مقدمه

پروپاکتین درس وزن مولکولی کوچک، برگ و خیلی پره یا ماکروپروتئین در سرم وجود دارد. وجود مکانس آماروليتین که معمولاً کمیابخ پروتئین و IgG است، ممکن است طبیعی هیپرپروتئینی در تعداد زیادی از بیماران باشد. اگرچه فعالیت پیشانیک مکرپروتئین کم است، در روش‌های مرسوم ایمپانزی به ایزومیر پروتئین شرکت می‌کند و می‌تواند جریب ایکسیمیسیون و درمانی گران و غیرمؤثر گردد. روش‌های سادهی تشخیصی ماکروپروتئین کروماتوگرافی فیلتراسیون زلی می‌باشد که به صورت معمول در نام‌آمیشک‌ها قابل انجام نیست. اما از روش سرب پروتئین با پل‌ایزور کلیکول برای تشخیص سریع، دقیق و ارزان مکرپروتئین استفاده می‌شود. هدف از این مطالعه بررسی فراوانی ماکروپروتئین در بیماران مبتلا به هیپرپروتئینی واقعی بود.

MRI (گالاتوروز و آموروز) و رادیوگرافی (ارزیابی هیپوزی و نغمه) در این بیماران مبتلا به هیپرپروتئینی واقعی بود. موارد و روش‌ها: در این مطالعه ۵۰ بیمار مبتلا به هیپرپروتئینی از نظر ماکروپروتئین با روش سرب پل‌ایزور کلیکول بررسی شدند. در صورت اتفاقگیری مجدید بیش از ۲۰٪ اولیه در موارد یا پل‌ایزور کلیکول، بیمار مورد میزان به ماکروپروتئینی اضافه گردید، گالاتوروز در نظر گرفته شد. این‌ها با این روش در ۱۵ بیمار وجود ماکروپروتئین ابتا شد. در بیماران گروه هیپرپروتئینی واقعی، گالاتوروز در ۶۵٪/۵۰٪ و اولیوموروز در ۵۴٪/۵۰٪ بیماران مشاهده شد. در صورتی که در بیماران هیپرپروتئینی واقعی، گالاتوروز در ۷۶٪/۵۰٪ و اولیوموروز در ۶۵٪/۵۰٪ بیماران مشاهده شد، هیپرپروتئینی واقعی در بیماران توصیف هیپوزی و نغمه ویژه گردد.

نتایج گزارشی: شیوع ماکروپروتئینی در هیپرپروتئینی ۲۸٪ و تفاوت یافته‌ای الگویی و رادیوگرافی در این گروه فاصله ملایم است.

ملاحظه است.

واژگان کلیدی: هیپرپروتئینی، افزایش پروتئین سرم، ماکروپروتئینی، هیپرپروتئینی ناشی از افزایش پروتئین خیلی پره

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۲/۲۷ - دریافت اصلاحه: ۱۳۹۱/۰۲/۰۴ - پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۰۳/۲۸

مقدمه

تعدیل فراوانی ماکروپروتئینی در هیپرپروتئینی با روش رسوب با پلی اتانل گلیکول و ارزیابی یافته‌های کلینیکی و رادیوگرافی این بیماران

دکتر مرتضی نقی، دکتر کامران افرادزداگان، دکتر امین منومنی

چکیده

هیپرپروتئینی یک علت شایع گالاتوروز، آموروز و نازیابی در زنان حامل زایمان است. پروتئین در سئزایندی مولکولی در کروماتوگرافی فیلتراسیونی زلی (GFC) جدا می‌شود. هیپرپروتئینی ناشی از افزایش پروتئین خیلی پره از بیماران قطع. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی دوره هشتم، شماره ۳، صفحه های ۲۶۹ - ۲۷۳ (بای‌ز) ۱۳۸۱

به‌رنگی شخصیت‌های "مطالعات و چکیده` مقاله" در منابع اخلاقی: هیپرپروتئینی، افزایش پروتئین سرم، ماکروپروتئینی، هیپرپروتئینی ناشی از افزایش پروتئین خیلی پره

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۲/۲۷ - دریافت اصلاحه: ۱۳۹۱/۰۲/۰۴ - پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۰۳/۲۸

مقدمه

شهد است. فرم پروتئین کوچک که وزن مولکولی ۳۲ کیلو دالTON DARD و آزاد برای ایزومیر طیب و برازجد ۹۰٪ پروتئین سرم را تشکیل می‌دهد. فرم پروتئین خیلی پره که وزن مولکولی ۲۵ مولکولی در کروماتوگرافی فیلتراسیونی زلی (GFC) جدا
ماکروپرولاتکین با پلیاتین کیلکول (PEG) در این مطالعه به عنوان یک حلال قوی با اشیاع محلول سیب پروئن آنتن ماکروپرولاتکین از محلول می‌شود و آن را روش می‌دهد.

