



دانشگاه علوم پزشکی کاشان



کنکاش

فصلنامه علمی پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کاشان
سال پانزدهم شماره ۳۰ بهار ۱۳۹۱

روش صحیح پروپوزال نویسی
معرفی مرکز تحقیقات فیزیولوژی
ذهن پرسشگر ، کلید توسعه ی علمی

انگل های فرصت طلب و شیمی درمانی سرطان ها

زالو جایگزین کورتون ها در درمان بیماری های مفصلی

مقایسه اثر ضد میکروبی "عصاره دانه و پوست انار" بر روی خلیکوباکتر بیلوری

Needle-free nanopatch vaccine delivery system





فصلنامه علمی پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کاشان
سال پانزدهم شماره ۳۰ بهار ۱۳۹۱

کنکاش



صاحب امتیاز: دانشگاه علوم پزشکی کاشان (کمیته تحقیقات دانشجویی)

مدیر مسئول: خانم دکتر نگین سادات مسعودی علوی
سر دبیر: امیر اسدی

هیئت تحریریه این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

امیر اسدی ، بهروز بهزادی ، شیوا پاکروان ، مولود رایانی ، احسان رنگرز ، ابوالفضل زاهدی ، سمیه زمانی فرد ، حامد صفاری ، مطهره طالبیان ، مریم عزیزی ، محمدرضا علوی ، مژگان غضنفری ، سید حمید فلکی ، محمد کرمی ، علی مجاهدی ، خاطره مینایی ، مهدی ولی پور

ویرایش : خاطره مینایی ، مطهره طالبیان

صفحه آرایی و طراحی جلد: علی مجاهدی

سایر همکاران: مصطفی حاج رضایی، مریم رضانی اعظم مهرمزین ، سعیده تجلی نژاد ، مرجان قانندی هومن براتی

با تشکر صمیمانه از : دکتر غلامعلی حمیدی

خانم دکتر نگین سادات مسعودی علوی

دکتر اسماعیل فخاریان ، دکتر حسین هوشیار

دکتر حمید رضا بنفشه ، سید علیرضا طلائی

نشانی: کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، معاونت پژوهشی، دفتر کمیته تحقیقات دانشجویی
تلفکس: ۵۶۲۱۳۱۸-۰۳۶۱ صندوق پستی: ۸۷۱۵۵/۱۱۱

E-mail : Kankash@kaums.ac.ir

کنکاش در ویرایش و کوتاه کردن مطالب آزاد است.

حقوق چاپ، انتشار، نقل مطالب، طرح ها و عکس ها برای نشریه محفوظ است.

مسئولیت محتوای مطالب با نویسندگان است.

کلیه هزینه های نشریه توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان تامین می شود.

۲ سرمقاله.....

مقالات علمی :

۴ مقایسه اثر ضد میکروبی "عصاره دانه و پوست انار" بر روی هلیکوباکتر پیلوری

۵ انگل های فرصت طلب و شیمی درمانی سرطان ها

اخبار علمی :

۱۵ گریز از فراموشی با مصرف توت فرنگی

۱۵ Regular Chocolate Consumption Linked To Leaner Bodies

۱۶ Needle-free nanopatch vaccine delivery system

۱۷ امید هایی برای بازبانی بینایی از دست رفته با پیوند سلول های چشم

۱۸ Discovery Of Biomarkers For Autism Could Lead To Diagnostic Test ..

۲۰ قرصهای خواب آوری که به اندازه مصرف سیگار زیان آورند!

۲۱ زنانی که باید از آلزایمر بترسند !

۲۲ مرد فیلی ، افسانه یا واقعیت ؟

۲۷ از سیب زمینی هندی تا کشف نخستین قرص های ضد بارداری

طب سنتی :

۳۰ زالو جایگزین کورتون ها در درمان بیماری های مفصلی

۳۱ آثار ارزشمند روغن کنجد بر سلامتی

۳۴ از دوستی با این دارو ها بترسید

۳۷ ذهن پرسشگر ، کلید توسعه ی علمی (مصاحبه با دکتر فخاریان)

۴۲ معرفی مرکز تحقیقات فیزیولوژی

۴۹ کمیته ی تحقیقات دانشجویی دانشگاه

آموزشی :

۵۴ روش صحیح پروپوزال نویسی


۵۹ معرفی سایت

۶۰ در دانشگاه های برتر جهان چه می گذرد ؟ (هاروارد)

۶۴ خانه مختصر روستایی ، امید زنده ماندن را به جهانیان هدیه کرد (پروفیسور موسیوند) ...

۶۹ لیست همایش های پزشکی در ماه های آینده

۷۵ نظر سنجی



سرمقاله

به نام خداوند بفرشته مهربان

سلام دوستان عزیز

باز هم ما اومدیم با یه کنکاش دیگه!

این بار هم اومدیم تا بگیم کنکاشی هست و میفواد که همیشه باشه و هر فصل شما منتظرش باشید، بفرشیدش، دربارش نظر برید و در جمع آوری مطالبش سهیم باشید، مطالبی که برا همه مفید و جازاب باشن، مطالبی که بتونن هر چند اندک باعث ارتقای سطح علمی بچه ها بشن و تلنگری باشن برای اونایی که زیادی تو درس غوطه ورنند و یا از درس و دانشگاه زده شدن. کنکاش باید باشه تا ثابت کنه همیشه با فعالیت هایی تو دانشگاه نقش موثری به عنوان دانشجو در همه زمینه ها ایفا کرد. کنکاش نماینده فعالیت های پژوهشی دانشجو هاست و هست تا بگه چراغ پژوهش های دانشجویی روشنه ولی برای پر فروغ شدنش باید همه بیاید، دست به دست هم بریم تا پژوهش در برنامه کاری همه مون قرار بگیره. برای شروع این فعالیت ها، باید دغدغه ی اون رو داشت. باید بدونیم که آگه بفراییم میشه یه پژوهشگر باشیم. بدون شک میشه این ظرفیت ها رو به کار گرفت، همانطور که دانشگاه های دیگه و کشورهای دیگه با همین نیروهای دانشجو هاشون روز به روز پیشرفت میکنن. ما هم آگه بفراییم سال های آینده مرفی برای گفتن داشته باشیم باید به پژوهش بها بریم.

امیدواریم روزی برسه که تمام دانشجویان این دانشگاه در کنار درس زمانی رو هم به فعالیت های پژوهشی اختصاص بدن.
در اینجا از همه دوستان عزیزی که در این شماره به ما کمک کردن تشکر می کنیم.
با تشکر از جناب آقای دکتر حمیری معاونت متمرکز پژوهشی دانشگاه و سرکار خانم دکتر مسعودی علوی سرپرست کمیته تحقیقات دانشجویی
دانشگاه که با حمایت هاشون به ما دلگرمی میدن.
علاقه مندان به همکاری در فصلنامه میتونن به دفتر کمیته تحقیقات دانشگاه مراجعه کنند.
از تمام شما عزیزان میفوااییم که انتقادات و پیشنهاداتتون رو به ما برسونید تا شماره های بعد بهتر و پربار تر بشن.
منتظر شماره های بعدی ما باشید.

با تشکر فراوان
سر دبیر فصلنامه کنکاش



مقایسه اثر ضد میکروبی "عصاره دانه و پوست انار" و آنتی بیوتیک های رایج بر روی هلیکوباکتر پیلوری جدا شده از نمونه های بیوپسے بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهید بهشتے کاشان

حامد صفاری، دکتر محمود صفاری، دکتر عباس ارج، دکتر عبدالرسول حقیر ابراهیم آبادی

Hamed_Saffary@yahoo.com

سابقه و هدف: امروزه عفونت با هلیکوباکتر پیلوری یک مشکل جهانی است. با توجه به مقاومت آنتی بیوتیکی این باکتری نیاز جدی به درمان های جایگزین و یا موادی که مقاومت به آنتی بیوتیک ها را کم کنند، احساس می شود. با توجه به اثرات ضد میکروبی برخی از گیا هان دارویی، بدون شک این روش بعنوان یکی از راههای درمان جایگزین در طب سنتی و پزشکی نوین مورد توجه ویژه بوده است.

مواد و روش ها: غلظت های ۱۰، ۱۵ و ۲۰ درصد از عصاره دانه و پوست انار به طور جداگانه توسط حلال DMSO تهیه شد. مخلوط هایی از این عصاره ها با آنتی بیوتیک های مترونیدازول و کلاریترومایسین (هر کدام با ۳ غلظت) همراه با دیسک های هر محلول تهیه شد. مقاومت هلیکوباکتر های جدا شده از بیوپسی معده بیماران کاندید از وفاگوسکوپي سال ۱۳۸۷ کاشان نسبت به هر دیسک بررسی شدند.

نتایج: با توجه به قطر دواير ناشی از مناطق هاله عدم رشد و مقایسه آنها با جداول استاندارد NCCLS، حساسیت دیسکهای آنتی بیوتیکی کلاریترومایسین و مترونیدازول به همراه عصاره پوست انار در مقایسه با دیسکهای آنتی بیوتیکی (به تنهایی) به طور معنی داری افزایش داشت. ولی حساسیت دیسکهای آنتی بیوتیکی کلاریترومایسین و مترونیدازول به همراه عصاره دانه انار در مقایسه با دیسکهای آنتی بیوتیکی (به تنهایی) افزایش معنی داری نداشت.

نتیجه گیری: عصاره ی پوست و دانه انار هر چند به تنهایی بر روی هاله عدم رشد هلیکوباکتر پیلوری اثری ندارد ولی می توانند به عنوان کاهنده ی مقاومت آنتی بیوتیکی مترونیدازول و کلاریترومایسین، در ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: عصاره ی انار، مقاومت آنتی بیوتیکی، هلیکوباکتر پیلوری، اثرات ضد میکروبی، آنتی بیوتیک مترونیدازول و کلاریترومایسین



انگل های فرصت طلب و شیمه درمانه سرطان ها

مریم عزیزی ، دکتر حسین هوشیار

MaryamAzizi70@yahoo.com

خلاصه:

مطالعات نشان می دهد که داروهای به کار رفته در شیمی درمانی می توانند باعث تضعیف سیستم ایمنی شوند. سیستم ایمنی به دو طریق توسط درمان های رایج سرطان تحت تأثیر قرار می گیرد. برخی از برنامه های درمانی می توانند باعث بروز پاسخ های ایمنی سلولی شوند که به مرگ ایمنوژنیک سلول سرطانی می انجامد. سایر داروها ممکن است عوارض جانبی داشته باشند که سیستم ایمنی را از طریق کاهش لنفوسیتی گذرا به وسیله دسته ای از مکانیزم های کاهش دهنده ایمنی یا اثرات تحریکی مستقیم یا غیر مستقیم بر عوامل تأثیر گذار سیستم ایمنی تحت تأثیر قرار دهند. تضعیف سیستم ایمنی می تواند زمینه ایجاد عفونت های فرصت طلب را فراهم کند.

عفونت های فرصت طلب طبق تعریف بیماری های عفونی هستند که به وسیله میکروارگانیزم های فلور طبیعی میزبان ایجاد می شوند و عموماً غیر بیماری زا در نظر گرفته می شوند. اخیراً افزایش عفونت های فرصت طلب در بیماران سرطانی که تحت شیمی درمانی شدید هستند مشاهده شده است. مطالعات انجام شده نشان می دهد که لیست عوامل فرصت طلب دائماً در حال افزایش است. از جمله انگل های فرصت طلب در این افراد می توان کریپتوسپوریدیوم، توکسوپلاسما و استرونژیلوئیدس استرکوریالیس را نام برد. این مقاله مروری است بر تعدادی از عوامل انگلی نسبتاً شایع در این افراد.

کلمات کلیدی: سرطان - شیمی درمانی - انگل فرصت طلب - انگل های روده ای - نقص ایمنی

مقدمه

سرطانی که تحت شیمی درمانی هستند، دارای نقص سیستم ایمنی می باشند، از مهم ترین فاکتورهای خطر برای عفونت در بیماران سرطانی، نوتروپنی و نقص ایمنی سلولی می باشند (۱).

نقص سیستم ایمنی با چندین عفونت انگلی مختلف رابطه دارد. شایع ترین انگل هایی که باعث مرگ و میر در افراد نقص ایمنی می شوند شامل انواع روده ای (برای مثال کریپتوسپوریدیوم، پارووم، سیکلوسپورا، میکروسپورا

میزبان مبتلا به نقص ایمنی به طور کلی به شخصی اطلاق می شود که یک یا چند نارسایی در مکانیزم های دفاعی در برابر عوامل عفونی دارد، که این نارسایی ها، شخص را در معرض افزایش خطر عفونت های تهدیدکننده زندگی قرار می دهد. این نارسایی ها ممکن است فیزیولوژیک باشند، مانند آنچه در کودکان نابالغ رخ می دهد؛ و یا پاتولوژیک باشند، مثل بدخیمی ها. از آنجا که بیماران



چندین داروی شیمی درمانی سرطان که امروزه به کار می روند، به عنوان تضعیف کننده ایمنی برای درمان بیماری های شدید خود ایمنی سیستمیک نیز به کار می روند(۴). برای مثال سیکلوفسفامید و متوترکسات، عملکرد افزایشی و مؤثر سلول های T محیطی را از بین می برند(۲). داروهای کاتیونی مثل متوترکسات، سیکلوفسفامید، ۶-مرکاپتوپورین، و آزاتیوپرین باعث نوتروپنی، لنفوپنی و عملکرد ناقص لنفوسیت های B و T شده و با نقص ایمنی سلولی مرتبط هستند(۱).

کورتیکواستروئیدها به طور بالقوه ایجاد کننده نقص ایمنی بوده و باعث لنفوپنی می شوند. همچنین اعمال سیتوتوکسیک، پاسخ های میتوژنیک و پاسخ های ازدیاد حساسیت تأخیری لنفوسیت ها را کاهش می دهند. در اثر درمان طولانی مدت با دوز بالا، پاسخ های آنتی بادی نیز از بین می روند. کورتیکواستروئیدها همچنین بر گردش منوسیت ها نیز تأثیر داشته و فعالیت ضد میکروبی پلی مورفونوکلیترها را کاهش می دهند(۱).

گلوکوکورتیکوئیدها تولید سیتوکین های پیش التهابی مانند اینترفرون (IFN)، اینترلوکین ۱ (IL-1) و کموکین ها را کاهش می دهند(۲).

گرچه گلوکوکورتیکوئیدها بیان گیرنده های تشخیص الگوی گیرنده (Toll-like)، را القا می کنند، ولی تمایز و بیان آنتی ژنی سلول های دندریتیک (DCs) را از بین می برند. به علاوه گلوکوکورتیکوئیدها بیان ژن های مربوط به پاسخ ایمنی اکتسابی (شامل آنهایی که اجزای ماشین MHC-II را کد می کنند

ایزوسپورا، ژیلاردیا لامبلیا و استرونژیلوئیدس استرکوریالیس)، انواع تنفسی (پنوموسیستیس کارینی)، انواع مربوط به سیستم رتیکولاندوتلیال (برای مثال توکسوپلازما گوندی و لیشمانیا) یا آمیب های آزادی می باشند(۱).

هدف از این مطالعه جمع آوری اطلاعاتی از عفونت های انگلی در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی و افزایش آگاهی از انگل های فرصت طلب است. برای این منظور لازم است که ابتدا به انواع داروهای به کار رفته در شیمی درمانی و مکانیزم تأثیر آنها برسیستم ایمنی اشاره گردد.

داروهای به کار رفته در شیمی درمانی و مکانیزم عمل آنها

سرطان به طور کلی بیماری ژنتیکی خود مختار سلولی است که در اثر تغییرات در انکوژن ها، ژن های کاهش دهنده تومور و ژن های پایدار ژنومی ایجاد می شود(۲). شیمی درمانی شایع ترین و در عین حال مؤثرترین درمان سرطان می باشد؛ و عوارض جانبی درمان های شیمیایی یکی از عمده ترین مشکلات بیماران تحت درمان است(۳). اخیراً افزایش عفونت های فرصت طلب در بیماران سرطانی که تحت شیمی درمانی شدید هستند مشاهده شده است. گرچه تعداد نوتروفیل، منوسیت و پلاکت ها همیشه پس از هر چرخه پی در پی درمانی به بیش از ۵۰ درصد میزان آن قبل از شیمی درمانی می رسد، تعداد لنفوسیت ها در همان دوره زمانی بازبازی نمی شود. (۴).



پاتوزن های حقیقی که در میزبان های طبیعی بیماری خود محدود ایجاد می کنند، در افراد مبتلا به نقص ایمنی عفونت وسیع و مخربی ایجاد می کنند. باید تأکید کرد که تحت شرایط خاص، هر قارچ، مخمر یا میکروارگانیزم ساپروفیتی می تواند در افراد مبتلا به نقص ایمنی ایجاد بیماری مهاجم نماید.

عفونت های فرصت طلب که قبلاً نادر بودند، اکنون با ایجاد روش های تشخیصی و درمانی پیچیده رو به افزایش هستند. هم اکنون جمعیت زیادی وجود دارند که اگرچه با استفاده از پیشرفت های علم پزشکی زنده می مانند، به وسیله این عفونت ها تهدید می شوند. عفونت های فرصت طلب به طور تصادفی رخ نمی دهند؛ آنها در شرایط خاصی ایجاد می شوند که با دانستن آنها می توان با استفاده از یک روش تشخیصی دقیق و برنامه پزشکی مشخص با پیشرفت آنها مقابله نمود (۵).

در زیر به بعضی از انگل های فرصت طلب اشاره می گردد.

بالانتیدیوم کلی

به نظر می رسد که افراد مبتلا به نقص ایمنی مقاومت کمتری نسبت به بالانتیدیوز داشته باشند. با این حال مطالعه جامعی برای تعیین شیوع بالانتیدیوم در افراد مبتلا به نقص ایمنی وجود ندارد. در دو گزارش، از بالانتیدیوز در افراد مبتلا به ایدز، به بالانتیدیوم هم به عنوان پاتوزن و هم فرصت طلب اشاره می شود. چندین گزارش از انتشار بالانتیدیوم به ریه و ایجاد بیماری شبه پنومونی وجود دارد. وقتی که گسترش مرطوب ترشحات

و ژن های گیرنده سلول T و انتقال دهنده سیگنال و فعال کننده نسخه برداری (STAT1) را سرکوب می کنند، توسعه و عملکرد سلول T را تغییر داده و سلول های T کمکی و پاسخ های یک جانبه به سلول های T را کاهش داده و بنابراین ایمنی خاطره ای و مؤثر ضد تومور را متوقف می کنند (۲). گلوکوکورتیکوئیدها بیان سطح سلولی گیرنده های سیتوتوکسیسیته طبیعی اصلی (۳۰، ۴۴،) را مهار کرده و ازدیاد سلول های کشنده طبیعی که به وسیله IL-2 و IL-15 آغاز می شود را کاهش داده در عین حال، سیتوتوکسیسیته سلول کشنده طبیعی به واسطه 46 و NKG2D (سلول کشنده گروه ۲، عضو D) یا گیرنده های B 2 4 را کاهش می دهد (۲).

باز دارنده های پروتئین تیروزین کیناز نیز ممکن است بازوی سلول T از سیستم ایمنی اکتسابی را تحت تأثیر قرار دهند. (۲).

عفونت های فرصت طلب

طبق تعریف، بیماری های عفونی که به وسیله میکروارگانیزم های فلور طبیعی میزبان ایجاد شده، و عموماً غیر بیماری زا در نظر گرفته می شوند، عفونت های فرصت طلب نام دارند. این واژه بر اختلال مکانیزم های دفاعی میزبان هم دلالت دارد (۵). با این حال هیچ تعریف واضحی از عفونت فرصت طلب وجود ندارد، و افتراق بین پاتوزن های معمول و عوامل فرصت طلب به خوبی تعریف نشده است. بعضی از عوامل فرصت طلب می توانند باعث بیماری در میزبان طبیعی با سیستم ایمنی سالم شوند.



کریپتوسپوریدیوم به طور شاخص باعث اسهال آبکی و موکوئید با درد شکم شده که می تواند چندین روز و گاهی چند هفته طول بکشد؛ بهبود خود به خودی ایجاد می شود و درمان دارویی مؤثر وجود ندارد. کریپتوسپوریدیوم باعث بیماری بسیار جدی تری در افراد مبتلا به نقص ایمنی می شود (۷)، که می تواند اسهال طولانی مدتی باشد که منجر به آسیب روده می گردد. این انگل از طریق آب آلوده به اووسیست و اسپورها منتقل می شود (۸). رابطه بین عفونت کریپتوسپوریدیوم و آب آشامیدنی باعث شده که در آمریکا برای افراد مبتلا به نقص ایمنی جوشاندن آب آشامیدنی در بعضی شرایط توصیه شود (۷). کریپتوسپوریدیوم مسئول اپیدمی های عمده، همچنین موارد تک گیر گاستروانتریت در کشورهای توسعه یافته است. همچنین در کشورهای در حال توسعه منتشر است و ۳۰-۱۰ درصد از افراد بدون داشتن علامت کیست دفع می کنند. فراوانی کریپتوسپوریدیوز اغلب موارد وابسته به وضعیت HIV است (۹). چندین مطالعه تحقیقاتی درباره اپیدمیولوژی و پیش بینی عفونت کریپتوسپوریدیومی در بیماران مبتلا به بیماری های بدخیم صورت گرفته است. برای مثال در یک مطالعه که در ترکیه انجام گرفت، انگل را از ۱۰۶ نمونه مدفوع از بیماران مبتلا به اسهال و انواعی از سرطان گزارش کردند. این محققان در نمونه های ۶۰ بیمار سرطانی بدون اسهال، هیچ اووسیستی پیدا نکردند. در مطالعه مشابهی در ۵۶۰ بیمار مبتلا به سرطان و اسهال درهند، اووسیست ها در ۷ نفر (۱/۳ درصد) یافت شدند. از این ۷ نفر ۵ نفر سرطان خون داشتند (۷).

ریه یک زن ۷۱ ساله در یونان که مبتلا به سرطان مقعد و دیابت، تب و اسهال متناوب بود مورد بررسی میکروسکوپی قرار گرفت، وجود بالانتیدیوم نشان داده شد. گرچه بیمار با مترونیدازول مورد درمان قرار گرفت، به دلیل ایست قلبی فوت کرد. اسکن های توموگرافی کامپیوتری و اشعه X، در یک زن ۵۸ ساله از یونان که مبتلا به لوکمی بود و علائمی مثل کاهش وزن، ضعف، کرامپ های شکمی و سرفه داشت، آسیب های ریوی را نشان داد. به علت اینکه یک عفونت ریوی مورد تردید بود، لاواژ ریه انجام گرفت و در مایع حاصل از شستشو بالانتیدیوم یافت شد. محققین فرض کردند که این مژه دار از طریق خون از جراحی روده ای به ریه ها انتشار یافته است. بیمار با کورتیکواستروئید ها و شیمی درمانی نیز تحت درمان بود که ممکن است با کاهش پاسخ های ایمنی، حساسیت فرد را نسبت به عفونت های فرصت طلب افزایش دهد. درمان ضد میکروبی با مترونیدازول در درمان عفونت موفقیت آمیز بود. بالانتیدیوم در نمونه مدفوع یک زن ۴۷ ساله از ترکیه مبتلا به لنفوم نان هوچکین و درد شکم و اسهال خونی یافت شد که با مترونیدازول با موفقیت درمان شد. منابع ممکن عفونت ممکن است سبزیجات خام یا غذای آلوده به مدفوع یا به طور مکانیکی از طریق سوسری یا مگس باشد (۶).

کریپتوسپوریدیوم

کریپتوسپوریدیوم در سال ۱۹۷۶ در رابطه با اسهال در انسان شناخته شد؛ یک مورد از یک کودک سالم و یک مورد در یک بالغ مبتلا به نقص ایمنی. در افراد سالم



در دو بیمار مبتلا به لوکمی گزارش شده است. درگیری تنفسی در بقیه مشاهده شد. در سال های اخیر کاربرد پیوند مغز استخوان برای درمان لوکمی و سایر بدخیمی های هماتولوژیک افزایش چشمگیری داشته است. از ۲۰ بیمار ذکر شده ۱۱ نفر پیوند مغز استخوان را به صورت آلوژنیک و یا اتولوگ دریافت کرده بودند. در کل بین کسانی که پیوند را دریافت کرده بودند و کسانی که پیوند دریافت نکرده بودند تفاوتی در شدت بیماری انگلی وجود نداشت. با این حال به خطر کریپتوسپوریدیوز در هنگام پیوند مغز استخوان یا پس از آن توجه می شده است. علاوه بر موارد ذکر شده گزارشات چندی از اسهال شدید در بیماران در طی پیوند مغز استخوان و پس از آن وجود دارد. Gentile و همکارانش همانند Manivel و همکاران، دو مورد از چنین بیمارانی با اسهال آبکی را شرح دادند. کریپتوسپوریدیوز ریوی نیز شرح داده شده است. شرحی از یک طغیان کریپتوسپوریدیوز در یک واحد پیوند مغز استخوان وجود دارد (۷).

