

Porównanie zaleceń żywieniowych z popularnymi dietami oraz skutki ich stosowania

mgr inż. Karolina Biedrzycka

Słowa kluczowe: dietoterapia, racjonalizacja żywienia, zalecenia żywieniowe, dieta

Streszczenie: W obecnych czasach, w których panuje moda na świadome odżywianie, wciąż króluje opinia, że istnieje dieta cud. Ma sprawić, by w zawrotnym tempie osoba ją stosująca straciła pożądaną liczbę kilogramów. Bardzo często pacjenci jako kurację pierwszego rzutu wybierają którąś z modnych diet, takich jak wysokobiałkowa, wysokotłuszczowa czy jednoskładnikowa, przy czym nie są świadomi konsekwencji zdrowotnych ich stosowania.

Prawidłowo skomponowana dieta jest podstawą leczenia otyłości i nadwagi. Polega na zachowaniu proporcji w spożyciu składników pokarmowych oraz na ograniczeniu energii dostarczanej wraz z pożywieniem. Jednocześnie dosyć często jadłospis jest źle zbilansowany, co może się wiązać z wystąpieniem objawów niepożądanych.

Tylko zmiana nawyków żywieniowych oraz kuracja przeprowadzona pod nadzorem specjalisty (dietetyka) może się zakończyć pożądaną i długotrwałą redukcją masy ciała.

Wprowadzenie

Jeden z ważniejszych problemów współczesnej dietoterapii dotyczy racjonalizacji diety i kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych, których celem ma być przeciwdziałanie chorobom, takim jak zaburzenia metaboliczne, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, dyslipidemia, zaburzenia oddechowe czy układu sercowo-naczyniowego. Powszechnie dostępne różnego rodzaju diety, których autorzy obiecują szybką i skuteczną redukcję masy ciała, niosą ze sobą podwyższone ryzyko wystąpienia w przyszłości bądź w trakcie ich stosowania wielu negatywnych konsekwencji zdrowotnych. Wzrasta również ryzyko zgonu.

Celem artykułu jest przedstawienie charakterystyki popularnych diet oraz ich wpływu na zdrowie człowieka w odniesieniu do zaleceń żywieniowych.

Charakterystyka zaleceń żywieniowych

Zaleceniami żywieniowymi określa się wytyczne dotyczące sugerowanych zmian dostarczanych wraz z dietą produktów spożywczych oraz składników odżywczych w nich

zawartych. Modyfikacje te mają na celu ochronę zdrowia, poprawę stanu odżywienia bądźz względu profilaktyczne [1].

Zgodnie z zaleceniami Instytutu Żywności i Żywienia (IŻŻ), Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) oraz zgodnie z aktualnymi normami przyjętymi w kraju dieta dorosłego (zdrowego) człowieka oparta na zasadach prawidłowego żywienia powinna dostarczać 25–35% tłuszczu, 45–65% węglowodanów i 10–15% białka [2–4]. Zalecana jest również odpowiednia liczba i częstość spożycia posiłków. Wskazane jest spożycie 4–5 posiłków dziennie, z których każdy dostarcza odpowiednią liczbę kalorii [5].

Tak jak w wielu krajach, tak i w Polsce zasady zdrowego odżywiania zostały przedstawione graficznie w postaci Piramidy Zdrowego Żywienia. Przedstawia ona grupy produktów spożywczych oraz ich ilości, które powinny się znaleźć w jadłospisie dorosłego człowieka. Aby dieta mogła zostać uznana za zdrową i zbilansowaną, powinna zawierać produkty z każdego poziomu Piramidy Zdrowego Żywienia [5].

Udział poszczególnych grup produktów w diecie dorosłego człowieka

Głównym źródłem energii w diecie powinny być produkty zbożowe. Zaleca się spożywanie 5 porcji dziennie, najlepiej w postaci produktów pełnoziarnistych. Z kolei w celu pokrycia zapotrzebowania organizmu na witaminy, składniki mineralne, antyoksydanty czy włókno pokarmowe powinno się spożywać 4 porcje warzyw dziennie. Należy zwrócić uwagę na bogactwo produktów w tej grupie, a komponując jadłospis, powinno się skoncentrować na różnorodności oraz na niskokalorycznych warzywach (np. sałata, pomidory).

