

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

SIMA 23
Σι-μα Ιητηρ(ιατρός) Μινωϊκή Κρήτη

1ο ΠΟΛΥΘΕΜΑΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Ξενοδοχείο Aquila Atlantis
03,04 & 05.11.2023

ΣΥΝΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ:

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
REGION OF CRETE

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ
ΕΡΕΥΝΩΝ ΠΙΣ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ
ΤΑΜΕΙΟ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΚΡΗΤΗΣ

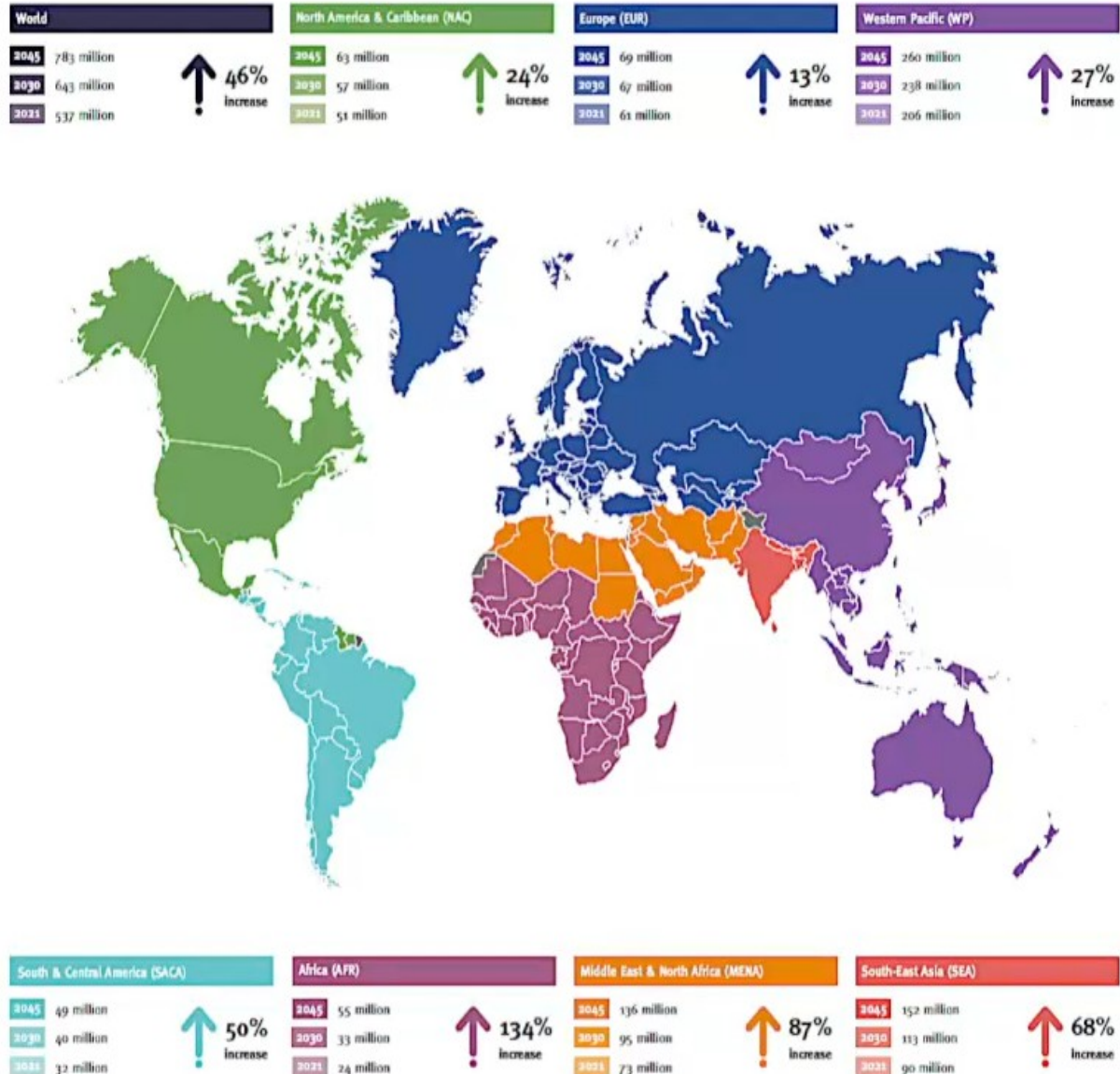
Secretariat - Γραμματεία:
Kosmos Travel
t +30 2810 336 000
■ +30 697 608 5781
info@kosmostravel.gr

Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 75 ΕΤΩΝ

ΓΟΥΓΟΥΡΕΛΑ ΕΥΠΡΑΞΙΑ
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ
ΣΕΛ Κ.Υ. ΤΖΕΡΜΙΑΔΩΝ

DIABETES ATLAS, 10th EDITION, IDF, 2021

Map 1 Number of people with diabetes worldwide and per IDF Region in 2021–2045 (20–79 years)



DIABETES ATLAS, 10th EDITION, IDF, 2021

Figure 3.1 Number of people with diabetes in adults (20–79 years) by age group in 2021 (columns) and estimated prevalence¹ across age groups in 2045 (black line)

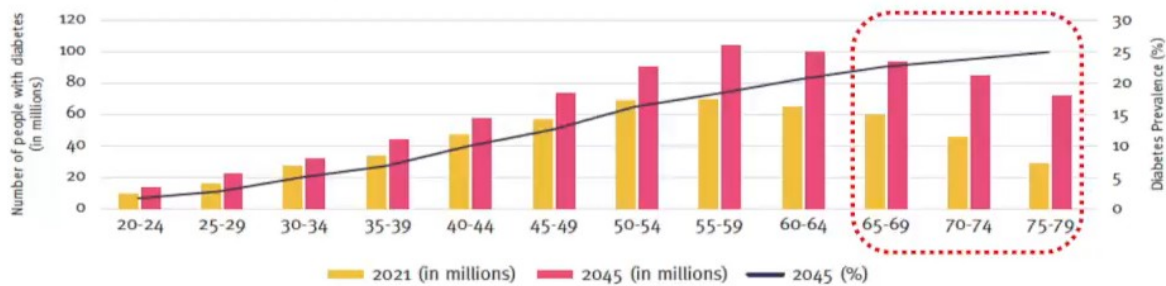
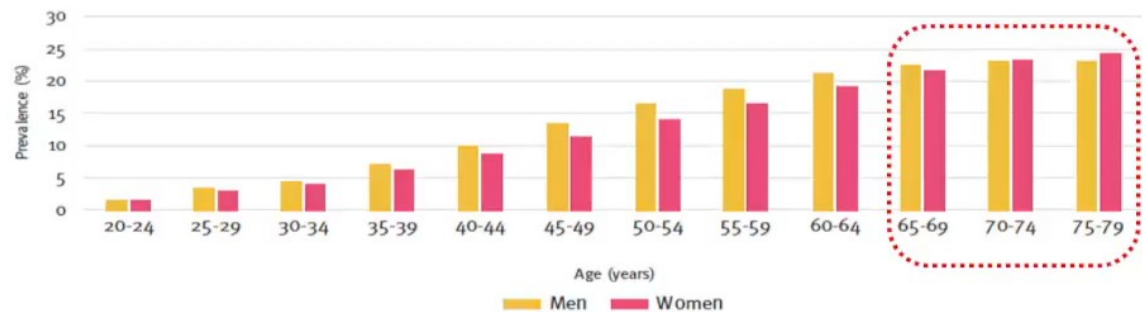


Figure 3.2 Prevalence¹ of diabetes among men and women (20–79 years), 2021



ΕΠΙΤΩΣΗ ΤΟΥ ΣΔ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

EMENO NATIONAL HEALTH EXAMINATION SURVEY

n:4822, 51.5% females, median age: 47.9 years

Table 2 Number of people with recorded data and estimated after weighting mean (95% CI) and prevalence (95% CI) of cardiovascular (CVD) risk factors overall and by sex

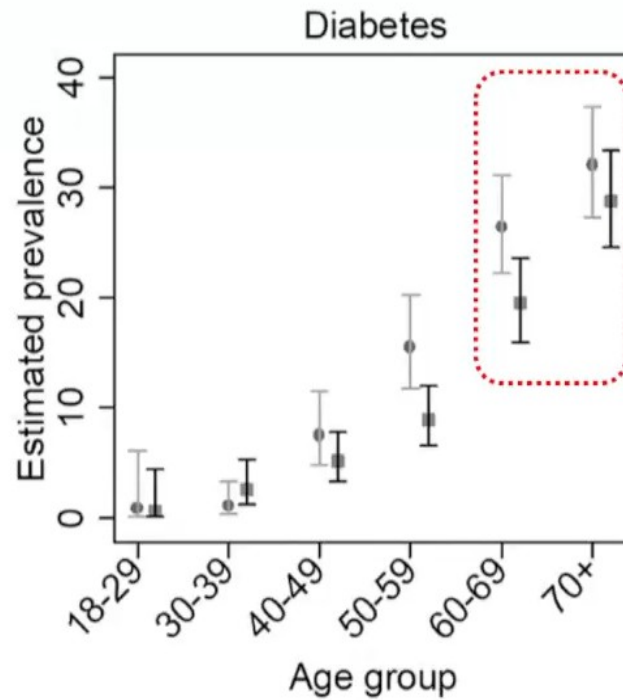
	Men		Women		Total Estimates	P- value*
	N	Estimates	N	Estimates		
SBP* (mm Hg) (Mean; 95% CI)	2031	131.3 (130.5, 132.2)	2722	125.2 (124.2, 126.1)	128.1 (127.5, 128.8)	< 0.001
DBP* (mm Hg) (Mean; 95% CI)	2031	80.3 (79.7, 80.9)	2722	74.9 (74.4, 75.4)	77.5 (77.1, 77.9)	< 0.001
Hypertension Prevalence (%) (Estimate; 95% CI)	2006	42.4 (39.8, 45.1)	2693	36.1 (34.0, 38.3)	39.2 (37.4, 40.9)	< 0.001
Hypertension Prevalence (% among 18–69 yrs) (Estimate; 95% CI)	1573	34.8 (32.1, 37.6)	2155	25.5 (23.0, 27.0)	29.9 (28.2, 31.6)	< 0.001
HDL cholesterol (Mean; 95% CI)	1896	44.3 (43.4, 45.0)	2525	53.3 (52.5, 54.0)	48.9 (48.2, 49.5)	< 0.001
Total serum cholesterol (mg/dL) (Mean; 95% CI)	1896	192.9 (190.1, 195.6)	2525	194.2 (191.9, 196.4)	193.5 (191.6, 195.5)	0.410
Prevalence TC ≥190 mg/dL or medication (estimate; 95% CI)	1851	59.5 (56.5,62.4)	2477	60.9 (58.4,63.3)	60.2 (58.2,62.2)	0.449
Prevalence of TC ≥240 mg/dL or medication (estimate; 95% CI)	1851	27.3 (24.9,29.7)	2477	28.3 (26.4,30.3)	27.8 (26.2,29.4)	0.472
Fasting glucose (mg/dL) (Mean; 95% CI)	1065	94.8 (92.8, 96.8)	1319	91.2 (90.0, 92.5)	93.1 (91.9, 94.3)	0.002
HbA1c (%) (Mean; 95% CI)	1873	5.4 (5.4, 5.5)	2470	5.4 (5.4, 5.4)	5.4 (5.4, 5.4)	0.115
Prevalence of diabetes mellitus (%), (Estimate; 95% CI)	1888	12.4 (11.0,14.0)	2505	10.9 (9.6,12.3)	11.6 (10.7,12.7)	0.131
BMI (kg/m ²) (Mean; 95% CI)	2039	28.3 (28.0, 28.5)	2726	28.1 (27.8, 28.4)	28.2 (28.0, 28.4)	0.395
Overweight (%) (Estimate; 95% CI)	2039	45.0 (42.5,47.5)	2726	30.6 (28.7,32.6)	37.6 (35.9,39.2)	< 0.001
Obesity (%) (Estimate; 95% CI)	2039	30.5 (28.3,32.9)	2726	33.6 (31.6,35.7)	32.1 (30.5,33.8)	0.036
Current smokers (%) (Estimate; 95% CI)	2065	44.0 (41.6,46.4)	2757	32.7 (30.5,35.0)	38.2 (36.5,39.9)	< 0.001

