



ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ (ΕΜΕΔΙΠ)

Δευτέρα 28 Απριλίου 2014

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ :

Χ. ΜΑΝΕΣ

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ :

Θ. ΚΑΤΣΑΡΟΣ

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ :

Ν. ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ

ΤΑΜΙΑΣ :

Κ. ΚΑΛΛΙΓΙΑΝΝΗ

ΜΕΛΗ :

Α. ΠΑΠΠΑΣ

Θ. ΜΕΣΗΜΕΡΗΣ

Α. ΚΑΜΑΡΑΤΟΣ

Σε σύγχρονο «εφιάλη» συνεχίζει να αναδεικνύεται μια από τις **συχνότερες επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη, το διαβητικό πόδι**, καθώς σήμερα πραγματοποιείται παγκοσμίως **ένας ακρωτηριασμός κάτω άκρου κάποιου συνανθρώπου μας κάθε 20 δευτερόλεπτα!**

Σύμφωνα με τα στοιχεία της **Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Διαβήτη (International Diabetes Federation – I.D.F.)**, το **80%** των **μη τραυματικών ακρωτηριασμών** που διενεργούνται στις μέρες μας σε όλο τον κόσμο αφορά **διαβητικούς ασθενείς**, οι οποίοι διατρέχουν **25 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο** να χάσουν το **ένα ή και τα δύο** πόδια τους, σε σύγκριση με άλλους.

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**, καθώς συχνά τους οδηγούν σε **περιορισμένη αυτονομία κινήσεων, κοινωνική απομόνωση και ψυχολογικό στρες**.

Οι ειδικοί εκτιμούν ότι το **25%** των **ατόμων με διαβήτη** θα εμφανίσει **έλκος** στα κάτω άκρα **έστω και μία φορά** κατά τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ, στατιστικά, περισσότερα από **1.000.000** άτομα με σακχαρώδη διαβήτη **αναγκάζονται** να υποβληθούν σε **ακρωτηριασμό ενός άκρου** τους σε ετήσια βάση.

Σε ό,τι αφορά τη χώρα μας, τα στοιχεία δείχνουν ότι το **4-5%** των **διαβητικών ασθενών** εμφανίζουν **έλκη στα πόδια**, γεγονός που σημαίνει ότι **40 - 50.000** άτομα με διαβήτη διατρέχουν **αυξημένο κίνδυνο ακρωτηριασμού**. Στην **Ελλάδα** πραγματοποιούνται περίπου **2.000 - 3.000 ακρωτηριασμοί** κάτω άκρων σε **ετήσια βάση**.

Παράλληλα με το κοινωνικό κόστος, **σοβαρότατο πρόβλημα** αποτελεί και το **οικονομικό κόστος** του διαβητικού ποδιού σε διεθνές επίπεδο. Είναι χαρακτηριστικό ότι **μόνο** στις **Η.Π.Α.** το **άμεσο κόστος** της νόσου, που προκύπτει από τις νοσηλείες, τη φαρμακευτική αγωγή, τα επιθέματα κτλ, **υπερβαίνει τις συνολικές δαπάνες αντιμετώπισης και των πιο επιθετικών μορφών καρκίνου** (μαστού, παχέος εντέρου, πνευμόνων, προστάτη και αιμοποιητικού συστήματος).



ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ (ΕΜΕΔΙΠ)

Ωστόσο, με την εφαρμογή μιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που θα περιλαμβάνει στρατηγικές επαρκούς πρόληψης, θεραπευτική αντιμετώπιση των ελκών από πολλές ιατρικές Ειδικότητες, αποτελεσματική οργάνωση, συνεχή παρακολούθηση και ειδική εκπαίδευση των πασχόντων, μπορεί να αποφευχθεί έως και το **85%** των ακρωτηριασμών.

Τα σημαντικά αυτά δεδομένα θα συζητηθούν κατά τη διεξαγωγή της **15^{ης} Πανελληνίας Διημερίδας** με τίτλο «**Διαβητικό πόδι – Έλκη στα κάτω άκρα – Πρόληψη ακρωτηριασμών**», την οποία διοργανώνει η **Εταιρία Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού (Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π.)**, σε συνεργασία με τον **Ιατρικό Σύλλογο Πιερίας (Ι.Σ.Π.)**, στις **2 – 4 Μαΐου 2014** στην **Κατερίνη** (ξενοδοχείο **Mediterranean Princess**). Παράλληλα, την **Κυριακή 4 Μαΐου 2014**, στις **11:00**, θα πραγματοποιηθεί **ενημερωτική εκδήλωση** ανοιχτή για το κοινό, με θέμα «**Διαβητικό Πόδι: η πρόληψη σώζει**», στο ίδιο ξενοδοχείο (αίθουσα Ίκαρος).

Πρόκειται για μια **σημαντική διοργάνωση**, στην οποία θα συμμετάσχουν **έγκριτοι επιστήμονες** που έχουν **συμβάλλει** ουσιαστικά στην **εξέλιξη** της έρευνας και της **θεραπευτικής αντιμετώπισης** του **διαβητικού ποδιού**, τόσο στη **χώρα μας**, όσο και **διεθνώς**. Κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης έχουν προγραμματιστεί **διαλέξεις, στρογγυλά τραπέζια και κλινικά φροντιστήρια** 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 τονίζουν οι ειδικοί, ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια **μεταβολική νόσος**, η οποία χαρακτηρίζεται από **αύξηση** της **συγκέντρωσης** του **σακχάρου** στο αίμα (υπεργλυκαιμία) και **διαταραχή** του **μεταβολισμού** της **γλυκόζης**, είτε ως αποτέλεσμα και **ελαττωμένης έκκρισης ινσουλίνης** από το πάγκρεας, είτε λόγω **ελάττωσης** της **ευαισθησίας** των **κυττάρων** του σώματος στην ινσουλίνη.

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, με **σοβαρότατες συνέπειες** σε πολλά οργανικά συστήματα, όπως **νεφρική ανεπάρκεια, μόνιμη βλάβη στους οφθαλμούς**, η οποία μπορεί να οδηγήσει και σε τύφλωση, **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 περίπου **250 – 300.000**



ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ (ΕΜΕΔΙΠ)

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) θα πρέπει να διενεργηθεί και πάλι **ακρωτηριασμός**. Στη χώρα μας το **ποσοστό των διαβητικών ασθενών** που εμφανίζουν **αρτηριοπάθεια** είναι περίπου **15%**, δηλαδή **100 – 150.000** άτομα.

Εκτός από το τεράστιο **κοινωνικό κόστος**, στα προβλήματα του ποδιού προστίθεται και υπέρογκο **οικονομικό κόστος**. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, 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 οικιακής φροντίδας** και **κοινωνικών υπηρεσιών**, η **απώλεια θέσεων εργασίας** και η **πρόωρη συνταξιοδότηση**. Εάν ληφθεί υπόψη και το γεγονός ότι το κόστος αντιμετώπισης όλων παραμέτρων μπορεί να **αυξηθεί κατά 70% μετά τον ακρωτηριασμό**, αντιλαμβάνεται κανείς ότι το πρόβλημα του διαβητικού ποδιού λαμβάνει **υπερβολικές διαστάσεις**.

Οι αριθμοί είναι αμείλικτοι: στις **Η.Π.Α.** εκτιμάται ότι **δαπανώνται** κάθε χρόνο περίπου **40 δισεκατομμύρια δολάρια** για τις παθήσεις του διαβητικού ποδιού, με το **συνολικό ετήσιο κόστος του σακχαρώδη διαβήτη** να αγγίζει τα **116 δισεκατομμύρια δολάρια**.

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 κόστος**, δηλαδή **ανικανότητα για εργασία, επιβάρυνση του κοινωνικού συνόλου** κτλ, ενώ το κόστος θεραπείας του



ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ (ΕΜΕΔΙΠ)

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, 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, τη στιγμή που κάθε χρόνο πραγματοποιούνται σε Ελληνικό έδαφος **2.000 – 3.000 ακρωτηριασμοί**. Επιπλέον, το **συνολικό ετήσιο κόστος** του διαβητικού ποδιού χωρίς ακρωτηριασμό ανέρχεται σε **200-250 εκατομμύρια Ευρώ**. 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 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.

Όπως είχε αναδείξει και η **Διακήρυξη του Αγίου Βικεντίου** ήδη από το **1993**, η **πρόληψη** των **ελκών** και των **ακρωτηριασμών** καθίσταται **επιτακτική ανάγκη**. Στη δήλωση αυτή κατέληξαν οι ειδικοί από πολλές **Ευρωπαϊκές χώρες** και έθεσαν ως **στόχο** τη **μείωση** της **συχνότητας εμφάνισης ελκών** και **διενέργειας ακρωτηριασμών** στα πόδια κατά **50%** σε χρονικό διάστημα **5 ετών**.

Η Διακήρυξη ήταν αποτέλεσμα πολλών μελετών που 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**. Μάλιστα, πολλές **κυβερνήσεις** Ευρωπαϊκών χωρών **υιοθέτησαν** τη **Διακήρυξη** και **άρχισαν** από τότε - και **συνεχίζουν** έως σήμερα - να **εφαρμόζουν προγράμματα** σε **εθνική κλίμακα**, με τη **θέσπιση και λειτουργία Ιατρείων Διαβητικού Ποδιού**, 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%**. 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 Διαβητικού Ποδιού**.



ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ (ΕΜΕΔΙΠ)

Στην Ελλάδα έχει εκπαιδευτεί ένας σημαντικός αριθμός ιατρών και νοσηλευτών που έχουν στελεχώσει Ιατρεία Διαβητικού Ποδιού στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη και σε πολλές άλλες πόλεις (Θήβα, Χαλκίδα, Λαμία, Λάρισα, Καβάλα, Αλεξανδρούπολη, Ιωάννινα, Κέρκυρα, Πρέβεζα, Αγρίνιο, Καλαμάτα, Σπάρτη, Κύθηρα, Ηράκλειο Κρήτης, Ρόδος, Ικαρία, Λήμνος). Στη χώρα μας έρχονται για εκπαίδευση, επίσης, πολλοί ιατροί από την Κύπρο.

Πολλά από τα Ιατρεία Διαβητικού Ποδιού λειτουργούν εντός των Εξωτερικών Διαβητολογικών Ιατρείων και δεν υπάρχει επίσημη θεσμοθέτησή τους από την πολιτεία, ενώ η εκπαίδευση των ιατρών και των νοσηλευτών είναι εθελοντική. Επίσης, οι ειδικοί Ποδολόγοι - Ποδοθεραπευτές, με εκπαίδευση επιπέδου Τ.Ε.Ι., είναι ελάχιστοι στην Ελλάδα, ενώ αυτοί αποτελούν τη βάση των αντίστοιχων Ιατρείων σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες.

Η πρόταση για την οργάνωση θεσμοθετημένων Ιατρείων στην Ελλάδα, η οποία είναι σύμφωνη με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, είναι η εξής:

Πρωτοβάθμιο Ιατρείο-Επίπεδο 1: Κέντρα Υγείας, Ιατρεία ΕΟΠΥΥ
Ιατρός γενικής ιατρικής ή παθολόγος, εξειδικευμένη νοσηλεύτρια.

Δευτεροβάθμιο Ιατρείο-Επίπεδο 2: Διαβητολογικά Ιατρεία Νομαρχιακών και Περιφερειακών Νοσοκομείων

Παθολόγος με εξειδίκευση στο διαβήτη, χειρουργός (γενικός ή/και αγγειοχειρουργός ή/και ορθοπαιδικός), εξειδικευμένη νοσηλεύτρια και ποδοθεραπευτής.

