

PÉČE O PACIENTKY S GESTAČNÍM DIABETEM V DIABETOLOGICKÉ PORADNĚ NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD

Klíčová slova: gestační diabetes (porucha zpracování glukózy vzniklá v těhotenství), perinatální morbidita (zdravotní poškození plodu v období kolem porodu), standardy péče (dohodnuté a doporučené způsoby péče o určitou skupinu nemocných), oGTT (orální glukózový toleranční test, průběh hladin krevního cukru za 60 a 120 minut po podání daného množství glukózy v čaji - patologický nalačno nad 5.5, za 120 min. nad 7.7 mmol).

Pacientkám s rizikem vzniku gestačního diabetu (nebo poruchy glukózové tolerance v těhotenství), jejich vyhledávání, léčbě a dispenzarizaci se systematicky věnujeme přibližně od roku 2002. K upření zájmu tímto směrem nás vedl narůstající počet těhotných s těmito problémy, vývoj poznání, jak nedostatečně léčený gestační diabetes matky může ovlivnit nejen porod a stav novorozence, ale i následný život nového človíčka, a současně jsme našli mezioborovou podporu a pochopení u kolegů gynekologů a přednostů příslušných oddělení nemocnice. Postupujeme takto:

I. METODIKA VČASNÉHO ZACHY- CENÍ GRAVIDNÍCH S GESTAČNÍM DIABETEM

Podle různých zdrojů a složení skupin těhotných se uvádí od 0,5 % do 15 % gravidních s gestačním diabetem na 100 gravidních žen. K nárůstu dochází jednak zlepšením vyhledávacího systému těchto matek, jednak zvyšováním výskytu diabetu mellitus 2. typu v populaci. Metodiky a standardy nehovoří vždy jednotně. V našem okrese postupujeme takto:

Ošetřující gynekolog při první návštěvě těhotné zmapuje riziko. Za rizikové faktory považujeme:



- ⊗ DM 2. typu v rodině
- ⊗ Věk matky nad 30 let
- ⊗ Porod předchozího miminka nad 4000 g váhy
- ⊗ Porod mrtvého plodu, opakované potraty
- ⊗ Gestační diabetes v předchozí graviditě
- ⊗ U matky je známa porucha glukózou

- tolerance třeba přechodně a v minulosti.
 - ⊗ Maminka je silně obézní, v posledních měsících ještě přibrala.
 - ⊗ Maminka má nález cukru v moči už na počátku těhotenství.
 - ⊗ maminka trpěla v minulém těhotenství vysokým tlakem nebo tzv. EPH gestozou
- U maminek se třemi rizikovými faktory objedná gynekolog oGTT do 20. týdne gravidity, znovu mezi 24.–28. týdnem, nebo je maminka odeslána přímo do diabetologické poradny.

II. PRVNÍ OPATŘENÍ V NAŠÍ DIA- BETOLOGICKÉ PORADNĚ

- a) U všech maminek: zmapujeme počet rizikových faktorů, maminku zvážíme, změříme jí tlak, pokud ještě není proveden oGTT, objednáme ho, maminku naučíme používat Diaphanové proužky pro samosledování acetonu a cukru v moči – maminka je poučena, že při pozitivním nálezu má volat do poradny.
- b) Maminkám s jasnou poruchou tolerance glukózy nebo gestačním diabetem provedeme krevní náběr: kromě obvyklé biochemie C peptid (míra schopnosti těla vyrábět inzulin), glykHbA1C (tzv. dlouhý cukr), hormony štítné žlázy (často se poruchy sdružují), jaterní a ledvinné testy.
 - ⊗ Naučíme obsluhovat glukometr a stanovíme, jak často se měřit.
 - ⊗ Naučíme maminky obsluhovat inzulinové pero pro eventuální potřebu zahájit léčbu inzulinem.
 - ⊗ Domluvíme kontakt s maminkou (telefon 24 hodin denně).
 - ⊗ Odešleme maminku na tzv. biometrii plodu (UZ vyšetření, které přesněji stanoví, jestli miminko odpovídá velikostí týdnu těhotenství).

III. ZAVEDEME LÉČBU MAMINKY S GESTAČNÍM DIABETEM

- a) Diabetickou dietu. Obvykle 225 g sacharidů na den, možno i více, často musíme počítat s jiným rozložením sacharidů během dne (snídaně a svačina bývají často stejně velké, tj. snídaně slabší, maminky trpí ráno nevolností), na 2. večeři podáváme potraviny s pomalým glykemickým indexem (uvolňují glukózu během noci průběžně, aby nedocházelo k „hladu“ miminka a ranním nálezům ketonu), jako sladidlo povolujeme fruktózu (nikoli do tekutin, max. 50 g za den), atd. U maminek s nadváhou omezujeme i kalorie. Dbáme na pitný režim.
- b) Doporučíme pravidelný aerobní pohyb, pokud nemá námitek gynekolog. Stačí 30 minut chůze denně.
- c) Je-li nutno, zavedeme léčbu inzulinem, většinou krátkodobým před třemi hlavními jídly; pokud ranní glykemie nalačno nejsou uspokojivé, přidáváme střednědobý inzulin na noc. Indikace inzulinu: 2–3x je naměřená hodnota nad 7,8 mmol, UZ biometrie signalizuje akceleraci růstu miminka, opakovaně se objevují ketolátky v moči...

