



مشارکت در انتخابات یک وظیفه صنفی و اجتماعی است



دوره جدید شماره ۱۰۴ پیاپی ۱۱۴
بهمن و اسفند ۱۴۰۱

آدرس دفتر نشریه: تهران - میدان توحید، خیابان توحید، خیابان شهید طوسی (شباهنگ)، نرسیده به خیابان دکتر قریب، پلاک ۶۳، واحد یک
تلفن دفتر نشریه: ۶۶۹۱۲۶۴۳ - ۶۶۵۹۶۹۹۳

لیتوگرافی و چاپ: آبرنگ
شماره تماس: ۶۶۹۱۲۶۴۳
سایت: www.prfprinting.ir
ایمیل: prfprinting@gmail.com
آدرس تلگرام: @prf_printing
آدرس: تهران - خیابان سیدجمال الدین اسدآبادی - خیابان چهارم پلاک ۳ واحد ۸

صاحب امتیاز: انجمن آسیب شناسی ایران

مدیر مسئول: دکتر حسین دارآفرین

سردبیر: دکتر میترا مهرآرما

اعضای شورای سیاستگذاری: دکتر محمدرضا امینی فرد، دکتر حسین دارآفرین

دکتر میترا مهرآرما، دکتر فرید گرمی، دکتر مرتضی صدیقی، دکتر محمدعلی برومند

دکتر مهران قهرمانی، دکتر فرحناز بیداری، دکتر اسماعیل سمیع زاده

دکتر افشین مرادی

ویراستار: دکتر آمنه طاهری کلورزی

دبیر تحریریه: زهرا ایونسی

سرویس آناتومیکال: دکتر مهتاب رهبر، دکتر مریم ابوالحسنی

سرویس کلینیکال: دکتر کامبیز مظفری

سرویس اونکولوژی: دکتر علی یعقوبی جویباری

سرویس گزارش موردی: دکتر آتوسا قریب

سرویس تازه های پاتولوژی: دکتر مهران قهرمانی

سرویس تضمین کیفیت: دکتر مرتضی صدیقی

سرویس اخلاق حرفه ای: دکتر مجید خلیج زاده

سرویس انتقال خون: دکتر سهیلا ناسی زاده

سرویس درمان پاتولوژی: دکتر زهرا نراقی، دکتر فاطمه منتظر

سرویس مولکولار: دکتر احمد منبئی، دکتر مهدی منتظر

عکاس: مسلم عرب باصری

Clinical & Anatomical

۱۴
تصمیم دولت نباید باعث تورم پنهان
در حوزه سلامت شود
دکتر میترا مهرآرما سردبیر



۱۵
فناوری های نوین آزمایشگاهی
و چالش های پیش رو
دکتر حسین دارآفرین مدیر مسئول



- ۱۶ شما بگوید
- ۱۷ دولت برای حفاظت از سلامت مردم تعرفه واقعی را اعلام کند
- ۱۸ درجه بالا استخوان بازو
- ۱۹ پرولیفراسیون های سلول روشن در پوست: مروری بر فمای هیستوپاتولوژی
- ۲۰ گزارش موردی
- ۲۱ ممیزی سیستم مدیریت کیفیت در آزمایشگاه پزشکی
- ۲۲ مشارکت در انتخابات یک وظیفه صنفی و اجتماعی است



فناوری‌های نوین آزمایشگاهی و چالش‌های پیش رو



◀ دکتر حسین دارآفرین
مدیرمسئول

انتقال نمونه، فناوری نوین تشخیصی بر پایه آسیب شناسی مولکولی و مواردی از این دست، فرصت بی نظیری فراهم نموده تا در ارتقای کیفیت و سرعت جواب‌دهی آزمایش‌ها و افزایش سطح رضایت‌مندی پزشک و بیمار رشد قابل ملاحظه‌ای حاصل و منجر به ارتقای کمی و کیفی خدمات در حوزه آزمایشگاهی گردد. در کنار این پیشرفت‌ها، چالش‌هایی از قبیل عدم تأمین به موقع کیتها و مواد مصرفی به دلیل تحریم‌های گسترده، عدم بهره‌برداری بهینه از توانمندی‌های کامل فناوری نوین، رقابت کاذب در تجهیز مراکز بدون ارزیابی نیازمندی‌های مراکز و حضور پرشمار و غیرضروری تجهیزات و فناوری‌ها در بسیاری از مراکز، عدم نظارت علمی بر صحت‌گذاری مطلوب و ارزیابی‌های مقایسه‌ای با روش‌های مرجع و معتبر، حذف تدریجی منابع انسانی ماهر و با صلاحیت با ورود سامانه‌های سنجشگر خودکار و فن‌آوری‌های نوین و

امروزه در تمامی حوزه‌های مختلف علمی، صنعتی، کشاورزی، بازرگانی، محیط زیست و سایر حوزه‌ها شاهد حضور فناوری‌های نوینی هستیم که بستر لازم برای توسعه و پیشرفت جوامع، بهبود امور و افزایش کیفیت زندگی نسل بشر را فراهم کرده است؛ اما بدون اغراق می‌توان ادعا کرد پیشرفت علم و تکنولوژی در زمینه پزشکی نسبت به سایر حوزه‌ها، اهمیت افزونتری داشته و این پیشرفت از طرفی با نجات جان انسان‌ها، ارتقای کیفی زندگی و افزایش طول عمر، موجب بهره‌وری بیشتر گردیده و از طرف دیگر بر اساس مبانی مدیریت علمی درمان و پیشگیری موجب کاهش هزینه‌های نظام سلامت و کاهش چالش‌های موجود در این حوزه می‌گردد. به کارگیری فناوری‌های نوین در حوزه آزمایشگاه از جمله سامانه‌های تمام خودکار با سرعت، حساسیت و دقت بالا، سامانه‌های انتقال اطلاعات تجهیزات به نرم‌افزارهای جواب‌دهی، سامانه‌های پنوماتیک



برنامه‌ریزی شده برای ماندگاری متخصصان آسیب شناسی در مناطق مورد نیاز و دارای توجیه اقتصادی برای تأسیس آزمایشگاه انجام گیرد. تغییر ساختار بنیادین در توسعه رشته‌های علوم پایه پزشکی و هماهنگی بیشتر با صنعت و افزایش کمی و کیفی تولید کیت و مواد مصرفی نیز می‌تواند ضمن ارتقای فناوری‌های موجود، مشکلات موجود به ویژه کمبود محصولات و همچنین دسترسی به محصولات با کیفیت را فراهم سازد. انجمن آسیب شناسی با ظرفیت کارشناسی و تجارب ارزشمند در حوزه طب آزمایشگاه و همکاری در برنامه‌های ملی نظام سلامت، آمادگی لازم برای ارزیابی و نیازسنجی در تمام حوزه‌های آزمایشگاهی از جمله موارد پیشگفت و ارائه نظرات کارشناسی برای رفع چالش‌های موجود و در راستای برنامه‌های کلان نظام سلامت اعلام داشته و از سیاستگذاران این حوزه انتظار می‌رود با ایجاد بسترهای لازم امکان این همکاری و هماهنگی را فراهم نمایند.

چالش‌های پرشماری پیش روی برنامه‌ریزان این حوزه قرار دارد. مهمترین تهدید در این خصوص شکل‌گیری ایده نمونه محور بودن خدمات حوزه آزمایشگاهی به جای بیمار محور بودن است که این امر موجب تضعیف طب آزمایشگاهی در کشور، چرخه تاسیس آزمایشگاه‌های بیشتر، استقرار فناوری‌های نوین بیش از نیاز، توزیع نامتقارن و عدم دسترسی عادلانه آحاد جامعه به خدمات این حوزه خواهد بود.

بر این اساس پیشنهاد می‌شود ورود فن‌آوری‌های نوین به حوزه آزمایشگاه‌ها براساس الگوی مدون و سیاست‌های کلان نظام سلامت مبتنی بر مطالعه جامع و بررسی و کارشناسی دقیق براساس نیازهای واقعی مشتریان انجام پذیرد. بدیهی است در کنار این سیاست و فراهم نمودن بستر لازم برای اجرای آن، تثبیت و تقویت الگوی نظام آموزشی فعلی مبتنی بر طب آزمایشگاه و ایجاد مزایا و تشویق‌های

تصمیم دولت نباید باعث تورم پنهان در حوزه سلامت شود



دکتر میترا مهرآزما
سرمدبیر

از سوی دیگری از تبعات تعرفه‌های غیرواقعی، می‌تواند افزایش زیرمیزی و خدمات القایی باشد. زیرا، اگر هزینه‌های پزشکی با درآمد پزشک همخوانی نداشته باشد؛ می‌تواند او را به سمت دریافت‌های غیرمتعارف سوق دهد.

در حقیقت تعرفه‌های غیرواقعی و غیرمنصفانه ناشی از تخلف سازمان برنامه و بودجه و ساختار ناعادلانه شورای عالی بیمه است. ساختار ناعادلانه شورای عالی بیمه که در آن نظام پزشکی فقط یک رای دارد و بقیه آرا مربوط به سازمان‌های بیمه‌گر است که خریدار خدمت به حساب می‌آیند. در واقع همواره آرای بیمه‌ها در مقایسه با تک رأی سازمان نظام پزشکی، به گونه‌ای پیش می‌رود که تعرفه‌ها بر اساس میل و خواسته بیمه‌ها به هیئت دولت پیشنهاد شود. در این بین، وزیر بهداشت نیز سمت دولت می‌ایستد؛ در حالی که می‌بایست نیم‌نگاهی هم به خواسته جامعه پزشکی داشته باشد.

در اعلام تعرفه سال جاری شورای عالی بیمه افزایش ۴۰ درصدی تعرفه را پیشنهاد داد اما سازمان

روزهای پایانی هر سال، شاهد تکرار تراژدی تعرفه پزشکی هستیم که یکی از چالش‌های مهم حوزه سلامت است و هر ساله باعث بلاتکلیفی مردم و جامعه پزشکی می‌شود و همین موضوع نشان می‌دهد جدال بیمه‌ها با پزشکان، همچنان ادامه دارد. جامعه پزشکی جدا از سایر صنوف و حرفه‌ها نیست و تعرفه‌های پزشکی می‌بایست متناسب با تورم تغییر کند.

موضوع واقعی شدن تعرفه‌های پزشکی، سالهاست که همواره مطرح می‌شود؛ اما هیچ‌وقت چاره‌ای برای آن اندیشیده نشده تا یکبار برای همیشه، پرونده جنجال تعرفه‌ها بسته شود. از همین رو، همواره در ماه‌های پایانی سال شاهد موضع‌گیری جامعه پزشکی نسبت به نحوه افزایش تعرفه‌ها هستیم و در نهایت، با افزایش چند درصدی که صورت می‌گیرد، این جنجال به پایان می‌رسد. غافل از اینکه نتیجه مصوبات نامعقول دولت باعث افت کیفیت خدمات پزشکی و افزایش مهاجرت پزشکان شده که در نهایت موجب افزایش نارضایتی مردم میشود.



برنامه و بودجه در اقدامی غیرقانونی آن را کاهش داد و با تاخیر به هیات دولت فرستاد. این در حالی است که طبق قانون هیات دولت موظف است تعرفه های جدید را قبل از آغاز سال جدید ابلاغ نماید. متاسفانه در این موضوع نیز ابلاغ تعرفه ها با تاخیر فراوان صورت می گیرد و جامعه پزشکی و مراکز پزشکی به شدت متضرر می شوند.

باید توجه داشت که سازمان برنامه و بودجه تنها یک عضو از شورای عالی بیمه متشکل از نمایندگان بیمه ها، وزیر بهداشت، نماینده دولت و نماینده جامعه پزشکی است که اگر نظری دارد باید به عنوان یک رای مطرح شود نه این که بعداً به صورت دستوری رای همه اعضا را نادیده بگیرد و تعرفه را کاهش دهد.

با ادامه این روند و با توجه به نرخ تورم و افزایش قیمت بی سابقه تجهیزات آزمایشگاهی و پزشکی، دندانپزشکی و بدون در نظر گرفتن استهلاک سرمایه و تعرفه های غیرواقعی در سال های آینده باید شاهد مهاجرت پزشکان و کاهش کیفیت خدمات و مداخلات غیرمجاز و... باشیم.

جامعه پزشکی در طول دوران های مختلف در کنار مردم بوده است و شرایط اقتصادی را درک می کند اما بخش عظیمی از هزینه های مردم باید از طرف بیمه ها پرداخت شود که متاسفانه عدم همراهی بیمه در پرداخت هزینه های درمانی مردم و مطالبات جامعه پزشکی باعث فشار مضاعف به جامعه پزشکی و مردم می شود.

دولت که متولی اصلی سلامت مردم است با درک شرایط جامعه پزشکی و نظام سلامت، باید در تعیین تعرفه ها در جایگاه درست بایستد و همچنین طبق درخواست رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی در تغییر ترکیب شورای عالی بیمه اقدامات لازم را انجام دهد.

اگر شعار دولت حمایت از مردم است نباید تصمیمی بگیرد که منجر به تورم پنهان در حوزه سلامت شود. تورم پنهان یعنی زیرمیزی های بیشتر، مجبور کردن مردم به آمدن به شهرهای بزرگ، افزایش خدمات و درمان های القایی و غیرضروری که در نهایت به ضرر مردم تمام خواهد شد.



شما بگوئید

زهرا یونسی

■ بیست و چهارمین همایش بین المللی آسیب شناسی و طب آزمایشگاه با پایان پاندمی کرونا و پس از دو سال به صورت حضوری در هتل المپیک تهران برگزار شد. این دوره از همایش را با توجه به گذراندن دو سال پرچالش اقتصادی و اجتماعی، تجربه افراد در استفاده از برنامه های غیرحضوری، پایان دوره فعالیت هیئت مدیره و معرفی داوطلبان جدید و همچنین تغییر مکان برگزاری، می توان به نوعی منحصر به فرد دانست. نظر شما را در مورد تمایل به شرکت حضوری یا غیرحضوری در همایش، راه های جلب مشارکت همگانی برای همکاری با انجمن در امور صنفی و همچنین انتظارات از هیئت مدیره جدید جویا شدیم.



دیدار همکاران حس متفاوتی دارد

دکتر رضا راس المالی

تقاضاهای صنفی را انجام دهند. در این صورت رای دهنده ها هم منفعل نخواهند بود و در مسئولیت ها مشارکت دارند. در مورد حضور در جلسه مجمع عمومی هم به نظرم همزمانی با باقی برنامه ها مانع افراد می شود و ضمن اینکه اطلاع رسانی هم خیلی خوب صورت نمی گیرد.

انجمن می تواند به تمام اعضا پیام بفرستد که افراد مطلع باشند. تا حدی هم شاید ما پاتولوژیست ها خیلی به این امور اهمیت نمی دهیم.

امسال همایش خوبی داشتیم. شخصا نسبت به وینار حس خوبی ندارم و خیلی ارتباط نمی گیرم و برنامه حضوری را ترجیح می دهم زیرا همین دیدار همکاران حس متفاوتی دارد. در مورد انتخابات اینکه تنها رای بدهیم و تمام مسئولیت ها را بردوش هیئت مدیره بگذاریم درست نیست و به نتیجه نخواهیم رسید. نماینده شهرستانها باید بخشی از مسئولیت ها را برعهده بگیرند و همه امور به هیئت مدیره واگذار نشود. شاخه های استانی هم می توانند پیگیری



یک هیئت مدیره قوی نیاز داریم

دکتر بابک خلیفه زاده

تجهیزات، وضعیت بیمه و پرداختها و ... یک هیئت مدیره قوی نیاز داریم که واقعا انرژی بگذارند و امیدوارم انجمن بتواند انگیزه کافی برای فعالیت هیئت مدیره ایجاد کند. هیئت مدیره ای که داوطلبانه کار کنند احتمالا زود خسته میشوند مخصوصا با این مشکلات کاملا حق دارند و امیدوارم موفق باشند. در مورد مجمع امسال یا در چند سال اخیر به نظرم این بی انگیزگی در همه زمینه های زندگی ما ایجاد شده نه تنها مشارکت در مثلا جلسه مجمع عمومی، بخاطر وضعیت خاص کشور کسی انگیزه ندارد.

واقعیت این است که ما پاتولوژیست ها بخاطر زمان زیادی که در آزمایشگاه سپری می کنیم ترجیح می دهیم که کنفرانس ها و جلسات علمی به صورت حضوری برگزار شود و فرصتی برای معاشرت و تبادل نظر با همکاران داشته باشیم، در این چند سال واقعا فقدان این دیدار حس می شد. همایش امسال هم خوب بود. مباحثی مطرح شد که بسیار کاربردی بودند.

