



ORDIN

nr. 12 / 70

12 din 01 2012

**Cu privire la aprobarea criteriilor de  
determinare a dizabilității și capacității  
de muncă la persoanele adulte**

Întru executarea prevederilor art. 16 alin. (8) din Legea nr. 60 din 30.03.2012  
„Privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități”,

**ORDONĂM:**

1. Se aprobă Criteriile medicale de determinare a dizabilității și capacității de muncă la persoanele adulte, conform anexei nr. 1, și Chestionarul de evaluare a capacităților și performanțelor persoanelor adulte în activități și participare, conform anexei nr. 2.

2. Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă și structurile sale, în procesul de determinare a dizabilității și capacității de muncă la persoanele adulte, se vor conduce și vor aplica Criteriile și Chestionarul specificat la pct. 1 din prezentul Ordin.

3. Decizia finală privind gradul de dizabilitate și procentul păstrării capacității de muncă a persoanei expertizate, precum și recomandările generale privind activitățile și serviciile de care persoana cu dizabilități are nevoie în procesul de incluziune socială, care se înscriu în Certificatul de dizabilitate și capacitate de muncă, și în Programul individual de reabilitare și incluziune socială, constituie rezultatele raportării coeficientului (*rezultatul evaluării efectuate conform Chestionarului de evaluare a capacităților și performanțelor persoanelor adulte în activități și participare*) la procentul capacității de muncă de bază (*rezultatul aplicării Criteriilor medicale de determinare a dizabilității și capacității de muncă la persoanele adulte*).

4. Se aprobă matricea privind Rezultatele raportării coeficienților la procentul capacității de muncă de bază, conform tabelului:

| Coeficienți |     |     |    | Coeficienți |     |     |    | Coeficienți |     |     |    |    |    |    |
|-------------|-----|-----|----|-------------|-----|-----|----|-------------|-----|-----|----|----|----|----|
| 0,7         | 1,0 | 1,3 |    | 0,7         | 1,0 | 1,3 |    | 0,7         | 1,0 | 1,3 |    |    |    |    |
|             | 5   | 0   | 5  | 10          |     | 25  | 20 | 25          | 30  |     | 45 | 40 | 45 | 50 |
| %           | 10  | 5   | 10 | 15          | %   | 30  | 25 | 30          | 35  | %   | 50 | 45 | 50 | 55 |
|             | 15  | 10  | 15 | 20          |     | 35  | 30 | 35          | 40  |     | 55 | 50 | 55 | 60 |
|             | 20  | 15  | 20 | 25          |     | 40  | 35 | 40          | 45  |     | 60 | 55 | 60 | 65 |

5. Executarea prezentului ordin ni-l asumăm.

Ministru

Valentina BULIGA

Ministru

Andrei USATÎ

**Expertiza medicală a capacității de muncă** este o formă de asistență medico-socială care evaluează, prin metode și tehnici specifice, deficiențele funcțional-structurale și capacitatea de muncă a persoanelor cu diferite tulburări morfologice și funcționale, în vederea stabilirii prestațiilor de asigurări sociale și măsurilor de protecție din partea statului și a societății.

Această activitate este axată pe recuperarea capacității de muncă a persoanelor cu dizabilități, cu finalitate în integrarea (incluziunea) socioprofesională a acestora în viața activă a societății.

În sensul prezentelor criterii de stabilire a deficiențelor funcțional-structurale și a capacității de muncă se definesc *următoarele noțiuni*:

**Persoană cu dizabilități** – persoană cu deficiențe fizice, mintale, intelectuale sau senzoriale, deficiențe care, în interacțiune cu diverse bariere/obstacole, pot îngreuna participarea ei deplină și eficientă la viața societății în condiții de egalitate cu celelalte persoane.

**Dizabilitate** – termen generic pentru afectări/deficiențe, limitări de activitate și restricții de participare, care reflectă aspectele negative ale interacțiunii dintre persoana care are o problemă serioasă de sănătate și factorii contextuali în care se regăsește aceasta (factorii de mediu și cei personali).

**Capacitate de muncă** – raportul dintre posibilitățile biologice individuale și solicitarea profesională; este determinată de abilitățile fizice și intelectuale, precum și de nivelul de integrare socioprofesională, care ține de pregătire și de experiență.

**Incluziune socială** – ansamblu de măsuri și acțiuni multidimensionale din domeniile protecției sociale, ocupării forței de muncă, locuirii, educației, sportului, ocrotirii sănătății, informării și comunicării, mobilității, securității, justiției și culturii, precum și din alte domenii destinate integrării în societate a persoanelor cu dizabilități.

Dizabilitatea este condiționată de deficiențele funcțional-structurale ale organismului în raport cu posibilitatea desfășurării activităților legate de viața cotidiană și/sau profesională.

Astfel, **la adulți**:

1. Deficiențele funcțional-structurale ușoare, cuprinse între 5 și 35%, nu pot servi ca temei pentru încadrare în grad de dizabilitate.
2. Deficiențele funcțional-structurale medii, cuprinse între 40 și 55%, servesc ca temei pentru încadrare în **grad mediu** de dizabilitate.
3. Deficiențele funcțional-structurale accentuate, cuprinse între 60 și 75%, servesc ca temei pentru încadrare în **grad accentuat** de dizabilitate.

4. Deficiențele funcțional-structurale severe/absolute severe, cuprinse între 80 și 100%, servesc ca temei pentru încadrare în **grad sever** de dizabilitate.

Criteriile medicale de determinare a dizabilității servesc ca bază pentru stabilirea dizabilității persoanei și a capacității de muncă restante a acesteia în procente. Periodic, criteriile urmează a fi reactualizate și îmbunătățite, cu ajustarea la standardele medicale europene și internaționale.

În cazul bolilor rare, pentru care nu există criterii specifice de apreciere a deficiențelor funcționale și a capacității de muncă, se vor urmări elementele clinice, evoluția, complicațiile și deficiențele funcționale determinate, aplicându-se criteriile la modul general.

Particularitățile de ordin medical și socioprofesional care intervin frecvent în evaluare fac uneori greu de aplicat standarde foarte precis definite. În acest sens, medicului expert, care realizează evaluarea, i se permite o anumită distanțare față de baremele stabilite, fără a încălca însă principiile și actele normative aprobate. În aceste situații, se impune expunerea cu claritate a motivelor care au condus la abordarea individualizată a cazului.

**La evaluare se iau în calcul (conform formulei Kessler) deficiențele funcțional-structurale ale bolii de bază și 1-2 boli concomitente, dacă acestea nu sînt complicațiile bolii de bază și prezintă deficiențe funcțional-structurale, începînd cu cele medii.**

$$A + \frac{B(100-A)}{100} = \text{Totalul X\%}$$

unde:

A – prima deficiență funcțional-structurală a organismului uman (în %);

B – a doua a deficiență funcțional-structurală a organismului uman (în %).

**1. Se efectuează calculul procentului total al primelor două deficiențe funcționale (A și B).**

**2. Se efectuează calculul procentului total al procentului obținut (A) din prima operație (ecuație) și procentul stabilit la următoarea maladie (B).**

# **Tuberculoza aparatului respirator**

## **NOTĂ: EXPERTIZAREA ÎN TUBERCULOZĂ (A 15 – A19. B 90 – B90.9)**

### **Expertizarea în tuberculoză (A 15 – A19. B 90 – B90.9)**

Pentru a expertiza corect persoanele cu limitări ale vitalității și ale capacității muncă din cauza tuberculozei, vom diferenția persoane cu **tuberculoză activă** (în fazele progresivă, staționară, regresivă) și cu **tuberculoză neactivă** (stabilizată și sechele posttuberculoase). Respectiv, metodologia expertizării și criteriile vor fi diferite. Astfel, pentru primul grup este mai important să fie apreciată activitatea leziunilor tuberculoase ale organelor, sistemelor afectate și bacilare, iar pentru al doilea grup este importantă evaluarea severității dereglărilor funcționale și structurale.

*Tuberculoza* este o boală infecto-contagioasă cu evoluție de lungă durată, cu involuție lentă la tratament, adesea cu evoluție trenantă, tendințe de cronizare, reactivare ori asociere de complicații, chimiorezistență și, respectiv, termene de lungă durată pentru tratament (de la minimum 6 luni până la 24 luni ori îndelungat de susținere) și recuperare. Durata medie a fazei regresive în caz de evoluție lent favorabilă este de circa 12 luni. Durata fazei de stabilizare decurge în medie 2 ani, în caz de evoluție lent favorabilă. Preponderent, este o boală social condiționată, cu cauze multiple, afectând în primul rând persoanele din păturile sociale sărace, social-vulnerabile, expuse șomajului, malnutriției, suprasolicității fizice, factorilor nocivi, condițiilor nesatisfăcătoare de trai și igienă, stresurilor, alcoolismului, tabagismului, narcomaniei, HIV-infecției. Decesul este frecvent în caz de depistare tardivă ori tratament neadecvat. Tuberculoza este o boală a întregului organism uman cu manifestări generale și locale cauzate de micobacteria tuberculozei pe fondalul de deficiență a sistemului imunitar. Regresarea leziunilor tuberculoase este preponderent sechelară cu dereglări morfofuncționale de diferită severitate ale organelor și sistemelor afectate. Specific pentru expertiza medicală în fiziologie este luarea obligatorie în considerare a factorului social și epidemiologic.

Conform legislației în vigoare (Legea nr. 289-XV din 22.07.2004 și Hotărârea Guvernului nr. 469 din 24.05. 2005 despre concediul medical), durata concediului medical în Republica Moldova în caz de îmbolnăvire de tuberculoză poate fi prelungită până la 12 luni cumulativ pe parcursul ultimilor 2 ani.

Durata minimă a tratamentului antituberculos standardizat conform strategiei DOTS este, în cazurile noi, de 6 luni și de 8 luni în cazul coinfecției HIV; în cazurile cu retratament – 8 luni; în cazurile TB MDR se administrează regimuri standardizate (DOTS plus) de la 18 la 24 de luni, indiferent de durata tratamentului primit anterior, ori individualizate. Dacă se confirmă mono- sau polirezistența, se trece la regimuri de tratament cu durata de 6, 9, 12 și 18 luni, indiferent de durata tratamentului administrat anterior. În unele cazuri (meningita tuberculoasă și TB osteoarticulară), durata tratamentului poate fi până la 12 luni.

Persoanele diagnosticate cu o formă activă ori contagioasă de tuberculoză sînt înlăturate temporar de la locul de muncă ori de la frecventarea instituțiilor de învățămînt pe perioada de tratament și rehabilitare. Locul de muncă se păstrează 12 luni conform legislației în vigoare.

Deținuților bolnavi de tuberculoză, aflați la tratament în instituțiile penitenciare, li se determină prezența semnelor de invaliditate la expirarea a 12 luni cumulative pe parcursul ultimilor 2 ani de tratament antituberculos, confirmat documentar și argumentat prin investigațiile de rigoare, în volum deplin.

### **Expertizarea bolnavilor cu TB se efectuează în următoarele cazuri:**

- La expirarea termenului legal al concediului medical, dacă bolnavul prezintă semne de invaliditate ori necesită prelungirea concediului medical.
- Înainte de expirare a termenului concediului medical în caz de prezență a semnelor certe accentuate ori grave de dizabilitate, prognostic clinic și de reabilitare rezervat ori nefavorabil.
- În cazul persoanelor ce nu beneficiază de concediu medical, dar social-vulnerabile, după efectuarea unui complex de investigații clinice și paraclinice în volum deplin, administrarea tratamentului antituberculos, cu atitudine responsabilă față de tratament, pot fi trimiși pentru încadrare în grad de dizabilitate din prima lună de tratament.

Conform Legii nr.153-XV din 4 iulie 2008, capitolul VI, articolul 19, alineatul (1) - „**Pe termenul incapacității de muncă generată de îmbolnăvire de tuberculoză, bolnavii de tuberculoză, inclusiv cei neîncadrați în câmpul muncii, beneficiază de indemnizații în conformitate cu legislația privind indemnizațiile pentru incapacitate temporară de muncă și de alte prestații de asigurări sociale**”.

**Tratamentul tuberculozei la nivelul unei țări este inseparabil de protecția și susținerea socială a persoanelor bolnave. Persoanele social-vulnerabile necesită protecție și susținere socială pe parcursul tratamentului antituberculos, cu condiția respectării regimului de tratament.**

Din punct de vedere **epidemiologic**, vor fi luate în considerare profesiile persoanelor bolnave ce deservesc nemijlocit populația, în cazul tratării incomplete a tuberculozei active (prezintă risc de infectare a contingentelor deservite) – **din învățământ, colective de copii, medicină, industria alimentară, alimentația publică, comerțul cu alimente, transportul de pasageri, parțial din gospodăria comunală (aprovizionarea cu apă potabilă)**). În cazul în care acestor bolnavi li se determină dizabilitate de grad moderat, activitățile în aceste domenii se exclud pe termen determinat.

Vor fi luate în considerare profesiile, specialitățile persoanelor ce sînt implicate nemijlocit în acordarea asistenței medicale antituberculoase, **pentru care contactul cu micobacteria tuberculozei prezintă un factor nociv profesional, iar îmbolnăvirea de tuberculoză – boală profesională**. În cazul confirmării bolii profesionale de către Consiliul Republican de boli profesionale al MS, se eliberează certificatul de boală profesională. La necesitate, după efectuarea unui complex de măsuri de tratament și reabilitare deplin ori la expirarea termenului legal de eliberare a concediului medical, conform legislației în vigoare, CEMV este obligat să determine pierderea capacității profesionale de muncă în procente.

La evoluția dizabilității cauzate de tuberculoză se va ține cont obligatoriu de o serie de factori care periclitizează imunitatea, reactivitatea imunobiologică a organismului, evoluția leziunilor tuberculoase, afectării bacilare, riscul de reactivare și complianța la tratament. Evaluarea se face în raport cu stadiul evolutiv al leziunilor tuberculoase în organele și sistemele afectate și al afecțiunii bacilare. Sînt importanți în evaluarea dizabilității cauzate de tuberculoză:

1. Forma clinică, severitatea manifestării, complicațiile, localizarea anatomică și gradul de extindere.
2. Stadiul evolutiv al bolii.

3. Particularitățile individuale de evoluție a formelor clinice de tuberculoză, complianța la tratament și riscurile de reactivare.
4. Stadiul evolutiv al afecțiunii bacilare, chimiorezistența.
5. Dereglările funcționale și structurale, complicațiile la nivelul organelor, sistemelor afectate și ale organismului în întregime.
6. Pronosticul clinic.
7. Potențialul și pronosticul de reabilitare.

Evaluarea și determinarea dizabilității cauzată de tuberculoză se bazează pe următorii factori:

- **Factorul clinic.**

- **Factorul paraclinic:**

- a) de laborator;
- b) bacteriologic, histologic;
- c) imagistic;
- d) funcțional și instrumental.

- **Factorul epidemiologic;**

- **Factorul socioprofesional.**

Consecințele bolii în cazul tuberculozei duc mai frecvent la limitarea următoarelor funcții generale ale organismului uman (abilități, capacități vitale): de **autoservire, deplasare, studiere, de prestare a activității de muncă.**

În unele cazuri, în prezența deficiențelor severe pot avea loc limitări ale capacităților de **comunicare, orientare, control al comportamentului.** Ele pot fi tranzitorii în caz de evoluție lent favorabilă, cu diminuarea intoxicației. Însă limitările pot progresa continuu în cazul evoluției severe, progresive a tuberculozei cu intoxicație severă, distrugere ori substituție a țesuturilor organelor afectate cu modificări fibroase și afectarea funcțiilor.

Specific în cazul tuberculozei este că limitările abilităților vitale pot fi cauzate atât de dereglările funcționale ale organelor și sistemelor afectate (insuficiența respiratorie, cardiacă, renală, locomotorie etc.), cât și de dereglările la nivelul organismului în întregime, cauzate de intoxicația tuberculoasă (febrilitate, scădere ponderală, hipotrofie și disfuncție musculară, anemie, astenizare etc.), precum și de stadiul evolutiv al afecțiunii bacilare.

Leziunile tuberculoase active ale organelor și sistemelor afectate, leziunile bacilare active, cu necesitate de tratament antituberculos prezintă **deficiențe de grad accentuat.**

Leziunile tuberculoase active convențional, cu contraindicații de ordin epidemiologic ori neactive, complicate cu dereglări funcționale accentuate ori moderate, **prezintă preponderent deficiențe de grad moderat.**

Leziunile tuberculoase neactive ale organelor și sistemelor afectate complicate cu dereglări funcționale, structurale accentuate sau grave **prezintă preponderent deficiențe de grad accentuat.**

Leziunile tuberculoase active și neactive ale organelor și sistemelor afectate, cu complicații grave, dereglări funcționale grave, cu necesitatea de îngrijire și ajutor permanent din partea altei persoane, **prezintă deficiențe de grad sever.**

Constatarea prezenței sechelelor posttuberculoase cu deficiențe funcționale de grad moderat, accentuat ori sever condiționează determinarea dizabilității fără termen, conform Ordinului comun al MPSFC și MS nr.13/23 din 30.01.2009.

Readmiterea în activitatea de muncă și frecventarea instituțiilor de învățământ a persoanelor tratate de o formă activă ori contagioasă de tuberculoză se face conform criteriilor de vindecare a tuberculozei, de monitorizare bacteriologică, de evidență de dispensar și epidemiologică.

**Termenul de valabilitate a investigațiilor este de 30 de zile.**

\* \* \*

În practica de expertiză medicală, **după severitate și pericol epidemiologic cu formele clinice de tuberculoză contagioasă, bacilară (BK+) se egalează:**

- Forme clinice evolutive de tuberculoză bacilare, debacilate în perioada de 3 luni precedând expertizării ori debacilate tardiv după 5-8 luni de tratament.
- Forme clinice evolutive de tuberculoză a aparatului respirator nonbacilare, cu distrucție și fistule funcționale.
- Forme clinice evolutive de tuberculoză extrapleurale nonbacilare ori debacilate, cu fistule și bacteriurie.
- Forme clinice evolutive de tuberculoză a pielii și țesutului celular subcutanat.

**Severitatea tuberculozei după rezistența mbt la chimiopreparate în ordine descrescătoare:**

- XXDR – rezistență extinsă
- XDR
- MDR – multidrogrezistență cu variantele:
  - a) HR
  - b) HRES
  
- Polichimiorezistență cu variantele:
  - a) HES
  - b) RES
  - c) HE
  - d) HS
  - e) ES
  - f) RE
  - g) RS
  
- Monochimiorezistență: - H, R, E, S

**NOTE:** 1. Până la obținerea rezultatelor sensibilității se utilizează termenul „suspect de chimiorezistență”.

2. În mod obligatoriu se face corelație cu dinamica radiologică pe fondalul tratamentului.

## Complicații grave cauzate de tuberculoza aparatului respirator:

### - Acute:

1. Pneumotorace.
2. Pio-hemo-pneumotorace.
3. Hemoragii pulmonare.
4. Hemoptizii frecvente.

### - Tardive (persistente):

1. Aderențe pleurale masive (placă pleurală).
2. Pneumofibroză extinsă.
3. Fibrotorace unilateral ori parțial bilateral.
4. Cord pulmonar.
5. Amiloidoză a organelor parenhimate.
6. Fistulări.
7. Aspergilom.

În practica de expertiză medicală, după **factorul bacteriologic** deosebim:

- **Forme clinice nonbacilare** – Forme clinice de tuberculoză confirmată fără depistare de micobacterii de tuberculoză prin microscopie (BAAR-) ori metoda culturală (BK-), A 16.0.

- **Forme clinice bacilare** – Forme clinice de tuberculoză confirmate prin microscopie (BAAR+) ori prin metoda culturală (BC +, MBT+), cu emisie menținută pe parcursul a câteva luni și debacilate pe parcursul tratamentului antituberculos, A 15.0.

- **Forme clinice cronice de tuberculoză cu emisie permanentă de micobacterii de tuberculoză** – Forme clinice cronice de tuberculoză cu menținere permanentă de microscopii, culturi pozitive sau redevin din nou pozitivi la examinarea sputei după o schemă standard de retratament complet supravegheată.

Deosebim **debacilare**:

- **Recentă** – Negativare după 2-3 luni de tratament standardizat.
- **Tardivă** – Negativare după 5-8 luni de tratament.
- **Relativă** – Dacă se confirmă numai prin microscopie (fișier activ ori de supraveghere).
- **Stabilă** – Dacă se confirmă negativarea sputei cu minimum 2 culturi, cu întrerupere de o lună, în caz de TB MDR, dacă se confirmă negativarea sputei cu minimum 5 culturi negative consecutiv în ultimele 12 luni.

### NOTE:

- În F-088e se vor indica în mod obligatoriu, cronologic, rezultatele microscopilor și însămânțărilor sputei cu rezultatele testărilor la sensibilitate pe parcursul ultimilor 12 luni de tratament.

- În diagnosticul clinic se va indica în mod obligatoriu ultimul rezultat pozitiv pe parcursul ultimelor 12 luni de tratament.

**Severitatea procesului de tuberculoză după varianta de evoluție în ordine descrescătoare**

| <b>Varianta de evoluție</b> | <b>Clinica</b>   | <b>Examenul radiologic</b>   | <b>Examenul bacteriologic</b> |
|-----------------------------|--|--|-------------------------------|
| <b>Severă</b>               | Febrilitate, subfebrilitate prelungită, scădere ponderală gravă (cașexie), expectorație abundentă, complicații grave | Dinamică radiologică negativă, afectarea de noi zone ale parenhimului pulmonar                       | BK+<br>Emisie intensivă       |
| <b>Cronică (ondulată)</b>   | Subfebrilitate prelungită, scădere ponderală, posibil complicații de diferit grad                                    | Tablou radiologic staționar ori alternare a reactivărilor cu regresări parțiale, modificări fibroase | BK+, BK-<br>Emisie cronică    |
| <b>Trenantă</b>             | Simptome clinice pronunțate ori ușor pronunțate  | Fără dinamică radiologică ori pozitivă neînsemnat pe parcurs de timp îndelungat                      | Debacilare tardivă            |
| <b>Lent favorabilă</b>      | Ameliorare clinică   | Regresare. Stabilizare   | Debacilare                    |

**NOTĂ:** Severitatea intoxicației tuberculoase este caracterizată prioritar prin gradul de scădere ponderală, prin gradul anemiei secundare, prin durata stării de febrilitate, subfebrilitate.

**Reacții adverse cauzate de chimioterapie antituberculoasă îndelungată:**

1. Hepatotoxice.
2. Neurotoxice.
3. Halucinogene.
4. Ototoxice.
5. Nefrotoxice.
6. Oculare.
7. Reacții alergice.
8. Disbacterioză, candidomicoză.

**Severitatea tuberculozei după extindere:**

- **Limitată** – localizare în 1-2 segmente pulmonare.
- **Extinsă** – localizare în 3 și mai multe segmente pulmonare unilateral ori bilateral.
- **Generalizată** – localizare în parenhimul pulmonar și în alte organe.

| <b>Clasificarea cavităților distructive pulmonare</b>   |                                      |                            |                                  |
|---|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| <b>După dimensiuni</b>  | <b>După drenaj bronșial</b>          | <b>După număr</b>          | <b>După localizare pulmonară</b> |
| 1. Mici – până la 2 cm<br>2. Medii – 2-4 cm<br>3. Mari – 4-7 cm<br>4. Magna > 7 cm<br>5. Lobi distruși<br>6. Plămîn distrus | 1. Drenate<br>2. Nedrenate (blocate) | 1. Solitare<br>2. Multiple | 1. Unilateral<br>2. Bilateral    |

**Riscuri sporite de îmbolnăvire și reactivare a tuberculozei****1. De ordin intern:**

- Persoanele vindecate de forme clinice care au decurs cu o evoluție clinică cronică, trenantă, tardiv abacilate, tardiv stabilizate, cu chimiorezistență.
- Persoanele vindecate de forme clinice extinse, generalizate, cu sechele posttuberculoase avansate.
- Persoanele care au primit tratament antituberculos neregulat.
- Contactații permanenți cu bolnavii de tuberculoză (membrii familiilor bolnavilor, personalul medical implicat în acordarea asistenței medicale antituberculoase).
- Persoanele astenizate, cu scădere ponderală.
- Persoanele cu reactivitate imunologică redusă (teste cutanate negative).
- Persoanele care au suportat rezecții gastrice și intestinale.
- Persoanele care s-au tratat de boli canceroase, cu radioterapie, chimioterapie.
- Asocieri nefaste cu boli cronice:
  - a) imunodepresante (în special HIV-infecția);
  - b) endocrine (în special diabetul zaharat);
  - c) care necesită tratament permanent cu corticoizi, imunodepresanți;
  - d) mentale și de comportament;
  - e) alcoolism cronic, narcomanie, toxicomanie;
  - f) boli cronice ale aparatului respirator – BPOC, astmul bronșic, supurații etc.
- Asocieri cu boli ce creează dificultăți de tratament din cauza efectelor adverse ale preparatelor antituberculoase (toxice, iritante, sensibilizante):
  - a) boli ale tractului digestiv (gastrite, ulcere gastrice și duodenale, hepatite, ciroze hepatice, pancreatite);
  - b) boli ale sistemului nervos central și periferic.

**2. De ordin social:**

- Șomerii.
- Tineretul studios.
- Demobilizații din serviciul militar în termen.

- Femeile gravide, mamele cu copii pînă la trei ani.
- Persoanele din familii numeroase, dezavantajate material, cu condiții locative precare.
- Persoanele de vîrstă înaintată (>60 ani).
- Persoanele recent eliberate din penitenciare.
- Persoanele cu activitate de muncă cu suprasolicitări, cu surmenaj, expuși factorilor nocivi.

### **Bibliografie**

1. V.Serbin. Expertiza medicală a vitalității, 2006.
2. Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății(CIF). OMS 2007.
3. Hotărîrea Guvernului nr.688 din 20.06.2006, cu modificări.
4. Legea RM nr.289-XV din 22.07.2004.
5. Hotărîrea Guvernului RM nr.469 din 24.05.2005.
6. Legea RM nr. 153-XVI din 4 iulie 2008.
7. Ordinul MS al RM nr. 180 din 8.05.2007.
8. Hotărîrea Guvernului nr.1171 din 21.12.2010.
9. Codul de executare al RM, 2004.
11. Ordinul MS RM nr. 490 din 15.07.2010.
16. V. Botnaru. Pneumologie. Chișinău 2009.
17. Справочник по медико-социальной экспертизы и реабилитации. М.В. Коробов. В. Т. Поникова. С. Петербург, 2005.
18. Criterii medico-psihosociale de încadrare în grad de handicap. Ordinul nr. 762/1992 din 31.07.2007 și din 2011 emis de MPSFEȘ și MSP. România.
19. Ftizio pneumologie. Ghid. A.Ustian și alții, Chișinău, 2008.
20. Evaluarea factorilor de risc asociați aderenței la tratament a pacienților cu tuberculoză multidrorezistentă (MDR TB) înrolați în tratamentul DOTS PLUS. Chișinău. 2010.

## **Tuberculoza aparatului respirator activă (evolutivă) (A 15 - A 19)**

**Definiție:** *Tuberculoza* este o maladie infecto-contagioasă de lungă durată, provocată de micobacteria tuberculozei (*Mycobacterium tuberculosis*), cu multiple cauze sociale, avînd o evoluție naturală cronică cu afectarea întregului organism, cu localizare preponderent pulmonară, care, în cazul nedepistării la timp și tratării inadecvate, poate duce la pierderea capacității de muncă, dizabilitate și deces.

### **Clasificarea clinică:**

#### **1. Tuberculoza aparatului respirator (A15, A19)**

##### **- Tuberculoza pulmonară**

A 15.7. Complexul primar

A 16.7.

A 19.0 Tuberculoza pulmonară diseminată (miliară)

A 15.0.1.2.3. Tuberculoza pulmonară nodulară

A 16.0.1.2.

A 15. 0.1.2.3. Tuberculoza pulmonară infiltrativă

A 16.0.1.2.

A 15.0.1.2.3. Tuberculoza pulmonară fibro-cavitară

A 16.0.1.2.

A 15.5. Tuberculoza traheo-bronșică

A 16.4

##### **- Tuberculoza extrapulmonară**

A 15.6. Pleurezie tuberculoasă

A 16.5.

A 15.4 Tuberculoza ganglionilor limfatici intratoracici

A 16.3.

A 15.8. Alte forme de tuberculoză a căilor respiratorii

A 16.8.

#### **2. Tuberculoza extrarespiratorie (a altor organe)**

A 17.0.1.8.9. Tuberculoza sistemului nervos

A 19.1. Tuberculoza generalizată (poliserozita miliară cu localizări multiple)

A 18.0. Tuberculoza oaselor și articulațiilor

A 18.1. Tuberculoza aparatului urogenital

A 18.2. Adenopatie tuberculoasă periferică

A 18.3. Tuberculoza peritoneului, intestinului, ganglionilor limfatici mezenterici

A 18.4. Tuberculoza pielii și țesutului celular subcutanat

A 18.8. Tuberculoza altor organe precizate

### **3. Caracteristica procesului de tuberculoză**

*Confirmat prin:*

- Microscopia sputei;
- Metoda culturală (însămănțare);
- Metoda histologică;
- Metoda clinico-radiologică.

*Localizarea:*

- În plămâni: limitată (1,2 segmente) și extinsă (3 și mai multe segmente);
- În alte organe după denumirea organului;

*Faza:*

- Evolutivă (infiltrație, distrucție, diseminare);
- Regresivă (resorbție, indurație);
- Staționară (fără dinamică radiologică);
- În stabilizare (vindecare).

### **4. Complicații:**

- Hemoptizie;
- Pneumotorax spontan;
- Insuficiență pulmonară;
- Cord pulmonar;
- Atelectazie;
- Amiloidoză;
- Fistule;
- Insuficiența organelor afectate.

### **5. Sechele de tuberculoză**

90.0 – Sechele de tuberculoză a sistemului nervos.

90.1 – Sechele de tuberculoză urogenitală.

90.2 – Sechele de tuberculoză a oaselor și articulațiilor.

B 90.8 – Sechele de tuberculoză a altor organe precizate.

B 90.9 – Sechele de tuberculoză a aparatului respirator.

*FAI (fără alte indicații) sau cu indicații:*

- Pneumofibroză;
- Schimbări buloase;
- Calcificări în plămâni;
- Aderențe pleurale;
- Fibrotorax;
- Bronșiectazii;
- Stări după intervenții chirurgicale.

## **Barem de investigații:**

În cadrul *factorului paraclinic (de laborator)*:

*Obligatorii:*

- Hemograma.
- Urograma.
- Probele hepatice.
- Glucoza sîngelui.
- Testările la HIV-infecție.
- Rezultatele microscopiilor și însămînțărilor sputei la MBT, urinei, altor lichide biologice (pleural, arahnoidal, intraarticular) la MBT pe parcursul ultimelor 12 luni de tratament, în ordine cronologică, rezultatele investigațiilor citologice efectuate, testărilor culturilor la sensibilitate față de chimiopreparate.

*Suplimentare:*

- Însămînțările sputei, lichidului pleural la flora bacteriană secundară și testarea sensibilității la antibiotice (la necesitate).

În cadrul *factorului paraclinic (funcțional și instrumental)*:

*Obligatorii:*

- ECG.

*Suplimentare:*

- Fibrobronhoscopia.
- Laringoscopia.
- Toracosopia.
- Spirograma (la necesitate).

În cadrul *factorului paraclinic (imagistic)*:

*Obligatorii:*

- Radiograma cutiei toracice.

*Suplimentare:*

- Radioscopia.
- Tomografia.
- Laterograma.
- Tomografia computerizată, spiralată.

| Deficiențe funcționale și structurale  | Deficiențele funcționale și structurale (%) | Capacitatea de muncă de bază (%) |
|--|---|----------------------------------|
| <p><b>Deficiențele respiratorii de etiologie tuberculoasă ușoare se manifestă în următoarele forme clinice de tuberculoză pulmonară:</b> complexul primar, tbc diseminată, nodulară, infiltrativă, pleurezie, tbc traheo-bronșică, a ganglionilor limfatici intratoracici, alte forme de tbc a căilor respiratorii (a 15.8, a 16.8) în faza regresivă ori de stabilizare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiologic în plămâni se atestă opacități nodulare de intensitate medie, posibil și intensive, calcificări, cicatrice, tuberculomi mici, delimitați, omogeni, de intensitate medie, pneumoscleroză limitată, aderențe pleurale. Minimum la 2 controale de imagine radiologică a leziunilor pulmonare constante</li> <li>- Răspuns pozitiv la tratamentul administrat. Evoluție lent favorabilă</li> <li>- Tratament încheiat ori vindecat de tuberculoză. Evidență pe fișier activ ori de supraveghere. Pronostic clinic și de reabilitare favorabil</li> <li>- Nonbacilar ori debacilare stabilă</li> <li>- Endoscopic: cicatrice, pete de hiperpigmentație, îngroșări fibroase</li> <li>- Posibil dereglări ușoare, restrictive de ventilație pulmonară. Riscuri sporite de reactivare. Asocieri cu diabet zaharat, hepatite cronice, polineuropatii, rezecții gastrointestinale etc.</li> <li>- Nu necesită restricții de activitate profesională din motive epidemiologice</li> <li>- Integrare totală în activitatea vieții zilnice</li> </ul> | 5-20  | 95-80                            |
| <p><b>Deficiențele respiratorii de etiologie tuberculoasă ușoare se manifestă în următoarele forme clinice de tuberculoză pulmonară:</b> complexul primar, tbc diseminată, nodulară, infiltrativă, pleurezie, tbc traheo-bronșică, a ganglionilor limfatici intratoracici, în faza regresivă ori de stabilizare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiologic: în plămâni se atestă calcificări, opacități nodulare de intensitate medie, tuberculomi mici, delimitați, de intensitate medie, cavități de dimensiuni mici cu pereți fibrozați ori subțiri, bronșectazii. Se determină pneumoscleroză locală, fibroză locală, emfizem local, cicatrice, aderențe pleurale masive</li> <li>- Bacteriologic: sputa negativată. Debacilare relativă sau stabilă</li> <li>- Endoscopic: hiperpigmentație, granulații, stenoze, cicatrice, îngroșări fibroase. Posibil endobronșită</li> <li>- Răspuns pozitiv la tratament. Evoluție clinică lent favorabilă. Tratament încheiat ori vindecat de tuberculoză. Evidență pe fișier activ</li> </ul>  | 25-35                                       | 75-65                            |

ori de supraveghere. Pronostic clinic și de reabilitare favorabil

- Astenizare ușoară, scădere ponderală ușoară ori moderată. Dereglări moderate restrictive, mixte de ventilație pulmonară. Posibil complicații ale chimioterapiei. Riscuri sporite de reactivare. Asocieri cu diabet zaharat, hepatite cronice, polineuropatii, rezeccii gastro-intestinale etc. Poate necesita tratament simptomatic periodic ori permanent
- Persoanele care prestează activități de muncă fizică, cu solicitări de nivel ridicat și foarte ridicat, cu surmenaj, cu noxe necesită restricții în profesia, specialitatea lor, transferarea la altă activitate pe termen determinat ori reorientare profesională și angajare rațională în câmpul muncii
- Integrare totală în activitatea vieții zilnice

**Deficiențele respiratorii de etiologie tuberculoasă medii se manifestă în următoarele forme clinice de tuberculoză pulmonară:** complexul primar; tbc diseminată, nodulară, infiltrativă, fibrocavitară limitată, pleurezie tuberculoasă, tbc traheo-bronșică, în faza regresivă ori de stabilizare:

- Radiologic: în plămâni se atestă opacități nodulare de intensitate medie, tuberculomi mici, delimitați, de intensitate medie, cavități de dimensiuni mici, medii ,cu pereți fibrotizați ori subțiri cu regresare în dinamică ori staționare, bronșectazii. Se determină pneumoscleroză, pneumofibroză locală ori extinsă, emfizem local, cicatrice, aderențe pleurale masive
- Bacteriologic: sputa negativată. Debacilare relativă sau stabilă. Anterior depistare în cultură de chimiorezistență, polichimiorezistență, inclusiv și MDR
- Endoscopic: hiperpigmentație, granulații, stenoze, cicatrice, îngroșări fibroase. Posibil endobronșită
- Răspuns pozitiv la tratament antituberculos. Tratament încheiat ori vindecat de tuberculoză. Posibil efecte adverse ale chimioterapiei. Evidență pe fișier activ ori de supraveghere. Pronostic clinic și de reabilitare favorabil. Pronostic clinic și de reabilitare relativ favorabil
- Simptome clinice ale consecințelor intoxicației tuberculoase. Astenizare moderată, scădere ponderală moderată, accentuată, anemie. Fără dereglări sau cu dereglări ușoare, moderate ori accentuate de ventilație pulmonară
- Bronșită metatuberculoasă. Evoluție clinică lent favorabilă ori trenantă a leziunilor tuberculoase. Riscuri sporite de reactivare. Asocieri nefaste cu diabet zaharat, HIV-infecția, hepatite cronice, ciroze hepatice, encefalo-polineuropatii, rezeccii gastrointestinale etc.
- Necesită periodic ori permanent tratament simptomatic

**Necesitatea impunerii unor restricții de activitate profesională pe termen determinat din motive epidemiologice.**

**Persoanele care prestează activități de muncă cu noxe (inclusiv**

40-55

60-45

**contact profesional cu micobacterii de tuberculoză), cu solicitări energetice de nivel ridicat și foarte ridicat, cu surmenaj necesită transferul la o altă activitate, restricții cu limitarea intensității și volumului de muncă în profesia sa pe termen determinat ori reorientare profesională și angajare rațională în câmpul muncii.**

- Integrare totală în activitatea vieții zilnice ori cu limitări ușoare

**Deficiențele respiratorii de etiologie tuberculoasă accentuate se manifestă în următoarele forme clinice de tuberculoză pulmonară:**

complexul primar, tbc diseminată, nodulară, infiltrativă, fibrocavitară, pleurezie tuberculoasă (empiem) sau tbc generalizată în faza progresivă, staționară ori regresivă, cu necesitate de tratament antituberculos:

- Radiologic: în plămâni se atestă leziuni pulmonare tuberculoase active (evolutive) - infiltrație, diseminare, tuberculomi, noduli, cavități distructive de dimensiuni mici, medii, revărsat pleural
- Bacteriologic: emisie de MBT de diferită intensitate, depistată prin microscopie, cultură, ori nonbacilari
- Endoscopic: infiltrație tuberculoasă a traheii, bronșilor, îngustarea lumenului bronșial, endobronșită de drenaj
- Necesitate de tratament antituberculos de durată
- Cazuri noi și recidive, eșecuri terapeutice, abandonuri. Fișier de dispensar activ (IA,IB)
- Simptome clinice de intoxicație tuberculoasă posibile doar în primele luni, cu ameliorare ulterioară pe fondalul tratamentului
- Evoluție clinică trenantă, ondulată ori lent favorabilă
- Răspuns pozitiv parțial ori lipsă îndelungată de răspuns la tratamentul antituberculos. Pronostic clinic și de reabilitare favorabil
- Integritate totală în activitatea vieții zilnice ori cu limitări ușoare

60

40

**Deficiențele respiratorii de etiologie tuberculoasă accentuate se manifestă în următoarele forme clinice de tuberculoză pulmonară:**

tbc diseminată, infiltrativă, pneumonie cazeoasă, fibrocavitară, pleurezie tuberculoasă (empiem) sau tbc generalizată în faza progresivă, staționară ori regresivă, cu necesitate de tratament antituberculos:

- Radiologic: în plămâni se atestă leziuni pulmonare tuberculoase active (evolutive), extinse – infiltrație, diseminare, tuberculomi, noduli, cavități distructive de dimensiuni diferite până la gigantice (mai mari de 7 cm), lob practic distrus, revărsat pleural bilateral, fistulări
- Bacteriologic: emisie de MBT de diferită intensitate, depistată prin microscopie, cultură, ori nonbacilari; sensibilitate ori polichimiorezistență, multidrogrezistență (MDR), rezistență extinsă (XDR, XXDR). Debacilare tardivă ori emisie permanentă de MBT
- Endoscopic: infiltrație tuberculoasă a traheii, bronșilor, îngustarea

65-75

35-25

- lumenului bronșial, endobronșită de drenaj
- Necesitate de tratament antituberculos de lungă durată (pînă la 18-32 luni) pe scheme standardizate ori individualizate sau de susținere
  - Cazuri noi și recidive, cronice, eșecuri terapeutice, abandonuri. Fișier de dispensar activ (IA, AB, IC)
  - Evoluție clinică severă, cu complicații (intoxicație, scădere ponderală, hipotrofie și disfuncție musculară, anemie, subfebrilitate, hemoptizii, hemoragii pulmonare, pneumotorace, empiem, dispnee, fatigabilitate sporită), progresivă, trenantă, ondulată. Posibil afectarea altor organe.
  - Asocieri nefaste cu diabet zaharat, HIV-infecție, hepatite cronice și ciroze hepatice, encefalopoliuropatii, bronhopneumopatii obstructive cronice etc.
  - Răspuns pozitiv parțial după tratament îndelungat ori lipsă de răspuns la tratamentul antituberculos. Posibil complicații ale chimioterapiei. Pronostic clinic și de reabilitare incert, rezervat
  - Activitatea vieții zilnice cu limitări ușoare, parțiale

**Deficiențele respiratorii de etiologie tuberculoasă severe se manifestă în următoarele forme clinice de tuberculoză pulmonară:**

tbc diseminată, infiltrativă, pneumonie cazeoasă, fibrocavitară complicată, pleurezie tuberculoasă purulentă (empiem) fistulară sau tbc generalizată în faza progresivă, staționară ori regresivă, cu necesitate de tratament antituberculos și îngrijire:

- Radiologic: în plămîni se atestă leziuni pulmonare tuberculoase active (evolutive), extinse, în progresare – infiltrație, diseminare, cavități distructive de dimensiuni diferite pînă la gigantice ( mai mari de 7 cm), lobi practic distruși, plămîn practic distrus, revărsat pleural bilateral, fitulări
- Bacteriologic: emisie de MBT de diferită intensitate, depistată prin microscopie, cultură, ori nonbacilari; sensibilitate ori polichimiorezistență, multidrogrezistență (MDR), rezistență extinsă (XDR, XXDR). Debacilare tardivă ori emisie permanentă de MBT
- Endoscopic: infiltrație tuberculoasă a traheii, bronșilor, îngustarea lumenului bronșial, endobronșită de drenaj
- Cazuri noi și recidive, cronice, eșecuri terapeutice, abandonuri. Fișier de dispensar activ (IA, IB, IC)
- Evoluție clinică severă, progresivă, cu complicații grave (intoxicație, istovire, scădere ponderală gravă, hipotrofie și disfuncție musculară, fistule în funcție, escare, hemoragii pulmonare, anemie gr.II-III, pneumotorace, hipotonie, subfebrilitate, dispnee severă, fatigabilitate sporită, cord pulmonar, amiloidoză a organelor parenhimate). Posibil afectarea altor organe
- Asocieri nefaste cu diabet zaharat, HIV-infecția, hepatite cronice și ciroze hepatice, encefalopoliuropatii, bronhopneumopatii obstructive cronice, cancer de orice tip etc.

