

اخبار کنگره‌ها و همایش‌های علمی

تقسیم‌بندی جدید گاستریت‌ها و سرطان معده و ضایعات پیش‌سرطانی آن موضوع کنفرانس روز ۲۶ فروردین انجمن متخصصین گوارش بود که در سالن کنفرانس بیمارستان دکتر شریعتی تهران برگزار شد. آقایان دکتر محمدرضا رفیعی و دکتر صادق مسرت در این کنفرانس مطالب خود را به اطلاع حضاران رساندند.

تقسیم‌بندی جدید گاستریت‌ها و تعیین درجه دیسپلازی با پرولیفراسیون مارکر Ki-67

آقای دکتر محمدرضا رفیعی رئیس بخش آسیب‌شناسی بیمارستان شهداء تجریش که نخستین سخنران این همایش بود پیرامون بحث خود درباره تقسیم‌بندی جدید گاستریت‌ها و تعیین درجه دیسپلازی با پرولیفراسیون مارکر Ki-67 گفت: در گذشته نه چندان دور گاستریت یک مفهوم هیستولوژیکی بدون ارزش بالینی تلقی می‌شد که اطلاع از آن نه برای پزشک و نه برای بیمار نتیجه عملی نداشت. حتی تشخیص‌هایی چون گاستریت سطحی یا مزمن آتروفیک نه از نظر درمان و نه از نظر پیش‌آگهی نمی‌توانستند کمک مؤثری به بیمار یا کلینیسین بنمایند. ارزش و اهمیت زیاد تشخیص هیستوپاتولوژی گاستریت از آن زمانی بر همگان آشکار شد که هلیکوباکتر پیلوری را مهمترین عامل گاستریت شناختند. امروز می‌دانیم که گاستریت می‌تواند سبب‌ساز برخی دیگر از بیماری‌ها باشد. در نتیجه تحقیقات هلیکوباکترپیلوری برخی دیگر از گاستریت‌های نادرتر نیز شناسائی و دسته‌بندی گردیدند. با توجه به این که در تاریخ پزشکی اولین بار امکان درمان گاستریت مزمن عملی شد، لذا لزوم طبقه‌بندی جدید التهاب‌های مخاط معده بر مبنای اتیولوژی و پاتوژنی قویاً مطرح گردید. در نتیجه در پائیز سال ۱۹۹۱ در سیدنی استرالیا دسته‌بندی جدیدی در مورد یافته‌های آندوسکوپی و هیستوپاتولوژی گاستریت توسط صاحب‌نظران بین‌المللی ارائه شد. در این نشست علمی همگان متفق‌القول بودند که بهترین روش استاندارد در تشخیص گاستریت، هیستوپاتولوژی است. البته این امر به صورتی است که حداقل دو نمونه از دو ناحیه آنتر و بدنه معده گرفته شده باشد. در این طبقه‌بندی گاستریت مزمن را بر مبنای اتیولوژی و پاتوژنی به زیرگروه‌هایی تقسیم کردند. نوع A (خودایمنی) نوع B (باکتریال)، نوع A+B (خودایمنی و باکتریال) و نوع C (عوامل شیمیایی اسیدی) یکی دیگر از نکات مهم این تقسیم‌بندی توجه به دو گروه از یافته‌ها و تغییرات هیستولوژیکی است. شاخص‌های گروه اول که بایستی هنگام گزارش درجه‌بندی گردند عبارتند از: شدت مزمن بودن و فعال بودن التهاب، آتروفی، متاپلازی روده‌ای و حضور هلیکوباکترپیلوری. در صورتی که شاخص‌های گروه دوم که شامل دژنراسیون و رژنراسیون اپیتلیوم سطحی، خیز، فولیکول‌های لنفاوی، آروزیون کاهش موسین، نیاز به درجه‌بندی ندارند. درجه‌بندی شدت التهاب در گاستریت به صورت (بسیار اندک،

خفیف، متوسط، شدید و بسیار شدید) است. در ضمن به فعال بودن (خفیف، متوسط، شدید) (Activity) گاستریت در این دسته‌بندی توجه شده است. میزان برای فعال بودن گاستریت، وجود انفیلتراسیون (درون‌بخشی) پلی‌نوکلئرها علاوه بر لنفوسیت‌ها در درون مخاط است. در این طبقه‌بندی علاوه بر گاستریت حاد و مزمن انواع اختصاصی دیگر گاستریت جداگانه تفکیک شده‌اند که شامل گاستریت لنفوسیتی، سایر گاستریت‌های عفونی، گاستریت گرانولوماتوز و گاستریت ائوزینوفیلیک، گاستریت همراه با کرون می‌باشند. گاستریت لنفوسیتی نوع خاصی از گاستریت است که می‌تواند همراه با گاستریت مزمن یا گاستریت مزمن فعال بروز نماید. وجه مشخصه این نوع گاستریت انفیلتراسیون (درون‌بخشی) داخل اپی‌تیلیالی سلول‌های لنفوسیتی T است. این تشخیص زمانی مطرح می‌شود که بیش از ۱۰ درصد از اپیتلیوم پوششی توسط لنفوسیت‌ها انفیلتره شده باشد. پیشرفت‌های جدید در بیولوژی مولکولی و شناسائی مارکرهای پرولیفراسیون سلولی جمله Ki-67 (نشانه پروتئینی خاصی است که در هنگام تقسیم سلولی ظاهر می‌شود) نقش به‌سزایی در تشخیص و بخصوص تعیین درجه دیسپلازی ایفا می‌کند. با استفاده از مارکر پرولیفراسیون که اکنون در بلوک پاراتین نیز قابل شناسائی است، می‌توان به گسترش دامنه تقسیم سلولی و وفور فعالیت میتوزی پی برد. از عواقب گاستریت مزمن علاوه بر تغییرات دیسپلازی پیدایش آدنوم و یا کارسینوم و یا لنفوم نوع مالت است.

