



خبرنامه انجمن اورولوژی ایران

سخن سردبیر:

دکترها به بهشت نمی‌روند

«در مجرم‌انگاری پزشکان»

کارشناسان وزارتخانه به صحت و دقت داده‌های جدید شورای گسترش قانع شد که یکی از بالاترین ضریب‌های تعدیل و کاهش را در ظرفیت پذیرش رزیدنت‌های اورولوژی اعمال کند.

با کار در شبکه‌های اجتماعی و مذاکره مستقیم گروه‌های مختلف اورولوژی در سراسر کشور قانع شدند که ظرفیت آموزشی را بر نیازهای درمانی و کاری در پذیرش رزیدنت برتری دهند و در نهایت با اعلان وزارتخانه این قضیه تثبیت شد.

مثل خیلی چیزها دوام این ثبات به ۴۸ ساعت نرسید. با شکایت داوطلبان

کمیته صنفی، به سندی رسیدیم که پراکندگی اورولوژیست‌ها و میزان فعالیت آنها را در سطح کشور نشان می‌داد. توانستیم این داده‌ها را به متدولوژی سخت و پیچیده‌ای که در وزارتخانه تبیین شده بود و تعداد پذیرش دستیاران را در سال ۱۴۰۴ و در نهایت، تعداد مورد نیاز اورولوژیست فعال در سال ۱۴۰۸ را تعیین می‌کرد، وارد کنیم. درجلسات متعدد با حضور معاون آموزشی وزیر و کارشناسان دقیق و سخت‌گیر وزارتخانه موفق شدیم که آنها را قانع کنیم که در ورودی داده آن تحقیق خللی هست که با این سند جدید مرمت می‌شود و در نهایت با اقرار

در ابتدا دو مطلب را در نظر داشتیم که برای این شماره بنویسم و خود را ملزم می‌دانستم که یکی را انتخاب کنم. یکی برخاسته از یک تجربه عام بود که همه در آن شریک هستیم و دیگری برخاسته از یک تجربه کامیاب شخصی اما مورد توجه و اعتنای عام. به‌تدریج متوجه شدم که هر دوی این مطالب تحت یک عنوان قابل جمع و طرح هستند و فی‌الواقع یک ریشه واحد دارند: دکترها به بهشت نمی‌روند.

پس از مدت‌ها تلاش و برنامه‌ریزی در انجمن اورولوژی و پیگیری مستمر سرکار خانم دکترشریفی در جایگاه مسئول

۱	سخن سردبیر: دکترها به بهشت نمی‌روند «در مجرم‌انگاری پزشکان»
۲	مهندسی بافت مثانه بر اساس ساخت یک داربست نانوفیبر پوشیده شده با پروتئین‌های ماتریکس خارج سلولی پرده آمینون
۴	تحول در دانش: تأثیر ورزش بر Cardiorespiratory Fitness and Biochemical Progression در بیماران با کانسر پروستات لوکالیزه تحت درمان Active Surveillance
۵	ای آن که طیب درد مایی
۵	ناگفته‌های نابوشته: تو نور بودی، این را از رفتنت فهمیدم!!
۶	خبر: نامه به رئیس مجلس و وزیر بهداشت
۷	آرامش در حضور دیگران: مصاحبه با آقای دکتر صالحی‌پور
۹	چهارمین کنگره بین‌المللی اورولوژی فانکشنال تبریز
۱۰	Tethered Spinal Cord Syndrome and Myelomeningocele Webinar
۱۱	پاسخ به گزارش بیمار شماره قبل



شرکت دارویی زردبند
Zardband Pharmaceuticals



Peponen ZB

درمان و بهبود علائم BPH

Urtica ZB

پیشگیری از تشکیل و دفع سنگ کلیه و درمان UTI

داپوکستین



زودانزالی با شیوع ۲۰ تا ۴۰ درصد، شایع‌ترین اختلال

جنسی در آقایان است. این اختلال منجر به کاهش اعتماد به نفس جنسی و کاهش کیفیت زندگی در فرد می‌شود.

دارودرمانی در اختلال زودانزالی شامل مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI)، مهارکننده‌های آنزیم فسفو دی استراز نوع ۵، کلومیپرامین، ترامادول و کرم‌ها و اسپری‌های بی‌حس‌کننده موضعی می‌باشد.

از آنجایی که اختلال در عملکرد گیرنده‌های 5-HT₂ در بروز زودانزالی مؤثر شناخته شده است، داروهای SSRI، می‌توانند در درمان زودانزالی اثربخشی مناسبی داشته باشند.

داروهای SSRI که به‌صورت روزانه مورد استفاده قرار می‌گیرند، با وجود اثربخشی به علت مصرف طولانی‌مدت، ریسک عوارض جانبی بیشتری دارند.

داپوکستین یک SSRI کوتاه‌اثر و سریع‌الثر است که به‌طور اختصاصی برای درمان زودانزالی طراحی شده است، در صورت نیاز ۱ تا ۳ ساعت قبل از فعالیت جنسی مصرف می‌شود و نیازی به مصرف روزانه ندارد.

داپوکستین به‌عنوان تنها داروی خوراکی تأییدشده در اروپا برای درمان زودانزالی، نسبت به دیگر داروهای SSRI که در درمان زودانزالی به‌صورت روزانه استفاده می‌شوند، ایمنی بیشتری دارد.

مطالعات نشان داده‌اند که داپوکستین ۳۰ و ۶۰ میلی‌گرم میزان IELT را به ترتیب، ۲/۵ و ۳ برابر افزایش می‌دهند. در بیمارانی که ELT کمتر از ۰/۵ دقیقه داشتند، مصرف داپوکستین ۳۰ و ۶۰ میلی‌گرم به‌ترتیب موجب ۲/۴ و ۴/۳ برابر افزایش IELT شده است.

انجمن اورولوژی اروپا داپوکستین را به‌عنوان تنها داروی دارای تأییدیه، در خط اول درمان زودانزالی معرفی کرده است.

این دارو به‌نازگی توسط **شرکت روزدارو** تولید و به بازار عرضه شده است.

mise en scene مقداری ترس آور است. او را سوار می‌کنید. در میانه راه مشکلی برای شما پیش می‌آید. تصادفی می‌کنید و آسیبی به مسافر می‌رسد. مسافر شکایت می‌کند و شما محکوم می‌شوید. مسافر می‌گوید قرار بود به شما کرایه‌ای پرداخت کند. مهم نیست که شما با نیت کمک این کار را کرده‌اید و اگر نمی‌کردید مسافر و بچه‌اش زیر باران یا ذات‌الریه می‌کردند یا مورد حمله گرگ‌ها و سگ‌ها قرار می‌گرفتند. بله. mise en scene ترس آور است.

این مجرم‌انگاری در مورد پزشکان و طبقه نخبه جامعه مسئله‌ای وسیع است و نمونه‌های بسیاری دارد. اینکه ریشه آن کجاست را من نتوانسته‌ام به‌درستی تحلیل کنم؛ ولی بارها نمونه‌های آن را دیده‌ام یا خودم از آن آسیب دیده‌ام. مسلماً باز هم همه ریشه‌ها و راه‌حل‌ها و درد و درمان در فرهنگ است؛ نه مردم و نه پزشکان در این میانه مجرم نیستند. مجرم اصلی پدیده مجرم‌انگاری و سوء ظن است؛ سوء ظنی که بیشتر موارد منجر به قصاص قبل از جنایت می‌شود.

دکتر سید محمد قهستانی

عضو هیئت‌مدیره انجمن ارولوژی ایران

سرپرست خبرنامه

پیش آمد، یکی دو بار هم اضافه به دادگاه رفتم. در یک نوبت هم به من گفته شد که اگر پرداخت نکنی، به زندان می‌روی. کارمند دادسرا خانم بود. گفتم زندان مال مرده. گفت نه، زندان اوین نه، تهران بزرگ. متوجه شدم یک جای دیگری هست که عرب نینداخت. خودم را جمع کردم.

بیمه پرداخت کرد. در هنگام تمديد به من گفته شد که چون مورد خاصی هستم و در اصطلاح پریسک تلقی می‌شوم، باید سه برابر مبلغ حساب‌شده قبلی پرداخت کنم؛ فارغ از حذف تخفیف‌ها. با خودم گفتم مگر قرار بود بیمه هیچ وقت خسارت پرداخت نکند!

رفتار نمایندگی محترمانه بود. ظاهراً این سیاست بیمه مرکزی بود. در یک مرکز دانشگاهی رفرنس نه‌تنها باید شخصاً هزینه بیمه مسئولیت خودم را پرداخت کنم، بلکه باید به ازای قبول کردن بیماران سخت و پرخطر مجازات بشوم. راه را در این دیدم که بیمه‌ام را عوض کنم؛ راه دیگری نبود. شاید مאלاً نمایندگی‌ها به بیمه مرکزی فشار بیاورند که رویه خود را تغییر دهد. به شما هم توصیه می‌کنم همین کار را بکنید.

تصور کنید که در یک شب تاریک و بارانی در جاده‌ای خلوت با ماشین راه می‌سپريد. پیاده‌ای را می‌بینید که کودکی در بغل دارد. خیس آب است و می‌لرزد. بر ترس از خطر و شک خود غلبه می‌کنید؛ ممکن است مسلح باشد؟! باشد.

