



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ
ΚΑΤΣΙΛΙΕΡΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ (ΑΜ 8574)**

ΚΑΠΕΡΔΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ (ΑΜ 8267)

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΔΕΛΗΓΑΚΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ**

ΠΑΤΡΑ 2016

Πίνακας περιεχομένων

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	7
1.1.Ανατομία Παγκρέατος.....	7
1.2. Ινσουλίνη	8
1.2.1.Γενικά	8
1.2.2.ΡΥΘΜΙΣΗ ΕΚΚΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ	8
1.2.3. Μεταβολικές δράσεις της ινσουλίνης.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	10
2.1. Αναπαραγωγικά όργανα θήλεος.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	14
3.1. Ορισμός	14
3.2. Ιστορική αναδρομή	14
3.3. Τύποι σακχαρώδη διαβήτη	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	16
4.1. Διαβήτη κύησης ορισμός.....	16
4.2.Ταξινόμηση σακχαρώδη διαβήτη κατά White.....	17
4.3 Συχνότητα και διάγνωση	18
4.4. Συμπτώματα σακχαρώδη διαβήτη κύησης.....	21
4.5. Παράγοντες υψηλού κινδύνου	22
4.6. Μεταβολικές αλλαγές	23
4.7. Επιδράσεις του σακχαρώδη διαβήτη στο έμβρυο.....	26
4.8. Επιπτώσεις σακχαρώδη διαβήτη στη μητέρα.....	27
4.9. Μακροχρόνιες επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη.....	28
4.9.1. Μικροαγγειακές επιπλοκές	28
4.9.2. Μακροαγγειακές επιπλοκές.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	30
5.1. Θεραπευτική αντιμετώπιση	30
5.2. Αυτοπαρακολούθηση.....	31
5.2.1.Θεραπευτικοί στόχοι	32

5.3. Μέτρηση της ινσουλίνης στο αμνιακό υγρό.....	33
5.4. Θεραπεία σακχαρώδη διαβήτη κύησης με ινσουλίνη.....	34
5.5. Φαρμακοκινητική της ινσουλίνης.....	36
5.6. Εξετάσεις για το σακχαρώδη διαβήτη.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο.....	39
6.1. Προγραμματισμός του τοκετού.....	39
6.2. Αναστολή πρόωρου τοκετού.....	39
6.3. Επιλογή τρόπου τοκετού.....	40
6.4. Ενδείξεις κολπικού τοκετού.....	40
6.5. Ενδείξεις καισαρικής τομής.....	40
6.6. Μετά τον τοκετό.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο	42
7.1. Η υγιεινή της εγκύου.....	42
7.2. Άσκηση και διαβήτης.....	46
7.3. Το πρόγραμμα της άσκησης.....	48
7.4. Προτεινόμενες ασκήσεις για εγκύους.....	49
7.5. Ιδανικά αθλήματα για εγκύους.....	50
7.6. Οι κίνδυνοι που εγκυμονούν από την άσκηση.....	52
7.7. Η διατροφή της εγκύου.....	54
7.8. Η ποιότητα των τροφών και η σημασία τους για την διατροφή της εγκύου.....	55
7.9. Χρήσιμες συμβουλές.....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο	58
8.1. Βασικές αρχές για τις διαβητικές γυναίκες που επιθυμούν εγκυμοσύνη.....	58
8.2. Το νεογνό της διαβητικής μητέρας.....	58
8.3. Νοσηλευτική φροντίδα εγκύου.....	60
8.4. Νοσηλευτική διαχείριση της επιτόκου.....	61
8.5. Η προετοιμασία της επιτόκου.....	62
8.6. Νοσηλευτική διαχείριση στη περίοδο της λοχείας.....	63
ΜΕΡΟΣ 2ο.....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο.....	65
9.1. Περιγραφή της νοσηλευτικής διεργασίας.....	65
9.2. Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας.....	65
9.3. Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με διαγνωσμένο διαβήτη κύησης, εφαρμόζοντας τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας	68

9.3.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ I	68
9.3.2 ΚΛΙΚΙΝΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ II	76
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	81
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	82
SUMMARY	84
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	86

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Προπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του τμήματος νοσηλευτικής του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδος. Αποτελεί μία ανασκόπηση που αναφέρεται στο σακχαρώδη διαβήτη κύησης καθώς και στο ρόλο του νοσηλευτή.

Αφορμή για την επιλογή του θέματος μας ήταν η αποτύπωση και η ανάδειξη των τρόπων αντιμετώπισης του διαβήτη κύησης καθώς και η πρόληψη του με όσο το δυνατό λιγότερες επιπλοκές τόσο για το έμβρυο όσο και για την μητέρα. Στόχος της εργασίας είναι η ανάδειξη της σημασίας του σακχαρώδη διαβήτη ειδικά στην πιο σημαντική περίοδο της ζωής μιας γυναίκας, στην εγκυμοσύνη της. Ο σακχαρώδης διαβήτης κύησης αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα για πάρα πολλές γυναίκες σε όλο τον κόσμο. Το πιο σημαντικό πρόβλημα είναι το αυξημένο ποσοστό αυτόματων αποβολών κυρίως στο πρώτο τρίμηνο της κύησης καθώς και το μεγάλο ποσοστό γεννήσεων εμβρύων με συγγενείς ανωμαλίες. Φυσικά κύριος υπεύθυνος είναι η κακή μεταβολική ρύθμιση. Έρευνες έδειξαν ότι ο προγραμματισμός της εγκυμοσύνης και ο σωστός έλεγχος των επιπέδων του σακχάρου στο αίμα μείωσε δραματικά τα ποσοστά των επιπλοκών του σακχαρώδη διαβήτη. Η ανάπτυξη της τεχνολογίας, η ιατρική επιστήμη καθώς και οι επαγγελματίες υγείας συμβάλλουν καθημερινά στην καλύτερη παρακολούθηση του εμβρύου, στην ενημέρωση της εγκύου γύρω από το σακχαρώδη διαβήτη καθώς και στην άμεση αντιμετώπισή του. Επιπλέον στόχος μας ήταν να αναδειχθεί η σπουδαιότητα του νοσηλευτή τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και η νοσηλευτική παρέμβαση σε έγκυες γυναίκες με διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη κύησης.

Έτσι και εμείς ως μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας θελήσαμε να διεκπεραιώσουμε αυτή την εργασία τονίζοντας τη χρησιμότητά του επαγγέλματος του νοσηλευτή καθώς είναι αυτός που βρίσκεται δίπλα στις εγκύους ενημερώνοντας και στηρίζοντας αυτές για κάθε τι που πιθανόν συμβεί.

Με την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας ολοκληρώνεται ένας κύκλος σπουδών και ένας κύκλος ζωής προσφέροντάς το εισιτήριο για την έναρξη της επαγγελματικής ζωής.

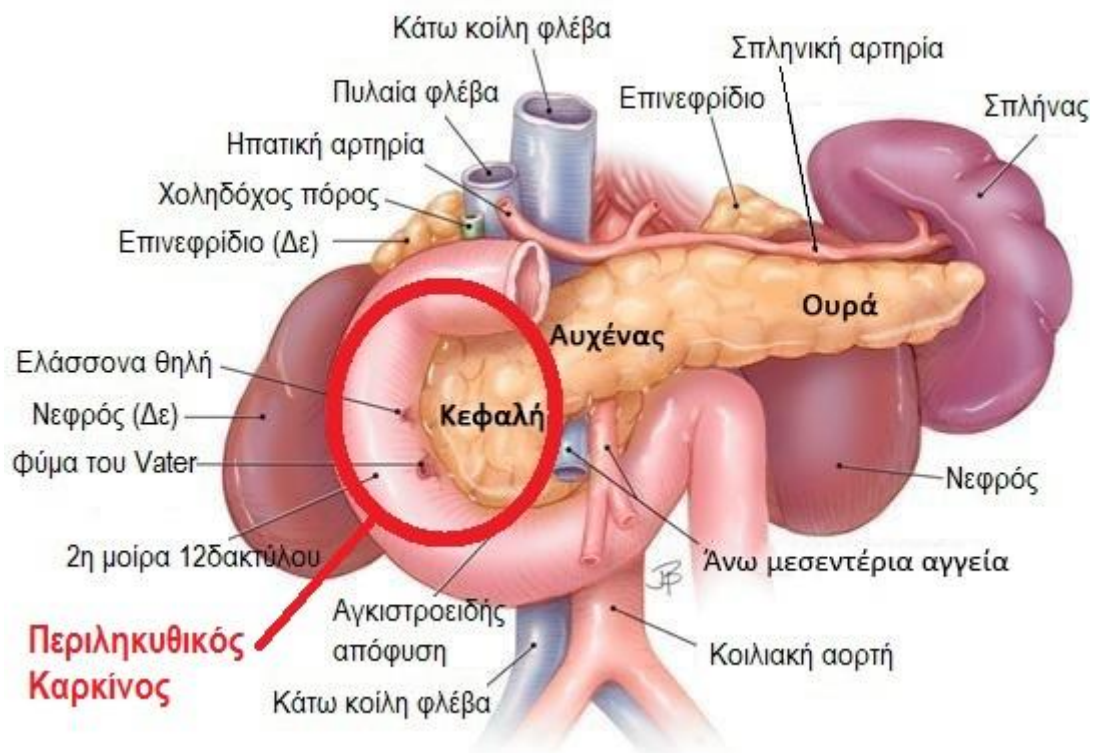
Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας βοήθησαν να επιλέξουμε και να τελειώσουμε την εργασία μας και ιδιαίτερα τον καθηγητή μας κύριο Δεληγάκη για την καθοδήγηση του αλλά και για την συνεργασία μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1.Ανατομία Παγκρέατος

Το πάγκρεας είναι ένα βασικό όργανο του ανθρώπινου οργανισμού, με σχήμα σαν σφυρί και μήκος περίπου 13-15 εκατοστά. Βρίσκεται πάνω στον οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα, στο επίπεδο του Ο1-Ο2 σπονδύλου. Εκτείνεται σχεδόν από το δωδεκαδάκτυλο μέχρι την πύλη του σπληνός. Διακρίνεται σε τρεις μοίρες: την κεφαλή, το σώμα και την ουρά.

Η κεφαλή του παγκρέατος που βρίσκεται μέσα στη δωδεκαδακτυλική αγκύλη αποτελεί το παχύτερο τμήμα του. Η απόφυση προβάλλει προς τα πίσω και κάτω από την κεφαλή του παγκρέατος περιβάλλοντας τα άνω μεσεντέρια αγγεία. Το μεγαλύτερο μέρος του σώματος του παγκρέατος βρίσκεται μπροστά από τη σπονδυλική στήλη. Το σώμα έχει μια προπέτεια κοντά στον αυχένα που ονομάζεται επιπλοϊκό φύμα που προβάλλει στον επιπλοϊκό θύλακο. Τέλος η ουρά του παγκρέατος εκτείνεται μέχρι το σπληνοφρενικό σύνδεσμο του σπληνός.



ΕΙΚΟΝΑ 1(smyrlis-laparoscopic.gr)

1.2. Ινσουλίνη

1.2.1. Γενικά

Η ινσουλίνη είναι μία ορμόνη η οποία παράγεται από το πάγκρεας και συγκεκριμένα εκκρίνεται από τα β-κύτταρα. Τα κύτταρα αυτά παράγουν αρχικά ένα πρόδρομο μόριο την προϊνσουλίνη η οποία στη συνέχεια μετατρέπεται σε ινσουλίνη. Αυτή ορμόνη αποτελείται από δύο αλυσίδες πεπτιδίων και συνδέονται μεταξύ τους με δισουλφικούς δεσμούς. Επιζει για μικρό χρονικό διάστημα στον οργανισμό και διασπάται μετά από περίπου 10 λεπτά στο ήπαρ και στους νεφρούς. Αυτή η αλλαγή δείχνει ότι τα επίπεδα της γλυκόζης πέφτουν γρήγορα όταν σταματήσει η έκκριση της από τα β-κύτταρα. Η ινσουλίνη παίζει πρωτεύοντα ρόλο στον μεταβολισμό των υδατανθράκων(σακχάρων) του οργανισμού. Δρα σε όλους τους ιστούς του σώματος με αποτέλεσμα να ρυθμίζει την κυτταρική απορρόφηση και τη χρήση γλυκόζης. Έτσι λοιπόν είναι καθοριστικός παράγοντας της συγκέντρωσης της γλυκόζης του πλάσματος. Τα επίπεδα της γλυκόζης σε φυσιολογικές συνθήκες κυμαίνονται στα 5 mmol/L (Ιωαννίδης,2011).

1.2.2. ΡΥΘΜΙΣΗ ΕΚΚΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που ρυθμίζουν την έκκριση της ινσουλίνης αλλά ο πιο σημαντικός από αυτούς είναι η συγκέντρωση της γλυκόζης στο αίμα και κυρίως στο πλάσμα. Όταν η συγκέντρωση της γλυκόζης στο αίμα αυξάνεται ταυτόχρονα έχουν ταχεία αύξηση έκκρισης ινσουλίνης. Τα επίπεδα της ινσουλίνης είναι χαμηλά σε φυσιολογικά χαμηλές συγκεντρώσεις γλυκόζης αλλά αυξάνονται μετά από κάθε γεύμα όταν απορροφάται η γλυκόζη. Η ινσουλίνη μειώνει τα ποσά της γλυκόζης στο εξωκυττάριο υγρό, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δρα σαν μηχανισμός αρνητικής ανατροφοδότησης που περιορίζει κάθε αύξηση στη συγκέντρωση της γλυκόζης στο πλάσμα. Άλλα νεύρα και ορμόνες που απελευθερώνονται από τα νευροεκκριτικά κύτταρα στο έντερο κατά τη διάρκεια της πέψης διευκολύνουν την έκκριση της ινσουλίνης. Τέτοιες ορμόνες είναι η χολοκυστοκίνη, το γλουκαγονομιμητικό πεπτίδιο και η γλυκαγόνη. Η σωματοστατίνη από τα δ κύτταρα των νησιδίων του παγκρέατος αναστέλλει την έκκριση της ινσουλίνης ενώ η ακετυλοχολίνη διεγείρει

την έκκρισή της. Επίσης και η αυξημένη συγκέντρωση των αμινοξέων διεγείρει την έκκριση της ινσουλίνης (McGeown, 2009).

1.2.3. Μεταβολικές δράσεις της ινσουλίνης

Η ινσουλίνη είναι μία βασική αναβολική ορμόνη της οποίας η δράση αφορά ολόκληρο τον ενεργειακό μεταβολισμό του ανθρωπίνου σώματος. Η ορμόνη αυτή επηρεάζει τον μεταβολισμό των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών, των λιπιδίων και δρα σε όλους τους ιστούς του σώματος αλλά ιδιαίτερα στις τρεις βασικές ενεργειακές αποθήκες του οργανισμού το ήπαρ, τους μύες και τον λιπώδη ιστό.

Όσον αφορά το ήπαρ η δράση της ινσουλίνης περιλαμβάνει: 1) την αύξηση σύνθεσης και εναπόθεσης γλυκογόνου και την αναστολή της διάσπασής του. 2) την αύξηση της σύνθεσης των πρωτεϊνών, των τριγλυκεριδίων και της VLDL 3) την αναστολή γλυκονεογένεσης και την ενεργοποίηση της γλυκολυτικής οδού για τη χρησιμοποίηση της γλυκόζης ως καύσιμο.

Όσον αφορά τους μύες η δράση της ινσουλίνης περιλαμβάνει: 1) την αύξηση της διαπερατότητας της μεμβράνης στη γλυκόζη, τη χρησιμοποίησή της καθώς και τη μετατροπή της σε γλυκογόνο για την αναπλήρωση των αποθηκών γλυκόζης που καταναλώθηκαν από τη μυϊκή δραστηριότητα 2) την αύξηση της πρωτεϊνικής σύνθεσης με τη μεταφορά των αμινοξέων στο μυϊκό κύτταρο αλλά και την πρωτεϊνική σύνθεση στα ριβοσώματα.

Όσον αφορά το λιπώδη ιστό η δράση της ινσουλίνης περιλαμβάνει: 1) την αύξηση παραγωγής της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης η οποία διασπά τα κυκλοφορούντα στο αίμα τριγλυκερίδια δίνοντας λιπαρά οξέα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τα λιποκύτταρα για τη σύνθεση των τριγλυκεριδίων 2) την αύξηση μεταφοράς της γλυκόζης στο λιπώδη ιστό και κατά συνέπεια της α-φωσφορικής γλυκερόλης του απαραίτητου ενζύμου για την εστεροποίηση των ελεύθερων λιπαρών οξέων σε τριγλυκερίδια (McGeown, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. Αναπαραγωγικά όργανα θήλεος

Το γεννητικό σύστημα του θήλεος μπορεί να διαιρεθεί σε έξω και έσω γεννητικά όργανα. Τα εξωτερικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο. Το αιδοίο αποτελείται από το εφήβαιο ή ορός της Αφροδίτης, τα μικρά και τα μεγάλα χείλη, το βολβό του προδρόμου, τον πρόδρομο του κολεού, την κλειτορίδα και τους μείζονες προδρομικούς αδένες.

Το εφήβαιο ή ορός της Αφροδίτης αποτελείται από μία ποσότητα ινολιπώδους ιστού που καλύπτει τους κλάδους των ηβικών οστών. Το αιδοίο που βρίσκεται πάνω από την ηβική σύμφυση μετά την εφηβεία καλύπτεται από τριτογενείς τρίχωμα. Το τρίχωμα του οποίου εκτείνεται προς τα πίσω πάνω στα μεγάλα χείλη του αιδοίου.

Τα μεγάλα χείλη του αιδοίου είναι επιφανείς επιμήκεις πτυχές που καλύπτουν την αιδοική σχισμή. Οι εξωτερικές επιφάνειες τους καλύπτονται από σκουρόχρωμα δέρμα που περιέχει λείες μυϊκές ίνες, τρίχες, σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες. Η επιθηλιακή κάλυψη των εσωτερικών επιφανειών τους είναι φτωχά κερατινοποιημένη. Το δέρμα περιέχει σμηγματογόνους αδένες και στερείται τριχών. Τα μείζονα χείλη αποτελούνται από λιπώδη σώματα και φλεβώδη πλέγματα.

Ο βολβός του προδρόμου είναι ένα μεγάλο φλεβώδες πλέγμα περιβαλλόμενο από περιτονία που καλύπτεται από το βολβοσηραγγώδη μυ. Οι δύο αυτοί βολβοί του προδρόμου συνδέονται με ένα λεπτό χαλινό των βολβών.

Τα ελάσσονα χείλη του αιδοίου είναι δερματικές πτυχές που στερούνται λίπους. Συνδέονται προς τα πίσω με το χαλινό των μικρών χειλιών το οποίο χάνεται μετά τον πρώτο τοκετό. Τα μικρά χείλη αποτελούνται από ένα λεπτό επιδερμικό κάλυμμα πάνω σε συνδετικό ιστό και από σμηγματογόνους αδένες (Berthold, 2009).



EIKONA 2(geneticunit.weebly.com)

Ο κόλπος: ο κόλπος είναι ένας μεμβρανώδης αγωγός κυλινδρικού σχήματος, μήκους περίπου 8-10 εκατοστά που εκτείνεται ανάμεσα στον παρθενικό υμένα και τη μήτρα. Το μέγεθος ποικίλλει και έχει πολύ μεγάλη ελαστικότητα για να μπορεί να διαστέλλεται. Μπροστά από τον κολεό βρίσκονται η ουροδόχος κύστη και η ουρήθρα, πίσω του βρίσκονται το ορθό και ο πρωκτικός σωλήνας. Η πρόσθια επιφάνειά του είναι αποπλατυσμένη και το πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμά του εφάπτονται, δημιουργώντας έτσι μία σχισμή σχήματος γράμματος «H». Το άνω άκρο του κολεού περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας σχηματίζοντας το θόλο του κολεού, ο οποίος έχει διακρίνεται σε πρόσθιο, οπίσθιο και πλάγιο τμήμα. Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από τρεις χιτώνες: το βλεννογόνο, το μυϊκό χιτώνα και τον ινώδη χιτώνα. Ο κολεϊκός βλεννογόνος αποτελείται από πλούσιο σε γλυκογόνο, πολύστιβο, μη κερατινοποιημένο πλακώδες επιθήλιο. Το κολεϊκό (κολπικό) υγρό σχηματίζεται από το διάστημα των φλεβικών πλεγμάτων του κολεϊκού τοιχώματος, από εκκρίσεις του ενδοτραχήλου και από αποφολλιδωμένα επιθηλιακά κύτταρα. Από τη διάσπαση του γλυκογόνου παράγεται το γαλακτικό οξύ με αποτέλεσμα το pH του υγρού να είναι όξινο και να κυμαίνεται από 4.0-4.5 .

Η μήτρα είναι ένα μυώδες όργανο με παχύ τοίχωμα το οποίο βρίσκεται στην κεντρική θέση της ελάσσονος πυέλου μεταξύ ορθού και ουροδόχου κύστεως. Έχει κλίση ελαφρά προς τα εμπρός και μήκος 7-8 εκατοστά με αποτέλεσμα να μοιάζει με αχλάδι.

Με βάση την εξωτερική κατασκευή διαιρείται σε σώμα της μήτρας και σε τράχηλο της μήτρας. Όσον αφορά το σώμα της μήτρας: τα ανώτερα 2/3 του οργάνου έχουν μια αποπλατυσμένη πρόσθια και μια κυρτή οπίσθια επιφάνεια οι οποίες καλύπτονται από το περιτόναιο. Στη σεξουαλικά ώριμη γυναίκα ο πυθμένας της μήτρας προεξέχει πάνω από το δεξιό και αριστερό κέρασ της μήτρας στα οποία οι σάλπιγγες ενώνονται με αυτή. Η μοίρα της ένωσης μεταξύ της μήτρας και τραχήλου ονομάζεται ισθμός μήτρας.

Ο τράχηλος της μήτρας είναι το σχετικά λεπτότερο και στρογγυλό κατώτερο τμήμα της μήτρας το οποίο κατευθύνεται προς τα πάνω και προς τα κάτω. Η ενδοσκοπική μοίρα προβάλλει μέσα στον κολεό ενώ η υπερκολπική μοίρα βρίσκεται πάνω στο κολεό. Όσον αφορά τις στιβάδες του τοιχώματος της μήτρας, η βλεννογόνος στιβάδα που επενδύει την επιφάνεια της μητρικής κοιλότητας είναι γνωστή ως ενδομήτριο. Η παχύτερη στιβάδα του τοιχώματος ονομάζεται μυομήτριο. Τμήμα του σώματος και του πυθμένα της μήτρας είναι γνωστό ως περιμήτριο. Τέλος κατά μήκος των πλάγιων χειλών της μήτρας βρίσκεται ένας συνδετικός ιστός γνωστός και ως παραμήτριο.

