

کتابچه خلاصه مقالات

پنجمین نشست بین‌المللی علوی

کنگره سالمندی سالم



پژوهشکده سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲۰-۲۲ اردیبهشت ۱۴۰۱



Tabriz University
of Medical Sciences



Tabriz University
of Medical Sciences

پنجمین نشست بین‌المللی علوی

پژوهشکده سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دبیر علمی:

دکتر سارا فرهنگ

دبیر اجرایی:

دکتر سروین سنایی

اعضای کمیته علمی:

دکتر مصطفی آيازاوگلو

دکتر مصطفی اعرج خدایی

دکتر بینا افتخار سادات

دکتر وحید توپچی زاده

دکتر امیرمحمد جلادت

دکتر امیررضا جهانشاهی

دکتر علیرضا چوبینه

دکتر ندا دولتخواه

دکتر صنم دولتی

دکتر محمدباقر رفیع

دکتر نسیمه زنجری

دکتر یعقوب سالک زمانی

دکتر شیما سام

دکتر حسن سلیمان پور

دکتر سروین سنایی

دکتر الیار صادقی

دکتر سعید صدیق-اعتقاد

دکتر مهناز طالبی

دکتر اکبر عزیزی

دکتر علی فخاری

دکتر مصطفی فرحبخش

دکتر عزیزه فرشباف خلیلی

دکتر مهدی فرهودی

دکتر علی اکبر قمری

دکتر آرش محقق

دکتر رضا محمدی نسب

دکتر عطا محمودپور

دکتر حسین مطلبی

دکتر محمدعلی مروتی

دکتر کامران منصور

دکتر رضا نقدی

دکتر نازلی نمازی

دکتر هادی همیشه‌کار

اعضای کمیته اجرایی:

سنتیا اصلان

نگار بنیادی

شهاب پاپی

حسین حسن پور

دکتر صنم دولتی

سما رهنمایان

آنیتا ریحانی فرد

سپیده سیدی

علی شامخ

سیروس صامعی

مهدی عباسیان
 آرزو فتحعلی زاده
 امیرمحمد مقدسی
 میرسبحان موسوی
 احمد موبد
 سونیا مه آبادی
 امیررضا ناصری
 هیلا نواده شهلا
 طناز نوین
 صبا نیکانفر
 دکتر شادی یعقوبی
 زهرا یوسفی

لیست اسامی داوران کنگره سامندی سالم

دکتر شاهین آخوندزاده
استاد علوم اعصاب
دانشگاه علوم پزشکی تهران



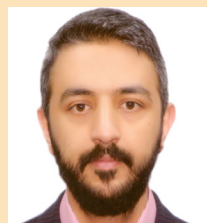
دکتر حسین بابایی
استاد سم‌شناسی و داروشناسی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دکتر فرهاد جدیدی
استادیار ایمنی‌شناسی پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دکتر جواد خدایی
دکتری مهندسی مکانیک
دانشگاه امیرکبیر



دکتر لیلا روشنگر
استاد بافت‌شناسی پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دکتر حسن سلیمانپور
استاد مراقبت‌های ویژه پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دکتر جعفر سلیمانی‌راد
استاد مهندسی بافت
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دکتر علی شایان‌فر
دانشیار شیمی دارویی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دکتر سعید صفیری
استادیار اپیدمیولوژی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دکتر سعید صدیق اعتقاد
دانشیار علوم اعصاب
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دکتر سعیده غفاری‌فر
دانشیار آموزش بهداشت و ارتقا سلامت
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دکتر مرتضی قوجازاده
دانشیار
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دکتر حسین مطلبی
دانشیار سالمندشناسی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دکتر بیتا مسگرپور
دانشیار فارماکوپیدمیولوژی
ستاد مرکزی وزارت بهداشت



دکتر اصغر محمدپور اصل
دانشیار اپیدمیولوژی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دکتر مژگان میرغفوروند
استاد آموزش مامایی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دکتر عطا محمودپور
استاد بیهوشی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دکتر جواد محمودی
دانشیار داروشناسی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دکتر کامران منصوری
دانشیار پزشکی مولکولی
دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه



دکتر حیدر ندریان
دانشیار آموزش بهداشت و ارتقا سلامت
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دکتر نازلی نمازی
استادیار علوم تغذیه
دانشگاه علوم پزشکی تهران



دکتر محمود یوسفی
دانشیار اقتصاد سلامت
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دکتر مهدی یوسفی
دانشیار ایمنی‌شناسی پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



۱۲	برنامه‌ی افتتاحیه	برنامه‌ی افتتاحیه
۱۳-۱۸	سخنرانی‌ها	
۱۳	دکتر یونس پناهی	
۱۴	دکتر بهمن نقی‌پور	
۱۵	پروفسور عباس علوی	
۱۷	دکتر شاهین آخوندزاده	
۲۱	پروفسور عباس علوی	بیوگرافی
۲۴	برنامه‌ی روز اول، قسمت اول	خلاصه‌ی مقالات (روز اول)
۲۵	دکتر مهدی فرهودی	
۲۶	دکتر الیار صادقی	
۲۷	دکتر مهناز طالبی	
۲۸	دکتر امیررضا جهانشاهی	
۲۹	دکتر سعید صدیق-اعتقاد	
۳۰	دکتر محمدباقر رفیع	
۳۱	برنامه‌ی روز اول، قسمت دوم	
۳۲	دکتر مصطفی فرحبخش	
۳۴	دکتر رضا نقدی	
۳۵	دکتر آرش محقق	
۳۶	دکتر نازلی نمازی	
۳۷	دکتر رضا محمدی‌نسب	
۳۹	دکتر مصطفی آيازاوغلو	
۴۰	دکتر امیرمحمد جلادت	
۴۱	برنامه‌ی رزو دوم، قسمت اول	خلاصه‌ی مقالات (روز دوم)
۴۲	دکتر علی‌اکبر قمری	
۴۳	دکتر صنم دولتی	
۴۷	دکتر عزیزه فرشباف خلیلی	
۴۹	دکتر حسن سلیمان‌پور	
۵۱	دکتر هادی همیشه‌کار	

۵۲	برنامه‌ی روز دوم، قسمت دوم	خلاصه‌ی مقالات (روز دوم)
۵۳	دکتر بینا افتخارسادات	
۵۴	دکتر وحیده توپچی‌زاده	
۵۵	دکتر یعقوب سالک زمانی	
۵۶	دکتر ندا دولت‌خواه	
۵۷	برنامه‌ی روز سوم	خلاصه‌ی مقالات (روز سوم)
۵۸	دکتر شیما سام	
۶۰	دکتر نسیمه زنجری	
۶۱	دکتر حسین مطلبی	
۶۲	دکتر محمدعلی مروتی	
۶۳	دکتر علیرضا چوبینه	
۶۴	دکتر کامران منصوری	
۶۷	روز اول، قسمت اول	برنامه طرح‌ها
۶۸	روز اول، قسمت دوم	
۶۹	روز دوم، قسمت اول	
۷۰	روز دوم، قسمت دوم	
۷۱	لیست طرح‌های منتخب بخش آکادمیک	
۷۲	لیست طرح‌های منتخب دانشجویی	

برنامه‌ی افتتاحیه

افتتاحیه
چهارشنبه ۲۱ اردیبهشت ۱۴۰۱

برنامه‌ی افتتاحیه‌ی کنگره‌ی سالمندی سالم
ساعت

تلاوت آیاتی از قرآن مجید و سرود جمهوری اسلامی ایران	۰۸:۰۰ - ۰۸:۱۰
سخنرانی دکتر سارا فرهنگ	۰۸:۱۰ - ۰۸:۲۰
سخنرانی دکتر بهمن نقی‌پور	۰۸:۲۰ - ۰۸:۳۰
سخنرانی دکتر یونس پناهی	۰۸:۳۰ - ۰۸:۵۰
سخنرانی دکتر شاهین آخوندزاده	۰۸:۵۰ - ۰۹:۰۰
سخنرانی دکتر حسن سلیمان‌پور	۰۹:۰۰ - ۰۹:۱۰
سخنرانی پروفسور عباس علوی	۰۹:۱۰ - ۰۹:۳۰



دکتر یونس پناهی معاون تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت

برگزاری همزمان دو همایش کنگره سالمندی سالم و نشست معاونتهای تحقیقاتی کل کشور در شهر تبریز مایه خوشحالی بوده و این اتفاق را به فال نیک میگیریم.

جمعیت جهان با گذشت زمان در حال سالمند شدن است و بیش از ۱۰ درصد جمعیت ایران را سالمندان تشکیل می دهند که در سال های آتی این نسبت افزایش خواهد داشت. بررسی ها نشان داده است نسبت جمعیت سالمند ایران در سال های آینده احتمالاً به ۳۰ درصد برسد. نکته حائز اهمیت این است که سالمندان با مشکلات مختلفی روبرو هستند. نگاه اشتباهی که وجود دارد این است که سالمندان، جایگاهی در فعالیت های اجتماعی ندارند و این باور نادرست انزوای اجتماعی سالمندان را به دنبال دارد. علاوه بر نگاه منفی جامعه در خصوص سالمندان، شیوع بالای اختلالات قلبی -عروقی، نورولوژی، دمانس، سرطان، عضلانی اسکلتی و ... انزوای اجتماعی سالمندان را تشدید می کند.

با توسعه تحقیقات در حوزه سالمندی می توان وضعیت سلامت و کیفیت زندگی این جمعیت را ارتقاء داد. توسعه مراکز و شبکه های تحقیقاتی مرتبط با سالمندی به موازات افزایش تعداد و نسبت جمعیت سالمند، ضرورت دارد. پیشنهاد می شود دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی دارای زیر ساخت و نیروی انسانی متخصص، توسعه و ارتقاء آموزش و پژوهش در حوزه سالمندی را در برنامه کار داشته باشند تا بتوان نسبت به تامین نیازهای جمعیت روزافزون سالمند و مدیریت دغدغه های مربوط به آن اقدام نمود.

توسعه دانش سالمندی می تواند با به تاخیر انداختن مواجهه با اختلالات شایع دوران سالمندی در کاهش سالهای عمر طی شده با ناتوانی و بیماری موثر بوده و بهبود کیفیت زندگی سالمندان را به دنبال داشته باشد.

ضمن تشکر مجدد از حضور جناب پروفیسور علوی و سایر اساتید و اصحاب پژوهش در این نشست، معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با افتخار آمادگی خود را برای حمایت از تحقیقات سالمندی اعلام می دارد.



دکتر بهمن نقی پور رئیس دانشگاه علوم پزشکی تبریز

جمعیت جهان با سرعت در حال سالمند شدن هستند و این انتقال جمعیتی بر تمام جنبه های جامعه تأثیر خواهد گذاشت. سالمندی با تغییراتی در فرآیندهای زیستی، روانی، رفتاری و اجتماعی همراه است. داشتن فرصت زندگی طولانی و سالم و برخورداری از زندگی سالم از حقوق مسلم همه انسانهاست. با توجه به اهمیت توجه به سالمندی سالم و بهبود زندگی سالمندان، سازمان ملل دهه کنونی را دهه سالمندی سالم (۲۰۲۱-۲۰۳۰) نامگذاری کرده است.

سالمندی سالم الزاما به معنای فقدان بیماری یا ناتوانی نیست، زیرا بسیاری از افراد سالمند دارای یک یا چند بیماری هستند که وقتی به خوبی کنترل شوند، تأثیر کمی بر سلامتی آنها دارد. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سالمندی سالم به عنوان "فرآیند توسعه و حفظ توانایی عملکردی که آسایش و رفاه فرد را در سنین بالتر ممکن میکند" تعریف کرده است. سالمندی سالم بر نیاز به اقدام در بخشهای مختلف تأکید میکند و افراد سالمند را قادر میسازد تا به عنوان منبعی برای خانواده، جامعه و اقتصاد خود باقی بمانند.

ارتباطات علمی نقش قابل توجهی در انتقال دانش دارد. کنگره های علمی با ایجاد فضای تبادل اطلاعات در موضوعات مختلف علمی و پژوهشی از ملزومات رشد و تحول علمی جوامع هستند. همایش های علمی فرصتی برای تبادل اطلاعات و دستاوردهای جدید و ارزشمند علمی بوده و امکان دسترسی آسان به منابع به روز علمی را فراهم ساخته و زمینه ساز همنشینی و ارتباط پیشکسوتان و پژوهشگران جوان تر و انتقال دانش می باشد. برگزاری کنگره سالمندی سالم به عنوان یک رویداد علمی فرصتی مناسب برای آشنایی با آخرین یافته های علمی و گامی در راستای ارتقای سطح علمی، تحقیقاتی و سطح سلامت جامعه میباشد.



پروفسور عباس علوی

رئیس بخش پزشکی هسته‌ای دانشگاه پنسیلوانیا

باعث افتخار بنده است که در پنجمین نشست سالمندی سالم در حضور اساتید و شرکت کنندگان عزیز هستم. تمایل داشتم که سخنرانی ام را با زبان ترکی آغاز کنم چرا که شهر تبریز و زبان ترکی برای من بسیار عزیز است. برخی از بهترین سال‌های زندگی من در تبریز سپری شده است و من در این شهر زیبا بزرگ شده‌ام. امیدوارم که بتوانم به زودی به تبریز سفر کنم و در حضور عزیزان باشم. همانطور که می‌دانید مبحث سالمندی بخش بزرگی از حیات علمی من را شامل می‌شود و در حیطه سالمندی تحقیقات متعددی داشته‌ام. در سال ۲۰۱۵ که در دانشگاه علوم پزشکی تبریز بودم بحث‌هایی راجع به اهمیت سالمندی صورت گرفت و جایی بهتر از تبریز برای عملی کردن این اهداف وجود نداشت. در گفت و گوی انجام گرفته در دانشگاه علوم پزشکی تبریز بین من، جناب آقای دکتر شکوری و همکاران، تاکید ما بیشتر بر سه مشکل اصلی سالمندان بود.

مشکلات مغز و اعصاب (مانند دمانس) در راس مشکلات اصلی سالمندان قرار دارند. دومین مشکل اصلی که اکثر سالمندان با آن مواجه می‌شوند، بیماری‌های قلب و عروق می‌باشد که عموماً به دنبال پدیده آترواسکلروزیس که در آن لخته خونی در اثر ضخیم شدن دیواره عروق رخ می‌دهد، اتفاق می‌افتد. سومین مورد مربوط به بیماری‌های اسکلتی-عضلانی می‌باشد که عموماً مفاصل و عضلات افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

بنابراین، نظر من بر آن است که باید توجه و تاکید لازم بر مشکلات سالمندان اعمال شده و همچنین سرمایه‌گذاری‌های ویژه‌ای در سطح ملی بر این قشر اختصاص داده شود و حمایت لازم از دانشگاه علوم پزشکی تبریز و سایر دانشگاه‌های کشور انجام پذیرد. سفر به تبریز و تاسیس پژوهشکده سالمندی برای من بسیار خاطره‌انگیز بود و امیدوارم از دانشجویان جوان بهترین حمایت‌ها در جهت انجام پروژه‌های تحقیقاتی صورت بگیرد. همچنین تمایل دارم در سفر پیش رو به تبریز، جوایزی را برای حمایت از دانشجویان جوانتر اختصاص دهم تا دانشجویان جوان نه تنها در تبریز بلکه در کشور به تحقیق علی‌الخصوص در زمینه سالمندی علاقه‌مند شوند. دراصل از صمیم قلب دوست دارم نام شهر مادری ام تبریز، در صحنه جهانی بدرخشد و در حد توان به پژوهشگران در زمینه چاپ مقالات در مجلات بین‌المللی کمک کنم زیرا که ما ایرانیان به اندازه دیگر جهانیان انسان‌های باهوشی هستیم و در زمینه‌های فراوانی مانند علم درخشیدیم پس میتوانیم همانند ۲۰۰۰ سال قبل دوباره بدرخشیم. بسیار خوشحالم که پاییز امسال به تبریز خواهم آمد و شهر زیبا و همشهری‌هایم را ملاقات خواهم کرد. خوشبختانه با وجود سن بالایی که دارم، فرد توانمندی هستم و مثل بقیه افراد ۷ روز هفته و روزی ۱۰ ساعت کار می‌کنم و کمک کردن به مردم، به خصوص مردمان کشورم و شهرم تبریز را، در زمینه پزشکی بر خود وظیفه می‌دانم. من در ۴ سالگی پدر خود را از دست دادم و مادرم که در آن زمان ۲۴ سال سن داشت، از من خواست تا در حد توانم به هموعان خود کمک کنم و دستیابی به این خواسته بزرگترین آرزوی من است.

