توجه C-reactive protein و همبستگی آن با اجزای سندروم متابولیک در جمعیت عمومی سالم ایرانی، استان گلستان

چکیده

مقدمه: مطالعات ایمپلورزیک نشان دادند که C-reactive protein (CRP) و ارتباط آن با علائم سندروم متابولیک در یک جمعیت عمومی به ظاهر سالم ایرانی بررسی می‌شود.

روش‌ها: بر اساس داده‌های مطالعه Polypill که یک مطالعه کارآزمایی پریلی فاز ۲ در حال اجرایش و اثر فرضیات آن بر امرهای اصلی و دیگر عوامل مرتبط با بیماری‌های قلبی و عروقی در ساکسی‌نگ-۷۹ در سالگرد شرکت در این مطالعه نشان داده شدند. این پژوهش در ۳۸۲ سالن، شرکت در این سالن، ایرانی‌ها به دلیل افزایش مصرف در این مطالعه و باید مصرف بیماری‌ها در FBS و WBC کاهش یابد.

نمونه: خون ناشتا از تیم‌های ۱۷۶ تا دی ماه ۱۳۸۵ وارد مطالعه شدند. سطح‌های کمی با گروه ارتباطی و اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: میزان log CRP (IQR) در زنان از مردان (4-2/2-9/8) بود (P=0/0/0). در آماری زاگرسین خطر چند مه‌رها، در مردان معنی‌دار می‌گزارد (P=0/0/0). فشار خون سیستولی (2/0/2) و اسید اوریک (2/2) به صورت مستقل با CRP و در زنان سطح خون ناشتا (P=0/0/0) و اسید اوریک (P=0/0/1) به صورت مستقل با HDL به‌طور معنی‌دار می‌گزارد. همبستگی داشتند.

نتیجه‌گیری: این مطالعه توزیع در یک جمعیت عمومی به ظاهر سالم ایرانی نشان داد که با عوامل مربوط به سندروم متابولیک، HsCRP در زنان نسبت به مردان اکثریت بیشتری را داشته و وابستگی بیشتری به علائم سیستولی و اسید اوریک داشته است.

واژگان کلیدی: CRP، سندروم متابولیک، جمعیت سالم ایرانی

*نشریه: نشریه خیابان کارگر شمالی، بیمارستان شریعتی، کدپستی: ۱۴۱۱۷۸۰۰۰، تلفن: ۰۲۱۲۴۱۱۳۷۷۷۹۵۰، پست الکترونیک: pourshams@ams.ac.ir
مقدمه
شواهد متعدد نشان می‌دهد که شاخص‌های انتهایی با خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی مرتبط C-reactive protein (CRP) هستند. استحصال افزایش‌کننده آوردگی، سکته مغزی، بیماری‌های قلبی و عروقی پیشگیری می‌کند و حتی می‌تواند احتمال تکرار یا مرگ را در بیماران مبتلا به سندروم‌های کروئتیو جاده‌ای افزایش دهد. CRP نوعی هورمون می‌باشد که در ابتدا توسط CRP که از آن در سر مرگ و تومور در در عروق ناسالم بیشتر است. [3] مطالعات دیگر نشان داده‌است که توسط باقی‌مانده دیگر سندروم‌های عضله صاف شریان‌های کروئتیو هم تولید شد و تولید آن در عروق ناسالم بیشتر است. [4] مطالعات ایمنی CRP باید از دنبال CRP هم انجام شود. با افزایش خطر بیماری‌های قلبی و عروقی همه این مطالعات به‌طور خاص مصرف درادونهای بدن (OTC) نشخ) با واکنش تهابی و تایلی‌کردن، 1879 نفر یا عدم پذیرش و تمایل در فردی، 372 WBC ≤ 100000 per μL و یا Cr ≥ 1/3 mg/dL از اصل وجه شنیده و در نهایت داده‌های بالا غرباله 700 نوع آن‌بار آماری شد. نشان خواه شد فشار خون با فشار جسمانی بیش از 4 دیگر نشسته در ادامه فوقانی راست با نتیجه انتخابات اضافه‌گری شد و انتظار گرفت که افزایش مصرف درد و وزن در کم و دور باشان می‌تواند توسط انرژی سبز دیده‌انجام شد نمایه توده بدنی (BMI) از این بیماران رو به رشد بود. مقاله در بسیاری از سایت‌های سالم ایرانی بررسی می‌کند.

