

شرق روزنامه علم

آشنایی با دستاوردهای برندگان جایزه نوبل فیزیک ۲۰۱۴	صفحه ۸
در جست‌وجوی مکان در مغز	صفحه ۹
گفت‌وگو با احمد جلیلی، رئیس انجمن روانپزشکان ایران	صفحه ۱۰

یادداشت

پیامد مهم شیوع جاقی در کودکان کشور

پایین آمدن سن بلوغ

یکی از مشکلاتی که کودکان به‌ویژه دختران را طی سال‌های اخیر تهدید می‌کند، شیوع پدیده جاقی است.هم‌اینک در شهرهای بزرگ به‌ویژه در تهران با معضل جاقی خفیف و تسریع بلوغ مواجه هستیم که در صورت بی‌توجهی به این پدیده و ادامه سبک فعلی زندگی با جاقی شدید کودکان روبرو خواهیم شد. در پژوهشی که در سال۱۳۸۹ خورشیدی در مرکز طبی کودکان (وابسته به دانشگاه علوم‌پزشکی تهران) به سرپرستی اینجناب انجام شد، مشخص شد در ۲۰سال گذشته تعداد کودکان مبتلا به جاقی سه‌برابر شده است.نیمی از این کودکان در سن ۱۳/۵سالگی به بلوغ کامل رسیدند.در این پژوهش هشت‌هزار دختر ایرانی با متوسط سنی ۱۰سال ک علایم بلوغ در آنها شروع شده بود، مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس این پژوهش، دختران در سنین بلوغ ۱۴درصد جاق‌تر شده بودند این در حالی است که بر اساس استانداردهای پزشکی در دوران بلوغ سن ۱۳/۵سالگی به بلوغ کامل رسیدند.در این پژوهش یافته‌های این پژوهش آن بود که هرچه شاخص توده بدنی (BMI) که سنجشی آماری برای مقایسه وزن و قد یک‌فرد است، در کودکان بیشتر بود، شانس ورود به مرحله بلوغ را در آنان افزایش می‌داد. یافته‌های این پژوهش نشان داد بلوغ در دختران ایرانی مانند کشورهای دیگر مورد مطالعه از قبیل مصر و آمریکا و بعضی از کشورهای اروپایی زودتر رخ می‌دهد و در مواردی حتی در سن هفت‌سالگی آغاز می‌شود که به آن «بلوغ زودرس» اطلاق می‌شود که به معنای شروع علایم بلوغ در زیر هفت‌سالگی است. این پدیده می‌تواند نشان‌دهنده یک بیماری باشد.هم‌اینک جاقی، معضل و اپیدمی تمام کشورهای جهان به‌شمار می‌رود و این مشکل تنها مخصوص کشور ما نیست، هرچند نسبت به کشورهای مورد مطالعه، ایران در زمینه کاهش سن بلوغ به‌ویژه در میان کودکان جاق در رتبه‌اول قرار داشت.

دومین نتیجه این پژوهش بیانگر طولانی‌بودن پروسه بلوغ بود زیرا هرچند معمولاً دوران بلوغ دوسال است، ولی متوسط طول دوران بلوغ در ایران بیشتر است. یعنی به‌طور کلی هم سن شروع بلوغ در ایران زودتر و هم سن خاتمه آن دیرتر است. از دلایل کاهش سن بلوغ در کودکان که به‌ویژه در دختران، جاقی بر اثر تغییر فرهنگ غذایی از غذاهای سنتی به سمت غذاهای آماده به‌ویژه فست‌فودها و بی‌تحریکی است که این امر سلامت آنان را مورد تهدید قرار داده است. گفتنی است جاقی به دودسته جاقی خفیف و شدید تقسیم می‌شود. جاقی خیلی شدید سبب بلوغ زودرس و جاقی خفیف باعث پایین آمدن سن بلوغ می‌شود که هر دو پیامدهای منفی زیادی را در کودکان به دنبال دارد. از عمده پیامدهای منفی کاهش سنن بلوغ می‌توان به متوقف‌شدن رشد قد کودکان اشاره داشت. وقتی بلوغ شروع می‌شود،هیپوتالاموس،هیپوفیز و غددجنسی (گنادورئین‌ها) فعال می‌شوند که حاصل آن تحریک‌کردن غده هیپوتالاموس توسط غده هیپوفیز است. در فرد دیگر شده، هیپوفیز، تخمدان را تحریک کرده و تخمدان، استروژن یا همان هورمون جنسی زنانه را ترشح می‌کند. استروژن باعث بسته‌شدن «این‌پیز» یا قسمتی می‌شود که باعث رشد استخوان است. در صورتی که این اتفاق زود بیفتد، قد کودک کوتاه می‌شود. تحقیقات انجام‌یافته در دانشگاه میشیگان نیز نشان داد دخترانی که در سه‌سالگی اضافه‌وزن داشتند، علاوه بر اینکه علایم اولیه بلوغ در آنان در سنین هشت تا ۹سالگی و بعضاً هفت‌سالگی آغاز شده، در سن ۱۰سالگی وارد دوره بلوغ شده‌اند. از این رو به والدین توصیه می‌شود وزن کودکان را کنترل کنند زیرا پایین نگه‌داشتن وزن از بلوغ زودرس جلوگیری می‌کند. از سوی دیگر با شروع علایم بلوغ به قد کودک خود توجه کنند و این را بدانند در این هنگام که فرد به بلوغ رسیده، باید کاملاً مورد بررسی پزشک قرار گیرد تا سرعت سیر بلوغ فرصت رشد را از کودک بگیرد.

