

Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ __
	Экземпляр	№ __
	Введен в действие	01.11.21
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	<i>Клинический протокол «Гестационный сахарный диабет»</i> Коды МКБ: O24.3 O24.4 O24.9 <i>Возрастная группа - взрослые</i>	

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	Зав. ж\к	Гамзатова З.А.		
Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по хирургической работе	Абдулмаджидов Х.М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудова Ф.Б.		
	Заведующая организационно-методическим отделом	Тагирбекова О.М.		
2021 г.				

I.Определение, группы риска, классификация

ГСД -это заболевание , характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям „ манифестного „ СД.

Гестационный сахарный диабет является наиболее частым нарушением обмена веществ у беременных, с которым встречаются эндокринологи и акушеры-гинекологи и, следовательно, является важной междисциплинарной проблемой . Это обусловлено как увеличением числа беременных с данной патологией , связанного с резким ростом заболеваемости СД в популяции, так и улучшением качества его диагностики.

Классификация:

O24.3 Существовавший ранне сахарный диабет неуточненный.

O24.4 Сахарный диабет, развившийся во время беременности.

O24.9 Сахарный диабет при беременности неуточненный.

II. Диагностика гестационного сахарного диабета

Диагностика нарушений углеводного обмена при беременности проводится в 2 фазы:

1 фаза- проводится при первом обращении беременной к врачу.

При первом обращении беременной к врачу любой специальности на сроке до 24 недель всем женщинам в обязательном порядке проводится одно из следующих исследований:

-глюкоза венозной плазмы натощак(определение глюкозы венозной плазмы проводится после предварительного голодания в течении не менее 8 часов и не более 14 часов),данное исследование можно рпровести при проведении первого биохимического анализа крови.

- исследования гликированного гемоглабина

– глюкоза венозной плазмы в любое время для вне зависимости от приема пищи.

При уровне глюкозы венозной плазмы натощак $> 5,1$ ммоль /л , но $< 7,0$ ммоль/л устанавливается диагноз Гестационный сахарный диабет.

2 фаза - проводится на 24-28 неделе беременности.

Всем женщинам у которых не было выявлено нарушение углеводного обмена на ранних сроках беременности, между 24 и 28 неделями проводится ПГТТ с 75 мг глюкозы. Оптимальным временем для проведения ПГТТ, по мнению экспертов, считается срок 24-26 недель.

ПГТТ с 75мг глюкозы может быть проведен вплоть до 32 недели беременности (высокий риск ГСД, размеры плода по данным УЗ таблицы внутриутробного роста > 75 перцентиле, УЗ признаки диабетической фетопатии).

III Ведение и лечение беременных с ГСД

Наблюдение акушерами -гинекологами, терапевтами, врачами общей практики.

- диетотерапия с полным исключением легкоусвояемых углеводов и ограничение жиров, равномерное распределение суточного объема пищи на 4-6 приемов.

Углеводы с высоким содержанием пищевых волокон должны составлять не более 38-45% от суточной калорийности пищи, белки 20-25%, жиры до 30 %.

Женщинам с нормальным индексом массы тела ИМТ 18-24,9 рекомендуется суточная калорийность пищи, равная 30 ккал\кг, с избыточной массой тела, превосходящая идеальную на 20-50 %/. ИМТ 25-29 -25ккал\кг, при ожирении(масса тела превосходящая идеальную более чем на 50% ИМТ >30/

- дозированные аэробные физические нагрузки в виде ходьбы не менее 150 мин неделю, плавание в бассейне. Необходимо избегать упражнений, способных вызывать повышение артериального давления АД и гипертонус матки.

-самоконтроль выполняется пациенткой, результаты предоставляются врачу.

Самоконтроль включает определение:

-гликемии с помощью портативных приборов(глюкометров) натощак. Перед и через 1 час после основных приемов пищи.

-кетонурии и кетонемии утром и натощак

-артериального давления

-шевелений плода

массы тела

-ведение дневника самоконтроля и пищевого дневника.

Показания к инсулинотерпии:

- невозможность достижения целевых уровней гликемии (два и более нецелевых значений гликемии) в течении 1-2 недель самоконтроля.

- наличие признаков диабетической фетопатии по данным УЗИ. Которая является косвенным свидетельством хронической гипергликемии. Их выявление требует немедленной коррекции питания, и, при наличии возможности проведения суточного мониторирования глюкозы. Основными УЗ признаками диабетической фетопатии являются:

-крупный плод

-гепатоспленомегалия

-кардиомегалия, кардиопатия

-двуконтурность головки плода.

При назначении инсулинотерапии беременную совместно ведут эндокринолог, терапевт, и акушер- гинеколог.

Пероральные сахароснижающие препараты во время беременности и грудного вскармливания противопоказаны.

IV. Госпитализация в стационар при выявлении ГСД или при инициации инсулинотерапии не обязательна и зависит лишь от наличия акушерских осложнений.

V.Профилактика гестационного сарного диабета

рекомендуется модификация образа жизни (коррекция питания и физической активности) у женщин высокого риска по развитию сахарного диабета. Рекомендуется наблюдение эндокринологом пациенток перенесших ГСД .

VII.Показания для госпитализации :

гестационный сахарный диабет сам по себе не является показанием к досрочному родоразрешению и плановому кесареву сечению. Родоразрешение при ГСД целесообразно проводить не позднее 38-39 недель гестации.

VIII. Критерии оценки качества медицинской помощи

- выполнено измерение глюкозы крови до 24 нед беременности.
- проведен ПГТТ на 24-28 неделе гестации беременным, у которых не было выявлено нарушение углеводного обмена в первой половине беременности.
- выполнено УЗИ плода с оценкой фетометрии и доплерометрии.
- проведена консультация эндокринолога.
- выполнено КТГ плода.
- беременная направлена в акушерский стационар при наличии акушерских показаний.

IX. Регламентирующие документы:

1. клинические рекомендации по диагностике, лечению и ведении беременности при гестационном сахарном диабете. Москва 2014г.
2. приказ №1130 н об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю „акушерство и гинекология,, от 12.11.2020г.

X. Информация для пациента

Гестационный сахарный диабет это нарушение углеводного обмена, которое развилось во время беременности. При этом на момент зачатия уровень глюкозы будущей мамы не был высоким. Данный вид сахарного диабета может возникнуть при любой беременности, особенно многоплодной и наступившей в результате ЭКО. Распространенность ГСД в мире увеличивается также, как ожирение, предиабет, и сахарный диабет 2 типа. Снизить риск развития ГСД у беременной можно, если вовремя его диагностировать и компенсировать нарушение обмена углеводов. Гестационный сахарный диабет является фактором риска развития сердечно — сосудистых заболеваний у матери и потомства в будущем.

XI. Алгоритмы действий врача (схема):