مقایسه کارکرد آنتیلایک دو روش مستقیم و محاسباتی سنجش میزان LDLCLB در تشخیص و طبقه‌بندی هایپر کلسترولمی

روناک نعیمی، ابراهیم حیدری، محمد علی بهار

چکیده
مقدمه: هدف از این مطالعه، بررسی ویژگی‌های کارکرد آنتیلایک دو روش مستقیم و محاسباتی سنجش میزان LDLCLB و مقایسه دو روش از نظر تأثیر بر طبقه‌بندی در تشخیص هایپر کلسترولمی است.
روش‌ها: عداد ۳۵۲ نفر از مراجعه کنندگان به یکی از آزمایشگاه‌های تهران به صورت پی در پی وارد مطالعه شدند. داده‌های جمعیت شامل ویژگی‌های سلولی و عوامل خطر بیماری‌های کرونر، دمای، وزن و اندازه بدنی بین آن‌ها می‌باشد. نمونه‌های تصادفی از کلینیک‌های مختلف شرکت کنندگان تهیه شده و نمونه‌ها در پایان دوره نمونه‌بندی از روز از نظر میزان کلسترول تامین شده و با استفاده از ویژگی‌های آنتیلایک دو روش به‌طور مستقیم و محاسباتی سنجش میزان LDLCLB انجام شد. با توجه به نتایج این مطالعه، در رشد با توجه به دو روش، نتایج متفاوتی داشتند.

پایان‌نامه: مقدار LDLCLB سنجش به دو روش ارتباط می‌فرماید و به‌مناطق داشت (r=95/0٪). روش محاسباتی دارای سوکریگی به‌عنوان یکی از روش‌های در سطوح بالاتر سنجش در محاسباتی دو طبقه‌بندی NCEP-ATP-III بیماران بر اساس معیارهای نوین به‌عنوان یکی از روش‌های مستقیم بود. نتیجه‌گیری: در این مطالعه روش مستقیم سنجش LDLCLB برتری خاصی در مقایسه با روش محاسباتی داشت. قانون نهاد روش‌های مستقیم دقیق‌تر در دسترس قرار گرفت. این اثبات در ابعاد احتمالی بیشتری احتمال شود.

واژگان کلیدی: بیماری کرونری قلب، روش‌های آزمایشگاهی بالینی، LDLCLB و هایپر کلسترولمی

1- کروه داکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
2- کروه ایمنولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

شماره تماس: ۰۳۱۳۸۷۱۵۷ الکترونیک: ronakn2000@yahoo.com
قابلیت نصب تجهیزات، مراقبت از پزشکان، درمانگاه‌های خانگی و خدمات بهترین، کروه داکی نشسته پیش‌بینی گری، دکتر نمکی است. دکتر نمکی، ۰۳۱۳۸۷۱۵۷ الکترونیک: ronakn2000@yahoo.com
مقدمه

رابطه بین میزان کلسترول خون و خطر بروز بیماری‌های کروزر نشان دهنده این است که سطح مطلق میزان چربی‌های توده‌دار در جراحی خون و دیگر جراحات دیگر با تخمیناتی از این بیماری‌ها کاهش یافته است. این مطالعه بررسی می‌کند که تغییرات مصرف مواد غذایی عاملی اصلی تهدید بر افزایش سطح مطلق میزان چربی‌های توده‌دار در جراحی خون و دیگر جراحات دیگر می‌باشد.

روش‌ها

نمونه‌های این پژوهش از بین مراجعین بیمارستان آزمایش‌گاه فیزیوتیز و مربیان در شناخت شدند. نمونه‌گیری به صورت پی در پی جامع و بالغ بر نیم ساعت از این گروه انجام شد. شرایط اندازه‌گیری با استفاده از یک پرسشنامه جمعیت‌گزاری که گروه تحت پوشش دقیق بود در بخش پذیرش آزمایشگاه و توسط یک کارشناس آزمایشگاه داده به استفاده از یک پرسشنامه جمعیت جهت گردید. داده‌های جمعیت شناختی و بالینی در بخش پذیرش آزمایشگاه و توسط یک کارشناس آزمایشگاه داده به استفاده از یک پرسشنامه جمعیت جهت گردید. داده‌های جمعیت شناختی شامل سن، جنس، تحصیلات و شغل بود. داده‌های بالینی بر مبنای عوامل خطر بیماری‌های کروزر و اسکار در سطح چربی‌های توده‌دار در جراحی خون و دیگر جراحات دیگر با تخمیناتی از این بیماری‌ها کاهش یافته است. این مطالعه بررسی می‌کند که تغییرات مصرف مواد غذایی عاملی اصلی تهدید بر افزایش سطح مطلق میزان چربی‌های توده‌دار در جراحی خون و دیگر جراحات دیگر می‌باشد.

محاسباتی در این استادی ۳ چهارگان فیزیکی شناختی از مسیرآموزش سطح مطلق میزان چربی‌های توده‌دار در جراحی خون و دیگر جراحات دیگر می‌باشد. این مطالعه بررسی می‌کند که تغییرات مصرف مواد غذایی عاملی اصلی تهدید بر افزایش سطح مطلق میزان چربی‌های توده‌دار در جراحی خون و دیگر جراحات دیگر می‌باشد.
پایان‌ها
در مجموع 326 بیمار وارد مطالعه شدند. میانگین سنی بیماران 50 ± 15 بود. سابیر خصوصیات دمودرگرافیک بیماران در جدول 1 ذکر شده است.
هدف از جمع‌آوری این داده‌ها، تعیین عوامل خطر مورد نظر با شرایط استاندارد سرم آن (جدول 2) در بیماران مبتلا به بیماری مرگ‌زا بود. جمع‌آوری این اطلاعات به فریبرز منتقل و تا زمان نتیجه‌گیری گه‌گاهی شد. نتیجه‌گیری سریع برای حذف اثرات اندما نگاری معمول آزمایشگاه‌ها و آزمایشگاه‌های دیگر بسیار بین 380 تا 500 سطح می‌باشد. 

c) فاکتورهای مصرفی

مناسب‌ترین درصد مصرف سیگاری 50 ± 15 در مطالعه کاریکورد (20) نشان داد که بیماران مبتلا به بیماری مرگ‌زا بسیاری از سیگار مصرف می‌کردند و یا بیماران خود خودشان را مبتلا به سیگار مصرف می‌کردند. 1/20 درصد بیماران از سیگار مصرف می‌کردند و یا بیماران خودشان را مبتلا به سیگار مصرف می‌کردند.

-1389 
10)
#$2(199
V* ::	# 	 $-I	L )	& 
0 
)gI+ D- Q
 - 	 &*0 !55Q	& 
1!	
 & *0 !65	&Q(	 )	& ... - C-LDL 
D-LDL - 	)-7 n*<  
-- -ID
 +$)0001/0P<(.cT	* 2	/Post Hoc 
	E7   0 -- 1	= EF 9+7 	 - 	#

\[17x326]\text{Downloaded from ijdl.tums.ac.ir at 5:21 IRST on Sunday November 10th 2019}\]
برای بررسی رابطه بین مقامه D-LDL و C-LDL با روش مستقیم و میانگین انحراف معیار مقدار محاسباتی در افراد مبتلا به چربی سایر (LDL) را نشان می‌دهد.

یافته‌ها نشان داده که مقامه LDL با روش مستقیم و میانگین انحراف معیار (X±S) در حدود ۶۳±۸۳ و در افراد عادی به حدی ۲۸±۹۹ بود. مقایسه آماری نشان داد که تفاوت معناداری بین افراد مبتلا به دیابت و افراد عادی وجود نداشته است. همچنین تفاوت معناداری بین زن و مرد در میان مقدار اندازه‌گیری شده توسط روش LDL و میانگین مجموعه روش‌هایی محور X و میانگین مجموعه روش در محدود (Bias) نشان داد که مقایسه دو افزایش تأثیر روش اندازه‌گیری NCEP و به تبع یک نتیجه بی‌معنی و در افراد افرادی که در گروه‌های ریسک متقابل بر اساس دو روش اندازه‌گیری قرار گیرند مشخص شد که در جدول ۱ نمایش داده شده است.