Τριτοβάθμιο Εξειδικευμένο Κέντρο αναφοράς-Επίπεδο 3: Πανεπιστημιακά και πλήρως στελεχωμένα Νοσοκομεία τριτοβάθμιας φροντίδας:

Παθολόγος (-οι) με εξειδίκευση στο διαβήτη, Γενικός χειρουργός, Αγγειοχειρουργός, Ορθοπαιδικός, Πλαστικός χειρουργός, Λοιμωξιολόγος, Νοσηλευτές, Ποδολόγοι.

Η φροντίδα των ατόμων με διαβήτη που έχουν προβλήματα στα πόδια πρέπει να παρέχεται από οργανωμένα κέντρα που διαθέτουν προσωπικό με εμπειρία επιπέδου 2 και 3. Στα οργανωμένα αυτά κέντρα γίνεται συστηματική εργασία και πραγματικά σώζονται τα πόδια των ατόμων με διαβήτη. Σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας αυτών των ιατρείων πρέπει να γίνεται εκπαίδευση των ατόμων με διαβήτη στη φροντίδα των ποδιών για την πρόληψη των ελκών.

Απλές συμβουλές που αν εφαρμοστούν από τα άτομα με Διαβήτη σώζουν πόδια:

- Δεν περπατάμε ποτέ ξυπόλυτοι.



ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ (ΕΜΕΔΙΠ)

- Ελέγχουμε κάθε βράδυ τα πόδια μας για μικροαμυχές, πληγές ή αλλαγή του χρώματος των δακτύλων
- Χρησιμοποιούμε καθρεφτάκι για να ελέγξουμε τα πέλματα αν υπάρχουν πληγές.
- Ελέγχουμε τα παπούτσια αν υπάρχει καμιά ραφή ή κανένα καρφί που μπορεί να προκαλέσει τραύμα.
- Δεν πλησιάζουμε τα πόδια σε θερμαντικά σώματα (υπάρχει κίνδυνος εγκαυμάτων). Πλένουμε τα πόδια με χλιαρό νερό κάθε βράδυ.
- Αν τα πέλματα είναι ξηρά χρησιμοποιούμε ειδικούς αφρούς, όχι βαζελίνη.
- Κόβουμε τα νύχια σε ευθεία γραμμή ώστε να μην υπάρχουν αιχμές που τραυματίζουν τα πόδια μας.
- Δεν αφαιρούμε τους κάλους μόνοι μας. Απευθυνόμαστε πάντα σε εξειδικευμένο προσωπικό.

Από την άλλη πλευρά, στους **διαβητικούς** συναντώνται συχνά και **βλάβες του αρτηριακού συστήματος**, κυρίως των **κάτω άκρων**, οι οποίες αποτελούν την **κύρια αιτία** ενδονοσοκομειακής νοσηλείας τους. Η **αρτηριακή νόσος** είναι **4-5 φορές συχνότερη** στους ασθενείς αυτούς, εμφανίζεται **επιθετικότερη** συγκριτικά με τους μη διαβητικούς και **εγκαθίσταται** σε **νεώτερη ηλικία**.

Οι βλάβες **εστιάζονται** στις **περιφερικές**, κυρίως, **αρτηρίες**, κάτω από το γόνατο, που είναι **αγγεία μεσαίου και μικρού διαμετρήματος**, γεγονός το οποίο χαρακτηρίζει την **ιδιομορφία** του προβλήματος. Πρέπει να σημειωθεί ότι στην **εγκατάσταση** και την **ταχεία εξέλιξη** της **διαβητικής αγγειοπάθειας** συμβάλλουν παράγοντες όπως ο **χρόνος εμφάνισης** και η **ρύθμιση του διαβήτη**, η **υψηλή αρτηριακή πίεση**, το **κάπνισμα**, η **υπερλιπιδαιμία** και η **παχυσαρκία**.

