

## Zmniejszenie masy zaawansowanego raka jajnika przed lub po chemioterapii

W przeprowadzonym niedawno w Belgii badaniu wykazano, że wyniki operacji zmniejszających masę nowotworu, wykonywanych u chorych na raka jajnika w stopniu zaawansowania IIIC lub IV, są mniej więcej tak samo niezależne od tego, czy zabieg przeprowadzono przed, czy po chemioterapii opartej na pochodnych platyny.

Wśród 632 kobiet chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka surowiczego otrzewnej, spełniających warunki uczestnictwa w badaniu, u 74,5% występowały przerzuty o średnicy przekraczającej 5 cm, a u 61,6% o średnicy powyżej 10 cm.

Stwierdzono, że iloraz zagrożenia zgonem (HR) w grupie operowanej jakiś czas po chemioterapii neoadjuwantowej opartej na pochodnych platyny w porównaniu z HR w grupie operowanej pierwotnie wyniósł 0,98 (90% przedział ufności [PU] 0,84-1,13,  $p=0,01$  dla nie mniejszej skuteczności), a HR progresji nowotworu wynosił 1,01 (90% PU 0,89-1,15). Mediana czasu przeżycia całkowitego wyniosła 29 miesięcy w grupie operowanej pierwotnie i 30 miesięcy w grupie operowanej po chemioterapii. Mediana czasu przeżycia bez progresji nowotworu wyniosła w obu grupach 12 miesięcy. Częstość, z którą największe pozostawione w trakcie operacji ogniska nowotworu przekraczały 1 cm, wynosiła 80,6% u chorych operowanych po chemioterapii w porównaniu z 41,6% operowanych pierwotnie.

W obu grupach najsilniejszym czynnikiem zwiększającym szansę przeżycia była doszczętność usunięcia wszystkich widocznych makroskopowo ognisk nowotworu podczas operacji, pozostałymi zaś stopień zaawansowania raka IIIC, jego nieduże

rozmiary przed randomizacją, utkanie endometrioidalne oraz młodszy wiek chorej.

Vergote I, Tropé CG, Amant F, et al. Neoadjuvant chemotherapy or primary surgery in stage IIIC or IV ovarian cancer. *N Engl J Med.* 2010;363(10):943-953.

## Alkohol zwiększa ryzyko po wczesnym rozpoznaniu raka

U kobiet, u których wcześniej rozpoznano raka piersi we wczesnym stadium zaawansowania, wypicie zaledwie 3-4 porcji napojów alkoholowych tygodniowo zwiększa ryzyko nawrotu nowotworu lub zgonu z jego powodu, zwłaszcza wśród chorych po menopauzie, z nadwagą albo otyłych.

Autorzy badania przestali ankietę dotyczącą picia alkoholu 1897 kobietom leczonym wcześniej z powodu raka piersi we wczesnym stadium zaawansowania, rozpoznanego w latach 1997-2000. Uczestniczyły one w badaniu Life After Cancer Epidemiology. Następnie były obserwowane średnio przez około 7 lat. W porównaniu z niepijącymi alkoholu w grupie spożywających dziennie co najmniej 6 g alkoholu stwierdzono zwiększone ryzyko nawrotu raka piersi (HR 1,35, 95% PU 1,00-1,83) oraz zgonu z jego powodu (HR 1,51, 95% PU 1,00-2,29). Ryzyko nawrotu było większe wśród kobiet po menopauzie (HR 1,51, 95% PU 1,05-2,19) oraz z nadwagą lub otyłych (HR 1,60, 95% PU 1,08-2,38).

Picie alkoholu nie wiązało się jednak ze wzrostem całkowitego ryzyka zgonu z wszystkich przyczyn i prawdopodobnie zmniejszało ryzyko zgonu z innych przyczyn niż nowotworowe, co sugeruje ochronny wpływ alkoholu na serce.

Kwan ML, Kushi LH, Weltzien E, et al. Alcohol consumption and breast cancer recurrence and survival among women with early-stage breast cancer: the Life After Cancer Epidemiology Study. *J Clin Oncol.* 2010. Wydanie online przed drukiem.