آسیب‌های فرهنگی از دیگر پیامدهای منفی کاهش سن‌بلوغ در کودکان است که هم برای دختران و هم پسران صادق است. علل پاتولوژیک مانند تومورهای مغزی نیز می‌تواند از علل کاهش سن‌بلوغ باشد که نیاز به بررسی‌های پزشکی دارد. بلوغ پنج‌مرحله دارد و حدود دوسال طول می‌کشد تا این مراحل خود را نشان دهند. مرحله‌اول قبل از بلوغ و مرحله‌پنجم زمانی است که فرد کاملاً بالغ شده است. در مراحل دوم تا چهارم نیز علایم مختلف بلوغ خود را به‌تدریج نشان می‌دهند. طول مدت این سمره‌رحله نیز از فردی به فرد دیگر متفاوت است. یعنی ممکن است طول مدت مرحله‌دوم و سه در فردی سه‌ماه و در دیگری یک‌سال طول بکشد. با توجه به اهمیت این موضوع، روز اول «بیست‌وششمین همایش بین‌المللی کودکان» که به جاقی در کودکان اختصاص یافته که در آن علاوه بر متخصصان داخل کشور، میهمانی از کشورهای آمریکا، کانادا، آلمان، سوئیس، فرانسه، هلند، اسپانیا، آفریقای جنوبی و قطر نیز حضور دارند.

گفتنی است «بیست‌وششمین همایش بین‌المللی بیماری‌های کودکان» و «دوازدهمین همایش ملی پرستاری کودکان» از امروز (۲۴مهر) تا ۲۸مهر در مرکز طبی کودکان برگزار می‌شود.با توجه به افزوده‌شدن واکسن «هموفیلوس» به طرح کشوری واکسیناسیون، از آنجا که این طرح از سوی وزارت بهداشت با هدف پوشش کامل‌تر واکسیناسیون کشوری و کاهش بیماری‌ها صورت گرفته است، در این همایش طرح جامع واکسیناسیون کشوری نیز به بحث و بررسی گذاشته خواهد شد. علاوه‌بر طرح جامع واکسیناسیون کشوری، دستاوردهای جدیدی در زمینه‌های اطفال، غدد، ایمنولوژی، گوش‌ر و قلب نیز ارائه می‌شود. همچنین با توجه به شیوع بیماری‌های متابولیک در کشور به‌دلیل ازدواج‌های خویشاوندی از قبیل PKU،فیل‌کتونوری و بیماری‌های ذخیره‌ای، یکی از محورهای همایش مذکور به این موضوع اختصاص یافته که در آن روش‌های درمانی این بیماری در بحث و بررسی گذاشته خواهد شد. لازم به ذکر است در نمایشگاهی که همزمان با برپایی این همایش برگزار می‌شود،شرکت‌های تولیدکننده و واردکننده، جدیدترین محصولات و تجهیزات پزشکی و دارویی خود را ارائه می‌کنند.

«متخصص کودکان، فوق تخصص غدد رئیس مرکز طبی کودکان

رئیس بیست‌وششمین همایش بین‌المللی بیماری‌های کودکان

نگاه تازه

لزم توجه به فشارخون در کودکان

جاق‌ها مستعدترند

۱- در دوده‌ه اخیر، به‌دنبال شیوع روبه‌افزایش جاقی میان کودکان، فشارخون بالا به یکی از بیماری‌های مهم این گروه سنی تبدیل شده است. ریشه‌کنی فلج‌اطفال را دنبال می‌کنند، اجرا می‌شود. این معمولاً علایم بیماری، یکی از راه‌های تشخیص بیماری است اما در ۹۰درصد موارد، فشارخون بدون علایم بالینی است. علایمی مانند سردرد، سرگیجه، درد قفسه سینه و ورم پاها از علایم فشارخون پیشرفته‌محسوب می‌شوند.

