

Dla rozwoju układu oddechowego płodu liczy się każdy tydzień

Zgodnie z wynikami najnowszego badania wielośrodkowego przeprowadzonego przez Consortium on Safe Labor poród nawet niewiele tygodni przed terminem zwiększa ryzyko rozwoju zespołu zaburzeń oddechowych (respiratory distress syndrome, RDS) i innych schorzeń układu oddechowego u noworodka. Badanie, w którym na podstawie danych pochodzących z najnowszych rejestrów medycznych analizowano wiele czynników mających wpływ na stan układu oddechowego noworodka, uwzględniając stan zdrowia matki, przebieg i sposób ukończenia porodu i masę urodzeniową ciała, jest prawdopodobnie największym, jak dotychczas, badaniem dotyczącym tego zagadnienia.

Badacze stwierdzili, że na prawie 20 000 porodów przedwczesnych między 34 a 37 tygodniem ciąży, 7055 (36,5%) noworodków zostało przyjętych na oddział intensywnej opieki medycznej, a u 2032 wystąpiły problemy oddechowe w porównaniu z odpowiednio 11 980 (7,2%) i 1874 na 165 993 noworodków urodzonych w terminie.

Częstość występowania RDS wynosiła 10,5% u noworodków urodzonych w 34 tygodniu ciąży w porównaniu z 0,3% urodzonych w 38 tygodniu ciąży. Podobnie było w przypadku częstości występowania przemijającego szybkiego oddechu u noworodka (tachypnoe), zapalenia płuc i niewydolności oddechowej, która u wcześniaków urodzonych w 34 tygodniu ciąży w porównaniu z noworodkami urodzonymi w 38 tygodniu ciąży wynosiła odpowiednio 6,4 vs 0,4%, 1,5 vs 0,1% i 1,6 vs 0,2%. Podobna zależność dotyczyła konieczności stosowania wentylacji konwencjonalnej i oscylacyjnej.

Ryzyko wystąpienia RDS maleje z każdym tygodniem do 38 tygodnia

cięży w porównaniu z 39 i 40 tygodniem. U wcześniaków urodzonych w 34 tygodniu ciąży ryzyko to jest 40 razy większe, a u noworodków urodzonych w 37 tygodniu nadal jest trzykrotnie większe niż u dzieci urodzonych w 39 i 40 tygodniu ciąży (skorygowany iloraz szans [OR] w 34 tygodniu wynosił 40,1, 95% przedział ufności [PU] 32,0-50,3, w 37 tygodniu 3,1, 95% PU 2,5-3,7, a w 38 tygodniu 1,1, 95% PU 0,9-1,4).

Podobna zależność występowała w przypadku przemijającego tachypnoe, zapalenia płuc i niewydolności oddechowej.

Consortium for Safe Labor; Hibbard JU, Wilkins I, Sun L, et al. Respiratory morbidity in late preterm births. JAMA. 2010; 304 (4): 419-425.

Palenie tytoniu pogarsza wyniki położnicze u kobiet ze stanem przedrzucawkowym

Chociaż palenie tytoniu w nieznaczny sposób zmniejsza ryzyko wystąpienia stanu przedrzucawkowego, wyniki nowego badania przeprowadzonego przez badaczy z Kanady wskazują, że u kobiet palących tytoń, u których już dojdzie do rozwoju tego zaburzenia, zwiększa się ryzyko wystąpienia powikłań z nim związanych, takich jak: poród przedwczesny, mała urodzeniowa masa ciała, poród martwego dziecka.

Na podstawie informacji dotyczących 300 000 porodów z lat 2004-2006, badacze stwierdzili, że u kobiet, które paliły tytoń w czasie ciąży, ryzyko wystąpienia stanu przedrzucawkowego było nieznacznie mniejsze niż u niepalących (1,2 vs 1,5%), ale wśród kobiet ze stanem przedrzucawkowym, które paliły, częstość występowania powikłań była ponad dwa razy większa niż wśród niepalących.

W porównaniu do kobiet ze stanem przedrzucawkowym, które nie paliły

tytoniu, u palących OR stwierdzenia płodu zbyt małego w stosunku do wieku ciążowego wynosił 3,4, wystąpienia porodu przedwczesnego 5,77, porodu niewczesnego 5,44, poronienia 6,16, urodzenia dziecka z punktacją w skali Apgar poniżej 4 w 5 minucie 3,11 i urodzenia dziecka martwego 3,39.

