

زمستان ۱۴۰۲

# خبرنامه

انجمن علمی پزشکان عفونی کودکان ایران



اندیکاسیون  
تجویز اسلتامیویر

تب دانگ  
(Dengue Fever)

درمان سل

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



● **مدیر مسئول:** دکتر سیدمحمدرضا بلورساز

● **سر دبیر:** دکتر فریبا شیروانی

● **مدیر اجرایی:** مریم ملایی

● **صاحب امتیاز:** انجمن علمی پزشکان عفونی کودکان ایران

همکار این شماره:  
دکتر هومان هاشمیان

هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر سید محمدرضا بلورساز، دکتر علی اکبر رهبری منش،

دکتر آناهیتا سنایی، دکتر فریبا شیروانی،

دکتر سید پرویز طباطبایی مقدم، دکتر حسین معصومی اصل

## فهرست

۲	شعر
۳	پیام مدیر مسئول
۴	پیام سر دبیر
۵	گزارش وزات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص بیماری های واگیردار
۱۰	گزارش فعالیت های بخش بین الملل انجمن پزشکان عفونی کودکان ایران
۱۳	گزارش همایش سال ۱۴۰۲ انجمن پزشکان عفونی کودکان ایران
۱۵	گزارش کمیته مقاومت میکروبی و مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها
۱۷	درمان بیماری سل در کودکان
۲۳	اندیکاسیون تجویز اسلتامیویر در بیمار مبتلا به آنفلوانزا
۲۶	بیماری تب دانگ (Dengue Fever)
۲۷	گزارش بیمار جالب
۳۰	یادبود و زندگی نامه پیشکسوت طب عفونی کودکان، جناب آقای دکتر جواد فیض
۳۲	پیام تبریک
۳۳	کنگره های بین المللی عفونی کودکان
۳۵	پوستر همایش سالیانه انجمن پزشکان کودکان ایران

آدرس انجمن پزشکان عفونی کودکان ایران: تهران، خیابان ولیعصر، خیابان بزرگمهر، شماره ۲۰ طبقه سوم

آدرس سایت: [www.ipidsociety.com](http://www.ipidsociety.com)

آدرس ایمیل: [info@ipidsociety.com](mailto:info@ipidsociety.com)

کد پستی: ۱۴۱۶۹۳۴۸۹۶

تلفن: ۶۶۴۹۲۱۵۷ و ۱۸-۶۶۹۶۸۳۱۷

ستاره‌ای بدرخشید و ماهِ مجلس شد

دل رمیده‌ی ما را رفیق و مونس شد

نگارِ من که به مکتب نرفت و خطِ نوشت

به غمزه مسأله‌آموز صد مُدَرِّس شد

به بوی او دلِ بیمارِ عاشقان چو صبا

فدایِ عارضِ نسرین و چشمِ لرگس شد

به صدرِ مَصْطَبِه‌ام می‌نشاند اکتون دوست

گدایِ شهرِ نگه‌کن که میرِ مجلس شد

خیالِ آبِ خِضِرِ بست و جامِ اسکندر

به جرعه‌نوشیِ سلطان ابوالفوارس شد

طرب‌سرایِ محبت کتون شود معمور

که طاقِ ابروی یارِ مَنش مهندس شد

لب از تَرشِحِ میِ پاک کن برایِ خدا

که خاطرِم به هزاران گُنه مَوسوس شد

گرشمه تو شرابی به عاشقان پیمود

که علمِ بی‌خبر افتاد و عقلِ بی‌حسن شد

چو زرِ عزیزِ وجود است نظمِ من، آری

قبولِ دولتیاتِ کیمیایِ این من شد

ز راهِ میکده یارانِ عنان بگردانید

چرا که حافظ از این راه رفت و مفلس شد

حافظ



## پیام مدیر مسئول خبرنامه



دوستان و همکاران گرامی

در آستانه شکفتن شکوفه های بهاری ضمن قدردانی از زحمات و تلاش های شبانه روزی یکایک شما عزیزان جهت ارائه خدمات با کیفیت برای درمان و بهبودی حال کودکان معصوم این مرز و بوم، پیشاپیش آغاز سال جدید و بهار طبیعت را به محضر شما و خانواده محترمتان صمیمانه تبریک عرض می نمایم و آرزوی سعادت و بهروزی همراه با خیر و برکت از درگاه خداوند مهربان برای شما بزرگواران دارم و امیدواریم در سال جدید تحولات چشمگیری در زمینه آموزش و پژوهش و ضمناً رفع مشکلات صنفی همکاران به وجود آید.

انجمن پزشکان عفونی کودکان نزدیک به ۲۰ سال است که تاسیس گردیده و از بدو تاسیس، انجمن فعالیت هایی از جمله: برگزاری همایش سالیانه، تشکیل جلسات مدون و ماهانه، فعالیت هایی در زمینه انتشارات و همچنین فعالیت هایی در جهت برقراری روابط بین الملل داشته است. در زمینه خبرنامه و ویژه نامه، هر ساله نزدیک به ۲ شماره به چاپ می رسد که سعی بر این است اخبار پزشکی مرتبط، آخرین دستورات عمل ها و گزارشات وزارت بهداشت، مراکز تحقیقاتی، مقالات برجسته اساتید عفونی کودکان (تحقیقاتی و مروری) و فعالیت های خود انجمن منعکس گردد.

لازم به ذکر است فعالیت های چشمگیری در زمینه روابط بین الملل داشتیم که از جمله آنها ارتباط با انجمن های بین المللی است و امیدواریم در سال جدید با همکاری اساتید و همکاران محترم عفونی کودکان بتوانیم در زمینه علمی و خبری مطالب خبرنامه را پر بار تر نماییم.



دکتر سید محمدرضا بلورساز  
رئیس انجمن پزشکان عفونی کودکان ایران



انجمن پزشکان عفونی کودکان ایران در طول سال های گذشته در تلاش بوده است تا بتواند ارتباط همکاران گرامی را در سراسر کشور با برگزاری همایش ها و جلسات آموزشی برقرار کند. همیاری و هم فکری همکاران عزیز در راستای حل مشکلات در زمینه های مختلف اقتصادی و اجتماعی و کمک در ایجاد راهبردهای موثر از وظایف انجمن پزشکان فوق تخصص عفونی کودکان است. باتوجه به شیوع سالانه بیماری های مختلف و بیماری های آندمیک در کشور و اپیدمی های جهانی مانند Covid-19 که کشور ما را تحت تاثیر قرار می دهد، تدوین و تایید الگوریتم های درمانی و تشخیصی و به روزرسانی اطلاعات جهت حل این مشکلات به صورت ادواری توسط انجمن فوق تخصصی پزشکان عفونی کودکان انجام می شود. مشکلات کشور در راستای مصرف بی رویه آنتی بیوتیک ها و سایر مشکلات در انتخاب آنتی بیوتیک مناسب و مقاومت های دارویی مقوله مهمی است که در سال های اخیر از اولویت های این انجمن بوده است.

ارتباط علمی و تبادل اطلاعات و تجربیات با سایر کشورها و شرکت در کنفرانس های علمی در سطح بین المللی می تواند در جهت ارتقاء توانایی علمی همکاران گام موثری باشد که در دستور کار انجمن قرار گرفته است و امیدواریم بتوانیم در این راستای قدم کوچکی برداریم. در انتها از حسن نظر همکاران و همیاری و مشارکت در کلیه امور محوله و پیشبرد اهداف انجمن کمال تشکر و سپاسگزاری را داریم.

بگیریم از محبت دست یاران  
کمر همت ببندیم از دل و جان

بیا همت کنیم ای هم قطاران  
سزد این عزم خود را جزم کردن

## گزارش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مرکز بیماری های واگیردار

دکتر فریبا شیروانی<sup>۱</sup>

۱- آخرین وضعیت واریانت های در گردش کووید-۱۹ در کشور:

در آخرین سکناس انجام شده واریانت های کووید در کشور، نتایج زیر بدست آمده است:

الف) آخرین نمونه های سکناس شده مربوط به مهر ۱۴۰۲ می باشد که روند صعودی تحت سویه FL مشاهده گردید.

ب) همچنین تحت واریانت FY روند صعودی داشته است.

ج) سازمان بهداشت جهانی از تاریخ ۱ دسامبر ۲۰۲۳، تحت واریانت X.BB.1.16 را طبقه بندی مجدد نموده و آن را رده واریانت مورد توجه (Variant of Interest) VOI قرار داد.

تحت واریانت X.BB.1.16 در جهان، در اروپا و در کشور جمهوری اسلامی ایران، دارای روند نزولی است.

۲- وضعیت برنامه مدیریت بیماری های منتقله توسط پشه آئدس مهاجم

در حال حاضر در برخی جزایر استراتژیک و شهرستان های استان هرمزگان پشه ناقل گزارش شده که مهمترین آن شهرستان بندرعباس است.

در اداره کنترل بیماری های منتقله توسط ناقلین در راستای کنترل بیماری منتقله توسط ناقلین شکل گرفته است. رسالت و شرح وظایف آن در راستای حذف مالاریا در افق ۱۴۰۴ و پیشگیری از

استقرار و انتقال بیماری های منتقله توسط پشه ناقل آئدس است. با توجه به میزان بروز و مرگ و میر بالای بیماری مالاریا و تب دانگ در جهان و همسایگی ایران با کشورهایی که اپیدمی های بزرگ

این بیماری ها را در سال های اخیر گزارش نموده اند، لزوم توجه به این بیماری ها از اهمیت بیشتری برخوردار است. نقطه شروع برنامه ریزی نظام مراقبت بیماری های منتقله از پشه آئدس در ایران از سال

۱۳۹۰ بوده و از سال ۱۳۹۵ در کشور به شیوه جدید راه اندازی شده که علاوه بر جاری بودن نظام مراقبت انسانی در کل کشور قالب نظام مراقبت سندرمیک در سراسر کشور، کلیه مبادی ورودی کشور نیز تحت

پوشش مراقبت حشره شناسی قرار گرفته است.

۱- فوق تخصص عفونی کودکان- استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نظام مراقبت حشره‌شناسی در تمامی مبادی مرزی زمینی، ریلی، دریایی و هوایی بین‌المللی مراقبت حشره‌شناسی انجام می‌شود. اولین گزارش صید پشه آئدس اجیپتی توسط نظام مراقبت حشره‌شناسی در اسفند سال ۱۳۹۸ در شهرستان بندرلنگه استان هرمزگان گزارش شده است. در حال حاضر در برخی جزایر استراتژیک و شهرستان‌های استان هرمزگان پشه ناقل گزارش شده است که مهمترین آن شهرستان بندرعباس می‌باشد.

