

ΕΝΙΑΙΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

1. ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ

1.1 Μεσογειακή Αναιμία ή θαλασσαιμία

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ: Κληρονομική ανωμαλία ομόζυγος ή ετερόζυγος. Χαρακτηρίζεται από ελάττωση ή σμίκρυνση των αλύσεων της σφαιρίνης (α και β). Ανάλογα δε με την ποσοτική και ποιοτική συμμετοχή των A, A₂, F και H αιμοσφαιρίνης στο ερυθροκύτταρο η θαλασσαιμία διακρίνεται σε:

- Β-Θαλασσαιμία ομόζυγος ή μείζων ή νόσος Cooley
- Β-Θαλασσαιμία ετερόζυγος (στίγμα)
- Α-Θαλασσαιμία ετερόζυγος(στίγμα) και θαλασσαιμία Η (3 εκ των 4 α γονιδίων είναι παθολογικά).

B. ΠΡΟΓΝΩΣΗ-ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

1) α- ή β -Θαλασσαιμία ετερόζυγη

Διατρέχει ασυμπτωματικά και χωρίς ειδικά κλινικά γνωρίσματα

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0 %

2) β-Θαλασσαιμία ομόζυγη, ή νόσος του Cooley.

A. Κλινικά ευρήματα

Αναιμία, ωχρότητα προσώπου, ειδικό προσωπείο, διαταραχές ανάπτυξης κυρίως μετά τον 6ο μήνα, σπληνομεγαλία, ηπατομεγαλία, μυοκαρδιοπάθεια, παραμόρφωση οστών, νεφρική ανεπάρκεια.

Παρακλινικά ευρήματα (επί αμετάγγιστου ασθενούς) : Στην ηλεκτροφόρηση της Hb η A έχει μικρή παρουσία ή απουσιάζει τελείως, η A₂ υποσημαίνεται και κυρίαρχη παρουσία έχει η F αιμοσφαιρίνη: A=0-1%, A₂=4-10%, F=90-96%.

B. ΠΡΟΓΝΩΣΗ-ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η Νόσος διακρίνεται στη βαρεία μορφή και στην ενδιάμεσο μορφή.

-Βαρεία μορφή ομόζυγης β-μεσογειακής αναιμίας -συχνές τακτικές ανάγκες σε μεταγγίσεις αίματος:

(αναλόγως της ύπαρξης και της βαρύτητας των επιπλοκών όπως καρδιακή ανεπάρκεια, ηπατικές ανεπάρκειες, ανεπάρκεια ενδοκρινικής λόγω αιμοχρωμάτωσης και της επιτυχούς ή όχι αγωγής αποσιδήρωσης).

-Ενδιάμεση μορφή β-μεσογειακής αναιμίας -ελάχιστες ανάγκες μεταγγίσεων μονάδων αίματος.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ και για τις δύο μορφές 67% - 80% και προστίθεται το Π.Α που προκύπτει από οποιαδήποτε επιπλοκή της νόσου.

Δυνατόν η ενδιάμεση αυτή μορφή να μεταπέσει στη βαρεία μορφή κατά την πρόοδο της ηλικίας.

Αναλόγως της ύπαρξης και της βαρύτητας των επιπλοκών όπως καρδιακή ανεπάρκεια, ανεπάρκεια ενδοκρινικής λόγω αιμοχρωμάτωσης ή άλλων επιπλοκών.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ Άνω 80% - 100%

3) Αιμοσφαιρινοπάθεια Η και άλλες αιμοσφαιρινοπάθειες με καθόλου ή σποραδική ανάγκη μεταγγίσεων

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 67% και προστίθεται το Π.Α που προκύπτει από οποιαδήποτε επιπλοκή της νόσου.

1.2. Δρεπανοκυτταρική αναιμία

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αναιμία κληρονομική, ομόζυγος ή ετερόζυγος, χαρακτηριζόμενη από την παρουσία της παθολογικής αιμοσφαιρίνης S στο ερυθροκύτταρο.

B. Επίπεδα βαρύτητας

1 : Ετερόζυγος δρεπανοκυτταρική

Ασυμπτωματική νόσος

Παρακλινικά ευρήματα: Σε ηλεκτροφορητικό διάγραμμα η ανεύρεση αιμοσφαιρίνης S.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0%

2) Ομόζυγος δρεπανοκυτταρική

Κλινικά ευρήματα: Προεξάρχουν επώδυνες κρίσεις (κρίσεις δρεπάνωσης) από τα οστά, τους πνεύμονες, τον εγκέφαλο και αλλαχού.

Υπάρχει σημαντική ετερογένεια στην συχνότητα και στην βαρύτητα κρίσεων δρεπάνωσης μεταξύ ασθενών όσο και στον ίδιο ασθενή στην πορεία του χρόνου. Ένας χρησιμοποιούμενος δείκτης κλινικής βαρύτητας της νόσου είναι ο αριθμός των εισαγωγών σε νοσοκομείο ανά έτος λόγω κρίσεων. Συχνή είναι η εμφάνιση ορθοπεδικών προβλημάτων με συνηθέστερη επιπλοκή τη νέκρωση κεφαλής του ισχίου, που δύσκολα αποκαθίσταται χειρουργικά.

Το ποσοστό αναπηρίας καθορίζεται ανάλογα με τη συχνότητα των κρίσεων και των επιπλοκών αυτών :

- Σπάνιες κρίσεις - Συχνές κρίσεις και ανάλογα της κλινικής πορείας και της προσβολής οργάνων

-ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 67% και προστίθεται το Π.Α που προκύπτει από οποιαδήποτε επιπλοκή της νόσου.

3) Μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία

Συνύπαρξη στο ίδιο άτομο ενός παθολογικού γονιδίου β-αλυσίδας (αιμοσφαιρινοπάθειας S, δρεπάνωσης) και ενός παθολογικού β-γονιδίου (μεσογειακής αναιμίας). Οι ασθενείς έχουν την ίδια κλινική κατάταξη και ποσοστά αναπηρίας όπως η ομόζυγος δρεπανοκυτταρική αναιμία.

1.3 Οικογενής σφαιροκυττάρωση

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οφείλεται σε διαταραχή της μεμβράνης των ερυθρών με αποτέλεσμα αιμολυτική αναιμία, ίκτερο και σπληνομεγαλία.

B. Επίπεδα βαρύτητας

1^ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα:

Συνήθως ασυμπτωματική. Διαγνώσκεται τυχαία ή στα πλαίσια οικογενειακού ελέγχου.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα : Αναιμία, σπληνομεγαλία ή σπληνεκτομή. Πρόγνωση καλή μετά σπληνεκτομή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ :

(α) Προ της σπληνεκτομής20% (β) Μετά τη σπληνεκτομή 10%

1.4 Νυκτερινή παροξυσμική αιμοσφαιρινουρία

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Συστηματική νόσος οφειλόμενη σε επίκτητες μεταλλάξεις του γονιδίου PIG-A.

Τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά της είναι η αιμολυτική αναιμία ποικίλης βαρύτητας, θρομβοφιλία και απλαστικές κρίσεις /απλαστική αναιμία

B. Επίπεδα βαρύτητας

1) Ποικίλου βαθμού αναιμία που δεν απαιτεί μεταγγίσεις, φυσιολογικός αριθμός λευκών, αιμοπεταλίων

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-20%

2) Μεγάλες κρίσεις με ενδαγγειακή αιμόλυση και ανάγκη τακτικών μεταγγίσεων σε χρόνια βάση

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 67% και προστίθεται το Π.Α που προκύπτει από οποιαδήποτε επιπλοκή της νόσου.

3) Εξέλιξη σε απλαστική αναιμία ή μυελική λευχαιμία

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 60-80%

2. ΑΛΛΕΣ ΑΝΑΙΜΙΕΣ

2.1. Αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία

Επιτυχής θεραπεία στην πλειονότητα των περιπτώσεων με κορτικοειδή, ανοσοκαταστολή, σπληνεκτομή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ10%

Επί ανθεκτικών περιπτώσεων, που απαιτούν χορήγηση υψηλών δόσεων κορτικοειδών :

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 40-60%

2.2. Απλαστική αναιμία (ιδιοπαθής)

- Υπάρχει αναιμία, λευκοπενία, θρομβοκυτοπενία, λόγω της μείωσης παρουσίας του αιμοποιητικού (ερυθρού) μυελού στα οστά του ασθενούς .

-Απαιτείται θεραπεία με ανοσοκατασταλτική αγωγή και επι αποτυχίας μεταμόσχευση μυελού των οστών. Επί νεαρής ηλικίας του ασθενούς και ύπαρξης HLA συμβατού δότη, μπορεί η μεταμόσχευση να είναι η πρώτη θεραπευτική επιλογή .

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ :

(α) Κατά την διάρκεια της αγωγής και αποθεραπείας (1-2 έτη): 80%

(β) Επί επιτυχούς θεραπείας

(αποκατάσταση αριθμού λευκών/αιμοπεταλίων/αναιμίας) : 10-30%

(γ) Επί ανθεκτικής απλαστικής αναιμίας :60-80%

3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΗΞΕΩΣ

3.1 Αιμορροφιλία Α, Αιμορροφιλία Β και Συγγενείς Αιμορραγικές Διαθέσεις

Α. Παθογένεια: Φυλοσύνδετος κληρονομική νόσος μεταβιβαζόμενη με τον υπολειπόμενο χαρακτήρα. Οφείλεται σε έλλειψη ή μείωση των παραγόντων πήξεως VIII και IX αντιστοίχως. Κλινικά ευρήματα

Αυτόματες αιμορραγίες στις αρθρώσεις, εντός των μυών και στο γαστρεντερικό. Οι αυτόματες αιμορραγίες είναι τόσο χαρακτηριστικές της σοβαρότητας της Αιμορροφιλίας που θα αποτελούσαν μοναδικό διαγνωστικό σημείο.

Παρακλινικά ευρήματα

Τα επίπεδα των παραγόντων πήξεως VIII και IX είναι αντίστοιχα ελαττωμένα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (ανάλογα με το επίπεδο των παραγόντων) :

(α) Ελαφρά μορφή (επίπεδα παράγοντα >10%) 20%

(β) Μέτριας βαρύτητας (επίπεδα παράγοντα 1-10%) 50-67%

(γ) Σοβαρή μορφή (επίπεδα παράγοντα <1%) 67% και άνω

(δ) Ασθενείς που προσεβλήθησαν από HIV ή ηπατίτιδα – ως απότοκο λοίμωξη κατά την θεραπεία της κύριας νόσου, οφειλόμενα στη χορήγηση παραγώνων αίματος ανάλογα με τη βαρύτητα της κύριας νόσου και της συνοδού.....80 – 100%

Επί ύπαρξης μόνιμων βλαβών σε αρθρώσεις, προστίθεται το επιπλέον ποσοστό αναπηρίας

3.2. Λοιπές διαταραχές αιμόστασης

3.2.1. Ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα (ΙΘΠ)

Μείωση αιμοπεταλίων λόγω της εμφάνισης αυτοαντισωμάτων εναντίον των αιμοπεταλίων.

1) Η οξεία μορφή της ΙΘΠ (αιμοπετάλια<10.000/κχ) και ύπαρξη σοβαρών αιμορραγικών εκδηλώσεων απαιτείται νοσηλεία του ασθενούς και θεραπευτική αντιμετώπιση

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ :

- Καλή ανταπόκριση στη θεραπεία ή και αυτόματη ύφεση : 0-20%

2) Χρόνια μορφή ΙΘΠ:

(α) Εφ' όσον ο αριθμός αιμοπεταλίων είναι >50.000/κχ, δεν υπάρχει κίνδυνος αιμορραγίας

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0%

(β) Εφ' όσον ο αριθμός αιμοπεταλίων είναι <50.000 /κχ αλλά μεγαλύτερος των 20.000/κχ (παρά την αγωγή) υπάρχει κίνδυνος αιμορραγίας μόνο επί τραυματισμών /επεμβάσεων.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 10-30%

(γ) Εφ' όσον ο αριθμός αιμοπεταλίων είναι <20.000/κχ, (παρά την αγωγή) υπάρχει σημαντικός κίνδυνος αυτόματων και απειλητικών για την ζωή αιμορραγιών, ιδιαίτερα στα άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 30-67%

3.2.2. Θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα

Η νόσος απαιτεί νοσηλεία και ειδική αγωγή με πλασμαφαιρέσεις, χορήγηση πλάσματος και κορτικοειδή.

(α) Η συνήθης μορφή της νόσου αντιμετωπίζεται επιτυχώς με τη θεραπεία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0%
(β) Η σπάνια οικογενής μορφή της νόσου έχει χρόνια διαδρομή και απαιτούνται συχνά τακτικές μεταγγίσεις πλάσματος	
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 20-40%

3.3. Θρομβασθένεια του Glanzmann

Μορφολογία και αριθμός αιμοπεταλίων φυσιολογικός αλλά ο χρόνος ροής σημαντικά επιμηκυνσμένος. Αδυναμία συνάθροισης και συγκολλησεως των αιμοπεταλίων παρουσία ADP ή κολλαγόνων ινών.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-20%
-------------------	-------------

3.4. Σύνδρομο Bernard-Soulier

Πιθανή θρομβοκυτοπενία, με ύπαρξη γιγαντιαίων αιμοπεταλίων στο επίχρισμα περιφερικού αίματος και χρόνο ροής παρατεταμένο. Η συνάθροιση των αιμοπεταλίων είναι φυσιολογική αλλά αδυνατούν να συγκολληθούν.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-40%
-------------------	-------------

3.5. Νόσος του von Willebrand

Συγγενής μείωση ή έλλειψη του παράγοντος von Willebrand (vWF) ενδιαμέσου για τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων. Ο αριθμός και η μορφολογία τους είναι φυσιολογικά, όμως ο χρόνος ροής είναι παρατεταμένος ή παρατείνεται με τη χορήγηση ασπιρίνης. Η κλινική αιμορραγική διάθεση μπορεί να είναι ελάχιστη έως και σοβαρή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ :	
Αναλόγως του τύπου και της κλινικής βαρύτητας: 0-40%

4. ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΑ

Επί θρομβώσεων αρτηριακών ή φλεβικών με μόνιμες βλάβες σε όργανα, το ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται από το μέγεθος της βλάβης/ανεπάρκειας του προσβληθέντος οργάνου (βλ. αντίστοιχα κεφάλαια).

5. ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

Διακρίνονται σε :

- 1) Ανθεκτική αναιμία
- 2) Ανθεκτικές κυτταροπενίες
- 3) Ανθεκτική αναιμία με δακτυλιοειδείς ερυθροβλάστες
- 4) 5q σύνδρομο
- 5) Ανθεκτική αναιμία με περίσσεια βλαστών
- 6) Αταξινόμητο μυελοδυσπλαστικό

Τα υπ' αριθμ. 1-4 είναι μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα χαμηλού κινδύνου εξέλιξης προς οξεία μυελογενή λευχαιμία.

(α) Επί ικανοποιητικής κλινικής ανταπόκρισης με φαρμακευτική αγωγή και χωρίς ανάγκη μεταγγίσεων :

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 20-40%
-------------------	--------------

(β) Επί ανάγκης τακτικών μεταγγίσεων :

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 40-60%
-------------------	--------------

Τα υπ' αριθμ. 5-6 είναι μυελοδυσπλαστικά υψηλού κινδύνου και η θεραπευτική τους αντιμετώπιση είναι δύσκολη και χρονοβόρα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 50-67%
-------------------	--------------

6. ΥΠΕΡΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Η εμμένουσα υπερηωσινοφιλία προκαλεί καρδιακές βλάβες, περικαρδίτιδα, δερματικές/νευρολογικές βλάβες, πλευριτικές συλλογές κ.λ.π.

(α) Επί υπερηωσινοφιλίας με ανταπόκριση στην θεραπεία χωρίς ύπαρξη οργανικών βλαβών :
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-20%

(β) Επί υπερηωσινοφιλίας ανθεκτικής στην αγωγή με συνοδό βλάβη οργάνων:
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 40% επαυξανόμενο
ανάλογα με την αναπηρία που προκαλεί η εκάστοτε προσβολή-βλάβη οργάνου.

7.ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ

Νόσος με καλή ανταπόκριση στις θεραπευτικές αγωγές.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 35-67%

8.ΟΞΕΙΑ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Οι οξείες λευχαιμίες διακρίνονται στην οξεία λεμφοβλαστική (κυρίως σε παιδιά) και στην οξεία μυελοβλαστική (κυρίως σε ενήλικους). Η διάκριση μεταξύ των δύο τύπων έχει κλινική σημασία επειδή το είδος της θεραπείας και η διάρκεια της είναι διαφορετική.

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ :

(α) Κατά την αρχική διάγνωση της νόσου80% (για ένα έως δύο χρόνια)

(β) Ασθενείς σε πλήρη ύφεση της νόσου και χωρίς υποτροπή 20-30%

(γ) Ασθενείς που υποβάλλονται σε αλλογενή μεταμόσχευση μυελού των οστών:

- Εάν δεν υπάρχει νόσος μοσχεύματος κατα ξενιστού..... 30-40%

- Εάν υπάρχει νόσος μοσχεύματος κατά ξενιστού και αναλόγως της βαρύτητας της..... 67%-80%

9. ΧΡΟΝΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ (ΧΜΛ)

Νεοπλασματική νόσος οφειλόμενη στο παθολογικό χρωμόσωμα Φιλαδέλφεια που δημιουργεί την υβριδική πρωτεΐνη bcr-abl.

Η νόσος ΧΜΛ διαιρείται στα εξής στάδια:

1) χρόνια φάση (αρχικά στάδια της νόσου)

2) επιταχυνόμενη φάση

3) βλαστική κρίση (τα στάδια 2 και 3 είναι προχωρημένα στάδια της νόσου).

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ :

(α) Ασθενείς υπό αγωγή με αναστολείς της τυροσινικής κινάσης με ανταπόκριση της νόσου, που είναι και παραμένουν στην χρόνια φάση της ΧΜΛ, αναλόγως ύπαρξης παρενεργειών από την λήψη τη αγωγής..... 20%

(β) Ασθενείς που υποβάλλονται σε αλλογενή μεταμόσχευση :

- Εάν δεν υπάρχει νόσος μοσχεύματος κατα ξενιστού (graft versus host disease) :
..... 30-40%

Εάν υπάρχει νόσος μοσχεύματος κατα ξενιστού και αναλόγως της βαρύτητας της:
..... 67%-80%

10. ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ

Χαρακτηρίζεται από αύξηση αριθμού αιμοπεταλίων που μπορεί να προκαλέσει θρομβώσεις ή σπανιότερα αιμορραγική διάθεση.

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ :

(α) Χωρίς ιστορικό θρομβώσεων/αιμορραγιών : 0-20%

(β) Με επεισόδια θρομβώσεων/αιμορραγιών:35-67%

11. ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΠΟΛΥΚΥΤΤΑΡΑΙΜΙΑ

Χαρακτηρίζεται από αύξηση του αιματοκρίτη που μπορεί να προκαλέσει θρομβώσεις, ισχαιμικές εκδηλώσεις από ποικίλα όργανα λόγω υπεργλοιοτότητας.

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ :

(α) Επί απουσίας μονίμων παρενεργειών από όργανα: 0-20%

(β) Επί παρουσίας μονίμων βλαβών, ποσοστό αναπηρίας αναλόγως της βλάβης.

(γ) Επί εκτροπής σε μυελοσκληρήνωση, ή οξεία μυελογενή λευχαιμία, ποσοστά αναπηρίας που αναφέρονται στα αντίστοιχα νοσήματα.

12. ΜΥΕΛΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

Πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής μετά πολυκυτταραιμία ή ιδιοπαθή θρομβοκυττάρωση.

Η πάθηση αυτή χαρακτηρίζεται από αντικατάσταση του μυελού των οστών από ινώδη συνδετικό ιστό. Κύρια ευρήματα είναι η σπληνομεγαλία, αναιμία, θρομβοπενία και γενικά συμπτώματα (κακουχία, αδυναμία κλπ).

Η πρόγνωση είναι κακή χωρίς πιθανότητα ίασης παρά μόνο με αλλογενή μεταμόσχευση, η οποία όμως είναι δυνατή σε μικρό ποσοστό των ασθενών.

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ :

(α) Επί νόσου χωρίς ανάγκες τακτικών μεταγγίσεων: 20-50%

(β) Επί ανάγκης τακτικών μεταγγίσεων: 40-60%

(γ) Επί εκτροπής σε οξεία μυελογενή λευχαιμία όπως στην αντίστοιχη νόσο.

13. ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΜΦΟΓΕΝΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Νεοπλασματική νόσος οφειλόμενη στην υπερπλασία μονοκλωνικών Β λεμφοκυττάρων συγκεκριμένου φαινότυπου.

Εμφανίζεται με λεμφοκυττάρωση, λεμφαδενοπάθεια, σπληνομεγαλία και στα προχωρημένα στάδια αναιμία, θρομβοπενία. Η νόσος μπορεί να είναι ασυμπτωματική επί σειρά ετών και να μην χρειάζεται θεραπευτική αγωγή, αλλά ιατρική παρακολούθηση.

Επί ένδειξης χορήγησης θεραπευτικής αγωγής, η θεραπεία έχει στόχο να ελέγχει τα συμπτώματα της νόσου. Συνήθως η νόσος χρειάζεται ξανά θεραπεία μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Η νόσος συνοδεύεται συχνά από μεγάλη ευαισθησία σε λοιμώξεις, και αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία.

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ :

(α) Επί ασυμπτωματικής νόσου, χωρίς ανάγκη θεραπείας: 20%

(β) Επί ανάγκης χορήγησης θεραπείας ή θεραπειών: 40-67%

14. ΜΑΚΡΟΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑ WALDENSTROM

Οφείλεται σε μονοκλωνική πλασματοκυττάρωση κατά την οποία εκκρίνεται παραπρωτεΐνη IgM. Συνυπάρχουν συχνά σπληνομεγαλία, λεμφοδενοπάθεια, αναιμία, και συμπτώματα υπεργλοιοτότητας επί ύπαρξης παραπρωτεΐνης IgM σε μεγάλη ποσότητα (συνήθως >5 gr/dl). Η νόσος μπορεί επί σειρά ετών να είναι ασυμπτωματική και να έχει ανάγκη θεραπείας αρκετά έτη μετά την διάγνωση

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ :

(α) Επί ασυμπτωματικής νόσου χωρίς ανάγκη χημειοθεραπείας/μεταγγίσεων 10-30%

(β) Επί συμπτωματικής νόσου με ανάγκη χημειοθεραπείας ή/και τακτικών μεταγγίσεων, (αναλόγως βαρύτητας και συμπτωμάτων) : 40-80%

15. ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΝ ΜΥΕΛΩΜΑ**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Κακοήθης νεοπλασία χαρακτηρισμένη από αυξημένη μονοκλωνική διήθηση από νεοπλασματικά πλασματοκύτταρα, τα οποία διηθούν τον μυελό των οστών και παράγουν μονοκλωνική IgG, IgA, ή ελαφρές αλυσίδες ανοσοσφαιρίνης. Η νόσος διαγιγνώσκεται βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων.

Εν γένει, το Πολλαπλούν Μυέλωμα θεωρείται ανίατη νόσος, υποτροπιάζει πολύ συχνά, παρουσιάζει δυσμενέστατη πρόγνωση (διάμεση επιβίωση περίπου 5 έτη), η δε θεραπεία των ασθενών (αν και πολλάκις με πενιχρά αποτελέσματα λόγω των πολλών υποτροπών) περιλαμβάνει συνδυασμό ιδιαίτερα τοξικών χημειοθεραπειών, ακολουθούμενες από μεγαθεραπεία και αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών (λόγω ανθεκτικότητας της νόσου). Στα κύρια συμπτώματα του Πολλαπλού Μυελώματος συμπεριλαμβάνονται συχνά και οι μεγάλες και εκτεταμένες οστεολύσεις με κυρίως κατάγματα πλευρών, μακρών οστών και σπονδύλων. Συνεπεία των επώδυνων συμπτωμάτων της νόσου αλλά και των ισχυρών και ιδιαίτερα τοξικών θεραπευτικών προσεγγίσεων της, οι ασθενείς εμφανίζουν έντονη ανοσοκαταστολή, πολλάκις μεγάλο και διαρκή οστικό πόνο και εν γένει η σωματική και ψυχική υγεία τους είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένη.

Στην περίπτωση κατά την οποία η νόσος είναι ασυμπτωματική, δεν χορηγείται αγωγή, ενώ σε άλλες περιπτώσεις προηγείται του πολλαπλού μυελώματος η ύπαρξη παραπρωτεϊνης μικρής ποσότητας χωρίς άλλα σημαντικά ευρήματα ή συμπτώματα, (MGUS, monoclonal gammopathy of unknown significance). Και στις δύο ανωτέρω περιπτώσεις διατηρείται αυξημένος κίνδυνος εκδήλωσης της νόσου στον ασθενή.

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ:**(α) MGUS**

(μονοκλωνική παραπρωτεϊναιμία άγνωστης σημασίας): 20%

(β) Ασυμπτωματικό πολλαπλούν μυέλωμα: 30%

(γ) Συμπτωματικό πολλαπλούν μυέλωμα: από > 67% έως > 80%
(αναλόγως του βαθμού και της βαρύτητας των συμπτωμάτων και επιπλοκών από τα όργανα καθώς και των αντιμετώπισεων τους, πχ. το μεγαλύτερο ποσοστό επί πολλαπλών οστεολύσεων, υποτροπών, ανθεκτικότητας της νόσου κ.λ.π.)

16. ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ

Οφείλεται σε εναπόθεση ελαφρών μονοκλωνικών αλύσεων ανοσοσφαιρινών στους ιστούς κύρια νεφρούς, ήπαρ, καρδιά, νεύρα και ενδοκρινείς αδένες.

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

(α) Επί πλήρους ύφεσης της νόσου, χωρίς μόνιμες βλάβες οργάνων: 20%

(β) Επί ανθεκτικής νόσου/υποτροπών/επιπλοκών από τα όργανα 67-80%

17. ΛΕΜΦΩΜΑΤΑ**17.1. Νόσος του Hodgkin**

Αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπεία μόνο ή σε συνδυασμό με ακτινοβολία σε επιλεγμένες περιπτώσεις.

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- (α) Κατά την διάρκεια της θεραπείας..... 50-67% (για ένα έτος)
 (β) Επί ύφεσης και παραμονής σε ύφεση: 20%
 (γ) Επί 1ης υποτροπής της νόσου και νέας χημειοθεραπείας/αυτομεταμόσχευσης: εφόσον
 1) επιτευχθεί ύφεση της νόσου: 20-40%
 2) υπάρχει ανθεκτική νόσος (αναλόγως της βλάβης οργάνων/συμπτωμάτων) : 50-80%

17.2 Μη Hodgkin's λεμφώματα.

Τα μη-Hodgkin λεμφώματα αποτελούν ετερογενή ομάδα νεοπλασμάτων που προέρχονται από την μονοκλωνική υπερπλασία Β ή Τ λεμφοκυττάρων. Τα μη-Hodgkin λεμφώματα διακρίνονται αναλόγως της κλινικής πορείας σε λεμφώματα υψηλής ή χαμηλής κακοήθειας.

*1. Λεμφώματα χαμηλής κακοήθειας***ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ :**

- (α) Επί ασυμπτωματικών περιπτώσεων, χωρίς ανάγκη χορήγησης θεραπείας, με απλή παρακολούθηση: 20%
 (β) Επί χορήγησης θεραπευτικού σχήματος, αναλόγως του εάν χορηγείται για πρώτη ή πολλοστή φορά: 35-67%

*2. Λεμφώματα υψηλής κακοήθειας***ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**

- (α) Κατά την διάρκεια της θεραπείας..... 50-67% (για ένα έτος)
 (β) Επί επίτευξης πλήρους ύφεσης της νόσου, και μη υποτροπής (αναλόγως της ύπαρξης παρενεργειών κατά την θεραπεία) : 20%
 (γ) Επί υποτροπής της νόσου μετά την αρχική χημειοθεραπεία, η πρόγνωση είναι κακή, και εάν είναι δυνατόν γίνεται αυτομεταμόσχευση : 67-80%
 (γ) Επί ύφεσης μακρόχρονης μετά αυτομεταμόσχευση 20-40%

ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS)****A. ΟΡΙΣΜΟΣ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Προκαλείται από τον ανθρώπινο ρετροϊό HIV. Μετά την αρχική μόλυνση και το οξύ ρετροϊκό σύνδρομο, η φυσική πορεία της λοίμωξης χαρακτηρίζεται από προοδευτική ελάττωση των CD4 T λεμφοκυττάρων και αύξηση του HIV RNA στο αίμα. Ανάλογα με τον αριθμό των CD4 κυττάρων, η νόσος χαρακτηρίζεται πρώιμη (CD4>500/μl), ενδιάμεση (CD4:200-500/μl), προχωρημένη (CD4< 200/μl) και τελικού σταδίου (CD4 <50μl). Οι κλινικές εκδηλώσεις και η εξέλιξη της HIV λοίμωξης συσχετίζονται με τον απόλυτο αριθμό των CD4 T λεμφοκυττάρων.

Η χρόνια χρήση των αντιρετροϊκών φαρμάκων έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση διαφόρων μακροχρόνιων επιπλοκών όπως στεφανιαία νόσος, δυσλιπιδαιμία, συνδρόμου λιποδυστροφίας, σακχαρώδη διαβήτη, ηπατοτοξικότητας, νεφροτοξικότητας, οστεοπενίας και οστεοπόρωσης

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1ο Επίπεδο – πρώιμο στάδιο** (Ασυμπτωματικοί ασθενείς με CD4>500/μl)

Ενδέχεται ορισμένοι ασθενείς να εμφανίζουν χρόνια γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια ή δερματικά εξανθήματα, ονυχομυκητίαση, υποτροπιάζοντα επιχείλιο έρπη, κολπική μυκητίαση.
ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Παρέμβαση σε ό,τι αφορά τα συμπτώματα. Συνεχής αξιολόγηση της διαχείρισης του χρόνιου ψυχικού στρες. Πρόγνωση καλή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10-40%

2ο Επίπεδο-ενδιάμεσο στάδιο (CD4 200-500/μl)

Ασυμπτωματικοί ασθενείς ή με γενικά συμπτώματα (πυρετός, ιδρώτες, απώλεια βάρους, διαρροϊκό σύνδρομο), υποτροπιάζοντα επεισόδια έρπητα ζωστήρα, στοματοφαρυγγική ή υποτροπιάζουσα κολπική μυκητίαση, δυσπλασία ή in situ καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ιδιοπαθή θρομβοπενική πορφύρα, πνευμονία, περιφερική νευροπάθεια, νευρογνωσιακές διαταραχές, κλπ.

Η πτώση των CD4<350/μl ή/και η εμφάνιση συμπτωμάτων επιβάλλουν την έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής και η επιμέρους αντιμετώπιση των προαναφερόμενων συμπτωμάτων-νοσημάτων συνδυάζεται με καλή συνήθως πρόγνωση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ στα ασυμπτωματικά άτομα.....50%

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ στα άτομα με τα προαναφερόμενα συμπτώματα67%.

3ο Επίπεδο-προχωρημένο/τελικό στάδιο (CD4 κυττάρων < 200/μl) Εμφανίζονται τα νοσήματα που καθορίζουν το AIDS: πνευμονία από P.jiroveci, τοξοπλάσμωση εγκεφάλου, μυκητιασική οισοφαγίτιδα, κρυπτοσποριδίωση, μικροσποριδίωση φυματίωση, διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, σάρκωμα Kaposi, λεμφώματα, νευροπάθεια. Στο τελικό στάδιο με CD4<50/μl εμφανίζονται νοσήματα όπως διάχυτη νόσο από κυτταρομεγαλοϊό/αμφιβληστροειδίτιδα, διηθητικές μυκητιάσεις, διάχυτη νόσο από Mycobacterium avium complex, κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα, προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια, σύνδρομο απίσχνανσης, άνοια.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κατάσταση εξαιρετικώς βαριά με αμφίβολη πορεία. Ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει μη αναστρέψιμες οργανικές βλάβες οι οποίες πρέπει να εξετάζονται επιμέρους κατά περίπτωση (π.χ. τύφλωση από CMV αμφιβληστροειδίτιδα, λέμφωμα, νευρολογικές /ψυχικές διαταραχές).

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Κατά την εμφάνιση των νοσημάτων αυτών και για όσο διαρκούν.....80-άνω 80%.

Επί εμφάνισης καρκίνου.....άνω 80%.

Επί μερικής ανοσολογικής αποκατάστασης λόγω αντιρετροϊκής αγωγής και θεραπείας της ευκαιριακής λοίμωξης80%.

Επί μη αναστρέψιμων οργανικών βλαβών τα ποσοστά αναπηρίας εξετάζονται κατά περίπτωση οργανικής βλάβης.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ**1. Σύνδρομο Nelson E24.1, D35.2****A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Ανάπτυξη μακροαδενώματος στην υπόφυση μετά από αμφοτερόπλευρη επινεφριδιοεκτομή σε ασθενείς με νόσο του Cushing..

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1ο Επίπεδο***Κλινικά ευρήματα*

Έντονη υπέρχρωση δέρματος, οπτικές διαταραχές, κεφαλαλγία.

Μερικές φορές οξεία υποφυσιακή ανεπάρκεια.

Παρακλινικά ευρήματα

ΑCTH πλάσματος πολύ αυξημένη. Η αξονική τομογραφία της υπόφυσης δείχνει την επέκταση του αδενώματος.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση εξαρτάται από το βαθμό επέκτασης του αδενώματος

1. Αν παραμείνει ως μικροαδένωμα χωρίς τάση επέκτασης, γίνεται εγχείρηση και το ποσοστό ανικανότητας θα εξαρτηθεί από το αποτέλεσμα της εγχείρησης (βλ. νόσο του Cushing)

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....προσωρινή ανικανότητα > 67% [2 μήνες]
.....20-30% [δια βίου]

2. Αν είναι πολύ επεκτατικό γίνεται εγχείρηση, ακολουθεί ακτινοβολία και θεραπεία υποκατάστασης για τον υποϋποφυσισμό (βλ. νόσο του Cushing)

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....προσωρινή ανικανότητα >67% [3 μήνες]
.....30% [δια βίου]

2. Νόσος του Cushing E24.0, D35.2**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Υπερέκκριση ACTH από αδένωμα της υπόφυσης συνήθως μεγέθους <10mm (μικροαδένωμα) και σπάνια πάνω από 10 mm με συνοδό αμφοτερόπλευρη διάχυτη υπερπλασία του φλοιού των επινεφριδίων

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1ο Επίπεδο***Κλινικά ευρήματα*

Πανσεληνοειδές προσωπείο, παχυσαρκία κορμού, ερυθροκύανες ραβδώσεις, υπερτρίχωση, μυϊκή αδυναμία.

Παρακλινικά ευρήματα

Υπερκορτιζολαιμία, αυξημένη ACTH (ή φυσιολογική), αυξημένη κορτιζόλη ούρων 24ώρου, απώλεια του ρυθμού έκκρισης κορτιζόλης. Η μαγνητική τομογραφία δείχνει συνήθως το μικροαδένωμα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση εξαρτάται από την έκβαση της εγχείρησης.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αν αφαιρεθεί το αδένωμα και δεν προκληθεί βλάβη της υπόφυσης
..... 67% [2 μήνες]

- Αν μετά την αφαίρεση του αδενώματος αποδειχθεί δευτεροπαθής ανεπάρκεια των επινεφριδίων, που διαρκεί συνήθως 6-18 μήνες, χορηγείται κορτιζόλη γι' αυτό το χρονικό διάστημα67% [2 μήνες] και 20% [6-18 μήνες]

- Αν το αδένωμα δεν ανευρεθεί μπορεί να γίνεται ολική υποφυσεκτομή και θεραπεία υποκατάστασης με κορτιζόλη δια βίου (δες και ολική υποφυσιακή ανεπάρκεια)30%

- Μερικές φορές εμμονή ή υποτροπή της νόσου μετεγχειρητικά.....50% (μέχρις ιάσεως με άλλα μέσα (ακτινοβολία, φαρμακευτική αγωγή)

3. Προλακτίνωμα E22.1, D35.2**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Όγκοι συνήθως < 1 cm (μικροαδενώματα) και σπανίως > 1 cm (μακροαδενώματα) που εκκρίνουν προλακτίνη (PRL).

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο*Κλινικά ευρήματα*

Στις γυναίκες: Γαλακτόρροια, αραιομηνόρροια ή αμηνόρροια.

Στους άνδρες: Ελάττωση της libido.

Παρακλινικά ευρήματα

Προλακτίνη ορού 100-200 ng/ml. Η μαγνητική τομογραφία δείχνει συνήθως το μικροαδένωμα (< 1 cm).

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή πρόγνωση με φαρμακευτική αγωγή (βρωμοκρυπτίνη ή μακράς διάρκειας ανάλογά της)

Σπάνια χρειάζεται μικροχειρουργική (διασφηνοειδική προσπέλαση).

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αρχικά χορηγείται φαρμακευτική αγωγή και οι ασθενείς ευρίσκονται υπό ετήσια παρακολούθηση10%

- Αν γίνει εγχείρηση (επιτυχία 90%) συνεχίζεται η παρακολούθηση για 5 χρόνια67% [1 μήνας]

- Αν γίνει εγχείρηση και η PRL δεν υποχωρήσει ή υποτροπιάσει τότε χορηγείται φαρμακευτική αγωγή (βρωμοκρυπτίνη και νεότερα ανάλογα)10% [5 χρόνια]

2ο Επίπεδο*Κλινικά ευρήματα*

Τα κλινικά ευρήματα του 1ου επιπέδου βαρύτητας και ενδεχομένως οφθαλμικές διαταραχές, υποϋποφυσισμός.

Παρακλινικά ευρήματα

Προλακτίνη > 200 ng/ml. Ενδεχομένως παρακλινικά ευρήματα υποϋποφυσισμού. Η αξονική τομογραφία της υπόφυσης δείχνει το μακροαδένωμα (>2 cm).

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Αρχικά χορηγούνται αγωνιστές ντοπαμίνης, με τους οποίους υποχωρεί το μέγεθος του αδενώματος. Εάν χρειαστεί γίνεται εγχείρηση, και σε περίπτωση μη ίασης χορηγείται φαρμακευτική αγωγή. Σπάνια ακολουθεί ακτινοβολία της υπόφυσης

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ30%

4. Μεγαλακρία – Γιγαντισμός E22.0, D35.2**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Υπερέκκριση αυξητικής ορμόνης (GH) από αδένωμα της υποφύσεως (συνήθως) ή έκτοπη έκκρισή του αντιστοίχου υποθαλαμικού παράγοντα (σπανίως). Αν αυτό γίνει πριν τη σύγκλιση των επιφύσεων τότε προκαλείται γιγαντισμός· αν γίνει μετά τη σύγκλιση των επιφύσεων τότε προκαλείται μεγαλακρία.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1ο Επίπεδο***Κλινικά ευρήματα*

Πάχυνση των οστών και μαλακών μορίων της κεφαλής και των άκρων, υπερίδρωση, κεφαλαλγία, αρθραλγίες.

Παρακλινικά ευρήματα

Η αυξητική ορμόνη, που είναι αυξημένη, δεν ελαττώνεται με τη χορήγηση γλυκόζης. Υπεργλυκαιμία σε ποσοστό 20%. Η αξονική τομογραφία δείχνει τη διεύρυνση του τουρκικού επιπέδου και το αδένωμα.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

A) Αν το αδένωμα είναι < 2 cm , η πρόγνωση είναι καλή, επειδή με τη διασφηνοειδική προσπέλαση συνήθως αφαιρείται όλο το αδένωμα με επιτυχία 80-90% χωρίς βλάβη της υπόφυσης.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ67% [2 μήνες]

B) Αν το αδένωμα είναι >2 cm η επιτυχία της εγχείρησης φτάνει τα 60-70%. Γίνεται έλεγχος της υπόφυσης κάθε 6 μήνες και επί 2 χρόνια, οπότε αν σ' αυτό το διάστημα η GH παραμένει φυσιολογική

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ67% [2 μήνες] μετά 20% [2 χρόνια]

Γ) Αν το αδένωμα είναι >2 cm με επέκταση στους σπαραγγώδεις κόλπους και δεν είναι δυνατό να χειρουργηθεί γίνεται ακτινοβολία της υπόφυσης. Σε αυτή την περίπτωση η υποχώρηση της νόσου καθυστερεί μέχρι 10 χρόνια ενώ αναπτύσσεται μόνιμη ανεπάρκεια της υπόφυσης.

Σε όλες τις περιπτώσεις επί εμμονής της νόσου γίνεται φαρμακευτική αγωγή με ανάλογα σωματοστατίνης με ικανοποιητική ανταπόκριση

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ67% [ανανέωση κάθε 2 χρόνια]

.....30% [10 χρόνια]

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Τα κλινικά ευρήματα του 1ου επιπέδου βαρύτητας και, αμφικροταφική ημιανοψία, ατροφία οπτικού νεύρου, οίδημα οπτικής θηλής. Έντονη, ανθεκτική στα παυσίπονα, κεφαλαλγία.

Παρακλινικά ευρήματα

Τα παρακλινικά ευρήματα του 1ου επιπέδου βαρύτητας. Η αξονική τομογραφία της υπόφυσης δείχνει επέκταση του αδενώματος πάνω από το τουρκικό εφίππιο.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

A) Αν με την εγχείρηση ή την ακτινοβολία ή και τα δύο τα κλινικά και παρακλινικά ευρήματα ανατραπούν

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ55-67% [ανανέωση κάθε 2 χρόνια]

B) Αν προκληθούν επιπλοκές κατά την εγχείρηση ή την ακτινοβολία και τόσο η νόσος όσο και οι οφθαλμικές διαταραχές αποδειχθούν μη αναστρέψιμες

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ100%

5. Αδενοϋπόφυσιακή ανεπάρκεια E23.0, E89.3

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Μειωμένη έκκριση μιας ή περισσότερων ορμονών του προσθίου λοβού της υπόφυσης.

Αίτια:

- 1) Όγκοι της υπόφυσης.
- 2) Ισχαιμία της υπόφυσης μετά από πτώση της αρτηριακής πίεσεως στον τοκετό (σύνδρομο Sheehan).
- 3) Υποφυσεκτομή ή ραδιοϋποφυσεκτομή.
- 4) Υποθαλαμική ανεπάρκεια.
- 5) Φλεγμονές, τραυματισμοί, θησαυρισμώσεις, αυτοάνοσοι μηχανισμοί.

Τα επίπεδα βαρύτητας και έτσι και τα ποσοστά ανικανότητας αφορούν μόνο τη μόνιμη βλάβη της υπόφυσης, είναι ανεξάρτητα από το αίτιο της βλάβης εξαρτώνται όμως από την έκταση αυτής (μερική ή ολική) και κυρίως τη σπουδαιότητα του οργάνου στόχου που εκπίπτει δευτεροπαθώς.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Έλλειψη των γοναδοτροφικών (υπογονατροτροφικός υπογοναδισμός)

Κλινικά ευρήματα

- Στους άνδρες: Ανικανότητα, ελάττωση του σεξουαλικού τριχώματος.
 - Στις γυναίκες: Αμηνόρροια, εξαφάνιση του τριχώματος των μασχαλών και του εφηβαίου.
- ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
 Η πρόγνωση είναι άριστη μετά από θεραπεία υποκαταστάσεως .Π.Α.....0%

2ο Επίπεδο**Έλλειψη της θυρεοτροπίνης (δευτεροπαθής υποθυρεοειδισμός)***Κλινικά ευρήματα*

Δέρμα ξηρό αλλά λιγότερο τραχύ από ό,τι στον πρωτοπαθή υποθυρεοειδισμό.

Παρακλινικά ευρήματα

Χαμηλή T4 και T3, χαμηλή TSH.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι καλή μετά από θεραπεία υποκαταστάσεως. Π.Α0%

3ο Επίπεδο**Έλλειψη της ACTH (δευτεροπαθής φλοιεπινεφριδιακή ανεπάρκεια)***Κλινικά ευρήματα*

Μέτρια συμπτώματα και σημεία επινεφριδιακής ανεπάρκειας, χωρίς όμως υπέρχρωση δέρματος.

Παρακλινικά ευρήματα

Χαμηλή κορτιζόλη αίματος και ούρων, χαμηλή ACTH.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Παρά το γεγονός ότι η νόσος αυτή εμφανίζεται σε προχωρημένα στάδια υποφυσιακής ανεπάρκειας, η πρόγνωση είναι άριστη, με θεραπευτική αγωγή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ20%

4ο Επίπεδο**Γενικευμένη αδενόυποφυσιακή ανεπάρκεια***Κλινικά ευρήματα*

Φαινόμενα υπολειτουργίας των γονάδων, του θυρεοειδούς και των επινεφριδίων.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι καλή μετά από θεραπεία υποκατάστασης με περιφερικές ορμόνες δια βίου.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ20%

6. Άποιος Διαβήτης E23.2**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Άφθονη αποβολή πολύ αραιωμένων ούρων που οφείλεται:

- 1) Σε ελαττωμένη έκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης από την υπόφυση (νευρογενής άποιος διαβήτης).
- 2) Σε μη ανταπόκριση του νεφρού στην αντιδιουρητική ορμόνη (νεφρογενής άποιος διαβήτης) και
- 3) Σε πολυποσία (ψυχογενής πολυδιψία).

B. ΕΠΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1ο Επίπεδο****Νευρογενής άποιος διαβήτης E23.2***Κλινικά ευρήματα*

Πολυουρία (5-25 L), νυκτουρία, πολυδιψία (5-25 L).

Παρακλινικά ευρήματα

Χαμηλό ειδικό βάρος ούρων (<1005), ωσμωτική πίεση ούρων μειωμένη, ωσμωτική πίεση πλάσματος αυξημένη. Η ωσμωτική πίεση ούρων μετά από δοκιμασία πυκνώσεως ούρων δε μεταβάλλεται. Αντιδιουρητική ορμόνη πλάσματος χαμηλή.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ανεξάρτητα από τα αίτια (εγχειρήσεις στον υποθάλαμο ή την υπόφυση, ιδιοπαθής, όγκοι υποθαλάμου ή υποφύσεως, κοκκιώματος, τραυματισμοί, μηνιγγίτιδες, εγκεφαλίτιδες) που τον προκαλούν η ανταπόκριση στη δεσμοπρεσίνη είναι άριστη.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ10%

2ο Επίπεδο

7. Νεφρογενής άποιος διαβήτης N25.1

Κλινικά ευρήματα

Πολυουρία (3-6 L). Πολυδιψία (3-6 L).

Παρακλινικά ευρήματα

Τα ευρήματα του νεφρογενούς αποίου διαβήτη, όμως η αντιδιουρητική ορμόνη πλάσματος είναι φυσιολογική ή αυξημένη.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

- Αν και η πολυουρία έχει μικρή κλινική σημασία, υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος του αρνητικού ισοζυγίου ύδατος (υπερνατρίαμια), αν ο ασθενής δε μπορεί να πάρει υγρά.

- Αν τα αίτια που τον προκαλούν είναι δυνατόν να αναχαιτισθούν τότε και το σύνδρομο υποχωρεί. ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ>67% [1 μήνα]

- Αν όχι ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ100%

8. Θυρεοειδίτιδες E06

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Φλεγμονή του θυρεοειδούς αδένος.

Ταξινόμηση:

1. Οξεία πυώδης θυρεοειδίτιδα (μικροβιακή λοίμωξη). E06.0

2. Υποξεία θυρεοειδίτιδα de Quervain (ιογενής).E06.1

3. Χρονία λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα (αυτοάνοση). E06.3

4. Χρονία ιώδης θυρεοειδίτιδα Riedel (άγνωστης αιτιολογίας).E.06.5

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Οξεία πυώδης θυρεοειδίτιδα E06.0

Κλινικά ευρήματα

Έντονα φλεγμονώδη τοπικά φαινόμενα, πυρετός.

Παρακλινικά ευρήματα

Λευκοκυττάρωση.

Αυξημένη ΤΚΕ.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή.

Με χορήγηση αντιβιοτικών.

Με διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος. Όταν η διαπύηση είναι πολύ μεγάλη λοβεκτομή. Τελικά ίαση.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....80% [1-2 μήνες]

2ο Επίπεδο

Υποξεία θυρεοειδίτιδα E06.1

Κλινικά ευρήματα

Πυρετός 38-40οC, επώδυνος θυρεοειδής, δυσκαταποσία, συμπτώματα υπερθυρεοειδισμού.

Παρακλινικά ευρήματα

Αυξημένη ΤΚΕ (>60 mm). Χαμηλή πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου-131. Ελαφρά αυξημένη ή φυσιολογική Τ4 ή/και Τ3, χαμηλή ΤSH.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση πολύ καλή. Με φαρμακευτική αγωγή επέρχεται ίαση το πολύ σε 2 μήνες. Άλλες φορές (τις περισσότερες) αυτοϊάται και σπάνια καταλήγει σε υπερθυρεοειδισμό.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 30% [1 μήνα]

Διέρχεται 3 στάδια συνήθως.

α) Το υπερθυρεοειδικό

β) Το ευθυρεοειδικό και

γ) Μερικές φορές το υποθυρεοειδικό είναι μόνιμο. Στην τελευταία αυτή περίπτωση θεραπεία υποκαταστάσεως με θυροξίνη με άριστη πρόγνωση

4ο Επίπεδο**Χρόνια ιώδης θυρεοειδίτιδα Riedel E06.5***Κλινικά ευρήματα*

Πολύ σκληρή (ξυλώδους συστάσεως) και ανώμαλη βρογχοκήλη, πειστικά ενοχλήματα στην τραχεία, παράλυση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση μέτρια. Γίνεται εγχείρηση χωρίς πάντα να μπορεί να αφαιρεθεί όλος ο αδένας.

 ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Χωρίς πειστικά ενοχλήματα.....10-20%

- Με πειστικά ενοχλήματα.....55%

- Με πειστικά ενοχλήματα και παράλυση του παλινδρόμου λαρυγγικού νεύρου.....67% και άνω

9. Υπερθυρεοειδισμός E05**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Αυξημένη παροχή δραστικών θυρεοειδικών ορμονών στους περιφερικούς ιστούς:

1) *Αυτοάνοση μορφή* (νόσος των Graves – Basedow): Αυτοαντισώματα έναντι του υποδοχέα της ΤSH διεγείρουν το θυρεοειδή για παραγωγή θυρεοειδικών ορμονών ή και τους οφθαλμικούς μύες για εξόφθαλμο.

2) *Αυτόνομη βρογχοκήλη*: α) τοξική πολυοζώδης βρογχοκήλη.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1ο Επίπεδο***Κλινικά ευρήματα*

Ταχυπαλμία έως 100/min, δέρμα θερμό έφυγρο, απώλεια βάρους παρά την αυξημένη όρεξη, μυϊκή αδυναμία, νευρική υπερκινητικότητα.

Παρακλινικά ευρήματα

Αυξημένη Τ4 και Τ3 (σπάνια μόνο Τ3). Μειωμένη ΤSH.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση πολύ καλή.

Με αντιθυρεοειδικά φάρμακα εντός 6 εβδομάδων συνήθως υποχωρεί το σύνδρομο. Επανεξετάσεις ανά 3μηνο για ρύθμιση δοσολογίας φαρμάκων.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30% [1 μήνα]

2ο Επίπεδο*Κλινικά ευρήματα*

Ταχυπαλμία >100/min.

Εφιδρώσεις έντονες. Σύσπαση άνω βλεφάρων. Έντονη μυϊκή αδυναμία. Λεπτός τρόμος των άκρων.

Παρακλινικά ευρήματα

Αυξημένη T4 και T3. Μειωμένη TSH.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή.

Με αντιθυρεοειδικά φάρμακα εντός 2μήνου υποχωρούν τα συμπτώματα. Πρόγνωση καλή, όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα ή σημεία εξοφθάλμου. Με αντιθυρεοειδικά φάρμακα υποχωρεί το σύνδρομο σε 6-24 μήνες. Εάν παραταθεί χορηγείται ραδιενεργό ιώδιο (131I) ή γίνεται θυρεοειδεκτομή ανάλογα με την ηλικία και το είδος της βρογχοκήλης

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30% [2 μήνες]

3ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Τα ευρήματα του 2ου επιπέδου εντονότερα και σοβαρή καρδιακή συμμετοχή ή θυρεοειδική οφθαλμοπάθεια.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή, τα καρδιακά συμπτώματα συνήθως υποχωρούν με την αγωγή εντός τριμήνου.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50% [3-4 μήνες]

1. Όταν υπάρχει οφθαλμική συμμετοχή, εξαρτάται από την βαρύτητα της θυρεοειδικής οφθαλμοπάθειας. Με σημεία αλλά όχι συμπτώματα εξοφθάλμου (Κλίμακα NOSPECS 0-1)

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20% [6 μήνες]

2. Με οίδημα βλεφάρων, άλγος και φλεγμονώδη φαινόμενα (γίνονται θεραπευτικές προσπάθειες με κορτιζόνη)

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50% [4-6 μήνες]

4. Με πάρεση οφθαλμικών μυών (αρχικώς θεραπεία με κορτιζόνη, ακτινοβολία), και, αν αποτύχουν, αργότερα μπορεί να γίνει διορθωτική επέμβαση, κυρίως αν υπάρχει διπλωπία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30-80% [3-24 μήνες]

5. Με κερατίτιδα ή τύφλωση

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....80-100%

10. Υποθυρεοειδισμός E03

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η ανεπάρκεια σε θυρεοειδικές ορμόνες άλλοτε άλλου βαθμού.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

(Υποκλινικός υποθυρεοειδισμός). Φαινομενικά υγιής εμφάνιση, εύκολη αύξηση σωματικού βάρους.

Παρακλινικά ευρήματα

Φυσιολογική T4. Μετρίως αυξημένη TSH. Συχνά αυξημένα αντιθυρεοειδικά αυτοαντισώματα.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση άριστη.

Καλή ανταπόκριση στη θεραπεία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

2ο Επίπεδο

(Σχετικά πρόσφατος υποθυρεοειδισμός με ελαφρά κλινικά και παρακλινικά ευρήματα).

Ελαφρό αίσθημα καταβολής, ελαφρά ξηρότητα δέρματος, αύξηση σωματικού βάρους, υπνηλία.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση άριστη.

Με την άμεση θεραπεία με θυροξίνη και συνεχίζεται δια βίου, τα συμπτώματα υποχωρούν σε 2-3 μήνες.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30% [2-3 μήνες]

3ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Συνήθως μακροχρόνιο ιστορικό υποθυρεοειδισμού: Τα κλινικά ευρήματα του 2ου επιπέδου και γενικευμένο μυξοίδημα, διαταραχές μνήμης, βραδυψυχισμός, βράγχος φωνής, βραδυσφυγμία, ψυχρό και ξηρό δέρμα, δυσκοιλιότητα.

Παρακλινικά ευρήματα

Χαμηλή T4 και T3, αυξημένη TSH. Χαμηλά δυναμικά στο ΗΚΓ, αναιμία νορμόχρωμη (σπανίως μεγαλοβλαστική).

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση πολύ καλή, μετά από θεραπεία, ανεξάρτητα από την αιτιολογία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50% [2-3 μήνες]

4ο Επίπεδο E03.5

Κλινικά ευρήματα

Μυξοιδηματικό κώμα, ημικωματώδης ή κωματώδης κατάσταση: Υποθερμία. Γενικευμένο μυξοίδημα.

Παρακλινικά ευρήματα

Χαμηλή T4 και T3, αυξημένη TSH. Χαμηλά δυναμικά στο ΗΚΓ.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση μέτρια - κακή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....100% [2-3 μήνες]

11. Όγκοι θυρεοειδούς

A. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

α) Καλοήθειες. Θυλακιώδες αδένωμα. D34

β) Κακοήθειες. C73

1. Θηλώδες αδenoκαρκίνωμα.
2. Θυλακιώδες αδenoκαρκίνωμα.
3. Hurthle cell καρκίνωμα (80% θυλακιώδες-20% θηλώδες)
4. Μυελοειδές
5. Αμετάπλαστο
6. Λεμφωμα

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Λανθάνον αδenoκαρκίνωμα: Μικρού μεγέθους <1 cm χωρίς ενδοθυρεοειδικές ή εξωθυρεοειδικές μεταστάσεις.

Παρακλινικά ευρήματα

Υπερηχογράφημα: Συμπαγής όζος <1 cm. Παρακέντηση με λεπτή βελόνα: Δείχνει το καρκίνωμα.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση πολύ καλή μετά από θυρεοειδεκτομή και χορήγηση θυροξίνης δια βίου. Παρακολούθηση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50% [1 μήνα]

.....10% [δια βίου]

2ο Επίπεδο*Κλινικά ευρήματα*

1. Θηλώδες αδеноκαρκίνωμα.
2. Θυλακιώδες αδеноκαρκίνωμα.
3. Hurthle cell αδеноκαρκίνωμα.
4. Μυελώδες καρκίνωμα.

Σαφής συνήθως ψηλάφηση όζου στο θυρεοειδή και ενίοτε διογκωμένοι τραχηλικοί λεμφαδένες.

Παρακλινικά ευρήματα

Όπως του 1ου επιπέδου βαρύτητας.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

1. *Θηλώδες*. Πολύ καλή πρόγνωση με 10ετή επιβίωση 90%.

Συνοδεύεται συχνά από μεταστάσεις στον τράχηλο, αλλά εξακολουθεί να έχει άριστη πρόγνωση. Γίνεται ολική θυρεοειδεκτομή, χορηγείται ιώδιο (¹³¹I) και δια βίου θυροξίνη.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Χωρίς μακρινές μεταστάσεις20% (5 έτη) μετά 10% (δια βίου)
- Με μακρινές μεταστάσεις50-80%

2. *Θυλακιώδες*. Χειρότερη πρόγνωση από το θηλώδες. Μπορεί να συνοδεύεται από αιματογενείς μεταστάσεις στους πνεύμονες και τα οστά. Συχνά μακρά επιβίωση παρά την παρουσία μεταστάσεων

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Χωρίς μακρινές μεταστάσεις20% (5 έτη) μετά 10%
- Με μακρινές μεταστάσεις.....80%

3. *Hurthle cell καρκίνωμα*. Λίγο χειρότερη πρόγνωση από το θυλακιώδες.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Χωρίς μεταστάσεις20%
- Με μακρινές μεταστάσεις90%

4. *Μυελοειδές καρκίνωμα*. Χειρότερη πρόγνωση από τα προηγούμενα καρκινώματα. Πολλές φορές (25%) έχει οικογενή επίπτωση και μπορεί να συνυπάρχει με φαιοχρωμοκύτωμα ή υπερπαραθυρεοειδισμό (πολλαπλή ενδοκρινική αδενωμάτωση) 2). Γίνεται εγχείρηση και στη συνέχεια ελέγχεται η καλσιτονίνη για την ανεύρεση μεταστάσεων. Μπορεί να έχει πολύ βραδεία πορεία

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- α) Χωρίς μεταστάσεις(Εαν μετεγχειρητική καλσιτονίνη χαμηλή) 20%

- β) Εαν μετρητή καλσιτονίνη μετεγχειρητικά (<150) Χωρίς ανιχνεύσιμες μεταστάσεις50%

- γ) Εαν υψηλή καλσιτονίνη μετεγχειρητικά (>400) και ανιχνεύσιμες μεταστάσεις100%

3ο Επίπεδο*Κλινικά ευρήματα*

Αμετάπλαστο καρκίνωμα, Συνήθως μεγάλη και σκληρή οζώδης παραμόρφωση στον τράχηλο. Ταχεία ανάπτυξη.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πολύ κακή πρόγνωση, ταχεία επέκταση τόσο τοπικά (συμπίεση της τραχείας) όσο και σε απομακρυσμένα όργανα. Γίνεται εγχείρηση ή και χημειοθεραπεία, τα αποτελέσματα όμως είναι απελπιστικά.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....100%

12. Υποπαραθυρεοειδισμός E20**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Ελαττωμένη έκκριση παραθορμόνης προκαλεί υπασβεσταιμία με επακόλουθο κυρίως τη νευρομυϊκή διεγερσιμότητα.

Αιτιολογικοί τύποι

1. Χειρουργικός υποπαραθυρεοειδισμός: Συναφαίρεση των παραθυρεοειδικών κατά την ολική θυρεοειδεκτομή. E89.2
2. Ιδιοπαθής υποπαραθυρεοειδισμός. E20.0
3. Απλασία των παραθυρεοειδών. E20.8
4. Λειτουργικός (ασθενείς με μακροχρόνια υπομαγνησισαίμια). E20.8

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1ο Επίπεδο**

Κλινικά ευρήματα

Ελαφρά υπασβεστιαίμια. Μούδιασμα δακτύλων, θετικό σημείο Chvostek και Trousseau, ψυχικές διαταραχές, καταβολή δυνάμεων.

Παρακλινικά ευρήματα

Ασβέστιο αίματος 7,5-8,5 mg%, υπερφωσφαταιμία, χαμηλή παραθορμόνη.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση πολύ καλή μετά από χορήγηση σκευασμάτων ασβεστίου και βιταμίνης D. Συχνός έλεγχος ασβεστίου αίματος.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0-10%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Τα του 1ου επιπέδου βαρύτητας και

Τετανία:

Παρακλινικά ευρήματα Ασβέστιο αίματος <7,2 mg %.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή μετά από ενδοφλέβια χορήγηση ασβεστίου και σκευασμάτων βιτ D απο του στόματος.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Μέχρις αποκατάστασης της τετανίας100%

- Αν επέλθει αποκατάσταση 10-20% [δια βίου]

13. Πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός E21.0, D35.1**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Μονήρες αδένωμα (85%), πολλαπλά αδενώματα (9%), διάχυτη υπερπλασία (5%) ή καρκίνωμα (1%) των παραθυρεοειδών που υπερεκκρίνουν παραθορμόνη (PTH). Θεραπεία χειρουργική. Στις ηπιες μορφές ίσως παρακολούθηση.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1ο Επίπεδο**

Κλινικά ευρήματα

Αδυναμία, εύκολη κόπωση.

Παρακλινικά ευρήματα

Ασβέστιο αίματος μέχρι 11 mg%, λίγο αυξημένη PTH.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρέπει να γίνεται παρακολούθηση μήπως ο ασθενής παρουσιάσει έκδηλη υπερασβεστιαίμια.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0-10%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Καταβολή δυνάμεων, ανορεξία, δυσκοιλιότητα, πολουρία (με ισοσθενουρία), πολυδιψία.

Παρακλινικά ευρήματα

Ασβέστιο αίματος 11-15 mg%, υπερασβεστιουρία, υποφωσφαταιμία, υπερφωσφατουρία, αύξηση του νεφρογενούς c-AMP, αύξηση της παραθορμόνης αίματος, οστεοπόρωση (με αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης αίματος και υδροξυπρολίνης ούρων), ινώδης οστεΐτιδα νεφρολιθίαση. Το σπινθηρογράφημα με Sestamibi μπορεί να δείχνει το αδένωμα.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

A) Πριν την εγχείρηση

1. Επί βιοχημικού υπερπαραθυρεοειδισμού (ασβέστιο αίματος <12 mg%) ασυμπτωματικός υπερπαραθυρεοειδισμός.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0-10%

2. Αν ασβέστιο αίματος >15 mg%

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....60-100%

B) Μετά την εγχείρηση

1. Αν πρόκειται για μονήρες αδένωμα που αφαιρέθηκε η πρόγνωση είναι πολύ καλή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....>30% [2 μήνες]

2. Επί πολλαπλών αδενωμάτων ή υπερπλασίας μετά την εγχείρηση οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται για πιθανή υποτροπή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30% [2 μήνες]

3. Επί καρκινώματος χωρίς μεταστάσεις.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50% [10 χρόνια]

4. Επί καρκινώματος με μεταστάσεις.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....100% [δια βίου]

14. Φαιοχρωμοκυντώματα D35.0, E27.5 (ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΦΑΙΟ=C74.1)

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Όγκοι που παράγουν κατεχολαμίνες και προκαλούν υπέρταση. Σπάνια παράγουν μόνο αδρεναλίνη και προκαλούν υπόταση.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Μόνιμη ή κατά παροξυσμούς υπέρταση, κεφαλαλγία, εφιδρώσεις, αίσθημα παλμών, ωχρότητα προσώπου, ναυτία, τρόμος.

Παρακλινικά ευρήματα

Αυξημένο VMA ούρων 24ώρου. Αυξημένη νορεπινεφρίνη και επινεφρίνη ούρων και αίματος. Πολλές φορές η αξονική τομογραφία κοιλίας δείχνει τον/τους όγκους. Το scanning με ¹³¹I-MIBG μπορεί να δείξει έκτοπους όγκους.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

1. Αν ο όγκος αφαιρεθεί, η πίεση υποχωρήσει και ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός, η πρόγνωση είναι πολύ καλή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....προσωρινή ανικανότητα 50% [2 μήνες]

2. Αν ο όγκος αφαιρεθεί, η πίεση δεν υποχωρήσει και υπάρχουν συμπτώματα από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, πιθανά υπολειπόμενη νόσος. Ελεγχεται εργαστηρικά η υπερέκκριση κατεχολαμινών

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....προσωρινή ανικανότητα >67% [1 χρόνο]

15. Επινεφριδιογεννητικό σύνδρομο – Όγκοι επινεφριδίων

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Υπερέκκριση ανδρογόνων από υπερπλασία ή νεόπλασμα των επινεφριδίων. Στη συγγενή υπερπλασία των επινεφριδίων (ΣΥΕ) υπάρχει μερική ή ολική έλλειψη της 21-υδροξυλάσης ή 11β-υδροξυλάσης.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1ο Επίπεδο****Υπερπλασία των επινεφριδίων με μερική έλλειψη της 21-υδροξυλάσης E25,***Κλινικά ευρήματα*

Υπερτρίχωση στα κορίτσια.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι πολύ καλή. Θεραπευτική αγωγή δια βίου.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

2ο Επίπεδο**ΣΥΕ με ολική έλλειψη της 21-υδροξυλάσης E25,***Κλινικά ευρήματα*

Στα αγόρια: Πρόωρη ήβη, ατροφικοί όρχεις, χαμηλό ανάστημα.

Στα κορίτσια: Θήλυς ψευδοερμαφροδιτισμός, διόγκωση κλειτορίδας, κλειστά χείλη αιδοίου.

Παρακλινικά ευρήματα

Ελάττωση της κορτιζόλης στο αίμα, αύξηση της 17-υδροξυπρογεστερόνης, της ανδροστερόνης και ανδροστενδιόνης στο πλάσμα, αύξηση της πρεγναντιόλης στα ούρα που μειώνεται με τη χορήγηση δεξαμεθαζόνης.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή. Θεραπεία δια βίου.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-40%

3ο Επίπεδο*Κλινικά ευρήματα*

Τα του 2ου επιπέδου βαρύτητας, και υπέρταση σταθερά.

Παρακλινικά ευρήματα

Τα του 2ου επιπέδου βαρύτητας.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση καλή μετά από θεραπεία δια βίου.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....25-40%

4ο Επίπεδο**Καλοήθη αδενώματα που παράγουν ανδρογόνα D35.0***Κλινικά ευρήματα*

Στους άνδρες: Ατροφία των όρχεων.

Στις γυναίκες: Αρρενοποίηση, αμηνόρροια, ατροφία των μαστών.

Παρακλινικά ευρήματα

Αύξηση της τεστοστερόνης αίματος, αυξημένα 17-κετοστεροειδή στα ούρα, που δεν αναστέλλονται μετά από χορήγηση δεξαμεθαζόνης. Η αξονική τομογραφία των επινεφριδίων δείχνει το αδένωμα.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή μετά την αφαίρεση του αδενώματος.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....προσωρινή ανικανότητα 30% [2 μήνες]

5ο Επίπεδο**Καρκίνωμα επινεφριδίων που παράγει ανδρογόνα C74.0***Κλινικά ευρήματα*

Τα του 4ου επιπέδου βαρύτητας και: απώλεια βάρους, αδυναμία, καχεξία.

Παρακλινικά ευρήματα

Τα του 4ου επιπέδου βαρύτητας και: Η αξονική τομογραφία των οργάνων και των επινεφριδίων δείχνει το καρκίνωμα και τις μεταστάσεις.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση πολύ κακή επειδή η διάγνωση γίνεται αφού έχουν δημιουργηθεί μεταστάσεις, στους πνεύμονες, ήπαρ, οπισθο-περιτόναιο κ.ά.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....100%

16. Πρωτοπαθής υπεραλδοστερονισμός E26.0**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Υπερέκκριση αλδοστερόνης από αδένωμα (συνήθως) ή από αμφοτερόπλευρη υπερπλασία του φλοιού των επινεφριδίων.

B. ΕΠΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Κλινικά ευρήματα

Υπέρταση. Αίσθημα μυϊκής αδυναμίας. Πολυουρία. Πολυδιψία.

Παρακλινικά ευρήματα

Υποκαλιαιμία. Αύξηση της αλδοστερόνης ορού και ούρων, μείωση της ρενίνης πλάσματος.

Η αξονική τομογραφία δείχνει συνήθως το ετερόπλευρο αδένωμα ή την υπερπλασία των επινεφριδίων.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

1) Η πρόγνωση είναι πολύ καλή αν διαπιστωθεί αδένωμα και γίνει ετερόπλευρη επινεφριδιεκτομή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....προσωρινή ανικανότητα >30% [2 μήνες]

2) Αν διαπιστωθεί αμφοτερόπλευρη υπερπλασία των επινεφριδίων χορηγείται θεραπεία δια βίου με σπιρονολακτόνη με πολύ καλά αποτελέσματα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10%

17. Χρόνια φλοιοεπινεφριδική ανεπάρκεια (νόσος του Addison) E27.1, E27.2, A18.7, E27.3, E27.4**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Μειωμένη παραγωγή κορτικοειδών από τα επινεφρίδια. Τα συνηθέστερα αίτια είναι: Η ιδιοπαθής αυτοανοσολογικής αιτιολογίας ατροφία του φλοιού των επινεφριδίων και η φυματίωση των επινεφριδίων.

B. ΕΠΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Κλινικά ευρήματα

Απώλεια βάρους, καταβολή, ανορεξία, μελάγχρωση δέρματος, υπόταση.

Παρακλινικά ευρήματα

Υπονατριαιμία, υπερκαλιαιμία, αναιμία, λευκοπενία, ηωσινοφιλία, κορτιζόλη ορού και ούρων χαμηλή που δεν αυξάνει μετά από χορήγηση ACTH.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι πολύ καλή, μετά από θεραπευτική ρύθμιση της νόσου δια βίου.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....προσωρινή ανικανότητα 50% [1-2 μήνες]

Προσοχή χρειάζεται σε κάθε κακουχία (λοιμώξη, εγχείρηση, τραυματισμό) οπότε ο ασθενής πρέπει να επαναπροσαρμόσει τη θεραπεία (οξεία φλοιοεπινεφριδική ανεπάρκεια=αδδισωνική κρίση E27.2).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....προσωρινή ανικανότητα >80% [1-2 μήνες]

Το ποσοστό της ανικανότητας μετά τη ρύθμιση της νόσου θα εξαρτηθεί κυρίως από το είδος της εργασίας του ασθενούς:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αν η εργασία είναι πνευματική ή ελαφρά σωματική.....20%

- Αν η εργασία είναι βαριά σωματική..... 30-40%

18. Σύνδρομο Cushing E24**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Η χρόνια αύξηση των γλυκοκορτικοειδών στο αίμα προκαλεί σύνολο συμπτωμάτων και σημείων γνωστών ως σύνδρομο Cushing. Τα αίτια που το προκαλούν είναι:

1. Η χρόνια λήψη γλυκοκορτικοειδών ή ACTH (ιατρογενές Cushing).E24.2

2. Το αδένωμα της υπόφυσης (νόσος του Cushing). E24.0, D35.2

3. Το αδένωμα των επινεφριδίων.D35.0

4. Το καρκίνωμα των επινεφριδίων.C74.0

5. Η έκτοπη παραγωγή ACTH.E24.3

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ιατρογενές Cushing E24.2

Κλινικά ευρήματα

Πανσεληνοειδές προσώπειο, παχυσαρκία, κεντρικές ερυθροκύανες ραβδώσεις, υπερίχωση δέρματος, μυϊκή αδυναμία, ιστορικό μακροχρόνιας λήψεως γλυκοκορτικοειδών ή ACTH.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

1. Η πρόγνωση είναι άριστη αν είναι δυνατόν να διακοπεί η θεραπεία με τα γλυκοκορτικοειδή ή την ACTH.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....προσωρινή ανικανότητα 50%

.....και μέχρις αποκαταστάσεως

2. Αν δεν είναι δυνατόν να διακοπούν τα γλυκοκορτικοειδή, είναι όμως δυνατό να μειωθούν οι δόσεις συντήρησης ώστε να μην υπάρχουν οι κλινικές εκδηλώσεις και η υπέρταση ή η υποκαλιαιμία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....προσωρινή ανικανότητα 50% [3 μήνες]

.....και μακροπρόθεσμα εξαρτάται από την κυρία νόσο για την οποία χορηγούνται τα γλυκοκορτικοειδή

2ο Επίπεδο

Αδένωμα της υπόφυσης (νόσος του Cushing) (βλ. 1.3.2)

3ο Επίπεδο

Αδένωμα επινεφριδίων D35.0

Κλινικά ευρήματα

Τα των προηγούμενων επιπέδων βαρύτητας αλλά συνήθως απουσιάζουν η υπέρχρωση του δέρματος και η υπερτρίχωση, συμπτωματολογία κατά κανόνα ελαφρότερη.

Παρακλινικά ευρήματα

Αύξηση της κορτιζόλης, μεγάλη μείωση της ACTH, μη αναστολή της κορτιζόλης με μεγάλες δόσεις δεξαμεθαζόνης.

Η αξονική τομογραφία των επινεφριδίων δείχνει το αδένωμα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Η πρόγνωση μετά από ετερόπλευρη επινεφριδεκτομή είναι πολύ καλή..... 40% [1 μήνα]

Μέχρι να αναλάβει το άλλο επινεφρίδιο γίνεται θεραπεία υποκατάστασης.....20% [6 μήνες]

19. Νευροενδοκρινικοί όγκοι του γαστρεντερικού συστήματος D13.7, D13, C25.4, C17

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Διακρίνονται σε ορμονοπαραγωγούς όγκους (εκκρίνουν τη φυσιολογική ορμόνη των κυττάρων του όγκου) και σε μη ορμονοπαραγωγούς. Μπορεί να δημιουργούν παρανεοπλασματικό ενδοκρινικό σύνδρομο (εκκρίνουν ορμόνες που φυσιολογικά παράγονται σε διαφορετικά κύτταρα).

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Ινσουλίνωμα: 90% καλοήθες. Υπογλυκαιμικές κρίσεις.

Παρακλινικά ευρήματα

Σάκχαρο αίματος <50 mg%. Μετά από νηστεία φυσιολογική ινσουλίνη αίματος όταν το σάκχαρο αίματος είναι <40 mg%. Η αξονική τομογραφία μπορεί να δείχνει τον όγκο.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αν η εγχείρηση αποβεί επιτυχής.....>67% [3 μήνες]

.....20% [δια βίου]

- Αν ο όγκος δεν μπορεί να αφαιρεθεί, χορηγείται διαζοξίδη που έχει σοβαρές παρενέργειες.....90-100%

2ο Επίπεδο**• Γλυκαγόνωμα: 60% κακοήθες***Κλινικά ευρήματα*

Μεταναστευτικό νεκρωτικό ερύθημα του δέρματος, στοματίτιδα, διάρροια, απώλεια βάρους.

Παρακλινικά ευρήματα

Αύξηση του γλυκαγόνου αίματος. Αύξηση της ινσουλίνης. Αξονική τομογραφία δείχνει τον όγκο.

 ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αν είναι καλοήθες και η εγχείρηση αποβεί επιτυχής

.....>67% [3 μήνες]

.....40% [δια βίου]

- Αν είναι κακοήθες γίνεται προσπάθεια ανακούφισης από τα συμπτώματα (με σωματοστατίνη).....90-100%

• Σωματοστατίνωμα: 60% κακοήθες*Κλινικά ευρήματα*

Στεατόρροια, δυσπεψία.

Παρακλινικά ευρήματα

Υπεργλυκαιμία, χολολιθίαση, υποχλωρυδρία, αναιμία. Υψηλή σωματοστατίνη αίματος. Χαμηλό γλυκαγόνο αίματος.

 ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αν είναι καλοήθες και αφαιρεθεί επιτυχώς.....>67% [5 μήνες]

.....30% [δια βίου]

- Αν είναι κακοήθες και ανεγχείρητο.....100%

• Βίπωμα (σύνδρομο Werner-Morrison ή «παγκρεατική χολέρα»)*Κλινικά ευρήματα*

Άφθονες υδαρείς κενώσεις σε χρώμα τσαγιού, αδυναμία, λήθαργος, αρρυθμία, ερύθημα προσώπου.

Παρακλινικά ευρήματα

Υποχλωρυδρία, υποκαλιαιμία, αυξημένη VIP στο αίμα.

 ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αν είναι καλοήθες και η εγχείρηση επιτυχής.....>67% [3 μήνες]

.....30% [δια βίου]

- Αν είναι κακοήθες και ανεγχείρητο.....100%

3ο Επίπεδο**• Γαστρίνωμα του παγκρέατος**

(σύνδρομο Zollinger-Ellison) >60% κακοήθες

Συχνά εντόπιση και στο λεπτό έντερο

Κλινικά ευρήματα

Συμπτώματα πεπτικού έλκους, διάρροια.

Παρακλινικά ευρήματα

Γαστρίνη αίματος >100 pg/ml, εξελκώσεις σε μη τυπικές περιοχές του στομάχου (γαστροσκόπηση). Μπορεί να αντιμετωπίζεται και συντηρητικά με H₂ αναστολείς ή αναστολείς της αντλίας πρωτονίων.

 ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί πλήρους αφαιρέσεως του όγκου (βλ. χειρουργικές παθήσεις)

- Επί στελεχιαίας εκλεκτικής λοβοτομής με ακόλουθη χορήγηση H₂-αναστολέων.....30%

- Επί ανεγχείρητου καρκινώματος.....100%

20. Σύνδρομο πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας (MEN: Multiple Endocrine Neoplasia) C75.8

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ανάπτυξη νεοπλασμάτων σε διάφορους ενδοκρινείς αδένες στο ίδιο άτομο. Κληρονομείται σαν επικρατών χαρακτήρας. Υπάρχουν δύο κυρίως τύποι: 1) Το MEN I: Με νεόπλασμα στους παραθυρεοειδείς, το πάγκρεας, και την υπόφυση. 2) Το MEN II: Με μυελοειδές καρκίνωμα θυρεοειδούς, φαιοχρωμοκύτωμα, υπερπλασία των παραθυρεοειδών και η παραλλαγή της προηγούμενης, η MEN IIβ: Όπως η MEN II αλλά συνυπάρχουν δυσπλασίες

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

• Πολλαπλή Ενδοκρινική Νεοπλασία Τύπου I D13.7, C25.4, D35.1, D35.2

Κλινικά ευρήματα

Τα του υπερπαραθυρεοειδισμού.

Τα του υπερινσουλινισμού (υπογλυκαιμία) ή των ορμονών άλλου νευροενδοκρινικού όγκου (πχ διάρροια).

Της υπερλειτουργίας της υποφύσεως (μεγαλακρία, νόσος του Cushing, αμηνόρροια, γαλακτόρροια).

Τα του συνδρόμου Zollinger-Ellison.

Παρακλινικά ευρήματα

Υπερασβεστιαμία ή/και νεφρολιθίαση. Πολλαπλά έλκη στομάχου. Αύξηση των αντιστοίχων υποφυσιακών ή παγκρεατικών ορμονών.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αν η αφαίρεση των τριών όγκων (παραθυρεοειδών, παγκρέατος και υποφύσεως) είναι επιτυχής.....50%
- Αν δεν είναι επιτυχής.....70-90%
- Σε περίπτωση μεταστάσεων από κακοήθεις όγκους των αδένων.....100%

2ο Επίπεδο

• Πολλαπλή Ενδοκρινική Νεοπλασία Τύπου II C73, D35.0, D35.1

Κλινικά ευρήματα

Τα του μυελοειδούς καρκινώματος του θυρεοειδούς (ΜΚΘ). Τα του φαιοχρωμοκυτώματος. Τα του υπερπαραθυρεοειδισμού (βλ. αντίστοιχα νοσήματα). Αρκετά συχνά υπάρχει μόνο ΜΚΘ.