در مورد هیئت مدیره جدید هم با توجه به مشکلات رشته پاتولوژی و هجومی که از طرف رشته های موازی در چند سال اخیر داشته و فشار نوسانات قیمت ارز و شرکت های



مزایای سمینار حضوری بسیار بیشتر از وبینار است

دکتر محمد حسین رسولی

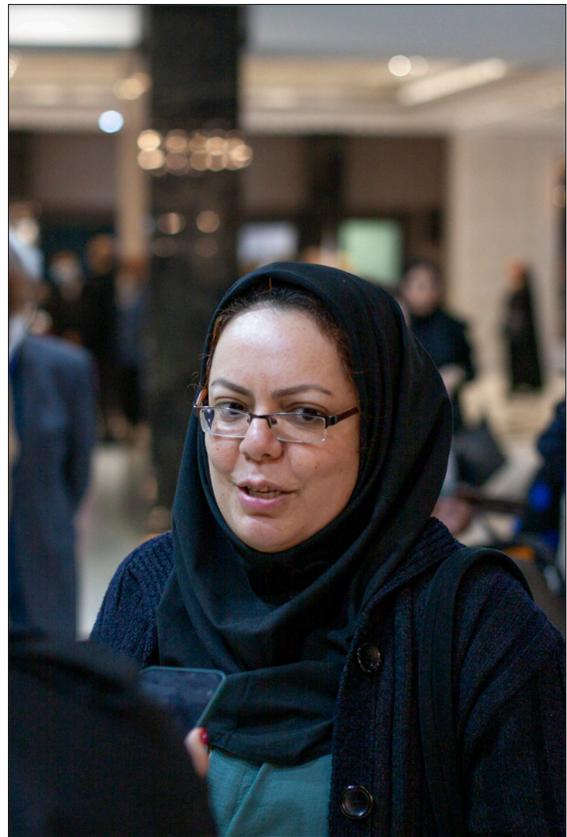
نتیجه آن انفعال و بی انگیزگی همکاران است. به افرادی نیاز داریم که با دید متفاوت و جدید بتوانند با راهکار قانونی و جدی ترمسایل را حل کنند. مشارکت خوبی در پاتولوژیست ها نیست چون جنبه عملی هیئت مدیره راضی کننده نیست. یکی از مشکلات حاضر ما رابطه پورسانتی غلط است من از انجمن سوال میکنم که شما در این مورد چه کردید؟ از طرفی بخشی از این انفعال ناشی از شرایط کنونی کل جامعه است. من دوست دارم کاندید شوم اما کاری نمی توانم انجام دهم چون شرایط و بستر مناسب برای کار درست در جامعه ما فراهم نیست.

مزایای برگزاری سمینار حضوری بسیار بیشتر از وبینار است چون فرصت ارتباط مستقیم با استادان وجود دارد اما در وبینار این امکان وجود ندارد و خیلی قابل استفاده نیست. در واقع وبینارهای این مدت هم بخاطر مشکلات اینترنت خیلی کاربرد نداشت. مباحث تئوریک همایش به نظرم خسته کننده بود اما کلاسهای عملی آموزنده و مفید بودند. در مورد هیئت مدیره من فکر میکنم در کشور همه چیز منفعل شده و خیلی هم کلی است در شغل ما خلاف های زیادی اتفاق می افتد اما مرجعی برای رسیدگی به آنها وجود ندارد و اگر هم هست چشمشان را بسته اند که

بیشترین کمک هیئت مدیره تلاش برای اصلاح تعرفه است

دکتر آتوسا قریب

همایش حضوری مزایای بیشتری دارد درست است که همایش غیرحضوری بخاطر شرایط خاصی که وجود داشت اجتناب ناپذیر بود اما طرح مباحث علمی و کیفیت برگزاری در برنامه حضوری بهتر است و دریافت بیشتری دارد. یکی از مزایای مهم همایش حضوری دیدار همکاران است همچنین شرکتها و محصولات جدید را می بینیم. امیدوارم روال برگزاری حضوری همایش ادامه پیدا کند هرچند برنامه های غیرحضوری هم مزایای خودش را دارد ولی زیبایی همایش به حضور و مشارکت فیزیکی افراد است. همایش امسال خیلی خوب بود برنامه ها بسیار پررنگ، جدید و قابل استفاده بودند و به نظرم جبران این چند سال که برگزار نشد هم بود. محل برگزاری امسال هم عالی بود. در مورد هیئت مدیره سالهاست که صحبت می شود انتظار من شخصا این است که بعنوان نماینده صنفی عمل کنند نه فقط نماینده علمی. بحث تعرفه ها در هر دو بخش سرجیکال و کلینیکال هست که واقعا نیاز به بازنگری دارد مخصوصا در بخش سرجیکال. در حیطه کلینیکال هم قیمت دستگاه ها هیچ تناسبی با تعرفه ندارد و خیلی واضح و ملموس شاهد افت کیفیت هستیم. بیشترین کمک اصلاح تعرفه ها است و همه همکاران حاضرند در زمینه هایی که نیاز هست به هیئت مدیره کمک کنند و امیدوارم اوضاع بهبود یابد.



مشکلات رشته به کم کاری وزارت خانه برمیگردد

دکتر سید امیر فرزام

هدف اصلی همایش تنویر افکار است که در همایش حضوری امکان پذیر است و در سیستم غیر حضوری فراهم نمی شود. وینارها راهکار خوبی بود برای تحقق نسبی اهداف آموزشی که در همان مقطع زمانی خاص خوب بود. من بسیار موافق برنامه حضوری هستم که در کنارش هم برنامه غیر حضوری باشد. همایش امسال بسیار خوب بود. کلاس ها سیستم صوتی و .. همه چیز خوب بود. در مورد هیئت مدیره جدید، مشکلات ما بسیار عمیق است و به چند دهه کم کاری وزارت خانه بر می گردد. من به سیستم نقد دارم نه به افراد چون سیستم غلط افراد را به جای اشتباه می برد و کار ما به صورت سیستماتیک ایراد دارد. نقاط قوتی هم اگر داریم بخاطر زحماتی است که عمده آن بر عهده استادان خوش نام این رشته بوده و ضعف های واضح هم بخاطر کم کاری وزارت خانه است چون از نظارت و پایش همیشه غفلت شده و اراده ای هم برای این نظارت نیست. ما میانگین عملکرد خوبی در هیئت مدیره داریم اما بخاطر همین ضعف سیستماتیک و عدم نظارت، بازدهی خوبی ندارد. به نظرم کار خاصی هم برای بهبود شرایط نمی توان انجام داد چون وزارت خانه موثر و راهبردی با نگرش منطقی و صحیح نداریم. همه ما در یک کشتی هستیم که در دریای طوفانی طی طریق می کند. اگر کمی متلاطم باشیم طبیعی است امیدوارم غرق نشویم.





برای حل مشکلات رشته نیاز به مشارکت همگانی است

دکتر محمدتقی حقی آشتیانی

مفصل تر و باشکوه ترین برنامه را برگزار می کنند. محتوای علمی امسال خیلی خوب بود در تمام قسمت های کلینیکال و آناتومیکال مباحثی که لازم و جدید بود مطرح شد. خوشبختانه در مورد تشخیص های مولکولی که در تمام دنیا بحث روز است صحبت شد. IHC ها بحث شد و از برنامه های مولکولار و تومورماکر ها خیلی استفاده کردم. در مورد انتخابات معتقدم هیئت مدیره ها کارهایی که باید را انجام می دهند، موضوع مهم مشارکت پاتولوژیست ها است که رای بدهند و حضور موثر داشته باشند اگر شرکت نکنند وظیفه عرفی خود را برای انتخاب افراد مناسب انجام نداده اند. من از همه خواهش میکنم مشارکت داشته باشند چه بعنوان رای دهنده چه کاندید چون نیاز به مشارکت همه است.

در همایش حضوری علاوه بر اینکه کارشناسان آزمایشگاه و افراد بسیاری از رشته های مختلف می توانند حضور داشته باشند، از نظر علمی هم مقالات و پنل های جدید مطرح می شود که بسیار قابل استفاده و مفید است. همچنین مجمع عمومی انجمن را داریم که مشکلات رو در رو با همکاران در میان گذاشته می شود و ضمناً همکاران تجدید دیدار می کنند. امسال مخصوصاً بعد از چند سال این دیدار همکاران بسیار دلچسب بود. همکاران عزیزم در انجمن زحمت بسیار کشیدند. دکتر منجم زاده، دکتر قهرمانی و هیئت مدیره انجمن زحمت بسیاری کشیدند که نتیجه قابل قبول این زحمات را می بینیم. افتخار می کنم که اولین همایش را من برگزار کردم و خوشحالم که همکاران جوانم هر سال بسیار



بهترین شکل همایش ترکیب برنامه حضوری و غیرحضوری است

دکتر کامیاب حصارى

استادان مطرح بین المللی در خارج از کشور و بینارها گزینه خیلی خوبی هستند. بهترین گزینه ترکیب این دو است.

اگر در کنار برنامه حضوری و بینارهای غیرحضوری هم برگزار شود در واقع از مزایای هر دو بهرمنند می شویم و این امکان را داریم که از استادان خارج از کشور هم استفاده کنیم. امسال من انتظار داشتم بعد از چند سال غیرحضوری همایش افت کند اما خوشبختانه خیلی خوب برگزار شد.

امسال استقبال خوبی از همایش شد و مباحث متنوع خوبی هم مطرح شد. به نظرم بسیار خوب و چالشی بود. من مسئولیت برنامه درماتوپاتولوژی را داشتم که خوشبختانه از طرف همکاران استقبال خوبی داشت. مباحث پاتولوژی گوارش هم خیلی مفصل بحث شد که جای تشکر دارد. به نظر من برنامه های غیرحضوری و بینارها هم می توانند بخشی از آموزش را برعهده بگیرند مخصوصا برای استفاده از



عکس: مسلم عرب باصری

دولت برای حفاظت از سلامت مردم تعارفه واقعی را اعلام کند

زهرا یونسی

بیست و چهارمین همایش سالانه آسیب شناسی و طب آزمایشگاه طی سه روز پذیرای گروه های مختلف آزمایشگاهی کشور بود و با حضور بیش از ۱۳۰۰ شرکت کننده مباحث علمی و صنفی مرتبط با این حوزه مورد بحث قرار گرفت. طبق روال سال های گذشته جشن افتتاحیه و جشنواره استادان دکتر مسلم بهادری و دکتر پرویز دبیری نیز در دومین شب همایش برگزار شد. در این مراسم دکتر محمد ریسی زاده ریاست سازمان نظام پزشکی کشور، دکتر عبدالحسین ناصری ریاست آزمایشگاه مرجع سلامت و دکتر سید فخرالدین حجازی دبیر کمیسیون انجمن های علمی گروه پزشکی وزارت بهداشت حضور داشتند و به رسم هر سال منتخبین جشنواره استادان معرفی و مورد تقدیر قرار گرفتند.



درخواست افزایش تعرفه از سوی جامعه پزشکی به معنای درخواست فشار بیشتر به مردم نیست. در واقع این وظیفه دولت، بیمه‌ها و حاکمیت است که برای حفاظت از سلامت مردم تعرفه واقعی را اعلام کنند

بیمه‌ها و حاکمیت است که برای حفاظت از سلامت مردم تعرفه واقعی را اعلام کنند. زیرا اگر این روند ادامه یابد آزمایشگاه‌ها مجبور به تعطیلی خواهند شد.

رییس انجمن علمی آسیب شناسی در ادامه به لزوم نظارت بیشتر بر روند تهیه کیت‌های آزمایشگاهی پرداخت و گفت: معاونت غذا و دارو تمام تمرکزش روی دارو است و هیچ توجه و نظارتی روی کیت و تجهیزات ندارند. یکی از مشکلات ما تهیه کیت است که از طرق مختلف وارد می‌شود و نظارتی به لحاظ کیفیت و قیمت وجود ندارد. این مشکلات حوزه تشخیص را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد.

وی در ادامه همچنین وجود آزمایشگاه آنلاین را یک سوداگری آشکار خواند و تاکید کرد این روند با توجه به مشخص نبودن نحوه نمونه‌گیری و همچنین نگهداری و تحویل آن به آزمایشگاه باید متوقف شود و مشخص نیست افراد با چه مجوزی وارد این حوزه می‌شوند. امینی‌فرد در پایان به وضعیت شغلی پاتولوژیست‌ها پرداخت و گفت: متأسفانه پاتولوژیست‌ها یکی از پایین‌ترین کارانه‌ها و دریافت‌ها را در میان سایر گروه‌های پزشکی دارند که باعث دل‌سردی در میان پاتولوژیست‌ها شده است. در برخی حیطه‌ها مانند

دکتر محمدرضا امینی‌فرد ریاست انجمن علمی آسیب شناسی به عنوان اولین سخنران ضمن خیرمقدم به میهمانان به اهمیت آزمایشگاه در تشخیص و درمان بیماری‌ها پرداخت و تاکید کرد با توجه به اینکه هفتاد درصد از تشخیص‌های درمانی در حوزه آزمایشگاه صورت می‌گیرد توجه به کیفیت خدمات این حوزه ضروری است.

امینی‌فرد با انتقاد از روند تعیین و اعلام تعرفه‌های پزشکی افزود تنها نزدیک به ۵ درصد از منابع کشور در حوزه بهداشت و درمان به آزمایشگاه تخصیص داده شده و این باعث می‌شود آزمایشگاه در انجام خدمات و به کارگیری تجهیزات به روز پسرفت کند.

رییس انجمن علمی آسیب شناسی همچنین به نوسانات قیمت ارز و مشکلات اقتصادی کشور اشاره کرد و گفت: وابستگی شدید آزمایشگاه به ارز در تعرفه دیده نمی‌شود و به دلیل این عدم تناسب، به روزرسانی تجهیزات و تکنولوژی بسیار مشکل شده و آزمایشگاه در تهیه کیت‌های معمول هم ناتوان است.

امینی‌فرد خطاب به دولت و بیمه‌ها افزود: درخواست افزایش تعرفه از سوی جامعه پزشکی به معنای درخواست فشار بیشتر به مردم نیست. در واقع این وظیفه دولت،



مسئولان باید آزمایشگاه را به عنوان یک مرکز اشتغال زا ببینند و به آن توجه کنند چون وضع آزمایشگاه بحرانی است و نباید بگذاریم این شغل بسیار حیاتی که قلب تپنده طب است از بین برود

برای تجهیزاتی که بهترین هستند مجبور به تهیه کیت هایی هستیم که بدون نظارت حرفه ای و به صورت قاچاق وارد می شوند زیرا شرکت های تجهیزات توانایی تامین کیت ها را ندارند. وی در ادامه خطاب به مسئولان گفت: مسئولان باید آزمایشگاه را به عنوان یک مرکز اشتغال زا ببینند و به آن توجه کنند چون وضع آزمایشگاه بحرانی است و نباید بگذاریم این شغل بسیار حیاتی که قلب تپنده طب است از بین برود چراکه آزمایشگاه با وضع موجود تبدیل به گورستان تجهیزات پیشرفته خواهد شد.

میکروب شناسی به اندازه ای تعرفه پایین است که کسی علاقه ای به سرمایه گذاری ندارد. در تعیین تعرفه باید در نظر داشته باشیم که برای احداث یک آزمایشگاه متوسط چیزی حدود بیست میلیارد تومان سرمایه اولیه نیاز است و با هزینه استهلاک و مکان امکان ندارد عقب ماندگی اقتصادی جبران شود.

دیگر سخنران این مراسم دکتر مجید میلانی ریاست بیست و چهارمین همایش سالانه آسیب شناسی و طب آزمایشگاه نیز با تایید سخنان دکتر امینی فرد به مشکلات تهیه کیت در آزمایشگاه پرداخت و گفت: امروز متأسفانه





امروز درمان بدون آسیب‌شناسی و یافته‌های آزمایشگاهی غیرممکن است و آسیب‌شناسان چشمان بینا و نافذ پزشکی دنیا هستند که بدون آنها نمی‌توان گام درست را برداشت



آزمایشگاهیان مظلوم ترین رشته در میان گروه پزشکی هستند و ما امروز باید در سیستم تصمیم‌گیری کشور با طرح و پیگیری خواسته‌هایمان بتوانیم حق پزشکان را بگیریم

دکتر محمد رییس زاده ریاست سازمان نظام پزشکی نیز در این مراسم، پاتولوژی را یکی از قدیمی‌ترین رشته‌های تخصصی پزشکی در کشور دانست و افزود امروز درمان بدون آسیب‌شناسی و یافته‌های آزمایشگاهی غیرممکن است و آسیب‌شناسان چشمان بینا و نافذ پزشکی دنیا هستند که بدون آنها نمی‌توان گام درست را برداشت.

رییس زاده در ادامه به چالش‌های آزمایشگاه‌های کشور پرداخت و تأکید کرد وضعیت موجود در جلسات متعدد مورد بحث بوده و در جریان آنها هستیم اما بحران‌ها نباید موجب افت کیفیت خدمات آزمایشگاهی و مخصوصاً کیفیت آموزش شود.

دکتر عبدالحسین ناصری ریاست آزمایشگاه مرجع سلامت دیگر سخنران این مراسم نیز ضمن تأکید بر اهمیت رشته پاتولوژی گفت: آزمایشگاهیان مظلوم‌ترین رشته در میان گروه پزشکی هستند و ما امروز باید در سیستم تصمیم‌گیری کشور با طرح و پیگیری خواسته‌هایمان بتوانیم حق پزشکان را بگیریم. یکی از مسائل مهم که در گروه آزمایشگاه دیده نمیشود تورم است. قیمت دستگاه‌ها و تجهیزات در تعرفه دیده نمیشود. کمیته تعرفه آزمایشگاه مرجع سلامت بسیار فعال است اما یکی از مسائل مهم در تعرفه ارائه راهکار است. اگر مدعی هستیم که قیمت واقعی تستی اعلام نشده لازم است این ادعا با ارائه مستندات باشد تا قابل دفاع باشد.

در ادامه برنامه با سخنرانی دکتر محمدرضا جلالی ندوشن دبیر جشنواره استادان دکتر بهادری و دکتر دبیری و بزرگداشت یاد مرحوم استاد دکتر مسلم بهادری، برگزیدگان دهمین دوره از جشنواره نیز معرفی شدند.

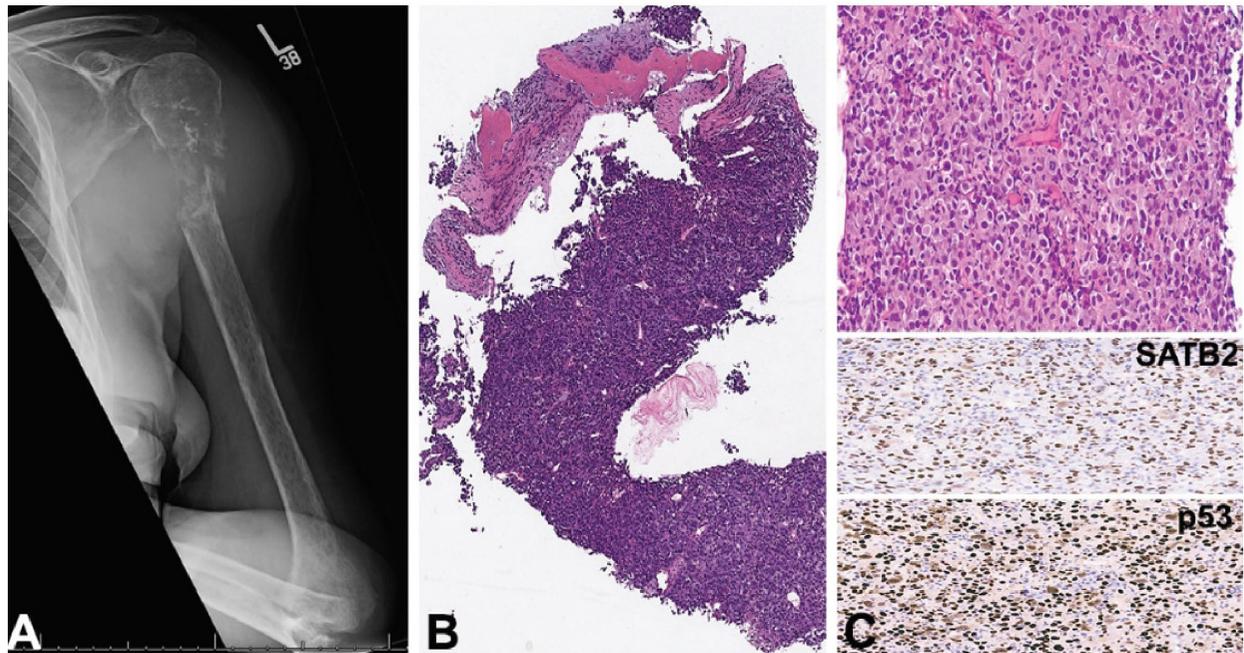
شناسایی یک جهش تشخیصی و ترانوستیک توسط NGS در سارکوم با درجه بالا استخوان بازو

ترجمه: دکتر مهدی منتظر فلوشیپ پاتولوژی مولکولی و سیتوژنتیک، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

بخش فوقانی تومور افزایش سیگنال سپتوم را نشان داد که بیانگر انکوندروما است، در حالی که بخش دیستال ضایعه، افزایش بی نظم و ناهمگن سیگنال به همراه یک توده بزرگ بافت نرم را نشان داد که از حفره مدولاری امتداد یافته است. این یافته های تصویربرداری مطرح کننده کندروسارکوم تمایز زدایی شده (dedifferentiated) بود. غدد لنفاوی برجسته زیر بغل مشاهده شد. با این حال، هیچ متاستاز دوردستی یافت نشد.

بیمار برای مدیریت بیشتر بیماری به مؤسسه ما ارجاع شد، جایی که قبل از دریافت بررسی MRI از مرکز اولیه، عکسبرداری با اشعه ایکس و سپس بیوپسی

خانم ۷۵ ساله با سابقه ملانوم محدود به ساعد راست که شش سال پیش جراحی اکسیژونال شده بود، با شکایت درد مداوم شانه چپ از دو ماه قبل مراجعه کرد. او در ابتدا با فیزیوتراپی و هیدروکودون درمان شد که تاثیری نداشت. بررسی اولیه در یک موسسه دیگر شامل عکسبرداری با اشعه ایکس از شانه چپ (شکل 1A) میشد که یک ضایعه لیتیک مخرب را در ناحیه پروگزیمال استخوان بازوی چپ همراه با یک شکستگی پاتولوژیک نشان داد. MRI (شکل 1D) یک تومور دوگانه به اندازه تقریبی ۷٫۵ سانتی متر را نشان داد که کورتکس خلفی-میانی استخوان بازو را از هم گسیخته و به بافت های نرم گسترش یافته است.

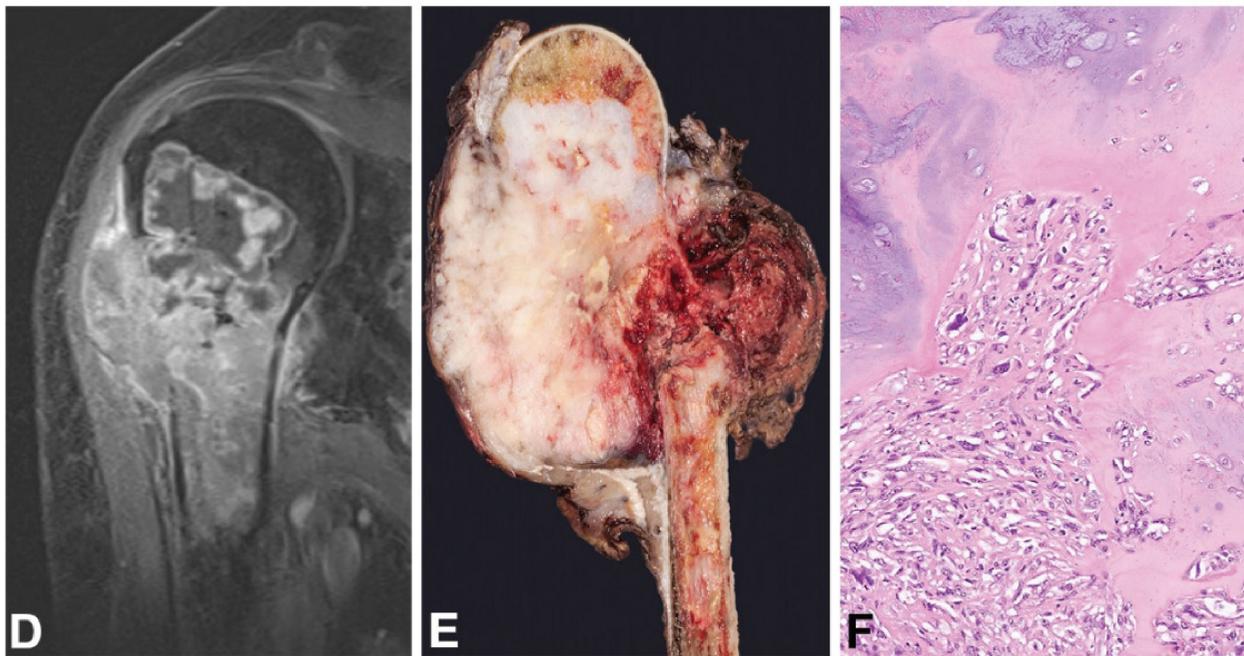


پروتئین SOX10، BRAF-V600E، پرتئین S100، پان کراتین و GATA3 منفی بودند (در شکل نشان داده نشده اند). شاخص پرولیفراسیون Ki-67 تقریباً ۹۰ درصد بود. وجود استئوئید با SATB2 و P53 مثبت، احتمال استئوسارکوم را به عنوان تشخیص اولیه یا به عنوان جزء تمایززدایی شده کندروسارکوم افزایش داد. از آنجایی که شیمی درمانی قبل از عمل معمولاً در موارد استئوسارکوم یا سارکوم تمایز نیافته و نه به طور معمول در موارد کندروسارکوم تمایززدایی شده انجام می شود، این تمایز از نظر بالینی مهم بود. تشخیص اولیه به شکل نئوپلاسم بدخیم درجه بالا، احتمالاً کندروسارکوم تمایززدایی شده، ارائه و بافت FFPE برای استخراج

سوزنی با هدایت اولتراسوند (شکل‌های 1B و 1C) انجام شد. برشهای بافت‌شناسی، صفحات سلول‌های اپیتلیوئید بزرگ با حاشیه‌های سیتوپلاسمی کاملاً مشخص با رسوب استئوئید و یک قطعه بسیار کوچک از غضروف آتیپیک را نشان دادند. تشخیص افتراقی مورفولوژیک اولیه شامل ملانوم متاستاتیک، کارسینوم متاستاتیک پستان و سارکوم با درجه بالا از جمله کندروسارکوم تمایززدایی شده بود. ایمنونوهیستوشیمی بر روی مقاطع بافتی ثابت شده در فرمالین و قالب‌گیری شده در پارافین (FFPE) نشان داد که سلولهای توموری برای SATB2 (شکل 1C-قسمت میانی) و p53 (شکل 1C-قسمت پایینی) مثبت و برای SOX9، MART-1،

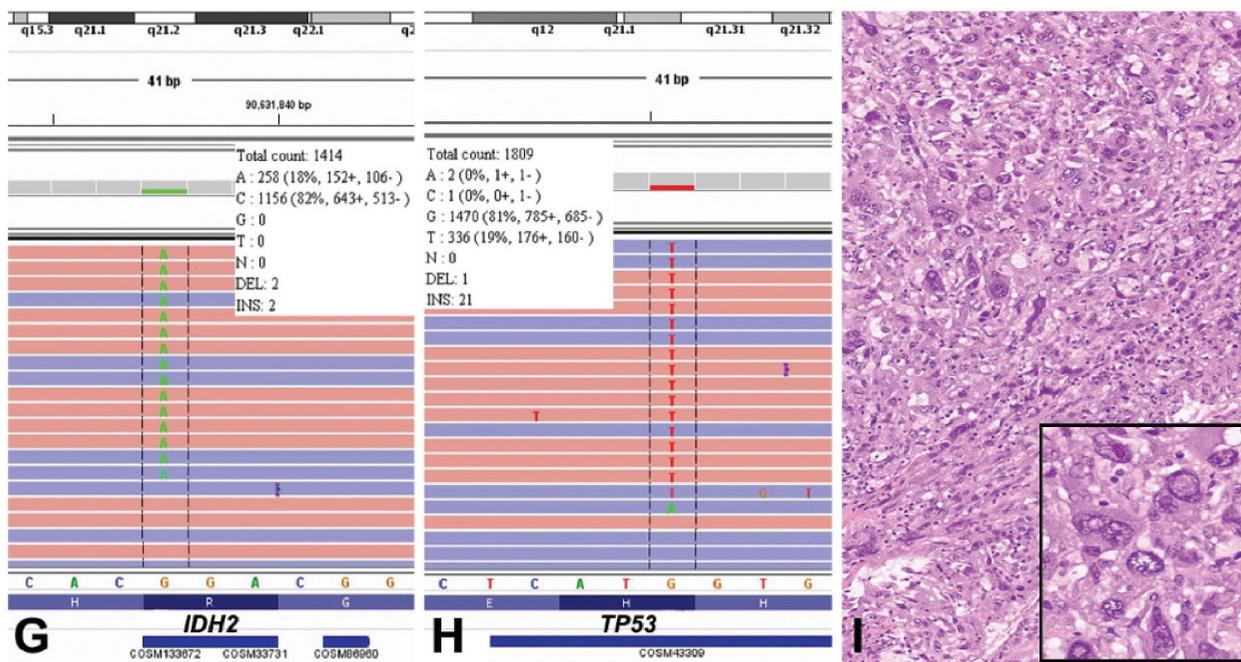
بیمار تحت رزکسیون رادیکال تومور (شکل 1E) با بازسازی اندوپروستتیک پروگزیمال هومروس چپ قرار گرفت. بررسی میکروسکوپی نمونه جراحی، نواحی جزئی از کندروسارکوم معمولی را نشان داد (شکل 1F). با این حال، اکثر تومور تمایز زدایی شده و با ویژگیهای آنپلاستیک درجه بالا، از جمله هسته های بزرگ و عجیب (bizarre) با شبه انکلوزیون، حاشیه هسته ای نامنظم، توزیع کروماتین متغیر، و سیتوپلاسم ائوزینوفیلیک بود (شکل 1، تصویر الحاقی - inset). بیمار سیکل اول درمان با مهارکننده IDH را دریافت کرده و پرتودرمانی توصیه شد. متأسفانه، بیمار در پیگیری گم شده (lost to follow-up) و چهار ماه پس از جراحی فوت کرد. جهش در ژنهای کدکننده آنزیم ایزوسیترات

DNA و توالی یابی نسل جدید هدفگیری شده (targeted NGS) به آزمایشگاه تشخیص مولکولی فرستاده شد. ما آنالیز جهشی را روی توالی یاب مبتنی بر نیمه رسانا تورنت (Thermo Fisher Scientific) با استفاده از پانل سفارشی شده ۵۰ ژن مرتبط با سرطان انجام دادیم. جهش در ژنهای IDH2 (NM_002168.2(IDH2):c.516G>T TP53 (NM_000546.5(TP53) p.R172S) و p.H179N (c.535C>A) شناسایی شدند (شکلهای 1G و 1H). هیچ جهشی در ژن BRAF دیده نشد. وجود جهش IDH2، یافته های اولیه رادیولوژیک، مورفولوژیک و ایمونوفنوتیپی کندروسارکوم تمایز زدایی شده را تایید کرد. بنابراین، بیمار واجد شرایط شرکت در کارآزمایی بالینی یک مهارکننده pan-IDH بود.



IDH2 در تومورهای سلول ژانت استخوان و تومورهای غضروفی گزارش شده است. پروتئین های جهش یافته IDH2 فعالیت های آنزیمی منحصر به فردی را کسب می کنند که موجب تسهیل تولید انکو متابولیت دی-۲-هیدروکسی گلو تارات شده که به نوبه خود آنزیم های وابسته به 2OG را مهار می کند. جهش IDH2-R172S در ۸۷ درصد انکندرومها و ۷۰ درصد همانژیومهای سلول دوکی همراه با بیماری اولیبر (Ollier) و سندرم مافوچی (Maffucci) یافت شده است. با اینحال، جهش های IDH1/2 را می توان در ۸۷ درصد کندروسارکوم های تمایز زدایی شده و ۳۰ درصد کندروسارکومهای معمولی نیز یافت. بعلاوه، جهشهای IDH1/2 در کدونهای ۱۳۲ و ۱۷۲ برای افتراق کندروسارکومهای تمایز زدایی شده از سارکوم

دهیدروژناز (IDH) ۱ و ۲ در چندین تومور، از جمله گلیوما، برخی از لوکمی های حاد، تومورهای غضروفی، کارسینومهای تیروئید، کلانژیوکارسینوم، سرطان پروستات، پاراگانگلیوما، کارسینوم کولورکتال و ملانوم مشاهده شده است. IDH2 در میتوکندری تبدیل ایزوسیترات به آلفا-کتوگلو تارات، که با نام ۲-اکسوگلو تارات (2OG) نیز شناخته می شود، را به عنوان بخشی از تبدیل پیرووات به گلو تارات در چرخه کریس کاتالیز کرده، و در نتیجه نقش مهمی در متابولیسم سلولی و تولید انرژی ایفا می کند. آنزیم هایی از جمله هیستون متیلازها و سایر هیدروکسیلازها برای عملکرد مناسب به 2OG وابسته هستند. در حالیکه جهش های سوماتیک IDH1/2 برای اولین بار در گلیوما توصیف شدند، جهش های خاص در باقیمانده آرژینین ۱۷۲



زا گزارش شده است. مطالعات نشان داده اند که پروتئینهای جهش یافته p53 نیمه عمر طولانی تری دارند که در اکثر موارد مانند بیمار ما منجر به مثبت شدن p53 در ایمونوهیستوشیمی می شود. در نتیجه، ایمونوهیستوشیمی p53 جایگزین خوبی برای وضعیت جهش TP53 است. مقدار یا کیفیت محدود نمونه می تواند منجر به تشخیص میکروسکوپی مبهم شود و بنابراین شناسایی جهش(های) خاص توسط NGS می تواند به تشخیص نهایی و مدیریت بیماری کمک کند. به طور خلاصه، این مورد نشان می دهد که چگونه ادغام داده های بالینی، رادیولوژیک، پاتولوژیک و مولکولی می تواند به پاتولوژیست ها در دستیابی به تشخیص صحیح کمک کند، که برای درمان شخصی شده بعدی بسیار مهم است.