از سال ۱۳۹۵ تا پایان سال ۱۴۰۱ تعداد موارد مثبت قطعی بیماری دانگ ۶۰ مورد و بیماری چیکونگونیا ۵۴ مورد در کشور گزارش شده که همه موارد "وارد از خارج از کشور" بوده است. همچنین تا این تاریخ هیچ موردی از بیماری زیکا در کشور گزارش نشده است.

### ۳- روند بیماری وبا در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۱

از تاریخ ۲۷ خرداد ماه سال ۱۴۰۱ مواردی از ابتلا به وبا در استان‌های واقع در مرزهای غربی کشور شناسایی و پس از آن مواردی از این بیماری در برخی از سایر مناطق کشور نیز گزارش گردیده است.





## وضعیت وبا در سال ۱۴۰۱

در نظام مراقبت بیماری های واگیر در کشور ما، بیماری وبا در گروه بیماری های مشمول گزارش فوری بوده و هر مورد ابتلا باید به صورت تلفنی گزارش گردد. در سال ۱۴۰۱ به دنبال وقوع طغیان وبا در برخی از کشورهای هم جوار (عراق، افغانستان و پاکستان)، از تاریخ ۲۷ خرداد ماه سال ۱۴۰۱ مواردی از ابتلا به این بیماری در استان های واقع در مرزهای غربی کشور ما نیز شناسایی و پس از آن موارد وبا در برخی از سایر مناطق کشور نیز گزارش گردید. به دنبال وقوع طغیان این بیماری در کشور در مجموع ۳۶۷ مورد ابتلا به وبا گزارش شد. موارد ابتلاء که از اواخر خرداد ماه آغاز شده بود تا پایان آبان ادامه داشت و از هفته پایانی آبان ماه تا پایان سال مورد جدیدی از ابتلا به وبا در کشور گزارش نگردید. حداقل و حداکثر سن در مبتلایان شناسایی شده به ترتیب ۱ سال و ۸۲ سال بود، ولی مبتلایان عمدتاً در گروه های سنی ۶۰-۲۰ سال قرار داشتند (۷۶٪). اغلب موارد ابتلاء در جنس مذکر (۶۶.۷٪) و عموماً در ساکن مناطق شهری بودند (۷۹.۵٪). کلیه موارد شناسایی شده بیوتایپ التور و سروتایپ اوگاوا بودند. در بررسی از نظر ملیت؛ ۹۵٪ ملیت ایرانی و ۵٪ از اتباع سایر کشورها بوده اند. در طبقه بندی انجام شده براساس شرح حال بیماران، ۸۰٪ از موارد ابتلا موارد وارده به کشور (افراد با سابقه سفر اخیر به مناطق اندمیک وبا در سایر کشورها) و سایر موارد (۲۰٪) در شرح حال خود سابقه تماس با موارد وارده را عنوان نموده اند.

حدود ۷۰٪ مبتلایان به صورت سرپایی درمان شده و سایر موارد نیاز به بستری داشته اند.

### ۴- آخرین وضعیت بیماری سرخک در کشور از دی ماه ۱۴۰۱ تا اردیبهشت ۱۴۰۲

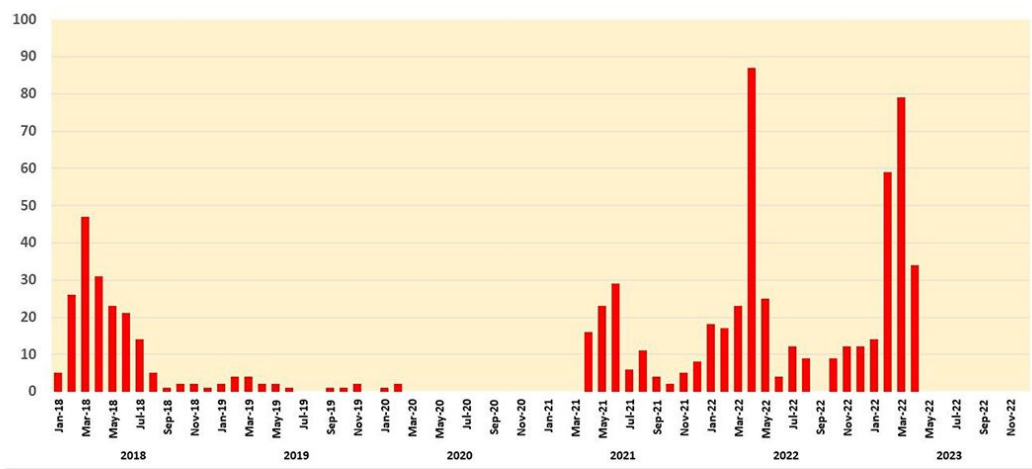
از دی ماه ۱۴۰۱ تا اردیبهشت ۱۴۰۲ حدود ۲۰۰ مورد سرخک در کشور شناسایی شده است، اکثر افراد در گروه سنی زیر ۱۰ سال و بخصوص زیر یکسال قرار دارند.

### آمار سرخک تا نیمه اول اردیبهشت ۱۴۰۲

از دی ماه ۱۴۰۱ تا نیمه اول اردیبهشت ۱۴۰۲ حدود ۲۰۰ مورد سرخک در کشور شناسایی شده است، اکثر افراد در گروه سنی زیر ۱۰ سال و بخصوص زیر یکسال قرار دارند. معمولاً بیماران مبتلا به سرخک نیاز به بستری شدن در بیمارستان را ندارند مگر مواقعی که بیمار با علایم شدید گوارشی یا تنفسی و سوءتغذیه دچار شده باشد از این رو آموزش به والدین در مراقبت از کودکان مبتلا در منزل در کاهش انتقال بیمارستانی کمک کننده است.

این نمودار ادامه چرخش ویروس در بعضی از مناطق کشور بخصوص استان سیستان و بلوچستان، شهرستان چابهار در سال جاری (۱۴۰۲) را نشان می دهد.

نمودار اپیدمیولوژیک سرخک در ایران از سال ۲۰۱۸ تا ۲۰۲۳ (۴ ماه)

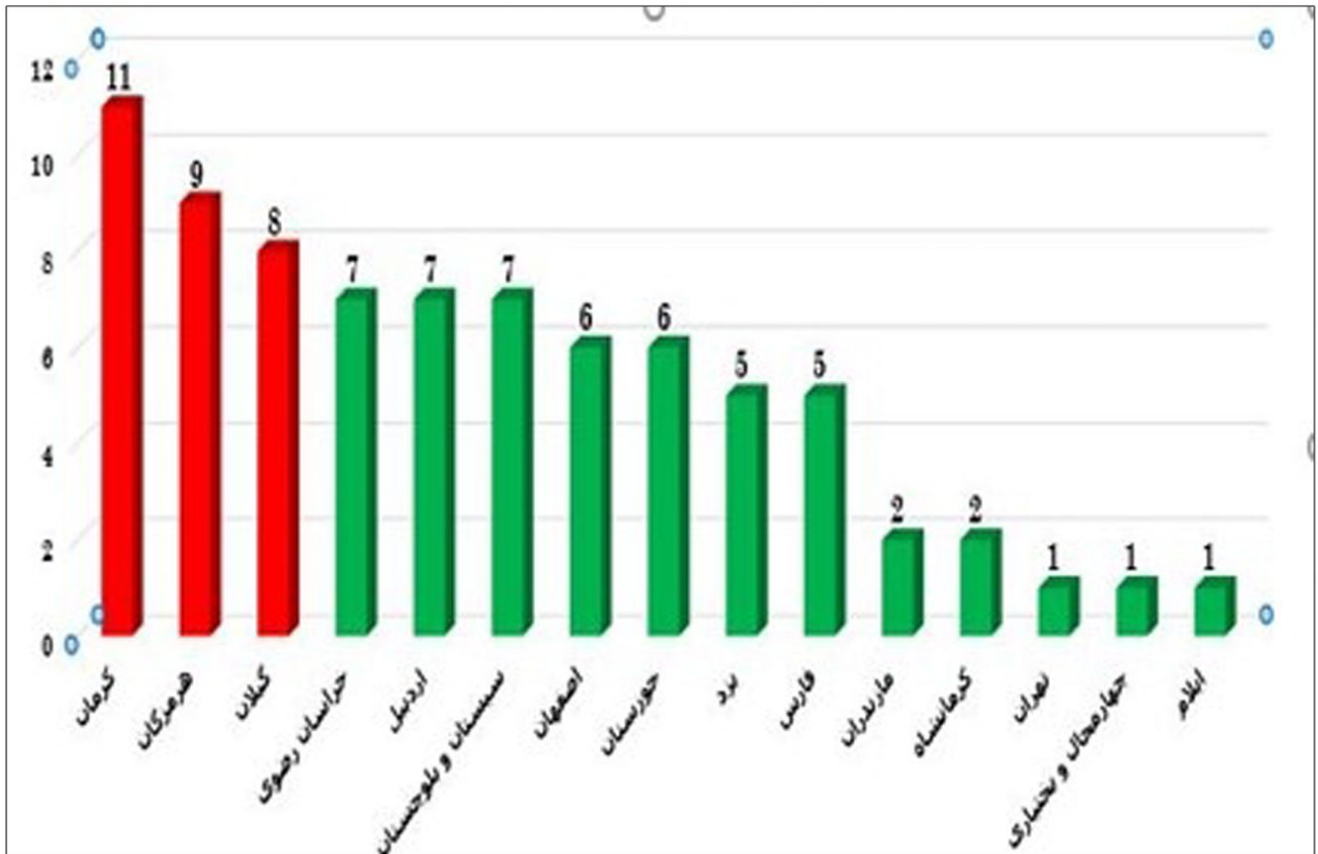


#### ۵- وضعیت بیماری تب کریمه کنگو CCHF تا پایان سال ۱۴۰۱

از سال ۱۳۷۸ تا پایان سال ۱۴۰۱ استان سیستان و بلوچستان با شناسایی ۹۴۹ مورد، خراسان رضوی ۱۷۹ مورد، کرمان ۱۰۴ مورد، اصفهان ۷۶ مورد، و فارس ۶۸ مورد از موارد قطعی این بیماری، به ترتیب بیشترین استان‌های گزارش‌کننده موارد قطعی بیماری تب کریمه کنگو در کشور را تشکیل داده‌اند.

