

ORIGINAL ARTICLE

Effects of Low Fructose Diet on Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes

Arman Jalilvand¹,
Azita Hekmatdoost²,
Golbon Sohrab³

¹ Msc in Nutrition Sciences, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Associate Professor, Department of Clinical Nutrition and Dietetics, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Clinical Nutrition and Dietetics, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received November 18, 2017 ; Accepted February 7, 2018)

Abstract

Background and purpose: Diabetes is one of the most common and chronic diseases in the world. The prevalence and incidence of this disease is rising in most societies and also in Iran. New research suggests that added sugar, especially fructose, is the main trigger for diabetes and pre-diabetes, even more potent than other carbohydrates. This study aimed to determine the effects of low fructose diet on glycemic control in patients with type 2 diabetes.

Materials and methods: In a randomized clinical trial, 40 patients with type 2 diabetes (40-70 years of age) were recruited from Qazvin Diabetic Society. Patients in treatment and control group followed a low fructose diet with at last 12 g glucose per day and regular diabetic diet for 8 weeks, respectively. At the beginning of the study and at the end of week eight, the anthropometric, fasting blood glucose, insulin, HOMA-IR and HbA1c indices were measured.

Results: The mean age and duration of diabetes in patients were 53 ± 7.5 and 8 ± 2 , respectively. No significant differences were observed between the two groups in qualitative variables (sex, smoking, and medications) and quantitative variables (age, duration of diabetes, and body mass index) at baseline. Anthropometric indices were improved in this study but the changes were not significant. At the end of the study, fasting blood glucose levels decreased in both groups but there was no significant difference between the two groups ($P = 0.143$). The mean HbA1c changes at the end of the study were significantly greater in the intervention group ($P = 0.005$) but the changes in other glycemic factors were not significantly different between the two groups.

Conclusion: It seems that patients with type 2 diabetes have better glycemic control with limited use of fructose.

(Clinical Trials Registry Number: NCT03352596)

Keywords: fructose, diabetes, diet

J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28 (164): 41-52 (Persian).

* Corresponding Author: Golbon Sohrab-, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (E-mail: golbonsohrab@yahoo.com)

اثرات رژیم کم فروکتوز بر روی کنترل گلیسمی، در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

آرمان جلیلوند^۱

آزیتا حکمت دوست^۲

گلین سهراب^۳

چکیده

سابقه و هدف: دیابت از بیماری‌های مزمن و شایع در جهان است که میزان شیوع و بروز این بیماری در اکثر جوامع و هم‌چنین ایران رو به افزایش است. پژوهش‌های جدید نشان می‌دهد شکر افزوده، بهویژه فروکتوز، محرك اصلی دیابت و پیش دیابت حتی قوی‌تر از بقیه کربوهیدرات‌ها می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثرات رژیم کم فروکتوز بر کنترل گلیسمی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: این کارآزمایی بالینی تصادفی بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو (۴۰-۷۰ ساله) مراجعه کننده به انجمن دیابت قزوین انجام گردیده است. افراد تحت مداخله و شاهد به ترتیب به مدت هشت هفته، رژیم کم فروکتوز با حداقل ۱۲ گرم فروکتوز در روز و یا رژیم عادی دیابتی را رعایت نمودند. در ابتدای مطالعه و در انتهای هفته هشتم، شاخص‌های آنتروپومتری، قند خون ناشتا، سطح انسولین، HbA1c و HOMA-IR آن‌ها اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: میانگین سن و طول مدت ابتلا به دیابت در بیماران شرکت کننده در مطالعه به ترتیب 53 ± 7.5 و 8 ± 2 سال بود. در ابتدای مطالعه دو گروه مورد مطالعه از نظر توزیع متغیرهای کیفی (جنس، استعمال سیگار، داروهای مورد استفاده) و کمی (سن، طول مدت ابتلا به دیابت و نمایه توده بدنه) تفاوت آماری معنی‌داری با یکدیگر نداشتند. در این مطالعه شاخص‌های آنتروپومتری بهبود پیدا کرد اما تغییرات حاصله معنی‌دار نبود. قند خون ناشتا در انتهای مطالعه در مقایسه با ابتدای مطالعه در هر دو گروه کاهش یافت، اما تفاوت بین دو گروه در انتهای مطالعه معنی‌دار نبود ($p=0.143$). میانگین تغییرات HbA1c در پایان مطالعه در گروه مداخله بیشتر از گروه شاهد بود و این تفاوت به شکل حاشیه‌ای معنی‌دار بود ($p=0.05$) و در سایر فاکتورهای گلیسمی تغییرات معنی‌داری مشاهده نشد.

استنتاج: به نظر می‌رسد با محدودیت در مصرف فروکتوز بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، کنترل گلیسمی بهتری داشته باشند.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی : NCT03352596

واژه‌های کلیدی: فروکتوز، دیابت، رژیم غذایی

مقدمه

دیابت نوع دو که با افزایش غلظت قند خون مشخص می‌شود، شایع‌ترین بیماری متابولیک در کل دنیا می‌باشد. افزایش قند خون ناشی از نقص ترشح انسولین یا نقص فعالیت انسولین و یا هر دوی این عوامل

مؤلف مسئول: گلین سهراب - تهران: شهرک قدس، بلوار فرج‌زادی، شهید حافظی، جنب اریکه ایرانیان، پلاک ۷

۱. کارشناس ارشد، گروه تغذیه بالینی و رژیم درمانی، انتستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. دانشیار، گروه تغذیه بالینی و رژیم درمانی، انتستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. استادیار، گروه تغذیه بالینی و رژیم درمانی، انتستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

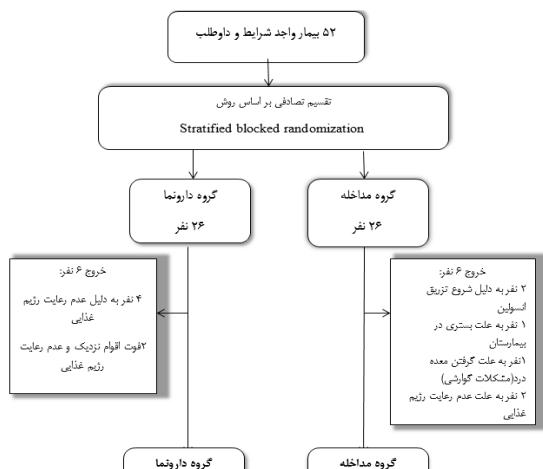
تاریخ دریافت : ۱۳۹۶/۸/۲۷ تاریخ ارجاع چوت اصلاحات: ۱۴۰۱/۹/۱۱ تاریخ تصویب : ۱۴۰۱/۱۱/۱۰

نمی‌کند، لذا سیستم مهار دریافت غذایی به واسطه فروکتوز تحریک نمی‌شود (گلوکز موجب تحریک سیگنال سیری به مغز می‌شود) (۱۴). این تصور به وجود آمده که جایگزین کردن فروکتوز به جای گلوکز در کنترل گلایسمی بیماران دیابتی می‌تواند تأثیر مثبتی داشته باشد. از هزاران سال پیش، انسان‌ها روزانه ۱۶ تا ۲۰ گرم فروکتوز عمدتاً از طریق مصرف میوه‌ها دریافت می‌کردند. امر روزه غربی شدن (Westernization) رژیم‌های غذایی منجر به افزایش معنی‌داری در دریافت فروکتوز شده است، به طوری که این رقم به ۸۵ تا ۱۰۰ گرم و حتی بیشتر (عدم تأثیر از طریق نوشیدنی‌هایی که به وسیله فروکتوز شیرین شده است) افزایش یافته است (۱۵). پژوهش‌های جدید نشان می‌دهد شکر افزوده، به ویژه فروکتوز محرک اصلی دیابت و پیش دیابت حتی قوی‌تر از بقیه کربوهیدرات‌ها می‌باشد (۱۶). افزایش بیش از حد مصرف فروکتوز به ویژه از طریق نوشیدنی‌های شیرین، باعث افزایش نگرانی‌های مربوط به سلامت مانند افزایش خطر سندرم متابولیک که خود عامل مهمی در بروز دیابت نوع دو بوده و مشکلات قلبی و عروقی از جمله خطر بروز فشارخون نیز شده است. هم چنین دیده شده که رژیم غذایی غنی از فروکتوز با بروز مقاومت به انسولین، اختلال تحمل گلوکز، افزایش وزن و تجمع چربی در ناحیه شکم و همین‌طور افزایش تری گلیسیرید سرمه، افزایش بیان NF- κ B، افزایش TNF- α سرمه و تضعیف دفاع آنتی‌اکسیدانی در حیوانات آزمایشگاهی و انسان ارتباط مثبتی دارد (۱۷، ۱۸). هم چنین فروکتوز باعث تحریک لیپوژن در بدن و افزایش گلوکز ناشتا و VLDL می‌گردد (۱۹). از طرفی فروکتوز موجب کاهش لیپولیز و اکسیداسیون لیپیدی می‌گردد. هم چنین عوامل رونویسی مثل پروتئین متصل شونده ۳۱ و پاسخ‌دهنده به کربوهیدرات‌های توسط فروکتوز رژیمی تحریک و فعال می‌شود که باعث افزایش بیان ژن‌های مرتبط با لیپوژن می‌شود (۲۰). با توجه به این که به علت سرعت جذب پایین‌تر فروکتوز از روده، نسبت به گلوکز بیشتر به

می‌باشد (۱). تعداد افراد مبتلا به این بیماری در سراسر جهان از سال ۱۹۸۰ تا سال ۲۰۰۸ دو برابر شده است (از ۱۵۳ میلیون نفر به ۳۴۷ میلیون نفر) (۲). برآورد می‌شود که تا سال ۲۰۴۰، تعداد افراد مبتلا به دیابت به بیش از ۶۴۲ میلیون نفر برسد (۳). شیوع دیابت نوع دو در منطقه خاورمیانه بالاست و این میزان در ایران در ۷/۷ درصد (۴) و بیش از ۱/۵ میلیون نفر برآورد شده است (۵-۸).

دیابت از مهم‌ترین عوامل خطر برای برخی اختلال‌ها نظیر نفropاتی، رتینوپاتی، نوروپاتی و بیماری‌های قلبی عروقی محسوب می‌شود (۹). درمان‌های رایج برای دیابت نوع دو شامل تغییر سبک زندگی شامل ورزش و تغذیه، داروهای خوراکی کاهنده قند خون و درنهایت تزریق انسولین می‌باشند (۱۰). هر چند که در حال حاضر، درمان اصلی و مؤثر برای دیابت، استفاده از داروهای خوراکی کاهنده قند خون و انسولین می‌باشد، ولی این ترکیبات دارای عوارض نامطلوب متعدد نظیر افزایش ذخایر چربی، تحلیل رفتگی در محل تزریق و بروز شوک هیپوگلیسمیک بوده و در درازمدت بر روندهای ایجاد عوارض ناتوان‌کننده دیابت تأثیری ندارند (۱۱). فروکتوز یک مونوساکارید شش کربنه از گروه هگزوزها با فرمول C₆H₁₂O₆ است. تفاوت فروکتوز با گلوکز به وجود گروه کتونی به جای گروه آلدئیدی در گلوکز است. فروکتوز از طریق GLUT5 که در رأس انتروسیت‌ها قرار دارد، به درون آن‌ها وارد می‌شود. برخلاف گلوکز این مسیر در جذب فروکتوز به Na⁺ برای جابه‌جایی نیاز ندارد و برخلاف گلوکز وابسته به انسولین نیست. در سمت دیگر انتروسیت‌ها، فروکتوز به واسطه GLUT2 به درون رگ‌های خونی وارد می‌شود (۱۲، ۱۳). قسمت عمدتی از فروکتوز در سلول‌های کبدی به گلوکز تبدیل می‌شود که می‌تواند به صورت گلیکوژن در سلول‌های کبدی ذخیره شده و یا به پلاسما برگردد. فروکتوز دارای نمایه گلایسمی پایین (GI=۲۳) بوده و قند خون را به آهستگی بالا می‌برد. اما فروکتوز ترشح انسولین را در کوتاه‌مدت تحریک

و بررسی دریافت غذایی (یادآمد غذایی سه روزه) در ابتدا و انتهای مطالعه برای هر دو گروه انجام گرفت. بیماران پس از تقسیم تصادفی در یکی از دو گروه دریافت کننده رژیم کم فروکتوز و یا شاهد (رژیم نرمال) قرار گرفتند. به بیماران آموزش داده شد که در طول مطالعه از تغییر فعالیت بدنی، نوع داروها و دوز معمول آن‌ها خودداری کنند. پیگیری بیماران به صورت هفتگی از طریق تماس تلفنی انجام می‌شد.



نمودار شماره ۱: فلوچارت مطالعه

اندازه‌گیری‌های تن سنجی و فعالیت بدنی وزن، قد و دور کمر در ابتدای مطالعه و پایان هفته هشتم اندازه‌گیری شد. وزن بیماران با کمترین لباس پوشیده و بدون کفش با استفاده از ترازوی دیجیتالی زیر پایی (شرکت تراز ایران) با خطای ۱۰۰ گرم ثبت شد. قد در وضعیت ایستاده، بدون کفش و با استفاده از متر نواری متصل شده به دیوار در حالی که شانه‌ها در حالت نرمال بود، اندازه‌گیری شد. هم‌چنین دور کمر بیماران در فاصله بین آخرین دندنه و استخوان لگن در ابتدا و پایان مطالعه اندازه‌گیری شد. جهت ارزیابی فعالیت بدنی افراد در ابتدا و انتهای مطالعه از پرسشنامه بین‌المللی فعالیت بدنی و به روش مصاحبه با بیمار در شروع و پایان مطالعه استفاده شد (۲۰) و نتایج به صورت

