



# Ε Μ Γ Ε

Ελληνική Μαιευτική και  
Γυναικολογική Εταιρεία

Κατευθυντήρια Οδηγία  
No 36  
Μάιος 2020

## ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ: ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

### ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΩΝΤΑΙ

- Ποιες έγκυες πρέπει να ελέγχονται για σακχαρώδη διαβήτη;
- Σε ποια στιγμή της κύησης και με ποιον τρόπο πρέπει να γίνεται ο έλεγχος;
- Πώς γίνεται η παρακολούθηση και η αντιμετώπιση του ΣΔΚ;
- Ποια είναι η θεραπεία του ΣΔΚ;
- Πώς γίνεται η παρακολούθηση της κύησης, όταν επιπλέκεται με ΣΔΚ;
- Πώς διαφοροποιείται η αντιμετώπιση του πρόωρου τοκετού, όταν συνυπάρχει ΣΔΚ;
- Πότε πρέπει να λάβει χώρα ο τοκετός σε κύηση που επιπλέκεται με ΣΔΚ;
- Πώς παρακολουθείται η γυναίκα μετά τον τοκετό, τόσο κατά τη διάρκεια της λοχείας, όσο και μακροπρόθεσμα;

### ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I. Προληπτικός έλεγχος του γενικού πληθυσμού .....	2
II. Παρακολούθηση και αντιμετώπιση .....	2
III. Προγεννητικός έλεγχος εμβρύου .....	3
IV. Αντιμετώπιση πρόωρου τοκετού .....	5
V. Προγραμματισμός τοκετού .....	5
VI. Τοκετός, λοχεία και θηλασμός .....	6
VII. Μακροχρόνια παρακολούθηση .....	6
VIII. Τι αλλάζει από την προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της ΕΜΓΕ .....	7
IX. Ομάδα σύνταξης .....	7
X. Ενδεικτική βιβλιογραφία .....	7

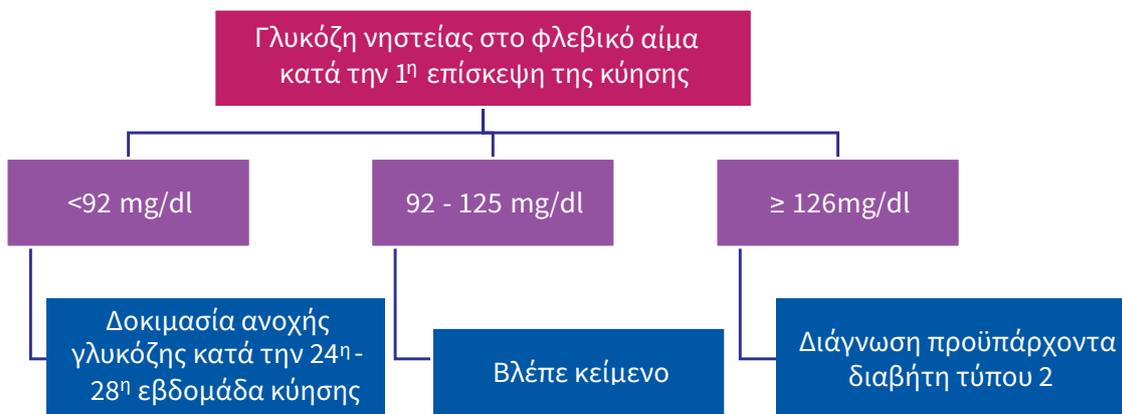
- Ο όρος «**συστήνεται**» χρησιμοποιείται για να δηλώσει μία κατευθυντήρια οδηγία που βασίζεται σε ισχυρά ερευνητικά δεδομένα (π.χ. αποτελέσματα μετα-αναλύσεων ή τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών).
- Ο όρος «**προτείνεται**» χρησιμοποιείται για να δηλώσει μία κατευθυντήρια οδηγία που βασίζεται σε λιγότερα ισχυρά ερευνητικά δεδομένα (π.χ. αποτελέσματα μελετών παρατήρησης).