آرزومندم هرچه زودتر به صورت حضوری و نه آنلاین گرد هم آییم و پروژه های مربوط به این موضوع پراهمیت را نه تنها در سرزمین مادری من بلکه در کل ایران به صورت جدی تر بررسی کنیم.

دکتر شاهین آخوندزاده

استاد علوم اعصاب ، دانشگاه علوم پزشکی تهران



وضعیت پژوهش در موضوع طب سالمندی و سالمندشناسی در ایران

با عرض سلام و احترام خدمت دوستان و همکاران عزیز

مفتخرم از اینکه در جمع دوستان و همکاران و حاضرین ارجمند در کنگره سالمندی حضور دارم.

داده های به کار رفته در اسلایدهای ارائه امروز، کاملاً رسمی و به روز بوده و از منابع جدید استخراج شده اند. با انجام جستجو در پایگاه اسکوپوس، مقالاتی که براساس geriatric medicine و gerontology در یک زیر گروه در این پایگاه قرار داشته و کشورهای دنیا را بر اساس بازده علمی در این زمینه در اسکوپوس نمایه شده را می توانید مشاهده کنید. همچنین دانشگاه های معتبر دنیا که در این زمینه پژوهش می-کنند نیز قابل مشاهده است که عمدتاً دانشگاه های امریکایی و اروپایی نظیر انگلیس و فرانسه در این حوزه بیشترین تعداد مقالات را در سال ۲۰۲۲ داشته اند.

مورد جالب توجه این است که اکثر موسسات حامی پژوهش های سالمندی کشورهای هستند که سالمندی جمعیت برایشان در اولویت می باشد. ژاپن یکی از کشورهایی است که سالمندی در آن بسیار اهمیت داشته و از طرفی تعداد افراد سالمند زیادی هم دارد و حمایت خوبی از تحقیقات سالمندی انجام می دهد.

بررسی مقالات منتشره در حوزه سالمندی به تفکیک کشورها نشان می دهد کشور سی و سوم در این زمینه ایران است که متأسفانه بیانگر این است که تحقیقات و تولید علم در این حوزه در ایران مورد اهمال و کوتاهی قرار گرفته است. از طرفی با مطالعه و بررسی استنادات ایران در این زمینه می بینیم که استنادات مرتبط با طب سالمندی نیز در رتبه چهارم می باشد که از وضعیت مقالات چاپ شده نیز بدتر است. این در حالی است که با بررسی کلی استنادات ایران در تمامی حوزه ها می توان متوجه شد که استنادات کشور در کلیه حوزه ها به طور میانگین، در جایگاه بهتری نسبت به تعداد مقالات هر حوزه باشد.

اگر وضعیت مقالات ایران در زمینه سالمندی را بررسی کنیم، رژیم اشغالگر قدس که معمولاً در این زمینه محلی از اعراب ندارد و در بین ۴ یا ۵ کشور اول نیست، در این حوزه اول است. ترکیه در رده دوم و ایران در رتبه سوم قرار دارد. و در نهایت عربستان سعودی در رده چهارم است. این در حالی است که ایران به طور میانگین در حوزه های دیگر عموماً در رتبه اول و یا دوم قرار دارد. همچنین در صورت بررسی رتبه بندی براساس استنادات نیز، در منطقه دارای رتبه سوم هستیم و از نظر استنادات به طور مشخصی با کشور دوم فاصله داریم و این فاصله چشمگیر نشانگر نیاز به تلاش و پژوهش جهت جبران در این حوزه می باشد. البته علتش هم مشخص هست: از آنجایی که این رشته در ایران سابقه ای در حدود یک دهه دارد پس رشته با سابقه ای نیست. لذا تحقیقاتی هم که در این زمینه انجام گرفته تحقیقات نسبتاً

جدیدی هستند و هنوز استنادات خوب پیدا نکرده اند. و از نظر تعداد دانشجویان و فارغ التحصیلان این زمینه هم هنوز جای کار دارد چون هر دانشجو در نهایت امر دو یا سه مقاله خواهد داشت. همینطور ایران از نظر میانگین علم در جهان رتبه ۱۶ ام و در زمینه استنادات رتبه ۱۵ ام را دارد اما در طب سالمندی از نظر تعداد مقالات در رتبه ۳۱ و تعداد استنادات نیز در رتبه ۴۰ ام قرار دارد. یعنی تولید علم در این حوزه با میانگین تولید کلی علم ایران نیز فاصله دارد.

هرچند تعداد مقالات در کشورمان در این زمینه رشد خوبی داشته است ولی چون هنوز به قوت قابل قبولی در این زمینه نرسیده ایم باعث شده است که جایگاه مناسب را در منطقه و دنیا به دست نیاوریم.

بهترین رویکرد برای حل یک مشکل، حرکت مناسب به طرف حل آن مشکل است. یعنی وزارت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بهزیستی و سایر نهادهایی که در این رشته فعالیت دارند، باید حمایت مالی لازم جهت رشد بستر مناسب برای جایگاه رشته فوق را در نظر داشته باشند.

شمای کلی تحقیقات حوزه سالمندی در سالهای گذشته نشان می‌دهد که عمده پژوهش‌های انجام شده در این حوزه در زمینه‌های علوم اعصاب، پرستاری (که در حال حاضر در حال افزایش است و بیشترین بخش تحقیقات این حوزه را به خود اختصاص داده است) و روان پزشکی (که متأسفانه هنوز نسبت به رشته علوم اعصاب رشد قابل توجهی نداشته است) قرار دارند.

مقایسه ساده میانگین علم در حوزه سالمندی با میانگین علم ایران نشان می‌دهد در قسمت‌هایی از قبیل انتشار مقاله در مجلات معتبر و میزان ارجاعات در این حوزه از میانگین ایران عقب هستیم که باید جبران شود. البته ناگفته نماند که خوشبختانه در قسمت ارتباطات بین الملل در این حوزه از میانگین علم ایران جلوتر هستیم. یعنی تبادلات علمی در این حوزه به خوبی انجام می‌شود و این بیانگر آن است که احتمالاً برخی محققین بعنوان پیشاهنگ این حوزه در ایران بوده و این کار را به خوبی انجام می‌دهند.

و در نهایت فعال‌ترین دانشگاه کشور از نظر انتشار مقالات در این حوزه دانشگاه علوم بهزیستی بوده است که رشته سالمندشناسی را راه اندازی کرده و در این زمینه فعالیت داشته اند. گرچه با وجود اینکه تعداد مقالات این دانشگاه خوب است اما از نظر استنادات، عملکرد خوبی نداشته که مبین این مطلب است که مقالات با کیفیت خوبی منتشر نکرده است. در رتبه‌های بعدی نیز دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران و غیره هستند.

از نظر نویسندگان با تجربه در انتشار مقاله در این کشور در حوزه سالمندی اساتیدی از دانشگاه علوم بهزیستی و آقای دکتر فدای وطن و همچنین محققینی از سایر دانشگاه‌های کشور قرا دارند.

ضمن تشکر از توجه حضار گرامی امیدوارم توانسته باشم نظر و دید مناسبی نسبت به تحقیقات حوزه سالمندشناسی به دوستان و همکاران گرامی ارائه بدهم.



برج ساعت، تبریز، ایران

بیوگرافی



پروفسور عباس علوی

پروفسور عباس علوی در سال ۱۹۳۸ (۱۳۱۷ شمسی) در قره‌آقاج استان تبریز متولد شدند. بعد از فارغ‌التحصیلی از دبیرستان فردوسی تبریز، در رشته‌ی پزشکی دانشگاه تهران تحصیل کردند و سپس با سپاه بهداشت به روستای کینه ورز در نزدیکی ابهر برای خدمت فرستاده شدند. ایشان سپس تصمیم به ادامه تحصیل در دوره رزیدنتی در فیلادلفیای آمریکا گرفتند و در آنجا متوجه شدند که پزشکی بالینی ایشان را ارضا نمی‌کند و توجه‌شان به یک تخصص علمی با گرایش علوم پایه جلب شد و آن چیزی نبود جز پزشکی هسته‌ای. ایشان رزیدنتی رادیولوژی را نیز در دانشگاه هاروارد سپری نموده و دوره‌ی فلوشیپ پزشکی هسته‌ای را در دانشگاه پنسیلوانیا به اتمام رساندند. در نهایت، در سال ۱۹۷۱ (۱۳۵۰ شمسی) در این حیطة مشغول به کار شدند.

پروفسور علوی از پیشگامان تحقیقات در تصویربرداری توموگرافیک از عملکرد مغز هستند. ایشان با همکاری دکتر دیوید کوهل و دکتر مارتین ریویچ به پیشرفت‌هایی در زمینه‌ی FDG رسیدند. پروفسور علوی اولین فرد در جهان هستند که در سال ۱۹۷۶ (۱۳۵۵ شمسی) موفق به استفاده از FDG برای تصویربرداری از مغز و کل بدن انسان شدند. سپس ایشان تحقیقات بسیاری را در زمینه‌ی بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی مثل بسیاری از بدخیمی‌ها و بیماری‌های التهابی شروع کردند. می‌توان گفت دکتر علوی در همه‌ی زمینه‌های پزشکی هسته‌ای و تصویربرداری پزشکی تاثیرگذار بوده‌اند. تحقیقات بی‌سابقه‌ی ایشان در تکنیک‌های تصویربرداری پزشکی پایه‌گذار روش‌های نوین تصویربرداری از جمله PET، SPECT، CT، و MRI شده است.

نوشته‌های وی بالغ بر ۲۷۰۰ مقاله و چندین کتاب بوده و استناد مقالات ایشان اکنون در گوگل اسکولار حدود ۷۵۰۰ است و دارای اچ‌آی‌اندکس ۱۳۵ می‌باشد. پروفسور علوی متخصصین بسیاری از کشورهای مختلف را در حوزه‌ی پزشکی هسته‌ای به جامعه‌ی جهانی تحویل داده‌اند که برخی از آنان جزو افراد سرشناس پزشکی هسته‌ای هستند. به پاس تلاش‌های ارزنده‌ی ایشان در پزشکی هسته‌ای، جوایز معتبری را دریافت نموده‌اند از جمله: جایزه‌ی Nuclear Pioneering the George Charles de Hevesy، مدال the Cassen، و مدرک افتخاری از دانشگاه‌های دانمارک جنوبی، بلونیا، گدانسک، تبریز، شیراز و فیلادلفیا دارند.



بازار بزرگ تبریز، تبریز، ایران

خلاصه ها

برنامه‌ی روز اول، قسمت اول
سه‌شنبه ۲۰ اردیبهشت

موضوع	سخنران	زمان
آخرین یافته‌ها برا پیشگیری ثانویه سکته مغزی	دکتر مهدی فرهودی	۰۸:۰۰ - ۰۸:۳۰
تازه‌های درمانی سکته مغزی	دکتر الیار صادقی	۰۸:۳۰ - ۰۹:۰۰
تازه‌های (درمان) بیماری آلزایمر	دکتر مهناز طالبی	۰۹:۰۰ - ۰۹:۳۰
پارکینسونیسم و انواع آن	دکتر امیررضا جهانشاهی	۰۹:۳۰ - ۱۰:۰۰
ابزارهای توانبخشی شناختی در درمان سکته مغزی ایسکمیک	دکتر سعید صدیق اعتقاد	۱۰:۰۰ - ۱۰:۳۰
نقش لیزوزوم‌ها در پیری و طول عمر انسان	دکتر محمد رفیع	۱۰:۳۰ - ۱۱:۰۰

آخرین یافته ها برا پیشگیری ثانویه سکته مغزی

مهدی فرهودی، استاد بیماری‌های مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

امروزه سکته مغزی یکی از علل اصلی مرگ و میر در دنیاست و یک نفر از هر چهار نفر را در طول زندگی گرفتار می‌سازد. لذا تشخیص سکته مغزی جهت مدیریت درمان در زمان طلایی و پیشگیری از عوارض و عود آن بسیار حائز اهمیت است. در این ارائه، بر اساس آخرین راهنمای بالینی (AHA/ASA ۲۰۲۱) درباره تشخیص سکته مغزی برای پیشگیری ثانویه سکته مغزی صحبت خواهیم کرد. بر اساس این راهنما تشخیص و برنامه ریزی مناسب درمان در طی ۴۸ ساعت اول شروع علائم بایستی انجام گیرد. در این ارتباط، نوار قلبی و روشهای تصویربرداری غیرتهاجمی مثل اولتراسونوگرافی کاروتید، سی تی آنژیوگرافی یا MR آنژیوگرافی نقش ویژه ای برای تشخیص تنگی ها ایفا میکند. ضایعه یا انفارکت ایجاد شده در اثر سکته مغزی بایستی با روشهای تصویربرداری کنترل، تایید شده و عوامل خطر و زمینه ژنتیکی احتمالی بایستی بخوبی ارزیابی شود. در این ارتباط شناسایی فیبریلاسیون دهلیزی در زمان بستری و بعد آن توجه خاصی نیاز دارد. با این امید که با تشخیص زودتر اتیولوژی سکته های مغزی و درمان مناسب از عود چنین حوادثی پیشگیری شود.

کلمات کلیدی: سکته مغزی، ASA ۲۰۲۱، پیشگیری ثانویه، تصویربرداری

تازه‌های درمانی سکته مغزی

الیار صادقی حکم آبادی، دانشیار بیماری‌های مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

دهه‌ها از آسپرین برای پیشگیری از بروز سکته مجدد استفاده میشد، اما در سال‌های اخیر پیشرفت‌های چشمگیر در درمان سکته باعث انقلابی در این حیطه شد. اولین ترومبولیزهای داخل ورید (IVT) در دهه‌ی ۹۰ میلادی و سپس ترومبکتومی مکانیکی (MT) به عنوان راه‌هایی امن و موثر برای بهبود نتیجه‌ی درمان بیماران دچار سکته در بازه‌ی کوتاه و طولانی‌مدت مورد تأیید قرار گرفتند. زمان طلایی برای درمان با IVT ۴,۵ ساعت و برای MT، ۶ ساعت است، اما تحت شرایط خاصی این فرصت برای درمان با MT می‌تواند تا ۲۴ ساعت افزایش یابد البته اگر بافت زنده هنوز وجود داشته باشد. در سال‌های اخیر رویکرد سیستمی برای سکته مغزی حاد همراه با پروتکل‌های تأیید شده برای هر مرکز در واحد مراقبت سکته حاد مغزی (SCU) در نتیجه‌ی درمان این بیماران بسیار امیدبخش بود. از طرف دیگر تلاش برای ریشه‌یابی سکته‌ی مغزی در فاز حاد ضروریست، چون برای پیشگیری از بروز مجدد کمک‌کننده خواهد بود. کارآزمایی‌های بالینی اخیرهمچنین نشان داده‌اند که در بیماران دچار سکته‌ی کریپتوژنیک و PFO تحت شرایط خاصی مثل high shunt PFO و تورم دیواره‌ی بین دهلیزی، بستن PFO می‌تواند منجر به نتایج بهتری نسبت به درمان دارویی شود. در بیماران دچار سکته embolic منبع ناشناخته (ESUS) کارآزمایی‌های بالینی هنوز برتری در مصرف داروهای خوراکی ضد انعقاد خون جدید نسبت به آسپرین نیافته‌اند و داروهای ضدپلاکت درمان مناسب برای این گروه از بیماران هستند.

