

مجله دانشکده پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

سال ۶۱، شماره ۲، صفحات ۱۵۳ تا ۱۶۳، (۱۳۸۲)

اثر آماده‌سازی بافتی بر تغییرات مقدار ویتامین E در شرایط ایسکمی - پرفیوژن مجدد در کلیه موش صحرایی

دکتر سیمین آریامنش (دکترای فیزیولوژی)، دکتر مهدیه فقیهی (استادیار)، دکتر مهری کدخدایی (دانشیار)
دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی

چکیده

مقدمه: پرفیوژن مجدد (رسیدن دوباره خون به بافت) آسیب اولیه حاصل از حمله ایسکمی را به دلیل تولید رادیکال‌های آزاد شدیدتر می‌کند. برای کاهش صدمات ناشی از ایسکمی - پرفیوژن مجدد لازم است راه‌کارهایی در نظر گرفته شود که یکی از آنها آماده‌سازی بافتی می‌باشد. بنابراین مدلی که بتوان از دوره‌های کوتاه مدت متناوب بستن و باز کردن سرخرگ کلیوی (آماده‌سازی ایسکمیک = Ischemic Pre-Conditioning=IPC) جهت حفاظت عضو از اثرات متعاقب ایسکمی طولانی و پرفیوژن مجدد بر روی کلیه موش صحرایی استفاده کرد، طراحی و برقرار شد.

مواد و روش‌ها: بدین منظور، ۲۸ موش صحرایی نر به طور تصادفی و مساوی در ۴ گروه تقسیم شدند:

گروه کنترل (Sham-operated)، گروه ایسکمی - پرفیوژن مجدد (IR) - Ischemia-reperfusion (IR)، گروه آماده‌سازی بافتی ایسکمیک (IPC) و گروه ایسکمی - پرفیوژن مجدد متعاقب آماده‌سازی ایسکمیک (IPC-IR). آماده‌سازی ایسکمیک (IPC) شامل بستن متناوب سرخرگ کلیه برای ۵ دقیقه و باز کردن آن برای ۵ دقیقه، برای سه دوره می‌باشد. مؤثر بودن IPC با تعیین میزان تغییرات ویتامین E بافت و پلاسمای خون ورید کلیه به عنوان آنتی‌اکسیدان اندروژن پس از استخراج که به وسیله دستگاه HPLC اندازه‌گیری شد، مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از این تحقیق نشان می‌دهد که مقدار ویتامین E بافت و پلاسمای ورید کلیه در گروه IR نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری نشان می‌دهد ($p < 0/0001$). در حالیکه مقدار این ویتامین در هر دو بافت و پلاسمای ورید کلیوی به طور معنی‌داری در گروه IPC-IR بالاتر از گروه IR بوده است ($p < 0/0001$)، ولیکن نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری نشان نمی‌دهد.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: در این مطالعه، روش آماده‌سازی بافتی مانع از کاهش مقدار آنتی‌اکسیدان اندروژن (ویتامین E) در اثر ایسکمی بلندمدت متعاقب گردید. پیشنهاد می‌شود که آماده‌سازی بافتی می‌تواند از جهاتی کلیه را از ضایعات ناشی از ایسکمی - پرفیوژن مجدد حفظ کند.

نتایج این مطالعه می تواند جهت بالا بردن درصد موفقیت پیوند عضو مورد استفاده قرار گیرد.

مقدمه

در جریان پیوند کلیه و سایر اعضا، عضو مورد پیوند باید مدت زمانی بدون خونرسانی یا با جریان کم خون خارج از بدن باقی بماند. این موضوع موجب رهایش رادیکال های آزاد اکسیژن (OFR) می شود. بدین منظور در سالهای اخیر مطالعات بسیاری بر روی اثرات مخرب خونرسانی مجدد Reperfusion (R) متعاقب قطع خون (I) Ischemia در اندام های مختلف از جمله کلیه صورت گرفته است (۱،۲).

در این ارتباط رادیکال های آزاد اکسیژن (OFR) به عنوان عوامل احتمالی ایجاد کننده ضایعات بافتی و اختلال عمل ارگانها مطرح گردیده اند (۳،۴).

گزارشات متعددی از مفید بودن داروهای آنتی اکسیدان در جلوگیری از ضایعات ارائه شده است (۵) و از سوی دیگر مفید بودن کاربرد روشهایی از قبیل آماده سازی ایسکمیک (IPC) در شرایط *invivo* (در بدن) در سالهای اخیر در جلوگیری از ضایعات در اندام های دیگر مطرح گردیده است (۶،۷). همچنین گزارشات محدود و متناقضی در مورد اثر IPC بر روی کلیه وجود دارد (۸،۹).

با توجه به نقش دوگانه IPC که در مطالعات پیشین مطرح شده است پژوهشگران سعی نموده اند با به کار بردن روشهای مختلفی از IPC، جوانب متفاوت اثرات آن را در کلیه مورد بررسی قرار دهند. لذا در این مطالعه برای روشن نمودن وضعیت استرس اکسیداتیو (Oxidative stress) در کلیه موش صحرایی و مقابله با آن، از دوره های کوتاه مدت ایسکمیک و پرفیوژن مجدد بدون استفاده از هرگونه دارو (IPC) و با اندازه گیری معیاری متفاوت از گزارشات قبلی در مورد کلیه، یعنی اندازه گیری میزان ویتامین E استفاده گردید.

گزارشاتی مبنی بر کاهش ویتامین E طی ایسکمیک- پرفیوژن مجدد در ارگان های مختلف از جمله کلیه وجود دارد ولی در مورد اثر IPC بر میزان ویتامین E در کلیه و اثر IPC در جلوگیری از کاهش این ویتامین بدنبال ایسکمیک- پرفیوژن مجدد مقاله ای وجود ندارد. به همین دلیل در مطالعه حاضر اثر IPC بر میزان ویتامین E در کلیه در طی ایسکمیک- پرفیوژن مجدد مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روشها

در این بررسی از ۴ گروه کنترل (شاهد) جراحی^۱، گروه ایسکمیک- پرفیوژن مجدد^۲ (IR)، گروه آماده سازی ایسکمیک^۳ (IPC) و گروه ایسکمیک- پرفیوژن مجدد متعاقب (IPC-IR) استفاده شد.