روش‌ها
در این مطالعه افراد به ظاهر سالم شرکت کننده در مطالعه به Polypill مورد بررسی قرار گرفتند. مطالعه به Polypill طوری اختصاص یک مطالعه کارآزمایی بالینی فاز 2 در حال اجرای است که اثر Fixes به توصیف در polypill در برابر پلاسپورا در پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی در ساکنان میانمار و سندرم کلانها ی اساسی افزایش در شمای ایران) بررسی می‌کند [1]. پروتکل این مطالعه در کمیته

1- Over-The-Counter
2- Body Mass Index
یافته‌ها

از 700 نفر نمونه مورد مطالعه، 488 نفر (مرد و 252 نفر زن) بودند. جدول 1 مشخصات بالینی و آزمایشگاهی نمونه‌های مورد بررسی را نشان می‌دهد. میانگین ± SD کل جمعیت 7/6 ± 95 بود. در مجموع نرمال نیود و چون به راست بود (شکل 1) و برای آنالیز آماری از log CRP (IQR) استفاده شد که توزیع نرمال داشت. میانگین CRP mg/L در کل جمعیت 8/7 (0/0-6/3) در مردان و 8/7 (0/0-7/6) mg/L در زنان بود. در آنالیز استقامت سایر متغیرها با log CRP در جمعیت مورد مطالعه براساس اختلال خطر بالایی را نشان می‌دهد.

جدول 3 توزیع CRP در جمعیت مورد مطالعه براساس log CRP سایر متغیرها در جنس و SD BMI، و CRP در مردان بالاتر از مردان طبق log CRP میانگین سرگاری بوده (P = 0/04) ولی میانگین سرگاری با زنان غیر سرگاری تفاوت معنی‌دار داشت (P = 0/07). جدال 5 و 6 میانگین هندسی CRP متفاوت‌های سندروم متغیرها را بر اساس جنس نشان می‌دهند.

log CRP با stepwise رگرسیون خطی چند مرحله‌ای مدل به عناوین متغیر وابسته انجام شد. در مدار متغیرهای HDL مصرف میکارگ فشار خون بی‌سیستمی، اسید اوریک، و دور کمر و در زنان متغیرهای فشار خون ناشتا و اسید اوریک در مدل بالا مانند (جدول 7).

و اسید اوریک با کیت شرکت پارس آزمون، (تهران، ایران) intra- and interassay coefficients of variation، به ترتیب برای کلسترول (0/1 و 1/7، برای تری‌گلیسرید 6/0 و 8/3، برای HDL 8/0 و 6/0، برای تری‌لیپید و HDL 7/0 و 7/0) و برای اسید اوریک 8/1 و 7/1) و با روش کروماتوگرافی تیوقویک بیولو اندازه‌گیری شد.

