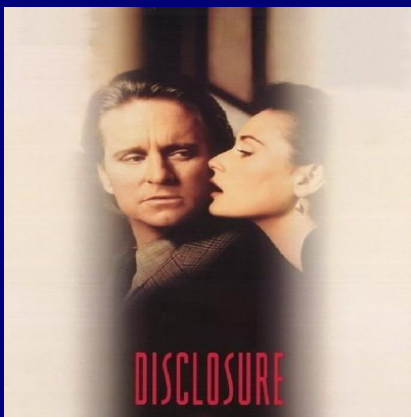


Λάθη στην αντιδιαβητική αγωγή

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΑΚΡΥΛΑΚΗΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

**Α΄ ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ &
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ
ΛΑΪΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**



ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ (Disclosure)

Τίποτα που να αφορά την παρούσα ομιλία

Συμβουλευτικές υπηρεσίες/διαλέξεις/ερευνητική
υποστήριξη την τελευταία διετία:

Astra Zeneca, Boehringer Ingelheim, Βιανέξ, Novo Nordisk
Hellas, Sanofi, Φαρμασέρβ-ΛΙΛΛΥ ΑΕΒΕ, Winmedica,
Ελπέν, ΚΡΚΑ

ΣΥΝΗΘΗ ΛΑΘΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΔ

- Λάθη στη χρήση φαρμάκων
- Λάθη σε διαγνωστικές εξετάσεις
- Ανεπαρκής εκπαίδευση των ατόμων με διαβήτη
 - Διατροφή, συμμόρφωση με φάρμακα, παρακολούθηση σακχάρου
- Λανθασμένη διάγνωση τύπου διαβήτη
 - ΣΔ1, ΣΔ2, MODY, LADA
- Ελλιπής παρακολούθηση
 - Παρακολούθηση επιπλοκών (αμφιβλεια νεφροπάθεια, ities, heterogenous patient populations), non-invasive, routine screen-
ing for CAD in asymptomatic patients is not recommended.³⁸⁹
 - Υπερβολικές εξετάσεις προσυμπτωματικού ΚΑΝ ελέγχου

ΣΥΝΗΘΗ ΛΑΘΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΔ

- Λάθη στη χρήση φαρμάκων
- Λάθη σε διαγνωστικές εξετάσεις
- Ανεπαρκής εκπαίδευση των ατόμων με διαβήτη
 - Διατροφή, συμμόρφωση με φάρμακα, παρακολούθηση σακχάρου
- Λανθασμένη διάγνωση τύπου διαβήτη
 - ΣΔ1, ΣΔ2, MODY, LADA
- Ελλιπής παρακολούθηση
 - Παρακολούθηση επιπλοκών (αμφ/θεια, νεφροπάθεια, διαβ. πόδι [Charcot foot])
 - Ψυχική υγεία
 - Υπερβολικές εξετάσεις προσυμπτωματικού ΚΑΝ ελέγχου

Οι 9 κατηγορίες των υπογλυκαιμικών ουσιών

Κλάση

Φαρμακευτικές Ουσίες

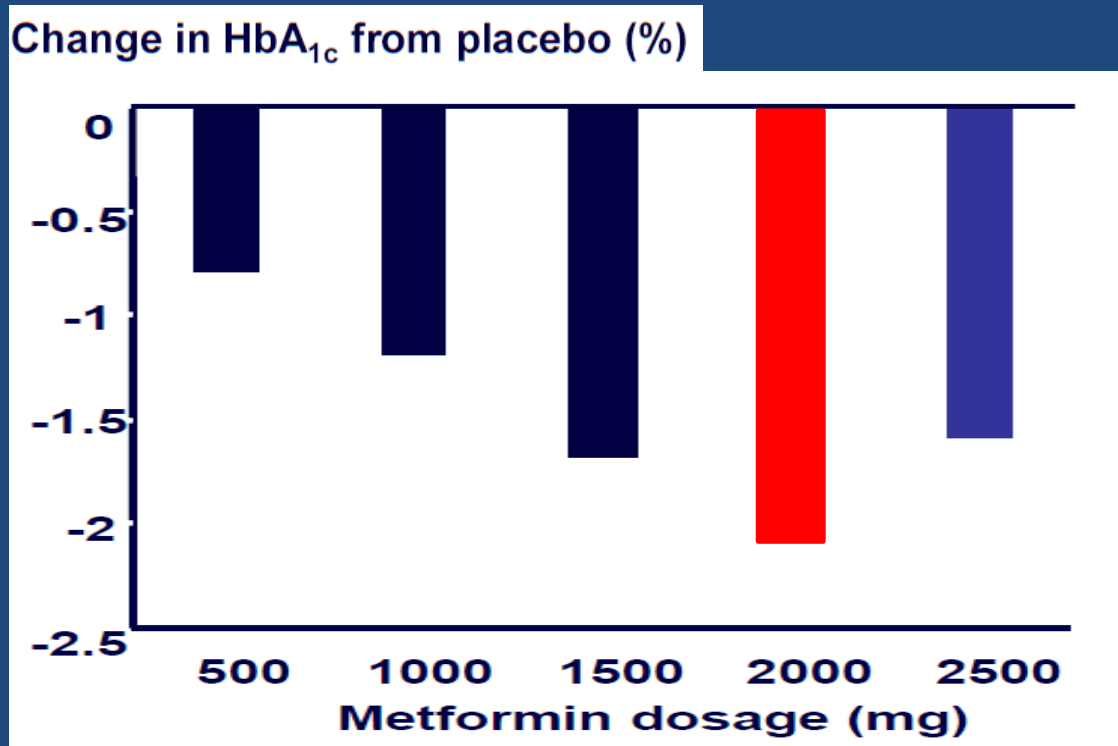
1. Διγουανίδια	Μετφορμίνη
2. Σουλφονουλουρίες	Γλιβενκλαμίδη, Γλικλαζίδη, Γλιμεπιρίδη
3. Θειαζολιδινεδιόνες	Πιογλιταζόνη
4. Μεγλιτινίδια	Ρεπαγλινίδη, Νατεγλινίδη
5. Αναστολείς α-γλυκοσιδασών	Ακαρβόζη
6. Ινκρετίνες	
α) Αγωνιστές GLP-1	Εξενατίδη (LAR), Λιραγλουτίδη, Λιξισενατίδη, Ντουλαγλουτίδη, Σεμαγλουτίδη
β) DPP-IV αναστολείς	Σιταγλιπτίνη, Βιλνταγλιπτίνη, Σαξαγλιπτίνη Λιναγλιπτίνη, Αλογλιπτίνη
8. SGLT2 αναστολείς	Νταπαγλιφλοζίνη, Εμπαγλιφλοζίνη, Καναγλιφλοζίνη
9. Ινσουλίνη	

