

پرسش و پاسخ علمی

دکتر مرتضی ثمینی: گروه فارماکولوژی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تهران

- آنچه در این شماره از نظر شما می‌گذرد:
- ۱- سؤالات آقای سید علی طباطبایی دانشجوی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران درباره مقاله‌ای تحت عنوان «پیکروریزا و خواص درمانی آن» (سؤالات شماره ۳۲۰ تا ۳۲۲) که این مقاله در آذر ماه سال ۱۳۸۱ در صفحات ۵۹-۶۱ به چاپ رسیده است.
 - ۲- سؤالات آقای سید علی طباطبایی درباره مقاله‌ای تحت عنوان پتازیت دو رگ و خواص درمانی آن» که در شماره دی ماه ۱۳۸۱ در صفحات ۵۳ الی ۵۵ به چاپ رسیده است. (سؤالات شماره ۳۲۳ الی ۳۲۶)
 - ۳- پاسخ سؤال آقای جمشید ایمانی از لرستان درباره راه مقابله با عارضه خشکی لب ناشی از مصرف سیستمیک ایزوتره تینوئین (سؤالات شماره ۳۲۷)
 - ۴- پاسخ سؤال خانم دکتر راحله مسعودی درباره فرآورده‌های موجود برای ترک سیگار (سؤال شماره ۳۲۸)
 - ۵- سؤال خانم زهرا شفیعی دانشجوی پزشکی
- در باره گیاهی به نام خرگوشک و اثر آن در درمان چاقی (سؤال ۳۲۹)
- ۶- سؤال آقای دکتر فرزاد کمالی‌نیا از آقای دکتر مجاب درباره فرق چای‌های سبز و سیاه (سؤال شماره ۳۳۰)
 - ۷- سؤال خانم توران آزاد از تهران درباره درمان‌های جدید و آینده آسم (سؤال شماره ۳۳۱)
 - ۸- پاسخ سؤال آقای نوید امان پور از زنجان درباره اثر داروهای ضد آسم روی جنین در دوران حاملگی (سؤال شماره ۳۳۲)
 - ۹- پاسخ سؤال خانم نیر جهان‌بخش از تبریز درباره توپیرامیت (سؤال شماره ۳۳۳)
 - ۱۰- پاسخ سؤال آقای کمال کیانی دانشجوی درباره فسفوماپسین (سؤال شماره ۳۳۴)
 - ۱۱- پاسخ سؤال آقای احمد مساوات درباره متیل سلولوز (سؤال شماره ۳۳۵)
 - ۱۲- پاسخ سؤال خانم مرضیه شمیمی درباره گلوکوزامین (سؤال شماره ۳۳۶)
 - ۱۳- پاسخ به سؤالات آقای دکتر صفائی از داروخانه توحید سمیرم

■ آقای سیدعلی طباطبایی دانشجوی دانشکده داروسازی طی نامه‌ای درباره مقاله‌ای تحت عنوان «گیاه پیکورویزا و خواص درمانی آن، که در شماره آذر ماه ۱۳۸۱ توسط خانم دکتر پریسا گازرانی در صفحات ۵۹ الی ۶۱ نوشته شده است چند سؤال مطرح کرده و خواستار پاسخ توسط نویسنده مقاله شده‌اند. سؤالات ایشان ذیلاً درج می‌شود و از خانم دکتر گازرانی تقاضا داریم که پاسخ‌های لازم را به دفتر مجله ارسال فرمایند تا در شماره‌های آینده چاپ شوند.

۳۲۰- منظور از انفجار اکسیداتیو نوتروفیلی (صفحه ۶۰ سطر ۱۶ ستون اول) چیست؟

۳۲۱- نام فارسی و رویشگاه گیاه پیکورویزا چیست و کجاست؟

۳۲۲- در صفحه ۶۱ به اثر گیاه در درمان هیپاتیت ویروسی اشاره شده است ولی رفرنس آن را مشخص نکرده‌اند. لطفاً رفرنس مربوط به این مطلب را در مجله در پاسخ این سؤال عنایت فرمایند.

■ آقای سیدعلی طباطبایی در مورد مقاله‌ای تحت عنوان «معرفی پتانزیت دو رگ و خواص درمانی آن» نیز که در صفحات ۵۳ الی ۵۵ توسط خانم دکتر پریسا گازرانی نوشته شده چند سؤال به شرح زیر مطرح کرده‌اند.