۲- فشارخون دنوع است. فشارخون اولیه و فشارخون ثانویه. فشارخون اولیه به فشارخون بالا با علت نامشخص اطلاق می‌شود. این فشارخون در نوزادان و کودکانی که زیر شش‌ماه تا یکسال هستند، به‌ندرت دیده می‌شود. با افزایش سن کودک، میزان ابتلا به فشارخون اولیه نیز افزایش می‌یابد. به‌گونه‌ای که در سنین پنج‌تا‌شش‌سالگی، شایع‌ترین علت فشارخون، اولیه است. فشارخون ثانویه در اغلب موارد به‌دنبال بیماری‌های کلیوی، بیماری‌های مادرزادی کلیه، بیماری‌های قلبی و بیماری‌های مربوط به غدد مترشحه داخلی بروز می‌کند. در اغلب مبتلایان به فشارخون اولیه، سابقه خانوادگی فشارخون بالا یا بیماری‌های قلبی-عروقی گزارش شده است.

۳- توصیه می‌شود از سه‌سالگی، فشارخون کودک توسط پزشک متخصص اطفال یا پزشک عمومی اندازه‌گیری شود. اگر کودکی طبیعی به دنیا آمده باشد و والدینش سابقه فشارخون، بیماری‌های قلبی-عروقی و دیگر ضایعات باشند، حتماً باید در سه‌سالگی، فشارخونش را اندازه‌گرفت. اما در کودکانی که از پدر و مادری با سابقه فامیلیی ابتلا به فشارخون، قند، بیماری قلبی-عروقی و کلیوی، به دنیا می‌آیند، باید حتماً در یک‌ماه اول تولد، فشارخون آنها را اندازه‌گیری کرد تا در صورت بالا‌بودن فشارخون، پیگیری‌های لازم صورت گیرد. اگر فشارخون ثانویه باشد، در انجام‌تست‌های پزشکی مخصوص و کشف علت اصلی فشارخون، فشارخون تحت‌کنترل درمی‌آید. اما متأسفانه دیده می‌شود نوزادانی با سابقه فامیلی مشکلات کلیوی- قلبی- عروقی و غدد مترشحه داخلی به دنیا می‌آیند و چون اندازه‌گیری فشارخون در آنها صورت نمی‌گیرد، بنابراین بیماری آنها ناشناخته می‌ماند. این نوزاد به‌تدریج بزرگ و بزرگ‌تر می‌شود و پس از رسیدن به سنین نوجوانی، علایم بیماری فشارخون در او ظاهر می‌شود که درمان در آن زمان دیگر خیلی دیر است. اگر نوزادی دارای فشارخون اولیه باشد و در سابقه فامیلی آنها هم به ابتلا به بیماری‌های گفته‌شده در بالا وجود نداشته باشد، این نکات قابل طرح است:

۴- فشارخون یک مساله بسیار جدی در جهان و همچنین کشور ماست. در حال حاضر فشارخون اولیه در نوجوانان، شایع‌ترین علت فشارخون است و اگر به‌موقع تشخیص داده نشود، می‌تواند به نارسایی کلیوی، قلبی، سکنه مغزی و قلبی و حتی مرگ منجر شود. علت اصلی این فشارخون به ناشتن تغذیه درست، اصلاح رژیم غذایی نوجوانان و بزرگسالان و کاهش مصرف نمک به دوگرم و حتی کمتر، تشویق به ورزش روزانه و ترک دخانیات و تشخیص زودهنگام از جمله راه‌حل‌های این بیماری است.

«استاد ممتاز دانشگاه راش، شیکاگو معاون بهداشت وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی



عکس: mouthsofurnums

درباره برنامه جدید واکسیناسیون کشوری عفونت‌های جدید، واکسن‌های نوین

واکسیناسیون، افزوده‌شدن سه‌واکسن دیگر در برنامه کشوری واکسیناسیون در سال آینده است. واکسن فلج‌اطفال تزریقی از جمله واکسن‌هایی است که در دیگر کشورهایی که برنامه ریشه‌کنی فلج‌اطفال را دنبال می‌کنند، اجرا می‌شود. این واکسن با واکسن فلج‌اطفال خوراکی متفاوت بوده و به‌صورت یکنوبت اضافی تزریق می‌شود. در واقع نوع وپروس‌ها در واکسن قبلی تغییر‌یافته به‌سه جای بهره‌گیری از واکسن س‌طرفیتی، واکسن دوظرفیتی به همراه یک واکسن دیگر مورد استفاده قرار می‌گیرد. خوشبختانه در ایران ۱۴سال است بیماری فلج اطفال ریشه‌کن شده که امید می‌رود با واکسینه‌کردن کودکان با واکسن تزریقی فلج‌اطفال، ایمنی کودکان بیشتر حفظ شده و از سوی دیگر احتمال انتقال بیماری در کودکان کاهش یابد.هم‌اینک واکسن «هموفیلوس آنفلوآنزا» در اختیار وزارت بهداشت است و از ماه آینده با اعلام رسمی این طرح، در اختیار دانشگاه‌های علوم‌پزشکی سراسر کشور قرار می‌گیرد تا تمامی شیرخورانی که دوماه از تولدشان گذشته است، علیه آن واکسینه شوند. عفونت‌های پنوموکوک که موجب عفونت‌های شدید دستگاه تنفسی و ایجاد ذات‌الریه و مننژیت می‌شوند، از دیگر عفونت‌هایی هستند که قرار است واکسن آن در طرح جدید واکسیناسیون کشور قرار گیرد. «راونپروس» از دیگر عفونت‌هایی است که ابتلا به آن سبب اسهال شدید در کودکان می‌شود. بررسی‌ها نشان می‌دهد عامل بخش قابل‌توجهی از اسهال‌های شدید کودکان ابتلا به این وپروس است. مطالعات اولیه در کشور نشان می‌دهد واکسینه‌شدن شیرخوران علیه این واکسن، تاثیر فوق‌العاده زیادی در پیشگیری از ابتلا به اسهال کودکان بر اثر این وپروس داشته که امید می‌رود با فراگیرشدن این واکسن در قالب طرح کشوری که از سال آینده اعمال می‌شود، بتوان گام‌های مؤثری برای ارتقای سلامت کودکان برداشت. در پایان ذکر این نکته ضروری است که اگرچه در حال حاضر واکسن‌های جدید از خارج کشور وارد می‌شود، اما امید می‌رود به همت متخصصان داخلی شاهد تولید آنها در کشور باشیم.

«فوق تخصص بیماری‌های عفونی و گرم‌سیری رئیس مرکز مدیریت بیماری‌های واکیر وزارت بهداشت

کودکان شش‌ساله در سال ۹۱ (۱۶/۱۶درصد) گزارش شده که نگران‌کننده است.دامنه حاشیه کمبود و کمبود ویتامین D در کودکان شش‌ساله از ۱۵/۱۵درصد در استان‌های زنجان، قزوین، قم و مرکزی تا ۷۵درصد در استان‌های بوشهر، هرمزگان و جنوب خوزستان متغیر است.

این گروه سنی در سطح کشور دچار کمبود روی سرم بودند و دامنه شیوع آن از ۱۸/۱۸درصد تا ۶۲درصد در مناطق جنوب و جنوب‌شرقی متفاوت است. دومین بررسی ملی وضعیت ریزمغذی‌ها که در سال ۱۳۹۱ انجام شده است، نشان می‌دهد شیوع کم‌خونی و کمبود روی در کودکان کشور در یک دوره ۱۰ساله کاهش قابل‌ملاحظه‌ای داشته است. وضعیت کم‌خونی در کودکان ۲۳-۱۵ماهه در سال ۹۱ (۲۰/۷درصد) در مقایسه با سال ۱۳۸۰ (۳۷/۸درصد) بر اساس معیار مشابه کاهش ۵۰درصدی را نشان می‌دهد.همچنین مقایسه وضعیت کم‌خونی در کودکان شش‌ساله در سال ۹۱ (۱۱/۳درصد) در مقایسه با سال ۱۳۸۰ (۱۸/۲درصد) بیانگر کاهش کم‌خونی در این گروه سنی نیز است. دامنه شیوع کم‌خونی از ۱۴/۵درصد در استان‌های زنجان، قزوین، قم و مرکزی تا ۲۲/۸درصد در مناطق جنوب و جنوب‌شرقی متفاوت است. وضعیت کمبود روی در کودکان ۲۳-۱۵ساله در سال ۹۱ (۱۶/۸درصد) در مقایسه با سال ۸۰ (۱۹/۲درصد) تغییری را نشان نداده است.دامنه شیوع کمبود روی در کودکان ۲۳-۱۵ماهه از ۱۵/۱۵درصد در مناطق غرب کشور و شمال خوزستان تا ۳۲/۱۴درصد در استان‌های فارس و کهگیلویه‌ویه‌بویراحمد متغیر است. برخلاف گروه سنی ۲۳-۱۵ماهه، وضعیت کمبود روی در کودکان شش‌ساله در سال ۹۱ (۲/۴درصد) در مقایسه با سال ۸۱ (۳۱/۸درصد کاهش قابل توجهی نشان داده است. وضعیت کمبود و کمبود شدید ویتامین A در کودکان ۲۳-۱۵ماهه در سال ۹۱ (۹/۷درصد) در مقایسه با سال ۸۰ (۲۱/۱درصد) به‌طور قابل توجهی افزایش یافته است. وضعیت حاشیهی کمبود و کمبود ویتامین D در کودکان ۲۳-۱۵ماهه در سال ۹۱ (۲۳/۷درصد) در مقایسه با سال ۸۰ (۳۷/۸درصد) افزایش شدید معنادار و نگران‌کننده‌ای داشته است. دامنه حاشیهی کمبود و کمبود ویتامین D از ۱۱درصد در استان‌های گیلان و مازندران تا ۵۹/۲۵درصد در استان‌های بوشهر، هرمزگان و جنوب خوزستان متغیر است. وضعیت حاشیهی کمبود و کمبود ویتامین D در