پلئومورفیک فاقد تمایز استخوان کمک کننده هستند. فرآیند تمایززدایی، پیچیده بوده و کاملا شناخته نشده است. گزارش های ابتدایی، تغییرات ژنتیک مشابهی را در هر دو مؤلفه از جمله از دست دادن کروموزوم ۱۳ و بیان بالای p53 و همچنین در مؤلفه آناپلاستیک، آنوپلوئیدی شدید، از دست دادن هتروزیگوزیتی در جایگاه های دیگر و آمپلیفیکاسیون و حذف چندین کروموزوم دیگر را شناسایی کردند. جهش بدمعنی TP53 (missense) در بیمار ما (H179N)، در پایگاه داده های کاتالوگ جهش های سوماتیک در سرطان (Catalogue of Somatic Mutations in Cancer, COSMIC) در حداقل ۲۷ نمونه مختلف از جمله کارسینومهای اولیه دستگاه گوارش و یک مورد سارکوم بافت نرم به عنوان بیماری

تشکر و قدردانی:

حق نشر اصل این مطلب متعلق به Cap Today است. این ترجمه با اجازه ایشان انجام و منتشر شده و مسوولیت ترجمه به فارسی به عهده دکتر مهدی منتظر است.

منبع:

Ruiz-Cordero R, Meis JM, Broaddus RR. Identification by NGS of a diagnostic and theranostic mutation in a high-grade sarcoma of the humerus. Cap Today. January 2019.

پرولیفراسیون های سلول روشن در پوست: مروری برنمای هیستوپاتولوژی

بخش اول

دکتر فاطمه منتظر - درماتوپاتولوژیست دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر فریبا فلسفی نژاد - دستیار پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده:

پرولیفراسیون های سلول روشن شامل گروه هتروژنی از نئوپلاسم های اولیه پوستی و تومور های متاستاتیک با هیستوژنهای مختلف است.

بسیاری از این پرولیفراسیون های سلول روشن به طور چشم گیری در بررسی میکروسکوپی شبیه به هم هستند در نتیجه تشخیص را با چالش روبرو میکنند. در بسیاری از این ضایعات دلیل ظاهر روشن و رنگ پریده این سلول ناشناخته است. اما در تعدادی از موارد این ظاهر سلول روشن به دلیل تجمع داخل سیتوپلاسمی گلیکوژن، موسین یا لیپید است.

آرتیفکت حاصل از آماده سازی بافت ها و عوارض دژنراتیو نیز میتوانند بعنوان سایر دلایل مهم ظاهر روشن سلول های تکثیر شده مد نظر قرار گیرند. بررسی دقیق یافته های هیستوپاتولوژی به همراه تکنیک های هیستوشیمی و ایمونوهیستوشیمی برای تشخیص صحیح بسیار بااهمیت هستند. در این مقاله ویژگی های هیستوپاتولوژی ضایعات پوستی با پرولیفراسیون سلول های

روشن و ارزیابی یافته های هیستوپاتولوژی کاراکتریستیک این ضایعات با توجه ویژه به یافته هایی که به تشخیص افتراقی کمک میکند اشاره میشود و همچنین مارکرهای ایمونوهیستوشیمی که در راستای تشخیص و تشخیص افتراقی کمک خواهند کرد بررسی میشوند.

مقدمه

همان طور که پیش تر اشاره شد تومورهای پوستی با حضور سلولهای روشن از نظر بالینی و هیستوپاتولوژی یک گروه هتروژنوس هستند و در هر دو گروه سنی کودکان و بزرگسالان یافت میشوند.

این ضایعات میتوانند به صورت یک تومور پوستی اولیه یا متاستاتیک باشد. از نظر هیستوپاتولوژی این سلول نسبت به سلولهای اپی درم و ضمایم پوستی سیتوپلاسم رنگ پریده تر، روشن یا ائوزینوفیلیک تری دارد. این اتفاق میتواند به دلیل وجود موسین، لیپید، گلیکوژن و لیزوزوم های غیر طبیعی در سیتوپلاسم آنها و یا ثانویه به فرایند های دژنراتیو یا آرتیفکت باشد. تشخیص این ضایعات میتواند

کوچک خارج از مرکز دارند که این قرارگیری ثانویه به تجمع موسین داخل سیتوپلاسم است. همچنین سلول هایی که که به دلیل تجمع فیلامنت های متوسط، سیتوپلاسم هموزن ائوزینوفیلیک و هسته کوچک در قسمت محیطی دارند نیز، به عنوان سلول های سیگنت رینگ در نظر گرفته خواهند شد. (شکل D1) هسته این سلول ها معمولا هیپرکروم بوده و نمای هلالی دارد. سلول های سیگنت رینگ در تومور های متعدد از جمله تومور های اپیتلیالی تولید کننده موسین، SCC، ملانوما، لنفوم و بعضا در فرایندهای واکنشی حضور دارند.

سلول های فومی

سلول های فومی سیتوپلاسم میکرو واکوئله دارند (شکل 1E) و هسته گرد، بیضی یا تا حدودی زاویه دار دارند که به دلیل اثر فشاری واکوئل های داخل سیتوپلاسمی است. این سلول ها شبیه هیستوسیت های ضایعات گزانتوماتوز هستند.

سلول های سباسه (سبوسیت ها)

غدد سباسه ضمام پوستی هستند که در درم میانی قرار دارند و سلول های اصلی آنها سبوسیت است و مسول تولید سبوم هستند. این سلول ها در نمای هیستوپاتولوژی سیتوپلاسم وسیع و واکوئله دارند که دلیل آن تولید داخل سلولی قطرات چربی است (شکل 1F). ضایعات سباسه در رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی واکنش مثبت برای ادیوپیلین را نشان میدهند که این نکته در

چالش برانگیز باشد و اکثر اوقات نیازمند بررسی دقیق و با جزئیات هیستوپاتولوژی در همراهی با بررسی های هیستوشیمی و ایمونوهیستوشیمی است. در این مقاله مروری، تومورهای سلول روشن پوست را براساس منشا به گروه های "اپی درمال، ادنکسال، هیستوسیتیک، مزانشیمال، ملانوسیتیک و متاستاتیک" طبقه بندی میکنیم. مشخصات بالینی، هیستوپاتولوژی و ایمونوهیستوشیمی این تومورها نیز مورد بحث و بررسی قرار خواهد گرفت.

تغییرات سلول روشن

کراتینوسیت های روشن (رنگ پریده)

این سلول ها از حالت معمول بزرگتر هستند و سیتوپلاسم آنها نسبت به کراتینوسیت های نرمال اطراف روشن تر رنگ میگیرد (شکل یک A) و دلیل آن افزایش محتوای گلیکوژن ثانویه به کاهش فعالیت فسفوریلاز است.

به دلیل افزایش محتوی گلیکوژن سیتوپلاسمی این کراتینوسیت های رنگ پریده (شکل یک B) پرپروتیک اسید شیف (PAS) مثبت و حساس به دیاستاز هستند. حضور میزان فراوان گلیکوژن در سیتوپلاسم با میکروسکوپ الکترونی نیز قابل تایید است. سلول های روشن برخلاف سلول های رنگ پریده در رنگ آمیزی هماتوکسیلین ائوزین سیتوپلاسم خالی را نشان میدهند که دلیل آن واکوئلیزاسیون سیتوپلاسمی است. (شکل یک C)

سلول های سیگنت رینگ

در نمای هیستولوژی این سلول ها هسته

منشا این ضایعات یا حضور قسمتهایی حتی فوکال با نمای تیپیک یک نووس در بررسی دقیق هیستوپاتولوژی)

سلول های گرانولر

به لحاظ هیستولوژی سلول های گرانولر بزرگ و پلی گونال با هسته گرد و سیتوپلاسم انوزینوفیلیک و گرانولر هستند، (شکل ۱H) و حاوی مقدار فراوان لیزوزوم در بررسی های اختصاصی تر است. حضور سلولهای گرانولر میتواند در انواع بسیاری از تومور ها دیده شود و بنابراین این نما بعضا میتواند غیر اختصاصی باشد.

افتراق این ضایعات از سایر تومورهای سلول روشن پوستی بسیار با اهمیت است.

سلول های بالونی

سیتوپلاسم رنگ پریده و وسیع سلول های بالونی در ضایعات ملانوسیتی به دلیل تخریب واکوئلار ملانوزوم ها است. (شکل ۱G). سلول های بالونی میتوانند شبیه به ادیپوسیت ها، سبوسیت ها، سلول های RCC و هیستوسیت ها در گزانتوما باشد. برای تشخیص قطعی توجه به ویژگی های مورفولوژی و ایمونوهیستوشیمی این ضایعات بسیار حائز اهمیت است (مانند استفاده از مارکهای ملانوسیتی برای تایید

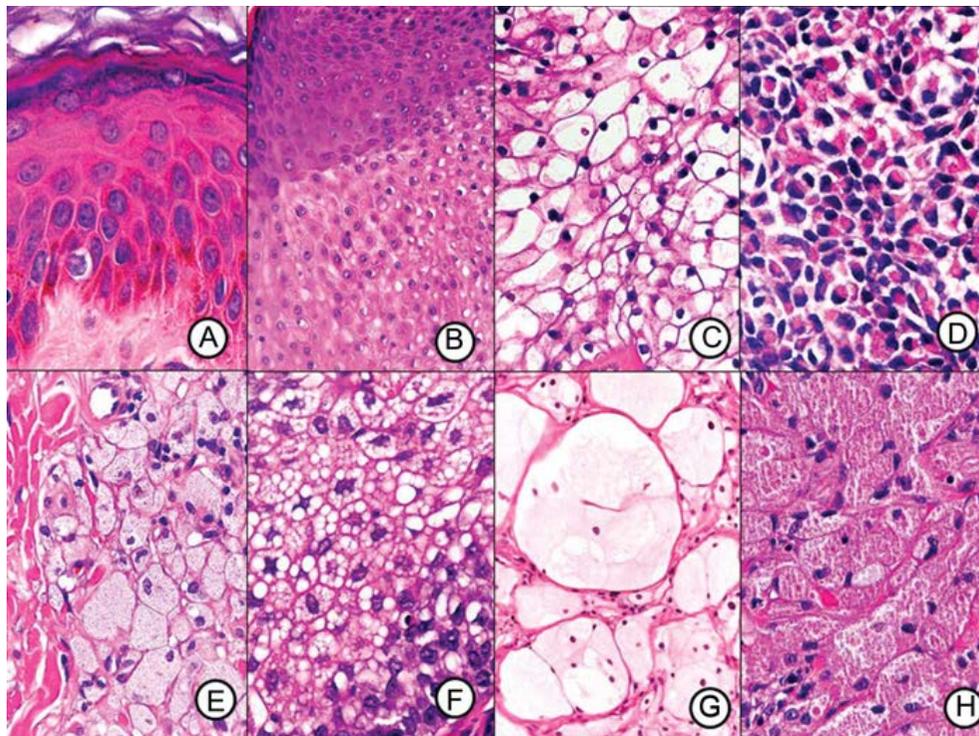


FIGURE 1. Different histologic appearance with hematoxylin–eosin stain of A. Normal keratinocytes. B, Pale keratinocytes. C, Clear cells. D, Signet-ring cells. E, Foamy cells. F, Sebaceous cells. G, Balloon cells. H, Granular cells.

سلول های Toker

سلول های Toker نوعی از سلول های اپیتلیالی هستند که با سیتوپلاسم روشن فراوان و هسته کوچک بدون اتیپی، در اپیتلیوم اسکواموس نیپیل خانمها و آقایان شناسایی میشوند. معمولا این سلول ها در لایه بازال اپی درم نزدیک به خروجی مجاری شیری قرار میگیرند. منشا و عملکرد این سلول ها به طور کامل شناخته نشده است. شناسایی این سلول ها و افتراقشان از بیماری پاژه نیپیل که با سرطان پستان همراهی دارد بسیار حائز اهمیت است. سلول های Toker برای مارکر Ck7 مثبت بوده که از این نظر مشابه اپیتلیوم نرمال پستان و سلول های بدخیم در بیماری پاژه نیپیل هستند. جهت افتراق توجه به این نکته ضروری است که سلول های بد خیم در بیماره پاژه پستان دارای هسته های اتیپیک بوده و قویا برای HER2 و CEA نیز مثبت هستند.

این سلول ها ممکن است با کویلووسیت ها (وابسته به HPV)، سلول های Toker نیپیل و سلول های نئوپلاستیک بیماری Bowen اشتباه شوند. بررسی ایمنونوهیستوشیمی در راستای افتراق کمک کننده است بدین صورت که سلول های دیسکراتوز پاژتوئید برای HMWCK مثبت هستند اما، LMWCK، EMA، CEA، S100، HPV را بیان نمی کنند.

آرتیفکت

در نمونه های بیوپسی تغییرات ناشی از آرتیفکت باید مدنظر قرار گرفته شود. درهیستولوژی حضور یک هاله دور هسته ای در اپیتلیوم میتواند به دنبال ثبوت ضعیف ایجاد شود. همچنین تزریق داخل جلدی داروهای بیحسی موضعی میتوانند منجر به ایجاد واکوئلیزاسیون در سلولهای اپیدرم شوند که عموما در نتیجه ادم موضعی در بازال لامینا اپیدرم رخ میدهد.

دیسکراتوز پاژتوئید

دیسکراتوز پاژتوئید اغلب به عنوان یک یافته اتفاقی در انواع متفاوتی از ضایعات گزارش میشود و دلیل احتمالی آن نقص در بلوغ سلولهای اپیدرم است. این سلول ها در واقع کراتینوسیت های بزرگی هستند که سیتوپلاسم روشن و هسته پیکنوتیک و متراکم دارند به همراه هاله روشن در اطراف هسته. بنابراین در نمای هیستوپاتولوژی این سلول ها شبیه سلول های پاژه پستانی و خارج پستانی است اما توجه شود که این سلولها اتیپی هسته ای ندارند. همچنین

پرولیفراسیون های اپیدرمی

۱- اکانتوم سلول روشن (clear cell acanthoma)

نام دیگر این ضایعه اکانتوم Degos است. این ضایعه معمولاً به شکل یک پاپول ریتماتوز با کلارت (یقه) اپیدرمی در محیط تظاهر پیدا میکند. در قسمت تحتانی پای بیماران بزرگسال و سالمند شایعتر است. در هیستوپاتولوژی هیپرپلازی پسوریازیفرم با حدود مشخص که در آن کراتینوسیت های رنگ پریده و بزرگ حاوی میزان فراوانی از گلیکوژن هستند. گلیکوژن بارنگ آمیزی

تایید میکنند. هیستوژنز این ضایعه همچنان مورد بحث است، بعضی نویسندگان معتقدند این ضایعه واریانته از سبورئیک کراتوز است درحالیکه سایرین این ضایعه را به عنوان بخشی از یک الگوی غیراختصاصی pale cell acanthosis reaction طبقه بندی می‌کنند. در سالهای اخیر ماهیت نئوپلاستیک این ضایعات سوال برانگیز شده است و بیشتر نویسندگان اعتقاد دارند این ضایعات راکتیو (واکنشی) است و نئوپلاسم واقعی نیستند.

PAS رنگ میپذیرد و حساس به دیاستاز است. سایر مشخصات این ضایعه از بین رفتن لایه گرانولر، نوتروفیل‌های داخل اپیدرمی پراکنده و دیلاتاسیون عروق خونی در درم فوقانی است. لایه بازال اپیدرم، اینفاندیبولوم و اکروسیرینژیوم درگیر نیستند. بررسی ایمونوهیستوشیمی از دست رفتن آنزیم فسفوریلاز در کراتینوسیتها را نشان می‌دهد. این آنزیم برای تجزیه گلیکوژن ضروری است. بررسی‌های تخصصی ترنیز حضور مقادیر زیاد گلیکوژن سیتوپلاسمی را

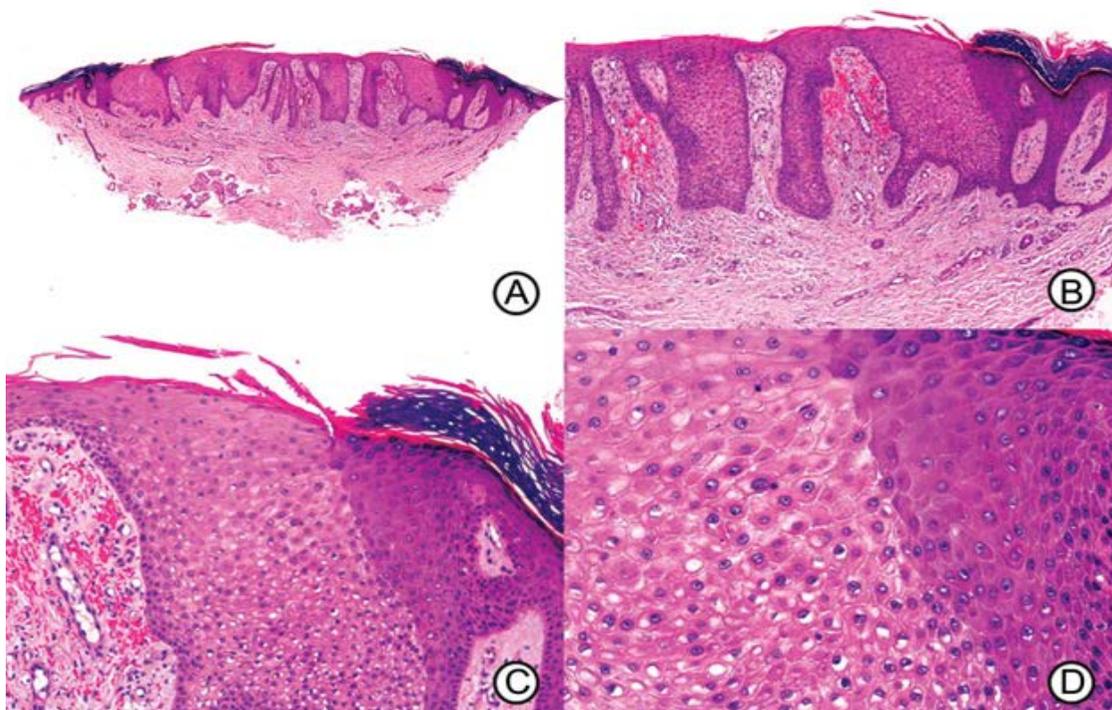


FIGURE 2. Clear cell acanthoma. A, A sharply demarcated psoriasiform hyperplasia of pale and enlarged keratinocytes. B, Sharp delimitation between lesion and normal keratinocytes. C, Lesional keratinocytes contain abundant glycogen. Note the loss of the granular layer in the lesional epidermis. D, Higher magnification showing the sharp separation between lesion and normal adjacent keratinocytes.

۲- سبورئیک کراتوز با حضور سلول (SK) روشن

سبورئیک کراتوز از جمله شایعترین نئوپلاسم های اپیتلیال پوست در بالغین است.

عموما از نظر بالینی بصورت پاپول منفرد یا متعدد بیضی تا حدودی برجسته و نمای شبیه تکه موم چسبیده روی پوست به رنگ قهوه ای تا مشکی مشخص میشوند. (stuck on). همه آن ها مشخصات بافت شناسی مشترکی را نشان می دهند شامل: آکانتوز، هیپرکراتوز، پاپیلوماتوز و حضور فراوان پسودوسیست های شاخی (horn pseudocysts)

انواعی از سبورئیک کراتوز با حضور تعداد زیادی سلول های روشن شناخته شده است. این سلول های روشن قویا با رنگ آمیزی پریودیک اسید شیف رنگ می پذیرند و حساس به دیاستاز هستند که مطرح کننده تجمع گلیکوژن و احتمالا تمایز تریکولمایی این ضایعات می باشد همچنین ممکن است مانند سایر ضایعات این نمای هیستوپاتولوژیک یک پدیده واکنشی باشد.

انواعی از سبورئیک کراتوز با حضور غالب سلول روشن در لایه بازال نیز دیده شده که تظاهر آن مشابه سبورئیک کراتوزی می باشد که با ملانوم درجا درگیر شده است (شکل ۳).

این سلول های روشن S100 و melan A را بیان نمی کنند اما برای ماکر HMWCK903

مثبت هستند

رنگ آمیزی PAS حضور گلیکوژن را به عنوان علتی برای این سلولهای روشن تأیید نکرد و CD34 منفی بود که نشان میدهد تمایز تریکولمایی وجود ندارد.

احتمال داده میشود که اختلال در بیان 14CK5/ ممکن است عامل این تغییر غیرمعمول باشد که می تواند منجر به یک پدیده متابولیک دژنراتیو با درگیری لیزوزوم ها باشد.

در انتها میتوانیم دو واریانت نادر هیستولوژی سبورئیک کراتوز با نمای روشن را معرفی نماییم :

سبورئیک کراتوز آدامانتینوئید که با حضور آشیانه های داخل اپیدرمی از سلول هایی با سیتوپلاسم آبی و گرانولر مشخص میشود و این دسته های سلولی ظاهر رنگ پریده تری را در این نواحی ایجاد می کنند. رسوبات داخل سلولی منجر به شباهت ظاهری به نمای هیستوپاتولوژی آدامانتینوما می شود و علت نام گذاری این زیرگروه است.

- سبورئیک کراتوز با نمای سودوروزت که نمای شاخص آن، آرایش شعاعی کراتینوسیت های بازالوئید در اپیتلیوم آکانتوتیک و اطراف فضاهای خالی و کوچک مرکزی است و این نما منجر به تشکیل سودوروزت می شود. فضای بین سلولی این ضایعات می تواند نمای روشن ایجاد کند.

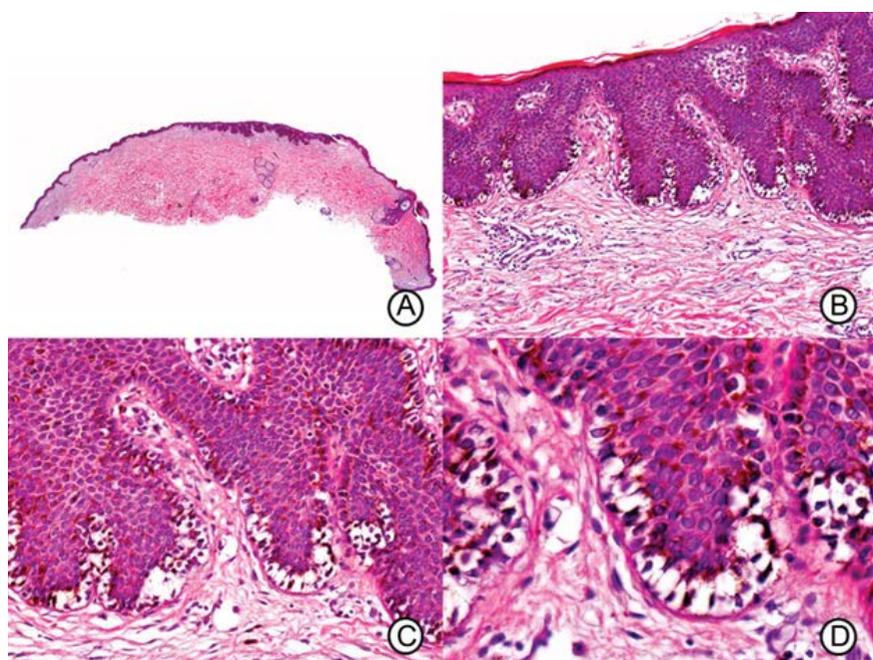


FIGURE 3. Seborrheic keratosis with clear cells predominantly along the basal layer. A, Scanning magnification showing a basaloid acanthoma. B, Clear cells are seen at the basal layer of the epidermis of the lesion. C, Clear cells show vacuolated cytoplasm and melanin pigment, mimicking melanoma in situ. D, Higher magnification of clear cells at the epidermal basal layer.

براساس مطالعات ایمونوهیستوشیمی منشا این ضایعات غدد اکرین است. سایر نویسندگان معتقدند که از منشا سلول های تاکر (toker) هستند و جزء خوش خیم پایه خارج پستانی هستند و بنابراین انجام پیگیری بیمار توصیه می شود هرچند هرگز تغییرات بدخیم دیده نشده است.

۴- بازال سل کارسینوما سلول روشن (Clear Cell Basal Cell Carcinoma)

بازال سل کارسینوما یک تومور بدخیم پوستی با رشد آهسته است. تظاهرات این ضایعات معمولاً به صورت ماکول، پاپول، ندول یا پلاک قرمز است و به صورت شایعتر بر روی پوست در معرض آفتاب رخ می دهند. از نظر بالینی سطح این ضایعات می تواند تلانژکتازی با نمای arborizing داشته باشد. زخمی شدن شایع است. واریانت های بافت شناسی زیادی برای این تومور توصیف شده است.

۳- پاپولوزیس سلول روشن (Clear Cell Papulosis)

این ضایعه یک اختلال بسیار نادر است که بیشتر در کودکان آسیایی گزارش شده است. ماکولوپاپول های متعدد هیپوپیگمانته در یک آرایش خطی در موازات خطوط شیری در قسمت قدامی قفسه سینه و پوست شکم قرار می گیرند. به لحاظ هیستوپاتولوژی مشخصه آن حضور تعداد زیادی سلول روشن یا رنگ پریده است که به صورت واحدهای مجزا در همه سطوح اپیدرم پخش شده اند. این سلول های روشن حاوی موسین هستند که با رنگ آمیزی PAS، آلتین بلو، موسیکارمین مشخص می شوند. این سلولها مارکرهای CEA,CKAE1/AE3,CK7,CAM5. 2,EMA و GCDFP-15 را بیان می کنند اما برای CD1a,S100 و HMB45 منفی هستند. منشا سلول های روشن در پاپولوزیس سلول روشن تایید نشده است.

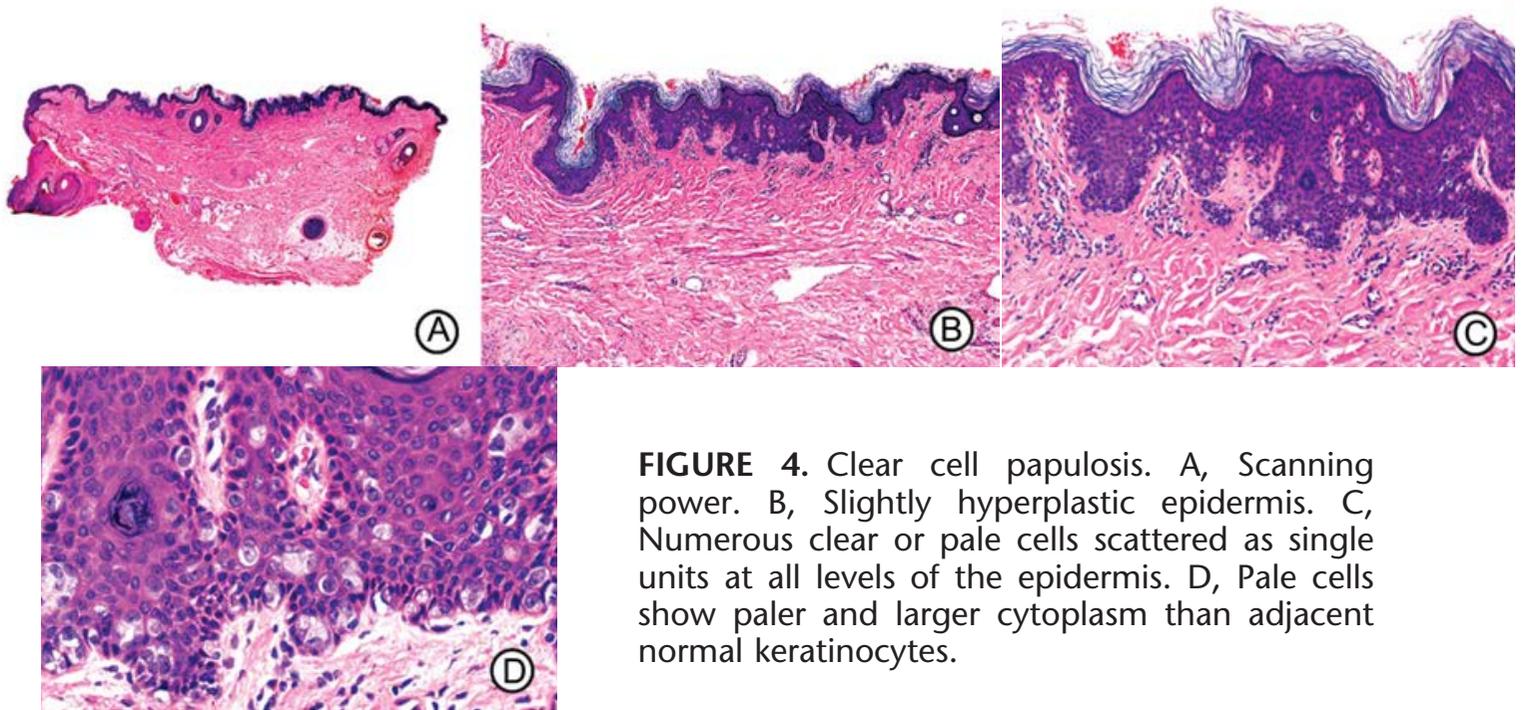


FIGURE 4. Clear cell papulosis. A, Scanning power. B, Slightly hyperplastic epidermis. C, Numerous clear or pale cells scattered as single units at all levels of the epidermis. D, Pale cells show paler and larger cytoplasm than adjacent normal keratinocytes.

باشند. در BCC سلول روشن به طور تپیک نواحی سلول روشن به همراه نواحی با نمای معمول (conventional Areas) تومور مشاهده می‌گردد.

چنانچه این نواحی معمول براحتی قابل شناسایی نباشد سایر نئوپلاسم های سلول روشن باید مد نظر قرار گرفته شود. همچنین BCC سلول روشن باید از BCC سیگنت رینگ (signet ring) افتراق داده شود. در این واریانت، انکلوزیون های داخل سیتوپلاسمی، هسته را به شکل انگشتر فشرده می‌سازد. این انکلوزیون ها که قویا CK مثبت هستند از طریق تجمع فیلامان های متوسط و تونوفیلان ها بوجود می‌آیند و احتمالاً به دلیل شاخی شدن نابه جا ایجاد می‌شوند.

بازال سل کارسینوما سلول روشن (شکل ۵) بصورت مشخص حاوی جزء سلولی با سیتوپلاسم شفاف و بعضاً کف آلود و هسته گرد تا بیضی شکل هستند. این سلول ها به صورت منتشر برای BerEP4 مثبت و برای EMA, CEA, S100, PAS با یا بدون دیاستاز منفی هستند.