Owoce, ze względu na znaczną zawartość cukrów prostych, zaleca się spożywać w liczbie 3 porcji dziennie, aby pokryć, tak jak w przypadku warzyw, zapotrzebowanie na witaminy, składniki mineralne, antyoksydanty oraz błonnik.

Mleko i jego przetwory są źródłem białka o wysokiej wartości biologicznej oraz wapnia i witamin z grupy B (zwłaszcza witamina B₂). Rekomendowane jest spożywanie 3 porcji dziennie.

Mięsa, ryb, drobiu, jaj czy nasion roślin strączkowych sugeruje się spożywanie 1 porcji dziennie. Produkty te są źródłem pełnowartościowego białka, żelaza oraz witaminy B₁₂. Zaleca się dążenie do ograniczania dostarczania wraz z dietą nasyconych kwasów tłuszczowych, co się przekłada na wybór produktów zwierzęcych o najmniejszej ich zawartości. Poleca się spożywanie mięsa drobiowego kilka razy w tygodniu, zaś chudego mięsa czerwonego (np. cielęciny) – kilka razy w miesiącu. Rekomenduje się spożywanie ryb 2 razy w tygodniu. Ze względu na wysoką zawartość kwasów z rodziny omega-3, należy wybierać ryby pochodzenia morskiego. Z kolei ze względu na wysoką zawartość białka w nasionach roślin strączkowych zaleca się zastępowanie nimi dań mięsnych 1–2 razy w tygodniu.

Na szczycie Piramidy Zdrowego Żywienia zostały umieszczone tłuszcze. Sugerowana ilość w diecie to 2 porcje dziennie (1 porcja to 15 g oleju lub 30 g margaryny). Rekomendowane jest spożywanie oleju rzepakowego i oliwy z oliwek, są bowiem źródłem jednonienasyconych i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych.

Ponadto, zaleca się spożywanie 2 litrów płynów dziennie. Należy pić często, bez pośpiechu, umiarkowane ilości. Rekomenduje się picie wody. Należy ograniczyć spożycie napojów słodzonych.

Istotnym aspektem zdrowego trybu życia jest aktywność fizyczna, która również została uwzględniona w Piramidzie Zdrowego Żywienia. O ile nie ma przeciwwskazań medycznych, zaleca się wysiłek fizyczny przez większość dni tygodnia, trwający minimum 30 minut. Sugeruje się ćwiczenia aerobowe, takie jak spacer, pływanie, jazda na rowerze, które wpłyną pozytywnie na zwiększenie wydolności sercowo-oddechowej organizmu [5].

Opracowano również zasady zdrowego żywienia w sposób przystępny dla przeciętnej osoby. Jest to wypunktowany zbiór zaleceń, możliwych do realizacji w dziennym jadłospisie.

Podział i charakterystyka diet odchudzających oraz ich wpływ na zdrowie pacjenta

Menu osób borykających się z nadwagą bądź otyłością powinno być zmodyfikowane pod kątem obniżenia spożycia kalorii w dziennej racji pokarmowej. Wytyczne żywieniowe diet niskoenergetycznych, czyli będących źródłem 1000–1500 kcal/dzień, obejmują redukcję: białka, które powinno dostarczać z dietą do 22% energii, tłuszczu do 26%, a węglowodanów do 52% [6]. Pozwala to na oszacowanie ubytku masy na 0,5–1 kg na tydzień [7]. Za cel terapii należy uznać 10-procentową redukcję masy ciała w czasie 6 miesięcy. Istnieje konieczność zwrócenia uwagi na indywidualne zapotrzebowanie energetyczne, które może być determinowane wieloma czynnikami, takimi jak: wiek, płeć, wzrost, masa ciała, aktywność fizyczna [8]. Jest to niepodważalny argument, iż dieta powinna być przygotowana indywidualnie dla każdego pacjenta z osobna.

