



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ-
ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
Δρ. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ
Καθηγήτρια

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ :
ΑΝΔΡΕΑΣ
ΜΠΑΛΑΣΚΑΣ

ΠΑΤΡΑ 2010

Στους γονείς μου, στον αδελφό μου και σε όλους όσους με στήριξαν όλα αυτά τα χρόνια



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	- 3 -
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	- 5 -
ΟΡΙΣΜΟΣ	- 6 -
Α ΜΕΡΟΣ	- 8 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	- 8 -
1.1 Ανατομία του Παγκρέατος.....	- 9 -
1.2 Φυσιολογία του Παγκρέατος.....	- 9 -
1.3 Ορμόνες του παγκρέατος.....	- 9 -
1.4 Κύριες λειτουργίες παγκρεατικών ορμονών	- 10 -
1.5. Ινσουλίνη.....	- 10 -
1.6. Ανεπιθύμητες ενέργειες της Ινσουλίνη	- 11 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	- 12 -
2.1. Εισαγωγή.....	- 13 -
2.2. Ταξινόμηση Σακχαρώδη διαβήτη κύησης.....	- 13 -
2.3. Παθολογική φυσιολογία.....	- 15 -
2.4. Μορφές Σακχαρώδη διαβήτη κύησης	- 15 -
2.5. Επιδράσεις του σακχαρώδη διαβήτη στην έγκυο και το έμβρυο	- 16 -
2.6.ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	- 20 -
2.6.1.Θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη στην κύηση.....	- 20 -
2.6.1.Α.Η αντλία ινσουλίνης	- 23 -
2.7. Επιπλοκές της θεραπείας με ινσουλίνη σε έγκυο Σ.Δ.	- 27 -
2.8. Αντιμετώπιση	- 27 -
2.9. Παρακολούθηση εμβρύου.....	- 28 -
2.10. Έλεγχος εμβρύου.....	- 28 -
2.11.ΤΟΚΕΤΟΣ.....	- 29 -
2.11.1. Προσδιορισμός του χρόνου τοκετού διαβητικής εγκύου	- 29 -
2.11.2. Παράγοντες που συμβάλουν στον τρόπο τοκετού διαβητικών εγκύων είναι:	- 30 -
2.11.3. ΝΕΟΓΝΟ.....	- 31 -
2.11.3.Α.Ψυχοσωματική εξέλιξη ΝΔΜ.....	- 31 -
2.11.3.Β.Σωματική αύξηση	- 32 -
2.11.3.Γ.Ψυχοκινητική εξέλιξη	- 32 -
2.11.4. ΛΟΧΕΙΑ.....	- 33 -
2.11.5. ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	- 33 -
Β ΜΕΡΟΣ	- 34 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	- 34 -
3.1. Νοσηλευτική Παρέμβαση.....	- 35 -
3.2. Πρόγραμμα διδασκαλίας εγκύου με σακχαρώδη διαβήτη	- 35 -
3.3.Εκπαίδευση διαβητικής εγκύου.....	- 36 -
3.4.Διδασκαλία τεχνικής ένεσης της ινσουλίνης.....	- 36 -
3.5.Μέθοδοι εξέτασης ούρων για σάκχαρο και οξόνη	- 37 -
3.6.Υγιεινή της εγκυμοσύνης	- 37 -
3.7. Δίαιτα κατά την κύηση.....	- 39 -
3.8.Νοσηλευτική Αντιμετώπιση Υπεργλυκαιμίας –Υπογλυκαιμίας.....	- 40 -
3.9.Νοσηλευτική Φροντίδα διαβητικής επιτόκου	- 40 -
3.10.Νοσηλευτική Αντιμετώπιση διαβητικής εγκύου σε καισαρική τομή.....	- 41 -
3.11.Νοσηλευτική φροντίδα νεογνού διαβητικής μητέρας	- 41 -

3.12.Μέθοδοι αντισύλληψης διαβητικών γυναικών.....	- 42 -
3.13.Οδηγίες μέχρι την επόμενη κύηση σε γυναίκα με σακχαρώδη διαβήτη	- 42 -
3.14.Προσδιορισμός της γλυκόζης του αίματος από την ίδια την έγκυο	- 42 -
Τ ΜΕΡΟΣ	- 45 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	- 45 -
4.1.Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Διεργασία.	- 46 -
4.2.Περιστατικό Α'	- 46 -
4.3.Περιστατικό Β.....	- 51 -
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	- 55 -
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	- 56 -
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	- 58 -
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	- 60 -
Ενημέρωση για την αντιμετώπιση μερικών ενοχλήσεων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.....	- 60 -
Διδασκαλία για τη χρήση ινσουλίνης.....	- 64 -
Συνήθειες ερωτήσεις γυναικών πάνω στον Σακχαρώδη διαβήτη και απαντήσεις από ειδικούς	- 65 -
Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων – Συλλόγων ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη.....	- 67-

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης είναι ένα πρόβλημα που ταλαιπωρεί αρκετές γυναίκες σε όλο τον κόσμο. Η εξέλιξη της επιστήμης, οι διάφορες μελέτες ,η ειδίκευση των νοσηλευτών πάνω στο τομέα αυτό, η ανακάλυψη καινούργιων μεθόδων και η καλύτερη παρακολούθηση του εμβρύου έχει βοηθήσει στο περιορισμό κινδύνου της μητέρας και του παιδιού. Με την διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη μπορούν να ανακαλύψουν οι γυναίκες την πάθηση εφόσον δεν την γνωρίζουν αλλά και τον κίνδυνο να αποκτήσουν τα προσεχή χρονιά ώστε να πάρουν τις κατάλληλες προφυλάξεις.

Η φύση της εργασίας μου είναι τέτοια που έχει σχέση με την κύηση, την ομορφότερη και δημιουργικότερη φάση στη ζωή μιας γυναίκας που κάποια στιγμή καλείται να βιώσει. Θεώρησα, λοιπόν, σκόπιμο ν' ασχοληθώ μ' αυτό το θέμα, και ειδικότερα με τον σακχαρώδη διαβήτη, πάθηση που κάνει την εμφάνισή της αρκετά συχνά και στη διάρκειά της, καθώς και με την πρόληψη και την αντιμετώπισή της, διότι οι μέλλουσες μητέρες πρέπει να βοηθηθούν από τους ιατρούς και τις/τους νοσηλεύτές/τριες ώστε να συνειδητοποιήσουν ότι η εγκυμοσύνη δεν είναι αρρώστια, είναι ο πρόδρομος για τη μητρότητα, την ολοκλήρωσή τους ως οντότητες.



ΟΡΙΣΜΟΣ

Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα χρόνιο νόσημα, πολλοί λένε ότι είναι ένας άλλος τρόπος ζωής, ενώ άλλοι ότι είναι ένας απρόσκλητος επισκέπτης, με τον οποίο πρέπει να μάθουμε να ζούμε. Οι πάσχοντες από διαβήτη παρουσιάζουν αύξηση των τιμών του σακχάρου, είτε διότι δεν παράγουν καθόλου ινσουλίνη, είτε διότι η ινσουλίνη που παράγουν δεν είναι αποτελεσματική. Το σώμα μας χρησιμοποιεί τις θρεπτικές ουσίες που προσλαμβάνουμε με την τροφή για να παράγει γλυκόζη που χρησιμεύει σαν καύσιμο στον οργανισμό. Η ινσουλίνη, μια ορμόνη που παράγει το πάγκρεας, βοηθά τα διάφορα κύτταρα του οργανισμού αρχικά να προσλάβουν την γλυκόζη που κυκλοφορεί στο αίμα και στη συνέχεια να την χρησιμοποιήσουν για να παραχθεί ενέργεια. Όταν η λειτουργία αυτή γίνεται φυσιολογικά αφενός το σάκχαρο του αίματος, δηλαδή η γλυκόζη, μειώνεται παραμένοντας σε φυσιολογικά επίπεδα και αφετέρου ο οργανισμός εξασφαλίζει την ενέργεια που χρειάζεται για τις καθημερινές μας ανάγκες. Στα άτομα με διαβήτη, το σύστημα αυτό δε λειτουργεί σωστά. Το σώμα, ενός ατόμου που πάσχει από διαβήτη, δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει σωστά τις θρεπτικές ουσίες που περιέχει η τροφή και συνεπώς δεν μπορεί να παράγει απ' αυτές ενέργεια. Η γλυκόζη παραμένει αχρησιμοποίητη στην κυκλοφορία αντί να εισέλθει στα κύτταρα του σώματος και συνεπώς ανεβαίνει το σάκχαρο του αίματος. Ο διαβήτης είναι μια παθολογική κατάσταση, και ειδικά όταν εμφανίζεται κατά την κύηση, αυτή επιβαρύνεται.

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί κλινικό σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από ανεπάρκεια ή αντίσταση στην ινσουλίνη και χρόνια έκθεση του οργανισμού σε συνθήκες υπεργλυκαιμίας. Η επιδείνωση της ανοχής στη γλυκόζη είναι ένα φαινόμενο, που ως ένα βαθμό, συμβαίνει φυσιολογικά κατά τη διάρκεια της κύησης, ενώ η εκδήλωση διαβήτη στην έγκυο γυναίκα είναι η συχνότερη παθολογική επιπλοκή.¹

Σακχαρώδης διαβήτης κύησης

Ως σακχαρώδης διαβήτης της κύησης ορίζεται η διαταραχή της ανοχής της γλυκόζης η έναρξη ή η αναγνώριση της οποίας συμβαίνει για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της κύησης. Χαρακτηρίζεται τόσο από σχετικά ελαττωμένα επίπεδα ινσουλίνης, όσο και από ελαττωμένη ευαισθησία των ιστών στη δράση της ινσουλίνης (αντίσταση στην ινσουλίνη). Αντίσταση στην ινσουλίνη θεωρείται η μειονεκτική βιολογική απάντηση του κυττάρου στόχου σε συγκεκριμένη συγκέντρωση ινσουλίνης. Πρόκειται για αδυναμία της ινσουλίνης να προάγει σε ικανοποιητικό βαθμό την είσοδο της γλυκόζης στα κύτταρα (μυϊκά και λιποκύτταρα) για τη διαδικασία της οξειδωσης ή τη σύνθεση του γλυκογόνου, αλλά και την αδυναμία της να αναστείλει την έξοδο της γλυκόζης από το ήπαρ. Για να διατηρηθεί η φυσιολογική ομοιόσταση της γλυκόζης, το πάγκρεας ανταποκρίνεται με αντισταθμιστική υπερέκκριση ινσουλίνης και επιτυγχάνει αρχικά φυσιολογικά ή σχεδόν φυσιολογικά επίπεδα γλυκόζης. Ωστόσο, οι διαταραχές που συνοδεύουν την υπερινσουλιναιμία αυξάνουν τη συχνότητα εμφάνισης υπερλιπιδαιμίας, υπέρτασης και αθηρωμάτωσης, τη δραστηριότητα του συμπαθητικού και την επαναρρόφηση του νατρίου.

Θεωρείται ότι υπάρχει αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ παχυσαρκίας και αντίστασης στην ινσουλίνη, δεδομένου ότι η αύξηση ή η απώλεια βάρους έχουν

στενή σχέση με αυξημένη ή ελαττωμένη ευαισθησία στην ινσουλίνη. Ως κύρια θέση της αντίστασης στην ινσουλίνη αναγνωρίζεται σήμερα ο λιπώδης ιστός. Ειδικά το σπλαχνικό λίπος θεωρείται σημαντική παράμετρος στην αντίσταση στην ινσουλίνη, ο ταχύς μεταβολισμός του οποίου συντελεί στην απελευθέρωση υψηλών συγκεντρώσεων λιπαρών οξέων στο ήπαρ, στην ενεργοποίηση της γλυκονεογένεσης, στην αυξημένη σύνθεση τριγλυκεριδίων και στην αναστολή της αποδήμησης της ινσουλίνης. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η εμφάνιση δυσλιπιδαιμίας, υπεργλυκαιμίας και υπερινσουλιναιμίας.

Ο διαβήτης της κύησης εκδηλώνεται συνήθως στο δεύτερο ήμισυ της κύησης, όταν εμφανίζεται η φυσιολογική αντίσταση στην ινσουλίνη και είναι το αποτέλεσμα της εκκριτικής αποτυχίας του β κυττάρου να ανταποκριθεί στο μεταβολικό stress της κύησης. Η αντίσταση στην ινσουλίνη κατά τη διάρκεια της κύησης οφείλεται στην αύξηση των ορμονών του πλακούντα και στην αύξηση της μητρικής προλακτίνης και κορτιζόλης. Οι ακριβείς μηχανισμοί, με τους οποίους το συγκεκριμένο ορμονικό περιβάλλον προκαλεί αντίσταση στην ινσουλίνη, δεν είναι γνωστοί. Ωστόσο, ως πιθανότερος μηχανισμός θεωρείται η αυξημένη λιπόλυση, σε συνδυασμό με την αυξημένη πρόσληψη τροφής, την αύξηση του σωματικού βάρους και τη μειωμένη άσκηση της εγκύου.

Ο διαβήτης της κύησης περιλαμβάνει:

α) την υποκατηγορία των γυναικών που παρουσίαζαν ήδη πριν από την εγκυμοσύνη μη διαγνωσθέντα σακχαρώδη διαβήτη,

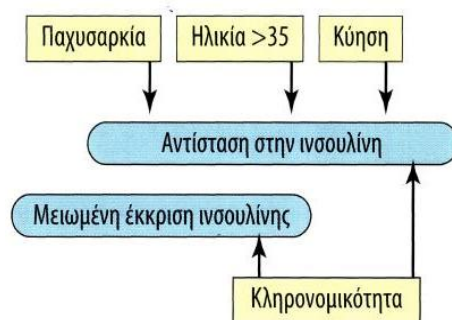
β) τις έγκυες που εμφάνισαν τη νόσο για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ενώ προηγουμένως είχαν φυσιολογική ανοχή στη γλυκόζη.

Η συχνότητά του αναβιβάζεται στο 2% έως και 5%.

Στην παθογένεια του διαβήτη της κύησης υπεισέρχονται, τόσο επίκτητοι (παχυσαρκία, ηλικία), όσο και κληρονομικοί παράγοντες (Σχ. 1).

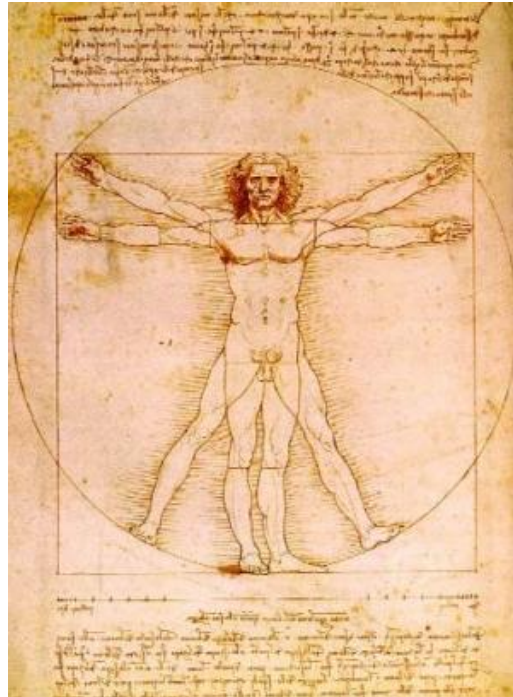
Γυναίκες με διαβήτη κύησης έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν αργότερα διαβήτη τύπου II. Περίπου το 10% έχουν διαβήτη αμέσως μετά τον τοκετό, ο διαβήτης εμφανίζεται σποραδικά στα επόμενα δέκα χρόνια και τελικά ο κίνδυνος μετά τη δεκαετία είναι 70%. Γυναίκες που αύξησαν σημαντικά το σωματικό τους βάρος κατά την κύηση και συνέχισαν να αυξάνουν το βάρος τους μετά την κύηση, ανέπτυξαν σε μεγάλο ποσοστό μεταβολικό σύνδρομο. Το μεταβολικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται από παχυσαρκία, αντίσταση στην ινσουλίνη, υπέρταση και δυσλιπιδαιμία.¹

Σχήμα 1. Στην παθογένεια του διαβήτη της κύησης συνεργούν επίκτητοι και κληρονομικοί παράγοντες.



Ά ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ανατομία του Παγκρέατος

Το πάγκρεας είναι μικτός αδένας, μήκους 12-15 cm και βάρος 85 gr περίπου. Βρίσκεται πίσω από τον περιτοναϊκό χώρο, εμπρός από τα μεγάλα αγγεία του κύτους της κοιλιάς και εκτείνεται από την αγκύλη του 12-δακτύλου ως τις πύλες του σπλήνα. Διακρίνουμε την κεφαλή, το σώμα και την ουρά. Έχει πρισματικό σχήμα και παρουσιάζει άνω, κάτω και οπίσθιο χείλος και πρόσθια, οπίσθια και κάτω επιφάνεια.

Η κεφαλή του παγκρέατος παρουσιάζει στην οπίσθια επιφάνεια της, δυο αύλακες, που υποδέχονται το χοληδόχο πόρο και την πυλαία φλέβα και μια εντομή που υποδέχεται την άνω μεσεντέρια αρτηρία και φλέβα. Το μέρος της κεφαλής του παγκρέατος που βρίσκεται πίσω από τα μεσεντέρια αγγεία λέγεται αγκιστροειδής απόφυση. Η ουρά του παγκρέατος βρίσκεται μέσα στον παγκρεατοσπληνικό σύνδεσμο και είναι πιο ευκίνητη από τις άλλες μοίρες του.²

1.2 Φυσιολογία του Παγκρέατος

Στο πάγκρεας του ανθρώπινου οργανισμού περιλαμβάνονται δύο όργανα με πολύ διαφορετικές λειτουργίες.

A). Το πάγκρεας είναι εξωκρινής πεπτικός αδένας. Ο κύριος τύπος ιστού είναι οι αδενοκυψέλες, οι οποίες παράγουν λεπτόρρευστο παγκρεατικό υγρό που περιέχει ένζυμα για την πέψη των λευκωμάτων, των υδατανθράκων και των λιπών. Από τα εξωκρινή αδενικά κύτταρα του παγκρέατος εκκρίνονται περίπου 1 έως 1 1/2 λίτρα παγκρεατικού υγρού μέσω του παγκρεατικού πόρου προς το δωδεκαδάκτυλο.

B). Ανάμεσα στις αδενοκυψέλες υπάρχουν μικρές ομάδες κυττάρων που ονομάζονται νησίδες του Langerhans. Αυτές αποτελούν την άλλη ζωή του παγκρέατος ως ενδοκρινούς οργάνου που εκκρίνει ινσουλίνη, απαραίτητη στο σώμα για το συνεχή έλεγχο της στάθμης του σακχάρου. Οι νησίδες του Langerhans παράγουν, επίσης, μια ορμόνη που ονομάζεται γλυκογόνο και η οποία βοηθάει στην αύξηση παρά στη μείωση της στάθμης του σακχάρου στο αίμα.³

1.3 Ορμόνες του παγκρέατος

Τα ορμονικά κύτταρα των νησίδων του Langerhans του παγκρέατος παίζουν αποφασιστικό ρόλο στο μεταβολισμό των υδατανθράκων. Τα Α, Β, και Δ, κύτταρα των νησίδων σχηματίζουν ένα είδος λειτουργικού συγκυτίου (χασματικές συνδέσεις).

- 1). Τα Α(ή α) κύτταρα ανέρχονται στα 25 % του συνόλου και παράγουν γλυκαγόνη.
- 2). Τα Β(ή β) κύτταρα (60% του συνόλου) παράγουν Ινσουλίνη.
- 3). Τα Δ (ή δ) (10% του συνόλου) παράγουν σωματοστατίνη (SIH). η οποία επιδρά επιβραδυντικά στην απορρόφηση της τροφής.
- 4). Τέλος, από τα νησίδια της κεφαλής του παγκρέατος απελευθερώνεται Παγκρεατικό πολυπεπίδιο.³

1.4 Κύριες λειτουργίες παγκρεατικών ορμονών

Οι κύριες λειτουργίες των παγκρεατικών ορμονών είναι:

- 1). Η πρόκληση της εναπόθεσης, με τη μορφή γλυκογόνου και λίπους, των θρεπτικών ουσιών που προσλαμβάνονται με την τροφή (ινσουλίνη).
- 2). Η επανακινητοποίηση των ενεργειακών εφεδρειών κατά τη φάση της πείνας ή κατά την εργασία, σε καταστάσεις υπερέντασης κ.τ.λ.(γλυκαγόνη).
- 3). Η διατήρηση όσο είναι δυνατό πιο σταθερής της συγκέντρωσης γλυκόζης στο αίμα.
- 4). Η προαγωγή της αύξησης του σώματος.⁴

1.5. Ινσουλίνη

Η ινσουλίνη είναι ένα μεγάλο πολυπεπίδιο (μικρή πρωτεΐνη), με μοριακό βάρος 5.808 στην περίπτωση του ανθρώπου. Η ποσότητα που περιέχεται στο πάγκρεας ανέρχεται σε 6-10 mgr περίπου, από τα οποία απελευθερώνονται καθημερινώς 2 mgr. Αν τεθεί στον οργανισμό ινσουλίνη σε ποσότητα 4 mg/kgρ σωματικού βάρους, η συγκέντρωση του σακχάρου στο αίμα ελαττώνεται περίπου κατά 50 %.

Ο χρόνος ημιζωής της ινσουλίνης είναι περίπου 10-30 min, διασπάται κυρίως στο ήπαρ και στους νεφρούς. Ο σκοπός της ινσουλίνης είναι να διατηρήσει τη στάθμη του σακχάρου στο αίμα σε κάποια φυσιολογικά επίπεδα. Η έλλειψη της ορμόνης αυτής προκαλεί διαβήτη, μια κατάσταση που μπορεί να αντιμετωπιστεί με ενέσεις ινσουλίνης ζωικής προέλευσης ή ινσουλίνη που παρασκευάζεται εργαστηριακά.

Οι κύριες μεταβολικές δράσεις της Ινσουλίνης είναι:

- 1). Αυξάνει αναερόβια γλυκόλυση στους μυς και λιπώδη ιστό.
- 2). Αυξάνει τη γλυκογονοσύνθεση στο ήπαρ και στους ήπαρ.
- 3). Αυξάνει τη λιπογένεση στο ήπαρ και στο λιπώδη ιστό.
- 4). Αυξάνει την πρωτεινοσύνθεση στους μυς.
- 5). Αυξάνει την λιποσύνθεση στο λιπώδη ιστό.
- 6). Μειώνει τη γλυκογονόλυση στο ήπαρ.
- 7). Μειώνει τη νεογλυκογένεση στο ήπαρ.
- 8). Μειώνει τη λιπώλυση στο λιπώδη ιστό.