کلمات کلیدی: سکته مغزی، پیشگیری ثانویه، IVT, MT

تازه های (درمان) بیماری آلزایمر

مهناز طالبی، استاد بیماری‌های مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

به دلیل ارتقای شرایط زندگی و سیستم‌های سلامت انسان‌ها احتمالاً طول عمر بیشتری نسبت به گذشته خواهند داشت. با افزایش طول عمر، ریسک شرایطی از قبیل بیماری‌های نورودژنراتیو نیز افزایش می‌یابد. تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۵۰ تعداد افراد مبتلا به بیماری آلزایمر (AD) به ۱۳۰ میلیون نفر در کل جهان خواهد رسید. بنابراین یافتن درمان‌هایی که بتواند شروع بیماری را به تأخیر انداخته، و یا منجر به کاهش علائم، یا حتی درمان قطعی بیماری شود لازم و ضروری به نظر می‌رسد. در حال حاضر، اغلب درمان‌ها تنها علائم بیماری از قبیل زوال شناختی، افسردگی، بی‌خوابی، پرخاشگری و توهم را بر طرف می‌کنند.

طیف وسیعی از اهداف بالقوه در حال ارزیابی می‌باشد و داروهایی برای مراحل بسیار اولیه‌ی احتمالی بیماری آلزایمر در حال توسعه است تا بتواند شانسی برای توقف یا کاهش سرعت پاتوژنز بیماری و حفظ عملکرد شناختی داشته باشد. دسترسی به اسکن‌های MRI و تصویر برداری از آمیلوئیدهای مغزی، و همچنین تست‌های بیومارکری ارتقا یافته، به تعیین این که آیا این درمان‌ها پیشرفت در آسیب را در بیماری کند می‌کنند یا نه (در مراحل قبل از ظهور علائم)، کمک خواهد کرد. بنابراین آزمایش داروها را در مراحل ابتدایی‌تر بیماری تسهیل کرده، و سرعت کشف داروهای بالقوه تغییر دهنده بیماری را برای کمک به کاهش میزان این بیماری ناتوان کننده، بالا می‌برد.

کلمات کلیدی: بیماری آلزایمر، بیماری نورودژنراتیو

پارکینسونیسم و انواع آن

امیر رضا جهانشاهی، استادیار رادیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

اکثر بیمارانی که با بیماری پارکینسون تشخیص داده می‌شوند (حدود ۸۰-۸۵ درصد) مبتلا به فرم اولیه و ایدیوپاتیک بیماری می‌باشند و علت شناخته شده‌ای ندارند. این گروه از پاسخ درمانی خوبی به داروهای دوپامینرژیک برخوردار هستند. پارکینسونیسم ثانویه به داروهای دوپامینرژیک، مثل levodopa پاسخ مناسبی نمی‌دهند و از انواع آن می‌توان به normal، vascular parkinsonism، drug-induced parkinsonism، progressive supranuclear palsy، corticobasal degeneration، pressure hydrocephaly و multiple system atrophy اشاره کرد. در اکثر موارد، تشخیص بیماری پارکینسون بر اساس یافته‌های بالینی است و اقدام خاص دیگری لازم نیست ولی در مراحل اولیه بیماری، تریاد کلاسیک علایم بالینی (برادی کینزی، ترمور در حال استراحت و rigidity) ممکن است به صورت کامل وجود نداشته باشد. ضایعات پارکینسون اولیه در سلول‌های دوپامینرژیک ناحیه pars compacta در substantia nigra هستند و تشخیص قطعی پارکینسون ایدیوپاتیک با بیوپسی از این ناحیه و نشان دادن lewy bodyهای اینتراسلولر می‌باشد. مناسب‌ترین سکانس‌های MRI برای این بیماران T₂*-GRE و SWI و سپس تصاویر T₁W می‌باشد و از بین رفتن swallow tail appearance در تصاویر SWI اگزیال تهیه شده از ناحیه میدبرین و substantia nigra حساس‌ترین علامت تصویربرداری برای تشخیص بیماری است. Progressive supranuclear palsy (PSP) شایع‌ترین فرم پارکینسونیسم اتیپیک می‌باشد و بارزترین یافته رادیولوژیک آن، آتروفی میدبرین هست. multiple system atrophy اختلال نوروژنیک نادری است که با ۱- علایم پارکینسونیسم، ۲- علایم مخچه‌ای و پیرامیدال و ۳- علایم سیستم اتونوم مشخص می‌شود. Corticobasal degeneration معمولاً با اختلالات شناختی در همراهی با علایم پارکینسونیسم تظاهر می‌کند و شیوع کمتری نسبت به سایر انواع دارد.

کلمات کلیدی: پارکینسونیسم، بیماری پارکینسون

ابزار های توانبخشی شناختی در درمان سکته مغزی ایسکمیک

سعید صدیق اعتقاد، دانشیار علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

سکته مغزی یکی از بیماری های عروقی می باشد که از دیرباز به عنوان یک بیماری ناتوان کننده حرکتی مطرح می باشد. این در حالی است که بسیاری از آسیب های شناختی ناشی این بیماری مغفول واقع شده و در استراتژی های درمانی رایج مورد توجه قرار نمی گیرد. در سال های اخیر ابزار های ارزیابی و توانبخشی در بیماری های عروقی مغز پیشرفت چشم گیری داشته اند. توسعه نرم افزار های ارزیابی شناختی باعث گردیده مشکلات مرتبط با قضاوت آزمونگر و تفاوت های فرهنگی و سطح تحصیلات بیماران که در روش های سنتی بر نتایج آزمون ها موثر بود از بین رفته و دقت ارزیابی ها افزایش یابد. همچنین استفاده از نرم افزار های توانبخشی شناختی می تواند در عین بالا بردن دقت، دامنه های وسیع تری از جنبه های شناختی را توانبخشی نماید. در کنار ابزارهای سنتی کاغذ قلمی، تکنیک های جدید تر از جمله نروفیدبک، واقعیت مجازی، تحریک الکتریکی / مغناطیسی / نوری فراجمعه ای، می تواند در بهبود وضعیت شناختی این بیماران بسیار موثر باشد. مطالعات انجام گرفته، تاثیر مداخلات شناختی مذکور را در شش ماهه اول بعد از بیماری به اثبات رسانده اند. برای بررسی اثرات دقیقتر این مداخلات، به انجام مطالعات بیشتر نیاز می باشد.

کلمات کلیدی: سکته مغزی، بیماری عروقی

نقش لیزوزوم‌ها در پیری و طول عمر انسان

محمدباقر رفیع، استاد دانشگاه توماس جفرسون، آمریکا

چندین نظریه در مورد روند پیری و طول عمر انسان ارائه شده است، اما هیچ یک از آنها به طور کامل رضایت بخش به نظر نمی‌رسد. در حالی که ژن‌ها و سبک زندگی عوامل غالب تأثیرگذار بر طول و کیفیت زندگی بوده‌اند، مطالعات اخیر نقش حیاتی لیزوزوم‌ها را در فرآیندهای سلولی مختلف، از جمله قابلیت‌های تخریب و بازیافت، پاسخ‌های انطباقی به در دسترس بودن مواد مغذی، مقاومت در برابر استرس، مرگ برنامه‌ریزی شده سلولی، و ترمیم غشای پلاسمایی نشان داده‌اند. علاوه بر این موارد اختلال عملکرد لیزوزومی نقش مهمی در بسیاری از آسیب‌شناسی‌های مرتبط با افزایش سن مانند پارکینسون و بیماری آلزایمر ایفا می‌کند و امید به زندگی را کاهش می‌دهد. بنابراین، بهبود عملکرد لیزوزوم‌ها باعث افزایش طول عمر و تاخیر در علائم مرتبط با افزایش سن می‌شود. لیزوزوم‌ها در تمام سلول‌های یوکاریوتی به جز گلبول‌های قرمز یافت می‌شوند. آنها به طور گسترده به عنوان محل پایانی برای تخریب ضایعات سلولی شناخته می‌شوند و نقش کلیدی در تولید بلوک‌های ساختمانی متابولیک دارند که مواد مغذی ضروری و مواد آنابولیک را در طول گرسنگی سلولی فراهم می‌کنند. مطالعات اخیر روی مسیرهای سیگنال دهی لیزوزومی و عملکرد آنها در سنجش مواد مغذی، هموستاز متابولیک و سازگاری سلولی، مشخصات لیزوزومی را از یک اندامک سلولی ساده به مرکز تصمیم‌گیری سلولی ارتقا داده است، رشد و بقای سلولی را کنترل می‌کند و به طور قابل توجهی بر طول عمر سالم تأثیر می‌گذارد. در حالی که لیزوزوم‌ها در انواع نقش‌های محوری در سلامت سلولی و متابولیسم نقش دارند. مطالعات اخیر روی مسیرهای سیگنال دهی لیزوزومی و عملکرد آنها در سنجش مواد مغذی، هموستاز متابولیک و سازگاری سلولی، لیزوزوم‌ها را از یک اندامک سلولی ساده به مرکز تصمیم‌گیری سلولی ارتقا داده است، به طوری که بیان میشود رشد و بقای سلولی را کنترل می‌کند و به طور قابل توجهی بر طول عمر سالم تأثیر می‌گذارد. در حالی که لیزوزوم‌ها در انواع نقش‌های محوری در سلامت سلولی و متابولیسم نقش دارند، مطالعه حاضر به بحث در مورد سه عملکرد اصلی لیزوزوم‌ها می‌پردازد: اتوفاژی و طول عمر، هموستاز مواد مغذی، و اتصال میتوکندری، که همگی در مورد پیری و طول عمر اثر عملی دارند.

کلمات کلیدی: لیزوزوم، پیری، طول عمر

برنامه روز اول، قسمت دوم
سه‌شنبه ۲۰ اردیبهشت

موضوع	سخنران	زمان
جایگاه مراقبت روان پزشکی سالمندان در نظام سلامت ایران	دکتر مصطفی فرحبخش	۱۱:۵۵ - ۱۲:۱۵
درمان های دارویی در حال توسعه برای بیماری آلزایمر	دکتر رضا نقدی	۱۲:۱۵ - ۱۲:۳۵
سوء مصرف مواد و الکل در سالمندان	دکتر آرش محققى	۱۲:۳۵ - ۱۳:۰۰
نقش طب تلفیقی در کنترل ریسک فاکتورهای کاردیومتابولیک در سالمندان	دکتر نازلی نمازی	۱۳:۰۰ - ۱۳:۲۵
تدابیر المشایخ	دکتر رضا محمدی نسب	۱۳:۲۵ - ۱۳:۵۰
سالمندی سالم و فعالیت بدنی	دکتر مصطفی آيازاوغلو	۱۳:۵۰ - ۱۴:۱۰
ارزیابی ارزش غذایی مواد غذایی توصیه شده برای سالمندان در طب ایرانی	دکتر امیرمحمد جلادت	۱۴:۱۰ - ۱۴:۳۰

جایگاه مراقبت روان پزشکی سالمندان در نظام سلامت ایران

مصطفی فرح بخش، استادیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

با توسعه نظام مراقبت های بهداشتی درمانی و کنترل بیماری های واگیر، جمعیت سالمندی رو به ازدیاد است. تا سال ۲۰۵۰ نسبت جمعیت سالمندان به ۲۲ درصد می رسد. در دوره سالمندی اختلالات روانی شایع هستند. بر اساس شواهد موجود شیوع اختلال روانی در جمعیت شصت ساله و بالاتر تقریباً بیست درصد است. دوره سالمندی با عوامل محافظت کننده و عوامل خطر و چالش هایی مواجه است. با بالا رفتن سن، مهارتهای زندگی بیشتر می شود و مهارت حل مساله تقویت می شود. مواجهه با بیماری ها دانش مردم را بالاتر می برد. از طرف دیگر سالمندان، از دست دادن های مختلف را تجربه می کنند. بیماری های مختلف، داروهای مختلف، کاهش عملکرد اقتصادی اجتماعی و بالا رفتن احتمال تنها زندگی کردن زمینه را برای بروز اختلالات روانی آماده می کند.

در سالمندان دو مقوله پدیده سالمندی موفق و اختلالات روانی را باید از هم جدا کنیم. شیوه زندگی مناسب در دوره های قبل از سالمندی، آموزش مهارت های زندگی، آموزش مهارت های مناسب ارتباطی و توانمند سازی آنها در حیطه خودمراقبتی، مردم را با سطح سلامتی مطلوب وارد دوره سالمندی می کند. این مهارت ها در کانون های دوستدار سالمند در نظام سلامت ایران قابل اجراست. در آذربایجان شرقی در مراکز سلامت، کانون دوستدار سالمندی راه اندازی شده است. این کانون ها سالمندان را در قالب تیم های همگن آموزش داده و در اجرای پروژ های سلامتی مشارکت می دهد. از طرف دیگر با غربالگری بیماری های شایع روان پزشکی و درمان به موقع و مناسب آنها کیفیت زندگی را ارتقا می دهد.

نظام سلامت ایران شامل بخش دولتی، خصوصی و تعاونی است. نظام مراقبت های اولیه سلامت در قالب شبکه های بهداشت و درمان خدمات پایه را در جمعیت ایران ارائه می دهد. در خانه های بهداشت، مراکز سلامت، بیمارستان و کلینیک های تخصصی، بهورزها، مراقب سلامت، روانشناس، پزشکان خانواده و روان پزشکان در قالب برنامه سلامت روان خدمات موردنیاز را به مردم ارائه می دهد. اغلب این خدمات در قالب تیم های بین بخشی اجرا می شوند. در چارچوب برنامه پیشگیری در سطوح مختلف اولیه، ثانویه و ثالثیه می توان برنامه ریزی کرد. در سطح پیشگیری چهارم، با تهیه گایدلاین ها کیفیت خدمات را بهبود داد. با اجرای دستور عمل های ارتقای سلامت، سالمندی موفق را توسعه داد. عوامل خطر اختلالات روانی را شناسایی و کنترل کرد. بیماریابی به موقع انجام داد تا اختلال روانی به موقع شناسایی و درمان شوند. افسردگی در سالمندان شایع است و می تواند در نظام مراقبت های اولیه سلامت تشخیص و درمان شود. یکی از اختلالات جدی و قابل توجه در دوره سالمندی اختلال شناختی است. می توان با طراحی و بیماریابی این اختلال در نظام مراقبت های اولیه سلامت این موارد را شناسایی و مراقبت کرد.

شیوع اختلال افسردگی اساس و اختلال شناختی به ترتیب ۷ درصد و پنج درصد است. یکی از هدف‌ها باید توجه به استقلال سالمندان در زندگی روزانه باشد. می‌تواند اندازه‌گیری سطح عملکردی آنها در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی ادغام شود. مطالعات نشان می‌دهد که به تشخیص و درمان اختلالات روانی در سالمندان در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت توجه نمی‌شود. استفاده از دستور عمل‌ها و ابزارهای تشخیصی، آن را ارتقا می‌دهد. نکته دیگر توجه به سلامت روان مراقب‌های سالمندان در خانه است.