Według *Europejskiej Rady Informacji o Żywności (EUFIC, European Food Information Council)* minimalna ilość białka dostarczonego wraz z dietą odchudzającą powinna wynosić 50 g, tłuszczu 7 g. Zalecane jest spożycie większych ilości wody, aby uzupełnić jej braki w organizmie. EUFIC zwraca uwagę również na kaloryczność – jeśli wynosi ona poniżej 1400 kcal/dobę, to należy wprowadzić suplementację: białek, witamin i minerałów [9].

Jadłospis osoby odchudzającej się powinien być tak skonstruowany, aby w dziennej racji pokarmowej znajdowały się możliwie wszystkie grupy produktów żywnościowych

(przedstawionych na Piramidzie Zdrowego Żywienia). Pozwala to na dostarczenie wszystkich niezbędnych składników pokarmowych. Struktura posiłków, jak również odpowiednia częstość i regularność ich spożywania powinny być stałe. Ostrowska [10] zauważa także konieczność spożywania posiłków porannych oraz nieprzejadania się podczas kolacji, która powinna być 3–4 godziny przed snem.

W celu obniżenia masy ciała stosuje się różnego rodzaju diety. Niektóre uważa się za mniej, inne za bardziej szkodliwe dla organizmu. Zasadniczymi różnicami w ich założeniach są zmienne wartości makroskładników, tzn. tłuszczów, węglowodanów i białek. Wyróżnia się: dietę niskotłuszczową, niskoenergetyczną, niskowęglowodanową/wyskotłuszczową i wyskobiałkową. Dostępne są również diety jednoskładnikowe, rozdzielne, rygorystyczne i inne niemające naukowego uzasadnienia [11].

Dieta niskotłuszczowa ma na celu ograniczenie podaży tłuszczu w dziennej racji pokarmowej. Chodzi tu głównie o tłuszcze zwierzęce, będące źródłem nasyconych kwasów tłuszczowych. Ograniczenie to jednak nie dotyczy pokarmów będących źródłem jedno- i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych. Zmniejszenie ilości spożywanych tłuszczów w diecie nie przyniesie efektu, jeśli równocześnie nie towarzyszy temu zmniejszenie ogólnej kaloryczności diety – zauważa Ostrowska [10]. W diecie niskotłuszczowej główne źródło energii stanowią węglowodany. Znachorska-Markiewicz zwraca uwagę na ich odpowiedni dobór, oparty na indeksie glikemicznym. Pokarmy mające wysoki indeks glikemiczny skutkują zwiększeniem i dużym wahaniami stężenia glukozy we krwi, a także następową hiperinsulinemię. Może to skutkować chwilowymi hipoglikemiami, które zwiększają głód u pacjenta oraz potrzebę dodatkowego spożycia pokarmów słodkich. Korzystniejszy wpływ mają pokarmy o niskim indeksie glikemicznym, będące źródłem węglowodanów złożonych oraz błonnika pokarmowego, co pozwala na utrzymanie stałego stężenia glukozy we krwi [8]. Zwiększone spożycie wraz z dietą olejów roślinnych, będących źródłem kwasów tłuszczowych wielonienasyconych, wpływa na obniżenie stężenia cholesterolu LDL we krwi. Z kolei zwiększone spożycie ryb będących źródłem kwasów omega-3 wpływa na zmniejszenie stężenia triglicerydów, a także wykazuje działanie przeciwzakrzepowe [12].

Dieta niskoenergetyczna charakteryzuje się podażą kalorii w diecie na poziomie 1000–1200 kcal w przypadku kobiet, 1400–1800 kcal – mężczyzn. Jest zgodna z wytycznymi WHO i towarzystw naukowych, oraz z zasadami prawidłowego żywienia. W celu uzyskania redukcji masy ciała o 1 kg w ciągu tygodnia, zmniejsza się o 1000 kcal dzienne spożycie w stosunku do zapotrzebowania organizmu. Nieodpowiedni dobór produktów spożywczych w diecie, przy długotrwałym jej stosowaniu, może narazić pacjenta na zmniejszone spożycie składników mineralnych i witamin, co może skutkować niedoborami [13]. Kuracja ta jest bardzo efektywna na początku.