Υπάρχει ποικιλία ινσουλινικών σκευασμάτων, που διαφέρουν ως προς το χρόνο έναρξης της δράσης, το χρόνο μεγίστης δράσης και τη διάρκεια της δράσης. Σήμερα, χρησιμοποιούνται ευρέως οι ανθρώπινες Ινσουλίνες. Αυτές παρασκευάζονται με δύο τρόπους : είτε μετατρέποντας τη χοίρεια ινσουλίνη σε ανθρώπινη με αντικατάσταση ενός αμινοξέος με άλλο, για να επιτευχθεί η ίδια αλληλουχία αμινοξέων στο μόριο της ινσουλίνης που βρέθηκε στην ανθρώπινη ινσουλίνη, ή χρησιμοποιώντας τεχνολογία ανασυνδυασμένου ΟΝΑ, για να παραχθεί ανθρώπινη ινσουλίνη. Η χορήγηση ανθρώπινης ινσουλίνης εξασφαλίζει πολλά πλεονεκτήματα, τόσο από άποψη μειωμένης αντιγονικότητας όσο και από άποψη δραστηριότητας.⁴

Οι τύποι των Ινσουλινών και τα χαρακτηριστικά τους αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα :

Πίνακας 1: Σκευάσματα ινσουλίνης και τα. φαρμακευτικά τους χαρακτηριστικά

Ταξινόμηση	Τύπος Ινσουλίνης	Χρόνος έναρξης δράσης	Μέγιστη δράση	Διάρκεια δράσης
Ταχεία	Κρυσταλλική Ινσουλίνη (REGULAR) SEMILENTE (άμορφη ψευδαργυρούχος)	IV. αμέσως IM. 5-30 λεπτά SC.30 λεπτά SC.1 ώρα	15-30 λεπτά 30-60 λεπτά 1-2 ώρες 3-4 ώρες	1-2 ώρες 2-4 ώρες 5-10 ώρες 10- 16 ώρες
Ενδιάμεση	GLOBIN ZINE NPH(NEUTRAL- PROTAMIN- HYGEDROM) ή Ισοφανική LENTE (συνδυασμός 30% SEMILENTE και 70% ULTRALENTE)	SC.2 ώρες SC.2 ώρες SC.2 ώρες	6-8 ώρες 8-14 ώρες 8- 14 ώρες	12-18 ώρες 18-24 ώρες 18-24 ώρες
Βραδεία	Πρωταμινοϋχος Ψευδαργυρούχος (P.Z.I.) ULTRALENTE	SC.6 ώρες SC. 6 ώρες	16-20 ώρες 18-29 ώρες	24-30 ώρες 30-36 ώρες
Συνδυασμοί	REGULAR+ NPH REGULAR+LENTE SEMILENTE+LENTE SEMILENTE+ULTRA MENTE	SC.30 λεπτά SC. 1ώρα SC. 1ώρα SC. 1ώρα	2- 10 ώρες 2- 10 ώρες 4- 10 ώρες 2-24 ώρες	18-24 ώρες 18-24 ώρες 18-24 ώρες 30-36 ώρες

1.6. Ανεπιθύμητες ενέργειες της Ινσουλίνης

Τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας είναι οι πιο σοβαρές και συνηθισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες, που οφείλονται σε υπέρβαση δόσης ινσουλίνης. Οι χρόνιοι διαβητικοί συχνά δεν παράγουν επαρκείς ποσότητες ορμονών που έχουν δράση αντίθετη της ινσουλίνης (γλυκαγόνη, επινεφρίνη, κορτιζόλη, και αυξητική ορμόνη), οι οποίες κανονικά παρέχουν αποτελεσματική προστασία έναντι της υπογλυκαιμίας. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν αλλεργική αντίδραση στην ινσουλίνη, ινσουλινική λιποδυστροφία, ινσουλινικό οίδημα και αντίσταση στην ινσουλίνη.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2



2.1. Εισαγωγή

Δεν έχει περάσει πολύ καιρός από την εποχή που η γέννηση ενός φυσιολογικού παιδιού από μια διαβητική μητέρα, αποτελούσε εξαίρεση. Συχνά η ρύθμιση του μεταβολισμού ήταν τόσο άσχημη που δεν επέτρεπε στην διαβητική γυναίκα ούτε ακόμη να συλλάβει. Ακόμα και όταν η γυναίκα κατόρθωνε να μείνει έγκυος, υπήρχαν αρκετοί κίνδυνοι τόσο για τη ζωή τη μητέρας, αλλά προπάντων, για το παιδί. Έτσι οι αποβολές και οι τοξιναιμίες της κύησης ήταν πολύ συχνότερες στις διαβητικές μητέρες σε σύγκριση με τις μη διαβητικές.

2.2. Ταξινόμηση Σακχαρώδη διαβήτη κύησης

Ο διαβήτης της κύησης είναι μια ιδιαίτερη μορφή διαβήτου που εμφανίζεται συνήθως στην διάρκεια της κύησης και εξαφανίζεται μετά την λήξη της. Συνήθως επανεμφανίζεται σε επόμενη κύηση, ενώ 50% των περιπτώσεων αυτών θα αναπτύξουν μόνιμο διαβήτη μετά το 1^ο έτος. Αποτελεί το 90% των διαβητικών εγκύων, και επιπλέον το 3% των κυήσεων.

Ο διαβήτης που προϋπάρχει συνήθως αφορά τις γυναίκες με διάρκεια νόσου μικρότερη από 10 χρόνια και χωρίς την συνύπαρξη διαβητικών επιπλοκών. Εφόσον ο διαβήτης ρυθμίζεται άριστα, τότε και η πρόγνωση είναι άριστη τόσο για το νεογνό όσο και για την μητέρα. Οι περιπτώσεις διαβήτη με χρόνιες διαβητικές επιπλοκές αφορούν κυρίως γυναίκες με διαβήτη με διάρκεια μεγαλύτερη από 10 χρόνια. Η απλή αμφιβληστροειδοπάθεια δεν αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα. Η πρόγνωση όμως επιβαρύνεται με συνυπάρχουσα νεφροπάθεια, υπέρταση ή αζωθαιμία. Η κύηση αυτή καθ' αυτή επιβαρύνει αυτές τις επιπλοκές, ενώ είναι συχνή και η υπερτασική νόσος. Σε κάθε περίπτωση ύπαρξης σοβαρής επιπλοκής συνίσταται η διακοπή της κύησης.

Σύμφωνα με το συγγραφέα Μαντελενάκη Ι. Σέργιο, πολύ διαδεδομένη είναι η ταξινόμηση κατά White, που στηρίζεται στην ηλικία που εμφανίστηκε ο διαβήτης και στο βαθμό της αγγειοπάθειας που έχει προκαλέσει, (πίνακας 1).

Κλάση A	Υπάρχει παθολογική δοκιμασία ανοχής γλυκόζης και έλλειψη συμπτωμάτων. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται οι περισσότερες γυναίκες με διαβήτη κύησης και για τη θεραπεία του απαιτείται ειδική δίαιτα χωρίς την ανάγκη χορήγησης ινσουλίνης στις περισσότερες περιπτώσεις.
Κλάση B	Η έναρξη του διαβήτη έγινε μετά το 20 ^ο έτος της ηλικίας και η διάρκεια της νόσου είναι μικρότερη από 10 χρόνια. Δεν υπάρχουν αγγειακές βλάβες.
Κλάση C	Η εμφάνιση του διαβήτη έγινε πριν το 20 ^ο έτος της ηλικίας και η διάρκεια της νόσου είναι μεγαλύτερη από 10 χρόνια (10-19 χρόνια). Δεν υπάρχουν και στην κατηγορία αυτή αγγειακές βλάβες.
Κλάση D	Ο σακχαρώδης διαβήτης άρχισε πριν το 10 ^ο έτος της ηλικίας και η διάρκεια της νόσου είναι πάνω από 20 χρόνια. Παρατηρούνται ενδείξεις αγγειακών επιπλοκών (π.χ. απλής αμφιπλόθειας).
Κλάση E	Έναρξη του διαβήτη πριν την ηλικία των 10 χρόνων, διάρκεια της νόσου μέχρι την εγκυμοσύνη μεγαλύτερη από 20 χρόνια. Ανευρίσκονται οφθαλμοπαθικές πλάκες σε αγγεία της πύελου.
Κλάση F	Υπάρχει επιπλέον από τα προηγούμενα και νεφροπάθεια.
Κλάση R	Διαπιστώνεται ακόμη αμφιπλόθεια υπερπλαστικής μορφής.
Κλάση RF	Συνύπαρξη νεφροπάθειας και υπερπλαστικής αμφιπλόθειας.
Κλάση G	Αναφέρονται πολλαπλές ανεπιτυχείς κύσεις.
Κλάση H	Διαπιστώνεται αρτηριοσκληρωτική καρδιοπάθεια.
Κλάση T	Η κύηση διακοπώνεται μετά από νεφρική μεταμόσχευση.

Επίσης, όπως αναφέρει ο Νικόλαος Ε. Παπαντωνίου, κατά τη διάρκεια της κύησης η ταξινόμηση κατά White τροποποιήθηκε, σύμφωνα με πρόταση του Αμερικανικού Κολλεγίου Μαιευτήρων Γυναικολόγων (A.CO.G.) το 1986 (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Ταξινόμηση διαβήτη				
Κατηγορία	Έναρξη	Επίπεδα γλυκόζης νήστις	Επίπεδα γλυκόζης 2 ώρες μετά το γεύμα	Θεραπεία
A1 A2	Κύησης Κύησης	<105 mg/dL mg/dL	<120 mg/dL >105 mg/dL >120	Δίαιτα Ινσουλίνη
Κατηγορία	Ηλικία έναρξης	Διάρκεια (έτη)	Αγγειοπάθεια	Θεραπεία
B C D F R	>20 10-19 <10 ποικίλη ποικίλη	<10 καμία 10-20 καμία Αμφιβληστροειδοπάθεια ποικίλη Υπερπλαστική Αμφιβληστροειδοπάθεια	>20 Καλοήθης ποικίλη Νεφροπάθεια Αμφιβληστροειδοπάθεια	ινσουλίνη ινσουλίνη ινσουλίνη ινσουλίνη ινσουλίνη
H	ποικίλη	ποικίλη	Καρδιοπάθεια	ινσουλίνη

τροποποίηση της κατά White (1949) από ACOG (1986)

Έτσι, ως A1 χαρακτηρίζονται οι κυήσεις που επιπλέκονται με παθολογική καμπύλη και ρυθμίζονται με δίαιτα και A2 αυτές που χρειάζονται ινσουλίνη. Οι υπόλοιπες κατηγορίες B-H αφορούν περιπτώσεις νεανικού διαβήτη.

Το 1994 έγινε αναθεώρηση του συστήματος ταξινόμησης και ο σακχαρώδης διαβήτης ταξινομήθηκε σε δύο κατηγορίες, στον τύπου I ή ινσουλινοεξαρτώμενο (Insulin Dependent Diabetes Melitus IDDM) και τύπου II ή μη ινσουλινοεξαρτώμενο (Non -insulin Dependent Diabetes Melitus NIDDM). Στον τύπου II ανήκει και ο διαβήτης της κύησης GDM (Gestational Diabetes Melitus).

1). Ο ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης (τύπου I) οφείλεται σε αυτοάνοση καταστροφή του παγκρέατος, η οποία οφείλεται σε κληρονομική ευαισθησία και παράγοντες από το περιβάλλον.

2). Ο μη ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης (τύπου II) οφείλεται σε ελάττωση του αριθμού των υποδοχέων της ινσουλίνης στους ιστούς με αποτέλεσμα την ελαττωμένη ευαισθησία τους σε αυτήν. Στο 25 % υπάρχει οικογενειακό ιστορικό.^{1,5}

2.3. Παθολογική φυσιολογία

Ο ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης (τύπου I) θεωρείται ότι είναι μια αυτοάνοση νόσος που αναπτύσσεται σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα. Παρ' όλο που δεν έχει ενοχοποιηθεί συγκεκριμένος γενετικός παράγοντας γονίδια εντοπισμένα στο βραχύ άξονα του χρωμοσώματος 5, που σχετίζονται με το σύμπλεγμα ιστοσυμβατότητας HLA -D θεωρούνται ότι έχουν σχέση με την εμφάνιση της νόσου. Η αιτιολογία του διαβήτη τύπου I είναι πολυπαραγοντική και ενέχονται και άλλοι παράγοντες, όπως ιογενείς λοιμώξεις, που οδηγούν τελικά στη δημιουργία αντισωμάτων εναντίον των β-κυττάρων και καταστροφή αυτών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη.

Ο μη ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης δεν σχετίζεται με αυτοάνοσους μηχανισμούς και έχει οικογενή κατανομή. Χαρακτηρίζεται από παθολογική έκκριση ινσουλίνης και αντίσταση στη δράση της στα όργανα στόχους λόγω έλλειψης υποδοχέων. Ο σωματικός τύπος των ασθενών αυτών είναι χαρακτηριστικός, με αύξηση του λιπώδους ιστού στην κοιλιακή περιφέρεια. Είναι γνωστό ότι η μεγαλύτερη συγκέντρωση υποδοχέων ινσουλίνης βρίσκεται στους ορθούς κοιλιακούς και η αύξηση του λιπώδους ιστού ελαττώνει την ευαισθησία των υποδοχέων.

Ο παθοφυσιολογικός αυτός μηχανισμός αφορά το 90% του διαβήτη τύπου II στον οποίο συμπεριλαμβάνεται και ο ΣΔ της κύησης. Για το υπόλοιπο 10% ενοχοποιείται η μειωμένη παραγωγή. Προοδευτικά θα μεταπέσουν στον τύπο I της νόσου.

Κατά τη διάρκεια της κύησης, τα επίπεδα προγεστερόνης, πλακουντιακού γαλακτογόνου, ελεύθερης κορτιζόλης και προλακτίνης αυξάνονται σταθερά στη διάρκεια του πρώτου και δεύτερου τριμήνου. Οι ορμόνες αυτές έχουν διαβητογόνο δράση. Έχει παρατηρηθεί επίσης, μείωση στην ευαισθησία των ιστών στην ινσουλίνη κατά τη διάρκεια της κύησης. Πιστεύεται ότι η περιφερική αντίσταση στην ινσουλίνη εντοπίζεται σε επίπεδο μετά τους υποδοχείς. Για το λόγο αυτό υπάρχουν αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης και γλυκόζης, αυξάνεται η όρεξη της εγκύου και δημιουργείται φαύλος κύκλος, που οδηγεί την αύξηση σωματικού βάρους και περαιτέρω ελάττωση των υποδοχέων.

Στην περίπτωση του προϋπάρχοντος ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη, η έλλειψη ινσουλίνης οδηγεί σε υπεργλυκαιμία, υπερλιπιδαιμία, υπεραμινοξαιμία αύξηση των κετονικών σωμάτων. Η υπεργλυκαιμία οδηγεί σε γλυκοζουρία, οσμωτική διούρηση, αφυδάτωση και απώλεια ηλεκτρολυτών, με τελικό αποτέλεσμα τη διαβητική κετοξέωση, η οποία είναι απειλητική για τη ζωή τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου.^{4,6}

2.4. Μορφές Σακχαρώδη διαβήτη κύησης

Οι μορφές που μας ενδιαφέρουν περισσότερο είναι:

- Προκλινικός (προδιαβήτης). Είναι η μορφή εκείνη του διαβήτη, στην οποία η έγκυος είναι κληρονομικά επιβαρημένη και δεν εμφανίζει έκδηλο διαβήτη, γιατί βρίσκεται σε περίοδο «δυναμικής αντίστασης». Στην κατάσταση αυτή ο διαβήτης δυνατόν να παραμένει παραπάνω από 20 χρόνια.
- Λανθάνων διαβήτη. Σε λανθάνοντα διαβήτη η έγκυος εμφανίζει θετική την δοκιμασία γλυκόζης ή Σ.Δ. στην εγκυμοσύνη.

- Κλινικός διαβήτης. Αυτός είναι η μορφή του διαβήτη που γίνεται έκδηλη από την αρχή της εγκυμοσύνης και που επηρεάζεται σημαντικά μετά τον 3 μήνα της. Είναι δύσκολο να ξέρουμε αν υπήρχε αδιάγνωστος διαβήτης πριν από την εγκυμοσύνη.

Άλλη κλασική ταξινόμηση του διαβήτη της κύησης είναι η παρακάτω:

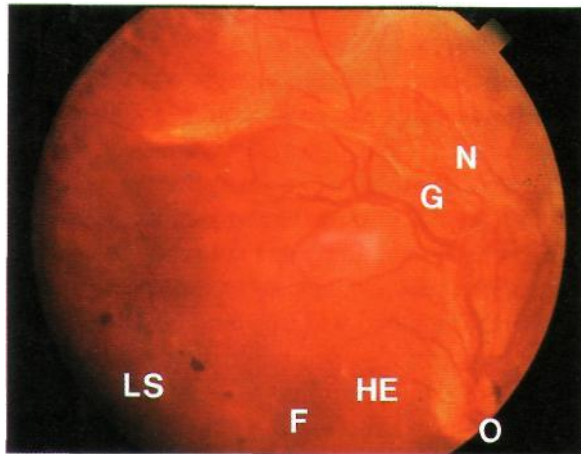
- Κατηγορία Α': Υποκλινικός διαβήτης, στον οποίο η καμπύλη σακχάρου είναι παθολογική. Αντιμετωπίζεται διαιτητικά.
- Κατηγορία Β' : Έναρξη του διαβήτη μετά την ηλικία των 20, δεν συνοδεύεται από αγγειακές αλλοιώσεις.
- Κατηγορία Γ' : Έναρξη του διαβήτη σε ηλικία μικρότερη των 10 ετών, διαρκεί 10-19 χρόνια και δεν συνοδεύεται από λανθάνουσες ή λίγες αγγειακές αλλοιώσεις.
- Κατηγορία Δ': Έναρξη του διαβήτη σε ηλικία κάτω των 10 ετών, συνοδεύεται από αγγειακές αλλοιώσεις.
- Κατηγορία Ε' : Ο διαβήτης αυτός συνοδεύεται από νεφροπάθεια.
- Κατηγορία ΣΤ' : Ο διαβήτης αυτός συνοδεύεται από αμφιβληστροπάθεια.

Η παραπάνω ταξινόμηση έχει προγνωστική αξία, γιατί ταξινομεί την βαρύτητα της πάθησης. Στις κατηγορίες Β, Γ, Δ, Ε, ΣΤ απαιτείται ινσουλινοθεραπεία.¹

2.5. Επιδράσεις του σακχαρώδη διαβήτη στην έγκυο και το έμβρυο

Α) Μητρική θνησιμότητα και επιδράσεις της κύησης στις επιπλοκές του διαβήτη .

Η τυχόν ύπαρξη διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας ή και νεφροπάθειας πρέπει να λαμβάνεται σοβαρότατα υπόψη, διότι αυτές οι επιπλοκές μπορεί να παρουσιάσουν σημαντική επιδείνωση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.



(Εικ.1).

Εικόνα 1. Εικόνα του βυθού του δεξιού οφθαλμού όπου διακρίνεται η εξελισσόμενη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια σε έγκυο γυναίκα. Παράλληλα με το υπερκροταφικό αγγειακό τόξο φαίνεται η νέα αγγείωση (N) των αμφιβληστροειδούς. Τα λευκά και μελανά στίγματα (LS) είναι ουλές μετά από θεραπεία με Laser. Οι λευκάζουσες ζώνες

που είναι παράλληλες προς τα αγγειακά τόξα είναι ινώδης ιστός (G) από τις πολλαπλασιαζόμενες ίνες Mueller που βρίσκονται εντός τον αμφιβληστροειδούς. Ο ινώδης ιστός συνοδεύει την ανάπτυξη των νεόπλαστων τριχοειδών, η οποία είναι αποτέλεσμα της υποξίας του ιστού του αμφιβληστροειδούς.

Ιδιαίτερα η νεφροπάθεια μπορεί να απειλήσει τη μητέρα και το έμβryo. Διαβητικές γυναίκες που παρουσιάζουν μικρό βαθμό πρωτεϊνουρίας (λόγω διαβητικής νεφροπάθειας) κατά την αρχή της εγκυμοσύνης θα παρουσιάσουν κατά την πρόοδο της κύησης επιβάρυνση της πρωτεϊνουρίας, οίδημα και υπέρταση. Σ' αυτή την κατάσταση, η διάκριση από την προεκλαμψία είναι δυσχερής. Σ' ότι αφορά τις γυναίκες με προϋπάρχουσα διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, πρέπει να αντιμετωπίζονται οφθαλμολογικά προτού αποφασίσουν να μείνουν έγκυες. Τα ποσοστά δεν είναι επακριβώς γνωστά, αλλά υπάρχουν δεδομένα περί αυξημένης σχετικά μητρικής θνησιμότητας (σε σύγκριση με μη διαβητικές έγκυες γυναίκες) παρ' όλο ότι οι αιτιολογικές καταστάσεις που οδηγούν σε παρόμοιους θανάτους (κετοξέωση, υπογλυκαιμία, τραύματα λόγω μακροσωμίας του εμβρύου) μπορούν σαφώς να προληφθούν ή και να αντιμετωπισθούν.

Οι επιπλοκές που εμφανίζονται σε διαβητικές έγκυες με κακή ρύθμιση του διαβήτη είναι οι παρακάτω:

1. Εκτρώσεις πρώτου τριμήνου. Φαίνεται ότι είναι συχνές σε έγκυες με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη.

2. Υπέρταση στην εγκυμοσύνη. Η συχνότητα της ανέρχεται στο 10-20% στις διαβητικές έγκυες.

3. Υδράμνιο. Έχει διπλάσια συχνότητα στις διαβητικές έγκυες και σχετίζεται με κακή ρύθμιση του διαβήτη.

4. Προεκλαμψία. Η προεκλαμψία είναι συχνότερη στις διαβητικές έγκυες και κυμαίνεται από 8% - 62%. Ωστόσο δεν πρέπει να συγχέεται με την υπέρταση ή τη λευκωματουρία και το οίδημα της διαβητικής νεφροπαθούς.

5. Μεταβολές στον πλακούντα.

-Μεγαλύτερο βάρος.

-Μικρότερο βάρος (νεφροπάθεια και αγγειακές ανωμαλίες).

-Οι λάχνες είναι μεγάλες και κυτταροβριθείς.

-Ανευρίσκονται συχνά χρόνιες αγγειακές θρομβώσεις.

-Τα αρτηρίδια του πλακούντα εμφανίζουν υαλινοποίηση.

-Τα μεγαλύτερα αγγεία παρουσιάζουν ινώδεις αλλοιώσεις και εναποθέσεις λιπιδίων.^{7,8}

B) Επιδράσεις του διαβήτη στο έμβryo

Σε πολλές χώρες του κόσμου, παρατηρήθηκε σημαντική διαχρονική μείωση της περιγεννητικής παράδειγμα ενός Κέντρου της Δανίας, όπου η περιγεννητική θνησιμότητα ελαττώθηκε από 6,3% που ήταν κατά το διάστημα 1973-76 στο 1,5% κατά τα έτη 1981-1985. Τα κύρια αίτια της περιγεννητικής θνησιμότητας των διαβητικών εγκύων γυναικών είναι κατ' αρχήν η παλίνδρομη κύηση (ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου) και κατά δεύτερο λόγο οι σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου.

1. Ενδομήτριος θάνατος (παλίνδρομη κύηση) πιθανότατα οφείλεται σε χρόνια ενδομήτρια υποξία. Ορισμένα πειραματικά δεδομένα δείχνουν ότι ο συνδυασμός υπερινσουλαϊμίας και υπεργλυκαιμίας μπορεί να προκαλέσει υποξία του εμβρύου. Στα πειραματόζωα τουλάχιστο, η υπεργλυκαιμία, όταν συνοδεύεται από υποξαιμία, οδηγεί

σε γαλακτική οξέωση και ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου. Συμβαίνει συνήθως μεταξύ 36ης και 38ης εβδομάδας.

2. Μακροσωμικά νεογνά. Το 20-35% των νεογνών διαβητικών εγκύων είναι μακροσωμικά. Η αύξηση του βάρους του εμβρύου επισυμβαίνει κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού της κύησης. Μετά την 20^η εβδομάδα το εμβρυϊκό πάγκρεας γίνεται λειτουργικό, παράγει ινσουλίνη και είναι το ίδιο υπεύθυνο για την ομοίωση της γλυκόζης. Ωστόσο, η μη ελεγχόμενη υπεργλυκαιμία της εγκύου οδηγεί τελικά σε υπερτροφία των εμβρυϊκών νησιδίων του παγκρέατος και υπερινσουλιναίμια. Ο συνδυασμός της υπερινσουλιναίμιας και της υπεργλυκαιμίας έχει ως αποτέλεσμα τη σύνθεση γλυκογόνου, τη λιπογένεση, την αυξημένη σύνθεση πρωτεϊνών και τελικά τη μακροσωμία και την οργανομεγαλία. Νεότερες μελέτες ωστόσο έδειξαν ότι ακόμη και με σχολαστική ρύθμιση των επιπέδων της γλυκόζης, περίπου το 20-30% των νεογνών διαβητικών μητέρων γεννιούνται μακροσωμικά, αναδεικνύοντας ότι η υπεργλυκαιμία δεν αποτελεί το μοναδικό αίτιο της μακροσωμίας. Τα μακροσωμικά νεογνά είναι υπερμεγέθη και έχουν χαρακτηριστική πληθωρική όψη. Λόγω της μακροσωμίας είναι αυξημένος ο κίνδυνος δυστοκίας και κακώσεων των νεογνών και της μητέρας κατά τον διακολπικό τοκετό και το γεγονός αυτό είναι η αιτία αυξημένου ποσοστού καισαρικών τομών.

3. Ενδομήτρια βραδύτητα ανάπτυξης. Ένα μικρό ποσοστό, περίπου 5%, των εμβρύων από μητέρες με διαβήτη τύπου I επιπλεγμένο με αγγειίτιδα, αμφιβληστροειδοπάθεια ή νεφροπάθεια εμφανίζουν ενδομήτρια βραδύτητα ανάπτυξης και βάρος γέννησης κάτω από την 5η εκατοστιαία θέση, λόγω πλακουντικής ανεπάρκειας.

4. Αυξημένη νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα λόγω:

- συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας (25-30%),
- μυοκαρδιοπάθειας (10%),
- νευρολογικών διαταραχών,
- συγγενών ανωμαλιών,
- υπογλυκαιμίας (10-25%),
- υπερχολερυθριναιμίας (5-10%),
- πολυερυθραιμίας (20-30%),
- διαταραχών στο μεταβολισμό του σιδήρου (65%),
- υπασβεστιαμίας (25%).

