



مفتخرم به اطلاع شما عزیزان برسانم که این شماره، اولین شماره نشریه آوای دوست در سال ۹۴ و با طراحی و محتوای متفاوت از شماره‌های قبلی با همکاری همکاران جوان و پرانرژی و پرتوان و البته به لحاظ علمی با پتانسیل‌های بالاتر از عزیزان پیشکسوت منتشر می‌گردد.

شایان ذکر است که ضرورت این تغییرات از چندی پیش مطرح بود. چرا که شماره‌های قبلی به رغم تلاش همه همکاران عزیز هیئت تحریریه، بگواه خود این عزیزان و سایر همکاران و اساتید، نشریه‌ای در حد و اندازه‌های یک انجمن علمی با سابقه متجاوز از ۴ دهه فعالیت (تاسیس انجمن ۱۳۵۳) نبود، و بایستی تغییرات اساسی ماهوی، ساختاری، ظاهری و محتوایی در نشریه‌ای که هم‌اکنون برای ۱۴۰۰-۱۳۰۰ نفر از همکاران گرامی ارسال می‌گردد ایجاد می‌شد. بدیهی است این مهم جز با مشارکت و پیشتیبانی وفکری - علمی و عملی شما همکاران گرامی راه بجایی نخواهد برد و مساعدت همفکری و همیاری تک‌تک شما عزیزان در راستای دستیابی به اهداف علمی انجمن خودتان، لازمه تحقق این آرمان خواهد بود.

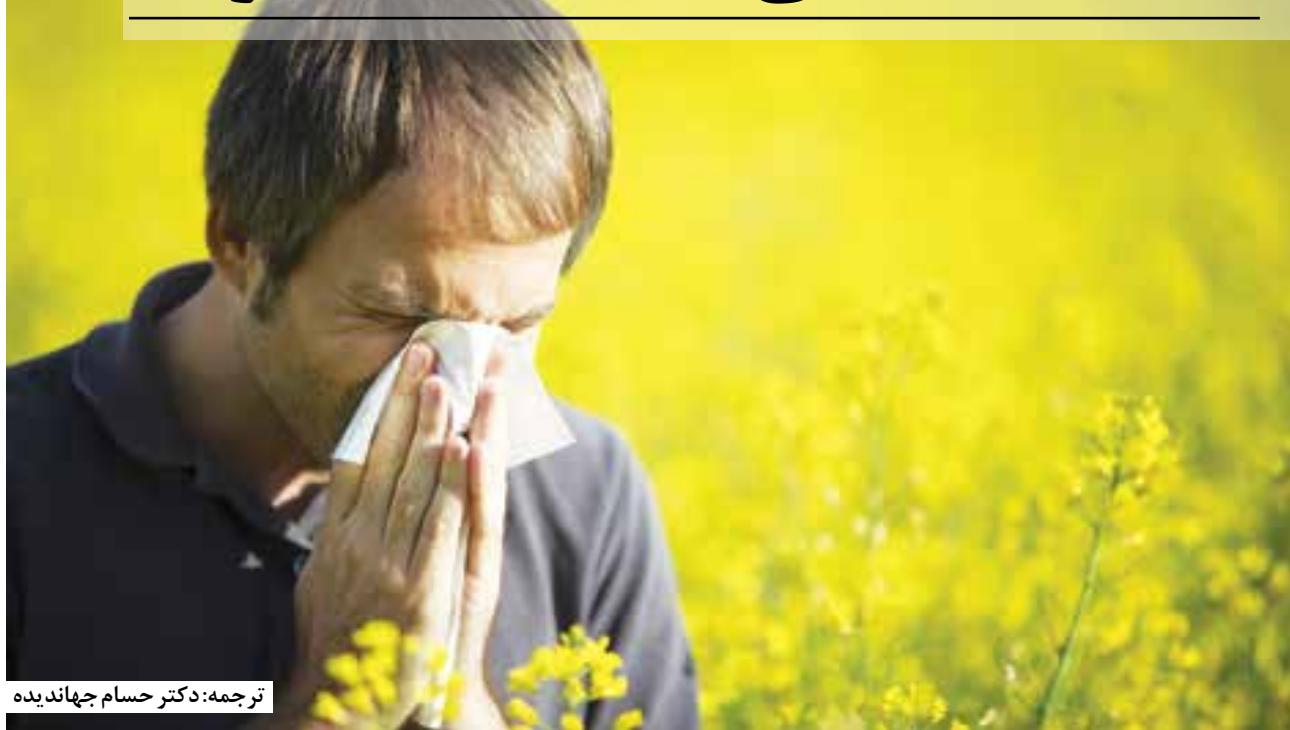
لذا دست یکایک شما را برای همکاری فشرده و تقاضای ارسال مقالات - موارد جالب و نادر بیماری - فتوکلینیک نظرات پیشنهادات سازنده و انتقادات شما باعث پشت‌گرمی ما برای ادامه خدمت به همگان خواهد بود.

همکاران هیئت تحریریه پیوسته به مساعدت‌های بیدریغ شما نیازمندند. انجمن ENT و نشریه آن را از خود بدانید و در تداوم و بالندگی و ارتقاء علمی مطالب آن ما را یاری رسانید.

سید محمدرضا توکلی

سردبیر

راهکار طبابت بالینی جدید درباره رینیت آلرژیک



ترجمه: دکتر حسام جهانانیده

قابل استفاده است اما شامل جمعیت کودکان زیر ۲ سال نمی‌شود. این راهکار به وسیله کار گروهی متشکل از متخصصان گوش و حلق و بینی، ایمونولوژی و آلرژی، داخلی، کودکان، پزشکی خانواده، طب خواب و طب مکمل تدوین شده است.

خلاصه نکات مهم راهکار

۱- شرح حال و معاینه بالینی؛ تشخیص بالینی رینیت آلرژیک در بیمار دارای سابقه مثبت ارتباط بین آلرژن با بروز یکی از علائم ذیل صورت می‌پذیرد: احتقان بینی، آبریزش، خارش بینی و عطسه. یافته‌هایی که مرتبط با علل آلرژیک تلقی می‌شوند مشتمل بر رینوره آبکی، احتقان بینی، تغییر رنگ مخاط بینی به صورت رنگ پریدگی و قرمزی و اشکریزش از چشم‌ها هستند.

۲- آزمون‌های آلرژی: انجام آزمون Ige اختصاصی (به صورت پوستی یا خونی) در بیمار مبتلا به رینیت آلرژیک

آکادمی گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن آمریکا اخیراً یک راهکار مبتنی بر شواهد جدید درباره رینیت آلرژیک منتشر کرده است. به گفته دکتر ساندراین که یکی از تدوین‌کنندگان این راهکار بوده است، رینیت آلرژیک تقریباً یک نفر از هر شش آمریکایی را مبتلا می‌سازد و هزینه سالانه آن تنها در این کشور بین ۲-۵ میلیارد دلار تخمین زده می‌شود. به علاوه کوموریدیت‌های همراه با رینیت آلرژیک در کودکان مسئول هشتصد هزار تا دو میلیون مورد غیبت از مدرسه در سال است. اگرچه این بیماری پنجمین بیماری مزمن شایع در ایالات متحده به شمار می‌رود، تفاوت‌ها و ناهمگونی‌های قابل توجهی در تدابیر درمانی آن وجود دارد.

هدف اصلی تدوین این راهکار توجه به مساله بهبود کیفیت برای تمام پزشکان دخیل در درمان رینیت آلرژیک و به حداقل رساندن مداخلات غیر ضروری یا مضر بوده است. این راهکار هم برای کودکان و هم برای بزرگسالان

- ۸- آنتی‌هیستامین‌های داخل بینی: می‌توان آنتی‌هیستامین‌های داخل بینی را برای بیماران مبتلا به انواع فصلی، دائمی و دوره‌ای رینیت آلرژیک تجویز کرد.
- ۹- مهارکننده‌های گیرنده لگوتترین: این دسته از داروها نباید به عنوان درمان خط اول برای مبتلایان به رینیت آلرژیک تجویز شوند.
- ۱۰- درمان ترکیبی: ممکن است درمان با چند دسته دارویی در بیمارانی که درمان با یک دارو در آنها موثر نبوده است مدنظر قرار گیرد.
- ۱۱- ایمونوتراپی: بیمارانی که دارو درمانی همراه یا بدون کنترل محیطی در درمان رینیت آلرژیک آنها موثر نبوده است باید برای انجام ایمونوتراپی (زیر زبانی یا زیر جلدی) ارجاع شوند.
- ۱۲- جراحی توربینت تحتانی: بیماران دچار انسداد راه هوایی بینی همراه با بزرگی توربینت‌های تحتانی که به درمان طبی پاسخ نداده‌اند باید تحت عمل جراحی کاهش اندازه توربینت تحتانی قرار گیرند.
- ۱۳- طب سوزنی: بیماران علاقه‌مند به استفاده از درمان‌های غیر دارویی را می‌توان برای انجام طب سوزنی به متخصص مربوطه ارجاع داد.
- درمان‌های گیاهی: در حال حاضر استفاده از درمان‌های گیاهی برای رینیت آلرژیک توصیه نمی‌شود. ■

منبع:

Otolaryngology, Head and Neck Surgery,
February 2015.