تب خونریزی‌دهنده کریمه کنگو مهم‌ترین و گسترده‌ترین بیماری ویروسی منتقل شونده از طریق کنه است. این بیماری در بیش از ۳۰ کشور دنیا وجود داشته و در قاره‌های آفریقا، اروپا و آسیا اندمیک است. میزان مرگ و میر این بیماری می‌تواند قابل توجه باشد به طوری که متوسط میزان کشندگی آن بین ۳۰ تا ۵۰ درصد تخمین زده شده است و برخی منابع حتی میزان آن را تا ۸۰ درصد در زمان طغیان‌ها نیز گزارش کرده‌اند.

از سال ۱۹۹۹ (۱۳۷۸) موارد محتمل و قطعی بیماری در ایران گزارش گردیده است به طوری که از سال ۱۳۷۸ تا پایان سال ۱۴۰۱ استان سیستان و بلوچستان با شناسایی ۹۴۹ مورد، خراسان رضوی ۱۷۹ مورد، کرمان ۱۰۴ مورد، اصفهان ۷۶ مورد، و فارس ۶۸ مورد از موارد قطعی بیماری، به ترتیب بیشترین استان‌های گزارش‌کننده موارد قطعی بیماری در کشور را تشکیل داده‌اند.



## گزارش فعالیت بخش بین الملل انجمن پزشکیان عفونی کودکان ایران:

بخش بین الملل انجمن پزشکیان عفونی کودکان ایران از ۱۲ اردیبهشت ماه ۱۴۰۰ پس از تدوین اهداف و برنامه ریزی فعالیت ها با راهنمایی جناب استاد بلورساز فعالیت خود را آغاز نمود.

اهداف کمیته بین الملل انجمن پزشکیان فوق تخصصی عفونی کودکان:

۱- برقراری ارتباط با سایر کشورها جهت تبادل اطلاعات، آشنایی با وضعیت اپیدمیولوژی سایر کشورها، تبادل اطلاعات در زمینه درمان های جدید و واکسن ها.

۲- برگزاری جلسات مشترک هم اندیشی با سایر کشورهای همسایه و آسیایی

۳- برگزاری دوره های آموزشی مشترک با سایر کشورها بصورت تبادل دانشجو و پزشکیان و اساتید

۴- کمک به کنترل اپیدمی ها در کشورهای همسایه و حوزه آسیایی

۵- همکاری با سازمان های بین المللی مانند WHO در جهت کنترل بیماری ها و انجام کارهای تحقیقاتی

۶- تلاش در جهت گرفتن امکانات مختلف در زمینه ارتقاء سطح علمی انجمن و انجام امور خدماتی و پژوهشی

۷- انجام پژوهش در زمینه های مختلف مرتبط با رشته عفونی کودکان

۸- برگزاری سمینارهای علمی مشترک با سایر کشورها در زمینه های متعدد عفونی کودکان

۹- تلاش در جهت تهیه مستندات در زمینه مسائل مهم در جهت آموزش و بازآموزی پزشکیان عفونی کودکان به زبان انگلیسی

۱۰- تلاش در جهت فراهم کردن امکان ارائه مقاله و یا شرکت در کنگره های عفونی و عفونی کودکان بین المللی بصورت حضوری و یا بصورت آنلاین

کمیته های متعدد می توانند این مسئولیت ها را به عهده بگیرند شامل:

۱- کمیته برگزاری سمینارها و دوره های آموزشی مشترک با سایر کشورها

۲- کمیته هماهنگی و ارتباط با سازمان های بین المللی جهت دریافت امکانات

۳- کمیته بررسی سمینارها در سطح جهانی و امکان دریافت اطلاعات علمی از این سمینارها و یا امکان حضور همکاران در آنها

۴- کمیته آموزشی جهت تهیه مستندات و جمع آوری آخرین اطلاعات به روز در سطح بین المللی

۵- کمیته فعالیت های پژوهشی مشترک با سایر کشورها

## همکاری با سایر انجمن های عفونی کودکان در سطح جهان:

انجمن پزشکان عفونی کودکان ایران با انجمن عفونی کودکان ترکیه، انگلستان، اروپا و فیلیپین و پاکستان و عراق ارتباط برقرار نمود و یک جلسه مشترک بصورت مجازی با کشور فیلیپین جهت بحث و تبادل نظر و برنامه ریزی برای همکاری های بعدی برگزار شد.

کمک به ارتقاء سایت انجمن پزشکان عفونی کودکان ایران:

بخش بین الملل انجمن عفونی کودکان در تدوین و آماده سازی و ترجمه بخش های مختلف سایت به زبان انگلیسی همکاری نموده و هم اکنون این بخش از سایت کاملاً مورد استفاده است. کلیه کنگره های خارجی جهت مشاهده پزشکان محترم در آن قرار داده شد.

## عضویت و شرکت در مجامع بین المللی:

شرایط عضویت افراد و انجمن ها در انجمن عفونی کودکان جهانی (WSPID) و اروپا (ESPID) مورد بررسی قرار گرفت.

از چند ماه پیش از آغاز همایش سالیانه عفونی کودکان ایران با چند نفر از اساتید عفونی در کشورهای مختلف برای شرکت در این همایش به عنوان سخنران رایزی شد و هماهنگی های لازم برای سخنرانی این افراد تا روز برگزاری کنگره ادامه پیدا کرد. کنگره انجمن پزشکان عفونی کودکان در سال ۱۴۰۱ در یک بخش به زبان انگلیسی ارائه گردید.

بخش بین الملل انجمن از مرداد ماه ۱۴۰۰ شروع به مکاتبه با انجمن آسیایی عفونی کودکان (ASPID) نموده است و پس از معرفی کامل انجمن پزشکان عفونی کودکان ایران به انجمن آسیایی برای عضویت در آن انجمن، منجر به قبول ایران برای عضویت در انجمن آسیایی در اکتبر ۲۰۲۲ شد. همچنین بخش بین الملل انجمن بعد از مکاتبات چندین ماهه موفق شد در ۲۰ خرداد ۱۴۰۱ به عضویت WSPID (انجمن جهانی پزشکان عفونی کودکان) درآید.

از دی ماه ۱۴۰۰ بخش بین الملل انجمن پزشکان عفونی کودکان با انجمن جهانی عفونی کودکان (WSPID) ارتباط برقرار کرد و در اولین قدم موفق شد حضور رایگان ده نفر از اساتید انجمن عفونی کودکان را در کنگره جهانی (WSPID) که در مکزیک به صورت آنلاین برگزار شد، فراهم آورد.

این کنگره که در تاریخ ۲۲ تا ۲۴ فوریه ۲۰۲۲ برگزار شد به علت شیوع COVID-19 و ایمنی اعضا و شرکت کنندگان برای اولین بار بصورت مجازی برگزار شد و در مورد موضوعات جدید در بیماری های عفونی کودکان و بخصوص کرونا اطلاعات مفیدی را در اختیار شرکت کنندگان قرار داد.

این فرصت در اختیار اعضاء انجمن پزشکان عفونی کودکان ایران قرار گرفت تا از آخرین پیشرفت های مربوط به بیماری ها مطلع شده و به طور مجازی با متخصصان جهانی در همه جنبه های بیماری های عفونی کودکان در تعامل باشند.

اسفند ماه ۱۴۰۰ مکاتباتی با انجمن اروپایی عفونی کودکان در جهت همکاری های بیشتر و اطلاعات کنگره آتی این انجمن (چهلمین نشست سالانه انجمن اروپایی برای بیماری های عفونی کودکان) که در آتن و بصورت آنلاین، ۹ تا ۱۳ مه ۲۰۲۲ برگزار می شد صورت گرفت.

### جلسه مشترک با کمیته مقاومت آنتی بیوتیکی در WSPID:

انجمن پزشکان عفونی کودکان ایران عضو انجمن جهانی بیماری های عفونی کودکان (WSPID) شد و به طور رسمی در می ۲۰۲۲ به عضویت جامعه جهانی پزشکان عفونی کودکان درآمد. کمیته راهبردی این انجمن در نظر دارد با کشورهای عضو این انجمن در سطح جهانی برای پیشبرد اهداف سلامتی و بهداشتی تشریک مساعی داشته باشد. در این راستا یک جلسه تشریک اطلاعات بصورت آنلاین در ساعت ۱۶:۳۰ الی ۱۸ به وقت ایران در سیزده دسامبر ۲۰۲۲ توسط گروه راهبردی مقاومت های آنتی بیوتیکی در ارگانیزم های بیماری زا برگزار شد. مسئول هماهنگی جلسه Evelyn Zuberbulher بود و اعضای شرکت کننده از کشورهای ایتالیایی، کانادا، عربستان سعودی، غنا، اوکراین، ایران و استرالیا بودند. اعضاء ایرانی شرکت کننده از طرف انجمن پزشکان عفونی کودکان دکتر حسین معصومی اصل و دکتر فریبا شیروانی بودند. نقطه نظرات مختلف مطرح شد و نظر اعضاء از کتابی که بعنوان گایدلاین از طرف WHO برای درمان آنتی بیوتیکی بیماری ها منتشر شده بود مورد بحث قرار گرفت و در مورد مشکلات مربوط به مقاومت های آنتی بیوتیکی در کشورهای مختلف جهان بحث شد. در جمع بندی مقرر شد در مورد داروهای در دسترس در داروخانه ها و امکان مصرف آنتی بیوتیک بی رویه در جلسه بعدی که متعاقبا اطلاع رسانی می گردد بحث شود.

## گزارش مختصری از همایش سالیانه انجمن در سال ۱۴۰۲

نوزدهمین همایش سالیانه انجمن علمی پزشکان عفونی کودکان ایران و پانزدهمین بزرگداشت استاد دکتر سید احمد سیادت‌امسال به جهت تقاضا و رعایت رفاه اساتید سخنران و شرکت کنندگان محترم خارج از استان تهران، در دو بخش کاملاً مجزا به صورت یک همایش مجازی و یک همایش حضوری با موضوعات سخنرانی متفاوت، جذاب و پرکاربرد برگزار گردید.

