

**MINISTERUL MUNCII, PROTECȚIEI
SOCIALE ȘI FAMILIEI AL
REPUBLICII MOLDOVA**

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL
REPUBLICII MOLDOVA**

**CONSILIUL NAȚIONAL PENTRU
DETERMINAREA DIZABILITĂȚII ȘI
CAPACITĂȚII DE MUNCĂ**

**UNIVERSITATEA DE STAT DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„Nicolae TESTEMIȚANU”**

**CENTRUL NAȚIONAL DE
SĂNĂTATE PUBLICĂ**

**CRITERII
DE DIAGNOSTIC FUNCȚIONAL, DETERMINARE
A DIZABILITĂȚII
ȘI CAPACITĂȚII DE MUNCĂ
LA PERSOANELE ADULTE
(ghid metodic)**

Chișinău, 2014

CZU:

Comisia de Experti al MS al RM

Seminarul de profil: Boli interne din 16 aprilie 2014 (proces verbal nr. 3)

Seminarul de profil: Igienă din(proces verbal nr.)

Autori:

Sochircă Ludmila, Director general CNDDCM, Doctorand, medic – expert

Mamaliga Narcisa, Vicedirector CNDDCM, Magistru SP, medic – expert, cerc. șt., lab.șt. Igiena muncii, CNSP

Israfilov Marina, șef CTDDCM sec. Ciocana, Dr. șt. med., medic–expert

Baraliuc Valeria, șef CSDDC Oncologie, medic – expert

Alexa Zinaida, Dr. șt. med., asist. univer., IP USMF „N. Testemițanu”

Babără Vasile, medic – expert, CTDDCM sec. Rîșcani

Bahnarel Ion, Dr. hab. șt. med., prof. univer., Prim-vice director CNSP

Bivol Vitalie, șef CTDDCM sec. Botanica, Magistru SP, medic – expert

Ciobanu Maria, medic – expert, CNDDCM

Cumurciuc Nicolae, șef CTDDCM Fălești, medic – expert

Edrenicov Liliana, medic – expert, CTDDCM sec. Centru

Erhan Elena, șef CTDDCM sec. Buiucani, medic – expert

Ferdohleb Alina, Dr. șt. med., conf. cerc., șef. lab.șt. Igiena muncii, CNSP

Gaitur Valeriu, șef CTDDCM Hîncești, medic – expert

Grejdianu Tudor, Dr. hab.șt. med., prof. univer., IP USMF „N. Testemițanu”

Harea Dumitru, Dr. șt. med., asist. univer., IP USMF „N. Testemițanu”

Luchian Mihai, șef CSDDCM Ftiziopneumologie, medic – expert

Ouș Iurie, șef CTDDCM sec. Centru, medic – expert

Serbin Vasile, Dr. șt. med., medic – expert

Tofan–Scutaru Ludmila, Dr. șt. med., conf. univer., IP USMF „N. Testemițanu”

Recenzenți:

Здиславас Скварциани – директор Службы установления недуга и трудоспособности при Министерстве социальной защиты и труда, Международный эксперт, Republica Lituania

Bivol Grigore, Dr. șt. med., Prof. univer., IP USMF „N. Testemițanu”

Caproș Nicolae, Dr. hab. șt. med., Prof. univer., IP USMF „N. Testemițanu”

Cernat Victor, Dr. hab. șt. med., Prof. cercet., IMSP Institutul Oncologic

Groppa Liliana, Dr. hab. șt. med., Prof. univer., IP USMF „N. Testemițanu”

Hotineanu Mihai, Dr. șt. med., Conf. univer., IP USMF „N. Testemițanu”

Lupașco Vera, Dr. șt. med., Conf. univer., IP USMF „N. Testemițanu”

Moscovciuc Ana, Dr. șt. med., Conf. cercet., Institutul de Ftiziopneumologie ”Chiril Draganiuc”

Opopol Nicolae, Dr. hab. șt. med., Prof. univer., IP USMF „N. Testemițanu”, Membr. Cor. al AȘM

Proca Nicolae, Dr. șt. med., Conf. univer., IP USMF „N. Testemițanu”

Sasu Boris, Dr. șt. med., asist. univer., IP USMF „N. Testemițanu”

Sain Dmitri, Dr. hab. șt. med., Prof. cercet., Institutul de Ftiziopneumologie ”Chiril Draganiuc”

Tabac Dumitru, Dr. șt. med., asist. univer., IP USMF „N. Testemițanu

Vatamanu Eleonora, Dr. hab. șt. med., Prof. univer., IMSP Institutul de Cardiologie

Ghidul reprezintă o multitudine de standarde clar definite, metode și tehnici specifice aplicabile la evaluarea capacității de muncă a persoanelor cu diferite tulburări morfologice și funcționale în vederea stabilirii gradului de dizabilitate și prestațiilor de asigurări sociale. Implementarea la nivel național al Criteriilor standardizate elaborate vor contribui la consolidarea serviciului de determinare a dizabilității și capacității de muncă, cât și a serviciilor de sănătate publică, sănătate ocupațională și protecție socială a persoanelor cu dizabilități, având ca finalitate incluziunea socio – profesională a acestora. Această lucrare științifico-practică argumentată este destinată atât medicilor experți, cât și medicilor de familie, medicilor specialiști, medicilor din domeniul sănătății ocupaționale, persoane cu rol de decizie din domeniile vizate etc.

Redacția tehnică: Rața Vadim, laborant superior lab. șt. Igiena muncii, CNSP

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Criterii de diagnostic funcțional, determinare a dizabilității și capacității de muncă la persoanele adulte: (Ghid metodic)

/ Sochircă Ludmila, Mamaliga Narcisa, Israfilov Marina, etc.

IP USMF „N. Testemițanu”, Centrul Național de Sănătate Publică, Ch. 2014, 450 p.

(Tipografia ”?????” SRL). ??? p.

Bibliogr.: p. 424- 430 (&& titl.) – 500 ex.

ISBN:



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

5. Executarea prezentului ordin ni-l asumăm.

Ministru

Valentina BULIGA

Ministru

Andrei USATÎ

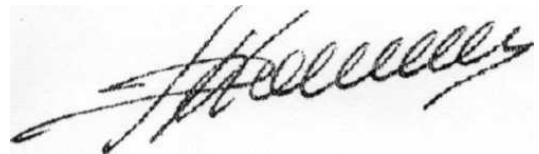
**Вильнюс,
Литовская Республика**
декабрь 2013

РЕЦЕНЗИЯ

В качестве международного эксперта, который был контрактирован региональным проектом ООН по развитию для координированию реформ в Службе медицинской экспертизы жизнеспособности Республики Молдова могу констатировать следующее: В течение последних 5 лет ознакомился в деталях с разработками и началом реформ в системе определения Недуга и Трудоспособности Республики Молдова.

На правах координирующего эксперта лично участвовал в анализе существующий системы (до реформы) и предоставил возможность коллегам и национальным экспертам ознакомиться с Службой определения Недуга и Трудоспособности, которую возглавляю много лет в Литве. В процессе обмена опытом наблюдал за проведением реформ в дружественной Республике. Могу отметить весомый вклад руководства службы, группы врачей экспертов и предпринятых шагов для создания и внедрения новой, био-психо-социальной модели определения недуга и трудоспособности в Республике Молдова.

Также нужно отметить существенно важным - создание и утверждение критериев определения ограничения возможностей и трудоспособности которые приобщены к европейским и международным стандартам. Это послужило одним из ключевых разработок для реализации отраслевых положений Закона № 60 от 30 марта 2012 г о социальной защите лиц с ограниченными возможностями. Могу отметить удачный старт реформ в области установления ограничения возможностей и трудоспособности в РМ и правильность действий направленных на объективную оценку, реабилитацию и интеграцию людей с недугами в обществе.



Здиславас Скварциани
Международный эксперт

директор

Службы установления недуга и трудоспособности
при Министерстве Социальной Защиты и Труда

CUPRINS

Abrevieri.....	10
Întroducere.....	13
TUBERCULOZA APARATULUI RESPIRATOR	17
Tuberculoza (A 15 – A19, B 90)	18
Tuberculoza aparatului respirator și extrarspirator activă (evolutivă) (A 15 – A 19)	24
Tuberculoza aparatului respirator stabilizată și sechelele posttuberculoase (B 90 – B 90.9)... ..	31
Tuberculoza aparatului respirator operată	38
INFECȚIA CU HIV	42
Infecția cu HIV (B 20 – B 24)	43
AFECȚIUNI NEOPLAZICE	49
Afecțiunile neoplazice	50
Cancerul buzei (C 00)	51
Cancerul limbii (C 01 – C 02)	54
Tumorile maligne ale esofagului (C 15)	58
Cancerul gastric(C 16)	60
Cancerul colonic (C 18)	64
Cancerul hepatic primar (C 22)	68
Cancerul vezicii biliare (C 23) și a căilor biliare (C 24)	72
Cancerul pancreatic(C 25)	73
Tumorile maligne a plămânului. Cancerul bronhopulmonar (C 34)	75
Cancerul glandei mamare (C 50)	82
Cancerul cervical (C 53)	86
Cancerul uterin (C 54)	89
Cancerul ovarian (C 56)	92
Cancerul penian (C 60)	95
Cancerul prostatei (C 61)	97
Cancerul testicular (C 62)	99
Cancerul vezicii urinare (C 67)	101
Cancerul glandei tiroide (C 73)	104
Limfomul Hodgkin (C 81)	107
Limfoamele non-Hodgkin (C 83)	110
Leucemia limfocitară cronică/limfoleucoza cronică (C 91.1)	113
Leucemia mieloidă cronică la adult (C 92.1)	116
Leucemia acută (C 93)	119
Anemia fierodeficitară la adult (D 50)	120
Anemiile megaloblastice la adult	123
Anemia B ₁₂ -deficitară (D51)/anemia prin deficit de acid folic (D52)	123
Anemia hemolitică autoimună la adult (D 59.1)	126
Anemia aplastică la adult (D 60)	129
AFECȚIUNI ENDOCRINE, DE NUTRIȚIE ȘI METABOLISM	134
Afecțiunile glandei tiroide	135
Tireotoxicoza (E 05)	133
Hipotiroidia (E 03) /Hipotiroidia, mixedemul (E 03.1)	137
Diabetul zaharat (E 10 – E 14)	139
Afectarea vaselor în diabetul zaharat (E 10 – E 14.5)	141

Hipoparatiroidia (E 20)	144
Hiperparatiriodismul primar (boala Recklinghausen, osteita fibrochistică) (E 21)	146
Hipersecreția glandei hipofizare (pituitară) (E 22)/Acromegalia și gigantismul (E 22.0)	148
Hiperprolactinemia (E 22.1)	151
Insuficiența adenohipofizară a copilului	153
Hipopituitarism (E 23.0)	153
Nanismul (E 23.0)	154
Diabetul insipid (E 23.2)	155
Sindromul de șa vidă – Empty sella (E 23.6)	156
Boala Cushing (E 24)	157
Tulburările adrenogenitale (E 25)	159
Hiperaldosteronismul primar (sindromul Conn) (E 26)	160
Insuficiență cortico-suprarenală primară, Boala Addison (E 27.1)	161
Feocromocitomul (E 27.6)	163
Obezitatea endocrină și genetică	164
Tumori hipofizare clinic nefuncționale (D35.2)	165
TULBURĂRI MENTALE ȘI DE COMPORTAMENT	167
Tulburări mentale organice	170
Sindromul amnestic organic neindus de alcool sau alte substanțe psihoactive (F04).....	171
Delirium, neindus de alcool sau alte substanțe psihoactive (F05).....	173
Alte tulburări mentale datorate unei leziuni sau disfuncții cerebrale, sau unei boli somatice (F06.0 - F06.9).....	173
Tulburări organice ale dispoziției (afective) (F06.3).....	174
Tulburarea delirantă organică (F06.2).....	174
Tulburarea organică anxioasă (F06.4).....	174
Tulburarea organică disociativă (F06.5).....	175
Tulburări de personalitate și comportament datorate bolii, leziunii și disfuncției cerebrale (F07.0 -F07.9).....	177
Schizofrenia (F20.0-F20.9).....	179
Tulburări afective ale dispoziției (F30-F39).....	180
Episod maniacal (F30 –F30.9).....	181
Tulburarea afectivă bipolară (F31 – F31.9).....	181
Episod depresiv (F32 – F32.9).....	182
Tulburare depresivă recurentă (F33 – F33.9).....	182
Tulburări persistente ale dispoziției (afective) (F34 – F34.9).....	182
Tulburări nevrotice corelate cu stresul și tulburări somatoforme (F40-F48).....	183
Retardarea Mentală (F70 - F79).....	185
AFECTIUNI NEUROLOGICE	187
Traumatismele craniene	188
Traumatismele și alte afecțiuni ale măduvei spinării	190
Leziunea mielitică (G 95.1; G 95.2; G 95.8)	190
Procesele expansive intracraniene (PEIC)	193
Paralizii cerebrale (G 80 – G 83)	195
Boala vasculară cerebrală (BCV)	198
Sindroame vasculare cerebrale în bolile cerebrovasculare (G 46.0 – G 46.8)	198
Accidentul vascular cerebral ischemic (infarctul cerebral)	198
Encefalopatia discirculatorie	201
Hemoragia subarahnoidiană (HSA)	203
Tulburări episodice și paroxistice (G 40 – G 47)	204
Epilepsia (G 40)	204

Afecțiunile ganglionilor bazali și ale sistemelor motorii din SNC	207
Coreea Huntington (G 10)	207
Boala Parkinson (G 20)	210
Degenerescență hepatolenticulară, Boala Wilson (G 32)	212
Bolile inflamatorii cronice ale sistemului nervos central	214
Scleroza multiplă (G 35)	214
Distrofiile musculare progresive (DMP) (G71)	217
Miastenia gravis (G 70)	220
Amiotrofia neurală Charcot-Marie-Tooth (G 60)	223
Scleroza laterală amiotrofică (SLA)	224
Eredoataxia spinocerebeloasă Friedreich (G 11.1)/ Eredoataxia cerebeloasă Pierre-Marie ..	226
Discopatiile (G 55.1 – G 55.3) (Compresiunea rădăcinilor și plexurilor nervoase în boli clasificate în alte compartimente)	228
Neuropatiile periferice (G 54-56)/Paraliziile de plex brahial/Paraliziile plexului lombosacrat	230
AFECTIUNI ALE ANALIZATORULUI VIZUAL	235
Bolile ochiului și ale anexelor sale	236
Bolile ochiului și ale anexelor sale (H 00 – H 59)	244
BOLILE APARATULUI CIRCULATOR	247
Boala cardiacă ischemică	248
Insuficiența cardiacă cronică	252
Hipertensiunea arterială	257
Gradiențele valvulare	260
Tulburările de ritm și de conducere cardiacă	265
AFECTIUNI VASCULARE	272
Bolile arterelor periferice (I 70 – I 79)	273
Insuficiența venoasă cronică (I 80 – I 89)/Sindromul posttrombotic	276
BOLILE APARATULUI RESPIRATOR	279
Bolile aparatului respirator (J 00 – J 99)	280
Bronhopneumopatia cronică obstructivă – BPCO (J 44.9)	283
Astmul bronșic (J 45)	292
AFECTIUNI DIGESTIVE	299
Boala Crohn (K 50.9)	300
Colita ulcerosă (K 63.3)	303
Hepatita cronică (K 73.9)	306
Ciroza hepatică (K 70.3 – K 74)	316
Enteropatia glutenică (boala celiacă a adultului) (K 90.0)	323
AFECTIUNI REUMATOLOGICE	326
Artrita reactivă (M 02.3)	327
Artrita reumatoidă (M 06.9)	328
Poliarterita nodoasă (M 06.3)	332
Artropatia psoriatică (M 07.0)	334
Guta (M 10.0)	336
Angeita alergică și granulomatoasă, Boala Churg-Strauss (M 30.1)	339
Granulomatoza Wegener (M 31.3)	340
Lupusul eritematos sistemic (M 32)	341
Polimiozita/dermatomiozita (M 33)	346

Sclerodermia sistemică (M 34)	351
Sindromul Sjogren (M 35)	354
Spondiloartrita anchilozantă (M 45)	359
AFECȚIUNI OSTEOARTICULARE	362
Bolile articulare degenerative (M 15 – M 19)	363
Coxartroza (M 16)	363
Gonartroza (M 17)	364
Artrozele mâinii (M 18)	365
Artrozele piciorului (M 19)	366
Artroplastia totală de șold	366
Artroplastia totală de genunchi	368
Deformații ale coloanei vertebrale	368
Scolioza și chifoscolioza	368
Necroza avasculară a capului femural	369
Sechele post OA-TBC; Morb Pott	370
Spondilita tuberculoasă	371
Malformațiile congenitale	371
Sechelele posttraumatice	371
Redorile articulare	372
Anchilozele	373
Pseudoartroze	374
Amputațiile	375
Osteomielita cronică	379
AFECȚIUNI RENALE	384
Insuficiența renală cronică (N 18)	385
Insuficiența renală cronică în stadiul de uremie depășită prin mijloace de epurare extrarenală (hemodializa, dializă peritoneală)	383
Insuficiența renală cronică tratată prin dializă	384
Insuficiența renală cronică în stadiul de uremie, depășită prin transplant renal	387
Rinichiul unic chirurgical funcțional	387
Nefropatiile glomerulare (NG) (CIM-X) (N 00 – N 0.8)	386
Nefropatiile interstițiale cronice (NIC) (CIM –X) (N10)	387
Malformațiile reno-urinare (CIM-X) (C64 – C68)	388
Tuberculoza aparatului urogenital (CIM-X) (A18.1)	388
Cancerul renal	389
DEFICIENȚE AUDIO-VERBALE	390
Deficiențe audio-verbale.....	391
AFECȚIUNI PROVOCATE DE FACTORII MEDIULUI OCUPAȚIONAL	398
Lista bolilor profesionale OIM, 2010.....	399
Afecțiuni dermatologice	403
Afecțiunile musculo-scheletice.....	404
Afecțiuni oftalmologice profesionale	405
Astmul bronșic profesional.....	406
Bisinoza.....	408
Boala de iradiere.....	410
Boala de vibrații.....	411
Cancerul profesional.....	415
Intoxicațiile profesionale.....	417

Laringita cronică profesională.....	418
Pneumoconiozele colagene și mixte.....	419
Surditatea profesională.....	421
Recomandări de muncă.....	423
LITERATURĂ RECOMANDATĂ.....	424
ANEXE :	431
Anexa nr. 1. Clasificare a Internațională a Funcționalității, Dizabilității și Sănătății.....	431
Anexa nr. 2. Chestionar de evaluare a capacităților și performanțelor persoanelor adulte în activități și participare	434
Anexa nr. 3. Modelul bio-psiho-social de determinare a dizabilității dizabilității și capacității de muncă la adulți	440
Anexa nr. 4. Programul individual de reabilitare și incluziune socială	442
Anexa nr. 5. Program individual de reabilitare și incluziune socială cu explicații de sinteză a serviciilor sociale în dezvoltare în Republica Moldova.....	445

ABREVIERI

ACC	American College of Cardiology
ACR	American College of Rheumatology
ADN	Acidul dezoxiribonucleic
AHA	American Heart Association
AIT	Accident Ischemic Tranzitor
AMS	Afecțiunile Musculo-Scheletice
ARN	Acidul ribonucleic
ATLL	Adult T-Cell Leukemia/Lymphoma
AV	Atrio-ventricular
AVC	Accidentul vascular cerebral
BAAR	Bacilul Acido-Alcool-Rezistent
BAV	Bloc atrio-ventricular
BK	Bacilul Koch
BNR	Peptid natriuretic cerebral (Brain Natriuretic Peptide)
BNS	Boala nodului sinusal
BPCO	Bronhopneumopatie Cronică Obstructivă
BSP	Bromsulfontaleina
CBP	Cancer Bronhopulmonar
CD4	Cluster of differentiation 4
CDAI	Crohn's Disease Activity Index
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEAP	Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology
Celule NK	Celule natural kiler
CEMV	Consiliul de Expertiză Medicală a Vitalității
CF	Clasa funcțională
CGM	Cancerul Glandei Mamare
CIF	Clasificarea Internațională a Funcționalității
CIM	Clasificarea Internațională a Morbidității
CMA	Concentrație maximal admisibilă
CMV	Cytomegalovirus
CNDDCM	Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă
CPI	Cardiopatie ischemică
CReDO	Centrul de Resurse pentru Drepturile Omului
CREMV	Consiliul Regional de Expertiză Medicală a Vitalității
CT	Tomografie computerizată
DD	Disfuncție diastolică
DEXA	Osteodensitometrie DEXA (Dual Energy Xray Absorptiometry)
DHEA	Dehydroepiandrosterone
DMO	densitate minerală osoasă
Dopler-EcoCG	Ecocardiografia Dopler
DOTS	Strategia Internațională de Control al Tuberculozei
DOTS Plus	Strategia Internațională de Control al Tuberculozei multidrogrezistente
DS	Disfuncție sistolică
DTDVS	Diametrul telediastolic al ventriculului stâng
DZ	Diabet zaharat
EBV	Virus Epstein-Barr
ECG	Electrocardiograma
EcoEG	Ecoencefalogramă
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
EDSS	Expanded Disability Status Scale

EEG	Electroencefalografie
EHRA	European Heart Rhythm Association
EIP	Echipament individual de protecție
EMG	Electromiografia
ESC	Societatea Europeană a Cardiologilor
Examen FO	Examenul fundului de ochi
FA	Fibrilație atrială
FCC	Frecvența contracțiilor cardiace
FCS	Fibrocolonoscopia
FE	Fracția de ejeție
FEFS	Fibroepifaringoscopie
FEGDS	FibroEsophagoGastroDuodenoScopia
FVC	Capacitatea vitală forată
GAFS	Global Assessment of Functioning Scale/EGF
GCS	Glasgow Coma Scale
GFR	Glomerular Filtration Rate
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung
HIV	Virusul Imunodeficienței Umane
HTA	Hipertensiune arterială
HTP	Hipertensiune pulmonară
IC	Insuficiența cardiacă
ICA	Insuficiența cardiacă acută
ICC	Insuficiența cardiacă cronică
ICD	Cardioverter defibrilator implantabil
IGF	Insulin-like growth factor
ILO / OIM	International Labor Organization / Organizația Internațională a Muncii
IM	Infarct miocardic
IMA	Infarct miocardic acut
IMC	Indicele masei corporale după formula Quetelet
IMMVS	Indice masă miocard ventriculul stâng
IRC	Insuficiență renală cronică
LCR	Lichid cefalo rahidian
MDR TB	Tuberculoză MultiDrogRezistentă
MGFA	Myasthenia Gravis Foundation of America
MMPSF	Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei
MMSE	Mini Mental State Examination
MMSE	Mini Mental State Examination
MO	Măduvă Osoasă
MS	Ministerul Sănătății
NMA	Nivel maxim admisibil
NYHA	New York Heart Association
OAE	Oftalmopatie autoimună endocrină
OECD	Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică
ONU	Organizația Națiunilor Unite
PEF	Debitul expirator de vârf (maxim)/Peak expiratory flow
PEIC	Proces expansiv intracranian
PEV	Potentiale evocate vizuale
PSA	Antigen specific prostatic
PTCA	Angioplastie transcutanată transluminală coronariană (Percutaneous transluminal coronary angioplasty)
PTH	Parathormone

QI	Intelligence quotient (<i>Coeficient de inteligență</i>)
QMG	Quantitative Myasthenia Gravis
RMN	Rezonanță Magnetică Nucleară
ROT	reflexelor osteotendinoase
SIDA	Sindromul Imunodeficienței Dobândite
SNC	Sistemul nervos central
SPT	Sindrom posttrombotic
TA	Tensiunea arterială
TB/TBC	Tuberculoză
TC	Tomografie computerezată
TPSV	Tahicardie paroxistică supraventriculară
TTE	Test toleranță la efort
USG	UltraSonoGrafie
VD	Ventriculul drept
VEMS/ FEV1	Volumul Expirator Maxim pe Secundă/ Forced Expiratory Volume in one second
VS	Ventriculul stâng
VSH	Viteza de sedimentarea a hematiilor
WHO/OMS	World Health Organization/Organizația Mondială a Sănătății
XDR	Tuberculoza extensiv-rezistentă
XXDR	Tuberculoză cu chimioresistență extinsă sporită
17-KS	17-ketosteroids
6 MWD	Six- minute walking distance

ÎNTRUDUCERE

Ratificarea de către Republica Moldova a **Convenției Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități** prin **Legea nr. 166-XVIII din 09.07.2010 (semnată la New-York, la 30 martie 2007)** demonstrează ferm voința politică de a stabili unele obiective bine definite pentru elaborarea și promovarea politicilor naționale în domeniul dizabilității. Astfel, au fost întreprinse acțiuni concrete privind perfectarea cadrului juridic național în domeniul protecției sociale a persoanelor cu dizabilități, cu ajustare la standardele europene și internaționale, instituirea și dezvoltarea diverselor servicii de protecție socială a persoanelor cu dizabilități.

În urma ratificării Convenției și în rezultatul unui studiu aprofundat în domeniu a fost adoptat un nou concept de abordare a persoanelor cu dizabilități și anume: abordarea acestei categorii de persoane nu doar prin prisma protecției sociale și a stării de sănătate, dar în primul rând prin prisma drepturilor omului și a incluziunii sociale, fiindu-le recunoscută valoarea umană, beneficiind de aceleași drepturi ca și toți ceilalți cetățeni.

Semnarea Convenției a generat necesitatea creării și aplicării unui Concept nou strategic privind reformarea serviciului de expertiză medicală a vitalității, care și-a găsit oglindire în cadrul legislativ și normativ elaborat și aprobat în domeniu:

- **Legea nr. 169-XVIII din 09.07.2010, „Strategia de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2010-2013)”**. Strategia aprobată definește reformarea politicii statului în domeniul protecției sociale a persoanelor cu dizabilități și armonizarea acestuia la standardele UE și prevederile Convenției. Astfel, una din direcțiile prioritare ale prezentei Legi a devenit elaborarea, aprobarea și implementarea unei noi metodologii de determinare a dizabilității la copii și adulți în conformitate cu standardele europene și internaționale. Deasemenea, s-au elaborat un șir de documente și indicații metodice referitor la determinarea gradelor de dizabilitate și a recomandărilor privind satisfacerea necesităților speciale, ținându-se cont de starea sănătății, de independență, de abilitatea de autodeservire și care vor facilita dezvoltarea serviciului de intervenție timpurie pentru copiii, cât și servicii de reabilitare și incluziune socio-profesională la adulți și socio-educatională la copii;
- **Legea nr.60 din 30.03.2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități** continuă realizarea și fortificarea prevederilor Strategiei menționate și reglementează drepturile persoanelor cu dizabilități la protecția socială, asistență medicală, reabilitare, educație, muncă, etc.;
- **Hotărârea Guvernului nr.65 din 23 ianuarie 2013 „Cu privire la determinarea dizabilității și capacității de muncă”** reglementează activitatea serviciului actual de determinare a dizabilității și capacității de muncă reorganizat;

Reeșind din prevederile Legii nr. 60 din 30.03.2012, adoptată de Parlamentul RM, privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități, noțiunile principale se definesc după cum urmează:

- **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 denotă aspectele negative ale interacțiunii dintre individ (care are o problemă de sănătate) și factorii contextuali în care se regăsește (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 persoanelor cu dizabilități în societate;
- **intervenție timpurie (pentru copii)** – proces de anticipare, identificare și întreprindere a măsurilor eficiente pentru copil și familie în scop de a minimaliza impactul și consecințele potențial negative ale stării patologice a copilului și de a contribui substanțial la sănătatea și dezvoltarea acestuia;
- **asistență personală** – servicii individualizate de asistentă (în domeniile protecției sociale, muncii, asistenței medicale, instructiv-educativ, informațional, accesului la infrastructură ș.a.) ce răspund nevoii de mobilitate și altor nevoi ale copilului sau adultului cu dizabilități severe, care necesită sprijin în procesul de integrare în societate, oferite în baza unui program individual de reabilitare și incluziune socială și a evaluării inițiale sau complexe;
- **accesibilitate** – ansamblu de măsuri și lucrări de adaptare a mediului fizic, transporturilor, precum și a mediului informațional și comunicațional, incluzând tehnologiile și sistemele informaționale și comunicațiile, conform necesităților persoanelor cu dizabilități, factor esențial de exercitare a drepturilor și de îndeplinire a obligațiilor persoanelor cu dizabilități în societate;
- **program individual de reabilitare și incluziune socială** – document elaborat de Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă sau de structurile sale teritoriale, în care sînt stabilite recomandările generale privind activitățile și serviciile, de care persoana cu dizabilități are nevoie în procesul de incluziune socială;
- **reabilitare medicală** – complex de măsuri din domeniul medical, acordate la toate etapele de asistență medicală (primară, secundară și terțiară) persoanelor cu disfuncționalități și dizabilități, orientate spre menținerea sănătății și a calității vieții persoanelor în cauză, spre prevenirea apariției sau reducerea dizabilităților prin aplicarea coordonată și combinată a diverselor metode de recuperare medicală, funcțională și psihică;
- **reabilitare socio - profesională** – complex de măsuri manageriale profesionale, sociale și educaționale în mediul ocupațional și social, orientate spre recuperarea sau compensarea funcțiilor dereglate ale organismului și capacității de muncă a persoanei cu dizabilități care, din cauza stării de sănătate în interacțiune cu diverse obstacole, nu își poate desfășura activitatea de muncă conform calificării;
- **loc de muncă protejat** – spațiul aferent activității profesionale a persoanei cu dizabilități, care cuprinde locul de lucru din clădirea instituției și orice alt loc din interiorul instituției, precum și din afara ei, la care persoana cu dizabilități are acces în timpul exercitării sarcinilor sale de lucru, adaptat nevoilor acesteia, inclusiv echipamentul și căile de acces;
- **întreprinderi specializate** – întreprinderile și organizațiile al căror capital statutar este deținut în proporție de 100% de societățile și asociațiile obștești ale persoanelor cu dizabilități, create pentru realizarea scopurilor statutare proprii, în cadrul cărora 50% și mai mult din numărul total al lucrătorilor angajați sînt persoane cu dizabilități. La întreprinderi specializate se atribuie, de asemenea, atelierele și secțiile de ergoterapie, fără statut juridic, din cadrul instituțiilor sociale și medicale, care au dreptul să desfășoare activități economice independente, respectând legislația în vigoare;
- **deficiență funcțională** – alterarea unei structuri sau a unei funcții psihologice, fiziologice sau anatomice; sunt probleme ale funcțiilor corpului ca devieri semnificative sau pierdere totală, este cuantificabilă prin evaluări clinice și funcționale standard și se regăsește în formularea diagnosticului funcțional, se corelează cu reducerea capacităților vitale și cu gradul de dizabilitate. Dizabilitatea este condiționată de deficiențele funcțional-structurale ale organismului în raport cu posibilitatea desfășurării activităților legate de viața cotidiană și/sau profesională;
- **reducerea capacităților vitale** – reducerea parțială sau totală a capacității de îndeplinire într-un mod normal a unei activități;

- **diagnosticul funcțional**- se bazează pe elemente clinice și pe rezultatele investigațiilor de laborator. Exprimă severitatea tulburărilor funcționale și mecanismele prin care acestea se produc. Permite evaluarea restantului funcțional și a mecanismelor funcționale care pot interveni compensator.

Actualmente, serviciul de determinare a dizabilității și capacității de muncă din RM se află în proces de implementare a unor instrumente noi și principii CIF (Anexa 1) în evaluarea dizabilității, care pune accentul nu pe restricții și limitări, ci pe participare și funcție păstrată, ținând cont de factori de mediu, profesionali, personali ș.a. Procesul de reformare a serviciului a demarat în anul 2013 cu reorganizarea CEMV de nivel teritorial, republican și a secției consultative CREMV în CNDDCM cu Consilii teritoriale și specializate de profil neuropsihiatric, ftziopneumologic, oncologic și pediatric, dizabilitatea și capacitatea de muncă a persoanei evaluate fiind apreciată de echipă multidisciplinară.

În conformitate cu noua metodologie de determinare a dizabilității și capacității de muncă aprobată, la expertizarea/reexpertizarea persoanei cu dizabilități are loc stabilirea **reducerii capacităților vitale** cu un interval procentual în proporție de 5%, **capacitatea de muncă de bază**, cât și **capacitatea de muncă restantă**, rezultat al coraportării coeficienților stabili aprobați (0,7, 1,0, 1,3) obținuți prin chestionarea persoanelor de către specialiști în domeniul asistenței sociale. La finele expertizării/reexpertizării persoanei evaluate se eliberează ca anexă la Certificatul de dizabilitate, *Programul individual de reabilitare și incluziune socială* cu recomandări de reabilitare medicală, socio – profesională și educațională.

Evaluarea procentuală a reducerii capacităților vitale (RCV) (Anexa 1) – reprezintă evaluarea procentuală a limitării posibilităților vitale, produse de deficiențe funcționale, începând cu 40% din totalul potențialului funcțional al organismului uman, conform standardelor aprobate.

În cazul prezenței la una și aceeași persoană a două și mai multe deficiențe, se utilizează evaluarea procentuală conform formulei savantului american H. Kessler:

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

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

B – a doua 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 rezultatului obținut (A) din prima operație (ecuație) și rezultatul stabilit la următoarea maladie (B).

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

Capacitatea de muncă de bază – reprezintă evaluarea procentuală a diferenței dintre totalul potențialului funcțional al organismului uman de 100% și procentul reducerii capacităților vitale, produse de deficiențe funcționale, în conformitate cu criteriile standardizate elaborate.

$$\text{CMB} = 100\% - \text{RCV} (\%)$$

CMB – capacitatea de muncă de bază

RCV – reducerea capacităților vitale

Capacitatea de muncă restantă – reprezintă rezultatul coraportării coeficienților aprobați la procentul capacității de muncă de bază. Coeficienții sunt obținuți în urma interviuării și chestionării persoanelor cu dizabilități.

$CMR = \text{Coef.} \times CMB$

CMR – capacitatea de muncă restantă

Coef.- coeficienți aprobați (0,7; 1,0; 1,3)

CMB – capacitatea de muncă de bază

Evaluarea procentuală a reducerii capacității vitale este o metodă de evaluare echitabilă a dizabilității. În conformitate cu reforma demarată în a.2013 **gradul dedizabilitate** la persoanele adulte se determină reieșind din gravitatea deficiențelor funcționale individuale provocate de afecțiuni, defecte, traume, care conduc la limitări și restricții de participare exprimate în raport cu solicitarea socio – profesională. **Capacitatea de muncă** păstrată se evaluează în procente, cu interval de 5% după cum urmează: severă -0-20%, accentuată – 25-40%, medie -45-60%.

La baza determinării dizabilității stă **reducerea** capacităților vitale (deficiențele funcțional – structurale ale organismului), corespunzător: 100-80% - severă, 75-60% - accentuată, 55-40% - medie.

Grație eforturilor unui grup de medici-experti și al colaboratorilor departamentelor/catedrelor pe profiluri ale USMF "N.Testemițanu", au fost elaborate **criterii de diagnostic funcțional, de determinare a dizabilității și capacității de muncă la adulți**, care au fost aprobate prin ordinul comun al Ministerului Muncii Protecției Sociale și Familiei și Ministerului Sănătății nr.12/70 din 28.01.2013.

Este o realizare comună importantă, care ajustează serviciul la standardele europene și internaționale cu eficientizarea activității consiliilor de determinare a dizabilității și capacității de muncă. Elaborările date s-au axat pe Protocoalele Naționale ale maladiilor, compendiul național existent în domeniul expertizei medicale a vitalității cât și pe un studiu aprofundat a mai multor modele și criterii în domeniul vizat existente în țările europene și de nivel internațional. Ca reper și experiență preluată la elaborarea criteriilor au servit Compendiul autohton în domeniu, modelul de expertiză mendico – socială al Lituaniei, cât și Criteriile de diagnostic funcțional și apreciere a capacității de muncă a României ș. a.

La evaluarea dizabilității și capacității de muncă se va ține cont de *baremul de investigații* aplicat și *efectele tratamentului complex efectuat* (medicamentos, chirurgical, recuperator etc.).

În cazul *bolilor concomitente*, a căror mecanism etiopatogenetic este comun, cât și a mai multor *sindroame* ce denotă *afectarea aceluiași sistem de organe*, dacă acestea nu sânt complicațiile bolii de bază și prezintă deficiențe funcțional-structurale începând cu cele medii, *nivelul reducerii capacităților vitale se va majora cu 10%* pentru fiecare patologie în parte.

Particularitățile de ordin medical și socio-profesional, care intervin frecvent în evaluare și îngreunează aplicarea standardelor bine definite. În acest sens, medicului expert care realizează evaluarea, i se permite o anumită distanțare față de baremele stabilite, fără a încălca însă principiile acestora. În aceste situații, se impune expunerea cu claritate a motivelor care au condus la abordarea individualizată a cazului.

Pentru *bolile rare*, pentru care nu există criterii specifice de apreciere a deficiențelor funcționale și a capacității de muncă, se vor evalua elementele clinice, evoluția, complicațiile și deficiențele funcționale determinate, aplicându-se *principiul general de evaluare* a criteriilor existente.

Totodată, e necesar a perfectă și actualiza periodic criteriile elaborate pentru a le ajusta la rigorile standardelor europene/internaționale și la eventualele precizări și reglementări în domeniul vizat, care vor apărea pe parcurs.

TUBERCULOZA APARATULUI RESPIRATOR

TUBERCULOZA (A 15 – A19, B 90)*

*Conform Protocolului Clinic Național PCN – 123

http://old.ms.md/_files/13333-Protocol%2520TB%2520ADULT%252027%252012%252012.pdf

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, ades cu evoluție trenantă, tendințe de cronizare, reactivare ori asociere de complicații, chimioresistență 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, suprasolicitării 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 ftiziologie 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 individualizat. 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 sunt înlăturate temporar de la locul de muncă ori de la frecventarea instituțiilor de învățământ pe perioada de tratament și reabilitare. 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 deplină ori la expirarea termenului legal de eliberare a concediului medical, conform legislației în vigoare, CNDDCM este obligat să determine pierderea capacității profesionale de muncă în procente.

La evoluarea 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. Sunt 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 expertizei medicale, 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 extrarespiratorie nonbacilare sau 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
- Polichimioresistență cu variantele:
 - a) HES
 - b) RES
 - c) HE
 - d) HS
 - e) ES
 - f) RE
 - g) RS
- Monochimioresistență: - H, R, E, S

NOTE:

1. Până la obținerea rezultatelor sensibilității se utilizează termenul „suspect de chimioresistență”.
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. Fistule;
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			
Varianta de evoluție	Clinica	Examenul radiologic	Examenul bacteriologic
Severă	Febrilitate, subfebrilitate prelungită, scădere ponderală gravă (cașexie), expectorație abundentă, complicații grave	Dinamică radiologică negativă, afectarea de noi zone ale parenhimului pulmonar	BK+ Emisie intensivă
Cronică (ondulată)	Subfebrilitate prelungită, scădere ponderală, posibil complicații de diferit grad	Tablou radiologic staționar ori alternarea reactivărilor cu regresări parțiale, modificări fibroase	BK+, BK- Emisie cronică
Trenantă	Simptome clinice pronunțate ori ușor pronunțate	Fără dinamică radiologică ori pozitivă neânsemnat pe parcurs de timp îndelungat	Debacilare tardivă
Lent favorabilă	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 parenchimul pulmonar și în alte organe.

Clasificarea cavităților distructive pulmonare			
După dimensiuni	După drenaj bronșial	După număr	După localizare pulmonară
1. Mici – până la 2 cm 2. Medii – 2-4 cm 3. Mari – 4-7 cm 4. Magna > 7 cm 5. Lobi distruși 6. Plămân distrus	1. Drenate 2. Nedrenate (blocate)	1. Solitare 2. Multiple	1. Unilateral 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 până la trei ani.
- Persoanele din familii numeroase, dezavantajate material, cu condiții locative precare.
- Persoanele de vârstă înaintată (>60 ani).
- Persoanele recent eliberate din penitenciare.
- Persoanele cu activitate de muncă cu suprasolicitări, cu surmenaj, expuși factorilor nocivi.

TUBERCULOZA APARATULUI RESPIRATOR ȘI EXTRARESPIRATORIE 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, având 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 a tuberculozei:

1. Tuberculoza aparatului respirator:

- Tuberculoza pulmonară:

A 15.7; A 16.7. Complexul primar;
A 19.0 Tuberculoza pulmonară diseminată (miliară);
A 15.0.1.2.3; A 16.0.1.2. Tuberculoza pulmonară nodulară;
A 15.0.1.2.3; A 16.0.1.2. Tuberculoza pulmonară infiltrativă;
A 15.0.1.2.3; A 16.0.1.2. Tuberculoza pulmonară fibro-cavitară;
A 15.5; A 16.4 Tuberculoza traheo-bronșică.

- Tuberculoza extrapulmonară:

A 15.6; A 16.5. Pleurezie tuberculoasă;
A 15.4; A 16.3. Tuberculoza ganglionilor limfatici intratoracici;
A 15.8; A 16.8. Alte forme de tuberculoză a căilor respiratorii.

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 sângelui;
- Testările la HIV-infecție;
- Rezultatele microscopiilor și însămânțărilor 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:

- Însămânțările 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 (%)
Deficiențele respiratorii de etiologie tuberculoasă ușoare se manifestă în următoarele forme clinice de tuberculoză pulmonară: 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: - 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 - Răspuns pozitiv la tratamentul administrat. Evoluție lent favorabilă - Tratament încheiat ori vindecat de tuberculoză. Evidență pe fișier activ ori de supraveghere. Pronostic clinic și de reabilitare favorabil - Nonbacilar ori debacilare stabilă - Endoscopic: cicatrice, pete de hiperpigmentație, îngroșări fibroase - Posibil dereglări ușoare, restrictive de ventilație pulmonară. Riscuri sporite de reactivare. Asocieri cu diabet zaharat, hepatite cronice, polineuropatii, rezecții gastrointestinale etc. - Nu necesită restricții de activitate profesională din motive epidemiologice - Integrare totală în activitatea vieții zilnice	5-20	95-80
Deficiențele respiratorii de etiologie tuberculoasă ușoare se manifestă în următoarele forme clinice de tuberculoză pulmonară: complexul primar, TBC diseminată, nodulară, infiltrativă, pleurezie, TBC traheo-bronșică, a ganglionilor limfatici intratoracici, în faza regresivă ori de stabilizare: - 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,	25-35	75-65

bronșectazii. Se determină pneumoscleroză locală, fibroză locală, emfizem local, cicatrice, aderențe pleurale masive - Bacteriologic: sputa negativată. Debacilare relativă sau stabilă - Endoscopic: hiperpigmentație, granulații, stenoze, cicatrice, îngroșări fibroase. Posibil endobronșită - Răspuns pozitiv la tratament. Evoluție clinică lent favorabilă. Tratament încheiat ori vindecat de tuberculoză. Evidență pe fișier activ 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, rezecții gastrointestinale 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 traheobronșică, 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 chimioresistență, polichimioresistență, 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	40-55	60-45

cronice, ciroze hepatice, encefalo-polineuropatii, rezecții 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 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	60	40
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	65-75	35-25
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 lumenului bronșial, endobronșită de drenaj - Necesitate de tratament antituberculos de lungă durată (până 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 plămâni se atestă leziuni pulmonare tuberculoase active (evolutive), extinse, în progresare – infiltrație, diseminare, cavități distructive de dimensiuni diferite până la gigantice (mai mari de 7 cm), lobi practic distruși, plămân practic distrus, revărsat pleural bilateral, fitulări - Bacteriologic: emisie de MBT de diferită intensitate, depistată prin microscopie, cultură, sau 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 funcționale, escare, hemoragii pulmonare, anemie gr.II-III, pneumotorace, hipotonie, subfebrilitate, dispnee severă, fatigabilitate sporită, cord	80-85	20-15

pulmonar, amiloidoza organelor parenhimatoase). Posibil afectarea altor organe - Asocieri nefaste cu diabet zaharat, HIV-infecția, hepatite cronice și ciroze hepatice, encefalopoliuropatii, bronhopneumopatii obstructive cronice, tumori de orice tip etc. - Complicațiile chimioterapiei - Lipsa răspunsului la tratamentul antituberculos. Pronostic clinic și de reabilitare rezervat, nefavorabil - În activitatea zilnică limitări grave. Dependent de ajutor și îngrijire permanentă din partea altei persoane Deficiențele respiratorii de etiologie tuberculoasă absolute 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, regresivă și necesită tratament și îngrijire: - 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, fistule - Emisie permanentă de MBT, frecvent polichimiorezistență, multidrogrezistență (MDR), rezistență extinsă (XDR, XXDR) - Cazuri noi și recidive, cronice, eșecuri terapeutice, abandonuri. Fișier de dispensar activ (IA, IB, IC) - Evoluție clinică severă, progresivă, cu complicații grave (intoxicație severă, istovire, scădere ponderală gravă, hipotrofie și disfuncție musculară, fistule funcționale, escare, hemoragii pulmonare, anemie gr.II-III, pneumotorace, hipotonie, subfebrilitate, dispnee în repaus, fatigabilitate sporită, cord pulmonar decompensat, simptome clinice de insuficiență respiratorie și cardiacă severă, amiloidoza organelor parenhimatoase, insuficiență poliorganică). Posibil afectarea altor organe - Poziție forțată la pat, practic ținut la pat. Necesită oxigenoterapie - Asocieri nefaste cu diabet zaharat, HIV-infecție, hepatite cronice și ciroze hepatice, encefalopoliuropatii, bronhopneumopatii obstructive cronice, tumori de orice tip etc. Complicații ale chimioterapiei - Lipsă de răspuns la tratamentul antituberculos. Pronostic clinic nefavorabil - În activitatea vieții zilnice limitări totale. Dependență totală de îngrijire permanentă din partea altei persoane	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:

Solicități energetice de nivel mediu cu program integral sau redus.

Solicități 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 – B90.9)

Clasificare:

În practica expertizei medicale 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 sângelui;

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;
- SaO₂;
- 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).

Deficiențele funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe respiratorii posttuberculoase ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Radiologic: în plămâni se atestă calcificări în număr mic, de dimensiuni mici în parenchimul pulmonar ori în ganglionii limfatici, cicatrice, pneumoscleroză limitată, aderențe pleurale limitate, rezecție atipică (marginală) segmentară, decorticare - Endoscopic: pete de hiperpigmentație, cicatrice, stenoză bronșică neânsemnată - Simptome clinice absente. Fără dereglări de ventilație pulmonară ori dereglări neânsemnate de tip restrictiv. Adaptare la efort păstrată - Integritate totală în activitatea vieții zilnice - Fără limitări ale abilităților vitale	5	95

Deficiențe respiratorii posttuberculoase ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Radiologic: în plămâni se atestă opacități fibrozate, multiple calcificări, inclusiv și de dimensiuni mari în parenchimul pulmonar și ganglioni limfatici intratoracici, cicatrice, pneumofibroză limitată, defecte costale (până la 3) după toracoplastia de corecție, absențe postoperatorii de 1-2 segmente - Endoscopic: pete de hiperpigmentație, cicatrice, îngroșări fibroase, stenoze ușoare, moderate, bont bronșial intact - Funcțional: dereglări ușoare de tip restrictiv ale ventilației pulmonare. Adaptarea la efort păstrată - Integrare totală în activitatea vieții zilnice	10-15	90-85
Deficiențe respiratorii posttuberculoase ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Radiologic: în plămâni se atestă opacități fibrozate, multiple calcificări, inclusiv și de dimensiuni mari în parenchimul pulmonar și ganglioni limfatici intratoracici, cicatrice, pneumofibroză limitată ori cu localizări diferite, cavități mici sanate, aderențe pleurale, absențe segmentare postoperatorii (2 - 3), defecte a grilajului costal (4-6) după toracoplastia de corecție - Endoscopic: pete de hiperpigmentație, cicatrice, îngroșări fibroase, stenoze de diferit grad, endobronșită, bont bronșial intact - Simptome clinice de insuficiență respiratorie cronică cu manifestări ușoare cu IRC 0-I, de bronșită cronică catarală ori mucopurulentă metatuberculoasă. Astenizare ușoară - 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.) - 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	20-35	80-65
Deficiențe respiratorii posttuberculoase medii cu unele dintre următoarele semne: - Radiologic: opacități nodulare fibrozate, calcificări multiple în parenchimul 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 toracoplastia 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	40	60

- Simptome clinice de insuficiență respiratorie cronică moderată, IRC gr.I, bronșită cronică catarală ori mucopurulentă metatuberculoasă, BPOC stadiul II. Astenizare de grad mediu - Asociere cu unele boli și factori ce sporesc riscul de reactivare a tuberculozei (diabet zaharat, hepatită cronică, ulcer gastric, rezeccii 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: - Radiologic: opacități nodulare fibrozate, calcificări multiple în parenchimul pulmonar, în hili, ganglioni limfatici intratoracici, pneumofibroză extinsă, cu localizări diferite, emfizem (inclusiv compensator), cavități sanate, distrofie buloasă, bronșectazii secundare, fibrotoace limitat ori total unilateral, aderențe pleurale limitate ori masive, absențe postoperatorii polisegmentare, monobilobare ori pulmonară (pumonectomie), defecte ale grilajului costal după toracoplastia 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. BPCO 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, rezeccii 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	45-55	55-45

Deficiențe respiratorii posttuberculoase accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Radiologic: opacități nodulare fibrozate, calcificări multiple în parenchimul 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 dreaptă, cu supraîncărcare. Hipertensiune arterială pulmonară. Hipoxemie. Adaptare la efort reducere accentuată. - Simptome clinice de insuficiență respiratorie cronică accentuată, de bronșită cronică catarală ori mucopurulentă metatuberculoasă, BPCO 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	60	40
Deficiențe respiratorii posttuberculoase accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Radiologic: opacități nodulare fibrozate, calcificări multiple în parenchimul 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 inflammat, posibil cu fistulă, dichinezie traheobronșică	65	35

- 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 dreaptă, 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, BPCO severă. IRC gr.II. Dispnee – gr.3, fatigabilitate sporită la efort fizic obșnuit. 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 - Activitatea vieții zilnice cu limitări parțiale	70-75	30-25
Deficiențe respiratorii posttuberculoase accentuate cu unele din următoarele semne: - Radiologic: opacități nodulare fibrozate, calcificări multiple în parenchimul 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 inflammat, 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 dreaptă, 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, rezeccii 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	80-85	20-15
Deficiențe respiratorii posttuberculoase severe cu unele dintre următoarele semne: - Radiologic: opacități nodulare fibrozate, calcificări multiple în parenchimul 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 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 neânsemnat (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, rezeccii 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	90-100	10-0
Deficiențe respiratorii posttuberculoase absolute cu unele dintre următoarele semne: - Radiologic: opacități nodulare fibrozate, calcificări multiple în parenchimul 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 (pulmonectomie), 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, dreaptă, 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 obișnuită.

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

Deficiențe funcțional-structurale medii:

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

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

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

Deficiențe funcțional-structurale accentuate:

Solicități 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:

Solicități 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, plămân);
- 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;
- osteomielita coastelor, sternului;
- pneumofibroză, emfizem vicarian;
- cirotizarea plămânului (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 vârstă (cu cât vârsta este mai tânără, cu atât pronosticul clinic este mai favorabil);

5) de virulența, chimiorezistența micobacteriilor de tuberculoză.

Importante în evaluarea dizabilității persoanelor supuse intervențiilor chirurgicale sunt:

- 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, a 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 până 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 „vindecă 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 sunt 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 plămânului cu evoluție favorabilă a perioadei postoperatorii, fără complicații, cu pronostic clinic și de reabilitare favorabilă, fără contraindicații la locul de muncă, li se prelungește concediul medical până 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:

Nr. crt.	Volumul intervenției chirurgicale	Toracoplastie nr. coastei	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	---- 3	60 65	40 35
4.	Lobectomie medie dreaptă	----	60	40

5.	Lobectomie inferioară unilaterală	3-4 ----	70 65	30 35
6.	Bilobectomie superioară dreaptă	3-5	65-70	35-30
7.	Exereză combinată: a) lobectomia superioară +S6 b) polisegmentară – S1+S2+S6	5 3	70 65	30 35
8.	Exereza economă cu decorticarea totală ori parțială a plămânului	----	60	40
9.	Pneumoectomie	----	70	30
10.	Pleuroectomie parțială ori totală în empiem pleural cu exereză economă	a) ---- b) 3-6 c) 7-8 d) 9-10	60-65 65-70 70 75-85	40-35 35-30 30 25-15
11.	Toracoplastie, toracomoplastie, toracofibromioplastie în empiem pleural cu pleuroectomie parțială ori totală	a) 3-5 b) 6-8 c) 9-10	65 70 75 – 85	35 30 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: a) fără fistulare b) cu fistulare	10 15
Reexpansionare pulmonară parțială (cavitate restantă intrapleurală)	5	Empiem pleural subtotal ori total: a) fără fistulare b) cu fistulare	15 20
Fistule ale bontului bronșial	5	Hepatite toxice, virale, mixte cu activitate înaltă	10 - 15
Osteomielita coastelor, sternului	5 – 10	Nereexpansionarea totală a plămânului	10 – 15
Supurația plăgii postoperatorii	5		
Hepatite toxice, virale, mixte cu activitate minimă, moderată	5		

INFECȚIA CU HIV

INFECȚIA CU HIV (B 20-B 24)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN-211

<http://old.ms.md/files/14791-PCN-211%2520Infec%2520cu%2520HIV%2520la%2520adult%2520si%2520adolescent.pdf>

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 Asimptomatică, acută (primară) sau limfadenopatie generalizată primară	B Simptomatică non-A non-C	C Boli asociate SIDA
1. ≥ 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 viloasă (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 50×10^9).

Stadiul clinic IV:

- Tuberculoza aparatului respirator;
- Tuberculoză extrapulmonară (inclusiv adenopatia tuberculoasă periferică);
- Scădere ponderală nemotivată (mai mult de 10% în ultimele 6 luni);
- Sindromul epuizării (HIV-cașexia);
- Pneumonii cu *Pneumocystis jirovecii*;
- 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 Herpes Simplex mai >1 lună;
- Candidoza esofagului;
- Sarcomul Kaposi 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 salmonelle 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 sângelui;
- 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).

NOTĂ: 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 când cantitatea de limfocite $CD4 \leq 350$ celule/ ml^3 sânge, indiferent de simptomatice. 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 ținând cont de prevederile literelor a), b), și c).

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare (A1) cu unele dintre următoarele semne: - Infecție HIV asimptomatică - Activitatea vieții zilnice cu integrare totală	5-20	95-80
Deficiențe ușoare (A1) cu unele dintre următoarele semne: - HIV-infecție acută - Infecție HIV simptomatică cu limfadenopatii persistente generalizate, gingivită, pioree, periodontită, stomatită, dermatomicoze, onicomicoze, manifestări cutanate, hepatomegalie, splenomegalie. - Activitatea vieții zilnice cu integrare totală	25-35	75-65
Deficiențe medii (A2, B1) cu unele dintre următoarele semne: - Manifestări clinice moderate din cauza infecției sau scăderii imunității celulare: - Candidoză orofaringiană, vulvovaginală - Angiomatoză - Febră sau diaree mai mult de un puseu pe lună - Cheilită angulară - Stomatită aftoasă recidivantă (2 și mai multe episoade în ultimele 6 luni), gingivită ori periodontită ulceroasă, necrotizantă - Infecții bacteriene recidivante ale căilor respiratorii superioare: sinuzită, otită medie, tonsilită, faringită (2 și mai multe episoade în ultimele 6 luni) - Herpes Zoster - Dermatită seboreică - Activitatea vieții zilnice cu limitări ușoare	40-45	60-55
Deficiențe medii (A2, B1) cu unele dintre următoarele semne: - Trombocitopenie idiopatică - Dermatită papuloasă pruriginoasă - Infecție HIV simptomatică cu candidoză pulmonară (trahee, bronhii, plămâni), confirmată prin bronhoscopie și microscopia prelevatului obținut din țesutul infectat	50-55	50-45

- Activitatea vieții zilnice cu limitări ușoare Deficiențe accentuate (A2, B1, B2) cu unele dintre următoarele semne: - Forme cu deficiență globală accentuată, cu manifestări diverse din cauza imunodepresiei: - Febră mai mult de o lună și repetată - Neuropatii periferice - Candidoză recidivantă a mucoasei cavității bucale (2 și mai multe episoade în ultimele 6 luni) - Infecție cronică ori persistentă provocată de virusul Herpes Simpex mai mult de o lună - Leucoplachie viloasă (păroasă) a mucoasei cavității bucale, limbii	60	40
- Activitatea vieții zilnice cu limitări parțiale. Deficiențe accentuate (A2, B1, B2) cu unele dintre următoarele semne: - Anemie nemotivată ($< 80 \text{ g/l}$), neutropenie ($< 0,5 \times 10^9$), trombocitopenie cronică cu o durată mai mare de o lună (până la 50×10^9) - Inflamații sau abcese pelviene - Diaree cronică nemotivată cu o durată mai mare de o lună - Scădere ponderală nemotivată (mai mult de 10% în ultimele 6 luni) - Pneumonii cu Pneumocystis jirovici - Pneumonii bacteriene recidivante (2 și mai multe episoade în ultimile 12 luni). - Infecție cu cytomegalovirus (cu excepția afectării ficatului, splinei și ganglionilor limfatici), retinită, +/- colită, +/- esofagită - Candidoza esofagului. - Encefalopatie HIV asociată - Cardiomiopatie HIV asociată - Nefropatie HIV asociată	65	35
- Activitatea vieții zilnice cu limitări parțiale Deficiențe funcționale accentuate (A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2, C3) cu unele dintre următoarele semne: - Tuberculoza aparatului respirator evolutivă - Tuberculoză extrarrespiratorie evolutivă de orice localizare - Infecții bacteriale grave (pneumonii recurente, empiem, miozită purulentă, artrită ori osteomielită, bacteriemie, inflamații pelviene grave etc.) - Toxoplasmoză cerebrală - Meningită criptococică - Infecția micobacterială netuberculoasă ori micobacterioză diseminată netuberculoasă - Leucoencefalopatie multifocală progresantă - Criptosporidioză (cu diaree mai mult de 1 lună)	70-75	30-25

- Izosporiasis cronic - Micoze diseminate (coccidiomicoză, histoplasmoză) - Bacteremie recidivantă provocată de salmonele netifoide - Leişmanioză viscerală - Sarcomul Kapoşi şi tumori maligne HIV asociate - Limfomul Hodgkin T-celular ori B-celular non-Hodgkinian - Cancer cervical invaziv - Cancer anal - Pronostic clinic rezervat - Activitatea vieţii zilnice cu limitări parţiale.	80-85	20-15
Deficienţe severe (A3, B3, C1, C2, C3) cu unele dintre următoarele semne: - Forme cu deficienţă globală gravă, cu manifestări variate şi evoluţie progresivă - Sindrom al epuizării, istovirii (HIV-caşexia) - Infecţii bacteriale grave progresante (pneumonie, meningită, empiem, miozită purulentă, artrită ori osteomielită, bacteriemie, inflamaţii pelviene grave etc.) - Tuberculoză a aparatului respirator evolutivă cu progresare, complicaţii grave, cu lipsă de răspuns la tratament, cu polichimiorezistenţă, MDR, XDR, XXDR - Tuberculoză extrarrespiratorie evolutivă de orice localizare, cu complicaţii grave, cu lipsă de răspuns la tratament - Leucoencefalopatie multifocală progresantă - Bacteriemie recidivantă provocată de salmonele netifoide - Toxoplasmoză cerebrală - Febră continuă cu caşectizare - Diaree cronică continuă cu caşectizare, anemie - Pronostic clinic nefavorabil - Activitatea vieţii zilnice cu limitări grave. Dependenţă de ajutor şi îngrijire din partea altei persoane	90-100	10-0
Deficienţe absolute (A3, B3, C1, C2, C3) cu unele din următoarele semne: - Forme cu deficienţă globală totală, cu manifestări variate şi evoluţie progresivă: - Sindromul epuizării, istovirii (HIV-caşexia); - Infecţii bacteriale grave, progresante (pneumonie, meningită, empiem, miozită purulentă, artrită ori osteomielită, bacteriemie, inflamaţii pelviene grave etc.); - Tuberculoză a aparatului respirator evolutivă, severă, cu progresare, complicaţii grave, cu lipsă de răspuns la tratament, cu polichimiorezistenţă, MDR, XDR, XXDR; - Tuberculoză extrarrespiratorie evolutivă cu complicaţii grave, cu lipsă de răspuns la tratament; - Leucoencefalopatie multifocală progresantă; - Bacteremie recidivantă provocată de salmonele netifoide; - Toxoplasmoză cerebrală; - Febră continuă cu caşectizare;		

- Diaree cronică continuă cu cașectizare, deshidratare, anemie severă; - Pronostic clinic nefavorabil; - Activitatea vieții zilnice cu limitări totale. Poziție forțată la pat. Dependență totală de îngrijire din partea altei persoane.		

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:

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

Munci statice, activități de birou, meșteșugărești.

Deficiențe funcțional-structurale accentuate:

Solicități 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:

Solicități 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.

AFEȚIUNI NEOPLAZICE

AFECȚIUNILE NEOPLAZICE

Definiție: tumorile (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 (%)
- Leziuni precanceroase - Stadiul 0 (inițial, incipient), tratat - 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 - Absența recidivelor - Sechele minore ale bolii sau ale tratamentului <i>Indice de performanță (IP) – 0</i>	Ușoare (5-35%)
- Stadiile I, II, III și IV în cursul tratamentului oncologic agravat de reacții adverse - Sechele ale bolii sau ale tratamentului <i>Indice de performanță (IP) 1 sau 2</i>	Medii (40-55%)
- Stadiile I, II, III inițial, cu boală în evoluție în prezent (recidive, recurențe, metastaze) sub tratament - Sechele importante ale bolii sau ale tratamentului greu de controlat terapeutic <i>Indice de performanță (IP) = 3</i>	Accentuate (60-75%)
- stadiile III, IV invalidante - stadiul terminal (în boala canceroasă) <i>Indice de performanță (IP) = 3 sau 4</i>	Severe (80-100%)

Cuantificarea indicelui de performanță, realizat conform OMS sau ECOG (Eastern 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 tumoare 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.

O clasificare generală se referă la noțiunea de stadiu:

- Stadiul 0 = tumoră în situ (localizat) fără extensie;
- Stadiul I = tumoră de dimensiuni reduse fără invazie ganglionară;
- Stadiul II = tumoră de dimensiuni mai mari și invadare ganglionară minimă;
- Stadiul III = tumoră dezvoltată, depășind organul afectat, cu invazie ganglionară importantă;
- Stadiul IV = tumoră difuză cu metastaze;

Stadiul 0 corespunde la o vindecare în 100 % din cazuri, iar stadiul IV comportă un prognostic fatal. Aceasta clasificare se bazează pe datele examenului clinic și ale examenelor radiologice. 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.

Sistemul de clasificare TNM: caracterizează gradul de extensie locoregională și la distanță a bolii neoplazice și constă în definirea a 3 componente:

1. T – evaluarea extensiei cancerului primar;
2. N – evaluarea invaziei metastatice a nodulilor limfatici regionali;
3. M – evaluarea prezenței sau absenței metastazelor la distanțe.

Obiectivele stadializării TNM sunt prezentate de estimarea pronosticului, selectarea celei mai bune atitudini terapeutice și evaluarea răspunsului la tratamentul oncologic.

CANCERUL BUZEI (C00)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN - 162

<http://old.ms.md/files/11159-162.%2520Cancerul%2520buzei.pdf>

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

Stadializarea generală:

- **Stadiul I** – Cancer limitat 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** – Cancer sau ulcer cu diametrul mai mare de 1,5 cm, dar mai mic de ½ din buză;
- **Stadiul IIB** – Cancer sau ulcer de aceleași dimensiuni, dar cu 1-2 metastaze mobile regionale;
- **Stadiul IIIA** – Cancer sau ulcer cu diametru mai mic de 3 cm cu răspândire în toată grosimea buzei, în colțul gurii, pe obraz, bărbie;
- **Stadiul IIIB** – Tumora ca cea de st. IIIA, dar cu metastaze regionale puțin mobile;

- **Stadiul IVA** – Cancer în fază de descompunere cu răsândire în toate straturile și în țesutul osos, cu metastaze puțin mobile;
- **Stadiul IVB** – Cancer de orice mărime cu metastaze la distanță, hematogeni.

Gruparea pe stadii:

Stadiul 0	–	TisN ₀ M ₀
Stadiul I	–	T ₁ N ₀ M ₀
Stadiul II	–	T ₂ N ₀ M ₀
Stadiul III	–	T ₃ N ₀ M ₀ , T ₁ N ₁ M ₀ , T ₂ N ₁ M ₀ , T ₃ N ₁ M ₀
Stadiul IVA	–	T ₄ N ₀ M ₀ T ₄ N ₁ M ₀
Stadiul IVB	–	orice T N ₃ M ₀ , orice T, orice N M ₁

Formele clinice:

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

Clasificarea histologică:

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

Barem de investigații:

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

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign (T), preinvazivă (Tis), volumul până la 1 cm (T₁) - Fără semne de invazie ganglionară (N₀) - Fără semne de răspândire a metastazelor - Stadiul I al tumorii maligne - Evoluția anatomică: limitată nodulară - Tabloul histologic: celule plate bine diferențiate (G₁) - Fără eșecuri terapeutice, fără relicvat tumoral după radioterapie și fără complicații postchirurgicale	10-25	90-75
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:	30-35	70-75

- Cancer malign (T₀), preinvazivă (Tis), volunul până la 1 cm - Fără semne de invazie ganglionară (N₀) - Stadiul I-IIA al tumorii maligne - Evoluția anatomică: exofică papilară pe fond de diskeratoză difuză la nivelul mucoasei - Tratamentul chirurgical radical urmat de radioterapie cu unele complicații (edem cronic), care împiedică ușor actul de alimentație, mutilări estetice ușoare		
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign (T₀), preinvazivă (Tis), cu dimensiunea de până la 2 cm - Stadiul IIA al tumorii maligne - Fără semne evidente de invazie ganglionară (N₀) - Lipsesc date necesare pentru a evalua nodulii limfatici din regiune (Nx) - Evoluția anatomică: exofică cu unele suspexții de formă mixtă cu pătrunderea în țesuturi până la 1 cm însoțită de discheratoză difuză la suprafață - Tabloul histologic: nodular, celule plate bine diferențiate (G₁) - Tratamentul chirurgical radical combinat cu radioterapie este urmat de complicații cu consecințe funcționale medii, manifestate prin edem cronic, limitare moderată a actului de alimentare	40-45	60-45
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări funcționale digestive, cauzate de cicatricile postoperatorii, edem cronic pronunțat, dureri, contracturi care afectează moderat sau pronunțat actul de masticare - Dereglări moderate ale funcției de comunicare verbală - Stadiul IIB fără date care ar atesta răspândirea metastazelor în regiuni îndepărtate (Mx), volum până la 2 cm (T₁) - Metastaze într-un nod limfatic pe partea afectată (N₁) - Evoluția anatomică: papilară cu elemente de ulceratie - Tabloul histologic: celule plate bine diferențiate (G₁)	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări accentuate ale funcției digestive și de vorbire (disfonie, dizartrie), cauzate de sechele postoperatorii și radioterapie - Cancer malign stadiul IIIA cu volum de peste 2 cm - Invazia unui nod limfatic pe partea afectată (T₁N₁) - 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 - Tipul histologic: diferențiere moderată (G₂)	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:	70	30

- Dereglări foarte accentuate ale funcției digestive, manifestate prin dificultăți pronunțate de masticatie și vorbire, cauzate de contracturi pronunțate, cicatrice postoperatorii și postradioterapie, edem cronic accentuat, îngustarea accentuată a orificiului gurii. - Cancer malign stadiul IIIB cu una sau două metastaze colaterale mobile regionale și invazie limfatică din partea afectată (N₁ sau N₂) - Tipul evoluției anatomice: formă mixtă cu pondere endofită cu unele semne de ulceratie - Tipul histologic: cancer spinocelular cu diverse grade de diferențiere cu keratinizare	75	25
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări extrem de accentuate ale funcțiilor digestive și de vorbire, cauzate de complicații postoperatorii și postradioterapie - Cancer malign stadiul IIIB cu invazie limfatică (N₂) - Răspândirea metastazelor în țesuturile adiacente - Evoluția anatomică: exofită pe fon de keratoză difuză sau endofită ulceroasă infiltrativă - Tipul histologic: tumoră spinocelulară precedată de keratoză sub formă de proliferări de mase epidermice compuse din celule puțin diferențiate (G₃), precum și celule bazale	80-85	20-15
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări grave ale funcțiilor digestive (de masticatie și deglutiție), de vorbire, cauzate de complicații postoperatorii și radioterapie - Cancer malign stadiul IVA cu afectarea buzei în întregime, invazie în țesuturile (inclusiv oase) maxilarului sau ale mandibulei (T₃-T₄) - Lipsa semnelor de afectare a căilor limfatice regionale (N₀ sau N_x) - sau Tratament paliativ - Evoluția anatomică: creștere exofită sau endofită - Tabloul histologic: cancer spinocelular sau celular-bazal cu celule nediferențiate (G₄)	90-100	10-0
Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări extrem grave ale funcțiilor digestive și de vorbire - Tumoră malignă stadiul IVA sau IVB cu tratament paliativ - Dereglări grave ale altor funcții ale organismului: motilitate, dexteritate etc.		

CANCERUL LIMBII (C01 – C02)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN-160

<http://old.ms.md/files/11108->

[Protocolul%2520clinic%2520na%25C5%25A3ional%2520%25E2%2580%259ECancerul%2520cavit%25C4%2583%25C5%25](http://old.ms.md/files/11108-Protocolul%2520clinic%2520na%25C5%25A3ional%2520%25E2%2580%259ECancerul%2520cavit%25C4%2583%25C5%25)

Definiție: Cancerul care se dezvoltă din epiteliu plat (tumoră pavimentoasă).

Clasificarea clinică:

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

Stadiul II:

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

Stadiul III:

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

Stadiul IV – Tumora 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 sunt pavimentoase, cornificate, sânt rare formele nediferențiate și bazo-celulare. La rădăcina limbii se întâlnesc cilindroame și tumori mucoepidermale.