## Korzystny wpływ operacji u kobiet z mutacjami BRCA

U kobiet z mutacjami w genach *BRCA1* lub *BRCA2* wykonanie profilaktycznej mastektomii lub usunięcie przydatków zmniejsza duże ryzyko zachorowania na raka piersi i raka jajnika. Ponadto usunięcie przydatków wydłuża przeżycie, co wykazano w jednym z największych dotąd prospektywnych badań poświęconych temu zagadnieniu. Stwierdzono również, że ryzyko zależało też od tego, czy mutacje występowały w genie *BRCA1*, czy *BRCA2*, a także, czy kobieta wcześniej chorowała na nowotwór.

Przeanalizowano dane pochodzące od 2482 kobiet z mutacjami *BRCA1* lub *BRCA2* w 22 ośrodkach klinicznych i ośrodkach badań genetycznych w Europie i Ameryce Północnej.

W trakcie 3 lat prospektywnej obserwacji nie rozpoznano ani jednego raka piersi wśród 247 kobiet, które miały wykonaną profilaktyczną mastektomię. W tym samym czasie wykryto go u 98 (7%) spośród 1372 kobiet, które nie zdecydowały się poddać takiej operacji. Nie wydaje się jednak, aby wykonanie profilaktycznej mastektomii wpływało istotnie na przeżycie.

Wśród kobiet, które wcześniej nie chorowały na raka piersi i przebyły profilaktyczną operację usunięcia przydatków, iloraz zagrożeń (HR) zachorowania na raka jajnika w grupie nosicielek mutacji *BRCA1* wyniósł 0,31 (6 vs 2%, 95% PU 0,12-0,82). W trakcie 6-letniej obserwacji wśród nosicielek mutacji *BRCA2*, które wcześniej nie chorowały na raka piersi i przebyły profilaktyczną operację usunięcia przydatków, u żadnej nie rozpoznano raka jajnika. W tym samym czasie wykryto go u 3% kobiet, których nie operowano profilaktycznie.

Wśród kobiet, u których wcześniej rozpoznano raka piersi, HR zachoro-

wania na raka piersi u nosicielek mutacji *BRCA1* wyniósł 0,15 (95% PU 0,04-0,63). U nosicielek mutacji *BRCA2* poddanych zapobiegawczej operacji usunięcia przydatków nie rozpoznano ani jednego raka jajnika. Wykonanie profilaktycznej operacji zmniejszało również ryzyko zachorowania na raka jajnika zarówno nosicielek mutacji *BRCA1*, jak i *BRCA2*, a także zmniejszyło odsetek zgonów ze wszystkich przyczyn, zgonów z powodu raka piersi i raka jajnika.

Domchek SM, Friebel TM, Singer CF, et al. Association of risk-reducing surgery in *BRCA1* or *BRCA2* mutation carriers with cancer risk and mortality. *JAMA*. 2010;304 (9):967-975.

## Wczesne objawy zagrożenia przemianą endometriozy w raka

W jasnokomórkowych i endometrioidalnych rakach jajnika często dochodzi do uszkodzenia genu supresorowego nowotworu kodującego interaktywną domenę 1A (podobną do SWI) obfitującą w pary AT (*ARID1A*). Ponieważ mutacja *ARID1A* i utrata kodowanego przez ten gen białka BAF250a są wykrywalne w zmianach przednowotworowych, mogą być zwiastunami transformacji endometriozy w raka.

Autorzy z Kolumbii Brytyjskiej w Kanadzie sekwencjonowali całe transkryptomy 18 raków jasnokomórkowych jajnika i linii komórkowej 1 raka jasnokomórkowego jajnika. Mutację somatyczną *ARID1A* stwierdzili w 6 próbkach. Kluczową składową kompleksu prowadzącego do przebudowy chromatyny SWI-SNF było białko BAF250a. Autorzy sekwencjonowali również *ARID1A* pochodzące z kolejnych 210 raków jajnika oraz drugiej linii komórkowej jasnokomórkowego raka jajnika i oznaczyli ekspresję BAF250a w dodatkowych 455 rakach jajnika.