در اکثر مطالعات تا حد احتمالی، ماکروپرولاتکین در فرم مولکولی زایمان و فرم پروئن مولکولی +70 کیلو دانتوئارد و درصد کوچک ولی متغیر زایمان در این مطالعه با شرایط کنیکتی پروئن مولکولی +70 کیلو دانتوئارد و درصد کوچک ولی تحقیق و تولیدن پروئن مولکولی زایمان از پروئن‌ها انباش و انتقال پروئن‌ها به گلگور و یا تجمع و تأثیر این پروئن‌ها نشان داده که این فرم مولکولی سطح گوناگونریپورس و هورمون‌های جنسی، طبیعی گزارش شده است. 

1. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه، 50 بیمار مبتلا به هیپرپروئن‌کینی ته دارای انجمن تجربه‌های زایمان و فرم پروئن مولکولی +70 کیلو دانتوئارد و درصد کوچک ولی متغیر زایمان در این مطالعه با شرایط کنیکتی پروئن مولکولی +70 کیلو دانتوئارد و درصد کوچک ولی تحقیق و تولیدن پروئن مولکولی زایمان از پروئن‌ها انباش و انتقال پروئن‌ها به گلگور و یا تجمع و تأثیر این پروئن‌ها نشان داده که این فرم مولکولی سطح گوناگونریپورس و هورمون‌های جنسی، طبیعی گزارش شده است.

2. ماکروپرولاتکین در زنان زایمان و فرم پروئن مولکولی +70 کیلو دانتوئارد و درصد کوچک ولی متغیر زایمان +70 کیلو دانتوئارد و درصد کوچک ولی تحقیق و تولیدن پروئن مولکولی زایمان از پروئن‌ها انباش و انتقال پروئن‌ها به گلگور و یا تجمع و تأثیر این پروئن‌ها نشان داده که این فرم مولکولی سطح گوناگونریپورس و هورمون‌های جنسی، طبیعی گزارش شده است.

3. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

4. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

5. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

6. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

7. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

8. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

9. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

10. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

11. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

12. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

13. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

14. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

15. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

16. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

17. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

18. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

19. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

20. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

21. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

22. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

23. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

24. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

25. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

26. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

27. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

28. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

29. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

30. ماکروپرولاتکین کلپت‌کنان را از پروئن‌ها سطح جنگی کاهش می‌دهد.

31. ماکروپرол

i- Recovery Rate

ii- Glycosylation

iii- Prolactin aggregate
جدول 1- پرولوتین بیماران ماکروپرولوتینمی قبل و بعد از رسوید با پلی آئتان گلیکول

<table>
<thead>
<tr>
<th>پرولوتین قبل از رسوید</th>
<th>پرولوتین بعد از رسوید</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>25 27 50 60 70 80 90 100 120 140 160</td>
<td>25 27 50 60 70 80 90 100 120 140 160</td>
</tr>
</tbody>
</table>

به‌پیروپرولوتین واقع یا پکیجی مقایسه شده‌اند. در این مطالعه متغیرهای بالینی کالکتور (خروج شیر از پستان‌ها) و اولیکوموره (دب سیگل ماهانه بیش از 25 روز) تعیین گردید.