Ωοθήκες: οι 2 ωοθήκες αποτελούν τους αναπαραγωγικούς αδένες της γυναίκας καθώς και τη θέση ωρίμανσης των ωαρίων. Η καθεμιά βρίσκεται στην κάθε πλευρά του σώματος στο πλάγιο τοίχωμα της πυέλου. Το σχήμα της καθεμιάς μοιάζει σαν ένα αμύγδαλο μήκους 4 εκατοστών, πλάτους 1,5-2 εκατ. και πάχους 1 εκατ. Η μορφή της επιφάνειας τους αλλάζει με βάση την ηλικία της γυναίκας. Η κάθε ωοθήκη καλύπτεται από μία ισχυρή κάψα συνδετικού ιστού ο οποίος ονομάζεται λευκός χιτώνας. Ο λευκός χιτώνας έχει μία επιθηλιακή κάλυψη η οποία αποτελείται από κυβοειδή κύτταρα. Το εσωτερικό της διαπερνάται από ισχυρό συνδετικό ιστό ονομαζόμενο ωοθηκικό στρώμα και διαιρείται σε φλοιώδη και μυελώδη μοίρα της ωοθήκης. Η μυελώδης μοίρα αποτελείται από αιμοφόρα αγγεία και νεύρα καθώς και ενδοκρινή κύτταρα ενώ η φλοιώδης μοίρα περιέχει ωοθυλάκια και το λεγόμενο ωχρό σωματίο.

Οι σάλπιγγες εκτείνονται εκατέρωθεν της μήτρας. Κάθε σάλπιγγα έχει μήκος περίπου 10-18 εκατοστά και εκβάλλει στο ελεύθερο άκρο της μέσω του κοιλιακού στομίου μέσα στη περιτοναϊκή κοιλότητα. Ο ρόλος της σάλπιγγας είναι να προσλαμβάνει το ωάριο καθώς απελευθερώνεται από την ωοθήκη και το μεταφέρει στη μήτρα. Επίσης λειτουργεί ως τη θέση γονιμοποίησης επειδή το ωάριο και το σπερματοζώριο

συναντιούνται και ενώνονται εκεί. Τα τοιχώματα της σάλπιγγας διακρίνονται σε 3 στιβάδες: το βλεννογόνο, το μυϊκό χιτώνα και τέλος εξωτερικά καλύπτεται με ορογόνο ο οποίος επιτρέπει την κίνηση της. Ο μυϊκός χιτώνας μπορεί να διαιρεθεί σε άλλες στιβάδες οι οποίες επιτρέπουν την ανεξάρτητη κίνηση της σάλπιγγας. Έτσι πραγματοποιείται η κίνηση του ωοκυττάρου και η ροή του σαλπινγικού υγρού. Τέλος, ο βλεννογόνος αποτελείται από μονόστιβο επιθήλιο με αδενικά και κροσσωτά κύτταρα (Fritsch, Wolfgang, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. Ορισμός

ΔΙΑΒΗΤΗΣ: Είναι ένα κλινικό σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών καθώς και των πρωτεϊνών. Η διαταραχή αυτή οφείλεται στην μερική ή ολική έλλειψη της ινσουλίνης ή στην ελάττωση της βιολογικής δραστηριότητας της στους περιφερικούς ιστούς- στόχους ή μπορεί να οφείλεται και στα δύο. Η κύρια έκφραση αυτής της διαταραχής του μεταβολισμού είναι η αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα.

3.2. Ιστορική αναδρομή

Η πρώτη αναφορά περίπτωσης διαβήτη κατά τη διάρκεια της κύησης συναντάται στο 1824 και ανήκει στον Dr. Bennewitz. Ενώ το 1967 ο Dr. Jorgen Petersen από την Κοπεγχάγη, έγραψε το πρώτο του βιβλίο με τίτλο << έγκυος διαβητική και το νεογνό της>> και είναι ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο <<Gestational Diabetes>> , δηλαδή διαβήτη της κύησης. Αναφέρει και περιγράφει διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη, για πρώτη φορά, σε έγκυο γυναίκα με φυσιολογική γλυκόζη νηστείας, η οποία εμφάνισε διαβήτη κατά της πρώτες μέρες της λοχείας. Θεώρησε λοιπόν ότι η τελική διάγνωση μπορεί να γίνει μόνο μετά τον τοκετό (Καραμήτσος, 1987).

3.3. Τύποι σακχαρώδη διαβήτη

Ο Σακχαρώδης διαβήτης διακρίνεται στις εξής κατηγορίες:

- Τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή μη ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη: οφείλεται στην καταστροφή των β-κυττάρων γεγονός που σημαίνει την πλήρη έλλειψη ινσουλίνης.
- Τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ή νεανικό διαβήτη ή ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη: οφείλεται στην προοδευτική μείωση της πλήρους ανταπόκρισης των

β-κυττάρων για την έκκριση της ινσουλίνης που απαιτείται για την κάλυψη των μεταβολικών αναγκών του ανθρώπινου οργανισμού.

- Τον σακχαρώδη διαβήτη κήσεως: εμφανίζεται κατά την διάρκεια ή στην έναρξη της κήσεως ως αποτέλεσμα της διαταραχής του μεταβολισμού των υδατανθράκων και των ορμονικών μεταβολών που συμβαίνουν την περίοδο αυτή. Χαρακτηρίζεται από την αύξηση της γλυκόζης νηστείας $>92\text{mg/dl}$ με δεδομένο τον αποκλεισμό της ύπαρξης του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2.
- Άλλοι ειδικοί τύποι σακχαρώδους διαβήτη: Οφείλονται σε άλλα αίτια όπως είναι οι γενετικές διαταραχές που έχουν άμεση σχέση με την λειτουργικότητα των β-κυττάρων ή την δράση της ινσουλίνης καθώς και στην έκθεση χημικών και φαρμάκων . Ιδιαίτερου ενδιαφέροντος είναι ο διαβήτης των νέων τύπου MODY, μια γονιδιακή μορφή του διαβήτη, στην οποία υπάρχει σημαντικό ρόλο κατέχει το οικογενειακό ιστορικό (Μελιδώνης, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. Διαβήτης κύησης ορισμός

Η περίοδος της εγκυμοσύνης για κάθε γυναίκα είναι η πιο γλυκιά στη ζωή της. Για κάποιες όμως γυναίκες η στιγμή αυτή παρά είναι "γλυκιά" αφού αντιμετωπίζουν το πρόβλημα του αυξημένου σακχάρου στο αίμα. Η οποιαδήποτε διαταραχή στο μεταβολισμό της γλυκόζης (υδατανθράκων) η οποία διαγιγνώσκεται ή εμφανίζεται για πρώτη φορά κατά την έναρξη ή κατά τη διάρκεια της κύησης ονομάζεται σακχαρώδης διαβήτης κύησης. Στον ορισμό του διαβήτη κύησης δεν συμπεριλαμβάνονται οι γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με σακχαρώδη διαβήτη πριν από την έναρξη της κύησης.

Ο σακχαρώδης διαβήτης κύησης μοιάζει με τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου II ως προς την ελαττωμένη έκκριση της ινσουλίνης και ως προς την ευαισθησία των κυττάρων σ' αυτή. Είναι μια αναστρέψιμη νόσος η οποία υποχωρεί μετά τον τοκετό συνδέεται όμως άμεσα με περιγεννητικές επιπλοκές καθώς και με προβλήματα στην υγεία της μητέρας και του νεογνού.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το έμβρυο τρέφεται διαμέσου του πλακούντα. Ο πλακούντας παράγει ορισμένες ορμόνες που βοηθούν στην ανάπτυξη του εμβρύου και φτάνουν στα υψηλότερα επίπεδα την 24^η- 28^η εβδομάδα της κύησης. Οι ορμόνες αυτές δυσκολεύουν τη δράση της ινσουλίνης έχοντας ως συνέπεια τη μείωση της αποτελεσματικότητάς της με αποτέλεσμα την αύξηση επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. Χαρακτηριστικά του διαβήτη κύησης είναι ότι αποτελεί μία ετερογενή διαταραχή της λειτουργίας των β-κυττάρων η οποία διαπιστώνεται στο β' τρίμηνο της εγκυμοσύνης και συγκριτικά με άλλες εγκύους με φυσιολογική ανοχή στη γλυκόζη, κατά τη πρώτη φάση έχουμε μειωμένη έκκριση της ινσουλίνης μετά από κάποιο γλυκαιμικό ερέθισμα ενώ στη δεύτερη φάση δε φαίνεται να υπάρχει κάποια διαφορά (Τούντας, 2003).

4.2. Ταξινόμηση σακχαρώδη διαβήτη κατά White

Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης με βάση την κλίμακα της P.White διακρίνεται σε 11 κατηγορίες οι οποίες είναι:

Κλάση A: παθολογική δοκιμασία ανοχής γλυκόζης. Φυσιολογικές τιμές γλυκόζης αίματος νηστείας. Δεν απαιτείται συνήθως ινσουλινοθεραπεία.

Κλάση B: έναρξη σακχαρώδη διαβήτη από το 20^ο έτος. Διάρκεια σακχαρώδη διαβήτη μικρότερη από 10 χρόνια.

Κλάση C: έναρξη σακχαρώδη διαβήτη πριν από το 20^ο έτος. Διάρκεια σακχαρώδη διαβήτη μεγαλύτερη από 10 χρόνια αλλά όχι πάνω από 20 χρόνια.

Κλάση D: έναρξη σακχαρώδη διαβήτη πριν από το 10^ο έτος της ηλικίας. Διάρκεια σακχαρώδη διαβήτη πάνω από 20 χρόνια ή ενδείξεις χρόνιων επιπλοκών, πχ αμφιβληστροειδοπάθεια απλής μορφής.

Κλάση E: ύπαρξη αθηρωματωδών πλακών στα αγγεία της πυέλου.

Κλάση F: ύπαρξη νεφροπάθειας.

Κλάση R: ύπαρξη υπερπλαστικής μορφής αμφιβληστροειδοπάθειας.

Κλάση RF: συνύπαρξη νεφροπάθειας και υπερπλαστικής αμφιβληστροειδοπάθειας.

Κλάση G: πολλαπλές ανεπιτυχείς κύσεις.

Κλάση H: ύπαρξη αρτηριοσκληρυντικής καρδιοπάθειας.

Κλάση T: κύηση μετά από νεφρική μεταμόσχευση.

Μειονέκτημα της ταξινόμησης κατά White είναι ότι υπάρχουν περιπτώσεις με χαρακτηριστικά που τις κατατάσσουν σε δύο κατηγορίες καθώς και ότι δεν λαμβάνεται υπόψη ο παράγοντας ρυθμίσεως του διαβήτη στο παρελθόν και στη διάρκεια της κύησης. Εξάλλου μεγαλύτερη σημασία στον καθορισμό της περιγεννητικής νοσηρότητας και θνητότητας έχει η ρύθμιση του διαβήτη παρά η διάρκεια του. Παράγοντες που επιβαρύνουν την πρόγνωση για την έκβαση της κύησης είναι: επιβαρυνόμενο μαιευτικό ιστορικό, κακή ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη στο πρώτο τρίμηνο ή και σε όλη τη διάρκεια της κύησης, υπέρταση,

εκδήλωση διαβητικής κετοξέωσης. Επίσης ιδιαίτερα επιβαρυνμένη περιγεννητική θνησιμότητα υπάρχει σε περιπτώσεις πρώτης προσέλευσης στο νοσοκομείο διαβητικής εγκύου με εξελισσόμενο τοκετό, χωρίς να βρίσκεται σε ιατρική παρακολούθηση από την έναρξη της εγκυμοσύνης.

Ο διαβήτης κύησης είναι μια ιδιαίτερη μορφή διαβήτη που εμφανίζεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και συνήθως υφίεται με τη λήξη της. Πρόκειται για λανθάνοντα διαβήτη κατά την ταξινόμηση της φυσικής εξέλιξης του σακχαρώδη διαβήτη των Fajans και Conn. Συνήθως επανεμφανίζεται σε επόμενη κύηση. Μερικές φορές η δοκιμασία ανοχής γλυκόζης παραμένει παθολογική και στα μεσοδιαστήματα των κύσεων. Με βάση μια στατιστική μελέτη του O'Sullivan το 60% των γυναικών με διαβήτη κύησης εμφανίζουν μόνιμο σακχαρώδη διαβήτη μετά από κάποια χρόνια. Από την άποψη της αντιμετώπισης ο διαβήτης κύησης είναι χρήσιμο να διακρίνεται σε περιπτώσεις με γλυκόζη αίματος νηστείας κάτω των 90 mg/dl και σε περιπτώσεις με γλυκόζη αίματος νηστείας άνω των 90mg/dl (Καραμήτσος,1987).

4.3 Συχνότητα και διάγνωση

Η συχνότητα του διαβήτη της κύησης παρουσιάζει γεωγραφικές, εθνικές και φυλετικές διαφορές. Στον δυτικό κόσμο η συχνότητα αφορά το 2-4% των κύσεων, ενώ αναφέρονται συχνότητες από 0.5-15% μεταξύ των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων, όπως π.χ. Ινδία 15%, Μεξικό 6%, Κίνα 14%, Αυστραλία 4%. Στις ΗΠΑ η αναφερόμενη συχνότητα είναι περίπου στο 4% ενώ συνολικά ο διαβήτης της κύησης αντιπροσωπεύει ένα μεγάλο ποσοστό το οποίο αγγίζει το 90% όλων των κύσεων. Η μεγάλη διακύμανση αποδίδεται στις διαφορές που αφορούν τόσο την μεθοδολογία ελέγχου όσο και τα διαγνωστικά κριτήρια τα οποία χρησιμοποιούνται σε κάθε περίπτωση. Η διάγνωση του διαβήτη της κύησης αποτελεί ακόμη και σήμερα πεδίο αμφισβήτησης ως προς την προτεινόμενη διαδικασία ελέγχου της διαταραχής στη γλυκόζη αλλά και ως την προτεινόμενη διαδικασία επιλογής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην υπάρχει ομοφωνία απόψεων και οι ειδικοί διαβητολόγοι να παρουσιάζουν ο καθένας τα δικά του δεδομένα αμφισβητώντας τις άλλες απόψεις. Στις ΗΠΑ η επικρατούσα σύσταση ήταν ότι όλες οι έγκυες γυναίκες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους και συγκεκριμένα μεταξύ της 24^{ης} και 28^{ης} εβδομάδας πρέπει να υποβάλλονται στη δοκιμασία της διαλογής. Η δοκιμασία της διαλογής συνίσταται στην χορήγηση 50 γραμμαρίων γλυκόζης από του στόματος, ανεξαρτήτως

ώρας της ημέρας και χρόνου λήψης του προηγούμενου γεύματος και προσδιορισμός της γλυκόζης από το πλάσμα φλεβικού αίματος μετά από μία ώρα περίπου. Η δοκιμασία θεωρείται θετική εάν η τιμή της γλυκόζης είναι μεγαλύτερη από 140mg%, πράγμα το οποίο μας οδηγεί στον περαιτέρω έλεγχο με τη λεγόμενη σακχαραιμική καμπύλη. Η καμπύλη σακχάρου πρέπει να γίνεται με τη χορήγηση από του στόματος 100 γραμμαρίων γλυκόζης διαλυμένα σε 250-300ml νερού και μέτρηση της γλυκόζης από το πλάσμα του φλεβικού αίματος στους εξής χρόνους 0', 60', 120' και 180', αφού έχει προηγηθεί τα προηγούμενα 24ωρα ελεύθερη διατροφή με την κατανάλωση τουλάχιστον 200 γραμμαρίων υδατανθράκων την ημέρα, καθώς επίσης και η έγκυος γυναίκα να βρίσκεται σε πλήρη υγιής κατάσταση. Τα διαγνωστικά κριτήρια για την εκτίμηση της καμπύλης έρχονται στο προσκήνιο το 1964 από τους O'Sullivan και Mahan τα οποία αφορούσαν το ολικό αίμα. Το 1979 τροποποιούνται από την National Diabetes Data Group (NDDG) και οι τιμές αφορούν το πλάσμα του φλεβικού αίματος. Σύμφωνα με τα κριτήρια αυτά οι αντίστοιχες οριακές τιμές της γλυκόζης είναι:

χρόνος 0':105mg%

χρόνος 60':190mg%

χρόνος 120':165mg%

χρόνος 180':145mg%

Σε περίπτωση που δύο από τις αναφερθείσες τέσσερις γλυκόζης είναι μεγαλύτερες ή ακόμα και ίσες από τα φυσιολογικά επίπεδα η δοκιμασία θεωρείται θετική, με αποτέλεσμα να κάνουμε λόγο για διαβήτη κήσης και θα πρέπει να ληφθούν τα απαραίτητα θεραπευτικά μέτρα. Το 1997 στο 4^ο διεθνές συνέδριο για το διαβήτη της κήσης οι Carpenter και Coustan προτείνουν αυστηρότερα διαγνωστικά κριτήρια χωρίς όμως να αλλάζουν τη διαδικασία διεξαγωγής της καμπύλης σακχάρου. Τα νέα κριτήρια διαμορφώνονται ως εξής:

χρόνος 0':95mg%

χρόνος 60':180mg%

χρόνος 120':155mg%

χρόνος 180':140mg%

Η ερμηνεία αυτών των αποτελεσμάτων δεν έχει διαφορά από την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της δοκιμασίας του NDDG, δηλαδή δύο τιμές μεγαλύτερες ή ίσες των ορίων καθορίζουν τη διάγνωση. Με τα κριτήρια αυτά, τα οποία συμμετείχαν σε κάποιες μελέτες, αποκαλύφθηκαν περισσότερες έγκυες γυναίκες με διαβήτη κύησης των οποίων τα παιδιά είχαν αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα. Η χρήση των κριτηρίων αυτών ανέβασε το ποσοστό των εγκύων με διαβήτη κύησης από 4%(σύμφωνα με τα κριτήρια της NDDG στο 7%. Τα αναφερθέντα κριτήρια αποτελούν τις σημερινές συστάσεις της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ADA). Ωστόσο πρέπει να αναφερθεί ότι η παρουσία μια παθολογικής τιμής κατά τη δοκιμασία της καμπύλης σακχάρου μπορεί να απαιτεί θεραπεία ή περαιτέρω εκτίμηση διότι η συσχέτιση με την αυξημένη εμβρυική νοσηρότητα είναι μεγάλη. Τέλος , πρέπει να σημειωθεί ότι οι συστάσεις της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας έχουν τροποποιηθεί τα τελευταία χρόνια όσον αφορά τη δοκιμασία της διαλογής. Πιο συγκεκριμένα αναφέρεται ότι στη δοκιμασία της διαλογής δεν πρέπει να υποβάλλονται οι έγκυες γυναίκες ηλικίας μικρότερη των 25 χρόνων με φυσιολογικό σωματικό βάρος οι οποίες: δεν έχουν συγγενείς πρώτου βαθμού με σακχαρώδη διαβήτη, δεν έχουν προηγούμενο επιβαρυσμένο γυναικολογικό ιστορικό καθώς και δεν ανήκουν σε πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου. Εν αντιθέσει έρχονται πολλές Ευρωπαϊκές χώρες για την διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη της κύησης ακολουθούν τις συστάσεις του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας WHO. Κατά τον WHO δεν απαιτείται η δοκιμασία της διαλογής αλλά η διαγνωστική μέθοδος και τα κριτήρια για τις έγκυες γυναίκες πρέπει να είναι τα ίδια με αυτά που ισχύουν και για τον γενικό πληθυσμό. Η διάγνωση βασίζεται στην εκτέλεση της καμπύλης του σακχάρου με τη λήψη από του στόματος 75 γραμμαρίων γλυκόζης διαλυμένων σε 300 ml νερού, αφού προηγηθεί τριήμερη φόρτιση με υδατάνθρακες, ύστερα από ολονύκτια νηστεία της εγκύου και λήψη αίματος αμέσως πριν από τη χορήγηση της γλυκόζης και δύο ώρες μετά . η διάγνωση του διαβήτη της κύησης πραγματοποιείται όταν οι τιμές της γλυκόζης νηστείας είναι μεγαλύτερη ή ίση από 140 mg%και δύο ώρες μετά τη φόρτιση μεγαλύτερη ή ίση από 200 mg % στο πλάσμα του φλεβικού

αίματος. Τέλος, αξιοσημείωτο είναι ότι η συχνότητα του σακχαρώδη διαβήτη ποικίλει ανάλογα με τη διαγνωστική μέθοδο που χρησιμοποιείται και είναι μεγαλύτερη με την μέθοδο του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας.

Παρόλα αυτά, η διεθνή προσπάθεια ενσωμάτωσης των δεδομένων και η δημιουργία ενός ενιαίου μοτίβου καθορισμού μεθόδων και κριτηρίων διαλογής και διάγνωσης συνεχίζεται (Τούντας, 2003).

4.4. Συμπτώματα σακχαρώδη διαβήτη κήσης

Τα συμπτώματα του σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να εμφανιστούν ξαφνικά αλλά μπορεί και να μην εμφανιστούν καθόλου. Ωστόσο στη δεύτερη περίπτωση υπάρχουν αρκετές ενδείξεις οι οποίες πολλές φορές περνούν απαρατήρητες και όταν τα συμπτώματα γίνουν αντιληπτά οι επιπλοκές μπορεί να είναι ήδη παρούσες και σοβαρές.

Μερικά από τα πιο συνήθη συμπτώματα είναι: η πολουρία η οποία προκαλείται από την υπερβολική ποσότητα σακχάρου στο αίμα που δεν μπορεί να απορροφηθεί με αποτέλεσμα να διαφεύγει στα ούρα και να παρασέρνει μαζί με πολύ νερό. Η απώλεια αυτή του νερού προκαλεί αφυδάτωση με αποτέλεσμα το στεγνό στόμα (ξηροστομία) και αυξάνεται η ανάγκη για νερό. Η πολυδιψία αυτή είναι αποτέλεσμα της πολουρίας. Ο οργανισμός χάνει πολύ νερό με τα πολλά ούρα έτσι δημιουργείται έντονα το αίσθημα της δίψας. Η πολυφαγία εμφανίζεται γιατί η γλυκόζη δεν μπορεί να απορροφηθεί από τον οργανισμό και να του δώσει την απαραίτητη ενέργεια και έτσι ο οργανισμός αναγκάζεται να χρησιμοποιήσει τα αποθέματά του με συνέπεια τη συνεχή αναζήτηση τροφής για να τα συμπληρώσει. Η πολυφαγία όμως μπορεί να αυξήσει και το βάρος του σώματος. Σε αντίθεση έρχεται η συχνή απώλεια βάρους εξαιτίας της έλλειψης ινσουλίνης που αφήνει τα κύτταρα χωρίς θρεπτικά συστατικά και χωρίς ενέργεια. Έτσι η μυϊκή μάζα χάνεται και η απώλεια των κιλών συνεχίζεται. Εκτός από αυτά υπάρχουν και άλλα συμπτώματα τα οποία δεν είναι και τόσο συχνά στον διαβήτη κήσεως αλλά δεν παύει να υπάρχουν. Μερικά εξ' αυτών είναι το αίσθημα της κόπωσης που οφείλεται στην έλλειψη ενέργειας, η θολή όραση που οφείλεται στη συγκέντρωση της γλυκόζης στον φακό των ματιών, οι κράμπες, το μούδιασμα, οι μυκητιάσεις και άλλα (Αδαμίδης, Αδαμίδα, 2010).