Mutację *ARID1A* stwierdzono u 46% kobiet z rakiem jasnokomórkowym jajnika i 30% kobiet z rakiem endometrioidalnym. Nie wykryto na-

tomiasz żadnej mutacji w 76 próbkach pochodzących od kobiet z surowiczym rakiem jajnika o dużym stopniu złośliwości. Obserwowano też zmniejszenie ekspresji BAF250a w 42% jasnokomórkowych raków jajnika i 21% endometrioidalnych raków jajnika, ale tylko w 1% surowicznych raków jajnika o dużym stopniu złośliwości.

Wiegand KC, Shah SP, Al-Agha OM, et al. *ARID1A* mutations in endometriosis-associated ovarian carcinoma. *N Engl J Med*. 2010; 363 (16): 1532-1543.

## Algorytm uwzględniający dwa markery pozwala lepiej przewidzieć ryzyko rozwoju raka jajnika

Zgodnie z opublikowanym niedawno doniesieniem nowe badanie z użyciem kilku markerów surowicznych, w tym HE4 i CA125, mające na celu obliczenie Risk of Ovarian Malignancy Algorithm (ROMA), pozwala lepiej przewidzieć rozpoznanie raka jajnika u kobiet z guzem w obrębie miednicy niż Risk of Malignancy Index (RMI).

W badaniu uczestniczyło 457 kobiet, u których zaplanowano interwencję chirurgiczną z powodu wykrycia guza w obrębie miednicy. Określono wartości RMI na podstawie stężeń CA125, punktacji uzyskanej na podstawie wyników badań obrazowych oraz statusu menopauzalnego, a także wartości ROMA na podstawie stężeń HE4, CA125 i statusu menopauzalnego.

Autorzy stwierdzili, że czułość w odróżnianiu guzów łagodnych od złośliwych wyniosła 94,3% dla ROMA i 84,6% dla RMI ( $p=0,0029$ ) przy swoistości wynoszącej 75%. U chorych na nowotwór w I lub II stopniu zaawansowania czułość rozpoznawania wyniosła odpowiednio 85,3 i 64,7% ( $p<0,0001$ ).

Moore RG, Jabre-Raughley M, Brown AK, et al. Comparison of a novel multiple marker assay vs the Risk of Malignancy Index for the prediction of epithelial ovarian cancer in patients with a pelvic mass. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 203 (3): 228. e1-e6.

## Embolizacja tętnic macicznych może stanowić alternatywę dla histerektomii

Wyniki 5-letniego randomizowanego wieloośrodkowego badania możliwości zastosowania embolizacji zamiast histerektomii (EMMY) wskazują, że u niektórych kobiet z objawowymi mięśniakami macicy embolizacja tętnic macicznych może stanowić alternatywę dla histerektomii.

Przez 5 lat obserwowano kobiety z objawowymi mięśniakami macicy, u których wykonano albo embolizację tętnic macicznych ( $n=88$ ), albo histerektomię ( $n=89$ ). Punktami końcowymi były: konieczność powtórnej interwencji, stopień nasilenia krwawień miesiączkowych, menopauza i objawy z nią związane, jakość życia, problemy z oddawaniem stolca i moczu oraz zadowolenie z leczenia. Oceny dokonywano na podstawie ankiety przeprowadzanej w momencie rozpoczęcia obserwacji i w kolejnych z góry ustalonych terminach.

Chociaż u 28% kobiet po embolizacji tętnic macicznych z powodu niewystarczającego zmniejszenia się krwawień należało wykonać histerektomię, jakość ich życia istotnie się poprawiła i pozostała już na takim poziomie przez całe 5 lat obserwacji. Nie stwierdzono istotnych różnic między badanymi grupami.

W grupie, w której wykonywano embolizację, po 6 miesiącach stwierdzono trwałą poprawę w zakresie oddawania stolca i moczu. Kobiety z tej grupy zgłaszały istotnie mniej problemów z oddawaniem stolca w porównaniu do grupy po histerektomii.

