



بررسی همبستگی میان LDL اکسید شده و آنتی بادی های بر علیه LDL اکسید شده با بیماری ایسکمی قلبی در زنان یائسه: یک مطالعه جمعیتی

سیده سمانه تقیان جمال الدین کلایی^۱، محمدرضا کلانتر هرمزی^۱، حسین دارابی^۱، مجید اسدی^۲، افшин استوار^۱، محمدرضا پوربهی^۱، محمد امیری^۱، ایرج نبی پور^{۳*}

^۱ مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۲ مرکز تحقیقات پزشکی هسته ای، پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۳ مرکز تحقیقات زیست فناوری دریایی خلیج فارس، پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

(دریافت مقاله: ۹۵/۱/۱۸ - پذیرش مقاله: ۹۵/۱/۲۶)

چکیده

زمینه: به همبستگی میان ذرات LDL اکسید شده با بیماری های قلبی - عروقی در مطالعات گوناگون اشاره شده است ولی مطالعات پیرامون نقش LDL اکسید شده در بیماری های قلبی - عروقی در زمان یائسگی بسیار محدود می باشد. هدف مطالعه کنونی یافته رابطه میان سطوح سرمی MDA-LDL اکسید شده و آنتی بادی بر علیه LDL اکسید شده با بیماری ایسکمی قلبی و یا سکته قلبی در زنان یائسه می باشد.

مواد و روش ها: تعداد ۳۷۸ زن یائسه که به صورت تصادفی از سطح جمعیت بندر بوشهر انتخاب شده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. سطوح سرمی MDA-LDL اکسید شده و آنتی بادی های بر علیه LDL اکسید شده به روش الیزا اندازه گیری شدند. نوار قلب براساس شاخص های کد گذاری مینوسوتا (Minnesota) کد گذاری گردید. عوامل خطرساز قلبی عروقی بر اساس شاخص های برنامه ملی آموزشی کلسترول NCEP تعريف شدند.

یافته ها: تفاوت معنی دار میان سطح LDL اکسید شده در گروه با LDL کلسترول بالا و کلسترول تمام بالا در مقابل زنان با LDL کلسترول پایین و کلسترول تمام پایین بdest آمد ($P<0.05$). اما تفاوت معناداری میان دیگر گروه های عوامل خطرساز بر اساس MDA-LDL اکسید شده و آنتی بادی های بر علیه LDL اکسید شده بdest نیامد. هر چند که همبستگی معنی داری میان MDA-LDL اکسید شده و آنتی بادی LDL اکسید شده با نوار قلب با شواهد ایسکمی قلبی بdest نیامد ولی همبستگی معنی داری میان سکته قلبی با MDA-LDL اکسید شده با تعديل سن، شاخص توده بدنه، مصرف دخانیات و سطح سرمی کلسترول تمام در آنالیز رگرسیون لجستیک بdest آمد ($P=0.016$ و $OR=11/4-7/8$ و $CI=1/24-7/8$).

نتیجه گیری: هر چند که سطوح LDL اکسید شده و آنتی بادی های بر علیه آن با بیماری ایسکمی قلبی در زنان یائسه ارتباطی را نشان ندادند ولی وجود همبستگی میان سکته قلبی با سطوح در گردش LDL اکسید شده در زنان یائسه ممکن است به نقش پاتوژنیس احتمالی LDL اکسید شده با بی ثباتی پلاک های آترو اسکلروتیک اشاره داشته باشد.

وازگان کلیدی: ایسکمی قلبی، سکته قلبی، LDL اکسید شده، آنتی بادی های بر علیه LDL اکسید شده

* بوشهر، مرکز تحقیقات زیست فناوری دریایی خلیج فارس، پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
E-mail: Inabipour@gmail.com

مقدمه

^۱ PDGF) و فاکتور رشدی فیبروبلاستی توسط سلول‌های اندوتیال و ماکروفازی مؤثرند. از سوی دیگر، تولید کلژن را توسط سلول‌های ماهیچه‌ای صاف تحریک کرده و در ساخت کلاه فیروزی که پلاک‌های آترواسکلروز را پوشش می‌دهند و نیز گسترش اندازه‌ی این پلاک‌ها، مشارکت می‌نمایند. همچنین، ذرات LDL اکسید شده بر روی سلول‌های عروقی، اثر سیتوتوکسیک داشته و آپوپتوز را ارتقاء داده و در فضای زیر آندوتیالی، لیپیدها و آنزیم‌های لیزوزومی را آزاد و توسعه پلاک‌های آترواسکلروتیک را فزونی داده و در ساخت هسته‌ی نکروتیک این پلاک‌ها نقش ایفا می‌کنند (۵).

برپایه‌ی همین اثرات پاتوبیولوژیک LDL اکسید شده است که وجود یک همبستگی چشمگیر میان وجود این ذرات با بیماری‌های قلبی - عروقی را که در مطالعات گوناگون به آن اشاره شده است (۶-۸) را درک می‌نماییم. ملکول LDL اکسید شده یک ذره‌ای واحد نیست بلکه ترکیبی از پروتئین و لیپید است که می‌تواند اکسید گردیده و به گروه هتروژنی از ملکول‌ها که نه تنها خواص پیش التهابی بلکه ایمونولوژیک دارند، تبدیل شود (۹). این گروه هتروژن از ملکول‌های LDL اکسید شده موجب ایجاد پاسخ‌های واپسیه به سلولی و هومورال گردیده که با تحریک ماکروفازها موجب بیش بیان ملکول‌های هیستوکمپاتیلیتی کمپلکس II، آزاد سازی سیتوکین‌ها و کموکین‌ها و بیان ملکول‌هایی که توان تحریک کنندگی را دارند، می‌شود (۹).

در هر صورت، تغییر اکسیداتیو ذره‌ی LDL موجب ساخت اپی توپ‌های ایمن‌زا در ذره‌ی LDL کلسترول

هورمون استروژن نقش فیزیولوژیک را در دستگاه گردش خون با ایجاد محافظت از بیماری‌های قلبی در زنان ایفا می‌کند. این اثر حفاظتی ضد آترواسکلروز تا حدی از طریق ثبات دادن به پلاک‌های آترواسکلروزی و ساخت عروق جانبی روی می‌دهد و خود استروژن اثر مفیدی بر سطح انسولین، قند و سطوح لیپوپروتئین‌ها در سرم دارد.

اثر ضد اکسیدانی استروژن با فرا رسیدن یائسگی از دست می‌رود و بیماری‌های آترواسکلروز رو به فزونی می‌گذارد (۱ و ۲). از این رو، در دوران یائسگی، کاهش سطح استروژن با افزایش سطوح استرس اکسیداتیو (Oxidative Stress) توأم بوده و سطوح سیتوکین‌های التهابی و مارکرهای پرواکسیداتیو در این دوران افزایش می‌یابند (۱ و ۳).

