

APTOS

THREAD LIFTING METHODS

لیفت و جوانسازی با نخ‌های ایتوس در
Gyneacology



☎ ۰۲۱ ۴۵ ۵۰۳
@ mehrashkar
@ aptos.iran

مهراشتکار
MEHR ASHKAR

ویژه بیستمین کنگره بیماری‌های زنان و زایمان ایران

اخبار پزشکی

۸ مهر ۱۴۰۴ - ۷ ربیع الثانی ۱۴۴۷ - ۳۰ سپتامبر ۲۰۲۵

 <p>خرید و فروش گامت یا اهدا و مسایل پیرامون آن در ایران و جهان صفحه ۲</p>	 <p>برگزاری بیستمین کنگره بیماری‌های زنان و زایمان ایران صفحه ۶</p>
 <p>مدیریت جراحی در طیف چسبندگی های جفت (Placenta Accreta Spectrum) صفحه ۶</p>	 <p>مهم‌ترین عوارض فیروم در بارداری صفحه ۲</p>
 <p>Round Table: Challenges and Perspectives in Managing Persistent Endometriosis Pain Page 4</p>	 <p>جراحی اندومترئوز: معیارهای انتخاب بیمار، پیشگیری از بدخیمی و ضرورت رویکرد چند تخصصی صفحه ۷</p>
 <p>Superimposed preeclampsia, prediction and diagnosis Page 4</p>	 <p>Frequency of polycystic ovarian morphology and other Ultrasonographic findings in Iranian female athletes Page 4</p>
 <p>Complications of hystroscopy Page 3</p>	 <p>Overview of Menopause Page 3</p>

Qfol

5-Methyl tetrahydrofolate
800 mcg Tablet



ERX: 83657

- فرم فعال فولات با قابلیت جذب بالا و بدون نیاز به متابولیسم کبدی
- قابل تجویز در نقص ژنتیکی آنزیم MTHFR
- پیشگیری از سقط مکرر و نقایص مادرزادی
- بیشترین اثربخشی در دوران پیش از بارداری، بارداری و شیردهی

ASHBAL PHARMA

Hexyme

(Active Hexose Correlated Compound)
AHCC 500mg Capsule



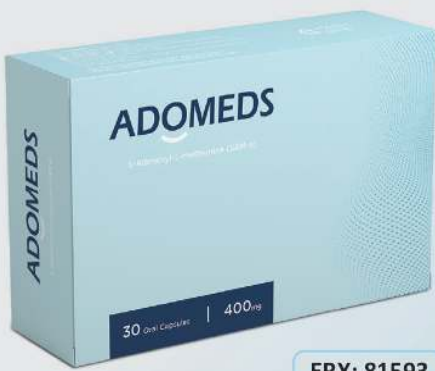
ERX: 93082

- کمک به بهبود سریع HPV (زگیل تناسلی)
- جلوگیری از ابتلا به سرطان دهانه رحم
- تسریع در تقویت سیستم ایمنی بدن

www.ashbalpharma.com

ADOMEDS

S-Adenosyl-L-methionine (SAM-e)
400 mg Capsule



ERX: 81593

- بهبود اختلالات جنسی و افزایش میل جنسی در خانم‌ها و آقایان
- بهبود علائم افسردگی در دوران یائسگی و سندرم پیش از قاعدگی (PMS) بدون افزایش پرولاکتین
- کاهش عوارض جنسی ناشی از مصرف داروهای ضدافسردگی در خانم‌ها و آقایان

ASHBAL PHARMA

خرید و فروش گامت یا اهدا و مسایل پیرامون آن در ایران و جهان

تایوان، به عنوان یک کشور محبوب برای ارسال اهداکنندگان تخمک از نژاد آسیایی به ایالات متحده، یک جامعه دیجیتال پر جنب و جوش متشکل از آژانس‌های اهدای تخمک، نمایندگان و اهداکنندگان قبلی و در نظر گرفته شده را پرورش داده است

در حال حاضر اینترنت مملو از آگهی‌های «تخمک اهدایی نیازمندیم» است. این آگهی‌ها شروط متعددی را تعیین می‌کنند: سن بین ۲۱ تا ۳۱، بهره‌هوشی بالا، قد بلند و ... در مقابل؛ برخی تا ۸۰ هزار دلار وعده می‌دهند!

و فرزندپروری، سیستمی با دقت طراحی شده برای جذب، مدیریت و انضباط بخشیدن به اهداکنندگان تخمک نهفته است.

چین؛ علیرغم مقررات موجود در ادارات، انجماد تخمک انتخابی را ممنوع می‌کند.

در آمریکا اهدای تخمک روشی است که به شدت به عنوان یک تجربه مفید تبلیغ می‌شود و در مورد خطرات مرتبط با آن اشاره کمی می‌شود. شمار زیادی از زنان آمریکایی نیازمند تخمک به اروپا می‌آیند و حتی با وجود هزینه پرواز، اقامت و درمان، باز یک دهه هزینه خرید تخمک در وطن خود را می‌پردازند

پزشکی، زوج نابارور را جهت درمان به خارج از کشور هم راهنمایی کند باز هم پزشک مورد مواخذه قرار می‌گیرد و ممکن است پروانه‌ی طبابتش باطل گردد

در اغلب کشورهای اروپائی و آمریکا و استرالیا برای زوج‌های متقاضی گرفتن گامت اهدائی به دلایل دیگر (مثلاً زن یا شوهر زبیا نیستند یا کوتاه قدند و می‌خواهند فرزند زبیا یا قد بلند یا ... داشته باشند) هم گامت اهدا می‌شود و این در حالی انجام می‌شود که قانونی در این مورد در کشورشان تصویب نشده است

در انگلیس سن اهداکننده از ۱۸ تا ۴۵ سال می‌تواند باشد و حداکثر مولود ۱۰ نوزاد زنده است ولی اگر این گیرنده فرزند دیگری بخواهد می‌تواند از اهداکننده قبلی اسپرم بگیرد و باردار شود. همچنین بجز این ۱۰ خانواده، بارضایت اهداکننده، گامت او به مراکز نابرووری خارج از کشور نیز فرستاده می‌شود

اهدای تخمک در آلمان ممنوع و طبق قانون قابل مجازات است. این ممنوعیت کیفری، استقلال اهداکنندگان تخمک و گیرندگان تخمک را نقض می‌کند

سوئیس یکی از محدودکننده‌ترین کشورها در اروپا در زمینه تنظیم مقررات اهدای تخمک در روش‌های کمک باروری پزشکی (medically assisted reproduction (MAR) می‌باشد

در کانادا، قانون فدرال - قانون کمک به تولید مثل انسان - پرداخت پول به ارائه دهندگان تخمک را ممنوع می‌کند. در نتیجه، بسیاری از کانادایی‌ها در بازار خاکستری تخمک فعالیت می‌کنند یا با سفر به کشورهای با قوانین آسان‌گیرانه‌تر یا ارسال تخمک به کانادا، معاملات فرامالی تخمک را دنبال می‌کنند

اسپانیا به یکی از برجسته‌ترین بازارهای باروری در جهان تبدیل شده است که عمدتاً به دلیل در دسترس بودن تخمک‌های انسانی رونق گرفته است. در پس نوید فناوری پیشرفته

دکتر زهره لواسانی؛ فلوشیپ نابرووری
دلایل نیاز به اهدا تخمک:

- نارسایی تخمدان یا یائسگی زودرس
- سن بالای زن دریافت کننده که توانایی تولید تخمک سالم را کاهش داده است
- وجود بیماری‌های ژنتیکی در زن که با استفاده از تخمک‌های خودش قابل انتقال به جنین است
- ناموفق بودن روش‌های درمانی دیگر مانند IVF با تخمک‌های خود فرد

از چه کسانی می‌توان تخمک اهدایی گرفت؟
بازه سنی مناسب: معمولاً اهداکنندگان در بازه سنی ۲۱ تا ۳۴ سال انتخاب

سلامت کامل جسمی، شاخص توده بدنی: BMI، سبک زندگی سالم

غریبالگری‌های پزشکی و ژنتیکی دقیق
آزمایش‌های عفونی: بررسی کامل برای بیماری‌های مقاربتی و عفونی مانند HIV، هپاتیت B و C، سیفلیس

ارزیابی ذخیره تخمدان
سلامت روان و ارزیابی‌های روانشناختی
فرآیند انتخاب اهداکننده توسط والدین چگونه است؟

پس از اینکه اهداکنندگان از تمام فیلترهای پزشکی و روانشناسی عبور کردند، (ظاهری و غیر ظاهری) اطلاعات غیرشناسایی آن‌ها در اختیار زوجین گیرنده قرار می‌گیرد. حقوق اهدای تخمک در ایران تابع قانون نحوه اهدای جنین به زوجین نابارور مصوب سال ۱۳۸۲ است که اهدای تخمک را به شرایط خاصی محدود می‌کند و بر روابط و حقوق قانونی والدین قانونی و فرزندان تأکید دارد

در کشورهای اهل تسنن مثل مصر و عربستان و... بخاطر اینکه تلقیح هر نوع گامتی (اسپرم یا تخمک) را معادل زنا می‌دانند، قوانین سختگیرانه‌ای برای جلوگیری از تلقیح اسپرم اهدایی و تخمک اهدایی و جنین اهدایی وجود دارد و چنانچه

مهم‌ترین عوارض فیبروم در بارداری

۵. کنده شدن جفت: اگر جفت در نزدیکی یک فیبروم لانه‌گزینی کند، خطر جدا شدن آن از دیواره رحم قبل از زایمان (آبراسیون) افزایش می‌یابد. این یک وضعیت خطرناک برای مادر و جنین است

۶. موقعیت نامناسب جنین: فیبروم‌ها می‌توانند از قرارگیری سر جنین به سمت پایین جلوگیری کنند و منجر به وضعیت بریچ یا عرضی شوند

۷. افزایش خطر زایمان سزارین: به دلیل موقعیت نامناسب جنین یا عدم پیشرفت زایمان، احتمال نیاز به سزارین می‌تواند تا شش برابر افزایش یابد

۸. خونریزی پس از زایمان: فیبروم‌ها می‌توانند در توانایی رحم برای انقباض مؤثر پس از زایمان اختلال ایجاد کرده و منجر به خونریزی بیش از حد شوند

توجه به این نکته مهم است که بسیاری از زنان باردار مبتلا به فیبروم، بارداری خود را بدون هیچ عارضه عمده‌ای به پایان می‌رسانند. اندازه، تعداد و محل فیبروم‌ها (به ویژه انواع زیر مخاطی و داخل دیواره) از عوامل تعیین کننده در شدت عوارض هستند. پیش منظم و مشاوره نزدیک با متخصص زنان و زایمان برای مدیریت این عوارض بالقوه و تصمیم‌گیری درباره بهترین روش زایمان ضروری است.

