

خلاصه پایان نامه ها

آدنوم پری :

میتوان آنرا يك آدنوم ساده و تغییر شکل یافته و رشد کرده دانست . مشخصات ظاهری این نوع آدنوم متغیر است ، بطور کلی آنها ضایعات پهن بدون پایه و بزرگ میباشند که حدود ۵ Cm قطر دارند . جراحان عقیده دارند باخشک کردن توسط برق یا سوزاندن ، نمیتوان این ضایعات را از بین برد .

سرطان پولیپوئید :

در مورد هر آدنوم کارسینوژنر کولون که بشکل پولیپ رشد مینماید بکار میرود ، از ویژگیهای این ضایعات پهن بودن ساقه و سفتی آن است .

آدنوم پایپلر سرطانی شده :

شیوع سرطان در آدنوم پایپلر ۳۰٪ میباشد . کارسینوم ممکن است بصورت يك تغییر در محل در هر قسمتی از آدنوم ظاهر شود .

پولیپوز فامیلیال :

چنانچه پولیپهای روده متعدد باشد عارضه را پولیپوز گوئیم ۴ نوع پولیپوز وجود دارد :

۱- پولیپوز مالپل فامیلیال

۲- سندرم پوتزجیگر

۳- سندرم گاردنر

۴- سندرم تورکوت

که سه نوع اول با ژن اتوزم غالب و نوع چهارم با ژن اتوزم مغلوب منقل میشوند پتانسیل بدخیمی این پولیپها زیاد است :

پولیپهای جوانی :

اغلب در افراد کمتر از ۱۵ سال دیده میشود ، غدد کم استرومائی وسیع دارند و بوسیله سلولهای التهابی حاد و مزمن انفیلتره شده است . این پولیپها پتانسیل بدخیمی ندارند و گاهی در افراد بالغ هم دیده میشود .

شکوه سجادی

موضوع رساله : پولیپهای روده و پتانسیل بدخیمی آن
استاد راهنما : دکتر رضا سلطانی نسب
تاریخ دفاع از رساله : ۱۵/۷/۵۳

پولیپ روده بزرگ شایعترین تومور خوش خیم روده بزرگ است که ممکن است پایه دار و یا بدون پایه باشد که از مخاط سرچشمه میگیرد و بداخل روده گسترش می یابد . پولیپها بانواع مختلف تقسیم میشوند و بهتر است پولیپها از نظر خوش خیمی ، طوری بیان شود که این ضایعات نئوپلاستیک مشخص گردند :

۱- بر حسب اندازه

۲- بر حسب نمای هیستولوژیک

۳- تظاهرات بالینی

بطور کلی پولیپهای شایع روده بزرگ بچهار دسته

تقسیم میشوند :

۱- آدنومهای ساده

۲- آدنوم پایپلری

۳- پولیپوئید سرطانی

۴- آدنوم پایپلر سرطانی شده

پولیپهای غیر معمولی روده بزرگ :

— پولیپوز مولتیپل فامیلیال
— سندرم پرتوجیگر
— سندرم کاردنر
— سندرم تورکوت
— پولیپهای جوانی
— پولیپهای کاذب
Hereditary
Familial Polyposis

آدنوم ساده :

رشد غده ای خوش خیم کولون است در دیواره روده منتشر نمیگردد اغلب شکلهای بیشماری بخود میگیرد ، ممکن است پایه دار یا بدون پایه باشد . پایه آدنوم از اپیتلیوم سطحی مخاط و عروق خونی و لنفی تشکیل شده است . مطالعات در مورد آدنومها نشان داده که این آدنومها چه پایه دار ، چه بدون پایه پتانسیل بدخیمی دارند .

پولیپ‌های کاذب :

بیشتر شبیه آدنومهای پایدار یا بدون پایه میباشد . در مقطع میکروسکوپی این ضایعات از گرانولوماهای آماسی یا عناصر آدنویاتی ساخته شده است که اغلب با کولیت السروز همراه است . این پولیپ‌ها بدخیم نمیشوند ، پولیپ بیلازیائی یک پولیپ آماسی است که درمصر وسایر کشورهای مناطق حاره وجود دارد .
علائم : باینکه تمام علائم ضایعات پولیپوئید مشابهند اما در مورد هر تومور صفتی خاص موجود است .

