

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

Наличие сахарного диабета повышает риск развития рака грудной железы: результаты метаанализа

Как известно, при сахарном диабете (СД) нередко отмечается гиперинсулинемия. В связи с пролиферативными эффектами инсулина была выдвинута гипотеза о возможном повышении риска развития рака грудной железы (РГЖ) у пациентов с этим заболеванием. С целью подтверждения/опровержения данной версии был проведен метаанализ обсервационных исследований, в которых оценивалась вероятность развития РГЖ у больных СД. Исследователи также планировали установить, существуют ли различия в риске развития РГЖ в зависимости от типа СД и гендерной принадлежности.

Поиск исследований проводили в базах данных MEDLINE, EMBASE, PubMed, Current Contents Connect и Google Scholar, а также в списках литературы релевантных статей.

В метаанализ было включено 41 исследование. В 38 из них оценивали риск развития РГЖ у женщин, в 5 – у мужчин.

Было установлено, что СД ассоциируется с достоверным повышением риска РГЖ как у женщин (ОР 1,24; 95% ДИ 1,15-1,35), так и у мужчин (ОР 1,40; 95% ДИ 1,10-1,79).

Подгрупповой анализ показал, что увеличение вероятности возникновения онкопатологии отмечается при СД 2 типа (ОР 1,22; 95% ДИ 1,07-1,40), в то время как у женщин с гестационным СД риск сопоставим с таковым в общей популяции (ОР 1,06; 95% ДИ 0,79-1,40). Ограниченное количество исследований по изучению вероятности развития опухолей данной локализации у пациентов с СД 1 типа не позволяет объективно оценить возможные риски.

Авторы метаанализа сделали вывод, что СД ассоциируется с повышением риска развития РГЖ у лиц обоего пола. Выявленная связь подтвердила, что СД является независимым фактором развития РГЖ.

P.J. Hardefeldt, S. Edirimanne, G.D. Eslick. *Endocr Relat Cancer*. 2012 Oct 3.

Скрининг гестационного СД в XXI веке: результаты популяционного когортного исследования

Результаты исследований показывают, что распространенность гестационного СД увеличивается во всем мире. Целью работы израильских ученых стало изучение динамики распространенности гестационного СД и оптимизация подходов к скринингу этой патологии за последние 10 лет. Кроме того, оценивались факторы риска гестационного СД.

Исследователи проанализировали данные наблюдений за 367 247 беременными, которым проводился скрининг гестационного СД в период с 2000 по 2010 год. Было установлено, что за последние 10 лет распространенность гестационного СД возросла на 12% – с 3,8% в 2000 г. до 4,3% в 2010 г. Параллельно было отмечено увеличение количества пациенток, которым проводился 3-часовой тест на толерантность к глюкозе со 100 г глюкозы без предварительного часового теста с нагрузкой 50 г глюкозы (с 6,5 до 8,9%).

Аналогичная тенденция наблюдалась в отношении количества беременных, имеющих как минимум один фактор риска гестационного СД (пожилой возраст, низкий социально-экономический уровень, синдром поликистозных яичников или экстракорпоральное оплодотворение в анамнезе). Перечисленные факторы достоверно ($p < 0,05$) коррелировали с риском развития гестационного СД.

Авторы исследования сделали вывод, что отмечаемое в последние годы повышение заболеваемости гестационным СД может быть связано как с увеличением распространенности факторов риска, так и с изменением подходов к скринингу данной патологии.

T. Sella, V. Shalev, U. Elchalal et al. 2012 Oct 4.

Алгоритм титрации дозы инсулина на основании выраженности симптомов (SIGN): результаты пилотного исследования

Недостаток или отсутствие записей в дневниках самоконтроля о динамике гликемии создают определенные трудности для клиницистов в коррекции доз инсулина. Для решения этой проблемы был разработан и предложен алгоритм титрации дозы инсулина на основании выраженности симптомов (Symptom-based Insulin adjustment for Glucose Normalization – SIGN). Он может быть полезен как при ведении пациентов с неконтролируемым СД 2 типа, которые не регистрируют показатели глюкозы крови в дневнике самоконтроля или делают записи недостаточно часто. Чтобы оценить эффективность и безопасность этого метода, было проведено пилотное исследование.

У 114 пациентов с неконтролируемым СД 2 типа, которые отказались использовать метод самоконтроля уровня глюкозы крови или же выполняли измерения реже 3 раз в неделю, оценили динамику гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}), применяемой дозы инсулина и частоты нежелательных явлений, связанных с инсулинотерапией, до и после начала применения алгоритма SIGN. В исследование не включали пациентов с СД 1 типа, лиц с низкой приверженностью к сахароснижающей терапии и лиц, не принимающих инсулин.

Исследование показало, что средний уровень HbA_{1c} уменьшился на 0,29% через 3 мес ($p=0,015$) и на 0,41% через 6 мес ($p=0,006$) после начала применения алгоритма SIGN. В случаях, когда алгоритм не применяли, отмечалось небольшое увеличение уровня HbA_{1c} .

Частота легких эпизодов гипогликемии была минимальной, большинство из них были связаны с нерегулярным приемом пищи; случаев тяжелой гипогликемии не отмечено.

Таким образом, алгоритм SIGN представляется эффективным и безопасным подходом для ведения пациентов с неконтролируемым течением СД 2 типа, которые не делают или делают недостаточное количество регистраций уровня глюкозы крови в дневнике самоконтроля.

J.Y. Lee, K. Tsou, J. Lim et al. 2012 Oct 4.

Распространенность, скрининг и лечение хронической болезни почек у лиц с СД 2 типа: результаты исследования ENTRED

Исследование ENTRED было спланировано для оценки распространенности, качества скрининга и лечения хронической болезни почек (ХБП) у взрослых пациентов с СД 2 типа, а также динамики указанных параметров за период с 2001 по 2007 год.

