

ارزیابی غلظت لیپوپروتئین (a) و هموسیستئین سرمی در آرترواسکلروز شبکه

دکتر نادره رشتچی زاده^۱، دکتر امیر قربانی حق جو^۲، دکتر علیرضا جوادزاده^۳، اصغر دانشور^۴، امیرمنصور وطن خواه^۵

تاریخ دریافت 85/11/8، تاریخ پذیرش 85/02/05

چکیده

زمینه و اهداف: مطالعات اخیر به نقش [Lp(a)]^۶ و [Hcy]^۷ به عنوان فاکتورهای غیر وابسته و مستقل در بروز و توسعه آترواسکلروز، آرترواسکلروز و بیماری های وابسته به آنها تأکید دارند. بیماری آرترواسکلروز اختلالی است که به ضخیم شدن و سفت شدن جدار شریان ها دلالت می کند که ایجاد این اختلال در عروق شبکه چشم به نام آرترواسکلروز شبکه معروف می باشد. هدف مطالعه حاضر ارزیابی تغییرات Lp(a) و Hcy سرمی و مقایسه آن با گروه کنترل به عنوان عوامل خطر ساز وقوع آرترواسکلروز شبکه می باشد.

روش بررسی: نمونه مورد مطالعه شامل ۸۰ بیمار مرد (متوسط سنی ۶۴/۳±۶/۸ سال) مبتلا به آرترواسکلروز شبکه تشخیص داده شده با دستگاه اسلیت لامپ با استفاده از لنز سوپرفیلد و ۵۴ مرد سالم (متوسط سنی ۶۶/۷±۸/۰ سال) بدون هیچگونه سابقه بیماری چشمی بودند. گروه کنترل و بیمار هیچ سابقه ای از بیماری های قلبی، دیابت و سایر بیماری های زمینه ای نداشتند. کلسترول، تری گلیسرید، کلسترول لیپوپروتئین با دانسیته بالا به روش استاندارد اسپکتروفتومتری، Lp(a) سرمی به روش ایمونوتوربیدیمتری و Hcy با استفاده از کیت ایمنواسی آنزیمی مورد سنجش قرار گرفت.

یافته ها: نتایج حاکی از وجود تفاوت معنی دار در سطح سرمی سطح پروفیل لیپیدی به جز لیپوپروتئین با دانسیته بالا، Lp(a) و Hcy در دو گروه کنترل و بیماران مورد مطالعه می باشد ($p < 0/05$ در تمامی موارد). تقسیم بندی بیماران به ۴ گروه بر اساس درجه آرترواسکلروز شبکه و مقایسه فاکتورهای مورد مطالعه نشان داد که تفاوت چشمگیری از نظر فاکتورهای مورد مطالعه بین درجات آرترواسکلروز شبکه وجود ندارد (در همه موارد $p > 0/05$). مطالعات همبستگی نشان می دهد که همبستگی معنی داری بین غلظت Lp(a) و درجه بیماری ($p < 0/01$ و $r = 0/61$)، بین غلظت سرمی Hcy و درجه بیماری ($p < 0/01$ و $r = 0/72$) و همچنین بین سطح Lp(a) و Hcy سرمی ($p < 0/01$ و $r = 0/67$) در گروه بیماران وجود دارد.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر شاید دلیلی بر دخالت افزایش فاکتورهای Lp(a) و Hcy در بروز آرترواسکلروز شبکه باشد. مجموع نتایج نشانگر این نکته است که سنجش Lp(a) و Hcy سرمی می تواند به عنوان یک ابزار آزمایشگاهی قابل توجه در کنار سایر اطلاعات بالینی و آزمایشگاهی در تشخیص و درمان به موقع بیماری مفید واقع گردد.

