



# ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ (ΕΜΕΔΙΠ)

## ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Πέμπτη 2 Φεβρουαρίου 2017

**ΠΡΟΕΔΡΟΣ:**  
Χ. ΜΑΝΕΣ

**ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ:**  
Θ. ΚΑΤΣΑΡΟΣ

**ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:**  
Ν. ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ

**ΤΑΜΙΑΣ:**  
Σ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ

**ΜΕΛΗ:**  
Κ. ΚΑΛΛΙΓΙΑΝΝΗ  
Ν. ΠΑΠΑΝΑΣ  
Χ. ΛΟΥΠΑ

Σε μείζονα «απειλή» για τη **σωματική ακεραιότητα**, αλλά και τη **γενική υγεία**, του σύγχρονου ανθρώπου αναδεικνύεται στις μέρες μας μια από τις **συχνότερες και σοβαρότερες επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη: το διαβητικό πόδι**. Οι αριθμοί είναι **αμείλικτοι**: σήμερα πραγματοποιείται σε παγκόσμιο επίπεδο **ένας ακρωτηριασμός κάτω άκρου κάθε 20 δευτερόλεπτα!**

Την ίδια στιγμή, όπως προκύπτει από τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα των **Η.Π.Α.**, η **συνολική θνησιμότητα** από τις παθήσεις του διαβητικού ποδιού μπορεί να ανέλθει σε **πολύ υψηλά επίπεδα**, φτάνοντας ακόμα και το **45%** μέσα στην **πενταετία**. Το ποσοστό αυτό είναι **μεγαλύτερο** από εκείνο του **καρκίνου του προστάτη**, του **μαστού** και του **λεμφώματος Non Hodgkin**, καθώς και **παρόμοιο** με εκείνο του **καρκίνου του παχέος εντέρου**.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της **Διεθνούς Ομοσπονδίας Διαβήτη** (International Diabetes Federation – I.D.F.), το **70%** των **ακρωτηριασμών** που διενεργούνται σε **όλο τον κόσμο** αφορά **διαβητικούς ασθενείς**, οι οποίοι διατρέχουν **23 - 25 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο** να χάσουν το **ένα ή και τα δύο πόδια** τους σε σύγκριση με τους άλλους. Επιπλέον, περισσότερα από **1.000.000** άτομα με σακχαρώδη διαβήτη **αναγκάζονται** να υποβληθούν σε **ακρωτηριασμό ενός άκρου** τους σε ετήσια βάση.

Οι **κύριοι παράγοντες** που οδηγούν στον **ακρωτηριασμό** είναι τα **έλκη των κάτω άκρων**. Τόσο τα έλκη, όσο και οι ακρωτηριασμοί έχουν **τεράστιο αντίκτυπο** στη ζωή των **πασχόντων**, οδηγώντας τους συχνά σε **περιορισμένη αυτονομία κινήσεων, κοινωνική απομόνωση και ψυχολογικό στρες**. Υπολογίζεται ότι το **25%** των **ατόμων με διαβήτη** θα εμφανίσει **έλκος** στα κάτω άκρα **έστω και μία φορά** κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Σε ό,τι αφορά τη χώρα μας, το **4-5%** των **διαβητικών ασθενών** εμφανίζουν **έλκη στα πόδια**, γεγονός που σημαίνει ότι **40.000 - 50.000** άτομα με διαβήτη διατρέχουν **αυξημένο κίνδυνο ακρωτηριασμού**. Στην **Ελλάδα** πραγματοποιούνται περίπου **2.000 - 3.000 ακρωτηριασμοί** κάτω άκρων σε **ετήσια βάση**.

Εκτός από το τεράστιο **κοινωνικό κόστος**, στα προβλήματα του διαβητικού ποδιού έρχεται να προστεθεί και το **υπέρογκο οικονομικό κόστος**. Σύμφωνα με τους ειδικούς, μάλιστα, το κόστος αυτό μπορεί να γίνει **δυσβάστακτο για κάθε σύστημα υγείας**, καθώς **αναπαράγεται** συνεχώς από



## ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ (ΕΜΕΔΙΠ)

τη μακροχρόνια παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο, τα έξοδα αποκατάστασης και την αυξημένη ανάγκη οικιακής φροντίδας και κοινωνικών υπηρεσιών.

