



ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ (ΕΜΕΔΙΠ)

ΠΡΟΕΔΡΟΣ:
Χ. ΜΑΝΕΣ

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ:
Θ. ΚΑΤΣΑΡΟΣ

**ΓΕΝ.
ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:**
Ν. ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ

ΤΑΜΙΑΣ:
Σ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ

ΜΕΛΗ:
Κ. ΚΑΛΛΙΓΙΑΝΝΗ
Χ. ΛΟΥΠΑ
Ν. ΠΑΠΑΝΑΣ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Τετάρτη 31 Ιανουαρίου 2018

«Έκρηξη» με απρόβλεπτες συνέπειες προκαλεί ο Σακχαρώδης Διαβήτης παγκοσμίως- κυρίως στον Δυτικό κόσμο- με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζεται πλέον από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως «σύγχρονη πανδημία». Υπολογίζεται ότι το 2030 θα υπάρχουν 552 εκατομμύρια άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη στον πλανήτη σε σύγκριση με το 2014 που ο αριθμός αυτός έφτανε τα 442 εκατομμύρια.

Οι επιστημονικοί φορείς διεθνώς φοβούνται κυρίως τις επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη, οι κυριότερες από τις οποίες αφορούν προβλήματα στα μάτια (έως και τύφλωση), καρδιά (εμφράγματα), νεφρούς (έως την ένταξη σε τεχνητό νεφρό) και πόδια (ακρωτηριασμοί). Ακόμα το οικονομικό κόστος αντιμετώπισης του προβλήματος τρομάζει τα συστήματα Υγείας των χωρών.

Η πιο «φοβερή» επιπλοκή των διαβητικών ασθενών είναι το Διαβητικό Πόδι. Δηλαδή έλκος (πληγή) ή γάγγραινα στα κάτω άκρα που οδηγεί σε ακρωτηριασμό. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αυξάνει κατά πολύ τον κίνδυνο ακρωτηριασμού των ποδιών, όταν υπάρχει έλκος που δεν επουλώνεται και φλεγμαίνει. Υπολογίζεται ότι αυτή η αύξηση εκφράζεται από το γεγονός ότι **οι Διαβητικοί ασθενείς εμφανίζουν 10-20 φορές μεγαλύτερα ποσοστά ακρωτηριασμών, αν παρουσιάσουν τις βλάβες που αναφέραμε στα πόδια συγκρινόμενοι με άτομα μη διαβητικά και ανάλογες βλάβες.** Παγκόσμια οι ακρωτηριασμοί διαβητικών αυξάνουν με ανησυχητικό ρυθμό. Υπολογίζεται ότι κάθε 20 δευτερόλεπτα κάποιο ασθενής διαβητικός στον κόσμο ακρωτηριάζεται. Παλαιότερα λέγαμε ότι κάθε 30 δευτερόλεπτα συμβαίνει κάποιος ακρωτηριασμός σε πόδι διαβητικού. Αύξηση λοιπόν κατά 50% των ακρωτηριασμών (σε 3 χρόνια).

Στην Ελλάδα συμβαίνουν 3000 περίπου ακρωτηριασμοί διαβητικών ασθενών ετησίως.. Ας σημειωθεί πως ένας ακρωτηριασμός κοστίζει 30.000 – 60.000 δολάρια, άρα στην Ελλάδα οι ακρωτηριασμοί κοστίζουν 30 – 180 εκατομμύρια ευρώ σε ετήσια βάση. **Το κόστος που πληρώνει το κοινωνικό σύνολο αυξάνεται κατά 70% για τα επόμενα χρόνια** γιατί το άτομο θέλει βοήθεια από τρίτο πρόσωπο και διάφορες άλλες κοινωνικές παροχές (π.χ. σύνταξη).

Η συχνότητα των διαβητικών ελκών στις διάφορες χώρες ποικίλλει από 1% σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες έως 11% σε χώρες της Αφρικής. Στην Ελλάδα εμφανίζεται συχνότητα 5%, όσον αφορά τα διαβητικά έλκη. Αυτό σημαίνει ότι **περίπου 50.000 άτομα με Διαβήτη στον Ελληνικό χώρο εμφανίζουν άμεσο κίνδυνο ακρωτηριασμού, αν δεν τύχουν εξειδικευμένης φροντίδας**. Ένα επιπλέον ανησυχητικό στοιχείο είναι ότι, σύμφωνα με τις πρόσφατες (2017) εκτιμήσεις της Διεθνούς Ομοσπονδίας για το Διαβήτη, κάθε χρόνο 2% του πληθυσμού των διαβητικών ασθενών εμφανίζουν νέα έλκη. Άρα, 20.000 περιπτώσεις διαβητικών ελκών προστίθενται κάθε χρόνο στη ελληνική επικράτεια.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Διαβήτη (I.D.F.), το **70%** των **ακρωτηριασμών** που διενεργούνται σε όλο τον κόσμο αφορά **διαβητικούς ασθενείς**, οι οποίοι διατρέχουν **25 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο** να χάσουν το **ένα ή και τα δύο πόδια** σε σύγκριση με άλλους. Στατιστικά, **1.000.000 άτομα** με Σακχαρώδη Διαβήτη παγκοσμίως αναγκάζονται να υποβληθούν σε **ακρωτηριασμό** ενός άκρου τους σε ετήσια βάση.

Τα στοιχεία αυτά ανακοίνωσαν σήμερα με αφορμή τη διεξαγωγή του **6^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου με Διεθνή Συμμετοχή της Εταιρείας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού (Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π.)**, στις **1 – 4 Φεβρουαρίου 2018** στην **Αθήνα** (ξενοδοχείο **Crown Plaza**), ο Πρόεδρος της **Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού (Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π.)**, Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, υπεύθυνος του τμήματος Διαβητικού Ποδιού στην **Euromedica Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης**

και εκπρόσωπος της Ελλάδας στην Παγκόσμια Ομάδα Εργασίας για το Διαβητικό Πόδι **κ. Χρήστος Μανές** και ο Γεν. Γραμματέας της Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π., Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», τέως Γενικός Γραμματέας της Πανευρωπαϊκής Ομάδας Εργασίας για το Διαβητικό Πόδι **κ. Νικόλαος Τεντολούρης** και το μέλος του Δ.Σ., αγγειοχειρουργός στο Θεραπευτήριο «Υγεία» **κ. Κυριακή Καλλιγιάννη**.

Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά στοιχεία, οι κύριοι παράγοντες που οδηγούν στον ακρωτηριασμό είναι τα έλκη των κάτω άκρων. Πρωταρχικός παράγοντας για την δημιουργία ελκών είναι η διαβητική νευροπάθεια . Υπολογίζεται ότι ποσοστό 30% των διαβητικών ατόμων εμφανίζει διαβητική νευροπάθεια με συνέπεια μειωμένη αισθητικότητα στα κάτω άκρα, λόγω της βλάβης των νεύρων. Στην περίπτωση αυτή το άτομο δεν μπορεί να αισθανθεί τα διάφορα ερεθίσματα στο πόδι δηλαδή πόνο, θερμοκρασία κλπ. Έτσι οποιοσδήποτε τραυματισμός συμβεί δεν γίνεται αντιληπτός (δεν υπάρχει η αίσθηση του πόνου) δημιουργείται μια πληγή που αποτελεί πύλη εισόδου μικροβίων , γεγονός που ευνοεί την ανάπτυξη φλεγμονής. Η φλεγμονή αυτή επεκτείνεται και στα κατώτερα στρώματα δηλαδή μύες και οστά. Στην περίπτωση αυτή είναι αυξημένος ο κίνδυνος ακρωτηριασμού. Στον ελληνικό χώρο περίπου **300.000 άτομα** ανήκουν στις ομάδες **υψηλού κινδύνου εμφάνισης ελκών** των κάτω άκρων.

Οποιοσδήποτε **πόνος στα κάτω άκρα**, οποιαδήποτε **σχισμή**, ιδίως στα **πέλματα**, πρέπει να αναφέρεται άμεσα στο θεράποντα ιατρό. **Πόδια που ελέγχονται καθημερινά** δεν εμφανίζουν σοβαρά προβλήματα, ή και αν ακόμα εμφανίσουν, έχουν πολλές πιθανότητες για **πλήρη θεραπεία**. Εφόσον οι ασθενείς **ελέγχονται κάθε μέρα** για τυχόν έλκη ή αλλαγή του χρώματος (προς το ερυθρό , σκούρο κλπ) και αναφέρονται αμέσως στον ιατρό τους, η **έγκαιρη αντιμετώπιση** μπορεί να τους **απαλλάξει** από τον **κίνδυνο του ακρωτηριασμού**.

Σύμφωνα με την κ Καλλιγιάννη, εάν «μαυρίσει» ή αλλάξει χρώμα προς το σκούρο το χρώμα του κάτω άκρου, υπάρχει συνήθως βλάβη των αγγείων δηλαδή απόφραξη των αρτηριών που φέρνουν το αίμα στα κάτω άκρα. Αυτή η

επιπλοκή ονομάζεται περιφερική αρτηριοπάθεια και οδηγεί κι αυτή στο σχηματισμό έλκους . Εάν η κατάσταση προχωρήσει , κάποια δάκτυλα ή όλο το σκέλος που δεν αιματώνεται λόγω της απόφραξης νεκρώνεται.

Η παρέμβαση, κυρίως χειρουργική, που θα ανοίξει την απόφραξη και θα αποκαταστήσει την κυκλοφορία του αίματος σώζει το πόδι. Σε αντίθετη περίπτωση (καθυστερημένη ενημέρωση του ιατρού) συμβαίνει και στην περίπτωση αυτή ακρωτηριασμός. Άτομα με Διαβήτη που έχουν αρτηριοπάθεια και διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ακρωτηριασμού είναι **περίπου το 15% των διαβητικών (150.000 διαβητικοί στον ελλαδικό χώρο).**

«Εκτός από το τεράστιο **κοινωνικό κόστος**, στα προβλήματα του ποδιού προστίθεται και υπέρογκο **οικονομικό κόστος**» υπογραμμίζει ο κ. Μανές. Σύμφωνα με τους ειδικούς, μάλιστα, το κόστος αυτό μπορεί να γίνει δυσβάστακτο για κάθε σύστημα υγείας, καθώς αναπαράγεται συνεχώς εξαιτίας πολλών σημαντικών παραμέτρων. Αυτές είναι η μακροχρόνια παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο, τα έξοδα αποκατάστασης, η αυξημένη ανάγκη κοινωνικών υπηρεσιών, η απώλεια θέσεων εργασίας και η πρόωρη συνταξιοδότηση. Εάν ληφθεί υπόψη ότι το κόστος αντιμετώπισης των ανωτέρω παραμέτρων υπολογίζεται ότι **η συνολική οικονομική επιβάρυνση μπορεί να αυξηθεί κατά 70% μετά τον ακρωτηριασμό.**

Σε ό,τι αφορά την **Ελλάδα**, υπολογίζεται ότι το άμεσο **ετήσιο κόστος ανά ασθενή με διαβητικό πόδι** υπερβαίνει τις **6.000 Ευρώ**, χωρίς να υπολογίζεται το έμμεσο κόστος, δηλαδή η ανικανότητα για εργασία, επιβάρυνση του κοινωνικού συνόλου, κτλ. ενώ το κόστος θεραπείας του διαβητικού ασθενούς χωρίς προβλήματα στα πόδια είναι 5 φορές μικρότερο, δηλαδή 1.299 Ευρώ. Το συνολικό ετήσιο κόστος από τα έλκη στη χώρα μας ανέρχεται στα 300 εκατομμύρια Ευρώ. Ταυτόχρονα, το **κόστος του ακρωτηριασμού κάτω άκρου** (κάτω από το γόνατο) ανέρχεται σε περίπου **30 - 60.000 Ευρώ**, ανάλογα με το μέρος του ποδιού που θα αποκοπεί.

Για όλους αυτούς τους λόγους, **υψίστης σημασίας** είναι η **σωστή πρόληψη**, καθώς από την εκπόνηση ειδικών **προγραμμάτων πρόληψης – μείωσης** των ακρωτηριασμών το **ετήσιο οικονομικό όφελος** θα ανερχόταν σε περίπου **50 εκατομμύρια Ευρώ**. Οι **διεθνείς Εποπτικοί Οργανισμοί**

Υγείας (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και Διεθνής Ομοσπονδία Διαβήτη) προτείνουν με έμφαση την **οργάνωση φροντίδας** για το διαβητικό πόδι ως το **μόνο αποτελεσματικό μέσο μείωσης** των ακρωτηριασμών. Η οργάνωση φροντίδας αρχίζει από τα **προγράμματα πρόληψης** σε όλο το **διαβητικό πληθυσμό**. «Η **φροντίδα** για το διαβητικό πόδι θα πρέπει να περιλαμβάνει και την **ίδρυση Ιατρείων Διαβητικού Ποδιού** σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομεία», τόνισε ο κ. Μανές.