کل واژگان: لیپوپروتئین (a)، هموسیستئین، آرترواسکلروز شبکه

مجله پزشکی ارومیه، سال هجدهم، شماره چهارم، ص ۶۴۵-۶۴۰، زمستان ۱۳۸۶

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی، مرکز تحقیقات کاربردی دارویی، آزمایشگاه بیوشیمی تلفن تماس ۳۳۳۳۳۳-۰۴۱۱

E-mail: rashtchizadeh@yahoo.com

^۱ دانشیار بیوشیمی مرکز تحقیقات کاربردی دارویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار بیوشیمی مرکز تحقیقات کاربردی دارویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۳ دانشیار گروه چشم مرکز تحقیقات کاربردی دارویی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۴ کارشناس ارشد بیوشیمی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۵ کارشناس ارشد بیوشیمی مرکز تحقیقات کاربردی دارویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

لیپوپروتئین (a)^۶

هموسیستئین^۷

مقدمه

آرتروواسکلروز عروق شبکه با افزایش ضخامت دیواره شریانی شروع شده که در معاینه بالینی به صورت تغییرات پیش رونده در ظاهر رفلکس نوری شریانچه‌ها ملاحظه می‌شود. افزایش ضخامت دیواره شریانی و کاهش فضای لومن ناشی از تغییرات اسکروتیک در شدت‌های بالا می‌تواند با آسیب‌های جدی و اختلالات بینایی همراه شود (۲،۱).

افزایش میزان لیپوپروتئین (I) [Lp(a)] سرمی به عنوان یک ریسک فاکتور برای ظهور و پیشرفت آرتروواسکلروز در سال‌های اخیر مورد توجه محققان قرار گرفته است (۳). مطالعات زیادی ارتباط مثبت بین افزایش غلظت پلاسمایی Lp(a) را با آرتروواسکلروز و بیماری‌های ناشی از آن اثبات کرده‌اند و در آنها نشان داده شده است که افزایش میزان Lp(a) سرمی با افزایش میزان خطر بروز آرتروواسکلروز و کاهش میزان آن با کاهش میزان احتمال بروز آرتروواسکلروز همراه است (۴،۵،۶).

همچنین مطالعات اخیر نقش هموسیستئین [Hcy] را به عنوان یک ریسک فاکتور مستقل برای بیماری‌های عروق کرونری ثابت کرده و نشان داده شده است که Hcy باعث، آسیب رسیدن به سلول‌های آندوتلیال پرولیفراسیون سلول‌های عضلات صاف و نیز افزایش میزان ترومبوکسان A2 می‌شود که ترومبوکسان A2 خود می‌تواند منجر به تجمع پلاکتی گردد (۷،۸). همچنین Hcy اتصال Lp(a) به فیبرین را تسریع می‌کند و به این جهت خواص پیش انعقادی (Procoagulant) برای Hcy پیشنهاد شده است (۹). افزایش Hcy می‌تواند با بیماری‌های عروق کرونری، انفارکتوس میوکارد، اختلالات عروق محیطی و مغزی همراه باشد (۱۰). Hcy می‌تواند برای سلول‌های آندوتلیال سمی بوده و باعث ایجاد رادیکال‌های آزاد شود و نیز به علت عمل اتواکسیداسیون در پلازما و تولید پراکسیدهای هیدروژن باعث آسیب جدار رگ‌ها می‌گردد (۱۱). همچنین با اثبات نقش Hcy در اکسیداسیون LDL و تشکیل Foam cell‌ها به نقش آرتروواسکلروتیک Hcy در سال‌های اخیر، اهمیت بیشتری داده شده است و مطالعات چندی در مورد اینتراکشن Lp(a) و Hcy در بروز و تشدید آرتروواسکلروز انجام گردیده است (۱۲،۱۳).

با در نظر گرفتن نقش Lp(a) و Hcy، پیش بینی می‌شود که افزایش میزان Lp(a) و Hcy سرم با وقوع آرتروواسکلروز رگ‌های بدن ارتباط مستقیم داشته و حتی بتواند شریان و شریانچه‌های شبکه را تحت تأثیر قرار داده و در نهایت موجب آرتروواسکلروز شبکه گردد.

در شبکه، تغییرات آرتروواسکلروز به صورت Arteriolar sclerotic Retinopathy خود را ظاهر می‌سازد. درجه‌بندی آرتروواسکلروز بر اساس طبقه‌بندی Scheic بوده که در آن تغییرات به ۴ مرحله (Stage) صفر تا چهار که عبارت از تغییرات ایجاد شده از حالت عروق طبیعی و نرمال (Stage 1)، رسوب و ته‌نشین شدن هیالین زیر انتیما (Stage 2)، نواقص متقاطع شریانچه‌ها (Stage 3) و افزایش شدید ضخامت شریانچه‌ها باریک شدن وسیع و گسترده ستون خونی (Stage 4) تقسیم‌بندی می‌گردد (۱۴). هر چند بررسی وقوع آرتروواسکلروز در رگ‌ها به روش‌های مختلف امکان پذیر می‌باشد اما به علت اینکه شبکه تنها محلی است که می‌توان این تغییرات را در معاینه بالینی بیمار به صورت مستقیم مشاهده کرد (۱۵) بنابراین بدون نیاز به هرگونه اعمال مداخله‌ای می‌توان شدت آرتروواسکلروزیس را تخمین زد.