Для проведения исследования случайным образом из баз данных французского медицинского страхового фонда были выбраны 8926 взрослых пациентов, которым проводилось возмещение средств на приобретение пероральных гипогликемических средств или инсулина по крайней мере трижды за предыдущие 12 мес. Были проанализированы данные по возмещению и разосланы два вида опросников – пациентам (ответили 48% больных) и их лечащим врачам (ответили 62%). В анализ включили респондентов с СД 2 типа ($n=3894$), в отношении 2232 получены комментарии лечащих врачей. Средний возраст участников исследования составил 66 лет.

Распространенность ХБП составила не менее 29% на основании результатов опроса лечащих врачей. 17% участников исследования не подавали заявки на возмещение средств на исследование уровня креатинина за последний год, 71% – оценки альбуминурии. Тем не менее оба показателя с 2001 г. снизились. Скрининг ХБП чаще не проводился у лиц пожилого возраста, у одиноких больных и пациентов, считавших себя недостаточно информированными о проблеме СД. Оценка качества оказания медицинской помощи (назначение антигипертензивного лечения при наличии показаний) была возможна для 66% респондентов, из которых 25% не получали необходимого лечения.

Был сделан вывод, что ХБП часто наблюдается у пациентов с СД 2 типа. Предположительно имеет место гиподиагностика этого заболевания в связи с неадекватной частотой проведения скрининга на наличие альбуминурии, хотя за последнее десятилетие отмечаются некоторые позитивные сдвиги.

Авторы акцентируют внимание на необходимости улучшения скрининга ХБП у больных СД, повышения настороженности пациентов и врачей в отношении этого диабетического осложнения и адекватного использования антигипертензивных/нефропротекторных лекарственных средств у изучаемой категории пациентов.

G.F. Assogba, C. Couchoud, C. Roudiere et al. *Diabetes Metab*. 2012 Oct 1.

Риск развития СД у лиц 40 лет с уровнем гликемии, на верхней границе нормы в возрасте

Целью данного исследования было изучить риск развития СД у лиц с «высоким нормальным» уровнем гликемии (уровень глюкозы в плазме натощак – 100-109 мг/дл) в популяции лиц среднего возраста.

В исследовании включили мужчин трудоспособного возраста ($n=901$), не страдавших СД на момент включения в анализ. Исходно в этой популяции доля лиц с уровнем глюкозы крови, соответствовавшим верхней границе нормы, составила 21,5%, пациентов с нарушением гликемии натощак (НГН; 110-125 мг/дл) – 4,7%. Кумулятивная 10-летняя заболеваемость СД в этих когортах составила 14,7 и 48,9% соответственно. С учетом поправки на различные факторы относительный риск развития СД среди лиц с уровнем глюкозы крови, соответствовавшим верхней границе нормы, составил 5,2 (95% ДИ 2,4-11,2), среди лиц с НГН – 21,3 (95% ДИ 9,2-49,5) по сравнению с таковым у больных, у которых уровень глюкозы в плазме крови натощак не превышал 90 мг/дл.

Таким образом, уровень гликемии, сопоставимый с верхней границей нормы, является фактором риска развития СД даже в популяции относительно молодых и здоровых мужчин. Хотя относительный риск значительно выше у лиц с НГН, абсолютное количество зарегистрированных новых случаев СД среди пациентов, уровень гликемии у которых находится на верхней границе нормы, больше ввиду высокой распространенности этого состояния.

Y. Kabeya, A. Shimada, F. Yamasawa et al. *Intern Med*. 2012 51(19): 2703-8. Epub 2012 Oct 1.

Распространенность и значение неправильной диагностики при СД 1 типа у детей

Задачей данного исследования было оценить частоту ошибочной диагностики СД 1 типа как СД 2 типа или диабета неустановленного типа в когорте детей и подростков, а также изучить влияние таковой на риск развития связанных с СД осложнений.

Были проанализированы данные 11-летнего наблюдения (1996-2006) за когортой пациентов с СД в возрасте 17 лет и младше на момент включения. Критериям включения соответствовали 1130 детей, за которыми наблюдали в среднем в течение 7 лет. Из них у 669 (59,2%) в течение всего периода наблюдения был диагностирован только СД 2 типа или диабет неустановленного типа, у 205 (18,1%) – только СД 1 типа, а у 256 лиц (22,7%) была изначально допущена ошибка в диагностике (СД 1 типа был диагностирован как СД 2 типа или диабет неустановленного типа).

Как показал анализ, инсулинотерапию применяли у всех пациентов в группе СД 1 типа и только у 73% пациентов в группе с исходно ошибочным диагнозом. По сравнению с группой СД 2 типа ошибка при постановке диагноза ассоциировалась с более высоким риском раннего развития диабетического кетоацидоза (скорректированный ОР 5,08; 95% ДИ 3,09-8,37), нейропатии (скорректированный ОР 1,94; 95% ДИ 1,31-2,88) и нефропатии (ОР 1,72; 95% ДИ 1,19-2,50). В то же время в группе лиц, у которых диагноз СД 1 типа был изначально установлен правильно, отмечался повышенный риск только раннего развития диабетического кетоацидоза (скорректированный ОР 4,96; ДИ 2,56-9,61).

Авторы подчеркивают, что точное определение типа СД у детей может быть сложной задачей, особенно у лиц с сопутствующим ожирением. Однако следует помнить, что неправильная верификация диагноза в случае СД 1 типа коррелирует с повышением риска неадекватной терапии и более быстрого развития диабетических осложнений.

A. Tripathi, A.A. Rizvi, L.M. Knight et al. 2012 Oct; 105(10): 513-7.

Подготовила **Наталья Мищенко**