



Република Македонија
Влада на Република Македонија

ПРОЕКТ

**ЗА РЕФОРМИ ВО БОЛНИЧКАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА
(ДСГ) ДИЈАГНОСТИЧКО СРОДНИ ГРУПИ**

ПРИРАЧНИК

(Упатство за ДСГ)

**Ендокринологија, Метаболизам и
Исхрана**

ЗАБОЛУВАЊА НА ЕНДОКРИН СИСТЕМ, МЕТАБОЛИЧНИ ЗАБОЛУВАЊА И ЗАБОЛУВАЊА ПОВРЗАНИ СО ИСХРАНАТА

0401 ДИЈАБЕТЕС МЕЛИТУС И ОСЛАБЕНА РЕГУЛАЦИЈА НА ГЛИКОЗА

ОСЛАБЕНА РЕГУЛАЦИЈА НА ГЛИКОЗА (IGR)

Намалената толеранција на гликоза (IGT) и намалената гликемија при постеење (IFG) се однесуваат на ненормални метаболични состојби кои се преодни помеѓу нормална гликозна хомеостаза и дијабетес и кои може да останат статични или (поретко) да се вратат на нормално ниво. Освен зголемената веројатност за прогресија на дијабетесот, пациентите со IGR (особено IGT) се исто толку склони кон големи кардиоваскуларни компликации како и оние со дијабетес.

IGT се дефинира како ниво на гликоза во венска плазма при постеење под 6,9 mmol/L со ниво на гликоза во венска плазма 2 часа по гликоза од 7,8-11,0 mmol/L, додека IFG се дефинира како ниво на гликоза во венска плазма помеѓу 6,1 – 6,9 mmol/L.

ДИЈАБЕТЕС МЕЛИТУС

Ревидираната класификацијата на дијабетес мелитус (1999 година) на Светската здравствена организација (СЗО) (1999 година) се обидува да го категоризира дијабетесот според етиологијата и/или патогенезата. Во оваа ревидирана класификација, третманот со инсулинска терапија не го утврдува видот на дијабетесот и не се смета за дефакто доказ за инсулинска зависност

Секоја форма на дијабетес има посебни карактеристики кои имаат импликации за негата на пациентите.

- **Дијабетес од тип 1**
претходно познат како инсулински зависен дијабетес мелитус (IDDM)
- **Дијабетес од тип 2**
претходно познат како инсулински независен дијабетес мелитус (NIDDM)
- **Други означени форми на дијабетес**
(вклучува дијабетес како последица на други заболувања)
- **Гестациски дијабетес**
Оваа категорија е ограничена на жени кај кои е утврдено постоење на ниво на нетолеранција на јаглехидрати (гликоза) за време или по 24-та недела од бременоста

Оваа класификација вклучува заболувања (често пати именувани како 'komplикации' кои настануваат заедно со дијабетес мелитус или IGR. Овие заболувања може, меѓутоа и не мора, да се директна последица на метаболично нарушување. Сепак, присуството на причинско последичен однос не влијае врз доделувањето на кодовите.

Општите принципи на класификација кај дијабетес мелитус се:

- * Освен кодовите за ослабената регулација на гликоза и дијабетес од E09-E14, се доделуваат и кодови од други поглавја ако има потреба, за целосно да се опише клиничката дијагноза. Овие дополнителни кодови треба да се стават во редоследот ПО кодовите од категоријата E0-E14.
- * Само заболувања кои се индексирани под 'дијабетес, дијабетични' може да се класифицираат според категориите E10-E14 кои опфаќаат компликации.
- * СИТЕ тековни компликации на дијабетес треба да се кодираат на начин кој соодветно ќе ја одрази сериозноста на секој од случаите на дијабетес. За оваа цел можеби ќе биде потребно да се доделуваат повеќе кодови.
- * Во случај кога формата на дијабетес не е означена, особено во пациенти помлади од 40 годишна возраст, треба да се побараат дополнителни објаснувања од клиничкиот лекар пред да се додели код од категоријата E14.- *Неозначен дијабетес мелитус.*

Дијабетес од тип 1

Дијабетесот од тип 1 се карактеризира со автоимунa деструкција на клетките кои произведуваат инсулин што доведува до недостаток на инсулин и обично до целосно или скоро целосно отсуство на производство на инсулин. Претставува најчеста форма на дијабетес која настанува пред 30-тата година, меѓутоа може да настане и на било која друга возраст. Навистина, најголемиот број на пациенти со дијабетес од Тип 1 во заедницата се постари од 40 години. Помал број на пациенти (исто така познати како пациенти со 'дијабетес Тип 1б') немаат значително ниво на карактеристични авто-антитела. Бидејќи дијабетесот од Тип 2 сочинува повеќе од 85% од сите случаи на дијабетес, Типот 1 кај постари пациенти е помалку застапен.

КЛАСИФИКАЦИЈА

Во случај кога неквалификувана 'обесност' (E66.-), хипертензија (I10) или нарушувања на мастите (E78.-) ќе биде документирана со дијабетес мелитус од Тип 1, се доделува соодветен код за дијабетес заедно со овие кодови како дополнителни дијагнози.

Мал, но значителен број на постари пациенти развиваат дијабетес Тип 1 побавно отколку што е тоа обично случај кај помлади лица и имаат карактеристики на авто-антитела. Оваа група најчесто се нарекува латентен автоимун дијабетес кај возрасни (LADA) **или, поретко, дијабетес Тип 1,5.**

КЛАСИФИКАЦИЈА

За клиничка дијагноза за дијабетес Тип 1,5 со позитивни авто-антитела (GAD/IA2) треба да се додели код од категоријата E10.- *Дијабетес мелитус Тип 1*, а доколку нема позитивни авто – антитела, треба да се додели код E14.- *Неозначен дијабетес мелитус.*

Пациенти со дијабетес Тип 1 се склони кон кетоза и за да преживеат потребна им е инсулинска терапија.

'Меден месец'

Непосредно по дијагнозата, пациентите со дијабетес од Тип 1 може да поминат низ променлив (често пати краток) период кога потребите за инсулински третман за постигнување на прифатливо ниво на шеќер во крвта значително опаѓаат. Навистина, во одредени случаи, може воопшто да нема потреба од инсулинска терапија; оваа привремена фаза на ремисија често пати се нарекува 'меден месец', но тоа не ја поништува класификацијата на дијабетесот кај таквите пациенти како дијабетес од Тип 1.

Дијабетес од Тип 2

Дијабетес од Тип 2 е хетероген синдром кој е резултат на различни придонеси од резистентност кон инсулин и неуредна секреција на инсулин. Особено е превалентен во одредени етнички групи во Австралија, имено

- Австралиски Абориџини и жители на островите во "Torres Strait"
- Жителите на островите во тихиот океан и индискиот океан
- Луѓе од Азија, индискиот потконтинент и блискиот исток.

Кај овие групи на население, дијабетесот од Тип 1 е релативно редок односно невообичаен во споредба со белото население.