«هموفیلوس آنفلوآنزا» که از بیماری‌های خطرناک دوران کودکی به‌شمار می‌رود، یک عفونت باکتریایی است که عموماً کودکان زیر پنج‌سال را گرفتار می‌کند. این بیماری به سبب ایجاد ذات‌الریه، مننژیت و عفونت‌های شدید حلقی و همچنین عفونت مفصل در کودکان می‌شود که در مواقعی حتی می‌تواند خطرناک و مرگ‌آفرین نیز باشد. این خطر به‌صورت عفونت در فواصل بروز می‌یابد. «هموفیلوس آنفلوآنزا» با بیماری‌ا آنفلوآنزا متفاوت است. آنفلوآنزا یک عفونت ویروسی تنفسی است که می‌تواند افراد را در هر گروه سنی گرفتار کند و معمولاً خفیف و خودمحدودشونده بوده و با درمان دارویی با حتی بدون درمان بهبود می‌یابد. با تغییر برنامه کشوری واکسیناسیون و افزودن‌شدن «هموفیلوس آنفلوآنزا» به فهرست واکسن‌هایی که قرار است کودکان ایرانی علیه آن واکسینه شوند، انتظار می‌رود از این پس شاهد ابتلای کودکان ایرانی به ذات‌الریه، مننژیت و سایر عفونت‌های شدید که بر اثر ابتلا به این عفونت باکتریایی ایجاد می‌شود، نباشیم. در برنامه قبلی واکسیناسیون کشوری، تنها یک واکسن سه‌گانه شامل دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه (بفام واکسن ثلاث) و یک واکسن برای جلوگیری از ابتلای کودکان به هیپاتیت نوع B به کودکان تزریق می‌شد. در برنامه جدید واکسن سه‌گانه شامل دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه (بفام واکسن ثلاث) و یک واکسن جدید می‌توان از ابتلا به پنج‌بیماری پیشگیری کرد. واکسن‌های پنجگانه در سه‌نوبت برای تمام شیرخوران کشور در دوماهی، چهارماهگی و شش‌ماهگی تزریق می‌شوند. تزریق پنج‌واکسن در یک‌مرحله به شیرخور از نظر کاهش عوارض کم شدن تعداد تزریق واکسن و عوارض آن از قبیل درد و قرمزی در محل تزریق و تب در کودکان اهمیت دارد. از ویژگی‌های بارز برنامه این‌سازی جدید