Badacze przypuszczają, że substancje zawarte w tytoniu, które uniemożliwiają skurcz naczyń krwionośnych, mogą mieć działanie zapobiegające wystąpieniu stanu przedrzucawkowego, ale substancje zmniejszające stężenie prostacyklin, które wspomagają rozkurcz naczyń krwionośnych, mogą zmniejszać ilość tlenu dostarczanego do płodu.

Miller EC, Cao H, Wen SW, Yang Q, Lalleche J, Walker M. The risk of adverse pregnancy outcomes is increased in preeclamptic women who smoke compared with nonpreeclamptic women who do not smoke. Am J Obstet Gynecol. 2010. Wydanie online przed drukiem.

Okazjonalne picie alkoholu w pierwszym trymestrze ciąży może nie wpływać na zdrowie psychiczne dziecka

W świetle wyników przeprowadzonego ostatnio w Australii prospektywnego badania kohortowego wydaje się, że picie alkoholu w małych i umiarkowanych ilościach we wczesnej ciąży nie zwiększa ryzyka wystąpienia problemów behawioralnych u dziecka.

Badacze przeprowadzili prospektywne badanie obserwacyjne Western Australian Pregnancy Cohort (Raine) Study obejmujące 2900 kobiet, które zaszły w ciążę w latach 1989-1991. Dane zbierano w 18 i 34 tygodniu ciąży, a następnie co 2-3 lata do ukończenia 14 roku życia przez 2370 dzieci urodzonych przez kobiety biorące udział w badaniu.

Dzieci matek spożywających małe ilości alkoholu (określone jako 2 do 6

drinków na tydzień) w pierwszym trymestrze ciąży oceniano przy użyciu Child Behavior Checklist (CBCL) przez 14 lat. Osiągały one istotnie niższą punktację (z-scores) zarówno ogółem, jak i w ocenie zachowań internalizacyjnych, co wskazuje na ich lepsze zachowanie w porównaniu z dziećmi kobiet, które w tym czasie w ogóle nie piły alkoholu. Zachowanie dzieci oceniano w wieku 2, 5, 8, 10 i 14 lat, stosując kwestionariusz CBCL.

U dzieci kobiet spożywających małe i umiarkowane ilości alkoholu (tzn. 2-10 drinków z alkoholem na tydzień) ryzyko wystąpienia problemów behawioralnych zarówno ogólnie, jak i w zakresie zachowań internalizacyjnych i eksternalizacyjnych było mniejsze niż u dzieci kobiet niepijących.

Badacze uznali, że na wyniki badania mogła mieć wpływ mała liczba kobiet pijących duże ilości alkoholu w obserwowanej grupie, zatem nie popierają picia dużych ilości alkoholu w czasie ciąży ze względu na jego działanie teratogenne na płód. Sugerują raczej, że wyniki tej analizy powinny pomóc w zapewnieniu matek, że w przeprowadzonym badaniu nie stwierdzono, aby picie alkoholu w pierwszym trymestrze ciąży (kiedy wiele kobiet nie wie jeszcze nawet, że jest w ciąży) w ilościach odpowiadających spożywanym przez kobiety niezależnie, miało szkodliwy wpływ na zdrowie psychiczne ich dzieci.

Robinson M, Oddy WH, McLean NJ, et al. Low-moderate prenatal alcohol exposure and risk to child behavioural development: a prospective cohort study. *BJOG*. 2010; 117(9): 1139-1150.

Stres naprawdę wpływa na płodność

Naukowcy i klinicyści od dawna podejrzewali, że stres wpływa na płodność. Ostatnie badanie dostarcza dowodów wskazujących, że duża aktywność biologicznego markera stresu – α -amylazy – zmniejsza szanse kobiety na zajście w ciążę.

Badacze z University of Oxford w Anglii i Eunice Kennedy Shriver Na-

tional Institute of Child Health and Human Development analizowali dane dotyczące 274 zdrowych kobiet w wieku 18-40 lat, które próbowały zajść w ciążę. W 6 dniu cyklu pobierano od nich próbkę śliny, w której następnie badano zawartość 2 biomarkerów stresu: kortyzolu i α -amylazy.