با تشخیص بالینی که به درمان تجربی (empiric) پاسخ نداده است ضروری است. انجام این آزمون در موارد تشخیص غیرقطعی یا زمانی که شناسایی دقیق نوع آلرژن مدنظر است نیز توصیه می‌شود.

۳- شرح حال و معاینه بالینی: تصویربرداری از بینی و سینوس‌های پارانازال در بیماران دارای علائم منطبق بر رینیت آلرژیک نباید به صورت روتین انجام شود.

۴- عوامل محیطی: در بیماران دارای علائم بالینی ناشی از مواجهه با آلرژن‌های شناخته شده می‌توان پرهیز از آلرژن و انجام اقداماتی مثل حذف حیوانات خانگی، استفاده از فیلترهای تصفیه هوا، پوشش‌های مخصوص رختخواب و مایت‌کش‌ها را توصیه نمود.

۵- بیماری‌های مزمن و موربیدیت‌های همراه: بیماران مبتلا به رینیت آلرژیک باید از نظر ابتلا به بیماری‌های همراه مثل آسم، درماتیت آتوپیک، اختلالات تنفسی حین خواب، کونژنکتیویت، رینوسینوزیت و اوتیت میانی تحت ارزیابی قرار گیرند.

۶- استروئیدهای موضعی: تجویز استروئیدهای موضعی بینی برای آن دسته از بیماران واجد تشخیص بالینی رینیت آلرژیک که بیماری بر کیفیت زندگی ایشان تاثیر گذاشته است توصیه می‌شود.

۷- آنتی‌هیستامین‌های خوراکی: تجویز آنتی‌هیستامین‌های خوراکی نسل ۲ با خاصیت خواب‌آوری کم برای بیماران مبتلا به رینیت آلرژیک که شکایت اصلی آنها عطسه و خارش است توصیه می‌گردد.

بررسی اثر بخشی میتوما یسین واستنت در درمان آترزی کوان

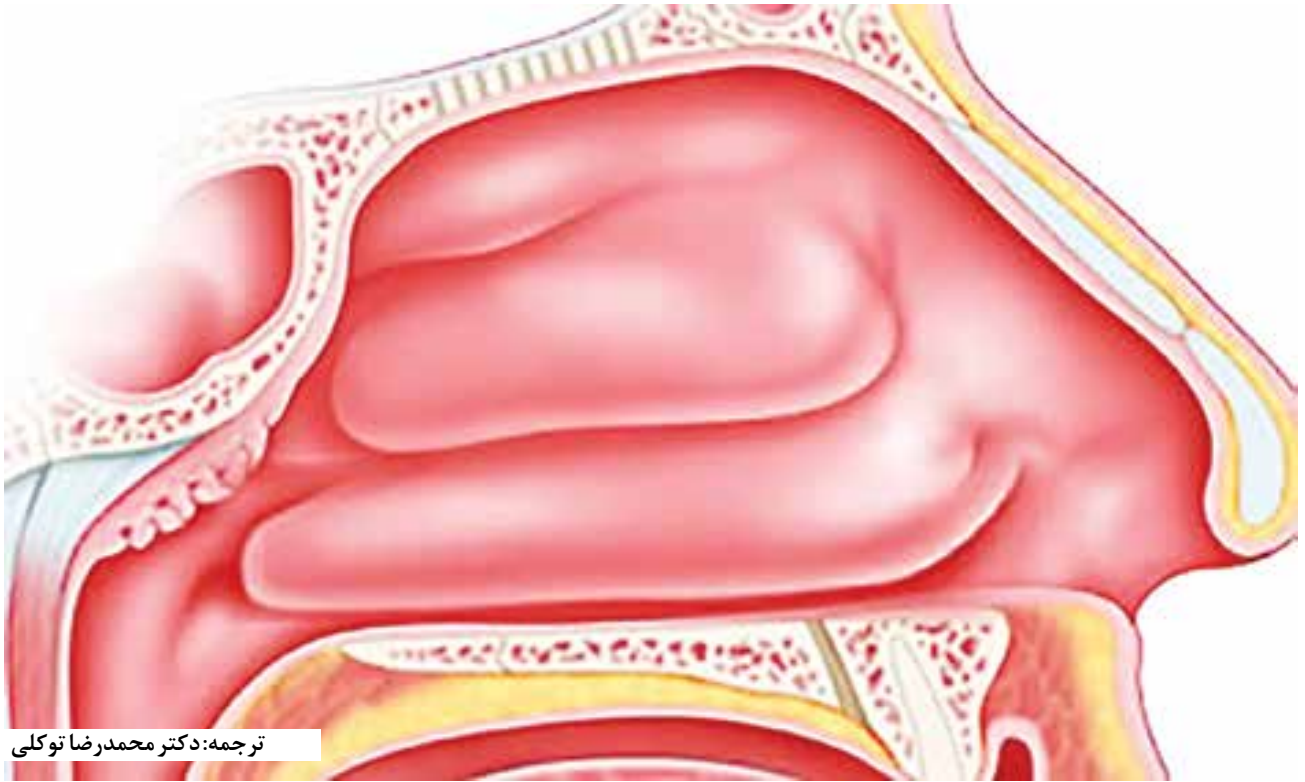
ترجمه: دکتر محمدرضا فتح‌العلومی

برابر ۲/۵۳ مورد). نسج گرانولاسیون در سمتی که استنت گذاشته شده بود به مراتب بیشتر از سمتی بود که استنت قرار داده نشده بود (۵۰٪ در مقابل صفر مورد). میانگین تعداد جراحی در بیمارانی که استنت برایشان قرار داده شده بود بطور بارزی بیش از سمتی بود که استنت قرار نگرفته بود (۲/۳۳ در مقابل ۱/۱۲ مورد). میانگین بستری در بیمارستان در بیمارانی که استنت نداشتند کمتر از بیمارانی با استنت بود (۲/۳۳ در مقابل ۷/۰۹ روز). محققان توصیه می‌کنند که استفاده از میتوما یسین به عنوان درمان کمکی برای ترمیم آترزی کوان باعث ایجاد نسج گرانولاسیون کمتر و تعداد موارد رتوش کمتر در بیمارانی می‌شود. قرار دادن استنت با همراهی نسج گرانولاسیون بیشتر، جراحی بیشتر و اقامت بیشتر در بیمارستان همراه است. مورد استثنا برای قرار دادن استنت در نوزادان تازه متولد شده است که تنفس اجباری از راه بینی دارند. ■

منبع:

*International Journal of Petriatric
Otorhinolaryngology*. February 2014; 78:307-11.

دکتر کارتر و همکاران در دانشگاه تولان امریکا، در طی بیست سال بر روی ۱۷ بیمار، ترمیم آندوسکوپیک آترزی کوان را انجام دادند. در ابتدا ۲۶ مورد جراحی اولیه، بر روی ۸ بیمار (۴۷٪) با آترزی یکطرفه و ۹ بیمار (۵۳٪) با آترزی دوطرفه انجام شد. تمام ۱۷ بیمار برای کنترل محل عمل مجدداً آندوسکوپی شدند. برای یک بیمار نیز رتوش ترانس پالاتال انجام شد. در ۱۱ طرف (۴۲٪) در جراحی اولیه از میتوما یسین استفاده شد. به طور مشخصی در سمتی که از میتوما یسین استفاده شده بود نسج گرانولاسیون کمتری نسبت به سمتی که میتوما یسین استفاده نشده بود دیده می‌شد. در سمتی که میتوما یسین استفاده شده بود ۱۸٪ نیازمند دیلاتاسیون شدند در حالی که در بیمارانی که از میتوما یسین استفاده نشده بود ۴۰٪ نیازمند دیلاتاسیون بودند. مجموعاً ۲۰٪ از بیمارانی که در آنها از میتوما یسین استفاده نشده بود نیاز به جراحی مجدد داشتند در حالی که در گروهی که در آنها از میتوما یسین استفاده شده بود هیچ موردی برای جراحی مجدد نبود. میانگین تعداد موارد جراحی در سمتی که میتوما یسین استفاده شده بود کمتر از سمتی بود که میتوما یسین استفاده نشده بود (۱/۱۸ در



