ارتباط الگوی چربی های رژیمی و بروز بیماری قلبی-عروقی

پرفشاری خون و بیماری مزمن کلیوی: مطالعه قند و لیپید تهران

زهره کاظمی، دکتر زهرا بهادران، دکتر پروین میرمیران، دکتر فریدون عزیزی

1- مرکز تحقیقات تعقیب در بیماری‌های عفونی-درمانی، پژوهشگاه علوم و عفونی-درمانی و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
2- بیشماری، تهران، ایران
3- مرکز تحقیقات عفونی-درمانی و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

در هفتم، شماره ۶ و صفحه‌های ۳۸۳-۳۷۷ (بهمن - ۱۳۹۷)

چکیده

مقدمه: بیماری قلبی-عروقی، پرفشاری خون و بیماری مزمن کلیوی از بیماری‌های مزمن دهه‌های اخیر است که رژیم غذایی نش می‌شود و پیشگیری از آنها بسیار مهم‌ترین هدف از مطالعات حاضر بررسی ارتباط این انواع الگوی چربی رژیمی با بروز این عوامل خطر می‌باشد. در این مقاله، هدف شناختن الگوهای موجود در مرحله سوم مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است. در مورد بیمارانی با رژیم های کناره‌کشی نشان داده شده است که این الگوهای چربی، رژیم‌های گاز‌های اوینر در مرحله سوم با استفاده از آنتی‌ژن تحلیل عاملی می‌شود، و ارتباط الگوهای چربی با بروز بیماری قلبی- عروقی می‌تواند با آن ارتباطی کناره‌کشی کنند.

کلمات کلیدی: الگوهای چربی، پرفشاری خون، بیماری مزمن کلیوی

وژگر ملی: الگوهای چربی در ایتالیا، بیماری قلبی-عروقی, پرفشاری خون، بیماری مزمن کلیوی

پرفشاری خون از عوامل زیمنباساز بیماری قلبی-عروقی بوده و هم‌زمان با این دسته از هوا و آب و هوای ناپذیری منجر به سیستم اندازه‌گیری می‌شود. این بیماری مزمن کلیوی و بیماری قلبی-عروقی است. سیستم اندازه‌گیری مزمن بیماری قلبی-عروقی می‌تواند بیماری قلبی، اختلالات چربی های خون، و دیابت، ارتباط

دکتر میر مینیان

مقدمة

پرفشاری قلبی-عروقی یکی از علل اصلی مرگ، زودرس در دنیا بوده و به صورت گروهی از بیماری‌های مربوط به قلب و عروق خونی مانند بیماری عروقی کرونر قلب، بیماری عروقی مغزی، بیماری‌های قلبی-خونی، متعاطی‌های خونی، و بیماری‌های قلبی می‌باشد.

- Cardiovascular disease

ii -Chronic kidney disease
نتکانی‌کنی یک یکی‌کننده ناشی از بیماری قلبی یا عروقی در افراد با اختلال عملکرد کلیه بالاتر است.

رژیم غذایی نقش مهمی و قابل پیشگیری در بروز عوامل خطر کادویتابولیک مزمن (بیماری قلبی-عروقی)

فشارخون بی‌بال و بیماران مزمن کلیوی) ایفا می‌کنند.

مطابق مطالعات مختلف بین پژوهشگران دو گروه بیماری قلبی-عروقی و بیماران مزمن کلیوی است. نتایج نشان می‌دهد، نتایج یک مطالعه سیستماتیک نشان داده است که درمان بی‌بال افزایش فشارخون مزمن پایین‌تری‌کننده می‌شود.

نتیجه‌گیری‌ها


c) امکان پذیری برای درمان

d) تغییراتی که باعث افزایش فشارخون مزمن دارد

e) اخلاق و رفتار درمانی، فشارخون مزمن کلیوی و فشارخون مزمن پایین‌تری‌کننده می‌شود.

نتیجه‌گیری‌ها


c) امکان پذیری برای درمان

d) تغییراتی که باعث افزایش فشارخون مزمن دارد

e) اخلاق و رفتار درمانی، فشارخون مزمن کلیوی و فشارخون مزمن پایین‌تری‌کننده می‌شود.

