

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 23 ივნისის N5 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 25 ივნისის N01-184/ ო ბრძანებით

გესტაციური დიაბეტის მართვა

პროტოკოლი

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: გესტაციური დიაბეტის მართვა.....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	3
5. სამიზნე ჯგუფი.....	3
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	4
8. რეკომენდაციები.....	4
8.1. დეფინიცია.....	4
8.2. რისკ-ფაქტორები	4
8.3. ანტენატალური მეთვალყურეობა	5
8.3.1. სკრინინგი/დიაგნოსტიკა	5
8.3.2. მონიტორინგი.....	6
8.3.3. მკურნალობა	7
8.4. მშობიარობის მართვა.....	7
8.5. მშობიარობის შემდგომი პერიოდის მართვა	8
9. მოსალოდნელი შედეგები	9
10. აუდიტის კრიტერიუმები	9
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	10
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	10
13. ავტორთა ჯგუფი	10
14. გამოყენებული ლიტერატურა.....	11
ცხრილი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	10

1. პროტოკოლის დასახელება: გესტაციური დიაბეტის მართვა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება	ICD 10
შაქრიანი დიაბეტი განვითარებული ორსულობის პერიოდში	O24.4
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
მშობიარობის ოქსიტოცინით აღძვრა ან სტიმულაცია	MAXC00
საკეისრო კვეთა	MCSA
სკრინინგი და ჯანმრთელობის შემოწმება	ZYZB00
ფარისებრი ჯირკვლის გამოკვლევა	BASA05
ელექტროკარდიოგრაფია	FXF000
ნაყოფის დეტალური ულტრაბგერითი გამოკვლევა ფერადი დოპლეროგრაფიის მეთოდის გამოყენებით	MADE2D
ორსულობის ულტრაბგერითი გამოკვლევა (გესტაციური ასაკის 12 კვირა ან შემდეგ) ნაყოფის ბაზისური გამოკვლევის ჩათვლით	MADE2A
სხვა კლინიკური კონსულტაცია (ოფთალმოლოგი, ენდოკრინოლოგი, დიეტოლოგი)	ZYZX90
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში და სისხლის შრატში	BL.12.1

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი ძირითადად შემუშავებულია ამერიკის მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის (ACOG) გაიდლაინების რეკომენდაციებზე დაყრდნობით:

1. Gestational Diabetes. (2010). ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, No 30, 2001, Reaffirmed;

2. Postpartum Screening for Abnormal Glucose Tolerance in Women Who had Gestational Diabetes Mellitus. (2009). ACOG Committee Opinion, No 435, 113; 1419-21;

ბ) პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს ორიგინალური გაიდლაინის რეკომენდაციები არ შეუცვლია. პროტოკოლში უპირატესობა მიენიჭა ACOG-ის მიერ მოწოდებულ გესტაციური დიაბეტის განმარტებასა და სკრინინგისა და დიაგნოსტიკის ორსაფეხურიანი სისტემას.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია სამედიცინო პერსონალისთვის ახალი, სარწმუნო და სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება გესტაციური დიაბეტის ადრეული გამოვლენის, მონიტორინგისა და ადექვატური მართვის მეთოდების შესახებ, რაც მნიშვნელოვნად გაზრდის სამედიცინო მომსახურების ხარისხს და გააუმჯობესებს პერინატალურ გამოსავალს.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ანტენატალური მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფ ყველა ორსულ ქალს.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია პერინატალური მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებებსა (სამშობიარო სახლი, ქალთა კონსულტაცია) და პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე მებან-გინეკოლოგების, ოჯახის ექიმების, ენდოკრინოლოგებისა და ექთნებისთვის, ასევე, ჯანდაცვის მენეჯერებისა და რეზიდენტებისთვის.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება ქალთა კონსულტაციაში, პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, სამშობიარო სახლის ორსულთა პათოლოგიის განყოფილებაში, სამშობიარო ბლოკში, მელოგინეთა განყოფილებაში.

პროტოკოლის გამოყენება იწყება ორსულის ანტენატალური მეთვალყურეობის დაწყებისთანავე და გრძელდება ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის განმავლობაში.

