

Взаимосвязь между восприятием собственного веса и психологическим дискомфортом

Association between weight perception and psychological distress

E.Atlantis and K.Ball

International Journal of Obesity, 2008, 32, 715-72

Хорошо известна этиологическая роль ожирения в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. В то же время взаимосвязь ожирения и депрессивных состояний требует дальнейшего изучения и должна получить более надежные доказательства. Поскольку депрессивные расстройства являются преобладающими в структуре психических заболеваний в высоко-развитых странах, то большинство исследований, касающихся ожирения и психических заболеваний, посвящено именно этому вопросу. Несмотря на большое количество научных публикаций, результаты их достаточно противоречивы.

Возможной причиной неоднозначных выводов является то, что именно восприятие собственного веса, а не наличие ожирения как такового, напрямую связано с развитием депрессивных состояний. Лица, страдающие ожирением, вне зависимости от возраста, испытывают дискомфорт, связанный с наличием избыточного веса. Результатом таких негативных психологических последствий могут стать депрессивные расстройства.

Хорошо известно, что определенная часть подростков, так же как часть взрослых мужчин и женщин, ошибочно считают свой вес избыточным. И наоборот, часть лиц, имеющих ожирение, считают, что их вес находится в пределах нормы. Наличие таких ошибок в восприятии собственного веса может объяснить часть противоречий, выявляемых при анализе научных публикаций, посвященных взаимосвязи ожирения и депрессии. Следует учитывать, что симптомы депрессии будут встречаться гораздо чаще среди больных ожирением, считающих свой вес избыточным, чем среди больных ожирением, считающих свой вес приемлемым.

Несколько исследований, проведенных ранее, подтверждают отчасти эту гипотезу. При обследовании подростков в Китае было показано, что наличие симптомов депрессии ассоциируется именно с восприятием собственного веса как избыточного. Сходные результаты были получены и при обследовании голландских подростков: была выявлена ассоциация между повышенной тревожностью и восприятием собственного веса, а не с реальными отклонениями массы тела от нормы. Данное исследование, проведенное австралийскими авторами, посвящено именно этому вопросу: насколько независимо друг

от друга реальная масса тела и восприятия собственного веса ассоциируются с наличием психологического дискомфорта во взрослой популяции.

Авторы статьи провели одномоментное популяционное исследование, на основе Австралийского национального исследования здоровья (2004–2005). Все данные были получены на основе анкетирования, в исследование вошли 17 253 человека. Состояние психологического дискомфорта оценивалось с использованием Шкалы психологического дискомфорта Кесслера (K10). Количество баллов по шкале K10 от 30 до 50 расценивалось как высокий уровень психологического дискомфорта, 20–29 баллов – как средний уровень, 10–19 – как низкий уровень.

С использованием многофакторного логистического регрессионного анализа были оценены отношения рисков для среднего и высокого уровней психологического дискомфорта с определением 95% доверительного интервала. Был проведен анализ взаимосвязи с реальным весом (нормальный вес, недостаток веса, избыточная масса тела или ожирение на основании ИМТ), восприятием собственного веса (недостаточный, избыточный, приемлемый), ошибочной оценкой собственного веса (несоответствие субъективной оценки ИМТ).

Субъективная оценка собственного веса как избыточного или недостаточного увеличивала риски средней (на 40 и 50% соответственно) и высокой (на 50 и 120% соответственно) степени психологического дискомфорта. В то же время, вес, определяемый объективно согласно ИМТ, и ошибочное восприятие собственного веса не были ассоциированы с повышением уровня психологического дискомфорта. Половая принадлежность, количество алкоголя, употребляемого в течение недели, и уровень образования также не оказались значимыми факторами.

Таким образом, субъективное восприятие собственного веса как избыточного или недостаточного является значимым фактором, вызывающим психологический дискомфорт, причем в одинаковой степени для мужчин и для женщин. Для изучения этой проблемы необходимы дальнейшие проспективные исследования, в том числе для ответа на вопрос о возможных вариантах коррекции негативных психологических последствий, связанных с весом.

Влияние гипокалорийной диеты и терапии сибутрамином на гормональные и метаболические показатели у женщин с синдромом поликистозных яичников: результаты рандомизированного исследования продолжительностью 24 недели

Effect of hypocaloric diet plus sibutramine treatment on hormonal and metabolic features in overweight and obese women with polycystic ovary syndrome: a randomized, 24-week study

D.Florakis, E.Diamanti-Kandarakis, I.Katsikis, G.P.Nassis, A.Karkanaki, N.Georgopoulos and D. Panidis

International Journal of Obesity, 2008, 32, 692-699

Синдром поликистозных яичников (СПЯ) – одно из наиболее распространенных эндокринных заболеваний у женщин репродуктивного возраста. Ожирение, преимущественно по абдоминальному типу, наблюдается примерно у половины женщин с СПЯ (от 10 до 75% по данным различных исследований). Сочетание ожирения и СПЯ сопровождается инсулинорезистентностью, нарушениями углеводного обмена, дислипидемией и повышенным уровнем андрогенов, связанным с низким содержанием секс-стероид связывающего глобулина (СССГ).

Снижение массы тела более чем на 5% от исходной увеличивает частоту овуляции, спонтанных беременностей, снижает риск невынашивания беременности, артериальной гипертензии и дислипидемии. Применение орлистата и метформина у женщин с СПЯ позволяет добиться снижения массы тела, снижения уровня андрогенов и улучшения метаболических показателей. В данной статье представлены результаты открытого рандомизированного исследования применения сибутрамина при СПЯ у женщин с ожирением и избыточной массой тела.

Исследование вошли 59 пациенток в возрасте от 18 до 39 лет с ИМТ > 27 кг/м². Диагноз СПЯ устанавливался при наличии нарушений менструального цикла по типу олигоменореи и гиперандрогении (индекс свободных андрогенов > 5).

Всем пациенткам было рекомендовано ограничение калорийности питания и прием сибутрамина в суточной дозе 10 мг в течение первого месяца исследования, затем пациентки были рандомизированы на группу, находящуюся только на гипокалорийной диете и группу, получающую сибутрамин в дополнении к гипокалорийному питанию. В начале исследования, а также спус-

тя 3 и 6 месяцев от начала лечения была проведена оценка композиционного состава тела, толерантности к глюкозе, уровня триглицеридов (ТГ), общего тестостерона, секс-стероид связывающего глобулина (СССГ).

Спустя 6 месяцев снижение массы тела наблюдалось в обеих группах, но было достоверно большим на фоне приема сибутрамина (в среднем на 15,4 кг и 11,1 кг соответственно, $p < 0,05$). В группе лечения сибутрамином снижение массы тела более чем на 10% от исходной удалось добиться в 81% случаев, в группе женщин, не получавших сибутрамин, клинически значимого снижения массы тела достигли 52,9% пациенток. Спустя 6 месяцев все женщины с исходно нарушенной толерантностью к глюкозе демонстрировали нормальные показатели в ходе ОГТТ. Уменьшение индекса свободных андрогенов, уменьшение площади под кривой уровня глюкозы и снижение уровня ТГ nonetheless были отмечены только в группе женщин, получавших сибутрамин.

Таким образом, в группе женщин, получавших сибутрамин, была отмечена более выраженная потеря массы тела, а также значимое снижение уровня андрогенов и улучшение показателей чувствительности к инсулину, по сравнению с женщинами, находившимися только на гипокалорийной диете. Возможными механизмами снижения инсулинорезистентности могут быть снижение общего тестостерона, индекса свободных андрогенов и уровня ТГ. Кроме того, назначение сибутрамина увеличивало приверженность пациенток рекомендациям по ограничениям в питании.

Переводы Н.В. Мазуриной

В журнале «ОЖИРЕНИЕ И МЕТАБОЛИЗМ» публикуются статьи, посвященные проблемам эпидемиологии, этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики метаболического синдрома, преимущественно характеризующегося ожирением, нарушениями углеводного обмена, дислипидемией, артериальной гипертензией. Редакция не рассматривает работы, оформленные не в соответствии с требованиями, а также работы, результаты которых уже были опубликованы в других изданиях. При направлении статьи в редакцию следует руководствоваться следующими правилами.

1. Статья должна быть напечатана и/или отформатирована в виде файла в формате с расширением DOC (Microsoft Word) через полнотонный интервал на бумаге формата A4 (210 x 297 мм), ориентация книжная (портрет). Размеры полей: верхнее – 25 мм, нижнее – 25 мм, левое – 35 мм, правое – 25 мм. При наборе на компьютере используется шрифт Times New Roman Cyr размером 14 пунктов, черного цвета, выравнивание по ширине. Интервалы между абзацами отсутствуют. Первая строка абзаца – отступ на 15 мм.
2. На 1-й странице указываются инициалы, фамилия автора, название статьи, полное название учреждения, из которого выходит статья, звание и ученая степень руководителя учреждения. В том случае, если авторы статьи работают в разных организациях, необходимо с помощью меток соотнести каждого автора с его организацией.
3. Статья визируется руководителем учреждения, к ней прилагается сопроводительное письмо на бланке учреждения, из которого выходит статья. Последняя страница текста статьи в обязательном порядке подписывается всеми авторами, с указанием имени, отчества и фамилии, почтового адреса, телефона и факса (служебного или домашнего) и/или адреса электронной почты.
4. Объем оригинальной работы не должен превышать 12 стр. машинописного текста, заметок из практики – 5, лекций – 15, обзора литературы – 20, рецензий, обсуждений и комментариев – 3. При подготовке обзоров статей рекомендуется ограничивать список литературы 50 источниками.
5. Объем графического материала – минимально необходимый. Если рисунки ранее уже публиковались, укажите оригинальный источник. Рисунки и схемы желательно дублировать в электронном виде (файлы с расширением TIFF, BMP, JPEG, PPT и др.). На отдельном листе прилагаются подрисовочные подписи в порядке нумерации рисунков. На обороте рисунка карандашом пишется порядковый номер, фамилия автора, название статьи и обозначения «верх», «низ».

Требования к рисункам, представленным на магнитных носителях

Черно-белые штриховые рисунки

Формат файла – TIFF (*.tif), любая программа, поддерживающая этот формат (Adobe PhotoShop, CorelDRAW, Adobe Illustrator и т.п.); режим – bitmap (битовая карта); разрешение – 600 dpi (пиксели на дюйм); серые заливки должны быть заменены на косую, перекрестную или иную штриховку или на черную заливку; рисунок должен быть обрезан по краям изображения и очищен от «пыли» и «царапин»; ширина рисунка – не более 180 мм, желательно не использовать ширину от 87 до 150 мм; высота рисунка – примерно не более 200 мм (с учетом запаса на подрисовочную подпись); размер шрифта подписей на рисунке – не менее 7 pt (7 пунктов); носители – floppy 3,5" (1,44 MB), Zip 100 MB, DD-ROM, CD-R, CD-RW.

Цветные изображения, фотографии и рисунки с серыми элементами

Платформа (компьютер) – IBM PC или совместимый; формат файла рисунка – TIFF (расширение *.tif), EPS; цветовая модель – CMYK; разрешение – более 300 dpi (пиксели на дюйм) или 119,975 пикселей на см; рисунок должен быть связан с публикацией; возможно использование сжатия LZW; не использовать цвета PANTONE; носители – Zip 100 MB, компакт диск CD-ROM. На отдельном листе прилагаются подрисовочные подписи в порядке нумерации рисунков. Каждый рисунок должен иметь общий заголовок и расшивку всех сокращений. В подписях к фотографиям необходимо указать степень увеличения, метод окраски (или импрегнации) препарата.

6. План построения оригинальных статей следующий: «Введение», «Материалы и методы», «Результаты», «Обсуждение» (допускается объединение двух последних разделов в один «Результаты и обсуждение»), «Выводы» (по пунктам) и «Список литературы».
7. В разделе «Материалы и методы» должна быть четко описана организация проведения данного исследования (дизайн). В частности, указывается вариант исследования: одномоментное (поперечное), продольное (проспективное или ретроспективное), случайный контроль. Должны быть описаны критерии включения в исследование и исключения из него (а не простое указание диагноза). Обязательно упоминание о наличии или отсутствии рандомизации (с указанием методики) при распределении пациентов по группам, а также о наличии или отсутствии маскирования («ослепления») при использовании плацебо и лекарственного препарата в клинических испытаниях. В этом разделе необходимо подробно описать использованную аппаратуру и диагностическую технику с указанием ее основной технической характеристики и производителя, а также названия коммерческих наборов для гормонального и биохимического исследования, с указанием их производителей и нормальных значений для отдельных показателей. При использовании общепринятых методов исследования на них необходимо привести соответствующие литературные ссылки. Необходимо указать точные международные названия всех использованных лекарств и хи-

мических веществ, дозы и способы применения (пути введения). Если в статье содержится описание экспериментов на человеке, необходимо указать, соответствовала ли их процедура стандартам этического комитета, несущего ответственность за эту сторону работы, или Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотру 1983 г.

8. Описание процедуры статистического анализа является неотъемлемым компонентом раздела «Материалы и методы», при этом саму статистическую обработку следует рассматривать не как вспомогательный, а как основной компонент исследования. Необходимо привести полный перечень всех использованных статистических методов анализа. Недопустимо использование фраз типа «использовались стандартные статистические методы», без их конкретного указания. Обязательно указывается принятый в данном исследовании критический уровень значимости «р» (например: «Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05»). В каждом конкретном случае желательно указывать фактическую величину достигнутого уровня значимости «р» для используемого статистического критерия (а не просто « $p < 0,05$ » или « $p > 0,05$ »). Кроме того, необходимо указывать конкретные значения полученных статистических критериев (например: критерий «Хи-квадрат» = 12,3; число степеней свободы $df=2$, $p=0,0001$).
9. Необходимо дать определение всем используемым статистическим терминам, сокращениям и символическим обозначениям. Например, M – выборочное среднее, m (SEM) – ошибка среднего, STD – выборочное стандартное отклонение, p – достигнутый уровень значимости. При использовании выражений типа $M \pm m$ необходимо указать значение каждого из символов, а также объема выборки (n). Если используемые статистические критерии имеют ограничения по их применению, укажите, как проверялись эти ограничения и каковы результаты этих проверок (например, при использовании параметрических методов необходимо указать, как подтверждался факт нормальности распределения выборки). Следует избегать неконкретного использования терминов, имеющих несколько значений (например, существует несколько вариантов коэффициента корреляции: Пирсона, Спирмена и др.). Средние величины не следует приводить точнее, чем на один десятичный знак по сравнению с исходными данными, среднеквадратичное отклонение и ошибку среднего – еще на один знак точнее. Если анализ данных производился с использованием статистического пакета программ, то необходимо указать название этого пакета и его версию.
10. Реферат, объемом не более 150 слов, должен обеспечить понимание главных положений статьи и того нового, что в ней содержится. Реферат представляется на двух языках: русском и английском. В реферате должны быть изложены цель исследования, основные процедуры (отбор объектов исследования; метод формирования групп – рандомизация, «ослепление» и т. д., основные результаты и выводы. Под рефератом после обозначения «ключевые слова» помещаются от 3 до 6 ключевых слов.
11. Таблицы должны иметь заголовки и четко обозначенные графы, удобные для чтения. Данные таблицы должны соответствовать цифрам в тексте. Не следует повторять в тексте все данные из таблиц и иллюстраций. Каждая таблица набирается на отдельной странице и печатается через 1,5 интервала.
12. Измерения приводятся по системе СИ и шкале Цельсия. Сокращения отдельных слов, терминов (кроме общепринятых) не допускаются. Не следует использовать аббревиатуры в названии статьи и в резюме. Полный термин, вместо которого вводится сокращение, должен предшествовать первому применению этого сокращения в тексте (если только это не стандартная единица измерения).
13. При составлении списка литературы необходимо руководствоваться требованиями ГОСТ 7.1–84 (Библиографическое описание документа: Общие требования и правила составления. – М.: Изд-во стандартов, 1984). Сокращенные названия журналов должны соответствовать общепринятому списку сокращений ВИНТИ. Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках номерами в соответствии с приставленным списком литературы, в котором перечисляются в алфавитном порядке (сначала отечественные, затем зарубежные).
14. В списке цитируемой литературы указываются: а) для книг – фамилия и инициалы автора, полное название работы, место и год издания, страницы «от» и «до»; б) для журнальных статей – фамилия и инициалы автора, полное название статьи, название журнала, год, том, номер, страницы «от» и «до»; в) для диссертаций – фамилия и инициалы автора, докторская или кандидатская, полное название работы, год, место издания.
15. Редакция оставляет за собой право редактирования статей, а также изменения стиля оформления, не оказывающих влияние на содержание. Кроме того, редакция может потребовать от автора предоставления исходных данных, с использованием которых были получены описываемые в статье результаты, для оценки редактором или рецензентом степени соответствия исходных данных и содержания статьи.

**Оформить подписку на журнал можно в любом почтовом отделении связи.
Индекс издания – 18351**

Статьи следует направлять по адресу:
117036, Москва, ул. Дм. Ульянова, 11
Редакция журнала «Ожирение и Метаболизм»
Тел.: 8 (499) 124-41-01, 8 (499) 124-47-31.
E-mail: metabol@endocrincentr.ru