Καρδιαγγειακό σύστημα

1. Αμοιβαία μετάθεση των μεγάλων αγγείων
2. Έλλειψη του μεσοκοιλιακού διαφράγματος νεφροί
3. Υποπλασία της αριστεράς κοιλίας
4. Αναστροφή των σπλάχνων
5. Ανωμαλίες της αορτής

Κεντρικόνευρικό σύστημα

1. Ανεγκεφαλία
2. Μηνιγγομυελοκήλη
3. Μικροκεφαλία
4. Δισχιδής ράχη

Ουροποιητικό Σύστημα

1. Συγγενής απουσία νεφρών
2. Πολυκυστικοί
3. Διπλός ουρητήρας

Γαστρεντερικό

1. Ατρησία εντέρου
2. Ατρησία πρωκτού

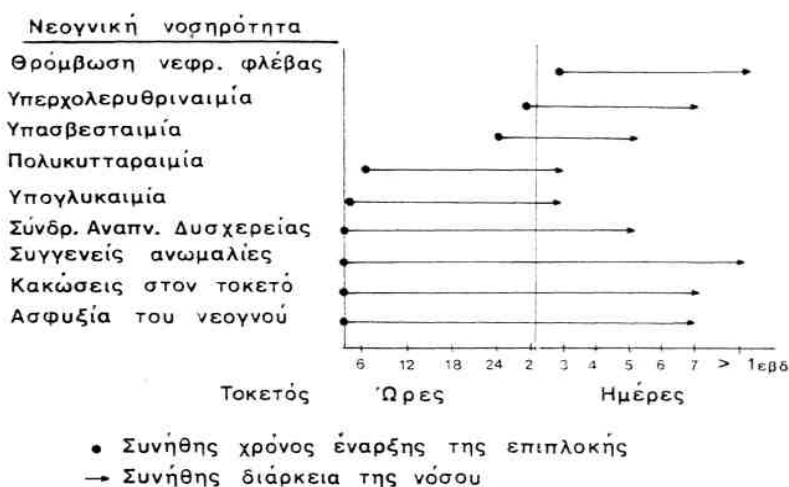
Νεογνικές επιπλοκές στο Beillinsom Medical Center (Ισραήλ, 1980-1989).

Πίν. 8

Επιπλοκές	n=878 Διαβήτη κύησης	n=380 Φυσιολογική κύηση	P
Μακροσωμία	17,9	5,6	<0,05
Υπογλυκαιμία	5,1	0,9	<0,05
Χολυρυθριναιμία	16,5	8,2	<0,05
Υπασβεστιαμία	13,3	2,7	<0,05
Πολυκυθαιμία		4,9	<0,05
Σύνδρομο αναπν. δυσχέρειας	1,3	1,4	n.s.
Μικρές συγγενείς ανωμαλίες	19,9	21,0	n.s.
Μείζονες συγγενείς ανωμαλίες	2,2	1,8	n.s.

Σε ερευνητική μελέτη του Hod και των συνεργατών που δημοσιεύθηκε στο Diabetes Reviews το 1995, αναφέρονται οι νεογνικές επιπλοκές που διαπιστώθηκαν στο Beillinsom Medical Center του Ισραήλ, κατά τα έτη 1980-1989 (Πίν. 8). Σε πολυκεντρική μελέτη που διενεργήθηκε σε οκτώ κέντρα της Δανίας μεταξύ των ετών 1993-1999 και δημοσιεύθηκε στο Diabetes Care το 2004 (27:2819-2823), εξετάστηκαν 990 γυναίκες με διαβήτη τύπου I και 1218 κύσεις. Η περιγεννητική θνησιμότητα ανήλθε στο 3,1% έναντι 0,75% της ομάδας ελέγχου και οι εμβρυϊκοί θάνατοι στο 2,1% έναντι 0,45% της ομάδας ελέγχου. Οι συγγενείς ανωμαλίες βρέθηκαν στο 5% έναντι 2,8% της ομάδας ελέγχου, ενώ οι νεογνικοί θάνατοι λόγω συγγενών ανωμαλιών στο 16%. Τέλος, το ποσοστό της καισαρικής τομής ανήλθε 55,9% στις διαβητικές έναντι 12,6% στις γυναίκες της ομάδας ελέγχου.^{7,8}

Ο συνήθης χρόνος έναρξης και η διάρκεια των σπουδαιότερων επιπλοκών στα νεογνή των διαβητικών μητέρων.



2.6.ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η θεραπευτική παρέμβαση, όσον αφορά στην αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας, περιλαμβάνει την εκπαίδευση της γυναίκας σε θέματα διατροφής και στον τρόπο παρακολούθησης της γλυκόζης αίματος και ούρων στην οικία της και τον έλεγχο της αύξησης του σωματικού βάρους με χορήγηση 30-32 kcal/kg βάρους σώματος την ημέρα στις γυναίκες φυσιολογικού βάρους και 25 kcal/kg βάρους σώματος την ημέρα στις παχύσαρκες γυναίκες. Ως στόχοι τίθενται επίπεδα γλυκόζης <95 mg/dl πριν από το πρόγευμα και < 140 mg/dl και 120 mg/dl μία και δύο ώρες μετά το γεύμα. Σε περίπτωση μη επίτευξης αυτών των στόχων θα πρέπει να γίνεται επανεκτίμηση της διαιτητικής προσέγγισης, έναρξη αερόβιας άσκησης ή έναρξη θεραπείας με ινσουλίνη.⁹

2.6.1.Θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη στην κύηση

Η καλή ρύθμιση του επιπέδου της γλυκόζης παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην καλή κατάσταση της μητέρας και του εμβρύου, εμποδίζει την εμφάνιση επιπλοκών και αυξάνει τις πιθανότητες για την καλή έκβαση του τοκετού. Τα ιδανικά επίπεδα γλυκόζης πρέπει να είναι <90 mg/dl σε νηστεία και <130 mg/dl μια ώρα μετά το γεύμα.

Η αντιμετώπιση του ΣΔ πρέπει να γίνει με τη συνεργασία του διαβητολόγου-παθολόγου, του διαιτολόγου, του μαιευτήρα, του/της νοσηλεύτη και της ίδιας της ασθενούς, μετά από κατάλληλες οδηγίες. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην εκπαίδευση της ασθενούς. Σημασία έχει επίσης να παίρνονται τα απαραίτητα μέτρα σε ειδικές συνθήκες, όπως σε ταξίδι. Όταν η ασθενής βρίσκεται σε ταξίδι δεν υπάρχουν διακοπές για το διαβήτη. Πρέπει να ακολουθείται ο σχεδιασμός του διαιτολογίου όσο γίνεται περισσότερο και πάντα η ασθενής να έχει μαζί της ένα σνακ.

Η σωστή εκπαίδευση και αντιμετώπιση έχουν σκοπό να προληφθούν οι επιπλοκές από τη μητέρα και να ανιχνευθεί έγκαιρα η δυσφορία του εμβρύου. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα για την αποφυγή του ενδομήτριου θανάτου αλλά και την αποφυγή του πρόωρου τοκετού.

Ο σχολαστικός έλεγχος του ΣΔ, με ιδιαίτερη βαρύτητα στο τελευταίο τρίμηνο, ελαττώνει την περιγεννητική θνησιμότητα σε επίπεδα <3%. Σκοπός μας είναι η διατήρηση των επιπέδων της γλυκόζης κάτω από 110 mg/dl, αποφεύγοντας βεβαίως και την πιθανότητα υπογλυκαιμίας. Γενικά, σε ασθενείς με σοβαρές υπογλυκαιμικές κρίσεις πρέπει να γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης. Τεράστια σημασία έχει η σωστή δίαιτα που αν δεν επαρκεί για τη ρύθμιση των επιπέδων της γλυκόζης, θα γίνει και συστηματική χορήγηση ινσουλίνης (εδώ περιλαμβάνονται και οι έγκυες που ανήκουν στην κατηγορία A2). Πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στη σύνθεση (με την κατάλληλη ποσότητα θερμίδων) και στον προγραμματισμό (κατάλληλος καταμερισμός θερμίδων στη διάρκεια του 24ώρου) των γευμάτων και πρέπει να γίνει από την έγκυο κατανοητός ο πρωταρχικός ρόλος της σωστής διαίτας.

Οι ημερήσιες θερμιδικές ανάγκες που πρέπει να εξασφαλίζονται στη διάρκεια της κύησης είναι 1800-2400 kcal. Η ημερήσια κατανάλωση των θερμίδων πρέπει να προέρχεται κατά 50% από υδατάνθρακες (τουλάχιστον 200 gr), 25% από

πρωτεΐνες (τουλάχιστον 100 gr) και 25% από λίπος (τουλάχιστον 50 gr). Η ανεύρεση κετονουρίας είναι συνήθως ένδειξη για πρόσθετη χορήγηση υδατανθράκων. Με προσεκτική ρύθμιση της δίαιτας, οι περισσότερες έγκυες με διαβήτη της κύησης δε θα χρειαστούν ινσουλίνη και σε αυτές τις περιπτώσεις το περιγεννητικό αποτέλεσμα είναι καλό.

Η ημερήσια κατανομή των θερμίδων μπορεί να γίνει με τον εξής μνημοτεχνικό τρόπο: πρωινό τα 2/7, μεσημεριανό τα 2/7, βραδινό τα 2/7 και πριν την κατάκλιση το 1/7 των θερμίδων. Η συνολική αύξηση του βάρους της εγκύου σε όλη τη διάρκεια της κύησης, σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 12 κιλά.

Σε έγκυες με μεγαλύτερη σωματική διάπλαση από το μέτριο, μπορεί να απαιτηθεί μεγαλύτερη ποσότητα υδατανθράκων για την αποφυγή της αποδομής του λίπους και την πρόληψη της κετοναϊμίας. Να σημειωθεί ότι όλες οι ασθενείς πρέπει να ελέγχουν τα ούρα τους για κετόνες στη διάρκεια οξείας πάθησης ή στρες, αν τα επίπεδα της γλυκόζης είναι σταθερά υψηλά (>240 mg/dl) και σε παρουσία συμπτωμάτων κετοξέωσης όπως ναυτία, έμετος και κοιλιακό άλγος.

Το ψωμί, τα ζυμαρικά και τα όσπρια (σύνθετοι υδρογονάνθρακες) απορροφώνται βραδέως, διατηρώντας την τιμή του σακχάρου του αίματος σε χαμηλά επίπεδα και επομένως πρέπει να προτιμώνται. Αντίθετα, απότομη αύξηση του σακχάρου του αίματος προκαλείται από τα γλυκίσματα λόγω της γρήγορης απορρόφησης τους και πρέπει να αποφεύγονται.

Η θεραπεία με ινσουλίνη απετέλεσε "κλασικά" το μόνο φαρμακευτικό μέσο για την αντιμετώπιση του ΣΔ στην κύηση. Τα σκευάσματα από το στόμα θεωρήθηκε ότι όταν χορηγούνται, κυρίως, στο πρώτο τρίμηνο της κύησης μπορεί να προκαλέσουν τερατογένεση. Το τελευταίο αμφισβητήθηκε και υποστηρίχθηκε ότι η κακή ρύθμιση του σακχάρου που προκαλούσαν ήταν εκείνη που ευθυνόταν για τις συγγενείς ανωμαλίες. Οι δόσεις της ινσουλίνης εξατομικεύονται σε συνεννόηση με το διαβητολόγο μετά από παρακολούθηση της ασθενούς. Με αυτό τον τρόπο οι ασθενείς θα μάθουν πως, πότε και πού θα κάνουν τις ενέσεις μόνες τους. Συνήθως, η ινσουλίνη χορηγείται 3 φορές την ημέρα, μια ώρα πριν από κάθε γεύμα, με χορήγηση της ενδιάμεσης μορφής ινσουλίνης το βράδυ. Στη ρύθμιση του διαιτολογίου και της χορήγησης ινσουλίνης πρέπει να ληφθούν υπόψη τα επεισόδια υπογλυκαιμίας που εμφανίζονται τις πρώτες πρωινές ώρες. Αυτά οφείλονται στην αυξημένη κινητικότητα του εμβρύου που παρατηρείται κατά την κατάκλιση της μητέρας, με αποτέλεσμα αυξημένη εμβρυϊκή κατανάλωση γλυκόζης, αλλά και στην αιχμή των επιπέδων της ενδιάμεσης ινσουλίνης.

Στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, η απαιτούμενη ποσότητα της ινσουλίνης συνήθως ελαττώνεται, ίσως λόγω της ελάττωσης της όρεξης της εγκύου. Αν αυτό δε ληφθεί υπόψη υπάρχει ο κίνδυνος της εμφάνισης υπογλυκαιμικών επεισοδίων. Αντίθετα, στο δεύτερο και στο τρίτο τρίμηνο της κύησης, και οπωσδήποτε μετά την 24η εβδομάδα της κύησης, οι απαιτήσεις σε ινσουλίνη είναι χαρακτηριστικά αυξημένες και η αύξηση μπορεί να ξεπεράσει το 50% της ποσότητας που χρειαζόταν πριν από την κύηση. Στο τρίτο τρίμηνο η απαιτούμενη ποσότητα ινσουλίνης μπορεί να φθάσει τη διπλάσια ποσότητα απ' ό τι στο πρώτο τρίμηνο.

Πάντα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη καταστάσεις που θα μπορούσαν να μεταβάλλουν σημαντικά τις απαιτήσεις σε ινσουλίνη, όπως μια ουρολοίμωξη. Σε κάθε περίπτωση, η μεγάλη έλλειψη ινσουλίνης θα δημιουργήσει κετοξέωση που είναι σοβαρή επιπλοκή. Η εμφάνιση υπεργλυκαιμίας και σημαντικής κετονουρίας δείχνουν μη καλή ρύθμιση του ΣΔ και πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα.

Γενικά, αφού η ασθενής ξεκινήσει τη θεραπεία με ινσουλίνη, οι τιμές της γλυκόζης στο πλάσμα πρέπει να εξετάζονται τέσσερις φορές την ημέρα, συνήθως στις 7:00 π.μ., 11:00 π.μ., 4:00 μ.μ. και 10:00 μ.μ.

Αν η ημερήσια χορηγούμενη δόση ινσουλίνης δεν κρίνεται ικανοποιητική πρέπει να γίνει αύξηση της. Συνήθως, η ρύθμιση γίνεται με δύο ή τρεις δόσεις την ημέρα (πρωί, μεσημέρι και απόγευμα). Εναλλακτικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντλία συνεχούς χορήγησης ινσουλίνης υποδόρια.

Για τις έγκυες που ανήκουν στις κατηγορίες Β έως και R κατά White, η χορήγηση της ινσουλίνης γίνεται συνήθως με μικτά σχήματα πολλαπλών ενέσεων (περιλαμβάνοντας κρυσταλλική ινσουλίνη).

Είναι ευνόητο ότι άλλες απειλητικές καταστάσεις που συνυπάρχουν πρέπει να αντιμετωπίζονται ανάλογα. Έτσι σε μέτρια υπέρταση σημαντικό ρόλο παίζει η ρύθμιση του βάρους, η άσκηση και ο έλεγχος των επιπέδων της γλυκόζης.

Στη διάρκεια του τοκετού, γίνεται παρακολούθηση της γλυκόζης του αίματος κάθε ώρα με τις ειδικές μικροσυσκευές. Σε προγραμματισμένη ή επείγουσα καισαρική τομή, η χορήγηση της ινσουλίνης γίνεται με συνεχή ενδοφλέβια χορήγηση (10-20 μονάδες ινσουλίνης σε 1000 κ. εκ. διαλύματος Dextrose 5%).

Αμέσως μετά τον τοκετό οι απαιτήσεις σε ινσουλίνη ελαττώνονται και επομένως (μετρώντας και τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα) πρέπει να ελαττωθεί η δόση της ινσουλίνης, εξατομικεύοντας τις δόσεις. Η απότομη πτώση των επιπέδων της HPL που παρατηρείται μετά τον τοκετό και η αύξηση των υποδοχέων της ινσουλίνης κατά τη λοχεία κάνουν αναγκαία την ελάττωση της δόσης της ινσουλίνης συνήθως στο 1/2-1/3.

Πολλές ασθενείς δε χρειάζονται καθόλου ινσουλίνη τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό. Την πρώτη ημέρα, αν η λεχωίδα πάρει πλήρες γεύμα, μπορεί να χορηγηθεί η μισή ποσότητα της ινσουλίνης που δινόταν κατά την κύηση. Δυο έως τρεις μετρήσεις του σακχάρου του αίματος το 24ωρο είναι συνήθως αρκετές για τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό. Χρειάζεται στενή παρακολούθηση της λεχωϊδας για την αποφυγή υπογλυκαιμικών κρίσεων.

Ο θηλασμός ελαττώνει περαιτέρω την απαιτούμενη δοσολογία της ινσουλίνης.

A) Ινσουλινοθεραπεία σε γυναίκες με προϋπάρχοντα διαβήτη

Σκοπός της ινσουλινοθεραπείας είναι να μιμηθεί το φυσιολογικό καθημερινό προφίλ της έκκρισης της ινσουλίνης. Προκειμένου να συμβεί κάτι τέτοιο συνήθως απαιτούνται πολλαπλές εγχύσεις ινσουλίνης την ημέρα. Τα σχήματα που χρησιμοποιούνται πιο συχνά φαίνονται στον πίνακα 10. Οι απαιτήσεις σε ινσουλίνη αλλάζουν δραματικά στη διάρκεια της κύησης. Κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου, οι απαιτήσεις της μητέρας σε ινσουλίνη είναι περίπου 0,7U/Kg βάρους σώματος/ ημέρα, ενώ μέχρι το τρίτο τρίμηνο αυξάνουν και φθάνουν το 1U/Kg βάρους σώματος.

Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις όσον αφορά τη χορήγηση ινσουλίνης. Επιπρόσθετα, οι αντλίες συνεχούς υποδόριας έγχυσης ινσουλίνης, όπου γίνεται αναφορά παρακάτω, έχουν επίσης αποδειχθεί αποτελεσματικές στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

B) Ινσουλινοθεραπεία σε γυναίκες με διαβήτη της κύησης:

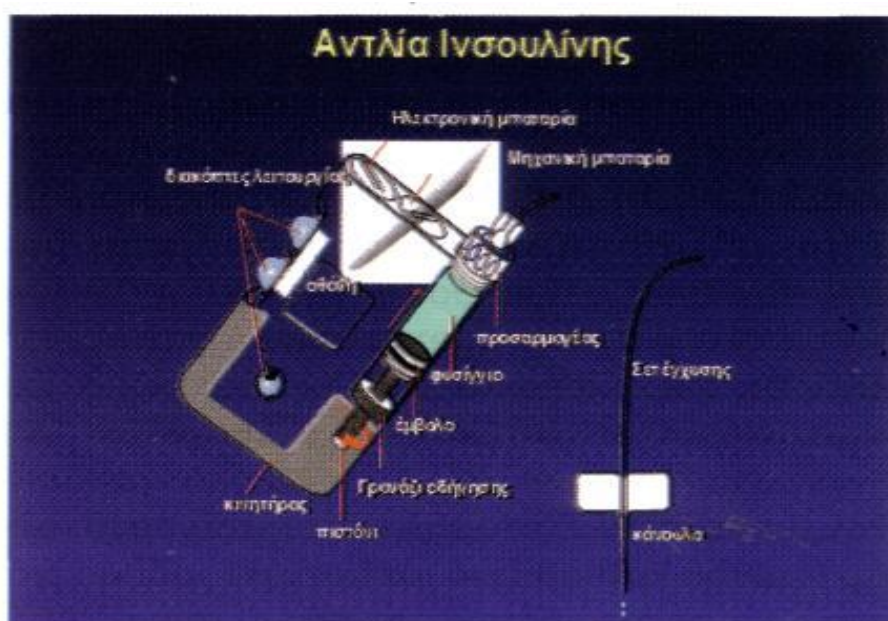
Ακολουθώντας τις διατροφολογικές συμβουλές ο έλεγχος των επιπέδων της γλυκόζης γίνεται, λαμβάνοντας δείγματα αίματος μετά από νηστεία και μετά από γεύμα. Αν τα επίπεδα γλυκόζης, μετά από νηστεία, παραμένουν χαμηλότερα από 95mg/dl και 2 ώρες μετά από γεύμα είναι χαμηλότερα από 120 mg/dl, τότε το

θεραπευτικό σχήμα συνεχίζεται το ίδιο, αν και η ομοιόσταση της γλυκόζης θα επιδεινωθεί περίπου στο 15-20% των γυναικών με GDM. Εφόσον τα επίπεδα της γλυκόζης μετά από νηστεία είναι υψηλότερα από 95 mg/dl ή δύο ώρες μετά από γεύμα υψηλότερα από 120 mg/dl, σε δύο ή περισσότερες μετρήσεις, τότε πρέπει να αρχίσει η χορήγηση ινσουλίνης. Η έναρξη γίνεται με τη χορήγηση 20 μονάδων NPH και 10 μονάδων κανονικής ινσουλίνης, κάθε πρωί. Οι δόσεις της ινσουλίνης προσαρμόζονται ανάλογα με τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα και, αν επιμένει η υπεργλυκαιμία μετά από νηστεία, τότε προστίθεται και βραδινή δόση. Μερικοί ερευνητές έδειξαν ότι η προφυλακτική χορήγηση ινσουλίνης μπορεί να ελαττώσει την νεογνική νοσηρότητα, ενώ άλλοι δε συμφώνησαν. Χρειάζονται και άλλες μελέτες προκειμένου να διευκρινισθούν τα οφέλη από την προφυλακτική χορήγηση ινσουλίνης, όσον αφορά το διαβήτη της εγκυμοσύνης.^{10, 11}

2.6.1.A. Η αντλία ινσουλίνης

Η αντλία ινσουλίνης ελέγχεται από δύο μικροεπεξεργαστές, που θέτουν αυτόματα σε λειτουργία ένα μικρό κινητήριο, ο οποίος συνδέεται με ένα κοχλιωτό εμβολέα που κινεί το έμβολο στην αμπούλα της ινσουλίνης (Εικ.4). Με την κίνηση αυτή, χορηγείται η ινσουλίνη ανάλογα με το πρόγραμμα που έχει δοθεί στην αντλία.

Εικόνα 4



Πώς φοριέται η αντλία ινσουλίνης:

Ενδεχομένως, στην αρχή, πολλοί νόμιζαν ότι η μεταφορά της αντλίας ινσουλίνης κάθε μέρα συνεχώς είναι μεγάλο πρόβλημα. Η πραγματικότητα, ωστόσο, είναι ότι τα άτομα με αντλία ινσουλίνης γρήγορα έφθασαν στο σημείο να την αποδεχθούν ως συνοδό. Η αντλία είναι μικρή και ελαφριά και τα άτομα με διαβήτη ξεχνούν γρήγορα ακόμα και ότι τη φοράνε (Εικ.5).

Η αντλία ζυγίζει 110-120 γραμμάρια μαζί με τις μπαταρίες και είναι τόσο μικρή (όσο μία πιστωτική κάρτα) που μπορεί εύκολα να φορεθεί στη ζώνη ή να τοποθετηθεί στην τσέπη του παντελονιού ή του υποκαμίσου. Διατίθεται μια μεγάλη ποικιλία συστημάτων μεταφοράς, όπως ελαστικές ζώνες, προστατευτικοί σάκοι και θήκες, που δίνουν τη δυνατότητα να βρει το άτομο την καλύτερη λύση.¹¹



Εικόνα 5.

Τα set έγχυσης:

Το set έγχυσης είναι μια συνεχής σύνδεση του σώματος με την αντλία ινσουλίνης. Αποτελείται από ένα λεπτό σωληνίσκο, ο οποίος καταλήγει σε έναν καθετήρα άκαμπτο από ατσάλι ή εύκαμπτο από πλαστικό που μπαίνει κάτω από το δέρμα. Ο καθετήρας τοποθετείται συνήθως στην περιοχή της κοιλιάς (Εικ.6).

Εικόνα 6.



Το set έγχυσης και το σημείο τοποθέτησης του στο δέρμα πρέπει να αλλάζει κάθε τρεις ημέρες, προκειμένου να αποφευχθούν οι λοιμώξεις, η απόφραξη του καθετήρα και οι σκληρύνσεις του δέρματος ή άλλοι ερεθισμοί. Χρειάζεται λίγη εξάσκηση, που θα γίνει κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης στη χρήση της αντλίας, και γρήγορα, στη συνέχεια, η αλλαγή του καθετήρα θα γίνει ρουτίνα.¹²

Η χρήση της αντλίας ινσουλίνης στην εγκυμοσύνη

Οι κίνδυνοι της εγκυμοσύνης για μια γυναίκα με διαβήτη δεν είναι σήμερα περισσότεροι από αυτούς των γυναικών χωρίς διαβήτη, με την προϋπόθεση όμως να διατηρούνται τα επίπεδα γλυκόζης αίματος συνεχώς στα φυσιολογικά, σχεδόν, όρια (Εικ.7).