تازه‌های سرطان معده و نتایج بررسی‌های آماری

در ادامه این جلسه آقای دکتر مسرت در مورد تازه‌های سرطان معده مباحثی را مطرح کرد و ضمن اشاره به نتایج بررسی‌های آماری آقای Watanabae و همکاران در ژاپن گفت: در فاصله حدود یک سال در موش صحرایی بخصوصی (Mongolian Gerbils) پس از عفونت معده با باکتری هلیکو در یک سوم از این حیوانات تغییرات بافتی سرطانی (Adeno-Ca) دیده شد که برای اولین بار ثابت می‌کند که باکتری هلیکوباکترپیلوری به تنهایی قادر به ایجاد سرطان معده است و به این ترتیب تئوری رابطه سرطان معده با هلیکوباکترپیلوری در حیوانات را اثبات می‌کند. موش صحرایی حیوان بسیار مناسبی برای بررسی ضایعات ناشی از عفونت هلیکوباکترپیلوری است که می‌توان از آن برای پیش‌گیری از عفونت یا برگشت ضایعات پیش‌سرطانی در مراحل مختلف استفاده کرد. از آنجائی که درمان علامتی بدون آندوسکوپی سوء‌هاضمه

(Dyspepsia) در افراد زیر ۴۵ سال مورد قبول اکثریت متخصصین قرار گرفته است باید دید که آیا می‌توان در صورت وجود احتمالی دیسپسیا به علت ضایعات سرطانی خطر پیشرفت را در بیماری که بدون اندوسکوپی برای اثر داروها برای مدت زمان کوتاه معالجه می‌شود پذیرفت. در مطالعاتی که ژاپنی‌ها (Tsukumd, J. Cancer 1983) در ۵۶ نفر مبتلا به سرطان زودرس (Early Gastric Cancer) انجام داده‌اند و بیماران به علل مختلف حاضر به عمل جراحی نشدند دیده شد که به طور متوسط عمر نیمه (Half Life Time) پیشرفت سرطان زودرس به پیشرفته (مرگ بیمار) ۳۹ ماه است و لذا گذشت مدت زمان ۳ هفته نمی‌تواند اهمیت زیادی در مقایسه با نیمه عمر پیشرفت تومور ۳۹ ماهه داشته باشد. دکتر مسرت در بخش دیگری از سخنان خود گفت: تعداد بیماران مبتلا به سرطان که علائم هشداردهنده نداشته

باشند بسیار کم است و این وضع در افراد جوان زیر ۵۵ سال به ندرت دیده شده است. در یک بررسی ۵ نفر از ۶۸ نفر و در بررسی دیگر یک نفر از ۲۴ نفر مبتلا به سرطان معده بدون علائم هشداردهنده بوده‌اند که جمعاً در ۷ درصد از بیماران ممکن است وجود داشته باشد. دکتر مسرت در ادامه به چند بررسی اشاره کرد و گفت: پروتئین ژن P53 که از راه ایمنوفلورسانس می‌تواند در بافت سرطانی که در بیوپسی به وسیله گاستروسکوپی به دست می‌آید اندازه‌گیری شود می‌تواند نشان دهنده سیر بیماری باشد. در یک بررسی که در صد بیمار مبتلا به سرطان معده انجام گرفته و بیماران به مدت ۵ سال تعقیب شده‌اند وجود P53 یک نشانه پیش‌آگهی بسیار خوبی برای تشخیص سیر بد بیماری در مقایسه با نشانه‌های دیگر از جمله تعداد غدد درگیر شده با سلول‌های سرطانی بوده است.

جراحی لاپاراسکوپی در ایران، آری یا نه؟

نامه پرفسور دکتر مجتبی ناصری

رئیس سابق بخش جراحی بیمارستان دانشگاهی شلوس پارک کلینیک برلین به مجله گوارش

سردبیر محترم مجله گوارش

یک سال پیش در جواب مقاله همکار محترم آقای دکتر فرخ سعیدی مقاله‌ای نوشته به مجله نظام پزشکی فرستادم که تا به امروز چاپ نکرده‌اد. هنوز تصمیم به فرستادن آن برای چاپ در مجله شما نگرفته بودم که یک مقاله دوم در گوارش (شماره ۱۵ سال ۱۴۷۷) با انعکاس نظریه همکاران به دستم رسید. لذا لازم دانستم که مقاله اول را برای چاپ برای شما ارسال و تقاضای چاپ آن را کنم. در قسمت دوم این مقاله جواب به نظریه همکاران را در مقاله ثانوی اضافه کرده‌ام.

در مجله نظام پزشکی که تحت عنوان آیا اشتباه کرده‌ام از همکار محترم آقای دکتر فرخ سعیدی مقاله‌ای راجع به لاپاراسکوپی خواندم که برای من جالب بود. هر چند که در این باره نظرهای مختلفی وجود دارند مرا به یاد گفته یکی از معروفترین جراحان آلمانی می‌اندازد که که در سال‌های قبل از قرن بیستم راجع به جراحی قلب گفته بود: «هر جراحی که دست به قلب بزند احترام خود را نزد همکارانش از دست خواهد داد». فقط ۵۰ سال بعد جراحی قلب عملی شد که امروز یک عمل جراحی معمولی و قابل قبول شده است. به گمان من دیدگاه اولیه در مورد جراحی قلب را می‌توان به خوبی با دیدگاه فعلی در مورد جراحی لاپاراسکوپی مقایسه کرد. جراحی قلب، اوائل در هیپوترلامی و بدون خون و بدون دستگاه قلب و ریه (Extracorporeal circulation) انجام می‌شد و زمانی طی شد تا دستگاه قلب و ریه که به مراتب گرانتر بود مراحل تکاملی را گذراند و دوران جراحی قلب با موفقیت شروع شد که امروزه شاهد نتایج آن هستیم.