بیماران دیابتی توصیه می‌شود و این که مطالعات بسیار محدودی به بررسی اثرات رژیم کم فروکتوز در بیماران دیابتی پرداخته‌اند، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثرات رژیم کم فروکتوز بر روی شاخص‌های گلیسمی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به شکل کارآزمایی بالینی تصادفی یکسو کور (Single-blind Randomized Clinical Trial) بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. بیماران در صورتی که دارای معیارهای ورود و فاقد معیارهای خروج بودند، برای ورود به مطالعه دعوت شده و در صورت تمایل رضایت‌نامه کتبی را تکمیل نمودند. معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از: سن ۴۰–۷۰ سال، نمایه توده بدنی بین ۱۸/۵ الی ۳۰ کیلو گرم بر متر مربع، ابتلا به دیابت نوع دو، افرادی که تنها با استفاده از قرص‌های کاهنده قندخون بیماری دیابت خود را کنترل می‌کنند و مدت ابتلا آنان به دیابت نوع ۲ بین یک تا ده سال باشد. معیارهای خروج از مطالعه عبارتند از بارداری و شیردهی، اختلالات غده تیروئید، بیماری کلیوی و التهابی، پیروی از رژیم‌های کاهش وزن ۶ ماه پیش از شروع مطالعه، مصرف داروهای لاغری و چربی سوز، پودر فیر، مکمل‌های ویتامینی میزناالی، امگا ۳، مصرف گلوکوکورتیکوئیدها و داروهای ضدالالتهابی غیراستروییدی.

در ابتدا در میان افراد دیابتی که قرص‌های کاهنده قند خون مصرف می‌کردند، ۱۰۲ نفر انتخاب شدند. با توجه به سن شرکت کنندگان و نمایه توده بدنی و مشکلاتی که فرد در رعایت رژیم غذایی داشت از قبیل معلولیت، ناینایی یا عدم توانایی در پخت غذا، در نهایت ۵۲ شرکت کننده در مطالعه وارد شدند و رضایت نامه کتبی آگاهانه تکمیل نمودند. این افراد به دو گروه ۲۶ نفره تقسیم شدند. جمع‌آوری داده‌ها شامل خون‌گیری، اندازه‌های تن سنجی (قد، وزن و دور کمر)

اندازه‌گیری HbA1c به یک میکروتیوب یک میلی لیتری حاوی ماده ضد انعقاد EDTA منتقل شد.^۹ میلی لیتر خون با قیمانده جهت جداسازی سرم به مدت ۱۰ دقیقه با سرعت ۴۰۰۰ دور در دقیقه سانتریفیوژ شد. نمونه‌های خون و سرم جدا شده پس از انتقال به میکروتیوب تا زمان انجام آزمایشات به فریزر -۸۰ درجه سانتی گراد منتقل شدند. غلظت FBS (کیت اندازه‌گیری قند خون ناشتا ساخت شرکت ایران پارس)، انسولین (Mercodia) کیت اندازه‌گیری انسولین ساخت شرکت و HbA1c (کیت اندازه‌گیری HbA1C) ساخت شرکت Zellbia (خون در ابتداء و انتهای مطالعه اندازه‌گیری شد). HOMA-IR از طریق محاسبه به دست آمد.

$$\text{HOMA-IR} = (\text{glucose}(\text{mmol/l}) \times \text{Insuli}(\text{mU/ml})/n)/22.5$$

تجزیه و تحلیل آماری

در این مطالعه، تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ صورت گرفت. در مورد متغیرهای کمی با توزیع نرمال، جهت مقایسه میانگین‌ها در هر گروه بین شروع و پایان مطالعه از آزمون Paired t test استفاده شد. به منظور مقایسه میانگین‌ها بین دو گروه در شروع و پایان مطالعه نیز از independent t test استفاده شد. برای از بین بردن اثر فاکتورهای مخدوش‌کننده در این مطالعه از آزمون آنالیز کوواریانس و جهت مقایسه متغیرهای مخدوش‌گر کیفی بین دو گروه از آزمون کای دو استفاده گردید. $p < 0.05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش در کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تصویب گردید (کد اخلاق IR.SBMU.nnftri.Rec.1395.83) و همچنین با کد NCT03352596 در مرکز کارآزمایی ClinicalTrials.gov به ثبت رسیده است.

یافته‌ها

در نهایت ۲۰ نفر در گروه رژیم کم فروکتوز و ۲۰ نفر در گروه شاهد مطالعه را به پایان رساندند. از ۲۰ نفر

معادل متابولیکی به ازای ساعت در روز (MET.h/day) بیان شد. یک MET نشان دهنده میزان انرژی مصرفی هر فرد در هنگام استراحت است یا به عبارت دیگر یک MET، ۳/۵ میلی لیتر اکسیژن مصرفی برای هر کیلوگرم وزن بدن در هر دقیقه است.

فاکتورهای غذایی

از تمامی بیماران در ابتدای مطالعه، انتهای هفته چهارم و انتهای هفته هشتم یاد آمد غذایی سه روزه گرفته شد. بیماران به طور تصادفی در گروه دریافت کننده رژیم کم فروکتوز و رژیم استاندارد قرار گرفتند. افراد گروه رژیم کم فروکتوز به مدت ۸ هفته از رژیم طراحی شده که حاوی حداقل ۱۲ گرم فروکتوز (فروکتوز مواد غذایی و حاصل از شکر افزوده) باشد، پیروی کردند و افراد گروه شاهد در مدت مطالعه از رژیم نرمال افراد دیابتی تعیت گردند. هر دو رژیم حاوی ۵۵ درصد کربوهیدرات، ۱۵ درصد پروتئین و ۳۰ درصد چربی بود. برای هر دو گروه ۳ واحد میوه در نظر گرفته شد. به بیماران گروه کم فروکتوز گفته شد از میوه‌های حاوی فروکتوز بالا مانند انگور، انجیر، هندوانه، موز، آنہ و خرما استفاده نکنند. همچنین برای هر دو گروه یک واحد قند ساده در نظر گرفته شد که در گروه کم فروکتوز عسل از لیست قندهای ساده حذف شده بود، ولی گروه غذایی از نظر دریافت انرژی، کل کربوهیدرات، رژیم غذایی از نظر دریافت اثرات، کل کلسیوم، فروکتوز، گلوكز، پروتئین، کل چربی، کلسیرون، اسیدهای چرب اشباع، اسیدهای چرب MUFA و PUFA، پتاسیم، کلسیم، مینیزیم و فیبر با استفاده از پرسشنامه یاد آمد ۲۴ ساعته خوراک سه‌روزه (شامل دو روز وسط هفته و یک روز آخر هفته) در شروع مطالعه، هفته چهارم و پایان هفته هشتم صورت گرفت.

فاکتورهای شیمیایی

از بیماران پس از ۱۲ تا ۱۴ ساعت ناشتا، ۱۰ سی‌سی خون گرفته شد. یک میلی لیتر خون برای

در هفته چهارم ($p < 0.0001$) و هشتم ($p < 0.0001$) مطالعه تفاوت آماری معنی داری را بین دو گروه نشان داد.