درگیری خارج روده ای با کریپتوسپوریدیوم در بیماری ایدز مشاهده شده است. به جز بیماری های مرتبط با ایدز، گزارشات کمتری از کریپتوسپوریدیوز در افراد مبتلا به نقص ایمنی وجود دارد. یک پسر بچه ۱۰ ساله با سابقه تب ملایم و سرفه، به مدت ۳ ماه مبتلا به تنگی نفس بود. بیمار مبتلا به سندرم نفروتیک بود و در زمان مطالعه به مدت ۶ ماه کورتیکواستروئید دریافت کرده بود. در اغلب موارد کریپتوسپوریدیوز تنفسی، اسهال همراه با علائم بود. کورتیکواستروئید ها ایمنی میزبان را با کاهش پاسخ

از مطالعات ذکر شده، بیشتر موارد مربوط به کشور های گرمسیری بودند و رابطه آنها با کشورهای صنعتی غربی مشخص نیست، با این حال به نظر می رسد که کریپتوسپوریدیوم خطر خاصی برای بیماران سرطانی ندارد، ولی افراد مبتلا به لوکمی و سایر بدخیمی های خونی در این مورد استثنا هستند. به نظر می رسد کریپتوسپوریدیوز باعث عفونت سخت و غیر عادی در کودکان مبتلا به لوکمی می شود. Stine و همکاران اسهال شدیدی را در کودکان مبتلا به لوکمی لنفوسیتیک شرح دادند. Lewis و همکاران یک دسته عفونت در بچه های مبتلا به لوکمی لنفوبلاستیک حاد نشان دادند. در یک گروه ۶ نفره از کودکان مبتلا به لوکمی حاد یا لنفوم نشان داده شد که ۲ نفر با شواهدی از عفونت پایدار مردند، ۴ نفر باقی مانده پس از تغییر رژیم شیمی درمانی بهبود یافتند (۷).

در مقاله ای از ایتالیا گزارشی از ۲۰ نفر مبتلا به کریپتوسپوریدیوز وجود دارد که همه بدخیمی خونی داشته و شیمی درمانی دریافت می کردند و بعضی از آنها هم مورد پیوند مغز استخوان قرار گرفته بودند. اغلب بیماران بالغ بودند. از این بیماران ۵ نفر اسهال بدخیم، ۱۰ نفر اسهال ملایم و ۵ نفر حاملان بدون علامت گونه های کریپتوسپوریدیوم بودند. کریپتوسپوریدیوز خارج روده ای با درگیری ریه در یک بیمار مشاهده شد که این بیمار بالاخره در اثر عفونت کریپتوسپوریدیوم و کاندیدیایی فوت کرد. سایر بیماران بهبود یافتند، هرچند در ۴ نفر از آنها بیماری عود کرد. حمل بدون علامت کریپتوسپوریدیوم



آنچه که در بیماران با عفونت مادر زادی یا بیماران ضعیف شده رخ می دهد، متغیر است (۱۰).

در افراد با سیستم ایمنی طبیعی مبتلا به توکسوپلاسموز اکتسابی حاد، عفونت معمولاً خود محدود است و به ندرت درمان خاصی لازم دارد. در افراد با ایمنی سالم عفونت به کرات رخ می دهد. پارازیتی خود محدود بوده و شکل بالینی بیماری در اغلب موارد بدون علامت است، با این حال در حدود ۲۰ درصد از موارد توکسوپلاسم، عفونت حاد با لنفادنوپاتی توأم با تب، ضعف و لنفونوسیتوز همراه بوده و دوره عفونت خود محدود است. پس از این دوره، توکسوپلاسم گوندی به شکل کیست های نسجی باقی مانده و در طول زندگی میزبان به کندی تکثیر نموده و نشان دهنده فرم مزمن عفونت است. در طی این فاز کیست های نسجی توسط سیستم ایمنی هومورال و سلولی شامل لنفوسیت های T و ماکروفاژها که به طور مداوم توسط آنتی ژن های انگلی تحریک می شوند تحت کنترل هستند. در نتیجه تکثیر انگل در بافت هایی که از نظر ایمونولوژیک کمتر فعال هستند مثل سیستم اعصاب مرکزی، فعال تر بوده و دوره آن طولانی تر می باشد. میزبان های مبتلا به نقص ایمنی، به خصوص آنهایی که ایمنی سلولی ناقص دارند، در معرض عود عفونت مزمن و انتشار آن و وقوع بیماری برق آسا هستند. بیماران مبتلا به سرطان، بیماری بافت کلاژن، گیرنده های پیوند تحت درمان های تضعیف کننده سیستم ایمنی، یا بیماران همو دیالیزی با نقص مزمن کلیوی، دارای ایمنی سلولی ناقص بوده و مستعد ابتلا به این عفونت هستند.

التهابی سرکوب می کنند. کریپتوسپوریدیوز ریوی در مواقعی که یک بیمار مبتلا به نقص ایمنی با علائم تنفسی مورد بررسی قرار می گیرد، باید به عنوان یک تشخیص افتراقی در نظر گرفته شود (۸).

توکسوپلاسموز

شایع ترین پروتوزوایی که باعث عفونت های فرصت طلب در بیماران مبتلا به نقص ایمنی می شود توکسوپلاسم گوندی است. رابطه آن با نقص ایمنی برای چندین دهه شناخته شده است و وقوع آنسفالیت و بیماری منتشر در شرایط مختلف بالینی مثل سرطان های لنفورتیکولار، پیوند عضو و در حال حاضر عمدتاً در بیماران مبتلا به ایدز مشاهده شده است. توکسوپلاسموز یک مشکل بهداشتی مهم تلقی می شود. از هر هراز تولد زنده ۵-۲۵٪ مورد عفونت مادرزادی اتفاق می افتد. تقریباً ۱۰ تا ۲۰ درصد از موارد التهاب عنبیه توسط این انگل ایجاد می شوند. شیوع آنسفالیت توکسوپلاسمایی در مبتلایان به ایدز می تواند به ۴۰ درصد برسد. بنابراین توکسوپلاسموز در دو موقعیت ویژه دارای اهمیت فوق العاده می باشد: یکی در مورد عفونت مادرزادی که ۲۵-۵ درصد از کودکان بیمار شده یا در طی دوره نوزادی می میرند. به علاوه تعداد زیادی از کودکان به عواقب عصبی و بینایی مبتلا می شوند که نیازمند تحصیل و مراقبت های ویژه بوده و هزینه هایی را به جامعه تحمیل می کنند. موقعیت دوم درباره ی عفونت فرصت طلب با مرگ و میر بالا در افراد مبتلا به نقص ایمنی است. توکسوپلاسموز از یک عفونت بدون علامت خود محدود تا یک بیماری کشنده همانند



در بیماران مبتلا به نقص ایمنی، عفونت اغلب سیستم اعصاب مرکزی را درگیر کرده و ایجاد آنسفالوپاتی منتشر، مننگوآنسفالیت و ضایعات توده مغزی می کند (۱۰).
توکسوپلاسموز در بیمارانی که به وسیله بیماری نئوپلاستیک اصلی دچار نقص ایمنی شده اند مورد توجه کمی قرار گرفته است. در مطالعه سلیمان یازر و همکاران (۲۰۰۴) آنتی بادی های توکسوپلازما گوندی در بیماران مبتلا به سرطان مورد سنجش قرار گرفت. این گروه از بیماران به علت بیماری اصلی و یا درمان تضعیف سیستم ایمنی، دارای نقص ایمنی بوده و بنابراین در معرض عفونت فرصت طلب قرار داشتند. هدف از این مطالعه سنجش خطر توکسوپلاسموز شدید در بیماران مبتلا به سرطان به وسیله تشخیص آنتی بادی های IgG و IgM توکسوپلازما گوندی بود. آنتی بادی های IgG توکسوپلازما گوندی توسط روش ELISA در ۶۳ درصد از بیماران مبتلا به سرطان و در ۲۰ درصد داوطلبان سالم یافت شد. آنتی بادی های IgM توسط روش ELISA در ۶۳ درصد از بیماران مبتلا به سرطان و در ۰/۹ درصد از گروه کنترل یافت شد (۱۰). در این مطالعه نتایج، درصد های مثبت بالاتری را برای آنتی ژن های IgG و IgM توکسوپلازما در افراد سرطانی نشان داد (۵۲/۹ درصد)، که به طور معنی داری بیش از گروه کنترل (۲۰ درصد) بود. این نتیجه می تواند نشان دهنده این باشد که بیماران مبتلا به سرطان دچار نقص ایمنی بوده و حساسیت آنها به این عفونت افزایش می یابد (۱۰).

توکسوپلاسموز مبتلا به نقص ایمنی می کند (۱۰).
توکسوپلاسموز اغلب با بدخیمی های خاص مثل بیماری هوچکین، لنفوم، لوکمی حاد و مزمن و multiple myeloma رابطه دارد. به علاوه بیمارانی که با عوامل ضد تومور درمان می شوند، شامل سرطان سینه، تخمدان، ریه، با توکسوپلاسموز در رابطه هستند. البته مشخص نیست که خود بیماری در کاهش ایمنی بر علیه توکسوپلازما اهمیت بیشتری دارد یا درمان تضعیف سیستم ایمنی. با این حال این بیماری ها با آسیب به سیستم ایمنی سلولی مرتبط بوده و مشخص شده که عملکرد ناقص سلول T وقتی با درمان های تضعیف سیستم ایمنی همراه گردد، باعث پیشرفت توکسوپلاسموز می شود (۱۰).

استرونژیلوئیدس استرکوریالیس

استرونژیلوئیدس استرکوریالیس نماتود روده ای انسان است. تخمین زده می شود که ده ها میلیون نفر در سراسر دنیا آلوده به این انگل باشند.

توکسوپلاسموز در بیمارانی که به وسیله بیماری نئوپلاستیک اصلی دچار نقص ایمنی شده اند مورد توجه کمی قرار گرفته است. در مطالعه سلیمان یازر و همکاران (۲۰۰۴) آنتی بادی های توکسوپلازما گوندی در بیماران مبتلا به سرطان مورد سنجش قرار گرفت. این گروه از بیماران به علت بیماری اصلی و یا درمان تضعیف سیستم ایمنی، دارای نقص ایمنی بوده و بنابراین در معرض عفونت فرصت طلب قرار داشتند. هدف از این مطالعه سنجش خطر توکسوپلاسموز شدید در بیماران مبتلا به سرطان به وسیله تشخیص آنتی بادی های IgG و IgM توکسوپلازما گوندی بود. آنتی بادی های IgG توکسوپلازما گوندی توسط روش ELISA در ۶۳ درصد از بیماران مبتلا به سرطان و در ۲۰ درصد داوطلبان سالم یافت شد. آنتی بادی های IgM توسط روش ELISA در ۶۳ درصد از بیماران مبتلا به سرطان و در ۰/۹ درصد از گروه کنترل یافت شد (۱۰). در این مطالعه نتایج، درصد های مثبت بالاتری را برای آنتی ژن های IgG و IgM توکسوپلازما در افراد سرطانی نشان داد (۵۲/۹ درصد)، که به طور معنی داری بیش از گروه کنترل (۲۰ درصد) بود. این نتیجه می تواند نشان دهنده این باشد که بیماران مبتلا به سرطان دچار نقص ایمنی بوده و حساسیت آنها به این عفونت افزایش می یابد (۱۰).
توکسوپلاسموز مبتلا به نقص ایمنی می کند (۱۰).
توکسوپلاسموز اغلب با بدخیمی های خاص مثل بیماری هوچکین، لنفوم، لوکمی حاد و مزمن و multiple myeloma رابطه دارد. به علاوه بیمارانی که با عوامل ضد تومور درمان می شوند، شامل سرطان سینه، تخمدان، ریه، با توکسوپلاسموز در رابطه هستند. البته مشخص نیست که خود بیماری در کاهش ایمنی بر علیه توکسوپلازما اهمیت بیشتری دارد یا درمان تضعیف سیستم ایمنی. با این حال این بیماری ها با آسیب به سیستم ایمنی سلولی مرتبط بوده و مشخص شده که عملکرد ناقص سلول T وقتی با درمان های تضعیف سیستم ایمنی همراه گردد، باعث پیشرفت توکسوپلاسموز می شود (۱۰).



های موضعی، افزایش آدرنوکورتیکوتروپین آندوژن و آدرنوکورتیکوتروپین تجویز شده، ایجاد می شود. عفونت افزایش یافته ممکن است در اثر تجویز استروئیدها برای بیماری هایی که خودشان سیستم ایمنی را تضعیف می کنند ایجاد شود. مثل لوپوس، لنفوم، آرتریت روماتوئید، جذام، پلی میوزیت و همچنین شرایط التهابی غیر سیستمیک مثل زخم قرنيه (۱۲).

یک توضیح احتمالی برای توانایی کورتیکوئیدها در القای عفونت افزایش یافته، توانایی آنها در کاهش فعالیت ائوزینوفیلها و لنفوسیتهاست. عده ای عقیده دارند که گلوکوکورتیکوئیدها ممکن است اثر مستقیم بر خود انگل داشته باشند و تغییر شکل لارو رابدیتیفرم به لارو فیلاریفرم مهاجم را تسهیل کنند یا ماده های بالغی را که از لحاظ تولید مثلی خفته هستند دوباره فعال کنند (۱۲). کاربرد vincristin با تعداد موارد عفونت افزایش یافته در ارتباط بوده است. اگرچه بیشتر این بیماران گلوکوکورتیکوئیدها را نیز دریافت می کرده اند. فرض می شود که آلکالوئیدهای vinca بر نورون های میانتریک (مربوط به پوشش عضلانی روده = myenteric)، اثر توکسیک داشته، حرکات روده را کاهش داده مدت زمانی را که لارو رابدیتیفرم به لارو فیلاریفرم مهاجم تبدیل می شود را افزایش می دهد. اولین مورد عفونت افزایش یافته مربوط به پیرمرد ۶۳ ساله مبتلا به هوچکین بود که وینبلاستین سولفات (و نه گلوکوکورتیکوئیدها) را دریافت می کرد و در فاصله کوتاهی پس از مصرف باعث گیر کردن مدفوع در روده ها شد.

گرچه اکثر افراد آلوده بدون علامت هستند، استروئیدپلوئیدس قادر است تحت شرایط خاص مربوط به نقص ایمنی میزبان به یک بیماری کشنده و برق آسا تبدیل شود. این شرایط تحت عنوان نقص ایمنی سلولی مطرح شده است. با این حال شرایط خاصی که تحت آن عفونت افزایش یافته استروئیدپلوئیدس استرکوریالیس رخ می دهد قابل پیش بینی نیست. به علت افزایش روز افزون افراد مبتلا به نقص ایمنی در سراسر دنیا، بررسی دقیق تر شرایطی که در آن عفونت استروئیدپلوئیدس استرکوریالیس به صورت خطرناک ظاهر می شود، لازم است. روش های بهتر شناسایی، غربالگری و درمان افراد در معرض خطر، احتمالاً مرگ و میر مربوط به عفونت استروئیدپلوئیدس استرکوریالیس را کاهش خواهد داد (۱۲).

شرایط نقص ایمنی مربوط به استروئیدپلوئیدس استرکوریالیس

۱- درمان با داروهای تضعیف سیستم ایمنی بزرگ ترین گروه نقص ایمنی مربوط به شرایطی است که توسط داروهای القا می گردد که در درمان اتوایمنی، آلرژی و واکنش های التهابی و همین طور پیشگیری از رد پیوند مصرف دارند (۱۲).

گلوکوکورتیکوئیدها

از تمام داروهای که تجویز می شود، گلوکوکورتیکوئیدها پرمصرف ترین بوده و در عین حال به طور خاص با تغییر استروئیدپلوئیداز مزمن به عفونت افزایش یافته بیشترین ارتباط را دارند. عفونت افزایش یافته در اثر استروئیدهای با دوز بالا، استروئید های با دوز پایین، استروئید



و عفونت افزایش یافته را ایجاد کند، شامل پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان، عفونت HTLV-1، عفونت HIV، هیپوگاماگلوبینمی، سوء تغذیه و شرایط مربوط به آن است. افزایش یافته در بیماری بود که سطح آدرنو کورتیکوتروپین آندوژن او به علت سرطان سلول های کوچک ریه بالا بود. در یک مورد دیگر، بیمار عفونت افزایش یافته نداشت بلکه گاستریت، ائوزینوفیلی و ائوزینوفیلی راجعه داشت (۱۲).

سایر داروهای کاهش دهنده ایمنی تعدادی از داروهای که در شرایط نقص ایمنی با عفونت افزایش یافته در ارتباط هستند، شامل آزیتوپرین، سیکلوفسفامید، آنتی تیموسیت گلوبین، آنتی کلرامبوسیل، ۶- مرکاپتوپورین، متوترکسات، بلئومایسین، آدریامایسین، دوکسوروبیسین، دنوروبیسین، ایفسفامید، ملفالان، کارموسیتین، و متوگزانتون. همینطور پرتو دهی کل بدن می باشد. در تمام این موارد گلوکوکورتیکوئیدها به طور همزمان تجویز شده بود (۱۲).

۲- بد خیمی های خونی گلوکوکورتیکوئیدها در درمان بسیاری از بد خیمی های خونی مورد استفاده قرار می گیرند، اما گزارشات موردی عفونت افزایش یافته استروئیدیلوئیدس استرکوریالیس قبل از درمان وجود دارد. در یک مورد لنفوم روده کوچک، لارو استروئیدیلوئیدس استرکوریالیس به تعداد زیاد در خود بافت لنفاوی یافت شد. محققان معتقد بودند که التهاب حاد ایجاد شده توسط انگل ممکن است در پیشرفت لنفوم در جایگاه اولیه نقش داشته باشد (۱۲).

۳- سایر شرایطی که می تواند خطر ابتلا به استروئیدیلوئیدس با آگاهی بیشتر از شرایطی که باعث تضعیف سیستم ایمنی در بیماران سرطانی می گردد، و ارگانیزم هایی که باعث ایجاد عفونت های فرصت طلب در این بیماران می شوند، می توان راه هایی برای درمان بیماران سرطانی پیدا نمود که این بیماران عوارض کمتری تحمل نمایند. در صورت آگاهی از عفونت های فرصت طلب در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی می توان با رعایت راه های پیشگیری از این عفونت ها، از آلودگی این بیماران جلوگیری نمود. در این صورت نیاز به درمان های ضد انگلی هم وجود ندارد و عوارض این داروها، مشکلات این بیماران را بیشتر نمی کند.

۲- بد خیمی های خونی گلوکوکورتیکوئیدها در درمان بسیاری از بد خیمی های خونی مورد استفاده قرار می گیرند، اما گزارشات موردی عفونت افزایش یافته استروئیدیلوئیدس استرکوریالیس قبل از درمان وجود دارد. در یک مورد لنفوم روده کوچک، لارو استروئیدیلوئیدس استرکوریالیس به تعداد زیاد در خود بافت لنفاوی یافت شد. محققان معتقد بودند که التهاب حاد ایجاد شده توسط انگل ممکن است در پیشرفت لنفوم در جایگاه اولیه نقش داشته باشد (۱۲).

۳- سایر شرایطی که می تواند خطر ابتلا به استروئیدیلوئیدس



منابع:

1. M.EL-Diffrawy, H.Neaa, M.Eissa, et.al: Study of Parasitic Infections in Immunocompromised Patients in Haematology Department of Main University Hospital, Alexandria; *Experimental Pathology and Parasitology* (2002) 5(10): 85-92
2. Laurence Zitvogel, Lionel Apetoh, Francois Ghiringhelli, Guido Kroemer, Immunological Aspects of Cancer Chemotherapy, *Nature Rev. Immunology* (2008) 8: 59-73
- ۳- عشقیار، ن. باطبی، م. بررسی عوارض دهانی در بیماران تحت شیمی درمانی کانسر در بیمارستان امام خمینی، مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۱ دوره ۴ (۲): ۳۳-۳۴
4. Crystal L. Mackall et.all; Lymphocyte Depletion during Treatment with Intensive Chemotherapy for Cancer, *Blood* .1994; 84: 2221-2228
5. Klainer, AS, Beisel, WR: Opportunistic Infections: A Review, *The American Journal of the Medical Sciences* .1969; 258(6): 431-456
6. Fredrick L. Shuster, Lynn Ramirez-Avila, current world status of Balantidium, *Clinical Microbiology Reviews* .2008;626-638
7. Raul R.Hunter, Gordon Nichols: Epidemiology and Clinical Features of Cryptosporidium Infections in Immunocompromised Patients, *Clinical Microbiology Reviews* .2002;145-154
8. S.N.Shrikhande, C.A.Chande, V.R.Shegokar, R.M.Powar: Pulmonary Cryptosporidiosis in HIV Negative Immunocompromised Host. *Indian Journal of Pathology and Microbiology* .2009; 52(2): 267-268
9. L.Abubakar, S.H.Aliyu, C.Arumugam, N.K.Osman, P.R.Hunter: Treatment of Cryptosporidiosis in Immunocompromised Individuals: Systematic review and meta-analysis, *British Journal of Clinical Pharmacology*.2007; 63(4): 387-393
10. Suleyman Yazar, Ozan Yaman, Bulent Eser, Fevzi Altuntas: Investigation of anti-Toxoplasma gondii antibodies in patients with neoplasia, *Journal of Medical Microbiology* .2004; 53: 1183- 1186
11. Elves Maciel, Isadora Siqueira, Aristides Cheto Queiroz, Ailton Melo: Toxoplasma gondii myelitis in a patient with adult T-cell lymphoma, *Arq Neuropsiquiatr* .2000; 48(4): 1107-1109
12. Paul B.Keiser, Thomas B.Nutman: Strongyloides stercoralis in the Immunocompromised Population, *Clinical Microbiology Rev.* 2004; 208-217



گریز از فراموشی با مصرف توت فرنگی

توت فرنگی و زغال اخته حاوی مقادیر بالایی از فلاونوئیدها و انتوسیانینها میباشند که از طریق خون به مغز و در مراکز مربوط به حافظه و تمرکز تجمع پیدا می کنند.

در یک مطالعه ی همگروهی که بر روی ۱۲۱,۷۰۰ زن بین سنین ۳۰ تا ۵۰ در بیمارستان زنان امریکا به مدت چهار سال طی سه مصاحبه ی تلفنی (بافاصله ی زمانی ۲ سال) براساس میزان به یاد آوردن جزئیات یک پاراگراف مورد بررسی قرار گرفت مطالعه نشان داد زنانی که مصرف بالای توت فرنگی (بیش از ۲ وعده در روز) داشتند، کاهش حافظه تا ۲,۵ سال به تاخیر می افتد.

پژوهشگر الیزابت استاد پزشکی در بیمارستان زنان در بوستون می گوید: تغییر نسبتا ساده در رژیم غذایی همراه با افزایش توت فرنگی از سرعت افت حافظه در زنان مسن می کاهد.