هر گروه شامل ۷ موش صحرایی نر سفید با وزن ۲۲۰-۳۰۰ گرم بودند که در شرایط دسترسی آزاد به آب و غذا و ۱۲ ساعت روشنایی، ۱۲ ساعت تاریکی نگهداری می شدند. ماده بیهوشی به کار رفته شامل کتامین هیدروکلرید (۵۰ mg/kg) و کلرپرومازین هیدروکلرید (۲۵ mg/kg) با تزریق داخل صفاقی بود.

۱- گروه کنترل: در این گروه حیوان فقط تحت عمل جراحی قرار می گرفت. به این ترتیب که برش طولی و عرضی روی شکم بدون آسیب رسیدن به اندام های داخلی، داده می شد. محل زخم با تنظیف آغشته به محلول نمکی ۹ درصد مرطوب نگهداشته می شد و در زیر نور چراغ برای حفظ حرارت بدن در دمای اتاق قرار داده می شد. پس از ۷۰ دقیقه (جهت تطابق زمانی با گروه های دیگر)، ابتدا خون ورید کلیه راست به کمک سرنگ ۲ ml آغشته به EDTA کشیده و به درون لوله شیشه ای ۱۰ ml منتقل می شد. لوله های حاوی خون مدت ۲۰ دقیقه با ۳۰۰۰ دور در دقیقه سانتریفوژ می شدند. سپس پلاسما تا موقع استفاده در فریزر ۲۰°C- و به دور از نور نگهداری می شد. کلیه های راست هم بلافاصله پس از خونگیری از بدن جدا گشته و پس از جدا کردن کیسول و چربی از آنها، در PBS سرد شسته می شدند. کلیه ها پس از قرار دادن در آلومینیوم فویل در فریزر ۲۰°C- تا انجام آزمایش نگهداری می شدند.

¹ Sham- operated control group

² Ischemia- reperfusion

³ Ischemic- preconditioning

صابونی شدن در استخراج ویتامین E، استخراج مقدار بیشتری از میکرونوترینت‌ها از مقدار کم بافت می‌باشد. ویتامین E و ویتامین E استات استاندارد از شرکت مرک-آلمان تهیه گردید. ویتامین E استاندارد جهت رسم منحنی استاندارد و تعیین زمان بازدارندگی (Retention time) مورد استفاده قرار گرفت.

روش تهیه فاز متحرک برای دستگاه HPLC

۸۵ ml از متانول را با ۱۰ ml از استونیتریل برای جداسازی بهتر منحنی‌ها (۱۴) و ۵ ml از هگزان مخلوط کرده به وسیله فیلتر آبی-آلی $0.22 \mu m$ توسط پمپ خلاء فیلتر می‌گردید. سرعت خروج فاز متحرک از دستگاه ۱ ml/min و حجم محلول تزریق شده به دستگاه ۵۰ μl ، حساسیت دتکتور ۰/۰۱ با فیلتر ۱ و سرعت حرکت کاغذ ۰/۵ سانتی‌متر در دقیقه بود. تزریقات به وسیله سرنگ هامپلتون ۱۰۰ μl و اترزمیلی‌پور انجام می‌شد.

روش آماری برای تجزیه و تحلیل داده‌ها

در هر گروه از مقادیر بدست آمده متغیرهای وابسته، میانگین گرفته می‌شد و انحراف معیار آن به دست می‌آمد چون بیش از دو گروه و در هر مقایسه یک متغیر وجود داشت با استفاده از نرم‌افزار SAS تست آنالیز واریانس یک طرفه One-way Analysis of variance (ANOVA) انجام شد و جهت معنی‌دار بودن اختلافات بین گروه‌ها تست مقایسه چندگانه استیودنت نیومن-کولز به کار برده می‌شد. برای رسم نمودار از نرم‌افزار excell استفاده گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه میزان ویتامین E در خون وریدی و بافتی کلیه راست در چهار گروه مورد بررسی قرار گرفت و نتایج زیر بدست آمد.

شکل ۱- نشان‌دهنده کروماتوگرامهای ویتامین E استخراج شده از پلاسما در گروه‌های چهارگانه است. زمان بازدارندگی ویتامین E در همه گروه‌ها یکسان است. ارتفاع و سطح زیر

۲- گروه IR: این گروه نیز مورد عمل جراحی قرار می‌گرفتند. ابتدا شکم ۳۰ دقیقه بازمانده، بعد به وسیله گیره (کلامپ) سرخرگ کلیه راست به مدت ۳۰ دقیقه بسته شده (ایسکمی بلند مدت) و پس از ۱۰ دقیقه پرفیوژن، خون سیاهرگ کلیه راست به وسیله سرنگ حاوی EDTA برداشت می‌شد و کلیه راست هم به وسیله عمل جراحی از محل ناف کلیه جدا می‌گردید و مثل گروه کنترل روی آنها عمل می‌شد.

تذکر: در تمام طول ایسکمی کلیه ایسکمی شده به رنگ تیره متمایل به سیاه درمی‌آمد و کاملاً از کلیه ایسکمی نشده که به رنگ قهوه‌ای است، متفاوت می‌بود.

۳- گروه آماده‌سازی ایسکمیک (IPC): در این گروه نیز حیوان را جراحی کرده ابتدا شکم ۴۰ دقیقه باز مانده، بعد به وسیله گیره سه نوبت ۵ دقیقه‌ای ایسکمی و سه نوبت ۵ دقیقه‌ای پرفیوژن مجدد به طور متناوب به حیوان داده می‌شد. پس از زمان ۷۰ دقیقه‌ای، خون ورید کلیه راست با سرنگ حاوی EDTA گرفته و کلیه راست با عمل جراحی خارج می‌شد و مثل گروه کنترل روی آنها عمل می‌گردید.

۴- گروه ایسکمی- پرفیوژن مجدد متعاقب آماده‌سازی (IPC-IR): ابتدا پس از باز کردن شکم، بلافاصله سه نوبت ۵ دقیقه‌ای ایسکمی و سه نوبت ۵ دقیقه‌ای پرفیوژن مجدد به طور متناوب به حیوان داده می‌شد. پس از آن، یک دوره ۳۰ دقیقه‌ای ایسکمی و یک دوره ۱۰ دقیقه‌ای پرفیوژن مجدد به حیوان داده می‌شد. در انتهای ۷۰ دقیقه خون ورید کلیه راست گرفته می‌شد و کلیه راست نیز خارج می‌گردید تا مثل گروه کنترل روی آنها عمل شود.

استخراج ویتامین E از پلاسما

استخراج ویتامین E از پلاسما با استفاده از روش آرنود ۱۹۹۱ انجام شد (۱۰). کلیه مراحل استخراج در زیر نور کم و منتشر انجام می‌شد. همچنین برای جلوگیری از اکسیداسیون چربی‌ها از BHT استفاده می‌گردید (۱۱).

استخراج ویتامین E از بافت کلیه

روش استخراج ویتامین E از بافت کلیه، روش تغییر یافته پنگ (۱۹۹۲ و ۱۹۹۳) می‌باشد (۱۲، ۱۳). مزیت این روش به روش

میزان ویتامین E در گروه IPC-IR نسبت به گروه IR افزایش معنی دار نشان می دهد ($p < 0.0001$) ولی نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی داری نشان نمی دهد.

ب) میزان ویتامین E استخراج شده از بافت کلیه راست میزان ویتامین E استخراج شده از بافت کلیه راست در گروه IR کاهش معنی داری ($p < 0.0001$) نسبت به سه گروه دیگر (کنترل، IPC و IPC-IR) نشان می دهد، اما میزان ویتامین E گروه های IPC-IR و IPC نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی داری نشان نمی دهد در حالی که نسبت به گروه IR افزایش معنی داری نشان می دهد ($p < 0.0001$) (نمودار ۲).

بحث

مهمترین عامل نارسایی حاد کلیوی ایسکمی است که منجر به ضایعه عملکردی کلیه می شود. ایسکمی کلیوی ناشی از انقباض عروق کلیوی، انسداد توبول کلیوی، حرکت معکوس مایع فیلتره گلومرولی، کاهش قابلیت نفوذ گلومرولی و کاهش سرعت فیلتراسیون گلومرولی می باشد (۱۵). کاهش منابع فسفاتهای پرانرژی، افزایش غلظت کلسیم آزاد داخل سلولی، از بین رفتن عمل سنتز سلولی، فعال شدن روندهای تجزیه و تخریب غشاء و تولید سموم غشایی اندوژن از دیگر عوامل مؤثر آسیب سلولی در طی ایسکمی می باشند. درک طبیعت و راه های مختلفی که در اثناء ایسکمی موجب آسیب بافتی و سلولی می شود می تواند راه کارهای جدیدی برای معالجه و پیشگیری از وقوع صدمه در پیش روی ما بگذارد (۱۵).

ایسکمی کلیوی منجر به کاهش سریع ATP بافتی و افزایش مواد حاصل از تجزیه ATP (آدنوزین، اینوزین و هیپوگزانتین) می شود (۱۶)، تجمع هیپوگزانتین در طی ایسکمی موجب تشکیل رادیکالهای آزاد بسیار فعال می گردد، زیرا تبدیل آنزیمی هیپوگزانتین به گزانتین به وسیله گزانتین اکسیداز موجب تولید رادیکال سوپراکسید ($O_2^{\cdot-}$) در اثر احیاء مولکول اکسیژن می شود (۱۷). رادیکال سوپراکسید و محصولات حاصل از عمل احیاء آن (پراکسید هیدروژن H_2O_2 و رادیکال هیدروکسیل OH^{\cdot}) می توانند از طریق پراکسیداسیون چربی غشاءهای

منحنی ها (معادل ویتامین E در نمونه) در گروه IR کمتر از گروه کنترل ولی در گروه IPC-IR معادل گروه کنترل و بیشتر از گروه IR می باشد. همین مطلب نیز در مورد کروماتوگرام ویتامین E در بافت کلیه صدق می کند (شکل ۲). میانگین های مقادیر ویتامین E پلاسما در جدول شماره ۱ و بافت در جدول ۲ آمده است.

جدول شماره ۱- میانگین های مقادیر ویتامین E پلاسما و وید کلیه راست موش صحرایی در گروه های چهارگانه

گروه ها	مقادیر ویتامین E (mean±SEM)
کنترل پلاسما	۳/۳۴۰±۰/۱۹۵
IR پلاسما	۲/۳۵۶±۰/۰۶۲
IPC پلاسما	۵/۰۷۶±۰/۳۷۱
IPC-IR پلاسما	۳/۷۱۱±۰/۲۶۴

* مقدار ویتامین E بر حسب میکرومول در لیتر $\mu\text{m}/\text{l}$ و به صورت (انحراف معیار ± میانگین) آمده است.

جدول شماره ۲- میانگین های مقادیر ویتامین E بافت کلیه راست

موش صحرایی در گروه های چهارگانه

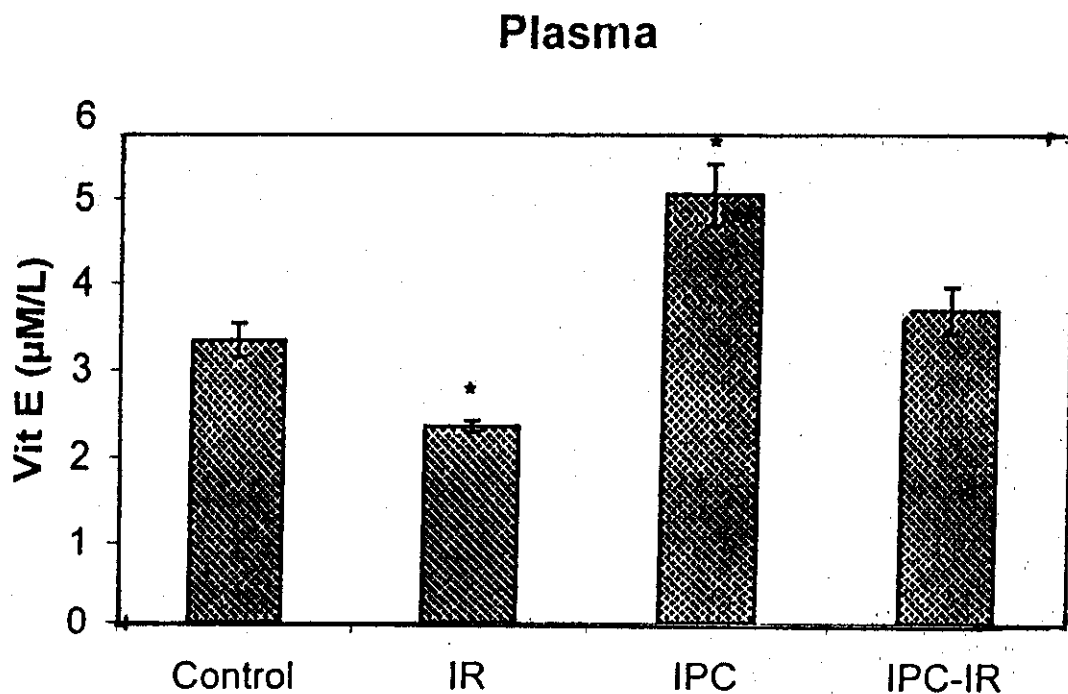
گروه ها	مقادیر ویتامین E (mean±SEM)
کنترل بافت	۳/۴۹۲±۰/۲۸۰
IR بافت	۲/۹۱۳±۰/۱۵۷
IPC بافت	۳/۲۳۱±۰/۱۳۱
IPC-IR بافت	۳/۳۸۱±۰/۲۳۱

* مقدار ویتامین E بر حسب میکرومول در لیتر ($\mu\text{m}/\text{L}$) و به صورت (انحراف معیار ± میانگین) آمده است.