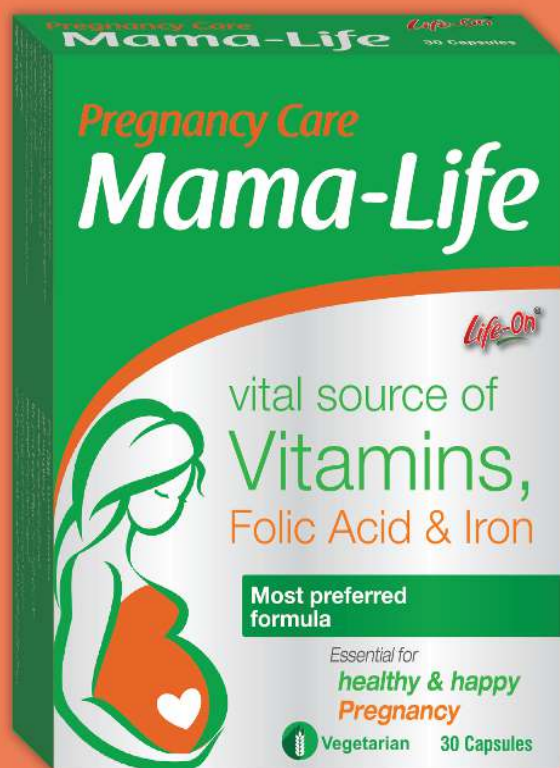
دکتر مريم مظلومی؛ متخصص زنان و زایمان، استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران

فیبروم‌های رحمی تومورهای خوش خیم عضله صاف هستند که می‌توانند عوارض مختلفی در دوران بارداری ایجاد کنند. تقریباً ۱۰ تا ۳۰ درصد از زنان باردار مبتلا به فیبروم، عوارض مرتبط را تجربه می‌کنند

مهم‌ترین عوارض فیبروم در بارداری:

۱. درد لگن و شکم: این مورد به خصوص در سه‌ماهه دوم و سوم شایع است و اغلب به دلیل رشد سریع فیبروم یا دژنراسیون (دژنراسیون قرمز) ناشی از خون‌رسانی ناکافی ایجاد می‌شود
۲. افزایش خطر سقط جنین: خطر سقط در سه‌ماهه اول در زنان مبتلا به فیبروم حدود دو برابر بیشتر از زنان بدون فیبروم است
۳. زایمان زودرس: فیبروم‌های بزرگ می‌توانند باعث انقباضات زودرس و کاهش فضای درون رحم شده و خطر زایمان قبل از موعد را افزایش دهند
۴. محدودیت رشد جنین: فیبروم‌های بزرگ ممکن است فضای Available برای جنین را محدود کرده و منجر به اختلال در رشد جنین شوند

Life-On®



ماما-لایف

هر آنچه

یک مادر باردار

نیاز دارد



Complications of hysteroscopy

Dr. Z.Heidar ; Profes Of OB& GYN Fellowship of Inf.

hysteroscopy is regarded as a safe, minimally invasive procedure. However, the procedure is associated with several complications that clinicians should learn to recognize and manage promptly.

At first correct position of leg and hip and arm always prevent of complication due to compression nerve branches.

Uterine perforation is the most common reported complication of both diagnostic and operative hysteroscopy.

Perforation can occur at any point during the procedure include cervix and body but is more common with resection extending into the uterine myometrium.

Encountered in about 1% of cases, uterine perforation may be managed conservatively or operatively, depending on patient status.

Hemodynamic status should first be assessed with low suspicion for

vascular injury if perforation was caused by blunt dissection.

If the patient is hemodynamically stable and there is low suspicion of vascular or visceral damage, laparoscopy or exploratory laparotomy is unneeded. Prolonged postoperative same-day recovery is recommended with strict pain, bleeding, and fever precautions and close clinical follow-up.

Bleeding alone without uterine perforation may be encountered with deep dissection into the myometrium and intersection with a perforating vessel.

This complication is more common with operative hysteroscopy and the removal of type I and type II subserosal fibroids.

Fluid overload is another

complication that is associated with distension media used in hysteroscopy deserve detailed discussion.

The fluid deficit is carefully calculated intraoperatively to quantify the amount of fluid the patient is

absorbing into their circulation. Of particular concern is the risk of hyponatremia and resulting cerebral edema, especially when electrolyte-free hypotonic solutions are used. Cerebral edema may manifest with symptoms of nausea and or vomiting, dizziness, shortness of breath, or headache.

The mechanism of fluid absorption has to do with the amount of intrauterine pressure created by hysteroscopic fluid management systems and the venous absorption of distending media. Some institutions recognize this as operative hysteroscopy intravascular absorption syndrome (OHIA).

Electrolyte-rich isotonic fluid, eg, normal saline, may be used with bipolar systems. As such, bipolar systems have less risk of fluid overload syndromes.

In healthy women, hysteroscopy should be aborted if the fluid deficit exceeds 2500 mL when isotonic distention media is used and 1000 mL with hypotonic media. In women

with comorbidities (eg, cardiac or pulmonary conditions) that compromise hemodynamic stability, the surgeon should consider termination of the procedure with a fluid deficit of 1000 mL and 750 mL of an isotonic and hypotonic solution, respectively.

Avoidance of OHIA can be achieved by closely monitoring fluid status. Patients at risk for OHIA may be identified beforehand by assessing estimated procedure time, risk for incomplete resection of intrauterine pathology, and the existence of comorbidities.

Air embolism is a rare but fatal complication that may occur in office Hysteroscopy when carbon dioxide is used as the distending media.

This complication can be catastrophic if it occurs due to the potential for cardiac failure, leading to death.

All physicians and personnel should be aware and well trained about this complication and management of them

Overview of Menopause

Dr. Nahid Sohrabi ; Assistant Professor of Iran University of Medical Sciences

Abstract: Menopause is a natural biological process marking the end of a woman's reproductive years, typically occurring between the ages of 45-55.

It begins after 12 consecutive months without menstruation, due to the decline in ovarian follicular activity.

