

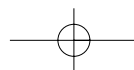
ΝΟΥΣ & Σώμα

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΓΡΙΝΙΟΥ • ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2009

ΤΕΥΧΟΣ 5ο



ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ



PENNSAID®

DICLOFENAC SODIUM 16 mg/ml
ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΔΙΑΛΥΜΑ 1,5%

οσteoαρθρίτιδα
σύγχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση

καινοτομία που
ανατρέπει τα δεδομένα



Νέα συσκευασία των 60ml

Φιάλη των 30 ml

- ↳ **Καινοτομία** στο σύστημα μεταφοράς του φαρμάκου
- ↳ **Ισοδύναμη αποτελεσματικότητα** με τη συστηματική χορήγηση
- ↳ **Εξαιρετικό προφίλ ασφάλειας**
- ↳ **Χορηγείται σαν μονοθεραπεία ή μαζί με άλλες θεραπείες**

Ενδείξεις Το PENNSAID® (16 mg/ml νατριούχος δικλοφαινάκη) είναι δερματικό διάλυμα το οποίο ενδείκνυται για τη συμπτωματική ανακούφιση του πόνου που συνδέεται με την οστεοαρθρίτιδα σε επιπολής αρθρώσεις στις οποίες περιλαμβάνεται και το γόνατο. Δεν υπάρχουν στοιχεία για τη χρήση του PENNSAID® σε μεγάλες, εν τω βάθει αρθρώσεις καλυμμένες από μυσ ή άλλους μαλακού ιστούς, όπως το ισχίο ή η σπονδυλική στήλη. **Δοσολογία** Το PENNSAID® εφαρμόζεται τοπικά πάνω στην επώδυνη άρθρωση. **Αντενδείξεις** Το PENNSAID® (16 mg/ml νατριούχος δικλοφαινάκη) αντενδείκνυται σε γυναίκες κατά τη διάρκεια της κύησης και της γαλουχίας, καθώς επίσης και σε ασθενείς με υπερευαίσθησία στη δικλοφαινάκη ή σε άλλα συστατικά του διαλύματος. Επειδή υπάρχει πιθανότητα για διασταυρούμενη ευαισθησία με άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ), ακόμη και αν ανήκουν σε διαφορετικές κατηγορίες, η δικλοφαινάκη δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε ασθενείς στους οποίους κρίσεις άσθματος, κνίδωση, ρινίτιδα ή άλλες αλλεργικές εκδηλώσεις έχουν προκληθεί από χρήση ακετυλοσαλικυλικού οξέος (ASA) χορηγούμενου από το στόμα ή άλλων μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. **Αλλεργία ή δερματική ευαισθησία:** Το PENNSAID® περιέχει επίσης διμεθυλοσουλφοξείδιο (DMSO) ως διεισδυτικό δέμα. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε ασθενείς με γνωστό ιστορικό αλλεργίας ή δερματικής ευαισθησίας στο DMSO. **Ιδιαίτερες προειδοποιήσεις και ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη χρήση** Πρέπει να δίδονται οδηγίες στους ασθενείς να πλένουν τα χέρια τους μετά τη διαδικασία χορήγησης ώστε να αποφευχθεί επαφή με τα μάτια, τους βλεννογόνους και το δέρμα που δεν προορίζεται για θεραπεία. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται άλλα φαρμακευτικά προϊόντα στην πάσχουσα περιοχή, ταυτόχρονα με το PENNSAID®. Η πιθανότητα εμφάνισης συστηματικών ανεπιθύμητων ενεργειών μετά την τοπική εφαρμογή του PENNSAID® είναι πολύ μικρή σε σύγκριση με τη συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών μετά την από του στόματος χορήγηση δικλοφαινάκης, γεγονός που οφείλεται στην περιορισμένη συστηματική απορρόφηση του PENNSAID®. **Δέρμα** Το PENNSAID® δεν πρέπει να χρησιμοποιείται με κλειστή επίδεση. Το PENNSAID® δεν πρέπει να εφαρμόζεται σε ανοικτό, ερεθισμένο ή μολυσμένο δέρμα. Το PENNSAID® δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε περιοχές αρθρώσεων όπου υπάρχει ήδη δερματικό νόσημα (π.χ. ψωρίαση) εκτός εάν το συστήσει ο ιατρός σας. Δεν συνιστάται η εφαρμογή του PENNSAID® στους βλεννογόνους. **Ανεπιθύμητες ενέργειες** Οι ανεπιθύμητες ενέργειες χωρίζονται σε αυτές που εμφανίζονται τοπικά στη θέση εφαρμογής και σε εκείνες που εμφανίζονται ως αποτέλεσμα συστηματικής δράσης. Οι ακόλουθες ανεπιθύμητες ενέργειες παρατηρήθηκαν σε δύο διπλά-τυφλές, κλινικές μελέτες με σημαντικά αυξημένη συχνότητα στην ομάδα του PENNSAID® σε σύγκριση με την ομάδα του εικονικού φαρμάκου (placebo). Στη θέση εφαρμογής, η ξηρότητα του δέρματος (40,8% έναντι 1,6% στην ομάδα του placebo) και το εξάνθημα (12,0% έναντι 3,3% στην ομάδα του placebo) ήταν στατιστικά σημαντικές. Επειδή η συστηματική απορρόφηση της νατριούχου δικλοφαινάκης μετά από τοπική εφαρμογή του PENNSAID® είναι πολύ μικρή σε σύγκριση με τη χρήση των δισκίων νατριούχου δικλοφαινάκης, η πιθανότητα εμφάνισης των συστηματικών ανεπιθύμητων ενεργειών, οι οποίες συχνά εμφανίζονται με τα δισκία είναι ελάχιστη με το PENNSAID®. Ωστόσο, όταν το PENNSAID® εφαρμόζεται σε μεγάλη σχετικά επιφάνεια δέρματος για μεγάλο χρονικό διάστημα, η πιθανότητα εμφάνισης συστηματικών ανεπιθύμητων ενεργειών ομοίων με εκείνες τις συστηματικές αντιδράσεις που εμφανίζονται μετά από τη χορήγηση δικλοφαινάκης από το στόμα (βλέπε κατωτέρω) δεν μπορεί να αποκλεισθεί εντελώς. Σε μεμονωμένες περιπτώσεις: Μπορεί να εμφανισθούν αντιδράσεις υπερευαίσθησίας, συμπεριλαμβανομένων κρίσεων άσθματος και αγγειοοιδήματος. **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ Δικαιούχος Σήματος :** DIMETHAID RESEARCH INC, ONTARIO-CANADA Υπεύθυνος κυκλοφορίας : **BIANEX A.E. ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ :** 73268/04/13-4-2005

Το PENNSAID καλύπτεται από όλα τα ασφαλιστικά ταμεία.



BIANEX A.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης
ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατσοίου 146 71 Ν. Ερυθραία, Τηλ.: 210 8009111
• E-Mail: mailbox@vianex.gr • INTERNET: http://www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Β.Χατζή 2, Τηλ: 2310 840440

DIMETHAID (UK) LIMITED

VE8100PEN/2-9/2008

LAPRAZOL® FASTAB

Lansoprazole Tablets 30mg & 15mg



Ο 1ος Proton Pump Inhibitor με 24ωρη δράση*

Διασφαλίζει υψηλότερη Αποτελεσματικότητα από* ...

- Ρανιτιδίνη* • Ομεπραζόλη* • Ραμπεπραζόλη*
- Παντοπραζόλη* • Εσομεπραζόλη*

Μεγαλύτερη ελευθερία στη συνταγογράφησή σας με Proton Pump Inhibitor

5 τρόποι χορήγησης από το στόμα

Χωρίς νερό: για γρήγορη χορήγηση



Πάνω στη γλώσσα, μέχρι πλήρους διασποράς
Γρήγορη διάλυση στο στόμα

Με νερό



να καταποθεί



να διαλυθεί σε ένα ποτήρι νερό



χορήγηση μέσω ρινογαστρικού σωλήνα



χορήγηση από το στόμα μέσω σύριγγας

*** Βιβλιογραφία**

1. Effective intra-oesophageal acid suppression in patient with gastro-oesophageal reflux disease: lansoprazole vs pantoprazole, M.Frazzoni et al, Aliment Pharmacol Ther 2003;17:235-241
2. Evidence for Therapeutic Equivalence of Lansoprazole 30mg and Esomeprazole 40mg in the Treatment of Erosive Oesophagitis, C.W. Howden et al, Clin Drug Invest 2002;22(2):99-109
3. Complicanze gastroduodenali da farmaci anti-infiammatori non-steroidi: prevenzione e trattamento, V.Savarino et al, Terapia e profilassi delle lesioni gastriche da FANS. Piccin Nuova Libreria, Padova 2001, pp 41-45
4. The Comparative Effects of Lansoprazole, Omeprazole, and Ranitidine in Suppressing Gastric Acid Secretion, R.A.Blum et al, Clinical Therapeutics/ Vol 19, No 5, 1997
5. Comparison of the Effects of Single and Repeated Oral Doses of Lansoprazole and Rabeprazole on Ambulatory 24-Hour Intragastric pH in Healthy Volunteers, K.G.Tolman et al, Clin Drug Invest 2006; 26(1):21-28
6. Acid suppression in healthy subjects following lansoprazole or pantoprazole, J.Q. Huang et al, Aliment Pharmacol Ther 2002; 16: 425-433
7. Une forme galenique tres bien acceptee. La lettre de l' hepato-gastroenterologue. 2005;5 (VIII suppl):3



BIANEX A.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης
ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατoίου 146 71 Ν. Ερυθραία, Τηλ.: 210 8009111
E-Mail: mailbox@vianex.gr • INTERNET: http://www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Β.Χατζή 2, Τηλ: 2310 840440

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε
την πλήρη Περιήληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος .



VE8102LAP/2-9/2008



ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ
ΕΚΔΟΤΗΣ: ΖΗΣΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ, πρόεδρος Ι.Σ.Α.
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, αντιπρόεδρος Ι.Σ.Α.

Συντακτική Επιτροπή:

Αγραφιώτης Γεώργιος, αντιπρόεδρος Ι.Σ.Α.
 Διονυσόπουλος Λεωνίδα, μέλος Δ.Σ Ι.Σ.Α.
 Κολοκυθάς Βασίλειος, εκπρόσωπος του Ι.Σ.Α. στον Π.Ι.Σ.
 Μάτσας Νικόλαος, μέλος Ι.Σ.Α.
 Σκιαδάς Δημήτριος, μέλος πειθαρχικού συμβουλίου Ι.Σ.Α.

Διοικητικό Συμβούλιο

Πρόεδρος: Ζήσης Γρηγόριος
Αντιπρόεδρος: Αγραφιώτης Γεώργιος
Γεν. Γραμματέας: Παπαθανάσης Παντελής
Ταμίας: Βασιλόπουλος Απόστολος
Μέλη: Γκιάφης Αναστάσιος
 Διονυσόπουλος Λεωνίδα
 Κουβαράς Απόστολος
 Παπαναστασίου Μέλση
 Σαφαρίκας Αθανάσιος
 Σιδέρης Κων/νος
 Τσούτσος Κων/νος

Εκπρόσωποι στον ΠΙΣ: Κολοκυθάς Βασίλειος
 Μπαμπάτσιος Βασίλειος
 Μπίσσας Κων/νος
 Σαφαρίκας Αθανάσιος

Πειθαρχικό Συμβούλιο

Πρόεδρος: Παπανικολάου Τιμόθεος
Αντιπρόεδρος: Στράτος Ιωάννης
Τακτικά Μέλη: Ζησιμόπουλος Χρήστος
 Καψάλας Χρήστος
 Μητρομάρας Αθανάσιος
 Παζαρίδης Στέφανος
 Τσατσούλης Δημήτριος
 Σκιαδάς Δημήτριος

Εξελεκτική Επιτροπή: Αλεξόπουλος Ιωάννης
 Κατσουράκης Γεώργιος
 Τσίρκα Ασπασία

**Οικονομική & Κοινωνική
 Επιτροπή:** Αθανασίου Κων/νος

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΓΡΙΝΙΟΥ
 Ηλία Ηλιού 5, Αγρίνιο. Τηλ./fax: 26410 32317
 e-mail: info@isagrinio.gr, isa@otenet.gr • www.isagrinio.gr
 Γραμματεία: Χαντζή Ανθή

Τα ενυπόγραφα άρθρα εκφράζουν τις απόψεις των συγγραφέων τους και σε καμία περίπτωση δεν εκπροσωπούν τις απόψεις του Δ.Σ. του Ιατρικού Συλλόγου Αγρινίου ή της Συντακτικής Επιτροπής του Περιοδικού.

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟ - ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΝΤΥΠΟΥ:
ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ ΠΑΣΧΕΝΗΣ, Γοργοποτάμου 41, Αγρίνιο
 Τηλ.-Fax: 26410 56345, e-mail: pasxen01@otenet.gr

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- 5 Η στήλη του Προέδρου
- 6 Το γράμμα της σύνταξης
- 7 Κεφαλαγία και ενδείξεις διερευνησης
- 9 Μακροχρόνια χορήγηση δοξουκυκλίνης στην οφθαλμική ροδόχρου ακμή
- II Εκδηλώσεις Ι.Σ.Α.
- II Εκδηλώσεις Ι.Σ.Α.
- I2 Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών
Ένα μυστήριο εξιχνιάζεται
- I4 Ευχέτηρια κάρτα
- I6 Πρώιμη διάγνωση του συγγενούς εξαρθρήματος ισχύου. Σύγχρονα δεδομένα.
- I9 Διαγνωστικά προβλήματα στον προληπτικό έλεγχο της αναιμίας
- 22 Έντυπο συνταξιοδοτικών πληροφοριών
- 26 Κοινωνικά

■ Η στήλη **ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ** ενημερώνεται με ευθύνη των συναδέλφων που οφείλουν να τα γνωστοποιούν στη συντακτική επιτροπή.

■ Αποστείλατε τα άρθρα ή τις παρατηρήσεις σας στο e-mail: geografiotis@hotmail.com

ΠΡΟΛΟΓΟΣ



Γρηγόριος Δ. Ζήσης
Πρόεδρος Ι.Σ.Α.

Η στήλη του προέδρου

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΤΑΞΙΟ-
ΔΟΤΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟ-
ΡΙΩΝ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Είναι πια αντιληπτό από όλους ότι διανύουμε μια δύσκολη περίοδο, η οποία απαιτεί συστοίχιση δυνάμεων με σκοπό την προστασία του πολίτη αλλά και του γιατρού.

Νιώθουμε να καταπατώνται τα δικαιώματά μας και να παρακωλύεται το λειτούργημά μας μέσα από μια πρόχειρη αντιμετώπιση της σημερινής πραγματικότητας. Γίνονται ρυθμίσεις και ψηφίζονται διατάγματα χωρίς ολοκληρωμένα σχέδια νόμου και χωρίς οργανωμένες συζητήσεις, ώστε να υπάρχει μια σύγχρονη δόμηση του συστήματος υγείας.

Και δεν είναι υπεύθυνη μόνο η πολιτεία αλλά και εμείς οι λειτουργοί της υγείας, οι φορείς, οι πολίτες που χωρίς ουσιαστικές αντιδράσεις αποδεχόμαστε αυτή την κατάσταση και τις υπηρεσίες αυτού του συστήματος.

Οι ελλείψεις προσωπικού και υποδομών στα Νοσοκομεία αναγκάζουν τους γιατρούς και το προσωπικό τους να καταβάλλουν απεγνωσμένες υπερπροσπάθειες προκειμένου να καλύπτουν τις ανάγκες.

Οι οφειλόμενες αμοιβές των γιατρών από υπερωριακή απασχόληση καθώς και οι αμοιβές των ελευθεροεπαγγελματιών από τον ΟΠΑΔ δεν έχουν καταβληθεί ακόμα και καθυστερούν πληρωμές 10 μηνών.

Οι τιμές των ιατρικών πράξεων και εργαστηριακών εξετάσεων του Δημοσίου και των άλλων Ταμείων, που είναι καθηλωμένες εδώ και τριάντα χρόνια θα πρέπει να αναπροσαρμοστούν σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα

Η συλλογική σύμβαση των ελευθεροεπαγγελματιών γιατρών με τον ΟΠΑΔ είναι χρόνιο αίτημα και το συντομότερο θα πρέπει να γίνει πράξη με νομοθετική ρύθμιση.

Η μονάδα υγείας του ΙΚΑ που χρόνια τώρα στηρίζει την πρωτοβάθμια περίθαλψη και πρόληψη παρουσιάζει ελλείψεις σε πολλές ειδικότητες ιατρών. Όσο για τους ήδη υπάρχοντες το μεγαλύτερο μέρος τους είναι συμβασιούχοι αορίστου χρόνου ή έργου και θα πρέπει άμεσα να μονιμοποιηθούν.

ΓΡΗΓΟΡΗΣ Δ. ΖΗΣΗΣ
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΣ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ Ι.Σ.Α.ΓΡΙΝΙΟΥ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

...αντί για γράμμα
της σύνταξης...

Μέσα σε διάστημα λιγότερο των 3 μηνών από την έκδοση του 4ου τεύχους προχωράμε & σας παραδίδουμε το 5ο τεύχος του περιοδικού μας.

Η έκδοση του περιοδικού ΝΟΥΣ & ΣΩΜΑ θα είναι πλέον 3μηνιαία & συνεπής στο ραντεβού της. Έτσι λοιπόν θα εκδίδεται κατά τους μήνες Ιανουάριο, Απρίλιο, Ιούλιο, Οκτώβριο.

Για όσους επιθυμούν να αποστείλουν τα κείμενά τους προς δημοσίευση θα πρέπει πλέον να τα έχουμε ως εξής:

για το τεύχος Απριλίου έως 28 Φεβρουαρίου
Ιουλίου έως 31 Μαΐου
Οκτωβρίου έως 31 Αυγούστου
Ιανουαρίου έως 30 Νοεμβρίου

Τα κείμενα θα πρέπει να αποστέλονται σε αρχείο word και δεν πρέπει να ξεπερνούν τις 4 σελίδες (με μέγεθος γραμμάτοσειράς 12 στιγμές).

Το περιοδικό ΝΟΥΣ & ΣΩΜΑ παρέχει ελεύθερο βήμα σε όλους τους συναδέλφους να δημοσιεύσουν κείμενα ιατρικού, συνδικαλιστικού ή κοινωνικού περιεχομένου, τα οποία κείμενα θα έρχονται σε γνώση της συντακτικής επιτροπής & θα δημοσιεύονται χωρίς λογοκρισία.

Επίσης από αυτό το τεύχος τα κοινωνικά γεγονότα θα δημοσιεύονται εφόσον οι ενδιαφερόμενοι & μόνο, τα κοινοποιούν στη συντακτική επιτροπή ή στη γραμματεία του συλλόγου.

Τέλος θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι από το 4ο τεύχος το περιοδικό σταμάτησε να χρεώνει το ταμείο του συλλόγου για την έκδοσή του, έχοντας για τρία έτη εξασφαλίσει διαφημίσεις.

Μαζί με το περιοδικό σας αποστέλουμε και το ημερολόγιο-αντζέντα για το 2009. Ένα δώρο του Ι.Σ.Α. προς όλα τα μέλη του.

Θα ήταν μεγάλη παράληψη αν εκ μέρους όλων δεν ευχαριστήσω την γραμματέα κ. Χαντζή Ανθή που είναι επί 25 χρόνια η ψυχή του συλλόγου μας, καθώς επίσης και τον κ. Χατζή Παναγιώτη (ο οποίος μοιράζει σε όλα τα μέλη μας το περιοδικό), που βοηθούν τα μέγιστα στην έκδοση των τευχών.

Αγραφιώτης Γεώργιος
Αντιπρόεδρος Ι.Σ.Α.

ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ

ΚΟΡΔΟΣΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ
Νευρολόγος Γ.Ν.Α.

Σέ περιπτώσεις κεφαλαλγίας, το ενδεχόμενο για απεικονιστικό έλεγχο του εγκεφάλου, τίθεται συχνά τόσο από τον ίδιο τον ασθενή, όσο και από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Το ενδεχόμενο αυτό συνήθως είναι πιεστικό με τρόπο ανάλογο της έντασης του άλγους. Υπάρχει το επιχείρημα ότι «κεφάλι που πονά θα πρέπει να απεικονίζεται». Αν αναλογιστούμε όμως οτι το 18% των γυναικών και το 6% των ανδρών πάσχουν από ημικρανία και το 3% πάσχει από χρόνια καθημερινή κεφαλαλγία τότε μπορούμε να φανταστούμε το τεράστιο φορτίο που συνεπάγεται για τις υπηρεσίες υγείας μια τέτοια προσέγγιση. Οι πιθανότητες ανίχνευσης σοβαρής παθολογίας μέσω νευροαπεικόνισης (ασθενείς με αρνητική ANE) ανέρχονται σε 2/1086 μεταξύ περιπτώσεων ημικρανίας, σε 0/83 μεταξύ περιπτώσεων κεφαλαλγίας τάσης, σε 7/1448 μεταξύ περιπτώσεων άτυπης χρόνιας κεφαλαλγίας και σε 4/1000 για ασηπτικους εθελοντές. Είναι σημαντικό για τον νευρολόγο να διαθέτει ένα σχήμα προσέγγισης της κεφαλαλγίας στο οποίο θα βασίζεται και θα ενεργεί.

Οι λόγοι διενέργειας νευρο-απεικονιστικού ελέγχου στην κεφαλαλγία ταξινομούνται στις εξής κατηγορίες:

Απόλυτες ενδείξεις διερεύνησης

α. Από το ιστορικό

- I) εσκεσημασμένη επιδείνωση στα χαρακτηριστικά μιας προϋπάρχουσας κεφαλαλγίας
- II) κεφαλαλγία κατω των 50 ετών
- III) κεφαλαλγία σε ασθενή με ιστορικό νεοπλασίας
- IV) έναρξη κεφαλελιών σε ηλικία άνω των 50 χωρίς προηγούμενο ιστορικό
- V) πρώτη χειρότερη σε ένταση ή αιφνίδιας έναρξης κεφαλαλγία
- VI) έμμετοι στην αλλαγή θέσης

β) Από την εξέταση

- I) πυρετός
- II) βραδυκαρδία σε συνδυασμό με αρτηριακή υπέρταση
- III) αυχενική δυσκαμψία
- IV) γνωσιακή δυσλειτουργία
- V) εντοπισμένη ευαισθησία στην κροταφική αρτηρία
- VI) παρουσία εστιακών ευρημάτων από την ANE (διαταραχές οπτικών παιδιών, αταξία – πυραμιδική συνδρομή).

Η αντικειμενική εξέταση στην κεφαλαλγία θα πρέπει να περιλαμβάνει:



- 1) επίπεδο συνείδησης και προσοχής
- 2) οπτικά πεδία
- 3) φωτοκινητικό αντανακλαστικό - αξιολόγηση κορών
- 4) οφθαλμοσκόπηση
- 5) οφθαλμοκινητικότητα
- 6) προσωπικό νεύρο
- 7) σημείο Babinski
- 8) τενόντια αντανακλαστικά
- 9) αντίδραση πέλματος (με έκταση)
- 10) βάδηση – ευρος στήριξης
- 12) αυχενική δυσκαμψία

Ως προς την επιλογή CT και MRI, η CT απεικονίζει καλύτερα τις μεταστάσεις, όγκους ανευρύσματα (αν είναι μεγάλα) ή αποστήματα. Έτσι με την εξαίρεση της υποψίας εγκεφαλικής αιμορραγίας όλες οι υπόλοιπες διαγνώσεις απεικονίζονται καλύτερα μέσω της MRI.

Στο ΤΕΠ μετά το ιστορικό και την ANE αν έχουμε ένα σαφώς ορισμένο και χαρακτηρισμένο σύνδρομο λειτουργικής κεφαλαλγίας επί προϋπάρχοντος ιστορικού δεν χρειάζεται διερεύνηση. Επί παρουσίας συμπτωμάτων σε πρωτοεμφανιζόμενη κεφαλαλγία θα πρέπει να είμαστε απόλυτοι στην διερεύνηση. Την μεγαλύτερη σημασία έχει ο αποκλεισμός της λοίμωξης ΚΝΣ, και στην κεφαλαλγία αιφνίδιας έναρξης, της υπαραχνοειδούς αιμορραγίας. Επί ενδείξεων βακτηριακής λοίμωξης ΚΝΣ (πυρετός, αυχενική δυσκαμψία, σύγχυση, φωτοφοβία) η αντιβίωση θα πρέπει να ξεκινά αμέσως. Μετά την έναρξη χορήγησης έχουμε ένα χρονικό περιθώριο περίπου 2 ωρών, κατά το οποίο η ΟΝΠ δεν παρουσιάζει αλλοίωση των αποτελεσμάτων της. Η διάγνωση της υπεραχνοειδούς διαφεύγει από την CT έως και στο 10% περίπου των περιπτώσεων. Έτσι εφ' όσον υπάρχει κλινική υποψία, οφείλουμε να προχωρήσουμε σε ΟΝΠ που σε περίπτωση υπερα-

χνοειδούς αιμορραγίας θα αποκαλύψει ερυθροκυττάρωση του ΕΝΥ.

Τέλος, εάν ο παραπάνω έλεγχος είναι αρνητικός απομένει η κατά τις ενδείξεις διερεύνηση άλλων αιτιών, όπως η κροταφική αρτηριτιδα (Αύξηση ΤΚΕ), η εγκεφαλική φλεβική θρόμβωση, κ.λ.π. Στις αμφίβολες περιπτώσεις η παρακολούθηση – επανεκτίμηση αποβαίνει η ασφαλέστερη επιλογή.

Κεφαλαλγία στο τακτικό Ιατρείο

Απαραίτητη η διευκρίνιση της κεφαλαλγίας σε καθημερινή ή επεισοδιακή. Οι επεισοδιακές υποκρύπτουν σπανιότερα κάποια αιτία και συνήθως είναι λειτουργικού χαρακτήρα. Ταξινομούνται δε σε διάφορες κατηγορίες από τις οποίες οι συνηθέστερες είναι η ημικρανία, η κεφαλαλγία τάσεως, η κεφαλαλγία του τρίδημου και η αυχενογενής κεφαλαλγία. Περιπτώσεις αιφνίδιας ενάρξεως νευρολογικών συμπτωμάτων που συνοδεύουν κεφαλαλγία ημικρανικού τύπου έχουν σπάνια συσχετισθεί με την παρουσία ανευρησμάτων ή αγγειακών δυσπλασιών. Έτσι στις περιπτώσεις επιπλεγμένης ημικρανίας πέρα από την CT και την MRI συνιστάται διερεύνηση με ψηφιακή αγγειογραφία. Η καθημερινή κεφαλαλγία έχει μεγάλη κλινική σημασία αφού απαιτεί επείγοντα έλεγχο. Εάν η νευροαπεικόνιση είναι αρνητική θα πρέπει να διενεργήσουμε ΟΝΠ, που πέραν της γενικής εξέτασης θα περιλαμβάνει μέτρηση της πίεσης του ΕΝΥ και καλλιέργεια.

Νέο Ωράριο Λειτουργίας

Για την καλύτερη εξυπηρέτηση των μελών του Ι.Σ.Α.

το νέο ωράριο λειτουργίας είναι:

Πρωϊ: Δευτέρα - Παρασκευή

09:00 - 15:00

& Απόγευμά: Δευτέρα - Πέμπτη

18:00 - 20:00

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΟΞΥΚΥΚΛΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΟΦΘΑΛΜΙΚΗ ΡΟΔΟΧΡΟΥ ΑΚΜΗ

ΘΕΟΔΟΣΙΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ – ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ Β΄ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΓΡΙΝΙΟΥ

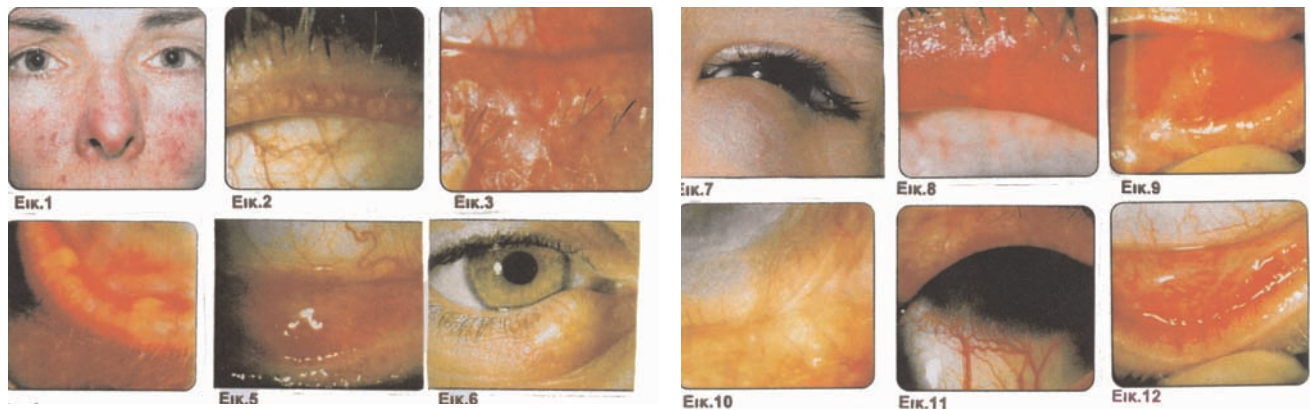
Η ροδόχρους ακμή είναι μιας άγνωστης αιτιολογίας χρόνια νόσος που προσβάλλει τους σμηγματογόνους αδένες. Τα δερματικά σημεία είναι υπεραιμία του προσώπου με τυπικές τηλεαγγειεκτασίες του προσώπου που αφορούν τη μύτη, τα μάγουλα και το μέτωπο (εικ. 1), οπίσθια βλεφαρίτιδα (εικ. 2) και υπερτροφία των σμηγατογόνων αδένων που προοδευτικά σε ακραίες περιπτώσεις οδηγούν σε ρινόφυμα. Βλεφαρίτις, μείβομιανίτις και επισκληρίτις είναι σχεδόν πάντα παρούσες και ένα φάσμα από κερατοειδικές αλλοιώσεις δυνατόν να είναι επακόλουθο της υπερευαισθησίας στον σταφυλόκοκκο και της κερατοεπιπεφυκίτιδας, εντούτοις, η συσχέτιση ανάμεσα στην σοβαρότητα της οφθαλμικής και δερματικής νόσου είναι μικρή.

Συνήθως η προσβολή είναι αμφοτερόπλευρη με φωτοφοβία, καύσος δακρύρροια, «κόκκινο μάτι», και σε προχωρημένες περιπτώσεις υπάρχει κερατοειδική νεοαγγείωση (εικ. 11) η οποία είναι κυρίως επιφανειακή (πάννος) με λέπτυνση του μεσοβλεφάριου ή κατώτερου κερατοειδούς συχνά με εναπόθεση λιποειδών. Βλεφαροεπιπεφυκίτις με έντονη υπεραιμία, φλυκταινώδης και χαλάζιο (εικ. 5,6,7,) (οξύ επώδυνο οίδημα-λιποκοκκιωματώδης φλεγμονή εντός του ταρσού αποτέλεσμα πυογόνου-σταφυλοκοκκικής λοίμωξης μείβομιανών αδένων ή αδένων του Zeis), ερύθημα και ουλοποίηση (εικ. 3) του προσθίου χείλους των βλεφάρων, αποτελούν συχνά ευρήματα. Υποεπιθηλιακές διηθήσεις (κιτρινωπές στίξεις) καθώς αφοριζόμενες στην περιφέρεια του κερ/δους με εντοπισμένη ένεση του γειτνιάζοντος επιπεφυκότα, υπεγέρσεις γύρω ή επί του κερατοειδούς, στικτή κερατίτις, επιπολής ουλοποίηση, έλκος κερατοειδούς (ενίοτε άτονο) περιφερικά, δυνατόν να εξαπλωθούν και να καταλάβουν τον οπτικό άξονα αλλά η διάτρηση είναι σπάνια. Μακράς διάρκειας λήψη δοξκυκλίνης από το στόμα βρέθηκε ο κύριος άξονας θεραπείας.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Από ένα σύνολο 168 ασθενών με οφθαλμική ροδόχρους ακμή που εξετάστηκαν στο τμήμα Φλεγμονών και Ανοσολογίας του οφθαλμού, του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών, στο οποίο συμμετείχα, υπηρετώντας εκεί τα χρόνια της ειδικότητάς μου, επελέγησαν όσοι ασθενείς δεν βελτιώθηκαν μετά από την χρήση θερμών επιθεμάτων και μασάζ των βλεφάρων τους ή/ και την τοπική θεραπεία (με δερματική αλοιφή μετρονιδαζόλης). Όλοι οι ασθενείς έλαβαν από του στόματος δοξκυκλίνη για 6 μήνες (200mg/ημέρα για τις πρώτες 3 εβδομάδες και εν συνεχεία 100mg/ημέρα), οπότε υποχώρησαν τα συμπτώματα.

Κατά την ανασκόπηση φακέλων συγκεντρώσαμε όλα τα δεδομένα που αφορούσαν την ηλικία, το φύλο, τα συμπτώματα, την ένταση και την διάρκεια αυτών καθώς και των κλινικών σημείων. Επιπλέον συλλέξαμε στοιχεία για



να αποφανθούμε για μια έγκυρη και αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή παρατηρώντας και τον χρόνο που απαιτούνταν κάθε φορά για να εμφανιστεί ύφεση – υποχώρηση των υποκειμενικών ενοχλημάτων όπως καύσος, φωτοφοβία, κνησμός, άλγος, ερυθρότητα, βλενώδεις εκκρίσεις καθώς και των αντίστοιχων κλινικών ευρημάτων είτε αφορούσαν τον κερατοειδή (στικτή κερατίτις, υποεπιθηλιακές διηθήσεις, νεοαγγείωση, πάννος, περιφερικά έλκη, επιπολής ουλοποίηση, λέππυνση), είτε τον επιπεφυκότα (θυλάκια, θηλές, ίνωση, ερυθρότητα, χαλάζια εσωτερικά ή εξωτερικά εικ.5,6,7), είτε τα βλέφαρα (εκχύμωση, οίδημα). Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη 39 ασθενών μέσης ηλικίας 61+16 έτη (από 12 έως 89 έτη), με μέσο χρόνο παρακολούθησης από 6 έως 31 μήνες. Ο χρόνος διάρκειας των συμπτωμάτων για τα οποία παραπονιούνταν ήταν 21+8 μήνες (4 μήνες – 8 έτη).

Στη μελέτη καταγράφηκαν τα συμπτώματα και τα κλινικά σημεία πριν και μετά την χορήγηση θεραπείας και ακολούθησε εκτίμηση εξ ιδίων των ασθενών της έντασης των συμπτωμάτων πριν και μετά την θεραπεία με βάση βαθμονομημένη κλίμακα από το 0 μέχρι το 10. στους περισσότερους ασθενείς έγιναν φωτογραφίες του προσθίου ημιμορίου κατά το διάστημα παρακολούθησής τους.

Την χορήγηση δοξκυκλίνης *per os* προτείναμε εφόσον η υγιεινή των βλεφάρων – χρήση ζεστών επιθεμάτων, μασάζ – σε συνδυασμό με την τοπική δερματική θεραπεία αποδεικνύονταν ανεπαρκείς (κυρίως λόγω έντονης δυσλειτουργίας των μείβομιανών αδένων καθώς και εκτεταμένων τηλεαγγειεκτασιών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το ιστορικό των 39 ασθενών (19 γυναίκες και 20 άνδρες) που συμπεριλήφθησαν στη μελέτη, κατά την πρώτη εξέταση και πριν την έναρξη θεραπείας, αναφέρονται τα ακόλουθα συμπτώματα: παραπονιούνται για ερυθρότητα 32 ασθενείς (82%), για δακρύρροια 29 (74%), για καύσο 19(49%), οίδημα βλεφάρων αναφέρουν 14 εκ των ασθενών (38%), πόνο οι 8 (21%) και εκκρίσεις έχουν οι 7 (18%). Κατά την πρώτη εξέταση στη σχισμοειδή λυ-

χνία διαπιστώθηκε δυσλειτουργία και καύσεις μείβομιανών αδένων (έντασης) 3+ σε 29 ασθενείς (74%) και 2+ σε 10 ασθενείς (26%) – μέση τιμή 2.76+. Επιπλέον, στην εξέταση, βρέθηκαν: επιθηλιακή κερατίτιδα σε 18 ασθενείς (46%), χαλάζια σε 8 (21%), νεοαγγείωση κερατοειδούς σε 7 (18%), ίνωση-ουλοποίηση και βράχυνση του επιπεφυκότα των κολπωμάτων (εικ. 9,12), σε 6 (15%) και σχηματισμός συμβλεφάρου (εικ. 10) καθώς και τριχίαση σε 3 ασθενείς (8%).

Τέσσερις (10%) από τους 39 ασθενείς διέκοψαν την θεραπεία με δοξκυκλίνη λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών εξ αυτών οι 2 ασθενείς παραπονέθηκαν για φωτοδερματίτιδα, 1 ασθενής εμφάνισε βαλανοποσθίτιδα, 1 εκδήλωσε στοματίτιδα ενώ 4 ασθενείς με ελαφρές γαστρεντερικές ενοχλήσεις δεν διέκοψαν την θεραπεία.

Έξι μήνες μετά την έναρξη θεραπείας, από τα αρχικά συμπτώματα, από τους ασθενείς παραπονιούνται, πλέον, για ερυθρότητα οι 12 εξ αυτών (34%), για δακρύρροια οι 7 (20%), για καύσο οι 5 (14%), για οίδημα βλεφάρων ο 1 (3) ενώ πόνος και εκκρίσεις δεν εμφανίζονται πια σε κανέναν από τους συμμετέχοντες στη μελέτη. Κατά την εξέταση στην σχισμοειδή λυχνία από τους 39 συμμετέχοντες ασθενείς μόνο οι 31 (88%) εμφανίζουν δυσλειτουργία και κύστεις μείβομιανών αδένων (εικ. 8,4), σε ένταση 3+ σε 4 ασθενείς (11%), 2+ σε 14 ασθενείς (40%) και 1+ σε 13 ασθενείς (37%) – μέση τιμή 1,56+. Η εξέταση, 6 μήνες μετά την προτεινόμενη θεραπεία της τρέχουσας μελέτης, βρίσκει επιπλέον, επιθηλιακή κερατίτιδα σε 2 ασθενείς (46%) ενώ δεν υπάρχουν πια νεοαγγείωση κερ/δους, ίνωση επιπεφυκότα και τριχίαση.

Παρατηρείται, κατά συνέπεια, σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων και ευρημάτων σε ασθενείς με οφθαλμική ροδόχρου ακμή. Σύμφωνα με την εκτίμηση των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη, οι 30 εκ των 39, εμφάνισαν βελτίωση δηλαδή (86%). Εξ αυτών οι 14 εμφάνισαν πλήρη βελτίωση (40%), οι 13 σημαντική (37%) και οι 3 ανεκτή (9%). 4 ασθενείς εμφάνισαν στασιμότητα (11%) και 1 μόνο επιδείνωση (3%). Επιπλέον, παρατηρείται αντικειμενική μεταβολή καθώς εμφανίζεται δυσλειτουργία μείβο-

μιανών αδένων σε μικρότερο ποσοστό ασθενών και με μικρότερη ένταση όπως επίσης παρατηρείται και με την επιθηλιακή κερατίτιδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η για 6 μήνες χορήγηση δοξυκυκλίνης είναι καλά ανεκτή από τους ασθενείς με οφθαλμική ροδόχρου ακμή και βελτιώνει σημαντικά τόσο τα συμπτώματα όσο και την κλινική τους εικόνα.

Βιβλιογραφία

Huber-Spitz V, Baumgartner I, Bohler-Sommeregger K, Grabner G. Blepharitis – a diagnostic and therapeutic challenge. A report of 407 consecutive cases. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 1991;229:224-7

Akpek EK, Merchant A, Pinar V, Foster CS. Ocular rosacea: patient characteristics and follow up. *Ophthalmology* 1997;104:1863-7

Baldwin HE. Oral therapy for rosacea. *J Drugs Dermatol* 2006;5:16-21

Jack J, Kanski-Ken K. *Nischal* 1999

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ Ι.Σ.Α.

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Ο Ιατρικός Σύλλογος Αγρινίου συμμετέχει στην 24ωρη Πανελλαδική-Πανιατρική απεργία την Δευτέρα 15-12-2008 και καλεί τους ιατρούς-μέλη του να συμμετάσχουν.

ΑΠΕΡΓΟΥΜΕ ΓΙΑΤΙ ΔΙΕΚΔΙΚΟΥΜΕ

1^ο Μόνιμη - Οριστική Επίλυση στις αποπληρωμές του Ο.Π.Α.Δ. και όλων των ασφαλιστικών ταμείων.

2^ο Άμεση ανακοστολόγηση και υπογραφή του Προεδρικού Διατάγματος για την αύξηση των επί 20 χρόνια καθυλωμένων ιατρικών πράξεων που παραμένουν σε επίπεδο ντροπής για τον Ιατρό και τον Ασφαλισμένο.

3^ο Νομοθέτηση της Εθνικής Συλλογικής Σύμβασης.

4^ο Ουσιαστικές και άμεσες λύσεις στα προβλήματα του κλάδου που αφορούν μισθολογικά-ασφαλιστικά και εργασιακά θέματα.

5^ο Αντιμετώπιση των προβλημάτων εκπαίδευσης.

ΟΧΙ ΑΛΛΟ ΑΠΛΗΡΩΤΟΙ
ΚΑΙ ΚΑΚΟΠΛΗΡΩΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ
ΣΩΣΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ
ΠΡΟΥΠΟΘΕΤΕΙ ΣΕΒΑΣΜΟ ΚΑΙ ΠΡΟΑΣΠΙΣΗ
ΤΟΥ ΚΥΡΟΥΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ
ΟΧΙ ΑΛΛΕΣ ΥΠΟΣΧΕΣΕΙΣ-ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΕΙΣ
ΤΑ ΟΡΙΑ ΑΝΤΟΧΗΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ
ΞΕΠΕΡΑΣΤΗΚΑΝ

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ Ι.Σ.Α.

«ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ»

Τα Διοικητικά Συμβούλια των Υγειονομικών Συλλόγων της περιοχής μας διοργάνωσαν ημερίδα την ΤΕΤΑΡΤΗ 19 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2008 και ώρα 19.00 στο ΠΑΠΑΣΤΡΑΤΕΙΟ ΜΕΓΑΡΟ ΑΓΡΙΝΙΟΥ

με θέμα:

«ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΝΟΜΟΥ- ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΤΣΑΥ»

Ομιλητής : ΡΩΜΑΝΙΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, *Επιστημονικός Σύμβουλος Ινστιτούτου Γ.Ε.Σ.Ε.Ε Α.Δ.Ε.Δ.Υ*

Την εκδήλωση προσφώνησε ο Γενικός Γραμματέας του Ι.Σ.Α. κος Παπαθανάσης Παντελής.



Μια εκδήλωση άκρως ενημερωτική για το ασφαλιστικό μας που δυστυχώς δεν έτυχε του ανάλογου ενδιαφέροντος από τους συναδέλφους μας.



Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών Ένα μυστήριο εξιχνιάζεται

Χρ. Α. Παπαδημητρίου
Μαιευτήρ –Χειρουργός –Γυναικολόγος

Το Σύνδρομο των Πολυκυστικών Ωοθηκών (ΣΠΩ) εμφανίζεται στο 6-7% του γυναικείου πληθυσμού. Είναι δυνατόν να εκδηλωθεί από την εφηβεία, ενώ μπορεί να υποθάλπει τη μα-κροπρόθεσμη ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη και καρδιαγγει-ακής νόσου.

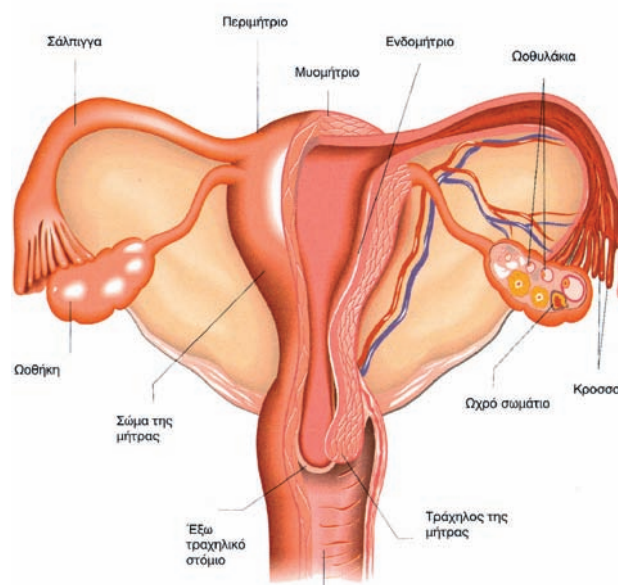
Γνωρίζουμε την αιτιολογία του ΣΠΩ;

Το ΣΠΩ αποτελεί έναν <<μυστηριώδη >> συνδυασμό ορ-μονολογικών ανωμαλιών. Αν και φαίνεται ότι υπάρχει κληρο-νομική προδιάθεση , η πρωταρχική αιτία του ΣΠΩ δεν έχει γί-νει γνωστή. Θεωρείται , πάντως , ότι μία από τις βασικές δια-ταραχές βρίσκεται στην έκκριση και λειτουργία της ινσουλίνης κι αυτός είναι ένας λόγος για τον οποίο συχνά συνυπάρχει πα-χυσαρκία και η απώλεια βάρους καθίσταται δυσχερής . Άλλη ορμονική διαταραχή που παρατηρείται είναι η υπερπαραγωγή ανδρογόνων από την ωοθήκη.

Πότε θα πρέπει μια γυναίκα να ελεγχθεί για ΣΠΩ;

Μια γυναίκα θα πρέπει να αναζητήσει ιατρική βοήθεια όταν παρουσιάζει:

1. Ανωμαλίες στην έμμηνο ρύση (συνήθως καθυστερήσεις)
2. Ανεπιθύμητη τριχοφυΐα στο πρόσωπο, κυρίως στο άνω χείλος και στο σαγόι, ανάμεσα στους μαστούς, στο κάτω μέρος της κοιλιάς και στο εσωτερικό των μηρών.
3. Ακμή , λιπαρότητα και πιο σπάνια κροταφική αλωπεκία (απώλεια τριχών στο τριχωτό της κεφαλής)
4. Μελαγχρωστική ακάνθωση (πεπαχυσμένο και σκούρο δέρμα στον αυχένα και στις μασχάλες).



Εικόνα Ι

Ποιες είναι οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του ΣΠΩ;

- 1.Υπογονιμότητα , λόγω απουσίας ωορρηξίας
- 2.Αυξημένος κίνδυνος για διαβήτη και υπέρταση κατά την εγκυμοσύνη.
- 3.Σαχαρώδης διαβήτης
- 4.Υψηλή χοληστερίνη και τριγλυκερίδια στο αίμα
- 5.Υψηλή αρτηριακή πίεση
- 6.Καρδιαγγειακή πίεση
7. Καρκίνος του ενδομητρίου.

Με ποια μέσα γίνεται η διάγνωση του ΣΠΩ;

Η διάγνωση βασίζεται στο ιατρικό ιστορικό , στη φυσική εξέταση και στις εργαστηριακές εξετάσεις. Πρέπει να αποκλεισθούν άλλες παθολογικές καταστάσεις που δίνουν παρόμοια συμπτώματα, όπως η συγγενής υπερπλασία επινεφριδίων , το σύνδρομο Cushing,όγκοι ωθήκης , προλακτίνωμα , θυρεοειδοπάθειες. Ο γιατρός θα ρωτήσει για τα χαρακτηριστικά του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Κατά την εξέταση θα διαπιστώσει αν υπάρχει ανεπιθύμητη τριχοφυΐα στο σώμα ή ακμή , θα καταμετρήσει την ΑΠ, το ύψος και το βάρος της ασθενούς. Θα ζητήσει τη συνέχεια εξετάσεις αίματος για να αξιολογηθούν τα επίπεδα των ανδρογόνων, της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων στο αίμα και πιθανά σημεία σακχαρώδους διαβήτη. Τέλος θα γίνει ένα υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων για να διαπιστωθεί αν οι ωθήκες είναι μεγαλύτερες σε όγκο και φέρουν διάσπαρτες πολλαπλές μικρές κύστες , τα ωθυλάκια , εικόνα τυπική για τις πολυκυστικές ωθήκες, από την οποία έχει πάρει την ονομασία του το σύνδρομο.

Πως αντιμετωπίζεται θεραπευτικά μια γυναίκα με ΣΠΩ;

Το είδος της θεραπείας εξαρτάται από τα συμπτώματα και από την επιθυμία της γυναίκας να μείνει έγκυος.

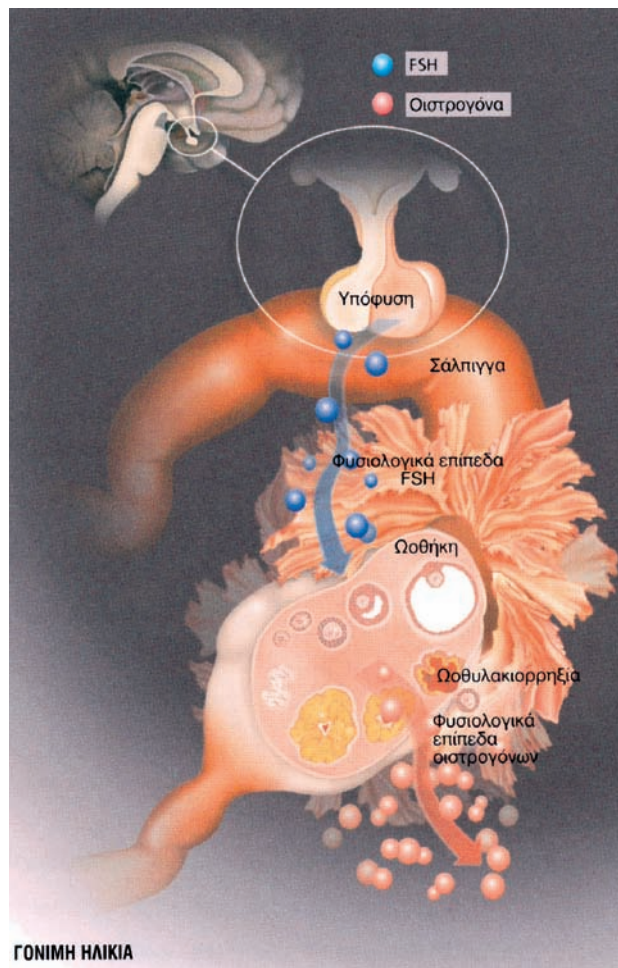
Η καθημερινή άσκηση , τουλάχιστον 30 λεπτών την ημέρα , και η απώλεια βάρους στις παχύσαρκες ασθενείς βελτιώνουν το μεταβολισμό της ινσουλίνης και πιθανόν να οδηγήσουν σε ύφεση των συμπτωμάτων και στην αποκατάσταση της ωορρηξίας.

Αν το προέχον σύμπτωμα είναι οι ανωμαλίες της εμμηνορρυσίας , ο γιατρός σας μπορεί να σας χορηγήσει προγεστερόνη ή αντισυλληπτικά δισκία. Γυναίκες που δεν εμφανίζουν ωορρηξία και επιθυμούν εγκυμοσύνη , λαμβάνουν ωορρηκτικά σκευάσματα , όπως κιτρική κλομιφαίνη ή γοναδοτροπίνες . Σε άλλες γυναίκες με ΣΠΩ θα χορηγηθούν υπογλυκαιμικοί παράγοντες για τη βελτίωση των διαταραχών του μεταβολισμού της ινσουλίνης , που έχουν ευεργετικά αποτελέσματα και στην υπογονιμότητα και στις ανωμαλίες της εμμήνου ρύσεως. Για την αντιμετώπιση

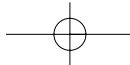
της υπερτρίχωσης και της ακμής χορηγούνται α-ντισυλληπτικά δισκία και αντιανδρογόνα , των οποίων όμως τα αποτελέσματα στον περιορισμό εμφάνισης νέων τριχών θα είναι αισθητά μετά από πολλούς μήνες. Διάφοροι μέθοδοι αποτρίχωσης θα απομακρύνουν την ήδη υπάρχουσα τριχοφυΐα. Αν η ασθενής παρουσιάζει σακχαρώδη διαβήτη , αρτηριακή υπέρταση υπερχοληστερολαιμία , θα λάβει την ανάλογη θεραπευτική αγωγή.

Μέχρι ποια ηλικία συνεχίζεται η ιατρική παρακολούθηση της γυναίκας για το ΣΠΩ;

Η ασθενής με ΣΠΩ , αφού υποβληθεί σε μια εξατομικευμένη θεραπεία ανάλογα με την παρουσία και το βαθμό των χαρακτηριστικών του ΣΠΩ, θα συνεχίσει με συστηματική παρακολούθηση για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος των μακροπρόθεσμων συνεπειών του συνδρόμου.



Εικόνα 2



Το Διοικητικό Λογούριο του Γατρικού Λογούριου & η Λογιστική Επιτροπή του Περιοδικού σας

Ευχομαι αυτές τις άγιες
γέρες η αγάπη να φωνιάσει
στις καρδιές μας μια τα ονειρά
μας να γίνουν Πατριά Προβλεψιμότητα!

Αν Βασιλόπουλος

Χρόνια καλά
και ευτυχία
δίνεις με ευτυχία

Καλή χρονιά,
με ειρήνη, υγεία, χαρά -
Τα όνειρά σας ευχές μου

Αποστόλης Κουβαράς

Σ'αί εώχρασε υγεία, ειρήνη
και σεβασμό στον άνθρωπο.

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΚΙΑΔΑΣ.

Ευχομαι ει
καρδιά το 2008
να ήταν το χηρότερο
ετος μας και το
2009 να μας
διαφύγει η ορμή
το υγρότερο!
Η. Τσαλαβάνης

Για καλή χρονιά
- Εργασιοσση
- Αλληλεγγυη

Α. Διονυσίου

Χρόνια πολλά γεμάτα
υγεία, χαρά και αγάπη

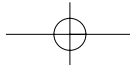
ΚΟΝΟΚΥΘΑΣ ΠΑΣΙΝΙΟΣ

Καθε πρωτες σε αγαπας
με υγεία

ΜΑΤΘΑΙΟΣ ΝΙΚΟΣ

Τις θειότερες ευχές μου
για προσωπική και οικογενειακή
ευτυχία όλων των συναδέλφων
για ευόδωση των διεκδικήσεων
του Ιατρικού κόσμου και καλύτερη
περίθαλψη για τον Ελληνικό λαό.

Θόδωρος Σαφειράς
Παθολόγος.
Αθήνιο 18.12.08.



Χρόνου Αγγινίου Εύχονται...

Χρόνια πολλά
καλά χειροποίητα κι εσύ
2009 να είναι για χρόνια
μαζί, ειρηνική κι ευφροσύνη
κι υγεία για όλους μας

Γρηγόρης Ζηούς

Εύχομαι το 2009
να αφήσουμε πίσω
αυτά που μας πόνερασαν
το χρόνο που πέρασε.
Χρόνια Πολλά, Καλά
και Ευτυχισμένα!!!

ΑΓΓΡΑΦΙΣΤΗΣ ΓΙΕΡΤΟΣ

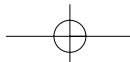
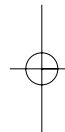
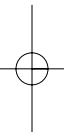
Ας είναι κάθε βελήκη
της νέας χρονιάς ένα
βήμα ευτυχίας
Καλά Χριστούγεννα
και θεατές όλες για
το νέο έτος


ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΗΣ Π.

Χρόνια Πολλά

Καλή Χρονιά, υγεία, αγάπη
και δυναμισμό για το
νέο έτος 2009.


ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Μ.



ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΙΣΧΙΟΥ. ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Χρήστος Πολυχρόνου 1
Αιμιλία Κυριακοπούλου 2
Πάρις Πολυχρόνου 3
Σπύρος Χρυσανθακόπουλος 1

1 Τμήμα Αξονικού Τομογράφου,
Νοσοκομείο Αγρινίου
2 Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική ΔΠΘ
3 Α' Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ

Το συγγενές εξάρθρωμα του ισχίου περιλαμβάνει το υπεξάρθρωμα της μηριαίας κεφαλής, τη δυσπλασία της κοτύλης, καθώς και το πλήρες εξάρθρωμα της μηριαίας κεφαλής από την κοτύλη. Το συγγενές εξάρθρωμα του ισχίου εμφανίζεται σε 1-2 στις 1.000 γεννήσεις. Η ακριβής αιτιολογία είναι άγνωστη. Για πολλά χρόνια οι κλινικές δοκιμασίες Ortolani και Barlow και η αντικειμενική εκτίμηση της μορφολογίας του ισχίου στην κλασική ακτινογραφία ισχίων αποτελούσαν τον ακρογωνιαίο λίθο για την διάγνωση του συγγενούς εξαρθρώματος του ισχίου. Η αλματώδης ανάπτυξη της υπερηχοτομογραφίας και η εφαρμογή της στην διερεύνηση των παθήσεων του μυοσκελετικού, συνέβαλε καθοριστικά στην έγκαιρη διάγνωση της πάθησης και άλλαξε ριζικά την διαγνωστική προσέγγιση. Σήμερα το υπερηχογράφημα σε συνδυασμό με την κλινική εξέταση επιτρέπει τον ακριβή καθορισμό της παθολογίας των βρεφικών ισχίων.

Λέξεις κλειδιά: Συγγενές εξάρθρωμα ισχίου, αναπτυξιακή δυσπλασία ισχίου.

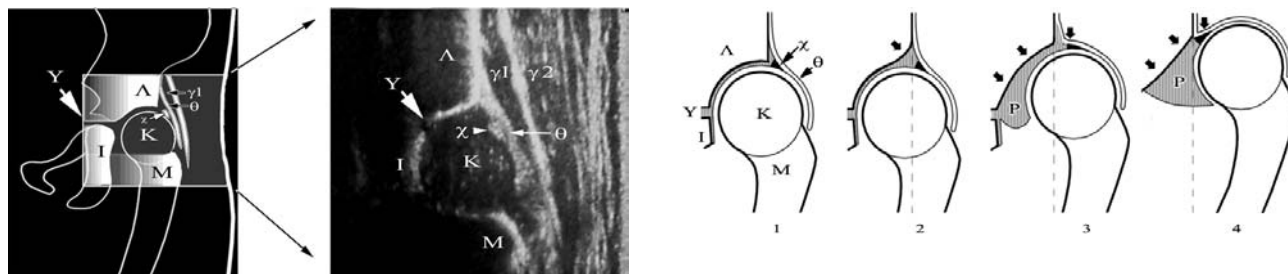
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις περισσότερες των περιπτώσεων το εξάρθρωμα ισχίου εμφανίζεται αμέσως μετά τη γέννηση. Σε μερικές όμως περιπτώσεις εκδηλώνεται αργότερα (1). Για τον λόγο αυτό αντί για τον όρο συγγενές εξάρθρωμα ισχίου (ΣΕΙ) έχει προταθεί ο όρος αναπτυξιακή δυσπλασία του ισχίου (ΑΔΙ) (2).

Η δυσπλασία του ισχίου πρέπει να θεωρείται σαν μια δυναμική κατάσταση, μια αλυσίδα γεγονότων που σχετίζεται με την αλληλεπίδραση κεφαλής – κοτύλης. Η φυσιολογική διάπλαση της κοτύλης και του μηριαίου είναι αλληλοεξαρτώμενες. Δεν υπάρχει ομοφωνία ποιο είναι το πρωτεύον πρόβλημα στη δυσπλασία του ισχίου. Μερικοί μελετητές θεωρούν ότι η χαλαρότητα του ισχίου οδηγεί στην παρεκτόπιση της μηριαίας κεφαλής, με επακόλουθο την ανάπτυξη αβαθούς κοτύλης. Άλλοι αντίθετα θεωρούν ότι το πρωταρχικό πρόβλημα είναι η δυσπλασία της κοτύλης που προκαλεί την μετατόπιση της κεφαλής και την χαλαρότητα της άρθρωσης (3).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η συχνότητα εμφάνισης (ΣΕΙ) ανέρχεται στο 1-2%. (4). Η επίπτωση της όψιμης αναπτυξιακής δυσπλασίας φτάνει το 0,2-0,6% (5). Συμμετοχή και των δυο ισχίων παρατηρείται στο 25%. Η αιτιολογία της τυπικής δυσπλασίας του ισχίου είναι πολυπαραγοντική. Ως παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της έχουν αναγνωρισθεί το ολιγοϋδράμνιο, η ισχιακή προβολή και το οικογενειακό ιστορικό (6,7,8). Η πιθανότητα να εμφανίσει το νεογνό δυσπλασία του ισχίου υπολογίστηκε σε 6% αν έχει αδελφό ή αδελφή με δυσπλασία, 12% αν ένας από τους γονείς πάσχει (7). Η πάθηση σχετίζεται άμεσα με το φύλο (άρρεν : θήλυ, 1:4-1:6) (8,9). Για την εμφάνιση της πάθησης έχει ενοχοποιηθεί και η επίδραση των μητρικών ορμονών κατά την ενδομήτρια ζωή.



Εικόνα 1. Τύποι ισχίων κατά Graf. Σχηματικά. Λαγόνιο (Λ), ισχιακό (Ι), τριακτινωτός χόνδρος (Υ), κεφαλή μηριαίου (Κ), μετάφυση μηριαίου (Μ), επιχείλιος χόνδρος (χ), αρθρικός θύλακος (θ), λιπώδες υπόστρωμα (Ρ). με τα έντονα βέλη σημειώνονται τα παθολογικά σημεία.

Τύπος 1: Φυσιολογικό ισχίο. Το χείλος της οστέινης μοίρας της οροφής της κοτύλης σχηματίζει γωνία. Το βάθος της κοτύλης είναι φυσιολογικό, φυσιολογικές γωνίες α και β ($\alpha \geq 60^\circ$ και $\beta \leq 55^\circ$). Η χόνδρινη μοίρα της κοτύλης απεικονίζεται λεπτή και καλύπτει την κεφαλή. Ισχία αυτού του τύπου είναι απίθανο να αναπτύξουν δυσπλασία.

Τύπος 2: Αποστρογγυλοποίηση της γωνίας της οστέινης μοίρας της κοτύλης. Φυσιολογικό η ελαττωμένο βάθος κοτύλης. Χόνδρινη μοίρα της κοτύλης είναι λεπτή η ήπια πεπαχυμένη και καλύπτει την κεφαλή. Γωνία α $50-59^\circ$, $\beta > 55^\circ$.

Τύπος 3: Παθολογική θέση της κεφαλής του μηριαίου η οποία βρίσκεται σε επαφή με την κοτύλη. Η κοτύλη είναι αβαθής και δεν αναγνωρίζεται το οστέιο χείλος. Πάχυνση και βράχυνση των χόνδρινων τμημάτων τα οποία εφάπτονται στην άνω και έσω επιφάνεια της κεφαλής του μηριαίου. Γωνία $\alpha < 43^\circ$ και $\beta > 77^\circ$.

Τύπος 4: Εξάρθρωμένο ισχίο. Η κεφαλή βρίσκεται εκτός της ασημάτιστης κοτύλης. Ο χόνδρος παρεμβάλλεται ανάμεσα στην κεφαλή και την κοτύλη. Ο αρθρικός θύλακος σχηματίζει οξεία γωνία ανάμεσα στην κεφαλή και το λαγόνιο.

Εικόνα 2. α,β. Σχηματική παράσταση βρεφικού ισχίου (α) και το αντίστοιχο φυσιολογικό υπερηχοτομογράφημα ισχίου σε στεφανιαίο επίπεδο (β). Διακρίνονται η μηριαία κεφαλή (Κ), η μετάφυση του μηριαίου(Μ), το ισχιακό (Ι), το λαγόνιο (Λ), η οστέινη μοίρα της οροφής της κοτύλης (ο), η ηχογενής οροφή του επιχείλιου χόνδρου (χ), ο τριακτινωτός χόνδρος (Υ), ο μέσος γλουτιαίος (γ2) και ο ελάσσων γλουτιαίος μυς (γ1). Γωνία του χείλους της οστέινης οροφής (κεφαλή βέλους). γ. Οστέωση του ανώνυμου οστού και της μηριαίας κεφαλής κατά τη γέννηση σχηματικά.

Παρατηρείται αυξημένη συχνότητα στην πρώτη εγκυμοσύνη, σε παιδιά με ραιβόκρανο, ψευδογόκο του στερνοκλειδομαστοειδούς, ραιβοποδία, συγγενές ραιβό μετατόριστο και σε νεογνά με αυξημένο βάρος γέννησης (10). Επίσης παρατηρείται αυξημένη συχνότητα σε ορισμένες περιοχές της γης. (11).

Οι όροι υπεξάρθρωμα και εξάρθρωμα χρησιμοποιούνται για την περιγραφή της παθολογικής έκκεντρης θέσης της κεφαλής του μηριαίου που στο μεγαλύτερο μέρος της βρίσκεται εκτός της κοτύλης. Στο υπεξάρθρωμα η κεφαλή διατηρεί επαφή με την κοτύλη ενώ στο εξάρθρωμα η κεφαλή χάνει κάθε επαφή με αυτήν. Και στις δυο περιπτώσεις η παθολογική θέση της κεφαλής του μηριαίου συνοδεύεται και από αβαθή διαμόρφωση της κοτύλης, ποικίλου βαθμού (εικ.7).

Κατά την κλινική εξέταση υπάρχει ασυμμετρία στις πτυχές του μηρού (όχι πάντα), περιορισμός της απαγωγής των μηρών και βράχυνση του μέλους. Το σημείο Ortolani η αίσθηση 'κλικ' από την μετακίνηση της κεφαλής του μηριαίου κατά τον χειρισμό (γίνεται απαγωγή ισχίων και η κεφαλή σπρώχνεται εμπρός και ο εξεταστής αισθάνεται ένα "κλικ") και η δοκιμασία Barlow ήχος ή αίσθηση ανατάξεως κατά τον χειρισμό, (ο εξεταστής σπρώχνει το μηρό πίσω και έξω και αισθάνεται ένα "κλικ") είναι οι βασικές κλινικές δοκιμασίες.

Στην ακτινογραφία ισχίων πριν την εμφάνιση του πυρήνα οστέωσης της κεφαλής παρατηρείται ατελής ανάπτυξη και λοξότητα του άνω έξω τμήματος της οροφής της κοτύλης, το σημείο Van Rosen, διακοπή του θυροαυχενικού τόξου, καθυστέρηση εμφάνισης του πυρήνα οστέωσης. Μετά την εμφάνιση του πυρήνα οστέωσης ο πυρήνας αυτός είναι

μικρότερος και βρίσκεται άνω και έξω. Επίσης, η κοτύλη είναι αβαθής, συχνά τα οστά του ανώνυμου είναι ατροφικά και ο αυχένας έχει πρόσθια απόκλιση μεγαλύτερη της φυσιολογικής.

Το 1980 ο πρωτοπόρος αυστριακός ορθοπεδικός Graf, διερεύνησε τις δυνατότητες της υπερηχογραφικής εξέτασης του ισχίου και περιέγραψε της στεφανιαίες υπερηχογραφικές τομές του ισχίου (12). Το 1984 περιέγραψε την ταξινόμηση του δυσπλαστικού ισχίου (13). Εισηγητές της δυναμικής μεθόδου, που πρωτοεμφανίστηκε στην Αμερική ήταν ο Harcke, Clarke και συν. το 1984-85 και ο Novick και οι συνεργάτες του (14). Οι μελετητές αυτοί πίστευαν ότι πρωταρχικής σημασίας στην εξέταση του νεογνικού και βρεφικού ισχίου έχει η ανάδειξη της αστάθειας. Η μέθοδος που πρότειναν βασιζόνταν στην εφαρμογή των κλινικών δοκιμασιών Ortolani και Barlow (15) υπό υπερηχογραφικό έλεγχο. Το 1985 ο Morin και συν. πρότεινε μια ταχύτερη μέθοδο εκτίμησης του βαθμού κάλυψης της μηριαίας κεφαλής, στο στεφανιαίο επίπεδο με την χρήση τριών γραμμών (16). Το 1993 από τους Graf, Harcke και Clarke ανακοινώθηκε συνδυασμένη δυναμική μέθοδος με στοιχεία και από την στατική και από την δυναμική μέθοδο.

Το υπερηχογράφημα ισχίων εφαρμόστηκε μαζικά από ορισμένους μελετητές σαν εξέταση ρουτίνας «screening», σε όλα τα νεογνά, ανεξάρτητα της κλινικής εικόνας και της παρουσίας παραγόντων κινδύνου (17,18,19,20). Υπάρχει διχογνωμία ως προς την αξία αυτής της τακτικής εξαιτίας του κόστους και της υπερδιάγνωσης στις πρώτες εβδομάδες ζωής που μπορεί να οδηγήσει σε μη απαραίτητη θεραπεία (19,21). Η εξέταση των παιδιών που στο ιστορικό τους

αναγνωρίζονται παράγοντες κινδύνου ή υπάρχουν κλινικές ενδείξεις, (22) θεωρείται σήμερα πιο ενδεδειγμένη (1, 23). Με αυτή την μέθοδο το 10% των νεογνών θα εξεταστούν με υπερηχογράφημα (24). Οι ενδείξεις για τον υπερηχοτομογραφικό έλεγχο του ισχίου είναι η παρουσία στο ιστορικό παράγοντα κινδύνου, η διαπίστωση από την κλινική εξέταση περιορισμού του εύρους κινήσεως του ισχίου, η ανισοσκελία, η ασυμμετρία των πτυχών της βουβωνικής, της γλουτιαίας και της περιοχής των προσαγωγών, το θετικό σημείο Barlow ή Ortolani και η εισολκή στην περιοχή των προσαγωγών.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σήμερα η υπερηχογραφία θεωρείται μέθοδος εκλογής (1,23) για την εξέταση των βρεφικών ισχίων, μέχρι τον 6ο μήνα, περιορίζοντας δραστικά την χρήση της συμβατικής ακτινογραφίας. Η συμβολή της υπερηχογραφίας στην εκτίμηση νεογνικών ισχίων με αβέβαια ευρήματα στην κλινική εξέταση είναι μεγάλης σημασίας, ιδίως σε περιπτώσεις νεογνών με «κλικ» ή ατελή απαγωγή των ισχίων που συχνά ταλαιπωρούνται με θεραπείες για να αποδειχθεί αργότερα πως πρόκειται για φυσιολογικά ισχία. Σε αμφίβολες περιπτώσεις ο επανέλεγχος με υπερήχους μπορεί να επαναληφθεί ακίνδυνα και να οδηγήσει σε ασφαλή διάγνωση. Τα συμπεράσματα από την υπερηχογραφική εξέταση του ισχίου από την στατική και δυναμική φάση της εξέτασης είναι μεγάλης ακρίβειας, που πλησιάζει το 100% και αφορούν τόσο την μορφολογία της άρθρωσης όσο και την σταθερότητα της. Η υπερηχογραφική διερεύνηση της άρθρωσης μπορεί να γίνει από την πρώτη ημέρα της ζωής μέχρι την εμφάνιση του πυρήνα οστέωσης και την σταδιακή οστεοποίηση της μηριαίας κεφαλής. Σε περίπτωση κλινικής υποψίας διαταραχής της αναπτύξεως του ισχίου ο υπερηχογραφικός έλεγχος αμφοτέρων των ισχίων από την πρώτη ακόμη ημέρα της ζωής θεωρείται επιβεβλημένος. Η εξέταση όμως πρέπει να εκτιμάται προσεκτικά πριν την ηλικία των δυο εβδομάδων ιδίως σε αμφίβολες περιπτώσεις λόγω της φυσιολογικής ανωριμότητας των ισχίων πριν την ηλικία αυτή, που μπορεί να οδηγήσει σε λάθος συμπεράσματα. Από τον δέκατο περίπου μήνα της ζωής και μετά, η υπερηχογραφία είναι αναξιόπιστη μέθοδο εξέτασης του ισχίου και απαιτείται διερεύνηση με ακτινογραφία λόγω της προχωρημένης οστεοποίησης της μηριαίας κεφαλής και της ακουστικής σκιάς του πυρήνα οστέωσης που δεν επιτρέπει την ικανοποιητική ανάδειξη των ανατομικών δομών του ισχίου. Μεγάλης σπουδαιότητας για την ασφαλή διεξαγωγή συμπερασμάτων είναι η σωστή και «στανταρισμένη» τεχνική διερεύνησης. Το ζητούμενο είναι η εκτίμηση της ωριμότητας της κοτύλης, της θέσης της κεφαλής και η διαπίστωση της πιθανής χαλαρότητας του ισχίου. Η μέθοδος εξέτασης, τα βήματα που θα ακολουθηθούν, και η εκτέλεση ή όχι μετρήσεων, εξαρτάται κατά πολύ από την εμπειρία του εξεταστή. Ανακεφαλαιώνοντας σήμερα η κλινική εξέταση σε

συνδυασμό με το υπερηχογράφημα δίνοντας απάντηση με ακρίβεια σε τρία βασικά ερωτήματα -πρώτον, ποια είναι η θέση της κεφαλής σε σχέση με την κοτύλη, δεύτερον, πόσο κινείται αυτή κατά τους δυναμικούς χειρισμούς και τέλος πόσο καλά είναι σχηματισμένη η κοτύλη- επιτρέπει τον ακριβή καθορισμό της παθολογίας των βρεφικών ισχίων.

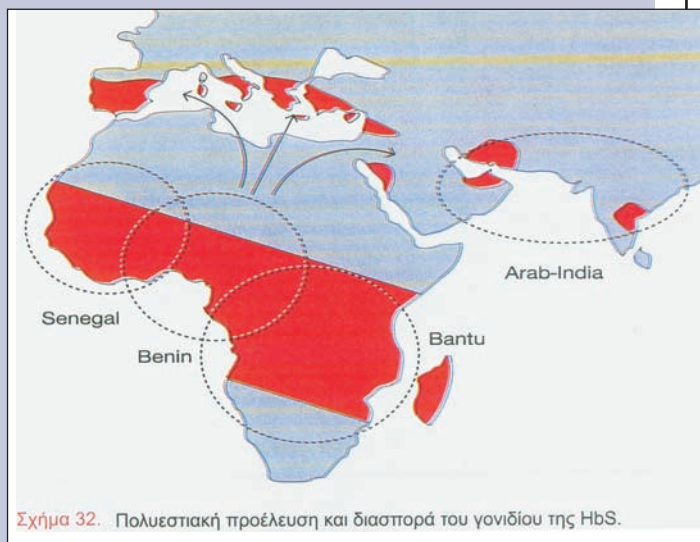
Βιβλιογραφία

1. STOVER B, BRAGELMANN R, WALTHERA, et al. Development of late congenital hip dysplasia: significance of ultrasound screening. *Pediatr Radiol* 1993; 23:19-22.
2. KILSIC PJ. Congenital dislocation of the hip: a misleading term. *J Bone Joint Surg Br* 1984; 71:136.
3. HARCKE HT, GRISSOM LE. Pediatric hip sonography. Diagnosis and differential diagnosis. In *Musculoskeletal Ultrasound. Radiol Clin North Am* 1999; 37:787-796.
4. EDEIKEN J. Congenital hip dislocation : Roentgen diagnosis of disease of bone 3d Ed. Williams & Wilkins Baltimore, London; 1084-1088.
5. BELLAH R. Ultrasound in pediatric musculoskeletal disease. Techniques and applications. *Rad Clin North Am*. 2001; 39(4): 597-602.
6. BOAL DKB, SCHWENTKER EP. Assessment of congenital hip dislocation with real time ultrasound: a pictorial essay. *Clin imaging* 1991; 15; 77-90.
7. GERSCOVICH EO. A radiologist's guide to the imaging in the diagnosis and treatment of developmental dysplasia of the hip. I. General considerations, physical examination as applied to real time sonography and radiography. *Skeletal Radiol* 1997; 26: 386-397.
8. ROSENBERG HK. Neonatal hip dislocation. In: Bluth, Argep PH, Benson CB, et al., eds. *Ultrasound: a practical approach to clinical problems*. New York: Thieme, 2000: 488- 502.
9. ROSENDAHL K, MARKESSTAD T, LIE RT. Developmental dysplasia of the hip: prevalence based on ultrasound diagnosis. *Pediatr Radiol* 1996;26:635-639.
10. MacEWEN GD, BASSETT GS. Current trends in the management of congenital dislocation of the hip. *Int Orthop* 1984;8:103-111.
11. TRUETA J. *Studies of the development and decay of the human frame*. Heinemann Medical Books Ltd, London 1968; 68.
12. GRAF R. The diagnosis of congenital hip-joint dislocation by the ultrasonic compound treatment. *Arch Orthop Trauma Surg* 1980; 97: 117-133.
13. GRAF R. Classification of hip joint dysplasia by means of sonography. *Arch Orthop Trauma Surg* 1984; 102:248-255.
14. NOVICK G, GHELMAN B, SCHNEIDER M: Sonography of the neonatal and infant hip. *AJR* 1983; 141:639-645.
15. HARCKE HT, CLARKE NMP, LEE MS et al: Examination of the hip with real-time ultrasound. *J Ultrasound Med* 1984; 3:131-137.
16. MORIN C, HARCKE HT, MacEWEN GD. The infant hip: real-time ultrasound assessment of acetabular development. *Radiology* 1985; 157: 673-677.
17. GRAF R. Ultrasonography of the infantile hip. In: Sanders RC, Hill Mc (eds): *Ultrasound Annual 1985*. Raven, New York, 1985.
18. LANGER R. Ultrasonic investigation of the hip in newborns in the diagnosis of congenital hip dislocation: classification and results of a screening program. *Skeletal Radiol* 1987;16:275.
19. TONNIS D, STORCH K, ULBRICH H. Results of newborn screening for CDH with and without sonography and correlation of risk factors. *J Pediatr Orthop* 1987;10:145.
20. BERMAN L, KLENERMAN L. Ultrasound screening for hip abnormalities: preliminary findings in 1001 neonates. *BMJ* 1986;293:719-722.
21. SZOKE N, KUHL L, HEINRICHS J. Ultrasound examination in the diagnosis of congenital hip dysplasia of newborns. *J Pediatr Orthop* 1988; 8:12.
22. CLARKE NMP, CLEGG J, Al-CHALABI AN: Ultrasound screening of hips at risk for CDH. *J Bone Joint Surg* 1989; 71B:9.
23. ZIEGER M, SCHULZ RD. Ultrasonography of the infant hip.III. Clinical application. *Pediatr Radiol* 1987;17:226-232.
24. HARCKE HT. Screening newborns for developmental dysplasia of the hip: the role of sonography. *AJR* 1994;162:395.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

Περίνη Δήμητρα,

Βιολόγος Μονάδας Πρόληψης Μεσογειακής
Αναιμίας Νοσοκομείου Αγρινίου



Η διερεύνηση των άτυπων μορφών Μεσογειακής Αναιμίας (M.A.), εκτός από το επιστημονικό ενδιαφέρον έχει μεγάλη πρακτική σημασία, που συνίσταται στον κίνδυνο να μη διαφύγει, ή να μην παρερμηνευθεί η παρουσία β-M.A.

Τα διαγνωστικά προβλήματα φαίνεται να οφείλονται στην ετερογένεια της β-M.A. (στον Ελληνικό χώρο έχουν καταγραφεί 20 μεταλλαγές, που αφορούν το β-γονίδιο, ενώ διεθνώς έχουν καταγραφεί περίπου 150) και στους συνδυασμούς της β-M.A με άλλες μορφές M.A και ιδιαίτερα με την α-M.A και δ-M.A. Έτσι ο τυπικός φαινότυπος της ετερόζυγης μορφής της β-M.A μπορεί να αλλιωθεί από το συνδυασμό διαφορετικών τύπων Μεσογειακής Αναιμίας, όπως β-MA και δ-MA ή β-MA και α-MA. Είναι γνωστή η επίδραση της σιδηροπενίας στη σύνθεση της αιμοσφαιρίνης και η δυσκολία, που προκαλεί στη διάγνωση των φορέων. Το ποσοστό των ατόμων στα οποία τίθεται η διάγνωση σιδηροπενικής αναιμίας στη Μονάδα Πρόληψης Μεσογειακής Αναιμίας (Μ.Π.Μ.Α.) ανέρχεται στο 5,8% και αφορά κυρίως γυναίκες. Το ποσοστό των ατόμων που παρουσιάζει διαγνωστικό πρόβλημα και χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση ανέρχεται στο 7,5%, ενώ το τελικό ποσοστό των αδιάγνωστων προσερχομένων ανέρχεται στο 1%.

Οι εξετάσεις για τη διάγνωση της ετερόζυγης μορφής της β-M.A απαιτούν ακρίβεια και αυστηρή προσήλωση στους κανόνες της μεθοδολογίας. Ίσως δεν είναι άσκοπο να τονισθεί εδώ, ότι κάθε απροσεξία, ή υπεραπλούστευση κατά τα στάδια της διαδικασίας των τεχνικών για τη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε λάθος αποτελέσματα. Παραδείγματα δυστυχώς υπάρχουν, οι δε συνέπειες είναι όχι μόνο ηθικές και επαγγελματικές, αλλά και νομικές. Πρέπει να τονισθεί για άλλη μια φορά, ότι για τη διάγνωση δεν αρκεί ένα κριτήριο και επιβάλλεται η εκτέλεση μιας ομάδας εξετάσεων, πριν βεβαιωθεί, ή αποκλεισθεί η παρουσία του γόνου της M.A., ή κάποιας άλλης αιμοσφαιρινοπάθειας. Η υπεύθυνη διάγνωση εξασφαλίζεται με τη σωστή αξιολόγηση της ομάδας των εξετάσεων, που είναι απαραίτητες για τη διάγνωση των φορέων και όχι μεμονωμένων παραμέτρων, γιατί η εφίπτευση των ακραίων τιμών κάθε μιας από αυτές, μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένα συμπεράσματα.

Τα παιδιά γεννιούνται με νόσο τα τελευταία 5 χρόνια δεν ξεπερνούν τα 5-10, ενώ αναμένονται χωρίς μέτρα πρόληψης κάθε χρόνο να γεννιούνται περίπου



Σχήμα 21. Γεωγραφική κατανομή των θαλασσαιμικών συνδρόμων.

150 παιδιά με νόσο. Οι λόγοι της γέννησης παιδιών με M.A, ή άλλη αιμοσφαιρινοπάθεια είναι:

- Η μη ενημέρωση
- Η καθυστερημένη ενημέρωση
- Η καθυστερημένη προσέλευση
- Η μη ορθή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων
- Η λάθος διάγνωση.

Συνοψίζοντας, θα ήθελα να αναφερθώ στο σχεδιασμό της μελέτης των διαγνωστικών προβλημάτων. Η πρώτη ενέργεια διερεύνησης είναι ο αποκλεισμός πιθανής παρουσίας σιδηροπενίας και η δεύτερη ενέργεια είναι η μελέτη της οικογένειας (γονείς, αδέρφια κ.λπ). Επί της υποψίας παρουσίας ήπιου σιωπηλού γόνου η διάγνωση τίθεται με τη μελέτη του DNA, ενώ η βιοσύνθεση αιμοσφαιρίνης σ' αυτές τις περιπτώσεις δεν βοηθά στη διάγνωση. Όταν η διάγνωση, ή η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται μεταξύ α-MA και δ+β Μεσογειακής αναιμίας, ή δ+β+α MA, εκτός από τη μελέτη των γονέων, η βιοσύνθεση αλυσίδων της αιμοσφαιρίνης είναι η εξέταση που θα βοηθήσει στη διάγνωση. Η διάγνωση της δβ-MA πρέπει να συμπληρώνεται από τον αποκλεισμό της παρουσίας ΗΡFH σε συνδυασμό με α-MA. Σημαντικό επίσης είναι όταν υπάρχει εγκυμοσύνη οι διαγνωστικές (ή επιβεβαιωτικές) εξετάσεις να γίνουν όσο πιο έγκαιρα είναι δυνατόν, εφόσον δεν έχουν γίνει πριν απ' αυτήν, γιατί αν προκύψει ανάγκη για προγεννητική διάγνωση πρέπει να υπάρξει αρκετός διαθέσιμος χρόνος προηγουμένως για συζήτηση και σκέψη, καθώς και για βεβαιωτικές εξετάσεις, ή άλλες ενέργειες, που είναι απαραίτητες προκειμένου να προχωρήσει κανείς σε μια τόσο σοβαρή πράξη. Τέλος είναι σωστό, ο έλεγχος για παρουσία των κληρονομικών αυτών ανωμαλιών να καταλήγει σε υπογεγραμμένο γραπτό αποτέλεσμα και συμπέρασμα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μεταβολές των αιματολογικών και βιοχημικών παραμέτρων στην κύηση. Σύγκριση υγιών γυναικών και γυναικών με ετερόζυγη β-Μεσογειακή αναιμία. Α. Καλτσόγια - Τασσιοπούλου, Α. Λουτράδη - Αναγνώστου, Ι. Ρόμπος, Δ. Λουκόπουλος, Φ. Φέσσας. Ιατρική 43, 1, 1983, 40-48.
2. Προβλήματα στη διάγνωση της ετερόζυγης β-Μεσογειακής αναιμίας. Άτυπες μορφές στον Ελληνικό Πληθυσμό. Α. Τασσιοπούλου - Καλτσόγια, Α. Λουτράδη - Αναγνώστου, Ι. Ρόμπος, Δ. Λουκόπουλος, Φ. Φέσσας. Ιατρ. Επιθ. Εν. Δυνάμεων 18:245-256, 1984.
3. Organization of services in Greece. Carrier identification. Α. Tassiopoyloy, Α. Anagnostou, D. Loukopoulos, F. Fessas. Thalassaemia Today, 1987, 237-239.
4. Alpha-Thalassaemia in Greece; carrier identification and frequency. Α. Anagnostou, Α. Tassiopoulou, Ι. Rombos, D. Loukopoulos, F. Fessas. Thalassaemia Today 1987, 377-379.

«Ανάμεσα στη φιλοσοφία και την ιατρική δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά»

Ιπποκράτης

«Αν ορισμένοι άνθρωποι δεν έχουν προτερήματα, θα πρέπει να παραδειγματιζόμαστε από τα ελαττώματά τους.»

Τζούνιους

«Αν δεν φυτέψουμε το δέντρο της γνώσης όταν είμαστε νέοι, δεν θα μαεδώσει τον ίσκιο του όταν θα έχουμε γεράσει.»

Λόρδος Τσέστερφιλντ



help Έμφαση στη δημιουργία.
Προσφορά στον άνθρωπο.

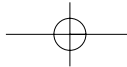
Glaveral[®]
omeprazole 20 mg

 **Antichol**[®]
Σιμβασατίνη 20, 40 mg

Inestom[®]
Πόσιμο διάλυμα L-Carnitine 1g/10ml

 **Fudesix**[®]
Πόσιμο διάλυμα φουροσεμίδης 20 & 50mg/5ml

Zithroxyn[®]
Αζιθρομικίνη 500 mg



ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

(Σύμφωνα με τις ρυθμίσεις που ισχύουν μέχρι 28-2-07)

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΛΟΓΩ ΓΗΡΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΜΕΧΡΙ 31-12-1992.

Κ.Ν. 5945/34 , Ν. 982/79 , Ν. 1902/90 , Ν. 2084/92 , Ν.2150/93, Ν. 3232/04,Ν.3518/06

1. Με 35 χρόνια ασφάλισης και ηλικία 60 ετών για άνδρες και 58 για τις γυναίκες .

2. Με 15 χρόνια πραγματική ασφάλιση ή 20 αν συνταξιοδοτούνται από άλλη πηγή και ηλικία 65 χρονών για τους άνδρες και για τις γυναίκες .

3. Με 30 χρόνια ασφάλιση και ηλικία 64 χρονών για τους άνδρες.

4. Με 20 χρόνια ασφάλιση και ηλικία 60 ετών για τις γυναίκες για το έτος 2007.

-Στην περίπτωση 3 , το όριο ηλικίας των ανδρών ισχύει για το έτος 2007 και αυξάνεται κατά 1 εξάμηνο για κάθε χρόνο και μέχρι τη συμπλήρωση του 65ου έτους της ηλικίας .

-Στην περίπτωση 4 , τα χρόνια ασφάλισης αυξάνονται κατά ένα εξάμηνο για κάθε χρόνο και μέχρι τη συμπλήρωση των 25 ετών.

5. Ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας με 37 έτη ασφάλισης που προέρχεται από ανεξάρτητη απασχόληση σε φορείς κύριας ασφάλισης ελεύθερων επαγγελματιών και ανεξάρτητα απασχολουμένων . Ισχύουν οι διατάξεις περί διαδοχικής ασφάλισης (κάθε άλλος χρόνος πραγματικής ή πλασματικής ασφάλισης δεν αναγνωρίζεται). (Ν. 3232/04 , αρθ. 16)

6. Με ηλικία 65 ετών και 11,5 έτη ασφάλισης σε φορείς κύριας ασφάλισης ελεύθερων επαγγελματιών και ανεξάρτητα απασχολουμένων εφόσον δεν λαμβάνουν και δεν δικαιούνται να λάβουν σύνταξη από οποιαδήποτε άλλο φορέα . Για τον υπολογισμό του ανωτέρω χρόνου λαμβάνονται υπόψη οι διατάξεις περί διαδοχικής ασφάλισης . Κάθε άλλος χρόνος πραγματικής ή πλασματικής ασφάλισης δεν αναγνωρίζεται όπως η στρατιωτική θητεία , χρόνος έμμισθης θέσης κ.λ.π. (Ν. 3232/04 , αρθ.16) .Η διάταξη αυτή ισχύει μέχρι 31-12-07.

Με ηλικία 65 ετών για άνδρες και γυναίκες που δεν συνταξιοδοτούνται ούτε δικαιούνται συντάξεως από άλλο φορέα και 14 ? έτη ασφάλισης , αφού αναγνωρίσουν 6 μήνες για την συμπλήρωση των 15 ετών (Ν.3518/06 αρθ.45).Η διάταξη αυτή ισχύει μέχρι 21-12-09.

Αν έχει προηγηθεί συνταξιοδότηση και από άλλο φορέα τότε απαιτείται η συμπλήρωση του 65ου έτους της ηλικίας , εκτός αν θεμελιωθεί ταυτόχρονα δικαίωμα συνταξιοδότησης και στους δύο φορείς (π.χ. Δημόσιο – Τ.Σ.Α.Υ.) ή μέσα σε διάστημα έξι μηνών από την έκδοση της συνταξιοδοτικής απόφασης από τον πρώτο φορέα και έχει υποβληθεί η σχετική αίτηση , οπότε θα εφαρμοστούν τα ανωτέρω όρια . (Ν. 2150/93 αρθ.19 , Ν. 2084/92 αρθ. 47).

Αν έχουν συνταξιοδοτηθεί κι από άλλο φορέα και δεν έχουν υποβάλει την αίτηση εντός εξαμήνου από την έκδοση συνταξιοδοτικής απόφασης , μπορούν να συνταξιοδοτηθούν με τις προϋποθέσεις που απαιτούνται στις περιπτώσεις όσων συνταξιοδοτούνται μόνο από το ΤΣΑΥ με μειωμένη τη σύνταξη κατά 3% για κάθε έτος που υπολείπεται μέχρι τη συμπλήρωση του 65ου υπολογιζόμενης της μείωσης από το επόμενο της υποβολής της αιτήσεως έτος . (Ν. 3232/04 αρθ. 18)

Αν έχουν συνταξιοδοτηθεί από άλλο φορέα και δεν έχουν θεμελιώσει συνταξιοδοτικό δικαίωμα στο ΤΣΑΥ ταυτόχρονα ή εντός εξαμήνου από την έκδοση της συνταξιοδοτικής απόφασης του άλλου φορέα , έχουν τη δυνατότητα, εφόσον έχουν συμπληρώσει το 65ο έτος της ηλικίας και 16 έτη ασφάλισης να

λάβουν την προβλεπόμενη σύνταξη μειωμένη κατά το ήμισυ.(Ν.2084/92 αρθ. 47,Ν. 2150/93 αρθ.19)

7. Οι φαρμακοποιοί που έχουν φαρμακείο σε περιφέρεια δήμου ή κοινότητας που δεν αποτελεί πρωτεύουσα νομού ή σε περιφέρεια δήμου ή κοινότητας που δεν βρίσκεται στο νομό Αττικής ή στους δήμους Πειραιώς και Θεσσαλονίκης έχουν το δικαίωμα να πάρουν μισή σύνταξη χωρίς να διακόψουν την άσκηση επαγγέλματος όταν συμπληρώσουν τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης.

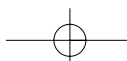
8. Μητέρες αναπήρων τέκνων με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, καθώς και σύζυγοι αναπήρων με ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω, εφόσον έχουν διανύσει τουλάχιστον δεκαετή έγγαμο βίο, ασφαλισμένοι σε φορείς κύριας ασφάλισης αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων θεμελιώνουν δικαίωμα συνταξιοδότησης με τη συμπλήρωση 7.500 ημερών εργασίας ή 25 ετών ασφάλισης, ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας. (Ν.3232/04 αρθ.5, Ν. 3518/06 αρθ.61)

9. Οι ασφαλισμένοι που έχουν 15 χρόνια πραγματική ασφάλιση και πάσχουν από α) παραπληγία – τετραπληγία β) τύφλωση γ) νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου δ) έχουν κάνει μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων (καρδιά, πνεύμονες , ήπαρ , πάγκρεας) που βρίσκονται σε συνεχή ανοσοκαταστολή , εφόσον για τις περιπτώσεις αυτές συντρέχει ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67% ε) αιμορροφιλία τύπου Α ή Β και στ) οι πάσχοντες από Β ομόζυγο μεσογειακή ή δρεπανοκυτταρική αναιμία με ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67% που υποβάλλονται σε μετάγγιση ζ) έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση μυελού των οστών και βρίσκονται σε συνεχή ανοσοκαταστολή με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω η) πάσχουν από σκληρήνωση κατά πλάκας , που επιφέρει παραπληγία-τετραπληγία με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω θ) έχουν ακρωτηριασμό στα δύο άνω ή κάτω άκρα ή στο ένα άνω και ένα κάτω άκρο με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, δικαιούνται σύνταξη των 35 ετών χωρίς όριο ηλικίας κατά τα ειδικότερα οριζόμενα στις σχετικές διατάξεις (Ν. 612/77, Ν. 2227/94 άρθρο 16, Ν. 1902/90 άρθρο 40, Ν. 3075/02 άρθρο 2 , Ν. 3232/04 άρθρο 5,Ν.3518/06 αρθ.61) .

ΠΡΟΣΟΧΗ: Η ΣΥΝΤΑΞΗ ΛΟΓΩ ΓΗΡΑΤΟΣ ΑΡΧΙΖΕΙ ΑΠΟ ΤΗ ΠΡΩΤΗ ΤΟΥ ΕΠΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΕΩΣ ΜΗΝΑ , ΕΚΤΟΣ ΑΝ Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΓΙΝΕΙ ΜΕΤΑΓΕΝΕΣΤΕΡΑ ΟΠΟΤΕ ΑΡΧΙΖΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΤΟΥ ΕΠΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΜΗΝΑ .

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (Π.Δ. 517/88):

1. Αίτηση .
2. Επικυρωμένο αντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητας .
3. Πιστοποιητικό του οικείου συλλόγου στο οποίο θα αναφέρονται τα εξής στοιχεία α) ημερομηνία εγγραφής β) ο αριθμός μητρώου στο σύλλογο γ) ότι έχει κατατεθεί το πτυχίο δ) η ημερομηνία διακοπής επαγγέλματος και ε) η ημερομηνία διαγραφής από το σύλλογο .
-Σε περίπτωση που υπάρχει εγγραφή σε περισσότερους του ενός συλλόγους χρειάζεται βεβαίωση από όλους , εκτός αν τα στοιχεία βεβαιώνονται από τον τελευταίο σύλλογο .
-Σε περίπτωση που δεν έχει κατατεθεί πτυχίο στο σύλλογο χρειάζεται επικυρωμένο αντίγραφο του πτυχίου .
-Σε περίπτωση που το πτυχίο προέρχεται από ξένη χώρα χρειάζεται και αναγνώριση του πτυχίου στην Ελλάδα (ΔΙΚΑΤΣΑ κ.λ.π.).
4. Αποδεικτικά ασκήσεως επαγγέλματος από το 1979 και συγκεκριμένα:
α) βιβλία εσόδων – εξόδων θεωρημένα από την εφορία ή στε-



- λέχη των μπλοκ αποδείξεων ή
- στελέχη συνταγολογίων ναρκωτικών ή
 - υπεύθυνες δηλώσεις φαρμακοποιών για την καταχώρηση συνταγών του αιτούντος την σύνταξη στο συνταγολόγιο τους με αύξοντα αριθμό και την χρονολογία καταχώρησης.
 - β) Για τα διαστήματα των εμμίσθων θέσεων χρειάζεται πιστοποιητικό υπηρεσιακών μεταβολών της αντίστοιχης υπηρεσίας ή αντίστοιχη βεβαίωση αν πρόκειται για ιδιωτικό τομέα .
 - γ) Αν πρόκειται για κλινική χρειάζεται βεβαίωση από την Νομαρχία που να φαίνεται η ημερομηνία χορήγησης και ανάκλησης της άδειας .
 - δ) Αν διετέλεσε επιστημονικά υπεύθυνος σε κλινική χρειάζεται , εκτός από τη βεβαίωση της κλινικής και βεβαίωση από την Νομαρχία που να φαίνεται η ημερομηνία ανάκλησης της επιστημονικής υπευθυνότητας .
 - ε) Για τους φαρμακοποιούς με δικό τους φαρμακείο χρειάζεται βεβαίωση από την Νομαρχία από την οποία να προκύπτει πότε χορηγήθηκε η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας , πότε ανακλήθηκε η άδεια και οι τυχόν μεταβολές στο ενδιάμεσο διάστημα .
 - Αν έχει γίνει συστέγαση χρειάζεται να υποβληθεί και η αποσυστέγαση (λύση εταιρικού) με σφραγίδα του Πρωτοδικείου .
 - 5. Το ασφαλιστικό βιβλιário (κλάδου σύνταξης) .
 - 6. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης ή υπεύθυνη δήλωση του ενδιαφερομένου σχετικά με την οικογενειακή του κατάσταση (ημερομηνία τελέσεως γάμου , ημερομηνία γεννήσεως παιδιών κ.λ.π.) .
 - 7. Αν ο αιτών είναι μονοσυνταξιούχος (καταβάλλει εισφορές για αυξημένη σύνταξη) χρειάζεται υπεύθυνη δήλωση ότι δεν λαμβάνει ούτε δικαιούται σύνταξη από κανένα άλλο φορέα πλην του ΤΣΑΥ .
 - 8. Συμπλήρωση των εντύπων (επιλογής περιθαλψης , εκκαθάρισης ασφαλιστικού λογαριασμού , δελτίο αναγγελίας για ΑΜ-ΚΑ) τα οποία χορηγούνται από τις αρμόδιες υπηρεσίες του ΤΣΑΥ .
 - 9. Βεβαίωση διακοπής επαγγέλματος από την εφορία για όσους ασκούν ελεύθερο επάγγελμα .
 - 10. Όσοι διετέλεσαν μέτοχοι σε εταιρείες ,βεβαίωση της εταιρείας για το διάστημα που είχαν την ιδιότητα του μετόχου ,ότι για το διάστημα αυτό δεν ελάμβαναν αμοιβή και από πότε σταμάτησαν να παρέχουν υγειονομικές υπηρεσίες στην εταιρεία.

**ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΜΕΧΡΙ 31-12-1992 .**

Κ.Ν. 5945/34, Ν.Δ. 4111/60, Ν. 982/79, Ν. 3232/04, Ν.3518/06 κλπ.

1. Πέντε χρόνια πραγματική ασφάλιση του θανόντος .(Τα δικαιούχα πρόσωπα μπορούν , σε περίπτωση θανάτου ασφαλισμένου που δεν έχει πραγματοποιήσει τις ελάχιστες προϋποθέσεις συνταξιοδότησης λόγω θανάτου ,να αναγνωρίσουν μέχρι και πενήντα μέρες ή δύο μήνες ασφάλισης για τη συμπλήρωσή τους. Η δυνατότητα αυτή ισχύει μέχρι 21-12-09)

2. Σε περίπτωση θανάτου από βίαιο συμβάν κατά την εκτέλεση του καθήκοντος αρκεί έστω και μια ημέρα ασφάλισης .

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ

1. Χήρα/ος εφόσον έχει παρέλθει ένα έτος για τους εν ενεργεία ασφαλισμένους και δύο έτη για τους συνταξιούχους , από την ημερομηνία τελέσεως του γάμου μέχρι την ημερομηνία θανάτου.
2. Τέκνα μέχρι την συμπλήρωση του 18ου έτους της ηλικίας ή του 24ου αν σπουδάζουν (αγόρια-κορίτσια).
3. Αν υπάρχει τέκνο ανίκανο για εργασία και η ανικανότητα προέκυψε πριν το 18ο έτος ή κατά την διάρκεια της φοίτησης δικαιούται συντάξεως και πέραν των παραπάνω ορίων ηλικίας αφού κριθεί από την Υγειονομική Επιτροπή του ΤΣΑΥ ανίκανο

για εργασία. Ειδικά για παιδιά που πάσχουν από νευροψυχιατρικές παθήσεις , η ανικανότητα για κάθε εργασία που οφείλεται στις παθήσεις αυτές , απαιτείται να έχει επέλθει πριν την συμπλήρωση του 25ου έτους της ηλικίας..

4. Συντάξεως λόγω θανάτου δικαιούνται και α) οι άποροι γονείς άγαμου ασφαλισμένου/ης β) οι άγαμοι αδελφοί / αδελφές άγαμου ασφαλισμένου με τις ίδιες προϋποθέσεις που δικαιούνται τα άγαμα τέκνα με τη μόνη διαφορά ότι στην περίπτωση που υπάρχει ανικανότητα πρέπει να υπάρχει και ένδεια και να συντηρούνταν από την εργασία του θανόντος αδελφού .

5. Διαζευγμένη σύζυγος με τους περιορισμούς και τις προϋποθέσεις του Ν. 3232/04 αρθ. 4 .

6. Παιδιά με αναπηρίες (νοητική στέρωση κ.λ.π.) , ορφανά και από τους δυο γονείς συνταξιοδοτούνται σύμφωνα με τις ειδικές διατάξεις του Ν. 3232/04 αρθ. 5 .

7. Διαζευγμένη θυγατέρα: Με τις προϋποθέσεις που δικαιούται η άγαμη κόρη εφόσον το διαζύγιο προηγήθηκε του θανάτου του γονέα (Γνωμοδότηση του Ν.Σ.Κ. αρθ. 49/99, Α Τμήμα) και ήταν ανίκανη για εργασία πριν τη συμπλήρωση του 18ου έτους της ηλικίας της ή του 24ου εφόσον σπούδαζε.

8. Σε περίπτωση θανάτου δημόσιου υπαλλήλου , πρόδηλα και αναμφισβήτητα εξαιτίας της υπηρεσίας ,ασφαλισμένου και του ΤΣΑΥ, χορηγείται από αυτό στα δικαιούχα μέλη της οικογένειάς του σύνταξη, που αναλογεί σε τριάντα πέντε έτη ασφάλισης, εφόσον συνταξιοδοτήθηκαν και από το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους για την ίδια αιτία. (άρθρο 48 Ν. 3518/06)

Η σύνταξη στους δικαιούχους (χήρα, ορφανά) χορηγείται με τους περιορισμούς του Ν.2592/98 άρθρο 8 και Ν.2676/99 άρθρο 62 Ν.3385/05 αρθ.4, στην περίπτωση που απασχολούνται στον ιδιωτικό ή το Δημόσιο ή τον ευρύτερο Δημόσιο τομέα.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση .
2. Αντίγραφο ληξιαρχικής πράξης θανάτου .
3. Αντίγραφο ληξιαρχικής πράξης γάμου ή πιστοποιητικό της Μητρόπολης που χορήγησε την άδεια γάμου από την οποία να προκύπτει ότι ευλογήθηκε ο γάμος .
4. Πιστοποιητικό πλησιέστερων συγγενών του αποβιώσαντος στο οποίο θα αναφέρεται η οικογενειακή κατάσταση των τέκνων (άγαμα , έγγαμα κ.λ.π.) και ότι ο γάμος του θανόντος/ούσης με την χήρα/χήρο δεν είχε λυθεί μέχρι το θάνατο και ότι ο/ή σύζυγος διατελεί εν χηρεία (προσοχή στο πιστοποιητικό αυτό να αναφέρει τα ζητούμενα στοιχεία) .
5. Επικυρωμένο αντίγραφο της αστυνομικής ταυτότητας του δικαιούχου.
6. Αν οι δικαιούχοι είναι ανήλικα παιδιά και δεν έχει εκδοθεί αστυνομική ταυτότητα τότε χρειάζονται ληξιαρχικές πράξεις γέννησης .

Οι φοιτητές πρέπει να υποβάλλουν **α)** αίτηση **β)** πιστοποιητικό της σχολής.

-Σε περίπτωση που φοιτούν σε ξένη χώρα πρέπει να υποβάλλουν τα ξενόγλωσσα πιστοποιητικά σπουδών με σφραγίδα APOSTILE (Χάγης) από το Ελληνικό προξενείο της περιοχής που φοιτούν με μετάφραση από το Υπουργείο Εξωτερικών ή δικηγόρο .

γ) υπεύθυνη δήλωση ότι είναι άγαμοι , δεν εργάζονται και δεν παίρνουν σύνταξη από προσωπικό δικαίωμα και ότι σε περίπτωση οποιασδήποτε μεταβολής υποχρεούνται να ενημερώσουν άμεσα το Ταμείο .

7. Υπεύθυνη δήλωση του/της χήρου/χήρας αν εργάζεται και που, αν συνταξιοδοτείται από προσωπικό δικαίωμα ή λόγω θανάτου του/της συζύγου και ότι σε περίπτωση οποιασδήποτε μεταβολής θα ενημερώσει άμεσα το Ταμείο .

-Στην περίπτωση που ο αποβιώσας ήταν εν ενεργεία μαζί με τα παραπάνω πρέπει να υποβληθούν και τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για τη σύνταξη λόγω γήρατος .

8. Συμπλήρωση των εντύπων που χορηγούνται από τις αρμόδιες υπηρεσίες του ΤΣΑΥ .

Η σύνταξη λόγω θανάτου αρχίζει από την πρώτη του επόμενου του θανάτου μήνα .

ΕΞΟΔΑ ΚΗΔΕΙΑΣ

Καταβάλλονται στον επιζώντα σύζυγο και ελλείψει συζύγου σ' αυτόν που τα κατέβαλλε .

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση .

2. Ληξιαρχική πράξη θανάτου .

3. Τιμολόγιο γραφείου τελετών .

4. Όταν υπάρχει κι άλλος φορέας ασφάλισης – συνταξιοδότησης χρειάζεται βεβαίωση για το ποσό που τους καταβλήθηκε ή θα τους καταβληθεί ή ότι δεν δικαιούνται .

-Στην περίπτωση αυτή αν το πρωτότυπο τιμολόγιο του γραφείου τελετών κατατεθεί στον άλλο φορέα χρειάζεται επικυρωμένο αντίγραφο για το ΤΣΑΥ .

5. Υπεύθυνη δήλωση του δικαιούχου με το εξής κείμενο « δηλώνω ότι δεν έλαβα ούτε δικαιούμαι εξόδων κηδείας για τον θανόντα / θανούσα από κανένα άλλο φορέα πλην του και του ΤΣΑΥ .

6. Αν ο θανών ήταν εν ενεργεία ασφαλισμένος εκτός από τα παραπάνω χρειάζονται και: **α)** το ασφαλιστικό βιβλιάριο κλάδου σύνταξης του αποβιώσαντος **β)** αποδεικτικά ασκήσεως επαγγέλματος από το 1979 μέχρι το θάνατο . (όπως περιγράφονται στα δικαιολογητικά γήρατος).

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΛΟΓΩ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ

K.N. 5945 /34 , N. 982 /79 , N. 2084/92,N.3518/06

1. Πέντε χρόνια πραγματικής ασφάλισης ή δώδεκα στην περίπτωση που δικαιούται συντάξεως κι από άλλο φορέα .(Για τη συμπλήρωση των κατ' ελάχιστο χρονικών προϋποθέσεων συνταξιοδότησης λόγω αναπηρίας με ποσοστό 67% και άνω, μπορεί να γίνει αναγνώριση χρόνου ασφάλισης και μέχρι πενήντα μέρες ή δύο μήνες κατ' ανώτατο όριο. Η δυνατότητα αυτή ισχύει μέχρι 21-12-09)

2. Σε περίπτωση που η ανικανότης προήλθε από βίαιο συμβάν κατά την εκτέλεση του καθήκοντος αρκεί μια μέρα ασφάλισης.

3. Δεν απαιτείται όριο ηλικίας .

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση .

2. Πιστοποιητικό Κρατικού Νοσοκομείου στο οποίο θα αναφέρεται η πάθηση και ότι λόγω αυτής είναι ανίκανος/η για άσκηση υγειονομικού επαγγέλματος .

-Στην περίπτωση που η διακοπή επαγγέλματος έχει προηγηθεί της αιτήσεως πρέπει από το πιστοποιητικό του νοσοκομείου να προκύπτει σαφώς ότι η πάθηση προϋπήρχε της διακοπής .

3. Εάν ο ασφαλισμένος κατοικεί στην επαρχία χρειάζεται γνωμάτευση ιατρού που θα ορίσει η αντιπροσωπεία ΤΣΑΥ της περιοχής.

Αν ο αιτών κριθεί από την Υγειονομική Επιτροπή του ΤΣΑΥ ανίκανος/η για εργασία πρέπει να υποβάλλει και όλα τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για τη σύνταξη λόγω γήρατος .

ΝΕΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ

(Όσοι έχουν ασφαλιστεί για πρώτη φορά μετά την 1-1-1993)
N. 1902/90 , N. 2084/92 , N. 3232/04,N.3518/06

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΛΟΓΩ ΓΗΡΑΤΟΣ

1. Συμπλήρωση του 65ου έτους της ηλικίας και 15 έτη πραγματικής ασφάλισης .

2. Το όριο ηλικίας των 65 ετών μπορεί να μειωθεί μέχρι τα 60 με ταυτόχρονη μείωση της σύνταξης κατά τόσα διακοσιοστά εβδομάδα όσοι είναι οι μήνες που υπολείπονται μέχρι τη συμπλήρωση των 65 ετών .

3. Ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας με 37 έτη ασφάλισης που προέρχεται από ανεξάρτητη απασχόληση σε φορείς κύριας ασφάλισης ελεύθερων επαγγελματιών και ανεξάρτητα απασχολουμένων. Ισχύουν οι διατάξεις περί διαδοχικής ασφάλισης (κάθε άλλος χρόνος πραγματικής ή πλασματικής δεν αναγνωρίζεται) . (N. 3232/04) .

4. Με ηλικία 65 ετών και 11,5 έτη ασφάλισης μέχρι 31-12-2007 που προέρχεται από ανεξάρτητη απασχόληση σε φορείς κύριας ασφάλισης ελευθέρων επαγγελματιών και ανεξάρτητα απασχολουμένων εφόσον δεν λαμβάνουν και δεν δικαιούνται να λάβουν σύνταξη από οποιαδήποτε άλλο φορέα . Για τον υπολογισμό του ανωτέρω χρόνου λαμβάνονται υπόψη οι διατάξεις περί διαδοχικής ασφάλισης . Κάθε άλλος χρόνος πραγματικής ή πλασματικής ασφάλισης δεν αναγνωρίζεται όπως η στρατιωτική θητεία , χρόνος έμμισθης θέσης κ.λ.π. (N. 3232/04).

5. Μητέρες με ανήλικα ή ανίκανα για κάθε βιοποριστική εργασία παιδιά οι οποίες έχουν χρόνο ασφάλισης 20 ετών δικαιούνται συντάξεως με τη συμπλήρωση του 55ου έτους της ηλικίας με δυνατότητα μείωσης του ορίου ηλικίας μέχρι τα 50 με παράλληλη μείωση της σύνταξης κατά τόσα διακοσιοστά εβδομάδα όσοι είναι οι μήνες που υπολείπονται μέχρι τη συμπλήρωση των 55 ετών .

6. Μητέρες με τρία τουλάχιστον παιδιά με χρόνο ασφάλισης 20 τουλάχιστον ετών δικαιούνται σύνταξη με τη συμπλήρωση του 55 έτους με τη δυνατότητα μείωσης του ορίου ηλικίας με παράλληλη μείωση της σύνταξης κατά τόσα διακοσιοστά εβδομάδα για όσους μήνες υπολείπονται μέχρι τη συμπλήρωση του 55ου έτους της ηλικίας (μέχρι 36 για κάθε παιδί) π.χ. με τρία παιδιά δικαιούται σύνταξη 46 ετών μειωμένη κατά 108 διακοσιοστά εβδομάδα (3?36 = 108 μήνες = 9 έτη , 55-9 = 46) .

7. Μητέρες αναπήρων τεκνών με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω , καθώς και σύζυγοι αναπήρων με ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω , εφόσον έχουν διανύσει τουλάχιστον δεκαετή έγγαμο βίο , ασφαλισμένοι σε φορείς κύριας ασφάλισης αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων θεμελιώνουν δικαίωμα συνταξιοδότησης με τη συμπλήρωση 7.500 ημερών εργασίας ή 25 ετών ασφάλισης , ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας και ανεξαρτήτως χρόνου υπαγωγής στην ασφάλιση .

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Τα ίδια με τους παλιούς ασφαλισμένους .

