



Dr. Etleva GJOSHE
Endokrinologe
Spitali Amerikan 1 - Tiranë

Diabeti gestacional (DG) përkufizohet si intolerancë ndaj glukozës me fillim ose me diagnostikim përherë të parë gjatë shtatzanisë. Megjithatë duke parë se ky përkufizim mund të përfshijë në mënyrë të gabuar dhe femrat me intolerancë ndaj glukozës apo diabet të shfaqur para shtatzanisë por të diagnostikuar me rastin e shtatzanisë, ka ende diskutime që ky përkufizim të përfshijë femrat me një glicemi të rastit mbi 200mg/dl ose HbA1c \geq 6.5% para javës së 20 të shtatzanisë dhe ato të konsiderohen me diabet paraegzistues. Prevalenca e DG është 3-14% dhe është më e lartë në grupet etnike me prevalencë të lartë të diabetit tip II. DG shkaktohet nga çrregullime në të paktën 3 aspekte të metabolizmit: rezistenca ndaj insulinës, sekretim i pamjaftueshëm i insulinës dhe prodhim i shtuar i glukozës hepatike. Zakonisht rezistenca ndaj insulinës gjatë shtatzanisë është e kompensuar nga një rritje e ndjeshme e sekretimit të insulinës, por në 3-14% të rasteve kjo rezistencë është më e theksuar dhe bashkë me rezervat e ulta të qelizave beta pankreatike sjellin diabetin.

Megjithëse diabeti zakonisht mënjanohet pas shtatzanisë, 30-50% e grave të diagnostikuara me DG mund të kenë diabet mellitus tip 2 më vonë gjatë jetës, sidomos nëse shoqërohet edhe me obezitet. DG paraqet shumë karakteristika të diabetit tip 2. Të dyja përqendrohen nga shtimi në peshë dhe me kalimin e moshës, duke sygjyer se mekanizmat të cilat çojnë në zhvillimin e DG mund të jenë të njëjtat me diabetin tip II. Kështu, DG mund të jetë një demaskim i predispozitës gjenetike për diabet tip II i induktuar nga ndryshimet hormonale të shtatzanisë.

ÇRREGULLIMET MË TË ZAKONSHME METABOLIKE TË FOSHNJËS SË SAPOLINDUR NGA NËNAT ME DIABET GESTACIONAL JANË:

- **Hiperglicemia** – glicemi e shtuar
- **Hiperkalçemia** – kalcium i lartë
- **Hiperbilirubinemia** – bilirubinë e lartë
- **Policitemia neonatale** – numër i lartë i qelizave të gjakut

Si pasoja afatgjata të DG për pasardhësin raportohen rreziku për obezitet në adoleshencë dhe diabeti tip II në rini.

E shtuna Vital

nga  Spitali Amerikan
Tiranë

DIABETI GESTACIONAL

Shumë gra, zakonisht rreth javës së 28 të shtatzanisë, përballen me një fenomen të panjohur më parë për to: diabetin gestacional. Një diagnozë e tillë nuk do të thotë se ka patur një diabet të fshehtë para shtatzanisë apo se do të ketë detyrimisht një diabet të vazhdueshëm edhe pas saj. Por është e rëndësishme të dihen shkaqet e pasojat dhe të bëhen gjithë kontrollet e nevojshme në mënyrë që pas lindjes nëna dhe bebi të jenë të dy të shëndetshëm.

RREZIQET PËR NËNËN ME DG

Rreziqet e menjëhershme të nënës me DG janë: incidencë e lartë e lindjes me çezarian ~30%, preeklampsi ose e thënë ndryshe hipertension në vlerat ~20-30%, dhe polihidramnios ose likid i shtuar rreth fetusit në ~20%, të cilat mund të çojnë në lindje të parakohshme.

Rreziqet e zgjatura në kohë lidhen me rishfaqjen e DG në shtatzëni të ardhshme dhe rrezikun për të shfaqur diabet mellitus tip II. Femrat me DG përbëjnë një grup pacientësh me rrezik tepër të lartë (~50%) për të zhvilluar diabet mellitus tip II në 5-10 vitet e ardhshme. Femrat me hiperglicemi esëll apo DG të diagnostikuar para 24 javëve, me obezitet, ose që paraqesin intolerancë ndaj glukozës 6 javë pas lindjes, kanë rrezikun më të lartë. Femrat me intolerancë ndaj glukozës, pas lindjes, kanë 80% rrezik për të shfaqur diabet mellitus tip II brenda 5 viteve dhe duhet të planifikohen për parandalim.

RREZIQET PËR FËMIJËN NGA DG

Makrosomia ose lindja e fëmijës më peshë mbi 4 kg është rreziku madhor i fetusit për gratë me DG, siç ndodh dhe në femrat me diabet tip 1 dhe tip II pa insuficiencë placentare. Diabeti në shtatzëni shoqërohet me dërgesë të lartë të glukozës dhe aminoacideve drejt fetusit nëpërmjet qarkullimit amëtar (të nënës). Këto mund të stimulojnë prodhim të shtuar të insulinës fetale e cila nxit rritjen e bebes. Obeziteti amëtar duket të jetë një faktor rreziku i pavarur për makrosominë për faktin se disa nëna dhe pse duket se kanë një kontroll të mirë metabolik përsëri linden fëmijë makrosomë. Kohët e fundit, niveli i triglicerideve është lidhur ngushtë me rritjen e fetusit së tepërmi, gjë që mbështet se dhe të tjerë përbërës siç janë trigliceridet dhe acidet e lira yndyrore luajnë një rol të rëndësishëm në shtimin e peshës së fetusit.

