

Milena Aćimović¹, Snežana Marić-Krejović²

GESTACIJSKI DIJABETES MELITUS I TRUDNOĆA

Prikaz slučaja

UVOD: Gestacijski dijabetes melitus (GDM) komplikuje 3–5% svih trudnoća i predstavlja jedan od najčešćih medicinskih problema tokom graviditeta. Gestacijski dijabetes se definiše kao poremećaj homeostaze glukoze bilo kog intenziteta, nastao ili prvi put dijagnostifikovan u trudnoći. Većina podataka iz literature ukazuje na povećan perinatalni mortalitet i morbiditet u slučajevima nedijagnostifikovanog i nelečenog gestacijskog dijabetesa. Osnovni morbiditet (neposredne komplikacije) posledica je makrosomije fetusa, antenatalne i intrapartalne asfiksije (hiperglikemija i hiperinsulinemija fetusa povećavaju potrebe za kiseonikom i mogu dovesti do asfiksije; imaturni tercijarni horionski vilusi karakteristični za dijabetes dovode do asfiksije fetusa; velika hiperglikemija dovodi do vazokonstrikcije krvnih sudova posteljice), operativnog načina porođaja i porođajne traume. U ranom neonatalnom periodu morbiditet čine: hipoglikemija (30–50%), hipokalcijemija (50%), hipomagnezijemija (10%), policitemija (do 30%) – posledice asfiksije fetusa i hiperbilirubinemija (20%) nastala zbog policitemije i nemogućnosti konverzije bilirubina. Neonatusi imaju povećan procenat masti u telu, 12–14%, u odnosu na 10–12% kod neonatusa iz fizioloških trudnoća. Sem toga, kod ovih neonatusa postoji i izražena organomegalija, imaturni sistem organa i hipertrofija septuma srca, češće su kongenitalne anomalije u slučajevima izraženijeg poremećaja metabolizma u periodu organogeneze. Striktnom kontrolom metabolizma učestalost respiratornog distres sindroma (RDS) novorođenčadi smanjena je sa 31% na 3%. Neadekvatna kontrola glikemije i metabolizma u toku trudnoće dovodi do poremećaja neurološkog, intelektualnog i psihomotornog razvoja u detinjstvu, adolescentnom i adultnom periodu života.

Kriterijumi za dijagnozu gestacijskog dijabetesa:

1. Sve trudnice bez rizika poremećaja metabolizma ugljenih hidrata treba opteretiti sa 50g. glukoze između 24. i 28. n.g. Vrednost glikemije posle 1h iznad 8.8 mmol smatra se patološkim i zahteva oralni test opterećenja glukozom sa 100g (OGTT).

¹ Opšta bolnica, Užice. ² Doma zdravlja, Arilje

Oralni test tolerancije glukoze

2. Oralni glikozo tolerans test (OGTT) grupi trudnica sa rizikom treba načiniti u prvom trimestru graviditeta. Ukoliko je test negativan treba ga ponoviti između 28. i 30. n.g.

3. Indikacije za OGTT

- dijabetes u porodici;
- poremećaj funkcije štitaste žlezde;
- gojazne trudnice;
- makrosomija u prethodnim trudnoćama;
- habitualni pobačaji, prevremeni porođaji, mrtvorodenost u prethodnim trudnoćama;
- glikozurija;
- makrosomija u aktuelnoj trudnoći;
- polihidramnion;
- hipertrofija placente;
- multifetalna trudnoća;
- trudnice starije od 35 godina.

4. Oralni test opterećenja glukozom sa 100g. je patološki ukoliko je jedna vrednost iznad:

Našte 5.3 mmol

1h 10.0

2h 8.6

3h 7.8

CILJ RADA: Prikaz uspešno vođene trudnoće kod pacijentkinje kod koje je dijagnostifikovan gestacijski dijabetes.

MATERIJAL I METODE: Za prikaz slučaja korišćena je medicinska dokumentacija sa Odeljenja Ginekologije i akušerstva Opšte bolnice – Užice.

REZULTATI SA DISKUSIJOM: Pacijentkinja D. M., stara 30 godina, primljena je na Odeljenje Patologije trudnoće Opšte bolnice Užice zbog pretećeg pobačaja u drugom mesecu graviditeta. U anamnezi navodi da je 2007. godine imala spontani pobačaj u trećem mesecu trudnoće, koji se desio nakon primarnog inferiliteta od godinu dana. Ultrazvučnim pregledom se verifikuje vitalna trudnoća koja odgovara za 7 nedelju gestacije, ordinirana hormonska i vitaminska terapija. Kontrolni biohemijski nalazi ukazuju na anemiju (Er 3.00; Hg 103; Fe 8.3), glikemija našte 5,9 mmol. Urađen OGTT pri čemu je vrednost glikemije nakon 2h bila 9,1, a nakon 3h 8mmol, konsultovan endokrinolog kada je urađen i dnevni profil narednog dana: našte glikemija 5,7 mmol, 1h postprandijalno 7,9 mmol, 2h postprandijalno 7,1 mmol. Dijagnostifikovan gestacijski dijabetes mellitus i pacijentkinji predložen dijetetski režim sa ograničenim unosom ugljenih hidrata. Cervikalni bris – sterilan,