Возраста на која обично се појавува типичниот дијабетес од Тип 2 се намалува, најверојатно како резултат од се поголемата преваленца на лица со прекумерна тежина и обесни лица, иако мал број на заболени деца и адолесценти се со нормална тежина. Лицата со дијабетес од Тип 2 во овие групи со помала возраст се разликуваат од MODY (видете) бидејќи тие се обично инсулин резистентни и кај

нив отсуствуваат одредените генетски недостатоци кои се идентификуваат кај случаите на MODY. Се предвидува дека, поради оваа се поголема инциденца и преваленца, бројот на пациентите со дијабетес од Тип 2 во овие возрастни групи може, во скоро време, да стане поголем од бројот на лица со дијабетес од Тип 1.

Други конкретни форми на дијабетес (вклучувајќи дијабетес како последица на други заболувања)

Тука се вклучуваат:

- Генетски недостатоци на функцијата на бета-клетки
- Генетски недостатоци на инсулинска активност
- Панкреатично егзокрино заболување
- Инфекции
- Ендокринопатии
- Дијабетес индуциран со лекови или индуциран со хемикалии
- Имунолошки заболувања
- Други генетски синдроми кои понекогаш се поврзуваат со дијабетес

КЛАСИФИКАЦИЈА

Кога се документирани други означени форми на дијабетес, се доделува код E13.- *Други означени видови на дијабетес мелитус* и исто така се доделува соодветниот код за основното заболување или придружниот генетски синдром.

Кога е како последица на друго основно заболување или придружен генетски синдром, документираниот IGR треба да добие код E09.- *Ослабена регулација на гликоза* како и соодветен дополнителен код кој треба да се додели за основното заболување или придружниот генетски синдром.

Генетски недостатоци

Оваа група на заболувања вклучува ретки недостатоци на функциите на бета-клетки кои влијаат на излучувањето на инсулин и слични ретки заболување кои се карактеризираат со дисфункција на рецепторите на инсулин што влијае на инсулинската активност кое доведува до резистентност на инсулин.

Дијабетес кај младите кој настапува во зрела возраст (MODY) е ограничен на случаи со одредени означени моногенски дефекти на функцијата на бета клетки што предизвикува намалено излучување на инсулин со минимална или никаква резистентност на инсулин, т.е. во основа нормална инсулинска активност.

Панкреатично егзокрино заболување

Многу форми на панкреатично егзокрино заболување може да доведат до дијабетес или IGR. Тука се вклучува хируршко отстранување на панкреатично ткиво, неоплазија (панкреатичен аденокарцином), траума, акутен и хроничен панкреатит, фиброкалкулозна панкреатопатија, заболување на панкреасот поради протеински недостаток, хемохроматоза, цистична фиброза, бета – таласемија мајор и цистиноза.

КЛАСИФИКАЦИЈА

Во случај кога тотална или делумна панкреатектомија ќе предизвика дијабетес или IGR, на таквиот дијабетес или IGR треба да му се додели код E89.1 *Постпроцедурална хипоинсулинемија*, а не E13 или E09, само за епизодата на неа во текот на која е извршена операцијата. Потоа, пациентите примени од причини кои се различни од посоперативна секвела треба да бидат кодирани според E13 или E09 како што е соодветно.

За време на епизодите на акутен панкреатит кај пациенти со или без документиран хроничен панкреатит, може да се смета дека за преживување е потребна инсулинска терапија. По разрешувањето на акутната фаза на болеста, таквата инсулинска терапија може да не биде потребна. Ова не влијае на класификацијата на дијабетесот според E13.

Инфекции

Дијабетесот може да биде предизвикан од вируси кои директно ги уништуваат панкреатичните гроздови или индуцираат автоимун механизми кои неповратно ги оштетуваат гроздовите. Овие вируси вклучуваат ентеровируси (Сохсакские В, особено В4), рубела (особено вордена или интраутерна инфекција), ротавирус, цитомегаловирус (CMV), итн., и карактеристично предизвикуваат дијабетес за које потребна инсулинска терапија за преживување.

Забелешка: За време на стрес поради голем број на инфекции може да се појави хипергликемија, но доколку е минлива, не мора да значи дека претставува одраз на дијабетес (видете АСК 0403 *Хипергликемија*, 4).

Ендокринопатии

Дијабетес или IGR поврзан со инсулинска резистентност често пати се развива односно се нагласува кај заболувањето на Cushing, акромегалија, синдром на Conn, глукагонома, соматостатинома, вишок на тироидни хормони, на пример: хипертириозам, стекната феохромоктомија, синдроми MEN 2a и 2b андрогена хиперсекреција на овариумите и полицистичен синдром на овариумите (PCOS). По

третманот на некои од овие заболувања може да се поврати нормалната гликозна хомеостаза.

Предизвикан од лекови или предизвикан од хемикалии

Дијабетесот или IGR може да биде предизвикан или нагласен од страна на низа вообичаено употребувани лекови вклучувајќи кортикостероиди, естрогени, тироксини (тироидни хормони), тијазидни диуретици, алфа-адренорецептор агонисти, фенитоин (Дилантин), никотинска киселина и бета-адренорецептор агонисти. Нормалната гликозна хомеостаза може да биде повратена по прекинувањето со земање на лекот.

Некои лекови вклучувајќи диазоксид, соматостатис, циклоспорин, интерферон-алфа и пентамидин, како и одредени хемикалии, на пример Вакор (родентицид), типично предизвикуваат постојан дијабетес преку директни токсични ефекти на гроздовите за кои е потребна инсулинска терапија до крајот на животот за преживување.

КЛАСИФИКАЦИЈА

Кога дијабетесот или IGR е предизвикан од лекови се доделува соодветниот код од категоријата E13.- или E09.- како и дополнителен код за надворешна причина (Поглавје 20) за да се идентификува лекот односно хемикалијата.

Доколку дијабетесот или IGR опстојува по успешната ерадикација на ендокриномиопатија односно престанување со земање на лекови од горенаведените категории, се доделува код од категориите E09, E10, E13, или E14 како што е соодветно, заедно со Z86.3 *Лична анамнеза на ендокрини, нутритивни и метаболични болести.*

Имунолошки болести

Дијабетес, често пати со карактеристични авто-антитела кои обично се идентификуваат кај дијабетес од Тип 1, може да биде поврзан со низа имунолошки заболувања, на пример: стомачно заболување, Addison-ова болест, автоимуна тироидна болест (миксодем поради Hashimoto-ов тироидит или тиреотоксикоза поради Graves-ова болест), повеќежлездени автоимуни синдроми 1 и 2, ревматоиден артритис и синдром на вкочанетост, и во најголем број случаи, има потреба од инсулинска терапија

Генетски синдроми

Бројните генетски заболувања со конкретно идентификувани генетски дефекти поврзани со дијабетес или IGR се ретки. Дијабетесот може да се забележи во рана фаза, на пример Turner-ов синдром, Down-ов синдром, Alström – ов синдром, Lawrence-

Moore-Biedl синдром, Werner-ов синдром, Prader – Willi синдром и прогресивна конусна дистрофија.

Одредени конкретни заболувања почесто се поврзуваат со IGR отколку со дијабетес. Помеѓу нив спаѓаат и одредени генетски синдроми и ендокринопатии вклучувајќи го Turner-ов синдром, Down-ов синдром, Klinefelter-ов синдром, синдроми MEN 2a и 2b, синдром на Cockayne, Prader – Willi синдром, ахронропластика, и наследен феохромоцитом

КЛАСИФИКАЦИЈА

Во Prader – Willi синдром (Q87.14), обесноста, поради огромната хиперфагија, претставува неизбежна карактеристика која не треба посебно да се кодира.