4.5. Παράγοντες υψηλού κινδύνου

Τα ποσοστά του σακχαρώδη διαβήτη κύησης συνεχώς αυξάνονται, ωστόσο οι παράγοντες υψηλού κινδύνου είναι πολλοί. Οι κυριότεροι είναι οι εξής:

- Επιβαρυνμένο οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη σε συγγενείς α' βαθμού
- Ιστορικό διαβήτη σε προηγούμενη κύηση
- Η ηλικία της μητέρας άνω των 30-35 ετών
- Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών
- Ιστορικό κύησης με γέννηση νεογνού άνω των 4 κιλών
- Μεγάλη και απότομη αύξηση βάρους κατά τη διάρκεια της κύησης
- Ιστορικό προ-διαβήτη/ αντίσταση στην ινσουλίνη
- Ιστορικό αποβολών
- Ιστορικό ανεξήγητου εμβρυικού θανάτου
- Εμφάνιση υπέρτασης σε προηγούμενη κύηση
- Γέννηση νεογνού με διαμαρτίες
- Πολυτοκία
- Φυλή

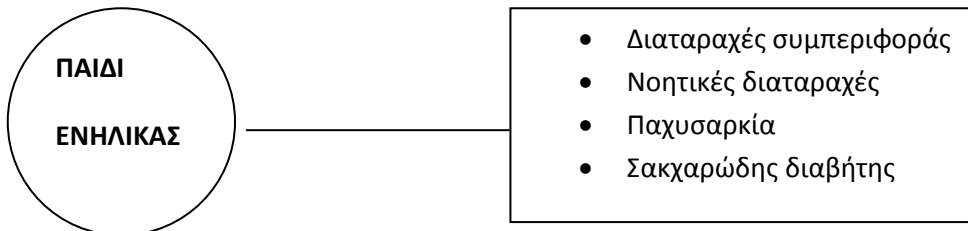
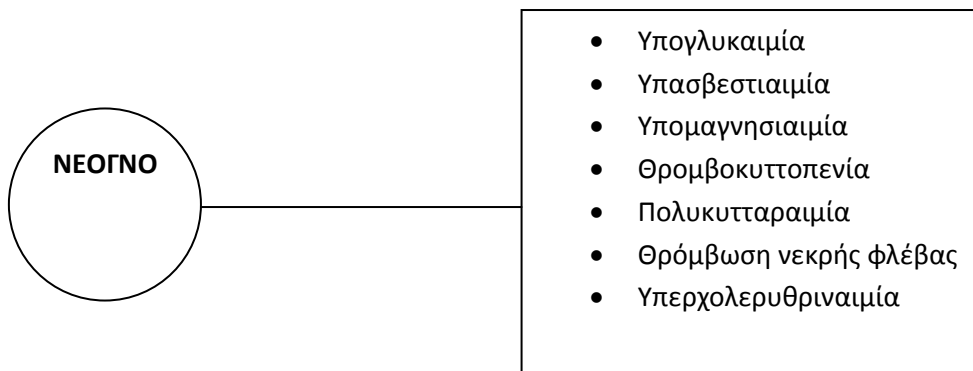
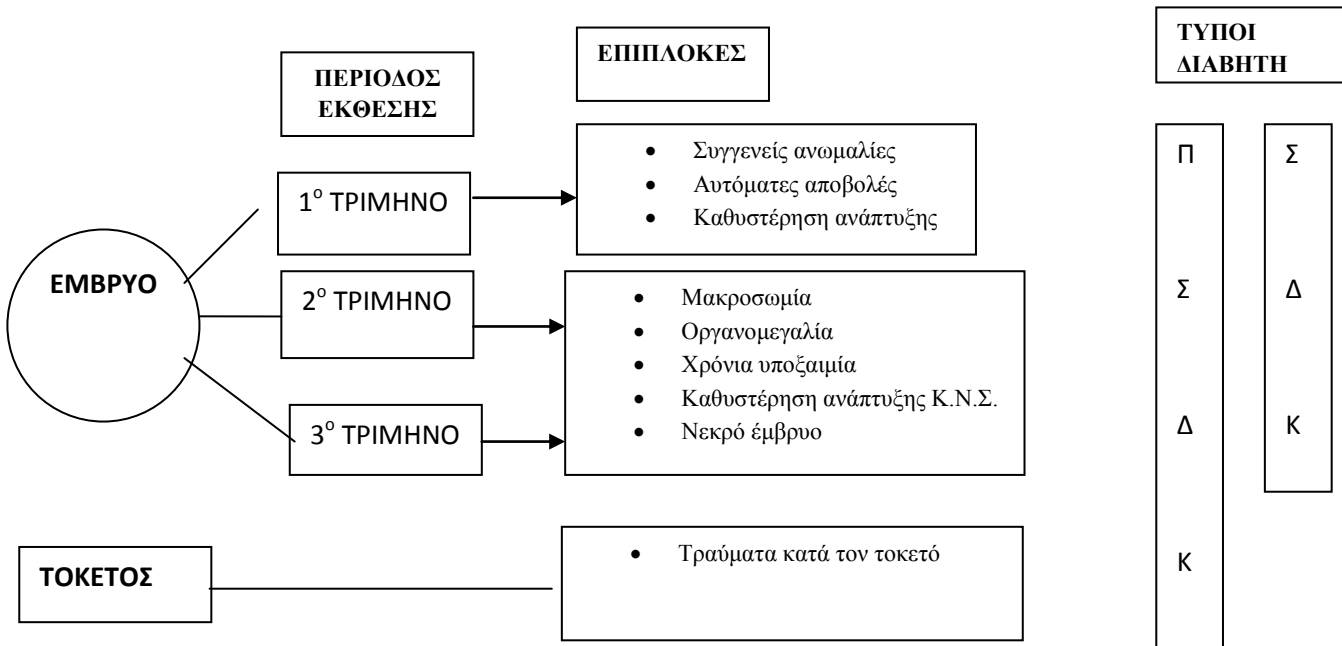
Εκτός από αυτούς τους παράγοντες υπάρχουν και άλλοι εξίσου σημαντικοί παράγοντες που θα μπορούσε κάποιος να τους ονομάσει τροποποιήσιμους. Σε αυτούς ανήκει: πρώτον η παχυσαρκία, η έλλειψη άσκησης και τέλος η κακή διατροφή. Η παχυσαρκία αποτελεί εάν όχι το πιο σημαντικό έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες για την εμφάνιση του διαβήτη της κύησης. Όσο περισσότερος είναι ο λιπώδης ιστός τόσο μεγαλύτερη είναι η αντίσταση στην ινσουλίνη, συνεπώς αυξάνονται και οι πιθανότητες εμφάνισης της νόσου. Η φυσική άσκηση βοηθά στον έλεγχο του βάρους, μειώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη και ερεθίζει τη γλυκόζη για την παραγωγή ενέργειας. Συνεπώς όσο λιγότερη είναι η φυσική άσκηση τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος για την εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη. Τέλος, αν η διατροφή είναι φτωχή σε φυτικές ίνες αλλά πλούσια σε τροφές με πολλές θερμίδες και κορεσμένα λιπαρά, οι πιθανότητες ανάπτυξης του σακχαρώδη διαβήτη αυξάνονται (Collazo-Clavel, 2003).

4.6. Μεταβολικές αλλαγές

Διαφορές μεταβολικές αλλαγές συμβαίνουν στη φυσιολογική εγκυμοσύνη. Στους πρώτους δύο μήνες της κύησης οι αλλαγές αυτές είναι μικρές ενώ παράλληλα ενδέχεται να υπεισέρχονται άλλοι παράγοντες όπως π.χ. υπερεμεσία, που τροποποιούν τη μεταβολική κατάσταση της εγκύου, ιδίως αυτής που πάσχει από διαβήτη. Οι μεταβολικές αλλαγές είναι πιο έντονες στο δεύτερο μισό διάστημα της εγκυμοσύνης. Σε συνθήκες νηστείας η έγκυος εμφανίζει αυξημένη λιπόλυση και κετογένεση, καθώς και χαμηλές τιμές γλυκόζης και αμινοξέων στο πλάσμα. Μετά από τα γεύματα παρατηρείται μεγαλύτερη του φυσιολογικού αύξηση της γλυκόζης στο πλάσμα και τάση υπερτριγλυκεριδαιμίας. Οι τιμές της ινσουλίνης στο πλάσμα σε συνθήκες νηστείας είναι σχετικά αυξημένες ενώ η αύξηση των τιμών της ινσουλίνης στο πλάσμα μετά από τα γεύματα είναι υπερβολική σε σύγκριση με αυτήν που παρατηρείται στην ίδια γυναίκα όταν δεν είναι έγκυος. Η συνεχής υπερινσουλιναιμία οδηγεί σε μειωμένη απαντητικότητα των ιστών στη δράση της ινσουλίνης με μηχανισμό που ενοχοποιεί τους υποδοχείς της ινσουλίνης σε ενδοκυττάριο επίπεδο. Επιπρόσθετος παράγοντας που παρεμβάλλεται στην οικονομία των υδατανθράκων στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η μείωση του ουδού αποβολής γλυκόζης στα ούρα. Αυτή δημιουργείται από την αύξηση της κυκλοφορίας του πλάσματος στους νεφρούς, στους οποίους διηθείται μεγάλη ποσότητα γλυκόζης στο αρχικό διήθημα που τα νεφρικά σωληνάρια αδυνατούν να απορροφήσουν. Έτσι είναι δυνατό να χάνονται στα ούρα σημαντικά ποσά γλυκόζης. Οι περισσότερες μεταβολικές αλλαγές της εγκυμοσύνης οφείλονται στο πλακουντιακό γαλακτογόνο (hPL). Το hPL παράγεται στον πλακούντα, κυκλοφορεί μόνο στον μητρικό οργανισμό και έχει δράσεις αυξητικής ορμόνης. Οι τιμές του είναι ιδιαίτερα αυξημένες μετά τον 5ο μήνα της εγκυμοσύνης. Η πτώση των τιμών της γλυκόζης του αίματος της εγκύου προκαλεί αύξηση του πλακουντιακού γαλακτογόνου. Το hPL προκαλεί λιπόλυση και αύξηση της κυκλοφορίας ελεύθερων λιπαρών οξέων στο πλάσμα και ανταγωνίζεται τις δράσεις της ινσουλίνης. Αλλά και άλλες ορμόνες ενδέχεται να συμμετέχουν στην αυξημένη αντίσταση των ιστών στη δράση της ινσουλίνης. Διαβητογόνες επιδράσεις έχουν περιγραφεί για τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη. Επίσης υπάρχει στην εγκυμοσύνη μικρή αύξηση των τιμών ελεύθερης κορτιζόλης. Τέλος υπάρχουν ενδείξεις και για αυξημένο καταβολισμό της ινσουλίνης της εγκύου στον πλακούντα.

Η ινσουλίνη δεν περνάει από τον πλακούντα. Από τα παραπάνω μπορούν να εξηγηθούν τα εξής: στην εγκυμοσύνη παρατηρείται αύξηση των αναγκών σε ινσουλίνη ιδιαίτερα εμφανής μετά τον 4ο μήνα της κύησης. Οι ανάγκες μπορεί να υπερδιπλασιαστούν μέχρι το τέλος της κύησης, αλλά πέφτουν ραγδαία αμέσως μετά τον τοκετό. Στην εγκυμοσύνη παρατηρείται μειωμένος ουδός αποβολής γλυκόζης, εύκολα δημιουργείται γλυκοζουρία γι' αυτό και οι εξετάσεις ούρων για την παρακολούθηση της ρύθμισης του σακχαρώδη διαβήτη έχουν πολύ μικρή αξιοπιστία. Στην εγκυμοσύνη υπάρχει τάση για κετογένεση. Παράλειψη ενός γεύματος από την έγκυο ή άνιση κατανομή των υδατανθράκων προκαλεί σημαντική συσσώρευση κετονοξέων. Με την απομάκρυνση του πλακούντα μετά τον τοκετό οι ανάγκες ινσουλίνης μειώνονται απότομα (Καραμήτσος, 2000).

ΠΡΩΙΜΕΣ ΚΑΙ ΟΨΙΜΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΜΒΡΥΟΥ



ΣΔΚ= ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

ΠΣΔΚ=ΠΑΧΥΣΑΡΚΕΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ

4.7. Επιδράσεις του σακχαρώδη διαβήτη στο έμβρυο

Παρά το γεγονός ότι η παθολογική ανοχή στη γλυκόζη, η οποία παρατηρείται στο σακχαρώδη διαβήτη της κύησης, είναι συνήθως ήπιας μορφής συχνά ευθύνεται για την εμφάνιση επιπλοκών τόσο στην εγκυμοσύνη όσο και στο υπό ανάπτυξη έμβρυο. Το έμβρυο αναπτύσσεται υπερβολικά και αυξάνεται η περίμετρος της κοιλίας. Κάποιες από τα πιθανές επιπλοκές οι οποίες είναι δυνατόν να εμφανιστούν και να θέσουν σε κίνδυνο την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης είναι :

1. Μακροσωμικά νεογνά : το 20 με 35 % των νεογνών των διαβητικών εγκύων είναι μακροσωμικά. Το βάρος τους δηλαδή υπερβαίνει τα 4 κιλά. Αυτό συμβαίνει κατά την διάρκεια του δεύτερου μισού τις κύησης. Μετά την 20^η εβδομάδα της κύησης το εμβρυϊκό πάγκρεας γίνεται λειτουργικό και παράγει ινσουλίνη . Έτσι γίνεται υπεύθυνο για την ομοίωση της γλυκόζης . Ωστόσο η μη ελεγχόμενη υπεργλυκαιμία της εγκύου οδηγεί σε υπερτροφία των εμβρυϊκών κυττάρων και σε υπερινσουλιναιμία . Ο συνδυασμός αυτός έχει ως αποτέλεσμα την σύνθεση του γλυκογόνου , τη λιπογένεση , την αυξημένη σύνθεση πρωτεϊνών και εν τέλη την μακροσωμία και την οργανομεγαλία. Παρόλα αυτά η υπεργλυκαιμία δεν είναι το μοναδικό αίτιο της μακροσωμίας.
2. Ενδομήτρια βραδύτητα της ανάπτυξης του εμβρύου : το ποσοστό των εμβρύων είναι μικρό και οφείλεται στην ανεπάρκεια του πλακούντα.
3. Αυξημένη νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα λόγω : των νευρολογικών παθήσεων, των συγγενών ανωμαλιών, της υπογλυκαιμίας, της υπασβεστιαμίας, της διαταραχής στο μεταβολισμό του σιδήρου, τις μυοκαρδιοπάθειες και τέλος της αναπνευστικής δυσχέρειας .
4. Ενδομήτριος θάνατος : πιθανότατα οφείλεται σε χρόνια ενδομήτρια υποξία . Σύμφωνα με κάποια πειραματικά δεδομένα ο συνδυασμός της υπεργλυκαιμίας στην κύηση οδηγεί στην υποξία του εμβρύου και συνεπώς στον ενδομήτριο θάνατο του . Αυτό συμβαίνει μεταξύ 36^{ης} -38^{ης} εβδομάδας .
5. Μελλοντική παχυσαρκία κατά την παιδική και εφηβική ηλικία με ότι συνέπειες μπορεί να έχει .
6. Στα διάφορα συστήματα του οργανισμού :
 - 6.1 γαστρεντερικό : ατρησία εντέρου και πρωκτού.
 - 6.2 ουροποιητικό : συγγενής απουσία των νεφρών .

6.3 κεντρικό νευρικό σύστημα : ανεγκεφαλία , μικροκεφαλία , μινιγγομυελοκήλη , δισχιδής ράχη .

6.4 καρδιοαγγειακό : ανωμαλίες της αορτής , αναστροφή των σπλάγχνων , αμοιβαία μετάθεση των μεγάλων αγγείων .

4.8. Επιπτώσεις σακχαρώδη διαβήτη στη μητέρα

Το αυξημένο σάκχαρο στις έγκυες γυναίκες με διαγνωσμένο διαβήτη κύησης επηρεάζει σημαντικά τόσο τη μητέρα όσο και το έμβρυο που κυοφορεί. Οι πιο σημαντικές επιπτώσεις για τη μητέρα είναι:

1. Η δυστοκία, ο δύσκολος δηλαδή τοκετός με αυξημένα ποσοστά τραυματισμού του νεογνού καθώς είναι επιτακτική ανάγκη για καισαρική τομή λόγω μεγάλου μεγέθους του εμβρύου.
2. Η μεγάλη ποσότητα του αμνιακού υγρού μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρο τοκετό, σε πρόωρη ρήξη των υμένων, σε ανώμαλες προβολές του εμβρύου, σε πρόπτωση της ομφαλίδας καθώς και σε αποκόλληση του πλακούντα.
3. Η έγκυος μπορεί να αντιμετωπίσει προβλήματα δύσπνοιας και οιδημάτων των κάτω άκρων από την υπερδιάταση της μήτρας ενώ κατά τη διάρκεια του τοκετού η δίοδος του μεγάλου εμβρύου από το πυελογεννητικό σωλήνα μπορεί να προκαλέσει κακώσεις στη μήτρα και στο κόλπο με αποτέλεσμα να έχουμε αιμορραγία.
4. Η υπέρταση αναπτύσσεται σε ποσοστό που αγγίζει το 10%-20% των διαβητικών γυναικών και αποτελεί τη βασική αιτία της μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας.
5. Η προεκλαμψία η οποία αποτελεί τη βασική εκδήλωση της αντίστασης της ινσουλίνης και οδηγεί σε πρόωρο τοκετό.
6. Στις κύσεις αυτές συχνά υπάρχει υδράμνιο.
7. Ωστόσο συχνές είναι και οι ουρολοιμώξεις καθώς και η βακτηριουρία.

Πέρα απ αυτές τις επιπτώσεις γίνεται λόγος και για μακροχρόνιες επιπτώσεις του διαβήτη κύησης στις μητέρες όπως είναι:

- η αμφιβληστροειδοπάθεια
- η ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη σε μεγαλύτερη ηλικία

- η διαβητική νεφροπάθεια
- η αύξηση του βάρους της μητέρας καθώς και η παχυσαρκία (ΜΥΓΔΑΛΛΗΣ 1998)

4.9. Μακροχρόνιες επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη

4.9.1. Μικροαγγειακές επιπλοκές

A. Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια: στις δυτικές χώρες ο σακχαρώδης διαβήτης είναι η συχνότερη αιτία τύφλωσης σε άτομα ηλικίας από 20-60 ετών. Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια χαρακτηρίζεται από διεύρυνση και διάταση των τριχοειδών, απόφραξη των τριχοειδών και το σχηματισμό νέων αγγείων. Η βλάβη των τριχοειδών σχετίζεται με το συνδυασμό των μεταβολικών παραγόντων που ακολουθούν το σακχαρώδη διαβήτη αλλά και των αιμοδυναμικών μεταβολών κυρίως την αύξηση της αιματικής ροής στον αμφιβληστροειδή χιτώνα.

B. Διαβητική νεφροπάθεια: το 20-30% των διαβητικών ασθενών εμφανίζουν ενδείξεις νεφροπάθειας. Είναι μια εξελικτική κατάσταση που η πορεία της μπορεί να φτάσει και στη νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Ανάλογα με το στάδιο της νεφρικής νόσου διαφοροποιούνται και τα χαρακτηριστικά.

1^ο στάδιο πρῶιμη υπερτροφία και υπερδιήθηση

2^ο στάδιο μικροσκοπικές νεφρικές βλάβες ὄχι ὄμως κλινικά σημεία

3^ο στάδιο αρχόμενη νεφροπάθεια

4^ο στάδιο κλινικά ἐκδηλη νεφροπάθεια

5^ο στάδιο νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου

Γ. Διαβητική νευροπάθεια: η διαβητική νευροπάθεια είναι μια επιπλοκή που προκαλείται από το σακχαρώδη διαβήτη και προσβάλλει τα νεύρα. Η λειτουργία των νεύρων επηρεάζεται με αποτέλεσμα να μην μεταδίδουν σωστά τα ερεθίσματα από το σώμα προς τον εγκέφαλο. Η διαβητική νευροπάθεια μπορεί να επηρεάσει πολλά σημεία και λειτουργίες του σώματος. Τα συχνότερα είναι:

1. μούδιασμα στα κάτω άκρα και στα δάκτυλα αυτών

2. μείωση της δύναμης και της αίσθησης στα διάφορα μέρη του σώματος
3. οι πληγές που πιθανόν δημιουργούνται δεν επουλώνονται εύκολα και το αίσθημα του πόνου είναι λιγότερο
4. διάρροια ή δυσκοιλιότητα που οφείλονται στις λειτουργικές διαταραχές που προκαλεί η διαβητική νευροπάθεια στο έντερο

4.9.2. Μακροαγγειακές επιπλοκές

A. Καρδιαγγειακές νόσοι: οι καρδιαγγειακές νόσοι είναι μείζων αιτία θανάτου για τους διαβητικούς ασθενείς. Ωστόσο ο κίνδυνος εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι σχεδόν τετραπλάσιος στους διαβητικούς ασθενείς σε σύγκριση με τον υπόλοιπο γενικό πληθυσμό. Ο κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου αυξάνει όταν συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες.

B. Αγγειακές νόσοι του εγκεφάλου: η συχνότητα της αγγειακής εγκεφαλικής νόσου σε διαβητικούς ασθενείς είναι περισσότερο από διπλάσια από ότι σε μη διαβητικά άτομα.

Γ. Περιφερική αγγειοπάθεια: η συχνότητα της περιφερικής αγγειοπάθειας αγγίζει το εξαπλάσιο στους διαβητικούς ασθενείς από στα φυσιολογικά άτομα. Εκδηλώνεται σε διαλείπουσα χωλότητα ή ως έλκος. Η μείωση των σφυγμών στα άκρα καθώς και η ατροφική τους εμφάνιση είναι σημάδι διαταραχής της κυκλοφορίας (Campell, Lebovitz, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. Θεραπευτική αντιμετώπιση

Λύση για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των γυναικών με σακχαρώδη διαβήτη κύησης είναι η σωστή διατροφή σε συνάρτηση με το βάρος και το ύψος της εγκύου. Μια δίαιτα θεωρείται αποτελεσματική εάν τηρεί τις παρακάτω προϋποθέσεις:

- Να διατηρεί σε φυσιολογικά επίπεδα το σάκχαρο του αίματος.
- Να προφυλάσσει από την κετο-οξέωση.
- Να παρέχει τα απαραίτητα συστατικά για τη διατήρηση της καλής υγείας της μητέρας και του εμβρύου.
- Να έχει ως αποτέλεσμα την απόκτηση επιθυμητού σωματικού βάρους, όχι πέρα από τα 12kg κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Συμφώνα με την αμερικανική διαβητολογική εταιρεία υπάρχουν κατευθυντήριες συστάσεις για τη σωστή διατροφή των γυναικών με διαβήτη της κύησης. Αυτές είναι οι παρακάτω:

- Συχνά και μικρά γεύματα, περίπου κάθε τρεις ώρες
- Τροφές πλούσιες σε λεύκωμα, όπως άπαχο κρέας, κοτόπουλο, γαλοπούλα, ψάρι, αυγά, τυρί με χαμηλά λιπαρά
- Αποφυγή ζάχαρης και συμπυκνωμένων χυμών
- Μειωμένη κατανάλωση λίπους
- Επιλογή τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες όπως: φρούτα, λαχανικά, όσπρια
- Αποφυγή έτοιμων φαγητών σε πακέτα
- Λήψη λιτού πρωινού
- Αποφυγή κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών (Καραμήτσος, 2009).

Έρευνες έδειξαν όσο αφορά την ποιοτική σύσταση του διαιτολογίου της εγκύου ότι πρέπει να λαμβάνει υδατάνθρακες σε ποσοστό 40-45% των ολικών θερμίδων, λίπους σε ποσοστό 35-40% και λευκόματος 15-20%. Για το λεύκωμα η κατανάλωση πρέπει να είναι λιγότερη από 100 γραμμάρια την ημέρα. Ειδικά για τους υδατάνθρακες πρέπει να τονιστεί, ότι το ύψος της μεταγευματικής γλυκαιμίας βρέθηκε ότι

σχετίζεται με το ποσό των υδατανθράκων του γεύματος. Η μεταγενεματική γλυκαιμία σχετίζεται με την αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα.