همایش مجازی از تاریخ ۳ لغایت ۸ آبان ماه ۱۴۰۲، در سه روز متوالی، طی پنج برنامه ۳ ساعته با ۱۵ امتیاز بازآموزی و با عناوین پانل‌های:

- مقایسه آنتی باکتریال‌های با پوشش گرم منفی، گرم مثبت، بی‌هوازی، ضدقارچ‌ها، ضد ویروس‌ها (دانشگاه علوم پزشکی شیراز)
- تازه‌هایی در مورد تب در سنین مختلف کودکان (دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
- عفونت‌های پوستی و بافت نرم در کودکان (دانشگاه علوم پزشکی همدان و شیراز و تهران)
- بروسلوزیس در کودکان (دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و تهران)
- مقاومت میکروبی، چالش‌ها و راهکارها (دانشگاه علوم پزشکی ایران، اردبیل، کرمان)
- واکسیناسیون در کودکان (دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان شرقی و غربی با همکاری اداره واکسیناسیون وزارت بهداشت)

و همچنین ۱۲ سخنرانی پر محتوا و ارزشمند در زمینه بیماری‌های عفونی کودکان که توسط اساتید و همکاران محترم فوق تخصص عفونی کودکان در سراسر کشور برگزار گردید، که خوشبختانه با استقبال و رضایت بسیار بالایی شرکت کنندگان همراه بود و لازم به ذکر است که تمامی فیلم‌های این کنگره مجازی همچنان به صورت کاملاً رایگان در وبسایت رسمی انجمن با آدرس: <https://ipidsociety.com> در دسترس می‌باشند.

همچنین کنگره حضوری انجمن نیز در سه روز متوالی از تاریخ ۱۰ لغایت ۱۲ آبان ماه ۱۴۰۲ در بیمارستان میلاد، سالن اصلی همایش دکتر غرضی برگزار گردید که خوشبختانه این همایش نیز با استقبال فراوان شرکت کنندگان و شرکت‌های دارویی روبه‌رو شد.

میزگردهای این کنگره حضوری با موضوعات:

- مصرف آنتی بیوتیک های در عفونت های سرپایی کودکان "باید ها و نباید ها"  
(دانشگاه علوم پزشکی ایران)
- تازه های تشخیصی و درمانی عفونت ادراری در کودکان (دانشگاه علوم پزشکی تهران)
- معرفی چند کیس جالب از بیماری های شایع عفونی کودکان  
(مرکز تحقیقات عفونی کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران)
- عفونت های تنفسی فوقانی در کودکان (هیات مدیره انجمن پزشکان عفونی کودکان ایران)
- عفونت های تنفسی تحتانی در کودکان (دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران، شهید بهشتی)

و ۱۲ سخنرانی جذاب، مفید و کاربردی در زمینه بیماری های شایع عفونی کودکان برگزار گردید. جا دارد که از زحمات فرآوان ریاست محترم همایش، استاد گرامی جناب آقای دکتر سید محمدرضا بلورساز، دبیران محترم علمی برنامه: جناب آقای دکتر علی اکبر رهبری منش، جناب آقای دکتر سید پرویز طباطبایی مقدم، جناب آقای دکتر حسین معصومی اصل، سرکارخانم دکتر فریبا شیروانی و سرکارخانم دکتر آناهیتا سنایی، اساتید محترم سخنران در دو بخش همایش حضوری و مجازی، شرکت کنندگان گرامی برنامه ها و همچنین از همکاران محترم بخش کمیته اجرایی همایش: سرکارخانم فاطمه سلامی، سرکار خانم نسرين مهران مهر و جناب آقای خالق حمزوی تشکر ویژه نمایم.



با آرزوی سلامتی و توفیق روزافزون

دبیر اجرایی کنگره

مریم ملایی



## گزارش کمیته کنترل مقاومت های میکروبی و مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها

### تشکیل کمیته کنترل مقاومت های میکروبی و مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها

پیرو تصمیم اتخاذ شده در آخرین جلسه هیئت مدیره انجمن علمی پزشکان عفونی کودکان ایران و در جهت تشدید فعالیت های انجمن در زمینه آموزش و اطلاع رسانی به همکاران پزشک در مورد یکی از مهم ترین تهدیدهای سلامتی انسان ها در عصر حاضر مقرر شد " کمیته مقاومت میکروبی و مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها " تشکیل گردد. اعلامیه تشکیل این کمیته به شرح زیر در سایت انجمن اطلاع رسانی گردید:

### اعلامیه تشکیل کمیته کنترل مقاومت های میکروبی و مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها

مقاومت های میکروبی (Antimicrobial Resistance (AMR به عنوان بزرگترین تهدید سلامتی انسان ها در عصر حاضر روند رو به رشدی دارد و ضرورت دارد همه دست اندرکاران در حوزه فعالیت خود اقدامات موثری را در جهت مهار آن بکار گیرند.

انجمن پزشکان عفونی کودکان ایران در نظر دارد با تشکیل " کمیته کنترل مقاومت میکروبی و مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها " بستر مناسبی را برای تبادل نظر همکاران، اساتید محترم و دانشجویان گرامی ایجاد کرده تا بتواند با راهکار بسیار مهم مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها در جهت رسیدن به هدف کنترل مقاومت های میکروبی به وظیفه ذاتی خود عمل نماید



آقای دکتر حسین معصومی اصل که عضو هیئت مدیره و استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران می باشند به عنوان دبیر این کمیته معرفی گردیدند.

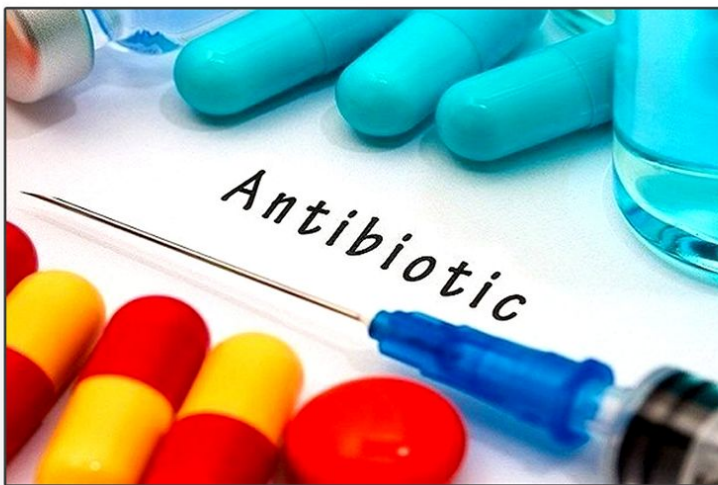
با مشارکت همه عزیزان در سراسر کشور اهداف ذیل در این کمیته پیگیری خواهد شد:

- انتشار آخرین وضعیت مقاومت های میکروبی در ایران و جهان
- اطلاع رسانی در مورد پژوهش های انجام شده در کشور به منظور مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها
- تشویق و اصرار به اجرای صحیح و بدون کم و کاست برنامه Antimicrobial Stewardship در تمام مراکز درمانی کشور
- آموزش نسخه نویسی صحیح و تجویز منطقی آنتی بیوتیک
- کمک به اجرای برنامه های آموزشی مناسب در جهت فرهنگ سازی عدم مصرف آنتی بیوتیک بدون تجویز پزشک
- کمک به تدوین گایدلاین های مناسب برای مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها در گروه های مختلف پزشکی براساس آخرین یافته ها
- تشویق همکاران به شرکت در برنامه های بازآموزی مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها و کسب آخرین وضعیت و طرح سوال های خود از طریق سایت انجمن پزشکان عفونی کودکان ایران

در هفته های آتی همکاران می توانند به سایت انجمن مراجعه و از فعالیت های این کمیته کسب اطلاع کنند.

دکتر سید محمدرضا بلورساز

رئیس انجمن علمی پزشکان عفونی کودکان ایران



## درمان سل



دکتر سید محمدرضا بلورساز<sup>۱</sup>

هدف از درمان از بین بردن باسیل سل و پیشگیری از تکثیر و مقاومت ارگانسیم های مقاوم می باشد. طی مطالعات انجام شده بهترین روش به کار بردن روش Dots می باشد که عود و شکست بیماری و مقاومت به دارو را کاهش می دهد. روش Dots برای تمام اشکال بالینی سل در کودکان و بالغین توصیه می شود.

دوره درمان سل ۶ ماه است که دو ماه چهار دارویی و چهار ماه دو دارویی می باشد، این روش درمانی برای تمام اشکال بالینی سل صادق است. هرگاه پس از ۲ ماه درمان، رادیوگرافی کنترل انجام و در رادیوگرافی ضایعاتی به صورت حفره سلی دیده شود، یا خلط بیمار مثبت گردد و یا باسیل سل و یا ضایعات ریوی افزایش یابد، توصیه می شود طول مدت درمان را تا ۹ ماه ادامه داده شود.

برخی محققین توصیه می کنند سه داروی ایزونیاژید، ریفامپین و پیرازینامید به جای چهار دارو به شرطی که ارگانسیم حساس به دارو باشد و فاکتور مقاومت مطرح نباشد مورد استفاده قرار گیرد. برخی دیگر توصیه می کنند اگر کودکی آدنوپاتی هیلار داشته باشد و مقاومت دارویی مطرح نباشد رژیم ۶ ماه درمان را می توان فقط با ایزونیاژید و ریفامپین تجویز کرد. در رژیم ۶ ماه درمان با ۴ دارو، دارو باید یکبار در روز و برای حداقل دو هفته (با روش Dots) تجویز شود، در اولین دو هفته حداقل ۵ روز در هفته دارو باید تجویز گردد.

توصیه دیگر اینکه اگر ۲ ماه درمان با روش Dots باشد، ادامه درمان را می توان ۳ بار در هفته (گاهی ۲ بار در هفته) با ایزونیاژید و ریفامپین تجویز کرد. رژیم های متناوب برای موارد سل مقاوم توصیه نمی شود.

**نکته:** انجام روش Dots روش بسیار مهمی برای پیشگیری مقاومت می باشد قابل به ذکر است درمان سل مقاوم حتما باید زیر نظر فرد مجرب باشد.