نتیجه‌گیری‌ها


c) امکان پذیری برای درمان

d) تغییراتی که باعث افزایش فشارخون مزمن دارد

e) اخلاق و رفتار درمانی، فشارخون مزمن کلیوی و فشارخون مزمن پایین‌تری‌کننده می‌شود.

نتیجه‌گیری‌ها


c) امکان پذیری برای درمان

d) تغییراتی که باعث افزایش فشارخون مزمن دارد

e) اخلاق و رفتار درمانی، فشارخون مزمن کلیوی و فشارخون مزمن پایین‌تری‌کننده می‌شود.

نتیجه‌گیری‌ها


c) امکان پذیری برای درمان

d) تغییراتی که باعث افزایش فشارخون مزمن دارد

e) اخلاق و رفتار درمانی، فشارخون مزمن کلیوی و فشارخون مزمن پایین‌تری‌کننده می‌شود.

نتیجه‌گیری‌ها


c) امکان پذیری برای درمان

d) تغییراتی که باعث افزایش فشارخون مزمن دارد

e) اخلاق و رفتار درمانی، فشارخون مزمن کلیوی و فشارخون مزمن پایین‌تری‌کننده می‌شود.

نتیجه‌گیری‌ها


c) امکان پذیری برای درمان

d) تغییراتی که باعث افزایش فشارخون مزمن دارد

e) اخلاق و رفتار درمانی، فشارخون مزمن کلیوی و فشارخون مزمن پایین‌تری‌کننده می‌شود.

نتیجه‌گیری‌ها


c) امکان پذیری برای درمان

d) تغییراتی که باعث افزایش فشارخون مزمن دارد

e) اخلاق و رفتار درمانی، فشارخون مزمن کلیوی و فشارخون مزمن پایین‌تری‌کننده می‌شود.
ظفاریت بدنی شرکت‌کنندگان با استفاده از پرسشنامه ارزیابی شده و به صورت واحده‌ای متأثرین ساعت در هفته در گزارشش شد. سپس سطح فعالیت بدنی بر اساس واحده‌ای متأثرین ساعت در هفته، شامل فعالیت سبک (MET) کمتر از سه ساعت در هفته، METs h/week

متوسط (3 تا 6 ساعت در هفته) و سنگین (3 ساعت در هفته) و بیشتر از 6 ساعت در هفته) طبقه‌بندی شدند. روایی و پایایی پرسشنامه این استفاده شده در این مطالعه، بخش از این بررسی شده است. نمونه‌های خود ناشناخته افراد شرکت‌کنندگان در روز مراجعه به سمت 7 تا 9 صبح در آزمایشگاه مطالعه قرار و لیبيد مرحله سوم مطالعه داده شدند و لیبيد تهران (سال 78-102) (12523 نفر)

امتخاذ نشانه‌گونی برای ارزیابی رویه (2900 نفر)

امتحان نشانه‌گونی برای شناسنامه (2767 نفر)

امتحان نشانه‌گونی برای شناسنامه (2324 نفر)

اجتماعی کلی شرکت‌کننده مطالعه قدرت و لیبيد تهران (سال 78-102) (12523 نفر)

شکل 1 - مراحل انتخاب شرکت‌کنندگان

downloaded from ijem.sbmu.ac.ir at 18:29 +0330 on Thursday November 14th 2019
تعاریف و ازکان و یادداشت مطالعه

شکرکندگان با سرعت ویتراسیون کلورورولی تخیم زده شدهٔ در ژدگری که جدولی بین ۰ و ۱/۷۳ کمتر از ۱۰ میلی‌لیتر در دقت‌های بازایی متغیری با عنوان میزان کلیوزی (رمل ۳ تا ۵ میلی‌متر آبیاری مانند کلیوزی) در نظر گرفته شده. سرعت ویتراسیون کلورورولی تخیم زده شده با استفاده از معادلهٔ کراتنی مزمن CKD-EPI(۲) که توسط انجمن اپیدمیولوژی می‌باشد، مزمن کلیوراتی تیمسکوکر، کلاس‌های کرتنی با استفاده از فرمول

Cockcroft-Gault formula

mahboubbe gasimbe.

iii- Estimated-GFR (eGFR)
iv -CKD-EPI creatinine equation
t -HDL
ii-U.S. Department of Agriculture
آغاز بررسی شد. متغیرهایی بودند که P<0.05 در آن‌الینژ
یکطرفه کمتر از 0.05 بوده است. این بررسی برای کنار آوردن نمونه SPSS مقدار P
کمتر از 0.05 به عنوان تفاوت معنادار آماری تعیین شد.
پرسشن شهید بهشتی است.

یافت‌ها
ظی حدود نش سال پیگیری جمعیت مورد مطالعه، روند
بوز بیماری قلبی-عروقی پرفشاری خون و بیماری مزمن
کلیوی به ترتیب 3/2 و 18/1 درصد بود (بوز به ازار
سال بیماری قلبی-عروقی پرفشاری خون و بیماری
مزمن کلیوی به ترتیب 3/2 و 18/1 درصد بود).
ویژگی‌های ترسجی، شیوع زنده و احتیاطی بیوشیمیایی
افراد شرکتکننده در مطالعه بر اساس بروز هرکی از عوامل
خطر کاردیومیوتیلک در جدول 1 شده است.
بزرگ‌های دریافتی شرکتکننده مطالعه بر اساس بروز
عوامل خطر در جدول 2 آورده شده است. گروه
شرکتکننده متینا در بیماری قلبی-عروقی نسبت به
شرکتکنندگان غیرمتینا سن بیشتری داشتند، فراوانی افراد
منجر و افزایش سنی‌گاری در آنها بیشتر بود، نشان می‌داد
بینی، دور کمی. کارتنر سرم، کلیراتس کارتنرین، سرعت
فلتراسیون کلوروار تخمینی فشار خون سیستولیک و
WDL دیاستولیک. گلوز خون ناشتا نسبت گریدری به
و دریافت رژیم اسیدهای جریب تک‌گیری‌سان آنها در
مرحله سوم مطالعه قد و لبه‌شیرینی طور مورد بررسی
گروه دیگر بالاتر (مدت P کمتر از 0.05). مبتلا بودن به
پرفشاری خون سن بالاتری داشت و میانگین متغیرهای
نامی‌شیرین بودند. دور کمر، فشار خون سیستولیک و
WDL دیاستولیک. گلوز خون ناشتا نسبت گریدری به
کارتنر سرم، سرعت فلتراسیون کلوروار و دریافت
اسیدهای جریب تک‌گیری‌سان آنها به طور مطالعه بالاتر
از گروه غیرمثلیت بود (مقدار P کمتر از 0.05).

جفت تعیین خطر نسبی بروز بیماری قلبی-عروقی با
پرفشاری خون (با قابلیت اطمنان 95 درصد) برای چهار تام
و گروه جریب از مدل رگرسیون خطی نسبی کاسک "(پ
در نظر گرفته شد. آماری معنادار استفاده شد.
جفت تعیین ارتباط خلیقی بین مورد چریبی به بروز بیماری
مزمن کلیوی از مدل رگرسیون خطی استفاده شد. متغیرهای
داخلی که در مدل کاسک برای بروز بیماری قلبی-عروقی
تعداد شدند شامل خطر گریدری نسبی (رح.
داده در قسمت قبل، دریافت رژیم اکسفورد (کرم
در روز) و نکات (کلرولکار در
روز) بود. در مدل‌های آماری در مدل‌بندی مزمن
کلیوی و پرفشاری خون برای متغیرهای سن (سال)، جنسیت
(مردان)، نمونه (کلرولکار گرم بالاتر، نشان
دریافت رژیم اکسفورد (کلرولکار در
روز) و فشار خون سیستولیک (میلی متر جیوه) تعیین
شدند. همچنین در جمعیت متینا به بیماری مزمن کلیوی
مدل‌های آماری برای وضعیت استعمال سیگار (بله/خیر) نیز
تعداد شدند. متغیرهای داخلی که در مدل‌های آماری اثر

i -PCA
ii -Promax Rotation
iii -Eigenvalues
iv -Cox proportional hazard regression models

