

Результаты. ПВЧГ в контрольной группе составил $1,82 \pm 0,3\%$ раствора глюкозы и оказался ниже, чем у больных 2-й ст. ожирения – $3,2 \pm 0,5\%$ ($p < 0,05$) и 3-й ст. ожирения – $3,82 \pm 0,3\%$ ($p < 0,05$). При опросе больных выяснено, что 64% больных 1-й ст. ожирения и 83% 2-й ст. ожирения злоупотребляли сладкими блюдами в сравнении с 37% больными контрольной группы ($p < 0,05$). ПВЧПС в контрольной группе составил $0,39 \pm 0,03\%$ и оказался достоверно ниже, чем у лиц с ожирением 1,2 и 3-й ст. – $0,45 \pm 0,03$, $0,5 \pm 0,04$, $0,48 \pm 0,04$ ($p < 0,05$) соответственно. Досаливание пищи отметили 30, 22 и 50% больных 1-й, 2-й и 3-й ст. ожирения соответственно. Офисное систолическое АД у больных 1-й ст. ожирения составило $142,8 \pm 2,4$ мм рт. ст., диастолическое АД – $86,9 \pm 1,75$ мм рт.ст., 2-й ст. –

$149,6 \pm 3,9$ мм рт.ст. и $86,0 \pm 4,0$ мм рт.ст., 3-й ст. – $147,4 \pm 3,1$ мм рт.ст. и $89,1 \pm 2,9$ мм рт.ст. соответственно. В контрольной группе систолическое АД составило $124,3 \pm 2,8$ мм рт.ст., диастолическое – $83,6 \pm 2,1$ мм рт.ст. Достоверные различия у больных ожирением и контрольной группой получены по систолическому АД.

Заключение. 1. Повышение порога вкусовой чувствительности к сладкому можно рассматривать как возможную причину увеличения потребления углеводов в суточном рационе питания и развития ожирения. 2. Снижение вкусовой чувствительности к поваренной соли может свидетельствовать об увеличении суточного потребления соли и способствовать формированию артериальной гипертензии.

ДИНАМИКА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

БАБКИН А.П.¹, ГОЛОВКО Т.В.¹, БРЕДИХИН С.В.², КОЗЛОВ Ю.С.², ГУЛАЯ Г.И.²

¹Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10;

²Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко;

³Воронежская городская клиническая поликлиника №4, г. Воронеж. Россия

Введение (цели/задачи). Провести динамическую оценку вкусовой чувствительности к поваренной соли при проведении комбинированной антигипертензивной терапии у больных с диабетической нефропатией.

Материал и методы. Обследованы 40 пациентов сахарным диабетом 2-го типа (ср. возраст $63,2 \pm 1,2$ лет) в сочетании с диабетической нефропатией и артериальной гипертензией. Пациенты были рандомизированы на 2 группы (по 20 человек в каждой). Пациенты первой группы в течение 2 месяцев получали фиксированную комбинацию 2-х препаратов – периндоприла 5 мг и индапамида 1,25 мг, пациенты второй группы – свободную комбинацию валсартана 160 мг и индапамида 1,25 мг ежедневно. Больным дважды выполняли суточное мониторирование АД на аппарате АВРМ – 04 (Венгрия) по общепринятой методике. Вкусовая чувствительность к поваренной соли определялась по методике Henkin R. (1963) в модификации А.А. Некрасовой и соавт. (1986). Для тестирования использовали набор из 12 разведений NaCl от 0,02 до 2,54%, с двукратным увеличением концентрации в каждой последующей пробе. За порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) принимали наименьшую концентрацию, при которой обследуемый ощущал вкус соли. За низкий ПВЧПС принимали значения менее 0,16%, за средний – 0,16%, за высокий ПВЧПС – более 0,16% раствора NaCl. Определение ПВЧПС осуществлялось до начала лечения и по окончании терапии.

Результаты. Через 2 месяца терапии у больных первой группы САД ср. уменьшилось с $152,75 \pm 1,5$ до $128,4 \pm 0,9$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), ДАД ср. – с $88,95 \pm 1,9$ до $75,45 \pm 0,7$ мм рт.ст. ($p < 0,01$); у больных 2-й группы – с $153,2 \pm 1,3$ мм рт.ст. до $133,7 \pm 0,9$ ($p < 0,001$) и с $89,15 \pm 1,9$ до $77,85 \pm 0,9$ мм рт.ст. ($p < 0,01$) соответственно. В первой группе больных ср. значение ПВЧПС составило $0,24 \pm 0,02\%$ до лечения, по окончании терапии – $0,18 \pm 0,02\%$ ($p > 0,05$). Количество больных с низким ПВЧПС увеличилось с 10 до 25% за счет уменьшения числа больных с низкой вкусовой чувствительностью к поваренной соли (с 45 до 25%). На большее потребление поваренной соли пациентами с высоким ПВЧПС указывает суточное выделение электролитов с мочой: у больных со ср. порогом ПВЧПС выделение Na^+ составило $120,4 \pm 10,3$ ммоль, у больных с ПВЧПС 0,32 и более – $176,7 \pm 12,8$ ммоль, $p < 0,05$. Суточное выделение Na^+ во второй группе у больных с ПВЧПС 0,32 и более составило $179,2 \pm 13,8$ ммоль и также было существенно больше, чем у больных с порогом 0,16–0,32% – $122,4 \pm 9,3$ ммоль, $p < 0,05$. Выявлена тенденция к снижению ПВЧПС в этой группе.

Заключение. 1. Обе комбинации лекарственных препаратов показали сопоставимый выраженный антигипертензивный эффект. 2. Выявленная динамика уменьшения порога вкусовой чувствительности к поваренной соли указывает на уменьшение потребления соли, что подтверждается снижением суточного натрийуреза.