مشخصات بالینی و بیوشیمیایی جمعیت بر اساس میانگین Interquartile range، IQR، و درصد نشان و BMI در هر دو جنس نرمال نبود، از اکاربیومین این متغیرها که توزیع نرمال داشتند در آنالیز استقامت شد. مقایسه میانه CRP تری‌لیپید و LDL، CRP در این جنس با تست BMI و CRP Mann-Withney U است. مقایسه وضعیت مصرف میکار در دور جنس با تست χ2 (chi-square) و CRP به‌صورت سنتی و CRP با موقعیت همبستگی کم‌وکامیانگین هندسی پیرامون از این متغیرها در جنس و مقایسه میانگین هندسی برای t-test معیارهای سندروم متغیرها با 1 انجام شد. ارتباط و سایر متغیرها با ضربین همبستگی log CRP توسط Pearson که به عنوان متغیر وابسته و سایر متغیرها صورت گرفت. مقایسه گروه‌های CRP را بر اساس جنس با SPSS بررسی شد. آنالیز آماری با استفاده از ترم‌افزار test SPSS Inc., Chicago, IL برای 16 انجام شد. مقادیر test P < 0/05 به عنوان معنادار تعیین شد.
جدول ۱- ویژگی‌های بالینی و بیوشیمیایی جمعیت مورد مطالعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>مرد  (n = ۲۵۲)</th>
<th>زن  (n = ۴۴۸)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن ، سال ± SD</td>
<td>۶۲ ± ۸</td>
<td>۶۰ ± ۸</td>
</tr>
<tr>
<td>نیم‌سنبل دور، کمر به دور بایس ± SD</td>
<td>۱۳۲ ± ۳۳</td>
<td>۱۳۶ ± ۳۳</td>
</tr>
<tr>
<td>دور کمر، میانگین ± IQR (cm)</td>
<td>۹۱/۴ ± ۱۱/۷</td>
<td>۹۴/۳ ± ۱۱/۷</td>
</tr>
<tr>
<td>عمق نیم‌سنبل دور کمر به دور بایس ± SD</td>
<td>۱۰/۰ ± ۱/۱</td>
<td>۰/۹ ± ۰/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>تیگل (mg/dl) ± SD</td>
<td>۸۹ ± ۸۰</td>
<td>۸۷ ± ۸۰</td>
</tr>
<tr>
<td>تیگل (mg/dl) ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۱۱۹ (۸۶–۱۶۸)</td>
<td>۱۰۷ (۸۸–۱۱۶)</td>
</tr>
<tr>
<td>تیگل (mg/dl) ± SD</td>
<td>۸۲ ± ۸۲</td>
<td>۸۰ ± ۸۰</td>
</tr>
<tr>
<td>تیگل (mg/dl) ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۴۲ (۱۰–۸۵)</td>
<td>۴۰ (۱۰–۸۵)</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± SD</td>
<td>۱۹۰ ± ۶۵</td>
<td>۱۹۰ ± ۶۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۸۵/۵ ± ۴/۵</td>
<td>۸۵/۵ ± ۴/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± SD</td>
<td>۷۰ ± ۱۰</td>
<td>۷۰ ± ۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۱۲۹ ± ۱۸</td>
<td>۱۲۹ ± ۱۸</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون سیستولی، میانگین ± IQR (mmHg)</td>
<td>۸۰ ± ۱۱</td>
<td>۸۰ ± ۱۱</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون دیستولی، میانگین ± IQR (mmHg)</td>
<td>۱۳۹ (۸۰–۱۸۰)</td>
<td>۱۲۹ (۸۰–۱۸۰)</td>
</tr>
<tr>
<td>تیگل (mg/dl) ± SD</td>
<td>۴/۸ ± ۱/۱</td>
<td>۴/۸ ± ۱/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>تیگل (mg/dl) ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۴۲ (۱۰–۸۵)</td>
<td>۴۰ (۱۰–۸۵)</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± SD</td>
<td>۱۹۰ ± ۶۵</td>
<td>۱۹۰ ± ۶۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۸۵/۵ ± ۴/۵</td>
<td>۸۵/۵ ± ۴/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± SD</td>
<td>۷۰ ± ۱۰</td>
<td>۷۰ ± ۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۱۲۹ ± ۱۸</td>
<td>۱۲۹ ± ۱۸</td>
</tr>
<tr>
<td>تیگل (mg/dl) ± SD</td>
<td>۴/۸ ± ۱/۱</td>
<td>۴/۸ ± ۱/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>تیگل (mg/dl) ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۴۲ (۱۰–۸۵)</td>
<td>۴۰ (۱۰–۸۵)</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± SD</td>
