

Πιστοποίηση αναπηρίας στην Ελλάδα της Οικονομικής Κρίσης

«Η καυτή πατάτα» στα χέρια του ρευματολόγου και ο
αναγκαίος συντονισμός της ρευματολογικής
κοινότητας

Ευαγγελία Κασκάνη

Ρευματολόγος



• *Working for a Healthier Tomorrow. Dame Carol Black's Review of the Health of Britain's Working Age Population, 2008.*

• *Is Work Good for Your Health and Well-being?*

Waddell G, Burton AK. Norwich, UK: The Stationery Office, 2006.



- Η παραμονή στην εργασία όσο περισσότερο είναι εφικτό κατά την διάρκεια της νόσου και η ταχεία επιστροφή όταν επιτευχθεί ίαση ή ύφεση είναι σημαντικοί παράγοντες για την κοινωνική και οικονομική ευμάρεια σε γενικό, αλλά και ατομικό επίπεδο
- Η εργασία έχει σχετιστεί με καλύτερη υγεία και αποτελεί ευνοϊκό παράγοντα για την φυσική και διανοητική κατάσταση του ατόμου



- Οι παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος αποτελούν συχνό αίτιο απουσίας από την εργασία και μακροχρόνιας ανικανότητας παγκόσμια
- Στην Βρετανία το διάστημα 2009- 10, 572 000 άτομα (2% του εργαζόμενου πληθυσμού) απουσίασαν από την εργασία λόγω μυοσκελετικής πάθησης με μέσο όρο απουσίας 13.4 μέρες
- Από τα 2.5 εκατομμύρια πληθυσμού που λαμβάνουν αναπηρική σύνταξη στην Βρετανία, ποσοστό 25% παρουσιάζει ανικανότητα οφειλόμενη σε μυοσκελετική νόσο

Health and Safety Executive. Statistics. Musculoskeletal disorders.
<http://www.hse.gov.uk/statistics/lfs/swit3w12.xls> (7 July 2011).

Ασθενείς με ΡΑ και Αναπηρική σύνταξη

- 2-3 έτη : 20 - 40%
- 5 έτη : 29 - 50%
- 20 έτη : έως 80%

Ασθενείς με ΑΣ και αναπηρική σύνταξη

- 8 έτη : 3%
- 45 έτη : 50%

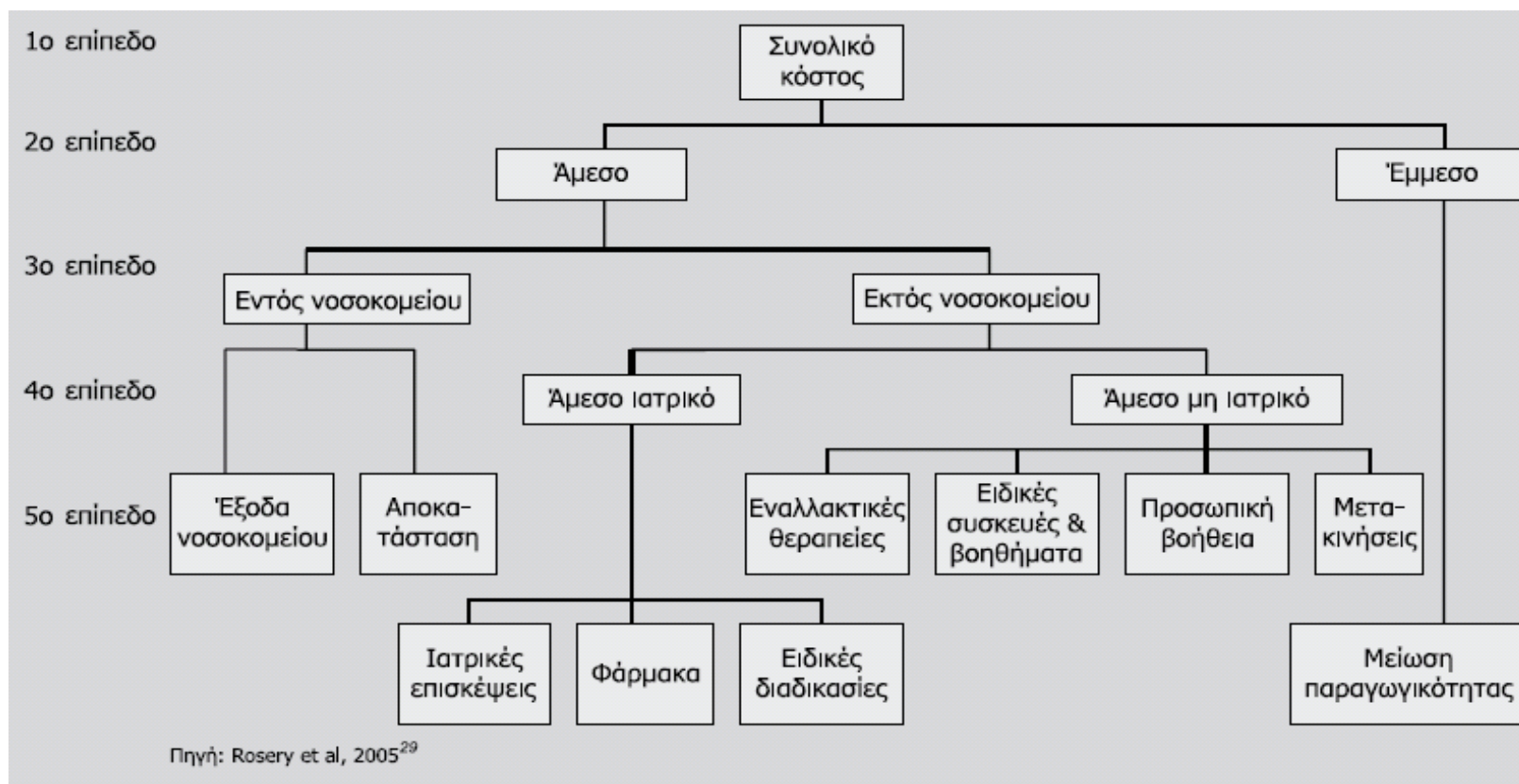
Ασθενείς με ΨΑ και αναπηρική σύνταξη

- 20-50%

- Rheumatology 2012;51:338346
- Arthritis Rheum 2004;51:488-97.
- Nat Clin Pract Rheumatol 2006;2:546
- ISPOR 17th Annual European Congress,
The Netherlands, 8th – 12th November 2014

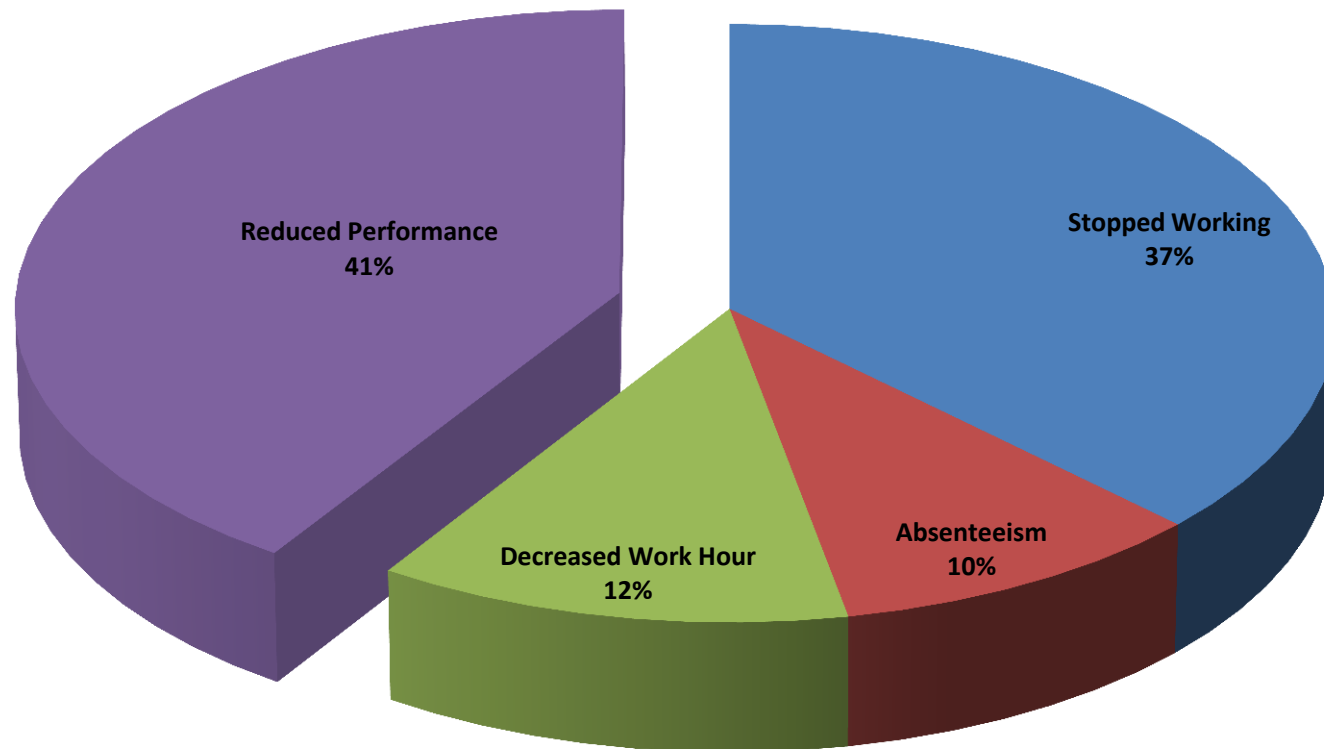


Διάγραμμα κόστους Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας



Rosery H, Bergemann R, Maxion-Bergemann S. International variation in resource utilization and treatment costs for rheumatoid arthritis. *Pharmacoeconomics* 2005, 23:243–257

Συνεισφορά διαφόρων παραγόντων στον υπολογισμό του Έμμεσου Ετήσιου Κόστους λόγω απώλειας παραγωγικότητας στην εργασία, στους ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα





Prevalence of Rheumatic Diseases in Greece: A Cross-Sectional Population Based Epidemiological Study. The ESORDIG Study

ALEXANDROS ANDRIANAKOS, PANAGIOTIS TRONTZAS, FOTIS CHRISTOYANNIS, PETROS DANTIS, COSTAS VOUDOURIS, ATHANASIOS GEORGIOUNZOS, GEORGE KAZIOLAS, ELIZABETH VAFIADOU, KYRIAKI PANTELIDOU, DIMITRIOS KARAMITSOS, LEONIDAS KONTELIS, PETROS KRACHTIS, ZOUBOULIO NIKOLIA, EVAGGELIA KASKANI, ELPINIKI TAVANIOTOU, CHRISTOS ANTONIADES, GEORGE KARANIKOLAS, and ANASTASIA KONTOYANNI

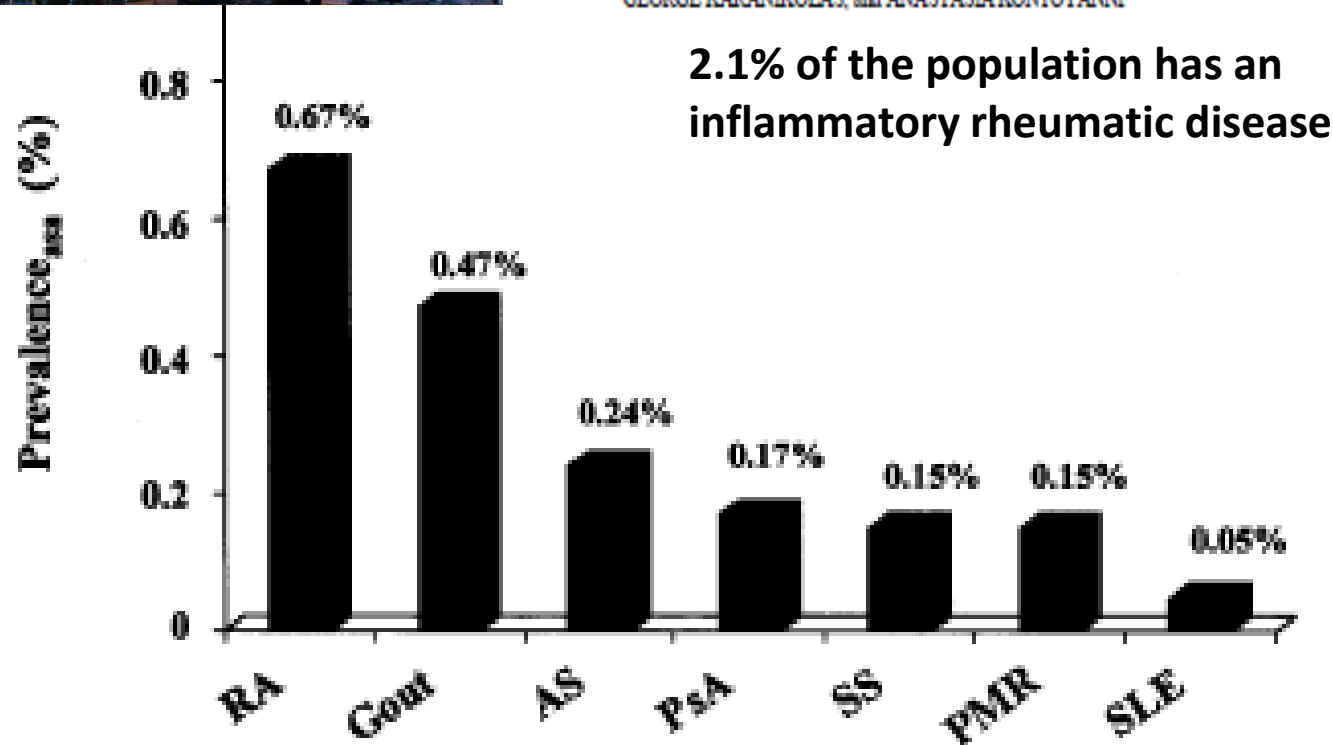


Figure 3. Age and sex adjusted prevalence (prevalence_{adj}) in the total target adult population of the most common inflammatory rheumatic diseases: rheumatoid arthritis (RA), gout, ankylosing spondylitis (AS), psoriatic arthritis (PsA), Sjögren's syndrome (SS), polymyalgia rheumatica (PMR), and systemic lupus erythematosus (SLE).

