

تأثیر اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز بر شاخص‌های گلیسمی و التهابی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲: کارآزمایی بالینی تصادفی شده

پروین دهقان^{۱*}، بهرام پورقاسم گرگری^۲، شبنم سالک زمانی^۳

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به شیوع بالای دیابت نوع ۲ و نقش مهم مقاومت انسولینی و التهاب در پاتوژنز دیابت نوع ۲ و بیماری‌های قلبی-عروقی ناشی از آن، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز بر سطح شاخص‌های گلیسمی و التهاب در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی، ۵۲ بیمار دیابتی نوع ۲ به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. افراد گروه آزمون (n=27)، روزانه ۱۰g اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز و افراد گروه شاهد (n=25)، روزانه ۱۰g مالتودکسترین به مدت ۸ هفته دریافت کردند. دریافت‌های غذایی، شاخص‌های تن‌سنجی، شاخص‌های گلیسمی و التهاب در ابتدا و انتهای مطالعه اندازه‌گیری شد. آنالیز آماری با استفاده از آزمون‌های تی زوج، مستقل و تحلیل کوواریانس برای مقایسه متغیرهای کمی صورت گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه کاهش معنی‌داری در قند خون ناشتا، HbA1c، IL-6 و TNF α در گروه اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز در مقایسه با گروه مالتودکسترین مشاهده شد. کاهش در HOMA-IR، QUICIKI و hs-CRP در گروه اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز در مقایسه با گروه مالتودکسترین غیرمعنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد مکمل اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز می‌تواند شاخص‌های گلیسمی و التهاب در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ را بهبود بخشد.

کلیدواژه‌ها: اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز؛ دیابت ملیتوس نوع ۲؛ انسولین، HOMA-IR؛ التهاب؛ کارآزمایی بالینی تصادفی شده.

^۱استادیار علوم تغذیه، کمیته تحقیقات دانشجویی، مرکز تحقیقات علوم تغذیه، دانشکده تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

^۲دانشیار علوم تغذیه، دانشکده تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

^۳دانشجوی دکتری علوم تغذیه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

پروین دهقان، کمیته تحقیقات دانشجویی، مرکز تحقیقات علوم تغذیه، دانشکده تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

dehghan.nut@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۲/۵/۵

تاریخ پذیرش: ۹۲/۶/۱۹

لطفاً به این مقاله به‌صورت زیر استناد نمایید:

Dehghan P, Pourghassem Gargari B, Salekzamani Sh. The effect of oligofructose-enriched inulin on glycemic indices and inflammation in women with type 2 diabetes: A randomized clinical trail. Qom Univ Med Sci J 2014;8(2):34-43. [Full Text in Persian]

مقدمه

دیابت نوع ۲ از اختلالات متابولیکی شایع در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می باشد. بیش از ۷۰٪ افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند (۱). شیوع دیابت در ایران نیز در سال ۲۰۱۰، ۸٪ گزارش شده و پیش بینی شده است کل هزینه های دیابت تقریباً ۶۰۰ میلیون دلار آمریکا باشد (۲). رحمانیان و همکاران نیز در مطالعه خود میزان شیوع دیابت را در مردان و زنان شهری به ترتیب ۱۱/۶٪ و ۱۲/۱٪ گزارش کردند (۳). با توجه به روند رو به گسترش دیابت، شناسایی عللی که نقش کنترل کننده در دیابت داشته باشد و یا به نحوی در درمان دیابت دخیل باشند، اهمیت به سزایی دارد. پژوهش های جدید، استفاده از غذاهایی با عملکرد ویژه را در ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان برخی بیماری های مزمن مؤثر دانسته اند. فروکتان های اینولینی؛ الیگو یا پلیمری متشکل از واحدهای D- فروکتوز با پیوندهای $\beta(1\rightarrow2)$ می باشند که در انتها دارای یک واحد گلوکز با پیوند $\alpha(1\rightarrow2)$ هستند.

این ترکیبات در مواد غذایی نظیر کرفس، کاسنی، سیر، پیاز، گندم، موز، دانه های سویا، کنگر فرنگی، مارچوبه و کنگر اورشلیمی یافت می شود. این ترکیبات با توجه به درجه پلیمریزاسیون (Degree of Polymerization) DP به الیگوفروکتوزها (Oligofructose) ($DP < 10$)، اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز (Oligofructose-enriched Inulin) (مخلوطی از الیگوفروکتوز و اینولین) و اینولین (Inulin) ($DP = 10-65$) تقسیم می شوند (۴). از بین پری بیوتیک ها؛ فروکتان های اینولینی، نقش ویژه ای را در افزایش سطح بیفیدوباکترها و لاکتوباسیلوس ایفا می کنند. اثرات پری بیوتیکی این ترکیبات در مقادیر ۵-۸g در روز مشاهده می شود (۵). فروکتان اینولینی با تعدیل فعالیت میکروفلور روده ای (۵)، دخالت در تعدیل گلیسمی (۶) و فاکتورهای التهابی (۷)، منجر به افزایش سلامتی میزبان می شود. برطبق نتایج یک مرور نظام مند، در ۳۱٪ از کارآزمایی های بالینی، کاهش غلظت گلوکز سرم با مصرف فروکتان های رژیمی گزارش شده است (۶). طبق مرور بر مطالعات انجام شده، تاکنون، تنها ۴ مطالعه به ارزیابی اثرات فروکتان های اینولینی بر سطح شاخص های گلیسمی پرداخته اند که در سه مورد اثرات فروکتوالیگوساکاریدها (۱۰-۸)