ویژگی‌های مورد نظر بیماران بر اساس شاخص‌های مربوط به پراکندر و توزیع فراوانی بیان شده است. برای بیان متغیرهای کالکتور، اختلاف پراکندر و یافته‌های غیر طبیعی در رادیولوژی دو گروه آزمون دقیق نیشن استفاده شد. در هر میزان 0.01 به عنوان سطح معنادار از نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از 50 بیمار مورد مطالعه 6 بیمار مرد و 44 بیمار زن بود. سن بیماران بین 18 تا 60 سال و متوسط سن بیماران 29 سال بوده است. میزان پرولوتین سرم در تمام بیماران قبل از رسوید بین 35 تا 70 بود. در همه بیماران پس از رسوید، مقدار پرولوتین کمتر از قبل از رسوید گزارش شد. در 12 بیمار پس از رسوید با پلی آئتان گلیکول، میزان پرولوتین بیش از 50% کاهش یافته و وجود ماکروپرولوتینمی آبائیه بسیار نفر از این بیماران زن و 2 بیمار مرد بودند. در این بیماران پرولوتین سرم پس از رسوید بین 68 تا 200 بود. در این بیماران پس از رسوید سرعت کردن در 10 بیمار پرولوتین به سطح کردن. متوسط سرعت پرولوتین در این گروه 123 بود و پس از رسوید بین 75 تا 150 کشش یافته بیش از پرولوتین متوسط و رابطه با PEG مثبت بود. در 12 بیمار پس از رسوید MRI نشان داد که ماکروپرولوتینمی مبتلا به MRI طبیعی گزارش گردید و MRI سلول‌سازی MRI در دکتر میکروگراندوم و در دکتری سلول‌سازی خالی

نمودار 1- شیوع کالکتور در پرولوتینمی (1) و ماکروپرولوتینمی (2)

نمودار 2- شیوع اولیکوموره در پرولوتینمی (1) و ماکروپرولوتینمی (2)

نمودار 3- شیوع غیر طبیعی در پرولوتینمی (1) و ماکروپرولوتینمی (2)
روش استاندارد تشخیص میزان ماکارولپاکلوتین در سرم است و در همان روش صورت می‌گیرد. این روش با استفاده از سونوگرافیگرافی به شدت در اندازه‌گیری این ماده مورد استفاده قرار می‌گیرد.

نتیجه‌گیری
در این مطالعه با روش رسوب ماکارولپاکلوتین با پلی‌ایソل‌گلیکول، فراوانی ماکارولپاکلوتین در بیماران هیپرپراکلوتینی سطح بالای علائم بالینی و رادیولوژی به صورت قابل ملاحظه‌ای در بیماران ماکارولپاکلوتین کمتر از بیماران مبتلا به هیپرپراکلوتینی واقعی بود.

ماکارولپاکلوتین دچار کالکتر (ر/ث) و ۲ بیمار دچار اولیومونوز بودند (۰/۲۵) و ۲ بیمار مرد فاقد احتلال جنسی بودند. این نتایج نشان می‌دهد که بیماران دچار اولیومونوز به طور متوسط در این گروه ۱۰۰ و چسب رسوب هر ۹۰ کاشی بالا یافت و در این گروه میزان PEG R خواسته با ۲۳/۲ رش داشت. در این مطالعه، میزان هیپرپراکلوتینی واقعی دارای کالکتر (۰/۶۵) بود. آنها در دو اولیومونوز و در این مطالعه بیماران با ۲۳/۲ رش داشتند. در این آزمایش تعداد آن‌ها در MR به میزان آن‌ها در MRI بود.

بحث
هیپرپراکلوتینی واقعی با وجود پوابلوکلوتین موجود زیاد در سرم مشخص می‌شود. ماکارولپاکلوتین نوعی پوابلوکلوتین با وزن مولکولی زیاد و بیکاتیونی که می‌تواند در روش‌های مسومیتی با همراه پوابلوکلوتین موجود در آزمایش شرکت می‌کند. پراکلوتین معمولاً با روش کروماتوگرافی فیلتراسیون زلی (GFC) تعیین می‌شود و می‌تواند که در ۵۰/۸ هر یک پوابلوکلوتین سرم را تشکیل دهد.

نتایج مطالعه‌های انجام شده نشان داد که بیماران بیشتر با ماکارولپاکلوتین را نیز نمی‌توانند فقط با علائم بالینی از هیپرپراکلوتینی واقعی افتراق داد. جوان تعدادی از این بیماران دارای علایم خفیف اولیومونوز و گاکلوتر نیز پاسداشت و در مورد مطالعه شیوع اولیومونوز و گاکلوتر در این بیماران بررسی از بیماران هیپرپراکلوتینی واقعی بوده است. در این مطالعه علائم بالینی این بیماران با ماکارولپاکلوتین به صورت قابل ملاحظه‌ای کمتر از بیماران مستقل به هیپرپراکلوتینی واقعی بوده است.
References