امتحان دستپاری و مداخله خلق‌الساعه کمیسیون اصل ۹۰ مجلس، تمام این تحقیقات و پیمایش‌ها بدون توضیح اضافه و با شادباش افزایش خدمات درمانی تخصصی به مردم، ملغی شد و بلافاصله دیوان عدالت اداری برآن صحنه گذاشت.

در پاسخ به فرض افزایش بیش از حد پزشکان، یکی از پزشکان نماینده گفته بود پس چرا من نمی‌بینم.

همه ما می‌دانیم که مشکل نه در تعداد پزشکان که در توزیع است. اولین اصلی هم که در آموزش لحاظ می‌شود نه نیاز بیرونی، بلکه ظرفیت آموزشی است؛ واژه و مفهومی که گویا به‌طور کلی انکار شده یا فهمیده نمی‌شود. بنیاد این فکر نگاه به نیروی انسانی به مثابه کالا است. آن‌قدر پزشکان را زیاد کنیم که کمبود مناطق محروم جبران شود. فایده‌ای ندارد که مشوق تعریف کنیم یا امکان گسترش شعاع جغرافیایی خدمات را فراهم آوریم؛ پزشکان افراد زیاده‌خواهی هستند که فقط فشار می‌تواند آنها را وادارد که در مناطق محروم خدمت کنند و پایداری داشته باشند.

۲) در مورد یک بیمار سخت که مورد نادری به‌شمار می‌رفت، محکوم شدم. لازم به گفتن نیست که همیشه پای یک همکار در میان است. به هر صورت بیمه باید پرداخت می‌کرد. رفتار نمایندگی محترمانه بود؛ هرچند حداقل ۱۰ بار به عناوین مختلف به دادگاه و نظام رفتم، اما پیه آن را قبلاً به تن مالیده بودم. با مشکل غیر تعمدی و تکنیکی که در مسیر

مهندسی بافت مثانه بر اساس ساخت یک داربست نانوفیبر پوشیده شده با پروتئین‌های ماتریکس خارج سلولی پرده آمبیون

چکیده

بازسازی مثانه یک روش جراحی است که برای ترمیم مثانه‌های آسیب‌دیده از بیماری یا تروما انجام می‌شود. داربست‌های نانوالیاف با خواص مکانیکی مناسب می‌توانند گزینه ایده‌آلی برای جایگزینی مثانه باشند و علاوه بر این می‌توان با پروتئین‌هایی که خاصیت اتصال به سلول را دارند، ویژگی‌های بیولوژیکی این نانوالیاف را بهبود بخشید. با در نظر گرفتن مزایای داربست‌های



هیبریدی متشکل از نانوالیاف و ماتریکس خارج سلولی حاصل از بافت‌های جانوری سلول‌زدایی‌شده، ما یک داربست نانوالیاف پلی-ال لاکتیک اسید (PLLA) لایه-روی شده با پروتئین‌های ماتریکس پرده آمبیون را به عنوان جایگزینی برای بافت مثانه ایجاد کردیم. داربست-

های الیافی PLLA با روش الکتروریسی ساخته شده‌اند و سپس توسط پروتئین‌های ماتریکس خارج سلولی پرده آمبیون پوشانده شده‌اند. این داربست ترکیبی توسط میکروسکوپ الکترونی (SEM)، ایمونوهیستوشیمی برای تجزیه و تحلیل محتوای کلژن نوع I، II و III و از نظر

چسبندگی سلولی و آزمایشات مکانیکی ارزیابی شد.

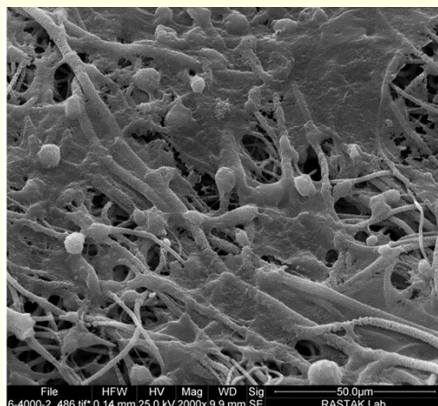
نتایج نشان داد که نانوالیاف PLLA به خوبی با پروتئین‌های آمبیون پوشانده شده و پروتئین‌های کلژن در سطح نانوالیاف شناسایی شده‌اند. مشخص شد که پروتئین‌های آمبیون رسوب‌شده روی نانوالیاف می‌تواند چسبندگی و تکثیر سلولی را بهبود بخشد. از طرفی، نتایج پیوند داربست به مثانه خرگوش نشان داد که خرگوش بعد از یک هفته از عمل جراحی قادر به ادرار کردن بدون استفاده از سوند فولی می‌باشد و نشد ادرار در ناحیه فضایی اطراف مثانه مشاهده نشد. این نتایج نشان می‌دهد که کامپوزیت داربست نانوالیاف و هیبرید هیدروژل آمبیون می‌تواند جایگزین امیدوارکننده-ای برای مطالعات in vivo با هدف بازسازی بافت مثانه در موارد آسیب بافتی باشد.

مقدمه

در حال حاضر، از روده کوچک (بخش ایلئوم) برای بازسازی بخشی از مثانه که در اثر ضربه یا سرطان آسیب دیده است، استفاده می‌شود. با وجود موفقیت چنین روشی در بازایی عملکرد مثانه، جذب زیاد اوره و مواد زائد متابولیکی از ادرار توسط اپیتلیوم ایلئوم پیوندیافته به مثانه می‌تواند در طولانی‌مدت باعث بیماری‌های متابولیکی یا نارسایی کلیه شود؛ همچنین، خواص مکانیکی متفاوت بافت روده با مثانه، در نهایت باعث ایجاد فیستول و در نتیجه، عدم تخلیه کامل ادرار و افزایش خطر ابتلا به عفونت می‌شود. در زمینه پزشکی ترمیمی، با کمک علوم پیشرفته مانند مهندسی بافت و مواد، پلیمرهایی که از نظر مکانیکی و بیولوژیکی از بازسازی بافت مثانه حمایت کنند، مورد توجه محققان قرار گرفته‌اند. نانوالیاف قابل تجزیه با وجود مقاومت مکانیکی مناسب، دارای محدودیت‌هایی در زمینه حمایت از فرایندهای فیزیولوژیکی سلولی مانند اتصال، تکثیر و تمایز می‌باشند. برای حل این مشکل، امروزه کامپوزیت‌ها با استفاده از ترکیبی نانوالیاف و پروتئین‌های ماتریکس خارج سلولی ساخته می‌شوند که باعث بهبود خواص بیولوژیکی کامپوزیت می‌شود؛ ولی در عوض، قدرت مکانیکی کامپوزیت کاهش می‌یابد.

در مروری بر مطالعات انجام‌شده در مورد بازسازی بافت مثانه، پرده آمینون به عنوان یک گزینه جهت بازسازی مثانه در نظر گرفته شده است که علی‌رغم خواص مناسب (ضد التهاب، تنظیم‌کننده سیستم ایمنی و زیست‌سازگار)، از نظر مکانیکی قدرت لازم را ندارد.

در مطالعه‌ای دیگر به منظور افزایش قدرت مکانیکی پرده آمینون، از یک کامپوزیتی از پرده آمینون که از هر دو طرف با نانوالیاف Poly-L-lactide-co-Ecaprolactone (PLCL) پوشانده شده بود برای بازسازی بافت مثانه در یک مدل موش استفاده کرده بودند که باعث مهاجرت سلول‌های مثانه میزبان به داخل کامپوزیت شده بود. اگرچه این مطالعه گامی به جلو در بهینه‌سازی ساخت داربست است. داربست پرده آمینون، به عنوان عنصری که خواص بیولوژیکی کامپوزیت را افزایش می‌دهد، مستقیماً در معرض سلول‌های بافت مثانه میزبان برای مهاجرت قرار نمی‌گیرد. این مطالعه مبنای این فرض قرار گرفت که اگر سطح هر نانوالیاف با پروتئین‌های ماتریکس خارج سلولی مشتق شده از بافت آمینون پوشانده شود و با استفاده از عوامل اتصال-دهنده چنین پوششی تثبیت شود، در آن صورت داربست ترکیبی دارای کلیه خصوصیات مکانیکی و بیولوژیکی بدون هیچ‌گونه جداسازی فیزیکی می‌باشد. غشای آمینوتیک از نظر داشتن اجزای ماتریکس خارج سلولی که از فرآیندهای سلولی پشتیبانی می‌کنند، می‌تواند برای تهیه هیدروژل در نظر گرفته شود. در مطالعه حاضر، ابتدا یک داربست با نانوالیافی PLLA به روش الکترورسی ساخته شد و سپس سطح نانوفیبرها با پروتئین‌های ماتریکس خارج سلولی



سلول های مثانه کشت داده شده بر سطح داربست هیبریدی ماتریکس آمینون/ PLLA

استخراج شده از پرده آمینون، با هدف حفظ مقاومت مکانیکی نانوالیاف و افزایش پتانسیل بیولوژیکی، پوشانده شد. سپس خواص بیولوژیکی و مکانیکی داربست هیبرید حاصل با نانوالیاف PLLA به تنهایی مقایسه شد.