بالا بودن سطح استرس اکسیداتیو در دوران یائسگی، نقش LDL اکسید شده را برجسته می‌نماید. LDL اکسید شده، آتروژنیک ترین LDL بدن است که در فرایندهای گوناگونی که متنهی به ساخت پلاک‌های آترواسکلروتیک می‌شوند، مشارکت دارد (۴). افزون LDL بر نقش ساخت ماکروفازهای انباسته از لیپید، اکسید شده، اثرات بیولوژیک فراوانی را دارد که در ارتقاء آترواسکلروز نقش دارند. LDL اکسید شده موجب فعالیت کموتاکتیک مونوцит‌ها شده و تحریک اتصال آنها را به سلول‌های اندوتیالی موجب می‌شود. همچنین LDL اکسید شده چسبندگی پلاکتها و تجمع آنها را با کاهش تولید آندوتیالی اکسیدنتریک و افزایش تولید پروستاسیکلین و پروستاگلندین‌ها تحریک می‌کند. این ذرات در افزایش بیان عوامل رشد مانند عامل رشد با منشاء پلاکتی

^۱ Platelet-derived growth factor

جایگزین هورمون در زنان یائسه، به مطالعه‌ای پیرامون نقش LDL اکسید شده در بیماری‌های قلبی - عروقی زنان یائسه برنمی‌خوریم و فقط در یک مطالعه به وجود بالا بودن سطح پلاک‌های آترواسکلروتیک در زنان یائسه با LDL اکسید شده در مقابل گروه فاقد LDL اکسید شده اشاره شده است (۱۶). بنابراین، لروم مطالعه پیرامون همبستگی میان LDL اکسید شده و بیماری‌های قلبی - عروقی بسیار احساس می‌شود. در مطالعه‌ی کنونی ما برای نخستین بار به رابطه‌ی میان سطوح سرمی LDL اکسید شده و آنتی‌بادی‌های بر علیه آن در زنان یائسه با نوار قلب با شواهد ایسکمی قلبی و یا سکته‌ی قلبی، در یک مطالعه‌ی مقطعی جمعیتی، در شهر بوشهر، می‌پردازم.

مواد و روش‌ها

شرکت کنندگان مطالعه حاضر نمونه‌های تصادفی طبقه‌بندی شده بر اساس سن از زنان یائسه بودند. آنها از سیزده خوشه در بندر بوشهر به طور تصادفی انتخاب شدند. همه‌ی این شرکت کنندگان افراد سالم و فعال جامعه بودند.

تعداد شرکت کنندگان تخمین زده شده در این بخش از مطالعه که بخش گسترش یافته‌ی مطالعه‌ی چند مرکزی پوکی استخوان ایران (IMOS) محسوب می‌شود، ۳۸۲ زن بودند.

پس از اطلاع رسانی اولیه، شرکت کنندگان جهت شرکت در این مطالعه به مرکز تحقیقات سلامت خلیج فارس، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، در صبح روز بعد و در حالت ناشتا دعوت شدند.

برای زنان شرکت کننده در مطالعه، پرسشنامه‌ای مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک و رفتاری و نیز تاریخچه طبی و شرایطی که می‌توانستند بر سلامت

می‌شود که در نهایت ساخت آنتی‌بادی‌های بر علیه LDL اکسید شده را موجب می‌گردد که می‌توان آنها را در سرم اندازه‌گیری نمود (۱۰). عملکرد آنتی‌بادی‌های بر علیه LDL اکسید شده در پرده‌ی ابهام بوده و نقش آنها در پدیده‌ی آترواسکلروز پیچیده می‌باشد و این آنتی‌بادی‌ها در افراد با ضایعات آترواسکلروتیک پیشرفت‌ه گزارش شده است (۱۱). نشان داده شده است که این آنتی‌بادی‌ها، توسعه ضایعات آترواسکلروتیک کاروتیدی را می‌تواند پیشگویی کند همچنین سطوح این آنتی‌بادی‌ها در بیماران با عروق کرونر و بیماری عروق محیطی نیز افزایش از خود نشان داده‌اند (۱۰). با این وجود، اهمیت بالینی آنتی‌بادی‌های ضد LDL اکسید شرایط پاتولوژیک گوناگون بیماری‌های قلبی - عروقی هنوز مورد بحث است.

همان‌گونه که اشاره شد در یائسگی، شرایط استرس اکسیداتیو رو به فزونی بوده و مقدمات ساخت LDL اکسید و نیز شرایط لازم برای بروز عملکرد اکسیداتیو این لیپوپروتئین، بیش از پیش مهیا می‌گردد.

اما با این وجود، سطح مطالعات در خصوص جایگاه LDL اکسید شده در زمان یائسگی و بیماری‌های قلبی - عروقی بسیار پایین می‌باشد و عدمه مطالعات پیرامون تغییرات LDL اکسید شده و آنتی‌بادی‌های آن بر مسئله درمان جایگزین هورمونی (HRT)^۲ متمرکز شده‌اند (۱۴-۱۵) زیرا افزایش استرس اکسیداتیو زمان یائسگی موجب کاهش فعالیت پارکسوناز و افزایش LDL اکسیداتیو شده و HRT می‌تواند بر استرس اکسیداتیو غلبه کرده و سطح LDL اکسیداتیو را کاهش دهد (۱۵). متأسفانه با وجود تمرکز مطالعات بر ارتباط آنتی‌بادی‌های ضد LDL اکسید شده با درمان

²Hormone replacement therapy

دیابت بر اساس شاخص انجمن دیابت آمریکا با قندخون بالاتر و یا مساوی ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر و یا مصرف داروهای ضد دیابتی تعریف شد (۱۹). نقاط برش برای سطح لپیدی بر اساس گایدلاین‌های برنامه ملی آموزشی کلسترول (NCEP)^۴ آمریکا (ATPIII)^۵ تعیین شود (۲۰).

چنانچه فشار خون حداقل ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه بود، فرد با پری فشارخون محسوب می‌شد. hsCRP بالاتر و یا مساوی سه میلی گرم در لیتر به عنوان hsCRP بالا در نظر گرفته شد.

آنالیز آماری

ما متوجه شدیم که تبدیل لگاریتمی داده‌های LDL اکسید شده و آنتی‌بادی‌های بر علیه LDL اکسید شده و hsCRP تناسب بهتری با توزیع نرمال می‌دهد؛ از این رو، از تبدیل لگاریتمی این متغیرها استفاده شد. برای مقایسه‌ی کمی بین متغیرها از آزمون استیوونز تی و یا من ویتنی یو استفاده گردید. مدل خطی عمومی (آنالیز تک متغیری) برای ارتباط LDL اکسیده و آنتی‌بادی بر علیه LDL اکسیده با عوامل خطرساز قلبی – عروقی با تعدیل سن به کار برده شد.

ار آنالیز رگرسیون لجستیک دوگانه برای یافته همبستگی میان ایسکمی قلبی یا سکته‌ی قلبی (متغیرهای وابسته) با لگاریتم LDL اکسیده و یا لگاریتم آنتی‌بادی‌های بر علیه LDL اکسید شده استفاده شد. در مدل کامل، مدل برای سن، شاخص توده بدنی (BMI)، مصرف دخانیات و سطح LDL کلسترول تعدیل گردید.

میزان سطح معنی‌داری کمتر از ۵ درصد معنی‌دار تلقی شد. جهت آنالیز داده‌ها از بسته‌ی نرم‌افزاری SPSS

قلب و عروق تأثیرگذار باشند، شامل مصرف دخانیات، داروهای استروژنی، آنژین، فشارخون، دیابت، دیس‌لیپیدمی با استفاده از پرسشنامه‌ی مونیکای سازمان بهداشت جهانی (۱۷) تکمیل گردید.

میزان سرمی LDL اکسید شده توسط کیت MDA^۶ اکسی LDL ساخت شرکت Biomedica وین به روش الیزا انجام گردید. محدوده استاندارد کیت بین صفر تا ۱۰ میکروگرم در میلی لیتر و مرز تشخیصی آن ۰/۰۵ میکروگرم در میلی لیتر بود.

میزان سرمی آنتی‌بادی بر علیه LDL اکسید شده نیز به روش الیزا توسط یک کیت تجاری ساخت شرکت Biomedica وین سنجیده شد. محدوده استاندارد بین ۳۷ تا ۱۲۰۰ میلی یونیت در میلی لیتر و مرز تشخیصی آن نیز ۴۸ میلی یونیت در میلی لیتر بود. سطوح سرمی کلسترول، تری گلیسرید و LDL کلسترول با کیت‌های پارس آزمون تهران توسط دستگاه اتوآنالیز سنجش شدند. سطح سرمی LDL کلسترول با فرمول فرید والد (در صورتی که غلظت سرمی تری گلیسرید بالای ۴۰۰ میلی گرم در دسی لیتر بود) محاسبه گردید. سطح سرمی hsCRP توسط کیت تجاری به روش الیزا سنجیده شد. یک نوار قلب در حالت استراحت نیز برای هر شرکت کننده گرفته شد.

تعاریف

نوار قلب براساس شاخص‌های کدگذاری مینوسوتا (Minnesota) کدگذاری شد. کد ۱/۱ و ۱/۲ به عنوان سکته‌ی قلبی و کدهای ۱/۳، ۴/۱-۴/۴، ۵/۱-۵/۳ و ۷/۱ به عنوان ایسکمی طبقه‌بندی شدند. نوار قلب با شواهد ایسکمی قلبی، به صورت جمع سکته‌ی قلبی با ایسکمی قلبی در نظر گرفته شد (۱۸).

⁴ National –Cholesterol Education Program
Adult Treatment Panel III

⁵ Malondialdehyde

شاخص‌های نوار قلب کدگذاری شده مینسوتا ۳/۴ درصد (۱۳ زن) نفر بود.

تفاوتی میان سن، اندازه‌گیری‌های آنتروپومتریک، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک، گلوکز خون ناشتا، تری‌گلیسرید، LDL کلسترول، HDL کلسترول، MDA-LDL اکسیده شده و آنتی‌بادی بر علیه LDL اکسیده شده میان دو گروه افراد سالم و زنان یائسه با ایسکمی قلبی یافت نشد (جدول ۱).

۱۸ (USA، II، Chicago، SPSS Inc) ویرایش استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ مشخصات ۳۷۸ زن یائسه مورد مطالعه را به تفکیک شیوع بیماران ایسکمی قلبی بر اساس شاخص نوار قلب کدگذاری شده مینسوتا نشان می‌دهد. میانگین سنی (میانگین \pm انحراف معیار) زنان ۴۱/۸ \pm ۷/۸۲ سال بود. شیوع ایسکمی قلبی درصد (۱۵۹ زن) و شیوع سکته‌ی قلبی بر اساس

جدول ۱) مشخصات عمومی، فشارخون، اندازه‌گیری‌های آنتروپومتریک و بیوشیمیابی زنان یائسه شرکت کننده در مطالعه به تفکیک یافته‌های نوار قلب که توسط شاخص‌های کدگذاری مینسوتا، کدگذاری شده بودند.

P	نرمال	نوار قلب با شواهد ایسکمی قلبی	
.۰۰۶	۵۸/۱۲±۷/۷۳	۵۹/۶۲±۷/۸۶	سن (سال)
.۰۶۴۷	۲۸/۲۰±۷/۰۸	۲۸/۴۴±۲/۷۶	شاخص توده‌ی بدنی (kg/m^2)
.۰۱۶۷	۱۲۷/۵۹±۲۰/۹۲	۱۲۴/۷۴±۱۸/۹۰	فشار خون سیستولیک (mmHg)
.۰۲۹۲	۷۸/۷۲±۹/۷۳	۸۰/۷۸±۲۶/۴۶	فشارخون دیاستولیک (mmHg)
.۰۳۷۰	۲۳۶/۹۸±۴۶/۸۳	۲۳۲/۵۰±۲۹/۳۳	کلسترول تام (mg/dl)
.۰۲۴۷	۴۱/۵۳±۱۰/۹۷	۴۰/۲۶±۹/۹۸	HDL کلسترول (mg/dl)
.۰۲۸۹	۱۵۹/۴۶±۴۱/۸۲	۱۵۴/۶۸±۴۵/۰۱	LDL کلسترول (mg/dl)
.۰۴۳۲	۱۷۹/۹۹±۹۱/۸۰	۱۸۷/۸۳±۱۰۰/۶۸	تری‌گلیسرید (mg/l)
.۰۴۸۶	۱۱۴/۱۱±۵۳/۶۱	۱۱۷/۹۶±۵۱/۸۲	گلوکز ناشتا (mg/dl)
.۰۷۹۸	۰/۵۸(۰/۳۱-۲/۶۰)	۰/۶۷ (۰/۳۱-۲/۷۸)*	MDA-LDL اکسیده (mg/dl)
.۰۴۴۸	۲۰۱/۵۰(۱۴۳/۰-۳۱۱/۲۵)	۲۲۴/۰ (۱۴۴/۵-۳۶۷/۰)*	آنتی‌بادی بر علیه LDL اکسیده (mg/dl)

* اعداد به صورت میانه (محدوده چارکی) می‌باشند.

جدول ۲ مقادیر لگاریتمی MDA-LDL اکسیده شده و آنتی‌بادی بر علیه آن را به تفکیک وجود و عدم وجود عوامل خطرساز قلبی عروقی به تفکیک نشان می‌دهد. تفاوت معنی‌داری میان سطح MDA-LDL اکسیده شده در گروه با LDL کلسترول بالا و کلسترول تام بالا در مقابل زنان با LDL کلسترول پایین و کلسترول تام پایین بdst آمد ($P<0/۰۵$ ؛ اما تفاوت معنی‌داری میان گروه‌های HDL کلسترول،

بر اساس آنالیز پرسون، همبستگی میان لگاریتم MDA-LDL اکسید شده و سن ($P=0/۲۰۴$) و BMI ($r=0/۰۶۹$)، ($P=0/۰۲۳۶$) و ($r=0/۰۶۵$) و آنتی‌بادی بر علیه LDL اکسیده شده ($P=0/۳۸۱$) و آنتی‌بادی بر علیه LDL اکسیده شده ($r=0/۰۴۸$) بدست نیامد. همچنین بر اساس همین آنالیز، همبستگی میان لگاریتم آنتی‌بادی بر علیه LDL اکسیده شده با سن ($P=0/۹۰۲$) و BMI ($P=0/۰۰۷$) و ($r=0/۰۰۷$) نیز بدست نیامد.

خطرساز قلبی عروقی از لحاظ میزان آنتی بادی برعلیه MDA-LDL اکسیده شده یافت نشد ($P > 0.05$). جدول (۲).

تری گلیسرید، CRP فوق حساس و بودن چاقی و نبودن آن از لحاظ میزان MDA-LDL اکسیده شده بدست نیامد ($P > 0.05$).

تفاوت آماری معنی داری نیز میان گروههای عوامل

جدول (۲) مقادیر لگاریتمی MDA-LDL اکسید شده و لگاریتم آنتی بادی های برعلیه LDL اکسید شده به تفکیک وجود و عدم وجود عوامل خطر قلبی - عروقی

تعیین شده برای سن	لگاریتم آنتی بادی برعلیه LDL اکسید شده	لگاریتم آنتی بادی تعديل شده	برای سن	کلسترول بالا
۰/۹۲۱				
۰/۳۳۸±۰/۳۰۴		۰/۰۳۱±۰/۶۲۵		بلی
۰/۳۴۲±۰/۲۸۳		-۰/۱۳۴±۰/۵۸۰		خیر
		۰/۰۲۱		P
کلسترول پایین	لگاریتم HDL	کلسترول بالا	کلسترول پایین	تری گلیسرید بالا
۰/۸۱۶	۰/۰۰۰۱±۰/۶۱۹	۰/۰۰۰۱±۰/۶۱۹	۰/۰۰۰۱±۰/۶۱۹	بلی
۰/۳۳۶±۰/۳۰۴	-۰/۰۲۶±۰/۶۱۶	-۰/۰۲۶±۰/۶۱۶	-۰/۰۲۶±۰/۶۱۶	خیر
	۰/۶۶۷	۰/۶۶۷	۰/۶۶۷	P
کلسترول تام بالا	کلسترول تام پایین	کلسترول تام بالا	کلسترول تام پایین	تری گلیسرید بالا
۰/۶۲۹	۰/۰۲۷	۰/۰۲۹±۰/۶۱۹	۰/۰۲۹±۰/۶۱۹	بلی
۰/۳۵۴±۰/۲۷۹	-۰/۰۱۵±۰/۵۹۰	-۰/۰۱۵±۰/۵۹۰	-۰/۰۱۵±۰/۵۹۰	خیر
				P
hsCRP بالا	hsCRP پایین	hsCRP بالا	hsCRP پایین	تری گلیسرید بالا
۰/۲۵۲	۰/۳۷۸	۰/۰۵۲۱±۰/۵۸۷	۰/۰۵۲۱±۰/۵۸۷	بلی
۰/۳۲۵±۰/۳۰۳	-۰/۰۱۵±۰/۵۹۰	-۰/۰۱۵±۰/۵۹۰	-۰/۰۱۵±۰/۵۹۰	خیر
				P
چاقی	چاقی	چاقی	چاقی	تری گلیسرید بالا
۰/۸۶۰	۰/۹۰۶	۰/۰۲۲±۰/۶۳۹	۰/۰۲۲±۰/۶۳۹	بلی
۰/۳۳۷±۰/۲۹۸۳	۰/۰۳۰۱±۰/۶۰۷۶	-۰/۰۳۰۱±۰/۶۰۷۶	-۰/۰۳۰۱±۰/۶۰۷۶	خیر
				P
پری فشارخون	پری فشارخون	پری فشارخون	پری فشارخون	تری گلیسرید بالا
۰/۴۷۶	۰/۳۷۸	۰/۰۵۲۱±۰/۵۸۷	۰/۰۵۲۱±۰/۵۸۷	بلی
۰/۳۲۶±۰/۶۶۷	-۰/۰۱۳۸±۰/۶۳۸۲۲	-۰/۰۱۳۸±۰/۶۳۸۲۲	-۰/۰۱۳۸±۰/۶۳۸۲۲	خیر
				P

برای سن، BMI، وضعیت دخانیات و سطح LDL کلسترول تام سرمی نیز همسان شده بود، MDA-LDL اکسید شده با سکته‌ی قلبی همبستگی خود را از دست نداد ($P=0.16$; $\text{OR}=1.24-7/80$ و $\text{CI}: 1/24-7/80$).

اما هیچ همبستگی معنی‌داری میان افزایش لگاریتم آنتی‌بادی برعلیه لگاریتم LDL اکسید شده و بیماری ایسکمی قلبی و سکته‌ی قلبی در مدل‌های گوناگون رگرسیون لجستیک بدست نیامد (جدول ۴).

جدول ۳ نسبت شانس (OR) همراه با فاصله اطمینان (CI) میان لگاریتم MDA-LDL اکسید شده (متغیر مستقل) و ایسکمی قلبی یا سکته‌ی قلبی (متغیر وابسته) براساس آنالیز رگرسیون لجستیک

نوار قلب با شواهد ایسکمی قلبی					
سکته‌ی قلبی		نوار قلب با شواهد ایسکمی قلبی			
OR	CI	P	OR	CI	P
۲/۳۹	(۱/۰۱-۵/۷۲)	۰/۰۴۹	۱/۰۱	(۰/۷۳-۱/۴۸)	۰/۰۸۱۴
۲/۴۳	(۱/۰۱-۵/۸۸)	۰/۰۴۸	۱/۰۴	(۰/۷۳-۱/۴۸)	۰/۰۰۸۰۱
۳/۱۱	(۱/۲۴-۷/۸۰)	۰/۰۱۶	۱/۰۷	(۰/۷۵-۱/۵۳)	۰/۰۶۹۴

تعديل شده برای سن
تعديل شده برای سن، BMI و مصرف دخانیات
تعديل شده برای سن، BMI، مصرف دخانیات و سطح LDL کلسترول

جدول ۴) نسبت شانس (OR) همراه با فاصله اطمینان (CI) میان لگاریتم آنتی‌بادی برعلیه LDL اکسید شده (متغیر مستقل) و ایسکمی قلبی یا سکته‌ی قلبی (متغیر وابسته) براساس آنالیز رگرسیون لجستیک

نوار قلب با شواهد ایسکمی قلبی					
سکته‌ی قلبی		نوار قلب با شواهد ایسکمی قلبی			
OR	CI	P	OR	CI	P
۱/۱۵	(۰/۱۴-۹/۱۶)	۰/۰۹۱	۱/۱۴	(۰/۶۴-۲/۸۰)	۰/۰۴۲۹
۱/۱۶	(۰/۱۴-۹/۲۲)	۰/۰۸۵	۱/۲۹	(۰/۶۲-۲/۷۱)	۰/۰۴۸۷
۱/۳۳	(۰/۱۵۷-۱۱/۴۲)	۰/۰۷۹۱	۱/۳۱	(۰/۶۲-۲/۷۶)	۰/۰۴۶۷

تعديل شده برای سن
تعديل شده برای سن، BMI و مصرف دخانیات
تعديل شده برای سن، BMI، مصرف دخانیات سطح LDL کلسترول

میان زنان یائسه یافت نشد.

در سطح مطبوعات پژوهشکی به اطلاعات خد و نقیض پیرامون همبستگی میان LDL اکسیده و بیماری‌های قلبی - عروقی برمی‌خوریم (۵) LDL اکسیده به عنوان مارکر بیوشیمیایی احتمالی برای بیماری عروق کرونر معرفی شده (۸) و اندازه‌گیری LDL اکسیده شده به عنوان مارکر شناسایی بیماران با آترواسکلروز پیشرفت‌هه توصیه گردید (۲۱)؛ به گونه‌ای که افزودن

بحث

ما در این مطالعه جمعیتی مقطعی یافتیم که سطح سرمی MDA-LDL اکسیده با بیماری ایسکمی قلبی در زنان یائسه ارتباطی ندارد ولی در زمان یائسگی، زنان دچار سکته‌ی قلبی دارای سطوح سرمی MDA-LDL اکسید شده بالاتری در مقایسه با زنان فاقد سکته بودند. از سوی دیگر، هیچ همبستگی ای میان آنتی‌بادی‌های برعلیه LDL اکسیده با بیماری ایسکمی قلبی و سکته‌ی قلبی در

در ادامه یک مطالعه‌ی کهورت با شرکت کنندگانی که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند متمرکز گردید و لذا از این لحاظ از بسیاری از این محدودیت‌ها فارغ می‌باشد. همچنین جمعیت مورد مقایسه با افراد دچار ایسکمی قلبی یا سکته‌ی قلبی از میان خود این جمعیت انتخاب شده بودند و از این رو از لحاظ بسیاری از خصوصیات پس زمینه‌ای و حتی عوامل خطر ساز قلبی – عروقی مشابه یکدیگر بوده‌اند. از سوی دیگر، مطالعه بر روی بیماران در انتهای طیف (یعنی بیماران دچار بیماری قلبی – عروقی یا سکته‌ی قلبی به صورت مطلق) متمرکز نشده بود.

به زبان دیگر، ما با قطعیت تام نمی‌توانیم بیان کنیم که افراد با ایسکمی قلبی بر اساس نوار قلب، در مطالعه‌ی جمعیتی ما واقعاً دچار گرفتگی عروق کرونر و پلاک‌های آترواسکلروتیک بوده‌اند و در نتیجه شاید نتیجه‌ی منفی در این مطالعه در مقایسه با دیگر مطالعات مثبت که بیماری عروق کرونر افراد براساس آنژیوگرافی تأیید شده‌اند را توجیه کند. اما ما هنگامی که شاخص‌ها را سخت‌تر کرده و وجود موج Q را به عنوان شاخص سکته‌ی قلبی در ارزیابی کدگذاری وارد کردیم، توانستیم به همبستگی معنی‌دار سطوح MDA-LDL اکسیده شده با سکته‌ی قلبی در زنان یائسه مورد مطالعه‌ی خود دست یابیم که این ارتباط به صورت مستقل از سن، BMI و مصرف سیگار و سطوح LDL کلسترول در گردش خون را نمایان کرد. این یافته‌ها را اینگونه می‌توانیم نتیجه‌گیری کنیم که ممکن است LDL اکسیده شده توان کافی برای پیشگویی بیماری‌های ایسکمی قلبی به صورت یک عامل خطرساز مستقل را نداشته باشد ولی وجود آن می‌تواند موارد پیشرفته‌تر بیماری‌های آترواسکلروز (مانند سکته‌ی قلبی) را پیش‌بینی نماید. به زبان دیگر،

LDL اکسیده به عوامل خطرساز شناخته شده می‌تواند امکان پیش‌بینی خطر بیماری‌های قلبی – عروقی را افزایش دهد (۵). در یک مطالعه در میان مردان میان سال، نشان داده شد که سطح پایه‌ی غلظت پلاسمایی LDL اکسیده به صورت معنی‌داری در افرادی که بعداً حوادث قلبی را تجربه می‌کنند، در مقایسه با گروه شاهد، بالاتر بوده است (۲۲). همچنین غلظت LDL اکسیده با پارامترهای نارسایی قلبی همبستگی از خود نشان داد (۲۳).

با وجود این مطالعات که به نقش LDL اکسیده در بیماری‌های قلبی – عروقی اشاره می‌کند، مطالعات دیگری نیز وجود دارند که به عدم همبستگی میان LDL اکسیده با بیماری‌های عروق کرونر اشاره می‌کنند (۲۴ و ۲۵).

به دلیل وجود این نتایج ضد و نقیض در مطالعات مقطعی، میلینو (Maiolino) و همکاران در یک مطالعه‌ی مروری به گردآوری اطلاعات مطالعات کهورت پرداختند. بر اساس این مطالعه‌ی مروری که بر روی ۲۲ کهورت انجام گردید، نتایج ۱۴ مطالعه مثبت و ۸ مطالعه منفی بود (۵). این تفاوت در نتایج امکان اخذ یک نتیجه منطقی، فارغ از تورش را به دلیل عدم وجود توان آماری کافی و نیز شاخص‌های انتخاب نمونه‌های ورودی به مطالعه، بسیار دشوار می‌نماید. یکی از محدودیت‌های مهم این مطالعات، استفاده از افراد طبیعی برای مقایسه با گروه هدف است که این افراد طبیعی ممکن است به جز اندازه‌ی مقادیر LDL اکسید شده در موارد دیگر نیز با گروه هدف تفاوت بسیار داشته باشند و موضوع دیگر انتخاب افراد پرخطر جمعیت یا بیماران شناخته شده با دیابت، نارسایی کلیه و یا بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی بوده است. خوشبختانه مطالعه‌ی ما

قلبی - عروقی مطرح باشند. در حقیقت، همین عوامل غیر کلاسیک و غیرستی خطرساز بیماری‌های قلبی - عروقی (مانند LDL اکسیده) هستند که موجب فزومنی در خطر بیماری‌های قلبی - عروقی در زمان یائسگی می‌شوند (۲۸ و ۲۹). در مطالعه‌ی کنونی، سطوح MDA-LDL اکسیده سرمی در زنان یائسه‌ای که LDL کلسترول و کلسترول تام، بالا داشتند، به طور معنی‌داری بالاتر از دیگر افراد بود که از آنجا که سطوح MD-LDL در گردش خود با چگالی ذرات LDL (که خود نیز از سطح سرمی تری گلیسرید و نیز سطوح LDL کلسترول تأثیر می‌پذیرد) در پیوست می‌باشد، این یافته دور از انتظار نمی‌باشد. در حقیقت مسیرهای تولید MDA-LDL از اجزاء LDL با چگالی متراکم (dense LDL)، نقش مهمی را در پیشرفت آترواسکلروز ایفا می‌کند (۲۱).

