

СНИЖЕНИЕ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КАК ПРИЧИНА ФОРМИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Бабкин А. П.¹, Провольнева Л. П.²

¹Воронежский медицинский университет им. Н.Н.Бурденко,

²Больница скорой медицинской помощи, 3 г. Воронеж

Введение (цели/ задачи):

Изучить вкусовую чувствительность к глюкозе и поваренной соли у больных с метаболическим синдромом

Материал и методы:

В исследование включено 53 больных, страдающих ожирением 1-3 стадии и артериальной гипертензией (ср. возраст больных 58,9±1,56 лет), которые проходили лечение в дневном стационаре городской поликлиники № 4 г. Воронежа. По степени ожирения больные распределены на 3 группы – 27 человек страдали ожирением первой ст, 10- второй ст. и 16 больных третьей ст. Вкусовую чувствительность к глюкозе определяли путем последовательного нанесения растворов на переднюю поверхность языка в двукратно возрастающих концентрациях с 0,3% до 4,8% . За порог вкусовой чувствительности к глюкозе (ПВЧГ) принимали минимальную концентрацию раствора, которая ощущалась испытуемым как сладкая. Вкусовую чувствительность к поваренной соли определяли по методике Henkin R, 1961. За порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) принимали минимальную концентрацию раствора, которая ощущалась испытуемым как соленая. Контрольную группу составили 11 человек, не страдавшие сердечно-сосудистыми заболеваниями с ИМТ<25 (ср возраст 46,18 ±5,36 лет).

Результаты:

ПВЧГ в контрольной группе составил 1,82±0,3 % раствора глюкозы и оказался ниже, чем у больных 2-й ст ожирения - 3,2±0,5% (p< 0,05) и 3-й ст. ожирения 3,82±0,3 % (p<0,05). При опросе больных выяснено, что 64 % больных 1 ст. ожирения и 83% 2 ст. ожирения злоупотребляли сладкими блюдами в сравнении с 37% больными контрольной группы (p < 0,05). ПВЧПС в контрольной группе составил (0,39 ±0,03 %) и оказался ниже, чем у лиц с ожирением 1,2 и 3 ст. - 0,45±0,03%, 0,5±0,04%, 0,48±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 степенью ожирения составило 132,8±2,4 мм рт. ст., диастолическое АД - 86,9±1,75 мм рт.ст., 2-й ст.- 139,6±3,9 мм рт.ст. и 86,0±4,0 мм рт.ст., 3-й ст. - 137,4±3,1 мм рт.ст. и 89,1±2,9 мм рт.ст. соответственно. В контрольной группе систолическое АД составило 124,3±2,8 мм рт.ст., диастолическое - 83,6±2,1 мм рт.ст. Достоверные различия у больных ожирением и контрольной группой получены по систолическому АД

Заключение:

1. Повышение порога 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.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ СТРОЕНИЯ И ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ С β-ТАЛАССЕМИЕЙ

Николаева Г. Н., Сугак А. Б., Феоктистова Е. В.

ФНЦ дет. гематологии, онкологии и иммунологии
им. Рогачева

Введение (цели/ задачи):

Диагностика поражения сердца при β-талассемии на до-клинической стадии недостаточно успешна, в связи с чем сохраняет актуальность поиска способов ее выявления. Длительное время талассемическая кардиомиопатия протекает бессимптомно, а когда сердечная недостаточность проявляется клинически, прогноз неблагоприятен. К ее развитию приводят два основных фактора - объемная перегрузка сердца в результате адаптации к хронической анемии и токсическое воздействие железа, откладывающегося в миокарде при заместительной трансфузионной терапии. Цель исследования - оценить возможности эхокардиографии (Эхо-КГ) в ранней диагностике изменений строения и функции левого желудочка (ЛЖ) сердца у детей с β-талассемией.

Материал и методы:

За период с 02. 2013 по 02.2016 года обследовано 50 детей с β-талассемией в возрасте от 2 до 16 лет (основная группа), клинических признаков поражения сердца в данной группе выявлено не было. Диагноз β-талассемии был установлен на основании клинической картины и результатов ДНК-исследования глобиновых генов. Контрольную группу составили 47 условно здоровых детей в возрасте от 2 до 16 лет. Проводилась Эхо-КГ с исследованием движения фиброзного кольца митрального клапана (ФК МК) в режиме тканевой доплерографии. Для диагностики нарушения диастолической функции и повышения конечно-диастолического давления в ЛЖ использовали критерии, рекомендованные ASE.

Результаты:

Обследованные дети 2х групп не отличались по весовым показателям. В группе пациентов с β-талассемией было достоверно ниже содержание гемоглобина в сыворотке крови 97,9±17,9 г/л, чем в контрольной группе 117,9±18,6 г/л (p < 0,001). В группе пациентов с β-талассемией 45 (90%) детей получали регулярные гемотрансфузии; 35 (74%) детей получали терапию хелатерами железа; 8 (16%) детям была выполнена спленэктомия. ЭХО-КГ исследование выявило достоверное повышение в основной группе, по сравнению с контрольной группой - конечно-диастолического диаметра (КДД) ЛЖ 41,0±5,5 против 38,4±5,7 мм (p<0,05), индекс конечно-диастолического объема (ИКДО) ЛЖ 82,9±16,2 против 65,5±9,3 мл/м2 (p<0,001), диаметр левого предсердия (ЛП) 27,3±5,1 против 24,0±4,1 мм (p<0,001), индекса массы миокарда (ИММ) 47,3±19,6 против 34,0±10,6 г/м2 (p<0,001), сердечного индекса (СИ) 5,5±1,8 против 4,4±1,2 л/мин/м2 (p<0,01). При оценке систолической функции сердца у подавляющего большинства (49 (98%)) пациентов с β-талассемией фракция выброса ЛЖ была в пределах нормы, а ее незначительное снижение (58%) зарегистрировано лишь у одного ребенка, однако среднее значение этого показателя в основной группе было достоверно ниже 67,6±4,5%, чем в контрольной группе 70,3±3,6% (p<0,05). Толщина стенок ЛЖ,