همچنین با انجام تست های آنالیز واریانس یک طرفه و استیودنت نیومن - کولز جهت بررسی آماری میزان اختلافات، نتایج زیر حاصل گردید.

الف) میزان ویتامین E استخراج شده از پلاسما خون وید کلیه راست

میزان ویتامین E استخراج شده از پلاسما خون وید کلیه راست در گروه IR کاهش معنی داری نسبت به سه گروه دیگر (کنترل، IPC و IPC-IR) نشان می دهد ($p < 0.0001$). همچنین میزان ویتامین E پلاسما گروه IPC نسبت به سه گروه دیگر نیز افزایش معنی داری نشان می دهد ($p < 0.0001$) (نمودار ۱).

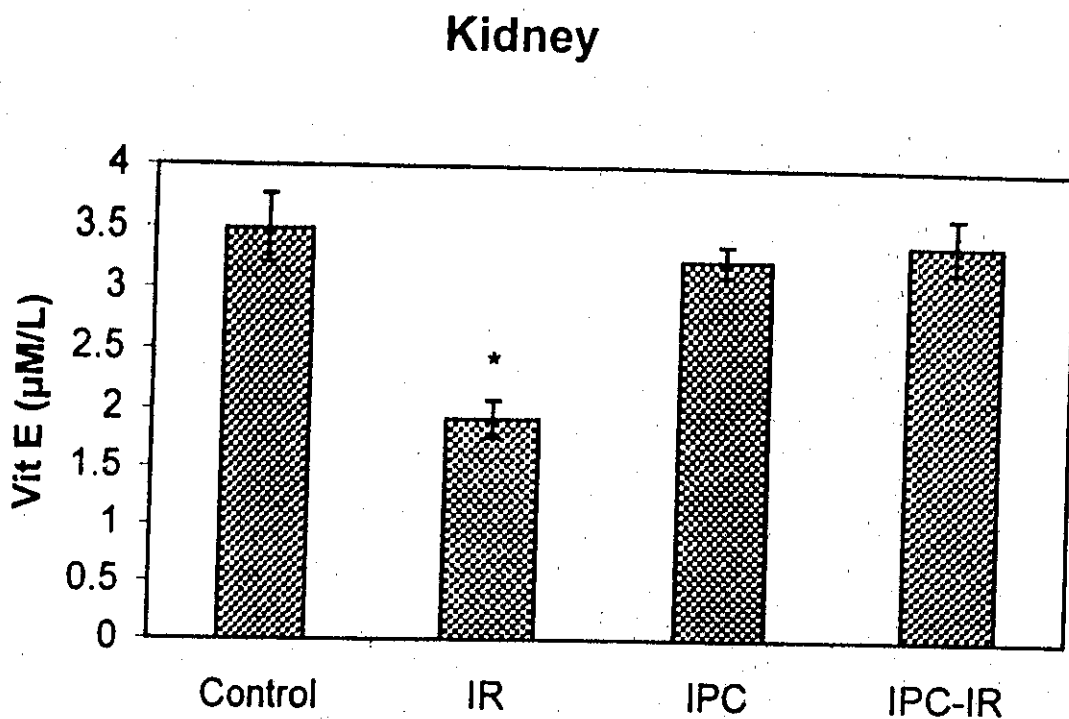


IR= Ischemia- Reperfusion

IPC= Ischaemic Pre- Conditioning

نمودار شماره ۱- مقایسه میانگین‌های مقادیر ویتامین E پلاسمای ورید کلیه راست موش صحرایی در گروه‌های IR, IPC, IPC-IR و مقایسه آن با

گروه کنترل ($p < 0.0001$)