<td>۱۹۰ ± ۶۵</td>
<td>۱۹۰ ± ۶۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۸۵/۵ ± ۴/۵</td>
<td>۸۵/۵ ± ۴/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± SD</td>
<td>۷۰ ± ۱۰</td>
<td>۷۰ ± ۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۱۲۹ ± ۱۸</td>
<td>۱۲۹ ± ۱۸</td>
</tr>
<tr>
<td>تیگل (mg/dl) ± SD</td>
<td>۴/۸ ± ۱/۱</td>
<td>۴/۸ ± ۱/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>تیگل (mg/dl) ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۴۲ (۱۰–۸۵)</td>
<td>۴۰ (۱۰–۸۵)</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± SD</td>
<td>۱۹۰ ± ۶۵</td>
<td>۱۹۰ ± ۶۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۸۵/۵ ± ۴/۵</td>
<td>۸۵/۵ ± ۴/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± SD</td>
<td>۷۰ ± ۱۰</td>
<td>۷۰ ± ۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۱۲۹ ± ۱۸</td>
<td>۱۲۹ ± ۱۸</td>
</tr>
<tr>
<td>تیگل (mg/dl) ± SD</td>
<td>۴/۸ ± ۱/۱</td>
<td>۴/۸ ± ۱/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>تیگل (mg/dl) ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۴۲ (۱۰–۸۵)</td>
<td>۴۰ (۱۰–۸۵)</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± SD</td>
<td>۱۹۰ ± ۶۵</td>
<td>۱۹۰ ± ۶۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۸۵/۵ ± ۴/۵</td>
<td>۸۵/۵ ± ۴/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± SD</td>
<td>۷۰ ± ۱۰</td>
<td>۷۰ ± ۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۱۲۹ ± ۱۸</td>
<td>۱۲۹ ± ۱۸</td>
</tr>
<tr>
<td>تیگل (mg/dl) ± SD</td>
<td>۴/۸ ± ۱/۱</td>
<td>۴/۸ ± ۱/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>تیگل (mg/dl) ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۴۲ (۱۰–۸۵)</td>
<td>۴۰ (۱۰–۸۵)</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± SD</td>
<td>۱۹۰ ± ۶۵</td>
<td>۱۹۰ ± ۶۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۸۵/۵ ± ۴/۵</td>
<td>۸۵/۵ ± ۴/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± SD</td>
<td>۷۰ ± ۱۰</td>
<td>۷۰ ± ۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۱۲۹ ± ۱۸</td>
<td>۱۲۹ ± ۱۸</td>
</tr>
<tr>
<td>تیگل (mg/dl) ± SD</td>
<td>۴/۸ ± ۱/۱</td>
<td>۴/۸ ± ۱/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>تیگل (mg/dl) ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۴۲ (۱۰–۸۵)</td>
<td>۴۰ (۱۰–۸۵)</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± SD</td>
<td>۱۹۰ ± ۶۵</td>
<td>۱۹۰ ± ۶۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۸۵/۵ ± ۴/۵</td>
<td>۸۵/۵ ± ۴/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± SD</td>
<td>۷۰ ± ۱۰</td>
<td>۷۰ ± ۱۰</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۱۲۹ ± ۱۸</td>
<td>۱۲۹ ± ۱۸</td>
</tr>
<tr>
<td>تیگل (mg/dl) ± SD</td>
<td>۴/۸ ± ۱/۱</td>
<td>۴/۸ ± ۱/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>تیگل (mg/dl) ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۴۲ (۱۰–۸۵)</td>
<td>۴۰ (۱۰–۸۵)</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± SD</td>
<td>۱۹۰ ± ۶۵</td>
<td>۱۹۰ ± ۶۵</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول نام. میانگین ± IQR (mg/dl)</td>
<td>۸۵/۵ ± ۴/۵</td>
<td>۸۵/۵ ± ۴/۵</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول ۲-توزیع CRP در جمعیت مورد مطالعه بر حسب صدک