کلمات کلیدی: سالمندی، افسردگی، اختلالات روانی

درمان های دارویی در حال توسعه برای بیماری آلزایمر

رضا نقدی سده، استادیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

با توجه به افزایش روز افزون افراد مبتلا به بیماری آلزایمر در سراسر جهان نیاز به دسترس بودن درمانهای جدید وجود دارد. به این منظور خط تولید فعلی داروها در آزمایشات بالینی برای درمان بیماری آلزایمر با استفاده از داده های "ClinicalTrials.gov" مورد بررسی قرار گرفت.

۱۲۶ عامل در ۱۵۲ کارآزمایی داروهای جدید برای بیماری آلزایمر را تشکیل میدهند. ۲۸ دارو در کارآزماییهای فاز ۳، ۷۴ دارو در کارآزماییهای فاز ۲، و ۲۴ دارو در کارآزماییهای فاز ۱ قرار دارند. اکثر داروها در کارآزماییها (۸۲/۵٪) بیولوژی زمینه‌ای بیماری آلزایمر را به قصد تغییر بیماری، هدف قرار می‌دهند. ۱۰/۳٪ داروها عوامل تقویت کننده شناختی فرضی هستند و ۷/۱٪ نیز داروهایی هستند که برای کاهش علائم عصبی روانی ساخته شده اند. یکی از شگفت‌انگیزترین تغییر رویه‌ها در تاریخ سازمان غذا و دارو (FDA) در ۷ ژوئن ۲۰۲۱ رخ داد، زمانی که آژانس اعلام کرد داروی آدوکانوماب، یک آنتی‌بادی مونوکلونال ساخته شده توسط Biogen و Eisai، تایید بازاریابی را دریافت کرده است. آدوکانوماب (آدوهلم) یک آنتی‌بادی مونوکلونال است که هدف اصلی آن پاک کردن تجمعات آمیلوئید بتا از مغز بیماران میباشد. با این حال، هیچ شواهد بالینی قانع‌کننده‌ای دال بر مفید بودن پاکسازی آمیلوئید بتا از مغز بیماران وجود ندارد.

یک دستورالعمل جدید، شواهد و ملاحظات بالینی استفاده از آدوکانوماب برای درمان بیماران مبتلا به آلزایمر را توضیح می‌دهد.

کلمات کلیدی: بیماری آلزایمر، هستی‌شناسی رایج در تحقیقات بیماری آلزایمر (CADRO)، توسعه دارو، آدوکانوماب، آمیلوئید

سوء مصرف مواد و الکل در سالمندان

آرش محقق، استادیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

سوء مصرف مواد در سالمندان بعنوان پدیده ای مستقل، اول بار در سال ۱۹۶۴ در متون علمی مورد توجه قرار گرفت اما پیوسته این تصور وجود داشته که معتادان معمولاً به سنین سالمندی نمی رسند و حتی در حال حاضر نیز مصرف مواد در سالمندان کمتر تشخیص داده و درمان می شود؛ ضمن اینکه مسایل فرهنگی و عرف جامعه نیز گاهی موانعی بر سر راه تشخیص و درمان این اختلال ایجاد می کند. در سیستم DSM-V، تشخیص اختلال مصرف مواد در سالمندان با معیارهایی مشابه بزرگسالان صورت می گیرد اما واقعیت این است که موانع متعددی (هم برای بالینگران و هم برای خود سالمندان) وجود دارد که تشخیص این اختلالات را در سالمندان با مشکل مواجه می کند و برای تشخیص اختلال لازم است درمانگران توجه و دقت بیشتری به سایر علایم و نشانه های مصرف احتمالی مواد داشته باشند. در این سخنرانی کوتاه سعی خواهیم کرد تا مروری گذرا بر تشخیص و درمان این اختلالات داشته باشیم.

سیگار: ترک سیگار در هر سنی می تواند فواید بالقوه خود را داشته باشد. در سالمندان با توجه به شرایط جسمی و داروهای مصرفی دیگر انتخاب درمان مناسب برای ترک سیگار دقت و مراقبت خاصی را می طلبد.

الکل: با توجه به محدودیت های فرهنگی و دینی مصرف الکل به نظر می رسد مصرف الکل در سالمندان کشور ما چندان شایع نباشد اما از طرف مقابل همین موضوع می تواند باعث شود که میزان مصرف الکل در سالمندان کشور کمتر از حد واقعی برآورد شود. مصرف الکل گاه می تواند تلاشی برای درمان برخی اختلالات روانشناختی باشد؛ در عین حال گاه مصرف بی رویه الکل خود ناشی از اختلال روانپزشکی دیگری (مانند مهارگسیختگی ناشی از دمانس) است یا می تواند منجر به اختلال روانپزشکی دیگر (مانند مشکلات خلقی و دمانس) شود.

بنزودیازپینها: از رایج ترین داروها برای درمان اختلالات اضطرابی و خواب در سالمندان به حساب می آیند اما با عوارضی جدی مانند خطر مشکلات شناختی و زمین خوردن سالمندان همراهند. تجویز و همینطور درمان وابستگی به این داروها در سالمندان لازم است با احتیاط فراوان صورت گیرد.

ضددردهای اپیوئیدی: استفاده از مواد اپیوئیدی در سالمندان سابقه ای فرهنگی در کشور ما دارد. به دلیل وجود سندرم های درد در سالمندان، داروها و مواد اپیوئیدی زیادی توسط سالمندان مصرف می شود که ممکن است منجر به بروز اختلال مصرف مواد اپیوئیدی شود. جامعه سالمندی آمریکا توصیه می کند که استامینوفن به عنوان داروی خط اول کنترل درد و داروهای نظیر گاباپنتین به عنوان داروهای خط دوم استفاده شوند. بخاطر عوارض بالقوه داروهای سه حلقه ای و NSAID ها توصیه می شود مصرف این داروها در سالمندی محدود باشد.

کلمات کلیدی: سالمندان، الکل، NSAID، سیگار

نقش طب تلفیقی در کنترل ریسک فاکتورهای کاردیومتابولیک در سالمندان

نازلی نمازی، استادیار علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

در دوران سالمندی شاخص‌های التهابی و استرس اکسیداتیو افزایش می‌یابد که به دنبال آن زمینه برای ابتلا به اختلالات کاردیو متابولیک فراهم می‌شود. همچنین فریلتی و سارکوپنی در دوران سالمندی با چاقی احشایی و از دست دادن توده ماهیچه در ارتباط است که خود میتواند سبب بروز مشکلاتی از جمله دیابت، اختلالات لیپیدی، فشارخون بالا و سایر مشکلات قلبی-عروقی شود. هر چند در طب نوین توصیه‌ها و روشهای پیشگیری و درمان کننده ای برای این دست از اختلالات متابولیکی ارائه می‌شود، اما با توجه به شیوع بالای این نوع از بیماری‌های مزمن و پلی‌فارماسی در سالمندی، بنظر میرسد استفاده از روشهای کمکی در کنار روشهای درمانی رایج میتواند به کاهش این اختلالات کمک کند. لذا هدف از این مطالعه، بررسی نقش طب تلفیقی در کنترل ریسک فاکتورهای کاردیومتابولیک در سالمندان است.

جهت جمع‌آوری شواهد علمی مرتبط با هدف مطالعه، PubMed و GoogleScholar از سال ۲۰۱۰ تا اپریل ۲۰۲۲ جستجو شدند. همچنین سایت‌های دانشگاهها و مراکز درمانی معتبر دنیا در زمینه ارائه خدمات طب تلفیقی مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج حاکی از اثرات برخی از گیاهان دارویی، مواد موثره آنها (کورکومین، آکالوئیدها و استرادیول، کاتچین، پروآنتوسیانین و...) و مکمل‌های غذایی (اسیدهای آمینه شاخه دار، ویتامین د، سلنیم، ویتامین ای، امگا ۳ و...) در پیشگیری از سارکوپنی و کمک به حفظ توده عضلاتی است. همچنین شواهد حاکی از اثرات مثبت برخی از گیاهان دارویی، طب سوزنی، یوگا، غذاهای فراسودمند و Nutraceuticals جهت بهبود وضعیت متابولیک است. مکانیسم‌های اصلی پیشنهادی برای روش‌های طب مکمل در این زمینه، کاهش سطح فاکتورهای التهابی و استرس اکسیداتیو است که میتواند از آسیب دیدگی به سلول‌ها و اختلالات بعدی پیشگیری کند.

استفاده از طب تلفیقی در مقایسه با طب رایج به تنهایی، میتواند با اثرات سینرژیستی که بین راهکارهای درمانی مورد استفاده وجود دارد، اثرات مفیدتری بر کنترل و پیشگیری از اختلالات کاردیومتابولیک به خصوص در سالمندان داشته باشد. هر چند مطالعات بیشتری جهت روشن شدن اثربخشی این طب مورد نیاز است.

کلمات کلیدی: طب تلفیقی، طب مکمل، اختلالات متابولیک، سالمندی

تدابیر المشایخ

رضا محمدی نسب، استادیار تاریخ علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

نگهداری سلامت، بهداشت و درمان بیماری‌های سالمندان، از موضوعات بسیار مهم در تاریخ پزشکی است. در بین آثار باقی‌مانده از تمدن‌های باستانی ایران، مصر و بین‌النهرین، می‌توان به توصیه‌های جالبی برای درمان سالمندان دست‌یافت، مثلاً داروهای گیاهی فراوانی برای درمان زوال عقل سالمندان. سه هزار سال پیش، ایرانیان عهد باستان آن‌قدر برای سالخوردگان اهمیت قائل بودند که برای ادای احترام و بزرگداشت و سپاس‌گزاری از آنان، در سال، روز مشخصی را تعیین کرده بودند. پس از انقراض ساسانیان و ظهور اسلام هم، چون در ایام نوروز رسم بود که برای دست‌بوسی نزد پیران قوم می‌رفتند، مراسم بزرگداشت و سپاس‌گزاری از سالخوردگان مختص نوروز شد. در قرون میانه، به‌ویژه از قرون نهم و دهم میلادی، به دنبال ترجمه گسترده آثار علمی یونانی، فارسی پهلوی و هندی به زبان عربی دوره نوین پزشکی در سرزمین‌های اسلامی آغاز شد که بیشتر ترکیبی بود از سه مکتب پزشکی ایران، یونان و هند. توجه ویژه به سالمندی و طب و بهداشت ایشان در دوران اسلامی به‌گونه‌ای است که در بیشتر کتاب‌های پزشکان آن دوران، فصل مستقلی تحت عنوان "تدابیر المشایخ" به سالمندی اختصاص یافته است.

در تاریخ پزشکی قرون میانه اسلامی، مراحل مختلف عمر انسان در چهار دسته طبقه‌بندی می‌شده است: از تولد تا سی‌سالگی؛ جوانی شامل سی تا چهل‌سالگی؛ سن زوال یا باقی ماندن از قدرت که تا شصت‌سالگی است و سن انحطاط که با ظهور ضعف در سن سالمندی است که از سن شصت‌سالگی شروع می‌شود و تا آخر عمر است.

در کتاب فردوس الحکمه که اولین کتاب جامع پزشکی دوره اسلامی است، علی بن ربن طبری بیماری‌های سن پیری را به‌صورت مجزا احصا کرده و توصیه‌های جالب‌توجهی برای سالمندان دارد. طبری بیماری‌های پیران را فلج، بی‌خوابی، سرفه، کم‌سوئی چشمان و درد کلیه‌ها برمی‌شمارد. وی برای فصول چهارگانه سال با توجه به دمای هوا برای سالمندان نیز توصیه‌ای بهداشتی و سلامتی را ذکر کرده است.

محمد بن زکریای رازی پزشک مشهور ایرانی، به‌طور خاص به مسأله حفظ سلامت سالمندان و درمان بیماری‌های ایشان پرداخته است. رازی ضعیف شدن معده، ضعف گوارش و سوء هضم را در سالمندان مهم دانسته است که اگر مراقبت و درمان خوبی از ایشان انجام نگیرد به مرگ منتهی خواهد شد، بنابراین، وی درمان غذایی و دارویی برای تقویت سالمندان را توصیه می‌کند.

ابن سینا مشهورترین پزشک و فیلسوف ایرانی که از قرن دوازدهم میلادی کتاب‌هایش چندین بار به زبان‌های متعدد اروپایی ترجمه شده است، در فصلی جداگانه به اهمیت سالمندی اشاره کرده و توصیه‌های برای حفظ سلامت سالمندان ارائه می‌دهد که برخی از مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: خواب بیشتر، نیاز به غذای مقوی و در دفعات

متعدد، استحمام بیشتر از جوانان، اهمیت دادن به دستگاه گوارش، ماساژ اندام افراد سالمند، رایحه‌درمانی و استفاده از عطر و در آخر توصیه اکید به پیاده‌روی و سوارکاری.

کلمات کلیدی: طب تلفیقی، طب مکمل، سالمندی

سالمندی سالم و فعالیت بدنی

دکتر مصطفی آيازاوغلو، متخصص پزشکی ورزشی، بیمارستان کاهرامان ماراش، ترکیه

سالمندی دوران اجتناب‌ناپذیر و برگشت‌ناپذیر از زندگی انسان است که آن را از تولد تا مرگ تجربه می‌کند. سالمندی گذر از استقلال به وابستگی جسمی و روحی است و در آن انسان مستعد انواع آسیب‌ها و کاهش کیفیت زندگی می‌شود. عدم فعالیت بدنی یا بی‌حرکی به‌عنوان چهارمین علت مرگ و میر در جهان، عامل حداقل ۴۰ مورد اختلال یا ایجاد وضعیت‌های بیماری و سندرم در سالمندان می‌شود؛ به طوری که بزرگ‌ترین مشکل بهداشت عمومی در قرن بیست و یکم و بیماری همه‌گیر یا اپیدمی نامیده می‌شود. فعالیت بدنی منظم یک دارو محسوب می‌شود. در سال ۲۰۰۷ توسط (Exercise Is Medicine) برای اولین بار این ایده مطرح شد و هدفش تبدیل کردن ارزیابی فعالیت بدنی و تجویز ورزش (ACSM) کالج آمریکایی پزشکی ورزشی منظم به‌عنوان یک بخش استاندارد از پارادایم پیشگیری و درمان بیماری برای همه‌ی بیماران و سالمندان بود. گزارش علمی کمیته‌ی مشورتی دستورالعمل‌های فعالیت بدنی مربوط به دفتر پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت آمریکا در سال ۲۰۱۸، نشان داد که فعالیت بدنی بر طیف وسیعی از اختلالات و بیماری‌ها در بدن اثر مثبت و درمانی داشته و باعث کاهش عوامل خطر مربوط به بیماری‌ها یا بهبودی در وضعیت آن‌ها بوده و مهم‌ترین عامل مؤثر در پیامدهای سلامت، سبک زندگی و رفتار فردی است. در انتخاب فعالیت بدنی باید پارامترهایی همچون بیماری‌های هم‌زمان، محیط فیزیکی (امکان‌پذیر، عملی)، دسترسی، شرایط اقتصادی، سرگرم‌کننده بودن، مناسب بودن برای فعالیت‌های گروهی و زندگی اجتماعی را لحاظ کرد. در یک نسخه‌ی ورزشی باید نوع فعالیت، شدت، مدت و فرکانس لحاظ شود. انواع فعالیت بدنی شامل ورزش‌های هوازی، قدرتی، کششی و تعادلی می‌باشد. در ورزش‌های هوازی باید دقت شود از ضربان قلب هدف که به‌صورت یک محدوده بین حداقل و حداکثر تعیین می‌شود، سرعت ضربان قلب فراتر نرود. تست استرس در فعالیت بدنی با شدت کم و متوسط لازم نیست اما قبل از فعالیت بدنی شدید در افراد مبتلا به CHF تست استرس توصیه می‌شود. در (CAD) بیماری‌های شریان کرونری جبران نشده و تنگی شدید آئورت، فعالیت بدنی، منع یا محدود می‌شود. به هنگام بروز درد قفسه‌ی سینه، اختلال در ریتم قلب، سرگیجه، ضعف، خستگی و سیاهی رفتن چشم‌ها، گرسنگی شدید و درد شدید مفاصل، فعالیت بدنی باید متوقف شده با پزشک مربوطه مشورت گردد. هیچ بهانه‌ای مانعی برای انجام فعالیت‌های بدنی نیست به طوری که با توجه به مطالعات متعدد، انجام فعالیت بدنی حتی اندک، بهتر از عدم انجام آن بوده و فعالیت بدنی زیاد بهتر و مفیدتر از فعالیت بدنی کمتر است. فعالیت بدنی قرصی است که علاوه بر فواید بی‌شمار و ثابت‌شده‌اش با کمترین عوارض جانبی، باعث می‌شود بیماران و سالمندان احساس عملکرد و خواب بهتری داشته باشند.