The ESORDIG Study.

J Rheumatol 2003;30:1589601).



ΑΙΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΚΕΠΑ 2013-2014

2013

- Όγκος Εισερχομένων αιτήσεων για κρίση : 123.536
- Όγκος Εισερχομένων αιτήσεων για κρίση με την **Ρευματολογική πάθηση σαν κύρια νόσο: 2.549 (2.06%)**

2014

- Όγκος Εισερχομένων αιτήσεων για κρίση : 128.633
- Όγκος Εισερχομένων αιτήσεων για κρίση με την **Ρευματολογική πάθηση σαν κύρια νόσο: 2.906 (2.26%)**

?

Νομικό Πλαίσιο καθορισμού αναπηρίας ΟΑΕΕ

- *« Η ανικανότητα για εργασία καθορίζεται με βάση αφ' ενός τη φυσική αναπηρία, αφ'ετέρου την επίδραση αυτής επί του ασκουμένου επαγγέλματος σε συνδυασμό με την ηλικία του εξεταζομένου, τη δυνατότητα άσκησης άλλου επαγγέλματος και τη δυνατότητα συνέχισης της λειτουργίας του και εκφράζεται σε ποσοστό επί τοις εκατό (%)»*
- Ο ασφαλισμένος του ΟΑΕΕ έχει δικαίωμα για σύνταξη αναπηρίας από τον Οργανισμό αυτό, εφόσον έχει γίνει ανίκανος για την άσκηση του συνήθους βιοποριστικού επαγγέλματός του, σε ποσοστό τουλάχιστον 67 %
 - Άρθρο 21 § 3 του Καταστατικού του Κλάδου Σύνταξης του ΟΑΕΕ Π. 258/2005, ΦΕΚ 316 τ. Α' /2005) και, αναλυτικότερα, άρθρο 25 του Κανονισμού Ασφαλιστικής Λειτουργίας του ΟΑΕΕ (ΥΑ Φ80000/7228/308, ΦΕΚ Β 1397 2006):

Νομικό Πλαίσιο καθορισμού αναπηρίας ΟΓΑ-ΙΚΑ

- «Ο ασφαλισμένος του ΟΓΑ έχει δικαίωμα για σύνταξη αναπηρίας εφόσον έχει γίνει ανίκανος για την άσκηση του συνήθους βιοποριστικού επαγγέλματός του, σε ποσοστό τουλάχιστον 67 %, από πάθηση ή βλάβη που κατά πρόβλεψη της υγειονομικής επιτροπής θα διαρκέσει τρία (3) τουλάχιστον χρόνια
- Για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ, η έννοια της αναπηρίας συνδέεται με τη δυνατότητά τους προς βιοπορισμό και χαρακτηρίζεται **ως βαριά, συνήθης ή μερική, με ποσοστά 80%, 66,6% και 50% αντίστοιχα**, ανάλογα με το ποσό που συνήθως κερδίζει σωματικά και πνευματικά υγιής άνθρωπος της ίδιας μόρφωσης
- Επιπλέον, προβλέπεται η **δυνατότητα αύξησης μέχρι 17 ποσοστιαίες μονάδες του ποσοστού αναπηρίας που προσδιορίστηκε με βάση ιατρικά κριτήρια με τη χρήση κοινωνικών κριτηρίων ή κριτηρίων αγοράς εργασίας** ».

Νομικό Πλαίσιο καθορισμού αναπηρίας

Η αρμοδιότητα των υγειονομικών επιτροπών

- « Περιλαμβάνει αφενός την από ιατρικής απόψεως διαπίστωση της φύσεως των αιτίων, της εκτάσεως και της διάρκειας της σωματικής ή της πνευματικής παθήσεως ή βλάβης ή εξασθενήσεως του αιτούντος, είτε πρωτοτύπως είτε παραγώγως
- και αφετέρου την έρευνα της επίδρασης τούτων **«επί της ικανότητας του ασφαλισμένου προς άσκησιν του συνήθους βιοποριστικού επαγγέλματος αυτού, ως και την ανάκτησιν αυτής»**

21η Έκθεση Πληροφοριακού Συστήματος «Ήλιος»

Προνοιακά επιδόματα

- «Αυξημένος κατά 3.451 συνταξιούχους σε σχέση με τον προηγούμενο μήνα, είναι ο αριθμός των συνταξιούχων της χώρας
- Ο αριθμός των συνταξιούχων, ανέρχεται σε 2.657.649.
- Ο αριθμός των δικαιούχων προνοιακών επιδομάτων ανέρχεται σε 170.689 συνολικά και το ποσό που καταβάλλεται σε 57.371.767 ευρώ
- Από το σύνολο των δικαιούχων προνοιακών επιδομάτων το 29% αφορά σε δικαιούχους οι οποίοι παράλληλα λαμβάνουν και συντάξεις
- Περίπου το 30% των δικαιούχων που λαμβάνουν μόνο προνοιακά επιδόματα είναι ηλικίας έως και 25 ετών και το 37% κυμαίνεται μεταξύ 26-50 ετών
- Αντίστοιχα, από τους συνταξιούχους οι οποίοι είναι παράλληλα δικαιούχοι προνοιακών επιδομάτων το 20% είναι ηλικίας μεταξύ 26-50 ετών, το 21% κυμαίνεται μεταξύ 66- 75 ετών και το 22% μεταξύ 76-85 ετών»

Δημήτρης Στρατούλης

Αναπληρωτής υπουργός Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Ιανουάριος 2015

• ΕΝΙΑΙΙΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ



23317

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 1506

4 Μαΐου 2012

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθμ. Φ. 1532/οικ. 1029/688

Ενιαίος Πίνακας Προσδιορισμού Ποσοστού Αναπηρίας.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ -

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 7, του ν. 3863/2010 (Φ.Ε.Κ. Α' 115) «Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις», όπως ισχύει μετά την αντικατάστασή του με το άρθρο 28, του ν. 4038/2012 (Φ.Ε.Κ. Α' 14) «Επείγουσες ρυθμίσεις που αφορούν την εφαρμογή του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012 - 2015».

2. Τις διατάξεις του άρθρου 90, του Κώδικα νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα Κυβερνητικά Όργανα, που κυρώθηκε με το άρθρο πρώτο, του π.δ. 63/2005 (Φ.Ε.Κ. Α' 98).

3. Τις διατάξεις του π.δ. 372/1995 (Φ.Ε.Κ. Α' 201) «Μεταφορά της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, στο Υπουργείο Εργασίας» και του π.δ. 203/1992 (Φ.Ε.Κ. Α' 102) «Οργάνισμός της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων».

4. Τις διατάξεις του π.δ. 110/2011 (Φ.Ε.Κ. Α' 243) «Διορισμός Αντιπροέδρων της Κυβέρνησης, Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών».

5. Τις διατάξεις του π.δ. 31/2012 (Φ.Ε.Κ. Α' 62) 28.03.2012 «Διορισμός Υπουργού Οικονομικών».

6. Τις διατάξεις της απόφασης του Πρωθυπουργού, με αριθμ. 2876/07.10.2009 (Φ.Ε.Κ. Β' 2234) «Αλλαγή τίτλου Υπουργών».

7. Τις διατάξεις του άρθρου 203, του ν. 4072/2012 (Φ.Ε.Κ. Α' 86), με το οποίο η εποπτεία του ΝΑΤ, ασκείται από 01.04.2012 από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.

8. Την πρόταση της Δ/σης Αναπηρίας του ΚΑ-ΕΤΑΜ και τη γνώμη της Ειδικής Επιστημονικής Επιτροπής, που συγκροτήθηκε με την με αριθμ. Φ80.000/οικ. 3647/22.4.7.2011 απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης (Φ.Ε.Κ. Υ.Ο.Δ.Δ. 220/13.7.2011), όπως η απόφαση αυτή ισχύει μετά την τροποποίησή της με την με αριθμ. Φ. 8000/0.οικ. 9488/760/23.4.2012 (Φ.Ε.Κ. Υ.Ο.Δ.Δ. 203/23.4.2012) Υπουργική απόφαση.

9. Το γεγονός ότι από την εφαρμογή της απόφασης αυτής δεν προκαλείται οικονομική επιβάρυνση σε βάρος των προϋπολογισμών των οικείων ασφαλιστικών οργανισμών και του δημοσίου, αποφασίζουμε:

Εγκρίνουμε τον επισυναπτόμενο Πίνακα, με τον οποίο καθορίζονται τα ποσοστά αναπηρίας που συνεπάγεται κάθε πάθηση ή βλάβη ή σωματική ή ψυχική ή πνευματική εξασθένιση ή η συνδυασμένη εμφάνιση τέτοιων παθήσεων ή βλαβών ή εξασθενήσεων, καθώς και οι υποτροπές αυτών, που θα λαμβάνονται υπόψη από τις Υγειονομικές Επιτροπές του ΙΚΑ - ΕΤΑΜ και θα αφορούν όλους τους ασφαλιστικούς φορείς και το δημόσιο.

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 παρακολουθήσεως 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 πάθησης

ΠΟΣΟΣΤΟ 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 ψυχosύνδρομο, 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 αναστρεψίμων οργανικών βλαβών π.χ, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, πνευμονική υπέρταση, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια κ.λ.π., ή επί νευροψυχιατρικών εκδηλώσεων (οργανικό ψυχosύνδρομο, επιληψία) τα ποσοστά αναπηρίας καθορίζονται κατά περίπτωση οργανικής βλάβης βλ. και στα αντίστοιχα οικεία κεφάλαια

2. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΙΑ

ΟΡΙΣΜΟΣ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Νόσος χρόνια, και εξελικτική, αυτοανόσου 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 χρονία, αυτοανόσου 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 ανοσοτροποποιητική 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 ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑΣ

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 επίγεγμα του ασθενούς παίζει καθοριστικό ρόλο στον υπολογισμό του ποσοστού αναπηρίας.~~

~~Επί διαρκούς ή χρόνιας φλεγμονώδους αρθρίτιδας που δεν απάντησε 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 μικρας μόνον στροφικής κινήσεως της κεφαλής μετά βαρειων κυφωσκολιωτικών παραμορφώσεων και επισήμου περιοριστικού αναπνευστικού συνδρόμου, >67% -100 % [3 χρόνια επί όρου ζωής].

Επί πνευμονικής ινώσεως ή καρδιαγγειακών επιπλοκών βλ. αντίστοιχα κεφάλαια.

5. ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΙΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΕΣ (οξώδης πολυαρτηρίτιδα, 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 Αδαμαντιάδη-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 εξατομικεύεται ανάλογα με τα όργανα/συστήματα που προσβάλλονται, την έκταση και βαρύτητα της οργανικής προσβολής, αλλά κυρίως ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενούς στη ανοσοτροποποιητική 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 αγγειιτίδων 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 μεσοφαλλαγικές 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 μονονατρίου σε άτομα με υπερουριχαιμία οδηγεί, με ποικίλη συχνότητα σε οξείες κρίσεις ουρικής αρθρίτιδας. Λόγω βραχυχρόνιου διαρκείας των κρίσεων δεν επέρχεται μόνιμη αλλά μόνο πρόσκαιρη αναπηρία.

Σε ορισμένους ασθενείς στους οποίους δυνατόν να συμβαίνουν αλληπάλληλες κρίσεις μακράς διαρκείας 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).

ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΥ

- 1η Άποψη:
- Η θεραπευτική αγωγή με στόχο την ύφεση έχει την λογική της λειτουργικής αποκατάστασης του ρευματοπαθούς και της επανένταξης του στο εργατικό δυναμικό
- Η βασική λογική της σχέσης κόστους-όφελους της θεραπευτικής αγωγής στηρίζεται και στην μείωση του κόστους τις απώλειες παραγωγικότητας

Παράγοντες που καθορίζουν την εργασιακή ικανότητα και απόδοση

A) Άμεσα εξαρτώμενοι από την νόσο

- Κλινική ύφεση της νόσου
- Η αντίληψη του ασθενούς για την κατάστασή του (self reported outcomes)
- Συνοσηρότητα
- Παρενέργειες φαρμάκων



Working at arthritis

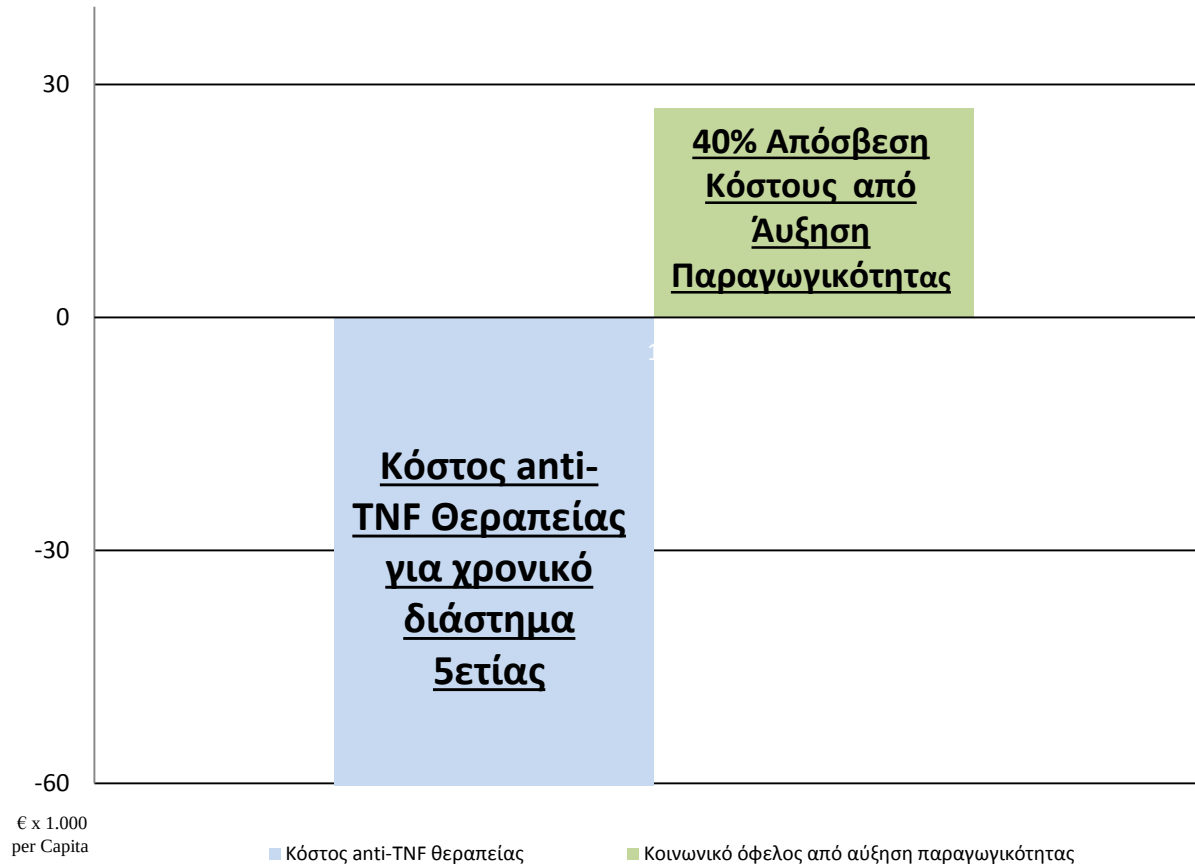
How much do we know?

- Rheumatology 2012;51:201203

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

Ο ρόλος της ύφεσης

Όφελος από την Αύξηση της Παραγωγικότητας σε σύγκριση με την Φαρμακευτική Δαπάνη για τις αντί-TNF Θεραπείες για χρονικό διάστημα 5ετίας



Augustsson J. et al. Extended report: Patients with rheumatoid arthritis treated with tumour necrosis factor antagonists increase their participation in the workforce: potential for significant long-term indirect cost gains (data from a population-based registry) Ann Rheum Dis 2010, 69: 126-131

Concise report

Does achieving clinical response prevent work stoppage or work absence among employed patients with early rheumatoid arthritis?

Wei Zhang^{1,2}, Huiying Sun¹, Paul Emery^{3,4}, Reiko Sato⁵, Amitabh Singh⁵, Bruce Freundlich⁵ and Aslam H. Anis^{1,2}

Results. After adjustment for baseline characteristics, ACR70 responders were 72% less likely to stop working and 55% less likely to miss work than ACR20 non-responders ($P < 0.05$). Patients achieving DAS-28 remission were 54% less likely to stop work than those with DAS-28 > 3.2 ($P < 0.05$). Moderate improvements did not appear to effect work stoppage or missed days after adjustments.

Conclusions. Results suggest that achieving clinical remission or major improvement might be necessary to significantly impact work outcomes.

Ενεργότητα νόσου και εργασία

Συσχέτιση με DAS 28

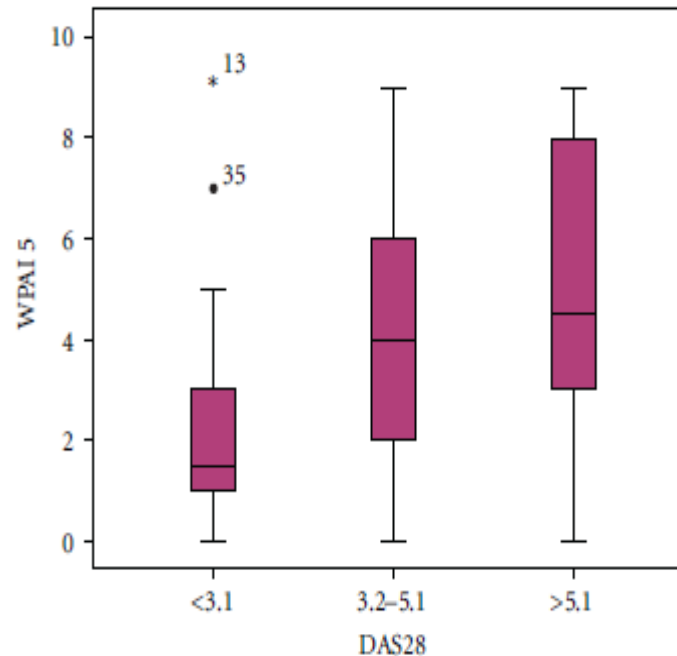


FIGURE 2: RA disease activity and work impairment.

Work Productivity in Rheumatoid Arthritis: Relationship with Clinical and Radiological Features

Rafael Chaparro del Moral

Hindawi Publishing Corporation Arthritis .Volume 2012, Article ID 137635, 7 pages doi:10.1155/2012/137635

Ενεργότητα νόσου και εργασία

Συσχέτιση με HAQ-A

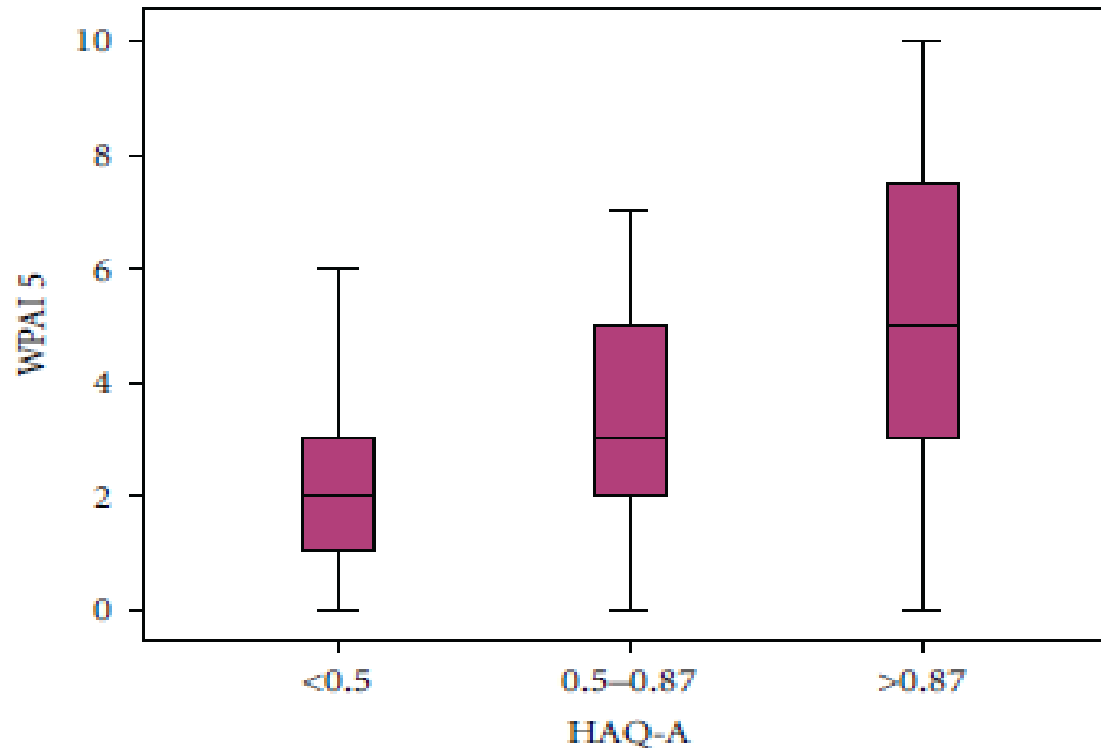


FIGURE 3: Functional status and work impairment WPAI (range 0–10).

Review

Methodological issues when measuring paid productivity loss in patients with arthritis using biologic therapies: an overview of the literature

Suzanne M. M. Verstappen¹, Bruno Fautrel², Sabrina Dadoun²,
Deborah P. M. Symmons¹ and Annelies Boonen³

- Although less frequently investigated, a number of studies also determined the impact of biologic therapy on employment
- However, the results in these studies are conflicting, which may partly be explained by the variation in methods used to assess the association between biologic therapy and employment/productivity loss

Review

Methodological issues when measuring paid productivity loss in patients with arthritis using biologic therapies: an overview of the literature

Suzanne M. M. Verstappen¹, Bruno Fautrel², Sabrina Dadoun²,
Deborah P. M. Symmons¹ and Annelies Boonen³

- First clinical trials often are of a short duration ranging from 1 to a maximum of 2 years in which actual employment changes, especially gain in employment, is less likely to occur, whereas changes in sick leave and at-work productivity loss are more likely to be seen earlier
- Secondly, to investigate the additional effect of biologic therapy compared with conventional treatment a control group is mandatory and, especially in observational studies, outcomes should be adjusted for possible confounders

ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΥ

- 2η Άποψη
(προβληματισμός):
Υπάρχει γραμμική
συσχέτιση της
ύφεσης της νόσου με
την ικανότητα προς
εργασία ?

"You just do it. You force yourself to get up. You force yourself to put one foot before the other, and God damn it, you refuse to let it get to you. You fight. You cry. You curse. Then you go about your business of living. That's how I've done it. There's no other way." - Elizabeth Taylor

Χρόνια ρευματική νόσος και «Φαινότυπος Ευθραυστότητας» «Αδυναμία»



COMMENTARY

Open Access

Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge

Fanny Buckinx^{1,2*}, Yves Rolland³, Jean-Yves Reginster^{1,2,4}, Céline Ricour⁵, Jean Petermans⁵ and Olivier Bruyère^{1,2,6}

Abstract

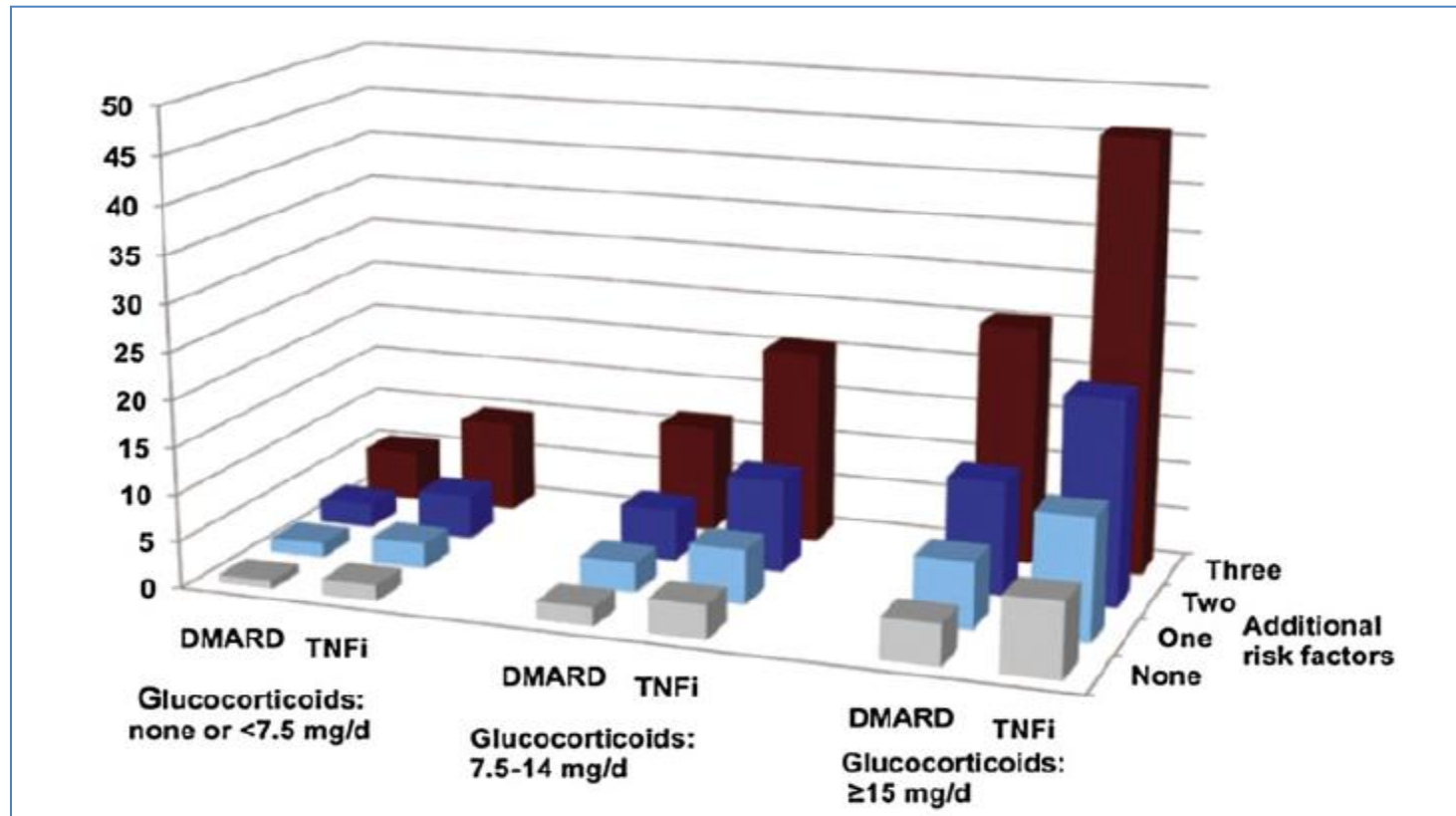
Frailty is a major health condition associated with ageing. Although the concept is almost universally accepted, its operational definition remains controversial. Anyway, this geriatric condition represents a huge potential public health issue at both the patient and the societal levels because of its multiple clinical, societal consequences and its dynamic nature. Here, we review existing definitions and assessment tools for frailty, we highlight consequences of this geriatric condition and we discuss the importance of its screening and prevention to limit its public health burden.

Keywords: Frailty, Elderly, Public health, Prevalence

Ανεπιθύμητες ενέργειες από τα φάρμακα



DMARDS-Κορτικοειδή και Βιολογικοί παράγοντες – Κίνδυνος σοβαρών λοιμώξεων



Estimated incidences of serious infections in 100 patients per year by treatment and risk profile. Additional risk factors are 1 or 2 of the following: age greater than 60 years, chronic lung disease, chronic renal disease, or high number of treatment failures; 3 risk factors: 2 of these risk factors plus previous serious infections (Ann Rheum Dis 2011;70:1914–20.)

Table 3

The biologic era: rates and RRs of serious infections in patients with RA using anti-TNF therapy from European and North American observational cohort studies

Country, Year	Crude Incidence per 100 Patient-Years Anti-TNF Treated	Crude Incidence per 100 Patient-Years	
		Nonbiologic Comparator	Adjusted RR ^a (95% CI)
Germany, ³⁷ 2005	6.4, ETN	2.3	2.2 (0.9–5.4) ETN
	6.2, INF		2.1 (0.8–5.5) INF
United Kingdom, ³⁴ 2007	5.5	3.9	1.3 (0.9–1.8) ^c
			4.6 (1.8–11.9) ^b
United States, ⁸ 2007	2.9 ^d	1.4 ^d	4.2 (2.0–8.8) ^d
			1.9 (1.3–2.8)
Sweden, ³² 2007	4.7	NR	1.4 (1.2–1.7) ^e
United States, ⁷ 2007	4.9	3.8	1.3 (0.8–2.1)
United States, ³⁵ 2011	8.2	7.8	1.05 (0.9–1.2)
Germany, ¹⁰ 2011	4.8	2.3	1.8 (1.2–2.7) ^f
Japan, ⁹¹ 2011	6.4	2.6	2.4 (1.1–5.05) ^g

Table 3 Crude incidence and risk of non-viral OI among patients who were new users of TNFi or non-biological DMARD

Exposures	Events*	Person-years	Crude rate (per 1000 person-years), 95% CI	Adjusted HR†
Rheumatoid arthritis				
Non-biological DMARD	13	7188	1.8 (1.1 to 3.1)	1.00 (Reference)
New users of TNFi	67	22 213	3.0 (2.4 to 3.8)	1.6 (0.9, 3.1)
Any baseline glucocorticoid use				1.7 (1.0, 2.8)
IBD‡				
AZA/6MP	9	4595	2.0 (1.0 to 3.8)	1.00 (Reference)
New users of TNFi (infliximab or adalimumab)	5	2315	2.2 (0.9 to 5.2)	0.97 (0.3, 2.8)
Psoriasis, psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis				
Non-biological DMARD	5	3951	1.3 (0.5 to 3.0)	1.00 (Reference)
New users of TNFi	6	4116	1.5 (0.7 to 3.2)	1.4 (0.3, 6.4)
All diseases				
Comparator	27	15 734	1.7 (1.2 to 2.5)	1.00 (Reference)
New users of TNFi	78	28 493	2.7 (2.2 to 3.4)	1.6 (1.0, 2.6)
Any baseline glucocorticoid use				2.5 (1.5, 4.0)

Estimates were stratified by site and all 95% CI were based on robust SE.

*Two patients had two OI each documented. In analysis, only the first OI was counted as an event, totalling 78 in the table above.

†Adjusted by propensity score quintile and baseline glucocorticoid use 1 year before time zero (reference=no use), except for IBD model, in which inclusion of steroids produced unstable estimates.

‡The model including baseline glucocorticoid use for IBD patients resulted in unstable HR estimates.

AZA, azathioprine; DMARD, disease-modifying anti rheumatic drug; IBD, inflammatory bowel disease; OI, opportunistic infections; TNFi, tumour necrosis factor α inhibitor; 6MP, 6 mercaptopurine.

Συνοσηρότητα

Αίτιο μείωσης λειτουργικότητας και επιβίωσης ασθενών
με ρευματικές παθήσεις

Παθογενετικοί παράγοντες

- Χρόνια φλεγμονή
- Κορτικοστεροειδή
- Συνήθεις παράγοντες κινδύνου

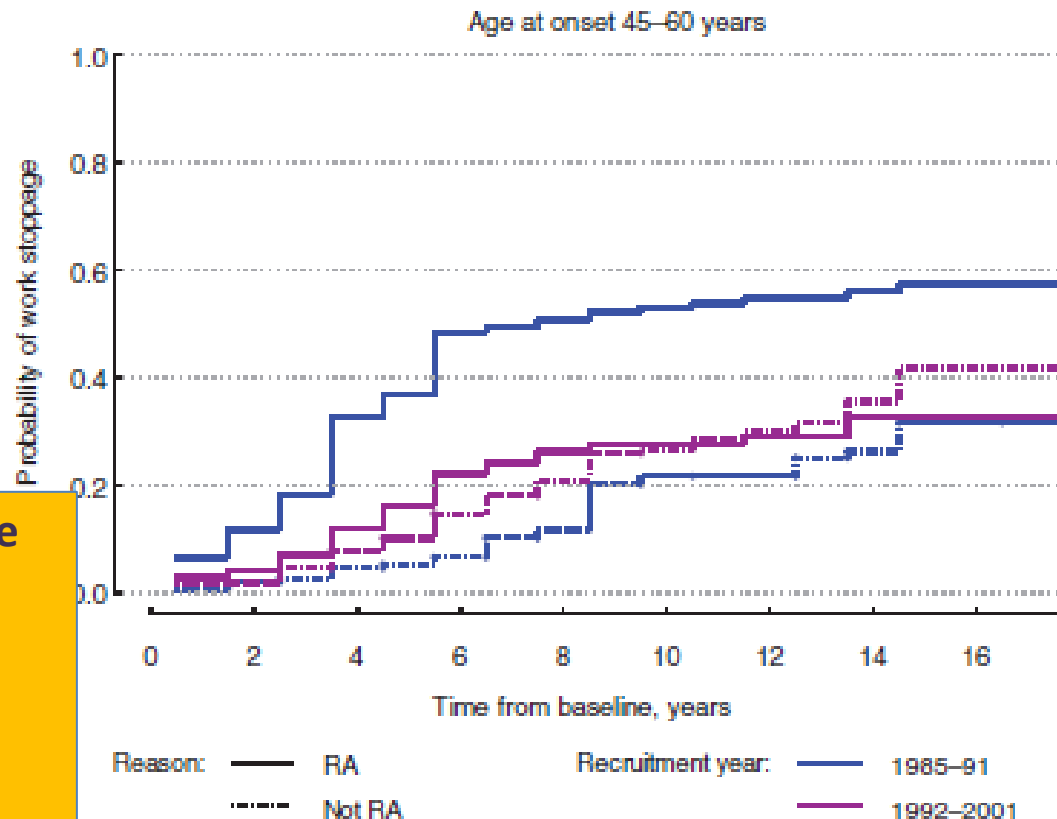
Συνηθέστερες παθήσεις

- Κατάθλιψη
- Καρδιαγγειακή νόσος
- Κακοήθειες
- Οστεοπορωτικά κατάγματα
- Λοιμώξεις



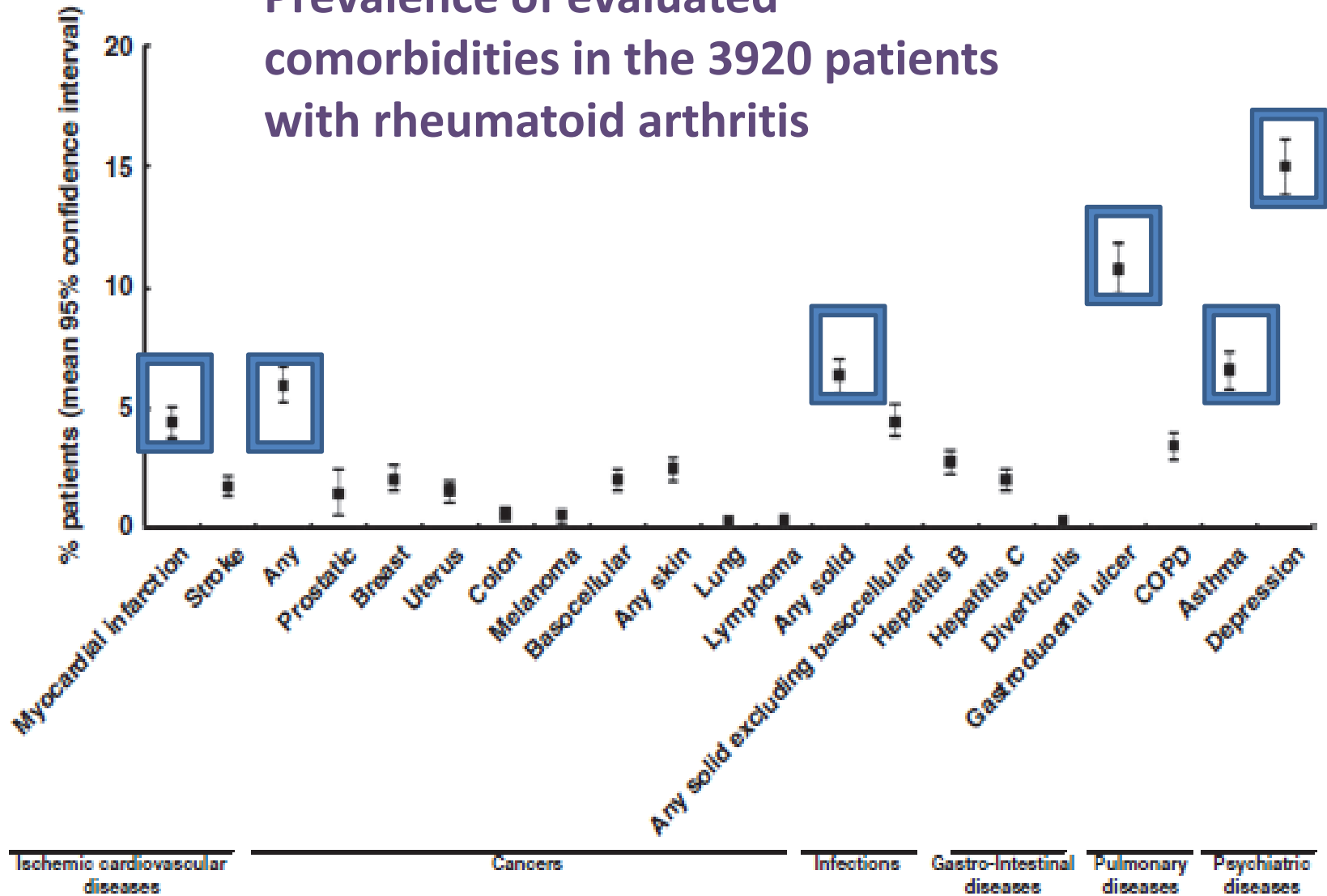
Work disability rates in RA. Results from an inception cohort with 24 years follow-up

Fig. 2 Probability of work stoppage by reasons and recruitment year for age at onset 45–60 years. Gray's test on probability of work stoppage due to RA comparing the two recruitment periods, $P < 0.001$.



Rheumatology key message
• Work disability due to RA improved in the 1990s compared with 1980s.
• RA in association with extra-articular disease and co-morbidity accounted for 22% of RA-related work disability.

Prevalence of evaluated comorbidities in the 3920 patients with rheumatoid arthritis



KEY MESSAGES

- ▶ Patients with systemic lupus erythematosus (SLE) with physically and cognitively demanding work had worse presenteeism compared with controls with similar jobs and patients with the most cognitively demanding jobs reported greater weekly absenteeism compared with controls.
- ▶ Patients with SLE with work disabilities have higher pain, fatigue and depressive symptoms and worse cognitive function as assessed by validated instruments.
- ▶ Work disability in patients with SLE is higher in patients of African–American race, with older age and with less formal education.



Fatigue and depression predict physician visits and work disability in women with primary Sjögren's syndrome: results from a cohort study

- In pSS, lack of stamina and/or depression cause a higher level of individual and societal burden than dry eyes and mouth
- Fatigue and depression deserve more recognition as treatment targets in pS

- **Lupus Science & Medicine 2015;2:e000058. doi:10.1136/lupus-2014-000058**
- **Rheumatology 2012;51:262269**

Καρδιαγγειακή νόσος (CVD)

- 2 φορές συχνότερη στους ασθενείς με RA σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό
- Αίτια : υπέρταση, ΣΔ, υπερλιπιδαιμία, χρόνια φλεγμονή
- 150% αύξηση κινδύνου CVD, όταν εφαρμόσουμε στους ασθενείς με RA κλίμακες αξιολόγησης CVD (Framingham Risk Score)



Inflammation, Disease-Modifying Antirheumatic Drugs, Lipids, and Cardiovascular Risk in Rheumatoid Arthritis

Katherine P. Liao and Daniel H. Solomon

ARTHRITIS & RHEUMATOLOGY

Vol. 67, No. 2, February 2015, pp 327–329

Risk of major cardiovascular events in patients with psoriatic arthritis, psoriasis and rheumatoid arthritis: a population-based cohort study

MACE

PsA (No DMARD) :HR 1.24

RA (No DMARD): HR 1.39

RA (DMARD): HR 1.58

Severe psoriasis (DMARD) : HR 1.42

Table 3 HRs and 95% CIs for major adverse cardiovascular events

	Unadjusted Ref	Age-sex adjusted Ref	Fully adjusted* Ref
Composite outcome			
PsA			
No DMARD	1.34 (1.13 to 1.58)	1.33 (1.13 to 1.58)	1.24 (1.03 to 1.49)
DMARD	0.93 (0.76 to 1.13)	1.17 (0.96 to 1.43)	1.17 (0.95 to 1.45)
RA			
No DMARD	2.62 (2.44 to 2.81)	1.43 (1.33 to 1.53)	1.39 (1.28 to 1.50)
DMARD	2.17 (2.02 to 2.32)	1.62 (1.51 to 1.74)	1.58 (1.46 to 1.70)
Psoriasis			
No DMARD	1.07 (1.02 to 1.13)	1.16 (1.10 to 1.23)	1.08 (1.02 to 1.15)
DMARD	1.30 (1.08 to 1.57)	1.41 (1.17 to 1.71)	1.42 (1.17 to 1.73)
Myocardial infarction			
PsA			
No DMARD	1.55 (1.21 to 1.98)	1.46 (1.14 to 1.86)	1.36 (1.04 to 1.77)
DMARD	1.19 (0.90 to 1.57)	1.35 (1.03 to 1.79)	1.36 (1.01 to 1.84)
RA			
No DMARD	2.20 (1.96 to 2.48)	1.36 (1.21 to 1.53)	1.33 (1.17 to 1.52)
DMARD	2.55 (2.30 to 2.83)	2.02 (1.82 to 2.24)	1.96 (1.75 to 2.19)
Psoriasis			
No DMARD	1.13 (1.04 to 1.23)	1.19 (1.09 to 1.29)	1.08 (0.98 to 1.18)
DMARD	1.25 (0.92 to 1.68)	1.30 (0.96 to 1.76)	1.26 (0.92 to 1.72)

Risk of major cardiovascular events in patients with psoriatic arthritis, psoriasis and rheumatoid arthritis: a population-based cohort study

Stroke

PSA

No DMARD	1.34 (1.05 to 1.69)	1.36 (1.08 to 1.73)	1.33 (1.03 to 1.71)
----------	---------------------	---------------------	---------------------

DMARD	0.85 (0.64 to 1.15)	1.12 (0.83 to 1.50)	1.13 (0.83 to 1.55)
-------	---------------------	---------------------	---------------------

RA

No DMARD	2.54 (2.29 to 2.81)	1.29 (1.16 to 1.43)	1.29 (1.15 to 1.45)
----------	---------------------	---------------------	---------------------

DMARD	1.76 (1.59 to 1.96)	1.27 (1.14 to 1.41)	1.24 (1.10 to 1.39)
-------	---------------------	---------------------	---------------------

Psoriasis

No DMARD	1.02 (0.95 to 1.11)	1.13 (1.05 to 1.22)	1.08 (0.99 to 1.17)
----------	---------------------	---------------------	---------------------

DMARD	1.31 (1.00 to 1.71)	1.45 (1.11 to 1.90)	1.45 (1.10 to 1.92)
-------	---------------------	---------------------	---------------------

Cardiovascular death

PSA

No DMARD	1.16 (0.89 to 1.52)	1.30 (0.99 to 1.70)	1.07 (0.79 to 1.44)
----------	---------------------	---------------------	---------------------

DMARD	0.61 (0.42 to 0.88)	0.98 (0.68 to 1.42)	0.96 (0.64 to 1.43)
-------	---------------------	---------------------	---------------------

RA

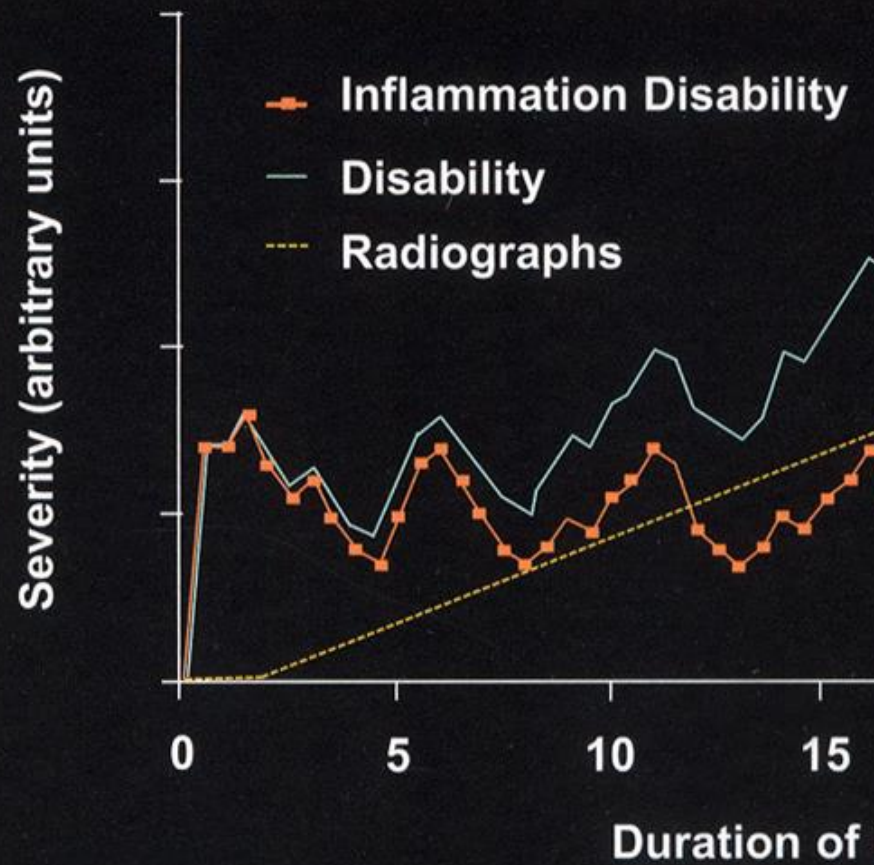
No DMARD	3.29 (2.97 to 3.63)	1.55 (1.40 to 1.71)	1.43 (1.28 to 1.59)
----------	---------------------	---------------------	---------------------

DMARD	2.18 (1.96 to 2.42)	1.69 (1.53 to 1.88)	1.66 (1.48 to 1.86)
-------	---------------------	---------------------	---------------------

Psoriasis

No DMARD	1.07 (0.99 to 1.16)	1.22 (1.13 to 1.34)	1.09 (1.00 to 1.20)
----------	---------------------	---------------------	---------------------

DMARD	1.29 (0.97 to 1.71)	1.49 (1.12 to 1.98)	1.54 (1.15 to 2.05)
-------	---------------------	---------------------	---------------------



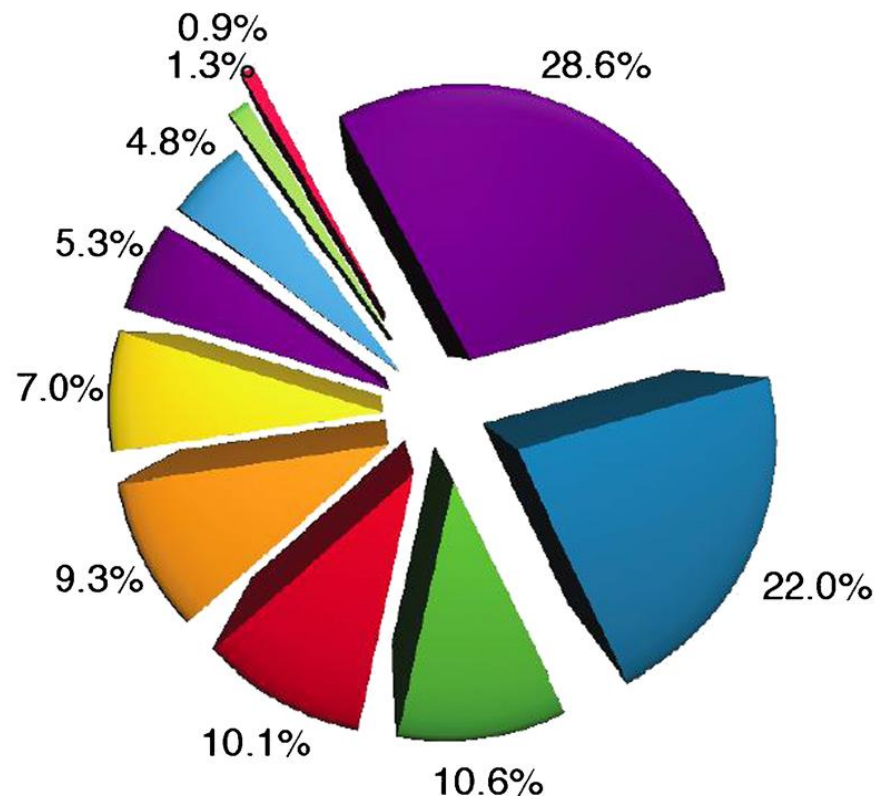
Kirwan JR. *J. Rheumatol* 1999;(26):720-725



Figure 8
Schematic representation of the course of RA

Indispensable or intolerable? **Methotrexate** in patients with rheumatoid and psoriatic arthritis: a retrospective review of discontinuation rates from a large UK cohort

GI Respiratory LFT FBC Non-specific symptoms
Neurological Fatigue Skin Renal Alopecia



Παράγοντες που καθορίζουν την εργασιακή ικανότητα και απόδοση

Β) Έμμεσα εξαρτώμενοι η ανεξάρτητοι από την νόσο

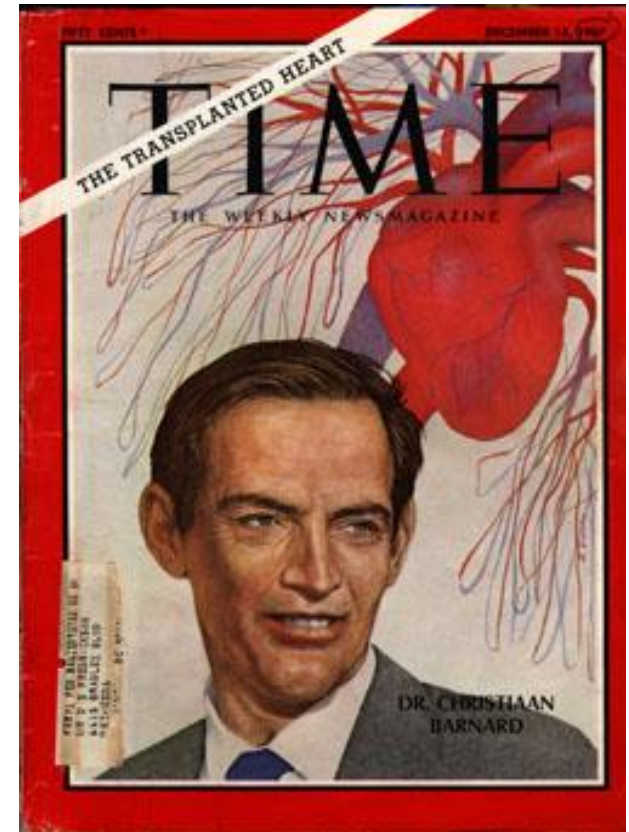


- Η ανάγκη και βούληση του ασθενούς για εργασία
- Η φύση και οι απαιτήσεις της εργασίας και της εργοδοσίας
- Το μορφωτικό επίπεδο και το φύλο
- Η περιρρέουσα αντίληψη από την κοινωνία, media, τους θεράποντες γιατρούς, το οικογενειακό, κοινωνικό και κυρίως εργασιακό του περιβάλλον για την αντανάκλαση της νόσου στην εργασιακή του ικανότητα
- Οι εκάστοτε κοινωνικές συνθήκες (πχ κοινωνική κρίση, δυσχέρεια εύρεσης εργασίας, υποαμοιβόμενη σκληρή εργασία)

Working at arthritis

How much do we know?

- Η γραμμική σχέση κλινικής ύφεσης με την ικανότητα προς εργασία αφορά συγκεκριμένες κατηγορίες εργαζομένων



Working status in patients with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register

TABLE 4 Predictors of new work disability in patients with RA who were working at the start of anti-TNF therapy

	Univariate analysis		Multivariate analyses		FMI
	OR (95% CI)	P-value	OR (95% CI)	P-value	
Age	1.02 (1.00, 1.04)	0.100	1.02 (0.99, 1.04)	0.188	0.001
Gender, female vs male	1.01 (0.65, 1.58)	0.961			
Disease duration at baseline	1.01 (0.99, 1.04)	0.232			
HAQ score	2.79 (1.89, 4.12)	<0.001	2.86 (1.90, 4.30)	<0.001	0.016
DAS-28 remission at 6 months	0.55 (0.31, 0.99)	0.046	0.75 (0.41, 1.39)	0.361	0.109
DAS-28 good response at 6 months	0.66 (0.42, 1.04)	0.073			
Manual job	2.31 (1.52, 3.52)	<0.001	2.53 (1.64, 3.91)	<0.001	0.001

- High HAQ score and a manual job at baseline were predictors of work disability at follow-up
- A high percentage of patients with RA, AS and PsA were already work disabled at the start of anti-TNF therapy
- Use of anti-TNF therapy did not prevent patients with RA from becoming work disabled

Original article

Work disability in psoriatic arthritis: a systematic review

William Tillett¹, Corinne de-Vries² and Neil J. McHugh^{1,2}

Levels of unemployment (20-50%) and WD (16-39%) are high and associated with

- Longer disease duration,
 - worse physical function, high joint count
- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• low educational level• female gender• manual work |
|---|

Prevalence and predictors of reduced work productivity in patients with psoriatic arthritis

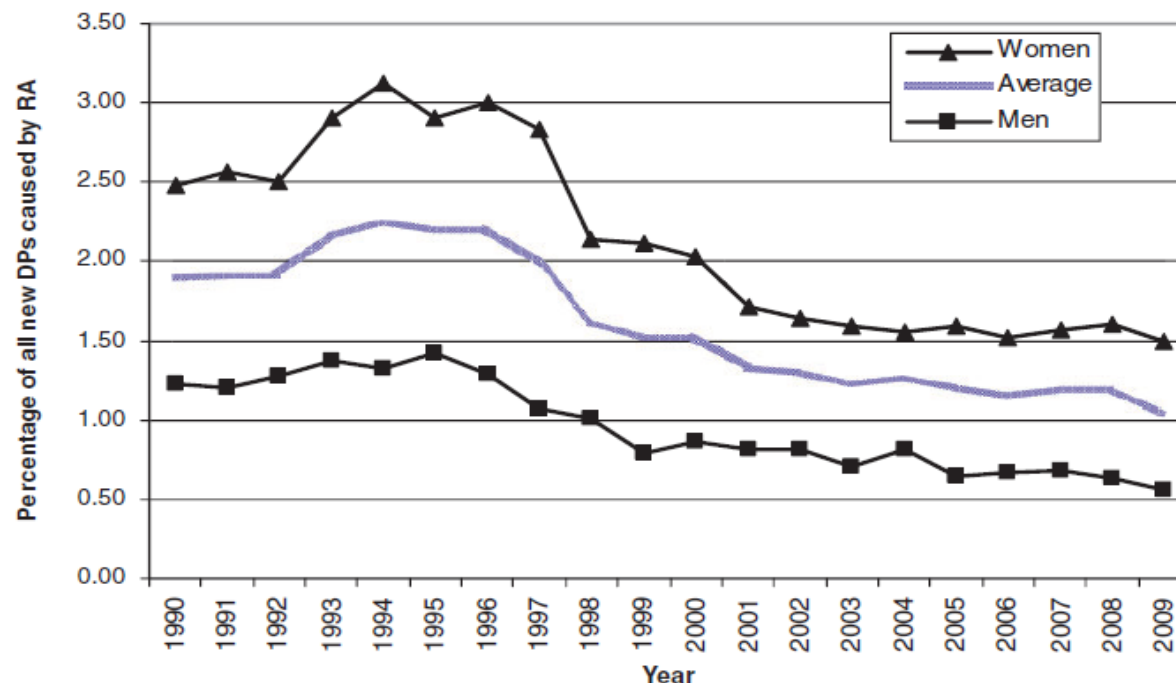
M. Kennedy, A. Papneja, A. Thavaneswaran, V. Chandran, D.D. Gladman

University of Toronto, Psoriatic Arthritis Program, Centre for Prognosis Studies in the Rheumatic Diseases, Toronto Western Hospital, Toronto, Ontario, Canada.

Work productivity was significantly associated with

- *Sex*
- *Education status*
- *Psoriasis Area and Severity Index (PASI), AJC, ESR,*
- *Functional Co-morbidity Index (FCI)*
- *Support at work*

Original article

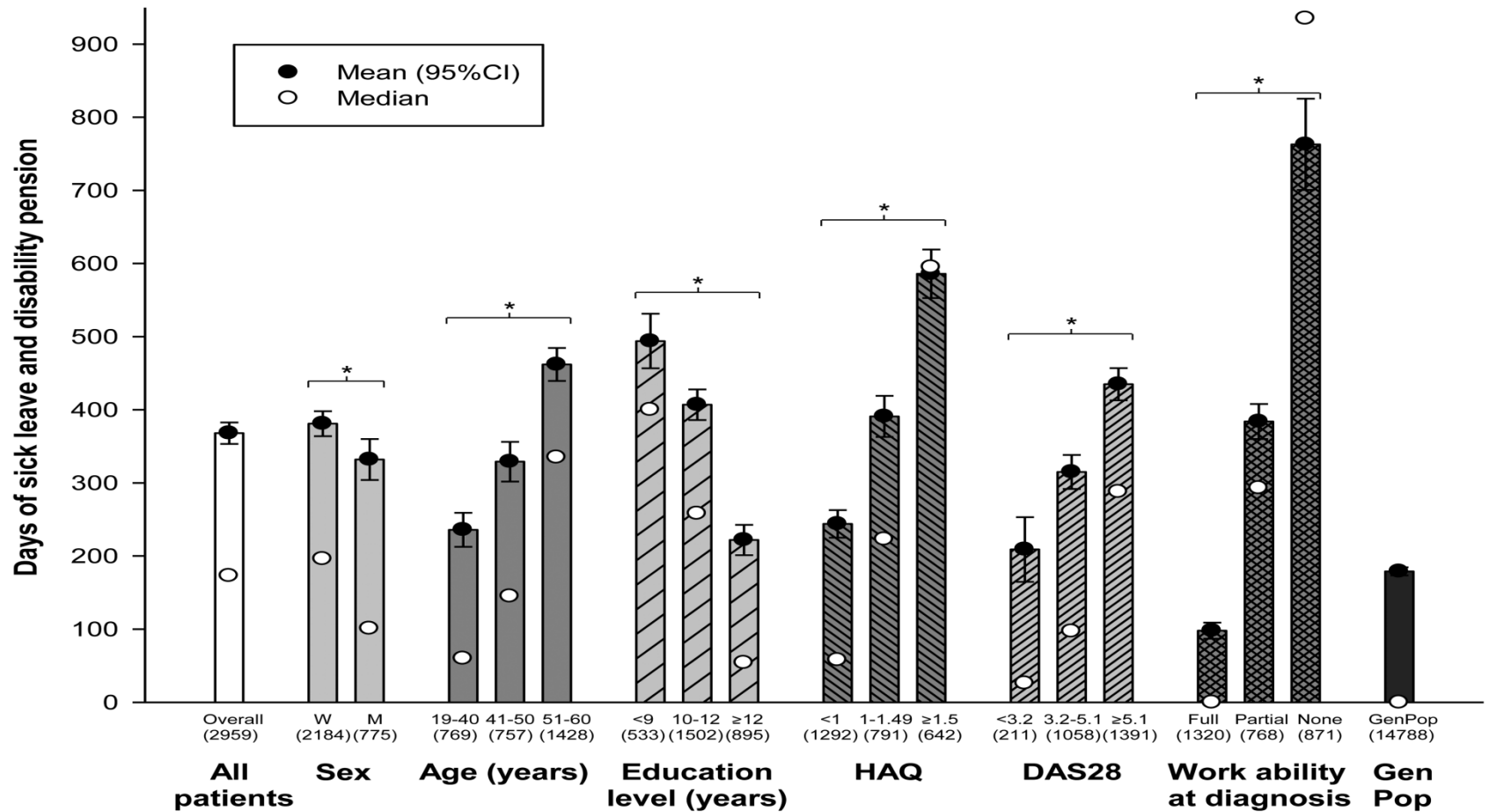
The incidence of permanent work disability in patients with rheumatoid arthritis in Sweden 1990–2010: before and after introduction of biologic agents**Fig. 3** The proportion of new DPs due to RA out of total DPs due to all diagnoses.

The incidence of permanent work disability in patients with rheumatoid arthritis in Sweden 1990-2010: before and after introduction of biologic agents

Το ποσοστό των αναπηρικών συντάξεων (DP) σε ασθενείς με ΡΑ μειώθηκε τα τελευταία χρόνια με την χορήγηση βιολογικών παραγόντων

- Παρά ταύτα οι DP εξαρτώνται κατά πολύ από κοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι πρέπει να λαμβάνονται υπ όψιν όταν εκτιμούμε την αποτελεσματικότητα των βιολογικών παραγόντων
- Το γυναικείο φύλο, η μεγάλη ηλικία και η κοπιώδης σωματική εργασία σχετίστηκαν με την απώλεια της εργασιακής ικανότητας
- Οι βαριές σωματικές εργασίες έχουν μειωθεί τα τελευταία χρόνια με αποτέλεσμα την αυξημένη πιθανότητα της διατήρησης της εργασίας
- Επιπρόσθετα το μορφωτικό επίπεδο που σχετίζεται με την διατήρηση της εργασίας, καθώς έχει αυξηθεί τα τελευταία έτη συντελεί και αυτό στην ικανότητα διατήρησης της εργασίας

Predictors of work disability during the first 3 years after diagnosis in a national rheumatoid arthritis inception cohort



*Significant difference across groups of a variable ($p < 0.001$)

- Ρευματολογικό τραπέζι
- Νευρολογικό τραπέζι
- Ογκολογικό τραπέζι
- Καρδιολογικό τραπέζι
- AIDS
- Ψυχιατρικό τραπέζι



Πανελλήνιο

ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΕΛΙΕΑΚΑΠ

Ελληνική Ιατρική Εταιρεία
Αναπηρίας, Κοινωνικής Ασφάλισης
και Πρόνοιας

Νόσος, Αναπηρία και Λειτουργικότητα
στη σύγχρονη εποχή –
Νέες θεραπευτικές Παρεμβάσεις

27 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ –
1 ΜΑΡΤΙΟΥ 2015

NJV ATHENS PLAZA HOTEL
ΑΘΗΝΑ

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

<http://www.elieakapio.blogspot.gr>



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
Κ. Βάρναλη 29, 15233 Χαλάνδρι, Αθήνα, [T] +30 210 6833600, [F] +30 210 6847700, www.pco-convin.gr

Κοινά συμπεράσματα

- 1) Η κύρια νόσος είναι σαφώς ο παράγοντας που ανοίγει τον δρόμο για την λειτουργική ανικανότητα
- 2) Στην φάση της χρονιότητας, η σύγχρονη θεραπευτική έχει περιορίσει τις λειτουργικές επιπτώσεις αυτής καθεαυτής της νόσου
- 3) Στην φάση της χρονιότητας το σύνδρομο ευθραυστότητας (παρενέργειες φαρμάκων, συνοσηρότητα), αλλά και κοινωνικοοικογενειακοί παράγοντες, έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην λειτουργική ικανότητα, δεν πρέπει να παραβλέπονται, αλλά αντίθετα να αντιμετωπίζονται

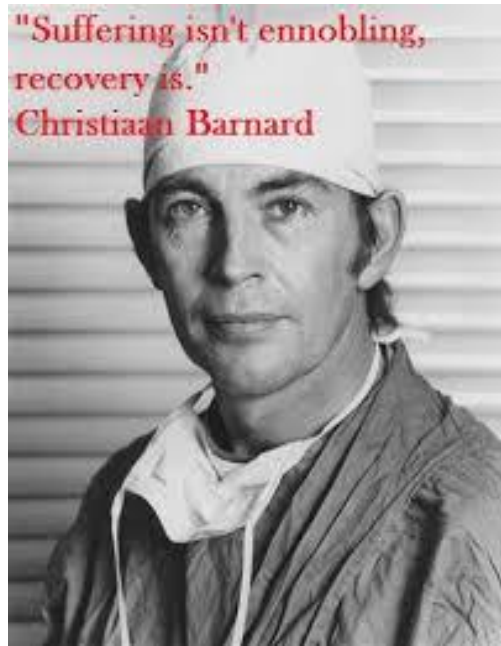
Προκλήσεις και ερωτήματα για τον ρευματολόγο

- Στην καθημερινή ιατρική πράξη λαμβάνουμε τόσο σοβαρά υπ' όψιν, την ικανότητα προς εργασία όσο το DAS-28 ή την ESR?
- Πως μπορούμε να εκτιμήσουμε την επίδραση της νόσου στην οικιακή εργασία
- Θα μπορούσαμε να συνεργαστούμε με δημόσιους φορείς ώστε να λάβουν μέτρα που να επιτρέπουν στους ασθενείς μας να παραμείνουν παραγωγικοί στην δουλειά και στο σπίτι?

Προκλήσεις και ερωτήματα για τον ρευματολόγο



- Στο Ηνωμένο Βασίλειο οι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχουν θεσπίσει ένα οδηγό καθορισμού εξατομικευμένης ικανότητας προς εργασία (fitness for work), που περιλαμβάνει συμβουλές σε εργαζόμενους και εργοδότες για τις λειτουργικές δυνατότητες που επιτρέπει η κατάσταση του πάσχοντος
- Αυτό το 'fit note' καθορίζει τι μπορεί, ή πως μπορεί να κάνει με κάποιες διευκολύνσεις κάτι ο ασθενής παρά τι δεν μπορεί να κάνει
- Τέτοιου είδους προσεγγίσεις, συχνά υποστηριζόμενες από υπηρεσίες αποκατάστασης έχουν αποτελέσει οδηγό (guidance) για την θέσπιση αναλόγων πρακτικών σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες συμβατές με τα αντίστοιχα συστήματα υγείας



Συμπεράσματα

- Ο θεράπων ιατρός οφείλει να παρέμβει έγκαιρα και με ασφάλεια, πριν η χρονιότητα και η ανάπτυξη συνοσηρότητας οδηγήσουν σε ευθραυστότητα και λειτουργική ανικανότητα παρά την ύφεση της βασικής νόσου
- Σύμφωνα με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας αν υπάρξει απομάκρυνση από την εργασία, η επιστροφή είναι σχεδόν αδύνατη



Συμπεράσματα

- Οι ρευματολόγοι θα πρέπει να ενθαρρύνουν τον ασθενείς να διατηρήσουν την εργασία τους όσο αυτό είναι εφικτό, διευκολύνοντας τους με χορήγηση αναρρωτικών αδειών, όποτε και όσο κρίνεται αναγκαίο, αλλά παροτρύνοντας τους να επιστρέψουν στην εργασία έγκαιρα
- Παρότρυνση για αλλαγή εργασιακού αντικειμένου, όταν υπάρχει δυνατότητα τονίζοντας την θετική επίδραση της απασχόλησης



Συμπεράσματα

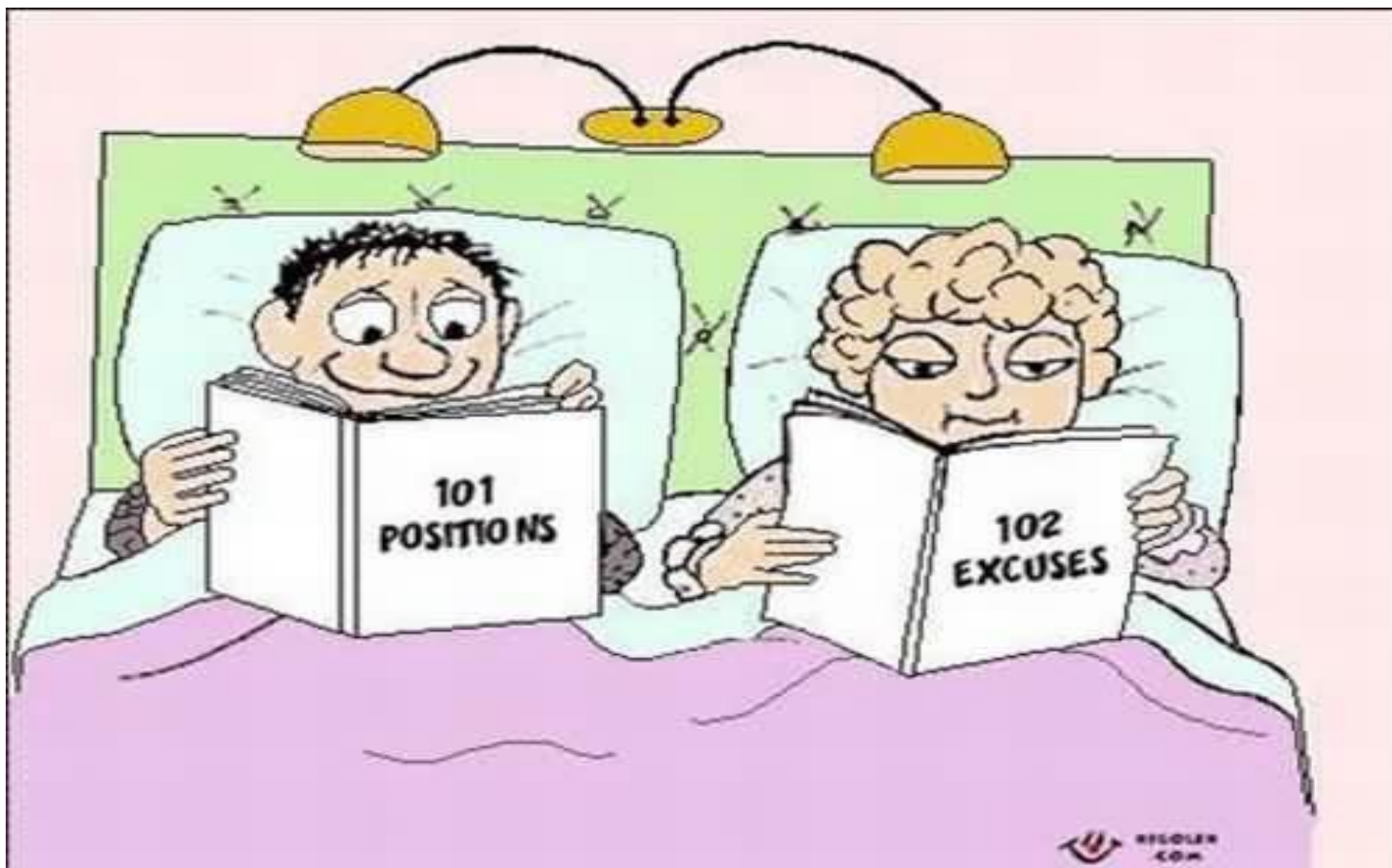
- Ευαισθητοποίηση από την ρευματολογική κοινότητα του κρατικού μηχανισμού για θέσπιση κινήτρων στους εργοδότες για δημιουργία ή διατήρηση θέσεων εργασίας με προσαρμογή των συνθηκών ή αλλαγή «πόστου» στα άτομα με ρευματικές παθήσεις
- Στην περίπτωση παραπομπής σε κρίση, η ρευματολογική κοινότητα θα πρέπει να θεσπίσει έναν "πρότυπο εισηγητικό φάκελο" που θα συντονίσει με αξιόπιστη μεθοδολογία σε μία κοινή οπτική την αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας του ασθενούς και των εργασιακών συνθηκών που είναι σε θέση να ανταπεξέλθει

Sickness absence and musculoskeletal disorders.

What can be done?