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟ ΣΧΗΜΑ

ΓΕΥΜΑ	ΘΕΡΜΙΔΕΣ
Πρωινό	10-15%
Δεκατιανό	5-10%
Γεύμα	20-30%
Απογευματινό	5-10%
Βραδινό	20-30%
Μικρό γεύμα	5-10%

Όσο αφορά το ποσό των θερμίδων που απαιτούνται για μία διαίτα πρέπει να καλύπτει τις βασικές ανάγκες της εγκύου, χωρίς να έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση υπεργλυκαιμίας και την υπέρμετρη αύξηση του σωματικού της βάρους. Το ποσό των θερμίδων πρέπει να είναι 30 Kcal ανά kg του παρόντος σωματικού βάρους για γυναίκες φυσιολογικού βάρους και 24 Kcal ανά kg για τις υπέρβαρες η παχύσαρκες γυναίκες. Η αύξηση τους βάρους της εγκύου ειδικώς κατά το δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης είναι από τους βασικούς παράγοντες που καθορίζουν την ανάπτυξη του εμβρύου. Η προτεινόμενη αύξηση του σωματικού βάρους της είναι περίπου 0,4 κιλά ανά εβδομάδα κατά το δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (Τούντας, 2003).

5.2. Αυτοπαρακολούθηση

Η αυτοπαρακολούθηση των διακυμάνσεων του σακχάρου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η οποία εμπλέκεται με σακχαρώδη διαβήτη αποτελεί ένα σημείο αμφισβήτησης για το πόσο αναγκαίο είναι, για το εάν είναι πάντοτε αναγκαίο, για το χρόνο αλλά και για τη συχνότητα με την οποία πρέπει να πραγματοποιείται ο έλεγχος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αρκετών ερευνών αποδεικνύεται η σημαντικότητα του αυτοελέγχου στη θεραπευτική αντιμετώπιση του διαβήτη κύησης τόσο στις έγκυες γυναίκες που αντιμετωπίζονται με διαίτα όσο και σε εκείνες που λαμβάνουν αγωγή

με ινσουλίνη. Οι μετρήσεις αυτές πρέπει να είναι μεταγευματικές σε αντίθεση με τις μετρήσεις νηστείας. Η συχνότητα των μετρήσεων κατά τη διάρκεια της ημέρας έχουν διαμορφωθεί ως εξής:

1-2 ώρες μετά το πρόγευμα

1-2 ώρες μετά το γεύμα

1-2 ώρες μετά το δείπνο

Ωστόσο ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι η τιμή του σακχάρου μία ώρα μετά το γεύμα αποτελεί τον καλύτερο δείκτη για την πρόβλεψη της μακροσωμίας. Έτσι λοιπόν η αυτοπαρακολούθηση πρέπει να καταταχτεί εάν δεν έχει γίνει ήδη στο καθημερινό πρόγραμμα μιας εγκύου με διαβήτη κύησης (Τούντας, 2003).

5.2.1.Θεραπευτικοί στόχοι

Οι θεραπευτικοί στόχοι για την επίτευξη και διατήρηση της ευγλυκαιμίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στις έγκυες γυναίκες με διαβήτη κύησης είναι οι παρακάτω:

- σάκχαρο νηστείας <95mg %
- μία ώρα μετά το γεύμα <140mg% και,
- δυο ώρες μετά το γεύμα <120mg%

Ενώ οι αντίστοιχες τιμές του πλάσματος που αφορούν το ολικό αίμα είναι:

- νηστείας <105mg %
- δυο ώρες μετά το γεύμα <130mg%

Τηρώντας τα παραπάνω φαίνεται ότι μειώνεται στο ελάχιστο η περιγεννητική νοσηρότητα και ο κίνδυνος μακροσωμίας. Η ινσουλίνη είναι η μόνη θεραπεία που αποδεδειγμένα μειώνει την περιγεννητική νοσηρότητα καθώς και τα ποσοστά μακροσωμίας. Η τελευταίες οδηγίες της ADA αναφέρουν ότι αν ο θεραπευτικός στόχος, δηλαδή το σάκχαρο νηστείας ολικού αίματος δεν έχει τις παραπάνω τιμές μετά από δίαιτα και μερική άσκηση σε διάστημα 1-2 εβδομάδες τότε πρέπει να αρχίσει η θεραπευτική αγωγή με ινσουλίνη. Εάν η θεραπεία αρχίσει μετά την 32^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης η συχνότητα της μακροσωμίας μπορεί να μην μειωθεί. Σύμφωνα με νεότερα βιβλιογραφικά δεδομένα προτείνεται μείωση των επιπέδων του

σακχάρου σε τιμή νηστείας μικρότερη των 90 mg %, στην προσπάθεια μείωσης του κινδύνου εμφάνισης μακροσωμίας. Όσον αφορά τις παχύσαρκες έγκυες, στο τελευταίο παναμερικανικό συνέδριο διατύπωσαν ότι οι τιμές του σακχάρου μία ώρα μετά το γεύμα αποτελούν τον καλύτερο προγνωστικό δείκτη για την ανάπτυξη της μακροσωμίας και πρέπει να είναι μικρότερη των 120 mg% (Nathan, Delahanty, 2009).

5.3. Μέτρηση της ινσουλίνης στο αμνιακό υγρό

Η ομάδα των Weiss διαπίστωσε ότι η μέτρηση των επιπέδων της ινσουλίνης στο αμνιακό υγρό καθορίζει με μεγάλη ακρίβεια τις έγκυες που θα χρειαστούν να λάβουν ινσουλίνη, για να προφυλαχθούν από την εμβρυοπάθεια. Αυτό στηρίζεται:

- στο ότι η ινσουλίνη του αμνιακού υγρού αντικατοπτρίζει τη λειτουργία των β-κυττάρων του εμβρύου
- στο ότι η αυξημένη εμβρυική ινσουλίνη, αποτελεί σημαντικό δείκτη κινδύνου νοσηρότητας κατά τη γέννηση

Με βάση την πρώτη αρχή η ινσουλίνη της μητέρας δεν διέρχεται διαμέσου του πλακούντα. Για τη δεύτερη αρχή υπάρχουν δύο παρατηρήσεις: σύμφωνα με τον O'Silverman οι συγκεντρώσεις ινσουλίνης του αμνιακού υγρού κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, σχετίζεται με τον κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας κατά την παιδική ηλικία τόσο στα παιδιά των εγκύων με σακχαρώδη διαβήτη, όσο και σε εκείνα των εγκύων με διαβήτη κύησης. Ενώ σύμφωνα με τον Weiss υπάρχει άμεση συσχέτιση του μεγέθους του εμβρύου με την υπό του εμβρύου παραγόμενη ινσουλίνη κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Το έμβρυο αρχίζει να παράγει ινσουλίνη κατά την 11^η εβδομάδα της κύησης. Η ινσουλίνη φτάνει στο αμνιακό υγρό μέσω των ούρων του εμβρύου μεταξύ της 12^{ης} και 16^{ης} εβδομάδας και ανιχνεύονται πολύ μικρές ποσότητες της ορμόνης. Κατά την 16^η εβδομάδα τα επίπεδα της ινσουλίνης παρουσιάζουν μία απότομη αύξηση. Καταστάσεις στις οποίες τα επίπεδα της ινσουλίνης στο αμνιακό υγρό βρίσκονται σημαντικά μειωμένα είναι:

- ο ενδομήτριος εμβρυικός θάνατος
- Η πλακουντιακή ανεπάρκεια
- Η προεκλαμψία
- Η ενδομήτριος καθυστέρηση στην ανάπτυξη του εμβρύου

- Οι σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου

Με βάση τις τιμές της ινσουλίνης στο αμνιακό υγρό και το βάρος γέννησης του νεογνού διακρίνουν την εμβρυοπάθεια σε δύο τύπους: 1) την βιοχημική την οποία χαρακτηρίζει υπογλυκαιμία, υπερχολερυθριναιμία και υπερινσουλιναιμία, καθώς και αύξηση των λιπιδίων. 2) την σωματική η οποία περιλαμβάνει όλα τα παραπάνω και επιπλέον αύξηση του σωματικού βάρους κατά την γέννηση πχ μεγαλύτερη των 4 κιλών(Μακροσωμία).

Όταν οι τιμές της ινσουλίνης μεταξύ της 28^{ης} και 32^{ης} εβδομάδας είναι μεγαλύτερες 10μU/ml είναι ενδεικτικές για την έναρξη ινσουλινοθεραπείας. Μία άλλη ομάδα ερευνητών χρησιμοποιούν την μέτρηση με υπέρηχους της κοιλιακής περιμέτρου του εμβρύου στην αρχή του τρίτου τριμήνου της κύησης, ως δείκτη έναρξης ινσουλινοθεραπείας (Τούντας, 2003).

5.4. Θεραπεία σακχαρώδη διαβήτη κύησης με ινσουλίνη



Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις στις οποίες ο μεταβολικός έλεγχος δεν επιτυγχάνεται πλήρως με τη διαιτητική παρέμβαση και τη σωματική άσκηση, έτσι συνιστάται η χορήγηση ινσουλίνης.

Η έναρξη της ινσουλινοθεραπείας είναι πολύ σημαντική και απαιτεί την προσοχή και τη σοβαρή αντιμετώπιση από την έγκυο γυναίκα. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της θεραπείας είναι η πλήρης ενημέρωση της εγκύου, η προσεκτική εκπαίδευση της για την απόκτηση των απαραίτητων δεξιοτήτων σχετικά με τα εξής:

- 1) Να είναι σε ετοιμότητα να λάβει τα απαραίτητα προληπτικά μέσα τα οποία θα την προστατέψουν από τους κινδύνους που εγκυμονούν τα υπογλυκαιμικά επεισόδια.

- 2) Να εκπαιδευτεί τόσο στη τεχνική που γίνονται οι ενέσεις της ινσουλίνης όσο και στις διάφορες γνώσεις γύρω από αυτές.
- 3) Να αναγνωρίζει τα σημεία και τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας για να μπορέσει να αντιμετωπίσει άμεσα και αποτελεσματικά οποιοδήποτε πρόβλημα.

Η σημασία της καλής ποιότητας ρύθμισης είναι μεγάλη για την επιτυχή έκβαση της εγκυμοσύνης. Έτσι ο προσωπικός ιατρός της κάθε γυναίκας πρέπει να την εκπαιδεύσει κατάλληλα για να μπορεί να ρυθμίζει τα επίπεδα του σακχάρου στο αίμα στα φυσιολογικά επίπεδα ή τουλάχιστον πλησίον σε αυτά. Πρέπει να μάθει να αξιολογεί τα αποτελέσματα των μετρήσεων και να προσαρμόζει ανάλογα τη δόση της ινσουλίνης καθημερινά.

Κατά τον Goustan D. και τους συνεργάτες του η ινσουλινοθεραπεία:

- ✓ Μειώνει σημαντικά το ποσοστό της καισαρικής τομής ως επιλεγόμενο τρόπο τοκετού.
- ✓ Εφόσον μειώνονται τα ποσοστά της μακροσωμίας, μειώνεται και η πιθανότητα τραυματισμού του νεογνού κατά την διάρκεια του τοκετού.

Η ινσουλινοθεραπεία όπως και οι υπόλοιπες θεραπείες ξεκινούν με μικρές δόσεις οι οποίες αυξάνονται προοδευτικά αναλόγως των αποτελεσμάτων των μετρήσεων του σακχάρου στο αίμα. Τα θεραπευτικά σχήματα διαφέρουν αναλόγως την κάθε περίπτωση και συνήθως δεν χρησιμοποιούνται εντατικοποιημένα σχήματα ινσουλίνης διότι επαρκούν για τη ρύθμιση του σακχάρου μία με δύο ενέσεις ινσουλίνης την ημέρα μέσης δράσης (Τούντας, 2003).

Υπάρχουν και τα αντιδιαβητικά δίσκια τα οποία διέρχονται διαμέσου του πλακούντα και μπορεί να αποτελέσουν ερέθισμα στα β-κύτταρα του εμβρύου για την παραγωγή της ινσουλίνης. Έτσι δεν συνιστώνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης διότι αυξάνεται ο κίνδυνος υπερινσουλιναιμίας του εμβρύου με ότι συνέπειες μπορεί να έχει. Εν τούτοις σε ορισμένα διαβητικά κέντρα της Αμερικής δοκιμάζεται η χρήση τους, συγκρίνοντας τη δράση της γλυβενκλαμίδης και της ινσουλίνης. Βέβαια η ανάλυση των αποτελεσμάτων δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές στις διάφορες παραμέτρους που εξετάστηκαν (μακροσωμία, επιπλοκές στους πνεύμονες, εμβρυικές ανωμαλίες (Ιωαννίδης, 2011).

5.5. Φαρμακοκινητική της ινσουλίνης

Η δράση της ινσουλίνης η οποία αφορά στη μεταφορά της γλυκόζης στο εσωτερικό των κυττάρων εξαρτάται από φυσικούς παράγοντες αλλά και από την τεχνική χορήγησής της.



1)ΣΗΜΕΙΑ ΕΝΕΣΗΣ. Το σημείο της ένεσης επηρεάζει την ταχύτητα απορρόφησης της ινσουλίνης. Η απορρόφηση είναι ταχύτερη στην κοιλιά ακολουθούμενη κατά σειρά από το δελτοειδή, το μηρό και τους γλουτούς. Η εναλλαγή των σημείων ένεσης εμποδίζει τη λιπυπερτοφία(αυξημένη εναπόθεση λίπους στο δέρμα) ή τη λιποατροφία (απώλεια λιπώδους ιστού, με αποτέλεσμα μια <<ασυνεχή>> εμφάνιση. Η εναλλαγή ανάμεσα σε σημεία της ίδιας ανατομικής περιοχής είναι προτιμότερη από την εναλλαγή διαφορετικών ανατομικών περιοχών ώστε να μην έχουμε διαφορετική απορρόφηση κάθε μέρα. Η κοιλιά (εκτός από μια κυκλική περιοχή ακτίνας 5 cm γύρω από τον ομφαλό) αποτελεί την προτιμότερη θέση ένεσης, διότι παρέχει την πιο ταχεία απορρόφηση της ινσουλίνης.

2)ΡΥΘΜΟΣ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗΣ . Οι ιδιότητες της ινσουλίνης επηρεάζουν την απορρόφησης της. Όσο πιο μακρά είναι η δράση της τόσο πιο απρόβλεπτη είναι η απορρόφησης της. Όσο πιο μεγάλη είναι η δόση της ινσουλίνης τόσο πιο παρατεταμένος είναι ο χρόνος απορρόφησης της. Παράγοντες που αυξάνουν την αιματική ροή στο σημείο της ένεσης όπως για παράδειγμα η τοπική εφαρμογή θερμότητας, οι μαλάξεις στην περιοχή και η άσκηση που αφορά στην περιοχή αυτή, αυξάνουν την απορρόφηση της ινσουλίνης. Οι περιοχές των ουλών συχνά προτιμώνται από πολλούς επειδή είναι λιγότερο ευαίσθητες στα επώδυνα ερεθίσματα.

3)ΒΑΘΟΣ ΤΗΣ ΕΝΕΣΗΣ. Οι ενέσεις γίνονται υποδοριώς. Οι περισσότεροι σηκώνουν ελαφρά μια πτυχή του δέρματος και ενίουν την ινσουλίνη με μία γωνία 90°

περίπου. Σε ένα αδύνατο άτομο η ένεση μπορεί να γίνει με γωνία των 45° για να αποφεύγεται η ενδομυϊκή ένεση.

4)ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΕΝΕΣΗΣ. Κάποια σκευάσματα ινσουλίνης όπως η regular 30 λεπτά πριν από τα γεύματα παρέχει μεγαλύτερη ποσότητα ελεύθερης ινσουλίνης στο πλάσμα κατά τη διάρκεια του γεύματος. Η πρόσληψη τροφής μέσα σε μερικά λεπτά μετά την ένεση της βραχείας διάρκειας δράσης ινσουλίνης ελαττώνει την ικανότητα της ινσουλίνης να εμποδίζει τις ταχείες αυξήσεις των επιπέδων της γλυκόζης στο πλάσμα και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο της επιβραδυμένης υπογλυκαιμίας (Ignatavicius, Workman, 2008).

5.6. Εξετάσεις για το σακχαρώδη διαβήτη

είδος εξέτασης	Πόσο συχνά
Μέτρηση του σακχάρου στο σπίτι	Καθημερινά
Επίσκεψη στο διαβητολόγο ή το διαβητολογικό ιατρείο	Κάθε τρεις μήνες
Βυθοσκόπηση	Μία φορά το χρόνο
Εξετάσεις αίματος για σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, ουρικό οξύ, κάλιο, νάτριο, ασβέστιο, χοληστερόλη τριγλυκερίδια, ουρικό οξύ, HDL, LDL και λευκώματα ορού	Κάθε έξι μήνες
Εξετάσεις ούρων (αλβουμίνη ούρων 24ώρου)	Μία φορά το χρόνο

Σχήμα 2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

6.1. Προγραμματισμός του τοκετού

Ο καθορισμός του κατάλληλου χρόνου για τη διενέργεια του τοκετού είναι κριτικής σημασίας για την έκβαση της κύησης. Ο τοκετός πριν την 36^η εβδομάδα συνοδεύεται από αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα του νεογνού. Εν αντιθέσει η παράταση της κύησης μετά την 38^η εβδομάδα αυξάνει τη συχνότητα των ενδομήτριων θανάτων και των κακώσεων του νεογνού μετά τον τοκετό. Με τη σωστή και καλή ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη κατά τη διάρκεια της κύησης είναι εφικτή η συνέχιση της κύησης μέχρι και την 38^η εβδομάδα και σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμη περισσότερο για να μειωθεί όσο το δυνατόν περισσότερο η πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου της αναπνευστικής δυσχέρειας στα νεογνά. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο τοκετός προγραμματίζεται για την 38^η εβδομάδα. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις στις οποίες ο τοκετός επιβάλλεται να πραγματοποιηθεί νωρίτερα από την 38^η εβδομάδα. Σημεία που μας οδηγούν στη λήξη της κύησης είναι η αιμορραγία από τον πρόδρομο πλακούντα, οι ενδείξεις από το εργαστήριο για χαμηλές τιμές της οιστριόλης και του πλακουντιακού γαλακτογόνου σε σύγκριση με τις προηγούμενες μετρήσεις καθώς και τα παθολογικά τεστ παρακολούθησης του εμβρύου σε συνθήκες ηρεμίας και μετά από την χορήγηση ωκυτοκίνης (ODENT 2005).

6.2. Αναστολή πρόωρου τοκετού

Εάν υπάρχουν πρόωρες συσπάσεις της μήτρας πραγματοποιείται προσπάθεια αναστολής του τοκετού παρά τις όποιες αντενδείξεις. Η χορήγηση β-συμπαθητικομιμητικών φαρμάκων απαιτεί τεράστια προσοχή στις έγκυες γυναίκες με διαβήτη κύησης. Η δραστική ουσία των φαρμάκων αυτών προκαλεί γλυκογονόλυση έχοντας ως συνέπεια υπεργλυκαιμία αλλά και την υποκαλιαιμία. Εάν σε περίπτωση πιθανού τοκετού χορηγηθούν στην έγκυο κορτικοστεροειδή για την επιτάχυνση της πνευμονικής ωρίμανσης του εμβρύου ο διαβήτης γίνεται αρκετά δυσρρυθμιστος και οι δόσεις της ινσουλίνης αυξάνονται και θυμίζουν θεραπεία διαβητικής κετοξέωσης σε συνεχή χορήγηση. Ενώ παράλληλα χορηγούμε χλωριούχο κάλιο για να μπορέσουμε να καταπολεμήσουμε την υποκαλιαιμία.

6.3. Επιλογή τρόπου τοκετού

Ο κολπικός τοκετός με την βοήθεια τεχνητών πόνων πρέπει να προτιμάται όταν δεν υπάρχουν μαιευτικές αντενδείξεις διότι έτσι μειώνονται οι κίνδυνοι αναπνευστικών προβλημάτων στο νεογνό.

6.4. Ενδείξεις κολπικού τοκετού

- Κύηση μεγαλύτερη των 37 εβδομάδων
- Πρωτοτόκος κάτω των 30 ετών
- Πολυτόκος με ευνοϊκό μαιευτικό ιστορικό
- Απουσία μαιευτικών επιπλοκών και υδραμνίου
- Καλή εμπέδωση προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου ή μικρού βάρους νεογνό
- Ενδομήτριος θάνατος

6.5. Ενδείξεις καισαρικής τομής

- Προηγηθείσα καισαρική τομή
- Πρωτοτόκος μεγαλύτερη των 30 ετών
- Πολυτόκος με επιβαρυνμένο ιστορικό κολπικού τοκετού
- Ισχιακή προβολή
- Βάρος εμβρύου μεγαλύτερο από 4 κιλά
- Κινητή προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου
- Εμφάνιση επιπλοκών κατά τη διάρκεια της κύησης ή στον τοκετό (Καραμήτσος, 1987).

6.6. Μετά τον τοκετό

Ανάμεσα στο χρονικό διάστημα των έξι με δώδεκα εβδομάδων μετά τον τοκετό όλες οι έγκυες με διαβήτη της κύησης οφείλουν να κάνουν σακχαραιμική καμπύλη με 75 γραμμάρια γλυκόζης και να την επαναλαμβάνουν απαραίτητως κάθε χρόνο. Αν και οι περισσότερες γυναίκες με διαβήτη κύησης ανακτούν φυσιολογική καμπύλη ανοχής στη γλυκόζη, εν τούτοις ο διαβήτης της κύησης συνδέεται όλο και περισσότερο με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη αργότερα κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Ο επικρατών τύπος του εμφανιζόμενου διαβήτη μετά από αυτόν της κύησης είναι ο διαβήτης τύπου 2, ενώ ο διαβήτης τύπου 1 εμφανίζεται σε πολύ μικρά ποσοστά (γυναίκες με παρουσία θετικών δεικτών αυτοανοσίας). Ο κίνδυνος για

την εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη πέντε χρόνια μετά τη διάγνωση του διαβήτη της κύησης σχετίζεται:

- ✓ Με την εθνικότητα: βιβλιογραφικά δεδομένα αναφέρουν ότι σε πέντε περίπου χρόνια το 50% των Hispanic American (έντονα παχύσαρκες γυναίκες) εμφανίζουν σακχαρώδη διαβήτη, σε αντίθεση με τις λευκές γυναίκες της Ευρώπης, στις οποίες ο σακχαρώδης διαβήτης εμφανίζεται σε ποσοστό το πολύ 30% και αυτό σε διάστημα είκοσι χρόνων.
- ✓ Με το οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε συγγενείς πρώτου βαθμού της εγκύου
- ✓ Με τον μήνα της κύησης όπου έγινε η διάγνωση του διαβήτη της κύησης (διάγνωση του διαβήτη κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου είναι επιβαρυντικό στοιχείο)
- ✓ Με την οξύτητα της διαταραχής κατά τη διάγνωση(ανάγκη για ινσουλινοθεραπεία)
- ✓ Με τα επίπεδα γλυκαιμίας αμέσως μετά τον τοκετό
- ✓ Την παχυσαρκία της μητέρας

Όλες οι γυναίκες με ιστορικό διαβήτη κύησης για να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη στο μέλλον:

- ✓ Οφείλουν να προγραμματίσουν την επόμενη εγκυμοσύνη τους
- ✓ Να ζητήσουν οδηγίες για το είδος της αντισύλληψης που ίσως χρειασθεί να χρησιμοποιήσουν
- ✓ Να επαναλαμβάνουν την σακχαραιμική καμπύλη αμέσως μετά τη διαπίστωση μιας επόμενης εγκυμοσύνης
- ✓ Να συμμετέχουν σε προγράμματα τα οποία έχουν ως στόχο τη μείωση του σωματικού βάρους είτε με τη βοήθεια διαιτητικών/διατροφολογικών προγραμμάτων είτε με την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας (Τούντας, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1. Η υγιεινή της εγκύου

Η εγκυμοσύνη είναι η πιο σημαντική εμπειρία στη ζωή της κάθε γυναίκας. Κάθε μήνας που περνά αλλαγές στο σώμα, στο δέρμα καθώς και στην ψυχολογία της γυναίκας. Η καθημερινή υγιεινή κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη ιδιαίτερα τους τρεις τελευταίους μήνες. Παρόλα αυτά δεν είναι ακατόρθωτο αλλά αναγκαίο να κρατήσει η κάθε έγκυος γυναίκα υψηλό το επίπεδο της καθημερινής της υγιεινής της. Η οποία συναντάται σε πολλά επίπεδα από την προσωπική της ζωή έως την κοινωνική.