کلمات کلیدی: سالمندی سالم، فعالیت بدنی منظم، بی‌حرکی، سبک زندگی فردی، نسخه‌ی ورزشی

ارزیابی ارزش غذایی مواد غذایی توصیه شده برای سالمندان در طب ایرانی

امیر محمد جلاط، استادیار طب سنتی ایرانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

شواهد محکمی وجود دارد که نشان می دهد با افزایش سن نیاز به ریزمغذی ها و ویتامین ها افزایش می یابد و توجه ویژه به رژیم غذایی این جمعیت از اهمیت ویژه ای برخوردار است. در طب ایرانی به دلیل مشکلات رایج پیری دستورالعمل های غذایی خاصی ارائه شده است. با این حال، مشخص نیست که آیا این مکمل های غذایی می توانند ریزمغذی ها و مواد معدنی لازم را برای این گروه فراهم کنند یا خیر، بنابراین این مطالعه طراحی شده است. در این مطالعه مروری و کتابخانه ای، پیشنهادات تغذیه ای طب ایرانی برای سالمندان از منابع معتبر از جمله Canon medicine، ذخیره خوارزمشاهی و مفرح القلوب استخراج شده و سپس بر اساس میزان ریزمغذی ها و مواد معدنی موجود در این موارد تعیین و با مقدار توصیه شده مقایسه شده است.

رژیم غذایی سالمندان در طب ایرانی دارای مواد غذایی با ارزش غذایی بالا شامل گوشت، تخم مرغ، شیر و سبزیجات مانند کلم، چغندر و هویج همراه با روغن زیتون، مغزها و به ویژه انجیر، گردو و دانه گلرنگ است که می تواند ریزمغذی های قابل توجهی از جمله ویتامین E فولات، پیریدوکسین، کلسیم، ویتامین C، فیبر و آنتی اکسیدان ها را تا حد قابل توجهی تامین کند. توجه ویژه به این موارد می تواند به تضمین سلامت بهتر سالمندان کمک کند.

کلمات کلیدی: سالمندی سالم، طب سنتی، طب ایرانی

برنامه روز دوم، قسمت اول
چهارشنبه ۲۱ اردیبهشت

موضوع	سخنران	زمان
علائم بالینی کووید-۱۹ در سالمندان	علی اکبر قمری	۰۸:۰۰-۰۸:۳۵
چالش های واکسن کووید-۱۹	دکتر صنم دولتی	۰۸:۳۵-۰۹:۰۰
چالشهای تغذیه ای در بیماران کووید-۱۹	دکتر عزیزه فرشباف خلیلی	۰۹:۰۰-۰۹:۳۰
پزشکی مبتنی بر شواهد و کووید-۱۹ در ICU	دکتر حسن سلیمانپور	۰۹:۳۰-۱۰:۰۰
داروشناسی کووید-۱۹	دکتر هادی همیشهکار	۱۰:۰۰-۱۰:۳۰

علائم بالینی کووید ۱۹ در سالمندان

علی اکبر قمری، استادیار مراقبت‌های ویژه پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

شایع‌ترین تظاهرات بالینی COVID-19 شامل تب، سرفه، تنگی نفس، خستگی و میالژی است. تعداد کمی از بیماران دچار پنومونی شدید شده‌اند و ممکن است با سندرم زجر تنفسی حاد (ARDS)، اختلال عملکرد ارگان‌های اضافی ریوی یا حتی مرگ مراجعه کنند. بیماران بستری شده در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) مسن‌تر از بیماران غیر ICU بودند.

به طور کلی، ۶۹٫۵٪ از بیماران مسن دارای بیماری مزمن پزشکی بودند و شایع‌ترین بیماری‌های همراه شامل فشار خون بالا (۴۳٫۸٪)، دیابت (۲۵٫۷٪) و بیماری قلبی (۱۶٫۲٪) بود. سایر علائم شامل تنگی نفس (۲۹٫۵٪)، اسهال (۹٫۵٪)، بی‌اشتهایی (۸٫۶٪)، سردرد (۸٫۶٪)، میالژی (۷٫۶٪) و استفراغ (۵٫۷٪) بود. بیماران مسن بیشتر از بیماران مسن به حمایت از ونتیلاتور مکانیکی تهاجمی نیاز داشتند (۲۵٫۰ در مقابل ۳٫۵٪ $p = ۰٫۰۴۵$).

بیماران مسن مبتلا به کووید-۱۹ ممکن است فقط خستگی، میالژی، سردرد یا علائم گوارشی از جمله بی‌اشتهایی، استفراغ بدون تب یا سرفه داشته باشند. بنابراین، مراقبت بالینی برای بیماران مسن باید از این تظاهرات غیر کلاسیک آگاه باشد.

کلمات کلیدی: کووید ۱۹، سالمندان، سندرم زجر تنفسی حاد

چالش های واکسن کووید-۱۹

صنم دولتی، استادیار ایمنولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

واکسیناسیون

برای مهار پایدار همه گیری جهانی ویروسی مطمئن ترین راه، مصون شدن درصد بالای ۷۵-۷۰ درصد جمعیت است که واکسیناسیون سراسری راه حل آن است. همزمان با شیوع ویروس کووید-۱۹ دانشمندان در بسیاری از کشورها تلاش برای ساخت واکسن بیماری کرونا را آغاز کردند. واکسن کاملاً موثر اساساً چهار ویژگی دارد که شامل موارد زیر است:

(۱) جلوی ابتلا فرد را بگیرد، (۲) جلوی بروز علائم را بگیرد، (۳) جلوی ابتلا به فرم شدید بیماری را بگیرد، (۴) جلوی انتقال به دیگران را بگیرد.

تولید یک واکسن جدید نیازمند گذراندن مطالعات حیوانی، و ۳ فاز انسانی (بالینی) است. فاز یک جهت بررسی safety و امن بودن واکسن و توانایی واکسن در تحریک پاسخ ایمنی است که بر روی تعداد محدودی افراد (چند ده نفر) انجام می شود. فاز دوم بر روی تعداد بیشتری (چند صد نفر) برای بررسی safety و تعیین دوز مناسب واکسن و نوع تزریق انجام می شود. فاز سوم جهت بررسی عوارض جانبی، کارایی واکسن بر روی چند هزار نفر در رده های سنی مختلف انجام می شود که در نهایت می تواند در صورت کارایی بالای ۵۰ درصد موفق به اخذ تاییدیه سازمان غذا و دارو آمریکا (FDA) شود. فاز چهار بعد از عرضه واکسن در بازار به پایش کارآمدی واکسن می پردازد.

انواع واکسن ها

واکسن های نسل اول که از ویروس زنده ضعیف شده یا کشته شده و غیرفعال شده استفاده می شود. احتمال این وجود دارد که سویه ضعیف شده ویروس در بدن به فرم عفونی و خطرناک برگشته و منجر به عفونت پایدار و مهلک شود. از نمونه های این واکسن می توان به واکسن آنفولانزا اشاره کرد. واکسن های شرکت سینوفارم و سینوواک چینی مبتنی بر ویروس غیر فعال شده هستند. اخیراً اثر بخشی ۸۶ درصدی این واکسن در امارات اعلام شده است. شرکت داروسازی دولتی اندونزی Biofarma اثر بخشی ۹۷ درصدی واکسن سینوواک را اعلام کرده است. این واکسن ها قابلیت نگهداری در دمای ۲-۸ درجه سانتی گراد را دارا می باشند. واکسن های سینوفارم و سینوواک در دو دوز با فاصله ۱۴ روز تزریق می شوند. واکسن های زیرواحدی نوع دیگری از واکسن ها است که از چند آنتی ژن پروتئینی یا اجزای پروتئین نوترکیب تشکیل یافته اند. برای تحریک بهتر پاسخ ایمنی نیاز به ترکیب با ادجوانت ها است. واکسن شرکت نوواکس حاوی پروتئین اسپایک ویروس کووید-۱۹ به همراه ادجوانت ساپونین است. نسل سوم واکسن ها مبتنی بر DNA است. وقتی DNA واکسن وارد سلول میزبان می شود، با استفاده از مکانیسم رونویسی و ترجمه پروتئین سلول، پروتئین اسپایک ویروس را بیان می کند.

نیاز به زنجیره سرمایش نیست و در شرایط محیطی مقاوم است. از معایب این نوع واکسن ها می توان به موارد زیر اشاره کرد. با توجه به ساختار DNA این احتمال وجود دارد که در ژنوم سلول میزبان قرار گیرد و منجر به فعال شدن آنکوژن ها و غیر فعال شدن ژن های سرکوبگر تومور شود. احتمال بروز خودایمنی و شرایط مشابه آنچه در بیماری لوپوس (آنتی بادی ضد DNA) می شود. واکسن ضد ویروس کووید-۱۹-INO-۴۸۰۰ در فاز دو بالینی جز این نوع واکسن ها است.

واکسن های مبتنی بر وکتورهای ویروسی که در آنها قسمتی از ژنوم ویروس در داخل یک ویروس دیگر (آدنوویروس) قرار داده می شود. آدنوویروس در حقیقت ویروس سرماخوردگی است که ضعیف شده است و قدرت تکثیر ندارد و خطرناک نیست. این واکسن ها ارزان تر از سایر واکسن ها بوده و در دمای ۲-۸ درجه قابل نگهداری هستند. واکسن های اسپوتنیک وی-گامالیا روسیه، جانسون & جانسون شرکت آمریکایی، واکسن کانسینو چینی و واکسن آکسفورد-آسترازنکا از جمله ی این نوع واکسن ها می باشند. واکسن اسپوتنیک وی دارای اثر بخشی ۹۱ درصدی است. واکسن اسپوتنیک وی در دو دوز با فاصله ۲۱ روز و واکسن آسترازنکا در دوز با فاصله ۲۸ روز تزریق می شوند. واکسن جانسون & جانسون و کانسینو به صورت تک دوز تزریق می شوند.

واکسن های جدید فایزر- بیونتک و مدرنا که موفق به اخذ تاییدیه FDA شده اند مبتنی بر مولکول mRNA هستند. بعد از اینکه توالی ژنوم پروتئین اسپایک ویروس کووید-۱۹ مشخص شد و چند روز بعد از اینکه کد ژنتیک مربوطه در دسترس قرار گرفت در محیط آزمایشگاه با استفاده از آنزیم های انتخابی خاص می توان RNA مصنوعی را تولید کرد. مولکول mRNA مولکول ناپایداری است که برای رفع مشکل در ساختار نانوذره لیپیدی بسته بندی می شود. بعد از تزریق واکسن، مولکول mRNA با استفاده از ماشین الات سلولی منجر به تولید پروتئین ویروسی شده که موجب تحریک پاسخ سیستم ایمنی و تولید آنتی بادی و فعال شدن لنفوسیت های T می شود. رشته mRNA وارد ژنوم سلول میزبان نمی شود. در نتیجه احتمال خطرات بروز سرطان را ندارد. حاوی ذرات عفونی نیست. امکان تولید انبوه آن در مدت زمان کم وجود دارد. این واکسن ها به زنجیره سرمایش نیاز دارند. واکسن فایزر با اثر بخشی ۹۰ درصد نیاز به نگهداری در دمای منفی ۷۰ درجه سانتی گراد دارد. واکسن مدرنا با اثر بخشی ۹۴,۵ درصد در دمای منفی ۲۰ درجه سانتی گراد قابل نگهداری و انتقال است. واکسن فایزر در دو دوز با فاصله ۲۱ روز و واکسن مدرنا در دوز با فاصله ۲۸ روز تزریق می شوند. از عوارض واکسن فایزر می توان به واکنش شبه آنافیلاکتیک اشاره کرد که در افراد دارای حساسیت شدید مشاهده شد.

پاسخ ایمنی بعد از واکسیناسیون

هم آنتی بادی ها و هم سلول های T عواملی هستند که در پاسخ ایمنی بدن علیه ویروس وارد عمل می شوند؛ پاسخ فوری بدن توسط آنتی بادی ها هدایت می شود در حالی که سلول های T مدت زمان بیشتری برای واکنش نیاز دارند اما مدت پاسخگویی آنها طولانی تر است بنابراین راه حلی برای محافظت طولانی تر محسوب می شوند. وقتی فرد

واکسینه شده دچار عفونت میشوید، سیستم ایمنی از قبل دارای پاسخ ایمنی هومورال (آنتی بادی ها) و ایمنی سلولی است و می‌تواند پاتوژن را شناسایی و علائم واکنش و پاسخ ایمنولوژیک بر علیه پاتوژن را زودتر از کسی که واکسینه نیست و سیستم ایمنی او، خاطره ای از پاتوژن ندارد، بروز دهد. نتایج اولیه تحقیقات نشان می‌دهد که لنفوسیت های اختصاصی کروناویروس به مقدار قابل قبولی توانایی ایجاد حفاظت ایمنولوژیک در برابر واریانت اومیکرون را دارند. مطالعات نشان می‌دهند که با وجود اینکه آنتی بادی های خنثی کننده ممکن است در برابر واریانت هایی با توانایی گریز از سیستم ایمنی توان خنثی سازی ناچیزی داشته باشند ولی ایمنی سلولی ناشی از لنفوسیت های T همچنان می‌توانند توان محافظتی خود را حفظ کنند. واکسنهای مورد بررسی حداقل پنج برابر ایمنی بهتری از ایمنی طبیعی با ابتلای قبلی به کرونا علیه ابتلا به کرونا ایجاد می‌کنند. براساس نتیجه مطالعه جدید، واکسیناسیون کرونا (واکسن mRNA) در طول دوران بارداری حدود ۶۰٪ خطر بستری ناشی از کرونا را در نوزادان کمتر از ۶ ماه کاهش می‌دهد. بر اساس گزارش CDC، تاثیر واکسن بر کاهش مرگ ناشی از کووید در گروه سنی بالاتر از ۶۵ سال با دو دوز واکسن ۹۲ درصد و با سه دوز واکسن ۹۹ درصد است.

