

Program edukacji kobiety ciężarnej.

Profilaktyka, pielęgnacja i postępowanie w cukrzycy ciążowej.

Temat

Profilaktyka, pielęgnacja i postępowanie w cukrzycy ciążowej.

Prowadzący

Położne, pielęgniarki.

Odbiorcy

Edukacja przeznaczona dla kobiet ciężarnych i ich rodzin, uczęszczających w zajęciach edukacji przedporodowej lub przebywających w oddziale szpitalnym.

Cel główny:

- Zwiększenie świadomości pacjentek i ich rodzin w zakresie działań profilaktycznych w zakresie występowania cukrzycy ciążowej.
- Przedstawienie objawów wystąpienia cukrzycy w ciąży.
- Omówienie działań pielęgnacyjnych i leczniczych stosowanych w celu minimalizacji ryzyka zagrożenia ciąży.

Miejsce

Salę chorych, dom pacjentki i jej rodziny.

Czas zajęć

30-40 minut.

Metody i techniki:

- Wykład.
- Rozmowa indywidualna z ciężarną i jej rodziną.
- Pokaz technik pomiarowych i stosowania diety.

Plan zajęć edukacyjnych:

- Rozpoczęcie edukacji- prezentacja edukatora.
- Przedstawienie tematu i celu edukacji.
- Wprowadzenie do tematyki zajęć.
- Realizowanie zagadnienia.
- Ocena skuteczności przeprowadzonej edukacji.

Zakres treści edukacyjnych zawartych w następujących częściach:

1. Czym jest cukrzyca ciążowych
2. Czynniki ryzyka wystąpienia cukrzycy w trakcie ciąży
3. Jak zapobiegać wystąpieniu cukrzycy w ciąży
4. Postępowanie w ciąży powikłanej cukrzycą ciążową

Szanowna Pacjentko, Rodzino

Podjmijmy wspólne działania w celu profilaktyki i niwelowania skutków cukrzycy ciążyowej u naszych podopiecznych.

Co to jest cukrzyca ciążyowa?

Cukrzyca ciążyowa (GDM, gestational diabetes mellitus) jest obecnie najczęściej występującym powikłaniem metabolicznym ciąży. Szacuje się, że może dotyczyć nawet ponad 10% wszystkich ciężarnych. Wzrost zachorowalności na GDM jest związany z coraz późniejszym wiekiem zachodzenia kobiet w ciążę oraz rozpowszechnieniem nadwagi i otyłości. Po części jest także konsekwencją nowych, wprowadzonych w ostatnich latach kryteriów diagnostycznych z niższymi progami odcięcia dla wartości glikemii w teście doustnego obciążenia glukozą (OGTT, oral glucose tolerance test), który jest wykonywany między 21 a 26 tyg ciąży.

Tabela 1. Kryteria rozpoznania cukrzycy ciążyowej na podstawie wyników 75 g OGTT według IADPSG 2010 i WHO 2013.

Czas wykonania oznaczenia	Stężenie glukozy w osoczu mg/dl	Stężenie glukozy w osoczu mmol/l
Na czczo	93-125	5,1-6,9
60 min.	> 179	>10,0
120 min.	154-199	8,5 -11,0

Tabela 2. Warunki prawidłowego wykonania testu doustnego obciążenia glukozą (OGTT).

- Przez 3 dni dieta wysokowęglowodanowa (min. 150 g węglowodanów/dobę).
- Ostatni posiłek 8–12 h przed badaniem.
- Odpoczynek 30 min przed badaniem.
- Podanie 75 g glukozy rozpuszczonej w 250–300 ml wody i wypicie w ciągu 5 min (można dodać sok z cytryny lub zastosować fabrycznie przygotowany roztwór glukozy).
- Po obciążeniu 2 h spoczynku badanej w pozycji siedzącej.
- Pacjentka nie może w trakcie testu spożywać pokarmów, pić płynów, palić papierosów.

Patogeneza GDM jest złożona i obejmuje zaburzenia w działaniu i wydzielaniu insuliny. W czasie ciąży dochodzi do fizjologicznego nasilania zjawiska insulinooporności, spowodowanego wzrostem stężenia hormonów ciążowych — estrogenów, progesteronu i laktogenu łożyskowego. U większości kobiet wzrost zapotrzebowania na insulinę jest kompensowany zwiększoną jej produkcją, co znajduje odzwierciedlenie w wyższym o około 50% stężeniu insuliny we krwi pod koniec ciąży. U kobiet z GDM przyrost sekrecji insuliny jest zdecydowanie niższy w porównaniu z ciążą fizjologiczną, co skutkuje hiperglikemią.

Czynniki ryzyka wystąpienia cukrzycy w trakcie ciąży.