و در یک مورد اثر اینولین (۱۱) ارزیابی شده است، ولی مطالعه انسانی مبنی بر ارزیابی اثرات فروکتان های اینولینی بر التهاب یافت نشد، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر اینولین غنی شده یا الیگوفروکتوز بر شاخص های گلیسمی و التهاب در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی سه سوکور روی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ که طی سالهای ۱۳۹۱-۱۳۹۰ به کلینیک غدد و متابولیسم بیمارستان سینای تبریز مراجعه کرده بودند، انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: داشتن حداقل ۶ ماه سابقه ابتلا به دیابت، محدوده سنی ۳۰-۶۵ سال، نمایه توده بدنی $25-35 \text{ kg/m}^2$ ، نداشتن تغییرات وزنی طی ۳ ماه گذشته، عدم مصرف انسولین و استفاده از داروهای پایین آورنده قند خون، مصرف فیبر به میزان کمتر از ۳۰g در روز و تمایل به مصرف پری بیوتیک در طول مدت پژوهش و عدم استفاده از پروبیوتیک ها بود.

معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: استفاده از درمان انسولینی، گلوکوکورتیکوئیدها و ملین ها، داروهای ضدچاقی، مولتی ویتامین، داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی، داروهای آنتی بیوتیکی و کاهنده لیپید خون، دریافت مکمل های آنتی اکسیدانی حداقل ۳ ماه قبل از شروع پژوهش، سابقه گرفتن رژیم کاهش وزن طی ۶ ماه گذشته یا رژیم غذایی ویژه، داشتن بیماری هایی چون بیماری های روده ای نظیر التهاب روده، سرطان روده و مشکلات گوارشی، اختلالات تیروئیدی، بیماری قلبی، کلیوی، کبدی، ریوی، عفونی و سایر سرطان های تحت درمان با رادیوتراپی، مصرف الکل و یا سیگار، بارداری، شیردهی، ورزشکار بودن و فعالیت فیزیکی سنگین و عدم تمایل به مصرف پری بیوتیک و بروز علائم گوارشی در طول پژوهش. این بررسی در کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به تصویب رسید و ابتدا در یک جلسه توجیهی، هدف و روش اجرای پژوهش به بیماران توضیح داده شد. سپس از داوطلبان شرکت کننده در پژوهش، رضایت نامه کتبی اخذ شد. به منظور تعیین حجم نمونه، از تغییرات شاخص $\text{TNF-}\alpha$ در یک مطالعه

خوراک ۲۴ ساعته (۲ روز کاری و یک روز پایان هفته) از طریق مصاحبه حضوری در ابتدا و انتهای پژوهش ثبت و به وسیله نرم افزار Nutritionist IV مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نمونه خون وریدی بیماران توسط کارشناس علوم آزمایشگاهی در ابتدا و انتهای پژوهش، هر بار به میزان ۱۰cc، پس از ۱۲-۱۰ ساعت ناشتایی در وضعیت نشسته گرفته شد.

برای سنجش هموگلوبین گلیکوزیله، ۱/۵cc خون تام به ویال حاوی EDTA افزوده شد. بلافاصله بعد از خونگیری، بقیه خون جهت تهیه سرم، با سرعت ۲۵۰۰ دور در دقیقه به مدت ۱۰ دقیقه سانتریفوژ شد. شاخص های گلیسمی در همان روز مورد ارزیابی قرار گرفت و بقیه سرم ها جهت ارزیابی فاکتورهای التهابی تا زمان انجام آزمایشها در دمای ۲۰- درجه ذخیره شدند. سطح گلوکز با استفاده از روش رنگ سنجی آنزیمی براساس روش گلوکز اکسیداز (کیت گلوکز تهیه شده از شرکت پارس آزمون تهران) و دستگاه اتوالیزور (Alcyon 300, USA) سنجیده شد. غلظت انسولین سرم با استفاده کمی لومینسانس (Chemiluminescence) و با استفاده از کیت Liaison (DiaSorin, Salluggia, Italy) اندازه گیری شد.

درصد هموگلوبین گلیکوزیله در نمونه خون کامل و با استفاده از روش کروماتوگرافی تعویض یونی (Bio-Rad D-10 Laboratories, Schiltigheim, France) اندازه گیری شد. مقاومت به انسولین با استفاده از فرمول مدل هوموستاز HOMA-IR (Homeostatic Model Assessment for Insulin Resistance) به صورت زیر محاسبه گردید (۱۳):

مقاومت به انسولین = غلظت گلوکز (mmol/L) × غلظت انسولین / ۲۲/۵

حساسیت به انسولین با استفاده از فرمول زیر محاسبه شد (۱۴):

QUICKI = ۱ / (لگاریتم غلظت گلوکز + لگاریتم غلظت انسولین)

(Quantitative Insulin Sensitivity Check Index)