Kobiety z kwartyłu największego stężenia α -amylazy miały o około 12% mniejszą szansę zajścia w ciążę niż kobiety z kwartyłu najmniejszego jej stężenia. Nie stwierdzono żadnej zależności między stężeniem kortyzolu a możliwością zajścia w ciążę.

Buck Louis GM, Lum KJ, Sundaram R, et al. Stress reduces conception probabilities across the fertile window: evidence in support of relaxation. *Fertil Steril*. 2010. Wydanie online przed drukiem.

Doustne bisfosfoniany zwiększają ryzyko raka przełyku, ale nie innych chorób nowotworowych

Według przeprowadzonej ostatnio w Wielkiej Brytanii zagnieżdżonej analizy kliniczno-kontrolnej stosowanie doustnych bisfosfonianów w leczeniu osteoporozy przez co najmniej 5 lat zwiększa prawie dwukrotnie częstość występowania raka przełyku w przeliczeniu na 1000 osób populacji.

Na podstawie analizy obejmującej około 6-milionową kohortę osób objętych podstawową opieką medyczną z prospektywnie udokumentowaną informacją o przepisywanych receptach na bisfosfoniany badacze stwierdzili, że u pacjentów, którzy otrzymali co najmniej jedną receptę na doustne bisfosfoniany istniało o około 30% większe ryzyko rozwoju raka przełyku niż u osób nigdy nie stosujących tych leków (ryzyko względne [RR] 1,30, 95% przedział ufności [PU] 1,02-1,66, $p=0,02$). U pacjentów, którzy otrzymali 10 i więcej recepty ryzyko było około dwa razy większe (RR 1,93, 95% PU 1,37-2,70) niż u tych, którzy otrzymali 1-9 recept (RR 0,93, 95% PU 0,66-1,31, p dla heterogeniczności 0,002).

Podobnie w przypadku stosowania doustnych bisfosfonianów dłużej niż 3 lata (średnio około 5 lat) w porównaniu do ich niestosowania RR wynosiło 2,24 (95% PU 1,47-3,43). Ryzyko rozwoju raka przełyku nie różniło się istotnie w zależności od rodzaju zastosowanych bisfosfonianów, a u pacjentów z liczbą recept 10 i więcej nie zmieniało się bez względu na wiek, płeć, palenie tytoniu, picie alkoholu i wskaźnik masy ciała, rozpoznanie osteoporozy, złamania i choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego, stosowanie leków alkalizujących i zmniejszających wydzielanie kwasu solnego, niesteroidowych leków przeciwzapalnych czy kortykosteroidów.

Nie stwierdzono żadnego związku między rakiem żołądka i jelita grubego a stosowaniem bisfosfonianów bez względu na ilość i czas ich przyjmowania. RR u osób, które otrzymały chociaż 1 receptę na bisfosfoniany, w stosunku do tych, które nigdy ich nie stosowały, wynosiło odpowiednio 0,87 (95% PU 0,64-1,19) i 0,87 (95% PU 0,77-1,0).

Green J, Czanner G, Reeves G, Watson J, Wise L, Beral V. Oral bisphosphonates and risk of cancer of oesophagus, stomach, and colorectum: case-control analysis within a UK primary care cohort. *BMJ*. 2010;341:c4444.

Badania sugerują, że skryning mammograficzny powinien rozpoczynać się po ukończeniu 40 roku życia

Zgodnie z wynikami przeprowadzonego w Szwecji wielośrodkowego badania dotyczącego skryningu w kierunku raka piersi coroczne wykonywanie przesiewowych badań mammograficznych wśród kobiet między 40 a 50 rokiem życia zmniejsza wśród nich wskaźnik zgonów prawie o 30%.

Badanie objęło ponad 600 000 kobiet z 34 regionów w Szwecji, które obserwowano przez ponad 16 lat.

Badacze obliczyli, że liczba zgonów z powodu raka piersi wśród kobiet obję-

tych badaniem, które nie uczestniczyły w skriningu, była dwa razy większa niż wśród wykonujących mammografię.

Zmniejszenie odsetka zgonów z powodu raka piersi było nieznacznie większe w przedziale wiekowym 45-49 lat niż 40-44 lata, jednak mieściło się między 26 a 29%.