Παρακλινικά ευρήματα

Τα του μυελοειδούς καρκινώματος. Τα του φαιοχρωμοκυτώματος. Τα του υπερπαραθυρεοειδισμού.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Στις ηπιες μορφές, μόνο με ΜΚΘ και με μετεγχειρητική τιμή καλσιτονίνης χαμηλή:20%

Λόγω της πολυπλοκότητας του συνδρόμου (οταν συνυπαρχει φαιοχρωμοκύτωμα) και της αβεβαίας εκβάσεως της θεραπείας (δες και ΜΚΘ).....50-70%

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1. Περιοριστικά σύνδρομα

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Με το γενικό όρο «περιοριστικό σύνδρομο» εννοούμε κάθε κατάσταση που έχει αποτέλεσμα τη μείωση των στατικών χωρητικότητων (TLC, FRC, RV) του αναπνευστικού συστήματος και εκφράζεται απλούστερα με τη μείωση της Ζωτικής Χωρητικότητας (ΖΧ). Τέτοιες καταστάσεις δημιουργούνται από παθήσεις όχι μόνο των πνευμόνων (εκτομές, πνευμονική ίνωση κ.λ.π.), αλλά και του σκελετού (κύφωση – σκολίωση ΣΣ – παραμορφώσεις του θώρακος), των θωρακικών μυών, νευρολογικές κ.λ.π.

Τα κύρια συμπτώματα είναι η δύσπνοια προσπαθείας και τα εκ της υποκείμενης παθήσεως. Η αναπηρία που προκαλείται θα εκτιμηθεί με βάση την υποκείμενη πάθηση αλλά θα πρέπει να προστεθεί ένα ποσοστό αυτοτελές που αφορά τη μείωση της Ζωτικής Χωρητικότητας. Έτσι, για παράδειγμα, σε μία εκτομή λόγω Ca πνεύμονος (τμηματοεκτομή ή λοβεκτομή ή πνευμονεκτομή) θα πρέπει να προστεθεί το ενδεχόμενο ποσοστό αναπηρίας από το Ca και το ποσοστό αναπηρίας από το περιοριστικό σύνδρομο που κατέλειπε η εγχείρηση, με βάση τη ΖΧ.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ήπιο περιοριστικό σύνδρομο

Παρακλινικά ευρήματα

FVC/FVC pred 0,8-0,6

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ανάλογα με την υποκείμενη κατάσταση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....5-10%

2ο Επίπεδο

Μέτριο περιοριστικό σύνδρομο

Παρακλινικά ευρήματα

FVC/FVC pred 0,6-0,5

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ανάλογα με την υποκείμενη κατάσταση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-40% [1 χρόνο]

3ο Επίπεδο

Σοβαρό περιοριστικό σύνδρομο

Παρακλινικά ευρήματα

FVC/FVC pred <0,5

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η αναπηρία είναι σοβαρή και ανεξάρτητα από την υποκείμενη πάθηση δικαιολογεί συντάξιμο ποσοστό αναπηρίας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50% και άνω [2 χρόνια και άνω]

2. Πνευμονική ίνωση

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οι πνεύμονες αντιδρούν στα χρόνια βλαπτικά ερεθίσματα με την ανάπτυξη διαμέσου ινώσεως. Επομένως, εκτός της ιδιοπαθούς πνευμονικής ινώσεως, διάφοροι νόσοι ή καταστάσεις μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη δευτεροπαθούς πνευμονικής ινώσεως. Τέτοιες είναι: κολλαγονώσεις, σαρκοείδωση, πνευμονοκονιάσεις, φυματίωση, μετακτινική πνευμονίτιδα, πνευμονική αιμοσιδήρωση, κυψελιδική πρωτεΐνωση, ιστιοκύτωση-Χ κ.ά.

Κύριο σύμπτωμα η δύσπνοια προσπαθείας συνοδευόμενη από βήχα και ελάχιστη απόχρεμψη. Δυνατόν να ανευρίσκεται πληκτροδακτυλία. Η νόσος είναι δυνατόν να εξελιχθεί σε αναπνευστική ανεπάρκεια. Η αναπηρία είναι συνάρτηση της υποκείμενης παθήσεως του

δημιουργηθέντος αποφρακτικού ή περιοριστικού ή μικτού συνδρόμου ή, ενδεχομένως, της αναπνευστικής ανεπάρκειας.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Αρχόμενη πνευμονική ίνωση

Συμπτώματα

Ελαφρά δύσπνοια στην κόπωση, ενδεχομένως βήχας συνήθως ξηρός.

Κλινικά ευρήματα

Ακρόαση: Χωρίς αξιόλογα ευρήματα.

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α: Επίσης της βρογχαγγειακής σκιαγραφίσεως, πιθανόν μικροοζώδης διάστιξη.

Σπιρομέτρηση: Φυσιολογική ή Ελαφρού βαθμού μείωση των σπιρομετρικών τιμών (FVC, FEV1) με $FEV1/FVC > 75\%$. Αέρια αίματος: Εντός των φυσιολογικών ορίων.

Λοιπά εργαστηριακά: Ανάλογα με την υποκείμενη πάθηση.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ανάλογα με την υποκείμενη πάθηση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....5-10%

2ο Επίπεδο

Μέτρια πνευμονική ίνωση.

Συμπτώματα

Μέτρια δύσπνοια κύρια στην σωματική προσπάθεια. Βήχας συνήθως ξηρός ή – με βλενώδη απόχρεμψη.

Κλινικά ευρήματα

Ακρόαση: Πιθανόν επιπρόσθετοι ρόγχοι (μη μουσικοί τελοεισπνευστικοί υψηλής συχνότητας ιδίως στις βάσεις των πνευμόνων, μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος (ΑΨ).

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α: Εντονότερη δικτυωτή και δικτυοοζώδης διάστιξη ιδίως στις βάσεις των πνευμόνων. Ελάττωση του όγκου των πνευμόνων.

Σπιρομέτρηση: Μετρίου έως σημαντικού βαθμού ελάττωση των σπιρομετρικών τιμών περιοριστικού ή μικτού τύπου ελάττωση της διαχυτικής ικανότητας των πνευμόνων.

Αέρια αίματος: Υποξαιμία.

Λοιπά εργαστηριακά: Ανάλογα με την υποκείμενη πάθηση.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Δεν αναμένεται βελτίωση αλλά αντίθετα επιβάρυνση σε ποικίλο χρονικό διάστημα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....25-50% [1 χρόνο]

3ο Επίπεδο

Σοβαρού βαθμού πνευμονική ίνωση.

Συμπτώματα

Δύσπνοια στην ελάχιστη προσπάθεια ή και δύσπνοια ακόμη και στην ηρεμία. Βήχας, βλενώδης απόχρεμψη. Πληκτροδακτυλία.

Κλινικά ευρήματα

Ακρόαση: Μείωση ΑΨ, επιπρόσθετοι ήχοι (μη μουσικοί τελοεισπνευστικοί υψηλής συχνότητας).

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α: Οι κυστικοί σχηματισμοί γίνονται λίαν εμφανείς και σε ακραίες περιπτώσεις ο πνεύμων παίρνει τη μορφή μελικηθήρας.

Σπιρομέτρηση: Σοβαρού βαθμού ελάττωση των σπιρομετρικών τιμών περιοριστικού ή μικτού τύπου. Σοβαρά ελάττωση της διαχυτικής ικανότητας.

Αέρια αίματος: Αναπνευστική Ανεπάρκεια τύπου I ήτοι σοβαρή υποξαιμία χωρίς υπερκαπνία (εκτός τελικού σταδίου).

Λοιπά εργαστηριακά: Ανάλογα με την υποκείμενη πάθηση.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι κακή. Υπάρχει ήδη εγκατεστημένη αναπνευστική ανεπάρκεια κάποιου βαθμού και πιθανόν επιβάρυνση της δεξιάς καρδιάς συνέπεια πνευμονικής υπερτάσεως.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67-80% [2 χρόνια]

3. Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Χαρακτηρίζεται από χρόνια απόφραξη των αεραγωγών. Τα κύρια συμπτώματα είναι η δύσπνοια, μειωμένη ικανότητα σωματικής άσκησης, βήχας και απόχρεμψη. Διακρίνεται σε ΧΑΠ τύπου I (υπεροχή πνευμονικού εμφυσήματος: Διάταση ή και καταστροφή των χώρων πέραν των τελικών βρογχιολίων ενώ οι μεγάλοι αεραγωγοί παρουσιάζουν μαλάκυνση του τοιχώματος τους) και τύπου II (υπεροχή χρονίας βρογχίτιδας: Χαρακτηριστικό η μόνιμη φλεγμονή του βλεννογόνου των βρόγχων και η μεγένθυση των αδένων που προκαλούν βρογχοστένωση και υπερέκκριση βλέννης.). Οι δύο αυτοί διακριτοί τύποι είναι σχετικά σπάνιοι ενώ πιο συχνός είναι ο μικτός τύπος. Συνήθως εξετάζονται από κοινού με την ονομασία Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Συνήθως εμφανίζεται μετά το 50ό έτος ηλικίας και είναι απότοκος (κατά 90%) της καπνιστικής συνήθειας.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ήπια ή αρχόμενη ΧΑΠ

Συμπτώματα

Πιθανόν βήχας παραγωγικός για τουλάχιστον 3 μήνες τον χρόνο τα δύο τελευταία χρόνια, πιθανόν ελαφρά δύσπνοια στην έντονη προσπάθεια. Δύναται να βαδίσει με κανονικό βήμα έως 1500 μέτρα ή περισσότερο με το δικό του όμως βήμα.

Κλινικά ευρήματα

Ακροαστικός: Ελαφρά μείωση ΑΨ, παράταση εκπνοής.

Επίκρουση: Ήχος σαφής πνευμονικός.

Α/α θώρακος: Συνήθως χωρίς ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα.

Σπιρομέτρηση: FEV1/FVC: $\leq 0,70$, FEV1/FEV1pr $\geq 0,60$ FEF25-75/ FEF25-75pr $\geq 0,60$.

Αέρια αίματος: ΕΦΟ.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η ΧΑΠ δεν θεραπεύεται. Η εξέλιξη όμως επιβραδύνεται ή μερικώς αναστρέφεται εφόσον αρθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες (π.χ κάπνισμα) ή με την κατάλληλη θεραπεία.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....5 - 10% 1 ή 2 χρόνια

2ο Επίπεδο

Μετρίου βαθμού ΧΑΠ

Συμπτώματα

Δύσπνοια στην κόπωση και βήχα παραγωγικό . Δύναται να βαδίσει με κανονικό βήμα έως 300 μέτρα ή και περισσότερο με το δικό του όμως βήμα.

Κλινικά ευρήματα

Ακρόαση: Σαφής μείωση ΑΨ. Παράταση εκπνοής, λεπτοί ρόγχοι.

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α θώρακος: Υπερδιαφάνεια του πνευμονικού παρεγχύματος, οριζοντίωση πλευρών – κατάσπαση διαφράγματος ή επίταση βραγχαγγειακής σκιαγράφησης.

Σπιρομέτρηση: FEV1/FVC $\leq 0,70$ FEV1/FEV1pr 0,40-0,60.FEF25-75/FEF25-75pr 0,40 – 0,60

Αέρια αίματος: ΕΦΟ, ή σε ηρεμία ήπια υποξαιμία.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η νόσος είναι πλέον εμφανής. Ωστόσο ο πάσχων είναι ακόμη ικανός προς εργασία υπο την προϋπόθεση ότι δεν είναι ιδιαίτερα κοπιαστική ή το περιβάλλον ιδιαίτερα επιβαρημένο.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-40% 1 - 2 χρόνια

3ο Επίπεδο

Σοβαρή δύσπνοια στην σωματική προσπάθεια μέχρι δύσπνοια σε ηρεμία. Χαρακτηριστικός τρόπος αναπνοής. Δύναται να βαδίζει μέχρι 100 μέτρα ή να ανέβει μερικά σκαλοπάτια.

Κλινικά ευρήματα

Ακρόαση: Μεγάλη μείωση ΑΨ. Παράταση εκπνοής-επιπρόσθετοι ήχοι (μουσικοί και μη μουσικοί ρόγχοι)

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α θώρακος: Υπερδιαφάνεια του πνευμονικού παρεγχύματος – ριζωντίωση πλευρών – κατάσταση διαφράγματος – επιμήκυνση καρδιακής σκιάς. Επίταση βρογχαγγειακής σκιαγράφησης.

Σπιρομέτρηση: FEV1/FVC < 0,40, FEV1/FEV1pr < 0,40, FEF25-75/FEF25-75pr < 0,40

Αέρια αίματος: Κυρίως υποξαιμία ή/και υπερκαπνία (Χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια συνήθως τύπου II υπερκαπνική)

Γεν.αίματος: Πολλές φορές αύξημένος αιματοκρίτης.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Δεν υπάρχει περίπτωση βελτιώσεως. Αργά ή γρήγορα η κατάσταση θα επιβαρυνθεί. Ικανός για ελαφρές μόνο εργασίες, με περιορισμένο ωράριο. Ακατάλληλος για κοπιαστικές ή με ιδιαίτερα επιβαρημένο περιβάλλον.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50 -70% (2 χρόνια)

[Οι χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες μετά το 3ο επίπεδο βαρύτητας μπορούν να εξελιχθούν περαιτέρω σε χρόνια πνευμονική καρδιά και αναπνευστική ανεπάρκεια (βλ. κατωτέρω οικείο κεφάλαιο). Ακόμη, εκτός από τις ανωτέρω μνημονευθείσες εξετάσεις είναι δυνατόν να ζητηθεί περαιτέρω έλεγχος εφ' όσον υπάρχει ευχέρεια ή αν κριθεί απαραίτητο. Τέλος, τα προτεινόμενα ποσοστά αναπηρίας είναι δυνατό να τροποποιηθούν κύρια σε σχέση με το επάγγελμα και την ηλικία κατά την κρίση της επιτροπής].

4. Σαρκοείδωση

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Άγνωστης αιτιολογίας πολυσυστηματική κοκκιωματώδης νόσος προσβάλλουσα κυρίως νέα άτομα (20-40 ετών) και εντοπίζεται συνήθως στους λεμφαδένες, πνεύμονες, δέρμα, οφθαλμούς, ήπαρ, σπλήνα, οστά, νεφρούς, σιελογόνους αδένες (παρωτίδες), καρδιά και νευρικό σύστημα.

Η διάγνωση γίνεται με: α) ανοικτή βιοψία πνεύμονος, β) διαβρογχική βιοψία και γ) μεσοθωρακοσκοπική βιοψία λεμφαδένων.δ) βιοψία δέρματος ή δακρυϊκών αδένων.

Η αντίδραση Kveim δε χρησιμοποιείται ευρέως στην Ελλάδα.

Εργαστηριακές εξετάσεις ενδεικτικές του ενεργού της νόσου είναι:

- 1) Η αύξηση του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης I στον ορό (SACE).
- 2) Θετικό **σπινθηρογράφημα πνευμόνων μα γάλλιο-67**.
- 3) **Υπερασβεστιαμία και υπερασβεστιουρία**.
- 4) **Βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα ενδεικτικό για κυψελιδίτιδα**.
- 5) Βρογχική υπεραντιδραστικότητα (30%)

Οι εξωπνευμονικές εντοπίσεις σαρκοείδωσης εκτιμώνται από τον ειδικό ανάλογα με το βαθμό λειτουργικής έκπτωσης του οργάνου.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1ο Επίπεδο****ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ 0 ΚΑΙ Ι**

- Στο στάδιο 0 έχουμε φυσιολογική α/α θώρακος.
- Στο στάδιο Ι υπάρχει αμφοτερόπλευρη πυλαία αδενίτιδα. Ο ασθενής συνήθως σ' αυτά τα στάδια δια ουδέν αιτιάται (80%) και αποτελεί τυχαίο ακτινολογικό εύρημα. Μερικές φορές συνυπάρχουν οζώδες ερύθημα, αρθραλγίες, εύκολη κόπωση, πυρετός, ξηρός βήχας ή δύσπνοια κυρίως μετά από σωματική προσπάθεια.

Ακροαστικώς: ΑΨ = κ.φ.

Α/α θώρακος: κ.φ. ή αμφοτερόπλευρη πυλαία αδενίτιδα, σπανίως ετερόπλευρη με αποτιτανώσεις δίκην κελύφους αυγού.

Λειτουργικός έλεγχος: κ.φ. ή

- ελαφρά υποξαιμία από τα αέρια αίματος.
- ελαφρά μείωση της διαχυτικής ικανότητας των πνευμόνων λόγω μικρής συμμετοχής του πνευμονικού παρεγχύματος.
- μείωση των σπιρομετρικών τιμών αποφρακτικού τύπου σπανίως λόγω πίεσεως των βρόγχων από λεμφαδένες.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Αρίστη. 80% των ασθενών ιώνται αυτομάτως εντός του πρώτου έτους από τις διαγνώσεως, ένα 10% κατά το δεύτερο έτος και μόνο το 10% χρήζει θεραπευτικής αγωγής.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....5-10%

2ο Επίπεδο**ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΙΙ ΚΑΙ ΙΙΙ**

- Στο στάδιο ΙΙ υπάρχει αμφοτερόπλευρη πυλαία αδενίτιδα με πνευμονικές διηθήσεις ενώ στο στάδιο ΙΙΙ έχουμε πνευμονικές διηθήσεις χωρίς πυλαία αδενίτιδα.

Τα κλινικά ευρήματα είναι ως επί των σταδίων 0 και Ι με πλέον έντονη τη δύσπνοια.

Ακροαστικώς. ΑΨ = κ.φ. ή ελαφρά μείωση του ΑΨ.

Α/α θώρακος: Η επέκταση στο πνευμονικό παρέγχυμα γίνεται σιγά-σιγά ορατή με σταδιακή υποχώρηση της πυλαίας αδενίτιδας. 1ου προς 2ου επιπέδου βαρύτητας πνευμονική ίνωση.

Λειτουργικός έλεγχος: Περιοριστικό σύνδρομο 1ου και 2ου επιπέδου βαρύτητας.

Πτώση pO₂ κυρίως στην άσκηση.

Μείωση VC.

Ελάττωση DLCO.

Ελάττωση V (rons).

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή εφόσον ο ασθενής υποβληθεί σε θεραπευτική αγωγή. Υπάρχουν περίοδοι υφέσεων και εξάρσεων της νόσου.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-50% [1 χρόνο]

Εξαρτώμενο από το εάν ο ασθενής είναι υπό θεραπευτική αγωγή με κορτικοειδή ή όχι.

3ο Επίπεδο**ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΙV**

Υπάρχει εγκατεστημένη μη αναστρέψιμη πνευμονική ίνωση. Τα κλινικά ευρήματα είναι όπως και στα προηγούμενα επίπεδα βαρύτητας, με πλέον έντονη τη δύσπνοια, το βήχα· συνυπάρχει πολλές φορές και κυάνωση.

Ακροαστικώς: Μείωση του ΑΨ και λεπτοί μη μουσικοί ρόγχοι κατά τις βάσεις.

Επικρουστικώς: Υπερσαφής πνευμονικός ήχος, λόγω μειωμένης έκπτυξης του πνευμονικού παρεγχύματος.

Ακτινολογική εικόνα: Ινώσεως 2ου ή 3ου επιπέδου βαρύτητας.

Δικτυωτή ή δικτυοζιδιακή ή εικόνα μελικηρήθρας.

Λειτουργικός έλεγχος: Περιοριστικό σύνδρομο στη σπιρομέτρηση 2ου ή 3ου επιπέδου βαρύτητας.

FEV/FVCpr <0,5.

Μείωση ή αύξηση RV.

Μείωση TLC.

Από τα αέρια αίματος μεγάλη υποξαιμία και υπερκαπνία. Πνευμονική υπέρταση συνυπάρχει λόγω περιαγγειακής ινώσεως και σαρκοειδικής αγγειίτιδας.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Βαρεία ίδια επί συνυπάρξεως πνευμονικής υπερτάσεως και πνευμονικής καρδιάς.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67-80%

5. Πνευμονική εμβολή – Πνευμονικό έμφρακτο

Η κυριότερη αιτία πνευμονικής εμβολής είναι η θρομβοεμβολή. Τα έμβολα σ' αυτές τις περιπτώσεις αποσπώνται συνήθως από θρόμβους που έχουν σχηματισθεί στο εν τω βάθει φλεβικό δίκτυο των κάτω άκρων, και λιγότερο συχνά από τις δεξιές καρδιακές κοιλότητες ή την περιοχή της πύελου.

Προδιαθεσικοί παράγοντες θεωρούνται:

1. Η στάση του αίματος στο φλεβικό σύστημα.
2. Μεταβολές της πηκτικότητας του αίματος (αύξηση πηκτικότητας).
3. Διαταραχές του φλεβικού τοιχώματος (τραύμα, φλεγμονή κ.λ.π.).

Άλλες σπανιότερες αιτίες είναι:

- Σηπτική εμβολή
- Λιπώδης εμβολή
- Εμβολή αμνιακού υγρού
- Εμβολή από καρκινικά κύτταρα
- Εμβολή από παράσιτα (π.χ. σχιστόσωμα)
- Εμβολή αέρος
- Εμβολή σκιαγραφικού υλικού
- Εμβολή υδραργύρου

Τα έμβολα δυνατόν να είναι μικρού μεγέθους οπότε περνούν και απαρατήρητα, μετρίου μεγέθους προκαλούνται συμπτώματα αλλά λυόμενα με κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση στα νοσοκομεία και μεγάλου μεγέθους ή, όπως συνηθίζεται να λέγεται, μαζική πνευμονική εμβολή, όπου τις περισσότερες φορές καταλήγουν σε θάνατο ή αντιμετωπίζεται επιτυχώς σε μονάδες εντατικής θεραπείας εντός σχετικώς μικρού χρονικού διαστήματος, ημερών έως ολίγων εβδομάδων.

Από ασφαλιστικής πλευράς ενδιαφέρον έχουν τα επαναλαμβανόμενα μικρά θρομβοεμβολικά επεισόδια τα οποία δυνατόν να περάσουν απαρατήρητα έως ότου προκαλέσουν εξάλειψη της πνευμονικής αγγειώσεως κατά 50% και σταδιακή ανάπτυξη πνευμονικής υπερτάσεως και τελική κατάληξη χρόνια πνευμονική καρδιά, οπότε το ποσοστό αναπηρίας είναι όσο στο 2ο και 3ο επίπεδο βαρύτητας της πνευμονικής υπερτάσεως. Σε περίπτωση τοποθετήσεως ομπρέλας (σκιαδίου) στην κάτω κοίλη φλέβα το ποσοστό αναπηρίας είναι 35% μονίμως.

Το πνευμονικό έμφρακτο αποτελεί επιπλοκή της πνευμονικής εμβολής εμφανιζόμενο 1 ώρα έως 1 εβδομάδα από το επεισόδιο και υποχωρεί στην καλύτερη περίπτωση σε 4-7 ημέρες ενώ στη χειρότερη όταν συνυπάρχει νέκρωση σε 20 ημέρες έως 5 εβδομάδες και έτσι δεν έχει ενδιαφέρον από ασφαλιστικής πλευράς.

6. Πνευμονική υπέρταση – Πνευμονική καρδιά

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Δοθέντος ότι όλες οι παθήσεις που προκαλούν πνευμονική υπέρταση καταλήγουν σε πνευμονική καρδιά οι δύο αυτές καταστάσεις θα περιγραφούν από κοινού.

Πνευμονική υπέρταση: Η μέση πίεση στην πνευμονική αρτηρία είναι φυσιολογικά 15 mm Hg, για ένα άτομο ευρισκόμενο στο επίπεδο της θαλάσσης. Πιέσεις >25 mm Hg και άνω χαρακτηρίζουν την πνευμονική υπέρταση σε ηρεμία ενώ >30mmHg σε άσκηση.

Πνευμονική καρδιά: Ορίζεται η μεταβολή της δομής (υπερτροφία) ή της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας που προκαλούνται από πνευμονική υπέρταση

συνεπεία παθήσεων των πνευμόνων ή της πνευμονικής αγγειώσεως. Πρωτοπαθείς παθήσεις των αριστερών κοιλοτήτων της καρδιάς καθώς και συγγενείς καρδιοπάθειες εξαιρούνται.

Η πνευμονική υπέρταση όπως και η πνευμονική καρδιά είναι οξεία ή χρόνια.

Από συνταξιοδοτικής πλευράς αξία έχουν η ιδιοπαθής πνευμονική υπέρταση και οι παθήσεις του αναπνευστικού που προκαλούν σταδιακή και χρόνια αύξηση της πίεσεως στην πνευμονική αρτηρία καταλήγουσες σε πνευμονική καρδιά και όχι εκείνες που προκαλούν οξεία ή παροδική αύξηση της πίεσεως, όπως π.χ. η πνευμονική εμβολή, ARDS, κ.λ.π.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Τα αποφρακτικά και περιοριστικά σύνδρομα με διεγνωσμένη πνευμονική υπέρταση άνευ της αναπτύξεως πνευμονικής καρδιάς.

- ΧΑΠ (χρόνια βρογχίτιδα, σπανιότερα πνευμονικό εμφύσημα), 2ου προς 3ου επιπέδου βαρύτητας.

- Περιοριστικά σύνδρομα 1ου προς 2ου επιπέδου βαρύτητας.

Νόσοι του συνδετικού ιστού (κολλαγονώσεις) με στένωση και διαστρέβλωση των αγγείων λόγω της συνυπάρχουσας αγγειίτιδας, διάμεσες πνευμονοπάθειες, μυοπάθειες, παθήσεις του θωρακικού τοιχώματος (κυφοσκολιώσεις).

Παρακλινικά ευρήματα

Ακτινολογικά ευρήματα δεν υπάρχουν εκτός από αυτά της πρωτοπαθούς νόσου.

Η διάγνωση γίνεται με καθετηριασμό και μέτρηση της μέσης πνευμονικής πίεσης η οποία ανευρίσκεται αυξημένη (>25 mm Hg).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η κατάσταση των ασθενών είναι εξελισσόμενη.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....έως 50% [1 χρόνο]

εξαρτώμενο από τα συνυπάρχοντα ευρήματα της σπιρομέτρησης και των αερίων αίματος.

2ο Επίπεδο

- Αποφρακτικά και περιοριστικά σύνδρομα 2ου προς 3ου επιπέδου βαρύτητας.

- Επαναλαμβανόμενα μικρά θρομβοεμβολικά επεισόδια.

- Πνευμονοκονιάσεις.

- Δρεπανοκυτταρική αναιμία. Με διάγνωση πνευμονική υπέρταση και αρχομένη πνευμονική καρδιά.

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α θώρακος: Οι πνευμονικές αρτηρίες (δεξιά και αριστερή) είναι διατεταμένες, διάμετρος > από 16 mm στους άνδρες και > από 15 mm στις γυναίκες μετρούμενη στο επίπεδο της TLC. Αρχόμενα κλινικά – ακτινολογικά – ΗΚΓκά και ECHO-γραφικά ευρήματα πνευμονικής καρδιάς.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Οι παθήσεις εξελίσσονται με το χρόνο σε πλήρως εγκατεστημένη (κλινικά – ακτινολογικά και ΗΚΓκά) πνευμονική καρδιά.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-67% [2 χρόνια]

λαμβανομένων υπόψη της σπιρομέτρησης και των αερίων αίματος.

3ο Επίπεδο

Τα ίδια με τα του 2ου επιπέδου βαρύτητας αλλά μ εγκατεστημένη επίσημα πνευμονική καρδιά.

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α θώρακος: Μεγέθυνση πνευμονικών αρτηριών, όπως και στο 2ο επίπεδο βαρύτητας, αύξηση του καρδιοθωρακικού δείκτη, διάταση της άνω κοίλης και αζύγου φλέβας. Χαρακτηριστικό ΗΚΓ και υπερηχοκαρδιογράφημα.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Δυσμενής. Οι περισσότεροι των ασθενών καταλήγουν εντός της πρώτης 5ετίας από της διαγνώσεως της πνευμονικής καρδιάς.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Όλες οι παθήσεις του αναπνευστικού που συνοδεύονται από πνευμονική καρδιά δικαιούνται Π.Α. 80% 2 χρόνια και άνω.

7. Αναπνευστική ανεπάρκεια

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αναπνευστική ανεπάρκεια είναι η αδυναμία των πνευμόνων να διατηρήσουν επαρκή την οξυγόνωση του αρτηριακού και/ή αδυναμία αποβολής της περίσσειας διοξειδίου του άνθρακα. Διακρίνεται στην αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου I, όπου έχουμε υποξαιμία ($PaO_2 < 60 \text{ mmHg}$) και νορμοκαπνία, στην τύπου II, δηλ. υποξαιμία ($PaO_2 < 60 \text{ mmHg}$) και υπερκαπνία ($PaCO_2 > 45 \text{ mmHg}$).

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

• Υποξαιμία με $pO_2 = 80-60 \text{ mm Hg}$.

Απουσία κλινικών συμπτωμάτων ή ελαφρά μείωση της διανοητικής ικανότητας και της οπτικής οξύτητας, ήπιος υπεραερισμός. Δεν παρατηρείται κυάνωση. Και

• Αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου II με $PaO_2 = 80-60 \text{ mm Hg}$ και $PaCO_2 = 45-50 \text{ mm Hg}$.

Παρακλινικά ευρήματα

Εκτός από τα κλινικά ευρήματα του τύπου I, παρατηρείται ελαφρά κεφαλαλγία λόγω διαστολής των αγγείων του εγκεφάλου από την αύξηση της pCO_2 .

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Εξαρτάται από την αιτιοπαθογένεια.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....έως 50% [1 χρόνο]

Μεγαλύτερη έμφαση δίνεται στην τύπου II αναπνευστική ανεπάρκεια.

2ο Επίπεδο

• Αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου I με $PaO_2 = 60-45 \text{ mm Hg}$.

Πλέον έντονα τα συμπτώματα του 1ου επιπέδου βαρύτητας και επί πλέον κεφαλαλγία – υπνηλία – αρχόμενη θόλωση της συνειδήσεως. Κυάνωση ορατή ορισμένες φορές.

• Αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου II με $PaO_2 60-45 \text{ mm Hg}$ $PaCO_2 = 50-70 \text{ mm Hg}$. Πλέον έντονα τα συμπτώματα του πρώτου επιπέδου βαρύτητας, επί πλέον δε αύξηση της πίεσεως του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και ορισμένες φορές οίδημα της οπτικής θηλής.

Οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας χρειάζονται οξυγονοθεραπεία οίκοι.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Έχουν αναπτύξει πνευμονική υπέρταση και ορισμένες φορές αρχόμενη πνευμονική καρδιά. Χρειάζονται συχνή ιατρική παρακολούθηση και οξυγονοθεραπεία οίκοι.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-80% [2 χρόνια]

3ο Επίπεδο

• Αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου I με $pO_2 \leq 45 \text{ mm Hg}$.

Κλινικώς, όπως και στο 2ο επίπεδο βαρύτητας επίσης μπορεί να συνυπάρχουν σπασμοί – αιμορραγίες του αμφιβληστροειδούς και μη αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη καθώς και επιπλοκές από άλλα συστήματα όπως ταχυκαρδία – ελαφρά υπέρταση – αρρυθμίες (λόγω αύξησης έκκρισης κατεχολαμινών) – βραδυκαρδία ή υπόταση – στηθαγχική κρίση και σημεία

καρδιακής κάμψεως επί συνυπάρχουσας στεφανιαίας νόσου. Μειωμένη νεφρική λειτουργία, κατακράτηση νατρίου και πρωτεΐνουρία. Πνευμονική υπέρταση (λόγω της κυψελιδικής υποξίας) και πολλές φορές πνευμονική καρδιά.

• Αναπνευστική ανεπάρκεια τύπου II με $pO_2 < 45$ mm Hg και $pCO_2 > 70$ mm Hg.

Κλινικός όπως και στο 2ο επίπεδο βαρύτητας αλλά εντονότερα. Ο ασθενής παρουσιάζει επίσης έντονη ανησυχία, τρόμο, μπερδεύει την ομιλία του, διακυμάνσεις της συμπεριφοράς, θόλωση της συνείδησης και κόμα. Συνυπάρχει πνευμονική υπέρταση και τις περισσότερες φορές και πνευμονική καρδιά.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή λόγω της εγκαταστάσεως τις περισσότερες φορές χρόνιας πνευμονικής καρδιάς.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....80% και άνω [2 χρόνια και άνω]

8. Φυματίωση

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η φυματίωση είναι μολυσματική νόσος που εξακολουθεί να αποτελεί δυσεπίλυτο ιατροκοινωνικό πρόβλημα σε πολλές χώρες.

Παράγοντες που προδιαθέτουν στην ανάπτυξη της είναι ο υποσιτισμός, ο στενός συγγρωτισμός, τα επαγγέλματα υγείας, ο σακχαρώδης διαβήτης, η γαστρορραγία, η πνευμονοκονίαση και η ανοσοκαταστολή και η μετακίνηση πληθυσμών (μετανάστευση).

Η κλινική εικόνα ποικίλλει και εκδηλώνεται με ήπια ή βαριά γενικά και λειτουργικά συμπτώματα. Συνήθως εμφανίζεται με πυρετό, νυκτερινούς ιδρώτες, απόχρεμψη, βήχα και αιμόπτυση.

Η ταξινόμηση της φυματίωσης βασίζεται στη σχέση μεταξύ του μυκοβακτηριδίου και του ανθρώπου. Διακρίνονται οι εξής κατηγορίες φυματίωσης.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 0: Δεν υπάρχει έκθεση στο μυκοβακτηρίδιο.

Δερμοαντίδραση Mantoux αρνητική.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 1: Υπάρχει έκθεση στο μυκοβακτηρίδιο. Mantoux αρνητική.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 2: Mantoux θετική, όχι όμως νόσος. Πρέπει να αναφέρεται εάν το άτομο έλαβε ή όχι χημειοπροφύλαξη, για πόσο χρόνο και εάν ήταν πλήρης ή ατελής.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 3: Νόσηση από φυματίωση. Πρέπει να αναφέρεται η εντόπιση και η ανατομική έκταση της νόσου, η βακτηριολογική κατάσταση, η χημειοθεραπεία, τα ακτινολογικά ευρήματα και η Mantoux.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 4: Ιστορικό φυματίωσης στο παρελθόν. Ακτινολογικά ευρήματα αμετάβλητα. Mantoux θετική. Βακτηριολογικός έλεγχος αρνητικός και χωρίς κλινική ένδειξη νόσου. Σημειώνεται η κατάσταση από πλευράς χημειοθεραπείας ή χημειοπροφύλαξης.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 5: Πιθανή φυματίωση. Υπάρχει υπόνοια νόσου και αναμένονται οι εξετάσεις προς επιβεβαίωση ή απόρριψη της νόσου. Η παραμονή στην κατηγορία αυτή δεν επιτρέπεται για χρονικό διάστημα πάνω από τρεις μήνες.

Για κλινικούς και ασφαλιστικούς λόγους προτιμάται η κατάταξη της φυματίωσης ανάλογα με την έκταση των ακτινολογικών αλλοιώσεων και τη βακτηριολογική κατάσταση του ατόμου. Συνεπώς οι κατηγορίες που έχουν ασφαλιστικό ενδιαφέρον αρχίζουν μετά την κατηγορία 3, οπότε η πνευμονική φυματίωση διακρίνεται σε:

1. Περιορισμένη πνευμονική φυματίωση

Υπάρχουν ελάχιστες αλλοιώσεις, χωρίς κοιλότητα. Δυνατόν να προσβάλλουν τον ένα ή και τους δύο πνεύμονες, αλλά η ολική τους έκταση δεν υπερβαίνει την έκταση τμήματος πνεύμονα που αφορίζεται από τη 2η χονδροστερνική άρθρωση μέχρι το σώμα του 5ου θωρακικού σπονδύλου.

2. Μετρίως εκτεταμένη πνευμονική φυματίωση

Η ολική βλάβη δεν πρέπει να υπερβαίνει την έκταση του ενός πνεύμονα, όταν πρόκειται για διάσπαρτες και μετρίως ακτινοσκοπικές αλλοιώσεις, ή την έκταση του 1/3 του ενός πνεύμονα,

όταν πρόκειται για διάχυτες και αυξημένες σκιερότητας αλλοιώσεις. Εάν υπάρχουν ένα ή περισσότερα σπήλαια η συνολική τους διάμετρος δε θα πρέπει να ξεπερνά τα 4 cm.

3. Λίαν εκτεταμένη πνευμονική φυματίωση

Οι βλάβες είναι μεγαλύτερες από της μετρίως εκτεταμένης.

Η ύπαρξη σπηλαίων, η ύπαρξη θετικών πτυέλων μετά απο εντατική δίμηνη θεραπεία, ή η μη λήψη πυραζιναμίδης για κάποιο λόγο μετατρέπει την εξάμηνη θεραπεία σε εννεάμηνη.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Περιορισμένη πνευμονική φυματίωση ανενεργός

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ο ασθενής έχει λάβει πλήρη και σωστή αντιφυματική αγωγή. Οι αλλοιώσεις μετά από ένα χρόνο θεωρούνται πλέον σταθεροποιημένες.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Μετά τον 1ο χρόνο από την έναρξη της αγωγής 5-10% οριστικά.

2ο Επίπεδο

Μετρίως εκτεταμένη πνευμονική φυματίωση ανενεργός

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Το άτομο έχει λάβει πλήρη και σωστή αγωγή. Η ακτινολογική εικόνα είναι από έτους σταθεροποιημένη.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Μετά τον 1ο χρόνο από την έναρξη της αγωγής επί ευνοϊκής πορείας 10-20% οριστικά.

3ο Επίπεδο

Λίαν εκτεταμένη πνευμονική φυματίωση ανενεργός

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ο ασθενής έχει λάβει πλήρη και σωστή αγωγή. Η ακτινολογική εικόνα είναι σταθεροποιημένη από έτους.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Μετά τον πρώτο χρόνο από την έναρξη της αγωγής 20-25% οριστικά. Εάν η πνευμονική φυματίωση έχει προκαλέσει αναπνευστική ανεπάρκεια τότε εφαρμόζονται τα σχετικά με την αναπνευστική ανεπάρκεια.

4ο Επίπεδο

Κάθε κατηγορία που χαρακτηρίζεται σαν ενεργός

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ο ασθενής βρίσκεται υπό αντιφυματική αγωγή που διαρκεί κατά πρόβλεψη έξι έως εννέα μήνες (σε ειδικές περιπτώσεις π.χ., Φυματίωση ΚΝΣ ένα χρόνο).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....80%

Εν συνεχεία όπως περιγράφηκαν ανωτέρω.

Σε περιπτώσεις που συνυπάρχει φυματίωση με άλλες παθήσεις, ο υπολογισμός της ανικανότητας πρέπει να γίνεται με τη μέθοδο υπολογισμού των πολλαπλών ανικανοτήτων.

9. Βρογχικό άσθμα

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Σύνδρομο χρόνιας αυξημένης αντιδραστικότητας του τραχειοβρογχικού δένδρου σε πολυάριθμα ερεθίσματα με κύριο παθογνωμονικό χαρακτηριστικό την αναστρέψιμη μείωση της εκπνευστικής ροής που αίρεται αυτόματα ή κατόπιν θεραπείας.

Η πάθηση κλινικώς εμφανίζεται με επεισόδια δύσπνοιας, παράταση της εκπνοής και διάχυτους μουσικούς ρόγχους. Τα συμπτώματα αυτά οφείλονται στο συνδυασμό βρογχόσπασμου,

οιδήματος των βρογχικών τοιχωμάτων και βρογχικής υπερέκκρισης. Το άσθμα σταδιοποιείται με βάση το λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής, την κλινική εικόνα, την απόκριση στη θεραπεία και τα αέρια αρτηριακού αίματος.

Στον καθορισμό του ποσοστού αναπηρίας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι συνθήκες εργασίας του ατόμου, η ιατρική παρακολούθηση και το πόσο καλά ή μη ρυθμίζεται το άσθμα (αναφέρονται συμπτώματα μετά απο θεραπευτική αγωγή σύμφωνη με τις διεθνείς οδηγίες) ή βρίσκεται σε παροξυσμό.

B. ΕΠΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Στάδιο I: Η βρογχοστένωση είναι ποικίλη και τα μεσοδιαστήματα πλήρους ηρεμίας, κλινικώς και εργαστηριακώς, μεγάλα (Καλά ρυθμιζόμενο).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η ανταπόκριση στην αγωγή είναι ικανοποιητική. Ο ασθενής μπορεί να εκτελεί εργασία στο σπίτι ή στον επαγγελματικό χώρο με μικρή δυσχέρεια. Ο ύπνος σπάνια διαταράσσεται.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....5-10%

2ο Επίπεδο

Στάδιο II: Η βρογχοστένωση εξακολουθεί να υπάρχει παρά τη θεραπεία. Τα μεσοδιαστήματα συνήθως δεν είναι ελεύθερα συμπτωμάτων και τα σπιρομετρικά ευρήματα παρουσιάζουν βλάβη (Μερικώς ρυθμιζόμενο άσθμα).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ο ασθενής μπορεί να εκτελεί εργασία στο σπίτι ή στον επαγγελματικό χώρο με μεγάλη δυσχέρεια. Ο ύπνος είναι διαταραγμένος.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-40%

3ο Επίπεδο

Η βρογχοστένωση είναι έντονη και κυρίως ανθίσταται στη θεραπεία του σταδίου II και τα κορτικοειδή. Έχει μεγάλη διάρκεια και η υποξαιμία είναι σοβαρή. Η pCO₂ είναι φυσιολογική καθώς και το pH. Η σπιρομέτρηση είναι σαφώς παθολογική.(Αρρυθμιστο άσθμα)

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ο ασθενής είναι καθηλωμένος και σηκώνεται με δυσχέρεια. Δεν μπορεί να κοιμηθεί και έχει ταχυκαρδία > 120 min.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-70%

10. Πνευμοθώρακας

Είναι η παθολογική κατάσταση κατά την οποία εισέρχεται αέρας στην υπεζωκοτική κοιλότητα μετά από ρήξη του περιπλαγγινίου ή του περιτόνου πετάλου του υπεζωκότα.

Ο πνευμοθώρακας διακρίνεται σε ανοικτό, όταν επικοινωνεί η υπεζωκοτική κοιλότητα με τον ατμοσφαιρικό αέρα, και σε κλειστό. Όταν επιτρέπεται η είσοδος αέρα χωρίς να μπορεί να εξέλθει, δημιουργείται πνευμοθώρακας υπό τάση.

Αιτιολογικά ο πνευμοθώρακας διακρίνεται σε αυτόματο και τραυματικό. Ο αυτόματος υποδιαιρείται επίσης σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή, σαν επιπλοκή προϋπάρχουσας πνευμονικής νόσου.

Κλινικά ευρήματα

Θωρακικό άλγος, δύσπνοια, βήχας, ταχυκαρδία.

Αντικειμενικός: Ελάττωση ΑΨ και φωνητικών δονήσεων, υπερσαφής πνευμονικός ήχος, μειωμένη ή καταργημένη κινητικότητα ημιθωρακίου.

Ακτινολογικός: Έλλειψη αγγειακού δικτύου «πνευμονικό κολόβωμα».

Το ασφαλιστικό ενδιαφέρον του πνευμοθώρακα σχετίζεται με τις εφεδρείες του ασθενούς, κυρίως όταν αποτελεί επιπλοκή χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, βρογχικού άσθματος, φυματίωσης ή διαχύτων διαμέσων πνευμονικών νοσημάτων.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση εξαρτάται από την υποκείμενη νόσο, ενώ στο ποσοστό αναπηρίας λαμβάνονται υπόψη και οι υποτροπές της.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....5-15% [1 χρόνο]

Επί παρουσίας υγρού και αέρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα (πυοπνευμοθώρακας, αιμοπνευμοθώρακας) το ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται και από τις απότοκες καταστάσεις που προκύπτουν μετά την αντιμετώπιση της παθήσεως (συμφύσεις, περιοριστικό σύνδρομο κ.λ.π.).

11. Βρογχεκτασίες

Οι βρογχεκτασίες χαρακτηρίζονται από διάταση των βρόγχων και έχουν συνήθως εντόπιση λοβώδη, τμηματική ή υποτμηματική.

Ανάλογα με τη μορφή που έχει η βρογχική διάταση διακρίνονται σε κυλινδρικές και σακοειδείς ή κυστικές.

Οι αιτιολογικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για τη δημιουργία βρογχεκτασιών είναι κυρίως συγγενή αίτια, η βρογχική λοίμωξη, η βρογχική απόφραξη, Φυματίωση.

Τα κυριότερα συμπτώματα των βρογχεκτασιών είναι ο βήχας, η βλεννοπυώδης απόχρεμψη και η αιμόπτυση.

Ακροαστικώς: Υγροί ρόγχοι.

Ακτινολογικώς: Δακτυλιοειδείς και δικτυοοζώδεις σκιάσεις.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση των βρογχεκτασιών εξαρτάται από την έκταση των βλαβών και από τη συχνότητα των βρογχοπνευμονικών λοιμώξεων. Οι βρογχεκτασίες δυνατόν να εξελιχθούν μέχρι αναπνευστικής ανεπάρκειας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....5-20% [δια βίου]

12. Καρκίνος του πνεύμονος

Τα πρωτοπαθή καρκινώματα του πνεύμονος προέρχονται είτε από το επιθήλιο, είτε από τους βλεννογόνιους αδένες των βρόγχων και άρχονται στα 75-80% των περιπτώσεων από ένα μεγάλο βρόγχο, τα 20-25% προέρχονται από μικρό βρόγχο γι' αυτό φέρεται και ως βρογχογενές καρκίνωμα. Μακροσκοπικώς είναι όγκοι συστάσεως σκληράς και χροιάς λευκοφαίου.

Διαίρεση (παθολογοανατομική)

1. Μικροκυτταρικό
2. Μη μικροκυτταρικό

Ακτινολογική εικόνα

Στην απλή ακτινογραφία θώρακος (F και P) δύναται η ακτινολογική εικόνα να είναι:

1. Σαν ατελεκτασία
2. Σαν διόγκωση της σκιάς της πύλης
3. Σαν επιπρόσθετη σκιά της πύλης ή στην πύλη
4. Σαν μονήρης περιφερική σκίαση
5. Σαν κοιλοτική εξεργασία (παχέα τοιχώματα, κεντρική τήξη)
6. Σαν πλευρίτιδα
7. Σαν ακανόνιστη σκίαση με ασαφή όρια
8. Σαν σκίαση της κορυφής (Pancoast)

Η διασπορά του καρκίνου πνεύμονος γίνεται: α) αιματογενώς, β) λεμφογενώς, γ) κατά συνέχεια ιστού.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

-Ca μή χειρουργήσιμο και υποβαλλόμενο σε ΧΜΘ ή ΑΚΘ.....80% (2 έτη)

- Ca χειρουργήσιμο.....80% [2 έτη από επεμβάσεως]
- Ca χειρουργημένο χωρίς στοιχεία υποτροπής ή μεταστάσεων67% [3 έτη μετά τα 2 πρώτα]
- Ca χειρουργημένο με ολική πνευμονεκτομή (ανάλογα των σπιρομετρικών τιμών και την αναπνευστική λειτουργία το ΠΑ αρχίζει απο 80% για 3 χρόνια κατόπιν 67% για άλλα 2 χρόνια και 50% εφ' όρου ζωής εφόσον δεν υπάρχει επιβάρυνση της αναπνευστική του λειτουργίας.
- Ca χειρουργημένο μετά στοιχείων υποτροπής ή μεταστάσεων.....80%

13. Καλοήγη νεοπλάσματα του πνεύμονος

Αποτελούν το 8% των πρωτοπαθών νεοπλασμάτων. Από αυτά το 50% είναι βρογχικά αδενώματα.

Κατά σειρά συχνότητας ακολουθούν τα αμαρτώματα, λειομώματα, ινώματα (είναι σπάνιοι όγκοι).

Οι κύριες κλινικές εκδηλώσεις είναι εξ αποφράξεως (δύσπνοια, βήχας, όχι σπάνια πυρετός) και αιμοπτύσεις.

Ακτινολογικώς παρέχουν την εικόνα της νομισματοειδούς σκιάσεως. Η διάγνωση τίθεται βρογχοσκοπικά

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η θεραπεία είναι χειρουργική. Ως επακόλουθο μπορεί να προκύψει περιοριστικού τύπου ή μικτού τύπου πνευμονοπάθεια με διαφορετικού βαθμού έκπτωση της αναπνευστικής ικανότητας.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα ποσοστά αναπηρίας κυμαίνονται από 35% έως 67% προσκαίρως, του οριστικού ποσοστού αναλόγως του βαθμού λειτουργικής επιβαρύνσεως. Συνιστάται πάντως να παραμένουν στη δικαιοδοσία της επιδοτήσεως.

Όταν για την θεραπεία έχει επιβληθεί ολική πνευμονεκτομή το

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....είναι 50% (και εφ' όρου ζωής λόγω της πνευμονεκτομής) και προσαυξάνεται ανάλογα με την λειτουργική επιβάρυνση (περιοριστικού ή αποφρακτικού ή μικτού τύπου πνευμονοπάθεια που προκύπτει).

ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ

Είναι κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από παροδική και επαναλαμβανόμενη εισπνευστική (κυρίως) αλλά και εκπνευστική απόφραξη του φάρυγγος κατά την διάρκεια του ύπνου η οποία προκαλεί επεισόδια υποξυγοναιμίας και διαταραχή της συνέχειας του ύπνου. Το χαρακτηριστικό σύμπτωμα του πάσχοντος είναι το βαρύ και θορυβώδες ροχαλητό το οποίο διακόπτεται κατά τη διάρκεια του απνοϊκού επεισοδίου.

Το κυριότερο αίτιο είναι η απόφραξη του φαρυγγικού αυλού.

Τα αίτια που προκαλούν στένωση του φαρυγγικού αυλού είναι:

Ανατομικά

Στο ρινοφάρυγγα:σκολίωση του ρινικού διαφράγματος,χρονία ρινίτιδα,τοπικές μάζες, οίδημα και υπερτροφία της σταφυλής η της υπερώας.

Στο στοματοφάρυγγα: διόγκωση και φλεγμονή αμυγδαλών, αδενοειδών εκβλαστήσεων, σταφυλής η υπερώας καθώς και μακρογλωσσία.

Στον υποφάρυγγα: μακρογλωσσία, οπισθογναθία και μικρογναθία, καθώς και προς τα άνω και πίσω μετατόπιση του υοειδούς οστού και πέριξ αυτού ιστών.

Παχυσαρκία

Τα παχύσαρκα άτομα και κυρίως εκείνα με κακή κατανομή του λίπους στο άνω ήμισυ του σώματος (χονδρούς λαιμούς κι αν ακόμα δεν είναι ιδιαίτερα παχύσαρκα).

Νευρομυϊκά

Είναι ευνόητο ότι διαταραχές είτε της συνεργασίας των αναπνευστικών μυών στο σύνολο τους, είτε του ελέγχου και της διατήρησης της δραστηριότητάς τους, είτε του χρονισμού της σχέσεως ερέθισμα-απάντηση, είναι δυνατόν να προκαλέσουν σημαντικές μεταβολές στη λειτουργία της περιοχής.

Γενικοί προδιαθεσικοί παράγοντες:

- γενετική προδιάθεση
- φύλο
- ηλικία
- αλκοόλ
- υπνωτικά φάρμακα
- ρινική συμφόρηση-απόφραξη

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ

Είναι η κατάσταση κατά την οποία εκδηλώνεται παροδική, πλήρης διακοπή, ή μείωση (υπόπνοια) του αερισμού κατά τη διάρκεια του ύπνου λόγω προσωρινής ανεπάρκειας της αναπνευστικής ώσεως από το ΚΝΣ προς τους αναπνευστικούς μύες. Εδώ σε αντίθεση με την αποφρακτική άπνοια, δεν υπάρχει αναπνευστική προσπάθεια των μυών του θώρακος και της κοιλίας. Η κεντρική άπνοια είναι σπανιότερη της αποφρακτικής, αναφέρεται δε ότι συμβαίνει σε ποσοστό μεταξύ 4% και 10% της συχνότητας της αποφρακτικής άπνοιας.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

- Βαρύ και θορυβώδες ροχαλητό.
- Ημερήσια υπνηλία
- Αίσθημα κοπώσεως μετά τον ύπνο η μη αποδοτικός ύπνος
- Παρατηρούμενες από τον/την σύντροφο της κλίνης διακοπές της αναπνοής κατά την διάρκεια του ύπνου.
- Ανήσυχος ταραγμένος ύπνος.
- Αιφνίδιο αίσθημα δύσπνοιας ή πνιξίματος.
- Πρωινός πονοκέφαλος.
- Νυκτερινή πολυουρία
- Νυκτερινοί ιδρώτες.
- Επανελημμένες εγέρσεις από το κρεβάτι και αναφερόμενη αϋπνία.
- Ελάττωση της libido.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο έλεγχος των ασθενών που παρουσιάζουν τα ως άνω συμπτώματα γίνεται με την πολυπαραμετρική (πολυσωματογραφική) καταγραφή του ύπνου με συνεχή καταγραφή του ΗΕΓ του ΗΜΓ του ΗΟΓ, μαζί με ορισμένες παραμέτρους της αναπνευστικής λειτουργίας.

Ως θεραπεία εκτός από την διορθωτική χειρουργική επέμβαση στις ανώτερες αεροφόρους οδούς για την διάνοιξη όπου είναι εστενωμένες, είναι και η θεραπεία με συσκευή n-CPAP

(nasal Continuous Positive Airway Pressure) η συνεχής αυτή θετική πίεση δρα ως "αέρινος νάρθηκας" ο οποίος προλαμβάνει τη σύμπτωση των τοιχωμάτων, αυξάνοντας την πίεση στο στοματοφάρυγγα και αίροντας την κλίση της διατοιχωματικής πίεσεως κατά μήκος του φαρυγγικού αυλού.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1^ο επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Ήπιο, Μέτριο και βαρύ ΣΑΥ:

- Δείκτης Απνοϊκός / Υποπνοϊκός πάνω από 10 και λιγότερες από 30 ανά ώρα ύπνου και με SatO₂ μεγαλύτερο από 85% (**ήπιο ΣΑΥ**)
- Δείκτης Απνοϊκός / Υποπνοϊκός πάνω από 30 και κάτω από 60 ανά ώρα ύπνου και με SatO₂ μεταξύ 80 και 84% (**μέτριο ΣΑΥ**)
- Δείκτης Απνοϊκός / Υποπνοϊκός πάνω από 60 ανά ώρα ύπνου και SatO₂ λιγότερο από 80% (**βαρύ ΣΑΥ**)

ΠΡΟΓΝΩΣΗ: Καλή μετά από χειρουργική θεραπεία των αιτιών απόφραξης των ανωτέρων αεροφόρων οδών ή θεραπεία με n-CPAP έχουμε σχεδόν πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....5-25% (1 χρόνο)

2^ο επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Συνύπαρξη του ΣΑΥ με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια οδηγεί σε βαρύτερη νυκτερινή και ημερήσια υποξυγοναιμία και υπερκαπνία σε σχέση με την υποξυγοναιμία και την υπερκαπνία που θα δημιουργούσε η κάθε μία από τις παραπάνω νόσους μεμονωμένα. Ο συνδυασμός ΣΑΥ και ΧΑΠ εκδηλώνουν πρωϊμότερα αιμοδυναμικές διαταραχές (Πνευμονική Υπέρταση-Δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια) συγκριτικά με τους πάσχοντες μόνο με ΣΑΥ.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ: Ανάλογα με την βαρύτητα του ΣΑΥ και της ΧΑΠ από καλή μέχρι πολύ βαρεία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: Επί συνυπάρξεως ΣΑΥ και ΧΑΠ, συνυπολογίζεται το ποσοστό του ΣΑΥ με το ποσοστό της ΧΑΠ, ανάλογα την βαρύτητα της (βλ. Χ.Α.Π).

3^ο επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Βαρύ ΣΑΥ με συνύπαρξη ΧΑΠ 2^{ου}, 3^{ου} επιπέδου και μεγάλη παχυσαρκία (βάρος σώματος >100%, κυάνωση, υπνηλία)

Σ' αυτό το επίπεδο μπαίνει και το σύνδρομο Pickwick.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ: Μέτρια έως βαρύτατη μετά από δίαιτα με στόχο το αρνητικό θερμιδικό ισοζύγιο αν είναι επιτυχές ή όχι.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67-80% (2 χρόνια)

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1. ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ

Οι αρρυθμίες μπορούν να ταξινομηθούν έχοντας για βάση το τμήμα της καρδιάς όπου παράγονται (φλεβόκομβος, κόλποι, κολποκοιλιακός κόμβος, κοιλίες), όπως επίσης μπορεί να ταξινομηθούν ανάλογα με το μηχανισμό της δημιουργίας τους (διαταραχή της παραγωγής ή της αγωγής του ερεθίσματος).

1.1. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΟ

1.1.1. ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΙΚΗ ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ

Φλεβοκομβική βραδυκαρδία με καρδιακή συχνότητα κάτω των 50 παλμών/1' συνήθως προκαλεί αίσθημα εξαντλήσεως. Στην περίπτωση αυτή προσέρχονται στις Υγειονομικές Επιτροπές συνήθως μετά την εμφύτευση μονίμου ενδοκαρδιακού βηματοδότη.

1.1.2. ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΙΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ.

Χωρίς ιδιαίτερο ποσοστό αναπηρίας.

1.1.3. ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΙΚΗ ΑΡΡΥΘΜΙΑ – ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ

Δεν προσδίδει ποσοστό αναπηρίας

1.2. ΕΚΤΑΚΤΟΣΥΣΤΟΛΙΚΕΣ ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ

1.2.1. ΚΟΛΠΙΚΗ ΕΚΤΑΚΤΟΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΑΡΡΥΘΜΙΑ

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0-5%

1.2.2. ΚΟΜΒΙΚΗ ΕΚΤΑΚΤΟΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΑΡΡΥΘΜΙΑ

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0-5%

1.2.3. ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΕΚΤΑΚΤΟΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΑΡΡΥΘΜΙΑ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Σημασία στην περίπτωση της αρρυθμίας αυτής έχουν δύο παράγοντες:

- 1) Η συχνότητα και ο βαθμός επικινδυνότητας των εκτάκτων συστολών και
- 2) Η ύπαρξη ή όχι οργανικής καρδιοπάθειας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Εάν δεν υπάρχει καρδιοπάθεια και οι κοιλιακές συστολές είναι συχνές,, πολυεστιακές, ανά ζεύγη.....0-10%
- Εάν υπάρχει καρδιοπάθεια.....20-30% και επιπροστίθεται στο ποσοστό αναπηρίας που φέρει η καρδιακή πάθηση.

1.3. ΕΚΤΟΠΕΣ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΕΣ

1.3.1. ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ ΕΠΑΝΕΙΣΟΔΟΥ ΣΤΟ ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΟ

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η ταχυκαρδία προέρχεται από κυκλώματα επανεισόδου στον φλεβόκομβο και παρουσιάζεται ως παροξυσμική. Υπάρχει μεγάλη συχνότητα υποκείμενης οργανικής καρδιακής νόσου

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα ποσοστά αναπηρίας εξαρτώνται από τη καρδιακή συχνότητα, τη συχνότητα των επεισοδίων, την ηλικία του αρρώστου, την ύπαρξη καρδιοπάθειας, την αντοχή στη θεραπεία, το επάγγελμα του αρρώστου, και κυμαίνονται από 10-30%.

Σε επίμονη και ανθεκτική στη φαρμακευτική αγωγή ΠΥΤ, εφαρμόζεται η κατάλυση με υψίσυγχο ρεύμα.

Το ποσοστό αναπηρίας μετά την επιτυχή κατάλυση είναι0%

1.3.2. ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ ΕΠΑΝΕΙΣΟΔΟΥ (ΠΑΡΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΔΕΜΑΤΙΑ)

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Τα τυπικά παραπληρωματικά δεμάτια συνδέουν το μυοκάρδιο των κόλπων με τις κοιλίες κατά μήκος της κολποκοιλιακής αύλακας. Τα δ κύματα που αναγνωρίζονται σε ένα ΗΚΓ είναι ένδειξη κοιλιακής προδιέγερσης

Τα παραπληρωματικά δεμάτια τα οποία είναι ικανά μόνο για αντίδρομη αγωγή αναφέρονται ως αποκεκρυμένα, ενώ αυτά που άγουν ορθόδρομα είναι τα εμφανή και παρουσιάζουν προδιέγερση στο ΗΚΓ (κύμα δέλτα).

Ο όρος σύνδρομο προδιέγερσης, προϋποθέτει τη συνύπαρξη ταχυαρρυθμιών που συντηρούνται μέσω του παραπληρωματικού δεματίου.

Τα ΗΚΓ χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν: 1) Διάστημα PR μικρότερο από 120 msec 2) Σύμπλεγμα QRS διευρυσμένο, με ένα βραδέως ανερχόμενο αρχικό τμήμα (κύμα δέλτα) και ένα συνήθως φυσιολογικό τελικό τμήμα και 3) δευτερογενείς διαταραχές του ST-T.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Σε ασυμπτωματικούς ασθενείς χωρίς ιστορικό αρρυθμιών.....0-5%
- Σε συμπτωματικούς ασθενείς με συχνές κρίσεις αρρυθμιών που δεν έχουν υποβληθεί σε κατάλυση ή η κατάλυση ήταν ανεπιτυχής.....25-50%

Επί υψηλού βαθμού επικινδυνότητας,, συνήθως κατόπιν ηλεκτροφυσιολογικού ελέγχου (ΗΦΕ), το ΠΑ μπορεί να ανέλθει στο 67%

1.3.3. ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΠΤΕΡΥΓΙΣΜΟΣ

Στον κολπικό πτερυγισμό, οι κόλποι συστέλλονται ρυθμικά με μεγάλη συχνότητα (240-400/1'). Συνήθως η συχνότητα των κολπικών επαρμάτων είναι 300/1' και των κοιλίων 150/1'.

Στο ΗΚΓ εμφανίζονται τα πτερυγικά κύματα F (δόντια πριονιού).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10-20%

1.3.4. ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Χαώδης ρυθμός, κατά το οποίο πολυάριθμα μικρά τμήματα του κολπικού μυοκαρδίου συσπώνται και χαλαρώνονται ασυντόνιστα ώστε να καταργείται η αποτελεσματική κολπική συστολή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή0-10% Μόνιμη κολπική μαρμαρυγή.....15-25%

Μετά από κατάλυση (ablation) και ανάλογα του αποτελέσματος.....0-25%

1.3.5. ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ

Πρόκειται για ρυθμική κοιλιακή ταχυκαρδία με ευρέα QRS συμπλέγματα και συχνότητα μεταξύ 100 έως 200 παλμών το 1'. Συνήθως οφείλεται σε ισχαιμική καρδιοπάθεια ή μυοκαρδιοπάθεια,

Η ΚΤ βαρύνει την πρόγνωση της καρδιοπάθειας η οποία συνυπάρχει.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-80%

1.3.6. ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

Είναι θανατηφόρος αρρυθμία εάν μέσα σε δευτερόλεπτα ή ελάχιστα λεπτά δε γίνει ηλεκτρική ανάταξη.

Σε περίπτωση επιβίωσης ασθενούς από κοιλιακή ταχυκαρδία – κοιλιακή μαρμαρυγή, και μετά από Ηλεκτροφυσιολογική Μελέτη (ΗΦΕ) γίνεται εμφύτευση **αυτόματης απινιδωτικής συσκευής** (ICD) για την αντιμετώπιση επεισοδίων εμμένουσας κοιλιακής ταχυκαρδίας.

1.4. ΒΡΑΔΥΑΡΡΥΘΜΙΕΣ

Συνήθως οφείλονται σε ισχαιμία ή εκφυλιστικές αλλοιώσεις

1.4.1. ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΟ-ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

- 1^{ου} βαθμού : χωρίς κλινική σημασία – δεν φαίνεται στο ΗΚΓ.
- 2^{ου} βαθμού : α) τύπου Wenckebach, προοδευτική μείωση του P-P διαστήματος, ακολουθεί παύλα μικρότερη από 2 P-P.
β) τύπου Mobitz II, παύση ακέραιο πολλαπλάσιο του βασικού ρυθμού
- 3^{ου} βαθμού : δεν διακρίνεται από την φλεβοκομβική παύση

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Χωρίς συμπτώματα0%
 Σε συμπτωματικό ασθενή, γίνεται εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη.....15-25%

1.4.2. ΠΕΡΙΠΛΑΝΩΜΕΝΟΣ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ

Είναι καλοήθης αρρυθμία και δε φέρει ποσοστό αναπηρίας.

1.4.3. ΚΟΜΒΙΚΟΣ ΡΥΘΜΟΣ**ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Είναι ρυθμός εκ διαφυγής από έκτοπο κέντρο που βρίσκεται στον κολποκοιλιακό κόμβο. Η καρδιακή συχνότητα κυμαίνεται από 35-60/1'.

Το ΗΚΓ δείχνει αρνητικό έπαρμα P στις απαγωγές II, III και AVF.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Ο ασυμπτωματικός κομβικός ρυθμός δε φέρει ποσοστό αναπηρίας
- Μετά βηματοδότηση.....15-25%

1.4.4. ΙΔΙΟΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΡΥΘΜΟΣ

Είναι ρυθμός εκ διαφυγής από έκτοπο κέντρο που βρίσκεται στο κοιλιακό μυοκάρδιο

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Το ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται από την υποκείμενη νόσο

1.4.5. ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ (ΚΚΑ)**I. ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΠΡΩΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ**

Παράταση του διαστήματος P-R στο ΗΚΓ. Δεν προσδίδει ποσοστό αναπηρίας.

II. ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ

Δύο τύποι: α) τύπος Mobitz I, β) τύπος Mobitz II

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- ΚΚΑ 2^{ου} βαθμού με συγκοπικές κρίσεις.....67-80%
- Μετά την βηματοδότηση.....25-35%

III. ΠΛΗΡΗΣ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ (ΠΚΑ)

Οι κόλποι συστέλλονται ανεξάρτητα από τις κοιλίες,, η καρδιακή συχνότητα κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 30 και 40 παλμών το 1'. Μπορεί να είναι Συγγενής ή Επίκτητος. Και στις δύο περιπτώσεις έχουμε ένδειξη για εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....80%

Μετά βηματοδότηση 25-50%

1.4.6. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΝΟΣΟΥΝΤΟΣ ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΟΥ

Αποτελεί μια ποικιλία συνδρόμων, κατά τα οποία υπάρχει ανεπαρκής λειτουργία του φλεβοκόμβου.

Τα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής : αδυναμία, ζάλη, προσυγκοπτικές καταστάσεις ή απώλεια της συνειδήσεως

Η δεύτερη σε συχνότητα μορφή του συνδρόμου είναι της "**ταχυκαρδίας – βραδυκαρδίας**".

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Σε ασυμπτωματικούς ασθενείς.....20-50%
- Σε συμπτωματικούς ασθενείς.....67%
- Μετά βηματοδότηση15-25%

1.5. ΣΚΕΛΙΚΟΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΙ**I. ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΔΕΞΙΟΥ ΣΚΕΛΟΥΣ****II. ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΣΚΕΛΟΥΣ****ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**

Τα ποσοστά αναπηρίας των σκελικών αποκλεισμών εξαρτώνται από τη βαρύτητα της υποκείμενης νόσου.

1.6. ΜΟΝΙΜΗ ΤΕΧΝΗΤΗ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ**ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**

Επί ενδείξεων και ανάλογα την υποκείμενη νόσο.....15-25%

Για τον προσδιορισμό των ποσοστών αναπηρίας των αρρώστων που φέρουν βηματοδότη θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη:

- 1) Η ανωμαλία της αγωγής ή του ρυθμού για την οποία έγινε η τοποθέτηση του βηματοδότη
- 2) Η υποκείμενη νόσος που δημιούργησε την ανωμαλία αυτή
- 3) Η ύπαρξη ή απουσία επιπλοκών από το βηματοδότη
- 4) Το επάγγελμα του αρρώστου.

1.7. ΕΜΦΥΤΕΥΣΙΜΟΣ ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗΣ (ICD)

Τοποθετείται σε επικίνδυνες κοιλιακές ταχυκαρδίες συνήθως με υποκείμενη σοβαρή καρδιοπάθεια.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάλογα με την υποκείμενη καρδιοπάθεια.....50-80%

2. ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

Η διάγνωση της Στεφανιαίας Νόσου προϋποθέτει στεφανιογραφικό έλεγχο. Επισημαίνεται η βελτίωση της πρόγνωσης της νόσου χάρη στην σύγχρονη θεραπευτική αγωγή και την επιθετική τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου.

Για κλινικούς, θεραπευτικούς και προγνωστικούς λόγους, η στεφανιαία νόσος ταξινομείται στα οξέα στεφανιαία ή ισχαιμικά σύνδρομα και στη χρόνια στεφανιαία νόσο. Το φάσμα των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων περιλαμβάνει την ασταθή στηθάγχη, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του τμήματος ST (NSTEMI - non-ST elevation myocardial infarction), το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST (STEMI - ST elevation myocardial infarction) και τον αιφνίδιο θάνατο.

2.1. ΧΡΟΝΙΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

Εκδήλωση της χρόνιας στεφανιαίας νόσου είναι η σταθερή στηθάγχη

Το σύμπτωμα της στηθάγχης μπορεί να βαθμονομηθεί με βάση την Canadian Cardiovascular Society ως εξής:

Στάδιο I: Η συνήθης φυσική δραστηριότητα δεν προκαλεί στηθάγχη - όπως η βάδιση ή η ανάβαση κλίμακας. Στηθάγχη προκαλείται σε έντονη ή γρήγορη ή παρατεταμένη άσκηση που συμβαίνει κατά την εργασία ή την ψυχαγωγία.

Στάδιο II: Ήπιος περιορισμός της συνήθους δραστηριότητας - στηθάγχη σε γρήγορη βάδιση ή ανάβαση κλίμακας, βάδιση σε ανηφορικό δρόμο, βάδιση ή ανάβαση κλίμακας μετά από γεύμα ή σε κρύο περιβάλλον ή σε άνεμο ή επί ψυχικής φόρτισης ή τις πρώτες ώρες μετά την αφύπνιση. Επίσης, στηθάγχη παρουσιάζεται κατά τη βάδιση για πάνω από δύο οικοδομικά τετράγωνα (100-200 m) σε ευθεία ή κατά την ανάβαση κλίμακας πάνω από έναν όροφο, με κανονική βάδιση και υπό φυσιολογικές συνθήκες.

Στάδιο III: Σημαντικός περιορισμός της συνήθους φυσικής δραστηριότητας - Στηθάγχη προκαλείται κατά τη βάδιση 1-2 οικοδομικών τετραγώνων σε ευθεία και την ανάβαση κλίμακας ενός ορόφου, υπό φυσιολογικές συνθήκες και με κανονική βάδιση.

Στάδιο IV: Αδυναμία εκτέλεσης οποιασδήποτε φυσικής δραστηριότητας χωρίς συμπτώματα - Τα στηθαγχικά ενοχλήματα δυνατόν να παρουσιάζονται ακόμη και σε ηρεμία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως του σταδίου

- Στάδιο I: Η συνηθισμένη φυσική δραστηριότητα της καθημερινής ζωής δεν προκαλεί στηθαγχικό άλγος.....35%
- Στάδιο II: Μικρού βαθμού περιορισμός της συνηθισμένης φυσικής δραστηριότητας50%
- Στάδιο III: Μέτριου έως σοβαρού βαθμού περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας67%
- Στάδιο IV: Εμφάνιση συμπτωμάτων κατά την ανάπαυση.....80%

Τα ανωτέρω κλινικά στάδια θα πρέπει να εκτιμώνται και να συσχετίζονται αναλόγως με τα αποτελέσματα των εργαστηριακών ευρημάτων (δοκιμασία κοπώσεως, θάλλιο, στεφανιογραφία κ.λ.π.).

2.2.ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

2.2.1 ΣΙΩΠΗΡΗ (ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ) ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Η σιωπηρή ή ασυμπτωματική μυοκαρδιακή ισχαιμία ορίζεται ως η παρουσία αντικειμενικών ενδείξεων ισχαιμίας του μυοκαρδίου, χωρίς την παρουσία στηθάγχης ή ισοδυνάμου της.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάλογα με την βαρύτητα της νόσου.....35-50%

2.2.2 ΣΤΗΘΑΓΧΗ PRINZMETAL

Είναι στηθάγχη που οφείλεται σε σπασμό των στεφανιαίων αρτηριών

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάλογα με την βαρύτητα της νόσου.....35-67%

2.2.3 ΣΥΝΔΡΟΜΟ X

Τυπική στηθαγχική συμπτωματολογία με σχεδόν φυσιολογική ανατομία των επικαρδιακών στεφανιαίων αρτηριών. Το σύνδρομο αυτό έχει καλύτερη πρόγνωση από την αθηροσκληρυντική στεφανιαία νόσο.

Τα κύρια χαρακτηριστικά που οριοθετούν το σύνδρομο αυτό είναι:

1. στηθάγχη προσπάθειας
2. κατάσπαση του ST στο ΗΚΓ μετά από στηθαγχικό επεισόδιο
3. στεφανιογραφία με φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία
4. απουσία σπασμού στεφανιαίας αρτηρίας,
5. απουσία συστηματικής ή καρδιακής νόσου που να σχετίζεται με δυσλειτουργία των μικρών αγγείων.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάλογα με τη συχνότητα των ενοχλημάτων.....25-40%

2.3. ΟΞΕΑ ΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ST (NSTE-ACS)

Με βάση τα επίπεδα των μυοκαρδιακών ενζύμων στο περιφερικό αίμα, (κύριος εκπρόσωπός τους είναι η τροπονίνη I ή T), οι ασθενείς αυτοί διακρίνονται σε εκείνους με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανασπάση του ST (NSTEMI) όταν υπάρχει αύξηση της τροπονίνης και σε αυτούς με ασταθή στηθάγχη όταν δεν υπάρχει αύξηση των δεικτών μυοκαρδιακής νέκρωσης στο περιφερικό αίμα.

2.4. ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΜΕ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ΤΟΥ ST

Χαρακτηρίζεται από τυπικό προκάρδιο άλγος και εμμένουσα ανόσπαση τμήματος ST (>20min).

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου θεωρείται ασφαλιστικώς ως:

- 1) πρόσφατο μέχρι συμπλήρωσεως βμήνου από της εγκαταστάσεώς του.
- 2) σχετικώς πρόσφατο μέχρι συμπλήρωσεως έτους από της εγκαταστάσεώς του και
- 3) παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου μετά παρέλευση έτους από της εγκαταστάσεώς του.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Πρόσφατο έμφραγμα μυοκαρδίου.....80%
- Σχετικώς πρόσφατο έμφραγμα μυοκαρδίου.....67%

ΠΑΛΑΙΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Το Ποσοστό Αναπηρίας εξαρτάται από τους εξής παράγοντες:

- α) την έκταση του εμφράγματος – κλάσμα εξώθησης
- β) την υπολειπόμενη ισχαιμία – δοκιμασία κόπωσης,, T1201 , stress echo
- γ) τις συνυπάρχουσες αρρυθμίες

Επομένως:

- παλαιό έμφραγμα με ΚΕ $\geq 50\%$ και χωρίς ισχαιμία.....35%
- παλαιό έμφραγμα με ΚΕ $\geq 50\%$ και μικρού βαθμού ισχαιμία.....50%
- παλαιό έμφραγμα με ΚΕ 35-50%, χωρίς ισχαιμία50%
- παλαιό έμφραγμα με ΚΕ 35-50%, και μικρού βαθμού ισχαιμία.....67%
- παλαιό έμφραγμα με ΚΕ $<35\%$, ανεξαρτήτως ισχαιμίας80%
- παλαιό έμφραγμα με διαταραχές ρυθμού.....50-80%

2.5. ΕΠΑΝΑΓΓΕΙΩΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ**2.5.1 ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ****(ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΥΝΗΘΩΣ ΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ STENT)**

Σκοπός της παρέμβασης είναι η διάνοιξη στενωμένης αρτηρίας.

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Το πρώτο εξάμηνο μετά την αγγειοπλαστική..... 67%
- Μετά: τα ποσοστά αναπηρίας είναι ως ακολούθως:
 - 1) Χωρίς αντικειμενικά ευρήματα ισχαιμίας και με καλή λειτουργικότητα αριστεράς κοιλίας20-30%
 - 2) Με υπολειπόμενη ισχαιμία και με καλή λειτουργικότητα αριστεράς κοιλίας
 - α) με περιορισμένη ισχαιμία.....50%
 - β) με εκτεταμένη ισχαιμία.....67%
 - 3) Με σημαντική ισχαιμία ή και δυσλειτουργία αριστεράς κοιλίας.....67-80%

2.5.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΑΝΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Σκοπός της χειρουργικής θεραπείας είναι η επαναιμάτωση της ισχαιμικής περιοχής του μυοκαρδίου διαμέσου φλεβικών ή αρτηριακών μοσχευμάτων.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Το 1^ο εξάμηνο μετά την επέμβαση..... 80%
- Το 2^ο εξάμηνο μετά την επέμβαση.....67%
- Μετά: τα ποσοστά αναπηρίας είναι ως ακολούθως:
 - 1) Χωρίς ιδιαίτερα αντικειμενικά ευρήματα ισχαιμίας και με καλή λειτουργικότητα αριστεράς κοιλίας35%
 - 2) Με υπολειπόμενη ισχαιμία και με καλή λειτουργικότητα αριστεράς κοιλίας
 - α) με περιορισμένη ισχαιμία.....50%

- β) με εκτεταμένη ισχαιμία.....67%
- 3) Με σημαντική ισχαιμία και δυσλειτουργία αριστεράς κοιλίας.....67-80%

3. ΕΠΙΚΤΗΤΕΣ ΧΡΟΝΙΕΣ ΒΑΛΒΙΔΟΠΑΘΕΙΕΣ

3.1. ΣΤΕΝΩΣΗ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Ως στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας ορίζεται η παθολογική οντότητα κατά την οποία παρατηρείται ελάττωση του λειτουργικού στομίου της βαλβίδας, είτε λόγω ανατομικών είτε λόγω λειτουργικών διαταραχών, με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η ροή του αίματος από τον αριστερό κόλπο προς την αριστερή κοιλία.

Το πρώτο σε συχνότητα αίτιο στένωσης της μιτροειδούς είναι ο ρευματικός πυρετός. Το φυσιολογικό εύρος του στομίου της μιτροειδούς βαλβίδας κυμαίνεται μεταξύ 4-6 cm².

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- μικρού βαθμού στένωση μιτροειδούς (στόμιο > 2 cm²).....5-10%
 - μικρού- μετρίου βαθμού (εύρος στομίου 1,5 – 2 cm²).....35%
 - μέτριου - μεγάλου βαθμού (εύρος στομίου 1,2 – 1,5 cm²).....50%
 - μεγάλου βαθμού (εύρος στομίου < 1,2 cm² με πίεση αριστερού κόλπου πάνω από 20 mm Hg).....67-80%
 - με πνευμονική υπέρταση και πίεση πνευμονικής πάνω από 100 mm Hg.....80%
- Μετά από διόρθωση χειρουργική ή επεμβατική (βαλβιδοπλαστική)
- χωρίς επιπλοκές.....20-35%
 - με επιπλοκές από την προσθετική βαλβίδα.....67-80%
 - με διατήρηση της κοιλιακής μαρμαρυγής.....40%
 - με διατήρηση σοβαρού βαθμού πνευμονικής υπερέτασης.....67-80%

3.2. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Αδυναμία πλήρους συγκλίσεως της βαλβίδας με αποτέλεσμα την παλινδρόμηση του αίματος από την αριστερά κοιλία προς τον αριστερό κόλπο κατά τη συστολική περίοδο. Συνηθέστερες αιτίες είναι ο ρευματικός πυρετός, η πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας, δυσλειτουργία-ρήξη θηλοειδούς μυός κλπ

Σε μέσου ή σοβαρού βαθμού ανεπάρκεια της βαλβίδας εμφανίζονται εύκολη κόπωση, αίσθημα προκαρδίων παλμών, δύσπνοια προσπάθειας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως του επιπέδου βαρύτητας της νόσου.

Προ της διόρθωσης

- Μικρού βαθμού, χωρίς υποκειμενικά ενοχλήματα και αιμοδυναμικές διαταραχές.....0-5%
- Κλινικά υποκειμενικά ενοχλήματα, ηλεκτροκαρδιογραφικά, ακτινολογικά και υπερηχοκαρδιογραφικά ευρήματα υποδηλώντα μέσου βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς.....15-35%
- Μεγάλου βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς50-67%
- Μεγάλου βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς με εικόνα πνευμονικής συμφορήσεως, συμπτώματα δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας80%

Μετά από διόρθωση χειρουργική ή επεμβατική

- Με καλή λειτουργικότητα αριστεράς κοιλίας.....20-35%
- Με επιπλοκές67-80%
- Μη αναστρέψιμη δυσλειτουργία της αρ. κοιλίας.....80% και άνω

3.3. ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΗΣ

Μείωση της ροής του αίματος μέσω στενωμένου στομίου της αορτικής βαλβίδας. Συνηθέστερες αιτίες είναι ο ρευματική πυρετός,, συγγενής,, ασβεστωμένη. Τα συμπτώματα αρχίζουν όταν το αορτικό στόμιο είναι περίπου 0.5 cm². και είναι εγκεφαλική ισχαιμία μετά από κόπωση, στηθάγχη, αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας (η σοβαρότερη κλινική εκδήλωση).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

A) Προ επεμβάσεως

– σε εμβαδόν στομίου 1,5-2 cm² και με μέση κλίση πίεσεως < 25 mm Hg.....5-10%

– σε εμβαδόν στομίου 1 – 1,5 cm² και με μέση κλίση πίεσεως 25- 40 mm Hg... 50%

– σε εμβαδόν στομίου < 1 cm² και με μέση κλίση πίεσης > 40mm Hg.....60-80%

B) Μετά από διόρθωση χειρουργική ή επεμβατική.

– Με καλή λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας.....20-35%

– Με επιπλοκές67-80%

3.4. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Αδυναμία πλήρους συγκλίσεως της βαλβίδας με αποτέλεσμα τη παλινδρόμηση του αίματος από την αορτή προς την αριστερή κοιλία κατά τη διαστολική περίοδο.

Συνηθέστερες αιτίες είναι ο ρευματικός πυρετός, διαχωριστικό ανεύρυσμα αορτής κλπ

Σημασία για την πρόγνωση έχει η διάταση και η λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας (ΚΕ).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

α) μικρού βαθμού ανεπάρκεια αορτής.....5-10%

β) μέτρια ανεπάρκεια με ΤΔΔΑρ.Κοιλίας < 60 mm και ΚΕ >55%.....20-40%

γ) μετρίου προς σοβαρού με ΤΔΔΑρ.Κοιλίας > 60 mm και ΚΕ >55%..... 50-67%

δ) σοβαρή ανεπάρκεια με ΤΔΔΑρ.Κοιλίας > 60 mm και ΚΕ <55%.....67-80%

Κατάσταση μετά από χειρουργική επέμβαση (αντικατάσταση βαλβίδας)

– Τα ποσοστά αναπηρίας εξαρτώνται από την κατάσταση του μυοκαρδίου προ της εγχειρήσεως, δηλ. σε μυοκάρδιο χωρίς σοβαρή δυσλειτουργία20-35%

– Σε μυοκάρδιο με μη αναστρέψιμη βλάβη.....67-80%

Μετά από διαδερμική αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας

Τα Ποσοστά Αναπηρίας διαμορφώνονται ως ανωτέρω, όμως η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται σε ιδιαίτερα επιβαρυσμένους ασθενείς.

3.5. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΡΙΓΛΩΧΙΝΑΣ

Αδυναμία πλήρους συγκλίσεως της βαλβίδας με αποτέλεσμα την παλινδρόμηση του αίματος από τη δεξιά κοιλία στο δεξιό κόλπο κατά τη συστολική περίοδο.

Η ανεπάρκεια είτε είναι Λειτουργική (διάταση και ανεπάρκεια της δεξιάς κοιλίας) είτε Οργανική (Ρευματικής αιτιολογίας,, ενδοκαρδίτιδα κλπ)

Συνήθως έχουμε εύκολη κόπωση, δύσπνοια προσπάθειας και τα συμπτώματα της δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

– Προ διορθωτικής επεμβάσεως

α) χωρίς σημεία καρδιακής κάμψεως.....20-35%

β) με σημεία καρδιακής κάμψεως.....67-80%

– Μετά από επιτυχή χειρουργική επέμβαση (αντικατάσταση ή πλαστική της βαλβίδας).....20-35%

3.6. ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΡΙΓΛΩΧΙΝΑΣ

Στένωση του στομίου της τριγλώχινας με αποτέλεσμα την παρεμπόδιση στη ροή του αίματος από το δεξιό κόλπο στη δεξιά κοιλία.

Συνήθη αίτια ο ρευματικός πυρετός, σπανιότερα βακτηριδιακή ενδοκαρδίτιδα με απόφραξη του στομίου από εκβλαστήσεις, μύζωμα του δεξιού κόλπου κ.ά.

Συμπτώματα: Συνήθως κυριαρχούν τα συμπτώματα της συνυπάρχουσας στένωσης της μιτροειδούς. Σε σοβαρή στένωση της τριγλώχινας εμφανίζονται διόγκωση ήπατος και ασκίτης. Χαρακτηριστική η μυϊκή αδυναμία στο βάδισμα από την ελαττωμένη καρδιακή παροχή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

– Προ επεμβάσεως

α) Σε μέση κλίση πίεσης <5 mmHg και επιφάνεια στομίου > 1,5 cm²25-35%

β) Σε μέση κλίση πίεσης >5 mmHg και ανάλογα με το βαθμό στενώσεως του στομίου.....50-67%

– Μετά από επιτυχή επέμβαση (συνήθως χειρουργική βαλβιδοτομή).....20-35%

3.7. ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ

Πρόκειται περί της προπτώσεως της μιας ή και των δύο γλωχίνων της μιτροειδούς βαλβίδας μέσα στον αριστερό κόλπο κατά τη διάρκεια της συστολής.

Οφείλεται κυρίως σε μυξωματώδη εκφύλιση της βαλβίδας με επιμήκυνση των τενόντιων χορδών και υπερβολική ανάπτυξη βαλβιδικού ιστού.

Γενικά, η πρόγνωση και η βαρύτητα της παθήσεως εξαρτάται από το βαθμό της ανεπάρκειας της μιτροειδούς βαλβίδας και την εμφάνιση, το είδος και τη συχνότητα των διαταραχών του καρδιακού ρυθμού (έκτακτες συστολές, κολπική μαρμαρυγή και σπανιότερα κοιλιακή ταχυκαρδία).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

(Βλέπε ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας)

4. ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ

Η συχνότητα των συγγενών καρδιοπαθειών υπολογίζεται σε 0,9% περίπου των γεννήσεων. Στους ενήλικους οι συγγενείς καρδιοπάθειες δεν υπερβαίνουν το 10% του συνόλου των καρδιοπαθειών.

Οι συχνότερες συγγενείς καρδιοπάθειες είναι: Η μεσοκοιλιακή επικοινωνία, η μεσοκολπική επικοινωνία, ο ανοικτός αρτηριακός πόρος, η στένωση της πνευμονικής, η στένωση του ισθμού της αορτής, η στένωση της αορτής, η τετραλογία του Fallot και η μετάθεση των μεγάλων αγγείων. Τα τελευταία χρόνια η έγκαιρη διάγνωση, η σωστή συντηρητική αγωγή και, κυρίως η χειρουργική θεραπεία κατέστησαν δυνατή την επιβίωση πολλών παιδιών που πάσχουν από σοβαρή συγγενή καρδιοπάθεια.

4.1. ΜΕΣΟΚΟΛΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Πρόκειται περί ελλείμματος στο μεσοκολπικό διάφραγμα, που επιτρέπει την επικοινωνία του αριστερού και δεξιού κόλπου. Οι σπουδαιότεροι τύποι μεσοκολπικής επικοινωνίας:

A. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑ

Το έλλειμμα εντοπίζεται κατά τη μεσότητα του μεσοκολπικού διαφράγματος και η διάμετρός του κυμαίνεται από λίγα mm μέχρι 2-3 cm.

Για λόγους αιμοδυναμικούς υπάρχει διαφυγή αίματος από τα αριστερά στα δεξιά που οδηγεί σε αύξηση της πνευμονικής παροχής χωρίς όμως την αύξηση των πιέσεων της πνευμονικής αρτηρίας και της δεξιάς κοιλίας. Σπάνια παρατηρείται πνευμονική υπέρταση (σύνδρομο Eisenmenger). Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν μετά το 40ό έτος και συνδέονται με την

εμφάνιση 1) κολπικής μαρμαρυγής ή περφυγισμού, 2) δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας και 3) – σπανιότερο – σύνδρομο Eisenmenger.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Κυμαίνονται ανάλογα προς τη βαρύτητα της παθήσεως:

- Σε ελαφρού βαθμού μεσοκολπική επικοινωνία με μικρή διαφυγή αίματος, ασυμπτωματική.....10%
- Σε μετρίου βαθμού μεσοκολπική επικοινωνία με αυξημένη πνευμονική παροχή, που δεν υπερβαίνει όμως το διπλάσιο της παροχής της μεγάλης κυκλοφορίας και με αυξημένες πνευμονικές αντιστάσεις, που δεν υπερβαίνουν όμως το 50% των αντιστάσεων της μεγάλης κυκλοφορίας.....35-50%
- Σε μεγάλου βαθμού μεσοκολπική επικοινωνία με πνευμονική παροχή που υπερβαίνει το διπλάσιο της παροχής της μεγάλης κυκλοφορίας, με πνευμονικές αντιστάσεις που υπερβαίνουν το 50% των αντιστάσεων της μεγάλης κυκλοφορίας και με σύνδρομο Eisenmenger.....80- >80%
- Κατάσταση μετά από χειρουργική σύγκλειση του ελλείμματος (με συρραφή των χειλέων ή με προσθήκη πλαστικού μοσχεύματος).
 - α. Με χαμηλές πνευμονικές αντιστάσεις.....10%
 - β. Με βελτίωση των προ-εγχειρητικών αυξημένων πνευμονικών αντιστάσεων.....35-50%
 - γ. Με διατήρηση των αυξημένων πνευμονικών αντιστάσεων.....67-80%

Β. ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑ

Το έλλειμμα εντοπίζεται στο κατώτερο τμήμα του μεσοκολπικού διαφράγματος και πάντοτε συνοδεύεται από ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας,

Τα συμπτώματα, που αρχίζουν από την πρώτη παιδική ηλικία, είναι εύκολη κόπωση, συχνές βρογχοπνευμονικές λοιμώξεις και εκδηλώσεις καρδιακής ανεπάρκειας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Πριν από τη χειρουργική επέμβαση.....67->80%
- Μετά επιτυχή χειρουργική διόρθωση των ανωμαλιών:
 - α. Με καλές πνευμονικές αντιστάσεις.....10-20%
 - β. Με διατήρηση των αυξημένων πνευμονικών αντιστάσεων.....67%

Γ. ΚΟΙΝΗ ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Εδώ το έλλειμμα είναι μεγαλύτερο και περιλαμβάνει και την ανώτερη μοίρα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Έτσι οι κόλποι και οι κοιλίες επικοινωνούν μεταξύ τους ελεύθερα. Η μιτροειδής και η τριγλώχινια βαλβίδα εμφανίζουν ανεπάρκεια – σε μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων. Στα πρώτα στάδια υπάρχει μεγάλη διαφυγή αίματος από τα αριστερά προς τα δεξιά. Αργότερα αναπτύσσεται το σύνδρομο Eisenmenger με ροή αίματος από τα δεξιά προς τα αριστερά.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Μετά τη χειρουργική διόρθωση των ανωμαλιών και με καλές πνευμονικές αντιστάσεις.....35-50%
- Μετά τη χειρουργική διόρθωση των ανωμαλιών και με μικρή βελτίωση ή διατήρηση των αυξημένων πνευμονικών αντιστάσεων.....67-80%

4.2. ΜΕΣΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Πρόκειται περί μεσοκοιλιακού ελλείμματος που μπορεί να είναι μονήρες ή πολλαπλό και του οποίου η έκταση ποικίλλει από ελάχιστα mm² μέχρι cm² (ή περισσότερο) κατά τετραγωνικό μέτρο επιφάνειας του σώματος.

Όταν η επιφάνεια του ελλείμματος είναι μικρή, η διαφυγή του αίματος από την αριστερή κοιλία προς τη δεξιά είναι μικρή και η πρόγνωση είναι άριστη. Όταν η επιφάνεια του ελλείμματος είναι πάνω από 1 cm²/m² επιφάνειας σώματος, τότε πρόκειται για μεγάλη

μεσοκοιλιακή επικοινωνία (ΜΕ) και η διαφυγή του αίματος από τα αριστερά προς τα δεξιά είναι μεγάλη με συνέπεια την αύξηση της πνευμονικής παροχής στο τριπλάσιο ή πενταπλάσιο του φυσιολογικού (λειτουργική πνευμονική υπέρταση).

Πραγματική πνευμονική υπέρταση λόγω αύξησεως των πνευμονικών αντιστάσεων δημιουργεί το σύνδρομο Eisenmenger με διαφυγή του αίματος από τα δεξιά προς τα αριστερά.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Μικρού έως μέτριου βαθμού μεσοκοιλιακό έλλειμμα (μικρότερο του $1 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ επιφάνειας σώματος).....10%
- Μεγάλου βαθμού μεσοκοιλιακό έλλειμμα (άνω του $1 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ επιφάνειας σώματος) με μεγάλη διαφυγή αίματος από τα αριστερά στα δεξιά, αυξημένη πνευμονική παροχή (πάνω από το διπλάσιο της παροχής της μεγάλης κυκλοφορίας), αύξηση της πίεσεως της δεξιάς κοιλιάς, αύξηση των πνευμονικών αντιστάσεων (σύνδρομο Eisenmenger).....67->80%
- Κατάσταση μετά από χειρουργική διόρθωση του ελλείμματος.
- α) χωρίς βελτίωση της πνευμονικής αποφρακτικής αγγειακής παθήσεως.....50-80%
- β) με βελτίωση της πνευμονικής αποφρακτικής αγγειακής παθήσεως.....20-35%

4.3. ΑΝΩΜΑΛΗ ΕΚΒΟΛΗ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΩΝ ΦΛΕΒΩΝ

Αφορά τις πνευμονικές φλέβες και των δύο πνευμόνων, πιο συχνά όμως του δεξιού πνεύμονος. Είτε είναι πλήρης είτε αφορά μερικές από τις πνευμονικές φλέβες (ατελής ή μερική). Οι θέσεις όπου είναι δυνατό να εκβάλλουν είναι: η άνω κοίλη φλέβα, η κάτω κοίλη φλέβα, ο δεξιός κόλπος, η αριστερή ανώνυμη φλέβα, ο στεφανιαίος κόλπος, οι ηπατικές φλέβες, ο φλεβώδης πόρος.

Η θεραπεία είναι χειρουργική και αποσκοπεί ώστε όλες οι πνευμονικές φλέβες να εκβάλλουν στον αριστερό κόλπο.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Σε μερική εκβολή των πνευμονικών φλεβών και με λιγότερο του 50% της πνευμονικής φλεβικής παροχής στη δεξιά κυκλοφορία.....5-10%
- Σε μερική εκβολή των πνευμονικών φλεβών και με πνευμονική φλεβική παροχή στο δεξιό κόλπο άνω του 50% του συνόλου αυτής.....35-67%
- Σε ολική εκβολή των πνευμονικών φλεβών και ανάλογα αν υπάρχει ή όχι καρδιακή ανεπάρκεια ή πνευμονική υπέρταση.....67->80%
- Μετά τη χειρουργική διόρθωση των ανωμαλιών και αναλόγως της επιτυχίας της εγχειρήσεως και του βαθμού της προεγχειρητικής βλάβης.....25- 67%

4.4. ΑΝΟΙΚΤΟΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΣ ΠΟΡΟΣ (ΒΟΤΑΛΕΙΟΣ ΠΟΡΟΣ)

Υπάρχει διαφυγή αίματος από την αορτή προς την πνευμονική αρτηρία δια μέσου του αρτηριακού πόρου που παραμένει ανοικτός. Όταν οι πνευμονικές αντιστάσεις είναι αυξημένες (σύνδρομο Eisenmenger) δημιουργείται αναστροφή της διαφυγής από την πνευμονική στην αορτή, με αποτέλεσμα την κυάνωση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Κυμαίνεται ανάλογα με το μέγεθος της διαφυγής. Έτσι σε:

- Ελαφρού έως μετρίου βαθμού βαρύτητας της νόσου: διάμετρος πόρου μέχρι 1 cm, σχέση πνευμονικής / συστηματικής παροχής μέχρι 2 και φυσιολογική πνευμονική αρτηριακή πίεση.....25-50%
- Σε βαριά μορφή: διάμετρος πόρου άνω του 1 cm, σχέση πνευμονικής / συστηματικής παροχής περισσότερο από 2, πνευμονική αρτηριακή πίεση αυξημένη, αλλά μικρότερη της συστηματικής.....67-80%
- Με σύνδρομο Eisenmenger.....>80%

– Μετά τη χειρουργική ή διαδερμική διόρθωση της ανωμαλίας (εκτός εάν διατηρούνται αυξημένες οι πνευμονικές αντιστάσεις οπότε το ποσοστό αναπηρίας εξαρτάται από το μέγεθος των πνευμονικών αντιστάσεων) – βλέπε προηγούμενα κεφάλαια –δεν τεκμηριώνεται αναπηρία.

4.5. ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΟΥ ΙΣΘΜΟΥ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων (95%) η στένωση βρίσκεται αμέσως μετά την έκφυση της αριστεράς υποκλειδίας αρτηρίας. Αποτελεί είτε μεμονωμένη ανωμαλία (25%) είτε συνδυάζεται με άλλες συγγενείς καρδιοπάθειες.

Το αίμα που προέρχεται από την αριστερά κοιλία δεν περνάει ελεύθερα μέσα από τον εστενωμένο ισθμό (που η διάμετρός του μπορεί να φθάσει μόλις τα 1-2 mm) και έτσι η κυκλοφορία και η αρτηριακή πίεση είναι μειωμένες στο κάτω ήμισυ του σώματος, ενώ αντιθέτως είναι αυξημένες στο άνω ήμισυ του σώματος.

Προς αντιρρόπηση της μειωμένης κυκλοφορίας του κάτω ημίσεος του σώματος αναπτύσσεται έντονη παράπλευρη κυκλοφορία κυρίως με αύξηση της κυκλοφορίας δια των μεσοπλευρίων αρτηριών, οι οποίες διατείνονται σημαντικά.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

– Πριν από τη χειρουργική επέμβαση:

Τα ποσοστά αναπηρίας εξαρτώνται από την εμφάνιση ή όχι συμπτωμάτων (δύσπνοια, εύκολη σωματική κόπωση), από την προοδευτική ή όχι αύξηση του μεγέθους της καρδιάς και από την παρουσία των επιπλοκών που ήδη αναφέρθηκαν και κυμαίνονται από35 - >80%.

– Μετά τη χειρουργική επέμβαση:

Τα ποσοστά αναπηρίας είναι ανάλογα με την επιτυχία της επεμβάσεως, την ηλικία κατά την οποία έγινε η εγχείρηση (καλύτερα τα αποτελέσματα σε ασθενείς με μικρή ηλικία), την παραμονή ή όχι της αρτηριακής υπερτάσεως κ.λ.π. και κυμαίνονται από10-35%.

4.6. ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ

Η στένωση συνήθως αφορά στη βαλβίδα της πνευμονικής αυτή καθαυτή, η οποία συμβαίνει λόγω συνένωσης των πτυχών της. Σε ένα μικρότερο ποσοστό η στένωση της πνευμονικής αφορά σε στένωση του χώρου εξόδου της δεξιάς κοιλίας, ενώ σε ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό, αφορά σε στένωση στην πνευμονική αρτηρία, πάνω από τη βαλβίδα της πνευμονικής.

Φυσιολογικά το στόμιο της πνευμονικής είναι $2 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ επιφάνειας σώματος.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

– Πριν από την εγχείρηση

– Σε μικρού βαθμού στένωση.....10-20%

– Σε μετρίου βαθμού στένωση (κλίση πιέσεως μέχρι 50 mm Hg).....35-50%

– Σε μεγάλου βαθμού στένωση (κλίση πιέσεως άνω των 50 mm Hg).....67-90%

– Μετά την επιτυχή χειρουργική ή επεμβατική επέμβαση (βαλβιδοτομή, αγγειοπλαστική, αντικατάσταση βαλβίδος).....20-35%

4.7. ΤΕΤΡΑΛΟΓΙΑ ΤΟΥ FALLOT

Η κλασική τετράδα των ανατομικών ανωμαλιών που περιέγραψε ο Fallot το 1888 είναι: 1) στένωση της πνευμονικής, 2) μεσοκοιλιακή επικοινωνία, 3) εφίπνευση της αορτής και στις δύο κοιλίες και 4) υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας.

Οι δύο πρώτες θεωρούνται οι κύριες ανατομικές ανωμαλίες και από το βαθμό της στενώσεως και το μέγεθος της μεσοκοιλιακής επικοινωνίας εξαρτάται η βαρύτητα της παθήσεως.

Κλινική εικόνα και συμπτώματα: Κυάνωση, δύσπνοια, εύκολη κόπωση, υποξαιμικές κρίσεις.

Χωρίς χειρουργική θεραπεία οι περισσότεροι ασθενείς πεθαίνουν πριν από τα 20 τους χρόνια..
Χειρουργική επιτυχία στο 90% των περιπτώσεων.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

– Πριν από την εγχείρηση και ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου: μικρή ή μεγάλη στένωση της πνευμονικής, μικρή ή μεγάλη μεσοκοιλιακή επικοινωνία.....50->80%

– Μετά την εγχείρηση

α. Με καλά έως εξαιρετικά αποτελέσματα.....20-50%

β. Με μέτρια έως πενιχρά αποτελέσματα.....67-80%

4.8. ΜΕΤΑΘΕΣΗ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ

Διακρίνεται σε:

1) Πλήρη μετάθεση: Η αορτή εκφύεται από τη δεξιά κοιλία και η πνευμονική αρτηρία από την αριστερή κοιλία με επακόλουθο την έντονη κυάνωση.

Εμφανίζεται ως μονήρης ανωμαλία ή συνυπάρχει με μεσοκολπική επικοινωνία, μεσοκοιλιακή επικοινωνία ή ανοικτό Βοτάλειο πόρο.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

– Μετά την εγχείρηση

Ανάλογα με το βαθμό επιτυχίας της εγχειρήσεως.....50-80%

2) Ατελή μετάθεση: Είτε η αορτή είναι μετατιθεμένη στη δεξιά κοιλία και η πνευμονική αρτηρία επιπτεύει ένα μεγάλο μεσοκοιλιακό έλλειμμα είτε υπάρχει διπλός χώρος εκροής της δεξιάς κοιλίας. Στην τελευταία περίπτωση η αορτή και η πνευμονική αρτηρία εξορμούν (εκφύονται) από τη δεξιά κοιλία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Όμοιο με εκείνο της πλήρους μεταθέσεως.

3) Διορθωμένη μετάθεση: Η αορτή βρίσκεται μπροστά από την πνευμονική αρτηρία όπως γίνεται και στην πλήρη μετάθεση, αλλά οι κοιλίες είναι και αυτές μετατεθειμένες.

Συνυπάρχουν και άλλες ανωμαλίες, συχνότερα η ανωμαλία Ebstein, η μεσοκοιλιακή επικοινωνία και η στένωση της πνευμονικής αρτηρίας.

Η κλινική εικόνα αναλόγως των συνυπαρχουσών ανωμαλιών.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

– Σε ανεπίπλεκτες περιπτώσεις (μονήρης βλάβη).....35-60%

– Σε περιπτώσεις με συνυπάρχουσες άλλες συγγενείς καρδιακές ανωμαλίες- ανάλογα με τη σοβαρότητα αυτών των ανωμαλιών.....67 - >80%

– Μετά τη χειρουργική διόρθωση των ανωμαλιών και ανάλογα με το βαθμό επιτυχίας της εγχείρησης.....35-70%

4.9. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ EBSTEIN

Υπάρχει ανώμαλη μορφογένεση και μετατόπιση της τριγλώχινας βαλβίδας, «κολποποίηση» μέρους της δεξιάς κοιλίας που επίσης είναι διατεταμένη και με πολύ λεπτό τοίχωμα.

Τα συμπτώματα εξαρτώνται από το βαθμό παραμορφώσεως και μετατοπίσεως της βαλβίδας και από το βαθμό της δυσλειτουργίας της δεξιάς κοιλίας.

Η εγχείρηση συνίσταται στην αντικατάσταση της τριγλώχινας βαλβίδας με προσθετική. Τα αποτελέσματα δεν είναι πάντοτε ικανοποιητικά.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

– Πριν από την εγχείρηση.....67 - >80%

– Μετά την εγχείρηση και ανάλογα με τα αποτελέσματα της εγχείρησης,.....50-70%

4.10. ΚΟΙΝΟΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΣ ΚΟΡΜΟΣ

Υπάρχει ένα μόνο μεγάλο αγγείο, το αίμα που δέχεται αυτό το αγγείο είναι ανάμικτο, αρτηριακό και φλεβικό (κυάνωση).

Συνυπάρχει πάντοτε μεσοκοιλιακή επικοινωνία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

– Μετά τη χειρουργική επέμβαση και ανάλογα με την επιτυχία των αποτελεσμάτων της γγχείρησης.....50-80%

5. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Η αύξηση της πίεσεως εντός του πνευμονικού αρτηριακού δικτύου πάνω από τα φυσιολογικά όρια.

Η πνευμονική υπέρταση διακρίνεται στις εξής μορφές:

1. Πνευμονική φλεβική υπέρταση συνήθως οφείλετε σε παθήσεις της αριστερής κοιλίας ή του αριστερού κόλπου, βαλβιδικές παθήσεις των αριστερών καρδιακών κοιλοτήτων κλπ
2. Πνευμονική αρτηριακή υπέρταση, που με τη σειρά της διακρίνεται στην πρωτοπαθή πνευμονική υπέρταση (σποραδική ή οικογενής) και τη δευτεροπαθή σχετιζόμενη με κολλαγονικές αγγειακές παθήσεις, συγγενείς καρδιοπάθειες με αριστερά προς τα δεξιά επικοινωνία, πυλαία υπέρταση, AIDS, φάρμακα/τοξίνες κλπ.
3. Πνευμονική υπέρταση συνοδευόμενη από διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος ή από υποξαιμία
4. Πνευμονική υπέρταση οφειλόμενη σε χρόνια θρομβωτική ή και εμβολική νόσο
5. Πνευμονική υπέρταση οφειλόμενη σε διαταραχές που προσβάλλουν απ' ευθείας το πνευμονικό αγγειακό δίκτυο

5.1.ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Η πρωτοπαθής πνευμονική υπέρταση (ΠΠΥ) είναι μία σπάνια, άγνωστης αιτιολογίας, αλλά πολύ σοβαρή νόσος, που προσβάλλει τους μικρού μεγέθους κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας.

Οι κύριες εκδηλώσεις της νόσου σε προχωρημένο στάδιο είναι η δύσπνοια προσπαθείας, η εύκολη κόπωση, οι στηθαγχικές κρίσεις, τα συγκοπτικά επεισόδια, που συχνά ακολουθούνται από προοδευτική εγκατάσταση δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας και, τέλος, ο θάνατος εντός 2-8 ετών, κατά μέσο όρο, από την έναρξη των συμπτωμάτων.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Πίεση πνευμονικής αρτηρίας έως 50 mmHg.....35%-50%
- Πίεση πνευμονικής αρτηρίας 50 - 70 mmHg.....67%-80%
- Πίεση πνευμονικής αρτηρίας > 70 mmHg.....>80%

Στην εκτίμηση της πίεσης πνευμονικής αρτηρίας πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν και η λειτουργικότητα της δεξιάς κοιλίας.

5.2.ΧΡΟΝΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑ

Νόσος που χαρακτηρίζεται από υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας οφειλόμενη σε ανατομικές παθήσεις των πνευμόνων ή σε παθήσεις που προκαλούν διαταραχές της πνευμονικής λειτουργίας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Βλέπε Πνευμονολογικές παθήσεις, κεφάλαιο 1.4.6

6. ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΤΙΑ

Χωρίς ιδιαίτερο ασφαλιστικό ενδιαφέρον, το Ποσοστό Αναπηρίας ανάλογο των επιπλοκών

7. ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΑ

Χωρίς ιδιαίτερο ασφαλιστικό ενδιαφέρον, το Ποσοστό Αναπηρίας ανάλογο της εμμένουσας παθολογοανατομικής βλάβης.

8. ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ

Αιτιολογική ταξινόμηση:

- α) Πρωτοπαθείς ή ιδιοπαθείς (η βλάβη του μυοκαρδίου αποτελεί τη μόνη εκδήλωση της νόσου).
 β) Δευτεροπαθείς (αποτελούν μέρος γενικευμένης νόσου ή άλλως οφείλονται σε γνωστό αίτιο).

ΔΙΑΙΡΕΣΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ ΒΑΣΕΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ, ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΑΘΟΑΝΑΤΟΜΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**8.1. ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ**

Η διατατική μυοκαρδιοπάθεια είναι μια νόσος του καρδιακού μυός που χαρακτηρίζεται από σημαντική διάταση και επηρεασμένη συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας ή και των δύο κοιλιών. Η αιτιολογία της μπορεί να είναι ιδιοπαθής, οικογενής/γενετική, ιογενής και/ή ανοσολογική, αλκοολική/τοξική ή να σχετίζεται με καρδιακές παθήσεις στις οποίες ο βαθμός της μυοκαρδιακής δυσλειτουργίας δεν μπορεί να εξηγηθεί από τις διαταραχές φόρτισης ή την έκταση της ισχαιμικής βλάβης.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Κλάσμα Εξώθησης > 55%.....20-35%
- Κλάσμα Εξώθησης 45- 55%.50%
- Κλάσμα Εξώθησης 35-45%.....67%
- Κλάσμα Εξώθησης < 35%80%

8.2. ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια (HCM: hypertrophic cardiomyopathy) έχει οριστεί από την WHO/ISFC ως ανεξήγητη υπερτροφία της αριστερής ή/και της δεξιάς κοιλίας της καρδιάς. Σήμερα γνωρίζουμε ότι η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια είναι νόσος του σαρκομεριδίου και οφείλεται σε μεταλλάξεις γονιδίων που κωδικοποιούν πρωτεΐνες του σαρκομεριδίου.

Η νόσος χαρακτηρίζεται από μυοκαρδιακή υπερτροφία, που συχνότερα εντοπίζεται στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα.

Ο αιφνίδιος θάνατος μπορεί να είναι η πρώτη εκδήλωση της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας. Η εξέλιξη της νόσου, και τελικά η ανάπτυξη κοιλιακής υπερτροφίας, κατά κανόνα εμφανίζεται κατά την περίοδο της σωματικής ανάπτυξης και ιδίως κατά την εφηβεία. Η φάση αυτή είναι η πιο επικίνδυνη και η πρόβλεψη του αιφνίδιου θανάτου πιο δύσκολη. Σε όλους πάντως τους τύπους της νόσου, από ότι γνωρίζουμε ως σήμερα, προηγούνται οι ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές.

Υπάρχει επίσης μια ομάδα ασθενών (15-20%), που εμφανίζει τη νόσο σε μεγάλη ηλικία, άνω των 40-50 ετών. Η πρόγνωση αυτών είναι σχετικά καλή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Ασυμπτωματική υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια.....35%
- Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια με συνοδά συμπτώματα (στηθάγχη, συγκοπικές κρίσεις, αρρυθμίες, καρδιακή ανεπάρκεια.....67 – 80%

8.3. ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ**ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Η περιοριστική μυοκαρδιοπάθεια ορίζεται ως η πάθηση του καρδιακού μυός η οποία χαρακτηρίζεται από περιοριστικού τύπου διαταραχή της διαστολικής πλήρωσης, με φυσιολογικό ή μειωμένο διαστολικό όγκο της μίας ή και των δύο κοιλιών και φυσιολογική ή σχεδόν φυσιολογική συστολική λειτουργία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....80%

8.4. ΑΡΡΥΘΜΙΟΓΟΝΟΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ/ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ

ΚΟΙΛΙΑΣ

Η αρρυθμιογόνος μυοκαρδιοπάθεια της δεξιάς κοιλίας (ARVC) είναι πρωτοπαθής πάθηση του μυοκαρδίου που προσβάλλει κυρίως τη δεξιά κοιλία και εκδηλώνεται με επικίνδυνες για τη ζωή κοιλιακές αρρυθμίες. Εξελισσόμενη η μυοκαρδιοπάθεια μπορεί να προσβάλει διάχυτα τη δεξιά κοιλία και να επεκταθεί και στην αριστερή κοιλία.

Αν και θεωρείται σπανιότερη από τις άλλες μυοκαρδιοπάθειες με συχνότητα 1:5000 στο γενικό πληθυσμό, αναφέρεται σαν σημαντική αιτία αιφνίδιου θανάτου στους νέους, ιδιαίτερα στους αθλητές.. Τουλάχιστον στο 50% των περιπτώσεων η νόσος είναι κληρονομική. Η κληρονομική μορφή με αυτοσωματικό υπολειπόμενο τρόπο μεταβίβασης είναι σπανιότερη και ενδημεί στην περιοχή της ανατολικής Μεσογείου (Αιγαίο, Τουρκία, Ισραήλ), είναι δε γνωστή με το όνομα «νόσος Νάξος», επειδή περιγράφηκε πρώτη φορά το 1986 στο νησί της Νάξου.

Στους παράγοντες κινδύνου για αιφνίδιο θάνατο (ετήσια θνητότητα 2%) συγκαταλέγονται η αναταχθείσα καρδιακή ανακοπή, τα συγκοπτικά επεισόδια, η εμμένουσα κοιλιακή ταχυκαρδία με αιμοδυναμική επιβάρυνση, η εκτεταμένη και εξελισσόμενη προσβολή της δεξιάς κοιλίας και η προσβολή της αριστερής κοιλίας. Πρόληψη του αιφνίδιου θανάτου μπορεί να γίνει με την τοποθέτηση εμφυτεύσιμου απινιδωτή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αρχικό στάδιο.....50 – 67%
- Προχωρημένο στάδιο.....80% και άνω

9. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟΥ

9.1. ΟΞΕΙΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

Η οξεία περικαρδίτιδα είναι ένα σύνδρομο οφειλόμενο σε φλεγμονή του περικαρδίου και χαρακτηρίζεται από θωρακικό πόνο, περικαρδιακό ήχο τριβής και εν σειρά ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις. Τα συχνότερα αίτια του συνδρόμου της οξείας περικαρδίτιδας είναι η ιδιοπαθής, η ιογενής περικαρδίτιδα, η ουραιμία, οι μικροβιακές λοιμώξεις, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, η περικαρδιοτομή στα πλαίσια καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων, η φυματίωση, τα νεοπλάσματα και τα τραύματα

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Για τους πρώτους 6 μήνες.....80%

Μετά τους 6 μήνες τα ποσοστά αναπηρίας καθώς και το χορηγούμενο χρονικό διάστημα εξαρτώνται από την πορεία της νόσου (ίαση, τάση προς χρονιότητα, πορεία προς συμπίεστική περικαρδίτιδα) καθώς και από την αιτία που την προκάλεσε. Έτσι:

- Η ιδιοπαθής περικαρδίτιδα θεωρείται καλοήθης και συνήθως υποχωρεί χωρίς επιπτώσεις.

Στην περίπτωση αυτή τα ποσοστά αναπηρίας μετά το πρώτο

εξάμηνο.....0%

- Η φυματιώδης περικαρδίτιδα έχει ποικίλη πορεία. Σήμερα αντιμετωπίζεται επιτυχώς με την αντιφυματική αγωγή. Τα ποσοστά αναπηρίας όσο διαρκεί η αντιφυματική αγωγή είναι.....80%

- Τους επόμενους 6 μήνες67%

Μετά το πέρας των 6 μηνών, η νόσος δε δίνει ποσοστά αναπηρίας. (Προσοχή στη μετάπτωση σε συμπίεστική περικαρδίτιδα).

- Η ουραιμική περικαρδίτιδα (άλλοτε είναι ξηρά και άλλοτε είναι υγρά) οφειλόμενη σε βαριά νεφρική ανεπάρκεια δίνει ποσοστά αναπηρίας.....80– 90%

- Η περικαρδίτιδα η εμφανιζόμενη κατά τη διαδρομή συστηματικών νόσων (πχ ερυθματώδης λύκος, σκληροδερμία, ρευματοειδής αρθρίτιδα, έμφραγμα του μυοκαρδίου, κτλ) προσδίδει επιπρόσθετο ποσοστό αναπηρίας 35% στο ποσοστό αναπηρίας της συστηματικής νόσου.

9.2. ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ο όρος υποτροπιάζουσα περικαρδίτιδα εμπεριέχει δύο κλινικές μορφές, την αδιάλειπτη και την διαλείπουσα. Στην αδιάλειπτο μορφή κάθε προσπάθεια διακοπής ή μείωσης της αντιφλεγμονώδους θεραπείας έχει ως συνέπεια την υποτροπή σε λιγότερο από έξι εβδομάδες. Η διαλείπουσα μορφή αφορά σε διαστήματα μεγαλύτερα των έξι εβδομάδων κατά τα οποία ο ασθενής είναι ελεύθερος νόσου χωρίς φαρμακευτική αγωγή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα ποσοστά αναπηρίας εξαρτώνται:

- από τη συχνότητα και σοβαρότητα εμφάνισης των υποτροπών
- την ποσότητα της συλλογής του περικαρδιακού υγρού
- την ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή (και σε ποια δοσολογία)
- την ύπαρξη χρόνου επιπωματισμού (αυξημένη διαστολική πίεση των κοιλιών, χαμηλή καρδιακή παροχή, αυξημένες περιφερικές αντιστάσεις) και επομένως κυμαίνονται ευρέως.....50 – 80%

9.3. ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΑΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΠΙΕΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οι ασθενείς συνήθως είναι τελείως ασυμπτωματικοί ή μπορεί να αισθάνονται ένα συνεχές αμβλύ πιεστικό ενόχλημα ή πίεση στο θώρακα.

Η αιτιολογία είναι ποικίλη. Η κλινική σημασία μιας περικαρδιακής συλλογής εξαρτάται κυρίως από την παρουσία ή απουσία αιμοδυναμικής διαταραχής, λόγω αύξησης της ενδοπερικαρδιακής πίεσεως και από την υποκείμενη νόσο.

Οι σταθεροποιημένες και εμφανώς ιδιοπαθείς συλλογές σε ασυμπτωματικούς ασθενείς συνήθως δε χρειάζονται θεραπεία, πέρα από την αποφυγή αντιπηκτικών. ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα ποσοστά αναπηρίας εξαρτώνται από την ποσότητα του περικαρδιακού υγρού και την αιτιολογία που το προκάλεσε.

Και επομένως κυμαίνονται ευρέως:10 – 80%.

9.4. ΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι ένα κλινικό αιμοδυναμικό σύνδρομο που οφείλεται στη μειωμένη ενδοτικότητα και ακαμψία του περικαρδίου. Αυτό οδηγεί σε αμφικοιλιακή (με προεξάρχουσα της δεξιάς) διαστολική δυσλειτουργία και φλεβική διάταση, με συνοδό στάση και μείωση της καρδιακής παροχής. Το 40% των περιπτώσεων (40%) είναι αγνώστου αιτιολογίας.

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Εξαρτώνται από τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας (ασκίτης, υδροθώρακας, ορθόπνοια, κτλ).....67 – 80%
- Μετά την επιτυχή εγχείρηση το ποσοστό αναπηρίας50 – 67%

10 ΟΓΚΟΙ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Είναι πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς ή μεταστατικοί. Συχνότεροι από τους κακοήθεις είναι οι μεταστατικοί όγκοι. 80% των πρωτοπαθών όγκων είναι καλοήθεις και η εξαίρεσή τους μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη ίαση.

10.1. ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

(Μύζωμα – Ραβδομύωμα – Θηλοειδή ινωελαστώματα – Ίνωμα - Μεσοθηλίωμα – Τεράτωμα – Λίπωμα – Περικαρδιακές κύστεις)

ΜΥΞΩΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΚΟΙΛΟΤΗΤΩΝ

Ο συχνότερα ανευρισκόμενος καρδιακός όγκος (50% όλων των όγκων). Το 75% περίπου των μυξωμάτων εντοπίζεται στον αριστερό κόλπο, το 20% στο δεξιό και το 5% εξίσου στις δύο κοιλίες.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Ανάλογα με τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας.....25 – 80%

Η αφαίρεση του όγκου οδηγεί συνήθως σε ίαση.....0%

ΑΛΛΟΙ ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΚΑΡΔΙΑΣ

Οι άλλοι καλοήθεις όγκοι της καρδιάς είναι σπανιότεροι. Τα συμπτώματα και η πρόγνωση τους εξαρτώνται από τον αριθμό τους, την εντόπιση και το μέγεθός τους. Έτσι τα **ραβδομύωματα** πχ είναι συνήθως πολλαπλά και τα συμπτώματα που προκαλούν οφείλονται στην παρεμπόδιση της ροής του αίματος ή στις διαταραχές της κολποκοιλιακής αγωγιμότητας. Τα **ινώματα** είναι πάντοτε μονήρη και τα συμπτώματα που προκαλούν εξαρτώνται από το βαθμό της βλάβης που προξενούν στην προσβληθείσα βαλβίδα.

Τα **μεσοθηλίωματα** επειδή σχεδόν πάντα εντοπίζονται στην περιοχή του κολποκοιλιακού κόμβου, προκαλούν συχνά συγκοπικά επεισόδια που οφείλονται σε πλήρη ή μερικό κολποκοιλιακό αποκλεισμό.

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα ποσοστά αναπηρίας εξαρτώνται από τη βλάβη που προκαλούν και έχουν επομένως τα ποσοστά της βλάβης αυτής (πχ βαλβιδοπάθειας, κολποκοιλιακού αποκλεισμού κλπ).

10.2. ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Συνήθως είναι **σαρκώματα**. Τα σαρκώματα διηθούν την καρδιά, το περικάρδιο ή και τα όργανα που περιβάλλουν την καρδιά.

Η νόσος εκδηλώνεται με συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας λόγω διηθήσεως του μυοκαρδίου και των βαλβίδων ή και με συμπτώματα υγράς περικαρδίτιδας λόγω διηθήσεως του περικαρδίου.

Συχνά τα σαρκώματα εκδηλώνονται από τα συμπτώματα που δίνουν οι μεταστάσεις και όχι ο πρωτοπαθής όγκος.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....80%

Η καρδιά εκτός από τα πρωτοπαθή νεοπλάσματα είναι δυνατό να προσβληθεί και από μεταστατικά νεοπλάσματα (πχ κακώθης μελάνωμα, βρογχογενές καρκίνωμα, καρκινοειδές)

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....80%

11. ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ**ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Καρδιακή βλάβη είναι δυνατό να προκληθεί είτε από άμεσο τραυματισμό (ανοικτά τραύματα) είτε από έμμεσο τραυματισμό της καρδιάς όπως συμβαίνει στα κλειστά θωρακικά τραύματα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης που προκάλεσε ο τραυματισμός της καρδιάς (βαλβιδοπάθεια, περικαρδίτιδα, μετατραυματικό έμφραγμα, κτλ, βλ. οικεία κεφάλαια).

Τα άμεσα – διαμπερή – τραύματα της καρδιάς προκαλούνται συνήθως από σφαίρα ή μαχαίρι (ή άλλο αιχμηρό όργανο) και δεν παρουσιάζουν ασφαλιστικό ενδιαφέρον. Σπανίως το άτομο μπορεί να επιζήσει.

12. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Συνήθη αιτιολογία είναι ισχαιμική καρδιοπάθεια, μυοκαρδιοπάθειες, βαλβιδοπάθειες
Σύμφωνα με την Καρδιολογική Εταιρεία της Ν. Υόρκης –ΝΥΗΑ (1964) ο ασθενής με καρδιακή ανεπάρκεια κατατάσσεται σε μία από τις παρακάτω 4 κατηγορίες αναλόγως της συμπτωματολογίας του.

Κατηγορία I : Η συνήθης σωματική δραστηριότητα δεν προκαλεί δύσπνοια ή κόπωση. Δεν υπάρχει περιορισμός της σωματικής δραστηριότητας ή κόπωση. Υπάρχει μικρός περιορισμός της σωματικής δραστηριότητας

Κατηγορία III : Μικρότερη του κανονικού σωματική δραστηριότητα προκαλεί δύσπνοια ή κόπωση. Υπάρχει σημαντικός περιορισμός της σωματικής δραστηριότητας.

Κατηγορία IV : Αδυναμία εκτέλεσης οποιασδήποτε σωματικής δραστηριότητας χωρίς δυσφορία. Εμφάνιση συμπτωμάτων και σε ηρεμία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Το Ποσοστό Αναπηρίας εξαρτάται από την υποκείμενη νόσο.

13. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΚΑΡΔΙΑΣ Η ΚΑΡΔΙΑΣ/ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Ένδειξη για μεταμόσχευση καρδιάς είναι η εκτεταμένη καταστροφή του καρδιακού μυός και η καρδιακή ανεπάρκεια τελικού σταδίου (IV) που δεν ανταποκρίνεται στην έντονη θεραπευτική αγωγή και δεν διορθώνεται με άλλη χειρουργική επέμβαση. Οι συνηθέστερες παθήσεις που οδηγούν στην κατάσταση αυτή είναι η μυοκαρδιοπάθεια (52%) και η στεφανιαία νόσος (40%). Οι μεγαλύτεροι κίνδυνοι της μετεγχειρητικής πορείας είναι η λοίμωξη και η απόρριψη της καρδιάς.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Σε ανεπίπλεκτες περιπτώσεις.....80%

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**Φαρυγγο-οισοφαγικό εκκόλπωμα Zenker**

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή ως άριστη. Αντιμετωπίζεται με ενδοσκοπική τομή του διαφράγματος είτε με χειρουργική εκτομή του εκκολπώματος. Τα συμπτώματα αποκαθίστανται ικανοποιητικά.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (μετά από επιτυχή θεραπεία)..... 0%

Αχαλασία Οισοφάγου

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Κινητική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από απερίσταλση του σώματος του οισοφάγου λόγω καταστροφής του μυεντερικού πλέγματος και αδυναμία χάλασης του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΚΟΣ). Αποτέλεσμα είναι η αδυναμία πρόωθησης της τροφής στο στόμαχο. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με τη χαρακτηριστική εικόνα σε μανομετρία οισοφάγου.

Η νόσος αντιμετωπίζεται είτε με αεροδιαστολή του ΚΟΣ με μπαλόνι αχαλασίας είτε με χειρουργική μυοτομή κατά Heller.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή ως άριστη. Συνήθως η δυσφαγία αποκαθίσταται ικανοποιητικά.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (μετά από επιτυχή θεραπεία)..... 0-10%

Διαταραχές κινητικότητας του οισοφάγου που οφείλονται σε συστηματικά νοσήματα (Σκληρόδερμα, κ.α.)

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Αν υπάρχει προσβολή και του οισοφάγου από συστηματική νόσο, η πρόγνωση είναι συνήθως κακή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... Εκείνη του υποκείμενου συστηματικού νοσήματος

Διαφραγματοκήλη

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η ασυμπτωματική διαφραγματοκήλη δεν απαιτεί θεραπεία. Αν συνοδεύεται από συμπτώματα γαστρο-οισοφαγικής παλινδρόμησης (ΓΟΠΝ) χορηγείται θεραπεία ΓΟΠΝ ή αν είναι μεγαλύτερη από 3-4 εκ. αντιμετωπίζεται με λαπαροσκοπική ή ανοικτή χειρουργική θολοπλαστική. Η πρόγνωση είναι άριστη.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0%

Οισοφαγίτιδα

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

1. Διαβρώσεις του βλεννογόνου του οισοφάγου από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση HCl οξέος
2. Διαβρώσεις του βλεννογόνου του οισοφάγου από παλινδρόμηση χολής. Κατά κανόνα σε ολικές γαστρεκτομές.
3. Ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα. Άγνωστης αιτιολογίας διήθηση του βλεννογόνου του οισοφάγου από ηωσινόφιλα. Προκαλεί ποικίλης βαρύτητας συμπτώματα στάσεως βλωμού και δυσφαγία – οδυνοφαγία.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1^ο Επίπεδο

ΓΟΠΝ χωρίς ανάπτυξη στενώσεων του οισοφάγου

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Άριστη με φαρμακευτική αγωγή. ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0%

2^ο Επίπεδο

1α. ΓΟΠΝ με ανάπτυξη στενώσεων του οισοφάγου. Αντιμετωπίζεται με ενδοσκοπική διαστολή των στενώσεων, που μπορεί να επαναλαμβάνονται κατά διαστήματα.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πολύ καλή με τις διαστολές. ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 5%

1β. ΓΟΠΝ με ανάπτυξη οισοφάγου Barrett. Απαιτεί τακτική ενδοσκοπική παρακολούθηση και βιοψίες. Αν το επιθήλιο Barrett παρουσιάζει δυσπλαστικές αλλοιώσεις καταστρέφεται ή αφαιρείται με ενδοσκοπικές μεθόδους (Βλεννογονεκτομή ή άλλη μέθοδος).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πολύ καλή με προληπτική παρακολούθηση. ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0%

2. Από παλινδρόμηση χολής (σε ολικές γαστρεκτομές)

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... εκείνη της ολικής γαστρεκτομής

3. Ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 0-20% ανάλογα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων

Στενώσεις οισοφάγου ή στομάχου από κατάποση καυστικών ουσιών.

Στενώσεις οισοφάγου

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή. Αντιμετωπίζεται συνήθως με ενδοσκοπικές διαστολές της στένωσης.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0-15% (ανάλογα με την έκταση των στενώσεων και τη συχνότητα των διαστολών.

Στενώσεις στομάχου

-Συνήθως αφορούν το άντρο του στομάχου. Αν είναι συμπτωματικές (έμετοι, απώλεια βάρους) αντιμετωπίζονται με αντρεκτομή ή ολική γαστρεκτομή

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Κατάλοιπες σοβαρές στενώσεις στομάχου βλέπε αντρεκτομή ή ολική γαστρεκτομή

Γαστρίτιδα

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Γαστρίτιδα: Χρόνια φλεγμονή του γαστρικού βλεννογόνου, που μπορεί να καταλήξει σε ατροφία.

1. Γαστρίτιδα από χρόνια λοίμωξη του γαστρικού βλεννογόνου από το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.
2. Ατροφική γαστρίτιδα: Αυτοάνοση (μεγαλοβλαστική αναιμία).
3. Υπερτροφική γαστρίτιδα: Νόσος Menetrier, Σύνδρομο Zollinger-Ellison.
4. Άλλες γαστρίτιδες: φαρμακευτική, από παλινδρόμηση χολής

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1^ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

1. Γαστρίτιδα από Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού: Ασυμπτωματική νόσος. Η φλεγμονή του βλεννογόνου ιάται με θεραπεία.
2. Ατροφική: Ασυμπτωματική νόσος από το στόμαχο. Εκδηλώνεται με σιδηροπενική (δυσαιμορροφία σιδήρου) ή μεγαλοβλαστική (δυσαιμορροφία Βιτ. Β12) αναιμία και αντιμετωπίζεται με θεραπεία υποκατάστασης του παράγοντα που λείπει.
3. Υπερτροφική: Πόνος, γαστρικός φόρτος.

Παρακλινικά ευρήματα

1. Ανεύρεση του Ελικοβακτηριδίου του πυλωρού σε βιοψίες στομάχου
2. Ατροφία βλεννογόνου, υποχλωρυδρία, αχλωρυδρία, αντισώματα έναντι των τοιχωματικών κυττάρων του στομάχου, και του ενδογενούς παράγοντα.
3. Οίδημα, πάχυνση βλεννογόνου, αύξηση έκκρισης HCl, πολλαπλά έλκη στομάχου ή και δωδεκαδακτύλου.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί γαστρίτιδας από Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού: Νόσος ιάσιμη με θεραπευτική αγωγή 0%
- Επί μεγαλοβλαστικής ή σιδηροπενικής αναιμίας με θεραπεία υποκατάστασης (σίδηρος, Βιτ. Β12)0%
- Νόσος Menetrier: Νόσος συνήθως ιάσιμη με θεραπευτική αγωγή0%
- Σύνδρομο Zollinger-Ellison: (βλέπε ολική γαστρεκτομή)

Έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου

Γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος: Σχετίζεται με το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού ή με χρόνια λήψη αντιφλεγμονωδών φαρμάκων

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1^ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Επιγαστρικός πόνος. Πιθανές επιπλοκές: οξεία αιμορραγία, πυλωρική ή βολβική στένωση, διάτρηση.

Παρακλινικά ευρήματα

Στη γαστροσκόπηση: Έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Νόσος ιάσιμη με θεραπεία 2-4 εβδομάδων 0%
- Παραλλαγές
- Γαστρορραγία από έλκος.....30% [30-40 μέρες για αποκατάσταση του αιματοκρίτη]

^ο 2 Επίπεδο

▣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Με αιμορραγία ή διάτρηση και χειρουργική θεραπεία.....50% [2 μήνες]
- Με πυλωρική στένωση και χειρουργική θεραπεία 50% [2 μήνες]. Μετά εξαρτάται από τον τύπο της χειρουργικής αποκατάστασης του στομάχου – βλέπε εγχειρήσεις στομάχου για καλοήθεις παθήσεις.

Νεοπλάσματα στομάχου

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Διακρίνονται σε:

A. Καλοήθη:

- Επιθηλιακής προελεύσεως πολύποδες (υπερπλαστικοί, αδενώματα, σύνδρομα πολυποδιάσεως, οικογενής πολυποδίαση, Peutz-Jeghers)
- Μεσεγχυματικής προελεύσεως μη βλεννογονικοί – ενδοτοιχωματικοί όγκοι (λειομύωμα, καρκινοειδές, GIST-στρωματικοί όγκοι)

B. Κακοήθη (αδενοκαρκίνωμα – λέμφωμα – λειομυοσάρκωμα).

Το 95% των κακοηθών νεοπλασμάτων του στομάχου αποτελεί ο καρκίνος. Προδιαθεσικοί παράγοντες: χρόνια λοίμωξη από Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, εντερική μεταπλασία του βλεννογόνου, ατροφική γαστρίτιδα.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

^ο 1 Επίπεδο

A. Καλοήθη

Κλινικά ευρήματα

Συμπτώματα από το ανώτερο πεπτικό: Συνήθως είναι ασυμπτωματικά ή εκδηλώνονται με σιδηροπενική αναιμία.

Παρακλινικά ευρήματα

Τυχαίο εύρημα σε γαστροσκόπηση. Σιδηροπενική αναιμία (πιθανώς). Η διάγνωση γίνεται με γαστροσκόπηση και βιοψία (ιστολογική εξέταση), ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση πολύ καλή. Ενδοσκοπική αφαίρεση (πολύποδες). Χειρουργική αφαίρεση (υποβλεννογόνιοι όγκοι)

▣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50% [2 μήνες] επί χειρουργικής αντιμετώπισης.

^ο 2 Επίπεδο

A. Δυνητικά Κακοήθη

Στρωματικοί όγκοι (GIST)

Καρκινοειδές: Συνήθως τυχαίο εύρημα σε γαστροσκόπηση και βιοψία (ιστολογική εξέταση)

Φαρμακευτική ή χειρουργική αντιμετώπιση

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0-10%

B. Κακοήθη

Κλινικά ευρήματα

Επιγαστραλγία, έμετοι, απώλεια σωματικού βάρους.

Παρακλινικά ευρήματα

Αναιμία. Η διάγνωση γίνεται με γαστροσκόπηση και βιοψία (ιστολογικά κριτήρια).

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση μέτρια ως βαριά. Χειρουργική αντιμετώπιση. Χημειοθεραπεία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....70 – 100% (για 5 χρόνια). Επανελέγχος στην 5-ετία και αν δεν υπάρχει υποτροπή νόσου, χορηγείται αναπηρία ανάλογα με το είδος της γαστρεκτομής

3^ο Επίπεδο

Κακοήθη: Και με ύπαρξη μεταστάσεων (λεμφαδένες, ήπαρ, πνεύμονες)

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση βαριά. Πιθανή χειρουργική αντιμετώπιση συνήθως ανακουφιστική χημειοθεραπεία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....100%

Νοσήματα του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου

Κοιλιοκάκη (εντεροπάθεια από γλουτένη)

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι νόσος του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου, που οφείλεται σε καταστροφή των λαχνών και φλεγμονή του βλεννογόνου από τη γλουτένη των δημητριακών. Ο βλεννογόνος αποκαθίσταται με δίαιτα ελεύθερη γλουτένης, που πρέπει να τηρείται δια βίου.

Διαγνωστικές εξετάσεις: ιστολογική εξέταση βιοψιών δωδεκαδακτύλου, αντισώματα έναντι του ενδοσυστίου και της ιστικής τρανσγλουταμίνωσης.

Η νόσος συνήθως κλινικά εκδηλώνεται με σιδηροπενική αναιμία ή και διάρροιες.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Συνήθως πολύ καλή αν τηρείται η ειδική δίαιτα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

Νεοπλάσματα λεπτού εντέρου

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Τα νεοπλάσματα του λεπτού εντέρου είναι σπάνια. Διακρίνονται σε καλοήγη (αδένωμα, λίπωμα, αγγείωμα) και σε κακοήγη (καρκίνωμα, λέμφωμα, μεσεγχυματικοί όγκοι – GIST: λειομύωμα, λειομυοσάρκωμα).

Στα καλοήγη μπορεί να υπαχθεί το σύνδρομο Peutz - Jeghers ενώ στα κακοήγη το καρκινοειδές σύνδρομο.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1^ο επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

A. Καλοήγη: Είναι συνήθως ασυμπτωματικά, ενίοτε συμπτώματα αποφράξεως, σιδηροπενικής αναιμίας ή αιμορραγίας.

B. Κακοήγη:

1. Συμπτώματα εντερικής αποφράξεως
2. Σιδηροπενική αναιμία, αιμορραγία πεπτικού
3. Διάτρηση (συνήθως λέμφωμα, σάρκωμα). Μεταστάσεις: ήπαρ, πνεύμονες, οστά.

Παρακλινικά ευρήματα

Η διάγνωση τίθεται με τον ακτινολογικό έλεγχο (εντερόκλυση, MRI εντερογραφία), βιντεοκάψουλα, εντεροσκόπηση.

Γ. Σύνδρομο Peutz – Jeghers: Οικογενής διαταραχή, μεταβιβαζόμενη με τον επικρατούντα χαρακτήρα. Χαρακτηρίζεται από πολυποδίαση (οι πολύποδες είναι καλοήγη αμαρτώματα) και μελάγχρωση δέρματος – βλεννογόνων.

Δ. Καρκινοειδές σύνδρομο: Προέρχεται από τα αργυρόφιλα κύτταρα του εντερικού σωλήνα. Εντοπίζεται κυρίως στη σκωληκοειδή απόφυση και το λεπτό έντερο. Τα αργυρόφιλα κύτταρα παράγουν σεροτονίνη και 5 - HT (5-υδροξυτριπταμίνη).

Συμπτώματα

1. Από το δέρμα (flush).
 2. Καρδιαγγειακό σύστημα (βαλβιδοπάθειες δεξιών κοιλοτήτων).
 3. Συμπτώματα από το γαστρεντερικό (κοιλιακό άλγος, διάρροια).
 4. Συμπτώματα από το αναπνευστικό (ασθματοειδής κρίση).
- Μεταστάσεις: Ενίοτε ηπατικές.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

A. Καλοήγη: πρόγνωση καλή. Θεραπεία επί εγχολεσμού ή αιμορραγίας χειρουργική.
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

B. Αδενοκαρκίνωμα: πρόγνωση κακή. Συνήθως καθυστερημένη η διάγνωση. Θεραπεία χειρουργική. Ακτινοθεραπεία (λεμφώματα).
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67 - 80% (παραπομπή στο Κεφ. 6)

Γ. Στρωματικοί όγκοι - GIST: Χειρουργική θεραπεία χειρουργική ή και χρόνια θεραπεία με Imatinib.

▣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Χωρίς μεταστάσεις και ίαση με χειρουργική θεραπεία0%

Με μεταστάσεις 67 - 80% (παραπομπή στο Κεφ. 6)

Δ. Reutz – Jeghers: πρόγνωση πολύ καλή με αφαίρεση των πολυπόδων του λεπτού εντέρου με εντεροκόπηση.

▣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

E. Καρκινοειδές: Χειρουργική θεραπεία, τμηματική εντερεκτομή

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Χωρίς μεταστάσεις, μετά από χειρουργική αφαίρεση του όγκου0-30% (για 5 χρόνια και επανεκτίμηση)

- Επί μεταστάσεων αναλόγως της βαρύτητας.....50 – 70%

Ελκώδης κολίτιδα

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Χρόνια φλεγμονώδης νόσος του παχέος εντέρου, άγνωστης αιτιοπαθογένειας, επεκτεινόμενη κατά συνέχεια ιστού (βλεννογόνου). Χαρακτηρίζεται από περιόδους εξάρσεων και υφέσεων. Για τη διάγνωση απαιτείται αποκλεισμός λοιμώδους – παρασιτικής κολίτιδας και διαφορική διάγνωση από τη νόσο Crohn.

B. ΕΠΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1 Επίπεδο Ήπια μορφή. Εντοπισμένη στο ορθό.

Κλινικά ευρήματα

Φυσιολογικές ή ημιδιαρροϊκές κενώσεις (1-3) (ενίοτε δυσκοιλιότητα) με αίμα στα κόπρανα. Συχνά συνυπάρχει τεινεσμός. Γενικός αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος είναι φυσιολογικός. Η διάγνωση γίνεται με ορθοσκόπηση ή και κολonosκόπηση και βιοψίες (ιστολογική εξέταση)

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Άριστη πρόγνωση. Ύφεση της νόσου σε 1-3 εβδομάδες με θεραπεία συντήρησης. Στη συνέχεια ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός
 ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 20% (μόνο σε έξαρση της νόσου)

^ο 2 Επίπεδο

Μέτρια μορφή
 Κλινικά ευρήματα
 Εκδηλώνεται με 4 – 6 διαρροϊκές κενώσεις με αίμα και πύο.
 Παρακλινικά ευρήματα
 Η διάγνωση γίνεται με κολonosκόπηση και βιοψίες (ιστολογική εξέταση). Γενικός αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος συνήθως είναι φυσιολογικός.
 • ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
 Θεραπεία συντηρητική.
 ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50%[2 μήνες σε έξαρση της νόσου]. Επί εξωεντερικών επιπλοκών εκτιμάται αναλόγως.

^ο 3 Επίπεδο

Βαρεία μορφή (προσβολή όλου του παχέος εντέρου)

Συμπτώματα - Κλινικά ευρήματα
 8-15 αιμορραγικές διαρροϊκές κενώσεις, τεινεσμός, πυρετός, καταβολή, απίσχναση, κοιλιακά άλγη, ευαισθησία στην ψηλάφηση.
 Παρακλινικά ευρήματα
 Αυξημένα λευκά, αναιμία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αφυδάτωση, υποπρωτεϊναιμία.
 Χαρακτηριστικά ακτινολογικά (τοξικό megacolon), κολonosκοπικά και ιστολογικά ευρήματα.
 Επιπλοκές της νόσου
 Α. Εντερικές:, φλεγμονώδεις πολύποδες, τοξικό megacolon, στενώσεις παχέος εντέρου, αυξημένος κίνδυνος για καρκίνο παχέος εντέρου (στη 10-ετία).
 Β. Εξωεντερικές:
 Δέρμα: Οζώδες ερύθημα, πυόδερμα.
 Οφθαλμοί: Ιριδοκυκλίτιδα.
 Αρθρώσεις: Αρθρίτιδα περιφερικών αρθρώσεων, αγκυλωτική σπονδυλαρθρίτιδα.
 Ήπαρ: Λιπώδης διήθηση, σκληρυντική χολαγγειίτιδα, χρόνια ενεργός ηπατίτιδα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Βαρεία κατάσταση με θνητότητα 2-4%. Η θεραπεία είναι συντηρητική και ενίοτε χειρουργική. Ορισμένοι ασθενείς αναρρώνουν πλήρως, άλλοι απαντούν στη θεραπεία με μερική ύφεση της νόσου, ενώ άλλοι υποβάλλονται σε ολική κολεκτομή. Απαιτείται συχνή παρακολούθηση, ιδίως μετά τη συμπλήρωση 10ετίας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67- 80% μέχρι 2 χρόνια. Μετά, σε πλήρη κλινική ύφεση της νόσου 0-10%, σε μερική ανταπόκριση στη χρόνια θεραπεία συντήρησης 50%.

- Σε ολική κολεκτομή και νεολήκυθο ή ειλεοορθική αναστόμωση (βλέπε χειρουργικές επεμβάσεις παχέος εντέρου)
- Με εξαλλαγή (βλέπε καρκίνο παχέος εντέρου)

Νόσος του Crohn

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Χρόνια αυτοάνοση πάθηση που προκαλεί φλεγμονή σε ολόκληρο το πεπτικό σύστημα.. Χαρακτηρίζεται συνήθως από περιοχές εντερικής στενώσεως και παθολογοανατομικά από μη τυροειδοποιημένα κοκκιώματα του εντερικού βλεννογόνου. Συνήθως προσβάλλει άτομα

ηλικίας 10 - 40 ετών. Ειδικά στην παιδική ηλικία η πάθηση δημιουργεί σύνθετα προβλήματα λόγω της ιδιαιτερότητάς της.

Εντόπιση: 40% τελικός ειλεός-ανιόν κόλον, 25% λεπτό έντερο, 25% παχύ έντερο. 15% των ασθενών έχουν και περιπρωκτική προσβολή με δερματικά συρίγγια. Χαρακτηριστικό της νόσου οι εξάρσεις και οι υφέσεις.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1^ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Εντερικές και εξωεντερικές εκδηλώσεις.

A. Εντερικές εκδηλώσεις

1. Κοιλιακό άλγος
2. Διάρροια, πυρετός
3. Ενίοτε συμπτώματα ειλεού, λόγω στενώσεων στον τελικό ειλεό
4. Εντερορραγία (αιμορραγία συνήθως από βαθιά έλκη στον τελικό ειλεό).
5. Περιπρωκτικές εκδηλώσεις (αποστήματα, συρίγγια)

B. Εξωεντερικές εκδηλώσεις

1. Διαταραχές θρέψεως
2. Αιματολογικές διαταραχές (αναιμία, λευκοκυττάρωση, θρομβοκυττάρωση)
3. Προσβολή δέρματος – βλεννογόνων (οζώδες ερύθημα, στοματίτιδα)
4. Προσβολή ήπατος – χοληφόρων (λιπώδες ήπαρ, σκληρυντική χολαγγειίτιδα)
5. Προσβολή αρθρώσεων (αγκυλωτική σπονδυλαρθρίτιδα)
6. Επιπλοκές από τους νεφρούς (λιθιασική, αποφρακτική ουροπάθεια)
7. Συμμετοχή από τους οφθαλμούς (ιρίτιδα, επισκληρίτιδα)
8. Πυρετός

Η διάγνωση γίνεται με τα εξής κριτήρια: α) Κλινικά, β) Ακτινολογικά (εντερόκλυση, αξονική ή μαγνητική τομογραφία κοιλιάς ή μαγνητική εντερογραφία), γ) Κολονοσκόπηση, δ) Ιστολογική εξέταση ε) εξέταση με βιντεοκάψουλα λεπτού εντέρου.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Εφ' όσον το νόσημα θεωρείται χρόνια μη ιάσιμο με εξάρσεις και υφέσεις, η πρόγνωση θεωρείται μέτρια.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Με τη βεβαίωση της πάθησηςΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 67%

Με εμφάνιση επιπλοκών και αντιμετώπιση της νόσου με χειρουργικές επεμβάσεις
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 80%

Εκκολπώματωση - Εκκολπωματίτιδα

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Τα εκκολπώματα είναι σακοειδείς σχηματισμοί του τοιχώματος του πεπτικού σωλήνα. Η παρουσία πολλών εκκολπωμάτων στο παχύ έντερο (συχνότερα στο σιγμοειδές) ονομάζεται εκκολπώματωση και είναι ασυμπτωματική νόσος. Εκκολπωματίτιδα είναι η οξεία φλεγμονή εκκολπώματος.

Τα εκκολπώματα είναι συγγενή και επίκτητα. Η αιτιολογία τους δεν είναι γνωστή.

Εκκολπωματίτιδα είναι η οξεία φλεγμονή εκκολπώματος.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1. Εκκολπώματα οισοφάγου

Συνήθως ασυμπτωματικά. Ενίοτε δυσφαγία, αναγωγή τροφών, δύσσομη άπνοια. Διόγκωση αριστεράς πλάγιας τραχηλικής χώρας επί φάρυγγο – οισοφαγικού ή εκκολπώματος Zenker.

2. Εκκολπώματα 12/δακτύλου

Κατά κανόνα χωρίς συμπτώματα. Επιπλοκή αιμορραγία

3. Εκκολπώματα λεπτού εντέρου

Ασυμπτωματικά. Εάν είναι πολλά και ευμεγέθη δυνατόν να προκληθεί σύνδρομο δυσαπορροφήσεως με διάρροιες.

4. Μεκέλειος απόφυση – εκκόλπωμα

Συνήθως αποκαλύπτεται τυχαία ή μετά από κάποια επιπλοκή, όπως: φλεγμονή, διάτρηση, αιμορραγία, εγκολεασμό.

5. Εκκολπώματα παχέος εντέρου

Συνήθως ασυμπτωματικά.

Εκκολπωματίτιδα: έντονος κοιλιακός πόνος με πυρετό, λευκοκυττάρωση και ανάπτυξη περικολικού αποστήματος.

Άλλη επιπλοκή της εκκολπωματικής νόσου του παχέος εντέρου είναι η οξεία αιμορραγία, που εκδηλώνεται με αιματοχεσία.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η διάγνωση της εκκολπωματικής νόσου γίνεται ακτινολογικά ή με ενδοσκόπηση. Στην εκκολπωματίτιδα με περικολικό απόστημα η διάγνωση γίνεται με αξονική τομογραφία.

Η εκκολπωματική νόσος του παχέος εντέρου δεν απαιτεί θεραπεία. Η οξεία αιμορραγία και η εκκολπωματίτιδα αντιμετωπίζονται συντηρητικά. Επί υποτροπών απαιτείται χειρουργική επέμβαση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ Μόνο επί της επεμβάσεως, βλ. σχετικό κεφάλαιο.

Ηπατίτιδα**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Φλεγμονώδης νόσος του ήπατος. Διακρίνεται στην οξεία και τη χρόνια μορφή όταν αυτή διαρκεί πλέον των 6 μηνών.

Αίτια: τοξίνες, φάρμακα, ιοί (ιοί ηπατίτιδας, λοιμώδους μονοπυρήνωσης, κίτρινου πυρετού, κτλ), σπειροχαίτες (συγγενής, ή δευτερογόνος σύφιλη), πρωτόζωα, κτλ.

Συνηθέστερες ηπατίτιδες είναι οι: A, B, C, D και E. Ο ιός δέλτα πολλαπλασιάζεται μόνον παρουσία του ιού B.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1. ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ****Κλινικά ευρήματα**

Μπορεί να είναι ασυμπτωματική έως κεραυνοβόλος και να οδηγήσει στο θάνατο. Παρουσιάζει ανορεξία, ναυτία, πυρετό, επιγαστραλγία, ηπατομεγαλία, σπληνομεγαλία, διόγκωση λεμφαδένων.

Παρακλινικά ευρήματα

Αύξηση τρανσαμινασών, χολερυθρίνης, και του παράταση χρόνου προθρομβίνης. Στην οξεία ηπατίτιδα A ανιχνεύονται στον ορό IgM και IgG ανοσοσφαιρίνες (αντι-HAV IgM και αντι-HAV IgG). Στην οξεία ηπατίτιδα B ανιχνεύονται στον ορό τα αντιγόνα HbsAg και HbeAg, το αντίσωμα αντι-Hbe IgM, και το DNA του ιού (HBVDNA). Η οξεία ηπατίτιδα από τον ιό D προϋποθέτει προηγούμενη ή ταυτόχρονη μόλυνση από τον ιό B. Ανιχνεύονται δείκτες ηπατίτιδας B καθώς και αντι-HDV αντισώματα. Ο ιός της ηπατίτιδας C σπάνια προκαλεί οξεία

κλινική ηπατίτιδα. Ανιχνεύονται αντι-HCV αντισώματα τον ορό και το RNA του ιού (HCVRNA). Σε περιπτώσεις οξείας ηπατίτιδας E ανιχνεύονται στον ορό αντι-HEV IgM αντισώματα.

Η βιοψία ήπατος δεν είναι απαραίτητη για τη διάγνωση της οξείας ηπατίτιδας. Εφόσον διενεργηθεί δείχνει διάχυτη ή εστιακή νέκρωση των ηπατικών κυττάρων.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η ανάπαυση θεωρείται αναγκαία για την ανάρρωση. Συνήθως κλινική ανάρρωση σε 3-12 εβδομάδες, ενώ η βιοχημική ομαλοποίηση μπορεί να καθυστερήσει.

Οι ηπατίτιδες A και E, σε αντίθεση με τις B και C, δεν μεταπίπτουν σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 80% [μέχρι την υποχώρηση των κλινικών συμπτωμάτων - 2 μήνες]

2. ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

α) Χρόνιος ανενεργός φορέας ηπατίτιδας B

Κλινικά ευρήματα: Συνήθως ασυμπτωματικός.

Παρακλινικά ευρήματα

Επίμονα φυσιολογικές τρανσαμινάσες, θετικό HbsAg, αρνητικό HbeAg και συνήθως θετικό αντι-Hbe και χαμηλά επίπεδα HBVDNA ορού (<2000-20000 IU/ml). Απουσία σημείων και εργαστηριακών ευρημάτων συμβατών με χρόνια ηπατική νόσο (π.χ. σπληνομεγαλία, ηπατικές παλάμες, αγγειοματώδεις σπίλοι, θρομβοπενία, υπεργαμμασφαιριναιμία).

Η βιοψία ήπατος δεν είναι απαραίτητη και δεν απαιτείται θεραπεία.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι καλή και σπανίως μεταπίπτει σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

β) Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα B

Κλινικά ευρήματα

Ασυμπτωματική ή εμφανίζει ήπια συμπτώματα (π.χ. βάρος δεξιού υποχονδρίου, εύκολη κόπωση). Χαρακτηρίζεται από περιόδους επιδείνωσης με επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας και ίκτερο.

Παρακλινικά ευρήματα

Αύξηση τρανσαμινασών, υψηλά επίπεδα HBVDNA (>2000 IU/ml) στον ορό, θετικό HbsAg.

Το αντιγόνο Hbe μπορεί να είναι θετικό (HbeAg θετική χρόνια ηπατίτιδα B) ή αρνητικό (HbeAg αρνητική χρόνια ηπατίτιδα B) με παρουσία αντισωμάτων αντι-Hbe.

Η βιοψία ήπατος αναδεικνύει νεκροφλεγμονώδη δραστηριότητα με ή χωρίς ίνωση.

Θεραπεία

Συντηρητική. Ο στόχος είναι η μετάπτωση του ασθενούς σε κατάσταση χρόνιου ανενεργού φορέα. Χορηγείται ιντερφερόνη για ένα χρόνο ή αντι-υικά φάρμακα συνεχώς.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι καλή, επί ανταποκρίσεως στη θεραπευτική αγωγή. Αν η νόσος παραμείνει χωρίς θεραπεία μπορεί να εξελιχθεί σε κίρρωση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... Κατά τη διάρκεια της θεραπείας με ιντερφερόνη.....30%

Επί ανταποκρίσεως στη θεραπεία....0%.

γ) Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα D

Κλινικά ευρήματα

Συνυπάρχει με ηπατίτιδα B. Συνήθως είναι ασυμπτωματική.

Παρακλινικά ευρήματα

Αύξηση τρανσαμινασών, θετικό HbsAg, παρουσία αντι-HDV αντισωμάτων. Το HDVRNA του ιού μπορεί να ανιχνευθεί στον ορό, αλλά η μέθοδος δεν είναι ευρέως διαθέσιμη.

Η βιοψία ήπατος αναδεικνύει νεκροφλεγμονώδη δραστηριότητα με ή χωρίς ίνωση.

Θεραπεία

Συντηρητική. Χορηγείται ιντερφερόνη για ένα χρόνο τουλάχιστον, με μέτρια αποτελεσματικότητα.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι καλή εφόσον υπάρξει ανταπόκριση στη θεραπευτική αγωγή. Ανάγκη μακρόχρονης παρακολούθησης λόγω του κινδύνου ενεργοποίησης του ιού.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... Κατά τη διάρκεια της θεραπείας με ιντερφερόνη.....30%.

Επί ανταποκρίσεως στη θεραπεία....0%. Επί μη ανταποκρίσεως στη θεραπεία.... 10-20%.

δ) Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα C**Κλινικά ευρήματα**

Συνήθως ασυμπτωματική. Ενίοτε αναφέρονται ήπια, άτυπα ενοχλήματα.

Παρακλινικά ευρήματα

Αύξηση τρανσαμινασών, θετικά αντι-HCV αντισώματα. Το HCVRNA του ιού ανιχνεύεται στον ορό.

Η βιοψία ήπατος αναδεικνύει νεκροφλεγμονώδη δραστηριότητα με ή χωρίς ίνωση.

Θεραπεία

Συντηρητική. Ο στόχος είναι η εκρίζωση του ιού. Χορηγείται συνδυασμός πεγκυλιωμένης ιντερφερόνης και ριμπαβιρίνης για 6 (γονότυπος 2 και 3) ή 12 μήνες (γονότυπος 1 και 4).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι εξαιρετική εφόσον επιτευχθεί εκρίζωση του ιού. Επί μη ανταποκρίσεως, παρακολούθηση λόγω του κινδύνου εξέλιξης σε κίρρωση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... Κατά τη διάρκεια της θεραπείας με ιντερφερόνη - ριμπαβιρίνη.....30%. Επί ανταποκρίσεως στη θεραπεία....0%. Επί μη ανταποκρίσεως στη

θεραπεία.... 10%

ε) Χρόνια αυτοάνοση ηπατίτιδα**Κλινικά ευρήματα**

Εκδηλώνεται με έντονη καταβολή, αδυναμία, πυρετική κίνηση, ίκτερο, άλγος δεξιού υποχονδρίου.

Παρακλινικά ευρήματα

Σημαντική αύξηση τρανσαμινασών, αύξηση γ-σφαιρινών (IgG), αύξηση χολερυθρίνης, υπολευκωματιναιμία. Παρουσία αυτό-αντισωμάτων στον ορό (ANA, SMA, LKM1).

Η βιοψία ήπατος αναδεικνύει ισχυρά συνηγορητικά αλλά όχι παθολογικά ευρήματα.

Θεραπεία

Συντηρητική. Μακρόχρονη αγωγή με κορτιζόνη - αζαθειοπρίνη για την επίτευξη ύφεσης. Ενίοτε θεραπεία δια βίου.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι μέτρια. Εφόσον υπάρξει πλήρης ανταπόκριση στη θεραπευτική αγωγή η πρόγνωση είναι καλή. Ανάγκη μακρόχρονης παρακολούθησης λόγω του υψηλού κινδύνου υποτροπής. Επί μη ανταποκρίσεως, στενή παρακολούθηση λόγω του κινδύνου ταχείας εξέλιξης σε κίρρωση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20%, επί ανταποκρίσεως στη θεραπεία....10%.

Ηπατικό απόστημα (πυογόνο – αμοιβαδικό)**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ****Πυογόνο ηπατικό απόστημα**

Η εγκατάσταση στο ήπαρ πυογόνων μικροοργανισμών και η ανάπτυξη μονήρους ή πολλαπλών αποστημάτων δύναται να γίνει:

α) Δια της πυλαίας φλεβός (σκωληκοειδίτιδα)

β) Δια των χολαγγείων (χολαγγειίτιδα)

γ) Δια της ηπατικής αρτηρίας (σηψαιμία)

δ) Κατόπιν τραυματισμού

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

ο

1 Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Α. Συμπτώματα της πρωτογενούς νόσου (χολαγγειίτιδα)

Β. Σηπτικός πυρετός

Γ. Τοπικά συμπτώματα (άλγος)

Δ. Συμπτώματα από το αναπνευστικό σε ποσοστό 20%

Ε. Ίκτερος σε ποσοστό 20%

Παρακλινικά ευρήματα

Το απόστημα θα διαγνωσθεί με υπερηχογράφημα, αξονική ή μαγνητική τομογραφία και διαδερμική ή χειρουργική παρακέντηση της αποστηματικής κοιλότητας.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση μέτρια, υψηλή θνητότητα, παρά τη θεραπεία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Συντηρητική (6 βδομάδες)60 - 80% [4 μήνες]

- Χειρουργική βλ. κεφ. 6.

Αμοιβαδικό ηπατικό απόστημα

Προϋπάρχει έστω και ασυμπτωματική εντερική αμοιβάδωση. Έχει τα ίδια κλινικά και εργαστηριακά με το πυογόνο ευρήματα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή. Θεραπεία συντηρητική

☑ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....60 - 80% 4 μήνες

Κίρρωση του ήπατος

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Χρόνια ηπατοκυτταρική βλάβη χαρακτηριζόμενη από ίνωση και σχηματισμό αναγεννητικών όζων. Μπορεί να οφείλεται σε: λοιμώδη ηπατίτιδα, αλκοολισμό (αλκοολική ηπατίτιδα), παρατεταμένη χολόσταση, φλεβική στάση (απόφραξη ηπατικών φλεβών, καρδιακή ανεπάρκεια), μεταβολικά νοσήματα (γαλακτοζαιμία, νόσος του Wilson, κτλ), τοξικές ουσίες κ.α.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

ο

1 Επίπεδο

Καλώς αντιρροπούμενη μορφή

Κλινικά ευρήματα

Συνήθως ασυμπτωματική, δυνατόν να αποκαλυφθεί μετά από τυχαίο βιοχημικό ή απεικονιστικό έλεγχο. Μπορεί να υπάρχει ηπατομεγαλία, σπληνομεγαλία ή δερματικές εκδηλώσεις (ηπατικές παλάμες, σπίλοι, κτλ).

Παρακλινικά ευρήματα

- Αναιμία – θρομβοπενία – λευκοπενία - γ-σφαιρίνες αυξημένες.

- Η ενδοσκόπηση μπορεί να αναδείξει κισσούς οισοφάγου και/ή πυλαία γαστροπάθεια.

- Η βιοψία θέτει τη διάγνωση.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Το 50% των ασθενών θα μεταπέσει σε μη αντιρροπούμενη κίρρωση εντός 10ετίας. Η δεκαετής επιβίωση των ασθενών με καλώς αντιρροπούμενη κίρρωση είναι 90%

☑ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 10-20%

^ο 2 Επίπεδο

Μη αντιρροπούμενη (ασκίτικη φάση)

Κλινικά ευρήματα

- Καταβολή, απώλεια βάρους, διαταραχές ύπνου, μείωση libido
- Ίκτερος
- Αιμορραγικές εκδηλώσεις
- Επίφλεβο κοιλίας
- Ασκίτης, πλευριτική συλλογή, περιφερικό οίδημα
- Νευρολογικές εκδηλώσεις (ηπατική εγκεφαλοπάθεια)

Παρακλινικά ευρήματα

Αύξηση χολερυθρίνης, υπολευκωματιναιμία, παράταση του χρόνου προθρομβίνης, υπονατριάιμια.

Επιπλοκές

1. Κιρσορραγία
2. Ανθεκτικός ασκίτης
3. Αυτόματη βακτηριδιακή περιτονίτιδα
4. Ηπατονεφρικό σύνδρομο
5. Ηπατοπνευμονικό σύνδρομο, πυλαιο-πνευμονική υπέρταση
6. Κιρρωτική μυοκαρδιοπάθεια
7. Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι κακή. Η μέση επιβίωση των ασθενών με μη αντιρροπούμενη κίρρωση είναι περίπου 2 χρόνια. Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να παραπέμπονται για μεταμόσχευση ήπατος.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67 - 100%

Εχινόκοκκος ήπατος

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Παρασιτική νόσος οφειλόμενη στην ταινία του εχινόκοκκου. Ο άνθρωπος μολύνεται είτε, από επαφή με τους κύριους ξενιστές (κύων – γαλή), είτε με βρώση λαχανικών ή πόση ύδατος μολυσμένων από περιττώματα των κυρίως ξενιστών. Τα εισελθόντα στον πεπτικό σωλήνα του ανθρώπου ωά, με το λεμφικό σύστημα εγκαθίστανται σε διάφορα όργανα (κυρίως το ήπαρ) όπου λαμβάνουν τη μορφή κύστεως

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

^ο 1 Επίπεδο

Ο άνευ επιπλοκών εχινόκοκκος

Κλινικά ευρήματα

- Συνήθως άνευ συμπτωμάτων
- Ενίοτε αίσθημα τάσεως στο δεξιό υποχόνδριο

Παρακλινικά ευρήματα

Πληροφορίες στη διάγνωση θα παράσχουν:

1. Ο αυξημένος τίτλος αντιεχινόκοκκικών αντισωμάτων
2. Η ακτινογραφία ήπατος (σε αποτιτανωμένες μορφές)
3. Το υπερηχογράφημα άνω κοιλίας
4. Η αξονική ή μαγνητική τομογραφία άνω κοιλίας

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή πρόγνωση

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 0%

Επί χειρουργικής αντιμετώπισεως βλ. κεφ 6

2 Επίπεδο**Ο μετά επιπλοκών εχινόκοκκος**

Κλινικά ευρήματα

Δυνατόν ο ασυμπτωματικός επί έτη εχινόκοκκος: 1) να ραγεί προς το περιτόναιο, χοληφόρα, πνεύμονες, έντερο, 2) να επιμολυνθεί με πυογόνους κόκκους και 3) να εμφανίσει αλλεργικές εκδηλώσεις με την είσοδο υγρού της κύστεως στην κυκλοφορία.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση: Μέτρια ως βαριά. Και οι τρεις επιπλοκές αποτελούν βαριά κατάσταση με αυξημένο κίνδυνο θνητότητας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ με χειρουργική αποκατάσταση60% (για 3 μήνες)

Καρκίνος ήπατος**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Ο πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος προέρχεται είτε από τα παρεγχυματικά ηπατικά κύτταρα (ηπάτωμα) είτε από τα κύτταρα των μικρών χοληφόρων πόρων (χολαγγειο-καρκίνωμα). Το ηπάτωμα συνήθως συνοδεύει κίρρωση ήπατος. Η επίπτωση καρκίνου του ήπατος είναι αυξημένη σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β (με ή χωρίς κίρρωση), σε ασθενείς με κίρρωση από τον ιό της ηπατίτιδας C και σε ασθενείς με γενετική αιμοχρωμάτωση. Αναφέρεται επίσης συσχέτιση του ηπατώματος με διάφορες τοξικές ουσίες (νιτροζαμίνες, αφλατοξίνες).

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1 Επίπεδο**

Κλινικά ευρήματα

1. Αιφνίδια επιδείνωση συμπτωμάτων κίρρωσεως υποδηλώνει ενδεχόμενη ανάπτυξη καρκινώματος.
2. Καχεξία – ανορεξία – απώλεια βάρους
3. Άλγος
4. Ίκτερος - ασκίτης

Παρακλινικά ευρήματα

1. Αύξηση α₁-εμβρυϊκής σφαιρίνης (σε ηπάτωμα)
2. Παθολογική ηπατική βιολογία (τρανσαμινάσες, γGT, χολερυθρίνη, αλκαλική φωσφατάση)
3. Υπερηχοτομογραφία
7. Αξονική τομογραφία με i.v. σκιαγραφικό
8. Μαγνητική τομογραφία, μαγνητική χολαγγειο-παγκρεατογραφία
9. Βιοψία

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή πρόγνωση. Χειρουργική αντιμετώπιση – Μεταμόσχευση ήπατος – Χημειοεμβολισμός – Χημειοθεραπεία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....100%

Νοσήματα χοληφόρων οδών**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Το συνηθέστερο νόσημα των χοληφόρων οδών είναι η λιθίαση. Το 90% των λίθων σχηματίζεται στη χοληδόχο κύστη.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1 Επίπεδο****A. Ασυμπτωματική ή μετά κωλικού****• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Πρόγνωση άριστη. Ίαση μετά από χολοκυστεκτομή

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Χωρίς χειρουργική επέμβαση.....0%

- Με χειρουργική επέμβαση χωρίς επιπλοκές 0%, Σε μετεγχειρητικές επιπλοκές βλ. κεφ. 6.

B. Μετά επιπλοκών βλ. κεφ. 6.

2 Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

1. Οξεία χολοκυστίτιδα (πυρετός, ευαισθησία - σύσπαση δεξιού υποχονδρίου ή/και ίκτερος,).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση πολύ καλή. Αρχικά συντηρητική θεραπεία και στη συνέχεια χολοκυστεκτομή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 30-60% [15 μέρες]

2. Ύδρωπας χοληδόχου. Επί ενσφηνώσεως λίθου στον κυστικό πόρο η χοληδόχος πληρούται από άσηπτο υγρό.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση καλή. Θεραπεία χειρουργική.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (βλ. χειρουργικές παθήσεις κεφ. 6)

3. Εμπύημα χοληδόχου. Η χοληδόχος κύστη πληρούται από πυώδες υγρό. Έντονο και παρατεταμένο άλγος, σηπτικός πυρετός, ευαισθησία, σύσπαση δεξιού υποχονδρίου.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση μέτρια. Θεραπεία χειρουργική.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (βλ. χειρουργικές παθήσεις κεφ. 6)

4. Γάγγραινα. Διάτρηση. Περιτονίτιδα.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση μέτρια. Θεραπεία χειρουργική.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (βλ. χειρουργικές παθήσεις κεφ. 6)

5. Οξεία χολαγγειίτιδα με ή χωρίς χοληδοχολιθίαση (σηπτικός πυρετός, ίκτερος, ευαισθησία, σύσπαση δεξιού υποχονδρίου).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση πολύ καλή. Θεραπεία ίδια με εκείνη της οξείας χολοκυστίτιδας. Επί χοληδοχολιθίασης ενδοσκοπική θεραπεία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30-60% [15 μέρες]

6. Ηπατικό απόστημα. Σηπτικός πυρετός, σύσπαση δεξιού υποχονδρίου.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Βλέπε ηπατικό απόστημα.

7. Οξεία παγκρεατίτιδα. Κοιλιακό άλγος, έμετοι, ευαισθησία, σύσπαση.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Βλέπε οξεία παγκρεατίτιδα.

8. Χολαγγειοκαρκίνωμα και καρκίνος χοληδόχου κύστεως.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση κακή. Ενδοσκοπική ή διηπατική (ακτινολογική) παροχέτευση των χοληφόρων ή χειρουργική επέμβαση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....80-100%

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

Αποσκοπεί στην αποκατάσταση της ηπατικής λειτουργίας σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση ή σε ασθενείς με ηπάτωμα (μικρότερο από 5 εκ.). Απόρριψη του μοσχεύματος

δυνατόν να επισυμβεί οξέως ή μετά πάροδο εβδομάδων ή ετών, μέσω ανοσολογικού μηχανισμού. Επί απορρίψεως παρατηρείται αιφνίδια επιδείνωση της ηπατικής λειτουργίας. Οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν συνεχώς θεραπεία ανοσοκαταστολής για την πρόληψη απόρριψης του μοσχεύματος.

Πιθανές επιπλοκές της μεταμόσχευσης ήπατος και τις ανοσοκαταστολής: λοιμώξεις, νεφρική ανεπάρκεια, σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, καρδιαγγειακά νοσήματα, αρτηριακή υπέρταση, ανάπτυξη κακοηθειών (καρκίνος δέρματος, σάρκωμα Kaposi, αιματολογικές κακοήθειες, κ.α.).

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Επί επιτυχούς μεταμόσχευσης - 80% επ' αόριστον
- Επί υποτροπής ηπατίτιδας Β, C ή D στο μόσχευμα ότι ισχύει για τη χρόνια ηπατίτιδα Β, C και D αντίστοιχα.
- Επί απορρίψεως του μοσχεύματος 80%-100%
- Επί σοβαρών επιπλοκών 80%-100%

Παγκρεατίτιδα (οξεία, χρόνια)

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οξεία: Οξεία φλεγμονή του παγκρέατος που συνοδεύεται από οίδημα, διόγκωση, και νέκρωση. Στην οξεία παγκρεατίτιδα η ανατομία και η φυσιολογία του οργάνου είναι φυσιολογικές μετά την αποδρομή του οξέως επεισοδίου.

Χρόνια: Το πάγκρεας παρουσιάζει ατροφία και ίνωση με αποτέλεσμα χρόνια ανεπάρκεια της εξωκρινούς και ενδοκρινούς μοίρας του.

Τα συνήθη αίτια της οξείας είναι: Χολολιθίαση – χοληδοχολιθίαση, κατάχρηση οινοπνεύματος.

Σπανιότερα αίτια: Μετατραυματική ή μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα, λοιμώδη νοσήματα (παρωτίτιδα), φάρμακα (στερινοειδή, αντισυλληπτικά, αζαθιοπρίνη, κ.α.), διάφορα άλλα αίτια (υπερλιπιδαιμίες, υπερπαραθυρεοειδισμός, κληρονομική, αυτοάνοση).

Το σύννηθες αίτιο της χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι ο αλκοολισμός (70%)

Παθολογοανατομική διάκριση: Α) ορώδης και Β) αιμορραγική – νεκρωτική.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1^ο Επίπεδο

Οξεία μορφή

Κλινικά ευρήματα (ποικίλουν ανάλογα με τη βαρύτητα του επεισοδίου)

Κοιλιακό άλγος, έμετοι, πυρετός, ταχυκαρδία. Στη βαρεία μορφή δυνατόν να εμφανιστούν: παραλυτικός ειλεός, πλευρίτιδα, ατελεκτασία, περιτονίτιδα, καρδιακή και νεφρική ανεπάρκεια, συμπτώματα shock.

Παρακλινικά ευρήματα

Αύξηση αμυλάσης - αίματος ούρων και της λιπάσης αίματος. Λευκοκυττάρωση. Υπεργλυκαιμία, σακχαουρία. Υπασβεστιαμία. Παθολογική ηπατική βιοχημεία. Ακτινογραφία θώρακος, κοιλίας. Υπερηχοτογράφημα άνω κοιλίας. Αξονική, μαγνητική τομογραφία κοιλίας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Ορώδης (ήπια μορφή): Άριστη πρόγνωση, θεραπεία συντηρητική 50% [1 μήνα]
- Νεκρωτική - αιμορραγική: Η πρόγνωση ποικίλει. Μέτριας βαρύτητας, χωρίς επιπλοκές (ψευδοκύστεις, συλλογές που απαιτούν παροχέτευση)50% [1 μήνα]
- Σοβαρή νεκρωτική με επιπλοκές (ψευδοκύστεις >8-10 εκ., συλλογές που απαιτούν παροχέτευση)35-67% [2-3 μήνες, και επανεκτίμηση]

Χρόνια μορφή

Διαγνωστικά κριτήρια:

- Χρόνιο μόνιμος επιγαστρικός πόνος με αντανάκλαση στην οσφύ.
- Απώλεια βάρους.
- Σακχαρώδης διαβήτης.
- Στεατόρροια.
- Ίκτερος.
- Υποτροπιάζων ασκίτης.

Παρακλινικά ευρήματα: Σε αξονική ή μαγνητική τομογραφία ατροφία του παγκρεατικού παρεγχύματος. Συχνά, αποτιτανώσεις και διάταση των παγκρεατικών πόρων.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Σε ασυμπτωματική χρόνια παγκρεατίτιδα (μόνο ανατομικές αλλοιώσεις παγκρέατος) (ήπια μορφή)..... 0%.
- Αν συνυπάρχει σακχαρώδης διαβήτης (βλέπε τα του Διαβήτη)
- Σε συμπτωματική νόσο με δυσαπορρόφηση, απώλεια σωματικού βάρους και σχεδόν καθημερινό πόνο 35-67%

Κύστεις παγκρέατος**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Διακρίνονται από αιτιολογικής απόψεως σε:

1. Ψευδοκύστεις (Συνήθως προέρχονται από οξεία παγκρεατίτιδα).
2. Βλεννώδεις κυσταδένωμα, κυσταδενοκαρκίνωμα, ενδοπορικό βλεννώδες νεόπλασμα-IPMN.
Είναι σπάνια νεοπλασμάτα που μπορεί να υποστούν εξαλλαγή.
3. Συγγενής κυστική νόσος (πολλαπλή εντόπιση κύστεων σε πάγκρεας – νεφρούς – ήπαρ).
4. Ινοκυστική νόσος.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1 Επίπεδο**

Κλινικά ευρήματα

A. Οι μικρές κύστεις είναι ασυμπτωματικές.

B. Οι μεγάλες (>10 εκ.) μπορεί να προκαλέσουν άλγος, αποφρακτικό ίκτερο ή να είναι ασυμπτωματικές.

Παρακλινικά ευρήματα

Η διάγνωση θα γίνει με υπερηχογράφημα, ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα και αξονική ή μαγνητική τομογραφία.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

A. Πρόγνωση καλή. Καμία θεραπεία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

B. Πρόγνωση καλή. Ενίοτε χειρουργική θεραπεία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (βλ. κεφ. 6)

2 Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Οι μεγάλες κύστεις μπορεί να επιπλακούν από αιμορραγία – ρήξη – λοίμωξη. Οι βλεννώδεις όγκοι μπορεί να εξαλλαγούν. Η ινοκυστική νόσος του παγκρέατος είναι νόσος της παιδικής ηλικίας κληρονομούμενη με το υπολειπόμενο σωματικό χαρακτήρα. Προσβάλλει τους εξωκρινείς αδένες.

Χαρακτηριστικά της ινοκυστικής νόσου είναι: Συχνές λοιμώξεις αναπνευστικού, στεατόρροια, διαταραχές θρέψης, περιεκτικότητα του ιδρώτα σε NaCl πολύ υψηλή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Βλεννώδεις όγκοι. Πρόγνωση μέτρια. Θεραπεία: Ενίοτε χειρουργική (βλ. κεφ. 6)

- Ινοκυστική νόσος. Πρόγνωση κακή.....80 – 100%

Καρκίνος παγκρέατος

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Το 90% των περιπτώσεων είναι αδenoκαρκίνωμα από κύτταρα των παγκρεατικών πόρων, ενώ το 10% προέρχεται από κύτταρα των αδenoκυψελών.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1^ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Τα συμπτώματα χαρακτηρίζονται ως μη ειδικά γι' αυτό καθυστερεί η διάγνωση.

1. Επιγαστρικό άλγος.
2. Ανορεξία, απώλεια βάρους.
3. Έμετοι, αποστροφή στο κρέας.
4. Ψυχικές διαταραχές.
5. Ίκτερος (επί εντοπισμού στην κεφαλή ή ηπατικές μεταστάσεις).
6. Μεταναστευτική θρομβοφλεβίτιδα.
7. Οξεία παγκρεατίτιδα.
8. Σακχαρώδης διαβήτης.
9. Αιμορραγία (από διήθηση) πεπτικού.
10. Παρανεοπλασματικά ενδοκρινικά σύνδρομα (υπερασβεστιαμία).

Διαγνωστικά εξετάσεις: Υπερηχογράφημα, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ή ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα (βιοψία), ενδοσκοπική χολαγγειο-παγκρεατογραφία (ERCP).

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση κακή. Μέση επιβίωση από τη διάγνωση της νόσου 6 μήνες.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....100%

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΤΟΥ ΘΗΛΕΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ

Μηνορραγία, μητρορραγία, υπερμηνόρροια

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι διαταραχές που μπορεί να οφείλονται σε καλοήθεις όγκους (ινομύωματα ή πολύποδες) ή λειτουργικές αιμορραγίες της μήτρας, παθήσεις οι οποίες αποκαθίστανται μετά από χειρουργική αντιμετώπιση ή φαρμακευτική θεραπεία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 0%

Γνήσιος ερμαφροδιτισμός

Ψευδής ερμαφροδιτισμός

Σύνδρομο Turner (τυπική και άτυπη μορφή)

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οι ανωτέρω συγγενείς ανωμαλίες (1.8.2., 1.8.3. και 1.8.4.) παρουσιάζουν προβλήματα και ο καθορισμός της βαρύτητας και του ποσοστού αναπηρίας μετά τη γυναικολογική διάγνωση απαιτεί ψυχιατρική ή καρδιολογική εκτίμηση.

Παθήσεις κόλπου

ΑΓΕΝΕΣΙΑ ΚΟΛΠΟΥ

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0-5%

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΟΛΠΟΥ**Επίπεδα βαρύτητας****1^ο Επίπεδο: Στάδιο 0 (Ca in situ)**

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....

10-20%

Επανεκτίμηση μετά 2 έτη

2^ο Επίπεδο: Στάδιο I

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....

40-50%

Επανεκτίμηση μετά 2 έτη

3^ο Επίπεδο: Στάδιο II

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67%

Επανεκτίμηση μετά 2 έτη

4^ο Επίπεδο: Στάδια III –IV

Επέκταση μέχρι τοίχωμα πυέλου (III)

Επέκταση στην κύστη ή στο έντερο ή εξωπυελικές μεταστάσεις (IV)

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....80%

Επανεκτίμηση μετά 2 έτη

Ενδομητρίωση

Σε όλα τα στάδια (I έως V) είναι δυνατόν να υφίσταται δυσμηνόρροια και έντονο πυελικό άλγος

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0-5%

Ινομώματα

Σε όλα τα επίπεδα η αντιμετώπιση είναι χειρουργική εξαίρεση του ινομώματος ή ολική υστερεκτομή άνευ των εξαρτημάτων.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 0%

Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Μετά από σταδιοποίηση της νόσου εκτιμάται ο βαθμός και το ποσοστό αναπηρίας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Στάδιο Ια 30%

 Με διηθημένα λεμφογάγγλια..... 70%

- Στάδιο Ιβ, Ια, Ιβ 70%

- Στάδιο ΙΙΙ 80%

- Στάδιο ΙV 80%

Επανεκτίμηση σε όλα τα στάδια μετά 2 έτη.

Καρκίνος του σώματος της μήτρας

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 67%

Καρκίνος σάλπιγγος**1^ο Επίπεδο: Στάδια I – II**

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 40%

2^ο Επίπεδο: Στάδια ΙΙΙ – ΙV

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 80%

Σε όλα τα στάδια επανεκτίμηση μετά 2 έτη.

Σύνδρομο Stein-Leventhal

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 0%

Ωοθηκική ανεπάρκεια**1^ο Επίπεδο:**

Γυναίκες μεγαλύτερες των 40 ετών:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 0%

2^ο Επίπεδο:

Γυναίκες μικρότερες των 40 ετών

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 0-5%

Όγκοι των ωοθηκών: καλοήθεις

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Αν αφαιρεθεί μία ωοθήκη και η άλλη είναι ανέπαφος, η δε ηλικία της γυναίκας είναι μεγαλύτερη των 45 ετών..... 0%
- Αν αφαιρεθεί μία ωοθήκη και η άλλη είναι ανέπαφος, η δε ηλικία της γυναίκας είναι μικρότερη των 45 ετών..... 0%
- Αν αφαιρεθούν και οι δύο ωοθήκες και η ηλικία της γυναίκας υπερβαίνει το 45^ο έτος..... 0%
- Αν αφαιρεθούν και οι δύο ωοθήκες και η ηλικία της γυναίκας είναι μικρότερη των 45 ετών..... 0-5%

Όγκοι των ωοθηκών: κακοήθεις

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Στάδια I & II..... 67%
Επανεκτίμηση μετά 2 έτη
- Στάδια III & IV 80%

ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**1. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ**

A. ΟΡΙΣΜΟΣ Η παχυσαρκία ορίζεται με βάση τον υπολογισμό του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), που είναι ο λόγος του σωματικού βάρους (σε κιλά) προς το τετραγώνου του ύψους (σε μέτρα). Ως φυσιολογικό όριο ΔΜΣ θεωρείται το 18,5-24,9 kg/m², υπέρβαρος είναι ο ασθενής με 25-29,9 kg/m² και παχύσαρκος με >30 kg/m² (ειδικότερα, 30-34,9 kg/m² 1^{ου} βαθμού παχυσαρκία, 35-39,9 kg/m² 2^{ου} βαθμού και >40 kg/m² 3^{ου} βαθμού ή νοσογόνος παχυσαρκία).

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1^ο Επίπεδο** ΔΜΣ 30-34.9 kg/m²

Καλή πρόγνωση μετά από δίαιτα και άσκηση

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: 0-5%

2^ο Επίπεδο ΔΜΣ 35-39.9 kg/m²:

Σχετικά καλή πρόγνωση μετά από δίαιτα, άσκηση και φαρμακευτική αγωγή

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: 10-20%

3^ο ΕπίπεδοA. ΔΜΣ 40-50 kg/m² χωρίς κλινικά συμπτώματα:

Μέτρια πρόγνωση μετά από δίαιτα, άσκηση και φαρμακευτική, ενίοτε απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: >50% (2 έτη)

B. ΔΜΣ 40-50 kg/m² με κλινική συμπτωματολογία υποαερισμού των πνευμόνων (άπνοια κατά τον ύπνο, υπερκαπνία, υπνηλία την ημέρα).Γ. ΔΜΣ >50 kg/m²:

Κακή πρόγνωση μετά από δίαιτα, άσκηση και φαρμακευτική αγωγή, συνήθως απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: >67% (2 έτη)

2. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ (ΣΔ)

Διαβήτης τύπου 1 ινσουλινοεξαρτώμενος: με τη βεβαίωση της πάθησης
ποσοστό 50%

Το ποσοστό αυξάνεται ανάλογα με την ύπαρξη των κάτωθι επιπλοκών :

Διαβήτης τύπου 1,

α) παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια που χρήζει θεραπείας με Laser.

Β) μείωση της οπτικής οξύτητας κάτω από 5/10

Γ) ωχροπάθεια

ποσοστό 67% και άνω

Σε περίπτωση οπτικής οξύτητα κάτω από 1/20 βλ. Οφθαλμικές παθήσεις.

Δ) Περιφερική διαβητική νευροπάθεια όπως προκύπτει από ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο.

Ε) Έλκη διαβητικά, μερικός ή υψηλός ακρωτηριασμός

ΣΤ) Νεφρική ανεπάρκεια αρχόμενη η πλήρη (κάθαρση κρεατινίνης < 40 , νεφρωσικό σύνδρομο)

ποσοστό 67% και άνω

Σε περίπτωση νεφροπάθειας τελικού σταδίου βλ. νεφρωσικό σύνδρομο – χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (εξωνεφρική κάθαρσης

Ζ) Στεφανιαία νόσος . Έμφραγμα ή διαπιστωμένη στένωση στεφανιαίων μετά από στεφανιογραφία.

Η) Στένωση >60% αρτηριών , καρωτίδων ή περιφερικών αρτηριών.

Διαβήτης τύπου 2 (Θεραπεία με δισκία): 1^ο επίπεδο χωρίς επιπλοκές ποσοστό αναπηρίας
20%

2^ο επίπεδο: Επί υπάρξεως σοβαρών επιπλοκών βλέπε ανάλογα κεφάλαια.

Διαβήτης τύπου 2 (Ινσουλινοθεραπευόμενος):

Σε περίπτωση που ο διαβήτης δεν καθίσταται δυνατό να ρυθμιστεί με αντιδιαβητικά δισκία και ρυθμίζεται αποκλειστικά με χορήγηση ενέσεων ινσουλίνης ότι ισχύει για τον τύπου 1.

ΟΜΟΖΥΓΟΣ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΑΙΜΙΑ

Χρόνια νόσος κληρονομική. Ο ασθενής που πάσχει από βαριά μορφή FH είναι είτε ομόζυγος για ένα ανώμαλο αλληλίο ή είναι ταυτόχρονα ετεροζυγώτης για δύο αλληλίες τα οποία ευθύνονται για την διαταραχή της λειτουργία των LDL υποδοχέων. Συνήθη επίπεδα χοληστερόλης πλάσματος >600 mg/dL ή ακόμη και υψηλότερα από την γέννηση.

Οι ασθενείς εμφανίζουν χαρακτηριστικά ομάλα δερματικά ξανθώματα, τα οποία μπορεί να υπάρχουν ήδη από τενόντια ξανθώματα , τα ξανθελάσματα και το τόξο του κερατοειδούς παρουσιάζονται κατά κανόντα πάντοτε. Αντηριοσκληρωτικές αλλοιώσεις στεφανιαίων

αγγείων συχνά ξεκινούν πριν το 10^ο έτος ηλικίας. Οι περισσότεροι ασθενείς καταλήγουν εξαιτίας επιπλοκών του εμφράγματος του μυοκαρδίου πριν το 30^ο έτος ζωής.

Αντιμετώπιση της νόσου: Τα φάρμακα και η κατάλληλη διαιτητική αγωγή δεν επηρεάζουν σε ικανοποιητικό βαθμό την κλινική έκβαση της ομοζύγου FH. Σε τέτοιες περιπτώσεις η νόσος αντιμετωπίζεται με πλασμαφαίρεση ανά τακτικά χρονικά διαστήματα (ανά δεκαπενθήμερο) και με επιθετικούς τρόπους όπως με LDL αφαίρεση, χειρουργική παράκαμψη του ειλεού σε συνδυασμό με αναστόμωση της πυλαίας με την κάτω κοίλη φλέβα.

1^ο επίπεδο: Με καλή ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 67%

2^ο επίπεδο: Σε περιπτώσεις επιθετικών τρόπων αντιμετώπισης
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 80%

Σε περίπτωση μεταμόσχευσης ήπατος βλέπε αντίστοιχο κεφάλαιο.

ΝΟΣΟΣ GAUCHER

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ:

Η νόσος Gaucher προκαλείται από κληρονομική έλλειψη της β-γλυκοσεβροσιδόσης, ενός ενζύμου απαραίτητου για τον καταβολισμό των λιπιδίων, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση της γλυκοσεβροσιδής στα λυσώματα των μακροφάγων στους διάφορους ιστούς (ήπαρ, σπλήν, μυελός των οστών).

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

ΤΥΠΟΣ I ή τύπος ενηλίκων χωρίς νευρολογικές εκδηλώσεις

ΤΥΠΟΣ II ή νεογνικός τύπος με οξείες νευρολογικές διαταραχές εκδηλώσεις και θάνατος στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής.

ΤΥΠΟΣ III ή νεανικός τύπος υποξεία μορφή της νόσου με χρόνιες νευρολογικές εκδηλώσεις, δεν επιδέχεται βελτίωση Π.Α. 80%

Ο Τύπος I εμφανίζεται σε οποιαδήποτε ηλικία αλλά συμπτωματικοί ασθενείς εμφανίζονται συνήθως στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΥΠΟΥ I

- Καχεξία
- Χρόνια κόπωση
- Ηπατομεγαλία
- Σπληνομεγαλία οδηγούσα συχνά σε σπληνεκτομή
- Οστικά άλγη (κατακρίσεις)
- Παθολογικά κατάγματα
- Ενίοτε αιμορραγικές εκδηλώσεις

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΥΠΟΥ II

Όλα τα παραπάνω και επιπλέον:

Νευρολογικές εκδηλώσεις σταδιακά επιδεινούμενες

- Επιληψία
- Διανοητική Καθυστέρηση
- Μυοκλονίες κλπ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

- Αναιμία
- Λευκοπενία
- Θρομβοπενία

- Οστεοπόρωση, οστεολύσεις
- Διαταραχή ηπατικής λειτουργίας

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Νόσος εξαιρετικά σπάνια, χρόνια, κληρονομική και ανίατος.

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Περιπτώσεις με ηπατοσπληνική διόγκωση και σοβαρές αιματολογικές διαταραχές (αναιμία-λευκοπενία—θρομβοπενία) Π.Α. 50%

Περιπτώσεις με επιπλέον οστικές αλλοιώσεις και επαπειλούμενα κατάγματα Π.Α. 67%

| Περιπτώσεις με επιπλέον παθολογικά κατάγματα Π.Α. 80%

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ορισμένα χρόνια νοσήματα του δέρματος μπορούν να προκαλέσουν σοβαρά συμπτώματα και να επηρεάσουν την ικανότητα ενός ατόμου να εκτελέσει τη εργασία του. Η επίδραση αυτή εξαρτάται από την έκταση του δερματικού εξανθήματος, τη προσβολή ή όχι λειτουργικά ή αισθητικά σημαντικών περιοχών (π.χ. παλάμες, πέλματα, πρόσωπο), τη συχνότητα των εξάρσεων και υποτροπών, το βαθμό σοβαρότητας των συνοδών συμπτωμάτων, την ανάγκη επανειλημμένης νοσοκομειακής περίθαλψης, και το τύπο της ενδεικνυόμενης θεραπευτικής αγωγής. Οι δερματολογικές νόσοι σε παιδιά μπορεί να έχουν σοβαρότερες επιπτώσεις σε σχέση με τους ενήλικες.

Λόγω της πολυμορφίας και του ευρύτατου κλινικού φάσματος των δερματολογικών νοσημάτων, η διάγνωση τους θα πρέπει υποχρεωτικά να τίθεται ή να τεκμηριώνεται από δερματολόγο-αφροδισιολόγο, σύμφωνα με τα υπάρχοντα διαγνωστικά κριτήρια για κάθε νόσημα. Επίσης, τα άτομα που αιτούνται αναπηρικής κάλυψης, θα πρέπει να βρίσκονται υπό τη συνεχή φροντίδα και παρακολούθηση δερματολόγου, ο οποίος θα μπορεί να πιστοποιεί την πορεία και εξέλιξη της νόσου.

Τα νοσήματα που δέρματος που δικαιολογούν αναπηρική κάλυψη είναι:

Φλεγμονώδη νοσήματα	Ψωρίαση Δερματίτιδα (ατοπική, αλλεργική – ερεθιστική) Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα
Πομφολυγώδη νοσήματα	Πέμφιγα Πομφολυγώδες πεμφιγοειδές Ερπητοειδής δερματίτιδα
Κολλαγονώσεις	Μορφέα (εντοπισμένη σκληροδερμία)
Μεταβολικά/ενδοκρινικά νοσήματα	Πορφυρίες Σκληροίδημα
Γενοδερματοπάθειες	Ιχθύαση Μελαγχρωματική ξηροδερμία Συγγενής πομφολυγώδης επιδερμόλυση/Νευροινωμάτωση Συγγενείς κερατοδερμίες/παλαμών/ πελμάτων
Νεοπλασματικές παθήσεις	Δερματικό Τ-λέμφωμα Σάρκωμα Kaposi Μελάνωμα Επιδερμικοί κακοήθεις όγκοι (βασικοκυτταρικό και ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα)

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

L40 ΨΩΡΙΑΣΗ

ΟΡΙΣΜΟΣ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νόσος άγνωστης αιτιολογίας, με χαρακτηριστική κλινική και ιστολογική εικόνα και εντόπιση στο τριχωτό της κεφαλής, τον κορμό, τα άνω και κάτω άκρα, τη γεννητική περιοχή και τους όνυχες. Εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία (2^η-3^η δεκαετία της ζωής) και στα δύο φύλα και έχει χρόνια πορεία με υφέσεις και εξάρσεις. Η ψυχική επιβάρυνση φαίνεται να παίζει ρόλο στην

ένταση και τις υποτροπές της νόσου. Αν και δεν υπάρχει ριζική θεραπεία, η νόσος ανταποκρίνεται σε ένα ευρύ φάσμα από θεραπευτικά μέσα (τοπική θεραπεία, φωτοθεραπεία, κυτταροστατικά, ανοσοτροποποιητικές θεραπείες). Η νόσος προσβάλλει κυρίως το δέρμα, αν και μπορεί να προσβάλλει και τις αρθρώσεις (ψωριασική αρθρίτιδα ή αρθροπαθητική ψωρίαση).

Αναλόγως της κλινικής εικόνας, η ψωρίαση κατατάσσεται σε διάφορους τύπους και μορφές. Την ασφαλιστική αναπηρία ενδιαφέρει κυρίως η φλυκταινώδης ή υπερκερατωσική ψωρίαση παλαμών και πελμάτων, η μέτρια προς σοβαρή ψωρίαση κατά πλάκας (σημαντικής εκτάσεως με έντονη συμπτωματολογία και κλινικά σημεία δερματικής δυσκαμψίας και δυσχρησίας), η γενικευμένη φλυκταινώδης ή ερυθροδερμική μορφή, λόγω των συνοδών λειτουργικών και αγγειοκινητικών διαταραχών του δέρματος (εκκριτικότητας, άδηλου διαπνοής, θερμορυθμίσεως) και η ψωριασική αρθρίτιδα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Οι ήπιες και εντοπισμένες περιπτώσεις ψωρίασης αντιμετωπίζονται με τοπικά θεραπευτικά σκευάσματα και, παρά την επίμονη πορεία, δεν δικαιολογούν ασφαλιστική αναπηρία. Στις εντοπισμένες μορφές ψωρίασης με λειτουργικές διαταραχές (ψωρίαση παλαμών πελμάτων), που δεν ανταποκρίνονται σε 3μηνη θεραπεία, δικαιολογείται ποσοστό αναπηρίας 20% που μπορεί να φτάσει το 50% για χειρωνακτικά επαγγέλματα (προσωρινή μερική αναπηρία, επί των εξάρσεων). Στις γενικευμένες μορφές ψωρίασης (κατά πλάκες με PASI score άνω του 10, γενικευμένη ερυθροδερμική ή φλυκταινώδης), που δεν ανταποκρίνονται σε 6μηνη συστηματική θεραπεία ή που χρήζουν νοσηλείας σε νοσοκομείο ή συγκρίσιμης αναγκαιότητας αντιμετώπιση σε τακτικό ιατρείο πολλές φορές το χρόνο, το ποσοστό αναπηρίας κυμαίνεται από 50-80% [12-24 μήνες και επανεκτίμηση]. Για την αναπηρική κάλυψη στη ψωριασική αρθρίτιδα, βλέπε αντίστοιχο κεφάλαιο στα ρευματολογικά νοσήματα.

L20 ΑΤΟΠΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ

ΟΡΙΣΜΟΣ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Υποτροπιάζουσα δερματοπάθεια, συνήθως εμφανιζόμενη στην παιδική ηλικία, με έντονο κνησμό. Ποικίλει σε έκταση και διακρίνεται σε 3 στάδια τα οποία εξαρτώνται από το βαθμό φλεγμονής του δέρματος (οξύ, υποξύ και χρόνια έκζεμα). Στην οξεία φάση παρατηρούνται ερυθρηματώδεις βλατίδες ή βλατιδοφουσσαλίδες που συνοδεύονται από ξηρό, κνησμόδες δέρμα και εντοπίζονται στο πρόσωπο, το κορμό και τα άκρα. Στη χρόνια φάση, οι βλάβες εμφανίζονται λειχηνοποιημένες και εκδοροποιημένες λόγω του εντόνου κνησμού ενώ συχνά παρατηρούνται επιμολύνσεις από σταφυλόκοκκο οι οποίες χρήζουν συστηματικής αντιβίωσης. Η ατοπική δερματίτιδα εμφανίζεται συχνά σε συνδυασμό με άλλα ατοπικά νοσήματα, όπως αλλεργική ρινίτιδα, άσθμα και κνίδωση. Η πορεία της νόσου είναι χρόνια με υφέσεις και εξάρσεις. Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται σε τοπική θεραπεία (κορτικοστεροειδή, αναστολείς καλσινευρίνης, ενυδάτωση) και συστηματική θεραπεία (κορτικοστεροειδή, αντιβιοτικά, αντιισταμινικά). Ορισμένες παραλλαγές της ατοπικής δερματίτιδας (χρόνιο ρωγμάδες έκζεμα, δισυδρωτικό έκζεμα) μπορούν να προκαλέσουν ιδιαίτερες δυσκολίες στην λειτουργικότητα των άκρων.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Οι εκτεταμένες ή γενικευμένες μορφές που δεν ανταποκρίνονται στην συνήθη αγωγή μπορεί να δυσχεράνουν την ποιότητα ζωής λόγω του έντονου κνησμού και να απαιτούν τη χρήση συστηματικής ανοσοκατασταλτικής αγωγής με κορτικοστεροειδή ή κυκλοσπορίνη. Η ατοπική δερματίτιδα μπορεί να επιπλακεί με επιμολύνσεις από Gram (+) βακτήρια. Δεν προσβάλλονται άλλα όργανα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Εντοπισμένες μορφές εκζέματος σε άκρες χείρες και πόδια (ρωγμάδες υπερκερατωσικό ή δισυδρωτικό έκζεμα) που δεν απαντούν σε τοπική ή συστηματική θεραπεία επί 3-6 μήνες και

συνοδεύονται από έντονο κνησμό, ή εμφανίζουν συχνές υποτροπές, δικαιολογείται ποσοστό αναπηρίας 20% που μπορεί να φτάσει και 50% σε περιπτώσεις χειρωνακτικής εργασίας (για 1-2 έτη και επανεκτίμηση). Σε περιπτώσεις γενικευμένης ατοπικής δερματίτιδας με έντονο κνησμό, που δεν ανταποκρίνεται σε συστηματική αγωγή επί 3μηνο ή εμφανίζει συχνές υποτροπές ή χρήζει νοσηλείας σε νοσοκομείο ή συγκρίσιμης αναγκαιότητας αντιμετώπιση σε τακτικό ιατρείο πολλές φορές το χρόνο, δικαιολογείται αναπηρική κάλυψη 50-67% [6-12 μήνες και επανεκτίμηση].

Οι παραπάνω γενικές αρχές ισχύουν και για παραλλαγές της ατοπικής δερματίτιδας όπως σμηγματορροϊκή δερματίτιδα και νομισματοειδές έκζεμα.

ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΕΞ'ΕΠΑΦΗΣ (ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ [L23] ΚΑΙ ΕΡΕΘΙΣΤΙΚΗ [L24] ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ)

ΟΡΙΣΜΟΣ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Φλεγμονώδης αντίδραση σε ουσίες οι οποίες έρχονται σε επαφή με το δέρμα. Διακρίνεται σε ερεθιστική και αλλεργική δερματίτιδα εξ'επαφής. Χαρακτηρίζεται από δερματικό εξάνθημα με βλατίδες, ερύθημα, απολέπιση, και έντονο κνησμό, κατά κανόνα στα σημεία επαφής με την εκλυτική ουσία. Τα πιο κοινά αλλεργιογόνα εντοπίζονται σε αρώματα, φυτά, ελαστικά, μέταλλα, χρωστικές, καλλυντικά, φάρμακα και βερνίκια νυχιών.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Σε περιπτώσεις αλλεργικής δερματίτιδας γίνονται ειδικές επιδερμικές δοκιμασίες για την εξακρίβωση του αιτίου. Θεραπευτικώς συστήνεται αποφυγή της υπεύθυνης ουσίας. Τοπική ενυδάτωση και τοπική θεραπεία συνήθως αρκούν για την αντιμετώπιση της εντοπισμένης νόσου. Σε ορισμένες περιπτώσεις η νόσος είναι αρκετά εκτεταμένη, με συχνές υποτροπές και σοβαρές επιδράσεις στη δυνατότητα εργασίας και ποιότητα ζωής του ατόμου.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Σε περιπτώσεις επίμονης, υποτροπιάζουσας δερματίτιδας εξ'επαφής (>2-3 εξάρσεις/ έτος), με διαπιστωμένη συσχέτιση με αλλεργιογόνο, που εμφανίζει έντονο κνησμό και εξάνθημα που είτε εκδηλώνεται σε μεγάλη έκταση δέρματος ή σε ανατομικές περιοχές που σχετίζονται με επαγγελματική ενασχόληση (πρόσωπο, χέρια) και δεν ανταποκρίνεται σε τοπική ή συστηματική αγωγή επί 3μηνο, δικαιολογείται αναπηρική κάλυψη από 10-40% [12 μήνες και επανεκτίμηση].

L43 ΟΜΑΔΟΣ ΛΕΙΧΗΝΑΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ- ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ομάδα φλεγμονωδών δερματοπαθειών με πολλές παραλλαγές και τύπους και χαρακτηριστική κλινική εικόνα. Κνησιμώδες εξάνθημα που εντοπίζεται κυρίως στα άνω και κάτω άκρα και ενίοτε στον κορμό αποτελούμενο από συρρέουσες ερυθροϊώδεις βλατίδες και πλάκες στα άνω και κάτω άκρα, κορμό, τριχωτό της κεφαλής και στοματικό βλενογόνο. Χαρακτηριστική ιστολογική εικόνα επιβεβαιώνει τη διάγνωση.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επίμονη πορεία με συχνές υποτροπές αλλά, εν γένει, καλή ανταπόκριση σε αντιφλεγμονώδη αγωγή (συνήθως τοπικά ή συστηματικά κορτικοστεροειδή). Δεν συνοδεύεται ή προκαλεί οργανικές διαταραχές.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Δεν τίθεται θέμα ποσοστού αναπηρίας κατά την ασφαλιστική έννοια, εκτός σπανίων περιπτώσεων ιδιαίτερα εκτεταμένων μορφών, με βασανιστικό κνησμό, που δεν ανταποκρίνονται στη συνήθη συστηματική θεραπεία επί 3-6 μήνες. Οι περιπτώσεις αυτές μπορούν να λάβουν προσωρινά (1-2 έτη) ποσοστό αναπηρίας 20-30% μέχρι ικανοποιητικής βελτιώσεως της καταστάσεως με τις συνιστώμενες θεραπείες.

L73.2 ΔΙΑΠΥΗΤΙΚΗ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑ**ΟΡΙΣΜΟΣ- ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Χρόνια νόσος που οφείλεται σε διαπυημένη φλεγμονή των εξαρτημάτων του δέρματος (αποκρινείς αδένες, τριχοσμηγματογόνοι θύλακες). Προσβάλλονται κυρίως οι μασχάλιαιες και περιγεννητικές περιοχές. Κλινικώς, εμφανίζονται πολλαπλά κυστικά και φλεγμονώδη οζίδια τα οποία αργότερα διαπυώνται και σχηματίζουν αποστημάτια και αλληλοεπικοινωνούντα συρίγγια. Η τελική κατάληξη είναι αντιαισθητικές ουλές. Η διάγνωση τίθεται κλινικά, ενώ ο έλεγχος για επιμολύνσεις γίνεται με καλλιέργεια υλικού από τις βλάβες. Θεραπευτικά χορηγούνται συστηματικά αντιβιοτικά, ρετινοειδή, και πίο πρόσφατα, βιολογική θεραπεία με αντι-TNF παράγοντες, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις γίνονται παροχετεύσεις των αποστημάτων ή χειρουργικές αφαιρέσεις των φλεγμονωδών ιστών.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η νόσος είναι χρόνια, υποτροπιάζουσα με σημαντική επιβάρυνση στη σωματική και ψυχική υγεία του ασθενούς, ιδιαίτερα σε εκτεταμένες μορφές της νόσου. Οι βλάβες είναι ιδιαίτερα επώδυνες, και συνοδεύονται από κακοσμία, επιμολύνσεις και πυο-ορρούσες εκκρίσεις. Χρηζουν αντιβιοτικής θεραπείας που συχνά χορηγούνται για παρατεταμένη περίοδο καθώς και χειρουργικών επεμβάσεων.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Σε περιπτώσεις εκτεταμένης και επίμονης νόσου, διεγνωσμένης σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου, δικαιολογείται ποσοστό αναπηρίας 20-50% (με επανεκτίμηση σε 2-3 έτη).

L10-14 ΠΟΜΦΟΥΛΥΓΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**L13.0 ΕΡΠΗΤΟΕΙΔΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ [ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ DUHRING]****ΟΡΙΣΜΟΣ- ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Δερματοπάθεια άγνωστης αιτιολογίας, κλινικώς αποτελούμενη από φυσαλλιδώδες εξάνθημα στα άνω και κάτω άκρα, ενίοτε γενικευμένο, με χαρακτηριστικά έντονο κνησμό. Η διάγνωση τίθεται με ιστολογική εξέταση δέρματος και άμεσο ανοσοφθορισμό. Συνυπάρχει συχνά με κοιλιοκάκη και, ως εκ τούτου, η διάγνωση ερπητοειδούς δερματίτιδας συνοδεύεται από ανάλογη γαστρεντερολογική διερεύνηση για αποκλεισμό υπερευαισθησίας εκ γλουτένης.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η νόσος διαδράμει χρόνια και επίμονη πορεία. Παρατεταμένες υφέσεις της νόσου με χορήγηση σουλφονών και αυστηρό διατροφικό έλεγχο (σε συνύπαρξη κοιλιοκάκης). Απαιτούνται συχνός νοσοκομειακός έλεγχος και παρατεταμένες θεραπείες για τον αποτελεσματικό έλεγχο της νόσου.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Σε περιπτώσεις εκτεταμένης νόσου και έντονου κνησμού, με μικρή ανταπόκριση σε συστηματική θεραπεία με δαψόνη μετά από 6 μήνες και διατροφικό έλεγχο, συνιστάται ποσοστό αναπηρίας 20-30% [1-2 έτη και επανεκτίμηση].

L10 ΠΕΜΦΙΓΑ (κοινή, φυλλώδης, ερυθριματώδης)**ΟΡΙΣΜΟΣ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Πομφολυγώδης, αυτοάνοση νόσος του δέρματος και των βλεννογόνων, χαρακτηριζόμενη από την εμφάνιση διάσπαρτων και εκτεταμένων φυσαλλιδών και πομφόλυγων στο δέρμα και τους βλεννογόνους. Η νόσος διαδράμει χρονίως και εμφανίζει συχνές εξάρσεις και υφέσεις. Εκτός από τη κοινή πέμφιγα, που είναι η συχνότερη μορφή, υπάρχουν και ορισμένες παραλλαγές της νόσου (φυλλώδης πέμφιγα, ερυθριματώδης πέμφιγα) με ιδιαίτερα κλινικά και διαγνωστικά ευρήματα. Η νόσος έχει χαρακτηριστική ιστολογική εικόνα και η διάγνωση επιβεβαιώνεται με

ειδικές εξετάσεις άμεσου και έμμεσου ανοσοφθορισμού. Η πέμφιγα χρήζει παρατεταμένης αγωγής με ισχυρά ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση εξατομικεύεται ανάλογα με τα όργανα/συστήματα που προσβάλλονται, την έκταση και βαρύτητα της δερματικής και βλεννογονικής προσβολής, και κυρίως την ανταπόκριση του ασθενούς σε ανοσοκατασταλτικές θεραπείες (ιδιαίτερα στα συστηματικά κορτικοστεροειδή που αποτελούν τη πρώτη γραμμή θεραπείας). Οι θεραπείες είναι συνήθως μακροχρόνιες και συχνά επιπλέκονται από την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, υποτροπών της νόσου και δυσχερειών στον έλεγχο της νόσου. Απαιτείται συνεχής νοσοκομειακή παρακολούθηση, και ενίοτε μεγάλης διάρκειας νοσηλείας.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Κατά τη διάρκεια των εξάρσεων και τη χορήγηση συστηματικής ανοσοκατασταλτικής θεραπείας, δικαιολογείται ποσοστό αναπηρίας 20-50%. Σε περιπτώσεις ανθεκτικές στη συνήθη θεραπευτική αγωγή, συνιστάται ποσοστό αναπηρίας >67% (για 1-2 έτη και επανεκτίμηση).

L12.0 ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΕΣ ΠΕΜΦΙΓΟΕΙΔΕΣ

L12.1 ΟΥΛΩΤΙΚΟ ΠΕΜΦΙΓΟΕΙΔΕΣ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΩΝ

ΟΡΙΣΜΟΣ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ομάδα πομφολυγδών δερματοπαθειών με χρόνια διαδρομή και αυτοάνοση αιτιολογία. Χαρακτηρίζεται από πομφόλυγες δέρματος ή/ και των βλεννογόνων, συχνά με έντονο κνησμό και γενικευμένη εντόπιση. Εκδηλώνεται συνήθως σε άτομα άνω των 60-70 ετών και η φυσική τους πορεία χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις. Η διάγνωση τίθεται με βάση τα κλινικά και ιστολογικά ευρήματα, καθώς και τα ευρήματα του ανοσοφθορισμού. Η νόσος αναποκρίνεται σε θεραπεία με υψηλές δόσεις συστηματικών κορτικοστεροειδών ενώ συχνά συν-χορηγείται συστηματική ανοσοκατασταλτική θεραπεία (αζαθειοπρίνη, κυκλοσπορίνη, μυκοφαινολάτη) για το ταχύτερο έλεγχο της νόσου και τη μείωση των ανεπιθύμητων ενεργειών από την παρατεταμένη χορήγηση των κορτικοστεροειδών.

Για την αντιμετώπιση των εξάρσεων απαιτείται συνήθως νοσηλεία και στενή παρακολούθηση κατά την διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι γενικώς καλή, αν και η πορεία της νόσου μπορεί να επιπλακεί από σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω της χορηγούμενης αγωγής, της ηλικίας των πασχόντων και τη συνύπαρξη άλλων ιατρικών προβλημάτων. Γενικώς υπάρχει καλή ανταπόκριση στη συνήθη αγωγή με κορτικοστεροειδή και οι ασθενείς μεταπίπτουν σε παρατεταμένη ύφεση χωρίς να χρειάζονται θεραπεία συντήρησης. Το ουλωτικό πεμφιγοειδές των βλεννογόνων μπορεί να προσβάλλει τον βλεννογόνο του στόματος, του οισοφάγου, των οφθαλμών, με επιπλοκές από τα αντίστοιχα όργανα, όπως κερατοειδοοπάθεια, τύφλωση (βλ αντίστοιχα κεφάλαια).

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Κατά τη διάρκεια μείζονος ανοσοκατασταλτικής θεραπείας και όσο διαρκεί αυτή 25-50%, ανάλογα με την έκταση του νοσήματος και την ανταπόκριση στη θεραπεία. Σε περιπτώσεις πτωχής ανταπόκρισης μετά από 6-μηνιαία θεραπεία, ή μετά από πολλαπλές υποτροπές, δικαιολογείται ποσοστό αναπηρίας > 67% (για 1-2 έτη και επανεκτίμηση).

ΚΟΛΛΑΓΟΝΩΣΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΕΞΑΡΧΟΥΣΑ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ

L94.0 ΜΟΡΦΕΑ (ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΗ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΙΑ)

ΟΡΙΣΜΟΣ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η μορφέα είναι μια μορφή εντοπισμένης σκληροδερμίας που χαρακτηρίζεται από φλεγμονώδεις, αγγειακές, και σκληρυντικές αλλοιώσεις του δέρματος, χωρίς προσβολή εσωτερικών οργάνων. Παρουσιάζονται ιώδεις πλάκες, οι οποίες μπορεί να είναι ολιγάριθμες,

ταινιοειδείς, γραμμοειδείς, γενικευμένες ενώ συχνά συνοδεύονται από ατροφία των υποκειμένων δομών του δέρματος.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Μπορεί να υπάρχει δερματική δυσκαμψία δακτύλων λόγω σκλήρυνσης του δέρματος. Τα δάκτυλα των χεριών μπορεί είναι οιδηματώδη με ερύθημα και αγγειοσύσπαση (φαινόμενο Raynaud), ιδίως σε έκθεση στο κρύο.

Προσβολή γύρω από τις αρθρώσεις μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμες καμπτικές συσπάσεις, ιδίως των άκρων χεριών και ποδών. Συμμετοχή των εν τω βάθει ιστών συνοδεύεται από ατροφία και ίνωση των μυών. Εκτεταμένη προσβολή παρεμποδίζει έμμεσα την αναπνοή. Σε ταινιοειδή μορφέα της κεφαλής, μπορεί να συνυπάρχει ατροφία των οφθαλμικών δομών ή ατροφία οστών.

Η πανσκληρυντική αναπηρική εντοπισμένη σκληροδερμία αρχίζει συνήθως στην παιδική ηλικία, με σκληρυντικές πλάκες που αφορούν το δέρμα, περιτόνια και οστά, δημιουργώντας σοβαρές διαταραχές στη κινητικότητα των άκρων. Σε αποκλειστική δερματική εντόπιση, υπάρχει τάση για βελτίωση των σκληρυντικών πλακών, αν και ορισμένες περιπτώσεις μπορούν να μεταπέσουν σε συστηματική σκληροδερμία.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Προσβολή γύρω από τις αρθρώσεις μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμες καμπτικές συσπάσεις, ιδίως των άκρων (ποσοστό αναπηρίας από 20-40% ανάλογα με αριθμό αρθρώσεων και βαθμό προσβολής). Σε ταινιοειδή μορφέα της κεφαλής, μπορεί να συνυπάρχει ατροφία των οφθαλμικών δομών ή ατροφία οστών (βλ αντίστοιχα κεφάλαια). Σε πανσκληρυντική γενικευμένη σκληροδερμία με περιορισμό της κινητικότητας των αρθρώσεων, δικαιολογείται αναπηρία > 67% (για 3 χρόνια και επανεκτίμηση).

ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

M34.8 ΣΚΛΗΡΟΙΔΗΜΑ ΤΟΥ BUSCHKE

ΟΡΙΣΜΟΣ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ομοιόμορφη σκλήρυνση του δέρματος και του υποδέρματος αρχόμενη συνήθως από τον τράχηλο και καταλαμβάνουσα βαθμιαία τον κορμό και τα άνω άκρα. Είναι αγνώστου αιτιολογίας αλλά αποδίδεται σε αυξημένη εναπόθεση βλεννοπολυσακχαριτών στο χόριο λόγω σακχαρώδους διαβήτη. Εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα με ελλειπή ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη. Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η ασφαλιστική κρίση και το ποσοστό αναπηρίας καθορίζεται ανάλογα με την έκταση και το βαθμό προσβολής του δέρματος και των υποκειμένων μορίων, της δυσκαμψίας και του περιορισμού της κινητικότητας που προκαλεί, και της επίδρασης στις αναπνευστικές κινήσεις. Κυμαίνεται από 25% έως 50% για 1 έτος – 2 χρόνια - εφ'όρου ζωής.

ΓΕΝΟΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

Q80 ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΙΧΘΥΑΣΗ

ΟΡΙΣΜΟΣ- ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ομάδα κληρονομικών νοσημάτων που εκδηλώνονται από τη βρεφική ηλικία (συνεπώς προϋπάρχοντα με την ασφαλιστική έννοια). Περιλαμβάνει την κοινή ιχθύαση, την φυλοσύνδετη ιχθύαση, τη φυλλώδη ιχθύαση, την επιδερμολυτική υπερκεράτωση και ορισμένα πύσπανια ιχθυασιοειδή σύνδρομα (σύνδρομο Netherton, σύνδρομο KID). Η διάγνωση συνήθως βασίζεται στα κλινικά ευρήματα που χαρακτηρίζονται από ένα λεπιδώδες μη-

φλεγμονώδες εξάνθημα. Ορισμένες μορφές της νόσου ανταποκρίνονται σε ενυδάτωση και τοπική θεραπεία (κερατολυτικά) ενώ για τις σοβαρότερες μορφές μπορεί να χορηγηθεί συστηματική θεραπεία με ρετινοειδή.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η κοινή και φυλοσύνδετη ιχθύαση σχετίζονται με την εμφάνιση λεπιδώδους εξανθήματος (εντοπισμένο ή γενικευμένο). Η φυλλώδης ιχθύαση προσβάλλει ολόκληρο το σώμα, και συνοδεύεται από ουλωτική αλωπεκία, εκτρόπιο, δυστροφία ονύχων, διαταραχές εφίδρωσης, ενώ μπορεί να εκδηλωθεί ερυθροδερμία ή δευτερογενείς τοπικές ή συστηματικές λοιμώξεις.

Η επιδερμολυτική υπερκεράτωση χαρακτηρίζεται από υπερκεράτωση και πομφόλυγες, διαβρώσεις, δευτεροπαθείς λοιμώξεις και κίνδυνο σηψαιμίας.

Η μορφή και η βαρύτητα της νόσου παρατηρούνται από την αρχική εμφάνιση και γι' αυτό η ιατρική και ασφαλιστική κρίση και το ανάλογο ποσοστό αναπηρίας αναφέρονται στην προϋπάρχουσα κατάσταση χωρίς επιδείνωση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Για την γενικευμένη κοινή και φυλοσύνδετη ιχθύαση, που δεν βελτιώνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας, προβλέπεται ποσοστό αναπηρίας 5-20%.

Για την φυλλώδη ιχθύαση προβλέπεται ποσοστό αναπηρίας 67%, για την επιδερμολυτική υπερκεράτωση 67%, ενώ σε περίπτωση φυλλώδους ιχθύασης ή επιδερμολυτικής υπερκεράτωσης μη-ανταποκρινόμενης στη συστηματική θεραπεία επί 3-6 μήνες, ποσοστό αναπηρίας > 67% (επανεκτίμηση σε 2-4 χρόνια ανάλογα με τη πορεία της νόσου και την ανταπόκριση στη χορηγούμενη αγωγή). Το ίδιο ποσοστό δικαιολογείται και για τις περιπτώσεις Ιχθυασιοειδούς Ερυθροδερμίας (πομφολυγώδους ή όχι).

Q82.1 ΜΕΛΑΓΧΡΩΜΑΤΙΚΗ ΞΗΡΟΔΕΡΜΙΑ

ΟΡΙΣΜΟΣ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Κληρονομική σπάνια νόσος, με κύριο κλινικό σύμπτωμα την έντονη φωτοευαισθησία (αρχικά), τη πρόωγη γήρανση του δέρματος και το σχηματισμό ακτινικών βλαβών (ηλιακές φακές, ακτινικές υπερκερατώσεις) και κακοηθειών του δέρματος (ακανθοκυτταρικά καρκινώματα, βασικοκυτταρικά καρκινώματα, μελανώματα). Η νόσος οφείλεται στην ελλειπή επιδιόρθωση των βλαβών του DNA στα επιδερμικά κύτταρα μετά από έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία. Υπάρχουν τουλάχιστον 5 κλινικοί τύποι με βάση το είδος του επιδιορθωτικού ενζύμου του DNA που λείπει. Η διάγνωση τίθεται με βάση τη κλινική εικόνα και ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις. Η θεραπεία περιορίζεται στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των καρκινωμάτων του δέρματος, τη προληπτική χορήγηση ρετινοειδών και την αυστηρή αποφυγή της έκθεσης στον ήλιο.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι δυσχερής λόγω της πρώιμης εμφάνισης πολλαπλών καρκίνων του δέρματος και του αυξημένου κινδύνου μεταστατικής διασποράς. Αν και υπάρχει γενικώς σημαντική κλινική ποικιλομορφία, οι περισσότεροι ασθενείς έχουν περιορισμένη επιβίωση. Προληπτικές παρεμβάσεις (αυστηρή εφαρμογή αντιηλιακής προστασίας) και στενή παρακολούθηση των ασθενών, στους οποίους γίνονται πολλαπλές επεμβάσεις αφαίρεσης καρκινωμάτων του δέρματος αποτελούν τους συνήθεις τρόπους προσέγγισης.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Επί διεγνωσμένης νόσου, ποσοστό αναπηρίας >67%, εφ' όρου ζωής.

Q81 ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΗΣ ΕΠΙΔΕΡΜΟΛΥΣΗ

ΟΡΙΣΜΟΣ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ομάδα σπάνιων γενετικών νοσημάτων που έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό την εμφάνιση διάσπαρτων πομφολύγων μετά από ελάχιστο τραυματισμό. Οι πομφόλυγες, εμφανείς κατά τη

γέννηση, καταλείπουν μεγάλες επιφάνειες διαβρωτικού δέρματος που είναι επιρρεπές σε επιμολύνσεις και επουλώνει αργά με το σχηματισμό ουλών και κεγχρίων. Προσβολή των βλεννογόνων και εσωτερικών οργάνων είναι επίσης συχνή. Υπάρχουν 3 μορφές συγγενούς επιδερμόλυσης (απλή, συνδεδεσμένη και δυστροφική). Αν και η επιβίωση είναι δυσχερής, ειδικά στα πρώτα έτη της ζωής, οι πομφόλυγες σταδιακά επουλώνονται, αφήνοντας σημαντικές ουλοποιήσεις και ονυχοδυστροφίες κατά την ενήλικη ζωή. Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την εφαρμογή επουλωτικών σκευασμάτων ή επιθεμάτων, τον έλεγχο των λοιμώξεων και τη χρήση δερματικών μοσχευμάτων ή καλλιεργειών κερατινοκυττάρων για την επούλωση των ανοιχτών επιφανειών του δέρματος.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι δυσχερής κατά τη πρώτη φάση της ζωής με περιορισμένη επιβίωση. Στη ενήλικη ζωή, οι ασθενείς εμφανίζουν λιγότερες διαβρώσεις και πομφόλυγες αλλά εκτεταμένες ουλές που περιορίζουν σημαντικά τη κινητικότητα των άκρων. Στη δυστροφική μορφή, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης ακανθοκυτταρικού καρκινώματος πάνω στις ουλές (> 50% των ασθενών μέχρι την ηλικία των 35 ετών).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Στην απλή πομφολυγώδη επιδερμόλυση που δεν βελτιώνεται με τη θεραπεία, προβλέπεται ποσοστό αναπηρίας 5-20%. Σε όλες τις περιπτώσεις ΠΕ που παραμένουν με εκτεταμένες βλάβες στην ενήλικη ζωή, ποσοστό αναπηρίας 50-67% (εφ'όρου ζωής). Στις εκτεταμένες συνδεδεσμένες ή δυστροφικές μορφές ΠΕ με συνοδούς διαταραχές στην κίνηση και βάδιση, κινητικές ποσοστό αναπηρίας >67% (εφ'όρου ζωής).

Q85.0 ΝΕΥΡΟΪΝΩΜΑΤΩΣΗ ή ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ von RECKLINGHAUSEN

ΟΡΙΣΜΟΣ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νόσος οικογενής και συχνά κληρονομική, οφειλόμενη σε γονιδιακή μετάλλαξη. Εκδηλώνεται αμέσως μετά τη γέννηση ή κατά την παιδική ηλικία, σπανιότερα στην εφηβική ή σπανιότατα στην ενήλικη ζωή (προϋπάρχουσα κατάσταση με την ασφαλιστική έννοια). Κλινικώς χαρακτηρίζεται από πολυάριθμα διάσπαρτα οζίδια και μαλθακά ογκίδια χροιάς δέρματος (νευρινώματα και πλεγματοειδή νευροινώματα) εξαπλούμενα σε όλη τη δερματική επιφάνεια, καθώς και καφε-γαλακτόχρους κηλίδες. Επίσης, μπορεί να συνυπάρχουν ευρήματα από τους οφθαλμούς, το μυοσκελετικό, και το νευρικό σύστημα. Η διάγνωση τίθεται εφόσον πληρούνται συγκεκριμένα κλινικά κριτήρια. Δεν υπάρχει θεραπεία της νόσου, αλλά ανάλογες αγωγές στις πιθανές επιπλοκές από τα υπόλοιπα εκτός δέρματος συστήματα ή όργανα.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η νόσος διαδράμει χρονίως. Οι συνήθως πολυάριθμες δερματικές βλάβες μπορούν να προκαλούν πόνο και ενόχληση, ειδικά όταν εντοπίζονται σε ευαίσθητες περιοχές. Οι ασθενείς ελέγχονται για την έγκαιρη διάγνωση νευροινώματων επί του εδάφους πλεγματοειδών νευρινωμάτων. Οι λοιπές συστηματικές εκδηλώσεις αντιμετωπίζονται από τις ανάλογες ειδικότητες.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Για εκτεταμένα νευροινώματα και πλεγματοειδή νευρινώματα που προκαλούν συμπτώματα, δικαιολογείται ποσοστό αναπηρίας 10-20%.

Επί ορθοπεδικών, νευρολογικών βλαβών, τα ποσοστά αναπηρίας καθορίζονται κατα περίπτωση οργανικής βλάβης (βλ. τα αντίστοιχα κεφάλαια).

ΠΟΡΦΥΡΙΕΣ

E.80.0 Κληρονομική ερυθροποιητική πορφυρία (Συγγενής ερυθροποιητική πορφυρία, ερυθροποιητική πρωτοπορφυρία)

E80.1 Όψιμη δερματική πορφυρία

E80.2 Άλλες πορφυρίες (Κληρονομική κοπροπορφυρία, οξεία διαλείπουσα πορφυρία)

ΟΡΙΣΜΟΣ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ομάδα κληρονομούμενων νοσημάτων (προϋπάρχουσα κατάσταση με την ασφαλιστική έννοια). Η ηλικία εμφάνισης ποικίλει ανάλογα με την μορφή, από την παιδική ως την μέση ηλικία, Οφείλονται στην συσσώρευση ή αυξημένη αποδόμηση διάφορων μεταβολιτών της βιοσυνθετικής οδού της αίμης και των πορφυρινών. Η διάγνωση τίθεται με βάση την κλινική εικόνα, και την μέτρηση πορφυρινών στο αίμα, ούρα και κόπρανα. Οι τύποι πορφυρίας είναι οι εξής: 1) όψιμη δερματική πορφυρία: χρόνια δερματικά συμπτώματα με πομφόλυγες, διαβρώσεις, ιδίως στη ραχιαία επιφάνεια άκρων χειρών (η όψιμη δερματική πορφυρία υπάρχει και ως επίκτητη (μη-κληρονομούμενη) μορφή), 2) συγγενής ερυθροποιητική πορφυρία: φωτοευαισθησία από τη νηπιακή ηλικία, και συστηματική συμμετοχή, με αιμολυτική αναιμία, σπληνομεγαλία, οστικές διαταραχές (κατάγματα, απώλεια τελικών φαλλαγγίων). Μπορεί να χρειαστεί σπληνεκτομή, μεταγγίσεις αίματος, ή μεταμόσχευση μυελού. Απαιτείται συνεχής φωτοπροστασία εφ' όρου ζωής, 3) ερυθροποιητική πρωτοπορφυρία: οξεία φωτοευαισθησία (τύπου εγκαύματος), οξείας και χρόνιες δερματικές βλάβες (κνίδωση, πορφύρα, ουλές), ηπατικές αλλοιώσεις (χολολιθίαση, κίρρωση ήπατος, οξεία ηπατική ανεπάρκεια). Ο ασθενής αδυνατεί να βγει στο φως του ήλιου, 4) κληρονομική κοπροπορφυρία: φωτοευαισθησία, δερματολογικά συμπτώματα, νευρολογικά συμπτώματα, 5) επαλλάσσουσα πορφυρία: πομφόλυγες, φυσαλίδες, στη ραχιαία επιφάνεια άκρων χειρών και δακτύλων, οξείες κρίσεις κοιλιακού άλγους, νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις. Οι πορφυρίες επιμένουν διά βίου. Δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία. Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται σε αφαιμάξεις και χορήγηση ανθελονοσιακών.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Οι περισσότερες πορφυρίες και ιδιαίτερα η όψιμη δερματική πορφυρία (συχνότερη μορφή) προκαλούν έντονη φωτοευαισθησία. Οι ασθενείς χρήζουν αυστηρής αποφυγής του ήλιου.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Στις συγγενείς μορφές της νόσου, δικαιολογείται ποσοστό αναπηρίας 50 έως >67% ανάλογα με την έκταση της νόσου. Στην όψιμη Δερματική Πορφυρία, δικαιολογείται ποσοστό αναπηρίας 20% που μπορεί να ανέλθει και σε 50% σε άτομα που έχουν επαγγελματική ενασχόληση στην ύπαιθρο.

Q82.8 ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΕΡΚΕΡΑΤΩΣΗ ΠΑΛΑΜΩΝ ΚΑΙ ΠΕΛΜΑΤΩΝ (Νόσος της Meleda)

ΟΡΙΣΜΟΣ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Κληρονομική νόσος που εκδηλώνεται από τη βρεφική ηλικία και χαρακτηρίζεται από συμμετρικές αμφοτερόπλευρες υπερκερατωσικές πλάκες συνήθως μεγάλου πάχους και τραχειάς επιφάνειας, υποκίτρινης χροιάς, η οποία καταλαμβάνει ολόκληρη την επιφάνεια των παλαμών και των πελμάτων, με προσβολή συνήθως και των ονύχων και διαταραχές εφίδρωσης και αφής των περιοχών αυτών. Η κλινική εικόνα και ο βαθμός σοβαρότητας της παθήσεως έχει ήδη εκδηλωθεί από την πρώτη παιδική ηλικία (προϋπάρχουσα κατάσταση κατά την ασφαλιστική έννοια). Το νόσημα αυτό ενδημεί σε ορισμένες περιοχές της Ελλάδας και ανήκει σε μία ομάδα σπανίων κληρονομικών κερατοδερμιών, τα οποία θα πρέπει, εφ' όσον τεκμηριώνεται η διάγνωσή τους, να αντιμετωπίζονται υπό το ίδιο πρίσμα, όπως και η νόσος της Meleda.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Λόγω της σκληρίας και του πάχους των περιοχών προσβολής, η νόσος προκαλεί μέτριου ως σημαντικού βαθμού δερματική δυσκαμψία και δυσχρησία των άκρων χειρών και ανάλογη δυσχέρεια στην υπόδηση ή τη βάδιση. Τοπικές θεραπείες έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα ενώ η συστηματική θεραπεία με ρετινοειδή έχει μέτρια αποτελέσματα για όσο καιρό διαρκεί η θεραπεία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Επί διεγνωσμένης νόσου που δεν ανταποκρίνεται στην θεραπεία επί 3μηνο ποσοστό αναπηρίας 20-50%.

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ**C84 ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ Τ ΛΕΜΦΩΜΑ****C84.0 ΣΠΟΓΓΟΕΙΔΗΣ ΜΥΚΗΤΙΑΣΗ****C84.1 ΣΥΝΔΡΟΜΟ SEZARY****ΟΡΙΣΜΟΣ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Πρόκειται για τύπο λεμφώματος που εξορμάται από τα T λεμφοκύτταρα του δέρματος. Η νόσος διαδράμει χρονίως με προοδευτική εξάπλωση των βλαβών και εξέλιξή τους από λεπτές πλάκες σε διηθημένες βλάβες και οζίδια. Συστηματική προσβολή μπορεί να συμβεί στα όψιμα στάδια της νόσου. Η διάγνωση τίθεται από τα κλινικά, τα ιστολογικά και τα ανοσοϊστοχημικά ευρήματα. Η νόσος έχει χαρακτηριστική κλινική και ιστολογική εικόνα. Γενικά συμπτώματα, όπως κακουχία, καταβολή δυνάμεων, πυρετική κίνηση, απώλεια βάρους, σπλαγχνικές διαταραχές παρατηρούνται στα προχωρημένα στάδια.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση και η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από το στάδιο (στάδιο Ια: κηλίδες και πλάκες < 10% σώματος, στάδιο Ιβ: κηλίδες και πλάκες > 10% σώματος, στάδια Πα: δερματοπαθητική λεμφαδενοπάθεια, στάδιο ΠΒ: στάδιο όγκων, στάδιο ΠΙ: ερυθροδερμική μορφή, στάδιο ΙVα: λεμφαδενική διήθηση, στάδιο ΙV: σπλαγχνική διήθηση). Σύνδρομο Sezary: λευχαιμική μορφή δερματικού T- λεμφώματος με δυσμενή πρόγνωση. Απαιτεί επιθετική ανοσοκατασταλτική και χημειοθεραπευτική αγωγή. Οι ασθενείς καταλήγουν συχνά λόγω ευκαιριακών λοιμώξεων.

Σε όλα τα στάδια απαιτείται τακτική νοσοκομειακή παρακολούθηση του ασθενούς κι αναλόγως του σταδίου παρατεταμένες ή επαναληπτικές θεραπείες (φωτοθεραπείες, ρετινοειδή, ανοσοβιολογικές θεραπείες, χημειοθεραπείες). Οι θεραπείες αυτές προσφέρουν σχετικά καλά αποτελέσματα προσωρινού ελέγχου της νόσου, παρά τις αναμενόμενες υποτροπές της και παρατείνουν για πολλά χρόνια τη σχετικώς καλή κατάσταση του ασθενούς επιβραδύνοντας την εξέλιξη της νόσου.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ***1ο Επίπεδο***

Εντοπισμένο ή διάσπαρτο εξάνθημα αποτελούμενο από κηλίδες και λεπτές πλάκες. Χωρίς κλινικά ή εργαστηριακά ευρήματα συστηματικής προσβολής.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ***1ο Επίπεδο***

Σχετικά καλή, λόγω της βραδείας εξέλιξης της νόσου. Το στάδιο αυτό απαντά καλά στις ειδικές θεραπείες. Υποτροπές αναμένονται.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 5-10% [επί εξάρσεων και όσο διαρκεί η θεραπεία]

2ο Επίπεδο

Στάδιο της νόσου με διάσπαρτες περιγεγραμμένες και διηθημένες πλάκες σε σημαντική έκταση με συχνές υποτροπές. Διόγκωση λεμφαδένων. Πιθανά αιματολογικά ευρήματα λευχαιμικού τύπου και ενίοτε σπλαγχνικές διαταραχές. Συνήθως συνυπάρχουν συμπτώματα καταβολής, πυρετικής κινήσεως, σπλαγχνικών ενοχλήσεων.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Δυσχερής. Εντονότερες και μακρότερες οι απαιτούμενες θεραπείες. Συχνές υποτροπές. Απαιτείται τακτικός νοσοκομειακός έλεγχος..

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 20 - 50% [2 – 3 έτη]

3ο Επίπεδο

Γενικευμένη εικόνα με πολλαπλές και διάσπαρτες βλάβες, αποτελούμενες από οζίδια και εξωφυτικές μάζες και κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα από τον οργανισμό, σπλαγχνικές διαταραχές, καταβολή, καχεξία. Σύνδρομο Sezary. Κατάσταση βαρέως πάσχοντος.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή έως χείριστη. Απαιτούνται συχνές νοσηλείες και συστηματικώς χορηγούμενα χημειοθεραπευτικά σχήματα θεραπείες με μέτρια αποτελέσματα και προσωρινά. Κατάσταση μη αναστρέψιμη.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....80-100% [2 χρόνια – εφ’ όρου ζωής]

C46 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΟΣΙ (ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ Ή ΚΛΑΣΙΚΟ)

ΟΡΙΣΜΟΣ- ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Πολυσυστηματική, αγγειακής προέλευσης νεοπλασία που χαρακτηρίζεται από ιώδεις βλάβες του δέρματος και των βλεννογόνων, διάσπαρτα συνήθως στα κάτω και ενίοτε και στα άνω άκρα. Εμφανίζεται σε άτομα όψιμης ηλικίας (> 60 έτη). Είναι βραδείας εξελίξεως αλλά δυνητικά δυσμενούς προγνώσεως, με πιθανότητα σπλαχνικής προσβολής κυρίως των πνευμόνων και του πεπτικού συστήματος στα όψιμα στάδια. Από την πρώτη εμφάνιση της νόσου στα άκρα συνοδεύεται από άλγη αυτών, κυκλοφορικές διαταραχές, συνοδό λεμφοίδημα και ανάλογη δυσχέρεια βαδίσσεως. Ενίοτε συνυπάρχουν ευθύς εξαρχής και γενικά συμπτώματα, όπως καταβολή, καχεξία, διόγκωση λεμφαδένων, πυρετική κίνηση. Η θεραπεία εξατομικεύεται ανάλογα με την έκταση της δερματικής προσβολής. Στα αρχικά στάδια χρησιμοποιείται κρυοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και τοπικές χειρουργικές επεμβάσεις αφαίρεσης των βλαβών ενώ σε εκτεταμένη νόσο χορηγείται ιντερφερόνη ή χημειοθεραπευτικά σχήματα (δοξορουβικίνη). Απαιτείται από της εμφανίσεως τακτικός ή συνεχής ειδικός νοσοκομειακός έλεγχος.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Οι εντοπισμένες μορφές της νόσου αντιμετωπίζονται ικανοποιητικά με τις υπάρχουσες θεραπείες. Ασθενείς με πολλαπλές ή εξωφυτικές βλάβες στα άκρα (που συχνά αιμορραγούν), συνοδό λεμφοίδημα, ή λεμφαδενοπάθεια έχουν δυσκολίες στη κινητικότητα των άκρων και επιβαρυνμένη βάδιση. Τα προχωρημένα στάδια της νόσου (σπλαχνικές εντοπίσεις) αντιμετωπίζονται ως συστηματική νεοπλασματική νόσος με χημειοθεραπευτικά σχήματα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Σε δερματικές εκδηλώσεις στα άκρα, με εργαστηριακή επιβεβαίωση, χωρίς επέκταση σε άλλα σημεία του σώματος, με μέτριου έως σημαντικού βαθμού ενοχλήματα και δυσχρησία άκρων, 25-50% [1-2 χρόνια και επανεκτίμηση].

Σε σημαντική επέκταση του εξανθήματος (άνω και κάτω άκρα), ύπαρξη γενικών συμπτωμάτων και ευρημάτων και επέκταση σε εσωτερικά όργανα ή με αιματολογικές διαταραχές, δικαιολογείται αναπηρική κάλυψη > 80% [2-3 χρόνια ως εφ’ όρου ζωής].

C43 ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

C51-52, C60.-, C63.- ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

ΟΡΙΣΜΟΣ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Το μελάνωμα είναι ένας κακοήθης όγκος του δέρματος που προέρχεται από τα μελανοκύτταρα. Σε αντίθεση με τα επιθηλιακά καρκινώματα του δέρματος που έχουν βραδεία τάση ανάπτυξης και καλή πρόγνωση, το μελάνωμα έχει επιθετική βιολογική συμπεριφορά με δυνατότητα μεταστατικής διασποράς και θανάτου. Η νόσος προσβάλλει ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα αλλά συνήθως εμφανίζεται σε άτομα από 30-60 ετών. Κλινικά εκδηλώνεται με τη μορφή ενός νέου ανώμαλου σπίλου με ταχεία ανάπτυξη ή ενός προυπάρχοντος σπίλου που εμφανίζει μεταβολές στο χρώμα, το σχήμα ή το μέγεθος σε διάστημα από λίγες εβδομάδες ως μερικούς μήνες. Η διάγνωση τίθεται με τη χειρουργική αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας και ιστολογική εξέταση του όγκου. Η πρόγνωση εξαρτάται από το ιστολογικό βάθος του όγκου, τη βιοψία του λεμφαδένα φρουρού (σε μελανώματος πάχους > 1 mm) και τη παρουσία εξέλκωσης. Η σταδιοποίηση του μελανώματος προκύπτει από τη συνεκτίμηση του βάθους κατά Breslow, τη παρουσία λεμφαδενικών μικρο- ή μακρο-μεταστάσεων και την ύπαρξη μεταστατικών εστιών σε εν τω βάθει όργανα (στάδιο I και II= εντοπισμένη νόσος, στάδιο III=

λεμφαδενική προσβολή, στάδιο IV= μεταστατική νόσος στο δέρμα ή εν τω βάθει όργανα). Σε μελανώματα πρώιμου σταδίου, η χειρουργική αφαίρεση συνοδεύεται από καλή πρόγνωση με ποσοστά 5ετούς επιβίωσης > 80%. Σε περιπτώσεις λεμφαδενικής προσβολής, γίνεται λεμφαδενικός καθαρισμός της προσβληθείσας περιοχής και χορήγηση ανοσοθεραπείας με ιντερφερόνη (5ετής επιβίωση κυμαίνεται από 30-70%). Στα όψιμα στάδια (μεταστατική νόσος), η πρόγνωση είναι δυσχερής με μέση επιβίωση που δεν υπερβαίνει συνήθως τα 2 έτη.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η αντιμετώπιση της νόσου στα πρώιμα στάδια της νόσου συνίσταται στην χειρουργική αφαίρεση της βλάβης και τη στενή παρακολούθηση του ασθενούς. Άτομα με λεμφαδενική προσβολή συνήθως χρήζουν ανοσοθεραπείας από 1-12 μήνες και στενή παρακολούθηση με κλινικό και απεικονιστικό έλεγχο. Η μεταστατική νόσος αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπευτικά σχήματα ή νεότερες βιολογικές θεραπείες και κατά περίπτωση, ανάλογα με τις επιπλοκές της νόσου.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Στα πρώιμα στάδια της νόσου, και εφ' όσον ο ασθενής έχει υποβληθεί σε χειρουργική αφαίρεση του όγκου και δεν υφίστανται δυσμενείς προγνωστικοί παράγοντες, δεν δικαιολογείται ποσοστό αναπηρίας. Επί λεμφαδενικής προσβολής, ποσοστό αναπηρίας 20-50% λόγω νοσηρότητας από χειρουργικές επεμβάσεις και συμπληρωματικές ανοσοθεραπείες (για 1—2 έτη και επανεκτίμηση). Επί μεταστατικής νόσου, ποσοστό αναπηρίας 80-100%.

C44 ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΙΚΟΙ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ (ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΙ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ)

ΟΡΙΣΜΟΣ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οι κακοήθειες επιθηλιακοί όγκοι του δέρματος (βασικοκυτταρικό και ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του δέρματος) σχετίζονται με την έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία και εμφανίζονται πιά συχνά σε άτομα που απασχολούνται στην ύπαιθρο. Εκδηλώνονται ως οζίδια ή πλάκες με υπερκεράτωση ή εξέλκωση, συχνότερα σε φωτοεκτεθειμένες περιοχές του δέρματος. Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα επεκτείνεται βραδέως τοπικά και μεθίσταται σπάνια, ενώ το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα έχει πιθανότητα μετάστασης 5-10% εκτός αν συντρέχουν ειδικοί λόγοι (ανοσοκατασταλτική θεραπεία, καρκινώματα που εδράζονται σε βλεννογόνο).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η χειρουργική αφαίρεση αποτελεί το συχνότερο τρόπο θεραπευτικής προσέγγισης των επιδερμικών καρκίνων με ποσοστά ίασεως που υπερβαίνουν το 90%. Ορισμένες άλλες επεμβατικές (κρυοθεραπεία, ακτινοθεραπεία) ή φαρμακολογικές μέθοδοι (ιμικουιμόδη, φωτοδυναμική θεραπεία) μπορούν να εφαρμοστούν σε επιλεγμένες περιπτώσεις (σε άτομα με πολλαπλά καρκινώματα, νόσο του Bowen ή *in situ* καρκινώματα). Σε ένα ποσοστό ασθενών (10-20%) όγκοι μπορούν να υποτροπιάσουν, να απειλήσουν ευαίσθητες ανατομικές περιοχές του προσώπου, να διηθήσουν τοπικά υποκείμενα μόρια ή να δώσουν (σε σπάνιες περιπτώσεις) μεταστάσεις σε επιχώριους λεμφαδένες ή εσωτερικά όργανα. Οι περιπτώσεις αυτές χρήζουν πολυσυλλεκτικής και πολυεπίπεδης αντιμετώπιση από διάφορες ειδικότητες (χειρουργούς, ακτινοθεραπευτές, ιστοπαθολόγους, ογκολόγους, δερματολόγους).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Στα πρώιμα στάδια της νόσου, και εφ' όσον ο ασθενής έχει υποβληθεί σε χειρουργική αφαίρεση του όγκου και δεν υφίστανται δυσμενείς προγνωστικοί παράγοντες, δεν δικαιολογείται ποσοστό αναπηρίας. Σε περιπτώσεις τοπικά προχωρημένης νόσου ή προσβολής των επιχώριων λεμφαδένων, ποσοστό αναπηρίας 20-50% (για 1—2 έτη και επανεκτίμηση) λόγω νοσηρότητας από χειρουργικές επεμβάσεις και συμπληρωματικές ακτινοθεραπείες. Επί μεταστατικής νόσου, ποσοστό αναπηρίας 80-100%. Ως γενική αρχή, τα ίδια ισχύουν σε περιπτώσεις σπανίων όγκων του δέρματος όπως άτυπο ινοζάνθωμα, επηρμένο δερματοϊνοσάρκωμα, καρκίνωμα των κυττάρων του Merkel.

ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η κλινική ψυχοπαθολογία των ψυχικά ασθενών χαρακτηρίζεται αδιαμφισβήτητα από μεγάλη πολυμορφία στην έκφρασή της. Ωστόσο, η συστηματική κλινική παρατήρηση και έρευνα αποκαλύπτουν ομοιομορφίες σε επιμέρους πληθυσμούς ασθενών. Οι εν λόγω σημαντικές ψυχοπαθολογικές ομοιότητες επιτρέπουν την ομαδοποίηση και ταξινόμηση των ασθενών σε ειδικές διαγνωστικές κατηγορίες. Η εκπαίδευση στη χρήση των διαγνωστικών κριτηρίων οδήγησε στην σημαντική βελτίωση της αξιοπιστίας της ψυχιατρικής διάγνωσης.

Οι ψυχικές διαταραχές έχουν συχνά ως αποτέλεσμα την πρόκληση αναπηρίας για τον καθορισμό της οποίας απαιτούνται:

1. διαπίστωση της ψυχικής διαταραχής ή της οργανικής βλάβης ή και της νοητικής εξασθένησης που η συγκεκριμένη διαταραχή μπορεί να προκαλέσει
2. εκτίμηση του βαθμού βαρύτητας της ψυχικής διαταραχής και της χρονιότητάς της
3. αξιολόγηση της επίπτωσης της νόσου στη λειτουργικότητα αναφορικά με τη βιοποριστική ικανότητα του ατόμου.

Η προσαρμογή στα νέα δεδομένα για τις βαθμίδες αναπηρίας στην ψυχική υγεία θα πρέπει να λάβει υπόψη, κατά περίπτωση, τα παρακάτω :

1. Τη χρήση κοινά αποδεκτού από τους ιατρούς ταξινομικού συστήματος των ψυχικών παθήσεων όπως το εγχειρίδιο της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων (International Classification of Diseases/ICD), που εκπονεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), έτσι ώστε να υπάρξει σαφής, αποδεκτή διεθνώς διαγνωστική κατηγορία και ορισμός της ψυχικής διαταραχής, για τη διευκόλυνση των ιατρών των επιτροπών και την κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών. Η πλέον πρόσφατη, δέκατη, αναθεώρηση του εν λόγω ταξινομικού συστήματος (ICD-10) δημοσιεύτηκε το 1992.

2. Τις υποδιαίρεσεις κατά ICD-10 της ψυχικής νόσου
3. Το γεγονός ότι η διάγνωση πρέπει να θεωρηθεί καταλυτική σε σχέση με το βαθμό αναπηρίας.

Για την οριοθέτηση του βαθμού αναπηρίας προτείνεται ο ακόλουθος αλγόριθμος. Ο αλγόριθμος βασίζεται σε δύο παράγοντες που προσδιορίζουν την πρόγνωση, α) τη συχνότητα των συμπτωμάτων σύμφωνα με το ιστορικό του ασθενούς και την παρούσα διαγνωστική εκτίμηση και β) τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, όπως αυτή ορίζεται από την επίπτωσή τους στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου.

Η συχνότητα της εμφάνισης των συμπτωμάτων θα μπορούσε να βαθμολογηθεί σε μια κλίμακα από το 0 έως το 4, όπου το 0 σηματοδοτεί την πλήρη απουσία συμπτωμάτων, ενώ το 4 την καθημερινή παρουσία τους κατά τους τελευταίους 1-2 μήνες πριν από τη διαγνωστική εκτίμηση.

- 0 – απύσα
1 – περιστασιακή εμφάνιση
2 – περιοδική εμφάνιση
3 – υποτροπιάζουσα εμφάνιση
4 – συστηματική εμφάνιση

Η βαρύτητα της νόσου θα μπορούσε να βαθμολογηθεί σε μια κλίμακα από το 0 έως το 4, όπου το 0 σηματοδοτεί την πλήρη λειτουργικότητα στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου, σύμφωνα με την κλίμακα Συνολικής Εκτίμησης της Λειτουργικότητας (Global Assessment of Functioning, GAF), ενώ το 4 την εκσεσημασμένη έκπτωση της λειτουργικότητάς του, κατά τους τελευταίους 1-2 μήνες από τη διαγνωστική εκτίμηση.

Ενδεικτικός τρόπος βαθμολόγησης της βαρύτητας (κατά GAF)

0 – πλήρης λειτουργικότητα	(GAF 81-100)
1 – ήπια έκπτωση	(GAF 61-80)
2 – μέτρια έκπτωση	(GAF 51-60)
3 – σοβαρή έκπτωση	(GAF 31-50)
4 – πολύ σοβαρή έκπτωση	(GAF 1-30)

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ. ΔΙΕΘΝΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΟΣΩΝ ICD-10

Οι ψυχικές διαταραχές καταλαμβάνουν το πέμπτο Κεφάλαιο της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων (International Classification of Diseases/ICD), εγχειρίδιου που εκπονεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.). Η πλέον πρόσφατη, δέκατη, αναθεώρηση του εν λόγω ταξινομικού συστήματος δημοσιεύτηκε το 1992.

Οι ψυχικές διαταραχές στο ICD-10 ταξινομούνται σε δέκα μείζονα υποκεφάλαια ή Διαγνωστικές κατηγορίες:

1. ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ:

Υποδιαρέσεις

- επιμέρους κατηγορίες ανοιτών (Alzheimer, Pick, άνοια σε νόσο Creutzfeldt-Jakob, νόσο του Huntington,)

Πρόγνωση δυνητικά κακή

Ποσοστό Αναπηρίας (Π.Α.) 67%->80%

- οξεία συγχυτικά σύνδρομα (Delirium)

δεν εμπίπτουν σε Π.Α.

- σύνδρομο οργανικής αμνησίας που δεν οφείλεται σε χρόνια κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών
- ψυχικές διαταραχές που οφείλονται σε διαγνώσιμες σήμερα εγκεφαλικές βλάβες, δυσλειτουργίες και σωματικές νόσους
- διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς που, επίσης, οφείλονται σε γνωστές εγκεφαλικές βλάβες και σωματικές νόσους.

Πρόγνωση δυνητικά κακή

Π.Α.: 50-80%

2. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΕΣ ΣΕ ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Οι διαταραχές αυτές ενδέχεται να προέρχονται από:

Οξεία λήψη υπερβολικής ποσότητας

δεν εμπίπτει σε Π.Α.

Επιβλαβής χρήση

Π.Α.: 20-25%

Εξάρτηση από αυτές

Π.Α. 25-35%

Σύνδρομο στέρησης (σε απότομη διακοπή τους επί χρόνιας χρήσης) Π.Α.:35-50%

Στις διαταραχές αυτές περιλαμβάνονται και οι:

- Δευτερογενείς ψυχωτικές και/ή συναισθηματικές διαταραχές, Π.Α.: 50- 67%

Πρόγνωση δυνητικά κακή

3. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ, ΣΧΙΖΟΤΥΠΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Περιλαμβάνονται οι:

Σχιζοφρένεια

Πρόγνωση δυνητικά κακή Π.Α.: 67%-80%

- Σχιζότυπη διαταραχή Π.Α.: 35%-50%
- Χρονίζουσες παραληρητικές διαταραχές Π.Α.: 50%
- Οξείες και παροδικές ψυχωσικές διαταραχές Π.Α.: 35-50%
- Επακτή παραληρητική διαταραχή Π.Α.: 50%
- Σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές Π.Α.: 50%-67%
- Άλλες μη οργανικές ψυχωσικές διαταραχές Π.Α.: 35--50%

Πρόγνωση δυνητικά κακή

4. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

- Μανιακό επεισόδιο Π.Α.: 35-50%
- Διπολική συναισθηματική διαταραχή Π.Α.: 35-67%

Πρόγνωση δυνητικά κακή

- Καταθλιπτικό επεισόδιο Π.Α.: 30- 35%

Πρόγνωση δυνητικά καλή

- Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή Π.Α.: 35-50%

Πρόγνωση δυνητικά κακή

- Επίμονες διαταραχές της διάθεσης (δυσθυμία, κυκλοθυμία) Π.Α.: 25-35%

Πρόγνωση δυνητικά καλή

- Άλλες διαταραχές της διάθεσης (μεικτό συναισθηματικό επεισόδιο, βραχεία υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή)

- Άλλες διαγνωστικά μη αλλιώς προσδιοριζόμενες διαταραχές της διάθεσης

Πρόγνωση δυνητικά καλή Π.Α.: 30-35%

5. ΝΕΥΡΩΣΙΚΕΣ, ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΟ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΟΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ευρεία δέσμη διαγνωστικών κατηγοριών στην οποία περιλαμβάνονται όλες οι αγχώδεις, ψυχο-αποσυνδετικές και σωματόμορφες διαταραχές. Στην ενότητα αυτή περιλαμβάνονται:

- Διαταραχές φοβικού άγχους Π.Α.: 20-30%
- Αγοραφοβία δίχως διαταραχή πανικού Π.Α.: 20-30%
- Αγοραφοβία με διαταραχή πανικού Π.Α.: 30-40%
- Κοινωνικές φοβίες

Π.Α.: 20-30%

- Ειδικές φοβίες Π.Α.: 20-30%
- Μεικτή διαταραχή άγχους και κατάθλιψης Π.Α.: 20-30%

Πρόγνωση δυνητικά καλή

- Ιδιο-ψυχαναγκαστική διαταραχή
Πρόγνωση δυνητικά καλή Π.Α.: 35-50%
67% μόνο όταν υπάρχει ψυχωσική εκτροπή
 - Οξεία αντίδραση σε ψυχοπιεστικούς παράγοντες Π.Α.: 20-30%
 - Διαταραχή μετατραυματικού στρες Π.Α.: 30-67%
 - Διαταραχές προσαρμογής Π.Α.: 20-40%
 - Ψυχο-αποσυνδετική αμνησία Π.Α.: 20-40%
 - Ψυχο-αποσυνδετική φυγή Π.Α.: 30-50%
 - Ψυχο-αποσυνδετική εμβροντησία Π.Α.: 20-40%
 - Ψυχο-αποσυνδετικές διαταραχές της κινητικότητας Π.Α.: 20-40%
 - Ψυχο-αποσυνδετικοί σπασμοί Π.Α.: 20-40%
 - Ψυχο-αποσυνδετική αναισθησία και απώλεια αισθητικότητας Π.Α.: 20-40%
 - Σύνδρομο Ganser Π.Α.: 20-40%
 - Διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας Π.Α.: 30-50%
 - Διαταραχή σωματοποίησης Π.Α.: 20-40%
 - Αδιαφοροποίητη σωματόμορφη διαταραχή Π.Α.: 20-40%
 - Διαταραχή υποχονδρίασης Π.Α.: 20-40%
 - Σωματόμορφη δυσλειτουργία αυτόνομου νευρικού συστήματος Π.Α.: 20-40%
 - Σύνδρομο αποπροσωποποίησης- αποπραγματοποίησης Π.Α.: 20-40%
- Πρόγνωση δυνητικά καλή

6. *ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΠΟΥ ΕΚΔΗΛΩΝΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ*

Περιλαμβάνονται:

- Διαταραχές πρόσληψης τροφής (ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία)
Πρόγνωση δυνητικά κακή Π.Α.: 50-67%
- Σεξουαλικές δυσλειτουργίες και διαταραχές ύπνου που δεν οφείλονται σε διαγνώσιμη σωματική νόσο Π.Α.: 20-40%
- Ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές που εμφανίζονται κατά την περίοδο της λοχείας Π.Α.: 35-67%

7. *ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΕΝΗΛΙΚΟΥ*

Συμπεριλαμβάνονται τυχόν μόνιμες μεταβολές της προσωπικότητας μετά από εμπειρίες ή ψυχική πάθηση, οι διαταραχές έξεων και παρορμήσεων, οι διαταραχές του ψυχοκοινωνικού φύλου, οι διαταραχές σεξουαλικής προτίμησης (σεξουαλικές διαστροφές), και οι ψυχολογικές και συμπεριφορικές διαταραχές της σεξουαλικής ανάπτυξης και του σεξουαλικού προσανατολισμού.

Στις διαταραχές προσωπικότητας ταξινομούνται οι εξής:

- Παρανοειδής Π.Α.: 35-50%
- Σχιζοειδής Π.Α.: 35-50%
- Δυσκοινωνική (αντικοινωνική) Π.Α.: 35-50%
- Ασταθής συναισθηματικά προσωπικότητα παρορμητικού τύπου Π.Α.: 20-40%

- Ασταθής συναισθηματικά προσωπικότητα μεταιχμιακού τύπου Π.Α.: 20-40%
 - Ιστριονική Π.Α.: 20-35%
 - Καταναγκαστική Π.Α.: 20-35%
 - Αγχώδης (αποφευκτική) Π.Α.: 20-35%
 - Εξαρτημένη Π.Α.: 20-35%
 - Μεικτή διαταραχή προσωπικότητας Π.Α.: 20-35%
- Πρόγνωση δυνητικά καλή

8. ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

Διακρίνεται σε:

- 1) οριακή Π.Α.: 5-15% Δ.Ν. < 69
- 2) ήπια Π.Α.: 20-35% Δ.Ν.<55
- 3) μέτρια Π.Α.: 67% Δ.Ν.<45
- 4) βαριά Π.Α.: 80% και άνω Δ.Ν.<30

Πρόγνωση δυνητικά κακή

Ο Δ.Ν. αναγράφεται στην ιατρική γνωμάτευση.

ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΤΟΥ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΟΣ

Σύνδρομο Down Π.Α

A) με τη βεβαίωση της πάθησης 67% και άνω

B) με συνοδό βαριά νοητική αναπηρία ΔΝ<30 80% και άνω

Σύνδρομο Klinefelter

Αιτιολογία: Η διαίρεση του 23^{ου} χρωμοσώματος δεν είναι φυσιολογική με αποτέλεσμα την ανάπτυξη ενός χρωμοσώματος Χ ή Υ παραπάνω. Η διάγνωση γίνεται συνήθως κατά την ενηλικίωση.

Κλινική εικόνα: Ιστορικό: Υπογονιμότητα, γυναικομαστία, κόπωση, αδυναμία, στυτική δυσλειτουργία, οστεοπόρωση, δυσκολία στην επικοινωνία και παρακολούθηση μαθημάτων, χαμηλή λίμπιντο, προβλήματα συμπεριφοράς.

A) σε συνδυασμό με ελαφρά, μέση νοητική υστέρηση (καθυστερημένη ομιλία, αργή κινητική ανάπτυξη, φτωχό προσανατολισμό, ανώριμη συμπεριφορά, φυσιολογικό ή μεγάλο ύψος, δυσμορφικό πρόσωπο κ.λπ) Π.Α. 67%

B) σε συνδυασμό με μέση έως σοβαρή μορφή νοητικής υστέρησης (επιθετική συμπεριφορά, μεγάλο ύψος, δυσμορφικό πρόσωπο, κερκιδωλένιος συνοστέωση, γυναικομαστία και υπογοναδισμό) Π.Α. 80% και άνω

9. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Στην ενότητα αυτή ταξινομούνται οι εξής κατηγορίες:

- Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές ομιλίας και γλώσσας (άρθρωσης, έκφρασης και/ή πρόσληψής της)

Π.Α.: 20-30%

- Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές σχολικών δεξιοτήτων (ανάγνωσης, συλλαβισμού, αριθμητικών δεξιοτήτων)

Π.Α.: 20-30%

- Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή κινητικής λειτουργίας

Π.Α.: 20-30%

- Μεικτές ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές

Π.Α.: 20-30%

- Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (παιδικός αυτισμός, άτυπος αυτισμός, σύνδρομο Rett, σύνδρομο Asperger)
Π.Α.: 67-80%

10. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΝΗΘΩΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ Η ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ευρύτατη διαγνωστική ενότητα στην οποία ταξινομούνται οι ακόλουθες κατηγορίες διαταραχών:

- Διαταραχές υπερκινητικού τύπου (διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής, διαταραχή διαγωγής υπερκινητικού τύπου) Π.Α.: 30-35%
- Διαταραχές της διαγωγής: διαταραχή διαγωγής περιοριζόμενη στο οικογενειακό περιβάλλον, διαταραχή διαγωγής με διαταραγμένη κοινωνικοποίηση, διαταραχή διαγωγής με ομαλή κοινωνικοποίηση, διαταραχή προκλητικής εναντίωσης
Π.Α.: 30-35%
- Μεικτές διαταραχές της διαγωγής και του συναισθήματος (διαταραχή διαγωγής καταθλιπτικού τύπου)
Π.Α.: 20-30%
- Διαταραχές του συναισθήματος με έναρξη ειδικά κατά την παιδική ηλικία: διαταραχή άγχους αποχωρισμού, διαταραχή φοβικού άγχους, διαταραχή κοινωνικού άγχους παιδικής ηλικίας, διαταραχή οφειλόμενη σε αντιπαλότητα μεταξύ αδελφών
Π.Α.: 20-30%
- Διαταραχές της κοινωνικής λειτουργικότητας με έναρξη ειδικά κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία: εκλεκτική αλαλία/βωβότητα, διαταραχή προσκόλλησης αντιδραστικού τύπου κατά την παιδική ηλικία, μη αναστελλόμενη διαταραχή προσκόλλησης κατά την παιδική ηλικία
Π.Α.: 35-50%
- Διαταραχές που εκδηλώνονται με μυσπάσματα (τικ): διαταραχή παροδικών τικ, διαταραχή χρόνιων κινητικών ή φωνητικών τικ, διαταραχή σύνθετων φωνητικών και πολλαπλών κινητικών τικ/σύνδρομο Gilles de la Tourette
Π.Α.: 20-40%

Επιπλέον, στην ενότητα αυτή ταξινομούνται άλλες διαταραχές, όπως:

- Διαταραχές της σίτισης κατά τη νηπιακή και παιδική ηλικία Π.Α.: 20-30%
- Βρώση μη-θρεπτικών ουσιών (πίκα) κατά τη νηπιακή και παιδική ηλικία
Π.Α.: 20-30%
- Διαταραχές στερεοτυπικών κινήσεων Π.Α.: 30-35%
- Τραυλισμός/βατταρισμός Π.Α.: 20-30%
- Ψευδισμός/διακοπτόμενη ταχυλαλία Π.Α.: 20-30%

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1. ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.1. Μηνιγγίτιδα

Παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) που προκαλούνται από ιούς, μικρόβια, τοξικές ουσίες, από αύξηση της ενδοκρανίου πίεσεως, από πρωτοπαθείς νόσους του αγγειακού συστήματος ή αποστήματα και κύστες του εγκεφάλου αντιμετωπίζονται από την κλινική νευρολογία και νευροχειρουργική. Στις Υγειονομικές Επιτροπές προσέρχονται άτομα τα οποία υποβλήθηκαν σε ανάλογη θεραπευτική προσπάθεια για τις ως άνω παθήσεις με νευρολογικά σύνδρομα ως υπολείμματα της αντίστοιχης θεραπείας.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Εξαρτάται από τη βαρύτητα του νευρολογικού συνδρόμου για κάθε περίπτωση και πρέπει να κυμαίνεται..... 10-80% και άνω
- Στις παραπάνω καταστάσεις πρέπει να συμπεριλάβουμε και τα νευρολογικά σύνδρομα μετά από προσβολές των μηνίγγων (μηνιγγίτιδες) και σ' αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να κυμαίνεται 10-80% και άνω

1.2. Εγκεφαλίτιδες - Εγκεφαλομυελίτιδες

Νευρολογικές παθήσεις ποικίλης αιτιολογίας

1) Αιθαρική εγκεφαλίτιδα

Εικόνα

- α) κινητικές διαταραχές εξωπυραμιδικού τύπου
- β) σπαστικό ραιβόκρανο
- γ) βολβόστροφες κρίσεις
- δ) υπερκινησίες
- ε) ψυχικές διαταραχές
- στ) νευροφυτικές διαταραχές

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Κακή.

- > ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67-80% και άνω [2 χρόνια]

2) Υπόξεια σκληρυντική εγκεφαλίτιδα

Εικόνα

- α) διανοητική έκπτωση
- β) μυοκλονίες - έντονος μυϊκή υπερτονία
- γ) χαρακτηριστικό ΗΕΓ τύπου V. Boggart

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Βαρύτατη.

- > ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 67-άνω 80% [2 χρόνια]

1.3. Σύφιλη του κεντρικού νευρικού συστήματος

Δύο μορφές (προϊούσα γενική παράλυση και νωτιαία φθίση). Και οι δύο μορφές της προσβολής του ΝΣ από τη σύφιλη είναι βαριές. Πρέπει όμως να πούμε ότι από μακρού

δεν παρουσιάζονται πλέον στην κλινική ή το ιατρείο τέτοιες περιπτώσεις: Ως εκ τούτου θεωρείται σπάνιο το περιστατικό που εισέρχεται στα αρμόδια όργανα προς συνταξιοδότηση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 80% και άνω.

2. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

2.1. Παρκινσονικό σύνδρομο

Νόσος του Parkinson

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της εντάσεως των συμπτωμάτων:

- Αρχόμενο στάδιο 50-67%
- Μέσο στάδιο 67%
- Προχωρημένο στάδιο 80% και άνω

2.2. Εξωπυραμιδικά σύνδρομα

Οικογενής και γεροντικός τρόμος

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της προκαλούμενης δυσκολίας στην εκτέλεση λεπτών κινήσεων ακριβούς διαδρομής..... 10-35%

Χορεία

Νόσος Huntington (νόσος κληρονομική)

Συνήθως έναρξη της νόσου στο 40^ο έτος της ηλικίας και μετά από τοκετό.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της βαρύτητας..... 67-80% και άνω [1-2 χρόνια σε κάθε κρίση]

Λοιπές εξωπυραμιδικές διαταραχές

Μυόκλονος, σύνδρομο Gilles de la Tourette, αθέτωση

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της ανικανότητας προς εργασία 0-50%

Η όψιμη δυσκινησία είναι σύνδρομο από τη δράση ψυχοφαρμάκων κ.λ.π. και κρίνεται με την κύρια νόσο.

Χορεία του Sydenham (St. Vitus Dance)

Εμφανίζεται συνήθως μεταξύ 5^{ου} και 15^{ου} έτους της ηλικίας, σχετίζεται με το ρευματικό πυρετό και διαρκεί 2 έως 6 μήνες.

Δυνατή η επανεμφάνιση σύντομων προσβολών.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Όταν παραμένουν επιπτώσεις επί του ΚΝΣ..... 10-35% [1 έτος σε κάθε κρίση]

Σπαστικό ραιβόκρανο

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Επί αποτυχούσας φαρμακευτικής βελτιώσεως 50%-67% [1 έτος σε κάθε κρίση]

Κρανιακή δυστονία

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Βλεφαρόσπασμος κ.λ.π. αναλόγως της προκαλούμενης δυσκολίας.....10% και άνω

3.3. Νωτιοπαρεγκεφαλιδικά νοσήματα

Εμφανίζονται συνήθως στην νέα ηλικία. Προσβάλλουν κατά κανόνα περισσότερες από μία περιοχές (παρεγκεφαλίδα, στέλεχος, νωτιαίο μυελό, βασικά γάγγλια, περιφερικά νεύρα, πρόσθια κύτταρα).

Σημ. Η προσβολή του φλοιού αναφέρθηκε αλλού.

Προεξάρχει η νόσος Friedreich, προοδευτική, σχεδόν πάντα εξελικτική (πλην εκτρωτικών σπάνιων μορφών), με εικόνα βαριάς αταξίας κυρίως.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Στην ίδια περίπου ομάδα οι νόσοι (άλλοτε άλλης βαρύτητας). 80%

- 1)Holmes, 2)Marie, 3)Dejerine - Thomas, 4)Shy - Dranger, 5)Refsum, 6)Βητα -λιποπρωτεΐναιμία, 7)Αταξική τελαγγειεκτασία, 8)Πολυσυστηματική μιτοχονδριακή διαταραχή.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67-80%

Στις όψιμες εκφυλίσεις (συχνά κληρονομικές) άξιες μνείας είναι:

- Προοδευτική υπερπυρηνική παράλυση (Steel - Richardson - Olszewski) με σημειολογία Parkinson και στελεχιαία σημεία και υπερπυρηνική οφθαλμοπληγία.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 80% και άνω

- Ελαιο-γεφυρο-παρεγκεφαλιδική ατροφία, Rumsey-Hunt ομοίως.

- Σπαστική οικογενής παραπληγία (Stumbel - Lorrain) αρχίζει από την εφηβεία και πέραν. Εξέλιξη βραδύτατα προοδευτική.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 67-80%

3.4. Πλαγία μυατροφική σκλήρυνση Charcot

Νόσος του Charcot του κινητικού νευρώος

Πρόκειται περί νόσου ολόκληρου του κινητικού συστήματος (κεντρικού και περιφερικού).

Αιτιολογία: Ενδογενής ιδιοσυστατικός παράγοντας.

Κλινική εικόνα: Συνδυασμός μυατροφίας, παραλύσεων και σπαστικότητας. Μυατροφία και παραλύσεις στα άνω άκρα, σπαστικότητα στα κάτω άκρα με ζωνρά τενόντια αντανακλαστικά και δυσχέρεια βαδίσεως.

Μορφές.

α) Κλασική. Αρχίζει από τα άνω άκρα (μυατροφία). Επεκτείνεται στα κάτω άκρα όπου κυριαρχεί η πυραμιδική συνδρομή.

β) Προμηκική. Αρχίζει με προμηκικά φαινόμενα (δυσκινησία γλώσσας, δυσαρθρία, δυσκαταποσία).

γ) Παραπληγική. Αρχίζει από τα άκρα και υποδύεται την εικόνα της προοδευτικής σπαστικής παραπληγίας.

δ) Ψευδοπολυνευριτιδική. Αρχίζει από τα κάτω άκρα όπου όμως κυριαρχεί η μυατροφία.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ Κακή.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 67-80% και άνω

3.5. Άλλα νοσήματα του νωτιαίου μυελού - Συριγγομυελία (συριγγοβολβία)

Νόσος χρόνια, βραδέως εξελισσόμενη. Εμφανίζεται συνήθως μεταξύ 20-40 ετών.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ Ανάλογη με την εντόπιση της βλάβης.
- > ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Ελαφρού βαθμού 20-30%
- Μέτριου βαθμού 40-50%
- Μεγάλου βαθμού 60-80%

4. ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ 3.7.1.

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Άγνωστης αιτιολογίας. Η νόσος υποδύεται κάθε νευρολογική νόσο και αναλόγως της βαρύτητας και των συχνών υποτροπών της παρουσιάζεται ηπίως και βραδέως ή βαρέως και ταχέως οπότε το άτομο ή οδηγείται στο θάνατο ή πριν από αυτόν στην κλίνη ακίνητο και με βαριά νευρολογική κλινική εικόνα.

Κύρια και συνήθη κλινικά ευρήματα

Πυραμιδικές εκδηλώσεις - ορθοκυστικές διαταραχές - διαταραχές της οράσεως - διαταραχές της αισθητικότητας - παρεγκεφαλιδικές διαταραχές και διαταραχές από την ψυχική σφαίρα.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
- Συνήθως κακή.
- > ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 35%-άνω 80% [2 χρόνια]

4.2. Άλλα απομυελινωτικά νοσήματα

Νευρο-οπτικο-μυελίτιδα (Devic)

Εικόνα

Μυελικές βλάβες - οπτική νευρίτιδα άμφω - και δη παραπληγία - τετραπληγία και μείωση οράσεως προοδευτική.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ Κακή.
- > ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 67%-80% και άνω [2 χρόνια]

4.3. Ημιπληγία - Ημιπάρεση

Η παράλυση ή πάρεση, αντίστοιχα, αφορά το ένα ήμισυ του σώματος δηλαδή άνω και κάτω άκρο με ή χωρίς τη συμμετοχή του προσώπου.

α. Σπαστική

Αποτέλεσμα βλάβης των πυραμιδικών οδών. Χαρακτηρίζεται από αύξηση των τενοντίων αντανακλάσεων, υπέρτονία των μυών, παρουσία παθολογικών αντανακλαστικών (Babinsky κ.ά.) κλώνο, η δε παράλυση αφορά την εκούσια κινητικότητα κ.λ.π. Τα αίτια ποικίλουν, συνηθέστερα είναι τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ), οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, οι όγκοι κ.ά.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ Για τον καθορισμό των ποσοστών πρέπει να σταθούμε τουλάχιστον: α) Στη βαρύτητα της πυραμιδικής συνδρομής (παράλυση - πάρεση) β) Την πλευρά που έχει πιάσει: Αριστερά

- Δεξιά επί δεξιόχειρος ή μη. γ) Στη συνύπαρξη ή όχι ορθοκυστικών διαταραχών (ΟΚΔ) και αφασικών εκδηλώσεων (ΑΦΕ).

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (επί δεξιόχειρος)

- Ελαφρά πυραμιδική συνδρομή (δυσπραγία)υπολειμματική ή μη χωρίς συνοδά συμπτώματα20-25%

- Ελαφρά πυραμιδική συνδρομή

Ημιπάρεση υπολειμματική ή μη

Χωρίς συνοδά συμπτώματα 25-35%

Με ελαφρά συνοδά συμπτώματα ΟΚΔ..... 35-50%

Με ΟΚΔ και ΑΦΕ.....50-67%

- Ημιπληγία μέσης βαρύτητας

Χωρίς συνοδά συμπτώματα35-50%

Με ΟΚΔ50-67%

Με ΟΚΔ και ΑΦΕ..... 67-80%

-Βαριά ημιπληγία>80%

β. Χαλαρά

Αποτέλεσμα βλάβης των περιφερικών κινητικών νευρώνων άνω και κάτω άκρων συστοίχως.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ Ανάλογα

της σπαστικής.

4.4. Βρεφική εγκεφαλική παράλυση

Σύνδρομο οφειλόμενο σε βλάβη του ΚΝΣ κατά την περιγεννητική περίοδο ή τη βρεφική ηλικία, με βασικές εκδηλώσεις τις έντονες κινητικές διαταραχές σπαστικού τύπου μετά ή άνευ υπερκινήσιών και άλλοτε άλλου βαθμού νοητική καθυστέρηση.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 50-80% και άνω

4.5. Άλλα σύνδρομα παραλύσεως

I. Τετραπληγία (τετραπάρεση)

Η παράλυση (πάρεση) όλων των άκρων, χαλαρά ή σπαστική.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Τετραπληγία80% έως 80% και άνω

- Τετραπάρεση 67-80%

II. Παραπληγία (παραπάρεση)

Η παράλυση (πάρεση) των κάτω άκρων, σπαστική ή χαλαρά, μπορεί να συνοδεύεται από ορθοκυστικές διαταραχές (ΟΚΔ).

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Παραπάρεση

- ελαφρά χωρίς ΟΚΔ 25-35%

- μέτρια με ΟΚΔ..... 35-50%

- βαρεία με ΟΚΔ 67%

- Παραπληγία

- Χωρίς ΟΚΔ 67-80%

- Με ΟΚΔ.....80% και άνω

ΠΙ. Διπληγία άνω άκρων

Σπανιότατη κατάσταση.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 67-80% και άνω

ΙV. Μονοπληγίες (βλ. Ορθοπεδικές παθήσεις) V.

Συνδρομή ιππουρίδας.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ Όταν

υπάρχουν παρετικά φαινόμενα

- Ελαφρού βαθμού 20-30%

- Μετρίου βαθμού 30-50%

- Μεγάλου βαθμού 50-70%

Επί συνυπάρξεως ορθοκυστικών διαταραχών στα ανώτερο προστίθεται 20%

4.6. Επιληψία και επιληπτικές διαταραχές

Επιδημιολογία: Δύσκολη και ασαφής. 1% περίπου του γενικού πληθυσμού (Hauser και Kurlankol).

Ορισμός: Διαλείπων αφηνιασμός του νευρικού συστήματος, πρωτίστως ταχείας, υπερβολικής, νοσηρής εκφορτίσεως των νευρώνων του εγκεφάλου. Εκφόρτιση που οδηγεί σε στιγμιαία διαταραχή των αισθήσεων, απώλεια συνειδήσεως ή της ψυχικής λειτουργίας, σπασμωδικές κινήσεις ή συνδυασμό αυτών. *Αιτιολογία:* (ή αιτιολογική κατάταξη)

Για πολλούς συγγραφείς η επιληψία είναι σύμπτωμα άλλων διαταραχών όπως: όγκοι, εκφύλιση, αγγειοσκλήρυνση, ατροφία, τραυματισμός, φλεγμονές, τοξικολοιμώδεις παράγοντες, φαρμακευτικές ουσίες, κληρονομικά σύνδρομα, δυσμεταβολικές καταστάσεις κ. λ. π.

Σε περιπτώσεις που δεν ανευρίσκεται κάποιος αιτιολογικός παράγοντας ομιλούμε για Ιδιοπαθή επιληψία.

Κοινοί τύποι κρίσεων

I. Γενικευμένες κρίσεις (αμφοτερόπλευρες, συμμετρικές, χωρίς τοπική εισβολή) α) Τονικοκλονικοί σπασμοί (Grand mal) β) Αφαίρεση (Petit mal)

γ) Γενικευμένος (αμφοτερόπλευρος) μυόκλονος δ) Βρεφικοί σπασμοί ε) Ατονικές κρίσεις (σε βρέφη και παιδιά) στ) Τονικές κρίσεις II. Τοπικές (μερικές) κρίσεις (που αρχίζουν εστιακά) α)

Απλές (γενικά χωρίς απώλεια συνειδήσεως)

1. Κινητικές (Jackson)

2. Αισθητικές (σωματοαισθητικές, οπτικές, ακουστικές, οσφρητικές, φυτικές)

3. Συναισθηματικές

β) Συνδυασμένες (συνήθως με απώλεια συνειδήσεως)

Κροταφικές ή ψυχοκινητικές κρίσεις III. Εστιακές κρίσεις, δευτερογενώς γενικευμένες.

Οι επιληπτικές δραστηριότητες των μικρών ηλικιών και των συναφών μορφών επιληψίας, μικρή έως ελάχιστη ασφαλιστική σημασία έχουν. Άλλες δε βαριές κατά τεκμήριο καταστάσεις (Petit mal varian ή τύπου Unvericht - Lundaborg) αποτελούν ένα ποσοστό μόλις ανιχνεύσιμο στατιστικά. Το δε Π.Α. αυτών είναι τουλάχιστον το υψηλότερο (80%).

Σ' άλλες καταστάσεις συμπτωματικής επιληψίας (αλκοόλη, φάρμακα, δυσμεταβολικές διαταραχές, κ.λ.π.) το Π.Α. δεν είναι μόνιμο ή καθοριστικό και κατοπτρίζει το Π.Α. της πρωτοπαθούς διαταραχής.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Γενικά..... 50-80%

(σε ιδιάζουσες περιπτώσεις μπορεί να πέσει και στο 35%) εξαρτωμένου από κάποιους παράγοντες όπως π. χ.

α) Ο αριθμός των κρίσεων

β) Ο τύπος των κρίσεων

γ) Η ποσότητα των φαρμάκων ή και η μακροχρόνια χρήση τους

δ) Η ύπαρξη ΗΕΓ/φικών διαταραχών (η παρουσία τους δεν είναι υποχρεωτικά παθογνωμονική, όπως η απουσία τους δεν αποκλείει πάντα την επιληψία), πάντα σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα.

ε) Η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών όπως ψυχώσεως ή διαταραχής της προσωπικότητας ή, τέλος, η ύπαρξη κλινικών σημείων αποδιοργανώσεως (epileptic deterioration).

4.7. Ημικρανία - Καταπληξία - Ναρκοληψία

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της βαρύτητας και της θεραπευτικής δυνατότητας 15% και άνω

5. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ Κρανιακά νεύρα

5.1. Διαταραχές τρίδυμου νεύρου

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Παράλυση αισθητικής μοίρας..... 15%

- Πάρεση 5-10%

- Παράλυση κινητικής μοίρας..... 25%

- Πάρεση κινητικής μοίρας 5-20%

- Νευραλγία τριδύμου ανάλογα με τη συχνότητα και την ένταση των προσβολών 15-80%

5.2. Διαταραχές προσωπικού νεύρου

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Παράλυση περιφερικού τύπου..... 25%

- Πάρεση χωρίς λαγόφθαλμο 5-10%

- Πάρεση με λαγόφθαλμο 10-15%

5.3. Διαταραχές άλλων κρανιακών νεύρων

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Οσφρητικό 5%

- Οπτικό: Ανάλογα με το βαθμό μείωσεως της οπτικής οξύτητας

- Κοινό κινητικό

- Παράλυση 30%

- Πάρεση..... 5-25%

- Τροχλιακό

- Παράλυση15%
- Πάρεση..... 5-10%
- Απαγωγό
 - Παράλυση20%
 - Πάρεση..... 10-15%
- Ακουστικό: Παράλυση ανάλογα με το βαθμό εκπτώσεως της ακουστικής οξύτητας.
- Γλωσσοφαρυγγικό
 - Παράλυση 10%
 - Πάρεση..... 5-10%
- Πνευμονογαστρικό
 - Παράλυση ανάλογα με τις λειτουργικές διαταραχές 15-20%
 - Πάρεση..... 10-15%
- Παραπληρωματικό
 - Παράλυση 15%
 - Πάρεση..... 10-15%
- Υπογλώσσιο
 - Παράλυση 10%
 - Πάρεση.....5-10%
- Παράλυση και των δύο 50%

5.4. Κληρονομικές και ιδιοπαθείς περιφερικές νευροπάθειες

Προοδευτική υπερτροφική πολυνευρίτιδα των Dejerine - Sottas

Πρώιμη εμφάνιση

Αιτιολογία: Οικογενής - κληρονομική.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 35% και άνω

Μυατροφία των Charcot - Marie - Tooth

Πρώιμη εμφάνιση.

Αιτιολογία: Κληρονομική, προσβάλλει ιδίως το νωτιαίο μυελό, ελαφρότατα δε τα περιφερικά νεύρα. •

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Βραδύτατη εξέλιξη. Μπορεί το άτομο, ανάλογα με την εργασία του, να τη συνεχίσει επί 10ετίες.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 35% και άνω

5.5. Φλεγμονώδεις και τοξικές νευροπάθειες

Σύνδρομο Guillain - Barre μετά λευκωματο-κυτταρικού διχασμού.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Καλή. Αντιμετωπίζεται από πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Επί υπάρξεως νευρολογικών υπολειμμάτων πέραν του έτους ανάλογο μ' αυτά.

Χρονίζουσες πολυριζονευρίτιδες μετά λευκοματοκυτταρικού διχασμού.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Όχι πάντα καλή.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάλογο με την αναπηρία που καταλείπουν όσον αφορά την κινητικότητα.

Πολυνευροπάθειες

Παθήσεις πολλών μαζί περιφερικών νεύρων συνήθως αμφοτεροπλεύρως και συμμετρικώς προσβαλλομένων.

Τα ευρήματα συνηθέστερα εντοπίζονται στα άκρα των άκρων, σπανιότατα δε στη ρίζα αυτών.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ανάλογα με το αίτιο που τις προκάλεσε και την έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση από σχετικώς καλή έως κακή.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάλογο με τις βλάβες που έχουν απομείνει και τον επηρεασμό της κινητικότητας. **Πολιομυελίτιδα.**

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Εξαρτάται εκ της διαφόρου εντοπίσεως.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάλογο με την έκταση των παραλύσεων και τον αριθμό των μελών που προσβάλλει.

6. ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ - ΟΓΚΟΙ ΚΑΙ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

6.1. Ενδοκρανιακές αιμορραγίες

Αντιμετωπίζονται συνήθως χειρουργικώς.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως του παραμένουστος συνδρόμου 35% έως 80% και περισσότερο για ένα έτος εκάστοτε τα 3 πρώτα έτη.

6.2. Ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια - έμφρακτα εγκεφάλου

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως του παραμένουστος συνδρόμου.....35-80% και άνω

6.3. Διαταραχές σπονδυλοβασικού συστήματος

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της βαρύτητας.....10-50%

6.4. Αγγειακές μυελοπάθειες

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της βαρύτητας..... 10-80% και άνω

6.5. Ενδοκρανιακοί όγκοι

Οι ενδοκρανιακοί όγκοι περιλαμβάνουν νεοπλάσματα καλοήθη και κακοήθη, ως και χωροκατακτητικές εξεργασίες από χρόνιες φλεγμονώδεις καταστάσεις που αναπτύσσονται στον εγκέφαλο, τις μήνιγγες ή το κρανίο.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Εξαρτάται από την κακοήθεια ή μη του όγκου, από το αν εξαιρείται, αν αναμένεται υποτροπή και από τη βαρύτητα του εξαιρείται, αν αναμένεται υποτροπή και από τη βαρύτητα του κλινικού συνδρόμου..... 10-18% κα άνω [1-7 έτη]

6.6. Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της βαρύτητας του συνδρόμου..... 35-80% και άνω

Εγκεφαλική διάσειση - Μεταδιασειστικό σύνδρομο.

Αναλόγως της εντάσεως των συμπτωμάτων και της αναπτύξεως ή μη εγκεφαλικής ατροφίας..... 10-80%.

6.7. Σύνδρομα μετά κάκωση του νωτιαίου μυελού και της σπονδυλικής στήλης

Συνήθως αισθητικά ή κινητικά σύνδρομα, ενίοτε μικτά.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της βαρύτητας του συνδρόμου 50-80% και άνω για ένα έτος σε κάθε κρίση τα τρία πρώτα έτη. Στη συνέχεια αναλόγως των μόνιμων βλαβών.

7. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΥΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ 3.10.1.

Νευρομυϊκές διαταραχές

I. Βαρεία μυασθένεια**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Η βασική διαταραχή της νόσου εντοπίζεται στη νευρομυϊκή σύναψη, όπου οι νευρικές ώσεις δεν μεταβιβάζονται φυσιολογικά ώστε να προκαλέσουν κανονική διέγερση και σύσπαση του μυϊκού ιστού.

B. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ - ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα κύρια χαρακτηριστικά της νόσου είναι α) ο εύκολος, παθολογικός κάματος των μυών 'αποκάμωση', β) η ευμεταβλητότητα των παρέσεων, γ) η ταχεία αλλά πρόσκαιρη υποχώρηση των συμπτωμάτων με αντιχολινεργικά φάρμακα.

Η κλινική εικόνα ποικίλλει, ανάλογα με τους μύες που 'κύρια' εκδηλώνεται η νόσος (οφθαλμοκινητικοί, κεντρομελικοί, αναπνευστικοί κ.λ.π.)

Διαγνωστικά συμβάλλουν τα διάφορα ειδικά test (προστιγμίνης κ.ά.) και η ανίχνευση υψηλού τίτλου αντισωμάτων στο αίμα έναντι υποδοχέων της ακετυλχολίνης.

Γ. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ποικίλλει από βαρύτατη, με αποτέλεσμα το θάνατο εντός μηνών ή ετών από την έναρξη της νόσου, έως σχετικά καλή, όπου η νόσος διατρέχει βραδύτατα με μεγάλα μεσοδιαστήματα πλήρους υφέσεως και ο ασθενής καταλήγει σε βαθύ γήρας από άλλη αιτία.

- > ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- 1^ο Στάδιο: Αραιά επεισόδια μυϊκής αδυναμίας κυρίως οφθαλμοκινητικών μυών χωρίς περιορισμό της κινητικότητας ή αναπνοής 35% [1 έτος προς επανεκτίμηση]
 - 2^ο Στάδιο: Συχνά, ελαφρά επεισόδια μυϊκής αδυναμίας μετά κόπωση με αντίστοιχες παροδικές επιπτώσεις στην όραση, ομιλία, κινήσεις άκρων 50-67% [2 χρόνια]
 - 3^ο Στάδιο: Βαριά, συχνά επεισόδια ή μόνιμα, μυϊκή αδυναμία μετά ελαφρά ή καθόλου κόπωση μετά ή άνευ συμμετοχής των αναπνευστικών μυών 80-100% [3 χρόνια]

Π. Άλλα μυασθενικά σύνδρομα

Πρόκειται για σύνδρομα που εμφανίζονται στα πλαίσια άλλων γενικότερων παθολογικών καταστάσεων, όπως ως παρανεοπλασματική συνδρομή, σε νοσήματα ανοσοποιητικού συστήματος, κολλογονώσεις, νοσήματα ενδοκρινών αδένων κ.ά.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις η μυασθένεια πρέπει να συνεκτιμάται προστιθέμενη στα ποσοστά που προσδίδει η αρχική νόσος ανάλογα με τη βαρύτητα της (βλ. στάδια βαρείας μυασθένειας).

ΙΙΙ. Περιοδικές παραλύσεις

Πρόκειται για επεισόδια μυϊκής αδυναμίας που διαρκούν μερικές ώρες ή 24ωρα και οφείλονται σε διαταραχές (υπερ-, υπο- και νορμοκαλιαιμικές μορφές). Είναι κληρονομικές παθήσεις.

Από τη στιγμή που θα τεθεί η διάγνωση συνήθως αντιμετωπίζονται από τον κλάδο περίθαλψης.

- > ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
- Σπάνια μπορεί να δώσουν 35-50%

7.2. Μυϊκές δυστροφίες και μυοτονικές νόσοι

I. Μυϊκές δυστροφίες Είναι κληρονομικές, προοδευτικές, πρωτοπαθείς, εκφυλιστικές παθήσεις των μυών. Κύρια κλινικά χαρακτηριστικά τους είναι: διάχυτες μυϊκές ατροφίες, συνήθως ριζομελικές με πρώιμη κατάργηση της ιδιομυϊκής συσταλτότητας, ανάπτυξη συνδετικού ιστού στους μύες, 'ψευδοϋπερτροφίες', χαρακτηριστικό ΗΜΓ και μεγάλη αύξηση των μυϊκών ενζύμων στο αίμα (αλδολάση, CPK, τρανσαμινάσες κ.ά.)

Μορφές μυϊκών δυστροφιών I. Ψευδοϋπερτροφική μορφή (νόσος του Duchene). Αρχίζει από 2^ο έως 5^ο έτος, είναι συχνότερη, κακής προγνώσεως, εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε αγόρια, συνοδεύεται συνήθως με μέτρια νοητική καθυστέρηση.

II. Μυϊκή δυστροφία του Becker: Καλοηθέστερη της Duchene: Αρχίζει μετά το 25^ο έτος ηλικίας και έχει βραδύτερη εξέλιξη. III. Συγγενής μυϊκή δυστροφία: Στα παιδιά που γεννιούνται υποτονικά. IV. Προσωπο-ωμο-βραχιόνιος (νόσος των Landuzy-Dejerine): Αφορά τους μύες του προσώπου, αρχίζει στην εφηβεία, έχει μέτρια πρόγνωση.

V. Ζωνιαίες μορφές.

VI. Περιφερική μυοπάθεια με ατροφίες στα περιφερικά τμήματα των άκρων.

VII. Οφθαλμική μυοπάθεια με εικόνα μυογενούς οφθαλμοπληγίας συν πτώση των βλεφάρων.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα ποσοστά ποικίλλουν κύρια ανάλογα με την έκπτωση της κινητικής ικανότητας και τη μορφή.

Στα αρχικά στάδια..... 50-80% και άνω

II. Μυοτονικές νόσοι**A. ΜΥΟΤΟΝΙΚΗ ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ (νόσος του Steinert)**

Κληρονομική, πολυσυστηματική νόσος, προσβάλλει εκτός από τους γραμμωτούς μύες και ενδοκρινείς αδένες, οφθαλμούς, νευρικό σύστημα. Χαρακτηρίζεται από προοδευτική αδυναμία και ατροφία των μυών, το μυοτονικό φαινόμενο, ενδοκρινικόκαταρράκτη, χαρακτηριστική φαλάκρα και ατροφία όρχεων στους άρρενες και διαταραχές της εμμηνορυσίας στις γυναίκες. Προσβάλλει με την ίδια συχνότητα άντρες και γυναίκες. Η έναρξη της νόσου κυμαίνεται μεταξύ 20 και 40 ετών και εντός 15-20 ετών προκαλεί βαριά κινητική αναπηρία.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 35-80% και άνω

B. ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΜΥΟΤΟΝΙΑ (νόσος του Thomsen)

Χαρακτηρίζεται από έντονη μυοτονία και υπερτροφία μυών (Ηράκλεια μορφή). Η αγωγή με υδαντοΐνη, καρβαμαζεπίνη, κορτικοειδή κ.ά. έχει βοηθήσει σημαντικά.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 35-67% και σπάνια
80%

7.3. Συγγενείς, μεταβολικές, ενδοκρινικές μυοπάθειες**I. Συγγενείς (περισσότερες από 20)**

Τα συμπτώματα τους αρχίζουν αμέσως μετά τη γέννηση και είναι συνήθως υποτονία, υποπλασία μυών, σκελετικές ανωμαλίες κ.ά. Δεν είναι εξελικτικές και προϊόντος του χρόνου βελτιώνονται. Χαρακτηρίζονται ως καλοήθειες. Η διάγνωση γίνεται οριστικά με τη βοήθεια ηλεκτρονικού μικροσκοπίου και ιστοχημικώς.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 25-67%

II. Μεταβολικές και ενδοκρινικές

- Από διαταραχές μεταβολισμού υδατανθράκων (γλυκογονιάσεις) ή των λιπιδίων (ανεπάρκεια καρνιτίνης, CPT).

- Στα πλαίσια παθήσεων ενδοκρινών αδένων επηρεάζεται και η λειτουργία των μυών (υπερ- ή υποθυρεοειδισμός κ.ά.)

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Οι μεταβολικές συνήθως προκαλούν σχετικές ελαφρές διαταραχές 15-25%

- Σπανιότερα προκαλούν μονιμότερες παρέσεις 35-50%

Οι ενδοκρινικές είναι αναστρέψιμες και υποχωρούν μετά τη θεραπεία του ενδοκρινικού προβλήματος.

7.4. Φλεγμονώδεις μυοπάθειες**Πολυμυοσίτις**

Νόσος άγνωστης αιτιολογίας (επικρατεί η ανοσοβιολογική βάση της νόσου) με κλινικές εκδηλώσεις κυρίως από τους μύες (μυϊκή αδυναμία, κεντρομελικά, συνήθως μυϊκές ατοφίες και μυϊκή ευαισθησία) και το δέρμα στο 60% των περιπτώσεων (βλ. Παθήσεις δέρματος, Κεφ.2).

Η νόσος μπορεί να διατρέχει οξεία και χρονίως.

Στη διάγνωση βοηθά τα χαρακτηριστικό ΗΜΓ και η βιοψία μυός.

Πρόγνωση: Αρνητική όσο πρωιμότερη η έναρξή της.

Η θεραπεία με κορτικοειδή έχει βελτιώσει αισθητά την πρόγνωση. Συχνά η πολυμυοσίτις εμφανίζεται με νόσο του συνδετικού ιστού(κολλαγόνου) ή με κακοήγη νεοπλασία.

> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Στα αρχικά στάδια 35-50%

- Στη συνέχεια 50-80% και άνω

ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

1. Παθήσεις της σπονδυλικής στήλης

Οι παθήσεις της σπονδυλικής στήλης μπορεί να είναι συγγενείς (π.χ. σ. Klippel- Feil, δισχιδής ράχη, κ. ά.) ή επίκτητες (σπονδυλολίσηση, κύφωση, ΚΜΔ κ.ά.), τραυματικής (κατάγματα, εξάρθρατα κ.ά.), εκφυλιστικής (σπονδυλαρθρίτιδα κ.ά.) ή άλλης αιτιολογίας (μικροβιακές σπονδυλίτιδες, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα κ.ά.)

Ανεξάρτητα από την αιτία και τα προηγηθέντα μέσα αποκατάστασης –χειρουργικές επεμβάσεις με ή χωρίς υλικά οστεοσύνθεσης, το ποσοστό αναπηρίας υπολογίζεται με βάση τη λειτουργικότητα που απομένει.

Η λειτουργικότητα της σπονδυλικής στήλης εξαρτάται από την κινητικότητά της, την αρχιτεκτονική της και τη σταθερότητα των δομών της. Επομένως για να εκτιμηθεί η αναπηρία θα πρέπει να εξετασθούν τυχόν παραμορφώσεις (βαθμός και έκταση αυτών) η κινητικότητα των διαφόρων τμημάτων της ΣΣ καθώς και τυχούσα αστάθεια. Ακτινολογικά ευρήματα εκφυλιστικών αλλοιώσεων συμβατών με την ηλικία και το επάγγελμα, προηγηθείσες χειρουργικές επεμβάσεις ή η ύπαρξη υλικών οστεοσύνθεσης από μόνα τους δε δικαιολογούν ποσοστό αναπηρίας.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1.1. Χωρίς περιορισμό της κινητικότητας και χωρίς σημεία αστάθειας	0%
1.2. Με ελαφρού βαθμού λειτουργικές επιπτώσεις (παραμόρφωση, δυσκαμψία ή αστάθεια μικρού βαθμού, συχνά αλλά μικρής διάρκειας επώδυνα σύνδρομα)	10%
1.3. Με μετρίου βαθμού λειτουργικές επιπτώσεις σε ένα τμήμα της ΣΣ (σοβαρότερες παραμορφώσεις, συχνότερες υποτροπές επώδυνων συνδρόμων με διάρκεια έως 15 ημέρες, μετρίου βαθμού επηρεασμός της κινητικότητας ή της σταθερότητας της ΣΣ)	20%
1.4. Με σοβαρές λειτουργικές επιπτώσεις σε ένα τμήμα της ΣΣ (σοβαρές παραμορφώσεις, μεγάλου βαθμού δυσκαμψία ή αστάθεια, συχνά υποτροπιάζοντα επώδυνα σύνδρομα μεγάλης διάρκειας)	30%
1.5. Με μετρίου ή σοβαρού βαθμού έκπτωση της λειτουργικότητας σε περισσότερα τμήματα της ΣΣ αναλόγως και του επαγγέλματος	30%- 40%
1.6. Με μόνιμες παραμορφώσεις μεγάλου μέρους της ΣΣ και κατάργηση της κινητικότητας αυτής	50%
1.7. Με δυσχέρεια στήριξης του κορμού και δυσχέρεια βάδισης	67%

Όταν συνυπάρχει πίεση νευρικών στοιχείων ή άλλων οργάνων με αποτέλεσμα αισθητικές, κινητικές ή άλλες διαταραχές στο ποσοστό θα πρέπει να προστίθεται και η επιπρόσθετη βλάβη.

Η νευρογενής διαλείπουσα χωλότητα λόγω σπονδυλικής στένωσης εκτιμάται όπως η αγγειακή διαλείπουσα χωλότητα.

2. Παθήσεις του πυελικού δακτυλίου

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
2.1. Κακώσεις χωρίς λειτουργική επιβάρυνση	0%
2.2. Κακώσεις ή παθήσεις με ελαφρού βαθμού ενοχλήματα (σταθερός πυελικός δακτύλιος)	10%
2.3. Με μετρίου βαθμού λειτουργική επιβάρυνση (π.χ. αστάθεια πυελικού δακτυλίου με δευτεροπαθείς εκφυλιστικές αλλοιώσεις)	20%
2.4. Με σοβαρού βαθμού λειτουργική επιβάρυνση και παραμόρφωση	30%

Τυχόν συνοδά νευρολογικά, ουρολογικά ή γυναικολογικά προβλήματα θα πρέπει να συνεκτιμηθούν.3. Παθήσεις και βλάβες των άκρων

3. Παθήσεις και βλάβες του άνω άκρου

3.1 Ακρωτηριασμοί

Οι περιπτώσεις ακρωτηριασμών αφορούν μόνιμες και μη αναστρέψιμες βλάβες, κατά συνέπεια τα ποσοστά αναπηρίας χορηγούνται δια βίου.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
3. 1.1. Ακρωτηριασμός και των δυο άνω άκρων	>80%
3.1.2. Ακρωτηριασμός ενός άνω και ενός κάτω άκρου	>80%
3. 1.3. Ακρωτηριασμός ενός άνω άκρου από την άρθρωση του ώμου (απεξάρθρωση)	80%
3. 1.4. Ακρωτηριασμός ενός άνω άκρου στο βραχιόνιο ή την άρθρωση του αγκώνα ή κεντρικότερα της κατάφυσης του δικεφάλου.	67%
3. 1.5. Ακρωτηριασμός ενός άνω άκρου στο αντιβράχιο ή την πηχεοκαρπική	50%
3.1.6. Ακρωτηριασμός ενός αντίχειρα	25%
3.1.7. Ακρωτηριασμός και των δυο αντιχειρών	40%
3. 1.8. Ακρωτηριασμός ενός αντίχειρα με το σύστοιχο μετακάρπιο	30%
3.1.9. Ακρωτηριασμός ενός άλλου δακτύλου της άκρας χειρός (πλην του αντίχειρα) και του σύστοιχου μετακαρπίου	10%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
3. 1.10. Ακρωτηριασμός του αντίχειρα και ενός άλλου δακτύλου (στο ίδιο χέρι)	30%
3..1.11. Ακρωτηριασμός δείκτη και μέσου ή δείκτη και παράμεσου	30%
3. 1.12.Κάθε άλλος συνδυασμός ακρωτηριασμού δύο δακτύλων	25%
3.1.13. Ακρωτηριασμός τριών δακτύλων συμπεριλαμβανομένου του αντίχειρα	40%
3. 1.14.Ακρωτηριασμός II+ III+ IV	40%
3. 1.15. Άλλοι συνδυασμοί	30%
3. 1.16. Ακρωτηριασμός τεσσάρων δακτύλων συμπεριλαμβανομένου του αντίχειρα	50%
3. 1.17. Άλλοι συνδυασμοί	40%
3. 1.18. Ακρωτηριασμός όλων των δακτύλων του ενός χεριού	50%
3. 1.19. Ακρωτηριασμός όλων των δακτύλων και των δυο χεριών	80%

Τα ποσοστά αυτά αφορούν στην απώλεια ολοκλήρου του δακτύλου. Στις περιπτώσεις που υπάρχουν κολοβώματα φαλάγγων δακτύλων το ποσοστό θα μειωθεί αναλόγως τη λειτουργικότητα του εναπομείναντος τμήματος σε σχέση με το επάγγελμα και την ηλικία του πάσχοντος.Με τον ίδιο τρόπο υπολογίζονται και οι φωκομελίες.

3. 2 Κατάγματα- Ψευδαρθρώσεις

Τα κατάγματα- χειρουργηθέντα ή μη- εφόσον έχουν πωρωθεί σε λειτουργική θέση δεν δίνουν ποσοστό αναπηρίας. Ο όρος «λειτουργική θέση», δεν είναι απαραίτητα συνώνυμος με τον όρο «ανατομική θέση». Ποσοστό αναπηρίας αποδίδεται στις επιπλοκές των καταγμάτων (ψευδάρθρωση, βλάβη νεύρου ή αγγείου, μετατραυματική αρθρίτιδα κλπ) όταν ο χρόνος αποκατάστασης υπερβαίνει τους έξι μήνες ή όταν η βλάβη θεωρείται μη αναστρέψιμη.

Στον ακόλουθο πίνακα αναφέρονται τα ποσοστά για τις ψευδαρθρώσεις και την πόρωση σε πλημμελή θέση. Οι λοιπές επιπλοκές θα πρέπει να αναζητηθούν στις αντίστοιχες παραγράφους σχετικά με τις βλάβες αγγείων και νεύρων ή τις αρθρίτιδες.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
3.2.1.Ψευδάρθρωση της κλείδας χωρίς περιορισμό της λειτουργικότητας του άνω άκρου	0%
3. 2.2. Ψευδάρθρωση της κλείδας με λειτουργική επιβάρυνση του άνω άκρου	10%
3. 2.3. Ψευδάρθρωση βραχιονίου	20%- 30%
3. 2.4. Πόρωση κατάγματος βραχιονίου με βράχυνση του άνω άκρου >6 εκ ή στροφή > 20 ή γωνίωση>20 ή συνδυασμό αυτών	10%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
3. 2.5. Ψευδάρθρωση αντιβραχίου	10%- 20%
3. 2.6. Πώρωση κατάγματος αντιβραχίου σε γωνίωση >15 ή βράχυνση> 3 εκ ή συνδυασμό αυτών	5%
3. 2.7. Ψευδάρθρωση σκαφοειδούς οστού	10%
3. 2.8. Οστεΐτιδα – οστεομυελίτιδα α)1-5 έτη από την τελευταία υποτροπή, ελαφρές οστικές αλλοιώσεις β) με μέτριες οστικές αλλοιώσεις και μονήρες συρίγγιο ανενεργό γ)με μόνιμο ενεργό συρίγγιο, σοβαρές οστικές βλάβες, μυατροφίες κλπ)	0% 10% 25%

3. 3. Παθήσεις των αρθρώσεων του άνω άκρου

Το ποσοστό υπολογίζεται με βάση τη σταθερότητα και το εύρος κίνησης της άρθρωσης ανεξάρτητα από το αίτιο που προκαλεί τη βλάβη.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
3. 3.1. Αρθρόδεση ή αγκύλωση του ώμου σε λειτουργική θέση (κάμψη 30, απαγωγή 45, έξω στροφή 20)	30%
3. 3.2. Αγκύλωση ή αρθρόδεση του ώμου σε μη λειτουργική θέση χωρίς ενεργητικές κινήσεις της ωμοπλάτης	40%
3. 3.3. Δυσκαμψία του ώμου- αρθρίτιδα: α)κάμψη και απαγωγή >90 προσαγωγή >20 β)κάμψη και απαγωγή <90, προσαγωγή<20	10% 20%
3. 3.4. Αστάθεια του ώμου	10%
3.3.5. Ολική αρθροπλαστική ώμου καλώς λειτουργούσα Ετερόπλευρα Αμφοτερόπλευρα	20% 40%
3..3.6. Αρθρόδεση ή αγκύλωση του αγκώνα σε λειτουργική θέση (80-100 κάμψη, με την πηχεοκαρπική σε ουδέτερη θέση υπτιασμού- πρηνισμού)	25%
3. 3.7. Αρθρόδεση ή αγκύλωση του αγκώνα σε μη λειτουργική θέση	40%
3. 3.8. Δυσκαμψία αγκώνα- αρθρίτιδα α) έλλειμμα έκτασης <60, κάμψη έως 120 β)έλλειμμα έκτασης >60, περιορισμός της κάμψης έως 90 (ανάλογα με τον περιορισμό του υπτιασμού- πρηνισμού του αντιβραχίου)	10% 20%-25%
3.3.9. Καθήλωση του αντιβραχίου σε υπτιασμό	30%
3. 3.10. Καθήλωση του αντιβραχίου σε πρηνισμό	20%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
3. 3.11. Καθήλωση του αντιβραχίου σε λειτουργική θέση	10%
3. 3.12. Ολική αρθροπλαστική αγκώνα καλώς λειτουργούσα ετερόπλευρα αμφοτερόπλευρα σε διαφορετική περίπτωση όπως στη δυσκαμψία του αγκώνα.	15% 30%
3. 3.13. Αγκύλωση ή αρθρόδεση πηγεοκαρπικής σε λειτουργική θέση (έως 30 έκταση)	0%-10%
3. 3.14. Αγκύλωση ή αρθρόδεση πηγεοκαρπικής σε μη λειτουργική θέση	20%
3. 3.15. Δυσκαμψία πηγεοκαρπικής – αρθρίτιδα, με ή χωρίς παραμόρφωση, με ή χωρίς διαταραχή της αρχιτεκτονικής του καρπού αναλόγως τη λειτουργικότητα και το επάγγελμα	10%-20%
3. 3.16. Δυσκαμψία του αντίχειρα	0%
3. 3.17. Αγκύλωση ή αρθρόδεση του αντίχειρα σε λειτουργική θέση	10%
3. 3.18. Αγκύλωση ή αρθρόδεση ενός δακτύλου σε λειτουργική θέση	5%-10%
3. 3.19. Αγκύλωση ή αρθρόδεση ενός δακτύλου σε πλήρη έκταση ή τέλεια κάμψη, ισοδυναμούσα με αχρησία αυτού, υπολογίζεται ως απώλεια αυτού του δακτύλου.	
3.3.20. Δυσκαμψία των δακτύλων, αρθρίτιδα: λαμβάνεται υπ' όψη (αθροιστικά) α) η συλληπτική ικανότητα αδρών αντικειμένων (15%) β) η συλληπτική ικανότητα λεπτών αντικειμένων (10%) γ) ο σχηματισμός και η δύναμη της πυγμής (10%)	0%-35%

3.4. Βλάβες νεύρων του άνω άκρου

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
3. 4.1. Παράλυση ή διατομή βραχιονίου πλέγματος (μειωτική παράλυση, εξελκυσμός κλπ)	67%
3. 4.2. Παράλυση ή διατομή ανωτέρου τύπου (Duchenne-Erb)	50%
3. 4.3. Παράλυση ή διατομή κατωτέρου τύπου (Klumpke)	50%
3. 4.4. Παράλυση ή διατομή μασχαλιαίου νεύρου	20%
3. 4.5. Παράλυση ή διατομή υποπλατίου νεύρου	10%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
3. 4.6. Παράλυση ή διατομή μυοδερματικού νεύρου	15%
3.4.7. Παράλυση ή διατομή κερκιδικού νεύρου α) κεντρική β) περιφερική (διατήρηση νεύρωσης τρικεφάλου)	30% 20%
3. 4.8. Παράλυση ή διατομή ή διατομή ωλενίου νεύρου	25%
3.4.9. Παράλυση ή διατομή μέσου νεύρου κεντρική (από το βραχίονα ή το αντιβράχιο) Περιφερική (από τον καρπό)	35% 15%
3. 4.10. Συνδυασμένη παράλυση ή διατομή κερκιδικού και μασχαλαίου	40%
3.4.11. Συνδυασμένη παράλυση ή διατομή κερκιδικού και ωλενίου	50%
3. 4.12. Συνδυασμένη παράλυση ή διατομή κερκιδικού και μέσου	50%
3.4.13. Συνδυασμένη παράλυση ή διατομή μέσου και ωλενίου	50%

Σε μερική διατομή ή πάρεση η εκτίμηση γίνεται ανάλογα με την υπολειπόμενη λειτουργικότητα των νευρούμενων μυών. Όταν συνυπάρχουν τροφικές αλλοιώσεις (άτονα έλκη) προστίθεται 10%.

3. 5. Ρήξεις μυών και τενόντων του άνω άκρου.

Οι ρήξεις μυών και τενόντων αντιμετωπίζονται χειρουργικά και η υπολειπόμενη αναπηρία υπολογίζεται ως ισοδύναμη της έκπτωσης της λειτουργικότητας της εμπλεκόμενης άρθρωσης.

3. 6. Άλλες παθήσεις.

Παθήσεις που αποκαθίστανται εύκολα με απλές χειρουργικές επεμβάσεις όπως το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνος, οι στενωτικές τενοντοελυτρίτιδες, γάγγλια κλπ, δεν περιγράφονται, διότι δεν προκαλούν καμμία αναπηρία.

Το ποσοστό αναπηρίας που οφείλεται σε άλλες παθήσεις ή βλάβες του άνω άκρου που δεν αναφέρονται ξεχωριστά και έχουν προκαλέσει μη αναστρέψιμες βλάβες υπολογίζεται με βάση τη δυσκαμψία, την παράλυση ή την έκπτωση της λειτουργικότητας που αυτές προκαλούν με αναγωγή στις αντίστοιχες αναπηρίες που αναφέρονται στους πίνακες.

4. Παθήσεις και βλάβες κάτω άκρου.

4.1. Ακρωτηριασμοί

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
4.1.1 Μηριαίος ακρωτηριασμός και των δυο κάτω άκρων	>80%
4.1.2 Ακρωτηριασμός ενός σκέλους από την άρθρωση του ισχίου (απεξάρθρωση του ισχίου) ή πολύ υψηλός ακρωτηριασμός που δεν επιτρέπει την εφαρμογή τεχνητού μέλους.	80%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
4.1.3 Μηριαίος ακρωτηριασμός ενός σκέλους	67%
4.1.4 Ακρωτηριασμός στο ύψος του γόνατος	67%
4.1.5 Κνημιαίος ακρωτηριασμός Ετερόπλευρος Αμφοτερόπλευρος	50% 70%
4.1.6 Ακρωτηριασμός κατά Chopart (δια του ταρσού) ή κατά Lisfranc (ταρσομετατάρσιος) Ετερόπλευρα Αμφοτερόπλευρα	30% 50%
4.1.7 Ακρωτηριασμός του μεγάλου δακτύλου	10%
4.1.8 Ακρωτηριασμός του μεγάλου δακτύλου και του συστοιχου μεταταρσίου	15%
4.1.9 Ακρωτηριασμός δυο ή τριών δακτύλων πλην του πρώτου και του πέμπτου	5%
4.1.10 Ακρωτηριασμός δυο ή τριών δακτύλων συμπεριλαμβανομένου του πρώτου ή του πέμπτου ή και των δύο.	10%
4.1.11 Ακρωτηριασμός τεσσάρων δακτύλων	15%
4.1.12 Ακρωτηριασμός όλων των δακτύλων Ετερόπλευρα Αμφοτερόπλευρα	20% 30%

1.2. Κατάγματα- ψευδαρθρώσεις- οστεομυελίτιδα- οστεϊτίδα

Τα κατάγματα- χειρουργηθέντα ή μη- εφόσον έχουν παρωθεί σε λειτουργική θέση δε δίνουν ποσοστό αναπηρίας. Ποσοστό αναπηρίας αποδίδεται στις επιπλοκές των καταγμάτων (ψευδάρθρωση, βλάβη νεύρου ή αγγείου, μετατραυματική αρθρίτιδα κλπ) όταν ο χρόνος αποκατάστασης υπερβαίνει τους έξι μήνες ή όταν η βλάβη θεωρείται μη αναστρέψιμη.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
4.2.1 Ψευδάρθρωση μηριαίου	50%
4.2.2 Ψευδάρθρωση κνήμης	30%
4.2.3. Ανισοσκελία έως 2 εκ. 3-4 εκ 5-6 εκ 6-10 εκ >10 εκ αναλόγως το επάγγελμα, τις συνοδές διαταραχές (ατροφίες κλπ) και τη δυνατότητα διόρθωσης	0% 10% 20% 30% 35-50%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
4.2.4 Οστεϊτίδα – οστεομυελίτιδα	0%
α) 1-5 έτη από την τελευταία υποτροπή, ελαφρές οστικές αλλοιώσεις	15%
β) με μέτριες οστικές αλλοιώσεις και μονήρες συρίγγιο ανενεργό	25%
γ) με μόνιμο ενεργό συρίγγιο, σοβαρές οστικές βλάβες, μυατροφίες κλπ)	

Άλλες επιπλοκές θα πρέπει να αναζητηθούν στις αντίστοιχες παραγράφους σχετικά με τις βλάβες αγγείων και νεύρων ή τις αρθρίτιδες.

4.3. Παθήσεις των αρθρώσεων των κάτω άκρων

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
4.3.1. Αγκύλωση ή αρθρόδεση ενός ισχίου σε λειτουργική θέση (κάμψη 15, απαγωγή 0-10 και στροφή 0)	35%
4.3.2. Αγκύλωση ή αρθρόδεση ενός ισχίου σε μη λειτουργική θέση	50%
4.3.3. Αγκύλωση ή αρθρόδεση και των δύο ισχίων	70%-80%
4.3.4. Δυσκαμψία του ισχίου- αρθρίτιδα	
α) μικρού βαθμού: κάμψη > 90 περιορισμός της στροφής και της απαγωγής-προσαγωγής στο μισό των φυσιολογικών ετερόπλευρα	10%
αμφοτερόπλευρα	20%
β) μετρίου βαθμού: κάμψη < 90 κατάργηση στροφικών, μεγάλος περιορισμός απαγωγής προσαγωγής ετερόπλευρα	30%
Αμφοτερόπλευρα	40%
γ) σοβαρού βαθμού:	
ετερόπλευρα	40%
Αμφοτερόπλευρα	60%
4.3.5. Εκτομή μηριαίας κεφαλής- χαλαρό ισχίο	50%
4.3.6. Ολική αρθροπλαστική ισχίου καλώς λειτουργούσα	
Ετερόπλευρη	20%
Αμφοτερόπλευρη	40%
Σε περίπτωση επιπλοκών συνυπολογίζεται το ποσοστό των επιπλοκών	
4.3.7. Αστάθεια ισχίου- αναπτυξιακή δυσπλασία ισχίου- αβαθής κοτύλη και προσομοιάζουσες καταστάσεις	
Ετερόπλευρα	10%
Αμφοτερόπλευρα	15%
Εφόσον αναπτυχθεί αρθρίτιδα προστίθεται το ανάλογο ποσοστό	

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
4.3.8. Αγκύλωση ή αρθρόδεση γόνατος σε λειτουργική θέση (κάμψη 10-15) Ετερόπλευρα Αμφοτερόπλευρα Σε μη λειτουργική θέση Ετερόπλευρα Αμφοτερόπλευρα	30% 80% 40% 67%
4.3.9. Δυσκαμψία γόνατος- αρθρίτιδα α) ηπίου βαθμού: εύρος κίνησης 0-120 , στένωση μεσαρθρίου, ετερόπλευρα αμφοτερόπλευρα	5% 10%
β) μετρίου βαθμού: εύρος κίνησης 10-90, βλαιογονία, ραιβογονία, οστεόφυτα ετερόπλευρα αμφοτερόπλευρα	15% 30%
Σοβαρού βαθμού: εύρος κίνησης 30-90, μεγάλη στένωση μεσαρθρίου, εκτεταμένη οστεοφύτωση Ετερόπλευρα Αμφοτερόπλευρα	20% 40%
4.3.10. Ολική αρθροπλαστική γόνατος καλώς λειτουργούσα Ετερόπλευρα Αμφοτερόπλευρα Επί υπάρξεως επιπλοκών προστίθεται το ποσοστό των επιπλοκών	20% 40%
4.3.11. Αστάθεια γόνατος Μυικά αντιτροπούμενη (ελεγχόμενη) Ανεπαρκώς ελεγχόμενη με απότοκο αστάθεια βάδισης Επί μεγάλων αξονικών αποκλίσεων (ραιβότητα- βλαισότητα) το ποσοστό αυξάνεται κατά 10% για κάθε γόνατο.	0% 10% +10%
4.3.12. Ανεπάρκεια εκτατικού μηχανισμού	10%
4.3.13. Αρθρίτιδα επιγονατιδομηριαίας άρθρωσης	10%
4.3.14. Αστάθεια επιγονατίδας (καθ'έξιν εξαρθήματα) ανάλογα τη συχνότητα	0%-10%
4.3.15. Αγκύλωση ή αρθρόδεση ποδοκνημικής σε λειτουργική θέση	15%
4.3.16. Τριπλή αρθρόδεση του τارسού (υπαστραγαλική-πτερνοκυβοειδής, αστραγαλοσκαφοειδής)	5%-10%
4.3.17. τετραπλή αρθρόδεση ποδοκνημικής και τارسού	15%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
4.3.18. Αγκύλωση της ποδοκνημικής και του ταρσού σε μη ευνοϊκή θέση ανάλογα με τη δυνατότητα στήριξης (περιλαμβάνονται παραμορφώσεις άκρου ποδός όπως ραιβοποδία, βλαιοποδία, ιπποποδία) Ετερόπλευρα Αμφοτερόπλευρα	20%-35% 40%
4.3.19. Δυσκαμψία της ποδοκνημικής ή του ταρσού- αρθρίτιδα	5%-10%
4.3.20. Άλλες παραμορφώσεις του άκρου ποδός χωρίς λειτουργική σημασία (κοιλοποδία, πλατυποδία κλπ)	0%
4.3.21 Αγκύλωση ή αρθρόδεση όλων των δακτύλων του ενός ποδιού σε λειτουργική θέση σε μη λειτουργική θέση	5% 15%
4.3.22. Αγκύλωση ή αρθρόδεση του μεγάλου δακτύλου σε λειτουργική θέση σε μη λειτουργική θέση	0% 10%
4.3.23. Αγκύλωση των δακτύλων των ποδιών εκτός του μεγάλου δακτύλου	0%
4.3.24. Ουλές, ρικνώσεις, έλλειμμα μαλακών μορίων πέλματος αναλόγως τη δυνατότητα στήριξης και βάδισης	10%-15%

4.4 Βλάβες των νεύρων των κάτω άκρων

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
4.4.1. Παράλυση ή διατομή του οσφυοϊερού πλέγματος	80%
4.4.2. Παράλυση ή διατομή άνω γλουτιαίου νεύρου	15%
4.4.3. Παράλυση ή διατομή κάτω γλουτιαίου νεύρου	15%
4.4.4. Παράλυση ή διατομή μηριαίου νεύρου	35%
4.4.5. Παράλυση ή διατομή ισχιακού νεύρου (κεντρικά)	50%
4.4.6. Παράλυση ή διατομή κοινού περνιαίου νεύρου	30%
4.4.7. Παράλυση ή διατομή επιπολής περνιαίου νεύρου	10%-15%
4.4.8. Παράλυση ή διατομή κνημιαίου νεύρου	30%

Τροφικές αλλοιώσεις (άτονα έλκη) θα πρέπει να λαμβάνονται επίσης υπ' όψη.
Μερικές διατομές και παρέσεις των νεύρων αυτών θα αξιολογούνται με μικρότερα ποσοστά αναλόγως του βαθμού υπολειπόμενης λειτουργικότητας.

4.5 Ρήξεις μυών και τενόντων του κάτω άκρου.

Οι ρήξεις μυών και τενόντων αντιμετωπίζονται χειρουργικά και η υπολειπόμενη αναπηρία υπολογίζεται ως ισοδύναμη της έκπτωσης της λειτουργικότητας της εμπλεκόμενης άρθρωσης.

4.6. Άλλες παθήσεις

Το ποσοστό αναπηρίας που οφείλεται σε παθήσεις ή βλάβες του κάτω άκρου που δεν αναφέρονται ξεχωριστά και έχουν προκαλέσει μη αναστρέψιμες βλάβες, υπολογίζεται με βάση τη δυσκαμψία, την παράλυση ή την έκπτωση της λειτουργικότητας που αυτές προκαλούν με αναγωγή στις αντίστοιχες αναπηρίες που αναφέρονται στους πίνακες.

5. Νεοπλάσματα των οστών

Η εκτίμηση της λειτουργικής ανικανότητας εξαρτάται από το βαθμό κακοήθειας του όγκου (καλοήθης- κακοήθης), τη θέση του (εγχειρήσιμος- μη εγχειρήσιμος) και των υπολειμματικών διαταραχών μετά τυχούσα θεραπεία.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
5.1.Καλοήθεις όγκοι μυοσκελετικού χωρίς ενοχλήματα	0%
5.2 Κακοήθεις όγκοι μυοσκελετικού χωρίς μεταστάσεις	80% για δύο έτη 67% για ένα έτος και επανεκτίμηση
5.3 Κακοήθεις όγκοι με μεταστάσεις	80% επ' αόριστον

Στα παραπάνω ποσοστά θα πρέπει να προστίθεται το ποσοστό τυχόντος ακρωτηριασμού ή δυσχρησίας του μέλους.

6. Άλλες παθήσεις

6.1.Συγγενείς αναπτυξιακές ανωμαλίες και παρόμοιες καταστάσεις

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται παθήσεις που επηρεάζουν τη συνολική ανάπτυξη του σκελετού ή/και άλλων οργάνων όπως αχονδροπλασία, ατελής οστεογένεση ή τη συνολική λειτουργικότητα του μυοσκελετικού συστήματος όπως η αρθρογρύπωση.

Στον υπολογισμό του ποσοστού θα ληφθεί υπ' όψη ο βαθμός και η έκταση των παραμορφώσεων του μυοσκελετικού συστήματος, η λειτουργικότητα της ΣΣ και των αρθρώσεων των άκρων, η ατροφία ή απλασία δομών καθώς και ο επηρεασμός των εσωτερικών οργάνων (αναπνευστικό, κυκλοφορικό, κλπ.)

Όταν το σωματικό ύψος μετά την ολοκλήρωση της ανάπτυξης είναι < 120 εκ επιπροστίθεται ποσοστό 30%-40%

6.2 Μεταβολικές παθήσεις

Οστεοπόρωση, οστεομαλακία, v.Paget και συναφείς παθήσεις: ποσοστό δίνεται μόνο στις περιπτώσεις λειτουργικής έκπτωσης όπως περιγράφεται στα αντίστοιχα κεφάλαια και όχι μόνο με βάση τα εργαστηριακά ευρήματα.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΩΤΩΝ-ΡΙΝΟΣ-ΛΑΡΥΓΓΑ

1. Συγγενείς ανωμαλίες

Οι συγγενείς ανωμαλίες του πτερυγίου του ωτός, εκτός από την εμφανή και χαρακτηριστική δυσμορφία λόγω της ατρησίας του ακουστικού πόρου είτε λόγω ανωμαλιών και απλασιών του κοίλου του τυμπάνου και του λαβυρίνθου. Η θεραπεία είναι χειρουργική και με πολύ καλά αποτελέσματα στην περίπτωση ακέραιου μέσου και έσω ωτός.

 ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ –

Απουσία πτερυγίου.....15%

Δυσμορφία πτερυγίου (μικροωτία, μακροωτία).....10-15%

Στένωση ή ατρησία πόρου με ακέραιο το έσω ους.....20-40%

Απλασία ή υποπλασία του κοίλου του τυμπάνου, οστεΐνης μοίρας κοχλίας, μαστοειδούς.....60%

2. Κακώσεις – τραυματισμοί

• Απώλεια του πτερυγίου

Η Απώλεια του πτερυγίου έχει καθαρά αισθητικό αποτέλεσμα το οποίο σε ορισμένα επαγγέλματα είναι σημαντικό και καθοριστικό.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Μερικός ή ολικός ακρωτηριασμός, μετατραυματικός ή μετεγχειρητικός.....5-20%

• Ρήξη τυμπάνου

Η ρήξη του τυμπάνου έχει επιπτώσεις επί της ακοής μικρού βαθμού, αλλά αποτελεί κίνδυνο εγκατάστασης χρονίας μέσης ωτίτιδας. Ο τραυματισμός και οι εξαρθρώσεις των οσταρίων επιφέρουν σημαντική βαρηκοΐα αγωγής.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....5-10 % (προσωρινή, έως ότου αποκατασταθεί χειρουργικώς)

• Κατάγματα κροταφικού

Διακρίνονται σε επιμηκή και εγκάρσια.

Τα κατάγματα του λιθοειδούς μπορούν να επιφέρουν σοβαρές διαταραχές του αιθουσαίου, του κοχλιακού καθώς και παράλυση του προσωπικού νεύρου.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50%

• Εξαρθρώσεις οσταρίων – Βαρύ τραύμα μεσώ – έσω ωτός – Περιλαμφικό συρίγγιο

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-30% (προσωρινή, έως ότου αποκατασταθεί χειρουργικώς)

3. Όγκοι ωτός

• Ακουστικό νευρίωμα

Ο σημαντικότερος καλοήθης όγκος της περιοχής του έσω ακουστικού πόρου αποτελεί το 18% των ενδοκρανιακών όγκων και το 7% των όγκων των γεφυροπαρεγκεφαλιδικής γωνίας. Η ανάπτυξη είναι βραδεία και χαρακτηρίζεται από μονόπλευρη νευροαισθητήρια βαρηκοΐα, εμβολές, ίλιγγο και αστάθεια. Σειρά χαρακτηριστικών συμπτωμάτων θέτει την υποψία και σειρά ακουολογικών εξετάσεων και αξονικών ακουολογικών ευρημάτων θέτει τη διάγνωση. Θεραπεία χειρουργική ή ακτινοθεραπεία (βλ. Παθήσεις αιθουσαίου)

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-70%

• Όγκοι πτερυγίου

Πρόκειται κατά κανόνα για καλοήθεις όγκους με επικρατέστερα τα επιθηλιώματα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-30%

• Όγκοι έξω ακουστικού πόρου – μέσου ωτός

Πλέον συνήθη τα βασικοκυτταρικά και τα επιδερμογενή καρκινώματα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....60-70%

4. Φλεγμονώδεις και άλλες παθήσεις ωτός

Η επιμονή της φλεγμονής πέραν του κοίλου του τυμπάνου προκαλεί πολλές και σοβαρές επιπλοκές:

β) Ενδοκρανιακές: 1) εξωμηνιγγικό απόστημα, 2) υποσκληρίδιο απόστημα, 3) εγκεφαλικό απόστημα 4) θρομβοφλεβίτιδες φλεβών κόλπων, 5) ωτικός υδροκέφαλος, 6) μηνιγγίτιδα.

• Χρόνια μέση πυώδης ωτίτιδα (μετά ή άνευ χολοστεατώματος)

Δυναμική εξέλιξη της μέσης πυώδους ωτίτιδας εκ πολλαπλών ενδογενών και εξωγενών αιτιών είναι η χρόνια μέση πυώδης ωτίτιδα που αφορά είτε το κοίλο του τυμπάνου είτε και τη μαστοειδή. Χαρακτηρίζεται από διάτρηση του τυμπάνου, πυόρροια και βαρηκοΐα αγωγιμότητας. Δυσμενής περίπτωση η ανάπτυξη χολοστεατώματος και η καταστροφή της οστικής αλύσου.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-30 % (προσωρινή, έως ότου αποκατασταθεί χειρουργικώς)

• Χρόνια μαστοειδίτιδα – Υποτροπή από ανεπιτυχή επέμβαση

Η φυσική εξέλιξη χρόνιας μέσης πυώδους ωτίτιδας χαρακτηρίζεται από έλλειψη πνευματώσεως μαστοειδούς. Δυσμενής επιπλοκή. Λίαν δυσμενής σε περίπτωση υποτροπής από ατελή εκσκαφή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-30 % (προσωρινή, έως ότου αποκατασταθεί χειρουργικώς)

• Επιπλοκές χρόνιας μέσης πυώδους ωτίτιδας – Σύμπτωμα συριγγίου – Πάρεση προσωπικού νεύρου- Λαβυρινθίτιδα

α) Ενδοκροταφικές: 1) μαστοειδίτιδα, 2) λιθοειδίτιδα, 3) παράλυση προσωπικού, 4) λαβυρινθίτιδα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....40-50% (προσωρινή, έως ότου αποκατασταθεί χειρουργικώς)

Σε όλες τις περιπτώσεις η θεραπεία είναι χειρουργική με καλά αποτελέσματα και σημαντική αποκατάσταση της ακοής.

• Χρόνια συμφυτική ωτίτιδα (ξηρά)

Μετά από συχνές προσβολές ωτίτιδας και επιτυχή φαρμακευτική αντιμετώπιση επέρχεται επούλωση με εγκατάσταση ανωμαλιών όπου συνήθως αναπτύσσονται πολλαπλές συμφύσεις, επιθηλιοποίηση του ρήγματος του τυμπάνου και εισολκή μέχρι προσκολλησεως στο έσω τοίχωμα. Συνοδεύεται από βαρηκοΐα αγωγιμότητας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....αναλόγως της προκληθείσας βαρηκοΐας (βλέπε κεφάλαιο 5.2 Ακοή-Διαταραχές Ακοής)

• Χρόνιος τυμπανοσαλπγγικός κατάρρος

Συγγενής ή επίκτητες ανωμαλίες της ευσταχιανής σάλπιγγας, παρουσία εμποδίων στο στόμιο, χρόνια καταρροϊκή κατάσταση ρινός και παραρρινίων, δημιουργούν προβλήματα στην επικοινωνία του μέσου ωτός. Σημαντική για ορισμένα επαγγέλματα (ιπτάμενοι, δύτες).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....5-10%

• Τυμπανοσκληρυνση

Η τυμπανοσκληρυνση ενίοτε συνοδεύεται από βαρηκοΐα αγωγιμότητας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (ανάλογα με το βαθμό βαρηκοΐας, (βλέπε κεφάλαιο 5.2 Ακοή-Διαταραχές Ακοής)

ΑΚΟΗ – ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΚΟΗΣ

Η βαρηκοΐα δημιουργεί σοβαρά προβλήματα επικοινωνίας, τα οποία χρειάζονται αντιμετώπιση επειδή εκτός από την πρόκληση ανικανότητας προς εργασία εγκυμονούν κινδύνους για τη ζωή. Το αισθητήριο της ακοής δια των συστημάτων αγωγής του ήχου (περυγίο – ακουστικός πόρος- τύμπανο, αλυσος οσταρίων, ωοειδής θυρίδα) μεταφέρει τα ηχητικά κύματα στον κοχλία (έσω ους), όπου μετατρέπονται σε ηλεκτρικά δυναμικά ενέργειας, τα οποία με το ακουστικό νεύρο μεταφέρονται στο κεντρικό νευρικό σύστημα, δια του κοχλιακού νεύρου που εισδύει στο εγκεφαλικό στέλεχος και οι ίνες του καταλήγουν στο ραχιαίο κοχλιακό πυρήνα. Οι πληροφορίες φέρονται στον κοχλιακό πυρήνα και φθάνουν στον άνθρωπο εντοπίζεται στην άνω κροταφική έλικα.

Είναι αυτονόητο ότι στη μακρά διαδρομή του ερεθίσματος από τον έξω ακουστικό πόρο (ηχητικά κύματα και ηλεκτρικά δυναμικά) μέχρι του φλοιού, πολλοί παράγοντες, εξωγενής και ενδογενείς μπορούν να προκαλέσουν βλάβη και εξ αυτής βαρηκοΐα.

Η εξέλιξη της ακοής δεν είναι χρονικά σταθερή. Αρχίζει από τις αυτόματες αντανακλαστικές αντιδράσεις του βρέφους σε κάθε δυνατό ήχο. Στη συνέχεια γίνεται διάκριση ασθενών από ισχυρούς και σε αυτούς που έχουν ή δεν έχουν κάποια σημασία. Από ενός έτους προσέχει τους ήχους που έχουν ενδιαφέρον και καταλαβαίνει την ομιλία. Από 3 ετών συνεργάζεται για ακουολογική εξέταση και από 5 ετών εκτελούνται οι συνήθειες για τους ενήλικους εξετάσεις. Κληρονομικά αίτια, λήψη φαρμάκων από εγκύους, μη φυσιολογικός τοκετός, ίκτερος είναι κύρια αίτια συγγενούς ανωμαλίας, από ελαττωματική βαρηκοΐα που προκαλεί ανωμαλίες στην ανάπτυξη της ομιλίας μέχρι πλήρη αδυναμίας αναπτύξεως.

Βαρηκοΐα επακολουθεί όπου το ηχητικό ερέθισμα δεν φθάνει στο αισθητήριο όργανο ή όταν αυτό δεν είναι ικανό να τη δεχθεί.

Έτσι οι βαρηκοΐες διακρίνονται ως ακολούθως:

- **ΒΑΡΗΚΟΪΑ ΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΑΣ** Εμπόδιο στη μετάδοση του ηχητικού ερεθίσματος. Εμφανίζεται σε χρόνια εκκριτική ωτίτιδα μέση πυώδη ωτίτιδα, ανωμαλία ακουστικού πόρου ή κοΐλοι του τυμπάνου, ανωμαλία ή τραυματισμό οστικής αλύσου – ωτοσκλήρυνση.

Η τελευταία αποτελεί ιδιαίτερη νοσολογική οντότητα είναι πρωτοπαθής κληρονομική νόσος. Εκδηλώνεται συχνότερα σε γυναίκες ηλικίας 20-30 ετών, εξελίσσεται βραδέως και επιβαρύνεται από την εγκυμοσύνη, τα αντισυλληπτικά, ορμονοθεραπείες ή τοπικές φλεγμονές. Πρέπει να σημειωθεί ότι σε προχωρημένα στάδια εξελίσσεται σε μικτή λόγω επεκτάσεως προς τον κοχλία.

- **ΒΑΡΗΚΟΪΑ ΝΕΥΡΟΑΙΣΘΗΤΗΡΙΟΣ** (αντιλήψεως- έσω ωτός). Το ηχητικό ερέθισμα φθάνει έως τον κοχλία αλλά δεν μεταφέρεται ηχητικό δυναμικό στην περιοχή του φλοιού, από κάποια βλάβη από τον κοχλία έως και την άνω κροταφική έλικα.

Συχνότερα αίτια ωτοτοξικά φάρμακα και έκθεση στους θορύβους (επαγγελματικά).

Άλλα αίτια: συγγενής (οικογενειακή), αγγειακά (αιφνίδια βαρηκοΐα), φλεγμονώδεις παθήσεις (λαβυρινθίτιδα), συφιλιδικές, γενικά νοσήματα (υποθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης, νεφρική ανεπάρκεια), διάσειση λαβυρίνθου, νόσος των δυτών, τραύματα, όγκοι. Συνήθης η πρεσβυακουσία. Υποχρεωτικά για μεγάλες ηλικίες.

Ιδιαίτερη μνεία χρειάζεται η νόσος του Meniere. Χαρακτηριστική νευροαισθητήριος βαρηκοΐα με ύδρωπα του λαβυρίνθου (παθήσεις του αιθουσαίου).

- **ΜΙΚΤΟΥ ΤΥΠΟΥ**. Σε αυτή συνυπάρχουν και τα δύο προηγούμενα.

- **ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ** (υστερική, μη οργανική, προσποίηση). Διακρίνεται σε μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη. Εμφανίζεται ως μεγάλη νευροαισθητήριος βαρηκοΐα ή ως πλήρης κώφωση. Αίτια ψυχογενή ή προσποίηση. Η διάγνωση είναι δυσχερής και απαιτεί πολλές φορές επανειλημμένες δοκιμασίες και μεγάλη πείρα.

Τα αίτια που προκαλούν βαρηκοΐα αγωγιμότητας αντιμετωπίζονται χειρουργικώς συνήθως.

Οι βαρηκοΐες αγωγής αποκαθίστανται σχεδόν πλήρως (ανάλογα με τα στάδια) δια διορθωτικών επεμβάσεων, εκτός από ωτοσκλήρυνσεις (κοχλική).

Η νευροαισθητήρια βαρηκοΐα συνήθως δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί. Η χρήση συσκευών υποβοήθησης της ακοής (που ξεκινούν από τα ακουστικά βαρηκοΐας και φτάνουν έως τα κοχλιακά εμφυτεύματα) είναι ιδιαίτερος υποβοηθητικά.

Για απόδοση ανικανότητας προσδιορίζεται ο βαθμός βαρηκοΐας με βάση την τονική ακουομετρία.

Η κατάταξη αυτή δεν είναι δίκαιη επειδή στην πράξη η επικοινωνία και η κατανόηση της ομιλίας δεν είναι η ίδια μεταξύ μιας νευροαισθητήριος βαρηκοΐας και μιας βαρηκοΐας αγωγής του ίδιου βαθμού.

Μεγάλη σημασία, ιδιαίτερα για την κατανόηση της ομιλίας, έχει το ποσοστό διάκρισης του πάσχοντος (discrimination score).

Ο βαθμός βαρηκοΐας με βάση την απώλεια ακοής σε dB διακρίνεται σε ελαφρά, μέτρια, μεγάλη, υπολειμματική, κώφωση.

Για λεπτομερέστερη επιμέτρηση μπορούμε να διακρίνουμε ενδιάμεσες καταστάσεις, όπως μέτρια προς μεγάλη, κ.λπ. Υπολειμματική θεωρούμε την περίπτωση που διακρίνουμε στοιχεία ακοής σε περιορισμένο εύρος συχνότητας. Πολλές φορές όταν υπάρχουν στοιχεία ακοής στα όρια, η αντίδραση είναι ανύπαρκτη οπότε πρακτικώς μιλούμε περί κωφώσεως.

Ακραία περίπτωση είναι η αλλαλία εκ κωφώσεως που έχει πλέον αντικαταστήσει τον παλιό και αποτυχημένο όρο της «κωφαλαλίας»(πλήρης κώφωση χωρίς ανάπτυξη ομιλίας).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

• Επί ετεροπλεύρου βαρηκοΐας, ως ακολούθως:

Στις μεγάλες βαρηκοΐες ανάλογα με το χρόνο εγκαταστάσεως συνυπάρχουν και διαταραχές ομιλίας, πράγμα που πρέπει να ληφθεί υπόψη.

• Με βάση την ηχητική ακουομετρία, επί μονοπλεύρου βαρηκοΐας

Ελαφρά.....	0%
Μέτρια.....	5-10%
Μεγάλη.....	10-15%
Υπολειμματική ακοή.....	15-20%
Κώφωση.....	20-25%

Επί ετεροπλεύρου βαρηκοΐας ως ακολούθως :

ΑΡΙΣΤΕΡΟ ΔΕΞΙΟ	I	II	III	IV	V	VI
I. Φυσιολογική ακοή	0	0	5	10	20	25
II. Ελαφρά βαρηκοΐα	0	10	15	20	25	30
III. Μέτρια βαρηκοΐα	5	15	20	25	30	35
IV. Μεγάλη βαρηκοΐα	10	20	25	30	40	45
V. Υπολειμματική ακοή	20	25	30	40	50	60-70
VI. Κώφωση	25	30	35	45	60-70	70-80

Τα ποσοστά αναπηρίας επί νευροαισθητηρίου βαρηκοΐας πρέπει να είναι τα ανώτερα.

Κωφά Βαρήκοα άτομα με απώλεια ακοής 61dB και άνω, ανεξαρτήτως ή όχι από την ανάπτυξης ομιλίας

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 80% και άνω

Όταν η ακουολογική μελέτη συμπεριλαμβάνει και το ποσοστό διακριτικότητας, προστίθεται στο ποσοστό βαρηκοΐας επιπλέον ποσοστό κατά τον ακόλουθο τρόπο:

Για διακριτικότητα <40% +8%

Για διακριτικότητα 40-60% +5%

Το πρόβλημα είναι πολύπλοκο και η διάγνωση δυσχερέστατη. Η πρόγνωση δεν συμβαδίζει με την εικόνα και τη θορυβώδη ή μη συμπτωματολογία ούτε με τα ευρήματα των εργαστηριακών εξετάσεων.

Για διακριτικότητα >60% +3%

Συχνότερες παθήσεις που συνοδεύουν τη βαρηκοΐα και που πρέπει να εκτιμηθούν στην απόδοση ανικανότητας είναι:

Με συμμετοχή οργανικών βλαβών +5%

Συμφυτική ωτίτιδα +3%

Χρόνια μέση πυώδης ωτίτιδα (ξηρά –πυορρούσα) +5-10%

Συγγενείς ανωμαλίες +15-60% (βλ. 5.1.1.)

Λαβυρινθίτιδα +30% (βλ.5.3.6.)

Χρόνια εκκριτική ωτίτιδα +5%

Κατώσεις λιθοειδούς +205 (βλ.5.1.2.)

Βαρύτραυμα- περιλεμφικό συρίγγιο (συνήθως επί καταδύσεων) +40%

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΙΘΟΥΣΑΙΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Σε περίπτωση βλάβης του αιθουσαίου συστήματος κύριο σύμπτωμα είναι ο ίλιγγος.

Ο ίλιγγος, ιδιαίτερα ενοχλητικό σύμπτωμα, εκτός από την αστάθεια που μπορεί να προκαλέσει πτώση, συνδυάζεται συχνά με ναυτία, εμετούς, ωχρότητα, εφιδρώσεις. Η θορυβώδης και επαναλαμβανόμενη εικόνα προκαλεί έντονη ανησυχία και οδηγεί σε ανικανότητα, πολλές φορές για κάθε εργασία όχι μόνο κατά τη διάρκεια της κρίσης αλλά και κατά την περίοδο ηρεμίας, εκ του φόβου πάντοτε επικείμενου παροξυσμού.

Στις περιφερειακές αιτιολογίας παθήσεις η πρόγνωση είναι καλή. Στις κεντρικές η διάμεσες, που συμπτωματολογία δεν είναι έντονη, η πρόγνωση είναι πολλές φορές σοβαρή, όταν έχει σχέση με ενδοκρανικές παθήσεις.

Για την αξιολόγηση της παθήσεως έχει σημασία το ιστορικό, η παρουσία και η μορφή του αυτόματου νυσταγμού, οι αιθουσαίες δοκιμασίες, η ηλεκτρονυσταμογραφία (HNT), οι ακουολογικές δοκιμασίες και η μαγνητική τομογραφία (MRI) λιθοειδών οστών-βάσεως κρανίου. Η χρήση της MRI σε συνδυασμό με τη σύγχρονη καταγραφή των λειτουργικών δοκιμασιών του αιθουσαίου (κυριότερες οι θερμικές και οι «διαταλαντευόμενου εδράνου» με την ακρίβεια που τις διακρίνει, δίνει πολλές λύσεις και βοηθά στο διαχωρισμό περιφερικού και κεντρικού ίλιγγου.

Στη λήψη απόφασεως πρέπει να απαιτηθεί όσο το δυνατόν πληρέστερος έλεγχος με όσο το δυνατόν περισσότερες κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις.

Σε περίπτωση ελλείψεως γνωματεύσεως των ειδικών ιατρών και των απαραίτητων εξετάσεων διερευνάται: 1) η διάκριση αν πρόκειται για ίλιγγο, ζάλη, αστάθεια, 2) αν υπάρχουν συμπτώματα από την ακοή που συνοδεύουν την κρίση, 3) ο χρόνος από την έναρξη των συμπτωμάτων, 4) οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εμφανίζεται η κρίση ή άρχισε ο ίλιγγος, 5) η εξέλιξη με την πάροδο του χρόνου, 6) η διάρκεια της κρίσης, 7) η συχνότητα εμφανίσεως αυτής, 8) η σχέση με τη θέση της κεφαλής, του σώματος και των κινήσεων, 9) τα πρώιμα συμπτώματα, 10) αν συνοδεύεται με απώλεια συνειδήσεως, 11) η εμφάνιση κεφαλαλγιών προ ή κατά την κρίση, 12) παθήσεις των ωτών, 13) παρουσία άλλων γενικών συμπτωμάτων (διπλωπία, αιμωδία προσώπου, δυσφαγία, βράχος), 14) άλλες παθήσεις, ιδιαίτερα του κυκλοφορικού.

1. Νόσος του Meniere (λαβυρινθικός ύδρωπας)

Από τις πιο συχνές παθήσεις του λαβύρινθου, αγνώστου αιτιολογίας, παρουσιάζει νευροαισθητήρια βαρηκοΐα, κρίσεις ίλιγγου και εμβοές, συνήθως η νόσος έχει μονόπλευρη εντόπιση.

Διακρίνονται 3 φάσεις που μπορούν να θεωρηθούν ως στάδια βαρύτητας:

- Αρχική φάση: Επεισόδια με εμβοές, σπάνια ίλιγγος, διπλακουσία.
- Δεύτερο στάδιο: Έντονοι ίλιγγοι, επιδείνωση βαρηκοΐας, επίταση εμβοών. Στα μεσοδιαστήματα της κρίσης οι πάσχοντες μπορούν να αισθάνονται καλά.
- Προχωρημένο στάδιο: Επιδείνωση της βαρηκοΐας μέχρι πρακτικής κωφώσεως, κρίσεις απότομης πτώσης. Σε όλες τις φάσεις της νόσου υπάρχει ο κίνδυνος πτώσης και η ανικανότητα προς εργασία είναι έκδηλος. Στη φάση της νόσου που οι κρίσεις πληθαίνουν αλλά είναι μειωμένες σε ένταση παρατηρείται συχνά το ενοχλητικό φαινόμενο της απότομης πτώσης και η αίσθηση της συνεχούς ταλάντωσης.

Η πρόγνωση ποικίλει και συνήθως δεν είναι δυνατή. Υπάρχουν ίσες πιθανότητες καλής και κακής εξέλιξης της νόσου (σημαντική απώλεια της ακοής, συχνά και βαριά επεισόδια ίλιγγου που περιορίζουν την καθημερινή δραστηριότητα) ως και αυτής που κατά την περίοδο πολλών ετών (4-5) η νόσος σταδιακά εξασθενεί.

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει για την αμφοτερόπλευρη μορφή της νόσου, όπου εκτός των επεισοδίων ίλιγγου το πρόβλημα της καταλειπόμενης αμφοτερόπλευρης βαρηκοΐας γίνεται ακόμα πιο σοβαρό.

Η θεραπεία είναι συντηρητική και όταν τα συμπτώματα δεν τίθενται υπό έλεγχο χειρουργική. Απόλυτος θεραπεία της νόσου δεν υπάρχει. Δύναται όμως να τεθεί υπό έλεγχο με συνεχή παρακολούθηση και θεραπεία. Σε μεγάλο ποσοστό παρατηρείται μετά από πολλά χρόνια μείωση των κρίσεων ίλιγγου σε συχνότητα και ένταση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....60-70%

2. Ακουστικό νευρίωμα

Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στο ακουστικό νευρίωμα όπου απαιτείται διαφορική διάγνωση από τη νόσο του Meniere

- Πρώτο στάδιο: Νευροαισθητήριο βαρηκοΐα αιθουσαία, συμπτώματα ήπιας μορφής.
- Δεύτερο στάδιο: Προσβολή τριδύμου και φαινόμενα πίεσεως εγκεφαλικού στελέχους και παρεγκεφαλίδας.
- Τελικό στάδιο με συμπτώματα αυξημένης ενδοκρανικής πίεσεως.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....60-70%

3. Αιθουσαία νευρωνίτιδα

Οπισθολαβυρινθική πάθηση με πιθανή εντόπιση στογάγγλιο του Scarpa

Απότομος έντονος ίλιγγος διάρκειας ημερών χωρίς ακουολογικά ευρήματα αλλά με θετικές θερμικές δοκιμασίες.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ- ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η περίοδος ανάρρωσης ποικίλει ανάλογα με την ηλικία. Απαιτείται ανάρρωση 1-2 μηνών. Θεραπεία φαρμακευτική ολίγων ημερών.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ30-40% (προσωρινή)

4. Καλοήθης ίλιγγος θέσεως

Είναι η πιο συχνή παθολογική εκδήλωση του περιφερικού αιθουσαίου συστήματος. Η νόσος εμφανίζεται ως σύντομα επεισόδια ίλιγγου που εκλύονται με συγκεκριμένες κινήσεις/θέσεις της κεφαλής, κατά τη διάρκεια περιόδων που διαρκούν συνήθως από εβδομάδα μέχρι μερικούς μήνες. Μπορεί όμως να ποικίλλει από μία ημέρα μέχρι δύο χρόνια.

Όταν είναι μικρής διάρκειας δεν απασχολεί για την εκτίμηση μακράς ανικανότητας. Στις περιπτώσεις συχνών και επαναλαμβανόμενων προσβολών του αιθουσαίου, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και απαιτείται ειδική αντιμετώπιση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20%

Επίμονος ίλιγγος θέσεως. Όταν είναι πρωτοπαθής δεν παρουσιάζονται συμπτώματα εκ της ακοής. Όταν εμφανίζεται δευτερογενώς (ωτοσκλήρυνση, τραυματισμός, κ.λπ.) τα ακουολογικά ευρήματα είναι ανάλογα της παθήσεως. Η πρόγνωση εξαρτάται από την αιτιολογία. Ο μετατραυματικός ή μετεγχειρητικός υποχωρεί σε λίγες εβδομάδες ή μήνα. Στις χρόνιες

φλεγμονές, σε αγγειακές βλάβες και εκφυλιστικές αλλοιώσεις διαρκεί μεγάλο διάστημα, από 6 μήνες έως 2 χρόνια.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-30 %

5 Περιληφικό συρίγγιο

Συμπτώματα όμοια με εκείνα της νόσου Meniere ή τους καλοήθους ίλιγγους θέσεως. Συχνότερα παρατηρείται σε δύτες ή μετά τραυματισμό της κεφαλής ή μετεγχειρητικώς.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....35-40%

6. Λαβυρινθίτιδα

• Φλεγμονώδης

Η προσβολή κατά κανόνα γίνεται εκ του μέσου ωτός ως επιπλοκή της μέσης ωτίτιδας. Σπάνια είναι αιματογενής. Παρατηρείται ίλιγγος και αυτόματος νυσταγμός.

Διακρίνονται δύο στάδια, ορώδες και πυώδες.

• Φαρμακευτική

1) Από παρενέργεια φαρμάκων (ωτοτοξικών- στρεπτομυκίνη και άλλες αμινογλυκοσίδες, κ.λ.π, 2) από υπερδοσολογία φαρμάκων και 3) από αλληλεπίδραση φαρμάκων.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30-40%

• ΕΚΤΙΜΗΣΗ- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ο ίλιγγος προβάλλεται συνηθέστατα σαν συνοδό σύμπτωμα πολλών παθήσεων και πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκεται από άλλες διαταραχές ισορροπίας. Στις περιπτώσεις αληθούς ίλιγγου πρέπει να δικαιολογηθεί κατ' αρχάς η παρουσία του και εν συνέχεια να συνεκτιμηθεί λόγω της ιδιαιτερότητας του συμπτώματος αυτού (καθιστά το άτομο ανίκανο προς εργασία). Επί διαγνωσμένων παθήσεων του αιθουσαίου συστήματος, η παρουσία ίλιγγου είναι αυταπόδεικτος.

Στις άλλες περιπτώσεις, όπου η κρίσεων ίλιγγου η εκτίμηση είναι δύσκολη.

Αναζητείται η παρουσία αιθουσαίων αντανakλαστικών και η λειτουργική αντίδραση του συστήματος. Η πλέον συνήθης και αξιόλογη εξέταση για τον προσδιορισμό της λειτουργικής κατάστασης των λαβυρίνθων είναι η ηλεκτρονυσταγμογραφική καταγραφή των αντιδράσεων των λαβυρίνθων και η μεταξύ τους σχέση.

Συγκρίνεται η διάρκεια της ταχείας φάσεως του νυσταγμού, θερμού και ψυχρού του δεξιού με το αριστερό. π.χ.

	Δεξιά	αριστερά
Θερμό	α	β
Ψυχρό	γ	δ

Η διαφορά (α+γ) και (β+δ) όταν είναι κάτω του 20% θεωρείται φυσιολογική. Η διαφορά της νυσταγμικής κατευθύνσεως) εκτιμάται υπέρ της κεντρικής εντόπισης της βλάβης όταν είναι >20%.

Η ανεύρεση μεγάλης υπαισθησίας ακόμα και η μονόπλευρη πάρεση του λαβυρίνθου δεν αποτελεί απαραίτητο στοιχείο (βασικό) αναπηρίας. Πολλές είναι τυχαίο εύρημα παλαιάς βλάβης που λειτουργικά έχει αντιρροπισθεί. Εκτιμάται μόνον όταν υπάρχουν συμπτώματα και αυτόματος αιθουσαίος νυσταγμός και υπεροχή νυσταγμικής κατευθύνσεως προς μία πλευρά.

Στις παθήσεις του αιθουσαίου διαταράσσεται το σύστημα της ισορροπίας (στατικό) και υπάρχει πάντα ο κίνδυνος πτώσης και απώλειας του ελέγχου χειρισμού μηχανημάτων ιδιαίτερα. Για το λόγο αυτό λαμβάνεται υπόψη το επάγγελμα του πάσχοντος, η ηλικία, ο χώρος δράσεως κ.πλ.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΡΙΝΟΣ- ΠΑΡΑΡΡΙΝΙΩΝ

Η λειτουργία της ρινός και των παραρρίνιων κόλπων είναι σύνθετος: α) αναπνευστική, β) οσφρητική, γ) φωνητική (διαμόρφωση έναρθρου λόγου), δ) προασπιστική της αναπνοής.

1. Συγγενής ατρησία χοάνης**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Συγγενής πάθηση, ετεροπλεύρως ή αμφοτεροπλεύρως

*ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Χειρουργική αντιμετώπιση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ προσωρινή ανικανότητα
.....10%

2. Ουλές με παραμορφωτική δυσλειτουργία**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Μετατραυματικά ή μετεγχειρητικά αίτια.

*ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ανάλογα με το μέγεθος και το βάθος των απωλειών και αν συνυπάρχουν συμφύσεις ή στενώσεις, ιδιαίτερα όταν είναι αμφοτερόπλευρες.

Χειρουργική αντιμετώπιση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Μικροκολόβωμα χωρίς στένωση10-15%
- Μεγάλη απώλεια χωρίς ή με στένωση20-30%
- Μετατραυματική παραμόρφωση10%
- Ετερόπλευρη στένωση (λειτουργική διαταραχή).....30%
- Αμφοτερόπλευρη στένωση (λειτουργική διαταραχή).....40%

3 Σκολίωση ρινικού διαφράγματος με σημαντική ρινική δυσλειτουργία**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Συγγενής ή επίκτητη δυσμορφία του ρινικού διαφράγματος.

*ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Χειρουργική αντιμετώπιση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

4. Διάτρηση ρινικού διαφράγματος με επιστάξεις

*ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Χειρουργική αντιμετώπιση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

5. Ανοσμία

Μόνιμος ανοσμία.

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ιδιοπαθής – εκ πίεσεως όγκου μετωπιαίου λοβού - κατάγματος βάσης κρανίου – μηνιγγίτιδος – ατροφικής ρινίτιδος

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ συνεκτιμάται με το αίτιο10%

6. Ρινική ατροφία (όζαινα)**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής (λύκος, φυματίωση, σύφιλη, ενδορρινικές επεμβάσεις).

***ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Συντηρητική και χειρουργική θεραπεία συχνά μη ικανοποιητική
 ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30%

7. Χρόνια ρινική αλλεργία με σημαντική δυσλειτουργία**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Χρόνια πάθηση του βλεννογόνου της ρινός και παραρρινίων κόλπων.

***ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Συντηρητική ή χειρουργική θεραπεία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10%

8. Πολυποειδής εκφύλιση

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10%

9. Ειδικές φλεγμονές

Φυματίωση, σύφιλη, λέπρα, κοκκιωμάτωση του Wegener με σοβαρές βλάβες στο βλεννογόνο και το σκελετό της ρινός, αναφέρονται στο οικείο κεφάλαιο.

10. Πολύποδες ρινός και παραρρινίων κόλπων.**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Οιδηματώδεις προεκβολές του βλεννογόνου ρινικού και κοιλιακού

Κλινικά ευρήματα

Ρινοσκόπηση – ενδοσκόπηση

Παρακλινικά ευρήματα

CT σπλαχνικού κρανίου

***ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Χειρουργική αντιμετώπιση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ προσωρινή ανικανότητα10-15%

Η βαρύτητα εκτιμάται εκ της εντοπίσεως (μονοπλεύρως ή ετεροπλεύρως, αριθμού και θέσεις κόλπων).

1. Χρόνιες ρινοκολπίτιδες***ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Χειρουργική αντιμετώπιση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Χρόνια ιγμορίτιδα (με ή χωρίς ηθμοειδίτιδα) προσωρινή ανικανότητα10-15%

Παγκολπίτιδα προσωρινή ανικανότητα.....30%

12 Στοματοκολπικό συρίγγιο**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Επιλοκή εξαγωγής οδόντων

***ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Χειρουργική αντιμετώπιση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ προσωρινή ανικανότητα10%

13 Επιστάξεις επίμονες**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Αίτια - τοπικά: 30% (φλεγμονές, τραύματα, νεοπλασίες).

Συστηματικές νόσοι (απλαστική αναιμία, λευχαιμία, θρομβοκυτοπενία παθήσεις πεπτικότητας, νόσος Rendu – Osler – Weber).

***ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Καλή ή κακή ανάλογα με το αίτιο.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ10-40%

14. Νεοπλάσματα ρινός**• Καλοήθη**

1.θήλωμα του βλεννογόνου 2. αδένωμα 3. ίνωμα 4. οστέωμα 5, γιγαντοκυτταρικός όγκος 6.αιμαγγειώματα.

***ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Χειρουργική αντιμετώπιση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10-30%

Το Π.Α. εξαρτάται από εντόπιση, έκταση, επιπλοκές.

• Κακοήθη

1.καρκίνωμα εκ πολλαπλών πλακωδών επιθηλίων 2.αναπλαστικό και αδενοκυστικό καρκίνωμα 3. κυλίνδρωμα 4.σάρκωμα 5.λέμφωμα 6.μελάνωμα 7.αισθησιονευροβλάστομα 8. μονήρες πλασμοκύττωμα

*** Ευρήματα**

Ενδοσκόπηση – C.T. – Βιοψία

***ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Χειρουργική αντιμετώπιση, συντηρητική θεραπεία (κακοήθη λεμφώματα και ανεγχείρητα Χήμειο – ακτινοθεραπεία.).

Εκτιμάται ο βαθμός κακοήθειας, η έκταση, η ύπαρξη μεταστάσεων και η γενική κατάσταση. Η πρόγνωση των όγκων, ιδιαίτερα της οπίσθιας γραμμής, είναι δυσμενής λόγω ταχείας μεταστάσεως στον εγκέφαλο.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....70-80%

Μέσο 5/ετές προσδόκιμο επιβίωσης 30% για 1, 4, 5, 6 τύπο.

ΠΡΟΣΩΠΟ- ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΟ ΚΡΑΝΙΟ**1. Συγγενείς ανωμαλίες****ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Χειρουργική αντιμετώπιση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Υποπλασία προσώπου προσωρινή ανικανότητα50%

- Συγγενής σχισμή προσωρινή ανικανότητα5-10%

- Λαγώχειλος προσωρινή ανικανότητα5-10%

- Λαγώχειλος με λυκόστομα....

α) Απώλεια οστέινης και μαλακής υπερώας προσωρινή ανικανότητα40%

β) Απώλεια υπερώας και ζυγωματικού οστού που συνεπάγεται ευρεία επικοινωνία με τη ρινική κοιλότητα και το ιγμόρειο άντρο (γναθιαίο κόλπο) προσωρινή ανικανότητα60%

- Διαμαρτία διάπλασης γλώσσας

(μεγαλογλωσσία, μικρογλωσσία)... προσωρινή ανικανότητα20%

- Στένωση ρινοφαρυγγικού ισθμού προσωρινή ανικανότητα.....20%

- Βραγχακά συρίγγια (ατελή-τέλεια)- Κύστες, συρίγγια θυρεογλωσσικού πόρου προσωρινή ανικανότητα

.....5-10%

2. Τραύματα- Εγκαύματα- Μετεγχειρητικές- μετατραυματικές καταστάσεις

- Γλωσσεκτομή
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ– Ολική ή σχεδόν ολική απώλεια γλώσσας.....50%
– Αναλόγως της δυσκολίας στην ομιλία και την κατάποση15-20%
Ακρωτηριασμός γλώσσας περισσότερο ή λιγότερο εκτεταμένος συμφυτικές ουλές που δυσχεραίνουν το λόγο και την κατάποση. Ανάλογα με το βαθμό της δυσχέρειας..20-30%
- Δυσκινησία γλώσσας (από βλάβη υπογλωσσίου νεύρου)
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ
Παράλυση των δύο υπογλωσσίων νεύρων.....50%
Παράλυση υπερώας (από βλάβη γλωσσοφαρυγγικού νεύρου) και τραυματικές βλάβες
Παράλυση γλωσσοφαρυγγικού νεύρου (ετερόπλευρη- αμφοτερόπλευρη). Δυσκολία στην ομιλία και κατάποση. Βαρύτερη κατάσταση όταν υπάρχει ανάρροια.....20-30%

3. Παθήσεις σιελογόνων αδένων**Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

- Λιθίαση σιελογόνων αδένων
*ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
Χειρουργική αντιμετώπιση
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ προσωρινή ανικανότητα.....10%
- Φλεγμονές
Χρόνια σιαλαδενίτιδα
*ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
Χειρουργική αντιμετώπιση
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ προσωρινή ανικανότητα15-20%
- **Νεοπλάσματα σιελογόνων αδένων**
Καλοήγη
Χειρουργική αντιμετώπιση
Κακοήγη
Συνηθέστερα 1.αδενοκαρκινώματα και τα 2.βλεννοεπιδερμοειδή υψηλής κακοήθειας
*ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
Χειρουργική αντιμετώπιση – χημειο-ακτινοθεραπεία
Η πρόγνωση εξαρτάται από ιστολογικό τύπο, στάδιο νόσου (N. παράγοντας)
Η ακτινοθεραπεία συνιστάται μετεγχειρητικά για 1,2, 3. κακοήγη μικτό όγκο
4.αδενοκυστικό και 5.μαλπιγιακό καρκίνωμα. Επίσης σε όλους τους όγκους που έχουν παράλυση προσωπικού νεύρου.
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ προσωρινή ανικανότητα60-70%
Τον 1^ο και 2^ο χρόνο εφ' όσον συνυπάρχει χημειο-ακτινοθεραπεία το
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ προσωρινή ανικανότητα80%

4. Νεοπλάσματα στοματοφάρυγγος - ρινοφάρυγγας

- **Καλοήθεις όγκοι**
1.θήλωμα , 2. ίνωμα, 3. αδένωμα, 4. αιμαγγείωμα, 5. καλοήθης οστικοί όγκοι, 6.λεμφοαγγείωμα.
*ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ
Καλή χειρουργική αντιμετώπιση , προσωρινή ανικανότητα.
Ρινοίνωμα (νεανικό αγγειοίνωμα) : Αγγειοβριθής όγκος που αιμορραγεί εύκολα και υποτροπιάζει συχνά.
*ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Χειρουργική αντιμετώπιση – ακτινοθεραπεία – οιστρογονοθεραπεία
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ προσωρινή ανικανότητα40%

• **Κακοήθεις όγκοι**

1.μαλπηγγιακό καρκίνωμα, 2. σάρκωμα, 3.Non Hodgkin λέμφωμα.

*ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Χειρουργική αντιμετώπιση – χήμειο-ακτινοθεραπεία

Η πρόγνωση εξαρτάται από ιστολογικό τύπο, N-M παράγοντες και πεδίου τομής του όγκου (ριζική τομή γλώσσας με τραχηλική προσβολή προσδόκιμο ίασης 20%)

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ προσωρινή ανικανότητα70-80%

-**Καρκίνωμα ρινοφάρυγγα**

Ιστολογικός τύπος 1.κερατινοποιημένα και μη , και 2.αδιαφοροποιητα καρκινώματα.

Προσδόκιμο 5/ετούς επιβίωσης ανέρχεται περίπου στο 20% στο 1 τύπο, στον 2 Τύπο 40%

*ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ακτινοθεραπεία μόνο περιορισμός έκτασης όγκου. Λεμφαδενικός καθαρισμός επί μεταστάσεων

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ προσωρινή ανικανότητα80%

-**Καρκίνος υποφάρυγγος**

•Εντόπιση: συνήθως απιοειδή κόλπο και πλάγιο τοίχωμα υποφάρυγγος.

•Κλινικά ευρήματα: βράγχος φωνής, δύσπνοια.

•Παρακλινικά ευρήματα : Λαρυγγοσκόπηση έμμεση & άμεση, ενδοσκόπηση,

.μικρολαρυγγοσκόπηση με βιοψία, C.T. , M.R.I.τραχήλου.

*ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή. Ταχεία μετάσταση χήμειο-ακτινοθεραπεία και όχι χειρουργική αντιμετώπιση συνήθως.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ80%

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΟΣ

1. Στενώσεις λάρυγγος

(συγγενείς, μετατραυματικές, μετά από εγκαύματα, και από νεοπλασίες)

Η στένωση του αυλού της γλωττίδας συνοδεύεται από ελαφρά μέχρι μεγάλου βαθμού δύσπνοια (ανάλογα με το βαθμό στένωσης)και βράγχος φωνής.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Είναι ανάλογη με το βαθμό στένωσης.- και αν επιδέχεται χειρουργική αντιμετώπιση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Μικρή στένωση του λάρυγγος με δυσφωνία προσωρινή ανικανότητα10-15%

- Στένωση με αφωνία χωρίς δύσπνοια προσωρινή ανικανότητα10-15%

- Στένωση με δύσπνοια μετά κόπωση προσωρινή ανικανότητα20-30%

- Στένωση με δύσπνοια έντονη επιβάλλουσα την απαγόρευση πάσης κοπώσεως προσωρινή ανικανότητα60-70%

- Στένωση με αφωνία και έντονη δύσπνοια προσωρινή ανικανότητα50-60%

- Τραχειοστομία με διατήρηση της φωνής30%

- Τραχειοστομία με αδυναμία ομιλίας.....40%

2. Μόνιμη τραχειοτομία

*ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Προκαλεί διαταραχή μέχρι απώλεια της ομιλίας

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....60-70%

3 Χρόνια λαρυγγίτιδα- παχυλαρυγγίτιδα**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Χρόνια λαρυγγίτιδα με υπερπλασία του επιθηλίου των γνήσιων φωνητικών χορδών ή και του υπολοίπου λαρυγγικού βλεννογόνου.

***ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Συντηρητική ή χειρουργική θεραπεία, δεκτική βελτιώσεων.

- Μικρή διαταραχή της αναπνοής προσωρινή ανικανότητα20-30%
- Μεγάλη διαταραχή της αναπνοής και της φωνής προσωρινή ανικανότητα40-50%

4. Περιχονδρίτιδα**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Είναι η φλεγμονή των χόνδρων και του περιχονδρίου.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ- ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Οι επιπλοκές είναι σοβαρού βαθμού.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20%

5. Πολύποδη εκφύλιση λάρυγγος – οίδημα REINKE**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Οίδημα φωνητικών χορδών ή εκφύλιση φωνητικών χορδών.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ- ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Χειρουργική αντιμετώπιση

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ προσωρινή ανικανότητα.....0-10%

6. Πολύποδας λάρυγγος**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Είναι καλοήθης όγκος του βλεννογόνου του λάρυγγος.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ- ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Χειρουργική αντιμετώπιση

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ προσωρινή ανικανότητα.....0-10%

7. Θήλωμα λάρυγγος**• ΠΡΟΓΝΩΣΗ- ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Έχει σημασία σε περίπτωση υποτροπής οπότε το ΠΑ εξαρτάται από στενώσεις και τη δύσπνοια που προκαλεί.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10-20%

8. Χόνδρωμα λάρυγγος**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Προσβάλλει τον κρικοειδή χόνδρο του λάρυγγος.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ- ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Το ποσοστό εξαρτάται από την έκταση που καταλαμβάνει.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10-20%

.9. Αμυλοείδωση λάρυγγος

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10-15%

10. Άλλες παθήσεις

(φυματίωση, σύφιλη, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος κ.α.)

Ο βαθμός της ανικανότητας σε όλες τις περιπτώσεις είναι ανάλογος της εκτάσεως των βλαβών, του επηρεασμού της αναπνευστικής λειτουργίας και της ομιλίας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

1. Επί μικρού βαθμού διαταραχής της ομιλίας και της αναπνευστικής λειτουργίας.....10%
2. Επί μετρίου βαθμού διαταραχής της ομιλίας και της αναπνευστικής λειτουργίας.....20%
3. Επί μεγάλου βαθμού διαταραχής της ομιλίας και της αναπνευστικής λειτουργίας...35-45%

11. Καρκίνος του λάρυγγος**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Εξωγενείς παράγοντες (π.χ. κάπνισμα, βλαπτικές ουσίες, αμίαντος, χρωστικές, χημικές)

Που προκαλούν διαταραχές του επιθηλίου του λάρυγγα με κακοήγη μετάλλαξη αυτού.

•Εντόπιση: 30% υπεργλωττιδικά

70% διαγλωττιδικά

Υπογλωττιδικά σπάνια

•Κλινικά ευρήματα : Βράγχος φωνής

•Παρακλινικά ευρήματα : Λαρυγγοσκόπηση έμμεση & άμεση, ενδοσκόπηση, μικρολαρυγγοσκόπηση με βιοψία, C.T. , M.R.I.τραχήλου.

•Επίπεδα βαρύτητας.:

1ο Επίπεδο

(T1,No,Mo) όγκος περιορισμένος σε μία ανατομική περιοχή. Βράγχος φωνής.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή. Επιδέχεται χειρουργική θεραπεία (χορδεκτομή με laser) ή ακτινοβολία. Ηλικία και επάγγελμα παίζουν ρόλο.

2ο Επίπεδο

(T2,N1,Mo) όγκος εκτεταμένος αλλά περιορισμένος σε μία ανατομική περιοχή. Βράγχος φωνής, δύσπνοια, δυσκινησία, βήχας.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή. Χειρουργική αφαίρεση (ημιλαρυγγεκτομή) με ή χωρίς ακτινοβολία.

3ο Επίπεδο

(T3,N2,Mo) όγκος επεκτεινόμενος και σε άλλες ανατομικές περιοχές, περιορισμένος όμως εντός του λάρυγγος, με ψηλαφητά λεμφογάγγλια αμφοτεροπλεύρως, μεγαλύτερων των 3 εκ. Βράγχος φωνής, δύσπνοια, βήχας, δυσκαταποσία.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Χειρουργική αφαίρεση (ολική λαρυγγεκτομή). Ακτινοβολία χημειοθεραπεία. Παίζει ρόλο το επάγγελμα και η ηλικία (μετεγχειρητικό).

Συμπτώματα: 1) δύσπνοια, 2) βράγχος φωνής, 3) εισρόφηση.

4ο Επίπεδο

(T4,N3,M1) όγκος επεκτεινόμενος εκτός των ορίων του λάρυγγος. Ανευρίσκονται καθελωμένα λεμφαγάγγλια.

Ανευρίσκονται όργανα. Βράγχος φωνής, δύσπνοια, δυσκαταποσία, συμπτώματα από άλλα όργανα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κακή. Δεν αποδίδει η χειρουργική επέμβαση. Χημειοθεραπεία. Ακτινοβολία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....70-80%

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ- ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση εξαρτάται από τον βαθμό έκτασης του όγκου T, και της προσβολής των τραχηλικών λεμφαδένων N. Εξ' αιτίας της κακής πρόγνωσης το ποσοστό αναπηρίας είναι το maximum για 1 – 2 χρόνια. Μετά εκτιμάται η κατάσταση του ασθενούς (στένωση λάρυγγος,

απώλεια λάρυγγος, μόνιμη τραχειοτομία, απώλεια ή διατήρηση φωνής, δυσκαταποσία) και ύπαρξη μεταστάσεων Μ, ή υποτροπής της νόσου.

12 Μετεγχειρητικές καταστάσεις του λάρυγγος

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Χορδεκτομή.....	20%
Καθήλωση φωνητικών χορδών.....	50%
Υπεργλωττιδική λαρυγγεκτομή.....	50-68%
Ολική λαρυγγεκτομή.....	60-70%

13. Παράλυση λάρυγγος

- Μονόπλευρη παράλυση λάρυγγος – φωνητικής χορδής

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

1) μετά από θυρεοειδεκτομή, 2) όγκοι μεσοθωρακίου, 3) ιδιοπαθής παράλυση.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Χειρουργική αντιμετώπιση

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ προσωρινή ανικανότητα20%

- Αμφοτερόπλευρη παράλυση λάρυγγος - φωνητικών χορδών

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Χειρουργική αντιμετώπιση

Συνήθως είναι ιατρογενείς μετά από θυρεοειδεκτομή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ... προσωρινή ανικανότητα20-30 %

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΦΩΝΗΣ

Οι διαταραχές του λόγου και οι παθήσεις της φωνής συνεκτιμώνται με τον αιτιολογικό παράγοντα.

Επιβράδυνση ανάπτυξης ομιλίας και λόγου.

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η απουσία λόγου μετά 2^ο έτος έχει αίτια : 1. υπολειπόμενη ακοή, 2. απουσία παρακίνησης λόγου, 3. οργανικές εγκεφαλικές βλάβες, 4.δυσπλασίες χείλο-γναθο-υπερωιο-σχιστία.

- Παρακλινικά ευρήματα : ΩΑΕ (ωτακουστικές εκπομπές) ΒΕΡΑ (Ακουστικά προκλητά δυναμικά εγκεφαλικού στελέχους), εξέταση αυτόματου λόγου, C.T. , Μ.Ρ.Ι. εγκεφάλου - σπλαχνικού κρανίου – λιθοειδών.

- Παρακλινικά ευρήματα : Λαρυγγοσκόπηση έμμεση & άμεση, ενδοσκόπηση, μικρολαρυγγοσκόπηση με βιοψία, C.T. , Μ.Ρ.Ι.τραχήλου.

- ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ανάλογα με το αίτιο και αν μπορεί να αντιμετωπισθεί

Αφασία

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Μερική ή πλήρης ανικανότητα του λόγου λόγω οργανικών βλαβών στο επικρατούν εγκεφαλικό ημισφαίριο από ΚΕΚ, όγκους, φλεγμονές, εγκεφαλικές διαταραχές αιμάτωσης. Βλάβη κινητικού κέντρου (ΒΡΟCΑ) και δεκτικού κέντρου σχηματισμού φθόγγων (WERNICKE) η αφασία αφορά προφορική, γραπτή γλώσσα και δυνατότητα υπολογισμών.

- Παρακλινικά ευρήματα : Ακοόγραμμα, τυμπανόγραμμα, ΩΑΕ, ΒΕΡΑ, C.T. , Μ.Ρ.Ι. εγκεφάλου – λιθοειδών.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ανάλογα με το αίτιο και αν μπορεί να αντιμετωπισθεί

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-30%

Δυσλαλία (τραυλισμός)

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Διαταραχή άρθρωσης. Δηλ. κανονικής χρήση φθόγγων ή συνδέσμων. Δεν οφείλεται σε οργανική βλάβη.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ανάλογα με το αίτιο και αν μπορεί να αντιμετωπισθεί

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ προσωρινή ανικανότητα10-20%

Δυσαρθρία

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Διαταραχή φώνησης και ομιλίας, διαταραχή άρθρωσης των λέξεων.

Δύο τύποι : Βλάβες κεντρικές , περιφερικές.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή . Ανάλογα με το αίτιο και αν μπορεί να αντιμετωπισθεί, την ηλικία και τον βαθμό βαρύτητας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ προσωρινή ανικανότητα10-30%

Βατταρισμός ή λογόρροια.

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Υπερταχεία ομιλία με απώλεια συλλαβών και λέξεων όπου ακρωτηριάζονται και παραμορφώνονται οι λέξεις. Υπερκινητικά ή καταθλιπτικά άτομα

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ προσωρινή ανικανότητα10-20%

Ψελλισμός ή δυσφημία

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Διαταραχή της αναπνοής και άρα της έντασης της φώνησης που οδηγεί σε προσωρινή παύση του λόγου. Κυρίως άγνωστης αιτιολογίας, ψυχικές παθήσεις (διαταραχές συμπεριφοράς) και νοητικές παθήσεις (υστέρηση νοημοσύνης).

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Λογοθεραπευτική – ψυχιατρική αγωγή

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ προσωρινή ανικανότητα10-30%

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

1. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

1.1. Μετεγχειρητικές καταστάσεις θυρεοειδούς ή παραθυρεοειδών

Α. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Α. Κατόπιν επεμβάσεων για καλοήθεις παθήσεις, π.χ. για απλή βρογχοκήλη, θυρεοειδίτιδα, αδενώματα, κύστεις θυρεοειδούς, ή για υπερθυρεοειδισμό. Επίσης κατόπιν επεμβάσεων στους παραθυρεοειδείς, λόγω αδενώματος αυτών, ή λόγω συνδρόμου πολλαπλής ενδοκρινικής αδενωματώσεως (Wermer τύπος 1, Sipple τύπος 2) ως και δευτεροπαθούς ή και τριτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού.

Β. Κατόπιν επεμβάσεων για κακοήθεις παθήσεις, π.χ. καρκίνωμα παραθυρεοειδών, καρκίνωμα θυρεοειδούς (υφίστανται πολλοί βαθμοί διαφοροποιήσεις έως αδιαφοροποίητο καρκίνωμα) και, τέλος, μυελοειδές καρκίνωμα θυρεοειδούς με ή χωρίς συνύπαρξη συνδρόμου πολλαπλής ενδοκρινικής αδενωματώσεως τύπου 1 ή 2.

Γ. Τα επίπεδα βαρύτητας καθορίζονται απ'πο τις ενδείξεις για θυρεοειδεκτομή, τη μετεγχειρητική κατάσταση του ασθενούς και την πιθανή ύπαρξη επιπλοκών, απότοκων της θυρεοειδεκτομής. Πέραν των συμπτωμάτων των ασθενών και των αντικειμενικών ευρημάτων, μια σειρά εργαστηριακών δοκιμασιών μπορεί να καταστούν απαραίτητες για την τελική απόφαση.

Β. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Θυρεοειδεκτομή ή παραθυρεοειδεκτομή για καλοήθεις παθήσεις, με απουσία συνυπάρξεως πολλαπλής ενδοκρινωματώσεως.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Συνήθως καλή έως άριστη εφόσον η αρχική νόσος δεν είχε ήδη προκαλέσει βλάβη σε άλλα όργανα, π.χ. οφθαλμούς, καρδιά, οστά.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

2ο Επίπεδο

Κατόπιν επεμβάσεων για νόσους καλοήθεις, πλην όμως με συνύπαρξη επιπλοκών π.χ. από τους οφθαλμούς, ή τους νεφρούς, ή την καρδιά, ή τα οστά ανάλογα με τη βαρύτητα αυτών θα κριθούν από τις επιμέρους ειδικότητες.

Το ποσοστό αναπηρίας θα καθοριστεί από τις αντίστοιχες ειδικότητες.

3ο Επίπεδο

Κατόπιν θυρεοειδεκτομής για κακοήθεις όγκους θυρεοειδούς ή παραθυρεοειδών.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Εφόσον η επέμβαση έγινε για θηλώδες, θυλακιώδες ή σποραδικό μυελοειδές καρκίνωμα θυρεοειδούς χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις, η πορεία του ασθενούς μπορεί να είναι ικανοποιητική εφόσον έχει εκτελεστεί θυρεοειδεκτομή με ή χωρίς τον απαραίτητο λεμφαδενικό καθαρισμό τραχήλου, εφόσον αυτός ενδείκνυται.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

Εάν στον τακτικό επανέλεγχο ανευρεθεί υποτροπή ή μετάσταση, το ποσοστό αναπηρίας επαναπροσδιορίζεται καταλλήλως, ως κατωτέρω.

Επί παρουσίας απομακρυσμένων μεταστάσεων ή υποτροπής της νόσου ή σε περίπτωση αναπλαστικού καρκινώματος θυρεοειδούς ή καρκινώματος παραθυρεοειδών αδένων, τα οποία έχουν βαρεία πρόγνωση:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....60-80%

Εάν κατά την επέμβαση υπέστησαν βαριά βλάβη οι παραθυρεοειδείς ή τα παλίνδρομα λαρυγγικά νεύρα, τα ποσοστά αναπηρίας θα καθοριστούν από την αντίστοιχη ειδικότητα (ενδοκρινολόγο ή ΩΡΛ, αντίστοιχα).

1.2. Μετεγχειρητικές καταστάσεις οισοφάγου**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

A. Κατόπιν επεμβάσεων για καλοήθεις παθήσεις αυτού π.χ. κρικοφαρυγγική δυσλειτουργία-εκκόλπωμα Zenker, αχαλασία, γαστροοισοφαγική παλλινδρόμιση, άλλα εκκόλπωμα οισοφάγου (παραοισοφαγικά ή επιφρενικά), διατρήσεις, διαβρωτικές οισοφαγίτιδες, κήλες οισοφαγείου τρήματος και καλοήθεις όγκους ως και οισοφάγο Barrett και λοιπές ανωμαλίες διαπλάσεως τούτου.

B. Κατόπιν επεμβάσεων για κακοήθεις παθήσεις αυτού π.χ. καρκίνωμα (σάρκωμα ή καρκίνοςσάρκωμα είναι σπανιότερες μορφές κακοήθειας). Απαραιτήτως να επιβεβαιώνεται η διάγνωση με έκθεση ιστολογικής εξετάσεως.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1ο Επίπεδο**

Κατόπιν επιτυχών εγχειρήσεων για καλοήθεις παθήσεις χωρίς προϋπαρξη ή συνύπαρξη νευρομυϊκών διαταραχών οισοφάγου, π.χ. αχαλασία, παραοισοφαγικά εκκόλπωμα, εγχειρητικώς αντιμετωπισθείσες ρήξεις οισοφάγου χωρίς επιπλοκές.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή έως άριστη.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

2ο Επίπεδο

Επί μερικής μόνον επιτυχίας εγχειρητικής (π.χ. ασθενής που υποβάλλεται σε χειρουργική ή ενδοσκοπική διόρθωση γαστροοισοφαγικής παλλινδρόμισης και, μετεγχειρητικά, έχει μερική ανακούφιση) παραπομπή σε γαστρεντερολόγο για εκτίμηση και έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0-10%

3ο Επίπεδο

Κατόπιν επεμβάσεων για κακοήθεις παθήσεις.

Επί εκτεταμένων γαστροοισοφαγεκτομών, μετά ή άνευ μεταθέσεως τμημάτων του γαστρεντερικού κυμαινόμενες μέχρι και βαριάς καταστάσεως δυσαπορροφήσεως.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Βαρύτατη για τα καρκινώματα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67-80%

Μετά την τριετία στην απουσία υποτροπών, το Π.Α.=60% για ένα έτος. Π.Α=50% για το επόμενο έτος και Π.Α.=30% για το μεθεπόμενο έτος.

1.3. Μετεγχειρητικές καταστάσεις στομάχου

1) Γαστρεκτομή ευρεία: Εκτομή πυλωρού – άντρου τμήματος του σώματος, καλώς λειτουργούσα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

2) Γαστρεκτομή υφολική: Εκτομή πυλωρού – άντρου και μεγάλου μέρους του σώματος του στομάχου.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0-20%

3) Γαστρεκτομή ολική: Μετά συναφαιρέσεως και άλλων οργάνων με αδυναμία λήψεως ικανοποιητικού γεύματος – αναγωγή – αναιμία – διάρροια- προϊούσα καχεξία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30%-50%

Απαραίτητος ετήσιος επανέλεγχος.

4) Γαστρεκτομή για κακοήθεια στομάχου

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική.

Γαστρικός καρκίνος χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67% για 6 μήνες,

εφόσον δεν απαιτείται επικουρική θεραπεία (χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία) ή για 1 έτος

και, μετά από επανεκτίμηση, ως το πέρας της επικουρικής θεραπείας εφόσον αυτή κριθεί απαραίτητη μετεγχειρητικά.

Ανά έτος επανεκτίμηση και βαθμιαία πτώση έως το 5ο έτος μετά την επέμβαση.

Γαστρικός καρκίνος με μεταστάσεις ή με υποτροπή μετά προηγούμενη χειρουργική θεραπεία:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67-80%

5) Μετεγχειρητικά γαστρικά, γαστρονηστιδοκολικά συρίγγια, ως επιπλοκή γαστρεντεροαναστομώσεως (ΓΕΑ) αποτελούν βαριά επιπλοκή διατήσεως πεπτικού έλκους μετά τη χειρουργική αποκατάσταση, για μικρό χρονικό διάστημα και αναθεώρηση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30%

6) Μόνιμη γαστροστομία:

Το ποσοστό αναπηρίας καθορίζεται από την υποκείμενη νόσο που αποτέλεσε την ένδειξη για τη δημιουργία της γαστροστομίας

7) Αναιμίες μετά γαστρεκτομή αναλόγως της ευρύτητας της γαστρεκτομής α) υπόχρωμη σιδηροπενική, β) από διαταραχή θρέψεως, γ) μεγαλοβλαστική ή μεγαλοκυτταρική και εφόσον συνυπάρχουν και νευρολογικά συμπτώματα, το ποσοστό ανέρχεται αναλόγως και συνεκτιμάται με την ανάλογη ειδικότητα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10-20%

8) Σύνδρομο Dumping (μηχανικό ή χυμικό σύνδρομο): Μετεγχειρητική επιπλοκή επί ασθενών υποβληθέντων κυρίως σε ολική γαστρεκτομή αλλά και σπανιότερα σε άλλους τύπους γαστρεκτομής και ΓΕΑ. ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ανάλογα με το επίπεδο βαρύτητας.....20-30%

9) Σύνδρομο αδυναμίας και απώλειας βάρους: Εκδηλώνεται μετά λανθάνουσα περίοδο 8-12 μηνών και χαρακτηρίζεται από συνεχή και επίμονη απώλεια βάρους μέχρι και πέραν του 20% του ολικού βάρους.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20%

1.4. Μετεγχειρητικές καταστάσεις λεπτού εντέρου.

Εντερεκτομή: Εκτελείται όταν το λεπτό έντερο υποστεί μετατραυματική κάκωση με το αντίστοιχο τμήμα του μεσεντερίου, για μεσεντερική ισχαιμία τοπική ειλεΐτιδα, συρίγγια, στενώσεις συγγενείς ή επίκτητες, γάγγραινα, εκκολπωματίτιδα, Μεκέλειο απόφυση, νόσο του Hirschsprung. Η εντερεκτομή μπορεί να είναι υψηλή – νήστιδας, χαμηλή- ειλεού, και εκτεταμένη. Τα επίπεδα βαρύτητας καθορίζονται από την έκταση της εντερεκτομής. Εκτομή του 1/3 του λεπτού εντέρου είναι άνευ σημασίας για την επιβίωση. Η εκτομή ½ δηλαδή 330 περίπου εκατοστά, είναι το μέγιστο να εκτιμηθεί άνευ σοβαρού κινδύνου και η εκτομή πέραν του 80% του λεπτού εντέρου, δηλαδή πέραν των 500 εκατοστών, είναι ασυμβίβαστη με τη ζωή.

1) Εκτομή λεπτού εντέρου 3 μέτρων ή παραπάνω, με επακόλουθο βαριά καχεξία λόγω πλημμελούς απορροφήσεως πρωτεϊνών, λιπών και διαταραχών των ηλεκτρολυτών.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....35-55%

2) Μεγαδωδεκαδάκτυλο: Ασυνήθης μεγέθυνση και διάταση του δωδεκαδακτύλου με συμπτωματολογία εκείνης του γαστροδωδεκαδακτυλού έλκους. Μετά γενομένη επιτυχή εγχείρηση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

3) Εκκολπώματα 12/δακτύλου: Μόνο εφόσον εμφανίσουν επιπλοκές- εξέλκωση- αιμορραγία και φλεγμονώδη διήθηση και υπόκεινται σε ανάλογη χειρουργική θεραπεία. Σε επιτυχή θεραπεία:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

4) Στενώσεις 12/δακτύλου: Συγγενείς ή επίκτητοι, δυσκινησία ή ατονία του 12/δακτύλου μετά από εγχείρηση χωρίς επιπλοκές από τα χοληφόρα. Μετά από επιτυχή διόρθωση με επεμβατικά μέσα:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

Στις παραπάνω ή ανάλογες καλοήθειες καταστάσεις μετά από επεμβατική (χειρουργική ή ενδοσκοπική) προσπάθεια διόρθωσης, αποτυχία ή υποτροπή μη υποκείμενη ή δύσκολα διορθούμενη:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30%

5) Γαστροδωδεκαδακτυλικό συρίγγιο: Σπάνια, αλλά βαριά επιπλοκή της γαστρεκτομής Billroth II – Ρήξη κολοβώματος (θεωρείται ως μόνη αιτία η κακή τεχνική). Χαρακτηρίζεται από διάβρωση του δέρματος της περιοχής εξόδου του συριγγίου, προκαλούσα έντονο αιμάσουςα ερυθρότητα πολύ ενοχλητική για τον ασθενή. Μέχρι οριστικής χειρουργικής αποκαταστάσεως.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....40- 50%

Μετά την αποκατάσταση.....0%

6) Μόνιμη νηστιδοστομία: Όταν δεν υπάρχει πιθανότητα μελλοντικής αποκαταστάσεως του πεπτικού σωλήνα με γενική επίδραση στον οργανισμό.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50%

7) Μόνιμος ειλεοστομία: Όταν δεν είναι εφικτή η αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού σωλήνα, καλώς λειτουργούσα χωρίς επιπλοκές:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50%

Σε βαριά καχεξία με υπολευκωματαιμία το προτεινόμενο ποσοστό αναπηρίας αυξάνεται αναλόγως.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30-50%

1.5. Μετεγχειρητικές καταστάσεις παχέος εντέρου

Α. Κατόπιν επεμβάσεων για καλοήθειες παθήσεις (ελκώδης κολίτιδα, νόσος του Crohn, εκκολπωματική νόσος και εκκολπωματίτιδα του παχέος εντέρου, σύνδρομο Gardner, και σύνδρομο Peutz- Jeghers). Καλοήθη νεοπλάσματα (λιπώματα, αιμαγγειώματα, αδενωματοειδείς πολύποδες).

Β. Επεμβάσεις για κακοήθειες παθήσεις (καρκίνος παχέος εντέρου, σάρκωμα, λειομυοσάρκωμα).

Γ. Επίπεδα βαρύτητας βάσει κλινικής εικόνας – παρακλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Εκτομή τμήματος του παχέος εντέρου για καλοήθειες παθήσεις.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ- ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

2ο Επίπεδο

Υφολική εκτομή (>50%) και δημιουργία ειλεο-ορθικής αναστόμωσης ή ολική ορθοκολεκτομή (100%) λόγω καλοήθων παθήσεων (πολλαπλή πολυποδίαση, ελκώδης κολίτιδα κ.λ.π.) και εφόσον υφίστανται λειτουργικές διαταραχές του τύπου των πολλαπλών διαρροϊκών κενώσεων και της ακράτειας:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10%-30% και σε ολική κολεκτομή 50%

για ένα χρόνο και επανεξέταση.

3ο Επίπεδο

Μόνιμη ειλεοστομία ή κολοστομία μετά την αντιμετώπιση καλοήθων ή κακοήθων παθήσεων

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30%-50%

4ο Επίπεδο

Επεμβάσεις για κακοήθειες όγκους

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική.

Ορθοκολικός καρκίνος χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67% για 3 μήνες, εφόσον δεν απαιτείται επικουρική θεραπεία (χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία) ή για 1 έτος και, μετά από επανεκτίμηση, ως το πέρας της επικουρικής θεραπείας εφόσον αυτή κριθεί απαραίτητη μετεγχειρητικά.

Ανά έτος επανεκτίμηση έως το 5ο έτος μετά την επέμβαση. Εφόσον ο ασθενής είναι ελεύθερος νόσου, δεν δικαιολογείται περαιτέρω Π.Α.

Ορθοκολικός καρκίνος με μεταστάσεις ή με υποτροπή μετά προηγούμενη χειρουργική θεραπεία:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....80%

1.6. Μετεγχειρητικές καταστάσεις παγκρέατος

Συγγενείς ανωμαλίες του παγκρέατος

α) Ανωμαλίες παγκρεατικού πόρου

β) Διπλούν πάγκρεας

γ) Έκτοπο πάγκρεας σε στόμαχο, 12/δάκτυλο, νήστιδα

δ) Δακτυλιοειδές πάγκρεας εφόσον δεν έχει δημιουργήσει σημεία χρόνιας αποφράξεως και ίκτερου.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

Κυστικοί όγκοι του παγκρέατος

α) Αληθείς κύστες με βραδεία εξέλιξη χωρίς επιπλοκές.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

β) Ψευδοκύστες: Μετατραυματικές ή μετανεκρωτικές χαρακτηριζόμενες από την έλλειψη ιδίου τοιχώματος και εφόσον δεν εμφανίζουν – υποβαλλόμενες σε εγχειρητική θεραπεία – παγκρεατικό συρίγγιο.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20% [1έτος] Επανεξέταση Παγκρεατικό συρίγγιο

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Μικρά διαβρωτική εξεργασία του δέρματος. Εκροή παγκρεατικών υγρών μικράς σχετικής ποσότητας (100-200κ.εκ./24ωρο).

Γίνεται σχετικός εύκολα ανεκτό.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10%

2ο Επίπεδο

Μεγάλη διαβρωτική εξεργασία της περιοχής του συριγγίου. Έκκριση πέραν των 300 κ.εκ. Επηρεασμός της γενικής κατάστασης. Αυτά έχουν αιτιολογία τη 12/δακτυλοπαγκρεατεκτομή. Κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-40%

Παγκρεατεκτομή

Εκτελείται ως 12/δακτυλοπαγκρεατεκτομή λόγω καρκίνου κεφαλής παγκρέατος, λόγω καρκίνου φύματος του Vater, της ληκύθου και ολική Παγκρεατεκτομή αναλόγως των εμφανιζομένων μετά την εγχείρηση επιπλοκών. Λόγω της βαριάς πρόγνωσης:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-80%

και ανά έτος επανεκτίμηση.

1.7. Μετεγχειρητικές καταστάσεις σπληνός

Οι παθήσεις του σπληνός που χρήζουν χειρουργικής επεμβάσεως (σπληνεκτομή) συνήθως είναι οι ακόλουθες:

1. Μορφές υπερσπληνισμού

2. Κακώσεις σπληνός

3. Ανευρύσματα σπληνικής αρτηρίας

4. Νεοπλασματικές και κυστικές νόσοι και αποστήματα.

