

## PRENATÁLNÍ PÉČE

**Koordinátor:** T. Binder

**Předsedající:** D. Koryntová

**Účastníci panelu:** T. Binder, B. Čermáková, J. Hanžlová, T. Kalinová, A. Šindelářová, B. Vavřinková

*B. Vavřinková:* Prenatální péče o problémové skupiny žen. Rozsah poskytované prenatální péče

*J. Hanžlová:* Prenatální péče o těhotnou s diabetem

*A. Šindelářová:* Předporodní příprava

*T. Kalinová:* Návštěvní služba

## DIABETES A TĚHOTENSTVÍ

*J. Hanžlová*

Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a VFN Motol, Praha

*Obecně řečeno diabetes I. a II. typu je chronické metabolické onemocnění, které je charakterizováno hyperglykemií na základě poruchy sekrece nebo působení inzulínu. V posledních dvou desetiletích roste počet tohoto onemocnění, a tím roste i počet žen s diabetem, které chtějí otěhotnět.*

Stále zlepšující se perinatologické výsledky dostávají do popředí dříve zdánlivě méně závažné komplikace těhotenství, mezi které patří i gestační diabetes. Proto se v posledních letech věnuje problematice diabetů velká pozornost v péči o těhotné ženy s diabetem.

Velmi zásadní roli u tzv. pregestačního diabetu – tj. diabetes I. a II. typu hraje plánované rodičovství a prekoncepční příprava u těchto žen.

Ke koncepci by mělo dojít za optimální kompenzace diabetu, kdy jsou normální hodnoty glykovaného hemoglobinu a hladiny glykemií jak na lačno, tak po jídle se blíží normě. Při onemocnění trvajícím déle než 5 let by měly být znám stav komplikací diabetu jako renální funkce, oční pozadí, event. léčba hypertenze, neurologické vyšetření.

K těhotenství by nemělo dojít při neuspokojivé kontrole diabetu, kdy jsou vysoké hladiny glykovaného hemoglobinu, tak glykemií.

Bohužel i přes včasnou edukaci diabetiček poměr mezi plánovanými a neplánovanými těhotenstvími je v neprospěch plánovaných těhotenství.

Zde je nutno zdůraznit význam edukačních programů pro diabetičky, jejichž součástí by mělo být plánované rodičovství.

Velmi zádným může být v těhotenství diabetes II. typu, který bývá často dlouho nepoznán. Jeho pozdní diagnóza, může způsobit na počátku těhotenství vznik VVV u plodu. Proto je třeba pátrat v anamnéze těhotné a včas toto onemocnění odhalit.

Sledování těhotných diabetiček se neliší od sledování zdravých těhotných. Pouze kontroly jsou častější, častější je i ultrazvukové sledování vývoje plodu, jeho hmotnosti a množství vody plodové. Sledování probíhá na základě úzké spolupráce porodníka s diabetologem. Bedlivě se sledují hodnoty glykemií, hladiny glykovaného hemoglobinu, váhový přírůstek těhotné, hodnoty krevního tlaku a proteinurie (častěji mikroalbuminurie).

Léčba diabetu I. typu v těhotenství zůstává stejná. Tedy dieta spolu s aplikací inzulínu pomocí inzulínového pera nebo pumpy a přiměřená fyzická aktivita v rámci možností s ohledem na těhotenství.

Léčbu diabetu II. typu, který byl mimo těhotenství léčen perorálními antidiabetiky je nutno změnit a začít podávat pacientce inzulín.

Těhotenství, které je komplikováno diabetem I. nebo II. typu se snažíme ukončit okolo 38.–39. týdne gravidity.

Snažíme se o co největší počet porodů vedených vaginální cestou vzhledem k možným komplikacím vázaných na základní onemocnění. Tedy co nejmenší počet císařských řezů a co nejšetrnější vedení porodu.

Naprostá většina porodů diabetiček I. a II. typu jsou porody indukované.

