



# ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

27 Δεκεμβρίου 2017

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 4591

## ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθμ. Φ. 80000/45219/1864

Ενιαίος Πίνακας Προσδιορισμού Ποσοστού Αναπηρίας.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ  
ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 7 του ν. 3863/2010 (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 (Α' 14) «Επείγουσες ρυθμίσεις που αφορούν την εφαρμογή του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015» και με το άρθρο 4 του ν. 4331/2015 (Α' 69) «Μέτρα για την ανακούφιση των Ατόμων με Αναπηρία (ΑμεΑ), την απλοποίηση της λειτουργίας των Κέντρων Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.), καταπολέμηση της εισφοροδιαφυγής και συναφή ασφαλιστικά ζητήματα και άλλες διατάξεις» και συμπληρώθηκε με την παρ. 4 του άρθρου 50 του ν. 4430/2016 (Α' 205) «Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία και ανάπτυξη των φορέων της και άλλες διατάξεις».

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 (Α' 98) «Κωδικοποίηση της νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα Κυβερνητικά Όργανα».

3. Τις διατάξεις του π.δ. 113/2014 (Α' 180) «Οργανισμός Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας».

4. Τις διατάξεις του άρθρου 5 του π.δ. 24/2015 (Α' 20) «Σύσταση και μετονομασία Υπουργείων, μεταφορά της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων» και του άρθρου 27 του ν. 4320/2015 (Α' 29) «Ρυθμίσεις για τη λήψη άμεσων μέτρων για την αντιμετώπιση της ανθρωπιστικής κρίσης, και την οργάνωση της Κυβέρνησης και των Κυβερνητικών Οργάνων και λοιπές διατάξεις».

5. Τις διατάξεις του π.δ. 73/2015 (Α' 116) «Διορισμός Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών».

6. Την αριθμ. οικ. 44549/Δ9.12193/09-10-2015 (Β' 2169) απόφαση «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αναστάσιο Πετρόπουλο» όπως έχει τροποποιηθεί

με την αριθμ. οικ.54051/Δ9.14200/ 22-11-2016 (Β'3801) απόφαση και ισχύει.

7. Τις διατάξεις της αριθ. Υ29/8-10-2015 απόφασης του Πρωθυπουργού (Β'2168) «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στον Αναπληρωτή Υπουργό Οικονομικών Γεώργιο Χουλιαράκη».

8. Τις διατάξεις του ν. 3144/2003 «Κοινωνικός διάλογος για την προώθηση της απασχόλησης και την κοινωνική προστασία και άλλες διατάξεις».

9. Τις διατάξεις του άρθρου 68B του ν. 4387/2016 (Α'85) «Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας – Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού-συνταξιοδοτικού συστήματος – Ρυθμίσεις φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιγνίων και άλλες διατάξεις» όπως προστέθηκε με το άρθρο 36 του ν. 4445/2016 (Α'236) «Εθνικός Μηχανισμός Συντονισμού, Παρακολούθησης και Αξιολόγησης των Πολιτικών Κοινωνικής Ένταξης και Κοινωνικής Συνοχής, ρυθμίσεις για την κοινωνική αλληλεγγύη και εφαρμοστικές διατάξεις του ν. 4387/2016 (Α'85) και άλλες διατάξεις».

10. Την πρόταση της Δ/νσης Ιατρικής Αξιολόγησης του Ε.Φ.Κ.Α. και τη γνώμη της Ειδικής Επιστημονικής Επιτροπής, που συγκροτήθηκε με την αρ. 31970/Δ9.9047/15-7-2015 (ΑΔΑ: ΩΒ7Τ465Θ1Ω-ΧΜΞ) απόφαση του Υπουργού Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με τις: i) αρ.51073/Δ9.13786/13-11-2015 (ΑΔΑ: 7ΤΞΛ465Θ1Ω-9ΤΙ), ii) αρ.273/Δ9.119/5-1-2016 (ΑΔΑ: 6ΚΛΠ465Θ1Ω-Ω48), iii) αρ.8876/Δ9.2832/24-2-2017 (ΑΔΑ: 6ΧΥ0465Θ1Ω-4ΔΖ), και iv) αρ. 16953/Δ9.5384/25-4-2017 (ΑΔΑ: 6ΔΝΗ465Θ1Ω-ΔΡ4), v) αρ.23345/Δ9.7333/22-5-2017 (ΑΔΑ: Ω7ΜΝ465Θ1Ω-Ο5Θ) και vi) αρ. 33387/Δ9.11375/8-8-2017 (ΑΔΑ: 6ΥΛ0465Θ1Ω-ΥΥΒ) υπουργικές αποφάσεις.

11. Την με αρ. πρωτ. 46156/1699/5-10-2017 Εισηγητική Έκθεση οικονομικών επιπτώσεων (παρ. 5 άρθρο 24 ν. 4270/2014, ΦΕΚ Α'143) της Γενικής Δ/νσης Οικονομικών Υπηρεσιών του Υ.Π.Ε.Κ.Α.Α. σύμφωνα με την οποία δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού και του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.), αποφασίζουμε:

την αναθεώρηση/αντικατάσταση του Ενιαίου Πίνακα Προσδιορισμού Ποσοστού Αναπηρίας της αρ. Φ11321/οικ.10219/688/4-5-2012 (Β' 1506) κοινής υπουργικής απόφασης με τον επισυναπτόμενο Πίνακα, με τον οποίο καθορίζονται τα ποσοστά αναπηρίας που συνεπάγεται κάθε πάθηση ή βλάβη ή σωματική ή ψυχική ή πνευματική εξασθένηση ή η συνδυασμένη εμφάνιση τέτοιων παθήσεων ή βλαβών ή εξασθενήσεων, καθώς και οι υποτροπές αυτών.

Συγκέντρωση φθορίου 7500-9000 mg/kg (επασβέσωση συνδέσμων Σ.Σ., παραμορφώσεις Σ.Σ. και μεγάλων αρθρώσεων, χρόνιος αρθρικός πόνος, μυική αδυναμία, πιθανή πίεση νευρικών στοιχείων στη Σ.Σ.).

Αξιολογείται όπως η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα.

### **Οστεομαλακία από κάδμιο**

Η τοξικολογία του καδμίου είναι πολύπλοκη επειδή προσβάλλει πολλά συστήματα.

Η συμπτωματολογία από το μυοσκελετικό οφείλεται στην οστεομαλακία που προκαλεί πιθανώς λόγω αναστολής της υδροξυλίωσης της βιταμίνης D.

Η οστεομαλακία χαρακτηρίζεται από οστικά άλγη και αυτόματα κατάγματα και θα αξιολογηθεί αναλόγως της προσβολής και του τελικού λειτουργικού αποτελέσματος.

### **Νόσος των δυτών**

Ανάλογα την έκταση και το σημείο προσβολής μπορεί να προκαλέσει από απλό μυϊκό πόνο λόγω σχηματισμού φυσαλίδων (και ισχαιμία) στους τένοντες και τους συνδέσμους έως ημιπάρεση- ημιπληγία- τετραπληγία, κ.λπ.

Η αξιολόγηση θα γίνει ανάλογα του τελικού λειτουργικού αποτελέσματος.

## **14. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΩΤΩΝ - ΡΙΝΟΣ - ΛΑΡΥΓΓΑ**

### **14.1. 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 (μικρωτία, μακρωτία).....	10% - 15%
Στένωση ή ατρησία πόρου με ακέραιο το έσω ους.....	20% - 40%
Απλασία ή υποπλασία του κοίλου του τυμπάνου, οστέινης μοίρας κοχλία, μαστοειδούς.....	60%

### **14.2. Κακώσεις - τραυματισμοί**

#### **1. 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%

#### **2. Ρήξη τυμπάνου**

Η ρήξη του τυμπάνου έχει επιπτώσεις επί της ακοής μικρού βαθμού, αλλά αποτελεί κίνδυνο εγκατάστασης χρόνιας μέσης ωτίτιδας. Ο τραυματισμός και οι εξαρθρώσεις των οσταρίων επιφέρουν σημαντική βαρηκοΐα αγωγής.

**ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ** ..... 5% - 10%

### **14.3. Κατάγματα κροταφικού**

Διακρίνονται σε επιμήκη 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 μέσου - έσω ωτός - Περιλαμφικό συρίγγιο

**ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ** ..... 20% - 30% (ανάλογα των επιπλοκών και το βαθμό αποκατάστασης της λειτουργικότητας)

#### **14.4. Όγκοι ωτός**

##### **1. Ακουστικό νευρίωμα**

**ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**

- Όγκος ο οποίος δεν έχει χειρουργηθεί και είναι υπό παρακολούθηση, αναλόγως τη συμπτωματολογία (βαρηκοΐα, ίλιγγος, πάρεση προσωπικού νεύρου, εμβοές) ..... Π.Α. 35% και προστίθενται τα ποσοστά ανάλογα τη βαρύτητα της συμπτωματολογίας
- Σε χειρουργική αποκατάσταση του όγκου ..... Π.Α. 67% για τρία έτη και από το 4<sup>ο</sup> έτος και μετά ..... Π.Α. ανάλογα την συμπτωματολογία
- Σε περίπτωση μη επιτυχούς αποκατάστασης του όγκου μετά από χειρουργική επέμβαση ..... Π.Α. 80% για τρία έτη και επανεξέταση κάθε επόμενη τριετία, με την προσκόμιση υποχρεωτικά πρόσφατης μαγνητικής τομογραφίας λιθοειδών – εσωακουστικών πόρων.

##### **2. Όγκοι πτερυγίου**

Πρόκειται κατά κανόνα για καλοήθεις όγκους με επικρατέστερα τα επιθηλώματα

**ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ** ..... 20% - 30%

##### **3. Όγκοι έξω ακουστικού πόρου – μέσου ωτός**

**ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ** ..... 60% – 70% για δύο έτη.

Από το 3<sup>ο</sup> έτος και μετά αναλόγως την εξέλιξη της νόσου

#### **14.5. Φλεγμονώδεις και άλλες παθήσεις ωτός**

Η επιμονή της φλεγμονής πέραν του κοίλου του τυμπάνου προκαλεί πολλές και σοβαρές επιπλοκές:

##### **α) Ενδοκροταφικές:**

- 1) μαστοειδίτιδα,
- 2) λιθοειδίτιδα,
- 3) παράλυση προσωπικού,
- 4) λαβυρινθίτιδα.

**ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ** ..... 40% - 50%

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 14.6 «Ακοή-Διαταραχές Ακοής»)

**Χρόνιος τυμπανοσαλπιγγικός κατάρρους**

Συγγενής ή επίκτητες ανωμαλίες της ευσταχιακής 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%

**Τυμπανοσκλήρυνση**

Η τυμπανοσκλήρυνση ενίοτε συνοδεύεται από βαρηκοΐα αγωγιμότητας.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ..... ανάλογα με το βαθμό βαρηκοΐας, (βλέπε κεφάλαιο 14.6 Ακοή-Διαταραχές Ακοής)

**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%

**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%

**14.6. Ακοή – διαταραχές ακοής**

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 (πτερύγιο - 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, εξωγενείς και ενδογενείς μπορούν να προκαλέσουν βλάβη και εξ αυτής βαρηκοΐα.

Η εξέλιξη της ακοής δεν είναι χρονικά σταθερή. Αρχίζει από τις αυτόματες αντανάκλαστικές 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 αδυναμία 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 κοίλοι του τυμπάνου, ανωμαλία ή τραυματισμό οστικής αλύσου - ωτοσκληρυνση.

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), διάσπειση λαβυρίνθου, νόσος των δυτών, τραύματα, όγκοι. Συνήθης η πρεσβυακουσία. Υποχρεωτικά για μεγάλες ηλικίες.

Ιδιαίτερη μνεία χρειάζεται η νόσος του Meniere. Χαρακτηριστική νευροαισθητήριο 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 νευροαισθητήριο 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 ωτοσκληρύνσεις (κοχλική).

Η νευροαισθητήριο 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 νευροαισθητηρίου 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 παλαιό και αποτυχημένο όρο της «κωφαλαλίας» (πλήρης κώφωση χωρίς ανάπτυξη ομιλίας)

#### ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Με βάση την ηχητική ακουομετρία, επί μονοπλεύρου βαρηκοΐας:

Ελαφρά .....	Π.Α. 0% (απώλεια ακοής 26 – 40 db)
Μέτρια .....	Π.Α. 5% - 10% (απώλεια ακοής 41 – 55 db)
Μεγάλη .....	Π.Α. 10% - 15% (απώλεια ακοής 56 – 70 db)
Υπολειμματική ακοή .....	Π.Α. 15% - 20% (απώλεια ακοής 71 – 90 db)
Κώφωση .....	Π.Α. 20% - 25% (απώλεια ακοής άνω του 90 db)

- 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%	30%	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%

- Σε αμφοτερόπλευρη κώφωση..... Π.Α. 80%, ανεξαρτήτως από την ανάπτυξη ομιλίας ή όχι
- Η τοποθέτηση κοχλιακού εμφυτεύματος δεν αλλάζει το ποσοστό αναπηρίας.

Στις περιπτώσεις μεγάλης βαρηκοΐας, υπολειμματικής ακοής και κώφωσης [στοιχεία Πίνακα IV, V, VI] υποβάλλεται υποχρεωτικά εξέταση «ακουστικών προκλητών δυναμικών» με προσδιορισμό οδού ακοής από 100 – 110 db.

Όταν η ακουστική μελέτη συμπεριλαμβάνει και το ποσοστό διακριτικότητας, προστίθεται στο ποσοστό βαρηκοΐας επιπλέον ποσοστό κατά τον ακόλουθο τρόπο:

Για διακριτικότητα <40% .....	Π.Α. +8%
Για διακριτικότητα 40%-60% .....	Π.Α. +5%
Για διακριτικότητα >60% .....	Π.Α. +3%

Συχνότερες παθήσεις που συνοδεύουν τη βαρηκοΐα και που πρέπει να εκτιμηθούν στην απόδοση ανικανότητας είναι:

Με συμμετοχή οργανικών βλαβών .....	Π.Α. +5%
Συμφυτική ωτίτιδα .....	Π.Α. +3%

Χρόνια μέση πυώδης ωτίτιδα (ξηρά – πυορροούσα) .....	Π.Α. +5%-10%
Συγγενείς ανωμαλίες .....	Π.Α. +15%-60%
Λαβυρινθίτιδα .....	Π.Α. + 30%
Χρόνια εκκριτική ωτίτιδα .....	Π.Α. +5%
Κακώσεις λιθοειδούς .....	Π.Α. + 20%
Βαρότραυμα – περιλεμφικό συρίγγιο (συνήθως επί καταδύσεων)	Π.Α. + 40%

#### 14.7. Παθήσεις αιθουσαίου συστήματος

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 ή διάμεσες, που η 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 (ΗΝΓ), 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 απόφασης 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 ιλίγγου 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 ιλίγγου 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 έτη μείωση των κρίσεων ιλίγγου σε συχνότητα και ένταση.

Για να τεκμηριωθεί υποβάλλονται πιστοποιητικά επανειλημμένων νοσηλειών, ακουογράμματα που να διαπιστώνουν την προοδευτική βαρύτητα της νόσου, MRI λιθοειδών σε φάση της κρίσης αν είναι δυνατόν, έλεγχος οπισθίου λαβυρίνθου (ΗΝΓ-ηλεκτρονυσταγογράφημα), με διάγνωση και υπογραφή του εκτελέσαντα ιατρού.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ..... 60% - 70%

## 2. Ακουστικό νευρίνωμα

Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στο ακουστικό νευρίνωμα όπου απαιτείται διαφορική διάγνωση από τη νόσο του Meniere, αναλόγως των κλινικών εκδηλώσεων:

Πρώτο στάδιο: Νευροαισθητήριο βαρηκοΐα αισουσαία, συμπτώματα ήπιας μορφής.

Δεύτερο στάδιο: Προσβολή τριδύμου και φαινόμενα πίεσεως εγκεφαλικού στελέχους και παρεγκεφαλίδας.

Τελικό στάδιο με συμπτώματα αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσεως.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

- Σε χειρουργική αποκατάσταση του όγκου ..... 70% για τρία έτη και από το 4<sup>ο</sup> έτος και μετά ανάλογα την συμπτωματολογία
- Σε περίπτωση μη επιτυχούς αποκατάστασης του όγκου μετά από χειρουργική επέμβαση ..... 70% για τρία έτη και επανεξέταση κάθε επόμενη τριετία με την προσκόμιση πρόσφατης μαγνητικής τομογραφίας λιθοειδών – εσωακουστικών πόρων

## 3. Αιθουσαία νευρωνίτιδα

Οπισθολαβυρινθική πάθηση με πιθανή εντόπιση στο γάγγλιο 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 ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ..... 30% - 40%

## 4. Καλοήθης ίλιγγος θέσεως

Είναι η πιο συχνή παθολογική εκδήλωση του περιφερικού αιθουσαίου συστήματος.

Η νόσος εμφανίζεται ως σύντομα επεισόδια ιλίγγου 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 έτη.



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 έτη.

**ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ** ..... 20% - 30%

### **5. Περιλημφικό 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 διαφοροδιαγιγνώσκειται 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 ανάκανο προς εργασία). Επί διαγνωσμένων παθήσεων του αιθουσαίου συστήματος, η παρουσία ίλιγγου είναι αυταπόδεικτος.

Στις άλλες περιπτώσεις κρίσεων ίλιγγου η εκτίμηση είναι δύσκολη.

Αναζητείται η παρουσία αιθουσαίων αντανακλαστικών 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.λ.π.

#### **14.8. Παθήσεις ρινός - παραρρινίων**

Η λειτουργία της ρινός και των παραρρινίων κόλπων είναι σύνθετος:

α) αναπνευστική, β) οσφρητική, γ) φωνητική (διαμόρφωση έναρθρου λόγου), δ) προστασπιστική της αναπνοής.

#### **1. Συγγενής ατρησία χοάνης**

##### **ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Συγγενής πάθηση, ετεροπλεύρως ή αμφοτεροπλεύρως

##### **ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Χειρουργική αντιμετώπιση.

**ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ** ..... 10%

#### **2. Ουλές με παραμορφωτική δυσλειτουργία**

##### **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 στένωση ..... Π.Α. 10% - 15%

Μεγάλη απώλεια χωρίς ή με στένωση ..... Π.Α. 20% - 30%

Μετατραυματική παραμόρφωση ..... Π.Α. 10%

Ετερόπλευρη στένωση (λειτουργική διαταραχή) ..... Π.Α. 30%

Αμφοτερόπλευρη στένωση (λειτουργική διαταραχή) ..... Π.Α. 40%

#### **3. Σκολίωση ρινικού διαφράγματος με σημαντική ρινική δυσλειτουργία**

##### **ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Συγγενής ή επίκτητη δυσμορφία του ρινικού διαφράγματος.

##### **ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Χειρουργική αντιμετώπιση ..... Π.Α. 0%

#### **4. Διάτρηση ρινικού διαφράγματος με επιστάξεις**

##### **ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Χειρουργική αντιμετώπιση ..... Π.Α. 0%

#### **5. Ανοσμία**

Μόνιμος ανοσμία.

##### **ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Ιδιοπαθής - εκ πίεσεως όγκου μετωπιαίου λοβού - κατάγματος βάσης κρανίου - μηνιγγίτιδος - ατροφικής ρινίτιδος

**ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ** συνεκτιμάται με το αίτιο ..... 10%