رابطه آدنوم پولیپ مانند با سرطان :

طبق مطالعات انجام شده بر روی ۱۵۰۰ ضایعه پولیپی روده نتایج زیر بدست آمده است :
- هر پولیپ بزرگ از رشد یک پولیپ کوچکتر بوجود می‌آید .
- تمام پولیپ‌ها چه پایدار ، چه بدون پایه پتانسیل بدخیمی دارند هرچه پولیپ بزرگتر باشد ترانسفور- ماسیون بدخیمی آن بیشتر است .
- حتی در پولیپ‌های کوچک کمتر از ۵ میلیمتر ممکن است دیسپلازی و سرطان موضعی دیده شود .
- هرچه تعداد پولیپ بیشتر باشد احتمال پیدایش سرطان بیشتر است .
- هرچه پولیپ‌ها در روده فراخ پائین‌تر باشند خطر سرطانی شدن آنها بیشتراست .
- با اینکه سرطان کولون ممکن است بطور ابتدا بساکن شروع شود اغلب از پولیپ‌های آدنومی شروع میشوند .

تشخیص پولیپ‌ها توسط :

- ۱- توشه رکتال
- ۲- سیگموئیدوسکوپ
- ۳- تنظیه باریج انجام میگیرد .

تشخیص افتراقی :

پولیپ‌های حقیقی میتوانند آدنوماتو یا آدنوکارسینوما ودر جائی بین این دو باشند . ضایعات پولیپوئید نمایشگر ضایعه‌ایست که به پولیپ شباهت دارد .
بیشتر ضایعات پولیپوئید روده بزرگ خاصیت انتشار بدخیمی دارند . بطور کلی ضایعات پولیپوئید به دو دسته تقسیم میشوند :

۱- پاپی‌های انال

۲- گرانولوما

ضایعات بین دیواره‌ای که در روده ایجاد میشوند و ممکن است با پولیپ اشتباه شوند این ضایعات بدو دسته خوش‌خیم و بدخیم تقسیم میشوند :
ضایعات خوش‌خیم عبارتند از :

فولیکولهای بزرگ لنفاوی ، لیومیوم ، لیپوم ، اولئوم ، همانژیوم ضایعات بدخیم عبارتند از :
تومورهای کارسینوئید- لیدمیوسارکوم لنفوسارکوم .

پنوماتوز سیستوئید اینتستینال :

یک عارضه غیر شایع است که گاهی با آدنوماتوز روده بزرگ اشتباه میگردد . نقص در پر شدن روده بزرگ بعد از تنقیه باریج در این بیماران شبیه نقص‌های ایجاد شده در اثر پولیپ منتشر روده است .

سمپتوم بسیار شایع در این بیماری خونریزی است و این سمپتوم بمشکلات تشخیص افتراقی میافزاید .

معالجه :

خطر برداشتن پولیپ‌ها اینست که در آنها تغییرات سرطانی ایجاد شود ، البته این خطر در تومورهای کمتر از یک سانت کم است .

تومورهای قسمت رکتوم را از راه سیگموئیدوسکوپ

یا بوسیله Biopsy Forceps یا Diathermy Loop یا بوسیله سوزاندن میتوان از بین برد .

برداشتن تومورها بوسیله سیگموئیدوسکوپ در ناحیه‌ای که کولون یا رکتوم روکش پریتون دارد خطر زیادتری دارد چون شانس پرفوراسیون و پریتونیت بیشتر است .

آدنومهای خارج از دسترس سیگموئیدوسکوپ برای برداشتن باید یک عمل شکمی انجام داد و انجام دادن یک Colotomy و یا Segmental Resection یا برداشتن مقداری از کولون با پولیپ داخل آن .

ضایعات پولیپوئید روده کوچک

این ضایعات بسیار نادر میباشند ، باینکه تشخیص متفاوت دارند علائم ودرمان آنها یکی است .