Wyniki, które są nawet lepsze niż podobne osiągnięte w poprzednich badaniach, sugerują, że można ocalić więcej kobiet, gdyby objąć je corocznym skriningiem mammograficznym począwszy od 40 roku życia.

Hellquist BN, Duffy SW, Abdsaleh S, et al. Effectiveness of population-based service screening with mammography for women ages 40 to 49 years: evaluation of the Swedish Mammography Screening in Young Women (SCRY) cohort. *Cancer*. September 29, 2010. Wydanie online przed drukiem.

Poszczególne elementy zespołu metabolicznego zwiększają ryzyko raka endometrium

Zgodnie z wynikami badania kliniczno-kontrolnego, którym objęto ponad 1200 kobiet we Włoszech, istnieje bezpośredni związek między rakiem endometrium a poszczególnymi elementami zespołu metabolicznego (ZM), a nie tylko z otyłością.

Badacze stwierdzili, że u kobiet chorych na cukrzycę typu 2 istnieje dwukrotnie większe ryzyko rozwoju raka endometrium niż u kobiet bez tej choroby (iloraz szans [OR] 2,18).

Ponadto u kobiet z nadciśnieniem tętniczym OR rozwoju raka endometrium wynosił 1,77, z hiperlipidemią 1,20, otyłością brzuszna 1,62-2,23 (w zależności od definicji), a 3,83 przy wskaźniku masy ciała (BMI) powyżej 30 kg/m².

W przypadku, kiedy jednym z kryteriów rozpoznania ZM był obwód talii, OR rozwoju raka endometrium wynosił 1,67-2,77. Kiedy zamiast obwodu talii jako kryterium rozpoznania stosowano BMI, OR wzrastał do 8,4.

Rosato V, Zucchetto A, Bosetti C, et al. Metabolic syndrome and endometrial cancer risk. *Ann Oncol*. October 11, 2010. Wydanie online przed drukiem.

Możliwość ciąży po embolizacji tętnic macicznych z powodu mięśniaków

Wyniki małego retrospektywnego badania z Portugalii wskazują, że chociaż nie ma gwarancji zachowania płodności, niektóre kobiety po embolizacji tętnic macicznych (uterine artery embolization, UAE) z powodu mięśniaków mogą bezpiecznie zająć w ciąży i urodzić zdrowe dziecko.

Badaniem objęto 74 kobiety w wieku 29-43 lat z jednego, afiliowanego przy uniwersytecie, szpitala. Wszystkie kobiety przeszły UAE i chciały zająć w ciążę.

Po 4,5 roku obserwacji ponad połowa kobiet (59,5%) naturalnie zaszła w ciążę bez korzystania z technik wspomagających rozród. Chociaż kobietom zalecano odczekanie z poczęciem co najmniej 6 miesięcy, ciążę stwierdzano najwcześniej w 2 miesiące, a najpóźniej w 22 miesiące po zabiegu.

W momencie podsumowania wyników badania 5 ciąż (11,3%) jeszcze trwało, ale 39 (88,7%) zostało ukończonych, z czego 33 (84,6%) zakończyło się pomyślnie urodzeniem żywego dziecka, 4 (10,3%) uległy samoistnemu poronieniu (2 przypadki dotyczyły kobiet, u których przed UAE kilkakrotnie nastąpiło poronienie), 1 zakończono, wywołując poronienie, zaś 1 zakończyła się porodem martwego dziecka w 36 tygodniu ciąży. Stwierdzono 2 przypadki łożyska przodującego.

Dwie trzecie (22) porodów odbyło się przez cięcie cesarskie, 11 drogą pochwową. Do 2 porodów doszło przedwcześnie przed 36 tygodniem ciąży. Pięcioro (15,2%) noworodków miało małą urodzeniową masę ciała, co według badaczy stanowi odsetek porównywalny do obserwowanego w populacji ogólnej kobiet zbliżających się do 40 roku życia.

Operacyjne usunięcie mięśniaków może być trudne u kobiet z licznymi

mięśniakami śródściennymi i podśluzówkowymi, a nawrót choroby po takim zabiegu jest częstszy niż po UAE, dlatego też metoda ta mogłaby stanowić alternatywny, umożliwiający zachowanie płodności sposób leczenia niektórych kobiet.