ΚΑΤΟΙΚΙΑ

Το σπίτι πρέπει να είναι υγιεινό, να την προστατεύει δηλαδή από τις καιρικές μεταβολές, να έχει επαρκή αερισμό, φωτισμό, θέρμανση, ύδρευση και άρδευση. Έτσι η ζωή της εγκύου μέσα στο σπίτι θα είναι αφενός πιο άνετη και αφετέρου πιο ευχάριστη.

ΑΣΚΗΣΗ

Τα ελαφρά αθλήματα επιτρέπονται αρκεί να υπάρχει προσοχή κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και τον τελευταίο μήνα. Το περπάτημα συνιστάται στις περισσότερες έγκυες αρκεί να μην γίνονται υπερβολές και να υπάρχει το μετρό. Ο περίπατος άλλωστε σε μια σχετικά ζεστή και ηλιόλουστη ημέρα μόνο θετικές σκέψεις μπορεί να προσφέρει και μια ψυχική ανακούφιση.

ΦΑΡΜΑΚΑ

Απαγορεύεται πλήρως η λήψη των φαρμακευτικών σκευασμάτων κατά την εγκυμοσύνη κυρίως στο πρώτο τρίμηνο. Εξαιρέση αποτελούν τα σιδηρούχα σκευάσματα, κάποιες βιταμίνες και το φολλικό οξύ. Οποιοδήποτε άλλο φαρμακευτικό σκεύασμα θα πρέπει να λαμβάνεται ύστερα από συνεννόηση και συναίνεση και εκάστοτε ιατρού.

ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Από τον 6^ο μήνα συνιστάται η ψυχοσωματική προετοιμασία με ειδική εκγύμναση των σκελετικών μυών(αναπνευστική και χαλαρωτική γυμναστική) καθώς και να παρακολουθούνται μαθήματα τοκετού.

ΤΑΞΙΔΙΑ

Προσοχή πρέπει να δίνεται από τις εγκύους που ταξιδεύουν συχνά ιδιαίτερα τους 3 πρώτους μήνες και τον τελευταίο μήνα. Σε περίπτωση όμως που παρουσιάστηκε κάποια επιπλοκή στην εγκυμοσύνη ή υπάρχει επιβαρυνμένο μαιευτικό ιστορικό καλό θα ήταν να αποφεύγονται τελείως και ιδιαίτερα τα ταξίδια μεγάλων αποστάσεων.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Τα περισσότερα από τα επαγγέλματα που ασκούν οι γυναίκες δεν απαιτούν έντονη δραστηριότητα, για να μην μπορούν να συνδυαστούν με την εγκυμοσύνη έως και τον 7^ο μήνα. Και όσον αφορά τις γυναίκες που ασχολούνται με τις δουλειές του σπιτιού απαιτείται να τις κάνουν για να ασκείται και λίγο το σώμα αρκεί όμως να μην είναι κουραστικές.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ

Οι συγκεντρώσεις και ιδιαίτερα οι νυχτερινές καθώς και οι κλειστοί χώροι τύπου κινηματογράφος καλό είναι να αποφεύγονται. Η διασκέδαση επιτρέπεται σε υγιεινό περιβάλλον και χωρίς ακρότητες. Η καθημερινή ανάπαυση πρέπει να είναι τουλάχιστον 9 ώρες. Να αποφεύγονται οι χώροι με μεταδοτικά λοιμώδη νοσήματα. Ιδιαίτερη προσοχή στις διάφορες χημικές και βιολογικές οικιακές ουσίες καθώς και στα κατοικίδια ζώα ειδικά στις γάτες.

ΑΛΚΟΟΛ

Πρέπει να αποφεύγεται καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σε συχνότητα που αγγίζει το 30% τα παιδιά που γεννήθηκαν από αλκοολική μητέρα παθαίνουν αλκοολικό σύνδρομο του εμβρύου. Χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι η επιβράδυνση της σωματικής ανάπτυξης, η διανοητική καθυστέρηση, ανωμαλίες σκελετού, προσώπου και της καρδιάς. Βλαπτική επίδραση έχει και η πρόσκαιρη μέθη

όταν συμπέσει με την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας. Το μόνο σε αλκοόλ που μπορεί να καταναλωθεί είναι ένα ποτήρι κρασί 2-3 φορές την εβδομάδα.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το κάπνισμα γενικά θα πρέπει να αποφεύγεται πόσο μάλλον κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το κάπνισμα προκαλεί τη γέννηση πρόωρων και λιποβαρών εμβρύων. Μπορεί επίσης να προκαλέσει αναπνευστική δυσχέρεια καθώς και πνευματική καθυστέρηση που εκδηλώνεται στο τέλος της παιδικής ηλικίας. Εάν όμως δεν μπορούμε να πετύχουμε την τέλεια αποχή της εγκύου από το κάπνισμα, γεγονός όχι και πολύ σπάνιο, συστήνεται 4 τσιγάρα την ημέρα.

ΕΝΔΥΜΑΣΙΑ

Η έγκυος πρέπει να προτιμά άνετα ρούχα και κυρίως ευρύχωρα φορέματα τόσο πολύ ώστε να φαίνονται ότι κρέμονται από τους ώμους. Οι στηθόδεσμοι που προτιμούνται πρέπει να είναι άνετοι και βαμβακεροί, να υποβαστώνουν το στήθος χωρίς να το πιέζουν. Να μην χρησιμοποιούνται καλτσοδέτες αλλά καλσόν. Μετά το 4^ο μήνα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ελαστική ζώνη υποστήριξης της κοιλιάς. Το βάδισμα της εγκύου είναι σχετικά ασταθές. Για να μπορέσει λοιπόν να ισορροπήσει το βάρος της καλύτερα και να μην γέρνει προς τα εμπρός πρέπει να επιλέγει άνετα υποδήματα και με χαμηλά τακούνια.

ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ

Η αυξημένη αιματική ροή κάνει την έγκυο γυναίκα να ζεσταίνεται περισσότερο από ότι συνήθως με αποτέλεσμα να ιδρώνει πιο πολύ και ευκολότερα. Έτσι λοιπόν το καθημερινό μπάνιο ή το ντους είναι άκρως απαραίτητο. Το νερό όμως δε πρέπει να είναι ποτέ καυτό. Το ζεστό μπάνιο προσφέρει χαλαρωτικές επιδράσεις τόσο στους μύες του σώματος όσο και στο μυαλό. Η θερμοκρασία του νερού πρέπει να δοκιμάζεται με τον αγκώνα. Ο αγκώνας είναι μια περιοχή πιο ευαίσθητη από τα χέρια και τα πόδια οπότε μπορεί να προετοιμάζει το νερό. Ζεστό είναι το νερό το οποίο όταν μπαίνεις είναι καλό και δεν περιμένεις να κρυώσει. Πολύ προσοχή χρειάζεται για να μην γλιστρήσει στο μπάνιο. Να χρησιμοποιούνται μόνο φαρμακευτικά σαπούνια για ευαίσθητα δέρματα και με κυκλικές κινήσεις να πλένει το σώμα της. Για την αποφυγή κνησμού και οποιαδήποτε άλλης δερματικής αντίδρασης πρέπει να

ξεπλένει καλά και με άφθονο νερό. Και για την καλή ενυδάτωση του σώματος να χρησιμοποιείται βαζελίνη ή κάποια φαρμακευτική κρέμα αμέσως μετά το μπάνιο.

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΟΝΤΙΩΝ

Τα δόντια γίνονται πιο ευαίσθητα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πρέπει να βουρτσίζονται 2 φορές την ημέρα και κυρίως μετά από τα γεύματα. Οι επισκέψεις στον οδοντίατρο πρέπει να γίνονται πιο συχνά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα ούλα πρέπει να φροντίζονται ιδιαίτερος διότι συχνά αιμορραγούν. Τέλος οποιαδήποτε οδοντιατρική επέμβαση πρέπει να πραγματοποιείται έως και τον 7^ο μήνα.

ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΗΘΟΥΣ

Η έγκυος γυναίκα πρέπει να φοράει το σωστό νούμερο του στηθόδεσμου από τις πρώτες κιόλας εβδομάδες. Το ξηρό δέρμα και η φαγούρα καθώς και ο πόνος στις θηλές απασχολούν συχνά τις εγκύους. Για την καταπολέμηση των συμπτωμάτων αυτών χρησιμοποιούνται ειδικές φαρμακευτικές κρέμες. Επίσης χρησιμοποιούνται ειδικά επιθέματα για το στήθος. Το στήθος προετοιμάζεται για το θηλασμό και αρχίζει να παράγει το πύαρ δηλαδή το πρωτόγαλα, πολύ συχνό φαινόμενο είναι οι διαρροές και οι ερεθισμένες θηλές (npetrogiannis.gr).

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΑΛΛΙΩΝ

Ο αυξανόμενος μεταβολισμός και η αυξανόμενη κυκλοφορία του αίματος έχει ως αποτέλεσμα τα μαλλιά να μεγαλώνουν πιο γρήγορα και η τριχόπτωση να μειώνεται. Έτσι τα μαλλιά πιο πυκνά και λαμπερά παρόλα αυτά όμως υπάρχουν και οι εξαιρέσεις που τα υγιή μαλλιά μετατρέπονται σε λιπαρά ή ξηρά και ταλαιπωρημένα. Η φροντίδα των μαλλιών είναι απαραίτητη και πρέπει να είναι καθημερινή. Χρησιμοποιήστε προϊόντα κατάλληλα για τον κάθε τύπο μαλλιών. Η μάσκα μαλλιών θα βοηθήσει ιδιαίτερα στη φροντίδα της τρίχας καθώς και στο βούρτσισμα προς αποφυγή σπασίματος της μιας και είναι πιο ευαίσθητη κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Καλό θα ήταν να αποφεύγεται η βαφή των μαλλιών και οι ανταύγειες ή τουλάχιστον να προτιμούνται προϊόντα φυτικής προέλευσης.

ΕΥΑΙΣΘΗΤΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Τέλος, η γυναικεία ευαίσθητη περιοχή χρειάζεται ιδιαίτερη καθημερινή φροντίδα τόσο μάλλον κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η σωστή υγιεινή και περιποίηση της περιοχής είναι η πιο σημαντική υποχρέωση της κάθε μέλλουσας μητέρας. Η ευαίσθητη περιοχή έχει ιδιαίτερη φυσιολογία καθώς φιλοξενεί πάρα πολλούς χρήσιμους και μη μικροοργανισμούς με αποτέλεσμα να χρειάζεται την κατάλληλη φροντίδα για να διατηρήσει το κατάλληλο pH και την ισορροπία σε αυτό το περιβάλλον. Τα προϊόντα που πρέπει να επιλέγονται πρέπει να είναι φαρμακευτικά με ελαφριά σύνθεση που δεν θα διαταράσσουν το pH και δεν θα προκαλέσουν οποιαδήποτε ενόχληση όπως είναι ο κνησμός. Για την εξασφάλιση της καθαριότητας και της ισορροπίας σε καθημερινή βάση πρέπει να χρησιμοποιείται άφθονο νερό και με απαλές κυκλικές κινήσεις να γίνεται ένα καλό ξέπλυμα. Τα εσώρουχα πρέπει να είναι άνετα και να γίνεται η αλλαγή τους μία με δύο φορές την ημέρα γιατί έτσι δεν ευνοείται η δημιουργία αποικίας μικροβίων και κυρίως των βακτηρίων. Να αποφεύγονται τα στενά παντελόνια για την αποφυγή τριβής. Μεγάλη προσοχή να δίνεται στις μεθόδους αποτρίχωσης τόσο στην καθαριότητα των εργαλείων όσο και στην περιοχή που θα επέμβει (eutokia.gr).

7.2. Άσκηση και διαβήτης

Σε όλες τις φάσεις της ζωής του ανθρώπου, έτσι και στην εγκυμοσύνη η άσκηση είναι μία δραστηριότητα που μπορεί να έχει πολλές ευεργετικές ιδιότητες. Η έγκυος γυναίκα έχοντας ανάγκη από εκτόνωση, αναζωογόνηση και διέξοδο από το στρες της εγκυμοσύνης, θα πρέπει να ενθαρρύνεται να καταφεύγει σε ασφαλείς μεθόδους άθλησης που θα την κάνουν να αισθανθεί καλύτερα σωματικά και ψυχολογικά. Οι κύριες αλλαγές σχετίζονται με την αλλαγή στο κέντρο βάρους της επιτόκου με τα διαφορετικά επίπεδα ορμονών λόγω της κύησης και της αύξησης του βάρους. Δυσκολεύει η διατήρηση της ισορροπίας έτσι η γυμναστική είναι από τις καλύτερες επιλογές. Τα οφέλη της γυμναστικής είναι:

1. Βελτιώνει και διατηρεί την καλή φυσική κατάσταση της εγκύου τόσο στην αεροβική όσο και στη μυϊκή ικανότητα.
2. Βοηθάει στον καλύτερο έλεγχο του βάρους αλλά και στη διατήρησή του όσο το δυνατόν καλύτερα σε φυσιολογικά επίπεδα.

3. Βοηθάει στην καλύτερη ανάρρωση μετά την γέννα.
4. Ενισχύει την ψυχολογική κατάσταση της εγκύου καθ'όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
5. Οι πιθανές επιπτώσεις της εγκυμοσύνης μειώνονται σημαντικά και ο τοκετός είναι λιγότερης διάρκειας.
6. Μειώνονται σημαντικά τα προβλήματα με την σπονδυλική στήλη.
7. Αυξάνεται η ενεργητικότητα στην εγκυμοσύνη.
8. Μειώνει αισθητά τη χαλάρωση της κοιλιακής χώρας.
9. Προσφέρει καλύτερη χώνεψη και λιγότερη δυσκοιλιότητα.
10. Συμβάλλει στην αισθητή μείωση της εμφάνισης κραμπών, έντονων οιδημάτων και φλεβίτιδας στα κάτω άκρα.
11. Μπορεί να βελτιώσει το αίσθημα της οσφυαλγίας.
12. Βοηθά στην προετοιμασία και στην καλύτερη ανταπόκριση του σώματος της γυναίκας στον τοκετό.
13. Αποτελεί μέσο εκτόνωσης για την έγκυο.
14. Βελτιώνει την ποιότητα του ύπνου.
15. Ενισχύει την ευελιξία της γυναίκας.
16. Τέλος, η άσκηση έχει σπουδαίο θεραπευτικό ρόλο, αφού μειώνει την εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη της κύησης, της προεκλαμψίας και βοηθάει στη διατήρηση χαμηλών επιπέδων του σακχάρου στο αίμα (Regensteiner, Reusch, Stewart, Veves, 2009).

Οι περισσότερες γυναίκες προτιμούν να ξεκινήσουν την άσκηση μετά το 3^ο μήνα της κύησης εξαιτίας της ναυτίας, του εμέτου και της κούρασης που αισθάνονται. Ωστόσο είναι ασφαλές να ξεκινήσει η γυμναστική νωρίτερα χωρίς όμως να γίνονται οι υπερβολές. Το πρόγραμμα στην αρχή πρέπει να είναι για 15' και τρεις φορές την εβδομάδα. Η αύξηση της διάρκειας μπορεί να γίνει σταδιακά και ανάλογα με τις αντοχές της κάθε εγκύου. Η αεροβική άσκηση πρέπει να περιορίζεται στα μόλις 20' και μετά να ακολουθείται ήπια άσκηση. Πρέπει να αποφεύγονται οι πολεμικές τέχνες, τα θαλάσσια σπορ και οι καταδύσεις και αθλήματα που έχουν σχέση με το ύψος όπως είναι η ιπασία και η αναρρίχηση.

Η έγκυος γυναίκα πρέπει να σταματήσει άμεσα την άσκηση όταν αισθανθεί:

- Ζάλη
- Δυσκολία στην αναπνοή

- Λιποθυμία
- Φούσκωμα στον αστράγαλο και στα άκρα
- Συστολές της μήτρας
- Αιμορραγία
- Υπερβολική έκκριση υγρών
- Οπτική διαταραχή
- Δυσκολία στο περπάτημα
- Αύξηση των καρδιακών παλμών και της αρτηριακής πίεσης
- Άλγος στο στήθος και ανεξήγητο κοιλιακό άλγος

Η άσκηση σε κάποιες περιπτώσεις είναι απαγορευτική τόσο για την ομαλή συνέχιση της εγκυμοσύνης όσο και για την υγεία της μητέρας και του εμβρύου. Οι περιπτώσεις αυτές είναι όταν:

- Υπάρχει πρόβλημα υγείας σχετικά με τους πνεύμονες όπως το άσθμα
- Υψηλή πίεση
- Παχυσαρκία
- Πρόβλημα στους μυς ή στους συνδέσμους
- Πρόβλημα με τον πλακούντα
- Πρόωρο τοκετό ή ιστορικό αποβολής
- Ιστορικό προβλημάτων στο τράχηλο
- Πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων
- Πολύδυμη κύηση
- Κολπικές αιμορραγίες
- Καθυστερημένη ενδομήτρια εμβρυική ανάπτυξη (iatronet.gr)

7.3. Το πρόγραμμα της άσκησης

Το πρόγραμμα της άσκησης που πρέπει να ακολουθεί η έγκυος γυναίκα θα πρέπει να εστιάζει περισσότερο στο να διατηρήσει τη φυσική κατάσταση της εγκύου παρά να βελτιώσει τις αντοχές της. Αυτό μπορεί να σημαίνει είτε αύξηση είτε μείωση της

καθημερινής δραστηριότητας. Ο σχεδιασμός του προγράμματος άθλησης θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα παρακάτω:

- ✓ Την παρούσα φυσική κατάσταση, την πρόσφατη αθλητική δραστηριότητα και τους στόχους της κάθε γυναίκας
- ✓ Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή των ασκήσεων θα πρέπει να προτείνονται και να εφαρμόζονται από κάποιον προαγωγό υγείας ειδικά εκπαιδευμένο πάνω στην εκγύμναση των εγκύων
- ✓ Βάση της αθλητικής δραστηριότητας θα πρέπει να χαρακτηριστεί ανάλογα ως καθιστική, ερασιτέχνης ή επαγγελματίας αθλήτρια.

Το κάθε προτεινόμενο πρόγραμμα θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- Το είδος των ασκήσεων
- Τη διάρκεια της άθλησης
- Τη συχνότητα της άθλησης
- Τη σκληρότητα των ασκήσεων(www.immommy.gr).

7.4.Προτεινόμενες ασκήσεις για εγκύους

Α)Ενίσχυση της λεκάνης: πλαγιάστε ανάσκελα με τα γόνατα λυγισμένα, σφίξτε στο μέρος της λεκάνης, χαλαρώστε και επαναλάβετε.

Β)Ανασήκωμα της λεκάνης: ακουμπήστε στα χέρια και στα γόνατα. Μαζέψτε τους μυς της κοιλιάς, σφίξτε τους μυς των γλουτών και φέρτε σιγά σιγά τη λεκάνη προς τα εμπρός. Μείνετε σε αυτή τη στάση για δευτερόλεπτα και επαναλάβετε.

Γ)Για τους πόνους της πλάτης: ξαπλώστε στο πάτωμα και κάντε κυκλικές κινήσεις με το υπόλοιπο σώμα χαλαρό

Δ) Για τους μηρούς και τη ράχη: καθίστε με την πλάτη ίσια και τα πόδια ενωμένα. Πιάστε σφιχτά τους αστραγάλους και πιέστε με τους αγκώνες τους μηρούς προς τα κάτω. Μείνετε για 20 '' και επαναλάβετε.

7.5.Ιδανικά αθλήματα για εγκύους

Η κολύμβηση είναι ένα από τα καταλληλότερα αθλήματα για τις έγκυες γυναίκες. Όπως και το περπάτημα χαλαρώνει την πίεση από τη σπονδυλική στήλη και βοηθάει το έμβρυο να πάρει τη σωστή θέση. Το πρόσθιο, το ύπτιο και η ελεύθερη κολύμβηση είναι απολύτως ασφαλή για όλη την περίοδο της εγκυμοσύνης. Η πεταλούδα πρέπει να αποφεύγεται διότι μπορεί να τραυματιστεί η σπονδυλική στήλη και να τεντωθούν οι κοιλιακοί μυς.

Η ποδηλασία είναι μια πολύ καλή άσκηση ειδικά για τα δυο πρώτα τρίμηνα της εγκυμοσύνης. Καθώς η κοιλιά της μητέρας μεγαλώνει πρέπει να προσαρμόσει κατάλληλα το ποδήλατο στα μέτρα της. Στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης δεν ενδείκνυται καθώς αυξάνεται ο κίνδυνος της πτώσης.

Αθλήματα όπως το πατινάζ είναι απαγορευτικά, διότι είναι πολύ επικίνδυνο να χάσει την ισορροπία της. Έτσι θα τεθεί σε κίνδυνο και η υγεία του μωρού αλλά και της ίδιας της μητέρας.

Η πεζοπορία είναι αν όχι το ιδανικό, από τα ιδανικότερα αθλήματα για μία έγκυο γυναίκα. Η πεζοπορία δεν ενέχει πολλούς κινδύνους αλλά πρέπει να αποφεύγονται οι αναρριχήσεις και οι δύσκολες αναβάσεις. Καθώς η εγκυμοσύνη εξελίσσεται η έγκυος δεν πατάει στο έδαφος με ασφάλεια με αποτέλεσμα τα στενά και πετρώδη μονοπάτια να γίνονται επικίνδυνα. Αν η μητέρα περπατούσε πριν την εγκυμοσύνη μπορεί να συνεχίσει το πρόγραμμα που ακολουθούσε, αν είναι αρχάρια πρέπει να ξεκινήσει με 20 λεπτά 3 φορές την εβδομάδα και να αυξήσει σταδιακά με βάση τις οδηγίες του ιατρού της.



Όσο αφορά τα βάρη οι γιατροί συστήνουν να μην κάνουν γυμναστική με βάρη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης γιατί τα βάρη μειώνουν τη ροή του αίματος προς τα νεφρά και προς τη μήτρα. Η σωστή στάση του σώματος, η αναπνοή και η τεχνική που χρησιμοποιείτε είναι πολύ σημαντικά γι' αυτό πρέπει να είναι πολύ προσεκτικές.