Εικόνα 7.

Τα πλεονεκτήματα της αντλίας ινσουλίνης κατά τη διάρκεια της κύησης

Η αντλία ινσουλίνης θα βοηθήσει σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, από τον προγραμματισμό της εγκυμοσύνης μέχρι τον τοκετό. Με την αντλία ρυθμίζεται σωστά η γλυκόζη του αίματος και απολαμβάνει η διαβητική έγκυος τη μοναδική αυτή περίοδο της ζωής της χωρίς φόβο και ανησυχία. Γι' αυτόν το λόγο, αν προγραμματίζεται μια εγκυμοσύνη σε διαβητική γυναίκα, όσο πιο γρήγορα αποφασισθεί η χρήση αντλίας ινσουλίνης τόσο το καλύτερο.

- Οι βασικές ανάγκες σε ινσουλίνη καλύπτονται άριστα, γιατί μπορεί να προγραμματισθούν μέχρι και 24 διαφορετικοί ωριαίοι βασικοί ρυθμοί.
- Η ρύθμιση όλων των βασικών ρυθμών μπορεί να αλλάξει εύκολα, αν οι ανάγκες σε ινσουλίνη αλλάξουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

- Δεν υπάρχει φόβος υπογλυκαιμίας, γιατί ο οργανισμός της γυναίκας τροφοδοτείται συνεχώς, ακριβώς ανάλογα με τις ανάγκες της σε ινσουλίνη.
- Μπορεί η γυναίκα να κοιμηθεί μέχρι αργά το πρωί και δεν χρειάζεται να ξυπνήσει νωρίς για να κάνει την ένεση ινσουλίνης.
- Η αντλία ινσουλίνης μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων της ξαφνικής όρεξης για φαγητό ή της μεταβαλλόμενης όρεξης ή ακόμη και των πρωινών εμέτων, που παρουσιάζονται συχνά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- Η σωματική δραστηριότητα και άσκηση είναι πραγματικά σημαντικές στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η αντλία ινσουλίνης βοηθάει στη σωστή ρύθμιση της γλυκόζης του αίματος και καθιστά δυνατή οποιαδήποτε σωματική δραστηριότητα.¹²

Πότε πρέπει να αρχίσει η θεραπεία με αντλία ινσουλίνης;

Η εγκυμοσύνη απαιτεί ιδιαίτερα προσεκτική προετοιμασία και προγραμματισμό για μια γυναίκα με διαβήτη. Στην ιδανική περίπτωση, μια γυναίκα με διαβήτη πρέπει να διατηρεί φυσιολογικές τιμές γλυκόζης αίματος τουλάχιστον για τρεις μήνες πριν μείνει έγκυος. Για το λόγο αυτό, όσο γρηγορότερα αρχίσει τη χρήση της αντλίας ινσουλίνης τόσο καλύτερα. Μπορεί βέβαια να αρχίσει θεραπεία με αντλία ινσουλίνης και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.¹²

Οι ανάγκες σε ινσουλίνη αλλάζουν αρκετές φορές στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά και μετά τον τοκετό:

Κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της εγκυμοσύνης οι ανάγκες σε ινσουλίνη μειώνονται. Αρκετές γυναίκες παραπονούνται για υπογλυκαιμίες ή χαμηλή γλυκόζη αίματος, ιδίως τις πρώτες βραδινές ώρες.

Ωστόσο, γύρω στη 12η έως 14η εβδομάδα της εγκυμοσύνης οι ανάγκες σε ινσουλίνη αρχίζουν προοδευτικά να αυξάνονται. Μεγαλύτερη αύξηση παρατηρείται μετά την 20η εβδομάδα και οι ανάγκες κορυφώνονται λίγο πριν τον τοκετό.

Οι ανάγκες σε ινσουλίνη πέφτουν δραματικά κατά τον τοκετό και ιδιαίτερα τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό. Τις επόμενες εβδομάδες ανεβαίνουν σταδιακά, για να φθάσουν συνήθως σε επίπεδα παρόμοια με αυτά πριν την εγκυμοσύνη.

Αν επιλεγεί ο θηλασμός, οι ανάγκες σε ινσουλίνη θα είναι πιθανώς κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής μικρότερες σε σύγκριση με αυτές πριν την εγκυμοσύνη.¹²

2.7. Επιπλοκές της θεραπείας με ινσουλίνη σε έγκυο Σ.Δ.

Οι συνηθέστερες επιπλοκές που μπορεί να προκληθούν από τη χορήγηση της ινσουλίνης είναι οι υπογλυκαιμικές κρίσεις και η κετοοξέωση.

Μελέτες σε πειράματα έχουν δείξει ότι οξεία υπογλυκαιμία στη μητέρα προκαλεί εμβρυϊκή υπογλυκαιμία, στερώντας το έμβρυο από μια βασική πηγή ενέργειας. Αν το ανθρώπινο έμβρυο έχει την ίδια συμπεριφορά, τότε η μητρική υπογλυκαιμία θα μπορούσε να ενοχοποιηθεί για τους ανεξήγητους ενδομήτριους θανάτους, που παρατηρούνται στις διαβητικές εγκύους. Επίσης πειραματικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η χρόνια υπογλυκαιμία, έχει σαν αποτέλεσμα την καθυστέρηση της αναπτύξεως του εμβρύου. Στον άνθρωπο, κλινικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι υφίσταται συσχέτιση της υπογλυκαιμίας νήστεος της μητέρας, με την γέννηση νεογνών με υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη. Η διαβητική κετοοξέωση εκδηλώνεται με πολυδιψία, πολουρία και εξάντληση μέχρι και απώλεια της συνειδήσεως. Η επιπλοκή αυτή πρέπει να προλαμβάνεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αφού συνοδεύεται με ποσοστό περιγεννητικής θνησιμότητας που πολλές φορές υπερβαίνει το 50%.

Εν τούτοις, η διαβητική οξέωση είναι διαφορετική από την οξέωση λόγω αιτίας. Σ' αυτήν την περίπτωση έχουμε αύξηση των κετονικών σωμάτων στο αίμα και κετουρία, αλλά το σάκχαρο του αίματος είναι φυσιολογικό ή και κατώτερο του φυσιολογικού. Η αναφορά αυτής της οξέωσης έγκειται γεγονός ότι μερικοί συγγραφείς τη συσχετίζουν με τη γέννηση νεογνών που αργότερα παρουσιάζουν μειωμένη ψυχοκινητική ανάπτυξη γεγονός που αμφισβητείται από άλλους.¹³

2.8. Αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση της διαβητικής εγκύου αποτελεί συνεργασία μαιευτήρα-ενδοκρινολόγου-βιοχημικού-νεογνολόγου. Παρ'όλη την πρόοδο της επιστήμης η εγκυμοσύνη διαβητικών εγκύων παραμένει επικίνδυνη. Αυστηρή προϋπόθεση είναι η συνεχής ρύθμιση του σακχάρου στα φυσιολογικά επίπεδα καθ'όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι τιμές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει να κυμαίνονται μεταξύ 60-120 mg/dl και μόνο μετά το φαγητό οι τιμές κυμαίνονται πάνω από 140 mg/dl.

Για την θεραπεία του διαβήτη της κύησης εκτός από την συστηματική παρακολούθηση για τον προσδιορισμό και την ρύθμιση του σακχάρου απαιτείται και η εκλογή του κατάλληλου χρόνου εγκυμοσύνης. Ο προσδιορισμός του σακχάρου γίνεται τουλάχιστον κάθε εβδομάδα ή και κάθε μέρα, σε γυναίκες που ρυθμίζονται με δίαιτα. Όταν χορηγείται ινσουλίνη ο έλεγχος του σακχάρου γίνεται 2-6 φορές την ημέρα. Το 50% του σακχαρώδη διαβήτη κύησης, μπορεί να αντιμετωπιστεί με σωστή διατροφή (δίαιτα). Πρέπει να περιλαμβάνει την χορήγηση 30-35 θερμίδων ανά χιλιόγραμμο σωματικού βάρους ημερησίως, 100-120 gr πρωτεϊνών και 200 gr υδατανθράκων.

Αν ο σακχαρώδης διαβήτης εμφανιστεί στο τέλος του 2ου τριμήνου ή στις αρχές του 3ου, εφαρμόζεται δίαιτα δύο εβδομάδων. Επί αστοχίας χορηγείται ινσουλίνη. Αν εμφανιστεί την 36η εβδομάδα τα χρονικά όρια αναμονής δεν ξεπερνούν την μία εβδομάδα. Τα από του στόματος αντιδιαβητικά δισκία δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται διότι διέρχονται από τον πλακούντα και έχουν άγνωστη

τερατογόνο δράση ,καθώς έχουν την τάση να διεγείρουν τα β κύτταρα του παγκρέατος του εμβρύου ,με αποτέλεσμα την πρόκληση υπερινσουλιαιμίας .

Αν οι τιμές της γλυκόζης είναι 200-300mg/dl το τελευταίο τρίμηνο απαιτείται άμεση χορήγηση ινσουλινοθεραπείας διότι η υπεργλυκαιμία ενοχοποιείται για τον κίνδυνο γέννησης νεκρού εμβρύου στην περίοδο της εγκυμοσύνης. Σήμερα στην Ευρώπη κ στις ΗΠΑ επικρατεί ομοφωνία ως προς τις τιμές του σακχάρου τις εγκύου που λαμβάνονται υπόψη για την έναρξη τις ινσουλινοθεραπείας.

Η ινσουλινοθεραπεία αρχίζει όταν σε 2 ή περισσότερες μετρήσεις βρεθούν :

A)γλυκόζη πλάσματος νηστείας >105mg/dl B)γλυκόζη πλάσματος 2 ώρες μετά το γεύμα >120mg/dl

Σύμφωνα με τον Coustan D. η ινσουλινοθεραπεία μειώνει το ποσοστό μακροσωμίας και το ποσοστό καισαρικής τομής και την πιθανότητα τραυματισμού του νεογνού κατά την διάρκεια εξώθησης την ώρα του τοκετού

Η θεραπεία αρχίζει με μικρές δόσεις με στόχο τιμές γλυκόζης <90mg/dl Τα συνηθέστερα σχήματα που χρησιμοποιούνται: Δυο δόσεις μίγματος ταχείας και μέσης δράσης ινσουλίνης(πρωί-βράδυ) δυο δόσεις μέσης δράσης ινσουλίνης.¹⁴

2.9. Παρακολούθηση εμβρύου

Η παρακολούθηση του εμβρύου γίνεται σε περιπτώσεις όπου υπάρχει:

1. αγγειοπάθεια
2. κακή ρύθμιση γλυκόζης
3. επιπλοκές σε κύηση που έφτασε την 38η-40η εβδομάδα.¹⁵

2.10. Έλεγχος εμβρύου

Υπερηχογράφημα : από το 1ο τρίμηνο εκτιμάται η βιωσιμότητα και η ηλικία της εγκυμοσύνης. Χρησιμεύει :

1. Στον εντοπισμό του πλακούντα
2. Καθορισμό συγγενών ανωμαλιών
3. Παρακολούθηση ανάπτυξης εμβρύου κ της κεφαλής του

Ακτινολογικός έλεγχος : Με αυτή τη μέθοδο καθορίζονται οι επιφύσεις του μηριαίου οστού. Είναι όμως μία μέθοδος που έχει εγκαταλειφθεί ,διότι είναι ανεπιθύμητη η έκθεση του εμβρύου στην ακτινοβολία .

Κυτταρολογική μελέτη : Μελετώνται τα εμβρυακά επιθηλιακά κύτταρα μετά από χρώση με κυανό του Νείλου .Τα κύτταρα αυτά λαμβάνονται με αμνιοπαρακέντηση .Αναλογικά η συγκέντρωση 20% ή και μεγαλύτερη , σε πορτοκαλόχρωα κύτταρα σημαίνει κύηση 38 εβδομάδων και άνω .Σε αυτή τη μέθοδο υπάρχει ποσοστό σφάλματος που μας δίνει 25% ψευδώς ανώριμα έμβρυα.

Κρεατίνη αμνιακού υγρού: Σχετίζεται με την ανάπτυξη των νεφρών. Στις διαβητικές κυήσεις το υδραμνίο μπορεί να δώσει, λόγω αραιώσης , ψευδώς αρνητικό αποτέλεσμα.

Σχέση λεκιθίνης: Προλαμβάνει την σύμπτωση (κολαψάρισμα) των κυψελίδων σε κάθε αναπνευστική κίνηση .Ο προσδιορισμός λεκιθίνης του αμνιακού υγρού σε σχέση με την σφιγγομυελίνη έδωσε πολύ καλά αποτελέσματα στην εκτίμηση της ωριμότητας των εμβρυϊκών πνευμόνων. Στον σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να υπάρχει ανασταλτική επίδραση στην ανάπτυξη των πνευμόνων

προκαλώντας ψευδή αποτελέσματα δημιουργώντας σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας.

Καρδιοτοκογράφοι : Μέθοδος παρακολούθησης που πρέπει να αρχίζει από την 32η-40η εβδομάδα και γίνεται 2-3 φορές την εβδομάδα .

Προσδιορισμός του πλακουντικού γαλακτογόνου (HPI) : Από πολλούς ερευνητές αμφισβητείται η σημασία του .

Προσδιορισμός οιστιόλης στον ορό ή στα ούρα του 24ωρου : Αν υπάρχει ελλάτωση , αυτή θα ληφθεί υπ'όψιν αν η πτώση ξεπερνά το 35% της μέσης τιμής των τελευταίων τριών διαδοχικών μετρήσεων.

Διενέργεια καλλιιεργειών του κοιλιακού εκκρίματος των ούρων σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα .¹⁵

2.11. ΤΟΚΕΤΟΣ

Παράγοντες που επηρεάζουν στην αρχή της εγκυμοσύνης :

1. Η ηλικία της εγκύου : νεώτερη των 15 ετών ή μεγαλύτερη των 35 ετών
2. Αριθμός κυήσεων (συχνότητα) : 3 ή περισσότερες φορές σε διάστημα δύο ετών
3. Φτωχό μαιευτικό ιστορικό
4. Χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο
5. Χρήση φαρμάκων, οινόπνευματων ποτών , κάπνισμα
6. Θεραπευτική δίαιτα για χρόνια ανωμαλία
7. Αδύνατη και ελλιποβαρής γυναίκα.

Παράγοντες που επηρεάζουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης

1. Μικρή ποσότητα αιμοσφαιρίνης του αίματος
2. Μικρή ποσότητα αιματοκρίτη
3. Ανεπαρκές βάρος εγκύου
4. Υπερβολικό βάρος εγκύου
5. Αιμορραγία που οφείλεται σε έντονη δραστηριότητα της εγκύου και κακή διατροφή.¹⁶

2.11.1. Προσδιορισμός του χρόνου τοκετού διαβητικής εγκύου

Τις τελευταίες 6 εβδομάδες η μέλλουσα μητέρα πρέπει να εισάγεται στο νοσοκομείο. Ο καθορισμός του σωστού χρόνου του τοκετού στις διαβητικές εγκύους αποτελεί βασικό παράγοντα για την επιβίωση του εμβρύου.

Στο παρελθόν ήταν σχεδόν καθιερωμένο οι διαβητικές έγκυοι να γενούν πριν από το τέλος της κύησης και πολλές γεννούσαν μεταξύ 35ης -37ης εβδομάδας της κύησης ή νωρίτερα όταν παρουσιάζονται επιπλοκές των κατηγοριών D,E,F,R κατά White.

Αυτό έφερε μείωση στον αριθμό των ενδομήτριων θανάτων αλλά αύξησε τον αριθμό των παιδιών που πέθαιναν από την νόσο της υάλινης μεμβράνης σε ποσοστό τριπλάσιο από εκείνο των ενδομήτριων θανάτων στις διαβητικές εγκύους που δεν γέννησαν πρόωρα. Ο προσδιορισμός του καλύτερου χρόνου για τον τοκετό της διαβητικής εγκύου θα εξαρτηθεί από 3 βασικούς παράγοντες:

1. Την κατάσταση του εμβρύου
2. Την ωρίμανση των πνευμόνων του εμβρύου

3. Την παρουσία επιπλοκών στην μητέρα.¹⁶

2.11.2. Παράγοντες που συμβάλουν στον τρόπο τοκετού διαβητικών εγκύων είναι:

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

1. Πολύτοκος με προηγούμενο ιστορικό φυσιολογικών τοκετών
2. Πρωτοπόρος κάτω των 30 ετών
3. Εμβύο μικρού βάρους
4. Απουσία υδραμνίου
5. Φυσιολογική προσβάλλουσα μοίρα εμβρύου

ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

1. Προηγούμενη καισαρική
2. Γυναίκες πάσχουσες από βαριάς μορφής διαβήτη
3. Γυναίκες μεγαλύτερες των 30 ετών
4. Υπέρβαρο βάρος(πάνω από 4000 gr)
5. Ανώμαλη προβολή εμβρύου (ισχιακή προβολή).¹⁶

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

Ο φυσιολογικός τοκετός προγραμματίζεται πρωινές ώρες όπου υπάρχει πλήρης κάλυψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και η δυνατότητα εργαστηριακού ελεγχού. Το βράδυ πριν τον τοκετό χορηγείται η συνηθισμένη δόση ινσουλίνης. Την ημέρα του τοκετού δεν γίνεται υποδόρια ένεση.

Κατά την διάρκεια του τοκετού γίνεται έλεγχος και παρακολούθηση του εμβρύου με καρδιοτοκογράφο, έλεγχος του επιπέδου γλυκόζης της μητέρας γιατί υπάρχει κίνδυνος εμβρυϊκής υπερινσουλιναιμίας και νεογνικής υπογλυκαιμίας.

Η πρόκληση του τοκετού θα πραγματοποιηθεί με την ενδοφλέβια έγχυση της ωκυτοκίνης σε φυσιολογικό ορό(Na 0,9%) ή Ringers. Κατά την διάρκεια του τοκετού χορηγείται ενδοφλέβια ινσουλίνη για να επιτύχουμε σταθερές τιμές γλυκόζης στο αίμα. συνιστάται ενδοφλέβια έγχυση διαλύματος γλυκόζης σε δοσολογία 2,5 mg/kg βάρους σώματος .Μετά την εμφάνιση των ωδινών μπορεί να ελατωθεί σημαντικά η ανάγκη σε ινσουλίνη .Αν δεν ελατωθεί αντίστοιχα η δόση της χορηγούμενης ινσουλίνης μπορούν να παρουσιαστούν άριες υπογλυκαιμίες , κρίνεται απαραίτητος ο έλεγχος της γλυκόζης κάθε 2ώρες. Μετά την γέννηση του μωρού οι ανάγκες σε ινσουλίνη ελατώνονται 30-50% της αρχικής τιμής ενώ μετά από μερικές μέρες επανέρχεται στις δόσεις ινσουλίνης όπως πριν την εγκυμοσύνη. Σε περίπτωση που η πραγματοποίηση του τοκετού δεν γίνει εντός 8-10 ωρών προχωρούμε σε καισαρική τομή. Αν δεν αρχίσουν οι ωδίνες σε 6 ώρες διακόπτουμε την ωκυτοκίνη και επαναλαμβάνουμε την αγωγή την επόμενη ημέρα εφόσον στο καρδιοτοκογράφημα δεν υπήρξε ένδειξη εμβρυϊκής δυσφορίας.¹⁷

ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Η καισαρική τομή πρέπει να γίνεται όταν δεν εξελίσσεται σωστά ο φυσιολογικός τοκετός.

Τα είδη της αναισθησίας στην καισαρική τομή είναι:

1. Γενική αναισθησία
2. Επισκληρίδιος αναισθησία που είναι καλύτερα να γίνεται σε διαβητικές εγκύους διότι επιτρέπει στην ασθενή να επανέλθει γρήγορα στην φυσιολογική διατροφή

Την ημέρα της καισαρικής τομής η διαβητική έγκυος παίρνει συνηθισμένη δόση ινσουλίνης υποδόριος. Το πρωί της καισαρικής τομής η διαβητική έγκυος συνδέεται με φυσιολογικό ορό 0,9% και ετοιμάζεται η χορήγηση ινσουλίνης με αντλία σε όλη την διάρκεια του χειρουργείου με σκοπό την σταθερή τιμή σακχάρου στο αίμα. Μετά το χειρουργείο οι απαιτήσεις σε ινσουλίνη ελατώνονται αμέσως και η ασθενής θα πρέπει να επιστρέψει στην δόση ινσουλίνης πριν την εγκυμοσύνη.¹⁷

2.11.3. ΝΕΟΓΝΟ

Πρέπει να παρευρίσκονται στην αίθουσα του τοκετού παιδίατρος ή ειδικός νεογνολόγος που έχει παρακολουθήσει την κύηση τις τελευταίες εβδομάδες. Σε ένα διαβήτη που ρυθμίζεται καλά το νεογνό είναι συνήθως φυσιολογικό.

Σε αρκετές περιπτώσεις το νεογνό εμφανίζει:

1. Υπογλυκαιμία με συχνότητα 40% και έχει επιπτώσεις στην εγκεφαλική λειτουργία αν δεν διαγνωστεί έγκαιρα.
2. Υποασβεσταιμία εμφανίζεται στο 20% των μακροσωμιακών εμβρύων ενώ η πολυκυτταραιμία στο 65%
3. Σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας
4. Υπερχοληριθραιναιμία
5. Υπερτροφική καρδιομυοπάθεια

Σε διαβήτη που δεν έχει αντιμετωπιστεί το νεογνό είναι συνήθως πολύ μεγάλο. Ο στόμαχος είναι γεμάτος από αμνιακό υγρό που οφείλεται στο υδράμνιο, οι αναπνευστικές κινήσεις είναι ασθενείς και αναπτύσσεται ατελεκτασία. Ο κίνδυνος να γίνει το παιδί μιας διαβητικής μητέρας και αυτό διαβητικό είναι ελάχιστες. Αν συμβεί, θα συμβεί όταν φτάσει 40 ή 50 ετών. Ο κίνδυνος δεν ξεπερνά το 10%.¹⁵

2.11.3.A. Ψυχοσωματική εξέλιξη ΝΔΜ

Δεν υπάρχουν πολλές μελέτες για μακροχρόνια εξέλιξη των ΝΔΜ. Οι περισσότερες αναφέρονται στην ψυχοκινητική εξέλιξη αυτών των παιδιών μέχρι την προσχολική ηλικία. Μακροχρόνια, τόσο η σωματική αύξηση όσο και η ψυχοκινητική εξέλιξη συνδέονται αναμφισβήτητα με το βαθμό της μεταβολικής κατάστασης της εγκύου.¹⁵

2.11.3.B.Σωματική αύξηση

Παχυσαρκία κατά την παιδική και εφηβική ηλικία αναφέρεται σε αρκετές μελέτες. Οι Silverman έδειξαν ραγδαία αύξηση του ΒΣ μετά τον 5ο χρόνο ζωής και στην ηλικία των 14-17 ετών ο ΔΜΣ kg/mg βρέθηκε σημαντικά υψηλότερος σε σχέση με αυτόν του γενικού πληθυσμού (δείκτης μάζας σώματος παιδιών διαβητικών μητέρων $24,6 \pm 5,8$ kg/mg vs γενικού πληθυσμού $20,9 \pm 3,4$ kg/mg). Η παχυσαρκία αφορούσε τόσο τα παιδιά ΜΔΙ όσο και τα παιδιά ΜΔΚ με ή χωρίς μακροσωμία κατά τη γέννηση και συσχετίστηκε με αύξηση της AFI κατά την κύηση. Ειδικά για τα LGA νεογνά δεν υπάρχουν ισχυρά στοιχεία που να δείχνουν ότι αυτά εξελίσσονται σε παχύσαρκα παιδιά ή παχύσαρκους ενήλικες. Πολλά από αυτά επανέρχονται στις γενετικά προκαθορισμένες καμπύλες αύξησης του γενικού πληθυσμού.¹⁵

2.11.3.Γ.Ψυχοκινητική εξέλιξη

Δυσμενείς μακροπρόθεσμες επιδράσεις, όπως αυξημένο ποσοστό εγκεφαλικής παράλυσης και νοητικής υστέρησης που περιγράφηκαν σε παλαιότερες μελέτες, δε διαπιστώνονται σε αναφορές από τη δεκαετία του '80 και μετά, διότι περιλαμβάνουν ΝΔΜ με καλή έως άριστη ρύθμιση του διαβήτη. Με καλή ρύθμιση του διαβήτη, το ποσοστό νοητικής υστέρησης (ΝΔΜ 2,1% vs γενικού πληθυσμού 2,2%) και εγκεφαλικής παράλυσης δε διαφέρουν από αυτά του γενικού πληθυσμού.

Τα scores στα νευροαναπτυξιακά tests που έχουν χρησιμοποιηθεί στις διάφορες μελέτες είχαν αντίστροφη συσχέτιση με διάφορους δείκτες της μεταβολικής κατάστασης της μητέρας, όπως γλυκόζη πλάσματος νήστεως, HbA_{1c}, β-OHB, ποσοστό ινσουλίνης στο αμνιακό υγρό, κετονουρία.

Με καλή - άριστη ρύθμιση του διαβήτη το IQ, η ψυχοκινητική εξέλιξη, η σχολική επίδοση και η συμπεριφορική προσαρμογή είναι παρόμοια με αυτήν του γενικού πληθυσμού.

Χαμηλότερα scores διαπιστώνονται στα παιδιά, οι μητέρες των οποίων είχαν προβλήματα στη ρύθμιση του διαβήτη τους. Έκπτωση της σχολικής επίδοσης και συμπεριφορικά και συναισθηματικά προβλήματα συσχετίζονται με την παχυσαρκία και με συναισθηματικά προβλήματα της μητέρας, όπως άγχος και κατάθλιψη που δεν είναι σπάνια σε γυναίκες με ινσουλινεξαρτώμενο διαβήτη. Τελευταία, αναφέρεται ότι ΠΔΜ υπολείπονται στην αδρή και λεπτή κινητικότητα, παρουσιάζουν διάσπαση της προσοχής και υπερκινητικότητα στην ηλικία των 5-8 ετών, τα οποία βελτιώνονται στην εφηβεία. Για να επιβεβαιωθούν τα δεδομένα αυτά, χρειάζονται και άλλες μελέτες.

Τα περιγεννητικά προβλήματα, όπως υπογλυκαιμία δεν φαίνεται να συσχετίζονται με την τελική έκβαση. Η ασφυξία, όμως, επιβαρύνει την πρόγνωση. Επιπλέον, τα ΠΔΜ εμφανίζουν δυσανοχή στη γλυκόζη (36%), ΔΠ, υψηλότερα επίπεδα αρτηριακής πίεσης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΔΙ ($2,1 \pm 5\%$ στην ηλικία των 20 ετών) όταν η μητέρα πάσχει από ΔΙ. Η παχυσαρκία, η δυσανοχή στη γλυκόζη και τα αυξημένα επίπεδα αρτηριακής πίεσης συνιστούν προδιαθεσικούς παράγοντες για καρδιαγγειακή νόσο στην ενήλικη ζωή.

Δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία για την τελική έκβαση των SGA ΝΔΜ κυρίως διότι ο αριθμός αυτών είναι μικρός, τόσο στις μελέτες που αφορούν εξέλιξη ΝΔΜ όσο και στις μελέτες που αναφέρονται στον ετερογενή πληθυσμό των SGA νεογνών.

Αναφέρεται ότι αυτά τα παιδιά εμφανίζουν χαμηλότερο IQ και χαμηλότερα λεκτικά και γνωστικά scores στην ηλικία των 4-5 χρονών. Σε παιδιά διαβητικών μητέρων με συγγενείς διαμαρτίες, χωρίς συμμετοχή του κεντρικού νευρικού συστήματος η πρόγνωση εξατομικεύεται και η τελική έκβαση είναι αδιευκρίνιστη.¹⁵

2.11.4. ΛΟΧΕΙΑ

Η λοχεία χαρακτηρίζεται από μείωση των αναγκών σε ινσουλίνη γιατί τα επίπεδα των ορμονών που έχουν διαβητογόνο δράση μειώνονται απότομα . Δίδεται έμφαση στην αποφυγή λοιμώξεων και η πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Ο θηλασμός ενθαρρύνεται.¹⁸

2.11.5. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Οι έγκυες που παρουσίασαν σακχαρώδη διαβήτη έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν διαβήτη τύπου II στο μέλλον. Στις περιπτώσεις που χρειάστηκε ινσουλίνη κατά την κύηση η πιθανότητα να αναπτύξουν διαβήτη σε μια 5ετία είναι 50%

Εάν η ρύθμιση της γλυκόζης ήταν μόνο με δίαιτα τότε το 60% θα εμφανίσει διαβήτη σε 10-15 χρόνια.¹⁹



΄Β ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



3.1. Νοσηλευτική Παρέμβαση

Ο αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής μας παρέμβασης στο σακχαρώδη διαβήτη της κνήσεως, είναι να διατηρηθεί το σάκχαρο του αίματος στα φυσιολογικά επίπεδα (60 - 110) έτσι ώστε να επιτύχουμε μια ήρεμη και φυσιολογική εγκυμοσύνη και όσο το δυνατόν φυσιολογικό τοκετό και βρέφος.

A). Άμεσοι σκοποί

- 1) Παροχή φυσικής και συγκινησιακής υποστήριξης
- 2) Διαπίστωση και αναφορά επιπλοκών
- 3) Εξασφάλιση άνεσης και ανακούφισης από τον πόνο
- 4) Βοήθεια στη ρύθμιση του διαβήτη
- 5) Πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών

B). Μακροπρόθεσμοι σκοποί

- 1) Εγκαθίδρυση διαπροσωπικών σχέσεων, που εμπνέουν πίστη, ενδιαφέρον και εμπιστοσύνη, στη διαβητική έγκυο και την οικογένειά της.
- 2) Προαγωγή ανεξαρτησίας της εγκύου στο χειρισμό του σακχαρώδη διαβήτη της.
- 3) Βοήθεια για πρόληψη και αντιμετώπιση άμεσων και μακροχρόνιων επιπλοκών.²⁰

3.2. Πρόγραμμα διδασκαλίας εγκύου με σακχαρώδη διαβήτη

Η διδασκαλία της διαβητικής εγκύου αποτελεί ζωτικό στοιχείο για μια φυσιολογική εγκυμοσύνη. Κάθε διαταραχή ή παρέκκλιση από τα φυσιολογικά όρια μπορεί να επιβαρύνουν τόσο τη μέλλουσα μητέρα όσο και το έμβρυο.

Για το σχεδιασμό προγράμματος διδασκαλίας μιας διαβητικής εγκύου πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη :

- α) Οι ανάγκες μάθησης της,
- β) Προηγούμενη εμπειρία διαβητικής κύησης,
- γ) ο βαθμός υποστήριξης της από μέλη της οικογένειας ή φίλους,
- δ) οι αναπτυξιακές της ανάγκες,
- ε) η αντίδραση της στη διάγνωση της νόσου.

Η αισιοδοξία για το μέλλον και η παράληψη λήψη προφυλακτικών μέτρων συμβάλλουν στη διατήρηση καλού ηθικού στην έγκυο και την ενισχύουν προς δράση. Πρέπει επίσης να καλλιεργήσει την πεποίθηση ότι δεν είναι και δεν πρέπει να ξεχωρίζει τον εαυτό της από τις μη διαβητικές εγκυμονούσες. Ακόμη θα πρέπει να γνωρίζει για τις πιθανές επιπλοκές και τα κατάλληλα προφυλακτικά μέτρα, χωρίς οι γνώσεις αυτές να της προκαλούν αισθήματα φόβου και ανησυχίας.

Το πρόγραμμα διδασκαλίας σε διαβητική έγκυο περιλαμβάνει:

- 1) Εξοικείωση της εγκύου με το διαβήτη.
- 2) Διατήρηση της υγείας της σε άριστο επίπεδο.
- 3) Φυσική άσκηση
- 4) Εξασφάλιση επαρκούς ανάπαυσης και ύπνου.
- 5) Εφαρμογή του συνιστώμενου διαβητικού σχήματος.
- 6) Ενημέρωση της άρρωστης σχετικά με το βαθμό ρύθμισης του διαβήτη :
α) εξέταση ούρων για σάκχαρο και οξόνια καθημερινώς, β) εξέταση αίματος για σάκχαρο με ηλεκτρονικό μετρητή καθημερινά .

7)Βοήθεια της διαβητικής εγκύου να κατανοήσει τη σπουδαιότητα της ατομικής υγιεινής στην πρόληψη επιπλοκών.

8)Εφαρμογή υγιεινών οδηγιών : α)Απαγόρευση καπνίσματος. β)Λήψη μόνο φαρμάκων που δόθηκαν από το γιατρό, γ)Αποφυγή αλκοόλ και βαρβιτουρικών ουσιών.

Κατά το τέλος της διδασκαλίας του Νοσηλευτή θα πρέπει να γίνεται μια Νοσηλευτική εκτίμηση για το αν :

α)Η γυναίκα καταλαβαίνει τη νόσο της και την αντιμετώπιση της.

β)Η γυναίκα είναι επιβεβαιωμένη, ότι η αναγνώριση των προβλημάτων που βρίσκονται σε αρχικό στάδιο και η συμμόρφωση του σύμφωνα με τον σχεδιασμό της αγωγής, αυξάνει την ασφάλεια για τον εαυτό της και το έμβρυο,

γ)Το σάκχαρο του αίματος της γυναίκας παραμένει σε επιθυμητά επίπεδα (60-120).²⁰

3.3.Εκπαίδευση διαβητικής εγκύου

Κατά τη διάρκεια εκπαίδευσης της διαβητικής εγκύου ο νοσηλευτής/τρια θα πρέπει να είναι πολύ μεταδοτικός στις γνώσεις του και να απαιτήσει να παρευρίσκονται και τα μέλη της οικογένειας γιατί ίσως χρειαστεί να αντιμετωπίσουν κάποιες επείγουσες καταστάσεις.

Οι ευκαιρίες εκπαίδευσης σε ομάδα διαβητικών εγκύων φαίνεται να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα, επειδή βοηθούν στην ανάπτυξη αισθήματος ασφάλειας, καθώς έρχονται σε επαφή με εγκύους που παρουσίασαν την ίδια νόσο.

Η εκπαίδευση της διαβητικής εγκύου από νοσηλευτή/τρια περιλαμβάνει :

α)Εξέταση ούρων για σάκχαρο και οξόνη.

β)Εξέταση αίματος για σάκχαρο.

γ)Την τεχνική εκτελέσεως ενέσεως ινσουλίνης.

δ)Τη φροντίδα ποδιών.

ε)Τα συμπτώματα και την αντιμετώπιση του διαβητικού κόματος..

στ)Εκπαίδευση της εγκύου να αλλάζει την περιοχή ένεσης της ινσουλίνης.²⁰

3.4.Διδασκαλία τεχνικής ένεσης της ινσουλίνης

Η ένεση ινσουλίνης θα πρέπει να διδάσκεται αμέσως μόλις αποφασιστεί θεραπεία με ινσουλίνη. Καλό είναι να συμμετέχει και κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας για εκμάθηση της τεχνικής ένεσης, για περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Τα σημεία που είναι δυνατόν να χορηγηθεί η ινσουλίνη είναι :

α)Προσθιοπλάγια επιφάνεια του μηρού,

β)Δελτοειδής μυς,

γ)Αμφοτερόπλευρα του ομφαλού.

Αντικείμενα:

1)Φιαλίδιο συνιστώμενης ινσουλίνης.

2)Σύριγγα ινσουλίνης και βελόνες (μιας χρήσεως).

3)Φορητή θήκη.

4)Μεθυλιωμένο οινόπνευμα.

5)Τολύπια βάμβακος

Νοσηλευτική ενέργεια.

- 1)Ετοιμάστε τη σύριγγα με τη συνιστώμενη δόση ινσουλίνης.
- 2)Καθαρίστε το δέρμα με οινόπνευμα.
- 3)Κρατήστε τη σύριγγα σαν μολύβι.
- 4)Κρατήστε το δέρμα τεντωμένο στον πρόσθιο μηρό ή αν η ασθενής είναι αδύνατη δημιουργήστε πτυχή έλκοντας προς τα πάνω τον υποδόριο ιστό ανάμεσα στον δείκτη και τον αντίχειρα.
- 5)Βάλτε τη βελόνα με μια γρήγορη κίνηση στο κέντρο σε ορθή γωνία με την επιφάνεια του δέρματος.
- 6)Χαλαρώστε την πτυχή του δέρματος και τραβήξτε το έμβολο προς τα πίσω. Εάν δεν εμφανιστεί αίμα, πιέστε το έμβολο προς τα μέσα.
- 7)Τοποθετήστε το τολύπιο με το οινόπνευμα κοντά στη βελόνα και βγάλτε την ήπια. Πιέστε το σημείο εκείνο με το τολύπιο.
- 8)Τοποθετήστε σύριγγα και βελόνα μέσα στη φορητή θήκη.
- 9)Απομάκρυνση και τακτοποίηση των αντικειμένων.
- 10)Ενθαρρύνεται την διαβητική έγκυο για εκτέλεση της ένεσης ινσουλίνης από την ίδια. Συμβουλευστε την να ακολουθεί το σχήμα κυκλικής εναλλαγής της περιοχής ένεσης.²⁰

3.5. Μέθοδοι εξέτασης ούρων για σάκχαρο και οξόνη

Η διαβητική έγκυος θα πρέπει να ελέγχει τα ούρα της για σάκχαρο και οξόνη καθ'όλο το 24ωρο. Είναι προτιμότερο το σάκχαρο να μετρείται σε τρεις διαφορετικές ουρήσεις την ημέρα, δηλαδή σε πρωινά ούρα και δύο ώρες μετά το μεσημεριανό και βραδινό φαγητό. Είναι προτιμότερο επίσης να εξετάζεται το σάκχαρο σε δείγμα δεύτερης ούρησης, γιατί αυτό δεν έχει μείνει στην κύστη πάνω από 1 ώρα.

Δοκιμασίες για σάκχαρο.

- 1)Clinitest
 - α)Μέθοδος δύο σταγόνων, επιτρέπει την εκτίμηση πυκνότητας σακχάρου μέχρι 5%.
 - β)Μέθοδος πέντε σταγόνων.
- 2)Diastix
- 3)Tast-Tape

Δοκιμασίες για οξόνη.

- 1)Acetest
- 2)Ketostix
- 3)Συνδυασμένα αντιδραστικά σακχάρου - οξόνης²¹

3.6. Υγιεινή της εγκυμοσύνης

Η υγιεινή της εγκυμοσύνης διαβητικής γυναίκας στοχεύει στη διατήρηση της υγείας της μητέρας και του παιδιού σε όσο το δυνατό καλύτερη κατάσταση. Επίσης θα λέγαμε ότι στοχεύει στην εξάλειψη του φόβου και της άγνοιας. Τόσο οι νοσηλεύτριες όσο και οι υπόλοιποι φορείς υγείας που ασχολούνται με τη διαβητική έγκυο έχουν χρέος να συμβάλλουν στην υγιεινή της εγκυμοσύνης.

Συνθήκες Διαβίωσης

Απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης μιας διαβητικής γυναίκας αποτελεί ένα υγιεινό σπίτι το οποίο θα πρέπει να έχει θέρμανση, ύδρευση, αποχέτευση, να είναι ευήλιο και ευάερο και να παρέχει ψυχική ανάπαυση και θαλπωρή.

Ενδυμασία

Θα πρέπει να φοράει, η διαβητική έγκυος, φορέματα ευρύχωρα, ο στήθος να υποβαστάζει το στήθος και όχι να το πιέζει. Αν υπάρχουν κίρσοι να φοριούνται ειδικές κάλτσες. Λινά παπούτσια ή πέδιλα το καλοκαίρι και δερμάτινα παπούτσια το χειμώνα.

Εργασία

Τα περισσότερα επαγγέλματα εκθέτουν την έγκυο σε μεγάλη δραστηριότητα και κόπωση οπότε καλό είναι να αποφεύγονται τέτοια επαγγέλματα.

Διατροφή

Η διατροφή της διαβητικής εγκύου θα πρέπει να είναι ιδιαιτέρως προσεγμένη και θα πρέπει να ακολουθείται μια σειρά δίαιτας που την έχει καθορίσει ειδικός Διαιτολόγος.

Αλκοόλ

Οι βασικές συνέπειες του αλκοολισμού πρέπει να γίνονται γνωστές στην έγκυο και να της συστήνουμε επίσης να μην καταναλώνει περισσότερο από 30§Γ οινόπνευμα την ημέρα.

Κάπνισμα

Το κάπνισμα απαγορεύεται στη διαβητική κύηση διότι τα τοξικά προϊόντα ίου καπνού περνούν από τον πλακούντα στο έμβρυο με βαρύτερες συνέπειες τόσο στη μητέρα όσο και το παιδί.

Ναρκωτικά

Η χρήση ναρκωτικών έχει βλαπτικές συνέπειες στο έμβρυο και μπορεί να προκαλέσει το θάνατο του.

Φάρμακα - Εμβόλια

Η χορήγηση φαρμάκων και εμβολίων κατά τη διάρκεια της κύησης θα πρέπει να αποφεύγεται και μόνο σε μεγάλη ανάγκη θα πρέπει να συστήνονται.

Καθαριότητα Σώματος

Στην εγκυμοσύνη τα λουτρά όχι μόνο επιτρέπονται αλλά και είναι απαραίτητα. Η καθαριότητα των γεννητικών οργάνων πρέπει να είναι σχολαστική και να πλένονται τρεις φορές την ημέρα.

Στοματική κοιλότητα

Στη διαβητική κύηση παρατηρούνται διαταραχές του σάλιου και κάποια υπερπλασία των ούλων. Έτσι λοιπόν συστήνουμε πλύσιμο με βούρτσα μέτριας σκληρότητας και οδοντόπαστα τρεις φορές την ημέρα ή μετά από κάθε γεύμα.

Φροντίδα μαστών

Η περιποίηση των μαστών αποτελεί μια από τις σπουδαιότερες φροντίδες κατά την εγκυμοσύνη γιατί έτσι θα εξασφαλιστεί η γαλουχία και η διατήρηση της αισθητικής εμφάνισής τους. Η φροντίδα των θηλών θα πρέπει να είναι ιδιαίτερη.

Φυσική άσκηση

Ο περίπατος στην εξοχή και οι βαθιές εισπνοές στην ύπαιθρο συστήνονται στη διαβητική έγκυο. Ασκήσεις που συστήνονται είναι : α) Ασκήσεις για τα κάτω άκρα, β) για τους κοιλιακούς μυς, γ) ασκήσεις για τους μυς της ράχης.²⁰

3.7. Δίαιτα κατά την κύηση

Ημερήσιες ολικές θερμίδες : 30κcal / Kgr ιδανικού σωματικού βάρους κατά το 1^ο τρίμηνο και 38 Kcal/Kgr ιδανικού βάρους κατά το 2^ο τρίμηνο.

Οι ημερήσιες θερμίδες κατανέμονται ως εξής : 50 -60% υδατάνθρακες , 20 -30% πρωτεΐνες, λιγότερο από 30% λίπος. Πρωτεΐνες: 1,5 -2g / Kgr ιδανικού σωματικού βάρους. Σίδηρος: 30 -60 mg στοιχειακού σιδήρου ημερησίως.

Ασβέστιο: 400 -800 mg φολικού οξέως ημερησίως.²²

Πιθανή ημερήσια δίαιτα διαβητικής εγκύου.

ΠΡΩΙΝΟ 1 φλυτζ γάλα αποβουτυρωμένο 2 μικρές φρυγανιές 1 μικρό φρούτο	ΠΡΟΓΕΥΜΑ 1/2 φλ. Χυμό πορτοκάλι 1 φέτα ψωμί 1 αυγό
ΓΕΥΜΑ 120gr μοσχάρι άπαχο 1 φλυτζ. σαλάτα εποχής 1 φλυτζ. ρύζι + 30gr ψωμί 3 κουτ. γλ. Ελαιόλαδο 1 μικρό μήλο	ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ 1 φλυτζ. ντομάτα + αγγούρι 2 μικρές φρυγανιές 1 μικρό φρούτο
ΔΕΙΠΝΟ 90gr ψάρι σχάρας 1 φλυτζ καρότα + κολοκυθάκια 1 μικρή πατάτα + 60gr ψωμί 3 κουτ γλ ελαιόλαδο 1 μικρό αχλάδι	ΠΡΟ ΥΠΝΟΥ 1 φλυτζ γιαούρτι άπαχο 2 μικρές φρυγανιές 1 μικρό φρούτο



3.8.Νοσηλευτική Αντιμετώπιση Υπεργλυκαιμίας – Υπογλυκαιμίας

Μεγάλο χρέος του νοσηλευτή είναι η ενημέρωση της διαβητικής εγκύου για αναγνώριση τυχόν σημείων Υπεργλυκαιμίας και Υπογλυκαιμίας καθώς και άμεση αντιμετώπιση τους έτσι ώστε η έγκυος να αποφύγει την εμφάνιση κώματος.

Υπεργλυκαιμία είναι η κατάσταση κατά την οποία οι τιμές του σακχάρου του αίματος είναι πάνω από 150mg/dl. Τα κύρια συμπτώματα της υπεργλυκαιμίας είναι πολουρία, πολυδιψία, πολυσαρκία . Άλλα συμπτώματα είναι το αίσθημα αδυναμίας, διαταραχές οράσεως, πίεση στο κεφάλι, γλυκοζουρία. Η αντιμετώπιση της οξείας υπεργλυκαιμίας είναι η άμεση χορήγηση ινσουλίνης έτσι ώστε να επανέλθει το σάκχαρο στα φυσιολογικά επίπεδα.

Υπογλυκαιμία είναι η κατάσταση κατά την οποία η τιμή του σακχάρου αίματος είναι πολύ χαμηλή (40 – 50mg/dl). Τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας είναι αίσθημα αδυναμίας, αίσθημα πείνας, έντονες εφιδρώσεις, μυϊκός τρόμος, κεφαλαλγία, μούδιασμα γλώσσας, διανοητική σύγχυση.

Αντιμετώπιση οξείας υπογλυκαιμίας:

- 1)Αν η έγκυος έχει τη συνείδηση της χορηγούμε ζάχαρη διαλυμένη σε νερό και χυμό πορτοκαλιού.
- 2)Αν η έγκυος δεν μπορεί να πάρει τίποτα από το στόμα τότε χορηγούμε ένεση γλυκογόνου ενδομυϊκά.
- 3)Αν η άρρωστη βρίσκεται σε κώμα, χορήγηση ενδοφλέβιου διαλύματος γλυκόζης για επαναφορά του σακχάρου στα φυσιολογικά επίπεδα.²⁰

3.9.Νοσηλευτική Φροντίδα διαβητικής επιτόκου

Όταν η διαβητική επιτόκος εισέλθει στο μαιευτήριο του νοσοκομείου και διαγνωστεί από τον μαιευτήρα έναρξη τοκετού τότε προχωρούμε στη λήψη ορισμένων φροντίδων :

1)Βρίσκουμε τον ατομικό φάκελο παρακολούθησης της διαβητικής εγκύου για να ενημερωθούμε για την κατάσταση της υγείας της και την εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

2)Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων : Αρτηριακή Πίεση, σφύξεις, θερμοκρασίας και αναπνοών.

3)Γίνεται λήψη αίματος και ούρων και στέλνονται για εργαστηριακή ανάλυση καθώς επίσης και για διασταύρωση αίματος στην αιμοδοσία. Συνεχή έλεγχο σακχάρου αίματος.

4)Προσδιορίζεται το σχήμα και η θέση του εμβρύου με τους χειρισμούς Leopold.

5)Ακρόαση των εμβρυϊκών παλμών της έντασης και διάρκειας των ωδίνων με το καρδιοτοκογράφο.

6)Γίνεται λουτρό καθαριότητας της διαβητικής επιτόκου.

7)Ζυγίζεται η επιτόκος.

8)Υποκλισμός για την αποφυγή εξόδου κοπράνων στο στάδιο της εξώθησης.

9)Κένωση της ουροδόχου κύστης με ούρηση.

10)Ευπρεπισμός των εξωτερικών γεννητικών οργάνων με ανάλογο ξύρισμα του τριχωτού.

11)Αφαιρούνται φακοί επαφής, οδοντοστοιχίες, και ξεβάφονται τα νύχια της

12) Παραμένει η διαβητική επίτοκος σε θάλαμο δίπλα στην αίθουσα τοκετού εξοπλισμένο με όλο τον απαραίτητο φαρμακευτικό και υγειονομικό εξοπλισμό.

13) Όσον αφορά τη χορήγηση Ινσουλίνης στη διαβητική επίτοκο νοσηλεύτρια/τρία ενεργεί με ανάλογη ενυπόγραφη οδηγία του θεράποντα ιατρού.²⁰

3.10. Νοσηλευτική Αντιμετώπιση διαβητικής εγκύου σε καισαρική τομή

Προεγχειρητική Φροντίδα:

Κάθε διαβητική έγκυος που πρόκειται να υποβληθεί σε καισαρική τομή, εκτός των φροντίδων που προαναφέρθηκαν για τη διαβητική επίτοκο, θα πρέπει να της γίνει όλη η βασική προεγχειρητική ετοιμασία που γίνεται σε κάθε άτομο που ετοιμάζεται για λαπαροτομία. Η προεγχειρητική ετοιμασία αποβλέπει στην εναπόθεση γλυκογόνου στο ήπαρ, με το οποίο προφυλάσσεται η διαβητική έγκυος από τη δυσμενή επίδραση των ναρκωτικών από τη νάρκωση. Απόθεμα λευκωμάτων και ισοζύγιο ηλεκτρολυτών και ύδατος πρέπει να πραγματοποιηθούν μετεγχειρητικά.