Λάθη στη χρήση της μεταφορμίνης

- Έναρξη μεταφορμίνης
- Τιτλοποίηση
- Χωρίς λόγο διακοπή της μεταφορμίνης

Μετφορμίνη:

Η μέγιστη αποτελεσματικότητα παρατηρείται με τη δοσολογία των 2000 mg ημερησίως



(start low, go slow)

ΔΟΣΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΕΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

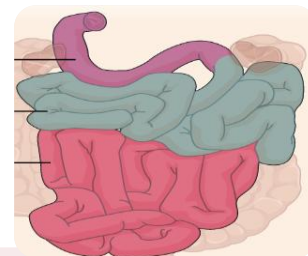


Table 3. Gastrointestinal adverse events and treatment discontinuations for gastrointestinal adverse events in patients receiving different doses of metformin¹⁴

	Final daily dose of metformin											
	Placebo n=79		500 mg n=73		1000 mg n=73		1500 mg n=76		2000 mg n=73		2500 mg n=77	
	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D
Abdominal pain	0%	0%	3%	0%	1%	1%	4%	1%	0%	0%	3%	0%
Diarrhoea ^a	5%	0%	8%	0%	21%	4%	12%	3%	19%	3%	14%	5%
Nausea	5%	0%	7%	0%	10%	3%	8%	3%	1%	1%	12%	5%
Dyspepsia	1%	0%	1%	0%	1%	0%	9%	0%	3%	0%	4%	3%
Anorexia	1%	0%	0%	0%	1%	0%	3%	0%	1%	0%	5%	1%
Combined digestive disturbances ^{a,b}	13%	0%	16%	0%	29%	5%	24%	3%	23%	4%	29%	10%

Garber AJ, et al. Am J Med 1997; 103:491–497

Μετφορμίνη

- Ανεπιθύμητες ενέργειες

- Ναυτία
- Έμετοι
- Διάρροια
- Ανορεξία
- Μετεωρισμός-Δυσφορία
- Μεταλλική γεύση
- Δυσσαπορρόφηση B12

- Γαλακτική οξέωση (σπάνια)

- Αντενδείξεις

- Νεφροπάθεια (eGFR <30 ml/min)
- (προσοχή σε <45ml/min)
- Ηπατική ανεπάρκεια
- Μέτρια/σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια
- Γενική αναισθησία – χορήγηση iv σκιαγραφικών

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗΣ ΣΕ ΧΝΝ

Table 2. Possible Approach to Metformin Prescribing in the Setting of CKD^a

CKD Stage	eGFR, mL/min per 1.73 m ²	Maximal Total Daily Dose, mg	Other Recommendations
1	≥90	2550	
2	60 -<90	2550	
3A	45 -<60	2000	Avoid if kidney function is or expected to become unstable Consider more cautious follow-up of kidney function
3B	30 -<45	1000	Do not initiate therapy at this stage but drug may be continued Avoid if kidney function is or expected to become unstable Consider more cautious follow-up of kidney function
4	15 -<30	Do not use	
5	<15	Do not use	



Prognosis of CKD by GFR and albuminuria category

Prognosis of CKD by GFR
and Albuminuria Categories:
KDIGO 2012

				Persistent albuminuria categories Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
GFR categories (ml/min/1.73 m ²) Description and range	G1	Normal or high	≥90	Green	Yellow	Orange
	G2	Mildly decreased	60-89	Green	Yellow	Orange
	G3a	Mildly to moderately decreased	45-59	Yellow	Orange	Red
	G3b	Moderately to severely decreased	30-44	Orange	Red	Red
	G4	Severely decreased	15-29	Red	Red	Red
	G5	Kidney failure	<15	Red	Red	Red

Green: low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); Yellow: moderately increased risk; Orange: high risk; Red, very high risk.

Αναστολείς SGLT-2

Λανθασμένη διακοπή αναστολέων SGLT-2
σε χαμηλό eGFR ($<45 \text{ ml/min/1,73 m}^2$)

Χρόνια νεφρική νόσος

- Σε ασθενείς με ΧΝΝ οι αναστολείς SGLT-2 μειώνουν τον κίνδυνο μειζόνων καρδιοαγγειακών συμβαμάτων (MACE) ανεξαρτήτως eGFR
- Σε ασθενείς με ΧΝΝ οι αναστολείς SGLT-2 μειώνουν τον κίνδυνο καρδιακής ανεπάρκειας και νεφρικών εκβάσεων (συμπεριλαμβανομένης της νεφρικής νόσου τελικού σταδίου)
- Σε ασθενείς με ΧΝΝ ή/και ΚΑ και **eGFR ≥ 20 ml/min/1,73 m²** **θα πρέπει** να γίνει έναρξη αναστολέα SGLT-2 για μείωση του κινδύνου μειζόνων καρδιοαγγειακών συμβαμάτων, νοσηλειών λόγω καρδιακής ανεπάρκειας και νεφρικών εκβάσεων

**Καθυστερημένη έναρξη και ανεπαρκής
τιτλοποίηση βασικής ινσουλίνης**

ΔΟΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΙ ΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

Δόση έναρξης: 10 μονάδες (ή 20% του σωματικού βάρους)

Στόχος: Γλυκόζη νηστείας 80-130 mg/dL (μπορεί εξατομικευμένα να τροποποιηθεί).

Ρύθμιση δόσης: Έλεγχος γλυκόζης αίματος πριν από το πρωϊνό γεύμα για τρεις συνεχόμενες ημέρες. Καταγραφή τυχόν επεισοδίων υπογλυκαιμίας (συμπτώματα με συνοδό γλυκόζη <70). Με βάση την ενδιάμεση τιμή των μετρήσεων και την εμφάνιση υπογλυκαιμίας, αναπροσαρμόζεται η δόση της ινσουλίνης ως ακολούθως:

≥180 mg/dl	Αύξηση κατά 4 μονάδες
130 - 180 mg/dl	Αύξηση κατά 2 μονάδες
80 - 130 mg/dl	Καμία μεταβολή στη δόση
<80 mg/dl	Επιστροφή στην προηγούμενη δόση
Επεισόδιο υπογλυκαιμίας	Μείωση κατά 2 - 4 μονάδες

Σε σοβαρές υπεργλυκαιμίες μπορούμε να αυξήσουμε τη δόση με ταχύτερο ρυθμό.

Ημερολόγιο αυτοελέγχου

	ΠΡΩΙ (08.00)		ΜΕΣΗΜ (16.00)		ΒΡΑΔΥ (21.00)		Ινσουλίνη
	Προ	Μετά 2hrs	Προ	Μετά 2hrs	Προ	Μετά 2hrs	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

Ημερολόγιο αυτοελέγχου

[illegible]

Ημερολόγιο αυτοελέγχου

	ΠΡΩΙ (08.00)		ΜΕΣΗΜ (16.00)		ΒΡΑΔΥ (21.00)		Ινσουλίνη
	Προ	Μετά 2hrs	Προ	Μετά 2hrs	Προ	Μετά 2hrs	
1	230		MO: 216				10
2	210						10
3	207						14
4	198		MO: 185				14
5	175						14
6	182						

Ημερολόγιο αυτοελέγχου

	ΠΡΩΙ (08.00)		ΜΕΣΗΜ (16.00)		ΒΡΑΔΥ (21.00)		Ινσουλίνη
	Προ	Μετά 2hrs	Προ	Μετά 2hrs	Προ	Μετά 2hrs	
1	230						10
2	210		ΜΟ: 216				10
3	207						14
4	198		ΜΟ: 185				14
5	175						14
6	182						18
7	152		ΜΟ: 153				18
8	162						18
9	146						

Ημερολόγιο αυτοελέγχου

	ΠΡΩΙ (08.00)		ΜΕΣΗΜ (16.00)		ΒΡΑΔΥ (21.00)		Ινσουλίνη
	Προ	Μετά 2hrs	Προ	Μετά 2hrs	Προ	Μετά 2hrs	
1	110						48
2	114						48
3	97						
4							
5							
6							
7							
8							
9							

ΜΟ: 107

Ημερολόγιο αυτοελέγχου

	ΠΡΩΙ (08.00)		ΜΕΣΗΜ (16.00)		ΒΡΑΔΥ (21.00)		Παρατηρήσεις
	Προ	Μετά 2hrs	Προ	Μετά 2hrs	Προ	Μετά 2hrs	
1	✗			✗			
2	✗			✗			
3	✗			✗			
4	✗			✗			
5	✗			✗			
6	✗			✗			
7	✗			✗			
8	✗			✗			
9	✗			✗			

Ημερολόγιο αυτοελέγχου

	ΠΡΩΙ (08.00)		ΜΕΣΗΜ (16.00)		ΒΡΑΔΥ (21.00)		Παρατηρήσεις
	Προ	Μετά 2hrs	Προ	Μετά 2hrs	Προ	Μετά 2hrs	
1	X	X					
2			X	X			
3					X	X	
4	X	X					
5			X	X			
6					X	X	
7	X	X					
8			X	X			
9					X	X	

Διαχείριση των δισκίων

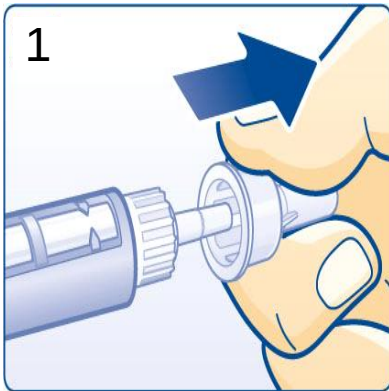
- Η μετφορμίνη παραμένει
- Η πιογλιταζόνη έχει ένδειξη αλλά χρειάζεται προσοχή
- Αναστολείς DPP-4, GLP-1 ανάλογα: μπορούν να συνδυασθούν
- Σουλφονουλουρίες: διχογνωμία
 - Αρκετοί προτιμούν να τις διατηρούν, σε υπομέγιστη δόση.

ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ



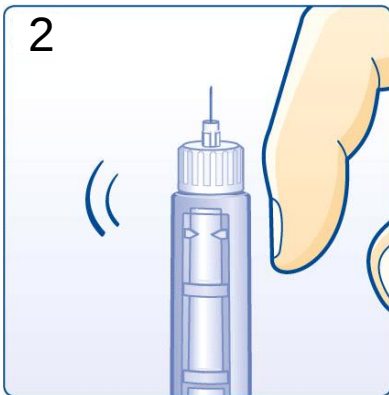
**ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ
ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΕΝΕΣΗΣ!!!!**

Προγεμισμένα στυλό : 4 απλά βήματα για χρήση



1ο Βήμα. Προσαρμογή της βελόνας:

- Πλύνετε τα χέρια σας, αφαιρέστε το καπάκι και απολυμάνετε την μπροστινή ελαστική μεμβράνη
- Αφαιρέστε το προστατευτικό κάλυμμα από μια καινούργια βελόνα μιας χρήσης και βιδώστε τη βελόνα σφιχτά πάνω στο στυλό
- Βγάλτε το εξωτερικό κάλυμμα και μετά το εσωτερικό κάλυμμα της βελόνας
- Χρησιμοποιείτε πάντα μια καινούργια βελόνα για κάθε ένεση



2ο Βήμα. Έλεγχος της ροής της ινσουλίνης:

- Γυρίστε τον επιλογέα της δόσης στις 2 μονάδες
- Κρατήστε το στυλό με τη βελόνα προς τα πάνω και πιέστε το έμβολο
- Επαναλάβετε τη διαδικασία αυτή μέχρι να εμφανιστεί μια σταγόνα ινσουλίνης

Προγεμισμένα στυλό : 4 απλά βήματα για χρήση



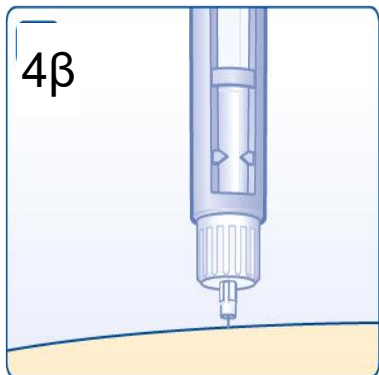
3ο Βήμα. Επιλογή δόσης ινσουλίνης:

- Βεβαιωθείτε ότι ο επιλογέας της δόσης είναι στο μηδέν
- Γυρίστε τον επιλογέα δόσης για να επιλέξετε τον αριθμό των μονάδων που χρειάζεστε για την ένεση
- Μπορείτε να διορθώσετε τη δόση είτε αυξάνοντας την είτε μειώνοντας την, γυρνώντας τον επιλογέα δόσης προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση
- Όταν γυρίζετε τον επιλογέα δόσης, προσέξτε να μην πιέσετε το έμβολο γιατί θα χυθεί ινσουλίνη

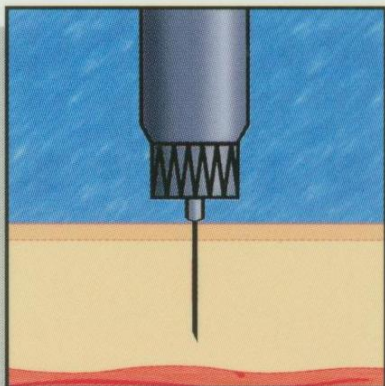
Προγεμισμένα στυλό : 4 απλά βήματα για χρήση

4ο Βήμα. Ένεση ινσουλίνης:

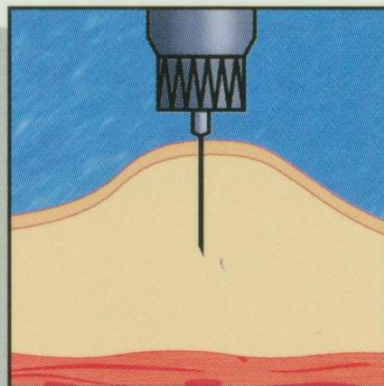
- Χορηγήστε τη δόση πατώντας το έμβολο τελείως προς τα μέσα, μέχρι ο επιλογέας δόσης να φτάσει στο μηδέν
- **Προσέξτε μόνο να πατήσετε το έμβολο όταν κάνετε την ένεση**
- **Εάν γυρίσετε τον επιλογέα δόσης αντίστροφα από τη φορά που επιλέξατε τη δόση, δε θα χορηγηθεί ινσουλίνη**
- Κρατήστε το έμβολο τελείως πατημένο μετά την ένεση, μέχρι η βελόνα να βγει από το δέρμα
- **Η βελόνα θα πρέπει να παραμείνει κάτω από το δέρμα για τουλάχιστον 10 δευτερόλεπτα.** Αυτό θα διασφαλίσει ότι έχει χορηγηθεί όλη η δόση.
- Οδηγίστε την άκρη της βελόνας στο μεγάλο εξωτερικό κάλυμμά της χωρίς να το αγγίζετε.
- Αφού καλύψετε τη βελόνα, πιέστε τελείως το μεγάλο εξωτερικό κάλυμμα της βελόνας του και **ξεβιδώστε τη.**
- **Πετάξτε τη βελόνα προσεκτικά και τοποθετήστε το κάλυμμα του στυλό στη θέση του.**