Barem de investigații:

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

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări ușoare ale funcțiilor de masticare, deglutiție sau/și vorbire, cauzate de sechele postoperatorii și postradioterapie - Cancer malign a părții anterioare a limbii, stadiul I (Tix) - Fără semne de invazie ganglionară limfatică regională (N₀) - Evoluția anatomică: exofită, papilară, ulcerasă - Tabloul histologic: țesut incipient plancelular (spinocelular) cu keratinizare și diferențiere bună (G₁)	5-35	95-65

- 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	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări moderate ale funcțiilor de masticare, deglutiție și vorbire în urma intervenției chirurgicale și radioterapiei cu înlăturarea unei părți a limbii - Cancer malign stadiul IIA cu volum până la 2 cm cu invazie în profunzimea țesuturilor până la 1 cm, nu iese din limitele liniei mediane ale limbii (T₁) - Metastaze regionale nu se depistează (N₀) - Evoluția anatomică: cu localizare în partea anterioară a limbii, exofită - Tabloul histologic: cancer spinocelular bine diferențiat (G₁) - sau Stadiul I cu localizare la rădăcina limbii	50	50
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări moderate ale funcțiilor de masticare, deglutiție și vorbire, cauzate de sechele după tratament - Stadiul IIA al tumorii maligne cu invazie în profunzimea țesuturilor până la 1 cm, cu localizare în regiunea anterioară a limbii - sau Stadiul I al tumorii maligne cu localizare în regiunea rădăcinii - Cancer preinvaziv (Tis) - Evoluția anatomică: exofită cu ulcerare, sau papilară cu ulcerare fără semne de infiltrație - Tabloul histologic: conținut plancelular (spinocelular) cu keratinizare și diferențiere moderată (G₂) - Metastaze regionale și la distanță nu se depistează	55	40
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări pronunțate ale funcțiilor de masticare, deglutiție și vorbire, cauzate de sechele după tratament - Cancer stadiul IIB cu volum de până la 2 cm - Metastaze regionale unilaterale mobile (N_{2a}) - sau Stadiul IIA al tumorii maligne cu localizare la rădăcina limbii - Evoluția anatomică: exofită cu ulcerare, sau papilară cu ulcerare fără semne de infiltrație - Tabloul histologic: celule plane (spinocelule) exofite sau papilare ulceroase - Tabloul histologic: celule plane (forma spinocelulară) cu keratoze, diferențiere slabă (G₃)	60-65	40-55
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:		

- Dereglări accentuate ale funcțiilor de masticatie, deglutiție și vorbire - Cancer malign stadiul IIIA cu volum peste 2 cm, cu trecerea infiltratului peste linia mediană a limbii sau cu invadarea planșeului bucal, fără metastaze regionale sau la distanță (T₂M₀) - Localizarea pe partea anterioară și medie a limbii - Evoluția anatomică: exofită sau papilară fără sau cu keratinizare și ulceratie - Tabloul histologic: cu celule plane fără sau cu keratinizare sau mixte cu posibilitate medie de diferențiere - sau Stadiul I sau II al tumorii cu evoluție anatomică infiltrativă sau infiltrativ-ulceroasă și cu grad de diferențiere foarte mic (G₃)	70	30
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări foarte accentuate ale funcțiilor de masticatie, deglutiție și vorbire, cauzate de complicații după tratament radical chirurgical cu radioterapie - Cancer malign stadiul IIIB cu volum de peste 2 cm cu un nod metastatic regional limitat mobil - Evoluția anatomică: exofită cu ulceratie și infiltrație laterală fără a fi afectate țesuturile profunde - Tabloul histologic: celule plane (spinocelulare) cu keratinizare, diferențiere slabă (G₃) - Localizarea tumorii în partea medie sau posterioară a limbii	75	25
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări foarte accentuate ale funcției de masticatie, deglutiție și vorbire, cauzate de consecințele tratamentului chirurgical cu radioterapie - Stadiul IIIB al tumorii cu volum de peste 2 cm, cu un nod metastatic greu dislocat sau 2-3 noduri metastatice regionale ușor dislocate sau contralaterale - Evoluția anatomică: exofită cu ulceratie cu extindere masivă - Tabloul histologic: celule plane cu keratinizare localizate în partea medie sau la rădăcina limbii cu ulceratii slab diferențiate(G₃) - sau Stadiul IIB al tumorii cu infiltrare masivă în țesuturile adiacente	80	20
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări grave ale funcțiilor de masticatie, deglutiție și vorbire. Alimentația este dificilă, numai cu produse semilichide, vorba greu înțeleasă - Cancer malign stadiul IVA cu afectarea întregii regiuni anatomice și cu răspândire în țesuturile moi și cele osoase - Fără semne de afectare metastazică regională (N₀) - Evoluția anatomică: exofită sau papilar ulceroasă - Tabloul histologic: celule plane slab diferențiate	85	15

- sau Stadiul IIIA al tumorii cu evoluție anatomică endofită sau ulcerosă cu celule nediferențiate (G₄) Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări foarte grave ale funcțiilor de masticatie, deglutiție și vorbire. Alimentarea este dificilă, numai cu produse lichide, vorbirea este abia înțeleasă - Cancer malign stadiul IVB cu afectarea întregii regiuni anatomice și cu răspândire în țesuturile moi și cele osoase - Volumul tumorii depășește 4 cm (T₃) - Tumoră cu metastaze regionale de diferite variante (N_{2c}) - Evoluția anatomică: răspândire largă, creștere aproape endofită - Tabloul histologic: celule plane nediferențiate (G₄) Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - 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 - Cancer malign stadiul IVB cu afectarea ireversibilă gravă a cavității bucale și a gâtului - Metastaze răspândite regionale (N₃), cu metastaze evidente îndepărtate (M₁) - sau După tratament paliativ al tumorii maligne stadiul IVA sau IVB - sau Tumoră incurabilă cu descompunere masivă	90-100	10-0

TUMORILE MALIGNЕ ALE ESOFAGULUI (C15)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN-176

<http://old.ms.md/files/13958->

[Protocol%20clinic%20na%20C5%25A3ional%2520%25E2%2580%259ETumorile%2520maligne%2520ale%2520esofagului%25E2%2580%259D%2520%2528aprobat%2520prin%2520Consiliul%2520de%2520Experti%2520al%2520MS%252C%2520proces%2520verbal%2520nr.3%252C%2520din%252025.10.2012%2529.pdf](http://old.ms.md/files/13958-Protocol%20clinic%20na%20C5%25A3ional%2520%25E2%2580%259ETumorile%2520maligne%2520ale%2520esofagului%25E2%2580%259D%2520%2528aprobat%2520prin%2520Consiliul%2520de%2520Experti%2520al%2520MS%252C%2520proces%2520verbal%2520nr.3%252C%2520din%252025.10.2012%2529.pdf)

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 (ulcerosă).
- Forma inelară (circulară), skirr.
- Tumoră esofagiană subtotală – 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 – Cancer până la 3 cm, infiltrază mucoasa și submucoasa. Fără metastaze regionale.

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

Stadiul IIB – Cancer identic IIA sau mai mică, cu o metastază solitară.

Stadiul IIIA – Cancer 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 – Cancer identică st. IIIA sau mai mică, cu metastaze multiple.

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

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

Gruparea pe stadii:

Stadiul 0	–	T _{is} N ₀ M ₀
Stadiul I	–	T ₁ N ₀ M ₀
Stadiul IIA	–	T ₂₋₃ N ₀ M ₀
Stadiul IIB	–	T ₁₋₂ N ₁ M ₀
Stadiul III	–	T ₃ N ₁ M ₀ , T ₄ orice N M ₀
Stadiul IV	–	orice T orice N M ₁
Stadiul IVA	–	orice T orice N M _{1a}
Stadiul IVB	–	orice T orice N M _{1b}

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări digestive moderate după tratament chirurgical radical, cu pronostic favorabil după plastia esofagului și lipsa complicațiilor sau cu dereglări ușoare de nutriție - Tumoră malignă stadiul I sau IIA . Preinvazivă - Evoluția anatomică: exofită cu atingerea mucoasei până la stratul muscular, cu volum maxim de 1-5 cm, localizare în partea toracică inferioară sau medie - Tabloul histologic: cu celule plane (spinocelule) bine diferențiate (G ₁)	40-55	60-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - 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%	60	40

- Stadiul IIIA al tumorii maligne cu volum peste 3 cm, cu răspândire în țesutul submucos sau și în cel muscular, dar fără a pătrunde în învelișul seros (T1-T2), forma preinvazivă (pTis) - Evoluția anatomică: cu localizare în regiunea toracală medie sau inferioară, creștere exofită sau nodoasă - Tabloul histologic (pG): celule preponderent plane (tumoră spinocelulară) cu grad sporit de diferențiere cu sau fără keratinizare - Nu sunt semne evidente de afectare a nodulilor limfatice regionali cu metastaze (pN0)		
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări foarte accentuate ale funcției digestive după tratament radical - Stadiul IIIB al tumorii maligne (pT₃) - Metastaze multiple regionale (pN₁) - Evoluția anatomică: cu localizarea tumorii în regiunea superioară, medie sau inferioară toracală, creștere exofită nodulară - Tabloul histologic (pG): cu celule plane sau mixte cu grad moderat de diferențiere (G₂) - sau Stadiul II al tumorii cu formă difuză și infiltrativ-ulceroasă, cu grad mediu de diferențiere a celulelor după plastia primară - sau Plastia esofagului - sau Bolnavi cu plastia terminală, dar cu dereglări accentuate ale funcției digestive, cu deficit ponderal de 15-20%	65	35
Deficiențe accentuate cu următoarele semne: - Dereglări extrem de accentuate ale funcției digestive, cu deficit ponderal de 15-20% - Stadiul IIIB al tumorii maligne (pT₃ sau pT₄) - Invazie de metastaze multiple regionale (pN₁) - Evoluția anatomică: mixtă exofit-endofită, infiltrarea peretelui esofagului până la advinție - Tabloul histologic: ponderent tumoră spinocelulară sărac diferențiată (G₃)	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări grave ale funcției digestive - Cancer malign stadiul IV (pT₄) - Răspândire în organele vecine cu semne evidente de invazie a metastazelor în nodurile limfatice regionale (pN_x) - Evoluția anatomică: exofito-endofită, creștere în peretele esofagului cu pătrundere totală în organele vecine - Tabloul histologic (pG): spinocelular nediferențiat (G₄) - sau Formă incurabilă, stadiul IVA	80-85	20-15
Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne:	90-100	10-0

- Dereglări extrem de grave ale funcției digestive, alimentarea numai cu produse lichide sau prin gastrostomă - Stadiul IVB al tumorii maligne (pT₄, pN₁, pM₁) - Metastaze regionale și la distanță - Evoluția anatomică: endofită și ulceroasă cu răspândire masivă în organele vecine - Tabloul histologic: adenocarcinomă - <i>sau</i> Tumoră incurabilă de stadiul IV după tratament paliativ		

CANCERUL GASTRIC (C 16)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN-104

<http://old.ms.md/files/6248-104.Cancerul%2520gastric.pdf>

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

Clasificarea macroscopică:

1. *Exofită:*

Formă vegetantă (encefaloidă sau polipodă), caracterizată de cancerul dezvoltat intraluminal, cu suprafața neregulată, imprecis delimitată.

2. *Endofită:*

a) Infiltrativ ulceroasă, 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 tumorii gastrice:

G x – Imposibil de apreciat.

G1 – Diferențiere înaltă.

G2 – Diferențiere moderată.

G3 – Diferențiere joasă.

G4 – Cancer nediferențiat.

Morfopatologic, tumoare gastrică se prezintă sub 2 tipuri:

1. Tipul intestinal, care se caracterizează prin tendința celulelor maligne de a forma glande: tumorile sunt bine diferențiate, se asociază cu metaplazie intestinală a mucoasei gastrice, apare la bolnavii de vârstă tardivă și are tendința 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 x– Extinderea tumorii primare nu poate fi apreciată.

T₀– Cancer primar nu este decelabilă.

T_{is}– Carcinom *in situ*: tumoră intraepitelială fără să depășească lamina proprie.

T₁– Tumora primară invadează mucoasa sau/și submucoasa.

T₂– Cancerul invadează stratul muscular sau/și subseros.

T₃– Cancerul invadează stratul seros (peritoneul visceral), fără invazia structurilor adiacente.

T₄– Cancerul invadează organele sau structurile adiacente.

NOTE:

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

2. Structurile adiacente ale stomacului sunt: 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.

Nx– Starea ganglionilor regionali nu poate fi apreciată.

N₀– Fără metastaze în ganglionii regionali.

N₁– Sunt depistate metastaze în 1- 6 ganglioni regionali.

N₂– Sunt depistate metastaze în 7- 15 ganglioni limfatici regionali.

N₃– Sunt depistate metastaze în mai mult de 15 ganglioni limfatici regionali.

M – Metastaze la distanță.

Mx– Metastazele la distanță nu pot fi apreciate.

M₀– Nu sunt depistate metastaze la distanță.

M₁– Există metastaze la distanță.

Gruparea pe stadii:

Stadiul 0 – T_{is} N₀ M₀

Stadiul IA – T₁ N₀ M₀,

Stadiul IB – T₁ N₀ M₀, T₂ N₀ M₀

Stadiul II – T₁ N₂ M₀, T₂ N₁ M₀, T₃ N₀ M₀

Stadiul IIIA – T₂ N₂ M₀, T₃ N₁ M₀, T₄ N₀ M₀

Stadiul IIIB – T₃ N₂ M₀

Stadiul IV – T₃ N₁ N₂ N₃ M₀, T₁ T₂ T₃ N₃ M₀, orice T orice N M₁

Barem de investigatii

- Indicii clinici, biochimici
- Indicii hemodinamici
- FEGDS

- TC, RMN
- USG a organelor abdominale

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări digestive moderate după tratament radical, cu dureri periodice în epigastru, fenomene dispeptice tranzitorii, deficit ponderal de 5%, anemie ușoară - Stadiul I al tumorii maligne a stomacului (T₁) - Evoluția anatomică: exofită, cu afectarea mucoasei și submucoasei cu volum până la 3 cm, cu localizare în regiunea pilorică - Tabloul histologic: cu celule plane sau nediferențiate	40-45	60-35
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări moderate ale funcției digestive cu dureri și fenomene dispeptice - Cancer malign stadiul IIA - Evoluția anatomică: volum de peste 3 cm, cu afectarea mucoasei și submucoasei până la țesutul muscular, fără lezarea învelișului seros, fără metastaze regionale (T₁ sau T₂), în partea pilorică a stomacului, exofită - Tabloul histologic: celule nediferențiate - Complicații medii postoperatorii, manifestate prin sindromul „stomacului mic” ușor sau moderat, deficit ponderal de 5-10%	50	50
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări medii ale funcției digestive, deficit ponderal de 10-15% - Stadiul IIA al tumorii maligne fără metastaze - 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 (T₃) - Tabloul histologic: mixt - Complicații postoperatorii medii sau pronunțate prin semne esențiale de „stomac mic”, anastomozită, astenie nevrotică	55	45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - 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, anastamoză	60-65	40-35

și prin intestin, dereglări pronunțate metabolice ale lipidelor și glucidelor - Stadiul IIB al tumorii cu mai multe de două metastaze regionale limfatice perigastrice - Evoluția anatomică: exofită sau mixtă, cu localizare în regiunea cardiacă sau pilorică, volum peste 3cm, nu este răspândită în alte organe	70	30
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări accentuate digestive, deficit ponderal de 15-20% - Stadiul IIIA al tumorii maligne de diferit volum, cu penetrare totală a peretelui stomacului (T₃₋₄IIIAN₀) sau cu pătrundere în structurile vecine (în țesutul conjunctiv, omentum sau duoden, intestin) - Evoluția anatomică: preponderent endofită - Tabloul histologic: nu contează - Complicații accentuate după tratament cu insuficiență digestivă accentuată	75	25
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări foarte accentuate ale funcției digestive, deficit ponderal de peste 20%, răspuns insuficient la tratament - Cancer malign stadiul IIIB, indiferent de volum, cu metastaze limfatice regionale (T₄ IIIB N₁) - Evoluția anatomică: endofită - sau După gastrectomie cu complicații de „stomac operat” - Gradul III - sau După rezecții combinate cu insuficiență digestivă pronunțată, cu posibilitate de adaptare îndelungată - sau După recidivele tumorii și necesitatea operației repetate	80	20
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări grave ale funcției digestive, precum și a altor funcții - Cancer malign stadiul IVA cu volum divers, cu afectarea structurilor vecine (pancreas, ficat, colon transvers, splină, structurile conjunctive) fără metastaze regionale (T₄ IVA N₀) - Evoluția anatomică: endofită - Dereglări pronunțate generale cu semne de intoxicație tumorală	85	15
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări foarte grave ale funcției digestive, precum și ale altor funcții - Cancer malign stadiul IVB răspândită, cu diverse variante de metastaze regionale, fără posibilitate de a fi îndepărtate - Evoluția anatomică: endofită - sau Tumoră incurabilă cu intoxicație pronunțată		

Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări foarte grave ale funcției digestive și ale altor funcții - Tumoră malignă stadiul IVB de diferite dimensiuni, cu metastaze regionale și la distanță (IVB T₄ N₂ M₁) - Boală incurabilă cu fenomene de intoxicație pronunțată, cașexie - sau Stare gravă după operație paliativă	95-100	5-0

CANCERUL COLONIC (C18)*

*Conform Protocolului Clinic Național PCN 130

<http://old.ms.md/files/8486-PROTOCOL%2520CLINIC%2520NATIONA%2520CANCER%2520COLONIC.pdf>

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

Stadializarea generală:

Stadiul I – Cancer extins pe mai puțin de ½ din perimetrul intestinal, cu răspândire până la submucoasă. Metastazele regionale lipsesc.

Stadiul IIA – Cancer răspândit pe ½ sau mai mult din perimetrul colonului, în limita submucoasei sau tumora mai mică cu invazie în stratul muscular, fără invazia seroasei. Metastazele seroase lipsesc.

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

Stadiul IIIA – Cancer extins pe mai mult de ½ a intestinului, cu invazie în țesutul muscular, sau tumora 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 – Cancer cu același grad de extensie locală, cu metastaze regionale solitare sau tumora cu extensie mai mică, dar cu metastaze regionale multiple.

Stadiul IVA – Cancer 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 – Cancer cu același grad de răspândire, cu diverse variante de metastaze regionale sau cancere mai mici cu metastaze nerezectabile, sau orice cancer 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 sunt suficiente date pentru aprecierea extinderii cancerului primar.

T0 – Cancer primar nu este evidențiat.

Tis – Carcinom *in situ*: include tumora preinvazivă verificată morfologic: invazie intraepitelială sau invazia laminei proprii a stratului mucos.

T1 – Cancerul infiltrează stratul submucos.

T2 – Cancerul infiltrează stratul muscular.

T3 – Cancerul infiltrează stratul subseros sau în țesuturile adiacente porțiunilor neperitonizate ale colonului;

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

NOTĂ: Cancerul 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 sunt 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 sunt considerați ganglionii pericolici și ganglionii dispuși pe traiectul arterelor ileocolice, colice drepte și ramurii drepte a arterei colice medii. Pentru flexura hepatică a colonului și partea proximală a colonului transvers, ganglioni limfatici regionali sunt 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 sunt considerați ganglionii pericolici și ganglionii dispuși pe traiectul ramurii stângi a arterei colice medii, arterei colice stângi și arterelor sigmoidiene superioare.

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

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

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

M – metastaze la distanță.

MX – Nu sunt date suficiente pentru stabilirea metastazelor la distanță.

M0 – Lipsa metastazelor la distanță.

M1 – Prezența metastazelor la distanță.

Gruparea pe stadii:

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

Barem de investigații:

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

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - 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 sfincterului anal de gradul II, deficit ponderal de 5-10 kg, sindrom astenio-nevrotic ușor, anemie hipocromă moderată hb 90-100 g/l, disbacterioză gradul I - Stadiul I sau IIA, diferite, pătrunde în mucoasă, submucoasă sau, în unele cazuri, și în țesutul muscular, fără metastaze (T₁ T₂ IIA N₀) - Tabloul histologic: reprezintă adenocarcinom cu grad înalt de diferențiere celulară sau spinocelulară în regiunea canalului anal - Evoluția anatomică: exofită pe partea dreaptă și iliocecală, creștere endofită pe partea stângă a colonului	40-55	60-45
Deficiențe accentuate cu următoarele semne: - 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) - Cancer malign stadiul IIB cu răspândire în mucoasă, submucoasă, uneori în stratul muscular, cu metastaze unice limfatice regionale (T₂N₁) - Evoluția anatomică: exofită în partea dreaptă sau endofită pe partea stângă, rectală și anală - Tipul histologic: diferențiere moderată (G₂)	60	40
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:	70	30

- Dereglări accentuate ale funcției digestive, manifestate prin insuficiență de tranzit și evacuare a colonului (diaree până la 5 ori/zi, constipatii până 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 - Cancer malign stadiul IIB care ocupă pe jumătate cercul intestinal, cu pătrundere în submucoasă și în învelișul muscular (T₂) - Invazie regională limfatică (N₁) - Forma anatomică: preponderent exofită în partea dreaptă a interiorului colonului (cecum, ascendens și unghiul hepatic) sau endofită în interiorul colonului, partea stângă (transverus, descendens) de pătrundere în întregul perete al intestinului - Tipul histologic: adenocarcinom slab diferențiat - 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)		
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări extrem de accentuate ale funcției digestive, manifestate prin diaree până la 10 ori/zi sau constipație până la 5-6 zile, insuficiență anală de gradul II-III - Dereglări pronunțate neuropsihice, deficit ponderal de 15-20 kg, hipoproteinemie, anemie hipohromă de gradul II, disbacterioză de gradul II-III - Cancer malign stadiul IIIA ce cuprinde mai mult de un semicerc al intestinului, pătrunde în stratul muscular sau/și cel seros, cu posibilitate de afectare a structurilor vecine - Forma anatomică exofită, endofită sau mixtă - Tipul histologic: adenocarcinom slab diferențiat - Invazie de metastaze limfatice regionale nu se depistează (N₀) sau nu sunt date evidente de evaluare (N_x)	75	25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - 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) - Cancer malign stadiul IIIB cu răpândire în tot peretele intestinului și a unei părți din cerc (T₃-T₄), cu invazie regională limfatică (N₃) - Forma anatomică mixtă sau preponderent endofită - Tipul histologic: adenocarcinom slab diferențiat	80	20

Deficiențe foarte severe cu unele dintre următoarele semne: - 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) - Cancer malign stadiul IVA de volum diferit cu pătrundere în organele vecine - Forma anatomică endofită - Tipul histologic: adenocarcinom nediferențiat	85	15
Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări extrem de grave ale funcțiilor mai multor sisteme, colostomă cu insuficiență de evacuare de gradul III (defecare sau diaree persistentă sau constipație îndelungată, cașexie) - Stadiul IVB - Forma anatomică: endofită - Tipul histologic: adenocarcinom complet nediferențiat - sau Cancer incurabil, recidive și metastaze la distanță	90-100	10-0

CANCER HEPATIC PRIMAR (C22)*

*Conform Protocolului Clinic Național PCN – 174

[http://old.ms.md/files/13960-](http://old.ms.md/files/13960-Protocol%20clinic%20na%25C5%25A3ional%2520%25E2%2580%259ECancerul%2520hepatic%2520primar%25E2%2580%259D%2520%2528aprobat%2520prin%2520Consiliul%2520de%2520Experti%2520al%2520MS%252C%2520proces%2520verbal%2520nr.1%252C%2520din%252029.03.2012%2529%252C.pdf)

[Protocol%2520clinic%2520na%25C5%25A3ional%2520%25E2%2580%259ECancerul%2520hepatic%2520primar%25E2%2580%259D%2520%2528aprobat%2520prin%2520Consiliul%2520de%2520Experti%2520al%2520MS%252C%2520proces%2520verbal%2520nr.1%252C%2520din%252029.03.2012%2529%252C.pdf](http://old.ms.md/files/13960-Protocol%20clinic%20na%25C5%25A3ional%2520%25E2%2580%259ECancerul%2520hepatic%2520primar%25E2%2580%259D%2520%2528aprobat%2520prin%2520Consiliul%2520de%2520Experti%2520al%2520MS%252C%2520proces%2520verbal%2520nr.1%252C%2520din%252029.03.2012%2529%252C.pdf)

Definiție: *Cancer 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 forme masive. Nodulii sunt multipli de la începutul procesului și pot fi situați în ambii lobi.
3. Forma infiltrativă – întreg parenchimul hepatic este infiltrat de celule canceroase, formând un tablou vizual similar cu al cirozei.

Clasificarea histologică:

1. Cancer hepatocelular.
2. Cancer colangiocelular.
3. Cancer colangiohepatocelulară – 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:

Tx – Nu s-au realizat examinările minime pentru aprecierea tumorii primare.
T0 – Fără semne de tumoră primară.
T1 – Cancer până la 2 cm fără invazia vaselor sangvine.
T2 – Cancer până la 2 cm cu invazia vaselor sangvine limitată într-un lob sau peste 2 cm fără invazia vaselor sangvine.
T3 – Cancer peste 2 cm cu invazia vaselor sangvine sau tumori multiple limitate într-un lob, una dintre care are peste 2 cm.
T4 – Tumori multiple în ambii lobi.

Elementul N:

Nx – Nu s-au realizat investigațiile minime.
N0 – Nu s-au depistat metastaze ganglionare.
N1 – Ganglionii limfatici sunt 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 – Cancer nediferențiat.

Stadializarea tumorii maligne hepatice:

Stadiul I – T₁N₀M₀
Stadiul II – T₂N₀M₀
Stadiul III A – T₃N₀M₀, T₁N₁M₀
Stadiul III B – T₂N₁M₀; T₃N₁M₀
Stadiul IV A – T₄ orice N M₀
Stadiul IV B – orice T orice N M₁

Investigații paraclinice:

- USG.
- CT.
- RMN.
- CT-angiografie.
- Hemograma și probele sangvine ale ficatului.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări moderate ale funcțiilor hepatice, insuficiență hepatică (unii indici funcționali modificați) - Tumoră malignă stadiul I	40-55	60-45

- După rezecție sectorală, atipică a ficatului - Histologic: grad înalt de diferențiere - Anatomic: tumoră solitară		
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări accentuate ale funcțiilor hepatice: parenchimale (ALAT, ASAT), metabolice (fibrinogen, indicele Quick, colesterolul, colinesteraza, retenția de BSP), mezenchimale (proteina serică generală, imunoglobulina, VSH), biloexcretorie (bilirubină totală, fosfataza alcalină) - Tumoră malignă stadiul II-III după tratament radical, după embolizare sau după tratament radical în stadiul inițial cu dereglări funcționale accentuate - Ascită - Tipul histologic: grad mediu de diferențiere - Forma anatomică: tumoră solitară de 2 cm cu invazie vasculară	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - 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) - Tumoră malignă stadiul IIIA, volum de 2 cm sau formă difuză, cu invazie vasculară - După chimioembolizare, radioembolizare - Ascită - Evoluție cirotică - Tipul histologic: grad mediu de diferențiere, de diferențiere joasă sau nediferențiat	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări grave ale funcțiilor hepatice - Stadiul IIIB-IVA al tumorii cu metastaze regionale - Transplant hepatic - Evoluție cirotică - Ascită - Tipul histologic: grad scăzut de diferențiere, sau nediferențiat - Formă difuză, cu invazie vasculară	80-85	20-15
Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări foarte grave, ireversibile ale funcțiilor hepatice și ale altor sisteme - Stadiul IVB – tumori multiple situate în ambii lobi ai ficatului sau alte stadii cu nediferențiere celulară - Variante de evoluție: hepatomegalie, hepatonecroză, obturație cu ictus sau forma mascată - Ciroză, ascită, poliserozită	90-100	10-0

- Intoxicație specifică, citostatică, cașexie - Maladie incurabilă - Imobilizare la pat		

CANCERUL VEZICII BILIARE (C23) ȘI A CĂILOR BILIARE (C24)

Definiție: Proces malign din celulele și structurile colecistului 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 I A: $T_1N_0M_0$ – Cancerul răspândit la nivelul țesutului conjunctiv sau la stratul muscular al veziculei/căilor biliare.

Stadiul II A: $T_3N_0M_0$ – Cancerul extins la nivelul peritoneului visceral și/sau la nivelul ficatului sau al organelor învecinate.

Stadiul II B: $T_2N_1M_0$ – Cancerul extins în afara mucoasei 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: $T_{1-3}N_{0-1}M_0$ – Cancerul extins la nivelul vaselor mari hepatice, la organele din jur sau la nivelul ganglionilor limfatici.

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

Tumora vezicii biliare poate fi împărțită 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 (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul 0-I - Proces evolutiv fără semne de obstrucție a căilor biliare - Tumoră rezecabilă	50-55	50-45

- Histologic: grad înalt de diferențiere		
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul IIA; IIB - Histologic: grad moderat de diferențiere - Tumoră nerezecabilă, după rezecție paliativă - Dereglări funcționale accentuate ale căilor biliare	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul III - Histologic: grad scăzut de diferențiere - După tratament radical - În faza de icter	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul III; IV - După tratament chirurgical paliativ - Faza de icter - Histologic:tumoră nediferențiată - Dereglări foarte accentuate ale funcției căilor biliare	80-85	20-15
Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign incurabil - Icter mecanic - Intoxicație specifică - Dereglări grave, decompensate ale căilor biliare	90-100	10-0

CANCERUL PANCREATIC (C25)*

*Conform Protocolului Clinic Național PCN – 175

<http://old.ms.md/files/13959-PCN-175%2520Cancerul%2520pancreatic.pdf>

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.
- Tumoare ampulară (carcinomul ampulei Water).

Stadializare generală:

Stadiul 0 – TisN₀M₀; fără extindere, cancer pancreatic limitat la un singur strat de celule la nivelul pancreasului. În acest stadiu, tumora nu este vizibilă imagistic.

Stadiul IA – T₁N₀M₀; **stadiul IB** – T₂N₀M₀: creștere locală, cancer 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 – T₃N₀M₀; **stadiul IIB** – T₁₋₃N₁M₀: extindere locală, cancer pancreatic extins în afara pancreasului și/sau este prezent în ganglionii limfatici zonali.

Stadiul III – T₄N orice M₀: extindere mai mare, extindere la vasele de sânge mari din zonă. Până la acest stadiu cancerul nu este depistat în alte organe.

Stadiul IV – T orice N orice M₁: extindere confirmată, cancer pancreatic depistat și în alte organe aflate la distanță.

Clasificarea clinică TNM:

T – Cancer primar.

T_x – Nu s-au realizat examinările minime pentru aprecierea tumorii primare.

T₀ – Fără semne de cancer primar.

T₁ – Cancer în limitele pancreasului.

T_{1a} – Cancer până la 2 cm în cea mai mare dimensiune.

T_{1b} – Cancer mai mare de 2 cm în cea mai mare dimensiune.

T₂ – Cancer cu invadarea uneia din următoarele structuri: duoden, vezicula biliară, țesuturi adiacente ale pancreasului.

T₃ – Cancer cu invadarea uneia din următoarele structuri: stomac, splină, colonul transvers. Vase sangvine principale, adiacente.

N – Ganglionii limfatici regionali.

N_x – Nu s-au realizat examinările minime pentru aprecierea ganglionilor limfatici regionali.

N₀ – Nu sunt semne de afectare metastatică a ganglionilor limfatici regionali.

N₁ – Sunt semne de afectare metastatică a ganglionilor limfatici regionali.

Barem de investigații:

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

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul I sau II al maladiei - Histologic: cu oricare grad de diferențiere - Cancer rezecabil - Deficiențe moderate ale funcției endocrine și de nutriție - Sindrom algic pronunțat, rezistent la stupefiant	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul II A sau II B al maladiei	70-75	30-25

- După tratament radical (pancreatotomie), tumora rezecabilă - Sindrom algic pronunțat, rezistent la stupefiant		
Deficiențe severe / absolute cu unele dintre următoarele semne:	80-85	20-15
- Stadiul II B, III al maladiei - În toate cazurile de confirmare a tumorii pancreatice cu deficiențe grave de digestie și de nutriție, indiferent de tratament - Cancer nerezecabil - Sindrom algic grav, rezistent la stupefiant	90-95	10-5
- Stadiul III, IV al maladiei - Cancer nerezecabil, metastatic - Tratament paliativ - După pancreatectomie distală - Sindrom algic grav, rezistent la stupefiant	100	0
- După pancreatectomie totală - În toate cazurile de confirmare a cancerului pancreatic cu deficiențe foarte grave endocrine, de digestie și de nutriție		
NOTĂ: În cazul situațiilor clinic asociate, evaluarea deficiențelor va fi individuală.		

TUMORILE MALIGNNE A PLĂMÂNULUI (CANCER BRONHOPULMONAR)(C34)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN-118

<http://old.ms.md/files/6513-Tumurile%2520maligne%2520ale%2520plaminului.pdf>

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):

- Cancer central (proximal) – tumoare malignă cu punctul de pornire din bronhiile mari (bronhiile principale, lobare, segmentare).
- Cancer periferic – tumora malignă cu pornire din bronhiile mici, care se află mai aproape de periferie.
- Formele atipice (cerebrală, hepatică, osoasă, abdominală) ale tumorii bronhopulmonare 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).
- Cancer bronhopulmonar (*small-cell*) mircocelular – CBPSC (carcinomul cu celule mici).
- Cancer bronhopulmonar (*non small-cell*) non-mircocelular – CBPNSC (carcinomul cu celule mari).

- Adenocarcinomul (acinar, papilar, carcinom solid cu formare de mucus, adenocarcinom (carcinom) bronhoalveolar.

Manifestările 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) *alte* (osteoartropatie hipertrofică, sindrom nefrotic, sindrom miastenic, polimiozită, dermatomiozită, tromboflebite migratoare, endocardită trombotică ne bacteriană).

Caracterul plângerilor, apariția, dezvoltarea depinde de localizarea inițială în una din bronhii, tipul de creștere și răspândirea procesului.

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

În stadiile tardive, când tumora se răspândește pe o bronșie de calibru mare, îngustându-i lumenul, tabloul clinic devine similar tumorii centrale.

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 tumorii pulmonare au importanță secundară în deosebi în cazul depistării precoce a tumorii pulmonare. La examen obiectiv poate fi depistată rămânerea în urmă la actul de respirație a hemitoracelui afectat, mărirea în volum a ganglionilor limfatici supraclaviculari, dilatarea venelor cervicale și toracice. Palpator mărirea în volum a ficatului și ganglionilor limfatici. Percutor atelectazia plămânului, 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 (tumoră epidermoidă) 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. Cancer 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
		T1N2M0
		T2N2M0
Stadiul IIIB	–	oricare T N ₁₋₂ M0
Stadiul IV	–	oricare T oricare N M1
		oricare T N ₃ M0

T – Cancer primar.

T_x – Cancer primar ce nu poate fi evidențiată radiologic, bronhoscopic, dar cu prezența celulelor neoplazice în spută sau în lavajul bronșic.

T₀ – Cancer nedetectabil.

T_{is} – Cancer în situ.

T₁ – Cancer mai mic sau egal 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.

T₂ – Cancer mai mare de 3 cm în diametru sau orice dimensiune care invadează pleura viscerală sau este situat la cel puțin 2 cm de carenă și care poate produce atelectazie lobară sau pneumonie.

T₃– Cancer 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.

T₄ – Cancer 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.

N₀ – Adenopatie metastatică absentă.

N₁ – 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) .

N₂– Metastaze adenopatice 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.

N₃ – Metastaze adenopatice mediastinale controlaterale și/sau hilare, în ganglionii scalenici sau supraclaviculari, sau ipsilateral, sau controlateral.

M – Metastază la distanță.

M_x – Nu pot fi detectate metastaze la distanță.

M₀ – Absența metastazelor.

M₁ – Metastaze prezente.

Strategia terapeutică în funcție de stadiul bolii în cazul CBPNŞC

Stadiul I - Tratament chirurgical (+/-radioterapie adjuvantă) - Radioterapie curativă pentru pacienți care nu sunt candidați pentru chirurgie - Chimioterapie adjuvantă - Trialuri clinice (chimioterapie adjuvantă)	Stadiul II - Tratament chirurgical (+/- radioterapie adjuvantă) - Radioterapie curativă pentru pacienți care nu sunt candidați pentru chirurgie - Radioterapie după tratament chirurgical radical cu scop profilactic - Trialuri clinice (chimioterapie adjuvantă, chimioterapie neoadjuvantă)
Stadiul III A Boală nerezecabilă - Radioterapie +/- chimioterapie Boală rezecabilă - Tratament chirurgical +/-radioterapie +/- chimioterapie - Trialuri clinice (chimioterapie adjuvantă, chimioterapie neoadjuvantă) Stadiul III B Boală nerezecabilă - Chimioterapie +/- radioterapie +/- tratament chirurgical - Radioterapie - Chimioterapie (pacienți cu pleurezie malignă)	Stadiul IV - Chimioterapie - Radioterapie - Tratament chirurgical +/- chimioterapie +/- radioterapie (pentru tumori rezecabile și metastază cerebrală unică) - Trialuri clinice (regimuri noi de tratament medical)

Boală rezecabilă - Tratament chirurgical - Chimioterapie +/- radioterapie +/- rezecție chirurgicală extinsă - Trialuri clinice (chimioterapie neoadjuvantă, chimioterapie adjuvantă)	

Indicații pentru chimioterapie în cazul CBPNŞC:

- 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

Stadiul I - Chimioterapie +/- radioterapie curativă - Tratamentul chirurgical (în lipsa verificării morfologice) + chimioterapie adjuvantă (+/- radioterapie adjuvantă) - Trialuri clinice (chimioterapie, radioterapie)	Stadiul II - Chimioterapie +/- radioterapie curativă - Tratament chirurgical (în lipsa verificării morfologice) + chimioterapie adjuvantă (+/- radioterapie adjuvantă) - Trialuri clinice (chimioterapie, radioterapie)
Stadiul III - Chimioterapie + radioterapie curativă - Tratamentul chirurgical (în lipsa verificării morfologice) + chimioterapie adjuvantă (+/- radioterapie adjuvantă) - Trialuri clinice (chimioterapie, radioterapie)	Stadiul IV - Chimioterapie + radioterapie curativă - Tratamentul chirurgical (în lipsa verificării morfologice) + chimioterapie adjuvantă (+/- radioterapie adjuvantă) - 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 tumora bronhopulmonară. Lobectomia prezintă avantaje mari, legate de preservarea pulmonară anatomică și funcțională, având o tolerabilitate mai mare pentru pacient decât 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”, având drept scop preservarea parenchimului pulmonar distal.

b) **Bilobectomiile** – intervenții chirurgicale care se referă doar la plămânul drept. Se practică în situațiile în care tumora invadează doi lobi (cel mai frecvent prin depășirea miciei scizuri sau a mării 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 transscizurală 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 sunt 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.

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Hemograma.
- Sputograma.
- Urogramele.
- Probele hepatice.
- Proteinele.
- Ureea.
- Fosfotaza alcalină.
- Glucoza sângelui.
- 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.
- Bodypletișmografia cu DLCO.
- Gazimetria sângelui.

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

Deficiențe respiratorii medii cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul I (T1 N0 M0, T2N0M0). - Evoluție anatomică: tumoră cu volum până 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) - Histologic: tumoră cu grad superior de diferențiere. - Compensare suficientă a disfuncțiilor după tratament radical - Dereglări moderate ale funcției respiratorii manifestate prin IR gr.I, I-II cu sau fără IC I NYHA - Activitatea vieții zilnice cu limitări ușoare.	40-55	60-45
Deficiențe respiratorii accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul II A (T1 N1M0) - Tipul anatomic: pavimentos sau adenocarcinom cu volum 3-5 cm în diametru, localizată în segmentul, lobul sau bronhia periferică, fără a pătrunde în exteriorul acestor structuri și nu atinge pleura viscerală, cu localizare periferică - Tipul histologic: adenocarcinom fără sau cu cheratinizare a celulelor diferențiate - Compensare puțin suficientă a funcțiilor alterate după tratament - Dereglări accentuate ale funcției respiratorii manifestate prin IR gr.I-II, II cu IC II NYHA - Activitatea vieții zilnice cu limitări parțiale	60-65	40-35
Deficiențe respiratorii accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul II B cu metastaze unice regionale (T2 N1 M0, T3N0M0) - Tipul anatomic: localizare periferică sau peribronhială - Tipul histologic: adenocarcinom cu cheratinizare sau celule polimorfe moderat diferențiate - Dereglări accentuate ale funcției respiratorii manifestate prin IR gr. II cu IC II-III NYHA - Activitatea vieții zilnice cu limitări parțiale	70	30
Deficiențe respiratorii accentuate cu unele din următoarele: - Cancer malign stadiul IIIA (T3N1M0, T1N2M0, T2N2M0) - 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 bronhia centrală sau diafragmă - Tipul histologic: nediferențiat	75	25

- Dereglări accentuate ale funcției respiratorii manifestate prin IR gr. II, II-III cu IC II-III NYHA - Activitatea vieții zilnice cu limitări parțiale Deficiențe respiratorii severe cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul IIIB cu multiple metastaze regionale (orice T N1-2 M0) - Localizare anatomică centrală sau atipică - Tipul histologic: celule nediferențiate - Dereglări severe ale funcției respiratorii manifestate prin IR gr. II-III sau III. IC III NYHA. Dereglări accentuate ale altor funcții cu progresare - Manifestări clinice severe. Intoxicație canceroasă - Activitatea vieții zilnice cu limitări severe. Dependent de ajutor și îngrijire permanentă din partea altei persoane Deficiențe respiratorii severe cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul IV cu multiple metastaze regionale (oricare T, oricare N, M0-1) - 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 - Dereglări accentuate și severe ale altor funcții vitale cu progresare. Intoxicație canceroasă - Dereglări severe ale funcției respiratorii manifestate prin IR gr. III - Activitatea vieții zilnice cu limitări severe. Dependent de ajutor și îngrijire permanentă din partea altei persoane Deficiențe respiratorii absolute cu unele din următoarele semne: - Cancer malign stadiul IV cu multiple metastaze locale sau la distanță, răspândire largă - Complicații grave, progresante, ireversibile. Intoxicație canceroasă. Tumoră incurabilă - Dereglări severe ale funcției respiratorii și a altor funcții vitale - Activitatea vieții zilnice cu limitări totale. Practic ținut la pat. Dependență totală de ajutor și îngrijire permanentă din partea altei persoane	80	20
	85	15
	90-100	10-0

CANCERUL GLANDEI MAMARE (C50)*-

* Conform Protocolului Clinic Național PCN-102

<http://old.ms.md/files/12742-PCN%2520102.%2520Cancerul%2520glandei%2520mamare%2520actualizat%25202012.pdf>

Definiție: *Cancerul glandei mamare* este un proces malign care se dezvoltă din epiteliul ductal sau lobular al glandei mamare.

Tumora Padget este una dintre formele tumorilor glandei mamare, care se dezvoltă din epiteliul mamelonului.

Cancer *in situ* este o formă de tumoră intraepitelială, 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:

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

Barem de investigații:

- Indicii clinici și biochimici ai sângelui.
- 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.

Deficiențele funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Carcinom in situ (intraepitelial, preinvaziv), intraductal sau lobular in situ sau maladia Padget a mamelonului fără tumoră decelabilă - Evoluție anatomică: intraepitelial, preinvaziv intraductal sau lobular in situ sau maladia Padget a mamelonului fără tumoră decelativă - Tipul histologic: carcinom bine diferențiat (G1) “comedo” Ca - Tratament radical fără recidive, starea generală satisfăcătoare, restabilire psihologică totală, normalizarea indicilor paraclini, fără complicații - Criteriile date sunt valabile pentru cazurile care nu necesită tratament specific	25-35	75-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:	40	60-45

- Stadiul tumorii I T1N0M0 – tumoră între 0,1 și 2cm (T1a, T1b, T1c) - Evoluție anatomică: nodulară, localizare în cadrul supero-extern sau infero-extern a glandei mamare - Tipul histologic: adenocarcinom bine diferențiat (G1) - Tratament radical fără recidive, staree generală satisfăcătoare, restabilire psihologică totală, normalizarea indicilor paraclinici, fără complicații		
- Stadiul tumorii IIA T0N1M0; T1N1M0; T2N0M0 – tumora între 2 și 5 cm în dimensiunea sa cea mai mare - Evoluție anatomică: localizare în cadrul supero-extern sau infero-extern, fără răspândire în țesutul adipos și tegumente - Metastaze prezente în ganglionii axilari, mobili ipsilaterali (N1) - Tipul histologic: adenocarcinom moderat diferențiat (G2) - Disfunțiile secundare tratamentelor de eradicare combinată, care nu limitează exercițiul funcțional profesional, cu excepția muncilor fizice grele și solicitante - Reacțiile și incidentele postiradiante minore (dermatite, eroziuni etc.) - Limfostaza de gradul I-II la nivelul membrului superior (circumferința umărului afectat este cu 2-3 cm mai mare decât a celui sănătos) - Contractura scapulo-humerală de grad minim, diminuarea amplitudinii de mișcare (abducție 160-120°)	45-50	55-50
- Stadiul tumorii IIB T2N1M0; T3N0M0 – tumora primară între 2 și 5 cm; T3N0M0 – tumora primară mai mare de 5 cm - Evoluție anatomică: preponderent nodoasă infiltrativă cu localizare în orice cadrul sau central - Metastaze prezente în ganglionii axilari, mobili homolaterali (N1) - Tipul histologic: adenocarcinom slab diferențiat (G3) - Reacțiile și incidentele postiradiante moderate (dermatite, eroziuni etc.) - Limfostaza de gr. II la nivelul membrului superior (circumferința umărului afectat este cu 3 cm mai mare decât celui sănătos) - Contractura scapulo-humerală de grad mediu (abducție 150-110°)	55	45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul tumorii IIIA T0N2M0; T1N2M0; T2N2M0; T3 N1M0; T3N2M0 – tumora mai mare de 5 cm (T3) - Evoluție anatomică: pătrundere în țesuturile glandei mamare, inclusiv în țesutul adipos și muscular, creștere mixtă nodular-difuză - Metastaze în ganglionii limfatici axilari ipsilaterali fixați între ei (N2) - Tipul histologic: adenocarcinom slab diferențiat (G3)	60-75	40-25

- Complicații și fenomene adverse definite de radioterapie, chimioterapie sau medicația hormonală, dar cu prognostic proliferativ și recidivant relativ favorabil - Limfostaza de gr. II la nivelul membrului superior cu 4-5 cm peste circumferința normală a umărului sănătos - Sindrom scapulo-humeral pe partea afectată manifestat prin limitare pronunțată a mișcărilor în articulația umărului (unghiul de abducție 140-100°) - Semne ușoare de tromboflebită a venei axilare și sindrom slab de plexită ce limitează accentuat gesticulația unilaterală	80	20
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul tumorii IIIB T4N0M0; T4N1M0; T4N2M0 - Metastaze în ganglionii limfatici axilari mobili ipsilaterali, fixați, conglomerat (N2) - Evoluție anatomică: tumora de orice dimensiune cu extindere directă la peretele toracic sau piele (T4) - Tipul histologic: carcenom slab diferențiat (G3) - 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 - Sindrom scapulo-humeral foarte accentuat pe partea afectată, manifestat prin limitare pronunțată a mișcărilor în articulația umărului (unghiul de abducție 130-90°) - Stadiul tumorii IIIC orice T N3 M0 - 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 - Evoluție anatomică: tumora primară mai mare de 5 cm, creștere nodulară difuză - Tip histologic: slab diferențiat (G3) - Limfostaza de gr. III a mâinii colaterale afectului, creștere cu 5 cm și mai mult a perimetrului humeral, care necesită corective medico-recuperatorii (cu efect relativ) - Contractura articulației scapula-humerale coboară la 120-90° - sau Apariția recidivelor	85	15
Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul tumorii IV orice T orice N M1, cu extindere largă pe peretele toracic sau cu ulcerăție răspândită, edem total al glandei, erizipel - Evoluția anatomică: răspândire cu fixare pe peretele cutiei toracice și alte structuri - Tipul histologic: celule nediferențiate (G4) - Limfostaza de gr. III a mâinii colaterale afectului, creștere cu 5 cm și mai mult a perimetrului humeral, care necesită corective medico-recuperatorii (cu efect relativ)	90-95	10-5

- Contractura articulației scapulo-humerale coboară la 100-90° - Apariția recidivelor sau a metastazelor la distanță - Generalizarea procesului tumoral pe fond de tratament sau după tratament paliativ - Pierderea totală a abilităților vitale de autodeservire cu necesitate de îngrijire permanentă din partea altei persoane	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, parestezii, 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).

CANCER CERVICAL (C53)*

*Conform Protocolului Clinic Național PCN-142

http://old.ms.md/_files/14509-PCN-142%2520Cancerul%2520cervical.pdf

Definiție: *Cancer 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 precoc.

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

Clasificarea pe stadii clinice:

Stadiul 0 (Tis)	Stadiul IIA (T2a)
Stadiul I (T1)	Stadiul IIB (T2b)
Stadiul IA (Ta)	Stadiul III (T3)
Stadiul IA1 (T1a1)	Stadiul IIIA (T3a)
Stadiu IA2 (T1a2)	Stadiul IIIB (T3b)
Stadiu IB (T1b)	Stadiul IVA (T4)
Stadiu IB1 (T1b1)	Stadiul IVB (M1)
Stadiul IB2 (T1b2)	
Stadiu II (T2)	

Barem de investigații:

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

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul 0, carcinom in situ, preinvaziv - Celulele canceroase se găsesc numai în primul strat de celule ale cervixului și nu au invadat straturile profunde - Tipul histologic: celule plane fără cheratinizare - După tratament radical fără complicații și prognostic favorabil	25	75
- Stadiul tumorii IA, carcinomul invaziv diagnosticat doar prin examen histologic - Cancerul nu invadează țesutul în adâncime mai mult de 0,3 cm și în extindere – mai mult de 0,7 cm - Tipul histologic: carcinom epidermoid - Prezența unor fenomene post iradiante (dermatite, rectite, cistite etc.) - Sindrom postcastrațional cu semne minore de expresie - Tratament radical cu prognostic favorabil	30-35	70-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul tumorii IB, cancer este localizată - Poate fi văzută numai la microscop și este mai adâncă de 0,5 cm și mai răspândită de 0,7 cm sau se poate observa și fără microscop și poate fi mai mare de 4cm - Tipul histologic: carcinom epidermoid - Prezența unor fenomene postiradiante (dermatite, rectite, cistite etc.) - Sindrom postcastrațional cu semne minore de expresie - Tratament radical cu prognostic favorabil	40	60
- Stadiul tumorii IIA, cancer cu extindere dincolo de cervix până în cele două treimi superioare ale vaginului, dar nu și în țesuturile din jurul uterului - Tipul histologic: celule diferențiate plane sau adenocarcinom - Prezența unor fenomene postiradiante (dermatite, rectite, cistite etc.) - Sindrom postcastrațional cu semne moderate de expresie - Tratament radical complex - Prognostic favorabil	45	55
- Stadiul tumorii IIB, cancer cu extindere dincolo de cervix până în cele două treimi superioare ale vaginului și în țesuturile din jurul uterului - Tipul histologic: celule diferențiate plane, adenocarcinom sau celule mici	50-55	50-45

- Prezența unor fenomene postiradiante (dermatite, rectite, cistite etc.) - Sindrom postcastrațional cu semne moderate de expresie - Tratament complex - Prognostic favorabil		
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul tumorii IIIA, cancer cu extindere în treimea inferioară, fără extindere la peretele pelvian - Tipul histologic: celule plane, adenocarcinom sau celule mici - Prezența unor fenomene postiradiante (dermatite, rectite, cistite etc.) - Sindrom postcastrațional cu semne între moderate și accentuate de expresie - Deficit ponderal de grad mediu - Tratament complex - Prognostic rezervat	60-65	40-45
- Stadiul tumorii IIIB, cancer cu extindere la peretele pelvian și/sau formațiunea canceroasă s-a mărit, astfel încât să blocheze ureterele, care pot duce la mărirea rinichilor sau la încetarea funcției lor. Cancerul poate invada și nodulii limfatici din pelvis - Prezența unor fenomene postiradiante locale și generale de intensitate moderată - Sindrom postcastrațional cu semne accentuate de expresie - Deficit ponderal de grad mediu - sau Tratament neradical în alte stadii ale tumorii - Tratament inefficient - Prognostic rezervat	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul tumorii IVA, cancer cu extindere la vezica urinară sau peretele rectal, sau la nodulii limfatici din pelvis - Tip histologic: celule nediferențiate - Prezența de fistule vezico-vaginale sau vagino-intestinale permanente funcționale	80-85	20-15
Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul tumorii IVB, cancer cu extindere în afara pelvisului și noduliilor limfatici pelvieni, la alte părți ale organismului, ca abdomenul, ficatul, tractul intestinal sau plămânii - Tip histologic: celule nediferențiate - Prezența de fistule vezico-vaginale sau vagino-intestinale permanente funcționale - Stare generală extrem de gravă, necesită îngrijire permanentă din partea altei persoane	90-100	10-0
Cancerul cervical recurent		

Cancerul cervical recurent este o tumoare care recidivează după ce a fost tratată și care poate recidiva la nivelul cervixului sau în alte zone ale corpului.		

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 meteoroclimaterici 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 meteoroclimaterici 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, având 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.

CANCERUL UTERIN (C54)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN-139

<http://old.ms.md/files/14733-PCN-139.%2520Cancerul%2520endometrial.pdf>

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 IIA (T2a)

Stadiul IVA (T4)
Stadiul IVB (M1)

Barem de investigații:

- Indicii clinici și biochimici ai sângelui.
- 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 plămânilor.
- Tomografia computerizată, după caz.
- Consultul oncologului, reabilitologului și psihoterapeutului, obligatoriu.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul 0, carcinom in situ (carcinom preinvaziv) - Tip histologic: adenocarcinom cu grad superior de diferențiere - Tratament radical cu sau fără complicații ușoare	25-35	75-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul tumorii IA, cancer limitat la endometru, volumul până la 0,5 cm, fără metastaze regionale - Tip histologic: adenocarcinom cu grad superior de diferențiere - Prezența unor fenomene postiradiante (dermatite, rectite, cistite) - Sindrom postcastrațional corespunzător gradului mediu de expresie - Tratament radical cu prognostic favorabil	40	60
- Stadiul tumorii IB, cancer cu invazia mai puțin de 50% din miometru până la 1,0 cm, fără metastaze regionale - Tip histologic: adenocarcinom bine diferențiat - Prezența unor fenomene postiradiante (dermatite, rectite, cistite) - Sindrom postcastrațional corespunzător gradului mediu de expresie - Tratament radical eficient cu prognostic favorabil	45	55
- Stadiul tumorii IC, cancer cu invazia mai mult de 50% din miometru peste 1,0 cm, fără a fi afectat stratul seros - Tip histologic: adenocarcinom suficient diferențiat - Prezența unor fenomene postiradiante (dermatite, rectite, cistite) - Sindrom postcastrațional corespunzător gradului mediu de expresie - Tratament radical eficient cu prognostic favorabil	50-55	50-45

Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul tumorii II, cancer cu invazia colului, dar care nu depășește limitele uterului, fără a fi depistate metastaze limfatice - Tip histologic: adenocarcinom moderat diferențiat - Prezența unor fenomene postiradiante (dermatite, rectite, cistite) - Sindrom postcastrațional corespunzător gradului mediu de expresie - Tratament radical eficient cu prognostic favorabil	60-65	40-35
- Stadiul tumorii IIIA, cancer cu invazia învelișului seros al uterului și/sau al anexelor (extensie directă sau metastatică) și /sau cu citologia pozitivă în ascită sau în lavaj peritoneal - Tip histologic: adenocarcinom slab diferențiat - Prezența fenomenelor postiradiante locale și generale de intensitate accentuată - Manifestările sindromului postcastrațional corespunzătoare gradului accentuat de intensitate - Deficit ponderal de valori medii - Tratament radical cu prognostic rezervat	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul tumorii IIIB, cancerul implică vaginul (extensie directă sau metastatică) - Tip histologic: adenocarcinom slab diferențiat - Prezența fenomenelor postiradiante locale și generale de intensitate foarte accentuată - Manifestările sindromului postcastrațional corespunzătoare gradului accentuat de intensitate - Deficit ponderal de valori accentuate - Tratament neradical cu prognostic rezervat	80-85	20-15
- Stadiul tumorii IIIC, adenopatie metastatică pelviană și/sau paraortală - Tip histologic: adenocarcinom slab diferențiat - Prezența fenomenelor postiradiante locale și generale de intensitate foarte accentuată - Manifestările sindromului postcastrațional corespunzătoare gradului accentuat de intensitate - Deficit ponderal de valori accentuate sau grave - Tratament neradical cu prognostic sumbru	85	15
- Stadiul tumorii IVA, cancer implică mucoasa vezicii urinare și/sau mucoasa intestinului - Tip histologic: adenocarcinom cu diferențiere neînsemnată - Deficit ponderal de valori accentuate sau grave - Stare gravă incurabilă a bolii sau tratament ineficient cu dereglări funcționale extrem de pronunțate ale altor sisteme și organe - Prognostic foarte rezervat	90	10

Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul tumorii IVB, metastaze la distanță (excluzând metastazele vaginale, peritoneale, pelvine sau ale anexelor, dar cuprinzând metastazele ganglionare intraabdominale, altele decât cele paraaortale și/sau inghinale) - Tip histologic: adenocarcinom nediferențiat - Deficit ponderal de valori grave - Stare gravă incurabilă a bolii, cu modificări grave ale altor sisteme și organe - Tratatament paliativ - Prognostic nefavorabil Cancer cervical recurent Cancer cervical recurent este o tumoare care recidivează după ce a fost tratată și care poate recidiva la nivelul cervixului sau în alte zone ale corpului.	95-100	5-0

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 meteoroclimaterici 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 meteoroclimaterici 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, 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 OVARIAN (C56)*

*Conform Protocolului Clinic Național PCN-140

<http://old.ms.md/files/14735-PCN-140.%2520Cancerul%2520ovarian.pdf>

Definiție: *Cancerul ovarian* este o afecțiune depistată tardiv (având 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 tumori la femei. De aceea, se încearcă găsirea unor noi metode pentru depistarea cât mai precoce a acestei neoplazii.

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

Clasificare:

- Cancer ovarian.
- Cancer ovarian recidivant (recurent).
- Cancerul 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 IIc (T3 și sau N1)
Stadiul IIa (T2a)	Stadiul IV (M1)
Stadiul IIb (T2b)	

Barem de investigații:

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

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

	(%)	
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul tumorii IA, cancer limitat la un singur ovar: capsulă intactă, fără manifestarea tumorii la suprafața ovarului, fără depistarea celulelor maligne în lichidul ascitic sau în lavajul peritoneal - Tipul histologic: adenocarcinom mucinos - Tratament radical reușit și eficient fără complicații sau complicații postoperatorii ușoare reductibile	35	65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul tumorii IB, cancer limitat la ambele ovare: capsulă intactă, fără manifestarea tumorii la suprafața ovarelor, fără depistarea celulelor maligne în lichidul ascitic sau în lavajul peritoneal - Tipul histologic: cistoadenocarcinom mucinos - Tratament radical cu sindrom postcastratic ușor sau între ușor și moderat, manifestat prin dereglări endocrine și metabolice moderate	40-45	60-55
- Stadiul tumorii IC, cancer limitat la un ovar sau la ambele ovare și asociat cu o ruptură de capsulă, cu extindere la suprafața ovarului, fiind prezente celule maligne în lichidul ascitic sau în lavajul peritoneal - Tipul histologic: cistoadenocarcinom mucinos sau seros - Tratament radical cu complicații moderate - Prognostic favorabil	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul tumorii IIA, cancer cu extindere sau grefare uterină și/sau tubară, fără celule maligne în lichidul ascitic sau în lavajul peritoneal - Tipul histologic: cistoadenocarcinom mucinos sau seros - Tratament radical cu complicații accentuate - Prognostic favorabil	60	40
- Stadiul tumorii IIB, cancer cu extindere către alte structuri pelviene, fără celule maligne în lichidul ascitic sau în lavajul peritoneal - Tipul histologic: cistoadenocarcinom mucinos, seros sau nediferențiat - Tratament complex cu complicații accentuate - Prognostic rezervat	65	35
- Stadiul tumorii IIC cancer cu extindere pelviană (2a sau 2b), cu prezența celulelor maligne în lichidul ascitic sau în lavajul peritoneal - Tipul histologic: cistoadenocarcinom seros sau nediferențiat	70-75	30-25

- Tratament complex cu complicații între accentuate și grave - Prognostic puțin rezervat Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul tumorii IIIA cu afectarea unuia sau ambelor ovare, cu metastaze peritoneale extrapelviene microscopice - Tipul histologic: celule nediferențiate - Tratament complex cu complicații grave - Prognostic nefavorabil - Stadiul tumorii IIIB cu afectarea unuia sau ambelor ovare, cu metastaze peritoneale extrapelviene macroscopice de până la 2 cm în dimensiunile sale cele mai mari - Tipul histologic: celule nediferențiate - Tratament complex cu complicații grave - Prognostic nefavorabil - Stadiul tumorii IIIC 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 - Tipul histologic: celule nediferențiate - Tratament complex cu complicații foarte grave - Prognostic nefavorabil Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul tumorii IV cu metastaze la distanță (în afara celor peritoneale) sau alte stadii cu tratament inefficient - Stare generală extrem de gravă cu progresarea cașexiei și intoxicației canceroase	80	20
	85	15
	90	10
	95-100	5-0

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 meteoroclimaterici 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 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, având nevoie 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)*

*Conform Ghidurilor Clinice Internaționale Cancerul Urologic
http://old.ms.gov.md/_files/1612-Cancerul%2520urologic.pdf

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

Stadiul general:

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

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

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

Stadiul IV – Celulele canceroase se găsesc în toată structura penisului și în ganglionii limfatici inghinali 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 (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign în stadiul I, II - Stare după excizie locală largă cu pronostic favorabil - Tip histologic: adenocarcinom bine diferențiat	50-55	50-45

- Complicații post radiante tranzitive - Tratament complex cu complicații moderate Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul III, cu răspândire în ganglionii limfatici inghinali - Tipul histologic: celule plane; celule slab diferențiate - Tratament complex cu consecințe între moderat și accentuat - Stare după penectomie parțială Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul III, cu răspândire în uretră, metastaze regionale în regiunea bazinului - Tratament inefficient cu complicații accentuate - Stare după penectomie - Cateter urinar permanent Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul IV, cu pătrundere în prostată, uretră, vezica urinară - Diferite variante de metastaze regionale sau la distanță - Tipul histologic nediferențiat - Stare generală gravă ireductibilă - Prezența de fistule vezicale, uretrale - Sindrom algic persistent - Incontinență de urină de gr.3 Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul III; IV cu metastaze multiple locale și îndepărtate - Intoxicație tumorală - Sindrom algic violent - Urinare necontrolabilă - Cașexie	60-65 70-75 80-85 90-100	40-35 30-25 20-15 10-0

CANCERUL PROSTATEI (C61)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN 159

<http://old.ms.md/files/11107->

[Protocolul%20clinic%20na%25C5%25A3ional%20%25E2%2580%259ECancerul%20prostatei%25E2%2580%259D%2520%2528aprobat%2520prin%2520Consiliul%20de%2520Expert%2520al%2520MS%252C%2520proces%2520verbal%2520nr.5%2520din%252016.12.2011%2529.pdf](http://old.ms.md/files/11107-Protocolul%20clinic%20na%25C5%25A3ional%20%25E2%2580%259ECancerul%20prostatei%25E2%2580%259D%2520%2528aprobat%2520prin%2520Consiliul%20de%2520Expert%2520al%2520MS%252C%2520proces%2520verbal%2520nr.5%2520din%252016.12.2011%2529.pdf)

Definiție: *Cancerul prostatei* 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;
- Tumoare cribrosă;
- Glandular-chistos;
- Adenocarcinoma papilară.

2. Carcinoame ale prostatei cu celule tranziționale

3. Carcinom pavimentos

4. Carcinom nediferențiat

5. Carcinosarcoamele

Clasificarea clinică (pentru tumori verificate morfologic):

T – Tumora primară

TX – Nu sunt suficiente date pentru aprecierea extinderii tumorii primare.

T0 – Tumora primară nu este evidențiată.

T 1 – Cancer 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 – Cancer indentificat în unul sau ambii lobi prin puncție biopsie prostatică efectuată pentru PSA seric crescut.

T 2 – Cancer localizat la nivelul prostatei.

T 2a – Cancerul afectează mai puțin de ½ dintr-un lob.

T 2b – Cancerul afectează mai mult de ½ dintr-un lob.

T 2c – Cancerul afectează ambii lobi.

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

T 3a – Extensie extracapsulară uni- sau bilaterală

T 3b – Cancerul invadează veziculele seminale.

T 4 – Cancerul este fixat 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 sunt 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 interesând un singur ganglion, cu diametrul de până 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 interesând un ganglion cu diametru mai mare de 5 cm.

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

M – Metastaze la distanță.

MX – Nu sunt 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:

Stadiul I – T₁aN₀M₀ G₁;

Stadiul II – T₁aN₀M₀ G_{2, 3, 4}
T₁bN₀M₀ orice G;
T₁cN₀M₀ orice G
T₂N₀M₀ orice G

Stadiul III – orice T N₀M₀ orice G;

Stadiul IV – T₄ N₀M₀ orice G
orice T N₁M₀ orice G
orice T oriceN M₁ 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 (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign în stadiul I , ocupă mai mult de 5% din țesutul resecat - Dereglări moderate ale funcției de urinare - Evoluție anatomică: tumora cuprinde mai puțin de jumătate din prostată, nu penetrează capsula, fără metastaze - Tip histologic: adenocarcinom cu grad înalt de diferențiere - Incontinență de urină după prostatectomie de gr. I - Atonie moderată a vezicii urinare - Cistită cronică - Strictura uretrei	40-55	60-45
Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne: - Cancer malign stadiul IIA , afectează mai puțin de ½ dintr-un lob - Histologic: adenocarcinom bine diferențiat - Incontinență de urină după prostatectomie de grad moderat	60	40

Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne: - Cancer malign în stadiul IIB; IIC afectează mai mult de ½ dintr-un lob, sau afectează ambii lobi - Incontinența de urină postoperatorie pronunțată - Fistulă urinară permanentă - Prognostic nefavorabil	65	35
Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne: - Cancer malign stadiul IIIA , extensie extracapsulară uni- sau bilaterală, fără metastaze - Tipul histologic: adenocarcinom moderat diferențiat - <i>sau</i> Tratament inefficient al tumorii IIB , cu răspândirea procesului tumoral - Incontinență de urină - Retenție pronunțată de urină sau reflux - Fistulă urinară permanentă - Pronostic nefavorabil	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele din următoarele semne: - Cancer malign stadiul IIIB invadează veziculele seminale, cu metastaze regionale - Tipul histologic: adenocarcinom cu diferențiere slabă - Urinare numai prin fistula suprapubiană - Semne de insuficiență renală cronică - Cașexie	80-85	20-15
Deficiențe absolute cu unele din următoarele semne: - Cancer malign stadiul IV , fixată pe sau invadează structurile învecinate, altele decât veziculele seminale: colul vezical, sfincterul extern, rectul, mușchiul ridicător anal și/sau peretele pelvin - Maladie incurabilă - Insuficiență renală cronică K/ DOQI III-IV - Intoxicație canceroasă, cașexie, anemie gr.III	90-100	10-0

CANCER TESTICULAR (C62)*

*Conform Ghidurilor Clinice Internaționale Cancerul Urologic
<http://old.ms.gov.md/files/1612-Cancerul%2520urologic.pdf>

Definiție: Celulele tumorale 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 – Cancerul se localizează în interiorul testiculului, nu invadează tunica albughinee și nu duce la deformarea testiculului, fără metastaze regionale.

Stadiul IIA – Cancerul deformează conturul testiculului sau tumora de orice dimensiune cu invazia tunicii albughinee, fără metastaze regionale.

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

Stadiul IIIA – Cancerul deformează testiculul, se răspândește în afara tunicii albughinee și invadează epididimul. Între tunicile testiculului se formează exudat seros sau hemoragic, fără metastaze regionale.

Stadiul IIIB – Cancer identic celui IIIA sau mai mică, cu metastaze regionale multiple uni-sau bilaterale.

Stadiul IVA – Cancer masiv cu necroză, invadează scrotul și sau cordonul spermatic, fără metastaze regionale.

Stadiul IVB – Cancer identic, cu diferite variante de metastazare regională, sau tumori mai mici, cu metastaze inoperabile, sau tumora cu orice grad de răspândire, cu metastaze limfatice extraregionale sau la distanță.

Batem de investigații:

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

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul I-IIA, cu afectarea unui singur testicul, fără metastaze regionale - Tipul histologic: seminom, leidigom - Tratamentul radical reușit - Sindrom postcastrație, ușor - Tratament radical cu complicații moderate - Alopetie citostatică	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul IIB, cu afectarea ambelor glande masculine cu metastaze solitare operabile - Tratament radical cu pronostic favorabil și cu complicații moderate	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul IIIA, cu afectarea unuia sau a ambelor testicule, cu răspândire în scrot, uretră - Metastaze în ganglionii limfatici inghinali - Tratament complex cu pronostic rezervat - Complicații postradiante accentuate, ireversibile	60-65	40-35

Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul IIIB, cu diseminare regională uni- sau bilaterală - Sindrom postcastrație accentuat - Limfostaza accentuată a coapsei - Tipul histologic: sarcom nediferențiat, celule tumorale nediferențiate - Tratament complex cu pronostic rezervat	70-75	30-25
Deficiențe severe sau absolute cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul IV masivă cu necroză, cu răspândire locală, metastaze regionale și îndepărtate (pulmoni, creier) - Intoxicație tumorală, anemie pronunțată - Tratament complex inefficient, cu progresarea procesului	80-100	20-0

CANCERUL VEZICII URINARE (C67)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN-173

http://old.ms.md/_files/13961-PCN-173%2520Cancerul%2520vezicii%2520urinare.pdf

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

Clasificare:

Există trei tipuri de cancer a vezicii urinare care se dezvoltă din celulele peretelui vezical. Aceste cancere sunt denumite în funcție de tipul celulelor din care se dezvoltă celulele maligne (tumorale):

- **Cancerul 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, păstrându-și integritatea (cele mai multe tipuri de tumori ale vezicii urinare se dezvoltă din celulele de tranziție).

- **Cancerul celulelor scuamoase:** acestea se dezvoltă din celulele scuamoase care sunt subțiri, plate, luând 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.

- **Cancer superficial** de vezică urinară este limitată la peretele vezicii.

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

Gruparea după stadii:

Stadiul 0 (carcinom 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 excrescențe 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 până la organele aparatului reproducător (prostată, uter, vagin).

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

Cancer 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 (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul I cu pătrundere până la submucoasă, fără invazie și metastaze regionale - Tratament combinat cu complicații moderate - Fără recidive, restabilire psihoemoțională, normalizarea indicilor paraclinici - Tratament chirurgical radical cu complicații tip dereglări moderate de urinare - Histologic: carcinom bine diferențiat - Cistita cronică ireversibilă - Incontinență - Anemie de gr.I postradiantă, citostatică - Decompensare emoțională	40-55	60-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul IIA al tumorii, cu pătrundere în stratul muscular - Cancer malign cu metastaze unice regionale - Tipul histologic: celule epiteliale bine diferențiate. - Tratament radical cu micșorare în volum a vezicii	60-65	40-35

- Incontinență urinară - Cistită cronică, fără răspuns la tratament Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign în stadiul IIB, IIIA, cu penetrație totală a vezicii, fără afectarea sau concreșterea în organele vecine - Tip histologic: celule epiteliale cu grad de diferențiere slab sau nediferențiate - Tulburări accentuate ale funcției de urinare; incontinență urinară - Lipsa totală de control asupra urinării - Micșorare considerabilă a vezicii - Pielonefrită cronică fără răspuns la tratament - Metastaze regionale și la distanță NOTĂ: După 3 ani de supraviețuire, fără recidive, cu stabilizare îndelungată, cu restabilire psihoemoțională, se scad 25-30 %.	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul IIIB, cu penetrare totală a peretelui vezicii, cu metastaze regionale - Tip histologic: celule nediferențiate - Penetrarea peretelui vezicii - Metastaze regionale și la distanță - Fistulă vezicală permanentă - Pielonefrită cronică cu semne de insuficiență renală cronică - Tulburări extrem de grave ale funcției de urinare	80-85	20-15
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul IVA, cu penetrație a peretelui vezicii și creștere în organele vecine (prostată, uter sau vagin) - Tulburări grave a funcției de urinare - Disfuncții ale altor sisteme și organe - Deficit ponderal însemnat - Sindrom algic violent	90	10
Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Cancer malign stadiul IVB, cu multiple metastaze regionale și la distanță (implică peretele pelvian sau peretele abdominal) - Insuficiență renală cronică gravă - Cașexie, intoxicație tumorală - Sindrom algic violent cuplate cu stupefiante	95-100	5-0

CANCERUL GLANDEI TIROIDE (C73)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN – 200

<http://old.ms.md/files/14478-PCN%2520Cancerul%2520glandei%2520tiroide.pdf>

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

Clasificarea:

T – Cancer primar.