Πολλές μελέτες κατέδειξαν ότι η **συχνότητα εμφάνισης ελκών** στα πόδια, και κατά συνέπεια των **ακρωτηριασμών**, **μπορούσε να μειωθεί μέχρι και 80%** όταν ακολουθούνταν **πρακτικές εκπαίδευσης και πρόληψης** από **οργανωμένα Ιατρεία Διαβητικού Ποδιού**. Πολλές **κυβερνήσεις Ευρωπαϊκών χωρών υιοθέτησαν** τα αποτελέσματα των μελετών αυτών και **άρχισαν** από τότε - και **συνεχίζουν** έως σήμερα - να **εφαρμόζουν προγράμματα** σε **εθνική κλίμακα**, με τη **θέσπιση και λειτουργία Ιατρείων Διαβητικού Ποδιού** και την **επιβαλλόμενη τακτική εξέταση των ποδιών των διαβητικών ασθενών**, προκειμένου να μειωθούν οι ακρωτηριασμοί.

Πρόσφατα αποτελέσματα από χώρες όπως η **Νορβηγία**, η **Δανία**, η **Γερμανία** και το **Βέλγιο** έδειξαν **μείωση** των **ακρωτηριασμών** μέχρι και **60%**. Ανάλογα αποτελέσματα εμφανίσθηκαν και στο **Ενωμένο Βασίλειο (Μεγάλη Βρετανία)** όσο διάστημα λειτουργούσαν μονάδες διαβητικού Ποδιού στο Σύστημα Υγείας. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, όταν προσωρινά διακόπηκε η λειτουργία των μονάδων αυτών για οικονομικούς λόγους αυξήθηκε ο αριθμός των ακρωτηριασμών, που στη συνέχεια όμως μειώθηκε με την επαναλειτουργία των μονάδων (Ιατρείων Διαβητικού Ποδιού).

Προς την κατεύθυνση αυτή κινούνται και οι **δραστηριότητες διεθνών Οργανισμών** (Διεθνής Ομοσπονδία για το Διαβητικό Πόδι) και **Ευρωπαϊκών Επιστημονικών Εταιριών** (Ευρωπαϊκή Ομάδα Μελέτης του Διαβητικού Ποδιού), καθώς και της **Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης Διαβητικού Ποδιού**.

Σε **όλα** τα **επίπεδα** του συστήματος Υγείας και στον **Ιδιωτικό χώρο** πρέπει να γίνεται **εκπαίδευση** των διαβητικών ατόμων στη φροντίδα των ποδιών για την πρόληψη των ελκών. Στο πλαίσιο αυτό, **ιδιαίτερα**

ελπιδοφόρο μήνυμα για την αντιμετώπιση του προβλήματος στη χώρα μας αποτελεί η **αξιοσημείωτη αύξηση του αριθμού των Ιατρικών Διαβητικού Ποδιού**, που καταγράφεται από τους ειδικούς τα τελευταία χρόνια και η μείωση των ακρωτηριασμών σε ορισμένα γεωγραφικά διαμερίσματα μετά την λειτουργία των Ιατρικών αυτών.

Είναι χαρακτηριστικό ότι ένα δολάριο που επενδύεται στην φροντίδα για το διαβητικό πόδι συντελεί σε εξοικονόμηση 25-51 δολαρίων από τις περαιτέρω δαπάνες (στοιχεία από τις ΗΠΑ).

ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ

1) Καθημερινός έλεγχος των ποδιών από τους διαβητικούς ασθενείς (τους ίδιους) για να δουν αν υπάρχει παραμικρή βλάβη (αλλοίωση χρώματος ή πληγή) – αναφορά στο γιατρό

2) Άμεση διακοπή καπνίσματος

3) Έλεγχος 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, σε συνεννόηση με το γιατρό τους

4) Αποφυγή βαδίσματος (οπουδήποτε) χωρίς να φορούν υποδήματα (π.χ. παντόφλες ή σαγιονάρες). Ακόμη και στη θάλασσα δεν επιτρέπεται η βάδιση χωρίς ειδικά υποδήματα

5) 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

6) Η εμφάνιση πόνου στο βάδισμα ή αισθήματος δηλ. 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

7) Αποφυγή μικροτραυματισμών από τα παπούτσια (όχι στενά, όχι σκληρά υποδήματα)

8) Δεν πρέπει να αφαιρούνται οι «κάλοι» από άτομα που δεν έχουν ειδική εκπαίδευση. Πολύ περισσότερο δεν αφαιρούνται οι «κάλοι» από τα ίδια τα άτομα με Διαβήτη χρησιμοποιώντας αιχμηρά αντικείμενα (π.χ. ξυραφάκια)

9) Αποφεύγονται και «ειδικά αυτοκόλλητα» που «τραβούν «τον κάλο» προς τα έξω . Υπάρχει κίνδυνος τραυματισμού και δημιουργίας ελκών στα πόδια των διαβητικών ασθενών

10) Πρέπει να γνωρίζουμε ότι «πόδι που δεν πονά» δεν είναι απαραίτητα υγιές.