## I. Προληπτικός έλεγχος του γενικού πληθυσμού

- **Συστήνεται**, κατά την 1<sup>η</sup> επίσκεψη της κύησης, ο έλεγχος όλων των εγκύων γυναικών (γενικός πληθυσμός) για σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ), όπως περιγράφεται στο Σχήμα 1.
- **Συστήνεται** η δοκιμασία ανοχής γλυκόζης (όποτε και αν αυτή λάβει χώρα) να διενεργείται με 75 g γλυκόζης από του στόματος, μετά από τριήμερη φόρτιση με τουλάχιστον 180 g υδατανθράκων την ημέρα και οι αιμοληψίες να λαμβάνουν χώρα κατά τη νηστεία, 60 min και 120 min μετά τη λήψη της γλυκόζης. Η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη κύησης (ΣΔΚ) τίθεται εάν στη δοκιμασία ανοχής γλυκόζης μία (1) τουλάχιστον από τις τρεις (3) τιμές είναι ίση ή υπερβαίνει τα παρακάτω όρια:
  - ο Νηστείας  $\geq 92$  mg/dl
  - ο 60 min  $\geq 180$  mg/dl
  - ο 120 min  $\geq 153$  mg/dl
- **Προτείνεται**, εάν η συγκέντρωση της γλυκόζης νηστείας κατά την 1<sup>η</sup> επίσκεψη (1<sup>ο</sup> τρίμηνο) βρίσκεται μεταξύ 92 - 125 mg/dl, να εφαρμόζεται πρόγραμμα διατροφής όπως στο ΣΔΚ, και η εξέταση να επαναλαμβάνεται μετά από δύο (2) εβδομάδες. **Προτείνεται**, εάν οι συγκεντρώσεις γλυκόζης νηστείας παραμείνουν στο εύρος 92 - 100 mg/dl, η δοκιμασία ανοχής γλυκόζης να λάβει χώρα κατά τη 14<sup>η</sup> - 18<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης. Εάν οι συγκεντρώσεις γλυκόζης νηστείας βρίσκονται στο εύρος 101 - 125 mg/dl, τίθεται η διάγνωση του ΣΔΚ.
- **Προτείνεται**, εάν η συγκέντρωση της γλυκόζης νηστείας κατά την 1<sup>η</sup> επίσκεψη (1<sup>ο</sup> τρίμηνο) είναι  $\geq 126$  mg/dl, η μέτρηση να επαναλαμβάνεται την επομένη ημέρα. Εάν οι συγκεντρώσεις γλυκόζης παραμείνουν  $\geq 126$  mg/dl, τίθεται η διάγνωση του προϋπάρχοντα ΣΔ.
- **Συστήνεται**, εάν η τυχαία (μη νηστείας) συγκέντρωση της γλυκόζης κατά την 1<sup>η</sup> επίσκεψη (1<sup>ο</sup> τρίμηνο) είναι  $\geq 200$  mg/dl, να τίθεται η διάγνωση του προϋπάρχοντα ΣΔ.
- **Προτείνεται** η επανάληψη της δοκιμασίας ανοχής γλυκόζης (ακόμη και επί φυσιολογικού προηγούμενου αποτελέσματος), όταν διαπιστώνεται μακροσωμία εμβρύου στο υπερηχογράφημα ανάπτυξης που πραγματοποιείται κατά την 30<sup>η</sup> - 34<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης (περίμετρος κοιλίας  $\geq 75^{\text{η}}$  εκατοστιαία θέση) ή/και υδράμνιο.

## II. Παρακολούθηση και αντιμετώπιση

- **Συστήνεται** η παρακολούθηση της εγκύου από μαιευτήρα σε συνεργασία με ενδοκρινολόγο.
- **Συστήνεται**, για τις πρώτες δύο (2) εβδομάδες μετά τη διάγνωση του ΣΔΚ, να διενεργείται αυτοέλεγχος της συγκέντρωσης της γλυκόζης σε τριχοειδικό αίμα στις εξής χρονικές στιγμές: νηστείας (πρωί, με την έγερση) και 60 - 75 min από την έναρξη του γεύματος (πρωινό, μεσημεριανό, βραδινό). Οι ανώτερες επιθυμητές τιμές παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.