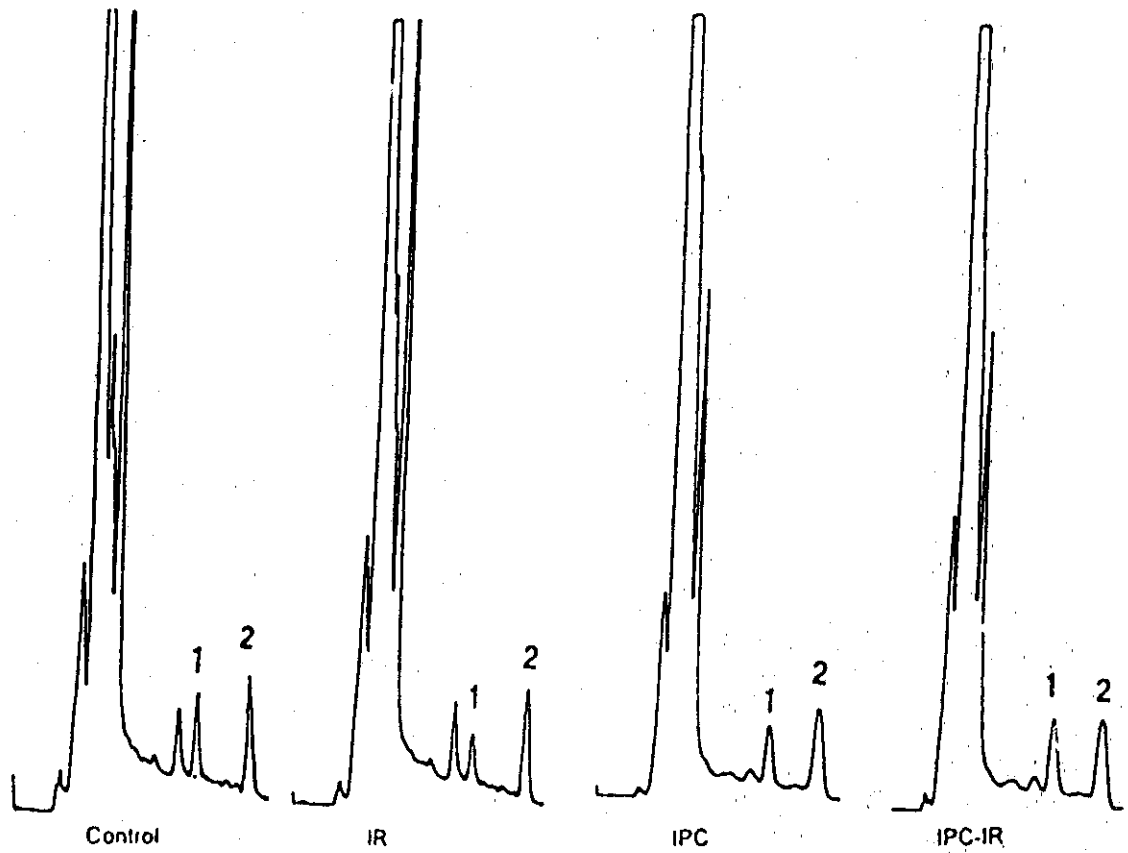


IR= Ischemia- Reperfusion

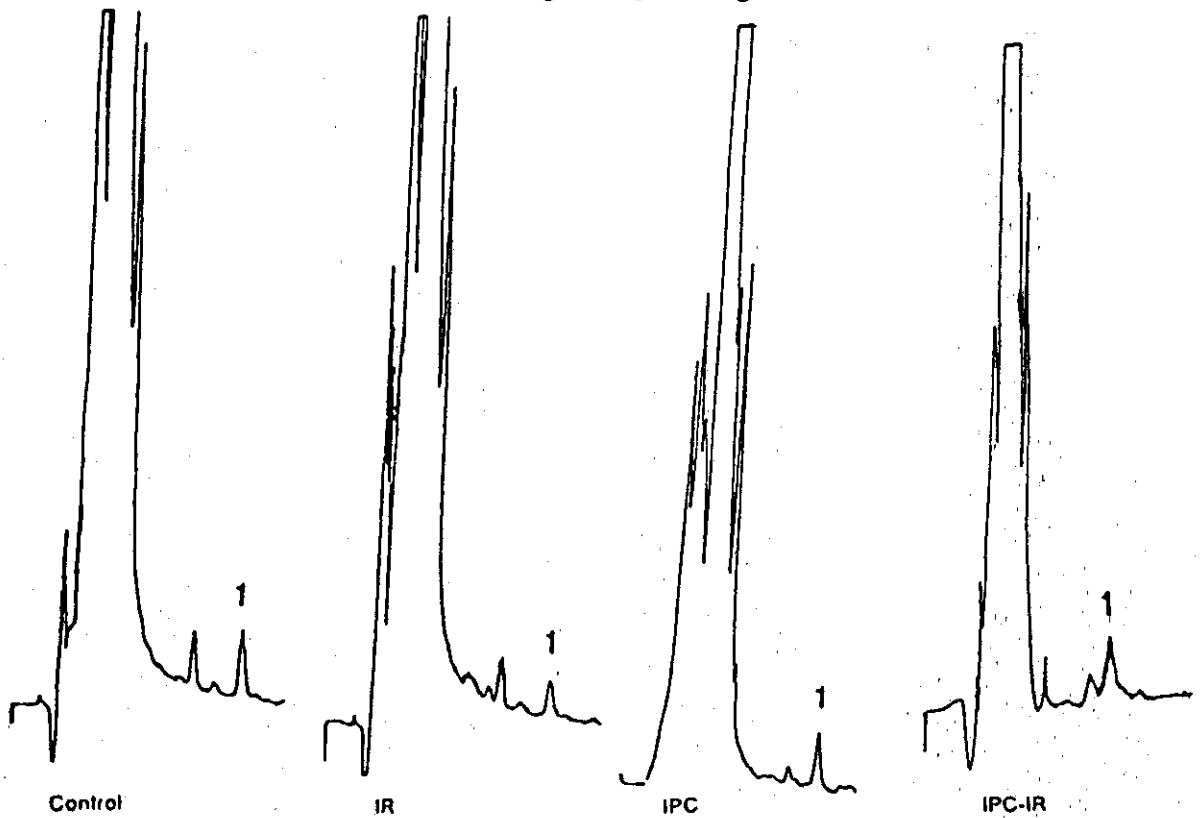
IPC= Ischaemic Pre- Conditioning

نمودار شماره ۲- مقایسه میانگین‌های مقادیر ویتامین E بافت کلیه راست موش صحرایی در گروه‌های IR, IPC, IPC-IR و مقایسه آن با گروه

کنترل ($p < 0.0001$)



شکل ۱- کروماتوگرام‌های مربوط به استخراج ویتامین E از پلاسمای خون ورید کلیه راست موش صحرائی در گروه‌های چهارگانه (منحنی ۱- ویتامین E، منحنی ۲- ویتامین E استات)



شکل ۲- کروماتوگرام‌های مربوط به استخراج ویتامین E از بافت کلیه راست موش صحرائی در گروه‌های چهارگانه (منحنی ۱- ویتامین E)

عامل تشدید کننده ضایعات بافتی و اختلال عمل ارگانها مطرح گردیده‌اند (۴).

آسیب اکسیدانی می‌تواند به سه علت پیش آید:

- (۱) تولید اضافی رادیکالهای آزاد اکسیژن
- (۲) کاهش آنتی‌اکسیدانها
- (۳) مجموعاً چون آنتی‌اکسیدانها باعث خارج کردن متابولیت‌های اکسیژن سمی می‌شوند، در کم کردن آسیب حاصل از IR نقش مؤثری دارند (۲۳).

از مدتها قبل ویتامین E به عنوان آنتی‌اکسیدان محلول در چربی که باعث پایدار کردن چربی‌های غیر اشباع بر علیه اکسیداسیون خودبخودی می‌شود، شناخته شده بود. توافق همه جانبه‌ای در این مورد که ویتامین E دارای عمل حفاظتی مشابهی در بافتها می‌باشد، وجود دارد. ویتامین E باعث نابودی رادیکال‌های آزاد در محیط هیدروفوب می‌شود (۲۴).

رادیکال‌های آزاد به وسیله رندهای طبیعی متابولیکی یا از فاکتورهای خارجی و عواملی مثل تشعشعات، مواد سمی شامل آلاینده‌های محیطی، دود سیگار، مواد سرطان‌زا و مولکولهای اکسیژن فعال مشتق از نوتروفیل‌های تحت ایسکمی - پرفیوژن مجدد تولید می‌شوند. این رادیکالهای آزاد با اسیدهای چرب غیر اشباع در غشاء سلولی واکنش داده و منجر به شکسته شدن ترکیبات سلولی و نهایتاً تخریب سلول می‌گردند (۲۴). به نظر می‌آید وقتی که ویتامین E جذب بدن می‌شود، در غشاء سلول بافت‌های مختلف با رادیکالهای آزاد و احتمالاً با مواد حد واسط واکنش می‌دهد. به این ترتیب ویتامین E با متوقف کردن واکنش زنجیره‌ای رادیکال آزاد غشاء سلولی را حفظ می‌کند (۲۵). بنابراین تعیین میزان تغییرات ویتامین E بافتی و پلاسمايي در طی ایسکمی - پرفیوژن مجدد برای نشان دادن میزان تولید رادیکالهای آزاد، پراکسیداسیون چربی و وضعیت استرس اکسیداتیو در طی پیوند بافتی مهم می‌باشد.

جهت معالجه و پیشگیری از صدمات احتمالی ناشی از قطع خون و برقراری مجدد آن (IR) در سالهای اخیر تمهیداتی در نظر گرفته شده است. گزارشات متعددی درباره مفید بودن داروهای آنتی‌اکسیدان در جلوگیری از ضایعات وجود دارند (۵). از طرف دیگر روشهایی از قبیل آماده‌سازی بافتی

میتوکندری، لیوزومی و پلاسمايي، آسیب عملکردی و ساختمانی ایجاد کنند (۱۸).

به طور طبیعی، بافتها حاوی مقادیر کافی از اکسیدانهای اندوژن برای حفاظت خود علیه آسیب رادیکال آزاد اکسیژن هستند. سوپراکسید دسموتاز (SOD) به سرعت O_2^- را از محیط دور می‌کند، کاتالاز و گلوکاتیون پراکسیداز، پراکسید هیدروژن را غیر فعال می‌کنند و تریپتوفان، هیستیدین، ویتامین C و ویتامین E، رادیکال هیدروکسیل را پاک می‌کنند (۱۹).

با وجود این در طی ایسکمی ذخائر آنتی‌اکسیدانهای اندوژن در مبارزه با رادیکالهای آزاد Free radicals (FR) به تدریج کاهش یافته و منجر به آسیب سلولی حاصل از حمله رادیکالهای آزاد اکسیژن بخصوص در موقع پرفیوژن مجدد و اکسیژن‌رسانی می‌شود. دلیل بر این مدعا، کاهش تدریجی آکسیدانها در بافتها می‌باشد، چنانچه در مغز (۲۰) و قلب (۲۱) گزارشهایی در این زمینه ارائه شده است. به این ترتیب که تحت شرایط ایسکمی پرفیوژن مجدد (IR) ابتدا اکسیدانهای محلول در آب آسکوربات، گلوکاتیون و SOD در مبارزه با اکسیدانها اکسیده می‌شوند و سپس آنتی‌اکسیدانهای محلولی در چربی (پوبی کوئینول ۹ و ویتامین E) وارد عمل می‌شوند. این موضوع نشان می‌دهد که قبل از مصرف ویتامین E، آنتی‌اکسیدانهای دیگر مصرف شده سپس ویتامین E به عنوان آنتی‌اکسیدان نهایی برای حفظ تمامیت غشاء‌های سلولی مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرد. بدین جهت اندازه‌گیری ویتامین E، علاوه بر اندکس قابل قبول پراکسیداسیون چربی در انسان، می‌تواند به عنوان آخرین سد دفاعی در مقابله با IR با اهمیت باشد (۲۱). در طی پیوند کلیه و سایر اعضا، عضو مورد پیوند ناگزیر باید مدتی خارج از بدن با مقدار خیلی کم خون یا بدون خون‌رسانی باقی بماند (ایسکمی). این موضوع موجب رهائش رادیکالهای آزاد اکسیژن (OFR) می‌شود. پرفیوژن مجدد (رسیدن دوباره خون به بافت) آسیب اولیه حاصل از ایسکمی را در پاسخ به محصول رادیکالهای آزاد شدیدتر می‌کند. مطالعات متعددی در مورد اثرات مخرب خون‌رسانی مجدد به دنبال ایسکمی در اندامهای مختلف از جمله کلیه صورت گرفته است (۲۲، ۴). در این ارتباط رادیکالهای آزاد به عنوان

ضمیمه به سیستم وارد شده است و یا از منابع حاوی ویتامین E، ویتامین E به درون گردش خون رها شده است، یا بافت از منابع دیگر برای مبارزه با ایسکمی استفاده کرده است. در حالی که میزان ویتامین E بافتی و پلاسمایی گروه IR نسبت به گروه کنترل کاهش چشمگیر و معنی داری دارد (به ترتیب $p < 0/001$ و $p < 0/05$). این بدان معنی است که در اثر ایسکمی پرفیوژن مجدد رادیکالهای آزاد اکسیژن در بافت و پلاسمای ورید کلیه تجمع یافته‌اند و بدن برای مبارزه با آن از آنتی‌اکسیدانهای اندوژن خود (ویتامین E به عنوان اندکس پراکسیداسیون چربی) استفاده کرده است.

نتایج مطالعات تاکنون نشان می‌دهند که عمل ویتامین E (α - توکوفرول) ممانعت یا کاستن از تخریب پراکسیداتیو القاء شده توسط رادیکال آزاد در سیستم‌های بیولوژیکی است. زیرا ویتامین E به عنوان اولین یا تنها آنتی‌اکسیدان اندوژن علیه پراکسیداسیون زنجیره‌ای چربی در نظر گرفته می‌شود (۲۶). بنابراین کاهش ویتامین E در پلازما یا بافت در طی IR می‌تواند مربوط به مصرف آن در موقع پاکسازی رادیکالهای آزاد در غشاء باشد. چنین کاهش توسط مطالعات متعددی در اندامهای مختلف گزارش گردیده است (۲۶، ۲۷).

همچنین میورا و همکارانش در سال ۱۹۹۸ گزارش کردند که تعداد دوره‌های IPC در مؤثر بودن آن نقش دارد، زیرا یک دور IPC نتوانست قلب را از حمله ایسکمی حفاظت کند در حالی که ایسکمی‌های مکرر توانست اندازه انفارکتوس قلبی را به طور معنی‌داری کاهش دهد (۲۸).