Po 5 latach obserwacji stwierdzono, że 82,7% kobiet po embolizacji albo nie miało żadnych objawów, albo zgłaszało znaczne lub średnie zmniejszenie ich nasilenia. Spośród kobiet, które miały zachowaną macicę, 75,9% nie miało żadnych objawów albo zgłaszało znaczne lub średnie zmniejszenie ich nasilenia.

Ponieważ w 82,6% przypadków wtórną histerektomię wykonywano w ciągu dwóch lat po embolizacji, można uznać, że brak konieczności wykonania histerektomii w ciągu dwóch lat po embolizacji stanowi dobry czynnik prognostyczny dla skuteczności tej metody.

Van der Kooij SM, Hehenkamp WJK, Volkers NA, Birnie E, Ankum WM, Reekers JA. Uterine artery embolization vs hysterectomy in the treatment of symptomatic uterine fibroids: 5-year outcome from the randomized EMMY trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 203 (2): 105. e1-e13.

## Badanie: próba zajścia w ciążę wkrótce po poronieniu

Z przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii retrospektywnych populacyjnych badań, które objęły prawie 31 000 kobiet, wynika, że jeśli w ciągu 6 miesięcy po poronieniu kobieta znów

zajdzie w ciążę, ma większe szanse na pomyślną drugą ciążę niż kobiety, które czekają dłużej. Stwierdzono, że u kobiet, które ponownie zaszły w ciążę w ciągu 6 miesięcy, istniało mniejsze ryzyko kolejnego poronienia (skorygowany OR 0,66, 95% PU 0,57-0,77), przerwania ciąży (skorygowany OR 0,43, 95% PU 0,33-0,57) oraz ciąży ektopowej (skorygowany OR 0,48, 95% PU 0,34-0,69) niż u czekających 6-12 miesięcy. U kobiet czekających ponad 24 miesiące występowało dwukrotnie większe ryzyko przerwania ciąży (skorygowany OR 2,40, 95% PU 1,91-3,01) oraz ciąży ektopowej (skorygowany OR 1,97, 95% PU 1,42-2,72). Stwierdzono, że u kobiet, które ponownie zaszły w ciążę w ciągu 6 miesięcy i urodziły żywe dziecko, istniało mniejsze ryzyko cesarskiego cięcia (skorygowany OR 0,90, 95% PU 0,83-0,98), porodu przedwczesnego (skorygowany OR 0,89, 95% PU 0,81-0,98) oraz małej urodzeniowej masy ciała noworodka (skorygowany OR 0,84, 95%

PU 0,71-0,89) niż u dłużej czekających z ponownym zajściem w ciążę.

Love ER, Bhattachaya S, Smith NC, Bhattachaya S. Effect of interpregnancy interval on outcomes of pregnancy after miscarriage: retrospective analysis of hospital episode statistics in Scotland. *BMJ.* 2010;341:c3967.

## Zapobieganie otyłości zaczyna się w czasie ciąży

Jak wynika z populacyjnych badań kohortowych ponad 500 000 kobiet z Michigan i New Jersey, im większy nastąpi przyrost masy ciała u kobiety w czasie ciąży, tym więcej będzie ważyło jej dziecko w momencie porodu, bez względu na czynniki genetyczne. Każdy dodatkowy kilogram, który przybył matce, zwiększał masę urodzeniową jej dziecka o 7,35 g.

Badacze stwierdzili, że noworodki kobiet, które przytyły w czasie ciąży ponad 24 kg, przy porodzie ważyły

średnio o 148,9 g więcej niż dzieci kobiet, które przybrały 8-10 kg. Iloraz szans urodzenia dziecka z masą powyżej 4000 g był ponad dwa razy większy (2,26) u kobiet, które przytyły w ciąży ponad 24 kg niż tych, które przybrały 8-10 kg.

Ponieważ duża masa urodzeniowa prognozuje wysoki wskaźnik masy ciała (BMI) w późniejszym życiu, wyniki te sugerują, że nadmierny przyrost masy ciała u kobiety w ciąży zwiększa u jej dziecka długoterminowe ryzyko wystąpienia otyłości i związanych z nią chorób.

Ludwig DS, Currie J. The association between pregnancy weight gain and birthweight: a within-family comparison. *Lancet*. 2010. Wydanie online przed drukiem.

## Szczepienia zalecane ciężarnym

Centers for Disease Control and Prevention Advisory Committee on Immunization Practice i American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Obstetric Practice zalecają, aby wszystkie kobiety w ciąży w okresie między październikiem a majem otrzymywały inaktywowane szczepionki przeciwko grypie.

W opublikowanym oświadczeniu ACOG stwierdziło, że zapobieganie grypie w trakcie ciąży jest niezbędnym aspektem opieki przedporodowej. Zmiany w układzie immunologicznym w czasie ciąży narażają ciężarne na większe ryzyko poważnych powikłań grypy. Poza ochroną ciężarnych szczepionka matki stanowi ochronę dla noworodka, który nie może być szczepiony do ukończenia 6 miesiąca życia.

Optymalne działanie ma szczepionka podana na początku sezonu grypowego, ale może być podana w każdym momencie, niezależnie od trymestru. ACOG zaleca stosowanie inaktywowanej szczepionki przeciwko grypie. Istnieją przeciwwskazania do stosowania podawanej do nosa szczepionki żywej, zawierającej atenuowane wirusy grypy. Do dziś nie ma badań,

które potwierdzałyby występowanie jakichkolwiek działań niepożądanych dla dziecka lub jego matki w przypadku inaktywowanej wersji szczepionki. W oświadczeniu stwierdzono, że nie istnieją naukowe dowody potwierdzające, iż niektóre szczepionki zawierające rtęć w postaci tymerosalu szkodzą ciężarnym lub ich dzieciom.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Influenza vaccination during pregnancy. Committee Opinion No. 468. *Obstet Gynecol*. 2010; 116 (4): 1006-1007.

## Miesiąc karmienia piersią zmniejsza ryzyko cukrzycy typu 2 u matki

Choć poprzednie badania wykazywały istnienie korzyści zdrowotnych dla kobiet, które karmiły piersią przez co najmniej 6 miesięcy do roku, wyniki przeprowadzonego ostatnio badania populacyjnego wykazują, że już miesiąc karmienia piersią może zmniejszyć ryzyko cukrzycy typu 2 w przyszłości, niezależnie od aktywności fizycznej i wartości BMI.

Naukowcy zbadali reprezentatywną dla populacji grupę 2233 kobiet w wieku 40-78 lat będących pacjentkami programu opieki zdrowotnej Kaiser Permanente Health Care Program, które zakwalifikowały się do Reproductive Risk Factors for Incontinence Study prowadzonym w Kaiser Permanente w latach 2003-2008. Z badanych kobiet 1828 posiadało dzieci, a z nich ponad połowa karmiła dziecko piersią, co najmniej miesiąc.

Dowiedziano, że ryzyko cukrzycy typu 2 u kobiet, które konsekwentnie karmiły piersią wszystkie swoje dzieci przez co najmniej miesiąc, było takie samo jak u kobiet, które nigdy nie rodziły (OR 1,01, 95% PU 0,56-1,81). Z kolei matki, które nigdy nie karmiły dziecka piersią, były dwukrotnie bardziej narażone na ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2 w przyszłości niż nie-rodzące (OR 1,92, 95% PU 1,14-3,27). U kobiet, które miały dzieci, ale nie karmiły, ryzyko zachorowania na cukrzycę było o 50% większe niż u kobiet,

które karmiły tylko przez 1-3 miesiące (OR 1,52, 95% PU 1,11-2,10).

Schwarz EB, Brown JS, Creasman JM, et al. Lactation and maternal risk of type 2 diabetes: a population-based study. *Am J Med*. 2010; 123 (9): 863. e1-e6.

## Poród przed lub po 40 tygodniu ciąży zwiększa ryzyko porażenia mózgowego

Jak wynika z ostatnich badań przeprowadzonych w Norwegii, dzieci urodzone w 37 lub 38, albo w 42 tygodniu ciąży, a nawet później, są bardziej narażone na ryzyko porażenia mózgowego w porównaniu do noworodków urodzonych w 40 tygodniu ciąży.

Naukowcy przeanalizowali dane z krajowego rejestru narodzin oraz krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych dotyczące ponad 1,6 miliona dzieci z ciąż pojedynczych, urodzonych bez wad wrodzonych w latach 1967-2001 między 37 a 44 tygodniem ciąży. Wśród badanych dzieci u 1938 wystąpiło porażenie mózgowe.

Najmniejsze ryzyko porażenia mózgowego stwierdzono u noworodków urodzonych w 40 tygodniu ciąży (częstość występowania 0,99 na 1000, 95% PU 0,90-1,08). Częstość występowania porażenia u dzieci urodzonych w 37 tygodniu ciąży wynosiła 1,91 na 1000 urodzeń (95% PU 1,58-2,25) z ryzykiem względnym (RR) wynoszącym 1,9 (95% PU 1,6-2,4), a u dzieci urodzonych w 38 tygodniu ciąży wynosiła 1,25 na 1000 urodzeń (95% PU 1,07-1,42) przy RR na poziomie 1,3 (95% PU 1,1-1,6). Częstość występowania porażenia mózgowego u noworodków urodzonych w 42 tygodniu ciąży wynosiła 1,36 na 1000 (95% PU 1,19-1,53) z RR na poziomie 1,4 (95% PU, 1,2-1,6), a po 42 tygodniu ciąży wynosiła 1,44 na 1000 urodzeń (95% PU 1,15-1,72) z RR 1,4 (95% PU 1,1-1,8).

Moster D, Wilcox AJ, Vollset SE, Markestad T, Lie RT. Cerebral palsy among term and postterm births. *JAMA*. 2010; 304 (9): 976-982.

## Metaanalizy sugerują, że lekarze zbyt często przepisują statyny

Jak wykazują ostatnie metaanalizy, nie istnieją dowody, aby przepisywanie statyn zmniejszających stężenie cholesterolu pacjentom obciążonym ryzykiem, bez choroby serca, zmniejszyło ryzyko przedwczesnego zgonu.

Brytyjscy naukowcy objęli analizą 11 prospektywnych randomizowanych badań kontrolowanych dotyczących terapii statynami u osób bez choroby sercowo-naczyniowej w chwili rozpoczęcia badania. Dokonali przeglądu danych od ponad 65 000 uczestników, poddając obserwacji około 244 000 osobolat, w trakcie których doszło do 2793 zgonów, w tym 1447 wśród uczestników badania przyjmujących placebo oraz 1346 wśród stosujących statyny.

Stosowanie statyn nie było skorelowane z istotnym statystycznie zmniejszeniem ryzyka zgonu z dowolnej przyczyny (HR 0,91, 95% PU 0,83-1,01). Choć stężenie lipoprotein o małej gęstości było mniejsze u przyjmujących statyny w porównaniu do otrzymujących placebo, nie miało to przełożenia na mniejsze ryzyko przedwczesnego zgonu.

Ray KK, Seshasai SR, Erqou S, et al. Statins and all-cause mortality in highrisk primary prevention. Arch Intern Med. 2010; 170 (12): 1024-1031.

## Bogatotłuszczowa dieta matki zwiększa ryzyko chorób serca u dziecka?

Zgodnie z doniesieniami brytyjskich naukowców kobiety, które stosują bogatotłuszczową dietę przed i w trakcie ciąży, mogą narażać swoje dziecko na większe ryzyko niektórych wad wrodzonych.

Naukowcy podejrzewali, że dieta ciężarnej może wpływać na geny, jakie dziedziczy jej dziecko, tym samym na rodzaj i stopień nasilenia wad wrodzonych, takich jak wada serca czy roz-

szczep podniebienia. W badaniu jedna grupa myszy otrzymywała bogatotłuszczową dietę przed i w czasie ciąży, a druga zbilansowaną. Następnie naukowcy monitorowali rozwój młodych za pomocą MR.