**ΣΧΗΜΑ 1.** Έλεγχος του γενικού πληθυσμού για ΣΔ κατά την κύηση.

- **Προτείνεται**, εφόσον η ρύθμιση είναι ικανοποιητική με δίαιτα και άσκηση, η περαιτέρω παρακολούθηση να εξατομικεύεται.
- **Συστήνονται** τρία (3) κύρια γεύματα ανά ημέρα και τρία (3) μικρότερα (μεταξύ πρωινού-μεσημεριανού, μεταξύ μεσημεριανού-βραδινού και πριν την κατάκλιση). Η προτεινόμενη σύνθεση του διαιτολογίου είναι: υδατάνθρακες με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη 35 - 45%, πρωτεΐνες 20 - 25%, και λίπη 30 - 40%.
- **Συστήνεται** η αποφυγή των ευαπορρόφητων υδατανθράκων.
- **Συστήνεται** η πρόσληψη βάρους βάσει του δείκτη μάζας σώματος, προσδιορισμένου κατά την αρχή της κύησης, όπως περιγράφεται στον Πίνακα 2 (Πηγή: Institute of Medicine).
- **Συστήνεται** η ελάχιστη ημερήσια πρόσληψη θερμίδων να είναι τουλάχιστον 1800 kcal.
- **Συστήνεται** έναρξη θεραπείας με ινσουλίνη, όταν οι συγκεντρώσεις γλυκόζης νηστείας είναι συστηματικά  $\geq 95$  mg/dl ή/και 60 min μετά το γεύμα  $\geq 140$  mg/dl.
- **Συστήνεται**, επί διαγνωσμένου ΣΔΚ, έναρξη θεραπείας με ινσουλίνη, σε περίπτωση ασύμμετρης μακροσωμίας του εμβρύου (περίμετρος κοιλίας  $\geq 75^{th}$  εκατοστιαίας θέσης) ή/και αυξημένης ποσότητας αμνιακού υγρού, ιδιαίτερα

όταν συνυπάρχουν επιπρόσθετοι παράγοντες κινδύνου (δείκτης μάζας σώματος  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, ιστορικό γέννησης νεογνού  $\geq 4.000$  g, ιστορικό γέννησης νεογνού μεγάλου βάρους για την ηλικία κύησης, υπερβολική αύξηση βάρους κατά την κύηση).

- **Δεν συστήνεται** η χρήση αντλιών ινσουλίνης για την αντιμετώπιση του ΣΔΚ.
- **Δεν συστήνεται** η χρήση άλλης φαρμακευτικής θεραπείας (μετφορμίνη, γλιβενκλαμίδα), καθώς δεν έχουν λάβει ένδειξη χορήγησης κατά την κύηση.
- **Συστήνεται** η συστηματική σωματική άσκηση, όταν δεν υπάρχει μαιευτική αντένδειξη.

### III. Προγεννητικός έλεγχος εμβρύου

#### III.1 Υπερηχογραφικός έλεγχος

- Κατά το 1<sup>ο</sup> τρίμηνο, **συστήνεται** υπερηχογράφημα (11+0 έως 13+6 εβδομάδα κύησης), όπως σε κάθε άλλη κύηση. Είναι εξαιρετικά σημαντικός ο σωστός προσδιορισμός του κεφαλουραίου μήκους (CRL), προκειμένου να καθορισθεί η ακριβής ηλικία της κύησης και να αποφευχθούν λανθασμένες εκτιμήσεις μακροσωμίας ή επιβράδυνσης της ενδομήτριας αύξησης, αργότερα κατά την κύηση.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.** Ανώτερες επιθυμητές τιμές γλυκόζης κατά την κύηση.

Χρόνος μέτρησης	Τριχοειδικό αίμα (mg/dl)
Γλυκόζη νηστείας	<95
60 - 75 min από την έναρξη του γεύματος	<140

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.** Συνιστώμενη πρόσληψη βάρους κατά την κύηση.

Κατηγορία εγκύου	Δείκτης μάζας σώματος πριν την κύηση (kg/m <sup>2</sup> )	Συνιστώμενη συνολική αύξηση σωματικού βάρους κατά την κύηση (kg)
Μειωμένου σωματικού βάρους	<18,5	12,5 - 18,0
Φυσιολογικού σωματικού βάρους	18,5 - 24,9	11,5 - 16,0
Υπέρβαρες	25,0 - 29,9	7,0 - 11,5
Παχύσαρκες	$\geq 30,0$	5,0 - 9,0

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.** Παράγοντες κινδύνου σε κήσεις επιπλεγμένες με ΣΔΚ.

Παράγοντες κινδύνου σε κήσεις επιπλεγμένες με ΣΔΚ
• Παχυσαρκία
• Προηγούμενος ενδομήτριος εμβρυϊκός θάνατος
• Αρτηριακή υπέρταση
• Εμβρυϊκή μακροσωμία (περίμετρος κοιλίας ή εκτιμώμενο βάρος εμβρύου $\geq 75^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση)
• Επιβράδυνση της ενδομήτριας αύξησης (IUGR) με κοιλιακή περίμετρο ή εκτιμώμενο βάρος εμβρύου $< 10^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση

- Κατά το 2<sup>ο</sup> τρίμηνο, **συστήνεται** το αναλυτικό υπερηχογράφημα ανατομίας, όπως σε κάθε άλλη κήση. Δεν είναι απαραίτητος ο έλεγχος από ειδικό παιδοκαρδιολόγο.
- Κατά το 3<sup>ο</sup> τρίμηνο, **συστήνεται**, σε περιπτώσεις καλής ρύθμισης του ΣΔΚ με *διατροφή και άσκηση και απουσία επιπρόσθετων παραγόντων κινδύνου* [βλέπε παραπάνω πίνακα], υπερηχογραφικός έλεγχος της βιομετρίας του εμβρύου, της ποσότητας του αμνιακού υγρού και του πλακούντα **από την 28<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης** και κάθε τρεις (3) έως τέσσερις (4) εβδομάδες έως τον τοκετό, ώστε να εκτιμηθεί η επίδραση του μητρικού γλυκαιμικού ελέγχου στο ρυθμό ανάπτυξης του εμβρύου και στον όγκο του αμνιακού υγρού.
- Κατά το 3<sup>ο</sup> τρίμηνο, **συστήνεται**, σε περιπτώσεις καλής ρύθμισης του ΣΔΚ με *ινσουλίνη και απουσία επιπλέον παραγόντων κινδύνου* [βλέπε Πίνακα 3], ο υπερηχογραφικός έλεγχος της βιομετρίας του εμβρύου, της ποσότητας του αμνιακού υγρού και του πλακούντα **από την 28<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης** και κάθε δύο (2) έως τρεις (3) εβδομάδες έως τον τοκετό, ώστε να εκτιμηθεί η επίδραση του μητρικού γλυκαιμικού ελέγχου στο ρυθμό ανάπτυξης του εμβρύου και στον όγκο του αμνιακού υγρού.
- Κατά το 3<sup>ο</sup> τρίμηνο, **προτείνεται** η εξατομίκευση της παρακολούθησης ανάλογα με τα ευρήματα, εάν *συνυπάρχουν παράγοντες κινδύνου* [βλέπε Πίνακα 3].
- **Προτείνεται** η υπερηχογραφική εκτίμηση της ανάπτυξης του εμβρύου στις 37+6 έως 38+6 εβδομάδες, προκειμένου να επιβεβαιωθεί ή να αποκλειστεί η περίπτωση μακροσωμίας.
- **Συστήνεται** να προηγηθεί ενημέρωση των γονέων σχετικά με την περιορισμένη ακρίβεια της εκτίμησης του εμβρυϊκού βάρους.
- **Δεν προτείνεται** ο έλεγχος ρουτίνας με ροομετρία Doppler, καθώς ο ΣΔΚ δεν αποτελεί ένδειξη για τη διενέργειά του. Ισχύουν οι γενικές ενδείξεις και **προτείνεται** εξατομίκευση, ανάλογα με τις επιπλοκές της κήσης (π.χ. IUGR).

### III.2 Επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος και NIPT

- **Δεν είναι απαραίτητος** ο επεμβατικός (βιοψία τροφοβλάστης, αμνιοπαρακέντηση) ή μη επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος [ελεύθερο εμβρυϊκό DNA στο μητρικό αίμα (Non-invasive prenatal testing - NIPT)], καθώς ο ΣΔΚ δεν αποτελεί ένδειξη για τη διενέργειά του.

