

## Η ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ ΤΗΣ

Υπό

Δρ ΕΛΙΣ. ΑΣΤΕΡΙΑΔΟΥ-ΣΑΜΑΡΤΖΗ

Έκ του Τμήματος Νεογεννήτων Μαιευτηρίου (Α' Αλεξάνδρα)

Πρό της εισαγωγής της ινσουλίνης, γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτην συχνά παρουσιάζον ἀμηνόρροϊαν μετά στείρωσεως. Αυτό το ἐμπόδιον ὁμως σήμεραν ἔχει ὑπερπηδηθῆ, χάρις εἰς τὴν σχετικὴν θεραπείαν, καὶ ἡ κύησις εἶναι δυνατὴ χωρὶς οὐδένα ἐπιπρόσθετον κίνδυνον εἰς τὴν μητέρα, ὅταν βεβαίως δὲν ὑπάρχουν ἐκφυλιστικαὶ ἀγγειακαὶ ἀλλοιώσεις.

Πρὸς τὸ παρόν, τὸ μεγαλύτερον πρόβλημα ἀφορᾷ νεογνὰ διαβητικῶν μητέρων, ἐκ τῶν ὁποίων πολλὰ ἀποθνήσκουν ἀπροόπτως κατὰ τὸ τέλος τῆς ἐμβρυϊκῆς ζωῆς ἢ καταλήγουν ἀπὸ ἐπιπλοκάς κατὰ τὴν ἀρχὴν τῆς νεογνικῆς περιόδου. Ἀνάλυσις τῆς θνησιμότητος ὀλίγον πρό, κατὰ καὶ μετὰ τὸν τοκετὸν γενικῶς κυμαίνεται μεταξύ 18-27%. Προωρότης ἐν συνδυασμῷ μετὰ διαβήτην τῆς μητρὸς παρουσιάζει μεγαλύτερον κίνδυνον διὰ τὸ νεογνὸν ἀπὸ ὅ,τι ὁ μητρικὸς διαβήτης μόνος.

Ὁ μητρικὸς διαβήτης εἰς τὴν κύησιν ταξινομεῖται συμφώνως πρὸς τὴν ἡλικίαν ἐνάρξεως τῆς νόσου, τὴν διάρκειαν, τὴν ὑπαρξίν ἢ μὴ ἀμφιβληστροειδίτιδος, νεφρίτιδος, καὶ ἀποτιτανώσεως τῶν λαγονίων ἀγγείων. Ἡ White πιστεύει ὅτι θεραπευτικὴ ἔκτρωσις πρέπει νὰ ληφθῆ ὑπ' ὄψιν σοβαρῶς δι' ἀσθενεῖς μετὰ σοβαρὰς ἐπιπλοκάς, ἐκτὸς ἂν ἐπιβληθῶν αὐστηρὰ ἰατρικὰ μέτρα κατὰ τὸ ὑπόλοιπον τῆς κύησεως.

Συχναὶ ἐξετάσεις τῆς μητρὸς ὑπὸ γυναικολόγων καὶ ἰατρικῆ ἐπίβλεψις κατὰ τὴν κύησιν εἶναι ἀπαραίτητοι. Αἱ ἀνάγκαι ινσουλίνης αὐξάνουν κατὰ τὴν κύησιν καὶ πίπτουν μετὰ τὸν τοκετόν. Ἡ διαίτα τῆς μητρὸς συνήθως περιέχει 200 γρ. ὕδατανθράκων καὶ 2 γρ. λεύκωμα κατὰ kg. Ἡ λήψις λιπῶν ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν θρέψιν τῆς μητρὸς. Συνιστᾶται ἐπίσης χαμηλὴ πρόσληψις ἁλατος.

Ἡ συχνότης τοξιναιμίας τῆς κύησεως

εἶναι μεγαλύτερα εἰς γυναῖκας μετὰ διαβήτην παρὰ εἰς φυσιολογικάς τῆς ἰδίας ἡλικίας. Ὡς κανόν, ἡ ἐπιπλοκὴ αὐτὴ δὲν ἀρχίζει πρὸ τοῦ τελευταίου τριμήνου ἀλλὰ δύναται καὶ νὰ συμβῆ ὀλίγον μετὰ τὸ μέσον τῆς κύησεως, ὅπου συνυπάρχουν προχωρημένα ἀγγειακαὶ ἀλλοιώσεις.

Ὑπὸ ἰδεώδεις συνθήκας, ἡ διαβητικὴ ἐπίτοκος πρέπει νὰ εἰσέλθῃ εἰς Νοσοκομεῖον ἀπὸ τὴν 35ην ἐβδομάδα κύησεως, διὰ προσεκτικὴν ἐκτίμησιν τοῦ διαβήτου καὶ τῆς κύησεως. Συνήθως τῆς ἐπιτρέπεται νὰ γεννήσῃ φυσιολογικῶς. Ἡ ἀπόφασις διὰ τὴν πρόωρον διακοπὴν τῆς κύησεως ἐπαφίεται εἰς κλινικάς παρατηρήσεις καὶ μόνον. Ἐλάττωσις τῶν κινήσεων τοῦ ἐμβρύου εἶναι κακὸν σημεῖον καὶ δυνατόν νὰ εἶναι ἔνδειξις ἐπαπειλούμένου ἐνδομητρικοῦ θανάτου.

Εἰς προσκόθειαν νὰ προληφθῆ τοξιναιμία ἢ πρόωρος τοκετός, ἔχει θεσπισθῆ ὁρμονοθεραπεία. Αὐξήσις τῆς γοναδοτροπίνης ἐν συνδυασμῷ μετὰ ἡλαττωμένης παραγωγῆς προγεστερόνης καὶ οἰστρογόνων παρατηρεῖται κατὰ τὴν ἔναρξιν τοῦ φυσιολογικοῦ τοκετοῦ. Ὅταν αὐτὰ αἰ μεταβολαὶ εἰς τὸν μεταβολισμόν τῶν στεροειδῶν συμβοῦν πρὸ τοῦ τέρματος, συνοδεύονται ἀπὸ κλινικὰ συμπτώματα προεκλαμψίας καὶ πρόωρου τοκετοῦ. Παρ' ὅλα αὐτά, ἀντιρρήσεις διὰ τὴν ὁρμονοθεραπείαν δὲν ἐλλείπουν.

Ὅσον ἀφορᾷ τὸ βρέφος: συχνὰ παρατηρεῖται μακροσωμία, καρδιακὴ ὑπερτροφία, ἐρυθροβλάστωσις καὶ ὑπερπλασία τῶν νησιδίων τοῦ παγκρέατος· βάρος γεννήσεως πλεον τῶν 3.900 γρ. παρατηρεῖται εἰς τὸ 90% τῶν περιπτώσεων, ἢ αἰτία δὲ τοῦ μεγάλου βάρους δὲν εἶναι πλήρως γνωστὴ, ἀλλὰ τὸ εὔρημα τοῦτο καὶ εἰς νεογνὰ προδιαβητικῶν μητέρων ἀποκλείει τὴν ὑπεργλυκαιμίαν ὡς αἰτιολογικὸν παράγοντα.

Μερικὰ νεογνὰ μητέρων μὲ περιφερικὴν ἀγγειακὴν νόσον εἶναι μικρὰ διὰ τὴν ἐμβρυϊκὴν ἡλικίαν των καὶ ἐμφανίζονται ἀνεπαρκῶς θρεμμένα. Αὐτὸ εἶναι δεῖγμα μιᾶς πλακουντιακῆς δυσλειτουργίας. Ἐκφυλιστικαὶ ἀγγειακαὶ ἀλλοιώσεις καὶ ἔμφρακτα ἀνευρίσκονται συχνὰ εἰς τὸν πλακοῦντα.

**Ἐπιπλοκαὶ τοῦ βρέφους:** Μία συχνὴ ἐπιπλοκὴ εἰς βρέφη διαβητικῶν μητέρων εἶναι ἡ νόσος τῆς *δαλοειδοῦς μεμβράνης* ἢ τὸ σύνδρομον ἀναπνευστικῆς δυσχερείας τοῦ νεογνοῦ. Τὸ εὔρημα τοῦτο εἶναι συχνὸν ἐπίσης εἰς πρόωρα, καθὼς καὶ εἰς βρέφη γεννώμενα μὲ καισαρικήν τομὴν ἢ κατόπιν τραυματικοῦ τοκετοῦ.

Τὸ κύριον σύμπτωμα, τὸ ὁποῖον ἀρχίζει συντόμως μετὰ τὸν τοκετόν, εἶναι ἀύξανομένη ἀναπνευστικὴ δυσχέρεια, γενικὸν οἶδημα καὶ κυάνωσις. Εἰς τὰ βρέφη ποῦ ἐπιζοῦν συμβαίνει αὐτόματος βελτίωσις, ἐνίοτε τὴν 3ην ἢ 4ην ἡμέραν. Συνήθως ὁμως εἶναι εἰς πολὺ βαρεῖαν κατάστασιν καὶ δυνατὸν νὰ καταλήξουν κατὰ τὴν διάρκειαν τῶν πρώτων ἡμερῶν τῆς ζωῆς. Ἡ αἰτία τοῦ συνδρόμου τούτου εἶναι ἀκόμη πολὺ ἀσαφής, ἂν καὶ ἱκανοποιητικαὶ ἐξηγήσεις δίδονται ἀπὸ τὴν ἀποψιν τῆς καρδιακῆς κάμψεως, πνευμονικῆς διιδρώσεως, μετὰ εἰσροφήσεως ἀμνιακοῦ ὑγροῦ, τριχοειδικῆς διαβατότητος καὶ ὀρμονικῆς ἀνισορροπίας.