The presentation outlines different phases, including perimenopause—a transitional period characterized by irregular cycles and hormonal

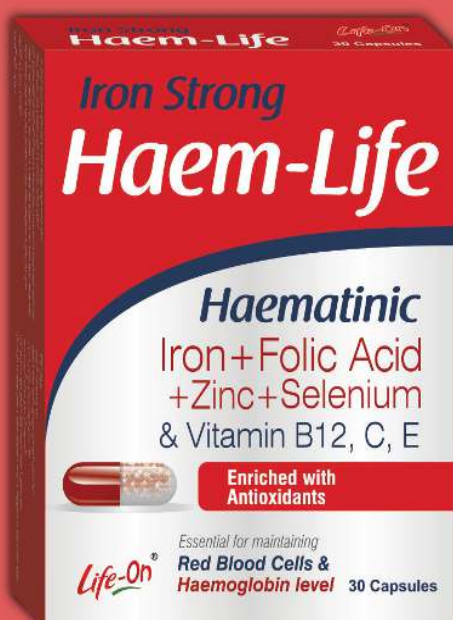
fluctuations—and primary ovarian insufficiency (POI), a condition where menopause occurs before age 40.

It details the hormonal changes during perimenopause, such as increased FSH and fluctuating estradiol levels. Various factors influencing the timing

of menopause are discussed, including genetic, lifestyle, and environmental influences.

While early menopause can be triggered by smoking, chemotherapy, or undernutrition, factors such as oral contraceptive use and

Life-On®



هم-لايف

انتخاب اول در رفع کم خونی

- ۱۰۰ میلی گرم آهن خالص کربونیل
- فرمولاسیون منحصر به فرد جهت رفع انواع کم خونی
- رساندن سطح خونی فریتین و هموگلوبین به حالت نرمال در بدن
- کمک به رفع مشکل نازایی با سلنیوم، زینک و ویتامین E

Under Licence From UK 

Superimposed preeclampsia, prediction and diagnosis

Dr. shideh aryana; Obstetric and gynecologist surgeon, Fellowship of perinatology. Assistant professor, Shahid beheshti university of medical science

Preeclampsia is considered superimposed when it occurs in a patient with previously diagnosed chronic hypertension. However, distinguishing superimposed preeclampsia from third-trimester physiologic increases in blood pressure and proteinuria can be challenging.

Superimposed preeclampsia is likely when any of the following are present:

- A sudden increase in blood pressure that was previously well-controlled or a need for a rapid escalation of antihypertensive medications to control blood pressure.

- The new onset of proteinuria or a sudden increase in proteinuria in a patient with known prepregnancy or early pregnancy proteinuria. A sudden increase in proteinuria is not precisely defined by various societies or in the existing literature. Based on limited evidence, we typically diagnose superimposed preeclampsia when the level of proteinuria increases 100 percent from baseline in patients with preexisting kidney disease or proteinuria

The presence of any of the following severe features of preeclampsia supports the diagnosis of superimposed

preeclampsia with severe features:

- Severely elevated blood pressure despite increasing antihypertensive therapy.

- Thrombocytopenia (platelet count <100,000/microliter).

- Elevated transaminases (two times the upper limit of the normal concentration for a particular laboratory) or severe persistent right upper quadrant or epigastric pain unresponsive to medication and not accounted for by alternative diagnoses, or both.

- New-onset or worsening kidney dysfunction.

- Pulmonary edema.

- Persistent cerebral or visual disturbances.

In the absence of severe features, there may be ambiguity in the diagnosis of superimposed preeclampsia. Given the risk of disease progression and adverse outcomes, increased vigilance is recommended whenever the diagnosis is suspected.

The clinical presentation of superimposed preeclampsia is similar to that in patients without chronic hypertension, and their evaluation should be the same.

Results of laboratory testing should be compared with baseline information obtained early in pregnancy. As discussed above, new-onset proteinuria or a sudden large increase in protein excretion along with one or more

features of severe disease strongly supports the diagnosis. However, in patients with long-standing kidney disease or kidney disease of unknown duration, changes in creatinine level and proteinuria should be cautiously interpreted before making a definitive diagnosis of superimposed preeclampsia.

Management — Upon diagnosis of superimposed preeclampsia, management of patients with chronic hypertension is generally similar to that of other patients with preeclampsia.

Some considerations for patients with superimposed preeclampsia include:

- Patients with superimposed preeclampsia should initially be monitored in the inpatient setting. If there are no severe features, outpatient monitoring may be considered if the patient remains stable, has no severe features of preeclampsia, and is able to comply with self-monitoring and frequent visits. While outpatient care after a period of inpatient monitoring may be a reasonable option for patients with superimposed preeclampsia without severe features, those with severe features should be in the hospital until delivery.

- As in patients with preeclampsia, administration of a course of antenatal corticosteroids to preterm gestations and antihypertensive therapy to patients with severe hypertension are

important considerations.

- Timing and indications for delivery with superimposed preeclampsia are based on gestational age, disease severity, progression of disease, and results of ongoing assessment of maternal and fetal well-being. With any attempts to prolong pregnancy, the potential neonatal benefits must be weighed against the risk of maternal harm.

Data from small retrospective studies of patients with preterm superimposed preeclampsia with severe features suggest that outcomes with expectant management are similar to those in patients with preterm preeclampsia with severe features alone. Although these studies are small and limited by their study design, it appears that a similar approach to management is reasonable.

- The frequency of eclampsia in patients with superimposed preeclampsia is not well-defined but was up to 2.4 percent in observational and retrospective studies. We administer magnesium sulfate peripartum for seizure prophylaxis to patients who have superimposed preeclampsia with severe features. In patients with chronic kidney disease on magnesium sulfate for prevention of seizures or fetal/neonatal neuroprotection, close maternal monitoring is essential for prevention and early recognition of magnesium toxicity.