Ωστόσο, με την εφαρμογή μιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που θα περιλαμβάνει στρατηγικές επαρκούς πρόληψης και στη δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια περίθαλψη, τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ελκών από πολλές ιατρικές ειδικότητες (εξειδικευμένα Ιατρεία Διαβητικού Ποδιού), την αποτελεσματική οργάνωση, τη συνεχή παρακολούθηση και την ειδική εκπαίδευση των πασχόντων, μπορεί να αποφευχθεί έως και το 85% των ακρωτηριασμών.

Αυτά τόνισαν σήμερα σε συνέντευξη τύπου, με αφορμή τη διεξαγωγή του 4<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συμποσίου με Διεθνή Συμμετοχή της Εταιρείας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού (Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π.), στις 2 – 5 Φεβρουαρίου 2017 στη Θεσσαλονίκη (ξενοδοχείο The Met), ο Πρόεδρος Δ.Σ. της Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π., Εκπρόσωπος της Ελλάδας στην Παγκόσμια Ομάδα Εργασίας για το Διαβητικό Πόδι, Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη κ. Χρήστος Μανές, ο Γενικός Γραμματέας Δ.Σ. της Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π., Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Α΄ Προπαιδευτική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Λαϊκό» κ. Νικόλαος Τεντολούρης και το μέλος Δ.Σ. της Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π., Αγγειοχειρουργός, Θεραπευτήριο «Υγεία» κ. Κυριακή Καλλιγιάννη.

Πρόκειται για ένα σημαντικό επιστημονικό γεγονός, στο οποίο θα συμμετάσχουν έγκριτοι ειδικοί στη θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη και του διαβητικού ποδιού, τόσο στη χώρα μας, όσο και διεθνώς.

Κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης έχουν προγραμματιστεί διαλέξεις, στρογγυλά τραπέζια, κλινικά φροντιστήρια και διαδραστική συζήτηση περιστατικών στοχευμένα σε σύγχρονα επιστημονικά πεδία που ενδιαφέρουν τόσο τους ειδικευμένους στο αντικείμενο Παθολόγους – Διαβητολόγους, όσο και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων, όπως Αγγειοχειρουργούς, Γενικούς Χειρουργούς, Ορθοπαιδικούς, Ακτινολόγους και Πυρηνικούς ιατρούς, Λοιμωξιολόγους, Δερματολόγους, Ποδολόγους, νοσηλεύτες κτλ.

Όπως υπογράμμισαν οι ομιλητές, ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια μεταβολική ασθένεια, η οποία χαρακτηρίζεται από αύξηση της συγκέντρωσης του σακχάρου στο αίμα (υπεργλυκαιμία) και διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης, είτε ως αποτέλεσμα και ελαττωμένης έκκρισης της ινσουλίνης από το πάγκρεας, είτε λόγω ελάττωσης της ευαισθησίας των κυττάρων του σώματος στην ινσουλίνη. Η νόσος εξακολουθεί να λαμβάνει



## ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ (ΕΜΕΔΙΠ)

**διαστάσεις επιδημίας**, καθώς εξαιτίας της σημειώνεται σήμερα **ένας θάνατος κάθε επτά δευτερόλεπτα**, ενώ **έως το 2035** αναμένεται να **αυξηθεί ο αριθμός των διαβητικών ατόμων κατά 205 εκατομμύρια**, αγγίζοντας, έτσι, τα **600 εκατομμύρια σε παγκόσμιο επίπεδο**.

Ο βαθμός **αύξησης της γλυκόζης στο αίμα** και η παραμονή των αυξημένων τιμών της για μεγάλο χρονικό διάστημα **βλάπτουν**, κυρίως, τα **μικρά αγγεία**, προκαλώντας **διαβητική νευροπάθεια, νεφροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια** κτλ. Οι **συνέπειες** είναι **σοβαρότατες** σε πολλαπλές **λειτουργίες και όργανα**, όπως οι **νεφροί** (νεφρική ανεπάρκεια), οι **οφθαλμοί** (μόνιμες βλάβες του αμφιβληστροειδούς που μπορούν να οδηγήσουν σε τύφλωση), το **δέρμα** και οι **ιστοί** (έλκη στα πόδια) κτλ.