دوز بوستر در واکسن های کووید-۱۹

دوز بوستر زمانی مطرح است که تجویز دو دوز واکسن حفاظت ایمنولوژیک مناسبی را در فرد ایجاد کرده ولی با گذشت زمان این اثر حفاظتی کاهش می‌یابد. به طوری که بعد از شش ماه به دلیل اینکه آنتی‌بادی‌ها کاهش می‌یابد، توصیه می‌شود که دوز بوستر برای افرادی که در ریسک ابتلاء به بیماری کووید هستند، تزریق شود. تزریق دوز بوستر واکسن کووید در جلوگیری از ابتلا به فرم شدید بیماری و بستری و فوت ناشی از آن بسیار خوب و موثر عمل می‌کند. دوز بوستر واکسن، ایمنی بدن را در برابر ویروس کرونا از جمله سویه دلتا تا حد بسیار زیادی بالا می‌برد. مطالعات جدید نشان می‌دهند که دوز بوستر واکسن کروناویروس، افراد را آماده می‌کند تا به طور موثر در برابر آسیب‌های هر دو نوع دلتا و اُمیکرون مقاومت کنند. دوز سوم واکسن کرونا می‌تواند مرگ را تا ۹۰ درصد کاهش دهد. حداقل شش ماه پس از تزریق دوز دوم، دوز سوم تزریق می‌شود. تزریق دوز بوستر (دوز سوم) با اولویت افراد بالاتر از ۶۰ سال، افرادی که در خانه سالمندان زندگی می‌کنند، افراد مبتلا به بیماری های زمینه ای از جمله فشار خون بالا، بیماری های قلبی عروقی، دیابت، سیگار کشیدن، بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD)، بدخیمی و بیماری مزمن کلیوی، افراد دارای نقص ایمنی، بیماران مبتلا به سرطان، بیماران دریافت کننده پیوند، افراد دریافت کننده داروهای سرکوبگر سیستم ایمنی انجام شد. بعد از آن، مجوز تزریق دوز سوم برای همه افراد بالای ۱۸ سال صادر شد. نتیجه مطالعه محققانی از برزیل و دانشگاه آکسفورد نشان داد افرادی که دو دوز واکسن کرونای پلت فرم ویروس غیرفعال شده را دریافت کرده‌اند، باید برای افزایش محافظت علیه اُمیکرون، دوز تقویتی خود را از واکسنی با پلت فرم متفاوت تزریق کنند. در حقیقت آنتی بادی حاصل از تزریق نوع هترولوگ واکسن (نوع دیگر واکسن) بیشتر است. بهترین واکسن به عنوان بوستر واکسن مدرنا و بعد از آن واکسن فایزر است. برای کسانی که دوزهای اول و دوم آسترزنکا را دریافت کرده اند، بهترین پلت فرم برای دوز سوم واکسن های پروتئینی (مانند پاستوکوک پلاس یا

اسپایکوژن در ایران) است. اگر دوز اول و دوم واکسن با پلتفرم ویروس غیرفعال شده باشد (مثل سینوفارم) می توان برای بوستر از پاستوکوک پلاس یا اسپایکوژن یا خود همان واکسن استفاده کرد و در هر حالت ایمنی وجود خواهد داشت.

مجوز تزریق دوز بوستر (دوز چهارم) واکسن های کرونا برای افراد ۷۰ سال به بالا، افراد ۱۸ سال به بالای با انواع نقص ایمنی، افراد دارای بیماری زمینه ای و بدخیمی، و پرسنل بهداشت و درمان حداقل ۴ ماه پس از دریافت دوز سوم واکسن تأیید شده صادر شده است. بهتر است برای دوز چهارم، همان پلت فرم واکسن تزریق شده در دوز سوم تزریق شود.

کلمات کلیدی: کووید ۱۹، سالمندان، واکسن

چالش‌های تغذیه ای در بیماران کووید-۱۹

عزیزه فرشلاف خلیلی، استادیار علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

تغذیه مناسب و هیدراتاسیون برای سلامت انسان ضروری است. افرادی که رژیم غذایی متعادلی دریافت می‌کنند، به دلیل سیستم ایمنی قوی تر و خطر کمتر بیماری‌های عفونی و بیماری‌های مزمن، سالم تر هستند. بیماران مبتلا به کووید-۱۹ به دلیل عفونت و فرآیند التهابی که سبب کاهش سنتز پروتئین عضلانی می‌شود، متابولیسم بیش از حد و عدم تحرک فیزیکی، در خطر تحلیل سریع عضلانی قرار دارند. سوء تغذیه در دو سوم بیماران مبتلا به کووید-۱۹ که در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) بستری شده‌اند شناسایی شده است.

این مقاله مروری با هدف ارزیابی چالش‌های تغذیه‌ای در بزرگسالان در طول همه‌گیری کووید انجام شد. سازمان بهداشت جهانی، پنل راهنمای درمان کووید، دستورالعمل‌های انجمن اروپایی برای تغذیه بالینی و متابولیسم (ESPEN) و همچنین مقالات منتشر شده جدید در مجلات بین‌المللی و معتبر برای گردآوری این مطالعه بررسی شدند.

در قرنطینه کووید-۱۹، به دلیل کسالت دریافت انرژی بیشتر و ولع غذایی برای غذاهای شیرین ناشی از وضعیت استرس‌زا، بیشتر است. بنابراین، رعایت عادات غذایی صحیح با پیروی از یک الگوی تغذیه سالم و متعادل حاوی مقادیر بالایی از آنتی‌اکسیدان‌ها، مواد معدنی و ویتامین‌ها در این دوران بسیار مهم است. آنتی‌اکسیدان‌ها باعث افزایش تعداد زیر مجموعه‌های سلول T، تولید اینترلوکین ۲، تقویت فعالیت سلول‌های کشنده طبیعی و پاسخ لنفوسیت‌ها به میتوز می‌شوند. علاوه بر این، مصرف مواد غذایی حاوی یا تقویت‌کننده سنتز سروتونین و ملاتونین در وعده شام بسیار مهم است. انواع قابل توجهی از منابع گیاهی از جمله برگ‌ها، ریشه‌ها، دانه‌ها و میوه‌ها مانند موز، گیلاس بادام و جو دوسر حاوی ملاتونین و/یا سروتونین هستند. این غذاها ممکن است حاوی تریپتوفان نیز باشند که پیش‌ساز سروتونین و ملاتونین است. غذاهای پروتئینی مانند شیر و فرآورده‌های آن منابع اصلی تریپتوفان هستند. منابع غنی از تریپتوفان به تنظیم الگوهای خواب، کاهش اشتها با مهار نوروپپتید Y هیپوتالاموس و بهبود خلق و خو کمک می‌کند. محصولات شیری مانند ماست همچنین می‌توانند فعالیت سلول‌های کشنده طبیعی را افزایش داده و خطر عفونت‌های تنفسی را کاهش دهند. شایان ذکر است که به طور کلی در حال حاضر تمامی مکمل‌های غذایی به عنوان کاندیدای احتمالی در درمان حمایتی کووید-۱۹ محسوب می‌شوند و نیاز به مطالعات بیشتر در این زمینه وجود دارد. همه بیماران مبتلا به کووید-۱۹ باید طی ۷۲ ساعت پس از بستری در بیمارستان و ظرف ۴۸ ساعت پس از پذیرش در بخش مراقبت‌های ویژه مورد ارزیابی تغذیه‌ای قرار گیرند. این بیماران به دلیل عفونت و فرآیند التهابی که باعث کاهش سنتز پروتئین عضلانی، متابولیسم بیش از حد

و عدم تحرک فیزیکی می شود، مستعد تحلیل رفتن سریع عضله هستند. برای جلوگیری از سوء تغذیه، استراتژی تغذیه ای کافی، شامل دریافت پروتئین، انرژی و تحریک فعالیت بدنی کافی مورد نیاز است. طبق ESPEN، همه بیماران بدحال که بیش از ۴۸ ساعت در ICU بستری هستند، باید در معرض خطر سوء تغذیه در نظر گرفته شوند. در بیمارانی که می توانند ۷۰ درصد نیاز خود را بین روز سوم تا هفتم بستری بدون خطر استفراغ یا آسپیراسیون دریافت کنند، روش تغذیه خوراکی ترجیح داده می شود. اگر نیازهای تغذیه ای برآورده نمی شود یا اگر بیمار از طریق غربالگری خطر تغذیه ای را نشان می دهد باید از مکمل های خوراکی استفاده شود. وعده های غذایی ارائه شده توسط بیمارستان باید شامل غذاهای فرآوری نشده یا حداقل فرآوری شده و از همه گروه های غذایی باشد تا از تامین کافی درشت مغذی ها و ریز مغذی هایی که با نتایج درمانی خوبی همراه بوده اند، اطمینان حاصل شود. مصرف قندهای ساده و کربوهیدرات های تصفیه شده با شاخص گلیسمی بالا باید محدود شود، زیرا این افراد ممکن است به هیپرگلیسمی و هیپرانسولینمی ناشی از داروها، فرآیندهای عفونی و/یا بیماری های همراه مبتلا باشند. الکترولیت هایی مانند سدیم، پتاسیم، منیزیم و کلسیم باید به طور مکرر کنترل شوند زیرا با شدت بیماری مرتبط هستند و درمان تغذیه ای باید بر اساس سطوح سرمی تنظیم شود. در بیمارانی که بیش از ۳ روز قادر به غذا خوردن نیستند یا افرادی که کمتر از ۵۰ درصد انرژی مورد نیاز خود را برای بیش از یک هفته مصرف می کنند، باید از تغذیه روده ای استفاده شود. بیماران بدحال در ICU باید ظرف ۲۴ تا ۳۶ ساعت پس از پذیرش در بخش یا ۱۲ ساعت پس از لوله گذاری داخل تراشه و تهویه مکانیکی تغذیه روده ای دریافت کنند. از سندرم تغذیه مجدد باید اجتناب شود. اگر تغذیه روده ای غیرممکن یا ناکافی یا منع مصرف باشد، تغذیه تزریقی اندیکاسیون دارد و باید به صورت فردی و موردی تجویز شود.

مراقبت از عادات غذایی با پیروی از یک الگوی تغذیه سالم و متعادل حاوی مقادیر زیادی آنتی اکسیدان، مواد معدنی و ویتامین ها در طول همه گیری COVID-۱۹ مهم است. استراتژی های تغذیه ای کافی، از جمله دریافت پروتئین کافی، انرژی و تحریک فعالیت بدنی، برای جلوگیری از سوء تغذیه مورد نیاز است.

کلمات کلیدی: کووید-۱۹، متابولیسم بیش از حد، تغذیه، عادات تغذیه ای، اقدامات تغذیه ای.

پزشکی مبتنی بر شواهد و کوید-۱۹ در بخش های مراقبت های ویژه

حسن سلیمان پور، استاد مراقبت‌های ویژه پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

استفاده از شواهد معتبر و قوی نقش بسزایی در تصمیم‌گیری‌های درست در حوزه علوم پزشکی دارد. به گونه‌ای که اتخاذ یک رویکرد کلاسیک و یکسان در این خصوص می‌تواند اشتباه را به حداقل ممکن رسانده و اطمینان‌نمائیم که بهترین تصمیم براساس بهترین شواهد موجود که مورد ارزیابی اولیه قرار گرفته‌اند، اتخاذ شده است. اولین بار دیوید ساکت (David sacket) و همکاران وی واژه پزشکی مبتنی بر شواهد را ابداع نمودند و تعریف کنونی پزشکی مبتنی بر شواهد را چنین بیان نمودند: استفاده دقیق، روشن و عاقلانه از بهترین شواهد موجود برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت از بیماران و یا تلفیق بهترین شواهد به دست آمده از تحقیق با مهارت‌های بالینی و ارزشهای بیمار. پزشکی مبتنی بر شواهد شامل سه رکن است: شواهد منتشر شده، قضاوت بالینی، ارزش‌ها و ترجیحات بیماران. در ادامه به اهم شواهد نسبتاً قوی و قابل استناد در بخش‌های مراقبت‌های ویژه در طی بحران کوید می‌پردازیم:

- ۱- بار بیماری کوید در بخش‌های مراقبت‌های ویژه
- ۲- استراتژی برای غلبه بر کمبود ونتیلاتور
- ۳- آیا تهویه چندین بیمار با یک دستگاه تهویه مکانیکی تنها راهکار عملی برای کمبود تهویه مکانیکی می‌باشد؟
- ۴- استراتژی‌های موجود نهادها برای غلبه بر کمبود چیست؟ پرسنل مراقبت‌های ویژه (پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان)؟
- ۵- از چه راهکارهایی می‌توان برای کاهش مواجهه کارکنان مراقبت‌های بهداشتی با COVID-۱۹ استفاده کرد؟
- ۶- آیا نمره SOFA برای تریاژ بیماران کوید در ICU پیشنهاد می‌شود؟
- ۷- راهکارهای حمایت از خانواده در ICU چیست؟
- ۸- آخرین یافته‌ها و توصیه‌ها در مورد Remdesivir و فاویپیراویر
- ۹- راهنمای سازمان جهانی بهداشت در مورد درمان کوید-۱۹
- ۱۰- هیپوکسمی خاموش (Silent or 'Happy' Hypoxemia) در بیماران کوید-۱۹
- ۱۱- داروی Baricitini
- ۱۲- بهترین داروی سدیشن در ICU؟
- ۱۳- نقش هوش مصنوعی در مدیریت کوید در ICU
- ۱۴- جایگاه استروئید در کوید-۱۹؟
- ۱۵- ارتباط کلاسترول و شدت کوید

۱۶- نکاتی در مورد تغذیه

کلمات کلیدی: کووید-۱۹، بخش مراقبت های ویژه، پزشکی مبتنی بر شواهد

داروشناسی کووید-۱۹

هادی همیشه کار، استاد داروسازی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

خانواده کروناویروس‌ها از مهم‌ترین پاتوژن‌های بیماری‌زا در انسان و حیوانات می‌باشند. در اواخر سال ۲۰۱۹ میلادی، کروناویروس جدید (کووید-۱۹) موجب ابتلای تعداد زیادی از بیماران به پنومونی در چین گردید. این ویروس به سرعت در جهان انتشار یافته و سازمان بهداشت جهانی آن را پاندمی اعلام کرد. دارودرمانی موثر می‌تواند مرگ و میر و ناتوانی ناشی از این بیماری را بویژه در افراد سالمند کاهش دهد. دگزامتازون و سایر گلوکوکورتیکوئیدها، توسیلیزومب، باریتیسینیب و رمدسیویر از جمله داروهایی می‌باشند که در درمان این بیماری به کار می‌روند. هدف ارائه حاضر بررسی دوزهای موثر توصیه شده، شرایط مصرف، اثر بخشی و ایمنی داروهای مورد استفاده در درمان بیماری کووید-۱۹ می‌باشد.

کلمات کلیدی: کووید-۱۹، داروشناسی، دارودرمانی

برنامه روز دوم، قسمت دوم
چهارشنبه ۲۱ اردیبهشت

موضوع	سخنران	زمان
روش‌های تشخیصی کمر درد	دکتر بینا افتخارسادات	۱۲:۳۰-۱۳:۰۰
درمان‌های دارویی در کمردرد	دکتر وحیده توپچی‌زاده	۱۳:۰۰-۱۳:۳۰
مدالیت‌ها و اقدامات توانبخشی در کمردرد	دکتر یعقوب سالک زمانی	۱۳:۳۰-۱۴:۰۰
تغذیه در انواع درد از جمله درد کمر	دکتر ندا دولت‌خواه	۱۴:۰۰-۱۴:۳۰

روشهای تشخیصی کمر درد

بینا افتخارسادات، استاد طب فیزیکی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

از مشکلات شایع موسکولواسکلتال، کمردرد می باشد که جهت تشخیص درمان صحیح نیازمند آشنائی دقیق با علائم، نشانه ها و معاینات بالینی می باشد. از آنجا که طیف وسیعی از علل وجود دارد؛ توجه به ژنراتورهای مختلف درد از جمله استخوانها، لیگامانها، تاندونها، عضلات، دیسک های بین مهره ای ... و معاینه هرکدام جداگانه ضروری است. همواره توجه به "red flag" ها و "yellow flag" ها در سردسته معاینات بالینی بوده و می بایست معاینات دقیق نسبت به هر کدام صورت گیرد. ضمن اینکه معاینات نرولوژیک و ارتوپدیک در این مورد ضروریست؛ معاینات خاص مربوط به پاسچر و معاینات مربوط به فانکشن نیز جزء موارد مهمی است که در جهت رفع دردهای مزمن همواره کمک کننده است. فلذا در این بحث ضمن مروری بر موارد کلی، سعی بر دقت به موارد پاسچر و فانکشن خواهد شد.