Инсулинска терапија

Инсулинската терапија за контрола на дијабетес од Тип 2 и други специфични форми на дијабетес за кои обично нема потреба од инсулин за преживување, е крајно вообичаена во Австралиските болници каде вакви пациенти се примаат од други причини, на пример болест која не мора да биде поврзана со дијабетес, траума или за хируршки или други процедури. Освен тоа, во Австралиската клиничка пракса, над 30% од пациентите со дијабетес Тип 2 се раководени само со инсулинска терапија или терапија во комбинација со лекови за хипогликемија.

КЛАСИФИКАЦИЈА

За пациенти со дијабетес на кои им е доделен код од E11, E13, или E14 но не E10 или O24, кои добиваат инсулинска терапија, се доделува дополнителен код Z92.22 *Лична анамнеза на долгорочна (тековна) употреба на други лекови, инсулин.*

Инсулинска терапија при бременост

Инсулинската терапија обично се користи за адекватна контрола на сите видови на дијабетес при бременост (претходен и гестациски). Користењето на лекови за хипогликемија во текот на бременоста може да биде оправдано од страна на специјалист во одредени околности.

КЛАСИФИКАЦИЈА

На кодовите O24.1 – O24.9 се додава и петти знак за да се укаже дали пациентот е третиран без инсулин (.1), третиран со инсулин (.2) или неодредено (.9)

Метаболичен синдром / синдром на инсулинска резистентност

Најголем дел од пациентите со IGR (особено IGT), дијабетес Тип 2 како и многу конкретни форми на дијабетес се со преголема тежина или обесни и хипертензијата и хиперлипидемијата (поточно дислипидемија) се многу почесто групирани заедно кај овие пациенти отколку кај општото население. Овие заболувања, кои се поврзани со инсулинска резистентност и/или хиперинсулинизам, во комбинација, придонесуваат за појава на макроваскуларно заболување и оттука за голем ризик од кардиоваскуларни заболувања. Присуството на оваа групација се означува со низа поими вклучувајќи 'метаболичен синдром', 'синдром на инсулинска резистентност' или 'синдром X'.

Опишани се и други компоненти на таканаречениот 'метаболички синдром' (на пример: хиперурикемија, коагулациски заболувања, итн.) но тие не се сметаат за потребни за категоризацијата на овој синдром.

Висцерално таложеење на масно ткиво / обесност / прекумерна тежина

Интраабдоминалните висцерални масни наслаги забележани во текот на абдоминална операција или се потврдени со снимања (на пример: КТ, MRI или DEXA скан) се особено важни за предизвикувањето на инсулинска резистентност поврзана со дијабетес или IGR и често пати се поврзуваат со обесност што обично централно (абдоминално) се дистрибуира.

Кај возрасни, се препорачува BMI или мерење на обемот на струкот, како клиничка мерка за прекумерна тежина или обесност.

Следниве опсези на BMI важат за лица кои се белци и возрасни (> 18 години) и не важат за лица од друга етничка припадност.

Класификацијата на СЗО за 'прекумерна тежина' и 'обесност' е како што следи:

- Прекумерна тежина (обесност од 1 степен) се дефинира како BMI од 25 – 29,9 кг/м²
- Обесност (степен 2) се дефинира како BMI од 30 – 39,9 кг/м²
- 'Морбидна обесност' (степен 3) се дефинира како BMI > 40 кг/м²

BMI не претставува секогаш точен показател на масните наслаги во телото или дистрибуцијата на масното ткиво, особено во мускулести лица (на пример: атлети) или кај постари лица.

Обемот на струкот е валидна мерка за маса на масно ткиво абдоминалната регија. Кај лица со BMI < 35, обемот на струкот помеѓу 80 цм – 87,9 цм за жени и помеѓу 94 цм – 101,9 цм за мажи, се смета за прекумерна тежина. Обемот на струк > 88 цм за жени и >102 цм за мажи се смета за обесност.

Во пракса, ненормалната и прекумерната распределба на масно ткиво може исто така да се измери со односот помеѓу струк и колк (WHR) со тоа што ненормално ниво е WHR > 0,90 за мажи и >0,85 за жени.

Хипертензија

Хипертензија се дефинира како фиксен крвен притисок пред третман од 140/90 мм Hg.

Дислипидемија

Карактеристиките на нетретирана дислипидемија, која се јавува поради инсулинска резистентност се зголемени триглицериди при гладување (≥ 1.7 mmol/L) и намалено ниво на ХДЛ - холестерол ($\leq 0,9$ mmol/L за мажи, $\leq 1,0$ mmol/L за жени).

Некои пациенти со дијабетес или IGR можеби имаат документирани и липидни абнормалности пред третман кои не се карактеристични за инсулинска резистентност, вклучувајќи неквалификувана 'хиперхолестеролемија'.

Неалкохолни масни инфилтрации или наслаги на црниот дроб

Ова заболување се состои од широк спектар на оштетување на црниот дроб почнувајќи од едноставна стетоза до стетохепатит (NASH - неалкохолен стетохепатит), фиброза и цироза. Се потврдува преку техники на визуелизација и/или карактеристични промени при биопсија на црн дроб. Ова заболување се смета дека има голема поврзаност со инсулинска резистентност.

Acanthosis nigricans

Acanthosis nigricans претсатвува кожно заболување кое обично се поврзува со состојби на инсулинска резистентност (особено вродена) а не со дијабетес од Тип 1.

КЛАСИФИКАЦИЈА

E11.72, E12.72, E14.72 *Дијабетес мелитус со карактеристики на инсулинска резистенција или E09.1 Ослабена регулација на гликоза со карактеристики на инсулинска резистенција, како што е соодветно, треба да се доделат во случај кога се документирани една или повеќе од следниве работи:

- Acanthosis nigricans
- Карактеристична дислипидемија (зголемено ниво на триглицериди при гладување и намалено ниво на ХДЛ-холестерол)
- Хиперинсулинизам
- Хипертензија
- Зголемени интраабдоменално висцерално таложење на масно ткиво
- 'инсулинска резистентност'
- Неалкохолан масен (промени во) црн дроб
- Обесност – само кога овие критериуми се документирани за белци и возрасни лица (> 18 години):

$$\text{BMI} > 30/\text{kg}/\text{m}^2$$

СО

Обем на струк > 102 цм за мажи за BMI 30-35

> 88 цм за жени за BMI 30-35

ИЛИ

WHR > 0,90 мажи

> 0,85 жени

Дополнителни дијагностички кодови треба да се доделат за acanthosis nigricans, дислипидемија, хипертензија, хиперинсулинизам, неалкохолан масен (промена во) црн дроб или обесност, како што е соодветно

Забелешка: Кога неквалификувана 'обесност' (E66.-) или друго липидно нарушување (E78.-), кое не е карактеристично за инсулинска резистентност (како што е дефинирано погоре) е документирана заедно со дијабетес мелитус или IGR и ниеден од горенаведените критериуми не е задоволен, се доделува соодветен код за дијабетес или IGR со овие услови како дополнителни дијагнози.

Забелешка: Во моментот не постои еден единствен конкретен код за метаболичен синдром / синдром на инсулинска резистентност без дијабетес или IGR; во оваа ситуација, секој од документираните заболувања (на пример: карактеристична дислипидемија, масен црн дроб, итн.) треба посебно да се кодираат.

Дијабетес мелитус како компликација на бременост

Дијабетес мелитус скоро секогаш го усложнува управувањето со бременоста бидејќи бремената состојба може да го дестабилизира дијабетесот и може да биде главна причина за хоспитализација.

КЛАСИФИКАЦИЈА

Дијабетес мелитус или IGR кој предизвикува компликации на бременоста се класифицира во категоријата O24 *Дијабетес мелитус при бременост*.

O24.0 *Претходно постоечки дијабетес мелитус, Тип 1, при бременост*

O24.1- *Претходно постоечки дијабетес мелитус, Тип 2, при бременост*

O24.2- *Претходно постоечки дијабетес мелитус, друг означен тип, при бременост*

O24.3- *Претходно постоечки дијабетес мелитус, неозначен, при бременост*

O24.5- *Претходно постоечка намалена регулација на гликоза, при бременост*

Овие кодови треба да се доделат на жени дијагностицирани со дијабетес или IGR кој **и претходи на бременоста**

Во случај кога е присутен претходно постоечки дијабетес со компликации во текот на бременоста, се доделува соодветен дополнителен код од E09-E14.

Гестациски дијабетес мелитус (GDM)

За бременоста, СЗО врши категоризација на било кој степен на нетолерантност на гликоза при уредно изведен тест за толерантност на гликоза, како дијабетес и не прави разлика помеѓу дијабетес и IGR.

GDM дефиниран во или по 24-тата недела на бременоста не може да се разликува од намалена толерантност на гликоза или дијабетес од Тип 2 кој е дијагностициран по прв пат во тој момент. Дури и кај оние жени со гестациски дијабетес кај кои толерантноста на гликоза се враќа во нормала по пораѓањето (сценарио кое најчесто се сретнува), ризикот од последователно равивање на дијабетес од Тип 2 се зголемува прогресивно. Ова особено важи кај оние жени кои остануваат со прекумерна тежина или се обесни и/или физички неактивни.

КЛАСИФИКАЦИЈА

O24.4- *Дијабетес мелитус во или по 24-тата недела на гестација* е соодветен во случај кога дијабетесот е откриен по прв пат со тестирање на толерантноста на гликоза според критериумите на СЗО во текот или по 24-тата недела на бременоста. Доколку постои сомнеж во однос на времето на настапување што може да биде одраз на недијагностициран претходно постоечки дијабетес, на таквите случаи треба да им се додели кодот O24.9- *Дијабетес мелитус при бременост, неозначено време на настап.*

Гестацискиот дијабетес може повторно да се појави во понатамошна бременост и во тој случај, се доделува код за гестациски дијабетес, а веднаш потоа и Z87.5 *Лична анамнеза на компликации на бременоста, породувањето и пуерпериумот.*

Неонатални заболувања поврзани со дијабетес на мајката

Минливиот и постојаниот неонатален дијабетес мелитус (P70.2 *Неонатален дијабетес мелитус*) се ретки заболувања и клиничките лекари во Австралија не го користат често поимот 'псевдодијабетес'. Кога се користи овој поим, од клиничките лекари треба да се побара да прават разлика помеѓу ова и вистински дијабетес.

Кај новороденче на мајка со дијабетес често пати настанува минливо намалување на нивото на шеќер во крвта, и тоа обично се припишува на заболувањето на мајката и неговата регулација.

КЛАСИФИКАЦИЈА

Постојат две можности за доделување на кодови за новороденче со минливо намалување на нивото на шеќер во крвта поради дијабетесот на мајката:

P70.0 *Синдром на мало дете на мајка со гестациски дијабетес*

P70.1 *Синдром на мало дете со мајка која е дијабетичар*

Овие дијагнози треба да бидат разјаснети со клинички лекар и да бидат потврдени со лабораториски добиени нивоа на шеќер во крвта. Во случај кога појавувањето на дијабетесот на мајката не е со сигурност утврден (т.е. претходно постоечки дијабетес, за првпат дијагностициран за време на бременоста или гестациски), се доделува кодот P70.1 *Синдром на мало дете со мајка која е дијабетичар.*

КОМПЛИКАЦИИ ПРИ ДИЈАБЕТЕС – АКУТНИ

Акутни метаболитички компликации

Дијабетес со кетоацидоза (DKA) обично се забележува кај пациенти кои се потпираат на инсулин за преживување, иако може

да се забележи и кај други пациенти со дијабетес со сериозни сепси или инфекции. Типични наоди се гликозурија 4+, тешка кетонурија, хипергликемија, метаболитична ацидоза (ниска рН вредност на артериската крв и ниско ниво на плазма бикарбонати). Клиничките лекари во Австралија ретко вршат мерења на нивото на кетони во крвта (кетонемија) за да потврдат постоење на ДКА.

ДКА често пати доведува до сонливост, ступор или ментална состојба на затапеност, но ретко доведува со длабока коматозна состојба и оттука Е1-.12* *Дијабетес мелитус со кетоацидоза, со кома* треба да се доделува само во ретки случаи.

Пациенти со ДКА може исто така да имаат степен на хиперосмоларност, но тоа не влијае на доделениот код (Е1-.1-).

КЛАСИФИКАЦИЈА

Ако е очигледно постоење на кетоацидоза заедно до дијабетес, се доделува Е1-.1 *Дијабетес со кетоацидоза...* како и дополнителен код за дијагноза Е87.0 *Хиперосмоларност и хипернатриемија*, доколку хиперсомалноста е исто така наведена во документацијата. Кога ДКА настанува како резултат на несогласување со препишаниот инсулин или други аспекти на третманот на дијабетес, во тој случај треба да се додели дополнителен код Z91.1 *Лична анамнеза на несогласување со медицински третман и режим* (видете АСК 0517, *Несогласување со третман, 3*)

Дијабетес со хиперсомоларност презентираан како некетотична хипергликемична – хиперсомоларна кома (NKHHC) најчесто настанува кај **постари** пациенти и е ретка кај пациенти со дијабетес од Тип 1.

Млечна ацидоза (Е10.13 **Дијабетес мелитус со млечна ацидоза, без кома*, Е1-.14 **Дијабетес мелитус со млечна ацидоза, со кома*) најчесто се развива кај пациенти со дијабетес со сериозни сепси или сериозно пореметување поради злоупотреба на алкохол, или лица со значително ослабени функции на црн дроб или бубрег или срцево заболување кое предизвикува колапс на циркулацијата, особено оние кои се третираат со орален хипогликемичен лек метформин. Млечната ацидоза во овие пациенти се потврдува со значително зголемено ниво на лактати во плазма.

КЛАСИФИКАЦИЈА

Во мал број случаи, дијабетична ацидоза, кетоацидоза и млечна ацидоза можат да настанат едновремено. Во овие случаи се доделува

E1-.15 *Дијабетес мелитус, со кетоацидоза, со млечна ацидоза, без кома

ИЛИ

E1-.16 *Дијабетес мелитус, со кетоацидоза, со млечна ацидоза, со кома

Дијабетес за стабилизација

Пациентите кои имаат потреба од стабилизација на лошо контролиран дијабетес претставуваат лица кај кои се започнува со инсулинска терапија поради неуспешност на терапијата со орални хипогликемични лекови. И покрај лошата односно нестабилната контрола на гликемијата, овие пациенти, по дефиниција, немаат кетоацидоза. Кај некои пациенти, дополнителните заболувања кои можат да се јават во меѓувреме, особено оние кои предизвикуваат дехидратација или пореметување на нормалната исхрана (на пример: гастроинтестинални заболувања), може да бидат значајни фактори кои придонесуваат кон лоша или нестабилна метаболна контрола. На сличен начин, гадење и повраќање можат да се јават како резултат на хипергликемија. Ваквиот лошо контролиран дијабетес не мора да биде главната причина за прием во болница.

Пациенти кај кои е започната инсулинска терапија:

- кога се примени за хируршка или друга процедура, **или**
- за време на раководењето на други медицински заболувања (на пример: инфаркт на миокардот)

не треба автоматски за бидат вклучени во оваа категорија на неконтролиран дијабетес, бидејќи инсулинска терапија во вакви околности не секогаш укажува на постоење на нестабилен дијабетес.

Нивото на шеќер во крвта кај пациенти со дијабетес во моментот на прием, не треба да биде единствениот параметар на евалуација на контролата на дијабетесот. Квалификациите како 'неконтролиран' или 'лошо контролиран' дијабетес обично треба да ги даде клиничкиот лекар при ретроспективен преглед на севкупната историја на болест на пациентот, презентацијата на пациентот и тековната епизода на неа, обично со податоци од мерењата на гликолизираниот хемоглобин ($HbA1C \geq 8\%$).

КЛАСИФИКАЦИЈА

Кога постои документација во која за дијабетесот се наведени квалификации како: 'нестабилен', 'за стабилизација', 'неконтролиран', 'лошо контролиран' или 'лоша контрола', треба да се додели кодот E1-.65 **Дијабетес мелитус со лоша контрола*, како главна или дополнителна дијагноза, во зависност што е соодветно.

Во случај кога пациентите во оваа категорија имаат утврдени дијабетични компликации, се доделуваат дополнителни соодветни кодови од E10 – E14.

Хипогликемични и инсулински реакции

Хипогликемија

За време на хипогликемични епизоди, пациентите може да паднат во кома и/или да добијат напад (конвулзии или грчеви) што не означуваат епилепсија.

КЛАСИФИКАЦИЈА

Хипергликемичните епизоди предизвикани од погрешно препишан или неуредно администриран инсулин или орален хипогликемичен лек, треба да се кодираат како што следи:

Главна дијагноза	E10.64	* <i>Дијабетес мелитус со хипогликемија</i>
Дополнителна дијагноза	T38.3	<i>Труење со инсулин и орални хипогликемични (антидијабетични) лекови</i>
Надворешна причина	X44	<i>Случајно труење со, или поради, изложување на други и неспецифицирани лекови, медикаменти и биолошки супстанции</i>

Соодветен код за место на настанување (Y92.-) и код за активност (U73.-)

Хипогликемичните епизоди предизвикани од инсулински или орални хипогликемични лекови, каде дозата е точна или е прилагодена, треба да се кодираат како што следи:

Главна дијагноза	E10.64	* <i>Дијабетес мелитус со хипогликемија</i>
Надворешна причина	Y42.3	<i>Инсулин или орални хипогликемични (антидијабетични) лекови</i>

Соодветен код за место на настанување (Y92.-)

Кога настанува хипогликемија кај пациенти со дијабетес и потврдени пореметувања на внатрешната секреција на панкреасот, во согласност со кодовите E16.1 *Друга хипогликемија* и E16.9 *Нарушување на внатрешната секреција на панкреасот*,

неспецифицирано, се доделува соодветен код од E13 како и соодветен код од E16.

Реакција на антитела на инсулин

КЛАСИФИКАЦИЈА

За кодирање на хипогликемични епизоди поради инсулински антитела се доделуваат следниве кодови:

Главна дијагноза E10.64 *Дијабетес мелитус со хипогликемија

Надворешна причина Y42.3 Инсулин или орални хипогликемични (антидијабетични) лекови

Соодветен код за место на настанување (Y92.-)

КОМПЛИКАЦИИ ПРИ ДИЈАБЕТЕС – ХРОНИЧНИ

Ренални компликации

Стапката на гломеруларна филтрација (GFR) претставува најпрецизниот индекс за ренална функција и може забележително да се намали пред серум креатининот на се покачи над нормалното ниво. Кај дијабетесот без очигледни ренални компликации, GFR може да биде нормална или дури и покачена. Кај почетна

нефропатија, GFR може да почне да опаѓа, додека кај напредна нефропатија оваа стапка е често пати под 50% од нормалното ниво. Кај ренални заболувања во крајна фаза (ESRD), GFR често пати паѓа под 10% и серум креатининот се покачува (видете АСК 1430 *Хронична бубрежна оштетување*, 4), што обично укажува на потреба за терапија за замена на бубрег.

GFR може да се пресмета со користење на равенката на Cockcroft-Gault:

$(140 - \text{возраст во години}) \times \text{телесна тежина (кг)} / 814 \times \text{серум креатинин (mmol/L)} \times 0,85$ (за жени)

Нормални опсези: мажи 100 – 150 ml/min/1,73m², жени 85 – 130ml/min/1,73m².

Забелешка: Овие критериуми треба да ги употребуваат клиничките лекари, а не лицата кои кодираат. Лицата кои кодираат треба да ги доделат кодовите E1-.22 **Дијабетес мелитус со утврдена дијабетична нефропатија* и E1-.23 **Дијабетес мелитус со напредно бубрежно заболување* врз основа на клиничката документација за заболувањето.

Со пресметката за исфрлање на креатининот обично се добиваат поголеми вредности за GFR.

Прецизното кодирање на бубрежните компликации може да биде сложено и тешко поради зголемената инциденца на хипертензија во пациенти со дијабетес. Самата хипертензија може да предизвика или да биде предизвикана од бубрежни компликации и често пати се појавува за прв пат при утврдена дијабетична нефропатија. Таквите потешкотии при толкувањето, доколку се појават, треба да се дискутираат со соодветниот клинички лекар.

Рана дијабетична нефропатија

Константна или постојана микроалбуминурија претставува белег на рана дијабетична нефропатија. Ова се однесува на зголеменото ниво на исфрлање на албумин пред третман, кое е сепак помало од прагот за постојана односно клиничка протеинурија (макроалбуминурија) која се дефинира како ниво на уринарна протеинска екскреција поголемо од 0,5 г/ 24 часа (од кои приближно 50% се во вид на албумин).