Οι **βασικές αιτίες** για τη δημιουργία **έλκους** στα πόδια είναι **δυο σοβαρές επιπλοκές** της νόσου, η **νευροπάθεια** και η **περιφερική αρτηριοπάθεια**. Η **νευροπάθεια** παρουσιάζεται στο **30%** των διαβητικών αρρώστων, οι οποίοι στην **Ελλάδα** **ανέρχονται σε 250.000 – 300.000 άτομα**. Κατά την εμφάνισή της, **χάνεται η προστατευτική αίσθηση του πόνου** και το **σκέλος** του διαβητικού ασθενούς **δεν «πονάει»** όταν κάποιο αιχμηρό αντικείμενο ή θερμό ερέθισμα του προκαλέσουν βλάβη.

Έτσι, μπορεί να δημιουργηθεί οποιαδήποτε **πληγή, χωρίς ο ασθενής να την αντιληφθεί**. Η πληγή, όμως, αυτή ταυτόχρονα θα **συνεπάγεται** και **είσοδο μικροβίων** στον οργανισμό. Με τον τρόπο αυτόν δημιουργείται **φλεγμονή** στο πόδι (μυϊκό ιστό και οστά), η οποία, **εάν δεν αντιμετωπιστεί άμεσα** και ορθολογικά, αφενός **επεκτείνεται πολύ γρήγορα** και, αφετέρου, **καταλήγει σε ακρωτηριασμό**.

Εάν «μαυρίσει» ή αλλάξει το χρώμα του ποδιού προς το σκούρο, υπάρχει συνήθως **βλάβη των αγγείων**, δηλαδή **απόφραξη των αρτηριών** που φέρνουν το **αίμα** στα **κάτω άκρα**. Αυτή η επιπλοκή ονομάζεται **περιφερική αρτηριοπάθεια**. Το άκρο που **δεν αιματώνεται νεκρώνεται**, ολόκληρο ή κάποια δάκτυλα.

Ενίοτε η **άμεση παρέμβαση** που θα ανοίξει την απόφραξη και θα **αποκαταστήσει την κυκλοφορία** του αίματος **σώζει το πόδι**. Σε αντίθετη περίπτωση (καθυστερημένη ενημέρωση του ιατρού), **αυξάνεται** κατά πολύ ο **κίνδυνος** διενέργειας **ακρωτηριασμού**. Στη χώρα μας το **ποσοστό των διαβητικών ασθενών** που εμφανίζουν **αρτηριοπάθεια** είναι περίπου **15%**, δηλαδή **100.000 – 150.000 άτομα**.

Από την άλλη πλευρά, τη «ζυγαριά» των επιπτώσεων του διαβητικού ποδιού βαραίνει και το **τεράστιο οικονομικό κόστος**. Είναι χαρακτηριστικό ότι στις **Η.Π.Α.** το **ετήσιο άμεσο κόστος** των παθήσεων που **περιλαμβάνει ο όρος**



## ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ (ΕΜΕΔΙΠ)

«**Διαβητικό Πόδι**» (έλκος, γάγγραινα, ακρωτηριασμοί κάτω άκρων) ανέρχεται, πλέον, σε **17 δισ.** δολάρια, **υπερβαίνοντας** ακόμα και εκείνο των **πέντε πιο συνηθισμένων μορφών καρκίνου** (μαστού 16,5 δισ., παχέος εντέρου 14,14 δισ., πνεύμονα 12,12 δισ., προστάτη 11,85 δισ. και λευχαιμίας 5,44 δισ.). Αντίστοιχα **υπέρογκες** είναι και οι δαπάνες των επιπλοκών του διαβητικού ποδιού στο **Ηνωμένο Βασίλειο (UK)**, οι οποίες, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στατιστικά δεδομένα, κατά το έτος **2010 – 2011** ανήλθαν συνολικά σε **662 εκατομμύρια στερλίνες**.

Σε ό,τι αφορά την **Ελλάδα**, υπολογίζεται ότι το άμεσο **ετήσιο κόστος ανά ασθενή με διαβητικό πόδι** είναι περίπου **6.143 Ευρώ**, χωρίς να υπολογίζεται το **έμμεσο**, δηλαδή η **ανικανότητα για εργασία**, η **επιβάρυνση του κοινωνικού συνόλου** κτλ, ενώ το κόστος θεραπείας του **απλού διαβητικού ασθενούς** είναι **5 φορές μικρότερο**, δηλαδή **1.299 Ευρώ**. Το **συνολικό ετήσιο κόστος** από τα έλκη στη **χώρα μας** ανέρχεται στα **300 εκατομμύρια Ευρώ**.