Υπάρχει επίσης διασταυρωμένο αίμα προς διάθεση σε περίπτωση που χρειασθεί και φροντίζει ο νοσηλεύτρια/τρία για τη χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων σε περίπτωση που υπάρχει ρήξη εμβρυϊκών υμένων πριν την εγχείρηση.

Μετεγχειρητική Φροντίδα:

Μετεγχειρητικά η αντιμετώπιση της διαβητικής λεχωίδας είναι όπως κάθε χειρουργημένου ατόμου. Καθήκον του νοσηλεύτρια/τριας είναι η προστασία της διαβητικής λεχωίδας κατά την ανάνηψη, η παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης, η ανακούφιση από πιθανά ενοχλήματα, η πρόληψη επιπλοκών.

Πολλές φορές, έχει παρατηρηθεί ότι μετά τον τοκετό η διαβητική λεχωίδα να παθαίνει υπογλυκαιμία. Γι' αυτό το λόγο γίνεται συνεχής χορήγηση Dextroze 5% με ανάλογη κατά περίπτωση ινσουλίνη μέχρι η δοσολογία ινσουλίνης να επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα όπως πριν της εγκυμοσύνης.²⁰

3.11. Νοσηλευτική φροντίδα νεογνού διαβητικής μητέρας

Με την καλή ρύθμιση του διαβήτη το νεογνό θα είναι φυσιολογικό. Η κακή ρύθμιση θα έχει σαν αποτέλεσμα τη γέννηση μεγάλων νεογνών που έχουν τάση για αναπνευστική δυσχέρεια και φτωχή θερμορύθμιση. Σε διαβητική που δεν έχει αντιμετωπισθεί, το νεογνό εμφανίζεται οιδηματώδες, ληθαργικό, ο στόμαχος του είναι γεμάτος με αμνιακό υγρό που οφείλεται στο υδράμνιο, αναπτύσσεται εύκολα ατελεκτασία.

Για αυτούς τους λόγους ο νοσηλεύτρια θα πρέπει να φροντίζει ιδιαίτερα το νεογνό της διαβητικής μητέρας. Εκτός από τη γενική φροντίδα που γίνεται σε κάθε νεογνό θα πρέπει να γίνει μια ειδική φροντίδα που περιλαμβάνει:

α) Συνεχής αναρροφήσεις από το φάρυγγα, λάρυγγα, τραχεία και στόμαχο.

β) Χορήγηση οξυγόνου υπό πίεση αν κριθεί απαραίτητο.

γ) Αναρρόφηση σε συχνά χρονικά διαστήματα τις πρώτες 48 ώρες.

δ) Είναι δυνατό το νεογνό να εμφανίζει υπογλυκαιμία λόγω υπερδραστηριότητας του παγκρέατος. Γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να προσδιορίζεται το σάκχαρο αίματος του νεογνού κάθε 2 ώρες κατά το πρώτο 48ωρο.

Θα πρέπει να ενημερωθεί η διαβητική μητέρα ότι ο θηλασμός δεν αντενδείκνυται, αν βέβαια δεν υπάρχουν άλλα σοβαρά προβλήματα υγείας.²⁰

3.12. Μέθοδοι αντισύλληψης διαβητικών γυναικών

Γενικά στις διαβητικές επιτρέπονται μέχρι 2 ως 3 το περισσότερο κύσεις, γιατί κάθε μια από αυτές επιβαρύνει την κλινική διαδρομή της πάθησης.

Μετά τη συμπλήρωση της οικογένειας της διαβητικής μητέρας, επιβάλλεται η αναπαραγωγική προφύλαξη. Σαν μέθοδος εκλογής για τη προφύλαξη, θεωρείται η χρήση των διάφορων ενδομητρικών ελασμάτων (E.M.E.), γιατί τα διάφορα αντισυλληπτικά δισκία παρεμβαίνουν στο μεταβολισμό του σακχάρου και των λιπιδίων. Επίσης με τη δράση τους πάνω στις αγγειακές αλλοιώσεις που προϋπάρχουν, λόγω της πάθησης, γίνονται αιτία αυξημένης συχνότητας θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Σε ορισμένες περιπτώσεις γίνεται οριστική στειρώση με απολίνωση των σαλπίνγων όταν υπάρχει αντένδειξη για τις συντηρητικές μεθόδους αναπαραγωγικής προφύλαξης.²³

3.13. Οδηγίες μέχρι την επόμενη κύηση σε γυναίκα με σακχαρώδη διαβήτη

Η διαβητική γυναίκα πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά από διαβητολόγο και θα επιχειρήσει να μείνει πάλι έγκυος μετά από ρύθμιση του σακχάρου της και διαπίστωση χαμηλών επιπέδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, της οποίας οι τιμές αντικατοπτρίζουν τις τιμές της γλυκόζης τις προηγούμενες 6 έως 8 εβδομάδες. Οι διαφραγματικές μέθοδοι αντισύλληψης αποτελούν την καλύτερη λύση ενώ η αντισυλληπτική ενδομητρική συσκευή (σπιράλ) αντενδείκνυται λόγω κινδύνου λοιμώξεων. Τα χαμηλής δοσολογίας αντισυλληπτικά χάπια προκαλούν ελάχιστη αύξηση του κινδύνου θρομβοεμβολικών επεισοδίων αλλά πολύ λιγότερο από εκείνο που υπάρχει κατά τη διάρκεια της κύησης.²³

3.14. Προσδιορισμός της γλυκόζης του αίματος από την ίδια την έγκυο

Η τεχνική του προσδιορισμού της γλυκόζης του αίματος στο σπίτι έχει γίνει ένα από τα κυριότερα σημεία της αντιμετώπισης των εγκύων γυναικών με σακχαρώδη διαβήτη. Αυτές οι συσκευές έχουν οδηγήσει σε ελάττωση των εισαγωγών σε νοσοκομεία, και καλύτερο έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης (Εικ 3). Υπάρχουν δύο μέθοδοι (Strips που εκτιμούνται με την όραση και μέτρηση αντανάκλασης ή ενζύμων) και πολλά προϊόντα είναι πλέον διαθέσιμα στο εμπόριο. Όλες οι μέθοδοι βασίζονται σε μία αντίδραση οξειδάσης της γλυκόζης η οποία συμβαίνει όταν το αίμα έρχεται σε επαφή με το αντιδραστήριο του Strip ή την μεμβράνη. Η φωτεινότητα του χρώματος που προκύπτει είναι ανάλογη του ποσού της γλυκόζης. Τα Strips που εκτιμώνται με την όραση στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό, στην υποκειμενική εκτίμηση γι' αυτό και εκεί συμβαίνουν τα περισσότερα λάθη. Γενικά, προτιμάται κάποιος μετρητής για την κύηση. Οι διάφορες συσκευές ποικίλλουν σε μέγεθος, σχήμα, στάνταρτ, τεχνικές αξιολογήσεις και εύρος μέτρησης γλυκόζης. Οι καινούργιες συσκευές είναι συνήθως πιο απλές στη χρήση, αλλά όλες απαιτούν την κατάλληλη

τεχνική. Η ευαισθησία και η ακρίβεια των περισσοτέρων συσκευών είναι γενικά αποδεκτές για κλινική χρήση. Η κυριότερη αιτία λάθους είναι η τεχνική του χρήστη, γι' αυτό και είναι εξαιρετικά σημαντικό να του χορηγηθεί επαρκής εκπαίδευση.

Εικόνα 3.



Οι μετρήσεις των επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα πρέπει να γίνονται τουλάχιστον τέσσερις φορές την ημέρα, τόσο νήστεως της ασθενούς όσο και μετά από γεύμα, και αυτό αφορά τις γυναίκες με διαβήτη της κύησης, ενώ για τις γυναίκες με προϋπάρχοντα σακχαρώδη διαβήτη, αυτή η μέτρηση πρέπει να γίνεται 5-7 φορές την ημέρα. Εκτός από αυτόν τον συστηματικό έλεγχο οι ασθενείς πρέπει επίσης να ελέγχονται και κάθε φορά που αισθάνονται συμπτώματα υπογλυκαιμίας. Τα αποτελέσματα της κάθε δοκιμασίας πρέπει να καταχωρούνται σε ειδικό έντυπο ή βιβλίο και στη συνέχεια να ελέγχονται από τον θεράποντα ιατρό σε κάθε επίσκεψη. (Οι επιθυμητές τιμές των επιπέδων της γλυκόζης, αναγράφονται στον πίνακα 10).¹¹

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Γενικές κατευθυντήριες γραμμές για τη χορήγηση ινσουλίνης.

Σχήμα χορήγησης	Ινσουλίνη πριν το πρωινό	Ινσουλίνη πριν το μεσημεριανό	Ινσουλίνη πριν το δείπνο	Ινσουλίνη πριν ύπνο	Σχόλια
I Σχήμα 2 δόσεων	NPH+ Regular2:1	–	NPH+ Regular1:1	–	Δίδονται τα 2/3 της συνολικής δόσης πριν το πρωινό και το υπόλοιπο πριν το δείπνο. Μειονεκτήματα: Η χορήγηση NPH πριν το δείπνο μπορεί να προκαλέσει νυκτερινή υπογλυκαιμία(1-3 π.μ.) και μπορεί να μην ελέγχει αποτελεσματικά τα πρωινά επίπεδα γλυκόζης.

II Σχήμα 3 δόσεων	NPH+ Regular 2:1	–	Regular	NPH (ή Lente)	Αυτό το σχήμα μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικό από το σχήμα I. Μεταφέροντας το χρόνο χορήγησης της NPH πριν τον ύπνο, μπορεί να προληφθεί η νυκτερινή υπογλυκαιμία και να επιτευχθεί έλεγχος των πρωινών επιπέδων γλυκόζης.
III Σχήμα 4 δόσεων	NPH+ Regular	Regular	Regular	NPH (ή Lente)	Αυτό είναι το πλέον αποτελεσματικό σχήμα. Χρησιμοποιείται σαν εναλλακτική λύση προς το σχήμα II. Εδώ, η δόση της ινσουλίνης που χορηγείται πριν τον ύπνο αντικαθιστά τις βασικές ημερήσιες ανάγκες σε ινσουλίνη. Σε μερικές περιπτώσεις χορηγείται Ultralente πριν το δείπνο για να αντικαταστήσει τη χορήγηση της NPH.



7 ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ



4.1.Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Διεργασία.

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική, επιστημονική επίλυση ενός προβλήματος στην πράξη.

Η μέθοδος ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, που χρησιμοποιείται στη Νοσηλευτική διεργασία, περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών, βασιζόμενα στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου.

Οι σκοποί της Νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου.
2. Η πρόληψη της νόσου.
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος.
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου/αρρώστου.
2. Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης.
3. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.
4. Εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας.
5. Αξιολόγηση/εκτίμηση του αποτελέσματος.²⁴

4.2.Περιστατικό Α'

Η κυρία Z.M., ηλικίας 26 ετών, εισήχθη στην Μαιευτική Κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ρίου στις 22/3/10 και ώρα 10:00 π.μ. όπου και νοσηλεύθηκε ως τις 29/3/10.

Η ηλικία της κύησης, ήταν 36 εβδομάδες - πρωτότοκος.

Αιτία προσέλευσης : καλύτερη παρακολούθηση της εγκύου λόγω Σ.Δ.

Η Z. M. παρουσιάζει οικογενειακό ιστορικό με σακχαρώδη διαβήτη αφού η μητέρα της πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη και είναι υπό αγωγή με ινσουλίνη. Η ίδια η εγκυμονούσα παρουσίασε κλινικό διαβήτη ο οποίος αρχικά αντιμετωπίστηκε με ειδική διαίτα διαβητικού, στη συνέχεια όμως (2^ο και 3^ο τρίμηνο εγκυμοσύνης) ετέθη σε αγωγή με ινσουλίνη. Έτσι σε τακτά χρονικά διαστήματα παρακολουθούσε τα επίπεδα του σακχάρου της και έκανε μόνη της τις ενέσεις ινσουλίνης αφού είχε εκπαιδευτεί κατάλληλα από τη νοσηλεύτρια του νοσοκομείου.

Η ημερήσια κατανάλωση της σε θερμίδες ήταν στις 1800Kcal.

Τα τελευταία αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων ήταν

He = 31,6%

Hb=10g/dl

Λευκά = 9000

Αιμοπετάλια = 274.000

Σάκχαρο = 80mg/dl

T3 = 1,2ng/ml

T4 = 9,2mg/dd

TSH - 2,1 mU/ml

Ουρία = 29mg%
Κρεατινή = 0,66mg%
K = 3.92mmol/l
Na= 134,2mmol/l
Ca = 8,96
Ουρικό οξύ = 4,6
SCOT = 13U/l, SGPT = 10/l, γ-GT =10U/l
Λεύκωμα ούρων = 8mg%
PT=12,4", ptt = 28''
Ομάδα αίματος A RHESUS (+) θετικό

Ζωτικά σημεία :

Θεμοκρασία = 36,6 °C

Σφύξεις = 70/1'

Αναπνοές = 16/1'

Αρτηριακή πίεση = 135/90mmHG

Κατά την διαμονή της στην Μαιευτική Κλινική, η κυρία Z.M. είχε μεγάλο άγχος, συγκινησιακή φόρτιση και φόβο για την όλη πορεία του τοκετού.

Στις 24/3/10 και ώρα 9:00π.μ. γέννησε με καισαρική τομή.

Φύλο: ΘΗΛΥ

Σωματικό βάρος : 3700KG

Κατά την ανάνηψη της από το χειρουργείο η μητέρα παρουσίασε συμπτώματα υπογλυκαιμίας, τα οποία όμως αντιμετωπίστηκαν αφού της χορηγήθηκε διάλυμα γλυκόζης.

Τη δεύτερη ημέρα Λοχείας η λεχвіδα παρουσίασε πυρετό 38,5 °C και εμετούς.

Σε όλη τη διάρκεια της παραμονής της λεχвіδας στη κλινική έγινε συνεχής έλεγχος και καταγραφή των επιπέδων του σακχάρου στο αίμα της και διαπιστώθηκε ότι βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Τη 3η ημέρα Λοχείας η μητέρα εμφάνισε δύσπνοια όπου έγιναν οι κατάλληλες εξετάσεις και νοσηλευτικές παραμβάσεις μετά από ιατρική εντολή.

Τη 4η ημέρα Λοχείας κατά την εξέταση της μητέρας και του νεογνού από τους γιατρούς βρέθηκαν σε φυσιολογική κατάσταση, δόθηκαν οδηγίες για συνεχή επανέλεγχο και έγινε σχεδιασμός εξόδου τους από το Νοσοκομείο.

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτέλεσμα
1. Μεγάλο άγχος συγκινησιακή φόρτιση και φόβο για την όλη πορεία του τοκετού	* Μείωση του άγχους και της συγκινησιακή φόρτισης επιτρέποντας να εκφράσει απορίες για το τοκετό. Αποτρέποντας την να επηρεάσει αρνητικά την τιμή του σακχάρου.	* Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. Ενημέρωση στις απορίες περι τοκετού. * Επίτευξη γνωριμίας μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ιατρικού για να νιώσει εμπιστοσύνη.	* Έγινε ανάλογη ψυχολογική Υποστήριξη μέσα από διάλογο όπου έκφρασε όλες τις απορίες τις.	* Η επίτοκος ένιωσε καλύτερα αφού μειώθηκε το άγχος της συμβάλλοντας έτσι στην ομαλή πορεία του τοκετού.

Αξιολόγηση Ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτέλεσμα
2. Υπογλυκαιμία της μητέρας κατά την ανάνηψη της στο χειρουργείο. (τιμή σακχάρου:60mg/dl)	* Άμεση αύξηση σακχάρου ώστε να έρθει στα φυσιολογικά επίπεδα. * Να γίνει τροποποίηση διαίτας ασθενούς. * Πρόληψη επιπλοκών.	* Άμεση χορήγησης γλυκόζης ενδοφλεβίως με την σύμφωνη γνώμη του γιατρού. * Τροποποιήθηκε η διαίτα της ασθενούς σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	* Χορηγούμε διάλυμα Dextroze 5% 1000ml με 50 ml/h.	* Η γυναίκα νιώθει καλύτερα αφού υποχώρισαν τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας. (τιμή σακχάρου:87mg/dl)

<p>3. Η λεχwoίδα εμφάνισε πυρετό 38,5 °C</p>	<p>* Πτώση πυρετού και ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα. * Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>* Προετοιμασία αναλγητικών και αντιπυρετικών φαρμάκων κατά εντολή γιατρού. * Προετοιμασία ψυχρών επιθεμάτων(χλιαρά-ψυχρά) κατά την διάρκεια του πυρετού. * Να τεθεί σε 3ωρη θερμομέτρηση και καταγραφή στο διάγραμμα. * Λήψη αίματος για καλλιέργεια.</p>	<p>* Χορηγήθηκε 1 amp Aprotel διαλυμένη σε 100ml N/s 0,9% για 20 min, με ιατρική εντολή. * Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα μετώπο και του συστήθηκε να κάνει χλιαρά ντους για την πρόληψη ανόδου της θερμοκρασίας.. * Η ασθενής ετέθη σε 3ωρη θερμομέτρηση.</p>	<p>* Πτώση πυρετού στα φυσιολογικά επίπεδα 36,8 °C χωρίς καμία περαιτέρω επιπλοκή μετά την χορήγηση του Aprotel. Το Aprotel, περιέχει την ουσία παρακεταμόλη. Θεωρείτε φάρμακο καθημερινής χρήσης αρκεί να είναι σε σωστές δόσεις που δεν ξεπερνούν τα έξι δισκία την ημέρα και το άτομο να μη κάνει κατάχρηση οιοπνεύματος διότι κινδυνεύει να παρουσιάσει επικίνδυνη βλάβη του ήπατος .</p>
--	---	--	---	---

Αξιολόγηση Ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτέλεσμα
<p>4. Δύσπνοια</p>	<p>* Να επανέλθει η αναπνοή στα φυσιολογικά επίπεδα. * Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>* Να τοποθετηθεί ο ασθενής στην κατάλληλη θέση. * Να γίνει λήψη αίματος για την μέτρηση αέριων αίματος. * Να χορηγηθεί O₂ στον ασθενή σύμφωνα με ιατρική οδηγία. * Να κλιθεί ο φυσιοθεραπευτής για να δείξει στον ασθενή τις απαραίτητες αναπνευστικές</p>	<p>* Έγινε τοποθέτηση του ασθενούς σε ημικαθιστή θέση προς διεύρινη της ζωτικής χωρητικότητας . * Οι τιμές των αερίων αίματος είναι: HCO₃ =20mEq/L, Pco₂ =33mmHg, pO₂=75mmHg, PH=7,4 Οι τιμές είναι ελαφρώς χαμηλές.</p>	<p>* Ο ασθενής ανακουφίστηκε από την δύσπνοια μετά την τοποθέτησή του στη σωστή θέση και την χορήγηση του O₂.</p>

<p>5.Σχεδιασμός εξόδου της λεχωίδας και του νεογνού.</p>	<p>*Προετοιμασία της λεχωίδας και του νεογνού για την αποχώρησή τους από το νοσοκομείο.</p>	<p>ασκήσεις.</p> <p>*Έλεγχος της παθολογικής κατάστασης της λεχωίδας με έμφαση τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα. Ένημερωση λεχωίδας για συνεχή επανέλεγχο. Έλεγχος νεογνού από τον παιδίατρο. Διδασκαλία φροντίδας νεογνού</p>	<p>* Χορηγήθηκε O₂ με ρινική κάνουλα στα 4lt. *Ο φυσιοθεραπευτής προέβει στις απαραίτητες αναπνευστικές ασκήσεις και έγινε διδασκαλία του ασθενούς.</p> <p>* Έγινε εργαστηριακός έλεγχος και απέδειξε ότι δεν υπάρχει παθολογική κατάσταση. * Τα επίπεδα σακχάρου επανήλθαν στα φυσιολογικά. * Εξετάστηκε το νεογνό από τον παιδίατρο και έγινε λήψη αίματος για να εξεταστεί τυχόν έλλειψη κάποιων ενζύμων (π.χ. G6PD).</p>	<p>*Μετά την εξέταση λεχωίδας και νεογνού κρίθηκε κατάλληλη έξοδος τους από το νοσοκομείο.</p>
--	---	--	---	--



4.3.Περιστατικό 'B

Η κυρία Ο.Κ.. ηλικίας 29 ετών, εισήχθη στην Μαιευτική κλινική του ΠΠΓΝ στο Ρίο στις 11/2/10 όπου και νοσηλεύτηκε ως τις 18/3/10. Η ηλικία της κύησης, ήταν 37 εβδομάδες - πρωτότοκος.

Αιτία προσέλευσης: προγραμματισμένος τοκετός λόγω Σακχαρώδη διαβήτη της κύησης.

Ετέθη υπό αγωγή με ινσουλίνη με μέτρηση του επιπέδου σακχάρου πριν και 1 1/2 ώρα μετά το φαγητό.

Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων ήταν :

Ht - 37%	SGOT= 26u/l
Λευκά = 9200	SGPT = 130/l
AMT = 237000	Ομάδα αίματος B Rhesus (+) θετικό
Σάκχαρο = 99mg/dl	Ζωτικά Σημεία : Φυσιολογικά
Ουρία = 23mg%	
Λεύκωμα 24ώρου ούρων =600mg%	
K=4,1mmol/l	
Hgb=9,1g/dl	
Na=138mmol/l	
Ca = 9,13	

Στις 13/3/02 και ώρα 10:00 η κυρία Ο.Κ. γέννησε με καισαρική τομή.

ΦΥΛΟ: APEN

Σωματικό βάρος : 4000Kg

Η κυρία Ο.Κ. κατά την ανάνηψη της από το χειρουργείο παραπονέθηκε για πόνο, ο οποίος αντιμετωπίστηκε με τα κατάλληλα μέσα.

Κατά τις επόμενες ημέρες λοχείας η κυρία Ο.Κ. παραπονέθηκε για δυσκοιλιότητα ,πόνο στις γαστροκνημιαίες και πυρετό. Με την κατάλληλη φροντίδα υποχώρησαν τα ανωτέρω συμπτώματα. Επίσης, η λεχώρα παρουσίασε εμέτους.

Σε όλες τις ημέρες λοχείας που παρέμεινε η κυρία Ο.Κ. στο νοσοκομείο γινόταν συνεχής έλεγχος των επιπέδων του σακχάρου αίματος της, το οποίο βρισκόταν σε φυσιολογικά επίπεδα.

Την 5η ημέρα λοχείας η μητέρα και το νεογνό εξετάστηκαν από τους αρμόδιους γιατρούς και βρέθηκαν φυσιολογικοί. Δόθηκαν οδηγίες για συνεχή επανέλεγχο και έγινε σχεδιασμός εξόδου τους από το Νοσοκομείο.

Νοσηλευτική Διεργασία

Αξιολόγηση Ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτέλεσμα
1.Μετεγχειρητικός κοιλιακός πόνος λεχωΐδας .	<ul style="list-style-type: none"> * Ανακούφιση από τον πόνο. * Πρόληψη επιπλοκών. 	<ul style="list-style-type: none"> * Θα πρέπει να ανακουφιστεί η λεχωΐδα από τον πόνο αρχικά με φυσικά μέσα και αν δεν έχουν αποτέλεσμα τότε θα χρειαστεί φαρμακευτική αγωγή μετά από ιατρική αγωγή. 	<ul style="list-style-type: none"> * Γίνεται διδασκαλία λεχωΐδας πώς να κρατά το τραύμα όταν βήχει. Τίθεται σε ύπτια θέση και της γίνεται εντριβή. *Αν ο πόνος επιμένει τότε θα γίνει παυσίπονη ένεση ύστερα από ιατρική έγκριση. 	<ul style="list-style-type: none"> * Ο πόνος αντιμετωπίζεται με φυσικά μέσα αφού η λεχωΐδα ηρεμεί και αισθάνεται καλύτερα. Δεν χρειάστηκε παυσίπονη ένεση.
2.Η λεχωΐδα παρουσίασε θρομβοφλεβίτιδα. (πόνος άκρου, ερυθρότητα , οίδημα άκρων.)	<ul style="list-style-type: none"> * Θα πρέπει να παρεμποδιστεί η μετακίνηση του θρόμβου έτσι ώστε να αποφευχθεί πιθανή πνευμονική εμβολή της θρομβοφλεβίτιδας. * Πρόληψη επιπλοκών. 	<ul style="list-style-type: none"> * Διαπίστωση της αιτίας που προκάλεσε την θρομβοφλεβίτιδα. *Ακινητοποίηση του άκρου και επίδεση. *Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων . * Να χορηγηθεί αντιπηκτικό σύμφωνα με ιατρική οδηγία. 	<ul style="list-style-type: none"> * Η λεχωΐδα αρνείται να σηκωθεί από το κρεβάτι λόγω του φόβου της για ρήξη του τραύματος . Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της κυκλοφορίας στο άκρο λόγω του μειωμένου μεταβολισμού. Έγινε η πλήρης ακινητοποίηση του άκρου ώστε να μην μετακινηθεί ο θρόμβος προς τα πάνω. Έγινε η περίδεση όλου του άκρου με ελαστικό επίδεσμο μειώνοντας έτσι τον πόνο. *Χορηγήθηκε ηπαρίνη 25000 IU σε 1000 ml N/S 0,9% με 40ml/h, με ιατρική εντολή. 	<ul style="list-style-type: none"> * Άρχισαν να υποχωρούν τα συμπτώματα της θρομβοφλεβίτιδας. Σε λίγες ημέρες διαλύθηκε ο θρόμβος. *Η λεχωΐδα άρχισε να σηκώνεται και να αισθάνεται πολύ καλύτερα.