Regular Chocolate Consumption Linked To Leaner Bodies

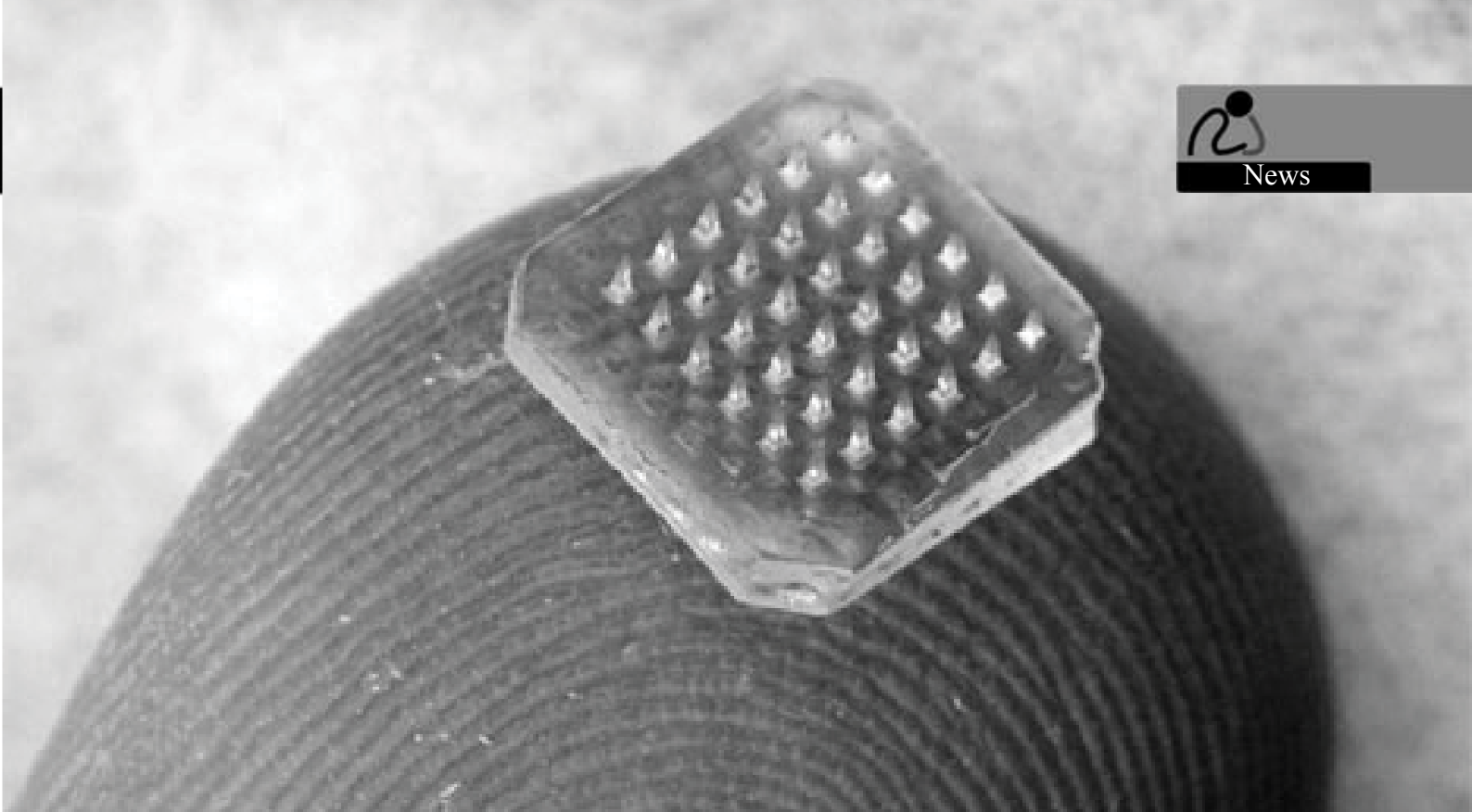
People who eat chocolate regularly tend to be thinner than those who never or very rarely consume chocolate, researchers from the University of California, San Diego, reported in Archives of Internal Medicine. The authors added that some kinds of chocolate had previously been found to improve factors related to metabolism, including insulin sensitivity, blood pressure, as well as cholesterol levels.

Because of the high-calorie values of most chocolates, many people avoid them in their attempts to control their body weight.

Beatrice A. Golomb, M.D., Ph.D., and team gathered data on 1,018 adults, both male and female and revealed :

«Adults who consumed chocolate more frequently had a lower BMI than those who consumed chocolate less often.»





Needle-free nanopatch vaccine delivery system

The needle-free nanopatch vaccine delivery system is coming soon after a consortium of investors put up \$15 million for its development. The money will enable University of Queensland's Professor Mark Kendall to continue his work on the technology. It is described as the biggest breakthrough in vaccine delivery since the invention of the syringe more than 150 years ago.

The nanopatch has thousands of small projections to deliver vaccines to abundant immune cells in the skin, doing away with needles plunged into muscle where there are few immune cells. Early stage testing in animals has shown a nanopatch-delivered flu vaccine is effective with only 1/150th of the dose compared to a syringe. The nanopatch is also expected to cut needle stick injuries and cross contamination. This would avoid needle borne diseases like HIV and hepatitis. And it does not need refrigeration like traditional vaccines.



امید هایی برای بازیابی بینایی از دست رفته با پیوند سلول های چشم

علت نابینایی در بسیاری از بیماری های چشم از جمله دژنراسیون ماکولای وابسته به سن و دیابت، به دنبال از دست دادن فتورسپتورها می باشد.

دو نوع گیرنده نور در چشم استوانه ای و مخروطی هستند. سلول های استوانه ای از اهمیت ویژه ای برخوردارند و برای دیدن در تاریکی مورد استفاده قرار می گیرند و بسیار حساستر از سلولهای مخروطی هستند.

شورای تحقیقات پزشکی نشان داد که پیوند سلول های عصبی فتورسپتور حساس به نور در موش های دچار آسیب بینایی می تواند بینایی آنها را به طور قابل توجهی بازگرداند دانشمندان موسسه چشم پزشکی UCL سلولهای فتورسپتور استوانه ای را از موش های جوان و سالم به طور مستقیم به شبکه موشهای دارای مشکل بینایی و عملکرد شبکه پیوند زدند. چهار تا شش هفته بعد، به نظر می رسید سلول های پیوندی اتصالات مورد نیاز برای انتقال اطلاعات بصری به مغز را تشکیل داده بودند.

در طی یک آزمایش سرعت موش های دریافت کننده ی پیوند در پیدا کردن اجسام پنهان در مسیر پر پیچ و خم نسبت به موش های درمان نشده مورد سنجش قرار گرفت و مشخص شد موشهای دریافت کننده ی پیوند توانایی کشف اجسام را با سرعت بالاتری دارند.

دکتر Rob Buckle، رئیس پزشکی احیا کننده در MRC گفت:

« وجود شواهد روشن در بهبود عملکرد چشم های آسیب دیده از طریق پیوند سلولهای فتورسپتور، مسیری بزرگ در استفاده از سلول های بنیادی در درمان شب کوری و بازیابی بینایی به روی ما می گشاید.»



Discovery Of Biomarkers For Autism Could Lead To Diagnostic Test

An important step towards developing a rapid, inexpensive diagnostic method for autism has been taken by Uppsala University, among other universities. Through advanced mass spectrometry the researchers managed to capture promising biomarkers from a tiny blood sample. The study has just been published in the prestigious journal Nature Translational Psychiatry.

There are no acknowledged biomarkers for autism today. Researchers at Berzelii Centre and the Science for Life Laboratory in Uppsala who, in collaboration with colleagues at Linnaeus University in Sweden and the Faculty of Medicine in Tehran, Iran, who have discovered some promising biomarkers.

Many diseases are caused by protein alterations inside and outside the body's cells. By studying protein patterns in tissue and body fluids, these alterations can be mapped to provide important information about underlying causes of disease. Sometimes protein patterns can also be used as biomarkers to enable diagnosis or as a prognosticating tool to monitor the development of a disease.



In the current study disruptions of the nervous system were in focus when the scientists studied protein patterns in autism spectrum disorder (ASD).

To identify potential biomarkers (peptides or proteins), the researchers performed a detailed protein analysis of blood plasma from children with ASD compared with a control group. Using advanced mass spectrometric methods, they succeeded in identifying peptides consisting of fragments of a protein whose natural function is in the immune system, the complement factor C3 protein.

The study is based on blood samples from a relatively limited group of children, but the results indicate the potential of our methodological strategy. There is already a known connection between this protein and ASD, which further reinforces the findings, says Jonas Bergquist, professor of analytical chemistry and neurochemistry at the Department of Chemistry - BMC (Biomedical Centre) in Uppsala.

The hope is that this new set of biomarkers ultimately will lead to a reliable blood-based diagnostic tool.



قرصهای خواب آوری که به اندازه مصرف سیگار زیان آورند!

مطالعات چالش برانگیز جدید نشان داده کسانی که در طول زندگی خود قرص خواب آور مصرف میکنند_ حتی یکی در طول عمر خود_ دارای ریسک مرگ و میر بالاتری، نسبت به افرادی که اصلا از این قرصها استفاده نکرده اند، دارا هستند.

کسانی که قرص خواب آور را به صورت مرتب و روزانه مصرف می کنند دارای ریسک مرگ $5/3$ برابری و افزایش ریسک سرطان به میزان 35 درصد در مقابل سایر افراد جامعه می باشند. محققین می گویند مصرف این قرص ها می تواند به اندازه مصرف سیگار خطرناک باشد و در مقابل سایر داروهای موثر بر بیخوابی این قرصها چندین برابر خطرناکترند. قرصهای خواب آور طیف وسیعی از زولپیدم که یکی از جدیدترین قرصهای خواب آور هست تا تمازپام که از قدیمی ترین هاست را شامل می شوند. قرصهای خواب آور باعث می شوند که فرد احساس خواب آلودگی کند این ویژگی آنها را از سایر داروهای بیخوابی همچون ملاتونین که فرایند خواب را از طریق ریلکس کردن بدن پیش می برد، متمایز می سازد. از سایر خواب آورها میتوان باربیتوراتها و برخی انتی هیستامین های قدیمی همچون دیفن هیدرامین را نام برد. محققین در این مطالعه داده های آماری و شواهد پزشکی 10529 بیمار را که تحت نظارت سیستم سلامت پنسیلوانیا طی سالهای $2002-2007$ جمع آوری شده بود، مورد بررسی قرار دادند. به طور میانگین ریسک مرگ طی $2/5$ سال در افرادی که قرص خواب آور مصرف نکرده بودند، معادل $1/25$ درصد، در حالیکه این میزان در مصرف کنندگان این قرصها $6/1$ درصد می باشد.

با این محاسبات می توان تخمین زد که قرصهای خواب اورسالیانه مسئول 320000 تا 570000 مرگ و میر در امریکا می باشند.



زنانی که باید از آلزایمر بترسند!

مهدی ولی پور

Mehdivalipour283@yahoo.com

References : www.Medicalxpress.com

مورد از آنها AD بود. بعد از تطبیق سایر فاکتورهای خطر زوال عقل (نظیر سن، ژنوتیپ ApoE، تغییرات وزن) فقط Adiponectin در زنان با افزایش خطر ابتلا به AD و بیماریهای زوال عقل مرتبط بود.

محرز شده است که سیگنالینگ انسولین در مغز افراد دچار AD فاقد عملکرد است، همچنین Adiponectin حساسیت انسولینی را افزایش می دهد.

اطلاعات اشاره می کند که سطح Adiponectin ارزیابی شده با افزایش خطر AD و بیماریهای زوال عقل در زنان مرتبط می باشد.

مشخصه اصلی Adiponectin این است که در سنتز انسولین نقش داشته و بنابراین ممکن است هدفی برای درمان دیابت نوع ۲ باشد. بطور شگفت انگیزی، سطح بالای Adiponectin پیشگویی کننده مرگ و میرهای عروقی می باشد. در مقایسه با یافته های مرگ و میر، مطالعات اخیر نشان می دهد که ارزیابی سطح Adiponectin تنها عامل پیش گوئی کننده مستقل برای تمام بیماریهای زوال عقل و AD در زنان است.



طبق مطالعات منتشر شده در Archives of Neurology، هورمون ترشح شده از سلولهای چربی احشائی بنام Adiponectin ممکن است در پیشرفت بیماریهای زوال عقل و آلزایمر (AD) در زنان نقش داشته باشد. تخمین زده می شود که حدود ۳۶ میلیون نفر در سراسر دنیا از بیماریهای زوال عقل رنج می برند که تصور می شود در ۲۰ سال آینده این تعداد دو برابر شود.

بیماری آلزایمر (AD) متداول ترین شکل از زوال عقل است. اطلاعات به رابطه بین مقاومت انسولینی و التهاب، به عنوان شاخصی برای دیابت نوع ۲ و پیشرفت زوال عقل اشاره دارند. Adiponectin ممکن است به عنوان فاکتور بالقوه ای در شروع AD و بیماریهای زوال عقل مشارکت داشته باشد. Adiponectin هورمونی است که از سلولهای چربی احشائی ترشح شده که در سنتز انسولین، خاصیت ضد التهابی و در متابولیسم گلوکز و لیپیدها دارای نقش می باشد.

در یک مطالعه Framingham Heart Study که بین سالهای ۱۹۸۵ تا ۱۹۸۸ انجام شد، پرفسور Thomas M. van Himbergen سطح گلوکز، انسولین، آلبومین، CRP، لیپوپروتئین مرتبط با فسفولیپاز A۲ و Adiponectin در پلاسمای بیماران را اندازه گیری کرد.

به مدت ۱۳ سال ۸۴۰ بیمار (۵۴۱ زن با میانگین سن ۷۶ سال) بررسی شدند و از نظر علائم پیشرفت AD و بیماریهای زوال عقل مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مدت، ۱۵۹ بیمار دچار بیماری زوال عقل شدند که ۱۲۵



مرد فیله ، افسانه یا واقعیت ؟

علی مجاهدی

Mojahedi.Ali@Gmail.com

سندرم پروتئوس حالتی هامارتوماتوز مادرزادی و نادر است که ساختمانهای مختلف بدن را مبتلا می‌سازد. نامگذاری آن براساس نام پروتئوس، از اساطیر یونانی است که برای فرار از دستگیری قادر به ایجاد تغییر شکل خود بود (۱،۲). کلاژنوما دیده می‌شود (۱۳،۱۱).

تظاهرات اصلی در این سندرم شامل ژیگانتیسم ناحیه‌ای، همی هیپرتروفی، انواعی از تغییرات زیرجلدی، آنومالیهای اسکلتی و خال‌های عروقی است (۱،۳). تنوع وسیعی از اختلالات دیگر نیز دیده می‌شود اما معیار بالینی خاصی تا به حال برای تشخیص معین نگردیده است (۳). مواردی که در گذشته بعنوان Elephant Man مطرح می‌شده، همین سندرم بوده است (۵،۴،۱).

علت این سندرم ناشناخته مانده است، اما با توجه به موارد اسپورادیک و بر اساس نظریات موجود، ناشی از یک تغییر موزائیک بعلت موتاسیون است (۶) که منجر به انواع بسیار متغیری از فنوتیپها می‌شود. موارد غیرموزائیک این سندرم کشنده است (۳). شیوع جنسی برابر است و در دوقلوهای یکسان، شیوع مشابه ندارد (۷،۱).

از نظر بافت شناسی توده‌های زیرجلدی با نمای بالینی لیپوما، اغلب شامل مجموعه‌ای از بافتهای عروقی، لنفاتیک و چربی به نسبت‌های مختلف است (۹،۸). نووسهای جلدی نمای خاص بافت شناسی خود را دارند (۱۰). در ضایعات مغزی شکل (Cerebriform) کف پای، افزایش مقادیر کلاژن نرمال و کاهش تراکم فیبرهای الاستیک مشابه کلاژنوما دیده می‌شود (۱۳،۱۱).

اساس تشخیص این سندرم، نماهای بالینی است. بعضی از یافته‌ها از بدو تولد وجود دارند. اگرچه تظاهرات جلدی می‌تواند معرف و نشان دهنده آن باشد، اغلب پدیده‌های رشد بیش از حد اولین علت اضطراب در این بیماران است. اشکال اختصاصی تر رشد بیش از حد شامل هیپرتروفی یک طرف صورت، قسمتی یا کل یک یا دو اندام، تنه یا هر ترکیبی از اینها است که در برگیرنده هیپرتروفی یک طرفه بدن هم می‌شود. بر ماکروداکتیلی غیرقرینه بعنوان یک یافته مشخص تأکید می‌شود، اما برای تشخیص الزامی نیست (۱۳). نمای خیلی اختصاصی در این سندرم افزایش رشد بافت نرم کف پا یا دست یا هر دو به شکل بافت مغزی (Cerebriform) است. ماکروسفالی و رشد طولی زیاد نیز یافته‌های شایعی هستند.

سه نوع اصلی ضایعات جلدی ممکن است دیده شود که هیچ یک تشخیصی نیست بلکه ترکیب اختصاصی اینها می‌تواند راهنمایی برای تشخیص صحیح باشد.



یافته‌های غیرجلدی بسیار متنوع بوده و می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

۱- ناهنجاریهای اسکلتی: اگزوستوزها، کیفوز، اسکولیوز، تنگی کانال نخاعی که گاهی موجب فشار بر طناب نخاعی می‌شود (۱، ۳، ۲۰، ۲۱).

۲- ناهنجاریهای چشمی: کوری مادرزادی، تومورهای اپی‌بولبار، بزرگی چشم، کاتاراکت، استرابیسم، اسکرای آبی، تله کانتوس، اپی‌بلفارون، اندوتروپی، همی مگالی عصب چشم (۳، ۱۰، ۲۲).

۳- مشکلات دندانی: دندانهای بدشکل، هیپودنتیا و انامل هیپوپلاستیک (۱۰).

این ضایعات شامل:

۱- نووسهای اپیدرمال، ۲- نووسهای عروقی و ۳- توده‌های بافت نرم زیرجلدی می‌باشد. نووس اپیدرمال معمولاً به شکل خطی و زگیلی شکل است اما ممکن است شبیه نووس سباسه باشد و از نظر رنگ می‌تواند هیپو یا هیپرپیگمانته باشد (۸، ۱۴). نووسهای عروقی شایع نیست و شامل نووس Port-Wine Stain با یا بدون جزء انژیوکراتوما، همانژیومهای شیرخوارگی بویژه تیپ زیرجلدی، لنفانژیومای کاورنو و نوع circumscript (مالفورماسیون لنفاتیک بصورت وزیکولهای حاوی مایع روشن بشکل خوشه‌ای در پوست و مخاطها) است (۶، ۷، ۱۳، ۱۵). واریس وریدهای سطحی نیز گزارش شده اما برجستگی وریدها احتمالاً بیشتر ناشی از لیپودیستروپی است. توده‌های زیرجلدی شایع و خیلی اختصاصی‌اند.

دیگر یافته‌های جلدی شامل ماکولهای شیرقهوه‌ای (Café-au-lait) و هیپرپیگمانتاسیون ماکولر به اشکال خطی یا گردبادی است (۸، ۱۴، ۱۶). در یک مورد نواحی متعدد هیپوپپیگمانته با افزایش ضخامت بافت مبتلا دیده شده است (۱۷).

در نوعی از بیماری بنام سندرم پروتئوس معکوس (Inverse)، لیپوهیپوپلازی نسبی، هیپوپلازی قسمتهایی از پوست و ضایعات هیپوپلاستیک در بافتهای مختلف مثل زیرجلد یا عضله و چند ضایعه محدود با افزایش رشد نامتناسب خفیف گزارش شده است (۱۹، ۱۸).





۴- اختلال سیستم عصبی: هیپرتروفی اعصاب محیطی، نوروپاتی ناشی از فشار بافت‌های هیپرتروفیه، همی مگالوانسفال، ندولهای کلسیفیه ساب اپاندیمال، کیستهای پری و نتریکولار، ترومبوس سینوس دورال و اپی‌لیسی (۲۱،۳) گرچه اکثریت بیماران هوش نرمال دارند، عقب‌افتادگی هوشی ممکن است دیده شود (۳).

۵- میوپاتی (۲۲)، لیپوماتوزهای لگنی (۸)، آماستیا (۱۰)، گواتر (۱۰)، تومورهای بیضه، کرانیوسین استوزیس و نقائص قلبی کمپلکس مادرزادی، ناهنجاریهای احشایی مثل هیپرپلازی طحال و اختلال انعقادی ناشی از همانژیوماتوز وسیع گزارش شده‌اند (۲).

ماکروداکتیلی، همی هیپرتروفی و اگزوستوزهای متعدد تمایل به پیشرفت در دوران بچگی داشته و پس از آن بدون تغییر می‌مانند. در نهایت پروگنوز سندرم برحسب شدت آن بطور دراماتیکی از یک مورد تا مورد دیگر تفاوت دارد (۳).

با توجه به نماهای بالینی مشابه و همپوش (Overlap)، تعدادی از سندرمهای مالفورماسیونی و هامارتوماتوز در افتراق سندرم پروتئوس مطرح است (۳،۱):

Trenaunay Syndrome - Klippel-Port: هیپرتروفی بافت نرم، افزایش رشد استخوان اندامها همراه با wine stain روی آن





- هیپرتروفی‌های مادرزادی یا سندرم نووس اپیدرمال:
همراهی نووس اپیدرمال با اختلالات استخوانی و عصبی
متعدد

- Bannayan-Riley-Ruvacalba Syndrome :
ماکروسفالی، لیپوما و مالفورماسیونهای عروقی زیرجلدی
و احشایی

- Maffucci Syndrome : دیس کندروپلازی و
مالفورماسیونهای وریدی متعدد زیرجلدی با تمایل زیاد
به بدخیمی

- نوروفیبروماتوزیس Von recklinghausen
- لیپوماتوزهای مادرزادی با ماکروداکتیلی و لیپودیستروفی
قسمتی (Partial)

هر اقدام درمانی محدود به موارد ناتوان کننده در بیماران
است. لذا مشورت با جراحان پلاستیک، اورتوپدی، چشم
پزشکان و فیزیوتراپیستها می تواند مؤثر باشد. متأسفانه
علیرغم تلاشهای درمانی این اختلال می تواند منجر به
درجاتی از عوارض روانی مثل وحشت از بدشکلی در بیمار
شود و لذا مشورت سایکولوژیک می تواند مفید باشد (۳).
تشخیص صحیح سندرم با توجه به مجموعه علائمی که
ذکر می شود، برای برخوردهای مناسب به منظور پیگیری
و کشف سایر مشکلات احتمالی در آنها، اجتناب از انجام
اقدامات و درمانهای غیرمؤثر و غیرعلمی، پرهیز از نظریات
غلط در مورد بیماران، هم برای پزشکان و هم برای خود
بیماران مفید است. بعلاوه با توجه به توانائی های جسمی
و هوشی در اکثر این بیماران امکان کمک مؤثر برای
برخورداری آنها از یک زندگی طبیعی وجود دارد.



- 1-Goldberg NS , Roenigk RK. Neurofibro-matosis, tuberous sclerosis, and other neurocutaneous disorders. In: Arndt KA, LeBoit PE, Robinson JK, Wintroub BU (eds). Cutaneous medicine and surgery. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1996: 1729-41.
- 2-Weidemann HR, Burgio GR, Aldenhoff P, et al. The proteus syndrome. *Eur J Pediatr* 1983; 140: 5-10.
- 3-Atherton DJ. Naevi and other developmental defects. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM. (eds). Rook/Wilkinson/Ebling textbook of dermatology. Oxford : Blackwell Scientific Publications, 1998: 577-78.
- 4-Turra S, Santini S, Cagnoni G, Jacopetti T. Gigantism of the foot: Our experience in seven cases. *J Pediatr Orthop* 1998; 18: 337-45.
- 5-Tibbles JAR, Cohen MM. The proteus syndrome: The Elephant man diagnosed. *Br Med J* 1986; 293: 683-85.
- 6-Child FJ, Werring DJ, Vivier AW. Proteus syndrome: diagnosis in adulthood. *Br J Dermatol* 1998; 139:132-36.
- 7-Biesecker LG, Peters KF, Darling IN, et al. Clinical differentiation between proteus syndrome and hemihyperplasia. *Am J Med Genet* 1998; 79:311-18.
- 8-Costa T, Fitch N, Azouz EM. Proteus syndrome: Report of two cases with pelvic lipomatosis. *Pediatric* 1985; 76:984-89.
- 9-Mucke J, Willgerodt H, Kunzel R, et al. Variability in the proteus syndrome: report of an affected child with progressive lipomatosis.*Eur J Pediatr* 1985;143:320-23.
- 10-Viljoen DL, Saxe N, Temple –Camp C. Cutaneous manifestations of the proteus syndrome.*Pediatr Dermatol* 1988; 5:14-21.
- 11-Pinto PX, Beale V, Paterson AW. Proteus syndrome: A case report of a hamartomatous syndrome with severe mandibular hemihypertrophy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 85:82-85.
- 12-Pierard GE, Pierard-Franchimont C, Mosbah TB, et al. Common aspects of connective tissue hyperplasia of proteus syndrome and collagenomas. *Ann Dermatol Venereol* 1991; 118: 788-90.
- 13-Plotz SG, Abeck D, Plotz W, Ring J. Proteus syndrome with widespread portwine stain naevus. *Br J Dermatol* 1998; 139: 1060-63.
- 14-Viljoen DL, Nelson MM, Dejong G, et al. Proteus syndrome in southern Africa: Natural history and clinical manifestation in six individuals. *Am J Med Genet* 1987; 27: 87-97.
- 15-Hennekam RC, Kwa V, Van-Amerongen A. Arteriovenous and lymphatic malformations, linear verrucous epidermal nevus and mild overgrowth: another hamartoneoplastic syndrome? *Clin Dysmorphol* 1999; 8: 111-15.
- 16-Malamitsi –Puchner A, Kitsiou S, Bartsocas CS. Severe proteus syndrome in a 18-month-old boy. *Am J Med Genet* 1987; 27:119-25.
- 17-Temtamy SA, Rogers GJ. Macrodactyly, hemihypertrophy and connective tissue nevi: report of a new syndrome and review of literature. *J Pediatr* 1976; 89: 924-27.
- 18-Happle R. Elatto proteus syndrome: delineation of an inverse form of proteus syndrome. *Am J Med Genet* 1999;84:25-28.
- 19-Happle R, Steijlen PM, Theile U, et al. Patchy dermal hypoplasia as a characteristic feature of proteus syndrome.*Arch Dermatol* 1997; 133: 77-80.
- 20-Hauer MP, Uhl M, Darge K, et al. A mild form of proteus syndrome. *Eur Radiol* 1998; 8: 585-87.
- 21-Dietrich RB, Glidden DE, Roth GM, et al. The proteus syndrome: CNS manifestations. *Am J Neuroradiol* 1998; 19: 987-90.
- 22-Del-Rosario-Barona-Mazuera M, Hidalgo Galvan LR, de – La – Luz – Orozco -Covarrubias, et al. Proteus Syndrome: new findings in seven patients. *Pediatr Dermatol* 1997; 14: 1-5.



از سیب زمینی هندی تا کشف نخستین قرص های

ضد بارداری

محمد کرمی

M.Karami1371@Ymail.com

References : www.ocp.org

در هر گنجه دارو و قفسه های داروخانه ی محل، انواع مختلفی از قرص ها وجود دارد، اما وقتی کلمه ی قرص به طور مطلق به کار رود به ندرت کسی پیدا می شود که نداند منظور چیست. قرص ضد بارداری که در دهه ۱۹۶۰ عرضه شد تأثیر به سزایی بر فرهنگ غرب گذاشت. گفته شده است که تا حدی در دگرگونی رفتارهای جنسی، آزادی زنان و دنیوی تر شدن کلیسای کاتولیک در دنیای غرب نقش داشته است. منشأ قرص ضد بارداری یک اتفاق تصادفی نبود؛ داستان پیچیده تر از اینهاست، اما شانس قطعاً جزیی از آن بود.

ماجرا از تاجری به نام راسل ا. مارکر شروع می شود. مارکر در مدتی که در اواخر دهه ۱۹۳۰ عضو گروه شیمی دانشگاه ایالتی پنسیلوانیا بود، راهی برای تهیه یکی از هورمون های جنسی زنانه به نام پروژسترون از نوعی استروئید به نام ساپوژنین کشف کرد.

پروژسترون برای درمان اختلالات قاعدگی و پیشگیری از سقط جنین داروی بسیار ارزشمندی بود. تا آن هنگام این دارو را تنها می شد از شرکت های دارویی اروپایی که آن را از طریق روش های دشوار شیمیایی تهیه می کردند به دست آورد و در ضمن قیمت بسیار هنگفتی هم داشت.

مارکر دریافت که نوعی از ساپوژنین ها که بدان احتیاج دارد در برخی از انواع سیب زمینی هندی که در مکزیک به صورت خودرو می رویند به فراوانی یافت می شوند. اما نتوانست برای تأمین اعتبار لازم برای سفر به مکزیک و به دست آوردن سیب زمینی هندی حمایت دانشگاه خود یا شرکت های دارویی آمریکا را جلب کند تا روش خود را برای تهیه پروژسترون امتحان کند. به همین سبب از سمت خود در دانشگاه پنسیلوانیا استعفا داد و به مکزیک رفت، و سوار بر قاطر به تپه های پوشیده از جنگل جنوب مکزیک سفر کرد. ده تن سیب زمینی هندی جمع آوری کرد و پس از کار در یک آزمایشگاه اجاره ای در مکزیکوسیتی، ساپوژنینی را که می خواست (یعنی دیوسژنین) استخراج کرد. وقتی به آمریکا بازگشت، در آزمایشگاه یکی از دوستانش، از روش خود برای تولید ۲۰۰۰ گرم پروژسترون، که در آن هنگام حدود ۱۶۰۰۰۰ دلار قیمت داشت، استفاده کرد.

پس از بازگشت به مکزیکوسیتی آزمایشگاه کوچکی را در کتابچه راهنمای تلفن پیدا کرد و صاحبان آن را متقاعد کرد تا در سرمایه گذاری برای تولید پروژسترون با او همکاری کنند. آنان شرکت خود را سینتکس نامیدند.



ویسکانسین دریافت کرد. او در شرکت دارویی سیبا در نیوجرسی مشغول پژوهش در رشته شیمی بود که از او خواسته شد به مکزیک برود و در سینتکس سرپرستی تحقیق در زمینه استروئیدها را بر عهده گیرد.

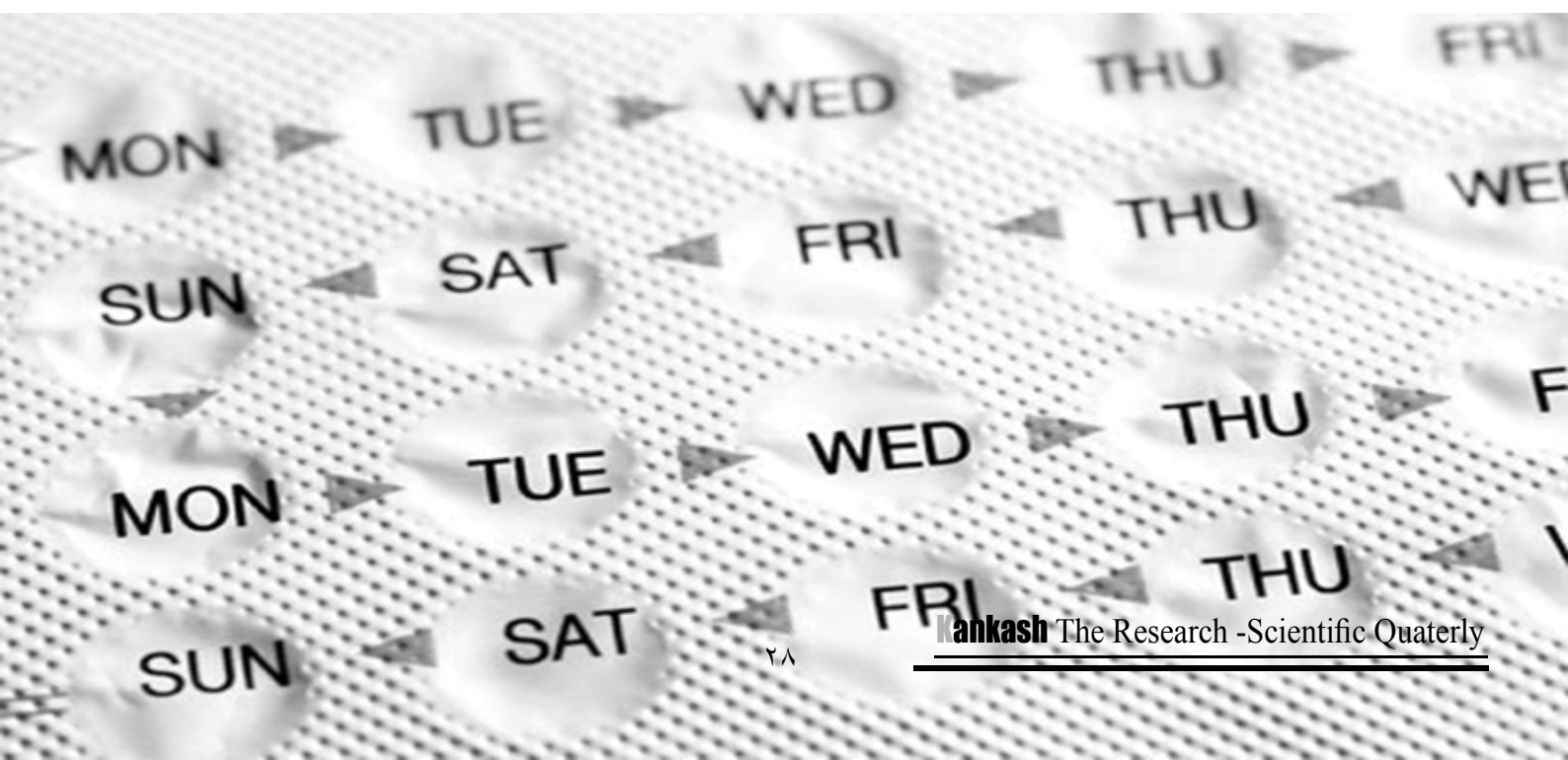
جراسی گفت که وقتی به سینتکس میرفت قرص ضد بارداری در برنامه کار کسی نبود. کورتیزون هدف اصلی محسوب می شد، اما استرادیول که هورمون جنسی زنانه بود و برای درمان اختلالات هنگام بلوغ و یائسگی استفاده می شد از هدفهای پژوهشی جنبی به شمار میرفت.

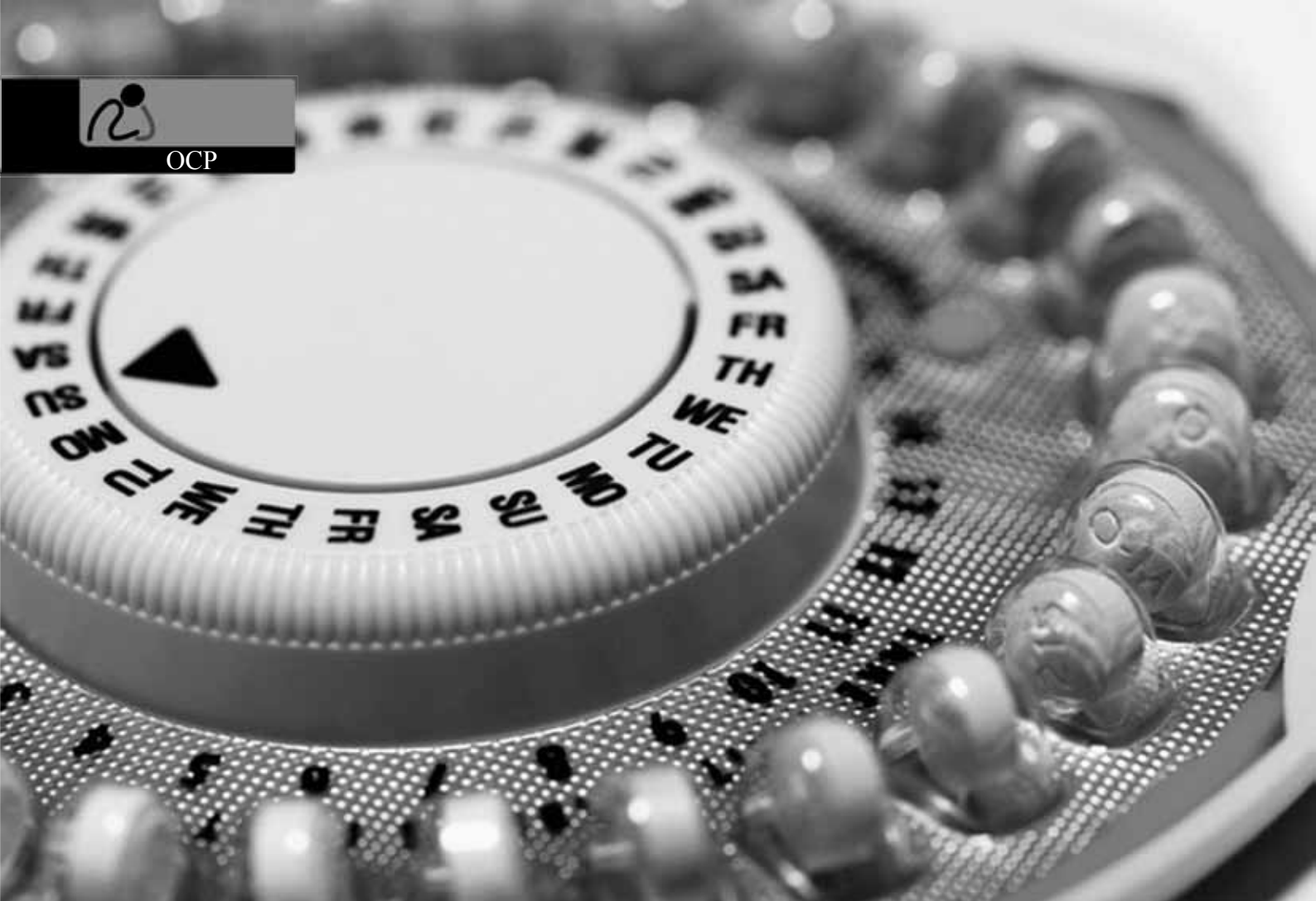
جراسی و شیمیدانانی که زیر نظرش کار می کردند، ضمن تلاش برای تهیه ی مولکولی که اثر زیست شناختی استرادیول را داشته باشد، به طور تصادفی مولکولی به دست آوردند که بیشتر به پروژسترون شباهت داشت. این ترکیب که ۱۹ - نورپروژسترون نامیده می شد در مولکول خود فقط یک کربن کمتر از پروژسترون داشت. معلوم شد که اثر این ماده در بدن قویتر از هورمون طبیعی است، اما تنها می شد آن را با تزریق مستقیم وارد جریان خون کرد.

مارکر به دلیل اختلاف با شرکایش دو سال بیشتر در سینتکس نماند، اما همکاران مکزیکی اش از کوبا شیمیدانی را به نام جورج روزنکرز که در سوئیس تحصیل کرده بود استخدام کردند که نه تنها توانست کار تولید را ادامه دهد، بلکه حتی موفق شد هورمون جنسی مردانه یا تستوسترون را نیز از همان سیب زمینی های هندی در مکزیک به دست آورد. سینتکس فرمانروایی مطلق اروپا را بر بازار دارو شکست و قیمت هورمون ها از گرمی ۸۰ دلار به گرمی یک دلار سقوط کرد.

در سال ۱۹۴۹ از کارل جراسی خواسته شد تا برای تولید استروئید دیگری به نام کورتیزون که چند سال قبل به دست ا. س. کندال کشف شده بود و در آن زمان آن را به عنوان دارویی معجزه آسا می شناختند، سرپرستی یک گروه پژوهشی را در سینتکس برعهده گیرد.

جراسی در وین (اتریش) به دنیا آمد و به آمریکا مهاجرت کرد. در ۱۹ سالگی لیسانس خود را از دانشکده کنیون گرفت و در ۲۲ سالگی دکترای خود را از دانشگاه





اولین قرص ضد بارداری

دلخواه را داشت، و هم در معده پایدار بود، بنابراین می شد آن را به صورت خوراکی مصرف کرد.

بدین ترتیب اولین قرص ضد بارداری بوجود آمد - سرآغاز آن کشف راهی برای تبدیل ساپوژنین به هورمون جنسی به دست راسل مارکر، سفر اکتشافی اش به جنگل های معتدله ی مکزیک برای تهیه ی ساپوژنین از سیب زمینی هندی، و قمار آزمایشگاهی کوچک و نوپا برای مقابله با کارتل حاکم اروپا بود؛ که با تهیه ی تصادفی یک ماده ی ضد بارداری شبیه به پروژسترون به دست کارل جراسی، و برنامه ریزی او برای اصلاح آن به منظور مصرف خوراکی، ادامه یافت.

پروژسترون را گاه ترکیب ضد بارداری طبیعت خوانده اند، چون یکی از اعمال آن مهار تخمک گذاری در حین بارداری است. هدف بعدی شیمیدانان سینتکس این بود که ترکیب شبه پروژسترون مصنوعی، یا ۱۹-نورپروژسترون را به نحوی اصلاح کنند که بتوان آن را به صورت خوراکی مصرف کرد، نه تزریقی. آنان توانستند براساس مقاله ی تحقیقی یک شیمیدان آلمانی به نام هانس اینهوفن که دوازده سال قبل منتشر شده بود، با انجام اصلاح شیمیایی مختصری موفق به این کار شوند. ترکیب اصلاح شده (نوراتیندرول) هم فعالیت شبه پروژسترونی نیرومند و



زالو جایگزین کورتون ها در درمان بیماری های مفصلی

سمیه زمانی فرد

ZamanifardSomaye@gmail.com

References : www.ncbi.nlm.nih.gov



استئوآرتریت یک بیماری دژنراتیو مفصل و شایع ترین اختلال مفصلی که همراه با تخریب غضروف پوشاننده ی مفاصل می باشد .

استئوآرتریت میتواند اولیه یا ثانویه باشد اگرچه امروزه از NSAIDS و کورتون برای کاهش درد و کاهش التهاب استفاده می شود ولی طب سنتی و استفاده از زالودرمانی نیز می تواند یک روش درمانی باشد . بزاق زالو، شامل تعداد زیادی از مواد فعال بیولوژیکی ضد التهاب مانند هیستامین

، بازکننده عروق کالکترین ، مهارکننده تریپتاز و دیگر مهار کننده های پروتئاز های مختلف، با خواص بی حس کنندگی است.

در یک مطالعه ی بر روی ۳۲ بیمار مبتلا به استئوآرتریت ایدیوپاتیک ۴۰ تا ۸۰ ساله همراه با علایم درد زانو و استئوفیت در رادیوگرافی ، خشکی صبحگاهی به مدت ۳۰ دقیقه یا کمتر و صدای کریپتاسیون در حرکت در مدت ۶ هفته صورت گرفت .

در این مطالعه زالو های غیر سمی و با اندازه های مناسب را بر روی محل مورد نظر قرارداده و سپس زالو همراه با مکیدن خون، بزاق خود را داخل زخم ترشح می کند. زالو نباید به مدت طولانی یا کم بروی زخم ایجاد شده بماند. پس از برداشت زالو از محل ، زخم مثلی ایجاد شده و خون جاری میشود.

در طی مطالعه مشاهده شد که درد و سفتی از اولین جلسه درمان با زالو شروع به کاهش کرد و به مرور زمان خشکی بهبود یافت در واقع موادی مثل هیستامین با گشاد کردن عروق میزان میکروسیرکولیشن را افزایش داده و سبب کاهش التهاب می گردد .

در بیمارانی که در استفاده از NSAIDS دچار عوارض جانبی می شوند ، زالو درمانی میتواند سبب بهبود کیفیت زندگی گردد.



آثار ارزشمند روغن کنجد بر سلامت

مولود رایانی

Rayani711@Yahoo.com

References : www.pubmed.com



گیاه کنجد گیاهی یک ساله با ارتفاع حدود یک متر است که قسمت انتهایی آن پوشیده از کرک است. برگ های آن بیضی شکل و باریک و نوک تیز است. گل های آن اغلب به رنگ سفید یا قرمز و به صورت تک تک در کنار برگ های قسمت انتهایی ساقه ظاهر می شوند.

میوه این گیاه به صورت کپسول و محتوی دانه های کوچک و مسطح و بیضوی است که دانه کنجد نامیده میشود و قسمت مورد استفاده این گیاه است. کنجد به عنوان یکی از قدیمی ترین گیاهان کشت شده توسط انسان است. ابتدایی ترین آثار ثبت شده مربوط به تمدن بابل و آشوری ها در بیش از ۴۰۰۰ سال پیش می باشد. نوع لیگنان و آنتی اکسیدان های طبیعی موجود در این روغن باعث بروز مقاومت بسیار بالا در برابر اکسیداسیون و خواص فیزیولوژیکی ارزشمند روغن کنجد شده است.

در آسیای شرقی روغن کنجد توسط عملیات پرس روی دانه بو داده شده بدست می آید و بدون تصفیه و با طعم و مزه طبیعی استفاده می شود. در غرب روغن کنجد توسط پرس های مکانیکی چند مرحله ای استحصال و به صورت روغن بکر یا تصفیه شده استفاده می شود.

خواص شیمیایی ترکیب اسیدهای چرب روغن کنجد به گروه اسیدهای اولئیک - لینولئیک متعلق است.



جذب هستند. بنابراین مصرف فیتواسترول موجب کاهش کلسترول خون و در نتیجه ی جلوگیری سبب جلوگیری از حملات قلبی و عروقی می شود. فیتواسترول ها و بطور خاص بتا سیتواسترول، از رشد سلولهای سرطان کولون، سرطان پروستات و سرطان سینه جلوگیری می کنند. شهرت روغن کنجد به خاطر مقاومت در برابر اکسید شدن آن است. یکی از دلایل این مقاومت بیش از حد بخاطر وجود توکوفرول در این روغن است و میزان آن در روغن کنجد ۱۲۰۰ میلی گرم بر کیلوگرم است. گاما توکوفرول بیشترین میزان موجود در روغن کنجد را شامل می شود و پس از آن دلتا و آلفا هستند که حدود ۵ درصد توکوفرول موجود در روغن را شامل می شوند. در بین اقسام مختلف ایزومرهای توکوفرول، گاما توکوفرول قویترین آنتی اکسیدان موجود در روغن ها میباشد. این خاصیت آنتی اکسیدانی، ماندگاری این روغن را در برابر حرارت در مقایسه با روغن های دیگر بسیار افزایش داده است. مقاومت اکسیداتیو روغن کنجد در برابر حرارت ۱۱۰ درجه سانتیگراد ۱۷/۵ ساعت می باشد که این روغن را در دسته روغن های با مقاومت بالا قرار می دهد.

این روغن کمتر از ۱۵ درصد اسید چرب اشباع دارد که بیشترین آن پالمیتیک و استئاریک و بیش از ۸۵ درصد مجموع اسیدهای چرب آن غیر اشباع است. اسید اولئیک و اسید لینولئیک بیش از ۸۰ درصد کل اسیدهای چرب روغن کنجد را تشکیل می دهند.

برخلاف روغن های گیاهی دیگر در این گروه، درصد اسید اولئیک روغن کنجد حدود ۴۵ درصد و اسید لینولئیک آن حدود ۴۰ درصد از مجموع کل اسیدهای چرب آن می باشد.

استرول ها (Sterols):

روغن کنجد در مقایسه با سایر روغن های گیاهی، مواد غیر قابل صابونی (حدود ۲ درصد) بیشتری دارد. مواد غیر قابل صابونی شامل استرول ها، تری تریپن ها و تری تریپن الکل ها، توکوفرول ها و لیگنان های کنجد می باشد. روغن کنجد یکی از منابع غنی استرول های گیاهی (فیتواسترول) می باشد. بتا سیتواسترول بیشترین میزان استرول روغن کنجد را شامل می شود و پس از آن کمپسترول، دلتا ۵، اوناسترول و استیگما استرول می باشند. فیتواسترول ها و کلسترول ساختارهای مشابهی دارند؛ فیتواسترول ها یا استرول های گیاهی رقیب کلسترول در



خواص روغن کنجد برای پوست:

مصرف موضعی این روغن پوست را نرم و لطیف می کند. خاصیت ضدقارچی و ضدباکتریایی دارد.

غرغره کردن آن، باکتری ها از جمله باکتری های سرماخوردگی را از بین می برد.

محافظ طبیعی در برابر اشعه فرابنفش به حساب می آید. مانع شوره سر می شود.

پوست را در برابر کلر موجود در آب استخر محافظت می کند.

ماساژ با روغن کنجد انعطاف پذیری مفاصل ها را زیاد می کند.

بریدگی ها و جراحات های سطحی را درمان می کند.

پوست صورت را به خصوص اطراف بینی سفت می کند و مانع بزرگ شدن منافذهای پوستی صورت می شود.

از بروز آکنه جلوگیری می کند.

این روغن هم چنین تاثیر چشمگیری در پیشگیری از بیماریهای مفصلی و آرتروز داشته و هم چنین موجب

تعدیل و تنظیم وزن و جلوگیری از پارکینسون و آب مروارید می شود.



همچنین نقطه دود این روغن ۲۲۶ درجه سانتیگراد می باشد. شایان ذکر است مقاومت حرارتی روغن های مخصوص سرخ کردنی در همین دما حداکثر ۱۴ ساعت می باشد. لذا از این روغن میتوان در مصارف سرخ کردنی عمیق با طیب خاطر استفاده نمود.

معجزه آنتی اکسیدان های طبیعی :

روغن کنجد باعث کاهش LDL (کلسترول بد) و افزایش HDL (کلسترول خوب) در خون شده و به علت وجود مقدار زیاد سسمین (آنتی اکسیدان طبیعی دانه کنجد) موجب سنتز کلسترول در بدن می شود.

یکی از آنتی اکسیدان های موجود در روغن کنجد ویتامین E است. از آنجا که این ویتامین قابل حل در چربی است، از سلول های مناطق پرچربی بدن در مقابل حملات رادیکال های آزاد که به سلول ها آسیب می رسانند و در نهایت باعث بروز عوارضی از قبیل ناراحتی های قلبی و سرطان می شوند محافظت می کند.

وظیفه دیگر ویتامین E جلوگیری از اکسید شدن کلسترول یا رسوب آن در عروق خونی و در نتیجه محافظت از قلب است. علاوه بر این، این ویتامین در حفظ گلبول های قرمز و ترمیم و تجدید بافت ها نقش دارد و در بهبود زخم ها، دردهای ماهیچه ای و بیماری های مفصلی موثر است.

تحقیقات نشان داده است که ویتامین E در پیشگیری و بهبود بسیاری از بیماریهای از جمله: آلزایمر، آسم، بیماری عروق خونی قلب، کلسترول بالای خون و ضعف دستگاه ایمنی تاثیرات فراوانی دارد.



از دوستی با این داروها بترسید

مژگان غضنفری

M.Gazanfari@yahoo.com

References : Basic & Clinical Pharmacology Book . Bertram G.Katzung

سمپاتومیمتیک، متسع کننده های برونشی و نیترات های ارگانیک متسع کننده هم روی می دهد. ولی از سوی دیگر، اعتیاد به گونه ای اجبار در مصرف دارو در عین آگاهی از عوارض منفی آن می باشد که این ولع مصرف و جستجوگری در لحظاتی با دریافت برخی نکات کلیدی زمینه ای تحریک می شود. در حالی که مواجهه مزمن با این داروها، باعث ایجاد وابستگی در اغلب افراد می شود ولی تنها درصد کمی از افراد معتاد شده، به مصرف عادت نموده و فاقد توانایی جهت کنترل چنین وضعیتی می باشند. تنها درصد کمی از بیماران همچنان پس از قطع مصرف داروهای اویپوئید ضد درد، خواستار دریافت دارو می باشند و تنها یک نفر از هر ۶ نفری که در ۱۰ سال نخست مصرف کوکائین قرار دارند، معتاد می شوند. خلاف این امر نیز صادق است به طوری که عود مجدد اعتیاد پس از ترک مواد نیز بسیار شایع می باشد و این در حالی رخ میدهد که در واقع وابستگی از بین رفته است.



بعضی از داروها مورد سوء مصرف واقع می شوند (در مواردی که از لحاظ پزشکی مورد تأیید نمی باشد، مصرف می شوند) چرا که باعث ایجاد حس سرخوشی و تغییرات ادراکی در افراد مختلف می شوند. مواجهه مکرر باعث بروز تغییراتی تطابقی در مغز می شود که به موجب آن مصرف دارو به حالتی اجبارگونه در می آید که به چنین وضعیتی، اعتیاد اطلاق می شود.

وابستگی در مقابل اعتیاد

تحقیقات نوروبیولوژیک متعدد با مد نظر قرار دادن جنبه های نظری و عملی باعث تمیز وابستگی و اعتیاد از یکدیگر شده است. به جای واژه قدیمی تر «وابستگی فیزیکی» از لفظ وابستگی استفاده شده و «وابستگی روانی» به عنوان اعتیاد خوانده می شود.

هر داروی اعتیاد آوری باعث بروز طیف خاصی از علائم و اثرات می شود ولو نکته مشترک آن است که همگی باعث ایجاد حس سرخوشی و پاداش می شوند. در صورت عدم مصرف داروی مورد سوء مصرف علائم ناشی از قطع مصرف ظهور می یابد. مجموعه این علائم، سندرم محرومیت از دارو خوانده می شود که نشان دهنده وجود وابستگی دارویی است. وابستگی دارویی منحصراً خاص داروهای مورد سوء مصرف نمی باشد، بلکه با مصرف بسیاری از داروهای غیر روانی همچون تنگ کننده های عروقی



دارو های اعتیاد آور باعث افزایش سطوح دوپامین می شوند

جهت درک تغییرات بلند مدت ناشی از سوء مصرف مواد، باید اهداف اولیه مولکولی و سلولی آنها مورد شناسایی قرار بگیرد. مجموعه ای از رویکردهای انسانی و حیوانی انجام شده، سیستم دوپامینی مزولیمبیک را به عنوان هدف اولیه داروهای اعتیاد آور، مشخص کرده اند. منشأ این سیستم ناحیه تگمنتال قدامی (VTA: ventral tegmental area) ناحیه ای کوچک در رأس ساقه مغز می باشد که انشعابات به هسته کومبس، آمیگدال، هیپوکامپ و قشر پره فرونتال می دهد. بیشترین نورون هایی که از ناحیه VTA انشعاب می گیرند، نورون های تولید کننده دوپامین می باشند. هر گاه نورون های دوپامینی ناحیه VTA شروع به فعالیت می کنند مقادیر زیادی از دوپامین در ناحیه هسته کومبس و کورتکس پره فرونتال رها میشود. تزریق مستقیم دارو در VTA نیز باعث واداشتنی قدرتمندی می شود. تجویز سیستمیک این داروها نیز با رها سازی دوپامین همراه بوده است.

به عنوان یک قانون کلی، تمامی دارو های اعتیاد آور، سیستم دوپامینی مزولیمبیک را تحریک می نمایند. اهمیت افزایش میزان دوپامین همچنان مورد بحث می باشد. یک فرضیه آن است که دوپامین سیستم مزولیمبیک باعث افتراق پاداش موجود و پاداش مورد انتظار می شود و به همین شیوه باعث برقراری یک سیگنال قدرتمند یادگیری می شود.

هر داروی اعتیاد آوری دارای مکان هدف خاصی است که با مکانیسم سلولی مجزایی باعث تحریک سیستم مزولیمبیک می شود.

وابستگی

مغز طی مواجهه طولانی مدت با داروهای اعتیاد آور دستخوش علایم انطباقی می شود. به عنوان مثال، در صورت تجویز مورفین در دوره های کوتاه مدت، جهت حفظ اثرات پاداش یا ضد درد مورفین به میزان ثابت دوز مورفین را باید به طور پیوسته ای افزایش داد. این پدیده تحمل دارویی خوانده می شود. چنین وضعیتی ممکن است باعث بروز عوارض جانبی همچون سرکوب تنفسی گردد، عوارضی که تحمل چندانی نسبت به آنها ایجاد نشده و ممکن است به علت افزایش میزان مصرف حتی منجر به مرگ و میر نیز گردند.

تغییرات تطابقی، زمانی به خوبی آشکار می شود که مواجهه با دارو پایان یابد. چنین وضعیتی ترک نامیده می شود و به میزان مختلفی پس از مواجهه مزمن با اغلب داروهای مورد سوء مصرف دیده می شود.



اعتیاد

مکان یا ابزار مربوط به مصرف) باعث افزایش جستجوگری دارو می شود.

اختلالات وابستگی به غیر مواد، همچون قماربازی های پاتولوژیک و خرید های اجبارگونه، دارای تظاهرات مشترکی با پدیده اعتیاد می باشند. یافته های بسیاری بر این امر دلالت دارند که مکانیسم های نورو بیولوژیک مشترکی در زمینه همه این پدیده ها نقش دارد.

تفاوت های فردی در میزان استعداد به اعتیاد مواد، از اهمیت بسیاری برخوردار می باشد. به طوری که ممکن است فردی پس از یک بار مصرف معتاد شود ولی فرد دیگری قادر باشد در تمام عمرش به طور گهگاهی اقدام به مصرف دارو نماید. همچنین پس از بروز وابستگی نیز تنها درصد کمی از مصرف کنندگان معتاد می شوند.

آنالیز های ژنتیکی بیشتر مؤید آن بوده اند که تنها ترکیب آلل های معدودی (یا احتمالاً تنها یک آلل مغلوب منفرد) جهت بروز فنوتیپ، لازم می باشد.

انواع داروهای مورد سوء مصرف در شماره های بعد معرفی خواهند شد.

مشخصه اعتیاد تلاش بسیار جهت ارزیابی و مصرف داروهای مورد سوء مصرف بدون توجه به عواقب منفی آنها می باشد. طی زمان، مصرف دارو به صورت وضعیتی اجبارگونه در می آید. اعتیاد بیماری سرکش، مزمن و به طرز غیر قابل کنترلی عود کننده با درمان بسیار دشوار می باشد.

مشکل اصلی آن است که حتی پس از ترک موفق و دوره طولانی عدم مصرف، همچنان خطر عود مجدد وجود دارد. عود معمولاً توسط یکی از سه فاکتور زیر تحریک می گردد: مواجهه مجدد با داروی اعتیاد آور، استرس و یا حضور در شرایطی که موجب یاد آوری خاطرات مصرف دارو گردد. به نظر می رسد همراهی مصرف دارو با محرک های خنثی نیز سبب تحریک رفتارهای مربوط به اعتیاد می گردد.

همچنین مطالعاتی سیستم حافظه و یادگیری را در پدیده اعتیاد دخیل می دانند. به عبارت دیگر، حضور در شرایطی که طی آن کلید های زمینه ای بروز یابند (مانند مردم،



ذهن پرسشگر، کلید توسعه‌ی علم

شیوا پاکروان

sh.nika90@yahoo.com



اولین استاد انتخابی برای مصاحبه، دکتر اسماعیل فخاریان هستند که علیرغم سختگیر بودنشان در عرصه‌ی آموزش، دوستداران فراوانی دارند. همچنین بدلیل آموزش در مقطع علوم پایه دانشجویان بیشتری با ایشان آشنایی دارند.

دکتر اسماعیل فخاریان متولد ۵ آبان سال ۱۳۴۳ در تهران بوده و تا مقطع دیپلم (سال ۶۱) در تهران به سر می بردند، بعد از آن در بهمن ماه سال ۶۲ در شیراز شروع به تحصیل در مقطع پزشکی کرده و در شهریور سال ۶۹ بصورت Straight در زمینه جراحی اعصاب شروع به تحصیل کرده و در آبان ماه ۷۴ در برد تخصصی قبول شدند و از همان موقع وارد کاشان شدند.



چی شد به پزشکی علاقمند شدید؟

از وقتی کلاس اول دوم ابتدایی بودم، دوست داشتم پزشک بشم. حتی در موضوع های انشا هم به این نکته اشاره می کردم. بدلیل اینکه در زمینه ی درسی هم ممتاز بودم، بیشتر به این راه تشویق می شدم.

مشوقتون بیشتر کی بوده؟

خانواده، درواقع اینطور نبود که کسی بطور اختصاصی تشویقم کنه چون رقابت مثل امروز نبود.

علت ورودتون به عرصه آموزش چی بوده؟

من به بحث آموزش علاقمند بودم. بهترین راه یادگیری درس دادنه که درواقع یک سود دو طرفه ست.

در مورد انتخاب جراحی چطور؟

انتخاب رشته چیزی نیست که در یک لحظه اتفاق بیفته و به مرور زمان شکل میگیره.

آدم اول باید ببینه چه شخصیتی داره. من از لحاظ تکنیکی از بچگی خوب بودم وبا دستام خوب کار می کردم. دانشجوی پزشکی هم که بودم کارای جراحی همیشه مال من بود و همه به من موکول می کردند که خب این خودش ایجاد انگیزه می کرد.

از ابتدای تحصیل هم به سیستم عصبی علاقمند بودم و اطلاعاتم در زمینه نورواناتومی و نوروفیزیولوژی هم خوب بود، در نهایت با تجربه ی دوران بالینی و زمینه های قبلی، جراحی اعصاب را انتخاب کردم. و به بچه ها توصیه ام اینه که تک بعدی نباشند و در دوره استیجری و اینترنی خوب فکر کنند وانتخاب کنند به چه زمینه ای بیشتر علاقه دارند، چون مسلما کاری که با عشق و علاقه انجام بشه قطعاً خوب میشه.

وضعیت درسی تون چطور بوده؟ جزو دانشجویان

ممتاز بودین؟

در بعضی زمینه ها شاخص بودم، ولی در بعضی نه. جزء دانشجویهای خوب بودم. کاراکترهای خاصی برای خودم داشتم. اغلب پنج شنبه، جمعه ها ، چه کشیک بودم چه نه، بیمارستان بودم و همیشه نمونه خون مریض هام برای آزمایش همراهم بود. با اساتید و رزیدنت ها مشورت می کردم وبیشترین یادگیری برای من در همین زمان بود.





وضعیت نمره هاتون چطور بود؟

هیچوقت در بند نمره نبودم، نه دبیرستان، نه دانشگاه. نه اینکه نمره هام بد باشه. در مقطع دبیرستان که همیشه نمره اول کلاس حتی منطقه بودم. در دانشگاه هم در یکسری از دروس بهتر بودم و در یکسری نه.

بیش از آنکه صرفاً اهل درس خواندن باشم دوست داشتم جست و جو کنم، یعنی برای امتحان تا ۲-۳ روز قبل از امتحان کتاب های مختلف را بررسی می کردم بعد از آن به جزوه می رسیدم که اگر تمام هم نمی شد زیاد مهم نبود.

تفریح دوران تحصیلتون چی بوده؟

بیشترین تفریح من کتاب خواندن بود. کتابهای غیر درسی و بیشتر در زمینه تاریخ. بدون اغراق حدود ده ها جلد کتاب تاریخ ایران از ابتدا تا انقلاب را طی دو و نیم سال مطالعه کردم.

بجز کتاب، کوه میرفتم (دماوند، سبلان، دنا) فعالیت های ورزشی نسبتاً سختی هم داشتم مثل فوتبال و والیبال.

سختی این راه طولانی تارسیدن به این جایگاهی که

الان هستید بیشتر برای شما چی بوده؟

خب من اهل تهران بودم و خانواده ام ساکن تهران و خودم شیراز. ایام هم ایام جنگ بود و اینطور نبود که هر وقت اراده کنیم وسیله نقلیه فراهم باشه.

پس شما فقط سختی را در رفت و آمد تعریف می

کردید؟

الان دانشجویها بیشترین شکایتشون از کم بودن تفریحات و وقف شدن زندگیشون برای درسه...

اینها جزئی از پزشکیه، پزشکی رشته ی پرکار و پر استرسیه. همیشه تو زندگی همیشه همه چیزو با هم داشت. وقتی کاری انجام میدیم باید بهایش را هم بپردازیم. ولی دوران تحصیل واقعا برای من شیرین بود و همیشه با خوبی ازش یاد میکنم.

در دوران تحصیل کارهای تحقیقاتی داشتید؟

اون زمان خیلی مرسوم نبود. در دوران تحصیلم به همراه یکی از دوستان نزدیکم یک کتاب ترجمه کردیم «مقدمه ای بر علوم اعصاب» که اگر اشتباه نکنم سال ۶۵ چاپ شد و یکبار هم تجدید چاپ شد. در این دوران بیشتر به کارهای آموزشی می پرداختم، مثلاً زمان رزیدنتی به دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری و بیهوشی درس میدادم، حتی به دانشجویان پزشکی نورواناتومی آموزش می دادم.



سخت ترین جراحی که تا الان انجام دادین ؟

هیچ کاری ساده نیست . هر جراحی سختی خاص خودش رو داره ؛ شاید پیچیده ترین عملی که طی این چند سال انجام دادم تومور پتروکلایوال مننژیوما بود . توموری که از قسمت جلوی midbrain مریض تا medulla oblongata ادامه داشت و مریض هرکجا مراجعه کرده بود رد شده بود و کسی جراحی اش را قبول نکرده بود چون مورتالیتی اش فوق العاده بالا بود.

ما طی ۲ عمل ۸-۹ ساعته تومور را تخلیه کردیم و در مرحله ی بعدی هم شانت گذاری را انجام دادیم . چیزی نزدیک به ۱۷-۱۸ ساعت وقت گذاشتیم و در نهایت هم موفق شدیم . (سال ۸۵-۸۶ در کاشان)

فعالیت های تحقیقاتی دوران پس از تحصیل ؟

۳۵-۳۶ تایی مقاله ی چاپ شده دارم اخیراً هم چندتایی اضافه شده . هم فارسی هم انگلیسی ؛ در مجلات فیض دانشگاه علوم پزشکی کاشان و سایر دانشگاه های کشور مثل کرمانشاه ، گیلان و ...

در مجله های انگلیسی زبان ایرانی از جمله هلال احمر ، در کشور پاکستان و حتی در لانست هم چاپ شدن . زمینه ی اصلی مقالاتم مربوط به جراحی اعصاب بوده و به تروما و مسائل آموزشی هم اشاره شده .

آیا مقامی هم برای مقاله ها آوردین ؟

برای مقاله ی خاصی نه ولی سال ۸۹ جزء محقق برتر استان انتخاب شدم.

تا چه حد توصیه می کنید دانشجوی ها در دوران

تحصیل فعالیت غیر درسی داشته باشن ؟

به شدت بهتون توصیه می کنم تک بعدی نباشید . انسان تک بعدی به سرانجام و مقصد نخواهد رسید . حالا اینکه چه فعالیتی بستگی به علاقه ی خودتون داره ؛ ورزش ، کارهای تحقیقاتی و ...

باید ابعاد مختلف را در نظر بگیریم و از آنجا که رشته ی پزشکی خیلی طولانی مدته اگر تک بعدی باشیم خیلی زود فرسوده می شیم و کارایی مون کم می شه . این فعالیت ها هم از نظر جسمی هم روانی کمک کننده هستند . مغز آدمی تنوع طلبه و تک بعدی بودن باعث رکود می شود .

مشکلات پژوهشی را چگونه ارزیابی می کنید ؟

در ایران مشکل مهمی که وجود داره اینه که ما پرسشگرهای خوبی نیستیم . اگر خوب نگاه کنیم خیلی از کارهای پژوهشی در ایران انجام می شه که قبلا در جاهای دیگه به طور دیگه ای انجام شده .

خب چی شده که ما به اینجا رسیدیم ؟

اینکه خوب سوال نمی کنیم برای اینه که خوب نگاه نمی کنیم یعنی به عمق چیزی وارد نمی شیم ، خیلی سرسری و سطحی از کنار مشکلات عبور می کنیم در نتیجه با سوال مواجه نمی شیم و روزمرگی به ما غالب شده .

من فکر می کنم اگه قرار باشه توسعه ای اتفاق بیفته باید ذهن هارو آموزش داد که پرسشگرهای خوبی باشند و وارد عمق مسائل شده و آن را درک کنند و برای این اتفاق مطالعه ی خوب حرف اول را میزنه .



در آخر چه توصیه ای را برای دانشجویان دارید؟
فرزند زمان خود باشید. من به عنوان رئیس دانشکده ی پزشکی به اساتید پیشنهاد می کنم دانشجویان را با
خودشان مقایسه نکنن .

شما ها نباید مثل ما باشید که البته باید بهتر باشید !

عمر کوتاه است

علم بی پایان

فرصت ها زودگذر

تجربه غیر قابل اعتماد
و تصمیم گیری دشوار



معرفی مرکز تحقیقات فیزیولوژی

محمد رضا علوی

M.Alavi1369@ymail.com



مرکز تحقیقات فیزیولوژی دانشگاه علوم پزشکی کاشان با همت و تلاش آقایان دکتر محمود سلامی، دکتر غلامعلی حمیدی، دکتر اژدر حیدری، دکتر حسین نیکزاد و خانم دکتر اعظم مصداقی نیا در تاریخ دی ماه سال ۱۳۸۸ موفق به اخذ موافقت اصولی از وزارت بهداشت شده و رسماً تاسیس شد. ابتدا این مرکز در محل گروه فیزیولوژی و فارماکولوژی دانشکده پزشکی شروع به کار نموده و پس از افتتاح ساختمان مرکز علوم پایه دانشگاه که به همت معاونت پژوهشی احداث گردیده است، در مهرماه سال ۱۳۹۰ به این ساختمان نقل مکان کرد. در حال حاضر شورای پژوهشی مرکز متشکل از ۱۱ عضو هیات علمی پایه و بالینی دانشگاه در حال فعالیت بوده و تعداد یک نفر دانشجوی دکتری پژوهشی علوم اعصاب و ده نفر دانشجوی کارشناسی ارشد فیزیولوژی در این مرکز مشغول به مطالعه و تحقیق هستند. تاکنون تعداد ۳۲ طرح تحقیقاتی در این مرکز مصوب شده که بخش عمده آنها در حال اجرا بوده و ۱۴ مقاله پژوهشی داخلی و ۹ مقاله پژوهشی خارجی حاصل تلاش های اعضای مرکز است.

- در اساسنامه این مرکز مواردی مانند:
- ۱- توسعه و بکارگیری دانش بشری در زمینه علم
- ۲- انجام پژوهشهای بنیادی اپیدمیولوژیک و بالینی در جهت اصلاح نظر ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور به منظور جوابگویی به نیازهای جامعه اسلامی
- ۳- جمع آوری، تنظیم و طبقه بندی اسناد، مقالات و مدارک مربوطه و انتشار آنها
- ۴- تربیت نیروی انسانی محقق
- ۵- تشویق و بکارگیری محققین
- ۶- کوشش در جلب توجه و همکاری مراکز تحقیقاتی و اجرائی مربوطه در داخل کشور
- ۷- همکاری علمی با مراکز تحقیقاتی و آموزشی سایر کشورها و سازمانهای بین المللی با رعایت قوانین و مقررات دولت جمهوری اسلامی ایران
- از اعضای علمی این مرکز تحقیقاتی میتوان به افراد زیر اشاره نمود:

• دکتر سید مهدی میر هاشمی

• دکتر مهدی نورالدینی

• سید علیرضا طلائی زواره

مقالات به چاپ رسیده و یا در دست اجرای این مرکز شامل موارد زیر می گردد:

۱- بررسی شکل پذیری سیناپس در قشر بینایی موش

صحرايي در دوره های روشنائی و تاریکی کامل

دکتر محمود سلامی، دکتر غلامعلی حمیدی، سید علیرضا

طلائی زواره (همکار)

۲- اثر ملاتونین و آنتاگونیست آن (Luzindole) بر

حافظه کاری موش های صحرائی نر محروم از تاریکی و

محروم از نور در ماز آبی موریس

دکتر محمود سلامی، سید علیرضا طلائی زواره، مریم

غلامی (همکار)



- دکتر محمود سلامی
- دکتر غلامعلی حمیدی
- دکتر ابراهیم کوچکی نصرآبادی
- دکتر اژدر حیدری
- دکتر اعظم مصداقی نیا
- دکتر حسین نیکزاد
- دکتر محمد حسین اعرابی
- دکتر سید مجتبی بنی طباء
- دکتر محمد علی صبا
- دکتر علی اکبر طاهریان

۶- مقایسه میزان چسبندگی احشا به محل ترمیم بدنبال ترمیم نقایص دیافراگم به دو روش ترمیم با مش پروپیلین به تنهایی و ترمیم با مش پروپیلین همراه با امنیتو پکسی در مدل حیوانی خرگوش (اتمام یافته)

دکتر مهرداد حسین پور، دکتر عبدالحسین داوود آبادی، ناصر گلستانی، مجتبی صحت (همکار)، سید علیرضا طلائی زواره (همکار)

۷- بررسی تاثیر مکمل ملاتونین و روی بر یادگیری و حافظه فضایی موشهای صحرایی دیابتی شده با استرپتوزوسین (اتمام یافته) (پایان نامه غلامی) سید علیرضا طلائی زواره، دکتر محمود سلامی، مریم غلامی

۸- بررسی تاثیر استرس صوتی در دوران جنینی بر اضطراب، یادگیری و حافظه فضایی پس از تولد در موشهای صحرایی (در حال اجرا) (پایان نامه برزگر) دکتر محمود سلامی، سید علیرضا طلائی زواره، مرضیه برزگر (همکار)

۹- بررسی تاثیر Memantine و AP5 بر پاسخ مدارهای نورونی و تقویت دراز مدت در قشر بینایی موش صحرایی دکتر محمود سلامی، سید علیرضا طلائی زواره، دکتر محمدرضا نیکبخت، دکتر غلامعلی حمیدی

۱۰- بررسی تاثیر پره کاندیشینینگ با نورموباریک هیپرکسیا بر روند پیشرفت بیماری پارکینسون (در حال اجرا)