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΛΟΓΩ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ

1. Αν δεν έχει συμπληρώσει ο ασφαλισμένος το 21ο έτος της ηλικίας χρειάζεται ένα έτος ασφάλισης . Το ένα έτος εργασίας αυξάνεται προοδευτικά σε 5 έτη ασφάλισης με την προσθήκη ανά 5 μηνών ασφάλισης κατά μέσο όρο για κάθε έτος ηλικίας πέραν του 21ου .

2. Αν έχει 5 έτη ασφάλισης από τα οποία 2 έτη μέσα στα 5 έτη τα αμέσως προηγούμενα από εκείνο που έγινε ανάπηρος . Αν κατά τη διάρκεια των 5 αυτών ετών ο ασφαλισμένος έχει επιδοτηθεί για ασθένεια ή ανεργία ή έχει συνταξιοδοτηθεί , η περίοδος των 5 ετών επεκτείνεται για τον αντίστοιχο προς την επιδότηση ή συνταξιοδότηση χρόνο .

3. Αν έχει πραγματοποιήσει 15 έτη ασφάλισης οποτεδήποτε .

4. Αν η αναπηρία οφείλεται σε εργατικό ατύχημα η ατύχημα κατά την απασχόληση αρκεί έστω και μια μέρα ασφάλισης .

5. Αν η αναπηρία οφείλεται σε ατύχημα εκτός εργασίας ή απασχόλησης περί του οποίου κρίνουν τα αρμόδια όργανα των φορέων ο ασφαλισμένος δικαιούται σύνταξη αναπηρίας αν έχει πραγματοποιήσει το μισό χρόνο ασφάλισης των ανωτέρω περιπτώσεων (παράγραφος 1,2,3) . Ν. 2084/92 άρθρο 25 και 26 .

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Τα ίδια με τους παλιούς (μέχρι 31-12-92) ασφαλισμένους .

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΛΟΓΩ ΘΑΝΑΤΟΥ – ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Απαιτούμενος χρόνος είναι αυτός που απαιτείται για την συνταξιοδότηση λόγω αναπηρίας (βλέπε προϋποθέσεις συνταξιοδότησης λόγω ανικανότητας). Ως προς τις λοιπές προϋποθέσεις, τους δικαιούχους και τα δικαιολογητικά ισχύουν τα ίδια με τους παλιούς ασφαλισμένους με την μόνη διαφορά ότι ο κύκλος των δικαιούχων περιορίζεται μόνο στη σύζυγο και τα τέκνα. (Ν. 2084/92 άρθρο 27, Ν. 2592/98 άρθρο 8, Ν. 2676/99 άρθρο 62, κλπ.)

ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ

1. ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΠΟΛΥΤΟΥ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (ΣΥΝΟΔΟΥ)

Ν. 1140/81 άρθρο 42.

Το δικαιούνται **α)** οι συνταξιούχοι ανικανότητας (μόνο οι άμεσα) **β)** οι συνταξιούχοι λόγω θανάτου (χήροι, χήρες, ορφανά) .

Απαιτούμενα Δικαιολογητικά

α) Αίτηση

β) Γνωμάτευση κρατικού νοσοκομείου στην οποία θα αναφέρεται η πάθηση και ότι δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί .

γ) Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν λαμβάνει το επίδομα από άλλη πηγή.

δ) Εάν κατοικεί στην επαρχία γνωμάτευση ιατρού που θα ορίσει η αντιπροσωπεία ΤΣΑΥ της περιοχής.

2. ΕΠΙΔΟΜΑ ΤΥΦΛΟΤΗΤΑΣ

(Ν. 612/77, Ν.1140/81 άρθρο 42, Ν. 958/79) .

Το δικαιούνται όλες οι κατηγορίες των συνταξιούχων (γήρατος, ανικανότητας, θανάτου) .

Δεν το δικαιούνται οι εν ενεργεία ασφαλισμένοι .

Απαιτούμενα Δικαιολογητικά :

α) Αίτηση.

β) Γνωμάτευση κρατικού νοσοκομείου από την οποία να προκύπτει ότι η οπτική οξύτης και στους δύο οφθαλμούς είναι μικρότερη του 1/20 .

γ) Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν λαμβάνει το επίδομα από άλλη πηγή.

3. ΕΠΙΔΟΜΑ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑΣ – ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑΣ

(Ν. 1140/81 άρθρο 42, Υ.Α. αριθ. Φ11/1845/85, Ν. 3232/04 άρθρο 5, Ν.3518/06 άρθρο 60)

Το δικαιούνται όλες οι κατηγορίες των ασφαλισμένων και συνταξιούχων και τα προστατευόμενα μέλη, εφόσον πάσχουν από:

α) παραπληγία, τετραπληγία, τετραπάρεση,

β) μυασθένεια – μυοπάθεια με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω,

γ) έχουν ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω προερχόμενο από ακρωτηριασμό των δύο άκρων ή κάτω άκρων ή κατά το ένα άνω και ένα κάτω άκρο,

δ) έχουν ακρωτηριασμό του ενός άνω ή κάτω άκρου με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω , που δεν επιδέχονται εφαρμογής τεχνητού μέλους.

ε) έχουν φωκομέλεια που επιφέρει τον ίδιο βαθμό κινητικής αναπηρίας με την παραπάνω περίπτωση (β) της παραγράφου αυτής,

στ) σκλήρυνση κατά πλάκας που επιφέρει παραπληγία – τετρα-

πληγία με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω .

ζ) πάσχουν από το σύνδρομο κλάματος γαλήνη

η) πάσχουν από οστεογένεση , με ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω

θ) πάσχουν από οστεοψαθύρωση , με ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω

Το ύψος του επιδόματος για όσους εμπίπτουν στις περιπτώσεις αυτές είναι ίσο με το εικοσαπλάσιο του κατώτατου ημερομισθίου του ανειδίκευτου εργάτη όπως ισχύει κάθε φορά . Για την περίπτωση (δ) το δεκαπλάσιο .

- Για τους εν ενεργεία απαιτείται χρόνος ασφάλισης 40 μηνών.

Απαιτούμενα Δικαιολογητικά

α) Αίτηση .

β) Γνωμάτευση κρατικού νοσοκομείου από την οποία να προκύπτει ότι υπάρχει μία από τις παθήσεις όπως περιγράφονται παραπάνω.

γ) Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν λαμβάνει επίδομα παραπληγίας ή απολύτου αναπηρίας από καμία άλλη πηγή .

δ) Για τους εν ενεργεία ασφαλισμένους χρειάζονται και : 1) αποδεικτικά ασκήσεως επαγγέλματος από το 1979 και μετά 2) φωτοτυπίες του ασφαλιστικού βιβλιαρίου κλάδου σύνταξης από την αρχή μέχρι εκεί που υπάρχουν καταχωρήσεις 3) το έντυπο αίτηση –δήλωση (χορηγείται από την Υπηρεσία) συμπληρωμένο 4) όταν πρόκειται για σύζυγο ή τέκνο ληξιαρχική πράξη γάμου ή γέννησης αντίστοιχα .

ΒΟΗΘΗΜΑ Κ.Ν. 5945/34 άρθρο 66

Το δικαιούνται: **α)** ασφαλισμένοι του Ταμείου μέχρι 31-12-92 που δεν έχουν τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησεως και είναι ανίκανοι για εργασία και άποροι , **β)** χήρες και ορφανά ασφαλισμένων μέχρι 31-12-92 που είναι άποροι ύστερα από απόφαση του Δ.Σ. του Ταμείου.

Το ποσό είναι ίσο με τα 3/4 της κατώτατης σύνταξης όπως ισχύει κάθε φορά.

ΔΙΑΔΟΧΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

1) Ν.4202/61 , Ν. 1405/83 , Ν. 1509/85 , Ν. 1902/90 , Ν. 2084/92, Ν. 3232/04 άρθρο 1,2,3 .

2) Κανονισμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ν. 1408/71).

3) Διμερείς συμβάσεις με τρίτες χώρες .

Χρόνος ασφάλισης μη παράλληλος που έχει διανυθεί σε κρατικό ασφαλιστικό φορέα κύριας ασφάλισης στην Ελλάδα ή σε κράτος – μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή σε κράτος με το οποίο έχει συνάψει σύμβαση η χώρα μας , θεωρείται συντάξιμος και συνυπολογίζεται στο στάδιο της συνταξιοδότησης (και για θεμελίωση συνταξιοδοτικού δικαιώματος και για προσαύξηση της σύνταξης) με την προβλεπόμενη εκάστοτε διαδικασία . Το ποσό της σύνταξης που χορηγείται τελικά καθορίζεται ανάλογα με το ποσοστό συμμετοχής του κάθε φορέα .

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση κατά το στάδιο της συνταξιοδότησης που θα ζητείται ο συνυπολογισμός του χρόνου και θα αναφέρεται η χώρα , ο φορέας ασφάλισης και ο αριθμός μητρώου στον ξένο φορέα .

2. Αν πρόκειται για κρατικό ασφαλιστικό φορέα της Ελλάδος (ΙΚΑ , ΟΑΕΕ κ.λ.π.) εκτός από την αίτηση χρειάζεται και α) τα ένσημα του ΙΚΑ ή σχετική βεβαίωση του άλλου φορέα όπως προβλέπεται από το Ν. 3232/04 αρθ. 1 .

3. Στην περίπτωση που ο απονέμων φορέας δεν είναι το ΤΣΑΥ για την έκδοση της σχετικής απόφασης απαιτούνται τα δικαιολογητικά για σύνταξη γήρατος και να μην υπάρχει οφειλή προς το ΤΣΑΥ από ασφαλιστικές εισφορές.

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ

Παναγιώτης Καλταμπάνης, Παιδιάτρος. 1948-2008

ΨΗΦΙΣΜΑ



Το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου Αργινίου, σε έκτακτη συνεδρίασή του σήμερα 25-11-2008, μετά την είδηση του θανάτου του αγαπητού συναδέλφου Παναγιώτη Καλταμπάνη αποφάσισε ομόφωνα τα κάτωθι:

- 1) Να παραστεί σύσσωμο το Διοικητικό Συμβούλιο στην εξόδιο ακολουθία και ο Πρόεδρος να εκφωνήσει τον επικείμενο.
- 2) Να κατατεθεί στεφάνι στην σωρό του
- 3) Τα γραφεία του ΙΣΑργινίου να παραμείνουν κλειστά στις 26-11-08 και να
- 4) Κατατεθεί στην μνήμη του το ποσό των 250 Ευρώ στο εργαστήρι «ΠΑΝΑΓΙΑ ΕΛΕΟΥΣΑ» και 250 Ευρώ στην ΕΛΕΠΑΠ

Υπάρχουν στιγμές που πολλοί από εμάς και ιδιαίτερα στην Ιατρική Κοινότητα ανακαλύπτουμε ξαφνικά ότι γινόμαστε φτωχότεροι .

Υπάρχουν στιγμές που τα λόγια βγαίνουν δύσκολα και που οι λέξεις φαντάζουν ανούσιες και χωρίς περιεχόμενο στο χαρτί ή στο προφορικό λόγο.

Ένας άλλος γιατρός, ένας λειτουργός Υγείας που εργάστηκε σε πολύ δύσκολα χρόνια, πάει να συναντήσει τους φίλους του και τους συναδέλφους του, που τίμησαν την άσπρη μπλούζα του θεραπευτή λειτουργού ιατρού, δίνοντας πάρα πολλά στην κοινωνία της Αργινίου και της Αιτωλνίας.

Η είδηση του θανάτου του Παναγιώτη Καλταμπάνη λύπησε παλιούς και νέους γιατρούς, αλλά και πλήθος κόσμου που είχαν την τύχη να έχουν ένα γιατρό άοκνο και αλληλέγγυο στα προβλήματα υγείας τους αλλά και στα προσωπικά τους, μιας και ο Παναγιώτης έπρεπε πάντα σε κάθε κάλεσμα τους για περίπου 35 χρόνια από την σύντομη ζωή του.

Ο Καλταμπάνης Παναγιώτης γεννήθηκε στη Μυρτιά Αιτωλνίας στο το 1946. Πήρε το πτυχίο της Ιατρικής από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης το 1973 και απέκτησε την ειδικότητα της Παιδιατρικής το 1981.

Έκτοτε προσέφερε τις γνώσεις του και τις υπηρεσίες του στον κόσμο του Αργινίου και τις ευρύτερης περιοχής μέχρι τον Ιούλιο του 2008 όπου κατέθεσε δικαιολογητικά για την σύνταξή του, πού όμως

....., δεν πρόλαβε να πάρει.

Σύντροφος της ζωής του η οδοντίατρος Ουρανία Παπαχρήστου με την οποία απέκτησε δυο θαυμάσια παιδιά την Κωνσταντίνα και την Ανδρομάχη.

Είχε μεγάλη κοινωνική δραστηριότητα σε σωματεία και ιδρύματα ενώ υπήρξε μέλος του ΔΣ του Ιατρικού Συλλόγου Αργινίου τον οποίο υπηρέτησε από την θέση του Γενικού Γραμματέα.

Αγαπητός και αποδεκτός απ' όλους τους συναδέλφους του, σεβάστηκε και τήρησε τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας δουλεύοντας για αυτό κατά τη διάρκεια της θητείας του

στον Ιατρικό Σύλλογο Αργινίου.

Ποτέ δεν απασχόλησε τα Πειθαρχικά Όργανα του Συλλόγου μας, αντίθετα έδειχνε ενδιαφέρον για το ήθος και την αξιοπρέπεια του Ιατρικού επαγγέλματος και την παρουσία του ιατρού ως ανθρώπου στη κοινωνία και στη λύση των προβλημάτων των συμπολιτών του .

Προσιτός και ευγενικός, πάντα έτοιμος να προσφέρει τις Ιατρικές του υπηρεσίες και συμβουλές με αίσθημα ευθύνης και κατανόησης.

Αείμνηστε Συνάδελφε, Παναγιώτη έζησες και δούλεψες ως απλός άνθρωπος επιστήμονας, κάνοντας τον ανθρωπισμό βίωμα και πρακτική της ζωής σου.

Εργάστηκες άοκνα περισσότερο από 35 χρόνια προσφέροντας απλόχερα και χωρίς ιδιοτέλεια τις ιατρικές υπηρεσίες σου στην κοινωνία της Αργινίου και της Αιτωλνίας γενικότερα.

Έτσι θα σε θυμούνται όσοι έτυχε να σε γνωρίσουν και έτσι θα σε θυμόμαστε και εμείς .

Αυτή την ώρα,

Η αγαπημένη σου σύζυγος, οι κόρες σου

Οι συγγενείς σου,

Οι φίλοι σου,

Όλοι εμείς οι συνάδελφοι σου,

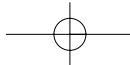
στεκόμαστε κοντά σου στο ύστατο χαιρε.

Το Ιατρικό σου έργο, η προσφορά σου στο κοινωνικό σύνολο και οι χιλιάδες άρρωστοι που αντιμετώπισες και θεραπείες θα διατηρήσουν μαζί με τους συγγενείς σου, τους φίλους σου ζωντανή την μνήμη σου στο πέρασμα του χρόνου.

Ο Ιατρικός Σύλλογος Αργινίου, το Διοικητικό Συμβούλιο και τα μέλη του, σου αποτίνουν φόρο τιμής.

Όλοι όσοι σε τιμούν με τη παρουσία τους, στην Εξόδιο ακολουθία σου, σε χαιρετούν και σου εύχονται καλό ταξίδι .

Ας είναι ελαφρό το χώμα της πατρίδας σου, που τόσο αγάπησες και υπηρέτησες.



BRASAN®

(serratio - peptidase)

Όταν το πρόβλημα
είναι η φλεγμονή...

Ασκεί ισχυρή αντιφλεγμονώδη και αντιοιδηματική δράση

Ενισχύει τη δραστικότητα των αντιβιοτικών

Επιταχύνει την απορρόφηση των εξιδρωμάτων και
αιματωμάτων του οφθαλμού

Επιταχύνει τη ρευστοποίηση και την αποβολή πτυέλων,
βλεννών, πύου και αιματώματος

Είναι το μόνο πρωτεολυτικό ένζυμο που χορηγείται μετά
το φαγητό διότι δεν καταστρέφεται
από το γαστρικό υγρό

ΤΟ BRASAN® ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ ΑΠΟ ΟΛΑ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ

ΛΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ : 6,22€



BIANEX Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης • ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατσοπού 146 71 Ν. Ερυθραία, Τηλ.: 210 8009111
• E-Mail: mailbox@vianex.gr • INTERNET: <http://www.vianex.gr> • ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Β.Χατζή 2, Τηλ: 2310 840440
VE8076BRAS/1-6/2008