با احترام به نظریات همکار محترم که می‌فرمایند کوله‌سیستکتومی به طریق لاپاراسکوپی نباید فعلاً در ایران و مخصوصاً در بیمارستان‌های دانشگاهی انجام گیرد و آن را فقط یک فن تکنیکی و فاقد جنبه موضوعی می‌دانند باید اشاره کرد که عوارض جراحی معمولی باز مخصوصاً در بیماران چاق مانند عفونت محل زخم، ایجاد فتق در محل برش عضلات شکم، در حد چشمگیری است. به علاوه این بیماران بین ۷ تا ۱۴ روز در بیمارستان‌ها بستری می‌شوند و برای برگشت به وضع طبیعی و دوباره از سر گرفتن زندگی معمولی احتیاج به ۳ تا ۶ هفته زمان دارند. مقایسه عمل لاپاراسکوپی از لحاظ صرفه اقتصادی و هم از لحاظ اجتماعی نتایج مثبتی دارد که جبران گرانی فعلی این روش را می‌کند. به علاوه فکر ساده‌لوحانه‌ای است که چون این متد تکنیکی است که هر فرد ساده یاد بگیرد قادر به انجام آن هست، اقدام به انجام آن را مردود بشماریم. البته این توضیح لازم است که انجام لاپاراسکوپی احتیاج به آشنائی به آناتومی و در نتیجه احتیاج به تحصیلات پزشکی دارد و از آن گذشته در تمام اعمال جراحی لاپاراسکوپی این جراح است که ممکن است تصمیم بگیرد ضمن جراحی متد خود را به روش جراحی باز تغییر دهد و کار را به نتیجه برساند و این کاری نیست که از عهده هر فرد معمولی برآید. سوای اینها، اتفاق‌های غیرمترقبه که در هر عمل جراحی ممکن است پدید آید، در لاپاراسکوپی هم امکان وقوع دارد که فقط جراح مجرب قادر به رفع آن می‌باشد. به هر صورت در بیمارستان‌های دانشگاهی، آموزش متدهای مختلف ضروریست و نتیجه این اعمال نسبت مستقیم با تربیت و آموزش جراحان دارد. به عقیده

اینجانب همکار عزیز اشتباهی که می‌کنند متد جدید را به عنوان رقابت و تقلید می‌دانند و معتقدند که اول ما می‌بایستی صبر کنیم که متد جا بیفتد. در صورتی که هر موقع هر جراح بخواهد متد لاپاراسکوپی را شروع کند مدتی برای کارآموزی و به دست آوردن تجربیات متد جدید لازم دارد. و اینکه «این کار و روش‌ها به دست ما ساخته نیست» کوتاه نظریست زیرا هر روز و هر ماه و یا هر سال متدهای دیگر و جدیدتری به دنیا عرضه می‌شود و نمی‌توان پذیرفت که خود را از این نوآوری‌ها کنار بکشیم و عرصه را فقط متعلق به دیگران بدانیم.

اکنون بیش از ۱۰ سال است که روش لاپاراسکوپی گسترش یافته و در اکثر بیمارستان‌های دنیا عمل معمولی شده است. غیر از این به کارگیری چنین روشی با تکنیک جدید باعث فعالیت و برداشتن قدم اول در تولید و ابزار و اسباب تکنیکی در خود مملکت می‌شود و تکنیک مملکت را به پیش می‌برد. باید به طور واضح گفت که به کار انداختن این روش تقلید نیست بلکه پا به پا رفتن در ترقیات و پیشرفت‌های روزانه است. اگر شما طول زمان عمل را دلیل و برهان می‌آورید خودتان اقرار خواهید کرد که با ازدیاد تجربیات، طول مدت عمل به قدری تقلیل می‌یابد که شما قادرید در عرض ۲۰ تا ۳۰ دقیقه یک عمل کوله‌سیستکتومی ساده را با لاپاراسکوپی انجام دهید.

به عقیده اینجانب تعلیم و تربیت جراحان بایستی با در نظر گرفتن رشد و تکامل پزشکی باشد و می‌بایستی جراحان را با چنین متدها آشنا ساخت. نسبت به هزینه این عمل به مقاله Stevens et al: World J. Surg. 21, 91, 1997 اشاره می‌کنم و با دیدی مثبت اگر به این شیوه نگاه کنیم می‌توان مدت عمل را کوتاه‌تر کرد، هزینه را کاهش داد، و از زمان بستری شدن کاست و زمان برگشت بیمار به حال طبیعی را کوتاه کرد. ما باید شرکت‌های داخلی را تقویت کنیم تا دستگاه‌ها و ابزارهای لازم را به مراتب ارزان‌تر بسازند که بتوانیم پا به پای دیگران قدم برداریم و باید به صراحت گفت که این چشم و هم‌چشمی نیست بلکه لاپاراسکوپی هم‌قدمی در پیشرفت‌های پزشکی است و مزایای لاپاراسکوپی بدون شک در تمام دنیا شناخته شده، روز به روز میدان کاربرد آن گسترده‌تر می‌شود.

هر چند ممکن است که بازآموزی متدهای جدید برای همکاران مسن‌تر سخت و بعضی مواقع امکان‌پذیر نباشد و برای نگهداری متد قدیمی و نگهداری مشتری‌های مریض شخصی خود علاقه‌ای به چنین پیشرفت‌ها نداشته باشند. لیک از لحاظ وجدان اخلاقی و صنفی ضروریست که امکانات موجوده لازم را به جوانان و نسل آینده برای یاد گرفتن متدهای جدید و اجرای آن واگذار کنیم.

برای شرح بیشتر نگرش‌هایم، قسمت دوم مقاله را در جواب مقاله ثانوی آقای دکتر فرخ سعیدی می‌آورم.

