

J. S. Spasić

Dijabetes je prisutan u svakoj desetoj trudnoći, a žene ga mogu imati i pre trudnoće u vidu dijabetesa tip 1 ili tip 2, ali mogu dobiti i u toku trudnoće tzv. gestacijski dijabetes. Žene koje imaju šećer graviditet moraju pažljivo da planiraju sa lekarima, a svaka trudnoća, bez obzira na to koji je tip dijabetesa, treba pažljivo da bude ispraćena jer posledice mogu biti teške i po majku i po plod, tj. novorođenče.

Prof. dr Bogavac: Makrozomija, tj. krupna beba, jedna je od najčešćih neželjenih ishoda trudnoće udružene s dijabetesom

Ginekolog-akušer, perinatolog, prof. dr Mirjana Bogavac sa Klinike za ginekologiju i akušerstvo UKC Vojvodine, za Kurir objašnjava da se samo stanje trudnoće smatra dijabetogenim, jer je nivo glukoze nakon jela povišen, a osetljivost na insulin smanjena.

Faktori rizika

- Tip 1 dijabetesa (DM tip 1) komplikuje jednu od 300 trudnoća, a tokom prethodnih 20 godina učestalost kod žena u periodu pune polne zrelosti porasla je za 50-70%. I bez odgovarajuće kontrole trudnica koje imaju DM tip 1 smrtnost fetusa ili bebe može biti veća za 10%. Trudnoće komplikovane dijabetesom tip 1 imaju povećan rizik od prevremenog porođaja, preeklampsije (visok krvni pritisak i druga oštećenja), makrozomije (krupna beba), intrauterine smrti ploda, intrauterinog zastoja rasta ploda, urođenih anomalija ploda, a najčešće srčanih i defekata neuralne cevi - objašnjava za Kurir prof. Bogavac i dodaje da su dostupnost novih vrsta insulina, samonosećih insulinskih pumpi, kao i mogućnosti učestale kontrole glikemije (šećera u krvi) doveli do revolucionarnih pomaka u vođenju trudnoće komplikovane šećernom bolešću. Uz adekvatne kontrole pre začeća i tokom trudnoće, ishod trudnoće je sličan



FAKTORI RIZIKA ZA GDM

- starije trudnice
- dijabetes u porodici
- gojaznost
- GDM u prethodnoj trudnoći
- prethodno rađanje deteta preko četiri kg
- sindrom policističnih jajnika
- loši ishodi prethodnih trudnoća (pobačaji, mrtvorodenost)

ŠEĆER JE PRISUTAN U SVAKOJ DESETOJ TRUDNOĆI

Loša kontrola glikemije pre začeća i u prvim nedeljama trudnoće udružena je s većom učestalošću spontanih pobačaja i urođenih anomalija ploda, ističe prof. dr Mirjana Bogavac, ginekolog-akušer iz UKC Vojvodine

kao u opštoj populaciji, a osnov tome je timski rad interniste - dijabetologa, perinatologa, akušera i neonatologa.

- Za dobar ishod trudnoće važno je njeno planiranje. Loša kontrola glikemije pre začeća i u prvim nedeljama trudnoće udružena je sa većom učestalošću spontanih pobačaja i

urođenih anomalija ploda, koje su glavni uzrok smrti fetusa ili novorođenčeta i u trudnoći komplikovanoj dijabetesom su kod 6-12% novorođenčadi, dok se u opštoj populaciji javljaju kod tri odsto trudnoća. Fetalne anomalije i one koje zahvataju više od jednog organa su šest puta češće kod novorođenčadi žena

GLIKEMIJA U TRUDNOĆI

- našte (5,3 mmol/L
- postprandijalno (uzimanje šećera na OGTT testu) posle 1 h: (7,8 mmol/L
- postprandijalno (uzimanje šećera na OGTT testu) posle 2 h: (6,7 mmol/L

sa dijabetesom. Zapaženo je da je nezadovoljavajuća glikoregulacija od pete do osme nedelje po izostanku menstruacije glavni faktor za nastanak fetalnih anomalija - navodi prof. Bogavac, i dodaje da je neophodno planirati trudnoću kada se postigne optimalna glikoregulacija, pa je preporučena kontracepcija dok se to ne postigne.

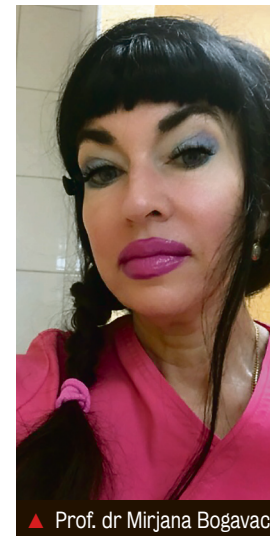
Trudnoće sa DM tip 1, navodi prof. Bogavac, imaju veći rizik za spontani

pobačaj, prevremeni porođaj, perinatalnu smrtnost, fetalnu makrozomiju i urođene anomalije ploda.

- Trudnice sa DM tip 2, u poređenju sa DM tip 1, imaju znatno veći perinatalni mortalitet (smrtnost ploda ili fetusa) i u tom smislu značajnu ulogu igraju starija životna dob, gojaznost. Makrozomija, tj. krupna beba, jedna je od najčešćih neželjenih ishoda trudnoće udružene sa dijabetesom i ima je 35 do 70 odsto novorođenčadi, a što se otkriva merenjem obima trbuha u toku ultrazvučnog pregleda u trudnoći.

Intolerancija

Ima žena koje u trudnoći ispolje ili otkriju intoleranciju na glukozu, pa je dijagnoza u tom slučaju gestacijska šećerna bolest (GDM), koja se javlja u oko



▲ Prof. dr Mirjana Bogavac

četiri odsto svih trudnoća. Dijagnoza GDM se postavlja testom opterećenja glukoze (OGTT), kao i u slučaju povišenih vrednosti šećera u krvi.

- Porođaj trudnice sa GDM treba planirati u terminu, odnosno shodno stanju majke i deteta. Metod izbora je vaginalni porođaj, uz razmatranje modusa kada je procenjena težina ploda iznad četiri kilograma. Iako se znaju faktori rizika za GDM (videti okvir), kod 50% trudnica sa GDM oni nisu ustanovljeni, pa treba biti oprezan - ističe prof. Bogavac i dodaje da kod žena sa GDM šest do 12 nedelja nakon porođaja treba raditi 2 h OGTT, a potom na svake tri godine.

EDUKACIJA

Četiri ključna elementa

- Prof. Bogavac ističe i značaj zdravstveno-vaspitnog rada, posebno kod bolesnica sa tipom 1 šećerne bolesti koje planiraju trudnoću:
 - Prekonceptijsko savetovanje i lečenje podrazumeva četiri glavna elementa: edukaciju bolesnica o međusobnim uticajima dijabetesa i trudnoće, objašnjenje razloga za planiranje porodice, edukaciju u pogledu samokontrole šećerne bolesti i značaj lekarskih pregleda radi otkrivanja komplikacija dijabetesa.