دکتر هاشم حقدوست یزدی، دکتر غلامعلی حمیدی، دکتر طاهره مازوچی، حسن اژدری (همکار)، حسن جهانی هاشمی (همکار)، سید علیرضا طلائی زواره (همکار)

۳- بررسی اثر تزریق داخل بطنی ملاتونین بر ویژگی پاسخ مدارهای نورونی ناحیه CA1 هیپوکامپ موش صحرایی نر به تحریکات بینائی (اتمام یافته)

دکتر محمود سلامی، وحید شیبانی، سید علیرضا طلائی زواره (همکار)

۴- بررسی عصاره آبی سرشاخه های گیاه اسطوخودوس (*Lavandula angustifolia*) بر حافظه فضایی و تغییر بیان پروتئین های APOE، PERSENILIN، APP از طریق آنالیزهای پروتئومیکی در مغز موش صحرایی (RAT) نر بالغ آلزایمریک (اتمام یافته)

دکتر محمود سلامی، مصطفی رضائی، مسعود سهیلی کاشانی، سید علیرضا طلائی زواره

۵- بررسی تقابل اثر مکمل روی و جنسیت بر روی حافظه فضایی موش های صحرایی سید علیرضا طلائی زواره، مرجان قائمی، دکتر محسن تقی زاده





۱۱- بررسی تاثیر غلظت های پائین Chlorpyrifos و Diazonin در دوره های پیش و پس از تولد بر تعداد، توزیع و مورفولوژی نورون های بیان کننده Nitric Oxide Synthas در مغز قدامی موش صحرائی (در حال اجرا)

دکتر جعفر وطن پرست، دکتر غلامعلی حمیدی

۱۲- اثرات اریتروپوئیتین بر یادگیری، حافظه و پرولیفراسیون نورونی در هیپوکامپ رت های آلازیمری شده از طریق تزریق داخل بطن های مغزی استرپتوزوسین (در حال اجرا) (پایان نامه عرب پور)

دکتر غلامعلی حمیدی، دکتر پرهام رئیسی، دکتر حجت الله علائی، بهمن رشیدی، زهره عرب پور (همکار)

۱۳- اثر مهار آنزیم سیکلواکسیژناز بر کیندلینگ ناشی از پنتیلن تترازول، متابولیت های نیتریک اکساید و سطح فعالیت آنزیم نیتریک اکساید سنتاز در موش های صحرائی نر (در حال اجرا)

دکتر اژدر حیدری، محسن رجالی

۱۴- بررسی اثر عصاره آبی الکلی علف لیمو (Cymbopogon Citrates) بر تشنج ناشی از پنتیلن تترازول در موش سوری (در حال اجرا)

دکتر اژدر حیدری، دکتر اعظم مصداقی نیا، مریم رضانی

۱۵- اثر ضد انقباضی عصاره الکی قسمت های هوایی گیاه زوفا روی عضله صاف نای جداشده از موش های صحرائی (در حال اجرا) (پایان نامه محسنی)

دکتر مهدی نورالدینی و منیره محسنی

۱۶- مطالعه اثر لیتیوم بر درد نوروپاتیک دیابتیک و فعالیت آنزیم گلیکوژن سنتاز کیناز در موش صحرائی (در حال اجرا)

دکتر حمیدرضا بنفشه، دکتر غلامعلی حمیدی و دکتر مهدی نورالدینی

۱۷- تاثیر سیگنال های قشری بر تقویت دراز مدت سیناپسی در مسیر پریفورنت انتورینال کورتکس به ژيروس دندانیه ای و ناحیه CA1 هیپوکامپ موش صحرائی (در حال اجرا) (پایان نامه طلائی)

دکتر محمود سلامی و سید علیرضا طلائی

۱۸- مطالعه اثر پروژسترون بر درد نوروپاتیک ناشی از آسیب فشاری مزمن عصب سیاتیک در موش صحرائی (در حال اجرا)

دکتر حمیدرضا بنفشه، دکتر محمدرضا نیکبخت، دکتر جواد وردی، دکتر اعظم مصداقی نیا



- ۱۹- بررسی اثر پروبیوتیک بر اختلالات یادگیری و حافظه در موش های صحرائی سالم و دیابتی شده با استرپتوزوسین (در حال اجرا) (پایان نامه داوری) دکتر محمود سلامی، دکتر حجت الله علائی، سعیده داوری
- ۲۰- بررسی اثر آبی الکلی مریم گلی بر تشنج ناشی از پنتیلن تترازول در موش سوری (در حال اجرا) (پایان نامه رضائی) دکتر اژدر حیدری، خانم مریم رضائی
- ۲۱- بررسی برخی شاپرون ها و گلیکوزیلاسیون بر خمش پپتید آمیلین (در حال اجرا) دکتر سید مهدی میرهاشمی، دکتر محمد حسین اعرابی
- ۲۲- بررسی تاثیر مصرف پودر خشک شده میوه حنظل بر برخی از شاخص های بیوشیمیائی در بیماران دیابت تیپ ۲ در مقایسه با داروی مت فورمین (در حال اجرا) دکتر زهرا آقانوری
- ۲۳- بررسی اثر داروی تقویت حافظه از گیاه رزماری، بادرنجبویه و کندر در مدل حیوانی (در حال اجرا) دکتر محسن تقی زاده، دکتر محدثه محبوبی، دکتر محمود سلامی، دکتر رضا بخردی، سید علیرضا طلائی
- ۲۴- بررسی اثر داروی گیاهی حاوی اسانس های لیمو و زیره با غلظت های مختلف بر چاقی در مدل حیوانی (در حال اجرا) دکتر محسن تقی زاده، دکتر محدثه محبوبی، دکتر محمود سلامی، دکتر رضا بخردی، سید علیرضا طلائی

مقالات چاپ شده در مجلات:

شماره مجلد و صفحات	سال انتشار	مجله	نویسندگان	عنوان مقاله	
سال ۱۱، شماره ۲، صفحه ۸۸ تا ۱۰۵	۱۳۸۸	یاخته	سید علیرضا طلائی زواره، غلامعلی حمیدی، محمود سلامی	تقویت درازمدت، مکانیسمی برای حافظه و یادگیری	۱
سال ۱۱، شماره ۴، صفحه ۷۷ تا ۸۵	۱۳۸۷	اراک	محمود سلامی، غلامعلی حمیدی، زهرا آقانوری، مژگان دادخواه	تاثیر محرومیت از نور بر عملکرد فضائی موش های صحرائی	۲
سال ۱۲، شماره ۴، صفحه ۱ تا ۶	۱۳۸۷	فیض	زهرا آقانوری، مهدی نورالدینی، محمود سلامی	بررسی اثر گرد میوه حنظل بر قند خون موش صحرائی دیابتی شده	۳
سال ۱۳، شماره ۴، صفحه ۲۵۱ تا ۲۶۰	۱۳۸۸	فیض	محسن تقی زاده، ابوالقاسم جزایری، محمود سلامی، محمد اشراقیان، سید علیرضا طلائی زواره	بررسی اثر رژیم های غذایی بدون ویتامین D و حاوی مکمل کلسیتریول، بر روند یادگیری و تثبیت حافظه فضایی موش های صحرائی بالغ در ماز آبی موریس	۴
سال ۱۴، شماره ۳، صفحه ۲۰۹ تا ۲۱۶	۱۳۸۹	فیض	مسعود سهیلی کاشانی، محمود سلامی، مصطفی رضائی طاویرانی، سید علیرضا طلائی زواره	اثر بهبود دهنده آموزش در ماز بر حافظه فضایی موش های صحرائی الزایمری	۵



شماره مجلد و صفحات	سال انتشار	مجله	نویسندگان	عنوان مقاله	
سال ۱۵، شماره ۱، صفحه ۶ تا ۱۸	۱۳۸۹	کردستان	محمود سلامی، سید علیرضا طلایی زواره	نقش گیرنده‌های ملاتونین در یادگیری فضائی موش‌های صحرائی تیمار شده با روشنائی	۶
۱۹۹(۱): ۹-۶	۲۰۱۰	Toxicology Letters	Mesdaghinia A, Yazdanpanah H, Seddighi M, Banafsheh HR, Heidari A	Effect of short-term lead exposure on PTZ-induced seizure threshold in mice	۷
۱۲۱(۱): ۱۶-۲۴	۲۰۱۰	International Journal of Neuroscience	Taghizadeh M, Djazayeri A, Salami M, Eshraghian MR, Zavareh SA	Vitamin-D-free regimen intensifies the spatial learning deficit in Alzheimer's disease	۸
۲۰(۳): ۵۵-۴۴۷	۲۰۱۰	Hippocampus	Talaei SA, Sheibani V, Salami M	Light deprivation improves melatonin related suppression of hippocampal plasticity	۹
سال ۱۷، شماره ۴، صفحه ۳۷۹ تا ۳۸۲	۱۳۸۹	کرمان	مرجان قائمی، اصغر رامیار، سید علیرضا طلایی زواره	گزارش یک مورد نوزاد متولد شده از مادر معتاد به اپیوئیدها	۱۰
سال ۲۸، شماره ۱۱۱، صفحه ۵۵۱ تا ۵۶۲	۱۳۸۹	اصفهان	سید علیرضا طلایی زواره، سعیده داوری، مریم غلامی، محمود سلامی	تغییر در تجربه حسی بینائی یادگیری فضائی موش‌های صحرائی در ماز آبی موریس را مختل می کند	۱۱
دوره ۱۳، شماره ۱، صفحه ۱۰-۱۶	۱۳۹۰	زاهدان	محمود سلامی، غلامعلی حمیدی، سید علیرضا طلایی	اثر ملاتونین و لوزیندول بر یادگیری و حافظه فضایی موش‌های صحرایی تیمار شده با تاریکی	۱۲
ahead of print	۲۰۱۱	Biological Rhythm Research	Salami M, Talaei Sa, Davari S, Hamidi GH	Interaction of visual experience and melatonin in the spatial task learning	۱۳
۲۲۷(۲): ۹۹-۱۰۶	۲۰۱۱	Neurosci Bull	Kashani MS, Tavirani MR, Talaei SA, Salami M	Aqueous extract of lavender (Lavandula angustifolia) improves the spatial performance of a rat model of Alzheimer's disease	۱۴



در حال حاضر پژوهشگران این مرکز در زمینه موضوعات و محور های مطالعاتی مانند مطالعات الکتروفیزیولوژی ، مطالعات درد، مطالعات رفتاری ،مطالعات بافت ایزوله و مطالعات تشنج مشغول فعالیت هستند. از مجموعه های تحقیقاتی که در حال حاضر در مرکز تحقیقات فیزیولوژی فعال بوده و آماده اجرای پروژه های تحقیقاتی دانشجویان محترم هستند،میتوان به موارد زیر اشاره نمود:

- ۱- مجموعه الکتروفیزیولوژی درون تنی برای ثبت سیگنال های مختلف مغزی
- ۲- مجموعه الکتروفیزیولوژی برون تنی برای ثبت سیگنال های مغزی
- ۳- مجموعه بافت ایزوله برای مطالعه بافت های مختلف بدن از جمله عضله صاف
- ۴- مجموعه مطالعات درد به صورت هایپرالژیای حرارتی، هایپرالژیای مکانیکی و آلودینیا
- ۵- مجموعه مطالعات تشنج
- ۶- مجموعه ماز آبی موریس
- ۷- مجموعه ماز صلیبی شکل مرتفع

با تشکر فراوان از جناب آقای طلایی

کمیته ی تحقیقات دانشجویی دانشگاه

حمید فلکی

Hamidfalaki14@yahoo.com

References : www.behdasht.gov.ir/

کمیته ی تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، واحدی است که تحت نظارت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه براساس رسالت های آموزشی و پژوهشی دانشگاه در جهت ارتقای سطح علمی - پژوهشی دانشجویان براساس ضوابط و مقررات دانشگاه و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و با اهداف ترویج و ارتقاء فرهنگ پژوهش در دانشجویان، ایجاد فرصت برای شناسایی و شکوفایی استعداد های دانشجویان، ایجاد بستر مناسب برای رشد و اعتلای علمی دانشجویان، تربیت پژوهشگران آینده کشور، ایجاد نشاط علمی و پویایی در راستای فعالیت های علمی و پژوهشی و ایجاد زمینه به منظور حمایت های مادی و معنوی دانشگاه از فعالیت های علمی دانشجویان فعالیت می نماید.

بسمه تعالی

اساسنامه کمیته های تحقیقات دانشجویی

دانشگاه های علوم پزشکی کشور

فصل اول: کلیات

ماده ۱- تعریف:

تبصره: کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده بر حسب رشته های تحصیلی می تواند دارای واحدهای پژوهشی باشد مشروط به اینکه حداقل ۱۰۰ دانشجوی شاغل به تحصیل در آن دانشکده وجود داشته باشد.

کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که از این پس کمیته نامیده میشود، تحت نظارت معاونت پژوهشی دانشگاه و بر اساس قوانین و رسالت های دانشگاه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فعالیت می کند.

ماده ۵. انتخاب:

سرپرست با حکم معاون پژوهشی دانشگاه/دانشکده ها از میان ۲ نفر که توسط شورای مرکزی پیشنهاد گردیده است برای مدت ۲ سال منصوب می شود.

ماده ۲. اهداف:

تبصره. انتخاب مجدد سرپرست بنابر پیشنهاد مجدد شورای مرکزی بلامانع است.

۱. ایجاد بستر مناسب برای رشد و اعتلای علمی و پژوهشی دانشجویان و تربیت پژوهشگران و مدیران آینده کشور
۲. ترویج و ارتقای مهارت و فرهنگ پژوهش در دانشجویان

ماده ۶. وظایف:

۱. صدور حکم انتصاب دبیر بنا به پیشنهاد شورای مرکزی
۲. نظارت بر حسن اجرای امور و هدایت علمی و عملی کمیته و واحد های تابعه
۳. ایجاد ارتباط با اساتید و مسئولین دانشگاه در جهت اهداف کمیته
۴. نظارت بر حسن اجرای مصوبات شورای پژوهشی دانشگاه و کمیته
۵. پیگیری امور مربوط به ارتباط کمیته با نهادهای داخل و خارج دانشگاه

دانشگاه
۳. ایجاد زمینه مناسب به منظور حمایت های مادی و معنوی دانشگاه از فعالیت های علمی دانشجویان و بهبود رابطه علمی اساتید و دانشجویان

۴. ترویج و ارتقای مهارت و فرهنگ پژوهش در دانشجویان دانشگاه

۵. ایجاد زمینه مناسب به منظور حمایت های مادی و معنوی دانشگاه از فعالیت های علمی دانشجویان

فصل دوم

ماده ۳. ارکان:

ارکان کمیته شامل سرپرست، دبیر، شورای مرکزی، شورای پژوهشی و مجمع عمومی می باشد.



۶. بهبود رابطه علمی پژوهشی اساتید و دانشجویان
۶. هماهنگی بین واحد های کمیته و نظارت بر فعالیت های واحد ها
۷. گزارش عملکرد کمیته به شورای مرکزی و معاون پژوهشی دانشگاه
۸. تعامل و همکاری با کمیته های عضو شبکه همکار
۹. انتصاب و صدور حکم مسئول کمیته تحقیقاتی
۱۰. عضویت در شورای پژوهشی دانشگاه
- دبیر**
- ماده ۷- تعریف:**
- دبیر با حکم سرپرست از میان ۲ نفر از اعضای کمیته، که دارای سوابق پژوهشی بوده و توسط شورای مرکزی پیشنهاد می گردد، برای مدت ۱ سال منصوب شده و زیر نظر سرپرست انجام وظیفه می نماید.
- تبصره - انتخاب مجدد دبیر بلامانع است.
- ماده ۸- وظایف:**
۱. انجام امور اداری و اجرایی داخلی کمیته
 ۲. اجرای مصوبات شورای مرکزی
 ۳. انتصاب مسئولین واحد های کمیته
- تبصره - تعداد و نوع واحد های کمیته ها با توجه به شرایط هر دانشگاه از سوی شورای مرکزی تعیین خواهد شد.
۴. ارائه برنامه یکساله کمیته بر اساس سیاست های شورای مرکزی
۵. ارائه گزارش عملکرد ۶ ماهه فعالیت های کمیته به
- سرپرست و شورای مرکزی
- ماده ۹- تعریف:**
- شورای منتخب از اعضای کمیته است که مرجع سیاستگذاری و تصمیم گیری کمیته در چهارچوب سیاست های وزارت متبوع و دانشگاه می باشد.
- ماده ۱۰- انتخاب:**
- اعضای شورای مرکزی توسط مجمع عمومی به مدت یک سال انتخاب می شوند.
- تبصره ۱- تعداد اعضای شورای مرکزی با توجه به تعداد دانشکده ها و دانشجویان هر دانشگاه با نظر سرپرست به نحوی تعیین شود که حداقل یک نفر از هر دانشکده عضو آن و حداکثر تعداد اعضای شورا ۱۵ نفر باشد.
- تبصره ۲- ریاست جلسات شورای مرکزی به عهده سرپرست است لذا حضور سرپرست در جلسات شورای مرکزی ضروری است.
- تبصره ۳- جلسات شورای مرکزی با حضور نصف به علاوه یک اعضا رسمیت می یابد و رای گیری موارد و پیشنهادات مخفیانه است.
- ماده ۱۱- وظایف.**
۱. تصمیم گیری درباره مسائل مربوط به کمیته و نیز موارد پیش بینی نشده در اساسنامه



تبصره ۲- جلسات شورا با نصف به علاوه یک اعضا رسمیت میابد.

تبصره ۳- ریاست شورا به عهده سرپرست کمیته و دبیری آن به عهده دبیر کمیته است.

مجمع عمومی

ماده ۱۴- تعریف:

متشکل از تمام دانشجویان دانشگاه که حداقل ۳ ماه از عضویت آنها در کمیته گذشته باشد.

تبصره ۱- کمیته ای ۳ نفره متشکل از سرپرست، نماینده معاون پژوهشی و نماینده شورای مرکزی مسئولیت برگزاری مجمع عمومی را برای انتخابات شورای مرکزی جدید به عهده دارند.

تبصره ۲- جلسات مجمع عمومی به صورت سالیانه و به ریاست سرپرست تشکیل میگردد.

ماده ۱۵- وظایف مجمع عمومی:

۱. انتخاب شورای مرکزی
۲. استماع گزارش عملکرد یک سال گذشته که توسط دبیر ارائه می گردد.

کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده

ماده ۱۶ کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده به عنوان یکی از واحدهای تابعه کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه بوده و تحت نظارت و حمایت آن فعالیت می نماید و دارای یک مسئول، دبیر و هسته مرکزی می باشد.

۲. سیاستگذاری سالیانه کمیته در چهارچوب سیاست های وزارت متبوع و دانشگاه

۳. پیشنهاد انتخاب دبیر به سرپرست

۴. پیشنهاد انتخاب سرپرست به معاون پژوهشی

۵. تعیین و نوع واحد های زیرمجموعه کمیته بر اساس شرایط دانشگاه

۶. برگزاری جلسات سالیانه مجمع عمومی و در صورت ضرورت به پیشنهاد شورای مرکزی در هر موقع

شورای پژوهشی

ماده ۱۲- تعریف:

شورای پژوهشی کمیته، شورایی است تحت نظارت شورای پژوهشی دانشگاه که در محدوده اختیارات تفویض شده از طرف شورای پژوهشی دانشگاه، امور مربوط به بررسی، تصویب و پایش طرح های تحقیقات دانشجویی را به عهده دارد.

تبصره - شورا بر حسب ضرورت و نیاز با هماهنگی لازم می بایست از خدمات کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه برای بررسی اخلاقی برخی از طرح ها، بهره مند شود.

ماده ۱۳- ترکیب شورای پژوهشی:

شامل سرپرست، دبیر، ۳ نفر از دانشجویان به انتخاب شورای مرکزی، ۴ نفر از اعضای هیئت علمی به انتخاب معاون پژوهشی

تبصره ۱ - احکام اعضای شورا توسط معاون پژوهشی دانشگاه صادر می شود.

محدود به دانشکده مربوطه بوده و بند ۶ ماده مذکور به صورت ارائه گزارش عملکرد ۶ ماهه فعالیت های کمیته به مسئول و هسته مرکزی خواهد بود.

ماده ۱۹: هسته مرکزی توسط مجمع عمومی انتخاب می شوند و وظایف هسته مرکزی، مشابه بندهای یک تا پنج ماده ۱۱ بوده که حیطه فعالیت آن محدود به دانشکده مربوطه خواهد بود.

پشتیبان

ماده ۲۰: حمایت و پشتیبانی کمیته و جلب حمایت های سایر نهادها و سازمان های داخل و خارج دانشگاه به عهده معاونت پژوهشی دانشگاه است.

این اساسنامه در تاریخ ۸۹/۴/۱۷ به تصویب شورای سیاستگذاری تحقیقات دانشجویی کشور قرار گرفت.

تبصره ۱: دانشکده یک مجموعه آموزشی زیر نظر دانشگاه می باشد.

تبصره ۲: کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده بر حسب رشته های تحصیلی و شرایط می تواند دارای انجمن های پژوهشی باشد.

ماده ۱۷: مسئول کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده با حکم سرپرست کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه از میان دو نفر از اعضای هیئت دانشکده که توسط هسته مرکزی پیشنهاد شده، انتصاب می گردد. وظایف مسئول مشابه بندهای یک تا شش ماده ۶ بوده که محدوده فعالیت آن دانشکده مربوطه خواهد بود.

ماده ۱۸: دبیر کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده با حکم مسئول کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه از میان دو نفر از اعضای کمیته دانشکده که توسط هسته مرکزی پیشنهاد شده، انتخاب می گردد. وظایف دبیر مشابه بندهای یک تا پنج ماده ۸ بوده که حیطه فعالیت آن

از راست به چپ : مهندس عباس درودگر ، دکتر نگین سادات مسعودی علوی ، نوید خدایی ، امیر اسدی سید حمید فلکی ، ابوالفضل زاهدی ، اعظم مهرمزمین ، احسان رنگرز ، مهندس میترا حنانی





آن با رشته تحصیلی مورد نظر ، و اهمیت موضوع به لحاظ علمی و کاربردی را توضیح دهید.

۳- ادبیات تحقیق و پژوهش های مرتبط (Review of Literature and Relevant Topics)

ذیل این عنوان ، باید توضیح مختصری درباره پژوهش هایی که پیش از شما روی این موضوع و موضوعات نزدیک به آن انجام شده بدهید. در این بخش در واقع باید به ذکر پژوهش هایی بپردازید که شما قصد دارید یافته های آن ها را تکمیل کنید ، اشتباهات آن ها را رفع نمایید و یا نتایج آن ها را رد کنید.

۴- اهداف و فرضیه ها (Aims & Hypothesizes)

در این بخش باید به ذکر نتایجی بپردازید که فکر می کنید از تحقیق خواهید گرفت. توضیح دهید که از انجام تحقیق چه هدفی دارید؟ به کدام سمت حرکت می کنید؟ و فکر می کنید به کجا خواهید رسید؟

۵- روش ها و ابزار های تحقیق (Methodology)

در این قسمت توضیح دهید که در انجام پروژه از چه روش های علمی سود خواهید برد و چه ابزارهایی را برای رسیدن به اهداف تحقیق به خدمت خواهید گرفت.

پروپوزال یا طرح تحقیق ، پیش نویس پژوهشی است که شما می بایست برای اخذ مدرک تحصیلی خود انجام دهید. در پروپوزال ، شما به معرفی موضوعی که برای پایان نامه خود انتخاب کرده اید ، توضیح اهمیت آن موضوع ، ذکر پژوهش هایی که در گذشته در این باره صورت گرفته ، و نتایجی که فکر می کنید از تحقیق خواهید گرفت می پردازید. هم چنین روش یا روش هایی که در پژوهش از آن ها بهره خواهید گرفت را ذکر می کنید.

شکل پروپوزال بنا بر هدفی که از آن دارید و یا به مقتضای رشته تحصیلی شما می تواند قدری متغیر باشد. اما شکل بندی بنیادین آن ، همواره باید شامل عنوان بندی ها و بخش های زیر باشد :

۱- موضوع تحقیق (Project Title)

ذیل این عنوان می بایست عنوان دقیق تحقیق خود را ذکر کنید. برای مثال :

Project Title: Women Role in Southeast Thailand

۲- توضیح موضوع و اهمیت آن (Importance and Statement of Topic)

در این بخش می بایست جوانب موضوع ، چگونگی ارتباط



- منابع (References)

فهرستی از منابعی که فکر می کنید از آن ها استفاده خواهید کرد و به کار شما مرتبط هستند را الفبایی و منظم کنید و در این بخش بیاورید.

