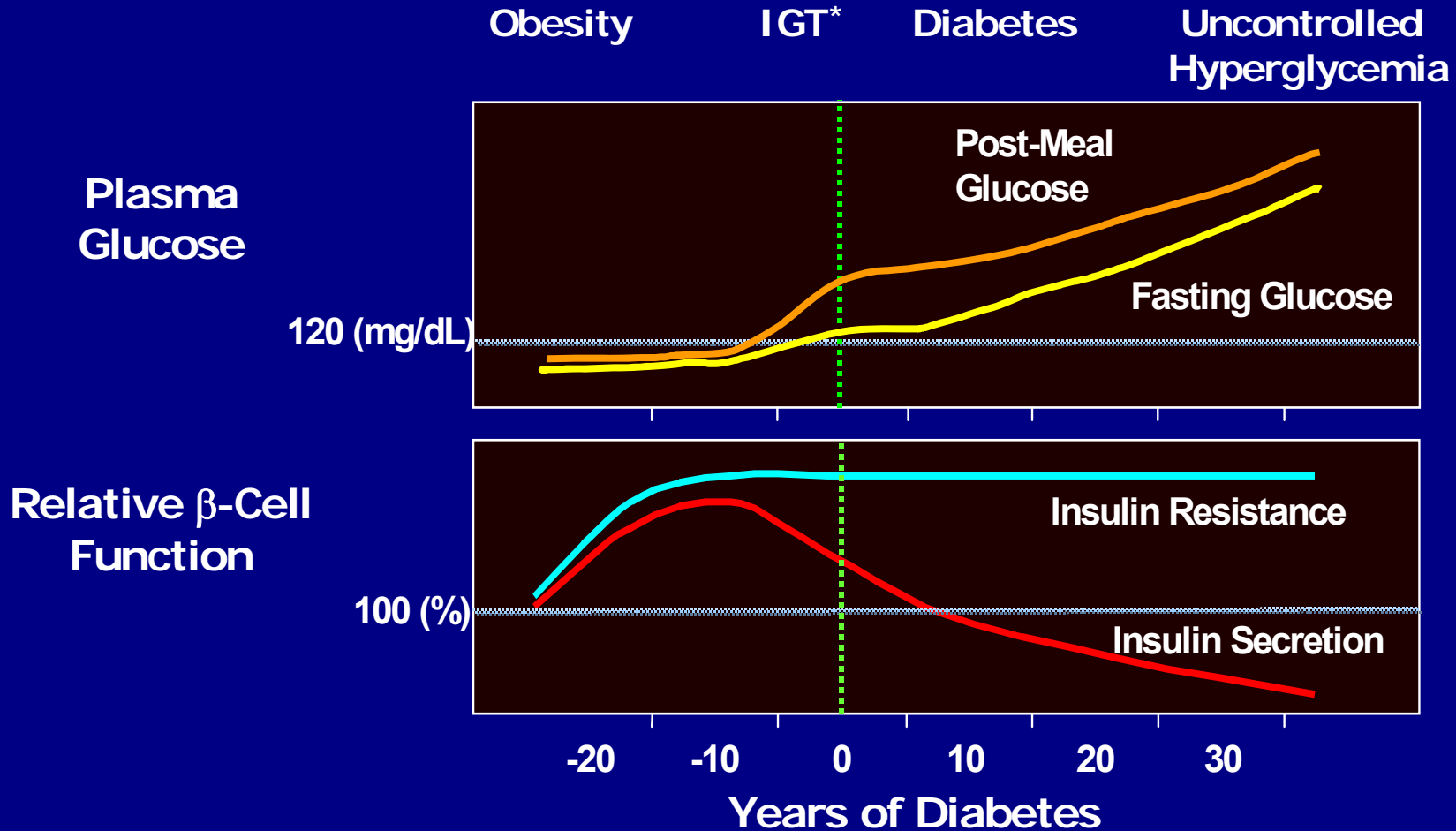


# Σχήματα έναρξης ινσουλινοθεραπείας σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τυπου 2: οι απόψεις ειδικών γιατρών στον διαβήτη σε τρεις Ελληνικές πόλεις

**Τ.Διδάγγελος 1, Η. Ευθυμίου 2, Κ. Καζάκος 3, Χ. Μανές 4,  
Ε. Πάγκαλος 5, Α. Παππάς 6, Χ. Σαμπάνης 7,  
Ε. Ψημμένος 8, Α. Ψυρόγιαννης 9, Ρ. Raskin 10**

1. Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης
2. Ενδοκρινολογική Κλινική του 2ου θεραπευτηρίου ΙΚΑ «ΠΑΝΑΓΙΑ» Θεσσαλονίκη.
3. Διαβητολογικό Κέντρο, Α΄ Π ΑΠΘ, Νοσοκομείου. ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης,
4. Διαβητολογικό Κέντρο του Νοσοκομείου ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Θεσσαλονίκης,
5. Α΄ Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Θεσσαλονίκης,
6. Διαβητολογικό Κέντρο Νοσοκομείου ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ Ηρακλείου.
7. Διαβητολογικό Κέντρο Νοσοκομείου ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Θεσσαλονίκης.
8. Diabetes Business Unit, Novo Nordisk Ελλάς ΕΠΕ
9. Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πάτρας.
10. Department of Internal Medicine, University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas

# Natural History of Type 2 Diabetes



\*IGT = impaired glucose tolerance.

# Recommendations for adults with diabetes

## ADA, Clinical recommendations 2008

---

- **Glycemic control A1C < 7.0% (N.V. 4-6%)**
- **Preprandial capillary plasma glucose 90–130 mg/dl (5.0–7.2 mmol/l)**
- **Peak postprandial capillary plasma glucose < 180 mg/dl (10.0 mmol/l)**
- **Blood pressure <130/80 mmHg**
- **Lipids LDL <100 mg/dl (2.6 mmol/l)**
- **Triglycerides <150 mg/dl (1.7 mmol/l)**
- **HDL > 40 mg/dl (1.1 mmol/l)**

## *Προβληματισμοί - δισταγμοί κατά την έναρξη ινσουλινοθεραπείας*

---

- **Αόριστος φόβος, κακή πληροφόρηση**
- **Φόβος για επώδυνη ενεσοθεραπεία**
- **Φόβος εγκλεισμού στο σπίτι**
- **Φόβος εξάρτησης σαν τα ναρκωτικά**
- **Φόβος υπογλυκαιμικού κώματος**

# **Σφάλματα Θεράποντος Ιατρού**

---

- **Καθυστέρηση έναρξης ινσουλίνης**
- **Ανεπαρκής αριθμός ενέσεων**
- **Χαλαροί στόχοι ρύθμισης**
- **Αυστηροί στόχοι ρύθμισης**
- **Ελλιπής εκπαίδευση ασθενούς**
- **Κακή τηλεφωνική συνεννόηση**

# Σκοπός

---

- Να διερευνηθεί η στάση των ιατρών και οι επιλογές τους στην επίτευξη καλύτερου γλυκαιμικού ελέγχου, μέσω έγκαιρης έναρξης και εντατικοποίησης της θεραπείας με ινσουλίνη σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2).

# Σχεδιασμός μελέτης - Μέθοδοι

---

- **Γιατροί: 186 παθολόγοι, ενδοκρινολόγοι (με εξειδίκευση στον ΣΔ)**
- **Πόλεις: Θεσσαλονίκη (n=92), Πάτρα (n=37), Ηράκλειο (n=57)**

# Ερωτήσεις

---

- Ποιο σχήμα προτιμάτε όταν αρχίζετε θεραπεία με ινσουλίνη στο ΣΔΤ2
- Όταν αρχίζετε θεραπεία με ινσουλίνη στον ΣΔΤ2, συνήθως συνεχίζετε (ή αρχίζετε) τη θεραπεία με μετφορμίνη



## Πίνακας 1. Προτιμώμενο από τον ιατρό σχήμα έναρξης της θεραπείας με ινσουλίνη στον ΣΔΤ2

	Μόνο βασική (± μεταφο ρμίνη)	Βασική+ εκκριτα γωνό (± μεταφο ρμίνη)	Μίγμα ινσουλί νης (± μεταφο ρμίνη)	Καμία απάντη ση	Αριθμός ιατρών
Θεσσαλονίκη	17 (18,5%)	24 (26,1%)	43 (46,7%)	8 (8,7%)	92
Ηράκλειο	12 (21,1%)	19 (33,3%)	22 (38,6%)	4 (7,0%)	57
Πάτρα	7 (18,9%)	4 (10,8%)	1 (2,7%)	25 (67,6%)	37
Σύνολο	36 (19,4%)	47 (25,3%)	66 (35,5%)	37 (19,9%)	186

## Πίνακας 2. Προτίμηση του ιατρού σχετικά με τη χορήγηση μετφορμίνης σε συνδυασμό με την έναρξη θεραπείας με ινσουλίνη στον ΣΔΤ2