u urinokulturi izolovana *escherichia coli*, te je ordiniran Longaceph amp a 2gr/24h i.iv. 5 dana uz Utrogestan tbl 3x2, preparate gvožđa i vitaminsku terapiju. Na ordiniranu terapiju uz rigorozan higijensko-dijetetski režim povoljno reagovala, krvarenje stalo, kontrolni uz pregled pokazao da trudnoća napreduje, glikemija našte 4,9; 1h postprandijalno 7 mmol; 2h popstprandijalno 6,1 mmol, kontrolni nalaz urinokulture- sterilan. Nakon hospitalizacije od dve nedelje pacijentkinja se otpušta kući uz hormonsku terapiju,preparate gvožđa, higijensko dijetetski režim i predloženo mirovanje. Na sledećoj kontroli nakon mesec dana ginekološki nalaz uredan, nema krvarenja te je isključen Utrogestan, uz uredan nalaz. Kontrolni biohemijski nalazi ukazuju na anemiju blažeg stepena (Er 4,00; Hgr 110; Fe 11.2), glikemija našte 4,8 mmol; 1h postprandijalno 6,6 mmol; 2h postprandijalno 5,9 mmol, ostali biohemijski nalazi u fiziološkim granicama. Nastavljena terapija preparatima gvožđa, vitaminima, dijetetski režim sa ograničenim unosom ugljenih hidrata, uvedene Canesten vag. U 16 g.n., urađen Triple scrining test koji je bio u fiziološkim granicama i trudnoća nastavlja da se kontroliše po protokolu vođena visokorizičnih trudnoća. U 22 g.n. urađen 4D uz pregled kada je viđena uredna morfologija i dinamika rasta ploda. Pacijentkinja ponovo hospitalizovana u 28 g.n., dnevni profil i glikemija našte u fiziološkim granicama kao i ostali biohemijski parametri, obavljen ponovni konsultativni pregled endokrinologa, u brisu cerviksa izolovan *Enterococcus* te je uvedena antibiotska terapija Amoksiklav tbl a 625mg 3x1 u Mak-mirror complex vag, ginekološki nalaz uredan, nije uvođena tokolitička terapija, ultrazvučno trudnoća napreduje. Nakon hospitalizacije od 7 dana pacijentkinja se otpušta kući uz dijetetski režim i vitaminsku terapiju. Ultrasonografski nadzor fetusa se radi jednom mesečno, a kardiotokografski nalaz (CTG) jednom nedeljno počev od 34. nedelje gestacije uz dnevni profil glikemije mesečno. Pacijentkinja porođena vaginalnim putem u 39. n.g. kada je rođeno živo, muško dete 3650g, Ap. Scor 9. Postpartalni tok protekao uredno. Na kontrolnom pregledu kod endokrinologa dnevni profil glikemije bio u fiziološkim granicama.

ZAKLJUČAK: Saznanje da je kvalitet života budućih generacija određen medicinskom negom tokom fetalnog života nameće neonatolozima i društvu obaveze i iščekivanja. Prevencija nastanka poremećaja, prevenstveno modifikovanjem miljea najranijeg razvoja, pravovremena dijagnostika i terapija gestacijskog dijabetesa nesumnjivo smanjuje većinu neposrednih kao i udaljenih komplikacija adultnog doba.

Literatura

1. Uvena J. and Catalano P.:SHORT AND LONG TERM EFECTS OF GESTATIONAL DIJABETES MELLITUS ON THE NEONATE, *Perinat. Neonat. Med.*, 1998: 3: 517–522.
2. Coustan D. R.: GESTATIONAL DIJABETES: DOES IT EXIST?,*The First Congress on Controversis in Obstetrics, Gynecology and Infertility*. Eds. Zion Ben-Rafael and Zeev Shoham, Monduzzi editore,1999: 91–92.

3. Gabbe S. C.: UNDERSOLVED ISSUES IN SCRINING AND DIAGNOSIS OF GESTATIONAL DIJABETES MELLITUS, *Perinat. Neonat. Med.*, 1998; 3: 523–525.
4. Report of the Expert Commitettee on the Diagnosis and Classification of Dijabetes Mellitus, *Dijabetes Care*, 1997: 20: 1183–1197
5. Reece E. A. and Homko C. J.: OPTIMAL GLICEMIC CONTROL, FETAL MORBIDITY AND MONITORING PROTOCOLS IN GESTATIONAL DIJABETES MELLITUS, *Perinat. Neonat. Med.*, 1998: 3: 526–533.
6. Hod M. And Aschenzi S.: CAN MACROSOMIA BE PREVENTED? The First Congress on Controversis in Obstetrics, Gynecology and Infertility. Eds. Zion Ben-Rafael and Zeev Shoham, Monduzzi editore, 1999: 93–96.
7. Atad J.: INDUCTION OF LABOUR IN GESTATIONAL DIJABETES, The First Congress on Controversis in Obstetrics, Gynecology and Inferility. Eds. Zion Ben-Rafael and Zeev Shoham, Monduzzi editore, 1999: 97–100.