8. რეკომენდაციები

8.1. დეფინიცია

გესტაციური დიაბეტი (GDM) არის ორსულობის დროს პირველად განვითარებული ან დიაგნოსტირებული გლუკოზის ტოლერანტობის (ჰიპერგლიკემიის) ნებისმიერი ხარისხის დარღვევა.

8.2. რისკ-ფაქტორები

- შაქრიანი დიაბეტის ოჯახური ანამნეზი;
- სხეულის მასის ინდექსი >30 კგ/მ²;
- სიმსუქნე ბავშვობაში;
- ორსულის ასაკი >25 ;
- ანამნეზში მშობიარობა დიდი ($>4,1$ კგ) ნაყოფით;
- ანამნეზში გლუკოზის ტოლერანტობის დარღვევა;
- ეთნიკური წარმომავლობა;
- ანამნეზში მკვდრადშობადობა;
- ნაყოფის განვითარების მანკი;
- დედის წონა დაბადებისას $>4,1$ კგ. ან $< 2,7$ კგ;
- პოლიკისტოზური საკვერცხეების სინდრომი;
- გლუკოკორტიკოიდების გამოყენება;
- ქრონიკული ან ორსულობით ინდუცირებული ჰიპერტენზია.

8.3. ანტენატალური მეთვალყურეობა

8.3.1. სკრინინგი/დიაგნოსტიკა

- გესტაციური დიაბეტის მქონე ორსულთა მეთვალყურეობას ახორციელებს მენა-გინეკოლოგთა, ენდოკრინოლოგთა და ოფთალმოლოგთა გუნდი;
- ორსულობის დროს ორსულის სისხლში ნორმალური გლუკოზის მაჩვენებელი და გლიკოზირებული ჰემოგლობინი (A1C) მნიშვნელოვნად დაბალია, ვიდრე არაორსულ ქალებში: უზმოზე 3,8 - 5,2 მმოლ/ლ, ჭამიდან 1 საათში 5,5 - 7,7 მმოლ/ლ, 2 საათში 5,0 - 6,6 მმოლ/ლ, გლიკოზირებული ჰემოგლობინი ≤ 6.0 %;
- შაქრიანი დიაბეტისაგან განსხვავებით, ორსულთა შაქრიანი დიაბეტის დროს შესაძლებელია არ არსებობდეს კლინიკური სიმტომეტიკა;
- რეკომენდებულია გესტაციური დიაბეტის უნივერსალური სკრინინგი; (B)
- გესტაციური დიაბეტის იდენტიფიცირების მიზნით რეკომენდებულია ორსაფეხურიანი (სკრინინგი და დიაგნოზის დადასტურება) მიდგომა;
- გესტაციური დიაბეტის სკრინინგის წარმოების ოპტიმალური დროა ორსულობის 24-28-ე კვირა; (B)
- გესტაციური დიაბეტის რისკ-ფაქტორების არსებობის შემთხვევაში, სკრინინგი უნდა ჩატარდეს რაც შეიძლება ადრე, პირველივე ანტენატალური ვიზიტის დროს;
- **I საფეხური** - გესტაციური დიაბეტის სკრინინგი აწარმოეთ 50 გ გლუკოზის ორალური ტესტით, ე.წ. „მცირე ტესტი“; (B)
- 150 მლ წყალში გახსნილი 50 გ სუფთა გლუკოზა ორსულს ეძლევა პერორალურად, მიუხედავად იმისა, თუ რა დრო არის გასული უკანასკნელი საკვების მიღებიდან. ამის შემდეგ, ერთ საათში ისაზღვრება სისხლის შრატში გლუკოზის რაოდენობა;
- რეკომენდებულია სკრინინგის მიზნით გლუკოზის კონცენტრაციის განსაზღვრა ვენურ და არაკაპილარულ სისხლში; (B)
- გესტაციური დიაბეტის დიაგნოზი დადასტურებულად შეიძლება ჩაითვალოს, თუ გლუკოზის ტოლერანტობის ერთსაათიანი 50 გ.გლუკოზის ტესტით სისხლის შრატში გლუკოზის დონე ≥ 190 მგ/დლ;
- ერთ საათიანი 50 გ გლუკოზის ორალური ტესტის არანორმალურ მაჩვენებლად მიჩნეულია სისხლის შრატში გლუკოზის რაოდენობა ≥ 130 ან ≥ 140 მგ/დლ (7,2 ან 7, 8 მმოლ/ლ); (B)
- რეკომენდებულია ორსულს მიეწოდოს ინფორმაცია, რომ ტესტირების წინ არ მოწიოს თამბაქო, ტესტირებამდე სულ მცირე 3 დღით ადრე იმყოფებოდეს შეზღუდულ დიეტაზე (სულ მცირე 150 გ ნახშირწყლები) და ტესტირების განმავლობაში იმყოფებოდეს მჯდომარე მდგომარეობაში;
- 100 გ გლუკოზის ორალური სამსაათიანი ტესტის ჩატარებისას ქალს ეძლევა 100 გ გლუკოზა პერორალურად და შემდგომი სამი საათის განმავლობაში - ყოველი საათის შემდეგ, სისხლში ისაზღვრება გლუკოზის რაოდენობა;

