

مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی شانزدهم، شماره‌ی ۳، صفحه‌های ۱۷۴ - ۱۶۵ (مرداد - شهریور ۱۳۹۳)

ارتباط بین نمایه *Conicity*، اندازه‌ی دور کمر، نمایه‌ی توده‌ی بدن و فعالیت بدنی با پیراسنج‌های لیپیدی خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر تهران

معصومه رفیعی^۱، گیتی ستوده^۲، محمود جلالی^۱، محمدرضا اشراقیان^۲، مرجان قانع بصیری^۱، روناک نیک بزم^۱،
فاطمه جوادی^۱، ندا نور شاهی^۱، دکتر فریبا کوهدانی^۱

۱) گروه تغذیه سلولی - مولکولی، دانشکده‌ی علوم تغذیه و رژیم‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران، ۲) گروه تغذیه‌ی جامعه،
دانشکده‌ی علوم تغذیه و رژیم‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳) گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم
پزشکی تهران، ۴) گروه تغذیه‌ی بالینی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول: تهران،
گروه تغذیه سلولی - مولکولی، دانشکده علوم تغذیه و رژیم‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دکتر فریبا کوهدانی؛
e-mail: fkoohdan@tums.ac.ir

چکیده

مقدمه: بیماری‌های قلبی - عروقی عامل اصلی مرگ در بیماران دیابتی هستند و اختلالات لیپیدی یکی از اصلی‌ترین عوامل خطر آن می‌باشند. هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط نمایه‌ی *Conicity* (CI)، نمایه‌ی توده‌ی بدن (BMI)، دور کمر (WC) و فعالیت بدنی با سطح لیپیدی، و نیز تعیین بهترین اندازه‌ی تن‌سنجی پیش‌بینی‌کننده‌ی اختلالات لیپیدی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ بود. مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی مقطعی حاضر روی ۷۰۰ بیمار دیابتی نوع ۲ انجام گردید. وزن، قد، BMI، WC، CI و فعالیت بدنی برای هر فرد اندازه‌گیری شد. تری‌گلیسرید (TG)، کلسترول تام (TC)، کلسترول - HDL (HDL-C) و کلسترول - LDL (LDL-C) ناشتا سرمی اندازه‌گیری شد. یافته‌ها: به طور کلی ۹۷٪ مردان و ۹۵٪ زنان CI غیر طبیعی، ۸۴/۵٪ نمایه‌ی توده‌ی بدن بیش از ۲۵، ۵۵/۳٪ از مردان و ۸۸/۵٪ از زنان چاقی شکمی داشتند. افزایش چارک CI با افزایش معنی‌دار TG، TC و کلسترول - LDL و کاهش معنی‌دار کلسترول - HDL همراه بود. BMI با کلسترول - LDL و WC با TG و کلسترول - HDL / کلسترول - LDL همبستگی مستقیم و معنی‌داری را نشان دادند. فعالیت بدنی در کل جمعیت با کلسترول - HDL همبستگی مثبت و معنی‌دار و با BMI، WC، CI و LDL/HDL همبستگی منفی و معنی‌داری داشت. نتیجه‌گیری: BMI، CI، دور کمر و میزان فعالیت بدنی همبستگی مستقیم و معنی‌داری با اختلالات لیپیدی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ دارند. هیچ‌یک از اندازه‌های تن‌سنجی ارتباط بیشتری را با اختلالات لیپیدی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ نداشتند. از این اندازه‌ها می‌توان در پیش‌بینی خطر اختلالات لیپیدی در بیماران دیابتی نوع ۲ استفاده نمود.

واژگان کلیدی: چاقی، نمایه *Conicity*، اختلالات چربی خون، دیابت نوع ۲

دریافت مقاله: ۹۲/۱۰/۳ - دریافت اصلاحیه: ۹۲/۳/۲۷ - پذیرش مقاله: ۹۲/۳/۳

مقدمه

نظیر دیابت نوع دو، فشار خون بالا، اختلالات چربی خون و هم‌چنین مرگ و میر ناشی از آن‌ها به شمار می‌روند. انجمن قلب آمریکا چاقی و کم‌ تحرکی را به عنوان مهم‌ترین عوامل خطر قابل پیشگیری اختلالات چربی خون و به دنبال آن

بر اساس پژوهش‌های اخیر چاقی و کم تحرکی دو عامل مهم و تاثیرگذار بر عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی

نمایه Conicityⁱⁱⁱ (CI) است. این نمایه ارتباط نزدیکی با اندازه‌ی دور کمر و چاقی شکمی دارد.^{۱۵} CI امکان تشخیص مقادیر زیاد و کم بافت چربی در افراد را امکان پذیر می‌سازد.^{۱۶} در پژوهش‌های اخیر از CI برای سنجش وضعیت چاقی و ارتباط آن با عوامل خطر ساز بیماری‌های قلب و عروق استفاده می‌شود که در بسیاری از بررسی‌ها به عنوان نمایه‌ی برتر در مقایسه با دیگر نمایه‌های چاقی شکمی، به ویژه دور کمر و نسبت دور کمر به دور باسن در نظر گرفته شده است.^{۱۷} در جمعیت آمریکایی - آفریقایی CI در زنان رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری با مقدار تری‌گلیسرید و در مردان رابطه معکوس و معنی‌داری با کلسترول - HDL خون داشت.^{۱۸} یافته‌های این پژوهش همراه با نتایج بسیاری از مطالعات دیگر ارزش تشخیصی بهتر نمایه‌های مرتبط با چربی احشایی (شکمی) را در مقایسه با چربی کل (BMI) در برآورد خطر بیماری‌های ناشی از چاقی نشان می‌دهند.^{۱۹} علاوه بر چاقی، تغییر شیوه‌ی زندگی به سمت ماشینی شدن و کاهش فعالیت بدنی از عوامل مهم و تاثیر گذار بر اختلالات چربی خون به حساب می‌آیند.^{۲۰} پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که بین فعالیت بدنی منظم و بهبود سطح لیپیدی، و نیز کاهش بیماری‌های قلب و عروقی ناشی از آن ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد.^{۲۱} بر اساس پژوهش انجام شده به منظور تعیین شیوع سندرم متابولیک و عوامل مرتبط با آن در بزرگسالان مشاهده گردید که اندازه‌ی دور کمر، نمایه‌ی توده‌ی بدن و میزان فعالیت بدنی با سطح سرمی لیپیدها به ویژه تری‌گلیسرید و کلسترول تام ارتباط دارند.^{۲۲} تیونی^{iv} و همکاران در یک بررسی کوهورت نشان دادند افزایش فعالیت بدنی با کاهش بیشتر سطح کلسترول تام و تری‌گلیسرید، و همچنین افزایش بیشتر کلسترول - HDL در مردان نسبت به زنان همراه است. ایشان این تفاوت جنسیت روی تغییرات سطح لیپیدی - لیپوپروتئینی را به انجام فعالیت‌های متنوع‌تر در مردان نسبت به زنان نسبت دادند.^{۲۳} از سوی دیگر Greene و همکاران نشان دادند فعالیت بدنی با کاهش کلسترول - LDL و کلسترول - HDL/کلسترول تام به ترتیب در زنان و مردان همراه است،^{۲۴} اما برخی از بررسی‌ها هیچ تفاوت مرتبط با جنس در پاسخ فعالیت بدنی به سطح لیپیدی - لیپوپروتئینی را مشاهده نکردند.^{۲۵} با توجه به این‌که هیچ توافقی روی سازوکار اثرات جنس بر پاسخ فعالیت بدنی به

بیماری‌های قلبی - عروقی در نظر گرفته‌اند.^۲ اختلالات لیپیدی از شایع‌ترین علل در بروز بیماری‌های قلبی - عروقی به شمار می‌روند، به طوری که ۳۸٪ از کل مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی در آمریکا به سبب اختلالات چربی خون می‌باشند.^۲ نمایه‌ی توده‌ی بدنⁱ (BMI) معیار اندازه‌گیری چاقی عمومی است که ارتباط مثبت و قوی با بیماری‌های عروق کرونر، دیابت و اختلالات لیپیدی دارد.^۴ از BMI بیشتر در مطالعات بزرگ اپیدمیولوژی برای اندازه‌گیری اندازه‌ی بدن و تخمین شیوع چاقی استفاده می‌شود، ولی برای نشان دادن چگونگی توزیع چربی بدن و چاقی شکمی (احشایی) کاربردی ندارد.^۵ اندازه دور کمر (WC) یکی از روش‌های آسان و کاربردی به منظور تخمین چربی احشایی است.^۶ بررسی‌های مختلف نشان داده‌اند چربی احشایی نسبت به کل بافت چربی رابطه‌ی مثبت و قوی‌تری با اختلالات لیپیدی دارد.^۷ همچنین، مشاهده شده چاقی شکمی بیشتر از چاقی عمومی در سبب شناسی بیماری‌های عروق کرونر و افزایش چربی خون نقش دارد.^۸ بنابراین، امروزه در پژوهش‌های بالینی علاوه بر BMI از اندازه دور کمر برای سنجش چاقی و ارزیابی عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی به ویژه اختلالات چربی خون استفاده می‌شود.^۹ از سوی دیگر، برخی مطالعات تفاوت‌های موجود در دو جنس پیرامون ارتباط اندازه‌های چاقی عمومی (BMI) و شکمیⁱⁱ (WC) را با عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی به ویژه اختلالات چربی خون نشان داده‌اند.^{۱۰} در این راستا برخی مطالعات کوهورت گزارش کرده‌اند که اندازه مرتبط با چاقی مرکزی نظیر WC در مقایسه با BMI ارتباط قوی‌تری با اختلالات چربی خون در زنان دارند، ولی در این باره رابطه‌ای در مردان مشاهده نشد.^{۱۱} از سوی دیگر به تازگی در مطالعه‌ی متاآنالیزی که شامل بررسی ۳۲ مقاله بود، هیچ تفاوتی بین اندازه‌های BMI و WC در ارتباط با خطر اختلالات چربی خون در هیچ‌کدام از دو جنس مشاهده نگردید.^{۱۲} سازوکاری که توضیح‌دهنده‌ی علت تفاوت‌های جنسی در مورد نقش اندازه‌های مرتبط با چاقی عمومی و شکمی در پیش‌بینی خطر اختلالات چربی خون باشد، هنوز به طور کامل مشخص نگردیده، ولی برخی آن را به تفاوت در آناتومی، فیزیولوژی، سوخت و ساز و هورمون‌های جنسی نسبت می‌دهند.^{۱۳،۱۴} نمایه‌ی تن‌سنجی دیگری که اهمیت دارد،

iii -Conicity Index
iv - Thune

i -Body Mass Index
ii - Waist Circumference

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعه‌ی مقطعی بود و روی ۷۰۰ فرد مبتلا به دیابت نوع ۲ در محدوده‌ی سنی ۶۵-۳۵ سال، صورت گرفت. زنان باردار، شیرده و افرادی که در طی ۶ ماه گذشته از انسولین استفاده کرده بودند، از پژوهش حذف گردیدند. بیماران به صورت نمونه‌گیری تصادفی از مراکز بهداشتی - درمانی شهر تهران و انجمن‌های دیابت ایران و گابریک انتخاب شدند. برای هر فرد پرسش‌نامه‌ی ویژگی‌های عمومی و میزان فعالیت بدنی تکمیل شد. فعالیت بدنی با استفاده از پرسش‌نامه‌ی ثبت روزانه فعالیت METⁱⁱ بر حسب ساعت در روز که پایایی و روایی آن در ایران تایید گردیده، اندازه‌گیری و ثبت شد.^{۲۹} وزن با دقت ۱۰۰ گرم با کمینه لباس، بدون کفش با استفاده از ترازوی شاهین‌دار سکا (ساخت آلمان) و قد بدون کفش در حالت ایستاده، در حالی‌که تمام بدن در یک راستا باشد، با کمک قد سنج سکا (ساخت آلمان) با دقت ۰/۵ سانتی‌متر اندازه‌گیری و ثبت شد. دور کمر نیز با استفاده از متر نواری غیر قابل ارتجاع و در وسط فاصله بین آخرین دنده و تاج استخوان خاصره اندازه‌گیری شد. BMI از تقسیم وزن (کیلوگرم) بر مجذور قد (متر مربع) محاسبه گردید. CI نیز از فرمول زیر به دست آمد^{۱۹}:

$$\text{Conicity} = \frac{\text{دور کمر (متر)}}{0.109 \sqrt{\frac{\text{قد (متر)}}{\text{وزن (کیلوگرم)}}}}$$

خون‌گیری پس از ۱۲ ساعت ناشتایی شبانه در شرایط آزمایشگاهی به مقدار ۱۰ میلی‌لیتر و از ورید دست چپ افراد شرکت‌کننده انجام شد. نمونه‌های خون با قرار گرفتن در درجه حرارت اتاق و در محیط آزمایشگاه منعقد، و پس از طی زمان انعقاد با سرعت ۴۵۰۰ دور در دقیقه به مدت ۱۵ دقیقه در دمای محیط سانتریفوژ شدند. سرم با دقت جدا و تمام نمونه‌ها تا زمان انجام آزمایش در درجه حرارت ۸۰- درجه‌ی سانتی‌گراد نگهداری شدند. به منظور اندازه‌گیری پیراسنج‌های لیپیدی، سرم‌ها از فریزر خارج و در دمای

اختلالات چربی خون وجود ندارد، اما تفاوت در توزیع چربی بدن و هورمون‌های جنسی می‌تواند تا حدودی توجیه‌کننده‌ی آن باشد.^{۲۴} بنابراین با در نظر گرفتن اهمیت این موضوع که تفاوت‌های جنسی می‌توانند ارتباط اندازه‌های تن‌سنجی و فعالیت بدنی را با خطر اختلالات چربی خون تحت تاثیر قرار دهند، تجزیه و تحلیل جداگانه در هر یک از دو جنس ضروری به نظر می‌رسد. بیشتر بیماران دیابتی به سبب تغییر در هموستاز چرخه‌ی انسولین - گلوکز دچار تغییرات نامطلوب سطح لیپیدی و لیپوپروتئینی می‌شوند.^{۲۶} از شایع‌ترین اختلالات، کاهش کلسترول - HDL و افزایش تری‌گلیسرید است، به طوری‌که ۱ نفر از ۲ زن و ۱ نفر از ۴ مرد دیابتی را درگیر می‌سازد.^{۲۷} از سوی دیگر بر اساس آمارهای سازمان جهانی بهداشت^۱، مرگ‌ها در بیماران مبتلا به دیابت ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی است که اختلالات چربی خون مهم‌ترین عامل خطر این بیماری‌ها محسوب می‌شوند.^۲ با توجه به این نکته که اندازه‌های تن‌سنجی مرتبط با چاقی شکمی و عمومی به عنوان یک راه عملی و آسان در پیش‌بینی خطرات بیماری‌های قلبی - عروقی و اختلالات چربی خون به حساب می‌آیند،^{۲۸} پژوهش حاضر با هدف ارزیابی همه جانبه و دقیقی در ارتباط سه اندازه مرتبط با چاقی شامل BMI، WC و CI، و نیز فعالیت بدنی به عنوان عوامل مرتبط و پیشگویی‌کننده در زمینه‌ی خطر اختلالات چربی خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. از آن جا که مقاومت به انسولین و متفاوت بودن سوخت و ساز لیپوپروتئین‌ها در بیماران مبتلا به دیابت وجود دارد، این احتمال مطرح می‌گردد که یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در افراد غیردیابتی را نتوان به آنان تعمیم داد. بنابراین، با توجه به نبود تحقیقات مرتبط با اندازه‌های تن‌سنجی به ویژه CI و فعالیت بدنی به عنوان عوامل پیشگویی‌کننده و تاثیرگذار خطر اختلالات چربی خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در ایران، پژوهش حاضر دارای اهمیت می‌باشد. همچنین هنوز به طور کامل مشخص نیست کدام یک از اندازه‌های تن‌سنجی مرتبط با چاقی، ارتباط بهتر و قوی‌تری با خطر اختلالات لیپیدی - لیپوپروتئینی در مردان و زنان دارند، بنابراین بررسی حاضر ضروری به نظر می‌رسد.

بررسی همبستگی و مقایسه‌ی میانگین‌ها در هر دو جنس استفاده شد. تفاوت میانگین لیپیدها و لیپوپروتئین‌های سرم در چارک‌های CI و فعالیت بدنی با استفاده از آنالیز کوواریانس و با تعدیل اثرات سن، جنس، BMI و سیگار ارزیابی شدند.

یافته‌ها

تعداد ۷۰۰ فرد مبتلا به دیابت نوع ۲ وارد مطالعه شدند که از این تعداد ۳۹/۴٪ (۲۷۶ نفر) مرد بودند. میانگین سنی کل افراد شرکت کننده ۵۳/۹±۶/۵ سال بود. میانگین و انحراف معیار یافته‌های تن‌سنجی، آزمایشگاهی و سطح فعالیت بدنی افراد مبتلا به دیابت در جدول ۱ ارائه شده است.

محیط رفع انجام شدند. سطح کلسترول خون ناشتا با استفاده از کیت اندازه‌گیری کلسترول سرم شرکت پارس - آزمون با روش فتومتری CHOD/PAP و سطح تری‌گلیسرید نیز با استفاده از کیت اختصاصی این شرکت با روشی مشابه GPO/PAP اندازه‌گیری شدند. سطح کلسترول - LDL و کلسترول - HDL براساس دستورالعمل‌های کیت‌های آزمایشگاهی در آزمایشگاه واجد گواهی استاندارد انجام گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. تمام متغیرهای کمی بصورت میانگین و انحراف معیار گزارش شدند. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف سنجیده شد. در مورد متغیرهایی که توزیع نرمال نداشتند از لگاریتم آن‌ها که دارای توزیع نرمال بود، استفاده گردید. از ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تی به ترتیب برای

جدول ۱- مقایسه‌ی ویژگی‌های تن‌سنجی، بیوشیمیایی و سطح فعالیت بدنی افراد مبتلا به دیابت نوع دو بر حسب جنس*

مقدار P [†]	مقادیر			متغیرها
	کل	زن (۴۲۴ نفر)	مرد (۲۷۶ نفر)	
۰/۵	۵۳/۹ ± ۶/۵	۵۳/۸ ± ۶/۵	۵۴/۱ ± ۶/۶	سن (سال)
۰/۰۰۱	۷۶/۶ ± ۱۳/۸	۷۳/۱ ± ۱۳/۴	۸۱/۷ ± ۱۳/۵	وزن (کیلوگرم)
۰/۰۰۱	۱۶۱/۲ ± ۲۰/۹	۱۵۶/۷ ± ۶/۳	۱۶۸/۱ ± ۸/۶	قد (سانتی‌متر)
۰/۰۰۱	۱/۵ ± ۰/۲	۱/۴۸ ± ۰/۲	۱/۵۶ ± ۰/۱	نمایه Conicity
۰/۰۱	۲۹/۵ ± ۴/۶	۲۹/۷ ± ۴/۹	۲۸/۸ ± ۴/۱	نمایه‌ی توده‌ی بدن (کیلوگرم/مترمربع)
۰/۰۰۱	۹۲/۳۵ ± ۱۰/۶	۹۰/۵ ± ۱۰/۶	۹۵/۳ ± ۹/۹	دور کمر (سانتی‌متر)
۰/۷	۳۷/۸ ± ۵/۵	۳۷/۷ ± ۴/۸	۳۷/۸ ± ۶/۳	فعالیت بدنی (معادل متابولیک/هفته)
۰/۵	۱۵۴ ± ۶۶/۴	۱۵۶/۴ ± ۶۹/۸	۱۵۲/۵ ± ۷۰/۵	تری‌گلیسرید (میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر)
۰/۵	۱۰۸ ± ۳۵/۱	۱۰۹/۸ ± ۳۶/۴	۱۸۰/۲ ± ۳۲/۶	کلسترول - LDL (میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر)
۰/۰۰۱	۵۳ ± ۱۱/۸	۵۵ ± ۱۱/۳	۴۹/۸ ± ۱۱/۶	کلسترول - HDL (میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر)
۰/۰۱	۱۹۳/۶ ± ۶۰/۹	۱۹۶/۹ ± ۶۴/۷	۱۸۵/۲ ± ۵۱/۷	کلسترول تام (میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر)

* مقادیر به صورت میانگین±انحراف معیار بیان شده‌اند، † از آزمون تی مستقل استفاده و مقدار P<۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شده است.

(BMI≥۳۰) به ترتیب در مردان ۵۱/۸ و ۳۲/۲٪ و در زنان ۳۸/۸ و ۴۴/۷٪ بود. جدول ۲ نمایانگر ماتریکس ارتباطی متغیرهای تن‌سنجی، فعالیت بدنی و لیپیدها و لیپوپروتئین‌ها بر حسب جنس افراد شرکت کننده در پژوهش می‌باشد.

پژوهش‌های زیادی مقادیر بالای ۱/۲۵ و ۱/۱۸ را به ترتیب در مردان و زنان به عنوان مقادیر غیر نرمال CI می‌دانند،^{۳۰} براساس این نقاط برش مشخص گردید ۹۷٪ مردان و ۹۵٪ زنان جمعیت مورد مطالعه دارای CI غیر نرمال بودند. شیوع اضافه وزن (BMI: ۲۵-۲۹/۹) و چاقی

جدول ۲ - همبستگی بین اندازه‌های تن‌سنجی، فعالیت بدنی و سطح لیپیدی خون در افراد مبتلا به دیابت نوع دو

ویژگی‌ها	مرد				زن				کل			
	PA [§]	CI [‡]	WC [†]	BMI [*]	PA	CI	WC	BMI	PA	CI	WC	BMI
BMI (کیلوگرم/متر مربع)	-	۰/۷۷ [¶]	۰/۷۷ [¶]	-	-۰/۱۹ [¶]	۰/۷۰ [¶]	۰/۷۲ [¶]	-	-۰/۱۴ [¶]	۰/۰۵	۰/۶۹ [¶]	-
WC (سانتی‌متر)	-	۰/۷۶ [¶]	-	۰/۷۲ [¶]	-	۰/۷۰ [¶]	-	۰/۶۹ [¶]	۰/۷۴ [¶]	-	-	۰/۶۹ [¶]
Conicity نمایه	-	۰/۷۶ [¶]	۰/۷۶ [¶]	۰/۰۵	-	۰/۷۰ [¶]	۰/۰۵	۰/۱۰ [¶]	-	۰/۷۴ [¶]	۰/۱۰ [¶]	۰/۱۰ [¶]
تری‌گلیسرید (میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر)	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۱۴ [¶]	۰/۱۶ [¶]	۰/۱۷ [¶]	۰/۰۶	۰/۱۲ [¶]	۰/۰۵	۰/۰۸ [¶]	۰/۰۶
کلسترول تام (میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر)	۰/۱۸ [¶]	۰/۱۸ [¶]	۰/۱۷ [¶]	۰/۰۶	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۵
کلسترول - HDL (میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر)	-	۰/۰۱	-	۰/۰۵	-	-	-	۰/۰۳	-	-	-	-
کلسترول - LDL (میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر)	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۱	۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۰۹ [¶]	۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۰۷	۰/۰۹ [¶]
LDL/HDL	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۵	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۵

* BMI: نمایه توده‌ی بدن، † WC: دور کمر، ‡ CI: نمایه Conicity، § PA: فعالیت فیزیکی، ¶ مقدار $P < 0.05$ از نظر آماره معنی‌دار است.

یافته‌ها در کل جمعیت حاکی از آن است که بین BMI و کلسترول - LDL ($P=0.04$ و $r=0.09$)، دور کمر و تری‌گلیسرید ($P=0.04$ و $r=0.08$)، کلسترول - HDL/کلسترول - LDL ($P=0.03$ و $r=0.11$) و CI با HDL/کلسترول - LDL ($P=0.05$ و $r=0.10$) ارتباط ضعیف مثبت و معنی‌داری وجود داشت. همچنین، ارتباط ضعیف منفی و معنی‌داری بین کلسترول - HDL سرم با WC ($P=0.01$) و CI ($r=-0.10$ و $P=0.002$) مشاهده شد. به دست آمد. نمایه‌های دور کمر و CI در مردان با کلسترول تام و در زنان با تری‌گلیسرید ارتباط مثبت و معنی‌داری نشان دادند ($P < 0.05$). BMI در مردان با کلسترول - LDL و در زنان با تری‌گلیسرید همبستگی مثبت و معنی‌داری را نشان داد ($P < 0.05$). BMI با دور کمر ($P=0.01$ و $r=0.69$) و دور کمر با CI ($P=0.01$ و $r=0.74$) همبستگی قوی و معنی‌داری را نشان دادند. فعالیت بدنی در کل جمعیت به طور مثبت و معنی‌داری با کلسترول - HDL ($P=0.03$ و $r=0.09$) و نیز

به طور منفی و معنی‌داری با LDL/HDL ($P=0.04$) و $r=-0.09$) مرتبط بود. همچنین، همبستگی مثبت و معنی‌داری بین فعالیت بدنی با TG ($P=0.02$ و $r=-0.12$) و LDL/HDL ($P=0.04$ و $r=-0.10$) در زنان مشاهده شد، ولی در مردان هیچ ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. همچنین، هر سه نمایه‌ی تن‌سنجی (BMI، WC، CI)، ارتباط معکوس و معنی‌داری با میزان فعالیت بدنی داشتند ($P < 0.05$). مقایسه‌ی میانگین سرمی لیپیدها و لیپوپروتئین‌ها در چارک‌های CI بعد از تعدیل مخدوشگرها نشان داد که با افزایش چارک CI مقادیر TG، TC و کلسترول - LDL به طور معنی‌داری افزایش نشان دادند. در حالی‌که کلسترول - HDL سرم به صورت معنی‌داری کاهش نشان داد ($P < 0.05$) (جدول ۳). جدول ۴ نیز نشان‌دهنده‌ی میانگین و انحراف معیار لیپیدها و لیپوپروتئین‌های سرمی در چارک‌های فعالیت بدنی می‌باشد. یافته‌های این جدول نشان می‌دهد میانگین سطح تری‌گلیسرید سرم افراد در چارک اول فعالیت بدنی به

معنی‌داری بیشتر بود ($P < 0.01$). همچنین، در چارک چهارم میانگین کلسترول - HDL بیشتر و میانگین TG سرم کمتر از چارک‌های دیگر بود.

طور معنی‌داری بیشتر از چارک دوم ($P < 0.01$) و چهارم ($P < 0.01$) بود. میانگین سطح کلسترول - HDL سرم نیز در چارک چهارم فعالیت بدنی نسبت به اولین چارک به طور

جدول ۳- مقایسه‌ی مقادیر تعدیل شده پیراسنج‌های لیپیدی خون افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در چارک‌های نمایه Conicity

مقدار P [†]	نمایه Conicity (CI)			متغیرها
	مقادیر*			
	چارک چهارم	چارک دوم + چارک سوم	چارک اول	
۰/۰۴۸	۱۶۴/۶ ± ۸۰/۲	۱۵۴/۱ ± ۶۷	۱۴۰/۸ ± ۶۸/۹	تری‌گلیسرید (میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر)
۰/۰۴۹	۲۰۰/۵ ± ۶۳/۲	۱۹۱/۹ ± ۶۸/۲	۱۸۸/۷ ± ۵۶/۱	کلسترول تام (میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر)
۰/۰۰۱	۵۲/۲ ± ۱۱/۸	۵۱/۷ ± ۱۱/۵	۵۷/۷ ± ۱۰/۸	کلسترول - HDL (میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر)
۰/۰۰۶	۱۱۵/۱ ± ۳۵/۶	۱۱۳/۳ ± ۴۰/۷	۱۰۶/۱ ± ۳۳/۲	کلسترول - LDL (میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر)
۰/۲۵	۲/۲ ± ۰/۶۱	۲/۱ ± ۰/۶۰	۲/۰۱ ± ۰/۷۱	LDL/HDL

* مقادیر به صورت میانگین ± انحراف معیار بیان شده‌اند، † مقدار P به دست آمده از آزمون آنالیز کوواریانس با تعدیل اثر سن، جنس، BMI و سیگار می‌باشد و $P < 0.05$ معنی‌دار در نظر گرفته شده است.

جدول ۴- مقایسه‌ی مقادیر تعدیل شده پیراسنج‌های لیپیدی خون بر اساس چارک‌های فعالیت بدنی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲

مقدار P [†]	فعالیت بدنی				متغیرها
	مقادیر*				
	چارک چهارم	چارک سوم	چارک دوم	چارک اول	
< ۰/۰۱	۱۴۵/۴ ± ۵۹/۰۴	۱۶۰/۷ ± ۷۲/۰۵	۱۴۷/۸ ± ۶۵/۱	۱۶۷/۹ ± ۷۰/۷ ^{‡§}	تری‌گلیسرید (میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر)
۰/۴	۱۹۰/۹ ± ۵۹/۴۲	۱۸۸/۱ ± ۵۰/۲۱	۱۹۱/۱ ± ۶۰/۸	۱۹۸/۳ ± ۶۸/۸	کلسترول تام (میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر)
< ۰/۰۱	۵۵/۱ ± ۱۲/۵	۵۲/۹۵ ± ۱۰/۴۱	۵۲/۷۳ ± ۱۱/۷	۵۱/۴۸ ± ۱۲/۱ [†]	کلسترول - HDL (میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر)
۰/۸	۱۰۸/۷ ± ۳۶/۰۲	۱۰۹/۵ ± ۳۱/۳۰	۱۰۸/۴ ± ۳۴/۷	۱۰۹/۵ ± ۳۷/۲	کلسترول - LDL (میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر)
۰/۰۷	۲/۰۴ ± ۰/۶	۲/۱۲ ± ۰/۵۹	۲/۰۸ ± ۰/۵۵	۲/۱۷ ± ۰/۶۴	LDL/HDL

* مقادیر به صورت میانگین ± انحراف معیار بیان شده‌اند، † مقدار P با استفاده از آزمون آنالیز کوواریانس با تعدیل اثر سن، جنس، BMI و سیگار به دست آمد و مقدار $P < 0.05$ از نظر آماری معنی‌دار است، ‡ $P < 0.01$ در مقایسه با چارک دوم، § $P < 0.01$ در مقایسه با چارک چهارم

بحث

داد. همچنین، مشاهده گردید سطح سرمی TG و کلسترول - HDL در چارک چهارم فعالیت بدنی نسبت به چارک اول به طور معنی‌داری به ترتیب کمتر و بیشتر است. در این مطالعه بین BMI و کلسترول - LDL نیز همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت. اندازه WC نیز به طور مثبت معنی‌دار با TG و کلسترول - HDL/کلسترول - LDL و به طور منفی و معنی‌دار با کلسترول - HDL همبستگی نشان داد. بنابراین، بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر اگرچه هر سه اندازه‌های مرتبط با چاقی شکمی (WC و CI) و عمومی (BMI)، و نیز فعالیت بدنی با بسیاری از لیپیدها و لیپوپروتئین‌های سرمی در کل جمعیت به طور معنی‌داری مرتبط هستند، ولی ضریب همبستگی آن‌ها از لحاظ آماری بسیار پایین و حاکی از همبستگی ناقص و ضعیف بین آن‌ها می‌باشد، اما به دلیل حجم نمونه‌ی بالا این مقادیر کم هم قابل

در پژوهش حاضر ارتباط نمایه‌های تن‌سنجی و میزان فعالیت بدنی را با پیراسنج‌های لیپیدی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد با افزایش چارک CI سطح سرمی TG، TC و HDL/HDL به طور معنی‌داری افزایش و کلسترول - HDL سرم کاهش می‌یابد. همچنین، یافته‌های بررسی‌ها در کل جمعیت حاکی از همبستگی مثبت و معنی‌دار CI با کلسترول - HDL/کلسترول - LDL و همبستگی منفی با کلسترول - HDL بود. فعالیت بدنی در جمعیت مورد مطالعه همبستگی معکوس و معنی‌داری را با هر سه اندازه تن‌سنجی (WC, BMI, CI) و سطح سرمی کلسترول - HDL/کلسترول - LDL و همبستگی مثبت معنی‌داری با کلسترول - HDL نشان

برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند چربی کل بدن و یا اندازه BMI نسبت به توزیع نامناسب چربی بدن که با اندازه WC سنجیده می‌شود، پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی‌تری برای اختلالات لیپیدی خون می‌باشد.^{۴۵،۴۶} با توجه به متفاوت بودن توزیع چربی در زنان و مردان به این صورت که چربی احشایی در مردان و چربی زیر پوستی در زنان غالب است، انتظار می‌رود اندازه‌های دور کمر در مردان و BMI در زنان بیشترین همبستگی را با اختلالات لیپیدی خون داشته باشند.^{۴۷} در این راستا پژوهش دالتون و همکاران نشان داد ارتباط قوی بین BMI و پیراسنج‌های لیپیدی خون (کلسترول - HDL و کلسترول - LDL) در مقایسه با اندازه‌ی WC فقط در زنان وجود داشت، ولی در مردان این ارتباط مشاهده نشد.^۴ تجزیه و تحلیل داده‌ها روی زنان در پژوهش حاضر نیز نشان داد تنها بین تری‌گلیسرید و اندازه‌های تن‌سنجی مورد بررسی (BMI، دور کمر و CI) همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. این یافته‌ها برتری هیچ‌کدام از اندازه‌های تن‌سنجی را در ارتباط با اختلالات لیپیدی در زنان نشان ندادند، در حالی‌که مطالعه مورریا - آندرس^۷ و همکاران همکاران با پژوهش حاضر ناهمسو بود و گزارش کردند از بین اندازه‌های تن‌سنجی BMI و دور کمر و CI، تنها همبستگی مثبت و معنی‌داری بین دور کمر با کلسترول - LDL در زنان ۵۰-۲۰ ساله وجود داشت.^{۴۸} در بررسی دیگری Ciampelli و همکاران دریافتند که هر دو اندازه‌ی BMI و دور کمر با کلسترول - LDL و تری‌گلیسرید در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (PCOS) مرتبط است.^{۴۹} در مردان طی پژوهش حاضر، BMI با کلسترول - LDL و دور کمر، و CI با TC همبستگی مثبت و معنی‌داری را نشان داد. بنابراین هیچ‌یک از اندازه‌های تن‌سنجی برتری در نشان دادن اختلالات لیپیدی در زنان و مردان نیز نداشتند. از دلایل عدم برتری اندازه‌ها در پیش‌بینی اختلالات چربی خون در زنان و مردان مبتلا به دیابت پژوهش حاضر می‌توان به شیوع بالای هر دو چاقی شکمی و عمومی در آنان اشاره نمود. یافته‌های بررسی حاضر با مطالعات برتولی^{۷۱} و همکاران مشابه بود.^{۵۰} ونکاترامان^{۷۱} و همکاران در مطالعه‌ای که با هدف تعیین ارتباط اندازه‌های تن‌سنجی مرتبط با چاقی عمومی و شکمی با پیراسنج‌های لیپیدی خون در مردان

توجیه اند. با این حال یافته‌های به دست آمده اهمیت چاقی و تجمع چربی به ویژه در ناحیه‌ی شکمی بدن و کم تحرکی مرتبط با اختلالات چربی خون را در بیماران دیابتی نشان می‌دهند. تفاوتی در توانایی اندازه‌های تن‌سنجی در نشان دادن اختلالات لیپیدی در مرد و زن مشاهده نشد. به احتمال زیاد افزایش چربی کل بدن به ویژه در ناحیه‌ی شکمی و کاهش فعالیت جسمی از راه سازوکارهای زیر سبب افزایش سطح تری‌گلیسرید و کلسترول سرم، تولید کلسترول - LDL های مترکم کوچک و کلسترول - HDL های کوچک با تمایل پایین به Apo A-I می‌گردند: ۱. افزایش لیپولیز کبدی ۲. کاهش فعالیت LPL ماهیچه اسکلتی ۳. افزایش غلظت Apo C-III (مهار کننده LPL) ۴. کاهش بیان گیرنده‌ی LDL. این سازوکارها در مجموع سبب اختلالات چربی خون و افزایش خطر آترواسکلروز در افراد چاق دیابتی نسبت به غیر چاق دیابتی می‌شوند.^{۳۱،۳۲} آلمدیا^۱ و همکاران در مطالعه‌ی خود همسو با پژوهش حاضر دریافتند CI و WC به عنوان مهم‌ترین معیارهای تشخیص چاقی شکمی، بیشترین و قوی‌ترین ارتباط را با پیراسنج‌های لیپیدی و خطر بیماری‌های قلبی - عروقی دارند.^{۳۰} تراستچوک^۳، باربوسا^{۳۳} و همکاران نیز این یافته‌ها را تایید نمودند.^{۳۳،۳۴} در مقابل پژوهش Sezer و همکاران با هدف ارزیابی ارتباط اندازه‌های CI، WC و BMI با سطح لیپیدی خون در مبتلایان به بیماری کلیوی در مرحله‌ی قبل از دیالیز نشان داد که فقط CI به طور مثبت و معنی‌داری با TC و کلسترول - LDL مرتبط است و BMI و WC با هیچ‌کدام از پیراسنج‌های لیپیدی ارتباط نداشتند.^{۳۵} تیلور^{۳۵} و همکاران نیز گزارش نمودند اندازه WC نسبت به CI نماگر بهتر و قوی‌تری در مورد تغییرات سطح لیپیدی خون می‌باشد.^{۳۶} همچنین، بر اساس گزارش‌های یک مطالعه‌ی دور کمر بالای ۱۰۲ سانتی‌متر در مردان و ۸۸ سانتی‌متر در زنان با افزایش خطر اختلالات لیپیدی خون همراه است.^{۳۷} بسیاری از مطالعات اپیدمیولوژی مقطعی و آینده‌نگر نیز نشان داده‌اند که خطر اختلالات لیپیدی به طور معنی‌داری با WC و CI بالاتر افزایش می‌یابد.^{۳۸-۴۱} در این راستا برخی مطالعات اثبات کردند که توزیع چربی در مقایسه با کل چربی بدن ارتباط نزدیک‌تری با عوامل خطر متابولیک از جمله اختلالات لیپیدی دارد.^{۴۲-۴۴} از سوی دیگر

v - Moreira-Andres

vi - Bertoli

vii - Venkatraman

i - Almeida

ii - Tarastchuk

iii - Barbosa

iv - Taylor

روستایی و شهری هندی انجام دادند، دریافتند CI با هیچ‌کدام از پیراسنج‌های لیپیدی در جمعیت مردان شهری ارتباط نداشت، در حالی‌که با تری‌گلیسرید بین مردان روستایی همبستگی مثبت و معنی‌داری داشت. همچنین، در این بررسی هر سه اندازه BMI، WC و CI با کلسترول - HDL ارتباط معکوس معنی‌داری را نشان دادند.^{۵۱} سازوکاری که تفاوت‌های جنسی در زمینه‌ی ارتباط اندازه‌های تن‌سنجی و سطح لیپیدی - لیپوپروتئینی را نشان دهد هنوز شناخته نشده، اما برخی مطالعات این تفاوت‌ها را به تفاوت بودن هورمون‌های جنسی و توزیع چربی بدن در دو جنس نسبت داده‌اند.^{۵۲} همچنین، علت این که سطح تری‌گلیسرید سرم در زنان با هر سه معیار تشخیصی چاقی (BMI، WC و CI) ارتباط داشت، ولی در مردان این ارتباط یافت نشد که می‌تواند ناشی از این مسئله باشد که مقاومت انسولینی و دیابت در زنان در مقایسه با مردان دارای اثرات مستقل و قوی‌تر روی افزایش سطح تری‌گلیسرید سرمی است.^{۵۳} بر اساس این بررسی‌ها سازوکار تنظیم غلظت تری‌گلیسرید تا حد زیادی به جنس وابسته است. پژوهش حاضر ارتباط مثبت معنی‌داری بین BMI با دور کمر و دور کمر با CI در جمعیت مردان و زنان به طور جداگانه، و نیز در کل جمعیت نشان داد که مشابه مطالعه‌ی زهوا و همکاران بود،^{۵۴} اما BMI با نمایه CI فقط در گروه مردان رابطه مثبت و معنی‌داری داشت. در پژوهش حاضر ارتباط معکوس و معنی‌داری بین فعالیت بدنی با کلسترول - HDL/کلسترول - LDL، TG، CI، WC، BMI در جمعیت زنان مشاهده شد. در مردان فعالیت بدنی فقط با اندازه‌ی دور کمر و CI رابطه‌ی منفی معنی‌داری نشان داد. بر اساس یافته‌های بررسی حاضر ارتباط لیپیدها و لیپوپروتئین‌های سرم با فعالیت بدنی در زنان بیشتر از مردان بود. از سازوکارهای پیشنهادی می‌توان به بیان بیشتر پروتئین FAT/CD36 و اثرات استروژن در زنان نسبت به مردان اشاره کرد.^{۵۵} پروتئین FAT/CD36 و استروژن در اکسیداسیون اسیدهای چرب نقش مهمی دارند.^{۵۶} بنابراین در زنان به دلیل اثرات تقویت شده‌ی فعالیت بدنی روی بیان FAT/CD36، می‌توان همبستگی بالاتر فعالیت بدنی و سطح بهتر لیپیدی - لیپوپروتئینی را توجیه نمود. از سوی دیگر، در بررسی ارتباط چارک‌های فعالیت بدنی با سطح لیپیدی مشاهده

گردید افراد متعلق به چارک چهارم به ترتیب بیشترین و کمترین سطح کلسترول - HDL و تری‌گلیسرید را داشتند، و بسیاری از پژوهش‌ها با بررسی حاضر همسو بود.^{۵۷،۵۸} در یکی از این بررسی‌ها در انگلستان مشاهده گردید فعالیت جسمی منظم به طور مثبت با کلسترول - HDL و به طور منفی با تری‌گلیسرید مرتبط است، که با بررسی حاضر مشابه بود.^{۵۹} از محدودیت‌های این بررسی می‌توان به ماهیت مقطعی آن اشاره نمود که قادر به تعیین رابطه‌ی علت و معلولی نیست. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی به صورت آینده‌نگر طراحی شوند. نقطه قوت مطالعه‌ی حاضر بررسی همه جانبه و دقیق اندازه‌های مختلف تن‌سنجی با تاکید ویژه بر CI به عنوان نمایه‌ی برتر نشان‌دهنده‌ی چاقی شکمی می‌باشد که در گروه بیماران دیابتی با خطر بالای اختلالات چربی خون انجام شد. از دیگر نقاط قوت مطالعه‌ی حاضر می‌توان به بالا بودن تعداد نمونه‌ها اشاره نمود. یافته‌های بررسی حاضر نشان داد چاقی شکمی، چاقی عمومی و کم‌حرکی با اختلالات لیپیدی خون ارتباط دارند. بر این اساس پژوهش حاضر اهمیت بالای استفاده از هر سه اندازه‌ی تن‌سنجی مرتبط با چاقی (BMI، WC و CI)، و همچنین فعالیت بدنی در ارزیابی و پیش‌بینی اختلالات چربی خون در کل جمعیت مبتلا به دیابت نوع ۲ را نشان داد. همچنین، مشاهده گردید تفاوت‌های جنسی بر وجود ارتباط بین سه معیار تشخیص چاقی (BMI، WC و CI) و سطح لیپیدی - لیپوپروتئینی اثر می‌گذارند. به طوری‌که بررسی‌های جداگانه در هر دو جنس نشان داد اندازه‌های مرتبط با چاقی شکمی (WC و CI) با کلسترول تام سرم و چاقی عمومی (BMI) با کلسترول - LDL سرم در مردان بهترین شاخص‌ها در پیش‌بینی سطح آن‌ها هستند. در حالی‌که در زنان طی بررسی حاضر تنها سطح تری‌گلیسرید سرم با هر سه اندازه نشان‌دهنده‌ی چاقی (BMI، WC و CI) همبستگی نشان داد. اگرچه در این بررسی نشان داده شد همبستگی معنی‌داری بین اندازه‌های تن‌سنجی و فعالیت بدنی با سطح لیپیدی - لیپوپروتئینی وجود دارد ولی آن‌ها قدرت کافی را ندارند و نیاز به تحقیقات بیشتر نیز وجود دارد، به طور کلی با توجه به یافته‌های به دست آمده از بررسی حاضر می‌توان دریافت که سنجش اندازه‌های تن‌سنجی به ویژه BMI، WC و CI و میزان فعالیت بدنی می‌تواند در معاینات بالینی و پایش معمول بیماران مبتلا به دیابت به عنوان عوامل پیش‌گویی‌کننده‌ی اختلالات لیپیدی - لیپوپروتئینی دارای

سپاسگزاری: پژوهش حاضر حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۷۷۵/د/۴۵۴/۹۲ است و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. بنابراین نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از موسسه یاد شده و همچنین از همکاری‌های مسئولین محترم مراکز ارجاع بیماران دیابتی (انجمن دیابت ایران، گابریک و مراکز دیگر) و نیز تمام شرکت‌کنندگان در این پروژه تشکر و قدردانی نمایند.

References

- Kim KS, Owen WL, Williams D, Adams-Campbell LL. A comparison between BMI and Conicity index on predicting coronary heart disease: the Framingham Heart Study. *Ann Epidemiol* 2000; 10: 424-31
- Eckel RH, Krauss RM. American Heart Association call to action: obesity as a major risk factor for coronary heart disease. *AHA Nutrition Committee. Circulation* 1998; 97: 2099-100.
- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics 2012 update a report from the American Heart Association. *Circulation* 2012; 125: e2-e220.
- Dalton M, Cameron A, Zimmet P, Shaw J, Jolley D, Dunstan D, et al. Waist circumference, waist-hip ratio and body mass index and their correlation with cardiovascular disease risk factors in Australian adults. *J Intern Med* 2003; 254: 555-63.
- Lamon-Fava S, Wilson PW, Schaefer EJ. Impact of body mass index on coronary heart disease risk factors in men and women. *The Framingham Offspring Study. Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1996; 16: 1509-15.
- Taylor RW, Williams SM, Grant AM, Ferguson E, Taylor BJ, Goulding A. Waist circumference as a measure of trunk fat mass in children aged 3 to 5 years. *Int J Pediatr Obes* 2008; 3: 226-33.
- Rimm EB, Stampfer MJ, Giovannucci E, Ascherio A, Spiegelman D, Colditz GA, et al. Body size and fat distribution as predictors of coronary heart disease among middle-aged and older US men. *Am J Epidemiol* 1995; 141: 1117-27.
- Huang B, Rodreiguez B, Burchfiel C, Chyou P-H, Curb J, Sharp D. Associations of adiposity with prevalent coronary heart disease among elderly men: the Honolulu Heart Program. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997; 21: 340-8.
- Lemieux S, Prud'homme D, Bouchard C, Tremblay A, Després J-P. A single threshold value of waist girth identifies normal-weight and overweight subjects with excess visceral adipose tissue. *Am J Clin Nutr* 1996; 64: 685-93.
- Li C, Engström G, Hedblad B, Calling S, Berglund G, Janzon L. Sex differences in the relationships between BMI, WHR and incidence of cardiovascular disease: a population-based cohort study. *Int J Obes (Lond)* 2006; 30: 1775-81.
- Freiberg MS, Pencina MJ, D'Agostino RB, Lanier K, Wilson PW, Vasan RS. BMI vs. waist circumference for identifying vascular risk. *Obesity (Silver Spring)* 2008; 16: 463-9.
- Vazquez G, Duval S, Jacobs DR, Silventoinen K. Comparison of body mass index, waist circumference, and waist/hip ratio in predicting incident diabetes: a meta-analysis. *Epidemiol Rev* 2007; 29: 115-28.
- Reddy PR, Jayarama N, Reddy MM, Mahesh V. Relation between waist-hip ratio and lipid profile in type 2 diabetes mellitus patients. *Asian Journal of Medical Sciences* 2014; 5: 51-3.
- Zhang Zq, Deng J, He Lp, Ling WH, Su Yx, Chen Ym. Comparison of various anthropometric and body fat indices in identifying cardiometabolic disturbances in chinese men and women. *PLoS One* 2013; 8: e70893.
- Valdez R, Seidell J, Ahn YI, Weiss KM. A new index of abdominal adiposity as an indicator of risk for cardiovascular disease. A cross-population study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1993; 17: 77-82.
- Valsamakis G, Chetty R, Anwar A, Banerjee A, Barnett A, Kumar S. Association of simple anthropometric measures of obesity with visceral fat and the metabolic syndrome in male Caucasian and Indo-Asian subjects. *Diabet Med* 2004; 21: 1339-45.
- Neovius M, Linne Y, Rossner S. BMI, waist-circumference and waist-hip-ratio as diagnostic tests for fatness in adolescents. *Int J Obes* 2004; 29: 163-9.
- Kim KS, Robbins D, Turner M, Adams-Campbell LL. Anthropometric determinants of risk factors in an African American population. *American Journal of Human Biology* 1998; 10: 249-58.
- Bose K, Mascie-Taylor CG. Conicity index and waist-hip ratio and their relationship with total cholesterol and blood pressure in middle-aged European and migrant Pakistani men. *Ann Hum Biol* 1998; 25: 11-6.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh report of the Joint National Committee On Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003; 42: 1206-52.
- Katzmarzyk PT, Church TS, Janssen I, Ross R, Blair SN. Metabolic syndrome, obesity, and mortality impact of cardiorespiratory fitness. *Diabetes Care* 2005; 28: 391-7.
- Hadaegh F, Zabetian A, Harati H, Azizi F. Metabolic syndrome in normal-weight Iranian adults. *Ann Saudi Med* 2007; 27: 18-24.
- Thune I, Njølstad I, Løchen M-L, Førde OH. Physical activity improves the metabolic risk profiles in men and women: the Tromsø Study. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1633-40.
- Greene NP, Martin SE, Crouse SF. Acute exercise and training alter blood lipid and lipoprotein profiles differently in overweight and obese men and women. *Obesity (Silver Spring)* 2012; 20: 1618-27.
- Morita N, Okita K. Is gender a factor in the reduction of cardiovascular risks with exercise training? *Circ J* 2013; 77: 646-51.
- Pascot A, Després J-P, Lemieux I, Alméras N, Bergeron J, Nadeau A, et al. Deterioration of the metabolic risk profile in women. Respective contributions of impaired

- glucose tolerance and visceral fat accumulation. *Diabetes Care* 2001; 24: 902-8.
27. Bruckert E, Baccara-Dinet M, Eschwege E. Low HDL-cholesterol is common in European Type 2 diabetic patients receiving treatment for dyslipidaemia: data from a pan-European survey. *Diabet Med* 2007; 24: 388-91.
 28. Goh LG, Dhaliwal SS, Welborn TA, Lee AH, Della PR. Anthropometric measurements of general and central obesity and the prediction of cardiovascular disease risk in women: a cross-sectional study. *BMJ open* 2014; 4: e004138.
 29. Kelishadi R, Hashemipour M, Ziaei M, Samani S, Poursafa P, Khavarian N. Comparison of dietary and physical activity patterns among obese children and adolescents with or without metabolic syndrome. *SJKU* 2010; 15: 36-45
 30. Almeida RTd, Almeida MM, Araújo TM. Abdominal obesity and cardiovascular risk: performance of anthropometric indexes in women. *Arq Bras Cardiol* 2009; 92: 375-80.
 31. Arai T, Yamashita S, Hirano K, Sakai N, Kotani K, Fujioka S, et al. Increased plasma cholesteryl ester transfer protein in obese subjects. A possible mechanism for the reduction of serum HDL cholesterol levels in obesity. *Arterioscler Thromb* 1994; 14: 1129-36.
 32. Franssen R, Monajemi H, Stroes ES, Kastelein JJ. Obesity and dyslipidemia. *Med Clin North Am* 2011; 95: 893-902.
 33. Tarastchuk JC, Guérios EE, Bueno Rda R, Andrade PM, Nercolini DC, Ferraz JG, et al. Obesity and coronary intervention: should we continue to use Body Mass Index as a risk factor? *Arq Bras Cardiol* 2008; 90: 284-9.
 34. Barbosa PJ, Lessa I, Almeida Filho N, Magalhães LB, Araújo J. Criteria for central obesity in a Brazilian population: impact on metabolic syndrome. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87: 407-14.
 35. Sezer S, Karakan S, Acar NÖ. Association of conicity index and renal progression in pre-dialysis chronic kidney disease. *Ren Fail* 2012; 34: 165-70.
 36. Taylor RW, Williams SM, Grant AM, Ferguson E, Taylor BJ, Goulding A. Waist circumference as a measure of trunk fat mass in children aged 3 to 5 years. *Int J Pediatr Obes* 2008; 3: 226-33.
 37. Williams PT. Increases in weight and body size increase the odds for hypertension during 7 years of follow-up. *Obesity (Silver Spring)* 2008; 16: 2541-8.
 38. Lee S, Bacha F, Arslanian SA. Waist circumference, blood pressure, and lipid components of the metabolic syndrome. *J Pediatr* 2006; 149: 809-16.
 39. Xu C, Yang X, Zu S, Han S, Zhang Z, Zhu G. Association between serum lipids, blood pressure, and simple anthropometric measures in an adult chinese population. *Arch Med Res* 2008; 39: 610-7.
 40. Mueller WH, Wear ML, Hanis CL, Emerson JB, Barton SA, Hewett-Emmett D, et al. Which measure of body fat distribution is best for epidemiologic research? *Am J Epidemiol* 1991; 133: 858-69.
 41. Mohhtar MS, Ibrahim F. Effects of Abnormal Total Cholesterol Level on Body composition Parameters. *Medical Clinics of North America* 2006; 24: 192-8.
 42. Ohlson LO, Larsson B, Svärdsudd K, Welin L, Eriksson H, Wilhelmsen L, et al. The influence of body fat distribution on the incidence of diabetes mellitus. 13.5 years of follow-up of the participants in the study of men born in 1913. *Diabetes* 1985; 34: 1055-8.
 43. Haffner S, Mitchell B, Stern M, Hazuda H, Patterson J. Public health significance of upper body adiposity for non-insulin dependent diabetes mellitus in Mexican Americans. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1992; 16: 177-84.
 44. Poulriot MC1, Després JP, Lemieux S, Moorjani S, Bouchard C, Tremblay A. Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women. *Am J Cardiol* 1994; 73: 460-8.
 45. Chan J, Rimm E, Colditz G, Stampfer M, Willett W. Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. *Diabetes Care* 1994; 17: 961-9.
 46. Mykkanen L, Laakso M, Pyorala K. Association of obesity and distribution of obesity with glucose tolerance and cardiovascular risk factors in the elderly. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1992; 16: 695-704.
 47. Kotani K1, Tokunaga K, Fujioka S, Kobatake T, Keno Y, Yoshida S. Sexual dimorphism of age-related changes in whole-body fat distribution in the obese. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1994; 18: 207-12.
 48. Moreira-Andres M, del Canizo-Gomez F, Losa M, Ferrando P, Gómez dICA, Hawkins F. Comparison of anthropometric parameters as predictors of serum lipids in premenopausal women. *J Endocrinol Invest* 2004; 27: 340-7.
 49. Ciampelli M, Fulghesu AM, Cucinelli F, Pavone V, Ronsisvalle E, Guido M, et al. Impact of insulin and body mass index on metabolic and endocrine variables in polycystic ovary syndrome. *Metabolism* 1999; 48: 167-72.
 50. Bertoli A1, Di Daniele N, Ceccobelli M, Ficara A, Girasoli C, De Lorenzo A. Lipid profile, BMI, body fat distribution, and aerobic fitness in men with metabolic syndrome. *Acta Diabetol* 40 Suppl 1: S130-3.
 51. Venkatramana P, Reddy PC. Association of overall and abdominal obesity with coronary heart disease risk factors: comparison between urban and rural Indian men. *Asia Pac J Clin Nutr* 2002; 11: 66-71.
 52. Castelli WP. Epidemiology of triglycerides: a view from Framingham. *Am J Cardiol* 1992; 70: H3-H9.
 53. Larsson H, Åhrén B. Androgen activity as a risk factor for impaired glucose tolerance in postmenopausal women. *Diabetes Care* 1996; 19: 1399-403.
 54. Zhou Z, Hu D, Chen J. Associating between obesity indices and blood pressure or hypertension: which index is the best? *Public Health Nutr* 2008; 12: 1061-71.
 55. Kiens B, Roepstorff C, Glatz JF, Bonen A, Schjerling P, Knudsen J, et al. Lipid-binding proteins and lipoprotein lipase activity in human skeletal muscle: influence of physical activity and gender. *J Appl Physiol* 2004; 97: 1209-18.
 56. Campbell SE, Tandon NN, Woldegiorgis G, Luiken JJ, Glatz JF, Bonen A. A novel function for fatty acid translocase (fat)/cd36 involvement in long chain fatty acid transfer into the mitochondria. *J Biol Chem* 2004; 279: 36235-41.
 57. Nikkilä EA, Taskinen MR, Rehunen S, Härkönen M. Lipoprotein lipase activity in adipose tissue and skeletal muscle of runners: relation to serum lipoproteins. *Metabolism* 1978; 27: 1661-7.
 58. Ki M, Poulidou T, Li L, Power C. Physical (in) activity over 20 y in adulthood: associations with adult lipid levels in the 1958 British birth cohort. *Atherosclerosis* 2011; 219: 361-7.
 59. Kannel WB, Sorlie P. Some health benefits of physical activity: the Framingham Study. *Arch Intern Med* 1979; 139: 857-61.

Original Article

Relationship of Conicity Index, Waist Circumference, Body Mass Index and Physical Activity with Lipid Profile in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

Rafiee M¹, Sotoudeh G², Jalali M¹, Eshraghian M³, Ghane basiri M¹, Nikbazm R¹, Javadi F⁴, Noorshahi N¹, Koohdani F¹

¹Department of Cellular and Molecular Nutrition, & ²Department of Community Nutrition, Faculty of Nutritional Sciences and Dietetics, & ³Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, ⁴Department of Clinical Nutrition, Faculty of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Terhan, I.R. Iran

e-mail: fkoohdan@tums.ac.ir

Received: 24/12/2013 Accepted: 24/05/2014

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases are the main causes of death in diabetic patients and lipid disorders are among the main risk factors for these diseases. The aim of this study was to determine the relationship of Conicity index (CI), body mass index (BMI), waist circumference (WC) and physical activity (PA) with lipid levels and to determine the best anthropometric measurement predictor of lipid profiles in patients with type 2 diabetes. **Materials and Methods:** A cross sectional study was conducted on 700 patients with type 2 diabetes. Measurements including weight, height, WC, BMI, CI and PA were obtained for each subject and fasting serum triglycerides (TG), total cholesterol (TC), HDL-cholesterol (HDL-C) and LDL-cholesterol (LDL-C) were documented. **Results:** Overall, 97% of men and 95% women had abnormal CI. About 84.5% of participants had BMI over 25 (kg/m²). In addition, 55.3% of men and 88.5% of women had abdominal obesity based on WC. There was significant increases in TG, TC and LDL-C and reduction of HDL-C with increasing CI quartiles. BMI showed significant and positive correlation to LDL-C. The correlation between WC and TG and LDL/HDL were also significant. PA showed a positive and significant correlation to HDL-C and negative correlation to BMI, WC, CI, and LDL / HDL in all subjects. **Conclusions:** CI, BMI, WC and PA have significant correlations to blood lipid disorders in type 2 diabetic patients and can be used in screening and predicting the risk of lipid disorders in type 2 diabetic patients. None of the measurements however showed a stronger relationship to these disorders in patients with type 2 diabetes.

Keywords: Obesity, Conicity Index, Dyslipidemia, Type 2 Diabetes