ترجمه: دکتر محمد رضا توکلی

تزریق استروئید داخل بینی و کوری

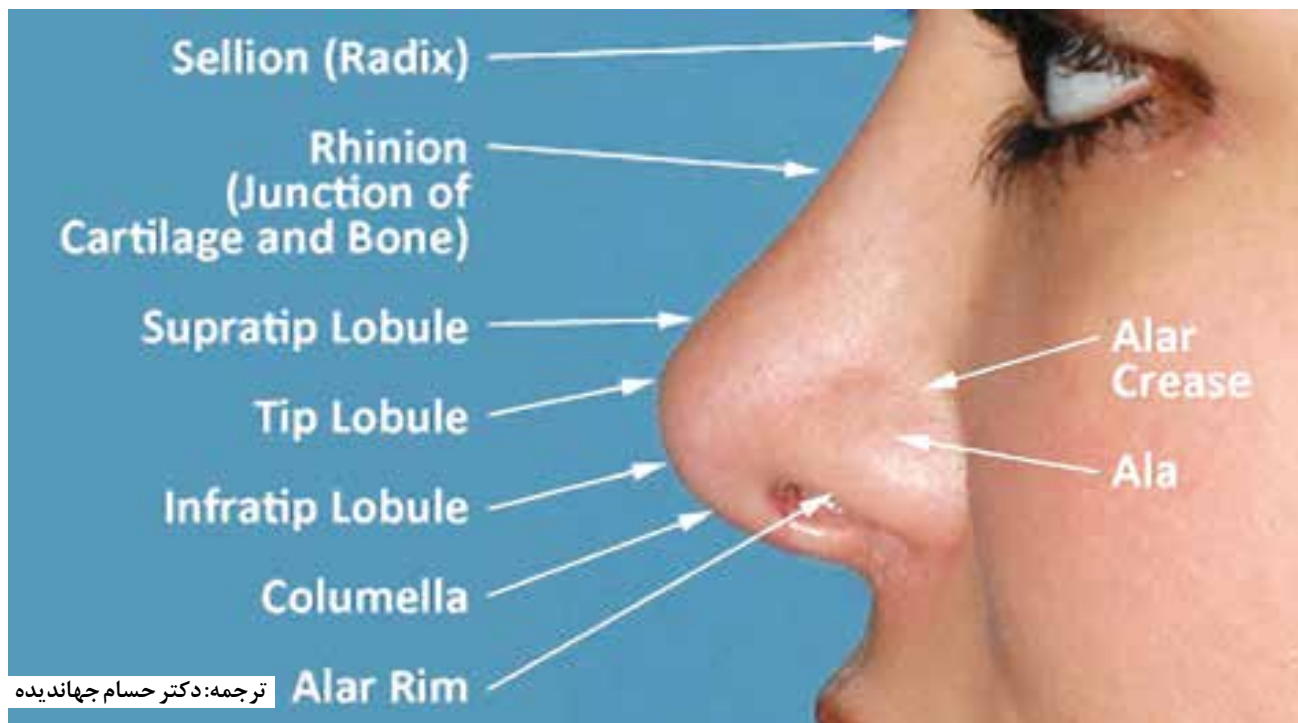
و هر سه این بیماران یک دوره اختلال بینایی گذرا را طی نمودند و بدون هیچگونه عارضه دائمی بهبود یافتند. در مجموع یک گروه ۱۹ نفره گزارش از اختلال بینایی متعاقب تزریق داخل بینی استروئید جمع‌آوری گردید که از اکثریت فاقد اطلاعات علمی کافی برای تطبیق یا محل دقیق تزریق یا انحراف از معیارهای صحیح پروتکل تزریق بودند. بنابراین تزریق داخل بینی استروئید یک روش علمی بی‌خطر و صحیح برای رینوسینوزیت مزمن است و در صورتی که اینکار با روش صحیح صورت گیرد استفاده از متیل پردنیزولون یا تریامسینولون استوناید داخل توربینت و پولیپ توجیه‌پذیر خواهد بود. ■

منبع:

Laryngoscope, November 2014.

این مطالعه با هدف بررسی تزریق استروئید داخل بینی و ارزیابی ضریب ایمنی آن به صورت مرور گذشته‌نگر پرونده‌های بیماران و مرور متون پزشکی صورت گرفت. مجموعاً ۷۸ بیمار با رینیت مزمن یاسینوریت در فاصله آوریل ۲۰۰۸ تا ژوئن ۲۰۱۳ مورد تزریق ۲۳۷ مورد تریامسینولون استوناید داخل توربینت یا داخل پولیپ، در یک مرکز درمانگاهی خصوصی قرار گرفتند. یک جدول بررسی علائم و عوارض تهیه شد. در ضمن یک بررسی کامل از Pubmed در زمینه عوارض بینایی متعاقب تزریق استروئید داخل بینی نیز جمع‌آوری گردید. از بین ۲۳۷ تزریق به عمل آمده ۱۵۲ مورد داخل توربینت و ۸۵ تا داخل پولیپ صورت گرفت. یکی از تزریق‌های داخل پولیپ منجر به یک تغییر بینایی گذرا که خود به خود بهبود یافت، گردید. از میان ۱۱۷۶۶۹ تزریق صورت گرفته در مجموعه گزارش‌های منتشر شده، ۳ مورد منجر به عوارض بینایی گردید که در واقع میزان بروز اختلال بینایی ۰/۰۰۳٪ بود

تغییرات نوستریل و کمپلکس آلار- کولوملاردر روش Tongue-in-groove

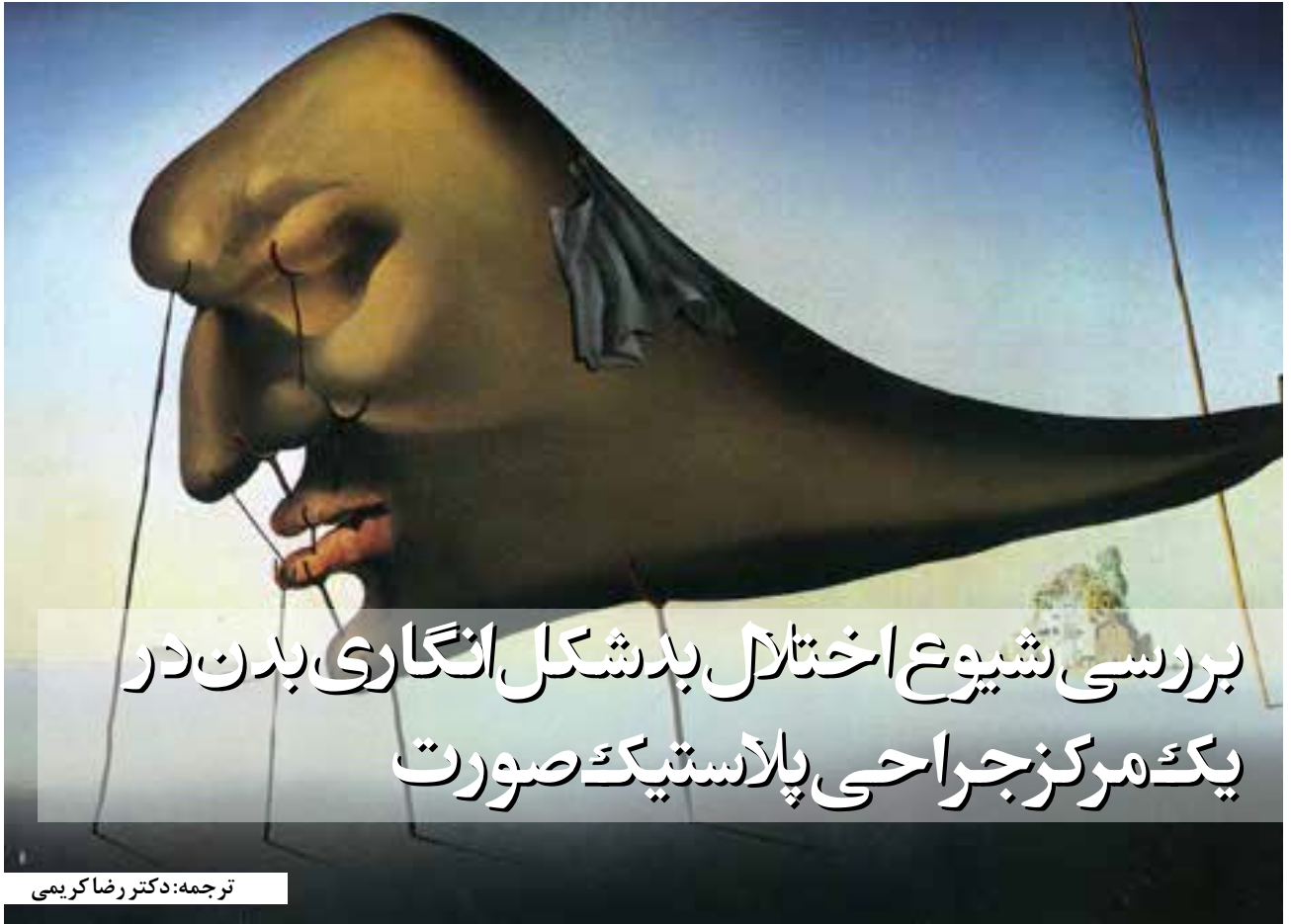


زاویه نازولیبال، ارتفاع نوستریل و طول نوستریل. نتایج پیگیری در ۲ هفته، ۱۰-۴ هفته و بیش از ۱۰ هفته پس از عمل حاکی از بهبود در کلیه پارامترهای فوق بوده است بنابراین استفاده از تکنیک TIG باعث کاهش تظاهر (Show) لترال نوستریل، کاهش اختلاف آلار- کولوملار و افزایش چرخش نوک بینی به بالا می‌شود و مقدار عددی این تغییرات نیز از نظر آماری معنی‌دار هستند. ■

منبع:

Aesthetic Plastic Surgery, February 2015.

