

Διαβήτης κύησης (GDM) - Όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε και όλα όσα πρέπει να κάνετε για να προλάβετε...



Από τον
Αντώνιο Λέπουρα,
Παθολόγο Εξειδικευμένο στη
Διαβητολογία
Δ/ντή Παθολογικής Κλινικής &
Διαβητολογικού Τμήματος
Ιατρικού Ψυχικού

Η εγκυμοσύνη συνδέεται με αλλαγή στην ευαισθησία των κυττάρων μας στην ινσουλίνη, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μεταβολές των επιπέδων γλυκόζης (ζαχάρου) στο αίμα μας. Τόσο για τις γυναίκες με γνωστό διαβήτη όσο και για τις γυναίκες που αναπτύσσουν διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (GDM), αυτές οι αλλαγές, αν δεν προσεχθούν, μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο το επιθυμητό αποτέλεσμα ενός υγιούς μωρού μαζί με μια υγιή μητέρα!

Ο ευρέως αποδεκτός ορισμός για το Διαβήτη της κύησης (GDM) είναι αυτός που δίνεται από την American Diabetes Association (ADA) «GDM... κάθε βαθμού δυσανεξία στη γλυκόζη με έναρξη ή πρώτη αναγνώριση διαρκούς της εγκυμοσύνης».

Η ευρεία αποδοχή του ορισμού αυτού σε μεγάλο μέρος οφείλεται στο γεγονός ότι δεν αναφέρει κανένα συγκεκριμένο διαγνωστικό κριτήριο.

Ο ορισμός αυτός ισχύει ακόμη και αν «η κατάσταση» (δηλ. ο Διαβήτης) εξακολουθεί να υφίσταται και μετά την εγκυμοσύνη.

Συχνότητα- Επίπτωση (Κυμαίνεται από 0,5–15%)

Γεωγραφικές Επιπτώσεις

- Δυτικός κόσμος: 4,7%
- **Μεσόγειος περίπου 7%**
- Ινδία: 5%
- Μεξικό: 6%
- Ισραήλ: 5,7%
- ΗΠΑ: 7% (200.000 κυήσεις ετησίως)

Διάγνωση του GDM

Υπάρχει μια αναλογική συνέχεια του κινδύνου για τα αυξανόμενα επίπεδα γλυκόζης της μητέρας με τον αυξανόμενο κίνδυνο, δυσμενούς έκβασης της εγκυμοσύνης.

Επί του παρόντος, υπάρχει έλλειψη διεθνούς συναίνεσης σχετικά με τα διαγνωστικά κριτήρια για το GDM. Επισημαίνεται ότι **Γλυκόζη πρωινή νηστείας > 126mg/dl*** τους 3 πρώτους μήνες της κύησης **σημαίνει προϋπάρχοντα διαβήτη**, (***πάντα χρειάζεται επιβεβαίωση με 2η επανάληψη**).

Το ίδιο ισχύει και σε οποιαδήποτε ηλικία κύησης βρίσκεται η εγκυμονούσα.

Η διάγνωση του Διαβήτη τότε είναι βέβαιη και δεν χρειάζεται άλλη εξέταση!

Αν η γλυκόζη αίματος, κατά την πρώτη επίσκεψη της εγκύου στο γιατρό της, είναι <math>< 92\text{mg/dl}</math> προγραμματίζεται για δοκιμασία ανοχής γλυκόζης μεταξύ 24ης–28ης εβδομάδας κύησης.

Η Διάγνωση γίνεται με καμπύλη σακχάρου της 24-28η εβδομάδα της κύησης.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι οι γυναίκες με GDM έχουν αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων κύησης, σχετικά με την περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα.

Είναι επίσης γενικά αποδεκτό ότι η θεραπεία, με ό, τι σημαίνει αυτό, των γυναικών με GDM, μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο αυτών των προβλημάτων.

Περιορισμένες μελέτες παρατήρησης σε ανθρώπους υποδεικνύουν έντονα ότι κάθε εγκυμοσύνη που περιπλέκεται από υπεργλυκαιμία παρέχει αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά συμβάματα, καθώς και ανάπτυξης διαβήτη τύπου 2 στους απογόνους και ότι η βελτίωση στη μητέρα του γλυκαιμικού ελέγχου μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο αυτό...

Θεραπεία

Η θεραπεία στον Διαβήτη της κύησης επιβάλλει, στην πλειοψηφία των κυήσεων, θεραπεία με σχήματα ινσουλίνης.

Χρειάζονται το λιγότερο 4 μετρήσεις σακχάρου την ημέρα: 1 νηστική το πρωί και άλλες 3 μετρήσεις μια ή δύο ώρες αμέσως μετά την αρχή του γεύματος.

Η θεραπεία με ινσουλίνη καλό είναι να ξεκινά, αν περισσότερο από 1 εβδομάδα είμαστε εκτός στόχων. Στόχοι είναι η γλυκόζη (ζάχαρο) πρωί νηστική <math>< 95\text{mg/dl}</math>, 1 ώρα μετά το γεύμα <math>< 140\text{mg/dl}</math>. Οστόσο, **σωστή διατροφή και ήπια άσκηση (π.χ. βόδιμα) μπορούν σε κάποιες**

περιπτώσεις να αποτελέσουν μια καλή εναλλακτική λύση.

