



WORKSHOP

GESTAČNÍ DIABETES MELLITUS

komplexní přístup k ženě s těhotenskou cukrovkou



WORKSHOP

GESTAČNÍ DIABETES MELLITUS

komplexní přístup k ženě s těhotenskou cukrovkou

Vykračujeme...

WORKSHOP



GESTAČNÍ DIABETES MELLITUS

komplexní přístup k ženě s těhotenskou cukrovkou

Datum:

pátek 9. prosince 2016

Místo konání:

Národní Muzeum (nová budova),
Praha 1, Vinohradská 1

Pořadatel:

Gynekologicko-porodnická klinika
a III. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze
Česká společnost porodních asistentek

Registrační poplatek:

Lékaři: 500,- Kč
Nelékaři: 400,- Kč
Členky ČSPA: 300,- Kč

Odborní garanti:

Prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA
Doc. MUDr. Antonín Pařízek, CSc.

Odborný seminář je pořádán podle Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16 a je ohodnocen 3 kredity. Každý účastník obdrží osvědčení ČLK. Česká asociace sester přiděluje za tuto akci 4 kreditní body do systému celoživotního vzdělávání nelékařských oborů.

Koordinátoři workshopu:

MUDr. Patrik Šimják
MUDr. Kateřina Anderlová, PhD.
MUDr. Hana Krejčí, PhD.

Registrace na workshop:

www.lekaridnes.cz, www.porodniasistentky.info

Odborný program:

12.00-12.30	Registrace	
12.30-12.40	Úvod	Doc. MUDr. Antonín Pařízek, CSc.; prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc., MBA prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA
12.40-13.10	Incidence, rizikové faktory a screening GDM	MUDr. Kateřina Anderlová, PhD.
13.10-13.40	Komplikace, diabetologické sledování a léčba GDM	MUDr. Hana Krejčí, PhD.
13.40-14.00	Diabetická dieta v těhotenství	Bc. Petra Rýdlová
14.00-14.30	Přestávka	
14.30-14.50	Dítě diabetické matky	Doc. MUDr. Kateřina Štechová, PhD.
14.50-15.10	Gynekologické sledování a vedení porodu žen s GDM	MUDr. Patrik Šimják as. MUDr. Vratislav Krejčí
15.10-15.30	GDM a tyreopatie	Doc. MUDr. Jan Jiskra, PhD.
15.30-15.45	Diskuse	



Těhotenství

Senzitivita/rezistence pro inzulin

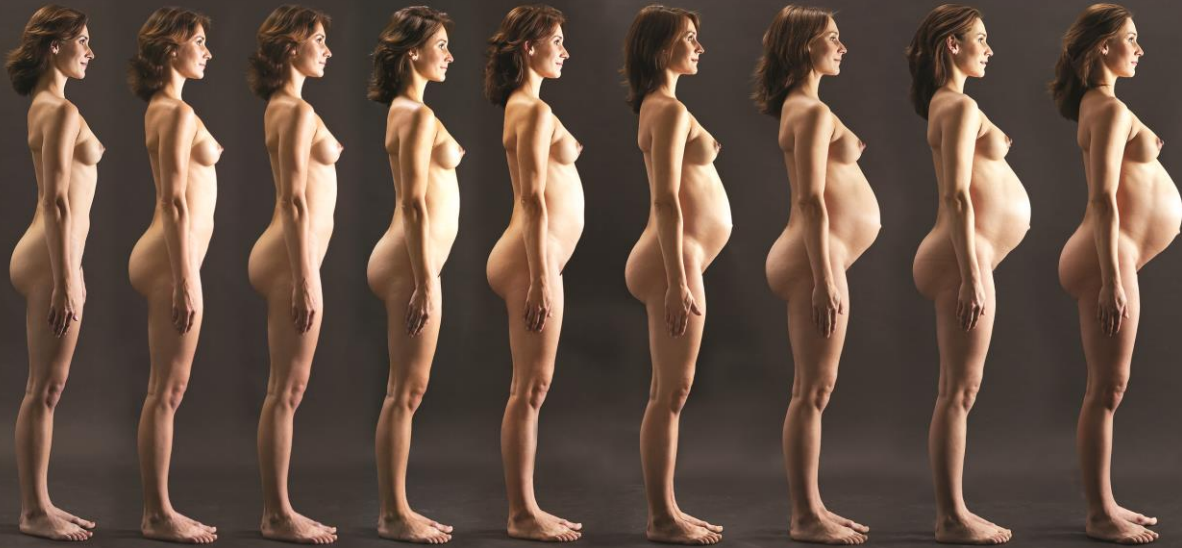
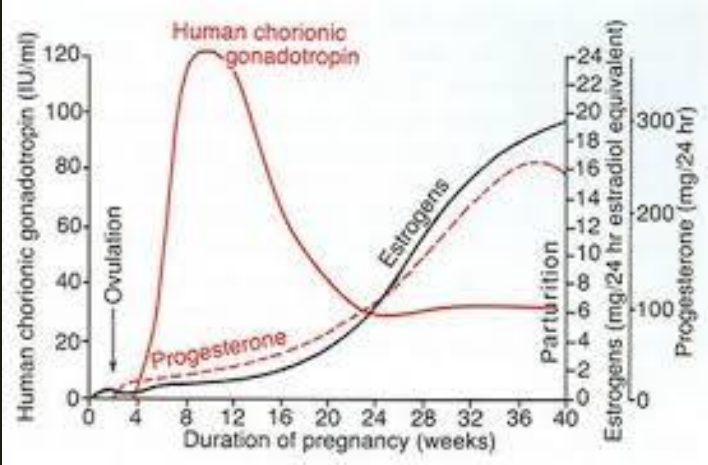