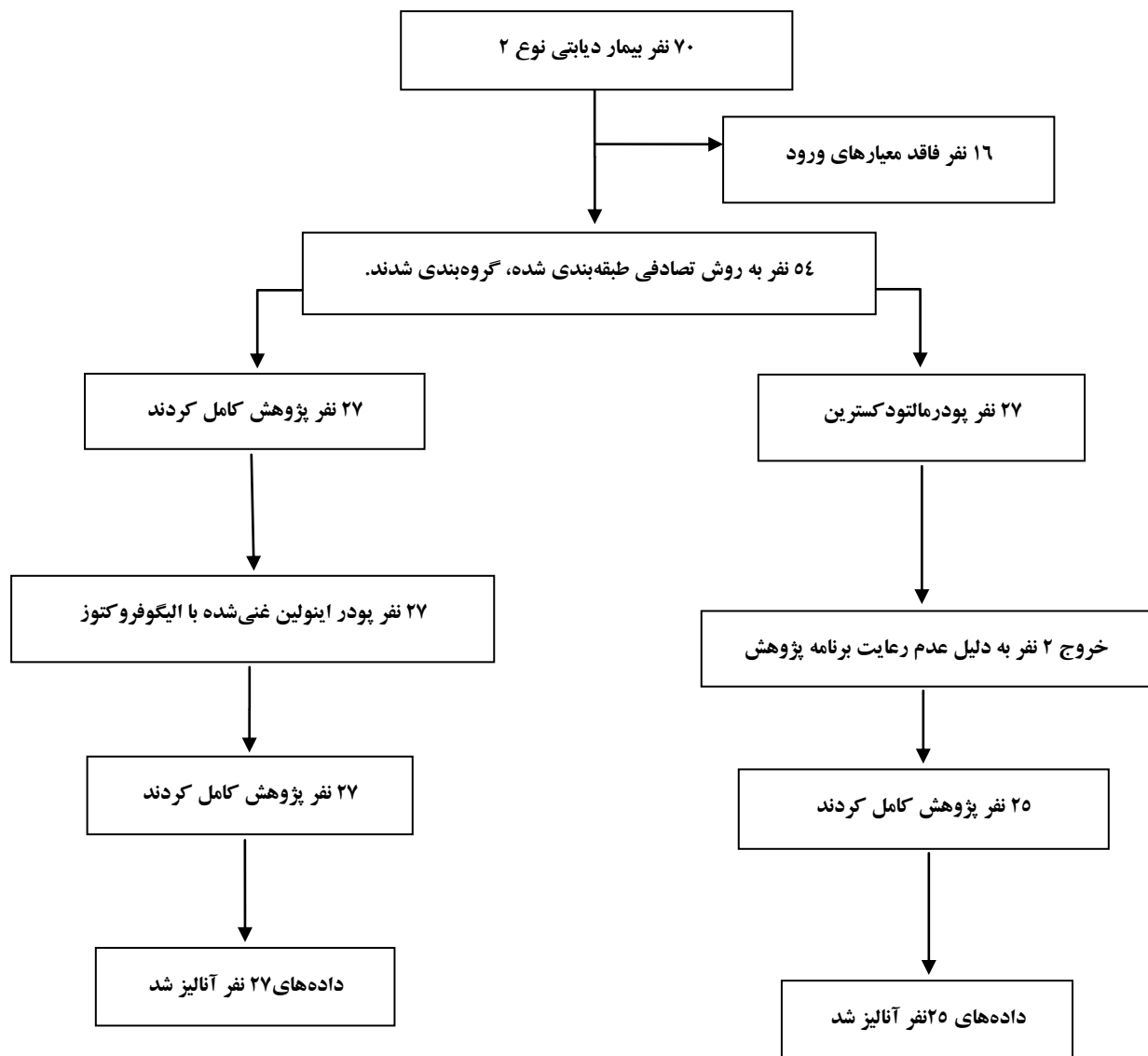
برای اندازه گیری سطح سرمی hs-CRP از روش ایمنوتوربیدی متریک و کیت تشخیص کمی hs-CRP (شرکت پارس آزمون، ایران) و برای ارزیابی TNF-α و IL-6 از روش الایزا (کیت eBioscience) استفاده گردید. در انتهای پژوهش، آزمایشهای بیوشیمیایی، شاخص های تن سنجی و دریافت های غذایی تکرار شدند.

پایلویت طراحی شده بر روی ۵ نفر استفاده شد. با احتساب سطح اطمینان ۹۵٪ و با توان آزمون ۰/۹۰ و با استفاده از فرمول Pocock (۱۲)، حجم نمونه برابر ۲۲ نفر محاسبه شد و با در نظر گرفتن ریزش احتمالی نمونه ها، حجم نمونه به ۲۷ نفر در هر گروه افزایش یافت. در کل، ۷۰ نفر برای شرکت در پژوهش دعوت شدند که از این تعداد، ۵۴ نفر براساس معیارهای ورود و خروج، وارد پژوهش شدند. افراد مورد بررسی برحسب نمایه توده بدن و سن به صورت تصادفی به یکی از دو گروه آزمون (۲۷ نفر) یا شاهد (۲۷ نفر) تقسیم شدند. برای تصادفی سازی از روش بلوک های تصادفی با سایز تصادفی ۲ و ۴ استفاده شد که اعداد تصادفی آن توسط نرم افزار RAS تهیه شد. اعداد تصادفی توسط متخصص آماری طرح تهیه و برای اجرای تخصیص پنهانی، به طور متوالی در اختیار کارشناس تخصیص دهنده بیماران به گروه ها قرار گرفت. گروه آزمون به مدت ۸ هفته روزانه ۲ بسته پودر ۵ گرمی اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز و گروه شاهد ۲ بسته پودر ۵ گرمی مالتودکسترین دریافت کردند. این دو ترکیب از لحاظ شکل ظاهری، رنگ و طعم مشابه بودند. یک بسته از پودرها را در صبح و یک بسته از پودر را در شب، در داخل آب ولرم حل و مصرف نمودند. پودر اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز با نام تجاری Frutafit IQ (محصول شرکت Sensus کشور نوزلند) و پودر مالتودکسترین (محصول شرکت Jiujiang Hurirong Trade کشور چین) بود. پودرها در سلفون های مشابه بسته بندی و بدون ذکر نوع مکمل روی بسته ها، ماهانه به بیماران تحویل داده شد. جهت تفکیک دو نوع پودر، در کارخانه با استفاده از دستگاه دیجیتال، کد و تاریخ تولید و انقضا بر روی بسته ها پرینت شد. توزیع مکمل ها و دارونما به منظور بی اطلاعی پژوهشگر از نوع درمان بیمار؛ توسط فرد دیگری که از رمز کدها و نوع مکمل مطلع نبود، انجام شد. برای اطمینان از مصرف و پیگیری شکایت بیماران، بسته های پودر باقیمانده، در پایان پژوهش تحویل گرفته شد. وزن و قد افراد در ابتدا و پایان مطالعه به ترتیب با ترازوی سکا و با دقت ۰/۱kg و قدسنج با دقت ۰/۱cm بدون کفش و با کمین پوشش اندازه گیری شد. سپس نمایه توده بدنی افراد با استفاده از فرمول وزن (kg) تقسیم بر مجذور قد (m) محاسبه شد. دریافت رژیمی بیماران طی ۳ روز با استفاده از پرسشنامه یادآمد