Pisco JM, Duarte M, Bilhim T, Cirurgião F, Oliveira AG. Pregnancy after uterine fibroid embolization. *Fertil Steril*. September 24, 2010. Wydanie online przed drukiem.

Terapia hormonalna po menopauzie zwiększa częstość występowania bardziej zaawansowanego raka piersi

Jak wynika z randomizowanego kontrolowanego placebo badania, które objęło ponad 16 000 kobiet uczestniczących w Women's Health Initiative, stosowanie estrogenowo-progestero nowej terapii hormonalnej (HT) u kobiet po menopauzie wiąże się ze zwiększeniem częstości występowania bardziej zaawansowanego raka piersi i większym ryzykiem zgonu z powodu raka piersi.

Kobietom z zachowaną macicą w wieku 50-79 lat, z 40 centrów klinicznych z całego obszaru Stanów Zjednoczonych, podawano albo skoniugowane estrogeny końskie w dawce 0,625 mg w połączeniu z octanem medroksyprogesteronu w dawce 2,5 mg na dobę, albo placebo, i przez około 11 lat prowadzono obserwację.

Stwierdzono, że u kobiet stosujących złożoną terapię hormonalną ryzyko wystąpienia bardziej inwazyjnego raka piersi było o 25% większe w porównaniu z grupą kontrolną (odpowiednio 385 przypadków [0,42% na rok] vs 293 przypadki [0,34% na rok]; HR 1,25, 95% PU 1,07-1,46, $p=0,004$), a ryzyko zajęcia także węzłów chłonnych było 2 razy większe (odpowiednio 81 [23,7%] vs 43 [16,2%]; HR 1,78, 95% PU 1,23-2,58, $p=0,03$).

Ponadto w grupie otrzymującej terapię hormonalną stwierdzono dwa razy większą liczbę zgonów związa-

nych z rakiem piersi (odpowiednio 25 [0,03% na rok]; vs 12 zgonów [0,01% na rok]; HR 1,96, 95% PU 1,00-4,04, $p=0,049$) oraz zgonów ogółem bez względu na przyczynę, występujących po zdiagnozowaniu raka piersi (odpowiednio 51 [0,05% na rok] vs 31 zgonów [0,03% na rok]; HR 1,57, 95% PU 1,01-2,48, $p=0,045$) niż w grupie kontrolnej.

Chlebowski RT, Anderson GL, Gass M, et al. Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women. *JAMA*. 2010;304(15):1684-1692.

DHA niezbyt przydany w czasie ciąży?

Wyniki australijskiego randomizowanego badania z podwójnie ślepą próbą wskazują, w przeciwieństwie do wyników poprzednich badań, że przyjmowanie 800 mg kwasu dokozahek-

saenowego (DHA) na dobę w postaci kapsułek z olejem rybnym nie zmniejsza nasilenia depresji poporodowej u matek ani nie wpływa na lepszy rozwój poznawczy i rozwój mowy u ich potomstwa na wczesnym etapie rozwoju.

Badaniem objęto ponad 2000 kobiet w ciąży pojedynczej poniżej 21 tygodnia.

Naukowcy stwierdzili, że odsetek kobiet z bardzo nasilonymi objawami depresyjnymi w pierwszych 6 miesiącach po porodzie był taki sam wśród przyjmujących kapsułki zawierające DHA, jak i otrzymujących kapsułki z olejem roślinnym bez DHA (9,67 vs 11,19%, skorygowane ryzyko względne [RR] 0,85, 95% PU 0,70-1,02, $p=0,09$).

Nie stwierdzono też istotnej różnicy w zakresie średniego łącznego wyniku dotyczącego rozwoju poznawczego i rozwoju mowy osiąganego przez dzieci matek przyjmujących kapsułki z DHA w porównaniu do dzieci matek

z grupy kontrolnej (skorygowana średnia różnica odpowiednio: 0,01, 95% PU -1,36-1,37, $p=0,99$ i -1,42, 95% PU -3,07-0,22, $p=0,09$).

Makrides M, Gibson RA, McPhee AJ, et al; DOMInO Investigative Team. Effect of DHA supplementation during pregnancy on maternal depression and neurodevelopment of young children: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010; 304 (15): 1675-1683.