<p>3. Η λεχωίδα εμφάνισε πυρετό 38,5 °C</p>	<p>* Πτώση πυρετού και ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα. * Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>* Προετοιμασία αναλγητικών και αντιπυρετικών φαρμάκων κατά εντολή γιατρού. * Προετοιμασία ψυχρών επιθεμάτων(χλιαρά-ψυχρά) κατά την διάρκεια του πυρετού. * Να τεθεί σε 3ωρη θερμομέτρηση και καταγραφή στο διάγραμμα. * Λήψη αίματος για καλλιέργεια.</p>	<p>* Χορηγήθηκε 1 amp Aprotel διαλυμένη σε 100ml N/s 0,9% για 20 min, με ιατρική εντολή. * Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα στο μέτωπο και του συστήθηκε να κάνει χλιαρά ντους για την πρόληψη ανόδου της θερμοκρασίας.. * Η ασθενής ετέθη σε 3ωρη θερμομέτρηση</p>	<p>* Πτώση πυρετού στα φυσιολογικά επίπεδα 36,8 °C χωρίς καμία περαιτέρω επιπλοκή μετά την χορήγηση του Aprotel. Το Aprotel, περιέχει την ουσία παρακεταμόλη. Θεωρείτε φάρμακο καθημερινής χρήσης αρκεί να είναι σε σωστές δόσεις που δεν ξεπερνούν τα έξι δισκία την ημέρα και το άτομο να μη κάνει κατάχρηση οινοπνεύματος διότι κινδυνεύει να παρουσιάσει επικίνδυνη βλάβη του ήπατος .</p>
---	---	--	--	--

Νοσηλευτική Διεργασία (συνέχεια)

Αξιολόγηση Ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτέλεσμα
<p>4. Δυσκοιλιότητα της λεχωίδας.</p>	<p>* Κένωση του εντέρου από το περιεχόμενο του και αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του * Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>* Έγερση λεχωίδας από το κρεβάτι το γρηγορότερο. * Η διαίτα της πλούσια από φρούτα και χορταρικά. * Αν η δυσκοιλιότητα επιμένει να γίνει καθαρτικός υποκλισμός.</p>	<p>* Η λεχωίδα σηκώθηκε από το κρεβάτι . * Η διατροφή της περιλαμβάνει άφθονα φρούτα και λαχανικά. * Αν δεν αποδώσουν τα παραπάνω μέσα θα εκτελεστεί καθαρτικός υποκλισμός.</p>	<p>* Μετά την εφαρμογή των προηγούμενων μέσων εκενώθει το έντερο της λεχωίδας και αποκαταστάθηκε η φυσιολογική λειτουργία του χωρίς να χρειαστεί να εφαρμόσουμε καθαρτικό υποκλισμό.</p>

<p>5. Έμετοι</p>	<p>*Ανακούφιση της ασθενούς από τους εμέτους. *Απαλλαγή της ασθενούς από τους εμέτους. *Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>*Να παρατηρηθούν τα χαρακτηριστικά, η σύσταση και η ποσότητα των εμέτων. *Να γίνει λήψη αίματος για εργαστηριακό και ηλεκτρολυτικό έλεγχο. *Να χορηγηθεί αντιεμετικό σύμφωνα με ιατρική οδηγία. *Να γίνει ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. *Να τροποποιηθεί η διαίτα της ασθενούς. *Να γίνει ατομική υγιεινή και φροντίδα του αρρώστου μετά τους εμετούς. *Να γίνει τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα Levin, εάν κριθεί απαραίτητο, με ιατρική οδηγία.</p>	<p>*Η χροιά και η σύσταση των εμέτων δεν παρουσίασε ανησυχητικά ευρήματα. *Στα εργαστηριακά ευρήματα οι τιμές που βρέθηκαν ήταν στα φυσιολογικά επίπεδα. *Χορηγήθηκε 1amp Primperan ενδομυϊκώς. *Δεν δόθηκε οδηγία για τη χορήγηση ορών, διότι δεν κρίθηκε απαραίτητο από την ιατρική ομάδα. *Χορηγήθηκε ελαφρά διαίτα στον ασθενή.</p>	<p>*Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τους εμέτους. *Ο ασθενής σταδιακά απαλλάσσεται από τους εμέτους μετά τη δράση του αντιεμετικού Primperan, το οποίο είναι μετοκλοπραμίδη που επιταχύνει την κένωση του στομάχου και την διάβαση στο λεπτό έντερο και επιπλέον ασκεί ισχυρή κεντρική αντιεμετική δράση. Είναι ισχυρός ανταγωνιστής των υποδοχέων της ντοπαμίνης. *Δεν έγινε τοποθέτηση Levin διότι δεν κρίθηκε απαραίτητο από το ιατρό.</p>
<p>6. Σχεδιασμός εξόδου της λεχωίδας και του νεογνού.</p>	<p>* Προετοιμασία της λεχωίδας και του νεογνού για την αποχώρηση τους από την κλινική.</p>	<p>* Έλεγχος της παθολογικής κατάστασης της λεχωίδας με έμφαση τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα. *Ενημέρωση λεχωίδας για συνεχή επανέλεγχο. *Έλεγχος νεογνού από τον παιδίατρο. *Διδασκαλία φροντίδας νεογνού</p>	<p>* Έγινε εργαστηριακός έλεγχος και απέδειξε ότι δεν υπάρχει παθολογική κατάσταση. * Τα επίπεδα σακχάρου επανήλθαν στα φυσιολογικά. * Εξετάστηκε το νεογνό από τον παιδίατρο και έγινε λήψη αίματος για να εξεταστεί τυχόν έλλειψη κάποιων ενζύμων(π.χ. G6PD).</p>	<p>* Μετά την εξέταση λεχωίδας και νεογνού κρίθηκε κατάλληλη η έξοδος τους από το νοσοκομείο.</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με βάση τα προαναφερόμενα στοιχεία καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο σακχαρώδης διαβήτης κύησης είναι μια νόσος η οποία αν δεν διαγνωσθεί και αντιμετωπιστεί έγκαιρα επιφέρει σοβαρά προβλήματα τόσο στην έγκυο όσο στο έμβρυο /νεογνό. Στην περίπτωση που η κατάσταση αυτή αντιμετωπιστεί επιτυχώς και γεννηθεί το νεογνό διαβητικής μητέρας ο γιατρός (μαιευτήρας) και ο νοσηλευτής οφείλουν να συμβουλέψουν τη μητέρα σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης και το σχεδιασμό των μετέπειτα κήσεων .Η έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση του ΣΔΚ, η αυστηρή παρακολούθηση των ινσουλινοεξαρτώμενων γυναικών και η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου για τη μητέρα και το νεογνό, αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την επιτυχή έκβαση των κήσεων που επιπλέκονται. Γενικά στις διαβητικές γυναίκες επιτρέπονται 2 έως 3 κήσεις, διότι κάθε μία από αυτές επιβαρύνει την κλινική διαδρομή της νόσου.



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα χρόνια νόσημα, πολλοί λένε ότι είναι ένας άλλος τρόπος ζωής, ενώ άλλοι ότι είναι ένας απρόσκλητος επισκέπτης, με τον οποίο πρέπει να μάθουμε να ζούμε. αποτελεί κλινικό σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από ανεπάρκεια ή αντίσταση στην ινσουλίνη και χρόνια έκθεση του οργανισμού σε συνθήκες υπεργλυκαιμίας . Η επιδείνωση της ανοχής στη γλυκόζη είναι ένα φαινόμενο, που ως ένα βαθμό, συμβαίνει φυσιολογικά κατά τη διάρκεια της κύησης, ενώ η εκδήλωση διαβήτη στην έγκυο γυναίκα είναι η συχνότερη παθολογική επιπλοκή.

Η κύηση της διαβητικής εγκύου είναι αναμφίβολα κύηση υψηλού κινδύνου και έχει αποδειχθεί ότι ο κίνδυνος είναι συνυφασμένος με την κακή ρύθμιση του σακχάρου και με την πλημμελή περιγεννητική φροντίδα. Ως σακχαρώδης διαβήτης της κύησης (Gestational Diabetes Mellitus-GDM) ορίζεται η διαταραχή της ανοχής της γλυκόζης (glucose intolerance), η έναρξη ή η αναγνώριση της οποίας συμβαίνει για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της κύησης.

Περιλαμβάνει: α) την υποκατηγορία των γυναικών που παρουσίαζαν ήδη πριν από την εγκυμοσύνη μη διαγνωσθέντα σακχαρώδη διαβήτη,β) τις έγκυες που εμφάνισαν τη νόσο για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ενώ προηγουμένως είχαν φυσιολογική ανοχή στη γλυκόζη. Η συχνότητα του αναβιβάζεται στο 2% έως και 5%.

Στην παθογένεια του διαβήτη της κύησης υπεισέρχονται, τόσο επίκτητοι (παχυσαρκία, ηλικία), όσο και κληρονομικοί παράγοντες.

Προκειμένου να διαγνωσθεί ο σακχαρώδης διαβήτης στην κύηση, πρέπει να διενεργείται σε όλες τις έγκυες, μεταξύ της 24ης και 28ης εβδομάδας της κύησης (όταν έχει ήδη εμφανισθεί η φυσιολογική σε όλες τις εγκύους γυναίκες ινσουλινοαντοχή της κύησης), screening test με χορήγηση 50 gr γλυκόζης peros, με τη μορφή σακχαρούχου υγρού. Η μέτρηση της γλυκόζης αίματος γίνεται μετά από 60 min με τη λήψη αίματος. Αν η γλυκόζη πλάσματος είναι >130 mg/dl -ανώτερο φυσιολογικό όριο θεωρούνται τα 140 mg/dl (πλάσμα)- διενεργείται δοκιμασία ανοχής γλυκόζης (διαγνωστική σακχαραιμική καμπύλη).

Η καλύτερη ρύθμιση των επιπέδων της γλυκόζης πριν από τη σύλληψη και κατά τη διάρκεια της κύησης για τις διαβητικές έγκυες γυναίκες με προϋπάρχοντα της κύησης διαβήτη και ο έλεγχος όλων των εγκύων για τη διάγνωση και αντιμετώπιση του διαβήτη της κύησης, είναι οι κυριότερες προϋποθέσεις για τη σωστή αντιμετώπιση της κύησης, που επιπλέκεται με σακχαρώδη διαβήτη. Τέλος,εφόσον ο διαβήτης ρυθμίζεται άριστα από την αρχή της κύησης μέχρι τον τοκετό, η πρόγνωση είναι άριστη για την έγκυο και το νεογνό.

SUMMARY

SUGARY DIABETES AND PREGNANCY

The sugary diabetes is a chronic disease, many says that they are a other way of life, while other that are a uninvited visitor, with which it should we learn to live. it constitutes clinical syndrome , that is characterized by insufficiency or resistance in the insulin and chronic report of organism in conditions of overglycaemia. The deterioration of tolerance in glucose is a phenomenon that as one degree, happens physiologically at the duration of gestation, while the recognition of diabetes in the pregnant woman is the often pathological complication.

The pregnancy of diabetic pregnant is indubitably gestation of high danger and it has been proved that the danger is interwoven with the bad regulation of blood sugar and with the defective before gennetic care. As sugary diabetes of gestation (Gestational Diabetes Mellitus-GDM) are fixed the disturbance of tolerance of glucose (glucose intolerance), the beginning or the recognition of which it happens for first time at the duration of gestation.

It includes: a) the subclass of women that presented already before the pregnancy not diagnosed sugary diabetes, b) pregnant that presented the illness for the first time at the duration of pregnancy while previously they had physiologic tolerance in glucose. The frequency go from 2% up to 5%.

Into the pathological genicity of diabetes of pregnancy they enter, so much acquired (obesity, age), what hereditary factors.

So that is diagnosed the sugary diabetes in the gestation, it should it is held in all pregnant, between the 24th and 28th week gestation (when already has been presented physiologic in the all pregnant women of insulin-resistance gestation), screening test with issuing of 50 gr glucose peros, with the form of suggar liquid. The measurement of glucose of blood becomes after 60 min with the reception of blood. If the glucose of creature is >130 mg/dl - superior physiologic limit are considered the 140 mg/dl (plasma) - is held ordeal of tolerance of glucose (diagnostics suggrary curve).

The better regulation of levels of glucose before the arrest and at the duration of gestation for the diabetic pregnant women with preexisting the gestation of diabetes and the control of all pregnant for the diagnosis and confrontation of diabetes of gestation, are the main conditions for the correct confrontation of pregnancy , that include with sugary diabetes. Finally, provided that the diabetes is regulated excellently from the start her gestation up to birth, the forecast is most excellent for the pregnant and nursling.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.**Καραμήτσος, Δ., «Σακχαρώδης διαβήτης», Εκδόσεις University Studio Press, 2^η Έκδοση, Θεσσαλονίκη 1984, σελ.145-153.
- 2.**Άγιος Α. Αλέξανδρος , « Περιγραφική και εφαρμοσμένη ανατομική» , Πάγκρεας, Τόμος Β, Εκδόσεις University studio press, Αθήνα 1998, σ.207-212.
- 3.**Παναγιωτόπουλος Ι. , Παπαλάμπρος ΣΤ. , « Χειρουργική » , Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα , 1991, σ.147, 771 -784.
- 4.**Πλέσσας Τ. Σταύρος , Κανέλος Ευάγγελος ,«Φυσιολογία του ανθρώπου 1-Φυσιολογία παγκρεατικού υγρού » , Εκδόσεις Φάρμακον –Τύπος , 2^η έκδοση , Αθήνα , 1997 , σ. 290 -315.
- 5.**Καλογερόπουλος, Α.. Μαιευτική», Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1992..
- 6.**Μιχαλας Σ., «Επίτομη Μαιευτική και Γυναικολογία», Εκδόσεις Πατάκης, Αθήνα 2000, σ. 173-179
- 7.**Γεωργόπουλος, Ν., Γιάμαλης, Π., Κατσίκης, Ν., & Πανίδης, Δ. « Αντίσταση στην ινσουλίνη: Πρώιμες και όψιμες επιπλοκές της εγκυμοσύνης. Ενδοκρινικά & μεταβολικά νοσήματα στην εγκυμοσύνη», 2^η Έκδοση , Θεσσαλονίκη 2007, σ. 100-135.
- 8.**Ιατράκης, Γ., «Φυσιολογία και παθολογία μητέρας και εμβρύου», Εκδόσεις Δεσμός Αθήνα 2004.
- 9.**Λώλης, Δ., « Γυναικολογία και Μαιευτική», Τόμος ΙΙ, Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα 1998, σ.97-134.
- 10.**Κρεάτσας Κ. Γ., «Μαιευτική ΙΙ, Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική», ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1998, σ. 124-137.
- 11.**Κοφίνης Α., «Ετήσια μετεκπαιδευτικά μαθήματα για το Σακχαρώδη διαβήτη», Έκδοση -Επιμέλεια Β.Γ Καραμάνος, Α.Κ. Θανοπούλου, Θεσσαλονίκη 2001, σελ. 212, -219.
- 12.**Καραγιαννόπουλος, Σ., «Νικήστε την υπέρταση», Εκδόσεις Μοντέρνοι Καιροί, Αθήνα 2003.

13. Χρύσουλης Φ., «Κλινική Ενδοκρινολογία», Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1998, σ. 98-125.
14. Μαντελάκης Ι. Σ., «Μαιευτικής και Γυναικολογίας», Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1984 σ. 130-148.
15. Κώσταλος Χ., « Νεογνολογία», τόμος Α', εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996, σ. 103-115.
16. Καρπάθιος Σ., «Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική», τόμος Β', δεύτερη έκδοση, εκδόσεις : Βήτα Παρισιανός, Αθήνα 1999.
17. Μανταλενάκης, Σ., « Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας», 3^η έκδοση, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996.
18. Σαλαμαλέκης Ε, «Κυήσεις υψηλού κινδύνου , παθολογικές καταστάσεις στην κύηση , του τοκετού και τη λοχεία» ,Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη , Αθήνα 1995 , σ.79-94.
19. Παπανικολάου, «Μαιευτική», έκδοση 3^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός , Αθήνα 1994, σ. 50-67.
20. Σαχίνη - Καρδάση Α, Πάνου Μ., «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες», 3^{ος} τόμος, Β' έκδοση, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1997.
21. Χατωνίδης Ι, «Εισαγωγή στη μαιευτική », Εκδόσεις Παρισιανός , Αθήνα 2000, σ.45-75.
22. Μακρή Νάνση , Ασθενείς και διατροφή , <http://www.iatronct.Lir> , 15 Νοεμβρίου 2002.
23. Πρεβεδουράκης, Κ., Παπαθανασίου. Ζ., «Επίκαιρα θέματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας», Τόμος ΙΙΙ, Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα 1984, σ.58-75.
24. Σαββοπούλου Γ. ,«Βασική Νοσηλευτική – Μία Βιοψυχοκοινωνική Προσεγγίση» , έκδοση 4^η, Αθήνα 2004 , σ. 20.
25. <http://www.gyn.gr>
26. <http://www.iatrotek.org/ioArt.asp>
27. <http://www.mammyland.com/teleytaia-nea/themata-ygeias/diabtis-emvryo>



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Ενημέρωση για την αντιμετώπιση μερικών ενοχλήσεων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΘΕΡΑΠΕΙΑ
Ζαλάδα, αστάθεια και αισθάνεσθε την ανάγκη να κάθεστε ή να ξαπλώνετε.	Αποφεύγετε να μείνετε ακίνητη για πολύ. Μη σηκώνεστε απότομα, όταν είστε καθισμένη. Προσέχετε όταν βγαίνετε έξω μετά από ένα πολύ ζεστό μπάνιο. Όταν κάνει ζέστη, φροντίστε να είσαστε όσο γίνεται περισσότερο σε δροσιά. Αν νιώσετε ότι σας έρχεται λιποθυμία, ξαπλώστε χωρίς μαξιλάρι κι ανασηκώστε λίγο τα πόδια, αν είναι δυνατόν.

Φούσκωμα του εντέρου, γουργούρισμα στο στομάχι και αέρια.	Προσπαθείτε να μην καταπίνετε αέρα και ν' αποφεύγετε τις τροφές που σας πειράζουν. Η μέντα και τα ζεστά ροφήματα μπορεί να σας βοηθήσουν.
Το κάψιμο πίσω απ' το στέρνο μερικές φορές συνοδεύεται από ξινίλες.	Ν' αποφεύγετε τις τροφές που ξέρετε ότι σας δημιουργούν το πρόβλημα και να μην τρώτε λίγο προτού πέσετε για ύπνο. Να ξαπλώνετε κάπως ανασηκωμένα και να πίνετε ένα ζεστό γάλα. Τα αντιοξεικικά ίσως να βοηθήσουν.
Διαφυγή ούρων όποτε αυξάνεται η πίεση μέσα στην κοιλιά, π.χ. όταν σκύβετε ή γελάτε.	Να ουρείτε συχνά, να μη σηκώνετε βάρη και ν' αποφεύγετε τη δυσκοιλιότητα. Να κάνετε τακτικά τις ασκήσεις που ενδείκνυνται για τους μυς της πυέλου.
Δυσκολία να σας πάρει ο ύπνος, ή να ξανακοιμηθείτε μετά από κάποιο ξύπνημα.	Να φοράτε ελαφρά νυχτικά, ώστε να μη ζεσταίνεστε. Ένα καυτό γάλα ή ένα ζεστό μπάνιο πριν πέσετε, ίσως να βοηθήσει. Διαβάστε ένα καλό βιβλίο. Οι γιατροί σπάνια δίνουν χάπια για τον ύπνο, εκτός αν, στο τρίτο τρίμηνο, το πρόβλημα κοντεύει να σας εξαντλήσει.
Επιτακτική ανάγκη ούρησης, ακόμη και ελάχιστων ποσοτήτων κάθε λίγο και μέρα-νύχτα.	Δεν μπορεί να γίνει τίποτε άλλο, εκτός απ' το να περιορίσετε τη λήψη υγρών προτού πέσετε για ύπνο. Όταν η εγκυμοσύνη προχωρήσει κάπως, προσπαθείτε να ταλαντεύεστε εμπρός-πίσω κατά την ούρηση. Αυτό λιγοστεύει την πίεση που δέχεται η κύστη, η οποία έτσι μπορεί να αδειάζει περισσότερο. Αν κατά την ούρηση έχετε πόνο ή αίμα, θα πρέπει να πάτε στο γιατρό.
Αίσθημα ναυτίας, με τη θέα ή τη μυρωδιά φαγητού ή καπνού από τσιγάρο. Μερικές φορές, συνοδεύεται από εμετό.	Να τρώτε συχνά και από λίγο και ν' αποφεύγετε τα φαγητά που σας φέρνουν ναυτία. Μην παρακουράζεστε, γιατί αυτό κάνει εντονότερη τη ναυτία. Αν κατανοήσετε το γιατί αισθάνεστε άσχημα κι ότι πρόκειται για κάτι περαστικό, μπορεί να το αντιμετωπίσετε ηρεμότερα. Δοκιμάστε τις ιδέες διατροφής της να πιπιλάτε μέντες ή να τσιμπολογάτε ξηρούς καρπούς ή φρυγανιές και να παίρνετε υγρά. Συζητάτε το με άλλες γυναίκες' όταν ξέρετε ότι δεν είσαστε η μόνη που υποφέρει, μπορεί αυτό να σας βοηθήσει.
Μπούκωμα στη μύτη, απροσδόκητα ματώματα και φράξιμο της μύτης την ώρα που ξυπνάτε, ή μύτη που τρέχει.	Να είσαστε προσεκτική με τη μύτη και ν' αποφεύγετε τη σκονισμένη ατμόσφαιρα. Μη χρησιμοποιείτε σπρέι για τη μύτη, χωρίς να ρωτήσετε το γιατρό. Όταν η μύτη τρέχει αίμα, σφίξτε τη λίγο ανάμεσα στις κόγχες των ματιών. Να σκύβετε ελαφρά προς τα εμπρός.
Πρήξιμο των χεριών και των αστραγάλων. Τα παπούτσια σας στενεύουν.	Αποφεύγετε την ορθοστασία, ιδίως στη ζέστη. Ξαπλώνετε με τα πόδια ανασηκωμένα και να ξεκουράζεστε τουλάχιστον μια φορά στη διάρκεια της ημέρας. Αποφεύγετε τα αλμυρά.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΘΕΡΑΠΕΙΑ
Σουβλιές που μοιάζουν με πόνους κράμπας, όταν σηκώνεστε από την καρέκλα ή το κρεβάτι, ή πόνος βαρύς στη μια μονόπλευρα.	Καμιά. Τα παυσίπονα δεν ενδείκνυνται, αφού ο πόνος είναι σπασμωδικός. Καλύτερα είναι να βάζετε μια ζεστή μπουγιότα, για να χαλαρώνουν οι μυς
Πόνοι σ' όλη την περιοχή του κάτω μέρους της ράχης. Οι πόνοι στην ιερολαγόνιο εκτείνονται απ' το πάνω μέρος των γλουτών έως το κάτω και στο εσωτερικό τους.	Σωστή στάση του σώματος και ασκήσεις για δυνάμωμα της σπονδυλικής στήλης. Τα ψηλά τακούνια σας επιδεινώνουν την κατάσταση. Φοράτε άνετα παπούτσια, με μέτριο τακούνι. Το στρώμα σας να μη βουλιάζει. Μη σηκώνετε βάρη. Αν ο πόνος φτάνει μέχρι τα πόδια, συμβουλευτείτε το γιατρό σας, μήπως έχετε δυσκοιλιότητα.
Τα ούλα αιμορραγούν μετά το	Το βασικότερο είναι η καθαριότητα των δοντιών και του