بالا کشیدن کراس‌های داخلی غضروف جانبی تحتانی (LLC) و دوختن آن به قسمت کودال سپتوم که تحت عنوان تکنیک *tongne-in-groove* یا TIG شناخته می‌شود امکان تغییر موقعیت کولوملا، نوک بینی و پره‌های بینی به منظور اصلاح اختلالات کمپلکس آلار- کولوملار را فراهم می‌آورد. با این حال تاکنون مطالعه‌ای درباره آنالیز کمی تغییرات حاصل از این روش انجام نپذیرفته است. آقای Shah و همکاران با بررسی تصاویر پیش و پس از عمل ۲۰ بیمار به بررسی تغییرات ذیل پرداخته‌اند: سطح اکسپوز شده نوستریل از لترال، نسبت آلار- کولوملار،



بررسی شیوع اختلال بدشکل انگاری بدن در یک مرکز جراحی پلاستیک صورت

ترجمه: دکتر رضا کریمی

خواهان جراحی‌های ترمیمی و بازسازی صورت مبتلا به BDD بوده‌اند. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که BDDQ از صحت (۹۱/۷٪)، حساسیت (۱۰۰٪) و ویژگی (۹۰/۳٪) بالایی برای غربالگری BDD برخوردار است. بیشترین دغدغه درباره نازیبا بودن جراحی صورت به ترتیب مربوط به بینی (۵۶٪)، پوست (۲۸٪)، مو (۶٪)، چانه (۶٪) و گوش‌ها (۶٪) بوده است یعنی بخش‌هایی که در گروه مبتلا به BDD در مقایسه با غیر مبتلایان بالاتر بوده است و بین ابتلا به BDD و اضطراب نیز همبستگی وجود داشته است. محققان این مطالعه پیشنهاد کرده‌اند که از ابزار BDDQ برای غربالگری بیماران متقاضی انجام جراحی‌های پلاستیک صورت استفاده شود.

منبع:

JAMA Facial Plastic surgery, February 2015.

اختلال بدشکل انگاری بدن (Body Dysmorphic Disorder- BDD) کمتر از میزان واقعی آن مورد توجه و تشخیص قرار می‌گیرد. این دسته از بیماران به جای جراحی‌های زیبایی نیازمند درمان روانپزشکی هستند. مطالعه‌ای با هدف بررسی میزان شیوع BDD به صورت آینده‌نگر بر روی ۲۳۴ بیمار متوالی مراجعه کننده به یک مرکز جراحی پلاستیک صورت انجام پذیرفته است. در این مطالعه از پرسشنامه اختلال بدشکل انگاری بدن (BDDQ) استفاده گردید. این پرسشنامه مشتمل بر ۴ سؤال درباره برداشت فرد از ظاهر و چهره خود است که توسط خود بیمار تکمیل می‌گردد و برخی سئوالات آن اجزای مختلفی دارند:

براساس نتایج حاصل از این مطالعه ۱۳/۱٪ از بیماران متقاضی اعمال جراحی زیبایی صورت و ۱/۸٪ از بیماران

الگوی جدید تشخیص جسم خارجی مری



تاثیرات جراحی های جوانسازی پوست بر جذابیت و شخصیت افراد



ترجمه: دکتر حسام جهاناننده

تا به امروز بیشترین بحث‌ها درباره جراحی های جوانسازی صورت صرفاً بر پیامد جوان‌تر به نظر رسیدن متمرکز بوده است. با این حال قضاوت درباره چهره انسان‌ها به ویژگی های متعدد دیگری نیز بستگی دارد. مطالعه‌ای جدید بر روی تصاویر پیش و پس از عمل ۳۰ خانم سفید پوست که تحت اعمال جراحی ریتیدکتومی، بلفاروپلاستی فوقانی و تحتانی، لیفت ابرو، لیفت گردن و ایمپلنت چانه قرار گرفته بودند انجام شده است. در این پژوهش ۲۴ ارزیابی کننده؛ ۶ خصلت فردی (تهاجمی بودن، برونگرایی، دوست داشتنی بودن، قابل اعتماد بودن، ریسک پذیر بودن و مهارت‌های اجتماعی) و دو ویژگی زنانگی و جذابیت را نمره‌دهی کردند.

بررسی‌های آماری حاکی از آن بود که از میان این ۸ خصلت چهار مورد دوست داشتنی بودن، مهارت‌های اجتماعی، جذابیت و زنانگی پس از اعمال جراحی پلاستیک صورت افزایش پیدا کردند در حالی که در مورد چهار خصلت دیگر تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

پژوهشگران این مطالعه نتیجه گرفته‌اند که جراحی پلاستیک صورت باعث تغییر برداشت اطرافیان درباره ویژگی‌های فرد می‌شود و این تغییر صرفاً محدود به جوان‌تر به نظر رسیدن نیست و ویژگی‌های دیگری همچون دوست داشتنی بودن و جذابیت را در بر می‌گیرد. ■

اگر چه برای تشخیص جسم خارجی مری معمولاً از رادیوگرافی لترال گردن استفاده می‌شود، محققان روش جدیدی را برای تشخیص این مشکل پیشنهاد کرده‌اند. در بخش اول این مطالعه ۴۳ بیمار دارای رادیوگرافی مشکوک تحت ازوفاگوسکوپی ریژید قرار گرفتند که از این میان ۳۱ مورد دچار جسم خارجی مری بودند. در بخش دوم این مطالعه ۳۰۲ بیمار مشکوک به جسم خارجی بینی به کمک ازوفاگوسکوپی ترانس نازال تحت ارزیابی قرار گرفتند که تنها در ۵۲ مورد وجود جسم خارجی مسجل شد. در این گزیده از بیماران، حساسیت و ویژگی رادیوگرافی لترال گردن برای وجود جسم خارجی به ترتیب معادل ۵۹٪ و ۸۳٪ بود.

پژوهشگران این مطالعه معتقدند که استفاده از ازوفاگوسکوپی ترانس نازال قادر به تغییر الگوی تشخیص و درمان بیماران مشکوک به جسم خارجی مری است. این روش کم هزینه و بی‌خطر به کمک بی‌حسی موضعی قابل انجام است و می‌تواند جانشین رادیوگرافی برای غربالگری بیماران مشکوک به جسم خارجی شود. ■

منبع:

Otolaryngology-Head&Neck Surgery, April
2015-05-06



ارزیابی نقش تشخیصی سیتولوژی از سلول های آسپیره شده توسط سوزن ظریف (FNAC) در تشخیص ضایعات غدد بزاقی

ترجمه: دکتر محمدرضا فتح‌العلمی

مورد بدخیم بود. ۲۰ مورد (۶۴/۵٪) آدنوم پلئومورفیک، ۳ مورد (۹/۶٪) آسینیک سل کارسینوم و تومور وارتین و در نهایت آدنویید سیستیک کارسینوم و لنفوم غیرهوچکین هر کدام ۲ مورد (۶/۴٪) بودند. موکوپایدرموئید کارسینوم و آدنوکارسینوم موسینوس هر کدام ۱ مورد (۳/۲٪) بودند. میزان ارزشمندی FNAC معادل ۸۳/۸٪ با ۷۷/۷٪ حساسیت (sensitivity) و ۸۶/۳٪ ویژگی (specificity) بود. پس از تعدیل کردن مقادیر بدست آمده با میزان تورش، میزان حساسیت و ویژگی آزمون FNAC معادل ۶۸/۵٪ بود. تشخیص منفی کاذب در مورد کارسینوم موکوپایدرموئید و آسینیک سل کارسینوم و تشخیص مثبت کاذب در مورد آدنوم پلئومورفیک بود.

محققان نتیجه‌گیری کردند که تطابق خوبی بین FNAC با هیستولوژی در ضایعات غدد بزاقی وجود دارد. استثنا در این مورد آدنوم پلئومورفیک است آنهم وقتی تعداد سلول‌های خارج شده کم باشد که در این موارد در صورتی که بتوان بلوک سلولی تهیه کرد توصیه به انجام بررسی ایمونوهیستوشیمیایی یا انجام مجدد FNAC می‌شود. ■

منبع:

BMC Research Notes. 2015; 27; 8:101

FNAC یک روش تشخیصی سیتولوژیک است که بر اساس شکل چند یا گروه کوچکی از سلول‌های برداشته شده توسط سوزن ظریف صورت می‌گیرد. دکتر نز و همکاران پاتولوژیستش در کراچی پاکستان به منظور بررسی میزان ارزش این کار در تشخیص ضایعات غدد بزاقی این تحقیق را انجام دادند. در این تحقیق ۱۸۷ مورد FNAC از توده‌های غدد بزاقی سباب ماندیبولار و پاروتید توسط خود پاتولوژیست انجام شد. جواب ۳۱ مورد ضایعه نئوپلاسمی بود که بیماران تحت جراحی برداشتن ضایعه قرار گرفتند و نتیجه هیستولوژی نسج برداشته شده با نتیجه سیتولوژی قبل از جراحی مقایسه گردید. میانگین سنی بیماران 42 ± 21 سال و تعداد مرد و زن تقریباً مساوی بود. در گروه غیر نئوپلاسمی، سیالادیت مزمن شایعترین مورد (۳۳/۸٪) و سیالادیت حاد سوار شده بر مزمن با ۲۹/۷٪ و التهابات گرنولوماتوز مزمن با ۲۷٪ در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. آدنوم پلئومورفیک شایعترین ضایعه نئوپلاسمی خوش خیم بود. لنفوم غیر هوچکینی شایعترین ضایعه نئوپلاستی بدخیم (۳۸/۹٪) بود و پس از آن به ترتیب تومور آسینیک سل با ۲۷/۸٪ و آدنویید سیستیک کارسینوم با ۱۶/۷٪ قرار داشتند. تمام ۳۱ مورد، تحت جراحی برداشتن تومور قرار گرفتند. ۲۱ مورد از ضایعات بیماران، خوش خیم و ۹