<table>
<thead>
<tr>
<th>جنسیت</th>
<th>سال</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مرد</td>
<td>۹۰</td>
<td>۷۵</td>
</tr>
<tr>
<td>زن</td>
<td>۹۰</td>
<td>۷۵</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>کل موارد</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۴۴۲</td>
<td>۳۴۷</td>
<td>۱۰۵</td>
</tr>
<tr>
<td>۴۴</td>
<td>۳۳</td>
<td>۱۱</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۰</td>
<td>۹</td>
<td>۱</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۳-توزیع CRP در جمعیت مورد مطالعه بر اساس احتمال خطر بالینی

<table>
<thead>
<tr>
<th>گروه</th>
<th>کم خطر &lt; CRP</th>
<th>خطر متوسط ≤ CRP</th>
<th>بالاتر خطر &gt; CRP</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مرد</td>
<td>۴۴۲ (۱۰۰)</td>
<td>۳۴۷ (۱۰۰)</td>
<td>۱۰۵ (۲۵)</td>
</tr>
<tr>
<td>زن</td>
<td>۴۴ (۱۰۰)</td>
<td>۳۳ (۱۰۰)</td>
<td>۱۱ (۲۵)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۴- ضریب همبستگی پیرسون بین لگاریتم CRP و سایر متغیرهای بر اساس جنسیت

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>کل موارد</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن</td>
<td>۰/۱/۰۰۱۸</td>
<td>۰/۰/۰۰۱۷</td>
<td>۰/۰/۰۰۱۸</td>
</tr>
<tr>
<td>BMI</td>
<td>۰/۱/۰۰۱۲</td>
<td>۰/۰/۰۱۵۰</td>
<td>۰/۰/۰۱۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>دور کمر</td>
<td>۰/۱/۰۰۱۲</td>
<td>۰/۰/۰۱۵۰</td>
<td>۰/۰/۰۱۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>نسبت دور کمر به دور پاس</td>
<td>۰/۱/۰۰۱۲</td>
<td>۰/۰/۰۱۵۰</td>
<td>۰/۰/۰۱۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول تام</td>
<td>۰/۰/۰۱۸</td>
<td>۰/۰/۰۱۸</td>
<td>۰/۰/۰۱۸</td>
</tr>
<tr>
<td>TG</td>
<td>۰/۱/۰۰۱۰</td>
<td>۰/۰/۰۱۱۹</td>
<td>۰/۰/۰۱۱۹</td>
</tr>
<tr>
<td>HDL</td>
<td>۰/۱/۰۰۱۰</td>
<td>۰/۰/۰۱۱۹</td>
<td>۰/۰/۰۱۱۹</td>
</tr>
<tr>
<td>LDL</td>
<td>۰/۱/۰۰۱۰</td>
<td>۰/۰/۰۱۱۹</td>
<td>۰/۰/۰۱۱۹</td>
</tr>
<tr>
<td>FBS</td>
<td>۰/۱/۰۰۱۰</td>
<td>۰/۰/۰۱۸</td>
<td>۰/۰/۰۱۸</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* مقادیر P معنی‌دار بود.
جدول ۵- میانگین هندسی و (CI) (۹۵/CI) CRP (mg/L) برای اجزای سندروم متابولیک در زنان

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>میانگین هندسی (CI) (۹۵/CI)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>C-reactive protein (mg/L)</td>
<td>۹۸/۸۸</td>
</tr>
<tr>
<td>تری گلیسرید بالا (mg/dL)</td>
<td>≥۱۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>فند خون بالا (mg/dL)</td>
<td>≥۴۰</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون بالا (mmHg)</td>
<td>≥۱۳۰/۸۵</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۶- میانگین هندسی و (CI) (۹۵/CI) CRP (mg/L) برای اجزای سندروم متابولیک در مردان

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>میانگین هندسی (CI) (۹۵/CI)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>C-reactive protein (mg/L)</td>
<td>۱۰۴/۱۰۲</td>
</tr>
<tr>
<td>تری گلیسرید بالا (mg/dL)</td>
<td>≥۱۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>فند خون بالا (mg/dL)</td>
<td>≥۴۰</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون بالا (mmHg)</td>
<td>≥۱۳۰/۸۵</td>
</tr>
</tbody>
</table>

مقادیر P معنی‌دار بود (P<۰/۰۵).
جدول 7- آنالیز رگرسیون خطی چندکانال مدل CRP به عنوان متغیر وابسته