برخی از نویسندگان اعتقاد دارند که تغییرات سلول روشن به دلیل تمایز تریکولمایی است اما بررسی های اختصاصی تر پدیده دژنراتیو لیزوزومی را به عنوان علت احتمالی نشان داده اند. همچنین برخی نویسندگان عنوان می‌کنند که تغییرات لیزوزومی مشابهی عامل ایجاد واریانت گرانولر BCC است بنابراین هم واریانت روشن و هم گرانولر می‌توانند جزئی از یک طیف

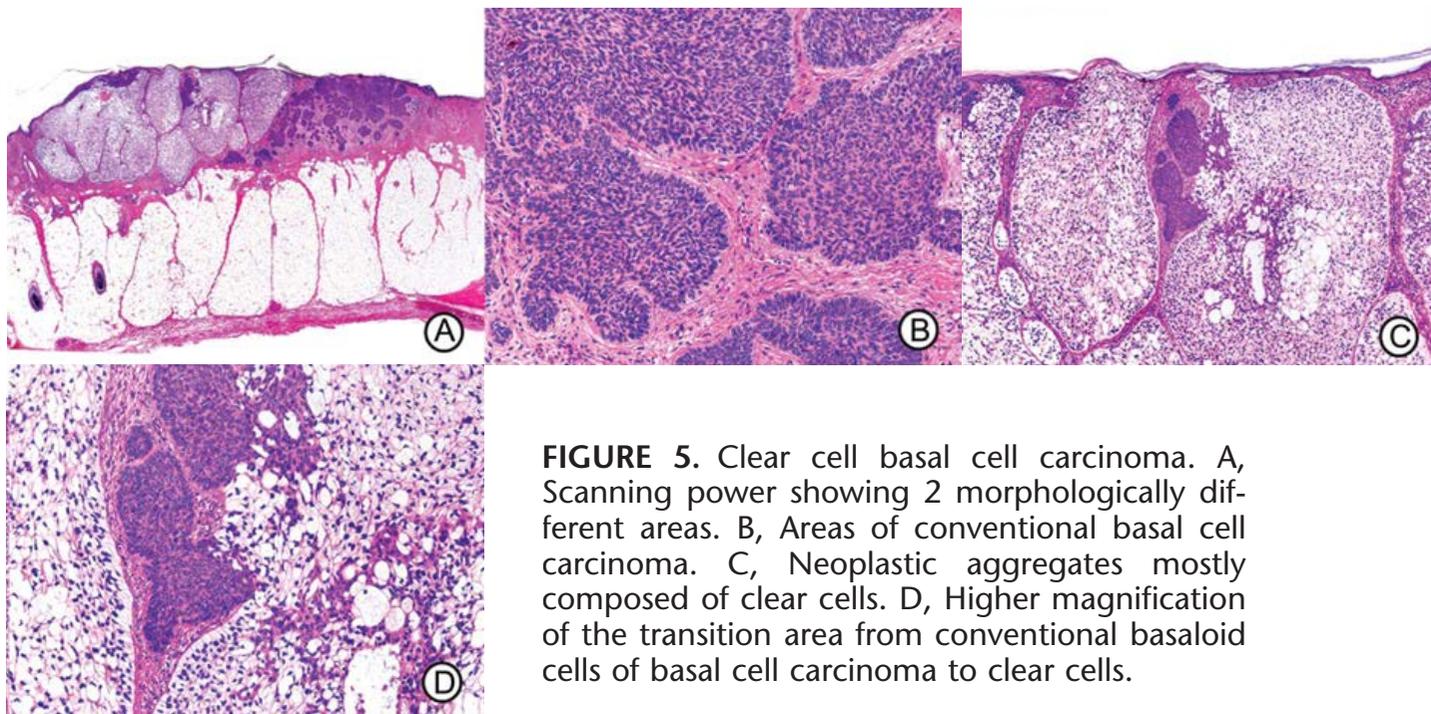


FIGURE 5. Clear cell basal cell carcinoma. A, Scanning power showing 2 morphologically different areas. B, Areas of conventional basal cell carcinoma. C, Neoplastic aggregates mostly composed of clear cells. D, Higher magnification of the transition area from conventional basaloid cells of basal cell carcinoma to clear cells.

های خشن PAS مثبت با دیاستاز حساس در این نئوپلاسم ها شناسایی شده اند و همچنین مشخص شده است که آنتی ژن هایی که در سلول های روشن غلاف خارجی ریشه موجود دارند در SCC اینسایتو سلول روشن هم بیان میگردند.

(CK8, 12, CAM5. 2, CK15, cellular retinoic acid binding protein II)

بر این اساس میتوان بیان نمود که افتراق این نوع اسکواموس سل کارسینوم از تریکولمال کارسینوما میتواند چالش برانگیز باشد. و البته این افتراق با اهمیت است زیرا پیش آگهی این تومور ذکر شده بهتر از SCC است. (در بخشهای بعدی به مشخصات افتراقی بین این دو نوع تومور اشاره خواهیم داشت)

۵- اسکواموس سل کارسینوم سلول روشن (Clear Cell Squamous Cell Carcinoma)

SCC دومین سرطان پوستی شایع است. در بالغین اکثرا به صورت یک پاپول، پلاک یا ندول قرمز هیپرکراتوتیک یا زخمی تظاهر می یابند. تغییرات فوکال سلول روشن در SCC نسبتا شایع است اما موارد اندکی با میزان قابل توجهی از حضور سلول های روشن نیز توصیف شده است (شکل ۶ و ۷) منشا تغییرات سلول روشن در بسیاری از موارد ناشناخته است.

سلول های روشن در این تومورها حاوی گلیکوژن، لیپید یا موسین نیست. منشا احتمالی این سلول های روشن تمایز غلاف خارجی ریشه مو است. بر این اساس که وجود تعدادی گرانول

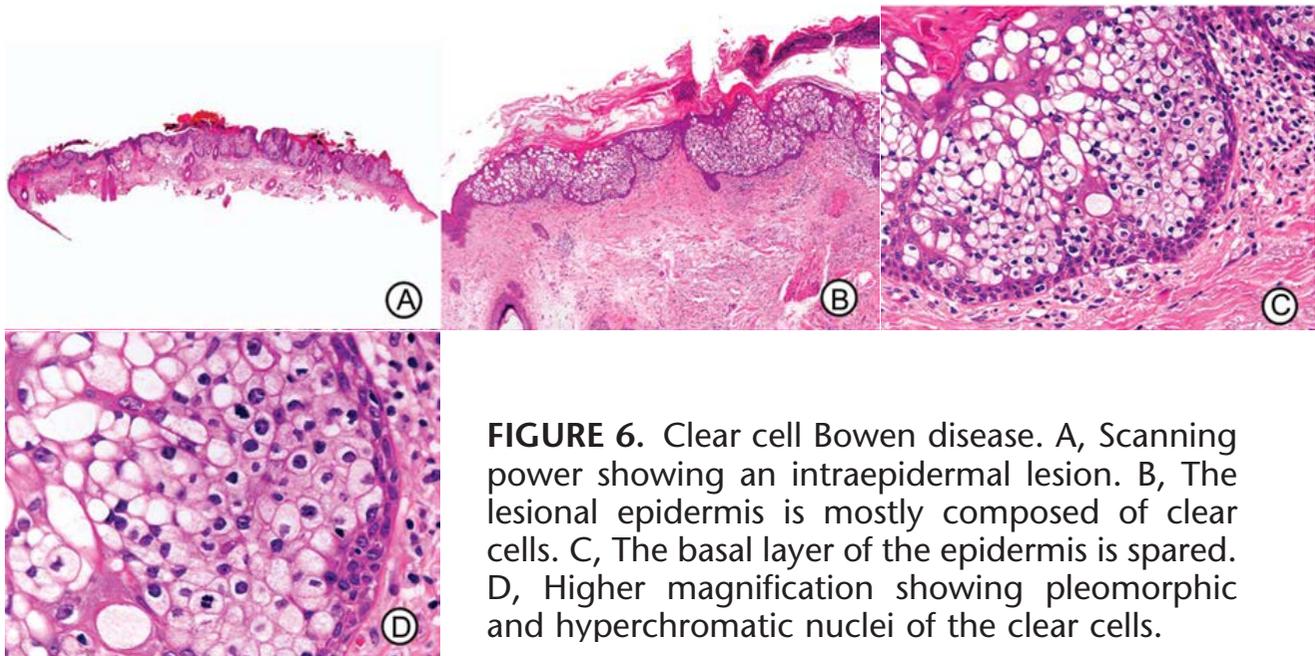


FIGURE 6. Clear cell Bowen disease. A, Scanning power showing an intraepidermal lesion. B, The lesional epidermis is mostly composed of clear cells. C, The basal layer of the epidermis is spared. D, Higher magnification showing pleomorphic and hyperchromatic nuclei of the clear cells.

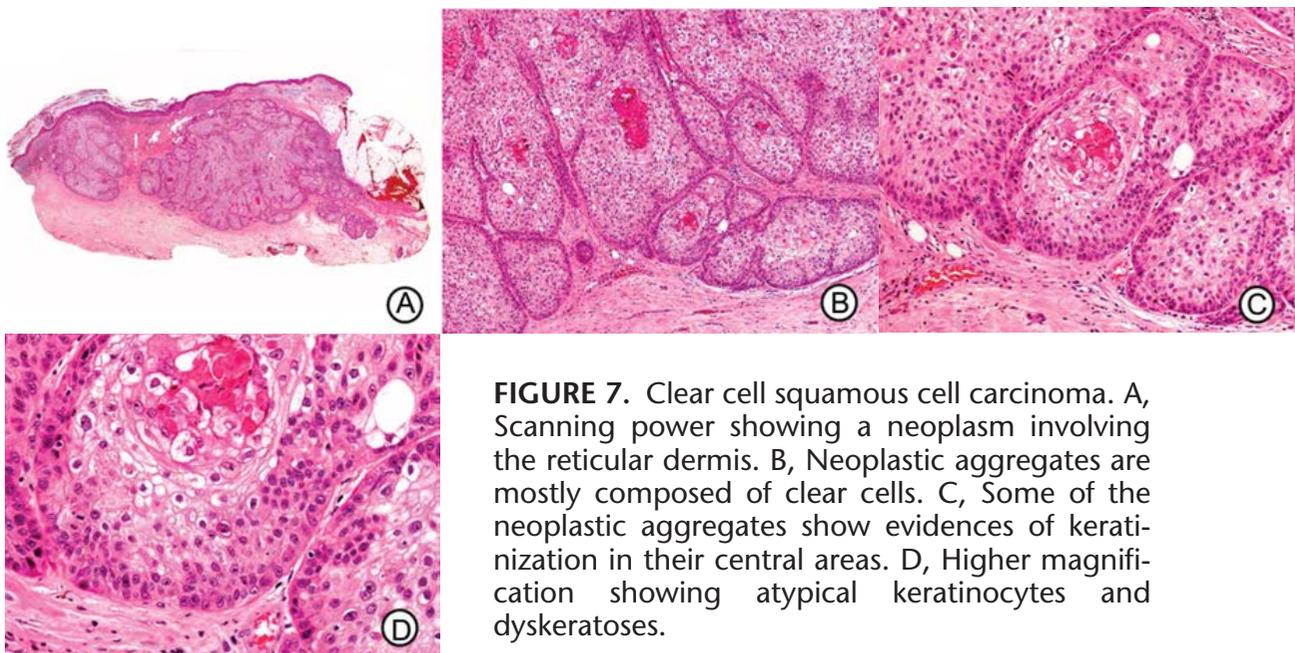


FIGURE 7. Clear cell squamous cell carcinoma. A, Scanning power showing a neoplasm involving the reticular dermis. B, Neoplastic aggregates are mostly composed of clear cells. C, Some of the neoplastic aggregates show evidences of keratinization in their central areas. D, Higher magnification showing atypical keratinocytes and dyskeratoses.

گزارش موردی

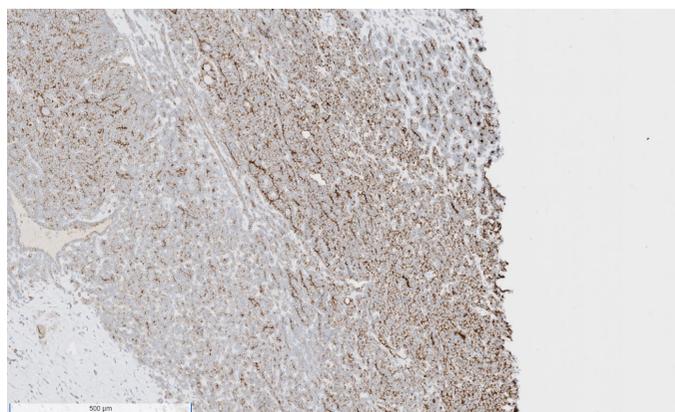
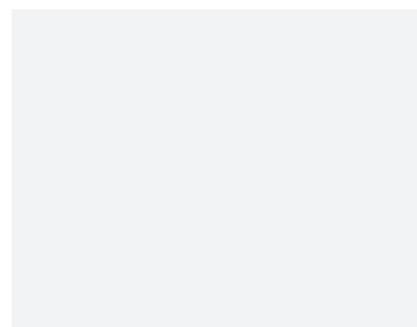
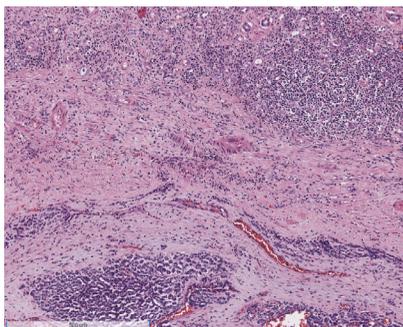
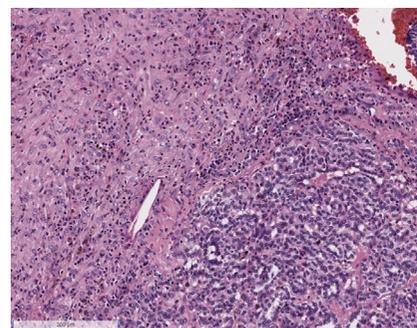
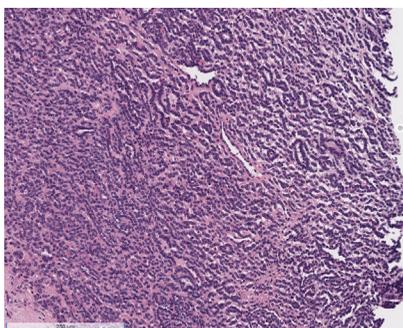
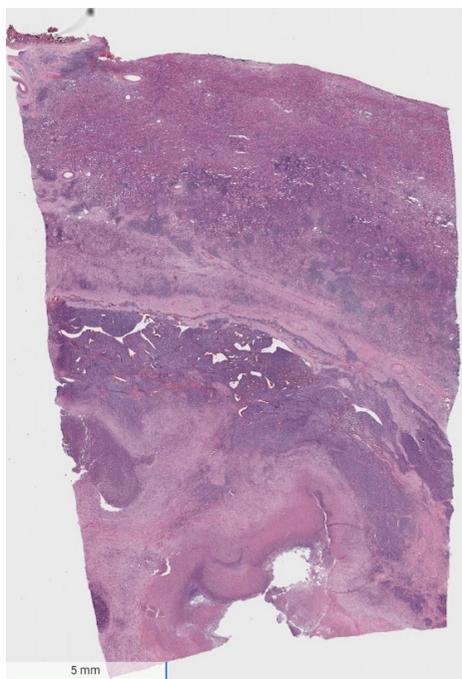
دکتر آتوسا قریب

متخصص آسیب شناسی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

1

شرح حال

خانم میانسال به دلیل توده کلیه تحت عمل جراحی قرار گرفته است. تصاویر زیرنمای میکروسکوپی ضایعه را نشان میدهند. تصاویر ۵ و ۶ مربوط به ایمنونوهیستوشیمی مارکرهای WT1 و ALk هستند. تشخیص چیست؟

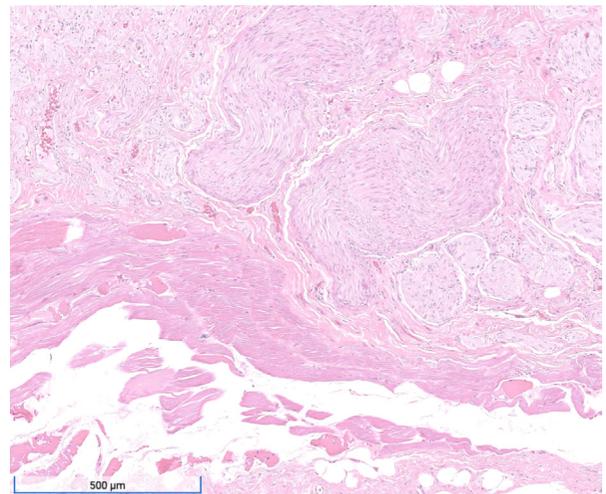
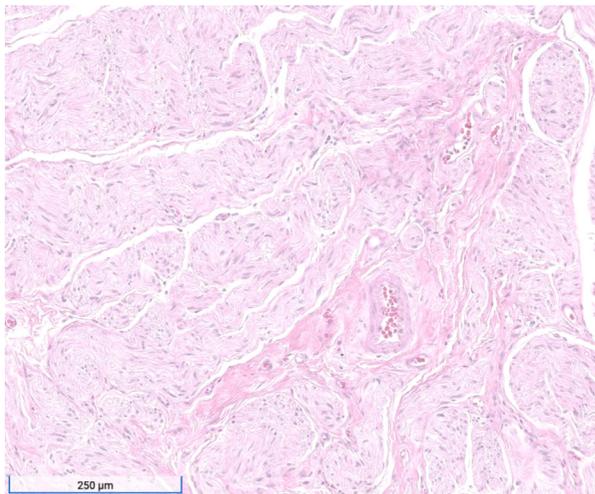
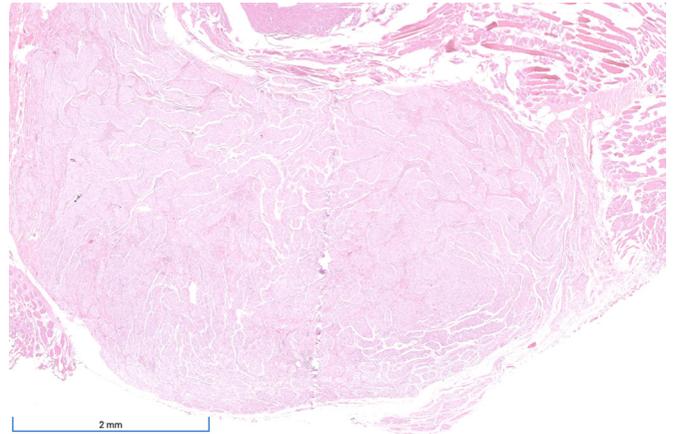
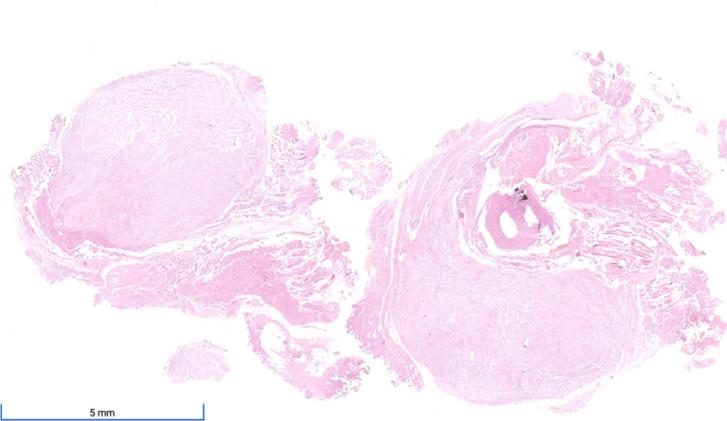