Tabela 3. Czynniki ryzyka cukrzycy ciążowej.

- Ciąża po 35. roku życia.
- W wywiadzie porody dzieci o dużej masie ciała (> 4000 g).
- Urodzenie noworodka z wadą rozwojową.
- Zgony wewnątrzmaciczne w wywiadzie.
- Nadciśnienie tętnicze.
- Nadwaga lub otyłość.
- Rodzinny wywiad w kierunku cukrzycy typu 2.
- Rozpoznanie cukrzycy ciążowej w poprzednich ciążach.
- Wielorództwo.
- Zespół policystycznych jajników.

Dodatkowymi czynnikami nasilającymi insulinooporność, a w konsekwencji deficyt insuliny, są: nadmiar tkanki tłuszczowej, niska aktywność fizyczna, nadciśnienie tętnicze, wiek, rodzinne obciążenie cukrzycą i inne. Zalicza się je do czynników zwiększonego ryzyka wystąpienia zaburzeń tolerancji węglowodanów w czasie ciąży.

U ciężarnych z GDM częściej niż u zdrowych ciężarnych, stwierdza się: nadciśnienie indukowane ciążą, rzucawkę, porody drogą cięcia cesarskiego i urazy okołoporodowe (dystocję barkową). U noworodków dochodzi do incydentów hipoglikemii i hiperbilirubinemii, a w cięższych przypadkach do zaburzeń krążenia i oddychania.

Jak zapobiegać wystąpieniu cukrzycy w ciąży?

Ze względu na wciąż niesprecyzowane powody pojawiania się cukrzycy ciążyowej, trudno mówić o celowanych działaniach profilaktycznych. Jednak można zminimalizować ryzyko jej powstawania w trójnasób:

1. Badania kontrolne w trakcie ciąży – to absolutne minimum. Zaleca się opiekę lekarza/położnej, którzy realizują program Standardu Opieki Okołoporodowej, a w razie potrzeby stałą współpracę z diabetologiem.
2. Odpowiednia dieta – m.in. mniej tłuszczów zwierzęcych, cukru, słodczy, soli, mocnej herbaty i kawy, więcej chudych wędlin i mięsa, warzyw i tłuszczy roślinnych.
3. Umiarkowany ruch – ten jednak winien być skonsultowany z lekarzem/położną prowadzącym ciążę. Zaleca się spacer, pływanie, zajęcia w szkole rodzenia, pilates, jogę, a kiedy lekarz na to wyrazi zgodę Nordic Walking.

Warto również, przy wystąpieniu czynników ryzyka takich jak nadwaga/otyłość zredukować masę ciała, ćwiczyć, stosować dietę niskowęglowodanową i kontynuować te działania po zajściu w ciążę.

Przy istniejącej insulinooporności/cukrzycy przed okresem ciąży, konieczne jest regularne branie leków i kontrole u diabetologa. Ważne jest prowadzenie dzienniczka glikemii.

Jeśli w poprzedniej ciąży wystąpiła cukrzyca lub podejrzewamy, że możemy mieć problem z równowagą metaboliczną, konieczne jest wykonywanie badań OGTT przynajmniej raz na rok i bezpośrednio przed decyzją o zajściu w ciążę.

Postępowanie w ciąży powikłanej cukrzycą ciążyową.

Leczenie cukrzycy ciążyowej:

W większości przypadków GDM przebieg kliniczny choroby jest łagodny, bez tendencji do występowania kwasicy, a normalizacja glikemii wymaga podawania insuliny u 20–30% kobiet. Przyjmuje się, że celem leczenia jest osiągnięcie następujących wartości glikemii:

- na czczo i przed posiłkami: 70–90 mg/dl (3,3–5,0 mmol/l).
- maksymalna glikemia w 1. godzinie po posiłkach: < 120 mg/dl (< 6,7 mmol/l).
- między godziną 02.00 a 04.00: > 70 mg/dl (> 3,3 mmol/l).

Kobiety w ciąży powinny wykonywać pomiary glikemii samodzielnie, po odpowiednim przeszkoleniu przez położną posiadającą doświadczenie w opiece nad ciężarnymi z cukrzycą.

Liczba i pory oznaczania stężenia glukozy powinny być uzależnione od natężenia zaburzeń gospodarki węglowodanowej i stosowanego leczenia. Podstawą leczenia cukrzycy jest dieta cukrzycowa, która powinna nie tylko zapewniać normoglikemię, ale także prawidłowy przyrost masy ciała ciężarnej.