ما در مدل کامل آنالیز رگرسیون لجستیک، سطوح LDL کلسترول را نیز به عنوان عامل همراه وارد مدل کردیم که نتایج نشانگر آن بود که همبستگی MDA-LDL اکسیده با سکته‌ی قلبی در زنان یائسه، به صورت مستقل از اثر LDL کلسترول می‌باشد. پیرامون ارتباط LDL اکسیده با عوامل خطرساز قلبی - عروقی مانند فشارخون، هیپرلیپیدمی، مصرف دخانیات و حتی جنس، اطلاعات ضد و نقیضی وجود دارد. مشابه مطالعه توشیما (Toshima) و همکاران (۸) ما ارتباطی میان MDA-LDL اکسیده شده با مصرف دخانیات، فشارخون، HDL کلسترول پایین و هیپرتری گلیسریدمی یافت نکردیم. امروزه به ارتباط LDL اکسیدشده با اجزاء سندرم متابولیک در زنان یائسه توجه نشان داده شده است که ارتباط این ذرات با اجزاء سندرم متابولیک نیز در مطالعات گوناگون ثابت نبوده و اطلاعات با هم همخوانی ندارند (۳۰ و ۳۱).

احتمالاً MDA-LDL اکسیده شده در پاتوژنز آترواسکلروز نقش دارد ولی وجود آن را می‌توان در مراحل پیشرفته‌تر مشاهده کرد. به نظر می‌رسد که MDA-LDL اکسیده شده در عدم ثبات پلاک‌های آترواسکلروز نقش داشته باشد (۲۶) و وجود سطح غلظت بالای MDA-LDL اکسید شده زنان با سکته‌ی قلبی در مطالعه‌ی ما در مقایسه با زنان فاقد سکته‌ی قلبی و نیز وجود پلاک‌های آترواسکلروتیک بیشتر در زنان با LDL اکسیده در سرم در مقایسه با دیگر زنان یائسه در مطالعه دیگر (۱۶)، ممکن است تأیید کننده این واقعیت باشد که LDL اکسید شده، در مراحل پیشرفته‌تر آترواسکلروز دخالت دارد.

در مطالعات پیشین نیز که به همبستگی LDL اکسیده با سندرم کرونر حاد پرداخته بودند، مشاهده کردند که اشکال بالینی شدیدتر این سندرم با مقادیر غلظتی بالاتر LDL اکسیده توأم است (۲۳). به نظر می‌رسد که پس از پارگی پلاک‌های آترواسکلروتیک، ذرات LDL اکسیده از دیواره‌ی عروق آزاد شده و سطح سرمی آن را افزایش می‌دهند (۲۴). مشابه نتایج ما، در مطالعه‌ی کهورت سلامت، پیری و ترکیب بدن، گزارش گردید که LDL اکسیده توان پیش‌بینی خطر بیماری عروق کرونر قلبی را به صورت جامع ندارد ولی توانسته است سکته‌ی قلبی را پیش‌بینی نماید. این نتایج در ترکیب با نتایج ما نشانگر آن است که LDL اکسیده بی ثباتی در پلاک‌های آترواسکلروز را بازتاب می‌دهد (۲۷).

در هر صورت، همراهی سکته‌ی قلبی با MDA-LDL اکسیده در زنان یائسه بر این ادعا تأکید دارد که در این زنان عوامل خطرساز غیر کلاسیک و نوین (مانند LDL اکسیده) می‌توانند به عنوان عوامل خطرساز

پرداخته‌اند همانند مطالعهٔ ما نتایج منفی‌ای به دست آورده‌اند (۳۷-۳۹). شاید وجود این اطلاعات و یافته‌های متصاد، برخاسته از این موضوع باشد که در اندازه‌گیری آنتی‌بادی‌های بر علیه اپی‌توب‌های گوناگون LDL اکسیده باشد، و یا اینکه بعضی از مطالعات فاقد توان آماری کافی بوده‌اند و یا اینکه در یک مطالعه از IgG و در مطالعه‌ای دیگر از IgM آنتی‌بادی استفاده کرده باشند و در نهایت ممکن است این تفاوت‌ها برخاسته از وجود تفاوت در کهورت‌های مورد مطالعه باشد (۹ و ۳۹).

مطالعه‌ی کنونی دارای چندین محدودیت مهم است. نخست آنکه بررسی وجود ایسکمی قلبی بر اساس سیستم کدگذاری یافته‌های نوار قلب بوده است با وجودی که سیستم کدگذاری مینوسوتا شیوه‌ای قابل قبول برای شناسایی ایسکمی قلبی تحت بالینی در مطالعات جمعیتی است و در مطالعات آینده نگارانه‌ی کهورت نشان داده شده است که می‌تواند خطر بیماری عروق کرونر قلبی را در آینده پیش‌بینی نماید ولی مسلماً نمی‌تواند همانند آنژیوگرافی عروق کرونر یا بررسی وجود آترواسکلروز بر اساس یافته‌های سونوگرافی که در مطالعات دیگر معمولاً استفاده شده‌اند آن را همسنگ دانست. محدودیت دیگر آنکه در این مطالعه ما به سنجش سرمی MDA-LDL اکسیده شده بستنده کردیم و گستره‌های دیگر از LDL اکسیده شده را لحاظ ننمودیم (هر چند که MDA-LDL نیز از حساسیت کافی برخوردار است) (۲۶ و ۳۷). همچنین در اندازه‌گیری سطح سرمی آنتی‌بادی‌ها نیز سنجش IgG انجام شد و ما پیرامون IgM آنتی‌بادی‌های ضد LDL اکسیده در سطح جمعیت مورد مطالعه اطلاعاتی نداریم. از سوی دیگر نتایج این مطالعه چون محدود به زنان یائسه است در

افزایش سطوح در گردش گیرنده‌ی ۱- LDL اکسیده شده (SLOX-1)^۶ در زنان یائسه چاق بیشتر از افراد لاغر گزارش شده است که نشان‌گر بیان افزایش یافته LOX-1 در بافت چربی است (۳۲) از سوی دیگر چاقی در زنان یائسه در فرایнд اکسیداسیون LDL پیشنهاد شده است (۳۳). اما م تفاوتی میان سطوح LDL اکسیده میان افراد چاق با دیگر زنان یائسه یافت نکردیم. از سوی دیگر، همان‌گونه که در مردان میان سال ارتباطی میان CPR (به عنوان عامل خطرساز قلبی - عروقی) با LDL اکسیده یافت نشد (۲۲)، ما نیز ارتباطی را میان CPR فوق حساس با LDL اکسیده یافت نکردیم که نشان می‌دهد این دو به صورت یکسان از یک مسیر پاتوفیزیولوژیک واحد در فرایند آترواسکلروز تبعیت نمی‌کنند (۲۲).

LDL اکسیده، تعداد عظیمی اپی‌توب (epitope) را بیان می‌کند و از این رو می‌تواند تولید اتو آنتی‌بادی‌های پلی کلنان را بر علیه این محصولات، به ویژه بر علیه apoB100 تغییر یافته توسط MDA موجب شود (۳۴). چندین مطالعه به حضور آنتی‌بادی بر علیه LDL اکسیده و یا LDL تغییر یافته توسط MDA در بیماران با بیماری عروق کرونر اشاره کرده‌اند که در این مطالعات، نشان داده شده است که بیماران، تیترهای بالاتری از اتو آنتی‌بادی بر علیه LDL اکسیده در مقایسه با افراد طبیعی داشته‌اند (۳۵ و ۳۶)، و این یافته‌ای است که اشاره به این موضوع می‌کند که ممکن است این آنتی‌بادی‌ها نقش تشخیصی یا پیش‌آگهی را داشته باشند. این در حالی است که در بسیاری دیگر از مطالعات که به بررسی ارتباط میان وجود آنتی‌بادی‌های بر علیه LDL اکسیده شده و بیماری‌های عروق کرونر یا بیماری‌های قلبی - عروقی

^۶ Oxidized Low-density Lipoprotein receptor -1

مطالعه با حجم نمونه بیشتر به صورت یک مطالعه کهورت توصیه می‌شود. اما با وجود تمام این محدودیت‌ها، مطالعه‌ی ما نشان می‌دهد که LDL اکسیده و آنتی بادی‌های بر علیه آن با بیماری ایسکمی قلبی توأم نبوده و یافت همبستگی میان سکته‌ی قلبی با LDL اکسیده در زنان یائسه نیز ممکن است به نقش پاتولوژیک LDL اکسیده در بی ثباتی پلاک‌های آترواسکلروزیک اشاره داشته باشد.

References:

- 1.Doshi SB, Agarwal A. The role of oxidative stress in menopause. *J Midlife Health* 2013; 4: 140-6.
- 2.Witteman JC, Grobbee DE, Kok FJ, et al. Increased risk of atherosclerosis in women after the menopause. *BMJ* 1989; 298: 642-4.
- 3.Signorelli SS, Neri S, Sciacchitano S, et al. Behaviour of some indicators of oxidative stress in postmenopausal and fertile women. *Maturitas* 2006; 53: 77-82.
- 4.Catapano AL, Maggi FM, Tragni E. Low density lipoprotein oxidation, antioxidants, and atherosclerosis. *Curr Opin Cardiol* 2000; 15: 355-63.
- 5.Holvoet P, Mertens A, Verhamme P, et al. Circulating oxidized LDL is a useful marker for identifying patients with coronary artery disease. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2001; 21: 844-8.
- 6.Ehara S, Ueda M, Naruko T, et al. Elevated levels of oxidized low density lipoprotein show a positive relationship with the severity of acute coronary syndromes. *Circulation* 2001; 103: 1955-60.
- 7.Holvoet P, Vanhaecke J, Janssens S, et al. Oxidized LDL and malondialdehyde-modified LDL in patients with acute coronary syndromes and stable coronary artery disease. *Circulation* 1998; 98: 1487-94.
- 8.Toshima S, Hasegawa A, Kurabayashi M, et al. Circulating oxidized low density lipoprotein levels. A biochemical risk marker for coronary heart disease. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2000; 20: 2243-7.
- 9.Ravandi A, Boekholdt SM, Mallat Z, et al. Relationship of IgG and IgM autoantibodies and immune complexes to oxidized LDL with markers of oxidation and inflammation and cardiovascular events: results from the EPIC-Norfolk Study. *J Lipid Res* 2011; 52: 1829-36.
- 10.Bernal-Lopez MR, Garrido-Sanchez L, Gomez-Carrillo V, et al. Antioxidized LDL antibodies are associated with different metabolic pathways in patients with atherosclerotic plaque and type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2013; 36: 1006-11.
- 11.Inoue T, Uchida T, Kamishirado H, et al. Clinical significance of antibody against oxidized low density lipoprotein in patients with atherosclerotic coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 2001; 37: 775-9.
- 12.Heikkinen AM, Niskanen L, Yla-Herttuala S, et al. Postmenopausal hormone replacement therapy and autoantibodies against oxidized LDL. *Maturitas* 1998; 29: 155-61.
- 13.Koivu TA, Dastidar P, Jokela H, et al. The relation of oxidized LDL autoantibodies and long-term hormone replacement therapy to ultrasonographically assessed atherosclerotic plaque quantity and severity in postmenopausal women. *Atherosclerosis* 2001; 157: 471-9.
- 14.Makela R, Dastidar P, Jokela H, et al. Relation of myeloperoxidase promoter polymorphism and long-term hormone replacement therapy to oxidized low-density lipoprotein autoantibodies in postmenopausal women. *Scand J Clin Lab Invest* 2006; 66: 371-83.
- 15.Topcuoglu A, Uzun H, Aydin S, et al. The effect of hormone replacement therapy on oxidized low density lipoprotein levels and paraoxonase activity in postmenopausal women. *Tohoku J Exp Med* 2005; 205: 79-86.
- 16.Kork F, Jankowski V, Just AR, et al. Oxidized low-density lipoprotein in

- postmenopausal women. *J Hypertens* 2014; 32: 1444-9.
- 17.WHO MONICA Project, MONICA manual. Available at: <http://www.thl.fi/publications/monica/manual/index.htm>; 1999.
- 18.Prineas RJ, Crow RS, Blackburn HW, eds. The Minnesota Code Manual of Electrocardiographic Findings: Standards and Procedures for Measurement and Classification. 2nd ed. London: Springer-Verlag; 1982.
- 19.Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1997; 20: 1183-97.
- 20.Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486-97.
- 21.Tanaga K, Bujo H, Inoue M, et al. Increased circulating malondialdehyde-modified LDL levels in patients with coronary artery diseases and their association with peak sizes of LDL particles. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2002; 22: 662-6.
- 22.Meisinger C, Baumert J, Khuseyinova N, et al. Plasma oxidized low-density lipoprotein, a strong predictor for acute coronary heart disease events in apparently healthy, middle-aged men from the general population. *Circulation* 2005; 112: 651-7.
- 23.Trifunovic D, Stankovic S, Marinkovic J, et al. Oxidized Low Density Lipoprotein and High Sensitive C-Reactive Protein in Non-Diabetic, Pre-Diabetic and Diabetic Patients in the Acute Phase of the First Myocardial Infarction Treated by Primary Percutaneous Coronary Intervention. *Journal of Medical Biochemistry* 2015; 34: 160-9.
- 24.Erkkilä AT, Närvenen O, Lehto S, et al. Antibodies against oxidized LDL and cardiolipin and mortality in patients with coronary heart disease. *Atherosclerosis* 2005; 183: 157-62.
- 25.Braun S, Ndrepepa G, von Beckerath N, et al. Lack of association between circulating levels of plasma oxidized low-density lipoproteins and clinical outcome after coronary stenting. *Am Heart J* 2005; 150: 550-6.
- 26.Lopes-Virella MF, Hunt KJ, Baker NL, et al. The levels of MDA-LDL in circulating immune complexes predict myocardial infarction in the VADT study. *Atherosclerosis* 2012; 224: 526-31.
- 27.Holvoet P, Kritchevsky SB, Tracy RP, et al. The metabolic syndrome, circulating oxidized LDL, and risk of myocardial infarction in well-functioning elderly people in the health, aging, and body composition cohort. *Diabetes* 2004; 53: 1068-73.
- 28.Mascarenhas-Melo F, Sereno J, Teixeira-Lemos E, et al. Markers of increased cardiovascular risk in postmenopausal women: focus on oxidized-LDL and HDL subpopulations. *Dis Markers* 2013; 35: 85-96.
- 29.Mehta PK, Wei J, Wenger NK. Ischemic heart disease in women: a focus on risk factors. *Trends Cardiovasc Med* 2015; 25: 140-51.
- 30.Lapointe A, Couillard C, Piche ME, et al. Circulating oxidized LDL is associated with parameters of the metabolic syndrome in postmenopausal women. *Atherosclerosis* 2007; 191: 362-8.
- 31.Park SH, Kim JY, Lee JH, et al. Elevated oxidized low-density lipoprotein concentrations in postmenopausal women with the metabolic syndrome. *Clin Chim Acta* 2011; 412: 435-40.
- 32.Brinkley TE, Kume N, Mitsuoka H, et al. Elevated soluble lectin-like oxidized LDL receptor-1 (sLOX-1) levels in obese postmenopausal women. *Obesity (Silver Spring)* 2008; 16: 1454-6.
- 33.Kassi E, Dalamaga M, Faviou E, et al. Circulating oxidized LDL levels, current smoking and obesity in postmenopausal women. *Atherosclerosis* 2009; 205: 279-83.
- 34.Steinerova A, Racek J, Stozicky F, et al. Antibodies against oxidized LDL--theory and clinical use. *Physiol Res* 2001; 50: 131-41.
- 35.Horkko S, Binder CJ, Shaw PX, et al. Immunological responses to oxidized LDL. *Free Radic Biol Med* 2000; 28: 1771-9.
- 36.Lourida ES, Papathanasiou AI, Goudevenos I, et al. Elevated Titer of Autoantibodies Against oxidized LDL Forms in Patients with Coronary Artery Disease. *Hellenic J Cardiol* 2002; 43: 38-46.
- 37.Uusitupa MI, Niskanen L, Luoma J, et al. Autoantibodies against oxidized LDL do not predict atherosclerotic vascular disease in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1996; 16: 1236-42.
- 38.Mayr M, Kiechl S, Tsimikas S, et al. Oxidized low-density lipoprotein

- autoantibodies, chronic infections, and carotid atherosclerosis in a population-based study. *J Am Coll Cardiol* 2006; 47: 2436-43.
- 39.Tsimikas S, Brilakis ES, Lennon RJ, et al. Relationship of IgG and IgM autoantibodies to oxidized low density lipoprotein with coronary artery disease and cardiovascular events. *J Lipid Res* 2007; 48: 425-33.

Review Article

The association between MDA-oxidised LDL, antibodies against oxidised LDL and ischemic heart disease in postmenopausal women: a population-based study

SS. Taghiyan Jamaleddin Kolaie¹, MR. Kalantarthormozi¹, H. Darabi¹, M. Assadi², A. Ostovar¹, MR. Pourbehi¹, M. Amiri¹, I. Nabipour^{3*}

¹ *The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, The Persian Gulf Biomedical Research Institute, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran*

² *The Persian Gulf Nuclear Medicine Research Center, The Persian Gulf Biomedical Research Institute, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran*

³ *The Persian Gulf Marine Biotechnology Research Center, The Persian Gulf Biomedical Research Institute, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran*

(Received 6 Apr, 2016 Accepted 14 Apr, 2015)

Abstract

Background: Although the association between oxidized LDL particles and cardiovascular diseases has been shown in different studies, the role of oxidized LDL for cardiovascular diseases in menopause is very limited. The main aim of the current study was to investigate the relationship between MDA-oxidised LDL, antibodies against oxidized LDL and ischemic heart disease or myocardial infarction among postmenopausal women.

Materials and methods: A total of 378 healthy, postmenopausal women were randomly selected from 13 clusters in the port city of Bushehr, Iran. Serum oxidized LDL and MDA-oxidised LDL levels were measured using enzyme-linked immunosorbent assay methods. The prevalence of ischemic heart disease (IHD) was assessed using the Minnesota Code with a 12-lead resting electrocardiogram (EKG). The National Cholesterol Education Program (NCEP), Adult Treatment Panel III was used to assign the subjects to different levels of cardiovascular risk for lipid profile.

Results: There was a significant difference for circulating oxidized LDL between subjects who had high LDL-cholesterol or high total cholesterol levels with normal postmenopausal women ($P<0.05$). However, no significant difference was found for oxidized LDL and anti oxidized LDL levels among subjects with the other cardiovascular risk factors. EKG with evidence of IHD (IHD EKG) was not associated with oxidized LDL and anti oxidized LDL levels. But a significant association was found between myocardial infarction and circulating oxidized LDL even after adjustments were made for age, body mass index, smoking and serum cholesterol levels in multiple logistic regression analyses ($OR:3.11, CI=1.24-7.80, p=0.016$).

Conclusion: Although no relationship was found between IHD EKG and oxidized LDL, the significant association between myocardial infarction and circulating oxidized LDL may suggest a potential pathogenesis role for oxidized LDL in the development of vulnerable atherosclerotic plaques.

Key words: Ischemic Heart Disease, Myocardial infarction, Oxidised LDL, anti-oxidised LDL

*Address for correspondence: The Persian Gulf Marine Biotechnology Research Center, The Persian Gulf Biomedical Research Institute, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran. Email: Inabipour@gmail.com