Ταυτόχρονα, ο **ακρωτηριασμός ενός κάτω άκρου** (από το γόνατο και κάτω) στοιχίζει περίπου **30.000 - 60.000 Ευρώ**, τη στιγμή που κάθε χρόνο πραγματοποιούνται σε Ελληνικό έδαφος περίπου **2.000 – 3.000 ακρωτηριασμοί**. Οι **συνολικές ετήσιες δαπάνες** του διαβητικού ποδιού χωρίς ακρωτηριασμό ανέρχονται σε **200-250 εκατομμύρια Ευρώ**, ενώ, σύμφωνα με **νέα στοιχεία** που προέρχονται από το **Ηνωμένο Βασίλειο**, τα **συστήματα υγείας που δεν επενδύουν στην πρόληψη των επιπλοκών** του διαβήτη θεωρείται, πλέον, ότι **ξοδεύουν άσκοπα χρήματα**.

Για τους λόγους αυτούς, **τεράστια σημασία** έχει η **σωστή πρόληψη**. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η **M. Βρετανία**, σε διάφορες περιοχές της οποίας έχει καταγραφεί **σημαντική μείωση των ακρωτηριασμών** με την **εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων πρόληψης**, δηλαδή **εντοπισμού των ατόμων που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο** για δημιουργία **ελκών** (Nottingham 3.3 ακρωτηριασμοί ανά 1000 διαβητικούς ανά έτος, αλλού 5.1 ακρωτηριασμοί ανά 1000 διαβητικούς ανά έτος).

Παράλληλα, σύμφωνα με τα δεδομένα της **Ομάδας Διαβητικού Ποδιού του Νοσοκομείου Middlesbrough**, είναι ενδεικτικό ότι τη στιγμή που η **λειτουργία** της στοιχίζει στους Βρετανούς φορολογούμενους **33.000 λίρες** το χρόνο, το **ετήσιο όφελος** που προκύπτει από τη **μείωση των ακρωτηριασμών** που επιτυγχάνει το προληπτικό της πρόγραμμα αγγίζει τις **249.000 λίρες**. Συνολικά, από την εκπόνηση τέτοιων προγραμμάτων, το **ετήσιο οικονομικό όφελος** θα ανερχόταν σε **230.000.000 Ευρώ**.

Οι καταλληλότεροι **τρόποι πρόληψης** περιλαμβάνουν:



## ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ (ΕΜΕΔΙΠ)

- 1) **Αναγνώριση των ατόμων που είναι σε κίνδυνο να εμφανίσουν έλκος**, δηλαδή που εμφανίζουν νευροπάθεια. Πρέπει να γνωρίζουμε ότι «πόδι που δεν πονά» δεν είναι απαραίτητα υγιές.
- 2) **Καθημερινό έλεγχο των ποδιών από τους διαβητικούς ασθενείς** (τους ίδιους) για να δουν αν υπάρχει παραμικρή βλάβη (αλλοίωση χρώματος ή πληγή) – αναφορά στο γιατρό.
- 3) **Άμεση διακοπή του καπνίσματος.**
- 4) **Έλεγχο της κατάστασης των ποδιών με ειδικό επίθεμα** που δίνει χρωματικά την εικόνα του πάσχοντος ποδιού, δηλαδή του ποδιού με νευροπάθεια. Γίνεται και από τους ίδιους τους ασθενείς.
- 5) **Αποφυγή βαδίσματος (οπουδήποτε) χωρίς υποδήματα** (π.χ. παντόφλες ή σαγιονάρες). Ακόμη και στη θάλασσα δεν επιτρέπεται η βάδιση χωρίς ειδικά υποδήματα.
- 6) **Αποφυγή θέρμανσης των ποδιών με θερμοφόρες ή με οποιαδήποτε θερμαντικά σώματα** όταν κρυώνουν. Δεν είναι δυνατή, πολλές φορές, η αντίληψη του θερμού και το πόδι μπορεί να πάθει έγκαυμα χωρίς να το καταλάβει.
- 7) **Εμφάνιση πόνου στο βάδισμα ή αισθήματος ότι «κάτι μας σφίγγει» στην κνήμη επιβάλλει άμεση αναφορά στο γιατρό** (πιθανή βλάβη αγγείων), ιδίως στην περίπτωση που μας αναγκάζει αυτό το δυσάρεστο αίσθημα να σταματήσουμε τη βάδιση.
- 8) **Αποφυγή μικροτραυματισμών από τα παπούτσια** (όχι στενά, όχι σκληρά υποδήματα).
- 9) **Δεν πρέπει να αφαιρούνται οι «κάλοι» από άτομα που δεν έχουν ειδική εκπαίδευση.** Πολύ περισσότερο δεν αφαιρούνται οι «κάλοι» από τους ίδιους τους ασθενείς χρησιμοποιώντας αιχμηρά αντικείμενα, π.χ. ξυραφάκια. Αποφεύγονται και «ειδικά αυτοκόλλητα» που «τραβούν «τον κάλο» προς τα έξω, γιατί υπάρχει πάντα ο κίνδυνος τραυματισμού και δημιουργίας ελκών στα πόδια των διαβητικών ασθενών.
- 10) **Αντιμετώπιση της ξηρότητας του δέρματος των ποδιών**, που οδηγεί σε σχισίματα, με ειδικούς αφρούς ή κρέμες ενυδάτωσης.

Σε ό,τι αφορά την αντιμετώπιση των προβλημάτων στα πόδια των ασθενών με διαβήτη, είναι απαραίτητη η **θεσμοθέτηση, σύσταση και λειτουργία ιατρείων διαβητικού ποδιού**. Τα ιατρεία αυτά είναι απαραίτητα κατ' αρχήν σε όλα τα μεγάλα Περιφερικά και Νομαρχιακά Νοσοκομεία, ενώ η



## ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ (ΕΜΕΔΙΠ)

ίδρυση και λειτουργία τους σε Μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα μπορούσε να αποτελέσει έναν **δεύτερο στόχο** για τη χώρα μας. Στα ιατρεία αυτά πρέπει να απευθύνονται τα **άτομα με διαβήτη** με σκοπό:

1. Την **πρόληψη προβλημάτων των κάτω άκρων**.
2. Την **εκπαίδευση** των ατόμων με διαβήτη στη **φροντίδα των ποδιών** τους.
3. Την **εξειδικευμένη αντιμετώπιση**, αν αυτό χρειαστεί.

Τόσο η **εμπειρία** από τη **Μ. Βρετανία**, όσο και η **διεθνής**, έχει καταδείξει ότι η **λειτουργία τέτοιων ιατρείων προλαμβάνει και μειώνει μέχρι και 50%** τους ακρωτηριασμούς στα άτομα με διαβήτη. Είναι, μάλιστα, σημαντικό ότι η **μείωση** των ακρωτηριασμών παρατηρήθηκε σε **κράτη λιγότερο προηγμένα** οικονομικά και υγειονομικά από τον υπόλοιπο σύγχρονο κόσμο. Για παράδειγμα, **χώρες της Ασίας** δημιούργησαν **117 Ιατρεία Διαβητικού ποδιού**, με προοπτική να **ξεπεράσουν τα 1000** (Πακιστάν).

Στην **Ελλάδα** σήμερα υπάρχουν σε λειτουργία **ιατρεία διαβητικού ποδιού** στα εξής **δημόσια Νοσοκομεία**: **Γ.Ν.Α. Λαϊκό, Γ.Ν.Α. Ευαγγελισμός, Νοσοκομείο Α. Φλέμιγκ, Γ.Ν.Π. Τζάνειο, Νοσοκομείο Α. Συγγρός, Π.Γ.Ν. Αττικόν, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Γ.Ν. Καβάλας, Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ Αθηνών, Γ.Ν. Θήβας, Γ.Ν. Χαλκίδας, Γ.Ν. Ηρακλείου Βενιζέλειο, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης.**

Τα ιατρεία διαβητικού ποδιού των Νοσοκομείων των μεγάλων πόλεων δημιουργήθηκαν από ιατρούς με **ειδική εκπαίδευση σε κέντρα του εξωτερικού**, και τα ιατρεία άλλων μικρότερων πόλεων από ιατρούς με εξειδίκευση σε μεγάλα Νοσοκομεία όπου λειτουργούν ανάλογες Μονάδες.

Συνεπώς, **υπάρχει η δυνατότητα για εκπαίδευση** ιατρών και νοσηλευτών για τη δημιουργία **ιατρείων διαβητικού ποδιού** στη χώρα μας, η **θεσμοθέτηση** των οποίων **δεν απαιτεί, πλέον, πόρους** και από αυτήν προκύπτουν **μόνο οφέλη**.