ANOVA for repeated measurements نتایج آزمون تفاوت معنی داری را در میانگین متغیرهای تغذیه ای ذکر شده در گروه شاهد در طول مطالعه نشان نداد. در گروه مداخله، میانگین فروکتوز دریافتی در انتهای مطالعه نسبت به ابتدای مطالعه کاهش معنی داری را نشان داد ($p < 0.0001$). هم چنین سطح فعالیت بدنی دو گروه در ابتدای مطالعه تفاوت آماری معنی داری را نشان نداد (جدول شماره ۲). در انتهای مطالعه نیز بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری از نظر سطح فعالیت بدنی مشاهد نگردید (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار انرژی، مواد مغذی و فیبر رژیم غذایی و فعالیت بدنی در دو گروه مورد بررسی

ردیف	زمان مطالعه	تعداد	گروه	شاخص ها		سطح معنی داری
				مخفی هشتم	ابتدای مطالعه	
۰/۹۱۳	۱۹۹۴±۱.۶	۲۰۰۴۵۱۳۰	۱۹۹۹±۷۳۷	۲۰	کم فروکتوز ازرژی (کیلو کالری در روز)	شاهد
۰/۵۰۶	۲۰۰۲۱۱۳۰	۲۰۰۴۵۱۳۰	۱۸۷۱±۱۸۲	۲۰		
۰/۰۰۸		۰/۰۷۱		۰/۰۵۶		سطح معنی داری
۰/۴۹۳	۷۵۲۳	۷۵۴	۷۷۴	۲۰	کم فروکتوز پروتئین (گرم در روز)	شاهد
۰/۱۱۴	۷۵۲۴	۷۵۴	۷۷۴	۲۰		
۰/۰۹۶	۰/۹۴۱	۰/۷۶	۰/۷۶		سطح معنی داری	
۰/۰۹۳	۷۷۲۱۲	۷۷۲۱۱	۷۷۲۱۲	۲۰	کم فروکتوز کربوهیدرات (گرم در روز)	شاهد
۰/۰۲۰	۷۷۲۱۲	۷۷۲۱۱	۷۷۲۱۲	۲۰		
۰/۰۷۶		۰/۰۶۸			سطح معنی داری	
۰/۰۱۰	۲۰۵	۲۱۴	۲۱۴	۲۰	کم فروکتوز فیبر (گرم در روز)	شاهد
۰/۰۶۶	۲۲۴	۲۱۵	۲۱۵	۲۰		
۰/۰۷۶	۰/۹۶	۰/۸۷۵	۰/۸۷۵		سطح معنی داری	
۰/۰۰۰	۹۴۳	۱۱۴	۲۲۱۱	۲۰	کم فروکتوز فروکتوز (گرم در روز)	شاهد
۰/۰۴۱	۲۵۴	۲۵۵	۲۳۴۹	۲۰		
۰/۰۰۰	۰/۰۰	۰/۰۶۸	۰/۰۶۸		سطح معنی داری	
۰/۰۷۷	۶۶۲۴	۶۸۲۵	۶۸۲۷	۲۰	کم فروکتوز کل چربی (گرم در روز)	شاهد
۰/۰۶۱	۶۸۲۴	۶۸۲۶	۶۷۲۷	۲۰		
۰/۰۷۵		۰/۰۶۹			سطح معنی داری	
۰/۰۲۹	۱۷۵۲۵/۱	۱۵۱۸۷	۱۳۷۴۲/۸	۲۰	کم فروکتوز اسیدهای چرب (گرم در روز)	شاهد
۰/۰۳۳	۱۲/۸۵۸/۱	۱۳/۳۲۳/۱	۱۳/۳۲۳/۳	۲۰		
۰/۰۱۴		۰/۰۷۹	۰/۰۷۹		سطح معنی داری	
۰/۰۰۵	۲۲۴	۲۲۴	۲۱۴	۲۰	کم فروکتوز اسیدهای چرب (MUFA)	شاهد
۰/۰۷۲	۳۳۴	۲۲۴	۲۲۴	۲۰		
۰/۰۸۰		۰/۰۷۸	۰/۰۷۸		سطح معنی داری	
۰/۰۵۷	۱۲/۶۴۸/۹	۱۶/۹۴۸/۷	۱۶/۹۴۸/۹	۲۰	کم فروکتوز اسیدهای چرب (PUFA)	شاهد
۰/۰۷۵	۱۳/۷۴۹/۱	۱۳/۷۴۷/۱	۱۵/۶۴۷/۴	۲۰		
۰/۰۷۸		۰/۰۷۸	۰/۰۷۸		سطح معنی داری	
۰/۰۱۱	۱۵۷۴۹	۱۵۷۴۸	۱۴۵۹۱	۲۰	کم فروکتوز کلسترول (بلی گرم در روز)	شاهد
۰/۰۸۹	۱۵۳۲۱/۱۵	۱۵۳۲۷	۱۵۳۲۷	۲۰		
۰/۰۸۳		۰/۰۷۴	۰/۰۷۴		سطح معنی داری	
۰/۰۸۷		۰/۰۷۸	۰/۰۷۸			
۰/۰۹۷	۶۹۵۲۳۷۵	۵۲۲۳۷۶۷	۵۰۸۲۳۷۷	۲۰	کم فروکتوز کلیم (بلی گرم در روز)	شاهد
۰/۰۸۴	۵۱۵۴۳۶	۶۱۴۲۷۸	۵۲۳۴۲۸	۲۰		
۰/۰۸۵		۰/۰۷۸	۰/۰۷۸		سطح معنی داری	
۰/۰۹۷		۰/۰۷۷	۰/۰۷۷			
۰/۰۹۷	۲۷۳۲۸	۲۸۷۴۷	۲۷۰۴۸	۲۰	کم فروکتوز منزیم (بلی گرم در روز)	شاهد
۰/۰۷۳	۲۸۱۲۵	۲۷۸۴۵	۲۸۷۴۹	۲۰		
۰/۰۷۳		۰/۰۷۵	۰/۰۷۵		سطح معنی داری	
۰/۰۷۸		۰/۰۷۸	۰/۰۷۸			
۰/۰۷۶	۷۷۸۲۴۹	۷۸۷۱۲۷۵	۷۸۷۱۲۷۵	۲۰	کم فروکتوز پاسیم (بلی گرم در روز)	شاهد
۰/۰۹۲	۷۸۷۱۲۷۵	۷۸۷۱۲۷۵	۷۸۷۱۲۷۵	۲۰		
۰/۰۹۰		۰/۰۷۸	۰/۰۷۸		سطح معنی داری	
۰/۰۷۰	۴۰/۱۴۹/۱۶	۲۸۱۱۴۵۷	۳۷۵۴۵۵۷	۲۰	کم فروکتوز فعالیت بدنی (Met/H/d)	شاهد
۰/۰۷۴	۳۷۸۱۴۷۸/۹	۳۷۸۱۴۷۸/۹	۳۷۸۱۴۷۸/۹	۲۰		
۰/۰۶۷		۰/۰۷۸	۰/۰۷۸		سطح معنی داری	

شرکت کننده در هر گروه، ۱۲ نفر زن (۶۰ درصد) و ۸ نفر مرد (۴۰ درصد) شرکت داشتند. میانگین سن در گروه مداخله $۵۳\pm ۷/۹$ سال و در گروه شاهد $۵/۱\pm ۲/۳$ سال بود. هم چنین، مدت زمان تشخیص دیابت در گروه مداخله $۴/۹\pm ۲/۴$ سال و در گروه شاهد $۵/۱\pm ۰/۲$ سال بود. از نظر متغیرهای سن، استعمال سیگار، مدت ابتلا به دیابت و دیابت و خون و میانگین سن و مدت ابتلا به دیابت در دو گروه مورد بررسی می شود.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران از نظر جنسیت، وضعیت استعمال سیگار و داروهای کاهنده قندخون، چربی خون، فشار خون و میانگین سن و مدت ابتلا به دیابت در دو گروه مورد بررسی

متغیر	گروه	گروه مداخله (۲۰ نفر)		میانگین سن
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
استعمال سیگار*	سیگاری	(۱۵)۳	(۱۵)۳	۳۷
	غیرسیگاری	(۸)۱۷	(۸)۱۷	۳۷
دارو کاهنده قندخون*	ییگاندها	(۵)۱	(۵)۱	۳۷
	سولفنیل اوره ها	(۴۰)۸	(۴۰)۸	۳۷
هردو		(۳۵)۷	(۴۰)۸	۳۷
داروهای دیگر		(۰)۶	(۴/۸)۳	۳۷
علم مصرف دارو		(۰)۰	(۰)۰	۳۷
دارو کاهنده فشار خون*	مصرف دارو	(۶)۱۲	(۶)۱۲	۳۷
	علم مصرف دارو	(۳۵)۷	(۴۰)۸	۳۷
دارو کاهنده چربی خون	مصرف دارو	(۴)۱۸	(۴)۱۸	۳۷
	علم مصرف دارو	(۱۰)۶	(۱۰)۶	۳۷

* فراوانی مطلق و نسبی با استفاده از آزمون کای دو

وضعیت کالری، درشت مغذی ها و ریز مغذی های دریافتی و فعالیت بدنی دو گروه مورد بررسی

متغیرهای تغذیه ای مورد بررسی، در هر سه بازه زمانی (ابتدا، هفته چهارم و هفته هشتم)، از توزیع نرمالی پیروی می کردند. مطابق جدول شماره ۲، آنالیز داده های بدست آمده از پرسشنامه های یاد آمد خوراک ۳۰ روزه، با استفاده از آزمون T-test نشان داد که میانگین کالری، کربوهیدرات، پروتئین، چربی، SAFA، MUFA، PUFA، فیبر، پتاویم، کلسترول، کلیم و منیزیم دریافتی در ابتداء، وسط و انتهای مطالعه از لحظه آماری تفاوت معنی داری بین دو گروه نداشت. میانگین دریافت فروکتوز دو گروه در ابتدای مطالعه تفاوت آماری معنی داری با یکدیگر نداشت؛ اما میانگین دریافت فروکتوز دو گروه

در پایان مطالعه میانگین HbA1c در گروه مداخله ($p < 0.005$) و گروه شاهد ($p < 0.001$) در مقایسه با شروع مطالعه به طور معنی داری کاهش یافت. در پایان مطالعه میانگین HbA1c در گروه دریافت کننده رژیم فروکتوز در مقایسه با گروه شاهد کمتر بود و این تفاوت بین دو گروه در پایان مطالعه معنی دار بود. ($p < 0.005$). میانگین تغییرات HbA1c در پایان مطالعه در گروه مداخله بیشتر از گروه شاهد بود و این تفاوت به شکل حاشیه ای معنی دار بود ($p = 0.005$) (جدول شماره ۴). در شروع مطالعه دو گروه از نظر میانگین انسولین سرم تفاوت آماری معنی داری با یکدیگر نداشتند. هم چنین میانگین انسولین سرم در انتهای مطالعه در هیچ کدام از دو گروه تغییر معنی داری را در مقایسه با ابتدای مطالعه نشان نداد. در انتهای مطالعه تفاوت معنی داری بین میانگین غلظت انسولین سرم دو گروه مورد مطالعه مشاهده نشد. در شروع مطالعه دو گروه از نظر میانگین HOMA-IR تفاوت آماری معنی داری با یکدیگر نداشتند. میانگین HOMA-IR گروه مداخله در انتهای مطالعه کاهش معنی داری را در مقایسه با ابتدای مطالعه نشان داد. این کاهش در گروه شاهد مشاهده نگردید. در انتهای مطالعه تفاوت معنی داری بین HOMA-IR دو گروه مورد مطالعه مشاهده نشد.

جدول شماره ۴: میانگین و انحراف معیار شاخص های بیوشیمیابی و تغییرات آنها در دو گروه مورد مطالعه

	شاخص ها	گروه	شروع مطالعه	سطح معنی داری	میزان تغییرات
-۱۰±۱۰	* $,0.001$	۱۶۱±۲۷	۱۷۱±۲۴	*	*,0...
-۶±۸	* $,0.005$	۱۶۷±۲۷	۱۷۳±۲۳	*	*,0.001
+۰/۱۳		۰/۷۸۴	۰/۷۷۴		
-۱۰±۱۲	* $,0.005$	۶۰±۵۰/۰	۷۳±۱۲	*	*,0...
-۰/۳±۰/۳	* $,0.001$	۷۷±۲/۱	۷۷±۱/۲	*	*,0.001
***,0/5		۰/۰۲	۰/۰۳۵		
-۰/۰۵±۱/۵	,0.۴۶	۱۴±۶/۴	۱۴±۵/۵		
+۰/۱±۱/۲	,0/۷۶	۱۳±۴	۱۳±۴/۷		
+۰/۹۸		۰/۶۳۰	۰/۵۴۳		
-۰/۰۳±۰/۶	* $,0.027$	۵/۳±۱/۳	۵/۶±۱/۶	*	*,0...
-۰/۰۵±۰/۴۵	,0/۵۷	۵/۳±۱/۱	۵/۴±۱/۱		
+۰/۱۷		۰/۰۹۹	۰/۰۱۶		

*تفاوت معنی دار بین دو گروه با استفاده از independent t-test

**تفاوت معنی دار ابتدای مطالعه با انتهای مطالعه در یک گروه با استفاده از Paired t-test

اثر رژیم کم فروکتوز روی شاخص های تن سنجی: جدول شماره ۳ نشان دهنده میانگین و انحراف معیار وزن، BMI، دور کمر و تغییرات آنها در دو گروه مورد مطالعه می باشد. مطابق این جدول، در شروع پژوهش بین میانگین وزن، BMI و دور کمر افراد دو گروه مداخله و شاهد تفاوت وجود نداشت. در پایان مطالعه، میانگین وزن، BMI و دور کمر هر دو گروه مداخله و شاهد نسبت به ابتدای مطالعه کاهش معنی داری را نشان داد، اما در پایان مطالعه، میانگین تغییرات وزن، BMI و دور کمر بین دو گروه تفاوت معنی داری نداشت.

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار وزن، BMI، دور کمر و تغییرات آنها در دو گروه مورد مطالعه

شاخص ها	گروه	شروع مطالعه	سطح معنی داری	میزان تغییرات
وزن (kg)	کم فروکتوز شاهد	۶۲±۵ ۶۲±۶	*	*,0...
سطح معنی داری (Kg/m ²) BMI	کم فروکتوز شاهد	۲۴/۶±۱ ۲۴/۷±۲	*	*,0...
سطح معنی داری (cm) دور کمر	کم فروکتوز شاهد	۰/۴۱۸ ۰/۴۵۳	*	*,0...
سطح معنی داری		۰/۶۰۸ ۰/۵۹۴		

*تفاوت معنی دار بین انتهای مطالعه با ابتدای مطالعه با استفاده از Paired t-test

اثر رژیم کم فروکتوز روی شاخص های بیوشیمیابی در شروع مطالعه دو گروه مورد بررسی از نظر میانگین غلظت FBS سرم تفاوت آماری معنی داری با یکدیگر نداشتند. در پایان مطالعه غلظت FBS سرم در گروه مداخله ($p < 0.001$) و گروه شاهد ($p < 0.005$) در مقایسه با شروع مطالعه به طور معنی داری کاهش یافت. در پایان مطالعه میانگین غلظت FBS سرم در گروه دریافت کننده رژیم کم فروکتوز در مقایسه با گروه شاهد کمتر بود و این تفاوت بین دو گروه در پایان مطالعه معنی دار بود. ($p < 0.005$)؛ اما میانگین تغییرات FBS سرم در پایان مطالعه تفاوت آماری معنی داری را بین دو گروه نشان نداد (جدول شماره ۴). در شروع مطالعه دو گروه مورد بررسی از نظر میانگین HbA1c تفاوت آماری معنی داری با یکدیگر نداشتند.

بحث

این مطالعه برای اولین بار اثر رژیم کم فروکتوز را بر شاخص‌های تن سنجی و گلایسمیک در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بررسی نموده است. این ویژگی که فروکتوز برای جذب به انسولین نیاز ندارد و نمایه گلایسمی پایینی دارد، بیماران دیابتی را تشویق به مصرف آن کرده است. چندین مطالعه این جایگزینی را در ارتباط با کنترل گلایسمی در افراد سالم بررسی کرده‌اند که نتایج آن‌ها متناقض است (۲۱، ۲۲، ۲۳). این مطالعات هم‌چنین افزایش تری گلایسمی پلاسما، افزایش کلسترول تام، افزایش LDL-C و کاهش HDL-C را نشان داده‌اند (۲۴، ۲۵).

افزایش مصرف فروکتوز رژیم در مدل‌های حیوانی نتایج معکوسی مانند افزایش مشکلات قلبی و عروقی، دیس‌لیپیدمی، افزایش مقاومت انسولینی، فشارخون، افزایش اوره خون و افزایش وزن را نشان داده‌اند (۲۶، ۲۷، ۲۸).

در شروع مطالعه هر دو گروه در ابتدا، مصرف تقریباً مساوی از فروکتوز داشتند (تقریباً ۲۲ گرم در روز) که در هفته چهارم این میزان در گروه کم فروکتوز به ۱۱ گرم و گروه معمولی به ۲۵ گرم رسید و در هفته انتهایی در گروه کم فروکتوز در نهایت به ۹ گرم در روز رسید. در این مطالعه کاهش معنی دار وزن، نمایه بدنی و دور کمر هم در میان افراد مصرف کننده رژیم کم فروکتوز و هم در میان افرادی که از رژیم معمولی دیابتی تبعیت کردند مشاهده شد که این کاهش در گروه مداخله‌اند کی بیش تر بود ولی این تفاوت به سطح معنی دار نرسید.

صرف فروکتوز مانند گلوکز، REE (Resting Energy Expenditure) اما اثر گرمایشی فروکتوز از گلوکز بیش تر است (۲۹). پیش از این چندین مطالعه در ارتباط با بررسی میزان مصرف فروکتوز و بروز اضافه وزن علی‌الخصوص در میان کودکان و نوجوانان انجام گرفته بود. بیش تر مطالعات ارتباط مستقیمی را میان مصرف فروکتوز و افزایش وزن نشان داده (۳۰-۳۶) و برخی دیگر هیچ‌گونه ارتباطی را اثبات نکردند (۳۷-۴۰). تاثیر رژیم با فروکتوز

بالا بر افزایش وزن می‌تواند به دلیل عدم تاثیر فروکتوز بر ترشح گرلین از معده و در نتیجه عدم احساس سیری پس از مصرف آن نیز باشد. هم‌چنین در سلول‌های کبدی هیچ‌گونه کنترلی بر روی تبدیل فروکتوز به تری گلایسمی وجود ندارد و تمامی فروکتوز مصرفی می‌تواند تبدیل به تری گلایسمی شود (۴۱). افزایش وزن را باید در کنار سایر فاکتورها از جمله شیوه زندگی، عادات غذا خوردن و فعالیت بدنی در نظر گرفت. برخی مطالعات مقطعی تحلیلی ارتباط مستقیمی را میان مصرف شیرینی (از هر نوع) و افزایش وزن نشان داده‌اند با این حال این فرضیه درست نیست که مصرف قدماً با چاقی ارتباط ندارند، زیرا این مطالعات سایر فاکتورها را در نظر نگرفته‌اند. این که قند از چه گروهی بیش تر مصرف شده است (قند میوه قند شیر یا قند ساده) و بالطبع فردی که مصرف شیرینی بالایی دارد، نسبت به فرد عادی از گروه گوشت و گروه چربی‌ها کم‌تر مصرف می‌کند و این عامل خود می‌تواند دلیلی بر عدم افزایش وزن آن‌ها باشد (۴۲).

بحث در ارتباط با این که فروکتوز می‌تواند به دلیل نمایه گلایسمی پایین تر به عنوان جایگزین گلوکز در رژیم غذایی بیماران قرار بگیرد، سال‌هاست به بیماران دیابتی توصیه می‌شود. رژیم‌های فروکتوزی به عنوان جمعیت‌های نرمال در دو دهه گذشته مصرف فراینده‌ای داشته است. اگرچه شواهد کمی وجود دارد که مقداری کم و متوسط فروکتوز اثرات تعیین‌کننده‌ای بر متابولیسم کربوهیدرات‌ها و لیپیدها دارد، مقداری بالای فروکتوز با ناهنجاری‌های متابولیک متعددی در انسان و حیوانات آزمایشگاهی همراه می‌شود (۴۳). تغذیه با فروکتوز هم متابولیسم قند و هم متابولیسم چربی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و با ایجاد تغییراتی در مراحل اولیه انتقال درون‌سلولی انسولین (signalTransduction) احتمالاً نقش مهمی در ایجاد مقاومت انسولینی دارد (۴۴).