گزارش موردی

2

خانم ۷۵ به دلیل توده پاروتید تحت عمل جراحی قرار گرفته است. سابقه ای از بدخیمی وجود ندارد و بیوپسی قبلی نیز خوش خیم گزارش شده است. تشخیص چیست؟

شرح حال



1

بافت‌شناسی

■ نمونه فوق‌موردی نامعمول و بسیار جالب از میان تومورهای کلیه است. از لحاظ مورفولوژی قسمت اعظم نمونه نمایی شبیه به آدنوم متانفریک دارد، یعنی متشکل از توبولهای کوچکی است که از سلولهای آبی رنگ با سیتوپلاسم اندک در یک زمینه هیالینیزه درست شده‌اند که اصطلاحاً نمایی شبیه اثر انگشت ایجاد می‌کند. در مقابل نواحی کمتری با نمای پاپیلاری دارای سلول‌هایی با کروماتین بازتر وجود دارند که با کانونهای وسیع نکروز و ارتشاح نوتروفیلی آمیخته‌اند. در اسلایدهای ایمونوهیستوشیمی بخشی از سلولها برای WT1 و ALK رنگ‌پذیری هسته‌ای دارند. در بررسی مولکولی نیز بازآرایی ژن ALK یافت شد.

بحث

زیرا مسیرهای سلولی ایجاد کننده هر یک متفاوت هستند (موتاسیون BRAF در آدنوم متانفریک و تریزومی کروموزوم ۷ و ۱۷ در کارسینوم پاپیلاری گرید پایین) مگر در صورتی که هر دو مرتبط با متانفریک استرومال تومور باشند که در این نمونه اثری از آن وجود نداشت. به طور خلاصه این مورد مثالی از طیف مورفولوژیک بسیار وسیع کارسینوم سلول کلیوی مرتبط با بازآرایی ALK هست. موارد مشابه این مورد در همراهی با بازآرایی ALK اخیراً گزارش شده‌اند.

■ بخشهای عمده‌ای از تومور به ظاهر با تشخیص آدنوم متانفریک مطابقت دارند. اگرچه وجود نواحی با نمای پاپیلاری دارای سلول‌هایی با کروماتین بازتر در این ضایعه نامعمول است. نواحی نکروز در کنار مورفولوژی شاید تومور کامپوزیت - Metanephric adeno - Wilms tumor را مطرح سازد ولی در حقیقت اثری از جزء اپیتلیال کلاسیک ویلمز مانند توبولهای مفروش با سلولهای استوانه‌ای و میتوز قابل مشاهده وجود ندارد. متانفریک آدنوم معمولاً تومور کامپوزیت با کارسینوم پاپیلاری تشکیل نمی‌دهد.

ALK rearranged renal cell carcinoma

تشخیص نهایی

2

بافت‌شناسی

■ ضایعه متشکل از تکثیر نامنظم دستجات اعصاب محیطی لابلای بافت اسکار است. حدود ضایعه مشخص بوده ولی فاقد کپسول است و توسط ایفای عضله اسکلتی احاطه شده است.

بحث

تشخیص افتراقی مطرح است. نوروفیبروم یک تومور خوش‌خیم حاوی کلیه اجزای غلاف عصبی بوده و دارای زمینه‌ای هیالینیزه اغلب همراه تعدادی ماست سل هست. احاطه شدن نورومای تروماتیک توسط عضله اسکلتی نباید با تهاجم موضعی اشتباه شود. دقت به وجود بافت اسکار بینابینی و اخذ شرح حال دقیق از بیمار بسیار در این زمینه کمک کننده است.

■ تروماتیک نوروما ضایعه‌ای غیر نئوپلاستیک است که عمدتاً در زمینه سابقه‌ای از تروما مانند بیوپسی یا محل عمل قبلی ایجاد می‌شود. ضایعه حاوی آکسون و سلوهای شوان است، بر خلاف شوانوم که در تشخیص افتراقی این ضایعه قرار دارد و فقط حاوی سلولهای شوان می‌باشد، کپسول دار بوده، دارای عروق خونی هیالینیزه و نواحی پرسلول و کم سلول است. در این میان نوروفیبروم نیز به عنوان یک

Traumatic neuroma of parotid

تشخیص نهایی

ممیزی سیستم مدیریت کیفیت در آزمایشگاه پزشکی بخش سیزدهم

دکتر کاظم وطن خواه | دکترای پزشکی مولکولی، مدیرکل آزمایشگاه مرجع سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

Email: Vatankhah.1347@gmail.com

سوال ۳۲ چک لیست ۱۱۰ سوالی ابلاغی آزمایشگاه مرجع سلامت وزارت متبوع

الزامات فنی کارکنان آزمایشگاه

سطوح کاری مختلف را با یکدیگر نشان می دهد.

۲-۳۲: کارکنان در مورد سلسله مراتب سازمانی آگاهی کامل دارند.

روش ارزیابی:

- بررسی نمودار سازمانی و اطمینان از این که کارکنان در سطوح کاری مختلف، شامل: مسئولین، کارکنان خدماتی و پشتیبانی، کارکنان پذیرش و نمونه گیری و غیره، در آن دیده شده اند. (در صورتیکه آزمایشگاه زیر مجموعه یک سازمان بزرگتر باشد، جایگاه آزمایشگاه در آن سازمان در نمودار سازمانی مشخص شده است)

از این جلسه الزامات فنی آزمایشگاه در قالب چک لیست ۱۱۰ سوالی را مورد بررسی قرار می دهیم. شروع بررسی این الزامات با بحث مدیریت کارکنان موضوع سوالات ۳۲ تا ۳۹ چک لیست است.

سوال سی و دوم: نمودار سازمانی کارکنان که سلسله مراتب پست های مختلف و ارتباط آنها را با یکدیگر مشخص می کند، مکتوب شده است.

سنجه ها:

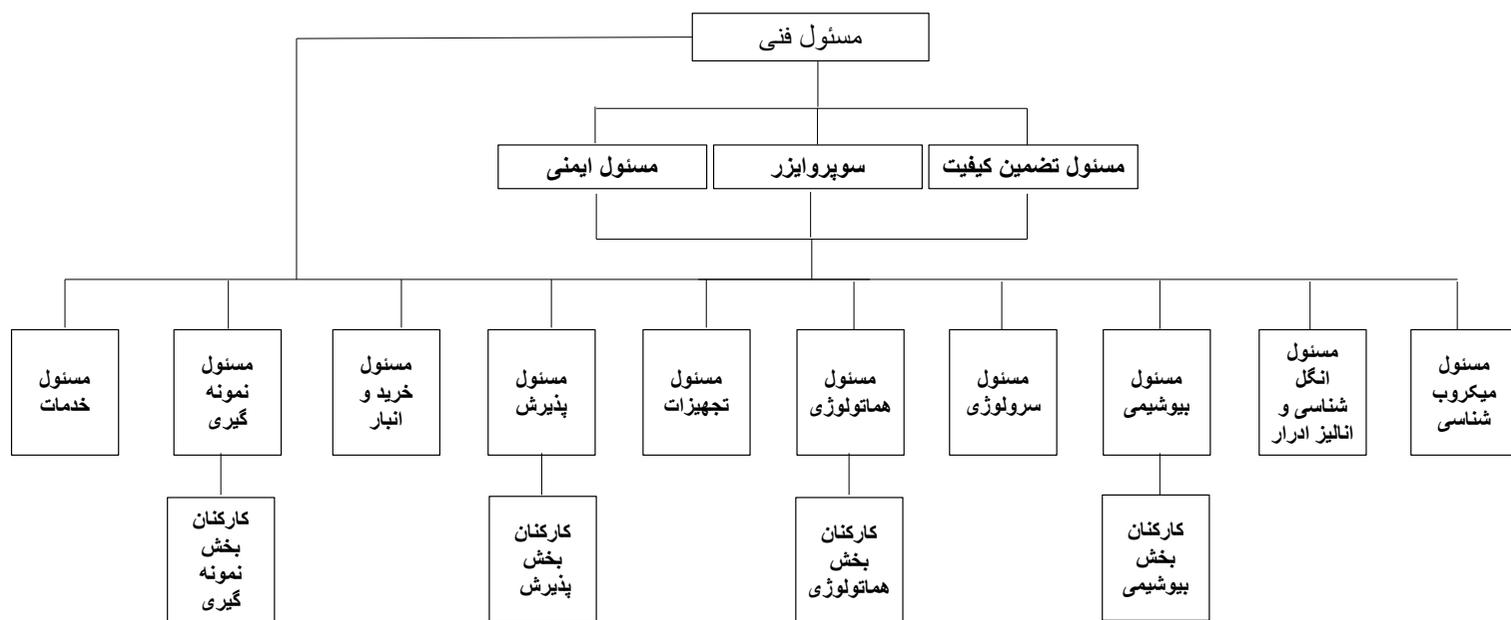
۱-۳۲: نمودار سازمانی کارکنان، سلسله مراتب سازمانی سمت ها و ارتباط کارکنان در

- مصاحبه با چند نفر از کارکنان و ارزیابی آگاهی آنها از سلسله مراتب سازمانی و سوال در مورد اینکه به چه کسی پاسخگو بوده و به فعالیت چه کسانی نظارت دارند.

یکدیگر است. باید توجه داشته باشیم در اینجا با دو مفهوم روبرو می شویم نمودار سازمانی و نمودار پرسنلی (مدیریتی)؛ که به رغم اینکه متفاوت از یکدیگر هستند در برخی متون و حتی هنگام ممیزی ها معادل یکدیگر در نظر گرفته می شوند.

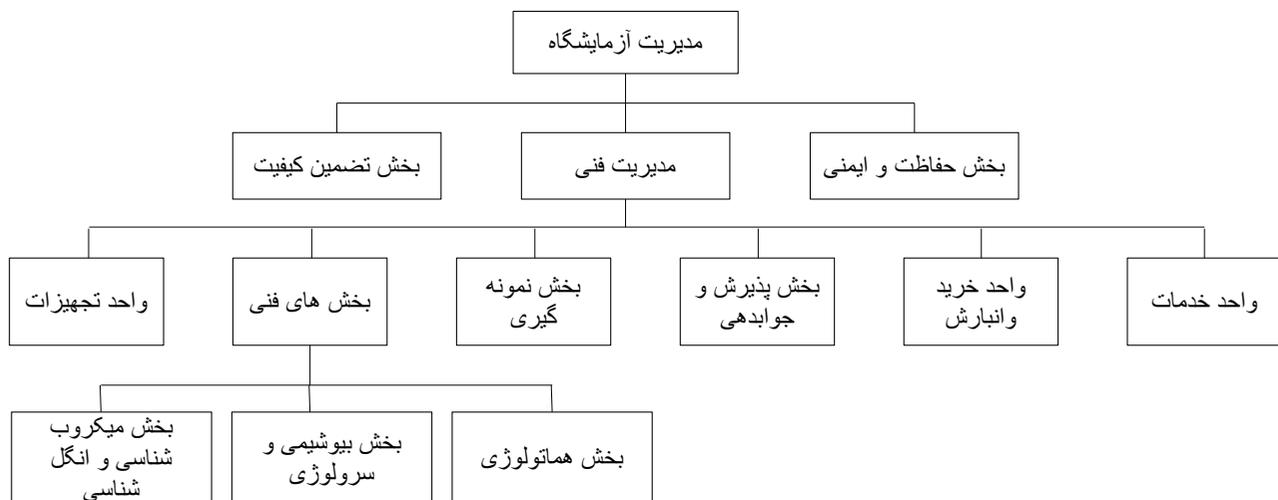
نمودار سازمانی صرفاً معرف سلسله مراتب سازمانی و نحوه ارتباط بخش های مختلف و فعال یک آزمایشگاه است. در نمودار سازمانی اسامی بخش های مختلف آزمایشگاه و ارتباط آنها آورده می شود و تمرکز بر بخش های فعال است نه سمت ها و کارکنان. (نمودار ۱)

از جمله وظایف مهم مسئول فنی آزمایشگاه به کارگیری کارکنان واجد صلاحیت به لحاظ دانش، مهارت و شایستگی های عمومی است. پس از انتخاب و گزینش، هر یک از این کارکنان باید در خصوص شرح وظایف، مسئولیت ها، حدود اختیارات و جایگاه خود در سازمان توجیه گردند. نمودار (چارت) سازمانی در واقع بیانگر سلسله مراتب پست های مختلف و ارتباط آنها با



نمودار ۱: نمودار سازمانی یک آزمایشگاه فرضی

نمودار پرسنلی (مدیریتی) معرف سلسله مراتب و نحوه ارتباط سمت های مختلف در یک آزمایشگاه است. در این نمودار به سمت ها و مسئولیت ها توجه می شود و معمولا نام افراد آورده می شود. (نمودار ۲)



نمودار ۲: نمودار پرسنلی (مدیریتی) یک آزمایشگاه فرضی

خصوص سلسله مراتب قید شده است. نمودارها باید به نحوی طراحی شوند که ارتباطات کارکنان آزمایشگاه بدون هرگونه هم پوشانی و موازی کاری در نمودار دیده شوند. لازم به ذکر است بسته به شرایط آزمایشگاه و فرایندهای جاری می توان در مواردی برای برخی افراد متناسب با توانمندی و حجم کار محوله در نمودار پرسنلی چند مسئولیت در نظر گرفت. نمودار پرسنلی باید در برگیرنده تمامی مسئولیت های موجود در آزمایشگاه باشد و هیچ مسئولیت و سمتی نباید بدون سرپرست و متولی باشد.

ارزیابان هنگام ممیزی و بررسی نمودارهای سازمانی و پرسنلی باید اطمینان پیدا کنند که کارکنان در سطوح و بخش های مختلف کاری اعم از مسئولین، مدیران، کارکنان فنی،

در چک لیست ابلاغی آزمایشگاه مرجع سلامت به نمودار سازمانی اشاره گردیده است بنابراین در هنگام ارزیابی ارائه این نمودار به ممیزین کفایت می کند. البته در خصوص ارزیابی این سوال اختلاف سلیقه وجود دارد و در مواردی ارزیابان عملا نمودار پرسنلی را از آزمایشگاه ها مطالبه می نمایند. پیشنهاد می گردد شما در آزمایشگاه هر دو نمودار را در دسترس داشته باشید. این نمودارها از مواردی است که باید در معرض دید مراجعین و کارکنان باشد و به روز رسانی شود.

در هنگام ارزیابی این سوال وجود این نمودارها شرط لازم پاس کردن سوال است ولی کافی نیست. شرط کافی آگاهی کامل کارکنان آزمایشگاه در سطوح مختلف در

آزمایشگاه با کارکنان در نمودار پرسنلی قابل قبول نیست چون مسئول فنی با توجه به شرح وظایف قانونی خود باید در هر زمان امکان ارتباط مستقیم با کلیه کارکنان را داشته باشد. این مورد از موارد عدم انطباقی است که در بسیاری از مراکز دیده می شود (در این مراکز ارتباط مسئول فنی با کارکنان از طریق سوپروایزر یا مدیر داخلی دیده شده است). در خصوص سوپروایزر و مسئول ایمنی آزمایشگاه هم این مورد مصداق پیدا می کند.