Οι πιλάτες είναι μία πολύ καλή γυμναστική για τις εγκύους. Οι αργές και ελεγχόμενες κινήσεις είναι πολύ ασφαλείς χωρίς να έχουν αρνητικές επιδράσεις για το έμβρυο και χωρίς να ασκεί ιδιαίτερη πίεση στους συνδέσμους. Οι ασκήσεις αυτές δίνουν μεγάλη έμφαση στη σωστή και ευθεία στάση του σώματος με αποτέλεσμα να μειώνονται σημαντικά τα προβλήματα σχετικά με τα προβλήματα της σπονδυλικής στήλης. Βοηθάει επίσης στη χαλάρωση κατά τη διάρκεια του τοκετού.



Η αεροβική στο νερό είναι εύκολη, ασφαλής και ευεργετική. Τα περισσότερα μαθήματα αεροβικής γίνονται σε εσωτερικές πισίνες όπου ελέγχεται η καθαριότητα, το βάθος και η θερμοκρασία του νερού.

Η μπάλα γυμναστικής είναι ένας διασκεδαστικός τρόπος γυμναστικής, όπου γυμνάζεται ο κορμός χωρίς να τεντώνεται η λεκάνη και τα γόνατα.



7.6 .Οι κίνδυνοι που εγκυμονούν από την άσκηση

Μπορεί η εγκυμοσύνη να ωφελείται από την άσκηση όμως υπάρχουν και ορισμένοι κίνδυνοι για τους οποίους η έγκυος πρέπει να είναι ενημερωμένη. Οι κίνδυνοι αυτοί σχετίζονται με τις φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα της εγκύου καθώς προχωρά η εγκυμοσύνη. Οι κίνδυνοι περιλαμβάνουν:

ΥΠΕΡΘΕΡΜΙΑ: όταν ασκήσετε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η θερμοκρασία του σώματος αυξάνεται περισσότερο από ότι θα συνέβαινε κανονικά. Εάν η θερμοκρασία του σώματος παραμένει για μεγάλες χρονικές περιόδους πάνω από 39°C κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων αυτό μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ανάπτυξη του εμβρύου. Για την πρόληψη της υπερθερμίας πρέπει να λαμβάνει η έγκυος πολλά υγρά κατά τη διάρκεια, πριν και μετά την άσκηση. Δεν πρέπει να υπερβαίνει τις δυνάμεις της και να μην ασκείται σε πολύ ζεστά και υγρά κλίματα.

ΠΤΩΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ: μετά την 16^η εβδομάδα το βάρος της κοιλιάς πιέζει τα κεντρικά αγγεία του σώματος. Με αποτέλεσμα να επιστρέφει λιγότερο αίμα στην κυκλοφορία και η αρτηριακή πίεση να κατεβαίνει.

ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ: κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα διαπιστώσετε ότι σύνδεσμοι χαλαρώνουν με αποτέλεσμα το σώμα της εγκύου να είναι πιο ευάλωτο στους τραυματισμούς από ότι πριν την εγκυμοσύνη. Για την αποφυγή του τραυματισμού: να γίνεται καλό ζέσταμα πριν την άσκηση και στο τέλος διατακτικές ασκήσεις. Κατά την αερόβια άσκηση να αποφεύγεται τις ξαφνικές αλλαγές προσανατολισμού.

ΥΠΟΘΕΣΗ: στην περίπτωση άσκησης σε υψόμετρο, η ποσότητα του αίματος που μεταδίδεται μέσω της μήτρας στο έμβρυο μειώνεται έτσι προσλαμβάνει μικρές ποσότητες οξυγόνου. Έτσι πρέπει να αποφεύγεται η άσκηση σε υψόμετρο πάνω από 2500 μέτρα.

Στις γυναίκες με διαγνωσμένο σακχαρώδη διαβήτη κύησης παρατηρείται αυξημένη αποθήκευση λίπους καθώς και αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη. Ωστόσο η φυσική δραστηριότητα συμβάλλει στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη αλλά και στην πρόληψή του. Το πρόγραμμα της άσκησης πρέπει να είναι εξατομικευμένο για κάθε γυναίκα, έτσι θα πετύχουν καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο. Τα ευνοϊκά αποτελέσματα της άσκησης γίνονται εμφανή την 4^η εβδομάδα από την έναρξη του προγράμματος. Σε κάθε μορφή άσκησης πρέπει ταυτόχρονα να γίνεται παρακολούθηση:

- 1) του καρδιακού ρυθμού του εμβρύου(μεταβολή αποτελεί ένδειξη δυσφορίας του εμβρύου, ορισμένοι ερευνητές παρατήρησαν βραδυκαρδία)
- 2)της αρτηριακής πίεσης της εγκύου που δεν πρέπει να ξεπερνά 140/90mmHg και
- 3)της κινητικότητας της μήτρας για πιθανή αύξηση των συσπάσεων (paidorama.com).

7.7. Η διατροφή της εγκύου



Οι άνθρωποι αναγνωρίζουν τη σπουδαιότητα της διατροφής για τη διατήρηση της καλής υγείας εδώ και χιλιάδες χρόνια, και πολλές τροφές θεωρούνται το <<κλειδί>> για την υγεία και τη μακροζωία. Οι γυναίκες επιβαρύνονται περισσότερο με τα θέματα της διατροφής, ειδικά αυτές που αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης. Οι γυναίκες επίσης έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση σε ασθένειες που μπορεί να προκληθούν ή να επιδεινωθούν από κάποιες τροφές όπως είναι η αναιμία, η υπέρταση, η οστεοπόρωση, η στεφανιαία νόσος καθώς και αρκετά είδη καρκίνου. Από την άλλη πλευρά τα οφέλη της διατροφής είναι σημαντικά σε κάποια στάδια της ζωής της γυναίκας όπως είναι η εγκυμοσύνη. Οι τροφές επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί το σώμα μας. Μερικά θρεπτικά συστατικά είναι απολύτως απαραίτητα για την καλή υγεία. Ο οργανισμός δεν μπορεί να παραγάγει από μόνος του κάποια είδη πρωτεΐνης, τις βιταμίνες, τα ιχνοστοιχεία και τα λίπη γι' αυτό πρέπει να τα λαμβάνει μέσω της διατροφής. Κάθε υγιεινή διαίτα

αποτελείται από ορισμένες ποσότητες υδατανθράκων, πρωτεϊνών και λιπών. Εξαιτίας της σπουδαιότητάς τους μερικά θρεπτικά συστατικά δρουν ως φάρμακα για το σώμα. Έτσι ο αποκλεισμός ή προσθήκη κάποιων τροφών επηρεάζει σημαντικά την υγεία. Οι διατροφικές ανάγκες εξαρτώνται από το φύλο, την ηλικία, την αναπαραγωγική του ικανότητα, τις συνθήκες διαβίωσης καθώς και τη γενικότερη κατάσταση της υγείας του κάθε ατόμου. Ωστόσο μία έγκυος γυναίκα έχει αυξημένες διατροφικές ανάγκες λόγω της κατάστασης στην οποία βρίσκεται αλλά και εξαιτίας των αλλαγών που συμβαίνουν στον οργανισμό της. Παλαιότερα οι έγκυες γυναίκες υποβάλλονταν σε διαιτητικούς περιορισμούς για να μπορέσουν να επανακτήσουν εύκολα το κανονικό τους βάρος μετά τον τοκετό αλλά και για να αποφύγουν την υπέρταση και την προεκλαμψία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σήμερα όμως τα δεδομένα έχουν αλλάξει διότι οι περιορισμοί είναι δυνατόν να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία τόσο του εμβρύου όσο και της ίδιας της μητέρας. Οι γιατροί συνιστούν στις έγκυες γυναίκες να παίρνουν 8 με 10 κιλά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ανάλογα με το βάρος της κάθε εγκύου ο γιατρός προσαρμόζει τα κιλά. Τα περισσότερα από αυτά τα υγρά προέρχονται από το έμβρυο, το αμνιακό υγρό, τη διογκωμένη μήτρα και τους διογκωμένους μαστούς καθώς και από την αύξηση της ποσότητας των υγρών του αίματος. Για την πλειοψηφία των γυναικών η αύξηση των θερμίδων κατά 300 μονάδες την ημέρα είναι αρκετή. Οι εγκυμονούσες γυναίκες χρειάζονται και περισσότερο ασβέστιο και φώσφορο αφού τα οστά τους μεγαλώνουν. Η κανονική αύξηση τους βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελεί ένδειξη ότι καλύπτονται σωστά οι διατροφικές ανάγκες της γυναίκας. Η έγκυος πρέπει να επιλέγει σωστά και προσεκτικά τις τροφές αποφεύγοντας τις άχρηστες θερμίδες. Τα φρέσκα φρούτα, τα λαχανικά και τα δημητριακά ολικής άλεσης είναι σίγουρα πιο θρεπτικά από τα γλυκά και τα λίπη (Bielaski, Grimm, 2008).

7.8. Η ποιότητα των τροφών και η σημασία τους για την διατροφή της εγκύου

Πέρα από την ποσότητα των θερμίδων που καταναλώνει μία έγκυος και που έχει άμεσο αντίκτυπο στο βάρος της, μεγάλη σημασία έχει και η ποιότητα των τροφίμων που καταναλώνει. Στόχος της εγκύου με διαγνωσμένο διαβήτη κύησης είναι να ακολουθεί μία διατροφή, με την οποία θα μπορεί να ελέγχει το σάκχαρο της αλλά

ταυτόχρονα θα λαμβάνει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται το έμβρυο για να αναπτυχθεί. η έγκυος μητέρα θα πρέπει να λαμβάνει τρία κυρίως γεύματα με 1-2 σνακ ενδιάμεσα. Με αυτό τον τρόπο θα μπορέσει να ελέγξει την ποσότητα την οποία λαμβάνει, να μειώσει το αίσθημα της πείνας αλλά και να αποφύγει την απότομη αύξηση της γλυκόζης στο αίμα. Ο πιο καλός σύμμαχος στην προσπάθεια αυτή είναι η λήψη ενός καλού και ισορροπημένου πρωινού. Ένα καλό πρωινό αποτελείται από γάλα με δημητριακά ολικής αλέσεως ή από ένα τοστ με ένα ποτήρι φυσικό χυμό ή ένα γιαούρτι με φρούτα. Τα φρούτα είναι πολύ καλά και υγιεινά για τον οργανισμό μας, γι αυτό πρέπει να λαμβάνει περίπου 3 φρούτα την ημέρα. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα είναι απαραίτητα για τη διατροφή της εγκύου καθώς περιέχουν ασβέστιο το οποίο είναι πολύ για τον οργανισμό της μητέρας αλλά και για την ανάπτυξη των οστών του εμβρύου. Οι πρωτεΐνες αποτελούν δομικά συστατικά του σώματος και γι αυτό δεν πρέπει να τις παραλείπουμε. Το κόκκινο κρέας, τα αυγά, τα όσπρια, τα πουλερικά και τα ψάρια αποτελούν κύρια πηγή των πρωτεϊνών. Ιδιαίτερα τα ψάρια περιέχουν ω-3 και ω-6 το οποίο βοηθάει στην ομαλή ανάπτυξη του εγκεφάλου του εμβρύου.

7.9. Χρήσιμες συμβουλές

1. Προτίμηση στα προϊόντα ολικής αλέσεως.
2. Κατανάλωση φρέσκων φρούτων και λαχανικών.
3. Να αποφεύγεται το λίπος και η μαργαρίνες και να προτιμάται το ελαιόλαδο.
4. Να αποφεύγεται η κατανάλωση του αλκοόλ.
5. Να μην γίνεται χρήση των υποκατάστατων της ζάχαρης.
6. Να αποφεύγονται τα έτοιμα γλυκά και οι χυμοί.
7. Επιλέγουμε το βράσιμο ως τρόπο μαγειρέματος και όχι το τηγάνισμα.
8. Προτίμηση σε γαλακτοκομικά προϊόντα χαμηλών λιπαρών.
9. Προτίμηση σε φρέσκα ψάρια.
10. Αποφυγή αλλαντικών και παστών.
11. Τέλος, η κατανάλωση νερού είναι υποχρεωτική διότι ο οργανισμός χρειάζεται ενυδάτωση και εκτός αυτού προλαμβάνει και κάποιες από τις λοιμώξεις (Δημοσθενόπουλος, 2014).

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΥΡΑΜΙΔΑ (www.e-diatrofi.org)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1. Βασικές αρχές για τις διαβητικές γυναίκες που επιθυμούν εγκυμοσύνη

Οι γυναίκες που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και επιθυμούν εγκυμοσύνη πρέπει να ενημερωθούν από το θεράποντα ιατρό τους για τις πιθανές επιπλοκές και κινδύνους που θα αντιμετωπίσουν αυτές και το παιδί τους, όπως και για τη σημασία της ρύθμισης του διαβήτη πριν από τη σύλληψη. Σε μία κύηση, όταν ο σακχαρώδης διαβήτης δεν είναι καλά ρυθμισμένος υπάρχει αυξημένη πιθανότητα για αυτόματη έκτρωση, συγγενών ανωμαλιών, απώλεια εμβρύου και μακροσωμία. Ενώ όταν ο σακχαρώδης διαβήτης βρίσκεται υπό στενή παρακολούθηση και είναι καλά ρυθμισμένος, οι πιθανότητες εμφάνισης των επιπλοκών μειώνονται σημαντικά, όσο περίπου και για τον γενικό πληθυσμό. Στις πρώτες κιόλας εβδομάδες μετά τη σύλληψη πρέπει να γίνεται η σωστή ρύθμιση των επιπέδων του σακχάρου γιατί αυτό το στάδιο είναι πολύ σημαντικό διότι είναι το στάδιο της οργανογένεσης του εμβρύου. Η παρακολούθηση της γυναίκας πρέπει να γίνεται από τους εξής ιατρούς: μαιευτήρα-γυναικολόγο, ενδοκρινολόγο και διαιτολόγο. Επίσης μέχρι την καλή ρύθμιση του διαβήτη γίνεται χρήση των μεθόδων αντισύλληψης, αποφεύγοντας όμως τα αντισυλληπτικά δίσκια διότι υπάρχει κίνδυνος θρομβωτικού αγγειακού επεισοδίου.

8.2. Το νεογνό της διαβητικής μητέρας

Ο σακχαρώδης διαβήτης κύησης είναι μία πάθηση που προκαλεί αύξηση της νοσηρότητας της μητέρας αλλά ταυτόχρονα επηρεάζει τη συχνότητα αποβολών του εμβρύου, τη νοσηρότητα του νεογέννητου και αυξάνει την περιγεννητική θνησιμότητα. Τα συχνότερα προβλήματα του παιδιού μιας διαβητικής μητέρας είναι οι διαταραχές της αύξησης που συνήθως εκδηλώνεται με μακροσωμία. Ακόμη η δυνατή η καθυστέρηση της ανάπτυξης, η υπογλυκαιμία, η υποασβεστιαμία και η πολυκυθαιμία. Η ανωριμότητα των πνευμόνων έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη ιδιοπαθούς συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας. Πιθανές είναι και οι συγγενείς ανωμαλίες που αφορούν σε διαταραχές πολλαπλών συστημάτων. Τα παιδιά των διαβητικών μητέρων παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο παχυσαρκίας και σακχαρώδη διαβήτη σε μεγαλύτερες ηλικίες. Ωστόσο, υπό έρευνα παραμένει η συσχέτιση του

διαβήτη της μητέρας, των διαταραχών της συμπεριφοράς και της διανοητικές εξέλιξης των παιδιών (Lissaeur, Clayden, 2011). Μερικά από τα προβλήματα που έχουν τα παιδιά των διαβητικών μητέρων είναι: 1) **βάρος μεγαλύτερο εκείνου που αναλογεί στην ηλικία κύησης**. Παρόλο που έχει γίνει σημαντική βελτίωση των συνθηκών θεραπευτικής αντιμετώπισης της διαβητικής μητέρας, η συχνότητα της μακροσωμίας παραμένει ουσιαστικώς αμετάβλητη. Παράγοντες κινδύνου για μακροσωμία εκτός από το διαβήτη: η παχυσαρκία, η υπερώριμη κύηση, οι πολλαπλές εγκυμοσύνες, προηγούμενη γέννηση παιδιού με μακροσωμία και τέλος η υπερβολική αύξηση του βάρους κατά την εγκυμοσύνη. Η κλινική τους εικόνα: τα παιδιά των μητέρων με σακχαρώδη διαβήτη είναι πληθωρικά με στρογγυλό πρόσωπο. Το υπερβολικό βάρος προέρχεται από το αυξημένο ποσό του λίπους του σώματος καθώς και την αύξηση των σπλάχνων, κυρίως της καρδιάς, του ήπατος και των επινεφριδίων. Αν και η σκελετική αύξηση εξαρτάται σε μικρότερο βαθμό από τη δράση της ινσουλίνης συνήθως παρατηρείται μετρίου βαθμού αύξηση του μήκους του νεογέννητου. 2)**παιδιά λιποβαρή για την ηλικία της κύησης**. Οι υπερτασικές και διαβητικές μητέρες με διαπιστωμένη αγγειοπάθεια κινδυνεύουν σε μεγαλύτερη συχνότητα να αποκτήσουν λιποβαρή παιδιά. ο περιορισμός της αιματικής ροής στα ομφάλια και στα μητρικά αγγεία προκαλεί ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου. 3)**υπογλυκαιμία**. Το παιδί της διαβητικής μητέρας έχει αυξημένο κίνδυνο προωρότητας, περιγεννητικής καταπόνησης και αυξημένων διαταραχών ανάπτυξης που προδιαθέτουν σε υπογλυκαιμία, εκτός από τα μεταβολικά και ενδοκρινολογικά δεδομένα που την ευνοούν. Η αναγνώριση των συμπτωμάτων της υπογλυκαιμίας είναι σημαντική γιατί τα υπογλυκαιμικά παιδιά που παρουσιάζουν κλινική συμπτωματολογία έχουν υψηλότερο κίνδυνο νοσηρότητας από το ΚΝΣ. Νεογνά με συμπτωματική υπογλυκαιμία παρουσιάζουν νευρολογικές διαταραχές σε ποσοστό πάνω από 30 %. Το υπογλυκαιμικό νεογνό είναι πιθανό να παρουσιάσει: άπνοιες, κυανώσεις, σπασμούς, εφίδρωση, άρνηση λήψης τροφής, υποτονία, υποθερμία, ευερεθιστικότητα και έντονη αντίδραση στο αντανακλαστικό του Moro. 4)**υποασβεστιαμία και υπομαγνησισαιμία**. Περίπου το 50% των παιδιών των διαβητικών μητέρων εμφανίζουν αμέσως μετά τη γέννηση τους. 5) **ιδιοπαθές σύνδρομο αναπνευστικής ανεπάρκειας του νεογνού**. τα παιδιά των διαβητικών μητέρων παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης του συνδρόμου αυτού ο οποίος σχετίζεται με το γλυκαιμικό έλεγχο της μητέρας. 6) **υπεργλυαιότητα**. Η υπεργλυαιότητα είναι πιθανόν να έχει σοβαρές επιπτώσεις σε διάφορα όργανα όπως να

προκαλέσει θρόμβωση της νεφρικής φλέβας. Ενοχοποιητικός παράγοντας είναι η αυξημένη αιμοποίηση κατά τη διάρκεια της εξωμήτριας ζωής. 7) **υπερχολερρυθριναιμία**. Εμφανίζεται συχνότερα στα παιδιά των διαβητικών μητέρων λόγω αυξημένου καταβολισμού της αιμοσφαιρίνης. 8) **μακροχρόνιες επιπλοκές**. Τα παιδιά των διαβητικών μητέρων παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας, νευροψυχιατρικών διαταραχών και σακχαρώδη διαβήτη σε μεταγενέστερα χρονικά στάδια της ζωής τους. 9) **αυτόματες αποβολές**. Ο κίνδυνος απώλειας του εμβρύου είναι μεγαλύτερος στην κύηση της μητέρας με σακχαρώδη διαβήτη κύησης. 10) **συγγενείς ανωμαλίες**. Οι συγγενείς ανωμαλίες προέρχονται από τα διάφορα συστήματα του οργανισμού. Από το ΚΝΣ, το καρδιαγγειακό, το γαστρεντερικό, το ουροποιητικό και το ερειστικό σύστημα. Οι αιτιολογικοί παράγοντες που έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την αυξημένη συχνότητα συγγενών ανωμαλιών είναι:

- η αγγειοπάθεια της μητέρας
- οι διαταραχές του μεταβολισμού της μητέρας και τερατογόνοι παράγοντες
- η υπεργλυκαιμία της μητέρας
- η υπερκετοναιμία της μητέρας
- η υπογλυκαιμία
- η γενετική προδιάθεση
- οι ανασταλτές της σωματομεδίνης
- και άλλοι μητρικοί παράγοντες (Τούντας, 2003).

8.3. Νοσηλευτική φροντίδα εγκύου

Η νοσηλευτική παρέμβαση του επαγγελματία της υγείας έχει ως σκοπό την σωστή ενημέρωση της εγκύου για το διαβήτη της κύησης και την διατήρηση του σακχάρου του αίματος στα φυσιολογικά επίπεδα. Η άμεση νοσηλευτική φροντίδα της εγκύου ξεκινάει από την εισαγωγή της στην κλινική και από την επιβεβαίωση του μαιευτήρα για έναρξη τοκετού. Ο νοσηλευτής πραγματοποιεί τις εξής ενέργειες:

- 1) αναζητεί τον ατομικό ιατρικό φάκελο της εγκύου για να αποκτήσει πλήρη εικόνα για την πορεία όλης της εγκυμοσύνης.

- 2) Πραγματοποιεί λήψη ιστορικού για τυχόν επιπλέον στοιχεία που δεν καταγράφονται στον φάκελο.
- 3) Γίνεται η λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων.
- 4) Παρακολουθήση του ισοζυγίου της εγκύου.
- 5) Γίνεται λήψη αίματος και ούρων και αποστέλλονται για καλλιέργεια. Επίσης γίνεται και ανίχνευση της ομάδας αίματός της.
- 6) Ζυγίζεται η έγκυος και γίνεται καταγραφή του βάρους της.
- 7) Πραγματοποιείται υποκλυσμός για την αποφυγή εξόδου κοπράνων κατά τη διάρκεια του τοκετού.
- 8) Γίνεται συνεχής ακρόαση των εμβρυικών παλμών καθώς καταγράφεται η συχνότητα και ένταση τους.
- 9) Τοποθετείται καθετήρας ούρων για τη συνεχή εκκένωση της ουροδόχου κύστεως.
- 10) Πραγματοποιείται καθαρισμός και ξύρισμα της ηβικής περιοχής.
- 11) Αφαιρούνται οποιαδήποτε κοσμήματα και γυαλιά οράσεως.

Μετά την ομαλή διεξαγωγή του τοκετού ο νοσηλευτής φροντίζει για την ασφάλεια και την προστασία της λεχωίδας κατά τη διάρκεια της ανάνηψης, πραγματοποιεί ξανά λήψη ζωτικών σημείων και καταγράφει στο νοσηλευτικό διάγραμμα. Επίσης παρακολουθεί συνεχώς το σάκχαρο του αίματος και κάνει χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής με βάση τις ιατρικές οδηγίες.