نکات مهم

۱- پروپوزال را با موضوع شروع نکنید، بلکه عنوانی مانند مثال زیر را در روی جلد بیاورید و بعد متن پروپوزال را بنویسید :

A PhD / Master Dissertation Proposal
Presented to
The Department of Gerontology
Faculty of Gerontology
University Putra Malaysia
By : Maryam Mobini

۲- این نکات را در مورد انتخاب و نگارش تیتیر پروژه رعایت کنید :

الف) سعی کنید موضوع روشن و ساده باشد. از خوشگل کردن عنوان تحقیق خودداری کنید !

ب) عنوان پروژه را به صورت خلاصه ای فشرده از آن چه در ذهن دارید در نظر بگیرید. سعی کنید با همان یک جمله عنوان پروژه بتوانید چارچوب کلی تحقیق و هدف هایتان را به خواننده منتقل کنید. عنوان کار شما باید کاملاً مشخص کند که شما می خواهید چه چیز را و در چه شرایطی مطالعه کنید.

پ) در جمله بندی عنوان پروژه دقت کنید تا چیدمان آن طوری باشد که آن چه اصل موضوع تحقیق شماست از فرع آن قابل تشخیص باشد. به این دو مثال دقت کنید:

۱- Red-haired Musicians and Their Preferences for Music Style

۲- Music Style Preferences of Red-haired Musicians

در این جا هر دو جمله ظاهراً یک مفهوم را منتقل می کنند: «سلیقه موزیسین های مو قرمز در انتخاب سبک موسیقی». اما عملاً تفاوتی بین این دو وجود دارد و آن هم این است که در جمله اول ، تعبیر خواننده این است که توجه بیشتر ما به موزیسین های مو قرمز است و ما اول موزیسین های مو قرمز را بررسی می کنیم و بعد به سلیقه موسیقایی آن ها می پردازیم. اما در جمله دوم بر عکس ، اولویت به سبک های موسیقی و سلیقه موسیقایی داده شده و موزیسین های مو قرمز در درجه دوم قرار دارند.

ت) سعی کنید کلمات اضافی را از عنوان پروژه حذف کنید . دو مثال زیر در واقع یکی هستند ، اما شماره ۲ مقبولیت بیشتری دارد :

1- The Systematic Development which has occurred during last 50 years and has Changed the face of Southeast Asia



بفرمایید فونت استاندارد برای پروپوزال Times and New Romans با سایز ۱۲ است.

۷- از نوشتن موارد اضافه در پروپوزال ، مثل عریضه نویسی برای استاد راهنما و غیره ، جداً خود داری کنید. از توضیح اضافه هم پرهیز کنید.

۸- در مورد نگارش انگلیسی ، حتماً درباره متن پروپوزال با یک مترجم و یا کسی که انگلیسی ادبی را به خوبی می داند مشورت کنید. متن پروپوزال می بایست به لحاظ علمی و ادبی هیچ غلطی نداشته باشد.

۹- پروپوزال را جدی بگیرید! سنجش علمی شما در واقع فقط از طریق پروپوزال میسر است . پس تمام تلاش و دانش خود را برای تنظیم آن به کار بگیرید.

اشکالات شایع پروپوزال نویسی

علم و دانش کافی همیشه منجر به پروپوزال های قوی نمی شود. از یک سو با پروپوزال هایی مواجه می شویم که اگر چه ضعیف نوشته شده اند، به دلیل اینکه از پشتوانه علمی قوی ای برخوردارند و محقق اصلی شان هم شناخته شده و با سابقه می باشد می توانند بودجه بگیرند. از سوی دیگر پروپوزال هایی که پایه علمی نادرستی داشته باشند، به ندرت بودجه می گیرند. بین این دو حد، گروهی از پروپوزال ها قرار می گیرند که اساس علمی صحیحی دارند و محقق اصلی هم از دانش کافی برخوردار است. برخی از این پروپوزال ها بودجه میگیرند و برخی دیگر خیر.

۲- Changes and Development in Southeast Asia

۳- در مورد (۱) هدف هایی که از تحقیق دارید و (۲) موضوع که برای مطالعه انتخاب کرده اید (Objectives) حتماً دقت کنید که در رابطه کامل با هم باشند و در نگارش پروپوزال سعی کنید که این رابطه را به خوبی نمایش دهید. منظور این است که مثلاً اگر هدفی که می خواهید به آن برسید ، نامناسب بودن عروسک های باربی برای تربیت دختران هست ، انتخاب موضوعی مانند جامعه دختران ۱۵ ساله ساکن منطقه ۲۰ تهران ، نا مناسب و نامربوط به نظر می رسد. توجه داشته باشید که بهترین موضوع را برای رسیدن به هدفتان انتخاب کنید.

۴- در زمینه چگونگی انتخاب روش تحقیق نیز ، وضع به همین ترتیب است. سعی کنید مناسب ترین ، عملی ترین ، علمی ترین و هم خوان ترین روش را برای پژوهش مورد نظرتان انتخاب کنید.

۵- پروپوزال را تمیز و با بخش بندی مناسب تحویل دهید. سعی کنید مرز بین عنوان ها مشخص باشد و مطالب را بر روی ۱ روی کاغذ A4 تایپ کنید.

۶- حجم پروپوزال میبایست برای دوره های کارشناسی ارشد حداقل ۵ صفحه و برای دکترا حداقل ۸ صفحه باشد. در این میان حداقل یک صفحه به ادبیات تحقیق و حداقل یک صفحه به منابع تحقیق اختصاص دهید. سعی کنید از منابع جدید و به روز استفاده نمایید و همه ی منابع پروژه فارسی زبان نباشند. هم چنین توجه

مشاوران مرتفع ساخت. این یک اصل اساسی در پژوهش و نیر در دریافت بودجه طرح های تحقیقاتی می باشد. نقص در رویکرد تجربی نشانگر نارسایی در برقراری ارتباط، عدم استفاده از مشاورین، یا عدم بازنگری پروپوزال توسط یک همکار قبل از ارائه آن می باشد.

شاید شایعترین ضعف طرح های تحقیقاتی که از پایه علمی قوی برخوردارند اما خوب نوشته نشده اند، نقص در مشخص کردن و آزمودن فرضیات مهم است. این نقص معمولاً منجر بدین انتقاد میشود که «طرح تحقیقاتی بر موضوع مشخصی تمرکز نیافته و مبهم است». فرضیات در واقع بیان ایده های جدید هستند. تحقیقی که در قالب فرضیات یا آزمون فرضیات دیگر قابل بیان نباشد، چیزی جز تمرین جمع آوری داده ها نیست و نمی تواند از لحاظ آماری مورد ارزیابی قرار گیرد. یک فرضیه ارزشمند را میتوان به صورت مستقیم مورد آزمون قرار داد یا استنتاجات و پیش بینی های برگرفته شده از آن را مورد آزمون قرار داد. فرضیات غیرقابل آزمون زمان و نیرو را به هدر می دهند. لیست کردن فرضیات متعدد نیز نشان از عدم تمرکز می دهد. بهترین حالت آن است که به یک فرضیه مهم پرداخته شود.

نوشتن چنین عباراتی که ما امیدواریم فلان کار را بکنیم نشانه ضعف است. ممکن است چنین جمله ای صادقانه نوشته شده باشد اما نشانه ضعف در فوت و فن های

این گروه از پروپوزال ها در واقع در منطقه خاکستری از طیف پروپوزال ها قرار میگیرند و بدون شک چنین پروپوزال هایی اگر بهتر نوشته شوند، نمره اولویت بهتری خواهند گرفت.

چند مورد از شایعترین ضعف های پروپوزال ها عبارتند از:

- فقدان ایده های نوین و بدیع
 - مبهم و سطحی بودن طرح پژوهشی و عدم تمرکز بر یک موضوع خاص
 - عدم آگاهی از تحقیقات انتشار یافته مرتبط
 - فقدان تجربه کافی در زمینه ضروریات متدولوژی
 - عدم قطعیت در رابطه با جهت گیری تحقیقات بعدی
 - فقدان توجیه علمی قابل قبول
 - تفصیل ناکافی طرح تجربی
 - حجم بالای کار در حد غیرواقع بینانه
- تمامی موارد ذکر شده در فوق می توانند ناشی از عدم آمادگی محقق باشند؛ با این وجود معمولاً پیامد نگارش سرهم بندی شده و غیر دقیق می باشند. «ایده های جدید» معمولاً در آخرین همایش ها مطرح می شوند و به ندرت پیش می آید که حقیقتاً بدیع باشند. مقالات انتشار یافته در سطح وسیعی در دسترس هستند و عدم آگاهی از تحقیقات چاپ شده مرتبط، غالباً به معنای قصور در مراجعه به آنهاست. فقدان تجربه کافی در زمینه ضروریات متدولوژی را میتوان با بهره گیری خلاقانه از همکاران و



دریافت بودجه است زیرا چنین عبارتی جای شک باقی می‌گذارد که آیا آنچه ذکر شده به دست خواهد آمد یا نه. یک نگرانی اصلی بازبینی کننده پروپوزال شما این است که اگر قسمتی از پروپوزال درست پیش نرود، محقق اصلی چه به جای خواهد گذاشت.

منابع:

۱- روش‌شناسی پژوهش‌های کاربردی، ملک افضلی حسین، مجدزاده سیدرضا، فتوحی اکبر، توکلی سامان و سایر همکاران (۱۳۸۳) در علوم پزشکی، انتشارات علوم پزشکی تهران، تهران ۲- یوسفی. محمدحسین، « چگونه یک پیش طرح پژوهشی بنویسیم؟

۲- روش تحقیق کیفی، کاترین مارشال، گرچن ب، راس من، ۱۳۷۷، ترجمه علی پارسائیان، سید محمد اعرابی، تهران، دفتر پژوهش‌های فرهنگی،

۳- روش‌های تحقیق در علوم رفتاری، عباس بازرگان هرنندی، زهره سرمد، الهه حجازی ناشر: آگه - ۱۸ شهریور، ۱۳۸۷

۴- روش تحقیق (پروپوزال و پایان نامه نویسی)، سیده سکینه ساداتی، سیدعباس ساداتی ناشر: توسعه علوم - ۲۹ مهر ۱۳۸۵

۵- راهنمای تدوین طرح تحقیق (پروپوزال نویسی): رضا صفری شالی ناشر: موسسه بین‌المللی پژوهشی فرهنگی هنری جامعه و فرهنگ - ۱۷ اردیبهشت

6-Ogden TE, Goldberg IA. Research Proposals: A Guide to Success, 3rd ed. NY: Academic Press, 2002



MedlinePlus

Trusted Health Information for You

MedlinePlus یک وب سایت جهانی برای بیماران و خانواده ها و دوستان آنهاست که توسط کتابخانه جهانی پزشکی در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است. این وب سایت در مورد بیماریها و توصیه های درمانی آنها به زبان ساده و شکلی جذاب اطلاعات کاملی در اختیار شما قرار می دهد و به صورت مداوم به روز رسانی می شود. شما می توانید آخرین درمان ها راجع به هر بیماری را بدست آورده و یا بر اساس نام داروها یا مکمل ها، اطلاعاتی راجع به آنها بدست آورید.

شما همچنین می توانید در مورد موضوع مورد نظر خود توسط لینک هایی به سایت های تحقیقاتی ارجاع داده شوید. نکته جالب توجه این سایت آموزش مرحله به مرحله و دقیق هر بیماری به همراه اسلاید ها و انیمیشن های متحرک مربوط به آن می باشد به طور مثال اگر بیماری کرون را انتخاب کنید می توانید اطلاعاتی را به صورت فایل متنی ذخیره کنید و یا به صورت صوتی تصویری اطلاعاتی در مورد روند بیماری، علایم، پیشنهاد های درمانی، جراحی ها، شکایات و بهبودی بیماری کسب نمایید.

برای دستیابی راحت تر به لیست بیماری ها از مسیر زیر استفاده کنید:



nlm.nih.gov/medlineplus/tutorials



در دانشگاه های برتر جهان چه می گذرد؟

(هاروارد)

مطهره طالبیان

Mh.69Tn@gmail.com

References : www.Harvard.edu



نام دانشگاه پزشکی هاروارد نسل هاست مترادف با پیشرفت های عظیم در آموزش، تحقیق و مراقبت های بالینی می باشد.

از زمان تاسیس، اعضای این دانشگاه مبدا نوآوری های متعددی بوده اند. پزشکان، اساتید و پژوهشگران این دانشگاه با اجرای آزمایشی شیوه های آموزشی نوین، دوره های تحصیلی جدیدی را برای پاسخ به نیازهای روز افزون حوزه سلامت بنا نهاده اند و با تربیت هزاران نیروی دلسوز و باتجربه، نقش عمده ای در شکل دهی به علوم پزشکی در سراسر جهان داشته اند.

هاروارد در گذر زمان: اجتماعی پویا در حال ترسیم آینده آموزش علوم زیستی

دانشجویان و اساتید بر دانش و مهارت خود افزودند و پزشکی را در آمریکا و سایر نقاط جهان دستخوش تحول نمودند و برخی اعضای آن در طول تاریخ تبدیل به افتخاراتی بزرگ گردیدند.

اعضای دانشگاه پزشکی هاروارد برای بیش از دوپست سال مرزهای دانش را گسترش داده اند. در این مقاله به بیان نمونه کوچکی از پیشرفت های آنان که در بیمارستان ها و موسسات تحقیقاتی وابسته صورت گرفته پرداخته شده است.

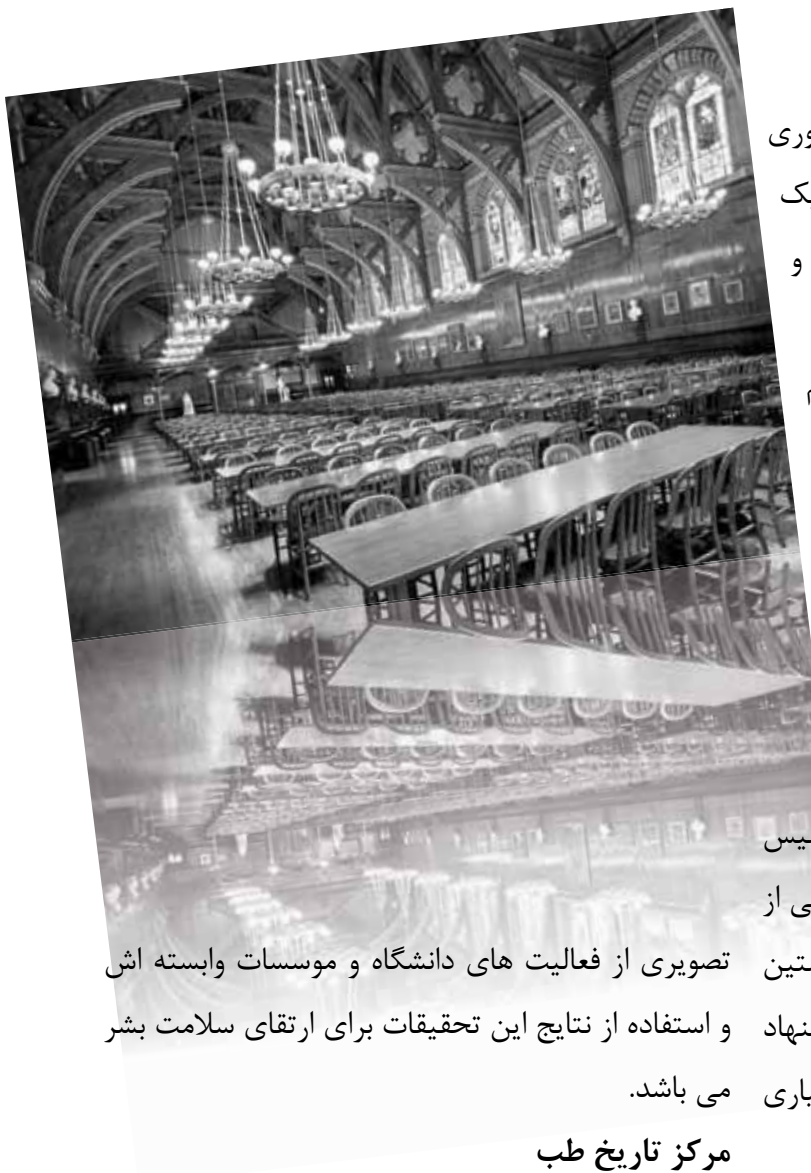


دانشگاه هاروارد همچنين در حوزه پژوهش نقش برجسته ای را ایفا نموده است. پروژه هایی که در سطح جهان نمونه بوده در بسیاری موارد برای اولین بار توسط این دانشگاه مطرح شده اند، مانند معرفی واکسن آبله توسط پروفیسور بنجامین واترهاوس و کسب ۹ جایزه نوبل توسط پانزده نفر از محققین این دانشگاه.

در دانشکده پزشکی بیش از ۱۱۰۰۰ نفر در آزمایشگاه ها، کلاس ها و مراکز درمانی مشغول به کار و تحصیل هستند. ساختمان اصلی دانشگاه در بوستون قرار دارد که دانشجویان، دو سال اول پزشکی خود را در آنجا در کنار دانشجویان علوم اجتماعی و علوم پایه سپری می کنند. اما پژوهش و آموزش از این ساختمان چهارگوش بسیار فراتر می رود. دانشگاه پزشکی هاروارد با ۱۷ موسسه تحقیقاتی و بیمارستان برتر سراسر جهان برای آموزش های بالینی طرف قرارداد است.

دانشگاه پزشکی هاروارد به دلیل این ظرفیت عظیم استعدادها و شبکه های ارتباطی گسترده، موقعیت ممتازی در جهت دهی به آموزش و پژوهش دارد که منافع محلی، ملی و جهانی را به همراه دارد.

دانشگاه پزشکی هاروارد کار خود را با تعدادی دانشجو و سه عضو هیئت علمی در سال ۱۷۸۲ آغاز کرد. پیش از ساخت ساختمان چهارگوش، کلاس های اولیه در تالار هاروارد در کمبریج برگزار می شدند. با گذشت هر دهه،



تصویری از فعالیت های دانشگاه و موسسات وابسته اش و استفاده از نتایج این تحقیقات برای ارتقای سلامت بشر می باشد.

مرکز تاریخ طب

مرکز تاریخ طب در کتابخانه Countway یکی از مجموعه های مرجع جهان در تاریخ پزشکی و سلامت می باشد که محققان از سراسر جهان برای مطالعه مجلات، کتب، آرشیوها، نسخ خطی و تصاویر کمیاب آن مراجعه می کنند. تاریخ طب نقشی اساسی در آگاهی بخشی به طب امروزی بر عهده دارد. هم چنین به ما در درک جوامع بزرگی که خاستگاه پزشکی بوده اند کمک می کند.

سال های اولیه

در قرن هجده آموزش پزشکی شامل کلاس های تئوری طی یک یا دو ترم و پس از آن کارآموزی زیر نظر یک پزشک بود. هیچ گونه امتحان کتبی ای اجباری نبود و نیازی به آمادگی آکادمیک نبود.

چارلز الیوت، رئیس هاروارد در سال ۱۹۰۶ در مراسم وقف کمپ لانگ وود بیان کرد: «این ساختمان های عظیم جلوه ای از دانایی و روح جمعی نسل های متمادی و کانون امیدهای نسل جدید برای تامین آسایش انسان هستند.» که فیلم این مراسم نیز در تاریخ به جای مانده است.

ریاست دانشکده پزشکی

اولین ریاست دانشکده پزشکی هاروارد پس از تاسیس در سال ۱۸۱۶ با انتصاب جان کالینز رخ داد. وی یکی از بنیانگذاران ژورنال پزشکی و جراحی نیوانگلند و نخستین جراحی بود که استفاده از اتر را برای بیهوشی پیشنهاد داد. پس از وی نیز پزشکان ممتازی تلاش های بسیاری نمودند تا دانشگاه را به جایگاه کنونی اش برسانند.

برندگان نوبل

تا کنون پانزده محقق در زمان کار در این دانشگاه موفق به کسب ۹ جایزه نوبل گردیدند.

مجله پزشکی هاروارد

از سال ۱۹۲۷ مجله Harvard Medicine آغاز به کار نموده و نظرات پزشکان را در حوزه های گوناگون به جهان علم منعکس کرده است. هدف این مجله ارائه



آموزش پزشکی

برنامه آموزش پزشکی در هاروارد ساختاری سازمان مند برای کسب مدرک دکتری پزشکی (MD) است. این برنامه تحت راهبری ریاست آموزش پزشکی طرح ریزی و اجرا می شود که این بخش مسئول تمامی جنبه های برنامه آموزشی و وضع قوانین آموزشی می باشد.

ساختار ریاست و سازمان آکادمیک

پنج واحد آکادمیک به ریاست آموزش پزشکی گزارش می دهند. این واحدها ریاست کمیته برنامه ریزی درسی را به عهده دارند و عبارتند از: پذیرش، مرکز آموزش و یادگیری، مرکز سنجش، انجمن های تحصیلی، مجمع دانشجویی. گروه های مدیریت آموزش مسئولیت تمامی جنبه های برنامه آموزش از جمله مدیریت مالی، برنامه های طول تحصیل، پذیرش، تسهیلات مالی را بر عهده دارند.

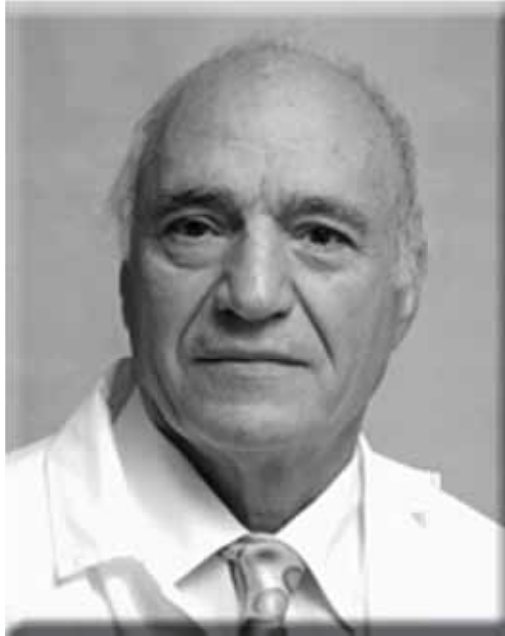
همچنین تیمی از مدیران ارشد در جهت تسهیل ارتباطات میان بخش های مختلف آموزش، تنظیم قوانین و فرآیندهای پذیرش، فعالیت دارند که آنان نیز گزارشاتی را به مدیریت آموزش ارائه می دهند.