مطالعه حاضر هم نشان داد که سه دوره ایسکمی - پرفیوژن متناوب و مکرر به خوبی توانسته است مانع از کاهش معنی‌دار ویتامین E در بافت و پلازما گردد. البته ماتی و همکارانش در سال ۲۰۰۰ اثر IPC را بر روی عضله اسکلتی بررسی کرده‌اند و مشاهده نموده‌اند که مؤثر بودن IPC فقط به مدت زمان سیکلها بستگی دارد ولی به تعداد آنها وابستگی ندارد. علت این تناقضات می‌تواند مربوط به نوع بافت و سلولهای تحت اثر IPC نیز باشد چنانکه بافتها و سلولهای گوناگون پاسخ‌های متفاوتی به القاء IPC داده‌اند (۲۹).

در این مطالعه مقدار ویتامین E بافت تحت اثر IPC کاهش معنی‌داری نسبت به گروه کنترل نشان نداد، علت آن هم می‌تواند مصرف نشدن ویتامین E بافتی باشد چنانکه موری و

ایسکمیک (IPC) در جلوگیری از ضایعات در بافت‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته و مؤثر بودن آن نیز مطرح گردیده است (۶، ۷).

آماده‌سازی بافتی ایسکمیک عبارت است از بکار بردن دوره‌های کوتاه‌مدت ایسکمی - پرفیوژن مجدد قبل از دوره ایسکمی بلندمدت که در طی این دوره‌های کوتاه‌مدت میانجی‌های شیمیایی نظیر آدنوزین، کاتکول‌آمینها، استیل‌کولین و برادی‌کینین از سلول آزاد می‌شوند. به نظر می‌آید آگونیستهای آدنوزینی و کولینرژیکی به ترتیب به گیرنده وابسته به پروتئین G مهاری و گیرنده‌های کولینرژیکی موسکارتینی (M_2) وابسته به پروتئین G متصل شده و موجب فعالیت آنزیم فسفولیپاز C یا D و تشکیل دی‌اسیل‌گلیسرول (DAG) و اینورتیول تری‌فسفات (IP_3) از فسفولیپیدهای غشاء می‌گردد. DAG خود موجب فعال شدن آنزیم PKC می‌شود. به نظر می‌آید فعال شدن PKC عامل کلیدی مهم در مسیر پیام‌رسانی داخل سلولی در طی IPC باشد زیرا با بکار بردن آنتاگونیستهای PKC توانستند IPC را مهار کنند (۱۵).

در مطالعه حاضر نیز نقش IPC بر روی کلیه مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج حاصل از این بررسی نشان می‌دهد که القاء IPC می‌تواند بافت را برای مقابله با ایسکمی طولانی مدت متعاقب احتمالاً تطبیق دهد. هدف از مطالعه حاضر بررسی اثر دوره‌های کوتاه‌مدت متناوب ایسکمی - پرفیوژن مجدد (IPC) قبل از ایسکمی - پرفیوژن مجدد طولانی (IR) بر روی موقعیت آنتی‌اکسیدانی بافت و پلاسمای کلیه موش صحرایی و مقایسه آن با گروه کنترل بوده است. بنابراین میزان ویتامین E بافتی و پلاسمایی به عنوان آنتی‌اکسیدان اندوژن (معیار پراکسیداسیون چربی) توسط دستگاه HPLC پس از استخراج از بافت و پلازما اندازه‌گیری شد. این مطالعه نشان می‌دهد که میزان ویتامین E در بافت کلیه و پلاسمای ورید کلیه در گروه IPC-IR نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری نداشته ولی نسبت به گروه IR به طور معنی‌داری بیشتر است ($p < 0/001$ و $p < 0/01$ به ترتیب در بافت و پلازما) و احتمالاً این بدان معنی است که در اثر آماده‌سازی مقدار ویتامین E توسط بافت مصرف نشده یا اگر مصرف شده به علت خاصیت بازیابی این ویتامین توسط ویتامین C دوباره ساخته شده و جهت مبارزه با اکسیدانهای حاصل از ایسکمی بلندمدت

همکارانش در سال ۱۹۸۶ نیز هیچ نوع کاهشی در میزان غلظت آنرا مربوط به کاهش مصرف ATP به جای تولید اضافی آن دانسته‌اند (۳۰).

از طرف دیگر میزان ویتامین E پلاسمای گروه IPC نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری بیشتر است. احتمالاً این موضوع می‌تواند علاوه بر کاهش مصرف ویتامین E، مربوط به بازخوانی سریع ویتامین E از منابع متحرک حاوی آن مثل LDL، غشاء گلبولهای قرمز و بافت‌های دیگر (کبد) در اثر عبور خون از آنها باشد (۳۱، ۳۲). البته تابحال هیچ گزارشی از سنجش ویتامین E جهت بررسی IPC وجود ندارد. این مطالعه که برای اولین بار در ایران انجام شده است، از دستگاه فاز معکوس اندازه‌گیری مایع با کارکرد عالی (HPLC) برای اندازه‌گیری ویتامین E در شرایط مختلف استرس اکسیداتیو استفاده نموده است.

همانطور که بران و همکارانش گزارش کرده‌اند، تغییرات ویتامین E می‌تواند به طور غیر مستقیم نشان‌دهنده پراکسیداسیون چربی در طی IR باشد (۳۳).

فسفاتهای پر انرژی در بافت تحت IPC مشاهده نکرده‌اند. در مطالعه حاضر هم این موضوع کاملاً مشهود می‌باشد زیرا در گروه IR میزان ویتامین E بافت و پلازما نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری کلی

به طور کلی می‌توان کاربرد آماده‌سازی بافتی را جهت کم کردن آسیب حاصل از رادیکال‌های آزاد قبل یا در شروع پیوند کلیه مطرح نمود. البته بدیهی است که نتیجه قطعی به تحقیقات گسترده‌تر و مطالعاتی بر روی انسان نیاز دارد. همچنین این مطالعه نقش ویتامین E در مبارزه با OFR را بیش از پیش مشخص نموده و اینکه ویتامین E می‌تواند معیار خوبی جهت ارزیابی اثر IPC بر روی بافتهای مختلف و کلیه باشد. در این تحقیق ایسکمی - پرفیوژن مجدد موجب کاهش آنتی‌اکسیدان اندوژن بافتی و پلاسمایی در مقایسه با کنترل گردیده است. ولی ایسکمی‌های کوتاه‌مدت و متناوب قبل از ایسکمی - پرفیوژن مجدد طولانی مدت مانع از کاهش آنتی‌اکسیدان اندوژن بافتی و پلاسمایی ناشی از IR شده است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از حمایت‌های مالی دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکر و قدردانی می‌کنند