ترجمه: دکتر محمدرضا توکلی

درمان ماستوئیدیت حاد در اطفال و ارتباط آن با

یافته‌های بالینی و میکروبی شناسی

ساله‌ای بود که در بخش ENT بیمارستان مرکزی هلینسکی فنلاند با تشخیص ماستوئیدیت حاد در فاصله سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۱۲ بستری شده بودند. ۵۶ بیمار شامل معیارهای ورود به مطالعه می‌شدند. میزان بروز ماستوئیدیت ۱/۸۸ در ۱۰۰ هزار در سال بود. شایع‌ترین ارگانیس‌ها/استرپتوکوک پنومونیه (۳۸٪)، استرپتوکوک پیوژن (۱۱٪) و سودوموناس آئروژینوزا (۱۱٪) بودند. از بین ارگانیس‌های/استرپتوکوک

در این مطالعه ابعاد بالینی و رادیولوژیک و یافته‌های آزمایشگاهی و میکروبیولوژیک در اطفال مبتلا به ماستوئیدیت حاد به منظور بهبود شرایط تشخیصی و درمانی ارزیابی شده است. همچنین به این نکته پرداخته شده که آیا پاتوژن‌های مختلف باعث یافته‌های بالینی متفاوت می‌گردند یا خیر. این بررسی یک مطالعه مروری گذشته‌نگر بر اساس پرونده‌های پزشکی بیماران صفر تا ۱۶



ایجاد کرده بود. به علاوه این میکروارگانیسم نوع ملایم تری از بیماری را ایجاد کرده بود و ضمن ایجاد تورم پشت گوشی کمتر، در مقایسه با سایر ارگانیسم ها نیاز کمتری به ماستوییدکتومی ایجاد نموده بود. نکته قابل توجه دیگری و اختلافی بین گروه های بیماران مشاهده نشد.

به عنوان جمع بندی باید گفت یافته های بالینی در ماستوئیدیت اطفال بسته به نوع ارگانیسم مولد متفاوت است و در استرپتوکک پنومونیه به خصوص گونه هایی که به آنتی بیوتیک ها مقاوم شده اند منجر به ظهور علائم گردیده و در نهایت به ماستوییدکتومی ختم می گردد. استرپ پیوژن درد کمتری ایجاد می کند و سودوموناس به طور خاص اطفالی را که لوله تهویه دارند مبتلا نموده، نوع کمتر تهاجمی بیماری را ایجاد می نماید. ■

منبع:

International Journal of Pediatric Otolaryngology, September 2014.

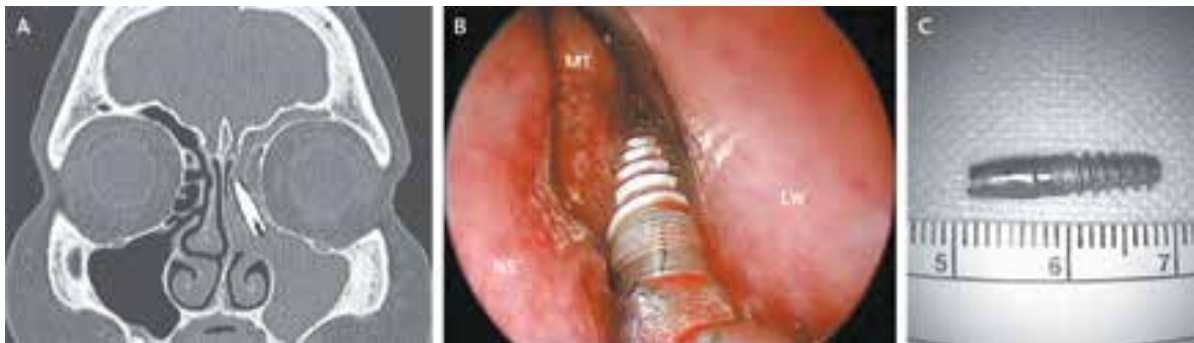
پنومونیه، ۴۸٪ نسبت به درمان های آنتی بیوتیکی متداول کاهش واکنش قابل ملاحظه داشتند (مقاومت متوسط) و این نکته واضحاً نسبت به حجم قابل توجهی از جمعیت ثابت گردید.

اتالژی و علائم پشت گوشی در بیماران با میکروب استرپتوکک پنومونیه شایع بود ولی اتوره در مقایسه با سایر ارگانیسم ها در این نوع باکتری کمتر شایع بود. استرپتوکک پنومونیه تخریب شنوایی سپتاهای بیشتری در مقایسه با سایر ارگانیسم ها داشت. در ۳۴٪ کل بیماران ماستوییدکتومی صورت گرفت که از این میان ۶۰٪ بیماران مبتلا به استرپتوکک پنومونیه بودند (شایع ترین) و نیز کاهش حساسیت بر آنتی بیوتیک ها را داشتند. بیماران با عفونت استرپتوکک پیوژن اتالژی کمتری داشتند و در ضمن علائم پشت گوشی کمتری نسبت به سایر ارگانیسم ها داشتند.

سودوموناس آئروژینوزا به طور خاص بیمارانی را درگیر کرده بود که لوله تیمپانوستومی داشتند و در همه اتوره

فوتوکلینیک

تشخیص شما چیست و اقدام درمانی مناسب کدام است؟



ابزار جراحی تخصصی ENT ساخت آلمان

FENTEX
medical
www.fentexmedical.com



EC-CAM Endo-Diagnostics
Digital endoscopic camera system
for your laptop

دوربین آندوسکوپی دیجیتال با قابلیت اتصال مستقیم به لب تاب با کیفیت اچ دی

TN Rhinoplasty Set

■ ست رینوپلاستی اختصاصی پروفیسور تربیتته





PROVOX Vega™

Voice prosthesis with SmartInserter™

XtraHME™



ATOS
MEDICAL

Leading the way in ENT

www.atosmedical.com

فیلترهای تصفیه، گرم کننده و مرطوب کننده هوا
(heat moisture exchange HME)

پروتزهای حنجره Provox
برای بازتوانی گفتاری پس از لارنژکتومی



Heinz Kurz GmbH Medizintechnik
www.kurzmed.com

پروتزهای تیمپانیومی گوش میانی



ساخت آلمان



شرکت پارس طب دانا

نماینده انحصاری محصولات ATOS / KURZ / FENTEX در ایران

www.parstebdana.com
info@parstebdana.com

خیابان ولیعصر، زویروی پارک ساعی، کوچه امینی، پلاک ۴، طبقه ۲، واحد ۶
تلفن: ۸۸۶۶۰۰۲۴ / ۸۸۶۷۸۰۲۰ / ۸۸۷۳۳۲۵۰۲۶ | فکس: ۸۸۶۶۰۰۲۵



ترجمه: دکتر علی افتخاریان

ارتباط کاهش شنوایی حسی عصبی ناگهانی با بیماری اضطراب

بیماری اضطراب را در بیماران مبتلا به این نوع کاهش شنوایی (قبل از بروز بیماری شنوایی) بیشتر از گروه کنترل نشان داد ($p < 0.0001$). این ارتباط به طور چشمگیری در سنین پایتتر از ۴۴ سال شدت بیشتری می‌یابد. نویسندگان نتیجه گرفته‌اند که باید مطالعاتی در جهت بررسی علت همراهی این دو بیماری صورت پذیرد. ■

منبع:

European Archives of Otorhinolaryngology,
August 2014.

این تحقیق در تایوان به صورت بررسی پرونده‌های بیمه سلامت انجام شده است. ۳۵۲۲ بیمار با تشخیص کاهش شنوایی حسی عصبی ناگهانی (SSNHL) در پرونده‌ها دیده می‌شوند. ۱۰۵۶۶ بیمار با سن و جنس مشابه که فاقد SSNHL بودند به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شده‌اند. ۱۷/۸٪ بیماران SSNHL سابقه بیماری اضطرابی قبل از کاهش شنوایی در پرونده داشته‌اند در حالی که این میزان برای گروه کنترل ۱۱/۹٪ بوده است. بعد از تنظیم و یکسان سازی دو گروه از نظر وضعیت اجتماعی اقتصادی و بیماری‌های همراه دیگر، مقایسه آماری بطور چشمگیر



کاشت مجدد گوش

ترجمه: دکتر رضا کریمی



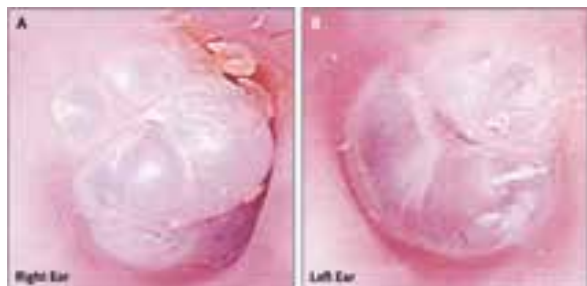
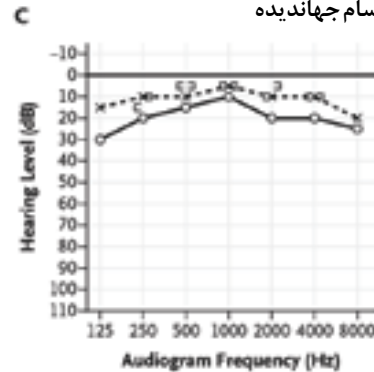
خانمی ۱۹ ساله به علت کنده شدن گوش چپ به دنبال گاز گرفتگی سگ مراجعه کرد (تصاویر A و B). واکسیناسیون کزاز بیمار و واکسیناسیون هاری سگ کامل بود. پس از دبریدمان گوش، کاشت مجدد آن همراه با آناستوموز میکروواسکولار گوش کنده شده، یک شاخه از شریان پست اوریکولار با قطر ۰/۳ میلی متر انجام شد. از آنجایی که ورید مناسبی یافت نشد از زالوهای طبی (*Hirudo Medicinalis*) به مدت ۱۷ روز برای درناژ وریدی کمک گرفته شد (تصویر C). سیپروفلوکساسین برای پروفیلاکسی در برابر باکتری *آئروموناس هیدروفیلا* که در سیستم گوارشی زالو وجود دارد استفاده شد. برای جلوگیری از ترومبوز اسپیرین و هپارین و در ادامه انوکسپارین تجویز شد. بیمار بدون هیچ گونه عارضه‌ای بهبود یافت و ۲۴ روز پس از حادثه گوش بیمار وضعیت مطلوبی پیدا کرد (تصویر D). با وجود پیشرفت‌های زیاد در مهندسی بافتی و ایمپلنت‌های آلوپلاستیک، کاشت مجدد بافت بیمار در صورت امکان، همچنان گزینه ایده‌آل به شمار می‌رود. ■

منبع:

Ear Replantation, *New England Journal of Medicine* April 17, 2014.