*Comparison between men and women

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΣΔ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

EMENO NATIONAL HEALTH EXAMINATION SURVEY

n:4822, 51.5% females, median age: 47.9 years



Παγκόσμιος επιπολασμός υπέρτασης

- Επιπολασμός υπέρτασης το 2015
 - **24.1%** in men¹
 - **20.1%** in women¹
- Ο επιπολασμός της υπέρτασης στο ΣΔτ2 είναι υψηλός
 - Το **70-80%** των ασθενών με ΣΔτ2 έχουν υπέρταση ²

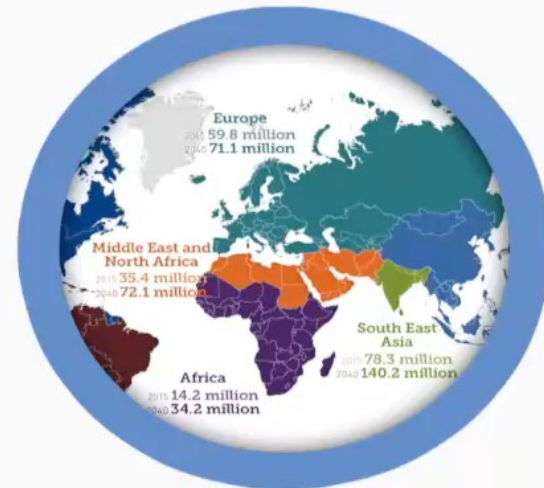




Δύο στους τρεις διαβητικούς ασθενείς υποφέρουν και από υπέρταση



Ένας υπέρτασικός ασθενής στους **πέντε** υποφέρει και από διαβήτη



1. WHO 2013.
2. IDF DIABETES ATLAS Seventh Edition 2015.
3. Ferrannini E, Cushman WC. Lancet. 2012;380(9841):601-610.
4. Kotchen T et al. American Journal of Hypertension 2010; 23 (11) : 1170-1178.



Σε ηλικίες άνω των 75 ετών το ποσοστό των διαβητικών είναι > 20%

>80% αυτών έχουν δυσλιπιδαιμία

EUROSTAT

Προσδόκιμο επιβίωσης Ευρώπη 2021

Ελλάδα: 81 έτη



Αυξανόμενο το προσδόκιμο επιβίωσης έχει σαν αποτέλεσμα η πλειοψηφία των ασθενών στα ιατρεία μας να είναι άνω των 70 - 75 ετών.

- ✓ πιθανότητα να έχουν διαβήτη >20%
- ✓ ποσοστό ΑΥ ξεπερνάει το 70%
- ✓ 80% αυτών παρουσιάζουν δυσλιπιδαιμία

2023 ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ Ε.Δ.Ε.

Ιδιαιτερότητες στην Τρίτη Ηλικία

- Οι ηλικιωμένοι με ΣΔ δεν είναι μια ομοιογενής ομάδα ατόμων:
 - **Λειτουργική ετερογένεια** (φυσική κατάσταση: δραστήριος ή ασθενικός, γνωσιακή κατάσταση: καλή ή διαταραγμένη, ψυχολογική κατάσταση: υγιής ή καταθλιπτικός, κοινωνική κατάσταση)
 - **Κλινική ανομοιογένεια** (διάρκεια νόσου, τύπος νόσου, παρουσία ή όχι επιπλοκών του ΣΔ, ύπαρξη ή όχι συνοσηροτήτων, ποικίλο προσδόκιμο επιβίωσης)



Στα ηλικιωμένα άτομα με ΣΔ, πολύ συχνά συνυπάρχουν περισσότερα του ενός νοσήματα και ως εκ τούτου η πολυφαρμακία είναι συνήθης. Επιπλέον, συχνά υπάρχει έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας ή/και καρδιακή ανεπάρκεια.

Τα γηριατρικά σύνδρομα (πολυφαρμακία, γνωσιακή δυσλειτουργία ή άνοια, κατάθλιψη, ακράτεια ούρων, μείωση της ικανότητας πραγματοποίησης λεπτών κινήσεων, πτώσεις, κατάγματα, επίμονα άλγη) επηρεάζουν την αυτοδιαχείριση του διαβήτη και μειώνουν την ποιότητα ζωής. Οι κινητικοί περιορισμοί εμποδίζουν όχι μόνο την άσκηση αλλά ίσως και την τακτική ιατρική παρακολούθηση. Μπορεί να υπάρχει έλλειψη αυτονομίας και ανάγκη φροντίδας από τρίτο άτομο.

2018 ΚΑΝΑΔΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

FRAILITY= ΕΥΘΡΑΥΣΤΟΤΗΤΑ Η ΚΑΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ

- Frailty is a widely used term associated with aging that denotes a multidimensional syndrome that gives rise to increased vulnerability
- Η καταβλητότητα είναι ένας ευρέως χρησιμοποιούμενος όρος που σχετίζεται με τη γήρανση και υποδηλώνει ένα πολυδιάστατο σύνδρομο που προκαλεί αυξημένη ευαλωτότητα

2018 ΚΑΝΑΔΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

CLINICAL SCORE OF FRAILITY



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.



4 Vulnerable – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9 Terminally Ill – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

ADA 2023

Ιδιαιτερότητες στην Τρίτη ηλικία



OLDER ADULTS

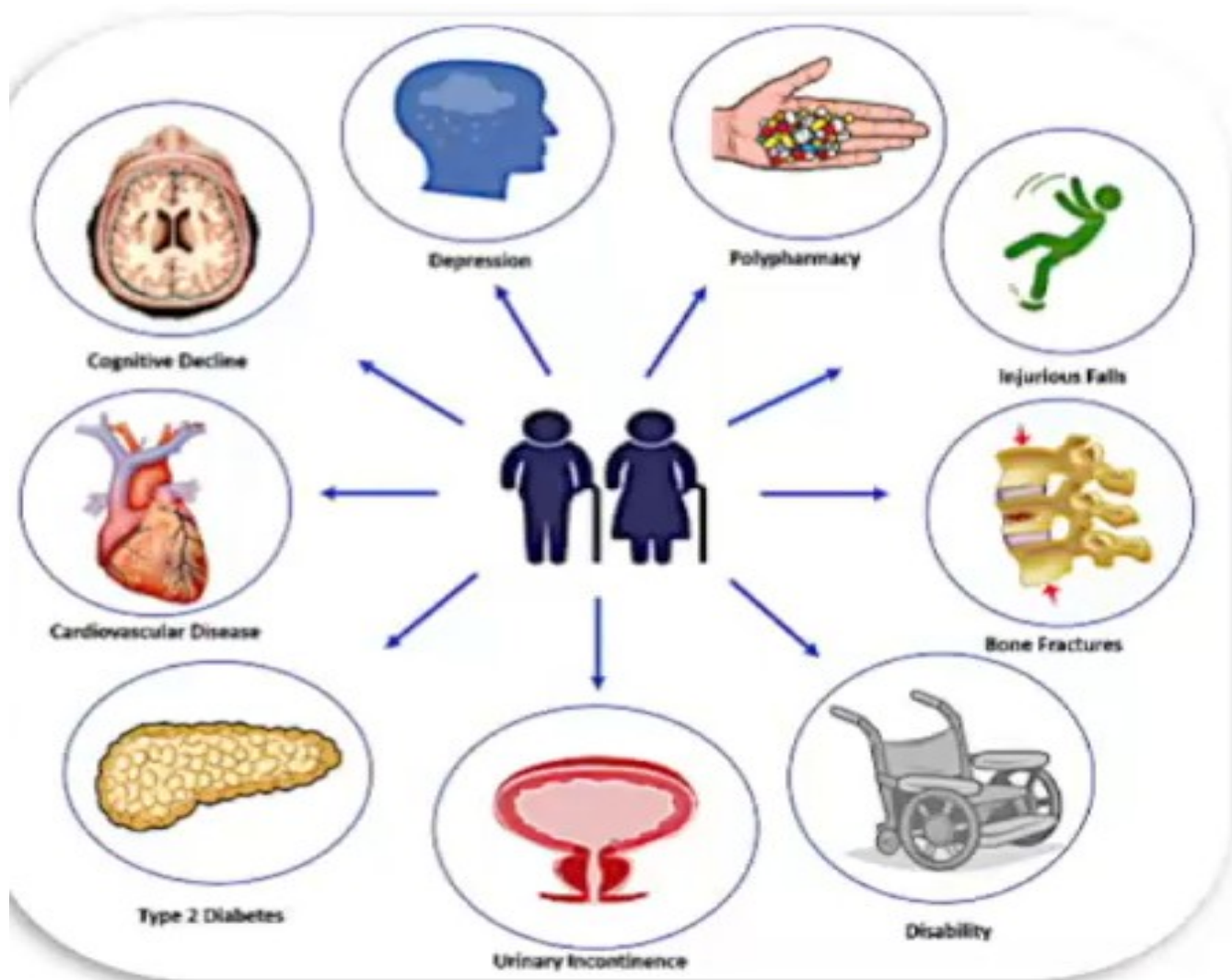
Overall

- 13.1** Consider the assessment of medical, psychological, functional (self management abilities), and social domains in older adults to provide a framework to determine targets and therapeutic approaches for diabetes management. **B**
- 12.2** Screen for geriatric syndromes (i.e., polypharmacy, cognitive impairment, depression, urinary incontinence, falls, persistent pain, and frailty) in older adults as they may affect diabetes self-management and diminish quality of life. **B**

Έλεγχος για πολυφαρμακία, νοητική έκπτωση, κατάθλιψη, ακράτεια, πτώσεις, χρόνιους πόνους, γενική αδυναμία

2023 ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ Ε.Δ.Ε.

Ιδιαιτερότητες στην Τρίτη Ηλικία



2022 JOINT ADA/EASD MANAGEMENT OF HYPERGLYCAEMIA IN TYPE 2 DIABETES

Στόχοι Φροντίδας Διαβήτη

- ✓ Αποτρέψτε τις επιπλοκές
- ✓ Βελτιστοποιήστε την ποιότητα ζωής

1^ο περιστατικό

Άνδρας 76 ετών

- ΣΔ2 > 20 έτη. Καπνιστής
HbA1c 8,2% (metf 850x2, sulf 30x1)
- ΣΑΠ 138- 140 ΔΑΠ < 80 mmHg χωρίς φ.α.
- eGFR=50 χωρίς λευκωματινουρία
- LDL-χολ 98mg/dl (atorva 10mg),3γλ 170mg/dl
- Πτώση μετά απο υπογλυκαιμικό επεισόδιο και κάταγμα ισχίου προ 8 μηνών = μειωμένη κινητικότητα.
- Αυξημένη όρεξη, BMI 32
- Δεν επισκέπτεται ο ίδιος το ιατρείο, έχει φροντίστρια (καλή οικονομική κατάσταση).
- Κάνει έναν μικρό περίπατο με βοήθεια τα ΣΚ που έρχονται τα παιδιά του

Υπ' όψη

Μεγάλη διάρκεια διαβήτη

Μέτριο προσδόκιμο

Κάπνισμα

ΧΝΝ

Δυσλιπιδαιμία

Παχυσαρκία

Υπογλυκαιμίες

Χρειάζεται συνοδό

Καλή οικονομική κατάσταση

ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΒΑΣΕΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κατάσταση υγείας ατόμων με ΣΔ	Προσδόκιμο επιβίωσης	HbA1c (%)	Γλυκόζη προγευματικά (mg/dL)	Γλυκόζη προ ύπνου (mg/dL)
Καλή (λίγα συνυπάρχοντα χρόνια νοσήματα, καλή γνωσιακή και λειτουργική κατάσταση)	Μεγάλο	<7,0-7,5	80-130	80-180
Ενδιάμεση (πολλές συνυπάρχουσες ασθένειες, ήπια/μέτρια άνοια, ευάλωτοι σε υπογλυκαιμίες, κίνδυνος πτώσεων)	Ενδιάμεσο (>5 έτη)	<8,0	90-150	100-180
Κακή (τελικού σταδίου χρόνια νοσήματα, μέτρια/βαριά άνοια)	Μικρό (<5 έτη)	<8,5*	100-180	110-200

*HbA1c: 8,5% ισοδυναμεί με μέση γλυκόζη ~200 mg/dL. Πιο υψηλοί (χαλαροί) γλυκαιμικοί στόχοι εκθέτουν το άτομο με ΣΔ στον κίνδυνο οξέων κινδύνων από τη γλυκοζουρία, αφυδάτωση, υπεργλυκαιμική υπερωσμωτική κατάσταση, πτωχή επούλωση τραυμάτων.

2018 DIABETES CANADA GUIDELINES

Glycemic targets in older people with diabetes

Status	Functionally independent	Functionally dependent	Frail and/or with dementia	End of life
Clinical Frailty Index*	1-3	4-5	6-8	9
A1C target <i>Low risk hypoglycemia (ie. therapy does not include insulin or SU)</i>	≤7.0%	<8.0%	<8.5%	A1C measurement not recommended. Avoid symptomatic hyperglycemia or any hypoglycemia
A1C target <i>Higher risk hypoglycemia (ie. therapy includes insulin or SU)</i>		7.1-8.0%	7.1-8.5%	
CBGM Preprandial: Postprandial:	4-7 mmol/L 5-10 mmol/L	5-8 mmol/L <12 mmol/L	6-9 mmol/L <14 mmol/L	Individualized

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

- Σε άτομα **>65** ετών ο στόχος της ΣΑΠ είναι μεταξύ **130-139** mm Hg
- Σε άτομα **<65** ετών ο στόχος της ΣΑΠ είναι **<130** mm Hg αλλά όχι **<120** mm Hg με την προϋπόθεση ότι επιτυγχάνεται χωρίς ιδιαίτερη επιβάρυνση
- Διαστολική αρτηριακή πίεση **<80** mm Hg αλλά όχι **<70** mm Hg

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ Κ/Α ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΔ & ΣΤΟΧΟΙ LDL-ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ

**LDL < 55
& 50% ↓**

• Πολύ υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου

- ✓ Άτομα με ΣΔ και εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο
- ✓ ΧΝΝ: Λευκωματινουρία >300 mg/24ωρο ή eGFR <30 mL/min/1,73 m²

**LDL < 70
& 50% ↓**

• Υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου

- ✓ Άτομα με ΣΔ >10 έτη
- ✓ ≥1 μείζονας παράγοντας Κ/Α κινδύνου [ηλικία (Α >50 ή Γ >55 ετών), κάπνισμα, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, θετικό οικογενειακό ιστορικό πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου]

LDL < 100

• Μέτριου καρδιαγγειακού κινδύνου

- ✓ Νέα άτομα με ΣΔ (<50 ετών) με
- ✓ ΣΔ <10 έτη και
- ✓ χωρίς μείζονες παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου

1^ο περιστατικό

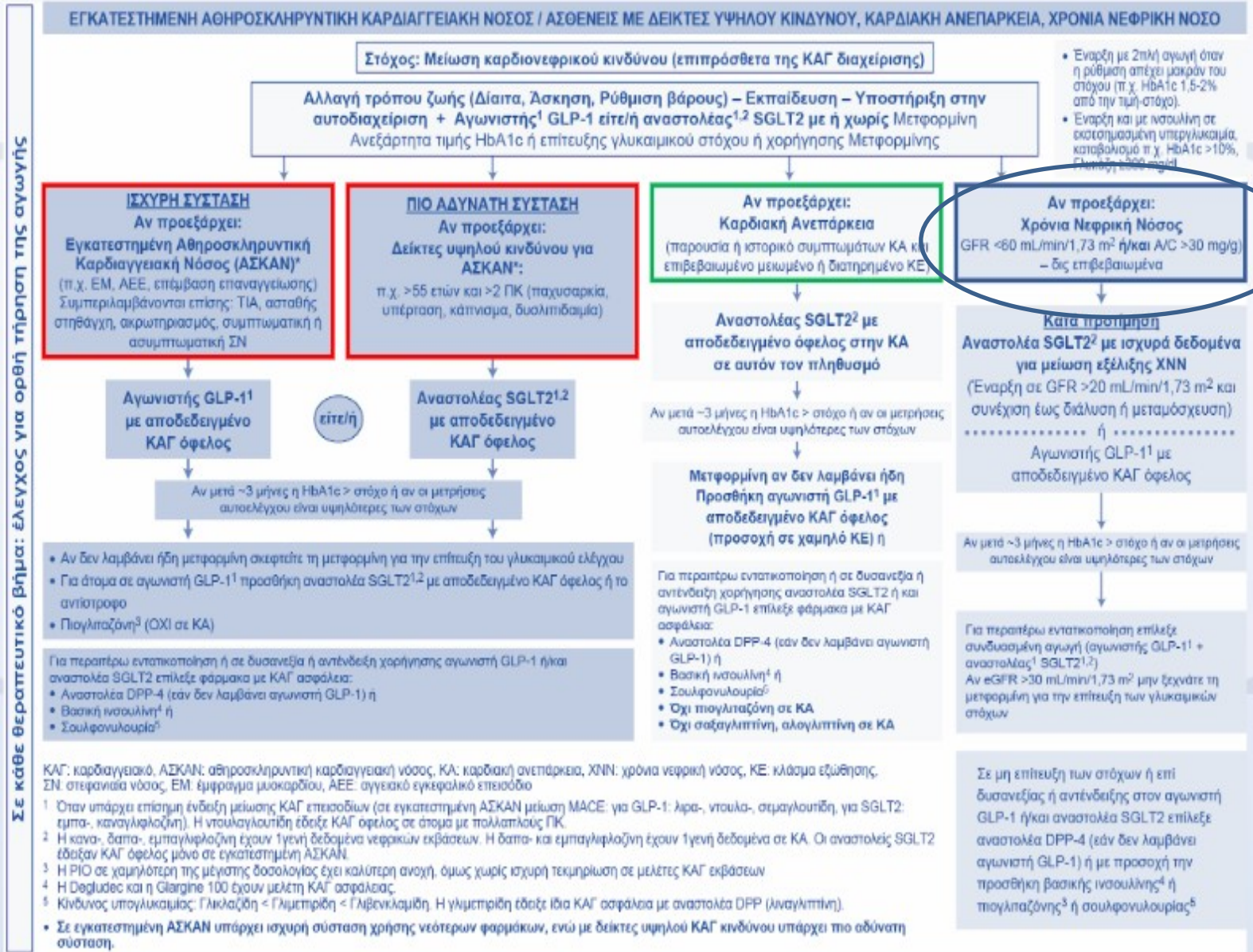
Άνδρας 76 ετών

- ΣΔ2 > 20 έτη
HbA1c 8,1% (metf 850x2 και sulf 30x1)
- ΣΑΠ 138 - 140 ΔΑΠ < 80(χωρίς αγωγή)
- eGFR=50, χωρίς λευκωματινουρία
- LDL-χολ 98 mg/dl(atorva 10mg), 3γλ170
- Καπνιστής
- Πτώση μετά απο υπογλυκαιμικό επεισόδιο και κάταγμα ισχίου προ 8 μηνών = μειωμένη κινητικότητα.
- Αυξημένη όρεξη, BMI 32
- Δεν επισκέπτεται ο ίδιος το ιατρείο, έχει φροντίστρια (καλή οικονομική κατάσταση).
- Κάνει έναν μικρό περίπατο με βοήθεια τα ΣΚ που έρχονται τα παιδιά του
- Άρνηση για οποιαδήποτε ενέσιμη αγωγή

Στόχοι

Διακοπή καπνίσματος
HbA1c <8 (αγωγή με αποδεδειγμένο νεφρικό καθώς και καρδιαγγειακό όφελος και χωρίς κίνδυνο υπογλυκαιμιών)
ΑΠ 130-139 /70-80 mmHg
LDL χολ < 70mg/dl ή 50%
Μείωση βάρους
Κινητοποίηση

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕ ΥΨΗΛΟ Κ/Α ΚΙΝΔΥΝΟ – ΕΓΚΑΤΕΣΤΗΜΕΝΗ ΑΣΚΑΝ – ΧΝΝ – ΚΑ



ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2

ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

- Σε άτομα με XNN και $GFR > 20 \text{ ml/min/1.73 m}^2$, η θεραπεία θα πρέπει να περιλαμβάνει κατά προτίμηση αναστολέα **SGLT-2** με πρωτογενή δεδομένα μείωσης εξέλιξης της XNN με ή χωρίς μετφορμίνη
- Μετά την έναρξη, η αγωγή συνεχίζεται μέχρι και το στάδιο τεχνητού νεφρού ή τη μεταμόσχευση νεφρού
- Χορήγηση των αναστολέων SGLT2 με αποδεδειγμένο όφελος μειώνουν τον κίνδυνο MACE, KA και νεφρικές εκβάσεις (συμπεριλαμβανομένης της νεφρικής νόσου τελικού σταδίου)
- Σε δυσανεξία ή αντένδειξη χορήγησης αναστολέων SGLT2 να εξεταστεί η δυνατότητα χορήγησης αγωνιστή GLP-1 με αποδεδειγμένο όφελος στις καρδιαγγειακές εκβάσεις
- Όταν δεν επιτυγχάνεται η επίτευξη των γλυκαιμικών στόχων, επιχειρείται –εκτός αντενδείξεων– συνδυασμένη θεραπεία που θα περιλαμβάνει αγωνιστή GLP-1 και αναστολέα SGLT-2.
- Σε μη επίτευξη των στόχων ή επί δυσανεξίας ή αντένδειξης σε αγωνιστή GLP-1 ή/και αναστολέα SGLT-2 θα επιλεγούν φάρμακα, όπως αναστολέας DPP-4 (εάν δε λαμβάνει αγωνιστή GLP-1) ή με προσοχή βασική ινσουλίνη ή πιογλιταζόνη ή σουλφονουλουρία.
- Δαπαγλιφλοζίνη δε συνιστάται έναρξη χορήγησής της σε XNN ή σε KA (KE<45) όταν το $GFR < 25 \text{ mL/min/1,73 m}^2$
- Εμπαγλιφλοζίνη δε συνιστάται η χρήση της σε KA όταν το $GFR \leq 20 \text{ mL/min/1,73 m}^2$
- Καναγλιφλοζίνη στη θεραπεία της XNN προϋποθέτει $eGFR > 30 \text{ mL/min/1,73 m}^2$

Νεφρική Λειτουργία

- Η μετορμίνη δεν μεταβολίζεται και αποβάλλεται σχεδόν αναλλοίωτη με τα ούρα.
- Όσο μειώνεται ο GFR τόσο μειώνεται η κάθαρση και αυξάνεται η συγκέντρωση της μετορμίνης
- Σε ασθενείς με **μειωμένη νεφρική λειτουργία** απαιτείται **μείωση της δόσης**

GFR > 60 χωρίς νεφρική αντένδειξη δοσολογία έως 3000 mg/ ετήσιος έλεγχος νεφρικής λειτουργίας.

GFR 60-45 μειωμένη δοσολογία έως 2000mg/ έλεγχος νεφρικής λειτουργίας κάθε 3 μληνες

GFR 45-30 περαιτέρω μείωση δοσολογίας έως 1000 mg / έλεγχος νεφρικής λειτουργίας κάθε 3 μήνες

GFR <30 αντένδειξη χρήσης μετορμίνης

Indications, doses and starting/stopping recommendations of SGLT2 inhibitors, by drug name.

Drug	Indication	Drug and dose	Initiate	Stop/reduce	Notes
Canagliflozin	Insufficiently controlled type 2 diabetes	Canagliflozin 100 mg Increase to 300 mg if required	eGFR ≥30* eGFR ≥60	Stop if eGFR persistently <30 and ACR <30 mg/mmol.* Can continue to dialysis/transplant if ACR ≥30 mg/mmol.* Reduce to 100 mg if eGFR <60	*Licensed for initiation to eGFR ≥30 but reduced glucose lowering below eGFR 45; add another glucose-lowering drug if needed
	Diabetic kidney disease (DKD)	Canagliflozin 100 mg	eGFR ≥30	Stop if eGFR persistently <30 and ACR <30 mg/mmol. Can continue to dialysis/transplant if ACR ≥30 mg/mmol	Add on to standard of care (e.g. ACEi or ARB) for DKD
Dapagliflozin	Insufficiently controlled type 2 diabetes	Dapagliflozin 10 mg	eGFR ≥15†	No lower eGFR limit for continuation.† Specialist discussion as dialysis/transplant approaches	†Licensed for initiation to eGFR ≥15 but reduced glucose lowering below eGFR 45; add another glucose-lowering drug if needed
	Diabetic/chronic kidney disease (DKD/CKD)	Dapagliflozin 10 mg	eGFR ≥15‡	No lower eGFR limit for continuation. Specialist discussion as dialysis/transplant approaches	Use with other DKD/CKD therapies With or without type 2 diabetes ‡NICE TA775 and SMC2428 advise initiation in people with eGFR 25–75 and T2DM or ACR ≥22.6 mg/mmol
	Symptomatic chronic HFrEF	Dapagliflozin 10 mg	eGFR ≥15	No lower eGFR limit for continuation. Specialist discussion as dialysis/transplant approaches	With or without type 2 diabetes
Empagliflozin	Insufficiently controlled type 2 diabetes	Empagliflozin 10 mg Increase to 25 mg if required	eGFR ≥60¶ eGFR ≥60	Reduce to 10 mg if eGFR <60 Stop if eGFR <45 (T2D alone) or <30 (T2D+CVD)¶	¶Licensed for initiation to eGFR ≥30 in those with established CVD and can be continued to eGFR 30, but reduced glucose lowering below eGFR 45; add another glucose-lowering drug if needed
	Symptomatic chronic HF	Empagliflozin 10 mg	eGFR ≥20	Stop if eGFR <20; should not be used in those with end-stage renal disease or on dialysis	With or without type 2 diabetes
Ertugliflozin	Insufficiently controlled type 2 diabetes	Ertugliflozin 5 mg Increase to 15 mg if required	eGFR ≥45 eGFR ≥45	Stop if eGFR persistently <30**	**Licensed for continuation to GFR ≥30 but reduced glucose lowering below eGFR 45; add another glucose-lowering drug if needed

eGFR presented in mL/min/1.73 m².

ACEi=angiotensin-converting enzyme inhibitor; ACR=albumin:creatinine ratio; ARB=angiotensin receptor blocker; CVD=cardiovascular disease; eGFR=estimated glomerular filtration rate; HF=heart failure; HFrEF=heart failure with reduced ejection fraction.

Information correct on 6th July 2022. Licence amendments frequent – view most recent version.

Always consult the electronic BNF or the Summaries of Product Characteristics (SPCs) prior to prescribing any drug.

SPCs: [Canagliflozin](#) | [Dapagliflozin](#) | [Empagliflozin](#) | [Ertugliflozin](#)

Αναστολείς Διπεπτιδυλικής Πεπτιδάσης 4

	Σιταγλιπτίνη	Βιλνταγλιπτίνη	Σαξαγλιπτίνη
ΣΥΝΗΘΗΣ ΔΟΣΗ	- 1 φορά την ημέρα (1x100mg)	- 2 φορές την ημέρα (2x50mg)	- 1 φορά την ημέρα (1x5mg)
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ	<ul style="list-style-type: none">- Ως <u>μονοθεραπεία*</u> και με <u>οποιοδήποτε συνδυασμό</u> αντιδιαβητικής αγωγής.- Χωρίς τροποποίηση δόσης μαζί με <u>σουλφονουρία</u>.	<ul style="list-style-type: none">- <u>Δεν χορηγείται ως τριπλός συνδυασμός</u> με <u>μετφορμίνη</u> και <u>γλιταζόνη</u>.- <u>Απαιτείται μείωση της δόσης</u> στο μισό, με <u>σουλφονουρία</u>.	<ul style="list-style-type: none">- <u>Δεν χορηγείται ως μονοθεραπεία</u> και ως τριπλός συνδυασμός με <u>μετφορμίνη</u> και <u>γλιταζόνη</u>.- Χωρίς τροποποίηση δόσης μαζί με <u>σουλφονουρία</u>.
ΗΠΑΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ Εργαστηριακός Έλεγχος	<ul style="list-style-type: none">- <u>Δεν απαιτείται έλεγχος των Ηπατικών Ενζύμων</u>- <u>Χωρίς τροποποίηση δόσης</u> επί ήπιας ή μέτριας Ηπατικής Δυσλειτουργίας. Δεν υπάρχει εμπειρία επί σοβαρής.	<ul style="list-style-type: none">- <u>Απαιτείται έλεγχος των Ηπατικών Ενζύμων</u> πριν την έναρξη και σε τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη θεραπεία.- <u>ΔΕΝ ΕΠΙΤΡΕΠΕΤΑΙ</u> η χορήγηση επί Ηπατικής Δυσλειτουργίας.	<ul style="list-style-type: none">- <u>Δεν απαιτείται έλεγχος των Ηπατικών Ενζύμων</u>.- Χωρίς τροποποίηση δόσης επί ήπιας, <u>με προσοχή</u> επί μέτριας και <u>δεν συνιστάται</u> επί σοβαρής Ηπατικής δυσλειτουργίας.
ΗΠΙΑ (> 50): ΜΕΤΡΙΑ(45-30): ΣΟΒΑΡΗ(29-15): ΤΣΝΝ**:	<ul style="list-style-type: none">- Χωρίς τροποποίηση δόσης(100mg)- Ένδειξη στο ½ της δόσης (50mg)- Ένδειξη στο ¼ της δόσης(25mg)- Ένδειξη στο ¼ της δόσης(25mg)	<ul style="list-style-type: none">- Χωρίς τροποποίηση δόσης (100mg)- Ένδειξη στο ½ της δόσης (50mg)- Ένδειξη στο ½ της δόσης (50mg)- <u>Με προσοχή</u> (στο ½ της δόσης)	<ul style="list-style-type: none">- Χωρίς τροποποίηση δόσης (5mg)- Ένδειξη στο ½ της αρχ. Δόσης (2,5mg)- <u>Με προσοχή</u> (στο ½ της δόσης)- <u>Δεν συνιστάται</u>.
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	- <u>Χωρίς περιορισμό</u> για οποιοδήποτε στάδιο Καρδιακής Ανεπάρκειας (I-IV)	- Απο I – III στάδιο <u>δεν επιδεινώσε</u> . <u>Όχι στο IV στάδιο</u> Καρδιακής Ανεπάρκειας	- <u>Δεν συνιστάται</u> η χορήγηση επί Καρδιακής Ανεπάρκειας I-IV.

Αναστολείς Διπεπτιδυλικής Πεπτιδάσης 4

Αλογλιπτίνη

Λίναγλιπτίνη

ΣΥΝΗΘΗΣ ΔΟΣΗ - 1 φορά την ημέρα (1x25mg)

- 1 φορά την ημέρα (1x5mg)

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

- Η αλογλιπτίνη ενδείκνυται σε ενήλικες ηλικίας ≥ 18 ετών με ΣΔτ2 για τη βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου σε συνδυασμό με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα που μειώνουν τη γλυκόζη, συμπεριλαμβανομένης της ινσουλίνης, όταν αυτά, μαζί με δίαιτα και άσκηση, δεν παρέχουν επαρκή γλυκαιμικό έλεγχο

- Δεν χορηγείται ως διπλός συνδυασμός με σουλφονουλουρία
- Δεν χορηγείται ως διπλός συνδυασμός με γλιταζόνη
- Δεν χορηγείται ως τριπλός συνδυασμός με μετφορμίνη και γλιταζόνη.

- Δεν χορηγείται ως μονοθεραπεία

-

ΗΠΑΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Εργαστηριακός
Έλεγχος

- Δεν απαιτείται έλεγχος των Ηπατικών Ενζύμων.

- Δεν απαιτείται έλεγχος των Ηπατικών Ενζύμων.