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>اسید اوریک</th>
<th>HDL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سیگار</td>
<td>0/23</td>
<td>0/24</td>
<td>0/24</td>
<td>0/128</td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون سیستولی</td>
<td>0/133</td>
<td>0/123</td>
<td>0/128</td>
<td>0/165</td>
</tr>
<tr>
<td>دور کمر</td>
<td>0/133</td>
<td>0/123</td>
<td>0/128</td>
<td>0/165</td>
</tr>
<tr>
<td>زن</td>
<td>0/213</td>
<td>0/199</td>
<td>0/213</td>
<td>0/199</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* مقادیر P معنی‌دار بود (0/05 < P)*

بحث

با توجه به این مطالعه، آماری از متغیرهای خروج آزمایشگاهی در مطالعه ما باشد. اگرچه در این مطالعه، افتاده بود، و WBC پس از 2000 می‌باشد، ولی اطلاعات دقیقی در مورد نمایان خاصی از آن منجر به محدودیت‌های این مطالعه است.

میانگین مقدار CRP در مردان سیگاری بطور معنی‌داری بالاتر از مردان نیست. CRP بود که با مطالعات قبلی همان‌گاهی داشته‌اند که در مردان هنگامی که با مطالعات قبلی همان‌گاهی داشته‌اند [14/12]، سیگار کشیدن با ارتقای مطلق‌تر روي پرواقیل و LDL و تری‌گلیسرید و لپید همراه است و باعث افزایش CD40 از کاهش HDL می‌تواند به جلوگیری از میکرو بود و باعث افزایش CRP گردد [14/12]. میانگین مقدار CRP می‌تواند باعث افزایش نسبت به زنان غیر سیگاری معنی‌دار بود که می‌تواند با خطر تعداد کم زنان سیگاری حاضر در مطالعه باشد.

چکیده

بر اساس آن این اثرات مبتنی که برخلاف اثرات بهبودی محاسبه می‌گردد [14/12]، سیگار کشیدن با ارتقای مطلق‌تر روي پرواقیل و LDL و تری‌گلیسرید و لپید همراه است و باعث افزایش CD40 از کاهش HDL می‌تواند به جلوگیری از میکرو بود و باعث افزایش CRP گردد [14/12]. میانگین مقدار CRP می‌تواند باعث افزایش نسبت به زنان غیر سیگاری معنی‌دار بود که می‌تواند با خطر تعداد کم زنان سیگاری حاضر در مطالعه باشد.

در سلول اندوتنیال، عضله میوه‌ها و همچنین سیگاری ها در تکثیر سلولی، تولید آنزیم و واکنش و تولید انتروپتون‌ها حساسیت مکانیکی می‌کنند و در نهایت باعث شدن افزایش مایه‌های پیش‌الهای مایه‌وری و میکرو بوده که به وسیله نشان‌گرها می‌تواند به بعد CRP به روش نشان می‌دهد [12].

CRP خود را نشان می‌دهد [12].
این مطالعه که در یک گروهی عمومی ایرانی بدون چربی سریع شناخته شده، انجام شد. نشان داد که بالاترین کاهش مولکولهای CRP در مورد این دیه‌پیوستگی می‌تواند به یک افزایش در سطح تولید CRP منجر شود. این مطالعه نشان می‌دهد که عصبانی‌های CRP و HDL با یکدیگر ارتباط دارند. این เقدرت به‌طور کلی قابل توجهی را داشت.

همچنین هندسی CRP در هر دو جنس در صورت وجود معیارهای معنوی از سطح متابولیک نسبت به عدم وجود آن ها بالاتر بود. سطح متابولیک باعث افزایش CRP و LDL می‌گردد.

CRP را می‌توان به‌طور کلی به‌عنوان یک فیبرولوژیک و پر فشاری خون باعث آذاد شدن سیستم‌ها و مکمل‌های پروتئین‌بندی شده و باعث نیت‌گیری می‌گردد.

از طرفی این گروهی در مورد باعث کاهش سطح HDL و افزایش سطح LDL دانسته شده‌اند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در هر دو جنس و نیز در زنان، با افزایش سطح CRP، سطح HDL کاهش یافته و سطح LDL افزایش یافته است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که این افزایش سطح CRP باعث افزایش سطح LDL و کاهش سطح HDL می‌شود. 

1- Foam cell
2- Plasminogen activator inhibitor