Downloaded from ejem.sbu.ac.ir at 18:29 +0330 on Thursday November 14th 2019
جدول ۱- ویژگی‌های ترکیبی، شیوه زندگی و داده‌های بیوشیمیایی افراد شرکت کننده در مطالعه بر اساس بروز هریک از عوامل خطر کاردیوماتلبیک

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>بیماری قلبی-عروقی</th>
<th>بیماری مزمن دیابت</th>
<th>بیماری خون غیرمیتال</th>
<th>غیرمیتال</th>
<th>متغیر</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن (سال)</td>
<td>47 (۱۳۰)</td>
<td>47 (۱۳۰)</td>
<td>47 (۱۳۰)</td>
<td>47 (۱۳۰)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>جنس (مرد/زن)</td>
<td>مرد/زن</td>
<td>مرد/زن</td>
<td>مرد/زن</td>
<td>مرد/زن</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سیگاری (درصد)</td>
<td>5/7</td>
<td>5/7</td>
<td>5/7</td>
<td>5/7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>قند خون سیستولیک (ملی‌گرم/جیو)</td>
<td>105/111</td>
<td>105/111</td>
<td>105/111</td>
<td>105/111</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون سیستولیک (ملی‌گرم/جیو)</td>
<td>90/125</td>
<td>90/125</td>
<td>90/125</td>
<td>90/125</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>قند خون بیستویون (ملی‌گرم/جیو)</td>
<td>45/30</td>
<td>45/30</td>
<td>45/30</td>
<td>45/30</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>شیوع توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)</td>
<td>33/22</td>
<td>33/22</td>
<td>33/22</td>
<td>33/22</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HDL (ملی‌گرم/لیتر)</td>
<td>1.8/2.9</td>
<td>1.8/2.9</td>
<td>1.8/2.9</td>
<td>1.8/2.9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سرده فیئرستوس/گلوکوزیلیز تخمینی (ml/min per 1.73m²)</td>
<td>27/28</td>
<td>27/28</td>
<td>27/28</td>
<td>27/28</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


جدول ۲- جریب‌های دریافتی افراد شرکت کننده در مطالعه بر اساس بروز هریک از عوامل خطر کاردیوماتلبیک

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>بیماری قلبی-عروقی</th>
<th>بیماری مزمن دیابت</th>
<th>بیماری خون غیرمیتال</th>
<th>غیرمیتال</th>
<th>متغیر</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>جنس (مرد/زن)</td>
<td>مرد/زن</td>
<td>مرد/زن</td>
<td>مرد/زن</td>
<td>مرد/زن</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سیگاری (درصد)</td>
<td>5/7</td>
<td>5/7</td>
<td>5/7</td>
<td>5/7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>قند خون سیستولیک (ملی‌گرم/جیو)</td>
<td>105/111</td>
<td>105/111</td>
<td>105/111</td>
<td>105/111</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>فشار خون سیستولیک (ملی‌گرم/جیو)</td>
<td>90/125</td>
<td>90/125</td>
<td>90/125</td>
<td>90/125</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>قند خون بیستویون (ملی‌گرم/جیو)</td>
<td>45/30</td>
<td>45/30</td>
<td>45/30</td>
<td>45/30</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>شیوع توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)</td>
<td>33/22</td>
<td>33/22</td>
<td>33/22</td>
<td>33/22</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HDL (ملی‌گرم/لیتر)</td>
<td>1.8/2.9</td>
<td>1.8/2.9</td>
<td>1.8/2.9</td>
<td>1.8/2.9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سرده فیئرستوس/گلوکوزیلیز تخمینی (ml/min per 1.73m²)</td>
<td>27/28</td>
<td>27/28</td>
<td>27/28</td>
<td>27/28</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
گروه متیلا نسبت به گروه غیرمتیلا به طور معناداری بالاتر بود (مقدار P کمتر از 0/05). تفاوت معناداری در دریافت‌های رئمی بین دو گروه مشاهده نشد.

پارامترهای عاملی برای گروه‌های متیلا چرب دریافتی در جدول 2 آورده شده است.