Nejčastější dotaz

Proč má i pro 1. fázi screeningu platit hranice glykémie nalačno **5,1 mmol/l** ,
když všeobecné populace je **5,6 mmol/l ???**

Vliv HCG

přechodné **zlepšení inzulinové senzitivity** v I. trimestru
(proto oproti všeobecné populaci „přísnější kritéria“)





Riziko GDM

- závažná obezita
- v anamnéze GDM nebo velký plod
- přítomná glykosurie
- syndrom PCOS
- v rodině u přímých příbuzných DM 2. typu
- věk matky > 35 let
- vícečetné těhotenství
- etnikum: jižní Asie, aboriginci, hispánci
- nikonizmus
- sedavé zaměstnání

40-60% GDM bez rizikových faktorů

Rizika pro matku

- gestační hypertenze
- preeklampsie
- předčasný porod
- císařský řez
- infekce
- komplikace hojení ran





Diabetická fetopatie

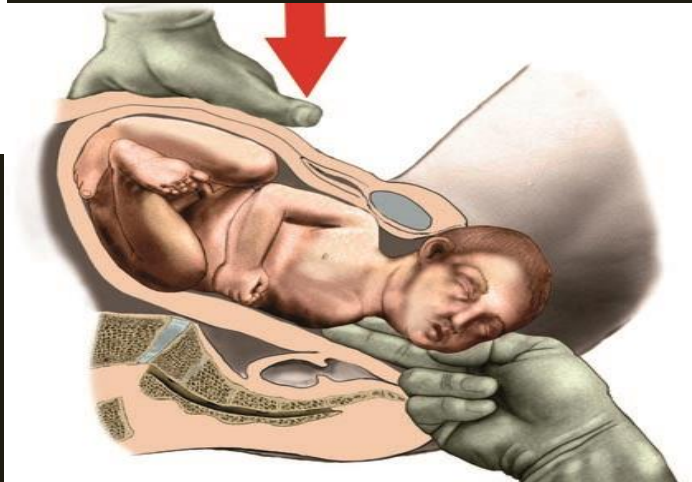
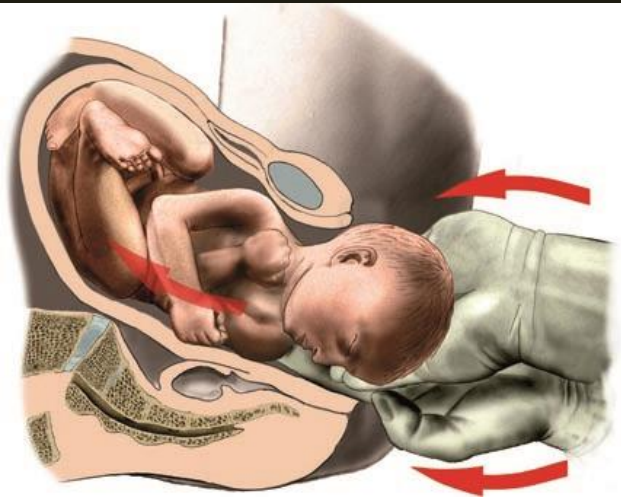
- makrosomie, hyperglykémie matky = hyperinzulinismus plodu
- plicní nezralost až RDS
- hypoglykémie
- prolongovaná hyperbilirubinémie
- iontová dysbalance



Rizika pro dítě u porodu

- dystokie ramének
- riziko porodního traumatu
 - paréza nervu
 - zlomenina klíční kosti

Makrosomní plod – dystokie ramének



EXPAT HEALTH INSURANCE

Quick, Easy Compare TOP Providers Expatriate Health Insurance Quotes

The Telegraph

Search - enhanced by OpenText

Tuesday 14 April 2015

- Home
- Video
- News
- World
- Sport
- Finance
- Comment
- Culture
- Travel
- Life
- Women
- Fashion
- Luxury
- Tech
- Cars
- Politics
- Election 2015
- Investigations
- Obits
- Education
- Science
- Earth
- Weather
- Health
- Royal
- Celebrity
- Defence
- Scotland

HOME » NEWS » HEALTH

Mother whose son suffered brain damage wins £5.25m in landmark court battle

Nadine Montgomery's legal team hail 'most significant medical negligence judgement in 30 years'

- 492
- 47
- 0
- 11
- 550
- Email



Nadine Montgomery with son Sam



By **Auslan Cramb**, Scottish Correspondent
2:09PM GMT 11 Mar 2015

50 Comments

A mother whose son suffered brain damage during birth has been awarded damages of £5.25 million in a landmark ruling that is set to change doctor-patient relationships throughout the UK.

Nadine Montgomery, 40, said medics failed to give her important advice that would probably have resulted in her choosing to have a caesarean section.

Instead, the petite, diabetes sufferer went ahead with a natural birth without knowing of the risks associated with her condition, and her baby was born with cerebral palsy.

Her damages claim against Lanarkshire Health Board was previously rejected twice by Scottish courts, but has been upheld by seven judges at

Print this article

Health
News » Scotland » Auslan Cramb »

In Health



Wellcome Image Awards



Latest Video»



Soldier returns from Afghanistan to surprise dad at ice hockey game



Man trapped in plane's hold heard screaming

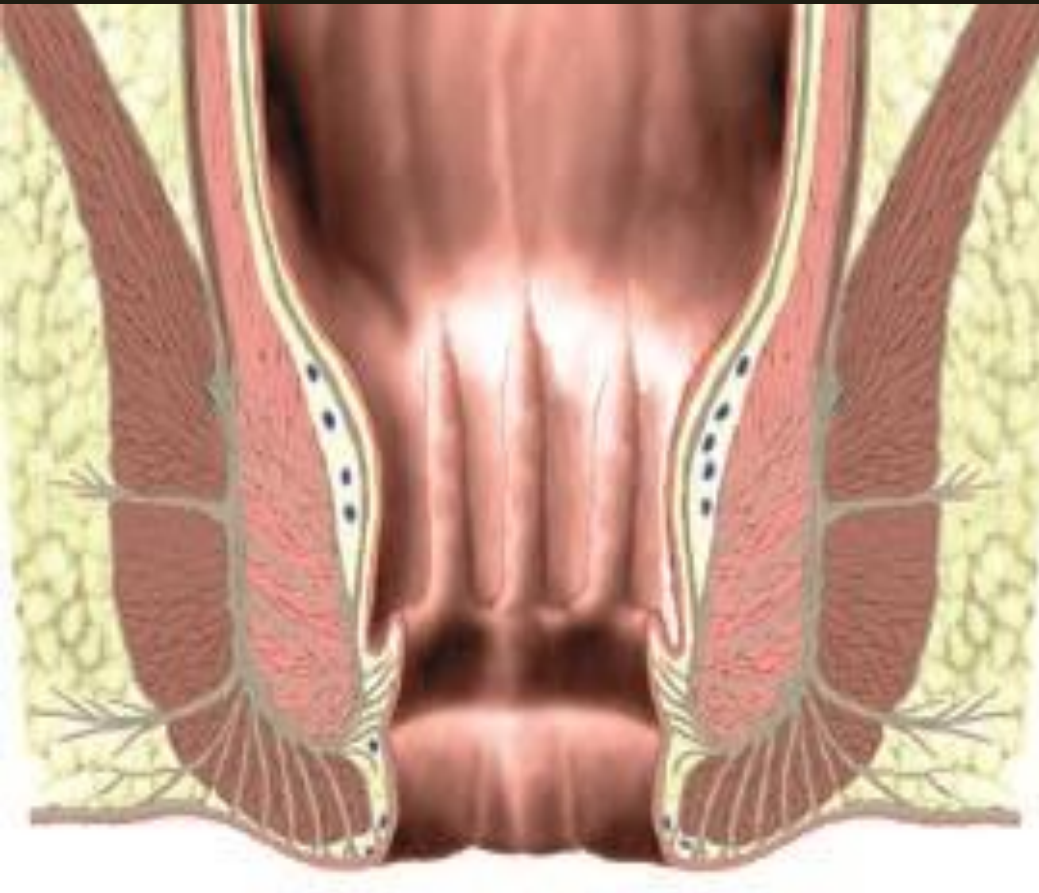


Manhole cover shoots 100ft into air



Robot enters melted reactor at Fukushima

Makrosomní plod - porodní poranění

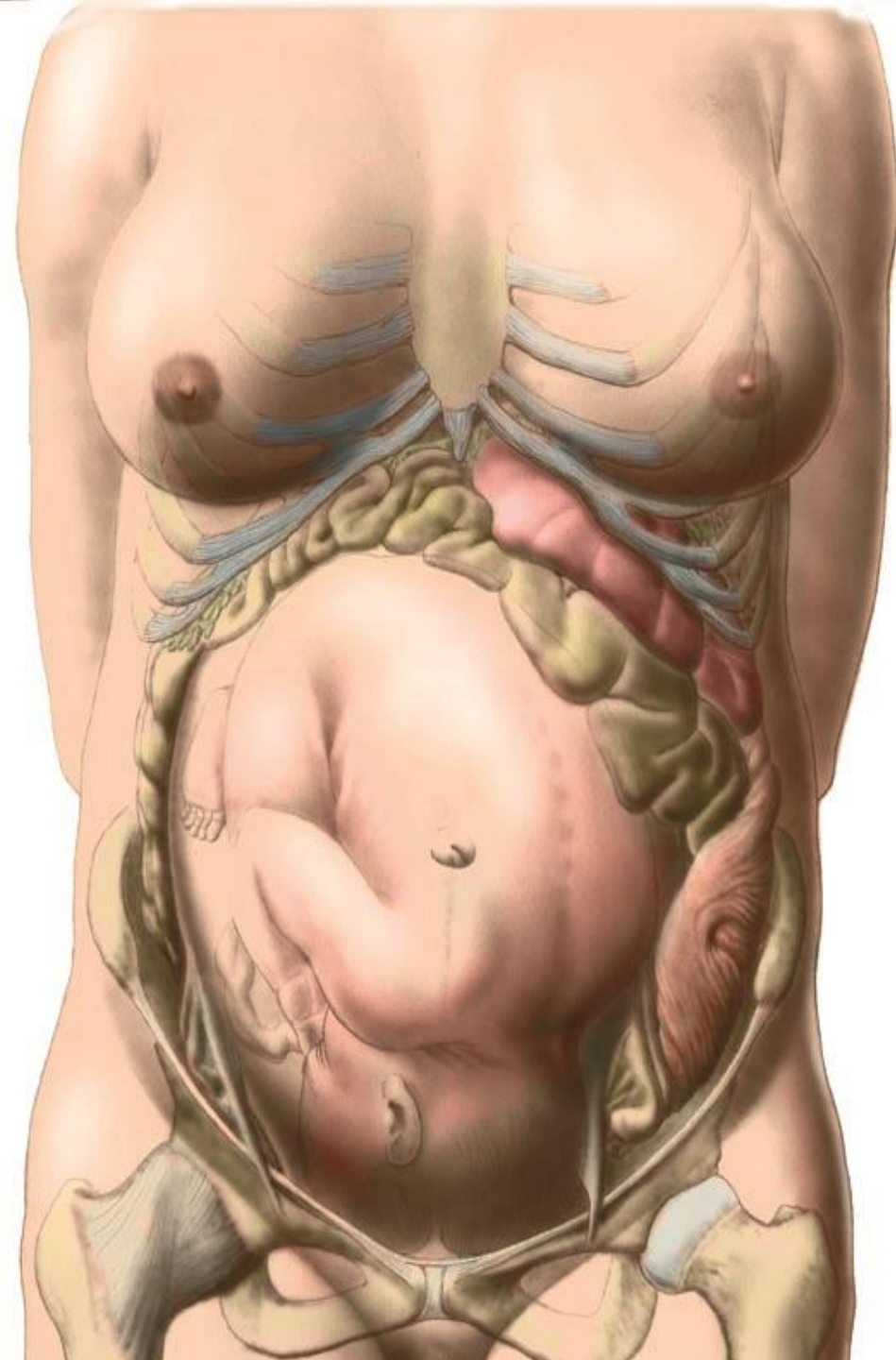




Matka dlouhodobá rizika

DM 2. typu v pozdějším věku

až 60%



GDM

Nitroděložní životní prostředí
matky diabetičky

**programování a epigenetika
dítěte**





Dítě - dlouhodobá rizika

- DM 2. typu
- obezita
- kardiovaskulární choroby
- ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)
- mozková dysfunkce



Péče o těhotné s gestačním diabetes mellitus

... velmi důležitá věc

....a je třeba věnovat velkou pozornost



Jenže...

Jsou naše testy/screening dokonalé...???

Odhalíme celou populaci žen s GDM...???

Nemáme únik žen s GDM...???

Sledujeme vlastně správné ženy...???

2. PROVÁDĚNÍ SCREENINGU PORUCH GLUKÓZOVÉ TOLERANCE V GRAVIDITĚ – DOPORUČENÝ POSTUP

Autorka

K. Andělová

Oponenti

Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP

Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP

1. Všechny těhotné pacientky mají vyšetřenou glykémii na lačno v prvním trimestru.
V případě hodnoty glykémie na lačno vyšší než 5,6 mmol/l se vyšetření opakuje s odstupem několika dní.
V případě, že glykémie na lačno je i ve druhém vyšetření vyšší než 5,6 mmol/l, není třeba dalších vyšetření a pacientka má dále diagnózu gestační diabetes mellitus (dále GDM).
V případě, že je jedna glykémie vyšší než 5,6 a další nižší než 5,6, je třeba odeslat pacientku na vyšetření standardního OGTT.
2. Pacientky s vysokým rizikem je nutné odeslat na OGTT již v prvním trimestru bez nutnosti kontrol glykémie na lačno.
3. Všechny těhotné ženy (i ty pacientky, které měly vyšetřeno OGTT v prvním trimestru s normálním výsledkem) mají vyšetřeno standardní OGTT mezi 24. a 28. týdnem gravidity.
4. O´Sullivanův test se již neprovádí vůbec!!!
5. Standardní OGTT je možno při podezření na GDM vyšetřit kdykoli v graviditě a vyšetření je možné i opakovat.
6. Jde o diagnostický test, OGTT neslouží k dlouhodobému sledování GDM v těhotenství!

2008

...závěry

sledování všeobecná populace

Diagnóza gestačního diabetu – doporučené hodnoty

1. Standardní OGTT po zátěži 75 g glukózy (vyšetření se provádí zásadně na lačno):

0´ glykémie méně než 5,6 mmol/l.

120´ glykémie méně než 7,7 mmol/l.

Za patologický test se považuje zvýšení alespoň jedné hodnoty.

Fakultativně je pro diagnózu gestačního diabetu doporučeno vyšetřovat i hodnotu po 60´, kdy by neměla glykémie být vyšší než 8,8 mmol/l.

2. Glykémie na lačno více než 7,0 mmol/l – není třeba provádět OGTT, diagnóza diabetu je jasná.
3. Glykémie mezi 5,7–6,9 mmol/l – jde o tzv. vysokou glykémii na lačno, kterou je doporučeno v graviditě považovat za GDM.
4. Každé těhotné s GDM – dát jasné doporučení k opakování OGTT za 3–6 měsíců po porodu.



2008 HAPO

- první (robustní) mezinárodní studie

23 000 žen !!!

- zabývala
 - vztahem hodnot mateřské glykémie během oGTT a vznikem perinatálních a mateřských komplikací

The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) study: paving the way for new diagnostic criteria for gestational diabetes mellitus

Donald R. Coustan, MD; Lynn P. Lowe, PhD; Boyd E. Metzger, MD; Alan R. Dyer, PhD

At present, there is a lack of international consistency with regard to the diagnosis of gestational diabetes mellitus (GDM). While a glucose tolerance test (GTT) is commonly employed, glucose challenge dosages vary and diagnostic thresholds are myriad. The 75-g glucose challenge is widely used throughout the world for diagnostic testing in the nonpregnant state. At the Third International Workshop-Conference on GDM in 1990¹ a series of recommendations were made that included universal employment of the 75-g glucose challenge during pregnancy. Some sets of diagnostic criteria, such as those proposed by the World Health Organization (WHO), were simply based on criteria used in nonpregnant individuals, and did not take into account changes in carbohydrate metabolism brought about by the pregnant state. Others, such as the O'Sullivan criteria² in use in North America, were based on data from pregnant women, but were derived mathematically as being 2 SD above the mean, and were validated for their predictive value for future diabetes in the mother, rather than on pregnancy outcomes. The organizers advocated

The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) study was performed in response to the need for internationally agreed upon diagnostic criteria for gestational diabetes, based upon their predictive value for adverse pregnancy outcome. Increases in each of the 3 values on the 75-g, 2-hour oral glucose tolerance test are associated with graded increases in the likelihood of pregnancy outcomes such as large for gestational age, cesarean section, fetal insulin levels, and neonatal fat content. Based upon an iterative process of decision making, a task force of the International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommends that the diagnosis of gestational diabetes be made when any of the following 3 75-g, 2-hour oral glucose tolerance test thresholds are met or exceeded: fasting 92 mg/dL, 1-hour 180 mg/dL, or 2 hours 153 mg/dL. Various authoritative bodies around the world are expected to deliberate the adoption of these criteria.

Key words: diagnostic oral glucose tolerance test criteria, gestational diabetes, Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) study

Cite this article as: Coustan DR, Lowe LP, Metzger BE, et al. The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) study: paving the way for new diagnostic criteria for gestational diabetes mellitus. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202:654.e1-8.

for international agreement on all aspects of diagnostic testing, and for the development of criteria based on pregnancy outcomes.

Subsequently a group of investigators from the disciplines of obstetrics and gynecology, diabetology, and neonatology, based in North America, Europe, Asia, and the Middle East, met to plan a study to examine the relationship between ma-

ternal glucose and adverse neonatal outcomes. A 1992 workshop sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) and the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases³ supported the rationale behind this effort, concluding that carefully designed studies were critical to answer outstanding questions about the sensitivity, specificity, and cost-effectiveness of efforts to diagnose and treat GDM to prevent adverse perinatal effects.

The Fourth International Workshop-Conference on GDM⁴ in 1997 noted that the prevalence of GDM was increasing around the world, and that "...although...some progress has been made toward building consensus there remains a compelling need to develop diagnostic criteria for GDM that are based on the specific relationships between hyperglycemia and risk of adverse outcome."

Another area of controversy surrounded the potential benefit, or lack of benefit, of screening a population for

From the Division of Maternal-Fetal Medicine (Dr Coustan), Department of Obstetrics and Gynecology, Warren Alpert Medical School of Brown University and Women & Infants Hospital of Rhode Island, Providence, RI, and Departments of Preventive Medicine (Drs Lowe and Dyer) and Medicine (Dr Metzger), Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL.

Presented at the 28th Annual Meeting of the American Gynecological and Obstetrical Society, Chicago, IL, Sept. 12, 2009.

Received Dec. 1, 2009; revised Feb. 27, 2010; accepted April 8, 2010.

Reprints: Donald R. Coustan, MD, Division of Maternal-Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Warren Alpert Medical School of Brown University, Women & Infants Hospital of Rhode Island, 101 Dudley St., Providence, RI 02905-2401, dcoustan@whri.org.

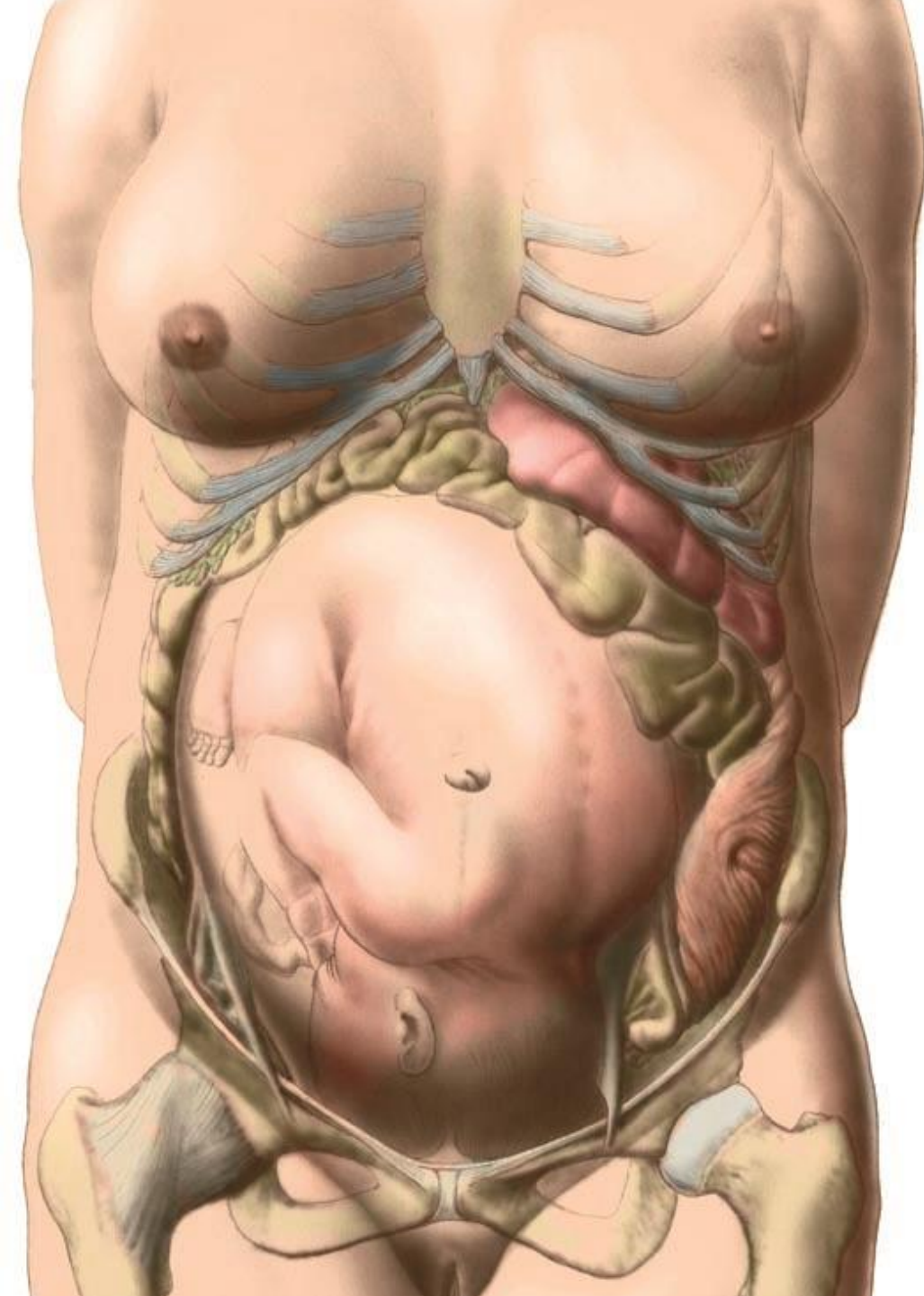
The HAPO study was supported by grants from the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development and the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (R01-HD34242 and R01-HD34243), the National Center for Research Resources (M01-RR00048 and M01-RR00080), and the American Diabetes Association.

0002-9378/\$36.00 • © 2010 Mosby, Inc. All rights reserved. • doi: 10.1016/j.ajog.2010.04.005



Základní postuláty péče o těhotnou

- kdy probíhá vyšetřování GDM (**čas**)
- jak probíhá vyšetřování GDM (**způsob**)
- jakou metodou se vyhledávání GDM provádí (**analýza/transport**)



GDM perinatologický problém

Je třeba sjednotit:

- diagnostiku GDM
- péči o ženy s GDM

Výsledky :

vyhodnocovat, srovnávat
na národní/mezinárodní úrovni
= zlepšování péče o matku dítě

GDM

perinatologický problém

- velká pozornost
- zdraví populace (*budoucí*)





Děkuji za pozornost