مقاله دوم دکتر فرخ سعیدی در مجله گوارش تعجب مرا بیشتر کرد. زیرا چگونه می‌توان مدتی که در تمام دنیا چه در جهان اول و چه در جهان سوم شناخته شده است آنرا به فرم اقتضای گرایش به سوی

مادیات تعبیر کرد و آن را تحمیل جهان اول دانست. آیا برش عضلات جداره شکم در عمل باز بهتر از انجام عمل لاپاراسکوپی با شکاف سوراخ‌مانندی است؟ کمی درد پس از عمل و تقلیل قابل ملاحظه اقامت مریض در بیمارستان‌های جهان سوم به ضرر مریض است؟ در همین ممالک مدت اقامت مریض در بیمارستان‌های مسئله مهمی است که از لحاظ اقتصادی بار سنگینی با درآمدهای جزئی برای بیماران را تشکیل می‌دهد. چرا این نکات مثبت را نادیده می‌گیرید؟

همکار محترم باید متوجه باشند که هیچ علمی بدون ترقیات و پیشرفت‌های تکنیکی امکان‌پذیر نیست. مثال‌های کوچک تروماتولوژی و جراحی قلب می‌باشند. اگر امروزه هزاران مریض به وسیله تکامل پمپ مصنوعی (چه در داخل و چه در خارج از بدن) زنده نگهداشته می‌شوند تا قلب مناسبی برای پیوند پیدا شود اگر از این تکنیک استفاده نمی‌شد امکان نجات بیماران این‌چنینی غیرممکن بود. حال باید بگوئید این یک حرکت تکنیکی است نه یک حرکت علمی. آیا دلیل و برهان کافی‌تر لازم دارید که اقرار کنید اشتباه می‌کنید. متأسفانه با این عقاید بیشتر کمک به عقب‌ماندگی می‌شود تا پیشرفت. همان طوری که خودتان نوشته‌اید، هیچ گزارشی نخوانده‌اید که جراحی لاپاراسکوپی در مقایسه با جراحی باز برای سلامت بیماران بهتر باشد. بنابراین پیشنهاد می‌کنم مجلات ذیل را مطالعه بفرمائید:

Current problem in surg. 35, Nr. 10, 1998

World J. Surg 15, Nr. 4, 1999

World J. Surg 23, Nr. 8, 1999

غیر از این هر مقابسه‌ای را بخواهید می‌توانید در اینترنت فوراً پیدا کنید.

در گذشته جراحان کوشش می‌کردند که هنر جراحی و علم آن را توسعه دهند بدون این که مسائل اقتصادی را در نظر داشته باشند. امروزه با تغییر زمان و نظریه‌ها، هر جراحی با این مشکلات روبروست. اما به هر صورت تکامل پزشکی نیاز به متدهای جدید دارد (که البته نمی‌تواند بدون در نظر گرفتن هزینه و وضع اقتصادی باشد).

در مقاله دوم آقای دکتر سعیدی پیشرفتی را احساس کردم به طوری که به کار بردن جراحی لاپاراسکوپی را در پزشکی زنان و توراکیس کمی قبول کرده‌اند و من مطمئنم که اگر همکار محترم خودشان آشنائی بیشتر با متد لاپاراسکوپی پیدا کنند بدون شک خود طرفدار این روش خواهند شد.

در خاتمه خیلی متأسفم که همکار عزیز، پزشکان و جراحان ایرانی را در اثر عدم تجربه و کسب آن در موقعیتی می‌بیند که قادر نیستند اعمال لاپاراسکوپی را انجام دهند. پس سؤال می‌کنم که اگر متد لاپاراسکوپی متد آموزشی نباشد چگونه پزشکان ایرانی می‌توانند آن را کسب کنند.

حال امیدوارم که همکار عزیز با مطالعات موجوده تغییر نظر داده بتوانند در شناسائی و آموزش این روش به جوانان کمک کنند.

برنامه اولین کنگره انجمن متخصصین دستگاه گوارش و کبد ایران در شیراز از ۱۰ تا ۱۴ آبان

مطالعه آینده‌نگر، تصادفی و یک سویه کور مقایسه دو رژیم درمانی جهت ریشه‌کن نمودن هلیکوباکتریلوری در بیماران ایرانی مبتلا به زخم پپتیک (امی‌پرازول + بیسموت + تتراسیکلین و مترونیدازول یا فورازولیدون)	
دکتر محمدجواد کاویانی / دکتر فاطمه سامری / دکتر مهدی صابری فیروزی / دکتر سیدضیاءالدین تابعی / دکتر بهفر بردبار / دکتر سیدجواد فتاحی	۱۵/۱۵ - ۱۵/۲۵
پزشک و پاسخ	۱۵/۲۵ - ۱۵/۳۰
شیوع و پاتوژن بیماری سنگ کیسه صفرا در بیماران ایرانی با آسیب نخاعی	
دکتر علیرضا شکیبافرد / دکتر محمدجواد کاویانی / دکتر زهرا حبیب‌آهگی / دکتر محمدکاظم کلینی / دکتر مهوش علیزاده / دکتر مهدی صابری فیروزی / دکتر محمدهادی ایمانیه	۱۵/۳۰ - ۱۵/۴۰
پزشک و پاسخ	۱۵/۴۰ - ۱۵/۴۵
نتایج عمل برداشتن توام حلق، حنجره، مری و پیوند معده به حلق دهانی در شیراز	
دکتر محمدتقی مصلح	۱۵/۴۵ - ۱۵/۵۵
پزشک و پاسخ	۱۵/۵۵ - ۱۶/۰۰
رئیس جلسه: دکتر غلامرضا خاتمی / دبیر جلسه: دکتر محمود حقیقت	بازآموزی (سالن صدرا)
تازه‌های تشخیص و درمان هپاتیت	
Update on diagnosis and tratment of hepatitis	
دکتر علی دیا	۱۵/۳۰ - ۱۵/۵۰
Non A, non B – non C Hepatitis	
دکتر سیدحسین میرمجلسی	۱۵/۵۰ - ۱۶/۱۰
Practical approach to patient with G.I. bleeding	
دکتر J. Zehner	۱۶/۱۰ - ۱۶/۳۰
پانل بیماری‌های گوارشی در کودکان	
اعضای پانل: دکتر غلامرضا خاتمی / دکتر سیدعباس بنانی / دکتر محمدهادی ایمانیه	مسئول پانل: دکتر محمود حقیقت
رئیس جلسه: دکتر سیدضیاءالدین تابعی / دبیر جلسه: دکتر رضا ملک‌زاده	۱۶/۳۰ - ۱۷/۳۰
بررسی موارد هپاتیت مزمن در دانشگاه علوم پزشکی شیراز	
دکتر سیدضیاءالدین تابعی	۱۶/۰۰ - ۱۶/۳۰
پانل و بررسی موارد با حضور:	
دکتر سیدضیاءالدین تابعی / دکتر مسعود ستوده / دکتر محمدرضا رفیعی / دکتر بیتاگرامی‌زاده / دکتر رضا ملک‌زاده / دکتر سیدحسین میرمجلسی	۱۶/۳۰ - ۱۸/۰۰
سه‌شنبه ۱۳۷۸/۸/۱۱	
رئیس جلسه: دکتر K.Ewe / دبیر جلسه: دکتر علی کشاورزبان	بیماری‌های التهابی روده (سالن سینا)
Oxidants and inflammatory bowel disease	