جدول ۱ - ویژگی‌های دموکراتیک نمونه‌ای از مراجعین به یکی از آزمایشگاه‌های بالینی شهر تهران (۲۵-۳۷)
جدول 2- تعداد و فراوانی عوامل خطر بیماری‌های کروت‌پر طبق تبقیب‌بندی پایل نیکرکان NCEP مطرح هستند در نمونه‌ای از مراجعین به‌یکی از آزمایشگاه‌های بالینی شهر تهران (n=252-3)

<table>
<thead>
<tr>
<th>عامل</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سابقه دیابت</td>
<td>72</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه هیپریلیمی</td>
<td>118</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه بیماری عروق محیطی</td>
<td>4</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه ابتلا به آنوسی آوارت شکمی</td>
<td>1</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه بیماری عروق کارترید علائم دار</td>
<td>1</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه بیماری عروق کرون در خود فرد</td>
<td>36</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>مصرف سیگار</td>
<td>848</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* فشار خون (مصرف دارو) فشار خون یا BP ≥ 140/90
* (HDL ⩾ 40 mg/dl) HDL پایین بودن کلسترول
* سابقه خانوادگی بیماری کرون زودرس (در اوقات مافذ با سن > 55 سال و یا اوقات مافذ با سن < 65 سال) ≥ 2

جدول 3- تیقیس‌بندی نمونه‌ای از مراجعین به‌یکی از آزمایشگاه‌های بالینی شهر تهران (n=352-3) بر مبنای کروت‌پر خطر توانسته توسط پایل-نیکرکان NCEP

<table>
<thead>
<tr>
<th>کروت خطر</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>بیماری کرون و یا ریسک معادل آن</td>
<td>91</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>آنها برای 60 نفر خطر</td>
<td>91</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>0 نا 1 عامل خطر</td>
<td>43/76</td>
<td>52</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 4- کمیته، بیشترین، میانگین و انحراف معیار مقادیر لیپید‌های سرم در نمونه‌ای از مراجعین به‌یکی از آزمایشگاه‌های بالینی شهر تهران (n=349-3)

<table>
<thead>
<tr>
<th>لیپید</th>
<th>انحراف معیار</th>
<th>میانگین</th>
<th>کمیته</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>کلسترول نام</td>
<td>3/83-5/48</td>
<td>2/20/2/2</td>
<td>110</td>
</tr>
<tr>
<td>تری کلسترول</td>
<td>1/17-2/59</td>
<td>2/37/2/3</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>HDL کلسترول</td>
<td>1/14-1/25</td>
<td>2/49/1/25</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>LDL کلسترول به روش محرکی فلایدالد</td>
<td>1/12-1/47</td>
<td>2/27/2/47</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>LDL کلسترول به روش مستقیم</td>
<td>1/14-1/47</td>
<td>2/27/2/47</td>
<td>48</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* مقادیر بر حسب میلی‌گرم بر دسی‌لیتر است

جدول 5- مقایسه تفاوت بین مقادیر D-LDL و C-LDL بر حسب سطوح مختلف تری کلسترول سرم در نمونه‌ای از مراجعین به‌یکی از آزمایشگاه‌های بالینی شهر تهران (n=349-3)

<table>
<thead>
<tr>
<th>کروت دینامیک</th>
<th>شاخص Tga (mg/dl)</th>
<th>تعداد بیماران</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&lt; 1/45</td>
<td>9</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>1/45-2/65</td>
<td>165</td>
<td>1000</td>
</tr>
<tr>
<td>2/65-1/325</td>
<td>82</td>
<td>2000</td>
</tr>
<tr>
<td>1/325-1/400</td>
<td>22</td>
<td>3000</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 1/400</td>
<td>5</td>
<td>4000</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* مقادیر به صورت میانگین ± انحراف معیار بیان شده‌اند.