■ Χωρίς τσίμπημα

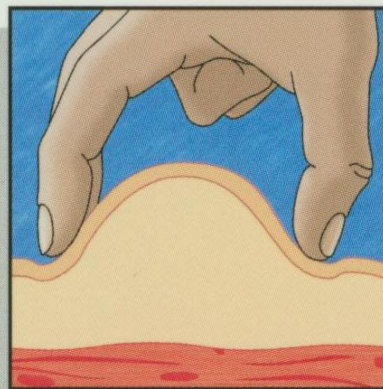


Με τσίμπημα

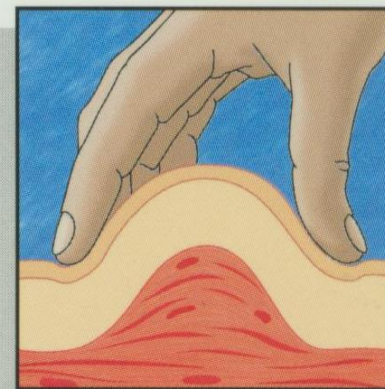


Ένα σωστό τσίμπημα πρέπει να γίνεται χρησιμοποιώντας τον αντίχειρα και τον δείκτη, ανασηκώνοντας δέρμα και υποδόριο ιστό και αφήνοντας τον μυ.

Σωστό τσίμπημα



Λάθος τσίμπημα



ΒΕΛΟΝΕΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

32G

0.23mm



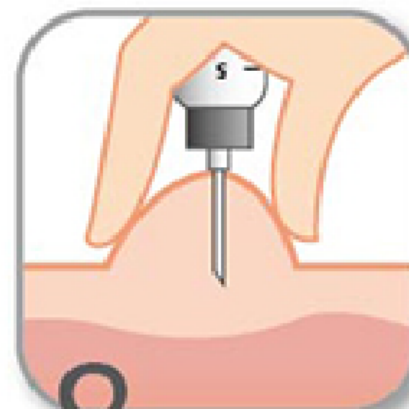
4mm



5mm



6mm



8mm

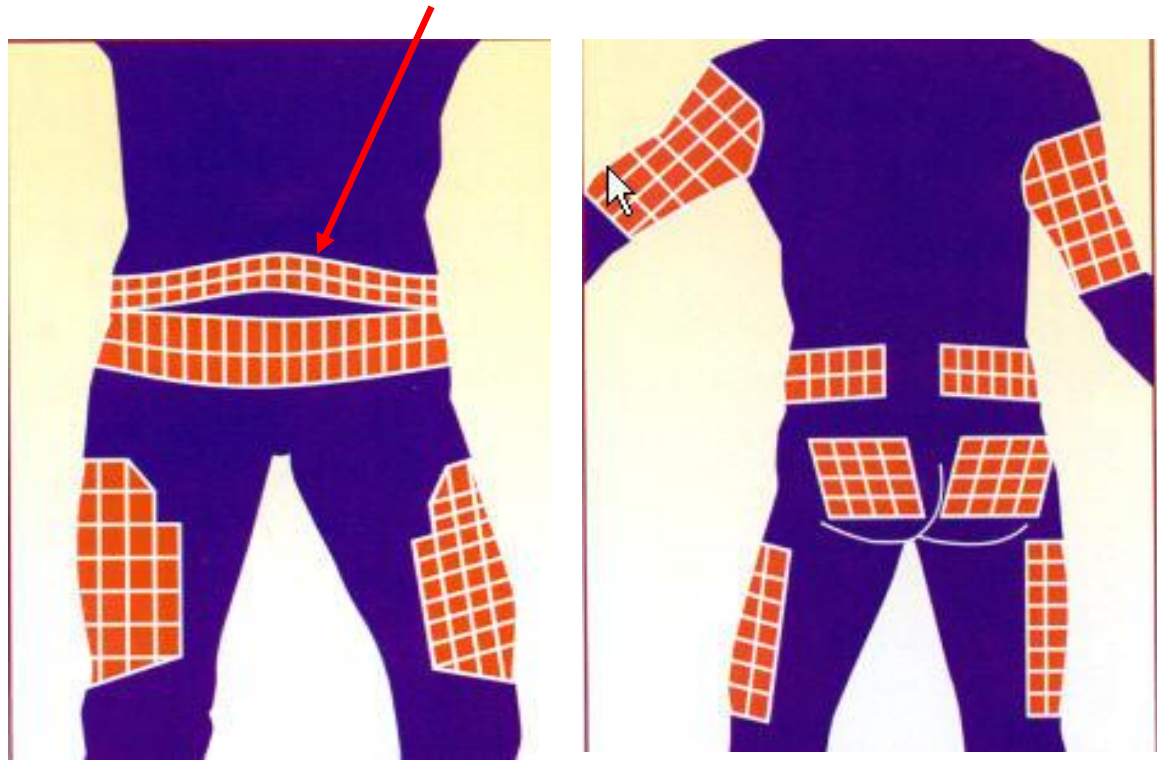
31G

0.25mm

Σημεία ενέσεως και χορήγηση

Η κοιλιά είναι το προτιμότερο σημείο. Το άνω και έξω μέρος του βραχίονα, οι μηροί και οι γλουτοί μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν. Τα σημεία ενέσεων πρέπει να εναλλάσσονται

ΛΑΘΟΣ ΘΕΣΗ

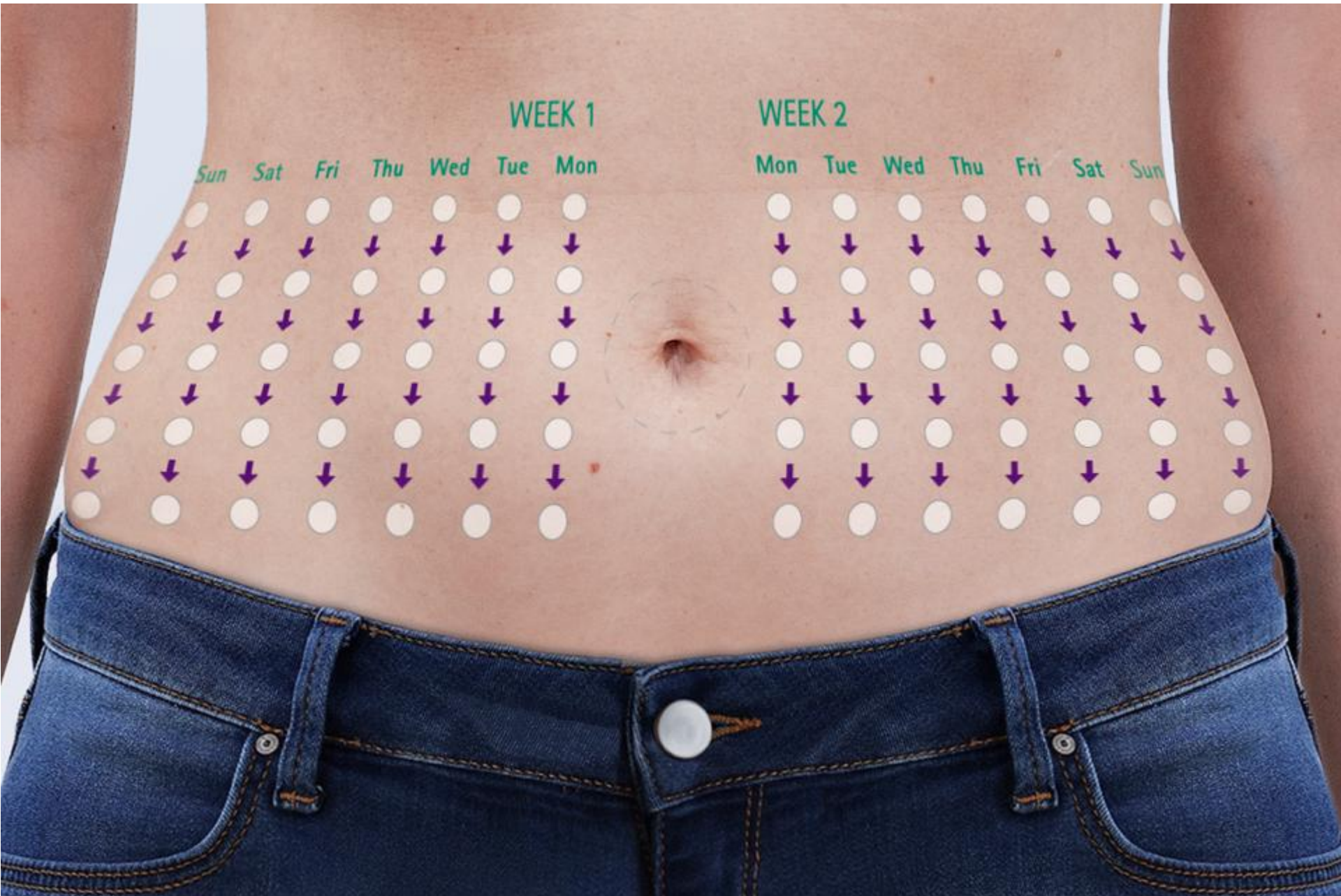


Insulin injection sites



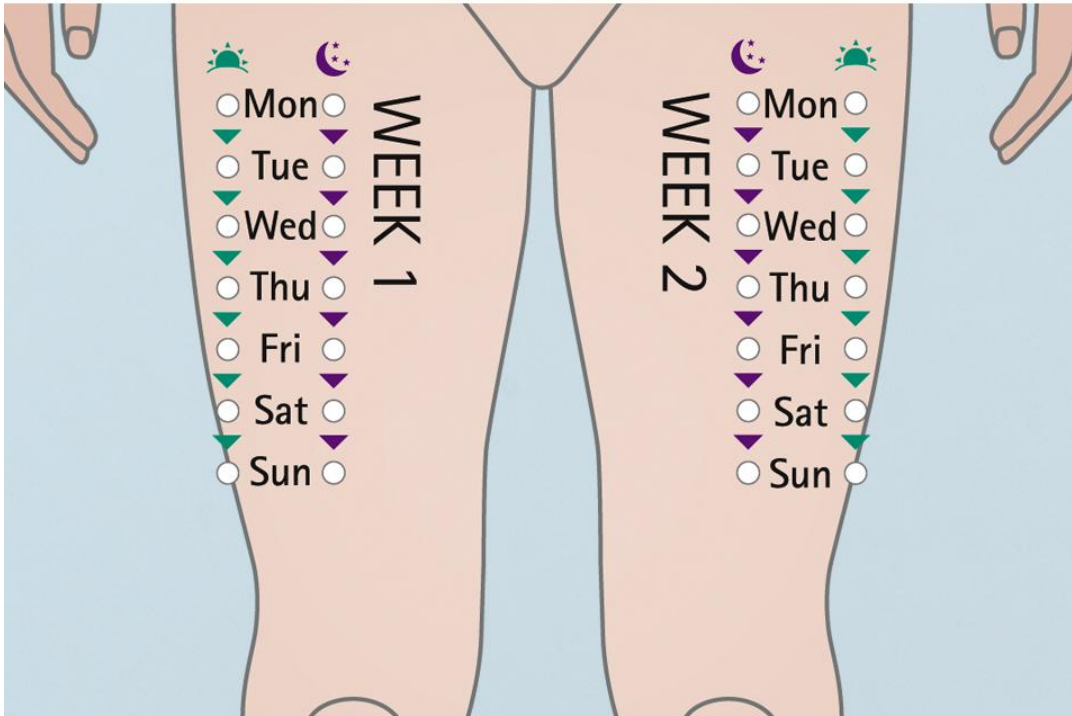
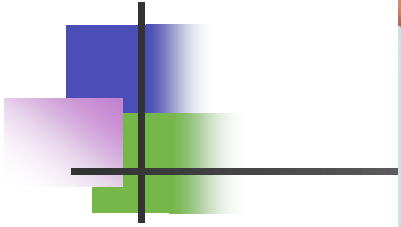
The shaded areas may be used for insulin injections. Injection sites should be rotated. Insulin is absorbed more rapidly when injected into the abdomen as compared with the arms or legs.

How do I rotate injection sites?



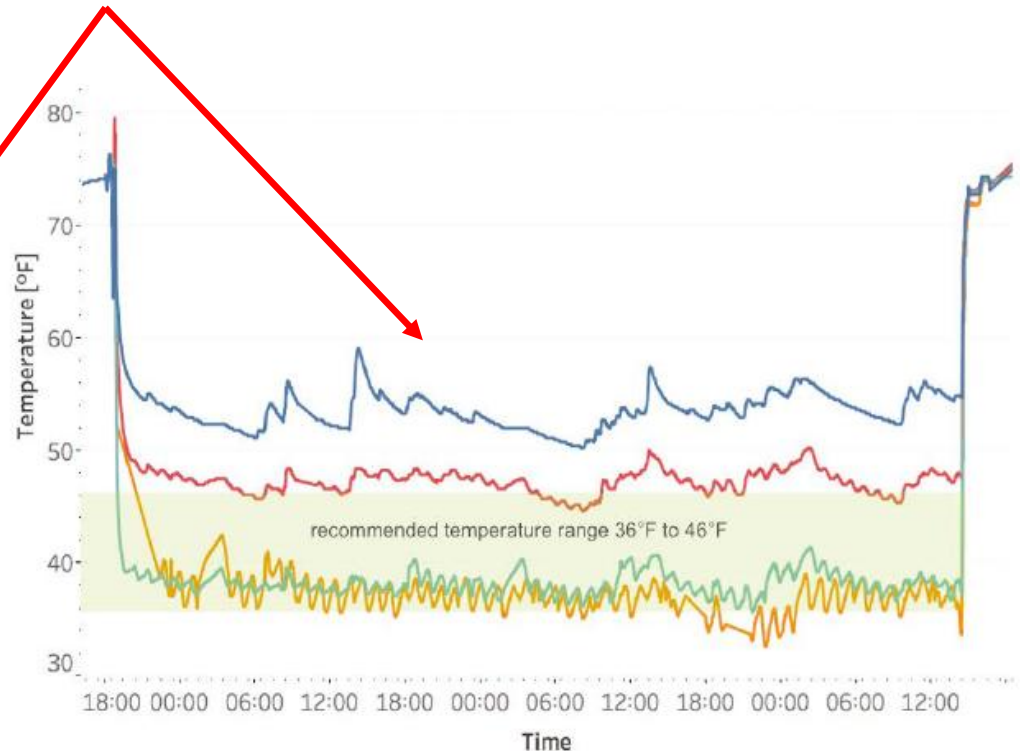
Lipohypertrophy in abdomen





ΑΠΟΘΗΚΕΥΣΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΤΟ ΨΥΓΕΙΟ

ΟΧΙ ΣΤΗΝ ΠΟΡΤΑ



Temperature progression in four different compartments of a household refrigerator over two days (thermostat setting: 8°C)

IDF Europe Position Statement for insulin storage

VIDEO για χρήση τεχνικής ένεσης ινσουλίνης με πένα

[http://www.ede.gr/οδηγίες-για-ορθή-
χρήση-πέννας-video/](http://www.ede.gr/οδηγίες-για-ορθή-χρήση-πέννας-video/)

<https://www.youtube.com/watch?v=fJPzkzyuMZ8>

ΣΥΝΗΘΗ ΛΑΘΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΔ

- Λάθη στη χρήση φαρμάκων
- Λάθη σε διαγνωστικές εξετάσεις

ΠΡΩΤΕΪΝΟΥΡΙΑ – ΑΛΒΟΥΜΙΝΟΥΡΙΑ

ΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ - ΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑ

ΧΡΗΣΙΜΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

- Πρωτεΐνη = Λεύκωμα
- Πρωτεϊνουρία = Λευκωματουρία
- Αλβουμίνη = Λευκωματίνη
- Αλβουμινουρία = Λευκωματινουρία
- Μικρολευκωματίνη
(μικροαλβουμίνη):
- Δεν υπάρχει τέτοια ουσία

ΠΟΣΟΤΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗΣ ΟΥΡΩΝ

Κατηγορία	24ωρη συλλογή (mg/24h)	8ωρη συλλογή (μg/min)	Τυχαία συλλογή (mg/g κρ.)
Φυσιολογικές τιμές	< 30	< 20	< 30
Μικρολευκωματινουρία	30 - 300	20 - 200	30 - 300
Κλινική λευκωματινουρία	> 300	> 200	> 300

Παραγγέλλουμε στην Ηλεκτρονική συνταγογράφηση

Μικρολευκωματίνη ούρων ΚΑΙ Κρεατινίνη ούρων

(σε πρωινό δείγμα ούρων)

Αναζήτηση Εξετάσεων

Λέξεις - Κλειδιά

Μόνο Προληπτικές Εξετάσεις ☐

Αναζήτηση

☐ Επιλογή Όλων	Ομάδα Εξέτασης	A/A	Εξέταση	Λέξεις-Κλειδιά	Τιμή Εξέτασης	Ποσότητα	Προληπτική
☐	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ	71	ΟΜΟΚΥΣΤΕΙΝΗ		19.5	0	—
☒	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ	77	ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗ ΟΥΡΩΝ	←	5	1	—
☐	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ	84	Προσδιορισμός στο αίμα αλβουμίνης (ALB)		5.22	0	—
☐	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ	92	Ολική Χολερυθρίνη (TBIL)		2.88	0	—
☐	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ	94	Κρεατινίνη αίματος (CREAT)		4.05	0	—
☒	ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ	95	Κρεατινίνη ούρων (CREAT)	←	4.05	1	—
☐	ΗΛΕΚΤΡΟΦΟΡΗΣΕΙΣ	97	Ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων ορού - Ηλεκτροφόρηση ορού επί οξικής κυτ...		10.8	0	—
☐	ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ	113	Έλεγχος απώλειας αίματος εκ του γαστρεντερικού συστήματος		13.91	0	—
☐	ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ	116	Γενική εξέταση ούρων		1.76	0	—

EDEapp

Guidelines 2024



Έναρξη

eGFR

UACR

Αλβουμίνη ή λευκωματίνη ούρων
(ή μικροαλβουμίνη ή μικρολευκωματίνη)



37

mg/dl mg/L

Κρεατινίνη ούρων (mg/dl)



78.144

Υπολογισμός
UACR (mg/g)

82.39

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

- Η μετφορμίνη δεν είναι νεφροτοξική
- Χορηγείται μέχρι eGFR 30 ml/min
 - έως 1γρ/ημ σε eGFR 30-45 ml/min
- Δεν πρέπει να διακόπτεται επί αλβουμινουρίας ή μικρής έκπτωσης της νεφρική λειτουργίας
- Όταν χορηγείται ινσουλίνη σε ΣΔ2 δεν διακόπτεται η μετφορμίνη (εκτός αν υπάρχουν αντενδείξεις ή δυσανεξία)
- Χρειάζεται εκπαίδευση στη σωστή τεχνική χρήσης ινσουλίνης
- Σε άτομα με εγκατεστημένη ΧΝΝ, οι SGLT-2 αναστολείς χορηγούνται όχι μόνο για την υπογλυκαιμική τους δράση αλλά και για τη νεφροπροστατευτική τους δράση (έως eGFR>20 ml/min)
- Η ελάχιστη παρακολούθηση του ΣΔ περιλαμβάνει HbA1c ανά 3μηνο-6μηνο, βυθοσκόπηση και UACR ανά έτος



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Primary Care Diabetes

journal homepage: www.journals.elsevier.com/primary-care-diabetes



Common mistakes concerning diabetes management in daily clinical practice

Konstantinos Makrilakis^{*}, Eleftheria Papachristoforou

First Department of Propaedeutic Internal Medicine, National and Kapodistrian University of Athens Medical School, Laiko General Hospital, Athens, Greece

ARTICLE INFO

Keywords:

Diabetes mellitus
Treatment
Common mistakes

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a chronic metabolic disease, potentially leading to dire complications. Although there are numerous pharmaceutical treatments available, management of the disease is frequently not optimal. Managing diabetes in daily clinical practice can be challenging, and several common mistakes may occur. Healthcare providers must be aware of these errors to provide adequate patient care. In this review, some frequent mistakes in diabetes management are analyzed, focusing on factors such as medication management, blood glucose level monitoring, inadequate addressing of complications and comorbidities, lifestyle choices, patient education, and overall health counselling.

Ευχαριστώ για την προσοχή σας