دوشنبه ۱۳۷۸/۸/۱۰	
رئیس جلسه: دکتر سیدضیاءالدین تابعی / دبیر جلسه: دکتر سیدحسین میرمجلسی	اختلالات حرکتی دستگاه گوارش (سالن سینا)
Motility disorders of the upper G.I. tract	
دکتر M.Wienbeck	۹/۰۰ - ۹/۲۵
Motility disorders of the lower G.I. tract	
دکتر J.F. Erckenbrecht	۹/۲۵ - ۹/۵۰
پزشک و پاسخ	۹/۰۵ - ۱۰/۰۰
Asthma and GE reflux disease	
دکتر P.Von Wichert	۱۰/۰۰ - ۱۰/۲۵
رئیس جلسه: دکتر G.Strohmeier / دبیر جلسه: دکتر کریم واعظ‌زاده	سیروز کبدی (سالن سینا)
Therapy of portal hypertension and its complications	
دکتر G.Ramadori	۱۱/۰۰ - ۱۱/۳۰
پزشک و پاسخ	۱۱/۳۰ - ۱۱/۳۵
Sclerotherapy of esophageal varices	
دکتر K.J.Paquet	۱۱/۳۵ - ۱۱/۵۵
پزشک و پاسخ	۱۱/۵۵ - ۱۲/۰۰
G.I. & Hepatobiliary interventional radiology	
دکتر ج. گلزاریان	۱۲/۰۰ - ۱۲/۲۰
پزشک و پاسخ	۱۲/۲۰ - ۱۲/۲۵
بازدید از پوسترها	۱۳/۳۰ - ۱۴/۳۰
رئیس جلسه: دکتر نجف دهباشی / دبیر جلسه: دکتر محمدتقی مصلح	ارائه مقاله‌های تحقیقی (سالن سینا)
نقش بیماری سلیاک در بیماری‌هایی که با اسهال مزمن مراجعه می‌کنند	
دکتر بیژن شهبازخانی / دکتر ماندانا مغاری اصفهانی / دکتر سیاوش ناصری مقدم / دکتر ناصر کمالیان / دکتر مسعود ستوده / دکتر مینا میناپور / دکتر رضا ملک‌زاده	۱۴/۳۰ - ۱۴/۴۰
پزشک و پاسخ	۱۴/۴۰ - ۱۴/۴۵
واکسیناسیون هپاتیت B در نوزدان: مقایسه ایمنی‌زایی دو روش تزریق داخل پوستی و داخل ماهیچه‌ای	
دکتر کامران باقری لنگرانی / دکتر عبدالله کریمی / دکتر شهرام آگاه / دکتر سیدعلیرضا تقوی	۱۴/۴۵ - ۱۴/۵۵
پزشک و پاسخ	۱۴/۵۵ - ۱۵/۰۰
بررسی اثر سیکلوسپورین در هپاتیت خودایمنی	
دکتر سیاوش ناصری مقدم / دکتر رضا ملک‌زاده / دکتر محمدجواد کاویانی / دکتر حسن طاهری / دکتر ناصر کمالیان / دکتر مسعود ستوده‌منش	۱۵/۰۰ - ۱۵/۱۰
پزشک و پاسخ	۱۵/۱۰ - ۱۵/۱۵