Ma to związek ze zużyciem glikogenu wewnątrzustrojowego oraz ograniczeniem podaży węglowodanów w codziennej racji pokarmowej. Dietę tę można uznać za bezpieczną i skuteczną, tylko jeśli stosuje się ją zgodnie z wytycznymi i pod opieką specjalisty. Nie jest jednak przeznaczona do długotrwałego stosowania [7].

Dieta niskowęglowodanowa – zwana inaczej białkowo-tłuszczową, optymalną, kosmonautów, lotników, Atkinsa czy Kwaśniewskiego. Typowe dla tej diety są wysokie zawartości tłuszczu (50–60% ogółu energii) i białka (20–30% energii) oraz niska zawartość węglowodanów (3–10%) [14, 15]. Szerokie nią zainteresowanie wynika z szybkiej i efektownej redukcji masy ciała wraz z poprawą wskaźników metabolicznych, w porównaniu z dietą niskotłuszczową [11]. Efekt działania tej diety wynika z: obniżenia spożycia energii, dużej podaży białka dającego poczucie sytości, ketozy, która wpływa na zmniejszenie apetytu, obniżenia stężenia insuliny oraz utraty wody spowodowanej uwalnianiem glikogenu [16]. Osoby stosujące tę dietę, poza wpływem ketozy na organizm, są narażone na wzrost czynnika ryzyka miażdżycy, ryzyka chorób wątroby oraz kamicy nerkowej wynikającej z ubytku wapnia z kości. Ponadto, jest ona uboga w błonnik, witaminy, składniki mineralne. Dostarcza dużo tłuszczu (w większości pochodzenia zwierzęcego) oraz cholesterolu, a także żelaza i retinolu przy równoczesnym niedoborze witaminy C [11]. Komitet Naukowy Terapii i Nauk o Leku Polskiej Akademii Nauk uznał tę dietę za wysoce szkodliwą dla zdrowia [17].

Dieta wysokobiałkowa jest również określana jako proteinowa, bogatobiałkowa czy Dukana. Uznaje się ją za wariant diety białkowo-tłuszczowej [7]. Jest to rodzaj żywienia ketogeny, charakteryzujący się podażą energii z białka powyżej 30%, węglowodanów poniżej 40% oraz tłuszczu około 30% [11]. W trakcie kuracji obserwuje się obecność ciał ketonowych powstałych na skutek zużywania kwasów tłuszczowych spełniających rolę substratu energetycznego w zastępstwie glukozy. Są one źródłem energii dla ośrodkowego układu nerwowego, co powoduje zmniejszenie odczuwania głodu. Mogą wywoływać uczucie zmęczenia oraz zaburzenia koncentracji. Charakterystyczne dla tej diety są nasilone zaparcia spowodowane niską podażą błonnika pokarmowego [7]. Bez względu na przeciwwskazania do stosowania tej terapii są choroby nerek i wątroby. U osób zdrowych przewlekłe jej stosowanie istotnie zwiększa ryzyko wystąpienia i/lub rozwoju chorób nerek, wątroby, osteoporozy, a także chorób sercowo-naczyniowych [18]. Zaobserwowano, iż u osób otyłych, ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2 oraz nadciśnieniem tętniczym istnieje zwiększone ryzyko przewlekłej choroby nerek. Dieta wysokobiałkowa może indukować wzmoczoną progresję tej choroby. Dodatkowym czynnikiem mającym negatywny wpływ jest obecność fosforanów, w które ta dieta jest bogata [11].