* F = ANOVA تعداد نمونه‌ها 334 نفر. مقایسه‌گرها با آزمون آماری ANOVA و آنالیز معنا‌بردار آزمون شافه انجام شده. * P < 0/05
جدول ۶- تعداد و درصد افراد تیزامن درمان در گروههای ریسک تعیین شده توسط پال درخوان

<table>
<thead>
<tr>
<th>طبقه‌بندی</th>
<th>N (%)</th>
<th>LDL ≥ ۱۹۰</th>
<th>LDL ≥ ۱۹۰</th>
<th>LDL ≥ ۱۳۰</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مجموع</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>پیش‌بینی کلری و با ریسک م усиال آن‌های</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مخصوص</td>
<td>۱۴/۳۷ (۸۶)</td>
<td>۴</td>
<td>۳</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مخصوص</td>
<td>۱۷/۱۸ (۷۸)</td>
<td>۲</td>
<td>۱</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مخصوص</td>
<td>۱۵/۸۵ (۷۳)</td>
<td>۱</td>
<td>۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مخصوص</td>
<td>۱۶/۸۴ (۷۳)</td>
<td>۱</td>
<td>۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>محاسباتی</td>
<td>۱۸/۸۳ (۵۶)</td>
<td>۱</td>
<td>۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>محاسباتی</td>
<td>۱۸/۸۳ (۵۶)</td>
<td>۱</td>
<td>۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>محاسباتی</td>
<td>۱۹/۸۴ (۵۶)</td>
<td>۱</td>
<td>۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>كل طبقه‌بندی</td>
<td>۲۱/۸۵ (۷۳)</td>
<td>۱</td>
<td>۰</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۴ نمونه بر حسب میلی‌گرم در دسی‌لتر است</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

شکل ۱- مقایسه مقادیر LDL اندازه‌گیری شده با روش مستقیم و روش محاسباتی برای نمونه‌ها با استفاده از بانگ‌بیان آل‌مست

در نمونه‌های مرجعی که یکی از آزمایش‌ها را با کشیده شده در شهر تهران (۹۳–۲۰)
بحث

این مطالعه با هدف مقایسه دو روش اندازه‌گیری مستقیم و محاسباتی برای توصیه درمان در بیماران دارای گروه‌های مختلف عوامل خطر متقابل بود. بطوری که در گروه‌های دارای میزان بالاتر از 130 نسبت دیسکل لدی (LDL) شناسایی شده‌باشد، بیشتر از روش مستقیم بود. نتایج مطالعه خواص بعدی مطالعات گذشته قابل مقایسه است.

در این مطالعه مشخص شد که رابطه قوی بین LDLC و D-LDL وجود داشت و ضریب همبستگی بین این دو 0.95/5 تعیین شد. این نتایج با بافت‌های مطالعات دیگر همانگونی دارد. در یک مطالعه گزارش شده بود، ضریب همبستگی 0.96/5 به دست آمد [11]. مطالعه دیگر، مطالعه‌ای بود که در چارچوب (Women Health Study) مطالعه بزرگ سلامت زنان آمریکا انجام شد. ضریب همبستگی به دست آمده در این مطالعه 0.47 بوده است [12]. در مطالعه دیگری که بوشیه

نقطه برخ 100 بصورت جریان بر روی گرفته شده نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد نشان می‌دهد 1389

نتیجه‌گیری

در نمونه‌ای از مراجعین به یکی از آزمایش‌های بالینی شهر تهران (33-91) در نمونه‌ای از مراجعین به یکی از آزمایش‌های بالینی شهر تهران (33-91)
در توجهی این تفاوت در مطالعات مختلف غیر از تفاوت در جمع‌بندی‌های مورد مطالعه و نوع روش مستقیم استفاده‌شده، می‌توان به‌صورت مرتبط باشد. به‌طور کلی، ممکن است این نتایج کل‌سکرولن در LDL و VLDL با عامل کل‌سکرولن در LDLC و LDL همگردد. بررسی از روش‌های اندازه‌گیری ترکیبی مقدارهای LDL و HDL میزان این تفاوت در LDL و HDL در سطوح از مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDLC و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL همگردد و در سطوح مقداری که می‌توان به‌صورت LDCL و LDL H
حمجین ارزش پیشگویی مشت و ارزش پیشگویی منفی روش فردوالد در مقایسه با روش‌های منطقی قبل بیول.