### III.3 Έλεγχος «καλής κατάστασης του εμβρύου» κατά το 3<sup>ο</sup> τρίμηνο κύησης

- **Προτείνεται** το καρδιοτοκογράφημα ηρεμίας (non-stress test - NST), ο προσδιορισμός της ποσότητας του αμνιακού υγρού, το βιοφυσικό προφίλ του εμβρύου (biophysical profile - BPP), η καταγραφή των εμβρυϊκών κινήσεων από τη μητέρα ή συνδυασμός αυτών, για την αξιολόγηση της καλής κατάστασης του εμβρύου κατά το 3<sup>ο</sup> τρίμηνο κύησης, όταν συνυπάρχει ΣΔΚ.
- **Προτείνεται** ο εβδομαδιαίος έλεγχος της καλής κατάστασης του εμβρύου με τις παραπάνω αναφερόμενες μεθόδους, σε εγκύους με ΣΔΚ και καλή ρύθμιση με *διατροφή και*

άσκηση και απουσία επιπρόσθετων παραγόντων κινδύνου, από την 34<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης και εξατομίκευση της συχνότητας παρακολούθησης, ανάλογα με την κατάσταση της εγκύου και του εμβρύου, όποτε αυτό κρίνεται απαραίτητο.

- **Προτείνεται** ο εβδομαδιαίος έλεγχος της καλής κατάστασης του εμβρύου με τις παραπάνω αναφερόμενες μεθόδους, σε εγκύους με ΣΔΚ και καλή ρύθμιση με *ινσουλίνη και απουσία επιπρόσθετων παραγόντων κινδύνου*, από την 32<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης και εξατομίκευση της συχνότητας παρακολούθησης, ανάλογα με την κατάσταση της εγκύου και του εμβρύου, όποτε αυτό κρίνεται απαραίτητο.
- **Συστήνεται** εβδομαδιαίος έλεγχος της καλής κατάστασης του εμβρύου με τις παραπάνω αναφερόμενες μεθόδους **νωρίτερα από την 32<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης**, με εξατομίκευση της συχνότητας παρακολούθησης, ανάλογα με την κατάσταση της εγκύου και του εμβρύου, όποτε αυτό κρίνεται απαραίτητο, σε εγκύους με ΣΔΚ και *μη ικανοποιητική ρύθμιση των συγκεντρώσεων γλυκόζης ή/και επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου* [βλέπε πίνακα 3].

## IV. Αντιμετώπιση πρόωρου τοκετού

### IV.1 Τοκόλυση

- Η χορήγηση τοκολυτικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση του απειλούμενου πρόωρου τοκετού σε εγκύους με ΣΔΚ πρέπει να περιορίζεται στις συνήθεις μαιευτικές ενδείξεις.
- **Συστήνεται** η χρήση ανταγωνιστών υποδοχέων οξυτοκίνης (atosiban) ή αναστολέων διαύλων ασβεστίου (νιφεδιπίνη). **Συστήνεται** να αποφεύγεται η χρήση διεγερτών των β<sub>2</sub>-αδρενεργικών υποδοχέων (ριτοδρίνη, τερβουταλίνη, σαλβουταμόλη), επειδή μπορεί να προκαλέσουν αύξηση της συγκέντρωσης γλυκόζης και απορρύθμιση του ΣΔΚ.

### IV.2 Χορήγηση κορτικοστεροειδών

- Η ύπαρξη ΣΔΚ **δεν αποτελεί** αντένδειξη για τη χορήγηση κορτικοστεροειδών για τη βελτίωση του περιγεννητικού αποτελέσματος (σύμφωνα με τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες και έως τις 34+6 εβδομάδες κύησης).

