

Dr. Taylor R.S. a kolektiv z Peninsula College of Medicine and Dentistry na University of Exeter ve Velké Británii provedli metaanalýzu randomizovaných kontrolovaných studií v systému Cochrane, které intervenovaly dietním snížením soli nebo měly srovnávací charakter bez intervence. Zahrnuté studie měly alespoň 6-měsíční sledovací období a popisovaly kardiovaskulární morbiditu/mortalitu a/nebo mortalitu z jakýchkoliv příčin. Zahrnuto bylo 7 studií, 3 byly provedeny u normotenzních, 2 u hypertenzních pacientů, 1 v populaci zahrnující účastníky s normálním a zvýšeným TK a 1 zahrnovala pouze účastníky se srdečním selháváním. Intervence snížením soli byly spojeny se snížením močové exkrece soli na 27 až 39 mmol/den a se signifikantním, ale velmi skromným snížením systolického TK mezi 1 a 4 mmHg. Výstupy kardiovaskulární morbidity byly definovány široce jako složenina infarktu myokardu, mrtvice, koronárního bypassu, angioplastiky nebo kardiovaskulární smrti. Ve 2 studiích normotenzních účastníků způsobila intervence snížením soli snížení relativního rizika RR na 0,71 (95% CI 0,42 až 1,20; $P = 0,10$; 200 příhod). U studií s hypertonií bylo RR 0,84 (95% CI 0,57 až 1,23; 93 příhod). Kardiovaskulární mortalita byla přítomná ve 2 studiích s hypertonií. Sdružené RR bylo 0,69 pro snížení CV mortality u snížení soli ve srovnání s kontrolou (95% CI 0,45 až 1,05; $P = 0,26$). Vzhledem k mortalitě z jakékoliv příčiny bylo RR pro snížení soli u normotenzních 0,90 (95% CI 0,58 až 1,40; 79 úmrtí) a u hypertenzních 0,96 (95% CI 0,83 až 1,11; 565 úmrtí). Je ale důležité poznamenat, že intervence restrikce soli zvýšily riziko mortality z jakékoliv příčiny u srdečního selhávání (RR 2,59; 95% CI 1,04 až 6,44; 21 úmrtí).

Nikde se ale nepočítalo s dalšími proměnnými faktory jako genetické zatížení, kouření, obezita apod. Efekt redukce soli zůstává tedy nejasný.

Zdroj: Am J Hypertens 2011; 24 (8): 843-853