**Καρδιακὴ ἀνεπάρκεια:** Ὁξεῖα δεξιὰ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια ἐμφανίζεται εἰς μερικὰ βρέφη, καὶ ἡ ἀύξανομένη ἥπατομεγαλία εἶναι συνήθως ἀξιόπιστον διαγνωστικὸν σημεῖον αὐτῆς τῆς ἐπιπλοκῆς. Πολλαὶ ἐξηγήσεις ἐδόθησαν διὰ τὴν ἐπιπλοκὴν αὐτήν, ὡς ἠδὲξημένη πνευμονικὴ ἀγγειακὴ ἀντίστασις μετὰ ἀναπνευστικῆς δυσχερείας, ἀλλαγαὶ εἰς τὸν ὄγκον τοῦ αἵματος ἢ γλοιότητα αὐτοῦ.

**Τετανία τοῦ νεογνοῦ:** Εἰς βρέφη παρατηρεῖται κάποια βλάβη εἰς τὴν ἀπέκκρισιν τοῦ φωσφόρου, εἴτε συνεπείᾳ ὑποπαραθυρεοειδισμού, εἴτε ἐξ ἀνωριμότητος τῆς νεφρικῆς λειτουργίας. Ὑπερφόρτωσις τῆς ἀνωρίμου ἀπεκκριτικῆς νεφρικῆς λειτουργίας διὰ τροφῆς πλουσίας εἰς φω-

σφόρον ἢ ἐκ διασπάσεως ἰσθῶν ὀδηγεῖ εἰς ὑποασβεσθαιμίαν μετὰ ἢ ἄνευ τετανίας. Εἰς βρέφη διαβητικῶν μητέρων, καθὼς καὶ πρόωρα ἢ βαρῶς πάσχοντα τελειόμηνα βρέφη, παρατηρεῖται πρώτως τετανία, συνεπείᾳ ἠδὲξημένης διασπάσεως τῶν ἰσθῶν πρὸ τῆς ἐνάρξεως τῆς διατροφῆς. Συμπτώματα νευρομυϊκῆς ἐρεθιστικότητος, ὑπερκινησία, σημαντικὴ διέγερσις ἢ ἐπεισόδια ἀπνοίας συμβαίνουν 24 ὥρας μετὰ τὸν τοκετόν. Χαμηλαὶ τιμαὶ ἀσβεστίου παρατηροῦνται κατὰ τὴν δευτέραν ἡμέραν ζωῆς. Ἡ ἀνταπόκρισις εἰς θεραπείαν δι' ἀσβεστίου δὲν εἶναι ἐνιαία, ἀλλὰ αὐτόματοι βελτιώσεις συμβαίνουν εἰς ὅλας τὰς περιπτώσεις.

**Ὑπογλυκαιμία:** σάκχαρον αἵματος ὀλιγώτερον τῶν 40 χιλ. %<sub>100</sub> παρατηρεῖται 1-2 ὥρας μετὰ τὸν τοκετόν εἰς αὐτὰ τὰ βρέφη, χωρὶς νὰ συνοδεύεται καὶ ἀπὸ κλινικὰ συμπτώματα. Αὐταὶ αἱ τιμαὶ δυνατὸν νὰ εὑρεθοῦν καὶ εἰς φυσιολογικὰ νεογνὰ.

**Θ ε ρ α π ε ι ᾶ :** Παρὰ τὸ μέγalon βάρους γεννήσεως, πολλὰ ἐξ αὐτῶν τῶν βρεφῶν εἶναι ἀνώριμα καὶ ἀπαιτοῦν εἰδικὴν φροντίδα. Μετὰ τὸν τοκετόν πρέπει νὰ καθαρισθοῦν αἱ ἀνώτεραι ἀναπνευστικαὶ ὁδοί, καθὼς ἐπίσης καὶ τὰ ὑγρά τοῦ στόμαχου πρέπει νὰ ἀναρροφηθοῦν, πρὸς ἀποφυγὴν εἰσροφήσεως. Τὸ βρέφος τοποθετεῖται εἰς περιβάλλον ὑγρασίας μετὰ κορηγήσεως ὀξυγόνου. Ἀπαιτεῖται προσοχὴ εἰς τὸ νὰ διατηρηθῇ ἡ θερμοκρασία τοῦ σώματος σταθερά. Προφυλακτικῶς συνιστῶνται ἀντιβιοτικά.

Τὸ ἐρώτημα: πότε πρέπει νὰ ἀρχίσῃ ἡ διατροφή, δὲν ἔχει εἰσέτι καθορισθῆ. Παλαιότερον, λόγῳ τῆς ὑδραϊμίας καὶ τοῦ μεγάλου βάρους, ἡ διατροφή ἀνεβάλλετο διὰ 24-48 ὥρας. Σήμερον συνιστᾶται ἄμεσος χορήγησις 5% γλυκόζης εἰς 0,45% NaCl διὰ ἰνινογαστρικοῦ καθετήρος εἰς ποσότητα 60 κ.έκ. κατὰ kg τὸ 24ωρον.

Ἄν ἐξακριβωθῇ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια, συνιστᾶται ἄμεσος χορήγησις δακτυλίτιδος καὶ διουρητικῶν. Αὐτὴ ἡ ἐπιπλοκὴ περιορίζεται μόνον εἰς τὴν πρώιμον νεογνικὴν περίοδον, δι' αὐτὸ ἡ θεραπεία δὲν πρέπει νὰ διαρκῇ ἐπὶ μακρόν.