یافته‌ها

از ۵۴ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ شرکت کننده در مطالعه، ۵۲ نفر مطالعه را کامل کردند (۲۷ نفر در گروه اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز و ۲۵ نفر در گروه مالتودکسترین) (شکل شماره ۱). تقریباً بیماران تمامی بسته‌های پودری را مصرف کردند و گزارشی از عوارض جانبی ناشی از مصرف مکمل‌ها ارائه ندادند. دو گروه از نظر میانگین سن، شاخص‌های تن‌سنجی، نوع و دوز داروهای کاهنده قندخون به غیر از طول‌مدت ابتلا به دیابت در شروع مطالعه، تفاوت آماری معنی‌داری با یکدیگر نداشتند (جدول شماره ۱).

نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف ارزیابی شد. برای متغیرها قبل از انجام مداخله بین دو گروه اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز و مالتودکسترین از آزمون تی مستقل و بعد از انجام مداخله با تعدیل عوامل مداخله‌گر و متغیرهای پایه، از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. مقایسه میانگین متغیرهای بیوشیمیایی قبل و بعد از انجام مداخله در داخل هر گروه نیز توسط آزمون تی زوج صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱ انجام گرفت. سطح معنی‌داری، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.



نمودار: کارآزمایی بالینی

جدول شماره ۱: ویژگی‌های عمومی بیماران دیابتی مورد مطالعه به تفکیک دو گروه

ویژگی‌های عمومی	مالتودکستروزین (n=25)	اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز (n=27)
سن (سال)	۴۸/۷±۹/۷	۴۸/۴±۸/۴
وزن (کیلوگرم)	۷۰/۴±۱۱/۰	۷۶/۰±۱۲/۲
قد (سانتی‌متر)	۱۵۳/۵±۶/۵	۱۵۴/۴±۵/۸
نمایه توده بدن (کیلوگرم بر مترمربع)	۲۹/۹±۴/۲	۳۱/۹±۴/۵
مدت ابتلا به دیابت (سال)	۵/۳±۴/۶	۸/۵±۵/۰
میانگین مصرف متفورمین ۵۰۰mg (تعداد در روز)	۳(۱-۴)	۲(۱-۴)
میانگین مصرف گلی بن گلامید ۵mg (تعداد در روز)	۲(۰-۴)	۲(۱-۴)

تفاوت آماری معنی دار در ویژگی‌های عمومی بین دو گروه، به غیر از طول مدت ابتلا به دیابت در ابتدای مطالعه وجود نداشت ($p > 0/05$ براساس آزمون تی مستقل). داروهای مصرفی قند خون به صورت میانه (صدک ۲۵، صدک ۷۵) گزارش شدند.

الیگوفروکتوز نشان داد وزن و نمایه توده بدنی در مقایسه با ابتدای پژوهش، کاهش معنی داری داشته است ($p < 0/05$). تغییرات این متغیرها در گروه دارونما معنی دار نبود. بعد از ۸ هفته مکمل یاری، تفاوت معنی داری در دریافت انرژی، بین دو گروه مشاهده شد ($p < 0/05$). در داخل گروه اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز، دریافت انرژی و چربی کل، کاهش معنی داری داشت ($p < 0/05$). در طول مطالعه، دریافت انرژی و سایر مواد مغذی در گروه مالتودکستروزین بدون تغییر ماند.

در ابتدای پژوهش، تفاوت آماری معنی داری در شاخص‌های تن سنجی و داروهای مصرفی (جدول شماره ۱) و میانگین دریافت انرژی و سایر درشت مغذی‌ها (جدول شماره ۲) بین دو گروه مورد مطالعه مشاهده نشد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد با تعدیل محدودشگر hs-CRP، طول مدت ابتلا به دیابت و متغیرهای پایه در پایان هفته هشتم، کاهش معنی داری در وزن و نمایه توده بدنی بین دو گروه دیده می‌شود به ترتیب از $۷۶/۰ \pm ۱۲/۲$ به $۳۱/۹ \pm ۴/۵$ ، $۷۲/۹ \pm ۱۲/۴$ ($p < 0/05$).