Me përparimin e egzaminimit dhe mjekimit e rreptë të Diabetit Gestacional, incidenca e ndërlikimeve të sapolindurit varion në 12-28%. Makrosomia e vendos nënën bërballë një rreziku të lartë për lindje me çezarian dhe foshnjën për distoci (spostim) të shpatullës e cila mund të japë frakturë të klavikulës. Lindja e parakohshme mund të ndodhë si rezultat i likidit të shtuar nga glukozja fetale e mbifiltruar përmes veshkave. Në nënat me kontroll jo të mirë të glicemive mund të ndodhë deri në 31% të foshnjave sindromi i detresës respiratore ndërsa në 35-40% të foshnjave mund të shihet hipertrofi septale kardiace. Në rastet me ndjekje keq të diabetit ka gjithashtu rrezik për vdekje të fetusit si pasojë e acidemisë fetale dhe hipoksisë.

SI MUND TA DIAGNOSTIKOJË DIABETIN GESTACIONAL NJË GRUA SHTATZANË?

Për grupin e femrave me rrezik të ulët

Matet glicemi esëll në javën 24-28 të shtatzanisë

Për grupin e femrave me rrezik të mesëm

Në javën 24-28 u nënshtrohen testit të tolerancës ndaj glukozës.

Për grupin e femrave me rrezik të lartë

Pasi u nënshtrohen testit të glicemisë esëll në të cilat vlerat glicemi esëll > 126 mg/dl ose glicemi e rastësishme > 200 mg/dl konfirmon diabetin gestacional, u nënshtrohen menjëherë testeve të tolerancës ndaj glukozës.

TRAJTIMI

Rekomandimet për sasinë e kalorive ditore dhe shtimit në peshë përputhen me ato që u rekomandohen femrave me obezitet ose diabet tip 2. Për femrat me obezitet, ulja me 30% e kalorive - afërsisht 1800 kalori/ditë - përmirëson nivelet e glicemisë dhe të triglicerideve.

■ Aktiviteti fizik

Aktiviteti fizik në nivel të moderuar tolerohet mirë dhe në shumë studime në nënat me diabet gestacional është parë ulje e nivelit të glicemisë. Ka mundësi që aktiviteti fizik të parandalojë kalimin nga dieta vetëm në trajtim me insulinë në femrat me DG. Kryerja e këtij aktiviteti pas ushqimit, në formën e një ecjeje me pak ritëm të shtuar në disa femra mund të jetë i mjaftueshëm për të shmangur mjekimin.

■ Mjekimi

Femrat shtatzëna me glicemi esëll >95 mg/dl, nivel glicemie 1 orë pas ushqimit >140mg/dl ose 2 orë pas ushqimit >120 mg/dl duhet të fillojnë patjetër mjekimin. Në 5 studime të ndryshme është vërtetuar se nëse fillohet terapia me insulinë në femrat me DG të cilat kanë vlera glicemike në limitet e pranueshme, shpeshësia e fetuseve mbi peshë mund të ulët. Skemat e mjekimit me insulinë janë të personalizuar sipas mënyrës së përgjigjes së pacientes ndaj dietës dhe insulinës. Hipoglicemitë e rënda janë të rralla në DG për shkak të rezistencës ndaj insulinës që ato paraqesin.

■ Dieta

Femrat me DG duhet të instruktohen të monitorojnë nivelin e glicemisë për tu siguruar se vlerat gjatë shtatzanisë janë në normë. Terapia më e mirë varet tërësisht nga sa e theksuar është intoleranca ndaj glukozës dhe nga mënyra si përgjigjet nëna. Në pothuaj gjysmën e rasteve,



dieta arrin të sigurojë një nivel glicemie esëll dhe pas buke në vlerat e rekomanduara. Duke qenë se niveli i glicemisë pas ushqimit është i lidhur ngushtë me makrosominë, një kufizim modest i karbohidrateve në 45% të kalorive totale mund të ndihmojë në përmirësimin e këtyre vlerave. Por nuk duhen zëvendësuar këto me yndyrëra të cilat mund të shoqërohen gjithashtu me efekte anësore për fetusin. Për këtë arsye, rekomandohet të konsumohen të paktën 175 gr karbohidrate, të rritet konsumi i fibrave dhe proteinave dhe të shmangen yndyrnat e ngopura.

NUK MBARON ME LINDJEN...

Femrat me DG duhet të rivlerësojnë nivelin e glicemisë 6 javë pas lindjes. Rekomandohet një program për rënien në peshë nëpërmjet dietës dhe aktivitetit fizik për të përmirësuar ndjeshmërinë ndaj insulinës. Nënat që ushqejnë me gji kanë një incidencë më të ulët për të zhvilluar diabet të tipit 2 dhe gjithashtu rrezik më të ulët për obezitet të foshnjës madje edhe në adoleshencë. Sasia e kalçiumit në këta fëmijë duhet të jetë të paktën 1.5 gr/ditë sepse ushqimi vetëm me gji për një periudhë të gjatë mund të shkaktojë humbje të lehtë të dendësisë kockore.



Spitali Amerikan

TIRANË / LAPRAKË
TIRANË / RR. DIBRËS
FIER
DURRËS

+355 42 35 75 35
+355 42 36 66 63
+355 34 23 21 23
+355 52 22 23 33

URGJENCË