80-85

20-15

|  |        |      |
|--|--------|------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Complicații ale chimioterapiei</li> <li>- Lipsă de răspuns la tratamentul antituberculos. Pronostic clinic și de reabilitare rezervat, nefavorabil</li> <li>- În activitatea vieții zilnice limitări grave. Dependent de ajutor și îngrijire permanentă din partea altei persoane</li> </ul> <p><b>Deficiențele respiratorii de etiologie tuberculoasă absolute se manifestă în următoarele forme clinice de tuberculoză pulmonară:</b> tbc diseminată, infiltrativă, pneumonie cazeoasă, fibrocavitară complicată, pleurezie tuberculoasă purulentă (empiem) fistulară sau tbc generalizată în faza progresivă, staționară, regresivă cu necesitate de tratament și îngrijire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiologic: în plămâni se atestă leziuni pulmonare tuberculoase active (evolutive), extinse, în progresare - infiltrație, diseminare, cavități distructive de dimensiuni diferite, inclusiv lobi practic distruși, plămân practic distrus, revărsat pleural bilateral, fistulări</li> <li>- Emisie permanentă de MBT, frecvent polichimiorezistență, multidrogrezistență (MDR), rezistență extinsă (XDR, XXDR)</li> <li>- Cazuri noi și recidive, cronice, eșecuri terapeutice, abandonuri. Fișier de dispensar activ ( IA, IB, IC)</li> <li>- Evoluție clinică severă, progresivă, cu complicații grave (intoxicație severă, istovire, scădere ponderală gravă, hipotrofie și disfuncție musculară, fistule în funcție, escare, hemoragii pulmonare, anemie gr.II-III, pneumotorace, hipotonie, subfebrilitate, dispnee în repaos, fatigabilitate sporită, cord pulmonar decompensat, simptome clinice de insuficiență respiratorie și cardiacă severă, amiloidoză a organelor parenhimate, insuficiență poliorganică). Posibil afectarea altor organe</li> <li>- Poziție forțată la pat, practic ținut la pat. Necesită oxigenoterapie</li> <li>- Asocieri nefaste cu diabet zaharat, HIV-infecție, hepatite cronice și ciroze hepatice, encefalopoliuropatii, bronhopneumopatii obstructive cronice, cancer de orice tip etc. Complicații ale chimioterapiei</li> <li>- Lipsă de răspuns la tratamentul antituberculos. Pronostic clinic nefavorabil</li> <li>- În activitatea vieții zilnice limitări totale. Dependență totală de îngrijire permanentă din partea altei persoane</li> </ul> | 90-100 | 10-0 |
|--|--------|------|

### **Recomandări de muncă**

#### **Deficiențe funcțional-structurale ușoare:**

Activități în condiții de muncă protejată sau obișnuită.

Se vor evita activitățile cu solicitări energetice excesive, cu surmenaj, în medii cu variații termice, cu noxe variate.

**Deficiențe funcțional-structurale medii:**

Solicitări energetice de nivel mediu cu program integral sau redus.

Solicitări energetice de nivel mediu în limitele zonei de confort, cu excluderea noxelor (inclusiv cu micobacterii de tuberculoză).

Activitatea de muncă în contact direct cu micobacteria tuberculozei (secții, cabinete, laboratoare microbiologice, secții patmorfologice) se exclude pe termen de un an.

Activitatea de muncă în învățământ, colective de copii, medicină, industria alimentară, alimentația publică, comerțul cu alimente, deservirea pasagerilor, aprovizionarea cu apă potabilă se exclude pe termen de un an.

**Deficiențe funcțional-structurale accentuate:**

Activitatea de muncă, frecventarea instituțiilor de învățământ nu se recomandă.

**Deficiențe funcțional-structurale severe:**

Necesită ajutor și îngrijire permanentă din partea altei persoane.

**Deficiențe funcțional-structurale absolute:**

Necesită supraveghere, ajutor și îngrijire permanentă din partea altei persoane.

**Tuberculoza aparatului respirator stabilizată și sechelele posttuberculoase (B 90.9) (sindroamele posttuberculoase)****Clasificare:**

În practica de expertiză medicală deosebim două variante de tuberculoză stabilizată:

- **Recent stabilizată** – în termen de până la 2 ani de la începutului tratamentului standardizat.
- **Tardiv stabilizată** – după 2 ani de la începutul tratamentului standardizat.

Este necesar să se confirme:

- Debacilare stabilă – confirmată prin minimum 2 culturi negative cu interval de o lună după încheierea tratamentului supravegheat. În caz de TB MDR, dacă se confirmă negativarea sputei cu minimum 5 culturi negative consecutiv în ultimele 12 luni.
- Imagine radiologică stabilă, nemodificată a leziunilor pulmonare posttuberculoase prin minimum 2 controale cu interval de câteva luni după încheierea tratamentului antituberculos.
- Tablou endoscopic stabil al leziunilor posttuberculoase traheobronșice prin fibrobronhoscopie de control.
- dereglări funcționale respiratorii, cardiorespiratorii constante.

**NOTĂ:** Este obligatorie prezența în istoricul medical a datelor despre tuberculoza aparatului respirator tratată, intervențiile chirurgicale, obiectivate prin documente medicale, investigații radiologice, bacteriologice, de laborator, funcționale, endoscopice.

**Barem de investigații:**

În cadrul *factorului paraclinic (de laborator)*:

*Obligatorii:*

- Hemograma.
- Sputograma.
- Urograma.
- Probele hepatice.
- Glucoza sîngelui.

*Suplimentare:*

- Cultura sputei la flora bacteriană și testarea sensibilității la antibiotice.
- Investigații citologice (la necesitate).

În cadrul *factorului paraclinic (funcțional și instrumental)*:

*Obligatorii:*

- ECG.
- Spirograme în dinamică.
- Teste cu bronhodilatatoare.
- SaO<sub>2</sub>.
- Teste cu efort fizic (după indicații strict determinate).

*Suplimentare:*

- Ventilația pulmonară.
- Hemodinamica arterială pulmonară.
- Echilibrul acido-bazic.
- Bodypletismografia cu DLCO.
- Fibrobronhoscopia.

În cadrul *factorului paraclinic (imagistic)*:

*Obligatorii:*

- Radiograma cutiei toracice.
- Dopler-ECOCCG.

**Suplimentare:**

- Radioscopia.
- Laterograma.
- Tomografia.
- Tomografia computerizată, spiralată, prin rezonanță magnetică, nucleară.
- Investigații cu radionuclizi (scintigrafia de perfuzie cu tehneciu 99MA, scintigrafia ventilatorie cu xenon 131).

| <b>Deficiențele funcționale și structurale</b>   | <b>Deficiențele funcționale și structurale (%)</b> | <b>Capacitatea de muncă de bază (%)</b> |
|--|--|---|
| <p><b>Deficiențe respiratorii posttuberculoase ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiologic: în plămâni se atestă calcificări în număr mic, de dimensiuni mici în parenhimul pulmonar ori în ganglionii limfatici, cicatrice, pneumoscleroză limitată, aderențe pleurale limitate, rezecție atipică (marginală) segmentară, decorticare</li> <li>- Endoscopic: pete de hiperpigmentație, cicatrice, stenoză bronșică neînsemnată</li> <li>- Simptome clinice absente. Fără dereglări de ventilație pulmonară ori dereglări neînsemnate de tip restrictiv. Adaptare la efort păstrată</li> <li>- Integritate totală în activitatea vieții zilnice</li> <li>- Fără limitări ale abilităților vitale</li> </ul>  | 5  | 95                                      |
| <p><b>Deficiențe respiratorii posttuberculoase ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiologic: în plămâni se atestă opacități fibrozate, multiple calcificări, inclusiv și de dimensiuni mari în parenhimul pulmonar și ganglioni limfatici intratoracici, cicatrici, pneumofibroză limitată, defecte costale (pînă la 3) după toracoplastie de corecție, absențe postoperatorii de 1-2 segmente</li> <li>- Endoscopic: pete de hiperpigmentație, cicatrice, îngroșări fibroase, stenoze ușoare, moderate, bont bronșial intact</li> <li>- Funcțional: dereglări ușoare de tip restrictiv ale ventilației pulmonare. Adaptarea la efort păstrată</li> <li>- Integrare totală în activitatea vieții zilnice</li> </ul>   | 10-15  | 90-85                                   |
| <p><b>Deficiențe respiratorii posttuberculoase ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiologic: în plămâni se atestă opacități fibrozate, multiple calcificări, inclusiv și de dimensiuni mari în parenhimul pulmonar și ganglioni limfatici intratoracici, cicatrici, pneumofibroză limitată ori cu localizări diferite, cavități mici sanate, aderențe pleurale, absențe segmentare postoperatorii (2 -3), defecte a grilajului costal (4-6) după toracoplastie de corecție</li> <li>- Endoscopic: pete de hiperpigmentație, cicatrice, îngroșări fibroase, stenoze de diferit grad, endobronșită, bont bronșial intact</li> <li>- Simptome clinice de insuficiență respiratorie cronică cu manifestări ușoare cu IRC 0-I, de bronșită cronică catarală ori mucopurulentă</li> </ul> | 20-35  | 80-65                                   |

metatuberculoasă. Astenizare ușoară

- Asocierie cu unele boli și factori ce sporesc riscul de reactivare a tuberculozei (diabet zaharat, hepatită cronică, ulcer gastric, rezecții gastrointestinale, contact cu bolnavi de tuberculoză etc.)
- Funcțional: dereglări de ventilație pulmonară de grad ușor ori moderat, de tip restrictiv ori mixt. Adaptare la efort păstrată
- Integrare totală în activitatea vieții zilnice

**Deficiențe respiratorii posttuberculoase medii cu unele dintre următoarele semne:**

40

60

- Radiologic: opacități nodulare fibrozate, calcificări multiple în parenhimul pulmonar, în hili, ganglioni limfatici intratoracici, pneumofibroză extinsă, emfizem local, cavități sanate, distrofie buloasă, bronșectazii secundare, fibrotorace limitat, aderențe pleurale limitate ori masive, absențe postoperatorii polisegmentare, lobare, defecte ale grilajului costal după toracoplastie de corecție de 7 coaste
- Endoscopic: pete de hiperpigmentație, cicatrice, îngroșări fibroase, stenoze de diferit grad, endobronșită catarală ori mucopurulentă, bont bronșial intact ori inflammat
- Funcțional: dereglări de ventilație pulmonară de grad moderat, de tip restrictiv ori mixt. Adaptare la efort cu reducere ușoară
- Simptome clinice de insuficiență respiratorie cronică moderată, IRC gr.I, bronșită cronică catarală ori mucopurulentă metatuberculoasă, BPOC stadiul II. Astenizare de grad mediu
- Asocierie cu unele boli și factori ce sporesc riscul de reactivare a tuberculozei (diabet zaharat, hepatită cronică, ulcer gastric, rezecții gastrointestinale, contact cu bolnavi de tuberculoză etc)
- Efecte adverse ale chimioterapiei administrate anterior
- Persoanele ce prestează munci cu solicitări energetice de nivel ridicat, foarte ridicat, cu surmenaj, cu noxe necesită transferul la altă activitate, limitarea parțială a volumului și intensității muncii în profesia sa ori reorientare profesională cu angajare rațională în câmpul muncii
- Pronostic clinic și de reabilitare relativ favorabil în caz de amplasare rațională în câmpul muncii
- Activitatea vieții zilnice cu limitări ușoare.

**Deficiențe respiratorii posttuberculoase moderate cu unele dintre următoarele semne:**

45-55

55-45

- Radiologic: opacități nodulare fibrozate, calcificări multiple în parenhimul pulmonar, în hili, ganglioni limfatici intratoracici, pneumofibroză extinsă, cu localizări diferite, emfizem (inclusiv compensator), cavități sanate, distrofie buloasă, bronșectazii secundare, fibrotorace limitat ori total unilateral, aderențe pleurale limitate ori masive, absențe postoperatorii polisegmentare, mono-

,bilobare ori pulmonară (pulmonectomie), defecte ale grilajului costal după toracoplastie de corecție de 7-8 coaste

- Endoscopic: pete de hiperpigmentație, cicatrice, îngroșări fibroase, stenoze de diferit grad, endobronșită catarală ori mucopurulentă, bont bronșial intact ori inflammat

- Funcțional: dereglări de ventilație pulmonară de grad moderat ori accentuat, de tip restrictiv, obstructiv ori mixt. ECG – dereglări de metabolism ale miocardului și de conductibilitate. Hipoxemie la efort. Adaptare la efort – reducere medie

- Simptome clinice de insuficiență respiratorie cronică moderată, bronșită cronică catarală ori mucopurulentă metatuberculoasă. BPOC stadiul moderat - II. IRC gr.I-II. Dispnee și fatigabilitate sporită la efort fizic moderat – gr. 2. Semne incipiente de cord pulmonar. Astenizare moderată. Scădere ponderală moderată

- Asociere cu unele boli și factori ce sporesc riscul de reactivare a tuberculozei (diabet zaharat, hepatită cronică, ulcer gastric, rezecții gastrointestinale, contact cu bolnavi de tuberculoză etc.)

- Efecte adverse ale chimioterapiei administrate anterior. Necesită tratament simptomatic periodic ori permanent

- Persoanele ce prestează munci cu solicitări energetice de nivel ridicat, foarte ridicat, cu surmenaj, cu noxe necesită transferul la altă activitate, limitarea parțială a volumului și intensității muncii în profesia sa ori reorientare profesională cu angajare rațională în câmpul muncii

- Pronostic clinic și de reabilitare relativ favorabil în caz de amplasare rațională în câmpul muncii

- Activitatea vieții zilnice cu limitări ușoare

### **Deficiențe respiratorii posttuberculoase accentuate cu unele dintre următoarele semne:**

- Radiologic: opacități nodulare fibrozate, calcificări multiple în parenhimul pulmonar, în hili, ganglioni limfatici intratoracici, pneumofibroză extinsă, cu localizări diferite, emfizem (inclusiv compensator), cavități sanate, distrofie buloasă, bronșectazii secundare, fibrotorace limitat ori total unilateral, aderențe pleurale masive (placă pleurală), pleuropneumociroză, absențe postoperatorii polisegmentare, bilobare ori pulmonară (pulmonectomie), defecte ale grilajului costal după toracoplastie de corecție de 7 - 9 coaste

- Endoscopic: pete de hiperpigmentație, cicatrice, îngroșări fibroase, stenoze de diferit grad, granulații, endobronșită catarală ori mucopurulentă, bont bronșial inflammat, posibil cu fistulă

- Funcțional: dereglări constante de ventilație pulmonară de grad accentuat, de tip restrictiv, obstructiv ori mixt. ECG, ECOCG – dereglări de metabolism ale miocardului și de conductibilitate, posibil hipertrofie ventriculară dreapta, cu supraîncărcare. Hipertensiune arterială pulmonară. Hipoxemie. Adaptare la efort reducere accentuată.

60

40

- Simptome clinice de insuficiență respiratorie cronică accentuată, de bronșită cronică catarală ori mucopurulentă metatuberculoasă, BPOC severă, stadiul III. IRC gr.II Dispnee - gr.3, fatigabilitate sporită la efort fizic obișnuit. Cianoză. Semne certe de cord pulmonar. Astenizare moderată ori accentuată. Scădere ponderală moderată ori accentuată. Hemoptizii. Asociere cu unele boli și factori ce sporesc riscul de reactivare a tuberculozei (diabet zaharat, hepatită cronică, ulcer gastric, rezecții gastrointestinale, contact cu bolnavi de tuberculoză etc.)

- Efecte adverse ale chimioterapiei administrate anterior. Necesită tratament simptomatic frecvent ori permanent

- Pronostic clinic și de reabilitare rezervat

- Activitatea vieții zilnice cu limitări parțiale

**Deficiențe respiratorii posttuberculoase accentuate cu unele dintre următoarele semne:**

- Radiologic: opacități nodulare fibrozate, calcificări multiple în parenhimul pulmonar, în hili, ganglioni limfatici intratoracici, pneumofibroză extinsă, cu localizări diferite, emfizem (inclusiv compensator), cavități sanate, distrofie buloasă, bronșectazii secundare, fibrotorace total unilateral, aderențe pleurale masive (placă pleurală), pleuropneumociroză, absențe postoperatorii polisegmentare, bilobare ori pulmonară (pulmonectomie), defecte ale grilajului costal după toracoplastie de corecție de 7 - 9 coaste

- Endoscopic: pete de hiperpigmentație, cicatrice, îngroșări fibroase, stenoze de diferit grad, endobronșită catarală ori mucopurulentă, granulații, bont bronșial inflamăat, posibil cu fistulă, dichinezie traheobronșică

- Funcțional: dereglări de ventilație pulmonară de grad accentuat ori sever, de tip restrictiv, obstructiv ori mixt. ECG, ECOCG – dereglări de metabolism ale miocardului și de conductibilitate, hipertrofie ventriculară dreapta, cu supraîncărcare, tahicardie constantă. Voltaj redus. Hipertensiune arterială pulmonară. Hipoxemie în repaus. Adaptare la efort – reducere accentuată ori gravă

- Simptome clinice de insuficiență respiratorie cronică accentuată, de bronșită cronică catarală ori mucopurulentă metatuberculoasă, BPOC severă. IRC gr.II. Dispnee – gr.3, fatigabilitate sporită la efort fizic obișnuit. Cianoză în repaus. Semne certe de cord pulmonar – IC II NYHA. Astenizare moderată ori accentuată. Scădere ponderală moderată ori accentuată. Hemoptizii frecvente, hemoragii pulmonare. Asociere cu unele boli și factori ce sporesc riscul de reactivare a tuberculozei (diabet zaharat, hepatită cronică, ulcer gastric, rezecții gastrointestinale, contact cu bolnavi de tuberculoză etc.)

- Efecte adverse ale chimioterapiei administrate anterior. Necesită tratament simptomatic frecvent ori permanent

- Pronostic clinic și de reabilitare rezervat

65

35

- Activitatea vieții zilnice cu limitări parțiale

**Deficiențe respiratorii posttuberculoase accentuate cu unele din următoarele semne:**

- Radiologic: opacități nodulare fibrozate, calcificări multiple în parenhimul pulmonar, în hili, ganglioni limfatici intratoracici, pneumofibroză extinsă, emfizem difuz ori compensator, cavități sanate, distrofie buloasă, bronșectazii secundare, fibrotorace total unilateral, aderențe pleurale masive (placă pleurală), pleuropneumociroză, absențe postoperatorii polisegmentare, bilobare ori pulmonară (pulmonectomie), defecte ale grilajului costal după toracoplastie de corecție de 7-10 coaste

- Endoscopic: pete de hiperpigmentație, cicatrici, îngroșări fibroase, stenoze de diferit grad, endobronșită catarală ori mucopurulentă, bont bronșial inflamă, posibil cu fistulă, dichinezie traheobronșică

- Funcțional: dereglări de ventilație pulmonară de grad sever, de tip restrictiv, obstructiv ori mixt. ECG, ECOCG – dereglări de metabolism ale miocardului și de conductibilitate, voltaj redus, hipertrofie ventriculară dreapta, cu supraîncărcare, tahicardie constantă, aritmii. Hipertensiune arterială pulmonară accentuată ori severă. Hipoxemie în repaus

- Simptome clinice de insuficiență respiratorie și cardiacă cronică accentuată, de bronșită cronică catarală ori mucopurulentă metatuberculoasă, BPOC severă. IRC gr.II-III. Dispnee – gr.3, fatigabilitate sporită la efort fizic obșnuit.

- Cianoză în repaus. Cord pulmonar – IC II-III NYHA. Astenizare moderată ori accentuată. Scădere ponderală moderată ori accentuată. Hemoptizii frecvente, hemoragii pulmonare. Asociere cu unele boli și factori ce sporesc riscul de reactivare a tuberculozei (diabet zaharat, hepatită cronică, ulcer gastric, rezecții gastrointestinale, contact cu bolnavi de tuberculoză etc.)

- Efecte adverse ale chimioterapiei administrate anterior. Necesită tratament simptomatic frecvent ori permanent

- Pronostic clinic și de reabilitare rezervat

-Activitatea vieții zilnice cu limitări parțiale

70-75

30-25

**Deficiențe respiratorii posttuberculoase severe cu unele dintre următoarele semne:**

- Radiologic: opacități nodulare fibrozate, calcificări multiple în parenhimul pulmonar, în hili, ganglioni limfatici intratoracici, pneumofibroză extinsă, emfizem difuz ori compensator, cavități sanate, distrofii buloase, bronșectazii secundare, fibrotorace total unilateral, aderențe pleurale masive (placă pleurală), pleuropneumociroză, absențe postoperatorii bilobare bilateral ori pulmonară (pulmonectomie), defecte ale grilajului costal după

80-85

20-15

toracoplastie de corecție de 9-10 coaste, a sternului

- Endoscopic: pete de hiperpigmentație, cicatrice, îngroșări fibroase, stenoze de diferit grad, endobronșită mucopurulentă, bont bronșial inflammat, posibil cu fistulă, dichinezie traheobronșică

- ECG, ECOCG – dereglări de metabolism a miocardului și de conductibilitate, hipertrofie ventriculară dreapta, cu supraîncărcare, tahicardie constantă, aritmii. Hipertensiune arterială pulmonară accentuată ori severă. Hipoxemie, hipercapnie de repaus

- Simptome clinice de insuficiență respiratorie și cardiacă cronică severă, de bronșită cronică mucopurulentă, metatuberculoasă, BPOC foarte severă. IRC gr. III. Dispnee – gr. 3-4, fatigabilitate sporită la efort fizic neînsemnat (la îmbrăcare, dezbrăcare) la vorbire. Cianoză în repaus. Cord pulmonar decompensat. IC III-IV NYHA. Astenizare accentuată ori severă. Scădere ponderală accentuată ori cașexie. Hemoptizii, hemoragii pulmonare frecvente. Asociere cu unele boli și factori ce sporesc riscul de reactivare a tuberculozei (diabet zaharat, hepatită cronică, ulcer gastric, rezecții gastrointestinale etc.)

- Efecte adverse severe ale chimioterapiei administrate anterior. Necesită tratament simptomatic permanent, oxigenoterapie

- Lipsă de răspuns eficient la tratament. Pronostic clinic și de reabilitare rezervat nefavorabil

- Activitatea vieții zilnice cu limitări grave. Dependent de ajutor și îngrijire permanentă din partea altei persoane

**Deficiențe respiratorii posttuberculoase absolute cu unele dintre următoarele semne:**

90-100

10-0

- Radiologic: opacități nodulare fibrozate, calcificări multiple în parenhimul pulmonar, în hili, ganglioni limfatici intratoracici, pneumofibroză extinsă, emfizem difuz ori compensator, cavități sanate, distrofie buloasă, bronșectazii secundare, fibrotorace total unilateral, aderențe pleurale masive, (placă leurală), pleuropneumociroză, absențe postoperatorii bilobare bilateral ori pulmonară (pneumectomie), defecte ale grilajului costal după toracoplastie de corecție de 9-10 coaste, ale sternului

- ECG, ECOCG – dereglări grave de metabolism ale miocardului și de conductibilitate, hipertrofie ventriculară, atrială, dreapta, cu supraîncărcare, tahicardie constantă, aritmii. Voltaj extrem de scăzut. Hipertensiune arterială pulmonară severă. Hipoxemie cu hipercapnie și acidoză respiratorie

- Simptome clinice de insuficiență respiratorie și cardiacă cronică severă, de bronșită cronică mucopurulentă, metatuberculoasă, BPCO foarte severă. IRC gr. III. Dispnee – gr.IV. Poziție forțată semiculcată. Practic ținut la pat. Cianoză în repaus. Cord pulmonar decompensat. IC - III-IV NYHA. Astenizare severă. Scădere ponderală accentuată ori cașexie. Hemoptizii, hemoragii pulmonare frecvente. Asociere nefaste cu unele boli. Necesită tratament simptomatic permanent,

|  |  |  |
|--|--|--|
| oxigenoterapie   |  |  |
| - Lipsă de răspuns la tratament. Pronostic clinic nefavorabil          |  |  |
| - Activitatea vieții zilnice cu limitări totale. Practic ținut la pat. |  |  |
| Dependență totală de îngrijire permanentă din partea altei persoane    |  |  |

## Recomandări de muncă

### **Deficiențe funcțional-structurale ușoare:**

Activități în condiții de muncă protejată sau obișnuite.

Se vor evita activitățile cu solicitări energetice excesive, cu surmenaj, în medii cu variații termice, cu noxe variate.

### **Deficiențe funcțional-structurale medii:**

Solicitări energetice de nivel mediu în limitele zonei de confort, cu program integral sau redus, individualizat.

Solicitări energetice de nivel mediu în limitele zonei de confort, cu evitarea efortului vocal intens, excluderea noxelor, expunerii directe factorilor meteo nefavorabili.

Activități de muncă statice, meșteșugărești, de birou, în limitele zonei de confort.

### **Deficiențe funcțional-structurale accentuate:**

Solicitări energetice de nivel redus în limitele zonei de confort, cu program redus sau individualizat.

Activități de muncă statice, meșteșugărești, de birou în condiții de muncă protejată, fără surmenaj.

### **Deficiențe funcțional-structurale severe:**

Solicitări energetice de nivel foarte redus, cu program la domiciliu.

Necesită ajutor și îngrijire din partea altei persoane.

### **Deficiențe funcțional-structurale absolute:**

Necesită supraveghere, ajutor și îngrijire permanentă din partea altei persoane.

## Tuberculoza aparatului respirator operată

**Considerații generale:** Trebuie remarcat că intervenția chirurgicală în cazul tuberculozei reprezintă doar o etapă în tratamentul complex și nu asigură o vindecare deplină. În pofida volumului intervenției chirurgicale, tratamentul conservativ va fi continuat conform schemelor standard ori individualizate.

Intervenția chirurgicală se efectuează:

- *Din necesitate vitală* (de urgență), din cauza complicațiilor acute ale tuberculozei (pneumo-, pio-, hemotorace), cu efectuarea toracotomiei, drenării cavității pleurale;
- *În scop diagnostic* – toracotomie cu biopsia pleurei, a parenhimului pulmonar;
- *Cu scop de tratament chirurgical* în mod planificat: rezecții atipice, segmentare, polisegmentare, lobare, bilobare și combinate, pneumoectomii, decorticări pleurale, pleuroectomii, toracoplastii extrapleurale de corecție.

Intervenției chirurgicale îi succede o perioadă de recuperare, restabilire a potențialului funcțional, de compensare și adaptare a organismului la noua sa stare. Durata și eficacitatea acestei perioade depinde de:

- 1) starea generală a organismului - de capacitatea, rezerva funcțională, rezistența și capacitatea de adaptare la efortul fizic, starea de nutriție, imunitate;
- 2) de forma clinică a tuberculozei – de severitatea clinică, de extindere, de stadiul evolutiv în care a fost efectuată intervenția chirurgicală;
- 3) de volumul intervenției chirurgicale:
  - volumul parenhimului pulmonar înlăturat (segmente, lobi, plămîn);
  - numărul de coaste înlăturate și tipul rezecție, respectiv gradul de colabare pulmonară, de deformare a cutiei toracice;
  - tipul intervenției la pleură;

4) de posibilele complicații:

*în perioada acută postoperatorie:*

- nereexpansionarea pulmonară parțială ori totală;
- pleurezii exudative ori purulente (empiem);
- hemoragii;
- atelectazii;
- pneumonii, bronșite;
- tromboembolii ale arterei pulmonare;

*în perioada tardivă postoperatorie:*

- fistulări;
- osteomielită a coastelor, sternului;
- pneumofibroză, emfizem vicarian;
- cirotizarea plămînului (pleuropneumociroză);
- deplasarea mediastinului;
- fibrotorace, aderențe pleurale;
- pneumotorace;
- bronșite cronice, bronșiectazii secundare;
- progresarea insuficienței respiratorii și cardiace (formarea cordului pulmonar);
- hepatite virale, toxice, mixte;
- reactivarea tuberculozei;
- de vîrstă (cu cît vîrsta este mai tînă, cu atît pronosticul clinic este mai favorabil);

5) de virulența, chimiorezistența micobacteriilor de tuberculoză.

**Importante în evaluarea dizabilității persoanelor supuse intervențiilor chirurgicale**

**sînt:**

- Stadiul evolutiv al leziunilor tuberculoase.
- Consecințele morfofuncționale ale intervenției chirurgicale.
- Prognosticul clinic și de reabilitare.

- Durata concediului medical folosit ori nebeneficierea de concediu medical (persoane social-vulnerabile).
- Pensionarea medicală anterioară.

\* \* \*

1. La prima expertizare, persoanelor supuse intervenției chirurgicale, cărora le expiră termenul legal al concediului medical, al dizabilității anterioare sau care nu beneficiază de concediu medical (social-vulnerabili), li se determină dizabilitate din calculul deficiențelor funcțional-structurale de pînă la **75 %** din potențialul funcțional uman în funcție de volumul intervenției chirurgicale, de particularitățile perioadei postoperatorii și de **80–100 %** în caz de evoluție clinică severă a perioadei postoperatorii cu complicații grave, dereglări funcționale grave, pronostic clinic rezervat, necesitate de ajutor și îngrijire îndelungată ori permanentă din partea altei persoane conform tabelelor.

2. Persoanelor care beneficiază de concediu medical, supuse intervențiilor chirurgicale de volum mediu – rezecții polisegmentare, lobectomie inferioară, bilobectomie, toracoplastie de 3-6 coaste cu perioada postoperatorie în evoluție favorabilă, fără complicații deosebite, cu dereglări funcționale temporare moderate, cu calificativul „vindecat de tuberculoză”, „tratament încheiat” și dacă au la locul de muncă contraindicații de ordin epidemiologic, solicitări energetice de nivel ridicat și foarte ridicat, noxe și necesită scăderea însemnată a volumului și intensității muncii în profesia sa, ori necesită reorientare profesională cu schimbarea profesiei, li se vor determina deficiențe funcțional-structurale moderate cu pierderea de **40-55 %** din potențialul funcțional uman pe perioada de un an.

3. Persoanelor care beneficiază de concediu medical și sînt supuse intervențiilor chirurgicale de volum mic – toracotomie cu scop diagnostic, rezectare atipică segmentară, segmentectomii (1-3 segmente), lobectomie superioară ori medie, toracoplastie de corecție de 3 coaste, decorticare a plămînului cu evoluție favorabilă a perioadei postoperatorii, fără complicații, cu pronostic clinic și de reabilitare favorabil, fără contraindicații la locul de muncă, li se prelungește concediul medical pînă la 12 luni cumulativ pe parcursul ultimilor 2 ani, cu reîncadrare ulterioară în activitatea socioprofesională. Li se vor determina la necesitate deficiențe funcțional-structurale de grad ușor (**5-35%**) pe perioada de un an.

4. La reexpertizare, ca indici de bază vor servi severitatea dereglărilor funcționale, recuperarea, activitatea leziunilor tuberculoase ale organelor și sistemelor afectate, riscurile de recidivare, toleranța la efort, pronosticul și potențialul de reabilitare.

5. Calcularea procentului păstrării capacității de muncă se va efectua după calcularea procentului deficiențelor funcțional-structurale totale, în funcție de prezența complicațiilor.

**Deficiențele funcțional-structurale păstrarea capacității de muncă în funcție de volumul intervențiilor chirurgicale, de complicațiile postoperatorii posibile la prima expertizare:**

Sumarea procentelor se va face în sumă totală nu mai mult de pînă la **75** ori **100 %**.

| Nr. crt. | Volumul intervenției chirurgicale  | Toracoplastie                          | Deficiențele funcționale și structurale (%) | Capacitatea de muncă de bază (%) |
|----------|--|--|---|----------------------------------|
| 1.       | Segmentectomie (1-2 segmente)  | ----                                   | 60  | 40                               |
| 2.       | Segmentectomie (2+1 ori 2+2)   | 3                                      | 60-65                                       | 40-35                            |
| 3.       | Lobectomie superioară unilaterală  | ----<br>3                              | 60<br>65                                    | 40<br>35                         |
| 4.       | Lobectomie medie dreapta   | ----                                   | 60  | 40                               |
| 5.       | Lobectomie inferioară unilaterală  | 3-4<br>----                            | 70<br>65                                    | 30<br>35                         |
| 6.       | Bilobectomie superioară dreapta  | 3-5                                    | 65-70                                       | 35-30                            |
| 7.       | Exereză combinată:<br>a) lobectomia superioară +S6<br>b) polisegmentară – S1+S2+S6                           | 5<br>3                                 | 70<br>65                                    | 30<br>35                         |
| 8.       | Exereza economă cu decorticarea totală ori parțială a plămînelui   | ----                                   | 60  | 40                               |
| 9.       | Pneumoectomie  | ----                                   | 70  | 30                               |
| 10.      | Pleuroectomie parțială ori totală în empiem pleural cu exereză economă                                       | a) ----<br>b) 3-6<br>c) 7-8<br>d) 9-10 | 60-65<br>65-70<br>70<br>75 - 85             | 40-35<br>35-30<br>30<br>25-15    |
| 11.      | Toracoplastie, toracomoplastie, toracofibromioplastie în empiem pleural cu pleuroectomie parțială ori totală | a) 3-5<br>b) 6-8<br>c) 9-10            | 65<br>70<br>75 – 85                         | 35<br>30<br>25-15                |

#### Severitatea complicațiilor postoperatorii:

| Complicații mai puțin grave | Deficiențele funcționale și structurale (%) | Complicații grave              | Deficiențele funcționale și structurale (%) |
|-----------------------------|---|--------------------------------|---|
| Pleurezii exudative         | 5 %   | Trombembolia arterei pulmonare | 15-20 %                                     |

|   |         |  |              |
|---|---------|--|--------------|
| Atelectazii   | 5 %     | Empiem pleural limitat:<br>a) fără fistulare<br>b) cu fistulare            | 10 %<br>15 % |
| Reexpansionare pulmonară parțială (cavitate restantă intrapleurală) | 5 %     | Empiem pleural subtotal ori total:<br>a) fără fistulare<br>b) cu fistulare | 15 %<br>20 % |
| Fistule ale bontului bronșial                                       | 5 %     | Hepatii toxice, virale, mixte cu activitate înaltă                         | 10 - 15 %    |
| Osteomielită a coastelor, sternului                                 | 5 – 10% | Nereexpansionarea totală a plămînelului                                    | 10 – 15 %    |
| Supurație a plăgii postoperatorii                                   | 5 %     |  |              |
| Hepatite toxice, virale, mixte cu activitate minimă, moderată       | 5 %     |  |              |

# **INFECȚIA CU HIV**

## Infecția cu HIV (B 20-B 24)

**Definiție:** Infecția cu HIV reprezintă o maladie cronică pe viață, fără vindecare cunoscută.

### Stadiile clinice HIV definite de CDC la adulți și adolescenți:

| Stadiul clinic                               |   |                               |                         |
|--|---|-------------------------------|-------------------------|
| Cantitatea (%) de CD4 limfocite per ml sânge | A<br>Asimptomatică, acută (primară) sau limfadenopatie generalizată primară | B<br>Simptomatică non-A non-C | C<br>Boli asociate SIDA |
| 1. $\geq 500$ ( $\geq 29\%$ )                | A1  | B1                            | C1*                     |
| 2. 200–499 (14-28%)                          | A2  | B2                            | C2*                     |
| 3. $< 200$ ( $< 14\%$ ) = indicator SIDA     | A3  | B3                            | C3*                     |

Categoriile A3, B3, C1, C2 și C3 determină cazurile SIDA și persoanele sunt luate în evidență ca bolnavi de SIDA.

### Clasificarea clinică pe stadii a infecției HIV (OMS, revizia 2006):

#### HIV-infecția acută:

- Asimptomatică.
- Sindrom acut retroviral.

#### Stadiul clinic I:

- Evoluție asimptomatică.
- Limfadenopatie generalizată persistentă – mărire ( $> 1\text{cm}$ ) nedureroasă a două și mai multe grupuri diferite de noduli limfatici (cu excepția celor inghinali), cu o durată mai mare de 3 luni, în lipsa altor cauze de mărire.

#### Stadiul clinic II:

- Infecții bacteriene recidivante ale căilor respiratorii superioare: sinuzită, otită medie, tonsilită, faringită (2 și mai multe episoade în ultimele 6 luni).

- Herpes Zoster.
- Cheilită angulară.
- Stomatită aftoasă recidivantă (2 și mai multe episoade în ultimele 6 luni).
- Dermatită papuloasă pruriginoasă.
- Dermatită seboreică.
- Afectare micotică a unghiilor degetelor mâinilor.

### **Stadiul clinic III:**

- Diaree cronică nemotivată cu o durată mai mare de o lună.
- Candidoză recidivantă a mucoasei cavității bucale (2 și mai multe episoade în ultimele 6 luni).
- Leucoplachie viloză (păroasă) a mucoasei cavității bucale, a limbii.
- Infecții bacteriale grave (pneumonie, meningită, empiem, miozită purulentă, artrită ori osteomielită, bacteriemie, inflamații pelviene grave etc.).
- Stomatită acută, ulceroasă, necrotizantă; gingivită ori periodontită ulceroasă, necrotizantă.
- Anemie nemotivată ( $< 80 \text{ grl}$ ), neutropenie ( $< 0,5 \times 10^9$ ), trombocitopenie cronică cu o durată mai mare de o lună (până la  $50 \times 10^9$ ).

### **Stadiul clinic IV:**

- Tuberculoză a aparatului respirator.
- Tuberculoză extrarrespiratorie (inclusiv adenopatia tuberculoasă periferică).
- Scădere ponderală nemotivată (mai mult de 10% în ultimele 6 luni).
- Sindromul epuizării (HIV-cașexia).
- Pneumonii cu Pneumocystis jirovici.
- Pneumonii bacteriene recidivante (2 și mai multe episoade în ultimele 12 luni).
- Infecție cu cytomegalovirus (cu excepția afectării ficatului, splinei și ganglionilor limfatici), retinită, +/- colită, +/- esofagită.
- Infecție cronică ori persistentă provocată de virusul de Herpes Simplex mai  $> 1$  lună.
- Candidoză a esofagului.
- Sarcomul Kapoși și tumori maligne HIV asociate.
- Toxoplasmoză cerebrală.
- Encefalopatie HIV asociată.
- Cardiomiopatie HIV asociată.
- Nefropatie HIV asociată.
- Leucoencefalopatie multifocală progresantă.
- Meningită criptococică.
- Infecție micobacteriană netuberculoasă ori micobacterioză diseminată netuberculoasă.
- Criptosporidioză (cu diaree  $> 1$  lună).
- Izosporiasis cronic.
- Micoze diseminate (coccidiomicoză, histoplasmoză).
- Bacteremie recidivantă provocată de salmonele netifoide.
- Leishmanioză viscerală.
- Limfomul Hodgkin T-celular ori B-celular non-Hodgkinian.
- Cancer cervical invaziv.
- Cancer anal.

### Barem de investigații:

#### Obligatorii:

- Hemograma, urograma, probele hepatice, glucoza sîngelui.
- ECG.
- Radiograma cutiei toracice.
- Testările de confirmare a HIV-infecției.
- Numărul limfocitelor CD4, ARN HIV.
- Minimumul de investigații ce confirmă asocierea maladiilor, infecțiilor oportuniste și gradul dereglărilor funcționale.

#### Suplimentare:

- Investigații citologice ale țesuturilor afectate.
- Investigații instrumentale (la necesitate).

**NOTE:** La evaluarea deficienței funcționale este important să se țină cont de:

- a) Stadiul clinico-imunologic al infecției HIV/SIDA (intensitatea supresiei imunologice).
- b) Maladiile asociate, infecțiile oportuniste bolii SIDA – gradul dereglărilor funcționale.
- c) Infecțiile oportuniste grefate pe organisme fără apărare (rezistență foarte scăzută ori absentă).

d) Tratamentul antiretroviral, conform recomandărilor OMS din 2010, se inițiază atunci cînd cantitatea de limfocite CD4  $\leq 350$  celule/ml<sup>3</sup> sînge, indiferent de simptomatică. De asemenea, tratamentul se inițiază în cazul în care ARN HIV este mai mare de 100 000 copii/ml pentru pacienții în stadiile A3,B2,C1,C2,C3 și în coinfecția HIV/TB, indiferent de cantitatea de celule CD4.

e) **În cazul asocierii maladiilor și infecțiilor care nu sunt incluse în clasificarea clinică pe stadii, evaluarea se va efectua ținînd cont de prevederile literelor a), b), și c).**

| Deficiențe funcționale și structurale   | Deficiențele funcționale și structurale (%) | Capacitatea de muncă de bază (%) |
|---|---|----------------------------------|
| <b>Deficiențe ușoare (A1) cu unele dintre următoarele semne:</b><br>- Infecție HIV asimptomatică<br>- Activitatea vieții zilnice cu integrare totală  | 5-20  | 95-80                            |
| <b>Deficiențe ușoare (A1) cu unele dintre următoarele semne:</b><br>- HIV-infecție acută<br>- Infecție HIV simptomatică cu limfadenopatii persistente generalizate, gingivită, pioree, periodontită, stomatită, dermatomicoze, onicomicoze, manifestări cutanate, hepatomegalie, splenomegalie.<br>- Activitatea vieții zilnice cu integrare totală | 25-35                                       | 75-65                            |
| <b>Deficiențe medii (A2, B1) cu unele dintre următoarele semne:</b>   | 40- 45                                      | 60-55                            |

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| <p>- Manifestări clinice moderate din cauza infecției sau scăderii imunității celulare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Candidoză orofaringiană, vulvovaginală</li> <li>- Angiomatoză</li> <li>- Febră sau diaree mai mult de un puseu pe lună</li> <li>- Cheilită angulară</li> <li>- Stomatită aftoasă recidivantă (2 și mai multe episoade în ultimele 6 luni), gingivită ori periodontită ulceroasă, necrotizantă</li> <li>- Infecții bacteriene recidivante ale căilor respiratorii superioare: sinuzită, otită medie, tonsilită, faringită (2 și mai multe episoade în ultimele 6 luni)</li> <li>- Herpes Zoster</li> <li>- Dermatită seboreică</li> </ul> <p>- Activitatea vieții zilnice cu limitări ușoare</p> |       |       |
| <p><b>Deficiențe medii (A2, B1) cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trombocitopenie idiopatică</li> <li>- Dermatită papuloasă pruriginoasă</li> <li>- Infecție HIV simptomatică cu candidoză pulmonară (trahee, bronhii, plămâni), confirmată prin bronhoscopie și microscopie a prelevatului obținut din țesutul infectat</li> <li>- Activitatea vieții zilnice cu limitări ușoare</li> </ul>   | 50-55 | 50-45 |
| <p><b>Deficiențe accentuate (A2, B1, B2) cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <p>- Forme cu deficiență globală accentuată, cu manifestări diverse din cauza imunodepresiei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Febră mai mult de o lună și repetată</li> <li>- Neuropatii periferice</li> <li>- Candidoză recidivantă a mucoasei cavității bucale (2 și mai multe episoade în ultimele 6 luni)</li> <li>- Infecție cronică ori persistentă provocată de virusul de Herpes Simplex mai mult de o lună</li> <li>- Leucoplachie viloză (păroasă) a mucoasei cavității bucale, limbii</li> </ul> <p>- Activitatea vieții zilnice cu limitări parțiale.</p>   | 60    | 40    |
| <p><b>Deficiențe accentuate (A2, B1, B2) cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anemie nemotivată (&lt; 80 g/l), neutropenie (&lt; <math>0,5 \times 10^9</math>), trombocitopenie cronică cu o durată mai mare de o lună (până la <math>50 \times 10^9</math>)</li> <li>- Inflamații sau abcese pelviene</li> <li>- Diaree cronică nemotivată cu o durată mai mare de o lună</li> <li>- Scădere ponderală nemotivată (mai mult de 10% în ultimele 6 luni)</li> <li>- Pneumonii cu Pneumocystis jirovici</li> </ul>  | 65    | 35    |

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pneumonii bacteriene recidivante (2 și mai multe epizoade în ultimile 12 luni).</li> <li>- Infecție cu cytomegalovirus (cu excepția afectării ficatului, splinei și ganglionilor limfatici), retinită, +/- colită, +/- esofagită</li> <li>- Candidoză a esofagului.</li> <li>- Encefalopatie HIV asociată</li> <li>- Cardiomiopatie HIV asociată</li> <li>- Nefropatie HIV asociată</li> <li>- Activitatea vieții zilnice cu limitări parțiale</li> </ul>   |       |       |
| <p><b>Deficiențe funcționale accentuate (A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2, C3) cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tuberculoză a aparatului respirator evolutivă</li> <li>- Tuberculoză extrarrespiratorie evolutivă de orice localizare</li> <li>- Infecții bacteriale grave (pneumonii recurente, empiem, miozită purulentă, artrită ori osteomielită, bacteriemie, inflamații pelviene grave etc.)</li> <li>- Toxoplasmoză cerebrală</li> <li>- Meningită criptococică</li> <li>- Infecția micobacterială netuberculoasă ori micobacterioză diseminată netuberculoasă</li> <li>- Leucoencefalopatie multifocală progresantă</li> <li>- Criptosporidioză (cu diaree mai mult de 1 lună)</li> <li>- Izosporiasis cronic</li> <li>- Micoze diseminate (coccidiomicoză, histoplasmoză)</li> <li>- Bacteremie recidivantă provocată de salmonele netifoide</li> <li>- Leişmanioză viscerală</li> <li>- Sarcomul Kaposi și tumori maligne HIV asociate</li> <li>- Limfomul Hodgkin T-celular ori B-celular non-Hodgkinian</li> <li>- Cancer cervical invaziv</li> <li>- Cancer anal</li> <li>- Pronostic clinic rezervat</li> <li>- Activitatea vieții zilnice cu limitări parțiale.</li> </ul> | 70-75 | 30-25 |
| <p><b>Deficiențe severe (A3, B3, C1, C2, C3) cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forme cu deficiență globală gravă, cu manifestări variate și evoluție progresivă</li> <li>- Sindrom al epuizării, istovirii (HIV-cașexia)</li> <li>- Infecții bacteriale grave progresante (pneumonie, meningită, empiem, miozită purulentă, artrită ori osteomielită, bacteriemie, inflamații pelviene grave etc.)</li> <li>- Tuberculoză a aparatului respirator evolutivă cu progresare, complicații grave, cu lipsă de răspuns la tratament, cu polichimiorezistență, MDR, XDR, XXDR</li> <li>- Tuberculoză extrarrespiratorie evolutivă de orice localizare, cu complicații grave, cu lipsă de răspuns la tratament</li> </ul>   | 80-85 | 20-15 |

|   |        |      |
|---|--------|------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leucoencefalopatie multifocală progresantă</li> <li>- Bacteriemie recidivantă provocată de salmonele netifoide</li> <li>- Toxoplasmoză cerebrală</li> <li>- Febră continuă cu cașectizare</li> <li>- Diaree cronică continuă cu cașectizare, anemie</li> <li>- Pronostic clinic nefavorabil</li> <li>- Activitatea vieții zilnice cu limitări grave. Dependență de ajutor și îngrijire din partea altei persoane</li> </ul> <p><b>Deficiențe absolute (A3, B3, C1, C2, C3) cu unele din următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forme cu deficiență globală totală, cu manifestări variate și evoluție progresivă: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sindromul epuizării, istovirii (HIV-cașexia)</li> <li>- Infecții bacteriale grave, progresante (pneumonie, meningită, empiem, miozită purulentă, artrită ori osteomielită, bacteriemie, inflamații pelviene grave etc.)</li> <li>- Tuberculoză a aparatului respirator evolutivă, severă, cu progresare, complicații grave, cu lipsă de răspuns la tratament, cu polichimiorezistență, MDR, XDR, XXDR</li> <li>- Tuberculoză extrarespiratorie evolutivă cu complicații grave, cu lipsă de răspuns la tratament</li> <li>- Leucoencefalopatie multifocală progresantă</li> <li>- Bacteremie recidivantă provocată de salmonele netifoide</li> <li>- Toxoplasmoză cerebrală</li> <li>- Febră continuă cu cașectizare</li> <li>- Diaree cronică continuă cu cașectizare, deshidratare, anemie severă</li> </ul> </li> <li>- Pronostic clinic nefavorabil</li> <li>- Activitatea vieții zilnice cu limitări totale. Poziție forțată la pat. Dependență totală de îngrijire din partea altei persoane</li> </ul> | 90-100 | 10-0 |
|---|--------|------|

### **Recomandări de muncă**

**Deficiențe funcțional-structurale ușoare:**

Activități în condiții de muncă protejate sau obișnuite.

Se vor evita activitățile cu solicitări energetice excesive, cu surmenaj, în mediu cu variații termice, cu noxe variate.

**Deficiențe funcțional-structurale medii:**

Solicitări energetice de nivel mediu în limitele zonei de confort cu program integral sau redus.

Munci statice, activități de birou, meșteșugărești.

**Deficiențe funcțional-structurale accentuate:**

Solicitări energetice de nivel redus în limitele zonei de confort, cu program redus (**cu excepția asocierii TBC evolutive**).

Munci statice, activități de birou, meșteșugărești, cu program redus (**cu excepția asocierii TBC evolutive**).

**Deficiențe funcțional-structurale severe:**

Solicitări energetice de nivel foarte redus, cu program la domiciliu.

Munci statice, la computer, activități meșteșugărești cu program la domiciliu.

Necesită ajutor și îngrijire din partea altei persoane.

**Deficiențe funcțional-structurale severe, totale:**

Necesită supraveghere, ajutor și îngrijire permanentă din partea altei persoane.

### **Bibliografie**

1. V.Serbin. Expertiza medicală a vitalității, 2006.
2. Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF). OMS 2007.
3. Hotărârea Guvernului RM nr.688 din 20.06.2006, cu modificări.
4. Legea RM nr.289-XV din 22.07.2004.
5. Hotărârea Guvernului RM nr.469 din 24.05.2005.
6. Ordinul MS al RM nr. 180 din 8.05. 2007.
7. Hotărârea Guvernului RM nr.1171 din 21.12.2010.
8. Criterii medico-psihosociale de încadrare în grad de handicap. Ordinul nr. 762/1992 din 31.07.2007 și din 2011 emis de MPSFEȘ și MSP. România.
9. Ordinul MS al RM nr. 490 din 15.07.2010.
10. Ghidul național de tratament și îngrijire în infecția HIV și SIDA. MS al RM. Chișinău 2009.
11. Protocoalele OMS despre profilaxia și tratamentul HIV/SIDA. 1.12.2006.

# **AFECȚIUNI NEOPLAZICE**

## Afecțiunile neoplazice

**Definiție:** *Cancerul* (denumirea științifică: *neoplasm malign*) reprezintă o categorie de boli caracterizate printr-o diviziune necontrolată a unui grup de celule, care au capacitatea de a invada alte țesuturi din organism, fie prin creștere directă în țesuturile adiacente (invazie), fie prin migrația celulelor spre locuri mai îndepărtate în organism (metastază).

| Afecțiunea. Forma clinică   | Deficiențele funcționale și structurale (%) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leziuni precanceroase</li> <li>- Stadiul 0 (inițial, incipient), tratat</li> <li>- Formele vindecate sau în remisiune de durată (fără modificări clinico-biologice la investigații repetate), după supraveghere de cel puțin 5 ani în gradul II sau III de invaliditate</li> <li>- Absența recidivelor</li> <li>- Sechele minore ale bolii sau ale tratamentului</li> </ul> <p><i>Indice de performanță (IP) – 0</i></p> | Ușoare (5-35%)                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stadiile I, II, III și IV în cursul tratamentului oncologic grevat de reacții adverse</li> <li>- Sechele ale bolii sau ale tratamentului</li> </ul> <p><i>Indice de performanță (IP) 1 sau 2</i></p>   | Medii (40-55%)                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stadiile I, II, III inițial, cu boală în evoluție în prezent (recidive, recurențe, metastaze) sub tratament</li> <li>- Sechele importante ale bolii sau ale tratamentului greu de controlat terapeutic</li> </ul> <p><i>Indice de performanță (IP) = 3</i></p>   | Accentuate (60-75%)                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- stadiile III, IV invalidante</li> <li>- stadiul terminal (în boala canceroasă)</li> </ul> <p><i>Indice de performanță (IP) = 3 sau 4</i></p>   | Severe (80-100%)                            |

### Cuantificarea indicelui de performanță, realizat conform OMS sau ECOG (Cooperative Oncology Group)

| Criterii OMS, ECOG  | Scor |
|---|------|
| Activitate fizică normală, asimptomatic   | 0    |
| Simptomatic, ușoară scădere a activității fizice, dar capabil să efectueze treburile casnice cotidiene                              | 1    |
| Incapabil să muncească, poate efectua majoritatea activităților casnice, necesită ocazional asistență, repaus la pat sub 50% din zi | 2    |
| Incapabil să se autoîngrijească, necesită asistență continuă sau spitalizare, evoluție rapidă a bolii, repaus peste 50% din zi      | 3    |
| Imobilizat complet la pat, îngrijire medicală permanentă specializată   | 4    |

**Deficiență ușoară (5-35%)** – afectează nesemnificativ activitățile cotidiene și profesionale; pot apărea contraindicații privind activitatea profesională/recomandări privind schimbarea locului de muncă.

**Deficiență medie (40-55%)** – limitează capacitatea adaptativă la mediul profesional în privința programului sau a locului de muncă.

**Deficiență accentuată (60-75%)** – împiedică desfășurarea unei activități profesionale în sistemul organizat de muncă.

**Deficiență severă (80-100%)** – pierde, pe lângă capacitatea de muncă, și pe cea de autoservire.

În caz de cancer sincron sau metacron, deficiențele funcționale și structurale se vor calcula după formula Kessler.

Particularitățile de ordin medical și socioprofesional care intervin frecvent în evaluare fac uneori greu de aplicat standarde foarte precis definite. În acest sens, medicului expert, care realizează evaluarea, i se permite o anumită distanțare față de baremele stabilite, fără a încălca însă principiile și spiritul acestora. În aceste situații, se impune expunerea cu claritate a motivelor care au condus la abordarea individualizată a cazului.

Pentru bolnavii cu stadiul I și II în primul an de tratament (chirurgical, polichimio și radioterapie) deficiențele funcționale și structurale ale organismului se vor evalua ca accentuate individual.

### **Tumora malignă a buzei (C00)**

**Definiție:** *Tumora tegumentului buzei* are ca punct de plecare sau interesează în special tegumentul de la nivelul buzei.

#### **Stadializarea generală:**

- **Stadiul I** – Tumoare limitată sau ulcer cu diametrul de 1,0-1,5 cm în limitele mucoasei și stratul submucos al marginii roșii a buzei, fără metastazare.
- **Stadiul IIA** – Tumoare sau ulcer cu diametrul mai mare de 1,5 cm, dar mai mic de ½ din buză.
- **Stadiul IIB** – Tumoare sau ulcer de aceleași dimensiuni, dar cu 1-2 metastaze mobile regionale.
- **Stadiul IIIA** – Tumoare sau ulcer cu diametru mai mic de 3 cm cu răspîndire în toată grosimea buzei, în colțul gurii, pe obraz, bărbie.
- **Stadiul IIIB** – Tumoare ca cea de st. IIIA, dar cu metastaze regionale puțin mobile.
- **Stadiul IVA** – Tumoare în fază de descompunere cu răspîndire în toate straturile și în țesutul osos, cu metastaze puțin mobile.
- **Stadiul IVB** – Tumoare de orice mărime cu metastaze la distanță, hematogeni.

#### **Gruparea pe stadii:**

|                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| <b>Stadiul 0</b>   | – | T <sub>is</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>   |
| <b>Stadiul I</b>   | – | T <sub>1</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>  |
| <b>Stadiul II</b>  | – | T <sub>2</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>  |
| <b>Stadiul III</b> | – | T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub> , T <sub>1</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> , T <sub>2</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> , T <sub>3</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> |
| <b>Stadiul IVA</b> | – | T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub> T <sub>4</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub>   |

**Stadiul IVB** – orice T N<sub>3</sub> M<sub>0</sub>, orice T, orice N M<sub>1</sub>

**Formele clinice:**

1. Forma *exofită*:
  - Papilară.
  - Funfoasă (verusoasă).
2. Forma *endofită*:
  - Ulceroasă.
  - Ulceroasă infiltrativă.

**Clasificarea histologică:**

- Carcinom in situ (cancer intraepitelial).
- Cancer pavimentos (spinocelular) sau fără keratinizare.
- Cancer nediferențiat (anaplazie).
- Alte tumori din anexele pielii.

**Barem de investigații:**

- Indicii clinici și biochimici ai sîngelui.
- Indicii hemodinamici.
- Tomografia.
- USG organelor abdominale.
- Consultul oncologului, reabilitologului și psihoterapeutului, obligatoriu.

| <b>Deficiențe funcționale și structurale</b>  | <b>Deficiențele funcționale și structurale (%)</b> | <b>Capacitatea de muncă de bază (%)</b> |
|---|--|---|
| <p><b>Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă (T), preinvazivă (Tis), volumul pînă la 1 cm (T<sub>1</sub>)</li> <li>- Fără semne de invazie ganglionară (N<sub>0</sub>)</li> <li>- Fără semne de răspîndire a metastazelor</li> <li>- Stadiul I al tumorii maligne</li> <li>- Evoluția anatomică: limitată nodulară</li> <li>- Tabloul histologic: celule plate bine diferențiate (G<sub>1</sub>)</li> <li>- Fără eșecuri terapeutice, fără relicvat tumoral după radioterapie și fără complicații postchirurgicale</li> </ul> | 10-25  | 90-75                                   |
| <p><b>Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă (T<sub>0</sub>), preinvazivă (Tis), volunul pînă la 1 cm</li> <li>- Fără semne de invazie ganglionară (N<sub>0</sub>)</li> <li>- <b>Stadiul I-IIA</b> al tumorii maligne</li> <li>- Evoluția anatomică: exofică papilară pe fond de diskeratoză difuză la nivelul mucoasei</li> <li>- Tratamentul chirurgical radical urmat de radioterapie cu unele</li> </ul>  | 30-35  | 70-75                                   |

|   |       |       |
|---|-------|-------|
| <p>complicații (edem cronic), care împiedică ușor actul de alimentație, mutilări estetice ușoare</p> <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă (T<sub>0</sub>), preinvazivă (T<sub>is</sub>), cu dimensiunea de până la 2 cm</li> <li>- <b>Stadiul IIA</b> al tumorii maligne</li> <li>- Fără semne evidente de invazie ganglionară (N<sub>0</sub>)</li> <li>- Lipsesc date necesare pentru a evalua nodulii limfatici din regiune (N<sub>x</sub>)</li> <li>- Evoluția anatomică: exofică cu unele suspexții de formă mixtă cu pătrunderea în țesuturi până la 1 cm însoțită de discheratoză difuză la suprafață</li> <li>- Tabloul histologic: nodular, celule plate bine diferențiate (G<sub>1</sub>)</li> <li>- Tratatamentul chirurgical radical combinat cu radioterapie este urmat de complicații cu consecințe funcționale medii, manifestate prin edem cronic, limitare moderată a actului de alimentare</li> </ul> | 40-45 | 60-45 |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări funcționale digestive, cauzate de cicatricile postoperatorii, edem cronic pronunțat, dureri, contracturi care afectează moderat sau pronunțat actul de masticare</li> <li>- Dereglări moderate ale funcției de comunicare verbală</li> <li>- <b>Stadiul IIB</b> fără date care ar atesta răspândirea metastazelor în regiuni îndepărtate (M<sub>x</sub>), volum până la 2 cm (T<sub>1</sub>)</li> <li>- Metastaze într-un nod limfatic pe partea afectată (N<sub>1</sub>)</li> <li>- Evoluția anatomică: papilară cu elemente de ulcerare</li> <li>- Tabloul histologic: celule plate bine diferențiate (G<sub>1</sub>)</li> </ul>   | 50-55 | 50-45 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări accentuate ale funcției digestive și de vorbire (disfonie, dizartrie), cauzate de sechele postoperatorii și radioterapie</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IIIA</b> cu volum de peste 2 cm</li> <li>- Invazia unui nod limfatic pe partea afectată (T<sub>1</sub>N<sub>1</sub>)</li> <li>- Evoluția anatomică: formă mixtă preponderent exofită cu infiltrarea în țesutul buzei sau tumoră mai mică de 2 cm cu răspândire până la unghiul gurii sau țesuturile superficiale ale bărbiei</li> <li>- Tipul histologic: diferențiere moderată (G<sub>2</sub>)</li> </ul>  | 60-65 | 40-35 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări foarte accentuate ale funcției digestive, manifestate prin dificultăți pronunțate de masticare și vorbire, cauzate de contracturi pronunțate, cicatrice postoperatorii și postradioterapie, edem cronic accentuat, îngustarea accentuată a orificiului gurii.</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IIIB</b> cu una sau două metastaze colaterale</li> </ul>   | 70    | 30    |

|  |        |       |
|--|--------|-------|
| <p>mobile regionale și invazie limfatică din partea afectată (N<sub>1</sub> sau N<sub>2</sub>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipul evoluției anatomice: formă mixtă cu pondere endofită cu unele semne de ulcerare</li> <li>- Tipul histologic: cancer spinocelular cu diverse grade de diferențiere cu keratinizare</li> </ul> <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări extrem de accentuate ale funcțiilor digestive și de vorbire, cauzate de complicații postoperatorii și postradioterapie</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IIIB</b> cu invazie limfatică (N<sub>2</sub>)</li> <li>- Răspândirea metastazelor în țesuturile adiacente</li> <li>- Evoluția anatomică: exofită pe fon de keratoză difuză sau endofită ulcerosă infiltrativă</li> <li>- Tipul histologic: cancer spinocelular precedat de keratoză sub formă de proliferări de mase epidermice compuse din celule puțin diferențiate (G<sub>3</sub>), precum și celule bazale</li> </ul> | 75     | 25    |
| <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări grave ale funcțiilor digestive (de masticare și deglutiție), de vorbire, cauzate de complicații postoperatorii și radioterapie</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IVA</b> cu afectarea buzei în întregime, invazie în țesuturile (inclusiv oase) maxilarului sau ale mandibulei (T<sub>3</sub>-T<sub>4</sub>)</li> <li>- Lipsa semnelor de afectare a căilor limfaticeregionale (N<sub>0</sub> sau Nx)</li> <li>- <i>sau</i> Tratament paliativ</li> <li>- Evoluția anatomică: creștere exofită sau endofită</li> <li>- Tabloul histologic: tumoră spinocelulară sau celular-bazală cu celule nediferențiate (G<sub>4</sub>)</li> </ul>  | 80-85  | 20-15 |
| <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări extrem grave ale funcțiilor digestive și de vorbire</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IVA sau IVB</b> cu tratament paliativ</li> <li>- Dereglări grave ale altor funcții ale organismului: motilitate, dexteritate etc.</li> </ul>  | 90-100 | 10-0  |

### Tumora malignă a limbii (C01-C02)

**Definiție:** Tumoră care se dezvoltă din epitelium plat (cancer pavimentos).

**Clasificarea clinică:**

**Stadiul I** – Tumoare în stratul mucoasei și submucoasei cu dimensiuni până la 1 cm, fără metastaze.

**Stadiul II:**

- a) Tumoare sau ulcer mai mare de 1 cm, nu iese din limitele liniei mediane ale limbii, fără metastaze;
- b) Tumoare sau ulcer identic cu cel din punctul a) dar cu metastaze regionale unilaterale, mobile.

**Stadiul III:**

- a) Tumoare sau ulcer ce trece de linia mediană a limbii, sau invadează planșeul bucal, fără metastaze decelabile;
- b) Tumoare sau ulcer identic cu metastaze multiple mobile sau unice fixate.

**Stadiul IV** – Tumoare ce cuprinde o mare parte din limbă, invadează țesuturile moi adiacente, osul cu metastaze multiple mobile, solitare fixate sau la distanță.

**Clasificarea macroscopică:**

1. Exofită.
2. Endofită.
3. Infiltrativă submucoasă.

**Histologic**, majoritatea tumorilor limbii sînt pavimentoase, cornificate, sînt rare formele nediferențiate și bazo-celulare. La rădăcina limbii se întîlnesc cilindroame și tumori mucoepidermale.

**Barem de investigații:**

- Indicii clinici și biochimici ai sîngelui.
- Indicii hemodinamici.
- FEGDS.
- TC, RMN, USG organelor abdominale.
- Consultul oncologului, reabilitologului și psihoterapeutului, obligatoriu.

| <b>Deficiențe funcționale și structurale</b>   | <b>Deficiențele funcționale și structurale (%)</b> | <b>Capacitatea de muncă de bază (%)</b> |
|--|--|---|
| <p><b>Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări ușoare ale funcțiilor de masticare, deglutiție sau/și vorbire, cauzate de sechele postoperatorii și postradioterapie</li> <li>- Tumoră malignă a părții anterioare a limbii, <b>stadiul I (T<sub>ix</sub>)</b></li> <li>- Fără semne de invazie ganglionară limfatică regională (N<sub>0</sub>)</li> <li>- Evoluția anatomică: exofită, papilară, ulceroasă</li> <li>- Tabloul histologic: țesut incipient plancelular (spinocelular) cu keratinizare și diferențiere bună (G<sub>1</sub>)</li> <li>- Nu se constată semne clinice sau de laborator ale unei recidive și nici sechele importante după tratament, care ar reduce abilitatea de participare la activitatea socio-profesională</li> </ul> | 5-35   | 95-65                                   |

|   |       |       |
|---|-------|-------|
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări moderate ale funcțiilor de masticare, deglutiție și vorbire în urma intervenției chirurgicale și radioterapiei cu înlăturarea unei părți a limbii</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IIA</b> cu volum pînă la 2 cm cu invazie în profunzimea țesuturilor pînă la 1 cm, nu iese din limitele liniei mediane ale limbii (T<sub>1</sub>)</li> <li>- Metastaze regionale nu se depistează (N<sub>0</sub>)</li> <li>- Evoluția anatomică: cu localizare în partea anterioară a limbii, exofită</li> <li>- Tabloul histologic: cancer spinocelular bine diferențiat (G<sub>1</sub>)</li> <li>- sau Stadiul I cu localizare la rădăcina limbii</li> </ul>                                 | 40-45 | 60-55 |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări moderate ale funcțiilor de masticare, deglutiție și vorbire, cauzate de sechele după tratament</li> <li>- <b>Stadiul IIA</b> al tumorii maligne cu invazie în profunzimea țesuturilor pînă la 1 cm, cu localizare în regiunea anterioară a limbii</li> <li>- sau Stadiul I al tumorii maligne cu localizare în regiunea rădăcinii</li> <li>- Tumoră preinvazivă (Tis)</li> <li>- Evoluția anatomică: exofită cu ulcerație, sau papilară cu ulcerație fără semne de infiltrație</li> <li>- Tabloul histologic: conținut plancelular (spinocelular) cu keratinizare și diferențiere moderată (G<sub>2</sub>)</li> <li>- Metastaze regionale și la distanță nu se depistează</li> </ul> | 50    | 50    |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări pronunțate ale funcțiilor de masticare, deglutiție și vorbire, cauzate de sechele după tratament</li> <li>- Tumoră <b>stadiul IIB</b> cu volum de pînă la 2 cm</li> <li>- Metastaze regionale unilaterale mobile (N<sub>2a</sub>)</li> <li>- sau <b>Stadiul IIA</b> al tumorii maligne cu localizare la rădăcina limbii</li> <li>- Evoluția anatomică: exofită cu ulcerație, sau papilară cu ulcerație fără semne de infiltrație</li> <li>- Tabloul histologic: celule plane (spinocelule) exofite sau papilare ulceroase</li> <li>- Tabloul histologic: celule plane (forma spinocelulară) cu keratoze, diferențiere slabă (G<sub>3</sub>)</li> </ul>                               | 55    | 40    |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări accentuate ale funcțiilor de masticare, deglutiție și vorbire</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IIIA</b> cu volum peste 2 cm, cu trecerea infiltratului peste linia mediană a limbii sau cu invadarea planșeului</li> </ul>  | 60-65 | 40-55 |

|   |    |    |
|---|----|----|
| <p>bucal, fără metastaze regionale sau la distanță (T<sub>2</sub>M<sub>0</sub>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Localizarea pe partea anterioară și medie a limbii</li> <li>- Evoluția anatomică: exofită sau papilară fără sau cu keratinizare și ulcerație</li> <li>- Tabloul histologic: cu celule plane fără sau cu keratinizare sau mixte cu posibilitate medie de diferențiere</li> <li>- sau Stadiul I sau II al tumorii cu evoluție anatomică infiltrativă sau infiltrativ-ulceroasă și cu grad de diferențiere foarte mic (G<sub>3</sub>)</li> </ul>  |    |    |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări foarte accentuate ale funcțiilor de masticatie, deglutiție și vorbire, cauzate de complicații după tratament radical chirurgical cu radioterapie</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IIIB</b> cu volum de peste 2 cm cu un nod metastatic regional limitat mobil</li> <li>- Evoluția anatomică: exofită cu ulcerație și infiltrație laterală fără a fi afectate țesuturile profunde</li> <li>- Tabloul histologic: celule plane (spinocelulare) cu keratinizare, diferențiere slabă (G<sub>3</sub>)</li> <li>- Localizarea tumorii în partea medie sau posterioară a limbii</li> </ul>   | 70 | 30 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări foarte accentuate ale funcției de masticatie, deglutiție și vorbire, cauzate de consecințele tratamentului chirurgical cu radioterapie</li> <li>- <b>Stadiul IIIB</b> al tumorii cu volum de peste 2 cm, cu un nod metastatic greu dislocat sau 2-3 noduri metastatice regionale ușor dislocate sau contralaterale</li> <li>- Evoluția anatomică: exofită cu ulcerație cu extindere masivă</li> <li>- Tabloul histologic: celule plane cu keratinizare localizate în partea medie sau la rădăcina limbii cu ulcerații slab diferențiate (G<sub>3</sub>)</li> <li>- sau Stadiul IIB al tumorii cu infiltrare masivă în țesuturile adiacente</li> </ul> | 75 | 25 |
| <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări grave ale funcțiilor de masticatie, deglutiție și vorbire. Alimentația este dificilă, numai cu produse semilichide, vorba greu înțeleasă</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IVA</b> cu afectarea întregii regiuni anatomice și cu răspândire în țesuturile moi și cele osoase</li> <li>- Fără semne de afectare metastazică regională (N<sub>0</sub>)</li> <li>- Evoluția anatomică: exofită sau papilar ulceroasă</li> <li>- Tabloul histologic: celule plane slab diferențiate</li> <li>- sau Stadiul IIIA al tumorii cu evoluție anatomică endofită sau ulceroasă cu celule nediferențiate (G<sub>4</sub>)</li> </ul>                                | 80 | 20 |

|  |        |      |
|--|--------|------|
| <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări foarte grave ale funcțiilor de masticatie, deglutiție și vorbire. Alimentarea este dificilă, numai cu produse lichide, vorbirea este abia înțeleasă</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IVB</b> cu afectarea întregii regiuni anatomiceși cu răspîndire în țesuturile moi și cele osoase</li> <li>- Volumul tumorii depășește 4 cm (T<sub>3</sub>)</li> <li>- Tumoră cu metastaze regionale de diferite variante (N2c)</li> <li>- Evoluția anatomică: răspîndire largă, creștere aproape endofită</li> <li>- Tabloul histologic: celule plane nediferențiate (G<sub>4</sub>)</li> </ul> | 85     | 15   |
| <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări extrem de grave ale funcțiilor de masticatie, deglutiție și vorbire. Alimentarea este posibilă prin gastrostomă. Poate fi posibilă purtarea de traheostomă. Vorbirea nu este posibilă</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IVB</b> cu afectarea ireversibilă gravă a cavității bucale și a gâtului</li> <li>- Metastaze răspîndite regionale (N<sub>3</sub>), cu metastaze evidente îndepărtate (M1)</li> <li>- <i>sau</i> După tratament paliativ al tumorii maligne stadiul IVA sau IVB</li> <li>- <i>sau</i> Tumoră incurabilă cu descompunere masivă</li> </ul>                    | 90-100 | 10-0 |

### **Tumora malignă a esofagului (C15)**

**Definiție:** Proces neoplazic cu punct de plecare, în majoritatea cazurilor, din epiteliul mucos și localizare mai frecventă în esofagul inferior și mijlociu

**Clasificare:**

**Formele de creștere:**

- Forma exofită (nodulară).
- Forma endofită (ulceroasă).
- Forma inelară (circulară), skirr.
- Cancer esofagian subtotal – cuprinde esofagul pe o lungime mare (3-4%).

**Clasificarea histologică:**

- Cancer epidermoid.
- Adenocarcinom.
- Tumori maligne neepiteliale:
  - Leiomiosarcom (mai frecvent).
  - Rabdomiosarcom.
- Mioblastom.

**Stadializarea generală:**

**Stadiul I** – Tumoare pînă la 3 cm, infiltrază mucoasa și submucoasa. Fără metastaze regionale.

**Stadiul IIA** – Tumoare de 3-5 cm în submucoasă sau mai mică în stratul muscular, fără metastaze.

**Stadiul IIB** – Tumoare identică IIA sau mai mică, cu o metastază solitară.

**Stadiul IIIA** – Tumoare mai mare de 5 cm, cu infiltrare în stratul muscular sau de orice altă mărime, cu infiltrarea totală a peretelui esofagului, fără metastazare.

**Stadiul IIIB** – Tumoare identică st. IIIA sau mai mică, cu metastaze multiple.

**Stadiul IVA** – Tumoare de orice dimensiune cu invazie în organele învecinate, fără metastaze.

**Stadiul IVB** – Orice tumoare cu orice variante de metastaze sau cu metastaze regionale fixe, sau orice tumoare cu metastaze la distanță.

**Gruparea pe stadii:**

|                    |   |                                  |
|--------------------|---|----------------------------------|
| <b>Stadiul 0</b>   | – | $T_{is} N_0 M_0$                 |
| <b>Stadiul I</b>   | – | $T_1 N_0 M_0$                    |
| <b>Stadiul IIA</b> | – | $T_{2-3} N_0 M_0$                |
| <b>Stadiul IIB</b> | – | $T_{1-2} N_1 M_0$                |
| <b>Stadiul III</b> | – | $T_3 N_1 M_0, T_4$ orice $N M_0$ |
| <b>Stadiul IV</b>  | – | orice $T$ orice $N M_1$          |
| <b>Stadiul IVA</b> | – | orice $T$ orice $N M_{1a}$       |
| <b>Stadiul IVB</b> | – | orice $T$ orice $N M_{1b}$       |

| Deficiențe funcționale și structurale   | Deficiențele funcționale și structurale (%) | Capacitatea de muncă de bază (%) |
|---|---|----------------------------------|
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări digestive moderate după tratament chirurgical radical, cu pronostic favorabil după plastia esofagului și lipsa complicațiilor sau cu dereglări ușoare de nutriție</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul I sau IIA</b>. Preinvazivă</li> <li>- Evoluția anatomică: exofită cu atingerea mucoasei pînă la stratul muscular, cu volum maxim de 1-5 cm, localizare în partea toracică inferioară sau medie</li> <li>- Tabloul histologic: cu celule plane (spinocelule) bine diferențiate (<math>G_1</math>)</li> </ul> | 40-55                                       | 60-45                            |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări accentuate ale funcției digestive după tratament radical și plastie, manifestate prin vărsături, dureri retrosternale, mai ales la consumarea de produse solide, dereglări moderate ale permeabilității esofagului, cu tablou clinic însoțit de dereglări moderate de nutriție, deficit ponderal de 5-10%</li> </ul>  | 60  | 40                               |

|   |        |       |
|---|--------|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul IIIA</b> al tumorii maligne cu volum peste 3 cm, cu răspîndire în țesutul submucos sau și în cel muscular, dar fără a pătrunde în învelișul seros (T1-T2), forma preinvazivă (pTis)</li> <li>- Evoluția anatomică: cu localizare în regiunea toracală medie sau inferioară, creștere exofită sau nodoasă</li> <li>- Tabloul histologic (pG): celule preponderent plane (cancer spinocelular) cu grad sporit de diferențiere cu sau fără keratinizare</li> <li>- Nu sînt semne evidente de afectare a nodulilor limfatice regionali cu metastaze (pN0)</li> </ul>  |        |       |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări foarte accentuate ale funcției digestive după tratament radical</li> <li>- <b>Stadiul IIIB</b> al tumorii maligne (pT<sub>3</sub>)</li> <li>- Metastaze multiple regionale (pN<sub>1</sub>)</li> <li>- Evoluția anatomică: cu localizarea tumorii în regiunea superioară, medie sau inferioară toracală, creștere exofită nodulară</li> <li>- Tabloul histologic (pG): cu celule plane sau mixte cu grad moderat de diferențiere (G<sub>2</sub>)</li> <li>- <i>sau</i> Stadiul II al tumorii cu formă difuză și infiltrativ-ulceroasă, cu grad mediu de diferențiere a celulelor după plastia primară</li> <li>- <i>sau</i> Plastia esofagului</li> <li>- <i>sau</i> Bolnavi cu plastia terminală, dar cu dereglări accentuate ale funcției digestive, cu deficit ponderal de 15-20%</li> </ul> | 65     | 35    |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări extrem de accentuate ale funcției digestive, cu deficit ponderal de 15-20%</li> <li>- <b>Stadiul IIIB</b> al tumorii maligne (pT<sub>3</sub> sau pT<sub>4</sub>)</li> <li>- Invazie de metastaze multiple regionale (pN<sub>1</sub>)</li> <li>- Evoluția anatomică: mixtă exofit-endofită, infiltrarea peretelui esofagului pînă la advintiție</li> <li>- Tabloul histologic: ponderent cancer spinocelular sărac diferențiat (G<sub>3</sub>)</li> </ul>   | 70-75  | 30-25 |
| <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări grave ale funcției digestive</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IV</b> (pT<sub>4</sub>)</li> <li>- Răspîndire în organele vecine cu semne evidente de invazie a metastazelor în nodurile limfatice regionale (pN<sub>x</sub>)</li> <li>- Evoluția anatomică: exofito-endofită, creștere în peretele esofagului cu pătrundere totală în organele vecine</li> <li>- Tabloul histologic (pG): spinocelular nediferențiat (G<sub>4</sub>)</li> <li>- <i>sau</i> Formă incurabilă, <b>stadiul IVA</b></li> </ul>   | 80-85  | 20-15 |
| <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p>  | 90-100 | 10-0  |

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări extrem de grave ale funcției digestive, alimentarea numai cu produse lichide sau prin gastrostomă</li> <li>- <b>Stadiul IVB</b> al tumorii maligne (pT<sub>4</sub>, pN<sub>1</sub>, pM<sub>1</sub>)</li> <li>- Metastaze regionale și la distanță</li> <li>- Evoluția anatomică: endofită și ulcerosă cu răspândire masivă în organele vecine</li> <li>- Tabloul histologic: adenocarcinomă</li> <li>- <i>sau</i> Tumoră incurabilă de stadiul IV după tratament paliativ</li> </ul> |  |  |
|---|--|--|

## Tumora malignă a stomacului (C 16)

**Definiție:** *Cancerul gastric* este o afecțiune malignă, în care celulele neoplazice apar la nivelul mucoasei gastrice și apoi se extind dincolo de peretele gastric

### Clasificarea macroscopică:

#### 1. *Exofită:*

Formă vegetată (encefaloidă sau polipodă), caracterizată de tumoră dezvoltată intraluminal, cu suprafața neregulată, imprecis delimitată.

#### 2. *Endofită:*

a) Infiltrativ ulcerosă, se prezintă sub forma unui crater ulceros cu margini neregulate, cu pereți rigizi.

b) Forma infiltrativă prezintă o duritate lemnoasă a peretelui gastric. Limita plastică este o formă infiltrativă, schiroasă, care duce la transformarea stomacului într-un tub rigid.

### B. Clasificarea histopatologică (microscopică):

#### 1. Adenocarcinom (95% cazuri):

- Cancer papilar.
- Cancer tubular mucinos.
- Cancer „inele în pecete”.

#### 2. Cancer pavimentos.

#### 3. Cancer adenopavimentos.

#### 4. Cancer nediferențiat.

### Gradul de diferențiere a cancerului gastric:

**G x** – Imposibil de apreciat.

**G1** – Diferențiere înaltă.

**G2** – Diferențiere moderată.

**G3** – Diferențiere joasă.

**G4** – Cancer nediferențiat.

### Morfopatologic, cancerul gastric se prezintă sub 2 tipuri:

1. Tipul intestinal, care se caracterizează prin tendința celulelor maligne de a forma glande: tumorile sînt bine diferențiate, se asociază cu metaplazie intestinală a mucoasei gastrice, apare la bolnavii de vîrstă tardivă și are tendință de a metastaza hematogenic în organe la distanță.

2. Tipul difuz, care se caracterizează prin lipsa formării glandelor organizate, este slab diferențiat. Se întâlnește mai frecvent la pacienții mai tineri, fără anamneză de gastrită și se extinde local prin extensie transmurală, regional – prin metastazare în ganglionii limfatici.

### **Clasificarea generală:**

I. Regiuni anatomice:

1. Cardia (C 16.0).
2. Regiunea fundică a stomacului (C 16. 1).
3. Corpul gastric (C 16. 2).
4. Regiunea antrală (C 16- 3) și pilorul (C 16. 4).

### **T – Tumora primară.**

**T<sub>x</sub>** – Extinderea tumorii primare nu poate fi apreciată.

**T<sub>0</sub>** – Tumora primară nu este decelabilă.

**T<sub>is</sub>** – Carcinom *in situ*: tumoră intraepitelială fără să depășească lamina proprie.

**T<sub>1</sub>** – Tumora primară invadează mucoasa sau/și submucoasa.

**T<sub>2</sub>** – Tumora invadează stratul muscular sau/și subseros.

**T<sub>3</sub>** – Tumora invadează stratul seros (peritoneul visceral), fără invazia structurilor adiacente.

**T<sub>4</sub>** – Tumora invadează organele sau structurile adiacente.

### **NOTE:**

1. Tumora care invadează stratul muscular și se extinde la ligamentul gastrocolic sau gastrohepatic, și/sau omentul mare și mic, fără depășirea peritoneului visceral care tapetează aceste structuri, este clasificată ca T2. Dacă tumora depășește peritoneul visceral, tapetînd ligamentele gastrice ale epiploonilor, este clasificată ca T3.