Константна односно постојана микроалбуминурија се дефинира со земање на три последователни примероци за време од 3 – 6 месеци, и тоа:

- уринарна албуминска екскреција од 20 – 200 микрограми/мин (или мг/24 часа) во примероци на урина кои стоеле преку ноќ, **ИЛИ**
- уринарна албуминска екскреција од 20 – 300 микрограми/мин *или мг/24 часа) во примероци на урина избрани по случаен избор, **ИЛИ**
- Однос помеѓу албумин и креатинин од 1,9 – 2,8 мг/ммол за мажи и 2,8-4,0 мг/ммол за жени, мерени на случајно избрани уринарни примероци, уринарни примероци кои стоеле преку ноќ, или уринарни примероци на 24 часа примероци

Забелешка Минлива албуминурија може да настане за време на инфекции на уринарниот тракт или по напорно физичко вежбање.

Доколку се документира микроалбуминурија без квалификација за константност или постојаност, потребна е консултација со клиничкиот лекар за појаснување.

КЛАСИФИКАЦИЈА

Евидентирањето на 'постојана' или 'константна' микроалбуминурија претставува доволна документација за да се додели кодот E1-.21 **Дијабетес мелитус со реана дијабетична нефропатија.*

Пациенти со рана дијабетична нефропатија обично имаат зголемено или нормално ниво на GFR. Микроалбуминуријата може да биде намалена или целосно нормализирана со подобрување на метаболна и ВР контрола.

Утврдена дијабетична нефропатија и напредна бубрежна болест

Клиничките лекари во Австралија обично не ги користат поимите дијабетичен 'нефритис' или 'нефроза', меѓутоа, кога овие поими ќе се употребат, истите треба да се кодираат согласно со кодовите E1-.22 **Дијабетес мелитус и утврдена дијабетична нефропатија* или E1-.23 **Дијабетес мелитус со напредна бубрежна болест.* Поимот 'бубрежна болест во крајна фаза' се однесува на случаи со хронично бубрежно оштетување или инсуфициенција поради што може да има потреба од терапија за бубрежна замена.

ПРИМЕР 1:

Дијагноза: Дијабетична нефропатија кај 54 годишен маж со дијабетес мелитус од Тип 1.

Кодови: E10.22 *Дијабетес мелитус со утврдена дијабетична нефропатија*

ПРИМЕР 2:

Дијагноза: Нефротичен синдром со бубрежна инсуфициенција во крајна фаза во дијабетес мелитус од Тип 1.

Кодови: E10.23 *Дијабетес мелитус со напредната бубрежна болест*

N04.9 *Нефротичен синдром, неспецифициран*

N18.0 *Бубрежна болест во крајна фаза*

КЛАСИФИКАЦИЈА

Доколку се документирани дијабетични нефропатски промени кои можат да се класифицираат во повеќе од еден код (E1-.21, E1-.22, E1-.23), треба да се кодира само најнапредната фаза.

Акутно бубрежна инсуфициенција

Акутната ренална инсуфициенција кај дијабетес може да биде вратена во нормална состојба. Истата може да биде предизвикана од заболувања вклучувајќи ги и оние кои предизвикуваат дехидратација како и преку користење на концентрирани раствори на интравенски радиолошки контрастни медиуми, особено во случај кога на пациентот му е ограничено земањето на течности. Ваквата акутна бубрежна инсуфициенција настанува почесто кај пациенти со дијабетична нефропатија.

Во случај кога ќе се развие акутна бубрежна инсуфициенција кај дијабетес, под овие околности, истата се кодира на следниов начин:

E1-.29 **Дијабетес мелитус со други специфицирани бубрежни компликации*

N17.9 *Акутна бубрежна инсуфициенција*

Y57.5 *Рентгенски контрастен медиум како причина за несакани ефекти при терапевтска употреба*

Соодветен код за место на настанување (Y92.-)

КЛАСИФИКАЦИЈА

Доколку претходно постоечка дијабетична нефропатија е документирана заедно со акутна бубрежна инсуфициенција, се доделуваат кодовите E1-.29 **Дијабетес мелитус со други специфицирани бубрежни компликации* како и соодветниот код од катергоријата E1-.2- за нефропатија.

Дијабетична очна болест

Дијабетична ретинопатија

Намалената визуелна бистрина често пати се поврзува со дијабетична ретинопатија (E1-.31). Промените кои претставуваат закана за окото обично се поврзуваат со понапредни ретинопатски промени класифицирани во категориите E1-.32 – E1-.35. Доколку е документирана дијабетична ретинопатија и постои индикација на губење на видот, случајот треба дополнително да биде појаснет во соработка со клиничкиот лекар со цел да се утврди присуство на дополнителни промени на ретинален (макуларен) едем (E1-.34).

КЛАСИФИКАЦИЈА

Доколку дијабетичната очна болест предизвика слепило или слаб вид гледање, се доделува дополнителен код H54.- *Слепило и слаб вид.*

Катаракта

Дијабетесот може да предизвика катаракта, иако често пати е тешко да се утврди овој причинско последичен однос. Клиничкиот лекар можеби ќе може да го потврди ваквиот однос.

КЛАСИФИКАЦИЈА

E1-.36 *Дијабетес мелитус до дијабетична катаракта* треба да се додели само доколку клиничкиот лекар утврдил постоење на причинско последичен однос помеѓу катарактата и дијабетесот. Ваквиот однос може да биде документиран како 'дијабетична катаракта' или 'катаракта поради дијабетес'.

Доколку не е индициран причинско последичен однос, катарактите кај дијабетичните пациенти треба да добијат код E1-.39 **Дијабетес мелитус со други специфицирани офталмични компликации* како и соодветен дополнителен код за типот на катарактата (на пример: H25.- *Сенилна катаракта*, H26.- *Друг вид на катаракта*).

Други заболувања на очите

Кај дијабетесот постои зголемена инциденца на оклузија на ретинална артерија, оклузија на ретинална вена, и инфракција на оптичкиот диск (исхемична оптичка невропатија).

КЛАСИФИКАЦИЈА

Овие заболувања треба да се кодираат според E1-.39 **Дијабетес мелитус со други специфицирани офталмични компликации* како и соодветен дополнителен код за дијагноза, и тоа:

- Оклузија на ретинална артерија H34.2 *други оклузии на ретиналната артерија*
- Оклузија на ретинална вена H34.8 *други васкуларни оклузии на ретината*
- Ишемична оптична невропатија H47.0 *заболувања на оптичкиот нерв, неklasифицирани на друго место*

Дијабетична невропатија

Периферални, кранијални и автономни невропатии можат да се развијат во различни комбинации кај истиот пациент; периферална невропатија обично е веќе присутна кај пациент кај кој се развива автономна невропатија.

КЛАСИФИКАЦИЈА

Доколку се документирани различни видови на невропатија кои се класифицираат според повеќе од еден код (E1-.41 – E1-.43), секој вид треба да се кодира.

ПРИМЕР 3:

Дијагноза: Дијабетес од тип 2 со парализа на хипотоничен мочен меур и окуломоторен кранијален нерв.

Кодови: E11.43 *Дијабетес мелитус од Тип 2 со дијабетична автономна невропатија*
 N31.2 *Флакциден невропатски мочен меур, кој не е класифициран на друго место*
 E11.41 *Дијабетес мелитус од Тип 2 со дијабетична мононевропатија*
 H49.0 *парализа на третиот [окуломоторен] нерв*

Инсулински невритис (или невропатија при стабилизација) претставува заболување за кое немаме добро познавање и кое може да настане за време на започнувањето со инсулинска терапија за стабилизација на дијабетес и да се реши спонтано.

Дијабетична диареа се разликува од диареа која е поизразена во ноќните периоди и која може да се јави односно да се интензивира за време на лоша метаболична контрола. Доколку ова заболување е евидентирано без да се евидентира постоење на други карактеристики на автономна невропатија, кои би можеле да се класифицираат според E1-.43 **Дијабетес мелитус со дијабетична автономна невропатија*, евидентирањето на ова заболување треба да биде усогласено со соодветниот клинички лекар.

Кардијални аритмии (особено за време на општа анестезија) и **респираторни арести**, настануваат почесто кај пациенти со автономна невропатија.

Циркулаторни компликации
Периферно васкуларно заболување (ангиопатија) и дијабетес/IGR

Точниот патогенски однос помеѓу атеросклероза која ги зафаќа големите крвни садови (макроваскуларно заболување) и дијабетес односно IGR не е јасно утврден. Оклузија на артериите може да настане како резултат на забрзана атеросклероза предизвикана од инсулинска резистентност, може да биде поврзана со хипертензија и дислипидемија и да биде дополнително провоцирана односно забрзана поради пушење на тутун.

КЛАСИФИКАЦИЈА

Соодветните кодови за периферно васкуларно заболување со дијабетес мелитус се како што следи:

E1-.51 **Дијабетес мелитус со периферна ангиопатија, без гангрена*

E1-.52 **Дијабетес мелитус со периферна ангиопатија, со гангрена*
Соодветните кодови за ослабена регулација на гликоза се како што следи:

E09.01 *Ослабена регулација на гликоза со периферна ангиопатија, без гангрена*

E09.02 *Ослабена регулација на гликоза со периферна ангиопатија, со гангрена*

Пушењето тутун не треба да се кодира

(види АСК 0503 *Заболувања поради користење на лекови, алкохол и тутун, 7*).

Дијабетична исхемична кардиомиопатија (E1-.53)

Кај дијабетични пациенти може да настане посебна форма на исхемична кардиомиопатија, бе значителни атеросклеротична вклученост на коронарните артерии.

Кожни и поткожни компликации

Заболувањата означени под E1-.62 **Дијабетес мелитус со компликации на кожа и поткожно ткиво* се познати компликации на дијабетес и, во најголем број случаи, укажуваат на вклученост на микроваскуларниот систем, што често пати се поврзува со други микроваскуларни компликации (на пример: невропатија, ретинопатија, нефропатија).

Дијабетес и перидонтални компликации

Само акутни перидонтални абсцеси и перидонтит (а не другите заболувања на гингивите или перидонтот кои се класифицираат според K05 *Гингивит и перидонтални болести*) претставуваат познати компликации на дијабетес.

Дијабетично заболување на фиброзна града

Ова заболување исто така се нарекува и дијабетична мастопатија. Етиологијата на ова заболување не е со сигурност утврдена. Тоа се јавува кај жени со дијабетес од Тип 1 иако заболувањето не се ограничува само на оваа категорија. Ова заболување е бенигно, болно заболување, кое, при првичната презентација може лесно да се помеша со малигно заболување. Често пати е тешко да се изврши испушен третман на ова заболување. Неговиот тек е обично хроничен и индолентен со рекурентна болка и развој на нови грутки во градите. При биопсија на градите се забележуваат карактеристични хистолошки промени (склерозирачки лимфоцитичен лобулит).

Дијабетес со повеќекратни микроваскуларни компликации

КЛАСИФИКАЦИЈА

E1-.71 **Дијабетес мелитус со повеќекратни микроваскуларни компликации* треба да се додели во случај кога кај пациентот се јавуваат заболувања кои може да се класифицираат во две или повеќе од следниве пет категории:

1. Бубрежни компликации (E1-.2-)
2. Офтамолешки компликации (E1-.31 – E1-.35, E1-.39)
3. Невролошки компликации (E1-.4-)
4. Дијабетична исхемична кардиомиопатија (E1-.53)
5. Една од следниве компликации на кожа или поткожни ткиво (E1-.62):
 - Дијабетична:
 - Була (bullosis diabetorum)
 - Дерматопатија
 - Еритема
 - Рубеоза
 - Necrobiosis lipocidica diabetorum (NLD)
 - Перингвална телангиектазија

Кодот E1-.71 се доделува како главна дијагноза само доколку ниту една микроваскуларна компликација не ја задоволува дефиницијата на главна дијагноза.

Исто така треба да се доделат и дополнителни кодови за конкретните микроваскуларни компликации.

ПРИМЕР 4:

Дијагноза: Пациент примен за третман на нефропатија при дијабетес Тип 1. Пациентот исто така има и ретинална исхемија предизвикана од дијабетесот.

Кодови: E10.71 *Дијабетес мелитус од Тип 1 со повеќекратни микроваскуларни компликации*
N04.9 *Нефротичен синдром, неспецифициран*
H34.2 *Други оклузии на ретиналната артерија*
G57.2 *Лезија на феморален нерв*

Во овој случај, бидејќи ниту една од дијабетичните компликации не е причина за приемот, како главна дијагноза се доделува кодот E10.71.

Улцери на стапало при дијабетес

Присуството на улцери на долниот екстремитет само по себе не укажува на 'дијабетично стапало' (види 2). Според тоа, кога етиологијата на улцер на стапало кај дијабетични пациенти, не е јасна, потребна е консултација со клиничкиот лекар за да се добијат појасни информации.

КЛАСИФИКАЦИЈА

Дијабетичен улцер на долниот екстремитет се означува со следниов код:

E1-.69 **Дијабетес мелитус со други специфични компликации*

L97 *Улцер на долниот екстремитет, кој не е класифициран на друго место*

Забелешка: Кодот E1-.73 **Дијабетес мелитус со улцер на стапало поради повеќе причини* не треба да се доделува за улцер на стапало бидејќи овој код се користи на заболувањето 'дијабетично стапало' (видете 2).