- გესტაციური დიაბეტის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებია: უზმოზე გლუკოზის კონცენტრაცია > 95 მგ/დლ (5,3 მმოლ/ლ), ერთი საათის შემდეგ > 180 მგ/დლ (10 მმოლ/ლ), 2 საათის შემდეგ > 155 მგ/დლ (8,6 მმოლ/ლ), 3 საათის შემდეგ > 140 მგ/დლ (7,8 მმოლ/ლ);
- გესტაციური დიაბეტის დიაგნოზი ითვლება დადასტურებულად, თუ გამოვლინდა გლუკოზის მომატებული რაოდენობის 2 ან მეტი მაჩვენებელი;
- რეკომენდებულია 100 გ გლუკოზის ტესტის განმეორება ორსულობის 32-34 კვირის ვადაზე, თუ სამსაათიანი გლუკოზის ტოლერანტობის ტესტის ყველა მაჩვენებელი ნორმაშია.

8.3.2. მონიტორინგი

- რეკომენდებულია გლუკოზის კონცენტრაციის მუდმივი მონიტორინგი გესტაციური დიაბეტის დიაგნოზის დადასტურების შემდეგ;
- რეკომენდებულია გლუკოზის კონცენტრაციის განსაზღვრა თვითკონტროლით დღეში 4-ჯერ, რათა შეფასდეს ჰიპერგლიკემიის სიმწვავე და მკურნალობის ეფექტურობა, მოხდეს მონაცემთა დოკუმენტირება;
- რეკომენდებულია გლიკემიის კონტროლი განხორციელდეს უზმოზე და ყოველი კვებიდან ერთი საათის შემდეგ; მხოლოდ უზმოზე განსაზღვრული გლუკოზის კონცენტრაცია ვერ უზრუნველყოფს ინსულინის ადექვატურ დოზირებას;
- გლიკოზირებული ჰემოგლობინის განსაზღვრა გლიკემიის კონტროლის დამხმარე ტესტია, რომელიც 2-4 კვირაში ერთხელ ტარდება;
- გესტაციური დიაბეტის დროს კეტონურიის მონიტორინგი არ არის რეკომენდებული, რადგან იშვიათია დიაბეტური კეტოაციდოზის არსებობა; კეტონურიის სკრინინგი რეკომენდებულია თუ გლიკემიის დონე > 240 მგ/დლ-ია (13,3 მმოლ/ლ);
- ორსულობის III ტრიმესტრში ანტენატალური ვიზიტების რეკომენდებული სიხშირე: 2 კვირაში ერთხელ ორსულობის 36 კვირის ვადამდე და შემდეგ - მშობიარობამდე კვირაში ერთხელ;
- გესტაციური დიაბეტის მქონე ორსულ ქალებს, რუტინულ კვლევებთან ერთად (იხ. სშჯსდ მინისტრის 2012 წლის 22 აგვისტოს N01-249/ო ბრძანებით დამტკიცებული პროტოკოლი „ანტენატალური მეთვალყურეობა“), ასევე რუტინულად უნდა ჩაუტარდეთ:
 - ✓ თირკმლის ფუნქციის შეფასება;
 - ✓ ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის შეფასება;
 - ✓ ელექტროკარდიოგრაფია;
 - ✓ ოფთალმოლოგის კონსულტაცია;
 - ✓ გლიკოზირებული ჰემოგლობინის კონცენტრაციის განსაზღვრა;
 - ✓ სამეანო გართულებების (მაგ. პრეეკლამფსია) მონიტორინგი (იხ. სშჯსდ მინისტრის 2012 წლის 22 აგვისტოს N01-249/ო ბრძანებით დამტკიცებული პროტოკოლი „პრეეკლამფსია/ეკლამფსიის მართვა“).
- რეკომენდებულია ნაყოფის მდგომარეობის მონიტორინგი შემდეგი სქემით:
 - ✓ ბიოფიზიკური პროფილი კვირაში 2-ჯერ ორსულობის 32 კვირის ვადიდან;
 - ✓ ერთჯერადად, ორსულობის 36 კვირის ვადაზე, ულტრასონოგრაფიულად პოტენციური მაკროსომიის შეფასება. (2C)

