

الملخص العربي

إن دور الالتهاب في حدوث وتطور مرض تصلب الشرايين قد تم دراسته واثباته 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 المعملي عالي الدقة (hs-CRP) هو مؤشر حساس و مستقل للتنبؤ بحدوث مضاعفات الناتجة عن تصلب الشرايين مثل الوفاة و الأحتشاء الحاد لعضلة القلب و السكته الدماغية .

شكل تطوير الدعامات لعلاج تضيق الشرايين التاجية حديثاً 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 مضاعفات 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 أخذ عينه من دم كل مريض بعد موافقته للاشتراك في هذا البحث. كما تم أخذ عينه من دم كل مريض قبيل إجراء القسطرة لقياس مستوى (IL-6), (hs-CRP) ، ثم بعد تركيب الدعامات بحوالي

أربع وعشرون ساعة و ذلك لقياس مستوى بروتين (hs-CRP) و كذلك بعد ستة أشهر من تركيب الدعامة 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 الكورتيزون أو العاقاقير المثبتة 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 الدعامة التي تم تركيبها مجموعة الدعامات المعدنية (BMS) و شملت ثمانية و أربعين مريضاً و مجموعة الدعامات المعالجة دوائياً (DES) و شملت اثنان و خمسين مريضاً و لقياس مدى حدة الالتهاب بعد تركيب الدعامات تم قياس معدل (hs-CRP) في الدم و ذلك خلال أربع وعشرون 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 إلى 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 .