Średnie dobowe zapotrzebowanie kaloryczne w okresie ciąży wynosi około 35 kcal na kg należnej masy ciała, czyli 1500–2400 kcal u ciężarnych z prawidłową masą ciała przed ciążą. U pacjentek z nadwagą zaleca się stosowanie diety o kaloryczności nieco mniejszej - 25–30 kcal na kg masy ciała. Zalecany przyrost masy ciała to średnio 8–12 kg, w zależności od wyjściowej masy ciała (od ok. 7 kg dla BMI > 29,0 kg/m² do 18 kg dla BMI < 19,8 kg/m²).

Zbyt duży przyrost masy ciała u ciężarnej, nawet niezależnie od cukrzycy, wiąże się z nadmiernym wzrastaniem płodu. Kaloryczność diety musi być oczywiście modyfikowana w zależności od aktywności fizycznej kobiety.

Tabela 4. Zalecenia jakościowe dotyczące diety kobiet z cukrzycą w okresie ciąży.

- Węglowodany 40–50% (ok. 180 g węglowodanów/dobę).
- Białko 30% (1,3 g/kg mc.).
- Tłuszcze 20–30% (w równych częściach nasycone i nienasycone).
- Spożywanie sztucznych środków słodzących jest dozwolone, z wyjątkiem sacharyny, która przechodzi przez łożysko i jej wpływ na płód nie jest do końca znany.
- Zaleca się podawanie preparatów witaminowych ogólnie dostępnych na polskim rynku farmaceutycznym, zgodnie z zaleceniami obowiązującymi dla wszystkich ciężarnych.

Bardzo ważna jest jakość spożywanych węglowodanów. W diecie preferowane są węglowodany o niskim indeksie glikemicznym. Zaleca się spożywanie surowych warzyw i niektórych owoców, pieczywa z mąki o niskim przemiele (razowe, typu graham), płatków zbożowych, kasz, makaronów z razowej mąki, dzikiego ryżu.

Ciężarna powinna spożywać 5–6 posiłków równomiernie rozłożonych w ciągu dnia. Ważną rolę w diecie kobiety ciężarnej odgrywają tłuszcze, których dobrym źródłem mogą być ryby, jednocześnie zawierające doskonałe pełnowartościowe białko.

Niedocenianą rolę w regulacji gospodarki węglowodanowej kobiet ciężarnych stanowi wysiłek fizyczny. Obniża on glikemię przede wszystkim poprzez poprawę wrażliwości na insulinę, jednocześnie korzystnie wpływając na ogólną sprawność psychofizyczną. O ile nie ma przeciwwskazań, zaleca się specjalne zestawy ćwiczeń gimnastycznych o umiarkowanym nasileniu, spacer, pływanie i tym podobne.

Jeśli mimo prawidłowego leczenia behawioralnego nie uzyskuje się normoglikemii, to należy zastosować terapię insuliną. Kobiety wymagające insulinoterapii powinny być leczone w ośrodkach diabetologicznych i położniczych mających odpowiednie doświadczenie i kadrę medyczną.

Doustne leki przeciwcukrzycowe nie są obecnie rekomendowane do leczenia cukrzycy w ciąży. U kobiet stosujących doustne leki przeciwcukrzycowe, czyli głównie u kobiet z cukrzycą typu 2, zaleca się rozpoczęcie insulinoterapii w okresie planowania ciąży lub jak najszybciej po jej rozpoznaniu.

Karmienie piersią powinno być szeroko propagowane i zalecane u kobiet z cukrzycą przedciążową i ciążową, o ile nie istnieją inne przeciwwskazania. U większości kobiet stężenie glukozy ulega normalizacji po porodzie, jednak wszystkie kobiety powinny być poddane badaniu w kierunku obecności zaburzeń tolerancji glukozy, gdyż przebycie cukrzycy w ciąży jest czynnikiem ryzyka jawnej cukrzycy w dalszych latach życia.

Zaleca się wykonanie 75 g OGTT 6–12 tygodni po porodzie, a potem oznaczanie glikemii na czczo co 2–3 lata. Przed planowaną kolejną ciążą należy wykonać test tolerancji glukozy (75 g OGTT).

Metody oceny skuteczności przeprowadzonej edukacji:

Pytania kontrolne:

1. Jakie czynniki sprzyjają wystąpieniu cukrzycy w ciąży?
2. Co można zrobić w czasie planowania ciąży, żeby uniknąć GDM?
3. Jakie wykonuje się badania diagnostyczne w wykrywaniu cukrzycy ciążowej?
4. Jakie działania podjąć w walce z cukrzycą wklajającą ciążę?

Literatura:

1. Cukrzyca ciążowa - rozpoznawanie i leczenie, Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2016, tom 1, nr 2
2. Cukrzyca ciążowa – objawy, profilaktyka, badania. Poradnik pacjenta. Strona [www.Centra Medyczne Medyceusz](http://www.CentraMedyczneMedyceusz.pl).

Opracował: mgr położnictwa, spec. pielęgniarstwa położniczego Marzena Zielezińska