مقایسه وزن و نمایه توده بدنی در داخل گروه اینولین غنی شده با

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار انرژی و مواد مغذی دریافتی بیماران دیابتی مورد مطالعه

انرژی و ترکیبات رژیم غذایی	دوره مطالعه	مالتودکستروزین (n=25)	اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز (n=27)
انرژی (کیلوکالری در روز)	شروع مطالعه	۱۷۷۰/۲±۲۰۵/۶	۱۶۲۴/۷±۴۱۲/۶
	پایان هفته هشتم	۱۷۹۸/۲±۲۳۸/۹	۱۴۸۰/۹±۲۵۹/۸ ^{**}
کربوهیدرات (گرم در روز)	شروع مطالعه	۲۲۴/۷±۴۷/۹	۲۲۳/۹±۷۲/۶
	پایان هفته هشتم	۲۲۳/۳±۳۷/۴	۲۲۲/۵±۳۶/۱
پروتئین (گرم در روز)	شروع مطالعه	۵۴/۸±۱۱/۹	۵۱/۹±۱۲/۲
	پایان هفته هشتم	۵۵/۳±۱۴/۷	۴۸/۶±۱۰/۷
چربی کل (گرم در روز)	شروع مطالعه	۵۲/۹±۱۳/۳	۵۶/۴±۲۳/۶
	پایان هفته هشتم	۵۱/۸±۱۴/۹	۴۶/۸±۱۳/۶ ^{**}
فیبر رژیمی (گرم در روز)	شروع مطالعه	۱۸/۴±۶/۶	۱۵/۶±۱۲/۷
	پایان هفته هشتم	۱۴/۹±۳/۹	۱۳/۰±۵/۵

* تفاوت آماری معنی دار بین دو گروه در انتهای مطالعه، تفاوت آماری معنی دار بین ابتدا و انتهای مطالعه در داخل هر گروه. برای مقایسه میانگین متغیرهای قبل و بعد از مداخله در هر گروه از Paired t-test و برای بین گروه‌ها از تی مستقل و تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد.

بود، ولی کاهش در سطح انسولین سرم و شاخص‌های HOMA-IR و QUICKI، معنی دار نبود. مقایسه شاخص‌های گلیسمی در داخل گروه اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز نشان داد تمامی شاخص‌های گلیسمی در مقایسه با ابتدای پژوهش، کاهش معنی داری یافته است ($p < 0.05$). تغییرات این متغیرها در گروه دارونما نیز معنی دار نبود.

برطبق جداول شماره ۳ و ۴، در شروع مطالعه تفاوت معنی داری در هیچ یک از شاخص‌های گلیسمی و التهابی به غیر از hs-CRP بین دو گروه مورد مطالعه مشاهده نشد. همچنین در پایان هفته هشتم در گروه اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز در مقایسه با گروه دارونما، با تعدیل مخدوشگرهایی مانند طول مدت ابتلا به دیابت، تغییرات وزن، hs-CRP و متغیرهای پایه؛ کاهش در قند خون ناشتا ($-0.9/50$) و HbA1c ($-0.8/40$)، معنی دار ($p < 0.030$)

جدول شماره ۳: مقایسه شاخص‌های کنترل گلیسمی در نمونه‌های مورد مطالعه

p	ماتود کسترین		مرحله	شاخص
	اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز (n=27)	(n=25)		
0.072	166/8 ± 22/3	157/8 ± 10/6	قبل مداخله	قند خون ناشتا (mg/dl)
0.020	** 148/5 ± 20/4	156/1 ± 14/2	بعد مداخله	
0.540	8/4 ± 1/0	8/2 ± 0/9	قبل مداخله	HbA1c (%)
0.030	** 7/8 ± 0/9	8/3 ± 1/1	بعد مداخله	
0.752	13/6 ± 5/0	13/1 ± 3/8	قبل مداخله	انسولین سرم (μ/dl)
0.129	** 10/9 ± 4/0	13/4 ± 4/8	بعد مداخله	
0.450	5/6 ± 2/2	5/1 ± 1/6	قبل مداخله	HOMA-IR
0.069	** 4/0 ± 1/6	5/2 ± 1/6	بعد مداخله	
0.830	2/3 ± 0/2	2/3 ± 0/1	قبل مداخله	QUICKI
0.462	** 2/2 ± 0/2	2/3 ± 0/1	بعد مداخله	

* تفاوت آماری معنی دار بین دو گروه در انتهای مطالعه، تفاوت آماری معنی دار بین ابتدا و انتهای مطالعه در داخل هر گروه.
** برای مقایسه میانگین متغیرهای قبل و بعد از مداخله در هر گروه از Paired t-test و برای بین گروه‌ها از تی مستقل و تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد.

اما کاهش در سطح hs-CRP معنی دار نبود. در داخل گروه اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز کاهش در TNFα و hs-CRP معنی دار و در IL-6 غیر معنی دار بود. تغییرات این متغیرها در گروه دارونما نیز معنی دار نبود (جدول شماره ۴).

در گروه اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز نیز در مقایسه با دارونما، با تعدیل مخدوش کننده‌های تغییرات وزن، hs-CRP و متغیرهای پایه در پایان هفته هشتم، کاهش معنی داری در سطح IL-6 ($-0.8/15$) و TNFα ($-0.19/80$) مشاهده شد ($p < 0.032$).

جدول شماره ۴: مقایسه شاخص‌های التهابی (hs-CRP، IL-6 و TNFα) در نمونه‌های مورد مطالعه

*p	ماتود کسترین		مرحله	شاخص
	اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز (n=27)	(n=25)		
0.032	7/7 ± 5/2	13/0 ± 8/9	قبل مداخله	hs-CRP (mg/l)
0.522	** 5/3 ± 4/6	11/9 ± 6/5	بعد مداخله	
0.341	5/1 ± 3/0	5/9 ± 2/1	قبل مداخله	IL-6 (پیکوگرم در لیتر)
0.032	** 4/9 ± 3/3	6/2 ± 1/6	بعد مداخله	
0.71	17/8 ± 4/5	17/4 ± 3/9	قبل مداخله	TNFα (پیکوگرم در لیتر)
0.001	** 15/2 ± 4/9	18/0 ± 3/8	بعد مداخله	

* تفاوت آماری معنی دار بین دو گروه در انتهای مطالعه، تفاوت آماری معنی دار بین ابتدا و انتهای مطالعه در داخل هر گروه.
** برای مقایسه میانگین متغیرهای قبل و بعد از مداخله در هر گروه از Paired t-test و برای بین گروه‌ها از تی مستقل و تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد.