خانه مختصر روستایه ، امید زنده ماندن را به جهانیان هدیه کرد

(پروفسور موسیوند)

مولود رایانی
Rayani711@Yahoo.com



پروفسور توفیق موسیوند جراح قلب و مخترع نخستین قلب مصنوعی داخل بدن انسان در جهان

< پروفسور «توفیق موسیوند»>

< متولد سال ۱۳۱۵ همدان (روستای ورکانه)>

< فارغ التحصیل رشته مهندسی کشاورزی از دانشگاه تهران>

< فوق لیسانس مهندسی مکانیک از کانادا>

< دکترای پزشکی و فوق تخصص جراحی قلب از کانادا>

< صاحب اختراعاتی چون قلب مصنوعی، امکان تشخیص پزشکی از راه دور و تنظیم و معالجه قلب، تعیین DNA

انسان توسط اثر انگشت و ۱۴ اختراع پزشکی دیگر>

< دارای عالی ترین مقام علمی جهان از انجمن سلطنتی کانادا و انگلستان>

< عضو انجمن دانشمندان نیویورک>

< بنیانگذار درمان پزشکی از راه دور>

< رئیس بخش قلب و عروق انسیتو تحقیقات قلب دانشگاه اوتاوا (پایتخت کانادا) و...>

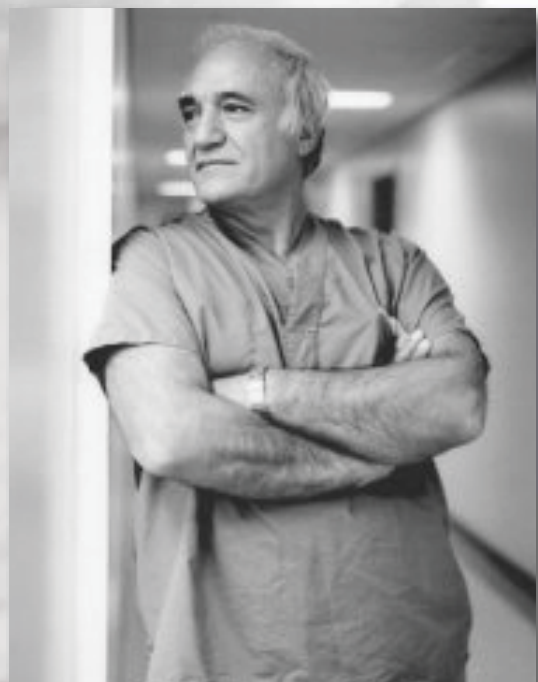


بنای جست و جو را بر چیزهای دیگر می گذارم که باز آنچه که باید، دستگیرم نمی شود. سری به سایت همایش بوعلی سینا می زنم که جز خبر حضور چند چهره سیاسی و یک سری خوشامدگویی های رسمی، هیچ اطلاعاتی در آن نیست. به سایت دانشگاههای علوم پزشکی، به سایت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و خلاصه همه سایتهایی که مربوط به اطلاعات پزشکی است، در ایران سری می زنم و باز موردی درباره او پیدا نمی کنم. اینجاست که معنی خیلی از حرفهای او برایم روشن می شود. اینکه می گوید: «آمده ام تا سری به زادگاهم (روستای ورکانه) بزنم و گله گوسفندها را ببینم و به آسمان صاف و پرستاره خیره بشوم و یک بار دیگر به سالهای دور کودکی ام بازگردم و آن نقطه عزیمتی را بیابم که هرگز فراموشش نکرده و نمی کنم.»

و من توی تیتراها و سرتیترهایی که دیده ام، یکی را هرگز فراموش نمی کنم: «پیش بینی می شود اختراع بی نظیر نابغه ایرانی سالانه جان حدود ۵ میلیون نفر بیمار مبتلا به نارسایی قلبی را نجات دهد و سالانه بیش از یک میلیارد دلار درآمد برای کشور کانادا ایجاد کند.»

و حالا چه کسی می تواند با آن توصیفی که کردم، از اخبار و سایتهای ایرانی و پزشکی اینترنت - که برای هر موضوع بی ربطی هم مدخلی دارد - ادعا کند که جای پروفیسور «توفیق موسیوند» در ایران (و نه کانادا) خالی است. کسی که آمادگی خود را برای تأسیس دانشگاه و بیمارستانی بزرگ در کیش اعلام کرده است. دانشگاه و بیمارستانی که با بزرگترین دانشگاه و بیمارستان جهان قابل رقابت باشد و کمترین و کوچک ترین هزینه ای برای دولت ایران نداشته باشد و تمام منابع آن از اعتبارات شخصی خود او تأمین شود.

محمد شمخانی: او را برای نخستین بار در «همایش بین المللی بوعلی سینا» می بینم و آن قدر بی سر و صدا که کسی از حضورش مطلع نیست. حضور در این همایش هم خیلی تصادفی بوده است، انگار اینکه بعد از ۳۷ سال به ایران بیاید و به همدان و به زادگاهش و بعد سری هم به محل برگزاری همایش بوعلی بزند و سراپا گوش بنشیند و به حرفهایی گوش بسپارد که بهتر و برتر از آنها را بسیار در چننه دارد و رو نمی کند. بالاخره هم نمی دانم چطور می شود که از او هم دعوت نصفه نیمه ای می کنند برای سخنرانی و او هم با همان تواضع کم نظیری که دارد، یک چیزهایی می گوید و می گذارد که همه چیز همچنان سربسته بماند. چند ماه بعد که سری می زنم به اینترنت و اسم او را به فارسی جست و جو می کنم، بیشتر از سه، چهار تا مدخل چیزی نمی یابم که آن هم بر می گردد به دو سه خبر روزنامه ایران و یک خبر روزنامه کیهان. خبرهایی که خیلی اجمالی به او می پردازند و به خواننده چیزی نمی دهند که درخور این دانشمند باشد.



خاطر خدادوستی در ذهن من مترادف با چوپانی است.» این همه تأکید موسیوند بر «چوپانی» و بر اصلی که خیلی ها نمی خواهند دیگر به آن برگردند و آن را به خود نسبت دهند، شاید مایه تعجب و تردید کسانی شود که از او انتظار دارند حالا با این همه اختراع و پیشرفت علمی، بیاید و با یک سری کلمات به اصطلاح قلنبه از خود بگوید و از فتح و فتوحاتی که کرده است. این تعجب بیشتر برای خود من پیش می آید که از هر دری و با هر سخنی وارد می شوم پاسخ او حول همان احساسات و انگاره های به ظاهر پیش پا افتاده درباره زندگی و خدا و خلقت و طبیعت می گردد: «وقتی برای کارهایم جوابی نمی یابم، به خدا بیشتر التماس می کنم. این حالت اغلب وقتی پیش می آید که جواب مسأله ای را نمی دانم و از پس حل آن بر نمی آیم. من خیلی سجده شکر به جا می آورم و بیشتر در جراحی هایم که انگار دخالت در کار خدا است. .



با موسیوند راهی روستایی می شویم که در آن به دنیا آمده است. با برگشتن او به روستا، خاطرات نیز با همان خلوص ذاتی شان باز می گردند و این قیافه ساده و برگشته به قیافه فرنگی ها را دوره می کنند و انگار از او می خواهند که اعتراف کند که این همه زلال می شود و این همه بی ادعا و این همه راحت و بی تکلف سخن می گوید: «خانواده شلوغی بودیم ما و خاطرات زیادی دارم. از آن سالها. ساده زندگی کردن را من خیلی دوست دارم. گله چرانی و دعا و آستی و عید نوروز و... همه و همه الان، همین الان، دارد جلوی چشمهایم شکل می گیرد. انگار همین دیروز بود. من خیلی خوشبخت بودم که پدرم گذاشت درس بخوانم. فرصتی که نصیب خواهرهایم نشد. آخر آن زمان رسم نبود که دختر آخوندها به مدرسه بروند.»

اینها را خیلی پراکنده می گوید و بعد مشتی خاک بر می دارد و بو می کند. بعد از چوپانی هایش می گوید و از شبهایی که نتوانسته بود بخوابد. بحث می کشد به پیامبران و به اینکه بیشتر یا چوپان بوده اند و یا نجار. می خواهم بدانم که در تجرد دنیای تکنولوژیک امروز چه حسی باعث می شود که بعد از نیم قرن، هنوز این نوستالژی در او به وجود بیاید و هی به آن اشاره کند: «راستش من با یاد کودکی آرامش پیدا می کنم. آنجا هم همیشه دنبال خاطراتی بوده ام که در دنیای مدرن و پیچیده به من آرامش بدهد که آنها را در چوپانی و همان شبهای مهتابی می یافتم. یک چوپان به خدا نزدیک تر از دیگران است و همیشه به خلقت فکر می کند. آن وقتها من خدای گوسفندانم بودم. چوپانی انسان را به اصل خود و خدا و طبیعت نزدیک می کند و به همین

موسیوند به نام خود در دنیای علم و پزشکی ثبت کرده است، تا حالا جان بیش از ۲۰ هزار نفر را در جهان نجات داده و آنها را در نهایت ناامیدی به زندگی بازگردانده است: «مثلاً یکی آرزو داشت که زنده بماند تا دانشگاه رفتن و ازدواج فرزند خود را ببیند که قلب مصنوعی این امکان را به او داد. بیماران، چه مسلمان و چه مسیحی و چه یهودی و چه بی دین و چه... برای قدردانی می خواهند هدیه بدهند.

از این اشاره های طنزآمیز در حرف های این دانشمند ایرانی مقیم کانادا زیاد است و همین باعث می شود که او را گاهی «میلان کوندر» یا بدنام که در رمان «والس خداحافظی» اش دکتر «اسکرتا» بی خلق می کند و جدیت خشک و خشن علم را به خنده تبدیل می کند! گاهی هم البته این قاعده ظریف و زیرکانه در ذهن او عمل مشابهی را در جهت معکوس انجام می دهد.

که به آنها می گویم اگر راستی راستی می خواهید به من هدیه ای بدهید، آن موقع که به خدا نزدیک می شوید، برای من هم دعا کنید که چاقی ام کم شود و عمرم زیاد!»



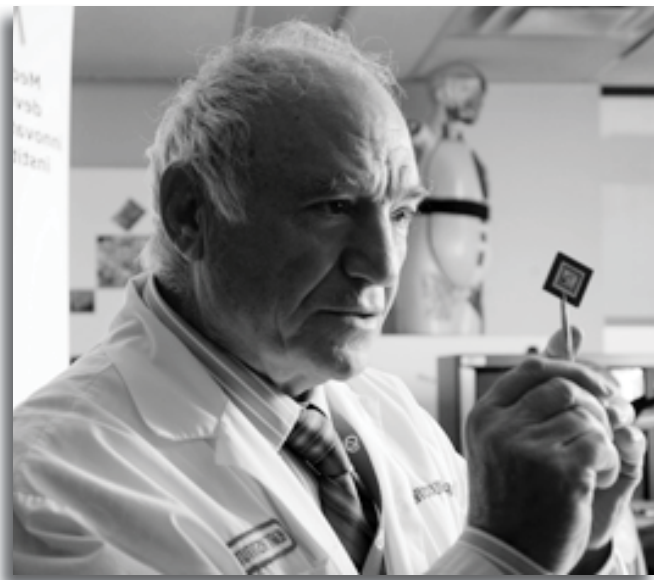
فکر می کنم که خداوند به همه آدم ها مغز داده، که از آن استفاده کنند و برای کمک به خود و دیگران از آن بهره ببرند. با این حال عده ای قدرت را دوست دارند و عده ای شهرت را و عده ای هم ثروت را. یک عده ای هم این وسط دلشان می خواهد به مردم خدمت کنند. حتی بیشتر از آنچه که مردم انتظار دارند و در ارتباط ها تعریف می شود. در این دسته آخر قدرت و شهرت و ثروت انگیزه نیست و انگار یک وظیفه است و بس. چیزی شبیه سکوت میان خالق و مخلوق.

چند سال پیش فیلمی از توفیق موسیوند در ایران پخش شد که یادم نیست کار ایرانی ها بود یا کانادایی ها. فیلمی که به معرفی این پدیده علمی می پرداخت. ولی آن طور که خودش می گوید کانادایی ها یک بار فیلمی درباره او ساخته اند و به او هدیه کرده اند: «طبق قوانین مرسوم کانادا هدیه دادن به پزشکان و هدیه گرفتن از آنها ممنوع است. یک روز دیدم شخصی از شبکه CCE کانادا به دفتر کارم در بیمارستان اوتاوا آمد و بسته ای را جلوی من گذاشت که از گرفتنش امتناع می کردم. آن شخص ولی خیلی اصرار داشت و همین باعث شد که بسته را باز کنم. هفت حلقه فیلم از همدان و زادگاهم روستای ورکانه بود که خودشان تهیه کرده بودند. گریه ام گرفت و به این فکر کردم که چطور برای یک شبکه کانادایی این قدر زادگاه من و آن خانه محقر سنگی اهمیت داشته که هزاران کیلومتر را طی کنند و از آن فیلم بسازند. آنها این کار را کرده بودند که بدانند واقعاً من یک چوپان در دره های کوه الوند بوده ام و این به جرأت مهم ترین هدیه زندگی من بود.»

و اما قلب مصنوعی یا یکی از آن اختراع هایی که پروفیسور

دانشمند، حکمت خدا را نمی دانیم و نمی فهمیم و این یک واقعیت است. من فکر می کنم مذهب و علم با هم اختلاف ندارند. اینها دست به دست هم پیش می روند. علم ابزاری است که خدا ایجاد کرده و مذهب دستوری است که باید انجامش بدهیم.

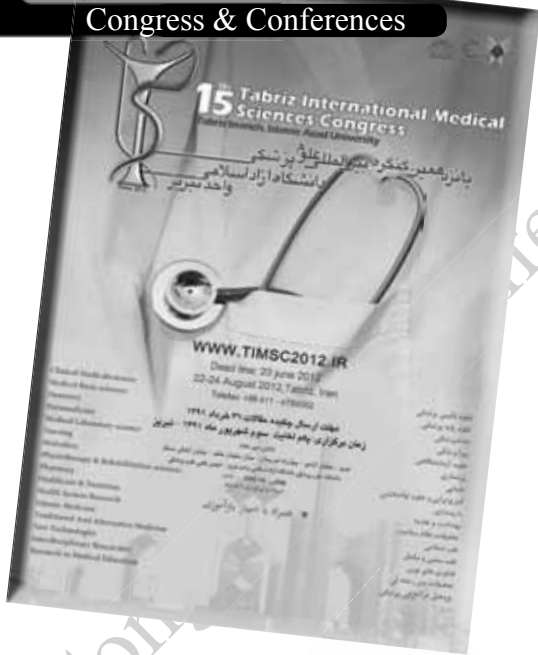
موسیوند اینها را می گوید و بعد برای آنکه نقطه پایانی برای این داستان ناتمام بگذارد، آن رباعی معروف بوعلی سینا را می خواند که:



برای مثال وقتی از او درباره همایش بین المللی بوعلی سینا می پرسند، پاسخ جالبی می دهد: «اگر بخواهیم به همایش از ۱۰ نمره بدهیم، من به آن ۸ می دهم... برپایی چنین گردهمایی هایی برای شناساندن ایران و همدان مفید است. بوعلی اما نیاز به شناساندن ندارد، چرا که همگان او را می شناسند و هنوز هم از طب او استفاده می کنند.»

زندگی پروفسور موسیوند فراز و فرودهای زیادی داشته و به خود دیده که حتی اشاره به آنها هم در این مجال کوتاه ممکن نیست: «من اول برای تحصیل به دانشسرای معلمی همدان رفتم. همه انتظار داشتند من معلم بشوم و خودم دوست داشتم نفر اول بشوم که نشدم و با خدا دعوا کردم که چرا اینطور نشد. بعد رفتم سراغ مهندسی مکانیک و بعد از آن سراغ رشته کشاورزی و دست آخر از ایران خارج شدم و ۳۰ سال بعد بود که به حکمت خدا پی بردم و دیدم اگر در دانشسرای تربیت معلم نفر اول می شدم، این فرصت را نمی یافتم که این همه یاد بگیرم و به مردم خدمت کنم. بعدها فهمیدم که ما چه عامی و چه

**دل گرچه در این بادیه بسیار شتافت
یک موی ندانست ولی موی شکافت
اندر دل من هزار خورشید بتافت
آخر به کمال ذره ای راه نیافت**



پانزدهمین کنگره بین المللی علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی

واحد تبریز

برگزار کننده: دانشگاه آزاد اسلامی تبریز

زمان برگزاری: ۱ الی ۳ شهریور ۱۳۹۱

ارسال خلاصه مقالات: ۱۳۹۱/۳/۳۱

اعلام نتایج نهایی: ۱۳۹۱/۴/۲۰

آخرین مهلت ثبت نام در کارگاه: ۱۳۹۱/۴/۳۰

آخرین مهلت ثبت نام سهمیه آزاد: ۱۳۹۱/۵/۵

سایت : www.conference.iaut.ac.ir

همایش ملی گیاهان دارویی

برگزار کننده: مرکز تحقیقات گیاهان دارویی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

زمان برگزاری: ۵ الی ۸ شهریور ۱۳۹۱

ارسال مقالات: ۱۳۹۱/۳/۳۰

سایت : www.yums.ac.ir



کنگره بین المللی هم اندیشی سرطان

برگزار کنندگان: دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مرکز تحقیقات

بیماری های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز

تحقیقات سرطان علوم پزشکی شهیدبهشتی، انجمن رادیوتراپی

انکولوژی ایران

زمان برگزاری: ۱۴ الی ۱۶ شهریور ۱۳۹۱

ارسال مقالات: ۱۳۹۱/۳/۳۰

مکان برگزاری: مشهد، هتل پردیسان

سایت : www.congress.mums.ac.ir/uzyaci



ششمین کنگره میکروبیشناسی بالینی ایران

برگزار کنندگان: دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مرکز تحقیقات میکروب شناسی بالینی

استاد البرزی

زمان برگزاری: ۱۱ الی ۱۳ مهر ۱۳۹۱

مکان برگزاری: مشهد

سایت : www.congress.mums.ac.ir

پنجمین همایش بین المللی روان پزشکی کودک و نوجوان

برگزار کنندگان: دانشگاه علوم پزشکی تهران، انجمن روانپزشکی

کودک و نوجوان

زمان برگزاری: ۱۷ الی ۲۰ مهر ۱۳۹۱

ارسال خلاصه مقالات: ۱۳۹۱/۳/۳۰

مکان برگزاری: تهران، مرکز همایش های رازی

سایت : www.congress.iacap.ir



کنگره بین المللی پوست زیبایی و لیزر

برگزار کننده: مرکز آموزش و پژوهش بیماری های پوست و جدام

دانشگاه علوم پزشکی تهران

زمان برگزاری: ۱۹ الی ۲۱ مهر ۱۳۹۱

مکان برگزاری: تهران، هتل المپیک

سایت : www.crtSDL.tums.ac.ir





هشتمین کنگره سراسری انگل شناسی در ایران
برگزار کنندگان: دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مرکز تحقیقات لیشمانیوز

کرمان

زمان برگزاری: ۲۵ الی ۲۷ مهر ۱۳۹۱

ارسال خلاصه مقالات: ۱۳۹۱/۳/۲۰

مکان برگزاری: کرمان، مرکز بین المللی تکنولوژی پیشرفته و علوم

محیطی

سایت : www.nicopa8.kmu.ac.ir

اولین کنفرانس ملی دانشجویی اعتیاد

برگزار کنندگان: دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ستاد مبارزه با مواد مخدر

کشور

زمان برگزاری: ۱۹ الی ۲۰ مهر ۱۳۹۱

ارسال خلاصه مقالات: ۱۳۹۱/۳/۳۱

مکان برگزاری: ارومیه

سایت : www.insca.ir



همایش کشوری دانشجویی بهداشت، تلاش امروز، نیاز آینده

برگزار کننده: کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی

کرمانشاه

زمان برگزاری: ۲۶ الی ۲۷ مهر ۱۳۹۱

ارسال خلاصه مقالات: ۱۳۹۱/۳/۳۰

مکان برگزاری: کرمانشاه، سالن همایش های بیمارستان امام رضا

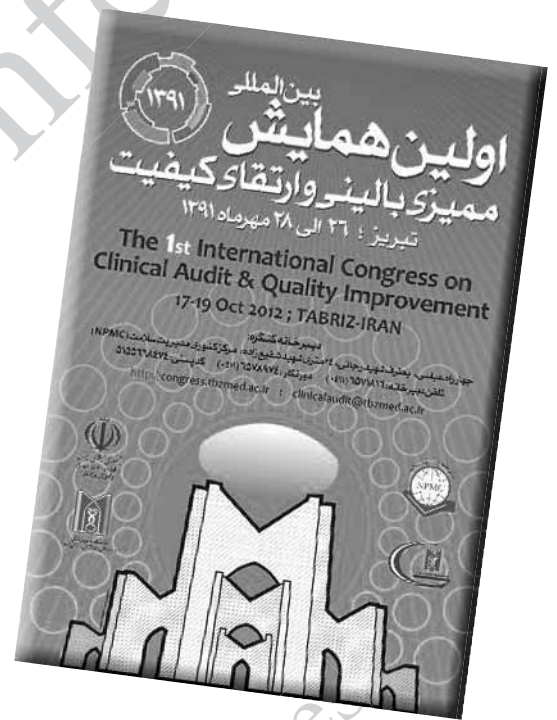
سایت : www.htf.kums.ac.ir





اولین همایش ملی بهداشت باروری و ناباروری
 برگزار کنندگان: دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد مرکز
 باروری و ناباروری استان اصفهان
 زمان برگزاری: ۲۶ الی ۲۷ مهر ۱۳۹۱
 مکان برگزاری: دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد
 سایت : www.fifh.iaun.ac.ir

اولین همایش بین المللی ممیزی بالینی و ارتقای کیفیت
 برگزار کنندگان: دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز کشوری مدیریت
 سلامت
 زمان برگزاری: ۲۶ الی ۲۸ مهر ۱۳۹۱
 ارسال خلاصه مقالات: ۱۳۹۱/۳/۳۰
 مکان برگزاری: تبریز
 سایت : www.congress.tbzmed.ac.ir



همایش پزشکی دوره اسلامی (دومین همایش تاریخ فرهنگ و تمدن اسلام و ایران)
 برگزار کننده: کمیته فرهنگ و تمدن اسلام و ایران شورای عالی
 انقلاب فرهنگی
 زمان برگزاری: مهر ۱۳۹۱
 مکان برگزاری: تهران
 سایت : www.iicc.tums.ac.ir



پشت کاجستان ، برف .
برف ، یک دسته کلاغ .

جاده یعنی غربت .
باد ، آواز ، مسافر ، و کمی میل به خواب .
شاخ پچک ، و رسیدن ، و حیاط .

من ، و دلنگ ، و این شیشه خیس .
می نویسم ، و فضا .

می نویسم ، و دودیوار ، و چنبر کجمنگ .

یک نفر دلنگ است .
یک نفر می بافد .
یک نفر می شمرد .
یک نفر می خواند .

زندگی یعنی : یک سار پرید .

از چه دلنگ شدی ؟

دخوشی ها کم نیست : مثلاً این خورشید ،

کودک پس فردا ،
کفتر آن هفته .

یک نفر دیشب مرد

و هنوز ، نان کندم خوب است .

و هنوز ، آب می ریزد پایین ، اسب های نوشند .

قطره ها در جریان ،
برف بردوش سکوت
و زمان روی ستون فقرات گل یاس .





نظرسنجی

خوانندگان محترم فصلنامه کنکاش ، نظرات شما مخاطبین برای ادامه کار و حیات ما قطعاً لازم است. در همین راستا فرم زیر به منظور آشنایی با مقبولیت نشریه در بخش های مختلف طراحی و پیش روی شما قرار دارد. امیدواریم با راهنمایی های شما دوستان در شماره های بعد شاهد بهبود کیفیت مجله باشیم.

مقایسه اثر ضد میکروبی "عصاره دانه و پوست انار" بر روی هلیکوباکتر پیلوری

عالی خوب متوسط ضعیف

انگل های فرصت طلب و شیمی درمانی سرطان ها

عالی خوب متوسط ضعیف

گریز از فراموشی با مصرف توت فرنگی

عالی خوب متوسط ضعیف

Regular Chocolate Consumption Linked To Leaner Bodies

عالی خوب متوسط ضعیف

Needle-free nanopatch vaccine delivery system

عالی خوب متوسط ضعیف

Discovery Of Biomarkers For Autism Could Lead To Diagnostic Test

عالی خوب متوسط ضعیف

قرصهای خواب آوری که به اندازه مصرف سیگار زیان آورند!

عالی خوب متوسط ضعیف

زنانی که باید از آلزایمر بترسند!

عالی خوب متوسط ضعیف

مرد فیلی ، افسانه یا واقعیت ؟

عالی خوب متوسط ضعیف

از سیب زمینی هندی تا کشف نخستین قرص های ضد بارداری

عالی خوب متوسط ضعیف



زالو جایگزین کورتون ها در درمان بیماری های مفصلی

عالی خوب متوسط ضعیف

آثار ارزشمند روغن کنجد بر سلامتی

عالی خوب متوسط ضعیف

از دوستی با این دارو ها بترسید

عالی خوب متوسط ضعیف

ذهن پرسشگر ، کلید توسعه ی علمی (مصاحبه با دکتر فخاریان)

عالی خوب متوسط ضعیف

معرفی مرکز تحقیقات فیزیولوژی

عالی خوب متوسط ضعیف

کمیته ی تحقیقات دانشجویی دانشگاه

عالی خوب متوسط ضعیف

روش صحیح پروپوزال نویسی

عالی خوب متوسط ضعیف

معرفی سایت

عالی خوب متوسط ضعیف

در دانشگاه های برتر جهان چه می گذرد ؟ (هاروارد)

عالی خوب متوسط ضعیف

خانه مختصر روستایی ، امید زنده ماندن را به جهانیان هدیه کرد (پروفسور موسیوند)

عالی خوب متوسط ضعیف

لطفا این فرم را به دفتر کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه تحویل دهید.