کلمات کلیدی: کمردرد، مشکلات موسکولواسکلتال

درمان‌های دارویی در کمردرد

وحیده توپچی زاده تبریزیان، استاد طب فیزیکی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

کمردرد یک سمپتوم است و علل زیادی دارد. چهل درصد افراد آن را طی ۶ ماه گذشته تجربه کرده‌اند. معمولاً درد با یا بدون درمان بهبود می‌یابد. بر اساس مطالعات اغلب درمان‌های انجام شده برای کمردرد خصوصاً کمردرد مزمن اثرات محدودی دارند. بعد از رد علل اولیه کمردرد فوکوس درمانی باید بر اساس اصلاح طرز زندگی و مراقبت از خود باشد و از درمان‌های مضر و آسیب‌رسان جلوگیری شود. میزان تاثیر درمان‌های مختلف از جمله داروها- ورزش و مانیپولاسیون در کمردرد کم یا متوسط است و باعث کاهش درد حدود ۵ تا ۲۰ میلی‌متر در مقیاس بصری درد می‌شود که البته می‌تواند به علت اثر پلاسمو باشد. بنابراین اغلب پزشکان درمان‌های متعدد را همزمان بکار می‌گیرند تا اثر ضد دردی کافی حاصل شود. داروها بطور شایع در درمان کمردرد استفاده می‌شوند. داروهای رایج مورد استفاده شامل انالزئیک‌ها- ضدالتهاب غیراستروئیدی-شل‌کننده‌های عضلانی- آنتی‌دپرسانت‌ها- اپیوئیدها- ضد صرع‌ها- کورتیکواستروئیدها و بنزودیازپین‌ها می‌باشد. نوع داروی مورد استفاده در هر بیمار با توجه به بیماری زمینه‌ای و احتمال عوارض باید انتخاب شود. داروی انتخاب شده باید با دوز کافی و مدت کافی تجویز شود. در صورت عدم کسب نتیجه مطلوب باید داروی دیگر تجویز نمود. در صورت کاهش درد به میزان کافی، ادامه درمان تا دو تا سه هفته به همراه تجویز تمرینات لازم و بازگشت به فعالیت عادی پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی: کمردرد، دارودرمانی

مدالیته ها و اقدامات توانبخشی در کمردرد

یعقوب سالک زمانی، دانشیار طب فیزیکی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

کمردرد یکی از شایعترین شکایات در کلینیک های اسکلتی عضلانی می باشد که می تواند به صورت حاد یا مزمن باشد. غیر از درمانهای طبی غیرتهاجمی و تهاجمی، از مدالیته ها و اقدامات توانبخشی مختلف هم در درمان آنها استفاده می شود و این مقاله خلاصه ای از آنها را که به صورت روزمره در کلینیک های توانبخشی بکار می رود را شرح می دهد.

کلمات کلیدی: کمردرد، توانبخشی

تغذیه در انواع درد از جمله درد کمر

ندا دولت خواه، استادیار علوم تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

تغذیه یکی از ضروری ترین مسائل مربوط به سبک زندگی می باشد که با بیماری های مزمن در ارتباط است. علاوه بر این، رژیم غذایی نامناسب نیز به عنوان یک عامل پیش بینی کننده، حفظ کننده یا زمینه ای برای درد مزمن اسکلتی عضلانی در نظر گرفته می شود. پزشکان هنگام مدیریت درد (حاد یا مزمن) در سالمندان با چالش های متعددی روبرو هستند. درمان درد در افراد مسن به دلایل مختلفی مانند بیماری های همراه، پلی داروسازی و آسیب پذیری روانی-اجتماعی، یک کار چندانگانه است. شواهد به شدت پیشنهاد می کنند که چاقی همراه، در موقعیت های درد مزمن شایع است و شکایات درد در افراد چاق رایج است. دریافت رژیم غذایی یکی از عناصر کلیدی است که بر التهاب سیستماتیک در این بیماران تأثیر می گذارد. این مطلب بر روی موضوعات زیر تمرکز دارد: ارتباط بین اضافه وزن/چاقی و درد در بیماران مبتلا به درد مزمن، پیوستن بیمار به تغذیه درمانی پزشکی، الگوهای غذایی توصیه شده، مکمل های ویتامین D و سایر ریزمغذی ها و در دسترس بودن مواد گیاهی مانند کورکومین و جینجرول. این واسطه ها می توانند به درمانگران درد کمک کنند تا یک درمان مناسب، با حداکثر اثربخشی و ایمنی ایجاد کند و همچنین تجویز داروهای مسکن را کاهش دهد. متخصصان بهداشت باید به تغذیه به عنوان بخشی از مداخله کلی برای تأثیر بر التهاب، چاقی، تعادل هموستاتیک و حساسیت مرکزی در افراد مبتلا به درد مزمن اسکلتی عضلانی توجه بیشتری داشته باشند. برای انجام این کار، ارزیابی رفتار و کیفیت رژیم غذایی باید در روند معاینه بیمار دخیل باشد و آموزش تغذیه برای تغییر رفتارهای تغذیه به سمت رژیم های غذایی سالم تر داده شود. علاوه بر این، به نظر می رسد کاهش وزن برای درد و کیفیت زندگی مفید است.

کلمات کلیدی: بیماری های مزمن، تغذیه، رژیم غذایی

برنامه روز سوم
پنجشنبه ۲۲ اردیبهشت

موضوع	سخنران	زمان
فناوری و سالمندی: ایجاد محیط‌های توانمند برای چالش‌های سالمندی	دکتر شیما سام	۰۸:۳۰-۰۸:۵۵
پیامدهای اجتماعی شیوع کووید-۱۹ در سالمندان	دکتر نسیمه زنجری	۰۸:۵۵-۰۹:۲۰
حقوق سالمندان	دکتر حسین مطلبی	۰۹:۲۰-۰۹:۴۵
سالمندی و رسانه	دکتر محمد علی مروتی	۰۹:۴۵-۱۰:۱۰
طراحی ارگونومیک برای سالمندان	دکتر علیرضا چوپینه	۱۰:۱۰-۱۰:۴۰
نقش پزشکی بازساختی و سلولهای بنیادی در طب مدرن	دکتر کامران منصوری	۱۰:۴۰-۱۱:۰۵

فناوری و سالمندی: ایجاد محیط‌های توانمند برای چالش‌های سالمندی

شیما سام، دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

عواقب افزایش خدمات مراقبتی مورد نیاز برای تعداد پیش‌بینی‌شده سالمندان به‌ویژه افراد مبتلا به زوال عقل، نگران‌کننده است. یکی از رویکردهای این بحران نوظهور، توسعه فناوری‌هایی برای ارتقای پیری سالم و جبران نقص‌های جسمی، ذهنی و شناختی آنها است. موضوع روز جهانی سالمندان ۲۰۲۱ سازمان ملل متحد (سازمان ملل) «برابری دیجیتال برای همه سنین» نیاز به دسترسی و مشارکت معنادار در دنیای دیجیتال توسط افراد مسن را پیش‌بینی می‌کند. فناوری‌های دیجیتال به طیف وسیعی از فناوری‌های جدید اعم از اینترنت، تلفن‌های همراه و همه ابزارهای دیگر برای جمع‌آوری، ذخیره، تجزیه و تحلیل و اشتراک‌گذاری اطلاعات دیجیتالی اشاره دارد.

گزارش‌های اخیر نشان می‌دهد که افراد مسن‌تر به میزان بیشتری نسبت به سایر گروه‌ها نابرابری دیجیتال را تجربه می‌کنند. در همین حال، خطرانی مانند جرایم سایبری و اطلاعات نادرست آشکار شده است که حقوق بشر، حریم خصوصی و امنیت سالمندان را تهدید می‌کند. بنابراین دسترسی همگانی به این فناوری یکی از گام‌های مهم است، اما هدف مهم‌تر قابل استفاده و سودمند کردن این فناوری برای سالمندان است. همانطور که سازمان ملل تأکید کرده است، استفاده از فناوری مناسب توسط سالمندان یکی از جنبه‌های مهم حقوق بشر است که پیری را کاهش می‌دهد. برای فعال کردن این هدف باید نکات خاصی از جمله توسعه فناوری‌های جدید برای غلبه بر مشکلات پیری در نظر گرفته شود. غلبه بر موانع دسترسی و سوادآموزی؛ و همچنین مسئولیت‌پذیری برای برجسته کردن رویکرد حقوق بشر متقاطع محور برای جامعه ای برای همه سنین. امروزه Gerontechnology و فناوری‌های کمکی، اصطلاحات رایجی در زمینه سالمندی هستند.

ژرونتکنولوژی به عنوان یک رشته بین رشته‌ای تعریف می‌شود که فناوری‌های موجود و در حال توسعه را به آرزوها و نیازهای افراد مسن و سالخورده مرتبط می‌کند. ژرونتکنولوژی از "پیری موفقیت‌آمیز" پشتیبانی می‌کند و پاسخی به ترکیب پیری جامعه و فناوری‌های جدید به سرعت در حال ظهور است. ممکن است از فناوری‌ها برای بهبود کیفیت زندگی افراد مسن استفاده شود و به آن‌ها اجازه دهد در جای خود پیر شوند و با عزیزان خود در ارتباط باقی بمانند. به طور گسترده‌تر، می‌تواند به ایجاد یک محیط کار و زندگی فراگیر برای افراد مسن کمک کند تا زندگی سالم و سازنده داشته باشند. فن آوری کمکی همچنین تعریف شده است: "اصطلاح چتر برای هر دستگاه یا سیستمی که به یک فرد اجازه می‌دهد تا کاری را انجام دهد که در غیر این صورت قادر به انجام آن نبود یا سهولت و ایمنی انجام کار را افزایش می‌دهد".

این یک توصیف بسیار کلی از فناوری کمکی است و به وضوح شامل مواردی مانند نرده‌ها، کمک حافظه الکترونیکی، سیستم‌های هشدار جامعه، رایانه‌ها، تلفن‌ها، روشنایی شب حساس به نور و حرکت، محیط چندحسی، مراقبت از راه دور، سلامت از راه دور، دستگاه‌های ضد سقوط می‌شود. آشکارسازهای سقوط، زنگ هشدار و پیجر، دستگاه‌های ردیاب، حیوانات خانگی روباتیک، آلارم‌های تخت و غیره. استفاده از فناوری کمکی به عنوان کمکی برای برقراری ارتباط، حمایت مراقب و به عنوان یک ابزار درمانی اهداف زیر را پوشش می‌دهد: استقلال، تذکرات و یادآوری. ایمنی و امنیت؛ مراقبت از راه دور و سلامت از راه دور؛ و مداخلات درمانی بزرگترین مزیت فناوری برای پیری، آزادی انتخاب، توانمندسازی افراد مسن برای حفظ استقلال، انتخاب سبک زندگی مورد نظر و ارتقای منزلت است که مورد بحث قرار خواهد گرفت.

کلمات کلیدی: سالمندی، تکنولوژی

پیامدهای اجتماعی شیوع کووید-۱۹ در سالمندان

نسیبه زنجری، استادیار سلامت و رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

در انتهای سال ۲۰۱۹ شیوع ویروس کرونا از شهر ووهان چین هراسی جمعی در کل جهان ایجاد کرد. افزایش تعداد مبتلایان و مرگ و میر به خصوص در میان گروه‌های آسیب‌پذیر مانند سالمندان منجر به نگرانی آنان و خانواده‌هایشان با تاکید بیشتر بر قرنطینه شد. شیوع ویروس کووید-۱۹ و قرنطینه علاوه بر مشکلات جسمانی منجر به بروز مشکلات اجتماعی-اقتصادی و روان‌شناختی در میان سالمندان شد. ازاین‌رو هدف از مطالعه حاضر بررسی پیامدهای اجتماعی کووید-۱۹ در میان سالمندان است.

روش مطالعه حاضر مروری است که کلید واژه‌های مرتبط با سالمندان و پیامدهای اجتماعی کرونا در پایگاه‌های اطلاعاتی Scopus, WOS, PubMed سرچ شده است و مقالات مرتبط انتخاب و یافته‌های آنان طبقه‌بندی گردید. مهم‌ترین پیامدهای اجتماعی کرونا شامل انزوا و تنهایی، مشکلات مرتبط با سواد دیجیتال، دسترسی به خدمات و تبعیض و سالمند آزاری می‌باشد. همچنین دور ماندن از اطلاعات درست می‌تواند منجر به خودغفلتی سالمندان در ایام شیوع کرونا شود. نکته قابل توجه مخاطره دوگانه اثرات اجتماعی کرونا بر سالمندان آسیب‌پذیر مانند فقرا، سالمندان دارای معلولیت، دارای کسب و کارهای کوچک، سالمندان تنها و سالمندان بهبودیافته از کرونا می‌باشد. در ایران نیز سالمندان در ایام شیوع کرونا مهم‌ترین چالش‌های خود را مشکلات اجتماعی-اقتصادی شامل تنهایی، عدم تعامل و مشکلات مالی ذکر کرده‌اند.

با توجه به اهمیت تاثیر مشکلات اجتماعی بر بهزیستی و سلامت سالمندان، نیاز است که سیاست‌گذاری‌ها و مداخلات مستندی در سه سطح کلان، خانواده و فردی انجام شود. سیاست‌گذاری در سطح کلان شامل حمایت‌های اجتماعی نقدی و غیرنقدی، تقویت نظام سلامت و کاهش نابرابری دسترسی به خدمات برای سالمندان آسیب‌پذیر، ایجاد شرایط مداخلات شناختی-رفتاری از راه دور و توانبخشی بعد از پاندمیک کرونا؛ در سطح خانواده شامل آموزش‌های حفظ ارتباط روزانه با سالمندان و رعایت پروتکل‌های مراقبت از سالمندان؛ و در سطح فردی شامل آموزش تکنولوژی، تاب‌آوری و ترویج سالمندی موفق است.

کلمات کلیدی: سالمندان، کرونا، پیامدهای اجتماعی، سیاست‌گذاری، انزوا

حقوق سالمندان

حسین مطلبی، دانشیار سالمندشناسی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

ساختار جمعیتی دنیا رو به سالمندی است. پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰، جمعیت جهان ۶۵ سال و بالاتر سه برابر شود. داده‌های مربوط به سرعت سالمندی جمعیت نشان می‌دهد که ایران از نظر افزایش درصدی جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۵۰، دومین کشور در جهان است. با بالا رفتن سن، افراد با تغییراتی مواجه می شوند که بر همه زمینه های زندگی آنها تأثیر می گذارد. یک پیامد مهم این تغییرات زندگی که اغلب نادیده گرفته می شود، تأثیری است که بر حقوق بشر سالمندان می گذارد.

چندین کنوانسیون ویژه توسط مجمع عمومی سازمان ملل متحد وجود دارد که بر گروه های جمعیتی خاص متمرکز شده است، از جمله کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان، کنوانسیون حقوق کودک، کنوانسیون حمایت از حقوق کارگران مهاجر و اعضای خانواده آنها و کنوانسیون حقوق معلولان، اما تا به امروز، کنوانسیون حقوق سالمندان وجود نداشته است.

