

مقدمه

آپولیپوپروتئین E یک پروتئین پلاسمایی است که به عنوان یک لیگاند برای گیرنده‌های HDL عمل می‌کند. تداخل این لیگاند و گیرنده نقش مهمی در انتقال کلسترول و سایر لیپیدها بین سلول‌های مختلف بدن بازی می‌کند [۱]. یک پلی مورفیسم معروف در ژن ApoE، سه ایزوفرم E3، E2، E4 را دارد [۲] که توسط سه آلل E2، E3 و E4 کد می‌شود. تغییر در دو جایگاه ۱۱۲ و ۱۵۸، باعث تغییر دو اسید آمینه و بوجود آمدن این ایزوفرم‌ها و در نتیجه بروز ۶ فنوتیپ مختلف می‌شود [۲]. تغییرات ساختمانی و تغییر شارژ بین ایزوفرم‌های مختلف آپولیپوپروتئین E در تداخل بین گیرنده‌ها و لیپوپروتئین‌ها و در نتیجه در متابولیسم لیپوپروتئین‌ها و غلظت لیپیدهای پلاسمایی تاثیرگذار می‌باشد [۱، ۳، ۴]. در مطالعات مختلف، تغییر میزان لیپیدهای سرمی با آلل‌های آپولیپوپروتئین E ارتباط نشان داده است. نتایج نشان داده اند که میزان کلسترول تام و LDL-C در حاملین E4 بیشترین مقدار و در حاملین E2 کمترین مقدار را داشته است [۵، ۶]. در عوض ارتباط بین میزان تری گلیسرید و HDL-C با تغییرات ژنتیکی آپولیپوپروتئین E، با توجه به عدم وجود اطلاعات کافی در موارد فوق الذکر در ایران، در جمعیت‌های مختلف به خوبی آشکار نیست [۷، ۸]. هدف از این مطالعه، بررسی ارتباط فراوانی آلل‌های آپولیپوپروتئین E در جمعیت مورد بررسی با میزان تغییرات لیپیدها در مطالعه قند و لیپید تهران بود.

روش‌ها

انتخاب جمعیت مورد بررسی: جامعه مورد بررسی از میان شرکت کنندگان طرح مطالعه قند و لیپید تهران انتخاب شد. مطالعه قند و لیپید تهران بررسی آینده نگری است که طی چهار مرحله به منظور بررسی عوامل خطر ساز بیماری‌های غیر واگیر در ۱۵۰۰۵ نفر از جمعیت تهران انجام می‌شود [۹]. در مرحله دوم طرح مطالعه قند و لیپید تهران، از کلیه افراد مراجعه کننده به واحد تحقیقات قند و لیپید واقع در شرق تهران، دو نمونه خون محیطی، لخته و حاوی ضد انعقاد EDTA گرفته شد. همچنین اطلاعات

مربوط به سن، جنس، مصرف سیگار، سطح فعالیت بدنی، و بیماری عروق قلبی به صورت پرسشنامه ای ثبت شد. داده‌های مربوط به قد، وزن و فشار خون اندازه گیری گردید و نمایه توده بدنی (BMI)، محاسبه گردید. نسبت دور کمر به دور باسن نیز محاسبه شد. جهت مطالعه پلی مورفیسم Apo E، با توجه به فراوانی آلل‌ها در جمعیت‌های دیگر، تعداد ۱۰۳۰ نمونه بطور تصادفی با نرم افزار SPSS انتخاب گردیدند. ۵ میلی لیتر از خون محیطی این افراد گرفته شد و در لوله حاوی ضد انعقاد EDTA به آزمایشگاه بیولوژی ملکولی مرکز تحقیقات غدد جهت آماده سازی ارجاع گردید.

روش‌های آزمایشگاهی: میزان کلسترول تام و تری گلیسرید سرم و قند خون ناشتا توسط کیت‌های تجاری به روش رنگ سنجی آنزیمی (پارس آزمون، تهران، ایران) اندازه گیری شد. اساس جداسازی زیر گروه‌های متفاوت HDL، توانایی متفاوت تشکیل کمپلکس نامحلول آن‌ها با استفاده از روش رسوب دهی بود. در این خصوص قدرت یونی عامل تعیین کننده در تشکیل کمپلکس نامحلول هر زیر گروه است. برای اندازه گیری محتوای کلسترول HDL و زیر گروه‌های HDL2 و HDL3، ابتدا به کمک محلول نمکی هپارین-منگنز موجود در کیت سنجش کلسترول HDL، لیپوپروتئین‌های حاوی آپولیپوپروتئین B رسوب داده شدند و مقدار کلسترول تام HDL از محلول فوقانی آن توسط روش رنگ سنجی آنزیمی تعیین مقدار گردید. سپس از دکستران سولفات ۴ درصد (با جرم مولکولی ۱۵ تا ۲۰ کیلو دالتون)، به عنوان محلول نمکی رسوب دهنده اختصاصی استفاده شد تا قطعه HDL2 رسوب کند و محتوای کلسترول بخش محلول فوقانی آن که نشان دهنده مقدار کلسترول HDL3 می‌باشد، با روش رنگ سنجی آنزیمی اندازه گیری شود. مقدار کلسترول HDL2 نیز از کسر مقدار کلسترول HDL3 از مقدار کلسترول تام HDL بدست آمد [۱۰]. میزان LDL-C با استفاده از فرمول فریدوالد برای نمونه‌هایی که میزان تری گلیسرید آنها کمتر از ۴۰۰ mg/dl بود محاسبه شد و افراد با سطح تری گلیسرید بالاتر از ۴۰۰ mg/dl از مطالعه حذف گردیدند. تجزیه و تحلیل تمامی نمونه‌ها تحت شرایط کنترل کیفیت

محصولات RFLP، (ژل آکریل آمید ۱۲٪ و بافر TBE، رنگ آمیزی با اتیدیوم برامید) توسط دستگاه Transluminator مشاهده گردیدند. نمونه های حاوی ژنوتیپ E2E2 حاوی قطعات ۹۱bp و ۸۳bp می باشند که نتیجه عدم حضور جایگاه برش در 112cys و 158cys می باشد. نمونه های حاوی ژنوتیپ E3E3 نیز حاوی قطعه ۹۱bp می باشند که به دلیل عدم حضور جایگاه برش در 112cys می باشد، اما به دلیل حضور جایگاه برش در 158arg، قطعات ۴۸bp و ۳۵bp نیز دارد. ژنوتیپ E4E4، ژنوتیپی است که هم در دو ناحیه 112arg و 158arg جایگاه برش دارد و قطعات ۷۲bp، ۴۸bp، ۳۵bp و ۱۹bp در این افراد مشاهده می شود. افراد هتروزیگوت برای هر کدام از این آلل ها هر دو سری قطعات را دارند. ژنوتیپ های APO E در سه گروه به شرح زیر دسته بندی شدند: E2 :E2E2 و E2E3، E3 :E3E3 و E4 :E4E4 و E3E4. پس از تعیین ژنوتیپ، افراد با ژنوتیپ E2E4 بدلیل اثرات بیولوژیک احتمالی این دو آلل که متضاد هم می باشد، هنگام بررسی ارتباط میزان HDL-C و پلی مورفیسم APO E از مطالعه حذف گردیدند.

روش های آماری: داده ها بوسیله نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. متغیر های کمی با میانگین \pm انحراف معیار و متغیر های کیفی بصورت درصد بیان شد. سطح معنی دار آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. جهت مقایسه یافته های تن سنجی، بالینی و بیوشیمیایی در دو گروه زن و مرد از آزمون t مستقل استفاده گردید. برای مقایسه درصد سه آلل در دو گروه مرد و زن از آزمون نسبت استفاده شد. از آزمون ANOVA و آزمون های چند گانه Tokey برای مقایسه یافته های آزمایشگاهی سه گروه ژنوتیپ APO E در دو جنس زن و مرد استفاده گردید.

یافته ها

نمونه های مورد بررسی ۱۰۳۰ نفر شامل (۴۵۲ نفر مرد و ۵۷۸ نفر زن) بودند. متوسط متغیرهای بالینی و تن سنجی شامل: سن، فشار خون، نسبت دور کمر به دور باسن، نمایه توده بدنی و همچنین متوسط میزان سرمی قند خون ناشتا، کلسترول تام، تری گلیسرید، HDL-C، HDL2-C،

داخلی مطلوب صورت گرفت. ضریب درون سنجی و برون سنجی متغیرها به ترتیب ۲ و ۰/۵٪ برای کلسترول و ۶/۱ و ۰/۶٪ برای تری گلیسرید محاسبه گردید.

آماده سازی نمونه: برای استخراج DNA ژنومی، ابتدا نمونه ها توسط بافر لیز کننده (Tris-HCl (10mmol/L, MgCl₂ 5mmol/L, Triton X 1% pH 7.6) و بافر PBS شسته شدند و RBC ها از محیط حذف گردیدند، سپس DNA توسط روش Salting Out Proteinase K استخراج گردید و DNA حاصل در ۲۰- درجه سانتی گراد نگهداری شد. پس از بررسی کمی و کیفی DNA استخراجی با اسپکتروفتومتر و الکتروفورز، تکثیر یک قطعه ۲۴۴ bp از ژن Apo E با استفاده از تکنیک PCR انجام گردید. هر مخلوط PCR به حجم ۲۵ μ L شامل: 10X PCR buffer، dNTPs mix (0.2mM)، Taq DNA Polymerase (1U) MgCl₂ (1.5mM) و جفت پرایمرهای رفت و برگشت: 5'ACA GAA TTC GCC 3' و 5'TAA GCT TGG CCG GCC TGG TAC AC 3' CAC GGC TGT CCA AGG A3' (تهیه شده از شرکت آرمین شگرف، تهران، ایران) بود. به هرلوله میزان ۵۰ ng DNA استخراج شده اضافه گردید و پس از افزودن روغن معدنی استریل به نمونه ها، این لوله ها سانتیفریژ و سپس به دستگاه ترمو سایکلر (ساخت کارخانه Hybaid لندن، انگلستان) منتقل گردیدند. شرایط ترمال سایکلر پس از بهینه سازی شامل موارد ذیل بود: (۱) مرحله Denaturation ابتدایی، ۵ دقیقه در دمای ۹۴°C (یک سیکل)، (۲) مرحله Denaturation ۶۰ ثانیه در دمای ۹۵°C، (۳) مرحله Annealing ۶۰ ثانیه در دمای ۶۰°C، (۴) مرحله Extention ۱۲۰ ثانیه در دمای ۷۲°C (مراحل ۲ تا ۴، ۳۰ سیکل تکرار شد) و (۵) مرحله Extention نهایی ۵ دقیقه در دمای ۷۲°C (یک سیکل). کنترل صحت تکثیر PCR با استفاده از کنترل های مثبت و منفی بررسی گردید. صحت تکثیر قطعه مورد نظر بر روی ژل آگارز ۲٪ بررسی گردید و نمونه های تکثیر شده جهت بریده شدن با آنزیم محدودالتر آماده گردیدند.

میزان ۱۰ μ L از محصولات PCR تحت اثر هضم با ۲ U آنزیم HhaI (تهیه شده از شرکت Roche، آلمان) به مدت ۲ ساعت در دمای ۶۵°C انکوبه شدند. نتیجه الکتروفورز

تری گلیسرید و میزان LDL-C مردان و زنان شرکت کننده در این مطالعه اختلاف آماری معنی داری را نشان نمی دهد.

LDL-C و HDL3-C در گروه های مرد و زن به تفکیک در جدول ۱ آورده شده است. همان طور که در جدول مذکور مشاهده می شود، میانگین سن، فشار خون سیستولیک و دیاستولیک، میانگین قند خون ناشتا، میزان

جدول ۱- متغیرهای بالینی، تن سنجی و بیوشیمیایی به تفکیک جنس در جمعیت مورد مطالعه

متغیر(واحد)	مردان (n=۴۵۲)	زنان (n=۵۷۸)
سن (سال)	۳۷±۲۰	۳۸±۱۸
فشار خون سیستولیک (mmHg)	۱۱۴±۱۷	۱۱۲±۲۰
فشار خون دیاستولیک (mmHg)	۷۳±۱۰	۷۲±۱۰
نسبت دور کمر به دور باسن*	۰/۹±۰/۰۷	۰/۸±۰/۰۸
نمایه توده بدنی (kg/m ²) *	۲۵±۵	۲۶±۷
قند ناشتا (mg/dl)	۹۶±۲۷	۹۴±۲۸
کلسترول تام (mg/dl) *	۱۷۹±۳۸	۱۸۶±۴۳
تری گلیسرید (mg/dl)	۱۳۸±۶۸	۱۳۳±۷۱
HDL-C (mg/dl) *	۴۴±۱۰	۴۹±۱۲
HDL 2 (mg/dl) *	۱۵±۸	۱۹±۹
HDL 3 (mg/dl) *	۲۹±۶	۳۰±۷
LDL-C (mg/dl)	۱۰۸±۳۵	۱۱۱±۳۸
E2 (%)	۹/۴	۱۰/۴
E3 (%)	۷۷/۶	۷۴/۳
E4 (%)	۱۳/۰	۱۵/۳

* مقادیر P معنی دار بود (P<۰/۰۵)

مقادیر ± نشانگر Mean ± SD است.

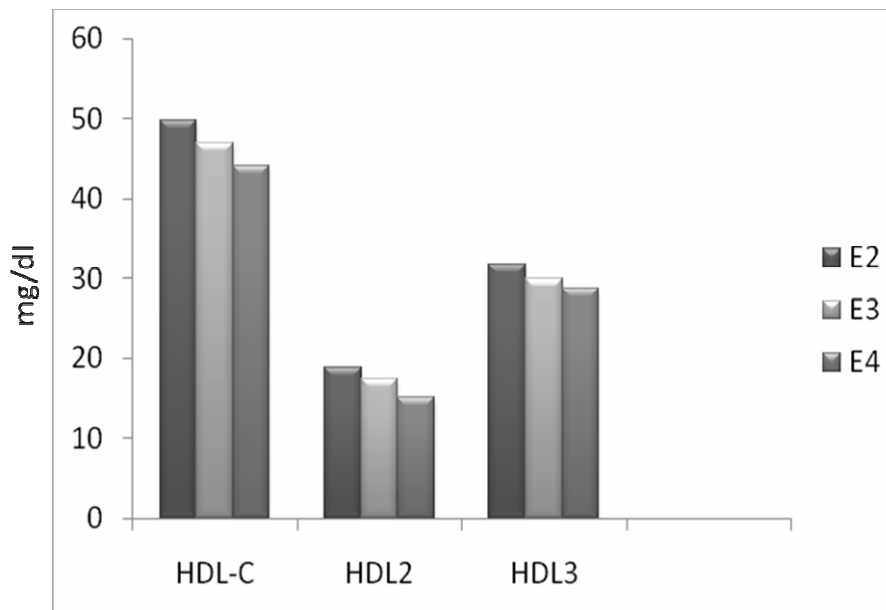
مرد و ۵۶۸ زن انجام گردید. همان طور که مشاهده می شود، میزان HDL و زیر گروه های آن در دو جنس زن و مرد بطور معنی داری متفاوت می باشد. این ارتباط با در نظر گرفتن سن و جنس هنوز معنی دار بود. این یافته در نمودار ۱ به خوبی نشان داده شده است. همان طور که در این نمودار مشاهده می شود؛ در افرادی که حامل آلل E2 می باشند، میزان HDL-C، HDL2 و HDL3 بیشتر می باشد که با آزمون ANOVA این تفاوت معنی دار بود. تفاوت معنی داری در سایر فاکتور ها، بین سه گروه ژنوتیپ مشاهده نشد.

نسبت دور کمر به دور باسن در مردان به طور معنی داری بیشتر از زنان می باشد. از طرفی نمایه توده بدنی، میزان کلسترول تام، میزان HDL-C و زیر گروه های آن به طور معنی داری در زنان بیشتر از مردان می باشد. درصد فراوانی ژنوتیپ های APO E در دو جنس زن و مرد نیز تفاوت معنی داری نداشت.

در جدول ۲ متغیرهای بالینی، تن سنجی و بیوشیمیایی به تفکیک جنس در سه گروه پلی مورفیسم بررسی شده اند. در این بررسی، افراد با ژنوتیپ E2E4 (۶ مرد و ۱۰ زن) به دلیل اثرات بیولوژیک احتمالی این دو آلل که متضاد هم می باشد، از آنالیز حذف گردیدند و بررسی بر روی ۴۴۶

جدول ۲- متغیرهای بالینی، تن سنجی و بیوشیمیایی به تفکیک جنس در سه گروه پلی مورفیس

متغیر(واحد)	زن (n=۵۶۸)			p	مرد (n = ۴۴۶)		
	E4(n=۸۷)	E3(n=۴۲۲)	E2(n=۵۹)		E4(n=۶۰)	E3(n=۳۴۶)	E2(n= ۴۲)
کلسترول تام (mg/dl)	۱۸۷±۴۴	۱۸۶±۴۲	۱۸۵±۴۸	۰/۸۸۰	۱۸۲±۳۷	۱۷۹±۳۸	۱۷۷±۳۹
فشار خون دیاستولیک (mmHg)	۷۲±۱۱	۷۲±۱۱	۷۳±۹	۰/۲۳۰	۷۲±۹	۷۳±۱۱	۷۲±۹
نسبت دورکمر به دور باسن	۰/۸۵±۰/۰۹	۰/۸۵±۰/۰۹	۰/۸۳±۰/۰۷	۰/۸۶۶	۰/۹۴±۰/۰۶	۰/۹۳±۰/۰۷	۰/۹۲±۰/۰۸
فشار خون سیستولیک (mmHg)	۱۱۱±۱۷	۱۱۲±۲۱	۱۱۲±۲۰	۰/۴۰۲	۱۱۴±۱۶	۱۱۵±۱۸	۱۱۲±۱۵
قند ناشتا (mg/dl)	۹۶±۳۲	۹۵±۲۸	۹۱±۲۵	۰/۱۶۷	۹۳±۱۷	۹۵±۲۵	۱۰۱±۵۱
تری گلیسرید (mg/dl)	۱۳۲±۷۶	۱۳۲±۷۰	۱۴۰±۶۶	۰/۵۵۱	۱۴۰±۶۸	۱۳۹±۶۸	۱۲۸±۶۳
LDL-C (mg/dl)	۱۱۵±۳۸	۱۱۰±۳۷	۱۰۶±۴۳	۰/۵۰۱	۱۱۲±۳۵	۱۰۷±۳۴	۱۰۳±۳۷
نمایه توده بدنی (kg/m ²)	۲۷±۶	۲۶±۷	۲۸±۶	۰/۰۶۱	۲۵±۵	۲۵±۵	۲۳±۵
HDL 3 (mg/dl)	۲۸±۷	۳۰±۷	۳۲±۸	۰/۰۷۱	۲۹±۶	۲۹±۶	۳۱±۹
HDL-C (mg/dl)	۴۵±۱۰	۴۹±۱۲	۵۱±۱۵	۰/۰۰۹	۴۲±۹	۴۴±۱۰	۴۸±۱۳
HDL 2 (mg/dl)	۱۶±۷	۱۹±۹	۲۰±۱۰	۰/۰۳۹	۱۳±۶	۱۵±۸	۱۷±۸



نمودار ۱- تغییرات میزان HDL-C, HDL2, HDL3 با حضور ژنوتیپ های E2, E3 و E4 در ژن APO E

بحث

گلیسرید و کاهش میزان کلسترول و LDL-C نیز ارتباط داشته است [۱۸].

ارتباط بین پلی مورفیسم آپولیپروتئین E و میزان HDL-C در جمعیت های مختلف به خوبی شناخته نشده است [۷، ۲۱-۱۹]. در مطالعه حاضر که برای اولین بار در ایران ارتباط HDL-C و زیر گروه های آن را با پلی مورفیسم APO E بررسی کرده، به خوبی ارتباط حضور آلل E2 با افزایش میزان HDL-C و زیر گروه های آن را نشان داده است. حضور آلل E2 باعث افزایش میزان HDL-C در هر دو جنس مرد و زن می شود و میزان آن در حاملین آلل E4 کاهش پیدا می کند. این نتایج نشان می دهد که ارتباط پلی مورفیسم آپولیپروتئین E با تغییرات HDL-C در جمعیت های مختلف، می تواند متفاوت باشد. از نقاط قوت این مطالعه می توان به اندازه گیری زیر گروه های HDL-C در تعداد زیادی افراد اشاره نمود که مطالعات محدودی به این امر پرداخته اند. این نتایج می تواند بستر مناسبی جهت تولید داروهایی به منظور افزایش میزان HDL-C در جمعیت ایرانی فراهم آورد.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله از حمایت صندوق حمایت از پژوهشگران کشور و همچنین شبکه پزشکی ملکولی کشور در جهت تامین اعتبار این پژوهش، همکاران محترم آزمایشگاه بیولوژی پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم خانم ها آذر دلبرپور و سارا بهنامی برای تمهید مقدمات این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

بررسی حاضر رابطه پلی مورفیسم Apo E را با میزان تغییرات لیپید در جمعیت قند و لیپید تهران مطالعه نمود. نتایج این مطالعه نشان داد که اختلاف معنی داری بین حاملین آلل های Apo E از نظر میزان HDL و زیر گروه های آن وجود دارد.

در مطالعه قند و لیپید تهران، ارزیابی های متعددی جهت بررسی تغییرات لیپید انجام شده است و یکی از مهمترین یافته های این تحقیقات، کاهش میزان HDL-C در جمعیت تهرانی می باشد [۱۱]. پلی مورفیسم های متعددی با میزان HDL-C مرتبط بوده و در مطالعات دیگران گزارش شده اند. در جمعیت مذکور ارتباط پلی مورفیسم در ژن LIPC و CETP گزارش شده است [۱۲، ۱۳]. مقالات زیادی در مورد پلی مورفیسم ژن آپولیپروتئین E و ارتباط آن با فنوتیپ های متعدد منتشر شده که اکثر آنها در ارتباط با بیماری های قلبی-عروقی هستند. بطور کلی نشان داده شده که حضور آلل E2 باعث کاهش میزان کلسترول تام و حضور آلل E4 باعث افزایش آن می شود که البته اثر کاهشی E2 تا ۲ تا ۳ برابر بیشتر از اثر افزایشی E4 می باشد [۱۴]. فراوانی پلی مورفیسم آپولیپروتئین E نیز در این جمعیت گزارش گردیده است [۱۵]. بررسی ارتباط حضور آلل ها در میزان HDL-C و زیر گروه های آن نشان داده که حضور آلل E2 با افزایش میزان HDL-C و HDL2 ارتباط دارد [۷، ۱۶]. در مطالعه ای که در کشور کره در این خصوص انجام گردیده این ارتباط در زنان آشکارتر بوده است. [۱۷، ۱۸]. حضور آلل E2 با افزایش میزان تری

ماخذ

- Mahley, R.W., Apolipoprotein E: cholesterol transport protein with expanding role in cell biology. *Science* 1988; 240(4852): 622-30.
- Utermann, G., et al., Apolipoprotein E phenotypes and hyperlipidemia. *Hum Genet* 1984; 65(3): 232-6.
- Davignon, J., R.E. Gregg, and C.F. Sing, Apolipoprotein E polymorphism and atherosclerosis. *Arteriosclerosis* 1988; 8(1): 1-21.
- Weintraub, M.S., S. Eisenberg, and J.L. Breslow, Dietary fat clearance in normal subjects is regulated by genetic variation in apolipoprotein E. *Journal of Clinical Investigation* 1987, 80(6): 1571-1577.
- Deiana, L., et al., Lack of influence of apolipoprotein E4 on lipoprotein levels in the island population of Sardinia. *Eur J Clin Invest* 1998. 28(4): 290-4.
- Aguilar, C.A., et al., The apolipoprotein E4 allele is not associated with an abnormal lipid profile in a Native American population following its traditional lifestyle. *Atherosclerosis* 1999; 142(2): 409-14.

7. Tan, C.E., et al., APOE polymorphism and lipid profile in three ethnic groups in the Singapore population. *Atherosclerosis* 2003; 170(2): 253-260.
8. Frikke-Schmidt, R., Context-dependent and invariant associations between APOE genotype and levels of lipoproteins and risk of ischemic heart disease: A review. *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation* 2000; 60(233): 3-25.
9. Azizi, F., et al., Cardiovascular risk factors in the elderly: the Tehran Lipid and Glucose Study. *J Cardiovasc Risk* 2003; 10(1): 65-73.
10. Miller, N.E., Associations of high-density lipoprotein subclasses and apolipoproteins with ischemic heart disease and coronary atherosclerosis. *Am Heart J* 1987; 113(2 Pt 2): 589-97.
11. Azizi, F., et al., Determinants of serum HDL-C level in a Tehran urban population: the Tehran Lipid and Glucose Study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2002; 12(2): 80-9.
12. Daneshpour, M.S., M. Hedayati, and F. Azizi, Hepatic lipase C-514T polymorphism and its association with high-density lipoprotein cholesterol level in; Tehran. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13(1): 101-3.
13. Daneshpour Maryam Sadat , H.M., Azizi Fereidoun TaqI B1/B2 and -629A/C cholesteryl ester transfer protein (CETP) gene polymorphisms and their association with CETP activity and high-density lipoprotein cholesterol levels in a Tehranian population. Part of the Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS). *Genetic and Molecular Biology* 2007; 30(4): 1039-1046.
14. Hallman, D.M., et al., The apolipoprotein E polymorphism: a comparison of allele frequencies and effects in nine populations. *Am J Hum Genet* 1991; 49(2): 338-49.
15. Daneshpour, M.S., et al., The allele frequency of Apolipoprotein E polymorphism in an Iranian population: Tehran Lipid and Glucose study. *pejouhesh dar pezeshek i*, 2007. under published.
16. Tian, Y., et al., Study on apoE gene polymorphism and subclasses of serum high density lipoprotein in type IV hyperlipidemia. *Chinese Journal of Medical Genetics* 2005; 22(1): 96-98.
17. Shin, M.H., et al., The effect of apolipoprotein E polymorphism on lipid levels in Korean adults. *Journal of Korean Medical Science* 2005; 20(3): 361-366.
18. Liberopoulos, E., et al., Apolipoprotein E polymorphism in northwestern Greece: frequency and effect on lipid parameters. *Ann Clin Lab Sci* 2004; 34(3): 347-54.
19. Corella, D., et al., Associations of LPL and APOC3 gene polymorphisms on plasma lipids in a mediterranean population: Interaction with tobacco smoking and the APOE locus. *Journal of Lipid Research* 2002; 43(3): 416-427.
20. Frikke-Schmidt, R., et al., Context-dependent and invariant associations between lipids, lipoproteins, and apolipoproteins and apolipoprotein E genotype. *Journal of Lipid Research* 2000; 41(11): 1812-1822.
21. Muros, M. and C. Rodri?iguez-Ferrer, Apolipoprotein E polymorphism influence on lipids, apolipoproteins and Lp(a) in a Spanish population underexpressing apo E4. *Atherosclerosis* 1996; 121(1): 13-21.