U młodych myszy, pozbawionych genu *Cited2* (co predysponuje do rozwoju wrodzonej wady serca) ryzyko izomeryzmu przedsionkowego, poważnej wady serca polegającej np. na lewo-prawej asymetrii serca, wzrosło ponad dwukrotnie, a rozszczepu podniebienia było ponad 7 razy większe u myszy, których matki otrzymywały dietę bogatotłuszczową w porównaniu do myszy, których matki otrzymywały zbilansowaną dietę. Uznano te wnioski za wyjątkowo ważne, ponieważ dowodzą, że interakcje w środowisku genetycznym mogą wpływać na rozwój wewnątrzmaciczny płodu.

Bentham J, Michell AC, Lockstone H, et al. Maternal high-fat diet interacts with embryonic *Cited2* genotype to reduce *Pitx2c* expression and enhance penetrance of left-right patterning defects. Hum Mol Genet. 2010. Publikacja w sieci poprzedzająca druk.

## Czy witamina D może chronić przed chorobą Parkinsona?

Jak wynika z badania kohortowego przeprowadzonego w Finlandii, z udziałem osób w wieku 50-79 lat, stężenie witaminy D w surowicy wydaje się korelować z ryzykiem wystąpienia choroby Parkinsona.

Naukowcy skorzystali z badania Mini-Finland Health Survey przeprowadzonego w latach 1978-1980, aby zidentyfikować grupę ponad 3000 mężczyzn i kobiet, u których w momencie rozpoczęcia badania nie stwierdzono choroby Parkinsona. Na początku badania pobrano od nich próbki krwi, po czym je zamrożono. Następnie do końca 2007 roku zespół naukowców obserwował pacjentów pod kątem wystąpienia u nich choroby Parkinsona.

W trakcie 29-letniej obserwacji stwierdzono 50 przypadków choroby Parkinsona. Po zbadaniu stężenia

25-hydroksywitaminy D w próbkach mrożonej krwi naukowcy odkryli, że u uczestników badania, u których stężenie witaminy D było najmniejsze, ryzyko wystąpienia choroby było 3 razy większe niż w przypadku osób z dużym stężeniem (ryzyko względne 0,33, 95% PU 0,14-0,80) po uwzględnieniu takich czynników, jak płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, spożycie alkoholu, aktywność fizyczna w czasie wolnym, palenie tytoniu, wartość BMI i miesiąc pobrania krwi.

Chociaż naukowcy uznali, że duże stężenie witaminy D wydaje się chronić przed chorobą Parkinsona, konieczne są dalsze badania w celu potwierdzenia tej współzależności.

Knekt P, Kilkinen A, Rissanen H, Marniemi J, Sääksjärvi K, Heliövaara M. Serum vitamin D and the risk of Parkinson disease. Arch Neurol. 2010; 67 (7): 808-811.

## Opieka prenatalna nad nastoletnimi matkami zmniejsza ryzyko przedwczesnego porodu

Jak wynika z 10-letniego badania retrospektywnego, którym objęto 30 000 ciężarnych poniżej 20 roku życia w stanie Waszyngton, nieodpowiednia opieka przedporodowa nad nastoletnimi matkami jest silnie skorelowana z ryzykiem przedwczesnego porodu. Kobiety, które nie korzystały z opieki prenatalnej, były siedmiokrotnie bardziej narażone na ryzyko porodu przedwczesnego niż te, które odbyły 75-100% zalecanych wizyt przed porodem (skorygowany OR 7,4). U kobiet, które odbyły mniej niż 25%, 25-49% lub 50-74% wizyt przed porodem ryzyko przedwczesnego porodu także było znacznie większe (odpowiednio OR 2,6, 1,6 i 1,3). Wyniki badania nie zmieniły się nawet po uwzględnieniu innych rozpoznanych czynników ryzyka przedwczesnego porodu.

Debiec KE, Paul KJ, Mitchell CM, Hitti JE. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. Am J Obstet Gynecol. 2010; 203(2):122.e1-e6.