### درمان سل خارج ریوی:

عموما درمان سل خارج ریوی به استثناء مننژیت سلی با همان روش سل ریوی می باشد یعنی ۶ ماه درمان. برای بیماران مبتلا به مننژیت سلی حساس به دارو معالجه روزانه با ایزونیاژید، ریفامپین، پیرازینامید، اتیونامید (اگر موجود باشند) توصیه می شود و در صورت موجود نبودن حداقل یک داروی تزریقی از گروه آمینوگلیکوزیدها شروع شود. در معالجه سل مغزی ریفامپین باید با دوز ۲۰-۳۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم، تا نفوذ مغزی بهتری داشته باشد.

۱- فوق تخصص بیماری های عفونی کودکان - استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

هدف از درمان از بین بردن باسیل سل و پیشگیری از تکثیر و مقاومت ارگانسیم های مقاوم می باشد. طی مطالعات انجام شده بهترین روش به کار بردن روش Dots می باشد که عود و شکست بیماری و مقاومت به دارو را کاهش می دهد. روش Dots برای تمام اشکال بالینی سل در کودکان و بالغین توصیه می شود. دوره درمان سل ۶ ماه است که دو ماه چهار دارویی و چهار ماه دو دارویی می باشد، این روش درمانی برای تمام اشکال بالینی سل صادق است. هرگاه پس از ۲ ماه درمان، رادیوگرافی کنترل انجام و در رادیوگرافی ضایعاتی به صورت حفره سلی دیده شود، یا خلط بیمار مثبت گردد و یا باسیل سل و یا ضایعات ریوی افزایش یابد، توصیه می شود طول مدت درمان را تا ۹ ماه ادامه داده شود. برخی محققین توصیه می کنند سه داروی ایزونیاژید، ریفامپین و پیرازینامید به جای چهار دارو به شرطی که ارگانسیم حساس به دارو باشد و فاکتور مقاومت مطرح نباشد مورد استفاده قرار گیرد. برخی دیگر توصیه می کنند اگر کودکی آدنوپاتی هیلار داشته باشد و مقاومت دارویی مطرح نباشد رژیم ۶ ماه درمان را می توان فقط با ایزونیاژید و ریفامپین تجویز کرد. در رژیم ۶ ماه درمان با ۴ دارو، دارو باید یکبار در روز و برای حداقل دو هفته (با روش Dots) تجویز شود، در اولین دو هفته حداقل ۵ روز در هفته دارو باید تجویز گردد. توصیه دیگر اینکه اگر ۲ ماه درمان با روش Dots باشد، ادامه درمان را می توان ۳ بار در هفته (گاهی ۲ بار در هفته) با ایزونیاژید و ریفامپین تجویز کرد. رژیم های متناوب برای موارد سل مقاوم توصیه نمی شود.

**نکته:** انجام روش Dots روش بسیار مهمی برای پیشگیری مقاومت می باشد قابل به ذکر است درمان سل مقاوم حتما باید زیر نظر فرد مجرب باشد.



## درمان سل خارج ریوی:

عموما درمان سل خارج ریوی به استثناء مننژیت سلی با همان روش سل ریوی می باشد یعنی ۶ ماه درمان.

برای بیماران مبتلا به مننژیت سلی حساس به دارو معالجه روزانه با ایزونیازید، ریفامپین، پیرازینامید، اتیونامید (اگر موجود باشند) توصیه می شود و در صورت موجود نبودن حداقل یک داروی تزریقی از گروه آمینوگلیکوزیدها شروع شود. در معالجه سل مغزی ریفامپین باید با دوز ۲۰-۳۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم، تا نفوذ مغزی بهتری داشته باشد. زمانی که بیمار به دارو های خط اول حساس است نیاز به دارو های دیگری نمی باشد. برای درمان مننژیت سلی در ابتدا ۲ ماه دارو می دهیم و سپس ایزونیازید و ریفامپین را به مدت ۱ سال تجویز می نمایم.

## درمان سل مقاوم به درمان:

درمورد سل مقاوم به درمان، مشاوره با افراد با تجربه حتما توصیه می شود. مقاومت دارویی در گروه های مشخصی وجود دارد، وقتی بیمار به ایزونیازید مقاوم است باید از ۲ داروی حساس دیگر استفاده شود و اگر اطلاعات کافی در مورد حساسیت دارو وجود ندارد می توان از ۴ یا ۵ داروی ضد سل دیگر برای شروع درمان استفاده کرد. در مواردی که بیمار به ایزونیازید مقاوم است باید از ریفامپین و پیرازینامید و اتامبوتول و از دسته دارو های فلوروکینولون ها طی یک دوره ۶ ماهه استفاده شود

برای موارد MDR ۴ یا ۵ داروی حساس به ارگانسیم توصیه می شود. همچنین برای موارد MDR از داروی جدیدی به نام Bedaquiline در درمان سل مقاوم در بیماران بزرگ تر از ۱۲ سال توصیه می شود که FDA هم آن را تایید کرده است. طول دوره درمان سل مقاوم ۲۴-۱۲ ماه از زمانی که کشت منفی می شود به مدت ۱ الی ۲ سال ادامه پیدا کند. نکته مهم و قابل ذکر اینکه در شروع درمان باید از دارو های تزریقی گروه آمینوگلیکوزید به مدت ۶-۴ ماه استفاده نمود.

## درمان سل خارج ریوی مقاوم به درمان

عموما سل خارج ریوی به استثناء مننژیت سلی با رژیم قبلی درمان می شود و بهتر است در مننژیت سلی از دارو های تزریقی مثل آمینوگلیکوزیدها استفاده شود. برخی افراد با تجربه توصیه می کنند که از فلوروکینولون ها استفاده شود. قابل ذکر است در درمان مننژیت سلی باید میزان مصرف ریفامپین را با دوز ۲۰-۳۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم اضافه نمود. در صورت حساس بودن به اولین خط دارویی می توان اتیونامید، آمینوگلیکوزید و فلوروکینولون را قطع کرد.

## ارزیابی و مانیتور کردن کودکان و بالغین

مانیتور کردن دقیق ماهیانه، کلینیک و باکتریولوژی برای پاسخ به درمان فردی است ( البته با روش Dots)، در هر ویزیت بیمار که دارو تجویز می گردد.

- در کودکان مبتلا به پریکاردیت و پلورزی (به علت سرعت جذب بهتر)
- سل میلیاری
- بیماری آندوبرونشیتال (به علت انسداد باعث کاهش انسداد می شود)
- آتلکتازی و سل شکمی (کاهش خطر تنگی و انسداد)

میزان تجویز کورتن ۲ میلی گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن (حداکثر ۶۰ میلی گرم برای ۴ تا ۶ هفته) و به تدریج تیپر می شود.

### سل و HIV:

درمان کودکانی که با افراد HIV زندگی می کنند بسیار مشکل است چون با داروهای ضد سل مخصوصا ریفامپین اینتراکشن دارد و خطر مسمومیت نیز وجود دارد. معالجه این بیماران با ۴ دارو و با روش Dots می باشد.

در بیمارانی که داروی ضد ویروسی دریافت می نمایند ریفامپین توصیه نمی شود و به جای آن ریفابوتین تجویز می گردد. توصیه می شود اگر بیمار مبتلا به HIV با فرد آلوده به سل تماس نمایند و هنوز داروی ضد ویروسی دریافت نمی نمایند حتی اگر سیستم ایمنی مشکل داشته باشد درمان ضد ویروس بی خطر است در طول ۲ هفته اول درمان ضد سل

### رژیم درمان عفونت سلی:

بسته به شرایط و وضعیت محیطی فرد بیمار دارد، چندین رژیم درمانی توصیه می شود:

برای بیماران با سل ریوی گرفتن عکس ریه هر ۲ ماه یکبار توصیه می شود. پس از شروع درمان اغلب در طول چند هفته کدورت ریوی کاهش پیدا می کند ولی تا مدت ها طول می کشد تا پاک شود.

پلورال افیوژن به آهستگی جذب می شود و گاهی نیاز به درناژ برای آرامش بیمار دارد حتی اگر دوره درمان ۶ ماه کامل باشد. آدنوپاتی هایلار گاهی ۲ تا ۳ سال باقی می ماند، توصیه این است که برای قطع درمان نیاز به مطابقت به رادیوگرافی نمی باشد. پیگیری انجام عکس رادیوگرافی تا آخرین روز درمان نیاز نیست، اگر معالجه با موفقیت باشد مگر اینکه وضعیت بیمار رو به وخامت برود که نیاز به رادیوگرافی است.

انجام تست های کبدی در شیرخواران و کودکان به طور روتین توصیه نمی شود زیرا هپاتیت نادر است. نکته مهم دیگر اینکه اگر بیمار مشکلات کبدی و صفرای داشته باشد آزمایش باید انجام شود. قابل ذکر است بیمار از نظر علائم هپاتوتوکسیتی تحت کنترل درمان دقیق باشد و اگر علائمی داشت بررسی شود.

### سایر دستورات

تجویز کورتیکواستروئید در بیماران تحت درمان توصیه نمی شود مگر در موارد ذیل:

- در کودکان مبتلا به مننژیت سلی (به علت کاهش میزان مرگ و میر زیرا کورتن ریت مرگ و میر و ضمنا عوارض عصبی را کاهش می دهد)



## ۱- درمان با ایزونیازید و ریفاپنتین

دوره درمان ۱۲ هفته می‌باشد. یک بار در هفته داروی فوق توصیه می‌شود، این رژیم با حداقل عوارض بسیار مطمئن و قابل تحمل است. مطالعات و تحقیقات نشان داده نتایج این رژیم درمانی همانند درمان ۹ ماه با ایزونیازید می‌باشد. اغلب متخصصین با تجربه این رژیم را برای کودکان بالای ۲ سال توصیه می‌کنند زیرا برای کودکان زیر ۲ سال قابل تحمل نیست ضمن این که برای کودکان زیر ۲ سال مطالعاتی انجام نشده است.

## ۲- درمان با ریفاپین

دوره درمان ۴ ماه می‌باشد که به صورت روزانه توصیه می‌شود و رژیم مناسب است، ولی موارد مقاوم به ایزونیازید از این دارو استفاده می‌شود. تحقیقات زیادی در مورد اثرات این رژیم در بالغین و اطفال انجام شده که این مطالعات تاثیرات مطلوب آن را تایید می‌نماید و نشان داده رژیم مناسبی می‌باشد. برخی حتی توصیه می‌کنند این رژیم درمانی از رژیم ۹ ماه ایزونیازید مطمئن تر است و در کودکان توصیه می‌شود.

