



# BÖLÜM 71

## Kardiyoloji Pratiğinde Beslenme Bozukluklarına Yaklaşım

Deniz TEMELLER<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Kardiyovasküler rahatsızlıkların (KVH) ortaya çıkışı, genetik unsurlarla birlikte çevresel etkenlerin bir araya gelmesi sonucunda olur. Beslenme alışkanlıkları, bu çevresel etkenler arasında kritik bir rol oynar. Beslenme alışkanlıklarının değişimi, endüstriyel gıda üretiminin artışı ve sosyo-ekonomik faktörlerin değişimi nedeniyle, KVH'nin etyopatogenezinde beslenmenin rolü daha da önemli hale getirmiştir.

Beslenme ile ilişkili kardiyovasküler hastalıklar arasında "koroner arter hastalıkları, ateroskleroz, hipertansiyon, kalp yetmezliği, aritmiler" sayılabilir. Aşağıdakiler KVH için ana risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Bu faktörler terapötik yaşam tarzı değişiklikleri veya tedaviyle değiştirilebilir (1):

- » Sigara kullanımı
- » Obezite
- » Sağlıksız diyet
- » Fiziksel hareketsizlik
- » Dislipidemi
- » Hipertansiyon
- » İnsülin direnci ve diyabet

Beslenme, KVH'nin hem ilk oluşumunu engelleme (primer korunma) hem de mevcut has-

talığın ilerlemesini yavaşlatma (sekonder korunma) konusunda kritik bir faktördür.

Bir diyet planı oluşturulurken, bireyin genetik özellikleri, yaş, cinsiyet, beden kitle endeksi ve fiziksel aktivite seviyesi gibi kişisel faktörler dikkate alınmalıdır. Aynı zamanda, kişinin sahip olduğu risk unsurları, örneğin diyabet, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol seviyeleri ve kronik böbrek yetmezliği gibi, değerlendirilmelidir. Eğer bir birey koroner arter hastalığı veya kalp yetmezliği gibi kardiyovasküler hastalıklara sahipse, bu sağlık durumu da kesinlikle göz önünde bulundurulmalıdır (2).

### PRİMER KORUNMADA DİYET ÖNERİLERİ

Primer koruma, kardiyovasküler hastalıkların ilk kez oluşmasını engellemek için sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılması ve sürdürülmesidir. Dengeli bir beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve tütün ürünleri gibi zararlı alışkanlıklardan kaçınma, sağlıklı bir yaşam tarzını sürdürmenin temel bileşenlerindedir. Kılavuzlarda primer korumada diyet uygulaması sınıf-1B kanıt düzeyi ile önerilmektedir (3).

KVH'nin primer önlenmesinde sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmenin faydaları, Amerika Birleşik

<sup>1</sup> Dr., Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları AD., temellerdeniz@gmail.com, ORCID iD: 0009-0005-7896-4162

ğında yükselir. Bu, sadece hipertansiyonu olanlar için değil, sağlıklı bireyler için de geçerli olup, tuz tüketimini sınırlamak hipertansiyon riskini de azaltabilir. Günlük tuz alımı 5 gramın altında olmalıdır. Diğer yiyeceklerin zaten tuz içermesi göz önüne alındığında, yemeklere ekstra tuz katmaktan kaçınmak önemlidir.

Neredeyse tüm yerel ve global sağlık kuruluşları, tuz alımının kısıtlanmasını hipertansiyonun ilaçsız tedavi yöntemleri arasında önermektedir. Aşağıda geçerli tavsiyelerin bir örneği verilmiştir:

- » Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2013 yılında yetişkinlerin günde 2000 mg'dan az sodyum tüketmesini önerdi.
- » 2015 Amerika Birleşik Devletleri Beslenme Yönergeleri, yetişkinlerin  $\leq 2300$  mg/gün sodyum tüketmesini önermektedir (19).
- » Amerikan Kalp Derneği, üst alım limiti olarak 1500 mg/gün sodyum belirlemiştir (20).
- » Küresel Sonuçların İyileştirilmesi (KDIGO) kılavuzları, diyalize girmeyen kronik böbrek hastalığı olan hastalar için günde  $< 2,0$  g sodyum alımını önermektedir (21).
- » C-CHANGE kılavuzu, yetişkinlerde hipertansiyonu önlemek ve tedavi etmek için sodyum alımının günde 2 g'a düşürülmesini önermektedir (22).