## Gestační diabetes

Onemocnění týkající se těhotenství, které ve většině případů po porodu vymizí. Důležitým momentem při diagnostice tohoto onemocnění je pečlivé odebrání rodinné i osobní anamnézy kde se zaměříme na rizikové skupiny

- diabetes v rodinné anamnéze,
- porod velkého plodu nad 4 000 g,
- obezita,
- věk matky nad 30 let,
- porod mrtvého plodu v minulých graviditách,
- hypertenze či preeklampsie v minulých graviditách,
- diabetes v minulých graviditách,
- opakované potrácení.

Tyto výše uvedené rizikové skupiny by měli být vyšetřovány na přítomnost gestačního diabetu. Otázkou je, zda vyšetřovat všechny těhotné. Například těhotné mladší 25 let, které nikdy nebyly obézní, jsou bez rodinné zátěže co se týče diabetu a nemají žádné komplikace v porodnické anamnéze, by nemusely být vyšetřovány.

Jaké máme vyšetřovací metody:

*O'Sullivanův test* – zátěž 50 g glukózy, odběr glykémie za 1 hodinu, max. hodnota 7,8 mmol/l, toto vyšetření je pouze screening.

*OGTT (orální glukózo-toleranční test) – zátěž 75 g glukózy – odběr glykémie na lačno za 1 hodinu, za 2 hodiny. Max. hodnoty na lačno 5,5 mmol/l, za 1 hod. 8,8 mmol/l, za 2 hod. 7,7 mmol/l. Toto vyšetření je diagnostické.*

Nejoptimálnější doba pro vyšetřování je u O'Sullivanova testu do 20. týdne těhotenství, u OGTT od 24. do 28. týdne těhotenství.

Předmětem diskusí se stává hodnocení OGTT, kdy doporučené hodnoty pro ČR jsou 5,5–8,8–7,7. WHO doporučuje hodnotit pouze dvě hodnoty, a to na lačno 5,5 a hodnotu po dvou hodinách 7,8.

Léčba gestačního diabetu spočívá ve třech základních bodech: dieta, fyzická aktivita, inzulinoterapie.

Vždy začínáme dietou, kdy rozdělíme stravu alespoň do 5 denních dávek. Doporučíme fyzickou aktivitu v rámci možností těhotné.

Pokud nedojde k úpravě hodnot glykemií do uspokojivých mezí zahajuje se léčba inzulinem. Ta bývá obvykle rozdělena do 3 denních dávek krátkodobě působícího inzulinu, např. Aktrapidu a jedné noční dávky středně dlouho působícího inzulinu, např. Inzularard. Šíře výběru inzulinového režimu je poměrně bohatá.

Po dobu léčby je těhotným poskytována možnost selfmonitoringu. Jsou zapůjčovány glukometry a dostatečné množství indikačních proužků, což přináší komfort těhotné, která má možnost si kdykoliv zhodnotit hladinu glykémie, tak lékaři který získá dokonalý přehled o glykemiích těhotné od kontroly do kontroly.

Hodnocení glykemií je prakticky stejné jako u pregestačního diabetu – na lačno do 5,5 – 1 hod. po jídle do 7,8.

Sledování těhotné s gestačním diabetem je podobné jako u pregestačního diabetu. Pravidelné ultrazvukové kontroly, kde se zaměříme především na velikost plodu, množství vody plodové a průtok placentou.

Těhotnou ponecháme do termínu porodu tj. do 40. týdne těhotenství, pokud jsou všechna vyšetření v normě, nedojde-li do té doby ke spontánnímu nástupu kontrakcí tak porod indukujeme.

Po porodu za pečlivé kontroly glykemií ukončíme aplikaci inzulinu. I při tomto onemocnění je důležitá spolupráce porodníka s diabetologem. Není však třeba soustředit tyto poradny do perinatologických center.

Každá žena která měla v těhotenství gestační diabetes by měla být nadále sledována praktickým lékařem nebo diabetologem.

Do 6 měsíců po porodu by měl být proveden znovu zátěžový test OGTT. Další sledování by mělo probíhat přibližně 1krát do roka.

Důvodem tohoto sledování je fakt, že až 60 % žen které prodělaly gestační diabetes onemocní diabetem II. typu po 20 letech od posledního těhotenství.

Co říci závěrem: Nekomplikovaný porod zcela zdravého novorozence je jistě dostatečnou odměnou pro ženu plně se věnující svému těhotenství i pro celý ošetrovatelský tým.