TX – Cancer primitiv nu poate fi evaluat.

T0 – Cancer primar nu este decelabilă.

T1 – Cancer de până la 1cm în dimensiunea sa cea mai mare în limitele tiroidei.

T2 – Cancer între 1 și 4 cm în dimensiunea sa cea mai mare limitată cu tiroida.

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

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

N – Metastazele regionale.

NX – Adenopatiile regionale nu pot fi evaluate.

N0 – Metastazele regionale lipsesc.

N1 – Sunt depistate metastaze regionale.

N1a – Sunt depistate metastaze regionale cervicale homolaterale.

N1b – Sunt 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.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări endocrine ușoare după tratament radical - Hipotireoză de grad ușor cu răspuns la tratament, asociat cu dereglări ușoare de vorbire - Stadiul I al tumorii maligne unice, în limitele capsulei fără deformarea deplasării glandei și fără metastaze - Tipul histologic: adenocarcinom papilar cu grad major (GI) de diferențiere - Pot fi unele contraindicații pentru unele activități profesionale	20-35	80-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - 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),	40-45	60-55

administrarea de JI3I peste 24 ore eliminată 18-16%, conținutul J legat de albumină moderat scăzut - Dereglări de vorbire moderate - Dereglări de gesticulație manifestate prin limitarea moderată a mișcărilor în umăr cu dureri de gradul II - Cancer malign stadiul II A, unica tumoră ce provoacă deformare sau mai multe tumori fără semne de penetrare a capsulei - Tipul histologic: adenocarcinom papilar bine diferențiat sau adenocarcinom folicular sau anaplastic nediferențiat	50-55	50-45
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări pronunțate ale funcției endocrine, manifestate prin hipotireoză de gradul II cu simptome pronunțate - Cancer malign, stadiul II B cu volum mediu - Tipul histologic: moderat diferențiat (G 1-2)	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări pronunțate ale funcției endocrine, manifestare prin hipotireoză de gradul II cu simptomatice pronunțată - Cancer malign, stadiul II B cu metastaze regionale - Tipul histologic: moderat slab diferențiat (G 2)	70-75	30-25
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări ale funcției endocrine, manifestate prin hipotireoză de gradul III, simptomatice foarte pronunțată, simptome pronunțate ale afectării SNC, aparatului cardiovascular - Cancer malign, stadiul IIIA cu unul sau mai mulți noduli cu pătrunderea capsulei, limitarea mobilității, presiune moderată asupra traheei, esofagului sau nervului ascendent - Tipul histologic: celule slab diferențiate (G 3)	80	20
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări foarte accentuate ale funcției endocrine tiroide, hipotiriodie de gradul III, asociate de perturbări ale SNC, ale sistemului cardiovascular, encefalopatie de gradul II - Cancer malign, stadiul III B de volum diferit cu răspândire largă în afara capsulei (T4), cu metastaze regionale, cu presiune considerabilă asupra organelor vecine (trahee, laringe, paralizie a nervului ascendent) - Tipul histologic: celule nediferențiate (G 4)	85-90	15-10
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări endocrine foarte grave, manifestate prin hipotiriodie gravă cu miocardiodistrofie, encefalopatie de gradul III - Hipoparatiroidie gravă cu accese frecvente de 1-2 ori pe zi		

- Cancer malign stadiul III-IV cu multiple metastaze regionale Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări endocrine extrem de grave, hipoparatiroidie profundă cu dereglări grave ireversibile ale altor sisteme și organe - Cancer malign stadiul IV B cu semne de metastaze regionale și la distanță - Hipoparatiroidie foarte gravă, câteva accese pe zi - Miopatie gravă - sau Recidive ale tumorii maligne nediferențiate - sau Miocardiodistrofie ireversibilă foarte gravă - Pierderea totală a abilităților vitale de autoservire cu necesitate de îngrijire permanentă din partea altei persoane	95-100	5-0

LIMFOMUL HODGKIN (C81)*

*Conform Protocolului Clinic Național PCN-46
<http://old.ms.md/files/6116-PCN-46%2520LH.pdf>

Definiție: *Limfomul Hodgkin* sau *limfogranulomatoza* este o tumoră 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) sau 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 divizat în funcție de prezența sau absența simptomelor de intoxicație generală în: **A** (fără simptome de intoxicație generală) și **B** (cu simptome de intoxicație 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 sângelui periferic cu trombocite și cu reticulocite.
- Puncția ganglionului limfatic.
- Biopsia ganglionului limfatic.
- La necesitate – toracotomie, laparatomia explorativă.
- Consultația dermatologului în formele cutanate.

Pentru determinarea **gradului de răspândire 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 sânge.
 - Bilirubina totală și fracțiile ei, aminotransferazele, lactatdehidrogenaza, proteina totală.
 - Coagulograma: timpul de coagulare a sângelui, 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 câtorva 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 (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Limfadenopatie localizată (ganglion limfatic mărit) - Analiza sângelui cu trombocitele și reticulocitele (fără modificări sau schimbări nânsemnate) - Punctatul ganglionului limfatic (cu depistarea celulelor Berezgovski Șternberg prezente) - Semne biologice de activitate minimă (VSH, fibrinogen, alfa2 globulinele) sau fără schimbări - Simptome de intoxicație generală (febră, pierdere ponderală, transpirație abundentă – lipsesc la moment sau prezente minimal, temporar)	5-35	95-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Limfadenopatie generalizată ganglioni limfatici (afectate de aceeași parte a diafragmei) - Analiza sângelui cu trombocitele și reticulocitele (cu modificări ușoare sau medii) - Punctatul ganglionului limfatic (cu celule specifice)	40-45	60-55

- Semne biologice de activitate medie (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele) - Simptome de intoxicare generală prezente cu perioade de remisiune de durată		
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Limfadenopatie generalizată ganglioni limfatici (afectate de aceeași parte a diafragmei) - Analiza sângelui cu trombocitele și reticulocitele (cu modificări medii) - Punctatul ganglionului limfatic (cu celule specifice Berezgovski Șternberg prezente) - Semne biologice de activitate medie - Simptome de intoxicare generală prezente persistent cu perioade de remisiune	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Afectarea regiunilor ganglionare pe ambele părți ale diafragmei și cu afectarea splinei - Analiza periferică a sângelui cu trombocitele și reticulocitele (anemie cu leucocitoză moderată și limfocitopenie) - Punctatul ganglionului limfatic (cu celule specifice) - Semne biologice cu activitate pronunțată (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele) - Simptome de intoxicare generală prezente pronunțat cu perioade de remisiune de scurtă durată	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Afectarea regiunilor ganglionare pe ambele părți ale diafragmei și cu afectarea splinei - Analiza periferică a sângelui cu trombocitele și reticulocitele (anemie cu leucocitoză moderată și limfocitopenie) - Punctatul ganglionului limfatic (cu celule specifice) - Semne biologice cu activitate pronunțată (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele) - Simptome de intoxicare generală prezente accentuat, persistente cu perioade de remisiune de scurtă durată	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Afectarea difuză a unui sau mai multor organe extralimfatice sau țesuturi cu metastazare în ficat și în măduva osoasă - Analiza periferică a sângelui cu trombocitele și reticulocitele (anemie gravă, limfocitopenie gravă, monocitoză, eozinofilie) - Punctatul ganglionului limfatic (cu celule specifice) - Semne biologice cu activitate foarte înaltă (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele) - Simptome de intoxicare generală prezente desfășurat cu manifestări clinice grave)	80-85	20-15

Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Afectarea difuză a unui sau mai multor organe extralimfatice sau țesuturi cu metastazare în ficat, plămâni și în măduva osoasă - Analiza periferică a sângelui cu trombocitele și reticulocitele (anemie severă, limfocitopenie severă, monocitoză, eozinofilie) - Punctatul ganglionului limfatic (cu celule specifice) - Semne biologice cu activitate foarte înaltă (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele) - Simptome de intoxicație generală prezente desfășurate cu manifestări clinice grave până la cașexie, sepsis, neurotoxicoză)	90-100	10-0

LIMFOAMELE NON-HODGKIN (C83)*

*Conform Protocolului Clinic Național PCN-64

<http://old.ms.md/files/6131-PCN-64%2520LNH.pdf>

Definiție: *Limfoamele non-Hodgkin* sunt 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/Linfom, 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 sângelui 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, FEGDS, FEFS, cu cercetare histologică a tumorii.

*Pentru determinarea **gradului de răspândire 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, FEGDS, 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 sânge și Rh-factorul, pentru hemotransfuzii.

Indicații pentru trimiterea pacienților la CDDCM

Faza evolutivă a bolii cu următoarea simptomatică:

- Prezența unui ganglion limfatic în creștere sau câtorva ganglioni limfatici într-o zonă care au apărut consecutiv (pe rând), sau a unei formațiuni tumorale în orice organ sau țesut.

- Puncția ganglionului limfatic sau formațiunii tumorale (confirmarea citologică).

- Analiza generală a sângelui cu trombocite și cu reticulocite (fără modificări specifice – când 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).

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

Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul I și I E cu simptome ușor pronunțate (ca în boala Hodgkin) - Formă histologică lentă cu malignizare redusă - Remisiuni durabile (răspuns pozitiv la tratament specific) - Semne biologice de activitate minimă (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele)	5-35	95-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul II sau III E al bolii cu simptomatice moderată - Formă histologică cu malignizare moderată - Răspuns pozitiv la tratament specific (remisiuni de durată medie) - Semne biologice de activitate moderată (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele mărite moderat)	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul II sau II E al bolii cu simptomatice moderată - Formă histologică cu malignizare moderată - Răspuns parțial la tratament specific (remisiuni de durată medie) - Semne biologice de activitate moderată (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele mărite moderat)	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul III S sau III SE al bolii - Formă histologică cu malignizare accentuată a maladiei - Răspuns incomplet la tratament specific - Semne biologice de activitate accentuată (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele mărite accentuat) - Simptome de intoxicație generală pronunțate (temperatură ridicată, frisoane, inapetență, pierdere ponderală)	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul III S sau III SE al bolii - Formă histologică cu malignizare accentuată a maladiei - Răspuns incomplet la tratament specific - Semne biologice de activitate accentuată (VSH, fibrinogen, alfa2-globulinele mărite accentuat) - Simptome de intoxicație generală accentuat pronunțate (temperatură ridicată, frisoane, pierdere ponderală)	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul IV al bolii - Formă histologică cu malignizare gravă a maladiei - Tratament specific fără răspuns	80-85	20-15

- Semne biologice cu activitate foarte înaltă (VSH, fibrinogen, anemie gravă, trombocitopenie pronunțată) - Simptome de intoxicație generală prezente (temperatură ridicată mai mult de 39°C, frisoane, pierdere ponderală și cu afectarea gravă a organelor și sistemelor) Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Stadiul IV al bolii - Formă histologică cu malignizare gravă a maladiei - Tratament specific fără răspuns - Semne biologice cu activitate foarte înaltă (VSH, fibrinogen, anemie gravă, trombocitopenie) - Simptome de intoxicație generală severă (temperatură ridicată, frisoane, pierdere ponderală și cu afectarea severă a organelor și sistemelor până la cașexie)	90-100	10-0

LEUCEMIA LIMFOCITARĂ CRONICĂ/ LIMFOLEUCOZA CRONICĂ (C91.1)*

*Conform Protocolului Clinic Național PCN-65

http://old.ms.gov.md/files/4298-PCN%2520Leucemia%2520limf%2520cronica_Musteata%2520L.29.05.09.pdf

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)
A	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	Acceași ca și în populație
B	Conținutul hemoglobinei mai înalt de 100 gr/l, numărul trombocitelor mai mare de 100×10^9 , mărirea ganglionilor limfatici 3 și mai multe zone anatomice	7 ani
C	Conținutul hemoglobinei mai jos de 100 gr/l, numărul trombocitelor mai mic de $100,0 \times 10^9$, în asocieră 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)
O	Limfocitoză mai mare $5,0 \times 10^9$ în sângele periferic, mai înaltă de 40% în măduva oaselor	Favorabil	Aceeași ca și în populație
I	Limfocitoză + mărirea ganglionilor limfatici	Intermediar	9 ani
II	Limfocitoză + splenomegalie și/sau hepatomegalie, indiferent de mărirea ganglionilor limfatici	Intermediar	6 ani
III	Limfocitoză + conținutul hemoglobinei mai jos de 110 gr/l, indiferent de mărirea ganglionilor limfatici și a organelor	Nefavorabil	1,5 ani
IV	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 sângelui cu trombocite și reticulocite.
- Puncția MO cu examenul citologic al aparatului medular (hematologi)
- Trepanobiopsia MO cu examenul histologic al biopsatului medular (hematologi).
- Imunofenotipare cu anticorpi monoclonali (hematologi).
- Fosfataza acidă în limfocite (hematologi).

Recomandabile (după caz de boală):

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

Indicații pentru trimiterea pacienților la CDDCM:

Faza evolutivă a bolii cu următoarele sindroame manifeste:

- Limfadenopatie periferică, intraabdominală, splenomegalie și hepatomegalie corelată 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.).

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu semne cu unele dintre următoarele semne: - Semne clinice (slăbiciuni, astenie, subfebrilitate) nu se manifestă - Analiza sângelui periferic cu modificări neesențiale a hemogramei de tip leucemic limfocitar - Lipsa semnelor de pierdere a capacității de muncă - Pentru depistarea semnelor necesită investigații speciale (clinica hematologică)	5-35	95-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Semne clinice manifestate moderat (slăbiciuni, astenie, subfebrilitate, scăderea capacității de muncă, apariția limfadenopatiei – ganglionii limfatici măriți în 1-2 zone anatomice) - În analiza periferică a sângelui leucocitele până la $30,0-50,0 \times 10^9$, hemoglobina mai mare de 100gr/l, trombocitele mai mare de $100,0 \times 10^9$ - Tratamentul specific cu remisiune terapeutică bună, de durată - Punctatul medular. Limfocitoză până la 30%	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Semne clinice manifestate moderat (slăbiciuni, astenie, subfebrilitate, scăderea capacității de muncă, apariția limfadenopatiei – ganglionii limfatici măriți în 1-2 zone anatomice) - În analiza periferică a sângelui leucocitele până la $50,0-80,0 \times 10^9$, hemoglobina 90 gr/l, trombocitele $90,0 \times 10^9$	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Semne clinice generale pronunțate (temperatură ridicată, pierdere ponderală moderată, limfadenopatie, splenomegalie, hepatomegalie, infecții somatice cu focar localizat) - În analiza periferică a sângelui leucocitele $80,0-200,0 \times 10^9$, hemoglobina 80-90 gr/l, trombocitele $100,0-90,0 \times 10^9$ - Tratamentul specific de durată cu remisiune scurtă - Punctatul medular. Limfocitoză de la 50% până la 60%	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:	70-75	30-25

- Semne clinice generale pronunțate (temperatură ridicată, pierdere ponderală accentuată, limfadenopatie, splenomegalie, infecții somatice localizate) - În analiza periferică a sângelui leucocitele $100,0-200,0 \times 10^9$, hemoglobina 70-80 gr/l, trombocitele $80,0-70,0 \times 10^9$ - Tratamentul specific cu remisiune scurtă - Punctatul medular. Limfocitoză de la 60% până la 70% Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Manifestări clinice desfășurate caracteristice stadiului terminal al maladiei (scădere ponderală până la cașexie, mărirea considerabilă a ganglionilor limfatici, ficatului, splinei, febră fără focar de infecție localizat) - În analiza periferică a sângelui leucocitele $200,0-500,0 \times 10^9$, hemoglobina 60-50 gr/l, trombocitele $60,0-50,0 \times 10^9$ - Este indicat tratamentul simptomatic al pacientului (analgetice, stupefiante, antibiotice) - Punctatul medular. Limfocitoză până la 80% Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Manifestări clinice desfășurate caracteristice stadiului terminal al maladiei (scădere ponderală, mărirea considerabilă a ganglionilor limfatici, ficatului, splinei, febră fără focar de infecție localizat) - În analiza periferică a sângelui leucocitele $500,0-600,0 \times 10^9$, hemoglobina <50 gr/l, trombocitele $<50,0 \times 10^9$ - Tratament simptomatic al pacientului (analgetice, stupefiante, antibiotice) - Punctatul medular. Limfocitoză până la 90%	80-85	20-15
	90-100	10-0

LEUCEMIA MIELOIDĂ CRONICĂ LA ADULT (C92.1)*

*Conform Protocolului Clinic Național PCN 66

http://old.ms.gov.md/files/14793-Leucemia%2520mieloida%2520cronica_actualizat_2013.pdf

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 sângele 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:

Prima clasificare	Ultima clasificare
Stadiul (faza) inițial	
Stadiul (faza) manifestărilor clinico-rematologice desfășurate	Faza cronică

Stadiul (faza) preterminal sau preblastice	Faza de accelerare
Stadiul (faza) terminal sau de criză blastice	Faza acută

Barem de investigații:

Obligatorii:

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

Recomandabile (după caz de boală):

- Analiza biochimică a sângelui (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 (până la transfuzie).

Indicații pentru trimiterea pacienților la CDDCM:

Faza evolutivă a bolii cu următoarele sindroame manifeste:

- Splenomegalie corelată 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 acute.
- Sindromul de complicații infecțioase (neutropenie febrilă, stomatită, otită, tonsilită, bronșită, pneumonie, infecții perianale etc.) – faza acută.
- Analiza generală a sângelui cu trombocite și reticulocite (anemie normocromă și cea normocitară, în fazele de accelerare și acute, leucocitoză cu/fără trombocitoză în faza cronică, trombocitopenia în faza acută, devierea formulei leucocitare spre sânge până la celule blastice, asocierea eozinofilbazofilică).

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

Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări ușoare ale funcției hematopoetice (leucocite $20,0-30,0 \times 10^9$) - Faza cronică a maladiei cu simptomatice clinică slab pronunțată. Starea generală satisfăcătoare - Remisiune durabilă clinică și citologică completă - După tratamentul specific boala decurge asimptomatic. Stare generală satisfăcătoare	5-35	95-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări moderate ale funcției hematopoetice (leucocite $50,0-100,0 \times 10^9$) - Faza cronică a maladiei cu evoluție lentă și remisiuni periodice de durată scurtă, persistent stabilă - Răspuns aproape complet la tratament specific - 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)	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări moderate ale funcției hematopoetice (leucocite $100,0-200,0 \times 10^9$) - Faza cronică a maladiei cu evoluție lentă și remisiuni de durată moderată - Răspuns aproape complet la tratamentul specific - În perioadă manifestărilor clinico-hematologice se pot dezvolta complicații cauzate de hiperleucocitoză, infarct splinic, edem al retinei, stupor, tromboze la nivelul vaselor mici (retiniene, corpului cavernos)	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe accentuate ale funcției hematopoetice (leucocite de la $200,0-300,0 \times 10^9$) - Faza accelerată a maladiei cu remisiuni de durată scurtă - Răspuns parțial la tratamentul specific - În perioadă manifestărilor clinico-hematologice se dezvoltă complicații cauzate de hiperleucocitoză și trombocitoză, ce provoacă leucostaze și tromboze, (infarctul splinic desfășurat cu febră 38^0C, complicații metabolice – criză de gută, nefropatie gutică	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe accentuate ale funcției hematopoetice (leucocite de la $300,0 \times 10^9$) - Faza accelerată a maladiei cu remisiuni labile de scurtă durată	70-75	30-25

- Răspuns parțial și de scurtă durată la tratamentul specific - În perioadă manifestărilor clinico-hematologice se dezvoltă complicații cauzate de hiperleucocitoză și trombocitoză, ce provoacă leucostaze și tromboze, (infarctul splinic desfășurat cu febră 38°C, complicații metabolice – criză de gută, nefropatie gutică și IRC) Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe grave ale funcției hematopoetice (leucocite mai mult de $350,0-400,0 \times 10^9$) - În clinica maladiei determinăm stadiul terminal sau faza de criză blastică (tabloul clinic al leucemiei acute) - Lipsa răspunsului la tratamentul specific (trecerea la tratamentul simptomatic al pacientului) - Manifestări clinico-hematologice desfășurate grave (criză blastică, sindrom anemic, sindrom hemoragic, complicații infecțioase, se dezvoltă neuroleucemia) Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe grave ale funcției hematopoetice (leucocite mai mult de $400,0 \times 10^9$) - În clinica maladiei determinăm stadiul terminal sau faza de criză blastică manifestă (tabloul clinic al leucemiei acute) - Lipsa răspunsului la tratamentul specific (necesitatea tratamentului simptomatic al pacientului) - Manifestări clinico-hematologice desfășurate severe (criză blastică, sindrom anemic sever, sindrom hemoragic, complicații infecțioase cu sepsis, neuroleucemie, cașexie)	80-85	20-15
	90-100	10-0

LEUCEMIA ACUTĂ (C93)

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe grave ale funcției hematopoetice (leucocite mai mult de $400,0 \times 10^9$) - Stadiul primar activ al bolii cu remisiune completă pe o durată mai scurtă de un an - În caz de recidivă - În clinica maladiei determinăm stadiul terminal sau faza de criză blastică manifestă (tabloul clinic al leucemiei acute)	80-100	0-20

- Lipsa răspunsului la tratamentul specific (necesitatea tratamentului simptomatic al pacientului)		

ANEMIA FIERODEFICITARĂ LA ADULT (D50)*

*Conform Protocolului Clinic Național PCN 12

<http://old.ms.md/files/3966-PCN-12%2520anemia%2520fierodeficitar%2520la%2520adult.pdf>

Definiție: *Anemia fierodeficitară* 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 sângelui periferic cu trombocite și reticulocite.
- Conținutul fierului seric.
- Conținutul feritinei.

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 sânge.
- Determinarea grupei sangvine și a Rh-factorului (cu indicații de hemotransfuzii).
- Examinarea la HIV/SIDA (până 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 calcanee, 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 sângelui cu trombocite și reticulocite (anemie, hipocromie, microcitoză).

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări hematologice ușoare: o singură acutizare în 2 ani sau o dată pe an, durata acutizării 10-14-21 zile, cu sindrom anemic ușor (somnolență, vertij, piele palidă, edeme neînsemnate) - Semne paraclinice: - Eritrocite $3,0-3,5 \times 10^{12}$ - Hemoglobina 81-110 gr/l - Fier seric 12,5-30,4 mmol/l - Sindromul sideropenic lipsește - Răspuns bun la tratamentul de substituție (cu preparate de Fe)	5-35	95-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări hematologice medii: acutizări de 2-3 ori pe an, durata acutizării 2-3 săptămâni, cu sindrom anemic moderat - Semne paraclinice: - Eritrocite $2,5-3,0 \times 10^{12}$ - Hemoglobina 71-80 gr/l - Fier seric 10,0-12,0 mmol/l - Sindromul sideropenic ușor moderat manifestat - Răspuns satisfăcător la tratamentul de substituție (cu preparate de Fe)	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări hematologice moderate, cu acutizări de mai mult 3 ori pe an cu o durată de 2-3 săptămâni și sindrom anemic moderat - Semne paraclinice: - Eritrocite $2,5 - 3,0 \times 10^{12}$ - Hemoglobina 71-80 gr/l - Fier seric 10,0 – 12,0 mmol/l - Sindromul sideropenic moderat prezent - Răspuns incomplet la tratamentul de substituție (cu preparate de Fe)	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări hematologice accentuate, manifestate prin sindrom anemic accentuat pronunțat, acutizări de 3-4 ori pe an cu o durată de 3-4 săptămâni - Semne paraclinice:	60-65	40-35

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

ANEMIILE MEGALOBLASTICE LA ADULT

ANEMIA B₁₂-DEFICITARĂ (D51) ANEMIA PRIN DEFICIT DE ACID FOLIC (D52)*

**Conform protocolului Clinic Național PCN 39

<http://old.ms.gov.md/files/6107-PCN-39%2520AM.pdf>

Definiție: *Anemiile megaloblastice* sunt 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 B₁₂-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 71gr/l.

Barem de investigații:

Obligatorii pentru confirmarea AM:

- Analiza generală a sângelui 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 a concentrație de homocisteină în serul sanguin (vitamina B₁₂ în normă 160-700 ug/l, homocisteina totală în normă 5-15 mmol/l).
- Determinarea conținutului de acid folic în ser (în normă 3-16 ug/l) și de eritrocite (în normă 95-570 ug/l).

Obligatorii pentru determinarea AM:

- Examinarea fecalelor la botriocefal.
- 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 sânge.
- Determinarea grupei sangvine și a Rh-factorului (cu indicații de hemotransfuzii).
- Examinarea la HIV/SIDA (până la hemotransfuzie)
- Determinarea antigenelor hepatitelor B și C (până 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 olfactic, a auzului, a vederii etc., care este specific numai pentru deficitul de vitamina B₁₂.

- Analiza generală a sângelui cu trombocite și reticulocite (tendința spre pancitopenie, hipercromie și macrocitoză a eritrocitelor, anizocitoză, poichilocitoză, inele Kebot, corpusculi Jolly, hipersegmentare a nucleului granulocitelor)

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări ușoare ale funcției hematopoetice, caracteristice pentru sindromul anemic (slăbiciuni, vertijuri, palpitații, dispnee la efort fizic) ușor manifestate - Hemograma: • Eritrocite mai mare sau egal $3,5 \times 10^9$ • Hemoglobină 115-95 gr/l • Hematocrit 32-48% • Trombocite mai mari sau egal $150,0 \times 10^9$, megaloblaștii în măduva osoasă 10-20% - Acuze caracteristice sindromului gastroenterologic (anorexie, senzație de greutate și de durere în regiunea epigastrică, dureri a limbii, constipații, diaree) – lipsesc - 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 - 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	5-35	95-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Evoluția moderată a maladiei cu acutizări de 2-3 ori pe an cu o durată până la o lună - Hemograma: • Eritrocite $3,5-3,2 \times 10^{12}$ • Hemoglobina 100-90 gr/l • Trombocite mai mari $100,0-120,0 \times 10^9$ • Hematocritul 32-44% • Megaloblaști în măduva osoasă 20-30% - Acuze caracteristice sindromului gastroenterologic prezente moderat	40-45	60-55

- Acuze caracteristice sindromului neurologic prezente moderat - Semne generale ale afectării stării pacientului prezente (febră - 37,5°C, paloarea tegumentelor, glosită și altele)		
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Evoluția moderată a maladiei cu acutizări de mai mult de 2-3 ori pe an cu o durată de o lună și mai mult - Hemograma: • Eritrocite 3,2-3,0 x 10¹² • Hemoglobina 90 gr/l • Trombocite 100,0 x 10⁹ • Hematocritul 30-42% • Megaloblaști în măduva osoasă 20% - Acuze caracteristice sindromului gastroenterologic prezente moderat - Acuze tipice sindromului neurologic prezente moderat - Prezente semne generale ale afectării stării pacientului (febră – 37,5°C, paloarea tegumentelor, glosită și altele)	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Evoluția progresivă a maladiei cu acutizări de 3-4 ori pe an cu o durată de 1-1,5 luni, cu clinica tuturor simptoamelor: - sindromul anemic - sindromul sindromul gastroenterologic - sindromul neurologic - Hemograma: • Eritrocite 3,0-2,5 x 10¹² • Hemoglobina 85-75 gr/l • Trombocite 100,0 x 10⁹ • Hematocritul 25-30% • Megaloblaști în măduva osoasă 30-40% - Semne generale ale afectării stării pacientului prezente (febră – 38⁰-38,5°C, paloarea tegumentelor, anorexie, glosită, constipație)	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - 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: - sindromul anemic; - sindromul gastroenterologic; - sindromul neurologic etc. - Hemograma: • Eritrocite 2,5-2,0 x 10¹² • Hemoglobina 80-70 gr/l • Trombocite >100,0 x 10⁹ • Hematocritul 20-25% • Megaloblaști în măduva osoasă 40-50%	70-75	30-25

- Semne generale ale afectării stării pacientului prezente (febră 38,5°C, paloarea tegumentelor, anorexie, glosită, constipație) Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - 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: - sindromul anemic; - sindromul gastroenterologic; - sindromul neurologic - sindromul sistemului cardio-vascular - sistemul psihic - Hemograma: • Eritrocite 2,5-1,5 x 10¹² • Hemoglobina mai mică 70 gr/l • Trombocite mai mic 100,0 x 10⁹ până la 50,0 x 10⁹ • Hematocritul 15-20% • Megaloblaști în măduva osoasă 50% - Tratamentul de susținere fără efect. Tratament simptomatic	80-85	20-15
Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Evoluție severă a maladiei practic fără remisiune, cu afectarea tuturor sistemelor funcționale a organismului, sever pronunțate prin: - sindromul anemic sever; - sindromul gastroenterologic; - afectare sistemului cardiovascular - afectarea sistemului nervos și psihic - complicații infecțioase, sepsis, cașexie - Hemograma: • Eritrocite 1,5-1,0 x 10¹² • Hemoglobina <50 gr/l • Trombocite <50,0 x 10⁹ • Hematocritul >15% • Megaloblaști în măduva osoasă 60-70% - Tratamentul de susținere – tratament simptomatic	90-100	10-0

ANEMIA HEMOLITICĂ AUTOIMUNĂ LA ADULT (D59.1)*

*Conform Protocolului Clinic Național PCN 38

<http://old.ms.gov.md/files/6108-PCN-38%2520AH.pdf>

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 sângelui periferic cu trombocite și reticulocite.
- Analiza urinei la urobilină.
- Bilirubina totală și fracțiile ei.
- Determinarea ALAT și ASAT.

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 sânge.
- Coagulograma (timpul de coagulare a sângelui, 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 sângelui cu trombocite și reticulocite (anemie, reticulocitoză).
- Bilirubina totală și fracțiile ei (majorată din fracții indirecte).

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

Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări hematologice neînsemnate sau lipsă (anemie normă sau hipercroma ușoară, numărul de leucocite este în normă, numărul de trombocite este în normă) - Manifestări ale afectării stării generale (slăbiciuni, dispnee, temperatură ridicată, icter) lipsesc - Splenomegalia de regulă lipsește - Complicațiile hemolizei (anemie, reticulocitoză, hipertrofie eritroidă în măduva oaselor, bilirubinurie, urobilinurie) lipsesc	5-35	95-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe hematologice prezente prin anemie medie, semne de reticulocitoză ușoară, semne de hiperplazie eritroidă ușoară în măduva osoasă - Manifestări ale stării generale moderat dereglate (slăbiciuni, dispnee moderată, temperatură subfebrilă, icter temporar, semne de intoxicație generală moderată) - Splenomegalia este prezentă ușor, medie - Prezența complicațiilor hemolizei extravasculare (anemie autoimună hemolitică cu splenomegalie moderată, hepatomegalie moderată, tromboze vasculare prezente, semne de litiază biliară)	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe hematologice prezente prin anemie moderată, semne de reticulocitoză ușoară, semne de hiperplazie eritroidă ușoară în măduva osoasă - Manifestări ale stării generale moderat dereglate (slăbiciuni, dispnee, temperatură subfebrilă, icter temporar, semne de intoxicație generală moderate) - Splenomegalie moderată - Prezența complicațiilor hemolizei extravasculare (anemie autoimună hemolitică cu splenomegalie moderată, hepatomegalie moderată, tromboze vasculare prezente, semne de litiază biliară)	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe hematologice pronunțate manifestate prin hemoliza extravasculară (anemie pronunțată, reticulocitoză moderată, hiperplazie moderată, eritroidă a măduvei osoase, bilirubinemie și urobilirubinemie pronunțate) - Manifestări desfășurate ale stării generale (temperatură mai mare de 38°C, dispnee pronunțată, icter persistent, semne de intoxicație generală pronunțată) - Splenomegalie prezentă accentuat și hepatomegalie moderată - Prezența complicațiilor hemolizei extravasculare accentuate (tromboze vasculare manifestate, crize aplastice temporare, litiază biliară)	60-65	40-35
	70-75	30-25

Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe hematologice pronunțate manifestate prin hemoliza extravasculară (anemie pronunțată, reticulocitoză moderată, hiperplazie moderată, eritroidă a măduvei osoase, bilirubinemie și urobilirubinemie pronunțate) - Manifestări desfășurate ale stării generale (temperatură mai mare de 38°C, dispnee pronunțată, icter persistent, semne de intoxicație generală pronunțată) - Splenomegalie prezentă accentuat și hepatomegalie moderată - Prezența complicațiilor hemolizei extravasculare accentuate (tromboze vasculare manifestate, crize aplastice temporare, litiază biliară)	80-85	20-15
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe hematologice grave cu caracter ireversibil, ce nu se ameliorează cu tratament corespunzător - Manifestări grave persistente ale afectării stării generale cu semne de intoxicație gravă și asocierea complicațiilor infecțioase desfășurate până la sepsis, cașexie	90-100	10-0
Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe hematologice severe cu caracter ireversibil, ce nu cedează tratamentului (tabloul sângelui – pancitopenie) - Manifestări severe ale afectării stării generale cu semne severe de intoxicație generală și asocierea complicațiilor pe organe și sisteme pînă la sepsis, neurotoxicoză, cașexie.		

ANEMIA APLASTICĂ LA ADULT (D60)*

*Conform Protocolului Clinic Național PCN 37
<http://old.ms.md/files/6109-PCN-37%2520AA.pdf>

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 sângelui 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 sângelui (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 până la transfuzie.
- Examinarea citogenetică a sângelui periferic și a aspiratului medular.
- Determinarea anticorpilor antinucleari în sângele 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 sângelui 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 (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:	5-35	95-65

- Sindromul anemic tranzitor ușor manifestat (slăbiciuni, vertij, acufene, palpitații, dispnee la efort fizic, paloarea tegumentelor) – lipsește sau prezent - 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 - Analiza periferică a sângelui fără manifestări deosebite: • Granulocite $3,0-3,5 \times 10^9$ • Trombocite $> 100,0 \times 10^9$ • Reticulocite 5%		
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe moderate ale funcției hematopoietice (sindromul anemic moderat, simptome caracteristice anemiei (slăbiciune, cefalee, amețeli, acufene, palpitații, dispnee, paloarea tegumentelor) - Sindrom hemoragic simptomatic moderat, rezultat al dereglării hemostazei cauzate de trombocitopenie, peteșii și echimoze pe piele, cavitatea bucală, hemoragii nazale, gingivoragii, metroragii) - Analiza periferică a sângelui – anemie normocromă cu: • Granulocite $2,5-3,0 \times 10^9$ • Reticulocite 3-5% • Trombocite $100,0 \times 10^9$ - Apar semne prezente ale sindromului de complicații infecțioase, care sunt determinate de progresarea granulocitopeniei (stomatită, otită, tonsilită, bronșită, pneumonie, infecții perianale)	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe moderate ale funcției hematopoietice – sindrom anemic moderat - Sindrom hemoragic simptomatic moderat - Analiza periferică a sângelui – anemie normocitară și normocromă: • Granulocite $1,5-2,5 \times 10^9$ • Reticulocite 3% • Trombocite mai mic de $100,0 \times 10^9$ - Apar semne ale sindromului de complicații infecțioase, care sânt determinate de progresarea granulocitopeniei (stomatită, otită, tonsilită, bronșită, pneumonie, infecții perianale, furunculoză)	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe accentuate ale funcției hematopoietice – pancitopenie cu limfocitoză în hemogramă - Trepanobiopsia confirmă schimbările pancitopeniei - Sindrom hemoragic accentuat manifestat	60-65	40-35

- Analiza periferică a sângelui cu semne de anemie normocitară și normocromă accentuată: • Granulocite $0,5-1,0 \times 10^9$ • Reticulocite 2-3% • Trombocite $30,0-50,0 \times 10^9$ - Prezența accentuată a sindromului de complicații infecțioase desfășurate Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe accentuate ale funcției hematopoietice – pancitopenie cu limfocitoză în hemogramă - Trepanobiopsia confirmă schimbările pancitopeniei - Sindrom hemoragic accentuat pronunțat (peteșii și echimoze pe piele, cavitatea bucală, hemoragii nazale, gingivoragii, metroragii) - Analiza periferică a sângelui cu semne de anemie normocitară și normocromă accentuată: • Granulocite $0,5-1,0 \times 10^9$ • Reticulocite 2% • Trombocite $30,0 \times 10^9$ - Prezența accentuată a sindromului de complicații infecțioase desfășurate	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Deficiență gravă a hematopoiezei (pancitopenie totală cu anemie aplastică) - Pacienții necesită transplant de măduvă osoasă - Sindrom hemoragic grav persistent - Sindromul complicațiilor infecțioase manifestat, desfășurat cu dereglări grave ale organelor și sistemelor persist (cardiovascular, nervos, intoxicație, infecții, complicații septico-purulente, cașexie) - Sângele periferic: • Granulocite $< 0,5-1,0 \times 10^9$ • Reticulocite =1% • Trombocite = $20,0 \times 10^9$	80-85	20-15
Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Deficiență gravă a hematopoiezei (pancitopenie totală, anemie aplastică) - Pacienții necesită transplant de măduvă osoasă - Sindrom hemoragic sever - Sindromul complicațiilor infecțioase desfășurat cu dereglări grave ale organelor și sistemelor (cardiovascular, nervos, intoxicație, infecții cu complicații septico-purulente, cașexie, neurotoxicoză) - Sângele periferic: • Granulocite $< 0,2 \times 10^9$	90-100	10-0

• Reticulocyte < 1% • Trombocyte < 20,0 x 10⁹.		

AFEȚIUNI ENDOCRINE, DE NUTRIȚIE ȘI METABOLISM

AFECȚIUNILE GLANDEI TIROIDE

TIREOTOXICOZA (E05)*

*Conform Protocolului Clinic Național PCN 15

<http://old.ms.md/files/3987-PCN-15-tireotoxicoza.pdf>

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

Clasificarea tireotoxicozelor:

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

Clasificarea tireotoxicozelor în funcție de gradul de manifestare (dupa V.G.Baranov):

1. Forma ușoară (gradul I):

- Semne nepronunțate de tireotoxicoza, 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 tireotoxicoză.
- Scădere în greutate de 10-20% din masa inițială.
- Taxicardie (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 tireotoxicoză.
- Deficit ponderal de peste 20% din masa inițială.
- Taxicardie (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

0 (No signs or symptoms)		Fără semne și simptome
2 (Only signs limited)		Fără simptome subiective
		Obiectiv: rețracția pleoapei superioare; asinergie oculopalpebrală (rămâne în urmă)
	A	Ușor pronunțată
	B	Moderat pronunțată
	C	Intens pronunțată
2 (Soft tissue involment)		Afectarea țesuturilor moi (edem palpebral, congestie conjunctivală, chemois)
	A	Ușor pronunțată
	B	Moderat pronunțată
	C	Intens pronunțată
3 (Proptosis)		Exoftalm. Se măsoară cu exoftalmometru Hertel sau tomodensitometric
	A	Ușoară +3-4mm
	B	Medie +5-7mm
	C	Severă +8(și peste) mm
4 (Extraocular muscle Involvement)		Afectarea mușchilor externi oculari
	A	Diplopie fără limitarea mișcărilor globilor oculari
	B	Limitarea mișcărilor globilor oculari
	C	Glob ocular fix uni- sau bilateral
5 (Corneal involvement)		Afectarea corneană
	A	Uscăciune
	B	Ulceratie
	C	Opacifiere, necroze, perforatie
6 (Sight loss)		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 tireotoxicozei 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:

Complicațiile cardiovasculare	Tulburări de ritm: fibrilație atrială, flutter atrial Insuficiență cardiacă	ECG EcoCG Lipidograma

	Hipertensiune arterială sistolică Insuficiență coronariană (rar) Complicațiile tromboembolice	Ionograma Consultația cardiologului Monitorizarea Holter (după indicația cardiologului)
Complicațiile osoase	Ostiopenie, osteoporoză	DMO (DEXA) Ca seric, Ca ionic
Complicațiile oculare	Manifestările – în tabelul Clasificarea oftalmopatiei	RMN orbitelor Consultarea oftalmologului Exoftalmometria Campimetria, tonometria
Complicațiile neiropsihice	Sindromuri de agitație gravă Sindromuri confuze	Consultația neurologului Consultația psihoneurologului (în cazuri grave)
Tulburările endocrine	Insuficiență corticosuprarenaliană Alterarea toleranței la glucoză Ginecomastie și diminuarea potenței la bărbați Disfuncții obariene la femei	Cortizol; ionograma Evaluarea metabolismului glicidic (glicemia, HbA1C) Hormonii sexoizi Prolactina

NOTE: Gradul volumului glandei tiroide nu poate servi drept criteriu pentru aprecierea gravității maladiei, cu excepția prezenței compresiei mecanice. Valorile hormonale de asemenea nu pot servi drept criterii pentru aprecierea gravității maladiei.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază(%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Forma ușoară a tireotoxicozei, simptome clinice neînsemnate - Funcțiile altor sisteme și organe nu sunt afectate - Tratament eficient	10-20	90-80
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Forma ușoară a tireotoxicozei, simptome clinice moderate - Funcțiile altor sisteme și organe nu sunt afectate - Gradul I al oftalmopatiei - Tratament eficient	25-35	75-65
Deficiențe medii cu unele din următoarele semne: - Forma medie a tireotoxicozei, simptome clinice moderate - Oftalmopatie: stadiul 0-2, edem moderat al pleoapelor cu trecere la conjunctivă, senzație de nisip în ochi - Funcțiile altor sisteme ușor afectate - Tratament specific cu efect incomplet	40-45	60-55

Deficiențe medii cu unele din următoarele semne: - Forma medie a tireotxicozei, simptome clinice moderat-pronunțate - Oftalmopatie: stadiul 2, afectarea țesuturilor moi, edem pronunțat al pleoapelor cu infiltrare, implicarea conjunctivei, - Funcțiile altor sisteme (cardiovascular, SNC, de vedere) afectate la nivelul între moderate și pronunțate - Tratament deseori cu efect incomplet	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne: - Forma severă a tireotxicozei: simptome clinice accentuate - Oftalmopatie: stadiu între 2 și 3, afectarea țesuturilor moi, exoftalm - Funcțiile altor sisteme accentuat afectate - Tratament cu efect parțial	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne: - Forma severă a tireotxicozei, simptome clinice foarte accentuate, aproape ireversibile - Oftalmopatie stadiul 3-4, exoftalm sever +8, afectarea mușchilor externi oculari - Cardiomiopatie cu IC NYHA III, encefalopatie, hepatită, miopatii cu pareze - Tratament puțin eficient	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele din următoarele semne: - Forma severă a tireotxicozei, simptome clinice extrem de pronunțate - Oftalmopatie stadiul 4-5, afectarea mușchilor externi oculari, afectare corneană - 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 - Tratament ineficient	80-85	20-15
Deficiențe absolute cu unele din următoarele semne: - Prezența dereglărilor grave sau foarte grave ireversibile funcționale endocrine și a altor sisteme - Dereglări grave gestuale și de mobilitate, cu necesitate de imobilizare la pat - Oftalmopatie st.VI, afectarea nervului optic	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 sunt 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)*

*Conform Protocolului Clinic Național PCN 34

<http://old.ms.md/files/6099-PCN-34%2520HIPO.pdf>

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 hidrofile 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 fT₄ și fT₃.

Hipotiroidia subclinică (asimptomatică) – reprezintă creșterea concentrației TSH > 4 mU/l, confirmată prin dozare repetată peste 1 lună și nivel normal a fT₄ și fT₃ 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:

Complicații cardiovasculare	Bradicardie severă (sub 40/min) Bloc atrioventricular Agravarea angorului Pericardită Insuficiență cardiacă severă decompensată
Complicații psihiatrice	Depresie severă Stări confuzionale, paranoide sau maniacale
Complicații neurologice	Cretinism
Complicații musculare	Miopatie severă (sindrom Hoffman)
Complicații endocrine	Adenom hipofizar secundar cu apariția semnelor clinice ale sindromului neurologic

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:		
- Hipotiroidie manifestă, fără complicații	40-55	60-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:		
- 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 sunt 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)*

*Conform Protocolului Clinic Național

<http://old.ms.md/files/12187-PCN%2520Diabetul%2520zaharat.pdf>

Definiție: *Diabetul zaharat* este un sindrom complex și eterogen, indus de tulburarea genetică sau dobândită 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 sunt 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 sânge pe nemâncate (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 nemâncare > 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 vârsta cuprinsă între 30 și 50 de ani).

Complicațiile diabetului zaharat:

Complicații acute	• Hipoglicemia și coma hipoglicemică • Cetoacidoza și coma cetoacidotică • Acidoza lactică • Coma hiperosmolară
Complicații cronice • Microangiopatii	• Retinopatie diabetică • Nefropatie diabetică

• Macroangiopatii	• Afectarea vaselor coronariene • Afectarea vaselor coronariene • Afectarea vaselor periferice
• Neuropatii	• Neuropatie periferică • Neuropatie centrală

Complicațiile acute sunt niște stări de urgență determinate în special de decompensarea gravă acută a diabetului zaharat.

Barem de investigații în funcție de complicațiile cronice:

Retinopatia diabetică:

Stadiul	Forma/punctajul	Manifestări	Investigații
RD neproliferativă	Ușoară	• Microanevrisme unice • Hemoragii intraretiniene • Exudate dure	Examinarea oftalmologică a retinei – prin oftalmoscopie directă sau indirectă
	Medie	• Microanevrisme • Hemoragii retiniene • Exudate dure • Anomalii microvasculare • Aspect sinuos al venelor	
	Gravă	• Hemoragii intraretiniene extinse • Exudate moi • Microanevrisme pe tot polul posterior • Anomalii microvasculare	
RD proliferativă	De debut	Vase de neoformație pe discul optic și pe retină fără hemoragii preretiniene sau în vitros	
	Gravă	Neovascularizație retiniană și a discului optic masive	
Maculopatie diabetică	• Exudativă • Ischemică • Mixtă	Edem macular	+ <i>Angiografia cu fluorescență</i>

Nefropatia diabetică:

Stadiul	Manifestări și investigații obligatorii	Investigații suplimentare
Stadiul I (hiperfuncție)	RFG ≥ 130 ml/min	
Stadiul II (silențios)	RFG 90 - 130 ml/min	
Stadiul III (microalbuminurie)	RFG în scădere lentă, în limite ≥ 60 ml/min Microalbuminurie Creșterea tensiunii arteriale ușoară, medie	• Proteina, albumina serică normală • Spectrul lipidic

Stadiul IV (proteinurie)	Proteinurie clinică RFG $\leq$ 60ml/min Hipertensiune arterială stabilă	• Hemoglobina normal sau redusă • Proteina, albumina serică normală sau ușor redusă • Ureea, creatinina – normal sau ușor crescute • Ca normal sau redus • P normal sau crescut
Stadiul V (Insuficiență renală cronică)	RFG $\leq$ 15ml/min Hipertensiune arterială severă Stadiul terminal al insuficienței renale	• Hemoglobina redusă • Proteina, albumina serică redusă; • Ureea, creatinina majorate • K – normal sau crescut • 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 > 300 mg/24 ore.

Neuropatia diabetică

Forma neuropatiei diabetice	Manifestări
Neuropatia periferică	Neuropatii simetrice • Polineuropatia senzitivă simetrică distală • Polineuropatie motorie simetrică distală • Neuropatia autonomă
	Neuropatii focale și multifocale • Meuropatia proximală motorizată • Neuropatie de nervi cranieni • Radiculopatia toracoabdominală • Neuropatia focală a membrelor
Neuropatia centrală	Encefalopatia, encefalomielopatia

Afectarea vaselor în diabetul zaharat:

Definiție: Afectarea vaselor coronariene este o complicație cronică a diabetului zaharat determinată de procesul de ateroscleroză coronariană manifestată prin cardiopatie ischemică (CPI).

Clasificarea clinică a CPI	Investigații
Angor pectoral: • De efort (CF I; II; III) • Instabil	Obligatorii: ECG ECOCG
Infarctul miocardic	

Cardioscleroza postinfarctică	Suplimentare: Monitorizarea Holter ECG Testul de efort Angiografia coronariană
Deregări de ritm cardiac	
Insuficiență cardiacă cronică	

Afectarea vaselor cerebrale:

Forme clinice	Investigații
Ictus: - Ischemic - Hemoragic Deregări tranzitorii ale circulației cerebrale Encefalopatia	Consultația neurologului Echoencefalografia CT sau RMN cerebral

Afectarea vaselor periferice:

Stadiul	Manifestări	Investigații
Stadiul I – asimptomatic	Lipsa durerii	Doppler a vaselor periferice USG Duplex a vaselor Angiografia vaselor
Stadiul II – dureri la mers	Claudicație intermitentă în timpul mersului	
Stadiul III – dureri de repaos	Dureri permanente	
Stadiul IV – deregări trofice	Necroză, gangrenă	

Clasificarea diabetului în funcție de severitatea procesului:

Diabet zaharat de formă ușoară	Complicațiile micro- și macrovasculare lipsesc
Diabet zaharat de gravitate medie	Retinopatie neoproliferativă Nefropatie diabetică în stadiul microalbuminuriei Polineuropatie diabetică periferică senzitivă Macroangiopatie diabetică stadii incipiente
Diabet zaharat de formă gravă	Retinopatie diabetică proliferativă și neoproliferativă forma gravă Nefropatie diabetică în stadiul proteinuriei și Insuficiență Renală Cronică Polineuropatie autonomă Polineuropatie diabetică periferică motorie Macroangiopatii severe (infarct miocardic, AVC, angiopatie obliterantă a vaselor membrelor inferioare stadiu III-IV)

NOTĂ: Valorile glicemiei și dozele de insulină nu pot servi drept criterii pentru aprecierea gravității maladiei.

Diabetul zaharat de tip I (E10.9):

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele din următoarele semne:	5-35	95-65

NOTĂ: Diabetul zaharat de tip I nu are formă ușoară de evoluție și nu poate fi considerat deficiență ușoară, deoarece are la bază pierderea totală a funcției de secreție a insulinei de către pancreasul endocrin, ceea ce impune administrarea unui număr mare de injecții de insulină pe zi, ceea ce afectează calitatea vieții a pacientului		
Deficiențe medii cu unele din următoarele semne:		
- Diabetul zaharat de tip I, primar depistat fără complicații	40-45	60-55
- Diabetul zaharat de tip I, forma medie, cu una sau două dintre următoarele complicații: - Retinopatie diabetică neproliferativă forma ușoară - Nefropatie diabetică stadiul I – II - Angiopatia membrelor inferioare stadiul I – II	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne:		
- Diabet zaharat de tip I, forma medie, cu următoarele complicații: - Retinopatie diabetică neproliferativă forma medie - Nefropatie diabetică stadiul III - Polineuropatie diabetică senzitivă simetrică distală	60-65	40-35
- Diabet zaharat de tip I, forma gravă, cu unele din următoarele complicații: - Retinopatie diabetică proliferativă, maculopatie - Nefropatie diabetică stadiul IV - Polineuropatie senzitivă simetrică distală - Neuropatie autonomă - Complicații macrovasculare: angor pectoral, infarct miocardic, cardioscleroză postinfarctică - Amputarea unui singur membru inferior	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele din următoarele semne:		
- Diabet zaharat de tip I forma gravă cu complicații severe: - Retinopatie proliferativă complicată cu dezlipire de retină, hemoragii masive cu cecitate - Nefropatie diabetică stadiul V - Macroangiopatii cu sechele după AVC, amputația membrelor inferioare înalte	80-85	20-15
- Diabet zaharat de tip 1, formă gravă - Retinopatie proliferativă cu cecitate - Nefropatie stadiul V cu tratament prin dializă - Pierderea totală a abilității vitale de autodeservire cu necesitate de îngrijire permanentă din partea altei persoane	90-95 100	10-5 0

Diabet zaharat de tip II (E 11.9):

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele din următoarele semne:	5-25	95 -75
- Diabetul zaharat de tip II, primar depistat, forma ușoară fără complicații	30-35	70-65
Deficiențe medii cu unele din următoarele semne:		
- Diabetul zaharat de tip II, forma medie. Cu una sau două din următoarele complicații: - Retinopatie diabetică neproliferativă forma ușoară - Nefropatie diabetică stadiul I – II - Polineuropatie diabetică periferică senzitivă - Angiopatia membrelor inferioare stadiul I-II	40-45	60-55
- Diabet zaharat de tip II, forma medie. Cu următoarele complicații: - Retinopatie diabetică neproliferativă forma medie sau severă - Nefropatie diabetică stadiul IV - Polineuropatie diabetică senzitivă simetrică distal - Complicații macrovasculare: angor pectoral, infarct miocardic - Diabetul zaharat de tip II, fără complicații însă tratat cu insulină din cauza contraindicațiilor antidiabeticelor sau din cauza patologiilor concomitente	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne:		
- Diabet zaharat de tip II, forma gravă cu unele din următoarele complicații - Retinopatie diabetică proliferativă și neproliferativă forma severă - Nefropatie diabetică stadiul IV - Polineuropatie senzitivă simetrică distală - Neuropatie autonomă - Complicații macrovasculare: angor pectoral, infarct miocardic, cardioscleroză postinfarctică; angiopatia membrelor inferioare stadiul III-IV - Boala Charcot	60-75	40-25
Deficiențe severe cu unele din următoarele semne:		
- Diabet zaharat de tip 2 forma gravă cu complicații severe: - Retinopatie proliferativă complicată cu dezlipire de retină, hemoragii masive, cecitate - Nefropatie diabetică stadiul V - Neuropatie diabetică centrală și periferică severă - Macroangiopatii cu sechele după AVC, amputația membrelor inferioare	80-85	20-15

- Diabet zaharat de tip 1, forma gravă cu.	90-95	10-5
- Retinopatie proliferativă cu cecitate		
- Nefropatie stadiul V cu tratament prin dializă	100	0
- Pierderea totală a abilității vitale de autodeservire cu necesitate de îngrijire permanentă din partea altei persoane		

Recomandări de muncă

Deficiențe funcțional-structurale ușoare:

Este contraindicată munca fizică grea, munca legată cu acțiunea substanțelor toxice industriale, deplasări, munca supra-program, în turele de noapte, munca fără program stabil, în condiții microclimaterice nefavorabile.

Deficiențe funcțional-structurale medii:

La pacienții fără administrare de insulină este contraindicată munca fizică moderată și lucrul intelectual cu un efort neuropsihic înalt.

Pentru pacienții care primesc insulină cu evoluție labilă a diabetului zaharat este contraindicată munca cu riscul traumatismului și întreruperea procesului de producere (munca la conveier, la mecanisme în mișcare, la înălțime, în secții fierbinți și șoferia, lucrul ca dispecer la punctul de comandă); este accesibil lucrul fizic ușor, administrativ, intelectual, în unele cazuri – cu micșorarea volumului de activitate; în cazul afectării vaselor membrelor inferioare este contraindicat lucrul cu vibrație, mersul și statul prelungit în picioare; în cazul afectării vaselor retinei este contraindicat lucrul cu efort vizual prelungit.

HIPOPARATIROIDIA (E20)

Definiție: *Hipoparatiroidia* este o afecțiune determinată de insuficiența secreției de parathormon care condiționează scăderea calciului plasmatic și se manifestă prin accese de tetanie.

Barem de investigații:

- Scăderea calciemiei și Ca^{++} la mai multe explorări succesive.
- Creșterea fosforemiei.
- Calciurie scăzută.
- PTH seric scăzut sau nedozabil.
- ECG - alungirea segmentului QT.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:	10-20	90-80
- Hipoparatiroidioză ușoară cu hiperexcitabilitate neuromusculară - Senzații de furnicături, răcire a extremităților, contracturi a unor grupuri de mușchi, bronhospasme ușoare - Accesele apar 1-2 ori pe săptămână, cu o durată de câteva minute, cu manifestări sporadice, tratament cu efect		
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:	25-35	65-75

- Stadiul bolii între ușor și mediu, cu manifestări moderate - Accese de 2-3 pe săptămână, cu o durată de până la 30 minute, nu au caracter generalizat		
Deficiențe medii cu unele din următoarele semne: - Stadiu evolutiv cu manifestări pronunțate - Accese aproape în fiecare zi, cu o durată de până la o oră, deseori cu caracter generalizat, tratament specific	40-55	60-45
Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne: - Stadiu evolutiv accentuat al bolii, cu manifestări accentuate - Accese în fiecare zi, cu o durată de 1-2 ore - Conținutul de calciu în sânge scade până la 1,5 mmol/l - Dereglări trofice ale dinților, pielii, prezența dermatitelor	60-75	40-25
Deficiențe severe/absolute cu unele din următoarele semne: - Stadiul evolutiv accentuat al bolii cu manifestări grave - Accese zilnice cu o durată de 3 ore și mai mult (ușor provocate) - Dereglări trofice pronunțate - Calciul în sânge scăzut la 1,5 și mai jos	80-95	20-5

HIPERPARATIRIODISMUL PRIMAR (BOALA RECKLINGHAUSEN, OSTEITA FIBROCHISTICĂ) (E 21)*

*Conform Ghidurilor Clinice Internaționale "Ghid pentru diagnosticul și tratamentul hiperparatiroidismului primar."

<http://www.emedic.ro/Ghiduri-de-practica-medicala/Ghid-pentru-diagnosticul-si-tratamentul-hiperparatiroidismului-primar.htm>

Definiție: *Hiperparatiriodismul primar* este o afecțiune determinată de secreția excesivă și autonomă de PTH de către una sau mai multe glande paratiroide, caracterizată prin hipercalcemie, care conduce la modificări patologice în oase și în rinichi.

Barem de investigații:

Precizarea hiperparatiroidismului:

Dozări hormonale:

- Aprecierea PTH circulant prin metoda imunoreactivă, care este elementul-cheie al diagnosticului. Pentru hiperparatiroidismul primar este sugestivă asocierea unui nivel crescut al PTH cu o calcemie crescută sau normală.

Dozări biochimice:

- Ca în ser – este constant prezentă, mai ales dacă se fac dozări mai multe zile consecutiv.
- P în sânge – hipofosforemie.
- Fosfataza alcalină – valori crescute.
- Ca în urină – hipercalcemie sau normocalcemie.
- P în urină – hiperfosfaturie.
- Diagnosticul de localizare a leziunii.
- Ecografia – permite evidențierea adenoamelor paratiroidiene sau a hiperplaziei sub formă de imagini rotunde, ovalare sau policiclice cu ecostructură hipoecogenă. Nu identifică adenoamele cu localizare intratoracică sau retro-farigo-esofagiană.

- Tomografia computerizată a regiunii cervicale prezintă avantaj față de ecografie în identificarea leziunilor paratiroidiene intratoracice și retro-farigo-esofagiană.
- Scintigrafia cu ^{99}Tc -sestamibi este o metodă laborioasă, care cere o dozare costisitoare, dar care dă rezultate foarte sensibile

Clasificare și barem de investigații:

Forme clinice	Investigații necesare
Asimptomatică	PTH, dozarea Ca, P fosfataza alcalină în sânge, Ca, P în urină
Simptomatică (manifestă)	PTH, dozarea Ca, P fosfataza alcalină în sânge, Ca, P în urină
- Forma osoasă - Osteoporotică - Osteita fibrochistică	<i>Aspecte radiologice a oaselor tubulare și a craniului:</i> - Resorbții subperiostale (falange proximale, porțiunea distală a claviculelor) - Subțierea corticalei și lărgirea canalului medular - Pierderea laminei dure în jurul dinților - Craniul cu aspect fin granulos ca „mâncat de molii”, ulterior „sare și piper” - Pe fundalul osteoporozei apar chisturi unice sau multiple și „tumori brune”, pot se pot localiza în cortexul subperiostal al oaselor lungi, în crestele iliace
- Forma visceropatică - Renală - Gastrointestinală - Neuropsihică	Analiza generală a urinei – densitate urinară redusă USG renală – nefrocalcinoză FEGDS – ulcere gastrointestinale ECG – scurtarea intervalului QT
Forma mixtă	Toate investigațiile de mai sus

Complicații:

- Insuficiența renală – ca urmare a litiazei renale și nefrocalcinozei.
- Complicații digestive – ulcer gastro-intestinal, pancreatită acută sau cronică.
- Deformări osoase – fracturi cu urmări asupra locomoției sau cu compresii la nivelul măduvei sau rădăcinilor nervoase.
- Cașexia paratiroidiană.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Hiperparatiroidia de formă asimptomatică - Hiperparatiroidia care a fost rezolvată chirurgical	20	80
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Hiperparatiroidia primară forma cu manifestări visceropate	40-55	60-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Hiperparatiroidie primară forma cu manifestări osoase - Hiperparatiroidie primară forma mixtă	60-70	40-30

Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: - Hiperparatiroidie primară formă mixtă cu complicații în special osoase	80-95	20-5

Notă: După tratamentul chirurgical, deficiența funcțională și structurală trebuie reevaluată.

HIPERSECREȚIA GLANDEI HIPOFIZARE (PITUITARĂ) (E 22)

ACROMEGALIA ȘI GIGANTISMUL (E22.0)

Definiție: *Acromegalia* este o maladie endocrină ca rezultat al producerii excesive a adenohipofizei de hormon somatotrop (STH), care se manifestă clinic prin mărirea disproporțională a oaselor scheletului, țesuturilor moi și organelor interne.

Gigantismul este o maladie endocrină ca rezultat al producerii excesive a adenohipofizei de hormon somatotrop (STH), care se manifestă clinic prin mărirea proporțională a oaselor scheletului, țesuturilor moi și organelor interne.

Clasificare:

1. După dimensiunile tumorii:

- Microadenom – până la 10 mm.
- Macroadenom – 10-30 mm.
- Adenom hipofizar gigant – peste 30 mm.

2. În funcție de gradul și caracterul extensiei:

- Tumori invazive intraselare (în limitele șei turcice).
- Tumori invazive extraselare:
 - Paraselar cu implicarea sinusului cavernos;
 - Supraselar.
 - Infraselar.
 - Retroselar.

3. Clasificarea morfo-funcțională a somatotropinoamelor:

- Tumori monohormonale (somatotropinom).
- Tumori plurihormonale.
- Producătoare de STH și prolactină (somatoprolactinom).
- Producătoare de STH și alți hormoni adenohipofizari (tumori mixte hipofizare).

4. Clasificarea clinică a acromegaliei:

- Acromegalie activă.
- Acromegalie în remisiune.

Se consideră acromegalie activă în prezența:

- unui nivel majorat al IGF-1;
- unui nivel de STH în cursul testului oral de toleranță la glucoză mai mare de 1 ng/ml.

Manifestări clinice:

- Sindrom neurologic.
- Sindrom optochiasmatic.
- Sindrom somato-visceral.
- Sindromul endocrino-metabolic.

Barem de investigații:

- Nivelul bazal de STH. Se recomandă determinarea repetată în aceeași zi (3 probe la interval de 20 min.) sau determinarea repetată 3 zile consecutiv cu aprecierea valorii medii.

- Determinarea STH în cursul probei de toleranță orală la glucoză. La persoanele sănătoase după administrarea a 75 g de glucoza per os, nivelul plasmatic al STH scade sub 1 ng/ml.

Determinarea Insuline-like growth factor IGF-1, cu referință față de grupele de vârstă și sex.

- În cazul pacienților cu diabet zaharat, în loc de testul oral de toleranță la glucoză se calculează media/24 ore a STH bazal.

- Imagistica - evidențiază adenomul hipofizar. Vizualizarea directă a masei tumorale se face prin rezonanța magnetică nucleară, cu injectare de substanță de contrast.

- Examenul neurooftalmologic cu aprecierea câmpurilor vizuale, oftalmoscopia, acuitatea vizuală.

- Colonoscopia (irigoscopia) – pentru a exclude polipoza benignă de colon, neoplasmul de colon.

- Determinarea hormonilor free T3, freeT4, TSH, cortizolul, ACTH, prolactina, estradiolul, progesteronul, testosteronul, FSH, LH – pentru a exclude o eventuală insuficiență adenohipofizară în cazul macroadenoamelor.

- USG glandei tiroide – permite diagnosticul de gușă difuză sau nodulară.

- Ecocardiografia.

Complicații:

Provocate de excesul de STH și IGF-1	Cardiovasculare: hipertensiune arterială, cardiomiopatie secundară, aritmii, valvulopatii, insuficiență cardiacă Metabolice (diabet zaharat secundar) Respiratorii (apnee de somn) Osteoarticulare Sindrom de tunel carpian Polipoza benignă de colon, neoplasm de colon Litiază urinară
Neurologice, date de expansiunea tumorală	Sindrom de chiasmă optică Sindrom de hipertensiune intracraniană
Hipopituitarism în grade variate, în cazul macroadenoamelor hipofizare	Hipotiroidie secundară Hipocorticism secundar Hipogonadism secundar Diabet insipid

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele din următoarele semne:		
- Acromegalie în remisie - Microadenom hipofizar - Lipsesc semnele sindromului tumoral și endocrinometabolic	5-25	95-75
- Acromegalie în remisiune	30-35	70-65

- Microadenom hipofizar asociat cu: - Semnele neurologice, dar fără sindrom optochiasmatic și lipsesc manifestările endocrinometabolice		
Deficiențe medii cu unele din următoarele semne:		
- Acromegalie activă - Tumori mono- sau plurihormonale, micro- sau macroadenom hipofizar asociat cu: - Sindrom optochiasmatic manifestat prin diminuarea ușoară/moderată a acuității vizuale - Deficiențe în câmpul vizual asimetrice limitate în 1-2 cadrane - Sindromul endocrinometabolic manifestat prin diabet zaharat (grupa deficiențe ușoare) sau insuficiență adenohipofizară izolată cu deficit de TSH sau FSH și LH sau STH	40-45	60-55
- Acromegalie activă - Tumori mono- sau plurihormonale, macroadenom hipofizar asociat cu: - Semnele sindromul tumoral, sindrom optochiasmatic manifestat prin diminuarea moderată a acuității vizuale - Deficiențe în câmpul vizual asimetrice limitate în 1-2 cadrane - Sindromul endocrinometabolic manifestat prin Diabet zaharat (grupa deficiențe medii) sau Insuficiență adenohipofizară parțială cu deficit de TSH, FSH, LH sau diabet insipid	50 - 55	50 -45
Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne:		
- Acromegalie activă - Tumori mono- sau plurihormonale, macroadenom sau adenom hipofizar gigant cu invazie extraselară cu implicarea sinusului cavernos sau cu invazie în sinusul sfenoidal cu Rinolicevree sau - Sindrom optochiasmatic manifestat prin diminuarea accentuată a acuității vizuale - Deficiențe în câmpul vizual de tip hemianopsii heteronime (bitemporale, binazale) - Sindromul endocrinometabolic manifestat prin diabet zaharat (grupa deficiențe accentuate; sau insuficiență adenohipofizară izolată sau parțială cu deficit de ACTH, sau insuficiență adenohipofizară totală și diabet insipid (panhipopituitarism)	60-75	40-35
Deficiențe severe cu unele din următoarele semne:		

- Tumori mono- sau plurihormonale, adenom hipofizar gigant cu sindrom optochiasmatic, manifestat prin diminuarea severă a acuității vizuale - Deficiențe în câmpul vizual severe până la cecitate - Sindromul endocrinometabolic manifestat prin diabet zaharat (grupa deficiențe severe)	80-95	20 - 5

NOTE: Manifestările articulare ale sindromului somatovisceral se vor evalua conform criteriilor de evaluare a maladiilor aparatului locomotor.

Manifestările cardiace ale sindromului somatovisceral se vor evalua conform criteriilor de evaluare a maladiilor cardiovasculare.

Prezența polipozei benigne de colon sau neoplasmului de colon se va evalua conform criteriilor respective ale maladiilor oncologice.

După tratamentul radical (chirurgical sau radioterapie), evaluarea se va efectua în conformitate cu manifestările restante și complicațiile postoperatorii.

Recomandări de muncă:

Deficiențe funcțional-structurale medii:

Este contraindicat lucrul legat de efort fizic și neuro-psihic accentuat, în condiții nefavorabile (secții fierbinți, mine, în industria chimică și de prelucrare a petrolului), deplasări. În cazul apariției dereglărilor vocii și vorbirii – profesii cu efort vocal (artiști, crainici), în cazul măririi extremităților distale ale membrilor superioare – lucrul cu piese mici, legat de precizie înaltă (ceasornicari și gravori).

Deficiențe funcțional-structurale accentuate:

Este contraindicat lucrul cu efort fizic și neuropsihic de gravitate medie, într-un timp prescris cu efort prelungit al atenției. Schimbările patologice ale organelor interne (hepatomegalii sau ale glandelor endocrine (diabet zaharat), a sferei neuropsihice și a organului vizual largesc cercul activităților contraindicate.

Deficiențe funcțional-structurale grave:

Pacienții pot activa numai în condiții special create (cel mai frecvent la domiciliu).

HIPERPROLACTINEMIA (E22.1)

Definiție: *Sindromul hiperprolactinic* reprezintă patologii caracterizate de creșterea evidentă a prolactinei, lactație persistentă și dismenoree din afara perioadei de sarcină și alăptare. *Prolactinomul* reprezintă un adenom hipofizar secretant de prolactină.

Clasificare:

1. După dimensiunile tumorii:

- Microadenom – până la 10 mm.
- Macroadenom – 10 – 30 mm.
- Adenom hipofizar gigant – peste 30 mm.

2. În funcție de gradul și caracterul extensiei:

- Cancer invaziv intraselar (în limitele șei turcice).
- Cancer invaziv extraselar:
 - Paraselar cu implicarea sinusului cavernos;

- Supraselar;
- Infraselar;
- Retroselar.

Manifestări clinice:

- Sindrom neurologic.
- Sindrom optochiasmatic.
- Sindrom endocrino-metabolic.

Barem de investigații:

- Nivelul bazal de prolactină în plasmă este majorat.
- Imagistica – evidențiază adenomul hipofizar. Vizualizarea directă a masei tumorale se face prin rezonanța magnetică nucleară cu injectare de substanță de contrast.
- Examenul neurooftalmologic cu aprecierea câmpurilor vizuale, oftalmoscopia, acuitatea vizuală.
- Determinarea hormonilor free T3, freeT4, TSH, cortizolul, ACTH, estradiolul, progesteronul, testosteronul, FSH, LH, STH, IGF-1 – pentru a exclude o eventuală insuficiență adenohipofizară în cazul macroadenoamelor.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Microadenom hipofizar - Lipsesc semnele neurologice - Sindromul endocrinometabolic este manifestat doar prin galactotree	5-25	95-75
- Microadenom hipofizar asociat cu: - Semnele sindromului neurologic, dar fără sindrom optochiasmatic - Sindromul endocrinometabolic este manifestat doar prin galactotree și hipogonadism	30-35	65-70
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Macroadenom hipofizar asociat cu: - Semnele manifestate prin sindromul optochiasmatic - Diminuarea ușoară a acuității vizuale - Deficiențe în câmpul vizual asimetric limitate în 1-2 cadrane	40-45	60-55
- Macroadenom hipofizar asociat cu: - Sindrom optochiasmatic manifestat prin scăderea moderată acuității vizuale - Deficiențe în câmpul vizual asimetric limitate în 1-2 cadrane; sau cu invazie extraselară în sinusul sfenoidal cu Rinolicevorie	50-55	50-45

- Sindrom endocrinometabolic manifestat prin insuficiență adenohipofizară izolată sau parțială, cu deficit de ACTH sau diabet insipid Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Macroadenom sau adenom hipofizar gigant, cu invazie extrașelară cu implicarea sinusului cavernos, sau sindrom optochiasmatic manifestat prin scăderea accentuată a acuității vizuale - Deficiențe în câmpului vizual de tip hemianopsii heteronime (bitemporale, binazale) - Sindromul endocrinometabolic manifestat prin insuficiență adenohipofizară totală și diabet insipid (panhipopituitarism) Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Macroadenom sau adenom hipofizar gigant cu sindrom optochiasmatic manifestat prin scăderea severă a acuității vizuale - Deficiențe în câmpul vizual severe până la cecitate - Sindromul endocrinometabolic manifestat prin diabet zaharat (grupa deficiențe severe)	60-75	40-35
	80-95	20-5

NOTĂ: După tratamentul radical (chirurgical sau radioterapie), evaluarea se va efectua în conformitate cu manifestările restante și complicațiile postoperatorii.