Surgical treatment of portal hypertension	
دکتر K.J.Paaquet	۱۲/۰۰ - ۱۱/۴۰
Present status of liver transplantation	
دکتر K.J.Paaquet	۱۲/۰۰ - ۱۲/۲۰
پرسش و پاسخ	۱۲/۲۰ - ۱۲/۳۰
ارائه مقاله‌های تحقیقی (سالن سینا)	
رئیس جلسه: دکتر غلامعباس دهقان دبیر جلسه: دکتر محمدرحیم کدیور	
جداسازی و بررسی اثرات سیتوپاتیک سویه‌های ایرانی هلیکوباکتریلوری از گاستریت و پپتیک	
دکتر جلیل‌وند یوسفی	۱۴/۳۰ - ۱۴/۴۰
پرسش و پاسخ	۱۴/۴۰ - ۱۴/۴۵
حساسیت هلیکوباکتریلوری نسبت به یک ترکیب جدید حاصل از کوپل شیمیایی اریترومیسین و مترونیدازول	
دکتر فریده سیاوشی / دکتر علی خلج / دکتر صادق مسرت / دکتر رضا ملک‌زاده / دکتر هادی هاشمی / دکتر رضا رفوگران / دکتر مریم ایمانی‌نژاد	۱۴/۴۵ - ۱۴/۵۵
پرسش و پاسخ	۱۴/۵۵ - ۱۵/۰۰
میزان آگاهی پزشکان ایرانی در رابطه با نقش هلیکوباکتریلوری در اتیولوژی زخم پپتیک	
دکتر محمدصادق مسرت / دکتر علی حیدری / دکتر حسن پوستچی / دکتر مهدی تنها / دکتر محبوبه خلیلی	۱۵/۰۰ - ۱۵/۱۰
پرسش و پاسخ	۱۵/۱۰ - ۱۵/۱۵
ارائه مقاله‌های تحقیقی غیرگوارشی	
The incidence of prostatic in traepithelial neoplasia in prostatic hyperplasia and carcinoma	
دکتر سیمین ترابی‌نژاد / دکتر سپیده مفتون	۱۵/۱۵ - ۱۵/۲۵
پرسش و پاسخ	۱۵/۲۵ - ۱۵/۳۰
بررسی ایمونولوژیکی Outer membrane (OMP) از S.typhimurium	
دکتر فرهاد اسماعیلی / دکتر نگارین مظفریان	۱۵/۳۰ - ۱۵/۴۰
پرسش و پاسخ	۱۵/۴۰ - ۱۵/۴۵
بررسی تأثیر ایزوپروپیل الکل استنشاقی برای درمان تهوع و استفراغ بعد از عمل	
دکتر حمید کمالی‌پور	۱۵/۴۵ - ۱۵/۵۵
پرسش و پاسخ	۱۵/۵۵ - ۱۶/۰۰
بازآموزی (سالن صدرا - عصر سه‌شنبه)	
رئیس جلسه: دکتر رحیم آقازاده دبیر جلسه دکتر نجف دهباشی	
Vitamin E & Radiation proctitis	
دکتر علی کشاورزبان	۱۵/۳۰ - ۱۵/۵۰
سنگ کیسه صفرا (اییدمیولوژی - علائم و درمان)	
دکتر H.J. Weis	۱۵/۵۰ - ۱۶/۱۰
سونوگرافی شکم در ارتباط با تشخیص بیماری‌های گوارش و کبد	
دکتر M.Gebel	۱۶/۱۰ - ۱۶/۳۰
پانل بررسی و درمان بیمار با یرقان حاد	
مسئول پانل: دکتر رحیم آقازاده	۱۶/۳۰ - ۱۷/۳۰
اعضای پانل: دکتر مرتضی خطیبیان / دکتر نجف دهباشی / دکتر حسن سلمان روغنی / دکتر محمدجواد کاویانی / دکتر Weis / دکتر Martin / دکتر Gebel	

دکتر علی کشاورزبان	۸/۰۰ - ۸/۲۰
پرسش و پاسخ	۸/۲۰ - ۸/۲۵
Histology of infalmmatory bowel disease	
دکتر W.Oehlert	۸/۲۵ - ۸/۴۵
پرسش و پاسخ	۸/۴۵ - ۸/۵۰
Clinical picture pathogenesis and general aspects of Management of IBD	
دکتر R.Pounder	۸/۵۰ - ۹/۱۵
How to treat infalmmatory bowel disease today?	
دکتر K.Ewe	۹/۱۵ - ۹/۴۰
پرسش و پاسخ	۹/۴۰ - ۹/۵۰
The Cutaneous manifestations of G.I. disease	
دکتر قهستانی	۹/۵۰ - ۱۰/۱۰
IMAGING (سالن سینا)	
رئیس جلسه: دکتر سعید راد دبیر جلسه: دکتر محمدمهدی آراسته	
3D-ultrasound and 3-color doppler: new imaging in hepatology and gastroenterology	
دکتر M.Gebel	۱۰/۳۰ - ۱۰/۴۵
Imaging in liver disease	
دکتر K. Okuda	۱۰/۴۵ - ۱۱/۱۵
پرسش و پاسخ	۱۱/۱۵ - ۱۱/۲۰
Colonic diverticules in Iran	
دکتر سعید راد	۱۱/۲۰ - ۱۱/۳۵
پرسش و پاسخ	۱۱/۳۵ - ۱۱/۴۰
Adaptive contrast imaging (ACO), wide band tissue harmonic imaging (THI), panoramic scan (siescape) and echo-contrast imaging	
دکتر M. Gebel	۱۱/۴۰ - ۱۱/۵۵
Endosonography Vs. ERCP in CBDS	
دکتر U.Stoelzel	۱۱/۵۵ - ۱۲/۱۵
Endosonography guided gastric drainage of pancreatic pseudocyst	
دکتر U.Stoelzel	۱۲/۱۵ - ۱۲/۳۰
پرسش و پاسخ	۱۲/۳۰ - ۱۲/۳۵
جراحی (سالن صدرا)	
رئیس جلسه: دکتر فرخ سعیدی دبیر جلسه: دکتر سیدعلی ملک‌حسینی	
Present status of treatment of hydatid disease	
دکتر فرخ سعیدی	۱۰/۳۰ - ۱۰/۵۰
پرسش و پاسخ	۱۰/۵۰ - ۱۰/۵۵
Reconstructive surgery of bile duct stricture	
دکتر K.J.Paquet	۱۰/۵۵ - ۱۱/۱۰
پرسش و پاسخ	۱۱/۱۰ - ۱۱/۱۵
Laparoscopic surgery of bile duct stricture	
دکتر K.S. Trad	۱۱/۱۵ - ۱۱/۳۵
پرسش و پاسخ	۱۱/۳۵ - ۱۱/۴۰