### ۳- رژیم ایزونیازید و ریفامپین

دوره درمان ۳ ماه می باشد که همه روزه توصیه می شود و بدون محدودیت سنی است. این رژیم مشابه رژیم شماره ۱ می باشد معذالک این رژیم روزانه توصیه می شود و تاثیرات و نتیجه بهبودی در مقایسه با مصرف ایزونیازید به تنهایی، بهتر است.

### ۴- درمان با ایزونیازید

درمان با ایزونیازید برای عفونت سلی در تمام گروه های کودکان توصیه می شود. ایزونیازید روزانه تا ۹۸ درصد در مقابل خطر ابتلا به سل موثر بوده است. طبق توصیه سازمان بهداشت جهانی برای تمام گروه های سنی (حتی در کشور های با شیوع بالای سل) دوره درمان ۶ ماه می باشد.

CDC و سایر مراکز تحقیقات و تجهیزاتی برای تمام گروه های سنی از جمله کودکان و به خصوص کودکان مبتلا به HIV یا دچار ضعف ایمنی دوره درمان را ۶ الی ۹ ماه توصیه می کنند. توصیه WHO و سازمان بهداشت جهانی به دوره درمان ۶ ماهه بسیار خوب است ولی به نظر می رسد ۳۰ درصد اثرات کمتری دارد. برخی محققان معتقدند که مصرف همه روزه به صلاح نیست و بهتر است این دارو دو بار در هفته مصرف شود. انجام تست های کبدی در حین بیماری نیاز نیست به جز بیمارانی که زمینه بیماری کبدی و صفراوی دارند. قابل به ذکر است مصرف این دارو در اولین ۱۲ هفته بارداری در طول دوران حاملگی ممنوع می باشد و ضمناً مصرف آن با سایر دارو های هیپاتوتوکسیست ممنوع است.

معالجه عفونت سلی در بیمارانی که مقاوم به ایزونیازید هستند:

انسیدانس مقاومت به ایزونیازید در سال ۲۰۱۷ در آمریکا ۹ درصد گزارش شده است اگر منبع آلودگی مشخص شود که مقاوم به ایزونیازید می باشد، تجویز ایزونیازید انجام نمی شود و باید ریفامپین برای یک دوره ۴ ماهه تجویز گردد. در خصوص کودکانی که به ایزونیازید و ریفامپین مقاوم هستند توصیه می شود از داروهای فلوروکینولون ها به تنهایی یا همراه با سایر دارو ها مصرف شود. لازم به ذکر است که در زمینه اثربخشی و عوارض این دارو ها مطالعه و تحقیق نشده است. اثربخشی دارو هایی مثل لووفلوکساسین یا موکسی فلوکساسین همراه با اتاموتول به حساسیت ارگانسیم جدا شده بستگی دارند. بهتر است در این موارد با افراد با تجربه مشورت شود.



## اندیکاسیون تجویز اسلتامیویر در بیمار مبتلا به آنفلوانزا

دکتر فریبا شیروانی<sup>۱</sup>



مقدمه:

۷۵ میلی لیتر آب میوه را آماده کرده و کپسول ۷۵ میلی گرمی اسلتامیویر را باز کرده، در آن ریخته و کاملاً بهم می‌زنیم. بنابراین یک محلول یک میلی گرم در میلی لیتر از اسلتامیویر را خواهیم داشت و با هر میزان به کودک خوراند می‌شود. محلول تهیه شده را می‌توان با لوله دهانی معدی به کودک داد. بقیه محلول برای دوز بعدی قابل نگهداری نمی‌باشد.

### رویکرد الگوریتمی به درمان آنفلوانزا:

با توجه به اینکه همه موارد بیماران مشکوک به آنفلوانزا را نمی‌توان تشخیص قطعی داد و موارد خفیف بیماری در افراد وجود دارد، لازم است در درمان بیماران ترتیبی اتخاذ کنیم تا بتوانیم موارد لازم را تحت درمان قرار دهیم. کودکانی که دچار بیماری شبیه آنفلوانزا می‌شوند افرادی هستند که دو مورد از چهار مورد تب بالای ۳۸ درجه، آبریزش بینی، سرفه و یا گلودرد و میالژی را دارند. این بیماران از نظر وجود علائم خطر بررسی می‌گردند اگر دیسترس تنفسی، شوک، تغییر هوشیاری و عوارض جدی بیماری مانند میوزیت، عفونت شدید ریه و غیره رخ دهد، بیمار به مرکز مراقبت ویژه منتقل شده و در کنار سایر درمان‌ها اسلتامیویر برایش شروع می‌شود.

با توجه به شروع فصل سرد سالانه ابتلا به آنفلوانزا پیش بینی می‌شود بیماری آنفلوانزا در جامعه شیوع یابد. این بیماری باعث درگیری شدید ریه و سایر ارگان‌ها می‌شود و واکسیناسیون آن در افراد با ریسک بالای عوارض، پیشنهاد می‌شود. ابتلاء به بیماری آنفلوانزا از اواسط آبان افزایش یافته و در آذر به اوج رسید. آنفلوانزا در سال جاری دو هفته زودتر آغاز شد و از اواسط آبان موارد آن افزایش یافته و به حدود ۲۰ درصد موارد سرماخوردگی‌ها رسید و در نهایت سیر افزایشی بیماری تا اواخر آذر کند شد. در تابستان ۳۰ درصد افراد دارای علائم سرماخوردگی کشور مبتلا به کرونا بودند، و در حال حاضر زیر ۵ درصد موارد سرماخوردگی‌ها کرونا هستند.

### اسلتامیویر چه دارویی است و مکانیسم اثر آن چگونه است:

اسلتامیویر یک Neuraminidase Inhibitor است که مانع از آزاد شدن ویروس‌ها از سلول میزبان می‌شود. این دارو با مهار نورآمینیداز در سطح سلول مانع از آزاد سازی ویروس‌ها می‌گردد.

چگونه محلول اسلتامیویر را در صورت نبودن شربت برای استفاده کودک آماده کنیم:

۱- فوق تخصص عفونی کودکان - استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

در صورتی که شدت بیماری زیاد نبوده و فرد مبتلا در ریسک بالای عوارض بیماری قرار نداشته باشد درمان براساس تصمیم پزشک معالج خواهد بود. ولی در صورتی که بیماری از شدت زیادی برخوردار نباشد و خفیف باشد باید بدانیم که بیمار در ریسک بیماری قرار دارد یا در تماس با فردی که در ریسک بالای بیماری قرار دارند هست یا خیر. افراد در ریسک خطر شامل افراد مبتلا به آسم، افراد مبتلا به عوارض عصبی، بیماری مزمن ریه، بیماری قلبی، بیماری های خونی، بیماری های آندوکراین، بیماری های کلیوی و کبدی، بیماری های متابولیک، نقص ایمنی، افراد دریافت کننده آسپیرین و افراد چاق می باشد. موارد تماس های با ریسک بالا شامل تماس با شیرخوار کمتر از شش ماه و تماس با افراد در ریسک بالا است که به آنها اشاره شد. لذا درمان با اسلتامیویر را در موارد خفیف در دو مورد انجام می دهیم ۱- افراد در تماس با افراد در ریسک بالا ۲- افرادی که خودشان در ریسک بالای عوارض بیماری در صورت ابتلا قرار دارند.

### نکات مهم در درمان بیماران مبتلا به آنفلوانزا با اسلتامیویر:

مصرف سالیسیلات ها در افراد زیر ۱۸ سال در هنگام ابتلا به آنفلوانزا بدلیل احتمال ابتلا به سندرم ری توصیه نمی شود. درمان باید در ۴۸ ساعت اول شروع علائم آغاز شود ولی در صورت بیماری شدید و یا عوارض، لازم است درمان در هر زمان از شروع بیماری آغاز شود.

### مدت درمان:

مدت درمان بطور استاندارد پنج روز است ولی در صورت بیماری شدید و در افراد مبتلا به نقص ایمنی می توان مدت درمان را طولانی تر کرد.

### در موارد مقاومت به اسلتامیویر چه کنیم:

موارد مقاومت به این دارو را بسختی می توان در بیمار شناسایی کرد ولی چون این دارو خوراکی است در بیماران بسیار بدحال و یا موارد خونریزی شدید معده می توان از **premavir** و ریدی سود برد. داروهای دیگر شامل زانامیویر است که بصورت اینهالر استفاده می شود و **Baloxavir** که بصورت خوراکی مصرف می گردد. این داروها در حال حاضر در کشور ما در دسترس نمی باشند.

### نتیجه گیری:

درمان با اسلتامیویر در بیماران بدحال و یا دچار عوارض و یا بیماران در ریسک ابتلای شدید علیرغم بیماری خفیف و افراد در مواجهه با افراد در ریسک بالا لازم است. مصرف بدون کنترل و بیش از حد این دارو منجر به مقاومت در ویروس آنفلوانزا می شود و دست ما را درمان این بیماری در بیمارانی که واقعا به آن نیاز دارند کوتاه می کند.

#### References:

- ۱- Munoz Flor M, Edwards MScMorven S. Seasonal influenza in children: Management. Uptodate. Last updated Sep ۲۰۲۳
- ۲- Centers for Disease Control and Prevention (CDC):  
<https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/pneumo/index.html>
- ۳- National Institutes of Health (NIH):  
<https://www.nfid.org/protecting-adults-against-pneumococcal-disease/>
- ۴- World Health Organization (WHO):  
<https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-WER۹۶۰۱۳-۱۰۵-۱۱۰>
- ۵- Karimi A. Protocol of treatment of influenza in children. Pediatric Infections Research Center. ۲۰۲۳

## تب دانگ (Dengue Fever)



دکتر هومان هاشمیان<sup>۱</sup>

تب دانگ (دنگی معروف به تب استخوان شکن) یک عفونت ویروسی است که از پشه به انسان سرایت می‌کند و بیشتر در آب و هوای گرمسیری و نیمه گرمسیری دیده می‌شود. میزان بروز بیماری دانگ در دهه‌های اخیر به طور قابل توجهی افزایش یافته است. سالانه بیش از ۳۹۰ میلیون عفونت دنگی رخ می‌دهد که تقریباً ۹۶ میلیون نفر بیماری بالینی دارند. آمریکای مرکزی و جنوبی (برزیل، آرژانتین و ...)، آسیای جنوب شرقی و غرب اقیانوسیه (کامبوج، مالزی، فیلیپین و ویتنام) مناطق شدیداً تحت تأثیر بیماری بوده و ۷۰٪ بار جهانی بیماری مربوط به قاره آسیا است. بیماری دانگ از طریق جنس ماده گونه پشه آئدس اجیپتی و به میزان کمتر از طریق پشه آئدس آلبوپیکتوس انتقال می‌یابد. ویروس دانگ از خانواده فلاوی ویریده (Flaviviridae) بوده و چهار سروتایپ جداگانه دارد. سازمان بهداشت جهانی بیماری دانگ را به دو دسته تقسیم کرده است: دانگ (با یا بدون علائم هشدار دهنده) و دانگ شدید (۵٪ موارد، بخصوص در صورت ابتلای مجدد به سروتایپ دیگر). تشخیص براساس تست‌های سرولوژی، آنتی ژنی، PCR یا کشت ویروسی بوده و اساس درمان حمایتی است. تشخیص سریع و درمان حمایتی شدید، میزان مرگ و میر موارد شدید را از ۴۰ تا ۵۰ درصد به کمتر از ۱٪ کاهش می‌دهد. واکسیناسیون دارای محدودیت‌هایی بوده و بهترین راه پیشگیری، جلوگیری از گزش پشه و مبارزه با آن است.