جدول 3- برای هر یک از آنتی‌ژن‌های جلویی که در تحلیل عاملی (PCA) برای گروه‌های اندیرونی چرب دریافتی با کمک P for trend بررسی شد، برای پاسخ‌گویی به سوالاتی که در پرسش‌های سوالی بیشتر ارائه شده است.
جدول ۵- خطر نسبی پرفشاری خون (با فاصله اطمنیان ۹۵ درصد) بر اساس سه‌که‌های امتیاز کیلی-مستحکم چربی

<table>
<thead>
<tr>
<th>P for trend</th>
<th>خطر امتیاز کیلی-مستحکم چربی</th>
<th>خطر امتیاز کیلی-مستحکم چربی</th>
<th>خطر امتیاز کیلی-مستحکم چربی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>مدل ۱</td>
<td>مدل ۲</td>
<td>مدل ۳</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>هر کیلی-مستحکم چربی</td>
<td>هر کیلی-مستحکم چربی</td>
<td>هر کیلی-مستحکم چربی</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>از ۱ تا ۲</td>
<td>از ۲ تا ۳</td>
<td>از ۳ تا ۴</td>
</tr>
</tbody>
</table>

در مدل ۱، اثر منفی امتیاز خطر بیماری قلبی-عروقی undefined شد و در مدل ۲ علایه بر مدل پیشین، اثر منفی امتیاز کروبی‌هدیات بیماری رزان افراد در یک دایرولیبل تغییر یافت. هر چند نسبت بیماری در هر دوم از این گروه (ایشی‌های چرب و نیمه‌یوش) بلندی‌تر بود (۵۲ درصد کمتر از این گروه یک دایره زیستی است) نسبت انسداد و قلبی‌های ۹۵ درصد (در مدل ۳، کارایی سیستولیک و دایرولیبل چربی) رابطه معنادار آماری بین امتیاز گروه‌های چربی و نیمه‌یوش. در مدل ۳، پس از تعیین اثر منفی‌های انسداد، پرفشاری خون و بیماری مزمن کلیوی (با فاصله اطمنیان ۹۵ درصد) بر اساس گروه تام رژیمی چربی جذب آورده شد. در مدل تعیین شده پس از تعیین اثر منفی‌های مکانیکی مطالبی یک درجه از رایزن امتیاز کروبی‌هدیات بیماری رزان با الگویی را انتزاع کرد. نسبت پرفشاری خون و بیماری مزمن کلیوی (با فاصله اطمنیان ۹۵ درصد) بر اساس گروه تام رژیمی چربی جذب آورده شد. در مدل تعیین شده پس از تعیین اثر منفی‌های مکانیکی مطالبی یک درجه از رایزن امتیاز کروبی‌هدیات بیماری رزان با الگویی را انتزاع کرد. نسبت پرفشاری خون و بیماری مزمن کلیوی (با فاصله

انسداد و قلبی‌های ۹۵ درصد (در مدل ۳، کارایی سیستولیک و دایرولیبل چربی) رابطه معنادار آماری بین امتیاز گروه‌های چربی و نیمه‌یوش. در مدل ۳، پس از تعیین اثر منفی‌های انسداد، پرفشاری خون و بیماری مزمن کلیوی (با فاصله اطمنیان ۹۵ درصد) بر اساس گروه تام رژیمی چربی جذب آورده شد. در مدل تعیین شده پس از تعیین اثر منفی‌های مکانیکی مطالبی یک درجه از رایزن امتیاز کروبی‌هدیات بیماری رزان با الگویی را انتزاع کرد. نسبت پرفشاری خون و بیماری مزمن کلیوی (با فاصله اطمنیان ۹۵ درصد) بر اساس گروه تام رژیمی چربی جذب آورده شد. در مدل تعیین شده پس از تعیین اثر منفی‌های مکانیکی مطالبی یک درجه از رایزن امتیاز کروبی‌هدیات بیماری رزان با الگویی را انتزاع کرد.
جدول ۶ - نسبت شناسی بیماری مزمن کلیوی (با فاصله اطمنان ۹۵ درصد) بر اساس سه کدهای امتیاز کلیوی اصلی چربی‌ای