هیپراکتازی پرده صماخ اثرات سطح سرمی روی در بیماران دچار وزوز گوش

ترجمه: دکتر حسام جهانانیده

ترجمه:
دکتر محمد حسین عزیزی

kitin و همکاران در یک بررسی نشان داده‌اند که با افزایش سن میزان روی در سرم کاهش می‌یابد. هدف این مطالعه بررسی میزان روی در بیماران مبتلا به وزوز گوش بوده است. پژوهشگران در این بررسی پی برده‌اند که بین سطح سرمی روی و شدت و بلندی وزوز گوش رابطه چشمگیری وجود دارد. همچنین کمبود روی می‌تواند سبب اختلال در آستانه‌های شنوایی گردد. این بررسی بر روی ۱۰۰ بیمار طی سال‌های ۲۰۱۴-۲۰۰۹ انجام شده است و نتایج حاصله از آن در بیماران با گروه شاهد مقایسه شده است.

میزان سطح سرمی روی بین ۷۰ تا ۱۲۰ میکروگرم در دسی‌لیتر به عنوان نرمال تلقی کرده‌اند. مجموعاً ۱۲٪ از بیماران دچار وزوز گوش به کمبود روی مبتلا بوده‌اند که با افزایش سن بدتر می‌شده است. توضیح آنکه در برخی مطالعات نیز اثرات روی بر وزوز گوش تاثیر عمده‌ای نداشته است. ■
منبع:

خانمی ۴۴ ساله به علت احساس پری دو طرفه گوش‌ها به پزشک مراجعه کرد. بیمار از چند سال قبل به دنبال مطرح شدن تشخیص آتکتلازی پرده صماخ توصیه به انجام مکرر مانور والسالوا شده بود. بیمار به مدت ۶ سال روزی ۴ مرتبه مانور والسالوا انجام داده بود. در معاینه پرده صماخ مثل بادکنک به سمت خارج برجسته شده بود بدون اینکه شواهدی از افیوژن یا التهاب در فضای تمپان وجود داشته باشد (تصاویر A و B که ۵ ساعت پس از انجام مانور والسالوا گرفته شده‌اند). ادیوگرام (تصویر C) وجود کم شنوایی انتقالی خفیف در گوش راست و طبیعی بودن شنوایی در گوش چپ را نشان داد. تشخیص هیپراکتازی دو طرفه پرده صماخ احتمالاً در زمینه انجام مکرر مانور والسالوا برای بیمار مطرح گردید.

به بیمار توصیه شد حداکثر یک مرتبه در روز این مانور را با شدت اندک کاهش دهد. نتایج معاینه بعدی پس از یک ماه حاکی از کاهش برجستگی پرده صماخ بود. ■

منبع:

American journal of Otolaryngology-Head and Neck surgery, May 2015.

New England Journal of Medicine, September 2013.

گزارش همایش

اعمال جراحی زیبایی بینی و اندوسکوپی سینوس

آفریقای جنوبی، عراق، عمان، عربستان، بنگلادش، آذربایجان، افغانستان، هند، قطر و... با حضور فعال خود از برنامه‌های بسیار مناسب علمی این همایش استقبال چشمگیری نمودند. همزمان با برگزاری این کورس بین‌المللی نمایشگاه استاندارد تجهیزات پزشکی با حضور قابل تحسین شرکت‌های تجهیزات پزشکی و دارویی معتبر و بین‌المللی برگزار گردید. از جمله برنامه‌های بسیار جذاب علمی که در این دوره آموزشی برای دومین بار برگزار گردید می‌توان به برگزاری کارگاه آموزش عملی تزریق ژل و بوتاکس اشاره نمود که در آن بالغ بر ۲۵۰ پزشک شرکت نمودند. باتوجه به تسهیلات در نظر گرفته جهت حضور دستیاران تخصصی در این دوره آموزش بالغ بر ۴۰ رزیدنت از برنامه‌های علمی این همایش بهره‌مند گردیدند.

با توجه به برگزاری این دوره در بهترین فصل سال در پایتخت فرهنگی ایران برنامه‌های جنبی جذابی از جمله بازدید از مراسم باشکوه نور و صدا در تخت جمشید که به دوزبان فارسی و انگلیسی برگزار گردید می‌توان اشاره نمود. ضیافت رسمی شام همایش نیز در باغ تاریخی و زیبای عقیف آباد با حضور مهمانان بین‌المللی و داخلی در فضای زیبا و دلنشین در یکی از شب‌های زیبای شیراز برگزار گردید، که خاطره این شب فراموش نشدنی در اذهان کلیه شرکت‌کنندگان باقی خواهد ماند.

در پایان همایش به شرکت‌کنندگان گواهی رسمی معتبر بین‌المللی ارائه گردید. لازم به ذکر است که این دوره آموزش دارای ۲۴ امتیاز بازآموزی برای متخصصین بود. گزارش تفصیلی این همایش در شماره‌های بعدی مجله آوا به استحضار همکاران ارجمند خواهد رسید. ■

دومین کورس بین‌المللی اعمال جراحی زیبایی بینی و اندوسکوپی سینوس در خاورمیانه از تاریخ ۲۵ لغایت ۲۸ فروردین ماه سال جاری در شیراز توسط انجمن علمی رینولوژی استان فارس با همکاری گروه گوش، گلو و جراحی سر و گردن دانشگاه علوم پزشکی شیراز برگزار گردید. این دوره آموزش که مورد تایید و حمایت آکادمی جراحان پلاستیک صورت اروپا (EAFPS)، آکادمی جراحان بینی اروپا (ERS)، آکادمی جراحان پلاستیک و ترمیمی کشورهای آسیایی (PAAFPS)، انجمن علمی رینولوژی ایران (IRS) بود مورد استقبال چشمگیر متخصصین داخلی و خارجی قرار گرفت. در این دوره آموزش طی سه روز اول کلیه مراحل اعمال جراحی زیبایی بینی و اندوسکوپی سینوس بصورت مرحله به مرحله توسط اساتید سرشناس بین‌المللی و داخلی در قالب سخنرانی، پنل و کلیپ‌های ویدئویی آموزش داده شد و در طی روز چهارم ۴ عمل جراحی زنده توسط جراحان بنام بین‌المللی در بیمارستان مادر و کودک انجام گرفت و بصورت ویدئو کنفرانس در سالن همایش پخش گردید و شرکت‌کنندگان کلیه سوالات خود را بصورت مستقیم مطرح و پاسخ مناسب از سوی جراحان داده شد، در این همایش شاهد حضور فعال اساتید سرشناس بین‌المللی همچون پروفیسور Gubish از آلمان، پروفیسور Hellings از بلژیک، پروفیسور Paun از انگلستان، پروفیسور Elloy از بلژیک، پروفیسور Saleh از انگلستان، پروفیسور Baser از هندوستان و... بودیم.

در این همایش بین‌المللی حدود ۴۵۰ شرکت‌کننده از بیش از ۳۰ کشور جهان از جمله آلمان، یونان، بلژیک، انگلستان، کویت، ترکیه،



نکاتی چند در مورد شهر پراگ به بهانه سفر گروه گوش و وگلووبینی ایران برای شرکت در کنگره اروپایی گوش و وگلووبینی EUFOS

و شهر قدیم نامیده می‌شود. دیدنی‌ترین بخش پراگ هم همین منطقه است و تقریباً تمام ساختمان‌های قدیمی و دیدنی شهر در این جا واقع شده‌اند. علائم خیابان‌ها و شماره ساختمان‌ها بر اساس شماره منطقه تنظیم شده‌اند و پیدا کردن آدرس و مقصد در شهر، کار بسیار آسانی است.

اولین مقصد هر مسافری در پراگ، قلعه پراگ است؛ بزرگ‌ترین قلعه باستانی دنیا که نامش در کتاب رکوردهای گینس هم ثبت شده. این قلعه در مرتفع‌ترین بخش شهر واقع شده و چشم‌انداز زیبایی به پراگ دارد. علاوه بر آن، در داستان‌های نویسنده مشهور اهل پراگ، فرانتس کافکا هم ریشه دارد.