۱- فوق تخصص بیماری‌های عفونی کودکان - دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان

## گزارش بیمار جالب

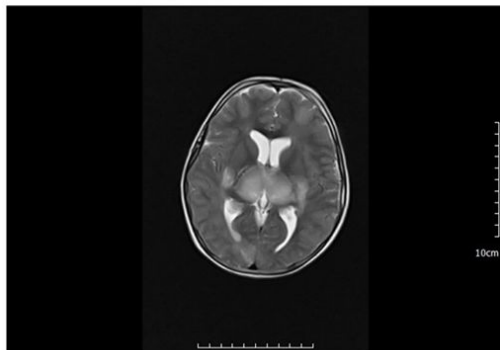
### دکتر فریبا شیروانی

بیمار دختر ۸ ساله در مهر ماه ۱۴۰۲ با حرکات تونیک و کلونیک و عقب رفتن سر و بالا رفتن چشم ها به یک بیمارستان در تهران مراجعه کرده است. بیمار دو روز قبل از مراجعه دچار تب و علائم کوریزا و سردرد شده و بدنبال حرکات تشنجی به یک درمانگاه مراجعه کرده و با تکرار حرکات به بیمارستان اعزام شده است. سابقه سرماخوردگی در دو کودک دیگر خانواده و مادر خانواده وجود داشت. بیمار در بدو ورود بعد از انجام LP، Imaging شد. در MRI انجام شده در مغز درگیری دو طرفه تالاموس و درگیری Dirty patchy هر دو نیمکره در ماده سفید و خاکستری دیده شد. هایپوندسنیتی در عمق بافت سفید در قسمت های مختلف پارانشیم مغز و هایپوندسنیتی لوکال در سمت راست پونز و Cerebellar peduncle دیده شد تشخیص رادیولوژیک Acute Necrotizing Encephalopathy of Childhood بود. در سی تی اسکن اسپیرال ریه پلورال افیوژن شدید در سمت راست و خفیف در سمت چپ و آتلکتازی ساب سگمنتال در قواعد ریه دیده شد. کلاپس لب تحتانی راست همراه با کانسالیذیشن منتشر در سگمان های بازال در لب های تحتانی چپ به نفع پروسه عفونی دیده شد. تشخیص رادیولوژیک درگیری عفونی در ریه بود. در نمونه انجام شده LP میزان پروتئین ۱۷۰ میلی گرم بر دسی لیتر، اندکس آلبومین ۳۱/۶ و اندکس IgG یک بود، گلبول های سفید صفر عدد، گلبول های قرمز بیست عدد بود و نمونه از نظر پی سی آر EBV, CMV, HSV, Enterovirus, Influenza A and B و رایت منفی بود. پنل آنسفالیت اتوایمیون و اولیگوکلونال باند منفی بود. در آزمایشات انجام شده در خون بجز Influenza A PCR بقیه موارد منفی بود. موارد غیر نرمال در آزمایشات شامل تعداد گلبول قرمز خون به میزان ۲۸۰۰ در میلی متر مکعب با ۶۸ درصد لنفوسیت بود که در حد لنفوپنی است و تعداد پلاکت حدود صد و پنجاه هزار بود و ESR=14 و CRP=3 بود. در آزمایشات انجام شده فریتین ۱۳۹۵ و D-Dimer در حد ۵۰۰۰ بود. تروپونین و NT-ProBnp در حد نرمال بودند و LKM<3 بود. AMA=1.9, HIV ab=Neg بود. تست های کبدی نرمال بود و عملکرد کلیه و الکترولیت ها در ابتدای بستری نرمال بود. بیمار بلافاصله بدلیل GCS کمتر از هشت انتوبه شد و درمان آنتی بیوتیکی و آسیکلوویر و داروهای ضد تشنجی و IVIG به میزان یک گرم بر کیلوگرم در روز برای پنج روز و پالس متیل پرینیزولون شروع شد. در سیر بستری بیمار بهبودی واضح نشان نداد و دچار خونریزی معده شد که FFP و خون و اوکتره اوتاید دریافت کرد و بدنبال افزایش کراتی نین کلیه داروها Adjust شد. بیمار جهت اقدامات درمانی بیشتر به یک بیمارستان تخصصی تر ارجاع شد. در آن بیمارستان پلاسمافورز در دستور کار قرار گرفت ولی انجام نشد و در نهایت کودک فوت نمود.

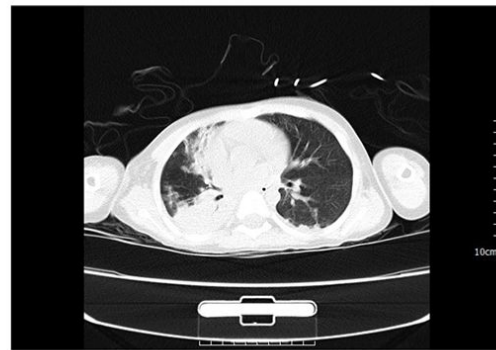
بحث:

با توجه به شرح حال و نتایج آزمایشات تشخیص بیمار آنسفالیت Anec بدنال ابتلاء به آنفلوآنزا بود. بیمار درگیری ریه بصورت پلورال افیوژن داشت که هم در درگیری عفونی ثانویه به آنفلوآنزا و هم در بیماری آنفلوآنزا بطور اولیه دیده می شود. درگیری ریه در آنفلوآنزا شامل Mucoïd Impaction, Pleural Effusion, Consolidation, Air bronchogram, Peri Bronchial cuffing and Ground Glass Opacification است. در این بیمار کانسالییدیشن و Air Bronchogram و پلورال افیوژن و پری برونکیال کافینگ وجود داشت. بنابراین تشخیص آنفلوآنزا در کودک قطعی است. این کودک سابقه نقص ایمنی و بستری قبلی در بیمارستان را نداشت و کودک سالمی بود. آنسفلوپاتی حاد کودکی به بدنال آنفلوآنزا باعث درگیری مغز بصورت متعدد و در ناحیه مخچه و مغز میانی و درگیری Cauda Equina بصورت گیلن باره بسیار نادر می باشد. در این بیماران درگیری تالاموس در دو طرف ممکن است غالب باشد. این آنسفالیت در سن پنج ماه تا یازده سال رخ می دهد. درمورد پاتوژن این بیماری اطلاعات کامل نداریم ولی بنظر می رسد میزان بالای ترشح سیتوکائین ها باعث طوفان سیتوکائینی در مغز شده تخریب بافت مغز را ایجاد می کند. با کاهش موارد شیوع کوید نوزده در سال اخیر شاهد افزایش موارد ابتلا به آنفلوآنزا هستیم. سازمان بهداشت جهانی در صورت واکسیناسیون آنفلوآنزای سالانه را برای تمام کودکان سالم پیشنهاد می کند و در غیر این صورت واکسیناسیون برای افرادی که در ریسک عوارض بیماری بدنال ابتلاء هستند لازم است. ابتلاء به آنفلوآنزا و موارد عوارض خطیر آن در فصل سرد اخیر دیده شده است و نیاز به انجام واکسیناسیون در کودکان را ایجاب می کند.

نتیجه گیری: واکسیناسیون آنفلوآنزا از پانزدهم شهریور هر سال در تمام کودکانی که امکان تزریق این واکسن برای والدین شان فراهم است و کودکانی که High Risk هستند پیشنهاد می گردد.



شکل ۲- یکی از مقاطع MRI مغز که درگیری دو طرفه تالاموس را به وضوح نشان می دهد.



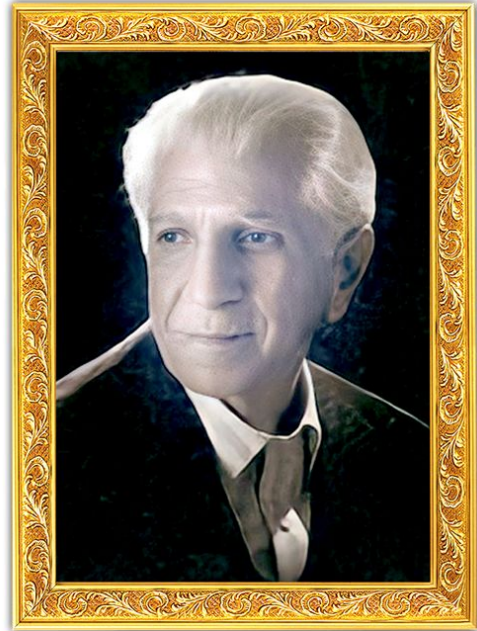
شکل ۱- یکی از مقاطع سی تی اسکن ریه که پلورال افیوژن و کانسالییدیشن در ریه راست و درگیری هر دو ریه را نشان می دهد.