قرار گیری کبد در معرض مقداری بالای فروکتوز به مدت طولانی، لیپوژن را به سرعت تحریک کرده، منجر

شیوه زندگی و سابقه بیماری آن‌ها تکمیل شد. در این بین، ۷۱۳۴۶ نفر سابقه ابتلا به دیابت نداشتند. مشاهده شد در این افراد، مصرف میوه باعث بروز دیابت نشده اما مصرف آب‌میوه، ریسک بروز دیابت را افزایش داد (۴۶). همین طور در مطالعه دوم سلامت پرستاران مشاهده شد ریسک ابتلا به دیابت در افرادی که روزانه یک‌بار یا بیشتر از نوشیدنی‌هایی که در آن‌ها فروکتوز به عنوان شیرین‌کننده استفاده شد، بیشتر شد (۳۵).

در مطالعه Finish mobile center که ۵۱۵۲۲ خانم و آقا بدون سابقه ابتلا به دیابت و در بازه سنی ۴۰ تا ۶۰ سال بودند، مشاهده شد ریسک ابتلا به دیابت در افرادی که از شیرین‌کننده‌هایی که در آن‌ها فروکتوز به کار رفته بود مصرف می‌کردند، بیشتر شد (۴۷).

در این مطالعه استفاده از رژیم با فروکتوز بالا می‌توانست بهتر به پاسخ سوال ما کمک کند اما به دلیل ملاحظات اخلاقی امکان مداخله با رژیم با فروکتوز بالا در بیماران دیابتی نبود. هم‌چنین کوتاه بودن مدت مداخله از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌باشد. مطالعه حاضر نشان داد که محدودیت در مصرف فروکتوز می‌تواند به کنترل بهتر گلیسمی بیماران دیابتی کمک کند. در واقع هدف از این مطالعه، کم‌تر مصرف کردن گروه میوه نیست، بلکه افراد دیابتی بهتر است شیرینی‌ها و نوشیدنی‌های صنعتی که با شربت ذرت با فروکتوز بالا تهیه می‌شوند را در برنامه غذایی محدود نمایند.

سپاسگزاری

نویسنده‌گان مراتب قدردانی خود را از تمام بیماران شرکت کننده در مطالعه حاضر اعلام می‌دارند.

References

- Mahan LK, Escott-Stump S. Krause's food & nutrition therapy. 12th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier Saunders.xxiv, 2008, 1352 p.
- van den Oever IA, Raterman HG, Nurmohamed MT, Simsek S. Endothelial dysfunction,

به انباشت لیپید و تشکیل ذرات VLDL در کبد می‌شود که آن‌هم به نوعه خود حساسیت انسولینی را کاهش داده، منجر به مقاومت انسولینی و عدم تحمل گلوکز کبدی می‌گردد (۱۵).

در مطالعه ما مشاهد کاهش قند خون ناشتا (FBS) در هر دو گروه شرکت کننده بودیم که از دلایل آن رعایت رژیم مناسب بیماران دیابتی است. این کاهش در گروه مصرف کننده رژیم کم فروکتوز اندکی بیشتر بوده ولی این تفاوت معنی‌دار نبود ($p=0.143$). این شاخص اولین شاخص و پرکاربردترین شاخص اندازه‌گیری قندخون می‌باشد، ولی تحت تأثیر نوع رژیم غذایی فرد در کوتاه‌مدت می‌باشد و برای اثبات پیشرفت و یا کنترل قند خون معمولاً از شاخص هموگلوبین A_{1c} استفاده می‌شود. همان‌طور که ذکر شد، به علت رعایت رژیم دیابتی هم در گروه نمونه و هم در گروه کنترل، مشاهد افت A_{1c} بودیم؛ به علاوه کاهش معنی‌دار بین دو گروه نمونه و کنترل مشاهده شد ($p<0.05$).

در ارتباط با سطح انسولین و شاخص IR-HOMA_{IR}، تغییرات معنی‌داری مشاهده نشد؛ که علت آن می‌تواند به عدم نیاز فروکتوز به انسولین برای جذب باشد. در مطالعه دیگری که بر روی شرکت کننده‌گان مطالعه پنجم Framingham انجام شده بود نیز میان قند خون ناشتا و شاخص IR-HOMA_{IR} ارتباطی گزارش نشده بود، اگرچه در ارتباط با سطح انسولین ناشتا در این مطالعه ارتباط مستقیمی میان افرادی که از نوشیدنی‌هایی که با فروکتوز شیرین شده بود مصرف می‌کردند مشاهده شده بود (۴۵). در مطالعه سلامت پرستاران، ۱۲۱۷۰۰ فرد در سنین ۳۰ تا ۳۵ سال شرکت داشتند که با اطلاعات غذایی،

inflammation, and apoptosis in diabetes mellitus. *Mediators Inflamm* 2010: 792393.

- International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 6th ed. Brussels: International Diabetes Federation. Vol. 1. 2013.

4. Mozaffari-Khosravi H, Talaei B, Jalali BA, Najarzadeh A, Mozayan MR. The effect of ginger powder supplementation on insulin resistance and glycemic indices in patients with type 2 diabetes: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Complement Ther Med* 2014; 22(1): 9-16.
5. Esteghamati A, Gouya MM, Abbasi M, Delavari A, Alikhani S, Alaeddini F, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in the adult population of Iran: National Survey of Risk Factors for Non-Communicable Diseases of Iran. *Diabetes Care* 2008; 31(1): 96-98.
6. Hossain P, Kawar B, El Nahas M. Obesity and diabetes in the developing world--a growing challenge. *N Engl J Med* 2007; 356(3): 213-215.
7. Larijani B, Zahedi F. Epidemiology of Diabetes in Iran. *Iran J Diabetes Lipid Disord (ijdld)* 2001; 1(1): 1-8 (Persian).
8. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27(5): 1047-1053.
9. Tripathi BK, Srivastava AK. Diabetes mellitus: complications and therapeutics. *Med Sci Monit* 2006; 12(7): RA 130-RA 147.
10. Chao M, Zou D, Zhang Y, Chen Y, Wang M, Wu H, et al. Improving insulin resistance with traditional Chinese medicine in type 2 diabetic patients. *Endocrine* 2009; 36(2): 268-274.
11. Suji G, Sivakami S. Approaches to the treatment of diabetes mellitus: an overview. *Cell Mol Biol (Noisy-le-grand)* 2003; 49(4): 635-639.
12. Corpe CP, Burant CF, Hoekstra GH. Intestinal fructose absorption: clinical and molecular aspects. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 28(4): 364-374.
13. Douard V, Ferraris RP. Regulation of the fructose transporter GLUT5 in health and disease. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2008; 295(2): E227-E237.
14. Maier IB, Stricker L, Ozel Y, Wagnerberger S, Bischoff SC, Bergheim I. A low fructose diet in the treatment of pediatric obesity: a pilot study. *Pediatr Int* 2011; 53(3): 303-308.
15. Vahabzadeh KA, Abulfathi A, Safaian A, Bozorgi Gharaghounlou F. Major Qaraqvianlvf, Effect of High Fructose Diet on Plasma Lipid Profile and Oxidative Stress of the Heart and Kidney in Rat. *J Urmia Univ Med Sci* 2008; 19(3): 249-256. (persian)
16. Dominguez Coello S, Carrillo Frenandez L, Gesus Gobierno H, Manuela Mendez A, Alamo CB, Gracia Doico JA, et al. Effectiveness of a low-fructose and/or low-sucrose diet in decreasing insulin resistance (DISFRUTE study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2017; 18(1): 369.
17. Brymora A, Flisiński M, Johnson RJ, Goszka G, Stefańska A, Manitius J. Low-fructose diet lowers blood pressure and inflammation in patients with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 2012; 27(2): 608-612.
18. Faeh D, Minehira K, Schwarz JM, Periasamy R, Park S, Tappy L. Effect of fructose overfeeding and fish oil administration on hepatic de novo lipogenesis and insulin sensitivity in healthy men. *Diabetes* 2005; 54(7): 1907-1913.
19. Basciano H, Federico L, Adeli K. Fructose, insulin resistance, and metabolic dyslipidemia. *Nutr Metab (Lond)* 2005; 2(1): 5.
20. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc* 2000; 32(9 Suppl): S498-S504.

21. Aeberli I, Gerber PA, Hochuli M, Kohler S, Haile SR, Gouni-Berthold I, et al. Low to moderate sugar-sweetened beverage consumption impairs glucose and lipid metabolism and promotes inflammation in healthy young men: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr* 2011; 94(2): 479-485.
22. Stanhope KL, Bremer AA, Medici V, Nakajima K, Ito Y, Nakano T, et al. Consumption of fructose and high fructose corn syrup increase postprandial triglycerides, LDL-cholesterol, and apolipoprotein-B in young men and women. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96(10): E1596-E1605.
23. Teff KL, Elliott SS, Tschöp M, Kieffer TJ, Rader D, Heiman M, et al. Dietary fructose reduces circulating insulin and leptin, attenuates postprandial suppression of ghrelin, and increases triglycerides in women. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89(6): 2963-2972.
24. Zhang YH, An T, Zhang RC, Zhou Q, Huang Y, Zhang J. Very high fructose intake increases serum LDL-cholesterol and total cholesterol: a meta-analysis of controlled feeding trials. *J Nutr* 2013; 143(9): 1391-1398.
25. Araghchian M, Safari M, Sheikh N, Zeraati F. Effects of Fructose on Plasma Lipids in Male Rats. *Armaghane danesh* 2006; 11(1): 9-16 (Persian).
26. Dupas J, Goanvec C, Feray A, Guernec A, Alain C, Guerrero F, et al. Progressive Induction of Type 2 Diabetes: Effects of a Reality-Like Fructose Enriched Diet in Young Wistar Rats. *PLoS One* 2016; 11(1): e0146821.
27. Kovacevic S, Nestorov J, Matić G, Elaković I. Fructose-enriched diet induces inflammation and reduces antioxidative defense in visceral adipose tissue of young female rats. *Eur J Nutr* 2017; 56(1): 151-160.
28. Tappy L, Randin JP, Felber JP, Chiolero R, Simonson DC, Jequier E, et al. Comparison of thermogenic effect of fructose and glucose in normal humans. *Am J Physiol* 1986; 250(6 Pt 1): E718-724.
29. Bandini LG, Vu D, Must A, Cyr H, Goldberg A, Dietz WH. Comparison of high-calorie, low-nutrient-dense food consumption among obese and non-obese adolescents. *Obes Res* 1999; 7(5): 438-443.
30. Berkey CS, Rockett HR, Field AE, Gillman MW, Colditz GA. Sugar-added beverages and adolescent weight change. *Obes Res* 2004; 12(5): 778-788.
31. Giammattei J, Blix G, Marshak HH, Wollitzer AO, Pettitt DJ. Television watching and soft drink consumption: associations with obesity in 11- to 13-year-old schoolchildren. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157(9): 882-886.
32. Liebman M, Pelican S, Moore SA, Holmes B, Wardlaw MK, Melcher LM, et al. Dietary intake, eating behavior, and physical activity-related determinants of high body mass index in rural communities in Wyoming, Montana, and Idaho. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27(6): 684-692.
33. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet* 2001; 357(9255): 505-508.
34. Schulze MB, Manson JE, Ludwig DS, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, et al. Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-aged women. *JAMA* 2004; 292(8): 927-934.
35. Troiano RP, Briefel RR, Carroll MD, Bialostosky K. Energy and fat intakes of children and adolescents in the United States:

- data from the national health and nutrition examination surveys. *Am J Clin Nutr.* 2000; 72(5 Suppl): 1343S-1353S.
36. Welsh JA, Cogswell ME, Rogers S, Rockett H, Mei Z, Grummer-Strawn LM. Overweight among low-income preschool children associated with the consumption of sweet drinks: Missouri, 1999-2002. *Pediatrics* 2005; 115(2): e223-e229.
 37. Blum JW, Jacobsen DJ, Donnelly JE. Donnelly, Beverage consumption patterns in elementary school aged children across a two-year period. *J Am Coll Nutr* 2005; 24(2): 93-98.
 38. Forshee RA, Storey ML. Storey, Total beverage consumption and beverage choices among children and adolescents. *Int J Food Sci Nutr* 2003; 54(4): 297-307.
 39. Kvaavik E, Andersen LF, Klepp KI. The stability of soft drinks intake from adolescence to adult age and the association between long-term consumption of soft drinks and lifestyle factors and body weight. *Public Health Nutr* 2005; 8(2): 149-157.
 40. Rodriguez-Artalejo F, García EL, Gorgojo L, Garcés C, Royo MA, Martín Moreno JM, et al. Consumption of bakery products, sweetened soft drinks and yogurt among children aged 6-7 years: association with nutrient intake and overall diet quality. *Br J Nutr* 2003; 89(3): 419-429.
 41. Ross AC. Modern nutrition in health and disease. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2014. XXiv, 1616 p.
 42. Tappy L, Lê KA. Metabolic effects of fructose and the worldwide increase in obesity. *Physiol Rev* 2010; 90(1): 23-46.
 43. Faure P, Rossini E, Lafond JL, Richard MJ, Favier A, Halimi S. Vitamin E improves the free radical defense system potential and insulin sensitivity of rats fed high fructose diets. *J Nutr.* 1997; 127(1): 103-107.
 44. Bezerra RM1, Ueno M, Silva MS, Tavares DQ, Carvalho CR, Saad MJ. A high fructose diet affects the early steps of insulin action in muscle and liver of rats. *J Nutr* 2000; 130(6): 1531-1535.
 45. Yoshida M, McKeown NM, Rogers G, Meigs JB, Saltzman E, D'Agostino R, et al. Surrogate markers of insulin resistance are associated with consumption of sugar-sweetened drinks and fruit juice in middle and older-aged adults. *J Nutr* 2007; 137(9): 2121-2127.
 46. Bazzano LA, Li TY, Joshipura KJ, Hu FB. Intake of fruit, vegetables, and fruit juices and risk of diabetes in women. *Diabetes Care* 2008; 31(7): 1311-1317.
 47. Montonen J, Järvinen R, Knekt P, Heliövaara M, Reunanen A. Consumption of sweetened beverages and intakes of fructose and glucose predict type 2 diabetes occurrence. *J Nutr* 2007; 137(6): 1447-1454.