Дијабетично стапало

Овој поим се користи за дефинирање на дијабетичните пациенти со улцер или инфекција на стапалото со периферни и/или невролошки компликации и/или други карактеристични клинички фактори. Таквите пациенти имаат улцер и/или инфекција во категоријата 1 подолу како и **заболување од најмалку една од категориите од 2 до 5:**

1. Инфекција и/или улцер

Дијабетес со улцер на стапало E1-.69

Кутан апсцес, фурункул и карбункул на екстремитет L02.4

<i>Целулит на ножен прст</i>	L03.02
<i>Целулит на долен екстремитет</i>	L03.11
<i>Декубитус [притисок] улкус</i>	L89.-
2. Периферна васкуларна болест	
<i>Дијабетес со периферна ангиопластика, без гангрена</i>	
E1-.51	
<i>Дијабетес со периферна ангиопластика, со гангрена</i>	
E1-.52	
3. Периферна невропатија	
<i>Дијабетес со дијабетична полиневропатија</i>	
E1-.42	
<i>Дијабетес со дијабетична автономна невропатија</i>	
E1-.43	
<i>Дијабетес со невропатски едем</i>	
E1-.43	
<i>Дијабетес со Charcot – ова артропатија</i>	
E1-.61	
<i>Дијабетес со дијабетична остеопатија</i>	
E1-.61	
<i>Дијабетес со повеќекратни микроваскуларни компликации</i>	
E1-.71	
4. Заболувања кои предизвикуваат деформитет и прекумерно 'оптоварување'	
<i>Дијабетес со невропатски едем</i>	E1-.43
<i>Дијабетес со Charcot – ова артропатија</i>	E1-.61
<i>Дијабетес со дијабетична остеопатија</i>	E1-.61
<i>Калус</i>	L84
<i>Халукс валгус (стекнат)</i>	M20.1
<i>Халукс ригидус</i>	M20.2
<i>Друга деформација на халуксот (стекната)</i>	M20.3
<i>Друг барабанест ножен прст (стекнат)</i>	M20.4
<i>Други деформации на прст(и) од стапалото (стекнати)</i>	M20.5
<i>Флексиона деформација, глужд и стапало</i>	M20.27
<i>Висечки рачен зглоб и стапало (стекнато), глужд и стапало</i>	M20.37
<i>Рамни стапала [pes planus] (стекнати)</i>	M20.4

Стеканта канџеста шепа, канџесто стапало, криво стапало, глужд и стапало M21.57
 Други стекнати деформитети на глужд и стапало M21.67
 Други означени стекнати деформитети на екстремитети, глужд и стапало M21.87

5. Претходни ампутации

Стеканат недостиг на стапалото и глужд Z

89.4

Стеканат недостиг на нога до или под колено Z

89.5

Стеканат недостиг на нога над колено Z

89.6

Стеканат недостаток на двата долни екстремитети (кое и да било ниво, освен само ножни прсти) Z

89.7

КЛАСИФИКАЦИЈА

Се доделува E1-.73 *Дијабетес мелитус со улцер на стапало поради повеќе причини во следниве случаи:

- во клиничката евиденција е документирано 'дијабетично стапало', или
- горенаведените критериуми не се исполнети

Исто така треба да е додадат дополнителни кодови за конкретните компликации (на пример: полиневротропија (G62.9), периферна ангиопатија (I70.2-), целулит на ножен прст (L03.02)).

Елиминирани заболувања кај дијабетесот

Во случај кога одредена компликација на дијабетесот е елиминирана, често како резултат на операција, се доделува код за 'други означени компликации' од соодветниот дел за дијабетес. Не се доделува конкретниот код за манифестацијата која е елиминирана.

ПРИМЕР 6:

Кај пациент со анамнеза на дијабетес мелитус од Тип 2 со нефропатија е извршена трансплантација на бубрег.

E11.29 Дијабетес мелитус Тип 2 со други специфицирани бубрежни компликации
 Z94.0 Состојба со трансплантација на бубрег

ПРИМЕР 7:

Кај пациент со анамнеза на дијабетична катаракта од Тип 1 е извршено отстранување со вметнување на IOL

E10.39 *Дијабетес мелитус од Тип 1 со други специфицирани офталмични компликации*
Z96.1 *Присуство на интраокуларна леќа*

Забелешка: Васкуларните реконструктивни процедури или ампутиациите на долниот екстремитет не ги елиминираат перимерните васкуларни заболувања. Со овие процедури, сепак, можат да се елиминира дијабетичен улкус на долен екстремитет. Во овој, втор, случај, се доделува код E1-.51 **Дијабетес мелитус со периферна ангиопатија, без гангрена* и, доколку има потреба, се доделува и дополнителен код Z89.- за стекнатото отсуство на екстремитет

КЛАСИФИКАЦИЈА

Во случај кога дијабетес од Тип 1 се лечи со трансплантација на панкреас или гроздови клетки на панкреасот, се доделува соодветниот код за дијабетес Тип 1 за сите присутни компликации на дијабетес, заедно со дополнителниот код Z94.8 *Состојба со друг трансплантиран орган и ткиво* (видете исто така АСК 2112 *Лична анамнеза, 3*).

ИСПИТУВАЊЕ ЗА ДИЈАБЕТЕС

Ризикот за појавување на дијабетес од Тип 2 се зголемува со:

- возраст
- обесност
- намалена физичка активност

Испитување за дијабетес, често пати се изведува кај:

- Лица со семејна анамнеза на ова заболување
- Припадници на расни/етнички групи со висок ризик
- Жени пред GDM или синдром на полицистични овариуми, лица со хипертензија, дислипидемија или претходно идентификувана IGR или васкуларно заболување

(Видете исто така АСК 2111 *Испитување за конкретни пореметувања, 2*).

КЛАСИФИКАЦИЈА

Кодот Z13.1 *Специјален скрининг преглед за дијабетес мелитус* треба да се додели како код за главна дијагноза во случај кога пациентот е примен конкретно за испитување и кога дијабетесот или IGR се исклучени. Во случаи на испитувања предизвикани поради семејна анамнеза за дијабетес, треба да се додели дополнителен код Z83.23 *Семејна анамнеза за дијабетес мелитус*.

ОБРАЗОВАНИЕ ЗА ДИЈАБЕТЕС**КЛАСИФИКАЦИЈА**

За пациенти примени конкретно поради образование за дијабетес, се доделува код за главна дијагноза од E10-E14 *Дијабетес мелитус* и дополнителен код Z71.8 *Друго означено советување*.

За пациенти кои се примени од други причини, а кои добиваат образование за дијабетес, не е потребен дополнителниот код Z71.8 *Друго означено советување*, бидејќи образованието се смета како дел од стандардниот третман за дијабетес.

0402 ЦИСТИЧНА ФИБРОЗА

Цистичната фиброза треба да се кодира со соодветен код од E84.- *Цистична фиброза*, а потоа следи код за конкретната манифестација. Треба да се забележи дека E84.8 *Цистична фиброза со други манифестации* вклучува случаи со комбинирани манифестации

ПРИМЕР 1:

Дијагноза: Пациент е примен за репозиција на фрактура на дијафиза на тибија предизвикана од пад од скала. Пациентот е исто така третиран и за бронхиектазија поврзана со цистична фиброза.

Кодови: S82.28 *Друга фрактура на дијафиза на тибија*
W11 *Паѓање од и на скала*

Соодветен код за место на настанување (Y92.-) и код за активност (U50-U73)

E84.0 *Цистична фиброза со пулмонални манифестации*
J47 *Бронхиектазија*

0403 ХИПЕРГЛИКЕМИЈА

Пред да може да се додели кодот R73 *Покачено ниво на гликоза во крвта*, од клиничкиот лекар треба да се побара да ја исклучи можноста од поставување дијагноза дијабетес мелитус или IGR.

Минлива хипергликемија може да се јави за време на стрес или болест вклучувајќи инфекции, но тоа не мора да биде знак за дијабетес или IGR бидејќи СЗО ги означува соодветните заболувања за кои треба да се изведат дијагностички тестови за дијабетес/IGR, чишто резултати може да бидат невалидни поради вакво заболување кое настанало во меѓувреме.