Kłosiewicz-Latoszek i wsp. [7] powołują się na badania, w których stwierdzono, iż diety niskowęglowodanowe i/lub wysokotłuszczowe i/lub wysokobiałkowe mogą

powodować wzrost ryzyka zgonów sercowo-naczyniowych, zgonów z powodów nowotworów oraz zgonów ogółem.

Terapie odchudzające oparte na dietach niskowęglowodanowych i wysokobiałkowych nie są rekomendowane, ze względu na brak wieloletnich obserwacji pozwalających ocenić ich skuteczność, bezpieczeństwo oraz zagrożenia płynące z ich stosowania [3]. Pozostałe diety, takie jak jednoskładnikowe, rygorystyczne, rozdzielne itd., są dietami obciążonymi bardzo dużym ryzykiem niedoborów, czego konsekwencją jest możliwość wystąpienia wielu chorób metabolicznych o podłożu dietozależnym. Diety rozdzielne, takie jak Diamondów lub Haya, nie zezwalają na łączenie węglowodanów z białkami. Z naukowego punktu widzenia nie ma przeciwwskazań do łączenia określonych grup produktów lub składników ze sobą [19]. Diety owocowe (np. ananasowa, arbuzowa), warzywne (np. kapuściana) czy też mleczna bądź ryżowa są często wybieranymi przez pacjentów. Charakteryzują się (w zależności od rodzaju) monotonią, łatwością w przygotowaniu, niską zawartością białka, witamin, minerałów, błonnika pokarmowego.

Węgielska i wsp. [20] zwracają uwagę na problem niedożywienia osób otyłych. Diety redukujące masę ciała, zwłaszcza te charakteryzujące się skrajną podażą składników odżywczych i monotonne, mogą pogłębiać istniejące już choroby oraz niedobory witamin i składników mineralnych. Znajduje to potwierdzenie w badaniach przeprowadzonych przez autorki, gdzie kobiety skarżyły się na skutki uboczne, takie jak: zmęczenie, senność, brak koncentracji, bóle głowy, omdlenia, drażliwość, brak apetytu, nudności, wypadanie włosów czy łamliwość paznokci. Przytoczone objawy (zwłaszcza omdlenia) można zaliczyć do skutków niedoborów pokarmowych będących konsekwencją stosowania nieprawidłowo zbilansowanej diety redukującej masę ciała.

Nieprawidłowe odżywianie, obok palenia papierosów i małej aktywności fizycznej, jest jednym z czołowych czynników przewlekłych chorób niezakaźnych. Zalicza się do nich choroby sercowo-naczyniowe, cukrzycę, otyłość, niektóre nowotwory i inne. Choroby te mogą wpływać na skrócenie i obniżenie jakości życia. Kłosiewicz-Latoszek [21] stwierdza, że można zmniejszyć ryzyko występowania wspomnianych chorób, zmieniając sposób żywienia na zgodny z zaleceniami żywieniowymi.

Podsumowanie

Nadwaga i otyłość są w dzisiejszych czasach główną przyczyną rozwoju oraz powikłań chorób dietozależnych, a zwłaszcza metabolicznych. Podstawą leczenia otyłości jest wprowadzenie aktywności fizycznej, a co za tym idzie – zwiększenie wydatku energetycznego oraz zmiana nawyków żywieniowych.

Zdaniem Znachorskiej-Markiewicz [8] część popularnych diet powoduje bezpośrednio umiarkowane zmniejszenie masy ciała, poza tym brakuje długotrwałej oceny tych diet.

Jednocześnie Kłosiewicz-Latoszek i wsp. [7] stwierdzają związek z dietą zwiększonego ryzyka zgonów sercowo-naczyniowych, z powodu nowotworów, a także zgonów ogółem

Dansinger i wsp. [22] przeprowadzili roczne badania mające na celu porównanie efektu odchudzającego 4 popularnych diet: Weight Watchers (ograniczająca kalorie), Atkinsa (ograniczająca węglowodany bez ograniczenia tłuszczu), Ornisha (ograniczająca tłuszcze) oraz Zone (oparta na indeksie glikemicznym). Zaobserwowano umiarkowany efekt ubytku masy ciała, jak również redukcji czynników ryzyka chorób sercowych związanej w większym stopniu ze stopniem realizacji zaleceń niż z rodzajem diety.