| P for trend | سهک دوم | سهک زیرین | کلیوی
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>/۴۹</td>
<td>/۴۹</td>
<td>/۴۹</td>
<td>۱/۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>/۵۳</td>
<td>/۵۳</td>
<td>/۵۳</td>
<td>۱/۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>/۷۹</td>
<td>/۷۹</td>
<td>/۷۹</td>
<td>۱/۰۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۷ - نسبت شناسی بیماری مزمن کلیوی (با فاصله اطمنان ۹۵ درصد) بر اساس چربی زردی تام و رژیم چربی حیوانی و کباهی

| بیماری مزمن کلیوی | بیماری مزمن کلیوی
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>بیماری خون</td>
<td>بیماری خون</td>
</tr>
<tr>
<td>سهک سوم/زلول</td>
<td>سهک سوم/زلول</td>
</tr>
<tr>
<td>سهک زیرین</td>
<td>سهک زیرین</td>
</tr>
<tr>
<td>سهک سوم/زلول</td>
<td>سهک سوم/زلول</td>
</tr>
<tr>
<td>سهک زیرین</td>
<td>سهک زیرین</td>
</tr>
<tr>
<td>سهک سوم/زلول</td>
<td>سهک سوم/زلول</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بحث

در پژوهش حاضر با استفاده از آنالیز تحلیل عاملی، سه گروه: گروه کنترل، گروه بیماری قلبی و گروه بیماری قلبی و اپارس، به نظر بود که میزان کلیوی پس از یافته در پژوهش حاضر با استفاده از آنالیز تحلیل عاملی، سه گروه: گروه کنترل، گروه بیماری قلبی و گروه بیماری قلبی و اپارس، به نظر بود که میزان کلیوی پس از یافته در پژوهش حاضر با استفاده از آنالیز تحلیل عاملی، سه گروه: گروه کنترل...
References


17. Hosseini-Esfahani F, Jessri M, Mirmiran P, Bastani S, Azizi F. Adherence to dietary recommendations and risk

References
Association of Dietary Fat Pattern and Incidence of Cardiovascular Disease, Hypertension and Chronic Kidney Disease: Tehran Lipid and Glucose Study

Gaeini Z1, Bahadoran Z1, Mirmiran P1, Azizi F2

1Nutrition and Endocrine Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, 2Endocrine Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran

e-mail: mirmiran@endocrine.ac.ir

Received: 28/11/2018 Accepted: 16/03/2019

Abstract

Introduction: Cardiovascular disease (CVD), hypertension (HTN) and chronic kidney disease (CKD) are chronic conditions of recent decades, and dietary intakes play an important role in their prevention. The purpose of this study was to examine the association between dietary fat pattern and incidence of these conditions. Materials and Methods: Participants of the third phase (2006-2008) of the Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS), who met the inclusion criteria for each of the risk factors were selected. Finally, 2369 participants for CVD, 1878 persons for HTN and 1780 persons for CKD were enrolled and followed up to the fifth phase of TLGS. Dietary fat patterns in the third phase determined by principal component analysis (PCA) and the association between each of three patterns and CVD and HTN were assessed by Cox proportional hazard regression models, and the association between fat patterns and CKD incidence were assessed by linear regression models. Results: During 6 years of follow-up, the incidence of CVD, HTN and CKD in population studied was 3.3, 15.5 and 17.9%, respectively. Based on PCA, three separate dietary fat patterns were obtained for each of cardio-metabolic risk factors. The first pattern had high loads of cholesterol, SFA, Oleic acid, Linolenic acid and Linoleic acid; the second had high loads of EPA and DHA and third pattern had a high load of trans fatty acids. After adjustment for potential confounders, there was no significant association between odds ratio (95% confidence intervals) of CVD, HTN or CKD incidence and dietary fat patterns. Conclusion: In this study, no significant association was found between dietary fat patterns and the incidence of cardio-metabolic risk factors incidence. Further prospective studies are needed to investigate and confirm the effects of dietary fat on the development of chronic diseases.

Keywords: Dietary fat pattern, Cardiovascular disease, Hypertension, Chronic kidney disease