Ek olarak, potasyum zengini bir diyet de kan basıncını olumlu etkiler. Sodyum kısıtlaması ile birlikte potasyum alımının artırılması kan basıncını ayrı ayrı düşürse de bir araya geldiklerinde daha etkili olurlar. Potasyum alımını artırmak için özellikle meyve ve sebze tüketimi önerilir. Ancak, potasyum metabolizmasını etkileyen ilaçlar ve sağlık durumları (diyabet ve kronik böbrek yetmezliği gibi) unutulmamalıdır. Meyan kökü, kan basıncını yükseltebilir ve potasyum seviyelerini düşürebilir, bu yüzden tüketilmemelidir (15).

Hipertansiyonu olan yetişkin erkekler ve kadınlar günde sırasıyla iki ve bir alkollü içkiden fazla tüketmemelidir (23).

## SONUÇ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), modern toplumun en büyük sağlık sorunlarından biridir ve genetik predispozisyonun yanı sıra yaşam tarzı faktörleri de bu hastalıkların oluşumunda ve ilerlemesinde önemli rol oynamaktadır. Beslenme, hem KVH'nin oluşumunu engelleme (primer korunma) hem de mevcut hastalığın ilerlemesini yavaşlatma (sekonder korunma) yönünden kritik bir faktördür. Beslenmeye yönelik bu tür entegre bir yaklaşım, KVH'nin önlenmesi ve yönetilmesinde en etkili sonuçları sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Caldwell M, Martinez L, Foster JG, et al. Prospects for the Primary Prevention of Myocardial Infarction and Stroke. *J Cardiovasc Pharmacol Ther* 2019; 24:207.
2. Ravera A, Carubelli V, Sciatti E, et al. Nutrition and Cardiovascular Disease: Finding the Perfect Recipe for Cardiovascular Health. *Nutrients*. 2016;8(6):363.
3. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. The fifth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Atherosclerosis*. 2012;223(1):1-68.
4. Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, et al. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *N Engl J Med* 2000; 343:16.
5. Kurth T, Moore SC, Gaziano JM, et al. Healthy lifestyle and the risk of stroke in women. *Arch Intern Med* 2006; 166:1403.
6. Sotos-Prieto M, Bhupathiraju SN, Mattei J, et al. Changes in Diet Quality Scores and Risk of Cardiovascular Disease Among US Men and Women. *Circulation* 2015; 132:2212.
7. Hollar D, Hennekens CH. Randomized trials fail to fulfill promises of observational epidemiology. In: *Antioxidants and Cardiovascular Disease*, Tardiff JC, Bourassa MG (Eds), Springer, 2005. p.305.
8. LaCroix AZ, Lang J, Scherr P, et al. Smoking and mortality among older men and women in three communities. *N Engl J Med* 1991; 324:1619.
9. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020 Jan 1;41(1):111-188.
10. Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, et al. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation*. 2006;114(1):82-96.

11. Billingsley HE, Hummel SL, Carbone S. The role of diet and nutrition in heart failure: A state-of-the-art narrative review. *Prog Cardiovasc Dis*. 2020 Sep-Oct;63(5):538-551. doi: 10.1016/j.pcad.2020.08.004. Epub 2020 Aug 14. PMID: 32798501; PMCID: PMC7686142.
12. McDonagh TA, Metra M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail* 2022; 24:4.
13. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 2022; 145:e895.
14. Castro-Gutiérrez V, Rada G. Is fluid restriction needed in heart failure? *Medwave* 2017; 17:e6817.
15. Güler M. S. , Fedai H. , Demirbağ R. Kardiyovasküler Hastalıklarda Sağlıklı Beslenme Önerileri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2021; 18(2): 342-348.
16. Son YJ, Lee HJ. Association between persistent smoking after a diagnosis of heart failure and adverse health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Tob Induc Dis* 2020; 18:05.
17. Heart Failure Society Of America . Nonpharmacologic management and health care maintenance in patients with chronic heart failure. *J Card Fail* 2006; 12:e29.
18. Casas R, Castro-Barquero S, Estruch R, Sacanella E. Nutrition and Cardiovascular Health. *Int J Mol Sci*. 2018;19(12):3988.
19. McGuire S. Scientific Report of the 2015 Dietary Guidelines Advisory Committee. Washington, DC: US Departments of Agriculture and Health and Human Services, 2015. *Adv Nutr* 2016; 7:202.
20. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation* 2010; 121:586.
21. Stevens PE, Levin A, Kidney Disease: Improving Global Outcomes Chronic Kidney Disease Guideline Development Work Group Members. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2013; 158:825.
22. Tobe SW, Stone JA, Anderson T, et al. Canadian Cardiovascular Harmonized National Guidelines Endeavour (C-CHANGE) guideline for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care: 2018 update. *CMAJ* 2018; 190:E1192.
23. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension* 2018; 71:e13.