روش کار:

ابتدا پرده آمینون از زایمان‌های فول ترم با روش سزارین از اتاق عمل بیمارستان کسرا تهیه شد و سپس در دمای ۴ درجه به مرکز تحقیقات ارولوژی بیمارستان سینا منتقل شد. در مرکز، پرده آمینون از پرده کوریونی جدا شد. به منظور حذف سلول‌های پرده آمینون جهت جلوگیری از واکنش‌های ایمنولوژیک در بدن فرد میزبان، پرده‌های آمینون بلافاصله تحت محلول‌های خاصی به مدت ۷۲ ساعت در دمای ۴ درجه سانتیگراد سلول‌زدایی شد که در پایان، پرده‌های آمینون فاقد سلول و فقط حاوی داربستی از پروتئین‌های خارج سلولی بوده‌اند که ایمنونژن نمی‌باشند. سپس پرده‌های آسلولار شده توسط دستگاه فریز درایر خشک شدند. این پرده‌های خشک‌شده سپس با دستگاه میکسر میل (mixer mill) پودر شدند.

تهیه هیدروژل از پودر پرده آمینون آسلولار شده

از آنجا که پرده‌های آمینون خشک‌شده دارای شبکه‌ای از پلیمرهای زیستی هستند که از اتصال واحدهای سازنده این پلیمرها شکل گرفته‌اند، به منظور تبدیل این پلیمرها به واحدهای سازنده آنها برای رسیدن به محلولی از واحدهای سازنده ماتریکس خارج سلولی، پرده آمینون پودر شده در یک لوله فالدون حاوی محلول اسیدی همراه با آنزیم پپسین حل شد و سپس به مدت ۴۸ ساعت بر روی یک دستگاه شیکر قرار داده شد. در نهایت، ذرات درشت پلیمری که هضم نشده بودند توسط فیلتر از محلول خارج شدند. محلول حاصل پس از به تعادل رساندن PH و غلظت نمکی آن به سطح نرمال به یک هیدروژل تبدیل خواهد شد که اگر در دمای ۳۷ درجه به مدت یک ساعت قرار بگیرد، می‌تواند دوباره از طریق اتصال واحدهای سازنده یا مونومر شبکه‌ای از

ماتریکس خارج سلول به شکل یک ژل تشکیل دهد که در دمای اتاق سفت است.

تهیه داربست نانوالیاف PLLA

داربست نانوالیاف توسط دستگاه الکترورسی ساخته شد و سپس جهت فعال کردن سطح پلیمر توسط دستگاه پلاسما تیمار گردید.

سنتر داربست هیبریدی نانوالیاف PLLA و پروتئین‌های ماتریکس خارج سلولی پرده آمینون

برای این کار داربست نانوالیاف PLLA پس از سنتر و تیمار با پلاسما، توسط الکترود ۷۰ درصد شست‌وشو داده شد و پس از خشک شدن در محلول حاوی هیدروژل آمینون به مدت ۲۴ ساعت در دمای ۴ درجه سانتیگراد قرار گرفت و روز بعد پس از شست‌وشو با نرمال سالین در معرض هوای اتاق قرار گرفت تا خشک شود. سپس به منظور تثبیت این پروتئین-های ماتریکس پرده آمینون روی سطح نانوالیاف، داربست در محلول حاوی گلوآل‌آلدئید قرار گرفتند که باعث ایجاد پیوند کووالانسی بین پروتئین‌ها و گروه‌های عاملی روی سطح نانوفیبر می‌شود. بعد از ۲۴ ساعت محلول دورریخته‌شده و داربست هیبریدی به منظور حذف گلوآل‌آلدئید اضافی که توکسیک می‌باشد، با نرمال سالین به دفعات زیاد شست‌وشو داده شد و در نهایت، به منظور استریل کردن داربست‌ها به مدت یک ساعت در معرض اشعه UV قرار گرفتند.

ارزیابی داربست هیبریدی و PLLA

به منظور بررسی ساختار نانوفیبرها بعد از پوشانده شدن نانوالیاف با پروتئین‌ها ماتریکس آمینون تصویربرداری میکروسکوپ الکترونی انجام شد و سپس به منظور تأیید حضور پروتئین‌ها بر روی سطح نانوفیبرها از آنتی‌بادی برای کلاژن نوع ۱ و ۳ به عنوان عناصر اصلی پروتئین‌های ماتریکس خارج سلولی با روش ایمنونوسیتوشیمی از طریق میکروسکوپ فلورسنت استفاده شد.

کشت سلول

داربست هیبریدی حاصل همراه با داربست PLLA به صورت دایره‌ای به اندازه چاهک‌های پلیت ۱۲ خانه‌ای بریده شد و سپس کف چاهک‌های ۱۲ خانه با این برش‌های دایره‌ای شکل پوشانده شد. سپس سلول‌های لاین مثانه به تعداد ۱۰۰ هزار در هر چاهک بر روی داربست‌ها کشت داده شد و مدت زمان کشت ۲ هفته بود. سپس به منظور ارزیابی تکثیر و اتصال سلول‌ها به داربست با میکروسکوپ الکترونی در روزهای ۷ و ۱۴ مورد ارزیابی قرار گرفت. بررسی میزان سلول‌های چسبیده در ۴۸ ساعت اول کشت با استفاده از سنجش میزان DNA انجام شد.

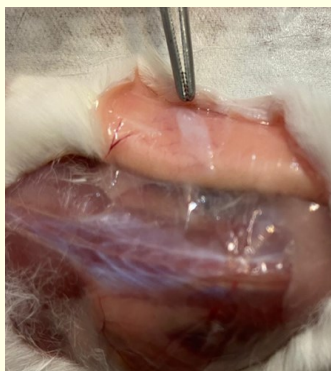
پیوند به خرگوش

خرگوش‌های ۵ هفته نژاد الینو برای بازسازی بافت مثانه استفاده شدند. پس از بییهوشی خرگوش با روش استاندارد کتامین و زایلازین قسمتی از مثانه خرگوش به اندازه ۲۵ درصد کل بافت مثانه برداشت شد و به جای آن از داربست

که خرگوش یک هفته بعد از عمل توانایی ادرار کردن بدون استفاده از سوند فولی را دارد و وضعیت علائم حیاتی بعد از ۴ روز از عمل طبیعی شد.

دکتر سید محمد کاظم آقامیر

mkaghamir@tums.ac.ir
http://transresurology.ir/



نتایج: نتایج حاصل از تهیه ژل آمینون نشان داد که ژل حاصل در دمای ۳۷ درجه سانتیگراد توانایی ژل شدن و ایجاد شبکه‌ای از ماتریکس را دارد، که این ژل شدن با برگرداندن پلیت حاوی هیدروژل در حضور نیروی گرانش تأیید شد که همچنان در کف پلیت باقی می‌ماند. از طرفی دیگر، تزریق زیرپوستی ژل به موش نشان داد که در حالت داخل بدن هم توانایی ایجاد ژل را دارد. مطالعات ایمنونوهیستوشیمی و جود کلاژن‌های نوع ۱ و نوع ۲ را بر روی نانوفیبرها تأیید کرد و همچنین ارزیابی میکروسکوپ الکترونی نشان داد که سطح نانوفیبرها با پروتئین پوشانده شده است. مطالعات مربوط به تست‌های چسبندگی سلولی با استفاده از میکروسکوپ الکترونی تأیید شد و علاوه بر این، با گذر زمان تعداد سلول‌ها بیشتر می‌شوند که نشان از حمایت داربست از تکثیر سلولی دارد. نتایج بعد از پیوند داربست به مثانه خرگوش نشان داد

هیبری استفاده شد که توسط نخ بخیه قابل جذب ۰/۵ به دیوارهای مثانه دوخته شد. سپس ناحیه پیوندشده به منظور حمایت مکانیکی توسط قسمتی از بافت ماهیچه شکمی پوشانده شد. سپس برای خروج ادرار از مثانه جهت جلوگیری از تنش مکانیکی ناشی از پر شدن مثانه به ناحیه ترمیم‌شده، سوند فولی سایز ۸ گذاشته شد. علاوه بر این به منظور درناژ مایعات از فضای اطراف مثانه و ناحیه شکمی درن پن روز تثبیت گردید. بعد از هوشیاری دما و نبض هر ۱۵ دقیقه یکبار کنترل شد و داروهای آنتی‌بیوتیک طبق دستور دام‌پزشک به‌صورت عضلانی تزریق شد. در نهایت، در صورت تب بالا به خرگوش‌ها شیاف استامینوفن داده شد. خرگوش‌ها به مدت ۵۰ روز نگهداری شدند و در نهایت با استفاده رادیوگرافی از مثانه عکس‌برداری می‌شود و بعد از کشتن خرگوش‌ها بر اساس پروتکل‌های کمیته اخلاق دانشگاه ناحیه پیوندشده جهت ارزیابی ایمنونوهیستوشیمی و هیستولوژی به آزمایشگاه ارسال می‌شود.

تحول در دانش

تأثیر ورزش بر Cardiorespiratory Fitness and Biochemical Progression در بیماران با کانسر پروستات لوکالیزه تحت درمان Active Surveillance



گروه مقابل 0/5 mL/kg/min کاهش یافته بود ($P = 0.01$). در گروه HIIT مقایسه با گروه دیگر کاهش PSA velocity، level و growth of prostate cancer cell line $P = 0.04$ ، $P = 0.02$ معنی‌دار بود.

نتیجه این تراپال جالب به طور خلاصه نشان داد که ورزش ممکن است باعث بهبود وضعیت قلبی تنفسی و کاهش سطح و velocity PSA سلول‌های سرطانی در بیماران AS شود. این مطالعه در مجله وزین JAMA Oncology با doi:10.1001/jamaoncol.2021.3067 چاپ شده است.