بحث

بر طبق نتایج یک مرور نظام‌مند، در ۳۱٪ از کارآزمایی‌های بالینی گزارش شده است که با مصرف فروکتان‌های رژیمی، غلظت گلوکز سرم کاهش می‌یابد (۶). طبق مرور بر مطالعات انجام شده، تنها چهار مطالعه اثرات فروکتان‌های اینولینی بر گلوکز و انسولین بیماران دیابتی نوع ۲ را ارزیابی و نتایج متفاوتی ارائه داده‌اند. یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Yamashita و همکاران (۸) همخوانی و با نتایج مطالعات Luo و همکاران (۹)، Alles و همکاران (۱۰) و Bonsu و همکاران (۱۱) همخوانی نداشت. Yamashita و همکاران در طی یک کارآزمایی بالینی دو سوکور نشان دادند مصرف الیگوفروکتوز به مقدار ۸g در روز و به مدت ۸ هفته؛ قند خون ناشتا را در بیماران دیابتی نوع ۲ کاهش می‌دهد، ولی در این مطالعه اثر بر انسولین ارزیابی نشده بود (۸). نتایج مطالعات انجام‌یافته توسط Pourghassem و همکاران (۱۵)، Russo و همکاران (۱۶) و Antal و همکاران نیز با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۷). Luo و همکاران (۹)، Alles و همکاران (۱۰) و Bonsu و همکاران (۱۱) با ارزیابی تأثیر مکمل یاری فروکتوالیگوساکارید (به ترتیب ۱۵g در روز به مدت ۳ هفته در ۲۰ مرد و زن دیابتی نوع ۲، ۲۰g در روز به مدت ۴ هفته در ۶ مرد و ۴ زن دیابتی نوع ۲) و اینولین (۱۰g) در روز به مدت ۱۲ هفته در ۳۶ فرد دیابتی نوع ۲) بر شاخص‌های گلیسمی، تغییرات معنی‌داری را در این شاخص‌ها گزارش نکردند. تفاوت در نتایج حاصله می‌تواند مربوط به ژنوتیپ، نوع و میزان میکروفلور روده‌ای پایه، حالت پاتوفیزیولوژیک افراد، دوز و نوع مکمل، سطح پایه شاخص‌های گلیسمی، طول مداخلة، حجم نمونه و نوع دارونما باشد. مکانیسم‌های متعددی برای ایجاد اثرات هیپوگلیسمیک فیبرهای فروکتان پیشنهاد شده است. تغییر در میکروفلور روده‌ای نیز یکی از این مکانیسم‌ها می‌باشد. در یک مطالعه دیگر، ارتباط مثبت بین پیشرفت دیابت نوع یک با افزایش تعداد Bacteroidetes گزارش شد. فرض بر این است که این باکتری‌ها با افزایش برداشت مونوساکاریدها از روده و متعاقباً با افزایش تولید تری‌گلیسرید کبدی، مقاومت انسولینی را افزایش می‌دهند (۱۸). فروکتان‌های اینولینی احتمالاً با کاهش Bacteroidetes و افزایش بیفیدوباکترها به بهبود گلیسمی کمک

کمک می‌کنند (۷). فروکتان‌های اینولینی با افزایش GLP-1 و GLP-2 نیز شاخص‌های گلیسمی را بهبود می‌بخشند. GLP-1 ترشح انسولین پانکراسی و پلازما، توده سلول‌های بتا و عملکرد آن را تعدیل می‌کند و افزایش GLP-2 نیز حساسیت انسولینی را در بافت‌های کبد، چربی و ماهیچه افزایش می‌دهد (۱۹). چاقی و افزایش وزن با افزایش بافت چربی و التهاب متعاقب آن، در بدن منجر به مقاومت انسولینی می‌گردد (۲۰). احتمالاً پری‌بیوتیک‌ها با تنظیم متابولیسم انرژی و کنترل چاقی (۱۹)، می‌توانند در تنظیم گلیسمی خون مؤثر واقع شوند. همچنین اسیدهای چرب آزاد (FFA) (Free Fatty Acid) با کاهش برداشت گلوکز توسط ماهیچه و افزایش برداشت گلوکز کبدی و کاهش ترشح انسولین منجر به مقاومت انسولینی می‌شوند (۲۱). استات و پروپیونات حاصل از تخمیر پری‌بیوتیک‌ها در روده بزرگ، با کاهش غلظت FFA از طریق مهار هورمون لیپاز حساس به هورمون، منجر به افزایش حساسیت انسولینی و افزایش مصرف گلوکز می‌گردند (۲۲). پروپیونات به‌عنوان یکی دیگر از محصولات حاصل از تخمیر اینولین، با مهار گلوکونوژنز از طریق مهار تبدیل مالونیل COA به سوکسینیل COA منجر به کاهش قند خون می‌شود (۲۳). NKT (Natural Kill T cell) در فرآیند مقاومت انسولینی نقش مؤثری دارد. در مطالعات دیگر نیز اثر مثبت اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز در افزایش عملکرد NKT گزارش شده است (۲۴). اثرات مثبت فروکتان‌های اینولینی بر تعدیل التهاب در برخی از مطالعات انسانی گزارش شده است. Lecerf و همکاران (۲۵) نشان دادند مکمل یاری افراد سالم با ترکیبی از اینولین و گزیلوالیگوساکارید بیان ژنی $IL-1\beta$ ، $TNF\alpha$ را کاهش و بیان ژنی $IL-10$ و $IL-13$ را افزایش می‌دهد. Nilsson و همکاران (۲۶)، اثرات مفید نان جو را به‌عنوان یک پری‌بیوتیک بر تحمل گلوکز، سطح آدیپونکتین و شاخص‌های التهابی افراد سالم گزارش کردند. بر طبق نتایج این مطالعه، غلظت پابین $IL-6$ و غلظت بالای آدیپونکتین، بیانگر خاصیت ضدالتهابی کربوهیدرات‌های غیرقابل هضم می‌باشد. ارزیابی اثرات بیفیدوباکترلانگوم همراه با فروکتوالیگوساکاریدها در بیماران مبتلا به کبد چرب غیرالکلی نشان داد بیفیدوباکترلانگوم همراه با فروکتوالیگوساکارید، غلظت CRP ، $TNF\alpha$ ، $HOMA-IR$ ، LPS