در این مطالعه نتیجه‌گیری مشاهده می‌شود که در داده‌های تعدادی از روش‌های منطقی که در محاسباتی با تغییر میزان تری‌گلیسرید تغییرات خواهد داشت. نتایج بیشتری از این پدیده نیز احتمال تاثیر محتوای کلسٹرونز برخی‌ها در تغییرات میزان تری‌گلیسرید است که می‌توانند مقدار کلسئول اندارگیری را افزایش دهند [14]. در هر صورت این فرض احتمالات نشان دهنده عدم دقت کافی روش مستقیم نیست.

D-LDL

مقدار اندارگیری شده با دو روش مستقیم و محاسباتی تفاوت معنی‌داری در افراد دیابتی و غیر دیابتی نشان داد. در مطالعات در گذشته کاربرد روش محاسباتی و در بیماران دیابتی در محدودیت‌هایی می‌دانستند اما مطالعاتی نیز روش را در بیماران دیابتی قابل آزمایش دانستند. در هر حال در مطالعه کوتی در افراد مبتلا به دیابت قدیم و روش نتایج قریبی یکسانی داشته‌اند. روش‌های اندارگیری LDL به آن توجه می‌شود. نتیجه این روش در تعیین ویلولین و درمان بیماران رضایت‌بخش بیماری‌های عروق کرون‌بیشتری با روش‌های مستقیم است. نتایج مطالعه کوتی نشان داد که دارک بیشتر کلسئول اندارگیری را به نشان دهنده این تفاوت آنکه اما نتاه می‌توانند مقدار تفاوت در افراد بالای از 130 می‌شود. نتایجه اندارگیری LDL با روش فردوالد وارد می‌شود. مطالعاتی نشان داد که روش فردوالد می‌تواند در سطح باین کلسئول دقت بیشتری داشته باشد [17]. در مطالعه‌ای که از اهداف از ارزیابی و مقایسه کارکرد بیشتری روش فردوالد مقدار اندارگیری شده با دو روش مستقیم در مقایسه با روش‌های اندارگیری و به تغییرات اندارگیری روش فردوالد در طبقه‌بندی بیماران در مقایسه با روش‌های مستقیم بود.

ف- سوگری می‌تواند روش مستقیم در مقایسه با روش LDL فردوالد که موجب شده این روش مستقیم مقدار را پایین بر نشان دهد.
نمودهای ناشتا و غیر ناشتا با روش‌های مختلف متواند اطلاعات جدیدی را فراهم کند. با توجه به رافی‌شن دندان‌های مبنا در کشورهای انگلیسی، انجام یک مطالعه چند مركبی و با در نظر گرفتن فاکتور هزینه‌ها، شاخص هزینه‌های انجام تست و هزینه‌های تخمینی درمان با عدم درمان LDL بیماران بر نماین‌داده روش‌های مختلف اندام‌گیری با سیب زمین مناسب‌‌ است. چنین مطالعاتی به‌عمر احتمالاً یکی از مطالعات ضروری در جهت تدوین راهنمای کشوری کادران هیپرکلسترولمی در این خواهد بود.

سیاست‌گذاری

این مقاله بر اساس یافته‌های دوره‌های تخصصی بیماری‌های داخلی و با حضور متعدد مراکز پزشکی دانشگاهی پزشکی ایران تهیه شده است. لازم است از جنبه‌ای دیگر محدودیت‌ها و نیازهای مرحله آزمایشگاه باید پرق و سرعت خانم اخوان و خانم صدایی از کارگرانان از آینده به خاطر همکاری‌های صمیمانه در اجرای یک پزشک قدردانی گرد.


