناخته ، کاری بس دشوار است و همت و جهادی همگانی می طلبد. در جوامعی که حرمت ها و عزت های انسانی نابود می شود، در نتیجه باید شاهد بیماریهای خاص و عجیب و غریب باشیم، که طبیبان و دانشمندان در تشخیص و شناسایی آن عاجز و ناتوانند.
پس اگر بخواهیم به درستی و حقیقت مشکلات را واکاوی کنیم بهتر آن‌است که رویکرد ما به بازسازی انسانی و اخلاقی جامعه باشد تا شاهد شکوفایی و نشاط و دست یابی به سعادت و عزت ، برایمان آسان شود.
آخر مگر نه اینکه ما انسانها امانت الهی هستیم و بزرگترین سرمایه و پرراز و رمزترین خلقت خدائیم!
درپایان یاد داشتم ، دلها را با چند بیت شعر از مرحوم مهدی سهیلی صفا داده و همهٔ شما عزیزان را به خدای متعال می‌سپارم.

دردمندان را هوایی نیست در میخانه ها
ساده دل آنکس که پیمان بست با پیمانه ها

هست توحید هم نه مست بادهٔ اندیشه سوز
سرخوشی ها را بجویم از در میخانه ها

داستان اهل دنیا را به دنیادارگوی
گوش من آزرده شد از جوراین افسانه ها

سر به پای بینوایان منهم تا زنده ام
چون خدا را دیده ام در کج محنت خانه ها



نقش درختان

درختان همواره در زندگی بشر موثر بوده‌اند. قرن‌هاست که آدمی در سایه‌شان از شدت گرما و تابش خورشید در امان مانده و از میوه‌های رنگارنگ و شیرین‌شان بهره‌مند گشته است. آوای پرندگان که در لابلای شاخسارشان مأوا گزیده اند، روح و جانش را صفا بخشیده و قلب وی را مملو از خوشی و شادابی نموده است. در دل زمستان سرد نیز بار دیگر به مدد هیمه‌ای که از تنه درختان فراهم آورده و آتشی که از آن افروخته سرما و یخبندان را تاب آورده و با آن ها دست و پنجه نرم کرده است و بار دیگر این شکوفه‌های زیبای درختان هستند که به او نوید فرا رسیدن بهاری دل‌انگیز را می‌دهند.
به این ترتیب بهره‌مندی‌هایی که از درختان عاید بشر می‌گردد بی‌شمار است و اگر درختان را نعمات الهی بدانیم، سخنی به گزاف نگفته‌ایم. شاید به همین دلیل است که انسان‌هایی فرهیخته نظیر شعرا و بزرگان و اساتید در زمینه ادبیات و نیز پیشوایان و بزرگان دینی همواره آن را مد نظر قرار داده و بدان توجه نموده اند. درخت مظهر زیبایی و حیات و یکی از زیباترین و پُرثمرترین نعمت‌های بیکران خداوند است که بخش مهمی از نیازهای انسان را برآورده می‌سازد .
امروزه با صنعتی شدن جوامع بشری درختان نقش مهم‌تری در زندگی بشر ایفا می کنند؛ از سویی مقدمات پیشرفت بیشتر صنعت و فناوری را موجب می‌شوند و منابع تامین‌کننده محصولاتی نظیر وسایل چوبی، مبلمان، لوازم التحریر(کاغذ، انواع مدادهای مختلف) الوار و هزاران محصول دیگر محسوب می‌شوند.
و از سوی دیگر به منزله ریه‌های یک شهر تلقی شده و نقش مهمی را در تامین سلامت اعضای جامعه ایفا می کنند که این مورد اخیر از موارد قبل مهم‌تر است؛ چرا که به دلیل فعالیت کارخانجات صنعتی و نیز ازدیاد وسایل نقلیه عمومی و فعالیت روزانه آن‌ها در سطح شهرهای بزرگ از جمله تهران، آلاینده‌ها و گازهای مهلک و خطرناکی نظیر دی‌اکسید کربن در هوای شهرها فزونی یافته و سلامت افراد را تهدید می‌کند و افزایش هر چه بیشتر این مواد آلاینده کاهش میزان اکسیژن در هوا را سبب می‌شود و این وضع نامساعد، گروه‌های آسیب پذیر نظیر بیماران ریوی و قلبی، سالخوردگان و کودکان را بیشتر تهدید می‌کند.
در چنین شرایطی مساله درخت و درختکاری راه حلی مناسب برای مبارزه با آلودگی‌های مذکور به شمار می‌آید.
ایجاد جنگل های مصنوعی و فضای سبز در اطراف شهرهای بزرگ به تاسیس کارخانجات تولید اکسیژن می‌ماند. در همین راستا در کشور عزیزمان ایران ۱۵ اسفند هر سال به درخت و درختکاری اختصاص یافته و آن را روز درختکاری نام نهاده‌اند. به این ترتیب همه ساله در روز ۱۵ اسفندماه که آخرین ماه فصل زمستان است در حالی که همه ایرانیان خود را برای استقبال از روزهای پُر طراوت بهاری آماده می‌کنند، نهال‌های جوان به دست خاک مهربان و صبور ایران سپرده می‌شود تا به درختانی نیرومند و سرسبز بدل گردند و به این ترتیب گامی در آبادانی کشور عزیزمان برداشته می‌شود.
با کاشت درختان سازگار با وضعیت جوی ایران و با در نظر گرفتن شرایط آب و هوایی خشک و کم باران اغلب مناطق کشور، می‌توان محیط زیست را لطیف و با طراوت کرد. طبیعت و فضای سبز وسیله‌ای برای بقای بشری و حفظ زیبایی شهر است و به عنوان میراثی ارزشمند به همه انسان‌ها تعلق دارد.
درختکاری در ایران دارای پشتوانه‌ای از علایق ملی و سنت تاریخی است، تاریخ نشان می‌دهد که ایرانیان باستان، جشن‌های خاصی داشتند و در این جشن‌ها به درختکاری پرداخته و به خاک و زراعت احترام می گذاشتند، علاوه بر این درختکاری با اعتقادات مذهبی مردم نیز پیوند دارد، تا حدی که کاشت درخت نوعی عبادت محسوب می‌شود.
در اهمیت درخت و درختکاری همین بس که در روایتی معتبر از یکی معصومین (ع) منقول است که: "حتی اگر دیدید قیامت بر پا شد و شما مشغول کاشتن درختی بودید، از این عمل نیک خود دست برندارید". و این نشانگر تاکید و توصیه اولیای اسلام به حفظ و حراست از درختان و اهمیت درختکاری است.
مطالب یاد شده به روشنی، وظیفه تک تک ما را در حفظ و حراست از منابع طبیعی موجود، خصوصاً جنگل‌ها و مراتع و همچنین توسعه پایدار و گسترش این نعمت الهی، به عنوان یک وظیفه دینی و ملی، مشخص می‌کند.
به طور خلاصه روز درختکاری بهانه‌ای است برای این که ما به محیط زیست احترام گذشته و آن را احیاء کنیم و یا حداقل آن را با دقت بیشتری نگه‌داری کنیم.
امید است که با تلاش در این جهت، حتی با کاشتن یک نهال کوچک، کشوری زیبا و آباد را برای خویش مهیا کنیم که یقیناً کاری پسندیده است.