2. Structurile adiacente ale stomacului sînt: splina, colonul transvers, ficatul, diafragma, pancreasul, peretele abdominal, glandele suprarenale, rinichii, intestinul subțire și spațiul retroperitoneal.

3. Extinderea parietală la duoden sau esofag este clasificată în funcție de profunzimea invadării a uneia dintre regiunile date.

### **N – Afectarea metastatică a ganglionilor limfatici regionali.**

**N<sub>x</sub>** – Starea ganglionilor regionali nu poate fi apreciată.

**N<sub>0</sub>** – Fără metastaze în ganglionii regionali.

**N<sub>1</sub>** – Sînt depistate metastaze în 1- 6 ganglioni regionali.

**N<sub>2</sub>** – Sînt depistate metastaze în 7- 15 ganglioni limfatici regionali.

**N<sub>3</sub>** – Sînt depistate metastaze în mai mult de 15 ganglioni limfatici regionali.

### **M – Metastaze la distanță.**

**M<sub>x</sub>** – Metastazele la distanță nu pot fi apreciate.

**M<sub>0</sub>** – Nu sînt depistate metastaze la distanță.

**M<sub>1</sub>** – Există metastaze la distanță.

### **Gruparea pe stadii:**

**Stadiul 0** – T<sub>is</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>

**Stadiul IA** – T<sub>1</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>,

**Stadiul IB** – T<sub>1</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>, T<sub>2</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>

**Stadiul II** – T<sub>1</sub> N<sub>2</sub> M<sub>0</sub>, T<sub>2</sub> N<sub>1</sub> M<sub>0</sub>, T<sub>3</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>

- Stadiul IIIA** – T<sub>2</sub> N<sub>2</sub> M<sub>0</sub>, T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>, T<sub>4</sub>N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>  
**Stadiul IIIB** – T<sub>3</sub>N<sub>2</sub> M<sub>0</sub>  
**Stadiul IV** – T<sub>3</sub> N<sub>1</sub>N<sub>2</sub>N<sub>3</sub> M<sub>0</sub>, T<sub>1</sub>T<sub>2</sub>T<sub>3</sub>N<sub>3</sub>M<sub>0</sub>, orice T orice N M<sub>1</sub>

**Barem de investigatii**

- indicii clinici, biochimici
- indicii hemodinamici
- FEGDS
- TC, RMN
- USG organelor abdominale

| Deficiențe funcționale și structurale   | Deficiențele funcționale și structurale (%) | Capacitatea de muncă de bază (%) |
|---|---|----------------------------------|
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări digestive moderate după tratament radical, cu dureri periodice în epigastru, fenomene dispeptice tranzitorii, deficit ponderal de 5%, anemie ușoară</li> <li>- <b>Stadiul I</b> al tumorii maligne a stomacului (T<sub>1</sub>)</li> <li>- Evoluția anatomică: exofită, cu afectarea mucoasei și submucoasei cu volum pînă la 3 cm, cu localizare în regiunea pilorică</li> <li>- Tabloul histologic: cu celule plane sau nediferențiate</li> </ul>  | 40-45                                       | 60-35                            |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări moderate ale funcției digestive cu dureri și fenomene dispeptice</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IIA</b></li> <li>- Evoluția anatomică: volum de peste 3 cm, cu afectarea mucoasei și submucoasei pînă la țesutul muscular, fără lezarea învelișului seros, fără metastaze regionale (T<sub>1</sub> sau T<sub>2</sub>), în partea pilorică a stomacului, exofită</li> <li>- Tabloul histologic: celule nediferențiate</li> <li>- Complicații medii postoperatorii, manifestate prin sindromul „stomacului mic” ușor sau moderat, deficit ponderal de 5-10%</li> </ul> | 50  | 50                               |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări medii ale funcției digestive, deficit ponderal de 10-15%</li> <li>- <b>Stadiul IIA</b> al tumorii maligne fără metastaze</li> </ul>   | 55  | 45                               |

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evoluția anatomică: exofită cu pătrundere în țesutul muscular, cu volum de peste 3 cm, fără a atinge învelișul seros, localizare în regiunea pilorică sau medie (T<sub>3</sub>)</li> <li>- Tabloul histologic: mixt</li> <li>- Complicații postoperatorii medii sau pronunțate prin semne esențiale de „stomac mic”, anastomozită, astenie nevrotică</li> </ul>   |       |       |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări accentuate ale funcției digestive, durere stabilă, fenomene dispeptice pronunțate cu răspuns incomplet la tratament, deficit ponderal de peste 15%, anemie hipohromă, disproteinemie, dereglări ale funcției de evacuare, anastomoză și prin intestin, dereglări pronunțate metabolice ale lipidelor și glucidelor</li> <li>- <b>Stadiul IIB</b> al tumorii cu mai multe de două metastaze regionale limfatice perigastrice</li> <li>- Evoluția anatomică: exofită sau mixtă, cu localizare în regiunea cardiacă sau pilorică, volum peste 3cm, nu este răspândită în alte organe</li> </ul>   | 60-65 | 40-35 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări accentuate digestive, deficit ponderal de 15-20%</li> <li>- <b>Stadiul IIIA</b> al tumorii maligne de diferit volum, cu penetrare totală a peretelui stomacului (T<sub>3-4</sub>IIIAN<sub>0</sub>) sau cu pătrundere în structurile vecine (în țesutul conjunctiv, omentum sau duoden, intestin)</li> <li>- Evoluția anatomică: preponderent endofită</li> <li>- Tabloul histologic: nu contează</li> <li>- Complicații accentuate după tratament cu insuficiență digestivă accentuată</li> </ul>  | 70    | 30    |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări foarte accentuate ale funcției digestive, deficit ponderal de peste 20%, răspuns insuficient la tratament</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IIIB</b>, indiferent de volum, cu metastaze limfatice regionale (T<sub>4</sub> IIIB N<sub>1</sub>)</li> <li>- Evoluția anatomică: endofită</li> <li>- sau După gastrectomie cu complicații de „stomac operat”</li> <li>- Gradul III</li> <li>- sau După rezecții combinate cu insuficiență digestivă pronunțată, cu posibilitate de adaptare îndelungată</li> <li>- sau După recidive ale tumorii și necesitate de operație repetată</li> </ul> | 75    | 25    |
| <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări grave ale funcției digestive, precum și a altor funcții</li> </ul>   | 80    | 20    |

|   |        |     |
|---|--------|-----|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IVA</b> cu volum divers, cu afectarea structurilor vecine (pancreas, ficat, colon transversus, splină, structurile conjunctive) fără metastaze regionale (T<sub>4</sub> IVA N<sub>0</sub>)</li> <li>- Evoluția anatomică: endofită</li> <li>- Dereglări pronunțate generale cu semne de intoxicație tumorală</li> </ul>  |        |     |
| <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări foarte grave ale funcției digestive, precum și ale altor funcții</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IVB</b> răspîndită, cu diverse variante de metastaze regionale, fără posibilitate de a fi îndepărtate</li> <li>- Evoluția anatomică: endofită</li> <li>- <i>sau</i> Tumoră incurabilă cu intoxicație pronunțată</li> </ul>                                      | 85     | 15  |
| <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări foarte grave ale funcției digestive și ale altor funcții</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IVB</b> de diferite dimensiuni, cu metastaze regionale și la distanță (IVB T<sub>4</sub> N<sub>2</sub> M<sub>1</sub>)</li> <li>- Boală incurabilă cu fenomene de intoxicație pronunțată, cașexie</li> <li>- <i>sau</i> Stare gravă după operație paliativă</li> </ul> | 95-100 | 5-0 |

### Tumora malignă a colonului (C18)

**Definiție:** *Cancerul de colon* este o tumoră malignă ce poate să apară pe o leziune precursoră a unei tumore (polipi, de exemplu). Acest tip de cancer este întâlnit atât la bărbați, cât și la femei. Majoritatea acestor cancere pornesc de la adenoame sau polipi. Aproximativ 80% dintre cazuri sînt sporadice, doar 20% fiind moștenite.

#### Stadializarea generală:

**Stadiul I** – Tumoare extinsă pe mai puțin de ½ din perimetrul intestinal, cu răspîndire pînă la submucoasă. Metastazele regionale lipsesc.

**Stadiul IIA** – Tumoare răspîndită pe ½ sau mai mult din perimetrul colonului, în limita submucoasei sau tumoare mai mică cu invazie în stratul muscular, fără invazia seroasei. Metastazele seroase lipsesc.

**Stadiul IIB** – Tumoare identică celei din IIA sau mai mică, cu metastaze în ganglionii regionali (nu mai mult de 2).

**Stadiul IIIA** – Tumoare extinsă pe mai mult de ½ a intestinului, cu invazie în țesutul muscular, sau tumoare de orice dimensiune, cu invazie în seroase. Este posibilă aderarea la țesuturile și organele învecinate și/sau infiltrarea în mezenteriu, peritoneu. Metastazele regionale lipsesc.

**Stadiul IIIB** – Tumoare cu același grad de extensie locală, cu metastaze regionale solitare sau tumoare cu extensie mai mică, dar cu metastaze regionale multiple.

**Stadiul IVA** – Tumoare de orice dimensiuni cu invazie în structurile anatomice adiacente sau în organele vecine (stomac, duoden, jejun, pancreas, splină, ficat, rinichi, uretră, uter, vase magistrale, mușchii peretelui abdominal anterior etc., metastazele regionale lipsesc.

**Stadiul IVB** – Tumoare cu același grad de răspîndire, cu diverse variante de metastaze regionale sau tumori mai mici cu metastaze nerezectabile, sau orice tumoare cu metastaze la distanță.

**Clasificarea histologică:**

- Adenocarcinom – 92-97% din totalitatea tumorilor maligne (G1-diferențiere înaltă; G2-diferențiere moderată; G3-diferențiere redusă).
- Adenocarcinom mucinos.
- Carcinom cu celule „inel-cu-pecete”.
- Carcinom pavimentos.
- Carcinom glandular-pavimentos.
- Carcinom nediferențiat.
- Carcinom neclasificat.

**Tumori rar întâlnite:**

- Carcinoid malign.
- Melanomul malign.

**Clasificarea clinică:**

**NOTĂ:** Clasificarea este valabilă numai pentru cancerul verificat morfologic.

**T – Tumoră primară.**

**TX** – Nu sînt suficiente date pentru aprecierea extinderii tumorii primare.

**T0** – Tumora primară nu este evidențiată.

**Tis** – Carcinom *in situ*: include cancerul preinvaziv verificat morfologic: invazie intraepitelială sau invazia laminei proprii a stratului mucos.

**T1** – Tumora infiltrază stratul submucos.

**T2** – Tumora infiltrază stratul muscular.

**T3** – Tumora infiltrază stratul subseros sau în țesuturile adiacente porțiunilor neperitonizate ale colonului;

**T4** – Tumora invadează direct alte organe sau structuri și/sau afectează peritoneul visceral.

**NOTĂ:** Tumora care concrește macroscopic în alte organe și structuri se clasifică ca T4. Dacă însă invazia în organele și structurile adiacente microscopic nu este confirmată, tumora se clasifică ca pT3.

**N – Ganglionii limfatici regionali.**

**NX** – Nu sînt date suficiente pentru stabilirea stării ganglionilor limfatici.

**N0** – Nu se evidențiază afectarea ganglionilor limfatici regionali.

**N1** – Metastaze în 1-3 ganglioni limfatici regionali.

**N2** – Metastaze în 4 și mai mulți ganglioni limfatici regionali.

**NOTĂ:** Pentru **apendicele vermiform, cec, colonul ascendent**, ganglioni limfatici regionali sînt considerați ganglionii **pericolici** și ganglionii dispuși pe traiectul **arterelor ileocolice, drepte colice și ramurii drepte a arterei colice medii**. Pentru **flexura hepatică a colonului și partea proximală a colonului transvers**, ganglioni limfatici regionali sînt considerați ganglionii **pericolici** și ganglionii dispuși pe traiectul arterelor **sus-menționate și arterei colice medii**.

Ganglioni limfatici regionali pentru **partea distală a colonului transvers, flexura lienală a colonului, colonului descendent și partea proximală a colonului sigmoid** sînt considerați ganglionii **pericolici** și ganglionii dispuși pe traiectul **ramurii stîngi a arterei colice medii, arterei colice stîngi și arterelor sigmoidiene superioare**.

Pentru **treimea medie a colonului sigmoid**, ganglioni limfatici regionali sînt considerați ganglionii **pericolici** și ganglionii dispuși pe traiectul **arterelor sigmoidiene**.

Ganglioni limfatici regionali pentru **partea distală a colonului sigmoid** sînt considerați ganglionii **pericolici** și ganglionii dispuși pe traiectul **arterelor sigmoidiene inferioare și arterei mezenterice inferioare**.

Pentru **joncțiunea rectosigmoidiană**, ganglioni limfatici regionali sînt considerați ganglionii **pericolici** și ganglionii dispuși pe traiectul **arterelor sigmoidiene inferioare, arterei mezenterice inferioare și arterei rectale superioare**.

**M** – metastaze la distanță.

**MX** – Nu sînt date suficiente pentru stabilirea metastazelor la distanță.

**M0** – Lipsa metastazelor la distanță.

**M1** – Prezența metastazelor la distanță.

**Gruparea pe stadii:**

|                    |   |                    |
|--------------------|---|--------------------|
| <b>Stadiul 0</b>   | – | TisN0M0            |
| <b>Stadiul I</b>   | – | T1-2N0M0           |
| <b>Stadiul II</b>  | – | T3-4N0M0           |
| <b>Stadiul III</b> | – | orice T N1-3 M0    |
| <b>Stadiul IV</b>  | – | orice T orice N M1 |

**Barem de investigatii**

- Indicii clinici, biochimici
- Indicii hemodinamici
- Irigoscopie
- Colonoscopie (RRS)
- USG organelor abdominale
- TC, RMN

| <b>Deficiențe funcționale și structurale</b> | <b>Deficiențele funcționale și structurale (%)</b> | <b>Capacitatea de muncă de bază (%)</b> |
|--|--|---|
|  |  |   |

|  |         |         |
|--|---------|---------|
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări moderate ale funcției digestive, manifestate prin dereglări ușoare sau moderate ale funcției de evacuare și tranzit a colonului (diaree 2-3 ori/zi sau constipație 2-3 zile), insuficiență anală de gradul II, deficit ponderal de 5-10 kg, sindrom astenio-nevrotic ușor, anemie hipocromă moderată hb 90-100 g/l, disbacterioză gradul I</li> <li>- <b>Stadiul I sau IIA</b>, diferite, pătrunde în mucoasă, submucoasă sau, în unele cazuri, și în țesutul muscular, fără metastaze (T<sub>1</sub> T<sub>2</sub> IIA N<sub>0</sub>)</li> <li>- Tabloul histologic: reprezintă adenocarcinom cu grad înalt de diferențiere celulară sau spinocelulară în regiunea canalului anal</li> </ul>   | 40 – 55 | 60 – 45 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evoluția anatomică: exofită pe partea dreaptă și iliocecală, creștere endofită pe partea stângă a colonului</li> </ul>  | 60      | 40      |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări accentuate ale funcției digestive, manifestate prin dereglări moderate și pronunțate ale funcției de tranzit și de evacuare a colonului (diaree 3-4 ori pe zi sau constipație 3-4 zile, insuficiență anală de gradul II, deficit ponderal de 10-15 kg, anemie hipocromă 90-85 gr/l, disbacterioză gradul II, răspuns suficient la tratament)</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IIB</b> cu răspândire în mucoasă, submucoasă, uneori în stratul muscular, cu metastaze unice limfatice regionale (T<sub>2</sub>N<sub>1</sub>)</li> <li>- Evoluția anatomică: exofită în partea dreaptă sau endofită pe partea stângă, rectală și anală</li> <li>- Tipul histologic: diferențiere moderată (G<sub>2</sub>)</li> </ul>  | 70      | 30      |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări accentuate ale funcției digestive, manifestate prin insuficiență de tranzit și evacuare a colonului (diaree pînă la 5 ori/zi, constipații pînă la 4 zile sau defecație frecventă), colon, sindrom pronunțat astenonevrotic, disbacterioză gradul I, anemie hipocromă 82-84 Hb, corecție insuficientă prin tratament hiper- sau hipomotor</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IIB</b> care ocupă pe jumătate cercul intestinal, cu pătrundere în submucoasă și în învelișul muscular (T<sub>2</sub>)</li> <li>- Invazie regională limfatică (N<sub>1</sub>)</li> <li>- Forma anatomică: preponderent exofită în partea dreaptă a interiorului colonului (cecum, ascendens și unghiul hepatic) sau endofită în interiorul colonului, partea stângă</li> </ul> |         |         |

|  |        |      |
|--|--------|------|
| <p>(transverus, descendens) de pătrundere în întregul perete al intestinului</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipul histologic: adenocarcinom slab diferențiat</li> <li>- colostomă cu insuficiență de evacuare de gradul I (scaun ritmic o dată pe zi, durata de 120 min sau de două ori cu o durată de 60 min, sau constipație 2-3 zile)</li> </ul>  | 75     | 25   |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări extrem de accentuate ale funcției digestive, manifestate prin diaree pînă la 10 ori/zi sau constipație pînă la 5-6 zile, insuficiență anală de gradul II-III</li> <li>- Dereglări pronunțate neuropsihice, deficit ponderal de 15-20 kg, hipoproteinemie, anemie hipohromă de gradul II, disbacterioză de gradul II-III</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IIIA</b> ce cuprinde mai mult de un semicerc al intestinului, pătrunde în stratul muscular sau/și cel seros, cu posibilitate de afectare a structurilor vecine</li> <li>- Forma anatomică exofită, endofită sau mixtă</li> <li>- Tipul histologic: adenocarcinom slab diferențiat</li> <li>- Invazie de metastaze limfatice regionale nu se depistează (N<sub>0</sub>) sau nu sînt date evidente de evaluare (N<sub>x</sub>)</li> </ul>                               | 80     | 20   |
| <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări grave ale funcției digestive, manifestate prin diaree 11-15 pe zi sau constipație cu o durată de 6-7 zile, fără răspuns la tratament, insuficiență anală de gradul III, dereglări grave din partea sistemului nervos, deficit ponderal de peste 20 kg, hipoproteinemie, disbacterioză de gradul III, anemie hipocromă de gradul III, colostomă cu insuficiență de evacuare de gradul I (scaun ritmic o dată pe zi, durata de 120 min. sau de două ori cu o durată de 60 min., sau constipație 2-3 zile)</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IIIB</b> cu răpîndire în tot peretele intestinului și a unei părți din cerc (T<sub>3</sub>-T<sub>4</sub>), cu invazie regională limfatică (N<sub>3</sub>)</li> <li>- Forma anatomică mixtă sau preponderent endofită</li> </ul> <p>- Tipul histologic: adenocarcinom slab diferențiat</p> | 85     | 15   |
| <p><b>Deficiențe foarte severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări foarte grave ale funcției digestive și ale altor sisteme, colostom cu insuficiență de evacuare de gradul II (defecare de 4 ori, aritmică. Durata 60 min sau defecație cu porțiuni mici, constipație)</li> <li>- Tumora malignă <b>stadiul IVA</b> de volum diferit cu pătrundere în organele vecine</li> <li>- Forma anatomică endofită</li> </ul>  | 90-100 | 10-0 |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipul histologic: adenocarcinom nediferențiat</li> </ul> <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări extrem de grave ale funcțiilor mai multor sisteme, colostom cu insuficiență de evacuare de gradul III (defecare sau diaree persistentă sau constipație îndelungată, cașexie)</li> <li>- <b>Stadiul IVB</b></li> <li>- Forma anatomică: endofită</li> <li>- Tipul histologic: adenocarcinom complet nediferențiat</li> <li>- sau Tumori incurabile, recidive și metastaze la distanță</li> </ul> |  |  |
|---|--|--|

## Tumora malignă a ficatului (C22)

**Definiție:** *Cancerul hepatic* este un proces malign care se localizează în ficat, format din celule și din formațiuni structurale hepatice.

### Clasificarea clinică:

1. Forma masivă se manifestă printr-un nodul de dimensiuni destul de mari, uneori cu noduli mărunți în jur – metastaze.
2. Forma nodulară se manifestă prin prezența mai multor noduli de diferite dimensiuni, care nu ating niciodată dimensiunile nodulului formei masive. Nodulii sînt multipli de la începutul procesului și pot fi situați în ambii lobi.
3. Forma infiltrativă – întreg parenchimul hepatic este infiltrat de celule canceroase, formînd un tablou vizual similar cu al cirozei.

### Clasificarea histologică:

1. Cancer hepatocelular.
2. Cancer colangiocelular.
3. Cancer colangiohepatocelular – formă mixtă.

**Clasificarea după TNM** este bazată pe 3 componente:

**T** – Extinderea tumorii primare.

**N** – Starea ganglionilor limfatici regionali.

**M** – Metastaze la distanță.

### Elementul T:

**T<sub>x</sub>** – Nu s-au realizat examinările minime pentru aprecierea tumorii primare.

**T<sub>0</sub>** – Fără semne de tumoră primară.

**T<sub>1</sub>** – Tumoră pînă la 2 cm fără invazia vaselor sangvine.

**T<sub>2</sub>** – Tumoră pînă la 2 cm cu invazia vaselor sangvine limitată într-un lob sau peste 2 cm fără invazia vaselor sangvine.

**T<sub>3</sub>** – Tumoră peste 2 cm cu invazia vaselor sangvine sau tumori multiple limitate într-un lob, una dintre care are peste 2 cm.

**T<sub>4</sub>** – Tumori multiple în ambii lobi.

**Elementul N:**

**Nx** – Nu s-au realizat investigațiile minimale.

**N0** – Nu s-au depistat metastaze ganglionare.

**N1** – Ganglionii limfatici sînt invadați.

**Elementul M:**

**Mx** – Nu au fost efectuate investigațiile necesare.

**M0** – Metastazele la distanță lipsesc.

**M1** – Există metastaze la distanță.

**Clasificarea histologică:**

**Gx** – Nu este posibil de apreciat nivelul de diferențiere.

**G1** – Grad înalt de diferențiere.

**G2** – Grad mediu de diferențiere.

**G3** – Grad scăzut de diferențiere.

**G4** – Tumori nediferențiate.

**Stadializarea cancerului hepatic:**

**Stadiul I** – T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>

**Stadiul II** – T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>

**Stadiul III A** – T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, T<sub>1</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>

**Stadiul III B** – T<sub>2</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>; T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>

**Stadiul IV A** – T<sub>4</sub> orice N M<sub>0</sub>

**Stadiul IV B** – orice T orice N M<sub>1</sub>

**Investigații paraclinice:**

- USG.

- CT.

- RMN.

- CT-angiografie.

- Hemograma și probele sangvine ale ficatului.

| <b>Deficiențe funcționale și structurale</b>   | <b>Deficiențele funcționale și structurale (%)</b> | <b>Capacitatea de muncă de bază (%)</b> |
|--|--|---|
| <b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b><br>- Dereglări moderate ale funcțiilor hepatice, insuficiență hepatică (unii indici funcționali modificați)<br>- Tumoră malignă <b>stadiul I</b><br>- După rezecție sectorală, atipică a ficatului<br>- Histologic: grad înalt de diferențiere<br>- Anatomic: tumoră solitară | 40-55  | 60-45                                   |

|  |        |       |
|--|--------|-------|
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări accentuate ale funcțiilor hepatice: parenchimale (ALAT, ASAT), metabolice (fibrinogen, indicele Guick, colesterolul, colinesteraza, retenția de BSP), mezenchimale (proteina serică generală, imunoglobulina, VSH), biloexcretorie (bilirubină totală, fosfataza alcalină)</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul II-III</b> după tratament radical, după embolizare sau după tratament radical în stadiul inițial cu dereglări funcționale accentuate</li> <li>- Ascită</li> <li>- Tipul histologic: grad mediu de diferențiere</li> <li>- Forma anatomică: tumoră solitară de 2 cm cu invazie vasculară</li> </ul> | 60-65  | 40-35 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări foarte accentuate ale funcțiilor hepatice: hepatocitoliză sau parenchimală (ALAT, ASAT), metabolice (fibrinogen, indicele Quick, colesterol, colinesterază, retenția de BSP), mezenchimale (proteină serică, imunoglobulina), biloexcretorii (bilirubina totală, fosfataza)</li> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IIIA</b>, volum de 2 cm sau formă difuză, cu invazie vasculară</li> <li>- După chimioembolizare, radioembolizare</li> <li>- Ascită</li> <li>- Evoluție cirotică</li> <li>- Tipul histologic: grad mediu de diferențiere, de diferențiere joasă sau nediferențiat</li> </ul>                       | 70-75  | 30-25 |
| <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări grave ale funcțiilor hepatice</li> <li>- <b>Stadiul IIIB-IVA</b> al tumorii cu metastaze regionale</li> <li>- Transplant hepatic</li> <li>- Evoluție cirotică</li> <li>- Ascită</li> <li>- Tipul histologic: grad scăzut de diferențiere, sau nediferențiat</li> <li>- Formă difuză, cu invazie vasculară</li> </ul>   | 80-85  | 20-15 |
| <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări foarte grave, ireversibile ale funcțiilor hepatice și ale altor sisteme</li> <li>- <b>Stadiul IVB</b> – tumori multiple situate în ambii lobi ai ficatului sau alte stadii cu nediferențiere celulară</li> <li>- Variante de evoluție: hepatomegalie, hepatonecroză, obturație cu ictus sau forma mascată</li> <li>- Ciroză, ascită, poliserozită</li> </ul>   | 90-100 | 10-0  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| - Intoxicație specifică, citostatică, cașexie<br>- Maladie incurabilă<br>- Imobilizare la pat |  |  |
|---|--|--|

## Tumora malignă a vezicii biliare (C23) și a căilor biliare (C24)

**Definiție:** Proces malign din celulele și structurile holecistului și ale căilor biliare.

### Stadializare generală:

**Stadiul 0 (carcinoma in situ):**  $T_{is}N_0M_0$  – În acest stadiu, procesul tumoral este limitat la nivelul stratului celular mucos.

**Stadiul I** este împărțit în stadiul IA și IB:

**Stadiul IA:**  $T_1N_0M_0$  – Cancerul s-a răspândit la nivelul țesutului conjunctiv sau la stratul muscular al veziculei/căilor biliare.

**Stadiul IIA:**  $T_3N_0M_0$  – Tumora s-a extins la nivelul peritoneului visceral și/sau la nivelul ficatului sau al organelor învecinate.

**Stadiul IIB:**  $T_2N_1M_0$  – Tumora s-a extins dincolo de mucoasă în țesutul conjunctiv din jur sau la nivelul ganglionilor limfatici învecinați, sau la nivelul stratului muscular și al ganglionilor limfatici învecinați sau dincolo de stratul muscular în țesutul conjunctiv din jur și la nivelul ganglionilor limfatici învecinați, sau la nivelul peritoneului visceral, și/sau la nivelul ficatului, și/sau la nivelul organelor din vecinătate și al ganglionilor limfatici regionali.

**Stadiul III:**  $T_{1-3}N_{0-1}M_0$  – Tumora s-a extins la nivelul vaselor mari hepatice, la organele din jur sau la nivelul ganglionilor limfatici.

**Stadiul IV:**  $T_4N_{1-2}M_0$ ;  $T_{1-4}N_{0-2}M_1$  – Tumora a depășit ganglionii limfatici și/sau a diseminat la distanță.

**Cancerul veziculei biliare** poate fi împărțit în 2 grupe de tratament:

- **Stadiul I** (localizat) – rezecabil.
- **Stadiile II, III, IV** – nerezecabil.

### Barem de investigații:

- Teste funcționale hepatice.
- Biochimia sangvină.
- Ecografia abdominală.
- Tomografia computerizată (CT).
- RMN.
- Colangiografia retrogradă.

| Deficiențe funcționale și structurale | Deficiențele funcționale și structurale (%) | Capacitatea de muncă de bază (%) |
|---------------------------------------|---|----------------------------------|
|                                       |   |                                  |

|   |        |       |
|---|--------|-------|
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul 0-I</b></li> <li>- Proces evolutiv fără semne de obstrucție a căilor biliare</li> <li>- Cancer rezecabil</li> <li>- Histologic: grad înalt de diferențiere</li> </ul>  | 50-55  | 50-45 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IIA; IIB</b></li> <li>- Histologic: grad moderat de diferențiere</li> <li>- Cancer nerezecabil, după rezecție paliativă</li> <li>- Dereglări funcționale accentuate ale căilor biliare</li> </ul>         | 60-65  | 40-35 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul III</b></li> <li>- Histologic: grad de diferențiere joasă</li> <li>- După tratament radical</li> <li>- În faza de icter</li> </ul>  | 70-75  | 30-25 |
| <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul III; IV</b></li> <li>- După tratament chirurgical paliativ</li> <li>- Faza de icter</li> <li>- Histologic: cancer nediferențiat</li> <li>- Dereglări foarte accentuate ale funcției căilor biliare</li> </ul> | 80-85  | 20-15 |
| <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă incurabilă</li> <li>- Icter mecanic</li> <li>- Intoxicație specifică</li> <li>- Dereglări grave, decompensate ale căilor biliare</li> </ul>  | 90-100 | 10-0  |

### **Tumora malignă a pancreasului (C25)**

**Definiție:** *Cancerul pancreasului* este o tumoră malignă a pancreasului, din celule pancreatice.

**Regiunile anatomice ale pancreasului:**

1. Regiunea cefalică (C 25.0).
2. Corpul (C 25.1).
3. Regiunea caudală (C 25.2).
4. Tot pancreasul (C 25.8).

**Clasificare:**

- Cancer pancreatic exocrin.
- Cancer pancreatic endocrin.
- Cancerul ampular (carcinomul ampulei Water).

**Stadializare generală:**

**Stadiul 0** – TisN<sub>0</sub>M<sub>0</sub>; fără extindere, cancerul pancreatic este limitat la un singur strat de celule la nivelul pancreasului. În acest stadiu, cancerul nu este vizibil imagistic.

**Stadiul IA** – T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>; **stadiul IB** – T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>: creștere locală, cancerul este limitat la pancreas și are cel puțin 2 cm în diametru (stadiul A) sau mai mare de 2 cm în diametru (stadiul B).

**Stadiul IIA** – T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>; **stadiul IIB** – T<sub>1-3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>: extindere locală, cancerul pancreatic s-a extins dincolo de pancreas și/sau este prezent în ganglionii limfatici zonali.

**Stadiul III** – T<sub>4</sub>N orice M<sub>0</sub>: extindere mai mare, extindere la vasele de sânge mari din zonă. Până în acest stadiu cancerul nu este depistat în alte organe.

**Stadiul IV** – T orice N orice M<sub>1</sub>: extindere confirmată, cancerul pancreatic este găsit și în alte organe aflate la distanță.

**Clasificarea clinică TNM:**

**T** – Tumora primară.

**T<sub>x</sub>** – Nu s-au realizat examinările minime pentru aprecierea tumorii primare.

**T<sub>0</sub>** – Fără semne de tumora primară.

**T<sub>1</sub>** – Tumoră în limitele pancreasului.

**T<sub>1a</sub>** – Tumoră pînă la 2 cm în cea mai mare dimensiune.

**T<sub>1b</sub>** – Tumoră mai mare de 2 cm în cea mai mare dimensiune.

**T<sub>2</sub>** – Tumoră cu invadarea uneia din următoarele structuri: duoden, vezicula biliară, țesuturi adiacente ale pancreasului.

**T<sub>3</sub>** – Tumoră cu invadarea uneia din următoarele structuri: stomac, splină, colonul transvers. Vase sangvine principale, adiacente.

**N** – Ganglionii limfatici regionali.

**N<sub>x</sub>** – Nu s-au realizat examinările minime pentru aprecierea ganglionilor limfatici regionali.

**N<sub>0</sub>** – Nu sînt semne de afectare metastatică a ganglionilor limfatici regionali.

**N<sub>1</sub>** – Sînt semne de afectare metastatică a ganglionilor limfatici regionali.

**Barem de investigații:**

- Biochimia sangvină.
- Ecografia abdominală.
- Tomografia computerizată (Ct).
- RMN.

| <b>Deficiențe funcționale și structurale</b> | <b>Deficiențele funcționale și structurale (%)</b> | <b>Capacitatea de muncă de bază (%)</b> |
|--|--|---|
|  |  |   |

|   |       |       |
|---|-------|-------|
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stadiul I sau II al maladiei</li> <li>- Histologic: cu oricare grad de diferențiere</li> <li>- Cancer rezecabil</li> <li>- Deficiențe moderate ale funcției endocrine și de nutriție</li> <li>- Sindrom algic pronunțat, rezistent la stupefiante</li> </ul>                    | 60-65 | 40-35 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stadiul IIA sau IIB al maladiei</li> <li>- După tratament radical (pancreatotomie), cancer rezecabil</li> <li>- Sindrom algic pronunțat, rezistent la stupefiante</li> </ul>  | 70-75 | 30-25 |
| <p><b>Deficiențe severe / absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stadiul IIB, III al maladiei</li> <li>- În toate cazurile de confirmare a cancerului pancreatic cu deficiențe grave de digestie și de nutriție, indiferent de tratament</li> <li>- Cancer nerezecabil</li> <li>- Sindrom algic grav, rezistent la stupefiante</li> </ul> | 80-85 | 20-15 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stadiul III, IV al maladiei</li> <li>- Cancer nerezecabil, metastatic</li> <li>- Tratament paliativ</li> <li>- După pancreatectomie distală</li> <li>- Sindrom algic grav, rezistent la stupefiante</li> </ul>   | 90-95 | 10-5  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- După pancreatectomie totală</li> <li>- În toate cazurile de confirmare a cancerului pancreatic cu deficiențe foarte grave endocrine, de digestie și de nutriție</li> </ul>   | 100   | 0     |
| <p><b>NOTĂ:</b> În cazul situațiilor clinic asociate, evaluarea deficiențelor va fi individuală.</p>  |       |       |

## **Tumora malignă a bronhiilor și pulmonului (C34)**

**Definiție:** *Cancerul bronhopulmonar* este o tumoră malignă care se dezvoltă, de regulă, din epiteliu bronșic, invadând ulterior și parenchimul pulmonar. Carcinomul pulmonar se caracterizează printr-o creștere progresivă și arhaică (autonomă) a țesutului, cu compresia și infiltrarea invazivă și distructivă a organelor din jur, cu metastaze la distanță și intoxicația întregului organism.

### **I. Locul de debut al tumorii (se poate preciza doar în stadiile inițiale):**

- Cancerul central (proximal) – tumora malignă cu punctul de pornire din bronhiile mari (bronhiile principale, lobare, segmentare).

- Cancerul periferic – tumora malignă cu pornire din bronhiile mici, care se află mai aproape de periferie.

- Formele atipice (cerebrală, hepatică, osoasă, abdominală) ale cancerului bronhopulmonar se întâlnesc în cazul metastazelor la distanță în organele respective ale unui proces primar cu evoluție asimptomatică.

## II. Clasificarea histologică a tumorilor pulmonare:

- Carcinomul cu celule scuamatoase (carcinomul epidermoid).
- Cancerul bronhopulmonar (*small-cell*) microcelular – CBPSC (carcinomul cu celule mici).
- Cancerul bronhopulmonar (*non small-cell*) non-microcelular – CBPNSC (carcinomul cu celule mari).
- Adenocarcinomul (acinar, papilar, carcinom solid cu formare de mucus, adenocarcinom (carcinom) bronhoalveolar.

### Manifestări ale tabloului clinic:

#### Cancer central:

**Simptome primare** (locale): tuse, hemoptizie, dispnee, stridor, obstrucție bronșică, dureri în hemitorace.

**Semne secundare:** apar ca rezultat al asocierii procesului inflamator, afectării metastatice regionale sau la distanță (intratoracice, extratoracice).

**Simptome generale:** fatigabilitate, slăbiciune generală, scăderea capacității de muncă; manifestări paraneoplazice (febră, subfebrilitate, anorexie, scădere ponderală, astenie); manifestări extrapulmonare nemetastatice:

1) *endocrine* (producție inadecvată de hormon antidiuretic-ADH, secreție ectopică de hormon adrenocorticotrop-ACTH, hipercaliemie, sindrom carcinoid, ginecomastie);

2) *neurologice* (neuropatii periferice, mielopatie, degenerescență cerebrală);

3) *altele* (osteopatie hipertrofică, sindrom nefrotic, sindrom miastenic, polimiozită, dermatomiozită, tromboflebite migratoare, endocardită trombotică ne bacteriană).

Caracterul plîngerilor, apariția, dezvoltarea depinde de localizarea inițială în una din bronșii, tipul de creștere și răspîndirea procesului.

**Cancer periferic:** dureri în torace, dispnee, tuse, hemoptizie; simptome generale.

În stadiile tardive, cînd tumora se răspîndește pe o bronșie de calibru mare, îngustîndu-i lumenul, tabloul clinic devine similar cancerului central.

**Formele atipice:** Simptomatologia este determinată de metastazarea în organele și sistemele corespunzătoare: dureri osoase, fracturi patologice, obstrucție traheală, hepatomegalie, icter, deficite motorii, paralizii, cefalee, deficite senzoriale;

**Obiectiv:** Datele obiective în cazul cancerului pulmonar au importanță secundară în deosebi în cazul depistării precoce a cancerului pulmonar. La examen obiectiv poate fi depistat rămînerea în urmă la actul de respirație a hemitoracelui afectat, mărirea în volum a ganglionilor limfatici supraclaviculari, dilatarea venelor cervicale și toracice. Palpativ mărirea în volum a ficatului și ganglionilor limfatici. Percutor atelectazia plămînului, prezența lichidului în cavitatea pleurală. Auscultativ : se determină raluri și diminuarea murmurului vezicular în zonele atelectazate.

**Clasificarea histologică a tumorilor pulmonare (Clasificarea Internațională, Ediția I, Geneva, 1981):**

1. Carcinom pavimentos (cancer epidermoid) 8070/3:
  - Carcinom fusiform (pavimentos) 8074/3.
2. Carcinom cu celule mici 8041/3:
  - Carcinom cu celule în „în ovăz” 8042/3.
  - Carcinom cu celule polimorfe 8043/3.
  - Carcinom combinat cu celule „în bob de ovăz”.
3. Adenocarcinom 8140/3:
  - Adenocarcinom acinar 8550/3.
  - Adenocarcinom papilar 8260/3.
  - Cancer bronhoalveolar 8250/3.
  - Carcinom solid cu formare de mucozități 8230/3.
4. Carcinom macrocelular 8012/3:
  - Carcinom gigantocelular 8031/3.
  - Carcinom cu celule clare 8310/3.
5. Carcinom adeno-scuamatos 8560/3.
6. Tumor carcinoid 8240/3.
7. Carcinom al glandelor bronhiale:
  - Carcinom adenochistos 8200/3.
  - Carcinom mucoepidermoid 8430/3.
  - Alte tipuri.
8. Altele.

**Clasificarea anatomo-clinică:**

1. Cancer pulmonar central:
  - Endobronșic.
  - Peribronșic.
  - Ramificat.
2. Cancer pulmonar periferic:
  - Sferic.
  - Pneumoniform.
  - Cancer apical Pancoast – Tobias.
3. Formele atipice:
  - Mediastinal.
  - Carcinomatoză miliară.
  - Osoasă.
  - Cerebrală.
  - Cardiovasculară.
  - Gastrointestinală.
  - Hepatică.

**Stadializarea TNM a cancerului bronhopulmonar:**

|             |   |                  |
|-------------|---|------------------|
| Stadiul 0   | – | carcinom în situ |
| Stadiul IA  | – | T1N0M0           |
| Stadiul IB  | – | T2N0M0           |
| Stadiul IIA | – | T1N1M0           |
| Stadiul IIB | – | T2N1M0           |
|             |   | T3N0M0           |

|              |   |   |
|--------------|---|---|
| Stadiul IIIA | – | T3N1M0<br>T1N2M0<br>T2N2M0  |
| Stadiul IIIB | – | oricare T N <sub>1-2</sub> M0                                     |
| Stadiul IV   | – | oricare T oricare N M1<br>oricare T N <sub>3</sub> M <sub>0</sub> |

### **T – Tumoră primară.**

**T<sub>x</sub>** – Tumoră primară ce nu poate fi evidențiată radiologic, bronhoscopic, dar cu prezența celulelor neoplazice în spută sau în lavajul bronșic.

**T<sub>0</sub>** – Tumoră nedetectabilă.

**T<sub>is</sub>** – Tumoră în situ.

**T<sub>1</sub>** – Tumoră mai mică sau egală cu 3 cm în diametru a cărei invazie proximală nu depășește bronșică lobară sau tumoră superficială de orice mărime cu invazie limitată la peretele bronșic și a cărei invazie poate fi extinsă și la bronșia primitivă.

**T<sub>2</sub>** – Tumoră mai mare de 3 cm în diametru sau orice dimensiune care invadează pleura viscerală sau este situată la cel puțin 2 cm de carenă și care poate produce atelectazie lobară sau pneumonie.

**T<sub>3</sub>** – Tumoră de orice dimensiune ce invadează peretele toracic, inclusiv sindromul Pancoast-Tobias, pleura mediastinală, pericardul fibros, diafragma, nervul frenic și grăsimea mediastinală, sau care se găsește la mai puțin de 2 cm de carenă și care poate produce atelectazia sau pneumonia întregului plămân.

**T<sub>4</sub>** – Tumoră de orice dimensiune ce invadează carena, traheea, esofagul, mediastinul, cordul și vasele mari, corpurile vertebrale, ansa recurentului sau tumoră asociată cu revărsat pericardic și/sau pleural sau prezența nodulilor tumorali sateliți în același lob cu tumora primară.

### **N – Adenopatii metastatice.**

**N<sub>0</sub>** – Adenopatie metastatică absentă.

**N<sub>1</sub>** – Metastază adenopatică peribronșică și/sau hilară în ganglionii de aceeași parte sau metastază adenopatică intrapulmonară directă extensiei tumorii primare (stațiile 10 hilari, 11 interlobari, 12 lobari, 13 segmentari, 14 subsegmentari).

**N<sub>2</sub>** – Metastaze adenopaticice de aceeași parte, mediastinale și/sau subcarinale (stațiile 1 mediastinali superiori, 2 paratraheali superiori, 3 prevasculari și retrotraheali, 4 paratraheali inferiori și ganglioni crosei azygos, 5 subaortici, 6 paraaortici, 7 subcarinali, 8 paraesofagieni, 9 ai ligamentului triunghiular).

**N<sub>3</sub>** – Metastaze adenopaticice mediastinale controlaterale și/sau hilare, în ganglionii scalenici sau supraclaviculari, sau ipsilateral, sau controlateral.

### **M – Metastază la distanță.**

**M<sub>x</sub>** – Nu pot fi detectate metastaze la distanță.

**M<sub>0</sub>** – Absența metastazelor.

**M<sub>1</sub>** – Metastaze prezente.

## **Strategia terapeutică în funcție de stadiul bolii în cazul CBPNCS**

| <b>Stadiul I</b>   | <b>Stadiul II</b>  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratament chirurgical (+/- radioterapie adjuvantă)</li> <li>- Radioterapie curativă pentru pacienți care</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratament chirurgical (+/- radioterapie adjuvantă)</li> <li>- Radioterapie curativă pentru pacienți care</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
| <p>nu sînt candidați pentru chirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chimioterapie adjuvantă</li> <li>- Trialuri clinice (chimioterapie adjuvantă)</li> </ul>  | <p>nu sînt candidați pentru chirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Radioterapie după tratament chirurgical radical cu scop profilactic</li> <li>- Trialuri clinice (chimioterapie adjuvantă, chimioterapie neoadjuvantă)</li> </ul>  |
| <p><b>Stadiul III A</b><br/> <b>Boală nerezecabilă</b><br/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Radioterapie +/- chimioterapie</li> </ul> <b>Boală rezecabilă</b><br/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratament chirurgical +/-radioterapie +/- chimioterapie</li> <li>- Trialuri clinice (chimioterapie adjuvantă, chimioterapie neoadjuvantă)</li> </ul> </p> <p><b>Stadiul III B</b><br/> <b>Boală nerezecabilă</b><br/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chimioterapie +/- radioterapie +/- tratament chirurgical</li> <li>- Radioterapie</li> <li>- Chimioterapie (pacienți cu pleurezie malignă)</li> </ul> <b>Boală rezecabilă</b><br/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratament chirurgical</li> <li>- Chimioterapie +/- radioterapie +/- rezecție chirurgicală extinsă</li> <li>- Trialuri clinice (chimioterapie neoadjuvantă, chimioterapie adjuvantă)</li> </ul> </p> | <p><b>Stadiul IV</b><br/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chimioterapie</li> <li>- Radioterapie</li> <li>- Tratament chirurgical +/- chimioterapie +/- radioterapie (pentru tumori rezecabile și metastază cerebrală unică)</li> <li>- Trialuri clinice (regimuri noi de tratament medical)</li> </ul> </p> |

**Indicații pentru chimioterapie în cazul CBPNSC:**

- Poate fi considerată în calitate de tratament adjuvant în stadiile IB, II, III (3-4 cure).
- Poate fi considerată în calitate de tratament neoadjuvant în stadiile II, III (1-4 cure).
- În formele metastatice.
- În formele recidivate.
- Administrare intrapleurală la pacienți cu pleurezie malignă.

**Strategia terapeutică în funcție de stadiul bolii în cazul CBPSC**

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Stadiul I</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chimioterapie +/- radioterapie curativă</li> <li>- Tratamentul chirurgical (în lipsa verificării morfologice) + chimioterapie adjuvantă (+/- radioterapie adjuvantă)</li> <li>- Trialuri clinice (chimioterapie, radioterapie)</li> </ul> | <p><b>Stadiul II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chimioterapie +/- radioterapie curativă</li> <li>- Tratament chirurgical (în lipsa verificării morfologice) + chimioterapie adjuvantă (+/- radioterapie adjuvantă)</li> <li>- Trialuri clinice (chimioterapie, radioterapie)</li> </ul> |
| <p><b>Stadiul III</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chimioterapie + radioterapie curativă</li> <li>- Tratamentul chirurgical (în lipsa verificării morfologice) + chimioterapie adjuvantă</li> </ul>  | <p><b>Stadiul III</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chimioterapie + radioterapie curativă</li> <li>- Tratamentul chirurgical (în lipsa verificării morfologice) + chimioterapie adjuvantă (+/-</li> </ul>  |

|  |   |
|--|---|
| (+/- radioterapie adjuvantă)<br>- Trialuri clinice (chimioterapie, radioterapie) | radioterapie adjuvantă)<br>- Trialuri clinice (regimuri noi de tratament medical) |
|--|---|

#### **Indicații pentru chimioterapie în cazul CBPSC:**

- Poate fi considerată în toate stadiile bolii.
- Poate fi considerată în calitate de tratament adjuvant în stadiile incipiente (4-6 cure).
- În formele recidivate.
- Administrare intrapleurală la pacienți cu pleurezie malignă.

#### **Procedee chirurgicale în CBP:**

a) **Lobectomie** – este cea mai frecventă rezecție în cancerul bronhopulmonar. Lobectomia prezintă avantaje mari, legate de prezervarea pulmonară anatomică și funcțională, avînd o tolerabilitate mai mare pentru pacient decît pneumonectomia. Există: lobectomie superioară, inferioară, medie (numai pe dreapta).

b) **Lobectomie asociată cu tehnici bronhoplastice** – constă în extirparea lobului, la care se adaugă un segment din axul bronhic principal adiacent, urmată de reconstruirea acestuia prin sutura „cap la cap”, avînd drept scop prezervarea parenchimului pulmonar distal.

b) **Bilobectomiile** – intervenții chirurgicale care se referă doar la plămînul drept. Se practică în situațiile în care tumora invadează doi lobi (cel mai frecvent prin depășirea micii scizuri sau a marii scizuri, prin absența scizurii sau prin extensia endobronșică și perivasculară). Există: bilobectomie superioară, bilobectomie inferioară.

c) **Pneumonectomie** – este indicată în principal în situația în care se constată prin bronhoscopie infiltrația tumorală a bronhiei primitive. O altă indicație frecventă este extensia transcizurală a tumorii, chiar dacă tumora nu invadează axul bronhic principal. Se poate executa tehnic, clasic cu abordul extrapericardic al vaselor mari sau prin legătura intrapericardică a acestora (în situația în care disecția hilului pulmonar este dificilă și riscantă, sau vasele sînt invadate în porțiunea lor extrapericardică). Se poate asocia cu limfadenectomia mediastinală extinsă, rezecții parietale, diafragmatice, rezecții și reconstrucții traheale și ale marilor vase (în special vena cavă superioară).

d) **Segmentectomie** – a fost sugerată ca o tehnică posibilă, cu condiția cantonării leziunii tumorale într-un segment pulmonar sau necesare în cazul imposibilității funcționale a efectuării intervenției chirurgicale radicale lărgite.

e) **Rezecție atipică (marginală, superficială, „în clin”)** – intervenția chirurgicală necesară în cazul imposibilității funcționale a efectuării intervenției chirurgicale radicale.

f) **Toracotomie diagnostică** – intervenție chirurgicală necesară în cazul imposibilității funcționale a efectuării intervenției chirurgicale radicale pentru determinarea diagnosticului morfologic.

j) **Biopsia din ganglionul prescalenic (Daniels)** – este indicată în suspiciunea prezenței metastazelor tumorale în ganglionii cervicali.

i) **Biopsia parasternală** – este o intervenție chirurgicală necesară în cazul imposibilității funcționale a efectuării intervenției chirurgicale radicale pentru determinarea diagnosticului morfologic.

#### **Principii de tratament:**

- În majoritatea cazurilor, vindecarea ar fi posibilă numai printr-o rezecție chirurgicală completă, dar aceasta este posibilă numai în 15-20% din cazuri.

- Majoritatea pacienților cu cancere bronhopulmonare non-microcelulare (non-small cell) sînt diagnosticați în stadiul de boală avansată: loco-regional (stadiul III) și metastatică (IV).

- Stadiile localizate (I, II și III A) sînt considerate ca operabile și trebuie tratate cu chirurgie de primă intenție. Procedura chirurgicală standard este lobectomia sau bilobectomia cu rezultate echivalente cu pneumectomia; rezecția segmentară prezintă un risc substanțial de recidivă locală.

- Radioterapia toracică, considerată ca tratament standard pentru CBP inoperabile, local-avansate, determină remisiuni pe tratament lung în numai 10% din cazuri.

- Rezultatele obținute după radioterapia (RT) singură în formele local-avansate sînt nesatisfăcătoare: timpul mediu de supraviețuire este de **9-13** luni, supraviețuirea la 2 ani este de **15-20%** și supraviețuirea la 5 ani este de 3-5% dintre pacienți.

- Din aceste motive, majoritatea pacienților diagnosticați cu cancere bronhopulmonare non-small cell (CBPNSC) sînt potențiali candidați pentru chimioterapie paliativă.

- Chimioterapia paliativă se poate administra numai la pacienții cu un bun statut de performanță (OMS 0-1, IK>70%) și la pacienții care prezintă comprehensiune psihosocială pentru acest tratament.

- Pacienții cu statut de performanță depreciat (IK<60%), cu pierdere ponderală și comorbidități asociate la momentul diagnosticului prezintă un prognostic nefavorabil, cu o speranță de viață de la 5 pînă la 7 luni, ce nu poate fi prelungită prin chimioterapie sau radioterapie; în aceste situații se recomandă tratamentul simptomatic.

- Nici una dintre asociațiile actuale de chimioterapie nu au demonstrat o superioritate evidentă față de celelalte în studiile clinice de fază III (tabel). Din acest motiv, regimurile de chimioterapie vor fi selectate în funcție de efectele secundare și costuri. O terapie agresivă asociată cu efecte secundare severe nu este indicată.

- În stadiile local-avansate inoperabile și nerezecabile (stadiul III B), dar fără metastaze la distanță (majoritatea pacienților) se va preconiza un regim de chimioterapie pe bază de Cisplatin (2 pînă la 4 cicluri) și radioterapie cu ameliorare a supraviețuirii numai la pacienții cu stare generală bună și fără pierdere importantă ponderală. Chimioterapia neoadjuvantă și radioterapia secvențială sau concomitentă cu chirurgie subsecventă au determinat rezultate promițătoare.

### **Barem de investigații:**

#### *Obligatorii:*

- Hemograma.
- Sputograma.
- Urograma.
- Probele hepatice.
- Proteinele.
- Ureea.
- Fosfotaza alcalină.
- Glucoza sîngelui.
- Electroliții serici.
- Investigațiile citologice.
- Radiograma cutiei toracice în 2 proiecții.
- Tomogramele.
- Tomografia computerizată.
- Fibrobronhoscopia.
- Investigațiile ultrasonore.
- ECG.
- Spirograma.

#### *Suplimentare:*

- Tomografia spiralată, prin rezonanță magnetică, nucleară.
- Scanarea scheletului osos.
- Toracosopia.
- Dopler-ECOCCG.
- Bodypletismografia cu DLCO.
- Gazimetria sîngelui.

| <b>Deficiențe funcționale și structurale</b>  | <b>Deficiențele funcționale și structurale (%)</b> | <b>Capacitatea de muncă de bază (%)</b> |
|---|--|---|
| <p><b>Deficiențe respiratorii medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă stadiul I (T1 N0 M0, T2N0M0).</li> <li>- Evoluție anatomică: tumoră cu volum pînă la 3 cm în diametru în segment, lob sau bronh periferic, fără a pătrunde în exteriorul bronhului lobar și a pleurei viscerale, localizare periferică (tumoră rotundă), partea superioară (formă pneumonie)</li> <li>- Histologic: cancer cu grad superior de diferențiere.</li> <li>- Compensare suficientă a disfuncțiilor după tratament radical</li> <li>- Dereglări moderate ale funcției respiratorii manifestate prin IR gr.I, I-II cu sau fără IC I NYHA</li> <li>- Activitatea vieții zilnice cu limitări ușoare.</li> </ul>           | 40-55  | 60-45                                   |
| <p><b>Deficiențe respiratorii accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă stadiul II A (T1 N1M0)</li> <li>- Tipul anatomic: pavimentos sau adenocarcinom cu volum 3-5 cm în diametru, localizată în segment, lob sau bronh periferic, fără a pătrunde în exteriorul acestor structuri și nu atinge pleura viscerală, cu localizare periferică</li> <li>- Tipul histologic: adenocarcinom fără sau cu cheratinizare a celulelor diferențiate</li> <li>- Compensare puțin suficientă a funcțiilor alterate după tratament</li> <li>- Dereglări accentuate ale funcției respiratorii manifestate prin IR gr.I-II, II cu IC II NYHA</li> <li>- Activitatea vieții zilnice cu limitări parțiale</li> </ul> | 60-65  | 40-35                                   |
| <p><b>Deficiențe respiratorii accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă stadiul II B cu metastaze unice regionale (T2 N1 M0, T3N0M0)</li> <li>- Tipul anatomic: localizare periferică sau peribronhială</li> <li>- Tipul histologic: adenocarcinom cu cheratinizare sau celule</li> </ul>   | 70   | 30                                      |

|  |        |      |
|--|--------|------|
| <p>polimorfe moderat diferențiate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări accentuate ale funcției respiratorii manifestate prin IR gr. II cu IC II-III NYHA</li> <li>- Activitatea vieții zilnice cu limitări parțiale</li> </ul> <p><b>Deficiențe respiratorii accentuate cu unele din următoarele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă stadiul IIIA (T3N1M0, T1N2M0, T2N2M0)</li> <li>- Evoluție anatomică: tumoră cu localizare periferică sau peribronhială cu volum de peste 5cm în diametru, fără sau cu pătrundere în exteriorul bronhului lobar spre lobul vecin și limitat. Este posibilă penetrarea pleurei viscerale, parțial în bronhul central sau diafragmă</li> <li>- Tipul histologic: nediferențiat</li> <li>- Dereglări accentuate ale funcției respiratorii manifestate prin IR gr. II, II-III cu IC II-III NYHA</li> <li>- Activitatea vieții zilnice cu limitări parțiale</li> </ul> | 75     | 25   |
| <p><b>Deficiențe respiratorii severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă stadiul IIIB cu multiple metastaze regionale (orice T N1-2 M0)</li> <li>- Localizare anatomică centrală sau atipică</li> <li>- Tipul histologic: celule nediferențiate</li> <li>- Dereglări severe ale funcției respiratorii manifestate prin IR gr. II-III sau III. IC III NYHA. Dereglări accentuate ale altor funcții cu progresare</li> <li>- Manifestări clinice severe. Intoxicație canceroasă</li> <li>- Activitatea vieții zilnice cu limitări severe. Dependent de ajutor și îngrijire permanentă din partea altei persoane</li> </ul>  | 80     | 20   |
| <p><b>Deficiențe respiratorii severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă stadiul IV cu multiple metastaze regionale (oricare T, oricare N, M0-1)</li> <li>- Structura anatomică: volum diferit cu pătrundere în organele vitale sau structuri vitale (vena cavă superioară, aortă, esofag), cu răspândire largă în mediastin, cutia toracică, diafragmă, fără metastaze regionale sau complicații grave din partea esofagului, deficit ponderal</li> <li>- Dereglări accentuate și severe ale altor funcții vitale cu progresare. Intoxicație canceroasă</li> <li>- Dereglări severe ale funcției respiratorii manifestate prin IR gr. III</li> <li>- Activitatea vieții zilnice cu limitări severe. Dependent de ajutor și îngrijire permanentă din partea altei persoane</li> </ul>   | 85     | 15   |
| <p><b>Deficiențe respiratorii absolute cu unele din următoarele</b></p>  | 90-100 | 10-0 |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p><b>semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă stadiul IV cu multiple metastaze locale sau la distanță, răspîndire largă</li> <li>- Complicații grave, progresante, ireversibile. Intoxicație canceroasă. Tumoră incurabilă</li> <li>- Dereglări severe ale funcției respiratorii și a altor funcții vitale</li> <li>- Activitatea vieții zilnice cu limitări totale. Practic ținut la pat.</li> </ul> <p>Dependență totală de ajutor și îngrijire permanentă din partea altei persoane</p> |  |  |
|---|--|--|

### Bibliografie

1. V.Serbin. Expertiza medicală a vitalității. 2006.
2. Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF). OMS 2007.
3. Hotărîrea Guvernului RM nr.688 din 20.06.2006, cu modificări.
4. Legea RM nr.289-XV din 22.07.2004.
5. Hotărîrea Guvernului RM nr.469 din 24.05.2005.
6. Ordinul MS al RM N-490 din 15.07.2010.
7. Ordinul comun al MPSFC și MS nr.13/23 din 30.01.2009.
8. Ghidul „Recomandările Societății Europene de Oncologie Medicală (ESMO) pentru diagnosticul, tratamentul și urmărirea postterapeutică în afecțiunile oncologice”. Aprobata prin Ordinul MS nr.1221 din 16.09.2010. România.
9. Ghid de oncologie. G.Țîbîrnă. Chișinău. 2003.
10. Pneumologie. V. Botnaru. Chișinău. 2009.
11. WWW.scribd.com./doc/16593530/cancerul-bronhopulmonar
12. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. М.В. Коробов. В.Т.Поникова. С.Петербург. 2005.
13. Criterii medico-psihosociale de încadrare în grad de handicap. Ordin nr. 762/1992 din 31.07.2007 și din 2011 emis de MPSFEȘ și MSP. România.
14. Tumorile maligne ale plămînului. Protocol clinic național. 2010. Chișinău.
15. Ordinul MPSFC și MS nr.81/329 din 14.08.2007. Criteriile determinării gradelor de invaliditate.

### Tumora malignă a sînului (C50)

**Definiție:** *Tumora malignă a sînului* este un proces malign care se dezvoltă din epiteliul ductal sau lobular al glandei mamare.

Cancerul Padget este una dintre formele cancerului glandei mamare, care se dezvoltă din epiteliul mamelonului.

Cancerul *in situ* este o formă de cancer intraepitelial, fără invazie a țesuturilor subepiteliale.

Extinderea procesului tumoral reprezintă afectarea tumorală a glandei mamare și a ganglionilor limfatici regionali externi.

Generalizarea procesului tumoral presupune apariția metastazelor CGM la distanță: în ganglionii limfatici neregionali, alte țesuturi, organe și sisteme.

### Clasificarea (gruparea) cancerului mamar pe stadii clinice:

|                     |   |  |
|---------------------|---|--|
| <b>Stadiul I</b>    | – | T1N0M0                                 |
| <b>Stadiul IIa</b>  | – | T0N1M0; T1N1M0; T2N0M0                 |
| <b>Stadiul IIb</b>  | – | T2N1M0; T3N0M0                         |
| <b>Stadiul IIIa</b> | – | T0N2M0; T1N2M0; T2N2M0; T3N1M0; T3N2M0 |
| <b>Stadiul IIIb</b> | – | T4N0M0; T4N1M0; T4N2M0                 |
| <b>Stadiul IIIc</b> | – | orice T N3M0;                          |
| <b>Stadiul IV</b>   | – | orice T, orice N M1                    |

### Barem de investigații:

- Indicii clinici și biochimici ai sîngelui.
- Indicii hemodinamici.
- Radiografia cutiei toracice, la necesitate tomografia.
- ECG.
- USG organelor abdominale (ficatului) și ale bazinului mic.
- Scintigrafia sistemului osos,
- Consultul oncologului, reabilitologului și psihoterapeutului, obligatoriu.

| <b>Deficiențele funcționale și structurale</b>   | <b>Deficiențe funcționale și structurale (%)</b> | <b>Capacitatea de muncă de bază (%)</b> |
|--|--|---|
| <p><b>Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Carcinom in situ</b> (intraepitelial, preinvaziv), intraductal sau lobular in situ sau maladia Padget a mamelonului fără tumoră decelabilă</li> <li>- Evoluție anatomică: intraepitelial, preinvaziv intraductal sau lobular in situ sau maladia Padget a mamelonului fără tumoră decelativă</li> <li>- Tipul histologic: carcinom bine diferențiat (G1) “comedo” Ca</li> <li>- Tratament radical fără recidive, starea generală satisfăcătoare, restabilire psihologică totală, normalizarea indicilor paraclinici, fără complicații</li> <li>- Criteriile date sînt valabile pentru cazurile care nu necesită tratament specific</li> </ul> | 25-35  | 75-65                                   |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii I T1N0M0</b> – tumoră între 0,1 și 2cm (T1a, T1b, T1c)</li> </ul>  | 40   | 60-45                                   |

|   |       |       |
|---|-------|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evoluție anatomică: nodulară, localizare în cadranul supero-extern sau infero-extern a glandei mamare</li> <li>- Tipul histologic: adenocarcinom bine diferențiat (G1)</li> <li>- Tratament radical fără recidive, starea generală satisfăcătoare, restabilire psihologică totală, normalizarea indicilor paraclinici, fără complicații</li> </ul>   |       |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IIA</b> T0N1M0; T1N1M0; T2N0M0 – tumora între 2 și 5 cm în dimensiunea sa cea mai mare</li> <li>- Evoluție anatomică: localizare în cadranul supero-extern sau infero-extern, fără răspîndire în țesutul adipos și tegumente</li> <li>- Metastaze prezente în ganglionii axilari, mobili ipsilaterali (N1)</li> <li>- Tipul histologic: adenocarcinom moderat diferențiat (G2)</li> <li>- Disfunțiile secundare tratamentelor de eradicare combinată, care nu limitează exercițiul funcțional profesional, cu excepția muncilor fizice grele și solicitante</li> <li>- Reacțiile și incidentele postiradiante minore (dermatite, eroziuni etc.)</li> <li>- Limfostaza de gradul I-II la nivelul membrului superior (circumferința umărului afectat este cu 2-3 cm mai mare decât a celui sănătos)</li> <li>- Contractura scapulo-humerală de grad minim, diminuarea amplitudinii de mișcare (abducție 160-120<sup>0</sup>)</li> </ul> | 45-50 | 55-50 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IIB</b> T2N1M0; T3N0M0 – tumora primară între 2 și 5 cm; T3N0M0 – tumora primară mai mare de 5 cm</li> <li>- Evoluție anatomică: preponderent nodoasă infiltrativă cu localizare în orice cadran sau central</li> <li>- Metastaze prezente în ganglionii axilari, mobili homolaterali (N1)</li> <li>- Tipul histologic: adenocarcinom slab diferențiat (G3)</li> <li>- Reacțiile și incidentele postiradiante moderate (dermatite, eroziuni etc.)</li> <li>- Limfostaza de gr. II la nivelul membrului superior (circumferința umărului afectat este cu 3 cm mai mare decât celui sănătos)</li> <li>- Contractura scapulo-humerală de grad mediu (abducție 150-110<sup>0</sup>)</li> </ul>  | 55    | 45    |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IIIA</b> T0N2M0; T1N2M0; T2N2M0; T3 N1M0; T3N2M0 – tumora mai mare de 5 cm (T3)</li> <li>- Evoluție anatomică: pătrundere în țesuturile glandei mamare, inclusiv în țesutul adipos și muscular, creștere mixtă nodular-difuză</li> <li>- Metastaze în ganglionii limfatici axilari ipsilaterali fixați între ei (N2)</li> <li>- Tipul histologic : adenocarcinom slab diferențiat (G3)</li> <li>- Complicații și fenomene adverse definite de radioterapie, chimioterapie sau medicația hormonală, dar cu prognostic proliferativ și recidivant relativ favorabil</li> <li>- Limfostaza de gr. II la nivelul membrului superior cu 4-5 cm peste circumferința normală a umărului sănătos</li> <li>- Sindrom scapulo-humeral pe partea afectată manifestat prin limitare</li> </ul>   | 60-75 | 40-25 |

|   |       |      |
|---|-------|------|
| <p>pronunțată a mișcărilor în articulația umărului (unghiul de abducție 140-100<sup>0</sup>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Semne ușoare de tromboflebită a venei axilare și sindrom slab de plexită ce limitează accentuat gesticulația unilaterală</li> </ul>   |       |      |
| <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IIIB</b> T4N0M0; T4N1M0; T4N2M0</li> <li>- Metastaze în ganglionii limfatici axilari mobili ipsilaterali, fixați, conglomerat (N2)</li> <li>- Evoluție anatomică : tumora de orice dimensiune cu extindere directă la peretele toracic sau piele (T4)</li> <li>- Tipul histologic: carcenom slab diferențiat (G3)</li> <li>- Limfostaza de gr. II-III la nivelul membrului superior cu 5 cm peste circumferința normală a umărului sănătos, care necesită cure prelungite de terapie recuperatorie</li> <li>- Sindrom scapulo-humeral foarte accentuat pe partea afectată, manifestat prin limitare pronunțată a mișcărilor în articulația umărului (unghiul de abducție 130-90<sup>0</sup>)</li> </ul>  | 80    | 20   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IIIC</b> orice T N3 M0</li> <li>- Metastaze în ganglionii limfatici subclaviculari (N3a) ipsilaterali, cu sau fără afectarea ganglionilor limfatici axilari sau a ganglionilor intramamari (N3b), axilari ipsilaterali; sau metastaze supraclaviculare (N3c) și axilare, cu sau fără afectarea metastatică a ganglionilor limfatici intramamari ipsilaterali</li> <li>- Evoluție anatomică: tumora primară mai mare de 5 cm, creștere nodulară difuză</li> <li>- Tip histologic: slab diferențiat (G3)</li> <li>- Limfostaza de gr. III a mîinii colaterale afectului, creștere cu 5 cm și mai mult a perimetrului humeral, care necesită corective medico-recuperatorii (cu efect relativ)</li> <li>- Contractura articulației scapula-humerale coboară la 120-90<sup>0</sup></li> <li>- sau Apariția recidivelor</li> </ul> | 85    | 15   |
| <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IV</b> orice T orice N M1, cu extindere largă pe peretele toracic sau cu ulceratie răspîndită, edem total al glandei, erizipel</li> <li>- Evoluția anatomică: răspîndire cu fixare pe peretele cutiei toracice și alte structuri</li> <li>- Tipul histologic: celule nediferențiate (G4)</li> <li>- Limfostaza de gr. III a mîinii colaterale afectului, creștere cu 5 cm și mai mult a perimetrului humeral, care necesită corective medico-recuperatorii (cu efect relativ)</li> <li>- Contractura articulației scapula-humerale coboară la 100-90<sup>0</sup></li> <li>- Apariția recidivelor sau a metastazelor la distanță</li> </ul>   | 90-95 | 10-5 |

|  |     |   |
|--|-----|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Generalizarea procesului tumoral pe fond de tratament sau după tratament paliativ</li> <li>- Pierderea totală a abilităților vitale de autodeservire cu necesitate de îngrijire permanentă din partea altei persoane</li> </ul> | 100 | 0 |
|--|-----|---|

### NOTĂ:

În evaluarea procentului deficiențelor funcționale și structurale se va ține cont de complicațiile după tratamentul specific (post-chimio și radioterapie):

- Hepatite toxice, ciroze.
- Distrofia miocardului, miocardite.
- Neurite, polineurite, paretezii, encefalopatii.
- Dereglări hematopoetice (anemie, trombocitopenie, leucopenie).
- Pulmonite, pneumofibroze cu sau fără insuficiență respiratorie.
- Tulburări ale metabolismului endocrin.
- Dereglări menstruale în perioada reproductivă.
- Fibroze postradiante ale țesuturilor moi (local).

### Bibliografie

1. Țibîrnă Gh. Ghid clinic de oncologie. Chișinău, 2003.
2. Cernat V., Sofroni D. Reabilitarea medico-socială și invaliditatea oncologică. Chișinău, 2005.
3. Serbin V., Grejdeanu T. Expertiza medicală a vitalității. Chișinău, 2006.

### Cancerul de col uterin (C53)

**Definiție:** *Cancerul cervical* este o maladie oncologică a țesutului colului uterin care, de obicei, se dezvoltă lent, pe fundalul unor anomalități precanceroase ale colului uterin și, chiar dacă s-a instalat, progresează treptat și gradual, fiind cel mai prevenibil tip de cancer, și este tratat reușit în stadiile precoce.

Examenul citologic Papanicolau și testul la virus papilomei umane pot facilita depistarea maladii în debutul bolii.

#### Clasificarea pe stadii clinice:

Stadiul 0 (Tis)

Stadiul I (T1)

Stadiul IA (Ta)

Stadiul IA1 (T1a1)

Stadiul IIA (T2a)

Stadiul IIB (T2b)

Stadiul III (T3)

Stadiul IIIA (T3a)

Stadiu IA2 (T1a2)  
 Stadiu IB (T1b)  
 Stadiu IB1 (T1b1)  
 Stadiul IB2 (T1b2)  
 Stadiu II (T2)

Stadiul IIIB (T3b)  
 Stadiul IVA (T4)  
 Stadiul IVB (M1)

**Barem de investigații:**

- Indicii clinici și biochimici ai sîngelui.
- Indicii hemodinamici.
- Datele examinării ginecologice și rectovaginale (la necesitate examenul citologic).
- La suspectarea extinderii procesului – cistoscopia și rectoromanoscopia.
- În complicațiile urologice – urografia excretoră, ureea, creatinina.
- USG abdominală și bazinului mic.
- Tomografia computerizată, după caz

| <b>Deficiențe funcționale și structurale</b>  | <b>Deficiențele funcționale și structurale (%)</b> | <b>Capacitatea de muncă de bază (%)</b> |
|---|--|---|
| <p><b>Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul 0</b>, carcinom in situ, preinvasiv</li> <li>- Celulele tumorale se găsesc numai în primul strat de celule ale cervixului și nu au invadat straturile profunde</li> <li>- Tipul histologic: celule plane fără cheratinizare</li> <li>- După tratament radical fără complicații și prognostic favorabil</li> </ul>  | 25   | 75                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IA</b>, carcinomul invaziv diagnosticat doar prin examen histologic</li> <li>- Cancerul nu invadează țesutul în adîncime mai mult de 0,3 cm și în extindere – mai mult de 0,7 cm</li> <li>- Tipul histologic: carcinom epidermoid</li> <li>- Prezența unor fenomene post iradiante (dermatite, rectite, cistite etc.)</li> <li>- Sindrom postcastrațional cu semne minore de expresie</li> <li>- Tratament radical cu prognostic favorabil</li> </ul> | 30-35  | 70-65                                   |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IB</b>, tumora este localizată</li> <li>- Poate fi văzută numai la microscop și este mai adîncă de 0,5 cm și mai răspîndită de 0,7 cm sau se poate observa și fără microscop și poate fi mai mare de 4cm</li> <li>- Tipul histologic: carcinom epidermoid</li> <li>- Prezența unor fenomene postiradiante (dermatite, rectite, cistite etc.)</li> </ul>                             | 40   | 60                                      |

|   |       |       |
|---|-------|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sindrom postcastrațional cu semne minore de expresie</li> <li>- Tratament radical cu prognostic favorabil</li> </ul>   |       |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IIA</b>, tumoră cu extindere dincolo de cervix pînă în cele două treimi superioare ale vaginului, dar nu și în țesuturile din jurul uterului</li> <li>- Tipul histologic: celule diferențiate plane sau adenocarcinom</li> <li>- Prezența unor fenomene postiradiante (dermatite, rectite, cistite etc.)</li> <li>- Sindrom postcastrațional cu semne moderate de expresie</li> <li>- Tratament radical complex</li> <li>- Prognostic favorabil</li> </ul>  | 45    | 55    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IIB</b>, tumoră cu extindere dincolo de cervix pînă în cele două treimi superioare ale vaginului și în țesuturile din jurul uterului</li> <li>- Tipul histologic: celule diferențiate plane, adenocarcinom sau celule mici</li> <li>- Prezența unor fenomene postiradiante (dermatite, rectite, cistite etc.)</li> <li>- Sindrom postcastrațional cu semne moderate de expresie</li> <li>- Tratament complex</li> <li>- Prognostic favorabil</li> </ul>   | 50-55 | 50-45 |
| <b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b>   |       |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IIIA</b>, tumoră cu extindere în treimea inferioară, fără extindere la peretele pelvian</li> <li>- Tipul histologic: celule plane, adenocarcinom sau celule mici</li> <li>- Prezența unor fenomene postiradiante (dermatite, rectite, cistite etc.)</li> <li>- Sindrom postcastrațional cu semne între moderate și accentuate de expresie</li> <li>- Deficit ponderal de grad mediu</li> <li>- Tratament complex</li> <li>- Prognostic rezervat</li> </ul>  | 60-65 | 40-45 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IIIB</b>, tumoră cu extindere la peretele pelvian și/sau formațiunea canceroasă s-a mărit, astfel încît să blocheze ureterele, care pot duce la mărirea rinichilor sau la încetarea funcției lor. Tumora poate invada și nodulii limfatici din pelvis</li> <li>- Prezența unor fenomene postiradiante locale și generale de intensitate moderată</li> <li>- Sindrom postcastrațional cu semne accentuate de expresie</li> <li>- Deficit ponderal de grad mediu</li> <li>- <i>sau</i> Tratament neradical în alte stadii ale tumorii</li> <li>- Tratament ineficient</li> <li>- Prognostic rezervat</li> </ul> | 70-75 | 30-25 |
| <b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b>   |       |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IVA</b>, tumoră cu extindere la vezica urinară sau</li> </ul>   | 80-85 | 20-15 |

|   |        |      |
|---|--------|------|
| <p>peretele rectal, sau la nodulii limfatici din pelvis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tip histologic: celule nediferențiate</li> <li>- Prezența de fistule vezico-vaginale sau vagino-intestinale permanente funcționale</li> </ul> <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IVB</b>, tumoră cu extindere dincolo de pelvis și nodulii limfatici pelvieni, la alte părți ale organismului, ca abdomenul, ficatul, tractul intestinal sau plămîinii</li> <li>- Tip histologic: celule nediferențiate</li> <li>- Prezența de fistule vezico-vaginale sau vagino-intestinale permanente funcționale</li> <li>- Stare generală extrem de gravă, necesită îngrijire permanentă din partea altei persoane</li> </ul> <p><b>Tumora cervicală recurentă</b><br/>Tumora cervicală recurentă este tumora care recidivează după ce a fost tratată și care poate recidiva la nivelul cervixului sau în alte zone ale corpului.</p> | 90-100 | 10-0 |
|---|--------|------|

### **Recomandări de muncă**

**Deficiențe funcțional-structurale ușoare:**

Capacitatea de muncă este în general păstrată.

Poate presta în continuare muncă cu program normal. Se poate recomanda schimbarea locului de muncă, pentru evitarea unor activități cu expunere la acțiunea noxelor, temperaturi înalte, factori ionizanți.

**Deficiențe funcțional-structurale medii:**

Capacitatea de muncă este pierdută pe jumătate.

Pot lucra în continuare la vechiul loc de muncă, la un loc de muncă protejat sau să schimbe locul de muncă, pentru a nu fi expuse la factori de risc:

- solicitări fizice și psihoemoționale majore;
- noxe profesionale agresive (substanțe toxice), temperaturi înalte;
- factori meteorologici nefavorabili (ionizanți).

**Deficiențe funcțional-structurale accentuate:**

Capacitatea de muncă este pierdută mai mult de jumătate.

Pot lucra în continuare la vechiul loc de muncă, la un loc de muncă protejat sau să schimbe locul de muncă cu un program de muncă redus, astfel ca să nu fie expuse la factori de risc:

- solicitări fizice grele și necalificate;
- solicitări psihoemoționale majore;
- noxe profesionale agresive (substanțe toxice) temperaturi înalte;
- factori meteorologici nefavorabili (ionizanți).

**Deficiențe funcțional-structurale severe:**

Capacitatea de muncă este pierdută și se poate propune de la caz la caz, în raport cu starea capacității de autodeservire.

Activitate de muncă foarte redusă cu acțiuni psihoterapeutice benefice, având nevoie să fie supravegheate, după caz, de asistenții instituțiilor medico-sociale.

**Deficiențe funcțional-structurale absolute:**

Poate exercita unele acțiuni foarte limitate de autodeservire. Necesită îngrijire și supraveghere permanentă din partea altei persoane, sau după caz – de asistenții instituțiilor medico-sociale.

## Cancerul de corp uterin (C54)

**Clasificarea (gruparea) pe stadii clinice:**

|                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| Stadiul 0 (Tis)   | Stadiul IIB (T2b)  |
| Stadiul I (T1)    | Stadiul III (T3)   |
| Stadiul IA (T1a)  | Stadiul IIIA (T3a) |
| Stadiul IB (T1b)  | Stadiul IIIB (T3b) |
| Stadiul IC (T1c)  | Stadiul IIIC (N1)  |
| Stadiul II (T2)   | Stadiul IVA (T4)   |
| Stadiul IIA (T2a) | Stadiul IVB (M1)   |

**Barem de investigații:**

- Indicii clinici și biochimici ai sîngelui.
- Indicii hemodinamici.
- Datele examinării ginecologice și rectovaginale (la necesitate examenul citologic).
- La suspectarea extinderii procesului – cistoscopia și rectoromanoscopia.
- În complicațiile urologice – urografia excretoră, ureea, creatinina.
- USG abdominală și bazinul mic.
- R-grafia plămînilor.
- Tomografia computerizată, după caz.
- Consultul oncologului, reabilitologului și psihoterapeutului, obligatoriu.

| <b>Deficiențe funcționale și structurale</b>                | <b>Deficiențele funcționale și structurale (%)</b> | <b>Capacitatea de muncă de bază (%)</b> |
|---|--|---|
| <b>Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b> |  |   |
| - <b>Stadiul 0</b> , carcinom in situ (carcinom preinvaziv) | 25-35  | 75-65                                   |

|   |       |       |
|---|-------|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tip histologic: adenocarcinom cu grad superior de diferențiere</li> <li>- Tratament radical cu sau fără complicații ușoare</li> </ul> <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p>  |       |       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IA</b>, tumoră limitată la endometru, volumul pînă la 0,5 cm, fără metastaze regionale</li> <li>- Tip histologic: adenocarcinom cu grad superior de diferențiere</li> <li>- Prezența unor fenomene postiradiante (dermatite, rectite, cistite)</li> <li>- Sindrom postcastrațional corespunzător gradului mediu de expresie</li> <li>- Tratament radical cu prognostic favorabil</li> </ul>   | 40    | 60    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IB</b>, tumoră cu invazie mai puțin de 50% din miometru pînă la 1,0 cm, fără metastaze regionale</li> <li>- Tip histologic: adenocarcinom bine diferențiat</li> <li>- Prezența unor fenomene postiradiante (dermatite, rectite, cistite)</li> <li>- Sindrom postcastrațional corespunzător gradului mediu de expresie</li> <li>- Tratament radical eficient cu prognostic favorabil</li> </ul>  | 45    | 55    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IC</b>, tumoră cu invazie mai mult de 50% din miometru peste 1,0 cm, fără a fi afectat stratul seros</li> <li>- Tip histologic: adenocarcinom suficient diferențiat</li> <li>- Prezența unor fenomene postiradiante (dermatite, rectite, cistite)</li> <li>- Sindrom postcastrațional corespunzător gradului mediu de expresie</li> <li>- Tratament radical eficient cu prognostic favorabil</li> </ul> <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p>  | 50-55 | 50-45 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii II</b>, tumoră cu invazia colului, dar care nu depășește limitele uterului, fără a fi depistate metastaze limfatice</li> <li>- Tip histologic: adenocarcinom moderat diferențiat</li> <li>- Prezența unor fenomene postiradiante (dermatite, rectite, cistite)</li> <li>- Sindrom postcastrațional corespunzător gradului mediu de expresie</li> <li>- Tratament radical eficient cu prognostic favorabil</li> </ul>  | 60-65 | 40-35 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IIIA</b>, tumoră cu invazie în învelișul seros al uterului și/sau al anexelor (extensie directă sau metastatică) și /sau cu citologia pozitivă în ascită sau în lavaj peritoneal</li> <li>- Tip histologic: adenocarcinom slab diferențiat</li> <li>- Prezența fenomenelor postiradiante locale și generale de intensitate accentuată</li> <li>- Manifestările sindromului postcastrațional corespunzătoare gradului accentuat de intensitate</li> <li>- Deficit ponderal de valori medii</li> <li>- Tratament radical cu prognostic rezervat</li> </ul> <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> | 70-75 | 30-25 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IIIB</b>, tumora implică vaginul (extensie directă sau</li> </ul>   | 80-85 | 20-15 |

|  |        |     |
|--|--------|-----|
| <p>metastatică)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tip histologic: adenocarcinom slab diferențiat</li> <li>- Prezența fenomenelor postiradiante locale și generale de intensitate foarte accentuată</li> <li>- Manifestările sindromului postcastrațional corespunzătoare gradului accentuat de intensitate</li> <li>- Deficit ponderal de valori accentuate</li> <li>- Tratament neradical cu prognostic rezervat</li> </ul>  |        |     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IIIC</b>, adenopatie metastatică pelviană și/sau paraortală</li> <li>- Tip histologic: adenocarcinom slab diferențiat</li> <li>- Prezența fenomenelor postiradiante locale și generale de intensitate foarte accentuată</li> <li>- Manifestările sindromului postcastrațional corespunzătoare gradului accentuat de intensitate</li> <li>- Deficit ponderal de valori accentuate sau grave</li> <li>- Tratament neradical cu prognostic sumbru</li> </ul>  | 85     | 15  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IVA</b>, tumora implică mucoasa vezicii urinare și/sau mucoasa intestinului</li> <li>- Tip histologic: adenocarcinom cu diferențiere neînsemnată</li> <li>- Deficit ponderal de valori accentuate sau grave</li> <li>- Stare gravă incurabilă a bolii sau tratament ineficient cu dereglări funcționale extrem de pronunțate ale altor sisteme și organe</li> <li>- Prognostic foarte rezervat</li> </ul>  | 90     | 10  |
| <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IVB</b>, metastaze la distanță (excluzînd metastazele vaginale, peritoneale, pelvine sau ale anexelor, dar cuprinzînd metastazele ganglionare intraabdominale, altele decît cele paraaortale și/sau inghinale)</li> <li>- Tip histologic: adenocarcinom nediferențiat</li> <li>- Deficit ponderal de valori grave</li> <li>- Stare gravă incurabilă a bolii, cu modificări grave ale altor sisteme și organe</li> <li>- Tratament paliativ</li> <li>- Prognostic nefavorabil</li> </ul> | 95-100 | 5-0 |
| <p><b>Tumora cervicală recurentă</b></p> <p>Tumora cervicală recurentă este tumora care recidivează după ce a fost tratată și care poate recidiva la nivelul cervixului sau în alte zone ale corpului.</p>   |        |     |

## **Recomandări de muncă**

### **Deficiențe funcțional-structurale ușoare:**

Capacitatea de muncă este în general păstrată.

Poate presta în continuare muncă cu program normal. Se poate recomanda schimbarea locului de muncă, pentru evitarea unor activități cu expunere la acțiunea noxelor, temperaturi înalte, factori ionizanți.

### **Deficiențe funcțional-structurale medii:**

Capacitatea de muncă este pierdută pe jumătate.

Pot lucra în continuare la vechiul loc de muncă, la un loc de muncă protejat sau să schimbe locul de muncă, pentru a nu fi expuse la factori de risc:

- solicitări fizice și psihoemoționale majore;
- noxe profesionale agresive (substanțe toxice), temperaturi înalte;
- factori meteorologici nefavorabili (ionizanți).

### **Deficiențe funcțional-structurale accentuate:**

Capacitatea de muncă este pierdută mai mult de jumătate.

Pot lucra în continuare la vechiul loc de muncă, la un loc de muncă protejat sau să schimbe locul de muncă cu un program de muncă redus, astfel ca să nu fie expuse la factori de risc:

- solicitări fizice grele și necalificate;
- solicitări psihoemoționale majore;
- noxe profesionale agresive (substanțe toxice) temperaturi înalte;
- factori meteorologici nefavorabili (ionizanți).

### **Deficiențe funcțional-structurale severe:**

Capacitatea de muncă este pierdută și se poate propune de la caz la caz, în raport cu starea capacității de autodeservire.

Activitate de muncă foarte redusă cu acțiune psihoterapeutică benefică, avînd nevoia să fie supravegheate, după caz, de asistenții instituțiilor medico-sociale.

### **Deficiențe funcțional-structurale absolute:**

Poate exercita unele acțiuni foarte limitate de autodeservire. Necesită îngrijire și supraveghere permanentă din partea altei persoane, sau după caz – de asistenții instituțiilor medico-sociale.

## **Bibliografie**

1. Țibîrnă Gh. Ghid clinic de oncologie. Chișinău, 2003.
2. Cernat V., Sofroni D. Reabilitarea medico-socială și invaliditatea oncologică. Chișinău, 2005.
3. Serbin V., Grejdeanu T. Expertiza medicală a vitalității. Chișinău, 2006.

## Cancerul ovarian (C56)

**Definiție:** *Cancerul de ovar* este o afecțiune depistată tardiv (avînd o simptomatologie nespecifică), cu o evoluție naturală rapidă și reapariția frecventă a unei recidive după un tratament considerat radical. Din aceste motive, cancerul ovarian reprezintă a patra cauză de mortalitate prin cancer la femei. De aceea, se încearcă găsirea unor noi metode pentru depistarea cît mai precoce a acestei neoplazii.

Cancerul ovarian afectează în cea mai mare măsură femeile tinere și de vîrstă medie, dar poate să apară la orice vîrstă, inclusiv la fetițe. La naștere fiecare fetiță are un risc de 5-7% de a dezvolta în cursul vieții o tumoare ovariană și aproximativ 15% din aceste tumori vor fi maligne.

### Clasificare:

- Cancer ovarian.
- Cancer ovarian recidivant (recurent).
- Cancer al trompei uterine.
- Cancer peritoneal.

**C 56** – Neoplasm malign al ovarelor.

**C 57** – Neoplasm malign al altor organe genitale feminine, nespecificat.

**C 57.0** – Neoplasm malign al trompei uterine.

**C 57.4** – Neoplasm malign al anexelor, nespecificat.

### Clasificarea pe stadii clinice:

|                   |                             |
|-------------------|-----------------------------|
| Stadiul I (T1)    | Stadiul IIc (T2c)           |
| Stadiul Ia (T1a)  | Stadiul III (T3 și sau N1)  |
| Stadiul Ib (T1b)  | Stadiul IIIa (T3a)          |
| Stadiul Ic (T1c)  | Stadiul IIIb (T3b)          |
| Stadiul II (T2)   | Stadiul IIIc (T3 și sau N1) |
| Stadiul IIa (T2a) | Stadiul IV (M1)             |
| Stadiul IIb (T2b) |                             |

### Barem de investigații:

- Indicii clinici și biochimici ai sîngelui.
- Indicii hemodinamici.
- CA-125.
- A FP, la necesitate.
- USG abdominală și a bazinului mic.
- Examenul vaginal și recto-vaginal.
- R-grafia plămînilor.
- Tomografia computerizată, după caz.
- Consultul oncologului, reabilitologului și psihoterapeutului, obligatoriu.

| Deficiențe funcționale și structurale  | Deficiențele funcționale și structurale (%) | Capacitatea de muncă de bază (%) |
|--|---|----------------------------------|
| <p><b>Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IA</b>, tumoră limitată la un singur ovar: capsula intactă, fără manifestarea tumorii la suprafața ovarului, fără depistarea celulelor maligne în lichidul ascitic sau în lavajul peritoneal</li> <li>- Tipul histologic: adenocarcinom mucinos</li> <li>- Tratament radical reușit și eficient fără complicații sau complicații postoperatorii ușoare reductibile</li> </ul>                                 | 35  | 65                               |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IB</b>, tumoră limitată la ambele ovare: capsula intactă, fără manifestarea tumorii la suprafața ovarelor, fără depistarea celulelor maligne în lichidul ascitic sau în lavajul peritoneal</li> <li>- Tipul histologic: cistoadenocarcinom mucinos</li> <li>- Tratament radical cu sindrom postcastratic ușor sau între ușor și moderat, manifestat prin dereglări endocrine și metabolice moderate</li> </ul> | 40-45                                       | 60-55                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IC</b>, tumoră limitată la un ovar sau la ambele ovare și asociată cu o ruptură de capsulă, cu extindere la suprafața ovarului, fiind prezente celule maligne în lichidul ascitic sau în lavajul peritoneal</li> <li>- Tipul histologic: cistoadenocarcinom mucinos sau seros</li> <li>- Tratament radical cu complicații moderate</li> <li>- Prognostic favorabil</li> </ul>  | 50-55                                       | 50-45                            |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IIA</b>, tumoră cu extindere sau grefare uterină și sau tubară, fără celule maligne în lichidul ascitic sau în lavajul peritoneal</li> <li>- Tipul histologic: cistoadenocarcinom mucinos sau seros</li> <li>- Tratament radical cu complicații accentuate</li> <li>- Prognostic favorabil</li> </ul>   | 60  | 40                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IIB</b>, tumoră cu extindere către alte structuri pelviene, fără celule maligne în lichidul ascitic sau în lavajul peritoneal</li> <li>- Tipul histologic: cistoadenocarcinom mucinos, seros sau nediferențiat</li> <li>- Tratament complex cu complicații accentuate</li> <li>- Prognostic rezervat</li> </ul>  | 65  | 35                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IIC</b> cu extindere pelviană (2a sau 2b), cu prezența</li> </ul>  | 70-75                                       | 30-25                            |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>celulelor maligne în lichidul ascitic sau în lavajul peritoneal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipul histologic: cistoadenocarcinom seros sau nediferențiat</li> <li>- Tratament complex cu complicații între accentuate și grave</li> <li>- Prognostic puțin rezervat</li> </ul> <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IIIA</b> cu afectarea unuia sau ambelor ovare, cu metastaze peritoneale extrapelviene microscopice</li> <li>- Tipul histologic: celule nediferențiate</li> <li>- Tratament complex cu complicații grave</li> <li>- Prognostic nefavorabil</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IIIB</b> cu afectarea unuia sau ambelor ovare, cu metastaze peritoneale extrapelviene macroscopice de pînă la 2 cm în dimensiunile sale cele mai mari</li> <li>- Tipul histologic: celule nediferențiate</li> <li>- Tratament complex cu complicații grave</li> <li>- Prognostic nefavorabil</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IIIC</b> cu afectarea unuia sau ambelor ovare, cu metastaze peritoneale extrapelviene macroscopice mai mari de 2 cm în dimensiunile sale cele mai mari și sau cu metastaze regionale</li> <li>- Tipul histologic: celule nediferențiate</li> <li>- Tratament complex cu complicații foarte grave</li> <li>- Prognostic nefavorabil</li> </ul> <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul tumorii IV</b> cu metastaze la distanță (în afara celor peritoneale) sau alte stadii cu tratament inefficient</li> <li>- Stare generală extrem de gravă cu progresarea cașexiei și intoxicației canceroase</li> </ul> | <p>80</p> <p>85</p> <p>90</p> <p>95-100</p> | <p>20</p> <p>15</p> <p>10</p> <p>5-0</p> |
|---|---|--|

### Recomandări de muncă

#### Deficiențe funcțional-structurale ușoare:

Capacitatea de muncă este în general păstrată.

Poate presta în continuare muncă cu program normal. Se poate recomanda schimbarea locului de muncă, pentru evitarea unor activități cu expunere la acțiunea noxelor, temperaturi înalte, factori ionizanți.

#### Deficiențe funcțional-structurale medii:

Capacitatea de muncă este pierdută pe jumătate.

Pot lucra în continuare la vechiul loc de muncă, la un loc de muncă protejat sau să schimbe locul de muncă, pentru a nu fi expuse la factori de risc:

- solicitări fizice și psihoemoționale majore;
- noxe profesionale agresive (substanțe toxice), temperaturi înalte;
- factori meteoclimacterici nefavorabili (ionizanți).

**Deficiențe funcțional-structurale accentuate:**

Capacitatea de muncă este pierdută mai mult de jumătate.

Pot lucra în continuare la vechiul loc de muncă, la un loc de muncă protejat sau să schimbe locul de muncă cu un program de muncă redus, pentru a nu fi expuse la factori de risc:

- solicitări fizice grele și necalificate;
- solicitări psihoemoționale majore;
- noxe profesionale agresive (substanțe toxice) temperaturi înalte;
- factori meteoclimacterici nefavorabili (ionizanți),

**Deficiențe funcțional-structurale severe:**

Capacitatea de muncă este pierdută și se poate propune de la caz la caz, în raport cu starea capacității de autodeservire.

Activitate de muncă foarte redusă cu acțiuni psihoterapeutică benefică, avînd nevoia să fie supravegheate, după caz, de asistenții instituțiilor medico-sociale.

**Deficiențe funcțional-structurale absolut severe:**

Poate exercita unele acțiuni foarte limitate de autodeservire. Necesită îngrijire și supraveghere permanentă din partea altei persoane, sau după caz de asistenții instituțiilor medico-sociale.

## **Cancerul penian (C60)**

**Definiție:** *Cancerul penian* este o afecțiune în care celulele canceroase se găsesc în pielea și țesuturile penisului.

**Stadiulirarea generală:**

**Stadiul I** – Celule canceroase se găsesc numai la suprafața glandului și în prepuț.

**Stadiul II** – celule canceroase se găsesc în țesuturile profunde ale glandului și sau răspîndit de-a lungul axului penisului.

**Stadiul III** celule canceroase se găsesc în penis și au diseminat în ganglionii limfatici aflați în vecinătate.

**Stadiul IV** – celule canceroase se găsesc în întregul penis și în ganglionii limfatici înghinali cu/sau fără diseminare în alte părți a organismului.

**Barem de investigații:**

- CT.
- RMN.
- Biopsie histologică.
- Biopsia ganglionilor limfatici.

| Deficiențe funcționale și structurale  | Deficiențe funcționale și structurale (%) | Capacitatea de muncă de bază (%) |
|--|---|----------------------------------|
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă în <b>stadiul I, II</b></li> <li>- Stare după excizie locală largă cu pronostic favorabil</li> <li>- Tip histologic: adenocarcinom bine diferențiat</li> <li>- Complicații postradiante tranzitive</li> <li>- Tratament complex cu complicații moderate</li> </ul>   | 50-55                                     | 50-45                            |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul III</b>, cu răspândire în ganglionii limfatici inghinali</li> <li>- Tipul histologic: celule plane; celule slab diferențiate</li> <li>- Tratament complex cu consecințe între moderat și accentuat</li> <li>- Stare după penectomie parțială</li> </ul>  | 60-65                                     | 40-35                            |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul III</b>, cu răspândire în uretră, metastaze regionale în regiunea bazinului</li> <li>- Tratament ineficient cu complicații accentuate</li> <li>- Stare după penectomie</li> <li>- Cateter urinar permanent</li> </ul>  | 70-75                                     | 30-25                            |
| <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IV</b>, cu pătrundere în prostată, uretră, vezica urinară</li> <li>- Diferite variante de metastaze regionale sau la distanță</li> <li>- Tipul histologic nediferențiat</li> <li>- Stare generală gravă ireductibilă</li> <li>- Prezența de fistule vezicale, uretrale</li> <li>- Sindrom algic persistent</li> <li>- Incontinență de urină de gr.3</li> </ul> | 80-85                                     | 20-15                            |
| <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumora malignă <b>stadiul III; IV</b> cu metastaze multiple locale și îndepărtate</li> <li>- Intoxicație canceroasă</li> <li>- Sindrom algic violent</li> </ul>  | 90-100                                    | 10-0                             |

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| - Urinare necontrolabilă<br>- Cașexie |  |  |
|---------------------------------------|--|--|

## Cancerul de prostată (C61)

**Definiție:** *Cancerul de prostată* este o afecțiune caracterizată prin apariția de celule maligne în prostată.

### Clasificarea histologică:

1. Adenocarcinomul – 92-95% din totalitatea tumorilor maligne (G1- diferențiere înaltă; G2 – diferențiere moderată; G3 – diferențiere redusă). Se deosebesc următoarele tipuri de adenocarcinoame:

- Adenocarcinom microacinar;
- Adenocarcinom trabecular-solid;
- Adenocarcinom macroacinar;
- Cancer cribros;
- Glandular-chistos;
- Adenocarcinoma papilara.

2. Carcinoame ale prostatei cu celule tranziționale

3. Carcinom pavimentos

4. Carcinom nediferențiat

5. Carcinosarcoamele

### Clasificarea clinică (pentru cancer verificat morfologic):

**T – Tumora primară**

**TX** – Nu sînt suficiente date pentru aprecierea extinderii tumorii primare.

**T0** – Tumora primară nu este evidențiată.

**T 1** – Tumoră clinic inaparentă, nepalpabilă sau identificabilă prin metode imagistice.

**T 1a** – Focar/focare care reprezintă mai mult de 5% din țesutul obținut prin rezecție transuretrală sau enucleere pentru hiperplazie nodulară.

**T 1b** – Focar/focare care reprezintă mai mult de 5% din țesutul obținut prin rezecție transuretrală sau enucleere pentru hiperplazie nodulară.

**T 1c** – Tumoră indentificată în unul sau ambii lobi prin puncție biopsie prostatică efectuată pentru PSA seric crescut.

**T 2** – Tumoră localizată la nivelul prostatei.

**T 2a** – Tumora afectează mai puțin de 1/2 dintr-un lob.

**T 2b** – Tumora afectează mai mult de 1/2 dintr-un lob.

**T 2c** – Tumora afectează ambii lobi.

**T 3** – Tumoră cu extensie extracapsulară, dar clinic încă localizată.

**T 3a** – Extensie extracapsulară uni- sau bilaterală

**T 3b** – Tumora invadează veziculele seminale.

**T 4** – Tumora este fixată sau invadează structurile învecinate, altele decât veziculele seminale: colul vezical, sfincterul extern, rectul, mușchiul ridicător anal și/sau peretele pelvin.

**N – Ganglionii limfatici regionali.**

**NX** – Nu sînt date suficiente pentru stabilirea stării ganglionilor limfatici.

**N0** – Nu se evidențiază afectarea ganglionilor limfatici regionali.

**N 1** – Metastaze în ganglioni limfatici regionali.

**N 1a** – Adenopatie neoplazică regională interesînd un singur ganglion, cu diametrul de pînă la 2 cm.

**N 2** – Adenopatie neoplazică regională întru-un ganglion sau multipli ganglioni, cu diametrele între 2 și 5 cm

**N 3** – Adenopatie neoplazică regională interesînd un ganglion cu diametru mai mare de 5 cm.

**NOTĂ:** Ganglionii limfatici regionali sînt ganglionii pelvieni situați sub bifurcația arterelor iliace comune. Ei includ următoarele grupe: periprostatici, obturatori, iliaci interni, iliaci externi, premontoriali. Ganglionii limfatici extraregionali, situați în afara pelvisului; paraaortali, periaortici, lombari, iliaci comuni, inginali profunzi, inghinali superficiali, supraclaviculari etc.

**M – Metastaze la distanță.**

**MX** – Nu sînt date suficiente pentru stabilirea metastazelor la distanță.

**M0** – Lipsa metastazelor la distanță.

**M 1** – Prezența metastazelor la distanță.

**M 1a** – Limfoganglioni non-regionali.

**M 1b** – Metastaze în oase.

**M 1c** – Alte localizări cu/sau fără afectarea osoasă.

**Gruparea pe stadii:**

|                    |   |  |
|--------------------|---|--|
| <b>Stadiul I</b>   | – | $T_1a N_0 M_0 G_1$ ;   |
| <b>Stadiul II</b>  | – | $T_1a N_0 M_0 G_{2,3,4}$<br>$T_1b N_0 M_0$ orice G;<br>$T_1c N_0 M_0$ orice G<br>$T_2 N_0 M_0$ orice G |
| <b>Stadiul III</b> | – | orice T $N_0 M_0$ orice G;   |
| <b>Stadiul IV</b>  | – | $T_4 N_0 M_0$ orice G<br>orice T $N_1 M_0$ orice G<br>orice T oriceN $M_1$ orice G                     |

**Barem de investigații:**

- Testul PSA.
- Ecografia transrectală.
- CT.
- RMN.
- Scintigrafia scheletului.
- Radiografia toracelui.

| Deficiențe funcționale și structurale   | Deficiențele funcționale și structurale (%) | Capacitatea de muncă de bază (%) |
|---|---|----------------------------------|
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumora malignă în <b>stadiul I</b>, ocupă mai mult de 5% din țesutul resecat</li> <li>- Dereglări moderate ale funcției de urinare</li> <li>- Evoluție anatomică: tumora cuprinde mai puțin de jumătate din prostată, nu penetrează capsula, fără metastaze</li> <li>- Tip histologic: adenocarcinom cu grad înalt de diferențiere</li> <li>- Incontinență de urină după prostatectomie de gr. I</li> <li>- Atonie moderată a vezicii urinare</li> <li>- Cistită cronică</li> <li>- Strictura uretrei</li> </ul> | 40-55                                       | 60-45                            |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumora malignă <b>stadiul IIA</b>, tumora afectează mai puțin de ½ dintr-un lob</li> <li>- Histologic: adenocarcinom bine diferențiat</li> <li>- Incontinența de urină după prostatectomie de grad moderat</li> </ul>  | 60  | 40                               |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumora malignă în <b>stadiul IIB; IIC</b> tumora afectează mai mult de ½ dintr-un lob, sau afectează ambii lobi</li> <li>- Incontinența de urină postoperatorie pronunțată</li> <li>- Fistula urinară permanentă</li> <li>- Prognostic nefavorabil</li> </ul>  | 65  | 35                               |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumora malignă <b>stadiul IIIA</b>, extensie extracapsulară uni- sau bilaterală, fără metastaze</li> <li>- Tipul histologic: adenocarcinom moderat diferențiat</li> <li>- sau Tratament ineficient al <b>tumorii IIB</b>, cu răspândirea procesului tumoral</li> <li>- Incontinență de urină</li> <li>- Retenție pronunțată de urină sau reflux</li> <li>- Fistulă urinară permanentă</li> <li>- Pronostic nefavorabil</li> </ul>  | 70-75                                       | 30-25                            |

|  |        |       |
|--|--------|-------|
| <p><b>Deficiențe severe cu unele din următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumora malignă <b>stadiul IIIB</b> invadează veziculele seminale, cu metastaze regionale</li> <li>- Tipul histologic: adenocarcinom cu diferențiere slabă</li> <li>- Urinare numai prin fistula suprapubiană</li> <li>- Semne de insuficiență renală cronică</li> <li>- Cașexie</li> </ul>  | 80-85  | 20-15 |
| <p><b>Deficiențe absolute cu unele din următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IV</b>, fixată pe sau invadează structurile învecinate, altele decât veziculele seminale: colul vezical, sfincterul extern, rectul, mușchiul ridicător anal și/sau peretele pelvin</li> <li>- Maladie incurabilă</li> <li>- Insuficiență renală cronică K/ DOQI III-IV</li> <li>- Intoxicație canceroasă, cașexie, anemie gr.III</li> </ul> | 90-100 | 10-0  |

## Cancerul testicular (C62)

**Definiție:** Celulele canceroase se dezvoltă în țesuturi și practic în toate straturile testiculului.

### Clasificare:

- Germinativ – seminoma; racul embrional; horionepitelioma; teratoblastoma etc.
- Negerminativ – leidigoma; sertolioma; sarcoma.

### Stadializarea clinică:

**Stadiul I** – Tumoarea se localizează în interiorul testiculului, nu invadează tunica albughinee și nu duce la deformarea testiculului, fără metastaze regionale.

**Stadiul IIA** – Tumoarea deformează conturul testiculului sau tumoarea de otice dimensiune cu invazia tunicii albughinee, fără metastaze regionale.

**Stadiul IIB** – Tumoare de aceleași dimensiuni sau mai mică cu metastaze solitare operabile.

**Stadiul IIIA** – Tumoarea deformează testiculul, se răspândește dincolo de tunica albughinee și invadează epididimul. Între tunicile testiculului se formează exudat seros sau hemoragic, fără metastaze regionale.

**Stadiul IIIB** – Tumoare identică celei IIIA sau mai mică, cu metastaze regionale multiple uni-sau bilaterale.

**Stadiul IVA** – Tumoare masivă cu necroză, invadează scrotul și sau cordonul spermatic, fără metastaze regionale.

**Stadiul IVB** – Tumoare identică, cu diferite variante de metastazare regională, sau tumori mai mici, cu metastaze inoperabile, sau tumoare cu orice grad de răspândire, cu metastaze limfatice extraregionale sau la distanță.

**Batem de investigații:**

- USG scrotului.
- CT a scrotului, abdomenului, retroperitoneal.
- Scintigrafia scheletului.

| <b>Deficiențe funcționale și structurale</b>  | <b>Deficiențe funcționale și structurale (%)</b> | <b>Capacitatea de muncă de bază (%)</b> |
|---|--|---|
| <b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tumoră malignă <b>stadiul I-IIA</b>, cu afectarea unui singur testicul, fără metastaze regionale</li><li>- Tipul histologic: seminom, leidigom</li><li>- Tratamentul radical reușit</li><li>- Sindrom postcastrație, ușor</li><li>- Tratament radical cu complicații moderate</li><li>- Alopetie citostatică</li></ul> | 40-45  | 60-55                                   |
| <b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tumoră malignă <b>stadiul IIB</b>, cu afectarea ambelor glande masculine cu metastaze solitare operabile</li><li>- Tratament radical cu pronostic favorabil și cu complicații moderate</li></ul>   | 50-55  | 50-45                                   |
| <b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tumoră malignă <b>stadiul IIIA</b>, cu afectarea unuia sau a ambelor testicule, cu răspândire în scrot, uretră</li><li>- Metastaze în ganglionii limfatici inghinali</li><li>- Tratament complex cu pronostic rezervat</li><li>- Complicații postradiante accentuate, ireversibile</li></ul>                      | 60-65  | 40-35                                   |
| <b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tumoră malignă <b>stadiul IIIB</b>, cu diseminare regională uni- sau bilaterală</li><li>- Sindrom postcastrație accentuat</li><li>- Limfostaza accentuată a coapsei</li><li>- Tipul histologic: sarcom nediferențiat, celule tumorale nediferențiate</li><li>- Tratament complex cu pronostic rezervat</li></ul>  | 70-75  | 30-25                                   |

|  |        |      |
|--|--------|------|
| <p><b>Deficiențe severe sau absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IV</b> masivă cu necroză, cu răspîndire locală, metastaze regionale și îndepărtate (pulmoni, creier)</li> <li>- Intoxicație canceroasă, anemie pronunțată</li> <li>- Tratament complex ineficient, cu progresarea procesului</li> </ul> | 80-100 | 20-0 |
|--|--------|------|

## Cancerul vezicii urinare (C67)

**Definiție:** *Cancerul de vezică* reprezintă o proliferare rapidă a unor linii celulare anormale ale vezicii urinare.

### Clasificare:

Există trei tipuri de cancere de vezică urinară care se dezvoltă din celulele peretelui vezical. Aceste cancere sînt denumite în funcție de tipul celulelor din care se dezvoltă celulele maligne (canceroase):

- **Tumori ale celulelor de tranziție:** se dezvoltă din celule ale stratului intern al vezicii urinare; aceste celule au capacitatea de a-și modifica forma în funcție de dimensiunea vezicii, indiferent dacă aceasta este plină sau goală, păstrîndu-și integritatea (cele mai multe tipuri de cancere ale vezicii urinare se dezvoltă din celulele de tranziție).

- **Tumori ale celulelor scuamoase:** acestea se dezvoltă din celulele scuamoase care sînt subțiri, plate, luînd naștere în peretele vezicii urinare după infecții sau iritații frecvente;

- **Adenocarcinoame:** acestea se dezvoltă din celulele glandulare (secretorii); celulele glandulare se află în peretele vezicii urinare fiind responsabile de secreția unor fluide, ca de exemplu mucus.

- **Cancerul superficial** de vezică urinară este limitat la peretele vezicii.

- **Cancerul invaziv** al vezicii urinare se dezvoltă din celulele de tranziție care pot depăși stratul superficial, invadînd stratul muscular al vezicii sau organele din vecinătate și nodulii limfatici din apropiere.

### Gruparea după stadii:

**Stadiul 0 (cancer in situ)** – Cancerul este depistat doar la nivelul țesutului ce căptușește interiorul vezicii urinare. Acest stadiu se clasifică în stadiul 0A și 0is, în funcție de tipul tumorii.

**Stadiul 0a** este numit și carcinom papilar, caracterizat prin mici excrescente ce se dezvoltă în interiorul vezicii urinare.

**Stadiul 0is** este numit și carcinom in situ, fiind o tumoră plată, la nivelul țesutului ce căptușește interiorul vezicii.

**Stadiul I** – Cancerul se extinde și la nivelul stratului situat sub cel superficial (căptușește vezica urinară la interior).

**Stadiul II** – Cancerul poate cuprinde jumătatea internă sau jumătatea externă a stratului muscular ce intră în alcătuirea peretelui vezicii urinare.

**Stadiul III** – Cancerul poate invada și țesutul adipos (grăsimea) ce înconjoară vezica urinară și se poate extinde pînă la organele aparatului reproducător (prostată, uter, vagin).

**Stadiul IV** – Cancerul se extinde de la vezica urinară pînă la peretele abdomenului sau pelvisului. În acest stadiu cancerul poate să invadeze unul sau mai mulți moduli limfatici sau alte părți ale corpului.

**Cancerul recurent** – Cancerul recurent de vezică urinară este cancerul care reapare după tratament. Acesta poate reapărea la nivelul vezicii urinare sau în alte părți ale corpului.

**Barem de investigații:**

- Indicii hemodinamici.
- Examenul histopatologic.
- Cistoscopia.
- Renografia; pielografia.
- Ecografia pelviană.
- CT.
- RMN.
- Scintigrafia osoasă.

| Deficiențe funcționale și structurale  | Deficiențele funcționale și structurale (%) | Capacitatea de muncă de bază (%) |
|--|---|----------------------------------|
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul I</b> cu pătrundere pînă la submucoasă, fără invazie și metastaze regionale</li> <li>- Tratament combinat cu complicații moderate</li> <li>- Fără recidive, restabilire psihoemoțională, normalizarea indicilor paraclinici</li> <li>- Tratament chirurgical radical cu complicații tip dereglări moderate de urinare</li> <li>- Histologic: carcinom bine diferențiat</li> <li>- Cistita cronică ireversibilă</li> <li>- Incontinență</li> <li>- Anemie de gr.I postradiantă, citostatică</li> <li>- Decompensare emoțională</li> </ul> | 40-55                                       | 60-45                            |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Stadiul IIA</b> al tumorii, cu pătrundere în stratul muscular</li> <li>- Tumoră malignă cu metastaze unice regionale</li> <li>- Tipul histologic: celule epiteliale bine diferențiate.</li> <li>- Tratament radical cu micșorare în volum a vezicii</li> <li>- Incontinență de urină</li> </ul>   | 60-65                                       | 40-35                            |

|  |        |       |
|--|--------|-------|
| - Cistită cronică, fără răspuns la tratament   |        |       |
| <b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b>  | 70-75  | 30-25 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoare malignă în <b>stadiul IIB, IIIA</b>, cu penetrație totală a vezicii, fără afectarea sau concreșterea în organele vecine</li> <li>- Tip histologic: celule epiteliale cu grad de diferențiere slab sau nediferențiate</li> <li>- Tulburări accentuate ale funcției de urinare; incontinență urinară</li> <li>- Lipsa totală de control asupra urinării</li> <li>- Micșorare considerabilă a vezicii</li> <li>- Pielonefrită cronică fără răspuns la tratament</li> <li>- Metastaze regionale și la distanță</li> </ul> |        |       |
| <b>NOTĂ:</b> După 3 ani de supraviețuire, fără recidive, cu stabilizare îndelungată, cu restabilire psihoemoțională, se scad 25-30 %.  |        |       |
| <b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b>  | 80-85  | 20-15 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumora malignă <b>stadiul IIIB</b>, cu penetrare totală a peretelui vezicii, cu metastaze regionale</li> <li>- Tip histologic: celule nediferențiate</li> <li>- Penetrarea peretelui vezicii</li> <li>- Metastaze regionale și la distanță</li> <li>- Fistulă vezicală permanentă</li> <li>- Pielonefrită cronică cu semne de insuficiență renală cronică</li> <li>- Tulburări extrem de grave ale funcției de urinare</li> </ul>   |        |       |
| <b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b>  | 90     | 10    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IVA</b>, cu penetrație a peretelui vezicii și creștere în organele vecine (prostata, uter sau vagin)</li> <li>- Tulburări grave a funcției de urinare</li> <li>- Disfuncții ale altor sisteme și organe</li> <li>- Deficit ponderal însemnat</li> <li>- Sindrom algic violent</li> </ul>  |        |       |
| <b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b>  | 95-100 | 5-0   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă <b>stadiul IVB</b>, cu multiple metastaze regionale și la distanță (implică peretele pelvian sau peretele abdominal)</li> <li>- Insuficiență renală cronică gravă</li> <li>- Cașexie, intoxicație canceroasă</li> <li>- Sindrom algic violent cuplate cu stupefiante</li> </ul>  |        |       |

## Tumora malignă a tiroidei (C73)

**Definiția:** *Cancerul tiroidian* reprezintă o afecțiune neoplasică malignă a tiroidei, care se caracterizează prin perturbări funcționale tiroidiene și fenomene compresive locale.

### Clasificarea:

**T** – Tumoră primară.

**TX** – Tumora primitivă nu poate fi evaluată.

**T0** – Tumora primară nu este decelabilă.

**T1** – Tumoră de pînă la 1 cm în dimensiunea sa cea mai mare în limitele tiroidei.

**T2** – Tumoră între 1 și 4 cm în dimensiune sa cea mai mare limitată cu tiroida.

**T3** – Tumoră mai mare de 4 cm în dimensiunea sa cea mai mare limitată cu tiroida.

**T4** – Tumoră de orice dimensiuni, dar cu fixarea capsulei tiroidei.

**N** – Metastazele regionale.

**NX** – Adenopatiile regionale nu pot fi evaluate.

**N0** – Metastazele regionale lipsesc.

**N1** – Sînt depistate metastaze regionale.

**N1a** – Sînt depistate metastaze regionale cervicale homolaterale.

**N1b** – Sînt depistate metastaze regionale cervicale bilaterale mediane sau controlaterale (101) sau metastaze ganglionare mediastinale.

### Barem de investigații:

- Examenul radioizotopic.
- Testul de radioiodocaptare.
- Scintigrafia tiroidiană.
- Examenul ultrasonor.
- Examenul radiologic.
- Examenul microscopic.

| <b>Deficiențe funcționale și structurale</b>   | <b>Deficiențele funcționale și structurale (%)</b> | <b>Capacitatea de muncă de bază (%)</b> |
|--|--|---|
| <b>Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b><br>- Dereglări endocrine ușoare după tratament radical<br>- Hipotireoză de grad ușor cu răspuns la tratament, asociat cu dereglări ușoare de vorbire<br>- Stadiul I al tumorii maligne unice, în limitele capsulei fără deformarea deplasării glandei și fără metastaze<br>- Tipul histologic: adenocarcinom papilar cu grad major (GI) de | 20-35  | 80-65                                   |

|   |       |       |
|---|-------|-------|
| diferențiere<br>- Pot fi unele contraindicații pentru unele activități profesionale   |       |       |
| <b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b><br><br>- Dereglări ale funcției endocrine manifestate prin hipotireoză de grad moderat, cu simptome moderate (slăbiciune, apatie, somnolență, senzație de frig, vorbire încetă, paliditate, pielea uscată, edeme moderate pe față și mâini, bradicardie moderată), administrarea de JI3I peste 24 ore eliminată 18-16%, conținutul J legat de albumină moderat scăzut<br>- Dereglări de vorbire moderate<br>- Dereglări de gesticulație manifestate prin limitarea moderată a mișcărilor în umăr cu dureri de gradul II<br>- Tumoră malignă stadiul IIA, unica tumoare ce provoacă deformație sau mai multe tumori fără semne de penetrare a capsulei<br>- Tipul histologic: adenocarcinom papilar bine diferențiat sau adenocarcinom folicular sau anaplastic nediferențiat | 40-45 | 60-55 |
| <b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b><br><br>- Dereglări pronunțate ale funcției endocrine, manifestate prin hipotireoză de gradul II cu simptome pronunțate<br>- Tumoră malignă, stadiul IIB cu volum mediu<br>- Tipul histologic: moderat diferențiat (G 1-2)  | 50-55 | 50-45 |
| <b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b><br><br>- Dereglări pronunțate ale funcției endocrine, manifestare prin hipotireoză de gradul II cu simptomatice pronunțată<br>- Tumoră malignă, stadiul IIB cu metastaze regionale<br>- Tipul histologic: moderat slab diferențiat (G 2)  | 60-65 | 40-35 |
| <b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b><br><br>- Dereglări ale funcției endocrine, manifestate prin hipotireoză de gradul III, simptomatice foarte pronunțată, simptome pronunțate ale afectării SNC, aparatului cardiovascular<br>- Tumoră malignă, stadiul IIIA cu unul sau mai multe noduli cu pătrunderea capsulei, limitarea mobilității, presiune moderată asupra traheii, esofagului sau nervului ascendent<br>- Tipul histologic: celule slab diferențiate (G 3)  | 70-75 | 30-25 |
| <b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b><br><br>- Dereglări foarte accentuate ale funcției endocrine tiroide, hipotiriodie de gradul III, asociate de perturbări ale SNC, ale sistemului cardiovascular, encefalopatie de gradul II  | 80    | 20    |

|  |        |       |
|--|--------|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumoră malignă, stadiul IIIB de volum diferit cu răspîndire largă în afara capsulei (T4), cu metastaze regionale, cu presiune considerabilă asupra organelor vecine (trahee, laringe, paralizie a nervului ascendent)</li> <li>- Tipul histologic: celule nediferențiate (G 4)</li> </ul>   |        |       |
| <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări endocrine foarte grave, manifestate prin hipotiriodie gravă cu miocardiodistrofie, encefalopatie de gradul III</li> <li>- Hipoparatiroidie gravă cu accese frecvente de 1-2 ori pe zi</li> <li>- Tumoare malignă stadiul III-IV cu multiple metastaze regionale</li> </ul>   | 85-90  | 15-10 |
| <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări endocrine extrem de grave, hipoparatiroidie profundă cu dereglări grave ireversibile ale altor sisteme și organe</li> <li>- Tumoră malignă stadiul IVB cu semne de metastaze regionale și la distanță</li> <li>- Hipoparatiroidie foarte gravă, câteva accese pe zi</li> <li>- Miopatie gravă</li> <li>- sau Recidive ale tumorii maligne nediferențiate</li> <li>- sau Miocardiodistrofie ireversibilă foarte gravă</li> <li>- Pierderea totală a abilităților vitale de autoservire cu necesitate de îngrijire permanentă din partea altei persoane</li> </ul> | 95-100 | 5-0   |

## Limfomul Hodgkin (C81)

**Definiție:** *Limfomul Hodgkin* sau *limfogranulomatoza* este o tumoare malignă a țesutului limfatic.

**Clasificarea Limfomului Hodgkin** (clasificarea clinică internațională (1971, Ann-Arbor (SUA):

- **Stadiul I** – Afectarea unei singure regiuni ganglionare (I) sau a unui singur organ extralimfatic.

- **Stadiul II** – Afectarea a două sau a mai multe regiuni ganglionare de aceeași parte a diafragmei (II) sau afectarea unui organ extralimfatic și a uneia sau a mai multe regiuni ganglionare de aceeași parte a diafragmei (IIE).

- **Stadiul III** – Afectarea a două sau a mai multe regiuni ganglionare pe ambele părți ale diafragmei (III), care poate fi însoțită de afectarea localizată a unui organ extralimfatic (II E) sau de afectarea splinei (IIIS) ori a ambelor (IIISE).

- **Stadiul IV** – Afectarea difuză sau diseminată a unuia sau a mai multe organe extralimfatice sau țesuturi, cu afectarea ganglionilor limfatici.

Fiecare stadiu clinic este subîmpărțit în funcție de prezența sau absența simptomelor de intoxicare generală în: **A** (fără simptome de intoxicare generală) și **B** (cu simptome de intoxicare generală: febră mai înaltă de 38°C, transpirație nocturnă pronunțată, pierdere ponderală de 10% și mai mult în ultimele 6 luni – este suficientă prezența unuia dintre aceste semne).

**Barem de investigații:**

*Obligatorii:*

- Analiza generală a sîngelui periferic cu trombocite și cu reticulocite.
- Puncția ganglionului limfatic.
- Biopsia ganglionului limfatic.
- La necesitate – toracotomia, laparatomia explorativă.
- Consultația dermatologului în formele cutanate.

Pentru determinarea *gradului de răsîndire a LH* (stadiul clinic)

*Obligatorii:*

- Examenul ultrasonografic la toate grupurile de ganglioni limfatici periferici și ai cavității abdominale.
- Radiografia cutiei toracice în două proiecții cu tomografia mediastinului.
- Tomografia computerizată a organelor cutiei toracice și a cavității abdominale.
- Trepanobiopsia măduvei oaselor.
- Scintigrafia oaselor (la necesitate).
- FEGDS, fibrocolonoscopia, laparoscopia
- Consultația ORL.
- Consultația ginecologului (pentru femei).

*Recomandabile (după caz de boală):*

- Analiza generală a urinei.
- Ureea, creatinina, glucoza în sînge.
- Bilirubina totală și fracțiile ei, aminotransferazele, lactatdehidrogenaza, proteina totală.
- Coagulograma: timpul de coagulare a sîngelui, timpul de tromboplastină parțial activat (TTPA), protrombina, fibrinogenul.
- Determinarea ionilor K, Na, Ca.
- Grupa sangvină și Rh-factorul în cazurile cu indicații pentru hemotransfuzie.

**Indicații pentru trimiterea pacienților la CDDCM:**

Faza evolutivă a bolii cu următoarele sindroame manifeste:

- Prezența unui ganglion limfatic în creștere sau a cîtorva ganglioni limfatici într-o zonă, care au apărut consecutiv, sau a mai multor zone anatomice de ganglioni limfatici care s-au extins consecutiv.
- Puncția ganglionului limfatic (confirmare citologică).
- Biopsia ganglionului limfatic (confirmarea histologică a LH).

| Deficiențe funcționale și structurale                       | Deficiențele funcționale și structurale (%) | Capacitatea de muncă de bază (%) |
|---|---|----------------------------------|
| <b>Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b> | 5-35  | 95-65                            |

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limfadenopatie localizată (ganglion limfatic mărit)</li> <li>- Analiza sîngelui cu trombocitele și reticulocitele (fără modificări sau schimbări neînsemnate)</li> <li>- Punctatul ganglionului limfatic (cu depistarea celulelor Berezgovschi Șternberg prezente)</li> <li>- Semne biologice de activitate minimă (VSH, fibrinogen, alfa2 globulinele) sau fără schimbări</li> <li>- Simptome de intoxicare generală (febră, pierdere ponderală, transpirație abundentă – lipsesc la moment sau prezente minimal, temporar</li> </ul>                                    |       |       |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limfadenopatie generalizată ganglioni limfatici (afectate de aceeași parte a diafragmei)</li> <li>- Analiza sîngelui cu trombocitele și reticulocitele (cu modificări ușoare sau medii)</li> <li>- Punctatul ganglionului limfatic (cu celule specifice)</li> <li>- Semne biologice de activitate medie (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele)</li> <li>- Simptome de intoxicare generală prezente cu perioade de remisiune de durată</li> </ul>  | 40-45 | 60-55 |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limfadenopatie generalizată ganglioni limfatici (afectate de aceeași parte a diafragmei)</li> <li>- Analiza sîngelui cu trombocitele și reticulocitele (cu modificări medii)</li> <li>- Punctatul ganglionului limfatic (cu celule specifice Berezgovschi Șternberg prezente)</li> <li>- Semne biologice de activitate medie</li> <li>- Simptome de intoxicare generală prezente persistent cu perioade de remisiune</li> </ul>   | 50-55 | 50-45 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afectarea regiunilor ganglionare pe ambele părți ale diafragmei și cu afectarea splinei</li> <li>- Analiza periferică a sîngelui cu trombocitele și reticulocitele (anemie cu leucocitoză moderată și limfocitopenie)</li> <li>- Punctatul ganglionului limfatic (cu celule specifice)</li> <li>- Semne biologice cu activitate pronunțată (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele)</li> <li>- Simptome de intoxicare generală prezente pronunțat cu perioade de remisiune de scurtă durată</li> </ul> | 60-65 | 40-35 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p>   | 70-75 | 30-25 |

|  |        |       |
|--|--------|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afectarea regiunilor ganglionare pe ambele părți ale diafragmei și cu afectarea splinei</li> <li>- Analiza periferică a sîngelui cu trombocitele și reticulocitele (anemie cu leucocitoză moderată și limfocitopenie)</li> <li>- Punctatul ganglionului limfatic (cu celule specifice)</li> <li>- Semne biologice cu activitate pronunțată (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele)</li> <li>- Simptome de intoxicare generală prezente accentuat, persistente cu perioade de remisiune de scurtă durată</li> </ul>   |        |       |
| <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afectarea difuză a unui sau mai multor organe extralimfatice sau țesuturi cu metastazare în ficat și în măduva osoasă</li> <li>- Analiza periferică a sîngelui cu trombocitele și reticulocitele (anemie gravă, limfocitopenie gravă, monocitoză, eozinofilie)</li> <li>- Punctatul ganglionului limfatic (cu celule specifice)</li> <li>- Semne biologice cu activitate foarte înaltă (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele)</li> <li>- Simptome de intoxicare generală prezente desfășurat cu manifestări clinice grave)</li> </ul>  | 80-85  | 20-15 |
| <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afectarea difuză a unui sau mai multor organe extralimfatice sau țesuturi cu metastazare în ficat, plămîni și în măduva osoasă</li> <li>- Analiza periferică a sîngelui cu trombocitele și reticulocitele (anemie severă, limfocitopenie severă, monocitoză, eozinofilie)</li> <li>- Punctatul ganglionului limfatic (cu celule specifice)</li> <li>- Semne biologice cu activitate foarte înaltă (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele)</li> <li>- Simptome de intoxicare generală prezente desfășurate cu manifestări clinice grave pînă la casexie, sepsis, neurotoxicoză)</li> </ul> | 90-100 | 10-0  |

## Limfoamele non-Hodgkin (C83)

**Definiție:** *Limfoamele non-Hodgkin* sînt tumori maligne, care se dezvoltă din celulele hematopoietice situate extramedular. Ele reprezintă una dintre cele mai frecvente forme de hemoblastoze.

### Clasificare:

#### 1. Tumori ale precursorului limfocitului B:

- Leucemie acută limfoblastică, cu precursor B.

- Limfom limfoblastic, cu precursor B.

## **2. Tumori ale limfocitului B matur (periferic):**

- Leucemie limfocitară cronică.
- Limfom limfoblastic, cu celulă mică.
- Leucemie prolimfocitară, cu celula B.
- Limfom limfoplasmocitar.
- Limfom splenic, cu celula B.
- Triholeucemie.
- Limfom Burkitt/leucemie cu celule Burkitt.

## **3. Tumori ale celulelor T și NK, cu precursor T**

- Limfom limfoblastic cu precursor T.
- Leucemie acută limfoblastică, cu precursor T.

## **4. Tumori ale celulei T și NK mature (periferică):**

- Leucemie prolimfocitară T.
- Limfom limfocitar, cu celulă T mare granulară.
- Leucemie/Limfom, cu celulă T a adultului ATLL.
- Leucemie agresivă, cu celula NK.
- Limfom extranodal, cu celulă T/NK, tip nazal.
- Limfom T-celular, asociat cu enteropatie.
- Limfom anaplazic cu celulă mare T/nulă.

**NOTĂ:** În funcție de particularitățile evoluției clinice, aceste forme ale LNH se împart în agresive și în indolente.

### **Barem de investigații:**

*Obligatorii pentru confirmarea LNH:*

- Analiza generală a sîngelui cu trombocite și reticulocite.
- Puncția ganglionului limfatic sau formațiunii tumorale
- Biopsia ganglionului limfatic sau formațiunii tumorale (ganglionul limfatic cu termenul cel mai mare de durată).
- La necesitate – toracotomia, laparotomia explorativă, FGDS, FEFS, cu cercetare histologică a tumorii.

*Pentru determinarea gradului de răspîndire a LNH (stadiul clinic):*

*Obligatorii:*

- Examenul ultrasonografic în toate grupurile de ganglioni limfatici periferici și ai cavității abdominale.
- Radiografia cutiei toracice în două proiecții, cu tomografia mediastinului.
- Tomografia computerizată a organelor cutiei toracice și a cavității abdominale, a encefalului.
- Puncția măduvei oaselor.
- Trepanobiopsia măduvei oaselor.
- Scintigrafia oaselor (la necesitate).
- Radiografia oaselor.
- FEFS, FGDS, FCS, laparoscopia – la necesitate.
- Alfa2-globulinele, fibrinogenul, haptoglobina, ceruloplasmina.
- Consultația ORL, ginecologului (la femei).
- Consultația dermatologului – în forme cutanate.

*Recomandabile (după caz de boală):*

- Analiza generală a urinei.
- Ureea, creatinina, glicemia.
- Bilirubina, aminotransferazele, lactatdehidrogenaza.
- Coagulograma (timpul de coagulare, timpul de tromboplastină, testul protrombinic, fibrinogenul).
- Determinarea ionilor de K, Na, Ca.
- Grupa de sînge și Rh-factorul, pentru hemotransfuzii.

### **Indicații pentru trimiterea pacienților la CDDCM**

Faza evolutivă a bolii cu următoarea simptomatocă:

- Prezența unui ganglion limfatic în creștere sau citorva ganglioni limfatici într-o zonă care au apărut consecutiv (pe rînd), sau a unei formațiuni tumorale în orice organ sau țesut.
- Puncția ganglionului limfatic sau formațiunii tumorale (confirmarea citologică).
- Analiza generală a sîngelui cu trombocite și cu reticulocite (fără modificări specifice – cînd nu este afectată măduva osoasă. În cazurile de afectare a măduvei osoase în LNH agresive, în hemograme pot fi celule blastice, în variantele indolente – prolimfocite, limfocite).

| <b>Deficiențe funcționale și structurale</b>  | <b>Deficiențele funcționale și structurale (%)</b> | <b>Capacitatea de muncă de bază (%)</b> |
|---|--|---|
| <p><b>Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stadiul I și IE cu simptome ușor pronunțate (ca în boala Hodgkin)</li> <li>- Formă histologică lentă cu malignizare redusă</li> <li>- Remisiuni durabile (răspuns pozitiv la tratament specific)</li> <li>- Semne biologice de activitate minimă (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele)</li> </ul>        | 5-35   | 95-65                                   |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stadiul II sau IIIE al bolii cu simptomatocă moderată</li> <li>- Formă histologică cu malignizare moderată</li> <li>- Răspuns pozitiv la tratament specific (remisiuni de durată medie)</li> <li>- Semne biologice de activitate moderată (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele mărite moderat)</li> </ul> | 40-45  | 60-55                                   |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stadiul II sau IIE al bolii cu simptomatocă moderată</li> <li>- Formă histologică cu malignizare moderată</li> <li>- Răspuns parțial la tratament specific (remisiuni de durată medie)</li> <li>- Semne biologice de activitate moderată (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele mărite moderat)</li> </ul>  | 50-55  | 50-45                                   |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p>  | 60-65  | 40-35                                   |

|  |        |       |
|--|--------|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stadiul IIIS sau IIISE al bolii</li> <li>- Formă histologică cu malignizare accentuată a maladiei</li> <li>- Răspuns incomplet la tratament specific</li> <li>- Semne biologice de activitate accentuată (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele mărite accentuat)</li> <li>- Simptome de intoxicație generală pronunțate (temperatură ridicată, frisoane, inapetență, pierdere ponderală)</li> </ul>                                   |        |       |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p>   | 70-75  | 30-25 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stadiul IIIS sau IIISE al bolii</li> <li>- Formă histologică cu malignizare accentuată a maladiei</li> <li>- Răspuns incomplet la tratament specific</li> <li>- Semne biologice de activitate accentuată (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele mărite accentuat)</li> <li>- Simptome de intoxicație generală accentuat pronunțate (temperatură ridicată, frisoane, pierdere ponderală)</li> </ul>                                     |        |       |
| <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p>   | 80-85  | 20-15 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stadiul IV al bolii</li> <li>- Formă histologică cu malignizare gravă a maladiei</li> <li>- Tratament specific fără răspuns</li> <li>- Semne biologice cu activitate foarte înaltă (VSH, fibrinogen, anemie gravă, trombocitopenie pronunțată)</li> <li>- Simptome de intoxicare generală prezente (temperatură ridicată mai mult de 39°C, frisoane, pierdere ponderală și cu afectarea gravă a organelor și sistemelor)</li> </ul> |        |       |
| <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p>   | 90-100 | 10-0  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stadiul IV al bolii</li> <li>- Formă histologică cu malignizare gravă a maladiei</li> <li>- Tratament specific fără răspuns</li> <li>- Semne biologice cu activitate foarte înaltă (VSH, fibrinogen, anemie gravă, trombocitopenie)</li> <li>- Simptome de intoxicare generală severe (temperatură ridicată, frisoane, pierdere ponderală și cu afectarea severă a organelor și sistemelor până la cașexie)</li> </ul>              |        |       |

## Leucemia limfocitară cronică/limfoleucoza cronică (C91.1)

**Definiție:** *Leucemia limfocitară cronică* este un proces limfoproliferativ, al cărui substrat morfologic îl formează limfocitele mature.

### Clasificarea LLC (stadii clinice):

- Stadiul inițial.
- Stadiul manifestărilor clinico-hematologice desfășurate.
- Stadiul terminal.

### 1. Stadializarea LLC după J. Binet:

| Stadiul  | Caracteristica  | Mediana de supraviețuire (ani) |
|----------|---|--------------------------------|
| <b>A</b> | Conținutul hemoglobinei mai înalt de 100 gr/l, numărul trombocitelor mai mare de $100,0 \times 10^9$ , mărirea ganglionilor limfatici în 1-2 zone anatomice   | Aceeași ca și în populație     |
| <b>B</b> | Conținutul hemoglobinei mai înalt de 100 gr/l, numărul trombocitelor mai mare de $100 \times 10^9$ , mărirea ganglionilor limfatici 3 și mai multe zone anatomice   | 7 ani                          |
| <b>C</b> | Conținutul hemoglobinei mai jos de 100 gr/l, numărul trombocitelor mai mic de $100,0 \times 10^9$ , în asociere cu mărirea ganglionilor limfatici în 1 sau câteva zone și indiferent de mărirea dimensiunii organelor | 2 ani                          |

### 2. Stadializarea LLC după K. Rai:

| Stadiul    | Caracteristica   | Pronosticul | Mediana de supraviețuire (ani) |
|------------|--|-------------|--------------------------------|
| <b>O</b>   | Limfocitoză mai mare $5,0 \times 10^9$ în sângele periferic, mai înaltă de 40% în măduva oaselor   | Favorabil   | Aceeași ca și în populație     |
| <b>I</b>   | Limfocitoză + mărirea ganglionilor limfatici   | Intermediar | 9 ani                          |
| <b>II</b>  | Limfocitoză + splenomegalie și/sau hepatomegalie, indiferent de mărirea ganglionilor limfatici   | Intermediar | 6 ani                          |
| <b>III</b> | Limfocitoză + conținutul hemoglobinei mai jos de 110 gr/l, indiferent de mărirea ganglionilor limfatici și a organelor                             | nefavorabil | 1,5 ani                        |
| <b>IV</b>  | Limfocitoză + numărul de trombocite mai mic de $100,0 \times 10^9$ , indiferent de prezența anemiei, mărirea ganglionilor limfatici și a organelor | nefavorabil | 1,5 ani                        |

### 3. Clasificarea LLC în funcție de evoluția clinică:

- LLC, formă benignă.
- LLC, formă tumorală.
- LLC, forma lienală.
- LLC, forma osteomedulară.

- LLC, forma T-celulară.
- LLC, forma cu tricholeucocite.

**Barem de investigații:**

Pentru confirmarea LLC:

*Obligatorii:*

- Analiza generală a sîngelui cu trombocite și reticulocite.
- Puncția MO cu examenul citologic al aparatului medular (hematologi)
- Trepanobiopsia MO cu examenul histologic al biotatului medular (hematologi).
- Imunofenotipare cu anticorpi monoclonali (hematologi).
- Fosfataza acidă în limfocite (hematologi).

*Recomandabile (după caz de boală):*

- Analiza generală a urinei.
- Analiza biochimică a sîngelui (ureea, creatinina, bilirubina, transaminazele, amilaza, glicemia în sînge).
- Determinarea grupei sangvine și a Rh-factorului (cu indicații de hemotransfuzii).
- Examinarea la HIV/SIDA (pînă la hemotransfuzie)
- Determinarea antigenilor hepatitelor B și C (pînă la hemotransfuzie).

**Indicații pentru trimiterea pacienților la CDDCM:**

Faza evolutivă a bolii cu următoarele sindroame manifeste:

- Limfadenopatie periferică, intraabdominală, splenomegalie și hepatomegalie corelantă cu numărul de leucocite – faza manifestărilor clinico-hematologice desfășurate.
- Prezența simptomelor sistemice: febră, transpirații nocturne și/cu scăderea cu peste la 10% din greutatea corpului.
- Sindromul anemic: astenie, vertij, acufene, cefalee, paliditate a tegumentelor, dispnee la efort fizic, palpitații, tahicardie etc.).
- Sindromul hemoragic: peteșii și echimoze pe piele și pe mucoase, gingivoragii, epistaxis, hemoragie intestinală etc.).
- Sindromul de complicații infecțioase (neutropenie febrilă, stomatită, otită, tonsilită, pneumonie, infecții perianale etc.).

| <b>Deficiențe funcționale și structurale</b>   | <b>Deficiențele funcționale și structurale (%)</b> | <b>Capacitatea de muncă de bază (%)</b> |
|--|--|---|
| <p><b>Deficiențe ușoare cu semne cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Semne clinice (slăbiciuni, astenie, subfebrilitate) nu se manifestă</li> <li>- Analiza sîngelui periferic cu modificări neesențiale a hemogramei de tip leucemic limfocitar</li> <li>- Lipsa semnelor de pierdere a capacității de muncă</li> <li>- Pentru depistarea semnelor necesită investigații speciale (clinica hematologică)</li> </ul> | 5-35   | 95-65                                   |

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Semne clinice manifestate moderat (slăbiciuni, astenie, subfebrilitate, scăderea capacității de muncă, apariția limfadenopatiei – ganglionii limfatici măriți în 1-2 zone anatomice)</li> <li>- În analiza periferică a sîngelui leucocitele pînă la <math>30,0-50,0 \times 10^9</math>, hemoglobina mai mare de 100gr/l, trombocitele mai mare de <math>100,0 \times 10^9</math></li> <li>- Tratamentul specific cu remisiune terapeutică bună, de durată</li> <li>- Punctatul medular. Limfocitoză pînă la 30%</li> </ul> | 40-45 | 60-55 |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Semne clinice manifestate moderat (slăbiciuni, astenie, subfebrilitate, scăderea capacității de muncă, apariția limfadenopatiei – ganglionii limfatici măriți în 1-2 zone anatomice)</li> <li>- În analiza periferică a sîngelui leucocitele pînă la <math>50,0-80,0 \times 10^9</math>, hemoglobina 90 gr/l, trombocitele <math>90,0 \times 10^9</math></li> </ul>   | 50-55 | 50-45 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Semne clinice generale pronunțate (temperatură ridicată, pierdere ponderală moderată, limfadenopatie, splenomegalie, hepatomegalie, infecții somatice cu focar localizat)</li> <li>- În analiza periferică a sîngelui leucocitele <math>80,0-200,0 \times 10^9</math>, hemoglobina 80-90 gr/l, trombocitele <math>100,0-90,0 \times 10^9</math></li> <li>- Tratamentul specific de durată cu remisiune scurtă</li> <li>- Punctatul medular. Limfocitoză de la 50% pînă la 60%</li> </ul>                               | 60-65 | 40-35 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Semne clinice generale pronunțate (temperatură ridicată, pierdere ponderală accentuată, limfadenopatie, splenomegalie, infecții somatice localizate)</li> <li>- În analiza periferică a sîngelui leucocitele <math>100,0-200,0 \times 10^9</math>, hemoglobina 70-80 gr/l, trombocitele <math>80,0-70,0 \times 10^9</math></li> <li>- Tratamentul specific cu remisiune scurtă</li> <li>- Punctatul medular. Limfocitoză de la 60% pînă la 70%</li> </ul>  | 70-75 | 30-25 |
| <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifestări clinice desfășurate caracteristice stadiului terminal al maladiei (scădere ponderală pînă la cașexie, mărirea considerabilă a ganglionilor limfatici, ficatului, splinei, febră fără focar de infecție localizat)</li> <li>- În analiza periferică a sîngelui leucocitele <math>200,0-500,0 \times 10^9</math>, hemoglobina 60-50 gr/l, trombocitele <math>60,0-50,0 \times 10^9</math></li> <li>- Este indicat tratamentul simptomatic al pacientului (analgetice, stupefiante, antibiotice)</li> </ul>       | 80-85 | 20-15 |

|  |        |      |
|--|--------|------|
| <p>- Punctatul medular. Limfocitoză pînă la 80%</p> <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <p>- Manifestări clinice desfășurate caracteristice stadiului terminal al maladiei (scădere ponderală, mărirea considerabilă a ganglionilor limfatici, ficatului, splinei, febră fără focar de infecție localizat</p> <p>- În analiza periferică a sîngelui leucocitele <math>500,0-600,0 \times 10^9</math>, hemoglobina <math>&lt;50 \text{ gr/l}</math>, trombocitele <math>&lt;50,0 \times 10^9</math></p> <p>- Tratament simptomatic al pacientului (analgetice, stupefiante, antibiotice)</p> <p>- Punctatul medular. Limfocitoză pînă la 90%</p> | 90-100 | 10-0 |
|--|--------|------|

### **Leucemia mieloidă cronică la adult/mieloleucoza cronică sau leucemia granulocitară cronică (C92.1)**

**Definiție:** *Leucemia mieloidă cronică* este un proces clonal mieloproliferativ, care rezultă din transformarea malignă prin mutație la nivelul celulei stem pluripotente, cu menținerea capacității de diferențiere către toate liniile celulare. Patologia este caracterizată prin proliferarea necontrolată a granulocitelor, ceea ce condiționează creșterea masei granulocitare și a celei circulante. Prezența în sîngele periferic a unui număr mare de leucocite, format din segmentate și precursorii acestora în toate stadiile de diferențiere stă la baza definirii maladiei și a stabilirii diagnosticului.

#### **Clasificarea clinică:**

| <b>Prima clasificare</b>                                       | <b>Ultima clasificare</b> |
|--|---------------------------|
| Stadiul (faza) inițial   |                           |
| Stadiul (faza) manifestărilor clinico-rematologice desfășurate | Fază cronică              |
| Stadiul (faza) preterminal sau preblastice                     | Fază de accelerare        |
| Stadiul (faza) terminal sau de criză blastice                  | Fază acută                |

#### **Barem de investigații:**

##### *Obligatorii:*

- Analiza generală a sîngelui cu trombocite și reticulocite.
- Determinarea activității fosfatazei alcaline în neutrofile.
- Investigații specifice (secția hematologică, puncția măduvei oaselor, examen citogenetic al aspiratului madular).

##### *Recomandabile (după caz de boală):*

- Analiza biochimică a sîngelui (ureea, creatinina, bilirubina, fracțiile proteice, ALT, AST, LDH, fosfataza alcalină).
- Analiza generală a urinei.
- Ultrasonografia abdominală.
- R-grafia în ansamblu a toracelui.

- Irigoscopia.
- Determinarea grupei sangvine și a Rh-factorului (cu indicații de transfuzii).
- Examinarea la markerii hepatitelor virale, HIV/SIDA (pînă la transfuzie).

**Indicații pentru trimiterea pacienților la CDDCM:**

Faza evolutivă a bolii cu următoarele sindroame manifeste:

- Splenomegalie corelantă cu numărul de leucocite – faza cronică.
- Sindromul anemic manifest (astenie, acufene, cefalee, paliditate a tegumentelor, dispnee la efort fizic, palpitații, tahicardie etc.) – fazele cronică tardivă, de accelerare și acută.
- Sindromul hemoragic (peteșii și echimoze pe piele și pe mucoase, gingivoragii, epistaxis, meno și metroragii etc.) – fazele de accelerare și acută.
- Sindromul de complicații infecțioase (neuropenie febrilă, stomatită, otită, tonsilită, bronșită, pneumonie, infecții perianale etc.) – faza acută.
- Analiza generală a sîngelui cu trombocite și reculocite (anemie normocromă și cea normocitară, în fazele de accelerare și acută, leucocitoză cu/fără trombocitoză în faza cronică, trombocitopenia în faza acută, devierea formulei leucocitare în sînga pînă la celule blastice, asocierea eozinofilobazofilică).

| Deficiențe funcționale și structurale | Deficiențele funcționale și structurale (%) | Capacitatea de muncă de bază (%) |
|---------------------------------------|---|----------------------------------|
|---------------------------------------|---|----------------------------------|

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| <p><b>Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări ușoare ale funcției hematopoetice (leucocite <math>20,0-30,0 \times 10^9</math>)</li> <li>- Faza cronică a maladiei cu simptomatologie clinică slab pronunțată. Starea generală satisfăcătoare</li> <li>- Remisiune durabilă clinică și citologică completă</li> <li>- După tratamentul specific boala decurge asimptomatic. Stare generală satisfăcătoare</li> </ul>  | 5-35  | 95-65 |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări moderate ale funcției hematopoetice (leucocite <math>50,0-100,0 \times 10^9</math>)</li> <li>- Faza cronică a maladiei cu evoluție lentă și remisiuni periodice de durată scurtă, persistent stabilă</li> <li>- Răspuns aproape complet la tratament specific</li> <li>- În perioadă manifestărilor clinico-hematologice se pot dezvolta complicații cauzate de hiperleucocitoză, infarct splinic, edem al retinei, stupor, tromboze la nivelul vaselor mici (retiniene, corp cavernos)</li> </ul>  | 40-45 | 60-55 |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări moderate ale funcției hematopoetice (leucocite <math>100,0-200,0 \times 10^9</math>)</li> <li>- Faza cronică a maladiei cu evoluție lentă și remisiuni de durată moderată</li> <li>- Răspuns aproape complet la tratamentul specific</li> <li>- În perioadă manifestărilor clinico-hematologice se pot dezvolta complicații cauzate de hiperleucocitoză, infarct splinic, edem al retinei, stupor, tromboze la nivelul vaselor mici (retiniene, corp cavernos)</li> </ul>   | 50-55 | 50-45 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiențe accentuate ale funcției hematopoetice (leucocite de la <math>200,0-300,0 \times 10^9</math>)</li> <li>- Faza accelerată a maladiei cu remisiuni de durată scurtă</li> <li>- Răspuns parțial la tratamentul specific</li> <li>- În perioadă manifestărilor clinico-hematologice se dezvoltă complicații cauzate de hiperleucocitoză și trombocitoză, ce provoacă leucostaze și tromboze, (infarctul splinic desfășurat cu febră <math>38^{\circ}\text{C}</math>, complicații metabolice – criză de gută, nefropatie gotică)</li> </ul> | 60-65 | 40-35 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiențe accentuate ale funcției hematopoetice (leucocite de la</li> </ul>   | 70-75 | 30-25 |

|   |        |       |
|---|--------|-------|
| <p>300,0 x 10<sup>9</sup>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faza accelerată a maladiei cu remisiuni labile de scurtă durată</li> <li>- Răspuns parțial și de scurtă durată la tratamentul specific</li> <li>- În perioadă manifestărilor clinico-hematologice se dezvoltă complicații cauzate de hiperleucocitoză și trombocitoză, ce provoacă leucostaze și tromboze, (infarctul splinic desfășurat cu febră 38<sup>0</sup>C, complicații metabolice – criză de gută, nefropatie gutică și IRC)</li> </ul> <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiențe grave ale funcției hematopoetice (leucocite mai mult de 350,0-400,0 x 10<sup>9</sup>)</li> <li>- În clinica maladiei determinăm stadiul terminal sau faza de criză blastică (tabloul clinic al leucemiei acute)</li> <li>- Lipsa răspunsului la tratamentul specific (trecerea la tratamentul simptomatic al pacientului)</li> <li>- Manifestări clinico-hematologice desfășurate grave (criză blastică, sindrom anemic, sindrom hemoragic, complicații infecțioase, se dezvoltă neuroleucemia)</li> </ul> <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiențe grave ale funcției hematopoetice (leucocite mai mult de 400,0 x 10<sup>9</sup>)</li> <li>- În clinica maladiei determinăm stadiul terminal sau faza de criză blastică manifestă (tabloul clinic al leucemiei acute)</li> <li>- Lipsa răspunsului la tratamentul specific (necesitatea tratamentului simptomatic al pacientului)</li> <li>- Manifestări clinico-hematologice desfășurate severe (criză blastică, sindrom anemic sever, sindrom hemoragic, complicații infecțioase cu sepsis, neuroleucemie, cașexie)</li> </ul> | 80-85  | 20-15 |
| <p>90-100</p>   | 90-100 | 10-0  |

### Leucemia acută C93

| Deficiențe funcționale și structurale  | Deficiențele funcționale și structurale (%) | Capacitatea de muncă de bază (%) |
|--|---|----------------------------------|
| <p><b>Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiențe grave ale funcției hematopoetice (leucocite mai mult de 400,0 x 10<sup>9</sup>)</li> </ul> | 80-100                                      | 0-20                             |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Stadiul primar activ al bolii cu remisiune completă pe o durată mai scurtă de un an</li><li>- În caz de recidivă</li><li>- În clinica maladiei determinăm stadiul terminal sau faza de criză blastică manifestă (tabloul clinic al leucemiei acute)</li><li>- Lipsa răspunsului la tratamentul specific (necesitatea tratamentului simptomatic al pacientului)</li></ul> |  |  |
|--|--|--|

## Anemia fierodeficientară la adult (D50)

**Definiție:** *Anemia fierodeficientară* face parte din grupul de anemii prin dereglarea de formare a eritrocitelor în care are loc deficitul de sinteză a hemoglobinei ca rezultat a scăderii cantității totale a fierului din organism.

### Clasificarea:

#### 1. După gradul de anemizare:

- **Gradul I** – conținutul de hemoglobină 91-110 gr/l.
- **Gradul II** – conținutul de hemoglobină 71-90 gr/l.
- **Gradul III** – conținutul de hemoglobină mai mic de 71 gr/l.

#### 2. În funcție de stadiile evolutive ale deficitului de fier:

| Stadiul deficitului de fier | Nivelul feritinei serice | Fierul seric | Conținutul hemoglobinei |
|-----------------------------|--------------------------|--------------|-------------------------|
| Deficit prelatent           | Redus                    | În normă     | În normă                |
| Deficit latent              | Redus considerabil       | Redus        | În normă                |
| Anemie cu deficit de fier   | Foarte redus             | redus        | Scăzut (anemie)         |

### Barem de investigații:

#### *Obligatorii pentru confirmarea AF:*

- Analiza generală a sîngelui periferic cu trombocite și reticulocite.
- Conținutul fierului seric.
- Conținutul feritinei (se efectuează numai la CRDM).

#### *Obligatorii pentru determinarea AF:*

- Examinarea fecalelor la hemoragie ocultă.
- Examinarea fecalelor la helminți.
- Radioscopia stomacului cu pasaj pe intestinul subțire
- Irigoscopia, fibrocolonoscopia, rectoromanoscopia, fibrogastroduodenoscopia, consultația ginecologului (pentru femei).

#### *Recomandabile (după caz de boală):*

- Analiza generală a urinei.
- Ureea, creatinina, bilirubina, transaminazele, glucoza în sînge.
- Determinarea grupei sangvine și a Rh-factorului (cu indicații de hemotransfuzii).
- Examinarea la HIV/SIDA (pînă la hemotransfuzie)

### Indicații pentru trimiterea pacienților la CDDCM:

Faza evolutivă a bolii cu următoarele sindrome manifeste:

- Sindromul anemic (slăbiciuni generale, vertije, dispnee la efort fizic, palpitații, paliditatea tegumentelor, tahicardie, etc.).
- Sindromul sideropenic (piele uscată, fisuri calcaneale, unghii fragile, care ușor se rup, se stratifică; păr care ușor se rupe și cade în cantitate mare; uscăciune în cavitatea bucală, stomatită angulară, gusturi și mirosuri perverse etc.).

- Fierul seric – micșorat.
- Analiza generală a sîngelui cu trombocite și reticulocite (anemie, hipocromie, microcitoză).

| Deficiențe funcționale și structurale  | Deficiențele funcționale și structurale (%) | Capacitatea de muncă de bază (%) |
|--|---|----------------------------------|
| <p><b>Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări hematologice ușoare: o singură acutizare în 2 ani sau o dată pe an, durata acutizării 10-14-21 zile, cu sindrom anemic ușor (somniaț, vertij, piele palidă, edeme neînsemnate)</li> <li>- Semne paraclinice:<br/>Eritrocite <math>3,0-3,5 \times 10^{12}</math><br/>Hemoglobina 81-110 gr/l<br/>Fier seric 12,5-30,4 mmol/l</li> <li>- Sindromul sideropenic lipsește</li> <li>- Răspuns bun la tratamentul de substituție (cu preparate de Fe)</li> </ul> | 5-35  | 95-65                            |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări hematologice medii: acutizări de 2-3 ori pe an, durata acutizării 2-3 săptămîni, cu sindrom anemic moderat</li> <li>- Semne paraclinice:<br/>Eritrocite <math>2,5-3,0 \times 10^{12}</math><br/>Hemoglobina 71-80 gr/l<br/>Fier seric 10,0-12,0 mmol/l</li> <li>- Sindromul sideropenic ușor moderat manifestat</li> <li>- Răspuns satisfăcător la tratamentul de substituție (cu preparate de Fe)</li> </ul>   | 40-45                                       | 60-55                            |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări hematologice moderate, cu acutizări de mai mult 3 ori pe an cu o durată de 2-3 săptămîni și sindrom anemic moderat</li> <li>- Semne paraclinice:<br/>Eritrocite <math>2,5 - 3,0 \times 10^{12}</math><br/>Hemoglobina 71-80 gr/l<br/>Fier seric 10,0 – 12,0 mmol/l</li> <li>- Sindromul sideropenic moderat prezent</li> <li>- Răspuns incomplet la tratamentul de substituție (cu preparate de Fe)</li> </ul>   | 50-55                                       | 50-45                            |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p>   | 60-65                                       | 40-35                            |

|   |        |       |
|---|--------|-------|
| <p>- Dereglări hematologice accentuate, manifestate prin sindrom anemic accentuat pronunțat, acutizări de 3-4 ori pe an cu o durată de 3-4 săptămîni</p> <p>- Semne paraclinice:<br/>Eritrocite <math>2,0 - 2,5 \times 10^{12}</math><br/>Hemoglobina 61-70 gr/l<br/>Fier seric 6,0 – 9,0 mmol/l</p> <p>- Sindrom sideropenic accentuat manifestat</p> <p>- Răspuns incomplet la tratamentul de substituție (cu preparate de Fe)</p>  |        |       |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <p>- Dereglări hematologice accentuate, manifestate prin sindrom anemic accentuat pronunțat, acutizări de 3-4 ori pe an cu o durată de 3-4 săptămîni</p> <p>- Semne paraclinice:<br/>Eritrocite <math>2,0 - 2,5 \times 10^{12}</math><br/>Hemoglobina 61-65 gr/l<br/>Fier seric 6,0 mmol/l</p> <p>- Sindrom sideropenic accentuat prezent, persistent</p> <p>- Răspuns incomplet la tratamentul de substituție (cu preparate de Fe)</p>  | 70-75  | 30-25 |
| <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <p>- Dereglări hematologice grave, cu dereglări ale funcției de sinteză a sîngelui și componentelor lui, manifestate prin sindrom anemic grav, cu acutizări de 4-6 ori pe an, cu o durată de 1,5-2,0 luni</p> <p>- Semne paraclinice:<br/>Eritrocite <math>1,5 - 2,0 \times 10^{12}</math><br/>Hemoglobina 51-60 gr/l<br/>Fier seric egal sau mai mic 5,0 mmol/l</p> <p>- Sindromul sideropenic manifestat grav</p> <p>- Lipsa de răspuns la tratamentul de substituție (cu preparate de Fe), cu recidive dese a sindromului anemic grav</p> | 80-85  | 20-15 |
| <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <p>- Dereglări hematologice severe cu dereglări grave ale funcției de sinteză a sîngelui și componentelor lui manifestate prin sindrom anemic grav cu acutizări persistente.</p> <p>- Semne paraclinice:<br/>Eritrocite <math>1,0 - 1,5 \times 10^{12}</math><br/>Hemoglobina mai mic sau egal 50 gr/l<br/>Fier seric mai mic 5,0 mmol/l</p> <p>- Sindromul sideropenic sever persistent</p> <p>- Lipsa de răspuns la tratamentul de substituție. Tratament simptomatic</p>  | 90-100 | 10-0  |

## **Anemiile megaloblastice la adult**

### **Anemia B-deficitară (D51) Anemia prin deficit de acid folic (D52)**

**Definiție:** *Anemiile megaloblastice* sînt rezultatul formării ineficiente a eritrocitelor, prin dereglarea multiplicării eritrocariocitelor în măduva oaselor din cauza sintezei scăzute a acizilor nucleici.

#### **Clasificarea:**

##### **1. După formele etiopatogenice:**

- Anemia B-deficitară.
- Anemia prin deficit de acid folic.
- Anemii megaloblastice din alte cauze (aciduria orotică, sindromul Lesch-Nyhan, anemia megaloblastică cu răspuns la Tiamină).

##### **2. După gradul de anemizare:**

- **Gradul I** – conținutul de hemoglobină 91-110 gr/l.
- **Gradul II** – conținutul de hemoglobină 71-90 gr/l.
- **Gradul III** – conținutul de hemoglobină mai mic de 71 gr/l.

#### **Barem de investigații:**

##### *Obligatorii pentru confirmarea AM:*

- Analiza generală a sîngelui periferic cu trombocite și reticulocite.
- Puncția măduvei osoase/depistarea hematopoiezei megaloblastice (hematologi).
- Investigarea reticulocitelor la a 4-5-a zi de tratament cu Cianocobalamină pentru determinarea „crizei reticulocitare”, care confirmă diagnosticul de anemie B12-deficitară. În cazurile de lipsă a „crizei reticulocitare” care exclude anemia B12-deficitară, se indică Acid folic și la a 4-5-a zi de tratament se cercetează reticulocitele și prezența „crizei reticulocitare”, care confirmă diagnosticul de anemie prin deficit de acid folic.

- Determinarea conținutului de vitamina B12 și de concentrație de homocisteină în serul sangvin (vitamina B12 în normă 160-700 ug/l, homocisteina totală în normă 5-15 mmol/l) În Moldova nu se efectuează.

- Determinarea conținutului de acid folic în ser (în normă 3-16 ug/l) și de eritrocite (în normă 95-570 ug/l) în Moldova nu se efectuează.

##### *Obligatorii pentru determinarea AM:*

- Examinarea fecalelor la botriocel.
- Radioscopia stomacului cu pasaj pe intestinul subțire.
- Fibrogastroduodenoscopia.

##### *Recomandabile (după caz de boală):*

- Analiza generală a urinei.
- Ureea, creatinina, bilirubina totală și fracțiile ei, transaminazele, amilaza, glucoza în sînge.
- Determinarea grupei sangvine și a Rh-factorului (cu indicații de hemotransfuzii).
- Examinarea la HIV/SIDA (pînă la hemotransfuzie)

- Determinarea antigenelor hepatitelor B și C ( pînă la hemotransfuzie).

### **Indicații pentru trimiterea pacienților la CDDCM:**

Faza evolutivă a bolii cu următoarele sindroame manifeste:

- Sindromul anemic: slăbiciuni generale, vertije, dispnee la efort fizic, palpitații, paliditate a tegumentelor cu nuanță icterică etc.).
- Sindromul gastroenterologic: anorexie, senzații de greutate și de durere în regiunea epigastrică, dureri în limbă, constipații, diaree etc.).
- Sindromul neurologic: senzații de amorțeală, de răceală în mâini și în picioare, senzații de „picioare de vată”, diminuarea simțului olfatic, a auzului, a vederii etc.), care este specific numai pentru deficitul de vitamina B12.
- Analiza generală a sîngelui cu trombocite și reticulocite (tendința spre pancitopenie, hiperchromie și macrocitoză a eritrocitelor, anizocitoză, poichilocitoză, inele Kebot, corpusculi Jolly, hipersegmentare a nucleului granulocitelor)

| <b>Deficiențe funcționale și structurale</b>  | <b>Deficiențele funcționale și structurale (%)</b> | <b>Capacitatea de muncă de bază (%)</b> |
|---|--|---|
| <p><b>Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dereglări ușoare ale funcției hematopoetice, caracteristice pentru sindromul anemic (slăbiciuni, vertijuri, palpitații, dispnee la efort fizic) ușor manifestate</li> <li>- Hemograma:<br/>Eritrocite mai mare sau egal <math>3,5 \times 10^9</math><br/>Hemoglobină 115-95 gr/l<br/>Hematocrit 32-48%<br/>Trombocite mai mari sau egal <math>150,0 \times 10^9</math>, megaloblaștii în măduva osoasă 10-20%</li> <li>- Acuze caracteristice sindromului gastroenterologic (anorexie, senzație de greutate și de durere în regiunea epigastrică, dureri a limbii, constipații, diaree) – lipsesc</li> <li>- Acuze caracteristice sindromului neurologic (senzații de amorțeală, senzații de răceală în mâini și picioare, senzație de picioare de „vată”, diminuarea simțului mirosului, a auzului, a vederii) – lipsesc</li> <li>- Semne generale ale stării pacientului (febră, paloarea tegumentelor cu nuanță „ceroasă”, subicterice, glosită, schimbări a mucoasei cavității bucale, limba netedă și strălucitoare (limbă Kapter)) – lipsesc</li> </ul> | 5-35   | 95-65                                   |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evoluția moderată a maladiei cu acutizări de 2-3 ori pe an cu o</li> </ul>   | 40-45  | 60-55                                   |

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| <p>durată pînă la o lună</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma:</li> <li>Eritrocite <math>3,5-3,2 \times 10^{12}</math></li> <li>Hemoglobina 100-90 gr/l</li> <li>Trombocite mai mari <math>100,0-120,0 \times 10^9</math></li> <li>Hematocritul 32-44%</li> <li>Megaloblaști în măduva osoasă 20-30%</li> <li>- Acuze caracteristice sindromului gastroenterologic prezente moderat</li> <li>- Acuze caracteristice sindromului neurologic prezente moderat</li> <li>- Semne generale ale afectării stării pacientului prezente (febră - <math>37,5^{\circ}\text{C}</math>, paloarea tegumentelor, glosită și altele)</li> </ul>   |       |       |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evoluția moderată a maladiei cu acutizări de mai mult de 2-3 ori pe an cu o durată de o lună și mai mult</li> <li>- Hemograma:</li> <li>Eritrocite <math>3,2-3,0 \times 10^{12}</math></li> <li>Hemoglobina 90 gr/l</li> <li>Trombocite <math>100,0 \times 10^9</math></li> <li>Hematocritul 30-42%</li> <li>Megaloblaști în măduva osoasă 20%</li> <li>- Acuze caracteristice sindromului gastroenterologic prezente moderat</li> <li>- Acuze tipice sindromului neurologic prezente moderat</li> <li>- Prezente semne generale ale afectării pacientului (febră – <math>37,5^{\circ}\text{C}</math>, paloarea tegumentelor, glosită și altele)</li> </ul>   | 50-55 | 50-45 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evoluția progresivă a maladiei cu acutizări de 3-4 ori pe an cu o durată de 1-1,5 luni, cu clinica tuturor simptoamelor: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sindromul anemic</li> <li>- sindromul sindromul gastroenterologic</li> <li>- sindromul neurologic</li> </ul> </li> <li>- Hemograma:</li> <li>Eritrocite <math>3,0-2,5 \times 10^{12}</math></li> <li>Hemoglobina 85-75 gr/l</li> <li>Trombocite <math>100,0 \times 10^9</math></li> <li>Hematocritul 25-30%</li> <li>Megaloblaști în măduva osoasă 30-40%</li> <li>- Semne generale ale afectării stării pacientului prezente (febră – <math>38^{\circ}-38,5^{\circ}\text{C}</math>, paloarea tegumentelor, anorexie, glosită, constipație)</li> </ul> | 60-65 | 40-35 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evoluția progresivă a maladiei cu acutizări de mai mult de 4 ori pe an cu o durată de 1-1,5 luni, cu clinica manifestă a tuturor simptomelor: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sindromul anemic;</li> </ul> </li> </ul>  | 70-75 | 30-25 |

|   |        |       |
|---|--------|-------|
| <p>- sindromul gastroenterologic;<br/>- sindromul neurologic etc.</p> <p>- Hemograma:<br/>Eritrocite <math>2,5-2,0 \times 10^{12}</math><br/>Hemoglobina 80-70 gr/l<br/>Trombocite <math>&gt;100,0 \times 10^9</math><br/>Hematocritul 20-25%<br/>Megaloblaști în măduva osoasă 40-50%</p> <p>- Semne generale ale afectării stării pacientului prezente (febră <math>38,5^{\circ}\text{C}</math>, paloarea tegumentelor, anorexie, glosită, constipație)</p> <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <p>- Evoluția gravă persistentă a maladiei cu acutizări de 4-5 ori pe an cu o durată de 1,5-2 luni, cu afectarea tuturor sistemelor funcționale a organismului, grav pronunțate prin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sindromul anemic;</li> <li>- sindromul gastroenterologic;</li> <li>- sindromul neurologic</li> <li>- sindromul sistemului cardio-vascular</li> <li>- sistemul psihic</li> </ul> <p>- Hemograma:<br/>Eritrocite <math>2,5-1,5 \times 10^{12}</math><br/>Hemoglobina mai mică 70 gr/l<br/>Trombocite mai mic <math>100,0 \times 10^9</math> până la <math>50,0 \times 10^9</math><br/>Hematocritul 15-20%<br/>Megaloblaști în măduva osoasă 50%</p> <p>- Tratamentul de susținere fără efect. Tratament simptomatic</p> | 80-85  | 20-15 |
| <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <p>- Evoluție severă a maladiei practic fără remisiune, cu afectarea tuturor sistemelor funcționale a organismului, sever pronunțate prin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sindromul anemic sever;</li> <li>- sindromul gastroenterologic;</li> <li>- afectare sistemului cardiovascular</li> <li>- afectarea sistemului nervos și psihic</li> <li>- complicații infecțioase, sepsis, cașexie</li> </ul> <p>- Hemograma:<br/>Eritrocite <math>1,5-1,0 \times 10^{12}</math><br/>Hemoglobina <math>&lt;50</math> gr/l<br/>Trombocite <math>&lt;50,0 \times 10^9</math><br/>Hematocritul <math>&gt;15\%</math><br/>Megaloblaști în măduva osoasă 60-70%</p> <p>- Tratamentul de susținere – tratament simptomatic</p>   | 90-100 | 10-0  |

## **Anemia hemolitică autoimună la adult (D59.1)**

**Definiție:** *Anemia hemolitică autoimună* face parte din grupul de anemii prin distrugerea accelerată a eritrocitelor ca rezultat al patologiei celulelor sistemului imun, care produc anticorpi împotriva antigenelor normale ale membranei celulelor hemopoietice.

### **Clasificarea:**

#### **1. În funcție de nivelul de acțiune a anticorpilor:**

- Cu anticorpi împotriva antigenelor eritrocitelor din sângele periferic.
- Cu anticorpi împotriva antigenelor eritrocariocitelor măduvei oaselor.

#### **b) În funcție de cunoașterea procesului, pe al cărui fundal a apărut anemia autoimună:**

- Idiopatice, când nu se depistează procesul pe al cărui fundal a apărut anemia autoimună.
- Simptomatice sau secundare, care se dezvoltă pe fondalul altor maladii (leucemia limfocitară cronică, limfoamele non-Hodgkin, limfomul Hodgkin, lupusul eritematos de sistem, artrita reumatoidă, hepatita cronică, ciroza hepatică, tumorile maligne ne Hodgkiene).

#### **c) În funcție de caracteristica serologică a anticorpilor:**

- Anemia hemolitică autoimună cu anticorpi la cald (această formă predomină).
- Anemia hemolitică autoimună cu anticorpi la rece.

### **Barem de investigații:**

#### *Obligatorii Pentru confirmarea AHAI:*

- Analiza generală a sîngelui periferic cu trombocite și reticulocite.
- Analiza urinei la urobilină.
- Bilirubina totală și fracțiunile ei.
- Determinarea ALT și AST.

*Obligatorii pentru determinarea AHAI, care permit a stabili forma idiopatică sau cea secundară:*

- Determinarea aminotransferazelor.
- Determinarea antigenelor hepatitelor virale B, C și D.
- Examinarea la HIV/SIDA.
- Determinarea anticorpilor, anti-ADN, latex, Woler Rose, anticorpilor antimitocondriali.
- Examinarea radiologică sau endoscopică a tractului gastrointestinal, la necesitate.
- Biopsia ganglionilor limfatici sau altor formațiuni tumorale la prezența lor.
- Ultrasonografia organelor cavității abdominale.
- Consultația ginecologului (pentru femei).

#### *Recomandabile (după caz de boală):*

- Analiza generală a urinei.
- Ureea, creatinina, glucoza în sînge.
- Coagulograma (timpul de coagulare a sîngelui, timpul de tromboplastină parțial activat, protrombina, fibrinogenul, markerii activării intravasculare a coagulării și fibrinolizei).
- Determinarea grupei sangvine și a Rh-factorului (cu indicații de hemotransfuzie).
- Determinarea ionilor de K, Na, Ca.

**Indicații pentru trimiterea pacienților la CDDCM:**

Faza evolutivă a bolii cu următoarele sindroame manifeste:

- Sindromul anemic: slăbiciuni generale, vertije, dispnee la efort fizic, palpitații, paliditate a tegumentelor, tahicardie etc.).
- Sindromul de hemoliză: paloarea tegumentelor cu icter, culoarea întunecată a urinei, prezența în unele cazuri a splenomegaliei moderate).
- Analiza generală a sîngelui cu trombocite și reticulocite (anemie, reticulocitoză).
- Bilirubina totală și fracțiile ei (majorată din fracții indirecte).

| <b>Deficiențe funcțional-structurale</b>   | <b>Deficiențele funcționale și structurale (%)</b> | <b>Capacitatea de muncă de bază (%)</b> |
|--|--|---|
| <b>Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b><br><br>- Dereglări hematologice neînsemnate sau lipsă (anemie normă sau hiperchroma ușoară, numărul de leucocite este în normă, numărul de trombocite este în normă)<br>- Manifestări ale afectării stării generale (slăbiciuni, dispnee, temperatură ridicată, icter) lipsesc<br>- Splenomegalia de regulă lipsește<br>- Complicațiile hemolizei (anemie, reticulocitoză, hipertrofie eritroidă în măduva oaselor, bilirubinurie, urobilinurie) lipsesc   | 5-35   | 95-65                                   |
| <b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b><br><br>- Deficiențe hematologice prezente prin anemie medie, semne de reticulocitoză ușoară, semne de hiperplazie eritroidă ușoară în măduva osoasă<br>- Manifestări ale stării generale moderat dereglate (slăbiciuni, dispnee moderată, temperatură subfebrilă, icter temporar, semne de intoxicație generală moderată)<br>- Splenomegalia este prezentă ușor, medie<br>- Prezența complicațiilor hemolizei extravasculare (anemie autoimună hemolitică cu splenomegalie moderată, hepatomegalie moderată, tromboze vasculare prezente, semne de litiază biliară) | 40-45  | 60-55                                   |
| <b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b><br><br>- Deficiențe hematologice prezente prin anemie moderată, semne de reticulocitoză ușoară, semne de hiperplazie eritroidă ușoară în măduva osoasă<br>- Manifestări ale stării generale moderat dereglate (slăbiciuni, dispnee, temperatură subfebrilă, icter temporar, semne de intoxicație generală moderate)   | 50-55  | 50-45                                   |

|   |        |       |
|---|--------|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Splenomegalie moderată</li> <li>- Prezența complicațiilor hemolizei extravasculare (anemie autoimună hemolitică cu splenomegalie moderată, hepatomegalie moderată, tromboze vasculare prezente, semne de litiază biliară)</li> </ul>   |        |       |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p>  | 60-65  | 40-35 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiențe hematologice pronunțate manifestate prin hemoliza extravasculară (anemie pronunțată, reticulocitoză moderată, hiperplazie moderată, eritroidă a măduvei osoase, bilirubinemie și urobilirubinemie pronunțate)</li> <li>- Manifestări desfășurate ale stării generale (temperatură mai mare de 38<sup>0</sup>C, dispnee pronunțată, icter persistent, semne de intoxicație generală pronunțată)</li> <li>- Splenomegalie prezentă accentuat și hepatomegalie moderată</li> <li>- Prezența complicațiilor hemolizei extravasculare accentuate (tromboze vasculare manifestate, crize aplastice temporare, litiază biliară)</li> </ul> |        |       |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p>  | 70-75  | 30-25 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiențe hematologice pronunțate manifestate prin hemoliza extravasculară (anemie pronunțată, reticulocitoză moderată, hiperplazie moderată, eritroidă a măduvei osoase, bilirubinemie și urobilirubinemie pronunțate)</li> <li>- Manifestări desfășurate ale stării generale (temperatură mai mare de 38<sup>0</sup>C, dispnee pronunțată, icter persistent, semne de intoxicație generală pronunțată)</li> <li>- Splenomegalie prezentă accentuat și hepatomegalie moderată</li> <li>- Prezența complicațiilor hemolizei extravasculare accentuate (tromboze vasculare manifestate, crize aplastice temporare, litiază biliară)</li> </ul> |        |       |
| <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p>  | 80-85  | 20-15 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiențe hematologice grave cu caracter ireversibil, ce nu se ameliorează cu tratament corespunzător</li> <li>- Manifestări grave persistente ale afectării stării generale cu semne de intoxicație gravă și asocierea complicațiilor infecțioase desfășurate pînă la sepsis, cașexie</li> </ul>   |        |       |
| <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p>  | 90-100 | 10-0  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiențe hematologice severe cu caracter ireversibil, ce nu cedează tratamentului (tabloul sîngelui – papatopenie)</li> <li>- Manifestări severe ale afectării stării generale cu semne severe de intoxicație generală și asocierea complicațiilor pe organe și sisteme pînă la sepsis, neurotoxicoză, cașexie.</li> </ul>   |        |       |

## Anemia aplastică la adult (D60)

**Definiție:** *Anemia aplastică* face parte din grupul de anemii prin dereglarea de formare a eritrocitelor, în care are loc depresia tuturor seriilor hematopoietice în MO, reflectându-se în sângele periferic prin pancitopenie.

### Clasificarea:

1. Congenitală.
2. Dobândită.
  - Idiopatică.
  - Secundară.

### Conform gradului de severitate a maladiei:

| Criteriile                                   | AA severă               | AA foarte severă               | AA nonseveră |
|--|-------------------------|--------------------------------|--------------|
| Celularitatea MO, %                          | < 25%                   | < 25%                          | 25-50%       |
| Numărul absolut de neutrofile, $\times 10^9$ | < 0,5                   | < 0,2                          | > 0,5        |
| Numărul absolut de trombocite, $\times 10^9$ | < 20                    | < 20                           | > 20         |
| Reticulocitele, %                            | < 1                     | < 1                            | >1           |
| Complicațiile                                | Infecțioase, hemoragice | Infecțioase, hemoragice severe | ---          |

### Barem de investigații:

#### *Obligatorii pentru confirmarea A A:*

- Analiza generală a sîngelui cu trombocite și reticulocite.
- Puncția măduvei osoase cu examenul citologic al aspiratului medular (la hematolog).
- Repanobiopsia măduvei osoase cu examenul histologic al biotatului medular.

#### *Obligatorii pentru determinarea A A:*

- Analiza biochimică a sîngelui (ureea, creatinina, bilirubina totală și fracțiile ei, fracțiile proteice, alaninaminotransferaza, aspartataminotransferaza, lactatdehidrogenaza, fosfataza alcalină).
- Determinarea de markeri ai agenților infecțioși virali în sângele periferic: hepatite A, B, C, EBV, CMV.
- Ultrasonografia abdominală.
- Testul Ham.
- Radiometria fizică.
- R-grafia în ansamblu a toracelui.

#### *Recomandabile (după caz de boală):*

- Fierul seric.
- Analiza generală a urinei.
- Determinarea grupei sangvine și a Rh-factorului (cu indicații pentru transfuzii de componente sangvine).

- Examinarea la HIV/SIDA pînă la transfuzie.
- Examinarea citogenetică a sîngelui periferic și a aspiratului medular.
- Determinarea anticorpilor antinucleari în sîngele periferic.

### Indicații pentru trimiterea pacienților la CDDCM:

Faza evolutivă a bolii cu următoarele sindroame manifeste:

- Sindromul anemic: astenie, acufene, vertij, cefalee, paliditatea tegumentelor, dispnee la efort fizic, palpitații, tahicardie etc.).
- Sindromul hemoragic: peteșii și echimoze pe piele și pe mucoase, gingivoragii, epistaxis, meno- și metroragii etc.
- Sindromul de complicații infecțioase: neutropenie febrilă, stomatită, otită, tonsilită, bronșită, pneumonie, infecții perianale etc.
- Analiza generală a sîngelui cu trombocite și reticulocite: anemie normocromă și normocitară, leucopenie, trombocitopenie, reticulocitopenie, limfocitoză relativă).

| Deficiențe funcționale și structurale  | Deficiențele funcționale și structurale (%) | Capacitatea de muncă de bază (%) |
|--|---|----------------------------------|
| <p><b>Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sindromul anemic tranzitor ușor manifestat (slăbiciuni, vertij, acufene, palpitații, dispnee la efort fizic, paloarea tegumentelor) – lipsește sau prezent</li> <li>- Semne de sindrom hemoragic ușor manifestat: peteșii și echimoze pe piele, pe mucoasa cavității bucale, hemoragii nazale, gingivoragii, metroragii) – lipsesc sau prezente temporar și de durată scurtă</li> <li>- Analiza periferică a sîngelui fără manifestări deosebite:<br/>Granulocite <math>3,0-3,5 \times 10^9</math><br/>Trombocite <math>&gt; 100,0 \times 10^9</math><br/>Reticulocite 5%</li> </ul> | 5-35  | 95-65                            |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiențe moderate ale funcției hematopoietice (sindromul anemic moderat, simptome caracteristice anemiei (slăbiciune, cefalee, amețeli, acufene, palpitații, dispnee, paloarea tegumentelor)</li> <li>- Sindrom hemoragic simptomatic moderat, rezultat al dereglării hemostazei cauzate de trombocitopenie, peteșii și echimoze pe piele, cavitatea bucală, hemoragii nazale, gingivoragii, metroragii)</li> <li>- Analiza periferică a sîngelui – anemie normocromă cu:<br/>Granulocite <math>2,5-3,0 \times 10^9</math><br/>Reticulocite 3-5%</li> </ul>                         | 40-45                                       | 60-55                            |

|   |       |       |
|---|-------|-------|
| <p>Trombocite <math>100,0 \times 10^9</math></p> <p>- Apar semne prezente ale sindromului de complicații infecțioase, care sînt determinate de progresarea granulocitopeniei (stomatită, otită, tonsilită, bronșită, pneumonie, infecții perianale)</p>   |       |       |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <p>- Deficiențe moderate ale funcției hematopoietice – sindrom anemic moderat</p> <p>- Sindrom hemoragic simptomatic moderat</p> <p>- Analiza periferică a sîngelui – anemie normocitară și normocromă:<br/>Granulocite <math>1,5-2,5 \times 10^9</math><br/>Reticulocite 3%<br/>Trombocite mai mic de <math>100,0 \times 10^9</math></p> <p>- Apar semne ale sindromului de complicații infecțioase, care sînt determinate de progresarea granulocitopeniei (stomatită, otită, tonsilită, bronșită, pneumonie, infecții perianale, furunculoză)</p>  | 50-55 | 50-45 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <p>- Deficiențe accentuate ale funcției hematopoietice – pancitopenie cu limfocitoză în hemogramă</p> <p>- Trepanobiopsia confirmă schimbările pancitopeniei</p> <p>- Sindrom hemoragic accentuat manifestat</p> <p>- Analiza periferică a sîngelui cu semne de anemie normocitară și normocromă accentuată:<br/>Granulocite <math>0,5-1,0 \times 10^9</math><br/>Reticulocite 2-3%<br/>Trombocite <math>30,0-50,0 \times 10^9</math></p> <p>- Prezența accentuată a sindromului de complicații infecțioase desfășurate</p>  | 60-65 | 40-35 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <p>- Deficiențe accentuate ale funcției hematopoietice – pancitopenie cu limfocitoză în hemogramă</p> <p>- Trepanobiopsia confirmă schimbările pancitopeniei</p> <p>- Sindrom hemoragic accentuat pronunțat (peteșii și echimoze pe piele, cavitatea bucală, hemoragii nazale, gingivoragii, metroragii)</p> <p>- Analiza periferică a sîngelui cu semne de anemie normocitară și normocromă accentuată:<br/>Granulocite <math>0,5-1,0 \times 10^9</math><br/>Reticulocite 2%<br/>Trombocite <math>30,0 \times 10^9</math></p> <p>- Prezența accentuată a sindromului de complicații infecțioase desfășurate</p> | 70-75 | 30-25 |
| <p><b>Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:</b></p>  | 80-85 | 20-15 |

|  |        |      |
|--|--------|------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiență gravă a hematopoiezei (pancitopenie totală cu anemie aplastică)</li> <li>- Pacienții necesită transplant de măduvă osoasă</li> <li>- Sindrom hemoragic grav persistent</li> <li>- Sindromul complicațiilor infecțioase manifestat, desfășurat cu dereglări grave ale organelor și sistemelor persist (cardiovascular, nervos, intoxicație, infecții, complicații septico-purulente, cașexie)</li> <li>- Sângele periferic:<br/> Granulocite <math>&lt; 0,5-1,0 \times 10^9</math><br/> Reticulocite =1%<br/> Trombocite = <math>20,0 \times 10^9</math></li> </ul>   |        |      |
| <p><b>Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiență gravă a hematopoiezei (pancitopenie totală, anemie aplastică)</li> <li>- Pacienții necesită transplant de măduvă osoasă</li> <li>- Sindrom hemoragic sever</li> <li>- Sindromul complicațiilor infecțioase desfășurat cu dereglări grave ale organelor și sistemelor (cardiovascular, nervos, intoxicație, infecții cu complicații septico-purulente, cașexie, neurotoxicoză)</li> <li>- Sângele periferic:<br/> Granulocite <math>&lt; 0,2 \times 10^9</math><br/> Reticulocite <math>&lt; 1\%</math><br/> Trombocite <math>&lt; 20,0 \times 10^9</math>.</li> </ul> | 90-100 | 10-0 |

**AFEȚIUNI ENDOCRINE, DE NUTRIȚIE  
ȘI METABOLISM**

## **Bolile endocrine, de nutriție și metabolism (E00-E90)**

### **Afecțiunile glandei tiroide**

#### **Tireotxicoza (E05)**

**Definiție:** *Tireotxicoza (E05)* este sindrom clinic datorat unui exces de hormoni tiroidieni de orice genă (determinat fie de creșterea funcției tiroidiene, fie de distrucția parenchimului tiroidian ori de aportul exogen de hormoni tiroidieni). Termenul tireotxicoză se pare preferabil celui de hipertiroidie, pentru că nu orice exces de hormoni tiroidieni înseamnă obligatoriu o hiperfuncție a glandei tiroide.

#### **Clasificarea tireotxicozelor:**

- E05.0 Tireotxicoză cu gușă difuză (Boala Graves-Bazedov).
- E05.1 Tireotxicoză cu gușă toxică uninodulară (Adenom toxic (sindrom Plummer)).
- E05.2 Tireotxicoză cu gușă toxică multinodulară.
- E05.3 Tireotxicoză cu țesut tiroidian ectopic.
- E05.4 Tireotxicoză artificială.
- E05.5 Criza tireotoxică sau comă.
- E05.8 Alte forme de tireotxicoză.
- E05.9 Tireotxicoză neprecizată.

#### **Clasificarea tireotxicozelor în funcție de gradul de manifestare (după V.G. Baranov):**

##### **1. Forma ușoară (gradul I):**

- Semne nepronunțate de tireotxicoză, irascibilitate.
- Scădere în greutate până la 10% din masa inițială.
- Tahicardie FCC până la 100/min.
- Metabolismul bazal nu depășește 30%.
- Nu sînt semne de afectare a altor organe și sisteme.

##### **2. Forma medie (gradul II):**

- Semne manifeste, evidente de tireotxicoză.
- Scădere în greutate de 10-20% din masa inițială.
- Tahicardie (FCC 100-120/min.) TA sistolică majorată.
- Metabolismul bazal 30-60%.
- Oftalmopatie.

##### **3. Forma severă (gradul III) (forma visceropatică, fără tratament progresează spre cașexie):**

- Semne pronunțate de tireotxicoză.
- Deficit ponderal de peste 20% din masa inițială.
- Tahicardie (FCC peste 120/min.) frecvent fibrilație atrială; insuficiență cardiacă; hipocorticism metabolic.
- Metabolismul bazal peste 60%.
- Afectare hepatică; pierderea capacității de muncă.

**Clasificarea gradului de mărire a glandei tiroidei (după OMS 1992):**

- **Gradul 0** - tiroida nu este vizibilă și nu se palpează.
- **Gradul I** - tiroida se palpează, dar nu este vizibilă.
- **Gradul II** - tiroida se palpează și este vizibilă.

**Clasificarea oftalmopatiei endocrine:**

| Stadiul                                   |   | Descrierea semnelor și a simptomelor  |
|---|---|---|
| <b>0 (No signs or symptoms)</b>           |   | Fără semne și simptome  |
| <b>2 (Only signs limited)</b>             |   | Fără simptome subiective<br>Obiectiv: rețracția pleoapei superioare; asinergie oculopalpebrală (rămîne în urmă) |
|   | A | Ușor pronunțată   |
|   | B | Moderat pronunțată  |
|   | C | Intens pronunțată   |
| <b>2 (Soft tissue involment)</b>          |   | Afectarea țesuturilor moi (edem palpebral, congestie conjunctivală, chemois)                                    |
|   | A | Ușor pronunțată   |
|   | B | Moderat pronunțată  |
|   | C | Intens pronunțată   |
| <b>3 (Proptosis)</b>                      |   | Exoftalm. Se măsoară cu exoftalmometru Hertel sau tomodensitometric   |
|   | A | Ușoară +3-4mm   |
|   | B | Medie +5-7mm  |
|   | C | Severă +8(și peste) mm  |
| <b>4 (Extraocular muscle Involvement)</b> |   | Afectarea mușchilor externi oculari   |
|   | A | Diplopie fără limitarea mișcărilor globilor oculari   |
|   | B | Limitarea mișcărilor globilor oculari   |
|   | C | Glob ocular fix uni- sau bilateral  |
| <b>5 (Corneal involvement)</b>            |   | Afectarea corneană  |
|   | A | Uscăciune   |
|   | B | Ulcerație   |
|   | C | Opacifiere, necroze, perforație   |
| <b>6 (Sight loss)</b>                     |   | Afectarea nervului optic  |
|   | A | Ușor pronunțată (acuitatea vizuală 1,0-0,3)   |
|   | B | Moderat pronunțată (acuitatea vizuală 0,3-0,1)  |
|   | C | Intens pronunțată (acuitatea vizuală sub 0,1)   |

**NOTĂ:** Se consideră forme grave ale OAE – 2C; 3B sau C; 4B sau C; 5; 6A; forme extrem de grave – 6B și C.

**Barem de investigații:**

*Obligatorii:*

- Dozarea hormonilor serici: **TSH, fT3, fT4** (în unele situații T3, T4 – totale).

- Markerii autoimunității tiroidiene: **Anti-r TSH; Anti-TG; Anti-TPO.**
  - Ecografia glandei tiroide permite măsurarea volumului tiroidian, evidențierea modificărilor nodulare tiroidiene, stării ganglionilor limfatici regionali.
  - Scintigrafia tiroidiană se limitează mai des la studiul tireotxicozei asociate cu formațiuni nodulare ale glandei tiroide.
  - Examenul histologic prin biopsie cu ac subțire ecoghidată a nodulilor suspecți în unele cazuri ale glandei nodulare.
  - TC și RMN: în cazuri rare asociate cu compresie, oftalmopatie endocrină malignă.
- Suplimentare, în funcție de gravitatea complicațiilor:*

|                                      |   |  |
|--------------------------------------|---|--|
| <b>Complicațiile cardiovasculare</b> | Tulburări de ritm: fibrilație atrială, flutter atrial<br>Insuficiență cardiacă<br>Hipertensiune arterială sistolică<br>Insuficiență coronariană (rar)<br>Complicațiile tromboembolice | ECG<br>EcoCG<br>Lipidograma<br>Ionograma<br>Consultația cardiologului<br>Monitorizarea Holter (după indicația cardiologului) |
| <b>Complicațiile osoase</b>          | Ostiopenie, osteoporoză   | DMO (DEXA)<br>Ca seric, Ca ionic   |
| <b>Complicațiile oculare</b>         | Manifestările – în tabelul<br>Clasificarea oftalmopatiei  | RMN orbitelor<br>Consultarea oftalmologului<br>Exoftalmometria<br>Campimetria, tonometria                                    |
| <b>Complicațiile neuropsihice</b>    | Sindromuri de agitație gravă<br>Sindromuri confuze  | Consultația neurologului<br>Consultația psihoneurologului (în cazuri grave)  |
| <b>Tulburările endocrine</b>         | Insuficiență corticosuprarenaliană<br>Alterarea toleranței la glucoză<br>Ginecomastie și diminuarea potenței la bărbați<br>Disfuncții obariene la femei                               | Cortizol; ionograma<br>Evaluarea metabolismului glicidic (glicemia, HbA1C)<br>Hormonii sexoizi<br>Prolactina                 |

**NOTE:** Gradul volumului glandei tiroide nu poate servi drept criteriu pentru aprecierea gravității maladiei, cu excepția prezenței compresiei mecanice.

Valorile hormonale nu pot servi drept criterii pentru aprecierea gravității maladiei.

| <b>Deficiențe funcționale și structurale</b>  | <b>Deficiențe funcționale și structurale (%)</b> | <b>Capacitatea de muncă de bază(%)</b> |
|---|--|--|
| <b>Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b><br>- Forma ușoară a tireotxicozei, simptome clinice neînsemnate | 10-20  | 90-80                                  |

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcțiile altor sisteme și organe nu sînt afectate</li> <li>- Tratament eficient</li> </ul>   |       |       |
| <p><b>Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forma ușoară a tireotxicozei, simptome clinice moderate</li> <li>- Funcțiile altor sisteme și organe nu sînt afectate</li> <li>- Gradul 1 al oftalmopatiei</li> <li>- Tratament eficient</li> </ul>  | 25-35 | 75-65 |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele din următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forma medie a tireotxicozei, simptome clinice moderate</li> <li>- Oftalmopatie: stadiul 0-2, edem moderat al pleoapelor cu trecere la conjunctivă, senzație de nisip în ochi</li> <li>- Funcțiile altor sisteme ușor afectate</li> <li>- Tratament specific cu efect incomplet</li> </ul>  | 40-45 | 60-55 |
| <p><b>Deficiențe medii cu unele din următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forma medie a tireotxicozei, simptome clinice moderat-pronunțate</li> <li>- Oftalmopatie: stadiul 2, afectarea țesuturilor moi, edem pronunțat al pleoapelor cu infiltrare, implicarea conjunctivei,</li> <li>- Funcțiile altor sisteme (cardiovascular, SNC, de vedere) afectate la nivelul între moderate și pronunțate</li> <li>- Tratament deseori cu efect incomplet</li> </ul> | 50-55 | 50-45 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forma severă a tireotxicozei: simptome clinice accentuate</li> <li>- Oftalmopatie: stadiu între 2 și 3, afectarea țesuturilor moi, exoftalm</li> <li>- Funcțiile altor sisteme accentuat afectate</li> <li>- Tratament cu efect parțial</li> </ul>  | 60-65 | 40-35 |
| <p><b>Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forma severă a tireotxicozei, simptome clinice foarte accentuate, aproape ireversibile</li> <li>- Oftalmopatie stadiul 3-4, exoftalm sever +8, afectarea mușchilor externi oculari</li> <li>- Cardiomiopatie cu IC NYHA III, encefalopatie, hepatită, miopatii cu pareze</li> <li>- Tratament puțin eficient</li> </ul>   | 70-75 | 30-25 |
| <p><b>Deficiențe severe cu unele din următoarele semne:</b></p>  | 80-85 | 20-15 |

|   |        |      |
|---|--------|------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forma severă a tireotoxicozei, simptome clinice extrem de pronunțate</li> <li>- Oftalmopatie stadiul 4-5, afectarea mușchilor externi oculari, afectare corneană</li> <li>- Cardiomiopatie cu insuficiență cardiacă de gradele III—IV după NYHA, encefalopatie accentuată, dereglări mentale pronunțate, hepatită toxică cu insuficiență hepatică moderată sau pronunțată, miopatii cu semne de paralizii</li> <li>- Tratament ineficient</li> </ul> <p><b>Deficiențe absolute cu unele din următoarele semne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prezența dereglărilor grave sau foarte grave ireversibile funcționale endocrine și a altor sisteme</li> <li>- Dereglări grave gestuale și de mobilitate, cu necesitate de imobilizare la pat</li> <li>- Oftalmopatie st. VI, afectarea nervului optic</li> </ul> | 90-100 | 10-0 |
|---|--------|------|

### Recomandări de muncă

#### **Deficiențe funcțional-structurale medii:**

Este contraindicată activitatea fizică grea și efortul intelectual neuropsihic considerabil, în condiții microclimaterice și metereologice nefavorabile, acțiunea substanțelor toxice, vibrațiilor, lucrul la înălțime cu efort vizual, în turele de noapte, cu deplasări frecvente.

#### **Deficiențe funcțional-structurale accentuate:**

Este contraindicată activitatea cu efort fizic moderat, lucrul într-un ritm prescris, profesia de șofer, lucrul care necesită o coordonare fină a mișcărilor, o concentrare îndelungată sau reacții rapide ale atenției, fixarea privirii și luarea deciziilor în condiții de deficit de timp.

#### **Deficiențe funcțional-structurale grave:**

Pacienții sînt incapabili de activitate în condiții obișnuite; în cazurile în care nu există complicații accentuate, ei pot activa în condiții special create.

## Hipotiroidia (E 03)

### Hipotiroidia, mixedemul (E 03.1)

**Definiții:** *Hipotiroidia* – sindrom clinic și biochimic determinat de deficitul hormonilor tiroidieni.

*Hipotiroidia primară* – sindrom în care deficitul de hormoni tiroidieni este determinat de o afecțiune primară tiroidiană.

Hipotiroidia secundară (centrală sau hipofizară) – include afecțiunile ce afectează hipofiza și realizează un deficit primar de TSH.

*Hipotiroidia terțiară* – cuprinde afecțiunile hipotalamice ce realizează un deficit primar de TRH.

*Mixedem* – hipotiroidia severă în care există o acumulare de mucopolizaharide hidrofiele în stratul bazal al dermului și în alte țesuturi, producând indurația tegumentului.

*Hipotiroidia manifestă* – sindrom caracterizat prin prezența semnelor clinice de hipotiroidie și TSH majorat, nivel scăzut al fT<sub>4</sub> și fT<sub>3</sub>.

*Hipotiroidia subclinică (asimptomatică)* – reprezintă creșterea concentrației TSH > 4 mU/l, confirmată prin dozare repetată peste 1 lună și nivel normal a fT<sub>4</sub> și fT<sub>3</sub> cu sau fără semne clinice de hipotiroidie.

### 1. Clasificare din punct de vedere etiopatogenic:

- Hipotiroidie primară:
  - Congenitală;
  - Dobândită.
- Hipotiroidie secundară.
- Hipotiroidie terțiară.
- Hipotiroidie periferică.

### 2. Clasificarea hipotiroidiei primare după evoluție:

- Hipotiroidia subclinică.
- Hipotiroidia manifestă.

### Barem de investigații:

- Explorări hormonale – determinarea hormonilor free T3, freeT4, TSH.
- Markerii autoimunității – anticorpii antitireoperoxidază (AntiTPO) și anticorpii antitireoglobulină (AntiTG) se găsesc în special în tiroidita autoimună Hashimoto.
- Imagistica – ecografia glandei tiroide; scintigrafia glandei tiroide (la indicații).
- În caz de hipotiroidie secundară sau terțiară: vizualizarea regiunii hipotalamo-hipofizare prin rezonanța magnetică nucleară și examenul neurooftalmologic, cu aprecierea câmpurilor vizuale, oftalmoscopia, acuitatea vizuală.
- Alte investigații: EcoCG; ECG.

### D. Complicații:

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Complicații cardiovasculare</b> | Bradycardie severă (sub 40/min)<br>Bloc atrioventricular<br>Agravarea angorului<br>Pericardită<br>Insuficiență cardiacă severă decompensată |
| <b>Complicații psihiatrice</b>     | Depresie severă<br>Stări confuzionale, paranoide sau maniacale  |
| <b>Complicații neurologice</b>     | Cretinism   |
| <b>Complicații musculare</b>       | Miopatie severă (sindrom Hoffman)   |
| <b>Complicații endocrine</b>       | Adenom hipofizar secundar cu apariția semnelor clinice ale sindromului neurologic   |

| <b>Deficiențe funcționale și structurale</b>                    | <b>Deficiențe funcționale și structurale (%)</b> | <b>Capacitatea de muncă de bază (%)</b> |
|---|--|---|
| <b>Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:</b>      |  |   |
| - Hipotiroidie manifestă, fără complicații                      | 40-55  | 60-45                                   |
| <b>Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:</b> |  |   |
| - Mixedemul hipotiroidian; hipotiroidia cu complicații          | 60-75  | 40-25                                   |

**NOTĂ:**

- În cazul pacienților cu hipotiroidie, evaluarea deficiențelor funcțional-structurale este necesară de efectuat imediat după confirmarea diagnosticului.

- Hipotiroidia secundară și terțiară se va evalua în conformitate cu criteriile capitolului insuficiența adenohipofizară.

**Tiroidita Hashimoto** este o afecțiune tiroidiană autoimună însoțită de gușă, cu evoluție în timp spre hipotiroidie.

**Tiroidita cronică lemnoasă, Riedel** se manifestă prin creșterea difuză a tiroidei, parenchimul căreia este substituit de țesut fibros și celule plasmatică. Gușa interesează atât tiroida, cât și elementele extratiroidiene, concrește cu capsula tiroidiană și cu țesuturile adiacente și are o consistență dură, lemnoasă. Semnele de compresiune sînt dominante: dispnee, disfonie, disfagie, tuse, obstrucția vaselor sanguine. De regulă, bolnavii sînt eutiroidieni, mai rar hipotiroidieni.

**Tiroidita cronică: Hashimoto, limfocitară (E 06.3), tiroidită cronică lemnoasă, Riedel (E 06.5)**

**NOTĂ:** Maladiile specificate mai sus se vor evalua conform criteriilor capitolului *Hipotiroidie*.

## **Diabetul zaharat (E10 – E14)**

**Definiție:** *Diabetul zaharat* este un sindrom complex și eterogen, indus de tulburarea genetică sau câștigată a secreției de insulină și/sau de rezistența celulelor periferice la acțiunea insulinei, fapt care induce modificări profunde în metabolismul proteic, glucidic, lipidic, ionic și mineral. Dereglările menționate stau la baza apariției unui spectru larg de complicații cronice, care afectează mai mult sau mai puțin toate țesuturile organice.

### **Clasificarea diabetului zaharat (OMS 1999):**

**Diabetul zaharat de tipul 1 (E 10)** – afecțiune autoimună cu o etiologie multifactorială, produsă de o interacțiune complexă a mai multor factori genetici și de mediu, a căror consecință este distrucția progresivă a celulelor beta-pancreatice (cele care sintetizează insulină) și, în final, deficitul absolut de insulină endogenă.

**Diabetul zaharat de tipul 2 (E 11)** – sindrom eterogen a cărui etiopatogenie implică atât factori genetici, cât și de mediu și ale cărui mecanisme moleculare intime nu sînt încă elucidate. Se admite existența a două defecte metabolice majore: deficitul de secreție beta-celulară și rezistența țesuturilor-țintă la acțiunea insulinei.

**Diabetul zaharat secundar** – sau altfel denumit *alte tipuri specifice de diabet*, reunește un grup heterogen de afecțiuni, care au în comun prezența unei explicații relativ clare pentru apariția diabetului.

**Diabet gestațional** – reprezintă „orice grad de intoleranță la glucide, cu debut sau primă recunoaștere în timpul sarcinii”, indiferent de evoluția postpartum sau de tratamentul necesar pentru echilibrarea dereglărilor metabolice. Bronhospasmul apare în urma efortului fizic, de obicei peste 5-10 minute după întreruperea efortului (foarte rar în timpul efortului).

### **Barem de investigații:**

- Glicemia. Concentrația normală a glucozei în sînge pe nemîncate (a jeun), determinată prin metoda cu glucozooxidază sau cu ortotoluidină, constituie 3,3-5,5 mmol/l (60-100 mg/dl), iar prin metoda Hagedorn-Lensen - 3,89-6,66 mmol/l (70-120 mg/dl). Nivelul glucozei în plasmă obținut la cercetarea repetată pe nemîncare > 7,0 mmol/l (126 mg/dl) reprezintă un semn al diabetului zaharat.

- Hemoglobina glicozilată - HbA1c. HbA1c constituie 4-6% din hemoglobina sangvină generală la persoanele practic sănătoase.

- Nivelului insulinei și C-peptidului în serul sangvin oferă informație suplimentară despre starea aparatului insular, care are importanță în prognozarea evoluției bolii și poate indirect poate fi folosit în aprecierea gradului de insulinorezistență.

- Markerii autoimunității (ICA și anti-GAD), necesari doar în cazurile ce necesită precizarea formei clinice de diabet autoimun, în special la persoanele mature (cu vîrsta cuprinsă între 30 și 50 de ani).

### Complicațiile diabetului zaharat:

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Complicații acute</b>   | Hipoglicemia și coma hipoglicemică<br>Cetoacidoza și coma cetoacidozică<br>Acidoza lactică<br>Coma hiperosmolară |
| <b>Complicații cronice</b> |  |
| <b>Microangiopatii</b>     | Retinopatie diabetică<br>Nefropatie diabetică  |
| <b>Macroangiopatii</b>     | Afectarea vaselor coronariene<br>Afectarea vaselor coronariene<br>Afectarea vaselor periferice                   |
| <b>Neuropatii</b>          | Neuropatie periferică<br>Neuropatie centrală   |

Complicațiile acute sînt niște stări de urgență determinate în special de decompensarea gravă acută a diabetului zaharat.

### Barem de investigații în funcție de complicațiile cronice:

#### Retinopatia diabetică (E 10-14. 3):

| Stadiul                      | Forma/punctajul                                      | Manifestări   | Investigații   |
|------------------------------|--|---|--|
| <b>RD neproliferativă</b>    | <b>Ușoară</b>  | Microanevrisme unice<br>Hemoragii intraretiniene<br>Exudate dure  | <b>Examinarea oftalmologică</b> a retinei – prin oftalmoscopie directă sau indirectă |
|                              | <b>Medie</b>   | Microanevrisme<br>Hemoragii retiniene<br>Exudate dure<br>Anomalii microvasculare<br>Aspect sinuos al venelor        |  |
|                              | <b>Gravă</b>   | Hemoragii intraretiniene extinse<br>Exudate moi<br>Microaneurisme pe tot polul posterior<br>Anomalii microvasculare |  |
| <b>RD proliferativă</b>      | <b>De debut</b>                                      | Vase de neoformație pe discul optic și pe retină fără hemoragii preretiniene sau în vitros                          |  |
|                              | <b>Gravă</b>   | Neovascularizație retiniană și a discului optic masive  |  |
| <b>Maculopatie diabetică</b> | <b>Exudativă</b><br><b>Ischemică</b><br><b>Mixtă</b> | Edem macular  | + <i>Angiografia cu fluorescență</i>   |

### Nefropatia diabetică (E10-14. 2):

| Stadiul   | Manifestări și investigații obligatorii   | Investigații suplimentare   |
|---|---|---|
| <b>Stadiul I</b><br>(hiperfuncție)                | RFG $\geq$ 130ml/min  |   |
| <b>Stadiul II</b><br>( silențios)                 | RFG 90 - 130ml/min  |   |
| <b>Stadiul III</b><br>(microalbuminurie)          | RFG în scădere lentă, în limite $\geq$ 60ml/min<br>Microalbuminurie<br>Creștere a tensiunii arteriale ușoară, medie | Proteina, albumina serică normală<br>Spectrul lipidic   |
| <b>Stadiul IV</b><br>(proteinurie)                | Proteinurie clinică<br>RFG $\leq$ 60ml/min<br>Hipertensiune arterială stabilă                                       | Hemoglobina normal sau redusă<br>Proteina, albumina serică normală sau ușor redusă<br>Ureea, creatinina – normal sau ușor crescute<br>Ca normal sau redus<br>P normal sau crescut |
| <b>Stadiul V</b><br>(Insuficiență renală cronică) | RFG $\leq$ 15ml/min<br>Hipertensiune arterială severă<br>Stadiul terminal al insuficienței renale                   | Hemoglobina redusă<br>Proteina, albumina serică redusă;<br>Ureea, creatinina majorate<br>K – normal sau crescut<br>Ca redus, P crescut  |

**Rata de filtrare glomerulară (RFG )** este indicele cel mai precis al funcției renale și poate fi grav tulburată înainte să crească creatinina serică deasupra nivelelor normale.

**Microalbuminuria** este un indice care are o valoare predictivă pentru evoluția afectării renale și reprezintă excesul de risc cardiovascular. Pentru aprecierea microalbuminuriei este necesară examinarea urinei nictimerale, în care se determină valorile cuprinse între 30 și 300 mg/24 ore.

**Proteinuria** – determină pierderile urinare de proteină, cu valori > 300mg/24 ore.

### Neuropatia diabetică (E10-14.4):

| Forma neuropatiei diabetice  | Manifestări  |
|------------------------------|--|
| <b>Neuropatia periferică</b> | <b>Neuropatii simetrice</b><br>Polineuropatia senzitivă simetrică distală<br>Polineuropatie motorie simetrică distală<br>Neuropatia autonomă |