



УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“
Факултет за медицински науки

СТРУЧНО-НАУЧНА
КОНФЕРЕНЦИЈА

СОЦИЈАЛНИ ДЕТЕРМИНАНТИ И ЗДРАВЈЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО

Зборник на трудови

Штип, 27.10.2018

Зборник на трудови, Регионална стручно-научна конференција, Факултет за медицински науки; Vol 2, No 1, Октомври 2018 година

Поддржано од:

УНИВЕРЗИТЕТ „ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ“
Факултет за медицински науки



ОРГАНИЗАЦИЈА НА КОНФЕРЕНЦИЈАТА

Организациски одбор

Претседател: Проф д-р Елизабета Зисовска

Членови

Доц д-р Александар Цветковски

Доц д-р Викторија Максимова

Доц д-р Данче Василева

Доц д-р Даринка Ѓорѓиева Ацкова

Доц д-р Елена Дракалка

Доц д-р Катарина Смилков

Доц д-р Катерина Златановска

Доц д-р Кирил Папакоча

Доц д-р Марија Дарковска

Доц д-р Мире Спасов

Доц д-р Наташа Лонгурова

Доц д-р Сања Наскова

Доц д-р Тоше Крстев

Ас д-р Марија Димитровска Иванова

Д-р Мирела Нацева

Д-р Вишна Гацова

Д-р Катерина Џатева

Д-р Дритан Даути

Д-р Симон Бешлиев

Гоце Калцев

Научен одбор - членови

Проф д-р Рубин Гулабовски

Проф д-р Милка Здравковска

Проф д-р Ивона Ковачевска

Проф д-р Емилија Јаневиќ

Проф д-р Цена Димова

Проф д-р Билјана Ѓорѓевска

Проф д-р Дарко Бошнаковски

Проф д-р Ленче Милошеска

Проф д-р Ѓорѓи Шуманов

Проф д-р Ана Миноска

Проф д-р Глигор Димитров

Проф д-р Бистра Ангеловска

Проф д-р Зденка Стојановска

Проф д-р Татјана Рушковска

Проф д-р Васо Талески

Проф д-р Невенка Величкова

Проф д-р Ленче Николовска

Проф д-р Гордана Панова

Проф д-р Андреа Арсовски

Почесен гостин:

Проф д-р Блажо Боев, Ректор на Универзитетот „Гоце Делчев“ -Штип

Зборник на трудови, Регионална стручно-научна конференција,
Факултет за медицински науки: *Социјалните детерминанти и
здравјето на населението*. Vol 2, No 1, Октомври 2018 година

**Конференцијата е поддржана од Универзитетот „Гоце Делчев“ во рамки на
Проектот „Влијанието на социјалните детерминанти врз перинаталното
здравје“**

Социо-економските фактори и дијабетот во бременост

Д-р Сања Балџиева, Д-р Радојка Трајковска, Проф.Д-р Светлана Јовевска, Д-р Аница Балџиева

Апстракт

Гестациски дијабетес мелитус (ГДМ) се дефинира како јаглехидратна интолеранција со различен степен на изразеност што се појавува или се препознава за прв пат во бременоста.

Целта на трудот е да се иследи ефектот на социо-економските фактори врз појавата на дијабет во бременост во земја на развој, споредено со преваленца на глобално ниво.

Во светски рамки, едно од шест раѓања е засегнато од ГДМ. 21.3 милиони или 16.2% од живородени бебиња има некоја форма на хипергликемија во крв во бременост. Од нив 85.1% се резултат на ГДМ. Ризикот се зголемува со возраста на жената (повеќе од 30 години), нискиот социјален статус и неинформираност, неконтролирано добивање на телесна тежина, непрепознавање и непријавување на симптомите од страна на бремените жени на своите лекари. Задолжителен скрининг за ГДМ од 24 до 28 недела од бременоста за жени над 25 години и од 14-18 недела од бременостите со висок ризик за ГДМ и национална стратегија која ќе ги опфати сите жени во репродуктивен период се само еден чекор напред.

Механизмите на настанување на ГДМ кои се под директно влијание на факторите на животната средина, вклучувајќи ја и исхраната, играат клучна улога. Недостапноста на медицинска нега за сите социјални групи и отсуство на скрининг за ГДМ го зголемува лошиот мајчин, перинатален и исход по плодот. Достапноста на третманот на ГДМ за сите социјални групи кој ќе овозможи да се одржи нормално ниво на гликемија во крвта со редовна, избалансирана и добро испланирана диета, редовно вежбање и зголемен внес на течности видно ќе ги намали исходите од болеста врз мајка и плодот на краткорочен и долгорочен план.

Клучни зборови: гестациски дијабетес мелитус, исхрана, гликемија

Вовед

Гестациски дијабетес мелитус (ГДМ) се дефинира како било кој степен на гликозна интолеранција која за прв пат се појавува во бременоста. Оваа дефиниција не ги вклучува само жените кај кој дијабетесот се појавил прв пат во бременоста и исчезнал по нејзиното завршување, туку и оние кај кој се појавил дијабетес мелитус тип 1 прв пат во бременоста и трае и по породувањето. Дефиницијата се применува и во случаи, без разлика, дали има вклучено тераписки инсулин или само диета и кога состојбата перзистира и по бременоста. Не се исклучува ниту можноста, непрепознаена интолеранција на гликоза, кога за прв пат се дијагностицира во бременост. ГДМ најчесто има благ тек и не го загрозува животот на бремената жена, но хипергликемијата го зголемува феталниот морбидитет.

Во текот на бременоста метаболизмот на мајката се прилагодува за да обезбеди континуирано снабдување за експоненцијален раст на фетусот. Гликозата е нутриент кој ја преминува плацентата и е квантитативно најзначаен, а по гликозата се аминокиселините и витамините. Примарен енергетски извор за фетоплацентарните ткива е токму гликозата. Фетусот не синтетизира гликоза, но ја користи како оксидативен супстрат. Ова предизвикува феталната гликемија во нормални услови да биде пониска од мајчината гликемија со што има позитивен мајчино-фетален гликозен градиент и олеснет плацентарен трансфер на гликоза. Метаболизмот во бременоста расте за 15-

20%, а како напредува бременоста се менува и метаболизмот на јаглехидратите и зголемена секреција на инсулин. Кога панкреасот не е во состојба да ја компензира зголемената потреба од инсулин настанува ГДМ, кој резултира со хипергликемија и хиперинсулинемија кај мајката и фетусот кои пак доведуваат до настанување на компликации. Најчеста компликација е фетална макросомија, хипогликемија, еритроцитоза, хипокалциемија, хипомагнезиемија, хипербилирубинемиија, респираторен дистрес синдром и невролошки пореметувања. Кај мајки со ГДМ и лошо контролирана гликемија е зголемена преваленцата на конгенитални аномалии кај фетусите и спонтани абортуси. Постпрандијалната хипергликемија е најважна варијабла која влијае на касниот ризик за настанување на неонатална макросомија.

ГДМ најчесто се презентира во третиот триместар од бременоста, кога созрева постелката. Гликозата ја преминува постелката и стимулира фетална продукција на инсулин. ГДМ настанува кога функцијата на панкреасот не е доволна да го надмине дијабетогеното опкружување на бременоста. Механизмите не се јасно дефинирани, но најверојатно се поврзани со егзацербација на дисфункцијата на бета клетките кај личности со генетска предизпозиција која фаворизира развој на ГДМ. Обезитетот, исто така ја зголемува инсулинската резистентност. Независно од механизмите кои се вклучени, во ГДМ постои релативен недостаток на инсулин во периодот кога високите потреби за инсулин треба да ја компензираат инсулинската резистенција која се развива во третиот триместар од бременоста. Кога настанува ГДМ, во мајчините ткива каде што преземањето на гликоза е инсулин зависно се јавува хипергликемија. Последователно на тоа постои зголемен плацентарен трансфер на гликоза и хипергликемија кај плодот и секундарно хиперинсулинемија. Бидејќи инсулинот е еден од главните фактори на раст во тек на феталниот раст, ова хиперинсулинемија води до макросомија и секундарни компликации, раѓање крупен плод, перинеални повреди и породилни трауми, вклучувајќи и рамена дистокија. Хиперинсулинемијата се задржува и во новороденечкиот период и го зголемува ризикот од хипогликемија, бидејќи умбиликалното снабдување со глукоза нагло по пораѓајот се прекинува. Сличната застапеност на HLA-DR2, HLA-DR3 и HLA-DR4 антигените кај здрави бременни жени и жени со ГДМ, како и ниската преваленца на маркери на автоимунa деструкција на бета клетките во ГДМ, ја исклучува можноста ГДМ да има автоимунo потекло.

Дискусија

Важна е достапноста на скрининг за ГДМ за сите социјални групи, со минимална едукација и примања. Како не би имало потреба од терапија на ГДМ, уште поважно е да биде присутна едукацијата меѓу групите кои немале друга можност за истата.

Доколку не дојде до препознавање на симптомите од бремената жена, или се работи за случај со висок ризик (претходна бременост со ГДМ, фамилијарна историја, претходно мртов плод, рекурентни абортуси, висок ВМI пред бременост, хипертензија, хиперлипидемија) треба да се проследи со скрининг за ГДМ. Истиот е едноставна метода, која не е големо финансиско оптеретување. За сите бременни жени над 25 години, скринингот е од 24-28 недела од бременоста, а за сите други со висок ризик и анамнеза треба да се направи независно од возраста и многу порано во бременоста, 14 – 18 недела.

Дијагнозата за ГДМ се поставува со Гликозен провокативен тест – ГПТ (Glucose Challenge test – GCT) кој означува 50 грамско гликозно оптеретување и Дијагностички 100 грама ОПТТ во бременост. Се изведува на тој начин што се дава за 5 минути 100 грама гликоза во 250-300 милилитри вода орално.

Во однос на терапијата на ГДМ, најважна е добрата и достапна контрола во текот на бременоста. Контролата е од страна на гинеколог и ендокринолог. Третманот на гестациски дијабетес има за цел да одржи нормално ниво на гликемија во крвта.

Третманот секогаш вклучува редовна, избалансирана и добро испланирана диета, редовно вежбање и зголемен внес на течности. Исхраната треба да содржи протеини, комплексни јаглехидрати и масти, избегнување на благо, газирани благи сокови и бели тестенини. Исхраната е од суштинско значење во справување со овој проблем. Доколку и покрај тоа не се постигне ефективна контрола на нивоата на шеќерот во крвта, потребен е медикаментозен третман по препорака од ендокринолог.

Социо-економските фактори опфаќаат образование, занимање и месечни примања. Образованието не е детерминиращки фактор, од причина што понизок степен на образование може да резултира со поголема совесност за здравјето и токму недостатокот на лично искуство да бидат причина да се побара совет од сручно лице – лекар. Промоцијата на здравствени мерки овозможува информирање на сите социјални групи и можноста за бесплатен скрининг за ГДМ. Не секогаш крупен плод, означува здрав плод, а обезна бремена жена здрава мајка. Прва бременост, неинформираност и непознавање на симптомите допринесуваат за поголема преваленца. Рутинските прегледи кај гинеколог, би требало да бидат проследени со едукативни групи за посебно селектирани мајки, како би ги препознала симптомите уште пред да се направи и скринингот за ГДМ. Кога би се спровела едукација на сите бремени жени за промените кои настануваат во бременоста и кога би била задолжителна, а не избор според лични, религиозни, духовни убедувања би се постигнал чекор напред. Во тој случај останува уште посложениот социо-економски фактор – месечните примања, кој е директно поврзан со здравата исхрана. Калоричната исхрана и чучувањето на телесна тежина не означува благосостојба на бремената жена. Напротив тоа е ризик фактор за ГДМ. Како земја во развој каде нема центри за здрава исхрана, особено за бремени жени, се соочуваме со се поголем обезитет кај истите. Финансискиот аспект во тие случаи доминира. Воопшто како земја во развој, важиме за нација со мала физичка активност и убедувања дека бременоста е состојба во која умерена физичка активност не треба да се практикува.

Заклучок

Во светски рамки, едно од шест раѓања (16.2%) е засегнато од дијабетес во бременост (гестациски дијабетес). Го следиме светскиот тренд на зголемување на преваленцата на ГДМ, и од искуствени податоци во одредени средини го надминуваме. Ризиците по плод се присутни, а по десет години 50 посто од жените со ГДМ развиваат дијабет тип 2.

Одржување на здрава тежина пред бременоста, избалансирана и редовна исхрана богата со протеини, избегнување на рафинирана и храна богата со шеќери, како и редовна физичка активност во бременоста се најважни во превенцијата на гестацискиот дијабет. Спроведувањето на мерки и едукација за здрава исхрана во бременост и почитување на истите може да го намали до 70% ризикот од ГДМ.