این تومورها ممکن است خوش‌خیم یا بدخیم باشند . ضایعات خوش‌خیم شامل انواع مختلفی است که آدنوم شایع‌ترین نوع آنست .

انواع بدخیم شامل کارسینوئیدها - آدنوکارسینوماها سارکوم سلولهای دوکی و ضایعات متاستاتیک .

محل :

نئوپلاسمهای خوش‌خیم در ایلئوم بسیار زیاد است ودر دئودنوم کم است از طرف دیگر دئودنوم نئوپلاسم بیشتر متشاء میگیرد .

جنس :

هر دو جنس بیک نسبت مبتلا میشوند .

سن :

اکثریت ضایعات از کودکی تا ۵۰ سالگی افزایش

سرچشمه گرفته که این تحریکات بر روی هیپوتالاموس سبب ایجاد و آزاد شدن نوروسکروتائین مانند PIH, LHRE, FSRF که بنام اختصاری GRF نامیده میشود و یکسری از RF هیپوتالاموس میباشد که پزشکان آلمانی بخصوص پروفیسور WOLF استاد دانشگاه ورتزبورگ آلمان بر روی این نوع هورمون‌ها در سال ۱۹۷۳ تحقیقاتی انجام داده و اعلام نموده است که نتیجه تحقیقات خود را تا ۲ سال دیگر (۱۹۷۵) گزارش خواهد نمود که مسلماً انقلابی در علم زنان و زایمان بوجود می‌آورد. این نوروسکروتاها GRF بر روی ساهل‌های اسیدوفیل (LTH) و بازوفیل (LH, FSH) لوب قدامی هیپوفیز اثر کرده که سبب ترشح هورمون‌های LH, FSH, LTH از هیپوفیز میگردد.

هورمون‌های نامبرده نیز بر روی تخمدان سالم نفوذ میکند و سبب ایجاد اولاسیون شده و تخمک‌گذاری صورت می‌گیرد. در این مرحله برای انجام حاملگی حتماً باید اسپرم‌گرام مرد طبیعی باشد و از طرفی سیستم ژنیتال زن کاملاً نرمال و ناهنجاری‌های مادرزادی نداشته باشد و در ضمن بافت آندومتر رحم نیز طبیعی بوده باشد.

بنابراین اندیکاسیون مصرف این داروها برای انجام حاملگی در موردی است که حداقل تخمدان و دستگاه ژنیتال و بافت آندومتر رحم زن و اسپرم‌گرام مرد سالم باشد.

حال نکته دیگر چگونگی مصرف این داروها است که مسلماً بدانش و تجربه پزشک احتیاج مبرم و وافر وجود دارد یعنی در چه روزهایی از سیکل HMG یا HPG مصرف شود و سپس در چه روزهایی HCG و یا جدیداً LH انسانی (۱۹۷۲) مصرف شود.

متدار مصرف: متأسفانه باید باین نکته اشاره کنم که درمان اینگونه بیماران به تجربه و دانش فوق‌العاده نیازمند است و هر پزشکی بخاطر خطراتی که حتی مقدار کم این داروها ممکن است ایجاد کند حق توصیه و مصرف آنها را ندارد و متأسفانه در هیچ مرکز پزشکی هنوز نتوانسته‌اند مقدار مصرف اینگونه داروها را بصورت استاندارد توصیه نمایند.

از مطالب ذکر شده يك نکته کاملاً مسلم و قابل تامل میباشد که استفاده از اینگونه داروها به تجربه و دانش فوق‌العاده نیازمند است، و پزشک عمومی و متخصصین رشته‌های دیگر حق استفاده از این متد را ندارند و حتی متخصصین زنان و زایمان هم قبل از اینکه به خطرات ناشی از استعمال این نوع دارو و وقوف کامل پیدا نکرده باشند، مجاز بمصرف اینگونه داروها نمیشوند.

متأسفانه امکان خطراتی چندی در حین اینگونه درمان وجود دارد که از آن جمله است:

بزرگی تخمدان، آسیت، هیدروتوراکس، هیپرآستیمولاسیون، سندرم هایگر، پاره شدن کیست و در

میباشد تا سن ۸۰ سالگی کاهش مییابند. بعد از ۸۰ سالگی بندرت تومور دیده میشود.

