مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
جلد چهار، شماره چهار- ب، زمستان ۱۳۸۴-۱۳۸۵

 مقایسه سیستم آنتی اکسیدان در بیماران مبتلا به ایسکمی قلبی با گروه شاهد و ارتباط آن با سرولپلاسیمن

دکتر احمد گلامی‌پورنژی‌آباد، دکتر حمید امیری‌نژاد، دکتر محمود یگانه، دکتر نورخواه‌نژاد

چکیده
زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی عروقی به ویژه ایسکمی قلبی به علت آتروسکلروز عضله‌ترین علت مارک در جامعه محسوب می‌گردد. در این پژوهش تجویز مطالعات که تغییرات گلمندی in vitro آنتی اکسیدان‌های در مدل گذشته در تحقیقات قلبی در سال‌های گذشته تایید شده است. این هدف یک طرح آزمونی آزمایش‌های آزمایش‌های زمانی در بیماران مبتلا به ایسکمی قلبی و ارتباط آن با سرولپلاسیمن به عنوان یک فاکتور خطر بروز ابتلا به ایسکمی قلبی. مطالعه حاضر به منظور بررسی این وضعیت انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی روی ۴۹ مورد سال ۱۳۵۵ (۲۵+۳) ساله بیمار جام گرفته. در این مطالعه نمونه‌برداری از ۴۹ بیمار شامل دو گروه بیمار مبتلا به ایسکمی قلبی با تکنیک عروقی که اکسیدان‌های در مدل گذشته در تحقیقات قلبی در سال‌های گذشته تایید شده است.

یافته‌ها: مقادیر تاس (TAS) یا قدرت سرولپلاسیمن و کاتالاز در بیماران صورت آزمایش‌های آزمایش‌های زمانی در بیماران مبتلا به ایسکمی قلبی و ارتباط آن با سرولپلاسیمن به عنوان یک فاکتور خطر بروز ابتلا به ایسکمی قلبی. مطالعه حاضر به منظور بررسی این وضعیت انجام گرفت.

نتایج: فاکتور تاس (TAS) فعالیت آنزیم‌های SOD و کاتالاز در بیماران مبتلا به ایسکمی قلبی خواصی در علل که می‌تواند به مقادیر همین عامل در گروه کنترل و در گروه مبتلا (TAS) (2012) 21/12/01 با تقییت ۰/۶۵ در دسترس کهسمت نسبت به مقادیر همین عامل در گروه کنترل و در گروه مبتلا (TAS)

واژه‌های کلیدی: سیستم آنتی اکسیدان، پراکسیدایون لیپیدی، بیماری ایسکمی قلبی و سرولپلاسیمن

1. استادینگ گروه آموزشی بیوشیمی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
2. استادینگ گروه آموزشی بیوشیمی پزشکی کرمان
3. مدیر اداره بهداشت کار، مجمع سر سرچشمه
4. کارشناس ارشد گروه آموزشی بیوشیمی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
5. استادینگ گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۳۰۰
در استخوان آین بروتینین نسبت داده شده در حالت کاهش مطالعات دیگر برای آن اثر کسبی‌های گزارش شده است. نمونه بررسی نهایی سوالین که بررسی نقش سرب‌پالس‌رسی دانه‌ای به سبب در بیماران مبتلا به ایسکمی قلبی متعدد بودند. بدین منظور مطالعه حاضر انجام گرفت و در آن وضعیت سپیستم بیماران قدار سرب‌پالس‌رسی دانه‌ای به ایسکمی قلبی بیماری و در بیماران مبتلا به ایسکمی قلبی. البته این واحد به دو فاکتور در دو گروه بررسی گردید.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه که به صورت توصیفی انجام گرفت، الکترولیس سالم و ۷۰ فرد سالم مورد بررسی قرار گرفتند. تمام افراد مورد مطالعه مرد بودند و ۳۵ تا ۵۵ سال سن داشتند. بیماران تحت نظر پزشک متخصص و با توجه به نتایج تست ورزش و آنژوگرافی انتخاب شدند. به طوری که همه آنها نتیجه عروق کرون بالای ۲/۷۰ داشتند. گروه شاهد نیز تحت نظر پزشک انتخاب شد به نحوی که هیچ یک از آنها سابقه بیماری قلبی-عروقی دیابت (قند خون ناشتا بالای ۱۲۵ میلی‌گرم در دقیقه)، و فشار خون بالا (بیش از ۱۴۰/۹۰mmHg) داشتند.

از کلیه افراد مورد مطالعه حداکثر ۵ سیسی خون در حالت ناشتا (۱۲ ساعت) و با رعایت اصول بهداشتی گرفته شد. مقداری از خون را جهت تهیه همولیزران و اندازه‌گیری EDTA مقدار هم‌مولوپروتین‌ها در ظروف حاوی ماده ضد انقاض ریخته و از مابقی جهت تهیه سرم استفاده شد. به منظور تهیه همولیزران، خون حاوی شناخت‌افزون سنتریموز شی. سپس به فناوری گردویی فیشبلو کوتاه و پلاستما و با فناوری گردویی سبز به فناوری گردویی نسبت داده مانده سرب سبز با فناوری سفید (با غلظت ۱/۰۰۰ مولار) می‌کنند. در حالی که کلروفورسیدمی با غلظت ۰/۱۵ مولار (پرود)]) و شستشو داده شدند و سپس با آب متخلخلیز گردیدند. از نمونه‌های لیز شده تا زمان انجام آزمایش در فرآیند فلورید به دست آمد.

۴-۰ درجه نسبت گردن تهیه شدند. بی‌گاه اندزه‌گیری مستقیم گونه‌های فعال که نیمه عمر کوتاهی دارد فعالیت سیستم آنی کسیدان و غلظت مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی اولین علت مرگ و میر زنان و مردان در جامعه صنعتی و در حال توسعه است. در ایران نیز این بیماری‌ها شایع‌ترین علت مرگ در تمام سنین زیاد و بر دو جنس بیماری‌های قلبی-عروقی به صورت بیماری‌های عروق کرونی می‌باشد و از کل ۷۰۰ مورد مرگ روزانه ۲۱۷ تدریجی علت بیماری‌های مربوط به ۱۶۰ مورد آن به علت سکته قلبی است. [۱]

ایسکمی قلبی به علت تنگی عروق کرونی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قلبی است. سال‌های‌های چندام عامل خطر اصلی (فشار خون بالا، کشیدن سیگار، هپاتیت B، دیابت و چاقی) برای این بیماری شناخته شده است و مطالعات برای یافتن عوامل مؤثر درگیر ادامه داده [۲] به طوری که بر اساس نتایج مطالعات آگاهانه لیپوپروتئین هموسیستین و ترکیبات آکسیدز فعال مانند رادیکال‌های سوپر اکسید (۲وی) و پراکسیدینریت (ONOO) نیز به عنوان عامل خطر جدید مطرح شدند [۳،۴]. مطالعاتی که تاکنون انجام گرفته‌اند از این بیماری اکسیداز نادی نیتولی اکسیداز نادی نیتولی (NADPH و NADPH دی‌میتر) و کل درون‌یافته آنزیمی کالکان، سوپراکسید دی‌میتر (SOD) و گلوتاتیون (GSH) نیز در پراکسیداز وارد عمل می‌شوند [۵]. مطالعات in vivo نشان داده که این ترکیبات می‌توانند به پروتئین‌ها واکنش هندسی و سبب ایجاد تغییرات مانند نتراسین پروتئین‌ها و یا پراکسیدیایان ناشی از پراید‌سیستمر عبیدی با تشکیل پلاک در عروق ایجاد می‌کنند. [۶،۷] از سوی دیگر مطالعات اپیدمیولوژیک بیماری ایسکمی قلبی نشان داده‌اند که سرب‌پالس‌رسی دانه‌ای ریسک فاکتورهای بیماری قلبی عروقی و سکته قلبی است. در حالی که نقش این بروتین‌ها در اکسیداسیون لیپوپروتئین‌ها و کسترة ضایعات آتروسکولتوکی به صورت در vivo بررسی نشده است [۸]. در پراکسیدینریت به عنوان عضو این بروتین‌ها می‌تواند در تولید اکسی‌سیستین سنتریموز در vivo برخی از پراکسیدینریت می‌تواند در تولید LDL ایکسیداسیون را دارد و این اثر به اتم بس موجود
محصولات حاصل از پرایکسیداسیون لیپیدی اندوز گرفته می‌شود. پرایکسیداسیون لیپیدی در اثر اکتیو لیپیدها با رادیکال‌های آزاد و مواد اکسید شده رخ می‌دهد و سنجش محصولات مانند ملون دی‌آلدهید دی‌آلدهید معیاری از شدت پرایکسیداسیون لیپیدی می‌باشد. بدن منظور می‌گردد آنتی‌کسیدان کل سرم و فعالیت آنزیم SOD در هم‌بستگی به RANOX روش رنگ سنجی و با استفاده از کیت شرکت اندوزه‌گشته شد. همچنین فعالیت آنزیم کاتالاز روند رنگ سنجی با استفاده از کروموزن Purpald [11] و غلظت ملون

di-آلدهید به کمک تست دی‌بی‌اتورونیک اسید [12] در هم‌بستگی مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. غلظت سرولپاسه‌ماین سرم به روش رنگ سنجی آنزیمی در حضور سوئس‌تری پارا فنیل دی‌آمین‌هیدروکلرید [13] اندازه‌گیری شد. غلظت نه خون ناشی از روش رنگ سنجی آنزیمی با استفاده از دستگاه اتانولیزور 10-50 و کیت کربنی نمونه‌های سرولپاسه‌ماین نیز در خون حاوی ضد اکسی‌کسید و دی‌آلدهید مراکز و سطح معنی‌داری از ضریب 0.05-dr نیز در نظر گرفته شد.

نتایج

این مطالعه بر روی 99 مورد 55-35 ساله شامل 29 فرد متلاسم ایسکمی قلبی و 20 فرد سالم انجام گرفت. متمرکزی مواد مطالعه در جدول 1 نشان داده شده است. میانگین غلظت آنتی‌کسیدان کل در گروه بیماران و شاهد به ترتیب 40.7±2.0 و 49.0±2.0 میلی‌مول در لیتر می‌باشد که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری داشتند [0.05]<p>. این زمره سرولپاسه‌ماین در گروه بیماران مقدار 1488±3.7 و در گروه شاهد 1481±2.7 سوار کستی دی‌آلدهید در گروه بیماران با میانگین 144±3.7 و در گروه شاهد 140±2.7 واحد در گرم هموگلوبین

<table>
<thead>
<tr>
<th>سرولپاسه‌ماین</th>
<th>شاهد</th>
<th>ملون دی‌آلدهید</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.1</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.2</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.3</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.4</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.5</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>کاتالاز</th>
<th>بیمار</th>
<th>شاهد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.1</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.2</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.3</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.4</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.5</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>فوره</th>
<th>شاهد</th>
<th>بیمار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.1</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.2</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.3</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.4</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.5</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>فازکسیداسیون</th>
<th>شاهد</th>
<th>بیمار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.1</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.2</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.3</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.4</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.5</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>آنتی‌کسیدان کل</th>
<th>شاهد</th>
<th>بیمار</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.1</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.2</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.3</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.4</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0.5</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
References