8.4. Νοσηλευτική διαχείριση της επιτόκου.

Ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς υπάρχουν κάποιες διαφοροποιήσεις που είναι αποδεκτές και απαραίτητες. Οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι γνώστες των γενικών κατευθυντήριων οδηγιών της σύγχρονης νοσηλευτικής τέχνης και συγχρόνως θα πρέπει να γνωρίζουν και να εκφράζουν τις δεξιότητες της τεκμηριωμένης μαιευτικής τέχνης, με γνώμονα το μαιευτικό μοντέλο περίθαλψης. Το μαιευτικό μοντέλο περίθαλψης, βασίζεται στο ότι η εγκυμοσύνη και η γέννηση είναι φυσιολογικά γεγονότα της ζωής, επικεντρώνεται στη γυναίκα και την παρέχει τεκμηριωμένη μαιευτική φροντίδα, πληροφόρηση, στήριξη και ενδυνάμωση, ώστε να είναι ικανή να επιλέξει, να αποφασίσει και να αναλάβει την ευθύνη των επιλογών και

των αποφάσεων της στη διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής της. Η τεκμηριωμένη μαιευτική φροντίδα επικεντρώνεται στην:

- Εξατομικευμένη εκπαίδευση, παροχή συμβουλών και προγεννητική φροντίδα,
- Συνεχή παρακολούθηση κατά τη διάρκεια του τοκετού, με ελαχιστοποίηση των παρεμβάσεων,
- Γέννηση και τοκετό,
- Φροντίδα και υποστήριξη κατά τη διάρκεια της λοχείας,
- Εντόπιση παθολογικών σημείων, με άμεση παραπομπή των γυναικών σε εξειδικευμένα κέντρα στη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, του τοκετού και της περιόδου της λοχείας (www.4ypc.gr)

8.5. Η προετοιμασία της επιτόκου

Η προετοιμασία κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο προϋποθέτει τη φυσική και συναισθηματική κατάσταση.

- Συνίσταται διάθεση για απαντήσεις σε όλες τις απορίες,
- Συνιστάται η λήψη μαιευτικού/ γυναικολογικού και ιατρικού ιστορικού της,
- Κλινική εξέταση που περιλαμβάνει μέτρηση βάρους, αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία, σφύξεις, καρδιακός ρυθμός, ψηλάφηση της κοιλιάς και ύψος της μήτρας,
- Συνιστάται η αξιολόγηση της κατάστασης του εμβρύου με ακρόαση του καρδιακού ρυθμού με καρδιοτοκογράφημα,
- Παρακολούθηση των προσλαμβανομένων υγρών και της διούρησης της,
- Χορήγηση ενέματος,
- Ευπρεπισμός (ξύρισμα) του εφηβαίου,
- Συναισθηματική υποστήριξη,
- Διαφύλαξη της ιδιωτικότητας της γυναίκας,
- Σεβασμός της επιθυμίας της για παρουσία συγκεκριμένων ατόμων, και
- απομάκρυνση άλλων που δεν είναι απαραίτητοι στο χώρο.
- Ενθαρρύνεται η έγκυος να κινείται και να λαμβάνει τη θέση που επιθυμεί.
- Συνίσταται στους επαγγελματίες υγείας να διαχειρίζονται τον πόνο.
- Σε περίπτωση φαρμακολογικής αγωγής πρέπει να γίνεται ενημέρωση για παρενέργειες

- Ενθάρρυνση των γυναικών να ουρούν.
- Να επιτρέπεται να πίνει υγρά και να καταναλώνει μικρά γεύματα για όσο διάστημα δεν υπάρχει αντένδειξη(www.4ype.gr)

Ο τοκετός απαιτεί από τον οργανισμό πολλή ενέργεια. Επειδή η διάρκεια του δεν μπορεί να καθοριστεί, οι ανάγκες της μητέρας πρέπει να καλύπτονται ώστε να μην διαταραχθεί η υγεία της γυναίκας και του εμβρύου. Η απαγόρευση κάθε πρόσληψης από το στόμα μπορεί να οδηγήσει σε αφυδάτωση και κετονουρία. Για να αποφευχθεί αυτό δίνεται διάλυμα γλυκόζης ενδοφλέβια. Από αυτή τη τακτική έχει παρατηρηθεί: στη μητέρα άνοδος στον ορό των επιπέδων της μέσης τιμής γλυκόζης, που συνοδεύεται από άνοδο των επιπέδων ινσουλίνης, και στο έμβρυο άνοδος του επιπέδου της γλυκόζης που μπορεί να επιφέρει πτώση του pH στο αρτηριακό αίμα του ομφάλιου λώρου και υπερινσουλιναιμία που εμφανίζεται όταν οι προσλαμβανόμενες ποσότητες γλυκόζης είναι μεγάλες, με αποτέλεσμα τη νεογνική υπογλυκαιμία και τα υψηλά επίπεδα γαλακτικού οξέως στο αίμα του νεογνού. (www.4ype.gr).

8.6. Νοσηλευτική διαχείριση στη περίοδο της λοχείας

Λοχεία είναι η περίοδος 6 εβδομάδων που ακολουθεί τον τοκετό. Η λεχωίδα πρέπει να έχει στενή επιτήρηση και παρακολούθηση στη διάρκεια των πρώτων ωρών μετά τον τοκετό σε περιβάλλον φιλικό και θερμοκρασία πάνω από 25 ο C. Η παρακολούθηση περιλαμβάνει:

- Την κοιλική αιμόρροια και της συσπάσεις της μήτρας.
- Τη κένωση της ουροδόχου κύστης.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων (αρτηριακή πίεση, σφύξεις, θερμοκρασία).
- Το ύψος και η υφή της μήτρας.
- Τα λόγια (ποσότητα, σύσταση, οσμή).
- Οι μαστοί και οι γαστροκνημίες.
- Θα πρέπει να ενημερώνονται για τις φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στον οργανισμό.
- Για συμπτώματα που θα ανησυχούν, όπως μεγάλη κοιλική αιμορραγία, έντονη ταχυκαρδία, πόνος στη γαστροκνημία, πόνος στο θώρακα ή δύσπνοια και αύξηση της θερμοκρασίας πάνω από 38 ο C σε δύο μετρήσεις τις πρώτες 14 ημέρες.
- Για την προσωπική της υγιεινή, με έμφαση στο τραύμα της περινεοτομής.
- Για τους τρόπους ανακούφισης από το αίσθημα του πόνου.

- Για το θηλασμό.
- Για την ανάγκη κινητοποίησης, διότι παρέχει ευεξία, μειώνει τις επιπλοκές του εντέρου και της ουροδόχου κύστης, την πιθανότητα εμφάνισης θρομβοεμβολικών επεισοδίων και διευκολύνει την έξοδο των λοχίων.
- Για την αντισύλληψη και την επανεκκίνηση των σεξουαλικών σχέσεων. (www.4γpe.gr).

ΜΕΡΟΣ 2ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο

9.1. Περιγραφή της νοσηλευτικής διεργασίας

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μία συστηματική μέθοδος που κατευθύνει το νοσηλευτή και τον ασθενή στον αμοιβαίο προσδιορισμό των αναγκών για νοσηλευτική φροντίδα, για σχεδιασμό και εφαρμογή της φροντίδας και τέλος την εκτίμηση των αποτελεσμάτων. Η διεργασία δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή και τον ασθενή να πραγματοποιήσουν:

- Συστηματική συλλογή δεδομένων του ασθενούς.
- Σαφή προσδιορισμό των δυνατοτήτων και των προβλημάτων του ασθενούς
- Δημιουργία ενός σχεδίου φροντίδας το οποίο θα καθορίζει τους σκοπούς του ασθενούς και τα αναμενόμενα αποτελέσματα καθώς και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή περισσότερο.
- Εκτέλεση του σχεδίου φροντίδας
- Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του σχεδίου φροντίδας όσον αφορά στην επίτευξη των σκοπών του ασθενούς.

Σε κάθε στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας ο νοσηλευτής και ο ασθενής θα πρέπει να συνεργάζονται εκτός και αν η κατάσταση της υγείας του ασθενούς δεν το επιτρέπει. Η νοσηλευτική διεργασία έχει ως σκοπό να βοηθήσει το νοσηλευτή να διαχειρίζεται την φροντίδα του ασθενούς. Για να πετύχει το σκοπό αυτό πρέπει να χρησιμοποιεί δημιουργικά όλες τις ικανότητες του και να έχει ως αποτέλεσμα την προαγωγή της ευεξίας, την πρόληψη της ασθένειας και την αποκατάσταση της υγείας.

9.2. Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας

- 1) Η αξιολόγηση, το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας, είναι η συστηματική και συνεχής συλλογή των δεδομένων και στοιχείων του ασθενούς και η επιβεβαίωση της εγκυρότητας τους. Κατά τη διάρκεια της

αξιολόγησης ο νοσηλευτής δημιουργεί μία βάση δεδομένων στην οποία περιλαμβάνεται το νοσηλευτικό ιστορικό, η φυσική εξέταση, η ανασκόπηση του φακέλου του ασθενούς και οι πληροφορίες από τα άτομα της οικογένειας ή από τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας του ασθενούς. Ενημερώνει συνεχώς αυτή τη βάση, επιβεβαιώνει την εγκυρότητα των δεδομένων και μεταδίδει τα δεδομένα.

- 2) Η διάγνωση, το δεύτερο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας, είναι η ανάλυση των δεδομένων του ασθενούς για την αναγνώριση των πραγματικών προβλημάτων υγείας, των παραγόντων που προκαλούν τη δημιουργία αυτών των προβλημάτων και των τρόπων αντιμετώπισης. Κατά τη διάρκεια της διάγνωσης ο νοσηλευτής ερμηνεύει και αναλύει τα δεδομένα, προσδιορίζει τις δυνατότητες και τα προβλήματα του ασθενούς, διατυπώνει και επιβεβαιώνει την εγκυρότητα των νοσηλευτικών διαγνώσεων. Τέλος, αναπτύσσει έναν ιεραρχικό κατάλογο των νοσηλευτικών διαγνώσεων.
- 3) Ο σχεδιασμός το τρίτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας, ο καθορισμός των ενεργειών από το νοσηλευτή σε συνεργασία με τον ασθενή για τη πρόληψη και την επίλυση των προβλημάτων που αναγνωρίστηκαν στη νοσηλευτική διάγνωση. Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει και το προσδιορισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που θα βοηθήσουν τον ασθενή στην επίτευξη των σκοπών. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου ο νοσηλευτής θέτει τις προτεραιότητες, καταγράφει τους σκοπούς και τα αναμενόμενα αποτελέσματα, επιλέγει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και κοινοποιεί το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας.
- 4) Το τέταρτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η εφαρμογή η οποία αποτελεί την εκτέλεση του σχεδίου της φροντίδας. Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει όλες τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται από τους νοσηλευτές για την πρόληψη των ασθενειών, την αποκατάσταση της υγείας και την αντιμετώπιση των πιθανών προβλημάτων. Κατά τη διάρκεια του σταδίου αυτού ο νοσηλευτής εκτελεί το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας και τεκμηριώνει τη φροντίδα.
- 5) Τέλος, η εκτίμηση των αποτελεσμάτων είναι το τελευταίο στάδιο της διεργασίας. Ο νοσηλευτής και ο ασθενής εκτιμούν το επίπεδο επίτευξης των στόχων που καθορίστηκαν στο σχέδιο φροντίδας προηγουμένως. Η συμμετοχή του ασθενούς στο σχέδιο καθορίζει εάν η νοσηλευτική φροντίδα

πρέπει να συνεχιστεί ή να διακοπεί. Κατά τη διάρκεια του σταδίου αυτού ο νοσηλευτής εκτιμά την επιτυχή έκβαση των ενεργειών του, προσδιορίζει τους παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία ή στην αποτυχία του σχεδίου φροντίδας και τροποποιεί το σχέδιο φροντίδας όταν και αν χρειάζεται (Taylor, Lillis, Lemone, 2002).

9.3. Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με διαγνωσμένο διαβήτη κύησης, εφαρμόζοντας τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας

Τα περιστατικά που θα αναφερθούν αναφέρονται σε εγκύους με διαγνωσμένο σακχαρώδη διαβήτη κύησης οι οποίες νοσηλεύτηκαν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο του Ρίου, στο τμήμα Μαιευτικής-Γυναικολογικής κλινικής.

9.3.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ I

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:Χ

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:Χ

ΦΥΛΟ: Θήλυ

ΗΛΙΚΙΑ:26 ετών

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: 15/6/2016

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ: ΟΓΑ

Η έγκυος γυναίκα ήταν πρωτότοκος σε ηλικία κύησης 37 εβδομάδων και η αιτία που εισήχθηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο του Ρίου και συγκεκριμένα στη μαιευτική κλινική στις 15/06/2026 ήταν για ασφαλέστερη και καλύτερη παρακολούθηση της διαβητικής εγκύου. Η έγκυος παρουσιάζει οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη και βρίσκεται υπό αγωγή ινσουλίνης. Αρχικά η έγκυος παρουσίασε κλινικό διαβήτη, όπου έγιναν προσπάθειες αντιμετώπισης με ειδική θερμιδική διαίτα χωρίς όμως να επέλθει κάποιο αποτέλεσμα. Έτσι στη συνέχεια της χορηγήθηκε ινσουλίνη. Ο έλεγχος των επιπέδων του σακχάρου γινόταν ανά 15 ημέρες και οι ενέσεις ινσουλίνης πραγματοποιούνταν από την ίδια. Κατά τη διάρκεια λήψης του ιστορικού της καταγράφηκε αντιυπερτασική θεραπεία και παχυσαρκία. Η έγκυος γυναίκα κατανάλωνε καθημερινά με βάση τις οδηγίες του ιατρού της 1900 kcal. Την ημέρα που εισήχθη στο νοσοκομείο πραγματοποιήθηκαν οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις των οποίων τα αποτελέσματα είναι τα εξής:

Αιμοσφαιρίνη (HGB): 12.1 gr/dl
Αιματοκρίτης (HCT):36.1%
Αιμοπετάλια(PLT): 250 K/μl
Λευκά αιμοσφαίρια(WBC):8.7 K/μl
Σάκχαρο:95 mg/dl
TSH: 1.68 μIU/ml
Ελεύθερη T3 (FT3):3.76 pg/ml
Ελεύθερη T4(FT4):1.01 ng/ml
Ομάδα αίματος: A Rhesus: +

Τα ζωτικά σημεία της εγκύου έδειξαν:

Θερμοκρασία: 36.9° C
Αναπνοές:26αναπνοές/min
Σφίξεις: 85 σφίξεις/min
Αρτηριακή πίεση: 120/65 mm/Hg

Η διαβητική έγκυος στις 20/06/2016 και ώρα 11:09 γέννησε με καισαρική τομή ένα υγιέστατο αγοράκι βάρους 3180kg και ύψους 52cm. Η λεχνοίδα κατά τη διάρκεια της 2^{ης} μετεγχειρητικής ημέρας παρουσίασε πυρετό 39,5° C με ρίγος, αναπνευστική δυσχέρεια καθώς και έντονο φόβο και ανησυχία. Την 4^η μετεγχειρητική ημέρα έκανε εμφάνισε διαρροϊκές κενώσεις τις πρώτες πρωινές ώρες και παραπονέθηκε για έντονο κοιλιακό άλγος. Μετά την αντιμετώπιση των προβλημάτων της δόθηκε εξιτήριο και οι απαραίτητες οδηγίες τόσο για την ίδια όσο και για το έμβρυο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	
Η ασθενής παρουσίασε πυρετό 39,5°C με ρίγος	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πυρετό	Λήψη αίματος για καλλιέργεια επί υψηλού πυρετού.	Πραγματοποιήθηκε η λήψη αίματος για καλλιέργεια	Μετά την χορήγηση των αντιπυρετικών και την τοποθέτηση των επιθεμάτων, ο πυρετός άρχισε να υποχωρεί σταδιακά και η ασθενής να ανακουφίζεται	
	Ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος στα φυσιολογικά επίπεδα το συντομότερο δυνατό	Χρήση ψυχρών επιθεμάτων	Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα στο μέτωπο για να ανακουφιστεί η ασθενής από τον πυρετό και για να μειωθεί ο πυρετός		
		Συχνή θερμομέτρηση και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα	Η θερμοκρασία καταγράφεται στο νοσηλευτικό διάγραμμα		
	Πρόληψη των πιθανών επιπλοκών	Λήψη των ζωτικών σημείων ανά 3 περίπου ώρες και καταγραφή	Ελήφθησαν όλα τα ζωτικά σημεία (αναπνοές, Α.Π., θερμοκρασία, σφίξεις.)		
		Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Χορηγήθηκε παρακεταμόλη per os σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες		
		Χορήγηση κατάλληλης διατροφής	Χορήγηση ελαφριών γευμάτων		
		Καθημερινή λήψη αίματος για γενική αίματος, βιοχημικό και εργαστηριακό έλεγχο			
		Χορήγηση ενδοφλεβίως υγρών και ηλεκτρολυτών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες για την πρόληψη πιθανής αφυδάτωσης	Μέτρηση	Επαρκής πρόσληψη υγρών και ηλεκτρολυτών με βάση τις ιατρικές οδηγίες	Η ισορροπία του θρεπτικού ισοζυγίου διατηρήθηκε σταθερή με αποτέλεσμα να μην υπάρχει κίνδυνος

		αποβαλλόμενων και προσλαμβανόμενων υγρών για διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών	των προσλαμβανόμενων και των αποβαλλόμενων υγρών με καταγραφή 2400cc και 2200cc αντίστοιχα	αφυδάτωσης της ασθενούς
		Εκτίμηση και επανεκτίμηση της θερμοκρασίας της ασθενούς		Δεν παρουσιάστηκε κάποια επιπλοκή

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
Η ασθενής παρουσίασε αναπνευστική δυσχέρεια	Διευκόλυνση της αναπνοής της ασθενούς με αλλαγή της θέσεως της	Τοποθέτηση της ασθενούς σε καταλληλότερη ανατομική θέση για την εξασφάλιση της καλύτερης λειτουργίας και βατότητας του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος	Η ασθενής τοποθετείται σε ημικαθιστή θέση των 30° και η ασθενής ανακουφίστηκε από τη δύσπνοια	Μειώθηκε η αναπνευστική δυσλειτουργία της ασθενούς
	Βελτίωση του αερισμού του χώρου	Καλός και επαρκής αερισμός του θαλάμου	Βελτιώθηκε ο αερισμός του θαλάμου	
	Επαναφορά της αναπνοής στα φυσιολογικά επίπεδα	Χορήγηση οξυγόνου σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Χορηγήθηκε οξυγόνο με απλή μάσκα χορήγησης οξυγόνου	Δεν παρουσιάστηκε κάποια επιπλοκή
	Πρόληψη πιθανών επιπλοκών	Έλεγχος των αναπνευστικών συσκευών χορήγησης οξυγόνου για την σωστή λειτουργία τους	Πραγματοποιήθηκε έλεγχος της λειτουργικότητας των συσκευών χορήγησης οξυγόνου	
Παρακολούθηση του κορεσμού του αίματος		Λήψη των ζωτικών σημείων ανά 3 ώρες		

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
Φόβος και ανησυχία	Καθησυχασμός της ασθενούς	Επικοινωνία με την ασθενή και συζήτηση για τα προβλήματα που την απασχολούν	Πραγματοποιήθηκε διάλογος με την ασθενή και επιλύθηκαν όλα τα προβλήματα	Η ασθενής καθησυχάστηκε και ηρέμησε
	Διδασκαλία της επιτόκου για την διαχείριση των συναισθημάτων της καθώς και του άγχους της	Υποστήριξη ψυχολογική της επιτόκου και συζήτηση με τα μέλη της οικογένειας		

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
Εμφάνιση διαρροϊκών κενώσεων	Ανακούφιση της ασθενούς από τις διαρροϊκές κενώσεις	Εκτίμηση των εντερικών ήχων ανά τακτά χρονικά διαστήματα	Η ασθενής κατά την ακρόαση παρουσιάζει εντερικούς ήχους. Η ασθενής παρουσίασε 5 διαρροϊκές κενώσεις στο χρονικό διάστημα τις 1 ώρας χωρίς την παρουσία αίματος	Οι κενώσεις μειώθηκαν στη μία την ημέρα Η συχνότητα των διαρροϊκών κενώσεων ελαττώθηκε Η ειδική διατροφή βοήθησε στη μείωση των κενώσεων και στη πρόληψη της αφυδάτωσης
		Αξιολόγηση των διαφόρων σημείων των διαρροϊκών κενώσεων		
		Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με βάση τις ιατρικές οδηγίες		
		Χορήγηση κατάλληλης διατροφής		
Μείωση του αριθμού των διαρροϊκών κενώσεων	Αξιολόγηση των κενώσεων της ασθενούς	Η ασθενής συνήθως είχε μία με δύο σχηματοποιημένες κενώσεις την ημέρα		
Τερματισμός των διαρροϊκών κενώσεων	Εκτίμηση του χρώματος, της ποσότητας και της περιεκτικότητας των διαρροϊκών κενώσεων	Παρατηρήθηκε η κένωση της ασθενούς Χορηγήθηκε 1000cc Ringer Lactate και 500	Έγινε παρακολούθηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών για ένα 24ωρο	Το ισοζύγιο των υγρών και των ηλεκτρολυτών αποκαταστάθηκε
Πρόληψη των ηλεκτρολυτικών διαταραχών	Χορήγηση υγρών για την πρόληψη της αφυδάτωσης			
		Συνεχής έλεγχος του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών		

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	
Έντονο μετεγχειρητικό κοιλιακό άλγος	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο	Τοποθέτηση της ασθενούς σε κατάλληλη λειτουργική και ανατομική θέση για την ανακούφιση της από τον πόνο	Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ύπτια θέση	Μετά την χορήγηση των αναλγητικών ο πόνος άρχισε να υποχωρεί σταδιακά	
	Άρση του αιτίου που προκάλεσε τον πόνο	Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Της χορηγήθηκε apotel 1*2 per os	Τα αποτελέσματα της καλλιέργειας του αίματος έδειξαν ότι το σημείο της καισαρικής τομής είχε επιμολυνθεί και ο ιατρός της σύστησε την έναρξη αντιβιοτικής θεραπείας flagyl 1*2 για 5 ημέρες	
	Πρόληψη πιθανών επιπλοκών	Λήψη αίματος και ούρων	Έγινε λήψη αίματος και ούρων και στάλθηκαν για καλλιέργεια		Τα αποτελέσματα της καλλιέργειας του αίματος έδειξαν ότι το σημείο της καισαρικής τομής είχε επιμολυνθεί και ο ιατρός της σύστησε την έναρξη αντιβιοτικής θεραπείας flagyl 1*2 για 5 ημέρες
		Λήψη ζωτικών σημείων ανά 3 ώρες	Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, αναπνοές, αρτηριακή πίεση, σφίξεις)		
	Πραγματοποίηση υπερηχογραφήματος της κάτω κοιλίας	Πραγματοποιήθηκε το υπερηχογράφημα της κάτω κοιλίας	Πραγματοποιήθηκε το υπερηχογράφημα της κάτω κοιλίας		Τα αποτελέσματα της καλλιέργειας του αίματος έδειξαν ότι το σημείο της καισαρικής τομής είχε επιμολυνθεί και ο ιατρός της σύστησε την έναρξη αντιβιοτικής θεραπείας flagyl 1*2 για 5 ημέρες
	Παρακολούθηση και καταγραφή της έντασης του πόνου	Έγινε καταγραφή της έντασης του πόνου σύμφωνα με την ασθενή	Έγινε καταγραφή της έντασης του πόνου σύμφωνα με την ασθενή		
	Τοποθέτηση φλεβικής γραμμής	Τοποθετήθηκε φλεβική γραμμή και της χορηγήθηκε N/S 0.9%	Τοποθετήθηκε φλεβική γραμμή και της χορηγήθηκε N/S 0.9%		Τα αποτελέσματα της καλλιέργειας του αίματος έδειξαν ότι το σημείο της καισαρικής τομής είχε επιμολυνθεί και ο ιατρός της σύστησε την έναρξη αντιβιοτικής θεραπείας flagyl 1*2 για 5 ημέρες

9.3.2 ΚΛΙΚΙΝΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ II

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:Χ

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:Χ

ΦΥΛΟ: Θήλυ

ΗΛΙΚΙΑ:29 ετών

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:24/07/2016

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ: ιδιωτική ασφάλιση

Η έγκυος γυναίκα εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο του Ρίου εκτάκτως στις 24/07/2016 παρόλο που είχε προγραμματιστεί καισαρική τομή στις 3/08/2026. Η έγκυος ήταν δευτερότοκος και σε ηλικία κύησης 36 εβδομάδων. η έγκυος παρουσίασε δυσκοιλιότητα, διαταραχή του ισοζυγίου και κράμπες και οίδημα στα κάτω άκρα με αποτέλεσμα την ακινησία με αποτέλεσμα να προσέλθει στη μαιευτική- γυναικολογική κλινική. Κατά την εισαγωγή της πραγματοποιήθηκαν οι εξής εξετάσεις: γενική αίματος, γενική ούρων και υπέρηχο άνω και κάτω κοιλίας. Οι εξετάσεις έδειξαν τα εξής αποτελέσματα:

Αιμοσφαιρίνη (HGB): 11.9 gr/dl

Αιματοκρίτης (HCT):36.7%

Αιμοπετάλια(PLT): 230 K/μl

Λευκά αιμοσφαίρια(WBC):7.6 K/μl

Σάκχαρο:98 mg/dl

TSH: 1.73 μIU/ml

Ελεύθερη T3 (FT3):3.74 pg/ml

Ελεύθερη T4(FT4):1.04 ng/ml

Ομάδα αίματος: 0 Rhesus: +

Τα ζωτικά σημεία της εγκύου έδειξαν:

Θερμοκρασία: 36.7° C

Αναπνοές: 29 αναπνοές/min

Σφίξεις: 87 σφίξεις/min

Αρτηριακή πίεση: 110/70mm/Hg

Στον υπέρηχο της κοιλίας δεν βρέθηκαν ανησυχητικά ευρήματα και η κύηση του εμβρύου είναι ομαλή και κατά φύση. Η έγκυος μητέρα γέννησε στις 5/08/2016 με καισαρική τομή ένα υγιέστατο κοριτσάκι βάρους 2890 κιλά και ύψους 50cm. Την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα παρουσίασε διαταραχή της περιφερικής αιμάτωσης των κάτω άκρων. Μετά την αντιμετώπιση του προβλήματος δόθηκε εξιτήριο στη μητέρα και στο νεογνό της.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
Θετικό θρεπτικό ανισοζύγιο υγρών(πυρετική κίνηση)	Αποκατάσταση θρεπτικού ισοζυγίου υγρών Πρόληψη πιθανών επιπλοκών	Χορήγηση διουρητικών φαρμάκων για την επαναφορά της κυκλοφορικής ισορροπίας των υγρών	Χορηγήθηκαν διουρητικά ενδοφλεβίως σύμφωνα με την ιατρική οδηγία	Η ασθενής διούρησε τις επόμενες δύο ώρες
		Παρακολούθηση ωριαίας διούρησης		
		Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων	Πραγματοποιήθηκε η λήψη των ζωτικών σημείων και η καταγραφή τους στο νοσηλευτικό διάγραμμα	η ασθενής παρουσίασε σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων τα οποία επανήλθαν στις φυσιολογικές τιμές
		Χορήγηση αναλγητικών και αντιπυρετικών σε θερμοκρασία >38° C σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Δεν χορηγήθηκαν αντιπυρετικά λόγω σταθερής θερμοκρασίας	
		Μέτρηση των προσλαμβανόμενων και των αποβαλλόμενων υγρών για συνεχή έλεγχο και διατήρηση του	Έγινε η μέτρηση και των προσλαμβανόμενων και των αποβαλλόμενων	Αποκαταστάθηκε το ισοζύγιο της ασθενούς

		ισοζυγίου των υγρών και των ηλεκτρολυτών	υγρών	
		Έλεγχος γαστρικού υπολείμματος και χορήγησης ειδικής διατροφής	Έγινε ο έλεγχος του γαστρικού και της χορηγήθηκε συγκεκριμένη διατροφή	Δεν υπήρξε καμία επιπλοκή

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
Ακίνησία	Άμεση αποκατάσταση του βαδίσματος	Συχνή αλλαγή της θέσεως της ασθενούς	Πραγματοποιήθηκαν συχνές αλλαγές της θέσεως ανά 1 περίπου ώρα	Με την τοποθέτηση του αεροστρώματος δημιουργούνται εναλλασσόμενες πιέσεις με αποτέλεσμα να μην ασκείται πίεση στο ίδιο σημείο και να μην δημιουργείται κατάκλιση
	Πρόληψη πιθανών επιπλοκών(κατάκλιση, δυσλειτουργία μικροκυκλοφορίας)	Τοποθέτηση ειδικού στρώματος	Έγινε τοποθέτηση αεροστρώματος	Δεν υπήρξε καμία δερματοπάθεια με την φροντίδα του δέρματος αλλά και με την αλλαγή της θέσεως
	Να απομακρυνθεί το οίδημα	Διατήρηση της σωστής υγιεινής της ασθενούς	Έγινε περιποίηση του δέρματος της ασθενούς με τοπικό καθαρισμό	Το οίδημα υποχώρησε σταδιακά
		Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία	Έγιναν μαλάξεις με την αντιβιοτική αλοιφή fusicort και της χορηγήθηκε augmenting 2x500mg per os	Δεν υπήρξε καμία επιπλοκή από την αντιβιοτική θεραπεία
		Χορήγηση ειδικής διατροφής	Της χορηγήθηκαν προβιοτικά για την πρόληψη των επιπλοκών από τη χρήση της αντιβίωσης	

		Σύσταση για την έναρξη φυσιοθεραπείας	Έγινε αποκατάσταση της κυκλοφορίας του αίματος με τη βοήθεια του φυσιοθεραπευτή με αποτέλεσμα την καλή αιμάτωση των ιστών και συνεπώς την έναρξη των βημάτων	Η ασθενής παρουσίασε μία σταδιακή κινητικότητα
--	--	---------------------------------------	--	--

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
Δυσκοιλιότητα	Εκκένωση του εντέρου	Κινητοποίηση της εγκύου και προτροπή για περπάτημα	Η έγκυος περπατούσε ανά 10λεπτά	Με την βοήθεια του υποκλυσμού και της διατροφής το έντερο της εγκύου επανήλθε σε φυσιολογική κατάσταση
	Ανακούφιση της εγκύου από το φούσκωμα	Πραγματοποίηση υποκλυσμού	Πραγματοποιήθηκε υποκλυσμός	
		Χορήγηση ειδικού διαιτολογίου	Της χορηγήθηκε διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες όπως φρούτα και λαχανικά	
		Παρακολούθηση των αποβαλλόμενων και καταγραφή	Έγινε παρακολούθηση της ποσότητας των αποβαλλόμενων και η καταγραφή τους στη νοσηλευτική καρτέλα της εγκύου	
	Λήψη δείγματος των κοπράνων και αποστολή αυτών για καλλιέργεια		Έγινε η λήψη δείγμα από τα κόπρανα και στάλθηκαν για καλλιέργεια	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
Η ασθενής παρουσίασε διαταραχή της περιφερικής ιστικής αιμάτωσης στα κάτω άκρα	Ανακούφιση της επιτόπου από την δυσχέρεια που αισθάνεται	Εύρεση των σημείων και των συμπτωμάτων της διαταραχής της ροής του φλεβικού αίματος	Η ασθενής παρουσίασε αύξηση της περιμέτρου στα κάτω άκρα	Με την ανύψωση των άκρων και την έναρξη της αντιπηκτικής αγωγής η ασθενής ανακουφίστηκε και το οίδημα άρχισε να υποχωρεί σταδιακά
	Βελτίωση της ροής του φλεβικού αίματος	Λήψη των κατάλληλων μέτρων σχετικά με την ιστική αιμάτωση	Έγινε ανύψωση των άκρων	
	Μείωση του οιδήματος και του αισθήματος του βάρους	Σωστή φροντίδα και ενυδάτωση του δέρματος στην περιοχή των άκρων	Έγινε μερική αύξηση των προσλαμβανόμενων υγρών iv και χρήση bepanthol	Η θερμοκρασία του δέρματος επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα
			Χορήγηση L/R 1000 ml επί 24ωρου	
	Επαναφορά της θερμοκρασίας των άκρων στα φυσιολογικά επίπεδα	Χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Χορηγήθηκε υποδορίως clexane σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Η ενοξαπαρίνη, η δραστική ουσία του clexane βοήθησε στη πρόληψη των φλεβικών θρομβώσεων
Χορήγηση ειδικού διαιτολογίου			Έγινε χορήγηση άναλου διαίτας	

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ο αδιαφιλονίκητος μεταβολικός πρωταγωνιστής των τελευταίων χρόνων αλλά και η μεγάλη επιδημική απειλή και των επόμενων χρόνων. Η πρόληψη και η ορθή αντιμετώπιση του διαβήτη και των επιπλοκών του καθίστανται προτεραιότητες και σημαντικά ζητούμενα. Παρά τις ραγδαίες εξελίξεις οι ασθενείς παραμένουν εκτεθειμένοι και αντιμετώπιμοι με το σακχαρώδη διαβήτη. Έτσι πρέπει να δοθεί έμφαση στην πρόληψη και στην ενημέρωση των ανθρώπων για ότι αφορά τον διαβήτη. Η βοήθεια των νοσηλευτών θα είναι πολύτιμη όταν θα αξιοποιηθούν σωστά οι πόροι που παρέχονται από το κράτος και όταν το θέμα του διαβήτη διευρυνθεί. Εδώ αρχίζει και ο ρόλος του νοσηλευτή που έχει πρωταρχική ευθύνη την ενημέρωση των ασθενών αλλά και της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Η νοσηλευτική είναι μια ξεχωριστή επιστήμη που ο κόσμος της υγείας την χρειάζεται.

Η πρόληψη του διαβήτη κήσεως αποτελεί στόχο προτεραιότητας για το μέλλον. Η σωστή αντιμετώπιση ενός περιστατικού διαβήτη κήσεως προϋποθέτει τη λεπτομερή μελέτη όλων των παραμέτρων που το συνιστούν. Θέτονται λοιπόν στόχοι που μέσα από αυτούς αναδεικνύεται η σπουδαιότητα και η χρησιμότητα της νοσηλευτικής διεργασίας. Μέσα από αυτή παρέχεται εξατομικευμένη φροντίδα στον κάθε ασθενή με σκοπό την προαγωγή της υγείας και της ευεξίας, την πρόληψη των συμπτωμάτων, την αντιμετώπιση των συνεπειών και τέλος την αποκατάσταση της υγείας.

Επιπροσθέτως, θα πρέπει να ξεκινήσουν εκπαιδευτικά προγράμματα και συνεχής εκπαίδευση στο νοσηλευτικό προσωπικό τόσο σε πρακτικό όσο και σε θεωρητικό επίπεδο. Εκπαιδευτικά προγράμματα, σεμινάρια, ημερίδες και μεταπτυχιακές σπουδές θα αποτελούσαν ένα ακόμη λιθαράκι στην ανάπτυξη και στη βελτίωση της νοσηλευτικής επιστήμης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα του μεταβολισμού τόσο στον ελληνικό πληθυσμό όσο και στις υπόλοιπες χώρες. Υπάρχουν αρκετοί τύποι του διαβήτη που συναντώνται στον ανθρώπινο οργανισμό, ωστόσο ο διαβήτης της κύησης αναφέρεται στο συγκεκριμένο των εγκύων γυναικών ο οποίος αναπτύσσεται στις έγκυες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους.

Ο διαβήτης της κύησης σχετίζεται σε υψηλό ποσοστό με τη μακροσωμία των νεογνών έχοντας όμως και διάφορες σημαντικές συνέπειες τόσο στη μητέρα όσο και στο έμβρυο. Αναπτύσσεται σε γυναίκες με επιβαρυσμένο νοσηλευτικό ιστορικό, όμως νεότερα δεδομένα απέδειξαν ότι οφείλεται και σε άλλους αιτιολογικούς παράγοντες πολλές φορές αναστρέψιμους.

Ο διαβήτης παίζει σπουδαίο ρόλο στη ζωή της γυναίκας ιδιαίτερα σ αυτή τη σημαντική στιγμή της ζωής της που κυοφορεί το έμβρυο της, καθορίζοντας τον τρόπο ζωής της και θέτοντας κανόνες στη καθημερινότητα της καθώς και την επιλογή της ως προς την ασφαλέστερη διεξαγωγή του τοκετού.

Η διάγνωση του διαβήτη της κύησης είναι πολύ σημαντική όταν είναι έγκαιρη. Η πιο συνηθέστερη και ακριβέστερη εξέταση είναι η καμπύλη του σακχάρου. Πρόκειται για πολύπλοκη νόσο που επηρεάζεται από πολλαπλούς και σύνθετους παράγοντες και μια στρατηγική πρόληψης θα μπορούσε να είναι επιτυχής για την αποφυγή της νόσου. Ωστόσο αρκετές παρεμβάσεις φαρμακολογικές (χορήγηση ινσουλίνης) και μη φαρμακολογικές (διατροφή και άσκηση) έχουν επιδείξει αποτελεσματική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη. Όπως και στις περισσότερες ασθένειες έτσι και στο διαβήτη της κύησης η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία συμβάλλουν με επιτυχία στην αντιμετώπισή του.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι μέσα από βιβλιογραφίες και επιστημονικές μελέτες η ανασκόπηση της σχέσης του σακχαρώδη διαβήτη και της κύησης καθώς και η αναφορά στα μέτρα πρόληψης και της αποτελεσματικής αντιμετώπισης με τη βοήθεια των επαγγελματιών υγείας αποφεύγοντας όλες τις δυσάρεστες συνέπειες που απορρέουν από τη νόσο αυτή. Η εργασία ανέδειξε το μέγεθος του προβλήματος και

το σπουδαίο ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στη διάγνωση και τη θεραπεία δίνοντας έμφαση στην εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας, η οποία αποτελεί μια διαδικασία που στηρίζεται στη μέθοδο ανάλυσης και επίλυσης των προβλημάτων. Προσδιορίζει, επίσης, τις ανάγκες για νοσηλευτική φροντίδα σχεδιάζοντας και εφαρμόζοντας τη φροντίδα και τέλος εκτιμείται η αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Στα πλαίσια της εργασίας πραγματοποιήθηκε εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική παρέμβαση σε έγκυες γυναίκες με διαγνωσμένο διαβήτη κυήσεως εφαρμόζοντας τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας. Αναδεικνύεται έτσι η χρησιμότητα και η αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής διεργασίας μέσα από την εφαρμογή της στα νοσηλευτικά περιστατικά.

SUMMARY

Diabetes mellitus is a major problem of metabolism among the Greek population as well as in other countries. There are several types of diabetes which appear in the human body, yet gestational diabetes refers to the particular one of the pregnant women which develops during pregnancy.

Gestational diabetes is associated with a high percentage of newborns having macrosomia, while carrying various serious consequences for both mother and fetus. It develops among women who have overburdened medical history but recent data have demonstrated that it is also caused by other causative agents, often reversible.

Diabetes plays an important role in the life of a woman, especially during the very crucial time of gestation, determining her lifestyle and setting rules to her daily routine, as well as determining her choice about the safe operation of labor.

The diagnosis of gestational diabetes is very important to be in time. The most common and most accurate test is the glucose curve. It is a complex disease that is affected by multiple and complex factors and a prevention strategy could be successful in avoiding the disease.

Nevertheless several pharmacological interventions (insulin administration) as well as non-pharmacological ones (diet and exercise) have demonstrated effective management of diabetes mellitus. As in most diseases, in gestational diabetes early diagnosis and treatment contribute successfully to dealing with it.

The aim of this work is the review of the relationship between diabetes mellitus and pregnancy through bibliography and scientific studies, as well as the reference to measures of prevention and to effective response by the help of health professionals, avoiding all the unpleasant consequences resulting from this disease.

This work revealed the magnitude of the problem and the important role of the nursing staff in diagnosis and treatment, emphasizing on the application of the nursing process, which is a process that is based on the analysis and problem-solving method. The needs for nursing care are also defined by designing and implementing care and finally the effectiveness of nursing interventions is valued.

In the framework of this work personalized and comprehensive nursing intervention in pregnant women diagnosed with gestational diabetes took place by applying the nursing process method. In this way, the usefulness and effectiveness of the nursing process through its application on medical cases is demonstrated.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βαζαίου-Γερασιμίδη, (2003). Το νεογνό της διαβητικής μητέρας Αθήνα, σελ 1217-1236
- Δημοσθενόπουλος, Χ., (2004). Η διατροφή στο Διαβήτη Αθήνα, σελ 36-40
- Ιωαννίδης, Ι., (2011). Η ινσουλίνη στη θεραπεία του διαβήτη Αθήνα, σελ 25-32
- Καραμήτσος, Δ., (1987). Σακχαρώδης διαβήτης ,σελ.223-240
- Κοφίνης, Α., (2003). Διαβήτης της κύησης Αθήνα, σελ 1201-1214
- Μελιδώνης , Α., (2010).Σύγχρονες προσεγγίσεις σε θέματα αιχμής Θεσσαλονίκη, σελ. 391.
- Παπανικολάου, Ν.,(2005). Γυναικολογία Τρίτη έκδοση εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα, σελ.8-18
- Πλέσσας, Σ., (2010). Φυσιολογία του ανθρώπου. Εκδόσεις φαρμακον- Τύπος Αθήνα, σελ. 536
- Πρασάς, Ν., (2012). Κύηση υψηλού κινδύνου, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Αθήνα , σελ.390-400
- Συκάκη-Δούκα, Α., (1999). Ο τοκετός είναι αγάπη τέταρτη έκδοση εκδόσεις Παπανικολάου Αθήνα ,σελ.35, 83-86
- Τοκμακίδης, Π., (1999). Μαιευτική και γυναικολογία Εκδόσεις: εκδοτικός οίκος Αδελφών Κυριακίδη Θεσσαλονίκη , σελ. 17-19 και 47-50.
- Τοκμακίδης, Π., (2001). Ο γυναικείος μαστός εκδόσεις Ελλην Αθήνα, σελ. 59-68
- Χουαλάν, Ε., (1988). Βασικός οδηγός Εγκυμοσύνης εκδόσεις Δωρικός Αθήνα, σελ.11, 23-30,47-53

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aberg, A, Westbom, L., (2001). Association between maternal pre-existing or gestational diabetes and health problems in children Acta Paediatr Jul., p.746-750
- ADA Clinical Practice Recommendations gestational Diabetes mellitus diabetes care 2001 p.77-79
- Berthold, B., (2007). Απεικονιστική ανατομία 2^η έκδοση Αθήνα, σελ 200
- Biesalki, H.K, Grimm, P., (2008). Εγχειρίδιο διατροφής, σελ.300-313 εκδόσεις Πασχαλίδη.
- Blott, M., (2011). Το βιβλίο της εγκυμοσύνης μέρα με την ημέρα εκδόσεις Πασχαλίδη Αθήνα , σελ.14, 24,196
- Boron, W.F.,(2006). Ιατρική φυσιολογία τόμος III εκδόσεις Πασχαλίδης Αθήνα 2006 σελ 1481.
- Bruro, R,(2016). Adherence to a lifestyle program in overweight/obese pregnant women and effect on gestational diabetes mellitus a randomized controlled trial September, p.20-35
- Chitme, HR., (2014). Risk factors and plasma glucose Profile of Gestational Diabetes in Omani Women July , p.10-22
- David Nathan, D., (2009). Διαβήτης και τρόποι αντιμετώπισης Αθήνα, σελ 297
- Edu, A., (2010). Placenta changes in pregnancy with gestational diabetes Jan .2010 p.10-18
- Eisenberg, ML., (2012). Diabetes in pregnancy Aug, p20-25
- Fritsch, H.,Wolfgang K.,(2009). Εγχειρίδιο περιγραφικής ανατομικής Αθήνα, σελ 220, 267-280
- Grabnele, Z., (1994). Προετοιμασία τοκετού εκδόσεις Κολοκαθής Αθήνα, σελ 12-16, 88-89, 94-100

- Haas, J., (2013). Outcome of early versus late multifetal pregnancy reduction Feb. p.30-35
- Harrison, AL.,(2015). Exercise improves glycoemic control in women diagnosed with gestational diabetes mellitus in systematic review Aug. p. 48-50
- Haslinger, C., (2007). Postponed pregnancies and risks of very advanced maternal age. Jan, p.20-30
- Jovanovic, L., Pettit, DJ., (2001). Gestational Diabetes Mellitus J Am. Med. Ass. p.2516-2518
- Lederer, J., (2002). Εγχειρίδιο διατητικής. Αθήνα ,σελ.75-91.
- Lissauer, T.,Clayden, G., (2011). Σύγχρονη Παιδιατρική Αθήνα ,σελ 429-230
- MC Elduff, A, Hitchman, R., (2002). Screening for gestational diabetes:the time of day important Med.G.Aust., Feb2004 p 136
- Mc.Greown, J.G., (2009). Συνοπτική φυσιολογία του ανθρώπου Αθήνα, σελ289-291
- Murphy, R., (2009). Monogenic diabetes and pregnancy Aug, p.50-55
- Nabuco, A., (2010). Tarlt diabetes screening in women with previous gestational diabetes in a new insight Aug, p.18-25
- Netter, F., (2009). Παθολογία Βασικές Αρχές τόμος 1 εκδόσεις Πασχαλίδη Αθήνα, σελ.216-225
- Olgvin, P., (2016). Medical comorbiditt a binge eating disorder Aug, p. 20-35
- Stoppard, M., (2005). Εσείς και η εγκυμοσύνη εκδόσεις Ακμή σελ.78, 148
- Sturla, H., (2011). Το υπερηχογράφημα στη μαιευτική και στη γυναικολογία 1^η έκδοση εκδόσεις: ιατρικές εκδόσεις Αθήνα, σελ.369-403.
- Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P.,(2002). Θεμελιώδης αρχές της νοσηλευτικής η Επιστήμη και η Τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας Αθήνα, σελ. 248-250

Vernini, SM., (2009). Maternal and fetal outcomes in pregnancies complicated by overweight and obesity July, p.20-25

ΙΣΤΟΤΟΠΙΟΙ

www.all4mama.gr

www.smyrlis-laparoscopic.gr

www.geneticunit.weebly.com

www.e-diatrofi.org

www.ygeia.tanea.gr

www.peand.gr

www.ede.gr

www.4type.gr



**παγκόσμια ημέρα
κατά του διαβήτη**

14 Νοεμβρίου