8.3.3. მკურნალობა

- გესტაციური დიაბეტის ადექვატური მკურნალობით შესაძლებელია დედისა და ნაყოფის ავადობის და მაკროსომიის სიხშირის შემცირება;
- რეკომენდებულია გესტაციური დიაბეტის მქონე ორსული ქალების ადექვატური მკურნალობა; (1A)
- გესტაციური დიაბეტის მართვა გულისხმობს შემდეგ აქტივობებს:
 - ✓ სამედიცინო კვებითი თერაპია;
 - ✓ ფიზიკური აქტივობა;
 - ✓ ინსულინოთერაპია.
- სამედიცინო კვებითი თერაპიის შესახებ კონსულტირებას ატარებს დიეტოლოგი;
- კვებითი რაციონის შედგენისას ყურადღება უნდა მიექცეს კალორიის განაწილებას, სხეულის მასის ინდექსის გათვალისწინებით: თუ სხეულის მასის ინდექსი 22-25 კგ/მ², მაშინ დღიურად ქალმა უნდა მიიღოს 30 კკალ/კგ წონაზე, თუ სხეულის მასის ინდექსი > 30 კგ/მ², მაშინ 12-15 კკალ/კგ წონაზე და ა.შ.;
- რეკომენდებულია კვებით რაციონში კალორიების განაწილება სამ კვებაზე და სამ საუზმეზე შემდეგი ოდენობით: ≤ 40 % კარბოჰიდრატები, 20 % ცილები და 40 % ცხიმები; კალორიების ასეთი განაწილებით 75-80 % შემთხვევაში შესაძლებელია ნორმოგლიკემიის შენარჩუნება;
- გესტაციური დიაბეტის დროს მაკროსომიის პრევენცია მხოლოდ დიეტოთერაპიით შეუძლებელია; (A)
- რეკომენდებულია ზომიერი დატვირთვის ვარჯიშები, სამედიცინო ან სამეანო უკუჩვენების არარსებობის შემთხვევაში; (1B)
- რეკომენდებულია ინსულინოთერაპიის დაწყება, თუ 2 კვირის განმავლობაში გლუკოზის კონცენტრაციის ორი ან მეტი გაზომვისას აღმოჩნდა, რომ გლუკოზის დონე უზმოზე ≥90 მგ/დლ-ს (5 მმოლ/ლ) და საკვების მიღებიდან ერთი საათის შემდეგ კი ≥120 მგ/დლ (6,7 მმოლ/ლ) შეადგენს. (A)
- ორსულობის დროს უპირატესობა ენიჭება ადამიანის ინსულინის გამოყენებას ორალურ ანტიჰიპერგლიკემიურ აგენტებთან შედარებით; (2B)

8.4. მშობიარობის მართვა

- რეკომენდებულია მშობიარობის ინდუქცია ორსულობის 39 კვირის ვადაზე იმ ორსულებში, რომელთაც უტარდებათ ინსულინოთერაპია; (2B)
- რეკომენდებულია მშობიარობის ინდუქცია ორსულობის 38 კვირის ვადაზე, თუ ორსულს აღენიშნება თანმხლები პათოლოგია (მაგ. ჰიპერტენზია) ან ვერ ხერხდება გლიკემიის კონტროლი, ნაყოფის ფილტვების სიმწიფის დადასტურების შემდეგ;
- რეკომენდებულია ორსულობის ინდუქცია ორსულობის 40 კვირის ვადაზე, თუ საშვილოსნოს ყელი მომწიფებულია და ნაყოფის წონა <4500 გ-ია; (2B)

- რეკომენდებულია მშობიარობის ინდუქციის გადავადება ორსულობის 41 კვირის ვადამდე იმ შემთხვევაში, თუ მიღწეულია ნორმოგლიკემია, დედისა და ნაყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია და საშვილოსნოს ყელი უმწიფარია; (1C)
- რეკომენდებულია ორსულისათვის საკეისრო კვეთის შეთავაზება, თუ ნაყოფის წონა >4500გ, რათა თავიდან აიცილოთ სამშობიარო ტრავმის განვითარება; (B)
- მშობიარობის ინდუქცია არ არის რეკომენდებული მაკროსომიის შემთხვევაში; (2C)
- რეკომენდებულია მშობიარობის განმავლობაში, ნაყოფის აციდოზისა და ნეონატალური ჰიპოგლიკემიის განვითარების რისკის შემცირების მიზნით, გლუკოზის კონცენტრაციის 70-90 მგ/დლ (3,9-5 მმოლ/ლ) დონეზე შენარჩუნება; (2C)
- რეკომენდებულია მშობიარობის დროს გლუკოზის კონცენტრაციის განსაზღვრა ყოველ 2 საათში ერთხელ და ინსულინის ინფუზიის დაწყება, თუ გლუკოზის დონე მიაღწევს 120 მგ/დლ-ს (6,7 მმოლ/ლ);
- გეგმიური საკეისრო კვეთის წარმოების დღეს არ გამოიყენოთ ინსულინი დილით.

8.5. მშობიარობის შემდგომი პერიოდის მართვა

რეკომენდებულია მშობიარობის შემდეგ გესტაციური დიაბეტის მქონე ქალებს გაუგრძელდეთ დიეტოთერაპია.

- რეკომენდებულია მშობიარობის შემდეგ გესტაციური დიაბეტის მქონე ქალთა ტესტირება სისხლში გლუკოზის დონის განსაზღვრის მიზნით; (2C)
- რეკომენდებულია გლუკოზის კონცენტრაციის (უზმოზე და საკვების მიღების შემდეგ) განსაზღვრა ვაგინალური მშობიარობის შემდეგ 24 საათში და საკეისრო კვეთის წარმოების შემდეგ 48 საათში. თუ მშობიარობის შემდეგ გლუკოზის კონცენტრაცია ვენურ სისხლში უზმოზე <126 მგ/დლ (7 მმოლ/ლ);
- რეკომენდებულია დიეტოთერაპიის და ვარჯიშის გაგრძელება და სხეულის წონის კორექცია;
- მშობიარობის შემდგომი დეპრესია უფრო ხშირია გესტაციური დიაბეტის მქონე ქალებში ვიდრე დიაბეტის არმქონე მელოგინებში;
- გესტაციური დიაბეტის მქონე ქალები ორსულობის შემდეგ იმყოფებიან დიაბეტი ტიპის 2-ის განვითარების მომატებული რისკის ქვეშ;
- მშობიარობის შემდეგ მე-6 კვირიდან მე-12 კვირამდე რეკომენდებულია 75 გ გლუკოზის 2 საათიანი ორალური ტესტის ჩატარება ან უზმოზე გლუკოზის რაოდენობის განსაზღვრა და შესაბამისი რეაგირება ყველა იმ ქალისათვის, რომელსაც აღენიშნებოდა გესტაციური დიაბეტი;
- ჰიპერგლიკემიის შემთხვევაში (უზმოზე = 140-125 მგ/დლ, ან 75 გ გლუკოზის 2 საათიანი ორალური ტესტით = 144-199 მგ/დლ) სავალდებულოა ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია;
- თუ მშობიარობის შემდეგ ჩატარებული სკრინინგული ტესტების შედეგები ნორმალურია, რეკომენდებულია რეტესტირების ჩატარება 3 წელიწადში ერთხელ;
- წახალისებულ უნდა იქნას ძუძუთი კვება;

- მეტუპური დედა ყოველდღიურად საჭიროებს დაახლოებით 25-27 კკალ/კგ-ს;
- არ არსებობს კონტრაცეფციის მეთოდი, რომელიც უკუნაჩვენებია დიაბეტის მქონე ქალებში;
- რეკომენდებულია ოფთალმოლოგის კონსულტაცია მშობიარობიდან ერთი წლის განმავლობაში, რადგან შესაძლებელია რეტინოპათიის დამძიმება.

9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის რეკომენდაციების პრაქტიკაში დანერგვის შედეგად მოსალოდნელია გესტაციური დიაბეტის დროული გამოვლენა, გლიკემიის კონტროლის ადექვატური განხორციელება, დროული და ადექვატური ინსულინოთერაპია და ნორმოგლიკემიის შენარჩუნების უზრუნველყოფა, რითაც შესაძლებელი გახდება დედისა და ნაყოფის მხრივი გართულებების თავიდან აცილება. ადექვატურად და დროულად დაწყებული ინსულინოთერაპიის საშუალებით შესაძლებელი გახდება მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი მაკროსომიისა და მასთან ასოცირებული გართულებების განვითარება - მხრების დისტოცია, საკეისრო კვეთა, სამშობიარო ტრავმა, რესპირატორული დისტრესი, ბავშვობაში სიმსუქნისა და მეტაბოლური აციდოზის სინდრომი. ამასთანავე, გესტაციური დიაბეტის დიაგნოზის დადასტურების შემთხვევაში, გაუმჯობესდება არამარტო ორსულობის გამოსავლი, არამედ შემცირდება ის რისკ-ფაქტორებიც, რომლებიც ასოცირებულია მშობიარობის შემდგომ ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის განვითარების შესაძლებლობასთან. გარდა ამისა, ამ პროტოკოლის საშუალებით შესაძლებელი იქნება ორსულთა სრულყოფილი ინფორმირება, რადგან გესტაციური დიაბეტის წარმატებული მკურნალობის მნიშვნელოვან პირობას ორსულთა განათლება წარმოადგენს, რათა მათ დამოუკიდებლად შესძლონ სისხლში გლუკოზის დონის კონტროლი და ადექვატური ინსულინოთერაპიის განხორციელება.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ ორსულს (%) ჩაუტარდა გესტაციური დიაბეტის სკრინინგი 50 გ. გლუკოზის ორალური ტესტით პირველი ანტენატალური ვიზიტის დროს რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებით?
- რამდენ ორსულს (%) ჩაუტარდა გესტაციური დიაბეტის სკრინინგი 50 გ. გლუკოზის ორალური ტესტით პირველი ანტენატალური ვიზიტის დროს რისკ-ფაქტორების გარეშე?
- რამდენ ორსულს (%) ჩაუტარდა გესტაციური დიაბეტის სკრინინგი 50 გ. გლუკოზის ორალური ტესტით ორსულობის 24-28 კვირის ვადაზე?
- რამდენ მელოგინეს (%) ჩაუტარდა მშობიარობის შემდეგ უზმოზე გლუკოზის განსაზღვრა მშობიარობიდან 6-12 კვირის შემდეგ?
- რამდენ შემთხვევაში (%) გახდა საჭირო ინსულინოთერაპიის ჩატარება?
- რამდენ შემთხვევაში (%) დამთავრდა ორსულობა დროული ფიზიოლოგიური მშობიარობით?
- რამდენ გესტაციური დიაბეტის მქონე ორსულს (%) ჩაუტარდა მშობიარობის ინდუქცია ორსულობის 38-40 კვირის ვადაზე?

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა მიზანშეწონილია 2 წლის ვადაში.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსების შესახებ ინფორმაცია მოცემულია ცხრილში N1.

ცხრილი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური რესურსი	რესურსების გამოყენების მიზანი	
მეან-გინეკოლოგი ენდოკრინოლოგი ოფთალმოლოგი დიეტოლოგი	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება, მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო
ექთანი	რისკის პროფილის შეფასება, რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობის, პრევენციისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება	სავალდებულო
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა.	სავალდებულო ან სასურველი
მენეჯერი/ ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა, დანერგვაზე მეთვალყურეობა, აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო ან სასურველი
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია სისხლის საერთო, შარდის საერთო ანალიზის და ა.შ. ჩასატარებლად	დიაგნოსტიკა, რისკის შეფასება	სავალდებულო ან სასურველი
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა: ულტრაბგერა, ეკგ და სხვ.	დიაგნოზის დადასტურება, რისკის შეფასება მიმართვის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება და სხვა	სავალდებულო ან სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი

13. ავტორთა ჯგუფი

ნიკოლოზ კინტრია – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის აღმასრულებელი ვიცეპრეზიდენტი;

პლატონ მაჭავარიანი – თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცეპრეზიდენტი;

თამარ ანთელავა – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ასისტენტ პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

ბესარიონ ტყემელაშვილი - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, დ. ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცეპრეზიდენტი;

მამუკა ნემსაძე - ექიმი მეან-გინეკოლოგი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცეპრეზიდენტი;

დავით გაგუა - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, დ. ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი.

14. გამოყენებული ლიტერატურა

1. Gestational Diabetes. (2010). ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, No 30, 2001, Reaffirmed.
2. Postpartum Screening for Abnormal Glucose Tolerance in Women Who had Gestational Diabetes Mellitus. (2009). ACOG Committee Opinion, No 435, 113; 1419-21.
3. D. R. Coustan, L. Jovanovic. Screening and diagnosis of diabetes mellitus during pregnancy. Oct 2013.
4. D. R. Coustan, L. Jovanovic. Medical management and follow-up of gestational diabetes mellitus. Oct 2013.
5. A. B. Caughey. Obstetrical management of pregnancies complicated by gestational diabetes mellitus. Oct 2013.
6. Committee opinion no. 504: screening and diagnosis of gestational diabetes mellitus. Obstet Gynecol 2011;118:751.
7. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2011; 34 Suppl 1:S62.
8. aTieu J, Middleton P, McPhee AJ, Crowther CA. Screening and subsequent management for gestational diabetes for improving maternal and infant health. Cochrane Database Syst Rev 2010; :CD007222.
9. Gibson KS, Waters TP, Catalano PM. Maternal weight gain in women who develop gestational diabetes mellitus. Obstet Gynecol 2012; 119:560.
10. Carreno CA, Clifton RG, Hauth JC, et al. Excessive Early Gestational Weight Gain and Risk of Gestational Diabetes Mellitus in Nulliparous Women. Obstet Gynecol 2012; 119:1227.
11. aTobias DK, Zhang C, van Dam RM, et al. Physical activity before and during pregnancy and risk of gestational diabetes mellitus: a meta-analysis. Diabetes Care 2011; 34:223.
12. Han S, Middleton P, Crowther CA. Exercise for pregnant women for preventing gestational diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev 2012; :CD009021.
13. Landon MB, Spong CY, Thom E, et al. A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. N Engl J Med 2009; 361:1339.
14. Alwan N, Tuffnell DJ, West J. Treatments for gestational diabetes. Cochrane Database Syst Rev 2009:CD003395.
15. Chitayat L, Zisser H, Jovanovic L. Continuous glucose monitoring during pregnancy. Diabetes Technol Ther 2009; 11 Suppl 1:S105.
16. Witkop CT, Neale D, Wilson LM, et al. Active compared with expectant delivery management in women with gestational diabetes: a systematic review. Obstet Gynecol 2009; 113:206.
17. 34. Kozhimannil KB, Pereira MA, Harlow BL. Association between diabetes and perinatal depression among low-income mothers. JAMA 2009; 301:842.
18. „Postpartum Screening for Abnormal Glucose Tolerance in Women Who had Gestational Diabetes Mellitus” – ACOG Committee Opinion, No 435, 2009, 113;1419-21.
19. „creening and diagnosis of gestational diabetes mellitus’Lois Jovanovic, MD, 2012.
20. „Treatment and course of gestational diabetes mellitus’,Lois Jovanovic, 2012.