منبع: زینب نجاری

جدول و شعر

بی همگان بسر شود بی تو بسر نمی شود
داغ تو دارد این دلم جای دگر نمی شود
دیده عقل مست تو چرخه چرخ پست تو
گوش طرب به دست تو بی تو بسر نمی شود
جان ز تو جوش می کند دل ز تو نوش می کند
عقل خروش می کند بی تو بسر نمی شود
خمر من و خمار من باغ من و بهار من
خواب من و خمار من بی تو بسر نمی شود
جاه و جلال من تویی ملکت و مال من تویی
آب زلال من تویی بی تو بسر نمی شود
گاه سوی وفا روی گاه سوی جفا روی
آن منی کجا روی بی تو بسر نمی شود
دل بنهند بر کنی توبه کنند بشکنی
این همه خود تو میکنی بی تو بسر نمی شود
بی تو اگر بسر شدی زیر جهان زبر شدی
باغ ارم سقر شدی بی تو بسر نمی شود
گر تو سری قدم شوم ور تو کفی علم شوم
ور بروی عدم شوم بی تو بسر نمی شود
خواب مرا ببسته ای نقش مرا بشسته ای
وز همه ام گسسته ای بی تو بسر نمی شود
گر تو نباشی یار من گشت خراب کار من
مونس و غمگسار من بی تو بسر نمی شود
بی تو نه زندگی خوشم بی تو نه مردگی خوشم
سر ز غم تو چون کشم بی تو بسر نمی شود
هر چه بگویم ای صنم نیست جدا ز نیک وبد
هم تو بگو ز لطف خود بی تو بسر نمی شود

5			9		6			3						
	2			8			1							
		7				9								
8			1		2			7			6			
	4			3			5			4				
3			4		5									
		3				5			7		3			1
	5			6			9			5			6	
1			3			2		4				9		
					4				3					9
				8			1			2			5	
			7			9					8			2
								7				1		
							3			8			9	
						1			2		7			4

What you will read in this issue?