در سال ۱۹۹۱، سازمان ملل متحد اصول سالمندان را منتشر کرد که به تفصیل پنج حوزه را که در آنها حقوق سالمندان باید اولویت بندی و تضمین شود، منتشر کرد: استقلال، مشارکت، مراقبت، خودشکوفایی و کرامت. برنامه اقدام بین المللی مادرید در مورد سالمندی حقوق سالمندان را ارائه می کند، ولی اگرچه توسط مجمع عمومی سازمان ملل متحد تأیید شده است، برخلاف کنوانسیون ها، برای کشورهای عضو الزام آور نیست. دولت‌ها فقط مسئولیت اخلاقی دارند که به توصیه‌های آن پایبند باشند، توصیه‌هایی که بر موضوعات اصلی مرتبط با حقوق و کیفیت زندگی سالمندان متمرکز دارد.

در سال ۲۰۱۰، مجمع عمومی سازمان ملل متحد کارگروهی را برای سالمندی ایجاد کرد. وظیفه این گروه در نظر گرفتن چارچوب های بین المللی موجود حقوق بشر سالمندان، شناسایی شکاف ها در سیاست ها و خدمات، و ابداع راه هایی برای رسیدگی به آنها است. از جمله چالش های عمده ای که با آن سروکار دارد تبعیض، فقر و خشونت و سوء استفاده است. این گروه همچنین در حال بررسی امکان توسعه یک سند حقوقی بین المللی برای ارتقای حقوق و منزلت سالمندان است. بر اساس ارزیابی اخیر از سیاست‌های جهانی و وضعیت سالمندان، شکاف‌های زیادی در رابطه با حقوق آنها و تعهد کشورهای آنها وجود دارد. بنابراین نیاز به یک سند قانونی جدید برای حمایت از حقوق سالمندان وجود دارد.

کلمات کلیدی: سالمندان، حقوق، حقوق بشر

سالمندی و رسانه

محمدعلی مروتی شریف آباد، استاد آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

سالمندان از گروه‌های سنی هستند که به اشکال مختلف متأثر از رسانه‌ها هستند. علیرغم اینکه هنوز تلویزیون از رسانه‌هایی است که بیشتر توسط سالمندان مورد استفاده قرار می‌گیرد، امروزه استفاده از رسانه‌های نوین نیز در بین سالمندان در حال افزایش است که لزوم توجه بیشتر در این زمینه را می‌طلبد. نظریه‌های متعددی اثرات رسانه‌ها بر افراد را تبیین میکنند که از این بین، نظریه یادگیری اجتماعی، نظریه کاشت و نظریه برجسته‌سازی از مهمترین می‌باشند. علیرغم اینکه رسانه‌ها تمامی ابعاد سبک زندگی سالمندان را تحت تأثیر فرار می‌دهند، شواهد بیانگر آنست که تأثیر چندانی بر آن بخش از سبک زندگی که مستلزم تحرک و فعالیت بدنی بیشتر است ندارند، درحالی‌که اثربخشی آنها بر ابعاد دیگری مؤثر بر سلامتی مانند تغذیه سالم و روابط اجتماعی قابل توجه است. در مقابل اثرات مثبت رسانه‌ها، تصویری که رسانه‌ها از افراد مسن ارائه میکنند، اثرات قابل توجهی هم بر خود سالمند و هم بر اطرافیان او دارد. یکی از مشکلاتی که کم و بیش در رسانه‌ها دیده می‌شود ارائه تصویری از افراد سالمند است به عنوان افرادی غمگین، ناتوان و غیر فعال که می‌تواند اثرات بدی را بر سالمندی موفق در جامعه داشته باشد.

کلمات کلیدی: سالمندی، رسانه، نظریه، سبک زندگی

طراحی ارگونومیک برای سالمندان

علیرضا چوبینه، استاد مهندسی بهداشت حرفه‌ای، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

سپری شدن عمر و رسیدن به دوران سالمندی برای انسان‌ها غیرقابل اجتناب است. پیری فرآیند یا مجموعه‌ای از فرآیندهاست که عملاً تمام اعمال و سیستم‌های بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سالمندی دورانی از زندگی شخص است که با وجود تجارب ارزشمند، به دلیل افت عملکرد جسمانی و شناختی ناشی از گذر زمان، شخص را دچار ناتوانی و عدم استقلال می‌نماید. علاوه بر کاهش توانمندی‌های جسمانی، سالمندی همراه با ضعف حواس از قبیل کاهش قوه‌ی بینایی، شنوایی، لامسه و نیز بویایی و چشایی می‌باشد.

در این میان ارگونومی می‌تواند به شناخت توانایی‌ها و محدودیت‌های این گروه سنی پرداخته و ایجاد تناسب و تطابق هرچه بیشتر بین ویژگی‌های این افراد و محیط زندگی، شغل، وسایل حمل و نقل عمومی و ... را دنبال کند. در جامعه‌ی ایران که به صورت روزافزون بر جمعیت سالمندان آن افزوده می‌شود لزوم در نظر گرفتن این گروه از منظر ارگونومی و طراحی‌های دوستدار سالمند در تمام حیطه‌های مرتبط، جهت افزایش کیفیت زندگی و استقلال سالمندان حائز اهمیت است. این موارد می‌تواند تجهیزات و فن‌آوری‌های الکترونیک نظیر تلفن همراه و رایانه، وسایل حمل و نقل عمومی، فضای شهری، تجهیزات کمکی مورد نیاز سالمندان و ... را در بر گیرد.

در این سخنرانی کلیدی، به اختصار به تغییرات جسمانی و شناختی مرتبط با سن که از نظر ارگونومی با اهمیت اند پرداخته می‌شود و نکاتی در مورد طراحی دوستدار سالمند که برای بهبود کیفیت زندگی، افزایش بهره‌وری و ایمنی این گروه سنی از جامعه لازم است، مطرح می‌شود.

کلمات کلیدی: سالمندی، ارگونومی، کیفیت زندگی

نقش پزشکی بازساختی و سلولهای بنیادی در طب مدرن

کامران منصوری، دانشیار پزشکی مولکولی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

پزشکی بازساختی به دنبال یافتن شیوه‌های نوین پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌هاست تا بتوان از پزشکی سنتی که حول محور تشخیص و درمان با داروهای شیمیایی و تا حدی بیوتکنولوژیکی کار می‌کند به سمت پزشکی فرد محور و حتی پزشکی دقیق حرکت نمود که بدین منظور فرآورده‌های سلولهای بنیادی نقش حائز اهمیتی ایفا خواهند کرد

یافتن درمان‌های مدرن و مناسب برای بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های مزمن (مانند بیماری‌های شایع مزمن و متابولیکی) یکی از مهم‌ترین موضوعات مورد علاقه در پزشکی بازساختی است. از سویی دیگر، محدودیت‌هایی مرتبط با پیوند اعضا وجود دارد که نیاز جدی برای رفع آنها، محققان را به انجام مطالعات گسترده در راستای یافتن بهترین روش‌های جایگزینی اعضا تشویق نموده است. در این زمینه، محققان به مزیت سلول‌های بنیادی و محصولات مشتق از سلولهای بنیادی به عنوان رویکردی مناسب پی برده‌اند. بر این اساس تاکنون استفاده از سلول‌های بنیادی و مشتقات آن برای درمان بیماری‌های مختلف در بسیاری از کشورهای جهان از جمله ایران مورد توجه بوده است و مراکز تحقیقاتی زیادی به انجام مطالعه در جهت به روز رسانی علم سلول درمانی می‌پردازند. لذا در این ارائه به بررسی راهبردها، چالش‌ها و فرصت‌های تحقیق و درمان با استفاده از سلول‌های بنیادی و آگروزوم در حوزه طب سامندی خواهیم پرداخت.

کلمات کلیدی: طب سامندی، پزشکی بازساختی، سلولهای بنیادی، آگروزوم



کندوان، آذربایجان شرقی، ایران

برنامه‌ی طرح‌ها

روز اول، قسمت اول
چهارشنبه ۲۱ اردیبهشت

شماره	عنوان	ارائه‌دهنده	زمان
۱	Study of developing and validating a Persian brief screening tool for cognitive disorders among Iranian aging people in primary care settings	دکتر علی فخاری	9:30-9:50
۲	The implementation of Cognitive Rehabilitation Therapy (CRT) on cognitive frailty of community dwelling of older adults	دکتر مریم چهره‌گشا	09:50-10:10
۳	Prevalence of multimorbidity, polypharmacy and related risk factors in people over 50 years of age in a combined population of "Azar Cohort study" and "Tabriz longitudinal study on Aging"	دکتر الناز فرامرزی	10:10-10:30
۴	Mitochondrial transplantation in combination with mitochondrial boosters, MitoQ and melatonin, as a surviving strategy to counteract myocardial reperfusion injury of aged rats	دکتر رضا بدلزاده	10:30-10:50
۵	The effect of astrocyte -derived exosomes and reelin glycoprotein on neurogenesis and neural tissue regeneration in the animal model of hippocampal photothrombotic stroke	دکتر محمد کریمی‌پور	10:50-11:10
استراحت			11:10-11:40

روز اول، قسمت دوم
چهارشنبه ۲۱ اردیبهشت

شماره	عنوان	ارائه‌دهنده	زمان
۶	Detection of biomarkers for delirium in old patients	دکتر آیلار نخلبند	11:40-12:00
۷	Evaluating the efficacy of T cell-derived exosomes from young and old Individuals on cancer cells proliferation, angiogenesis and metastasis	دکتر توحید کاظمی	12:00-12:20
۸	Evaluation of the protective and anti-aging effect of curcumin-loaded niosomes against oxidative stress and mitochondrial dysfunction in breast cancer stem cells	دکتر نصرت‌الله ضرغامی	12:20-12:40
۹	Study of the effects of Citrullus colocynthis (L.) hydroalcoholic extract on anxiety-like behavior and hippocampal oxidative stress markers in aged mice	دکتر مجتبی ضیایی	12:40-13:00
۱۰	Literal biomimetic nanobioelectronic nose for detection of exhalation biomarkers associated with Alzheimer's disease	دکتر پیمان کیهان‌ور	13:00-13:20
۱۱	Evaluation of the toxicity effect of Crocus sativus and Melissa officinalis in rats	دکتر علی‌رضا باقرزاده	13:20-13:40

پایان روز اول

روز دوم، قسمت اول

پنج‌شنبه ۲۲ اردیبهشت

شماره	عنوان	ارائه‌دهنده	زمان
۱	Evaluation of Berberine loaded grape nano-vesicles effects on young and elderly individuals mesenchymal stem cell aging profile status	محمدصادق سلطانی زنگبار	8:30-8:50
۲	Evaluating protective effects of Melatonin plus Quercetin on senescing of mesenchymal stem cells by down/up-regulating of age-related genes	امیر ولی‌زاده	08:50-09:10
۳	The association of dairy products consumption and Longitudinal Changes in Cardiovascular Risk Factors in the elderly	محمد نصرتی-اسکویی	09:10-09:30
۴	The association of dietary acid load and osteoporosis in the elderly	محمد نصرتی-اسکویی	09:30-9:50
۵	The Aging Urban Brain: Mapping the cities through the senses of its consisting older adults	سما رهنمایان	09:50-10:10
۶	Designing Conceptual Framework and the Age- friendly Health System Assessment tool for Iran: Case Study of Tehran City	بدریه کرمی	10:10-10:30
۷	The prevalence of potentially inappropriate prescribing among older adults in community settings: An overview of systematic review	نفیسه قصاب عبدالهی	10:30-10:50
۸	Association between dietary diversity with cognition function and healthy aging: A systematic review	رقیه مولانی	10:50-11:10
استراحت			11:10-11:40

روز دوم، قسمت دوم
پنجشنبه ۲۲ اردیبهشت

شماره	عنوان	ارائه‌دهنده	زمان
۹	Anti-blood retention vibrator socks for elders	مهدی حنائیان	11:40-12:00
۱۰	Organizing an automatic wheelchair consisting smart bottoms and systems (robot wheelchair) in order to do body massages to protect musculoskeletal complications in elder people (Entertainment-Health Multifunctional Robot Wheelchair)	نسرین حسین‌زاد	12:00-12:20
۱۱	Detection of elders brain disorders by recognition of speech and written patterns	محسن رضایی ا قدم	12:20-12:40
۱۲	Cortical and Subcortical Structural changes in MCI converted to AD using T-1MRI data	جعفر زمانی	12:40-13:00
۱۳	Evaluation some of serumproteins to detect cerebrovascular event	مهسا ماکویی	13:00-13:20
پایان روز دوم			

لیست طرح‌های منتخب بخش آکادمیک

1

Mitochondrial transplantation in combination with mitochondrial boosters, MitoQ and melatonin, as a surviving strategy to counteract myocardial reperfusion injury of aged rats

PI: Dr. Reza Badalzadeh

Professor of Physiology, Tabriz University of Medical Sciences

2

Prevalence of multimorbidity, polypharmacy and related risk factors in people over 50 years of age in a combined population of “Azar Cohort study” and “Tabriz longitudinal study on Aging”

PI: Dr. Elnaz Faramarzi

Associate Professor of Nutritional Sciences, Tabriz University of Medical Sciences

3

The implementation of Cognitive Rehabilitation Therapy (CRT) on cognitive frailty of community dwelling of older adults

PI: Dr. Maryam Chehrehgosa

Ph.D. in Gerontology, Golestan University of Medical Sciences

4

Evaluation of the protective and anti-aging effect of curcumin-loaded niosomes against oxidative stress and mitochondrial dysfunction in breast cancer stem cells

PI: Dr. Nosratollah zarghami

Professor of Clinical Biochemistry, Tabriz University of Medical Sciences

5

The effect of astrocyte-derived exosomes and reelin glycoprotein on neurogenesis and neural tissue regeneration in the animal model of hippocampal photothrombotic stroke

PI: Dr. Mohammad Karimipour

Associate Professor of Anatomical Sciences, Tabriz University of Medical Sciences

لیست طرح‌های منتخب دانشجویی

1 Cortical and Subcortical Structural changes in MCI converted to AD using T-1MRI data

PI: Jafar Zamani

Ph.D. candidate in mechanical engineering, Amirkabir University

2 Designing Conceptual Framework and the Age- friendly Health System Assessment tool for Iran: Case Study of Tehran City

PI: Badrye Karami

Ph.D. candidate of health service management, Tehran University of Medical Sciences

3 The Aging Urban Brain: Mapping the cities through the senses of its consisting older adults

PI: Sama Rahnemayan

Medical student, Tabriz University of Medical Sciences

4 Evaluation of Berberine loaded grape nano-vesicles effects on young and elderly individuals mesenchymal stem cell aging profile status

PI: Mohammad Sadegh Soltani-Zangbar

Ph.D. of immunology, Tabriz University of Medical Sciences

5 Evaluating protective effects of Melatonin plus Quercetin on senescing of mesenchymal stem cells by down/up-regulating of age-related genes

PI: Amir Valizadeh

Ph.D. candidate of biochemistry, Tabriz University of Medical Sciences

6 The prevalence of potentially inappropriate prescribing among older adults in community settings: An overview of systematic review

PI: Nafiseh Ghassab-Abdollahi

Ph.D. candidate of gerontology, Tabriz University of Medical Sciences

7 The association of dairy products consumption and longitudinal changes in cardiovascular risk factors in the elderly

PI: Mohammad Nosrati-Oskouie

Ph.D. candidate of nutrition, Tabriz University of Medical Sciences



1947

Tabriz University of Medical Sciences
FACULTY OF
MEDICINE



دانشگاه پزشکی تبریز

۱۳۲۶

دانشگاه علوم پزشکی تبریز
تاسیس ۱۳۲۶ خورشیدی

کنگره سالمندی سالم، ۲۲ اردیبهشت ۱۴۰۱
دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران