

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 έτος)

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% (2 έτη και άνω)

5.2. Πνευμονική ίνωση J84**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: κολλαγνώσεις, σαρκοείδωση, πνευμονοκονιάσεις, φυματίωση, μετακτινική πνευμονίτιδα, πνευμονική αιμοσιδήρωση, κυψελιδική πρωτεΐνωση, ιστιοκύτωση-Χ, κ.α.

Κύριο σύμπτωμα η δύσπνοια προσπαθείας συνοδευόμενη από βήχα και ελάχιστη απόχρεμψη. Δυνατόν να ανευρίσκεται πληκτροδοκτυλία. 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.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Για την κατάταξη στα επίπεδα βαρύτητας πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν όλοι οι παράμετροι της σπιρομέτρησης κι όχι μόνο μία παράμετρος

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 βρογχοαγγειακής σκιαγραφήσεως, πιθανόν μικροοζώδης διάσφιξη.

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 βλεννώδη απόχρεμψη.

Κλινικά ευρήματα

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

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α: Εντονότερη δικτυωτή και δικτυοοζώδης διάσφιξη 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 έτος)

3ο επίπεδο

Σοβαρού βαθμού πνευμονική ίνωση

Συμπτώματα

Δύσπνοια στην ελάχιστη προσπάθεια ή και δύσπνοια ακόμη και στην ηρεμία. Βήχας, βλεννώδης απόχρεμψη. Πληκτροδοκτυλία.

Κλινικά ευρήματα

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

Παρακλινικά ευρήματα

Α/α: Οι κυστικοί σχηματισμοί γίνονται λιαν 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 έτη)

4ο επίπεδο

Τελικού Σταδίου Πνευμονική Ινωση
Πάθηση μη αναστρέψιμη. Ο ασθενής είναι υπό συνεχή χορήγηση οξυγόνου

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 80%

5.3. Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια J44

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 τοιχώματός τους) και τύπου II (υπεροχή χρόνιας βρογχίτιδας: Χαρακτηριστικό η μόνιμη φλεγμονή του βλεννογόνου των βρόγχων και η μεγέθυνση 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 50ο έτος ηλικίας και είναι απότοκος (κατά 90%) της καπνιστικής συνήθειας.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

1ο επίπεδο

Ήπια ή αρχόμενη ΧΑΠ

Συμπτώματα

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

Κλινικά ευρήματα

Ακροαστικώς: 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 έτη)

2ο επίπεδο

Μετρίου βαθμού ΧΑΠ

Συμπτώματα

Δύσπνοια στην κόπωση και βήχας παραγωγικός. 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 βραγχοαγγειακής 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 υπό την προϋπόθεση ότι δεν είναι ιδιαίτερα κοπιαστική ή το περιβάλλον ιδιαίτερα επιβαρημένο.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ 20%-40% (1-2 έτη)

3ο επίπεδο

Σοβαρή δύσπνοια στη σωματική προσπάθεια μέχρι δύσπνοια σε ηρεμία. Χαρακτηριστικός τρόπος αναπνοής. Δύναται να βαδίσει 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 – οριζοντίωση πλευρών – κατάσταση διαφράγματος – επιμήκυνση καρδιακής σκιάς. Επίταση βρογχοαγγειακής 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 αυξημένος 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%

[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 δυνατόν να τροποποιηθούν κύρια σε σχέση με το επάγγελμα και την ηλικία κατά την κρίση της επιτροπής].

5.4. Σαρκοείδωση D86

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Άγνωστης αιτιολογίας πολυσυστημική 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:

- ανοικτή βιοψία πνεύμονος,
- διαβρογχική βιοψία
- μεσοθωρακοσκοπική βιοψία λεμφαδένων,
- βιοψία δέρματος ή δακρυϊκών αδένων.

Η αντίδραση Kveim δε χρησιμοποιείται ευρέως στην Ελλάδα.