۳۲۳- آیا این گیاه در ایران می‌روید، اگر می‌روید در چه مناطقی و نام فارسی آن چیست؟

۳۲۴- منظور از مثانه تحریک‌پذیر در صفحه ۵۲ سطر ۵ ستون دوم چیست؟

۳۲۵- در صفحه ۵۲ سطر ۱۸ ستون دوم، منظور از این که Isopetasin سبب متابولیسم پروستاگلاندین‌ها می‌شود چیست؟

۳۲۶- چگونه عصاره‌های این گیاه را فاقد آلکالوئیدهای پیرولیزیدینی می‌کنند (صفحه ۵۴ سطر ۳ و ۴ ستون اول)؟

۳۲۷- آقای جمشید ایمانی از لرستان طی نامه‌ای درباره راه مقابله عارضه خشکی لب ناشی از مصرف سیستمیک ایزوتره‌تینوئین اطلاعاتی را خواسته‌اند که پاسخ سؤال ایشان را به شرح زیر همکار گرامی جناب آقای دکتر حامد شرفارودی لطف کرده‌اند.

خشکی دهان و لب‌ها از عوارض شایع رتینوئیدها مثل ایزوتره‌تینوئین است که در ۹۰ درصد بیماران مشاهده می‌شود. این عارضه وابسته به دوز است و در خانم‌ها معمولاً بیشتر از آقایان ایجاد می‌شود. کاهش ترشح بزاق در نتیجه مصرف این داروها می‌تواند عاملی برای پوسیدگی دندان‌ها و بیماری‌های لثه باشد. راه مقابله با این عارضه چشیدن مکرر آب، پرهیز از مصرف سیگار و الکل (از جمله دهان شویه‌های حاوی الکل و فنل)، پرهیز از غذاهای سرشار از مواد قندی، تنظیم رطوبت محل سکونت و استفاده از لوزنج‌های تحریک‌کننده یا جایگزین شونده بزاق، تا حدودی عارضه یاد شده را کاهش می‌دهند. برای کم کردن ترک خوردگی ناشی از خشکی لب‌ها می‌توان از Lip sticks مثل Carmex 80 استفاده کرد که این فرآورده حاوی منتول، کامفر، آلووم و اسید سالیسیلیک در پایه مرکبی از وازلین، لانولین، کره کاکائو و موم است که ترکیبات ضد آفتاب با قدرت حفاظتی ۱۵ تا ۳۰ به این مواد اضافه شده است.

۳۲۸- خانم دکتر راحله مسعودی طی نامه‌ای اطلاعاتی درباره فرآورده‌های موجود برای ترک سیگار خواسته‌اند که پاسخ سؤال ایشان را

آقای دکتر حامد سفارودی به صورت زیر عنایت کرده‌اند.

نیکوتین مثل اوبیوئیدها و آفتامین‌ها باعث آزاد شدن دوپامین در مراکز پاداش مغز شده و بدین جهت با مصرف آن نیز پدیده وابستگی مشاهده می‌شود. مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که قطع مصرف نیکوتین باید به صورت تدریجی انجام گیرد زیرا در این صورت علائم قطع مصرف به مراتب کمتر از ترک ناگهانی سیگار خواهد بود. درمان‌های دارویی همراه با حمایت‌های سایکولوژیک و تمرین مهارت‌های اختصاصی می‌توانند در برنامه ترک مصرف نیکوتین موثر باشند. آدامس‌های حاوی نیکوتین مثل Nicorette توسط FDA برای درمان وابستگی به نیکوتین تایید شده است. موفقیت در ترک سیگار با این فرآورده به مصرف صحیح آن بستگی دارد. پچ‌ها یا برچسب‌ها (Nicoderm) و اسپری‌های حاوی نیکوتین نیز می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند. به طور کلی ترکیبات حاوی نیکوتین می‌توانند باعث کاهش علائم قطع در افراد وابسته به دخانیات شوند. بوپروپیون (Zyban) نیز که یک داروی ضد افسردگی است می‌تواند موقع ترک وابستگی به نیکوتین مورد استفاده قرار گیرد. این فرآورده با دوزهای درمانی، می‌تواند برداشت مجدد دوپامین و نورآدرنالین توسط اعصاب پیش سیناپسی را کاهش دهد. بوپروپیون به تنهایی یا هم‌زمان با پچ‌های حاوی نیکوتین برای کم کردن علائم قطع مصرف مورد مصرف دارد. از عوارض این داروها می‌توان به بی‌خوابی و خشکی دهان اشاره نمود.

