
GEBELİK VE DİYABET



1- Gebelikte karbonhidrat metabolizmasındaki değişiklikler nelerdir?

Gebelikte vücudun enerji ihtiyacı artmıştır. Çocuğun gelişimi için gerekli enerjiyi sağlamak için daha fazla glikoza gereksinim duyulur. Bu nedenle gebelerde kan şekeri normale göre düşük düzeydedir. Karbonhidrat alımında azalma sonucunda hücreye yeterli glikoz giremezse, enerji öncelikle yağlardan sağlanır ve idrarda keton cisimleri görülür. Gebelikte, kanda yeterli insulin hormonu olmaması, buna karşın glikoz gereksiniminin artması nedeniyle ketoza yatkınlık artar. Ketozis, hem çocuğun gelişimi, hem de gebenin sağlığı açısından tehlikeli sonuçlar doğuracak bir durumdur. Ayrıca gebelikte progesteron, östrojen, kortizon, laktojen, v.b hormonların artışı insuline karşı bir direnç gelişmesine sebep olur.

2- Gebeliğin şeker hastalığı üzerine etkisi nasıldır?

Diyabetik gebe ile diyabetik olmayan gebe arasındaki en önemli fark, diyabette ketoasidoz riskinin artmasıdır. Ayrıca mevcut insulin direnci de tabloyu daha ağırlaştırabilir. Gebelerde insulin gereksinimi, gebe olmayanlara oranla daha fazladır. Diyabetik gebelerde gebelik öncesine göre özellikle ilk 3 aydan sonra insulin ihtiyacı artmıştır. Diyabetik gebelerde organizmanın artmış glikoz ve insulin ihtiyacının dengelenmesi hem anne hem de çocuk açısından önemlidir. Aksi takdirde bebeklerde kalp iskelet sistemi anomalileri, gebe kadında ise erken doğum, düşük, iri doğum veya ölü doğum yapma riski artmaktadır.

3- Gestasyonel diyabet nedir?

Gebelik öncesi yeterli insulin salgılayabilen pankreas hücreleri gebeliğin ilerlemesiyle yeterli insulin salgılayamaz, bu nedenle daha önce diyabet belirtisi olmadığı halde gebelik boyunca kan şekeri yükselebilir. 'Gestasyonel Diyabet' olarak isimlendirilen bu tablo, gebelik bitiminde genellikle düzelir, uzun yıllar tekrar ortaya çıkmayabilir. Ailesinde çok sayıda diyabetik kişiler bulunan, 30 yaşın üzerinde, fazla kilolu hamileler gestasyonel diyabet açısından risk taşırlar.

4- Gebelik diyabetinde (gestasyonel diyabet) tanı nasıl konur?

Gebelerde, gebeliğin 24.-28. haftasında 50 gram glikoz ile tarama testi yapılır. Teste göre 1. saatte glisemi değeri 140 mg/dl'nin üzerinde ise bir süre sonra 75 gram glikoz ile oral glikoz tolerans testi uygulanır. Bu testte,

Açlık glisemisi < 105 mg/dl

1.saat glisemi < 190 mg/dl

2.saat glisemi < 165 mg/dl

3.saat glisemi < 145 mg/dl'nin altında olmalıdır.

Test sonuçlarında en az 2 değer, yukarıda verilmiş olan sınırlardan yüksek ise, gestasyonel diyabet tanısı konur.

5- Şeker hastalığında doğum planlaması nasıl yapılmalıdır?

Gebe kalmasında yaşamsal risk bulunmayan diyabetik anne adayları fetusun uygun sağlık ve gelişimini sağlamak amacıyla gebe kalmadan en az 3 ay öncesinden sıkı bir kontrole alınmalıdır. Diyabette metabolik kontrolün sağlanması ve komplikasyon gelişiminin önlenmesi veya ilerlemenin durdurulması açısından diyabet yaşı küçük, diyabete bağlı organ bozuklukları olmayan genç anne adaylarında risk düşüktür. Diyabet yaşı büyük, göz ya da sinir sistemi gibi organlarda başlangıç halinde bozukluklar teşhis edilmiş kişilerde, ya da ileri yaştaki annelerde ise risk yüksektir. Organ bozuklukları ilerlemiş diyabetiklerde ise, gebelik bu bozuklukları arttıracığı için hamileliğe izin verilmez.

6- Gebelik süresince kan şekeri takibi nasıl yapılmalıdır?

İdeal açlık kan şekeri düzeyi 60-90 mg/dl, tokluk kan şekeri düzeyi ise 120-130 mg/dl'dir. Gebelik döneminde haftada en az 2 gün kahvaltıdan önce ve 2 saat sonra, öğle ve akşam yemeğinden önce ve gece 11.00'de olmak üzere günde 5 kez kan şekeri ölçümü yapılmalıdır. Gebelikte kan şekeri yükselmeden de idrarda şeker çıkabilir (Renal glikozüri). Bu nedenle günlük idrar glikoz takipleri ve aseton takibinin yapılması gerekir. Üst üste iki gün idrarda aseton tespit edildiğinde hastanın acilen doktoru ile görüşmesi gerekir.

7- Gebelik süresince diyabet tedavisi nasıl olmalıdır?

Gestasyonel diyabetik hastalarda, metabolik kontrol diyet ile sağlanabiliyorsa, tedaviye diyetle uyum kontrolleri ile devam edilir. Metabolik kontrolü ideal düzeyde olmayan, fakat kan şekeri değerleri ideal düzeylerin biraz üzerinde olan hastalarda ve metabolik kontrolü iyi olmayan kan şekeri değişken olan diyabetiklerde vakit geçirilmeden insülin tedavisine başlanmalıdır. Gebeler kesinlikle oral antidiyabetik ilaçlar kullanamazlar. Gebelik boyunca toplam kilo alımı 10-13 kg'ı aşmamalıdır.

8- Diyabetik gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrasında nelere dikkat edilmelidir?

Diyabetik gebeye tercihen 38.haftadan itibaren doğum yaptırılabilir. Süre 40 haftayı aşarsa veya fetusun 4000 gr üzerinde olduğu tahmin ediliyorsa tercihan sezeryan uygulanmalıdır.

Anne karnında hiperglisemiye maruz kalan bebek insülin salgılamaya başlar ve doğumdan sonrada insülin salgılamaya devam eder. Bu nedenle yeni doğan çocukta en sık görülen metabolik bozukluk, kan şekeri düşüklüğüdür.

Doğumu takiben bebeğin kan şekerinin olşölmesi ve en az iki hafta süre ile sıkı bir şekilde kan şekeri takibi, hipoglisemilerin saptanması ve tedavisi aşıından önem taşır. Bebekte hipoglisemi saptanırsa ya erken beslenme programına alınmalı ya da hipoglisemi ağırsa içinde dekstroğ bulunan serum verilmelidir.

9-Hamilelikten korunmak için neler yapılmalıdır?

Gebelikten korunma yöntemleri diyabetiklerde, diyabetik olmayanlardan farklı olmamakla birlikte, ağızdan alınan doğum kontrol ilaçları diyabette hormonal dengeyi ve dolayısı ile kan şekeri kontrolünü bozabilir. Diyabetik kadında, enfeksiyon geliştirme riski olan rahim içi araçların (spiral) steril koşullarda takılması çok önemlidir. Tüp bağlama yöntemi ile korunma tekniği, en güvenilir yöntem olarak güncelliğini korumaktadır.