دکتر مهدی رضائی بیناباج

آیا یک برنامه high-intensity interval training (HIIT) در بیماران مبتلا به کانسر پروستات تحت درمان AS باعث بهبود وضعیت قلبی تنفسی و تأخیر در پیشرفت بیوشیمیایی این بیماری می‌شود؟

برای پاسخ به این سؤال، مطالعه‌ای طراحی شده است که بیماران دو گروه HIIT و usual care group با یکدیگر مقایسه شده‌اند. بیماران گروه HIIT سه جلسه در هفته به مدت ۱۲ هفته در یک برنامه ورزشی تحت نظارت روی تردمیل با مصرف اکسیژن ۸۵٪ تا ۹۵٪ شرکت کردند؛ درحالی‌که گروه دیگر برنامه معمولی ورزشی خود را ادامه می‌دادند.

۵۲ بیمار به طور مساوی در دو گروه تقسیم شده بودند. Peak oxygen consumption ($\dot{V}O_2$) در گروه HIIT به مقدار 0/9 mL/kg/min افزایش یافته بود درحالی‌که در



اسی آن که طبیب درد مایی



والله که طبیب را طبیبی باید ...

درست در میانه نوشتن این سطور نه به ده تبدیل شد. این اعداد؛ جان است. عزیزانی که در این آب و خاک مانده‌اند، سوختند و ساختند و در نهایت، جان دادند.

آقایان، خانم‌ها صدای ما را بشنوید... مایی که در هر روز ناامید و بی‌انگیزه‌تر، سرگردان و خسته‌تر به دنبال راه‌حلی هستیم که به این اعداد عادت نکنیم. مایی که وسط سوءتفاهم عمیق همه‌جانبه و در تنهایی و درک‌ناشدگی می‌میریم.

رجوع می‌کنیم به آیین‌نامه دستیاری برای تعریف دستیاری: طبق ماده ۲ دستیاری به فردی اطلاق می‌شود که با داشتن مدرک دکترای پزشکی عمومی و پذیرش در امتحان ورودی دستیاری جهت آموزش‌های نظری و کسب مهارت‌های عملی، در یکی از رشته‌های تخصصی پزشکی طی مدت‌زمان مشخصی به امر تحصیل، آموزش، پژوهش و

انجام فعالیت‌های کارورزی تخصصی اشتغال می‌ورزد.

در شرایط کنونی که بسیاری از رزیدنت‌ها برای گذران زندگی معمول خود به اشتغال در خارج از بیمارستان نیاز دارند و با فشار کاری و ذهنی که متحمل می‌شوند، امر تحصیل و پژوهش به شوخی بیشتر شبیه شده است. و اگر قدم‌های مؤثر در راستای بهبود وضعیت آموزشی و معیشتی آنها بر نداریم، تأسف بر مهاجرت و فقدان‌شان سودی نخواهد داشت.

لازم به ذکر است در بیمارستان‌های آموزشی ما، درمان نقش پررنگ‌تری نسبت به آموزش داشته و در بسیاری از موارد، آموزش مغفول واقع شده است و در سال‌های اخیر وزارت بهداشت نیازهای درمانی خود را از طریق این پذیرش و بدون توجه به نیاز جامعه جبران می‌کند. در حال حاضر، برای ارتقای آموزش تخصصی بالینی

می‌توان اقداماتی انجام داد از جمله:

۱. استفاده از پزشک ماده ۸۸ در بیمارستان‌ها
 ۲. تغییرات برنامه درمانگاه‌ها و اتاق عمل برای کاهش بار درمان از دوش دستیاران
 ۳. بازنگری کوریکولوم‌های آموزشی و نظارت بر حسن اجرای آنها
 ۴. پایش و ارتقای سلامت روان دستیاران
 ۵. بهبود وضعیت پابون‌ها و امکانات رفاهی مراکز آموزشی
- تغییراتی کوچک و کم‌هزینه تا کورسوی امید ماندن خاموش نشود و هر روز داغ تازه‌ای بر تن نحیف جوانان این کشور ننشیند.

ای آن که طبیب دردهای مایی
این درد ز حد رفت چه می‌فرمایی

دکتر وحید فخار

کمیته دستیاری انجمن اورولوژی ایران

ناگفته‌های نانوشت

تو نور بودی، این را از رفتنت فهمیدم...



دکتر نگار بهشتاش

و راضیشان کرده که اجازه بدهند پروین برود دانشگاه. می‌گفت دوست داشتم هر چیزی را که خودم نتوانستم ببینم او ببیند. گفت دلش برای پروینش تنگ شده اما مجبور است تا تعطیلات بین ترم صبر کند. زیر لب زمزمه کرد عمر ما را مهلت امروز و فردای تو نیست و اشکش سرازیر شد. گفتم خوش‌به-حال پروین. گفت وقتی آمد با هم می‌آییم پشت که پروینم را ببینی. گفتم چرا که نه و بعد از معاینه و کارهای لازم خداحافظی کردم و رفتم که پرونده‌اش را بنویسم. بعد از آن، چند باری تنها آمد مطب. می‌گفت کرونا قرارشان با پروین را به هم زده. وقتی می‌رفت آرام گفت آنچه گردون می‌کند با ما نهانی می‌کنند... دلش حسابی تنگ بود...

چند روز پیش، آخر وقت صدای عصایش دوباره به گوشم خورد ... آمده بود با پروینش... از ته دل برایش خوشحال شدم... هر بار می‌آمد خوشحال می‌شدم، اما این بار یک جور دیگر بود. چشم‌هایش برق می‌زد، انگار روی زمین نبود... وقتی می‌رفت بلند خواند شهریارا گو دل از ما مهربانان مشکندید/

ببینم ولی از نوع حرکت سرش به سمت صدایم فهمیدم احتمالاً چشم‌هایش کم‌سو است. حالش را که پرسیدم گفت: حالم چو دلیری است که از بخت بد خویش در لشکر دشمن پسری داشته باشد... هر چه پرسیدم با شعر جوابم را داد. دیگر انگار در اورژانس شلوغ بیمارستان نبودم. انگار با پاهای برهنه روی شن‌های نرم و داغ ساحلی در نمی‌دانم کجای دنیا داشتم قدم می‌زدم و از خنکای آب دریا که به دور پاهایم حلقه می‌زد غرق در لذت بودم... گفت هیچ‌وقت پایم را از اینجا بیرون نگذاشته‌ام اما دل‌بسته شهریارم. سوز سرمای آذربایجان را از شعرهای شهریار حس می‌کنم. گفت اسم نوه‌اش را پروین گذاشته است و عکس تاختورده کوچکی را از جیبش بیرون آورد و نشانم داد و گفت مال آن وقت-ها است که چشمم سو داشت. الان دیگر خانمی شده برای خودش. گفتم ما به داغ عشق‌بازی‌ها نشستیم و هنوز چشم پروین همچنان چشم‌پرانی می‌کند. خندید و گفت دانشجو شده است در یک شهر دور. گفت خودش با پسر و عروسش صحبت کرده

صدای عصایش که می‌آید، رنگ روزگارم عوض می‌شود. اصلاً یک‌جورهایی انگار در یک دنیای دیگری زندگی می‌کند؛ آدم همان روزهای دور بدون ماسک و دستکش است. اولین بار که دیدمش، تصادف کرده بود. اورژانس آن‌قدر شلوغ بود که صدا به صدا نمی‌رسید. هنوز به سیستم اینجا عادت نکرده بودم. هنوز هم عادت ندارم. فقط گفته بودند مشاوره داری، دیگر نه از پرونده بیمار خبری بود و نه کسی از پرسنل در جریان بود. هنوز هم همین است! اما به قول خودش آدم آدمش را پیدا می‌کند. راست می‌گفت. آن زمان که در همه‌همه اورژانس از پشت استیشن پرستاری چشم‌چشم می‌کردم، عجیب مطمئن بودم پشت پرده ساتن آبی چرک سمت چپ اول راهرو همانی خوابیده که باید ببینمش. از آن مشاوره‌های بی‌دلیل بود که فقط برای این است که علی‌الحساب یک کاری برای مریض انجام شود و یک وقتی بگذرد تا اورژانس کمی خلوت بشود. آرام روی تخت دراز کشیده بود. پلک‌های افتاده‌اش نمی‌گذاشت چشم‌هایش را درست

ور نه قاضی در قضا نامهربانی می‌کند... پیرمرد نور بود برای من؛ وقتی می‌رفت می‌فهمیدم... در میان این همه آدمی که دنیایشان با دنیایم متفاوت است و حرف‌هایشان را نمی‌فهمم غنیمتی است بودنش... تلفنم دوباره زنگ می‌خورد... اورژانس است... آمده می‌شوم که بروم و ته دلم آرزو می‌کنم باز هم نور در انتظارم باشد...

پ ن: عنوان مطلب ترجمه شعری از جمال ثریا است.

خبر

“هیئت مدیره انجمن ارولوژی

ایران از همکاری آحاد جامعه

ارولوژی در محتوای خبرنامه

استقبال می کند و خبرنامه را

رسانه همکاران می داند”

عواقب ناسالم چنین تصمیمی، که قبلاً بارها در نظام های بهداشتی دنیا تجربه شده است، وجود دارد. این نامه در ذیل خبر مندرج است. همچنین هیئت مدیره انجمن ارولوژی بر خود لازم دید که ضمن تبریک پذیرش مسئولیت وزارت بهداشت، در اوضاع دشوار فعلی به آقای دکتر عین اللهی، آمادگی خود را برای همکاری علمی در جهت ارتقای خدمات مربوط به رشته ارولوژی، اعلام کند.