	Συνηθώς συνέχιση (ή έναρξη) μετφορμίνης	Συνηθώς διακοπή της μετφορμίνης	Καμία απάντηση	Αριθμός ιατρών
Θεσσαλονίκη	<b>57 (62,0%)</b>	<b>16 (17,4%)</b>	<b>19 (20,6%)</b>	<b>92</b>
Ηράκλειο	<b>36 (63,2%)</b>	<b>5 (8,8%)</b>	<b>16 (28,0%)</b>	<b>57</b>
Πάτρα	<b>24 (64,9%)</b>	<b>0 (0,0%)</b>	<b>13 (35,1%)</b>	<b>37</b>
Σύνολο	<b>117 (62,9%)</b>	<b>21 (11,3%)</b>	<b>48 (25,8%)</b>	<b>186</b>

## Πίνακας 3. Πεποιθήσεις του ιατρού για τα αίτια της επιφυλακτικότητας του ασθενούς απέναντι στην ινσουλινοθεραπεία

Πεποίθηση ιατρού	Λύση που προτάθηκε από τους συμμετέχοντες
Φοβία για την ινσουλίνη	Να μην χρησιμοποιείται η φοβία για τις ενέσεις ως εργαλείο συμμόρφωσης – Επικοινωνία – Ομαδική δουλειά - Εκπαίδευση
Συμμόρφωση	Εκπαίδευση στις ενέσεις – Χρήση των νέων συσκευών "στυλό" – Εκπαίδευση
Υπογλυκαιμία	Εξοικείωση της οικογένειας με το πρόβλημα – Συνταγογράφηση γλυκαγόνης – Εκπαίδευση
Ελλειψη	Έναρξη της ινσουλίνης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας

## Πίνακας 4. Έναρξη θεραπείας με ινσουλίνη: Προβλήματα που προέρχονται από τον ιατρό

Πρόβλημα του ιατρού	Λύση που προτάθηκε από τους συμμετέχοντες
<p>Ελλειψη αμοιβαίας εμπιστοσύ- νης</p>	<p>Βελτίωση των δεξιότητων επικοινωνίας – Εδραίωση καλύτερης επαφής με τον ασθενή</p>
<p>Εκπαίδευση του ιατρού</p>	<p>Εξατομικευμένη προσέγγιση – Προσέγγιση της διαβητολογικής ομάδας – Εξοικείωση με την ιδέα της θεραπείας με ινσουλίνη, νωρίς στην πορεία του διαβήτη</p>
<p>Ανησυχίες για την</p>	<p>Βελτίωση των γνώσεων σχετικά με το διαβήτη –</p>

## Πίνακας 5. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της έναρξης ινσουλίνης με μία ένεση βασικής ή προαναμεμιγμένης ινσουλίνης

<p>Πλεονεκτήματα της έναρξης με μία ένεση προαναμεμιγμένης ινσουλίνης</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Αποτελεσματικότητα</li></ul>	<p>Μειονεκτήματα της έναρξης με μία ένεση προαναμεμιγμένης ινσουλίνης</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ασφάλεια (υπογλυκαιμίες)</li><li>• Δεν αποτελεί συνήθη προσέγγιση</li><li>• Έλλειψη 24ωρης κάλυψης</li></ul>
<p>Πλεονεκτήματα της έναρξης με μία ένεση βασικής ινσουλίνης</p>	<p>Μειονεκτήματα της έναρξης με μία ένεση βασικής ινσουλίνης</p>

# Συμπεράσματα

---

- Οι περισσότεροι ιατροί προτιμούν να ξεκινούν τη θεραπεία με ινσουλίνη με την προσθήκη μίας ένεσης βασικής ινσουλίνης στην από του στόματος αντιδιαβητική θεραπεία και να εντατικοποιούν με δύο ενέσεις προαναμεμιγμένης ινσουλίνης. Επιπλέον, τείνουν να συνεχίζουν τη μετφορμίνη όταν αρχίζουν τη θεραπεία με ινσουλίνη.
- Εντούτοις, υπάρχουν διαφορές στις προτιμήσεις των ιατρών στις διάφορες Ελληνικές πόλεις.
- Η ολοκληρωμένη εκπαίδευση των ιατρών, όπως και η ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την ανάγκη για καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο, είναι απαραίτητες και μπορεί να συμβάλουν στην επίτευξη των θεραπευτικών στόχων.