Round Table: Challenges and Perspectives in Managing Persistent Endometriosis Pain

Dr. Mania kaveh; Assistant professor of obstetrics & gynecology; fellowship of gynecology laparoscopy; Zabol University of Medical Sciences, Arash Hospital

Persistent pain remains one of the most complex challenges in endometriosis management, even after optimal surgery or medical therapy.

This round table brings together experts from gynecologic surgery, interventional pain medicine, radiology, nutrition, and psychiatry for an interactive case-based discussion.

Key themes will include: interventional pain approaches such as nerve blocks, neuromodulation, and multimodal opioid-sparing strategies; the psychological dimension, covering cognitive-behavioral therapy, mindfulness, and pharmacological treatment of anxiety and depression; and the nutritional perspective, reviewing evidence for anti-inflammatory and low FODMAP diets, micronutrients, and gut microbiome modulation.

From a surgical standpoint, the

discussion will address risk factors and surgical strategies for recurrence, and the critical question of when to operate in patients with persistent pain after medical therapy or recurrent pain after surgery.

The radiology contribution will focus on post-surgical imaging, differentiating fibrosis from recurrence with advanced MRI/TVUS techniques.

Finally, attention will be given to post-surgical medical prevention and the importance of identifying hidden diagnoses such as adenomyosis,

extra-pelvic endometriosis, and adhesions.

Rather than formal presentations, the round table will use clinical scenarios to stimulate multidisciplinary dialogue. This format emphasizes that persistent pain is multifactorial and best addressed through collaboration across specialties.

Attendees will gain practical insights into tailoring individualized and integrated care to achieve the best long-term outcomes for patients with endometriosis.

Frequency of polycystic ovarian morphology and other Ultrasonographic findings in Iranian female athletes

Laleh Hakemi ; Gholamreza Norouzi, Aida Bakhshi, Ezat Kazerouninejad, Maral Goldoosian
Journal of Science and Medicine in Sport, Elsevier, Volume 28, Issue 5, May 2025, Pages 345-349.

Abstract

Objectives

Polycystic ovary morphology and ovarian cysts are frequent and usually asymptomatic in young female individuals.

The present study is the first to examine ovarian sonographic findings in asymptomatic female athletes from Iran.

This study aimed to evaluate

the frequency of such sonographic findings in healthy female athletes on a screening basis.

Methods

In this cross-sectional observational study, 455 females from 16 provinces of Iran were evaluated by trans-abdominal sonography during their routine pre-participation medical evaluation.

Results

The mean age of participants was 21.8 years (SD 5.3).

The mean age at the beginning of exercise was 14.20 years (SD = 4.25).

Menarche occurred at 11–20 years with a mean of 13.5 years (SD 1.5).

Judokas had the lowest (12.1 years), and football players had the highest menarche age (14.6 years; as compared to 12.8 years in the Iranian female population).

In 87.5 % of participants, the sonographic findings were within normal limits. 4.8 % of all examinations revealed polycystic ovary morphology (PCOM), 5.7 % of participants had a simple cyst(s), and 20.8 % of cysts had diameters > 49 mm.

In those athletes who began regular performance-oriented training before menarche, PCOM was found in only 2.4 %.

There was a significant positive

linear association between BMI groups and PCOM ($p = 0.003$), but not for simple cysts. Frequency of PCOM ($p < 0.001$) as well as ovarian cysts ($p = 0.012$) were significantly different among studied sport types.

There was a significant positive correlation between delayed menarche status and PCOM ($p = 0.017$). However, no such relationship was found for simple cysts.

Conclusions

Maintaining a healthy body mass index and beginning regular exercise before menarche may have a preventative effect for polycystic ovary morphology in female athletes.



Dr. ARNOLD



آرتیمان (تاسیس ۱۳۸۴)

دکتر آرنولد انقلابی در تقویت عضلات کف لگن

PELVITOUCH



DEKA
Innate Ability

- بهبود کیفیت زندگی با بازیابی کنترل عصبی - عضلانی
- دارای پروتکل های مناسب و از پیش تنظیم شده توسط متخصصین توانبخشی.
- درمانی بدون نیاز به عمل جراحی، موثر، بدون درد و آرامش بخش (برترین تکنولوژی FMS)
- توصیه شده برای جلوگیری از ایجاد ناراحتی‌هایی که در اثر بیماری های زنانه، موارد جنسی و دلایل اورولوژیک بوجود می‌آیند.
- راحتی بیمار در این روش درمانی، تضمین شده است. درمان بر روی یک صندلی راحتی انجام می پذیرد که پشتی و ارتفاع آن قابل تنظیم است.

artiman_co

تهران، میدان ونک، خیابان ملاصدرا، خیابان شاد، کوچه باغ سرا، پلاک ۷، ساختمان آرتیمان (۱۰ خط ویژه) ۵۴۸۶۲ - ۰۲۱

برگزاری بیستمین کنگره بیماری‌های زنان و زایمان ایران

اخبار پزشکی - سمیه ذو کایب نعمتی
بیستمین کنگره بیماری‌های زنان و زایمان ایران به همت انجمن جراحی‌های کم‌تهاجمی ایران و با همکاری دانشگاه علوم پزشکی ایران و همچنین تعدادی از انجمن‌های علمی و مراکز تحقیقاتی کشور از تاریخ ۸ تا ۱۱ مهرماه جاری در سالن همایش‌های رازی دانشگاه علوم پزشکی ایران برگزار می‌شود. دکتر شهلا چایچیان، دبیر علمی این همایش در گفت‌وگو با خبرنگار نشریه اخبار پزشکی با بیان اینکه این کنگره از ۳۴ سال قبل توسط استاد دکتر اکبریان بنیان‌گذاری شده و قدیمی‌ترین کنگره زنان و زایمان ایران است، اظهار داشت: حضور غیرفیزیکی ۷ استاد برجسته بین‌المللی و تعدادی از اساتید ایرانی مقیم خارج