Carol M. Black

- Η μεγάλη συχνότητα των προβλημάτων λόγω ρευματολογικών παθήσεων στον πληθυσμό της παραγωγικής ηλικίας, αποτελεί πρόκληση, αλλά και ευκαιρία τους ρευματολόγους να αναλάβουν κεντρικό ρόλο
- Επιτυχής διευθέτηση αυτού του κοινωνικού προβλήματος είναι σημαντική όχι μόνο για την ποιότητα της ζωής και την υγεία των ασθενών, αλλά γενικώς για την κοινωνία



ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ «ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΛΟΣ» ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

- Επί όλων των ρευματικών νοσημάτων είναι απαραίτητη η εμπειριστατωμένη και λεπτομερής γνωμάτευση ειδικού ρευματολόγου, νοσοκομειακού, ιδιώτη ή πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας.
-
- **A) ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ**
- **1)** Πρόσφατος, όχι πέραν του εξαμήνου, γενικός εργαστηριακός έλεγχος που να συμπεριλαμβάνει : Γενική αίματος, ΤΚΕ, Γενική ούρων, βιοχημικό έλεγχο
- Ανοσολογικός έλεγχος (ANA, ANTIds DNA, C3, C4)
- -Προαιρετικά ANTI ENA: ANTI –Ro SSA, ANTI-La SSB, ANTI RNP, ANTI Sm, αντισώματα έναντι καρδιολιπίνης ή άλλα ειδικά αυτοαντισώματα εάν υπάρχουν.
- -Σε περίπτωση ύφεσης της νόσου με αρνητικό ανοσολογικό έλεγχο στην παρούσα φάση, είναι επιθυμητό να προσκομίζεται παλαιότερος έλεγχος που χαρακτηρίζει την νόσο.
- **3)** Επί προσβολής μείζονος εσωτερικού οργάνου, γνωματεύσεις ιατρών αντίστοιχης ειδικότητας και αντίστοιχος παρακλινικός έλεγχος, που πιστοποιεί την προσβολή, βαρύτητα και ενεργότητα αυτής (πχ επί προσβολής νεφρού, ιστολογική εξέταση, λεύκωμα ούρων 24ώρου, επί προσβολής καρδιαγγειακού, triplex καρδιάς, έλεγχος τυχούσας στεφανιαίας νόσου, επί προσβολής αναπνευστικού απεικονιστικός έλεγχος και λειτουργικές δοκιμασίες πνευμόνων, επί προσβολής ΚΝΣ, MRI εγκεφάλου κλπ)
-

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ «ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΛΟΣ» ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

- **B) ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJOGREN**
- **1)** Πρόσφατος γενικός εργαστηριακός έλεγχος που να συμπεριλαμβάνει :
Γενική αίματος, ΤΚΕ, Γενική ούρων, βιοχημικό έλεγχο, ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων.
- Ανοσολογικός έλεγχος (ANA, ANTIds DNA, C3, C4)
- -Προαιρετικά ANTI ENA: ANTI –Ro SSA, ANTI-La SSB, ANTI RNP, ANTI Sm ή άλλα ειδικά αυτοαντισώματα εάν υπάρχουν.
- -Σε περίπτωση ύφεσης της νόσου με αρνητικό ανοσολογικό έλεγχο στην παρούσα φάση, είναι επιθυμητό να προσκομίζεται παλαιότερος έλεγχος που χαρακτηρίζει την νόσο.
- **3)** Ιστολογική εξέταση ελάσσονος σιελογόνου αδένα
- **4)** Οφθαλμολογική εξέταση που να συμπεριλαμβάνει ειδικά test την πιστοποίηση και βαρύτητα της ξηροφθαλμίας
- **5)** Επί προσβολής μείζονος εσωτερικού οργάνου, σχετικές γνωματεύσεις ιατρών και αντίστοιχος παρακλινικός έλεγχος, που πιστοποιεί την προσβολή, βαρύτητα και ενεργότητα αυτής

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ «ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΛΟΣ» ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

- **Γ) ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ**
- **1)** Πρόσφατος γενικός εργαστηριακός έλεγχος που να συμπεριλαμβάνει : Γενική αίματος, ΤΚΕ, Γενική ούρων, βιοχημικό έλεγχο
- **2)** Πρόσφατος ή και παλαιότερος ειδικός για την νόσο ανοσολογικός έλεγχος (ANA και αν υπάρχουν ειδικά αυτοαντισώματα , πχ αντι –Scl 70, ACA)
- **3)** Εάν υπάρχει πρόσφατη ή παλαιότερη Τριχοειδοσκόπηση παρωνυχίου άκρων χειρών ή βιοψία δέρματος (όχι απαραίτητες) **4)** Επί προσβολής μείζονος εσωτερικού οργάνου, γνωματεύσεις ιατρών αντίστοιχης ειδικότητας και αντίστοιχος παρακλινικός έλεγχος, που πιστοποιεί την προσβολή, βαρύτητα και ενεργότητα αυτής (πχ επί πνευμονικής υπέρτασης triplex καρδιάς με προσδιορισμό πιέσεων πνευμονικής ή καθετηριασμός, επί προσβολής αναπνευστικού απεικονιστικός έλεγχος και λειτουργικές δοκιμασίες πνευμόνων

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ «ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΛΟΣ» ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

- **Δ) ΠΟΛΥΜΥΟΣΙΤΙΔΑ – ΔΕΡΜΑΤΟΜΥΟΣΙΤΙΔΑ**
-
- Πρόσφατος γενικός εργαστηριακός έλεγχος που να συμπεριλαμβάνει : Γενική αίματος, ΤΚΕ, Γενική ούρων, βιοχημικό έλεγχο συμπεριλαμβανομένων μυικών ενζύμων (τρανσαμινάσες, CPK, LDH, αλδολάση)
- Βιοψία δέρματος μυός (πρόσφατη ή παλαιά)
- ΗΜΓ πρόσφατο ή παλαιό (εάν υπάρχει)
- Επί δερματομυοσίτιδας τριχοειδοσκόπηση παρωνυχίου άκρων χειρών (εάν υπάρχει)
- Επί προσβολής μείζονος εσωτερικού οργάνου, γνωματεύσεις ιατρών αντίστοιχης ειδικότητας και αντίστοιχος παρακλινικός έλεγχος, που πιστοποιεί την προσβολή, βαρύτητα και ενεργότητα αυτής

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ «ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΛΟΣ» ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

- **ΣΤ) ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ**
- Πρόσφατος γενικός εργαστηριακός έλεγχος που να συμπεριλαμβάνει : Γενική αίματος, ΤΚΕ, Γενική ούρων, βιοχημικό έλεγχο, CRP, Ra test, (anti CCP προαιρετικά)
- Ακτινολογικός έλεγχος των προσβεβλημένων αρθρώσεων.
- Σε περίπτωση εξωαρθρικής προσβολής γνωματεύσεις ιατρών αντίστοιχης ειδικότητας και αντίστοιχος παρακλινικός έλεγχος, που πιστοποιεί την προσβολή, βαρύτητα και ενεργότητα αυτής
-

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ «ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΛΟΣ» ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

- **Ε) ΑΞΟΝΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ((Αγκυλοποιητική και άλλες Σπονδυλαρθρίτιδες), ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ, ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ, ΣΥΝΔΡΟΜΟ REITER**
- Πρόσφατος γενικός εργαστηριακός έλεγχος που να συμπεριλαμβάνει : Γενική αίματος, ΤΚΕ, Γενική ούρων, βιοχημικό έλεγχο, CRP.
- Ακτινολογικός έλεγχος των προσβεβλημένων αρθρώσεων. Επί αξονικής σπονδυλαρθρίτιδας απαραίτητος ο ακτινολογικός έλεγχος των τριών μοιρών της σπονδυλικής στήλης (ΑΜΣΣ, ΘΜΣΣ, ΟΜΣΣ) και ιερολαγονίων αρθρώσεων. Επί μη ακτινολογικά επιβεβαιωμένης αξονικής σπονδυλαρθρίτιδας (φυσιολογική απλή ακτινογραφία ιερολαγονίων) πρόσφατη η παλαιότερη MRI (παρουσία ενεργού φλεγμονής)
- Σε ασθενείς με αξονική σπονδυλαρθρίτιδα, εκτίμηση προσβολής αναπνευστικού με απεικονιστικό έλεγχο και λειτουργικές δοκιμασίες πνευμόνων.
- Σε περίπτωση προσβολής άλλων εσωτερικών οργάνων γνωματεύσεις ιατρών αντίστοιχης ειδικότητας και αντίστοιχος παρακλινικός έλεγχος, που πιστοποιεί την προσβολή, βαρύτητα και ενεργότητα αυτής
-
-

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ «ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΛΟΣ» ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

- **Ζ) ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΙΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΕΣ (οζώδης πολυαρθρίτιδα, μικροσκοπική πολυαγγειίτιδα, γιγαντοκυτταρική-κροταφική αρτηρίτιδα, νόσοι Takayashu, Wegener, Kawasaki, Churg-Strauss και Henoch-Shonlein, νόσος Αδαμαντιάδη Behcet's)**
-
- Πρόσφατος, όχι πέραν του εξαμήνου, γενικός εργαστηριακός έλεγχος που να συμπεριλαμβάνει : Γενική αίματος, ΤΚΕ, Γενική ούρων, βιοχημικό έλεγχο, δείκτες φλεγμονής (CRP, ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων)
- Ανοσολογικός έλεγχος με ειδικά αυτοαντισώματα εάν υπάρχουν.
- Επί σπλαχνικής προσβολής, γνωματεύσεις ιατρών αντίστοιχης ειδικότητας και αντίστοιχος παρακλινικός έλεγχος, που πιστοποιεί την προσβολή, βαρύτητα και ενεργότητα αυτής.
-
- -Σε περίπτωση ύφεσης της νόσου με αρνητικό παρακλινικό έλεγχο στην παρούσα φάση, είναι επιθυμητό να προσκομίζεται παλαιότερος έλεγχος που χαρακτηρίζει την νόσο.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ «ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΛΟΣ» ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

-
- **Η) Υποτροπιάζουσα πολυχονδρίτιδα, αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, σαρκοείδωση, παθήσεις εναποθήκευσης και εναπόθεσης, αμυλοείδωση, νεοπλάσματα αρθρώσεων, νόσος Paget**
- Πρόσφατος, γενικός εργαστηριακός έλεγχος που να συμπεριλαμβάνει : Γενική αίματος, ΤΚΕ, Γενική ούρων, βιοχημικό έλεγχο, δείκτες φλεγμονής (CRP ή και ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων)
- Ακτινολογικός έλεγχος τυχόν προσβεβλημένων αρθρώσεων.
- Ανοσολογικός έλεγχος με ειδικά αυτοαντισώματα εάν υπάρχουν.
- Επί σπλαχνικής προσβολής (πχ αναπνευστική, ή καρδιακή ανεπάρκεια, ή νευρολογική προσβολή στα πλαίσια σαρκοειδώσεως, ηπατική ανεπάρκεια στα πλαίσια παθήσεων εναποθήκευσης και εναπόθεσης, κώφωση στα πλαίσια νόσου Paget), γνωματεύσεις ιατρών αντίστοιχης ειδικότητας και αντίστοιχος παρακλινικός έλεγχος, που πιστοποιεί την προσβολή, βαρύτητα και ενεργότητα της προσβολής.
-

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ «ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΛΟΣ» ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

-
- **Θ) Οστεοαρθρίτιδα**
- Απαραίτητος ο ακτινολογικός έλεγχος των προσβεβλημένων αρθρώσεων. Σε περίπτωση χειρουργικών επεμβάσεων (πχ αρθροπλαστική, δισκεκτομή), ακτινολογικός έλεγχος και γνωμάτευση ορθοπεδικού που αναφέρεται το είδος της επέμβασης και η παρούσα κατάσταση του ασθενούς
-
- **Ι) Οστεοπόρωση**
- Η οστεοπόρωση δεν προκαλεί μόνιμη κινητική αναπηρία εκτός, α) εαν επιπλακεί με παθολογικά κατάγματα σπονδυλικών σωμάτων που προκαλούν νευρολογικές διαταραχές και β) με παθολογικά κατάγματα του αυχένα του μηριαίου οστού και ο ασθενής δεν δύναται να υποστεί χειρουργική επέμβαση με αποτέλεσμα μόνιμη απώλεια κινητικότητας
- Στις ανωτέρω περιπτώσεις απαραίτητος ο απεικονιστικός έλεγχος και επί νευρολογικών διαταραχών γνωματεύση νευρολόγου/ νευροχειρουργού και αντιστοιχος παρακλινικός έλεγχος(πχ CT, MRI ηλεκτρομυογράφημα/ ΑΤΑ,ΚΤΑ)