Terapia hormonalna po menopauzie zwiększa częstość występowania kamicy nerkowej

Wyniki przeprowadzonej przez badaczy z University of Texas Southwestern Medical Center analizy częstości występowania kamicy nerkowej wśród kobiet po menopauzie stosujących estrogeny jako monoterapię lub w połączeniu z progestagenami wska-

zują, że terapia hormonalna zwiększa ryzyko powstawania kamieni.

Badaniem objęto ponad 27 000 zdrowych kobiet po menopauzie z 40 centrów klinicznych z całego obszaru Stanów Zjednoczonych uczestniczących w badaniach Women's Health Initiative HT. Około 11 000 z nich przeżyło operację usunięcia macicy i zostało randomizowanych do grupy otrzymującej skoniugowane estrogeny końskie w dawce 0,625 mg na dobę lub do grupy placebo.

Pozostałe kobiety, które nie miały wykonanej histerektomii, randomizowano do grupy otrzymującej skoniugowane estrogeny końskie w połączeniu z progestagenem (2,5 mg octanu medroksyprogesteronu na dobę) lub do grupy placebo. Obserwację kobiet prowadzono średnio przez 6 lat.

Naukowcy odkryli, że terapia estrogenowa zwiększyła ryzyko wystąpienia kamicy nerkowej o około 20%, z 34 do 39 przypadków na 10 000 osobolat (HR 1,21, 95% PU 1,03-1,44). Po usunięciu danych kobiet, które nie przestrzegały zasad terapii, stwierdzono, że ryzyko wzrosło prawie do 40% (HR 1,39, 95% PU 1,08-1,78). Zwiększone ryzyko występowało niezależnie od stosowania progestagenów.

Maalouf NM, Sato AH, Welch BJ, et al. Postmenopausal hormone use and the risk of nephrolithiasis: results from the Women's Health Initiative hormone therapy trials. Arch Intern Med. 2010; 170 (18): 1678-1685.

Niska punktacja w skali Apgar jest ściśle związana z ryzykiem mózgowego porażenia dziecięcego w przyszłości

Wyniki badania populacyjnego przeprowadzonego w Norwegii wskazują, że częstość występowania mózgowego porażenia dziecięcego u dzieci, które w 5 minucie po urodzeniu otrzymały 3 i mniej punktów w skali Apgar, jest ponad 130-krotnie większa niż u dzieci, które otrzymały 10 punktów.

Przeanalizowano dane ponad 540 000 dzieci urodzonych w latach 1986-1995. Stwierdzono, że u 11% dzieci, które otrzymały 3 i mniej punktów w skali Apgar, wystąpiło porażenie mózgowie, w porównaniu do tylko 0,1% u dzieci, które otrzymały 10 punktów (iloraz szans [OR] 53, 95% PU 35-80 po uwzględnieniu urodzeniowej masy ciała).

U dzieci z urodzeniową masą ciała powyżej 2500 g, które uzyskały powyżej 4 punktów w skali Apgar, OR rozwoju porażenia mózgowego wynosił 125, w porównaniu do dzieci z taką samą masą ciała, ale punktacją powyżej 8 (95% PU 91-170).

U dzieci z małą urodzeniową masą ciała zależność ta nie była tak wyraźna. OR rozwoju porażenia mózgowego u dzieci ważących poniżej 1500 g z punktacją w skali Apgar poniżej 4 wynosił 5, w porównaniu do dzieci z taką samą masą ciała, ale punktacją powyżej 8 (95% PU 2-9).

Istniała ścisła korelacja między niską punktacją w skali Apgar a każdą z 3 podgrup spastycznej postaci porażenia mózgowego (tj. kwadriplegią, diplegią i hemiplegią), jednak najsilniej była ona zaznaczona w odniesieniu do kwadriplegii (skorygowany OR 137 dla punktacji Apgar <4 vs >8, 95% PU 77-244).

Lie KK, Groholt EK, Eskild A. Association of cerebral palsy with Apgar score in low and normal birthweight infants: population based cohort study. BMJ. 2010;341:c4990.

Cukrzyca ciążowa często nawraca

Badacze z West Los Angeles Medical Center przeprowadzili analizę populacyjną 541 000 kart pacjentek z Kaiser Permanente Southern California w celu ustalenia, czy cukrzyca ciążowa nawraca w kolejnej ciąży i czy zależy od rasy i przynależności etnicznej.