Za dobře léčenou maminku s gestačním diabetem považujeme takovou, která:

- ☉ nemá hypoglykemie, v moči není vyšetřením Diaphanem ani cukr, ani aceton;
- ☉ ranní lačná glykemie je do 5,8 mmol, 1 hodinu po jídle do max. 7,8 mmol, glyk HbA1C do 4 %;
- ☉ biometrické UZ vyšetření odpovídá vždy týdnu gravidity;
- ☉ maminka s normální váhou přibude za graviditu max. 12 kg, maminka s nadváhou v úvodu max. 8 kg, po celou dobu má normální krevní tlak.

IV. OPATŘENÍ K PORODU MAMINKY S GESTAČNÍM DIABETEM

- ☉ Během těhotenství mají maminky častěji UZ biometrii a jsou více sledovány gynekologem. Při značných rizikových faktorech konzultujeme většinou ÚPMD Podolí – MUDr. Andělovou (genetický UZ, amniocentesa, atd.).

- ☉ Z diabetologického hlediska doporučujeme při zralosti plodu i porodních cest indukovat porod, nepřenášet – rozhoduje gynekolog.
- ☉ Na porodním sále je vždy přítomen zkušený pediatr-neonatolog.

V. POPORODNÍ PÉČE U MAMINKY S GESTAČNÍM DIABETEM

- ☉ O miminko se stará neonatolog.
- ☉ Mamince je okamžitě po porodu placenty vynechán inzulin, ještě během hospitalizace na šestinedělí je jí vyšetřen jeden glykemický profil s hodnotami po hlavních jídlech, eventuálně jsme voláni na konzilium, jinak je propuštěna přes naši poradnu a během šestinedělí ještě několikrát své hladiny cukru po jídle zkontroluje. Při problémech maminka volá do naší poradny, někdy provádíme oGTT.
- ☉ Nejdéle 6 měsíců po porodu je mamince proveden oGTT, dle výsledku je stav překlasifikován, i při zcela normální křivce zůstává pacientka v naší dispensarizaci a po dvou letech (nebo hned po dalším otěhotnění) se oGTT test opakuje.

VI. RIZIKA PŘI NEPOZNANÉM NEBO NEDOBŘE KOMPENZOVANÉM GESTAČNÍM DIABETU, ANEB PROČ TO VŠECHNO DĚLÁME?

Rizika pro miminko:

- ☉ V počátku těhotenství – první třetina: riziko poškození zakládajících se orgánů dítěte, nevyvinutí nožiček, srdeční vady, atd.
- ☉ Ve druhé třetině těhotenství se vyvíjí centrální nervová soustava dítěte. Metabolické rozkolísání (hladiny cukru, aceton) v krvi matky může mít za následek např. syndrom lehké mozkové dysfunkce dítěte – soustředění, poruchy intelektových funkcí.
- ☉ V poslední třetině těhotenství nadbytek přísunu glukózy může způsobit tzv. makrosomii plodu. Miminko je „tlusté“, zbytečně jsou i játra, srdce, miminko má nadměrnou produkci vlastního inzulinu, v období 1–5 hodin po porodu může upadat do hypoglykemie. Častěji má vyšší hodnoty bilirubinu, novorozenecká žlout-

tenka trvá déle, může být snižená hladina hořčiku a zvýšená vápníku.

- ☉ Při porodu se vzhledem k velikosti plodu může jednat o těžký porod, se zhmožděním miminka. Dítě nemusí mít zralé plíce (ARDS-syndrom nedostatečnosti plic novorozenců).
- ☉ V budoucím životě má takovéto miminko vyšší sklon k obezitě už v mladém věku, se všemi riziky včetně dispozice ke vzniku cukrovky 2. typu.

Riziko pro maminku:

- ☉ Zmnožení plodové vody (polyhydramnion), často vyšší tlak, opakující se močové infekce
- ☉ Těžký porod, natržení hráze, poranění
- ☉ V průběhu dalších 20 let u až 40 % maminek s gestačním diabetem vznikne cukrovka, většinou 2. typu. Toto riziko se dá zmírnit pravidelným sledováním maminky, která by měla normalizovat tělesnou hmotnost, věnovat denně 30 minut aerobnímu pohybu, v dietě se vyhýbat nasyceným tukům a přemíře cukru.

Maminky s poruchou glukózové tolerance nebo gestačním diabetem ponecháváme v dispenzarizaci poradny, stejně jako naši poradnu procházejí před propuštěním z porodnice (a je jim dispenzarizace nabídnuta) maminky dětí těžších než 4000 gramů.

Poděkování za spolupráci při řešení této problematiky od roku 2002 právem patří všem gynekologům v regionu, Gynekologicko-porodnickému oddělení ONHB v čele s prim. MUDr. Pavlem Antonínem, Dětskému oddělení ONHB v čele s prim. MUDr. Václavem Miláčkem a trpělivé a ochotné MUDr. Kateřině Andělové z ÚPMD Praha-Podolí.

MUDr. Eva Pěková

Literatura:

DMEV: Standardy péče v diabetologii

MUDr. Dagmar Bartášková,

prof. MUDr. Milan Kvapil: CSc-

Gestační DM

MUDr. Kateřina Andělová: Projekt MZ

ČR-grant – Doporučené postupy pro praktické lékaře