- Δεν συνιστάται η χρήση της σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία λόγω έλλειψης εμπειρίας

- Οι φαρμακοκινητικές μελέτες δείχνουν ότι δεν απαιτείται ρύθμιση της δόσης για ασθενείς με ηπατική δυσλειτουργία, (περιορισμένη εμπειρία σε αυτούς τους ασθενείς)

ΗΠΙΑ (> 50):

- Χωρίς τροποποίηση δόσης (25mg)

ΜΕΤΡΙΑ(49-30):

- Ένδειξη στο ½ της δόσης. (12,5 mg)

ΣΟΒΑΡΗ(29-15):

- Ένδειξη στο ¼ της δόσης. (6,25 mg)

ΤΣΝΝ**:

- Ένδειξη στο ¼ της δόσης. Περιορισμένη εμπειρία

- Χωρίς τροποποίηση δόσης, σε κανένα στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας (5mg)

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

- Δεν συνιστάται επί Καρδιακής Ανεπάρκειας Σταδίου III - IV. (δεν υπάρχει εμπειρία)

- Δεν αναφέρεται κατι συγκεκριμένο στο SPC

Αποφυγή φαρμακευτικής αγωγής που
μπορεί να προκαλέσει

Υπογλυκαιμία

ή

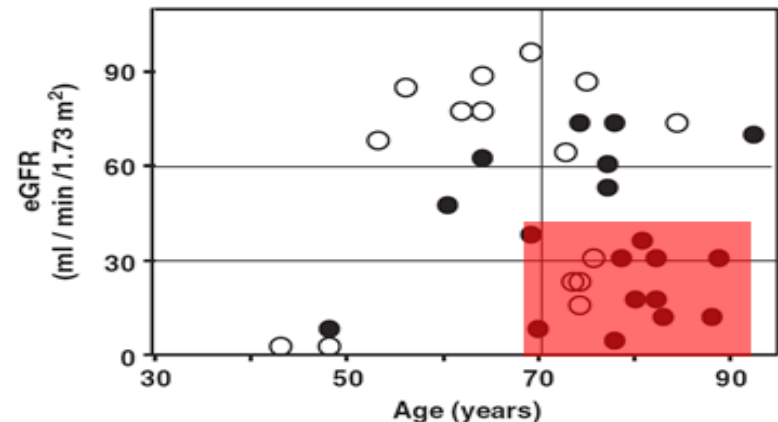
Αύξηση βάρους

Σουλφονουλορίες

Νεφρική Λειτουργία

- ✘ Ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας σε ασθενείς ηλικίας > 65 ετών, με μέτρια νεφρική ανεπάρκεια

Υπογλυκαιμικά επεισόδια
μετά από λήψη
σουλφονουλοριών σε σχέση
με GFR και ηλικία



Nephrol Dial Transplant (2009) 24 341-344

Σουλφονύλουριες και Σωματικό Βάρος

- Ανεπιθύμητη ενέργεια των SU αποτελεί και η αύξηση του σωματικού βάρους

Αυξάνεται κατά **1 – 4 Kg**, σταθεροποιείται μετά από 6 μήνες

Αποδίδεται στην αναβολική δραστηριότητα των αυξημένων συγκεντρώσεων ινσουλίνης του πλάσματος

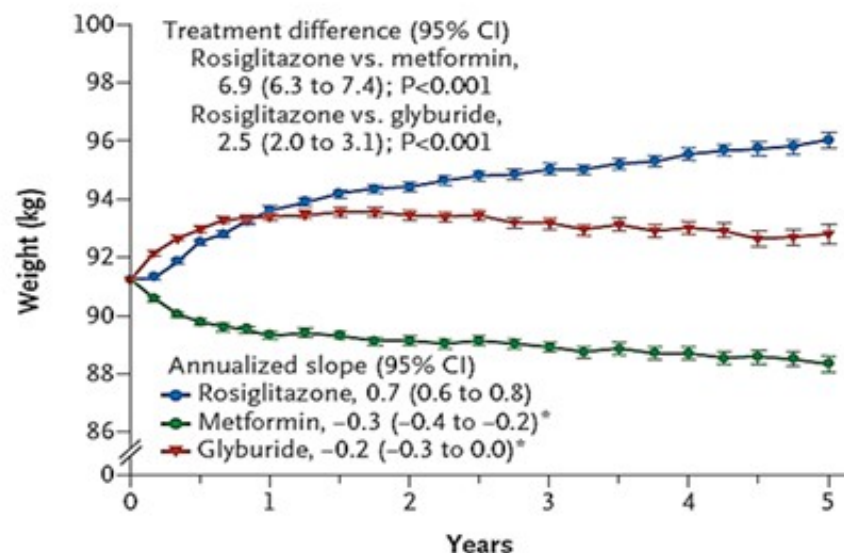
- Η **γλικλαζίδη** φαίνεται να συνοδεύεται από μικρότερη αύξηση του σωματικού βάρους (**0,7kg**).

Μετφορμίνη και σωματικό βάρος

Η χορήγηση μετφορμίνης σε 4.125 ασθενείς για 12 μήνες μείωσε το σωματικό βάρος κατά 2,4 Kg

Diabetes, Obesity and Metabolism 2007;9:96-102

Στη μελέτη ADOPT, διάρκειας 5 ετών, η μείωση του σωματικού βάρους που παρατηρήθηκε στην ομάδα της μετφορμίνης ήταν 2,9 Kg



Κλινικά οφέλη από την αναστολή του SGLT2

➤ Μείωση της υπεργλυκαιμίας

- Πρόληψη μικροαγγειακών επιπλοκών
- Μείωση της γλυκοτοξικότητας
- Η γλυκοζουρία μειώνεται με την μείωση της υπεργλυκαιμίας (όχι υπογλυκαιμία)

Μηχανισμός ανεξάρτητος από την ινσουλίνη

- Λειτουργεί σε όλα τα στάδια του ΣΔτ2
- Συνδυάζεται με τα άλλα αντιδιαβητικά

➤ Επιπλέον οφέλη

- Απώλεια βάρους
- Μείωση της αρτηριακής πίεσης
- Επίδραση στα λιπίδια

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Πρακτικές συμβουλές σε ό,τι αφορά στη διατροφή:

- Κατανομή της τροφής σε 6-7 μικρά γεύματα την ημέρα
- Κατανομή των τροφών που είναι πλούσιες σε υδατάνθρακες σε όλα τα γεύματα
- Στα γεύματα να υπάρχουν φυτικές ίνες σε επαρκή ποσότητα
- Κατανάλωση φρέσκων φρούτων, αντί για χυμούς φρούτων
- Επαρκής πρόσληψη λευκώματος (0.8-1.0 g/kg βάρους)
- Να επιδιώκεται η κατανάλωση ποικιλίας τροφών.



ΑΣΚΗΣΗ

- Η σημασία και η αναγκαιότητα της άσκησης στο σακχαρώδη διαβήτη είναι τεκμηριωμένη
- Η φυσική δραστηριότητα βελτιώνει την καρδιοαναπνευστική λειτουργία, αυξάνει τη μυϊκή ισχύ και τονώνει το αίσθημα ευεξίας.
- Το είδος και η ένταση της άσκησης εξατομικεύονται αναλόγως της φυσικής κατάστασης του ασθενούς.



ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ και ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΕΣ

- Οι γενικές κατευθυντήριες οδηγίες για τους ηλικιωμένους δεν είναι διαφορετικές από αυτές του γενικού πληθυσμού

Στατίνες: Φάρμακα εκλογής για την αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας



ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ

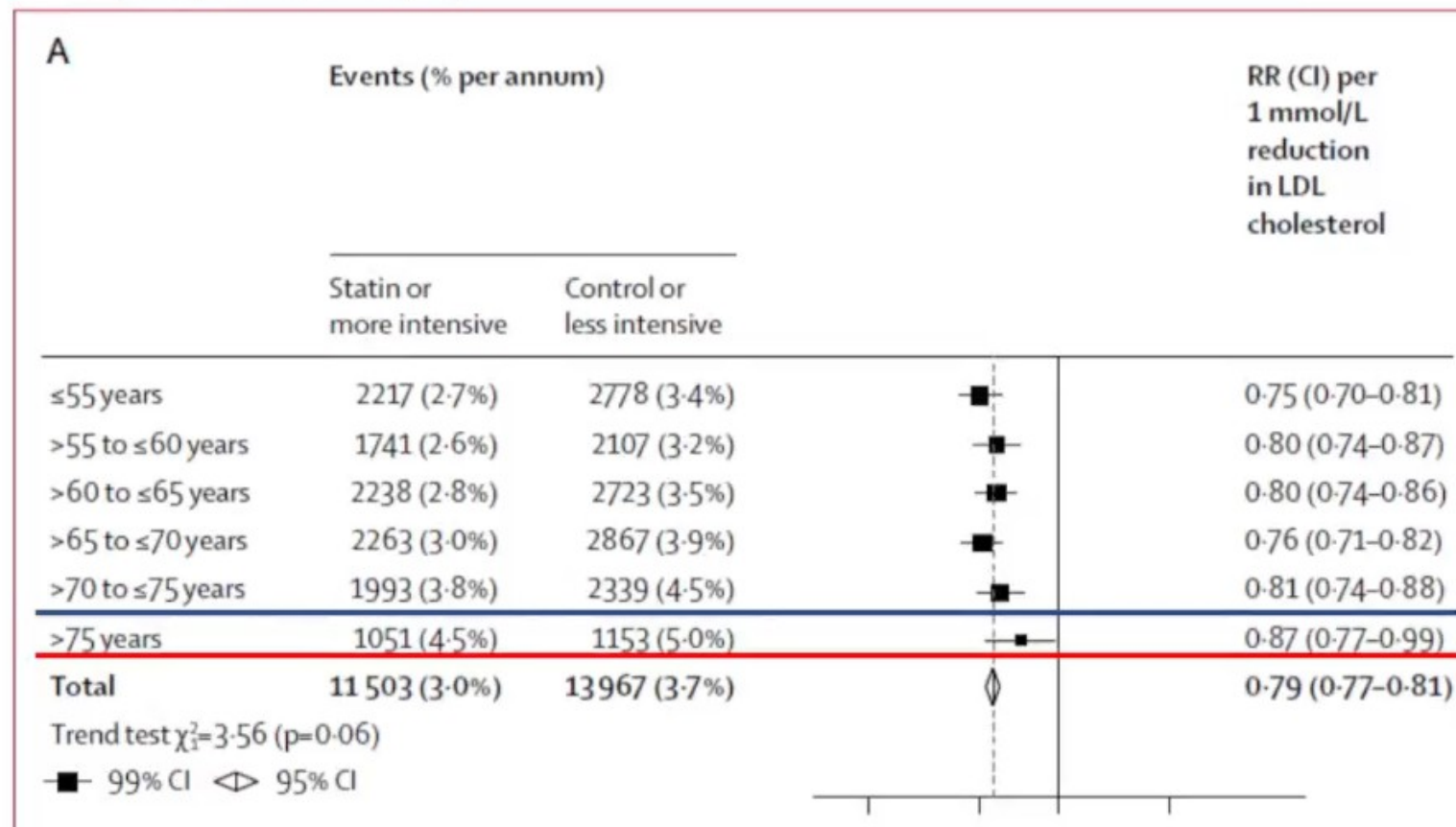
- Εκτίμηση νεφρικής λειτουργίας με eGFR
- Εκτίμηση αλληλεπιδράσεων φαρμάκων

Μετανάλυση στατινών σε ηλικιωμένους ασθενείς

Efficacy and safety of statin therapy in older people: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomised controlled trials

Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration*

- 186854 άτομα υπό στατίνη, εξ αυτών 14483 (8%) >75 ετών
- 5 έτη παρακολούθηση



Ασφάλεια των στατινών στη χρόνια νεφρική νόσο

- ♦ Η ατορβαστατίνη και η φλουβαστατίνη έχουν την μικρότερη νεφρική απέκκριση μεταξύ των στατινών (< 2% και 6% αντίστοιχα)

J Am Coll Cardiol 2008;51:2375-84

- ♦ Μέγιστη δόση στατινών ανάλογα με το στάδιο της χρόνιας νεφρικής νόσου :

	eGFR 30-60 ml/min/1,73m ²	eGFR < 30 ml/min/1,73m ²
Ατορβαστατίνη	80	80
Ροσουβαστατίνη	20	10
Σιμβαστατίνη	40	20

Am J Kidney Dis 2012;60:850-86

Ελάχιστες μελέτες για >75 ετών Εξατομίκευση στόχων και θεραπείας

- Προσοχή στις ανεπιθύμητες ενέργειες
- Προσοχή στις αλληλεπιδράσεις φαρμάκων.