Sińska i wsp. [23] powołują się na badania, w których stwierdzono, że pacjenci stosujący amatorskie niezbilansowane diety odchudzające ponownie przybierali na wadze. Uzależnione to było od typu diety oraz tempa powrotu do poprzedniego modelu żywienia. Znaczna część osób w ciągu roku od zakończenia kuracji odzyskuje do 2/3 utraconej masy ciała, a w ciągu 5 lat wraca do wagi wyjściowej.

Nadal podstawą skutecznej diety redukującej masę ciała jest większe spożycie warzyw z niską zawartością węglowodanów, owoców oraz produktów zbożowych. Spośród produktów mięsnych i nabiałowych zaleca się te niskotłuszczowe, a także ograniczenie tłuszczów zwierzęcych [8]. Należy unikać diet monottonnych, na bazie jednego składnika, gdyż nie dostarczają one wszystkich niezbędnych składników odżywczych w odpowiednich ilościach i mogą negatywnie wpływać na zdrowie człowieka.

Samodzielne próby pacjentów mające na celu redukcję masy ciała w większości polegają na stosowaniu popularnej i często bardzo rygorystycznej diety. Cechuje je niska zawartość energii oraz monotonia. Przynoszą bardzo często szybki i spektakularny efekt, aczkolwiek jest on skutkiem utraty masy beztłuszczowej oraz wody. Nie jest to pożądane zjawisko, ponieważ ilość tkanki mięśniowej ma wpływ na podstawową przemianę materii, czyli zapotrzebowanie kaloryczne organizmu. Długoterminowe stosowanie diet odchudzających może być niebezpieczne dla zdrowia, a także nie znajduje ono akceptacji u pacjenta [10]. Skutkuje to powrotem do nawyków żywieniowych sprzed kuracji oraz zjawiskiem rekompensaty za okres wyrzeczeń. Dochodzi wtedy do zwiększonej konsumpcji żywności przy jednoczesnym zmniejszonym poziomie spoczynkowej przemiany materii. Organizm uzupełnia zapasy wody oraz składników odżywczych, których nadmiar jest odkładany w postaci tkanki tłuszczowej. Jest to efekt jo-jo, czyli przybranie do wyjściowej masy ciała bądź nawet ponad nią.

EUFIC [24] powołuje się na badania Vintera i Cole'a, którzy doszli do wniosku, iż dziewczęta i chłopcy stosujący diety odchudzające w wieku 16 lat byli bardziej narażeni na wystąpienie otyłości w wieku 30 lat niż osoby niestosujące diet. Kolejnymi przytaczanymi przez UEFIC [24] badaniami są Neumark-Sztainera i wsp., którzy zauważyli następującą prawidłowość: w grupie nastolatków, którzy stosowali diety restrykcyjne

na początku badania, po upływie 5 lat obserwacji stwierdzono 3-krotnie częstsze występowanie otyłości niż w grupie kontrolnej.

Należy sobie zadać pytanie, czy utrata nadmiernej masy ciała jest warta podjęcia ryzykownej kuracji odchudzającej obciążonej wieloma skutkami ubocznymi.