درست در وسط قلعه، مهم‌ترین کلیسای تاریخی کشور چک واقع شده؛ کلیسای سنت ویتوس (St. Vitus) از قرن چهاردهم میلادی باقی مانده و طی سالیان بعد، به تدریج تکمیل‌اش کرده‌اند. کاخ سلطنتی در مجموعه قلعه، با سبک گوتیک چشم‌گیرش یکی از تماشایی‌ترین و منحصر به فردترین کاخ‌های قدیمی اروپای مرکزی محسوب می‌شود. کلیسای جامع سنت جورج (St George's Basilica) با رنگ‌های متنوع و بی‌بدیل‌اش، دومین کلیسای مهم کشور چک است و در همین مجموعه قرار دارد. اما اگر به ادبیات علاقه دارید، بدون شک دیدنی‌ترین بخش قلعه ساختمانی است که فرانتس کافکا مدتی در آن زندگی کرده است. این ساختمان را موزه ملی چک به همان شکل و شمایل حفظ کرده و محل سکونت و لوازم زندگی این چهره ادبی را به همان صورت در معرض دید علاقمندان گذاشته است.

باغ سلطنتی، برج تاریخی دالی برکا، نمایشگاه عکس و... از دیگر دیدنی‌های قلعه پراگ‌اند و در کنار آن‌ها، تماشای مراسم تعویض گارد قلعه، گوش دادن به صدای ناقوس کلیسا، بالا رفتن از برج بزرگ کلیسای سنت جورج و تماشای شهر از بالای آن، عکاسی و پیاده‌روی در محوطه قلعه، روزی به یاد ماندنی را برای شما می‌سازند.

پراگ، شهر پل‌ها، شهر کلیساهای قدیمی و برج‌های طلایی، شهر کافکا و کوندرا، شهر فرهنگ و هنر ادب اروپاست. سفر به پراگ، به سفر به تمام اروپا می‌ماند. می‌گویند هیچ تور اروپایی بی تماشای پراگ کامل نمی‌شود و تماشای خود شهر، به این می‌ماند که تمام اروپا را گشته باشید. پراگ، بزرگ‌ترین شهر و پایتخت کشور جمهوری چک، یکی از بزرگ‌ترین شهرهای اروپای مرکزی و پایتخت سرزمین تاریخی بوهمیاست.

فرودگاه بین‌المللی پراگ در بیست کیلومتری شمال غربی شهر واقع شده است. از فرودگاه می‌شود با اتوبوس، مینی‌بوس و تاکسی به مرکز شهر رفت. اتوبوس، ارزان‌ترین راه رفت و آمد در شهر است، اما برای استفاده از آن حتماً باید مقداری کرونا به همراه داشته باشید. باجه‌های حمل و نقل عمومی در دو طرف سالن ورودی فرودگاه، بلیت اتوبوس می‌فروشند و از خود راننده‌ها هم می‌توانید بلیت تهیه کنید. بلیت‌های اتوبوس، در مترو هم اعتبار دارند و اگر زیاد از اتوبوس و مترو استفاده می‌کنید، خرید بلیت‌های چندروزه و سایل حمل و نقل عمومی، در کاهش هزینه‌ها به شما کمک فراوانی می‌کند. متروی پراگ سه خط مختلف دارد و در کنار تراموا و اتوبوس، بیشتر شهر را پوشش می‌دهد.

پراگ، با نقش گنبد‌های طلایی کلیساها بر روی رودخانه و لئاوا، یکی از زیباترین شهرهای دنیاست. بناهای تاریخی پراگ از زمان جنگ جهانی دوم آسیبی ندیده‌اند و ترکیب خیابان‌های سنگفرش با ساختمان‌های قرون وسطایی محصور در میان دیوارهای بلند و کلیساهای بی‌شمار و کهن، پیاده‌روی در پراگ را به لذت بی‌پایانی تبدیل کرده‌اند. اما با وجود ساختمان‌های قدیمی فراوان، پراگ در عین حال شهری مدرن و باطراوت و پراگ‌پز هم هست. موسیقی، فرهنگ و هنر و شب‌زنده‌داری پرهیجانی که پراگ به مهمانان خود هدیه می‌دهد، هر سال میلیون‌ها توریست را به این شهر زیبای اروپای مرکزی می‌کشاند.

پراگ ده منطقه دارد. منطقه یک، قدیمی‌ترین بخش شهر است



بناهای دیدنی شهر پراگ، به ساختمان‌های قدیمی محدود نمی‌شوند. ساختمان‌خانه رقص پراگ با این که بنایی تازه محسوب می‌شود، به خاطر معماری خاص و شکل عجیب‌اش که کار معمار نام‌دار، فرانک گری است، مورد توجه تمام مسافران است.

رودخانه ولتاوا، روح شهر است و مایه حیات پراگ. تقریباً در هر نقطه از شهر که کنار ساحل بروید، می‌توانید تورهایی برای قایق‌سواری همراه با موسیقی و سرو غذا پیدا کنید. بسیاری از این تورها، در آخر برنامه به سمت باغ‌وحش دیدنی شهر پراگ می‌روند و مسافران را به تماشای آن دعوت می‌کنند.

پراگ با خیابان‌ها و پیاده‌روهای سنگ‌فرش‌اش، جان می‌دهد برای پیاده‌روی. اما البته از دوچرخه‌سواری هم نباید غافل شد. در سطح شهر مرکزهای اجاره دوچرخه‌ای وجود دارند که علاوه بر دوچرخه، راهنمای شهر پراگ را هم به مسافران می‌دهند. اگر به تورهای ویژه علاقه دارید، می‌توانید در برنامه‌های رایگان و نود دقیقه‌ای شهرگردی و گفتگو با مردم محلی شرکت کنید. طی این برنامه، زندگی در کنار مردم پراگ و آشنایی با آداب و رسوم زندگی در این شهر را از نزدیک لمس می‌کنید.

برای صرف غذاهای محلی و بومی کشور چک، اغلب رستوران‌های محله‌های تاریخی و اطراف رودخانه مناسب‌اند و غذاهای گوشتی مخصوص مردم چک و دسرهای میوه خوش آب و رنگ این کشور را سرو می‌کنند. وعده اصلی غذا در پراگ ناهار است و سر ظهر، رستوران‌ها بسیار شلوغ می‌شوند و بد نیست جای خود در رستوران را از پیش رزرو کنید.

هتل‌های پراگ کیفیت خوب و قیمت نسبتاً بالایی دارند. هتل‌های مرکز شهر، با نزدیک بودن به دیدنی‌های شهر، هزینه رفت‌وآمد را به مقدار قابل توجهی کاهش می‌دهند. قیمت هتل‌ها در فصل‌های پرمسافر بهار تا اواخر تابستان و تعطیلات کریسمس بالا می‌رود. در روزهای کریسمس، هزینه اقامت در پراگ به بالاترین مقدار خود می‌رسد.

پل چارلز، از دیگر بناهای مشهور و قدیمی شهر پراگ، دو منطقه شهر قدیم و شهر کوچک را به هم وصل می‌کند. در طول روز، پل چارلز با حضور موزیسین‌ها و نقاش‌ها و هنرمندان دیگر، به یکی از زنده‌ترین پیاده‌روهای شهر تبدیل می‌شود. پل، برج بلندی دارد که روز و شب، می‌شود از آن بالا رفت و با چشم مسلح یا غیرمسلح، شهر و آسمان را تماشا کرد.

شهر قدیم یا استاره میستو مرکز تاریخی شهر پراگ محسوب می‌شود. مشهورترین بناهای این بخش، تالار شهرداری و ساعت نجومی، کلیسای تین با سبک معماری گوتیک و بنای یادبود جان هاش هستند. از دیگر بناهای مهم این منطقه، تالار اپرای نئوکلاسیک پراگ است که میزبان اولین اجرای اپرای معروف دون جیوانی موتزارت بوده.

شهر جدید یا نووه میستو، برخلاف اسمش، در اواخر قرن چهاردهم و برای توسعه شهر قدیم ساخته شده است. جذاب‌ترین قسمت شهر جدید، میدان تجاری مستطیل شکلی به نام وکلوک (Václavák) یا وینسلاس است که دور و برش پر است از کافه‌ها و رستوران‌های فراوان و سوغاتی‌فروشی‌هایی که یادگاری‌های شهر پراگ را عرضه می‌کنند. در قسمت بالای این میدان، موزه ملی واقع شده که از دیگر دیدنی‌های شهر پراگ است. در طول بلوار اصلی این بخش، هم هتل‌های زیادی وجود دارند که به خاطر نزدیکی به بناهای دیدنی شهر، برای اقامت مناسبند و هم رستوران‌هایی عالی با غذاهای سنتی و محلی شهر پراگ.

منطقه شهر کوچک یا مالا استرنا هم بناهای تاریخی زیادی را در خود جای داده است. از مهم‌ترین این بناهای می‌توان به کلیسای سنت نیکلاس و نیز دیوار لنین اشاره کرد که یادگار دوران تسلط کمونیست‌ها بر شهر پراگ و کشور چک است. یکی از پرآوازه‌ترین تندیس‌های مسیح در کلیسای Our Lady Victorious در همین بخش پراگ قرار دارد. بعد از گشتی در این منطقه، فراموش نکنید که سری هم به چرخ آبی قدیمی بر روی کانال ونتیان بزنید.

اطلاعاتی در مورد یوفوس EUFOS

سومین کنگره اروپایی گوش گلو بینی و جراحی سر و گردن اروپا در خرداد ۹۴ (۱۱ تا ۱۷ ژوئن ۲۰۱۵) در شهر پراگ جمهوری چک برگزار می‌گردد. به بهانه شرکت گروه ایرانی در این رویداد علمی مختصراً به معرفی این نهاد علمی می‌پردازیم:

یوفوس از سال ۱۹۸۵ تاسیس گردید و کلیه ۴۶ کشور عضو اتحادیه اروپایی را که دارای انجمن‌های علمی گوش گلو بینی می‌باشند تحت پوشش قرار می‌دهد. این مجموعه اخیراً بنام CEORL-HNS تغییر نام داده است که مخفف confederation of the otorhinolaryngology and head and neck surgery می‌باشد. یوفوس بر این اساس بنا نهاده شده است که در تمام کشورهای اروپایی بیمارستان‌ها یا بخش‌هایی داشته‌اند که به درمان بیماران با بیماری‌های گوش گلو و بینی اختصاص داشته‌اند و برخی از آنها به قرن‌های ۱۵-۱۶ میلادی برمی‌گردد و در حال حاضر هر کدام از این کشورها یک انجمن ملی گوش گلو بینی و جراحی سر و گردن دارند که اکثریت متخصصین این رشته عضو این انجمن‌ها می‌باشند.

کنگره اول در سال ۱۹۸۸ در پاریس - فرانسه، دوم در سال ۱۹۹۲ در ناپل - ایتالیا، سوم در ۱۹۹۶ در بوداپست - مجارستان، چهارم در سال ۲۰۰۰ در برلین - آلمان، پنجم در سال ۲۰۰۴ در رودوس - یونان، ششم ۲۰۰۷ در وین - اتریش، برگزار گردیده است. اولین میتینگ آکادمی اروپایی گوش گلو بینی در سال ۲۰۰۹ در مانهایم آلمان - اولین کنگره کنفدراسیون اروپایی CEORL-HNS در سال ۲۰۱۱ در بارسلون - اسپانیا و در نهایت کنگره آتی در ۲۰۱۵ در پراگ - جمهوری چک برگزار خواهد شد.

به امید شرکت هر چه با شکوه‌تر اساتید و همکاران گرامی در این کنگره.

دکتر محمدرضا توکلی

به آگاهی همکاران ارجمند می‌رساند
هیات محترم وزیران در تاریخ ۹۳/۱۲/۱۷ مواردی
از تحت پوشش بیمه قرار گرفتن داروها را
تصویب کرده‌اند که دو مورد آن مربوط به رشته
گوش، گلو و بینی است که عیناً نقل می‌شود:

۱- ویال نورو نوکس ۵۰ واحدی با شرط تجویز
توسط پزشک متخصص و مصرف در موارد
غیر از زیبایی

۲- اسپری تنفسی بکلکس ۱۰۰ (بکلومتازون دی
پروپیونات ۱۰۰ میکروگرم در پاف).

انجمن علمی گوش، گلو و بینی و سر و گردن ایران

Nice, France

ENT 2015
ENDOSCOPY

27 & 28 November

Topics

- ✦ Rhinology
- ✦ Otolaryngology
- ✦ Anterior & Lateral Base of Skull
- ✦ Lacrimal Surgery
- ✦ Laryngology & Voice
- ✦ Cervical Surgery & Robotic
- ✦ Stenosis
- ✦ Pediatric Endoscopy

Sessions

- ✓ Interactive Live Surgery
- ✓ Video Expert Sessions
- ✓ Anatomical Dissections
- ✓ Workshops & Round Tables
- ✓ Technological Workshops
- ✓ The Movie Challenge
- ✓ The Poster Challenge

www.ent-endoscopy.com



دومین دوره جراحی آندوسکپی آندونازال هیپوفیز و قاعده جمجمه از تاریخ ۲۶-۲۸ فروردین ماه در تالار امام مجتمع بیمارستانی امام خمینی برگزار گردید.

این دوره که با همکاری گروه‌های گوش و حلق و بینی و جراحی اعصاب دانشگاه علوم پزشکی تهران برگزار شد با حضور دو مهمان برجسته از امریکا همراه بود.

پروفسور ریکاردو کراو چهره جهانی و شناخته شده جراحی آندوسکپی قاعده جمجمه و مدیر برنامه قاعده جمجمه دانشگاه اهایو و دکتر گارنی برخورداریان جراح اعصاب جوان و با تکنیک از کالیفرنیا اداره این دوره را بر عهده داشتند. برنامه شامل سخنرانی و اجرای پانل و انجام جراحی زنده تومور هیپوفیز بود.

دیسکیون زنده بر روی کاداور از بخش‌های پربیننده این دوره بود که در سه روز بسیاری از رویکردهای آندوسکپی قاعده جمجمه را به نمایش گذاشت.

محورهای مهم برنامه شامل کوریدور بینی و سینوس - بازسازی قاعده جمجمه - درمان بدخیمی‌های بینی و سینوس - آناتومی و نحوه برخورد به ضایعات قاعده جمجمه در پلان‌های ساژیتال و کروئال بود.

از کجایم آید این «آواسی دوست»

نشریه خبری

www.iranent.com

ویژه عموم همکاران

سال بیست و یکم

فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۴

دوره جدید - شماره ۱

مدیرمسئول:

دکتر عبدالحمیدحسین نیا

سردبیر:

دکتر سید محمدرضا توکلی

شورای سردبیری (براساس حروف الفبا):

دکتر علی افتخاریان، دکتر محمدرضا توکلی،

دکتر علیرضا جعفری، دکتر ابراهیم رزم‌پا،

دکتر محمدحسین عزیززی، دکتر محمدرضا فتح‌العلومی،

دکتر کاوه کیوانی، دکتر مسعود متصدی، دکتر بهرام

ملکوتی، دکتر بیژن نقیب‌زاده

همکاران این شماره:

دکتر حسام جهان‌دیده، دکتر رضا کریمی

صفحه‌بندی و صفحه‌آرایی: آیدا برازنده

حروفچینی: مهرداد کریمی

نشانی: خیابان کارگر شمالی، بالاتر از خیابان فاطمی،

پلاک ۱۶۳۷، طبقه دوم جنوبی

صندوق پستی: ۱۴۶۴-۱۴۳۹۵

کد پستی: ۳۳۳۵۷-۱۴۱۴۶، تلفن: ۴-۸۸۹۷۹۱۰۱

دورنگار: ۸۸۹۸۰۶۲۱

نشانی اینترنتی: www.iranent.com

نشانی الکترونیکی: info@iranent.com

شمارگان: ۱۵۰۰ نسخه

چاپ و صحافی: خاتم

فهرست

- ۱ یادداشت سردبیری
- ۲ راهکار طبابت بالینی جدید درباره رینیت آلرژیک
- ۴ بررسی اثربخشی میتوماکسین در درمان آترزی کوان
- ۵ تزریق استروئید داخل بینی و کوری
- ۶ تغییرات نوستریل در روش Tongue-in-groove
- ۷ بررسی شیوع اختلال بد شکل انگاری بدن
- ۸ الگوی جدید تشخیص جسم خارجی مری
- ۸ تاثیرات جراحی‌های جوانسازی پوست بر جذابیت
- ۹ ارزیابی نقش تشخیصی سیتولوژی در ضایعات غدد بزاقی
- ۱۰ درمان ماستوئیدیت حاد در اطفال
- ۱۱ فوتوکلینیک
- ۱۴ ارتباط کاهش شنوایی حسی عصبی ناگهانی با بیماری اضطراب
- ۱۵ کاشت مجدد گوش
- ۱۶ هیپراکتازی پرده صماخ
- ۱۶ اثرات سطح سرمی روی در بیماران دچار وزوز گوش
- ۱۷ گزارش همایش
- ۱۸ نکاتی چند در مورد شهر پراگ

یادآوری

صحت و سقم هرگونه آگهی بازرگانی به عهده شرکت آگهی‌دهنده بوده و از مسولیت انجمن خارج است. صحت مقالات علمی چاپ شده در نشریه به عهده نویسندگان مطالب است.

 **dantschke**

intelligent medical systems

شرکت dantschke آلمان تولید کننده
انواع صندلی و یونیت‌های تخصصی ENT
با بالاترین سطح کیفیت

The wonderful
world of work.

dantschke Medicenter



شرکت پارس طب دانا

نماینده انحصاری محصولات DANTSCHKE / ATOS / KURZ / FENTEX در ایران

www.parstebdana.com
info@parstebdana.com

خیابان ولیعصر، روبروی پارک ساسی، کوچه امینی، پلاک ۴، طبقه ۲، واحد ۹
تلفن: ۸۸۶۶۰۰۲۴ / ۸۸۶۷۸۰۲۰ / ۸۸۱۳۳۷۵-۷۶ / فکس: ۸۸۶۶۰۰۲۵

Time for a new perspective



The microscope with a system
for perfect viewing and working

ATMOS® i View-PRO

میکروسکوپ معاینه و جراحی ENT

بهمراه دوربین یکپارچه دارای کیفیت

تصویر فوق العاده بالا و کاربری آسان

محصولی دیگر از کمپانی آتمس آلمان

تلفن : ۹-۶۶۹۶۶۷۸۷

Email : info@xrayiran.com

شرکت ایکس ری ایران