Page1
He might be a genius or a child who can't be learned even at simply subjects but yet he is living with autism. Autism children are sulks with Mother's arms, with society and with childhood plays.

Page 3
Yalda is an opportunity to use our grand moms and grand pop's experiences and advices after many times that we excuses about the lack of time.

Page 4
- Fourteenth construction exhibition
- Twenty-Third Exhibition of handmade carpets
- The second international exhibition of information technology and digital media and exhibition of baby and mothers
- same time exhibitions
- Fifteenth Exhibition of Telecommunications and Information (telecam)
- Thirteenth International Exhibition of Plants

Page 5,6
The autism symposium was beginning at 8:30 a.m of 11th of Aban with the efforts of CFFSD. This symposium was performed in 5 separated fields such as: basic science, autism situation in Iran, screening and diagnosis, educational interventions and drugs Rehabilitation interventions. Patient's families, professionals, professors and experts took part in this symposium.

Page 7
Leadership of diabetes international conference was held on 2th and 3th of Azar, at IRIB International Conference Center to create ways to develop sustainable health policy and health system design that will yield more favorable results for patients with diabetes.
Page 8,9,10
Golestan province is limited to Turkmenistan from the north, northern Khorasan from the east, Semnan province from the south and Mazandaran province from the west.

Page 11,12
Based on the periodic expert's visiting from medical centers around the country and also the request of the mentioned centers, many items were donated by CFFSD to them.

Page 13
With respect to the necessity of acquaintance of public and who ever involved to health care programs to certain disease, education is one of the CFFSD's Priorities. So Promotion the level of Science and social awareness in different group of patients, physicians and society through various methods is Research and educational section responsibility.

Page 14
In this section you can find all of world's day which is in the autumn and get more information about them such as: World Diabetes Day in 14th November.

Page 15,16
In this part you can find the names of people who donated their organs after death and also the names of those who donated financial helps.

Page 18
In this part you can have some various information about the thalassemia and its main types with details and its prevalence around different part of our country. The main cause of this disorder is delete mutation in genes which responsible for production globin chain proteins.

Page 19
Epidermolysis bullosa (EB) is a group of inherited connective tissue diseases that cause blisters in the skin and mucosal membranes. They have been classified into the following type:
1. Epidermolysis bullosa simplex
2. Junctional epidermolysis bullosa
3. Dystrophic epi

Pages: 23-25
Kidney failure is a condition that stops kidney function. There are two kinds of kidney failure:
Acute kidney failure
Chronic kidney failure
In this article you can find more about these conditions.

Page: 26
Hemophilia, is a group of hereditary genetic disorders that impairs the body's Ability to control blood clotting, which is used to stop bleeding when a blood vessel is broken.
The prevalence and distribution of Hemophilia is the main issue that you will read in this page.

Pages: 27-28
Nutrition and Diabetes is the topic of article you will read in this page. What is the purpose of controlling diabetes is the main subject of this article.

Page 29:
In this page you can find some useful information about Braytonic and its affect on disable people. Braytonic is the most appropriate and safest sports for people with limited mobility. This article has been provided by YASAMAN MOAYEDI.

Page 30:
Thalassemia, also called Mediterranean anemia, is a form of inherited autosomal recessive blood disorder characterized by abnormal formation of hemoglobin.
The abnormal hemoglobin formed results in improper oxygen transport and destruction of red blood cells.
Remove the spleen in patients with Thalassemia is the topic of this article.

Pages: 31-32
Iranian experiences in using stem cells to Diabetes's treatment are the name of article that has been provided by Dr. ENSIYE NASLI.
Diabetes mellitus (DM), commonly referred to as diabetes, is a group of metabolic diseases in which there are high blood sugar levels over a prolonged period. Symptoms of high blood sugar include frequent urination, increased thirst, and increased hunger.

Page: 33

In this page you can find some information about Autism. Autism spectrum disorder (ASD) and autism are both general terms for a group of complex disorders of brain development. These disorders are characterized, in varying degrees, by difficulties in social interaction, verbal and nonverbal communication and repetitive behaviors.

Page: 34

In this page you can gain some information about some of foods that are effective in lowering blood sugar.

Pages: 36-38

Multiple sclerosis (MS), also known as disseminated sclerosis or encephalomyelitis disseminate, is a demyelinating disease disease in which the insulating covers of nerve cells in the brain and spinal cord are damaged. This damage disrupts the ability of parts of the nervous system to communicate, resulting in a wide range of signs and symptoms, including physical, mental, and sometimes psychiatric problems. MS takes several forms, with new symptoms either occurring in isolated attacks (relapsing forms) or building up over time (progressive forms). Between attacks, symptoms may disappear completely; however, permanent neurological problems often occur, especially as the disease advances.