- Σε νεότερα άτομα 65-75 ετών με σημαντικό προσδόκιμο επιβίωσης χορηγούνται στατίνες αναλόγως του καρδιαγγειακού κινδύνου τόσο για δευτερογενή όσο και για πρωτογενή πρόληψη

- Ραβδομύλυση: η πιο σοβαρή και επικίνδυνη ανεπιθύμητη ενέργεια των στατινών
- Ευαισθητοποίηση των ασθενών να προσέχουν τα συμπτώματα μυοπάθειας
- **Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται:**
 - Υψηλές δόσεις
 - Νεφρική Νόσο ()
 - Συγχορήγηση με:
 - Αντιμυκητιασικά (κετοконаζόλη)
 - Βεραπαμίλη, Αμιοδαρόνη
 - Erythromycin, Κλαριθρομυκίνη (μακρολίδες)
 - Ηλικία > 80 έτη
 - Γυναίκες
 - Συστηματική λήψη ποσοτήτων grape fruit

Μπορεί να χορηγηθεί σε όλα τα στάδια ΧΝΝ

- ♦ Προσθήκη εξετιμίμπης 10 mg 1x1 :
ελάττωση της LDL-C κατά 24%
αμελητέα επίδραση σε HDL-C και TG

Am J Cardiol 2009;103:369-74

4 μήνες αργότερα

- ✓ Διακοπή της σουλφονουλουρίας(stop υπογλυκαιμίες)
- ✓ Πρόσθεση ενός αναστολέα SGLT2(HbA1c =7,8)
- ✓ Διατήρηση της μετφορμίνης στην ίδια δοσολογία και παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας.
- ✓ eGFR=52
- ✓ Προσθήκη εζετιμίμπης 10mg (LDL 70mg/dl)
- ✓ ΣΑΠ 136 / ΔΑΠ 80mmHg
- ✓ Καμμία προσπάθεια διακοπής καπνίσματος από τον ίδιο.
- ✓ Απώλεια 2 Kg
- ✓ Βελτίωση στην κινησή του στο σπίτι

2^ο περιστατικό

Γυναίκα 75 ετών

- ΣΔτ2 10 έτη(metf 1000x2)
HbA1c 7,8%
- ΣΑΠ146 και ΔΑΠ 86mmHg(5mg αΜΕΑ)
- LDL-c 60mg/dl(atorva 10 mg)
- eGFR>80
- Καθημερινό περίπατο περίπου 20 min και ενασχόληση με τον κήπο της 3-4 φορές την εβδομάδα
- Σιτίζεται κανονικά BMI 26,4
- Ζεί μόνη αλλά οι συγγενείς της είναι στο ίδιο χωριό
- Έρχεται συχνά στο ιατρείο η ίδια κρατάει πάντα μετρήσεις Σχ

Υπόψη

- ΣΔ επι 10ετία
- Καλό προσδόκιμο επιβίωσης
- ΑΥ
- Δυσλιπιδαιμία
- Δεν είναι υπέρβαρη
- Σιτίζεται, ασκείται, ενδιαφέρεται για την καταστασή της
- Οικονομική κατάσταση όχι ιδιαίτερα καλή

ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΒΑΣΕΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κατάσταση υγείας ατόμων με ΣΔ	Προσδόκιμο επιβίωσης	HbA1c (%)	Γλυκόζη προγευματικά (mg/dL)	Γλυκόζη προ ύπνου (mg/dL)
Καλή (λίγα συνυπάρχοντα χρόνια νοσήματα, καλή γνωσιακή και λειτουργική κατάσταση)	Μεγάλο	<7,0-7,5	80-180	80-180
Ενδιάμεση (πολλές συνυπάρχουσες ασθένειες, ήπια/μέτρια άνοια, ευάλωτοι σε υπογλυκαιμίες, κίνδυνος πτώσεων)	Ενδιάμεσο (>5 έτη)	<8,0	90-150	100-180
Κακή (τελικού σταδίου χρόνια νοσήματα, μέτρια/βαριά άνοια)	Μικρό (<5 έτη)	<8,5*	100-180	110-200

*HbA1c: 8,5% ισοδυναμεί με μέση γλυκόζη ~200 mg/dL. Πιο υψηλοί (χαλαροί) γλυκαιμικοί στόχοι εκθέτουν το άτομο με ΣΔ στον κίνδυνο οξέων κινδύνων από τη γλυκοζουρία, αφυδάτωση, υπεργλυκαιμική υπερωσμωτική κατάσταση, πτωχή επούλωση τραυμάτων.



17. Θεραπεία της υπέρτασης στον Σακχαρώδη Διαβήτη

Στόχος της θεραπείας της ΑΥ είναι:

- Σε άτομα >65 ετών ο στόχος της ΣΑΠ είναι μεταξύ 130-139 mm Hg
- Σε άτομα <65 ετών <130 mm Hg αλλά όχι <120 mm Hg με την προϋπόθεση ότι επιτυγχάνεται χωρίς ιδιαίτερη επιβάρυνση
- Διαστολική αρτηριακή πίεση <80 mm Hg αλλά όχι <70 mm Hg

2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

Table 18 Recommended office blood pressure target ranges. The first step in all groups is a reduction to systolic blood pressure <140 mmHg. The subsequent optimal goals are listed below.

Age group	Office SBP treatment target ranges (mmHg)				
	Hypertension	+ DM	+ CKD	+ CAD	+ Stroke/TIA
18 – 69 years	120–130	120–130	<140–130	120–130	120–130
	<i>Lower SBP acceptable if tolerated</i>				
≥70 years	<140 mmHg, down to 130 mmHg if tolerated				
	<i>Lower SBP acceptable if tolerated</i>				
DBP treatment target (mmHg)	<80 for all treated patients				

CAD = coronary artery disease; CKD = chronic kidney disease; DBP = diastolic blood pressure; DM = diabetes mellitus; SBP = systolic blood pressure; TIA = transient ischaemic attack.

© ESC 2021

Αντιϋπερτασική
αγωγή

Όμοιο όφελος στις
μεγάλες ηλικίες

Να ξεπεράσουμε
την θεραπευτική
αδράνεια

Μεγαλύτερη συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών
(υπόταση, επηρεασμός νεφρικής λειτουργίας,
ηλεκτρολυτικές διαταραχές)

Συχνή παρακολούθηση
Προσαρμογή και εξατομίκευση
αγωγής

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ Κ/Α ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΔ & ΣΤΟΧΟΙ LDL-ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ

LDL < 55
& 50% ↓

• Πολύ υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου

- ✓ Άτομα με ΣΔ και εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο
- ✓ ΧΝΝ: Λευκωματινουρία >300 mg/24ωρο ή eGFR <30 mL/min/1,73 m²

LDL < 70
& 50% ↓

• Υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου

- ✓ Άτομα με ΣΔ >10 έτη
- ✓ ≥1 μείζονας παράγοντας Κ/Α κινδύνου [ηλικία (Α >50 ή Γ >55 ετών), κάπνισμα, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, θετικό οικογενειακό ιστορικό πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου]

LDL < 100

• Μέτριου καρδιαγγειακού κινδύνου

- ✓ Νέα άτομα με ΣΔ (<50 ετών) με
- ✓ ΣΔ <10 έτη και
- ✓ χωρίς μείζονες παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου

2^ο περιστατικό

Γυναίκα 75 ετών

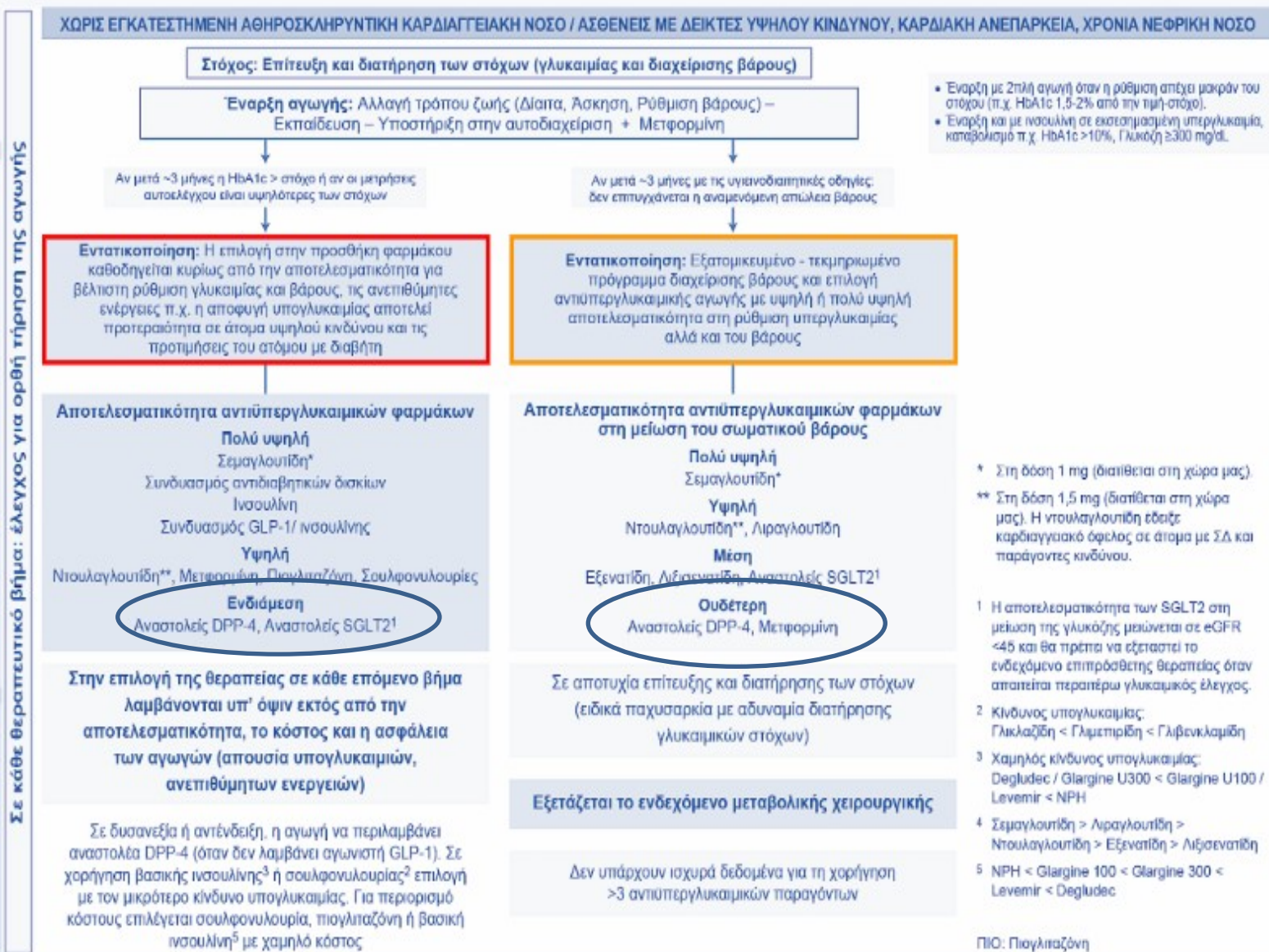
- ΣΔτ2 10 έτη(metf 1000x2)
HbA1c 7,8%
- ΣΑΠ 146 ΔΑΠ 86mmHg(5mg αΜΕΑ)
- LDL-c 60 mg/dl, 124mg/dl(atorva 10mg)
- eGFR>80
- Καθημερινό περίπατο περίπου 20 min και ενασχόληση με τον κήπο της 3-4 φορές την εβδομάδα
- Σιτίζεται κανονικά BMI 26,4
- Ζεί μόνη αλλά οι συγγενείς της είναι στο ίδιο χωριό
- Έρχεται συχνά στο ιατρείο η ίδια κρατώντας πάντα μετρήσεις Σχ

Στόχοι

- HbA1c 7-7,5%(αγωγή με αποδεδειγμένο ΚΑ και νεφρικό όφελος και χωρίς να προκαλεί υπογλυκαιμίες, χαμηλού κόστους)
- ΣΑΠ 130-139 ΔΑΠ 70-79mmHg και αν είναι καλά ανεκτό <130(με προσοχή πάντα στην ορθοστατική υπόταση και με συχνό έλεγχο στις τιμές των ηλεκτρολυτών και του eGFR)
- LDL-c < 70mg/dl
- Διατήρηση της άσκησης
- Σωστή διατροφή

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2

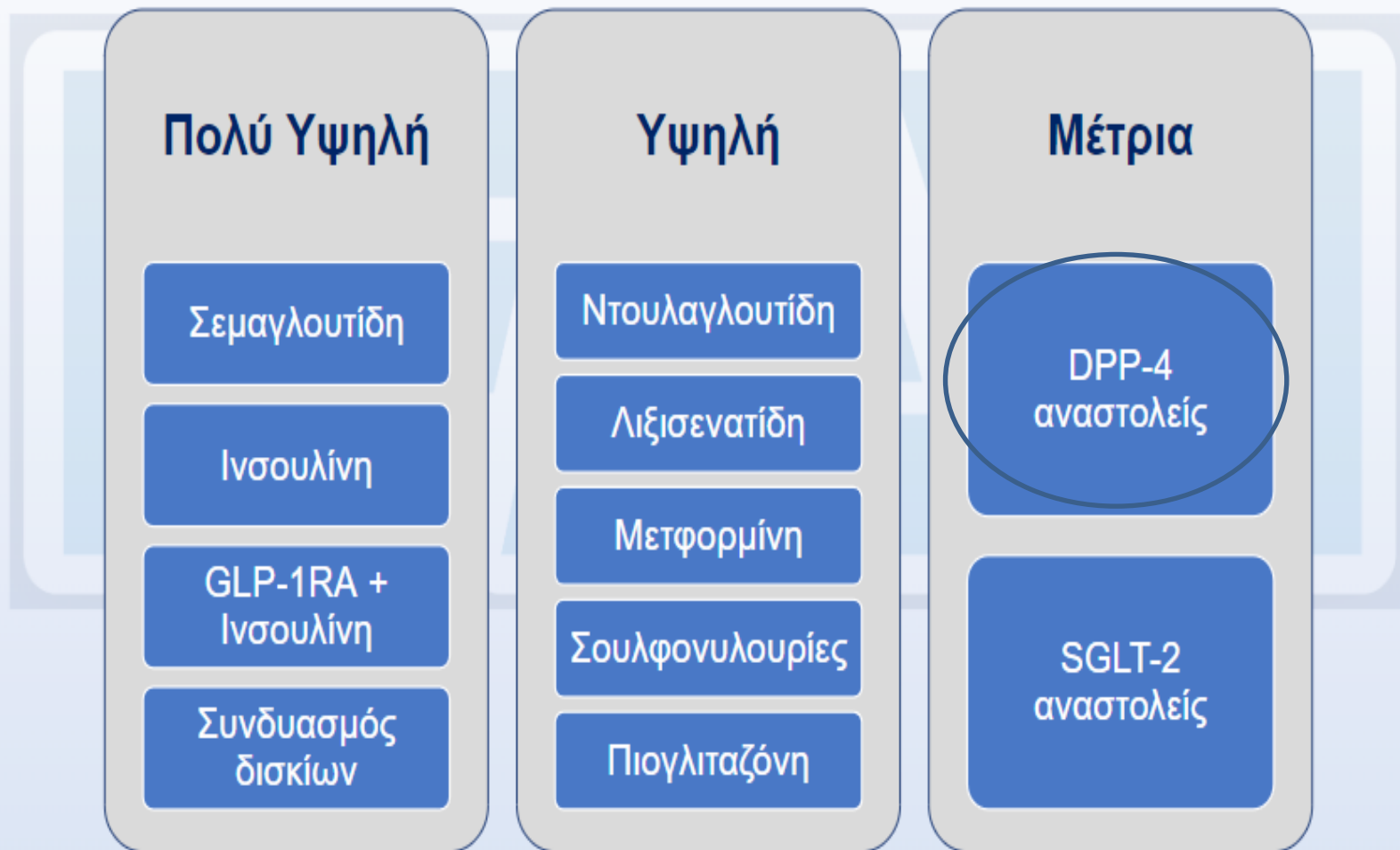
ΧΩΡΙΣ ΥΨΗΛΟ Κ/Α ΚΙΝΔΥΝΟ – ΕΓΚΑΤΕΣΤΗΜΕΝΗ ΑΣΚΑΝ – ΧΝΝ – ΚΑ



ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2

ΧΩΡΙΣ ΥΨΗΛΟ Κ/Α ΚΙΝΔΥΝΟ – ΕΓΚΑΤΕΣΤΗΜΕΝΗ ΑΣΚΑΝ – ΧΝΝ – ΚΑ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΜΕΩΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΤΩΝ ΑΝΤΙ-ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΚΩΝ ΑΓΩΓΩΝ



3 μήνες αργότερα

- DPP4 = HbA1c : **7,3** (0,5 -0,8)
- Amlodipine 5mg = **132/74** mmHg

3^ο περιστατικό

Άνδρας 81 ετών

- ΣΔτ2 > 30 έτη
HbA1c 8,5% (DPP4)
- ΣΑΠ περίπου 140, ΔΑΠ < 80 με αγωγή(αΜΕΑ)
- Σ. νόσος
- eGFR 52
- LDL-c 90mg/dl(χωρίς αγωγή)
- Άνοια σε τελικό στάδιο
- Κλινήρης το τελευταίο 3μηνο
- Διάχυτα άλγη
- Σιτίζεται με βοήθεια
- BMI 19,2.

Υπόψη

- Πολλά έτη ΣΔτ2
- Μικρό προσδόκιμο επιβίωσης
- ΧΝΝ
- Σοβαρές συννοσηρότητες
- Κλινήρης / άνοια
- Λιπόσαρκος

ΣΔ και Ηλικιωμένοι ασθενείς

- Σε άτομα με ΣΔ προχωρημένης ηλικίας ή με σημαντικού βαθμού επιπλοκές ή που επί σειρά ετών ήταν σε κακή ρύθμιση ή έχουν μικρό προσδόκιμο επιβίωσης ή εμφανίζουν ανεπίγνωστη υπογλυκαιμία ή πάσχουν και από άλλα σοβαρά νοσήματα, όπως ο καρκίνος, η καρδιακή ανεπάρκεια κ.ά., ο στόχος είναι τιμή HbA1c 7,0-7,5%.
- Σε άτομα με βραχύ προσδόκιμο επιβίωσης, όπως σε υπερηλίκους ή άτομα με σοβαρές συννοσηρότητες, επιδιώκεται λιγότερο αυστηρός γλυκαιμικός στόχος. Παραμένει ως κύριο μέλημα ρύθμισης η αποφυγή της σακχαρουρίας.

ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΒΑΣΕΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κατάσταση υγείας ατόμων με ΣΔ	Προσδόκιμο επιβίωσης	HbA1c (%)	Γλυκόζη προγευματικά (mg/dL)	Γλυκόζη προ ύπνου (mg/dL)
Καλή (λίγα συνυπάρχοντα χρόνια νοσήματα, καλή γνωσιακή και λειτουργική κατάσταση)	Μεγάλο	<7,0-7,5	80-130	80-180
Ενδιάμεση (πολλές συνυπάρχουσες ασθένειες, ήπια/μέτρια άνοια, ευάλωτοι σε υπογλυκαιμίες, κίνδυνος πτώσεων)	Ενδιάμεσο (>5 έτη)	<8,0	90-150	100-180
Κακή (τελικού σταδίου χρόνια νοσήματα, μέτρια/βαριά άνοια)	Μικρό (<5 έτη)	<8,5*	100-180	110-200

*HbA1c: 8,5% ισοδυναμεί με μέση γλυκόζη ~200 mg/dL. Πιο υψηλοί (χαλαροί) γλυκαιμικοί στόχοι εκθέτουν το άτομο με ΣΔ στον κίνδυνο οξέων κινδύνων από τη γλυκοζουρία, αφυδάτωση, υπεργλυκαιμική υπερωσμωτική κατάσταση, πτωχή επούλωση τραυμάτων.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

- Σε άτομα **>65** ετών ο στόχος της ΣΑΠ είναι μεταξύ **130-139** mm Hg
- Σε άτομα **<65** ετών ο στόχος της ΣΑΠ είναι **<130** mm Hg αλλά όχι **<120** mm Hg με την προϋπόθεση ότι επιτυγχάνεται χωρίς ιδιαίτερη επιβάρυνση
- Διαστολική αρτηριακή πίεση **<80** mm Hg αλλά όχι **<70** mm Hg

13. Older Adults: *Standards of Care in Diabetes—2023*

Diabetes Care 2023;46(Suppl. 1):S216–S229 | <https://doi.org/10.2337/dc23-S013>

Table 13.1—Framework for considering treatment goals for glycemia, blood pressure, and dyslipidemia in older adults with diabetes

Patient characteristics/ health status	Rationale	Reasonable A1C goal‡	Fasting or preprandial glucose	Bedtime glucose	Blood pressure	Lipids
Healthy (few coexisting chronic illnesses, intact cognitive and functional status)	Longer remaining life expectancy	<7.0–7.5% (53–58 mmol/mol)	80–130 mg/dL (4.4–7.2 mmol/L)	80–180 mg/dL (4.4–10.0 mmol/L)	<130/80 mmHg	Statin, unless contraindicated or not tolerated
Complex/intermediate (multiple coexisting chronic illnesses* or two or more instrumental ADL impairments or mild-to-moderate cognitive impairment)	Intermediate remaining life expectancy, high treatment burden, hypoglycemia vulnerability, fall risk	<8.0% (64 mmol/mol)	90–150 mg/dL (5.0–8.3 mmol/L)	100–180 mg/dL (5.6–10.0 mmol/L)	<130/80 mmHg	Statin, unless contraindicated or not tolerated
Very complex/poor health (LTC or end-stage chronic illnesses** or moderate-to-severe cognitive impairment or two or more ADL impairments)	Limited remaining life expectancy makes benefit uncertain	Avoid reliance on A1C; glucose control decisions should be based on avoiding hypoglycemia and symptomatic hyperglycemia	100–180 mg/dL (5.6–10.0 mmol/L)	110–200 mg/dL (6.1–11.1 mmol/L)	<140/90 mmHg	Consider likelihood of benefit with statin

ADL, activities of daily living; LTC, long-term care

Ελληνική Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης

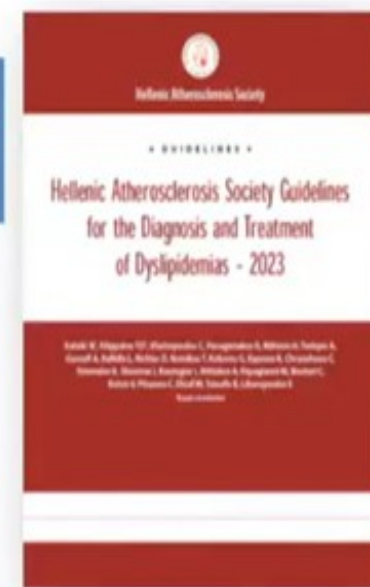


TABLE 26. Recommendations for the management of dyslipidemia in the elderly.

Recommendation	Class of recommendation
Lipid-lowering treatment must aim at LDL-C levels <55, <70 and <100 mg/dL in very high, high, and moderate risk elderly patients (≤ 75 years old).	I
In very high- and high-risk elderly patients (≤ 75 years old), a reduction in baseline LDL-C levels by >50% is recommended	I
In very high- and high-risk elderly patients >75 years old, initiation of statin therapy should be considered	Ila
In the presence of renal impairment and/or drug interactions, statin therapy must be initiated at a low dose, and then titrated, if needed, to attain LDL-C target	I



2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

Recommendations for the treatment of dyslipidaemias in older people (≥ 70 years).

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Treatment with statins is recommended for older people with ASCVD in the same way as for younger patients. ^{538,539}	I	A
Initiation of statin treatment for primary prevention in older people aged ≥ 70 may be considered, if at high risk or above. ^{538,539}	IIb	B
It is recommended that the statin is started at a low dose if there is significant renal impairment and/or the potential for drug interactions.	I	C

3^ο περιστατικό

Άνδρας 81 ετών

- ΣΔτ2 > 30 έτη
HbA1c 8,5% (DPP4)
- ΣΑΠ περίπου 140 ΔΑΠ < 80 με αγωγή(αΜΕΑ)
- Σ. νόσος
- eGFR<52
- LDL-c 90mg/dl χωρίς φ. αγωγή
- Άνοια σε τελικό στάδιο
- Κλινήρης το τελευταίο 3μηνο
- Διάχυτα άλγη
- Σιτίζεται με βοήθεια
- BMI 19,2.

Στόχοι

- HbA1c < 8,5%
- ΣΑΠ στο 140, ΔΑΠ< 80
- Διατήρηση της νεφρικής λειτουργίας.
- Όσο δυνατόν καλή ενυδάτωση και παρακολούθηση ηλεκτρολυτών
- Προσοχή στην σίτιση και λήψη πρωτεϊνών
- Ανακουφιστική αγωγή

2023 ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Πίνακας 1. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ενηλίκων, ανά ηλικιακή ομάδα, 2023

Ηλικία ▶	18 έως 26 ετών	27 έως 59 ετών	60 έως 64 ετών	65 έως 75 ετών	άνω των 75 ετών
	1 δόση ετησίως		1 δόση ετησίως		
τις, Κοκκύτη /)	Αναμνηστική δόση 18 με 25 ετών με Tdap ή Tdap-IPV και στη συνέχεια Td ή Tdap κάθε 10 χρόνια				
Ερυθράς (MMR)	1-2 δόσεις ανάλογα με το ιστορικό εμβολιασμών (γεννηθέντες μετά το 1970)				
	2 δόσεις (γεννηθέντες μετά το 1990)	2 δόσεις			
Ι)			1 δόση ZVI μεταξύ 60 και 75 ετών		
VI)	2 δόσεις RZV σε ανοσοκατασταλμένα άτομα με δύο ή περισσότερα επεισόδια έρπητα ζωστήρα		2 δόσεις RZV σε ανοσοκατασταλμένα άτομα		
οιμάτων (HPV)	3 δόσεις*				
CV20)	1 δόση PCV20		1 δόση PCV20		
	2 δόσεις				
	3 ή 4 δόσεις δείτε σφάλμα				
οροομάδων ένο (MenACWY)	1, 2 ή 3 δόσεις δείτε σφάλμα				
οροομάδας B IC ή MenB-HPb)	2-3 δόσεις δείτε σφάλμα				
νι(πς χ(Hib)	1-3 δόσεις ανάλογα με τις ενδείξεις δείτε σφάλμα				

άται για ενήλικες που πληρούν το ηλικιακό κριτήριο

άται για ενήλικες με συνοδές ιατρικές καταστάσεις (ομάδες αυξημένου κινδύνου) ή άλλες ενδείξεις

νιστάται

* Συνιστώνται: μεταξύ 18 και 26 ετών, ανεξαρτήτως φύλου, σε συγκεκριμένες ομάδες αυξημένου κινδύνου.

Πίνακας 2. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ενηλίκων, ανά νόσο ή άλλη ένδειξη, 2023

Εμβόλιο ▼	Κόψη ή λοχία	Ανοσοκαταστολή (πλην HIV)	Λοίμωξη με HIV (CD4+ κύτταρα)		Ασπληνία, μόνιμη έλλειψη τελικίων κλασμάτων συμπληρώματος	Πεφρωκή ανεπάρκεια τελικού σταδίου σε αιμοδιύλιση	Χρόνιες καρδιοπάθειες, πνευμονοπάθειες, κάπνισμα, χρόνιας αλκοολισμός,	Χρόνιες παθήσεις του ήπατος	Εσκαρωδίες διαβήτης
			<200	≥200					
¹¹¹ Γρίπης			1 δόση ετησίως						
¹¹¹ Tdap ή Tdap-IPV ή Td	1 δόση Tdap σε κάθε κόψη		Μία δόση Tdap ή Tdap-IPV και στη συνέχεια αναμνηστική δόση Td ή Tdap κάθε 10 χρόνια						
¹¹¹ MMR		Ανεπιβεβαιωται	1-2 δόσεις δείτε σφάλμα						
¹¹¹ VAR		Ανεπιβεβαιωται	2 δόσεις						
¹¹¹ HZV (ZVI)		Ανεπιβεβαιωται	1 δόση						
¹¹¹ HZV (RZV)		2 δόσεις σε ηλικίες α) > 18 ετών με δύο ή περισσότερα επεισόδια έρπητα ζωστήρα, και β) > 60 ετών							
¹¹¹ HPV γυναίκες	Δεν συνιστάται δείτε σφάλμα	3 δόσεις μέχρι την ηλικία των 26 ετών							
¹¹¹ HPV άνδρες		3 δόσεις μέχρι την ηλικία των 26 ετών							
¹¹¹ PCV20			1 δόση PCV20						
¹¹¹ HerpA		2 δόσεις	2 δόσεις		2 δόσεις		2 δόσεις	2	
¹¹¹ HerpB	3 δόσεις				3 ή 4 δόσεις δείτε σφάλμα				
¹¹¹ MenACWY		1 ή περισσότερες δόσεις ανάλογα	με τις ενδείξεις δείτε σφάλμα						
¹¹¹ MenB		2-3 δόσεις δείτε σφάλμα		2-3 δόσεις δείτε σφάλμα					
¹¹¹ Hib		Τα μεταβιβόμενα αμοινοαζωτικών κυττάρων χορηγούνται 3 δόσεις ανεξαρτήτως προηγμένων εμβολιασμού	1 δόση	1 δόση				1 δόση	

Συνιστάται για ενήλικες που πληρούν το ηλικιακό κριτήριο και δεν έχουν αποδοθεί προληπτικοί εμβολιασμοί ή νόσους

Συνιστάται για ενήλικες με πρόβλεπτες παρόχθινες ενδείξεις ή άλλες ενδείξεις

Ανεπιβεβαιωται: καθυστέρηση του εμβολιασμού έως την ολοκλήρωση της κόψης εάν ενδείκνυται το εμβόλιο

Δεν συνιστάται

* Συνιστάται για το προληπτικό εμβολιασμό των οργάνων που είναι δυνατόν να εκτεθεί σε κοιλιοπνευμονική μολύνση

2023 ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ Ε.Δ.Ε.

Εκπαίδευση: *Diabetes skills* για ηλικιωμένους ασθενείς με ΣΔ

Η εκπαίδευση του ηλικιωμένου ατόμου με ΣΔ είναι δύσκολη, διότι είναι δύσκολη η αλλαγή του τρόπου ζωής μετά από έτη εγκατεστημένων συνηθειών, η εκμάθηση της χρήσης συσκευών (μετρητές, πένες) και η εκμάθηση των μεθόδων αυτοαναπροσαρμογής των θεραπευτικών δόσεων

- ✓ Η εκπαίδευση του ηλικιωμένου ατόμου με ΣΔ πρέπει, περισσότερο από ό,τι σε κάθε άλλη περίπτωση ατόμου με ΣΔ, να είναι σταδιακή, όσο το δυνατόν πιο απλή στην κατανόηση και επανειλημμένη
- ✓ Προτιμάται η ατομική εκπαίδευση
- ✓ Καλό είναι να εκπαιδεύεται και άτομο από το κοντινό περιβάλλον του ατόμου με ΣΔ

2023 ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ Ε.Δ.Ε.

Εκπαίδευση: *Diabetes skills* για ηλικιωμένους ασθενείς με ΣΔ

- Ο κίνδυνος **υπογλυκαιμίας** είναι μεγαλύτερος και η βαρύτητα υπογλυκαιμίας επίσης, ενώ τα κλασικά της **συμπτώματα συχνά δεν είναι αντιληπτά**
- Η ανάνηψη από την υπογλυκαιμία καθυστερεί (λόγω μειωμένης απάντησης των αντιρροπιστικών ορμονών) με αποτέλεσμα τα επεισόδια να είναι σοβαρά και παρατεταμένα
- Οι εκδηλώσεις υπογλυκαιμίας είναι συχνότερα **νευρογλυκοπενικές** (ανησυχία, σύγχυση) παρά αδρενεργικές (τρόμος, ταχυκαρδία), οι οποίες μπορεί λανθασμένα να εκληφθούν ως νευρολογική νόσος και να ακολουθηθεί λανθασμένη θεραπεία.
- Η υπογλυκαιμία πρέπει να αποφεύγεται στα ηλικιωμένα άτομα με ΣΔ.

DIABETES IN THE ELDERLY CHECKLIST

- ✓ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΤΕ για το επίπεδο λειτουργικής κατάστασης - αυτονομίας
- ✓ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΣΤΕ τους γλυκαιμικούς στόχους
 - ✓ A1c $\leq 8,5\%$ για ευπαθείς ηλικιωμένους
 - ✓ Με καλή κατάσταση υγείας χρησιμοποιήστε τους ίδιους στόχους με τους νεότερους
- ✓ ΑΠΟΦΥΓΕΤΕ την υπογλυκαιμία σε γνωστική εξασθένηση
- ✓ ΕΠΙΛΕΞΤΕ προσεκτικά την αντιυπεργλυκαιμική θεραπεία
- ✓ Προσοχή με τις σουλφονουλουρίες ή τις θειαζολιδινεδιόνες
- ✓ Οι αναστολείς DPP-4 θα πρέπει να χρησιμοποιούνται έναντι των σουλφονουλουριών
- ✓ Βασικά ανάλογα ινσουλίνης αντί για NPH ή ανθρώπινη ινσουλίνη 30/70
- ✓ ΔΩΣΤΕ κανονικές δίαιτες αντί για «διαβητικές δίαιτες» ή διατροφικές φόρμουλες στα γηροκομεία





Ευχαριστώ πολύ

