

المخلص العربي

إن دور الالتهاب في حدوث و تطور مرض تصلب الشرايين قد تم دراسته و اثباته في العديد من الابحاث كما تناولت دراسات عديدة مدى فعالية تقييم حدة الالتهاب (عن طريق المؤشرات و التحاليل المعملية) في التنبؤ بحدوث مضاعفات مرض تصلب الشرايين .

يتم تقييم مدى حدة الالتهاب بعدة مؤشرات معملية و منها قياس مستوى بروتين (CRP) في الدم 0 يتم انتاج بروتين (CRP) في الكبد رداً على تكوين بروتينات أخرى تسمى (cytokines) و خصوصاً بروتين (interleukine-6) 0 ان قياس مستوى بروتين (CRP) و خصوصاً الفحص المعملية عالي الدقة (hs-CRP) هو مؤشر حساس و مستقل للتنبؤ بحدوث المضاعفات الناتجة عن تصلب الشرايين مثل الوفاة و الأحتشاء الحاد لعضلة القلب و السكتة الدماغية .

شكل تطوير الدعامات لعلاج تضيق الشرايين التاجية حدثاً مهماً و فتحاً جديداً في علاج أمراض الشرايين التاجية . و لكن معاودة انسداد الشرايين التاجية بعد تركيب الدعامات مازال يشكل تحدياً كبيراً و مازالت الية حدوث معاودة الانسداد تشكل موضوع بحث مستمر أدى الى اكتشاف بعض اسباب حدوثها و أهم هذه الأسباب :

- فرط النمو للخلايا المبطنة للشرايين.
- تغيير حجم و شكل الشريان.
- حدوث تجلطات داخل الدعامات.
- العامل الالتهابي.

شملت هذه الدراسة مائة مريض من مرضى قصور الشريان التاجي المستقر و ذلك من أجل محاولة كشف العلاقة بين مدى حدة الردة الالتهابية بعد تركيب الدعامات التاجية بمختلف أنواعها و حدوث المضاعفات و حدوث المضاعفات الإكلينيكية و محاولة معرفة العوامل المنبئة بارتفاع حدة الردة الالتهابية .

تم إخضاع جميع المرضى للفحص الإكلينيكي قبل و بعد إجراء القسطرة و تم تسجيل جميع البيانات الخاصة بكل مريض بعد أخذ موافقته للاشتراك في هذا البحث . كما تم اخذ عينه من دم كل مريض بعد موافقته للاشتراك في هذا البحث. كما تم اخذ عينه من دم كل مريض قبيل إجراء القسطرة لقياس مستوى (hs-CRP), (IL-6), ثم بعد تركيب الدعامات بحوالي

أربع و عشرون ساعة و ذلك لقياس مستوى بروتين (hs-CRP) و كذلك بعد ستة أشهر من تركيب الدعامات و قبل إجراء القسطرة للمتابعة و ذلك لقياس مستوى (IL-6),(hs-CRP) في الدم .

تم استبعاد المرضى الذين تتوفر فيهم أي من الشروط التالية:

- المرضى الذين يعانون من قصور الشريان التاجي الحاد.
- المرضى الذين تم إجراء أي تدخل جراحي خلال شهر.
- المرضى الذين يعانون من وجود مرض التهابي مزمن أو ورم سرطاني.
- المرضى الذين يتلقون علاج الكورتيكوزون أو العقاقير المثبطة للمناعة أو الأدوية المضادة للالتهاب.
- المرضى الذين تم إجراء عملية توصيل شرايين تاجية و المرضى الذين تم عمل لهم قسطرة تشخيصية مع أو بدون تركيب دعامات خلال الشهر السابق للدراسة.
- المرضى الذين يعانون من خلل شديد بوظائف الكبد أو الكلى.

تم متابعة جميع المرضى أثناء إقامتهم بالمستشفى و بعد خروجهم لمدة ستة أشهر من خلال الاتصال الهاتفي و ذلك لمعرفة حدوث مضاعفات (عودة الألم الناتج عن قصور الشرايين التاجية أو حدوث الوفاة).

تم تقسم المرضى إلى مجموعتين حسب نوع الدعامات التي تم تركيبها مجموعة الدعامات المعدنية (BMS) و شملت ثمانية و أربعين مريضاً و مجموعة الدعامات المعالجة دوائياً (DES) و شملت اثنتان وخمسين مريضاً و لقياس مدى حدة الالتهاب بعد تركيب الدعامات تم قياس معدل (hs-CRP) في الدم و ذلك خلال أربع و عشرون ساعة من تركيب الدعامات.

تم إجراء قسطرة تشخيصية للمتابعة بعد ستة أشهر من تركيب الدعامات و تم تقسيم كل مجموعة إلى مجموعتين فرعيتين و ذلك حسب وجود ضيق في الدعامات التي تم تركيبها بنسبة أكثر من 50% أم لا . و قبل إجراء القسطرة التشخيصية تم اخذ عينة دم و ذلك لقياس معدل (hs-CRP),(IL-6) .

توصلت الدراسة إلى أن تركيب الدعامات يؤدي إلى حدوث التهاب و الذي كانت حدته أكثر مع الدعامات المعدنية عنها في الدعامات المعالجة دوائياً . و أوضحت الدراسة وجود

علاقة طردية بين حدة الالتهاب بعد تركيب الدعامات و حدوث مضاعفات خلال فترة المتابعة و التي امتدت حتى ستة أشهر و كذلك حدوث ضيق في الدعامات التي تم تركيبها .

كما توصلت الدراسة إلي أن وجود مرض السكر و طول الدعامة التي تم تركيبها من العوامل التي تؤدي إلى حدوث الضيق في الدعامات و الجدير بالذكر أن معدل (hs- CRP),(IL-6) و الذي تم قياسه بعد ستة أشهر من تركيب الدعامات كان مرتفع في المرضى الذين تبين أن لديهم ضيق في الدعامات .