هدف مطالعه حاضر بررسی دو ریسک فاکتور مستقل مهم Lp(a) و Hcy علاوه بر سطح پروپیل لیپیدی در ایجاد و بروز بیماری آرتروواسکلروز عروق شبکه می‌باشد. نتایج این مطالعه می‌تواند اطلاعات با ارزشی را در اختیار متخصصان چشم پزشکی قرار دهد تا بتوانند با تشخیص به موقع و درمان‌های مناسب از پیشرفت این عارضه جلوگیری کرده و قدم‌های مؤثری در پیشگیری از وقوع بیماری و ایجاد سلامت در جامعه برداشته و از هزینه‌ها و بار مالی اضافی تحمیل شده به بیماران و افراد جامعه کاسته گردد.

مواد و روش

تعداد نمونه مورد مطالعه ۱۳۴ نفر می‌باشد که در یک مطالعه مورد - شاهدی، شامل ۵۴ مرد سالم انتخاب شده از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان عالی نسب تبریز (متوسط سنی ۶۶/۷±۸/۰ سال) و ۸۰ بیمار مرد (متوسط سنی ۶۴/۳±۶/۸ سال) انتخاب شده از بیماران مراجعه کننده به بیمارستان چشم نیکوکاری تبریز و قبل از شروع درمان می‌باشند، که این تعداد با توجه به محدودیت‌های زمانی مربوط به بیماری‌ها، امکانات و هزینه‌های آزمایشگاهی و در نظر گرفتن فرمول محاسبه حجم نمونه برآورد گردیده است. در انتخاب افراد کنترل و بیمار سعی شد به منظور ممانعت از دخالت هورمون جنسی فقط از مردان استفاده شود. مدت زمان اجرای طرح از آبان ماه سال ۱۳۸۳ لغایت شهریور ماه ۱۳۸۵ می‌باشد. تمامی افراد بیمار و کنترل پس از مصاحبه حضوری، تکمیل پرسشنامه (و در صورت نیاز انجام آزمایش‌ها و معاینه‌های بالینی و روتین) و اطمینان از عدم وجود سابقه بیماری‌های دیابت، ژنتیکی، کلیوی، قلبی، کبدی، اطمینان از عدم مصرف سیگار، دارو و یا این که مصرف آنها حداقل ۶ ماه

مطالعه با توجه به درجات مختلف آرتریواسکلروز نشان می‌دهد که هر چند میانگین سطح سرمی Lp(a) در درجه IV (۴۸/۹±۳۹/۶mg/dl)، II (۶۵/۱±۳۱/۴mg/dl) بیشتر از درجات I (۳۶/۲±۲۶/۸mg/dl) می‌باشد اما تفاوت‌های ظاهر شده از نظر آماری قابل توجه نمی‌باشند (p>۰/۰۵ در تمامی موارد).

مقادیر Hcy سنجش شده در گروه بیماران مورد مطالعه در درجات مختلف آرتریواسکلروز، درجه I (۲۳/۷±۱۱/۷ μmol/l)، درجه II (۲۳/۸±۵/۵ μmol/l)، درجه III (۲۵/۴±۷/۷ μmol/l) و درجه IV (۲۴/۰±۴/۴ μmol/l) نیز حاکی از عدم وجود تفاوت معنی‌دار در گروه‌های مورد مطالعه می‌باشد (p>۰/۰۵ در تمامی موارد). همچنین از نظر سطح پروفیل لیپیدی (TG, Cho) و لیپوپروتئین (LDL-C, HDL-C) بین درجات مختلف بیماری تفاوت چشمگیری مشاهده نشد (p>۰/۰۵ در همه موارد). همبستگی مشاهده شده بین غلظت Lp(a) و Hcy سرمی با درجه بیماری نشان می‌دهد که همبستگی معنی‌داری بین Lp(a) و گرید بیماری، بین Hcy و گرید بیماری و همچنین بین سطح Lp(a) و Hcy سرمی در گروه بیماران وجود دارد (جدول ۲).