دکتر سید محمد قهستانی

عجله نقض کرد؛ احتمالاً با این بینش ناصحیح و ریشه دار که افزایش تعداد متخصصان فراتر از معیارهای علمی، آنها را وادار به حضور در مناطق محروم می کند یا دسترسی به خدمات درمانی تخصصی آسان تر و ارزان تر خواهد شد. پیداست که در چنین بینشی نه توجهی به محدودیت ظرفیت های آموزشی می شود و نه نشانی از درک علمی و خردمندانه از مسائل مربوط به کیفیت نیروهای متخصص، وابستگی رشته های تخصصی به تجهیزات مدرن، ایجاد و توسعه نیازهای القایی و بسیاری از

به دنبال نقض مصوبه شورای گسترش وزارت بهداشت ناظر بر تعدیل پذیرش دستیار رزیدنتی توسط کمیسیون اصل ۹۰ مجلس، هیئت مدیره انجمن ارولوژی در نامه ای به ریاست مجلس، به تشریح ابعاد آسیب زای این تصمیم پرداخت. مصوبه شورای گسترش متکی بر کار کارشناسی وسیع و نیازسنجی های گسترده ازجمله تحقیق کمیته صنفی انجمن ارولوژی ایران بود. نهایتاً کمیسیون اصل ۹۰ مجلس بدون پاسخ عالمانه به این تحقیقات و نیازسنجی ها، مصوبه شورای گسترش را با

ریاست محترم مجلس شورای اسلامی

جناب آقای دکتر محمدباقر قالیباف

احتراماً به استحضار می رساند که انجمن ارولوژی ایران پس از ۲ سال کار کارشناسی و بر مبنای عدد و رقم و با تبعیت از اسناد بالادستی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معطوف به برآورد نیروهای تخصصی لازم در رشته جراحی کلیه و مجاری ادراری جهت حصول به اهداف چشم انداز ایران ۱۴۰۴ به تعداد مورد نیاز جهت پذیرش دستیار در این رشته تخصصی پزشکی رسید که نتایج آن کارشناسان و شخص معاون محترم آموزشی وزارت متبوع را متقاعد نمود و همه بخش های تربیت کننده دستیار در این رشته نیز با اعلام نیاز و ظرفیت خود نتایج این بررسی را تأیید نمودند.

متأسفانه پس از جمع بندی نتایج در اداره سنجش وزارت متبوع ناگهان با موج نارضایتی و اعتراض اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی مواجه شدیم که حتی حداقل استدلال خود را در این مخالفت اعلام نکردند و بالاخره کمیسیون اصل ۹۰ مجلس بدون توجه به مدارک و شواهد جمع آوری شده، تصمیم اتخاذ شده در مورد تعداد دستیار مورد نیاز را وتو نموده و تصمیمات اتخاذ شده بر اساس شواهد علمی را رد کردند.

این حرکت نه تنها گرد یأس بر چهره کارشناسان و اساتید دانشگاه و پزشکیانی که همیشه و البته در شعار مورد تشویق مسئولین هستند بلکه شعار دولت و مجلس حاضر را که خود را بر اساس رهنمودهای رهبری نظام متکی به استفاده از نظرات کارشناسان و نخبگان اعلام می کنند بلااثر نموده و اعتماد و امید به مواضع مدیریت جدید کشور را مخدوش می کند. از جناب عالی دعوت به عمل می آید ضمن بررسی طرح تحقیقاتی انجام شده در این زمینه که به پیوست تقدیم می گردد، جهت احیای حس اعتماد متقابل دستور به اقدام فوری بفرمایید.

رونوشت:

استاد گرامی جناب آقای دکتر ناصر سیم فروش دبیر محترم هیئت مورد رشته ارولوژی و درخواست پیگیری از طریق هیئت مورد

بسمه تعالی

استاد ارجمند جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی

انتصاب شایسته جناب عالی را به سمت وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبریک می گویم. با توجه به روحیه جهادی و سابقه مدیریت مدبرانه، انقلابی و تحول خواه شما امید فراوان داریم که بتوان از شرایط سخت کنونی عبور نموده و مشکلات ارائه خدمات در سطح بالا، آموزش با کیفیت و تحقیقات هدفمند حل و فصل گردیده و افتخار سطح بالای پزشکی ایران در منطقه پرطنین تر گردد.

در این راستا انجمن ارولوژی ایران آماده همکاری و ارائه مشورت های کارشناسی بوده تا به تعبیر رهبری انقلاب بتوانیم نقش خبره گی خود را ایفا نموده و تصمیم های عقلانی در کنار عزم و اراده تحول خواه را پیگیری نماییم. جناب عالی به خوبی اشراف دارید که به دور از جوسازی های غیرمستند و زودگذر می – بایست از نیروی انسانی توانمندی که بزرگ ترین سرمایه هر کشوری می باشد به نحو شایسته و دلگرم کننده ای بهره برد. توفیقات روزافزون حضرت عالی را از خداوند بزرگ خواستارم.

دکتر عباس بصیری

رئیس انجمن ارولوژی ایران

وصف الحال مشتاقی:

مصاحبه با آقای دکتر صالحی پور



در سال ۱۳۷۲
فارغ التحصیل
شدم (اواخر
۱۳۷۱ دوران

GP را تمام کردم) و به خاطر علاقه‌ای که به رشته جراحی داشتم، مصاحبه دادم و در این رشته قبول شدم. ولی قانونی از طرف وزارتخانه آمد که قانون قبلی را ملغی کرد. قانون قبلی این بود که ۱۰ درصد کلاس می‌توانند هر رشته‌ای که بخواهند انتخاب کنند و ۱۰ درصد دانشجویان ممتاز می‌توانند رشته‌های خاصی را که می‌خواهند، انتخاب کنند که رشته مورد علاقه من جراحی بود. ولی قانون تغییر یافت و قانون ۱۰ درصد حذف شد و فقط ۱ درصد باقی ماند و به‌هرحال گویا خواست خدا بود که دوران سربازی را بگذرانم.

اواخر سال ۷۱ با همسر در یکی از بخش‌های زنان و زایمان آشنا شدم. در سال ۷۲ رفتم سربازی که اولین سالی بود که برنامه پیام‌آوران بهداشت اجرا شد و به عنوان پیام‌آور بهداشت رفتم به منطقه شد ده ... از توابع شهرستان فسا. الان که برمی‌گردم عقب می‌بینم یکی از فرصت‌هایی بود که توانستم دانش پزشکی خود را ارتقا دهم؛ چون در جایی که پرکتیس می‌کردم تنها بودم. نه آزمایشگاه و نه سیستم‌های رادیولوژی مجهزی داشت؛ بنابراین، تنها تکیه‌ام بر فیزیکیال اگزم و هیستوری تکنیک بود که بیماران را بر این اساس تشخیص دهم یا اعزام کنم یا خودمان در منطقه درمان کنیم؛ این باعث ارتقای دانش پزشکی من شد چون به طور مستقیم با بیمار برخورد می‌کردم و گاهی اوقات بیماران عجیب و غریبی مراجعه می‌کردند که مجبور بودم کتاب‌های تکست پزشکی را دوباره مطالعه کنم.

از این دوران هم خاطرات شیرینی دارم که شاید شیرین‌تر از همه این باشد که بیماری نزد من آمد که خانمی بود که به خاطر جاق بودن به پزشکان مختلف مراجعه کرده بود و چندین پلاستیک پر از دارو داشت. وقتی آمد سراغ من دیدم تمام علامت کوشینگ را دارد، مون فیس دارد و استرایا روی شکمش است. بعد از معاینه دیدم تجمع چربی در قسمت پشت شانه داشت و خلاصه شک کردم به کوشینگ سیندرم. نامه‌ای به او دادم که برود شیراز و به دوست عزیزم دکتر روزه که آن موقع رزیدنت داخلی بود تلفن زدم و اطلاع دادم که این بیمار را فرستادم نزد شما، (قابل ذکر است که آن موقع در درمانگاه تلفن نداشتیم و باید می‌رفتیم مرکز تلفن شش ده). آقای دکتر

که داشت از زیر تیرهای چراغ برق عبور می‌کرد، یکی از این سیم‌ها که کارگران اداره برق روی آن کار می‌کردند، رها شده بود و مثل شلاقی بر سر این جوان فرود آمده بود و باعث شده بود اسکورش پایین بیفتد و ما بلافاصله اینتوبیتش کردیم و آن موقع بیمارستان نمازی فقط یک دستگاه سیتی اسکن داشت و بعد از این که اینتوبیت کردیم و برایش IB گرفتیم و آزمایش‌های روتین پزشکی را فرستادیم، رفتیم به طرف سیتی اسکن. مسئول سیتی اسکن از انجام آن ممانعت کرد و من حتی با او درگیری فیزیکی پیدا کردم که لازم است حتماً انجام شود و مسئول مربوطه بعد از انجام سیتی اسکن گفت اپیدورال بسیار بزرگی است و باید حتماً به اتاق عمل برود و همان جا با تلفن دکتر رضا را پیدا کردم و گفتم جمع بشوید این مریض را می‌بریم اتاق عمل فقط پیگیر تهیه خون و این‌ها برایش باشید. برانکاردر را زدیم به در اتاق عمل و وارد شدیم، دیدیم فرد مسنی (که بعداً فهمیدیم از اساتید مجرب بی‌هوشی است) رو به من کرد و گفت این چه طرز ورود به اتاق عمل است؟! من هم با همان خامی‌ای که داشتم بهش گفتم حرمت موی سفیدت را داشته باش... آقای دکتر فرخی که رزیدنت ما بود و الان از اساتید برجسته نوروسرجی دانشگاه علوم پزشکی شیراز است، یک سال از من بالاتر بود و مرا به اسم کوچک صدا می‌کرد. خلاصه صدایم بلند شد و دکتر فرخی از یکی از اتاق‌های عمل بیرون آمد و گفت چی شده مهدی؟ گفتم ماجرا این‌طوری است و بیمار اورژانسی است و سریع بردندش به یکی از اتاق‌های عمل و ما برگشتیم. بعد با خودم گفتم فردا دکتر اعرابی می‌آید و ما را تنبیه خواهد کرد.