برای تصدیق و راستی آزمایی نمودار پرسنلی ممیزان هنگام ارزیابی با طرح سوالاتی از توجیه بودن کارکنان در خصوص این نمودار اطمینان حاصل می کنند.

مثلاً در آزمایشگاهی که طبق نمودار پرسنلی دارای بخش هماتولوژی در برگیرنده مسئول بخش و چند پرسنل بخش است که بصورت عمودی به عنوان زیر مجموعه این شخص تعریف شده اند و ارتباط مسئول این بخش با مسئول تجهیزات بصورت افقی تعریف شده است، ممکن است از کارکنان بخش هماتولوژی سوال شود که در صورت بروز مشکل در خصوص دستگاه سل کانترو موضوع را با چه کسی مطرح می کنید؟ اگر در جواب همکار ما ادعا کند که مورد را مستقیم به مسئول تجهیزات اطلاع می دهد این امر نشان دهنده عدم توجیه همکاران در خصوص نمودار پرسنلی است چرا که بر اساس نمودار مذکور کارکنان بخش هماتولوژی بایستی موضوع را از طریق مسئول بخش به مسئول تجهیزات انعکاس دهند.

این مباحث ادامه دارد...

خدماتی، پشتیبانی، اداری و... در این نمودار دیده شده اند. توجه داشته باشید هرکسی کوچکترین نقشی در فرایندهای جاری آزمایشگاه ایفا می کند باید در نمودار دیده شود.

سلسله مراتب مشخص شده در نمودار پرسنلی نشانگر این مورد است که فرد در قبال چه کسی یا کسانی پاسخگو است و همچنین ناظر بر فعالیت کدامیک از کارکنان است که پرواضح است که در این خصوص باید کاملاً توجیه بوده و طبق آن عمل کند. اگر آزمایشگاه به لحاظ ساختاری زیر مجموعه یک سازمان بزرگتر مثل بیمارستان، درمانگاه، مرکز جراحی محدود و... باشد باید جایگاه آزمایشگاه در آن مجموعه در نمودار سازمانی مشخص شده باشد.

جایگاه سازمانی و پرسنلی کارکنان متناسب با مسئولیت ها و حدود اختیارات مترتب بر آن دیده می شود. ضروری است ارتباطات و سلسله مراتب تعریف شده با قوانین، آیین نامه ها و استانداردهای مرتبط تطابق داشته باشد. با چند مثال که مصادیق آن هنگام ممیزی ها دیده شده است مورد را شفاف می کنیم:

- از آنجا که مسئول فنی آزمایشگاه پاسخگوی عمده فرایندهای آزمایشگاه است قرارداد سرمایه گذار آزمایشگاه در راس نمودار پرسنلی و بالاتر از جایگاه مسئول فنی آزمایشگاه صحیح نیست.

- همچنین همتراز قرار دادن مدیر داخلی یا سوپروایزر آزمایشگاه با مسئول فنی در نمودار ایراد قانونی دارد.

- عدم ارتباط مستقیم مسئول فنی

مشارکت در انتخابات یک وظیفه صنفی و اجتماعی است

دکتر مهران قهرمانی دبیر انجمن علمی آسیب شناسی ایران

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت می پذیرد، در سایت ها و سوابق انجمن ثبت میشود و واضح است که مشارکت حداکثری همکاران عزیز و انتخاب اعضاء مورد نظر جهت هیئت مدیره انجمن علمی خود، از یکسو وظیفه صنفی و اجتماعی ایشان و از سوی دیگر موجب تقویت انجمن و قدرت بخشی بیشتر به منتخبین خواهد شد.

انتخاب کنندگان و کاندیداها براساس قانون انتخابات آزاد، باید بدون توجه به نژاد، جنسیت، عقیده مذهبی، ثروت یا موقعیت اجتماعی انتخاب کنند یا انتخاب شوند و قطعاً هدف اصلی انتخاب کنندگان، انتخاب کاندیداهای اصلح و حاکمیت شایسته سالاری است که لازمه آن بررسی دقیق شرایط حاکم بر آن مجموعه، توانایی و قابلیت های کاندیدای مربوطه و واقعی بودن شعارهای تبلیغاتی وی، پیشگیری از انتخاب گزینه های پوپولیستی و هیجانی که می تواند با تصمیمی عجولانه

انتخابات یک فرآیند تصمیم گیری رسمی است که طی آن مردم یا بخشی از مردم برای اداره امور خود، شخصی یا اشخاصی را برای مقامی رسمی به مدت معلوم و با ریختن رأی برمی گزینند.

از قرن ۱۷ میلادی به این سوء برگزاری انتخابات، ساز و کار معمول برای تحقق دموکراسی نیابتی بوده است و از این فرآیند، در بسیاری از سازمان های خصوصی و تجاری، از باشگاه ها گرفته تا انجمن های داوطلبانه و ابر شرکت ها استفاده میشود.

کاربرد انتخابات در انجمن های علمی کشور به عنوان ابزاری برای گزینش نمایندگان قانونی اعضاء آن انجمن برای حضور در جلسات و تصمیم گیری در جهت تأمین منافع رشته و اعضاء بوده و لازمه اقدامات مذکور، حمایت قوی و پیرنگ اعضاء از ایشان در انتخابات است. انتخابات انجمن های علمی که تحت نظر دبیرخانه کمیسیون انجمن های وزارت

در قالب برگزاری وبینارها، سمینارها و کنگره در بخش علمی و تشکیل گروه در فضای مجازی جهت طرح و بررسی موضوعات مهم مربوط به رشته، عمل نموده است.

خوشبختانه با تصویب در مجمع عمومی انجمن، مورد مشورתי انجمن با حضور روسا و دبیران سابق انجمن، دبیر هیئت ممتحنه رشته آسیب شناسی، مدیر گروه های دانشگاه های تهران و برخی صاحب نظران، گروه فنی و مجربی در کنار هیئت مدیره تشکیل شده تا بتواند اهداف کلان انجمن را، بررسی و پیگیری کند.

انتخابات انجمن به زودی برگزار میگردد و ادامه روند موفق فعلی در امور علمی و صنفی، نیازمند همراهی تمامی اعضای محترم است. در این دوره تعدادی از اعضای هیئت مدیره فعلی که نقش بسیار ارزشمندی در پیشبرد اهداف انجمن داشتند به دلایل شخصی از ادامه همکاری در دوره بعدی انصراف داده اند. لیکن ضمن حضور سایر اعضای فعلی هیئت مدیره انجمن در انتخابات، استادانی از دانشگاه های تهران، ایران، شهید بهشتی، اعضای محترم از گروه شاخه ها و منتخبین سازمان نظام پزشکی و همکاران جوانی از کمیته های انجمن آمادگی خود را جهت عضویت در هیئت مدیره اعلام نموده اند.

در پایان از تمام همکاران عزیز خواهشمندم با حضور گرم و پر شور خود در انتخابات انجمن، به همکاران مورد نظر خود رأی دهند تا با همراهی هم هیئت مدیره ای قوی و با تجربه در جهت پیشبرد امور انجمن در تمامی زمینه ها داشته باشیم.

ضربات جبران ناپذیر بر حیثیت انجمن وارد نماید، انتخاب همکاران امین و صادق معتقد به کار صنفی و مشارکتی و افرادی که اعتقاد به مشورت و خرد جمعی دارند، است.

انجمن علمی آسیب شناسی ایران طی سالهای متمادی فعالیت خود، هیئت مدیره های متعددی را با حضور استادان و همکاران عزیز دیده است و تمامی اعضای محترم هیأت مدیره ادوار انجمن با زحمات فراوان و اختصاص وقت، نسبت به پیشبرد اهداف علمی و صنفی همکاران و اعضای محترم و رشته پاتولوژی تلاش نموده اند.

امکانات مادی و بضاعت انجمن از نظر همکاری اعضای به ویژه استادان دانشگاه همواره وزنه کار انجمن در هر دوره از هیئت مدیره را تغییر داده است اما در سال های اخیر و با بروز مشکلات عدیده صنفی در حوزه تداخل بین رشته ای، تعرفه، بیمه، مالیات و غیره، حوزه کاری انجمن به مراتب وسیع تر و گسترده تر شده و به تبع آن افرادی که تمایل به حضور در هیئت مدیره انجمن دارند، می بایست به دلیل تعهدی که به سایر همکاران می دهند وقت بیشتری را به این موضوعات اختصاص دهند.

رویکرد انجمن علمی آسیب شناسی ایران و هیئت مدیره، جذب حداکثری همکاران در کمیته های تخصصی مربوطه بوده، بنابراین با طراحی چارت تشکیلاتی و تعریف کمیته های مربوطه کار را از فرم سنتی به شکلی سیستماتیک جلو برده است و در این بین تقویت ارتباط با دانشگاه ها و گروه های پاتولوژی و هیئت ممتحنه گروه آسیب شناسی

بسم تعالی



شماره: ۵۰۰/۲۶۳
تاریخ: ۱۴۰۱/۰۳/۲۴
پیوست: ندارد

۰۹۵۰

تولید: دانش‌بنیان و اشتغال‌آفرین
مقام معظم رهبری

روسای محترم انجمن‌های علمی گروه پزشکی

با سلام و احترام

پیرو نامه شماره ۵۰۰/۲۲ مورخ ۱۳۹۹/۰۲/۱۶ این معاونت و ابلاغ شرایط و ضوابط بررسی صلاحیت های علمی کاندیداهای عضویت در هیئت مدیره انجمن های علمی که در راستای اجرای بند ۳ ماده ۳ و نیز ماده ۷ و تبصره ۲ ماده ۷ مندرج در آیین نامه نحوه تشکیل و شرح وظایف کمیسیون انجمن‌های علمی گروه پزشکی است و با عنایت به گذشت دو سال از اجرای آن، شیوه نامه مجدد در دوپست و چهارمین جلسه مورخ ۱۴۰۱/۰۳/۰۸ مطرح و اصلاحاتی داشته که به شرح زیر و در ۱۲ بند ارسال می‌گردد.

لازم به ذکر است که کاندیداهای عضو هیئت علمی رسمی و پیمانی باید واجد شرایط حداقل دو شاخص مصوب بوده و سایر کاندیداهای غیر عضو هیات علمی ضروری است واجد حداقل چهار شاخص از موارد دوازده گانه باشند.

در خاتمه مقتضی است هیئت مدیره محترم انجمن‌های علمی ضمن توجه به این موضوع، در زمان بررسی رزومه کاندیداهای متقاضی عضویت در هیئت مدیره توسط کمیته انتخابات در راستای احراز صلاحیت های علمی موارد دوازده گانه ذیل را با مدارک کاندیدها مطابقت و ملاک عمل قرار دهند.

شرایط علمی:

- ۱- عضویت در انجمن به مدت حداقل ۳ سال قبل از زمان انتخابات
- ۲- عضویت و فعالیت در کمیته های علمی و تخصصی هریک از انجمن‌های علمی حداقل بمدت یکسال با تائید انجمن مربوطه
- ۳- دارا بودن پست های مدیریتی در دستگاه های اجرایی، مؤسسات آموزشی غیردولتی و دانشگاه های کشور با ارائه مستندات معتبر
- ۴- فعالیت در شاخه های استانی و منطقه ای هریک از انجمن‌های علمی و دارا بودن سمت اجرایی در یکی از ارکان هیئت ریسه شاخه به تأیید آن انجمن
- ۵- سابقه ۵ سال فعالیت حرفه ای در رشته مربوطه
- ۶- سابقه ریاست کنگره یا دبیری علمی و اجرایی کنگره ملی یا بین المللی در ۵ سال گذشته
- ۷- اجرای طرح های پژوهشی برجسته در سطح ملی، منطقه ای و یا بین المللی با ارائه مستندات و نتایج حاصله (گزارش نهایی طرح و یا مقاله منتشره)
- ۸- دریافت گرانت و جوایز علمی از مراکز علمی و تحقیقاتی معتبر و یا جشنواره های علمی، پژوهشی داخلی و یا بین المللی با ارائه مدارک مربوطه
- ۹- عضویت در هیئت تحریریه و یا داوری نشریات معتبر علمی داخلی و یا بین المللی و ارائه مدارک مربوطه
- ۱۰- عضویت در انجمن، سازمان و مجامع علمی معتبر جهانی با ارائه مدارک مربوطه
- ۱۱- عضویت در هیئت موسس و یا هیئت مدیره سازمان‌های مردم نهاد شامل انجمن های صنفی، خیریه،

حمایتی و ...

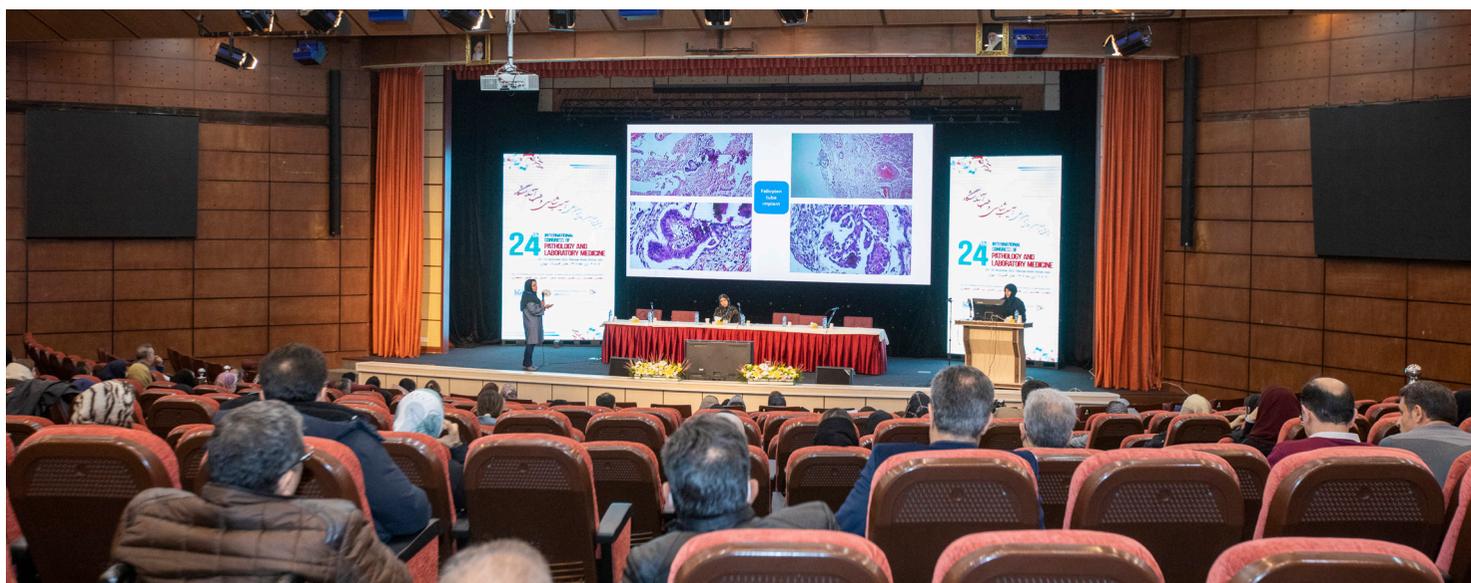
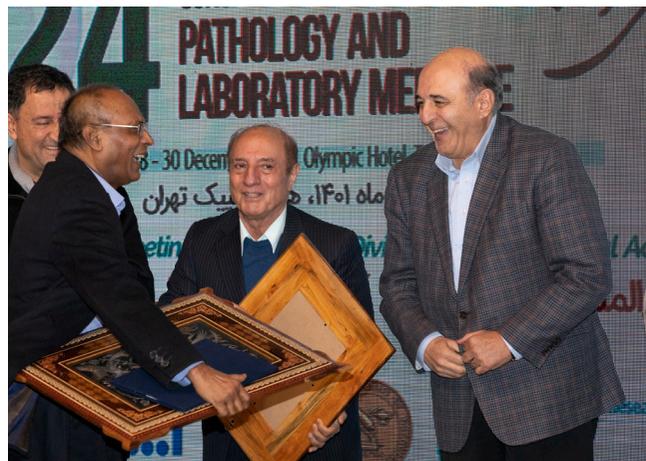
۱۲- عضویت در هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی حداقل به مدت ۳ سال

دکتر ابوالفضل باقری فرد
معاون آموزشی و
دبیر شورای آموزش پزشکی و تخصصی

وبگاه: <https://dme.behdasht.gov.ir>
رایانامه: info.dme@behdasht.gov.ir

تلفن: ۸۸۳۶۳۵۶۰۸۰ (۰۲۱)
دورنگار: ۸۸۳۶۳۹۸۳ (۰۲۱)

تهران - شهرک غرب، ایوانک شرق، بین فلانک و زرافشان،
ساختمان وزارت بهداشت و درمان، بلوک C، طبقه سیزدهم





پاتوقلوی

دوماهنامه علمی-خبری انجمن آسیب شناسی ایران