- **Συστήνεται** στενότερη παρακολούθηση της συγκέντρωσης γλυκόζης και πιθανή αύξηση των μονάδων της χορηγούμενης ινσουλίνης, κατά τη χορήγηση κορτικοστεροειδών.
- **Συστήνεται** η έναρξη θεραπείας με ινσουλίνη, εάν η συγκέντρωση γλυκόζης στο μητρικό αίμα, κατόπιν χορήγησης κορτικοστεροειδών, είναι υψηλή ( $\geq 200$  mg/dl), σε εγκύους με ΣΔΚ ρυθμισμένου με *δίαιτα και άσκηση*.
- **Συστήνεται** η διενέργεια δοκιμασίας ανοχής γλυκόζης, εάν δεν έχει ήδη γίνει, σε περιπτώσεις απειλούμενου πρόωρου τοκετού, όπου πρόκειται να χορηγηθούν κορτικοστεροειδή. Η δοκιμασία ανοχής γλυκόζης πρέπει να διενεργείται είτε πριν την έναρξη της χορήγησης είτε 5 - 7 ημέρες μετά το τέλος της αγωγής και, σε καμία περίπτωση, δεν πρέπει να αποτελεί λόγο για καθυστέρηση στη χορήγηση των κορτικοστεροειδών.

## V. Προγραμματισμός τοκετού

### V.1 Τόπος τοκετού

- **Συστήνεται** ο τοκετός να πραγματοποιείται σε οργανωμένη Μαιευτική Κλινική, όπου θα υπάρχει 24ωρη νεογνολογική κάλυψη, σε ΣΔΚ υπό θεραπεία με *ινσουλίνη*.

### V.2 Χρόνος τοκετού

- **Συστήνεται** αναμονή για αυτόματη έναρξη του τοκετού έως την πιθανή ημερομηνία τοκετού και πρόκληση τοκετού, όπως καθορίζεται από τα εθνικά πρωτόκολλα, μεταξύ 40+0 και 41+0 εβδομάδων κύησης σε γυναίκες με ΣΔΚ και καλή ρύθμιση με *διατροφή και άσκηση, χωρίς επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου* [βλέπε παραπάνω πίνακα]. Η πιθανή ημερομηνία τοκετού καθορίζεται με βάση το CRL του εμβρύου κατά το 1<sup>ο</sup> τρίμηνο της κύησης.
- **Συστήνεται** πρόκληση τοκετού μεταξύ 39+0 και 39+6 εβδομάδων κύησης, με βάση την πιθανή ημερομηνία τοκετού, σε γυναίκες με ΣΔΚ και καλή ρύθμιση με *ινσουλίνη, με επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου* [βλέπε παραπάνω πίνακα]. Η πιθανή ημερομηνία τοκετού καθορίζεται με βάση το CRL του εμβρύου κατά το 1<sup>ο</sup> τρίμηνο της κύησης.

- **Προτείνεται** η εκλεκτική καισαρική τομή σε περιπτώσεις ΣΔΚ και υπερηχογραφικά εκτιμώμενου εμβρυϊκού βάρους  $\geq 4.500$  g (στις 38 - 39 εβδομάδες), με σκοπό τη μείωση της νεογνικής και μητρικής νοσηρότητας, κυρίως εξαιτίας πιθανής δυστοκίας των ώμων. **Συστήνεται** να προηγηθεί ενημέρωση των γονέων σχετικά με την περιορισμένη ακρίβεια της εκτίμησης του εμβρυϊκού βάρους.

## VI. Τοκετός, λοχεία και θηλασμός

### VI.1 Τοκετός

- **Συστήνεται** να ακολουθούνται τα εθνικά πρωτόκολλα που ισχύουν για την παρακολούθηση του εμβρύου, όταν πρόκειται για πρόκληση τοκετού.
- **Δεν συστήνονται** μετρήσεις ρουτίνας για τον έλεγχο των συγκεντρώσεων γλυκόζης αίματος στην επίτοκο, για εγκύους με ΣΔΚ και καλή ρύθμιση με *διατροφή και άσκηση*.
- **Συστήνεται** έλεγχος των συγκεντρώσεων γλυκόζης στην επίτοκο κάθε δύο (2) ώρες καθ' όλη τη διάρκεια του τοκετού, για εγκύους με ΣΔΚ και ρύθμιση με *ινσουλίνη*. Επιθυμητές συγκεντρώσεις γλυκόζης κατά τον τοκετό: 80 - 140 mg/dl.

### VI.2 Λοχεία

- **Δεν συστήνονται** μετρήσεις ρουτίνας για τον έλεγχο των συγκεντρώσεων γλυκόζης αίματος μετά τον τοκετό, σε γυναίκες με ΣΔΚ και καλή ρύθμιση με *δίαιτα και άσκηση*.

- **Συστήνεται** τερματισμός της χορήγησης ινσουλίνης μετά τον τοκετό, σε γυναίκες με ΣΔΚ υπό ινσουλίνη. Κατά την 1<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup> ημέρα μετά τον τοκετό, **συστήνονται** μετρήσεις γλυκόζης νηστείας στο εργαστήριο.
- **Συστήνεται** διεξαγωγή δοκιμασίας ανοχής γλυκόζης, δύο (2) έως τρεις (3) μήνες μετά τον τοκετό σε όλες τις γυναίκες με διάγνωση ΣΔΚ.

### VI.3 Θηλασμός

- **Συστήνεται** και πρέπει να ενθαρρύνεται ο θηλασμός σε γυναίκες με ΣΔΚ, ειδικά όταν συνυπάρχει παχυσαρκία.

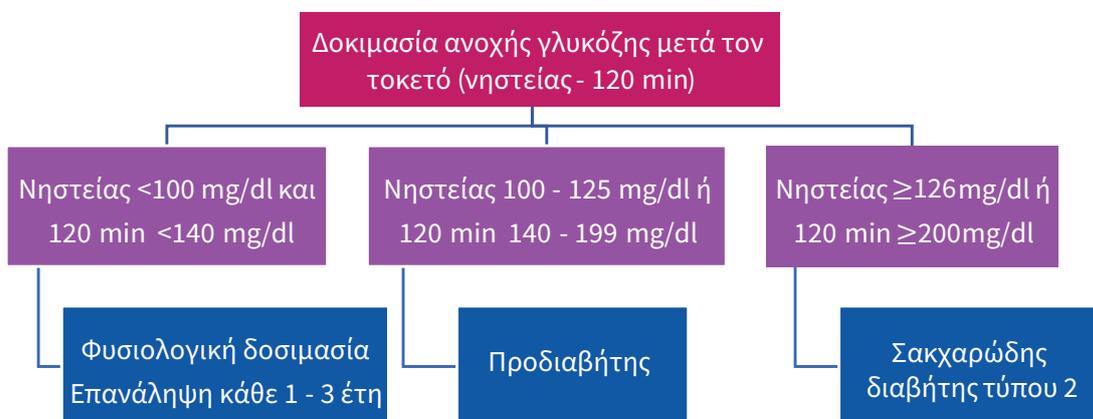
## VII. Μακροχρόνια παρακολούθηση

### VII.1 Παρακολούθηση

- **Συστήνεται** η διενέργεια δοκιμασίας ανοχής γλυκόζης με 75 g γλυκόζης δύο (2) έως τρεις (3) μήνες μετά τον τοκετό, σε γυναίκες με ιστορικό ΣΔΚ. Εάν η δοκιμασία ανοχής γλυκόζης είναι φυσιολογική, επαναλαμβάνεται κάθε 1 - 3 έτη, συνυπολογίζοντας την παρουσία άλλων παραγόντων κινδύνου (βλέπε Σχήμα 2).

### VII.2 Συμβουλευτική

- **Συστήνεται** η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, με διατήρηση του ιδανικού σωματικού βάρους, ισορροπημένη διατροφή και φυσική δραστηριότητα.



**ΣΧΗΜΑ 2.** Μακροχρόνια παρακολούθηση κυήσεων επιπλεγμένων με ΣΔΚ.

### VII.3 Αντισύλληψη

- Δεν συστήνεται η λήψη μακροχρόνιας ορμονικής αντισύλληψης με δισκία προγεσταγόνου.
- Δεν αντενδείκνυται η λήψη χαμηλής δόσης αντισυλληπτικών δισκίων με συνδυασμό οιστρογόνου - προγεσταγόνου, καθώς δεν αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη.
- Δεν αντενδείκνυται η χρήση ενδομητρίου σπειράματος με προγεσταγόνο (Mirena®) ή χαλκό.

### VII.4. Επόμενη κύηση

- Συστήνεται έλεγχος της γλυκόζης πριν από κάθε επόμενη προγραμματισμένη κύηση.

### VIII. Τι αλλάζει από την προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της ΕΜΓΕ

- Δεν υπάρχει προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της ΕΜΓΕ

### IX. Ομάδα σύνταξης

#### Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία – Πανελλήνια Ένωση Ενδοκρινολόγων

##### Ελένη Αναστασίου

Ενδοκρινολόγος, Αθήνα

##### Ευτυχία Κούκκου

Ενδοκρινολόγος, Αθήνα

##### Δημήτριος Γ. Γουλής

Ενδοκρινολόγος, Θεσσαλονίκη

##### Ανάργυρος Κούρτης

Ενδοκρινολόγος, Θεσσαλονίκη

#### Ελληνική Εταιρεία Εμβρυομητρικής Ιατρικής

##### Αγγελική Γερεντέ

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Καβάλα

##### Βασίλειος Παπαδόπουλος

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Πάτρα

##### Γεώργιος Φαρμακίδης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

##### Θεόδωρος Στέφος

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Ιωάννινα

##### Απόστολος Μαμόπουλος

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

#### Ομάδα συντονισμού οδηγιών της ΕΜΓΕ

##### Απόστολος Αθανασιάδης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

##### Θεμιστοκλής Δαγκλής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

##### Παναγιώτης Μπεναρδής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

##### Βασίλειος Περγιαλιώτης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

### X. Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. World Health Organization (WHO): Classification of diabetes mellitus (2019).
2. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO): Initiative on gestational diabetes mellitus – A pragmatic guide for diagnosis, management, and care (2015).
3. American Diabetes Association (ADA) and Endocrine Society (ES): Consensus statement on hypoglycemia and diabetes (2013).
4. ES: Clinical practice guideline on diabetes and pregnancy (2013).
5. WHO: Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy (2013).
6. International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG): The hyperglycemia and adverse pregnancy outcome (HAPO) study – Paving the way for new diagnostic criteria for gestational diabetes mellitus (2010).
7. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC): Clinical practice guideline on diabetes in pregnancy (2019)
8. American Diabetes Association (ADA): Standards of medical care in diabetes (2019).
9. Academy of Nutrition and Dietetics (AND): Gestational diabetes evidence-based nutrition practice guideline (2018).
10. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): Practice bulletin on gestational diabetes mellitus, interim update (2018).
11. ACOG: Practice bulletin on pregestational diabetes mellitus (2018).
12. American Association of Clinical Endocrinologists (AACE)/American College of Endocrinology (ACE): Clinical practice guidelines for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan (2015).
13. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Clinical guideline for antenatal care for uncomplicated pregnancies (2008, updated 2019).

14. Diabetes UK: Position statements for managing hyperglycaemia during antenatal steroid administration, labour and birth in pregnant women with diabetes (2018).
15. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG): Diagnosis of gestational diabetes mellitus (GDM) (2017).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που αναρτώνται στην επίσημη ιστοσελίδα της Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας, βασίζονται σε αντίστοιχες οδηγίες/κείμενα Μαιευτικών και Γυναικολογικών Εταιρειών του εξωτερικού προσαρμοσμένες στην Ελληνική πραγματικότητα και για τη σύνταξή τους χρησιμοποιούνται έγκυρες βιβλιογραφικές αναφορές.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες ανεξαιρέτως τις περιπτώσεις και δεν έχουν σκοπό να υποκαταστήσουν την κλινική κρίση του θεράποντος γιατρού. Η περίπτωση κάθε ασθενούς είναι ξεχωριστή και ο γιατρός οφείλει να προσαρμόσει την επιστημονική γνώση στις ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου περιστατικού.

Η παρούσα οδηγία συντάχθηκε από ομάδα γιατρών, ειδικών στην εμβρυομητρική ιατρική και ενδοκρινολογία, υπό την αιγίδα της Ελληνικής Εταιρείας Εμβρυομητρικής Ιατρικής και της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας – Πανελληνίας Ένωσης Ενδοκρινολόγων.