رئیس جلسه : دکتر W.Oehlert دبیر جلسه : دکتر سیدضیاءالدین تابعی	کلینیکو پاتولوژی (سالن فوقانی C)
تقسیم‌بندی جدید گاستریت‌ها و تعیین درجه دیسپلازی با پرولیفراسیون مارکر Ki-67	
دکتر محمدرضا رفیعی	۱۶/۲۰ - ۱۶/۰۰
بررسی مقالات و مطالعات قبلی انجام شده در مورد گاستریت مزمن و ارائه مطالعات آماری ۳۰۰ مورد گاستریت مزمن در دانشگاه علوم پزشکی شیراز	
دکتر سیدضیاءالدین تابعی	۱۶/۴۰ - ۱۶/۲۰
پانل : ارائه و بحث کلینیکو پاتولوژیک موارد جالب گاستریت مزمن:	
اعضاء : دکتر سید ضیاءالدین تابعی / دکتر محمدصادق مسرت / دکتر محمدرضا رفیعی / دکتر مسعود ستوده / دکتر کامران باقری لنگرانی / دکتر W.Oehlert	ارائه کننده : دکتر بیتا گرامی‌زاده
رئیس جلسه : خانم فاطمه هاشمی دبیر جلسه : خانم کبری مصطفوی	نقش پرستاری در بیماری‌های گوارشی و کبد
Nursing management of patient with G.I. bleeding	
خانم شیرین رهنما (مری دانشکده پرستاری)	۸/۱۵ - ۸/۰۰
Nursing management of patient with cirrhosis of the liver	
خانم مریم حضرتی (مری دانشکده پرستاری)	۸/۳۰ - ۸/۱۵
Nursing management of patient with stoma	
خانم محبوبه نگیهان (سوپر وایزر آموزشی)	۸/۴۵ - ۸/۳۰
Nursing management of patient with gastric surgery	
خانم ملیحه غلامزاده (مری دانشکده پرستاری)	۹/۰۰ - ۸/۴۵
پانل : اندوسکوپی و مراقبت‌های مربوطه	
اعضاء : دکتر محسن حجتی / دکتر رحیم آقازاده / دکتر مرتضی خطیبیان / دکتر نیک‌خو / خانم خدیجه رنجبر / خانم اسلامی / نماینده شرکت فن‌آوری آزمایشگاهی	مسئول پانل : خانم شمسی راحمی
	۹/۰۰ - ۱۰/۰۰
چهارشنبه ۱۳۷۸ / ۸ / ۱۲ (سالن سینا)	
رئیس جلسه : دکتر منصور حق‌شناس دبیر جلسه : دکتر عبدالرسول طالعی	ارائه مقاله‌های تحقیقی
Present status of esophageal cancer in Torkamans of north east of Iran	
دکتر فرخ سعیدی	۸/۲۰ - ۸/۰۰
Photodynamic therapy for cure and palliation of esophageal cancer	
دکتر رکسانا سعیدی	۸/۲۵ - ۸/۲۰
پرسش و پاسخ	۸/۴۰ - ۸/۲۵
Hepatocellular carcinoma	
دکتر K.Okuda	۸/۴۰ - ۹/۰۵
Multimodality treatment of hepatic metastasis with G.I. malignancies	

دکتر ن - فیروزیان	۹/۰۵ - ۹/۲۵
Endosonography in pre and post surgical staging of upper GI tract tumors	
دکتر Gerdes	۹/۲۵ - ۹/۴۵
پرسش و پاسخ	۹/۴۵ - ۹/۵۵
Helicobacter pylori and gastric cancer (Facts and Fancies)	
دکتر H.Menge	۹/۵۵ - ۱۰/۱۵
Recent therapeutic developments in GI malignancies	
دکتر ن - فیروزیان	۱۰/۱۵ - ۱۰/۳۵
رئیس جلسه : دکتر H.Goebell دبیر جلسه : دکتر رضا ملک‌زاده	ارائه مقاله‌های تحقیقی (سالن صدرا)
Clinical approach to the management of duodenal ulcer	
دکتر R.Pounder	۱۰/۳۰ - ۱۰/۵۵
Extragastrointestinal manifestation of H.pylori	
دکتر H.Menge	۱۰/۵۵ - ۱۱/۱۰
Clinical implications of antimicrobial resistance of H.pylori	
دکتر W.Londong	۱۱/۱۰ - ۱۱/۳۰
پانل : تشخیص و درمان بیماری اسید رفلکس (GERD)	
مسئول پانل : دکتر رضا ملک‌زاده - اعضاء :	۱۱/۳۰ - ۱۳/۰۰
دکتر R.E.Pounder : پاتوژن بیماری GERD	
دکتر ندیم حداد : علائم بیماری GERD	
دکتر رضا ملک‌زاده : درمان طبی GERD	
دکتر K.Trad : درمان جراحی GERD	
رئیس جلسه : دکتر عبدالوهاب البرزی دبیر جلسه : دکتر علی‌اکبر اوجی	ارائه مقاله‌های تحقیقی غیر گوارشی
تأثیر اگزندین - ۴ و اگزندین - (۳۹-۹) - امید بر اتصال پپتید شبه گلوکاگون - ۱ به غشاءهای سلولی هیپوتالاموس موش صحرایی	
دکتر Bloom-Ghatei-D.Smith / دکتر علی‌اکبر اوجی	۱۴/۳۰ - ۱۴/۴۰
پرسش و پاسخ	۱۴/۴۰ - ۱۴/۴۵
تأثیر پپتید شبه گلوکاگون ۱ و پپتیدهای وابسته به آن بر میزان اسیدهای آمینه در هیپوتالاموس موش صحرایی	
دکتر زهرا خوشدل / دکتر علی‌اکبر اوجی / دکتر محمدرضا پنجه‌شاهین	۱۴/۴۵ - ۱۴/۵۵
پرسش و پاسخ	۱۴/۵۵ - ۱۵/۰۰
میزان شیوع میکوپلاسمای ژنتیکال در مجرای تناسلی خانم‌های مراجعه کننده به درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز	
دکتر فرحانه آل‌یاسین / دکتر فریبا دیناروند / دکتر شهذخت معتضدیان / دکتر جلیل‌وند یوسفی	۱۵/۰۰ - ۱۵/۱۰
پرسش و پاسخ	۱۵/۱۰ - ۱۵/۱۵
بررسی شیوع اتروتوکسین مقاوم به حرارت در انتروباکتریاسه‌های جدا شده از مواد غذایی در شهر تهران	
دکتر نورامیر مظفری / دکتر هما فرووش / دکتر علیرضا سالک مقدم / دکتر محمد روستایی	۱۵/۱۵ - ۱۵/۲۵
پرسش و پاسخ	۱۵/۲۵ - ۱۵/۳۰
تأثیرات التیام‌پذیر عصاره آلی استخراج شده از سیر بر روی میخچه و زگیل	