بهبود عملکرد سلول‌های کوپفر کبدی مؤثر واقع شود (۳۲). فروکتان‌های اینولینی از این طریق نیز ممکن است در فرونشاندن التهاب مؤثر باشند. HDL-C در کلیرنس لیپوپولی‌ساکارید اثر مثبتی دارد (۳۳). بنابراین، افزایش سطح این لیپوپروتئین در مطالعه حاضر (۳۴) ممکن است یکی دیگر از روش‌های کاهش تولید سیتوکین‌های التهابی باشد. چاقی به‌عنوان یک التهاب با درجه پایین شناخته شده است و کاهش وزن و توده چربی بدن می‌تواند در کاهش سیتوکین‌های التهابی دخیل باشد (۳۵).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، مصرف اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز بر شاخص‌های گلیسمی و التهابی تأثیر مثبت دارد. اما برای تأیید این موضوع مطالعات بیشتری لازم است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز (به شماره ۵/۵۳/۶۳۴۹) بابت حمایت مالی و از تمامی بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش، کارکنان کلینیک غدد و متابولیسم بیمارستان سینا که نهایت همکاری را داشتند، اعلام می‌دارند. نتایج این مقاله، برگرفته از پایان‌نامه دکتری تغذیه با عنوان "تأثیر مکمل یاری پری‌بیوتیک‌های اینولینی (اینولین و اینولین غنی شده با الیگوفروکتوز) بر وضعیت آنتی‌اکسیدانی، شاخص‌های متابولیکی، التهابی و ضدالتهابی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲" در دانشکده تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد.

شماره ثبت: Irct:

IRCT: 201110293253N4

References:

- Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2010 Jan; 87(1):4-14.
- Golozar A, Khademi H, Kamangar F, Poutschi H, Islami F, Abnet CC, et al. Diabetes mellitus and its correlates in an Iranian adult population. *PLoS One* 2011;6(10):e26725.
- Rahmanian K, Shojaei M, Sotoodeh Jahromi A, Rahmanian K, Shojaei M, Sotoodeh Jahromi A. Relation of type 2 diabetes mellitus with gender, education, and marital status in an Iranian urban population. *Rep Biochem Mol Biol* 2013;1(2):1-5.

4. Roberfroid MB. Inulin-Type fructans: Functional food ingredients. *J Nutr* 2007;137(11 Suppl):2493S-2502S.
5. Kolida S, Gibson GR. Prebiotic Capacity of inulin-type fructans. *J Nutr* 2007;137(11 Suppl):2503S-2506S.
6. Bonsu NKA, Johnson CS, Mcleod KM. Can dietary fructans lower serum glucose? *J Diabetes* 2011;3(1):58-66.
7. Dewulf EM, Cani PD, Claus SP, Fuentes S, Puylaert PG, Neyrinck AM, et al. Insight into the prebiotic concept: Lessons from an exploratory, double blind intervention study with inulin-type fructans in obese women. *Gut* 2013 Aug; 62(8):1112-21.
8. Yamashita K, Kawai K, Itakura M. Effects of fructo-oligosaccharides on blood glucose and serum lipids in diabetic subjects. *Nutr Res* 1984 Dec; 4(6):961-6.
9. Luo J, Van Yperselle M, Rizkalla SW, Rossi F, Bornet FR, Slama G. Chronic consumption of short-chain fructo-oligosaccharides does not affect basal hepatic glucose production or insulin resistance in type 2 diabetics. *J Nutr* 2000 Jun;130(6):1572-7.
10. Alles MS, de Roos NM, Bakx JC, van de Lisdonk E, Zock PL, Hautvast GA. Consumption of fructooligosaccharides does not favorably affect blood glucose and serum lipid concentrations in patients with type 2 diabetes. *Am J Clin Nutr* 1999 Jan; 69(1):64-9.
11. Bonsu NKA, Johnson S. Effects of inulin fibre supplementation on serum glucose and lipid concentration in patients with type 2 diabetes. *Int J Diab Metab* 2012;21:80-86.
12. Pocock SJ. *Clinical Trials: A practical approach*. John Wiley & Sons, Chichester, NY; 1990. p. 128.
13. Mathews DR, Hosker JP, Rudenski AS, Naylor BA, Treacher DF, Turner RC. Homeostasis model assessment: Insulin resistance and b-cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man. *Diabetologia* 1985 Jul; 28(7):412-9.
14. Katz A, Nambi SS, Mather K, Baron AD, Follmann DA, Sullivan G, et al. Quantitative insulin sensitivity check index: A simple, accurate method for assessing insulin sensitivity in humans. *J Clin Endocrinol Metab* 2000 Jul; 85(7): 2402-10.
15. Pourghassem Gargari B, Dehghan P, Aliasgharzadeh A, Asghari Jafar-Abadi M. Effects of high performance inulin supplementation on glycemic control and antioxidant status in women with type 2 diabetes. *Diabetes Metab J* 2013 Apr; 37(2):140-8.
16. Russo F, Riezzo G, Chiloiro M, De Michele G, Chimienti G, Marconi E, et al. Metabolic effects of a diet with inulin-enriched pasta in healthy young volunteers. *Curr Pharm Des* 2010;16(7):825-31.
17. Antal M, Regöly-Mérei A, Biró L, Arató G, Schmidt J, Nagy K, et al. Effects of oligofructose containing diet in obese persons. *Curr Pharm Des* 2010;16(7):825-31.
18. Brugman S, Klatter FA, Visser JT, Wildeboer-Veloo AC, Harmsen HJ, Rozing J, et al. Antibiotic treatment partially protects against type 1 diabetes in the Bio-Breeding diabetes-prone rat. Is the gut flora involved in the development of type 1 diabetes? *Diabetologia* 2006 Sep; 49(9):2105-8.
19. Parnell JA, Reimer RA. Weight loss during oligofructose supplementation is associated with decreased ghrelin and increased peptide YY in overweight and obese adults. *Am J Clin Nutr* 2009 Jun; 89(6):1751-9.
20. Arkan MC, Hevener AL, Greten FR, Maeda S, Li ZW, Long JM, et al. IKK-beta links inflammation to obesity-induced insulin resistance. *Nat Med* 2005 Feb; 11(2):191-8.
21. Liu J, Jahn LA, Fowler DE, Barrett EJ, Cao W, Liu Z. Free fatty acids induce insulin resistance in both cardiac and skeletal muscle microvasculature in humans. *J Clin Endocrinol Metab* 2011 Feb; 96(2):438-46.
22. Yen CH, Kuo YW, Tseng YH, Lee MC, Chen HL. Beneficial effects of fructo-oligosaccharides supplementation on fecal bifidobacteria and index of peroxidation status in constipated nursing-home residents--a placebo-controlled, diet-controlled trial. *Nutrition* 2011 Mar; 27(3):323-8.

23. Gaafara M, Serag El-Din MF, Boudy EA, El-Gazar HH. Extraction conditions of inulin from jerusalem artichoke tubers and its effects on blood glucose and lipid profile in diabetic rats. *J Am Sci* 2010;6(5):36-43.
24. Roller M, Pietro FA, Caderni G, Rechkemmer G, Watzl B. Intestinal immunity of rats with colon cancer is modulated by oligofructose-enriched inulin combined with lactobacillus rhamnosus and bifidobacterium lactis. *Br J Nutr* 2004 Dec; 92(6):931-8.
25. Lecerf JM, Dépeint F, Clerc E, Dugenet Y, Niamba CN, Rhazi L, et al. Xylo-oligosaccharide (XOS) in combination with inulin modulates both the intestinal environment and immune status in healthy subjects, while XOS alone only shows prebiotic properties. *Br J Nutr* 2012 Nov 28;108(10):1847-58.
26. Nilsson AC, Ostman EM, Holst JJ, Björck IM. Including indigestible carbohydrates in the evening meal of healthy subjects improves glucose tolerance, lowers inflammatory markers, and increases satiety after a subsequent standardized breakfast. *J Nutr* 2008 Apr;138(4):732-9.
27. Anderson AD, McNaught CE, Jain PK, MacFie J. Randomised clinical trial of synbiotic therapy in elective surgical patients. *Gut* 2004 Feb; 53(2):241-5.
28. Fusunyan RD, Quinn JJ, Fujimoto M, Mac Dermott RP, Sanderson IR. Butyrate switches the pattern of chemokine secretion by intestinal epithelial cells through histone acetylation. *Mol Med* 1999 Sep; 5(9):631-40.
29. Schwab M, Reynders V, Loitsch S, Steinhilber D, Stein J, Schröder O. Involvement of different nuclear hormone receptors in butyrate-mediated inhibition of inducible NFκB signaling. *Mol Immunol* 2007 Jul; 44(15):3625-32.
30. Zenhom M, Hyder A, de Vrese M, Heller KJ, Roeder T, Schrezenmeir J. Prebiotic oligosaccharides reduce proinflammatory cytokines in intestinal Caco-2 cells via activation of PPARγ and peptidoglycan recognition protein 3. *J Nutr* 2011 May;141(5):971-7.
31. Cani PD, Bibiloni R, Knauf C, Waget A, Neyrinck AM, Delzenne NM, et al. Changes in gut microbiota control metabolic endotoxemia-induced inflammation in high-fat diet-induced obesity and diabetes in mice. *Diabetes* 2008 Jun; 57(6):1470-81.
32. Cornell RP. Mechanisms of acute hyperinsulinemia after Kupffer cell phagocytosis. *Am J Physiol* 1980 Mar; 238(3):E276-83.
33. Parker TS, Levine DM, Chang JC, Laxer J, Coffin CC, Rubin AL. Reconstituted high-density lipoprotein neutralizes gram-negative bacterial lipopolysaccharides in human whole blood. *Infect Immun* 1995 Jan; 63(1):253-8.
34. Pourghassem Gargari B, Dehghan P, Karimi P, Faghfori Z. Effects of oligofructose-enriched inulin prebiotic supplementation on the lipid profile and inflammation in patients with type 2 patients: A randomized controlled trial. *Arak Univ Med Sci J* 2013;16(8):0-0. [Full Text in Persian]
35. Sharman MJ, Volek JS. Weight loss leads to reductions in inflammatory biomarkers after a very-low-carbohydrate diet and a low-fat diet in overweight men. *Clin Sci (Lond)* 2004;107(4):365-9.