منابع

1. Yamamoto S, Tanabe M, Wakabayashi G, et al. The role of tumor necrosis factor-alpha and interleukin-1beta in ischemia-reperfusion injury of the rat small intestine. *J Surg Res* 2001; 99 (1): 134-41.
2. Khanna A, Rossman JE, Fung HL, et al. Intestinal and hemodynamic impairment following mesenteric ischemia / reperfusion. *J Surg Res* 2001; 99(1): 114-9.
3. Kadkhodae M, Endre HZ, Tower AR. Hydroxyl radical generation following ischemia-reperfusion in cell-free perfused rat kidney. *Biochem Biophys Acta* 1995; 1243: 169-174.
4. Linas LS, Whittenburg D, Repine J O₂ metabolites cause reperfusion injury after short but not prolonged renal ischemia. *Am J Physiol* 1987; 253 (Renal fluid Electrolyte physiol. 22): F685-F691.
5. Baron P. Renal reservation after warm ischemia using oxygen free radical scavengers to prevent reperfusion injury. *J Surgical Research* 1991; 51: 60-65.
6. Moncayo J, de Freitas GR, Bogousslavsky J, et al. Do transient ischemic attacks have a neuroprotective effect? *Neurology* 2000 Jun 13; 54(11): 2089-94.
7. Roth S, Li B, Rosenbaum PS, et al. Preconditioning provides complete protection against retinal ischemic injury in rats. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1998; 39(5): 777-85.
8. Millar CGM, Woolfson RG, Unwin RJ, et al. Ischaemic preconditioning does not protect the kidney from ischemia reperfusion injury. *Nephrol Dial Transplant* 1995; 10: 736.
9. Toosy N, McMorris EL, Grace PA, et al. Ischaemic preconditioning protects the rat kidney from reperfusion injury. *BJU Int* 1999; 84(4): 489-94.
10. Arnuaud J, Fortis I, Blachier S. Simultaneous determination of Retinol. A-tocopherol and b-carotene in serum by isocratic high-performance liquid chromatography (HPLC). *J. Chromatogr* 1991; 572: 103-116.11. Lang KJ, Gohil K, Packer L. Simultaneous determination of tocopherols, ubiquinols, and ubiquinones in blood, plasma, tissue homogenates, and subcellular fractions. *Analyt Biochem* 1986; 157: 106-116.
12. Peng YS, Peng YM. Simultaneous liquid chromatographic determination of carotenoids, retinoids and tocopherols in human buccal mucosal cells. *Cancer Epidemiol, Biomarkers & Prev* 1992; 1: 375-382.
13. Peng Y M, Peng YS, Lin y. A non saponification method for the determination of carotenoids, retinoids, and tocopherols in solid human tissues. *Cancer Epidemiol, Biomarkers & Prev*, 1993; 2: 139-44.
14. Ganiere-Moteil C, Kiergueris MF, Pineau A et al. Determination of plasma and a-tocopherol by HPLC. *Ann Biol Clin Paris* 1994; 52(7-8): 547-53.
15. Grace PA, Mathie RT. Ischemia-reperfusion injury. London: Black Well Science, 1999.
16. Hems DA, Brosnan JT. Effects of ischemia on content of adenosine, inosine and hypoxanthine in the rat kidney after ischemia and post ischemic recirculation. *P fleugers Arch* 1977; 371: 45-49.
17. Fridovich I. Quantitative aspects of the production of superoxide anion radical by milk xanthine oxidase. *J Biol Chem* 1970; 254: 4053-57.
18. Kellog E W, Fridovich I. Superoxide, hydrogen peroxide and singlet oxygen in lipid peroxidation by a xanthine oxidase system. *J Biol Chem* 1975; 250: 8812-17.
19. Demopoulos HB, Flamm ES, Pietronigro DD, et al. The free radical pathology and the microcirculation in the major central nervous system disorders. *Acta Physiol Scand suppl* 1980; 492: 91-119.
20. Flamm ES, Demopoulos HB, Seligman ML, et al. Free radical in cerebral ischemia. *Stroke* 1978; 9: 445-47.
21. Haramaki N, Stewart DB, Aggarwal S, et al. Networking antioxidants in the isolated rat heart are selectively depleted by Ischemia-reperfusion. *Free Radic Biol Med* 1998;; 25(3): 329-339.

22. Fisher ABT, Dobia C, Aycne I, et al. Ischemia- reperfusion injury to the lung. *Ann NY Acad Sci* 1994; 723: 197-207.
23. Das DK, Maulik N. Antioxidant effectiveness in ischemia- reperfusion tissue injury. *Methods Enzymol* 1994; 233: 601-10.
24. Niki E, Saito T, kawakami A, et al. Inhibition of oxidation of methyl linoleate in solutions by vitamin E and vitamin C. *J Biol Chem* 1984; 259: 4177-4182.
25. Yoshikawa T, Yasuda M, Ueda S, et al. Vitamin E in gastric mucosal injury induced by ischemia- reperfusion. *Am J Clin Nutr* 1991; 53: 2105-45.
26. Miwa K, Igawa A, Nakagawa K, et al. Consumption of vitamin E in coronary circulation in patients with variant angina. *Cardio Vasc Res* 1999; 41(1)291-8.
27. Kuroda T, Shiohara E. Leukocyte and platelet depletion protects the liver from damage induced by cholestasis and ischemia reperfusion in the dog. *Scand J Gastroenterol*, 1996; 31(2): 182-90.
28. Miura T, Kawamura S, et al. Effect of protein kinase C inhibitors on cardioprotection by ischemic preconditioning depends on the number of preconditioning episodes., *Cardio Vasc Res* 1998; 37(3): 700-9.
29. Liu Y, Gao WD, O'Rourke B, et al. Cell-type specificity of preconditioning in an in vitro model. *Basic Res Cardiol* 1996; 91(6): 450-7.
30. Murry CE, Jennings RB, Reimer KA. Preconditioning with ischemia: a delay of lethal cell injury in ischemic myocardium. *Circulation* 1986; 74: 1124-36.
31. Combs FG. The vitamins: fundamental aspect in nutrition and Health, second Edition: Academic Press 1998.
32. Perly B, Smith ICP, Hughes L, et al. Estimation of the location of natural α -tocopherol in lipid bilayers by $^{13}\text{C-NMR}$ spectroscopy. *Biochem et biophys Acta* 1989; 819: 131-135.
33. Bron Am, Moupoilv, Garcher G, et al. Modification of vitamin E during ischemia reperfusion in rat retina. *Invest ophthalmol Vis Sci* 1995; 36(6): 1084-7.