Effects of oats on alcohol-induced liver disease	
دکتر علی کشاورزبان	۹/۳۰ - ۹/۴۵
پرسش و پاسخ	۹/۴۵ - ۹/۵۰
حقوق بیمار در تحقیقات بالینی در ایران	
دکتر فتحعلی برهان منش	۹/۵۰ - ۱۰/۱۰
تحقیقات علوم پایه در بیماری های گوارشی و کبد (سالن صدرا)	
رئیس جلسه: دکتر علی صادقی حسن آبادی دبیر جلسه: دکتر محمدرضا پنجه شاهین	
Leaky gut and G.I. disease	
دکتر علی کشاورزبان	۸/۰۰ - ۸/۲۰
پرسش و پاسخ	۸/۲۰ - ۸/۲۵
Heterogeneity of HCV & role of molecular & PCR in diagnosis of HCV	
دکتر جمال گلپهار	۸/۲۵ - ۸/۴۵
پرسش و پاسخ	۸/۴۵ - ۸/۵۰
Incretins	
دکتر علی اکبر اوجی	۸/۵۰ - ۹/۱۰
پرسش و پاسخ	۹/۱۰ - ۹/۱۵
Molecular analysis of H.pylori strains isolated from Iranian dyspeptic patients	
دکتر مرجان محمدی	۹/۱۵ - ۹/۲۵
پرسش و پاسخ	۹/۲۵ - ۹/۳۰
Cancer as a complex genetic disease	
دکتر G.Romeo	۹/۵۰ - ۱۰/۱۰
پرسش و پاسخ	۱۰/۰۰ - ۱۰/۰۵
ارائه مقاله های تحقیقی (سالن سینا)	
رئیس جلسه: دکتر رحیم آقازاده دبیر جلسه: دکتر فتحعلی برهان منش	
Maastricht consensus Pros and Cons	
دکتر W.Londong	۱۰/۳۰ - ۱۰/۵۰
پرسش و پاسخ	۱۰/۵۰ - ۱۰/۵۵
Gallstone dissolution; which are the indications in 1999?	
دکتر H.J.Weis	۱۰/۵۵ - ۱۱/۱۵
پرسش و پاسخ	۱۱/۱۵ - ۱۱/۲۰
Modern strategy for treatment of acute pancreatitis	
دکتر H.Goebell	۱۱/۲۰ - ۱۱/۴۰
Endosonography for diagnosis of pancreatic tumors	
دکتر ندیم حداد	۱۱/۴۰ - ۱۲/۰۰
پرسش و پاسخ	۱۲/۰۰ - ۱۲/۱۰
مراسم اختتامیه	
	۱۲/۱۰ - ۱۲/۳۰

دکتر فرزانه دهقانی / دکتر فرهاد هنجنی / دکتر محمدرضا پنجه شاهین / دکتر احمد مرآت / دکتر علی اکبر اوجی	
۱۵/۳۰ - ۱۵/۴۰	
پرسش و پاسخ	۱۵/۴۰ - ۱۵/۴۵
Independent Predictors for Development of In Hospital post-Acute MI cardiogenic shock	
دکتر بهرام امینیان / دکتر معرف / دکتر حبیبزاده	۱۵/۴۵ - ۱۵/۵۵
پرسش و پاسخ	۱۵/۵۵ - ۱۶/۰۰
بازآموزی (سالن صدرا)	
رئیس جلسه: دکتر رضا ملکزاده دبیر جلسه: دکتر محمدرضا زالی	
بیماری سلیاک (پاتوژنز، تشخیص و درمان)	
دکتر علی کشاورزبان	۱۵/۳۰ - ۱۵/۵۰
ریسک فاکتورهای هیپاتیت در ایران	
دکتر سیدمؤید علویان	۱۵/۵۰ - ۱۶/۱۰
NSAIDs and G.I. tract	
دکتر محمدرضا زالی	۱۶/۱۰ - ۱۶/۳۰
پانل سوءهاضمه و زخم پپتیک (سالن صدرا)	
مسئول پانل: دکتر رضا ملکزاده	۱۶/۳۰ - ۱۷/۳۰
دکتر سیدعلی ملک حسینی / دکتر محمدرضا زالی	
کلینیکو پاتولوژی (سالن فوقانی C)	
بررسی مقالات و مطالعات قبلی انجام شده در مورد IBD و ارائه مطالعات آماری ۳۰۰ مورد کولیت در دانشگاه علوم پزشکی شیراز	
دکتر بیتا گرامی زاده	۱۶/۰۰ - ۱۶/۲۰
پانل: ارائه و بحث کلینیکو پاتولوژیک موارد جالب کولیت (سالن فوقانی)	
ارائه کننده: دکتر سیدضیاءالدین تابعی	۱۶/۲۰ - ۱۷/۳۰
اعضاء: دکتر محمدجواد کلوپانی / دکتر بیتا گرامی زاده / دکتر محمدرضا رفیعی / دکتر مسعود ستوده / دکتر کشاورزبان / دکتر W.Oehlert	
پنجشنبه ۱۳۷۸/۸/۱۳	
بیماری های کبد (سالن سینا)	
رئیس جلسه: دکتر H.J.Weis دبیر جلسه: دکتر غلامرضا خاتمی	
Inherited and metabolic disease : Wilson's disease and Gaucher's disease	
دکتر G.Strohmeyer	۸/۰۰ - ۸/۲۵
پرسش و پاسخ	۸/۲۵ - ۸/۳۰
Urso-deoxycholic acid in the treatment of cholestatic liver disease	
دکتر H. Goebell	۸/۳۰ - ۸/۵۵
پرسش و پاسخ	۸/۵۵ - ۹/۰۰
Drug-induced liver disease	
دکتر G.Strohmeyer	۹/۰۰ - ۹/۲۵
پرسش و پاسخ	۹/۲۵ - ۹/۳۰