Η βαρύτητα της νόσου εξαρτάται από την αιτία που οδήγησε στην επέμβαση της σπληνεκτομής.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Σπληνεκτομή λόγω κυστικών ανευρυσμάτων της σπληνικής αρτηρίας. Επίσης επί σπληνεκτομής λόγω καλοήθων όγκων ή λόγω θρομβώσεως της σπληνικής φλέβας.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Συνήθως καλή έως αρίστη.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

2ο Επίπεδο

Σπληνεκτομή λόγω συγγενούς σφαιροκυτταρώσεως, ή λόγω πρωτοπαθούς υπερσπληνισμού αναλόγως της μετεγχειρητικής πορείας τεκμαιρόμενη και από πλήρη εργαστηριακό έλεγχο (κυρίως αιματολογικό).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10-30% [1 έτος] Επανεξέταση ανά έτος

3ο Επίπεδο

Σπληνεκτομή λόγω μυελοειδούς μεταπλασίας, ή λόγω λεμφώματος ή σαρκώματος του σπληνός ή επί πυλαίας υπερτάσεως λόγω κίρρωσεως. Πρόγνωση από επιφυλακτική έως κακή, χρήζει ανά έτος ελέγχου (κυρίως αιματολογικού) πλήρους κλινικοεργαστηριακού.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-80% [2 έτη] Επανεξέταση ανά έτος

Νόσοι σπληνός που έχουν άμεση σχέση με την ειδικότητα της Αιματολογίας θα αναζητηθούν στο κατάλληλο προς αυτό κεφάλαιο (Κεφ.1.1.2.).

1.8. Μετεγχειρητικές καταστάσεις ήπατος χοληφόρων

A. Καλοήθεις παθήσεις π.χ. τραυματισμοί, κύστες, αδενώματα, αποστήματα, αιμαγγειώματα ήπατος. Από τα χοληφόρα λιθίαση χοληδόχου κύστεως ή χοληφόρων οδών, χρόνια ή οξεία χολοκυστίτιδα, χολαγγειίτιδα, στένωση χοληφόρων, νόσος του Caroli, σκληρυντική χολαγγειίτιδα και καλοήθεις όγκοι χοληφόρων. Επίσης κίρρωση ήπατος και πυλαία υπέρταση.

B. Κακοήθεις παθήσεις π.χ. καρκίνωμα χοληδόχου κύστεως ή χοληφόρων οδών, μεταστατικά καρκινώματα ήπατος ή και πρωτογενή καρκίνωμα αυτού.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Καλοήθεις παθήσεις όπου η εγχείρηση κατά τεκμήριο αποτελεί και ίαση της νόσου, π.χ. λιθίαση χοληδόχου κύστεως, τραυματισμοί.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Αρίστη υπό προϋπόθεση ότι δεν υφίστανται μετεγχειρητικές επιπλοκές.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

2ο Επίπεδο

Καλοήθεις παθήσεις με παρουσία επιπλοκών (κακώσεις χοληδόχου πόρου, συρίγγια) ή με εμμονή συμπτωμάτων ή παθολογικών ευρημάτων παρα΄τη χειρουργική θεραπεία.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ- ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-40% (6 μήνες και επανεκτίμηση)

3ο Επίπεδο

Κίρρωση, σκληρυντική χολαγγειίτιδα, και άλλες παθήσεις στις οποίες η χειρουργική θεραπεία έχει περιορισμένο ρόλο θα αναζητηθούν στο κεφάλαιο: «Παθήσεις Πεπτικού Συστήματος»

4ο Επίπεδο

Κακοήθεις παθήσεις ήπατος-Χοληφόρων. Επίσης οι καλοήθεις εκείνες παθήσεις όπου η προκεχωρημένη βλάβη του ήπατος (ή/και της πυλαίας κυκλοφορίας) τις κατατάσσει στο επίπεδο αυτό π.χ. κίρρωση ήπατος με πυλαία υπέρταση, με ή χωρίς κίρρωσιες από τον οισοφάγο, ίκτερο, ασκίτη κ.λπ.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Βαρεία

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-80% , >80% σε ηπατική εγκεφαλοπάθεια.

1.9. Βουβονοκήλη – ομφαλοκήλη – μηροκήλη - κήλες κοιλιακού τοιχώματος – μετεγχειρητική κήλη

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Επιτυχής επέμβαση άνευ υποτροπών

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Άριστη.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

Κιρσοκήλη ή υδροκήλη: Με ή χωρίς χειρουργική διόρθωση:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

2ο Επίπεδο

Η μη ανατάξιμη κήλης, το επώδυνο αυτής, η παρουσία εκ του υπερκειμένου δέρματος στοιχείων φλεγμονής ή λεπτύνσεως αυτού είναι ενδείξεις χειρουργικής επέμβασης και δεν συνιστούν παράγοντες καθορισμού ΠΑ. Επίσης, η επί σειρά ετών άρνηση του ασφαλισμένου να προβεί σε διορθωτική επέμβαση της υποτροπής, δεν είναι παράγοντας που καθορισμού ΠΑ. Ωστόσο, η παρουσία υψηλού χειρουργικού κινδύνου, όπως αυτός ορίζεται μετά από καρδιολογική ή παθολογική ή αναισθησιολογική εκτίμηση ή παρουσία πολλαπλών (τουλάχιστον 3) υποτροπών μετά από αποτυχημένες προσπάθειες χειρουργικής διόρθωσης (και εφόσον ο ασθενής δεν επιθυμεί χειρουργική επανεπέμβαση) ορίζουν το ΠΑ ως ακολούθως:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20%

Το επάγγελμα θα καθορίσει το ΠΑ. Εάν απαιτείται έντονη άσκηση ή άρση βαρών:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10- 30%

Κοιλιοκήλη υποτροπή μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης ευμεγέθους χειρ/θείσα πολλές φορές με περιεχόμενο σπλάγχο και μετά ανεπιτυχή τοποθέτηση πλέγματος σε συνδυασμό με το επάγγελμα ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ..... 30-40%

1.10. Διάφορες επιπλοκές από το γαστρεντερικό ως και ορισμένες παθήσεις μη ευχερώς κατατασσόμενες σε ένα και μόνο όργανο

1. Μετακτινική εντεροπάθεια (άνευ συνυπάρξεως καρκίνου), καρκινοειδές σύνδρομο, οικογενής πολυποδίαση (σύνδρομο Gardner), σύνδρομο Zollinger-Ellison (γαστρίνωμα), γλυκαγονώματα, ινσουλίνωμα και παγκρεατική χολέρα (WDHA σύνδρομο) αποτελούν μερικά μόνο παραδείγματα τέτοιων παθήσεων ή/και των εξ αυτών μετεγχειρητικών καταστάσεων.

2. Μερικές από αυτές είναι καλοήθεις αφεαυτών, πλην όμως βαρύτατης προγνώσεως (π.χ. προχωρημένο στάδιο μετακτινικής εντεροπάθειας). Άλλες από αυτές δυνατόν να εμφανιστούν άλλοτε μεν ως καλοήθη αδενώματα άλλοτε δε ως κακοήθεις όγκοι (π.χ. σωματοστατινώματα, ινσουλινώματα, γαστρινώματα, κ.λπ.) Άλλη κατηγορία (π.χ. σύνδρομο Gardner, σύνδρομο Turcot, συγγενής πολύποδίαση του εντέρου) παρουσιάζουν τον διαρκώς υποβόσκοντα κίνδυνο εξαλλαγής ενός ή περισσοτέρων πολυπόδων κακοήθους εξαλλαγέντων πολυπόδων μέσα σε ένα πλήθος καλοήθων εξαλλαγέντων πολυπόδων.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Επιτυχής επέμβαση αφαιρέσεως ενός και μοναδικού όγκου που παράγει γλυκογόνο (ή ινσουλίνη ή γαστρίνη). Επίσης, επιτυχής επέμβαση για μετακτινική εντεροπάθεια ελαφράς μορφής. Τέλος, σε εφηβική πολύπωση γαστρεντερικού ή σε σύνδρομο Peutz-Jeghers.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή έως άριστη.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

2ο Επίπεδο

Επιτυχής επέμβαση επί της πρωτογενούς εστίας, πλην όμως, βάσιμη υποψία απορρέουσα από τις εργαστηριακές εξετάσεις περί συνυπάρξεως κάποιας άλλης εστίας (π.χ. ινσουλινώματος) σε δυσεγχείρητο σημείο της ανατομίας του πάσχοντος.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20% (1 έτος και επανεκτίμηση)

3ο Επίπεδο

Βαριά μετακίνηση εντεροπάθεια με επεμβάσεις βαριές και επιπλοκές από αυτές, π.χ. συρίγγια δυσίατα (εξωτερικά ή εσωτερικά), δημιουργία ειλεοστομίας μετά ολική κολεκτομή για σύνδρομο Gardner (ή με ανεπαρκή ειλεοπρωκτική αναστόμωση κατόπιν κολεκτομής για την αυτή πάθηση). Επίσης κατόπιν εκτομής όγκου, π.χ. γλυκαγονώματος, μετά δευτερογενών σε άλλα μέρη του σώματος, ή μετά επιπλοκών από άλλα όργανα ή συστήματα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Δυσμενής, παρόλα αυτά ενίοτε βελτίωση αρκούντως θεαματική.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50%-80%

2.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΓΓΕΙΩΝ

2.1. Εμβολές – θρομβώσεις

Πληθώρα συμπτωμάτων και κλινικών σημείων, εξαρτώμενα από το εξαρτημένο ή τροφοδοτούμενο όργανο (μέλη του σώματος- σπλάχνα- καρδιά- εγκέφαλος κ.πλ.). Τα εκ των στεφανιαίων αγγείων θα αναζητηθούν στο κεφάλαιο 1.1.4, επίσης τα εκ των αγγείων του εγκεφάλου στο κεφάλαιο 3.9.2..

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Οξεία περιστατικά, επιτυχώς χειρουργηθέντα, όπου δεν θα αναμείνει κανείς την παραμικρή επιπλοκή ή υποτροπή.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Άριστη αφορά κυρίως οξεία περιστατικά, σε άτομα καθ' όλα τα άλλα υγιή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

2ο Επίπεδο

Περιστατικά όπου υφίστατο ήδη εξαρχής ο παράγων της καθυστέρησης όσον αφορά την εγχείρηση, όπου έχει ήδη εγκατασταθεί κάποια επιπλοκή (π.χ. αγγειοκινητική μετατραυματική δυστροφία – έστω και στην απουσία θρομβώσεως) ή όπου η φύση του αγγείου (π.χ. φλέβες) καθιστά δυσχερή την πλήρη και ικανοποιητική επαναφορά της κυκλοφορίας στα προ του θρομβωτικού επεισοδίου επίπεδα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική ιδιαίτερα σε επαγγέλματα βαρέα ή σε ηλικιωμένα άτομα απαιτείται χρονικό διάστημα 1-2 ετών ώστε τυχόν απώτερες επιπλοκές θα έχουν αναδειχθεί. Το αυτό ισχύει για θρομβοεμβολικά επεισόδια εκ των φλεβών (σοβαρά λαμβάνει κανείς υπόψη τη χορήγηση αντιπηκτικών).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50% [1 έτος] από του επεισοδίου

Μετάπειτα αναλόγως της καταστάσεως.....30-50%

Σπανιότερα επί επιπλοκών 60%[2 έτη] Επανεξέταση ανά 2ετία

3ο Επίπεδο

Βαριές επιπλοκές, π.χ. γάγγραινα ενός των μελών του σώματος που οδήγησε σε ακρωτηριασμό. (βλ. πίνακα ορθοπεδικών παθήσεων για το ΠΑ) Επίσης εκτεταμένη εντερεκτομή λόγω αποφράξεως μεσεντερίου αγγείου, με σύνδρομο δυσαπορροφήσεως και διαταραχές της θρέψεως ή των ηλεκτρολυτών.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Κατά το πλείστον βαριά. Ενίοτε βελτίωση εντυπωσιακή σε περιστατικά κυρίως εντερεκτομών, μετά πάροδο 1-2 ετών. Σε περιστατικά τοποθετήσεως φίλτρου στην κάτω κοίλη φλέβα προς αποφυγή πνευμονικών εμβολών, η πρόγνωση πολύ επιφυλακτική (εξέταση ανά 2ετία).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....40-67% [2 έτη]

Περαιτέρω ανά διατία πλήρης έλεγχος για να προσαρμόζεται εκάστοτε το Π.Α. προς τα κάτω στην απουσία σοβαρών προβλημάτων.

- Επί βελτιώσεως.....30%

2.2.Χειρουργικές παθήσεις φλεβών

Δυνάμεθα να διακρίνουμε αυτές σε δύο κατηγορίες: 1) Παθήσεις που δεν προκαλούν απόφραξη του αυλού (κίρσοι των κάτω άκρων), φλεβική ανεπάρκεια λόγω πλημμελούς κατασκευής βαλβίδων φλεβών. 2) Παθήσεις που προκαλούν απόφραξη του αυλού (φλεβική θρόμβωση- φλεβοθρόμβωση- θρομβοφλεβίτιδα).

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κίρσοι

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

2ο Επίπεδο

Κίρσοι μετά επιπλοκών – αρχόμενες τροφονευρωτικές αλλοιώσεις – υπέρχρωση δέρματος- δερματίτιδα- εξελκώσεις- οίδημα (απουσία φλεβοθρομβώσεως ή πλήρους αποδραμούσα φλεβοθρόμβωση).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10-20%

3ο Επίπεδο

Α. Φλεβική ανεπάρκεια με εγκατεστημένες μη αναστρέψιμες επιπλοκές (μεγάλου βαθμού οίδημα – άτονα έλκη – αλλοιώσεις δέρματος) άμφω.

Β. Φλεβική θρόμβωση του εν τω βάθει συστήματος κάτω άκρων, ιδιαίτερα εάν στοιχεία μεταφλεβιτιδικού συνδρόμου έκδηλα, επίσης εάν λήψη συνεχείς αντιπηκτικών φαρμάκων καθιστά δυσχερή και επικίνδυνη την εξάσκηση κάποιου επαγγέλματος.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30-50%

2.3. Νόσος του Raynaud

Χαρακτηρίζεται από αλλαγή της χροιάς και θερμοκρασίας του δέρματος των άνω άκρων (κυρίως δακτύλων) και αποδίδεται σε λειτουργικές διαταραχές των δερματικών αγγείων.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Απλές διαταραχές της χροιάς του δέρματος και θερμοκρασίας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

2ο Επίπεδο

Μεγάλου βαθμού αλλοιώσεις κυρίως κνάνωση και απώλεια της αισθητικότητας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-30%

3ο Επίπεδο

Μόνιμες αλλοιώσεις με αρχόμενες νεκρώσεις εστίες αναλόγως της δυσχρηστίας χειρός και της επαγγελματικής ανικανότητας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30-50%

2.4. Χειρουργικές παθήσεις αρτηριών κάτω άκρων

Οι παθήσεις των αρτηριών των κάτω άκρων διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες αποφράξεις.

A. Με τον όρο οξεία αρτηριακή απόφραξη εννοούμε την αιφνίδια διακοπή της ροής του αίματος μιας μεγάλου ή μέσου μεγέθους αρτηρίας (αρτηριακή εμβολή- οξεία θρόμβωση).

B. Με τον όρο χρόνια απόφραξη εννοούμε τη σταδιακή και μακροχρόνια απόφραξη των αρτηριών λόγω αρτηριοσκλήρυνσεως – αρτηρίτιδας.

Κλινική εικόνα των αποφρακτικών αρτηριοπαθειών

Διαλείπουσα χωλότητα

Άλγος κατακλίσεως

Διαταραχές χροιάς του δέρματος

Διαταραχές της θερμοκρασίας

Τροφικές διαταραχές του δέρματος

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Μόνο σύμπτωμα η διαλείπουσα χωλότητα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10-30%

2ο Επίπεδο

Διαλείπουσα χωλότητα με άλγος κατακλίσεως- διαταραχή χροιάς δέρματος. Αρτηριογραφική τεκμηρίωση αρτηριοπάθειας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30-50%

3ο Επίπεδο

Τροφικές διαταραχές του δέρματος – ανικανότητα βαδίσσεως άνω των 50 μέτρων. Αρτηριογραφική τεκμηρίωση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-67%

4ο Επίπεδο

Άτονα έλκη- αρχόμενη γάγγραινα ή εγκατεστημένη – συνεχές άλγος. Αρτηριογραφική τεκμηρίωση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67-80%

Στις αρτηριακές αποφράξεις μετά από επιτυχή αγγειοπλαστική και χωρίς άλλα συνοδά προβλήματα το ΠΑ είναι 50% για 1 έτος και επανεκτίμηση μετά αγγειογραφικού ελέγχου

2.5. Χειρουργικές παθήσεις λεμφαγγείων

Συγγενείς: Λεμφαγγειώματα, λεμφοιδήματα.

Επίκτητες: Δευτεροπαθείς λεμφοίδημα, μη φλεγμονώδες λεμφοίδημα, φλεγμονώδες λεμφοίδημα φλεγμονώδες- λεμφαγγειίτιδα (οξεία και χρόνια)

Κακοήθεις: Λεμφώματα, λεμφαγγειοσαρκώματα.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Μικρού βαθμού λεμφοίδημα χωρίς να δημιουργεί δυσχέρεια στο άκρο.

Δεν προσδίδει Π.Α.

2ο Επίπεδο

Χρόνιο οίδημα άνω άκρου λόγω μαστεκτομής μετά αφαίρεσεως των μασχαλιαίων λεμφαδένων – αναλόγως της δυσχρηστίας του άκρου, το επάγγελμα και αν είναι δεξιόχειρ

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-50%

3ο Επίπεδο

Επί οίδηματος των κάτω άκρων του αναλόγως της δυσχρηστίας- ετεροπλεύρωσ ή αμφοτεροπλεύρωσ.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....40-67%

4ο Επίπεδο

Μεγάλου βαθμού οίδημα με διαταραχές – άλγος, εκδηλώσεις, ή επί χρονίου ελεφαντιασικού αναλόγως του βαθμού και χρήσεως των άκρων.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67-80%

Επί χρονίας λεμφαγγειίτιδας αναλόγως των συμπτωμάτων.....35-50%

Επί οξείας λεμφαγγειίτιδας συνήθως δεν αποδίδεται Π.Α.

2.6. Μετεγχειρητικές καταστάσεις αρτηριών- φλεβών

1) Καταστάσεις κατόπιν τραυματισμού των αρτηριών ή φλεβών (ατύχημα ή ιατρογενή αιτία), κατόπιν απευθείας επεμβάσεων επί του αγγείου ή μακράν αυτού (π.χ. συμπαθεκτομή οσφυϊκή), καταστάσεις κατόπιν εγχειρήσεων αλλαχού με επηρεασμό παραγόντων πήξεως (π.χ. θρόμβωση εν τω βάθει φλεβών κάτω άκρου μετά από επεμβάσεις επί του ισχίου), ανευρύσματα, αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες, κ.λπ. αποτελούν ελάχιστες από τις καταστάσεις, όπου θα κληθεί ο ιατρός να γνωματεύσει επί του ποσοστού αναπηρίας του ασφαλισμένου.

2) Απαραίτητος τυγχάνει συγκερασμός κλινικής εξέτασεως (ερυθρότητα μελών, κυάνωση, ψυχρότητα αυτών, φουσίματα στην ακρόαση αρτηριών, νευρολογική εξέταση κ.λπ.) και ο πλήρης παρακλινικός έλεγχος. Από τον εργαστηριακό έλεγχο πρωταρχικό ρόλο πάντοτε είχαν και εξακολουθούν ακόμη να έχουν οι αρτηριογραφικές ή φλεβογραφικές μελέτες. Υποκατάστατα υφίστανται (π.χ. Doppler, έγχρωμο Triplex υπερηχογράφημα), πλην όμως επί αμφιλεγόμενων περιστατικών θα απαιτηθεί αρτηριο- ή φλεβογραφικός έλεγχος. Άλλες εξετάσεις π.χ. αξονική τομογραφία εγκεφάλου για διερεύνηση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, έλεγχος νεφρικής λειτουργίας επί στενώσεως νεφρικών αρτηριών, θα απαιτηθούν για τα πλέον εξειδικευμένα περιστατικά.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1ο Επίπεδο**

Κατόπιν άμέσου αποκαταστάσεως μιας τραυματικής βλάβης κάποιου αγγείου, όταν δεν αναμένονται ούτε υφίστανται επιπλοκές από τα εξαρτημένα ή τροφοδοτούμενα όργανα. Επί επιτυχούς αντιμετώπισεως ανευρυσμάτων, αρτηριοφλεβικών επικοινωνιών, αθηρωματωδών αλλοιώσεων ή περιφερικών αρτηριακών εμβολικών επεισοδίων (π.χ. επείγουσα εμβολεκτομή με πλήρη αποκατάσταση της κυκλοφορίας). Επίσης επί παροδικών ισχαιμικών επεισοδίων (amaurosis fugax) λόγω μικροεμβολών στα εγκεφαλικά αγγεία προερχόμενα από τις καρωτίδες.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή έως άριστη, εφόσον δεν υφίσταται βλάβη που να έχει ήδη προκληθεί πριν από την εγχείρηση ή κατά την εγχείρηση στα εξαρτημένα ή τροφοδοτούμενα όργανα. Σοβαρά θα λαμβάνεται υπόψη αντιπηκτική αγωγή χρονίως χορηγούμενη.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0-10%

2ο Επίπεδο

Μετεγχειρητικές καταστάσεις επί παθήσεων ή συμβάντων ως ανωτέρου αναφέρθησαν, όπου όμως η αποκατάσταση δεν ήταν άμεση ή όπου δεν υπήρξε επιθυμητό αποτέλεσμα, ή όπου είχαν ήδη δημιουργηθεί βλάβες από τα τροφοδοτούμενα ή εξαρτημένα όργανα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική. Μεγάλη σημασία έχει η αρχική πάθηση για την οποία και έγινε η επέμβαση ως και ο βαθμός επιτυχίας της επεμβάσεως. Επίσης επί παθήσεων όπως η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση κάτω άκρου, μετά ή άνευ πνευμονικής εμβολής, η πρόγνωση πάντα θα

τίθεται εν αμφιβόλω, λόγω της αυξημένης συχνότητας υποτροπών. Σε βαρέα επαγγέλματα ή σε ηλικιωμένα άτομα θα προσαρμόζεται το Π.Α. επί τα άνω του μέσου όρου.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Αναλόγως της βαρύτητας των βλαβών στα προσβεβλημένα όργανα

3ο Επίπεδο

Επί βαριών καταστάσεων κατόπιν επεμβάσεων σε αρτηρίες ή φλέβες, με επιπλοκές σημαντικού βαθμού από πολλαπλά όργανα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Σπανίως η κατάσταση στάσιμη. Συνήθως εξελικτική επί τα χείρω, ενίοτε όμως θεαματική βελτίωση. Για το λόγο αυτό απαραίτητος ο ανά έτος έλεγχος.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67-80%

Ανά έτος επαναπροσδιορισμός του αναλόγως της βαρύτητας

Σε περίπτωση βελτιώσεως67%

Στη συνέχεια επανάκριση και βαθμιαία πτώση επί βελτιώσεως

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ετερόπλευρη στένωση έως 50%

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10-20%

Ετερόπλευρη στένωση >50-100%

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-80%

Συνεκτιμώντας το επάγγελμα [εναερίτης, πιλότος]

Μετά επιτυχή αγγειοπλαστική

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30-50%

Συνεκτιμώντας το επάγγελμα για 1 έτος και επανεκτίμηση κατόπιν αγγειογραφικού ελέγχου και πτώση του ΠΑ σε αρνητικά ευρήματα

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

Ανεύρυσμα <5cm ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0-10%

Ανεύρυσμα >5cm ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-80%

Συνεκτιμώντας το επάγγελμα

Μετά από επιτυχή χειρ/κή επέμβαση

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....35-50%

Για ένα έτος και επανεκτίμηση.

ΣΤΕΝΩΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ

Το ΠΑ εξαρτάται από το μέγεθος της στένωσης και την βαρύτητα των συμπτωμάτων εκ των νεφρών

3 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ

Οι παθήσεις του μαστού δύνανται να διακριθούν σε καλοήθειες και κακοήθειες.

Α. Καλοήθειες παθήσεις: φλεγμονές – κύστες- καλοήθειες όγκοι, όπως ιναδένωμα, θήλωμα του εκφορητικού πόρου, φυλλοειδές κυστεοδάρκωμα.*

Β. Κακοήθειες παθήσεις (καρκίνος μαστού), σπανίως κακοήθης εκτροπή φυλλοειδούς κυστεοσαρκώματος.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Καλοήθειες παθήσεις του μαστού (φλεγμονές, δυσπλασίες, κύστες).

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Δεν δίνει Π.Α.

* Το φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα αποτελεί καλοήγη πάθηση του μαστού παρ' όλο το "φοβερό" όνομα της θεωρείται ιάσιμος εφόσον εξαιρεθεί πλήρως

2ο Επίπεδο

Παθήσεις καλοήθεις που χρήζουν χειρουργικής επεμβάσεως (ινοκυστική νόσος – ιναδένωμα-θήλωμα) αναλόγως της επεμβάσεως.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Καλή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0%

3ο Επίπεδο

Κακοήθεις παθήσεις (καρκίνος). Αναλόγως της επεμβάσεως (ριζική ή τροποποιημένη μαστεκτομή ή αφαίρεση τμήματος), αναλόγως αν παρουσιάζει οίδημα ή όχι στο σύστοιχο άνω άκρο, ως επίσης της κινητικής του συστοίχου ώμου, ως επίσης αν υπάρχουν ή όχι μεταστάσεις.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιφυλακτική.

Χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67% για 3 μήνες, εφόσον δεν απαιτείται επικουρική θεραπεία (χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία) ή για 1 έτος και, μετά από επανεκτίμηση, ως το πέρας της επικουρικής θεραπείας εφόσον αυτή κριθεί απαραίτητη μετεγχειρητικά.

Ανά έτος επανεκτίμηση έως το 5ο έτος μετά την επέμβαση.

Με μεταστάσεις ή με υποτροπή μετά προηγούμενη χειρουργική θεραπεία:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67%-80%

Πάντοτε υπό την προϋπόθεση ότι δεν εμφανίσθηκαν υποτροπές ούτε υπήρξε δυσχρησία του άνω άκρου λόγω λεμφοιδήματος ούτε επιπλοκές από χημειοθεραπεία ή άλλη επιβάρυνση της υγείας. Σε τέτοια περίπτωση:

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30-50%

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ

ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Είναι η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας που μπορεί να οφείλεται σε προνεφρικά, νεφρικά και μετανεφρικά αίτια. Η χειρουργική παθολογία του ουροποιητικού συστήματος μπορεί να συνεισφέρει ή και να οδηγεί στην χρόνια νεφρική ανεπάρκεια κυρίως μέσω της χρόνιας απόφραξης ή της αφαίρεσης μέρους του λειτουργικού νεφρικού παρεγχύματος. Μεγάλου βαθμού νεφρική ανεπάρκεια απαιτεί χρόνια αιμοκάθαρση τουλάχιστον μέχρι και αν υπάρχει η δυνατότητα για μεταμόσχευση νεφρού.

Χρόνια έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, **χρόνια νεφρική ανεπάρκεια** συνεπεία παθήσεων του ουροποιογεννητικού ή συγγενών ανωμαλιών:

Α. Μικρού βαθμού χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (30 - 50 ml/min) έως 25%

Β. Μετρίου βαθμού χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (15 - 30 ml/min) 50%-67%

Γ. Μεγάλου βαθμού χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (< 15 ml/min. Ο ασθενής κάνει εξωνεφρική κάθαρση) 80-100%

Επανεκτίμηση ΠΑ κρίνεται χρήσιμη με επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΝΕΦΡΟΥ

ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΜΟΝΗΡΗΣ ΝΕΦΡΟΣ

ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΝΕΦΡΟΥ

Μικροί σε μέγεθος όγκοι είναι συνήθως ασυμπτωματικοί και έχουν συνήθως καλή πρόγνωση εάν αφαιρεθούν-νεκρωθούν (νεφρεκτομή-μερική νεφρεκτομή-ελάχιστα επεμβατικές μέθοδοι). Το 1/3 των ασθενών με καρκίνο του νεφρού παρουσιάζουν ήδη κατά την διάγνωση τους μεταστατική νόσο. Η πρόγνωση με τα καινούργια ογκολογικά φάρμακα έχει βελτιωθεί αλλά παραμένει δυσμενής.

Ριζική νεφρεκτομή λόγω κακοήθους νεοπλασίας, με ή χωρίς συμπληρωματική θεραπεία

Α. Χωρίς την παρουσία μεταστάσεων για το 1^ο έτος 67%

Β. Μετά το 1^ο έτος και εφόσον ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος δεν αναδεικνύει ενδείξεις υποτροπής της νόσου.25%

Επανεκτίμηση ΠΑ κρίνεται χρήσιμη επί υποτροπής (τοπικής ή απομακρυσμένης)

Γ. Με παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.67-100%

Ε. Σε περίπτωση ΧΝΑ κρίνεται με βάση και την παράγραφο για την νεφρική ανεπάρκεια.

Στ. Στην περίπτωση παρουσίας απομακρυσμένων μεταστάσεων και κακής λειτουργικής κατάστασης μπορεί να κριθεί και η βοήθεια ετέρου προσώπου για βραχύ χρονικό διάστημα που δεν μπορεί να υπερβαίνει τους έξι μήνες.

Μερική νεφρεκτομή ή ελάχιστα επεμβατική αντιμετώπιση (RF-κρυοθεραπεία) λόγω κακοήθους νεοπλασίας με φυσιολογική λειτουργική ικανότητα του άλλου νεφρού ή επί μονήρους νεφρού

Α. 1^ο έτος 67%

Β. Μετά το 1^ο έτος και εφόσον ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος δεν αναδεικνύει ενδείξεις υποτροπής της νόσου.25%

Επανεκτίμηση ΠΑ κρίνεται χρήσιμη επί υποτροπής (τοπικής ή απομακρυσμένης)

Γ. Με παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.67-100%

Δ. Σε περίπτωση ΧΝΑ κρίνεται με βάση και την παράγραφο για την νεφρική ανεπάρκεια.

Ε. Στην περίπτωση παρουσίας απομακρυσμένων μεταστάσεων και κακής λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς μπορεί να κριθεί και η βοήθεια ετέρου προσώπου.

ΝΕΦΡΟΥΡΗΤΗΡΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΕΚ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟΥ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

Σχετικά σπάνιος καρκίνος του ουροποιογεννητικού. Λόγω της συχνής υποτροπής των όγκων αυτών σε όλο το μήκος του σύστοιχου αποχετευτικού συστήματος η προτεινόμενη αντιμετώπιση αυτού είναι η νεφροουρητηρεκτομή. Στην περίπτωση που ο όγκος είναι μονήρης, μικρός σε μέγεθος και χαμηλής κακοηθείας και στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής έχει ήδη ή κινδυνεύει μετά την νεφροουρητηρεκτομή να έχει νεφρική ανεπάρκεια, αποτελεί εναλλακτική η συντηρητική αντιμετώπιση τέτοιων όγκων με ενδοσκοπικές τεχνικές. Σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται στενή παρακολούθηση του ασθενούς.

Νεφροουρητηρεκτομή λόγω όγκου εκ μεταβατικού επιθηλίου του ανώτερου ουροποιητικού συστήματος με ή χωρίς συμπληρωματική θεραπεία

A. 1^ο έτος 67%

B. Μετά το 1^ο έτος και εφόσον ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος δεν αναδεικνύει ενδείξεις υποτροπής της νόσου.25%

Επανεκτίμηση ΠΑ κρίνεται χρήσιμη επί υποτροπής (τοπικής ή απομακρυσμένης). Η εμφάνιση όγκου εκ μεταβατικού επιθηλίου στην ουροδόχο κύστη δεν θεωρείται υποτροπή με την στενή έννοια του όρου και αντιμετωπίζεται ξεχωριστά ως όγκος της ουροδόχου κύστεως (βλέπε αντίστοιχη παράγραφο)

Γ. Με παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.....67-100%

Δ. Σε περίπτωση ΧΝΑ κρίνεται με βάση και την παράγραφο για την νεφρική ανεπάρκεια.

Ε. Στην περίπτωση παρουσίας απομακρυσμένων μεταστάσεων και κακής λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς μπορεί να κριθεί και η βοήθεια ετέρου προσώπου.

ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗ ΕΠΙ ΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΚΑΛΟΗΘΟΥΣ ΝΟΣΟΥ Ή ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΩΣΕΩΣ

Η χειρουργική αφαίρεση του νεφρού (νεφρεκτομή) εκτελείται και όταν ο νεφρός έχει καταστραφεί από οποιαδήποτε αιτία (πύονεφρος – ρικνός νεφρός-υδρονεφρωτικός μη λειτουργικός νεφρός) ή πρέπει να αφαιρεθεί συνεπεία τραυματικής κακώσεως που θέτει σε κίνδυνο την ζωή του ασθενούς.

Οι περισσότερες νεφρικές κακώσεις αντιμετωπίζονται συντηρητικά με διατήρηση του οργάνου. Είναι όμως δυνατόν να υπάρξουν στο μέλλον όψιμες βλάβες, όπως υδρονέφρωση, νεφρογενή υπέρταση και ουρολοιμώξεις οπότε κρίνονται ανάλογα.

Νεφρεκτομή για οποιοδήποτε άλλο λόγο πλην της κακοήθειας

A. Πρώτο έτος50%

B. Μετά τη συμπλήρωση του πρώτου έτους10%

Γ. Σε περίπτωση ΧΝΑ κρίνεται με βάση και την παράγραφο για την νεφρική ανεπάρκεια.

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ Ή ΕΠΙΚΤΗΤΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ-ΟΥΡΗΤΗΡΩΝ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΟΔΗΓΗΣΟΥΝ ΣΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ (υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις-νεφρική ανεπάρκεια)

ΥΔΡΟΝΕΦΡΩΣΗ

Υδρονέφρωση αποκαλείται η διάταση του ουρητηροπυελοκαλυκτικού συστήματος. Συνήθως υπάρχει απόφραξη σε κάποιο σημείο της αποχετευτικής οδού(συγγενούς ή επίκτητης αιτιολογίας). Η εκτίμηση της υπολειπόμενης βλάβης ελέγχεται μετά την άρση του κωλύματος. Είναι δυνατόν σε περιπτώσεις χρόνιας απόφραξης να παραμένει διάταση του αποχετευτικού (απεικονιστικά) χωρίς λειτουργική απόφραξη. Το ΠΑ κρίνεται βάση της υφιστάμενης λειτουργικής έκπτωσης.

A. Συγγενής ή επίκτητη ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη υδρονέφρωση αφού έχει λυθεί η απόφραξη χωρίς νεφρική ανεπάρκεια0%

Β. Συγγενής ή επίκτητη ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη **υδρονέφρωση** αφού έχει λυθεί ή απόφραξη συνοδευόμενη από έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας κρίνεται με βάση την παράγραφο περί **νεφρικής ανεπάρκειας**.
Επανεκτίμηση του ΠΑ επί αλλαγής της νεφρικής λειτουργίας

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΑΡΙΘΜΟΥ/ΘΕΣΗΣ / ΜΟΡΦΗΣ

Κατα την εμβρυογέννεση ο νεφρός και το αποχετευτικό σύστημα μπορεί να παρουσιάσουν ανωμαλίες που αφορούν το αριθμό (πχ συγγενώς μονήρης νεφρός) την θέση (πχ. έκτοπος πυελικός νεφρός) και τη μορφή (πχ. πεταλοειδής νεφρός ή δισχιδής ουρητήρας ή μεγαουρητήρας ή ουρητηροκήλη) αυτών. Συνήθως οι περισσότερες από αυτού του είδους τις ανωμαλίες δεν έχουν καμιά επίπτωση και είναι ασυμπτωματικές. Επί λειτουργικών διαταραχών (πχ. Απόφραξη, ουρολοιμώξεις) κρίνεται σκόπιμη η διόρθωση τους. Το ΠΑ κρίνεται ανάλογα με την παραμένουσα έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας αφού διορθωθούν οι υφιστάμενες διαταραχές.

Α. Συγγενείς ή επίκτητες ανωμαλίες και των δύο νεφρών ή ουρητήρων ως προς τη μορφή, το μέγεθος, τον αριθμό και τη θέση τους όταν προκαλούν επίσημες λειτουργικές διαταραχές και **αφού γίνει προσπάθεια διόρθωσης** τους κρίνονται με βάση την παράγραφο περί **νεφρικής ανεπάρκειας**.

Επανεκτίμηση ΠΑ γίνεται επί αλλαγής της νεφρικής λειτουργίας.

ΟΠΙΣΘΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΙΝΩΣΗ ή ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ Ormond

Συνήθως είναι άγνωστης αιτιολογίας φλεγμονώδης διεργασία στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο που οδηγεί σε στραγγαλισμό και απόφραξη του ενός ή και των δύο ουρητήρων που μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε οξεία νεφρική ανεπάρκεια (Ιδιοπαθής ΟΠΙ). Πιο σπάνια η οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση μπορεί να οφείλεται και σε άλλες αιτίες εκ των οποίων σοβαρότερη είναι η κακοήθης νόσος του οπίσθιου περιτοναίου (πχ. λέμφωμα, σάρκωμα κοκ)και πρέπει να αντιμετωπίζεται διαφορετικά ως προς το ΠΑ.

Α. **Μη κακοήθους** αιτιολογίας οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση μετά την κατάλληλη αντιμετώπιση (φαρμακευτική ή χειρουργική) **χωρίς** μόνιμη έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. 15%

Β. **Μη κακοήθους** αιτιολογίας οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση εάν μετά την κατάλληλη αντιμετώπιση (φαρμακευτική ή χειρουργική) συνοδεύεται από **μόνιμη έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας** κρίνεται με βάση την παράγραφο περί νεφρικής ανεπάρκειας.

Γ. Οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση **κακοήθους αιτιολογίας** ριζικά αντιμετωπιζόμενη χωρίς υπολειμματική νόσο50%

Επανελέγχος ΠΑ επί υποτροπής.

Δ. Οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση **κακοήθους αιτιολογίας** με υπολειμματική ή απομακρυσμένη νόσο67-100%

ΣΤΕΝΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΥΡΗΤΗΡΑ

Στενώματα του ουρητήρα είναι συνήθως τραυματικής αιτιολογίας. Ανάλογα με την σοβαρότητα της στένωσης και το ετερόπλευρο ή αμφοτερόπλευρο αυτής μπορεί να οδηγήσει μέχρι σε υδρονέφρωση και λειτουργική έκπτωση του σύστοιχου νεφρού-νεφρική ανεπάρκεια .

Α. Στενώματα ουρητήρα οποιασδήποτε αιτιολογίας αφού γίνει προσπάθεια διόρθωσης τους κρίνονται ανάλογα με την επίδραση στη **νεφρική λειτουργία** βάση της παραγράφου περί νεφρικής ανεπάρκειας.

Επανεξέταση του ποσοστού αναπηρίας επί αλλαγής της νεφρικής λειτουργίας.

ΛΙΘΙΑΣΗ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

Μεταβολικά και περιβαλλοντικά αίτια συνηθίζουν και είναι υπεύθυνα για την ανάπτυξη λίθων στο μεγαλύτερο μέρος των ασθενών. Χρόνια απόφραξη κατά μήκος της αποχετευτικής οδού είναι δυνατόν να συνεισφέρει στη λιθογένεση. Όταν ομιλούμε για νεφρολιθίαση, εννοούμε τη

δημιουργία λίθου μέσα στον κάλυκα και την πύελο, και όχι τη δημιουργία λίθου εντός του παρεγχύματος που παραμένει εκτός του αποχετευτικού συστήματος, χωρίς κλινικά ενοχλήματα. Οι λίθοι αντιμετωπίζονται χειρουργικά εκτός αν είναι πολύ μικροί σε μέγεθος όποτε υπάρχει η πιθανότητα αυτόματης αποβολής χωρίς ιατρική παρέμβαση.

A. Απλή λιθίαση των νεφρών που μετά την αυτόματη αποβολή ή χειρουργική αφαίρεση αυτών δεν συνοδεύεται από διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας και δεν υπάρχουν σημεία υπολειμματικής αποφράξεως0%

B. Λιθίαση των νεφρών που μετά την χειρουργική αφαίρεση αυτών συνοδεύεται από διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας συνεπεία επιπλοκών κρίνεται με βάση την παράγραφο περί νεφρικής ανεπάρκειας.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ

ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ

Συχνότατη νόσος με πληθώρα θεραπευτικών επιλογών. Έγκαιρη αντιμετώπιση οδηγεί σε υποστροφή των συμπτωμάτων. Παραμελημένες περιπτώσεις με χρόνια απόφραξη μπορεί να οδηγήσουν σε επιπλοκές όπως χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και άτονη κύστη. Σπάνια επιπλοκή της χειρουργικής αντιμετώπισης είναι η μόνιμη ακράτεια των ούρων ή οποία όμως μπορεί να διορθωθεί χειρουργικά.

A. Καλοήθης υπερπλασία προστάτου αντιμετωπισθείσα φαρμακευτικώς ή χειρουργικώς χωρίς επιπλοκές0%

B. Καλοήθης υπερπλασία προστάτου με νεφρική ανεπάρκεια που παραμένει μετά την χειρουργική αντιμετώπιση κρίνεται βάση των ΠΑ της παραγράφου της **νεφρικής ανεπάρκειας**.

Γ. Καλοήθης υπερπλασία προστάτου που λόγω ιατρικών συννοσηροτήτων δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί χειρουργικώς και υποχρεώνει τον ασθενή σε **μόνιμο καθετήρα** ή διαλείποντες αυτοκαθετηριασμούς50%

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ

Ο συχνότερος καρκίνος στον άνδρα. Η πρόωγη διάγνωση με την βοήθεια του PSA επιτρέπει την θεραπεία σε αρχικά στάδια με εξαιρετικά αποτελέσματα. Απαιτείται όμως μακροχρόνια παρακολούθηση καθώς υποτροπή μπορεί να παρουσιασθεί ακόμα και μετά 15 χρόνια. Νόσος τοπικά προχωρημένη ή μεταστατική έχει κακή πρόγνωση παρότι η εξέλιξη της στην πλειονότητα των ασθενών είναι αργή σε σχέση με άλλες μεταστατικές κακοήθειες. Συχνές επιπλοκές της θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του είναι η ακράτεια των ούρων και η στυτική δυσλειτουργία. Οι επιπτώσεις των δυο αυτών παρενεργειών μπορούν να έχουν και ψυχολογικές συνέπειες που άπτονται κρίσης από τις αντίστοιχες ειδικότητες. Πάντως και οι δύο επιπλοκές είναι χειρουργικά αντιμετωπίσιμες.

A. Καρκίνος προστάτου που τίθεται σε προσεκτική παρακολούθηση25%

B. Καρκίνος προστάτου **ριζικά αντιμετωπισθείς** (ριζική προστατεκτομή, ακτινοθεραπεία, βραχυθεραπεία) χωρίς βιοχημική υποτροπή25%

Γ. Καρκίνος προστάτου με **βιοχημική υποτροπή** μετά την αρχική θεραπεία40%

Δ. Καρκίνος προστάτου με **κλινική τοπική υποτροπή** μετά την αρχική θεραπεία 67-100%

E. **Μεταστατική** νόσος του προστάτου67-100%.

ΣΤ. **Ορμονοάντοχος** καρκίνος προστάτου80-100%

Σε νόσο **τελικού σταδίου** με κακή λειτουργικότητα μπορεί να κριθεί και η βοήθεια ετέρου προσώπου για βραχύ χρονικό διάστημα που δεν μπορεί να υπερβαίνει τους έξι μήνες.

Επανεκτίμηση του ΠΑ ανάλογα με την πορεία εξέλιξης της νόσου.

ΠΡΟΣΤΑΤΙΤΙΔΑ

Η προστατίτιδα χωρίζεται σε οξεία και χρόνια. Η οξεία είναι μικροβιακής αιτιολογίας που συνήθως θεραπεύεται και δεν έχει συνέπειες. Η χρόνια προστατίτιδα έχει 3 μόρφες. Την χρόνια

μικροβιακή, την φλεγμονώδη, και την μη μικροβιακή μη φλεγμονώδη μορφή. Και οι τρεις μορφές ειδικά οι δυο τελευταίες παρουσιάζουν δυσκολίες στην θεραπευτική τους προσέγγιση και παρουσιάζουν συχνές υποτροπές. Η συμπτωματολογία της χρόνιας προστατίτιδας ποικίλλει σε βαρύτητα και σε επίμονες περιπτώσεις μπορεί να επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινότητα του ασθενούς κυρίως από ψυχολογικής απόψεως.

Χρόνια προστατίτιδα με συχνές υποτροπές και σημαντική ψυχοσωματική επιβάρυνση. Χρήζει εκτιμήσεως από ψυχίατρο.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως χωρίζεται σε μη διηθητικό και διηθητικό καρκίνο κύστεως ανάλογα με το αν διηθεί ο όγκος την μυϊκή στιβάδα της ουροδόχου κύστεως ή όχι. Ο μη διηθητικός (επιφανειακός) καρκίνος κύστεως χωρίζεται σε ομάδες χαμηλού, μετρίου και υψηλού κινδύνου για υποτροπή και μετάπτωση σε διηθητικό καρκίνο. Συνήθως μετά την διουρηθρική εκτομή του όγκου της ουροδόχου κύστεως (που είναι και η αρχική θεραπεία –βιοψία σε όλους τους όγκους της κύστεως) και ανάλογα με τον κίνδυνο χορηγούνται ενδοκυστικές εγχύσεις επικουρικά. Οι ασθενείς αυτοί χρήζουν τακτικό κυστεοσκοπικό έλεγχο. Ενίοτε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο για διήθηση υποβάλλονται πρώιμα σε ριζική κυστεκτομή. Η ριζική κυστεκτομή αποτελεί επίσης και αντιμετώπιση εκλογής σε ασθενείς με διηθητικό καρκίνο κύστεως. Μόνο σε περίπτωση αυξημένου χειρουργικού κινδύνου επιλέγεται εναλλακτικά η ακτινοθεραπεία. Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται νεοεπικουρικά προ της κυστεκτομής ή επικουρικά σε προχωρημένη νόσο. Μεταστάσεις είναι συχνές και έχουν κακή πρόγνωση.

A. Μη διηθητικός καρκίνος κύστεως χαμηλού και μετρίου κινδύνου για υποτροπή και διήθηση15-25%

B. Μη διηθητικός καρκίνος κύστεως υψηλού κινδύνου για υποτροπή και διήθηση ...25-35%
Επανεκτίμηση ΠΑ επί μεταπτώσεως σε διηθητικό ή επί προγραμματισμένης κυστεκτομής
Μετά τη συμπλήρωση της πενταετίας και μετά από πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο ο οποίος δεν αναδεικνύει ενδείξεις υποτροπής της νόσου ΠΑ μειωμένο κατά 10% επί των ανωτέρω ποσοστών.

Γ. Διηθητικός καρκίνος της ουροδόχου κύστεως που υποβάλλεται σε ριζική κυστεκτομή με εκτροπή των ούρων (ορθότοπη ή ετερότοπη νεοκύστη ή ουρητηροστομίες) ανεξαρτήτως νεοεπικουρικής ή επικουρικής χημειοθεραπείας. 50-80%
Μετά τη συμπλήρωση της πενταετίας και μετά από πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο ο οποίος δεν αναδεικνύει ενδείξεις υποτροπής της νόσου ΠΑ μειωμένο κατά 10% επί των ανωτέρω ποσοστών.

Δ. Διηθητικός καρκίνος της ουροδόχου κύστεως με παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων ή εμφάνιση αυτών μετά την αρχική θεραπεία.80-100%

Ε. Διηθητικός καρκίνος της ουροδόχου κύστεως που υποβάλλεται σε ακτινοβολία λόγω αδυναμίας εκτέλεσης κυστεκτομής λόγω αυξημένου χειρουργικού κινδύνου67-100%

ΣΤ. Σε περίπτωση συνυπάρχουσας νεφρικής ανεπάρκειας κρίνεται και με βάση την αντίστοιχη παράγραφο.

Στην αρχική μετεγχειρητική περίοδο μετά την κυστεκτομή και στην περίπτωση παρουσίας απομακρυσμένων μεταστάσεων μπορεί να κριθεί και η βοήθεια ετέρου προσώπου για βραχύ χρονικό διάστημα που δεν μπορεί να υπερβαίνει τους έξι μήνες.

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Ευτυχώς είναι πολύ σπάνιες.

Εκτροπή της ουροδόχου κύστεως ή άλλες ανωμαλίες στη διάπλαση της ουροδόχου κύστεως όταν προκαλούν μόνιμες λειτουργικές διαταραχές, που απαιτούν διαλείποντες

καθετηριασμούς, τεχνητό νεφρό λόγω μόνιμων βλαβών που έχουν προκαλέσει στη νεφρική λειτουργία ή ακράτεια κρίνονται με βάση τις αντίστοιχες παραγράφους, όπως αυτές προαναφέρθηκαν.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ (ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ Ή ΑΛΛΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ)

Υπάρχουν πολλών ειδών ταξινομήσεις για την νευρογενή δυσλειτουργία του κατώτερου ουροποιητικού. Η ταξινόμηση της *International Continence Society (ICS)* χωρίζει τις διαταραχές αυτές ανάλογα με το αν συμβαίνουν κατά την φάση πλήρωσης ή κένωσης της ουροδόχου κύστεως. Τα αίτια ποικίλλουν. Κλινικά τα συμπτώματα συνοψίζονται κυρίως στην ακράτεια των ούρων (επιτακτική ή από υπερπλήρωση) και στην αδυναμία ουρήσεως (λόγω ατονίας της κύστεως ή αποφράξεως). Συνεπεία αυτών οι συχνές ουρολοιμώξεις και η επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Η διάγνωση βασίζεται πέραν των άλλων κυρίως στην ουροδυναμική εξέταση. Σε μερικές διαταραχές υπάρχει χειρουργική αντιμετώπιση ενώ σε άλλες όχι.

ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΚΕΝΩΣΕΩΣ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

- **ΕΠΙ ΑΠΟΦΡΑΞΕΩΣ**

Γίνεται επανεκτίμηση της τελικής βλάβης μετά την άρση της αποφράξεως. Ανάλογα δίδεται και ΠΑ.

- **ΕΠΙ ΑΤΟΝΗΣ ΚΥΣΤΗΣ**

A. Με αξιόλογη κατακράτηση ούρων και ουροδυναμικά ευρήματα που συνηγορούν υπερ-άτονης κύστης που χρήζει διαλειπόντων καθετηριασμών.50%

B. Με αξιόλογη κατακράτηση ούρων, ουροδυναμικά ευρήματα που συνηγορούν υπέρ-άτονης κύστης που χρήζει διαλειπόντων καθετηριασμών και ΧΝΑ κρίνεται με βάση την παράγραφο 1.

ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΛΗΡΩΣΕΩΣ ΤΗΣ ΚΥΣΤΕΩΣ

- **ΕΠΙ ΜΙΚΡΗΣ ΧΩΡΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΥΣΤΕΩΣ**

Ρικνή ουροδόχος κύστη ανεξαρτήτου αιτιολογίας με επιπλοκές από το ανώτερο ουροποιητικό και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια όπως καθορίζεται στην αντίστοιχη παράγραφο.

- **ΕΠΙ ΥΠΕΡΔΡΑΣΤΗΡΙΑΣ ΚΥΣΤΕΩΣ**

Υπερδραστήρια κύστη με ακράτεια ούρων που δεν βελτιώνεται με φαρμακευτικό ή χειρουργικό χειρισμό που οδηγεί σε επιπλοκές από το ανώτερο ουροποιητικό και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια όπως καθορίζεται στην αντίστοιχη παράγραφο

ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ

Συνεχής ακράτεια ούρων μετά από αποτυχία χειρουργικής θεραπείας 30-67%

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΟΡΧΕΩΣ

ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΜΟΝΗΡΗΣ ΟΡΧΙΣ

ΟΡΧΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΟΡΧΕΩΣ

Είναι καρκίνος που αφορά σχεδόν κατά αποκλειστικότητα την ηλικιακή ομάδα κάτω των 40. Συνήθως δίνει μεταστάσεις στους παρααορτικούς και παρά την κάτω κοίλη λεμφαδένες. Μπορεί επίσης να δώσει μεταστάσεις κυρίως στους πνεύμονες και το ήπαρ. Ανάλογα με το ιστολογικό τύπο και το στάδιο πέραν της ορχεκτομής περιλαμβάνονται στην θεραπευτική αντιμετώπιση η χημειοθεραπεία, η ακτινοβολία και ο οπισθοπεριτοναϊκός λεμφαδενικός καθαρισμός με γενικών εξαιρετικά αποτελέσματα. Η παρακολούθηση αυτών των ασθενών είναι εντατική κυρίως τα 2 πρώτα χρόνια. Η απώλεια ενός εκ των όρχεων ειδικά σε νεαρούς άνδρες είναι δυνατόν να επιφέρει ψυχολογική επιβάρυνση που πρέπει να κριθεί ανάλογα, αν και η τοποθέτηση ορχικής πρόθεσης λύνει το θέμα τουλάχιστον σε κοσμητικό επίπεδο.

- A. **Ορχεκτομή** επί μη μεταστατικού καρκίνου όρχεως με ή χωρίς προφυλακτική συμπληρωματική θεραπεία και/ή οπισθοπεριτοναϊκό λεμφαδενικό καθαρισμό30%
- B. Επανεκτίμηση ΠΑ μετά διατία. Επί μη υποτροπής15%
- Γ. Ορχεκτομή επί **μεταστατικού** καρκίνου όρχεως με συμπληρωματική θεραπεία και/ή οπισθοπεριτοναϊκό λεμφαδενικό καθαρισμό67-100%
- Δ. Επανεκτίμηση ΠΑ μετά διατία. Επί μη υποτροπής..... 15-67%

ΟΡΧΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΜΗ ΚΑΚΟΗΘΗ ΑΙΤΙΑ

Συνηθέστερες αιτίες είναι η συστροφή και η κάκωση του όρχεως.

- Ετερόπλευρη** ορχεκτομή5%

ΕΠΙΚΤΗΤΗ ΑΝΟΡΧΙΑ

ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΟΡΧΕΚΤΟΜΗ

- Σε περίπτωση **αμφοτερόπλευρης** ορχεκτομής σε άνδρες κάτω των 50 ετών40%
- Σε περίπτωση **αμφοτερόπλευρης** ορχεκτομής σε άνδρες άνω των 50 ετών.....30%

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΕΟΥΣ

ΠΕΕΚΤΟΜΗ ΓΙΑ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ

Είναι σπάνια νεοπλασία με κακή πρόγνωση εάν δεν γίνει έγκαιρη διάγνωση . Δίνει συνήθως μεταστάσεις στους βουβωνικούς λεμφαδένες.

- A. Μερική **πееκτομή** για καρκίνο του πέους χωρίς μεταστάσεις.....40%
- B. Ριζική **πееκτομή** με **περινεϊκή ουρηθροστομία** για καρκίνο του πέους χωρίς μεταστάσεις67%
- Γ. Ριζική ή μερική **πееκτομή** και **λεμφαδενεκτομή** για μεταστατικό καρκίνο του πέους67-80%
- Δ. **Μεταστατική** νόσος.....67-100%
- E. Μετά τη συμπλήρωση της πενταετίας και μετά από πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο ο οποίος δεν αναδεικνύει ενδείξεις υποτροπής της νόσου40%
- ΣΤ. Στην περίπτωση παρουσίας απομεμακρυσμένων μεταστάσεων μπορεί να κριθεί και η βοήθεια ετέρου προσώπου.

ΠΕΕΚΤΟΜΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Οι τραυματισμοί του πέους είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε βλάβη της ουρήθρας και εν συνεχεία αυτής της βλάβης σε διαταραχή της ουρήσεως. Η ολική απώλεια του πέους μπορεί να οδηγήσει σε ποικίλες ψυχικές διαταραχές, πχ. κατάθλιψη και χρήζουν κατάλληλης εκτιμήσεως από την ανάλογη ειδικότητα.

Μερική ή ριζική **πееκτομή**

- Σε άνδρες <6030%
- Σε άνδρες >6020%
- Σε περίπτωση ανάγκης για **περινεϊκή ουρηθροστομία** προστίθεται ΠΑ..... 40%

ΝΟΣΟΣ PEYRONIE

- Νόσος Peyronie σε **έκταση** μεγαλύτερη του 1/3 του πέους που προκαλεί διαταραχή της στύσης και αδυναμία διεύσδυσης.....10%
- Οι ψυχολογικές επιπτώσεις κρίνονται αναλόγως από την αντίστοιχη ειδικότητα και προστίθεται αντίστοιχο ΠΑ.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΟΥΡΗΘΡΑΣ **ΣΤΕΝΩΜΑΤΑ ΟΥΡΗΘΡΑΣ**

Είναι συνήθως τραυματικής αιτιολογίας. Αυτοκινητιστικά ατυχήματα με κατάγματα της πύελου και ιατρογενείς κακώσεις είναι από τα συχνότερα αίτια. Σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις έχουν επίσης ενοχοποιηθεί. Διαστολές της ουρήθρας με κηρία, διουρηθρική διάνοιξη(οπτική ουρηθροτομή), και ανοιχτή ουρηθροπλαστική αποτελούν τις θεραπευτικές εναλλακτικές και επιλέγονται ανάλογα με την έκταση και την βαρύτητα του στενώματος. Τα στενώματα υποτροπιάζουν συχνά.

Στενώματα ουρήθρας οποιασδήποτε αιτιολογίας

A. Περιορισμένης έκτασης, που δεν συνεπάγονται κατακράτηση ούρων και δεν απαιτούν διαστολές0%

B. Περιορισμένης έκτασης που δεν συνεπάγονται κατακράτηση ούρων αλλά απαιτούν διαστολές (ανά μήνα ή και περισσότερο).....5%

Γ. Εκτεταμένα στενώματα ουρήθρας που απαιτούν χειρουργική αποκατάσταση με **οπτική ουρηθροτομή** και υποτροπιάζουν.10%

Δ. Εκτεταμένα στενώματα ουρήθρας που απαιτούν χειρουργική αποκατάσταση με **ουρηθροπλαστική** και μέχρι την χειρουργική αποκατάσταση.15%

ΟΥΡΟΧΟΑ ΣΥΡΙΓΓΙΑ

Είναι η ανώμαλη επικοινωνία μεταξύ του ουροποιητικού και άλλων συστημάτων. Συνήθη συρίγγια αφορούν την ουροδόχο κύστη και είναι το κυστεομητρικό, το κυστεοκολπικό, το κυστεοδερματικό και το κυστεοεντερικό. Άλλα συνήθη συρίγγια είναι το ουρητροκολπικό, το ουρηθροδερματικό και το νεφροδερματικό. Αίτια δημιουργίας συριγγίων είναι η φλεγμονή, το τραύμα, ο καρκίνος, το ξένο σώμα και η ισχαιμία. Η θεραπεία των συριγγίων είναι χειρουργική. Τα μη νεοπλασματικής αιτιολογίας συρίγγια συνήθως διορθώνονται επιτυχώς και έχουν καλή πρόγνωση.

Τα συρίγγια εκτιμώνται ανάλογα με τις τελικές βλάβες που θα μείνουν μετά την χειρουργική διόρθωση αυτών.

Επί **εμμονής αυτών** μετά από αποτυχημένες χειρουργικές επεμβάσεις ή επί μη διόρθωσης αυτών λόγω προχωρημένης κακοήθους νόσου ή πολλαπλών συνοσηροτήτων40-80%

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΟΦΘΑΛΜΩΝ

Βασικό κριτήριο για την εκτίμηση του βαθμού (ποσοστού) αναπηρίας ενός ασθενούς από οφθαλμολογική άποψη πρέπει να αποτελεί η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ των οφθαλμών του, η οποία εκτιμάται από την **ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ** και τα **ΟΠΤΙΚΑ ΠΕΔΙΑ** κάθε οφθαλμού ξεχωριστά.

Η **ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ** εννοείται ότι *εξετάζεται με την καλύτερη δυνατή διόρθωση* με κλασικά γυαλιά ή φακούς επαφής. Το ποσοστό αναπηρίας που προκύπτει ανάλογα με την ελάττωσή της στον ένα ή και στους δύο οφθαλμούς υπολογίζεται με βάση τα δεδομένα του ακόλουθου Πίνακα:

	$\geq 5/10$	4/10	3/10	2/10	1-2/10	1/10	1/20	< 1/20	Αμαύρωση
$\geq 5/10$	0	5	10	10	15	20	25	25	25
4/10	5	10	15	15	20	20	30	30	35
3/10	10	15	20	30	35	35	40	45	45
2/10	10	15	30	30	35	40	45	50	55
1-2/10	15	20	35	35	45	50	55	60	60
1/10	20	20	35	40	50	60	70	85	85
1/20	25	30	40	45	55	70	85	90	95
< 1/20	25	30	45	50	60	85	90	95	100
Αμαύρωση	25	35	45	55	60	85	95	100	100

Το ποσοστό αναπηρίας που προκύπτει από διαταραχές του ΟΠΤΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ του ενός ή και των δύο οφθαλμών υπολογίζεται με βάση τα δεδομένα των ακόλουθων Πινάκων:

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΟΠΤΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (%)	
	Ετερόπλευρη	Αμφοτερόπλευρη
• Συγκεντρική στένωση ως 30^0	5	20
• Συγκεντρική στένωση κάτω των 10^0	10	80
• Οριζόντια ανώτερα σκοτώματα	5	10
• Οριζόντια κατώτερα σκοτώματα	25	50
• Δεξιά ή αριστερά κάθετη ομόνυμη ημιανοψία	25	
• Κάθετη ετερόνυμη ρινική ημιανοψία	30	
• Κάθετη ετερόνυμη κροταφική ημιανοψία	50	
• Άνω τεταρτοκυκλική ημιανοψία*	10 (ανά τεταρτημόριο)	
• Κάτω τεταρτοκυκλική ημιανοψία*	25 (ανά τεταρτημόριο)	

* Όταν έχουν προσβληθεί 3 τεταρτοκύκλια, στο ποσοστό της οριζόντιας ή κάθετης ημιανοψίας που αντιστοιχεί στα 2 προστίθεται και 10% που προκύπτει από το τρίτο

ΗΜΙΑΝΟΨΙΑ σε ΜΟΝΟΦΘΑΛΜΟΥΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (%)
• Ρινική	50
• Κροταφική	70
• Οριζόντια ανώτερη	30
• Οριζόντια κατώτερη	70

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Σε οποιαδήποτε διαταραχή των οπτικών πεδίων συνυπάρχει προσβολή και της κεντρικής περιοχής με αποτέλεσμα τη μείωση της κεντρικής όρασης, ο υπολογισμός του ποσοστού αναπηρίας προσδιορίζεται από το άθροισμα του ποσοστού που αναλογεί στη μείωση της ΟΠΤΙΚΗΣ ΟΞΥΤΗΤΑΣ με εκείνο που αναλογεί στη διαταραχή του ΟΠΤΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ.

ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΗ ΙΑΤΡΟΥ: Ο ιατρός ο οποίος χορηγεί το πιστοποιητικό αναπηρίας οφείλει να αναφέρει την **αιτία (πάθηση)** που προκάλεσε τη μείωση της οπτικής οξύτητας ή των διαταραχών των οπτικών πεδίων, καθώς και το αν η πάθηση αυτή **επιδέχεται θεραπευτική αντιμετώπιση** ή είναι **μη ιατή**. Για παράδειγμα: Αναπηρία 90% λόγω οπτικής οξύτητας 1/20 και στους δύο οφθαλμούς. Η μείωση της οπτικής οξύτητας οφείλεται σε «ατροφία του οπτικού νεύρου», η οποία δεν επιδέχεται θεραπευτική αντιμετώπιση (ΜΗ ΙΑΤΗ).

Εφόσον το ποσοστό αναπηρίας έχει υπολογιστεί με βάση τη μείωση της οπτικής οξύτητας, ΟΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΟΦΘΑΛΜΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕΙ ΤΗ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΟΠΤΙΚΗ ΟΞΥΤΗΤΑ δεν υπολογίζονται σαν επιπλέον παθήσεις από τις οποίες προκύπτει επιπλέον ποσοστό αναπηρίας. Το ίδιο ισχύει και για τις περιπτώσεις που ο υπολογισμός έχει γίνει με βάση τις διαταραχές των οπτικών πεδίων.

Θα πρέπει επίσης να αναγράφεται εκτός από την οπτική οξύτητα και η βλάβη στο οπτικό πεδίο εφόσον αυτή είναι απαραίτητο να συνεκτιμηθεί.

Στην περίπτωση που το ποσοστό αναπηρίας προσδιορίζεται σε 95% έως 100% να ορίζεται διακριτά ότι θα αναγράφεται ο όρος ολικά τυφλός

Ωστόσο, υπάρχουν παθήσεις των οφθαλμών, που προκαλούν μικρότερη ή μεγαλύτερη αναπηρία χωρίς να επηρεάζουν την οπτική οξύτητα ή τα οπτικά πεδία του προσβεβλημένου οφθαλμού. Οι παθήσεις αυτές, και τα ποσοστά αναπηρίας που τους αναλογούν, αναφέρονται πιο κάτω:

- **Επιφορά (μη θεραπεύσιμη)**

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: Ετερόπλευρη: 35% - Αμφοτερόπλευρη: 50%

- **Υπόεκκριση δακρύων (οποιασδήποτε αιτιολογίας, η οποία απαιτεί μόνιμη υποκατάσταση των δακρύων)**

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: Ετερόπλευρη: 35% - Αμφοτερόπλευρη: 50%

- **Κακοήθεις όγκοι οφθαλμών**

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: 50% (για 1 χρόνο) - 80% (επί μεταστάσεων εκτός οφθαλμών)

- **Επέμβαση καταρράκτη - Ψευδοφακία**

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: Ετερόπλευρη: 15% - Αμφοτερόπλευρη: 30%

- **Επέμβαση καταρράκτη - Αφακία**

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: Ετερόπλευρη: 25% - Αμφοτερόπλευρη: 50%

- **Μεταμόσχευση κερατοειδούς**

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (για 1 χρόνο): Ετερόπλευρη: 67% - Αμφοτερόπλευρη: 80%

- **Υαλοειδεκτομή**

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (για 1 χρόνο): Ετερόπλευρη: 35% - Αμφοτερόπλευρη: 80%

- **Επέμβαση αποκόλλησης αμφιβληστροειδούς (χωρίς υαλοειδεκτομή)**

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (για 1 χρόνο): Ετερόπλευρη: 20% - Αμφοτερόπλευρη: 50%

- **Ρωγμή αμφιβληστροειδούς (αγωγή με laser)**

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (για 1 χρόνο): Ετερόπλευρη: 25% - Αμφοτερόπλευρη: 50%

- **Περιφερική εκφύλιση αμφιβληστροειδούς τύπου lattice**

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (για 1 χρόνο): Ετερόπλευρη: 10% - Αμφοτερόπλευρη: 40%

- **Αχρωματοψία**

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: 50%

- **Δυσχρωματοψία**

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: 10%

- **Διπλωπία**

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: 67% (στην πρωτεύουσα θέση) – 30% (σε πλάγιες βλεμματικές θέσεις)

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Λόγω της πολυμορφίας και του ευρύτατου κλινικού φάσματος, στα παρακάτω νοσήματα η διάγνωση, σύμφωνα με τα υπάρχοντα, διεθνή διαγνωστικά κριτήρια για κάθε νόσημα, πρέπει υποχρεωτικά να τίθεται ή να επικυρώνεται από ειδικό ρευματολόγο ιατρό.

1. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νόσος χρόνια, και εξελικτική, φλεγμονώδης, συστηματική, αυτοανόσου αιτιολογίας, με εν πολλοίς αγνώστους παθογενετικούς μηχανισμούς που δυνατόν να προσβάλλει κάθε σύστημα.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Η νόσος δυνατόν να είναι για μακρό χρονικό διάστημα ασυμπτωματική, η να υπάρχουν περιοδικές εξάρσεις με πυρετό, καταβολή, αρθραλγίες/αρθρίτιδα, φαινόμενο Raynaud, και δερματικές βλάβες. Οι εξάρσεις είναι άλλοτε άλλης διάρκειας. Η διάγνωση είναι κατ' αρχήν κλινική από ειδικό ρευματολόγο, ωστόσο η παρουσία αντιπυρηνικών αντισωμάτων είναι σχεδόν καθολικό εργαστηριακό εύρημα. Παρουσία άλλων αυτοαντισωμάτων και υποσυμπληρωματιναιμία είναι συχνά ευρήματα. Χρήζει χρόνιας, περιοδικής παρακολούθησής ακόμη και σε ασυμπτωματικούς ασθενείς

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επί προσβολής δέρματος και αρθρώσεων καλή ανταπόκριση στη συντηρητική αγωγή. Λόγω φωτοευαισθησίας, συστήνεται φωτοπροστασία στα εξωτερικά επαγγέλματα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Με τη βεβαίωση της πάθησηςΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 67%

2ο Επίπεδο

Τα του πρώτου επιπέδου και όσα προστίθενται από επι πλέον συστηματική προσβολή, όπως προσβολή νεφρών (σπειραματονεφρίτιδα, νεφρωσικό σύνδρομο, νεφρική ανεπάρκεια), ΚΝΣ (οργανικό ψυχοσύνδρομο, επιληψία, αγγειακό επεισόδιο, εγκάρσια μυελίτιδα), ορογόνων υμένων (περικαρδίτιδα, πλευρίτιδα, περιτονίτιδα), αίματος (αιμολυτική αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία), πνευμόνων (πνευμονική υπέρταση, πνευμονική ίνωση), καρδιάς και αγγείων.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση εξατομικεύεται ανάλογα με τη βαρύτητα και το είδος της συστηματικής προσβολής, αλλά και της ανταποκρίσεως στη ανοσοτροποποιητική θεραπεία. Σε ορισμένους ασθενείς χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα από τη θεραπεία η προσβολή των εσωτερικών οργάνων είναι μη-αναστρέψιμη

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Κατά τη διάρκεια μείζονος ανοσοκατασταλτικής θεραπείας και με την προσβολή εσωτερικών οργάνων - βλαβών μη αναστρέψιμων ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 80%

Επί μη αναστρέψιμων οργανικών βλαβών π.χ. χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, πνευμονική υπέρταση, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια κ.λ.π., ή επί νευροψυχιατρικών εκδηλώσεων (οργανικό ψυχοσύνδρομο, επιληψία) τα ποσοστά αναπηρίας καθορίζονται κατά περίπτωση οργανικής βλάβης βλ. και στα αντίστοιχα οικεία κεφάλαια

2. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΙΑ

ΟΡΙΣΜΟΣ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νόσος χρόνια, και εξελικτική, αυτοάνοσου αιτιολογίας, με εν πολλοίς αγνώστους παθογενετικούς μηχανισμούς και λίαν σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Η πρώτη εκδήλωση σχεδόν πάντα είναι το φαινόμενο Raynaud. Ανάλογα με την έκταση της δερματικής προσβολής (πάχυνση του δέρματος) χωρίζεται σε συστηματική σκληροδερμία περιορισμένου τύπου (παλαιότερα αναφέρεται ως σύνδρομο CREST) και διάχυτου τύπου. Προσβάλλει το μυοσκελετικό σύστημα, το ανώτερο και κατώτερο πεπτικό σύστημα, τους πνεύμονες (πνευμονική ίνωση, πνευμονική υπέρταση), την καρδιά, και τους νεφρούς, ενώ ισχαιμικά έλκη και φαινόμενα που μπορεί να καταλήξουν σε γάγγραινα είναι συχνά.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η συντηρητική αγωγή έχει στόχο την επιβράδυνση της νόσου και βελτίωση των κλινικών φαινομένων. Ωστόσο, η εξέλιξη της νόσου εξατομικεύεται και μπορεί να είναι ταχύτατη, ενώ οριστική θεραπεία δεν υπάρχει. Η νοσηρότητα και η θνητότητα εξαρτώνται από το χρονικό στάδιο της νόσου και την την έκταση της προσβολής του δέρματος και των εσωτερικών οργάνων.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Στα αρχικά στάδια μπορεί να κυμαίνεται από 25 – 50%. Το επάγγελμα παίζει καθοριστικό ρόλο στον υπολογισμό του ποσοστού αναπηρίας, π.χ. στα επαγγέλματα που απαιτούν χειρωνακτική εργασία σε ψυχρό περιβάλλον είναι >80%. Όταν η κατάσταση είναι μη βελτιούμενη και εμφανίζεται προσβολή εσωτερικών οργάνων, σε όλα τα επαγγέλματα υπάρχει αδυναμία συμμετοχής και ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ >67% -100 % [3 χρόνια-εφ' όρου ζωής]

3. ΔΕΡΜΑΤΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑ-ΠΟΛΥΜΥΟΣΙΤΙΔΑ

ΟΡΙΣΜΟΣ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νόσος χρόνια, αυτοάνοσου αιτιολογίας, με σημαντική νοσηρότητα. Σε μεγαλύτερες ηλικίες συχνά εμφανίζεται ως παρανεοπλασματική εκδήλωση. Προσβάλλει κυρίως μύες των άκρων, με φλεγμονή, εκφύλιση και ατροφία αυτών βαθμηδόν, ενίοτε και το δέρμα και τις αρθρώσεις, καθώς και το ανώτερο πεπτικό σύστημα, τους πνεύμονες (πνευμονική ίνωση, πνευμονική υπέρταση) και την καρδιά. Εάν ανταποκριθεί αρχικά σε μείζονα ανοσοκατασταλτική θεραπεία είναι δυνατόν να τεθεί σε μακρόχρονη ύφεση.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι επιφυλακτική λόγω της πορείας της νόσου και εξατομικεύεται ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενούς στη ανοσοτροποιοτική θεραπεία. Η συντηρητική αγωγή έχει στόχο την ύφεση της νόσου και επί ανταποκρίσεως η μακροχρόνια λειτουργική έκπτωση μπορεί να είναι μικρή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Κατά τη διάρκεια μείζονος ανοσοκατασταλτικής θεραπείας, και όσο διαρκεί αυτή, >67%. Επί υφέσεως 20-40 %. Επί πτωχής ανταποκρίσεως 67-80% [2-4 χρόνια και επανεκτίμηση]. Η νόσος γενικά δεν επιτρέπει μεγάλη μυϊκή κόπωση και γι 'αυτό το επάγγελμα παίζει καθοριστικό ρόλο στον υπολογισμό του ποσοστού αναπηρίας.

4. ΧΡΟΝΙΑ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Ρευματοειδής αρθρίτιδα, Ψωριασική Αρθρίτιδα, Αγκυλωτική Σπονδυλαρθρίτιδα

ΟΡΙΣΜΟΣ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η χρόνια φλεγμονή των περιφερικών αρθρώσεων που χαρακτηρίζει την ρευματοειδή αρθρίτιδα, την ψωριασική αρθρίτιδα και την αγκυλωτική σπονδυλαρθρίτιδα, με τη συμμετοχή και της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης στην πρώτη, και γενικά του αξονικού σκελετού στα άλλα δυο νοσήματα (συχνά στην ψωριασική αρθρίτιδα, πάντα στην αγκυλωτική σπονδυλαρθρίτιδα), θεωρείται αυτοανόσου αρχής. Αν και στην πορεία των νοσημάτων αυτών δυνατόν να υπάρχουν εξάρσεις και υφέσεις, πρόκειται για εξελικτικά νοσήματα που δυνατόν να οδηγήσουν σε πλήρη καταστροφή και αγκύλωση των αρθρικών δομών. Αντίθετα, η μακροχρόνια λειτουργική έκπτωση μπορεί να είναι ελάχιστη ή μικρή στους ασθενείς με καλή ανταπόκριση στην θεραπευτική αγωγή.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η συντηρητική θεραπευτική αγωγή, που περιλαμβάνει σήμερα και τους βιολογικούς παράγοντες, φαίνεται ότι είναι σε θέση να επιβραδύνει πολύ σημαντικά της εξέλιξη των νοσημάτων αυτών στα 2/3 των ασθενών και να οδηγεί σε κλινική ύφεση, άλλοτε άλλης διάρκειας σημαντικό ποσοστό αυτών. Αντίθετα, στους ασθενείς με πτωχή ανταπόκριση στη θεραπεία δυνατόν να υπάρχει σημαντική και μόνιμη ενεργότητα του νοσήματος που, εκτός των απώτερων αρθρικών καταστροφών, δυνατόν να προκαλεί συνεχή λειτουργική αναπηρία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Το επάγγελμα του ασθενούς παίζει καθοριστικό ρόλο στον υπολογισμό του ποσοστού αναπηρίας.

Επί διαγνωσμένης χρόνιας φλεγμονώδους αρθρίτιδος που δεν υφίεται με την θεραπεία και για όσο χρόνο διαρκεί 50-67 %.

Επί παραμορφώσεων περιφερικών αρθρώσεων και δυσλειτουργιών βλ. αντίστοιχα κεφάλαια περί κινητικότητας.

Επί αρθροπλαστικών επεμβάσεων ισχίου ή/και γόνατος βλ. αντίστοιχα κεφάλαια.

Επί νευρολογικών διαταραχών συνεπεία υπεξαρθρημάτων αυχενικών σπονδύλων βλ. αντίστοιχα κεφάλαια.

Επί περιπτώσεων καταργήσεως όλων των κινήσεων της σπονδυλικής στήλης παραμενούσης μικράς μόνον στροφικής κινήσεως της κεφαλής μετά βαρειών κυφοσκολιωτικών παραμορφώσεων και επισήμου περιοριστικού αναπνευστικού συνδρόμου, >67% -100 % [3 χρόνια-εφ' όρου ζωής].

Επί πνευμονικής ινώσεως ή καρδιαγγειακών επιπλοκών βλ. αντίστοιχα κεφάλαια.

5. ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΙΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΕΣ (οζώδης πολυαρθρίτιδα, μικροσκοπική πολυαγγειίτιδα, γιγαντοκυτταρική-κροταφική αρτηρίτιδα, νόσοι Wegener, Kawasaki, Churg-Strauss και Henoch-Shonlein, νόσος Αδαμαντιάδη Behcet's)

ΟΡΙΣΜΟΣ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νοσήματα χρόνια, φλεγμονώδη, αυτοανόσου αιτιολογίας, με εν πολλοίς αγνώστους παθογενετικούς μηχανισμούς που χαρακτηρίζονται από φλεγμονώδεις διηθήσεις των μεγάλου, μέσου και μικρού μεγέθους αρτηριών (η νόσος Αδαματιάδη-Behcet's προσβάλλει και φλέβες) και δυνατόν να προσβάλλουν το δέρμα, τις αρθρώσεις και οποιοδήποτε εσωτερικό όργανο. Η βιοψία των προσβεβλημένων οργάνων ή ιστών επιβεβαιώνει τη διάγνωση. Σε ορισμένους τύπους συστηματικής αγγειίτιδας η θνησιμότητα παραμένει υψηλή.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση εξαρτάται ανάλογα με τα όργανα/συστήματα που προσβάλλονται, την έκταση και βαρύτητα της οργανικής προσβολής, αλλά κυρίως ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενούς στη ανοσοτροποιοτική θεραπεία που δυνατόν να οδηγήσει και σε πλήρη ύφεση. Σε ορισμένους ασθενείς δυνατόν να υπάρξουν μη-αναστρέψιμες συνέπειες, όπως π.χ. τύφλωση επι κροταφικής αρτηρίτιδος η νόσου Αδαμαντιάδη-Behcet's, χρόνια νεφρική ή αναπνευστική ανεπάρκεια επί αγγειτίδων μικρού και μέσου μεγέθους αγγείων, προσβολή ΚΝΣ επί νόσου Αδαμαντιάδη-Behcet's κ.λ.π.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Κατά τη διάρκεια μείζονος ανοσοκατασταλτικής θεραπείας και όσο διαρκεί αυτή>67%

Επί μη αναστρέψιμων οργανικών βλαβών (π.χ. τύφλωση, αναπνευστική ανεπάρκεια, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, κ.λ.π.) τα ποσοστά αναπηρίας καθορίζονται κατά περίπτωση οργανικής βλάβης (βλ. στα αντίστοιχα οικεία κεφάλαια).

6. ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η οστεοαρθρίτιδα είναι η πλέον κοινή μορφή αρθρίτιδας. Συσχετίζεται ισχυρά με το γήρας και τυπικά προσβάλλει τις αρθρώσεις των γονάτων, ισχίων της σπονδυλικής στήλης την πρώτη καρπομετακάρπια καθώς και τις εγγύς και άπω μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις των χειρών. Δεν πρόκειται για νόσο που προκαλεί μόνιμη κινητική αναπηρία εκτός μεμονωμένων περιπτώσεων που δεν δύνανται να υποστούν αρθροπλαστική επέμβαση. Επί σοβαρών δυσλειτουργιών βλ. αντίστοιχα κεφάλαια περί κινητικότητας. Επί αρθροπλαστικών επεμβάσεων ισχίου ή/και γόνατος βλ. αντίστοιχα κεφάλαια.

7. ΟΥΡΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η χρόνια εναπόθεση κρυστάλλων ουρικού μονοατρίου σε άτομα με υπερουριχαιμία οδηγεί, με ποικίλη συχνότητα σε οξείες κρίσεις ουρικής αρθρίτιδας. Λόγω βραχυχρόνιου διάρκειας των κρίσεων δεν επέρχεται μόνιμη αλλά μόνο πρόσκαιρη αναπηρία. Σε ορισμένους ασθενείς στους οποίους δυνατόν να συμβαίνουν αλλεπάλληλες κρίσεις μακράς διάρκειας που προκαλούν δυσκινησία, ή επί αγκυλώσεως συγκεκριμένων αρθρώσεων και μυϊκής ατροφίας ο βαθμός της ανικανότητας καθορίζεται όπως στα κεφάλαια περί δυσκινησίας ή αγκυλώσεως άνω ή κάτω άκρων αντιστοίχως (βλ. αντίστοιχο κεφάλαιο).

8. ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ

Οστική νόσος κατά την οποία ελαττώνεται η μάζα του οστού σε σχέση με τον όγκο του με αποτέλεσμα την εύκολη δημιουργία παθολογικών καταγμάτων. Η οστεοπόρωση δεν προκαλεί μόνιμη κινητική αναπηρία εκτός, α) εάν επιπλακεί με παθολογικά κατάγματα σπονδυλικών σωμάτων που προκαλούν νευρολογικές διαταραχές (βλ. αντίστοιχο κεφάλαιο), και β) με παθολογικά κατάγματα του αυχένος του μηριαίου οστού και ο ασθενής δεν δύναται να υποστεί χειρουργική επέμβαση με αποτέλεσμα μόνιμη απώλεια κινητικότητας (βλ. αντίστοιχο κεφάλαιο).

ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

1. ΧΡΟΝΙΑ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ

Πρόκειται για χρόνια λοίμωξη ουροποιητικού που προσβάλλει το νεφρό.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η νόσος διατρέχει χρονίως. Τελικώς καταλήγει σε χρόνια νεφρική νόσο.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: Ότι ισχύει για τη «χρόνια νεφρική νόσο».

2. ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΝΕΦΡΩΝ

Ανήκει στις κληρονομικές και συγγενείς νόσους των νεφρών. Το υπερηχογράφημα και η αξονική τομογραφία των νεφρών αποκαλύπτουν τις κύστεις.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: Ότι ισχύει για τη «χρόνια νεφρική νόσο».

3. ΥΔΡΟΝΕΦΡΩΣΗ

Οποιοδήποτε εμπόδιο στην ελεύθερη ροή των ούρων (όγκος, στένωση, λίθος ή υπερτροφία του προστάτη) έχει ως αποτέλεσμα υδρονέφρωση.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόκειται συνήθως για οξεία αναστρέψιμη νόσο. Μπορεί όμως σε ορισμένες περιπτώσεις να προκαλέσει χρόνια νεφρική νόσο.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: Ότι ισχύει για τη «χρόνια νεφρική νόσο».

4. ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΝΕΦΡΟΥ

Από τους κακοήθεις όγκους των νεφρών το αδενοκαρκίνωμα (όγκος, Grawitz, υπερνέφρωμα) είναι ο συνηθέστερος πρωτοπαθής όγκος, προερχόμενος από το επιθήλιο των ουροφόρων σωληναρίων. Νεοπλάσματα προερχόμενα από το μεταβατικό επιθήλιο της πυέλου εμφανίζονται σε ποσοστό 8%.

Παρανεοπλασματικά σύνδρομα (αναιμία, διαταραχή ηπατικής βιοχημείας, πυρετός, υπερασβεστιαμία, ερυθροκυττάρωση, θρομβοκυττάρωση, δευτεροπαθής αμυλοείδωση) εμφανίζονται στο 10-40% των ασθενών.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η σημερινή ολική 5ετής επιβίωση είναι περίπου 45%. Αν δεν υπάρχουν μεταστάσεις το ποσοστό επιβίωσης αυξάνει στα 65%.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

-Για τα δύο πρώτα έτη από το χειρουργείο και επί επιτυχούς εξαίρεσης της νεοπλασίας.....50-67%

(μετά τα δύο έτη επανασταδιοποίηση και επί μη εμφανούς νόσου20-30%)

-Όταν υπάρχουν μεταστάσεις στους πνεύμονες, υπεζωκότα, και οστά.....80% έως άνω 80%

5. ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Το νεφρωσικό σύνδρομο οφείλεται σε πρωτοπαθείς πειραματοπάθειες ή σε δευτεροπαθείς πειραματονεφρίτιδες στα πλαίσια συστηματικών νοσημάτων.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση εξαρτάται από τη φύση της υποκείμενης νόσου και την ανταπόκριση της πειραματικής προσβολής στην θεραπεία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: εξαρτάται από τις επιπλοκές (θρομβώσεις, συνυπάρχων ασκίτης ή/και πλευριτική συλλογή, έκπτωση νεφρικής λειτουργίας)

...άνευ επιπλοκών 20%,

...επί επιπλοκών, ανάλογα με τη βαρύτητά τους.

ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ (ΧΝΑΤΣ) ΥΠΟ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Κάθαρση κρεατινίνης <15ml/min –ΧΝΑΤΣ υπό εξωνεφρική κάθαρση...ΠΑ 80%6.

ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Α. ΟΡΙΣΜΟΣ: Νεφρική βλάβη διάρκειας μεγαλύτερης των 3 μηνών, που καθορίζεται από δομικές ή/και λειτουργικές ανωμαλίες του νεφρού και εκδηλώνεται με παθολογικά ευρήματα από τη γενική ούρων (ερυθροκυτταρικοί κύλινδροι, πρωτεϊνουρία (>300mg το 24ωρο)) ή/και παθολογική απεικόνιση των νεφρών (ουλές) ή/και GFR < 60 mL/min/1.73 m² για περισσότερο από 3 μήνες.

Η εκτίμηση του βαθμού της νεφρικής λειτουργίας (e-GFR) γίνεται με δύο τρόπους:

1^{ος} τρόπος: εφαρμόζοντας την εξίσωση Cockcroft and Gault

$eGFR = \{(140 - \text{ηλικία}) \times \text{σωματικό βάρος σε κιλά}\} / (72 \times \text{κρεατινίνη ορού σε mg/dl}) \times 0,85$ αν η ασθενής είναι γυναίκα

ή την εξίσωση MDRD Study equation

$eGFR = 186 \times (\text{κρεατινίνη ορού σε mg/dl})^{-1,154} \times (\text{ηλικία})^{-0,203} \times (0.742 \text{ αν η ασθενής είναι γυναίκα})$

Η MDRD είναι ακριβέστερη αλλά στην κλινική πράξη εφαρμόζεται συνήθως η Cockcroft and Gault με την οποία άλλωστε έχει γίνει η σταδιοποίηση της νόσου.

Το ποσοστό αναπηρίας καθορίζεται από το στάδιο της χρόνιας νεφρικής νόσου.

Β. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Στάδια 1 και 2 (Κάθαρση κρεατινίνης ≥90 ml/min και 60-89 ml/min αντίστοιχα)

Κλινικά ευρήματα

Ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 0%

Στάδιο 3 (Κάθαρση κρεατινίνης 30-59 ml/min)

Κλινικά ευρήματα

Αρτηριακή υπέρταση και ενίοτε και δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ...10-20%

Στάδιο 4 (Κάθαρση κρεατινίνης 15-30 ml/min)

Ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει αναιμία, αδυναμία, καταβολή, περιφερικά οιδήματα, δύσπνοια.

Το ποσοστό αναπηρίας καθορίζεται με βάση την παρουσία και την βαρύτητα των

προαναφερόμενων συμπτωμάτων.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ...35-67%

Στάδιο 5 (Κάθαρση κρεατινίνης <15 ml/min)

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ...80%

7. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Επί απορρίψεως του μοσχεύματος: αιφνίδια επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας, εμφάνιση πρωτεϊνουρίας, αρτηριακής υπέρτασης. Ενίοτε παρατηρείται υποτροπή της πρωτοπαθούς σπειραματικής νόσου στο μόσχευμα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Όταν βρίσκεται υπό χρόνια αιμοκάθαρση..... 80% επ' αόριστον

- Όταν βρίσκεται υπό χρόνια περιτοναϊκή κάθαρση 80% επ' αόριστον

- Κατά και μετά τη μεταμόσχευση και επ' αόριστον80%

- Επί απορρίψεως του μοσχεύματος ή σοβαρών επιπλοκών.....80%-100%

ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ Ή ΙΝΟΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ Ή ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΔΗΣ ΝΟΣΟΣ

Η Κυστική ίνωση είναι η πιο συχνή κληρονομική πάθηση της λευκής φυλής που επιφέρει το θάνατο σε νεαρή ηλικία. Η Κυστική ίνωση δεν είναι μεταδοτική νόσος, αλλά κληρονομική. Κύριο χαρακτηριστικό της νόσου είναι η παραγωγή ιδιαίτερα πυκνής βλέννας η οποία φράσσει τα διάφορα όργανα και πόρους του σώματος, κυρίως τους πνεύμονες και το πάγκρεας, με αποτέλεσμα την βαριά παγκρεατική ανεπάρκεια από πολύ μικρή ηλικία και την εμφάνιση σοβαρών χρόνιων αναπνευστικών λοιμώξεων που σταδιακά καταστρέφουν τους πνεύμονες και οδηγούν τον ασθενή σε αναπνευστική ανεπάρκεια και θάνατο.

Η ασθένεια πλήττει πολλά άλλα όργανα του σώματος, όπως το **ήπαρ** με τη δημιουργία κίρρωσης, τους **παραρρίνιους** κόλπους με την εμφάνιση πολυπόδων και παραρινοκολπίτιδας από πολύ μικρή ηλικία, τα **οστά** και τις **αρθρώσεις** με την ανάπτυξη ρευματοειδούς αρθρίτιδας, οστεοπενίας και οστεοπόρωσης, το **γεννητικό σύστημα** στους άνδρες οι οποίοι στην συντριπτική τους πλειοψηφία αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας, λόγω αζωοσπερμίας, τα **έντερα** με τη δημιουργία ειλεού και τους **ιδρωτοποιούς** αδένες. Λόγω της παγκρεατικής ανεπάρκειας, οι ασθενείς, δύσκολα βάζουν βάρος, ενώ συχνά εμφανίζουν και **σακχαρώδη διαβήτη**.

Οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε αναπνευστικές λοιμώξεις για τις οποίες υποβάλλονται καθημερινά σε φυσιοθεραπεία και σε διάφορες θεραπευτικές αγωγές, με σκοπό την αντιμετώπιση της χρόνιας λοίμωξης του αναπνευστικού και την μείωση της καταστροφής των πνευμόνων η οποία οδηγεί και στον θάνατο των ασθενών. Υπάρχουν και οι **άτυπες μορφές** της κυστικής ίνωσης που παρουσιάζουν αζωοσπερμία και στειρότητα χωρίς άλλη εκδήλωση της νόσου και ως εκ τούτου ασφαλιστικά δεν προσδίδεται ποσοστό αναπηρίας.

Διάγνωση της Κυστικής Ίνωσης;

Συνήθως οι ασθενείς διαγιγνώσκονται από την βρεφική κιάλας ηλικία, λόγω της παγκρεατικής ανεπάρκειας που παρουσιάζουν. Τα τελευταία χρόνια, αυξάνονται οι διαγνώσεις σε ενήλικες πάσχοντες από Κυστική Ίνωση, οι οποίοι ταλαιπωρούνταν από λοιμώξεις, δύσπνοια, ή αναιτιολόγητο βήχα και δεν γνώριζαν που οφείλονταν τα προβλήματα υγείας που παρουσίαζαν.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα της ασθένειας είναι:

- ▲ Ο επίμονος και αναιτιολόγητος βήχας.
- ▲ Οι συχνές αναπνευστικές λοιμώξεις.
- ▲ Η αδυναμία πρόσληψης βάρους.
- ▲ Οι επανειλημμένες διάρροιες.
- ▲ Ο ιδιαίτερα αλμυρός ιδρώτας

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1ο Επίπεδο**

v

Ασθενείς με Κυστική Ίνωση, οι οποίοι παρουσιάζουν συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα με ευρήματα είτε κλινικά, είτε εργαστηριακά, είτε απεικονιστικά και οι οποίοι λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ο ασθενής βρίσκεται σε επίπεδο όπου η συμπτωματολογία του είναι αρκετά σοβαρή με τακτικές νοσηλείες ή συνεχή φαρμακευτική αγωγή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ67% και άνω (2 χρόνια)

2ο Επίπεδο

Ασθενείς με Κυστική Ίνωση, των οποίων το βρογχικό δέντρο έχει πλέον αποικιστεί μόνιμα από στελέχη μικροβίων, όπως η ψευδομονάδα, ο αιμόφιλος ή ο σταφυλόκοκκος κ.α., διότι η πορεία της νόσου στους ασθενείς αυτούς δεν πρόκειται εφεξής να παρουσιάσει βελτίωση λόγω παρουσίας βρογχεκτασιών, καθιστώντας την πρόγνωση τους κακή παρά τη συνεχή θεραπευτική αγωγή που λαμβάνουν η οποία είναι ιδιαίτερα επίπονη, χρονοβόρος και απαιτητική.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι κακή λόγω της προοδευτικής εγκατάστασης αναπνευστικής ανεπάρκειας, η οποία απαιτεί συχνές νοσηλείες. Στο τελικό της στάδιο, απαιτείται οξυγονοθεραπεία κατ' οίκον, υποψηφιότητα για διπλή μεταμόσχευση πνευμόνων λόγω και της κακής, πλέον, ανταπόκρισης στην φαρμακευτική αγωγή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 80% και άνω εφόρου ζωής

Ρητά εξαιρούνται από την ανωτέρω ενότητα οι λεγόμενες άτυπες μορφές Κυστικής Ίνωσης που περιλαμβάνουν τους ασθενείς, των οποίων το μόνο σύμπτωμα που παρουσιάζουν είναι η στείρωση λόγω αζωοσπερμίας. Η αντιμετώπιση των ατόμων αυτών, αναφορικά με το ποσοστό αναπηρίας που παρουσιάζουν, είναι ανάλογη με αυτήν που τυχαίνουν και τα άτομα που παρουσιάζουν στείρωση.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

1. Μολυβδίαση**A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Προκαλείται από αυξημένη πρόσληψη Pb.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ**1ο Επίπεδο***Κλινικά ευρήματα*

Συνήθως απουσιάζουν

Εργαστηριακά ευρήματα

Pb αίματος <40 mg/100ml, δ-ALA ούρων 0,6 mg/100ml

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως ελαφρά, τα κλινικά ευρήματα απουσιάζουν και πιθανόν να παρατηρηθούν ελαφρές αιματολογικές διαταραχές. Αλλαγή θέσεως εργασίας ή ολιγοήμερος απουσία από την εργασία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....έως 20%

2ο Επίπεδο*Κλινικά ευρήματα*

Δεν είναι αρκετά εμφανή, πιθανώς παρουσιάζεται βαθμός μυϊκής κοπώσεως.

Εργαστηριακά ευρήματα

Pb αίματος 40-80 mg/100ml, δ-ALA ούρων 0,2 mg/100ml.

Αιματολογικές διαταραχές σημαντικές (πτώση της Hb)

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η κατάσταση χαρακτηρίζεται ακόμη ως ελαφρά, αντιμετωπίζεται με απομάκρυνση από την εργασία για σύντομο χρονικό διάστημα (3 μήνες) και παρακολούθηση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-50% [3 μήνες]

3ο Επίπεδο*Κλινικά ευρήματα*

Παρυφή μολύβδου, ωχρότητα, κωλικοί.

Εργαστηριακά ευρήματα

Pb αίματος 80-120 mg/100ml, δ-ALA ούρων 2-4 mg/100ml.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως χρόνια δηλητηρίαση και αντιμετωπίζεται με απομάκρυνση από την εργασία για μακρό χρονικό διάστημα. Χορήγηση ασβεστούχου EDTA ή πενικιλλαμίνης.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-67% [1-2 χρόνια]

4ο Επίπεδο*Κλινικά ευρήματα*

Παρυφή μολύβδου, ωχρότητα, κωλικοί, τρόμος, παραλύσεις, νεφροπάθεια, ψύχωση, αϋπνίες, εγκεφαλοπάθεια.

Εργαστηριακά ευρήματα

Pb αίματος 120 mg/100ml, δ-ALA ούρων > 4 mg/100ml.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως σοβαρή. Αντιμετωπίζεται με μακροχρόνιο απουσία από την εργασία και εισαγωγή σε νοσοκομείο.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67% και άνω [2-3 χρόνια]

2. Υδραργυρίαση

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Προκαλείται από την εισπνοή των ατμών του υδραργύρου κατά την εξόρυξη των ορυκτών και κατά τη βιομηχανική επεξεργασία του μετάλλου.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Κεφαλαλγία, ενοχλήματα από το πεπτικό σύστημα.

Υδραργυρική φακοειδίτιδα, δερματίτιδα.

Εργαστηριακά ευρήματα

Αυξημένα επίπεδα Hg στο αίμα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ Το επίπεδο αυτό χαρακτηρίζεται ως πρώιμο και τα συμπτώματα βελτιώνονται με την απομάκρυνση από την εργασία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....έως 35% [3 μήνες]

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Σιελόρροια, ουλίτιδα, στοματίτιδα, απόπτωση οδόντων, λεπτός τρόμος, δακτύλων αρχικά και βλεφάρων, και στη συνέχεια των άνω και κάτω άκρων. Ευερεθιστότητα, παραισθήσεις. Εξελεκώσεις του δέρματος, διάτρηση ρινικού διαφράγματος. Δυσαρθρία, αταξία και στένωση των οπτικών πεδίων. Νέφρωση.

Εργαστηριακά ευρήματα

Αυξημένα επίπεδα Hg στα ούρα και το αίμα. Αύξηση της κρεατινίνης.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Απομάκρυνση από την εργασία. Θεραπεία με BAL και ασβεστούχο EDTA.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50% και άνω [1-3 χρόνια]

3. Δηλητηρίαση από κάδμιο

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Προκαλείται από απορρόφηση καδμίου σε εργαζόμενους σε εργοστάσια παρασκευής κραμάτων καδμίου, σε επιμεταλλωτές, σε εργοστάσια παραγωγής μπαταριών, σε πυρηνικούς αντιδραστήρες, κατά την παρασκευή χρωμάτων και σε κάθε δραστηριότητα όπου χρησιμοποιείται το μέταλλο.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Καταβολή δυνάμεων, ναυτία, βήχας, κοιλιακά άλγη.

Παρακλινικά ευρήματα

Ελαφρά υπόχρωμος αναιμία. Κάδμιο ούρων <10mg/L.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ίαση μετά από απομάκρυνση από την εργασία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....έως 20%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Απώλεια βάρους, κίτρινοι δακτύλιοι στα δόντια, ανοσμία

Παρακλινικά ευρήματα Υπόχρωμος αναιμία. Κάδμιο ούρων >10mg/L

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η βλάβη είναι ακόμη αναστρέψιμη, απομάκρυνση από την εργασία

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-50% {1 χρόνο}

3ο Επίπεδο

Πνευμονικό εμφύσημα με μείωση της ΖΧ κάτω του 60%.

Εργαστηριακά ευρήματα

β₂ μικροσφαιρίνη στα ούρα από 200-499 mg/L.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Μακροχρόνια απομάκρυνση από την εργασία

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-67% {2 χρόνια}

4ο Επίπεδο

Βαρύ πνευμονικό εμφύσημα, νεφρική βλάβη, υπέρταση.

Εργαστηριακά ευρήματα

Μικροσφαιρίνη στα ούρα από 500-999% mg/L.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Μόνιμη απομάκρυνση από την εργασία σχετιζόμενη με κάδμιο.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67% και άνω {πάνω από 2 χρόνια}

4. Δηλητηρίαση από βηρύλιο

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η δηλητηρίαση προκαλείται από την εισπνοή της σκόνης και των ατμών του βηρυλίου τόσο κατά την εξόρυξη, όσο και κατά τη βιομηχανική επεξεργασία.

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Δερματίτιδα, επιπεφυκίτιδα και ερεθισμός των ανωτέρων αναπνευστικών οδών (πνευμονίτιδα).

Εργαστηριακά ευρήματα

Η ακτινογραφία των πνευμόνων δείχνει διάχυτο σκιερότητα με διάσπαρτα κοκκία.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Τα συμπτώματα υποχωρούν μετά την απομάκρυνση από την εργασία εκτός ίσως της δερματίτιδας, η οποία επιμένει.

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Απώλεια βάρους, μεγάλη καταβολή δυνάμεων, δύσπνοια, βήχας, ταχυκαρδία, κυάνωση.

Εργαστηριακά ευρήματα

Η ακτινογραφία θώρακος δείχνει μικροοζώδεις-μεγαλοοζώδεις σκιάσεις, πνευμονικό εμφύσημα (λοβώδες). Μεγάλη μείωση της ΖΧ.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι βαριά. Μακροχρόνιος ή και μόνιμος απομάκρυνση από την εργασία.

Θεραπεία με BAL και EDTA.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-80% {1-3 χρόνια}

5. Δηλητηριάσεις από φώσφορο

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η δηλητηρίαση από φώσφορο ή των ενώσεών του συμβαίνει κατά τη βιομηχανική χρησιμοποίησή του για την παραγωγή χρωμάτων, καπνογόνων, μυοκτόνων αντιπαρασιτικών, γεωργικών φαρμάκων κα.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Επί οξείας δηλητηρίασεως παρατηρούνται ανορεξία, ναυτία, σιελόρροια, εφιδρώσεις, μύση πνευμονικό οίδημα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Άμεση απομάκρυνση από την εργασία. Πρόγνωση καλή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-50% {1-2 χρόνια}

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

«Σιαγών φωσφόρου», νέκρωση του οστού της γνάθου, διαπύηση, οστικό απόλυμα, παραμόρφωση προσώπου.

Η βλάβη είναι μόνιμη.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-80% {1-3 χρόνια}

6. Δηλητηριάσεις από αρσενικό και τα σύνθετά του

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η δηλητηρίαση επισυμβαίνει σε άτομα που είναι εκτεθειμένα στη σκόνη του αρσενικού ή τις ενώσεις του (AsH₃, οργανικές ενώσεις του As).

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Εμετοί, διάρροια, ίκτερος, δερματίτιδα.

Εργαστηριακά ευρήματα

Αναιμία, αιμοσφαινουρία.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Τα συμπτώματα υποχωρούν με την απομάκρυνση από την εργασία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0-20%

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Εμετοί, διάρροια, ίκτερος, δερματίτιδα, εξελκώσεις, επιπεφυκίτιδα, διάτρηση του ρινικού διαφράγματος, περιφερική νευροπάθεια.

Εργαστηριακά ευρήματα

Αναιμία, ΗΜΓ παθολογικό

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Τα περισσότερα των συμπτωμάτων υποχωρούν με την απομάκρυνση από την εργασία ακόμη και η περιφερική νευροπάθεια μερικώς.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-67% {1-2 χρόνια}

3ο Επίπεδο

Ηπατομεγαλία, ηπατική κίρρωση. Περιφερική αγγειοπάθεια.

Καρκίνος ;

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η ηπατομεγαλία, εφόσον δεν έχει προχωρήσει σε κίρρωση, είναι δυνατόν να υποχωρήσει με την απομάκρυνση από την εργασία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67% και άνω {2-3 χρόνια}

7. Δηλητηριάσεις από οξείδια, άλατα και ενώσεις νικελίου

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η δηλητηρίαση προκαλείται από την εισπνοή υψηλών συγκεντρώσεων διαλυτών ενώσεων του νικελίου κατά την επεξεργασία του μετάλλου.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Ανοσμία, διάτρηση ρινικού διαφράγματος, δερματίτιδα, άσθμα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Οι ασθματικές προσβολές υποχωρούν με την απομάκρυνση από την εργασία τις περισσότερες φορές.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0-50% {1 χρόνο}

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Καρκίνος του λάρυγγα, του βλεννογόνου της ρινός, των παραρρινίων κόλπων και των πνευμόνων.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση κακή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67% και άνω {2 χρόνια}

8. Δηλητηριάσεις από διοξείδιο του μαγγανίου

Η σκόνη του διοξειδίου του μαγγανίου προκαλεί μια φλεγμονώδη αντίδραση στους πνεύμονες. Εξαιτίας της επίδρασης που ασκεί στην clearance της σκόνης και στα πνευμονικά μακροφάγα, αυξάνει την ευαισθησία στις λοιμώξεις. Επίσης προκαλεί σοβαρές νευρολογικές βλάβες.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Είναι το υποκλινικό στάδιο το οποίο χαρακτηρίζεται από μη ειδικά συμπτώματα, όπως ανορεξία, καταβολή δυνάμεων και απάθεια. Κεφαλαλγία, αύπνιες, σπασμοί, αρθραλγίες και ευερεθιστότητα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Όλα τα συμπτώματα υποχωρούν με την απομάκρυνση από την εργασία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....35% {6 μήνες}

2ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Ψυχικά και ψυχοκινητικά συμπτώματα, όπως δυσάρθρια, διαταραχές βαδίσσεως και σιελόρροια.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Μερικά από τα συμπτώματα υποχωρούν με την απομάκρυνση από την εργασία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....35-50% {1-2 χρόνια}

3ο Επίπεδο

Κλινικά ευρήματα

Παρόμοια με εξωπυραμидική συνδρομή.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Χαρακτηρίζεται ως βαριά κατάσταση, η οποία δεν είναι αναστρέψιμη.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67-80% {2-3 χρόνια}

9. Δηλητηριάσεις από φθόριο και ενώσεις του

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Το υδροφθορικό οξύ προκαλεί ερεθισμό του δέρματος από το απλό ερύθημα μέχρι σοβαρού βαθμού έγκαυμα, ανάλογα με την πυκνότητά του και το χρόνο έκθεσης. Οι ατμοί του φθορίου προκαλούν ερεθισμό των βρόγχων (βρογχίτιδα, βρογχικό άσθμα). Η χρόνια έκθεση προκαλεί βλάβες στα οστά (οστεοσκλήρυνση, οστεοπόρωση, υπεροστώσεις, ασβεστοποιήσεις τενόντων και συνδέσμων), βλάβη των οδόντων, δυσκινησία.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ερεθισμός του δέρματος

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Απομάκρυνση από την εργασία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....Αναρρωτική άδεια

2ο Επίπεδο

Εγκαύματα, αποφρακτική πνευμονοπάθεια με σημαντικού βαθμού μείωση των σπυρομετρικών τιμών.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Μετά την απομάκρυνση από την έκθεση και την κατάλληλη θεραπεία τα συμπτώματα υποχωρούν.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-50%

3ο Επίπεδο

Βλάβες οστών με δυσκινησία ισχίων και γονάτων. Παραισθησίες, αδυναμία και παραλύσεις από πίεση νευρικών ριζών.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Μη αναστρέψιμες βλάβες. Φυσικοθεραπεία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67-80%

10. Δηλητηριάσεις από ανυδρίτες θειώδους και θειικού οξέος

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι ερεθιστικά αέρια και τα αποτελέσματα κατά την επαφή τους με τους βλεννογόνους είναι ο σχηματισμός θειώδους και θειικού οξέος που προκαλούν βλάβες. Στον οργανισμό εισέρχονται με την αναπνοή και πιθανώς από το δέρμα. Η απορρόφηση μεγάλων ποσοτήτων έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή μεθαιμοσφαιρίνης.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ Χρόνια δηλητηρίαση. Ξηρότητα ρινός, φάρυγγος, λάρυγγος, ρινορραγίες, ξηρός βήχας, γαστρικές διαταραχές, οίδημα βλεννογόνων, επιπεφυκίτιδα.

1ο Επίπεδο

Οξεία δηλητηρίαση. Έντονος ερεθισμός των βλεννογόνων, δύσπνοια, κυάνωση, απώλεια της συνειδήσεως.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Απομάκρυνση από το χώρο έκθεσης. Πρόγνωση καλή.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....Αναρρωτική άδεια

2ο Επίπεδο

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Αναστρέψιμες βλάβες.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....Αναρρωτική άδεια

3ο Επίπεδο

Χρόνια βρογχίτιδα, εμφύσημα με δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια.

Λειτουργικές βλάβες νεύρων.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Μόνιμες βλάβες.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-67%

11. Δηλητηριάσεις από νιτρικό οξύ-οξειδία αζώτου και αμμωνία

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Οι ατμοί του νιτρικού οξέος και τα οξειδία του αζώτου προκαλούν ως ερεθιστικά δερματοπάθειες, βρογχόσπασμο, χημική κυσελίτιδα, βαρύ πνευμονικό οίδημα, πνευμονοπάθειες οφειλόμενες πιθανώς σε αυτοάνοσο αντίδραση (βρογχιολίτιδα ινώδης αποφρακτική). Οι ατμοί αμμωνίας προκαλούν επιπεφυκίτιδα, ελκώδη κερατίτιδα, βλάβη των φακών, χημική βρογχίτιδα, πνευμονικό οίδημα, στοματίτιδα, φαρυγγίτιδα.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Δερματοπάθειες, επιπεφυκίτιδες, στοματίτιδες.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι καλή.

Οι βλάβες αποκαθίστανται μετά την απομάκρυνση από την εργασία.

4 Επίπεδο

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....5-20%

2ο Επίπεδο

Βρογχίτιδες, κυψελίτιδες, πνευμονικό οίδημα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Αναστρέψιμες συνήθως βλάβες.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (χρονικό διάστημα αναλόγως).....35-67%

12. Δηλητηριάσεις από αρσενικούχο υδρογόνο

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η χρόνια δηλητηρίαση προκαλεί αναιμία, λευκοπενία, ηπατοπάθεια, εκζεματοειδή δερματίτιδα, υπερκεράτωση, μελάνωση (γύρω από τα μάτια), λευκόδερμα. Επίσης διάτρηση του ρινικού διαφράγματος. Περιφερική νευροπάθεια κυρίως στα κάτω άκρα. Καρκινογένεση (καρκίνος του δέρματος, αγγειοσάρκωμα του ήπατος, καρκίνος του αναπνευστικού συστήματος και πιθανώς και του στομάχου).

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Αναιμία, λευκοπενία, επηρεασμός της ηπατικής λειτουργίας, ελαφρά δερματίτιδα, υπερκεράτωση του δέρματος.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Τα περισσότερα από τα συμπτώματα είναι αναστρέψιμα μετά την απομάκρυνση από την εργασία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10-50% {για 6 μήνες-1 χρόνο}

2ο Επίπεδο

Περιφερική νευροπάθεια. Διάτρηση ρινικού διαφράγματος.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Βραδεία βελτίωση μετά την απομάκρυνση από την εργασία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-67% {από 1-2 χρόνια}

3ο Επίπεδο

Καρκίνος του δέρματος, του ήπατος ή του αναπνευστικού συστήματος.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....80%

13. Δηλητηριάσεις από αρωματικούς υδρογονάνθρακες (βενζόλιο, τολουόλιο, ξυλόλιο)

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Το βενζόλιο ασκεί εκλεκτική δράση επί του μυελού των οστών πιθανώς γιατί έχει παρατηρηθεί ότι η συγκέντρωση του στο μυελό των οστών είναι είκοσι φορές περισσότερο από ό,τι στους άλλους ιστούς. Ο μηχανισμός δράσεώς του δεν είναι γνωστός.

Επί χρονίας δηλητηριάσεως είναι δυνατόν να αναπτυχθεί αναιμία, η οποία συνοδεύεται από μακροκυττάρωση και θρομβοκυττάρωση. Στο περιφερικό αίμα διαπιστώνεται η παρουσία μυελοκυττάρων και εμπύρηνων ερυθρών, καθώς και ερυθρών με βασεόφιλο στίξη. Σύνηθες εύρημα είναι η λευκοπενία με λεμφοπενία. Στο τέλος είναι δυνατό να

εμφανισθεί απλαστική αναιμία λόγω της επί του DNA επιδράσεως του βενζολίου. Επίσης είναι δυνατόν να αναπτυχθεί οξεία λευχαιμία μυελοβλαστικού τύπου. Από την τελευταία έκθεση στον βλαπτικό παράγοντα μέχρι και την εμφάνιση της λευχαιμίας παρεμβάλλεται ένα μεγάλο χρονικό διάστημα.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Αναιμία με λευκοκυττάρωση με παρουσία εμπύρηνων ερυθρών και ερυθρών με βασεόφυλο στίξη.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....0-35%

Αναρρωτική άδεια, αλλαγή θέσεως εργασίας.

Παραλύσεις εγκεφαλικών νεύρων.

2ο Επίπεδο

Απλαστική αναιμία, λευχαιμία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67-80%

14. Δηλητηριάσεις από γλωραιθυλένια (τριγλωραιθυλένιο, τετραγλωραιθυλένιο)

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Τοξικές ιδιότητες παρουσιάζει το τριγλωραιθυλένιο, το οποίο μετά από επαναλαμβανόμενη έκθεση προκαλεί καταβολή δυνάμεων, ερεθισμό, πονοκέφαλο και γαστρεντερικές διαταραχές. Έχει παρατηρηθεί παράλυση των κρανιακών νεύρων (V, VI, VIII, IX και XII) περισσότερο προσβάλλεται η V εγκεφαλική συζυγία. Αν και δεν χαρακτηρίζεται ως ηπατοτοξικό, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ηπατικής βλάβης. Λόγω της τοξικότητας του έχει αντικατασταθεί από το τετραγλωραιθυλένιο.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Καταβολή δυνάμεων, κεφαλαλγίες, γαστρεντερικές διαταραχές.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....Αναρρωτική άδεια

2ο Επίπεδο

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....35-50% {1 χρόνο}

15. Δηλητηριάσεις από διθειάνθρακα

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Προσβάλλει το νευρικό σύστημα και η προσβολή εκδηλώνεται με τρεις μορφές : α) Λειτουργικές διαταραχές που αφορούν τις υψηλές πνευματικές λειτουργίες. β) Περιφερική νευροπάθεια. γ) Αγγειακές βλάβες. Οι διαταραχές της εγκεφαλικής λειτουργίας επέρχονται γρήγορα και οφείλονται σε διαταραχές του μεταβολισμού των νευρομεταβιβαστών. Η περιφερική νευροπάθεια εκδηλώνεται με διαταραχές της αισθητικότητας, αιμοδίες, κινητική αδυναμία και κόπωση. Η μείωση της ταχύτητας αγωγής είναι ένα πρόδρομο σημείο. Οι διαταραχές αυτές οφείλονται σε εκφύλιση του νευράξονα. Οι άξονες που δεν καταστράφηκαν είναι δυνατόν να αποκατασταθούν μετά το τέλος της έκθεσης. Από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα προεξάρχουν τα συμπτώματα που έχουν σχέση με την ψυχική σφαίρα και εκδηλώνονται ως οργανική ψύχωση. Μερικές φορές παρουσιάζεται εξωπυραμιδική συνδρομή λόγω βλάβης της ωχράς σφαίρας και του ραβδωτού σώματος επίσης είναι δυνατόν να παρουσιαστούν διαταραχές από το οπτικό και ακουστικό νεύρο. Οι αγγειακές βλάβες παρουσιάζονται κυρίως στην καρδιά, τον εγκέφαλο και τους νεφρούς. Τα στεφανιαία αγγεία είναι τα πλέον ευπαθή και εμφανίζεται ισχαιμική νόσος. Οι νεφροί παρουσιάζουν σπειραματοσκλήρυνση και οι βλάβες των αγγείων του εγκεφάλου ενοχοποιούνται για τις εκδηλώσεις από το ΚΝΣ.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Διαταραχές της αισθητικότητας, κινητική αδυναμία, αιμοδίες, ζάλες.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....έως 35%

Περιφερική νευροπάθεια με ΗΜΓ ευρήματα. Εξωπυραμιδική συνδρομή.

2ο Επίπεδο

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....35-50%

3ο Επίπεδο

Οργανική ψύχωση, ισχαιμική νόσος της καρδιάς, νεφρική βλάβη.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67-80%

16. Δηλητηριάσεις από τετραχλωράνθρακα

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Κατά την οξεία δηλητηρίαση και όταν καταποθεί παρουσιάζεται επιστραλγία, αιματέμεση και ηπατική ευαισθησία. Η εισπνοή του προκαλεί ερεθισμό του ανωτέρου αναπνευστικού συστήματος. Ανάλογα με την ποσότητα που απορροφήθηκε εμφανίζονται νάρκη, κόμα, αναπνευστική ανεπάρκεια, υπόταση και κοιλιακή μαρμαρυγή. Εάν δεν προκληθεί ηπατική ή νεφρική βλάβη το άτομο μπορεί να ανανήψει. Είναι δυνατόν να παρουσιαστούν οξεία κεντρολοβιδώδες νέκρωση του ήπατος και οξεία σωληναριακή νέκρωση των νεφρών.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Επιγαστραλγία, αιματέμεση, καταβολή (εκδηλώσεις οξείας δηλητηρίασης χωρίς μόνιμες βλάβες).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....Αναρρωτική άδεια

2ο Επίπεδο

Βλάβη του ήπατος ή των νεφρών ή και τα δύο μαζί.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-80%

17. Δηλητηριάσεις από βρωμιούχο μεθύλιο

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Έχει υψηλή τοξικότητα, προκαλεί ερεθισμό του αναπνευστικού συστήματος, ναυτία, έμετο, κεφαλαλγίες, δακρύρροια, βήχα, ανορεξία, κοιλιακά άλγη, διπλωπία, πνευμονικό οίδημα, oligouria, επιληπτικές κρίσεις.

Η πρόγνωση εξαρτάται από το βαθμό της έκθεσης και τη συγκέντρωση του αερίου στον αέρα. Ελαφρές περιπτώσεις θεραπεύονται σε 18 μήνες περίπου. Η επαφή του με το δέρμα προκαλεί το σχηματισμό φυσαλίδων ή έκζεμα. Στη χρόνια δηλητηρίαση εμφανίζονται περιφερική νευροπάθεια, τρόμος, ουραιμία, ψυχικά συμπτώματα (κατάθλιψη, ψευδαισθήσεις, αμνησία, απύνιες). Σε περιπτώσεις θανάτων βρέθηκαν αιμορραγίες στον εγκέφαλο, το ήπαρ, τους νεφρούς και τους πνεύμονες.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ναυτία, έμετοι, δακρύρροια, βήχας, δερματικές εκδηλώσεις.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....Αναρρωτική άδεια

2ο Επίπεδο

Πνευμονικό οίδημα, επιληπτικές κρίσεις, ουραιμία.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....35-50% {1-2 χρόνια}

3ο Επίπεδο

Περιφερική νευροπάθεια, ψυχικές εκδηλώσεις.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-67%

18. Δηλητηριάσεις από χλωριούχο μεθύλιο

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ερεθίζει έντονα το δέρμα και τους βλεννογόνους. Μετά από οξεία έκθεση τα συμπτώματα προέρχονται από το ΚΝΣ με αιμωδίες των άκρων και λήθαργο. Μετά από χρόνια έκθεση προσβάλλει τα στεφανιαία αγγεία και τα αγγεία του εγκεφάλου.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ερεθισμός του δέρματος και των βλεννογόνων. Αιμωδίες, λήθαργος.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....Αναρρωτική άδεια

2ο Επίπεδο

Βλάβη αγγείων (στεφανιαίων, εγκεφάλου)

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-80%

2 Επίπεδο

19. Δηλητηριάσεις από νιτρο-αμινο- και χλωριο- παράγωγα του βενζόλιου και των ομολόγων του

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Κατά την είσοδο τους στον οργανισμό προκαλούν το σχηματισμό μεθαιμοσφαιρίνης. Τα αμινοπαράγωγα έχουν καρκινογόνους ιδιότητες (προκαλούν καρκίνο του ουροποιητικού συστήματος και κυρίως της ουροδόχου κύστεως). Τα συμπτώματα που προκαλούν τα νιτρο- και αμινο- παράγωγα είναι εξέρυθρο προσωπείο, παλμική κεφαλαλγία, ελαφρά δύσπνοια, ζάλη και μυϊκή αδυναμία. Σε βαριές δηλητηριάσεις παρουσιάζονται ναυτία, έμετοι, κωλικοί, κυάνωση και δύσπνοια. Στη χρόνια δηλητηρίαση εμφανίζονται αναιμία, ελαφρά κυάνωση, ελαφρός αιμολυτικός ίκτερος. Ορισμένες από τις ουσίες αυτές προκαλούν ερεθισμό του δέρματος. Στο αίμα παρουσιάζεται αναιμία, ερυθρά με βασεόφιλο στίξη καθώς και ερυθρά με σωματίδια του Heinz.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Κεφαλαλγία, ζάλη ελαφρά δύσπνοια, ναυτία, έμετοι, κωλικοί.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....Αναρρωτική άδεια

Εμφάνιση ικτέρου, αναιμία, κυάνωση.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-67% {6 μήνες-1 χρόνο}

20. Δηλητηριάσεις από ισοκουανιούχα οργανικά

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Είναι ερεθιστικά του δέρματος και των βλεννογόνων. Οι εκδηλώσεις στο δέρμα κυμαίνονται από τον απλό κνησμό μέχρι το εκτεταμένο έκζεμα. Προκαλούν επίσης ερεθισμό των οφθαλμών, αλλά η σοβαρότερη δράση τους είναι το αναπνευστικό σύστημα. Τα συμπτώματα από το αναπνευστικό αρχίζουν με ρινίτιδα, ρινοφαρυγγίτιδα και διάφορες πνευμονικές καταστάσεις με επικρατέστερη εκείνη του άσθματος. Τις ασθματικές κρίσεις προκαλεί κυρίως το 2,4-δισοκουανικό τολουόλιο. Τα συμπτώματα εμφανίζονται κατά το τέλος μιας περιόδου έκθεσης, η οποία κυμαίνεται από λίγες ημέρες μέχρι δύο μήνες. Αρχίζουν με ερεθισμό των οφθαλμών, του φάρυγγα, βήχα το βράδυ, προκάρδια άλγη και δύσπνοια. Τα συμπτώματα χειροτερεύουν κατά τη διάρκεια της νύχτας και εξαφανίζονται το πρωί. Μετά από ανάπαυση μερικών ημερών μειώνονται, αλλά η επιστροφή στην εργασία συνοδεύεται με επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. Η φυσιοπαθολογία της δηλητηρίασης δεν έχει εξηγηθεί, μερικοί ομιλούν για πρωτοπαθή ερεθισμό και μερικοί για αλλεργική αντίδραση.

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Εκδηλώσεις από το δέρμα, ερεθισμός των οφθαλμών, ρινίτιδα, ρινοφαρυγγίτιδα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....Αναρρωτική άδεια

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-80% {1 χρόνο}

2ο Επίπεδο

Βρογχικό άσθμα. (Ανάλογα με τη βαρύτητα).

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....35-50% {1 χρόνο}

1ο Επίπεδο

Ανάλογα με τη μορφή είναι και το επίπεδο βαρύτητας.

Δερματική και εντερική μορφή.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση στη δερματική μορφή είναι πολύ καλή. Η πνευμονική έχει βαριά πρόγνωση και η εντερική βρίσκεται σε ενδιάμεσο επίπεδο.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-67% {6 μήνες-1 χρόνο}

2ο Επίπεδο

Πνευμονική μορφή

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι κακή, με την έγκαιρη θεραπεία όμως η εξέλιξη μπορεί να είναι καλή.

21. Νόσοι από μεταβολές της ατμοσφαιρικής πίεσεως

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

γρήγορα από βάθος μεγαλύτερο των 10 μέτρων γ) τα πληρώματα των αεροσκαφών που ανέρχονται με μεγάλη ταχύτητα σε ύψος πάνω από 5.500 μέτρα. Τα συμπτώματα οφείλονται στον σχηματισμό φυσαλίδων αζώτου στα υγρά του σώματος και στους ιστούς. Μεγάλες φυσαλίδες αζώτου μεγέθους που να προκαλεί συμπτώματα σχηματίζονται όταν η μερική πίεση του αζώτου στους ιστούς γίνεται γρήγορα δύο ή περισσότερες φορές μεγαλύτερη από την ατμοσφαιρική. Η κλινική σημειολογία εξαρτάται από το σημείο που σχηματίζονται οι φυσαλίδες, ενώ το μέγεθός τους και ο ρυθμός αναπτύξεώς τους καθορίζουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων.

2 Επίπεδο

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

B. ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο Επίπεδο

Ελαφρός ή και μεγάλος πόνος των άκρων.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....Αναρρωτική άδεια

Αδυναμία των άκρων, αιμωδίες, ίλιγγος, πονοκέφαλος, δύσπνοια. Θεραπεία σε θάλαμο αποσυμπίεσης.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόγνωση συνήθως καλή.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50% {6 μήνες-1 χρόνο}

3ο Επίπεδο

Παραλύσεις των άκρων

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67-80%

22. Παθήσεις προκαλούμενες από τον ήχο-θόρυβο

A. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η επαγγελματική έκθεση σε θορυβώδες περιβάλλον προκαλεί μείωση της ακουστικής οξύτητας. Στην αρχή η ελάττωση αυτή είναι ανατάξιμη, με την πάροδο του χρόνου και εφόσον ο εργαζόμενος δεν χρησιμοποιεί τα ατομικά μέσα προστασίας της ακοής του ή δεν απομακρυνθεί από το θορυβώδες περιβάλλον, η ακουστική βλάβη γίνεται μόνιμη. Η διάγνωση επαληθεύεται με ακοομέτρηση. Αναπηρία υπάρχει όταν η απώλεια της ακουστικής οξύτητας από το καλύτερο ους ανέρχεται περίπου στα 40 DB στις συχνότητες 1000, 2000 και 3000 Hz. Η επαγγελματική μείωση της ακοής δίνει το μέγιστο αυτής γύρω στα 4000 Hz, ενώ επί γεροντικής ελαττώσεως της ακοής παρατηρείται μια βαθμιαία απώλεια, η οποία αυξάνει προοδευτικά στις υψηλές συχνότητες.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Η εκτίμηση των Π.Α. γίνεται όπως και στις κοινές βαρηκοΐες.

23. Επαγγελματικές πνευμονοπάθειες

Επαγγελματικά νοσήματα παρουσιάζονται με ιδιαίτερη συχνότητα στους πνεύμονες. Τούτο οφείλεται στο γεγονός ότι μεγάλο μέρος των βλαπτικών παραγόντων αιωρείται στον αέρα και το ότι από τους πνεύμονες διέρχονται κατά τη διάρκεια του 8ώρου εργασίας περί τα 10 m2 αέρα.

Πνευμονοκονιώσεις

Με τον γενικό όρο «πνευμονοκονιώσεις» εννοούμε τα νοσήματα που οφείλονται στην εισπνοή σκόνης. Ορισμένες σκόνες προκαλούν ινωτική αντίδραση στους πνεύμονες και συγκεκριμένες κλινικές οντότητες ενώ άλλες προκαλούν σκιάσεις στις ακτινογραφίες αλλά όχι συμπτώματα. Αυτές οι ουσιαστικά ακτινολογικές οντότητες αποκαλούνται καλοήθειες πνευμονοκονιώσεις και είναι ευνόητο ότι εφόσον δεν προκαλούν συμπτώματα δεν έχουν ενδιαφέρον από ασφαλιστικής πλευράς. Αντίθετα, οι ινωτικές πνευμονοκονιώσεις είναι νοσήματα με βαριά πρόγνωση, μη αναστρέψιμα αλλά, αντίθετα, εξελισσόμενα προς το χειρότερο ακόμη και μετά τη διακοπή του επαγγέλματος.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Εξαρτάται από την υποκειμενική νόσο. Ωστόσο καμία πνευμονοκονίωση δεν θεραπεύεται παρά το γεγονός ότι ο ασφαλισμένος είναι ικανός προς εργασία. Κρίνεται σκόπιμη η αλλαγή θέσεως εργασίας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....έως 35%

2ο Επίπεδο

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η αλλαγή εργασίας είναι επιβεβλημένη αν και η ικανότητα προς βιοπορισμό είναι μειωμένη.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-67% {2 χρόνια}

3ο Επίπεδο

Σοβαρή δύσπνοια, βήχας, απόχρεμψη. Α/α : μεγαλοζώδεις σκιάσεις. Κατηγορίες Α,Β,С. Σπιρομέτρηση : σοβαρού βαθμού μείωση σπιρομετρικών τιμών μικτού τύπου. Αέρια αίματος : υποξαιμία και πιθανόν και υπερκαπνία.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Ο πάσχων οδεύει προς αναπνευστική ανεπάρκεια-χρόνια πνευμονική καρδιά (αν δεν έχουν ήδη εγκατασταθεί). Μόνιμη ανικανότητα για κάθε βιοποριστικό επάγγελμα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....80% και άνω {3 χρόνια και άνω}

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-67% {2 χρόνια}

Πυριτίαση

Δύσπνοια στην κόπωση, βήχας. Συχνές πνευμονικές λοιμώξεις. Συχνές επιπλοκές. Α/α συρρέουσες σκιάσεις, μεγαλοζώδεις κατηγορίας Α,Β,С. Ασβεστοποίηση λεμφαδένων, Το πυρίτιο είναι το πλέον διαδεδομένο υλικό του φλοιού της γης. Η πυριτίαση προκαλείται από την εισπνοή κόνεως που περιέχει κρυσταλλικό διοξείδιο του πυριτίου (SiO₂). (Περιέχεται στα ορυκτά χαλαζίας (quartz), τριδυμίτης, κρυστοβαλλίτης, στισοβίτης, κοεσίτης. Ο διατομίτης περιέχει άμορφο διοξείδιο του πυριτίου αλλά όταν θερμανθεί μετατρέπεται σε κρυστοβαλλίτη). Προσβάλλει εργάτες ορυχείων, λατομείων, ανθρακωρυχείων, χυτηρίων, αμμοβολιστές, κεραμοποιούς, οικοδόμους, τροχιστές κ.α. Προκαλείται πνευμονική ίνωση και ανάπτυξη πυριτιασικών οξιδίων. Η ανάπτυξη – εξέλιξη της νόσου συνεχίζεται και μετά τη διακοπή επαγγέλματος. Υπάρχουν τρεις μορφές της νόσου : η χρόνια, η οξεία και η κεραυνοβόλος. Οι δύο τελευταίες μορφές είναι σπάνιες, αλλά όταν εμφανισθούν η πρόγνωση είναι ιδιαίτερα κακή. Η νόσος επιπλέκεται συχνά από λοιμώξεις, πνευμονική φυματίωση, νοσήματα του κολλαγόνου και πνευμοθώρακα. Η πλέον συνήθης μορφή είναι η χρόνια πυριτίαση.

1ο Επίπεδο

Αρχόμενη απλή χρονία πυριτίαση

Τα πρώτα στάδια της πυριτίασεως είναι δυνατόν να είναι ασυμπτωματικά και οι λειτουργικές δοκιμασίες στα φυσιολογικά όρια ακόμη και όταν η ακτινολογική εικόνα σημαίνει συναγερμό. Βέβαια μπορεί να υπάρχει δύσπνοια, βήχας μη παραγωγικός κυρίως τις πρωινές ώρες αλλά και παροξυσμικά. Α/α θώρακος παρουσιάζει σκιάσεις 1-3 mm (p,q,s,t) πυκνότητας 1-2.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι πάντοτε επιφυλακτική. Σκόπιμη η αλλαγή επαγγέλματος.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....20-50%

2ο Επίπεδο

Χρόνια πυριτίαση

Δύσπνοια στην κόπωση. Βήχας ενίοτε παραγωγικός. Συμπτωματολογία από τυχόν επιπλοκές. Α/α θώρακος : Σκιάσεις 3-10 mm (r,u) πυκνότητας 1-3 ή μικρότερες αλλά πυκνές : (p,q,s,t) πυκνότητας 3. Ασβεστοποίηση λεμφαδένων που εμφανίζεται στην ακτινογραφία σαν "κελύφη αυγών". Συμφύσεις του υπεζωκότα. Σπυρομέτρηση : μετρίου βαθμού μείωση των σπυρομετρικών τιμών περιοριστικού κυρίως αλλά ενδεχόμενα μικτού τύπου. Αέρια αίματος : πιθανή ελαφρά υποξαιμία.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πυριτίαση μπορεί να εξελιχθεί ακόμη και μετά τη διακοπή της εργασίας. Σε περίπτωση αλλαγής επαγγέλματος αυτό θα πρέπει να είναι ελαφρό, με καθαρό περιβάλλον και μειωμένο ωράριο.

3ο Επίπεδο

Σοβαρού βαθμού χρόνια πυριτίαση

συμφύσεις του υπεζωκότα. Σπυρομέτρηση : μετρίου-σημαντικού βαθμού ελάττωση των σπυρομετρικών τιμών περιοριστικού ή μικτού τύπου. Αέρια αίματος : Υποξαιμία.

Ο πάσχων θα πρέπει να θεωρείται ανίκανος για κάθε βιοποριστικό επάγγελμα. Εάν εμφανισθούν σοβαρές επιπλοκές, όπως χρόνια πνευμονική καρδια-αναπνευστική ανεπάρκεια ενδεχομένως να καταστεί απόλυτα ανάπηρος.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Δεν υπάρχει περίπτωση βελτίωσης.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ....80% και άνω {3 έτη εφόρου ζωής}

Πνευμονοκονίαση των εργατών άνθρακα (CWP)**I. Ανθράκωση (CWP)**

Είναι το αποτέλεσμα εισπνοής σκόνης άνθρακα και αφορά κυρίως ανθρακωρύχους αλλά και άλλους εκτεθειμένους σε αυτό το υλικό (π.χ. ζυμωτές ελαστικού). Στη χώρα μας δεν υπάρχουν πια στην ουσία ανθρακωρυχεία, αλλά το νόσημα παρουσιάζεται κυρίως σε μετανάστες που εργάστηκαν στα ορυχεία της Κεντρικής Ευρώπης. Η ανάπτυξη της ανθρακώσεως εξαρτάται από την πυκνότητα της σκόνης και τη διάρκεια του χρόνου έκθεσης. Σε περίπτωση αμιγούς εκθέσεως η εξέλιξη του νοσήματος σταματά ή επιβραδύνεται όταν διακοπεί η έκθεση. Στα πρώτα στάδια προκαλείται μικρού βαθμού ίνωση αλλά η σκόνη καταστρέφει τους λεπτούς αεραγωγούς προκαλώντας το σχηματισμό μαύρων ινωδών οζιδίων, τα οποία αυξάνονται σε μέγεθος και καταλήγουν στο σχηματισμό μεγάλων μαύρων ινωδών μαζών.

1ο Επίπεδο

Αρχόμενη απλή πνευμονοκονίωση

Δύσπνοια ελαφρού βαθμού-βήχας.

Ακρόαση ΚΦ-ελάττωση του ΑΨ, πιθανότατα λόγω της αναπτύξεως πνευμονικού εμφυσήματος. Σπυρομέτρηση : ΚΦ-ελαφρές διαταραχές. Α/α θώρακος: Μικροοζώδης διάστιξη 1-3 χιλιοστά (p,q,s,t) πυκνότητας 0-2. Αέρια αίματος :ΚΦ

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Θεωρείται σκόπιμη η αλλαγή εργασίας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....έως 50%

2ο Επίπεδο

Προχωρημένη απλή πνευμονοκονίωση

Δύσπνοια στην κόπωση-βήχας. «Μελανόπτυση» είναι το αποτέλεσμα ρήξεως ινωτικής μάζας μέσα σε βρόγχο.

Ακρόαση : Μείωση του Α.Ψ. Ξηρός ρόγχος. Σπιρομέτρηση : Μετρίου βαθμού μείωση των σπιρομετρικών τιμών. Αέρια αίματος: ελαφρά υποξαιμία Α/α θώρακος: Σκιάσεις διαμέτρου 3-10 χιλ. (r,u) πυκνότητας 1-3 ή μικρότερες (p,q,s,t) πυκνότητας 3. Σε αυτό το επίπεδο κατατάσσονται και μεγαλύτερες σκιάσεις της κατηγορίας Α όχι όμως άνω των 30 χιλιοστών.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Δεν αναμένεται σε καμία περίπτωση βελτίωση αλλά αντίθετα επιβάρυνση. Ο πάσχων είναι ικανός για ελαφρές μόνο εργασίες, με πολύ περιορισμένο ωράριο και οποσδήποτε καθαρό περιβάλλον.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-67% {2 χρόνια}

Με τον γενικό όρο «αμίαντος» εννοούμε ορισμένα ινώδη πυριτιούχα ορυκτά που χωρίζονται σε δύο κύριες κατηγορίες : την ομάδα του σερπεντίνη και την ομάδα των αμιφβόλων. Ο κύριος εκπρόσωπος της πρώτης ομάδας είναι ο χρυσοκέραμος ή λευκός αμίαντος ενώ στην δεύτερη ομάδα περιλαμβάνονται ο ακτινόλιθος, ο τρεμόλιθος, ο ανθοφυλλίτης, ο αμοσίτης (καφέ αμίαντος) και ο κροκιδόλιθος (μπλε αμίαντος). Η εισπνοή ινών αμιάντου προκαλεί τις παρακάτω ξεχωριστές κλινικές οντότητες: 1. Αμιάντωση-ίνωση του υπεζωκότος. 2. Καλοήθεις παχυπλευρικές πλάκες. 3. Βρογχογενές καρκίνωμα. 4. Κακώθης μεσοθηλίωμα (βλ. κεφάλαιο επαγγελματικού καρκίνου). Θα πρέπει να τονιστεί ότι οι Αγγλοσαξωνικοί όροι Asbestos-Asbestosis αντιστοιχούν προς τους όρους Αμίαντος-Αμιάντωση και δεν έχουν σχέση με τον ελληνικό όρο «άσβεστος» που είναι το υδροξείδιο του ασβεστίου.

3ο Επίπεδο

Προοδευτική μαζική ίνωση

Για να χαρακτηριστεί μία βλάβη ως προοδευτική μαζική ίνωση (PMF) πρέπει να έχει διάμετρο άνω των 30 χιλ. Δηλ. σκιάσεις κατά ILO A,B & C (όχι όμως Α που είναι κάτω των 30 χιλ.). Δύσπνοια στην κόπωση-βήχας, μελανοπτώσεις, συχνές λοιμώξεις, εξέλιξη σε χρόνια πνευμονική καρδιά, αναπνευστική ανεπάρκεια. Σπιρομέτρηση : Μετρίου-σημαντικού βαθμού διαταραχές των σπιρομετρικών τιμών. Αέρια αίματος: Υποξαιμία-υπερκαπνία.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η πρόγνωση είναι κακή. Η εξέλιξη σε χρόνια πνευμονική καρδιά-αναπνευστική ανεπάρκεια είναι πολύ πιθανή. Θα πρέπει να θεωρείται ανίκανος για κάθε βιοποριστικό επάγγελμα. Ενδεχόμενη απόλυτη αναπηρία επί σοβαρών επιπλοκών.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....80% και άνω {3 χρόνια και άνω}

II. Σύνδρομο Carlan

Το σύνδρομο Carlan είναι τροποποιημένη μορφή πνευμονοκονιώσεως σε συνδυασμό με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Συναντάται κυρίως σε ανθρακωρύχους αλλά γενικότερα και σε άλλους εργαζόμενους σε κονιορτοβριθή επαγγέλματα. Η ακτινολογική εικόνα χαρακτηρίζεται από σκιάσεις διαμέτρου περίπου 2 εκ. ακανόνιστα διατεταγμένες. Μικροζώδεις σκιάσεις δυνατόν να υπάρχουν ή να ελλείπουν. Όσον αφορά την Ρ.Α. είναι συχνότητα οροαρνητική. Η εκ του συνδρόμου Carlan ανικανότητα είναι το άθροισμα της ανικανότητας εκ της πνευμονοκονιάσεως και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και κυμαίνεται ανάλογα με τα κλινικά, εργαστηριακά και λειτουργικά ευρήματα από 50-80%.

Αμιάντωση

Η αμιάντωση είναι μια διάχυτος, διάμεσος ίνωση και είναι ένα δοσο-εξαρτώμενο νόσημα. Ο σπλαχνικός υπεζωκότας παχύνεται και δημιουργούνται συμφύσεις. Συχνά βρίσκονται βρογχεκτασίες ενώ η ανάπτυξη εμφυσήματος είναι ασυνήθης. Η τυπική παθολογοανατομική εικόνα είναι της ινωδοποιού κυψελιδίτιδας με προοδευτική απόφραξη των αεραγωγών.

Ασβεστωσικά (αμιαντωσικά) σωμάτια ανευρίσκονται στις περιοχές της ινώσεως και τα πτύελα. Θα πρέπει να ξεκαθαριστεί ότι η ύπαρξη αμιαντωσικών σωματίων σημαίνει έκθεση σε αμίαντο αλλά όχι υποχρεωτικά αμιάντωση. Παχυπλευριτικές πλάκες – πάχυνση του υπεζωκότα ανευρίσκονται συχνά σε εκτεθειμένους σε αμίαντο αλλά και άλλα ινώδη ορυκτά. Είναι υπερυψωμένες περιοχές που περιέχουν κολλαγόνες ίνες και τείνουν να ασβεστοποιούνται. Βρίσκονται συνήθως στο τοιχωματικό πέταλο του υπεζωκότα. Η παρουσία τους σημαίνει έκθεση σε αμίαντο ή άλλα ινώδη ορυκτά και συχνά συναντώνται ενδημικά σε ορισμένες περιοχές. Διάχυτη πάχυνση του υπεζωκότα δυνατόν να συμβεί. Και οι δύο καταστάσεις δημιουργούν διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα καθώς οι ακτινολογικές εικόνες θυμίζουν πολύ φυματίωση ή όγκο του υπεζωκότα. Κατά κανόνα πάντως είναι ασυμπτωματικές. Ενδεχόμενος πόνος ή δύσπνοια μπορεί να εμφανισθούν ενώ δεν είναι σπάνιες οι μικροαιμοπτώσεις.

1ο Επίπεδο

Αρχόμενη αμιάντωση

Δύσπνοια προοδευτικά αυξανόμενη. Βήχας, δυσχέρεια του ασθενή να πάρει βαθειά αναπνοή. Ακρόαση: Τρίζοντες στις βάσεις. Α/α θώρακος: Σε αντίθεση με την πυριτίαση, τα ακτινολογικά ευρήματα είναι συνήθως λιγότερα από τα συμπτώματα και τα κλινικά και λειτουργικά ευρήματα. Η εικόνα είναι της διαχύτου, διαμέσου ινώσεως κυρίως στα κάτω πνευμονικά πεδία (s,t,u, πυκνότητας 1-2). Συχνά βρίσκονται παχυπλευρικές πλάκες σαν από παλιά φυματίωση. Σπυρομέτρηση: Μετρίου βαθμού μείωση των σπυρομετρικών τιμών μικτού τύπου. Ελάττωση της διατασιμότητας. Αέρια αίματος: Υποξαιμία.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Είναι η σοβαρότερη από τις πνευμονοκονιώσεις. Η εξέλιξη συνεχίζεται και μετά τη διακοπή της εργασίας. Συνιστάται αλλαγή επαγγέλματος.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50%

2ο Επίπεδο

Αμιάντωση

Δύσπνοια στην κόπωση. Βήχας – θωρακικός πόνος. Ακρόαση: Τρίζοντες στις βάσεις. Μείωση του Α.Ψ. Ξηρός διάσπαρτος ρόγχος. Α/α: Οι σκιάσεις επεκτείνονται σε όλα τα πνευμονικά πεδία και είναι πυκνότερες (s,t,u/3). Πιθανές παχυπλευρικές αλλοιώσεις. Σπυρομέτρηση: Μετρίου προς σημαντικού βαθμού ελάττωση των σπυρομετρικών τιμών. Ελάττωση της διατασιμότητας. Αέρια αίματος: Υποξαιμία.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Επιβεβλημένη η αλλαγή επαγγέλματος.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....67% {2 χρόνια}

3ο Επίπεδο

Προχωρημένη αμιάντωση

Σοβαρή δύσπνοια στην κόπωση. Βήχας – θωρακικός πόνος – πληκτροδακτυλία. Ακρ.: Μείωση Α.Ψ. Ξηροί ρόγχοι άμφω. Τρίζοντες στις βάσεις. Α/α : Πυκνές σκιάσεις (s,t,u/3). Κυστική διαμόρφωση (μελικηρήθρα) αλλά οι χώροι είναι μικροί (έως 5 mm). Πιθανές παχυπλευρικές αλλοιώσεις. Σπυρομέτρηση: Σημαντικού βαθμού ελάττωση των σπυρομετρικών τιμών μικτού τύπου. Σοβαρή ελάττωση της διατασιμότητας. Αέρια αίματος: Υποξαιμία – υπερκαπνία.

□ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....80% και άνω {3 χρόνια-εφόρου ζωής}

Βυσσίνωση

Η βυσσίνωση (από το «βύσσοζ») είναι ένα νόσημα που αφορά εργαζόμενους σε υφαντήρια και οφείλεται στην εισπνοή σκόνης βαμβακιού, λιναριού και καναβιού. Στις ίδιες ουσίες οφείλονται και ορισμένα οξέα σύνδρομα τα οποία εμφανίζονται συνήθως στις πρώτες επαφές ενώ η βυσσίνωση εμφανίζεται μετά από μακρά έκθεση. Τα συμπτώματα της νόσου εμφανίζονται εντονότερα την πρώτη ημέρα της εβδομάδας εργασίας (Δευτέρα) ενώ στη συνέχεια της εβδομάδας υποχωρούν ανάλογα με τη βαρύτητα της καταστάσεως.

1ο Επίπεδο**Βυσσίνωση σταδίων G1/2 και G1**

G1/2: περιστασιακό αίσθημα συσφίξεως στο θώρακα κάποιες Δευτέρες: G1: Αίσθημα συσφίξεως – δύσπνοια κάθε Δευτέρα. Ακρόαση: Ακροαστικά ευρήματα βρογχικού άσθματος κάθε Δευτέρα το οποία υποχωρούν τις υπόλοιπες ημέρες της εβδομάδας. Σπυρομέτρηση: Ελαφρού έως μέτριου βαθμού ελάττωση των σπυρομετρικών τιμών αποφρακτικού τύπου (μείωση του FEF 25-75 κ.λ.π.) μόνο τις Δευτέρες. Τις άλλες ημέρες Κ.Φ. Αέρια αίματος: Κ.Φ. Α/α : Χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Πρόκειται για ένα αρχόμενο επαγγελματικό άσθμα. Συνιστάται η αλλαγή «θέσεως» εργασίας για να προληφθεί η εξέλιξη σε περαιτέρω βαρύτερα στάδια.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....10-20%

2ο Επίπεδο**Βυσσίνωση σταδίου G2**

G2: Δύσπνοια – βήχας κάθε Δευτέρα (ή την πρώτη ημέρα της εβδομάδας εργασίας) που επεκτείνεται και σε άλλες μέρες. Σάββατο-Κυριακή χωρίς συμπτώματα. Ακρόαση: Ακροαστικά ευρήματα βρογχικού άσθματος κάθε Δευτέρα που διαρκούν ενδεχομένως ως την Παρασκευή. Σάββατο και Κυριακή Κ.Φ. Σπυρομέτρηση: Μετρίου – σημαντικού βαθμού μείωση των σπυρομετρικών τιμών κάθε Δευτέρα που προοδευτικά βελτιώνεται τις υπόλοιπες ημέρες της εβδομάδας. Σάββατο-Κυριακή Κ.Φ. Α/α θώρακος: Κ.Φ. Αέρια αίματος: Κ.Φ.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Σκόπιμη και ίσως επιβεβλημένη η αλλαγή εργασίας. Η καπνιστική συνήθεια θα πρέπει να διακοπεί οπωσδήποτε, άλλως η εξέλιξη σε στάδιο G3 είναι αναπόφευκτη.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....30-40% {1 χρόνο}

3ο Επίπεδο**Βυσσίνωση σταδίου G3**

G3: Δύσπνοια – βήχας ή ενδεχομένως απόχρεμψη μόνιμα

Ακρόαση: Ακροαστικά ευρήματα μόνιμης βρογχοστένωσης (με εξάρσεις και υφέσεις). Σπυρομέτρηση: Μόνιμη μείωση των σπυρομετρικών τιμών αποφρακτικού τύπου. Αέρια αίματος: Υποξαιμία. Α/α: Κ.Φ. επίταση της βρογχαγγειακής σκιαγραφίσεως.

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Η θετική ομοσχέτιση με το κάπνισμα είναι τέτοια που δεν ξέρουμε αν πρόκειται για ιδιαίτερη οντότητα ή συνδυασμό σταδίου G2- χρονίας βρογχίτιδας. Επιβάλλονται η αλλαγή επαγγέλματος και η διακοπή καπνίσματος.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....50-67% {2 χρόνια}

Επαγγελματικό βρογχικό άσθμα

Σαν «επαγγελματικό» χαρακτηρίζεται το άσθμα ο εκλυτικός παράγων του οποίου βρίσκεται στο χώρο εργασίας. Έχουν ενοχοποιηθεί περισσότερες από 200 ουσίες στον επαγγελματικό χώρο για την πρόκληση ασθματικών κρίσεων. Η ακριβής επίπτωση του ΕΒΑ δεν είναι γνωστή αλλά υποθέτουν ότι είναι υψηλή. Για παράδειγμα από τους νεοεισερχόμενους στην παραγωγή πλατίνης το ένα τρίτο αποχωρεί μέσα σε 18 μήνες λόγω εμφανίσεως άσθματος. Το ίδιο περίπου ισχύει για αυτούς που χρησιμοποιούν κολοφώνιο στη βιομηχανία ηλεκτρονικών. Στα εργαστήρια που χρησιμοποιούνται πειραματόζωα 5-10% των εργαζομένων αναπτύσσουν άσθμα.

Υπάρχει πάντα ένα διάστημα ανάμεσα στην πρώτη έκθεση σε κάποιον παράγοντα και στην ανάπτυξη συμπτωμάτων το οποίο ποικίλλει από εβδομάδες έως έτη.

Τα συμπτώματα της προσβολής (εφόσον έχει εγκατασταθεί το ΕΒΑ) αναπτύσσονται είτε εντός λεπτών (άμεσος τύπος) είτε εντός ωρών μετά την έκθεση και ενδεχομένως αφού ο πάσχων έχει φύγει από τον εργασιακό χώρο (επιβραδυνόμενος τύπος).

Στον άμεσο τύπο συνήθως η προσβολή αρχίζει μετά 10-20 λεπτά και διαρκεί 2 ώρες. Στον επιβραδυνόμενο αρχίζει μετά 4-8 ώρες και διαρκεί συνήθως 24-72 ώρες. Υπάρχουν ενδιάμεσοι τρόποι αντίδρασης και επίσης υπάρχει περίπτωση η έναρξη προσβολής να είναι άμεση και να διαρκεί μεγάλο διάστημα.

Ανάλογα με τον τύπο η συμπτωματολογία αλλά και τα ευρήματα του λειτουργικού ελέγχου των πνευμόνων αποκτούν κάποιο «ωράριο». 1) Εάν η αντίδραση είναι άμεση και διαρκεί μικρό διάστημα τότε καθημερινά θα υπάρχουν συμπτώματα που θα αρχίζουν στο χώρο της δουλειάς ενώ το Σαββατοκύριακο ο ασφαλισμένος θα είναι χωρίς πρόβλημα. 2) Εάν η προσβολή διαρκεί 1-2 τότε έχουμε σταδιακή επιβάρυνση κατά τη διάρκεια της εβδομάδας με την Κυριακή να είναι η «καλύτερη» ημέρα για τον πάσχοντα. 3) Εάν η προσβολή διαρκεί τρεις ημέρες τότε έχουμε σταδιακή επιβάρυνση κατά τη διάρκεια της εβδομάδας. Το Σαββατοκύριακο δεν είναι ελεύθερο συμπτωμάτων. Εάν η αντίδραση εμφανίζεται με σχετική καθυστέρηση η «καλύτερη» ημέρα της εβδομάδας είναι η Δευτέρα. 4) Εάν η διάρκεια της προσβολής διαρκεί πέραν των 3 ημερών τότε έχουμε μια σταδιακή επιβάρυνση μέχρις ότου φτάσουμε σε μια σταθερή (με συμπτώματα, κλινικά ευρήματα και επιβαρημένο λειτουργικό έλεγχο) κατάσταση. Εάν διακοπεί το επάγγελμα η βελτίωση αρχίζει μετά την πρώτη εβδομάδα και η πλήρης αποκατάσταση επέρχεται μετά τρεις περίπου μήνες. 5) Στη βυσσίνωση και τον «πυρετό εξ υγραντού ατμόσφαιρας» τα συμπτώματα είναι εντονότερα την πρώτη ημέρα της εβδομάδας και βελτιώνονται κατά τη διάρκειά της (πυρετός της Δευτέρας).

Για τη διάγνωση της ΕΒΑ εκτός των άλλων δοκιμασιών ιδιαίτερα χρήσιμη είναι η ανά δίωρο επί δύο εβδομάδες μέτρηση της μεγίστης εκπνευστικής ροής (PEFR) που γίνεται από τον ίδιο τον άρρωστο με ένα απλό ροόμετρο (peak flowmeter). Δυστυχώς μια τέτοια μέθοδος απαιτεί συνεργασία του γιατρού με τον εξεταζόμενο και εμπιστοσύνη ανάμεσα στον ασφαλισμένο και τον ασφαλιστικό οργανισμό.

Οι κυριότεροι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την πρόκληση άσθματος στον επαγγελματικό χώρο είναι :

- *Βιολογικοί παράγοντες* : Ένζυμα, Κολοφώνιο, Πρωτεΐνες ούρων μικρών ζώων (ποντίκια, ινδικά χοιρίδια), Σπόροι και άλευρα, Σκόνη ξύλου (πριονίδι από κοκκινόκεδρο, ιρόκο), Φάρμακα (κεφαλοσπορίνες, πενικιλίνη κ.λ.π.), Έντομα (ακρίδες, κατσαρίδες κ.λ.π.).
- *Χημικοί παράγοντες* : Τολουένιο, Εξαμεθυλένιο, Ναφθαλίνη, Διφενυλμεθάνιο, Άλατα λευκόχρυσου (πλατίνας), Ανυδρίτες οξέων, Εποξεικές ρητίνες, Φορμαλδεΐδη.
- ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Το γεγονός ότι ο παράγων που προκαλεί ασθματικές κρίσεις βρίσκεται στο χώρο εργασίας, καθιστά τον πάσχοντα ακατάλληλο για το επάγγελμά του. Υπό την προϋπόθεση της αλλαγής εργασίας ή έστω θέσεως εργασίας, ισχύουν για τον πάσχοντα όσα αναφέρονται στο κεφ. των πνευμονικών παθήσεων περί άσθματος. Υπάρχει δηλαδή η πιθανότητα το ποσοστό αναπηρίας το ασφαλισμένου να είναι 80% για το επάγγελμα του και μηδέν (0) για οποιοδήποτε άλλο.

24. Επαγγελματικός καρκίνος πνεύμονος

Στον επαγγελματικό χώρο υπάρχουν πολλές ουσίες ή επιδράσεις ύποπτες για καρκινογόνο δράση. Θεωρείται ότι 15% του συνόλου των καρκίνων για τους άνδρες και 5% για τις γυναίκες είναι επαγγελματικής αιτιολογίας. Δεδομένου ότι οι πνεύμονες και το δέρμα είναι τα πλέον εκτεθειμένα όργανα στις επιδράσεις του περιβάλλοντος, η αναλογία του επαγγελματικού καρκίνου σε αυτά τα όργανα θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη.

Φυσικές ή χημικές επιδράσεις εκ του περιβάλλοντος, στα ακάλυπτα ιδίως μέρη του σώματος, είναι δυνατόν να επιφέρουν αλλοιώσεις δέρματος που κλινικώς και ιστολογικώς να ανήκουν στις καρκινικές καταστάσεις (διαφόρου τύπου, εκτάσεως και προγνώσεως και αναλόγου με αυτά ασφαλιστικής σκέψεως και κρίσεως).

Ορισμένες από τις ουσίες του επαγγελματικού περιβάλλοντος θεωρούνται ότι έχουν πολλαπλασιαστική αλληλεπίδραση με το κάπνισμα.

Για τον αμίαντο, το αρσενικό, τους χλωρομεθυλαιθέρες και τα ραδιενεργά στοιχεία, η σχέση θεωρείται αποδεδειγμένη. Αδιάσειστες αποδείξεις για τη σχέση ενός καρκίνου με το επάγγελμα δεν είναι δυνατόν να υπάρξουν. Η εμφάνιση ωστόσο ενός καρκίνου σε νεότερη ηλικία από τη συνήθη, σε συνδυασμό με την παρουσία ενός βέβαιου καρκινογόνου στο χώρο εργασίας, είναι ισχυρές ενδείξεις τις οποίες οι επιτροπές επαγγελματικών νοσημάτων θα πρέπει να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη.

ΑΜΙΑΝΤΟΣ

Αναμφισβήτητα η έκθεση στον αμίαντο μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη καρκίνου πνεύμονος και μεσοθηλιώματος. Ειδικά για το δεύτερο, η επαγγελματική έκθεση σε αμίαντο βρίσκεται στο 80% των περιπτώσεων. Θεωρείται ότι οι μισοί από αυτούς που έχουν αμιάντωση θα πεθάνουν από καρκίνο πνεύμονος. Ο κίνδυνος είναι ανάλογος του βαθμού εκθέσεως, του τρόπου εκθέσεως και του είδους του αμιάντου, ενώ αυξάνει πολλαπλασιαστικά σε συνδυασμό με το κάπνισμα.

ΑΡΣΕΝΙΚΟ

Έχει διαπιστωθεί σαφής σχέση μεταξύ της δόσεως και του καρκίνου του πνεύμονος κατά την επαγγελματική έκθεση. Έχει πολλαπλασιαστική αλληλεπίδραση με το κάπνισμα. Όλοι οι ιστολογικοί τύποι καρκίνου πνεύμονος μπορούν να παρατηρηθούν ιδιαίτερα όμως το εκ πλακωδών επιθηλίων.

ΝΙΚΕΛΙΟ

Ο καρκίνος πνεύμονος αλλά και των παραρρινίων που προκαλείται από την εισπνοή νικελίου είναι γνωστός από παλιά.

ΧΡΩΜΙΟ

Αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο πνεύμονος έχει παρατηρηθεί σε εργάτες εκτεθειμένους σε χρώμιο ενώ παρουσιάζεται θετική ομοσχέτιση του βαθμού εκθέσεως με τον αριθμό των θανάτων από καρκίνο πνεύμονος. Καρκινογόνες ιδιότητες θεωρείται ότι έχει το εξασθενές χρώμιο.

BENZOPYRENIΟ

Αυξημένες συγκεντρώσεις βενζοπυρενίου βρίσκονται κυρίως σε διυλιστήρια παραγωγή πίσσας, ασφαλοστρώσεις, σταθμούς αυτοκινήτων. Θεωρείται βέβαιο καρκινογόνο.

ΧΛΩΡΟΜΕΘΥΛΑΙΘΕΡΕΣ

Χρησιμοποιούνται ευρέως στη χημική βιομηχανία. Έχουν πολλαπλασιαστική αλληλεπίδραση με το κάπνισμα.