فردا صبح دکتر اعرابی آمدند و گفتند دکتر صالحی پور کیست؟ من هم که قدبلند بودم و از فاصله دور مشخص بودم با ترس و لرز آمدم گفتم استاد من هستم و منتظر بودم که تنبیهم کند. ولی دیدم ایشان دستم را محکم فشرد و گفت شما از اولین کسانی هستید که فهمیدید مریض اپیدورال که آمد، هر کسی جلویان را گرفت نباید اعتنا کنید و باید سریع مریض را برسانید اتاق عمل؛ از شما شکایت شده ولی نگران نباشید، نمره ارزشیابی شما از همین‌جا ۲۰ است و من بسیار خوشحال شدم و لذت بردم.

این از خاطرات خوب دوران دانشجویی‌ام بود.

از فارغ التحصیلی و پس از آن بگویند.

لطفاً خودتان را معرفی بفرمایید.

دکتر مهدی صالحی پور هشتم متولد ۱۳۴۶ در شیراز. دوران کودکی و نوجوانی را در شهر کازرون گذراندم. در یک خانواده فرهنگی بزرگ شدم. دوران کودکی به شیطنتهای خاص دوران کودکی گذشت.

چالشی که در دوره دبستان داشتیم این بود که نام یک پستاندار تخم‌گذار را باید به ما می‌آموختند. معلم ما خانم اوحدی گفت خفاش است که اشتباه هم بود (خفاش تنها پستاندار پرنده است نه تخم‌گذار). معلم کلاس دیگر گفت اورنی تورنگ و پلاتی پوس پستانداران تخم‌گذار هستند که این درست است.

بین ما و دانش‌آموزان کلاس مجاور بحث درگرفت که کدام درست است و معلم کلاس ما با بزرگواری گفتند که من اشتباه کردم و درستش همان است که معلم آن کلاس گفته‌اند. این درس بزرگی برای ما بود که در مسائل علمی نباید دگم بود و شجاعت گفتن «من اشتباه کردم» را باید داشت و این آویزه گوش من شد تا سال‌های بعد که حتی عضو هیئت علمی شدم. دوران راهنمایی مصادف شد با انقلاب اسلامی و تغییرات این دوران.

در سال ۱۳۶۴ دبیرستان تمام شد و در کنکور شرکت کردم و در همان سال با رتبه ۹۰ وارد دانشگاه شیراز شدم (که بعداً دانشگاه علوم پزشکی شیراز نام گرفت). دوران دانشجویی با جذایب‌ها و فراز و نشیب‌هایش طی شد. همچنین من در تیم بسکتبال دانشگاه شیراز وارد شدم.

وقتی دانشجوی پزشکی هستید و بعد وارد بیمارستان‌ها می‌شوید، سرتاسر خاطرات تلخ و شیرین است و همه ما این خاطرات را داریم و می‌توان با این خاطرات کتاب‌های زیادی را نوشت. ولی یکی از شیرین‌ترین خاطراتی که در دوران اینترنی داشتم با دوست عزیزم آقای دکتر روزه است که ایشان الان متخصص نفروولوژی هستند و همچنان دوستی ما پابرجا است. من و ایشان اینترن بخش نوروسرجی بودیم و استاد این بخش هم دکتر اعرابی بودند که یکی از متبحرترین و پادانش‌ترین نوروسرج‌های این مملکت بودند که حالا در آمریکا تشریف دارند و برای ما یک الگو بودند چه از نظر پرکتیس چه دانش تئوری نوروسرجی.

یک روز که من و دکتر روزه کشیک بودیم، یکی در اتفاقات و یکی در بخش نوروسرجی کار می‌کردیم، جوانی را آوردند که بعداً فهمیدیم ایشان تنها فرزند آن خانواده است، با اسکور پایین برای ما به اتفاقات بیمارستان نمازی آوردند که ضربه مغزی شده بود و وقتی

صادق الوعد که امیدوارم سلامت باشند، از اساتید برجسته اندوکراین ما بودند و نامه دادم که ایشان بیمار را ببینند. حدود یکی دو ماه بعد، روزی خانمی لاغراندام به درمانگاه مراجعه کرد و گفت آقای دکتر مرا به خاطر می‌آوردید؟ گفتم خیر. گفت همان بیماری هستم که معرفی کردید شیراز و دکتر صادق الوعد بعد از بررسی گفتند غده فوق کلیوی شما بیش‌فعال است و باید جراحی شود. اکنون که یکی دو ماه از جراحی گذشته، وزنم کاملاً کم شده است؛ من نیز خوشحال شدم از تشخیصی که بر اساس هیستوری و فیزیکیال اگزم داده بودم.

ماجرای دیگری که برای خودم و همسر اتفاق افتاد و تبدیل به خاطره شد این بود که همسر کم کارشناس مامایی بود و مدت کوتاهی از طرحش مانده بود و در آن درمانگاه شش ده زایشگاهی هم احداث کرده بودند که فارغ‌التحصیلان مامایی طرح خود را در آنجا می‌گذراندند. آن موقع درمانگاه ما موتور برق نداشت و برق هم مرتب قطع می‌شد. شبی زائویی آمد با درد زایمان و همسر هم آنجا بود و بستری‌اش کردند و پروسه دلیوری آرام آرام

داشت پیش می‌رفت که برق قطع شد. حدود ساعت ۱۲- ۱ نیمه شب بود، شمع روشن کردیم و بالاخره بچه به دنیا آمد ولی گریه نکرد؛ در همان نور شمع به پشت بچه زدیم و دهانش را ساک کردیم و ... خلاصه خداوند کمک کرد و این بچه شروع به گریه و نفس کشیدن کرد. وقتی از زایشگاه بیرون آمدم عصبانی بودم و به راننده گفتم برویم سراغ مسئول تلفن‌خانه. همان نصف شب شماره مسئول شبکه را گرفتم و از خواب ناز بیدارش کردم و حسابی به ایشان توبیخیدم چون واقعاً شرایط بدی بود. فردای آن شب با راننده و چند تا از اهالی شش ده تاکسی‌بار گرفتیم و رفتیم به قسمت نگهداری کالاهای مرکز بهداشت فسا. شنیده بودم موتور برقی آنجا هست و خواستیم آن را بیاوریم که مسئول اموال ممانعت کرد. گفتم اگر اجازه ندهید، اهالی شش ده را آورده‌ام تا حساب شما را برسند. او هم عقب‌نشینی کرد و موتور برق را به درمانگاه آوردیم و نصب کردیم. جالب‌تر اینکه بعد از سال‌هایی که من اتندینگ شدم، همان آقای که مسئول اموال شبکه بهداشت فسا بود، بیمار من شد و هنوز هم هست و هر وقت که می‌آید، به دستیارانی که کنارم هستند این اتفاق را ذکر می‌کند و می‌گوید دکتر صالحی‌پور درست می‌گوید و این کار را کرده است و گردش روزگار این‌طور بوده است.

و به این ترتیب دوران سربازی‌ام به عنوان پیام‌آور بهداشت سپری شد و بسیار خاطرات دیگر هست که اگر نوشته شود شاید کتابی شود.

از دوران رزیدنتی ارولوی بگویید.

در سال ۱۳۷۶ به عنوان رزیدنت ارولوی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز قبول شدم (آن موقع نفر دوم دستیاری

شدم) و ۴ سال آموزش دوره ارولوی را نزد اساتید بزرگوار دیدم.

از رزیدنتی ارولوی نیز خاطرات زیادی دارم.

در سال ۱۳۸۰ امتحان خورد دادم و نفر اول خورد ارولوی کشور شدم و در همان سال هم به عنوان عضو هیئت علمی گروه ارولوی دانشگاه علوم پزشکی شیراز پذیرفته شدم.

همان ابتدا وارد تیم پیوند اعضای دانشگاه علوم پزشکی شیراز به سرپرستی استادم دکتر ملک‌حسینی شدم و در سالیان متمادی، همکاری‌ها هم با گروه پیوند بود و هم گروه ارولوی که اشک‌ها و لیخندها در این دوران که با گروه پیوند هم کار می‌کنید وجود دارد و واقعاً باید خاطرات جایی ثبت شوند.

در خاطرم هست که وقتی برای پیوند می‌رفتم ومی- خواستم وارد اتاق عمل پیوند بشوم و ارگان را از متوفی هاروست کرده و پیوند بزنیم، گروهی بودند که از والدین متوفی بودند و سوگوار، گروهی دیگر والدین فرد پیوندگیرنده بودند که آنها هم گریه می‌کردند و صحنه- های بسیار زیبایی خلق می‌شد و ما به عنوان پزشک باید بر احساس خود غلبه می‌کردیم... روزی مادر آن متوفی که خانم جوانی بود، وقتی رضایت داده بود که کلیه‌ها را از بدن متوفی هاروست کنیم، گفت از شما خواهشی دارم؛ اینکه کلیه دختر مرا حداقل به یک دختر پیوند بزنید. گفتم بله حتماً همین کار را می‌کنیم و کلیه‌ها را به دو دختر پیوند زدیم و آن خانم هر سال در آن تاریخ که پیوند انجام شده بود، برای آن دو دختر هدایایی می‌برد و به خانواده‌شان تقدیم می‌کرد که فوق‌العاده کار زیبایی بود.

و باز هم خاطره‌ای بگویم اینکه روزی بیماری را پیوند زدیم که آقای بود که قبل پیوند به طور مرتب دیالیز می‌شد و بعد با نرسی که در قسمت دیالیز انجام وظیفه می‌کرد ازدواج کردند و خداوند فرزندی به آنها عطا کرد و هنوز در تاریخی که پیوند او را انجام دادم، این زوج با دسته گل می‌آیند نزد من و از دیدن آنها بسیار مسرور می‌شوم.

پیوند نقطه عطفی بود در فرایند شکوفایی من، که دکتر ملک‌حسینی و سایر اساتیدم قدم به قدم این پروژه‌های جراحی پیوند را به من آموختند و باعث پیشرفتی شگرف در مراقبت از بیماران سختی شد که به ما مراجعه می- کردند؛ به‌خصوص بیماران سرطانی که گاهی وقت‌ها واقعاً چالشی هست بین آن بیماری (که من اسمش را می‌گذارم شر) و آن پزشک‌انی که می‌خواهند عمل کنند (که خبر هستند). آموزه‌های پیوند کلیه باعث شد که این روند تکاملی که در زندگی هر پزشکی وجود دارد و هیچ وقت هم به پایان نمی‌رسد، باعث پیشرفت من در این حرفه جراحی ارولوی شود و همچنان هم روند آموزش ادامه

دارد و خودم را یک student تلقی می‌کنم که باید یاد بگیرم.

در مورد زندگی شخصی خود یا هر صحبت دیگری که تمایل به بازگو کردن دارید، بفرمایید.

من در سال ۱۳۷۳ ازدواج کردم و حاصل این ازدواج دو پسر و یک دختر است و خانواده گرمی داریم. در طول این سال‌ها زندگی پستی و بلندی‌هایش را نشان داده اما به هر حال لطف خداوند شامل حال ما بوده است و همسر یکی از مهم‌ترین عوامل موفقیت من بوده‌اند و در مسائل و مشکلات مختلف شکیبایی ورزیده‌اند و این مسیر را با هم ادامه داده‌ایم.

در طول مدت اتندینگ دو بار دچار بیماری شدم و بار دوم بعد از دوران نقاهت نسبتاً طولانی چندماهه به سر کار برگشتم و بعد از این اتفاقات با خود فکر کردم که هر یک از ما برای هدفی به این کره خاکی آمده‌ایم (که هیچ کس هم نمی‌داند آن هدف چیست) و شاید تا آن را به انجام نرسانیم، زمان رفتن از این کره خاکی فرا نرسد و از آرزوهایم این است که در اتاق عمل این اتفاق برای من بیفتد.

در پایان چه توصیه‌ای به دانشجویان و دستیاران جوان دارید؟

در هر پروسیجری باید خودمان را به کمال برسانیم و با هر عمل و جراحی که انجام می‌دهیم باید یک قدم به کمال نزدیک شویم؛ مانند نقاشی‌ای که باید آن را به اوج رسانده و زیبا بکشیم و لذت در این است.

در این راه قطعاً سختی‌های بسیار وجود دارد. همیشه به دستیارانم می‌گویم موقع عمل کردن باید قسمتی از وجودمان را که تمایل به زیبایی و کمال‌گرایی دارد، آزاد کرده و به غلیان و حرکت واداریم تا آن را برای خود لذت‌بخش کنیم. در این صورت قطعاً بیمار ما هم از این عمل سود خواهد برد و نتیجه بهتری خواهیم گرفت.

صرف این نباشد که فقط عمل را به انجام برسانیم، بلکه باید آن را به کمال برسانیم. رضایت‌مندی درونی قابل مقایسه با هیچ رضایت‌مندی مادی نیست و این رضایت درونی است که باعث می‌شود که بمانیم و باز هم عمل کنیم.

روند درمان ما گاهی ممکن است به شکست منجر شود و بیمارمان را از دست دهیم ولی باید باعث درس آموختن ما شود و اگر اشتباه از ما بوده، با شجاعت اشتباه خود را بپذیریم و درصدد برطرف کردن آن باشیم.

عمل کردن باید زیبا و جسورانه و با تکیه بر دانش باشد، مطمئناً خداوندی که گفته از رگ گردن به شما نزدیک‌تر هستم، کمک می‌کند و در پیچ و خم‌های سنگین عمل- های پیچیده ما را رها نمی‌کند و دستان را می‌گیرد و بالا می‌برد.

چهارمین کنگره بین المللی اورولوژی فانکشنال تبریز



جمله سؤالات و پاسخ- های خاص در مورد یافته‌های UDS را مورد بررسی قرار داد. علل تشریحی و عملکردی احتباس ادراری پس از جراحی‌ها، سندرم Fowler's و نقش SNS در درمان آن، اثرات پرولاپس لگن بر

چهارمین کنگره بین المللی اورولوژی فانکشنال تبریز به‌صورت آنلاین در ۲۱ و ۲۲ مرداد ماه ۱۴۰۰ برگزار شد. در این رویداد متخصصان اورولوژی و اوروگاینکولوژی از سراسر جهان دعوت شدند و بر سه محور اصلی تمرکز داشتند: نوروارولوژی، اورودینامیک و اوروگاینکولوژی.

افتتاح وینار با استقبال ویژه پروفیسور عباس بصیری، رئیس انجمن اورولوژی ایران (IUA) و حضور رئیس انجمن بی‌اختیاری ایران (IrCS)، پروفیسور سکینه حاج ابراهیمی صورت پذیرفت.

اساتید بین المللی دانشگاه‌های مطرح فرانسه، چک، سوئیس، هلند و انگلیس در این کنگره با مطالب روز اورولوژی به‌صورت آنلاین با ما تبادل اطلاعات داشتند.

وینار دوروزه شامل سه کورس با حضور بیش از ۳۰ سخنران داخلی و خارجی در هر جلسه در تایم صبح و عصر برگزار شد. پس از ارائه سخنرانان نهایتاً با اختصاص دادن به پنل ارائه کیس‌ها و پرسش و پاسخ و جمع‌بندی به جلسه پایان داده شد.

هر جلسه به موضوعات اصلی حوزه اورولوژی فانکشنال با تمرکز ویژه بر روی نوروارولوژی و اورودینامیک و اوروگاینکولوژی مربوط می‌شود.

جلسه urodynamic پیشرفته با تمرکز بر یافته‌های UDS در SUI زنان، برخورد با بی‌اختیاری پس از پروستاتکتومی مردان و بحث مبتنی بر کیس‌ها، آخرین تعاریف ترمینولوژی علائم ادراری بر اساس ICS، مباحث اورودینامیک در اختلالات Underactivity و Over activity مثانه برگزار شد و موضوعات متنوعی مرتبط با اهداف اصلی جلسه، از

Methods و تزریق BOTOX و سیستوپلاستی و درمان‌های جراحی مجرای ادراری گفت‌وگو شد. این کنفرانس همچنین مروری بر نوروارولوژی داشت که با بسیاری از اورولوژیست‌های عمومی ناآشنا است، اما بخش عمده‌ای از اورولوژی فانکشنال را در بر می‌گیرد.

موضوعات و سؤالات اصلی مبحث نوروارولوژی شامل:

ترمینولوژی، ارزیابی و تشخیص و طبقه‌بندی اورودینامیکی و نقش آن در ارزیابی NLUTD یک عارضه شایع در بیماران عصبی، الگوریتم و توصیه‌های درمانی جدید همراه اختلاف‌نظرها و نحوه پیگیری منظم با بررسی اورودینامیکی- NLUTD بحث‌های گروهی کامل در مورد کیس‌های پیچیده و سؤالات از پیش آماده شده پس از جلسه بود.

امسال با توجه به پاندمی بیماری کروناویروس ۱۹ در سراسر جهان (COVID-19) شیوه تبادل اطلاعات دستخوش تغییر بود. این وضعیت نه‌تنها مراقبت‌های پزشکی بیماران اورولوژیک بلکه برگزاری جلسات را نیز در سراسر جهان تحت تأثیر قرار داد که موجب استفاده از تکنولوژی آنلاین کنفرانس با مشارکت بیشتر علاقه‌مندان و متخصصان محلی و بین المللی شد.

این رویداد دوسالانه به بخش‌های اورولوژی کمک می‌کند تا با تبادل اطلاعات در سطح بین المللی فعالیت خود را برای خدمات‌رسانی بهتر به بیماران سازمان- دهی کنند.

به‌طورکلی، این جلسه بازخورد مثبت نمایندگان را دریافت کرد و اهداف اصلی این رویداد محقق شد. ICS منتظر رویدادهای آتی است که توسط TIFU برگزار می‌شود.

تست یورودینامیک و نکات مورد توجه در یورودینامیک زنان با احتباس ادراری و چالش‌های درمانی مورد بحث قرار گرفت و آموزش داده شد.

در جلسات اوروگاینکولوژی موضوع اصلی تمرکز بر پرولاپس لگن یا POP در همراهی با بی‌اختیاری ادراری بود؛ مطالعات اخیر در مورد پرولاپس آپیکال شامل تکنیک‌های جراحی جدید توسط متخصص زنان و زایمان ایرانی و اروپایی معرفی و منجر به بحث‌های بسیار جالب و چالش‌برانگیزی شد. درمان‌های نوین پرولاپس کمپارتمان قدامی به اشتراک گذاشته و تأثیر پرولاپس بر بی‌اختیاری ادراری در تشخیص و پیگیری بیماران پس از جراحی اصلاح پرولاپس همراه با تکنیک‌های جراحی یا پساری در پرولاپس علامت‌دار لگن بحث شد.

نکات برجسته کنفرانس شامل:

اهمیت آزمایش اورودینامیک در LUTS مردان و زنان، بی‌اختیاری کمپلکس و اختلاف‌نظرهای موجود در مطالعات پرولاپس؛ همچنین درمان‌های متعدد در بیماران نوروژنیک شامل Nerve Stimulation

Advanced Neuro-Urology



Marcus Drake
Bristol Urological Institute



Tethered Spinal Cord Syndrome and Myelomeningocele Webinar

Sep 24, 2021 - 10:00 AM Tehran

انجمن علمی INUS و مرکز تحقیقات جراحی مغز و اعصاب عملکردی FNRC برگزار می کند

وبینار
WEBINAR

Tethered spinal cord syndrome and myelomeningocele



Join Zoom Meeting Link:
<https://us02web.zoom.us/j/87492521945?pwd=RmhFOHFoeHFhWVgyVzFvckV4Z0V3UT09>
Meeting ID: 874 9252 1945
Passcode: 123456

Chair: Prof. Alireza Zali / Organizer: FNRC / Moderator & local organizer: Mehri Mehrad

Invited Speakers

Prof. Alireza Zali President of SBMU	Prof. H. Madersbacher President of INUS
Prof. A. Kajbafzadeh	Dr. Mehri Mehrad
Dr. Desiree Vrijens	Prof. Ryuji Sakakibara
Dr. Saied Safari	Dr. M. Ghohestani

Panel discussion: Prof. Sakakibara, Prof. Zali, Prof. Kajbafzadeh

جمعه، ۲ مهر ۱۴۰۰ از ساعت ۱۰ الی ۱۳ - مکان: هتل اسپیناس خلیج فارس
24 September, 2021, Friday 10:00 AM - 13:00
گروههای مخاطب: متخصصان اورولوژی، جراح اعصاب، جراح اطفال، نورولوژیست، اورولوژی اطفال

•PI- AAPF9YV5 •PI- AAPV1V7A تلفن: دبیرخانه انجمن، مرکز همایشهای مهند

Meeting ID: 874 9252 1945

Passcode: 123456

QRcode:



Join Zoom Meeting Link:

<https://us02web.zoom.us/j/87492521945?pwd=RmhFOHFoeHFhWVgyVzFvckV4Z0V3UT09>

پاسخ به گزارش بیمار شماره قبل

فیلم اول و دوم با اسکن QR کد و هاپیرلینک های زیر قابل مشاهده هستند.



فیلم اول

<https://www.aparat.com/v/tKks/>



فیلم دوم

<https://www.aparat.com/v/yUtS3/>

نواحی ملتهب و نکروزه در لترال و دام و قدام مثانه مشهود است. بیوپسی انجام می شود و پاتولوژی سیستمیت ائوزینوفیلیک گزارش می کند.

در این بین به دلیل گزارش قارچ در آزمایش ادرار یک دوره درمان ضد قارچ با فلوکنازول به مدت دو هفته گرفت.

بعد از یک و نیم ماه سیستمسکوپی تکرار شد (بار سوم) **فیلم دوم**

بعد از برداشتن بافت های مرده که از سقف آویزان شده اند TUR مناطق مختلف ملتهب انجام شد.

گزارش پاتولوژی مجدد:

Benign ulcerative eosinophilic riched cystitis with necrosis and past TUR stromal spindle cell proliferation. Muscular tissue is free of tumor

سیتولوژی ادراری از نظر سلول های بدخیم منفی است.

بعد از این پاتولوژی رژیم درمانی زیر شروع شده است:

۱. پردنیزولون ۵۰ میلی گرم روزانه
 ۲. دیکلوفناک سدیم ۲۵ میلی روزی دو تا سه عدد
 ۳. آنتی هیستامین های مختلف از جمله تلفست روزی ۱۸۰ میلی
 ۴. ویسول ۵ میلی صبح و شب
- ولی متأسفانه تأثیر چندانی نداشته و بیشترین تأثیر را همچنان در کنترل علائم قرص دیکلوفناک دارد.

آقای ۵۰ ساله غیرسیگاری، بدون علامت، به دنبال انجام چک آپ در سونوگرافی متوجه توده در مثانه شده است؛

گزارش سونوگرافی اولیه بیان کرده است: کلیه ها ساینز و ضخامت پارانشیم نرمال دارند. هیدرونفروز ندارند، در محل اوریفیس مجرای پروستاتیک در داخل مثانه توده هایپر اکو پولیپوئید به ابعاد ۱۷×۱۴ میلی متری مشاهده شد. حجم مثانه قبل از تخلیه ۲۴۰ سی سی و رزجوی ادراری ۳۶ سی سی بوده است.

در سیستمسکوپی اولیه: توده در لترال راست مثانه رویت شده و تحت TURBT قرار گرفته است.

پاتولوژی Low grade urothelial carcinoma بدون درگیری عضله (T1 or Ta) گزارش شده است.

دو هفته بعد از سیستمسکوپی، بیمار دچار علائم تحریکی شدید مثانه شده است. در بررسی با سونوگرافی، کاهش شدید کمپلانس مثانه (حجم قابل تحمل برای بیمار: ۱۲ سی سی) گزارش می شود.

درمان آنتی بیوتیکی شروع می شود. علائم تحریکی به درمان آنتی بیوتیکی جواب نمی دهد. فقط با مصرف دیکلوفناک به صورت نسبی علایم کنترل می شوند و بیمار می تواند مثانه را تا حدود ۱۲۰ سی سی پر نگه دارد.

حدود یک و نیم ماه بعد از سیستمسکوپی و TUR اولیه، سیستمسکوپی مجدد انجام می شود. **فیلم اول**

پاسخ پزشک معالج

حدود سه ماه درمان با داروهای زیر انجام شد ولی متأسفانه علائم تحریکی و فرکونسی بیمار کماکان ادامه دارد.

۱. پردنیزولون ۵۰ میلی گرم روزانه
 ۲. دیکلوفناک سدیم ۲۵ میلی روزی دو تا سه عدد
 ۳. آنتی هیستامین های مختلف از جمله تلفست روزی ۱۸۰ میلی
 ۴. ویسول ۵ میلی صبح و شب
- متأسفانه به دلیل عدم بهبودی، بیمار داروهای فوق بجز دیکلوفناک سدیم، آن هم ۲۵ میلی در روز را قطع کرد. با قطع دارو علائم بدتر نشده است.



دکتر ابوالقاسم نیکفلاح
فالوشیپ اونکوارولوژی

انجمن اورولوژی ایران



وبسایت:

Iua.org.ir

اینستاگرام:

@uroiranian

شماره تماس:

۰۲۱-۸۸۵۲۶۹۰۰

شماره فکس:

۰۲۱-۸۸۵۲۶۹۰۱

انجمن اورولوژی از شرکت‌ها و بخش‌های خصوصی که تمایل به خبررسانی از طریق نشریه انجمن Sponsorship دارند، استقبال می‌کند و آن را به‌عنوان شاخص مشارکت بخش‌های خصوصی در فعالیت‌های علمی انجمن در نظر می‌گیرد. برای این کار با دفتر انجمن و خزانه‌دار انجمن (دکتر زرگر) تماس حاصل فرمایید.

سردبیری و ویراستاری نشریه انجمن اورولوژی آمادگی دارد که همکاری افراد جامعه اورولوژی برای نوشتن ستون‌های اختصاصی و مداوم با موضوعیت مشخص در حوزه‌های مربوط به جامعه اورولوژی را بپذیرد. برای این کار ترجیحاً با شماره واتساپ یا ایمیل سردبیر نشریه (دکتر قهستانی) تماس بگیرید. طبیعتاً سردبیری حق خود را برای انتخاب از بین موضوعات مطروحه و البته با نگاه باز و موسع، محفوظ نگاه می‌دارد.

سردبیر

♦ دکتر سید محمد قهستانی: عضو هیئت‌مدیره انجمن اورولوژی ایران، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
ایمیل: **mgrosva@gmail.com**

همکاران سردبیر

- ♦ دکتر ناصر یوسف‌زاده: عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ♦ دکتر نیلوفر احمدیان: رزیدنت ارشد دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- ♦ دکتر مهری مهران: اورولوژیست فانکشنال

مسئول ستون دستپاری

- ♦ دکتر وحید فخار

مسئول ستون پژوهشی

- ♦ دکتر مهدی رضائی بیناباج

مسئول ستون ناگفته‌های نانوشته

- ♦ دکتر نگار بهتاش

مسئول دفتر مجله

- ♦ شیما انوری