### References:

- 1- Kumar Singh P, Sharma R, Saini C, Murray J, Parrish Winesett S. Acute Necrotizing Encephalitis Due to Influenza B in a Child: A Case Report. *Cureus*. 2023 May 5;15(5):e38573. doi: 10.7759/cureus.38573. PMID: 37288218; PMCID: PMC10243387.
- 2- Havasi A, Visan S, Cainap C, Cainap SS, Mihaila AA, Pop LA. Influenza A, Influenza B, and SARS-CoV-2 Similarities and Differences - A Focus on Diagnosis. *Front Microbiol*. 2022 Jun 20;13:908525. doi: 10.3389/fmicb.2022.908525. PMID: 35794916; PMCID: PMC9251468.
- 3- Acute necrotising encephalopathy of childhood: a new syndrome presenting with multifocal, symmetric brain lesions. Mizuguchi M, Abe J, Mikkaichi K, Noma S, Yoshida K, Yamanaka T, Kamoshita S. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1995;58:555–561. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
- 4- Cytokine storm of acute necrotizing encephalopathy. Kansagra SM, Gallentine WB. *Pediatr Neurol*. 2011;45:400–402. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
- 5- Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2023-2024 northern hemisphere influenza season. <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2023-2024-northern-hemisphere-influenza-season>

## زندگینامه دکتر جواد فیض

در خبرنامه های قبلی همیشه رسم بر این بود که یک مصاحبه حضوری یا تلفنی با یکی از پیشکسوتان گرانقدر طب عفونی کودکان انجام شود، ولی متأسفانه در این شماره از خبرنامه انجمن اجل این فرصت را از ما گرفت که مصاحبه به روال قبل صورت پذیرد. آنچه اکنون در این زندگینامه فراهم شده، مجموعه ای از مصاحبه های پیشین خود استاد فقید دکتر جواد فیض می باشد که جمع آوری گردیده است.



### « با تقدیم احترام به روح والا مقام استاد گرامی جناب آقای دکتر جواد فیض »

در اصفهان متولد شدم. در سال ۱۳۳۳ در رشته پزشکی قبول شدم و در دانشگاه تهران شروع به تحصیل کردم. در سال ۱۳۴۲ برای تحصیل به آمریکا سفر کردم. پس از گذراندن دوران انترنی چون به رشته کودکان علاقمند بودم سعی و کوشش کردم و بالاخره توفیق یافتم در بیمارستان کودکان شهر ویلادلفیا که بیمارستان دانشگاه پنسیلوانیا است دوران رزیدنتی را بگذرانم و پس از گذراندن امتحان بورد تخصصی کودکان به دانشگاه تولین آمریکا در شهر نیواورلان در بخش عفونی زیر نظر استاد بزرگوار خانم مارگارت اسمیت دوران فوق تخصصی خود را گذراندم و در ضمن دروس نظری و عملی برای دوره ماستر در بهداشت را تمام کردم و موفق به اخذ M.P.H نیز گردیدم.

### فعالیت علمی و پزشکی من:

پس از بازگشت به ایران ابتدا گروه بهداشت دانشکده پزشکی را که امروز دانشکده بهداشت است پایه گذاری نمودم و سپس در گروه کودکان مشغول گردیدم و اکنون مدت ۳۰ سال است که افتخار معلمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان را دارم و بهترین دقایق و ساعات دوره زندگی من زمانی بوده است که با دانشجویان رشته طب بوده ام و آنها را مانند فرزندان خودم دوست می دارم. از الطاف بی دریغ خداوند سپاسگزارم که مرا توفیق داد که به امال و آرزوی خود برسم و سهمی در آموزش پزشکی و درمان کودکان معصوم این مرز و بوم داشته باشم. برای بالابردن مقام و الای حرفه مقدس پزشکی در هنگام تدریس تا آنجایی که امکان داشته است با دانشجویان از اصول اخلاق پزشکی و رعایت آن صحبت کرده ام و هر کسی از من دعوت می کرد تا درباره



فضیلت علم پزشکی و اصول اخلاق پزشکی صحبتی داشته باشم، دریغ نکرده ام و مخصوصاً معتقدم هر پزشک سوگندی را که بقراط پدر دانش پزشکی در بیست و پنج قرن پیش توصیه کرده است باید بخواند و امضاء کند و به آن عمل کند.

### ارتقاء علمی دانشگاهی:

ارتقاء من از استادیاری به دانشیاری و سپس در سال ۱۳۶۱ به مرتبه استادی با تحقیق در مورد بیماری تب مالت و بیماری سل انجام گرفت و ده ها مقاله در مجلات خارجی و داخلی به چاپ رساندم. در مدت ۳۰ سال گذشته با همکاران دیگر در بخش کودکان دانشگاه علوم پزشکی در آموزش رزیدنتهای رشته تخصصی کودکان همکاری داشته‌ام و خوشبختانه بعضی از آن رزیدنت ها درجات عالی فوق تخصصی را به دست آورده اند که موفقیت آنها برای من لذت بخش بوده است و آنها را دوست و همکار خود می‌دانم.

### آثار و تألیفات:

از زمانی که در دانشگاه به عنوان معلم رشته بیماری‌های کودکان مشغول شدم، احساس کردم که مادران کشور ما که عهده دار پرستاری و تربیت کودکان هستند اطلاعاتی در مورد پرستاری و تربیت کودکان ندارند و از مادر بزرگ ها و پیرزن های محله آموزش می بینند، بنابر این به فکر آن بودم کتاب هایی برای مادران و پدران به زبان ساده بنویسم.

۱- اولین کتاب خود را تحت عنوان «من و کودک من» در سال ۱۳۶۵ تالیف نمودم که بارها با اضافات تجدید چاپ گردید. به طوری که چاپ پانزدهم آن در سال ۱۳۸۰ در ۸۱۶ صفحه و ۵۰۰۰ نسخه چاپ گردید. بسیاری از مادران به من گفته‌اند کودکشان را با این کتاب بزرگ کرده اند.

۲- «رفتار من با کودک من»: در این کتاب در ۳۹۰ صفحه نوشته شده و چهارمین چاپ آن در سال ۱۳۷۷ منتشر گردیده است.

۳- «مغز کودک من»: در این کتاب در مورد رشد مغز و مشکلات مغزی یعنی تشنج، عقب افتادگی مغزی و سندرم داون و پرستاری از کودکان معلول نوشته شده است.

۴- «دنیای بهتری برای کودکان بسازیم» همانطوری که از نام کتاب مشخص است سعی شده است مسائل پیرامون مشکلات کودکان در عصر حاضر بیان گردد تا نه فقط پدر و مادر بلکه مسئولین بهداشت و درمان و آموزش و پرورش به فکر ساختن دنیای بهتری برای کودکان باشند.

### منابع:

۱- [www.amirkabir.net](http://www.amirkabir.net)

۲- <https://pezeshkinja.ir/isfahan>



الحمد لله رب العالمين

همکار گرامی، جناب آقای دکتر حسین معصومی اصل  
هیئت مدیره محترم انجمن پزشکان عفونی کودکان ایران

ارتقاء مرتبه علمی جنابعالی به رتبه استادی را صمیمانه تبریک  
عرض می نمایم و برای جنابعالی آرزوی سلامتی و توفیق  
روز افزون در کلیه مراحل زندگی بویژه در عرصه فعالیت های  
علمی، پزشکی و دانشگاهی را داریم.

هیئت مدیره انجمن پزشکان عفونی کودکان ایران



## کنگره های بین المللی عفونی کودکان سال ۲۰۲۴

**1- International Pediatric Antimicrobial Stewardship Conference:** Organized by the Pediatric Infectious Diseases Society (PIDS), this conference focuses on principles of antimicrobial stewardship. Participants can learn from various institutions about effective methods for instituting stewardship programs. The meeting typically takes place at the end of May or the beginning of June. For more details, you can visit PIDS

Website: <https://www.pids.org/meetings-and-events/asp.html>

**2- PAS (Pediatric Academic Societies) Annual Meeting:** This meeting covers all aspects of pediatrics, including many infectious diseases topics like immunizations and community-acquired pneumonia. Abstract submissions are usually due in the fall, and the meeting occurs in late April or early May. For more information, you can check out the PAS Meeting

Website: <https://www.pas-meeting.org>

**3- SHEA (Society for Healthcare Epidemiology of America) Annual Spring Conference:** This conference focuses on hospital epidemiology, including infection prevention and control and antimicrobial stewardship. It offers different tracks and the opportunity to get a Training Course Certificate in Healthcare Epidemiology or Antimicrobial Stewardship. The meeting typically occurs in the Spring, around the end of March or early April.

Website: <https://sheaspring.org>

**4- ASM Microbe (American Society of Microbiology):** This meeting is ideal for clinical microbiologists, infectious disease physicians, researchers, and pharmacists. It focuses on improving the diagnosis, prevention, and treatment of infectious diseases and is the annual meeting of the ASM.

Website: <https://asm.org/Events>

5- 42nd Annual Meeting of the European Society of Paediatric Infectious Diseases (ESPID). May 20-24, 2024

Website: <https://espidmeeting.org/welcome-to-espid/>

6- 7th International Pediatrics, Infectious Diseases and Healthcare Conference. June 13-14, 2024 Rome, Italy

Website: <https://pediatrics.infectiousconferences.com/sponsors.php>

7- The 32nd Pediatric Infectious Disease Conference.

February 9th to 11th, 2024

at the Fairmont Banff Springs Hotel

<http://www.pediatricinfectiousdisease.ca/>

8- 2024 Pediatric Infectious Diseases Conference April 19, 2024

<https://www.nationwidechildrens.org/for-medical-professionals/education-and-training/professional-education/conference-schedule/2024/04/2024-pediatric-infectious-diseases-conference>

9- The Infectious Diseases in Children Symposium.

<https://www.healio.com/meeting/idcnewyork/home>



همایش سالانه انجمن پزشکیان کودکان ایران و  
چهل و پنجمین بزرگداشت استاد دکتر محمد قریب

Annual Congress of Iranian Society of Pediatrics &  
45<sup>th</sup> Memorial Congress of Professor **Mohammad Gharib**

دیر علمی: دکتر محمد رضا بلورساز



ریاست همایش: دکتر علی ربانی



دیر اجرایی: دکتر رضا شروین بدو



مملت ارسال مقالات: پانزدهم اردیبهشت ۱۴۰۳

آدرس ارسال مقالات همایش: [INFO@IRPEDIATRICS.COM](mailto:INFO@IRPEDIATRICS.COM)

۵ الی ۸ تیرماه ۱۴۰۳

مکان برگزاری همایش: سالن مرکز همایش های رازی

بانک کننده: خانم مریم ملایی - خانم ایزدی

IRANIAN SOCIETY OF PEDIATRICS

+982166968317-18

[info@irpediatrics.com](mailto:info@irpediatrics.com)

<https://irpediatrics.com>