برای ارائه سخنرانی‌های علمی، تصریح کرد: این سخنرانی‌های غیرحضوری به منظور افزایش هرچه بیشتر تبادل علمی و همچنین ارائه مطالب عمیق و دقیق برنامه‌ریزی شده که طی روزهای کنگره به مخاطبان ارائه می‌شود. این فلوشیپ جراحی‌های کم‌تهاجمی، از برگزاری پنج مستر کلاس در این کنگره خبرداد و افزود: این مستر کلاس‌ها توسط ۵ مدرس اصلی و برجسته شاخه‌های مختلف زنان و زایمان و همکاری ۷۰ متخصص و نخبه حوزه زنان و اساتید دانشگاه برگزار می‌شود؛ علاوه بر این ۱۶ سخنرانی کلیدی هم درباره موضوعات روز رشته زنان و آخرین یافته‌ها و دستاوردهای این حوزه خواهیم داشت. دکتر چایچیان ادامه داد: برگزاری ۲۶ میزگرد

با موضوعات مبتلابه همکاران و مطالب به روز حوزه زنان و زایمان، برگزاری چند کارگاه علمی و همچنین برگزاری یک Debeit توسط دو استاد برجسته این رشته از دیگر برنامه‌های علمی این کنگره هستند و به طور کلی ۲۷۲ سخنران در برنامه‌های علمی حضور دارند. این متخصص زنان با بیان اینکه بزرگداشت استاد اشرف آل یاسین به عنوان مادر علم نازایی کشور در روز اول کنگره یعنی سه شنبه برگزار می‌شود، یادآور شد: در برنامه روز اول یک کنسرت تفریحی توسط آقای طلیسچی هم برای مخاطبان در نظر گرفته شده است و امیدواریم این کنگره هم به لحاظ علمی و دانش و هم به لحاظ تفریحی و تقویت روابط برای اتحاد و بهروزی

متخصصان زنان کشور مفید باشد. دکتر چایچیان با تأکید بر ارتقای علمی پزشکان فعال در رشته زنان، اظهار کرد: برگزاری چنین گردهمایی‌های علمی منجر به ارتقای علمی رشته زنان در کشور می‌شود که در نهایت این امر منجر به ارتقای سلامت مادران این سرزمین و پرورش نسل سالمتر در آینده می‌شود. وی در پایان ضمن تشکر از حامیان کنگره، خاطر نشان کرد: برنامه این کنگره با دقت و وسواس زیادی به منظور ارائه جدیدترین مطالب و همه‌گیر بودن موضوعات چیده شده و تلاش کردیم تا از تعداد بیشتری از اساتید زنان برای ارائه مطالب علمی استفاده شود که امیدواریم برای همه شرکت‌کنندگان مفید باشد.

مدیریت جراحی در طیف چسبندگی‌های جفت (Placenta Accreta Spectrum)

دکتر سمانه ثقفیان لاریجانی؛ متخصص زنان زایمان نازایی
هدف اصلی در مدیریت PAS کاهش خونریزی‌های وسیع پس از زایمان می‌باشد. تیم مربوطه باید حداقل دو هفته قبل از عمل تشکیل شود. سزارین هیستریکتومی به عنوان رایج‌ترین روش مدیریت PAS با تکنیک‌های مختلفی انجام می‌شود. هیستریکتومی سوپراسرویکال در مقایسه با توتال هیستریکتومی همراهی بیشتری با نیاز به جراحی مجدد و مرگ حوالی عمل دارد، لذا توتال هیستریکتومی روش ارجح می‌باشد. توصیه می‌شود کاتتر مثانه و استنت حالب تعبیه شود و بیمار در پوزیشن لیتوتومی با یک رکاب چکمه ای قرار گیرد، پزرب وازینال با پوویدین آیداین انجام شود و در موارد غیر پرو یا برای مشخص شدن سرویکس، اسفنج شمارش شده درست زیر آن قرار داده شود. دایسکشن مثانه باید توسط الکتروسرجری

یا قیچی Metzenbaum، بصورت شارپ انجام شود. در مواردی که فضای وزیکوسرویکال بسیار پر عروق و دایسکشن دشوار است توصیه می‌شود، ابتدا فضای پاراوزیکال باز شود و پس از کلامپ و سوچور ایمن شریان رحمی اقدام به دایسکشن میدلاین مثانه شود. یکی از روش‌های توصیه شده در موارد پرکرتا Posterior Retrograde Abdominal Hysterectomy می‌باشد. در این روش واژن با الکتروکوتتری به بن بست دوگلاس باز می‌شود. قبل از پایین دادن مثانه، لیگامان‌های پوتروساکرال، کاردینال و شریان رحمی پس از پایین دادن لیگامان پهن، دایسکت می‌شود. سپس سرویکس به سمت دیواره خلفی رحم بالا آورده می‌شود و دایسکشن مثانه انجام می‌شود. روش توصیه شده بعدی که با کاهش قابل توجه خونریزی حین عمل همراه است Modified Radical Hysterectomy می‌باشد.

در این روش ابتدا لیگامان یوترواوورین و راند دایسکت می‌شود. سپس دایسکشن ترورپوتونال انجام شده و برش به طرف فضای پاراوزیکال داده می‌شود. دایسکشن رو به بالا، امکان مشاهده حالب و محل دو شاخه شدن شریان ایلپاک مشترک را فراهم می‌آورد. شاخه قدامی ایلپاک داخلی رویت شده و شریان رحمی در منشا لیگیت می‌شود.

Overview of Menopause
Page 3
socioeconomic status appear not to affect its onset. Management of POI includes Menopausal Hormone Therapy (MHT) to mitigate risks like osteoporosis and cardiovascular disease. The presentation also addresses contraceptive needs during perimenopause, emphasizing the continued risk of ovulation. Common symptoms such as vasomotor instability (hot flashes), mood changes, sleep disturbances, and genitourinary symptoms are listed alongside long-term consequences of estrogen deficiency, including bone loss, cardiovascular issues, and cognitive decline. Diagnostic strategies are primarily clinical but may include hormonal assays and imaging. The presentation concludes with lifestyle interventions to potentially delay menopause onset and recommendations for health maintenance during this phase of life.

شیاف مقعدی اندانسترون ۱۶ میلی گرم
اندانسترون، به عنوان یک آنتاگونیست گیرنده ۵-HT₃-سروتونین، با مسدود کردن رقابتی و انتخابی ۵-HT₃ عمل می‌کند و در پیشگیری و درمان تهوع و استفراغ استفاده می‌شود. این دارو به طور گسترده ای برای کنترل تهوع و استفراغ بعد از عمل یا پس از ترخیص در بیماران تحت شیمی درمانی و رادیوتراپی استفاده می‌شود. در بیماران پرخظری که مقادیر بالای داروهای رادیوتراپی و شیمی درمانی دریافت می‌کنند و در بلع نیز مشکل دارند، تجویز خوراکی اندانسترون نامناسب است. بنابراین، در این شرایط شیاف رکتال اندانسترون یک جایگزین مفید برای بیمارانیست که نمی‌توانند اندانسترون خوراکی یا تزریقی دریافت کنند.
این راه مصرف علاوه بر کاهش متابولیسم کبدی نیمه عمر اندانسترون را نیز افزایش می‌دهد. شرکت داروسازی آرنیکا سلامت به عنوان اولین تولید کننده، شیاف رکتال اندانسترون را به عنوان درمان جایگزین در ایران تولید و روانه بازار کرده است.

اندیکاسیون‌های درمانی شیاف اندانسترون
کنترل تهوع و استفراغ ناشی از شیمی درمانی، رادیوتراپی و جراحی
دوز توصیه شده:
بزرگسالان:
۱۶ میلی گرم، یک تا دو ساعت قبل از شروع درمان تجویز می‌شود، سپس ۱۶ میلی گرم در روز (یک شیاف) تا ۵ روز
موارد منع مصرف:
۱) مصرف همزمان با آپومورفین، فکسینیدازول و پیموزاید
۲) سابقه حساسیت به اندانسترون (شامل سایر اشکال دارویی اندانسترون) و سایر آنتاگونیست‌های گیرنده ۵-HT₃-سروتونین
هشدارها:
این دارو فقط برای استفاده مقعدی می‌باشد.
اندانسترون به صورت وابسته به دوز فاصله QT را افزایش می‌دهد. از مصرف در بیمارانی که بصورت مادرزادی سندروم QT طولانی دارند خودداری کنید.
مصرف در بارداری
با توجه به مطالعات اپیدمیولوژیکال صورت گرفته مصرف اندانسترون در سه ماهه ابتدای بارداری می‌تواند احتمال بروز ناهنجاری‌ها را افزایش دهد.

شیاف رکتال اندانسترون ۱۶ میلی گرم



PHARMACEUTICAL COMPANY

business@arnikahealth.com

www.arnikahealth.com

جراحی اندومتریوز: معیارهای انتخاب بیمار، پیشگیری از بدخیمی و ضرورت رویکرد چند تخصصی

نتیجه گیری

اندومتریوز یک بیماری پیچیده است که مدیریت آن نیازمند ارزیابی دقیق، انتخاب زمان مناسب جراحی، پایش منظم، حفظ باروری، و همکاری چند تخصصی است. اگرچه خطر بدخیمی در این بیماران اندک است، اما در مقایسه با جمعیت عمومی افزایش معناداری دارد. لذا پیگیری مستمر و تصمیم گیری فردمحور اهمیت ویژه ای دارد.

1. Kvaskoff M, et al. Endometriosis and cancer: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update. 2021.
2. Pearce CL, et al. Association between endometriosis and risk of histological subtypes of ovarian cancer. Lancet Oncol. 2012.
3. Laufer MR, et al. Prevalence of endometriosis in adolescents with chronic pelvic pain. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2003.
4. Bulun SE. Endometriosis. N Engl J Med. 2009.
5. Somigliana E, et al. Fertility preservation in women with endometriosis: for all, for some, for none? Hum Reprod. 2015.
6. Roman H. Multidisciplinary surgical management of deep endometriosis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2018.

دوره ای پیگیری شوند. هر ۶-۱۲ ماه یک بار سونوگرافی ترانس واژینال و در صورت نیاز MRI انجام می شود. همچنین بررسی تومور مارکرها مانند CA-۱۲۵ و HE۴ در بیماران با اندومتریوما یا موارد مشکوک ضروری است. بررسی ذخیره تخمدانی و مشاوره باروری به ویژه در بیماران کاندید IVF یا جراحی مجدد اهمیت دارد.

۵. اندومتریوز در دوران بلوغ و یائسگی

در دوران بلوغ، دیسمنوره شدید و مقاوم می تواند نشانه اندومتریوز باشد. درمان دارویی (OCP) پروژستین ها) خط اول است و جراحی فقط در موارد خاص توصیه می شود. در دوران یائسگی، علائم معمولاً فروکش می کنند اما توده های پایدار یا مشکوک باید بررسی شوند زیرا خطر بدخیمی در این مرحله افزایش می یابد.

۶. حفظ باروری در بیماران اندومتریوز

حفظ باروری نقش حیاتی در مدیریت اندومتریوز دارد. فریز تخمک یا جنین در موارد ذخیره تخمدانی پایین (AMH کمتر از ۱.۵)، جراحی وسیع (مانند برداشتن اندومتریوماهای دوطرفه)، بیماران جوانی که باروری خود را به آینده موکول کرده اند، و یا پیش از IVF توصیه می شود.

۷. تیم جراحی چند تخصصی

اندومتریوز عمیق لگنی نیازمند تیم چند تخصصی شامل متخصص زنان با مهارت لاپاروسکوپی پیشرفته، اورولوژیست در موارد درگیری مثانه یا حالب، و جراح کولورکتال در موارد درگیری روده است. رویکرد چند تخصصی، شانس برداشت کامل ضایعات و کاهش عوارض را افزایش می دهد.

با شکست IVF یا اختلالات شدید آناتومیک، درگیری ارگان های حیاتی (روده، مثانه، حالب) و یا کیست های بزرگ اندومتریوما یا موارد مشکوک به بدخیمی ضرورت دارد. جراحی زود هنگام بدون اندیکاسیون مشخص می تواند ذخیره تخمدانی را کاهش دهد، در حالی که تأخیر بیش از حد باعث پیشرفت بیماری و افزایش ریسک بدخیمی می شود. بنابراین انتخاب زمان جراحی باید فردمحور و مبتنی بر شرایط بیمار باشد.

۳. ارتباط اندومتریوز و بدخیمی ها

اندومتریوز یک بیماری خوش خیم است اما خطر بدخیمی در این بیماران اندکی افزایش دارد. ریسک کلی سرطان تخمدان در بیماران اندومتریوز حدود ۱.۳ تا ۱.۹ برابر بیشتر از جمعیت عمومی گزارش شده است. خطر مطلق ابتلا به سرطان تخمدان در بیماران اندومتریوز حدود ۱-۲ درصد در طول زندگی است، در حالی که این رقم در جمعیت عمومی ۰.۵-۰.۷ درصد است. این افزایش خطر به ویژه در کلیسرسل کارسینوم و اندومتریوئید کارسینوم مشاهده می شود.

از نظر ژنتیکی، مطالعات نشان داده اند که ژن های مشترکی مانند ARID1A، PTEN، KRAS و PIK3CA در هر دو بیماری اندومتریوز و سرطان تخمدان دیده می شوند. جهش های سوماتیک در ضایعات اندومتریوزی عمیق مشابه تغییرات مولکولی در سرطان های مرتبط با اندومتریوز هستند. سابقه خانوادگی سرطان پستان و تخمدان نیز فاکتور خطر مستقل محسوب می شود.

۴. پایش و فالوآپ بیماران

بیماران مبتلا به اندومتریوز باید به طور

دکتر آمنه سادات حقگو؛ جراح متخصص زنان و فلوشیپ جراحی لاپاروسکوپی پیشرفته و مدرس دوره های فلوشیپ لاپاروسکوپی بین المللی چکیده

اندومتریوز یکی از شایع ترین بیماری های زنان در سنین باروری است که حدود ۱۰-۱۵ درصد از زنان را تحت تأثیر قرار می دهد. این بیماری علاوه بر دردهای لگنی و ناباروری، در مواردی با افزایش خطر ابتلا به برخی بدخیمی ها همراه است.

تصمیم گیری درباره زمان مناسب جراحی، ملاحظات مربوط به باروری، پیگیری های منظم، و توجه به دوره های مختلف زندگی (بلوغ، سنین باروری و یائسگی) از ارکان اصلی مدیریت اندومتریوز محسوب می شوند.

۱. ارزیابی های پیش از عمل

پیش از تصمیم به جراحی، ارزیابی کامل بالینی و پاراکلینیکی ضروری است. تصویربرداری تخصصی (MRI لگن و سونوگرافی ترانس واژینال) با پروتکل اندومتریوز، بررسی وضعیت ذخیره تخمدان با AMH و AFC، بررسی باروری و سابقه ناباروری و مشاوره درباره احتمال نیاز به فریز تخمک یا جنین در بیماران با ذخیره تخمدانی پایین یا برنامه جراحی وسیع از موارد کلیدی هستند.

۲. اندیکاسیون ها و زمان مناسب جراحی

جراحی اندومتریوز معمولاً در شرایط درد شدید و مقاوم به درمان دارویی، ناباروری در بیماران

نجات جان انسان های بیشتر با اهدای خون بیشتر

X-MART®



بُن فیت

افزایش استحکام

استخوان ها

و جلوگیری از

گرفتگی عضلات



ashkan

Ashkan Medical Idea

ایده پزشکی اشکان

فرشته زیبایی
Angela

Power 50W

- برترین دستگاه CO2 فرکشنال اسمارت در دنیا
- لابیپلاستی
- لایه برداری سرویکس و کونیزاسیون
- جوانسازی واژن و فرمدهی ناحیه تناسلی



DORF
dynamic quadrupole radiofrequency

- جوانسازی واژن و فرم دهی ناحیه تناسلی
- رفع تیرگی آگزینا و ژنیتالیا
- از بین بردن لکه ها و ترک های پوستی
- درمان سیکل قاعدگی نامنظم
- کاهش چربی دور شکم جهت درمان PCO
- لیفت شکم بعد از زایمان
- کانتورینگ صورت و بدن



Magneto STYM

- درمان انواع بی اختیاری ادرار و مدفوع
- بهبود اختلالات جنسی در بانوان و آقایان
- درمان بی اختیاری پس از پروستاتکتومی رادیکال
- درمان خروج باد از واژن
- درمان افتادگی رحم و مثانه
- توانبخشی بعد از جراحی کف لگن
- درمان اختلال نعوظ



021-45242000

021-88665828-30

تهران، میدان ونک، خیابان ملاصدرا، خیابان پردیس، پلاک ۱۴،
ساختمان پردیس، طبقه چهارم، واحدهای ۱۷ و ۱۸

ashkan-medical.com

ashkan_medical