Διατροφή

Ιδανικά, όλες οι γυναίκες σε όλες τις κυήσεις θα πρέπει να έχουν συμβουλές σχετικά με την πρόσληψη μακροθρεπτικών (επιλογή διαιτολογίου με βάση τις ημερήσιες θερμιδικές ανάγκες) και μικροθρεπτικών συστατικών (ημερήσιο συμπλήρωμα σε βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία) για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος της κύησης.

Από κοινού με άλλες γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι γυναίκες με διαβήτη θα πρέπει να εξασφαλίσουν ότι υπάρχει επαρκής πρόσληψη φυλλικού οξέος, αν είναι δυνατόν 2-3 μήνες πριν την σύλληψη. Το ίδιο ισχύει για την βιταμίνη D. Το σσβέσιο, ο σίδηρος και το μαγνήσιο καλό είναι να ελέγχονται και να συμπληρώνονται μετά τον 3ο μήνα της κύησης. Είναι επίσης πιθανόν η μητρική παχυσαρκία να συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμβρυϊκών ανωμαλιών (**Διάπτες απόπτωσης Βάρους γενικά δεν συνίστανται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης**). Για τις γυναίκες με GDM, που είναι σημαντικά υπέρβαρες, η μείωση της κατανάλωσης θερμίδων (αλλά με όχι περισσότερο από 30% της συνήθους πρόσληψης), δεν συνδέεται με προβλήματα για το έμβρυο, τουναντίον, μπορεί να ωφελήσει πολλαπλάσια και την μητέρα και το έμβρυο.

Άσκηση

Μια μέτρια ποσότητα της άσκησης είναι ευεργετική για τους περισσότερους ανθρώπους και η εγκυμοσύνη τις περισσότερες φορές είναι η «γνωμοδότηση» καμίας εξαιρέσεως. Η σύσταση του ACOG ήταν ότι **τουλάχιστον 30 λεπτά ήπιας άσκησης (π.χ. βόδιμα, γιόγκα, αεροβικές**

ασκήσεις-πιλάτες) τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας ωφελούν κατά τη διάρκεια μιας φυσιολογικής εγκυμοσύνης. Δεν

υπάρχει καμία αντίρρηση ότι αυτή η άσκηση, με προφυλάξεις κοινής λογικής, θα είναι διαφορετική για τις έγκυες γυναίκες με διαβήτη. Γυναίκες που ασκούσαν πριν από την εγκυμοσύνη θα πρέπει να ενθαρρύνονται να συνεχίσουν, με πριότερο τρόπο και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (αν και η έκταση και το είδος της άσκησης μπορεί να χρειαστεί να τροποποιηθεί). Για τις γυναίκες με GDM, η άσκηση μπορεί να θεωρηθεί ως ένα χρήσιμο συμπλήρωμα στη θεραπεία. Προτιμώνται οι ασκήσεις που αποφεύγουν την υπερβολική κοιλιακή μυϊκή συστολή.

Οι γυναίκες που ασκούνται τακτικά είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν το GDM, αν και αυτός ο μειωμένος συντελεστής φαίνεται να σχετίζεται με τη συνήθη ποσότητα της άσκησης και όχι αν η άσκηση ξεκίνησε πριν από την εγκυμοσύνη.

Συμβουλές για άσκηση θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στις προηγούμενες συνήθειες άσκησης του ατόμου. Ένα πρόγραμμα ήπιας άσκησης μπορεί να είναι μια εναλλακτική λύση, πριν τη χρήση της ινσουλίνης, σε γυναίκες με GDM που δεν έχουν ανταποκριθεί στη δίαιτα και μόνο. Αυτό μπορεί να προκύψει λόγω της αύξησης ευαισθησίας των κυττάρων μας στην ινσουλίνη και σχετίζεται με την ποσότητα της άσκησης.

Είναι εφικτό, ότι ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών που διαγιγνώσκονται με το GDM μπορούν να αντιμετωπιστούν με τροποποίηση του τρόπου ζωής (όπως τα πρότυπα διατροφής και της σωματικής δραστηριότητας).

Οι γυναίκες που υπερβαίνουν προκαθορισμένους γλυκαιμικούς στόχους συνιστάται να μην καθυστερήσουν να αρχίσουν θεραπεία με ινσουλίνη.

Μετά τον τοκετό...

- Όλες οι γυναίκες με ΣΔ κύησης πρέπει να κάνουν καμπύλη σακχάρου με λήψη 75 γρ. γλυκόζης 6-12 εβδομάδες μετά τον τοκετό.
- Κάθε χρόνο γλυκόζη νηστείας.
- Τουλάχιστον ανά 3ετία επανάληψη της καμπύλης σακχάρου.

Αλλαγή τρόπου ζωής, Αλλαγή τρόπου διατροφής με στόχο μείωση 5-10% του σωματικού βάρους μετά τον τοκετό και απαραίτητα μέτριας έντασης άσκηση, τουλάχιστον 30' καθημερινά μειώνουν μέχρι 60% τον κίνδυνο επανεμφάνισης Διαβήτη! ♦