Η παρουσία των αποφρακτικών αρτηριακών βλαβών στα κάτω άκρα υποδηλώνεται από ένα συνδυασμό συμπτωμάτων στο μεγαλύτερο αριθμό των ασθενών, ενώ περίπου στο **1/3** των πασχόντων **δεν υπάρχουν συμπτώματα**. Είναι ιδιαίτερα σημαντική η **αξιολόγηση** του προβλήματος σε **πρώιμα στάδια**, καθώς μπορεί να ανακοπεί η πορεία της νόσου σε **κρίσιμη ισχαιμία**. Η κρίσιμη ισχαιμία αποτελεί τη **σοβαρότερη εξέλιξη** της αρτηριοπάθειας, οφείλεται, κυρίως, σε **εκτεταμένες** και **πολυεπίπεδες αλλοιώσεις** και συνοδεύεται, τις περισσότερες φορές, από την **εμφάνιση ελκών ή νεκρώσεων στα δάκτυλα** και την **πτέρνα**.

Η **αντιμετώπιση** της διαβητικής αρτηριοπάθειας των κάτω άκρων **συνδέεται άμεσα** με την **ποιότητα ζωής**, πρακτικά με τη **δυνατότητα να βαδίζει κανείς**. Για το λόγο αυτόν, ο **κύριος άξονας** αυτής της ποιότητας ζωής είναι η **διάσωση του άκρου**. Και εδώ τίθεται το **ερώτημα: ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος** αντιμετώπισης της **ταχείας εξέλιξης** και των **επιπλοκών**



ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ (ΕΜΕΔΙΠ)

της διαβητικής περιφερικής αρτηριοπάθειας; Σαφώς η **πρόληψή** της, με την **απομάκρυνση των παραγόντων κινδύνου**. Έτσι, η **σωστή ρύθμιση του διαβήτη**, η **διακοπή του καπνίσματος**, ο **έλεγχος της υπερλιπιδαιμίας** και της **υπέρτασης**, η **καταπολέμηση της παχυσαρκίας** και η **άσκηση** είναι μερικοί από τους **βασικούς κανόνες έλεγχου** της **εξέλιξης** της νόσου.

Όταν, όμως, οι αθηροσκληρωτικές **βλάβες των αρτηριών** είναι **σοβαρές**, **δεν ανταποκρίνονται** στα συντηρητικά μέτρα θεραπείας και η νόσος **εξελίσσεται ταχύτατα**, με **σοβαρό κίνδυνο επιπλοκών** (έλκη, νεκρώσεις, λοίμωξη του ποδιού), τότε η **χειρουργική θεραπεία** είναι **επιβεβλημένη**, προκειμένου να **αποκατασταθεί η αρτηριακή κυκλοφορία** του ποδιού, να **επουλωθούν** τα **ισχαιμικά έλκη** και να **αποφευχθεί ο ακρωτηριασμός**.

Η συμβολή τόσο των **χειρουργικών**, όσο και των **ενδαγγειακών επεμβάσεων** στην **επαναϊμάτωση** του **διαβητικού ισχαιμικού ποδιού** έχει σαν αποτέλεσμα τη **θεαματική μείωση των ακρωτηριασμών** τις τελευταίες δεκαετίες. Μάλιστα, η **ραγδαία ανάπτυξη των ενδαγγειακών υλικών και τεχνικών με ελάχιστη επιβάρυνση** του ασθενούς, **ευνοεί την παρεμβατική θεραπεία** σε **πρωιμότερα στάδια**, **βελτιώνοντας**, έτσι, την **ποιότητα ζωής** του διαβητικού ασθενούς.

Χρήστος Μανές

Πρόεδρος Δ.Σ. Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π., Εκπρόσωπος Ελλάδος στην Παγκόσμια Ομάδα Εργασίας για το Διαβητικό Πόδι, Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος & Διαβητολογικού Κέντρου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

Νικόλαος Τεντολούρης

Γενικός Γραμματέας Δ.Σ. Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π., Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Προπαιδευτική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Λαϊκό»

Ηρακλής Τσανικίδης

Πρόεδρος Δ.Σ. Ιατρικού Συλλόγου Πιερίας (Ι.Σ.Π.), Ειδικός Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιμελητής Α' & Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης