

SSK-10 kods E11 Insulīnneatkarīgs cukura diabēts (2. tipa cukura diabēts)

1. Izmeklēšana

Laboratoriskā:	Funkcionālā un instrumentālā diagnostika:	Konsultatīvā:
<p><u>Sijājošā:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asins aina: eritrocīti, leukocīti, to formula, hemoglobīns, trombocīti, retikulocīti</li> <li>• Urīna analīze (ar stripu un mikroskopija)</li> <li>• Glikozes līmenis asinīs jebkurā diennakts laikā ar glikometru</li> <li>• Glikozes līmenis asinīs tukšā dūšā (1-2 reizes)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ja glikoze 6.1-6.9 mmol/l, jāveic OGTT ar 75 g glikozes</li> </ul> </li> <li>• HbA<sub>1c</sub></li> </ul>	<p><u>Funkcionālie testi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pēdu izmeklēšanas protokols (pulss, neiropātijas skrīnings)</li> <li>• Ortostāzes tests</li> <li>• Tibiobrahiālā indeksa noteikšana</li> </ul> <p><u>Instrumentālā diagnostika:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vēdera dobuma US</li> <li>• EKG</li> <li>• EhoKG</li> <li>• Veloergometrija</li> <li>• Holtera monitorēšana</li> <li>• Asinsvadu doplerogrāfija</li> <li>• Angiogrāfija</li> <li>• Neurogrāfija</li> <li>• Rtg un/ vai MRI (diabētiskas pēdas gadījumā)</li> <li>• Kuņģa- zarnu trakta Rtg ar kontrastvielu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabēta apmācības māsa</li> <li>• Uztura speciālists vai dietologs</li> <li>• Psihologs</li> <li>• Podologs</li> <li>• Oftalmologs</li> <li>• Neirologs</li> <li>• Nefrologs</li> <li>• Kardiologs</li> <li>• Ginekologs</li> <li>• Asinsvadu ķirurgs</li> <li>• Kardiokirurgs</li> <li>• Ķirurgs</li> <li>• Tehniskais ortopēds</li> </ul>
<p><u>Diagnozi apstiprinošā:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Glikozes līmenis asinīs tukšā dūšā (1-2 reizes)</li> <li>• Ja glikoze tukšā dūšā 6.1-6.9 mmol/l, jāveic OGTT ar 75 g glikozes</li> <li>• HbA<sub>1c</sub></li> <li>• Ketonēmija kapilārās asinīs ar teststrēmeli vai ketonūrijas tests</li> <li>• C peptīda līmenis asinīs, ja pastāv dif.dg. starp cita tipa CD</li> <li>• Mikroalbuminūrija</li> <li>• Albumīna/ kreatinīna attiecība aurīnā</li> <li>• Kreatinīns, GFĀ, AIAT</li> <li>• Lipidogramma: kopējais holesterīns, ZBLH, ABLH, triglicerīdi</li> <li>• Elektrolītu koncentrācija asinīs: kālijs, nātrijs, kalcījs</li> <li>• Saliņšūnu antivielas, GAD-65 antivielas, insulīna antivielas, ja pastāv dif.dg. starp cita tipa CD</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja aizdomas par specifisku diabēta tipu – molekulāri ģenētiskās analīzes (MODY, KCNJ11, ABCC8, GCK, INS, PDX1, WFS1 gēnu noteikšana)</li> </ul>		
<u>Asociēto patoloģiju sijājošā diagnostika</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arteriāla hipertensija</li> <li>• Dislipidēmija</li> <li>• KSS</li> <li>• Tireoidīts</li> </ul>		

## 2. Maksimālais izmeklēšanas ilgums nozoloģiskās formas apstiprināšanai

Laboratoriski – 5 līdz 28 dienas

## 3. Ārstēšana

Režīms:	Konservatīvā ārstēšana	Ķirurģiska ārstēšana	Darba nespējas ilgums
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulators</li> <li>• Slimības dekompensācijas vai komplikāciju gadījumā - hospitalizācija</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cukura diabēta pacientu apmācība (sertificēta diabēta māsa)</li> <li>• Ķermeņa svara mazināšana – ar uzturu, fiziskām aktivitātēm</li> <li>• Perorālie un citi pret diabēta līdzekļi</li> <li>• Insulīnterapija</li> <li>• Hipolipidemizējošā terapija</li> <li>• Antihipertensīvā terapija</li> <li>• Diabētiskas retinopātijas gadījumā – lāzerfotokoagulācija</li> <li>• Diabētiskas nefropātijas gadījumā – ACEI vai ARB, terminālas HNS gadījumā – nieru aizstājterapija</li> <li>• Diabētiskās neiropātijas gadījumā – patoģenētiska un simptomātiska</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sirds-asinsvadu slimības gadījumā angioplastija un/vai aortokoronāra šuntēšana un/vai asinsvadu rekonstrukcija</li> <li>• Strutaino komplikāciju ķirurģiska terapija</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Labi kompensēta slimība vispārējās darbaspējas neietekmē</li> <li>• Komplikāciju gadījumā - individuāli</li> </ul>

	terapija		
--	----------	--	--

#### 4. Slimības kompensācijas kritēriji:

- HbA1c  $\leq$  6.5%, ja agrīni diagnosticēts 2TCD, bez nopietnām blakusslimībām, nav hipoglikēmiju
- HbA1c  $\leq$  7.0 līdz 7.5%, ja 2TCD > 10 gadiem, ja gados vecs pacients (>65g.v.), ja ir blakusslimības, ja ir komplikācijas, ja saņem intensīvu insulīna terapiju
- HbA1c  $\leq$  7.5 līdz 8%, ja 2TCD > 20 gadiem, ja gados vecs pacients (>65g.v.), ja ir nopietnas blakusslimības, ja ir nopietnas komplikācijas, ja saņem intensīvu insulīna terapiju

#### 5. Rehabilitācija

Dalība pacientu organizācijās – sociālās rehabilitācijas aktivitātēs

Individuāls rehabilitācijas plāns pacientiem ar CD komplikācijām (neuropātija, diabētiskā pēda, kājas amputācija, redzes traucējumi, stāvoklis pēc miokarda infarkta, insulta)

#### 6. Komplikāciju un recidīvu profilakse

- diabēta pacientu apmācība
  - o primāra apmācība visiem pirmreizēji diagnosticētiem 2TCD pacientiem – nosūta gan endokrinologs, gan ģimenes ārsts
  - o sekundāra apmācība – nosūta endokrinologs
    - terapijas stratēģijas maiņa, t.s., insulīna terapijas uzsākšana
    - slikti kompensēts diabēts HbA1c >8%,
    - biežas hipoglikēmijas, hipoglikēmiju nejušana
    - grūtniecība un cukura diabēts
    - atkārtota apmācība ik 3 gadus pacientiem ar insulīna terapiju
- racionāla diēta un fiziskās aktivitātes
- laboratorisko analīžu kontrole:
  - o reizi 3 mēnešos HbA1c;
  - o reizi 6 mēnešos HbA1c (ja CD kompensācija ir ļoti laba),
  - o reizi 6 mēnešos vai biežāk mikroalbuminūrija, kreatinīns, GFĀ, klīniskā urīna analīze (ja iepriekš konstatētas izmaiņas);
  - o reizi gadā: EKG, mikroalbuminūrija vai albumīna/ kreatinīna attiecība urīnā, kreatinīns, GFĀ, AIAT, elektrolītu koncentrācija asinīs: kālijs, nātrijs, kalcījs, TSH, klīniskā urīna analīze
  - o reizi gadā: lipidogramma: kopējais holesterīns, ZBLH, ABLH, triglicerīdi, ja uzsākta vai koriģēta terapija, tad pēc 3 mēnešiem
- tiek sasniegti glikēmijas kompensācijas kritēriji
- pacienti atrodas ģimenes ārsta uzraudzībā, obligāta endokrinologa konsultācija reizi gadā, obligāta oftalmologa konsultācija reizi gadā
- biežāka endokrinologa konsultācija nepieciešama, ja:
  - o netiek sasniegts mērķa HbA1c  $\leq$  7,0%
  - o ir atkārtotas hipoglikēmijas
  - o ir smagas CD komplikācijas
  - o ir nopietnas blakusslimības
  - o saņem kompleksu kombinētu terapiju CD ārstēšanai (piemēram, injicējamus medikamentus, 3 un vairāk medikamentu kombinētu terapiju)
- podologs – visiem 2.tipa CD pacientiem 2 x gadā; pacientiem ar 2.tipa CD un diabētisku polineuropātiju, perifēriem asinsrites traucējumiem kājās, pēdas deformācijām, čulām – ik 3 mēneši vai biežāk, ja indicēts.

- diabēta pēdas aprūpes komanda stacionārā – indicēta pacientiem ar diabēta pēdu (čūlām, osteomielītu, nopietnām deformācijām, nopietniem asinsrites un jušanas traucējumiem kājās, gangrēnu ar draudošu kājas amputāciju)

## 2.tipa cukura diabēta pacientu aprūpes struktūra

**1.pacientu grupa** ar savlaicīgi atklātu 2.tipa CD, bez komplikācijām,  $HbA1c \leq 7\%$  (noteikts ik 3-6 mēnešus) - pie endokrinologa ģimenes ārstam jānosūta 1x gadā.

**2.pacientu grupa** ar neapmierinošu glikēmiju,  $HbA1c > 7,0\%$  un/vai CD komplikācijām, nopietnām blakus slimībām un/vai saņem kompleksu kombinētu terapiju CD ārstēšanai (piemēram, injicējamus medikamentus, 3 un vairāk medikamentu kombinētu terapiju) – endokrinologa konsultācija ik pēc 3 mēnešiem vai biežāk, ja nepieciešams

**3.pacientu grupa** ar dekompensētu cukura diabētu un/vai smagām komplikācijām atrodas novērošanā specializētos centros