«فوق تخصص عفونی و اجراحی بیست‌وششمین همایش بین‌المللی بیماری‌های کودکان



نگاهی کوتاه به انواع بیماری‌های اعصاب کودکان تب و تشنج، شایع‌ترین اختلال تشنجی

هستند. به عبارتی ۷۰ تا ۸۰درصد بیماران فلج مغزی از نوع «اسپاستیک» هستند اقدامات درمانی انجام‌شده برای این افراد، انجام فیزیوتراپی و توانبخشی است. از دیگر بیماری‌های قابل اهمیت در طب اعصاب کودکان، «شیرخوار شُل» یا فلاجی است. در واقع یکی از دلایل مراجعه والدین این نوزادان و شیرخوران به متخصصان اعصاب کودکان، تاخیر تکاملی-حرکتی و شُلّی بدن این قبیل از شیرخوران است. علت این پدیده، ممکن است مغزی یا محیطی باشد. مهم‌ترین علت ابتلا به عارضه مغزی در بین این کودکان، خفگی‌های زایمانی (آسفیکسی) است. از سایر علل مغزی می‌توان عفونت‌های سیستمیک، صدمات مغزی حین زایمان، بیماری‌های مادرزادی متابولیسم و سندرم‌های ژنتیک را نام برد. کودکان فلاجی با منشأ مغزی به غیراز شُلّی، دارای علامت‌های دیگری از قبیل تشنج، کاهش سطح هوشیاری، کوچکی دور سر و گاه چهره غیرطبیعی نیز هستند. دسته دوم از علل شیرخوار «هیپوتون»، علل محیطی است که صدمات به نخاع و بیماری‌های عضلانی از علل عمده آن به‌شمار می‌رود. یکی از بیماری‌های شایع مربوط به نخاع که می‌تواند به شیرخوار «هیپوتون» منجر شود، بیماری «اوردینگ هوفمن» است. این بیماری، دومین بیماری شایع عصبی-عضلانی نوزادان و شایع‌ترین علت ژنتیک مرگ شیرخوران محسوب می‌شود. در این بیماری، سلول‌های شاخ قدامی نخاع به صورت ژنتیک آسیب دیده و رو به انحطاط و اضمحلال می‌روند. بیماری شاخ قدامی نخاع، به‌طور کلی به سه دسته تقسیم می‌شود. در فرم شدید، نوزادان معمولاً قادر به نگه‌داشتن گردن خود نیستند و زیر دوسالگی، جان خود را از دست می‌دهند. در نوع متوسط آن هرچند کودکان قادر به نشستن هستند، اما معمولاً قدرت ایستادن ندارند. این کودکان از نظر بهره هوشی و یادگیری، کودکان در سنین ورود به مدرسه و دبستان دچار مشکل جدی شده و اغلب والدین تا قبل از این سن متوجه مشکلات مربوط به یادگیری و آموزش آنان نمی‌شوند. دو تا دونیم در هزار از متولدان زنده، دچار فلج مغزی هستند. این کودکان تاخیر تکامل حرکتی دارند و گاهی دچار اختلال «تون» می‌شوند که منشا آن، مشکلات مغزی است. در این عارضه، مقاومت عضله در برابر کشش افزایش می‌یابد. بیشتر افراد دچار فلج مغزی در حین معاینات دچار افزایش «تون» یا «هایپر تونی» (اسپاستیک)

بیماری‌های مغز و اعصاب از شایع‌ترین بیماری‌های کودکان به‌شمار می‌روند. درواقع یکی از پرماجره‌ترین رشته‌های فوق تخصصی کودکان، رشته اعصاب کودکان است. مهم‌ترین این بیماری‌ها صرع (اپیلهسی)، تب و تشنج، فلج مغزی، مشکلات تکاملی و اختلالات ذهنی و شیرخوار شُل (فلاجی) هستند. تب و تشنج، شایع‌ترین اختلال تشنجی دوران کودکی است و حدود پنج‌درصد کودکان تا پنج‌سالگی دچار حمله تب و تشنج می‌شوند. چهار تا ۱۰درصد کودکان و نوجوانان تا حدود ۱۴سالگی، دچار حداقل یک حمله تشنجی می‌شوند که یک‌درصد این موارد، بیماری صرع (اپیلهسی) است. صرع، تکرار تشنج بدون علت مشخص از جمله تب است. یک تا سه‌درصد افراد جامعه دارای مشکلات ذهنی با هملان عقب‌ماندگی ذهنی و ناتوانی عقلانی هستند. ضریب هوشی طبیعی بین ۹۰ تا ۱۱۰ است، بر همین اساس مشکلات ذهنی بر اساس ضریب هوشی تقسیم‌بندی می‌شود. به‌طور کلی کسانی که ضریب هوشی‌شان زیر ۷۰ است، دارای مشکلات ذهنی هستند. بیماران دچار مشکلات ذهنی به‌طور کلی به دو دسته خفیف و شدید تقسیم می‌شوند که در گروه خفیف، بهره هوشی بین ۵۰ تا ۷۰ و در گروه شدید، کمتر از ۵۰ است. اکثر کسانی که از مشکلات ذهنی رنج می‌برند، خوشبختانه دارای مشکلات ذهنی از نوع خفیف هستند. با وجود آنکه تظاهر این مساله گاهی به‌صورت تاخیر در تکلم ظهور می‌یابد، اما اکثر این کودکان در سنین ورود به مدرسه و دبستان دچار مشکل جدی شده و اغلب والدین تا قبل از این سن متوجه مشکلات مربوط به یادگیری و آموزش آنان نمی‌شوند. دو تا دونیم در هزار از متولدان زنده، دچار فلج مغزی هستند. این کودکان تاخیر تکامل حرکتی دارند و گاهی دچار اختلال «تون» می‌شوند که منشا آن، مشکلات مغزی است. در این عارضه، مقاومت عضله در برابر کشش افزایش می‌یابد. بیشتر افراد دچار فلج مغزی در حین معاینات دچار افزایش «تون» یا «هایپر تونی» (اسپاستیک)

نگاهی به وضعیت تغذیه کودکان در ایران خوردنی‌های خالی از ویتامین

شد. براساس نتایج این بررسی، ۲/۱۲درصد کودکان زیر پنج‌سال دچار کم‌ورنی متوسط و شدید بودند. ۴/۷درصد کودکان دچار کوتاقدی تغذیه‌ای متوسط و شدید و ۲۱/۷درصد کودکان دچار لاغری متوسط و شدید بودند. آخرین بررسی کشوری انجام‌شده، «مطالعه شاخص‌های سلامت و جمعیت» سال۱۳۸۹ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است که نتایج آن نشان می‌دهد شیوع کم‌ورنی، کوتاقدی و لاغری در کودکان زیر پنج‌سال کشورمان به ترتیب ۸/۴، ۶/۸ و چهاردرصد بوده است. به‌طور کلی مقایسه نتایج مطالعات انجام‌شده طی سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۷۰ نشان می‌دهد شیوع سوءتغذیه کودکان حدود ۰.۵درصد کاهش یافته است. این یافته‌ها حاکی از روند کاهش و معنی‌دار در سئشخص کم‌ورنی، کوتاقدی و لاغری و بهبود قابل توجه در وضعیت تغذیه کودکان زیر پنج‌سال کشور است. با این وجود نباید از نظر دور داشت شیوع سوءتغذیه در مناطق محروم کشور همچنان بالاست. نتایج «مطالعه شاخص‌های سلامت و جمعیت» در سال۱۳۸۹ حاکی از آن است که بالاترین میزان شیوع سوءتغذیه در استان سیستان وبلوچستان وجود دارد. به بیان دیگر در این استان، ۷/۰درصد کودکان دچار کوتاقدی، حدود ۱۲درصد دچار کم‌ورنی و حدود ۹درصد کودکان دچار لاغری هستند. در زمینه وضعیت ریزمغذی‌ها در کودکان زیر پنج‌سال، اولین بررسی انجام‌شده در سطح ملی مربوط به سال ۱۳۸۰ است. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از این بررسی، شیوع کم‌خونی در کودکان ۲۳-۱۵ماهه در سال ۹۱ (۲۳/۷درصد) در مقایسه با سال ۸۱ (۳۱/۸درصد کاهش قابل توجهی نشان داده است. وضعیت حاشیهی کمبود و کمبود ویتامین D در کودکان ۲۳-۱۵ماهه در سال ۹۱ (۲۳/۷درصد) در مقایسه با سال ۸۰ (۳۷/۸درصد) افزایش شدید معنادار و نگران‌کننده‌ای داشته است. دامنه حاشیهی کمبود و کمبود ویتامین D از ۱۱درصد در استان‌های گیلان و مازندران تا ۵۹/۲۵درصد در استان‌های بوشهر، هرمزگان و جنوب خوزستان متغیر است. وضعیت حاشیهی کمبود و کمبود ویتامین D در

سوءتغذیه یکی از مشکلات تغذیه‌ای شایع در کودکان زیر پنج‌سال است. سوءتغذیه کودکان پیامدهای نامطلوب بسیاری دارد، ازجمله اختلال در رشد و تکامل مغزی و جسمی، افزایش هزینه‌های درمانی و مراقبت‌های پزشکی، افت تحصیلی و تحمیل هزینه‌های سنگین بر آموزش‌وپروزش کشور و از دست‌دادن روزهای کاری والدین. چنین پیامدهایی مایه مای سنگینی بر اقتصاد جامعه (هم در بخش دولتی و هم در بخش خصوصی) و نیز هزینه اجتماعی بالا بر خانواده‌ها وارد می‌کند. اولین‌بار در سال ۱۳۷۰ مطالعه وضعیت سوءتغذیه کودکان زیر پنج‌سال در قالب بررسی ملی سالانه بهداشت خانواده با اندازه‌گیری وزن کودکان انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد ۲۳درصد دختران روستایی، ۱۷درصد دختران شهری، ۱۵درصد پسران روستایی و ۱۰درصد پسران شهری، دچار کم‌ورنی هستند. در سال ۱۳۷۴ به دنبال تعهد سران کشورها برای دستیابی به اهدافی در زمینه سلامت کودکان در فاصله دهه ۱۹۹۰رت تا ۲۰۰۰ (که به اهداف دهه پایانی قرن‌بیستم معروف بوده است)، با همکاری مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دفتر یونسف در تهران، مطالعه میزان دست‌یابی به اهداف میان‌دهه‌ای انجام شد. براساس نتایج این مطالعه، ۱۶/۶درصد کودکان زیر پنج‌سال دچار کم‌ورنی، ۹/۴درصد کودکان زیر پنج‌سال دچار کوتاقدی تغذیه‌ای و هفت‌درصد کودکان زیر پنج‌سال دچار لاغری بوده‌اند. بررسی کشوری انجام‌شده توسط وزارت بهداشت با عنوان «تعیین شاخص‌های تن‌سنجی کودکان زیر پنج‌سال» در سال۱۳۷۷ تصویر اپیئیمولوژیک سوءتغذیه را به تفکیک استان‌های مختلف کشور نشان داده است. اطلاعات این بررسی نشان داد حدود ۹/۱درصد کودکان زیر پنج‌سال کشور دچار کم‌ورنی متوسط و شدید، ۱۵/۴درصد کودکان دچار کوتاقدی و پنج‌درصد کودکان دچار لاغری بودند. در سال ۱۳۸۳، دومین بررسی کشوری «تعیین شاخص‌های تن‌سنجی کودکان زیر پنج‌سال» توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت انجام



محمودرضا اشرفی*



سوءتغذیه یکی از مشکلات تغذیه‌ای شایع در کودکان زیر پنج‌سال است. سوءتغذیه کودکان پیامدهای نامطلوب بسیاری دارد، ازجمله اختلال در رشد و تکامل مغزی و جسمی، افزایش هزینه‌های درمانی و مراقبت‌های پزشکی، افت تحصیلی و تحمیل هزینه‌های سنگین بر آموزش‌وپروزش کشور و از دست‌دادن روزهای کاری والدین. چنین پیامدهایی مایه مای سنگینی بر اقتصاد جامعه (هم در بخش دولتی و هم در بخش خصوصی) و نیز هزینه اجتماعی بالا بر خانواده‌ها وارد می‌کند. اولین‌بار در سال ۱۳۷۰ مطالعه وضعیت سوءتغذیه کودکان زیر پنج‌سال در قالب بررسی ملی سالانه بهداشت خانواده با اندازه‌گیری وزن کودکان انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد ۲۳درصد دختران روستایی، ۱۷درصد دختران شهری، ۱۵درصد پسران روستایی و ۱۰درصد پسران شهری، دچار کم‌ورنی هستند. در سال ۱۳۷۴ به دنبال تعهد سران کشورها برای دستیابی به اهدافی در زمینه سلامت کودکان در فاصله دهه ۱۹۹۰رت تا ۲۰۰۰ (که به اهداف دهه پایانی قرن‌بیستم معروف بوده است)، با همکاری مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دفتر یونسف در تهران، مطالعه میزان دست‌یابی به اهداف میان‌دهه‌ای انجام شد. براساس نتایج این مطالعه، ۱۶/۶درصد کودکان زیر پنج‌سال دچار کم‌ورنی، ۹/۴درصد کودکان زیر پنج‌سال دچار کوتاقدی تغذیه‌ای و هفت‌درصد کودکان زیر پنج‌سال دچار لاغری بوده‌اند. بررسی کشوری انجام‌شده توسط وزارت بهداشت با عنوان «تعیین شاخص‌های تن‌سنجی کودکان زیر پنج‌سال» در سال۱۳۷۷ تصویر اپیئیمولوژیک سوءتغذیه را به تفکیک استان‌های مختلف کشور نشان داده است. اطلاعات این بررسی نشان داد حدود ۹/۱درصد کودکان زیر پنج‌سال کشور دچار کم‌ورنی متوسط و شدید، ۱۵/۴درصد کودکان دچار کوتاقدی و پنج‌درصد کودکان دچار لاغری بودند. در سال ۱۳۸۳، دومین بررسی کشوری «تعیین شاخص‌های تن‌سنجی کودکان زیر پنج‌سال» توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت انجام