<p>βούρτσισμα. Το στόμα παρουσιάζει γενική ευαισθησία. Η ουλίτιδα προκαλεί μεγαλύτερη αιμορραγία μετά το βούρτσισμα.</p>	<p>στόματος. Να βουρτσίζετε τα δόντια σας μετά τα γεύματα και να πηγαίνετε τακτικά στον οδοντογιάτρο. Μην παραλείψετε να του πείτε ότι είστε έγκυος, γιατί μπορεί να μην πρέπει να κάνετε ακτινογραφίες. Δεν είν' αλήθεια ότι το μωρό παίρνει το ασβέστιο των δοντιών σας. Αν σας παρουσιαστεί ουλίτιδα, να το πείτε αμέσως όταν οδοντογιάτρο</p>
<p>Κόπρανα σκληρά και κενώσεις όχι συχνές. Πόνος στο κάτω μέρος της κοιλιάς.</p>	<p>Προσπαθήστε να γίνεται κένωση των εντέρων όποτε το ζητάει το σώμα σας. Να παίρνετε πολλές διαιτητικές ίνες και να πίνετε πολλά υγρά, κατά προτίμηση νερό. Η τακτική άσκηση κάνει καλό. Να πάρετε υπακτικά μόνον αφού συμβουλευτείτε το γιάτρο σας.</p>
<p>Πόνοι στο μηρό, την κνήμη και το πόδι, τόσο έντονοι που μπορούν να σας ξυπνήσουν απ' τον ύπνο. Ένα φοβερό σφίξιμο που συχνά ακολουθείται από γενικό πόνο, για μερικές ώρες.</p>	<p>Δυνατό μασάζ για κάμποσα λεπτά' επίσης, καλό κάνει να λυγίζετε το γόνατο ωθώντας προς τη φτέρνα. Αν η κράμπα επιμένει, ίσως ο γιάτρος να συστήσει δισκία ασβεστίου.</p>
<p>Έντονη επιθυμία για ορισμένες τροφές οι οποίες εμποδίζουν τον ύπνο και τη χαλάρωση.</p>	<p>Απολαύστε τις τροφές που λαχταράτε, αρκεί να μην είναι παχυντικές.</p>
<p>Δύσπνοια, ξινίλες, πόνος και ευαισθησία στα πλευρά.</p>	<p>Δοκιμάστε να ανακάθεστε στηριγμένη σε 2-3 μαξιλάρια ή να παίρνετε κάποια απ' τις στάσεις της. Πάρτε ένα κρεβάτι που να μη βουλιάζει, για ν' αποφύγετε τις καούρες στο στομάχι .</p>

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΘΕΡΑΠΕΙΑ
<p>Συχνά εμφανίζεται μια μεταλλική γεύση. Η ικανότητα αναγνώρισης της γεύσης ορισμένων τροφών μεταβάλλεται. Π.χ. ο καφές, το αλκοόλ και οι πικάντικες τροφές γίνονται λιγότερο εύγευστα απ' όσο άλλοτε. Συχνά, εμφανίζεται μια αυξημένη προτίμηση στη ζάχαρη και τα γλυκά.</p>	<p>Καμιά</p>
<p>Πυκνό και λευκό έκκριμα που συνοδεύεται από έντονη φαγούρα. Κατά την ούρηση, μπορεί να φέρει λίγο πόνο.</p>	<p>Θα σας δώσουν αντιμικροβιακά που τοποθετούνται στον κόλπο όπως τα υπόθετα, καθώς και μια κρέμα. Εξαφανίζουν τη μόλυνση σε δυο-τρεις μέρες. Αυτό μωρό προσβληθεί κατά τον τοκετό, μια θεραπευτική αγωγή γρήγορα θα το απαλλάξει απ' τη μόλυνση. Προσπαθείτε να μη φοράτε στενές κιλότες.</p>
<p>Επιθυμία να κοιμάστε σε ασυνήθιστες ώρες. Τα πόδια πονούν και σας φαίνεται ότι δεν θα μπορέσουν να σας κρατήσουν στα επόμενα στάδια της εγκυμοσύνης</p>	<p>Ν' αποφεύγετε την υπερενεργητικότητα. Να κοιμάστε ή να αναπαύεστε όποτε μπορείτε. Να τρώτε ελαφρά και συχνά γεύματα, ώστε να διατηρείτε τις δυνάμεις σας. Να κοιμάστε νωρίς να βρείτε κάποιον άλλο να κάνει τις δουλειές.</p>
<p>Αυξημένη επιθυμία ούρησης. Δυσφορία και πόνοι. Τα ούρα μπορεί να περιέχουν κηλίδες αίματος. Όχι οξείες ενοχλήσεις στο κάτω μέρος της κοιλιάς.</p>	<p>Να πίνετε άφθονο νερό. Να σας δει γιατρός. Θα σας γίνει εξέταση ούρων και θα σας χορηγηθεί κάποιο αντιφλεγμονώδες για να καταπολεμηθεί η μόλυνση.</p>
<p>Ελάχιστη αύξηση πάνω απ' το κανονικό του λευκού και διαυγούς εκκρίματος, η οποία δεν προκαλεί ερεθισμό ή πόνο.</p>	<p>Μην κάνετε τίποτα. Μην κάνετε ντους και μη χρησιμοποιείτε, στην περιοχή του κόλπου, αποσμητικά ή πολύ σαπούνι. Να φοράτε μια ελαφρά σερβιέτα κι αν εμφανιστούν κηλίδες αίματος να το πείτε στο γιατρό σας.</p>
<p>Στην αρχή, μπορεί να έχετε ερεθισμό ή φαγούρα του δέρματος ή έναν αμβλύ πόνο.</p>	<p>Ν' αποφεύγετε την ορθοστασία. Να φοράτε ελαστικές κάλτσες, προτού σηκωθείτε το πρωί, αφού προηγουμένως έχετε μείνει ξαπλωμένη με τα πόδια ανασηκωμένα.</p>

Διδασκαλία για τη χρήση ινσουλίνης

ΤΕΣΤ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΤΟ ΑΙΜΑ ΣΑΣ

Μπορείτε να παρακολουθείτε το επίπεδο γλυκόζης στο αίμα σας χρησιμοποιώντας έναν ψηφιακό μετρητή. Η ακολουθούμενη μέθοδος διαφέρει ανάλογα με τον τύπο του μετρητή, αλλά συνήθως συνίσταται στο να στάξετε μια σταγόνα αίματος σε μια ειδική δοκιμαστική ταινία (test strip) εμποτισμένη με ένα χημικό το οποίο αντιδρά στη γλυκόζη. Ελέγχοντας τη γλυκόζη στο αίμα σας τουλάχιστον μια φορά την ημέρα ή όσο συχνά ος συνιστά ο γιατρός σας σας επιτρέπεται να παρακολουθείτε εάν η ακολουθούμενη αγωγή είναι αποτελεσματική, και να την προσαρμόζετε ανάλογα αν και όποτε είναι απαραίτητο.

Αγκυλωτής/διατορητής

Σταγόνα αίματος Σημείο στόχου δοκιμαστικής ταινίας

1 Πρώτα πρέπει να εξασφαλίσετε μια σταγόνα αίματος. Αυτό μπορεί να γίνει σχετικά ανώδυνα χρησιμοποιώντας έναν ελαττωτικό «αγκυλωτή/διατορητή» στην άκρη του δακτύλου σας. Πλύνετε και στεγνώστε καλά τα χέρια σας πριν ξεκινήσετε τη διαδικασία.

2 Καλύψτε το σημείο στόχου της εμποτισμένης με χημικό δοκιμαστικής ταινίας με τη σταγόνα του αίματος. Περιμένετε περίπου ένα λεπτό (ή όσο συνιστάται στις οδηγίες χρήσης που συνοδεύουν το μετρητή).

Εμφάνιση αριθμητικών τιμών
Εδώ εμφανίζεται η τιμή γλυκόζης στο αίμα σας

Ψηφιακός μετρητής γλυκόζης

3 Τέλος, σκουπίστε ή ξεβγάλετε το περιττό αίμα από την ταινία και περάστε τη μέσα στον ψηφιακό μετρητή γλυκόζης. Ο μετρητής αναλύει το αίμα σας και σας δίνει αυτοστιγμεί την τιμή της γλυκόζης.

Δοκιμαστική ταινία

ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΑΝΩ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟΥΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης είναι μια πάθηση που αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όταν η μητέρα έχει υπερβολικά μεγάλα ποσοστά σακχάρου στο αίμα της. Συνήθως θεραπεύεται από μόνος του αφότου το μωρό γεννιέται, αντίθετα από άλλους τύπους διαβήτη που δεν θεραπεύονται ποτέ από μόνους τους.

Ο διαβήτης αναπτύσσεται όταν ο οργανισμός δεν μπορεί να παράγει αρκετή ινσουλίνη, μια ορμόνη που παράγεται από το πάγκρεας. Η ινσουλίνη ρυθμίζει τις ποσότητες σακχάρου που είναι διαθέσιμες στο αίμα για ενέργεια και επιτρέπει οποιαδήποτε μορφή σακχάρων που δεν είναι απαραίτητα να αποθηκευτούν μια δεδομένη στιγμή. Το σώμα σας πρέπει να παράγει περισσότερη ινσουλίνη αφού κατά την εγκυμοσύνη η δραστηριότητά της ελαττώνεται, ειδικά από το μέσο της εγκυμοσύνης και μετά. Εάν το σώμα σας δεν μπορεί να το καταφέρει αυτό, μπορεί να αναπτύξετε σακχαρώδη διαβήτη της κύησης.

Εάν βρεθεί ότι έχετε σάκχαρο στα ούρα σας κατά τον έλεγχο ρουτίνας, ο γυναικολόγος σας πιθανόν να σας συμβουλεύσει να κάνετε μία απλή εξέταση αίματος για να πάρετε μια ακριβέστερη εκτίμηση του ποσού του σακχάρου στο αίμα σας. Εάν το αποτέλεσμα είναι υψηλό, θα πρέπει να κάνετε μία ειδική εξέταση αίματος που ονομάζεται «δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη» ή «καμπύλη σακχάρου». Μπορεί να χρειαστεί να επισκεφτείτε κάποιο ειδικό εργαστήριο ή νοσοκομείο για να κάνετε αυτό το τεστ.

«Επειδή η διάγνωση ότι μία γυναίκα πάσχει από διαβήτη κύησης είναι εξαιρετικά σημαντική τόσο για την υγεία της ίδιας όσο και του μωρού της», σημειώνει ο Δημήτρης Δόβας, μαιευτήρας – γυναικολόγος και επιστημονικός συνεργάτης του Αριστοτέλειου Πανεπιστήμιου Θεσσαλονίκης, «αποτελεί πλέον ρουτίνα στη χώρα μας ο έλεγχος όλων των εγκύων με «καμπύλη σακχάρου» κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης»

Πως θα επηρεάσει την εγκυμοσύνη μου ο διαβήτης;

Αυτό εξαρτάται από το πόσο καλά φροντίζετε τον εαυτό σας. Εάν μπορείτε να ελέγξετε προσεκτικά το διαβήτη σας, τότε κάνετε ότι καλύτερο μπορείτε για το μωρό σας.

Το κύριο πρόβλημα με την ύπαρξη υπερβολικής γλυκόζης στο αίμα σας είναι ότι διασχίζει τον πλακούντα προς το μωρό σας, που σημαίνει ότι αυτό μπορεί να γίνει πολύ μεγάλο, κάτι που είναι γνωστό ως μακροσωμία. Ένα μεγάλο μωρό μπορεί να κάνει τον τοκετό δυσκολότερο και αυξάνει τις πιθανότητες τοκετού με καισαρική τομή. Μερικοί ερευνητές θεωρούν ότι τα μεγάλα μωρά είναι περισσότερο επιρρεπή στη παχυσαρκία αργότερα στη ζωή τους. Σαν ενήλικες, είναι επίσης πιθανότερο να αναπτύξουν και τα ίδια διαβήτη.

Τα μωρά που οι μητέρες τους ήταν διαβητικές προτού μείνουν έγκυες έχουν περισσότερους κινδύνους προβλημάτων υγείας, ειδικά εάν ο διαβήτης πριν από την εγκυμοσύνη δεν ήταν καλά ελεγχόμενος.

Ποιος έχει περισσότερους κίνδυνους ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη κύησης;

Γυναίκες που είχαν διαβήτη κύησης σε κάποια προηγούμενη εγκυμοσύνη τους, ή που έχουν γεννήσει προηγουμένως ένα ή περισσότερα υπέρβαρα μωρά, διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη κύησης. Άλλες γυναίκες που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο είναι:

1. Οι παχύσαρκες γυναίκες (με μαζικό δείκτη του σώματος BMI μεγαλύτερο από 27).
2. Οι μεγάλες σε ηλικία γυναίκες (οι τάσεις ανάπτυξης διαβήτη αυξάνονται με την αύξηση της ηλικίας).
3. Οι γυναίκες που έχουν ένα συγγενή πρώτου βαθμού που είναι διαβητικός σε θεραπεία με ινσουλίνη
4. Οι γυναίκες που κατάγονται από την Ασία-Ινδία, την Καραϊβική (Αφρικάνικης προέλευσης) ή από τη Μέση Ανατολή.

Υπολογίστε το μαζικό δείκτη του σώματος σας

<http://www.babybaby.gr/showarticle.jsp?CMRCode=11067MN54>

Θα το ξέρω εάν έχω διαβήτη κύησης;

Πιθανόν δεν θα το γνωρίζετε εκτός αν το πρόβλημα διαγνωστεί στον προγεννητικό έλεγχο. Μερικές γυναίκες αισθάνονται μεγάλη δίψα ή υπερβολική κόπωση που και τα δύο είναι σημάδια διαβήτη.

Πως θεραπεύονται όσοι πάσχουν από διαβήτη κύησης;

Ο γυναικολόγος σας θα σας δώσει συμβουλές για το πώς να ελέγξετε το επίπεδο της γλυκόζης στο αίμα σας με την αποφυγή κατανάλωσης τροφίμων πλούσιων σε ζάχαρη και ποτών που περιέχουν καφεΐνη. Ίσως χρειαστεί να παραπεμφθείτε σε διαβητολόγο ή ενδοκρινολόγο για να εξετάσετε την διατροφή σας και να σας συμβουλευθούν να τρώτε συχνά και μικρά γεύματα παρά μεγάλα γεύματα που καταπιέζουν ολόκληρο το σώμα σας.

Μερικές γυναίκες με πολύ βαριάς μορφής διαβήτη κύησης, που δεν μπορεί να ελεγχθεί με κατάλληλη διατροφή και άσκηση, μπορεί να χρειαστούν ενέσεις ινσουλίνης. Θα διδαχθείτε για το πώς να τις κάνετε στον εαυτό σας. Εάν έχετε διαβήτη κύησης, το μωρό σας θα ελεγχθεί με προσοχή και πιθανόν θα χρειαστεί να κάνετε συχνά υπερηχογράφημα για να ελέγχετε τον τρόπο με τον οποίο μεγαλώνει.

Μερικοί ειδικοί θεωρούν ότι αυτό το είδος επιτήρησης είναι περιττό και υποστηρίζουν ότι τείνει να κάνει μερικές γυναίκες να νιώθουν ανήσυχες παρά καθησυχασμένες. Παρ' όλα αυτά, αν ο πολύ συχνός και ενδεδειγμένος έλεγχος σας προκαλεί ανησυχία μπορείτε πάντα να το συζητήσετε με το γυναικολόγο σας.

Έχω ακούσει ότι η γυμναστική βοηθάει. Είναι αλήθεια;

Ναι. Η γυμναστική είναι πολύ σημαντική και ο γυναικολόγος σας θα συζητήσει μαζί σας το πώς μπορείτε να συμπεριλάβετε την άσκηση στην καθημερινή σας ζωή. Η έρευνα δείχνει ότι οι ασκήσεις βοηθάνε στο να κρατάνε υπό έλεγχο τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα σας ενώ υπάρχουν κι άλλα στοιχεία που δείχνουν ότι η γυμναστική πριν μείνετε έγκυες βοηθάει στο να προλάβετε τον διαβήτη κύησης.

Τι μπορώ να κάνω εάν είμαι ήδη διαβητική;

Εάν έχετε διαβήτη και θέλετε να μείνετε έγκυος, προσπαθήστε να σιγουρευτείτε ότι τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα σας είναι υπό έλεγχο πριν συλλάβετε. Η υψηλή γλυκόζη στο αίμα σας κατά τους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης αυξάνει τον κίνδυνο να μην αναπτυχθεί κανονικά το μωρό σας. Η εγκυμοσύνη σας θα θεωρηθεί ως υψηλού κινδύνου, αλλά αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι θα έχετε προβλήματα, ειδικά εάν συνεχίζετε να κρατάτε τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα σας όσο το δυνατόν πιο κοντά στο φυσιολογικό.

Θα συνεχίσω να έχω διαβήτη αφότου το μωρό μου γεννηθεί;

Θα χρειαστεί να επαναλάβετε την εξέταση αίματος που λέγεται «καμπύλη γλυκόζης» περίπου έξι εβδομάδες αφότου το μωρό σας γεννηθεί και είναι πολύ πιθανό τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα σας να έχουν ήδη επιστρέψει στα κανονικά. Εν τούτοις, εάν είχατε διαβήτη κύησης, είναι πιθανό να αναπτύξετε διαβήτη αργότερα στη ζωή σας. Οι γυναίκες που ήταν παχύσαρκες πριν και κατά τη διάρκεια τις εγκυμοσύνη τους παραμένουν μερικές φορές διαβητικές και μετά από την εγκυμοσύνη.

Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων – Συλλόγων ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη

Η Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων – Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη (Π.Ο.Σ.Σ.Α.Σ.ΔΙΑ.), ιδρύθηκε στις 31 Μαΐου 1997 από 4 πρωτοπόρους συλλόγους. Σήμερα έχει στη δύναμή της 25 πρωτοβάθμια σωματεία, με περισσότερα από 27.000 εγγεγραμμένα και ενεργά μέλη, εκπροσωπώντας τη συντριπτική πλειοψηφία των ενεργών πολιτών με Σ.Δ..

Η Ομοσπονδία μας δημιουργήθηκε από την επιθυμία και την ανάγκη όλων μας ν' αγωνιστούμε και να κατακτήσουμε το απαραίτητο και το αυτονόητο: ν' αποδεχτούμε και δημόσια την χρόνια πάθησή μας, να συμφιλιωθούμε μ' αυτή, να στηρίξουμε ο ένας τον άλλο, να αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά τα προβλήματά μας, να πορευτούμε σε μια ζωή γεμάτη, παραγωγική, αξιοπρεπή και αξιοβίωτη.

Βρίσκεται πάνω απ' όλα κοντά στους ανθρώπους που πάσχουν από Διαβήτη και δρα για να λύνει τα συλλογικά και ατομικά τους προβλήματα.

Το έργο και η αποτελεσματικότητα των δράσεων της Π.Ο.Σ.Σ.Α.Σ.ΔΙΑ., αποτελεί στοιχείο εκτίμησης από την Ελληνική Κοινωνία, με αποτέλεσμα την επίσημη αναγνώριση από την Πολιτεία (Νόμος 2430/96) ως κοινωνικού εταίρου και μέλους της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία.

Οι ΣΤΟΧΟΙ της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας μας είναι πλήρως εναρμονισμένοι και κατευθύνονται από την διακήρυξη του Αγίου Βικεντίου (Οκτώβριος 1989) και την επέκτασή αυτής στην Κωνσταντινούπολη (Οκτώβριος 1999).

Αύξηση και ορθολογική κατανομή των πόρων που διατίθενται για τον Σακχαρώδη Διαβήτη.

Προώθηση της έρευνας στην Ελλάδα, ενθάρρυνση και προώθηση των διεθνών συνεργασιών, μεταφορά εφαρμοσμένης τεχνογνωσίας από τις διεθνείς οργανώσεις με σκοπό την ολοκληρωτική θεραπεία του διαβήτη.

Συστηματική διενέργεια και αξιοποίηση επιδημιολογικών ερευνών για να γίνει εφικτή η έγκαιρη διάγνωση και η πρόληψη

Ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και επαγρύπνηση της κοινής γνώμης για την πρόληψη.

Δραστική μείωση των επιπλοκών με συγκεκριμένα μέτρα που μπορούν να ληφθούν για τον λόγο αυτό.

Ελαχιστοποίηση ακρωτηριασμών, όπως συνέβη και στην υπόλοιπη Ευρώπη.

Ισότιμη κοινωνική ένταξη των ατόμων με διαβήτη, καταπολέμηση των διακρίσεων, των προκαταλήψεων και του στίγματος που συνοδεύει την πάθηση. Στόχος μας είναι ίσες ευκαιρίες για όλους.

Ειδική φροντίδα, μέριμνα και στήριξη για τα παιδιά και τους νέους με διαβήτη.

Ποιοτική εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη στους γονείς.

Συνεργασία με τους γιατρούς, την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία (Ε.Δ.Ε.), την Διαβητολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδας (Δ.Ε.Β.Ε.), την Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία (Ε.Ε.Ε.), την Ελληνική Εταιρεία Παθήσεων και Μελέτης Διαβητικού Ποδιού, την Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας (Ε.Ι.Ε.Π.), τις φαρμακευτικές εταιρίες και τους αρμόδιους κρατικούς φορείς για την από κοινού αντιμετώπιση της πάθησης.

Μερικές από τις σημαντικότερες ΔΡΑΣΕΙΣ της Ομοσπονδίας μας, στην προσπάθεια να προσεγγίσουμε τους στόχους μας είναι:

Η έκδοση του περιοδικού «Γλυκιά Ζωή» το οποίο διανέμεται δωρεάν σε μέλη μας, σε νοσοκομειακά ιατρεία, στην Κύπρο, σε Ομοσπονδίες του εξωτερικού κ.ά.

Η οργάνωση ενημερωτικών – εκπαιδευτικών εκδηλώσεων, διαλέξεων, σεμιναρίων με στόχο την ενημέρωση των ατόμων με Σ.Δ. για σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους, σωστή ρύθμιση, πρόληψη των επιπλοκών, ψυχολογική στήριξη

Η οργάνωση ενημερωτικών εκδηλώσεων στην περιφέρεια (Εβρο, Κρήτη, Καλαμάτα, Κέρκυρα, Θεσ/κη κλπ)

Η οργάνωση ενημερωτικών εκστρατειών – συμμετοχή σε ραδιοτηλεοπτικές εκπομπές

Η έκδοση έντυπου υλικού όπως «Διαβήτης και όραση», «Διαβήτης και ανθρώπινα δικαιώματα» «Σακχαρώδης Διαβήτης Ας ζήσουμε μαζί του χωρίς ενοχές»

Η συμμετοχή μας στην Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη – 14 Νοεμβρίου, με ενημερωτικές ημερίδες – εκδηλώσεις σε όλη την Ελλάδα.

Η συνεργασία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της χώρας μας που ασχολείται με τον Σ.Δ. και τις επιπλοκές του – Συνεργασία με τους αντίστοιχους φορείς του εξωτερικού.

Παρεμβάσεις σε κρατικούς φορείς για την προώθηση θεσμικών θεμάτων σχετικά με την πρόνοια, ασφάλιση, εκπαίδευση, επαγγελματική κατάρτιση των ανέργων νέων ώστε να είμαστε μια χρήσιμη πραγματικά οργάνωση.

Η επέκταση και πλήρη επιστημονική στελέχωση των Διαβητολογικών Κέντρων, Ιατρείων και Κέντρων Υγείας, με όλες τις απαραίτητες ειδικότητες (εξειδικευμένους στο Διαβήτη παθολόγους και ενδοκρινολόγους, ψυχολόγους, διαιτολόγους-διατροφολόγους, επισκέπτριες υγείας και νοσηλεύτριες), σε όλες τις πόλεις της Περιφέρειας.

Η εκστρατεία εκπαίδευσης των ιατρών, την οποία έχουμε ξεκινήσει από το 2005.

Η δημιουργία ιατρείων διαβητικού ποδιού στη χώρα μας. Μέχρι τώρα έχουμε καταφέρει την λειτουργία ιατρείων διαβητικού ποδιού ,που λειτουργούν χάρη στην ευαισθησία φίλων ιατρών της Ομοσπονδίας μας.

Η οργάνωση ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ (από την ίδρυση της Ομοσπονδίας μας έχουν πραγματοποιηθεί 7 ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ).

Επικοινωνήστε μαζί μας:

Π.Ο.Σ.Σ.Α.Σ.ΔΙΑ.

Ελευθερίου Βενιζέλου 236, Ηλιούπολη, 16341

Τηλ. - Fax: 210 5201474

email: info@glikos-planitis.gr