Wykazano, że ryzyko nawrotu cukrzycy ciążowej wzrasta z każdą kolejną ciążą, z 41 po pierwszej do 57% po drugiej ciąży powikłanej tą chorobą.

Analizowano dane z lat 1991-2008, a następnie zawężono badanie do pierwszych dwóch ciąż u 65 000 kobiet i pierwszych trzech u około 13 000 kobiet. U 4% kobiet, u których w czasie pierwszej ciąży wystąpiła cukrzyca ciążowa, ryzyko pojawienia się tej choroby w drugiej ciąży było około 13 razy większe niż u kobiet bez tego powikłania w pierwszej ciąży (OR 13,2, 95% PU 12,0-14,6). Ryzyko rozwoju cukrzycy ciążowej w trzeciej ciąży u kobiet, u których w dwóch poprzednich ciążach zdiagnozowano tę chorobę, było 26 razy większe niż wśród kobiet bez tego powikłania w wywiadzie (OR 25,9, 95% PU 17,4-38,4).

Badacze odkryli także, że u około 44% kobiet, u których rozpoznano cukrzycę ciążową w drugiej ciąży, ale w pierwszej jej nie zdiagnozowano, doszło do nawrotu choroby w trzeciej ciąży, w porównaniu z 23% kobiet, u których to powikłanie pojawiło się w ciąży pierwszej, ale nie wystąpiło w drugiej. Ryzyko nawrotu było o wiele większe u kobiet pochodzenia latynoskiego i azjatyckiego niż u białych (odpowiednio OR 1,6, 95% PU 1,4-1,7 i OR 2,1, 95% PU 1,8-2,3).

Getahun D, Fassett MJ, Jacobsen SJ. Gestational diabetes: risk of recurrence in subsequent pregnancies. Am J Obstet Gynecol. 2010. Wydanie online przed drukiem.

Hipoglikemia: przyczyna czy marker innych problemów zdrowotnych?

Według badania przeprowadzonego z udziałem ponad 11 000 chorych na cukrzycę typu 2 ciężka hipoglikemia jest silnie związana ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia niekorzystnych następstw zdrowotnych, w tym powikłań naczyniowych dotyczących zarówno dużych naczyń, jak i mikrokrążenia oraz zgonu. To, czy hipoglikemia jest przypadkowym czynnikiem, czy markerem podatności na występowanie takich zdarzeń, pozostaje tajemnicą.

W przeprowadzonym w Australii badaniu mediana czasu obserwacji

uczestników wyniosła 5 lat. W tym czasie u 231 badanych zaobserwowano przynajmniej 1 epizod ostrej hipoglikemii, z czego 150 podlegało intensywnej kontroli stężenia glukozy, 81 zaś znajdowało się w grupie standardowej kontroli glikemii. Mediana czasu, który upłynął od wystąpienia ciężkiej hipoglikemii do pierwszego powikłania dotyczącego dużych naczyń wyniosła 1,56 roku, do pierwszego zaburzenia mikrokrążenia 0,99 roku, a do zgonu 1,05 roku.

W porównaniu do badanych osób bez epizodów ciężkiej hipoglikemii chorzy, u których stwierdzono taki stan, byli prawie trzykrotnie bardziej zagrożeni wystąpieniem powikłań ze strony dużych naczyń (iloraz zagrożeń [HR] 2,88, 95% przedział ufności [PU] 2,01-4,12) i prawie dwukrotnie bardziej zaburzeniami mikrokrążenia (HR 1,81, 95% PU 1,19-2,74). Ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych było u nich prawie 3 razy większe

(HR 2,68; 95% PU 1,72-4,19), podobnie ryzyko zgonu ogółem bez względu na przyczynę (HR 2,69, 95% PU 1,97-3,67; $p < 0,001$ dla wszystkich porównań). Podobne zależności stwierdzono w przypadku stanów niezwiązanych z układem krążenia, takich jak: dolegliwości ze strony układu oddechowego, pokarmowego oraz skóry.

Zoungas S, Patel A, Chalmers J, et al. Severe hypoglycemia and risk of vascular events and death. *N Engl J Med.* 2010; 363 (15): 1410-1418.