علائم:

درد، خونریزی، انسداد روده.
تشخیص بارادیوگرافی: آزمایش فیزیکی در غیاب علائم حاد مفید نیست مگر اینکه پیگمانتاسیون خاس سندرم Peutz - Jechers با اختلالات همراه آن تشخیص داده شود.

درمان:

پولیپ‌های علامت‌دار باید برداشته شوند. مطالعات رادیولوژیک مقدماتی بایستی روی معده و کولون برای رد تشخیص سایر نواحی پولیپوز انجام گیرد و بایستی شکافی در خط میانی داده بطوریکه تمام روده باریک را بتوان بررسی کرد. تمام ضایعات قابل لمس باید برداشته شوند.

پولیپ ممکن است Entro Entric Intussuception ایجاد کرده باشد که میتوان با عمل جراحی آنرا کاهش داد. روش جراحی بستگی به ماهیت تومور یا تومورها دارد، ضایعات پولیپوئید کوچک را میتوان با آنتروتومی برداشت، تومورهای بزرگتر احتیاج بقطع يك قسمت از روده دارند. وقتی تومور بدخیم است احتیاج بجراحی وسیعتری است.

جعفر مفید

موضوع رساله: اثر گونادوتروپین‌های ادرار زن یائسه در بیماریهای زنان

استاد راهنما: دکتر پرویز معیلی

تاریخ دفاع از رساله: ۵۲/۸/۵

برای درک استفاده از گونادوتروپین‌های موجود در ادرار زن یائسه در درمان بیماریهای زنان اجباراً باید تمام مطالب در مورد اندیکاسیون و چگونگی و مقدار مصرف دارو را کاملاً دانست.

در مورد اندیکاسیون مصرف اینگونه داروها لازم به توضیح میباشد که برای تحریک اولاسیون در نزد زنان نازا - خواه بصورت اولیه و یا ثانویه - اجباراً باید وضع و چگونگی اولاسیون را کاملاً دانست.

در انجام این امر مهم یادآوری مختصری ضروری است که برای انجام مطالعات بیشتر استفاده از بخشهای مربوطه توصیه میشود.

بطور کلی برای انجام اولاسیون، هیپوتالاموس و کورتکس دارای رابطه‌ای هستند که بنام Psychogenic influences نامیده میشوند و احتمالاً از کورتکس

- اختلال کالیسیفیکاسیون کارتیلاژها - e
 سندرم وقفه در رشد استخوانها - f
 g - Familial - Congenital - Dwarfism with
 Cephalo-Skeletal - Dysplasia.
 ۶- جنین با تغذیه بد
 ۷- دوقوها Twins
 ۸- اختلال کروموزومها

جالب اینکه بعد از دوران نوزادی Post-Natal عوامل محیطی، بیماری‌هایی مثل هیپوتیروئیدسم، هیپوپیتوتریسم، زودرسی جنسی، فاکتوهای ژنتیکی (سندرم Turner و Trisomy-G) کمتر در معدنی شدن دندانها اثر دارند و بیشتر روی اسیفیکاسیون اپی‌فیزها اثر می‌گذارند، اینطور بنظر میرسد که ارزیابی میترالیزاسیون دندانها نسبت به اسیفیکاسیون اپی‌فیزها دارای ارزش بیشتر و روش مطالعه آن دقیق‌تر است. بدین منظور برای فهم اینکه آیا معدنی شدن دندانها نسبتی با سن لقاحی دارد یا خیر، مطالعه بسیار دقیقی در نوزادان زنده بیمارستان Children-Hospital-C. S. Mott انجام شده است.

روشها و وسائل :

۵۱ نوزاد از هر دو جنس از نژاد سفیدپوست Caucasian انتخاب شدند. تمام رادیوگرافی‌ها در عرض دو روز بعد از تولد برای مطالعه معدنی شدن دندانهای ماندیبول Mandibul انجام گرفتند. نژاد Caucasian را انتخاب کردند. زیرا اولاً تعداد این نوزادان در بیمارستان بیشتر از همه بوده، ثانیاً اطلاع به‌اینکه رشد دندانها در نژادهای مختلف متفاوت میباشد در هیچ‌یک از نوزادان سابقه‌ای از بیماری‌های Ectodermal - Dysplasia & Familial Hypodontia وجود نداشت، زیرا این دو حالت امکان عقب‌ماندگی در معدنی شدن دندانها را خیلی بیشتر میکنند. در تمام نوزادان که بنظر طبیعی بودند بطور سریال رادیوگرافی ساده از سینه برای دانستن اختلالات تنفسی Respiratory-Distress انجام گرفت.

نوزادان انتخاب شده در زمان تولد همگی دارای وزن طبیعی بوده و هیچ نوع نشانه‌ای از عقب‌ماندگی در رشد استخوانها و یا معدنی شدن دندانها در آنها دیده نمیشد. هیچ نوع فیلمی بطور مطلق برای ارزیابی دندانها برداشته نشد ولی نوزادانی که عکسهای روتین سینه داشتند، چنانچه نشانه‌ای از معدنی شدن دندانها در آنها میشود نبود از این مطالعه حذف گردیدند. فیلمهای اشعه مجهول چه بطریقه Portable و چه بطریقه ثابت در اطاق عکسبرداری، بصورت قدامی خلفی AP و ویروفیل در 60Kvp و Appropriate - Milliamperage - Second برداشته شدند.

نتیجه خونریزی داخل صفاقی، حاملگی‌های چند قلوئی، ترومبوآمبولی، سقط وزایمانهای پیش‌رس، حاملگی‌های خارج رحمی، و خطر توکسمی در بین هفته‌های ۲۶ تا ۲۸ در حاملگی‌های چند قلوئی وجود دارد که اگر سرعت درمان نشوند امکان هرگونه حادثه‌ای وجود دارد که در این میان فقط پزشک مسئول است.

داود اورشلیم‌پور

موضوع رساله : سیر و تحول استخوان - طرق تعیین سن استخوانی

استاد راهنما : دکتر ذبیح‌الله ارنواز
 تاریخ دفاع از رساله : ۵۴۸۹۹

مطالعه دقیق بین ۵۱ نوزاد از نژاد سفید پوست Caucasian با سن لقاحی مشخص، برای فهم اسیفیکاسیون دندانها توسط عکس‌برداری از قفسه صدی و جمجمه انجام شده و با روش عکس‌برداری بوسله اشعه مجهول معلوم گردیده که قبل از ۳۶ - ۳۷ هفته جنینی هیچ اثری از دومین دندان آسیاب شیرخوارگی و قبل از ۳۳-۳۴ هفته جنینی هیچ اثری از اولین دندان آسیاب شیرخوارگی وجود ندارد. و نیز ثابت گردیده که نوزادانی که اختلال داخل رحمی Intra-Uterin-Disordere

داشته‌اند تعیین سن دندانها برای یافتن سن لقاحی از مطالعه اسیفیکاسیون مفصل زانو دقیقتر و با ارزش‌تر است. میتوان نتیجه گرفت که عقب‌ماندگی اسیفیکاسیون اپی‌فیزها نسبت به سن دندانها نشانه مهمی از اختلال رشدی داخل‌رحمی جنین است. تعیین سن دندانها از زمانی اهمیت یافت که اطباء متوجه نوزادانی شدند که در بدو تولد نسبت به سن لقاحی دارای جثه کوچکی بودند و این نمونه از بیماریها کاملاً از بیماری‌هایی که باعث تولد نوزادان نارس میشوند متفاوت است. معمولاً در گذشته و گاهی امروز نیز برای پیدا کردن سن لقاحی به‌روش عکسبرداری از پدیده اسیفیکاسیون اپی‌فیز زانو استفاده میشود. این متد همیشه صحیح نیست، بطور کلی در موارد زیر عقب‌ماندگی در اسیفیکاسیون اپی‌فیز استخوانهای فمور، تی‌بیا و سایر استخوانها نسبت به سن لقاحی دیده میشود:

- ۱- هیپوتیروئیدسم داخل رحمی
- ۲- توکسمی حاملگی
- ۳- مالفورماسیون اسکلت
- ۴- نژاد و جنس
- ۵- بعضی از سندرمها :

- a- Occulodentodegital - Syndrome
- b- Hallermann - Streiff - Syndrome
- c- Drachmann - Delange - Syndrome
- d- Occulo - Abnormalites

از روش هدایت عصبی

Electroencephalography & Nurve - Conduction

بعثت مشکل بودن متد و اشتباهات محاسبه‌ای جهت تعیین سن مورد استفاده قرار نمیگیرند .

یکی از محققین بدون دانستن سن لقاحی ، معدنی شدن اولین و دومین دندان آسیاب شیرخوارگی مانندیول هر نوزاد را ارزیابی کرد . خط روشنی از منیرالیزاسیون حفره (Cusp) است آسیابی مانندیول را بعنوان مینای قابل دید توسط اشعه مجهول انتخاب میشود .

دندانهای پیش ونیش منیرالیزه شده مانندیول در تمام مطالعات انجام گرفته قابل رؤیت بودند . این دندانها بعثت اینکه در عکسبرداری از قفسه صدری ، سردرد اغلب موارد در سمت راست یا چپ چرخیده است و اشعه ایکس دندانها را بصورت نیمرخ نگاه میکنند و از طرف دیگر سایه آنها بر روی استخوان درحال رشد مانندیول میافتد بطور وضوح قابل دید نمیباشند . فولیکول اولین دندان دائمی آسیاب که درست در قسمت خلفی دومین دندان آسیاب شیرخوارگی قرار دارد گاهی در این سری از فیلمها دیده میشود . برای اینکه ثابت کنیم که معدنی شدن دندانها نسبت به تعیین اسیفیکاسیون اپی فیزها در نوزادان ارزش بیشتری جهت تعیین سن لقاحی دارد ۳۱ نوزاد که آنورمالی داخل رحمی داشتند بطور دقیق از ناحیه قفسه صدری و مفصل زانو رادیوگرافی شدند و این دو پارامتر Parameter را برای تعیین سن لقاحی بایکدیگر سنجیدیم .

در فیلم ساده قفسه صدری که در قسمت فوقانی آن مانندیول نیز برای نشان دادن مجرای تنفس فوقانی گنجانیده شده بود . در اکثر موارد دندانها نیز قابل رؤیت بودند . در ۴۸ از ۵۱ نوزاد در يك عکس ساده از قفسه صدری بطریقه ذکر شده در بالا دندانها مشاهده گردیدند ، در صورتیکه در سه مورد احتیاج به عکس از جمجمه بود .

Enamel - Calcification کالسیفیکاسیون

مینای دندانها بطور هم غاظت در فیلم سینه و جمجمه دیده میشود ، بطور متوسط در ۷۰٪ از تمام رادیوگرافیهای قفسه صدری دندانها نیز دیده میشوند . وضعیتهای مایل و نیمرخ سر بهتر و دقیقتر میتواند دندانهای مانندیول را نشان دهد . بعثت اینکه

Maternity - Gestation

تاریخ دقیق لقاح ذکر شده از جانب مادر در بیشتر موارد نادر است لذا محققین برای یافتن آن در چهار روز اول تولد روشهای دیگری را مثل آزمایشات نورولژیکی و فیزیکی بطریقه Debwitz انجام دادند . بدینصورت امکان اشتباه در پیشگویی حدود ۱/۰۲ هفته یا ۹۵٪ از موارد اختلاف حدود ۲± هفته خواهد بود .

Passive چون امتحان عصبی يك امتحان

است میتواند اشتباهات امتحانات فعال فیزیکی را در نوزادان بیمار تصحیح و برطرف کند .

حال اگر تفاوت سنی بیش از دو هفته بین اظهارات مادر و نتیجهای که توسط روش Debowitz پیش آید، نوزادان نامبرده از گروه مورد نظر حذف میشوند . استفاده