جدول شماره (۱): مقایسه فاکتورهای مورد مطالعه در دو گروه

کنترل و بیماران مورد مطالعه

پارامتر	گروه کنترل =۵۴n	گروه بیماران =۸۰n	* P.value
Lp(a)	۱۱/۷±۷/۶	۴۷/۹±۳۳/۱	۰/۰۰۰۱p<**
Hcy	۱۰/۵±۴/۱	۲۴/۲±۸/۱	۰/۰۰۰۱p<**
HDL-C	۳۷/۴±۹/۵	۳۹/۷±۸/۶	۰/۱p>*
LDL-C	۹۹/۵±۲۲/۹	۱۲۹/۶±۳۷/۸	۰/۰۰۰۱p<*
TG	۱۱۴/۸±۳۵/۳	۱۵۲/۴±۷۱/۸	۰/۰۰۱p=**
Cho	۱۵۹/۴±۲۵/۲	۱۹۹/۸±۳۹/۶	۰/۰۰۰۱p<*

* Independent-samples T test

** Mann-whitney u Test

قطع شده باشد، انتخاب شدند. در حد امکان سعی شد تمامی افراد مورد مطالعه از نظر نوع مواد غذایی مورد استفاده مشابه باشند. تشخیص بیماری آرتریواسکلروز شبکیه و درجه‌بندی آن به روش بالینی با استفاده از دستگاه اسلیت لامپ و لنز سوپر فیلد انجام شد. درجه‌بندی آرتریواسکلروز توسط چشم پزشکی و مطابق درجه‌بندی Scheie انجام گرفته و عروق شبکیه گروه بیماران از درجه I تا IV تقسیم بندی شد. جهت اندازه‌گیری فاکتورهای آزمایشگاهی مورد مطالعه، نمونه‌گیری از تمامی افراد مورد مطالعه، پس از یک شب ناشتایی، با اخذ حدود ۵ میلی لیتر خون وریدی انجام شد. پس از جداسازی سرم‌ها با سانتریفوژ در دور پایین، غلظت کلسترول (Cho)، تری‌گلیسرید (TG)، کلسترول لیپوپروتئین با دانسیته بالا (HDL-C) به روش آنزیمی با اسپکتروفوتومتر توسط کیت‌های تجاری اندازه‌گیری شده همچنین سطح کلسترول لیپوپروتئین با دانسیته پایین (LDL-C) با استفاده از فرمول Friedewald - Fredrickson محاسبه شد (۱۶). غلظت Lp(a) سرمی به روش ایمونوتوربیدیتری با استفاده از دستگاه اتوآنالیزور (Cobas mira) سنجیده شد. اندازه‌گیری غلظت Hcy تام سرمی به روش ایمونواسی آنزیمی و با استفاده از کیت شرکت Axis و دستگاه ELISA Reader از نوع Stat Fax انجام شد.

تمامی داده‌ها با استفاده از برنامه نرم‌افزاری SPSS تجزیه و تحلیل گردید. مقایسه یافته‌های آزمایشگاهی پس از بررسی‌های هموزنیسیته نتایج با تست Kolmogorov - simirnov و نیز بررسی داده‌ها با تست‌های مربوط به Skewness و Kurtosis بسته به نتایج به دست آمده از تست‌های mann-whitney U test two independent sample t-test، Kraskal wallis استفاده گردید. در تمامی موارد مقدار ارزش p (p Value) کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

مطابق درجه بندی Scheie بیماران مورد مطالعه به چهار درجه که شامل درجه I (n=۲۴)، درجه II (n=۲۱)، درجه III (n=۲۱)، درجه IV (n=۱۴) می‌باشند تقسیم شدند. مقایسه میانگین سطح سرمی Cho, TG, LDL-C, HDL-C, Lp(a) و Hcy به همراه انحراف معیار دو گروه کنترل و بیمار مورد مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. مطابق نتایج به دست آمده به جز غلظت HDL-C سرمی، از نظر سطح پروفیل لیپیدی، غلظت Lp(a) و Hcy سرمی بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌گردد. مقادیر Lp(a) اندازه‌گیری شده در گروه بیماران مورد

جدول شماره (۲): مقایسه همبستگی بین غلظت Hcy, Lp(a) و درجه آرترواسکلروز شبکه در گروه بیماران مورد مطالعه (n=۸۰)

پارامتر	p-value	correlation
Hcy و Lp(a)	< ۰/۰۱	۰/۶۷
Lp(a) و گرید آرترواسکلروز شبکه	< ۰/۰۱	۰/۶۱
Hcy و گرید آرترواسکلروز شبکه	< ۰/۰۱	۰/۷۲

* Correlation

** P Value

بحث:

مشخص شده است که Hcy و Lp(a) دو فاکتور مستقل مهم برای آرترواسکلروز عروق هستند و هر کدام از آنها نقش مهمی را در توسعه آرترواسکلروز عروق از طریق تأثیر بر ترومبولیز آندوتلیوم عروق و پلاکت‌ها ایفا می‌کنند. تاکنون مکانیسم‌های دقیق پاتوژنسیته Hcy و Lp(a) به روشنی توصیف نشده است (۷). Lp(a) یک ذره LDL همراه با پروتئین apo(a) می‌باشد که این دو از طریق یک پیوند دی سولفیدی به هم وصل شده اند. مشخص شده است که در یک سوم بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونری (CAD) مقدار Lp(a) سرم افزایش یافته است (۱۶). apo(a) ساختمانی شبیه پلاسمینوژن دارد لذا Lp(a) با داشتن ترکیب لیپیدی و ساختمان apo(a) که مشابه پلاسمینوژن می‌باشد شاید بتواند بین آرترواسکلروز و آرترومبوزیس ارتباط ایجاد کند. بسیاری از بررسی‌های اپیدمیولوژیکی و کلینیکی این مسأله را تأیید می‌کنند که Lp(a) به عنوان یک ریسک فاکتور مستقل برای بیماران مبتلا به CAD مطرح است (۷).

Hcy نیز به عنوان ریسک فاکتور بالقوه در بیماری CAD همراه با افزایش فشار خون، افزایش کلسترول و مصرف دخانیات مطرح می‌باشد (۱۷). مکانیسم‌های تأثیر افزایش Hcy بر آسیب‌های وارده بر رگ‌ها تا حالا به صورت واضح شناخته نشده است (۱۸). هرچند بررسی‌های انجام شده این احتمال را ثابت کرده است که افزایش سطح Hcy سرم می‌تواند باعث خرابی عملکرد آندوتلیال عروق از طریق تولید رادیکال‌های آزاد و از دست رفتن نقش حیاتی نیتریک اکسیدگردد (۱۹) و نیز باعث پرولیفراسیون سلول‌های ماهیچه ای صاف و افزایش اکسیداسیون LDL-C گردد.

احتمال داده می‌شود که Hcy بتواند توکسی‌سیتی Lp(a) را از طریق اتصال به plasmin-modified fibrin افزایش دهد (۲۰) به عبارت دیگر Hcy می‌تواند با اتصال به Lp(a) باعث آزاد شدن apo(a) از Lp(a) شود لذا apo(a) آزاد شده با دارا بودن دو جایگاه آزاد LBS (Lysine binding site) تمایل بیشتری به Plasmin-modified fibrin خواهد داشت و در نتیجه از

فیرینولیز ممانعت شده و آرترومبوزیس تحریک خواهد شد (۲۱). این مشاهده‌ها نشان داده است که افزایش هم زمان Lp(a) و Hcy ریسک ابتلاء به CAD (Coronary artery disease) را حدود پنج برابر در مقایسه با زمان افزایش فقط یکی از این دو ریسک فاکتور بالا می‌برد (۷).

هر چند اختلال آرترواسکلروز و ارتباط آن با سطح سرمی Lp(a) و Hcy در رگ‌هایی از بدن که با اختلالات قلبی و مغزی و یا کلیوی مرتبط می‌باشند مورد مطالعه فراوان قرار گرفته است و نتایج نسبتاً یکسانی در خصوص مکانیسم عمل ایجاد آرترواسکلروز به دست آمده است اما در مورد حضور و عمل این نوع عوامل در شریان و شریانچه‌های کوچک شبکه مطالعات اندکی صورت گرفته است (۱۹،۱۶،۷).

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که غلظت Hcy و Lp(a) سرمی بیماران در مقایسه با گروه شاهد از افزایش معنی‌داری برخوردار می‌باشد. این اختلاف‌ها از نظر سطح سرمی Lp(a) و Hcy بین تمامی گریدهای مورد مطالعه و گروه کنترل تفاوت چشمگیری دارند که شاید تأکیدی بر نقش مهمتر این دو فاکتور در آرترواسکلروز عروق شبکه باشد.

در مقایسه همبستگی بین Lp(a) و Hcy با گرید مشاهده شده در جمعیت مورد مطالعه حاضر مشخص گردید که بین Lp(a) و درجه‌های مختلف بیماری آرترواسکلروز شبکه در مطالعه حاضر همبستگی معنی‌داری وجود دارد و همچنین بین Hcy و درجه‌های مختلف بیماری آرترواسکلروز شبکه نیز در این بررسی انجام شده همبستگی معنی‌داری دیده می‌شود.

در این بررسی بین Lp(a) و Hcy در جمعیت مورد مطالعه نیز همبستگی دیده می‌شود، لذا به نظر می‌رسد که فرضیه مربوط به افزایش توأم هر دو ریسک فاکتور Lp(a) و Hcy که به علت اثرات القایی Hcy در پاتوژنسیته Lp(a)، اتصال Lp(a) به فیبرین تحریک شده را با شدت بیشتری ظاهر می‌سازد، در بیماری آرترواسکلروز شبکه نیز ممکن است قابل توجه باشد.

در مجموع نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که صرف نظر از تغییرات سطح پروفیل لیپیدی، تغییرات Hcy و Lp(a) سرمی می‌توانند به عنوان دو ریسک فاکتور مستقل و غیر وابسته مهم در بروز بیماری آرترواسکلروز شبکه مطرح باشند که این مسأله در مطالعه سایر محققان برای سایر بیماری‌ها نظیر آرترواسکلروز عروق کرونری مورد تأیید قرار می‌گیرد (۲۰،۲۰،۷).

در مجموع نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که Hcy و Lp(a) شاید بتوانند به عنوان دو فاکتور خطر برای بیماری آرترواسکلروز شبکه مطرح باشند همچنین سنجش سایر فاکتورهای موثر در این اختلال نظیر پروفیل لیپیدی به استثناء HDL-C در گروه

هستند و نقش مهمی در توسعه بیماری دارند لذا اندازه‌گیری غلظت سرمی Hcy و Lp(a) به ویژه در بیمارانی که سایر ریسک فاکتورهای کلاسیک ابتلاء به آرترواسکلروزیس را ندارند می‌توانند مهم باشند و در تشخیص به موقع این بیماری در کنار سایر علایم بالینی به امکان کاهش ابتلاء به آن و حتی درمان بیماران مبتلا کمک نمایند.

بیماران نسبت به گروه کنترل به صورت معنی‌داری افزایش نشان داده بود که به نظر می‌رسد بررسی سطح پروفیل لیپیدی به همراه سنجش هر دو ریسک فاکتور Lp(a) و Hcy سرمی در شروع، تشخیص و درمان این بیماران نقش مؤثری را ایفا نمایند. مطابق نتایج بررسی حاضر، از آنجایی که Lp(a) و Hcy به عنوان ریسک فاکتورهای مستقل برای بیماری آرترواسکلروز شبکه چشم مطرح

References:

1. Tien YW, Paul M. Hypertensive retinopathy. *N Engl J Med* 2004; 351: 2310-7.
2. Ryan S. Hypertention: Medical Retina. 3th Ed. California: Mosby; 2001. P. 1404-9.
3. Simo JM, Joven J, Vilella E, Ribas M, Figuera L, Virgos C, et al. Polymorphisms in human apolipoprotein(a) kringle IV-10 and coronary artery disease: relationship to allele size, plasma lipoprotein(a) concentration and lysine binding site activity. *J Mol Med* 2001; 79: 294-9.
4. Marcucci R, Sofi F, Fedi S, Lari B, Sestini IM, Cellai AP, et al. Thrombophilic risk factors in patients with severe carotid atherosclerosis. *J Thromb Haemost* 2005; 3: 502-7.
5. Yoko Kuge, Shuichi Nozaki, Akinori Kitagowa, Takuya Inoue, Hiroyuki otsuka, Yoshiharu Ito. A case of Marked Hyperlipoprotein(a) emia Associated with nephrotic syndrome and Advanced Atherosclerosis. *J Atheroscler Thromb* 2004; 11: 293-8.
6. Ichikawa T, Unoki H, Sun H, Shimoyamada H, Marcovina S, Shikama H, et al. Lipoprotein (a) promotes smooth muscle cell proliferation and dedifferentiation in atherosclerotic lesions of human apo(a) transgenic rabbits. *AMJ Pathol* 2002; 160: 227-236.
7. Foody JM, Milberg JA, Robinson K, Pearce GL, Jacobsen DW, Sprecher DL. Homocysteine and lipoprotein (a) interact to increase CAD risk in young men and women. *Arterioscler Thromb Biol* 2000; 20(2): 493-9.
8. Vasiliki L, Nathalie J, Aurelie L, Philippe B, Jean LP, Karine D. Thiol compounds metabolism in mice, rats and humans: Comparative study and potential explanation of rodents protection against vascular disease. *Clinica Chimica Acta* 2006; 372: 140-6.
9. Aquilar B, Rojac JC, Collados MI. Metabolism of homocysteine and its relationship with cardiovascular disease. *J Thromb Thrombolysis* 2004; 18: 75-87.
10. Harjai KJ. Potential new cardiovascular risk factors: left ventricular hypertrophy, homocysteine, lipoprotein (a), triglycerides, oxidative stress, and fibrinogen. *Ann Intern Med* 1999; 131: 376-86.
11. Sethi AS, Lees DM, Douthwaite JA, Dawnaj AB, Corder R. Homocysteine-induced endothelin-1 release is dependent on hyperglycemia and reactive oxygen species production in bovine aortic endothelial cells. *J Vasc Res* 2006; 43(2): 175-83.
12. Sofi F, Marcucci R, Giusti B, Pratesi G, Lari B, Sestini I, et al. High levels of homocysteine, lipoprotein(a) and plasminogen activator inhibitor-1 are present in patients with abdominal aortic aneurysm. *Thromb Haemost* 2005; 94(5): 1094-8.
13. Rassoul F, Richter V, Janke C, Purschwitz K, Klotzer B, Geisel J, et al. Plasma homocysteine and lipoprotein profile in patients with peripheral arterial occlusive disease. *J Angiol* 2000; 51(3): 189-96.

14. Lub BP, Brown GC. Update on the ocular manifestations of systemic arterial hypertension. *Curr Opin Ophtalmol* 1953; 49: 117-38.
15. Scheie HG. Evaluation of ophtalmoscopic changes of hypertension and arteriolar sclerosis. *AMA Arch Ophtalmol* 1943; 49: 117-38.
16. Rhoads G, Dahlen G, Bery K, Morton N, Dannenberg A. Lp(a) lipoprotein as a risk factor for myocardial infarction. *JAMA* 1986; 256: 2540-4.
17. Ridker PM, Glynn RJ, Hennekens CH. C-reactive protein adds to the predictive value of total and HDL-Cholestrol in determining risk of first myocardial infarction. *J Circul* 1998; 97(20): 2007-11.
18. Graham IM, Daly LE, Refsum HM, Robinson K, Brattstrom LE, Ueland PM, et al. Plasma homocysteine as a risk factor for vascular disease: The European concerted Action project. *JAMA* 1997; 277: 1775-s81.
19. Ridker Charles H, Jacob Selhub, Joseph P, McRene Malinow, Meir. Interrelation of hyperhomocysteinemia' factor V liden, and risk of future venous thrombolism. *Circul J* 1997; 95: 1777-82.
20. Genest J Jr, McNamara JR, Ordovas JM, Jenner JL, Silberman SR, Anderson KM, et al. Lipoprotein cholesterol, apolipoprotein A-I and B and lipoprotein (a) abnormalities in men with premature coronary artery disease. *J Am Coll Cardial* 1992; 19: 792-802.
21. Stampfer MJ, Malinow MR, Willett WE, Newcomer LM, Upson B, Ullmann D, et al. A prospective study of plasma homocysteine and risk of myocardial infarction in US physicans. *JAMA* 1992; 268: 877-81.
22. Giri S, Thompson PD, Tanel P, Contosis JH, Allen R. Oral estrogen improves serum lipids. Homocysteine and fibrinolysis in elderly men. *Atheroscler J* 1998; 137: 359-66.
23. Friedewald WT, Levy RI, Fredrickson DS. Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge. *Clin Chem* 1972; 18: 499-502.