Page: 40

The Cooley's anemia Foundation is dedicated to serving people afflicted with various forms of thalassemia, most notably the major form of this genetic blood disease, Cooley's anemia/thalassemia major.

The mission of the Cooley's Anemia Foundation is to increase life expectancy and enhance the quality of life for those impacted by thalassemia, a class of genetic blood disorders, most of which require regular blood transfusions and aggressive management of chronic iron overload, the predominant cause of early death.

Page: 41

Charity Foundation for Special Diseases:

Breast cancer is the most common cancer in women worldwide, and it is the second leading cause of cancer deaths after lung cancer. Increasing age is the most important risk factor for breast cancer. Other risk factors for breast cancer include the following:

• Family history,
• Major inheritance susceptibility,

Page: 45

Very little credible information is know about Hafiz's life, particularly its early part. Immediately after his death, many stories, some of mythical proportions were woven around his life. The following is an attempt at encapsulating what we know with a fair amount of certainty about Hafiz's life

Prepared by: Fatemeh Afsharzadeh | Neda Jalilian.

فرم اشتراک فصلنامه خاص

الف : اشخاص حقیقی

نام : نام خانوادگی:

میزان تحصیلات: رشته تحصیلی: تاریخ شروع اشتراک:

آدرس کامل پستی جهت ارسال فصلنامه :

کد پستی ده رقمی :

تلفن ثابت : تلفن همراه: پست الکترونیک :

ب: اشخاص حقوقی

نام مرکز/ مؤسسه : تاریخ شروع اشتراک:

آدرس کامل پستی جهت ارسال فصلنامه :

کد پستی ده رقمی :

تلفن ثابت : پست الکترونیک :

حق اشتراک سالانه:

هزینه اشتراک سالیانه (۴ شماره) به انضمام هزینه پستی ۵۰,۰۰۰ ریال می باشد خواهشمند است مبلغ فوق را به حساب ملی- سیبا ۰۱۱۰۱۰۳۴۳۴۰۰۰ (قابل واریز در تمام شعب به نام بنیاد امور بیماری های خاص) واریز و اصل فیش بانکی را به همراه فرم اشتراک تکمیل شده با پست سفارشی به نشانی تهران، صندوق پستی۴۸۸۳-۱۹۳۹۵ فصلنامه خاص ارسال فرمایید.

- یاوران بنیاد و دانشجویان می توانند با ارسال کپی کارت شناسایی از ۵۰ درصد تخفیف بهره مند شوند.
- بیماران خاص با ارسال کپی کارت شناسایی صادره از این بنیاد وتکمیل فرم اشتراک می توانند به صورت رایگان فصلنامه را دریافت نمایند.

شماره پیگیری: ۲۲۵۹۱۹۵۷ داخلی: ۴۰۹ فاکس: ۲۲۷۶۵۴۲۳

ایمیل روابط عمومی :

بنیاد امور بیماریهای خاص

احداث ۱۸ مدرسه

در مناطق محروم کشور

با مشارکت بانک ملی ایران

بانک ملی ایران

بانک ملی ایران در راستای انجام مسئولیت های اجتماعی تا پایان آذرماه سال جاری از محل منابع قرض الحسنه خود، اقدام به مشارکت در احداث ۱۸ مدرسه در مناطق محروم کشور نموده که ۸ مدرسه تاکنون افتتاح شده و ساخت ۱۰ مدرسه نیز در دست اقدام می باشد.

روابط عمومی

www.bmi.ir

ارتقای کیفیت سلامت در کشور
با همیاری جوانان متخصص

قابل توجه فارغ التحصیلان آماده خدمت سربازی

بنیاد امور بیماریهای خاص از میان پرسنل وظیفه فارغ التحصیل رشته های **پزشکی، داروسازی، مهندسی پزشکی، ارتباطات، حقوق، علوم اجتماعی، حسابداری** تعدادی را جهت گذراندن خدمت مقدس سربازی در شهر تهران جذب می نماید.

علاقمندان واجد شرایط در رشته های تحصیلی مذکور جهت حضور در جلسات مصاحبه و ارزیابی، لازم است مشخصات کامل خود را به همراه آدرس و شماره تماس به آدرس اینترنتی cffsdorg@gmail.com یا آدرس پستی: تهران، بزرگراه صدر (غرب به شرق)، خروجی کاوه شمال (خیابان بهار جنوبی)، کوچه سعید شرقی، پلاک ۲ ارسال نمایند. شماره تماس: ۲۲۷۸۳۴۵۹

ذکر عنوان (**جهت گذراندن خدمت سربازی در بنیاد امور بیماریهای خاص**) بر کلیه فایل های مشخصاتی ارسالی و یا مرسولات پستی الزامی است.

www.cffsd.org