۳۲۹- خانم زهرا شفیعی دانشجوی دانشکده

پزشکی طی نامه‌ای یک سؤال درباره گیاهی به نام خرگوشک و اثر آن در درمان چاقی سؤال کرده‌اند و پرسیده‌اند آیا اثر این دارو در این مورد به اثبات رسیده و در صورت مثبت بودن پاسخ، دوز دارو و عوارض جانبی آن چیست و آیا منابع علمی معتبر فرآورده‌های این گیاه را برای درمان چاقی تایید کرده‌اند؟

از همکاران محترم در رشته فارماکونوزی خواهشمندیم که پاسخ مناسب برای این سؤال را برای دفتر مجله جهت درج در پرسش و پاسخ ارسال فرمایند تا به نام خودشان در پاسخ به این سؤال چاپ شود.

۳۳۰- آقای دکتر فرزانه کمالی‌نیا طی نامه‌ای سؤالی از همکار گرامی آقای دکتر مجاب کرده‌اند به این صورت که فرق چای‌های سبز و سیاه چه می‌باشد؟ از آقای دکتر مجاب تقاضا داریم جواب مناسب برای این سؤال را به دفتر مجله ارسال فرمایند تا در پاسخ این سؤال در پرسش و پاسخ چاپ شود.

۳۳۱- خانم توران آزاد از تهران در نامه‌ای پرسیده‌اند که علاوه بر داروهای موجود و روتین برای درمان آسم که وارد بازار مصرف شده‌اند چه نوع داروهایی در پشت پرده در حال بررسی بوده و در آینده وارد بازار مصرف خواهند شد.

در پاسخ سؤال خانم آزاد باید عرض کنیم که علاوه بر داروهایی که به قول ایشان فعلاً در بازار مصرف هستند (بتا-آگونیست‌ها، آنتی‌موسکارینیک‌ها، کرومولین، تنوفیلین، کورتیکواستروئیدها، آنتاگونیست‌های لوکوترین و داروهای استروئیدی) امروزه عواملی نیز در حال بررسی هستند که در

سال‌های آینده امید راه‌یابی آن‌ها به کلینیک وجود دارد که مهم‌ترین آن‌ها مهارکننده‌های فسفودی استراز ۴ (PDE 4 inhibitors)، سیکلوسپورین A استنشاقی، آنتی‌بادی‌های منوکلونال علیه IgE، سلول‌های CD₄ و Th₂، سایتوکاین‌ها (مثل اینترلوکین ۴ و ۵)، تعدیل توازن Th1/Th2 از طریق واکسیناسیون یا افزایش سایتوکاین‌های مربوط به Th1 (اینترفرون گاما، اینترلوکین ۱۲ و ۱۸)، آنتاگونیست‌هایی علیه کموکاین‌ها و غیره می‌باشند به احتمال زیاد زمینه‌های دیگری هم در پشت پرده وجود دارند که هنوز ما از آن‌ها خبر نداریم.

۳۳۲- آقای نوید امان پور از زنجان درباره اثر داروهای ضد آسم روی جنین در دوران حاملگی سؤال کرده‌اند که ذیلاً پاسخ خلاصه‌ای را تقدیم حضورشان می‌کنیم مقاله‌ای تحت عنوان درمان آسم در حاملگی در همین شماره به چاپ رسیده است.

در پاسخ این سؤال باید گفت که هیچکدام از داروهایی که معمولاً برای درمان آسم مصرف می‌شوند ایجاد Congenital malformations نمی‌کنند ولی در صورت امکان برای کم کردن غلظت سیستمیک داروها باید داروهای استنشاقی مصرف شوند. از داروهای در ارتباط با لوکوترین‌ها به علت اطلاعات کمی که درباره سلامتی آن‌ها در حاملگی وجود دارد باید از مصرف آن‌ها در دوران حاملگی اجتناب شود.

۳۳۳- خانم نیر جهان‌بخش طی نامه‌ای اطلاعاتی درباره دارویی به نام topiramate خواسته‌اند که ذیلاً اطلاعاتی را در اختیار آن‌ها می‌گذاریم. این دارو که به نام تجارتي Topamax عرضه می‌شود

از گروه درمانی ضد تشنج‌ها است. احتمالاً این دارو اثرات ضد تشنجی خود را با مکانیسم‌های مختلف ایجاد می‌کند که از آن جمله می‌توان به بلاک کردن کانال‌های سدیم و کلسیم وابسته به ولتاژ، افزایش فعالیت ناقل مهاري (GABA)، آنتاگونیزه کردن Kainate برای فعال کردن گیرنده Kainate / AMPA اشاره نمود. این دارو اثر ضعیفی روی آنزیم آنیدراز کربنیک نیز دارد که احتمالاً ارتباطی با اثر ضد تشنجی آن ندارد. این دارو به عنوان درمان کمکی برای حملات پارشیال در بزرگسالان به کار می‌رود. درمان معمولاً با ۵۰ میلی‌گرم در روز شروع می‌شود و سپس هر هفته ۵۰ میلی‌گرم اضافه می‌شود تا در هفته هشتم ۴۰۰ میلی‌گرم (۲۰۰ میلی‌گرم صبح و ۲۰۰ میلی‌گرم شب) خورده می‌شود. حداکثر دوز دارو می‌تواند ۱۶۰۰ میلی‌گرم باشد. در بیمارانی که آسیب کلیوی متوسط تا شدید دارند دوز دارو باید پنجاه درصد تعدیل شود. به خاطر طعم تلخ دارو نباید قرص‌های آن شکسته و خورده شود.

توپی‌رامیت به سرعت جذب شده و غلظت پیک آن ۲ ساعت پس از خوردن ۴۰۰ میلی‌گرم دوز خوراکی ایجاد می‌شود. بهره دهی بیولوژیک آن حدود ۷۵ درصد بوده و با غذا تغییری نمی‌کند. دارو در بدن متابولیزه نمی‌شوند و بدون تغییر از ادرار دفع می‌شود. نیمه عمر دارو حدود ۲۰ ساعت است و غلظت پایدار آن حدود ۴ روز پس از مصرف ایجاد می‌شود. فرم‌های داروی توپی‌رامیت شامل تسابلت‌های ۲۵، ۱۰۰ و ۲۰۰ میلی‌گرمی و کپسول‌های ۱۵ و ۲۵ و ۵۰ میلی‌گرمی می‌باشند. از عوارض جانبی دارو می‌توان بعضی

اثرات مرکزی (مثل اختلالات بینایی، تسکین روانی، پارستزی، سرگیجه و غیره) بعضی عوارض گوارشی (مثل نفخ، یبوست، کم شدن اشتها، سوء هاضمه، تهوع و استفراغ) و عوارض دیگر مثل کم‌خونی، لوکوپنی، دردهای عضلانی - اسکلتی و تشکیل سنگ‌های کلیوی اشاره نمود که برای جلوگیری از اثر اخیر باید به بیمار توصیه شود که مایعات زیاد بنوشند. مصرف توام آن با استازولامید خطر ایجاد سنگ‌های کلیوی را زیاد می‌کند و لذا باید از مصرف توام آن‌ها اجتناب شود. سالم بودن و موثر بودن توپی‌رامیت در بچه‌ها به ثبوت نرسیده است. برای مصرف در دوران حاملگی از گروه C می‌باشد.

۳۳۴- آقای کمال کیانی از شیراز طی نامه‌ای پس از اظهار لطف نسبت به ماهنامه رازی اطلاعاتی درباره فسفومایسین خواسته‌اند که با کمال میل ذیلاً اطلاعاتی درباره داروی مورد نظر ایشان را چاپ می‌کنیم.

فسفومایسین آنتی‌بیوتیک باکتریسیدی است که آنالوگ فسفونول پیروات بوده و ساختار شیمیایی آن با ساختار هیچ داروی ضد میکروبی شباهت ندارد. این دارو آنزیم انول پیروات ترانسفراز و لذا یکی از مراحل اولیه در سنتز سل وال باکتری را مهار می‌کند. فسفومایسین برای درمان عفونت‌های قسمت‌های پایین دستگاه ادراری (سیستیت حاد) در خانم‌ها که توسط نوع‌های حساس اشریشیاکولی و آنتروکوکوس فکالیس ایجاد شده باشد مصرف می‌شود. به نظر می‌رسد که مصرف آن در دوران حاملگی بی‌ضرر باشد (گروه B).

فسفومایسین ترومتامین از راه خوراکی به خوبی جذب شده به اسید آزاد (فسفومایسین) تبدیل می‌شود. به پروتئین‌های پلاسما متصل نمی‌شود. در کلیه‌ها، دیواره مثانه و پروستات منتشر می‌شود. در بدن متابولیزه نشده و دست نخورده از طریق ادرار و مدفوع دفع می‌شود. در خارج از بدن با بتا - لاکتام‌ها، آمینوگلیکوزیدها و فلوروکینولون‌ها ایجاد سینرژسم می‌کند. فسفومایسین به صورت گرانول در پاکت‌های سه گرمی تهیه می‌شود که در ۹۰ تا ۱۲۰ میلی لیتر آب حل شده و به صورت دوز واحد مصرف می‌شود. مقدار داروی فعال در دستگاه ادراری بیشتر از MIC لازم برای اکثر پاتوژن‌های دستگاه ادراری می‌باشد. از عوارض جانبی دارو می‌توان به سر درد و سرگیجه، تهوع، سوء هاضمه و اسهال و به ندرت آنمی آپلاستیک اشاره نمود. این دارو برای خانم‌هایی رزرو می‌شود که قادر به تحمل کوتری موکسازول یا تری‌متوپریم نمی‌باشند.

۳۳۵- آقای احمد مساوات از سبزوار طی نامه‌ای پرسیده‌اند که متیل سلولز برای درمان یبوست به کار می‌رود یا برای درمان اسهال؟

در پاسخ این سؤال باید عرض کنیم که در هر دو مورد می‌تواند مصرف شود زیرا با جذب آب و ایجاد حجم زیاد در روده باعث ایجاد حرکات دودی روده شده و یبوست را برطرف می‌کند. در ضمن با جذب آب زیاد در روده باعث کم شدن اسهال حاد می‌شود.

۳۳۶- خانم مرضیه شمیمی از تهران طی نامه‌ای اطلاعاتی درباره گلوکوزامین خواسته‌اند که پاسخ این سؤال را همکار گرامی خانم دکتر لیلا معزّی به قرار زیر عنایت فرموده‌اند. سعی

می‌کنیم در شماره‌های آینده، مقاله مفصلی به قلم ایشان در این زمینه به چاپ برسانیم. اینک پاسخ سؤال خانم شمیمی:

گلوکزآمین یک آمینوپلی ساکارید (ترکیبی از یک آمینو اسید - گلو تاملین - و گلوکز) می‌باشد که سابقه تجویز آن در درمان استئوآرتریت به دهه ۱۹۶۰ برمی‌گردد. این ماده که به صورت طبیعی در بدن وجود دارد در غضروف مفصل تجمع پیدا کرده، تشکیل زنجیره‌های بلندتر به نام گلیکوزآمینو گلیکان می‌دهد و نهایتاً وارد ساختمان بزرگ‌تری به نام پرتئوگلیکان می‌شود. نقش پرتئوگلیکان این است که آب را به داخل فضای مفصل جذب می‌کند و باعث روان شدن غضروف در ضمن حرکت می‌کند. ادعا می‌شود که تجویز گلوکزآمین در آرتریت می‌تواند باعث بهبود استئوآرتریت، حفاظت مفصل و تاندون از آسیب کاهش التهاب شود. گلوکزآمین به فضای مفصل و در آنجا به داخل پرتئوگلیکان غضروف مفصل وارد شده و باعث نگهداری ساختار غضروف و بازسازی آسیب می‌شود. همچنین گلوکزآمین ممکن است باعث کاهش تحریک کندروسیت و شروع تولید ماتریکس غضروف جدید شود. مطالعات، نقش روشن گلوکزآمین را در بهبود درد و سفتی مفصل ناشی از آرتروز نشان داده‌اند. با این که تاکنون هیچ مطالعه وابسته به دوز با گلوکزآمین انجام نشده است، در تمامی مطالعات این دارو روزانه ۱۵۰۰ mg در ۲ دوز منقسم استفاده شده است. گاهی برای کاهش هزینه دارو در ۶۰ تا ۹۰ روز اول ۱۵۰۰ mg گلوکزآمین مصرف شده و سپس به عنوان دوز نگهدارنده روزانه ۷۵۰ - ۲۵۰ mg مصرف می‌شود.

این دارو عوارض کمی دارد. گاهی اختلالات گوارشی مشاهده شده است. در بعضی مطالعات حیوانی نیز نشان داده شده که گلوکزآمین ممکن است باعث ایجاد مقاومت به انسولین شود. سایر داروهای جدید ضد استئوآرتریت مثل Celecoxib، Rofecoxib، Chondroitin sulphate و Piascledine در شماره‌های آینده مجله رازی در مقاله‌ای با عنوان «استئوآرتریت: پاتوفیزیولوژی و روش‌های درمان» مورد بحث قرار خواهد گرفت.

* آقای دکتر صفایی از سمیرم طی نامه‌ای نسبت به ۳ مقاله چاپ شده در شماره فروردین ۸۲ اظهار نظر فرموده‌اند. یکی از مقالات، پلی‌مورفیسم‌های گیرنده‌های آدرنرژیک و نارسایی قلبی است که فرموده‌اند مقاله گیرنده‌های آدرنرژیک بهتر نبود کلی و از نظر خطوط اصلی قابل فهم‌تر بود و وارد جزئیات کلافه‌کننده نمی‌شدند. چون نویسنده این مقاله بنده بودم باید در پاسخ آن بگویم که این مقاله نمی‌خواست گیرنده‌های آدرنرژیک را توضیح دهد که کلی‌گویی بکند بلکه ارتباط پلی‌مورفیسم گیرنده‌های آدرنرژیک را با نارسایی قلبی مطرح کرده که یک یافته جدید و پیچیده است ولی اگر شما به عنوان یک داروساز، حتی فقط عنوان مقاله را برداشت کرده و بدانید که بین پلی‌مورفیسم این گیرنده‌ها و نارسایی قلبی ممکن است ارتباطی باشد کافی است و مقاله به هدف خود رسیده است. در ضمن ممکن است مطالب این مقاله برای یک عده که تا حدودی در جریان مطلب باشند نه تنها کلافه‌کننده نباشد بلکه بسیار خوش آیند باشد. به هر حال مقاله به زبان

فارسی نوشته شده که اگر دو بار با حوصله مطالعه شود پاسخ‌گویی به سؤالات مشکلی نخواهد داشت.

نکته دیگری را که اشاره کرده‌اند این بوده که جواب سؤالات ۶ و ۱۱ و ۱۳ در متن مقاله خوب توضیح داده نشده و جواب دادن به آن‌ها مشکل است.

این سؤالات به مقاله آقای دکتر نیما فائق مربوط بوده و در پاسخ آن عرض می‌کنیم که آنتی‌هیستامین معمولاً به دارویی اطلاق می‌شود که اثر هیستامین روی گیرنده H_1 را خنثی بکند نه گیرنده‌های H_2 و H_3 . همکار گرامی این موضوع را حتماً باید بدانند و یا این که مقاله باید ایشان را وادار کند که با کمی مطالعه و تفحص به این واقعیت پی برند و ضرورتاً این طوری نیست که نکته به نکته مطالب پرسیده شده در سؤالات، در

متن مقاله توضیح داده شود. در مورد سؤالات ۱۱ و ۱۳ نیز اگر مقاله با دقت مطالعه شود جواب دادن به آن‌ها بسیار راحت است.

نکته آخر نامه ایشان این بوده که آیا در جدول شماره (۱) در مورد قره‌قاط کلمه هیپو صحیح است؟

این مورد مربوط به مقاله آقای دکتر جمشیدی است که در صفحه ۲۷ فروردین ۸۲ ذکر شده است لذا از ایشان تقاضا داریم که به این سؤال در شماره‌های آینده جواب دهند. در ضمن از آقای دکتر صفایی خواهشمندیم که اگر بعد از این مایل به پرسیدن سؤالی درباره مقالات رازی باشند خودشان مشخص کنند که هر سؤال از چه صفحه‌ای است زیرا در نامه خود این اصل را رعایت نکرده‌اند.