Bibliografia

1. Roszkowski W., *Upowszechnianie wiedzy o żywieniu. Zalecenia żywieniowe*. [W]: Gawęcki J., Hryniewiecki L. (red.), *Żywnie człowieka. Podstawy nauki o żywieniu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008: 461–467.
2. Jarosz M., Bulhak-Jachymczyk B. (red.), *Normy żywienia człowieka. Podstawy prewencji otyłości i chorób niezakaźnych*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2008.
3. *Report of the Dietary Guidelines Advisory Committee on the Dietary Guidelines for Americans 2010*.
4. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, *Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases*, Publ. Health Nutr. 2004; 7, 1 (A), (supl. 1001).
5. Jarosz M., *Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja* [online], <http://mail.izz.waw.pl/~it/NORMY/NormyZywieniaNowelizacjaZZ2012.pdf> [data dostępu: 06.01.2014]
6. Wawrzyniak A., Zamułka J., Hamułka J., Kiełek K., *Ocena diet odchudzających publikowanych w prasie*, *Żywnie Człowieka i Metabolizm* 2007; 34 (3–4): 841–845.
7. Kłosiewicz-Latoszek L., Szostak W.B., *Kontrowersje wokół diet odchudzających*, *Postępy Nauk Medycznych* 2011; 9: 790–794.
8. Zahorska-Markiewicz B., *Kontrowersje wokół diet*, *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2005;1, 1: 9–14.
9. European Food Information Council, *Rozsądna redukcja masy ciała*, <http://www.eufic.org/article/pl/5/19/artid/130/> [data dostępu: 06.01.2014]
10. Ostrowska L., *Leczenie dietetyczne otyłości – praktyczne wskazówki dla lekarzy praktyków*, *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010; 1 (1): 22–30.
11. Kłosiewicz-Latoszek L., *Charakterystyka i efektywność diet odchudzających*, *Żywnie Człowieka i Metabolizm* 2010; 37 (3): 188–194.
12. Harper C.R., Jacobson T.A., *The fats of life. The role of omega-3 fatty acids in the prevention of coronary heart disease*, *Arch. Int. Med.* 2001; 161 (18): 2185–2192.
13. Grzybek A., Kłosiewicz-Latoszek L., Targosz U., *Changes in the intake of vitamins and minerals by men and women with hyperlipidemia and overweight during dietetic treatment*, *Eur. J. Clin. Nutr.* 2002; 12 (56): 1162–1168.
14. Atkins R.C., *Dr Atkins' new diet revolution*, Avon Books, New York 1998.

15. Szostak W.B., Białkowska M., Cichocka A. i wsp., *Ocena zasadności „diety optymalnej” w profilaktyce metabolicznych chorób cywilizacyjnych*, Wyd. IŻŻ, Warszawa 2004.
16. Strychar I., *Diet in the management of weight loss*, CMAJ 2006; 174 (1): 56–63.
17. Ostrowska L., Karczewski J., *Czy dieta tłuszczowa Kwaśniewskiego może być zalecana w leczeniu otyłości? Ocena składu diety*, Med. Metabol. 2002; 6: 69.
18. Fung T.T., van Dam R.M., Hankinson S.E. i wsp., *Low-carbohydrate diets and all-cause and cause-specific mortality. The cohort studies*, Ann. Intern. Med. 2010; 153 (5): 289–298.
19. Kłosiewicz-Latoszek L., *Diety odchudzające – rodzaje i bezpieczeństwo*, <http://dieta.mp.pl/odchudzanie/wprowadzenie/show.html?id=72545> [data dostępu: 06.01.2014]
20. Węglińska I., Słaba W., Suliburska J., *Terapia dietą i leczenie farmakologiczne otyłości w aspekcie problemu niedożywienia osób otyłych*, Forum Zaburzeń Metabolicznych 2011; 2 (4): 239–244.
21. Kłosiewicz-Latoszek L., *Zalecenia żywieniowe w prewencji chorób przewlekłych*, Probl. Hig. Epidemiol. 2009; 4 (90): 447–450.
22. Dansinger M.L., Gleason J.A., Griffith J.L., Selker H.P., Schaefer E.J., *Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers and Zone Diets for weight loss and heart disease risk reduction*, JAMA 2005; 293 (1): 43–53.
23. Sińska B., Gulińska E., Heropolitańska-Janik J., *Mity i prawdy o dietach odchudzających*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia, 2003; 58 (supl. 13), 220: 95–99.
24. European Food Information Council, *Stosowanie diet odchudzających przez nastolatków a masa ciała*, <http://www.eufic.org/article/pl/5/19/artid/Dieting-weight-increase-adolescents/> [data dostępu: 06.01.2014].