INSUFICIENȚA ADENOHIPOFIZARĂ A COPILULUI

Definiție: *Insuficiența adenohipofizară* reprezintă un sindrom clinic care apare în urma scăderii producției hormonilor adenohipofizari prin leziune primară adenohipofizară sau prin lipsa de stimulare cu hormoni hipotalamici și care se manifestă clinic prin deficitul funcției glandelor endocrine periferice.

HIPOPITUITARISM (E23.0)

Panhipopituitarismul include insuficiența adenohipofizară totală și diabetul insipid.

Clasificare:

1. După principiul etiologic, hipopituitarismul poate fi:

- Primar – afectarea hipofizei.
- Secundar – ca urmare a patologiei hipotalamusului.

2. După principiul clinic, hipopituitarismul poate fi:

- Izolat – insuficiența unui singur hormon trop hipofizar (mai frecvent deficit de FSH, LH și STH).
- Parțial – insuficiența a doi sau mai mulți hormoni tropi hipofizari.
- Total – insuficiența tuturor hormonilor tropi hipofizari.

Barem de investigații:

- Explorările hormonale – determinarea hormonilor free T3, freeT4, TSH, cortizolul, ACTH, prolactina, estradiolul, progesteronul, testosteronul, FSH, LH, STH, IGF-1.
- Testele funcționale.
- Imagistica - vizualizarea regiunii hipotalamo-hipofizare se face prin rezonanța magnetică nucleară, eventual cu injectare de substanță de contrast.
- Examenul neurooftalmologic cu aprecierea câmpurilor vizuale, oftalmoscopia, acuitatea vizuală.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: Insuficiența adenohipofizară nu poate fi considerată deficiență ușoară	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Insuficiență adenohipofizară izolată cu deficit de TSH sau FSH și LH sau STH - Insuficiență adenohipofizară parțială cu deficit de TSH, FSH, LH	50-55	50 -45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Insuficiență adenohipofizară izolată sau parțială cu deficit de ACTH sau - Insuficiență adenohipofizară totală	60-75	40-35

NOTĂ: Maladia dată se va evalua și în funcție de factorul etiologic, în conformitate cu criteriile din capitolele respective.

NANISMUL (E23.0)

Definiție: *Nanismul hipofizar* reprezintă o insuficiență dezvoltare somato-staturală din cauza deficitului de hormon somatotrop apărută în copilărie.

Clasificare după principiul clinic:

- Pur – insuficiența doar a hormonului somatotrop.
- Bitrop – asocierea insuficienței hormonului somatotrop cu insuficiența doar a unui alt hormon trop hipofizari.
- Pluritrop – asocierea insuficienței hormonului somatotrop cu insuficiența a doi sau mai mulți hormoni tropi hipofizari.

Barem de investigații:

- Nivelul bazal de STH – evidențiază valori reduse, însă doar evaluarea secreției de STH pe 24 ore (profil de STH) este utilă.
- Determinarea Insulin-like growth factor IGF-1.
- Explorările hormonale – determinarea hormonilor free T3, freeT4, TSH, cortizolul, ACTH, prolactina, estradiolul, progesteronul, testosteronul, FSH, LH.
- Testele funcționale de stimulare cu agenți farmacologici (testul la glicină, la arginină, la insulină, la clonidină).
- Imagistica: vizualizarea regiunii hipotalamo-hipofizare se face prin rezonanța magnetică nucleară, eventual cu injectare de substanță de contrast.
- Radiografia de mână – pentru aprecierea vârstei osoase.
- Examenul neurooftalmologic cu aprecierea câmpurilor vizuale, oftalmoscopia, acuitatea vizuală.
- Explorări de laborator: densitatea urinară (testul Zimnițki); osmolaritatea; osmolaritatea plasmatică; vasopresină; testele dinamice – pentru a exclude diabetul insipid.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Diabetul insipid poate fi considerat doar deficiență medie	40-55	60-45

NOTĂ: Maladia dată se va evalua și în funcție de factorul etiologic, în conformitate cu criteriile din capitolele respective.

DIABETUL INSIPID (E 23.2)

Definiția: *Diabetul insipid* este un sindrom poliuro-polidipsic determinat de deficitul în sinteza, transportul și/sau eliberarea hormonului antidiuretic (vasopresin, ADH) sau de lipsa de răspuns a tubilor renali la acțiunea hormonului ADH.

Este o afecțiune caracterizată prin incapacitatea rinichilor de a reabsorbi apa și a concentra urina, care are la bază un defect de secreție sau de acțiune a vasopresinei și care se manifestă prin polidipsie marcată și excreția unui volum mare de urină hipotonă.

Clasificare:

1. După criteriul etiologic:

- Diabet insipid neurogen.
- Diabet insipid nefrogen.

2. În funcție de severitate:

- Formă ușoară – se elimină 6-8 l/24 ore fără tratament.
- Formă medie – se elimină 8-14 l/24 ore fără tratament.
- Formă severă – se elimină peste 14 l/24 ore fără tratament.

Barem de investigații:

- Explorări de laborator: densitatea urinară sub 1005 (testul Zimnițki); osmolaritatea urinară sub 200 mOsm/kg; osmolaritatea plasmatică crescută peste 290 mOsm/kg sau normală; hipernatriemie; determinarea vasopresinei.

- Teste dinamice: testul restricției hidrice, testul la ADH.
- Imagistica: vizualizarea regiunii hipotalamo-hipofizare se face prin rezonanța magnetică nucleară, eventual cu injectare de substanță de contrast sau tomografie computerizată pentru evidențierea cauzei formei neurogene.
- Examenul neurooftalmologic, cu aprecierea câmpurilor vizuale, oftalmoscopia, acuitatea vizuală.
- În forma nefrogenă – examinări orientate spre concretizarea cauzei etiologice.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:		
Diabetul insipid poate fi considerat doar deficiență medie.	40-55	60-45

NOTĂ: Maladia dată va evolua și în de factorul etiologic în conformitate cu criteriile capitolelor respective.

SINDROMUL DE ȘA VIDĂ – EMPTY SELLA (E23.6)

Definiție: *Sindromul de șa vidă (Empty sella)* constituie o entitate caracterizată prin hernierea arahnoidii la nivelul spațiului șelar, conducând la compresia țesutului hipofizar.

Clasificare etiologică:

- Primară.
- Secundară.

Barem de investigații:

- Imagistica - evidențiază glanda pituitară comprimată, împinsă către peretele inferior al șei și devierea tijei pituitare. Vizualizarea se face prin rezonanța magnetică nucleară.
- Examenul neurooftalmologic cu aprecierea câmpurilor vizuale, oftalmoscopia, acuitatea vizuală.
- Determinarea hormonilor free T3, freeT4, TSH, cortizolul, ACTH, prolactina, estradiolul, progesteronul, testosteronul, FSH, LH, STH, IGF-1 – pentru a exclude o eventuală insuficiență adenohipofizară. Determinarea vasopresinei.
- Explorările de laborator: densitatea urinară (testul Zimnițki); osmolaritatea; osmolaritatea plasmatică.
- Testele funcționale.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:	5-30	70-95
- Manifestări clinice neurologice (cefalee permanentă)		
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:	50-55	50-45

- Sindrom optochiasmatic - Diminuarea moderată a acuității vizuale - Deficiențe în câmpul vizual asimetrice limitate în 1-2 cadrane Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Sindrom optochiasmatic - diminuarea accentuată a acuității vizuale - Deficiențe în câmpul vizual de tip hemianopsii heteronime (bitemporale, binazale) Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Sindrom optochiasmatic - Diminuarea severă a acuității vizuale - Deficiențe severe în câmpul vizual până la cecitate	60-75	40-35
	80-95	20 - 5

NOTĂ: Maladia dată se va evolua și în conformitate cu criteriile capitolelor respective în caz de:

- prezență a manifestărilor clinice endocrine;
- hiperprolactinemie;
- insuficiență adenohipofizară;
- hipersecreție adenohipofizară (acromegalie, boala Cushing);
- diabet insipid;
- asociere cu tumori hipofizare clinic nefuncționale;
- forma etiologică secundară.

BOALA CUSHING (E 24)

Definiție: *Hipercorticismul* este expresia clinică a excesului de glucocorticoizi, indiferent de cauză (hiperproducție endogenă sau aport din exterior).

Boala Cushing – hiperpercorticism de geneză centrală, hipotalamo-hipofizară (cel mai frecvent adenom hipofizar), ce se datorează unei secreții excesive de ACTH și, ca urmare, se dezvoltă o hiperstimulare morfofuncțională a suprarenalelor.

Manifestări clinice:

- Obezitate facio-cervico-tronculară.
- Leziuni cutanate – vergeturi roșii violacee, fragilitate vasculară (echimoze și peteșii la traumatism minim).
- Manifestări cardiovasculare – hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă.
- Manifestări musculare – amiotrofie.
- Manifestări digestive – gastrite erozive, ulcer steroid.
- Diabet zaharat secundar steroid.
- Disfuncții gonadale – sindrom de virilizare la femei, sindrom de de masculinizare la bărbat.
- Osteoporoză.
- Manifestări renale – litiază renală.

- Manifestări neurologice și psihiatrice.

Clasificare:

1. Din punct de vedere etiopatogenic:

- Hiperkorticism (Sindrom Cushing) ACTH dependent:
 - Corticotropinomă hipofizară (Boala Cushing);
 - Tumori ectopice producătoare de ACTH (cancer bronșic, cancer pancreatic);
 - Administrare exogenă de ACTH.
- Hiperkorticism (Sindrom Cushing) ACTH independent:
 - Administrarea din exterior a glucocorticoizilor (sindrom Cushing iatrogen);
 - Adenom, adenocarcinom a suprarenalelor;
 - Hiperplazia bilaterală nodulară a suprarenalelor.

2. După gradul de severitate:

- Ușoară – Prezența a cel puțin 4 sindroame caracteristice hiperkorticismului.
- Medie – Prezența a aproape toate sindroamele caracteristice hiperkorticismului, dar lipsesc complicațiile.
- Gravă – prezența complicațiilor (insuficiență cardiovasculară decompensată, osteoporoză, fracturi prin compresiune ale corpurilor vertebrale, necroză aseptică de col femural, fracturi costale, psihoză steroidă, miopatie).

Barem de investigații:

- *Confirmarea hipersecreției de cortizol (hiperkorticismului):*
 - Cortizolul plasmatic la orele 8 – 9 și la orele 23-24 – valori crescute.
 - Cortizolul liber urinar – depășește de 4 ori valoarea normală.
 - Cortizolul salivar nocturn (prelevat la miezul nopții).
 - Dozarea ACTH bazal,
 - Teste funcționale: testul de frenaj scurt și testul de mare inhibiție,
- *Stabilirea etiologiei – localizarea leziunii,*
 - Tomografia computerizată a suprarenalelor,
 - RMN a șei turcești,
- *Alte investigații:*
 - Explorări de laborator: Natriu, Kalium, Calciu (seric și urinar), Clor, Fosfor, glicemia.
 - ECOCG.
 - Radiografia coloanei vertebrale toracică și lombară.
 - Osteodensitometria.
 - FGDS.
 - Ultrasonografia organelor abdominale, sistemului renal, organelor bazinului mic.

În boala Cushing:

- Determinarea hormonilor free T3, freeT4, TSH, prolactina, estradiolul, progesteronul, testosteronul, FSH, LH, STH, IGF-1 – pentru a exclude o eventuală insuficiență adenohipofizară.
- Examenul neurooftalmologic cu aprecierea câmpurilor vizuale, oftalmoscopia, acuitatea vizuală.
- Densitatea urinară (testul Zimnițki), osmolaritatea urinară; osmolaritatea plasmatică – pentru a exclude diabetul insipid.

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

	(%)	
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:		
- Hiperkorticism de formă ușoară	40-55	60-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:		
- Hiperkorticism de formă medie	60-75	40-25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:		
- Hiperkorticism forma gravă	80-85	20 – 15

NOTĂ: După tratamentul chirurgical deficiențele funcțional-structurale vor fi reevaluate în conformitate cu manifestările restante și complicațiile postoperatorii.

TULBURĂRILE ADRENOGENITALE (E 25)

Definiția: *Sindroamele adrenogenitale* prezintă patologii determinate de modificări genetice, autozomal-recesive în steroidogeneza corticosuprarenală cu afectarea sexualizării.

Barem de investigații:

Diagnosticul de laborator:

- La nou-născuții cu organe genitale ambigue se determină cromatina sexuală și cariotipul.
- 17-KS urinari, hormonii și metaboliții lor din „amonte” deficitului enzimatic crescuți pot preciza forma etiopatogenică și clinică a bolii (de ex. 11 -DOC pentru deficitul de lip-hidroxilază).
- Scade nivelul hormonilor și a metaboliților din „aval”.
- Ionograma cu dozările de Na, K seric certifică modificările steroidogenezei pe linia mineralocorticoizilor.
- Uneori se înregistrează hipoglicemie.
- Proba de inhibiție cu dexametazon scade excreția de 17- KS cu peste 50% comparativ cu valoarea inițial ridicată, minimalizând și tabloul clinic.
- Metodele imagistice confirmă hiperplazia suprarenalelor, cancer suprarenal dobândită, hipoplazia aparatului genital, închiderea precoce a cartilajelor de creștere.
- Diagnosticul prenatal include determinarea HLA - BW47 - în forma cu pierdere de sare CYP 21B.

Investigarea în masă a nou-născuților include determinarea 17-OH hidroxiprogesteron într-o picătură de sânge din talpa copilului.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:	40-55	60-45
- Forma <i>simplă</i> a bolii cu hiperandrogenie ce provoacă crize de insuficiență acută suprarenală		

- Tulburări cardiovasculare și ale SNC echilibrate prin tratament - Nanism (se vor utiliza criteriile de la <i>Nanism hipofizar</i>)		
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Forma cu <i>sindrom de „pierdere de sare”</i> caracterizată prin vomă, diaree, poliurie, deshidratare, dereglări ale microcirculației periferice, scăderea tensiunii arteriale, tahicardie - Paraclinic deficit de 21-hidroxilază, 11-hidroxilază	60-75	40-25

HIPERALDOSTERONISMUL PRIMAR (SINDROMUL CONN) (E 26)

Definiție: *Hiperaldosteronismul primar* (sindromul Conn) reprezintă un sindrom clinic, determinat de hipersecreția de aldosteron în procesele tumorale și hiperplastice ale cortexului suprarenal.

Clasificare etiologică:

- Adenom corticosuprarenalian secretant de aldosteron (aldosterom).
- Hiperaldosteronism idiopatic.
- Hiperplazie corticosuprarenaliană unilaterală.
- Hiperaldosteronism glucocorticoid remitabil.
- Sindromul producerii ectopice de aldosteron

Barem de investigații:

Dozările hormonale:

- Determinarea aldosteronului plasmatic (ALD), a cărui valoare este în funcție de poziția bolnavului (clino- sau ortostatism) și de aportul de sare. În cazul dozărilor hormonale, este necesar, pentru o perioadă de 10 zile, de exclus următoarele medicamente: inhibitorii enzimei de conversie, blocatorii receptorilor angiotensinici, spironolactona, preparatele de potasiu. Aprecierea concentrației plasmatice de aldosteron nu reflectă întotdeauna un indice adecvat al secreției de aldosteron de către suprarenală.

- Aprecierea activității reninei plasmatice (ARP) – care de obicei are valori reduse.
- Determinarea raportului între aldosteron și activitatea reninei plasmatice.
- Aldosteronul (apreciat în ng/ml sau în cazul pmol/l este necesar de înmulțit cu coeficientul 27,6) raportat la activitatea reninei plasmatice (ng/mlxoră) – 50 confirmă hiperaldosteronismul primar.
- În cazul rezultatului 25-50, sînt necesare de efectuat testele funcționale și de încărcare (proba cu încărcare cu lichide, proba cu furosemid, proba cu IEC).

Investigațiile biochimice:

- În special sunt investigați indicii metabolismului hidro-salin, însă modificările acestora nu sunt obligatorii. Dozările făcute 3 zile consecutiv la un regim alimentar normosodat, fără administrarea diureticelor pot pune în evidență:

- hipokaliemie, hiperkaliurie;
- hipernatriemie moderată, rareori natriemie normală;
- alcaloză metabolică, hipomagnezie, hipercloremie;
- izostenurie, proteinurie, alcaloză urinei.

Testele funcționale au drept scop efectuarea diagnosticului diferențial a diferitor forme de hiperaldosteronism primar:

- Testul ortostatic.
- Testul de încărcare cu Na.
- Testul cu Captopril.

Investigațiile imagistice recomandate pentru determinarea topografică a procesului patologic, folosind:

- CT a suprarenalelor cu contrastare.
- IRM abdominal.

Complicații:

- Dereglări neuromusculare.
- Dereglări cardiovasculare – hipertrofia ventricolului stâng, afectarea funcției diastolice.
- Afectarea renală cu apariția modificărilor distrofice – reacție alcalină a urinei, densitate joasă.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Hiperaldosteronismul primar după tratament chirurgical fără sindromul de hipertensiune arterială	40-55	60-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Hiperaldosteronism primar cu sindromul de hipertensiune, poliuro-polidipsic și neuromuscular exprimat, pînă la intervenția chirurgicală NOTĂ: După intervenția chirurgicală, ar fi oportun ca pacienții să fie supuși unei reevaluări.	60-65	40-35
- Hiperaldosteronism primar în forme neoperabile - Hiperaldosteronism primar după tratament chirurgical cu complicații - Complicații cardiovasculare (hipertrofia miocardului cu afectarea funcției diastolice) - Complicații renale („rinichiul hipokaliemic”)	70-75	30-25

INSUFICIENȚĂ CORTICO-SUPRARENALĂ PRIMARĂ (BOALA ADDISON) (E 27.1)

Definiție: *Insuficiența corticosuprarenală cronică* reprezintă un sindrom realizat de deficitul secretor cronic al hormonilor glucocorticoizi, mineralocorticoizi și androgeni, datorat distrugerii parenchimului glandei suprarenale.

Barem de investigații:

Confirmarea insuficienței corticosuprarenale:

Deficitul de glucocorticoizi:

- Cortizol seric scăzut în proba de dimineață.
- Cortizol liber urinar redus.
- Scăderea nivelului de 17-OHCS (metaboliți urinari ai glucocorticoizilor).

Deficitul de androgeni:

- Dozarea urinară a 17-KS (metaboliții urinari a androgenilor). Deoarece sub formă de 17-KS se elimină nu numai androgenii suprarenali, dar și cei gonadici, precum și o mică parte dintre glucocorticoizi, dozarea fracționată a 17-KS oferă informații suplimentare prin evidențierea a unui DHEA scăzut.

Deficitul de mineralocorticoizi:

- Aldosteronul redus în plasmă, lipsa răspunsului secretor la trecerea în ortostatism.
- În mod indirect, deficitul de mineralocorticoizi poate fi confirmat prin evidențierea tulburărilor electrolitice:

- Hiponatriemie.
- Hiperkaliemie.
- Hipocloremie.

Alte elemente paraclinice:

- ACTH crescut.
- Glicemia poate fi scăzută.
- Hemograma poate indica: anemie normocromă, neutropenie, eozinofilie moderată și limfocitoză relativă.
- Radioscopia toracică poate evidenția „cord în picătură”.
- ECG – complexe QRS microvoltate, unda T bifazică.

Stabilirea etiologiei bolii:**Pentru etiologia tuberculoasă:**

- Reacția la tuberculină – hiperergică.
- RG toracică – sechele de TBC pulmonar sau focare active.
- RG abdominală – calcificări punctiforme multiple.
- CT abdominal – suprarenală mărită în volum, inomogenități datorate zonelor de necroză, cazeoasă, zonelor de scleroză și calcificărilor.

Pentru etiologia autoimună:

- Evidențierea anticorpilor antisuprarenalieni.
- CT abdominal – atrofia suprarenalelor.

Formele clinice:

Forma ușoară – necesită tratament doar cu dietă.

Forma cu gravitate medie – necesită tratament de substituție doar cu glucocorticoizi.

Forma gravă – necesită tratament cu glucocorticoizi și mineralocorticoizi.

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

	(%)	
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:	40-55	60-45
- Insuficiența corticosuprarenală primară de formă ușoară		
Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne:	60-75	40-25
- Insuficiență corticosuprarenală primară de formă medie și gravă		

FEOCROMOCITOMUL (E 27.6)

Definiție: *Feocromocitomul* este o tumoare derivată din celulele cromafine ale medulosuprarenalei, secretante de amine biogene și peptide, inclusiv catecolamine.

Clasificare:

1. După formele de evoluție clinică:

- Forma asimptomatică.
- Forma manifestă.
- Paroxistică – evoluție în crize a TA.
- Persistentă – valori crescute ale TA permanent.
- Mixtă.
- Forma atipică.

2. După gravitate:

- Forma ușoară – forma asimptomatică sau cu crize rare.
- Gravitate medie – crize frecvente, lipsa complicațiilor.
- Forma gravă – prezența complicațiilor cardiovasculare, SNC, renale, precum și a diabetului zaharat ce se poate dezvolta.

Complicațiile posibile:

- Cardiovasculare – dereglări de ritm, insuficiență cardiacă, șoc catecolaminic.
- Cerebrale – dereglări ale circulației cerebrale, encefalopatie hipertensivă.
- Renale – insuficiență renală.

Barem de investigații:

Demonstrarea hipersecreției de catecolamine:

- Dozarea plasmatică a catecolaminelor este puțin folosită în scop diagnostic, din cauza capacității discriminatorii reduse.
- Dozarea catecolaminelor urinare – este mai sensibilă și mai specifică, fiindcă reflectă secreția în decursul a 24 ore. Valori crescute ale catecolaminelor urinare, peste dublul limitei superioare a normalului, sunt sugestive pentru diagnosticul de feocromocitom.
- Dozarea metanefrinelor urinare – este considerat testul cel mai discriminativ pentru evidențierea unei hipersecreții de catecolamine.
- Dozarea cromograninei A (CgA) – este un indice al tumorii maligne

Pentru a evita rezultatele eronate pozitive, se recomandă investigarea în condiții de lipsă a factorilor ce pot provoca creșteri discrete a catecolaminelor, cu excluderea consumului de cafea, vanilie, banane, brânzeturi fermentate.

Identificarea localizării tumorii:

- Ecografia – cu șanse de a evidenția tumora

- Examinarea CT, RMN abdominal în caz de suspiciune a feocromocitomului.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele din următoarele semne: - Feocromocitom forma asimptomatică		
Deficiențe medii cu unele din următoarele semne: - Feocromocitom ușoară și medie	40-55	60-45
Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne: - Feocromocitom forma gravă	60-75	40-25

NOTĂ: După tratamentul chirurgical deficiențele funcțional-structurale vor fi reevaluate.

OBEZITATEA ENDOCRINĂ ȘI GENETICĂ

Definiție: *Obezitatea* reprezintă depășirea greutateii ideale a corpului pe contul creșterii cu peste 10% a țesutului adipos.

Clasificare:

1. După indicele masei corporale (OMS, 1997):

- IMC 18,5-24,9 kg/m² – norma.
- IMC 25-29,9 kg/m² – suprapondere.
- IMC 30-34,9 kg/m² – obezitate gr. 1.
- IMC 35-39,9 kg/m² – obezitate gr. 2.
- IMC > 40 kg/m² – obezitate gr. 3.

2. După criteriul etiopatogenic:

- Alimentar-constituțională.
- Genetică.
- Endocrină (tiroidiană, suprarenală, hipotalamo-hipofizară, gonadică).

Barem de investigații:

- Explorări de laborator: glicemia, colesterolul, trigliceridele, HDL-colesterol, LDL-colesterol, trigliceridele.
- Determinarea hormonilor serici: TSH, freeT4, prolactina, LH, FSH, insulina.
- Imagistica - vizualizarea regiunii hipotalamo-hipofizare se face prin rezonanța magnetică nucleară, eventual cu injectare de substanță de contrast pentru evidențierea cauzei centrale.
- Polisomnografia.
- Examenul neurooftalmologic cu aprecierea câmpurilor vizuale, oftalmoscopia, acuitatea vizuală (dacă este cazul).
- Ecocardiografia.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale	Capacitatea de muncă de bază

	(%)	(%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:	40-55	60-45
Obezitatea extremă (IMC > 40) cu hipoventilație alveolară (E66.2)		

NOTĂ: Maladia dată se va evalua și în conformitate cu criteriile din capitolele respective în caz de patologii concomitente (diabet zaharat, hipertensiune arterială etc.), în conformitate cu defectul genetic sau patologia endocrină.

TUMORI HIPOFIZARE CLINIC NEFUNCȚIONALE (D35.2)

Definiție: *Tumorile hipofizare clinic nefuncționale* reprezintă un proces expansiv la nivelul șei turcești sau a spațiului suprașelar (spațiul hipotalamo-hipofizar) cu punct de plecare din țesutul hipofizar sau relicve ale acestuia (punga Rathke) ce decurge clinic fără semne endocrino-metabolice de hipersecreție hormonală.

Clasificare:

1. După dimensiunile tumorii:

- Microadenom – până la 10 mm.
- Macroadenom – 10-30 mm.
- Adenom hipofizar gigant – peste 30 mm.

2. În funcție de gradul și caracterul extensiei:

- Tumori invazive intraselar (în limitele șei turcești).
- Tumori invazive extraselar:
 - Paraselar cu implicarea sinusului cavernos;
 - Supraselar;
 - Infraselar;
 - Retroselar.

Manifestări clinice:

- Sindrom neurologic.
- Sindrom optochiasmatic.
- Sindromul endocrino-metabolic.

Barem de investigații:

- Imagistica – evidențiază adenomul hipofizar. Vizualizarea directă a masei tumorale se face prin rezonanța magnetică nucleară cu injectare de substanță de contrast.
- Examenul neurooftalmologic cu aprecierea câmpurilor vizuale, oftalmoscopia, acuitatea vizuală.
- Determinarea hormonilor free T3, freeT4, TSH, cortizolul, ACTH, prolactina, estradiolul, progesteronul, testosteronul, FSH, LH, STH, IGF-1 – pentru a exclude o eventuală insuficiență adenohipofizară.
- Explorările de laborator: densitatea urinară (testul Zimnițki); osmolaritatea; osmolaritatea plasmatică – pentru a exclude diabetul insipid.
- Testele funcționale.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Microadenom hipofizar asociat cu: - Manifestări neurologice - Sindrom optochiasmatic absent - Lipsesc manifestările sindromului endocrinometabolic	5-20	80-95
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Micro sau macroadenom hipofizar cu: - Sindrom optochiasmatic manifestat prin diminuarea ușoară/ moderată a acuității vizuale - Deficiențe în câmpul vizual asimetrice limitate în 1-2 cadrane - Sindrom endocrinometabolic absent	40-50	75-50
- Macroadenom hipofizar cu: - sindrom optochiasmatic cu diminuarea moderată a acuității vizuale - Deficiențe în câmpul vizual asimetrice limitate în 1-2 cadrane - Sindromul endocrinometabolic manifestat prin insuficiență adenohipofizară izolată, cu deficit de TSH sau parțială cu deficit de TSH, FSH, LH sau prin diabet insipid	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Macroandonom hipofizar sau adenom hipofizar gigant cu: - Invazie extraselară cu implicarea sinusului cavernos sau cu invazie în sinusul sfenoidal cu Rinolicvorie sau - Sindrom optochiasmatic cu diminuarea accentuată a acuității vizuale - Deficiențe în câmpul vizual de tip hemianopsii heteronime (bitemporale, binazale) - Sindromul endocrinometabolic manifestat prin: - Insuficiență adenohipofizară izolată sau parțială cu deficit de ACTH sau prin - Insuficiență adenohipofizară totală și diabet insipid (panhipopituitarism)	60-75	40-35
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Macroandonom hipofizar sau adenom hipofizar gigant cu: - Sindrom optochiasmatic, manifestat prin diminuarea severă a acuității vizuale - Deficiențe în câmpul vizual severe până la cecitate	80-95	20-5

NOTĂ: După tratamentul radical (chirurgical sau radioterapie), evaluarea se va efectua în conformitate cu manifestările restante și complicațiile postoperatorii.

TULBURĂRI MENTALE ȘI DE COMPORTAMENT

Pentru a reprezenta complexitatea criteriilor de diagnostic funcțional și evaluare a dizabilității și capacității de muncă în tulburări mentale și de comportament se va ține cont de următoarele particularități ce au un impact important la evaluarea acestora:

1. În evaluarea funcțiilor mentale se vor utiliza ICD-10 (Classification of Mental and Behavioural Disorders) pentru codificarea tulburărilor psihiatrice și pentru evaluarea clinică și funcțională GAFS (Global Assessment of Functioning Scale/EGF, 2013) aceasta este utilizată în scopul creșterii obiectivității funcționale.
2. În cazul comorbidităților psihiatrice și somatice va fi acordată o atenție specială efectelor adverse induse de medicația psihotropă obligatorie pentru menținerea remisiunii: manifestări extrapiramidale, sindromul cardiometabolic, nivel de prolactină crescut.
3. Evaluarea corectă a remisiunilor, remisiunile parțiale, incomplete sau cu simptome reziduale antrenând dizabilități psihiatrice ce pot afecta într-o manieră evidentă capacitatea funcțională în vederea exercitării unei profesii.
4. La fel se va lua în considerație situații de includere în evoluția bolii a unor evenimente psihotraumatice majore sau a unor comportamente antisociale.

Scala de Evaluare Globală a Funcționării (GAFS 2013)

- funcționare la nivel înalt într-o sferă largă de activități; - deține controlul asupra propriei vieți; - calitățile sale sunt apreciate de ceilalți; - nu prezintă nici un simptom de boală mentală/psihică.	Cod 100-91
- simptome absente/minime (ex., anxietate ușoară înaintea unui examen); - buna funcționare în toate domeniile vieții sociale; - interes și implicare într-o gamă largă de activități; - eficiență socială, satisfăcut în general de viață; - are doar probleme/preocupări cotidiene (ex. o ceartă ocazională cu membrii familiei).	90-81
- dacă se evidențiază unele dificultăți psihologice, sunt doar reacții expectabile și tranzitorii la stresori psihosociali (ex. dificultăți de concentrare după o ceartă în familie); - ușoară deteriorare în funcționarea socială, profesională sau socială (ex. dificultăți temporare în activitatea școlară).	80-71
- simptome ușoare (ex. dispoziție depresivă și insomnie ușoară); - unele dificultăți în funcționarea socială, profesională sau școlară (ex. chiul ocazional sau furturi din casă), însă , în general, funcționarea este bună; - câteva relații personale semnificative.	70-61
- simptome moderate (ex. efect plat, limbaj circumstanțial, atacuri de panică ocazionale); - dificultăți moderate în funcționarea socială, profesională sau școlară (ex. puțini prieteni, comportament conflictual cu egalii sau cu colaboratorii).	60-51
- simptome severe (ex. ideeație suicidală, ritualuri obsesionale severe, furturi din magazine); - deteriorare severă în funcționarea socială, profesională sau școlară (ex. nici un prieten, incapacitatea de a-și păstra serviciul).	50-41

- o oarecare deteriorare în capacitatea de testare a realității sau în comunicare (ex. uneori limbajul este illogic, neinteligibil, irelevant); - deteriorare majoră în mai multe domenii: școală, familie, profesie, gândire sau afectivitate (ex. depresivul evită prietenii, își neglijează familia, incapacitatea de a-și menține serviciul, agresivitate comportamentală).	40-31
- comportament influențat în mod considerabil de idei delirante sau de halucinații; - deteriorare severă în comunicare sau judecată (ex. uneori este incoerent, acțiunile sale sunt inadecvate, preocupări suicidare); - incapacitatea de a funcționa în majoritatea domeniilor: social, ocupațional sau familial (ex. stă în pat toată ziua, nu desfășoară nici o activitate lucrativă, nu are prieteni).	30-21
- există un oarecare pericol de auto sau heteroagresivitate (ex. tentative de suicid demonstrative, fără urmarirea clara a morții); - frecvent violență, excitație maniacală; - ocazional, incapabil să mențină un minimum de igienă personală (ex., miroase a fecale); - deteriorare flagrantă în comunicare (ex. incoerență sau mutism).	20-11
- pericol persistent de vătămare severă sau a altora (ex. violență recurentă); - incapacitatea menținerii unei igiene personale minime; - act suicid sever cu dorință clară de a muri.	10-1

Corelația între scala GAFS și deficiența funcțională

Scorul GAFS	Deficiența funcțională
100-81 80-61	Fără deficiență psihică Deficiență psihică ușoară
60-41	Deficiență psihică medie
40-21	Deficiență psihică accentuată
20-1	Deficiență psihică severă

F00-F09 Tulburări mentale organice

F00 Demența în boala Alzheimer

F01.0-F01.9 Demența vasculară

F02.0-F02.4 Demența în alte boli, clasificate în altă parte

F03 Demența nespecificată*

*Conform ghidurilor înregistrate în Rețeaua Internațională a Ghidurilor (GIN – Guideline International Network)

<http://www.scie.org.uk/publications/misc/dementia/dementia-guideline.pdf>

Demența este un sindrom datorat unei boli a creierului, de obicei de natură cronică sau progresivă, în care există o deteriorare a multiplelor funcții corticale superioare, incluzând memoria, gândirea, orientarea, înțelegerea, calculul, capacitatea de a învăța, limbajul și judecata.

În prezent sunt cunoscute următoarele cauze de demență:

1) primară - ca în leziuni, boli sau traumatisme ce afectează direct sau cu predilecție creierul;

2) secundară - demență care se dezvoltă în urma bolii sau tulburările sistemice ce afectează atât creierul, cât și alte organe și sisteme ale organismului.

Sindromul amnestic organic neindus de alcool sau alte substanțe psihoactive (F04)

Psihoza nealcoolică este un sindrom constând dintr-o alterare gravă a memoriei recente și de lungă durată. Dezvoltarea unei deteriorări a memoriei, manifestată prin perturbarea capacității de a învăța informații noi, sau incapacitatea de a evoca evenimente petrecute anterior.

Perturbarea memoriei determină o scădere semnificativă în funcționarea socială și profesională și reprezintă un declin semnificativ de la nivelul anterior de funcționare.

Barem de investigații (diagnostic funcțional):

- datele de anamneză;
- examenul clinic general;
- examenul neurologic;
- examenul psihiatric;
- examenul psihologic este obligatoriu, prin aplicarea de teste și scale de evaluare (cum este "Mini Mental State Examination" - MMSE, "testul ceasului");
- analizele de laborator (în anumite cazuri pot fi efectuate serologii pentru boli infecțioase (SIDA, sifilis);
- probe toxicologice (medicamente, alcool, droguri);
- explorarea imagistică (CT, RMN cerebral) are scopul de a confirma diagnosticul clinic de demență (în demența Alzheimer atrofia lobului temporal și a hipocampului) sau de a exclude alte afecțiuni (tumoare cerebrală). De aceea este necesară efectuarea unui CT nativ (fără substanță de contrast).

Deficiențe funcțional - structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe medii din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice din următoarele (faza de debut)</i> : - pierdere gradată a memoriei și afazie, labilitate emoțională; diminuarea atenției și concentrației, funcției cognitive superioare (abstracția, analiza, sinteza, generalizarea, comparația); - comportament emoțional alterat; - Scor MMSE = 25-28	40-45	60-55
Deficiențe medii (subaccentuate) din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice din următoarele</i> : - afectarea memoriei prin scădere progresivă cu deficit mnezic la fixarea și evocarea evenimentelor curente; - afectarea gândirii (gândire circumstanțială cu tendința spre detaliere excesivă și inutilă, diminuarea tempoului ideativ); - funcției globale de orientare (dereglări moderat manifestate de orientare temporo-spațială);	50-55	50-45

- deficiențe moderată a controlului emoțional și comportamentului; - Scor MMSE = 20-24 Deficiențe accentuate din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice din următoarele (faza de stare)</i>: - deficiențe cognitive: tulburări de memorie: dificultatea de a-și reaminti informații anterior învățate și imposibilitatea de a acumula informații noi (primele care se pierd sunt evenimentele recente, în timp ce amintirile vechi pot fi conservate); - tulburări de vorbire: bolnavul nu își mai găsește cuvintele, chiar pentru noțiuni simple; - tulburări ale funcțiilor de organizare a activităților zilnice, incapacitatea de a lua decizii; - probleme legate de gândirea abstractă, tulburări de calcul; - dezorientare moderată temporo-spațială, pierderea inițiativelor; - perturbări accentuate de somn (insomnie sau somnolență); - posibilitățile de participare la activitatea social-profesională complet pierdută cu apariția unor limitări parțiale din partea activității vieții zilnice. - Scor MMSE = 15-19	60-65	40-35
Deficiențe accentuate din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice din următoarele (faza de stare)</i>: - afazie, apraxie, agnozie accentuată; - dezorientare temporo-spațială; - dereglări de comportament: modificarea personalității, vagabondajul, deteriorarea raționamentului și judecății, comportament social necorespunzător; - pierdere accentuată de a efectua capacități zilnice normale (sunt prezente situații când este necesar ajutor și supraveghere parțială de o altă persoană); - Scor MMSE = 11-14	70-75	30-25
Deficiențe grave din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice din următoarele</i>: - dezorientare temporo-spațială și în propria persoană, idei delirante și comportament paradoxal, confabulații, inversarea ciclului somn-veghe, dezinhibiție sau apatie; - pierdere practic totală de a efectua capacități zilnice normale cu dependență de alte persoane; - Scor MMSE = 3-10	80	20
Deficiențe grave din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice din următoarele (faza terminală)</i>: - dezorientare temporo-spațială și în propria persoană, idei delirante și comportament paradoxal, gândirea tip „salată de cuvinte”, confabulații, dezinhibiție psihomotorie și apatie sau agitație;	85	15

- pierdere practic totală de a efectua capacități zilnice normale cu dependență parțială de altă persoană; - Scor MMSE = 3-10 Deficiențe absolute din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice din următoarele (faza terminală)</i>: - pierdere totală de a efectua capacități zilnice normale cu necesitatea de supravegere și îngrijire de o altă persoană permanent; - Scor MMSE = 3-10	90-100	10-0

Notă:

1. În aprecierea diagnosticului funcțional se va ține seama de prezența manifestărilor noncognitive (delirium, idei delirante, halucinații, depresie, tulburări de comportament).
2. În scopul creșterii obiectivității diagnosticului funcțional, se recomandă aprecierea diagnosticului funcțional în conformitate cu criteriile clinice și funcționale axate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi Partea Generală.

**Delirium, neindus de alcool
sau alte substanțe psihoactive (F05)**

Este un sindrom nespecific din punct de vedere etiologic, caracterizat prin tulburări ale atenției, memoriei, percepției, gândirii, comportamentului psihomotor, emoției și ritmului veghe-somn.

Elementul esențial îl constituie obnubilarea conștiinței și o modificare în cunoaștere, debutul este relativ rapid și evoluția fluctuantă, tulburările fiind determinate de condiția medicală generală sau induse de o substanță sau cauzate de o etiologie multiplă.

Starea de delirium poate fi suprapusă unei demențe sau poate evolua către aceasta.

Barem de investigații (diagnostic funcțional):

- datele de anamneză;
- examenul clinic general;
- examenul psihiatric;
- examenul neurologic;
- analize biochimice;
- investigații imagistice (radiografii, CT, RMN cerebral), EEG.

Deficiențele funcțional-structurale se determină reeșind din gradul de manifestare a tulburărilor de conștiență, atenției. Modificarea cogniției sau apariția unei tulburări de percepție.

Notă: În scopul creșterii obiectivității diagnosticului funcțional, se recomandă aprecierea diagnosticului funcțional în conformitate cu criteriile clinice și funcționale axate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi Partea Generală.

**Alte tulburări mentale datorate unei leziuni sau
disfuncții cerebrale, sau unei boli somatice (F06.0 - F06.9)**

Această categorie include stări diverse, legate cauzal de o disfuncție cerebrală datorată unei boli cerebrale primare, unei boli ce afectează secundar creierul, unei tulburări endocrine (ca de exemplu s-l Cushing), sau altor afecțiuni somatice sau unor substanțe toxice exogene.

Barem de investigații (diagnostic funcțional):

- datele de anamneză;
- examenul clinic general;
- examenul psihiatric;
- aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice;
- examenul neurologic;
- analize biochimice;
- investigații imagistice (radiografii, CT, RMN cerebral) după caz, EEG.

Tulburarea delirantă organică (F06.2)

Deficiențele funcțional-structurale se determină reeșind din gradul de manifestare a următoarelor simptome:

- 1) ideile delirante persistente sau recurente sunt elementul central al tabloului clinic;
- 2) pierderea capacităților intelectuale sau halucinații;
- 3) prezența factorilor organici este obligatorie.

Tulburări organice ale dispoziției (afective) (F06.3)

Elementul esențial este o tulburare de dispoziție asemănătoare unui episod maniacal sau depresiv major, determinată de un factor organic specific.

Deficiențele funcțional-structurale se determină reeșind din gradul de manifestare a următoarelor simptome:

- 1) tulburarea dispoziției cu cel puțin două din simptomele asociate menționate la episodul maniacal sau depresiv;
- 2) pierderea capacităților intelectuale sau halucinații;
- 3) prezența factorilor organici este obligatorie.

Diagnosticul funcțional, al incapacității și al capacității de muncă este identic cu cel indicat la capitolul *Tulburări de afectivitate*

Tulburarea organică anxioasă (F06.4)

Elementul esențial este o tulburare de tip anxietate generalizată, tulburări de panică sau ale combinării ambelor, dar care apare ca o consecință a unei tulburări organice capabilă de a produce disfuncție cerebrală.

Deficiențele funcțional-structurale se determină reeșind din gradul de manifestare a următoarelor simptome:

- 1) prezența anxietății generalizate;
- 2) frecvența atacurilor de panică;
- 3) prezența factorilor organici este obligatorie;

4) frecvente decompensări cu interferență importantă a activității profesionale și a relațiilor sociale, izolare.

Tulburarea organică disociativă (F06.5)

Elementul comun a tulburărilor disociative este o pierdere parțială sau completă a unei integrări normale între amintirile trecutului conștientizarea identității și a zenzațiilor imediate și controlul mișcărilor corporale.

Deficiențele funcțional-structurale se determină reeșind din gradul de manifestare a următoarelor simptome:

- 1) prezența factorilor organici este obligatorie;
- 2) tulburări cognitive;
- 3) tulburări de intensitate psihotică, cu scăderea posibilităților compensatorii ale pacientului.

Deficiențe funcțional - structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe medii din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> din următoarele: - prezența etiologiei organice; evidența la medicul psihiatrul de sector nu mai puțin de un an; - funcții intelectuale (deficiențe cognitive ușoare); - funcții perceptive (idei delirante persistente sau recurente); - funcții emoționale (tulburarea dispoziției cu cel puțin 1-2 din simptomele menționate la epizodul maniacal sau depresiv; anxietate generalizată; atacuri de panică, disconfort cenestezic);	40-45	60-55
Deficiențe medii din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> din următoarele: - prezența etiologiei organice; (tratament în instituția specializată; remisiune incompletă cu persistența simptomelor); - funcții intelectuale (deficiențe cognitive moderate); - funcții perceptive (idei delirante persistente sau recurente); - funcții emoționale (tulburarea dispoziției cu cel puțin 2 din simptomele menționate la epizodul maniacal sau depresiv; anxietate generalizată; atacuri de panică frecvente, disconfort cenestezic);	50-55	50-45
Deficiențe accentuate din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> din următoarele: - prezența etiologiei organice: (tratament în instituția specializată; remisiune incompletă cu persistența	60-65	40-35

simptomelor și scăderea posibilităților compensatorii ale bolnavului); - funcții intelectuale (deficiențe cognitive moderate); - funcții perceptivă (halucinații complexe, organizate, cu durată mare și frecvente); - funcții emoționale (tulburarea dispoziției cu cel puțin 2 din simptomele menționate la epizodul maniacal sau depresiv; anxietate generalizată cu epizode paroxistice; atacuri de panică frecvente; disforie); - tulburări de intensitate psihotică, cu scăderea posibilităților compensatorii ale pacientului; - funcțiile somnului (insomnie); Deficiențe accentuate din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> din următoarele: - prezența etiologiei organice și coexistența cu tulburări somatoforme importante: (tratament în instituția specializată; remisiune incompletă cu persistența simptomelor și scăderea posibilităților compensatorii ale bolnavului); - funcții intelectuale (deficiențe cognitive accentuate); - funcții perceptivă (halucinații complexe, organizate, cu durată mare și frecvente); - funcții emoționale (tulburarea dispoziției cu cel puțin 2 din simptomele menționate la epizodul maniacal sau depresiv; anxietate generalizată cu epizode paroxistice; atacuri de panică; depresie, disforie); - funcții psihomotorii (deteriorarea conținutului pulsional și a simțului critic, comportament exploziv, deficit de autocontrol); - funcțiile somnului (insomnie); Deficiențe grave din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> din următoarele: - prezența etiologiei organice și coexistența cu tulburări somatoforme importante (tratament în instituția specializată de susținere cu remisiune incompletă și de scurtă durată, cu persistența simptomelor și epueizarea posibilităților compensatorii ale bolnavului); - funcții intelectuale (deficiențe cognitive accentuate sau grave); - funcții perceptivă (halucinații complexe, organizate, cu durată mare și frecvente, ritualuri, perplexitate); - funcții emoționale (vorbă dezlanțată sau incoerentă, tulburarea dispoziției cu cel puțin 2 din simptomele menționate la epizodul maniacal sau depresiv; anxietate generalizată cu epizode paroxistice; disforie); - funcții psihomotorii (inhibiție psihomotorie sau neliniște, lipsa simțului critic, comportament exploziv, deficit grav de autocontrol); - funcțiile somnului (insomnie);	70-75	30-25
	80-100	20-0

- pacientul necesită ajutor și supraveghere parțială sau permanentă din partea altei persoane.		

Notă: În scopul creșterii obiectivității diagnosticului funcțional, se recomandă aprecierea diagnosticului funcțional în conformitate cu criteriile clinice și funcționale axate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi Partea Generală.

Tulburări de personalitate și comportament datorate bolii, leziunii și disfuncției cerebrale (F07.0 -F07.9)

Alterarea personalității și comportamentului poate fi reziduală sau concomitentă cu o boală, leziune sau disfuncție cerebrală. Se caracterizează printr-o alterare semnificativă a modelelor obișnuite ale comportamentului premorbid. În mod special sunt afectate expresia emoțională, trebuințele, impulsurile, funcțiile cognitive.

Deficiențele funcțional-structurale se determină reeșind din gradul de manifestare a următoarelor simptome:

- 1) prezența factorilor organici este obligatorie;
- 2) deteriorare intelectuală, idei delirante, tulburări ale dispoziției sau halucinații;
- 3) deteriorarea conținutului pulsional și a simțului critic;
- 4) sindrom apatic;
- 5) labilitate emoțională.

Barem de investigații (diagnostic funcțional):

- datele de anamneză;
- examenul clinic general;
- examenul psihiatric, aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice;
- examenul neurologic;
- analize biochimice;
- investigații imagistice (radiografii, CT, RMN cerebral) după caz, EEG.

Deficiențe funcțional- structurale	Deficiențele funcționale și structurale %	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> din următoarele : - funcții emoționale (iritabilitate); - funcții intelectuale (inclusiv toate funcțiile cognitive cu deficiență minimă); - funcții psihosociale globale (pot exista unele dificultăți de adaptabilitate socio-profesională sau dificultăți în condiții noi de activitate profesională).	5-35	95-65
Deficiențe moderate din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> din următoarele: - funcții emoționale (comportament emoțional aracterizat prin labilitate emoțională marcată);	40-45	60-55

- funcții intelectuale (inclusiv toate funcțiile cognitive cu deficiență ușoară -confirmate prin test psihologic clinic); - funcții psihosociale globale (pot exista unele dificultăți de adaptabilitate/dificultăți în condiții noi de activitate profesională); Deficiențe moderate din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> din următoarele: - funcții emoționale (comportament emoțional caracterizat prin bună dispoziție superficială și nejustificată (euforie)care rapid trece în disforie; - funcții intelectuale (inclusiv toate funcțiile cognitive cu deficiență ușoară/moderată - confirmate prin test psihologic clinic); - funcții psihosociale globale (dificultăți certe de adaptabilitate socio-profesională, comportament inacceptabil);	50-55	50-45
Deficiențe accentuate din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> din următoarele: - funcții emoționale (comportament emoțional caracterizat prin euforie nejustificată care rapid trece în iritabilitate/ explozii de mânie nemotivată și agresiune); - sindromul apatic- fiind trăsătură predominantă (după caz); - funcții intelectuale (inclusiv toate funcțiile cognitive cu deficiență moderată - confirmate prin test psihologic clinic); - tulburări de percepție (ideație paranoidă și/sau excesivă preocupare pentru o unică temă de obicei abstractă; halucinații) - funcții psihosociale globale (dificultăți accentuate de adaptabilitate socială și profesională);	60-65	40-35
Deficiențe accentuate din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> trei din următoarele: - funcții emoționale (comportament emoțional caracterizat prin euforie nejustificată care rapid trece în iritabilitate/ stări disforice; defect psihopatiform); - sindromul apatic- fiind trăsătură predominantă (după caz); - funcții intelectuale (inclusiv toate funcțiile cognitive cu deficiență accentuată - confirmate prin test psihologic clinic); - tulburări cognitive (idei delirante, halucinații); - funcții psihosociale globale (dificultăți accentuate de adaptabilitate socială și profesională, deficit marcat de autocontrol); - dezinhibarea expresiei necesităților și impulsurilor fără a lua în considerare consecințele sau convențiile	70-75	30-25

sociale (pacientul se poate angaja în acte disociale, ca: furtul, avansuri sociale nepotrivite, bulimie, sau manifestări desconsiderare pentru igiena personală).		

Notă: În scopul creșterii obiectivității diagnosticului funcțional, se recomandă aprecierea diagnosticului funcțional în conformitate cu criteriile clinice și funcționale axate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi Partea Generală.

Schizofrenia (F20.0-F20.9)

Tulburările de tip schizofren sunt caracterizate, în general, prin distorsiuni fundamentale și caracteristice ale gândirii și percepției și ale afectelor care sunt neadecvate sau tocite.

Câmpul de conștiință clar și capacitatea intelectuală sunt de obicei menținute, deși unele deficiențe cognitive se pot instala în decursul timpului.

Tulburarea implică funcțiile de bază, care dau unei persoane sentimentul unicității, identității și autonomiei sale.

Clasificarea Schizofreniei (forme clinice): Schizofrenia paranoidă, Schizofrenia hebefrenă, Schizofrenia catatonă, Schizofrenia nediferențiată, Depresie postschizofrenă, Schizofrenia reziduală, Schizofrenia simplă, altă Schizofrenie, Schizofrenia nespecificată;

Clasificarea evoluției longitudinale:

1. Continuă;
2. Episodică, cu deficit progresiv;
3. Episodică, cu deficit stabil;
4. Episodică, remitentă;
5. Remisiune incompletă;
6. Remisiune completă;
7. Altă evoluție.

Deficiențele funcțional-structurale se determină reeșind din gradul de manifestare a următoarelor simptome:

- 1) dereglări de percepție (idei delirante; halucinații);
- 2) vorbire dezorganizată;
- 3) comportament catatonc/dezorganizat;
- 4) simptome negative.

Barem de investigații (diagnostic funcțional) examenul clinic și psihiatric complet, investigații paraclinice, examen clinic psihologic, investigații sociale;

Deficiențe funcțional - structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> din următoarele: - episod unic în remisiune completă;	5-35	95-65

- sistemele de suport efective (corijarea simptomelor acute și restabilirea nivelului de adaptare socioprofesională). Notă: reabilitarea prin ergoterapie în cazul deficiențelor ușoare se efectuează în condiții asemănătoare atât în întreprinderi curative și de producție cât și în secții specializate în producție obișnuită. Se evită profesiile cu risc. (după caz).	40-45	60-55
Deficiențe moderate din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> din următoarele: - epizod unic în remisiune incompletă; - episodică cu/fără simptome reziduale interepisodice; - funcții psihosociale globale afectate moderat;	50-55	50-45
Deficiențe moderate (preaccentuate) din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> din următoarele: - schizofrenie reziduală asociind tulburări induse de tratament (diabet zaharat, dislipidemie, parkinsonism), afecțiuni somatice, comportament adictiv; - funcții psihosociale globale afectate moderat (sentiment de izolare lăuntrică și izolare de la veața socială parțial);	60-75	40-25
Notă: inițierea stării de defect psihopatiform / paranoid/apato-abullic - creează impedimente accentuate în adaptarea socio-profesională. Deficiențe accentuate din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> din următoarele: - schizofrenie episodică cu deficit stabil/progresiv; - schizofrenie continuă; - funcții psihosociale globale afectate accentuat; - tulburări induse de tratament specific (sindrom neuroleptic, diabet zaharat, dislipidemie, parkinsonism);	80-100	20-0
Deficiențe grave din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> din următoarele: - schizofrenie cu evoluție progredientă cu degradare severă a personalității și a comportamentului, potențial antisocial; - schizofrenie grefată; - bolnavul necesită supraveghere permanentă din partea altei persoane; - funcții psihosociale globale (pierderea instinctului social);		

Notă: În scopul creșterii obiectivității diagnosticului funcțional, se recomandă aprecierea diagnosticului funcțional în conformitate cu criteriile clinice și funcționale axate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi Partea Generală.

Tulburări afective ale dispoziției (F30-F39)

În aceste tulburări, perturbarea fundamentală este o schimbare fundamentală în dispoziție sau afect, de obicei spre depresie (cu sau fără anxietate asociată) sau spre elafie. Majoritatea acestor tulburări tind să fie recurente și debutul episoadelor anterioare este corelat cu evenimente sau situații stresante.

Relația între etiologie, simptome, răspunsul la tratament și prognosticul tulburărilor afective nu sunt încă suficient înțelese pentru a permite clasificarea lor într-un mod care, probabil, să întrunească aprobarea unanimă.

Barem de investigații (diagnostic funcțional):

- datele de anamneză;
- examenul clinic general;
- examenul psihiatric, aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice;
- examenul neurologic,
- analize biochimice;
- investigații imagistice (radiografii, CT, RMN cerebral) după caz, EEG, investigații sociale.

Episod maniacal (F30 –F30.9)

Elementul esențial este specific prin trei grade de severitate, importante pentru evaluarea deficiențelor funcționale.

Gradul de manifestare a simptomelor clinice	Simptome clinice
ușoară	3 sau 4 simptome maniacale
moderată	creștere extremă a activității sau deteriorarea gândirii
severă fără elemente psihotice	necesită supravegherea permanentă, potențial autolitic
severă cu elemente psihotice	idei delirante sau halucinații congruente/incongruente cu dispoziția, potențial autolitic și antisocial
remisiune parțială	sunt încă prezente, dar criteriile complete nu mai sunt satisfăcute sau nu mai există niciun simptom semnificativ de episod maniacal, dar perioada de remisiune durează mai puțin de 6 luni
remisiune completă	necesită o perioadă de cel puțin 6 luni în care să nu existe simptome semnificative de manie

Deficiențele funcțional-structurale se determină reeșind din gradul de manifestare a următoarelor simptome:

- 1) prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic;
- 2) Deteriorare marcată în activitatea profesională sau socială uzuală.

Tulburarea afectivă bipolară (F31 – F31.9)

Această tulburare este caracterizată prin episoade repetate (cel puțin 2) în care nivelele de dispoziție și activitate ale subiectului sunt semnificativ perturbate.

Această perturbare constă în unele episoade de elevare a dispoziției, energie și activitate crescută (manie sau hipomanie) și în altele de scădere a dispoziției precum și o scădere a energiei și activității (depresie).

Deficiențele funcțional-structurale se determină reeșind din următoarele criterii:

- 1) prezența unui singur episod maniacal sau mixt și a niciunui episod depresiv în trecut;
- 2) episodul nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă, tulburarea schizofreniformă și tulburarea delirantă.

Episod depresiv (F32 – F32.9)

Elementul esențial important pentru evaluarea deficiențelor funcționale este gradul de manifestare a simptomelor clinice: ușor; moderat; severă fără elemente psihotice; severă cu elemente psihotice; remisiune parțială, remisiune completă.

Deficiențele funcțional-structurale se determină reeșind din următoarele criterii:

- 1) dispoziție depresivă cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic;
- 2) diminuarea marcată a interesului sau plăcerii pentru toate, sau aproape toate, activitățile, cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic;
- 3) pierdere sau câștig ponderal semnificativ, cu scăderea sau creșterea apetitului;
- 4) somn perturbat;
- 5) agitație sau lentoare psihomotorie, aproape zilnic (observată de alții);
- 6) fatigabilitate sau pierderea energiei;
- 7) viziune tristă și pesimistă asupra viitorului;
- 8) diminuarea capacității de a gândi, de a se concentra, ori indecizie;
- 9) idei recurente de moarte, ideea suidară recurentă fără un plan anume, sau o tentativă de suicid.

Tulburare depresivă recurentă (F33 – F33.9)

Tulburarea este caracterizată prin episoade repetate de depresie așa cum sa specificat la episodul depresiv (ușor, moderat, sever), fără nici o istorie de episoade independente de elevație a dispoziției sau hiperactivitate care să întrunească criteriile pentru manie.

Deficiențele funcțional-structurale se determină reeșind din următoarele criterii:

- 1) prezența a două sau mai multe episoade majore,
- 2) episod depresiv major – nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă și nu este suprapus peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă;
- 3) nu a existat niciodată un episod maniacal mixt sau hipomaniacal.

Tulburări persistente ale dispoziției (afective) (F34 – F34.9)

Aceste tulburări ale dispoziției sunt persistente și, de obicei, fluctuante, episoadele individuale sunt rare, sau niciodată suficient de severe pentru a justifica etichetarea lor ca hipomaniacale sau chiar episoade depresive ușoare.

Deoarece ele durează ani în șir, și uneori cae mai mare parte a vieții adulte a subiectului, ele implică o suferință subiectivă considerabilă, și icapacitate în unele cazuri.

Deficiențele funcțional-structurale se determină reeșind din următoarele criterii:

- 1) prezența pentru cel puțin 2 ani a numeroase episoade hipomaniacale și numeroase perioade de dispoziție depresivă ori a pierderii interesului sau plăcerii (dar nu satisfac criteriile pentru episodul depresiv major);
- 2) în tabloul clinic nu există episod depresiv major sau episod maniacal în primii 2 ani ai tulburării;
- 3) lipsa factorului organic în anamneză;
- 4) nu este suprapusă peste o tulburare psihotică (schizofrenie, tulburare delirantă).

Deficiențe funcțional - structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> din următoarele: - intensitatea tulburărilor afective ușoară, cu remisiune completă; - intensitatea tulburărilor afective ușoară, cu remisiune parțială dar cu capacitatea de muncă păstrată (nu duce la deteriorarea funcționalității profesionale); Notă: Se va ține seamă de numărul episoadelor, frecvența lor și de intervalele interaccesuale, cu patern sezonier și cu ciclare rapidă, de complexitatea terapiei și complianța acestuia în perioada interaccesuală;	5-35	95-65
Deficiențe moderate din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice din</i> următoarele: - intensitatea tulburărilor afective moderată, cu remisiune parțială; - deteriorarea funcționalității profesionale parțiale (după caz); Notă: Se va ține seamă de numărul episoadelor, frecvența lor și de intervalele interaccesuale, cu pattern sezonier și cu ciclare rapidă, de complexitatea terapiei și complianța acestuia în perioada interaccesuală;	40-55	60-45
Deficiențe accentuate din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice din</i> următoarele: - intensitatea tulburărilor afective severă fără elemente psihotice, simptome care interferează puternic activitatea profesională , cu remisiune parțială; - intensitatea tulburărilor afective severă cu elemente psihotice (idei delirante sau halucinații congruente/incongruente cu dispoziția); - potențial autolitic și antisocial;	60-75	40-35

Notă: În scopul creșterii obiectivității diagnosticului funcțional, se recomandă aprecierea diagnosticului funcțional în conformitate cu criteriile clinice și funcționale axate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi Partea Generală.

Tulburări nevrotice corelate cu stresul și tulburări somatoforme (F40-F48)

Deficiențele funcțional-structurale se determină reeșind din următoarele criterii:

- 1) unul sau mai multe atacuri de panică (perioade de frică sau disconfort intens) neașteptate (fără cauze aparente);
- 2) 4 atacuri de panică survenite în 4 săptămâni; unul sau mai multe atacuri care au fost urmate de o perioadă de cel puțin 1 lună de teamă persistentă de a nu avea alt atac;
- 3) agorafobie (frica de a se afla în locuri sau situații în care scăparea poate fi dificilă sau în care ajutorul nu poate fi accesibil în eventualitatea unui atac de panică);
- 4) obsesii sau **compulsii** (acestea cauzează o suferință marcată, sunt consumatoare de timp și interferează semnificativ cu activitatea de rutină, cu cea profesională sau socială uzuală);
- 5) anxietate și preocupare irațională sau excesivă referitoare la două sau mai multe circumstanțe de viață.

Barem de investigații (diagnostic funcțional):

- datele de anamneză;
- examenul clinic general;
- examenul psihiatric, aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice;
- examenul neurologic;
- analize biochimice;
- investigații imagistice (radiografii, CT, RMN cerebral) după caz, EEG, investigații sociale.

Deficiențe funcțional- structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> din următoarele: - intensitatea tulburărilor ușoară, cu remisiune completă; - atacurile de panică apar pentru o perioadă limitată de timp; - activitatea profesională se poate desfășura la un nivel ușor scăzut față de nivelul anterior; Notă: Se va lua în considerație frecvența atacurilor de panică, stărilor obsesiv-compulsive și complianța acestora cu activitatea profesională (după caz);	5-35	95-65
Deficiențe moderate din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> următoarele:	40-55	60-45

- intensitatea tulburărilor afective moderată, cu remisiune parțială și perioade de exacerbare (cel puțin 3-4 atacuri de panică în ultima lună); - activitatea profesională este scăzută (prin scăderea marcată a capacității de concentrare și finalizare secundar asaltului manifestărilor obsesivo-compulsive; din cauza tulburărilor de panică cu agorafobie are nevoie de însoțitor); - Notă: Se va lua în considerație frecvența atacurilor de panică, stărilor obsesiv-compulsive și complianța acestora cu activitatea profesională (după caz); Deficiențe accentuate din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> următoarele: - intensitatea tulburărilor afective accentuată cu remisiune parțială; și perioade de exacerbare (cel puțin 6-8 atacuri de panică în ultima lună); - activitatea profesională este foarte dificilă (pacientul este practic supus compulsiunilor și ritualurilor; din cauza tulburărilor de panică cu agorafobie practic nu iese din casă fiind stăpânit de manifestările de boală);	60-75	40-35

Notă: În scopul creșterii obiectivității diagnosticului funcțional, se recomandă aprecierea diagnosticului funcțional în conformitate cu criteriile clinice și funcționale axate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi Partea Generală.

Retardare mentală (F70-F79)

Retardarea mentală reprezintă oprirea dezvoltării mentale sau o dezvoltare mentală incompletă care se caracterizează în special prin afectarea facultăților care contribuie la nivelul global de înțelegere, adică a capacităților cognitive, de vorbire, motorii și sociale.

La evaluarea pacienților cu retard mental la fel se va ține cont de stările de deficiențe asociate și sau „defect psihic”: dereglări de vorbire, comportament, sindrom convulsiv, patologie somatică sau neurologică asociată, boli endocrine de nutriție și metabolism, aberații cromosomiale etc. În plus, indivizii retardați mental au un risc crescut pentru exploatare și abuz fizic/sexual.

Clasificare:

F70 Retardare mentală ușoară (oligofrenia ușoară, debilitate mentală) – QI 50-69

F71 Retardare mentală moderată (oligofrenia moderată, imbecilitate) – QI 35-49

F72 Retardare mentală severă (oligofrenia severă) – QI 20-34

F73 Retardare mentală profundă (oligofrenia profundă, idioția) – QI sub 20

Clasificarea „defectului psihic” în retard mental [Мелихов Д.Е., 1961]: tip de bază; psihopatiform (variantele explozivă și asteno-apatică) și tip complicat.

Barem de investigații (diagnostic funcțional):

- datele de anamneză;
- examenul clinic general;
- examenul psihiatric, aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice;

- examenul neurologic;
- analize biochimice;
- investigații imagistice (radiografii, CT, RMN cerebral) după caz, EEG, investigații sociale.

Deficiențe funcțional - structurale	Deficiențele funcționale și structurale %	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> din următoarele: - retardare mentală ușoară (nivel superior QI al retardării mentale ușoare) cu deficiențe de comportament minime);	5-35	95-65
Deficiențe medii din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> cu unele din următoarele: - retardare mentală ușoară cu deficiențe importante de comportament; - retardare mentală ușoară cu situații clinic asociate (sindrom convulsiv, deficiențe de vorbire, deficit motor etc.) - retardare mentală moderată cu deficiențe de comportament ușoare și adaptare socio-prefesională bună;	40-55	60-45
Deficiențe accentuate din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> cu unele din următoarele: - retardare mentală moderată; - retardare mentală severă (în cazul când aceasta nu este însoțită de situații clinic asociate și subiectul nu necesită îndrumare, ajutor și supraveghere de o altă persoană);	60-75	40-35
Deficiențe grave din partea funcțiilor <i>mentale globale și specifice</i> din următoarele: - retardare mentală severă (în cazul când aceasta este însoțită de situații clinic asociate și subiectul necesită îndrumare, ajutor și supraveghere de o altă persoană); - retardare mentală profundă;	80-100	20-0

AFEȚIUNI NEUROLOGICE

TRAUMATISMELE CRANIENE

Definiție: *Traumatismul cranian* este o agresiune pe care o suferă craniul și conținutul său ca urmare a acțiunii agenților vulneranți.

Clasificarea TCC conform Glasgow Coma Scale:

Deschiderea ochilor: - Spontan = 4 - La comanda verbală = 3 - Durere = 2 - Nu deschide = 1	Răspuns verbal: - Orientat = 5 - Confuz = 4 - Cuvinte nepotrivite = 3 - Sunete incompreensibile = 2 - Nu răspunde = 1	Răspuns motor: - La comandă = 6 - Localizează stimulului dureros = 5 - Flexie necoordonată = 4 - Decorticare = 3 - Decerebrare = 2 - Răspuns activ = 1

Interpretarea scorului Glasgow:

GCS = 8 => comă gr.I.

GCS = 7-6 => comă gr.II.

GCS = 5-4 => comă gr.III.

GCS = 3 => comă gr.IV.

Traumatismul cranio-cerebral **minor** corespunde unei leziuni cerebrale ușoare, cu scor GCS = 13-15.

Traumatismele cranio-cerebrale **moderate (medii)** corespund unui scor GCS = 12-9 la internare sau în primele 6 ore după aceasta, sau, în anumite cazuri, evoluții cu atingerea acestui parametru în primele 48 ore.

Traumatismele cranio-cerebrale **severe (grave)**, în care sunt incluși pacienții cu GCS sub 8, respectiv în stare de comă. Pacienții comatoși se distribuie astfel: GCS = 8, comă gr. I; GCS = 7-6, comă gr. II; GCS = 5-4, comă gr. III; GCS = 3, comă gr. IV.

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Datele de anamneză.
- Examenul clinic general.
- Examenul neurologic.
- Examenul psihiatric.
- Examenul testării psihologice.
- Examene CT sau RMN.
- EEG.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - TCC minore cu simptomatologie minimă (cefalee, lipotimie, greață; vomă; dificultăți de concentrare, ușoară închețare a vederii; amnezie pentru o scurtă perioadă de timp în jurul impactului	5-35	95-65

Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - TCC de severitate medie cu următoarea simptomatologie: cefalee persistentă, scăderea capacității de concentrare, lentoare în gândire, uneori dezinteres sau sindrom apato-abulic - Tulburări de vedere (tip deficite: hemianopsie, ambliopie) - Tulburări de auz (hipoacuzie) - Tulburări de miros (anosmie) - Deficiențe posturale - Deficit motor de tip insuficiență piramidală sau fruste mono/ sau hemipareze - Defect osos cranian - Sindrom convulsiv	40-55	60-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - TCC severe cu următoarea simptomatologie: tulburări psihice de tip sindrom postcomoțional; pierderi de memorie cu performanțe slabe retrograde și anterograde; irascibilitate, dezinteres; tulburări de atenție și concentrare, cefalee persistentă - Tulburări de mers și manipulație în asociere cu deficite motorii de tip hemipareză - Defect osos cranian - Fistule posttraumatice LCR - Tulburări de vorbire tip afazie mixtă - Afectarea nervilor cranieni - Sindrom psihoorganic moderat manifestat - Crize comițiale și sindroame diskinetice - Dificultăți în activitatea profesională	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - TCC severe cu următoarea simptomatologie: cefalee persistentă tip „în casă”, tulburări psihice accentuate; pierderi de memorie cu performanțe slabe retrograde și anterograde; irascibilitate, tulburări accentuate de concentrare, apatie - Situații clinice de evacuarea hematomului cerebral; fistule cronice LCR - Tulburări de mers și manipulație în asociere cu deficite motorii de tip hemipareză accentuată - Tulburări de vorbire tip afazie mixtă - Afectarea nervilor cranieni (pareze) - Defect osos cranian - Sindrom psihoorganic manifestat	70-75	30-25

- Crize comițiale cu tratament și / sindroame diskinetice - Dificultăți accentuate în activitatea profesională		
Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: - TCC grave, ce duc la sechele definitive (lipsă mare de substanță osoasă craniană post operatorie; volete mari) - Deficit motor de tip hemipareză profundă/sau hemiplegie / sau tetrapareze accentuate - Tulburări severe de comportament - Crize convulsive frecvente cu tratament - Disforii, stări crepusculare intercritice - Tulburări de vorbire - Tulburări sfincteriene permanente - Demență posttraumatică severă	80-100	20-0

TRAUMATISMELE ȘI ALTE AFECȚIUNI ALE MĂDUVEI SPINĂRII

Definiție: Majoritatea leziunilor măduvei sunt rezultatul leziunilor provocate de fractură, dislocație sau ambele, la nivelul coloanei vertebrale, precum și de leziunile vasculare intramedulare secundare impactului traumatic. Multe leziuni ale măduvei spinării sunt determinate de fenomenele secundare din minutele și orele de după producerea traumatismului.

Alte afecțiuni ale măduvei spinării:

Bolile măduvei spinării sunt frecvent dizabilitante, producând deficiență neurologică permanentă și severă. Leziunile pot produce tetraplegie, paraplegie, monopleгии și deficite senzoriale, tulburări sfincteriene etc.

Clasificarea (etiologic):

- Mielopatiile neoplazice necompresive, inflamatorii, infecțioase, toxice, degenerative ale coloanei vertebrale, mielopatiile din afecțiunile metabolice, carentiale.
- Infarctele măduvei spinării.
- Hematomielia.
- Malformațiile vasculare ale măduvei spinării.
- Stenoza canalului lombar.
- Siringomielia.
- Tabesul dorsal.

LEZIUNEA MIELITICĂ (G-95.1; G-95.2; G-95.8)

Definiție: *Leziunea mielitică* reprezintă tulburările funcționale ale măduvei spinale secundar diverselor etiologii (ischemie sau hemoragie medulară, traumatisme vertebro-medulare, postinflamatorie, degenerative, toxice etc.).

Cel mai frecvent se întâlnesc leziunea medulară de etiologie ischemică – 96% și numai 4% – de etiologie hemoragică.

Barem de investigații:

- Datele de anamneză.
- Examenul clinic general.
- Examenul neurologic.
- Testele de laborator incluzând RMN, scanarea prin tomografia computerizată (CT), mielografia, analiza LCR, examen electroneurofiziologic (electroneurografie și electromiografie) și răspunsurile evocate somato-senzitive.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Prezența leziunii mielitice confirmat prin extras (bilet de ieșire din spital) ori/și concluzie consultativă specializată cu tratament de reabilitare pe parcurs de 3-4 luni) - Sechele ușoare cu deficit motor minim: tulburări minime de manipulație, locomoție (monopareză, parapareză ușoară) - Dereglări ușoare de sensibilitate (parestezii, hipoestezii mono- hemi- para-) - Genul de activitate profesională cu grad de periculozitate (șofer, montor, electrician, muncă fizică grea, deplasări posturale prelungite etc.)	5-35	95-56
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Prezența leziunii mielitice confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital) - Dereglări de manipulare moderate (deficit motor la un membru superior, atrofii și fasciculații, dipareză brahială) - Dereglări locomotorii moderate (deficit motor la un membru inferior, parapareză spastică inferioară ușoară) - Dereglări de sensibilitate sublezională cu ataxie senzitivă moderată (de tip siringomielitic, sindrom Brown – Sequard, anestezie profundă sublezional) - Deficiențe în prestarea profesiei	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Prezența leziunii mielitice confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată - Dereglări de manipulare moderate (deficit motor la un membru superior, atrofii și fasciculații, dipareză brahială ușoară sau moderată) - Dereglări locomotorii moderate (monopareză inferioară flască, parapareză spastică inferioară moderată) - Dereglări de sensibilitate sublezională cu ataxie senzitivă moderată) - Deficiențe în prestarea profesiei	50-55	50-45

Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Prezența leziunii mielitice confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată - Dereglări de manipulare accentuate (monopareză profundă sau plegie; dipareză brahială cu atrofii și fasciculații) - Dereglări locomotorii accentuate (parapareză spastică inferioară, contracturi spastice, tetrapareză spastico-atrofică cu accent în picioare) - Dereglări de sensibilitate sublezională cu ataxie senzitivă accentuată - Dereglări de conduită (tulburări sfincteriene de tip retenție ori incontinență) - Tulburări vegeto-vasculare cu schimbări trofice sublezionale	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Prezența leziunii mielitice confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată - Dereglări de manipulare accentuate (dipareză brahială cu atrofii și fasciculații) - Dereglări locomotorii accentuate (parapareză spastică inferioară, contracturi spastice, tetrapareză spastico-atrofică accentuată) - Hipoestezie cu nivel pentru toate felurile de sensibilitate) - Dereglări de conduită (tulburări sfincteriene de tip retenție ori incontinență, tulburări vegeto-vasculare cu schimbări trofice sublezionale)	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Prezența leziunii mielitice confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată - Dereglări de manipulare, locomoție, conduită grave (diplegie brahială cu dereglări vegeto-vasculare și trofice, tetrapareză spastico-atrofică accentuată; sindrom de secțiune medulară cu paraplegia inferioară - Dereglări severe de sensibilitate nivelară și subleZIONALĂ - Tulburări sfincteriene severe și persistente, escare) - Dereglări severe de autodeservire (necesită ajutor auxiliar din partea altei persoane)	80-85	20-15
Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: - Prezența leziunii mielitice confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată - Dereglări grave de manipulare și locomoție	90-100	10-0

- Tulburări sfincteriene de tip incontinență sau retenție, folosirea permanentă a drenajului vezicii urinare, escare persistente, asocierea infecției urinare, pulmonare)		
- Dereglări grave de autodeservire		

PROCESELE EXPANSIVE INTRACRANIENE (PEIC)

Definiție: Prin *proces expansiv intracranian* se înțelege orice proces înlocuitor de spațiu, indiferent de natura sa: tumori, revărsate sangvine (hematoame), malformații vasculare expansive, procese inflamatorii expansive (abcese, tuberculoame, gome), parazitoze, pseudotumori.

Observații:

- Tumori cerebrale primitive au ca punct de plecare celulele gliale (astrocitomul, oligodendrogliomul, celulele ependimare, neuronii, hipofiza, epifiza, precum și resturile embrionare (ca în cazul craniofaringiomului), la care se adaugă tumorile infiltrative de la nivelul bazei craniului, precum și limfomul cerebral primitiv.
- Tumori metastatice unice sau multiple, provenind în special de la neoplasme cu localizare în pulmon, sân, colon și rect, rinichi; melanomul metastazează frecvent la nivelul cerebral.
- Procesele expansive vasculare și inflamatorii: abcesul cerebral, parazitozele, malformațiile vasculare cerebrale, hematomul subdural și extradural.
- Pseudotumori: accidentele vasculare cerebrale (ischemice și hemoragice), hemoragia meningee complicată cu hidrocefalie internă, encefalitele pseudotumorale, arahnoidita de bază, mai ales în forma ei chistică.

Clasificarea topografică (intracerebrale, extracerebrale):

- Supratentoriale (clinic cu afectarea cerebrală sau leziunea diencefalică, cu implicarea talamusului, nucleilor striati, capsulei interne și a hipotalamusului).
- Subtentoriale sau de fosă posterioară (tulburările de tip cerebelos, vestibular, piramidal cu leziuni ale nervilor cranieni și de sensibilitate).
- Tumori localizate la nivelul bazei craniului care sînt extracerebrale intracraniene și prezintă semne de afectare multiplă a nervilor cranieni, fără manifestări sugestive pentru leziuni ale tracturilor nervoase; tumori hipofizare sau din vecinătatea șei turcești.

Barem de investigații:

- Investigația computer tomografică (CT) sau rezonanța magnetică nucleară (RMN), RMN-angiografia, după caz.
- EEG.
- Examenul LCR, după caz.
- EEG.
- Examenul specialiștilor: oftalmolog, endocrinolog (după caz), otolaringolog, psihiatru și/sau concluzia testării psihologice.
- R-grafia craniului.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne:	5-35	95-56

- Prezența procesului expansiv (PEIC) cerebral de dimensiuni mici ce nu necesită, la momentul respectiv, tratament neurochirurgical - PEIC la care postoperator nu au rămas sechele neurologice obiective, natura tumorii a fost benignă, evoluția și prognosticul sunt bune (ex. hematoamele, abcesele, anevrisme); se va ține cont de timpul scurs de la intervenția chirurgicală		
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - PEIC (operat): postoperator a rămas o simptomatologie clinică cu cefalee reziduală, crize comițiale parțiale sau grand mal cu frecvență medie, deficite motorii de intensitate ușoară, tulburări cognitive de intensitate medie ± tulburări psihice de intensitate ușoară - PEIC simptomatice (neoperate) cu cefalee cvasipermanentă, crize comițiale parțiale sau grand mal, cu frecvență medie, deficite motorii de intensitate ușoară tulburări cognitive de intensitate medie ± tulburări cognitive de intensitate ușoară	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - PEIC (operat): postoperator a rămas o simptomatologie clinică cu cefalee reziduală cvasipermanentă, crize comițiale parțiale sau grand mal cu frecvență medie și tendința spre agravare, răspuns parțial la tratament anticonvulsivant, deficite motorii de intensitate medie, tulburări cognitive de intensitate medie ± tulburări psihice de intensitate medie - PEIC simptomatice (neoperate) cu cefalee cvasipermanentă, crize comițiale parțiale sau grand mal, cu frecvență medie și tendința de majorare (parțial medicamentos controlate), deficite motorii de intensitate medie tulburări cognitive de intensitate medie ± tulburări cognitive de intensitate medie	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - PEIC (operat) la care postoperator rămân deficite motorii accentuate: hemipareze, tulburări multiple din partea nervilor cranieni, ± crize comițiale parțiale sau grand mal frecvente, tulburări de limbaj și de vorbire de la dizartrie până la afazie mixtă, tulburări cognitive accentuate - Deficiențe neuro-psihice (în funcție de zona topografică afectată: sindromul lobului frontal, sindromul lobului temporal, sindromul lobului parietal, sindromul lobului occipital) - PEIC (neoperate) însoțite de deficite motorii accentuate: hemipareze, tulburări multiple din partea nervilor cranieni, cu sau fără crize comițiale parțiale sau grand mal frecvente,	60-65	40-35

tulburări de limbaj și de vorbire de la dizartrie până la afazie mixtă, tulburări cognitive accentuate Deficiențe neuro-psihiice (în funcție de zona topografică afectată: sindromul lobului frontal, sindromul lobului temporal, sindromul lobului parietal, sindromul lobului occipital)		
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - PEIC (operat) la care postoperator rămân deficiențe motorii accentuate: hemipareze, tulburări multiple din partea nervilor cranieni, ± crize comițiale parțiale sau grand mal frecvente (efect moderat de la tratament anticonvulsivant), tulburări de limbaj și de vorbire de la dizartrie până la afazie accentuată mixtă, tulburări cognitive severe - Deficiențe neuro-psihiice (în funcție de zona topografică afectată: sindromul lobului frontal, sindromul lobului temporal, sindromul lobului parietal, sindromul lobului occipital) - PEIC (neoperate) însoțite de deficiențe motorii accentuate: hemipareze, tulburări multiple din partea nervilor cranieni, ± crize comițiale parțiale sau grand mal frecvente (efect moderat de la tratament anticonvulsivant), tulburări de limbaj și de vorbire de la dizartrie până la afazie mixtă accentuată, tulburări cognitive severe - Deficiențe neuro-psihiice (în funcție de zona topografică afectată: sindromul lobului frontal, sindromul lobului temporal, sindromul lobului parietal, sindromul lobului occipital)	70-75	30-25
Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: - PEIC (operat) la care postoperator rămân sechele definitive grave: hemiplegii, tetraplegii, paraplegii, tulburări grave de limbaj, de vorbire, tulburări cognitive severe, paralizii sau pareze de nervi cranieni multiple, crize comițiale frecvente, tulburări sfinteriene, tulburări psihice grave - PEIC (neoperate) însoțite de sechele definitive grave: hemiplegii, tetraplegii, paraplegii, tulburări grave de limbaj, de vorbire, tulburări cognitive severe, paralizii sau pareze de nervi cranieni multiple, crize comițiale frecvente, tulburări sfinteriene, tulburări psihice grave NOTĂ: Deficiențele absolute se vor evalua în cazul în care pacientul necesită supraveghere (stare de dezinhibiție psihomotorie; accese convulsive cu tendința în serie) și îngrijire permanentă de către o altă persoană.	80-100	20-0

PARALIZII CEREBRALE (G 80 – G 83)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN 48

[http://old.ms.md/ files/6118-PCN-48%2520PC.pdf](http://old.ms.md/files/6118-PCN-48%2520PC.pdf)

Definiție: Sindroame de deficit motor, neprogresive, care se caracterizează clinic prin deficit locomotor și tulburări de postură apărute ca urmare a lezării creierului imatur.

Clasificarea se bazează preponderent pe particularitățile dereglărilor motorii:

- Hemiplegia (hemipareza) spastică infantilă.
- Paraplegia (parapareza) spastică infantilă – Boala LITTLE.
- Hemiplegia dublă (tetraplegia (tetrapareza) spastică).
- Forma hiperkinetică.
- Forma atonico-astatică.

Barem de investigații:

- CT – identifică malformațiile congenitale, hemoragiile intracraniene, leucomalacia periventriculară.
- RMN de elecție – identifică structurile cortexului și ale substanței albe; permite aprecierea mielinizării pentru o anumită vârstă.
- EEG la pacienții cu epilepsie.
- Probe electrofiziologice pentru diagnostic diferențial.
- Teste metabolice sau genetice pentru diagnostic diferențial, atunci când este posibil.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Formele ușoare (paralizii cerebrale spastice) – hipertonie la nivelul membrelor inferioare cu ROT vii, fără crize comițiale și cu dezvoltare psihică normală - Formele ușoare (paralizii cerebrale atone)– hipotonie la nivelul membrelor inferioare cu ROT vii, fără crize comițiale și cu dezvoltare psihică normală	5-35	95-56
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Formele medii (paralizii cerebrale spastice) – sindrom bipiramidal; ± tulburări de vorbire (dizartrie, bradilalie); ± tulburări de vedere – strabism, nistagmus, atrofie optică; ± crize de epilepsie foarte rare (una-două pe an) - Formele medii (paralizii cerebrale atone)– hipotonie moderată bilaterală cu ambulație păstrată; ± tulburări de vorbire (dizartrie, bradilalie); ± tulburări de vedere –strabism, nistagmus, atrofie optică; ± crize de epilepsie foarte rare (una-două pe an)	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:	50-55	50-45

- Formele medii (paralizii cerebrale spastice) – sindrom bipiramidal; ± tulburări de vorbire (dizartrie, bradilalie); ± tulburări de vedere – strabism, nistagmus, atrofie optică; ± crize convulsive - Formele medii (paralizii cerebrale atone)– hipotonie moderată bilaterală cu ambulație păstrată; ± tulburări de vorbire (dizartrie, bradilalie); ± tulburări de vedere –strabism, nistagmus, atrofie optică; ± crize convulsive NOTĂ: La paraliziiile cerebrale vor lua în considerare și afectarea cognitivă și epilepsia asociate.	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Forme accentuate (paralizii cerebrale spastice) hemipareze sau parapareze; ± retard mental ușor; ± tulburări de vorbire de aspect disfazic; ± crize de epilepsie controlate prin tratament anticonvulsivant - Forme accentuate (paralizii cerebrale atone) – ambulație posibilă cu ajutor ± retard mental ușor ± tulburări de vorbire de aspect disfazic; ± crize de epilepsie controlate prin tratament anticonvulsivant - Deficiențe ataxice – ortostatism cu baza lărgită, mers ebrios asociind sau nu titubație, tulburări de coordonare – hipometrie/ hiper/ adiadococinezie – vorbire sacadată NOTĂ: La paraliziiile cerebrale vor lua în considerare și afectarea cognitivă și epilepsia asociate.	70-75	30-25
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Forme severe (paralizii cerebrale spastice) hemipareze sau parapareze; ± retard mental ușor; ± tulburări de vorbire de aspect disfazic; ± crize de epilepsie controlate prin tratament anticonvulsivant parțial - Forme severe (paralizii cerebrale atone) – ambulație posibilă cu ajutor ± retard mental ușor ± tulburări de vorbire de aspect disfazic; ± crize de epilepsie controlate prin tratament anticonvulsivant parțial - Deficiențe ataxice – ortostatism cu baza lărgită, mers ebrios asociind sau nu titubație, tulburări de coordonare – hipometrie/ hiper/ adiadococinezie – vorbire sacadată NOTĂ: La paraliziiile cerebrale vor lua în considerare și afectarea cognitivă și epilepsia asociate. Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: - Forme severe (paralizii cerebrale spastice) – paraplegie sau tetraplegie; ± retard psihic important; ± crize de epilepsie frecvente sub tratament anticonvulsivant	80-100	20-0

- Forme grave (paralizii cerebrale atone) – imposibilitatea mișcării sau mișcări reduse; ± retard psihic important; ± crize de epilepsie frecvente sub tratament anticonvulsivant - Sechele neurologice definitive care prezintă în plus tulburări psihice incompatibile cu desfășurarea unei activități profesionale normale sau cu integrarea socială a bolnavului - Diskinezii severe cu imposibilitatea mersului și autoservirii NOTĂ: Deficiențele absolute se vor evalua în cazul în care pacientul necesită supraveghere (stare de dezinhibiție psihomotorie; accese convulsive cu tendința în serie) și îngrijire permanentă de către o altă persoană.		

BOALA VASCULARĂ CEREBRALĂ

SINDROAME VASCULARE CEREBRALE ÎN BOLILE CEREBROVASCULARE (G46.0 – G46.8)

ACCIDENTUL VASCULAR CEREBRAL ISCHEMIC (INFARCTUL CEREBRAL) (G45.0 – G45.9)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN 13

<http://old.ms.md/files/3986-PCN-13-%2520Accidentul%2520vascular%2520cerebral%2520ischemic.pdf>

Definiție: Evoluarea acută a dereglărilor funcțiilor cerebrale locale ori difuze, de etiologie vasculară ce depășește termenul de 24 de ore ori duce la decesul pacientului.

Clasificarea accidentului cerebrovascular:

- AIT carotidian.
- AIT vertebrobazilar.
- ACVA ischemic.
- ACVA hemoragic:
 - hemoragic intracerebral (parenhimatos);
 - hemoragic subarahnoidal.

NOTĂ: ACVA minor cu diminuarea simptomatiei neurologice pe parcursul a 3 săptămâni.

Clasificarea ACVA ischemic după gravitate:

- AVC minor.
- AVC ușor ori de gravitate medie – preponderența simptomatiei locale, lipsa edemului cerebral, dereglări de cunoștință.
- AVC grav – evidențierea pronunțată a simptomatiei cerebrale difuze (obnubilarea și pierderea cunoștinței, simptomatie pronunțată de focar, adeseori cu sindroame de dislocare cerebrală, dereglări vegetative trofice).

Clasificarea ACVA după localizare:

- Grav masiv – trombembolia arterei magistrale (simptomatie corespunde localizării).
- AVC la periferia ramurilor mari ori în regiunea frontieră a arterelor cerebrale, ce colaterează cu bazinele vecine.
- AVC lacunar – regiunea talamusului, capsulei interne ori trunchiului cerebral („hemiplegia motoră pură”, „hemipareza atactică” ori focare multiple minore în substanța albă a

creierului (leucoencefalopatia subcorticală vasculară)) ce duce la demență cu sindrom pseudobulbar, parkinsonism.

- AVC hemoragic – se consideră grav, asocierea simptomatiei difuze și de focar; dereglări de cunoștință de la obnubilare până la comă, disfuncția regiunii perifocale zonei de alterație și căilor conductoare, hidrocefalie ocluzivă uneori cu intumescență, eruperea hematomului în ventricolii cerebrali.

Clasificarea ACVA hemoragic după localizarea hematomului:

- Hematom în trunchiul cerebral.
- Cerebel.
- Hematom emisferial (lateral de capsula internă ori medial thalamic, cu și fără perforație în ventricolii cerebrali).
- Hemoragie subarahnoidală.

Barem de investigații:

Obligatorii:

Confirmarea leziunii trebuie făcută de urgență, conform ghidurilor de practică medicală, printr-un examen imagistic cerebral: CT sau preferabil RMN (în diferitele sale variante structurale și/ sau funcționale, cel puțin în stadiul acut).

Alte investigații paraclinice:

- Eco-Doppler vase cervico-cerebrale extra- și transcranian.
- ECG.
- Examen FO.
- Examen ORL.
- În cazul suspiciunii de stenoză arterială care ar necesita tratament intervențional, se recomandă angiografie cerebrală cu contrast intra-arterial.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe cu evoluție favorabilă spre remisiune, de regulă totală, sau cu sechele minime ce nu împiedică activitatea profesională	5-35	95-56
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe cu sechele fruste – deficit motor (insuficiență piramidală; hemipareze ușoare, discrete semne din partea nervilor cranieni) - Tulburări obiective de sensibilitate - Sindrom vestibular - Sindrom cerebelos - Sindrom vertebro-bazilar - Tulburări ușoare de vorbire - Deficiențe intelectual-mnestice și de comportament ușoare	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:	50-55	50-45

- Deficit motor (hemipareză ușoară sau moderată; monopareze accentuate) - Tulburări obiective de sensibilitate - Sindrom vestibular persistent - Sindroame de nervi cranieni în diverse combinații - Sindrom cerebelos - Ataxii non-cerebeloase; vertij - Tulburări moderate de vorbire - Hemianopsii cu sau cecitate tranzitorie - Drop-atak-uri - Deficiențe intelectual-mnestice și de comportament moderate		
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Deficit motor (hemipareză moderată sau accentuată; monoplegii) - Tulburări accentuate de sensibilitate - Sindrom vestibular persistent - Sindroame accentuate de nervi cranieni în diverse combinații - Sindrom cerebelos - Ataxii non-cerebeloase; vertij - Tulburări de vorbire (afazie motorie cu sau sensorie) - Hemianopsii cu sau cecitate tranzitorie - Drop-atak-uri frecvente - Deficiențe intelectual-mnestice și de comportament moderate	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Deficit motor accentuat ce afectează considerabil statica și locomoția (hemipareză accentuată) - Tulburări accentuate de sensibilitate cu deficiențe trofice; - Sindrom vestibular persistent - Sindroame accentuate de nervi cranieni în diverse combinații - Sindrom cerebelos accentuat - Ataxii non-cerebeloase; vertij - Tulburări de vorbire (afazie motorie cu sau sensorie) - Hemianopsii cu sau fără cecitate tranzitorie - Drop-atak-uri frecvente - Deficiențe intelectual-mnestice și de comportament (stări confuzionale, psihoze, disforii, sindrom apato-abulic)	70-75	30-25
Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe cu sechele grave definitive și ireversibile de tip motor (hemipareze profunde, hemiplegii, tetrapareza accentuate, tetraplegia) - Tulburări severe de limbaj (afazie mixtă)	80-100	20-0

- Tulburări severe de sensibilitate - Hemianopsii - Ataxie importantă - Tulburări de integrare vizuo-spațială - Tulburări cognitive (demență) - Tulburări sfincteriene NOTĂ: Deficiențele absolute se vor evalua în cazul în care pacientul necesită supraveghere (stare de dezinhibiție psihomotorie; accese convulsive cu tendința în serie) și îngrijire permanentă de către o altă persoană.		

ENCEFALOPATIA DISCIRCULATORIE

Definiție: *Encefalopatia discirculatorie sclerozantă* (insuficiența circulatorie cerebrală cronică) este o patologie cauzată de hipoxia cerebrală moderată stabilă, cu evoluție progresivă în trei etape. La baza patologiei se află dezvoltarea plăcilor ateromatoase în vasele de calibr mic și mediu ale creierului, care îngustează lumenul vascular și înrăutățesc circulația sangvină.

Observații: Noțiunea de *encefalopatie discirculatorie mixtă* este un termen generic și, în majoritatea cazurilor, este determinată de cauza etiologică care a dezvoltat-o (ateroscleroza generalizată, bolile de sistem ca vasculita, HTA, DZ, malformațiile vasculare, afecțiunile renale, afecțiunile metabolice, toxice, postradiante, postinflamatorii, sindromul hidrocefal etc.).

Clasificare (conform stadiilor clinice):

Stadiul I - simptomatologie subectivă: fatigabilitate ușoară, cefalee, acufene, vertij, labilitate emoțională, scădere ușoară a atenției și concentrației; microsimptomatologie neurologică.

Stadiul II - simptomatologie accentuată: sindrom asteno-neurotic accentuat persistent, diminuarea memoriei, scăderea progresivă a atenției și concentrației, labilitate emoțională, accese vegeto-vasculare frecvente, sindrom licvoro-dinamic; simptomatologia neurologică se caracterizează prin: reflexe ale automatismului oral, deficit piramidal, deficiențe posturale, polineuropatii distale, date anamnestice ce confirmă AVC tranzitor sau lacunar etc.

Stadiul III – în primul rând, simptomatologie neurologică severă: deficit motor accentuat, sindrom pseudobulbar, tulburări de deglutiție și fonație, dereglări accentuate de statică și locomotie etc. Toate acestea sunt asociate cu deficiențe accentuate intelectuale și de comportament, diminuarea discernământului, cu dezvoltarea sindromului psihoorganic sau a demenței vasculare, sindrom hidrocefal-atrofic imagistic dovedit.

Barem de investigații:

- Bilet de ieșire din spital care atestă existența unuia sau mai multor episoade de boală.

Examele paraclinice necesare:

- TC sau RMN cerebrală.

- Examen FO.

- Examen eco-Doppler pe arterele cervico-cerebrale, în particular pe arterele vertebrale și pe trunchiul bazilar și ramurile sale (examen Doppler transcranian).

- EEG.

- EcoEG.

- Examenul specialiștilor: oftalmolog (examen FO), psihiatru și/sau concluzia testării psihologice.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Sindrom asteno-neurotic persistent (cefalee, fatigabilitate, diminuarea memoriei, atenției, concentrației, labilitate emoțională, tulburări de somn persistente) - Deficit piramidal - Polineuropatii distale - Deficiențe posturale (sindrom vestibulo-atactic etc.) - Sindrom paroxizmal polimorf clinic dovedit - Restricții în profesarea profesiei	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Sindrom asteno-neurotic accentuat persistent (cefalee, fatigabilitate, diminuarea memoriei, atenției, concentrației, labilitate emoțională, tulburări de somn persistente) - Deficit piramidal bilateral - Polineuropatii distale - Deficiențe posturale (sindrom vestibulo-atactic etc.); - Sindrom paroxizmal polimorf clinic dovedit - Sindrom licvoro-dinamic clinic dovedit - Restricții în profesarea profesiei	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Deficit motor (hemipareze moderate sau accentuate, parapareze moderate sau accentuate) - Sindrom bulbar moderat - Sindrom pseudobulbar moderat - Tulburări de sensibilitate de tip central sau polineropatii distale cu deficiențe trofice - Dereglări intelectual-mnestice - Sindrom psihoorganic moderat	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Deficit motor (hemipareze accentuate, parapareze accentuate, tetrapareză moderată) - Sindrom bulbar accentuat - Sindrom pseudobulbar accentuat - Tulburări de sensibilitate de tip central sau polineropatii distale cu deficiențe trofice accentuate - Dereglări intelectual-mnestice - Sindrom psihoorganic accentuat	70-75	30-25
Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne:	80-100	20-0

- Deficit motor sever (hemipareze profunde sau plegii, parapareze severe) - Tulburări de sensibilitate de tip central sau polineropatii distale cu deficiențe trofice severe - Demență severă - Necesită ajutor și îngrijire din partea altei persoane		

HEMORAGIA SUBARAHNOIDIANĂ (HSA)

Definiție: Hemoragia subarahnoidiană este o situație clinică ce se caracterizează prin: cefalee intensă, semne meningiene intens pozitive, fotofobie, vărsături, uneori afectări din partea nervilor cranieni, în special perechea a III-a și a VI-a, toată această simptomatologie poate uneori evolua spre stare de comă. *Cauza cea mai frecventă o reprezintă aneurismele sau malformațiile arterio-venoase intracraniene rupte.*

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Examenul CT cerebral, care evidențiază prezența sângelui (hiperdens) în spațiul subarahnoidian; dacă examenul CT nu evidențiază modificări patologice, nu se poate infirma suspiciunea de HSA, și doar în această situație se va face examenul LCR (xantocrom), după ce în prealabil s-a făcut examen de FO.

Suplimentare:

- RMN, EEG, examen oftalmologic.
- Angiografie cerebrală (strict după caz),
- Probe biochimice (glicemie, sodiu, uree, creatinină – în ser) ce pot orienta spre etiologia și complicațiile bolii.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Forme cu evoluție favorabilă și sechele minime: cefalee, vertij, astenie fizică - Tulburări psihice minime	5-35	95-56
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Forme cu evoluție prelungită și sechele moderate: cefalee persistentă, vertij, astenie fizică - Situații clinice ce ar predispuce la repetarea episodului acut (HTA, malformații vasculare cerebrale, colagenoze, diabet zaharat etc.) - Tulburări cognitive sau neuropsihice ușoare	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:	50-55	50-45

- Forme cu evoluție prelungită și sechele moderate: cefalee persistentă, vertij, acufene, astenie fizică - Situații clinice ce ar predispuce la repetarea episodului acut (HTA, malformații vasculare cerebrale, colagenoze, diabet zaharat etc.) - Tulburări cognitive sau neuropsihice ușoare - Sindrom paroxizmal clinic dovedit - Deficiențe la prestarea activității profesionale	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Forme cu evoluție prelungită și sechele (de tip sindrom piramidal, sindrom cerebelos, afectare de nervi cranieni) - Cefalee persistentă tip „în cască”, vertij, acufene, astenie fizică accentuată - Situații clinice ce ar predispuce la repetarea episodului acut (HTA, malformații vasculare cerebrale, colagenoze, diabet zaharat etc.) - Tulburări cognitive sau neuropsihice moderate - Tulburări de comportament - Deficiențe la prestarea activității profesionale	70-75	30-25
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Forme cu evoluție sever prelungită și sechele (de tip sindrom piramidal bilateral, hemipareze, sindrom cerebelos, afectare de nervi cranieni) - Cefalee persistentă tip „în cască”, vertij, acufene, astenie fizică accentuată - Situații clinice ce ar predispuce la repetarea episodului acut (HTA, malformații vasculare cerebrale, colagenoze, diabet zaharat etc.) - Tulburări cognitive accentuate - Deficiențe neuropsihice (în funcție de zona topografică afectată: sindromul lobului frontal, sindromul lobului temporal, sindromul lobului parietal, sindromul lobului occipital) - Tulburări de comportament NOTĂ: HSA nu evoluează cu sechele grave care să necesite supraveghere și îngrijire permanentă din partea altei persoane.		

TULBURĂRI EPISODICE ȘI PAROXISTICE (G40 – G47) EPILEPSIA G40

Definiție: *Epilepsia* constituie o stare anormală a creierului, care se manifestă prin tulburări neuropsihice ce apar sub formă de paroxisme cu caracter recurent.

Conținutul clinic al crizelor variază în raport cu valoarea funcțională a diverselor zone cerebrale cuprinse de paroxismul epileptic, el poate îmbrăca o gamă largă de manifestări: motorii, senzitive, senzoriale, vegetative sau psihice, care pot apărea izolat sau în diferite combinații.

Clasificarea epilepsiilor este și în prezent o problemă deosebit de controversată; marea dificultate a clasificării diferitelor forme de epilepsie este determinată, printre altele, de numărul mare de fenomene cu caracter polimorf interesând sfera mentală și neurovegetativă. Una dintre clasificările acceptate de către **Liga Internațională contra epilepsiei** este:

- Crize de epilepsie focală.
- Crize parțiale cu simptomatologie complexă.
- Crize de epilepsie generalizate.
- Crize de epilepsie hemigeneralizate.
- Crize de epilepsie de formă particulară (greu de clasificat).
- Stările de rău epileptic.
- Accesele de alterare a psihicului (stările crepusculare; automatism ambulator; dereglările specifice de alterare a cunoștinței; disforii).

Barem de investigații:

- Anamneza, făcută atât bolnavului, cât și aparținătorilor, care confirmă stările paroxistice de pierdere a conștiinței, durata lor, tipul de criză, aspectul, frecvența, manifestările postcritice și existența unor tulburări psihice.

- Biletele de ieșire din serviciul de neuropsihiatrie, care reprezintă, de fapt, în expertiză documentul clinic de confirmare clinică a bolii.

Investigații paraclinice:

- EEG, CT sau RMN cerebrală (este de preferat examenului CT).
- Examenul psihiatric.
- Examenul psihologic, obligatoriu, prin aplicarea de teste și scale de evaluare (este important de evaluat gradul de deficiențe intelectual-mnestice, emoțional-volitive, de adaptare).

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Forme de epilepsie cu evoluție favorabilă sub tratament anticonvulsivant, în care frecvența crizelor este rară (1 criză la 2-3 luni) - Tulburări ușoare ale funcțiilor specifice cognitive; - Tulburări ușoare de personalitate, manifestate prin comportament dezechilibrat emoțional-volitiv NOTĂ: Se vor face recomandări riguroase privind regimul de viață, locul de muncă corespunzător contraindicațiilor medicale specifice (siguranța circulației, surse de apă și de foc, agregate în mișcare, înălțime etc.).	5-35	95-56
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Forme de epilepsie ce prezintă crize generalizate, convulsive sau akinetice, cu frecvența de 1-2 crize/lună, sau 1-2 crize parțiale/săptămână sub tratament anticonvulsivant - Prezența unor tulburări neuropsihice intercritice specifice de	40-45	60-55

intensitate ușoară NOTĂ: Se vor face recomandări riguroase privind regimul de viață, locul de muncă corespunzător contraindicațiilor medicale specifice (siguranța circulației, surse de apă și de foc, agregate în mișcare, înălțime etc.). Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Forme de epilepsie ce prezintă crize generalizate, convulsive sau akinetice, cu frecvența de 1-2 crize/lună, sau 1-2 crize parțiale/săptămână sub tratament anticonvulsivant - Prezența unor tulburări neuro-psihice intercritice specifice de intensitate medie (anxietate, tensiune lăuntrică, iritabilitate)	50-55	50-45
NOTĂ: Se vor face recomandări riguroase privind regimul de viață, locul de muncă corespunzător contraindicațiilor medicale specifice (siguranța circulației, surse de apă și de foc, agregate în mișcare, înălțime etc.). Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Forme de epilepsie ce prezintă crize generalizate convulsive cel puțin 2-3/lună, sau crize parțiale > 2/3 săptămână, sau 2/3 săptămână epiechivalente sub tratament anticonvulsivant și manifestări psihice specifice intercritic cu intensitate accentuată - Prezența unor tulburări neuropsihice intercritice specifice de intensitate medie (stări disforice de intensitate medie, anxietate, tensiune lăuntrică, iritabilitate) - Tulburări cognitive - Sindrom atenic organic accentuat - Deficiențe accentuate în activitatea profesională	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Forme de epilepsie ce prezintă crize generalizate convulsive cel puțin 2-3/lună sau crize parțiale > 2/3 săptămână, sau 2/3 săptămână epiechivalente sub tratament anticonvulsivant și manifestări psihice specifice intercritic cu intensitate accentuată - Tulburări psihice intracritice (psihosenzoriale de tip iluzii și/sau halucinații pe orice analizator), afective (anxietatea) - Deficiențe cognitive și psihomotorii (déjà vu, jamais vu, gândire impusă, sentiment de irealitate, însoțite uneori de automatisme motorii cum ar fi masticția sau acte complexe) - Stări confuzionale - Deficiențe accentuate în activitatea profesională	70-75	30-25
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Forme de epilepsie ce prezintă crize generalizate convulsive cel puțin 2-3/lună sau crize parțiale > 2/3 săptămână, sau 2/3 săptămână epiechivalente sub tratament anticonvulsivant și manifestări psihice specifice intercritic cu intensitate accentuată - Tulburări psihice intracritice (psihosenzoriale de tip iluzii și/sau halucinații pe orice analizator), afective (anxietatea) - Deficiențe cognitive și psihomotorii (déjà vu, jamais vu, gândire impusă, sentiment de irealitate, însoțite uneori de automatisme motorii cum ar fi masticția sau acte complexe) - Stări confuzionale - Deficiențe accentuate în activitatea profesională	80-85	20-15

Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Forme de epilepsie în care crizele generalizate și/sau parțiale sînt frecvente, cu stări postcritice prelungite, sau stări crepusculare intercritice - Stare de rău epileptic; tulburări psihice accentuate (disforii, defect psihopatiform, psihoza epileptică) - Situații în care pacienții necesită ajutor parțial și supraveghere de către o altă persoană Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Forme de epilepsie în care crizele generalizate și/sau parțiale sunt frecvente, cu stări crepusculare postcritice prelungite, sau stări crepusculare intercritice - Stare de rău epileptic - Tulburări psihice severe (disforii dese, defect psihopatiform, psihoza epileptică, stări depresive majore, tentative de suicid) - Demență severă - Situații în care pacienții necesită permanent ajutor și supraveghere de către o altă persoană	90-100	10-0

AFECȚIUNILE GANGLIONILOR BAZALI ȘI ALE SISTEMELOR MOTORII DIN SNC

Principalele afecțiuni incluse în această categorie sunt:

- I. Boala Parkinson și sindroamele parkinsoniene.
- II. Coreea acută Sydenham.
- III. Coreea cronică Huntington.
- IV. Alte sindroame coreice: congenitale, metabolic-endocrine, toxice, vasculare, traumatice și degenerative.
- V. Boala Wilson (Degenerescenta hepatolenticulară).
- VI. Balismul (hemibalism, monobalism, bibalism).
- VII. Distonii primare (*cele mai multe sunt boli genetice neurochimice*) și secundare (*post AVC, posttraumatice, postencefalitice, în boli metabolice genetice, în boli prionice, medicamentoase etc.*):
 - Distonii generalizate și semigeneralizate (ex. spasmul de torsiune, camptocormia etc.);
 - Distonii focale și segmentare (craniene: blefarospasm, paraspasm facial, hemispasm facial distonic, sindromul Meige, strabism distonic, distonia limbii; / cervicale: torticollis spasmodic, laterocolis, retrocolis, antecolis, tremor distonic al capului, disfonia distonică).
- VIII. Anomalii motorii produse de medicamente.
- IX. Alte boli mai rare.

COREEA HUNTINGTON (G10)

Definiție: *Coreea Huntington* este o afecțiune neurodegenerativă progresivă, cu transmitere autozomal dominantă, caracterizată fenotipic prin mișcări involuntare, distonie, declin cognitiv și tulburări comportamentale.

Barem de investigații:

- Testare genetică, studii în ceea ce privește istoricul familial.
- RMN cerebral.
- Consultația medicului psihiatru.
- Statutul neurologic.
- Hemoleucograma.

Deficiențele funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări ușoare de comportament, labilitate emoțională - Dereglări ale mișcărilor involuntare, manifestate prin episoade rare și ușoare de contracții involuntare ale mușchilor sub formă de paroxisme, de obicei la nivelul mușchilor mimici - Dereglări ușoare ale vorbirii - Apariția unor tulburări ușoare ale atenției, manifestate prin scăderea capacității de concentrare a atenției pe o perioadă de timp - Dereglări ușoare intelectuale mnestice	5-35	95-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Tulburări moderate ale funcției psihomotorii, manifestate prin pierderea moderată a controlului asupra comportamentului - Dereglări moderate ale atenției, manifestate prin micșorarea capacității de concentrare a atenției pe un anumit timp - Dereglări moderate ale funcției afective, manifestate prin diminuare parțială a reglementării diapazonului emoțional - Dereglări moderate ale mișcărilor involuntare, manifestate prin apariția bruscă a mișcărilor de tip grimase ale feței, tic nervos al nasului, suspinare - Dereglări moderate ale funcției de vorbire, manifestate prin dizartrie ușoară, apariția unor sunete de prisos în vorbă;	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Tulburări moderate ale facultăților mentale globale intelectuale, manifestate prin micșorarea treptată a nivelului de dezvoltare intelectuală - Dereglări moderat accentuate ale mișcărilor involuntare, manifestate prin mișcări coreice ale mușchilor feței, membrelor, grimase - Dereglări moderate de locomoție și statică;	50-55	50-45

- Pierderea a o treime din abilitățile vitale de participare la activități socioprofesionale		
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări accentuate ale mișcărilor involuntare, manifestate prin grimase ale feței, hiperkinezie a membrilor superioare, de obicei în timpul mersului și la acțiuni obișnuite - Dereglări accentuate locomotorii cu apariția „mersul de dansator” - Dizartrie - Sindrom psihoorganic moderat manifestat	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări accentuate ale mișcărilor involuntare, manifestate prin mișcări coreice ale mușchilor feței, gâtului și mișcări cu caracter atetozic ale membrelor superioare sau inferioare - Dereglări ale funcției de manipulare, manifestate prin dificultăți de gesticulare care fac imposibil scrisul - Pierderea a jumătate din abilitățile de participare la activități socioprofesionale - Dereglări considerabile ale funcției de vorbire, manifestate prin dizartrie cu vorbă aproape neînțeleasă - Dereglări locomotorii, apariția de „mers de dansator” - Dereglări marcante ale dexterității și aptitudinilor corpului - Sindrom psihoorganic accentuat	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Dereglări severe intelectual-mnestice (demență) - Dereglări severe ale mișcărilor involuntare, manifestate prin mișcări coreice cu caracter atetozic și distonie la mers și în repaus, care se accentuează la nivelul trunchiului, gâtului, grimase ale feței - Dereglări severe de vorbirii cauzate de grimase ale feței - Dereglări de alimentare și deglutiție, cauzate de grimasele și mișcările coreice de la nivelul gâtului - Pierderea totală a abilităților de participare la activități socio profesionale	80-85	20-15
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Declin global progresiv al funcțiilor cognitive (neglijența, pierderea interesului; încetinirea procesului de gândire și tulburări grave de memorie) - Dereglări grave de statică și locomoție (mișcări coreice practic permanent, hiperbalisme)	90-95	10-5

- Dereglări grave ale posibilităților vitale de dexteritate și aptitudine ale corpului, cu afectarea severă a gesticulației - Dereglări grave locomotorii, manifestate prin afectarea considerabilă a mersului, efectuat cu greu și cu sprijin - Dereglări accentuate de deglutiție cu deficit ponderal considerabil - Pierderea abilităților vitale de autoservire, necesitând îngrijire parțială sau permanentă din partea altei persoane Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Declin global progresiv al funcțiilor cognitive (neglijența, pierderea interesului; încetinirea procesului de gândire și tulburări grave de memorie) - Pierderea totală a abilităților vitale de autoservire, necesitând îngrijire permanentă din partea altei persoane - Dereglări foarte grave ale posibilităților de dexteritate și aptitudine ale corpului - Dereglări foarte grave locomotorii, cu limitarea aproape totală sau totală a mersului, cu imobilizare la pat - Pierderea totală a abilităților vitale de autoservire, necesitând îngrijire permanentă din partea altei persoane	100	0

BOALA PARKINSON (G 20)

Definiție: *Boala Parkinson* este o afecțiune multilezională a sistemului nervos central, care afectează mai multe structuri din trunchiul cerebral, bulbii olfactivi și sistemul nervos vegetativ periferic foarte precoce, înainte de apariția manifestărilor motorii, iar tardiv – substanța neagră din mezencefal, diencefalul, sistemul limbic și neocortexul.

Barem de investigații:

- RMN sau CT nu aduc informații importante directe pentru diagnosticul de boală Parkinson (dar sunt obligatorii, de preferat direct RMN, pentru excluderea altor sindroame parkinsoniene care au semne imagistice specifice, precum atrofia multisistemică, bolile vasculare cerebrale, hidrocefaliile, tumorile ș.a.); examenul RMN cerebral este obligatoriu pentru intervențiile terapeutice prin stereotaxie.

- Perturbarea metabolismului monoaminelor cerebrale și, în primul rând, a dopaminei se reflectă prin modificarea metaboliților acestora în LCR și în urină.

- EMG– decelează caracteristicile fiziologice ale tremorului (descărcări ritmice de 4-7 cicli/secundă).

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

- Semne clinice de debut (semne clinice sugestive pentru parkinsonism facies hipomimic, micrografie, hipofonie, diminuarea mișcărilor automate, postura caracteristică a mâinii) - Elemente de bradichinezie - Apariția dificultăților în activitatea profesională - Scala Hoehn-Yahr I Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Semne moderat evocatoare (dureri nesistematizate, oboseală rapidă, reducerea activității cotidiene și profesionale) - Tulburări vegetative, frecvent cu tremor cu caracter localizat la membrul superior (hemi-sindromul parkinsonian); hipertonie discretă, lipsa balansului membrelor de aceeași parte - Prezența semnului Noica +/- tremor discret evidențiat EMG - Scala Hoehn-Yahr II Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Tremorul este mai puțin constant și mai pronunțat, de regulă mixt (de repaus și de acțiune) - Prezența manifestărilor oculare sub formă de crize oculogire; paralizia convergenței - Tulburări ale vigilenței (inversarea ritmului somn – veghe) - Tulburări psihice (emoțional-voletive); tulburări vegetative - Deficiențe accentuate în activitatea profesională - Scala Hoehn-Yahr II-III Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice în care predomină tremorul sau cele akineto-hipertone accentuate - Simptomatologia subiectivă și modificările obiective clinice sînt cu caracter permanent, modest influențate de terapia medicamentoasă - Tulburări vegetative, tulburări de vorbire, tulburări cognitive și emoțional-volitve - Scala Hoehn-Yahr III Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice în care predomină tremorul sau cele akineto-hipertone accentuate cu efect de scurtă durată de la tratament permanent de susținere	40-45 50-55 60-65 70-75	60-55 50-45 40-35 30-25

- Tulburări vegetative accentuate, tulburări de vorbire - Tulburări cognitive și incintinență emoțională (demență moderată) - Scala Hoehn-Yahr III-IV Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Forme cu tulburări de mers și de manipulație ce fac imposibilă parțial deplasarea și autoservirea bolnavului; - Tulburări accentuate de vorbire - Tulburări cognitive accentuate, cu pierderea discernământului - Scala Hoehn-Yahr IV Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: - Forme cu evoluție grav progresivă manifestată prin imobilitate, akinezie gravă - Tulburări grave de vorbire - Tulburări psihice severe, cu pierderea discernământului - Tulburări de deglutiție ce duc în final la cașexie - Scala Hoehn-Yahr V	80-85	20-15
	90-100	10-0

DEGENERESCENTĂ HEPATOLENTICULARĂ (BOALA WILSON) (G 32)

Definiție: *Degenerescență hepatolenticulară* este o afecțiune metabolică determinată genetic și caracterizată prin acumularea cuprului în SNC., ficat, corneea, rinichi, cord, pancreas. Debut de regulă între 7 și 15 ani, dar poate apărea și la vârste mai înaintate.

Barem de investigații:

- Anamneza cu istoric familial, identificare genetică legată de anomalii ale genei pentru o ATP-aza cuplată la pompa membranară care evacuează cuprul hepatocitar către căile biliare, gena ce se află pe brațul lung al cromozomului 13.
- Examen psihiatric.
- Teste funcționale hepatice alterate (transaminaze, bilirubină, albumine, teste de coagulare, fosfataza alcalină).
- RMN – evidențiază zonele de intensitate crescută la nivelul ganglionilor bazali, dozarea ceruloplasminei (proteina care transportă cuprul în sânge) și a cuprului urinar și seric.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Rigiditate și încetinire a mișcărilor, tremor, ataxie, distonie	40-45	60-55

- Sindrom convulsiv - Leziuni hepatice moderate - Tulburări psihice Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Rigiditate și încetinire a mișcărilor, tremor, ataxie mișcări coreice, convulsii - Leziuni hepatice moderate - Tulburări psihice NOTĂ: Boala Wilson poate asocia și afecțiuni renale (acidoză tubulară renală, nefrocalcinoză, aminoacidurie), afecțiuni cardiace (cardiomiopatie, insuficiență cardiacă, aritmii), hipoparatiroidism sau infertilitate. În aceste cazuri evaluarea se va efectua în concordanță cu deficiențele funcționale din capitolele corespunzătoare.	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Rigiditate extrapiramidală accentuată, tremor wilsonian cu aspect de „recul”, facies hipomimic, bradikinezie - Puerilism, degradare intelectuală progresivă - Tulburări de vorbire și manipulare - Deficiențe accentuate în activitatea profesională NOTĂ: Boala Wilson poate asocia și afecțiuni renale (acidoză tubulară renală, nefrocalcinoză, aminoacidurie), afecțiuni cardiace (cardiomiopatie, insuficiență cardiacă, aritmii), hipoparatiroidism sau infertilitate. În aceste cazuri evaluarea se va efectua în concordanță cu deficiențele funcționale din capitolele corespunzătoare.	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Forme cu tulburări de mers și de manipulație severe - Tulburări de vorbire și tulburări psihice accentuate - Accese convulsive polimorfe - Leziuni hepatice accentuate NOTĂ: Boala Wilson poate asocia și afecțiuni renale (acidoză tubulară renală, nefrocalcinoză, aminoacidurie), afecțiuni cardiace (cardiomiopatie, insuficiență cardiacă, aritmii), hipoparatiroidism sau infertilitate. În aceste cazuri evaluarea se va efectua în concordanță cu deficiențele funcționale din capitolele corespunzătoare.	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne:	80-85	20-15

- Forme cu tulburări de mers și de manipulație ce fac imposibilă deplasarea și autoservirea bolnavului - Tulburări de vorbire și deglutiție - Demență NOTĂ: Boala Wilson poate asocia și afecțiuni renale (acidoză tubulară renală, nefrocalcinoză, aminoacidurie), afecțiuni cardiace (cardiomiopatie, insuficiență cardiacă, aritmii), hipoparatiroidism sau infertilitate. În aceste cazuri evaluarea se va efectua în concordanță cu deficiențele funcționale din capitolele corespunzătoare. Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: - Forme cu evoluție grav progresivă manifestată prin imobilitate, akinezie gravă - Tulburări psihice severe cu pierderea discernământului - Tulburări de deglutiție ce duc în final la cașexie - Insuficiență poliorganică gravă și ireversibilă	90-100	10-0

BOLILE INFLAMATORII CRONICE ALE SISTEMULUI NERVOS CENTRAL

SCLEROZA MULTIPLĂ (G 35)

Definiție: *Scleroza multiplă (SM)* (termeni încă acceptați, dar nerecomandați de nomenclatura internațională științifică: scleroza în plăci, leuconevraxita). Variante foarte rare: forma malignă acută Marburg, forma cu leziuni concentrice Balo. Nu este doar o boală demielinizantă, ci și o boală inflamatorie cronică difuză a SNC, care afectează atât substanța albă cu leziuni focale, cât și substanța albă aparent normală, precum și substanța cenușie, având două tipuri de leziuni coexistente încă de la debutul subclinic: **degenerescența axonală ireversibilă** (responsabilă de invalidarea clinică ireversibilă) și **demielinizările focale**, care se pot vindeca (de obicei cu defect) spontan și sunt corespondente în plan clinic episoadelor de recădere (puseurilor).

Clasificarea (după forme clinice):

- Forma recurent remisivă.
- Forma primar progresivă.
- Forma secundar progresivă.
- Forma progresivă cu recăderi.

Alte entități clinice:

Neuromielita optică (NMO, Boala Devic) este o boală independentă de scleroza multiplă, de care a fost separată odată cu identificarea modificărilor imunologice care o caracterizează, respectiv prezența anticorpilor anti-aquaporina 4 de la nivelul astrocitelor.

Encefalomieliță acută diseminată este o boală acută inflamator-demielinizantă cu focare multiple, determinată, de obicei, de prezența la distanță a unui focar infecțios în organism, sau după o vaccinare la persoanele cu o reactivitate imunitară de tip hiperergic. Cel mai adesea apare la copii de vârstă mai mare, dar poate apărea și la adulții tineri. De regulă are o evoluție monofazică, dar nu rareori se poate manifesta și prin episoade clinice repetate, ridicând probleme de diagnostic diferențial cu scleroză multiplă (mai ales la copii).

Barem de investigații:

- Examen neurologic complet cu precizarea formei de evoluție și a sindroamelor afectate, respectiv sindromul pur sau combinate.
- Examen oftalmologic (AV, campimetrie, FO).
- PEV auditive și vizuale.
- Diplopie provocată.
- Imunoglobulina G în LCR și sânge;
- RMN;
- CT.

În cadrul diagnosticării sclerozei multiple se utilizează următoarele *investigații paraclinice*:

- Rezonanța magnetică nucleară (RMN).
- Electromiografia (EMG).
- Examenul lichidului cefalorahidian (LCR).
- Nivelul seric de vitamina B12.
- Factorul reumatoid.
- Viteza de sedimentare a hematiilor (VSH)
- Imunograma etc.

În prezent, în întreaga lume sunt acceptate și folosite criteriile McDonald (revizuite în 2005).

Criteriile de diagnostic McDonald revizuite în 2005:

Nr. crt.	Prezentare clinică	Date adiționale necesare diagnosticului de scleroză multiplă
1	> = 2 puseuri; semne clinice obiective pentru > = leziuni	Niciuna
2	> = 2 puseuri; semne clinice obiective pentru 1 leziune	Diseminarea în spațiu, demonstrată prin: 1. RMN sau 2. > = 2 leziuni sugestive la examen RMN + LCR pozitiv, sau 3. se așteaptă alte puseuri clinice cu alte localizări
3	1 puseu; semne clinice obiective pentru > = 2 leziuni	Diseminarea în timp, demonstrată prin: 1. RMN sau 2. al doilea puseu
4	1 puseu; semne clinice obiective pentru 1 leziune (prezentarea monosimptomatică; sd. izolat clinic)	Diseminarea în spațiu, demonstrată prin: 1. RMN sau 2. > = 2 leziuni sugestive la examen RM N+ LCR pozitiv și Diseminarea în timp, demonstrată prin: 1. RMN sau 2. al doilea puseu
5	Progresie neurologică insidioasă sugestivă pentru Scleroza Multiplă	Progresie a bolii timp de 1 an (documentată retrospectiv

		sau prospectiv) și 2 dintre următoarele: 1. RMN pozitiv (9 leziuni T2 sau > =4 leziuni T2 și PEV modificate) 2. RMN medular pozitiv (> =2 leziuni focale) 3. LCR pozitiv

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice cu evoluție favorabilă în timp, cu simptomatologie subiectivă absentă sau minimă - Sindrom piramidal ușor manifestat - Sindrom vestibular sau sindrom cerebelos frust	5-35	95-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice cu puseuri rare, în perioada de remisiune cu tulburări motorii de intensitate medie (fruste hemipareze sau monopareze) - Tulburări de echilibru și/sau de coordonare și uneori tulburări vizuale de intensitate medie - Scor EDSS < 2 (scala EDSS de evaluare a dizabilității în SM)	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice cu puseuri rare, în perioada de remisiune cu tulburări motorii de intensitate medie (fruste hemipareze sau monopareze) - Tulburări de echilibru și/sau de coordonare și uneori tulburări vizuale de intensitate medie - Scor EDSS < 3 (scala EDSS de evaluare a dizabilității în SM) - Bolnavul întâmpină dificultăți în activitatea profesională - Tulburări emoțional-volitiv persistente	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice cu evoluție progresivă cu puseuri acute repetate ce conduc la tulburări de mers accentuate (parapareze spastice și/sau hemipareze spastice)	60-65	40-35

- Tulburări de echilibru și/sau de coordonare (sindrom cerebello-vestibular) - Tulburări vizuale – frecvent diplopie și/sau modificări de câmp vizual - Tulburări de sensibilitate - Scor EDSS = 3 (scala EDSS de evaluare a dizabilității în SM) - Tulburări afective (vezi capitolul corespunzător) Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice cu evoluție progresivă cu puseuri acute repetate ce conduc la tulburări de mers accentuate (parapareze spastice și/sau hemipareze spastice) - Tulburări de echilibru și/sau de coordonare (sindrom cerebello-vestibular) - Tulburări vizuale – frecvent diplopie, și/sau modificări de câmp vizual - Tulburări de sensibilitate, ± tulburări sfincteriene - Scor EDSS = 4-5 (scala EDSS de evaluare a dizabilității în SM) - Tulburări afective accentuate (vezi capitolul corespunzător) Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice cu evoluție continuă fără remisiuni, care conduc în timp la imobilizarea bolnavului, făcându-l dependent (parțial sau permanent) de ajutorul altei persoane - Scor EDSS = 6 (scala EDSS de evaluare a dizabilității în SM) - Simptomatologia obiectivă indică prezența tuturor sindroamelor: sindrom piramidal (hemiplegie, parapareză/ paraplegie ± asocierea cu monopareze brahiale, tetrapareză/tetraplegie) - Sindrom cerebello-vestibular – se evidențiază tulburări de echilibru și coordonare - Tulburări vizuale grave - Tulburări de sensibilitate, tulburări sfincteriene (frecvent incontinență urinară) Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice cu evoluție continuă fără remisiuni, care conduc în timp la imobilizarea totală a bolnavului, făcându-l dependent permanent de ajutorul altei persoane - Scor EDSS > 6 (scala EDSS de evaluare a dizabilității în SM) - Hemiplegie, parapareză/paraplegie ± asocierea cu monopareze brahiale, tetrapareză/tetraplegie	70-75	30-25
80-85 20-15	80-85	20-15
90-100 10-0	90-100	10-0

- Sindrom cerebello-vestibular – evidențiază tulburări de echilibru și coordonare - Tulburări vizuale grave - Tulburări de sensibilitate, tulburări sfincteriene grave - Tulburări afective severe		

DISTROFIILE MUSCULARE PROGRESIVE (DMP) (G71)

Definiție: *Distrofiile musculare progresive* sunt afecțiuni degenerative ale mușchiului striat condiționate genetic, cu evoluție lent progresivă și etiopatogeneză incomplet stabilită.

Clasificarea distrofiilor musculare progresive completă este bazată pe date clinico-genetice și pe date informaționale din domeniul biochimiei, electrofiziologiei și histopatologiei (clasificarea modificată a DMP după Waltore și Gardnen-Medwin):

1. DMP cu transmitere genetică X – recesivă:
 - forma severă (Duchenne);
 - forma benignă (Becker-Kiene).
2. DMP cu transmitere genetică autosomal-recesivă:
 - fenotip Duchenne forma centurilor.
3. DMP cu transmitere genetică autosomal dominantă:
 - facio-scapulo-humerală;
 - distală;
 - oculară;
 - oculofaringiană.

Barem de investigații:

- Nivelul enzimelor glicolitice (de ex:LDH).
- Biopsia musculară.
- EMG: absența activității bioelectrice spontane, diminuarea amplitudinii maxime a traseelor, reducerea duratei medii a potențialelor.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice la 1-2 ani de la debut, cu o simptomatologie subiectivă și obiectivă centrată pe modificările generate de amiotrofiile musculare moderate și deficitul motor secundar de intensitate ușoară - Scăderea performanțelor de mers și a ortostatismului prelungit - Deficiențe în prestarea profesională	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice la 1-2 ani de la debut, cu o simptomatologie subiectivă și obiectivă centrată pe	50-55	50-45

modificările generate de amiotrofiile musculare moderate și deficitul motor secundar de intensitate moderată - Scăderea performanțelor de mers și a ortostatismului prelungit - Deficiențe în prestarea profesională - Sindrom astenic moderat persistent Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice cu evoluție îndelungată, mai mult de 5 ani, care conduc la amiotrofii musculare moderate/ accentuate și, respectiv, la un deficit motor accentuat - Cardiomiopatie distrofică, aritmii, tulburări respiratorii, expresia hipoventilației pulmonare - Deficiențe accentuate în prestarea profesională - Sindrom astenic accentuat persistent. Notă: În cursul evoluției se constată cardiomiopatie distrofică, aritmie, modificări ECG ale complexului ventricular. Simptomatologia pulmonară este expresia hipoventilației permanente, iar infecțiile căilor respiratorii sunt foarte comune – toate aceste deficiențe vor evolua conform descrierilor din capitolele corespunzătoare.	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice cu evoluție îndelungată, mai mult de 5 ani, care conduc la amiotrofii musculare accentuate și respectiv un deficit motor accentuat - Cardiomiopatie distrofică, aritmii, tulburări respiratorii, expresia hipoventilației pulmonare - Deficiențe accentuate în prestarea profesională - Sindrom astenic accentuat persistent NOTĂ: În cursul evoluției se constată cardiomiopatie distrofică, aritmie, modificări ECG ale complexului ventricular. Simptomatologia pulmonară este expresia hipoventilației permanente, iar infecțiile căilor respiratorii sunt foarte comune – toate aceste deficiențe se vor evolua conform descrierilor din capitolele corespunzătoare.	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice după o evoluție îndelungată, care, prin deficitul motor instalat progresiv, face imposibilă deplasarea bolnavului prin forțe proprii - Forme clinice la care se adaugă tot cortegiul tulburărilor respiratorii, fonatorii, de deglutiție etc. și tulburări cardiovasculare - Sindrom asteno-depresiv sever	80-85	20-15

NOTĂ: În cursul evoluției se constată cardiomiopatie distrofică, aritmie, modificări ECG ale complexului ventricular. Simptomatologia pulmonară este expresia hipoventilației permanente, iar infecțiile căilor respiratorii sînt foarte comune – toate aceste deficiențe se vor evalua conform descrierilor din capitolele corespunzătoare. Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: - Formele clinice după o evoluție îndelungată, care, prin deficitul motor instalat progresiv, face absolut imposibilă deplasarea bolnavului fără ajutorul altei persoane/imobilizat - Tulburări respiratorii, fonatorii, de deglutiție etc. și tulburări cardiovasculare severe (se vor evalua conform criteriilor din capitolele corespunzătoare) - Sindrom asteno-depresiv sever	90-100	10-0

MIASTENIA GRAVIS (G 70)

Definiție: *Miastenia* (MG) este o boală ce face parte din grupul bolilor autoimune ale sinapsei neuromusculare și se caracterizează prin oboseală excesivă și deficit al musculaturii striate.

Clasificare: MGFA (Myasthenia Gravis Foundation of America) – Clasificarea clinică a MG are rolul de a distinge între clase de boală cu prognostic diferit, între afectări ușoare, moderate sau severe. În acest scop, a fost modificată clasificarea Osserman, iar rezultatul denumit clasificarea MGFA este prezentat în tabel:

MGFA:

Tabelul 1

I		Orice slăbiciune a mușchilor oculari Poate asocia ptoză palbebrală Toți ceilalți mușchi normali
II	A. B.	Afectare ușoară a altor mușci în afara celor oculari Poate asocia afectare oculară de orice grad de severitate Afectare predominantă a mușchilor membrelor sau trunchiului sau ambele Poate asocia afectarea mai redusă a mușchilor orofaringeali Afectarea predominantă a mușchilor orofaringeali sau respiratori sau ambele Poate asocia afectarea mai redusă sau egală a mușchilor membrelor sau trunchiului
III	A. B.	Afectare moderată a altor mușchi în afara celor oculari Poate asocia afectare oculară de orice grad de severitate Afectarea predominantă a mușchilor membrelor sau trunchiului sau ambele Poate asocia afectarea mai redusă a mușchilor orofaringeali Afectarea predominantă a mușchilor orofaringeali sau respiratori sau ambele Poate asocia afectarea mai redusă sau egală a mușchilor membrelor sau trunchiului
IV		Afectare severă a altor mușci în afara celor oculari.

	A.	Poate asocia afectare oculară de orice grad de severitate.
	B.	Afectarea predominantă a mușchilor membrelor sau trunchiului sau ambele Poate asocia afectarea mai redusă a mușchilor orofaringeali
V		Afectarea predominantă a mușchilor orofaringeali sau respiratori sau ambele Poate asocia afectarea mai redusă sau egală a mușchilor membrelor sau trunchiului
		Definit prin intubare, cu sau fără ventilație mecanică, cu excepția cazurilor în care se realizează de rutină în managementul postoperator. Utilizarea tubului de hrănire fără intubare plasează pacientul în clasa IV B.

Pentru a cuantifica sub formă de scor deficiențele funcționale, MGFA (Myasthenia Gravis Foundation of America) a propus **Quantitative Myasthenia Gravis score (QMG)**, care este redat în tabelul 2. La fel, trebuie menționat statutul său terapeutic: dacă i se administrează un tratament pentru Miastenia Gravis și de ce tip este acest tratament – Tabelul 3.

Quantitative Myasthenia Gravis score (QMG):

Tabelul 2

	Gradul			
	Normal	Mediu	Moderat	Sever
	0	1	2	3
Vedere dublă la vedere laterală (în s)	61	11-60	1-10	Spontan
Ptoză la privirea în sus (în s)	61	11-60	1-10	Spontan
Mușchi faciali	Închiderea normală a pleoapelor	Închiderea normală fără rezistență	Închidere completă cu rezistență	Închidere completă
Vorbire după numărătoare continuă de la 1 la 50 (apariția disartriei)	Fără 50	Disartrie între 30 și 45	Disartrie între 10 și 20	Disartrie între 9
Menținerea brațului drept ridicat la 80° (în s)	240	90-236	10-89	0-9
Menținerea brațului stâng ridicat la 80° (în s)	240	90-236	10-89	0-9
Capacitatea vitală (%)	>80	65-79	50-64	>50
Forța dinamometrică pt. brațul dr. în kgW bărbați	>45	15-44	5-14	0-4
Forța dinamometrică pt. brațul dr. în kgW femei	>30	10-29	5-9	0-4
Forța dinamometrică pt. brațul stâng în kgW bărbați	>35	15-34	5-14	0-4
Forța dinamometrică pt. brațul stâng în kgW femei	>25	10-24	5-9	0-4
Menținerea capului ridicat la 45 (în s)	120	30-119	1-29	0
Menținerea piciorului drept ridicat la 45° (în s)	100	31-99	1-30	0

Menținerea piciorului stâng ridicat la 45° (în s)	100	31-99	1-30	0
Scorul total QMG 0-39				

Statutul terapeutic al pacienților cu Miastenia Gravis:

Tabelul 3

Abreviere	Definiție
NT	Fără tratament
SPT	Status posttimectomie
CH	Inhibitori de colinesterază
PR	Prednison/alți corticosteroizi
IM	Imunoterapie, alta decât PR
PE	Plasmafereză
IG	Imunoglobuline
OT	Alt tratament

Barem de investigații:

- Examen clinic general.
- EMG (electromiografie cu potențiale evocate) cu stimulare repetitivă.
- Probe medicamentoase (testul cu prozerină).
- Dozare de anticorpi antireceptori colinergici nicotinici + /- dozare de anticorpi anti-MuSK (muscle specific kinase).
- CT a cutiei toracice.
- Consultul specialiștilor: endocrinolog, oftalmolog, ftiziopneumolog, psihiatru.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Formele clinice de debut cu simptomatologie săracă (diagnosticul este susținut pe probele de provocare și cu răspuns 100% la terapia medicamentoasă);tulburări oculare (ptoza palpebrală parțială) - Tulburări oculare (ptoza palpebrală parțială) - Tulburări de fonație, senzație de oboseală la masticatie, oboseală musculară, mers pe distanțe relativ lungi - Scor QMG (Quantitative Myasthenia Gravis) – mediu (sub Normal)	40-45	60-35
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe moderate de dexteritate - Tulburări moderate de fonație, senzație de oboseală la masticatie, oboseală musculară, mers pe distanțe relativ lungi, sau urcarea a 1-2 etaje	50-55	50-45

- Statutul terapeutic: răspuns parțial la tratament (descriere conform Tabelul 3); - Scor QMG (Quantitative Myasthenia Gravis) – mediu Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Tulburări oculare accentuate - Tulburări accentuate de fonație, deglutiție, masticatie - Tulburări motorii cu caracter cvasipermanent cu răspuns inefficient la terapia medicamentoasă care generează tulburări funcționale de intensitate accentuată (descriere conform Tabelul 3) - Statut SPT (status posttymectomie) neschimbat - Sindrom asteno-depresiv - Scor QMG (Quantitative Myasthenia Gravis) – moderat	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Statut SPT (status posttymectomie) neschimbat sau agravat - Creștere substanțială a manifestărilor clinice anterioare tratamentului sau o creștere a medicației MG - Sindrom asteno-depresiv accentuat - Scor QMG (Quantitative Myasthenia Gravis) – moderat	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Statut SPT (status posttymectomie) agravat sau exacerbat (se referă la pacienții care au dezvoltat manifestări clinice mai severe decât cele descrise anterior) - Tulburări mari de deglutiție; - Deficitul motor este permanent și rezistent la terapia medicamentoasă asociată ducând la necesitatea supravegherii parțiale din partea altei persoane - Scor QMG (Quantitative Myasthenia Gravis) – sub S	80-85	20-15
Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Tulburări respiratorii ce necesită uneori respirație asistată - Statut SPT (status posttymectomie) exacerbat - Formele se însoțesc de tulburări grave de deglutiție, când deficitul motor este permanent și rezistent la terapia medicamentoasă asociată, ducând la necesitatea supravegherii permanente din partea altei persoane - Scor QMG (Quantitative Myasthenia Gravis) – sever	90-100	10-0

AMIOTROFIA NEURALĂ CHARCOT-MARIE-TOOTH (G 60)

Definiție: Maladie cu transmitere ereditară și debut insidios în copilărie sau adolescență, mai rar la vârstă adultă, cu apariția progresivă de amiotrofii distale și simetrice mai ales la membrele inferioare, de aspect polinevritic.

Barem de investigație:

- Examen anatomo-patologic (biopsia musculară).
- Anamneza cu istoric familial.
- Electromiografia (EMG).

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Formele clinice fruste cu manifestări clinice minime, diagnosticul se pune de regulă pe examinările paraclinice (biopsia musculară)	5-35	95-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Formele superioare, când modificările predomină la membrele superioare (tulburări motorii cu amiotrofii și tulburări de sensibilitate) - Tulburări vegetative (hiperhidroză, pseudosclerodermie) - Sindrom astenic moderat persistent	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Formele superioare, când modificările predomină la membrele superioare (tulburări motorii cu amiotrofii și tulburări de sensibilitate) - Tulburări vegetative (hiperhidroză, pseudosclerodermie) - Tulburări endocrine – insuficiență gonadică, acromegalie (aceste deficiențe se vor evalua conform descrierilor din capitolele corespunzătoare) - Sindrom astenic moderat persistent.	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Forma generalizată cu atrofie accentuată a întregii musculaturi - Mers dificil stepat, dereglări posturale accentuate - Tulburări de sensibilitate tip polinevritic și tulburări vegetative și endocrine asociate (aceste deficiențe se vor evalua conform descrierilor din capitolele corespunzătoare) - Dureri nesistematizate persistente, oboseală rapidă, reducerea activității cotidiene și profesionale	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Forma generalizată cu atrofie globală a întregii musculaturi (atrofii musculare distale și simetrice la membrele inferioare, generând aspectul de „picior de cocoș” și în treimea inferioară a antebrațului, dând aspectul de atrofie în „mânășă”)	70-75	30-25

- Mers dificil stepat, dereglări posturale accentuate - Tulburări de sensibilitate tip polinevritic și tulburări vegetative și endocrine asociate (<i>aceste deficiențe se vor evalua conform descrierilor din capitolele corespunzătoare</i>) - Dureri nesistematizate persistente, oboseală rapidă, reducerea accentuată a activității cotidiene și practic imposibilă profesională Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: - Forma generalizată, cu atrofie globală a musculaturii care a condus în timp la imobilizarea permanentă bolnavului - Tulburări severe de sensibilitate tip polinevritic și tulburări vegetative și endocrine asociate (<i>aceste deficiențe se vor evalua conform descrierilor din capitolele corespunzătoare</i>) - Sindrom astenic grav	80-100	20-0

SCLEROZA LATERALĂ AMIOTROFICĂ (SLA)

Definiție. Scleroza laterală amiotrofică face parte din afecțiunile neuronului motor și este definită clinic printr-un complex lezional având ca rezultat simptome combinate de neuroni motori centrali și periferici (fasciculații, amiotrofii distale, semne piramidale).

Clasificare (în funcție de predominanța tablourilor clinice):

- Paralizia bulbară progresivă cu predominanța fenomenelor bulbare.
- Atrofia musculară progresivă cu predominanța simptomelor de neuron motor periferic.
- Scleroza laterală primară cu predominanța simptomelor de neuron motor central.

Barem de investigații:

- Electromiografia (EMG).
- Microscopia optică.
- Microscopia electronică.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Simptomatologia de neuroni motori periferici domină tabloul clinic - Sindromul piramidal este manifestat foarte discret sau absent - Atrofii musculare, mai ales la mușchii mici ai mâinii, forța musculară fiind ușor diminuată (pe măsura progresării atrofiilor, apar dificultăți în executarea mișcărilor fine ale degetelor) - Deficiențe în prestarea profesională	40-45	60-35
	50-55	50-45

Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Simptomatologia de neuroni motori periferici domină tabloul clinic - Sindromul piramidal este manifestat moderat (la mâini este frecventă o preponderență a parezei extensorilor față de flexori) - Atrofii musculare, mai ales la mușchii mici ai mâinii, forța musculară fiind moderat diminuată (pe măsura progresării atrofiilor, apar dificultăți în executarea mișcărilor fine ale degetelor) - În teritoriul unităților motorii se pot observa mici contracții spontane (numite fasciculații) - Deficiențe în prestarea profesională	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Forma generalizată este una dintre cele mai frecvente, cu evoluție lentă, cu predominanța simptomelor de neuron motor central - Atrofia interesează treptat musculatura umărului și musculatura centurii scapulare - Deficiențe de vorbire (forma bulbară) - Fasciculații care devin foarte întinse și chinuitoare - Sindrom astenic accentuat - Deficiențe accentuate în prestarea profesională.	70-75	30-25
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Formă generalizată cu manifestări clinice accentuate și cu predominanța simptomelor de neuron motor central - Atrofie progresivă a musculaturii umărului și centurii scapulare cu scădere accentuată a motilității active a membrilor - Deficiențe accentuate de vorbire cu atrofia musculaturii limbii (forma bulbară) - Fasciculații care devin foarte întinse și chinuitoare - Sindrom astenic accentuat - Bolnavul poate să necesite ajutor parțial din partea altei persoane	80-85	20-15
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Forma bulbară – formă cu evoluție gravă, simptomatologia fiind manifestă la musculatura inervată de nucleii motori bulbari - Atrofie progresiv severă a musculaturii umărului și centurii scapulare cu scădere severă a motilității active a membrilor - Deficiențe grave de vorbire, de deglutiție - Deficiențe grave de autodeservire și autoîngrijire - Sindrom asteno-depresiv sever	90-100	10-0
Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne:		

- Forma bulbară – formă cu evoluție gravă, simptomatologia fiind manifestă la musculatura inervată de nucleii motori bulbari - Atrofie progresiv severă a musculaturii umărului și centurii scapulare cu lipsa motilității active a membrelor - Deficiențe grave de vorbire, de deglutiție (cașexie) - Deficiențe grave de autodeservire și autoîngrijire - Situații clinic asociate (atingerea a mușchilor respiratori poate să ducă la insuficiență respiratorie gravă, chiar dacă boala este la debut).		

EREDOATAXIA SPINOCEREBELOASĂ FRIEDREICH (G11.1) EREDOATAXIA CEREBELOASĂ PIERRE-MARIE

Definiție: Ataxia cerebeloasă este de obicei cea care atrage atenția asupra bolii, determinată fiind de tulburările de sensibilitate ca și cele de tip cerebelos.

Barem de investigații:

- Examen electroneurofiziologic (electroneurografie + EMG).
- Ecocardiografie și ECG.
- RMN craniană (evaluarea în particular a cerebelului).

Optional:

- diagnostic genetic.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice la debut, cu modificări obiective discrete mult timp, la care examenul obiectiv semnalează doar abolirea ROT, schiță de picior scobit, cifoscolioză ușoară (eredoataxia spinocerebeloasă Friedreich) - Formele clinice la debut în care tulburările de coordonare și echilibru sunt ușoare (eredoataxia cerebeloasă Pierre – Marie)	5-35	95-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Deficiențe moderat manifestate (mersul este tabetic, cerebelos cu baza de susținere lărgită, bolnavul prezintă dismetrie) - Deficiențe de comunicare (vorbire lentă) - Amiotrofiile sunt, de regulă, distale, mai accentuate la membrele inferioare, descriindu-se aspectul de „picior de cocoș”, aspect de picior scobit (eredoataxia spinocerebeloasă Friedreich)	40-45	60-55

- Semnele piramidale sînt prezente (în forma Pierre-Marie), dar cu afectare mai mică a sensibilității profunde Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Semne serebeloase cu ataxie mai pronunțată, tremor intențional - Deficiențe de comunicare – vorbire sacadată - Amiotrofii cu caracter lent progresiv (accentuate la membrele inferioare, descriindu-se aspectul de „picior de cocoș, aspect de picior scobit – eredoataxia spinocerebeloasă Friedreich) - Semnele piramidale sunt mai bine exprimate (în forma Pierre-Marie), dar cu afectare mai mică a sensibilității profunde	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Formele clinice cu evoluție îndelungată la care s-au instalat atrofii musculare și deficite motorii accentuate însoțite de tulburări desensibilitate ± tulburări cardiace, endocrine, psihice (eredoataxia spinocerebeloasă Friedreich) - Formele clinice cu evoluție progresivă la care ataxia cerebeloasă este accentuată, însoțită de tulburări de vorbire, precum și de accentuarea contracturii piramidale +/- tulburări de sensibilitate (eredoataxia cerebeloasă Pierre – Marie)	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Formele clinice cu evoluție îndelungată la care s-au instalat atrofii musculare și deficite motorii accentuate însoțite de tulburări desensibilitate ± tulburări cardiace, endocrine, psihice (eredoataxia spinocerebeloasă Friedreich)	70-75	30-25
NOTĂ: Situațiile clinic asociate se vor evalua conform criteriilor respective. - Formele clinice cu evoluție progresivă la care ataxia cerebeloasă este accentuată, însoțită de tulburări accentuate de vorbire, precum și de accentuarea contracturii piramidale +/- tulburări de sensibilitate (eredoataxia cerebeloasă Pierre – Marie) Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: - Formele clinice care, din cauza amiotrofiilor musculare și a deficiențelor motorii și generalizate, conduc la imobilizarea bolnavului (eredoataxia spinocerebeloasă Friedreich) - Formele clinice după ani de la debut și care, prin tulburările ataxice, fac deplasarea bolnavului foarte dificilă sau imposibilă (eredoataxia cerebeloasă Pierre – Marie)	80-100	20-0

DISCOPATIILE (G55.1 – G55.3)
(COMPRESIUNEA RĂDĂCINILOR ȘI PLEXURILOR NERVOASE
ÎN BOLI CLASIFICATE ÎN ALTE COMPARTIMENTE)

Definiție. *Discopatia* este o afecțiune a coloanei vertebrale manifestată prin modificări degenerative ale discurilor intervertebrale, cu manifestări clinice corespunzător zonei afectate.

Clasificarea și formularea diagnosticului: Diagnosticul corect al discopatiei se formulează după stadiul evolutiv al bolii, clinic și radiologic. De obicei este unică, dar poate fi multiplă, întâlnindu-se în aceeași regiune sau în diferite regiuni ale coloanei vertebrale. Cel mai frecvent apare în regiunea lombară, apoi în cea cervicală și, rareori, în regiunea dorsală. Regiunea lombară și, mai ales, ultimele două discuri lombare reprezintă sediul de predilecție al bolii.

Barem de investigații:

- Examenul RMN (doar când examenul RMN nu este accesibil în timp util, se poate face examen CT al segmentului vertebral afectat).
- Examenul electroneurofiziologic (electroneurografie detaliată, inclusiv cu latența undei F +/- EMG).
- În prezența complicațiilor postoperatorii (arahnoidite, epidurite, sindrom de rahialgie nespecifică postoperatorie, cicatrici compresive etc.), examenul clinic trebuie concordat obligatoriu cu examenul neurochirurgical.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice cu dureri la nivelul coloanei vertebrale care apar spontan sau la apăsare - Discopatie vertebrală cu blocaj ușor al segmentului vertebral - Contractură musculară paravertebrală ușoară - Semne de iritație radiculară (bolnavul prezintă dureri la tuse, strănut sau eforturi) - Efect pozitiv la tratament specific	5-35	95-56
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice cu dureri la nivelul coloanei vertebrale persistente, care apar la mișcări pasive și cedează greu la tratament specific (dovadă clinică prin bilet de ieșire din spital repetate) - Discopatie vertebrală cu blocaj moderat ale segmentului vertebral și contractură musculară paravertebrală accentuată - Semne de iritație radiculară (bolnavul prezintă dureri la tuse, strănut sau eforturi) - Semne de elongație pozitive - Deficiențe la activitate profesională (solicitare prelungită de statică și locomoție sau poziție șezândă îndelungată)	40-45	60-55

Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice în stadiul paralytic sau paretic (deficit motor moderat, absența reflexelor osteotendinoase; tulburări de sensibilitate obiectivă; sechelele operatorii ale herniei de disc) - Complicații postoperatorii (arahnoidite, epidurite, cicatrici compresive etc.) - Deficiențe emoțional-volitive - Sindrom algic iritativ persistent - Deficiențe la activitate profesională (solicitare prelungită de statică și locomoție sau poziție șezândă îndelungată) Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Sindrom de rahialgie nespecifică postoperatorie (Failed back surgery syndrome) - Hernii de disc operate iterativ - Forme clinice cu deficit motor moderat - tulburări accentuate de sensibilitate; - Complicații postoperatorii (arahnoidite, epidurite, cicatrici compresive etc., cu dezvoltarea sindromului mieloradicular) - Tulburări ale funcției organelor pelviene - Deficiențe emoțional volitive - Deficiențe la activitate profesională (solicitare prelungită de statică și locomoție sau poziție șezândă îndelungată) Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Sindrom de rahialgie nespecifică postoperatorie (Failed back surgery syndrome) - Hernii de disc operate iterativ - Deficit motor accentuat - Tulburări accentuate a funcției organelor pelviene - Tulburări de sensibilitate și trofice - Deficiențe emoțional volitive - Deficiențe la activitate profesională (solicitare prelungită de statică și locomoție sau poziție șezândă îndelungată) Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: - Forme clinice cu deficit motor sever (parapareză profundă/ paraplegie /tetraparaze însoțite de tulburări de sensibilitate și tulburări sfincteriene tip incontinență (cazuri extrem de rare) - Tulburări circulatorii și trofice severe NOTĂ: Deficiențe absolute sunt posibile numai în cazul situațiilor clinic asociate (se va evalua individual).	50-55	50-45
	60-65	40-35
	70-75	30-25
	80-100	20-0

NEUROPATIILE PERIFERICE (G 54-56)
PARALIZIILE PLEXULUI BRAHIAL
PARALIZIILE PLEXULUI LOMBOSACRAL

Definiție. *Neuropatia periferică* este un termen generic care indică tulburările nervilor periferici de orice cauză (afecțiuni metabolice, inflamatorii, imunologice, paraneoplazice, toxice, posttraumatice).

Clasificare:

- Polineuropatiile axonale: acute, subacute, cronice.
- Polineuropatiile demielinizante: acute, cronice.
- Mononeuropatii multiplex.
- Mononeuropatii.

Paraliziile de plex brahial pot fi parțiale sau totale. Plexul brahial este format din rădăcinile cervicale C5, C6, C7, C8 și rădăcina toracală T1. Rădăcinile C5 și C6 formează împreună trunchiul superior, rădăcina C7 formează trunchiul mijlociu, iar rădăcina C8 și T1 formează trunchiul inferior.

Barem de investigații:

- Anamneza bolii de bază (etiologia).
- Examenul neuroelectrofiziologic detaliat.
- Biopsia de nerv (în cazuri speciale).

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Formele clinice de neuropatii, indiferent de etiologie – cu simptomatologie frustă, predominant senzitivă (parestezii distale predominant membrele inferioare) ± fruste deficite motorii	5-35	95-56
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: <i>Neuropatii periferice</i> - Forme clinice cu simptomatologie motorie manifestată prin deficite motorii ușoare predominant distale și predominant la membrele inferioare însoțite de tulburări de sensibilitate superficială și/sau profundă - Sindrom senzitiv moderat manifestat (furnicături, înțepături, arsuri, sau parestezii în plante sau vârful degetelor, sau în general cu distribuție în alte zone ale membrelor superioare și/ sau inferioare) - Deficiențe de circulație și trofice <i>Paraliziile de plex brahial</i> - Tipul superior (Duchenn Erb), caracterizat prin reducerea moderată a mișcărilor de ridicare a umărului, abolirea	40-45	60-55

abducției, a mișcărilor de rotație externă, membrul superior în adducție și rotație internă; atrofia umărului (mușchiul deltoid); ROT bicipital absent, tulburări de sensibilitate. - Tipul mijlociu (Remack), caracterizat prin imposibilitatea moderată a flexiei antebrăului pe braț și a supinației (tricipital abolit, tulburări de sensibilitate inconstante, frecvent pe fața dorsală a antebrăului și porțiunea externă a feței dorsale a mâinii) - Tipul inferior (Klumpke), caracterizat prin paralizia nervului cubital anterior, flexorilor degetelor, interosoșii musculaturii tenare și hipotenare; se poate adăuga leziunea simpaticului cervical și apariția sindromului Claud-Bernard-Horner Paraliziile plexului lombosacrat - Deficiențe moderate locomotorii, paralizia adducției și rotației interne și externe a coapsei, tulburări moderate de sensibilitate în porțiunea mijlocie a coapsei și a genunchiului Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: Neuropatii periferice - Forme clinice cu simptomatologie manifestată prin deficite motorii moderate predominant distale și predominant la membrele inferioare, însoțite de tulburări de sensibilitate superficială și/sau profundă (ataxie) - Sindrom senzitiv accentuat manifestat (furnicături, înțepături, arsuri sau paretezii în plante ori vârful degetelor, sau în general cu distribuție în alte zone ale membrilor superioare și/ sau inferioare) - Deficiențe de circulație și trofice moderate și persistente Paraliziile de plex brahial - Paralizie accentuată de nerv radial, mâna este căzută în „gât de lebădă” și bolnavul nu poate face extensia policelui, falangelor proximale degetelor, extensia mâinii, pumnului și antebrăului pe braț NOTĂ: În cazul în care pacientul este dreptaci sau din cauza deficiențelor descrise anterior pierde abilitatea profesională, acestea se vor constata ca deficiențe accentuate. Paraliziile plexului lombo-sacrat - Deficiențe locomotorii moderat persistente ce se caracterizează prin mers stepat, bolnavul ridică mult genunchiul și flexează mult gamba de partea bolnavă, nu poate merge pe călcâie Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:	50-55 60-65	50-45 40-35

Deficiențe funcțional-structurale medii:

Activitate de muncă în condițiile unui mediu confortabil adecvat abilităților profesionale și personale, cu evitarea sau excluderea influenței factorilor climaterici și de mediu nefavorabili, efort fizic greu, deplasări posturale prelungite.

Evitarea sau excluderea turelor de noapte.

Activitate de muncă cu program redus, fără suprasolicitări fizice și psihoemoționale, posturale.

Evitarea muncii la înălțime, lângă apă sau foc, mecanisme în mișcare, curent de înaltă tensiune.

Activități de studiu, științifice în condiții protejate de atelier.

Evitarea activității de comunicare cu publicul.

Excluderea muncii ce necesită atenție sporită și responsabilitate.

Deficiențe funcțional-structurale accentuate:

Parțial apt de muncă în condițiile unui mediu de confort adecvat abilităților profesionale și personale restante cu excluderea influenței factorilor climaterici și de mediu nefavorabili, efort fizic dozat sau limitat.

Activitate de muncă cu program redus, fără suprasolicitări fizice și psihoemoționale, posturale.

Evitarea muncii la înălțime, lângă apă, sau foc, mecanisme în mișcare, curent de înaltă tensiune.

Prestarea profesiei cu ritm liber ce nu necesită mișcări rapide și cu precizie, fără relații cu publicul.

Activități ce nu necesită gestualitate, deplasări posturale prelungite, mișcări de viteză și precizie.

Efort fizic neînsemnat în poziție șezândă (munci de birou).

Activități de studiu, științifice în condiții protejate de atelier.

Condiții protejate de muncă, care nu necesită eforturi fizice, cu ritm liber.

Deficiențe funcțional-structurale grave:

Activități de muncă în condiții speciale, posibilitatea folosirii uneltelor pentru autodeservire (cârjă, atribuite pentru igiena personală), posibilitatea de a fi ajutat de altă persoană.

Efort fizic neînsemnat în poziție șezândă (muncă de birou).

Activități de studiu, științifice la domiciliu.

Activitate adaptivă cu acțiune psihoterapeutică benefică.

Deficiențe funcțional-structurale absolute:

Activitatea de muncă inaccesibilă, necesită îngrijire și supraveghere permanentă din partea altei persoane.

AFEȚIUNI ALE ANALIZATORULUI VIZUAL

BOLILE OCHIULUI ȘI ALE ANEXELOR SALE

Deficiențe funcționale și structurale		Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Acuitatea vizuală (AV) mono/binoculară (cu cea mai bună corecție utilă la ochiul cel mai bun)			
Un ochi (OD)	Alt ochi (OS)		
Deficiențe funcțional-structurale ușoare:			
1,0	0,9	0	100
1,0	0,8	0	100
1,0	0,7	5	95
1,0	0,6	5	95
1,0	0,5	5	95
1,0	0,4	10	90
1,0	0,3	10	90
1,0	0,25	10	90
1,0	0,2	15	85
1,0	0,15	15	85
1,0	0,1 - 0,07	20	80
1,0	0,06 - 0,05	25	75
1,0	0,04	25	75
1,0	0,03	30	70
1,0	0,02	35	65
0,9	0,9	0	100
0,9	0,8	5	95
0,9	0,7	5	95
0,9	0,6	5	95
0,9	0,5	10	90
0,9	0,4	10	90
0,9	0,3	10	90
0,9	0,25	15	85
0,9	0,2	15	85
0,9	0,15	20	80
0,9	0,1 - 0,07	20	80
0,9	0,06 - 0,05	25	75
0,9	0,04	25	75
0,9	0,03	30	70
0,9	0,02	35	65
0,8	0,8	0	100
0,8	0,7	5	95
0,8	0,6	5	95
0,8	0,5	10	90
0,8	0,4	10	90
0,8	0,3	15	85
0,8	0,25	15	85
0,8	0,2	20	80

0,8	0,15	20	80
0,8	0,1 - 0,07	25	75
0,8	0,06 - 0,05	30	70
0,8	0,04 - 0,03	30	70
0,8	0,02	35	65
0,7	0,7	5	95
0,7	0,6	10	90
0,7	0,5	10	90
0,7	0,4	15	85
0,7	0,3	15	85
0,7	0,25	20	80
0,7	0,2	20	80
0,7	0,15	20	80
0,7	0,1 - 0,07	25	75
0,7	0,06 - 0,05	30	70
0,7	0,04 - 0,03	30	70
0,7	0,02	35	65
0,6	0,6	10	90
0,6	0,5	10	90
0,6	0,4	15	85
0,6	0,3	15	85
0,6	0,25	20	80
0,6	0,2	20	80
0,6	0,15	25	75
0,6	0,1 - 0,07	25	75
0,6	0,06 - 0,05	30	70
0,6	0,04	35	65
0,6	0,03	35	65
0,5	0,5	15	85
0,5	0,4	20	80
0,5	0,3	25	75
0,5	0,25	30	70
0,5	0,2	30	70
0,5	0,15	35	65
0,4	0,4	20	80
0,4	0,3	25	85
0,4	0,25	30	70
0,4	0,2	35	75
0,4	0,15	35	75
0,3	0,3	30-35	70-65
Notă: Cecitatea relativă a unui ochi se apreciază individual conform	Cu AV 1,0 -0,6 la celalalt ochi	35-40	65-60

evoluției, gravității și pronosticului maladiei.			
Deficiențele funcțional- structurale medii			
1,0	0,01	40	60
1,0	FPL – 0,00	45	55
0,9	0,01	40	60
0,9	FPL - 0,00	45	55
		40	60
0,8	0,01	40	60
0,8	FPL - 0,00	45	5
0,7	0,01	40	60
0,7	FPL – 0,00	45	55
0,6	0,02 – 0,01	40	60
0,6	FPL – 0,00	45	55
0,5	0,1	40	60
0,5	0,09	40	60
0,5	0,08	40	60
0,5	0,07	45	55
0,5	0,06	45	55
0,5	0,05	50	50
0,5	0,04	50	50
0,5	0,03	50	50
0,5	0,02	55	45
0,5	0,01	55	45
0,5	FPL - 0,00	55	45
0,4	0,1	40	60
0,4	0,09	40	60
0,4	0,08	45	55
0,4	0,07	45	55
0,4	0,06	45	55
0,4	0,05	50	50
0,4	0,04	50	50
0,4	0,03	55	45
0,4	0,02	55	45
0,4	0,01	55	45
0,3	0,25	40	60
0,3	0,2	40	60
0,3	0,1	45	55
0,3	0,09	45	55
0,3	0,08	45	55
0,3	0,07	50	50
0,3	0,06	50	50
0,3	0,05	50	50
0,3	0,04	55	45
0,3	0,03	55	45

0,2	0,25	45	55
0,2	0,2	50	50
0,2	0,15	55	45
Anoftalm unilateral fără escamotare estetică	1,0	45	55
Anoftalm unilateral cu escamotare estetică	1,0	50	50
Deficiențe funcțional- structurale accentuate			
0,4	FPL	60	40
0,4	0,00	60	40
0,3	0,02	60	40
0,3	0,01	60	40
0,3	FPL	65	35
0,3	0,00	65	35
0,2	0,1	60	40
0,2	0,09	60	40
0,2	0,08	60	40
0,2	0,07	60	40
0,2	0,06	60	40
0,2	0,05	65	35
0,2	0,04	65	35
0,2	0,03	65	35
0,2	0,02	65	35
0,2	0,01	70	30
0,2	FPL	70	30
0,2	0,00	70	30
0,1	0,1- 0,09	60	40
0,1	0,08 – 0,07	65	35
0,1	0,06 – 0,05	65	35
0,1	0,04 – 0,03	70	30
0,15	0,02 – 0,01	65 -70	35 - 30
0,15	FPL - 0,00	70	30
0,08	0,05	75	25
0,08	0,04 – 0,03	75	25
0,1	0,02	70	30
0,1	0,01	75	25
0,1	FPL - 0,00	75	25
0,08	0,08	70	30
0,07	0,07	70	30
0,06	0,06	75	25
0,06	0,05	75	25
0,05	0,05	75	25
Deficiențe funcțional- structurale severe			

0,04	0,04 – 0,03	80	20
0,04	0,02	85	15
0,04	0,01	90	10
0,04	FPL - 0,00	90	10
0,03	0,03	85	15
0,03	0,02	90	10
0,02	0,02	90	10
0,02	0,01	95	5
0,02	FPL - 0,00	95	5
0,01	0,01	95-100	5-0
0,01	FPL – 0,00	95-100	5-0
P M M (proiecția mișcării mâinii)	P M M	95-100	5-0
P L (proiecția luminii)	P L	95-100	5-0
F P L (fără proiecția luminii)	F P L	95-100	5-0
Cecitate absolută totală	0,00	100	0
Anoftalmie bilaterală (lipsa ochilor)	-	100	0

Câmpul vizual (CV) (la ochiul cel mai bun) (Îngustarea concentrică a câmpului vizual de la punctul de fixație la ochiul cel mai bun, asociat cu diagnosticul clinic corespunzător)		Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare			
CV la un ochi (grade)	CV la alt ochi (grade)		
90 - 65	90 - 65	0	100
90 - 65	64 - 60	0	100
90 - 65	59 - 50	5	95
90 - 65	49 - 40	10	90
90 - 65	39 - 30	15	85
90 - 65	29 - 20	20	80
64 - 60	64 - 60	0	100
64 - 60	59 - 50	10	90
64 - 60	49 - 40	15	85
64 - 60	39 - 30	20	80
64 - 60	29 - 20	20	80

59 - 50	59 - 50	15	85
59 - 50	49 - 40	20	80
59 - 50	39 - 30	20	80
90 - 65	19 - 10	30	70
49 - 40	49 - 40	30	70
64 - 60	19 - 10	35	65
59 - 50	29 - 20	35	65
49 - 40	39 - 30	35	65
Căderea câmpului vizual în cadranul inferior dreapta, stânga		30	70
Hemianopsie orizontală superioară bilaterală		30-25	70 -65

Deficiențe medii			
CV la un ochi (grade)	CV la alt ochi (grade)		
90 - 65	<10	40	60
64 - 60	<10	45	55
59 - 50	19 - 10	45	55
59 - 50	<10	50	50
49 - 40	29 - 20	50	50
49 - 40	19 - 10	55	45
39 - 30	39 - 30	50	50
Hemianopsie heteronimă (binazală, bitemporală)		50-55	50 -45
Deficiențe accentuate			
CV la un ochi	CV la alt ochi		
49 - 40	<10	60	40
39 - 30	29 - 20	60	40
39 - 30	19 - 10	65	35
39 - 30	< 10	70	30
29 - 20	29 - 20	70	30
29 - 20	19 - 10	75	25
29 - 20	<10	75	25
19 - 10	19 - 10	75	25
Hemianopsie totală inferioară bilaterală		60-65	40 -35
Hemianopsie omonimă dreaptă sau stângă		60-65	40 -35
Deficiențele severe			
CV la un ochi	CV la alt ochi		
Hemianopsie omonimă internă sau externă la unicul ochi		80	20
<10	<10	90-95	10-5
5-0	5-0	95-100	5-0

Câmp vizual computerizat – în funcție de structura oculară afectată.

NOTĂ: Câmpul vizual computerizat oferă relații privind sensibilitatea retinei cu modificări

specifice structurii funcțiilor vizuale afectate – cu programe stabilite în funcție de diagnosticul clinic.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare		
Epifora (obstrucție unilaterală sau bilaterală)	5 - 10	95 - 90
Hiposecreția lacrimală (sindromul ochiului uscat)	5 - 10	95 - 90
Dacriocistite incurabile + fistula lacrimală	5 - 10	95 - 90
Ectropion	5 - 10	95 - 90
Entropion	5	95
Logoftalmie:		
- paralică	5 - 10	95 - 90
- cicatricială	10 - 15	90 - 85
Diplopie în paralizie musculară	10 - 20	90 - 80
Diplopie cronică cu tulburări extrabulbare	20 - 25	80 - 75
Paralizii acomodative:		
- la un ochi	10 - 15	90 - 85
- la ambii ochi	20 - 30	80 - 70
Ptoză și alte paralizii:		
la un ochi:		
- pleoapa închide jumătatea de sus a pupilei	10 - 15	90 - 85
- pleoapa închide pupila complet	20	80
la ambii ochi:		
- pleoapa închide jumătatea de sus a pupilei	25	75
Ankiloblefaron incomplet:		
- la un ochi	15	85
- la ambii ochi	30	70
Midriază bilaterală cu dereglarea acomodării sau colabomul total al irisului	25 - 30	75 - 70
Pterigion, bride cicatriciale conjunctivale		
- la un ochi	5 - 15	95 - 85
- la ambii ochi	15 - 25	85 - 75
Dereglarea funcționării căilor lacrimale, impermeabilitatea din cauza cicatricilor	10 - 15	90 - 85
- dacriocistită cronică traumatică	20	80
Schelele fracturii orbitei		
- fără afectarea musculară și fără deplasarea globului ocular	10 - 15	90 - 85
- cu afectarea musculară și cu deplasarea globului ocular	20 - 25	80 - 75
Deficiențe medii		
Îmbinarea dereglărilor funcționale cu excamațare estetică la un ochi	40	60
Ptoză bilaterală - pleoapa închide pupila complet	50	50
Deficiențe accentuate		

După înlăturarea tumorii maligne (melanom uveal, retinoblastom), după enucleație sau brahiterapie, histologic confirmată, cu evidență până la 5 ani	60	40
Deficiențele severe		
Îmbinarea dereglărilor funcționale cu excamatare estetică la ambii ochi	80	20

Recomandări de muncă

Deficiențe funcțional-structurale ușoare:

La activitatea cu solicitări vizuale de nivel înalt și foarte înalt se poate recomanda schimbarea locului de muncă sau alte activități.

Deficiențe funcțional-structurale medii:

Se recomandă activitate de muncă cu:

- Solicitări vizuale de nivel mediu.
- Evitarea solicitărilor fizice și psihoemoționale majore.
- Evitarea noxelor profesionale agresive (substanțe toxice, factori ionizanți), a variațiilor de temperatură.
- Excluderea activității cu risc de traumatism ocular (termic, mecanic, chimic).
- Evitarea muncii la înălțime.
- Evitarea muncii cu substanțe iritative pentru ochi.

Este contraindicat lucrul în poziția corpului și capului forțată (în jos), lucrul legat de zguduirea și vibrația corpului (miopie foarte complicată degenerativă, afachie, subluxația cristalinului, artifakie, ectopia cristalinului, glaucom, microoftalmii, după tratament chirurgical la ochi, dezlipire de retină).

Sunt contraindicate profesiunile care necesită explorarea vederii binoculare.

Persoanele tinere trebuie orientate către profesii corespunzătoare capacităților lor vizuale, conform maladiei și pronosticului ei.

Deficiențe funcțional-structurale accentuate:

Pot activa la locuri de muncă protejate sau condiții ajustate:

- Solicitări energetice și vizuale de nivel redus.
- Iluminat mai puternic (compensator).
- Evitarea locului de muncă cu lumină puternică (persoanele cu albinism).
- Evitarea solicitărilor fizice și psihoemoționale majore.
- Evitarea noxelor profesionale agresive (substanțe toxice, factori ionizanți), a variațiilor de temperatură.
- Excluderea activității cu risc de traumatism ocular (termic, mecanic, chimic).

Este contraindicat lucrul în poziția corpului și capului forțată (în jos), lucrul legat cu zguduirea și vibrația corpului (miopie foarte complicată degenerativă, afachie, subluxația cristalinului, artifakie, ectopia cristalinului, glaucom, microoftalmii, după tratament chirurgical la ochi, dezlipire de retină).

Pot desfășura activități de lucru la domiciliu.

Persoanele tinere trebuie orientate către profesii corespunzătoare capacităților lor vizuale, conform maladiei și pronosticului ei.

Deficiențe funcțional-structurale grave:

Pot activa la locuri de muncă protejate sau cu condiții ajustate, cu solicitări energetice și vizuale de nivel foarte redus.

Pot desfășura activități de lucru la domiciliu.

Deficiențe funcțional-structurale absolute:

Necesită îngrijire și supraveghere permanentă sau parțială din partea altei persoane (după caz).

Activitate de muncă cu solicitări energetice și vizuale foarte reduse, cu loc de muncă protejat sau cu condiții ajustate.

Supraveghere (după caz) din partea asistenților instituțiilor medico-sociale.

BOLILE OCHIULUI ȘI ALE ANEXELOR SALE (H00-H59)

Definiție: Funcțiile vederii reprezintă funcții senzoriale de percepere a simțului luminos, proiectare a imaginii obiectului, deosebirea formei și dimensiunilor, a volumului și culorii obiectului de la diferite distanțe, folosind unul sau ambii ochi.

Analizatorul vizual are 5 funcții:

- Percepția luminii.
- Vederea periferică.
- Vederea centrală.
- Perceperea culorilor.
- Vederea binoculară.

În procesul de expertizare, pentru stabilirea deficienței vizuale, criteriile de bază sunt:

- Aprecierea acuității vizuale (AV).
- Dimensiunile câmpului vizual (CV).

Acuitatea vizuală (AV) reprezintă posibilitatea ochiului de a aprecia configurația, forma, conturul și detaliile obiectelor și ale imaginilor; capacitatea lui de a percepe cea mai mică distanță dintre două puncte (pe retină - 4 microni, diametrul minim al unui con), ceea ce corespunde unei dimensiuni de 1,4 mm, situată la distanță de 5 metri.

Vederea centrală este realizată de regiunea centrală a retinei și asigură posibilitatea deosebirii formei și detaliilor mărunte ale obiectelor privite.

AV între 1,0 și 0,67 se consideră în limitele fiziologice.

Vederea normală depinde de trei factori principali:

- 1) Transparența mediilor optice ale ochiului.
- 2) Starea normală a retinei și a căilor optice.
- 3) Refracția sistemului optic al ochiului.

Vederea periferică se realizează de toată retina optic activă, cu excepția regiunii maculare. Vederea periferică asigură orientarea și deplasarea în spațiu, permite de a distinge forma și curburile obiectelor, însă într-o măsură mult mai mică decât vederea centrală. CV monocular este spațiul văzut cu un singur ochi în jurul unui punct fix, atunci când capul și ochii sunt nemișcați. Cercetarea vederii periferice constă în aprecierea limitelor atât la culoare albă, cât și la alte culori și a defectelor mărginite de câmpul vizual.

Limitele câmpului vizual depind de starea retinei, a căilor optice și de conformația feței și a orbitei (proeminența frunții, nasului, obrazilor, poziția ochilor în orbită, a pleoapelor, mărimea pupilei).

Limitele normale ale câmpului vizual:

Pentru lumina albă: Temporal – 90°, inferior – 70°, superior – 50-55° și nazal – 60°.

Pentru culori: temporal pentru albastru – 70⁰, pentru roșu 50⁰, pentru verde – 30⁰-35⁰; din partea nazală pentru albastru – 45⁰, pentru roșu – 35⁰, pentru verde – 30⁰.

Explorările funcționale de bază ale analizatorului vizual:

- Determinarea acuității vizuale mono- și binocular, fără corecție, cu corecție optică suportabilă, la distanță și în apropiere, precum și cu metode de control. AV se scrie corect, citeț și fără corectări.
- Determinarea refracției oculare și a viciilor de refracție prin examenul schiascopic, refractometric și oftalmometric.
- Explorarea câmpului vizual (manual, prin autoperimetria computerizată).
- Biomicroscopia oculară (examinarea în midriază cu descriere detaliată a structurilor ochiului).
- Oftalmoscopia – examenul fundului de ochi (examinarea în midriază cu descriere detaliată a fundului de ochi).
- Tonometria oculară la persoane după 40 ani (la persoanele cu glaucom, cu amprenta tonometrică în fișa de trimitere).
- Keratometria, topografia corneei în patologia corneei.
- Ecografia în patologia corpului vitros, retinei.
- Explorarea motilității pupilare și motilității oculare.
- Aprecierea unghiului de deviere a globului ocular.
- La necesitate (după caz):
 - Aprecierea vederii binoculare.
 - Aprecierea simțului cromatic.
 - Exoftalmometria.
 - Angiografia fluoresceinică.
 - Tomografia computerizată.
 - Tomografia optică coerentă.
 - Rezonanța magnetică nucleară.
 - Examinări electrofiziologice (electro-retinograma, potențiale vizuale evocate).
 - Explorări imunologice și histologice

NOTĂ: Cataracta cu indicație chirurgicală postoperator se reevaluează funcțional și clinic după 6-12 luni, dezlipirea de retină și vitrectomia posterioară – după 12 luni, în cazul transplantului de corneă – după 24 de luni.

Persoanele primare și cu agravare necesită investigații în condiții de staționar (după caz), cu prezentarea extrasului de externare corespunzător maladiei date.

Recomandări de muncă în bolile ochiului și anexele sale

Deficiențe funcțional-structurale ușoare:

La activitatea cu solicitări vizuale de nivel înalt și foarte înalt se poate recomanda schimbarea locului de muncă sau alte activități.

Deficiențe funcțional-structurale medii:

Se recomandă activitate de muncă cu:

- Solicitări vizuale de nivel mediu.
- Evitarea solicitărilor fizice și psiho-emoționale majore.
- Evitarea noxelor profesionale agresive (substanțe toxice, factori ionizanți), variații de temperatură.
- Excluderea activității cu risc de traumatism ocular (termic, mecanic, chimic).
- Evitarea muncii la înălțime.
- Evitarea muncii cu substanțe iritative pentru ochi.

Este contraindicat lucrul în poziția corpului și capului forțată (în jos), lucrul legat cu zguduirea și vibrația corpului (miopie foarte complicată degenerativă, afachie, subluxația cristalinului, artifakie, ectopia cristalinului, glaucom, microoftalmii, după tratament chirurgical la ochi, dezlipire de retină).

Sunt contraindicate profesiunile care necesită explorarea vederii binoculare.

Persoanele tinere trebuie orientate către profesii corespunzătoare capacităților lor vizuale, conform maladiei și pronosticului ei.

Deficiențe funcțional-structurale accentuate:

Pot activa la locuri de muncă protejate sau cu condiții ajustate:

- Cu solicitări energetice și vizuale de nivel redus.
- Cu iluminatul mai puternic (compensator).
- Evitarea locului de muncă cu lumină puternică (persoanele cu albinism).
- Evitarea solicitărilor fizice și psihoemoționale majore.
- Evitarea noxelor profesionale agresive (substanțe toxice, factori ionizanți), a variațiilor

de temperatură.

- Excluderea activității cu risc de traumatism ocular (termic, mecanic, chimic).

Este contraindicat lucrul în poziția corpului și capului forțată (în jos), lucrul legat de zguduirea și vibrația corpului (miopie foarte complicată degenerativă, afachie, subluxația cristalinului, artifakie, ectopia cristalinului, glaucom, microoftalmii, după tratament chirurgical la ochi, dezlipire de retină).

Pot desfășura activități de lucru la domiciliu.

Persoanele tinere trebuie orientate către profesii corespunzătoare capacităților lor vizuale, conform maladiei și pronosticului ei.

Deficiențe funcțional-structurale grave:

Pot activa la locuri de muncă protejate sau cu condiții ajustate, cu solicitări energetice și vizuale de nivel foarte redus.

Pot desfășura activități de lucru la domiciliu.

Deficiențe funcțional-structurale absolute:

Necesită îngrijire și supraveghere permanentă sau parțială din partea altei persoane (după caz).

Activitate de muncă cu solicitări energetice și vizuale foarte reduse, cu loc de muncă protejat sau cu condiții ajustate.

Supraveghere (după caz) din partea asistenților instituțiilor medico-sociale.

BOLILE APARATULUI CIRCULATOR

Considerații generale

Pentru a reprezenta complexitatea deficiențelor funcționale și structurale în patologia cardiovasculară, s-a considerat oportun principiul de evaluare conform sindroamelor de bază și anume: sindromul de ischemie, sindromul de insuficiență cardiacă cronică, sindromul de hipertensiune arterială; deficiențele / gradientele valvulare; sindromul tulburărilor de ritm și conducere cardiacă.

1. Pentru ca criteriile să fie valide, este necesar să se respecte baremul de investigații și evaluarea să corespundă cu deficiențele funcționale și structurale descrise în tabele conform sindroamelor. Astfel, la final se vor putea deduce deficiențele funcționale și structurale individuale.

2. Procentul deficiențelor funcționale se va calcula pe rând, începând cu cele medii ale sindromului de bază. Pentru fiecare alt sindrom din cadrul patologiei date se va aduna 10%.

3. În cazul maladiilor concomitente, care nu sunt complicație a maladiei cardiovasculare, dar dezvoltă deficiențe funcțional-structurale dizabilitante, începând cu cele medii, evaluarea se va efectua luând în considerare această situație, urmând ca să se calculeze procentul sumar al **patologiei de bază**, aplicând formula după H. Kessler.

4. Pentru sindroamele rare, pentru care nu există criterii speciale 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.

BOALA CARDIACĂ ISCHEMICĂ*

* Conform Protocoalelor Clinice Naționale PCN 74, PCN 81

<http://old.ms.md/files/14844-protocol%2520final%2520APS.pdf>

<http://old.ms.md/files/14846-Protocol%2520IMA%2520mai%2520final%2520%25202014.pdf>

Definiție: *Cardiopatia ischemică* (CPI) reunește un grup de afecțiuni care au în comun afectarea miocardului de origine ischemică, influențată de dezechilibrul dintre aportul și necesitatea miocardului în oxigen. CPI poate fi produsă de cauze organice (în majoritatea cazurilor ateroscleroza), funcționale (spasm coronarian) sau mixte. În grupul mare al CPI sunt incluse:

- **Formele acute:** angina pectorală instabilă (I20.0), angina pectorală cu spasm înregistrat (I20.1), infarctul miocardic acut (IMA) (I21), infarctul miocardic ulterior sau recurent (I22), anumite complicații curente urmând infarctului miocardic acut (I23), alte boli ischemice acute (I24);

- **Formele cronice:** angina pectorală de efort (I20.8), angina pectorală nespecificată (I20.9) și toate formele incluse în compartimentul cardiopatia ischemică cronică (I25).

Clasificarea conform CIM 10:

I 20. Angina pectorală.

I 20.0. Angina instabilă.

I 20.1. Angina pectorală cu spasm înregistrat.

Angina:

- Angiospastică.
- Prinzmetal.
- Spasm provocat.
- Diversă.

I20.8. Alte forme de angină pectorală.

Angina de efort.

Stenocardia.

I20.9. Angina pectorală, nespecificată.

I 21. Infarct miocardic acut

Include: Infarctul miocardic specificat ca fiind acut sau cu o durată stabilită de 4 săptămâni (28 zile) sau mai puțin de la debut.

Exclude:

Infarctul miocardic:

- vechi (I25.2);
- specificat ca fiind cronic sau cu o durată stabilită de mai mult de 4 săptămâni (mai mult de 28 zile) de la debut (I25.8);
- sindromul Dressler, postinfarct miocardic (I24.1).

I21.0. Infarct miocardic acut transmural al peretului anterior.

I21.1. Infarct miocardic acut transmural al peretului inferior.

I21.2. Infarct miocardic acut transmural cu alte localizări.

I21.3. Infarct miocardic acut transmural cu localizări nespecificate.

I22. Infarct miocardic ulterior.

Include: Infarctul miocardic recurent.

NOTĂ: Această categorie ar trebui să fie alocată pentru infarctul cu orice localizare miocardică, producându-se în intervalul a 4 săptămâni (28 zile) de la debutul infarctului anterior.

I 23. Anumite complicații curente urmând infarctului miocardic acut.

I23.0. Hemopericard ca o complicație curentă urmând infarctului miocardic acut.

I23.1. Defect septal atrial cu o complicație curentă urmând infarctului miocardic acut.

I23.2. Defect septal ventricular ca o complicație curentă urmând infarctului miocardic acut.

I23.3. Ruptura peretelui cardiac fără hemopericard ca o complicație curentă urmând infarctului miocardic acut.

I23.4. Ruptura unei corzi tendinoase ca o complicație curentă urmând infarctului miocardic acut.

I23.5. Ruptura mușchiului papilar ca o complicație curentă urmând infarctului miocardic acut.

I23.6. Tromboza atriului, appendage-ului auricular sau ventricular ca o complicație curentă urmând infarctului miocardic acut.

I23.8. Alte complicații curente urmând infarctului miocardic acut.

I 24. Alte boli ischemice cardiace acute.

Exclude: Angina pectorală (I20-) ischemia miocardică.

I24.0. Tromboza coronară nerezultând în infarct miocardic.

I24.1. Sindromul Dressler; sindromul postinfarct miocardic.

I24.8. Alte forme de cardiopatie ischemică acută.

I24.9. Cardiopatia ischemică acută, nespecificată.

I 25. Cardiopatia ischemică cronică.

Exclude: Boala cardiovasculară NOS (I51.6).

I25.0. Boala cardiovasculară aterosclerotică, astfel descrisă.

I25.1. Cardiopatia aterosclerotică.

Coronar (artera): aterom, ateroscleroză, boală, scleroză.

I25.10. Cardiopatia aterosclerotică a unor vase nespecificate.

I25.11. Cardiopatia aterosclerotică a arterei coronariene native.

I25.12. Cardiopatia aterosclerotică a unei grefe de by pass autolog.

I25.13. Cardiopatia aterosclerotică a unei grefe de by pass nonautolog.

I25.2. Infarct miocardic vechi.

- Infarct miocardic vindecat.

- Infarct miocardic în antecedente diagnosticat prin ECG sau alte investigații speciale, dar ne prezentând simptome la momentul de față.

I25.3. Anevrismul inimii.

I25.5. Cardiomiopatie ischemică.

I25.6. Ischemie silențioasă a miocardului.

I25.8. Alte forme de cardiopatie ischemică cronică.

Orice afecțiune de la I21-I22 și I24, specificate ca fiind cronice sau cu o durată stabilită de mai mult de 4 săptămâni (mai mult de 28 de zile) de la debut.

I25.9. Cardiopatie ischemică cronică, nespecificată.

Clasificarea anginei pectorale stabile (Canadian Cardiac Society) conform clasei funcționale (CF):

- **CF I** – Angină pectorală la efort neobișnuit DE intens, rapid și prelungit; efortul obișnuit nu prezintă angină.

- **CF II** – Angina pectorală de efort mediu, care limitează ușor activitatea obișnuită a pacientului.

- **CF III** – Angina pectorală la activități uzuale, eforturi mici, cu limitarea activităților zilnice.

- **CF IV** – Angină pectorală ce apare în repaus, pacientul fiind sever dizabilitat (capacitatea de efort pierdută);

Barem de investigații:

Obligatorii în formele cronice ale CPI:

- Investigații de laborator: (hemoleucograma, profilul lipidic, incluzând colesterolul total (CT), LDL-colesterol, HDL-colesterol și trigliceridele; glicemia a-jeun; creatinina serică).

- ECG.

- Test ECG de efort (*în lipsa contraindicațiilor*) sau test de stres farmacologic.

- Ecocardiografie transtoracică cu examenul Doppler.

Suplimentare (recomandabile):

- Monitorizarea ECG timp de 24 ore conform metodei Holter.

- Testul de stres farmacologic ecocardiografic.

- Testul de stres farmacologic asociat cu scintigrafia miocardică de perfuzie.

Speciale:

- Arteriografia coronariană (coronaroangiografia).

- Tomografie computerizată cu coronaroangiografie.

Interpretarea testării ECG de efort în evaluarea diagnostică:

Sunt înregistrate datele personale ale pacientului, parametrii inițiali, electrocardiograma în stare de repaus. În cazul probei pozitive, se înregistrează fragmentul reprezentativ și dinamica restabilirii ECG la cea inițială. Pentru toți pacienții se înregistrează protocolul probei (data, tipul testului de efort, frecvența contracțiilor cardiace și tensiunea arterială inițial și la maximum de efort, modificările ECG în efort, cauza întreruperii testului). *În concluzie* se dă un rezumat cu particularitățile desfășurării efortului, se apreciază rezultatul probei, toleranța la efort, particularitățile perioadei de restabilire.

Testul ECG de efort poate fi folositor pentru evaluarea diagnostică, a eficacității tratamentului medicamentos sau după revascularizare, pentru a cuantifica capacitatea de efort, pentru stratificarea prognostică.

Toleranța la efort fizic dozat poate fi evaluată: mare, medie, mică, foarte mică.

NOTĂ: Un test normal la pacienții aflați pe medicație antiischemică nu exclude boala coronariană semnificativă. În scopuri de diagnostic primar, testul ar trebui efectuat la pacienții

care nu iau medicație antiischemică, deși acest lucru nu este întotdeauna posibil sau considerat sigur.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Angină pectorală de efort CF I - Test de toleranță la efort (TTE) – mare - Deficiențe de adaptare la viața cotidiană și profesională nu se determină (fără limitarea activității fizice)	5-35	95-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Angină pectorală de efort CF II - Test de toleranță la efort (TTE) – medie - Deficiențe de adaptare la viața cotidiană și profesională ușoare/moderate (după caz). Limitare ușoară a activității fizice: asimptomatic în repaus, dar efortul fizic obișnuit determină apariția fatigabilității, palpitațiilor sau dispneei	40-55	60-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Angină pectorală de efort CF III - Test de toleranță la efort (TTE) – medie - Stări în care pacientul necesită tratament prin angioplastie transcutană sau intervenție chirurgicală și termen de evaluare clinică și recuperare funcțională postintervenție - Deficiențe de adaptare la viața cotidiană și profesională moderate. Limitare moderată a activității fizice: asimptomatic în repaus, dar efortul fizic mai redus decât cel obișnuit determină apariția fatigabilității, palpitațiilor sau dispneei	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Angină pectorală de efort CF III - Test de toleranță la efort (TTE) – mic - Stări care nu pot fi supuse tratamentului prin angioplastie transcutană sau intervenție chirurgicală sau situații în care simptomatologia și tulburările funcționale persistă și după aceste tehnici, sau dacă s-au produs restenozații sau infarct miocardic acut postintervenție - Deficiențe de adaptare la viața cotidiană și profesională accentuate. Limitare importantă a activității fizice: asimptomatic în repaus, dar un efort fizic mic determină apariția simptomatologiei	70-75	30-25
Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne:	80-100	20-0

- Angină pectorală de efort CF IV - TTE (test de toleranță la efort) – foarte mic - Stări care nu pot fi supuse tratamentului, incapacitatea de a efectua orice activitate fizică fără apariția disconfortului: simptomele insuficienței coronare sunt prezente chiar și în repaus, cu accentuarea lor la orice activitate fizică		

INSUFICIENȚA CARDIACĂ CRONICĂ*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN 82

<http://old.ms.md/files/14837-PCN%2520IC%2520cronica%2520actualizat%2520mai%25202014.pdf>

Definiție: *Insuficiența cardiacă (IC)*, adesea numită *insuficiență cardiacă congestivă (ICC)* apare atunci când inima nu este în măsură să asigure funcția de a pompa fluxul de sânge la un nivel suficient pentru a satisface nevoile organismului. Organismul devine congestionat drept urmare a reducerii debitului cardiac și a incapacității inimii de a se potrivi în mod corespunzător cu întoarcerea venoasă.

Insuficiența cardiacă este un sindrom clinic care se caracterizează prin prezența:

- **Simptomelor tipice** de insuficiență cardiacă (dispnee în efort fizic și în repaus, fatigabilitate, palpitații).

- **Semnelor specifice** de insuficiență cardiacă (tahicardie, tahipnoe, raluri pulmonare, pleurezie, dilatarea venelor jugulare, hepatomegalie, edeme periferice).

- **Dovezilor obiective de alterare structurală sau funcțională a cordului în repaus** (cardiomegalie, zgomotul III cardiac, sufluri cardiace, modificări la ecocardiografie, concentrația mărită a peptidei natriuretice).

Disfuncția sistolică asimptomatică a ventriculului stâng (VS) se caracterizează prin debit cardiac neadecvat și scăderea fracției de ejeție. Este un precursor al insuficienței cardiace congestive simptomatice și se asociază cu o mortalitate ridicată.

Disfuncția diastolică se caracterizează printr-o creștere a presiunilor de umplere a ventriculului stâng, coexistând cu o funcție sistolică de ejeție păstrată. Factorul principal este incapacitatea ventriculului stâng de a se umple în diastolă.

Insuficiență cardiacă cu debit cardiac înalt apare în cazul în care funcția sistolică ventriculară este normală, dar inima nu poate face față unei majorări importante a volumului de sânge (suprasarcină de sânge sau infuzii serice), boli renale, anemie severă cronică, beriberi (deficit de vitamina B1/thiamine), tireotxicoză, boala Paget, fistule arteriovenoase sau malformații arteriovenoase.

Insuficiența cardiacă congestivă este forma de insuficiență cardiacă instalată de obicei lent și cu evoluție cronică, caracterizată prin retenție de apă și sare și stază venoasă, cu producerea de transsudat tisular în plămân și în periferie (edeme).

Insuficiența cardiacă stângă sau dreaptă sunt denumiri care se referă la ventriculul care a cedat. Prima formă se caracterizează prin congestie venoasă pulmonară și dispnee, a doua prin congestie venoasă periferică și edeme. Trebuie subliniat că afectarea ventriculului stâng antrenează, în timp, insuficiența hemodinamică și a celui drept, insuficiența cardiacă devenind **biventriculară**.

Insuficiența cardiacă refractară este acea formă care, cu tot tratamentul optim aplicat, nu a putut fi compensată.

Insuficiența cardiacă acută sau cronică sunt termeni foarte relativi, ce țin de timp; cel mai frecvent un factor precipitant devine cauza insuficienței cardiace acute la pacienții cu insuficiență cardiacă cronică (exacerbare).

Clasificarea conform CIM-10

I 50 Insuficiența cardiacă.

I50.0 Insuficiență cardiacă congestivă.

Cardiopatia congestivă.

Insuficiența ventriculară dreaptă (secundară insuficienței cardiace stângi).

I50.1 Insuficiența ventriculară stângă.

Edem acut al plămânului cu menționarea cardiopatiei sau insuficienței cardiace.

Edem acut pulmonar cu menționarea cardiopatiei sau insuficienței cardiace.

Astm cardiac.

Insuficiența cardiacă stângă.

I50.9 Insuficiența cardiacă, nespecificată.

Insuficiența cardiacă sau miocardică NOS.

Clasificarea disfuncției sistolice a Ventriculului Stâng(*Braunwald's Heart Disease: a Textbook of Cardiovascular Medicine, 9th edition, 2011*):

- Funcție sistolică **normală** – FE ≥ 50 %.
- Disfuncție sistolică **ușoară** – FE = 40-45 %.
- Disfuncție sistolică **moderată** – FE = 30-44%.
- Disfuncție sistolică **gravă** – FE ≤ 30 %.

Clasificarea insuficienței cardiace în raport cu fracția de ejeție (2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure):

- IC cu funcția sistolică **păstrată (normală)** – FE ≥ 50 %, (**insuficiență cardiacă diastolică**)
- IC cu funcția sistolică **de limită sau intermediară** – FE = 41% to 49% , (abordarea terapeutică este similară cu cea a IC cu funcția sistolică **păstrată**)
- IC cu funcția sistolică **redușă** – FE ≤ 40 % (**insuficiență cardiacă sistolică**)

Criterii de diagnostic a insuficienței cardiace cu referire la fracția de ejeție a ventriculului stâng; (ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, European Heart Journal; 2012, 33 p.1793):

Diagnosticarea IC cu FE a VS redusă necesită 3 condiții de realizare	Diagnosticarea IC cu FE a VS păstrată necesită 4 condiții de realizare
Simptome tipice ale IC	Simptome tipice ale IC
Semne specifice ale IC	Semne specifice ale IC
Fracția de ejeție redusă a ventriculului stâng	Fracția de ejeție normală sau puțin redusă a ventriculului stâng și ventriculul stâng nedilat
	Boală structurală cardiacă relevantă (hipertrofia ventriculului stâng/dilatarea atriului stâng) și/sau disfuncție diastolică

Simptome și semne tipice ale insuficienței cardiace (ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, European Heart Journal; 2012, 33 p.1795):

Simptome	Semne
<i>Tipice</i>	<i>Specifice</i>
Dispnee și tuse de decubit	Jugulare turgescențe
Ortopnee	Reflux hepatojugular
Dispnee nocturnă paroxistică	Ritm galop
Rezistență redusă la efort fizic	Zgomot cardiac apical deplasat
Fatigabilitate, creșterea duratei de recuperare după efort fizic	Murmur cardiac
Edeme perimaleolare	
<i>Mai puțin tipice</i>	<i>Mai puțin specifice</i>
Tuse nocturnă inexplicabilă	Edeme periferice (perimaleolare, zona presacrată, scrot etc.)
Hemoptezii	Raluri crepitante pulmonare
Majorarea masei corporale (>2kg/săptămână)	Stază pulmonară, pleurezii
Scădere ponderală	Tahicardie
Edeme	Puls neregulat
Pierderea poftelor de mâncare	Tahipnoe (>16 resp./min.)
Stări confusionale (în special la vârstnici)	Hepatomegalie de stază
Sindrom depresiv (asteno-neurotic)	Ascită
Palpitații	Cașexie
Sincope	

Clasificarea insuficienței cardiace cronice (ICC):

1. Conform stadiilor ACC/AHA 2001, ESC 2008 (stadiile A și B înseamnă risc de IC, iar stadiile C și D înseamnă IC congestivă prezentă).
2. Conform clasei funcționale NYHA.

Stadiile ICC (ACC/AHA 2001)		Clasa Funcțională NYHA	
A	Risc înalt pentru dezvoltarea IC. Nu se determină modificări structurale sau funcționale ale miocardului. Lipsesc semne și simptome de IC	Nu	
B	Prezența bolii cardiace, inclusiv cu modificări structurale în miocard ce poate determina dezvoltarea IC, dar fără semne și simptome actuale de IC	I	Disfuncție asimptomatică. Activitatea fizică obișnuită nu este limitată. Simptomele apar în eforturi excepționale
C	IC simptomatică asociată cu disfuncție cardiacă	I	Disfuncție asimptomatică. Activitatea fizică obișnuită nu este limitată. Simptomele apar în eforturi excepționale
		II	Limitare moderată a activității fizice. Simptomele apar în eforturi obișnuite
		III	Limitare marcată a activității fizice. Simptomele apar în eforturi mici
		IV	Incapacitatea efectuării oricărui efort. Simptomele apar și în repaus
D	Disfuncție cardiacă avansată cu simptome de IC refractară în pofida tratamentului efectuat		

NOTĂ: ACC – American College of Cardiology; AHA – American Heart Association; ESC – Societatea Europeană a Cardiologilor; NYHA – New York Heart Association.

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Ecocardiografia transtoracică cu examenul Doppler, evaluarea structurii cordului, funcției sistolice și diastolice, măsurarea fracției de ejeție.
- Electrocardiograma 12 derivații standard.
- Investigații de laborator: hemoleucograma, sodiu, potasiu, calciu, creatinina serică, rata filtrației glomerulare, ureea, enzimele hepatice, bilirubina, glicemia a jeun, funcția glandei tiroide (TSH - la pacienții cu fibrilație atrială).
- Determinarea concentrației plasmatice a unor peptide natriuretice (BNP, pro-BNP),
- Radiografia cardiopulmonară.

Suplimentare (recomandabile):

- Monitorizarea ECG timp de 24 ore conform metodei Holter, cu aprecierea parametrilor variabilității ritmului cardiac.
 - Test cu efort fizic dozat cu măsurarea schimbului de gaze.
- Speciale:*
- Rezonanța magnetică nucleară.
 - Angiografia coronariană.

Afecțiunea, forma clinică	Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
IC Clasa I NYHA stadiul B	Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Prezența simptomelor tipice insuficienței cardiace ușor manifestate și fără motivație obiectivă - Răspuns la terapia adecvată - ECG fără modificări sau semne incipiente de hipertrofia VS - Ecocardiografia – funcția sistolică a VS normală ($FE \geq 50\%$) - Deficiențe de adaptare la viața cotidiană și profesională nu se determină (fără limitarea activității fizice: efortul fizic obișnuit nu produce fatigabilitate, dispnee sau palpitații)	5-35	95-65
IC Clasa II NYHA stadiul C	Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Prezența simptomelor și semnelor tipice moderat manifestate, asociate cu disfuncția cardiacă (sistolică sau diastolică) - ECG (poate releva semne de ischemie miocardică, hipertrofie ventriculară,	40-55	60-45

IC Clasa III NYHA stadiul C	tulburări de ritm sau conducere; sechele de infarct) - Radiografie cardiopulmonară (semne de stază pulmonară; indice cardiotoracic peste 0,5) - Disfuncție sistolică ușoară (FE = 40-45 %) - Limitare moderată a activității fizice Simptomele apar în eforturi obișnuite. Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Prezența simptomelor și semnelor tipice accentuat manifestate, asociate cu disfuncția cardiacă (sistolică sau diastolică) - ECG (poate releva semne de ischemie miocardică, hipertrofie ventriculară, tulburări de ritm sau conducere; sechele de infarct; semne de tromboembolism pulmonar sau pericardită) - Radiografie cardiopulmonară (indice cardiotoracic peste 0,5; revărsate pleurale transsudate etc.) - Disfuncție sistolică moderată (FE = 30-44 %) - Istoric de spitalizări repetate ($\geq$ de o spitalizare în ultimele 6 luni) din cauza insuficienței cardiace - Deficiențe importante de adaptare în activitatea profesională	60-75	40-25
IC Clasa IV NYHA stadiul C	Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: - Prezența simptomelor și semnelor tipice caracteristice sever manifestate, asociate cu disfuncția cardiacă (sistolică sau diastolică) - ECG (relevă semne de ischemie miocardică, hipertrofie ventriculară accentuată, tulburări severe de ritm sau conducere; sechele de infarct; semne de tromboembolism pulmonar sau pericardită) - Radiografie cardiopulmonară (indice cardiotoracic peste 0,5; revărsate pleurale transsudate, edem pulmonar acut etc.)	80-100	20-0
IC Clasa IV NYHA stadiul D	- Anasarca - Accese frecvente de astm cardiac, hemoptezii - Disfuncție sistolică gravă (FE < 30 %);		

	- Istoric de spitalizări repetate ($\geq$ de o spitalizare în ultimele 6 luni) din cauza insuficienței cardiace - Incapacitatea de a efectua orice activitate fizică fără apariția disconfortului: simptomele insuficienței cardiace sunt prezente în repaus cu accentuarea lor de către orice activitate fizică - Pacientul necesită ajutor parțial sau total din partea altei persoane		

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN 1

<http://old.ms.md/files/14840-PCN%2520HTA%2520actualizat%2520mai%25202014.pdf>

Definiție: *Hipertensiunea arterială* se consideră tensiunea arterială persistentă egală sau mai mare de 140/90 mmHg în repaus la persoanele adulte luate în condiții de cabinet medical.

Hipertensiunea arterială primară (esențială): boală cu etiologie neidentificată definitiv, care se stabilește prin excluderea unor cauze certe de majorare a valorilor tensiunii arteriale și a maladiilor care ar putea genera instalarea hipertensiunii arteriale.

Hipertensiunea arterială secundară: reprezintă un sindrom din cadrul maladiilor renale, endocrine, neurologice, cardiovasculare, în sarcină și în unele intoxicații, având astfel o etiologie bine determinată.

Hipertensiunea sistolică izolată: tensiunea arterială sistolică persistent egală sau mai mare ca 140 mmHg, tensiunea arterială diastolică egală sau mai mică decât 89 mmHg. Constituie o particularitate a tensiunii arteriale la vârstnici.

Hipertensiunea izolată de cabinet sau hipertensiunea „de halat alb”: trebuie diagnosticată când tensiunea arterială măsurată în cabinet este $\geq 140/90$ mmHg la minimum 3 determinări. La unii pacienți (aproximativ 15% din populația generală) TA de cabinet este crescută persistent, în timp ce tensiunea arterială pentru 24 ore sau TA măsurată la domiciliu sunt în limite normale.

Clasificarea conform CIM 10:

Bolile hipertensive (I10-I15)

I 10 Hipertensiunea esențială (primară).

I 11 Cardiopatia hipertensivă.

Include: orice afecțiune de la I50.- I51.4-I51.9 datorită hipertensiunii.

I11.0 Cardiopatia hipertensivă cu insuficiență (congestivă) a inimii.

Insuficiența inimii hipertensivă.

I11.9 Cardiopatia hipertensivă fără insuficiență (congestivă) a inimii.

Insuficiența inimii hipertensivă NOS.

I 12 Nefropatia hipertensivă.

Include: orice afecțiune de la N18.-N19.- sau N26.- cu orice afecțiune care se încadrează la I10.

I12.0 Nefropatia hipertensivă cu insuficiență renală.

Insuficiența renală hipertensivă.

I12.9 Nefropatia hipertensivă fără insuficiență renală.

Insuficiență renală hipertensivă NOS.

I 13 Cardionefropatia hipertensivă.

Include: orice afecțiune de la I11- cu orice afecțiune de la I12.

I13.0 Cardionefropatia hipertensivă cu insuficiență (congestivă) a inimii.

I13.1 Cardio-nefropatia hipertensivă cu insuficiență renală.

I13.2 Cardio-nefropatia hipertensivă cu insuficiență cardiacă (congestivă) și renală.

I13.9 Cardio-nefropatia hipertensivă, nespecificată.

I 15 Hipertensiune secundară.

I15.0 Hipertensiunea renovasculară

I15.1 Hipertensiunea secundară altor afecțiuni renale.

I15.2 Hipertensiunea secundară tulburărilor endocrine.

I15.8 Alte hipertensiuni secundare.

I15.9 Hipertensiunea secundară, nespecificată.

Observații:

Valorile prag ale TA (mmHg) pentru definirea HTA:

Categoria	TAs	Tad
Optimă	<120	<80
Normală	120-129	80-84
Normal înaltă	130-139	85-89
HTA gr 1	140-159	90-99
HTA gr 2	160-179	100-109
HTA gr 3	≥180	≥120
HTA sistolică izolată	≥ 140	<90

Factori de risc:

- Glicemia a jeun 5,6-6,9 mmol/l.
- Testul de toleranță la glucoză alterat.
- Obezitatea tip abdominal (circumferința abdominală $B \geq 102$ cm; $F \geq 88$ cm).
- Istoric familial de afecțiune cardiovasculară prematură ($B < 55$ ani; $F < 65$ ani).
- Disfuncția diastolică (DD) a ventriculului stâng (VS) este recunoscută ca semn de afectare subclinică a inimii la hipertensivi și ca factor de predicție a riscului cardiovascular.

Barem de investigații

Obligatorii:

- Bilet de ieșire sau decizie consultativă avizată de instituție specializată în cardiologie (obligator pentru pacienții primari) care confirmă evoluția bolii.
- Investigații de laborator (glicemie a jeun, colesterol total, trigliceride a jeun, acid uric, creatinina, hemoglobina și hematocrit; analize urinare și microalbuminurie).
- ECG.

Suplimentare (recomandabile):

- Investigații de laborator (LDL-colesterol, HDL-colesterol, potasemie, clearance-ul creatininei estimate sau rata filtrării glomerulare).
- Ecocardiografia + examenul Doppler.
- Monitorizarea TA ambulatorii pe 24 ore.
- Consultul specialiștilor (neurolog, nefrolog, endocrinolog etc.).

Speciale:

- Tomografia computerizată.
- Rezonanța magnetică nucleară (capului).
- Arteriografia.
- Dozarea hormonilor ser și/sau urină.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Toate formele de HTA fără afectarea organelor țintă (AOȚ) - Lipsa de condiții clinic asociate constituite - Deficiențe de adaptare la viața cotidiană și profesională nu se determină (fără limitarea activității fizice: efortul fizic obișnuit nu produce urgențe hipertensive, fatigabilitate, dispnee) - Lipsa factorilor profesionali de agravare a patologiei respective	5-35	95-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - HTA rezistentă la tratament (<i>prezența acestui criteriu este obligatorie</i>) - ECG – hipertrofia ventriculului stâng: indice Sokolow-Lyon >38mm (formula SV2(V3) +RV4 (V5) >38mm) - Ecocardiografie: indice masă miocard VS crescut (IMMVS B ≥125 g/m², F ≥110 g/m²) - Creatinina serică ușor crescută: (B: 115-133 μmol/l; F: 107-124 μmol/l) sau rata filtrării glomerulare < 60 ml/min/1,73m²; - Microalbuminuria 30-300mg/24 ore sau raportul albumină/creatinină (B: ≥2,5; F: ≥3,5 mg/mmol) - Ecoarterii carotide: îngroșarea peretelui arterial sau plăci de aterom (grosimea intima-media (IMT) ≥ 0,9 mm; viteza carotido-femurală a unei pulsații ≥ 12 m/s; indicele tensiional gleznă/braț ≤ 0,9) - Deficiențe de adaptare la viața cotidiană și profesională ușoare/moderate (după caz)	40-55	60-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - HTA rezistentă la tratament clinic manifestată și asociată cu condiții clinice constituite - Afecțiunea cerebrovasculară: accidentul vascular cerebral ischemic, hemoragie cerebrală, accident ischemic tranzitoriu; - Afecțiunea cardiacă: infarct miocardic, angina pectorală, revascularizare coronariană, insuficiență cardiacă - Afecțiunea renală: nefropatie diabetică, disfuncție renală (creatinina serică B >133; F >124 μmol/l) - Proteinurie (> 300 mg/24 h) - Arteriopatie periferică: claudicație intermitentă - Retinopatie avansată: hemoragii sau exsudate, edem al papilei nervului optic;	60-75	40-25

NOTĂ: Pentru fiecare condiție clinic asociată, deficiențele se vor evalua ținând cont de cele descrise din compartimentul corespunzător. Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: - HTA asociată cu condiții clinice constituite, când acestea manifestă deficiențe severe/absolute și pacientul necesită ajutor parțial sau complet din partea altei persoane	80-100	20-0

GRADIENȚELE VALVULARE

Definiții:

Valvulopatii aortice

Stenoza aortică – reducerea deschiderii cuspelor valvei aortice din cauza unor procese patologice ce duc la îngroșarea, fibrozarea, fuzionarea și calcificarea lor cu formarea unui obstacol în calea tractului de ejectie a ventriculului stâng.

Insuficiența aortică – incapacitatea cuspelor aortice, datorită unor procese patologice de a închide orificiul aortic în timpul diastolei ventriculare cu reîntoarcerea unei cantități de sânge în ventriculul stâng, definește insuficiența aortică.

Valvulopatii mitrale

Stenoza mitrală – o afecțiune care se manifestă printr-o leziune a valvei mitrale ce produce un obstacol la trecerea fluxului sanguin din atriul stâng în ventriculul stâng, acțiune care duce la dilatarea atriului stâng, hipertensiune pulmonară și insuficiență cardiacă dreaptă.

Insuficiență mitrală - întoarcerea unui volum de sânge din ventriculul stâng în atriul stâng în timpul sistolei ventriculare ca urmare a incompetenței de închidere a aparatului valvular mitral.

Valvulopatii pulmonare

Stenoza pulmonară - o valvulopatie ce se caracterizează prin îngustarea orificiului sigmoidian pulmonar, care creează un obstacol în calea evacuării ventriculului drept.

Insuficiența valvulară pulmonară apare mai frecvent secundar hipertensiunii pulmonare de orice etiologie sau secundar dilatației arterei pulmonare (idiopatică). Insuficiența pulmonară organică este, de asemenea, rară; poate fi congenitală (asociată frecvent cu alte malformații) sau dobândită. Evaluarea funcțională se va face în funcție de severitatea simptomelor (dispnee) și a hipertensiunii pulmonare

Clasificarea conform CIM-10:

I 05 Bolile reumatismale ale valvei mitrale.

I05.0 Stenoză mitrală.

I05.1 Insuficiență mitrală, reumatismală.

I05.2 Stenoză mitrală cu insuficiență.

I05.8 Alte boli ale valvei mitrale.

Prolaps (valva) mitrală.

I05.9 Boala valvei mitrale, nespecificată.

I 06 Bolile reumatismale ale valvei aortice.

- I06.0 Stenoză aortică reumatismală.
- I06.1 Insuficiență aortică reumatismală.
- I06.2 Stenoză aortică reumatismală cu insuficiență.
- I06.8 Alte boli reumatismale ale valvei aortice.
- I06.9 Boala reumatismală a valvei aortice, nespecificată.

I 07 Bolile reumatismale ale valvei tricuspide.

- I07.0 Stenoză tricuspidă.
- I07.1 Insuficiență tricuspidă.
- I07.2 Stenoză tricuspidă cu insuficiență.
- I07.8 Alte boli ale valvei tricuspide.
- I07.9 Boala valvei tricuspide, nespecificată.

I 08 Boli multiple valvulare.

- I08.0 Afecțiunile ambelor valve mitrale și aortice.
- I08.1 Afecțiunile ambelor valve mitrale și tricuspide.
- I08.2 Afecțiunile ambelor valve aortice și tricuspide.
- I08.3 Afecțiunile combinate a valvei mitrale, aortice și tricuspide.
- I08.8 Alte boli multiple ale valvelor.
- I08.9 Boala valvulară multiplă, nespecificată.

I 34 Afecțiunile nereumatice ale valvei mitrale.

- I34.0 Insuficiența mitrală (valvei).
- I34.1 Prolapsul (valvei) mitral.
Sindromul prolapsului valvei mitrale.
Exclude: sindromul Marfan (Q87.4).
- I34.2 Stenoză (valvei) mitrală nereumatismală.
- I34.8 Alte afecțiuni nereumatismale ale valvei mitrale.

I 35 Afecțiunile nereumatismale ale valvei aortice.

- I35.0 Stenoză (valvei) aortică.
- I35.1 Insuficiență (valvei) aortică.
- I35.2 Stenoză și insuficiență (valvei) aortică.
- I35.8 Alte afecțiuni ale valvei aortice.
- I35.9 Afecțiunea valvei aortice, nespecificată.

I 36 Afecțiuni nereumatismale ale valvei tricuspide.

- I36.0 Stenoză nereumatismală (valvei) tricuspidă.
- I36.1 Insuficiență nereumatismală (valvei) tricuspidă.
- I36.2 Stenoză nereumatismală cu insuficiență valvei tricuspide.
- I36.8 Alte afecțiuni nereumatismale ale valvei tricuspide.
- I36.9 Afecțiunea nereumatică a valvei tricuspide, nespecificată.

I 37 Afecțiunile valvei pulmonare.

- I37.0 Stenoza valvei pulmonare.
- I37.1 Insuficiență valvei pulmonare.
- I37.2 Stenoza valvei pulmonare cu insuficiență.
- I37.8 Alte afecțiuni ale valvei pulmonare.
- I37.9 Afecțiunea valvei pulmonare, nespecificată.

I 38 Endocardita, valvă nespecificată.

I 39 Endocardita și afecțiunile valvelor cardiace în boli clasificate altundeva I09

Observații:

Parametrii ecografici ai VS determinați M-ECO în secțiune medioventriculară:

Parametrul	Notația	Valoare	Semnificație
1. Grosimea septului interventricular	SIV (mm)	6-11 mm	Crește în hipertrofia ventriculară
2. Grosimea peretelui posterior al VS	PPVS (mm)	6-11 mm	Crește în hipertrofia ventriculară
3. Diametrul telesistolic al VS	DTSVS (mm)	24-40 mm	Crește în dilatația ventriculară
4. Diametrul telediastolic al VS	DTDVS (mm)	35-57 mm	Utilizați în aprecierea performanței VS

Gradele stenozei aortice. În mod normal aria orificiului aortic la adulți este de 3-4 cm². Reducerea ariei efective orificiului aortic sub 1,5 cm², înseamnă o stenoză moderată, între 1 și 1,5 cm² – o stenoză medie, iar sub 1 cm² – o stenoză severă. În cazul unei stenoze severe cu debit cardiac normal, gradientul transstenotic este crescut peste 50 mmHg.

Clasificarea stenozei mitrale:

- Aria orificiului mitral (a/v stâng) la adulți înnormăeste de 4-6 cm².
- Stenoza mitrală ușoară cu orificiul a/v stâng >1,5 cm².
- Stenoza mitrală medie cu orificiul a/v stâng 1,1 – 1,5 cm².
- Stenoza mitrală severă cu orificiul a/v stâng <1,1 cm².

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Ecocardiografia + examenul Doppler.
- Electrocardiograma (ECG) de efort.
- Investigații de laborator (hemoleucograma, ionograma, nivelul peptidului natriuretic seric în special a BNP).
- Radoigrafia cardiopulmonară.
- Consultul medicului reumatolog.

Suplimentare (recomandabile):

- Monitorizarea ECG timp de 24 ore conform metodei Holter, cu aprecierea parametrilor variabilității ritmului cardiac.

Speciale:

- Tomografia computerizată cu coronaroangiografie.
- Rezonanța magnetică nucleară.
- Coronaroangiografia.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: Insuficiența mitrală (IM)	5-35	95-65

- IM cu semne clinice minime (suflu sistolic I sau II) fără tulburări funcționale - Funcție sistolică ventriculară stângă normală; DTSSVS < 45 mm Stenoză mitrală (SM) - SM ușoară (AOM.1,5-2,5cm²), gradient mediu < 6 mmHg, hipertensiune pulmonară (HTP) ușoară, cu toleranță la efort (TTE) mare Insuficiență aortică (IA) - IA de grad ușor, cu semne clinice minore, cu tulburări funcționale (dispnee, amețeli, palpitații) numai la eforturi mari, cedând rapid la repaus, funcția sistolică a ventriculului stâng normală - Diametrul telesistolic a ventriculului stâng (DTSSVS) = 45-50 mm) Stenoză aortică (SA) - SA ușoară: AOA > 1,5cm² - Gradient mediu < 20 mmHg; gradient maxim: 16-36 mmHg - Test de toleranță la efort (TTE) – mare Pacienți operați pentru corectarea viciului valvular - Postoperator persistă dispnee la eforturi mari, în absența altor fenomene patologice		
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: Insuficiența mitrală (IM) - IM cu suflu sistolic gr. III cu semne de hipertrofia ventriculului stâng clinice, radiologice, ecocardiografice și EKG, cu tulburări funcționale la eforturi medii și mari; disfuncție sistolică ventriculară stângă ușoară sau moderată - Diametrul telesistolic a ventriculului stâng (DTSSVS) = 50-55 mm Stenoză mitrală (SM) -SM medie (AOM 1-1,5cm², gradient mediu 6-12 mmHg), cu hipertensiune pulmonară (HTP) moderată - Test de toleranță la efort (TTE) - medie Insuficiență aortică (IA) - IA medie la care tulburările funcționale apar la eforturi fizice (TTE) de intensitate medie, disfuncție sistolică ventriculară stângă ușoară sau moderată - Diametrul telesistolic al ventriculului stâng (DTSSVS) = 50-55 mm; Stenoză aortică (SA) - SA medie: AOA = 0,75-1,5 cm² - Gradient mediu 20-50 mmHg; Gradient maxim 36-80 mmHg	40-55	60-45

- Test de toleranță la efort (TTE) – medie Pacienți operați pentru corectarea viciului valvular - Postoperator prezintă dispnee la eforturi mari, tulburări de ritm trecătoare, tulburări de conducere, dureri anginoase la eforturi mari Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: Insuficiența mitrală (IM) - IM cu suflu sistolic gr. III/IV, cu sincope frecvente, cu tulburări de ritm sau de conducere; disfuncție sistolică VS moderată - Diametrul telesistolic al ventriculului stâng (DTSVS) > 55mm Stenoză mitrală (SM) - SM strânsă (AOM < 1cm², gradient mediu > 12 mmHg) - Hipertensiune pulmonară (HTP) moderată/gravă și/sau tulburări de ritm, și/sau edem pulmonar acut în antecedente, insuficiență cardiacă dreapta Insuficiență aortică (IA) - IA gravă, în care tulburările funcționale sunt intense (crize anginoase repetate, stări sincopale, tulburări de ritm sau conducere, disfuncție sistolică VS moderată - Diametrul telesistolic al ventriculului stâng DTSVS > 55 mm Stenoză aortică (SA) - SA gravă: AOA < 0,75cm² - Gradient mediu > 50mmHg; gradient maxim > 80mmHg; - Crize anginoase repetate, stări sincopale, tulburări de ritm și conducere Pacienți operați pentru corectarea viciului valvular - Postoperator dispnee la eforturi medii, tulburări de ritm, de conducere, dureri anginoase. Sunt prezente semne de restenozare, disfuncții ale protezei, procese endocarditice, embolii	60-75	40-25
Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: Pacienți operați pentru corectarea viciului valvular; Insuficiență mitrală (IM); Stenoză mitrală (SM); Insuficiență aortică (IA); Stenoză aortică (SA) - Situație clinic definită de insuficiență cardiacă ireductibilă; infarcte pulmonare sau accident cerebrovascular (ACV) embolic asociat cu deficit motor sever ce împiedică autodeservirea	80-100	20-0

TULBURĂRILE DE RITM ȘI DE CONDUCERE CARDIACĂ*

* Conform Protocoalelor Clinice Naționale PCN 212 și 213

<http://old.ms.md/files/14863-PCN-213%2520Bradiaritmiiile.pdf>

<http://old.ms.md/files/14861-PCN-212%2520AV.pdf>

Definiții:

Aritmii supraventriculare

Bradicardia sinusală – scăderea frecvenței contracțiilor cardiace sub 60/min.

Extrasistole supraventriculare – bătaii izolate sau mai multe la rând care sunt produse de un alt focar decât nodul sinusal.

Tahicardia sinusală – creșterea frecvenței contracțiilor cardiace peste 100 bătaii/min.

Tahicardia paroxistică supraventriculară – o tulburare de ritm cu frecvența de 160-180 bătaii/min.

Fibrilația atrială – tahiaritmie supraventriculară caracterizată prin activare atrială neordonată și, implicit, prin deteriorarea funcției mecanice atriale.

Flutterul atrial – apare în aceleași condiții ca și fibrilația atrială; frecvența atrială este ceva mai scăzută și fixă - 300/min; frecvența ventriculară este de obicei 150/min

Aritmii ventriculare:

Extrasistola ventriculară – reprezintă o bătaie în plus prin activarea electrică anormală originară în ventriculi care este declanșată înaintea bătăii cardiace normale.

Fibrilația și flutterul ventricular – tulburări maligne de ritm; ele reprezintă o modalitate de stop cardiac; în aceste tulburări, practic cei doi ventriculi au doar activitate electrică dar nu se mai contractă; în absența manevrelor de resuscitare, urmează asistola (absența activității electrice și mecanice).

Tulburări de conducere – constau în întârzierea sau blocarea transmiterii impulsurilor electrice de la nodul sinusal la ventriculi.

Clasificarea conform CIM-10:

I 44 Bloc atrioventricular și bloc de ramura stângă.

I44.0 Bloc atrioventricular, primul grad.

I44.1 Bloc atrioventricular, gradul doi.

Bloc atrioventricular, tip I și II.

Bloc Mobitz, tip I și II.

Bloc gradul doi, tip I și II.

Bloc Wenckebach.

I44.2 Bloc atrio-ventricular complet.

Bloc cardiac complet NOS.

Bloc gradul trei.

I44.3 Alte blocuri atrio-ventriculare și nespecificate.

Bloc atrioventricular NOS.

I44.4 Bloc fascicular anterior stâng.

I44.5 Bloc fascicular posterior stâng.

I44.6 Alte blocuri fasciculare nespecificate.

Semibloc al ramurii stângi a fascicolului NOS.

I44.7 Bloc al ramurii stângi, nespecificat.

I 45 Alte tulburări de conducere.

I45.0 Bloc fascicular drept.

I 47 Tahicardia paroxistică.

I 48 Fibrilația atrială și flutter.

I 49 Alte aritmii cardiace.

I49.0 Fibrilația ventriculară și flutter.

I49.1 Depolarizare atrială prematură.

Bătăi atriale premature.

I49.2 Depolarizare joncțională prematură.

I49.3 Depolarizare ventriculară prematură.

I49.4 Alte depolarizări premature și nespecificate.

Bătăi ectopice.

Extrasistole.

Aritmia extrasistolică.

Prematur(e):

- bătăi NOS;

- contracții.

I49.5 Sindromul de boală sinusală.

Sindromul tahicardiei-bradicardiei.

I49.8 Alte aritmii cardiace specificate.

Tulburări de ritm:

- sinus coronar;

- ectopic;

- nodal.

I49.9 Aritmia cardiacă, nespecificată.

Aritmia (cardiacă) NOS.

Observații:

Clasificarea severității simptomelor în fibrilația atrială (Scorul EHRA):

Clasa EHRA	Caracteristica
EHRA I	Fără simptome
EHRA II	Simptome „minore”, activitatea zilnică nu este afectată
EHRA III	Simptome „severe”, activitatea zilnică este afectată
EHRA IV	Simptome „dizabilitante”, activitatea zilnică de rutină este întreruptă

Determinarea riscului tromboembolic (evaluarea factorilor de risc tromboembolic cu ajutorul scorului CHA₂DS₂VAS_C):

Insuficiență cardiacă sau disfuncție ventriculară moderată sau gravă (FEVS ≤ 40%)	1
Hipertensiune arterială	1
Vârsta ≥ 75 ani	2
Diabet zaharat	1
AVC, AIT, embolie sistemică în antecedente	2
Boală vasculară (IM vechi, afectarea aortei sau a vaselor periferice)	1
Vârsta 65-74 ani	1
Sexul feminin	1

Evaluarea riscului tromboembolic:

Risc înalt	≥ 2
Risc moderat	1
Risc mic	0

Clasificarea Lown (pentru Extrasistole Ventriculare se va lua în considerare complexitatea acestora):

- Clasa 0 – EV absente.
- Clasa I – EV rare, izolate (< 1 EV/min.).
- Clasa II – EV frecvente (> 1 EV /min.).
- Clasa III – EV polimorfe, bigeminate.
- Clasa IV – EV cuplate, în salvă.
- Clasa V – EV cu fenomen R/T cu index de precocitate > 0,05.

Barem de investigații:

Obligatorii:

- ECG.
- Investigații de laborator (hemoleucograma, ionograma, glicemia a jeun; analiza generală a urinei).

- Evaluarea funcției glandei tiroide și consultul medicului endocrinolog.
- Radiografia cardiopulmonară.
- Ecocardiografia + examenul Doppler.
- Consultul medicului neurolog.

Suplimentare (recomandabile):

- Monitorizarea ECG timp de 24 ore conform metodei Holter, cu aprecierea parametrilor variabilității ritmului cardiac.

Speciale:

- Tomografia computerizată cu coronaroangiografie.
- Rezonanța magnetică nucleară.
- Coronaroangiografia.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: Aritmii sinusale: tahicardii, bradicardii, aritmii sinusale - tulburările de ritm sinusale, controlate terapeutic, care nu afectează capacitatea de efort Aritmii extrasistolice: supraventriculare (ESSV); ventriculare (EV) - ESSV rare, izolate sau EV clasa I (Lown), ce apar fără legătură cu efortul, sunt foarte rare, nu produc tulburări subiective, nu apar pe un fond patologic organic - EV clasa II (Lown) la care nu se evidențiază un fond patogen cardiovascular, nu au relație cu efortul, nu au consecințe hemodinamice, răspund prompt, favorabil la medicație antiaritmică Tahicardii paroxistice: supraventriculare (TPSV)	5-35	95-65

- TPSV unice sau care apar la intervale foarte mari de timp, fiind produse în anumite condiții specifice (exces nicotinic sau cofeină, stres etc.); nu alterează, în afara crizelor, posibilitatea de efort fizic, sunt autolimitate sau răspund la manevre vagale; - TPSV cu recurențe rare, care răspund favorabil la tratament, când nu sunt semne de afectare organică a cordului și fondul patogenetic al tulburării de ritm este neuro-vegetativ sau dismetabolic, când toleranța la efort intercritic este bună Fibrilația atrială (FA), Flutter-ul atrial - episod de FA paroxistică unic sau episoade rare ce apar la intervale mari de timp, <i>declanșate de factori extracardiaci</i>, autolimitate, sau controlate de medicația specifică; intercritic, capacitatea de efort fizic nu este alterată Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: Aritmii extrasistolice: supraventriculare (ESSV); ventriculare (EV) - ESSV repetitive frecvente sau EV clasa III ce apar în cadrul unor afecțiuni cardiovasculare și care produc unele consecințe hemodinamice care împiedică efectuarea eforturilor mari și medii; aritmiile sunt controlate nesatisfăcător prin tratament antiaritmie Tahicardii paroxistice: supraventriculare (TPSV) - TPSV cu recurențe frecvente, asimptomatică intercritic, necesită tratament antiaritmie cronic, toleranța la efort poate fi limitată de apariția tulburărilor de ritm și a tulburărilor funcționale (palpitații, dispnee, amețeli) la eforturi de intensitate mare și medie - TPSV recurente frecvente, la persoane asimptomatice, cu sindrom WPW intermitent Tahicardii ventriculare (TV) - TV cu crize la intervale mari, controlate terapeutic; tulburările de ritm și cele funcționale apar la eforturi de intensitate mare/medie Fibrilația atrială (FA), Flutter-ul atrial - FA paroxistică, recurentă, indusă de prezența bolii structurale cardiovasculare sau de factori extracardiaci (afecțiuni pulmonare, hipertiroidism, idiopatică) etc. - FA permanentă, cu frecvență atrioventriculară (AV) medie controlată medicamentos fără semne clinice de insuficiență cardiacă, cu toleranță bună la eforturi cu solicitări energetice medii - Flutter-ul atrial paroxistic, recurent, indus de prezența bolii structurale cardiovasculare sau de factori extracardiaci (afecțiuni pulmonare, hipertiroidism, idiopatică) etc.	40-55	60-45

Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: Aritmii extrasistolice: supraventriculare (ESSV); ventriculare (EV) - EV (Lown III sau IV) ce nu pot fi controlate corespunzător prin tratament, apar pe un fond de boală organică cardiacă certă - Aritmii EV cu fenomen R/T (LownV) sau QT prelungit sau cu lambouri de TPV, care induc tulburări hemodinamice manifeste Tahicardii paroxistice: supraventriculare (TPSV) - TPSV persistentă, simptomatică, parțial controlată de medicația specifică; toleranța redusă la efort de intensitate mică - TPSV paroxistică sau persistentă recurentă, a cărei etiologie este sindromul WPW permanent (risc crescut de moarte subită) Tahicardii ventriculare (TV) - TV bidirecțională, torsada vârfului și ritmul idioventricular accelerat, necontrolate suficient prin tratament - TV însoțite de insuficiență cardiacă, fenomene de ischemie cerebrală, sincope, ischemie miocardică și tulburări hemodinamice Fibrilația atrială (FA), Flutterul atrial - Flutter-ul atrial cronic (mai rar), indiferent de etiologie - FA persistentă sau permanentă cu tendință de agravare a bolii de bază, risc tromboembolic crescut, risc de cardiomiopatie aritmogenă Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: Fibrilația atrială (FA), Flutterul atrial - Cazurile când sau produs accidente tromboembolice cu deficiențe neurologice care împiedică autoservirea	60-75	40-25
	80-100	20-0

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: Blocurile atrioventriculare (BAV) - BAV gradul I sau gradul II tip I Blocurile intraventriculare	5-35	95-65

- Bloc Ram Drept incomplet, Bloc Ram Drept complet congenital, BFAS (Bloc fascicular anterior stâng); BFPI (Bloc fascicular posterior intraventricular), fără alte modificări morfofuncționale ale inimii, fără limitarea capacității de efort Boala nodului sinusal (BNS) - BNS cubradicardie sinusală asimptomatică, fără afectarea capacității de efort Stare după implantarea stimulatorului cardiac (pacemaker) - Cardio-stimulare eficientă, cu stare clinică funcțională bună, fără alte alterări ale funcției inimii	40-55	60-45
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: Blocurile atrioventriculare (BAV) - Bloc atrioventricular gr. II (cu substrat organic) sau unele forme de BAV gr. III (ex: congenital), în care există o toleranță la eforturi mici/medii satisfăcătoare, simptomatologia clinică este redusă și nu se evidențiază alte modificări patologice ECG în afara blocului atrioventricular; Blocurile intraventriculare - Bloc Ram Drept sau Bloc Ram Stâng major, asociate altor afecțiunii cardiace, la care bolnavii sînt simptomatici la eforturi mari și medii, dar au conservată capacitatea de prestație fizică pentru eforturi de mică intensitate; Boala nodului sinusal (BNS) - BNS cu disritmii supraventriculare simptomatice, toleranța le eforturi de intensitate medie păstrată Stare după implantarea stimulatorului cardiac (pacemaker) - Tulburări funcționale care apar la eforturi mari și medii, există modificări patologice ECG în afara celor induse de pacing Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: Blocurile atrioventriculare (BAV) - BAV gradul II sau III, simptomatice, cu toleranță redusă la eforturi de intensitate mică Blocuri intraventriculare (BIV) - Blocuri bifasciculare (Bloc Ram Drept major + BFAS (Bloc fascicular anterior stâng), Bloc Ram Drept major + BFPI (Bloc fascicular posterior intraventricular), Bloc Ram Stâng major) și trifasciculare (bloc bifascicular + bloc	60-75	40-25

atrioventricular) ce apar în cadrul unei cardiopatii cronice, simptomatice la eforturi de mică intensitate și chiar în repaus) Boala nodului sinusal (BNS) - BNS simptomatică, cu disritmii supraventriculare complexe, eventual asociate cu tulburări de conducere atrioventriculară, toleranța la efort păstrată doar pentru eforturi de intensitate mică Stare după implantarea stimulatorului cardiac (pacemaker) - Situațiilecu afecțiuni cardiace organice severe, la care implantarea stimulatorului a permis doar regularizarea ritmului cardiac, dar care, prin natura și amploarea modificărilor morfo-funcționale cardiovasculare, au capacitate funcțională mult redusă, prezintă simptome la eforturi mici și chiar în repaus și au risc vital crescut		

AFEȚIUNI VASCULARE

BOLILE ARTERELOR PERIFERICE (I 70 – I 79)

Considerații generale: Bolile arterelor periferice se grupează în boli cauzatoare de ischemie și boli neischemiante.

Bolile ischemice (arteriopatiile cronice obstructive) reprezintă totalitatea manifestărilor funcționale sau organice, produse de reducerea sau suprimarea fluxului de sânge arterial într-un sector circulator, somatic sau visceral.

Arteriopatiile cronice obstructive sunt formate din:

- Arteriopatii inflamatorii (trombangeita obliterantă) se întâlnesc la tineri, de sex masculin, simetrice – ambele m/i sau m/s, interesează arterele de calibru mic, distale, evoluție în puseuri, duc repede la leziuni trofice (necroza distală).

- Arteriopatii degenerative (ateroscleroza obliterantă) este favorizată de tulburările metabolice: hiperlipemie, hipercolesterolemie, diabet), asimetrice, interesează arterele de calibru mare, produc suferință funcțională accentuată, leziuni trofice tardive.

Clasificarea după Leriche-Fontaine:

- **Stadiul I** – Absența oricărui simptom de ischemie, singurul semn de boală este obstrucția vasculară diagnosticată clinic sau prin metode de explorare.

- **Stadiul II** – Ischemie de efort cu claudicație intermitentă.

- **Stadiul IIa** – Claudicație la peste 200 m de mers.

- **Stadiul IIb** – Claudicație la mai puțin de 200 m de mers.

- **Stadiul III** – Ischemie de repaus, dureri în decubit.

- **Stadiul IV** – Ischemie de repaus: dureri în decubit și tulburări trofice cutanate cu ulcerații, necroză, gangrenă la vârful degetelor sau picior.

Barem de investigații:

- Analiza generală a sângelui.
- Analiza generală a urinei.
- Biochimia – lipidele, colesterolul, oscilometrie.
- Examenul Doppler.
- echografia intravasculară.
- RMN.
- Angiografia cu substanțe de contrast.
- Determinarea presiunii parțiale a oxigenului în țesuturi.

Indicații pentru trimitere la CDDCM:

- Continuarea tratamentului la pacienții cu prognoza favorabilă după operații reconstructive și tratament neterminat de reabilitare.

- Ischemii de efort la persoanele cu muncă cu efort fizic mediu și greu.

- Tratament inefficient cu păstrarea decompensării circulației sangvine.

- Operațiile reconstructive nefavorabile.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe vasculare ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Prezența bolii vasculare cronice	5-35	95-65

Deficiențe vasculare arteriale accentuate (subgrave) cu unele dintre următoarele semne: - Insuficiență cronică arterială st.III - Ischemie de repaos, dureri în decubit, îndeosebi noaptea - Claudicație intermitentă la 50-65 pași obișnuiți - Pielea palidă, modificări trofice, puls absent, crampe musculare, unele ulcere mici - Amputație până la nivelul gambei unilateral + insuficiență cronică arterială st.IIb membru controlateral - Amputație gambe bilaterale - Amputație gambă unilateral+anchiloză de genunchi, șold controlateral - Amputație unilaterală de coapsă - Protezare aorto-iliacă	65-70	35-30
Deficiențe vasculare arteriale severe cu unele dintre următoarele semne: - Insuficiență vasculară st. III-IV - Formare de necroze, ulcere trofice răspândite - Dureri permanente, sindromul nevritei ischemice - Dereglări accentuate sau grave ale abilității locomotorii - Amputația coapsei unilateral + anchiloză de șold controlateral	75	25
Deficiențe funcționale vasculare arteriale severe cu unele dintre următoarele semne: - Insuficiență vasculară st. IV - Necroze extinse dureroase - Dereglări locomotorii grave - Amputații unilateral de coapsă + insuficiență cronică arterială st. III membru controlateral - Amputația ambelor coapse - Amputația ambelor gambe - Amputația 1/3 superioare a gambei unilateral și amputația plantei contralateral	80-85	20-15
Deficiențe vasculare arteriale absolute cu unele din următoarele semne: - Insuficiență vasculară st. IV - Necroze, cangrene - Mersul imposibil - Arteriopatii cu amputații ce duc la tulburări funcționale foarte grave și necesită îngrijire permanentă BAP=BAP - Arteriopatii a membrelor st IV + cu alte localizări (coronariene, cerebrale etc.)	90-100	10-0

Recomandări de muncă

Cu excluderea:

- muncii cu efort fizic major;
- muncii legate de poziția forțată a corpului, deplasare îndelungată, ridicare deasă pe scări;
- muncii cu tempou de lucru și psihoemoțional ridicat;
- muncii îndelungate în condiții de frig și umiditate ridicată;
- acțiunii vibrației locale și generale;
- muncii legate de venin vascular;
- acțiunii radiației ionizante.

**INSUFICIENȚA VENOASĂ CRONICĂ (I 80 – I 89)
SINDROMUL POSTTROMBOTIC**

Definiție: *Insuficiența venoasă cronică (IVC)* este dereglarea hemodinamicii în urma afectării aparatului valvular a venelor magistrale și comunicante.

Clasificarea:

- **I grupă:** bolile degenerative, distonice și constituționale: boala varicoasă, sindromul Klipper-Treanoy, sindromul Parker-Weber.
- **II grupă:** bolile tromboembolice, inflamatorii: tromboza venoasă profundă, tromboflebitele superficiale, sindromul post trombotic, sindromul Paget-Schroetter;

Clasificarea CEAP:

- Stadiul C 0: fără semne vizibile, palpabile sau defectabile paraclinic de IVC.
- Stadiul C 1: teleangiectazii și/sau vene reticulare.
- Stadiul C 2: vene varicoase prezente.
- Stadiul C 3: prezența edemului.
- Stadiul C 4a: dermita de stază cu variabile pigmentări cutanate și boli suplimentare (eczemă).
- Stadiul C 4b: lipodermatoscleroză și/sau atrofia albă (linoleu).
- Stadiul C 5: ulcer venos „vindecă” (de fapt închis).
- Stadiul C 6: ulcer venos activ, deschis.

Sindromul posttrombotic (SPT) este totalitatea manifestărilor patologice care survin la un interval de timp, după o tromboză venoasă profundă a membrelor inferioare.

Clasificarea SPT:

a) Evoluție clinică:

- edematos-dureros;
- varicos;
- ulceros;
- combinat;

b) Localizare:

- segmentul inferior (femuro-poplitean);
- segmentul mediu (ileo-femural);
- segmentul superior (vena cavă inferioară).

c) Stadiu:

- compensat;
- decompensat (fără și modificări trofice).

Barem de investigații:

- Flebografia ascendentă convențională.
- Flebografia ionizantă.
- Flebomanometria.
- Termografia.
- Venografia radioizotopică.
- Reovazografia.
- Ex. Echografic Doppler-color.

Indicații pentru trimitere la CDDCM:

- Bolnavii cu IVC și SPT de gr. I-II pentru reîncădrare în câmpul muncii;
- Bolnavii cu sindrom vena cavă inferioară, tromboza ileo-femurală bilaterală și tromboza complicată cu tromboembolie.
- Bolnavii cu SPT, IVC gr. III, recidivant cu erizipel.
- Bolnavii cu SPT complicat cu tromboembolii repetate indeferent de gradul de IVC.
- Bolnavii după implantarea cava-filtrului;
- Bolnavii după tratament chirurgical neefectiv în SPT.

Deficiențele funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe vasculare venoase ușoare cu unele dintre următoarele semne: - CEAP – C0 - C2 - Dereglări venoase ușoare - Varice simple segmentare - Tromboflebite cu insuficiență ușoară - Edem tranzitor - Dilatații arciforme cu hipertensiune venoasă ortostatică - Eficacitatea pompei venoase 110-42%	5-35	95-65
Deficiențe vasculare venoase medii cu unele dintre următoarele semne: - Dilatații varicoase extinse - CEAP - C 3, manifestată prin: - Senzație de greutate permanentă în membrele inferioare - Durere cu caracter de constrângere după statică îndelungată - Edem permanent, pronunțat - Mărirea volumului gambei, modificări pigmentare și indurație ale pielii din partea de jos a gambei, prurit - Semne de apariție a ulcerelor focare pe gambă - Scăderea funcției venoase de pompă la 30%	40-45	60-55
Deficiențe (subaccentuate) vasculare venoase medii cu unele dintre următoarele semne:	50-55	50-45

- Dilatații varicoase extinse, gigante - CEAP - C 4a - C5 cu dureri persistente în membrele inferioare, spasme în mușchii gastrocnemieni - Ulcer venos de gambă vindicat - Răspândirea procesului de la segmentul de jos înspre mediu - Funcția de pompă scăzută de trei ori față de normă Deficiențe vasculare venoase accentuate cu unele din următoarele semne: - CEAP –C6 cu dureri persistente și violente - Edeme pronunțate, limfostază gravă - Senzație de greutate imediat după adoptarea ortostatismului - Limitări ale mișcărilor în articulațiile genunchilor - Complicații și infectarea ulcerelor - Funcția de pompă considerabil scăzută - Tratatamentul nu controlează situația	60-70	40-30

Recomandări de muncă

Cu excluderea:

- muncii fizice medii și grele;
- muncii cu ortostatism îndelungat și șezut într-un loc;
- muncii în condiții cu temperatură ridicată sau scăzută;
- muncii în condiții de umiditate ridicată;
- muncii în condiții de vibrație.

BOLILE APARATULUI RESPIRATOR

BOLILE APARATULUI RESPIRATOR (J 00 – J 99)

În cazul bolilor aparatului respirator este necesar să se menționeze că determinarea și evaluarea dizabilității se bazează pe aceiași factori ca și în cazul tuberculozei, cu excepția factorului epidemiologic: **clinic, paraclinic (de laborator, funcțional și instrumental, imagistic), socioprofesional.**

În cadrul **factorului clinic** se va lua în considerare:

1. Entitatea nozologică, forma clinică.

2. Debutul clinic, durata bolii, factorii de risc și legătura cauzală.

3. Caracterul:

a) Congenital:

- Anomalii de dezvoltare;
- Maladii genetice determinate (ereditare);

b) Dobândit.

4. Localizarea.

5. Extinderea procesului pulmonar:

a) Difuz (unilateral, bilateral);

b) Localizat (segmente, lobi).

6. Stadiul evolutiv și particularitățile evolutive:

a) Acutizare – tipul, frecvența, severitatea (ușoară, medie, gravă);

b) Remisiune:

- Incompletă;
- Instabilă;
- Stabilă (mai mult de 2 ani).

c) Regresare, vindecare, convalescență;

d) Trenant (durată mai mare de o lună);

e) Recidivant (acutizări de trei și mai multe ori pe an).

7. Varianta clinică evolutivă:

a) Intermitentă (epizodică);

b) Persistentă.

8. Severitatea clinică evolutivă:

a) Ușoară;

b) Medie;

c) Severă;

d) Foarte severă.

9. Prezența complicațiilor (severitatea și tipul):

a) preponderent structurale:

acute:

- Pneumo -, pio -, hemiorace
- Supurație, intoxicație purulentă, anemie;
- Scădere ponderală, hipotrofie și disfuncție musculară;
- Fistulări;
- Pleurezii;

- Atelectazii;
- Distrucții pulmonare;
- Hemoragii, hemoptizii;
- Trombembolia;

tardive (persistente):

- Pneumoscleroză (-fibroză,-ciroză) postinflamatorie (localizată, difuză);
- Emfizem pulmonar secundar, distrofie buloasă;
- Cavități restante cu supurație sau sanate;
- Bronșiectazii secundare;
- Fibrotorace;
- Aderențe pleurale (placă pleurală);
- Amiloidoză a organelor parenhimatoase

b) structural-funcționale:

Cordul pulmonar de geneză:

- Bronhopulmonară;
- Vasculară;
- Toracodiafragmală;
- Mixtă;

De severitate:

- Compensat;
- Decompensat;
- Clasa funcțională NYHA;

c)preponderent funcționale:

- Hipertensiunea pulmonară secundară – severitatea, clasa funcțională NYHA ;
- Obstrucția bronșică – reversibilă, ireversibilă, severitatea;
- Insuficiența respiratorie – acută, cronică, asociere, severitatea;
- Insuficiența cardiacă – acută, cronică, clasa funcțională NYHA ;
- Reducerea toleranței la efortul fizic;

10. Răspunsul la tratament:

- Pozitiv, parțial pozitiv, negativ, refractar;
- Complet, incomplet;
- Cu efect stabil, instabil;
- De lungă durată, de durată medie, de scurtă durată (până la 4 ore);
- Tratamentul controlează suficient, insuficient ori nu controlează simptomele bolii;
- Maladie controlată, controlată parțial, necontrolată.

11. Dependența de administrare zilnică a medicamentelor (corticoizi, bronhodilatatoare, etc.), a procedurilor (drenaj postural, oxigenoterapie, etc.). Nivelul consumului de medicamente.

12. Complicațiile tratamentului medicamentos:

- Corticoden dependența și efectele adverse ale corticoterapiei îndelungate;
- Hipersensibilizarea;
- Efecte toxice, iritante;
- Disbacterioza, candidomicoza.

13. Indicațiile pentru intervenții chirurgicale.

14. Prezența defectelor, absențelor, complicațiilor postoperatorii.

15. Tipul constituțional, starea de nutriție și a musculaturii.

16. Asocierile nefaste cu alte maladii.

17. Evaluarea deficiențelor imunitare.

18. Prognosticul clinic și de reabilitare:

- a) favorabil;
- b) incert;
- c) rezervat;
- d) nefavorabil .

În cadrul **factorului paraclinic (de laborator)** sunt necesare de evaluat în mod:

Obligatoriu – hemograma, sputograma, urograma, probele hepatice, glucoza sângelui, teste de sensibilizare la alergeni (până la administrarea corticoizilor permanent).

Suplimentar – cultura sputei la flora bacteriană și testare sensibilității la antibiotice, analiza la alfa antitripsină (în BPOC, emfizem la persoane tinere), teste imunologice (cutanate, imunoglobulina E), investigații citologice.

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

Obligatoriu – ECG, spirograme în dinamică, teste cu bronhodilatatoare în BPOC, astm bronșic; SaO₂ în dinamică, teste cu efort fizic (după indicații strict determinate).

Suplimentar – echilibrul acido-bazic, bodyplethismografia cu DLCO, bronhoscopia, toracoscopia.

În cadrul **factorului paraclinic(imagistic):**

Obligatoriu – radiograma cutiei toracice, Dopler-EcoCG.

Suplimentar – radioscopia, tomografia, tomografia computerizată, prin rezonanță magnetică nucleară, investigații cu radionuclizi (scintigrafia de perfuzie cu tehneciu 99MA, scintigrafia ventilatorie cu xenon 131).

În cadrul **factorului socioprofesional** sunt necesare de evaluat:

a) Studiile, profesia, specialitatea, meseria, calificarea, deprinderile și aptitudinile profesionale, stagiul de muncă, orientarea de activitate de mai departe.

b) Necesitatea, lipsa, limitarea, posibilitatea ori imposibilitatea de ași continua studiile ori instruirea profesională.

c) Condițiile și solicitările concrete ale locului de muncă (condițiile de microclimat ori expunere directă factorilor meteo – variația de temperatură, umiditatea, curenții de aer, prezența factorilor nocivi: alergeni, praf, gaze, substanțe volatile și iritante, mucegai, microorganisme, spori etc.), gradul de solicitare al efortului fizic, vocal ori neuropsihologic.

d) Asigurarea membrilor familiei cu condiții de trai conform normelor sanitaro-igienice, venitul ce revine unui membru al familiei.

e) Apartenența la păturile social-vulnerabile (nu poate suporta cheltuielile pentru tratament, numărul de persoane întreținute), lipsa poliței de asigurare medicală.

f) Categoriile de vârstă (18 – 23 ani), mai mult de 45 ani, vârsta de pensionare.

NOTE:

1. Este necesară prezentarea în dinamică, pe parcursul duratei de observație la medic, în deosebi a ultimului an (minimum 3 spirograme), a investigațiilor funcționale în perioadele de acutizare, de remisiune, la începutul și sfârșitul tratamentului (inclusiv cu teste bronhodilatatoare, concomitente cu gazimetria sângelui). Expertizarea se va efectua doar în perioada de remisiune, de stabilizare, și nu în perioadele de acutizare, de tratament neadecvat.

2. Corelație strict dependentă, sincronică între evoluția, severitatea dereglărilor funcției

respiratorii și a celor cardiovasculare nu există.

3) Severitatea dereglărilor funcționale nu conduce automat la încadrare în invaliditate. Se va analiza minuțios întregul complex de date clinice, funcționale, endoscopice, radiologice, de laborator, în dinamică, în raport cu entitatea nozologică, forma clinică, particularitățile de evoluție, răspunsul la tratament, prognosticul clinic și de reabilitare, profesia ori aptitudinile și deprinderile profesionale, solicitările și condițiile de activitate profesională concrete, starea socială, limitarea abilităților vitale, restricțiile în activitatea zilnică și de participare.

4) Este foarte important ca persoanele ce suferă din copilărie de boli cronice sau ireversibile ale aparatului respirator, cu potențial de reabilitare să fie la timp orientate corect în plan profesional, pentru a se asigura incluziunea socială. Este necesar ca ei să însușească o profesie, meserie, specialitate adecvată deficiențelor funcționale pe care le posedă; să se simtă persoane integrate în societate cu drepturi depline, fără stigmă și discriminare. În asemenea cazuri, la vârsta de adolescență trebuie să-și dea concursul medicul ftiziopneumolog, medicul de familie, pedagogul, reabilitologul, psihologul.

5) În cazul persoanelor mature, este necesar de dus un lucru de reorientare profesională, de a căpăta o nouă profesie, specialitate ori meserie adecvată deficiențelor sale, cu solicitări energetice mai reduse, de nivel mediu ori redus, în condiții mai favorabile, în limitele zonei de confort, fără noxe sau de a micșora volumul de muncă, intensitatea muncii în profesia sa. Iar în cazul că se determină semne de dizabilitate și are nevoie de măsuri protecție și incluziune socială, prin decizia CMC, persoana este îndreptată la CDDCM cu F. 088/e.

BRONHOPNEUMOPATIA CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ BPCO (J.44.9)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN 18

<http://old.ms.md/files/3970-PCN-18%2520BronhoPneumopatiaobstructivacronica.pdf>

Definiție: *Bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPCO)* este o patologie care poate fi prevenită și tratată, caracterizată prin schimbări extrapulmonare considerabile (micșorarea masei corporale, dereglarea funcției mușchilor netezi, risc sporit pentru dezvoltarea infarctului miocardic, osteoporozei, fracturi de oase, depresii), ce agravează decursul bolii. Este caracterizată printr-o obstrucție bronșică incomplet reversibilă. Limitarea fluxului aerian progresează și este cauzată de răspunsul anormal inflamator al părților distale ale arborelui bronșic și parenchimului pulmonar la particule și gaze nocive (GOLD 2009).

Clasificarea BPCO după gradele de severitate conform GOLD 2009:

Stadiile (evoluția)	Modificările clinico-funcționale
Stadiul I BPOC ușor	Limitare ușoară a fluxului aerian și, de obicei, dar nu obligatoriu, tuse cronică instabilă și expectorații. Dispnee doar la efort ori absentă FEV1/FVC < 70 %, FEV1 > 80 % din prezis
Stadiul II BPOC moderat	Limitare vădită a fluxului aerian și, de obicei, progresarea simptomelor cu dispnee de efort FEV1/FVC < 70 %, 50 % < FEV1 > 80 % din prezis Tuse permanentă, preponderent matinală, spută puțină
Stadiul III BPOC sever	Reducerea progresivă a fluxului aerian, creșterea dispneei cu exacerbări frecvente și impact asupra calității vieții pacientului

	FEV1/FVC<70 %, 50 % < FEV1 >80 % din prezis Tuse permanentă. Cianoză. La respirație participă și musculatura suplimentară
Stadiul IV BPOC foarte sever	Reducere severă a fluxului aerian FEV1/FVC<70 %, FEV1 <30 % din prezis sau FEV1 <50 % asociat de insuficiența respiratorie cronică ori insuficiență cardiacă dreaptă Exacerbările pot fi amenințătoare pentru speranța de viață. Tuse permanentă. Dispnee în repaos. Cianoză. La respirație participă și musculatura suplimentară

1. *Formele clinice* ale BPCO (în evoluție severă și foarte severă):

- a) Tip **A** – „roșu gâfâitor” (pink puffer), predominant emfizematos.
- b) Tip **B** – „albastru infiltrat” (blue bloater), predominant bronșitic.
- c) Tip **mixt**.

2. *Fazele* procesului – acutizare, remisiune, evoluție stabilă.

3. *Formele evoluției* – recidivantă - >_3 acutizări pe an, cu acutizări rare.

4. *Fazele evoluției* :

- Acutizări:
 - a) ușoare;
 - b) moderate;
 - c) grave;
 - d) foarte grave;
 - e) amenințătoare pentru viață.
- Evoluție stabilă.

5. *Complicații*:

- Insuficiență respiratorie cronică.
- Insuficiență respiratorie acută.
- Insuficiență respiratorie acută pe fundalul celei cronice.
- Cord pulmonar.
- Insuficiență cardiovasculară.
- Pneumotorax.
- Tromboembolie.
- Bronșectazii – se indică localizarea.
- Emfizem pulmonar.

6. Gradul dispneei se indică după scara MRC.

7. Se indică indicele fumătorului:

IF = (N de țigări fumate pe zi X stagiul fumatului (ani) : 20)

Evaluarea dispneei după scara MRC (Medical Research Council Dispnea Scale):

Gradul	Severitatea	Descrierea
0	Absentă	Fără dispnee, cu excepția efortului fizic intens
1	Ușoară	La mers rapid sau la urcarea unei pante line

2	Moderată	Mers mai lent decât persoanele de aceeași vârstă sau necesitatea de a se opri la urcarea unui etaj în ritmul propriu
3	Severă	Oprire după 100 m în ritm propriu sau după câteva minute la urcatul unui etaj
4	Foarte severă	Prea dispneic pentru a părăsi casa sau pentru a se îmbrăca sau dezbrăca

Semne de pronostic clinic rezervat, nefavorabil în BPCO:

- Scăderea anuală a VEF1 cu mai mult de 1,5 % din valoarea prezisă.
- Apariția pulsului paradoxal.
- Scăderea în greutate, hipotrofie și disfuncție musculară, scăderea IMC (indicele masei corporale) < 20.
- Apariția aritmiei cardiace permanente (extrasistolie, fibrilație atrială).
- Scăderea atitudinii autocritice a pacientului față de starea sa.
- Hipoxemia severă și prezența hipercapniei (IR gr. III).
- Acutizări grave ce duc la insuficiență respiratorie acută.

Barem de investigații:

Gazimetria în insuficiența respiratorie:

Gradul IR	Pa O₂ mmHg	Sa O₂ %
Norma	> 80	> 95
I	60 - 79	90 - 94
II	40 - 59	75 - 89
III	< 40	< 75

Testul de efort: Are valoare practică la pacienții care prezintă un grad disproporționat de dispnee în comparație cu valoarea VEF1. Poate fi efectuat cu folosirea unui cicloergometru sau printr-un simplu test de mers măsurat.

Testul cu mers măsurat 6 minute: Testare standardizată. Pacienților instruiți li se propune să meargă în mod obișnuit, încercând să parcurgă o distanță maximă în 6 minute. În timpul testului se permit pauze pentru odihnă și revenirea la efort când este posibil. La începutul și la sfârșitul testului se apreciază dispneea după scara BORG (0-10 puncte), SaO₂ și pulsul.

NOTĂ: Testul se întrerupe în caz de dispnee pronunțată, toracoalgii, vertijuri, dureri în membrele inferioare, la scăderea SaO₂ până la 86 %, măsurată în timpul testului. 2

6 MWD – 6 minute walking distance; **(i)** - indicele prezis.

IMC=greutatea/înălțimea (kg/m²)

Calcularea valorilor normale individuale la bărbați:

6MWD(i) = (7,57 x înălțimea, cm) – (5,02 x vârsta, ani) – (1,76x masa,kg) - 309(m) sau
6MWD(i) = 1140(i) - (5,61 x IMC,kg/m²) – (6.94 x vârsta,ani)

Limita de jos a normei: 6MWD(i) = 153m

Calcularea valorilor normale individuale la femei:

6MWD(i) = (2,11 x înălțimea, cm) – (2,29 x vârsta, ani) – (5,78 x masa,kg) - 667(m) sau
6MWD(i) = 1017(i) - (6,24 x IMC,kg/m²) – (5,83 x vârsta, ani)

Limita de jos a normei : 6MWD(i) = 139m

Aprecierea rezultatelor testului de efort:

<150 m	–	foarte joasă (corespunde IC clasei funcționale IV NYHA)
151-300 m	–	joasă (corespunde IC clasei funcționale III NYHA)
301-425 m	–	moderată (corespunde IC clasei funcționale II NYHA)
426-549 m	–	întă (corespunde IC clasei funcționale I NYHA)
>550 m	–	IC clasa funcțională 0 NYHA

Aprecierea adaptării la efort (teste de efort) – capacitatea maximă de prestație:

Păstrată > 150 w
Reducere ușoară 150 - 110 w
Reducere medie 110 - 80 w
Reducere accentuată 80 - 35 w
Reducere gravă < 35 w

Obligatorie este prezența în istoricul medical a datelor despre evoluția BPOC, obiectivate prin documente medicale, investigații imagistice, bacteriologice, de laborator, funcționale și endoscopice.

În cadrul *factorului paraclinic (de laborator)*:

Obligatorii:

- Hemograma
- Sputograma
- Urograma
- Probele hepatice
- Glucoza sângelui
- Proteina C-reactivă

Suplimentare:

- Cultura sputei la flora bacteriană și testare sensibilității la antibiotice
- Analiza la alfa antitripsină (în BPOC, emfizem la persoane tinere)
- Investigații citologice

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

Obligatorii:

- ECG
- Spirograme în dinamică
- Teste cu bronhodilatatoare
- SaO₂ în dinamică
- Teste cu efort fizic (după indicații strict determinate)

Suplimentare:

- Bodypletismografia cu DLCO
- Ventilația pulmonară
- Hemodinamica arterială

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
	5	95

Deficiențe respiratorii ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Clinic – severitatea BPCO în stadiul I (ușor). Tuse cronică, matinală. Dispnee la efort fizic intens - Funcțional – ventilația pulmonară cu dereglări ușoare obstructive. - Adaptarea la efort păstrată. Normoxemie - Radiologic – fără modificări vizibile - Endoscopic – fără patologie vizibilă ori endobronșită catarală - Activitatea vieții zilnice – integrare totală	10-15	90-85
Deficiențe respiratorii ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Clinic – severitatea BPCO în stadiul I (ușor) cu tuse cronică, expectorație matinală. Dispnee de gradul 1 (ușoară) - Funcțional – ventilația pulmonară cu dereglări ușoare, obstructive. - Normoxemie. Adaptarea la efort păstrată - Radiologic – fără modificări cert vizibile - Endoscopic – endobronșită catarală - Activitatea vieții zilnice – integrare totală	20-35	80-65
Deficiențe respiratorii ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Clinic – severitatea BPCO în stadiul II (moderat) cu tuse cronică, expectorație în cursul zilei. Dispnee de gradul 1, ușoară. IRC 0-I. Tratatamentul controlează simptomele bolii - Funcțional – dereglări de ventilație pulmonară de grad moderat, obstructive. Normoxemie. Adaptarea la efort păstrată - Radiologic – transparență moderată a ariilor pulmonare, limitarea mobilității diafragmei, accentuarea desenului bronhovascular în lobii inferiori - Endoscopic – endobronșită catarală - Pronostic clinic și de reabilitare favorabil în caz de angajare rațională în câmpul muncii - Activitatea vieții zilnice – integrare totală	40	60
Deficiențe respiratorii medii cu unele dintre următoarele semne: - Clinic – severitatea BPCO în stadiul II (moderat) cu tuse cronică, expectorație. Dispnee de gradul 2, moderată. IRC gr. I - Funcțional – dereglări de ventilație pulmonară de grad moderat, obstructive ori mixte - Normoxemie ori hipoxemie de efort. Hipertensiune arterială pulmonară. Adaptarea la efort – reducere ușoară - Radiologic – transparență moderată a ariilor pulmonare, mărirea spațiului retrosternal, limitarea mobilității diafragmei, accentuarea desenului bronhovascular în lobii inferiori, îngroșarea pereților bronșici - Endoscopic – endobronșită catarală ori mucopurulentă		

- Pronostic clinic și de reabilitare relative favorabil în caz de amplasare rațională în câmpul muncii - Activitatea vieții zilnice – cu limitări ușoare	45-55	55-45
Deficiențe respiratorii medii cu unele dintre următoarele semne: - Clinic – severitatea BPCO în stadiul II (moderat). Simptome clinice cu intensificare în acutizări, cu progresare lentă. Evoluție recidivantă ori stabilă. Dispnee de gradul 2, moderată. IRC gr. I-II - Funcțional – dereglări de ventilație pulmonară de grad moderat ori accentuat, de tip obstructiv ori mixt. Hipertensiune arterială pulmonară. Semne de hipertrofie ventriculară dreapta. Hipoxemie tranzitorie, la efort. Adaptarea la efort – reducere medie - Radiologic – transparență moderată a ariilor pulmonare, mărirea spațiului retrosternal, intercostal, limitarea mobilității diafragmei, accentuarea desenului bronhovascular în lobii inferiori, îngroșarea pereților bronșici, posibil prezența de bule emfizematoase - Endoscopic – endobronșită catarală sau rar mucopurulentă - Pronostic clinic și de reabilitare relativ favorabil în caz de amplasare rațională în câmpul muncii - Activitatea vieții zilnice – cu limitări ușoare	60-65	40-35
Deficiențe respiratorii accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Clinic – severitatea BPCO în stadiul III (sever). Simptome clinice permanente cu intensificare în acutizări, cu progresare lentă. Dispnee de gradul 3, severă. IRC gr.II. Cianoză. Răspuns frecvent refractar la tratamentul cu bronhodilatatoare. Remisiuni instabile. Evoluție recidivantă ori stabilă. Semne clinice de cord pulmonar. IC - II NYHA - Modificări marcante ale sputei în acutizări –caracter mucopurulent, viscozitate sporită - Funcțional – dereglări de ventilație pulmonară de grad accentuat de tip obstructiv ori mixt. ECG, ECOCG – dereglări de metabolism a miocardului și de conductibilitate, hipertrofie ventriculară dreapta, tahicardie. Hipertensiune arterială pulmonară. Hipoxemie . Adaptarea la efort – reducere accentuată - Radiologic – transparență moderată a ariilor pulmonare, mărirea spațiului retrosternal, intercostal, limitarea mobilității diafragmei, accentuarea desenului bronhovascular în lobii inferiori, îngroșarea pereților bronșici, posibil prezența de bule emfizematoase, lărgirea hilurilor pulmonare. Pneumofibroză difuză - Endoscopic – endobronșită catarală ori mucopurulentă, dischinezii traheo-bronșice - Pronostic clinic și de reabilitare rezervat - Activitatea vieții zilnice – limitare parțială	70-75	30-25
Deficiențe respiratorii accentuate cu unele dintre următoarele semne:		

- Clinic – severitatea BPCO în stadiul III (sever). Cianoză. Simptome clinice permanente (tuse,expectorație,dispnee) cu intensificare în acutizări.Progresarea dispneei după acutizări. Dispnee de gradul 3, severă. IRC gr.II-III - Exacerbări frecvente.Tramentul insuficient controlează simptomele bolii. Nivel sporit al consumului de medicamente. Răspuns frecvent refractar la bronhodilatatoare - Remisiuni instabile ori evoluție stabilă. Cord pulmonar compensat. IC – II NYHA - Modificări marcante ale sputei în acutizări – caracter mucopurulent, viscozitate sporită. Valori sporite ale proteinei C-reactive - Funcțional – dereglări de ventilație pulmonară de grad accentuat ori sever de tip obstructiv ori mixt. ECG, EcoCG – dereglări de metabolism a miocardului și de conductibilitate, hipertrofie ventriculară dreapta, tahicardie, aritmii. Hipertensiune arterială pulmonară. Hipoxemie în repaos. Adaptarea la efort – reducere gravă - Radiologic – transparență moderată, redusă a ariilor pulmonare, mărirea spațiului retrosternal, intercostal, limitarea mobilității diafragmei, accentuarea desenului bronhovascular în lobii inferiori, îngroșarea pereților bronșici, prezența de bule emfizematoase, lărgirea hilurilor pulmonare, dilatarea arteriilor pulmonare. Pneumofibroză difuză. Cordul în formă de „picătură” ori cardiomegalie - Endoscopic – endobronșită catarală ori mucopurulentă, dichinezii traheo-bronșice - Pronostic clinic și de reabilitare rezervat - Activitatea vieții zilnice – limitare parțială Deficiențe respiratorii severe cu unele dintre următoarele semne: - Clinic – severitatea BPCO în stadiul IV (foarte sever). Cianoză. Simptome clinice permanente (tuse,expectorație,dispnee) cu intensificare în acutizări, cu progresare lentă. Dispnee de gradul 3-4, severă. IRC gr. III - Exacerbări frecvente grave. Tramentul controlează insuficient simptomele bolii. Nivel sporit al consumului de medicamente. Răspuns refractar la bronhodilatatoare. Remisiuni instabile ori evoluție stabilă. Cord pulmonar decompensat. IC – III NYHA - Encefalopatie hipoxemică. Necesită oxigenterapie - Modificări marcante ale sputei în acutizări – caracter mucopurulent, viscozitate sporită. Valori sporite ale proteinei C-reactive - Funcțional – dereglări de ventilație pulmonară de grad sever de tip obstructiv ori mixt (ori imposibilitate de a efectua spirometria). Hipoxemie în repaos, hipercapnie - ECG, ECOCG – dereglări de metabolism a miocardului și de conductibilitate, hipertrofie ventriculară dreaptă, tahicardie constantă, aritmii	80	20

- Radiologic – transparență redusă a ariilor pulmonare, mărirea spațiului retrosternal, intercostal, limitarea mobilității diafragmei, accentuarea desenului bronhovascular în lobii inferiori, îngroșarea pereților bronșici, prezența de bule emfizematoase, lărgirea hilurilor pulmonare, dilatarea arteriilor pulmonare. Pneumofibroză difuză. Cordul în formă de „picătură” ori cardiomegalie - Endoscopic – endobronșită catarală ori mucopurulentă, dichinezii traheo-bronșice - Pronostic clinic și de reabilitare rezervat - Activitatea vieții zilnice – cu limitări grave. Dependent de ajutor din partea altei persoane	85	15
Deficiențe respiratorii severe cu unele dintre următoarele semne: - Clinic – severitatea BPCO în stadiul IV (foarte sever). Cianoză. Simptoame clinice permanente (tuse, expectorație, dispnee) cu intensificare în acutizări, cu progresare lentă. Dispnee de gradul 4, severă. IRC gr.III - Exacerbări frecvente, foarte grave. Tratamentul controlează insuficient simptoamele bolii. Nivel sporit al consumului de medicamente. Răspuns parțial, ineficient la tratament. Remisiuni instabile ori evoluție stabilă. Tablou clinic al cordului pulmonar decompensat. IC III –IV NYHA - Encefalopatie hipoxemică. Necesită oxigenoterapie - Modificări marcante ale sputei în acutizări –caracter mucopurulent, viscozitate sporită. Valori sporite ale proteinei C-reactive. - Funcțional – ECG, ECOCG – dereglări de metabolism al miocardului și de conductibilitate, hipertrofie ventriculară dreaptă, tahicardie constantă, aritmii. Hipertensiune arterială pulmonară severă. Hipoxemie cu hipercapnie de repaus - Radiologic – transparență redusă a ariilor pulmonare, mărirea spațiului retrosternal, intercostal, limitarea mobilității diafragmei, accentuarea desenului bronhovascular în lobii inferiori, îngroșarea pereților bronșici, prezența de bule emfizematoase, lărgirea hilurilor pulmonare. Dilatarea arteriilor pulmonare. Pneumofibroză difuză. Cordul în formă de „picătură” ori cardiomegalie - Pronostic clinic și de reabilitare rezervat, nefavorabil - Activitatea vieții zilnice – cu limitări grave. Dependent de ajutor și îngrijire permanentă din partea altei persoane	90-100	10-0
Deficiențe respiratorii absolute cu unele dintre următoarele semne: - Clinic – severitatea BPCO în stadiul IV (foarte sever). Cianoză. Simptome clinice permanente (tuse, expectorație, dispnee) cu intensificare în acutizări, cu progresare lentă. Dispnee de gradul 4, severă. IRC gr.III - Exacerbări frecvente, grave, amenințătoare pentru viață. Tramentul ineficient controlează simptomele bolii. Nivel sporit al		

consumului de medicamente. Răspuns insuficient, refractar la tratament. Remisiuni instabile ori evoluție stabilă. Tablou clinic al cordului pulmonar decompensat. IC–IV NYHA - Encefalopatie hipoxemică. Necesită oxigenoterapie - Modificări marcante ale sputei de caracter mucopurulent, vâscozitate sporită. Valori sporite ale proteinei C-reactive - Funcțional – ECG, EcoCG – dereglări de metabolism a miocardului și de conductibilitate, hipertrofie ventriculară dreaptă, tahicardie constantă, aritmii. Voltaj extrem de scăzut. Hipertensiune arterială pulmonară severă. Hipoxemie cu hipercapnie și acidoză respiratorie. - Radiologic – transparență redusă a ariilor pulmonare, mărirea spațiului retrosternal, intercostal, limitarea mobilității diafragmei, accentuarea desenului bronhovascular în lobii inferiori, îngroșarea pereților bronșici, prezența de bule emfizematoase, lărgirea hilurilor pulmonare. Pneumofibroză difuză. Dilatarea arteriilor pulmonare. Cordul în formă de „picătură” ori cardiomegalie - Pronostic clinic nefavorabil - Activitatea vieții zilnice – cu limitări totale. Practic ținut la pat. Dependență totală de îngrijire permanentă din partea altei persoane. Necesită supraveghere		

Recomandări de muncă

Deficiențe funcțional-structurale ușoare:

Activități în condiții de muncă protejată.

Se vor evita activitățile cu solicitări energetice excesive, în medii cu variații termice, cu expunere la factori meteo nefavorabili, la noxe.

Persoanele ce prestează munci cu efort fizic de intensitate mare, cu surmenaj, cu noxe ori cu efort vocal intens ori de suflare (muzicanți la instrumente aerofone, suflători de sticlă) necesită transferul la altă activitate ori reorientare profesională și angajare rațională în câmpul muncii în limitele zonei de confort.

Persoanele tinere necesită orientare profesională adecvată și angajare rațională în câmpul muncii.

Deficiențe funcțional-structurale medii:

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

Solicități energetice de nivel mediu, în limitele zonei de confort, cu excluderea noxelor, expunerii directe la factorii meteo.

- Regim de muncă de birou, cu evitarea efortului vocal intens, în limitele zonei de confort.

- Activități de munci statice, meșteșugărești, de birou în limitele zonei de confort.

- Persoanele ce prestează munci cu efort fizic de intensitate mare, cu surmenaj, cu noxe ori cu efort vocal intens ori de suflare (muzicanți la instrumente aerofone, suflători de sticlă) necesită transferul la altă activitate ori limitarea semnificativă a volumului și intensității muncii în profesia sa ori reorientare profesională și angajare rațională în câmpul muncii.

Persoanele tinere necesită continuarea studiilor, orientare profesională adecvată și angajare rațională în câmpul muncii.

Deficiențe funcțional-structurale accentuate:

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

Solicitări de muncă de nivel redus în limitele zonei de confort cu excluderea noxelor, expunerii directe factorilor meteo nefavorabili.

Activități de munci statice, meșteșugărești, de birou, fără necesitate de efort vocal intens, în limitele zonei de confort, cu program redus.

Deficiențe funcțional-structurale severe:

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

Munci statice, activități meșteșugărești, la computer, 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.

ASTMUL BRONȘIC (J45)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN 2

<http://old.ms.md/files/3957-PCN-2%2520Astmul%2520bronsic%2520la%2520adult.pdf>

Definiție: *Astmul bronșic* este o inflamație cronică a căilor aeriene cu implicarea a numeroase celule (eozinofile, limfocite T, macrofage, mastocite, epiteleocite, fibre musculare netede etc.) și mediatorii, care apare la indivizi cu susceptibilitate genetică și se manifestă prin obstrucție bronșică reversibilă parțial sau complet, spontan sau prin tratament și care se manifestă prin sindromul de hiperreactivitate bronșică la variații stimuli. Din punct de vedere clinic, astmul bronșic se manifestă prin accese de dispnee, tuse, weezing.

Clasificarea astmului bronșic

I. Conform CIM(revizia a X-a):

- Astmul cu predominanță alergică.
- Astmul bronșic nealergic.
- Astmul bronșic asociat.
- Astmul bronșic fără precizare.
- Status de „mal” astmatic (status astmaticus).

II. În funcție de severitate:

- Astmul bronșic intermitent.
- Astmul bronșic persistent ușor.
- Astmul bronșic persistent moderat.
- Astmul bronșic persistent sever.

III. Forme clinice particulare de astm bronșic:

- Astmul bronșic provocat de efort fizic.
- Astmul bronșic tusiv.
- Astmul bronșic profesional.
- Astmul bronșic aspirinic.

IV. În funcție de gradul de severitate GINA 2010:

Tipul AB	Crize de astm	Accese nocturne	PEF sau VEMS variabilitate PEF

Intermitent	< 1 dată pe săptămână PEF normal asimptomatic între crize	< 2 ori pe lună	> 80 % <20 %
Persistent ușor	>1 dată pe săptămână dar < 1 dată pe zi crizele pot afecta activitatea	• 2 ori pe lună	> 80 % 20-30 %
Persistent moderat	Zilnic, crizele pot afecta activitatea Administrare zilnică de B-2 antagoniști cu acțiune de scurtă durată	• 1 dată pe săptămână	60-80 % > 30 %
Persistent sever	Permanent Activitate fizică limitată Administrare zilnică de B-2 antagoniști cu acțiune de scurtă durată	Frecvente	< 60 % > 30 %

V. În funcție de nivelul de control:

Elemente de urmărit	Nivel de control total	Nivel de control parțial	Nivel nepretabil la control
Simptome diurne	Lipsesc < 2 episoade/ săptămână	> 2 episoade/săptămână	3 sau mai multe dintre criteriile de astm parțial controlat în orice săptămână
Limitări ale activității	Lipsește	Prezente	
Simptome nocturne	Lipsesc	Prezente	
Utilizare de medicație de urgență	Lipsește > 2 episoade/ săptămână	> 2 episoade/săptămână	
Funcție pulmonară (PEF sau VEMS)	normală	Indici micșorați (<80%) de la cel prezis sau de la cel mai bun rezultat al pacientului respectiv	
Exacerbări	Lipsesc	>1 exacerbare /an	1 exacerbare/săptămână

NOTĂ: Obligatoriu sunt prezente în istoricul medical date despre evoluția astmului bronșic, obiectivate prin documente medicale, investigații radiologice, imunologice, de laborator, funcționale și endoscopice.

Barem de investigații:

În cadrul **factorului paraclinic (de laborator):**

Obligatorii:

- Hemograma.
- Sputograma.
- Urograma.
- Probele hepatice.
- Glucoza sângelui.
- Imunoglobulinele IgE.
- Testele sensibilității la alergeni până la administrarea corticosteroizilor.

Suplimentare:

- Fraakțiile proteice.
- Proteina C-reactivă.

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

Obligatorii:

- ECG.
- Spirograme în dinamică.
- Teste cu bronhodilatatoare.
- SaO₂.
- Teste cu efort fizic (după indicații strict determinate).

Suplimentare:

- Examinarea ventilației pulmonare, hemodinamicii arteriale pulmonare, echilibrului acido-bazic.

- Bodypletișmografia cu DLCO.
- Fibrobronhoscopia.

În cadrul **factorului paraclinic (imagistic):**

Obligatorii:

- Radiograma cutiei toracice.

Suplimentare:

- Dopler-EcoCG.

Deficiențele funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe respiratorii și imunitare ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Astm bronșic intermitent. Nivel de control total - Dispnee de gr.0 - Tratamentul la necesitate cu răspuns suficient - Fără dereglări de ventilație pulmonară în perioada fără accese. Normoxemie. Adaptarea la efort păstrată - Pronostic clinic favorabil în caz de amplasare rațională în câmpul muncii - Integrare în activitatea vieții zilnice	5	95
Deficiențe respiratorii și imunitare ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Astm bronșic persistent ușor. Nivel de control total - Dispnee de gr.1 (ușoară). IRC gr. 0 - Tratament cu răspuns suficient, controlează simptomele bolii - Dereglări de ventilație pulmonară cu variabilitatea PEF de 20-30%. Normoxemie. Adaptarea la efort păstrată - Pronostic clinic și de reabilitare favorabil în caz de amplasare rațională în câmpul muncii - Integrare în activitatea vieții zilnice	10-20	90-80

Deficiențe respiratorii și imunitare ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Astm bronșic persistent ușor. Nivel de control parțial. Limitarea activității. Necesitatea administrării B-2 antagoniști este de mai mare de 2 ori pe săptămână - Dispnee de gr.2 (moderată). Insuficiență respiratorie cronică gr.0-I - Tratamentul controlează suficient simptomele bolii - Dereglări moderate obstructive de ventilație pulmonară în perioada fără accese. Normoxemie în repaus, hipoxemie la efort. Adaptarea la efort – reducere ușoară - Pronostic clinic și de reabilitare favorabil în caz de amplasare rațională în câmpul muncii - Integrare în activitățile vieții zilnice totală ori cu limitări ușoare	25-35	75-65
Deficiențe respiratorii și imunitare medii cu unele dintre următoarele semne: - Astm bronșic persistent moderat. Exacerbări una ori mai multe pe an. Nivel de control parțial - Dispnee de gr.2 (moderată), IRC gr. I - Tratamentul nu controlează suficient simptomele bolii - Dereglări moderate ori accentuate obstructive de ventilație pulmonară în perioada de remisiune. Hipoxemie la efort. Adaptarea la efort – reducere medie - Activitatea vieții zilnice cu limitări ușoare - Pronostic clinic și de reabilitare favorabil în caz de amplasare rațională în câmpul muncii	40	60
Deficiențe respiratorii și imunitare medii cu unele din următoarele semne: - Astm bronșic persistent moderat. Sufocările nocturne și de zi în intensificare. Exacerbări frecvente. Nivel de control parțial - Emfizem pulmonar - Dispnee de gr.2 (moderată), IRC gr. I-II - Tratamentul nu controlează suficient simptomele bolii - Dereglări moderate ori accentuate obstructive de ventilație pulmonară în perioada de remisiune. Hipoxemie la efort. Adaptarea la efort – reducere medie - Activitatea vieții zilnice cu limitări ușoare - Pronostic clinic și de reabilitare relative favorabil în caz de amplasare rațională în câmpul muncii	45-55	55- 45
Deficiențe respiratorii și imunitare accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Astm bronșic persistent moderat. Nivel nepretabil (necontrolat). Emfizem pulmonar – difuz. Asocieri nefaste - Dispnee de gr.3 (severă), IRC gr. II	60	40

- Tratamentul nu controlează suficient simptomele bolii - Dereglări accentuate obstructive de ventilație pulmonară în perioada de remisiune. Hipoxemie. Adaptarea la efort – reducere accentuată - Pronostic clinic și de reabilitare rezervat - Activitatea vieții zilnice cu limitări parțiale		
Deficiențe respiratorii și imunitare accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Astm bronșic persistent sever. Simptome zilnice. Nivel de control parțial. Cianoză. Emfizem pulmonar difuz. Asocieri nefaste. Cord pulmonar - Dispnee de gr.3 (severă), IRC gr. II - Tratamentul nu controlează suficient simptomele bolii - Dereglări accentuate obstructive de ventilație pulmonară în perioada de remisiune. Hipoxemie. Adaptarea la efort – reducere accentuată - Pronostic clinic și de reabilitare rezervat - Activitatea vieții zilnice cu limitări parțiale	65	35
Deficiențe respiratorii și imunitare accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Astm bronșic persistent sever. Simptome zilnice, exacerbări frecvente. Nivel nepretabil - Cianoză. Emfizem pulmonar difuz. Cord pulmonar compensat ori decompensat - Corticodependență cu efecte adverse. Asocieri nefaste - Dispnee de gr.3 (severă), IRC gr. II-III. IC - II NYHA - Tratamentul nu controlează suficient simptomele bolii. Răspunsul la tratament frecvent refractar - Dereglări grave, obstructive și mixte de ventilație pulmonară în perioada de remisiune. Hipoxemie în repaos. Adaptarea la efort – reducere gravă - ECG, EcoCG – dereglări de metabolism al miocardului și de conductibilitate, hipertrofie ventriculară dreapta, tahicardie, aritmii, hipertensiune arterială pulmonară - Pronostic clinic și de reabilitare rezervat - Activitatea vieții zilnice cu limitări parțiale	70-75	30-25
Deficiențe respiratorii și imunitare severe cu unele dintre următoarele semne: - Astm bronșic persistent sever. Evoluție neîntrerupt recidivantă. Accesele de sufocări frecvente trec în „mal” astmatic. Nivel nepretabil - Cianoză. Emfizem pulmonar difuz. Cord pulmonar decompensat. Exacerbări severe, frecvente - Corticodependență cu efecte adverse ori corticorezistență. Asocieri nefaste. Encefalopatie hipoxemică - Dispnee de gr.3-4 (severă), IRC gr. III. IC – II-III NYHA	80-85	20-15

- Tratamentul nu controlează suficient simptomele bolii. Răspuns frecvent refractar - Dereglări grave obstructive și mixte de ventilație pulmonară în perioada de remisiune (ori mai frecvent nu poate efectua spirometria). Hipoxemie în repaus, hipercapnie - ECG, EcoCG – dereglări de metabolism al miocardului și de conductibilitate, hipertrofie ventriculară dreaptă, tahicardie, aritmii, hipertensiune arterială pulmonară - Pronostic clinic și de reabilitare rezervat, nefavorabil - Activitatea vieții zilnice cu limitări grave. Frecvent în poziție forțată semiculcată - Dependent de ajutor și îngrijire din partea altei persoane Deficiențe respiratorii și imunitare absolute cu unele dintre următoarele: - Astm bronșic persistent sever. Evoluție neîntrerupt recidivantă. Accesele de sufocări, frecvente se transformă în „mal” astmatic, ce necesită măsuri de reanimare. „Mal” astmatic frecvent. Nivel nepretabil - Cianoză. Emfizem pulmonar difuz. Cord pulmonar decompensat. Exacerbări severe, frecvente. Corticodependență cu efecte adverse ori corticorezistență. Asocieri nefaste - Encefalopatie hipoxemică - Dispnee de gr. 4 (severă). IRC gr. III. IC III-IV NYHA - Tratamentul nu controlează simptomele bolii. Răspuns refractar. Necesită oxigenoterapie - Hipoxemie în repaus, hipercapnie, acidoză respiratorie - ECG, EcoCG – dereglări de metabolism al miocardului și de conductibilitate, hipertrofie ventriculară dreaptă, tahicardie, aritmii, hipertensiune arterială pulmonară severă - Pronostic clinic nefavorabil - Activitatea vieții zilnice cu limitări totale. Poziție forțată semiculcată, practic ținut la pat - Dependență totală de ajutor și îngrijire permanentă din partea altei persoane. Necesită supraveghere	90-100	10-0

Recomandări de muncă

Deficiențe funcțional-structurale ușoare:

Activități în condiții de muncă protejată.

Se vor evita activitățile cu solicitări energetice excesive în medii cu variații termice, cu noxe variate (inclusiv cu alergeni).

Persoanele ce prestează activități de muncă cu efort fizic de intensitate mare, cu surmenaj, cu noxe (inclusiv alergeni), cu efort vocal intens ori de suflare (muzicanți la instrumente aerofone, suflători de sticlă) necesită transfer la altă activitate ori reorientare profesională și angajare rațională în câmpul muncii.

Persoanele tinere necesită orientare profesională adecvată și angajare rațională în câmpul muncii.

Deficiențe funcțional-structurale medii:

Solicitări energetice de nivel mediu în limitele zonei de confort, cu excluderea noxelor (inclusiv a alergenilor), cu program integral sau redus, individualizat.

Regim de muncă de birou, în limitele zonei de confort, cu excluderea alergenilor.

Activități de munci statice, meșteșugărești, la computer, de birou, în limitele zonei de confort.

Activitate intelectuală cu evitarea contactului cu alergeni, a efortului vocal intens.

Se vor evita activitățile cu expunere directă la factori meteo nefavorabili, la noxe, cu deservirea mecanismelor în mișcare.

Persoanele ce prestează activități de muncă cu efort fizic de intensitate mare, cu surmenaj, în medii cu noxe (inclusiv cu alergeni), cu efort vocal intens ori de suflare (muzicanți la instrumente aerofone, suflătorii de sticlă) necesită transfer la altă activitate ori limitarea parțială a volumului și intensității muncii în profesia sa, ori reorientare profesională și angajare rațională în câmpul muncii.

Persoanele tinere necesită continuarea studiilor, orientare profesională adecvată și angajare rațională în câmpul muncii.

Deficiențe funcțional-structurale accentuate:

Solicitări energetice de nivel redus în limitele zonei de confort, cu excluderea noxelor (inclusiv a alergenilor), cu program redus sau individualizat.

Solicitări energetice de nivel redus în condiții de muncă protejată.

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.

AFEȚIUNI DIGESTIVE

BOALA CROHN (K 50.9)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN 91

<http://old.ms.gov.md/files/11670-BOALA%2520CROHN.pdf>

Definiție: *Boala Crohn* se definește ca inflamație cronică *transmurală* și *segmentară* a tubului digestiv, care poate interesa *orice segment* al acestuia (de la cavitatea bucală până la orificiul anal, localizându-se, cu predilecție, la nivelul ileonului terminal) în asociere cu variate complicații intestinale și manifestări extraintestinale.

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Hemoleucograma cu trombocite, hematocrit.
- Proteina totală / albumina.
- Fe seric.
- Ionograma (K, Ca, Na).
- Colesterolul total.
- Indicele protrombinei.
- Proteina C-reactivă / fibrinogenul.
- ALT, AST, fosfataza alcalină.
- Examenul coprologic (coprocitograma, grăsimi neutre, acizi grași, amidon extracelular, etc.).

etc.).

- FGDS.
- Colonoscopia cu biopsia din zona afectată.
- Examenul radiologic baritat al intestinului subțire și gros.

Recomandabile:

- GGTP
- Amilaza pancreatică, lipaza.
- Determinarea cantitativă a steatoreei.
- Dozarea vitaminelor în serul sanguin (A, B₁₂, D).
- Anticorpii p-ANCA, ASCA.
- Explorările de laborator și instrumentale, necesare pentru diagnostic diferențial și al complicațiilor

Diagnosticul pozitiv: Diagnosticul complet al BC trebuie să cuprindă: localizarea, severitatea puseului inflamator, forma clinico-evolutivă, complicațiile.

Pentru aprecierea **severității** inflamației intestinale se utilizează, de regulă, scoruri semicantitative, cel mai cunoscut fiind **Crohn's Disease Activity Index (CDAI)**

Indexul activității după W.Best (Crohn diseases activity index, CDAI):

1. Numărul defecațiilor cu scaun neformat pe săptămâna x 2 =
2. Intensitatea sindromului algic abdominal pe parcursul săptămânii x 5 =
 - 0 - sindrom algic abs.
 - 1 - intensitate minimă
 - 2 - intensitate moderată
 - 3 - intensitate pronunțată
3. Starea subiectivă pe parcursul săptămânii x7 =
 - 0 - bună
 - 1 - satisfăcătoare
 - 2 - gravitate medie
 - 3 - gravă
 - 4 - extrem de gravă

4. Greutatea corporală _____ kg
 Greutatea corporală standard _____ kg
 1 - greutatea corporală _____ x 100 = greutatea corporală standard
5. Defans muscular, formațiuni în abdomen la palparea abdomenului x10 =
- 0 – absent
 - 2 – arbitrar
 - 5 - este
6. Necesitatea tratamentului simptomatic al diareei x 30 =
- 0 - nu este necesar
 - 1 - este necesar
7. Hematocrit. Diferența între valoarea de facto și valoarea normală x 6 =
 (N - bărbați - 47; femei - 42)
8. Alte simptome ale BC: artralгии, artrite, irita, uveita, eritem nodular, piodermie, stomatită aftoasă, fistula anală, abces pararectal, fistule și abcese intraabdominale, febră ($>37,5^{\circ}\text{C}$ pe parcursul săptămânii) x 20 =

Indexul sumar al activității =

CDAI sub 150 → remisiunea bolii;

CDAI între 200-450 → activare moderată a bolii;

CDAI peste 450 → boală cu activare severă.

În practică, se utilizează o încadrare simplificată a bolii în raport cu severitatea, în 3 forme:

Criterii	Grad ușor	Grad mediu	Grad sever
Dureri	Periodice, postprandiale	Intensive	Distensie abdominală, diminuarea zgomotelor
Scaune diareice	$<4/\text{zi}$	$>6/\text{zi}$	$>10/\text{zi}$
Sânge în scaun	+/-	+	Continuu
Febră	$<37,5^{\circ}\text{C}$	$>37^{\circ}\text{C}$	$>38^{\circ}\text{C}$
Puls	Normal	$>90/\text{min}$	$>90/\text{min}$
VSH	$<30 \text{ mm/h}$	$>30 \text{ mm/h}$	$>30 \text{ mm/h}$
Complicații	-	+ (compensate)	+ (decompensate)

Forme clinico-evolutive ale BC:

- Luminală (fără stenoze, infiltrate intraabdominale și fistule).
- Stenozantă (cu zone de stenozare).
- Penetrantă (cu infiltrate intraabdominale și/sau fistule).

Diagnosticul clinic se precizează prin examen clinic, radiologic baritat și endoscopie digestivă cu confirmarea histopatologic

Afecțiunea, forma clinică	Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Boală Crohn ușoară 1) BC în remisiune	Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Dureri abdominale rare cu intensitate minimă	20-35	80-65

(inclusiv remisiune stabilă după intervenție chirurgicală) 2) BC forma luminală, activitate gr. ușor 3) BC în remisiune menținută cu tratament cu: corticosteroizi imunosupresori terapia biologică	- Diaree intermitentă - Fără tulburări de nutriție sau cu un deficit ponderal ușor (<10%) - Semne de sindrom inflamator general lipsesc - Semne de malabsorbție lipsesc - Semne de stenozare, infiltrat sau fistule lipsesc		
Boală Crohn moderată 1) BC forma luminală cu activitate moderată 2) BC forma stenozantă sau penetrantă compensată cu activitate ușoară-moderată	Deficiențe medii cu unele din următoarele semne: - Dureri abdominale frecvente sau cronice - Diaree cronică cu steatoree macroscopică - Deficit ponderal medie (10-15% din greutate) - Sindrom inflamator general de grad ușor-moderat - Anemie grad moderat - Malabsorbție gr. moderat - Manifestări extraintestinale de gr. ușoară-Moderată - Răspuns parțial la tratament	40-55	60-45
Boală Crohn moderată 1) BC forma luminală cu activitate accentuată 2) BC forma stenozantă sau penetrantă compensată cu activitate moderat-accentuată	Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne: - Dureri abdominale frecvente sau cronice diaree cronică cu steatoree macroscopică - Deficit ponderal medie (20-30% din greutate) - Sindrom inflamator general de grad moderat-accentuat - Anemie grad accentuat - Malabsorbție gr. accentuat - Manifestări extraintestinale de gr. moderat-accentuat - Răspuns minim la tratament	60-75	40-25
Boală Crohn severă 1) BC forma luminală cu activitate gr. sever 2) BC forma stenozantă sau penetrantă	Deficiențe severe cu unele din următoarele semne: - Dureri abdominale cronice - Diaree cronică cu steatoree macroscopică - Deficit ponderal accentuat (>30% din greutate) - Sindrom inflamator general de grad moderat-sever	80-100	20-0

subcompensată cu activitate moderată-severă 3) BC cu manifestări extraintestinale severe 4) BC cu rezecții intestinale și eleostomie	- Anemie grad moderat-sever - Malabsorbție gr. sever (hipopotasemie, hiposideremie, hipocalcemie) care necesită tratament de substituie - Manifestări extraintestinale de gr. sever; lipsa răspunsului la tratament; complicații severe ale tratamentului (osteoporoză, diabet zaharat etc.)		

COLITA ULCEROASĂ (K63.3)

Definiție: *Colita ulceroasă (CU)* este o afecțiune inflamatorie cronică idiopatică a colonului, caracterizată prin inflamație difuză, limitată la mucoasă, asociată de numeroase complicații intestinale și extraintestinale.

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Hemoleucograma cu trombocite, hematocrit.
- Proteina totală / albumina.
- Fe seric.
- Ionograma (K, Ca, Na).
- Colesterolul total.
- Protrombina.
- Proteina C-reactivă / fibrinogenul.
- ALT, AST, fosfataza alcalină.
- Examenul coprologic (coprocitograma, grăsimi neutre, acizi grași, amidon extracelular, etc.).
- Colonoscopia cu biopsia din zona afectată (rectoromanoscopia sau sigmoidoscopia în caz de afectare distală).

Recomandabile:

- GGTP.
- Amilaza pancreatică, lipaza.
- Determinarea cantitativă a steatoreei.
- Dozarea vitaminelor în serul sanguin (A, B₁₂, D).
- Anticorpii p-ANCA, ASCA.
- Explorări de laborator și instrumentale, necesare pentru diagnostic diferențial și al complicațiilor.

Diagnosticul pozitiv. Diagnosticul clinic complet trebuie să cuprindă: forma clinică evolutivă, severitatea puseului de activitate, extensia bolii, complicațiile sistemice (când există).

Forme clinico-evolutive ale CU:

- Debut sever acut.
- Evoluție cronică recidivantă:
 - cu recidive rare ($\leq 1/\text{an}$);
 - cu recidive frecvente ($\geq 2/\text{an}$).
- Evoluția cronică progresivă.

Gradul activității colitei ulceroase după Truelove&Witts:

Indice	Gradul activității		
	Ușor	Moderat	Sever
Numărul defecațiilor pe parcursul zilei	< 4	4 sau mai multe <i>dacă</i>	≥ 6 <i>dacă</i>
Puls	< 90	≤ 90	> 90 <i>sau</i>
Temperatură	< 37,5° C	≤ 37,8° C	> 37,8° C <i>sau</i>
Valorile hemoglobinei	> 115 g/l	≥ 105 g/l	< 105 g/l <i>sau</i>
VSH <i>sau</i>	< 20 mm/oră	≤ 30 mm/oră	> 30 mm/oră <i>sau</i>
Proteina C-reactivă	În limitele normei	≤ 30 mg/l	> 30 mg/l

După extensia bolii CU se clasifică la:

- Afectare distală (rectită și rectosigmoidită).
- Afectare extinsă (colită pe stânga, colita subtotală și totală).

Diagnosticul clinic se precizează prin examen clinic, radiologic baritat și endoscopie digestivă (colonoscopie) cu confirmarea histopatologică.

Afecțiunea Forma clinică	Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale %	Capacitate a de muncă de bază %
Colita ulceroasă ușoară 1) CU în remisiune timp de > 1 an fără tratament de menținere 2) CU cronică recidivantă cu recidive rare, cu activitate ușoară-moderată și remisiune completă	Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: – Dureri abdominale rare cu intensitate minimă – Diaree intermitentă, cu sânge în recidivă – Semne de sindrom inflamator general ușoare în recidivă și lipsesc – în remisiune	20-35	80-65
Colita ulceroasă moderată 1) CU cronică recidivantă cu recidive rare, cu activitate moderată 2) CU cronică recidivantă cu recidive frecvente de gravitate moderată 3) CU cronică progresivă sub tratament cu 5-ASA sau prednisolon în doze mici	Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: – Recidive frecvente de grad ușor-moderat sau recidive rare de grad moderat-accentuat (atestate prin documente medicale) – Sindrom inflamator general de grad moderat – Deficit ponderal moderat – Anemie grad moderat – Manifestări extraintestinale de gr. ușoară-moderată	40-45	60-55

	– Răspuns parțial la tratament		
1) CU în remisiune sau cu evoluție moderată sub tratament de menținere cu: – corticosteroizi – imunosupresori – terapia biologică	Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: – Remisiune sau recidive rare de grad moderat sub tratament de menținere – Sindrom inflamator general de grad moderat – Deficit ponderal moderat; Complicațiile moderat ale tratamentului (osteoporoză, diabet zaharat etc.)	50-55	50-45
Colita ulceroasă accentuată 1) Debut acut accentuat al CU 2) CU cronică cu recidive frecvente de grad accentuat 3) CU cronică progresivă sub tratament cu prednisolon cu doze mari sau cu imunosupresoare 4) CU cu manifestări extraintestinale accentuate	Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: – Dureri abdominale cronice – Diaree cronică, epizode frecvente de rectoragii – Deficit ponderal pronunțat; – Sindrom inflamator general de grad moderat-accentuat – Anemie grad moderat-accentuat – Manifestări extraintestinale de gr. accentuat – Răspuns minim la tratamentul de bază – Necesitatea tratamentului cu corticosteroizi și/sau cu imunosupresoare și/sau cu terapia biologică – Complicații accentuate ale tratamentului (osteoporoză, diabet zaharat etc.)	60-75	40-25
Colita ulceroasă severă 1) Debut acut sever al CU 2) CU cronică cu recidive frecvente de grad sever 3) CU cronică progresivă sub tratament cu prednisolon cu doze mari sau cu imunosupresoare 4) CU cu manifestări extraintestinale severe 5) CU în primele 6-12 luni după colectomie	Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: – Dureri abdominale cronice – Diaree cronică, epizode frecvente de rectoragii – Deficit ponderal – Sindrom inflamator general de grad accentuat-sever – Anemie grad accentuat-sever – Manifestări extraintestinale de gr. sever – Lipsa răspunsului la tratament de bază – Necesitatea tratamentului cu corticosteroizi în doze mare și/sau cu	80-100	20-0

totală cu anastomoză ileo-anală 6) CU cu ileostomie sau sigmoidostomie	imunosupresoare și/sau cu terapia biologică – Complicații severe ale tratamentului (osteoporoză, diabet zaharat etc.)		

HEPATITA CRONICĂ (K 73.9)*

* Conform Protocoalelor Clinice Naționale PCN 23 și 24

[HTTP://OLD.MS.MD/ FILES/13335-PCN%2520HCV%2520B_24_12_2012%2520MINISTER_FINAL.PDF](http://old.ms.md/files/13335-PCN%2520HCV%2520B_24_12_2012%2520MINISTER_FINAL.PDF)

[HTTP://OLD.MS.MD/ FILES/12490-PCN%2520HCV%2520C_31_07_2112_FINAL%2521.PDF](http://old.ms.md/files/12490-PCN%2520HCV%2520C_31_07_2112_FINAL%2521.PDF)

Definiție: *Hepatita cronică* este o afecțiune inflamatorie a ficatului, de diversă etiologie, care persistă mai mult de 6 luni, este însoțită de modificări biochimice și histologice și poate determina complicații severe, precum ciroza hepatică și carcinomul hepatocelular.

Definițiile folosite în Protocolul Clinic Național:

Hepatita cronică virală C (HCV C) este o afecțiune inflamatorie a ficatului, cauzată de virusul hepatitei C, care persistă mai mult de 6 luni, se însoțește de modificări biochimice și histologice și poate determina complicații severe precum ciroza hepatică și carcinomul hepatocelular.

Hepatita cronică virală C cu viremie joasă: ARN VHC < 400000 UI/ml.

Hepatita cronică virală C cu viremie înaltă: ARN VHC > 400000 UI/ml.

Hepatita cronică virală B (HCV B) este o afecțiune cronică necroinflamatorie, care afectează ficatul, ca urmare a persistenței infecției cu virusul hepatic B mai mult de 6 luni, se însoțește de modificări caracteristice biochimice și histologice și poate determina complicații severe precum ciroza hepatică și carcinomul hepatocelular.

Hepatita cronică, AgHBe pozitiv, în faza de toleranță imună: AgHBe pozitiv, niveluri serice mari de ADN VHB (20.000.000 – 20.000.000.000 UI/ml), nivelurile normale sau scăzute ale transaminazelor, necroinflamația hepatică ușoară sau absentă și progresia lentă a fibrozei sau absența fibrozei.

Hepatita cronică virală B, AgHBe pozitiv, în faza de reactivare imună: prezența în serul sangvin a AgHBs nu mai puțin de 6 luni, AgHBe pozitiv și ADN HBV > 20.000 UI/ml, sporire intermitentă sau persistentă a transaminazelor, activitate necroinflamatorie hepatică moderată sau severă și progresie a fibrozei hepatice.

Purtător inactiv de VHB – AgHBe negativ, niveluri serice de AgHBs < 1000 UI/ml, ADN HBV de la nedetectabil până la < 2000 UI/ml, nivelul ALT - constant în cadrul valorilor normale, studiate cel puțin o dată la 3-4 luni, pe parcurs de minim 1 an.

Hepatita cronică virală B, AgHBe negativ, în faza de reactivare imună: prezența în serul sangvin a AgHBs nu mai puțin de 6 luni, lipsa AgHBe și prezența anticorpilor anti-HBe în serul sangvin, ADN HBV > 2000 UI/ml, activitate crescută a ALT și, histologic – hepatită activă (indicele activității histologice după Knodell > 4 baluri), gradul de fibroză hepatică variat.

Hepatită cronică virală B, AgHBs negativ: ADN VHB în ser < 200 UI/ml, Ac anti-HBc pozitivi, Ac anti-HBe pozitivi, nivelul ALT depășește limita superioară a valorilor normale (LSVN), activitate necroinflamatorie hepatică ușoară, fibroză hepatică de divers grad.

Infecția ocultă cu VHB se caracterizează prin ADN VHB detectabil în ficat cu ADN VHB în sânge la nivel scăzut (< 200 UI/ml) sau nedetectabil, prezența în ser a anticorpilor anti-HBcor pozitiv, cu sau fără anti-HBsAg pozitiv la persoanele fizice, la care AgHBs (cercetat în ser cu testele disponibile în prezent) se reduce până la un nivel nedetectabil.

Hepatita autoimună (HAI): afecțiune inflamatorie hepatică progresivă, de etiologie necunoscută, caracterizată prin inflamație periportală și prin infiltrat plasmocitar la examenul histologic, hipergamaglobulinemie, prezența de autoanticorpi și prin răspuns favorabil la imunosupresoare în majoritatea cazurilor.

Manifestările extrahepatice în HCV C:

Tulburări endocrinologice: boli tiroidiene autoimune - tiroidita Hashimoto, rezistență la insulină / diabet zaharat, insuficiența hormonului de creștere.

Tulburări autoimune, reumatologice: crioglobulinemie mixtă, vasculită crioglobulinemică, neuropatie periferică, glomerulonefrită membranoproliferativă, glomerulonefrită membranoasă, artralгии tip reumatoid / oligopoliarthritis, periarterită noduloasă, pozitivitate a factorului reumatoid, sindrom sicca, miopatie, sindrom antifosfolipidic, dermatomiozită etc.

Tulburări hematologice: tulburări limfoproliferative / limfoame non-Hodgkin, trombocitopenia idiopatică, gamopatie monoclonală, anemie hemolitică autoimună, sindromul hipereozinofilic.

Tulburări dermatologice: purpură palpabilă, porfirie cutanată tardivă, lichen plan, prurit, eritem acral necrotic, eritemul multiform, eritemul nodular, vitiligo, sindromul Behcet etc.

Diverse: oboseala cronică, tulburări cognitive subclinice, decelerare psihomotorie, simptome de depresie, cardiomiopatie hipertrofică sau dilatativă / miocardită, fibroză pulmonară idiopatică.

Clasificarea etiologică a hepatitei cronice (1994, Los Angeles, SUA):

- Hepatita cronică virală B.
- Hepatita cronică virală B cu D.
- Hepatita cronică virală C.
- Hepatita cronică mixtă (B + C, B + C + D).
- Hepatita autoimună.
- Hepatita cronică neclasificabilă ca virală sau autoimună.
- Hepatita medicamentoasă sau toxică.
- Boala Wilson.
- Insuficiența de α_1 -antitripsină.
- Ciroza biliară primitivă.
- Colangita sclerozantă primară.

Clasificarea anatomopatologică a hepatitei cronice:

- Hepatita cronică persistentă.
- Hepatita cronică activă, cu forma ușoară și severă.
- Hepatita cronică lobulară.
- Hepatita cronică septală.

Diagnosticul de HC este clinic, biologic și histologic.

Evaluarea severității bolii hepatice:

Severitatea fibrozei hepatice reflectă **severitatea bolii hepatice**. Evaluarea severității fibrozei hepatice este importantă în estimarea prognosticului bolii. Biopsia hepatică este încă privită ca metodă de referință pentru a evalua gradul de inflamație și stadiul fibrozei. În ultimii ani au fost evidențiate deficiențe ale biopsiei hepatice și au fost dezvoltate și extensiv evaluate metode alternative non-invazive pentru pacienții cu infecție cronică cu VHC. Acestea includ markeri serologici și elastografia tranzitorie. Performanțele lor, utilizate singure sau împreună, au fost raportate comparabile cu biopsia hepatică. Metodele non-invazive s-au dovedit a identifica cu exactitate pacienții cu fibroza ușoară sau ciroză. Ele sunt mai puțin capabile să discrimineze fibroza moderată și severă.

Determinarea gradului de activitate a procesului inflamator în patologia hepatică:

Gradul de activitate a procesului patologic în ficat se evaluează conform expresivității sindromului de citoliză:

- Activitate minimală – ALT și/sau AST ≤ 2 Norme.
- Activitate moderată – ALT și/sau AST >2 Norme și < 5 Norme.
- Activitate maximală – ALT și/sau AST ≥ 5 Norme.

În prezent se utilizează diverse scoruri pentru descrierea histopatologică a hepatitei cronice, care evaluează gradarea și stadializarea bolii hepatice cronice.

Scorul Knodell (1981):

1. Necroză periportală (NP) și necroză în punte	
• NP absentă	0
• NP minimă	1
• NP moderată (<50% SP)	3
• NP severă (>50% SP)	4
• NP moderată și necroză în punte	5
• NP severă și necroză în punte	6
• Necroză multilobulară	10
2. Leziuni degenerative și necroză lobulară	
• Absentă	0
• Minimă (corpi acidofili, celule balonizate în <1/4 lobuli)	1
• Moderate (atinge 1/4 - 2/3 din lobuli)	3
• Severe (> 2/3 lobuli)	4
3. Inflamație portală	
• Absentă	0
• Minimă (câteva celule inflamatorii în <1/4 SP)	1
• Moderată (numeroase celule inflamatorii în 1/4 - 2/3 SP)	3
• Severă (grupări compacte de celule inflamatorii în 2/3 SP)	4
4. Fibroză	
• Absentă	0
• Fibroză portală minimă	1
• Fibroză în spațiul Disse	1
• Fibroză în punte	3
• Ciroză	4

NOTĂ: Concluzie: Scorul activității: 1+2+3; Scorul fibrozei: 4; Scor final: 7 – 10 = hepatita cronică persistentă; Scor final: > 14 = hepatită cronică activă

Cuantificarea scorului HAI (1999):

1. Necroză periportală +/- necroză în punte	
• Absentă	0
• Necroză parcellară (<i>piecemeal necrosis</i> = PN) discretă	1
• PN moderată (<50% din hepatocitele ce înconjoară spațiile porte)	3
• PN maractă (>50% din hepatocitele ce înconjoară spațiile porte)	4
• Necroză parcellară moderată + necroză în punte (<i>bridging necrosis</i>)	5
• Necroză parcellară severă + necroză în punte (<i>bridging necrosis</i>)	6
• Necroză multilobulară (lobuli în continuitate)	10
2. Necroză focală și leziuni degenerative intralobulare	
• Absentă	0
	1

- Discretă (corpi acidofili, balonizări, necroză focală în 1/3 din lobuli sau noduli - Moderată (implicarea de la 1/3 până la 2/3 din lobuli sau noduli) - Marcată (implicarea a mai mult de două treimi de lobuli sau noduli)	3 4
3. Inflamație portală	
- Absentă - Discretă (celule inflamatorii în mai puțin de 1/3 din spațiile porte) - Moderată (celule inflamatorii între 1/3 și 2/3 din spațiile porte) - Marcată (celulele inflamatorii dense, mai mult de 2/3 din spațiile porte)	0 1 3 4
4. Fibroză	
- Absentă - Expansiune fibroasă a spațiilor porte - Fibroză în punte cu (legături porto-portale sau porto-centrale) - Ciroză	0 1 3 4

Scorul METAVIR A (activitate):

Activitate (A)	Necroză lobulară		
	Absentă 0	Moderată 1	Severă 2
<i>Hepatita de interfață</i>			
Absentă 0	A0	A1	A2
Minimă 1	A1	A1	A2
Moderată 2	A2	A2	A3
Severă 3	A3	A3	A3

NOTĂ: Pentru aprecierea gradării activității necroinflamatorii și stadializării fibrozei în hepatita cronică, în Europa se utilizează cu precădere scorul METAVIR, introdus în 1996 de către Bedossa și Poinard.

Scorul METAVIR F (fibroza):

- Fibroză portală stelată, fără septuri - Fibroză portală, cu septuri rare - Fibroză portală, cu septuri - Ciroză	- F 0 - F 1 - F 2 - F 3 - F 4

NOTĂ: Scorul METAVIR are avantajul scorificării continue a fibrozei, cu ulterioara evaluare a ratei de progresie Absența fibrozei sau regresie a fibrozei.

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Hemoleucograma, trombocitele.
- ALT, AST.
- Bilirubina, GGTP, fosfataza alcalină.
- Colesterolul total.
- Albumina, protrombina.
- Fe seric, ureea.
- α -fetoproteina (pentru *screening*-ul cancerului hepatic primar).
- Anticorpii autoimuni pentru diagnosticul hepatitei autoimune: ANA, AMA, SMA, anti-LKM-1.

- Anticorpii autoimuni antitiroidieni: Ac antitireoglobulină (Anti-TG), Ac antiperoxidază tiroidiană (Anti-TPO).
- Evaluarea funcției tiroidiene (TSH, T3, T4).
- Screeningul serologic (anti-VHC, AgHBs, anti-HBc, anti-HBs).
- USG a organelor abdominale.
- USG *Doppler* a sistemului portal (pentru stabilirea prezenței hipertensiunii portale și identificarea pacienților cu complicații).
- FEGDS sau Rn-scopie a esofagului și a stomacului (pentru concretizarea diagnozei, *screening*-ul complicațiilor).
- Evaluarea noninvazivă a fibrozei hepatice: Fibrotest sau Fibroscan (elastografie).
- ECG, microradiografia cutiei toracice.
- Analiza generală a urinei.
- Recomandabile (după necesitate):*
 - Crioglobulinele.
 - Anticorpi anticardiolipinici.
 - Ac antireceptor pentru hormon tireostimulator (Anti-rTSH).
 - Lipidograma: HDLC, LDLC, trigliceride, apo-lipoproteide în steatohepatita nonalcoolică
- Lactatdehidrogenaza (LDH).
- Fosfataza alcalină.
- Reticulocite.
- Nivelul tiroxinei libere.
- Calciul, Mg, P.
- Fibrinogenul, timp de protrombină (Quick), INR.
- Proteina totală și fracțiile ei.
- Acidul uric.
- Statutul imunologic celular și umoral: limfocite T (CD4, CD8) și B, Ig A, Ig M, Ig G, complexe imune circulante.
- Determinarea haptoglobinei (reprezintă o proteină sintetizată hepatic, reducându-se în afecțiunile hepatice).
 - Cercetarea gama-globulinei.
 - Testarea alfa2-macroglobinei.
 - Scintigrama hepatosplenică cu izotopi de Tc⁹⁹.
 - Endoscopia digestivă superioară.
 - Laparoscopia.
 - Biopsia ficatului: transcutanată „oarbă”, transcutanată sub controlul USG, prin laparoscopie.
 - Tomografia computerizată standard, spiralată, la necesitate, TC în regim angiografic.
 - Rezonanța magnetică nucleară, la necesitate, în regim colangiografic.
 - Colangiografia endoscopică retrogradă.

Teste speciale pentru diagnosticul etiologic:

- Teste serologice screening pentru markerii de infecție cu virusurile hepatice B, C, D (AgHBs, anti-HBcor, AgHbe, anti-Hbe, anti-VHC, anti-VHD), completate în caz de pozitivitate cu teste suplimentare, inclusiv, moleculare (ARN-HCV, AND-HBV, AND-HDV).
- Teste pentru diagnosticul etiopatogeniei autoimune: anticorpi antinucleari (*antinuclear antibodies* – ANA), anticorpi antifibră musculară netedă (*smooth muscle antibodies* – ASMA), anticorpi antimicrosomali (*antibodies to liver/kidney microsome* – anti-LKM-1), anticorpi anti-antigen solubil hepatic (*soluble liver antigen* - SLA), anticorpi *antisialoglicoprotein receptor* (ASGPR), anticorpi anti-mieloperoxidază (p-ANCA) etc.
- Dozări de ceruloplasmina, cupru seric și cupru urinar pentru diagnosticul bolii Wilson.
- Dozări de transferină, feritină pentru diagnosticul hemocromatozei.

- Dozări de alfa-antitripsină în deficitul de alfa-antitripsină.
- Dozări de transferină carbohidrat deficientă (TCD), utilă în diagnosticul consumului cronic excesiv de alcool.
- Aprecierea glicemiei și insulinei libere în sânge cu evaluarea scorului HOMA-IR (*Homeostasis Model Assessment for Insulin Resistance* - Model de evaluare a homeostazei de rezistență la insulină) pentru evaluarea gradului de rezistență la insulină.

Criterii de diagnostic al hepatitei autoimune (HAI), conform recomandărilor AASLD:

	HAI definită	HAI probabilă
Fără boală hepatică genetică	Fenotip α_1 -antitripsină – în normă Ceruloplasmina, cuprul seric, sideremia, feritina serică – în normă	Deficit parțial de α_1 -antitripsină Anomalii nespecifice ale cuprului seric, sideremiei, feritinei
Fără boală hepatică infecțioasă	Markerii virali negativi	Markerii virali negativi
Fără boală hepatică toxică	Alcool < 25 g/zi Fără utilizare recentă de medicamente hepatotoxice	Alcool < de 50 g/zi Fără utilizare recentă de medicamente hepatotoxice
Indici de laborator	Aminotransferaze anormale Gamaglobuline/IgG $\geq 1,5$ x valoarea normală	Aminotransferaze anormale Hipergamaglobulinemie (orice valoare)
Autoanticorpi	ANA, ASMA, LKM1 $\geq 1/80$ la adulți și $\geq 1/20$ la copii Anticorpi antimitocondriali (AMA) negativi	ANA, ASMA, LKM1 $\geq 1/40$ Alți autoanticorpi
Histologie	Hepatită de interfață (inflamație periportală, infiltrat inflamator plasmocitar) Fără leziuni biliare, granulomatoase sau modificări specifice altor afecțiuni	Hepatită de interfață (inflamație periportală, infiltrat inflamator plasmocitar) Fără leziuni biliare, granulomatoase sau modificări specifice altor afecțiuni

Scor de diagnostic aplicabil cazurilor atipice de HAI la adulți:

Parametru	Factor	Scor	Parametru	Factor	Scor
Sexul	feminin	+ 3	Altă boală autoimună la pacient sau în familie	Da	+ 2
Raport fosfatază alcalină/ aminotransferază	< 1,5 1,5 - 3 > 3	+ 2 0 - 2	Prezența altor anticorpi autoimuni (anti-SLA/LP, anti-actină, p-ANCA etc.)	Da	+ 2
Gama-globuline sau Ig G, mai mari decât limita de sus a valorii normale	> 2 1,5–2	+ 3 + 2	Histologie	• Hepatită de interfață	+3 + 2

	1–1,5 < 1	+ 1 0		- Infiltratul preponderent limfoplasmocitar - Rozete Niciuna dintre precedente Leziuni ale ductelor biliare Leziuni atipice	+ 1 - 5 - 3 - 3
ANA, ASMA sau LKM-1	> 1/80 1/80 1/40 < 1/40	+ 3 + 2 +1 0	HLA	DR3, DR4	+ 1
AMA	pozitivi	- 4	Răspuns terapeutic	Remisiune stabilă Remisiune cu recăderi la suspendarea GCS	+ 2 + 3
Markeri virali	pozitivi negativi	- 3 + 3		Diagnostic definit	Diagnostic probabil
Medicamente hepatotoxice	da nu	- 4 + 1	<i>Scor pretratament</i>	> 15	10-15
Alcool	<25g/zi >60g/zi	+ 2 - 2	<i>Scor posttratament</i>	> 17	12-17

Manifestări clinice ale hepatitei autoimune			
Manifestarea clinică	Frecvența (%)	Manifestarea clinică	Frecvența (%)
Simptome		Semne fizice	
Fatigabilitate	85	Hepatomegalie	78
Icter	77	Icter	69
Disconfort/durere abdominală	48	Splenomegalie	32
Prurit (blând)	36	Angioame stelate	58
Anorexie	30	Ascită	20
Polimialgii, poliartralgii	30	Encefalopatie	14
Diaree	28	Afecțiuni/manifestări autoimune prezente concomitent	48
Febră (< 40°)	18	Aspect cushingoind	19

Afecțiunea, forma clinică	Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
		5	95

Statut de purtător inactiv de VHB	Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Prezența AgHBs în serul sanguin mai mult de 6 luni - AgHBe negativ - Ac anti-HBe pozitiv - Niveluri scăzute (sub 2000 UI/ml) sau nedetectabile ale ADN VHB - Aminotransferaze serice constant normale - Niveluri serice de AgHBs <1000 UI/ml - Absența activității necroinflamatorii	10	90
Hepatită cronică virală B, forma AgHBs negativ (ADN VHB <200 UI/ml nedetectabil în ser), activitate minimă	În evoluție boala se include în AgHBs negativ: - ADN VHB în ser <200 UI/ml; - Ac anti-HBc pozitivi; - Ac anti-HBe, posibil, pozitivi; - Nivelul ALT depășește limita superioară a valorilor normale (LSVN) - ALT și/sau AST ≤ 2 Norme - Activitate necroinflamatorie hepatică ușoară, fibroză hepatică de divers grad	15-35	85-65
Hepatită cronică virală B, forma AgHBe pozitiv (viremie înaltă: ADN VHB 20.000.000.000 UI/ml), activitate minimală	- Prezența în serul sangvin a AgHBs nu mai puțin de 6 luni - Pozitivitatea AgHBe - Niveluri ridicate de replicare a VHB (reflectate de nivelurile serice mari de ADN-ului VHB) - Nivelurile normale sau scăzute ale transaminazelor - Necroinflamație hepatică ușoară sau absentă; - Progresia lentă a fibrozei sau absența fibrozei, stadiul fibrozei: F 0-1 NOTĂ: Ca evoluție se include în faza „de toleranță imunitară, cu AgHBe pozitiv”. Din cauza nivelurilor ridicate de viremie, acești pacienți sunt extrem de contagioși.	40-45	60-55
Hepatită cronică virală B, forma AgHBe pozitiv (viremie înaltă: ADN VHB 2.000.000 UI/ml), activitate moderată.	Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Prezența în serul sangvin a AgHBs nu mai puțin de 6 luni - AgHBe pozitiv - ADN HBV > 20.000 UI/ml		

Hepatită cronică virală B, forma AgHBe pozitiv (viremie înaltă: ADN VHB 2.000.000 UI/ml), activitate maximală	- Sporire intermitentă sau persistentă a transaminazelor: ALT și/sau AST >2 Norme și < 5 Norme - Activitate necroinflamatorie hepatică moderată - Progresia fibrozei hepatice, F 1-2 Notă: În evoluție boala se include în <i>faza "de reactivare imună, cu AgHBe pozitiv"</i> Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Prezența în serul sangvin a AgHBs nu mai puțin de 6 luni - Lipsa AgHBe și prezența anticorpilor anti-HBe în serul sangvin - ADN HBV > 2000 UI/ml - Activitate crescută a ALT: ALT și/sau AST >2 Norme și < 5 Norme - Histologic – hepatită activă (indicele activității histologice după Knodell > 4 baluri) - Gradul de fibroză hepatică variat	50-55	50-45
	NOTĂ: În evoluție boala se include în faza de reactivare imună, AgHBe negativ. Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Prezența în serul sangvin a AgHBs nu mai puțin de 6 luni - AgHBe pozitiv - ADN HBV > 20.000 UI/ml - Sporire persistentă a transaminazelor, ALT și/sau AST $\geq$ 5 Norme - Activitate necroinflamatorie hepatică severă; - Progresia fibrozei hepatice: F >2 și <4	60-65	40-35
	NOTĂ: În evoluție boala se include în faza „de reactivare imună, cu AgHBe pozitiv” Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Prezența în serul sangvin a AgHBs nu mai puțin de 6 luni; - Lipsa AgHBe și prezența anticorpilor anti-HBe în serul sangvin - ADN HBV > 2000 UI/ml - Activitate persistent crescută a transaminazelor: ALT și/sau AST $\geq$ 5 Norme	70-75	30-25

Hepatită cronică virală C, faza de exacerbare (viremie redusă: ADN VHC 200.000 UI/ml), activitate minimă, cu vasculită criglobulinemică secundară	- Histologic – hepatită activă, activitate Necroinflamatorie hepatică severă - Gradul de fibroză hepatică variat Notă: În evoluție boala se include în <i>faza de reactivare imună, AgHBe negativ.</i> Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - ARN-VHC ARN-VHC < 400000 UI/ml. - Activitate transaminazelor depășește limita superioară a valorilor normale (LSVN), dar ALT și/sau AST ≤ 2 Norme - Histologic – hepatită activă (indicele activității histologice <i>după Knodell</i> > 4 baluri) - Gradul de fibroză hepatică: F1-2 - Prezența manifestărilor extrahepatice: vasculită criglobulinemică secundară	50-55	50-45
Hepatită cronică virală C, faza de exacerbare (viremie înaltă: ARN VHC 1.000.000 UI/ml), activitate moderată cu manifestări extrahepatice: trombocitopenie idiopatică	Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - ARN-VHC >400000 UI/ml. - Activitate moderată a transaminazelor: ALT și/sau AST >2 Norme și < 5 Norme - Histologic – hepatită activă (indicele activității histologice <i>după Knodell</i> > 4 baluri) - Gradul de fibroză hepatică: F 2-3 - Prezența manifestărilor extrahepatice: trombocitopenie idiopatică	60-65	35-40
Hepatită cronică virală C, faza de exacerbare (viremie înaltă: ARN VHC 3.000.000 UI/ml), activitate înaltă	Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - ARN-VHC >400000 UI/ml - Activitate maximală a transaminazelor: ALT și/sau AST ≥ 5 Norme - Histologic – hepatită activă (indicele activității histologice <i>după Knodell</i> > 4 baluri) - Gradul de fibroză hepatică: F 2-3 prezența manifestărilor extrahepatice: trombocitopenie idiopatică	70-75	30-25
Hepatită autoimună, tip II, (LKM-1 pozitiv), grad moderat de activitate	Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Manifestări clinice ale hepatitei autoimune - Anticorpi autoimuni pentru diagnosticul hepatitei autoimune, tip II: LKM-1 ≥ 1/80	50-55	50-45

Hepatită autoimună, tip I (autoanticorpi ANA pozitiv), grad moderat de activitate.	- Activitate moderată a transaminazelor: ALT și/sau AST >2 Norme și < 5 Norme - Histologic – hepatită de interfață (inflamație periportală, infiltrat inflamator plasmocitar), fără leziuni biliare, granulomatoase sau modificări specifice altor afecțiuni - Gradul de fibroză hepatică: F 1-2 Deficiențe medii cu unele din următoarele semne: - Manifestări clinice ale hepatitei autoimune - Anticorpi autoimuni pentru diagnosticul hepatitei autoimune, tip I: ANA $\geq$ 1/80 - Activitate moderată a transaminazelor: ALT și/sau AST >2 Norme și < 5 Norme - Histologic – hepatită de interfață (inflamație periportală, infiltrat inflamator plasmocitar), fără leziuni biliare, granulomatoase sau modificări specifice altor afecțiuni - Gradul de fibroză hepatică: F 1-2	50-55	50-45
Hepatită autoimună, tip I (autoanticorpi ANA pozitiv), grad maxim de activitate.	- Activitate moderată a transaminazelor: ALT și/sau AST >2 Norme și < 5 Norme - Histologic – hepatită de interfață (inflamație periportală, infiltrat inflamator plasmocitar), fără leziuni biliare, granulomatoase sau modificări specifice altor afecțiuni - Gradul de fibroză hepatică: F 1-2 Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Manifestări clinice ale hepatitei autoimune - Anticorpi autoimuni pentru diagnosticul hepatitei autoimune, tip I: ANA $\geq$ 1/80 - Activitate maximală a transaminazelor: ALT și/sau AST >2 Norme și < 5 Norme; - Histologic – hepatită de interfață (inflamație periportală, infiltrat inflamator plasmocitar), fără leziuni biliare, granulomatoase sau modificări specifice altor afecțiuni; - Gradul de fibroză hepatică: F >2	60-65	40-35

CIROZA HEPATICĂ (K 70.3 – K 74)*

* Conform Protocolului clinic Național PCN 19

[HTTP://OLD.MS.MD/ FILES/3988-PCN-19-](http://old.ms.md/files/3988-PCN-19-)

[CIROZA%2520HEPATICA%2520COMPENSATA%2520LA%2520ADULT.PDF](http://old.ms.md/files/3988-PCN-19-CIROZA%2520HEPATICA%2520COMPENSATA%2520LA%2520ADULT.PDF)

K 70.3 Ciroza alcoolică a ficatului.

K 71.7 Afectarea toxică a ficatului cu fibroză și ciroză.

K 74 Fibroza și ciroza ficatului.

K 74.0 Fibroza hepatică.

K 74.1 Scleroza hepatică.

K 74.2 Fibroza și scleroza hepatică.

K 74.3 Ciroza biliară primitivă.

K 74.4 Ciroza biliară secundară.

K 74.5 Ciroza biliară fără precizare.

K 74.6 Ciroza ficatului (alte și neprecizate).

Definiție: *Ciroza hepatică* este stadiul final al tuturor afecțiunilor hepatice cronice inflamatorii sau degenerative de etiologie diferită și evoluție progresivă, care, din punct de vedere morfologic, se caracterizează prin fibroză difuză și dezorganizare a arhitectonicii ficatului, cu formarea nodulilor de regenerare.

Ciroza hepatică este o **noțiune morfologică**, care include obligatoriu:

- Afectarea difuză a ficatului;
- Dezorganizarea structurii normale a ficatului;
- Fibroza difuză gr. IV;
- Prezența nodulilor de regenerare.

Cauzele principale ale CH

Cauze frecvente:

- Hepatitele cronice B, C și D ($\approx 25\%$).
- Boala alcoolică a ficatului ($\approx 20-40\%$).
- Criptogene (de etiologie necunoscută) ($\approx 10-40\%$).

Cauze rare ($<10\%$):

- Steatohepatita nonalcoolică ($\approx 10\%$).
- Hepatita autoimună.
- *Ciroza biliară primară*.
- Medicamente și substanțe chimice toxice ($\approx 5\%$).

Cauze foarte rare ($\approx 1\%$):

- Hemocromatoza.
- Boala Wilson.
- Insuficiența de α_1 -antitripsină.
- *Ciroza biliară secundară* (obstrucție extra- sau intrahepatică a căilor biliare).
- Sindromul Budd-Chiari.
- Insuficiența severă a ventriculului drept etc.

Clasificarea clinică:

1. După etiologie:

- Virală.
- Alcoolică.
- Medicamentoasă.
- Alta (de precizat: biliară primară, biliară secundară, autoimună etc.).
- Criptogenă.

2. După morfologie:

- Micronodulară (noduli parenchimatoși sub 3-5 mm; sunt proprii pentru ciroza alcoolică, obstrucția biliară, hemocromatoză, congestia venoasă de durată a ficatului, boala Wilson etc.).
- Macronodulară (noduli de regenerare peste 5 mm, până la 2-3 cm; sunt specifici pentru afectările virale ale ficatului).
- Mixtă.

3. După gradul de compensare:

- Compensată.
- Subcompensată.
- Decompensată.

4. După activitatea procesului inflamator în ficat:

- Fază activă.
- Fază neactivă.
- Hepatită acută pe fundal de CH.

5. După evoluție:

- Stabilă.

- Lent progresivă.
- Rapid progresivă.

6. După gradul de hipertensiune: Portală.

Clasificarea cirozei hepatice, Child-Pugh:

Manifestări	Scor		
	1 punct	2 puncte	3 puncte
Ascită	Absentă	Moderată	Severă (evidentă)
Encefalopatie	Absentă	Stadiul I sau II	Stadiul III – comă
Albuminemie	>35 g/l	28-35 g/l	<28 g/l
Bilirubinemie	<35 mcml/l	35-50 mcml/l	>50 mcml/l
Protrombină	>60%	40-60%	<40%

NOTĂ: Clasele se apreciază conform scorului (suma punctelor): A = 5-6 puncte, B = 7-9 puncte, C = ≥ 10 puncte.

Existența deceselor prin hemoragie din varicele esofagiene la bolnavii din clasa A a condus la revizuirea scorului *Child-Pugh*. Astfel, a fost propusă (A. I. Hazanov, N. N. Necrasova) includerea unor noi indici în acest scor – gradul de dilatare a varicelor esofagiene.

Varice esofagiene	Până la 2 mm	3-4 mm	>5 mm
Scor	+1 punct	+2 puncte	+ 3 puncte

NOTE: Se calculează suma și se clasifică: 6-7 puncte – clasa A; 8-11 puncte – clasa B; ≥ 12 puncte – clasa C.

Utilizarea acestui scor modificat permite excluderea deceselor prin hemoragie din varice din clasa A.

Complicațiile CH:

- Ascită refractară.
- Hemoragie digestivă superioară (din varice esofagiene, gastrice).
- Peritonită bacteriană spontană.
- Hipersplenism.
- Sindrom hepatorenal.
- Sindrom hepatopulmonar.
- Coagulopatii.
- Comă hepatică.
- Cancer hepatic primar.

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Evaluarea encefalopatiei (teste psihomotorii).
- Hemoleucograma, trombocite.
- ALT, AST, bilirubina, GGTP, fosfataza alcalină.
- Proteina totală, albumina.
- Protrombina.
- K, Na, Fe seric.
- Glucoza.
- Ureea.
- Alfa-amilaza, lipaza serică.

- Colesterolul total.
- Analiza generală de urină.
- Screening serologic (HBsAg, anti-HBcor, anti-HCV și alt. după indicații).
- α -fetoproteina (pentru screening-ul cancerului hepatic primar).
- USG organelor abdominale.
- FEGDS sau R-scopia esofagului și stomacului (pentru aprecierea varicelor esofagiene/gastrice și evaluarea riscului de hemoragie).
- ECG, microradiografia cutiei toracice, analiza generală a urinei, urea, colesterolul, glucoza.

Recomandate (după necesitate):

- Markeri virali: HBeAg, anti-HBe, anti-HBcor IgM, anti-HCV IgM, anti-HDV IgM etc.
- ADN VHB, ARN VHC, ARN VHD, prin PCR.
- Autoanticorpi: ANA, AMA, SMA, anti-LKM, anticardiolipinici etc.
- Crioglobulinele.
- Gamaglobulinele.
- Fibrinogenul.
- Creatinina.
- Fe seric, transferina, feritina, ceruloplasmina, Cu seric și urinar.
- Lipidograma: HDLC, LDLC, trigliceride, fosfolipide.
- Coagulograma desfășurată.
- Fracțiile proteice.
- Acidul uric.
- Calciul, Mg, P.
- Reticulocite
- Statutul imunologic celular și umoral: limfocitele TCD4, limfocitele TCD8, limfocitele T citotoxice, limfocitele B, imunoglobulinele: IgA, IgM, IgG, complexe imune circulante.
- Nivelul hormonilor glandei tiroide (TSH, T3, T4), anticorpi autoimuni antitirodieni: Ac antitireoglobulină (Anti-TG), Ac antiperoxidază tiroidiană (Anti-TPO).
- Paracenteză diagnostică cu analiza clinică, biochimică și bacteriologică a lichidului ascitic.
- USG Doppler a sistemului portal.
- Scintigrama hepatosplenică.
- Tomografia computerizată standard, spiralată, la necesitate, TC în regim angiografic.
- Rezonanța magnetică nucleară, la necesitate, în regim colangiografic.
- Colangiografia endoscopică retrogradă.
- Consultația medicului chirurg, gastrochirurg.
- Laparoscopia.
- Biopsia ficatului:
 - transcutanată „oarbă”;
 - transcutanată sub controlului USG;
 - prin laparoscopie.

Afecțiunea, forma clinică	Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale %	Capacitatea de muncă de bază %
Ciroză hepatică de etiologie diversă, faza	Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:	40-45	60-55

neactivă, evoluție stabilă, stadiul Child-Pugh A (5-6 puncte)	- Activitatea transaminazelor: ALT și AST nu depășește limita superioară a valorilor normale (LSVN) - Prezența criteriilor ecografice și eco-Doppler ale hipertensiunii portale - Gradul de fibroză hepatică: F 4 - Ascita – absentă - Encefalopatie - absentă - Albuminemie >35 g/l - Bilirubinemie <35 mcml/l - Protrombină >60% - Abilitățile vitale de participare la activități socioprofesionale sunt păstrate sau limitate - în dependență de profesie (efortul fizic determină progresarea bolii etc.) NOTĂ: Doar una dintre manifestările incluse în clasificarea cirozei hepatice, <i>Child-Pugh</i> ar putea scorifica 2 puncte (valorile din coloana a II-a a tabelului), astfel că suma punctelor să fie 5-6.		
Ciroza hepatică de etiologie diversă, faza activă, evoluție progresivă, Child-Pugh A (5 - 6 puncte)	Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Activitatea transaminazelor: ALT și AST depășește LSVN, se determină activitate moderată a transaminazelor: ALT și/sau AST >2 Norme și < 5 Norme; - Prezența criteriilor ecografice și eco doppler ale hipertensiunii portale - Gradul de fibroză hepatică: F 4 - Ascita – absentă - Encefalopatie – absentă - Albuminemie >35 g/l - Bilirubinemie <35 mcml/l - Protrombină >60% - Abilitățile vitale de participare la activități socioprofesionale sunt limitate moderat NOTĂ: Doar una dintre manifestările incluse în clasificarea cirozei hepatice, <i>Child-Pugh</i> ar putea scorifica 2 puncte, astfel că suma punctelor să fie 5-6.	50	50
Ciroza hepatică de etiologie diversă, faza activă, evoluție progresivă, Child-Pugh	Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Activitatea transaminazelor: ALT și AST depășește LSVN, se determină activitate maximală a transaminazelor: ALT și/sau AST ≥ 5 Norme - Prezența criteriilor ecografice și eco doppler ale hipertensiunii portale	55	45

A (5 - 6 puncte)	- Gradul de fibroză hepatică: F 4 - Ascita – absentă - Encefalopatie – absentă - Albuminemie >35 g/l - Bilirubinemie <35 mcml/l - Protrombină >60% - Abilitățile vitale de participare la activități socioprofesionale sunt limitate accentuat NOTĂ: Doar una dintre manifestările incluse în clasificarea cirozei hepatice, <i>Child-Pugh</i> ar putea scorifica 2 puncte, astfel că suma punctelor să fie 5-6.		
Ciroza hepatică de etiologie diversă, faza activă, evoluție progresivă, Child-Pugh B (7-9 puncte). Complicații	Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Activitatea transaminazelor: ALT și AST depășește LSVN - Prezența criteriilor ecografice și eco doppler ale hipertensiunii portale - Hemoragii digestive nu a suportat - Ascita – ușor reductibilă, în cantitate mică sau moderată - Encefalopatie – absență sau subclinică - Albuminemie >35 g/l sau 28-35 g/l - Bilirubinemie <35 mcml/l sau 35-50 mcml/l - Protrombină >60% sau 40-60% - Abilitățile vitale de participare la activități socioprofesionale sunt limitate accentuat NOTĂ: Punctajul sumar al manifestărilor indicate în clasificarea Child-Pugh = 7-9 puncte, corespunde clasei B.	60-65	40-35
Ciroza hepatică de etiologie diversă, faza activă, evoluție progresivă, Child-Pugh B (7-9 puncte). Complicații	Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Activitatea transaminazelor: ALT și AST depășește LSVN - Prezența criteriilor ecografice și eco-Doppler ale hipertensiunii portale - Hemoragii digestive în anamneză - Ascita – în cantitate mică sau moderată - Encefalopatie hepatică – stadiul I sau II, episodică, indusă de factori predispozanți - Albuminemie >35 g/l sau 28-35 g/l - Bilirubinemie <35 mcml/l sau 35-50 mcml/l - Protrombină >60% sau 40 - 60% - Abilitățile vitale de participare la activități socioprofesionale sunt limitate accentuat	70	30

	NOTĂ: Punctajul sumarul manifestărilor indicate în clasificarea Child-Pugh = 7-9 puncte, corespunde clasei B.		
Ciroza hepatică de etiologie diversă, faza activă, evoluție progresivă, Child-Pugh B (7-9 puncte). Complicații	Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Activitatea diversă a transaminazelor - Prezența criteriilor ecografice și eco-Doppler ale hipertensiunii portale - Hemoragii digestive - Ascita – în cantitate moderată - Encefalopatie hepatică – stadiul I sau II, episodică, indusă de factori predispozanți - Albuminemie >35 g/l sau 28-35 g/l - Bilirubinemie <35 mcml/l sau 35-50 mcml/l - Protrombină >60% sau 40 - 60% - Abilitățile vitale de participare la activități socioprofesionale sunt limitate accentuat NOTĂ: Punctajul sumar al manifestărilor indicate în clasificarea Child-Pugh = 7-9 puncte, corespunde clasei B.	75	25
Ciroza hepatică de etiologie diversă, faza activă, evoluție progresivă, Child-Pugh C (≥10 puncte) Complicații	Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Activitatea diversă a transaminazelor - Prezența criteriilor ecografice și eco-Doppler ale hipertensiunii portale - Hemoragii digestive nu a suportat - Ascita – moderată sau accentuată - Encefalopatie hepatică – prezentă, stadiul I – III - Albuminemie 28-35 g/l sau <28 g/l - Bilirubinemie 35-50 mcml/l sau >50 mcml/l - Protrombină 40 - 60% sau <40%; - Abilitățile vitale de participare la activități socioprofesionale sunt limitate sever NOTĂ: Punctajul sumar al manifestărilor indicate în clasificarea Child-Pugh ≥10 puncte, corespunde clasei C.	80	20
Ciroza hepatică de etiologie diversă, faza activă, evoluție progresivă, Child-Pugh C (≥10 puncte) Complicații	Deficiențe funcționale și structurale grave cu unele dintre următoarele semne: - Activitatea diversă a transaminazelor - Prezența criteriilor ecografice și eco-Doppler ale hipertensiunii portale - Hemoragii digestive a suportat - Ascita – severă - Encefalopatie hepatică – prezentă, stadiul III–III - Albuminemie 28-35 g/l sau <28 g/l	85	15

	- Bilirubinemie 35-50 mcml/l sau >50 mcml/l - Protrombină 40-60% - Abilitățile vitale de participare la activități socioprofesionale sunt reduse considerabil cu necesitate de suport, supraveghere sau îngrijire din partea altor persoane NOTĂ: Punctajul sumar al manifestărilor indicate în clasificarea Child-Pugh ≥ 10 puncte, corespunde clasei C.		
Ciroza hepatică de etiologie diversă, faza activă, evoluție progresivă, Child-Pugh C (≥ 10 puncte) Complicații: carcinom hepatocelular sau cu sindrom hepatorenal	Deficiențe funcționale și structurale absolute cu unele dintre următoarele semne: - Activitatea diversă a transaminazelor - Prezența criteriilor ecografice și eco-Doppler ale hipertensiunii portale; - Hemoragii digestive nu a suportat - Prezența a mai mult de 2 complicații - Ascita – severă, persistentă (refractară la tratament cu diuretice) - Encefalopatie hepatică – prezentă, stadiul IV - Albuminemie <28 g/l - Bilirubinemie >50 mcml/l - Protrombină <40% - Pierderea totală a abilităților de autodeservire și necesită supraveghere, îngrijire permanentă din partea altei persoane NOTĂ: Punctajul sumar al manifestărilor indicate în clasificarea Child-Pugh ≥ 10 puncte, corespunde clasei C.	90-100	10-0

ENTEROPATIA GLUTENICĂ (BOALA CELIACĂ A ADULTULUI) (K 90.0)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN 167

<http://old.ms.md/files/11598-Boala%2520Celiaca%2520la%2520copil.pdf>

Definiție: Enteropatia glutenică se definește ca o boală genetic determinată, ce se caracterizează prin atrofie hiperregeneratorie a mucoasei intestinului subțire ca răspuns la gluten (proteina unor graminee: grâu, orz, ovăz, secară) și se manifestă prin sindrom de malabsorbție de diferit grad.

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Hemoleucograma.
- Proteina totală / albumina.
- Fe seric.
- Ionograma (K, Ca, Na).
- Colesterolul total.
- Indicele protrombinei.

- Examenul coprologic (grăsimi neutre, acizi grași, amidon extracelular etc.).
- FGDS cu biopsia din zona postbulbară.
- Examenul radiologic baritat al intestinului subțire.

Recomandabile:

- Determinarea cantitativă a steatoreei.
- Testul cu D-xiloză.
- Dozarea vitaminelor în serul sanguin (A, B₁₂, D).
- Anticorpi anti-gliadinici IgA și IgG, anticorpi la transglutaminaza tisulară, anticorpi antiendomisiali.
- Explorări de laborator și instrumentale, necesare pentru diagnostic diferențial și al complicațiilor.

Criterii de diagnostic (clinice și paraclinice):

- Diaree cronică cu polifecalie și cu steatoree macroscopică.
- Semne de malabsorbție globală (deficitul masei corporale, anemie feriprivă.
- Hipoproteinemie, hipocalcemie, hiposideremie, hipopotasemie).
- Răspuns favorabil la regimul fără gluten.
- Biopsie jejunală caracteristică (atrofie jejunală.
- Anticorpi la transglutaminaza tisulară.

Diagnosticul poate fi confirmat prin prezența a 2 criterii majore:

- Modificările histologice caracteristice în biopsiile mucoasei intestinului subțire sau ale regiunii postbulbare a duodenului la bolnavii netratați (atrofia mucoasei de tip hiperregenerator).
- Ameliorarea clinică și histologică cu tendință de restabilire a structurii normale a mucoasei pe fundalul unei diete aglutenice stricte (ameliorare clinică – timp de câteva săptămâni, ameliorare histologică – 6-12 luni).

Afecțiunea Forma clinică	Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Boala celiacă a adultului, forma latentă forma tipică și atipică ușoară	Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Diagnosticul pus pe baza datelor histologice; - Diaree intermitentă cu steatoree macroscopică, cu răspuns favorabil la regimul aglutenic - Fără tulburări de nutriție sau cu un deficit ponderal ușor (<10%) - Anemie grad ușor - Semne de malabsorbție lipsesc	10-35	90-65
Boala celiacă a adultului forma medie	Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Puseuri diareice frecvente cu steatoree macroscopică, cu răspuns favorabil la regimul aglutenic	40-45	60-55

	- Deficit ponderal ușor-medie (între 15-20% din greutate) - Anemie grad ușor/moderat - Malabsorbție gr. ușoară (hipopotasemie, hiposideremie, hipocalcemie) reversibilă la tratament		
Boala celiacă a adultului <i>forma accentuată</i>	Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Diaree cronică cu steatoree macroscopică - Răspuns favorabil și complet la regim fără gluten - Deficit ponderal medie (20-30% din greutate) - Anemie grad moderat - Malabsorbție grad moderat (hipopotasemie, hiposideremie, hipocalcemie) reversibilă la tratament și regim fără gluten	60-75	40-25
Boala celiacă a adultului <i>forma severă</i>	Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Diaree cronică cu steatoree macroscopică refractare la tratament - Lipsa răspunsului complet la regim fără gluten - Deficit ponderal accentuat (>30% din greutate) - Anemie grad moderat-sever, refractară la tratament - Semne de malabsorbție grad sever (hipopotasemie, hiposideremie, hipocalcemie) refractare la regim fără gluten, care necesită tratament de substituie	80-100	20-0

AFEȚIUNI REUMATOLOGICE

ARTRITA REACTIVĂ (M 02.3)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN 76

<http://old.ms.md/files/14721-PROTOCOL%2520ARTRITA%2520REACTIVA1-1.pdf>

Definiție: Artrita reactivă (AR) sau Sindrom Reiter-Fiessinger-Leroy (RFL) cu triada clasică de uretrită, conjunctivită, artrită, este o patologie articulară inflamatorie nesupurativă, cu un component autoimun minim, ce se instalează în urma infecțiilor intestinale sau urogenitale, preponderent la persoanele cu predispoziție genetică.

Clasificarea:

După formă:

- forma urogenitală
- forma enterocolitică

În funcție de debutul bolii:

- acut < 6 luni
- trenant 6-12 luni
- cronic >12 luni

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Hemoleucograma
- VSH
- PCR
- Fibrinogenul
- Urograma
- ECG
- R-grafia articulațiilor afectate

Suplimentare:

- TC
- RMN
- USG articulară
- Scintigrafia scheletară
- Examen bacteriologic uro/coprocultura
- Examenul lichidului sinovial
- Anticorpii specifici în funcție de germenul încriminat în declanșarea bolii

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - AR sau RFL incomplet în faza incipientă de oligoartrită subacută - Modificările datelor de laborator lipsesc - Semnele radiologice nu sunt prezente	0-35 40-45	100-65 60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:		

- AR/RFL la debut în faza de artrită incipientă la una sau două articulații sau asociat cu sacroileită unilaterală - Hemoleucograma cu prezența anemiei HB 110 g/l - VSH 15-20 mm/oră - PCR 12 - R-grafia: sacroileită unilaterală gr. I Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - AR/RFL în forme constituite după o perioadă de evoluție cu 2-3 puseuri acute de oligoartrite pe parcursul a 12 luni - Hemoleucograma cu prezența anemiei HB 100 g/l - VSH 20 mm/oră - PCR 12-24 - R-grafia: sacroileita unilaterală gr. I-II Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - AR/RFL în formele cronice, după o evoluție de aproximativ 3-4ani, cu 3-4 puseuri acute pe an, care evoluează spre spondiloartrită anchilozantă în forma mixtă centrală și periferică - Hemoleucograma cu persistența anemiei - VSH 20-30 mm/oră - PCR 24 - R-grafia: sacroileită unilaterală gr. II-III sau bilaterală gr.I-II Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - AR/RLF în formele cronice, după o evoluție de aproximativ 5 ani, cu 4-5 puseuri acute pe an, care evoluează cert spre spondiloartrita anchilozantă - Hemoleucograma cu persistența anemiei - VSH 30 mm/oră - PCR 24-48 - R-grafia: sacroileită bilaterală gr.II sau unilaterală gr.III - Talalgie - Uretrită negonococică sau cervicită cu cel mult o lună înaintea debutului artritei - Uveită anterioară (inflamația tractului vascular anterior cu afectarea irisului, corpului ciliar)	50-55	50-45
	60-75	40-25
	80-100	20-0

ARTRITA REUMATOIDĂ (AR) (M06.9)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN 75

<http://old.ms.md/files/14719-AR%2520protocol%2520final-2-redactat.pdf>

Definiție: Artrita reumatoidă este o patologie inflamatorie autoimună, de etiologie necunoscută, cu evoluție cronică și progresivă, caracteristică prin afectare articulară simetrică li manifestări extraarticulare polisistemice.

Clasificarea clinico-funcțională:

Clasa I – activitate fizică normală.

Clasa II – activitatea zilnică poate fi efectuată, dar cu durere și cu reducerea mobilității articulare.

Clasa III – capacitate de autoîngrijire deficitară.

Clasa IV – imobilizare la pat, incapacitate de autoîngrijire.

Clasificarea afectării structurale a articulațiilor, depistate radiologic, conform criteriilor propuse de Steinbrocher O

Stadiul I (precoce).

1. Nici un semn radiologic de distrugere.
2. Aspectul de osteoporoză poate fi prezent.

Stadiul II (moderat).

1. Osteoporoză cu sau fără leziuni ușoare cartilaginoase sau osoase.
2. Absența deformațiilor (limitarea mobilității poate fi prezentă).
3. Atrofie musculară de vecinătate.
4. Leziuni periarticulare, prezența posibilă a nodulilor sau a tenosinovitei.

Stadiul III (sever).

1. Distrucții cartilaginoase sau osoase.
2. Deformații axiale, fără anchiloză fibroasă sau osoasă.
3. Atrofie musculară extinsă.
4. Leziuni periarticulare, prezența posibilă a nodulilor sau a tendosinovitei.

Stadiul IV (terminal).

1. Anchiloză fibroasă sau osoasă.
2. Criteriile stadiului III.

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Hemoleucograma
- Factorul reumatoid (FR) – la prima expertizare
- Fibrinogenul
- Proteina C-reactivă
- Examenul radiologic articular (clișeele și descrierea) – la prima expertizare și la

agravare

- Examenul fundului de ochi
- USG organelor abdominale
- ECG

Suplimentare:

- Proteina totală
- Gamaglobulinele
- ALT, AST, Bi. și fracțiile ei
- Ureea, creatinina
- Colesterolul
- Ca seric, Fe seric
- Anticorpii antinucleari
- Ac-CCP (antipeptide citrullinate)
- Examenul lichidului sinovial
- Ecografia articulară
- Biopsia sinovială

- Radiografia pulmonară
- Rezonanța magnetică nucleară
- EcoCG
- FGDS
- Spirometria
- Tomografia computerizată pulmonară
- Densitometria DXA/ecografică
- Scintigrafia osoasă

Deficiențele funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Evoluție intermitentă a bolii, forma articulară cu acutizări foarte rare (o dată pe an), fără progresare sau progresare lentă, remisiune parțială, îndelungată sau completă - Exudat în articulații cu manifestări neînsemnate - Sindromul algic neînsemnat sau absent - Stadiul I(precoc) după Steinbrocker (nici un semn radiologic de distrugere, aspectul de osteoporoză poate fi prezent) - Clasa funcțională I după Steinbrocker (capacitatea funcțională păstrată complet sau dereglată neînsemnat) - Activitatea fizică normală și cu posibilitatea de a exercita normal profesiunea - Diagnoza de AR – confirmată prin cel puțin 4 din cele 7 criterii după Silman - Pacienții prezintă redoare matinală timp de 15-30 min. până la o oră la nivelul articulațiilor periferice ale membrilor, fără dureri la mișcări, astenie ușoară , starea generală satisfăcătoare - Afectarea organelor viscerale lipsește sau este minimă - Se pot constata schimbări ale indicilor de laborator descrise, dar nu în toate cazurile obligatoriu: VSH până la 20 mm/oră, Hb în limitele normei cu ușoare variații spre micșorare la acutizări, gamaglobulinele 5-12 g/l, proteina C-reactivă (-) negativă. FR e pozitiv în 65-80% cazuri, AC- CCP sunt specifici și pot fi depistați în 90-95% cazuri. Anticorpi antinucleari sunt prezenți în 10-15 % cazuri Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Semnele enumerate anterior, dar cu agravare în continuare - Evoluție trenantă a bolii (progresare lentă) - Gradul de severitate a bolii între ușor și mediu - Stadiul I-II după Steinbrocker (osteoporoză, absența deformațiilor, atrofii musculare de vecinătate moderate, cu tendosinovită ușoară)	5-35 40	95-65 60

- CF I-II după Steinbrocker, dureri neînsemnate în 1-2 articulații, capacitatea funcțională normală sau afectată ușor din cauza sindromului algic - Amplitudinea mobilității articulare nu este dereglată sau e limitată ușor. - gradul de activitate I: redoare matinală 1-1,5 ore, astenie evidentă cu întreruperea activității pentru odihnă, dureri la mișcări active și pasive în articulații, stare generală destul de bună. Evoluția bolii cu activitate minimală - Afectarea organelor viscerale se constată de la minimală la moderată - Se pot constata schimbări ale indicilor de laborator descrise, dar nu în toate cazurile obligatoriu: VSH – 20-30 mm/oră. Hb 110-120 g/l, gamaglobulinele 12-13 g/l. FR este pozitiv în 75-80% cazuri. Pot fi depistați AC- CCP în 90-95% cazuri. Anticorpi antinucleari sunt prezenți în 10-15% cazuri - Abilitățile vitale de participare la activități socioprofesionale sînt păstrate sau limitate ușor		
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Semnele enumerate anterior, dar cu agravare în continuare. - Gradul moderat de severitate a bolii - Gradul de activitate I: redoare matinală timp de 1,5-2,0 ore, dureri moderate și schimbări evidente în articulații, starea generală dereglată ușor. Evoluție de gravitate medie a maladiei - Clasa funcțională II după Steinbrocker, capacitatea funcțională ușor afectată din cauza sindromului algic în una sau mai multe articulații - Stadiul II după Steinbrocker (osteoporoză cu leziuni neînsemnate cartilaginoase, limitare ușoară a mobilității, deformații neînsemnate, atrofie musculară de vecinătate, tendosinovită ușoară) - Pot fi constatate dereglări moderate ale organelor viscerale și a sistemului nervos - Sunt prezente schimbări ale indicilor de laborator: VSH 30-35 mm/oră, poate fi prezentă proteina C- reactivă (+), Hb 110-100g/l, gamaglobulinele 12-13 g/l. FR este pozitiv la 80% cazuri. AC- CCP sunt specifici și pot fi depistați în 90-95% cazuri. Anticorpii autoimuni sunt prezenți în 10-15% cazuri - Abilitățile vitale de participare la activități socio – profesionale sunt limitate moderat	45	55
Deficiențe medii cu unele din următoarele semne: - Semnele enumerate anterior, dar cu agravare în continuare - Evoluție persistentă a bolii cu gradul moderat de severitate a bolii, gradul de activitate I–II: redoare matinală 2- 3 ore, starea generală este dereglată moderat - Stadiul II după Steinbrocker (osteoporoză cu leziuni cartilaginoase sau osoase moderate, absența deformărilor, limitarea moderată a mobilității, atrofie musculară de vecinătate, posibilă prezența nodulilor subcutanați și tendosinovitei) - CF II după Steinbrocker (capacitatea funcțională dereglată moderat cu dureri moderate în 2 sau mai multe articulații)	50-55	50-45

- Evoluție de gravitate medie a bolii, manifestarea prin acutizări frecvente sau cu o durată lungă, gradul I-II de activitate cu remisiuni incomplete, radiologic - stadiul II, funcția articulară - gradul II, CF – II - Pot fi constatate dereglări moderate ale organelor viscerale și a sistemului nervos - Sunt prezente schimbări ale indicilor de laborator: VSH 35-40mm/oră, proteina C- reactivă (++) , Hb 100-95 g/l, gamaglobulinele 12-13g/l. FR este pozitiv la 80% cazuri. Pot fi depistați AC- CCP pot fi depistați în 90-95% cazuri. Anticorpii antinucleari sunt prezenți în 10-15% cazuri. - Abilitățile vitale de participare la activități socio – profesionale sunt limitate moderat		

Deficiențe funcțional-structurale ușoare:

Apt de muncă în condiții obișnuite sau apt de muncă în condițiile unui mediu confortabil, adecvat abilităților profesionale și personale, cu evitarea sau reducerea influenței factorilor climaterici și de mediu nefavorabili.

Deficiențe funcțional-structurale medii:

Apt de muncă în condițiile unui mediu de confort, adecvat abilităților profesionale și personale cu evitarea sau reducerea influenței factorilor climaterici și de mediu nefavorabili, a efortului fizic greu și mobilității articulare intensive.

Deficiențe funcțional-structurale accentuate:

Apt de muncă în condițiile unui mediu de confort adecvat abilităților profesionale restante și personale cu reducerea sau excluderea influenței factorilor climaterici și de mediu nefavorabili. Efortul fizic - limitat sau dozat.

Reducerea sau excluderea activităților legate de mobilitate articulară sporită.

Se permite activități în forme protejate (loc de muncă protejat, întreprinderi specializate și la domiciliu).

Deficiențe funcțional-structurale severe:

Parțial apt de muncă în condiții speciale. Efort fizic dozat. Reducerea maximală sau excluderea mobilității articulare sporite. Se autodeservește cu dificultate. Poate fi supravegheat și îngrijit de alte persoane.

Deficiențe funcțional-structurale absolute:

Poate exercita acțiuni foarte limitate de autodeservire. Necesită îngrijire și supraveghere permanentă din partea altei persoane.

POLIARTERITA NODOASĂ (M 06.3)

Definiție: Poliarterita nodoasă este o boală multisistemică, caracterizată prin afectarea arterelor mijlocii și mici, predominant din piele, rinichi, nervi periferici, mușchi și intestin.

Clasificarea

I. După formă:

- primară

- secundară
- imitată (cutanată, viscerală)

II. După manifestările bolii:

- cutanate
- artrita
- neurologice
- cardiace
- renale
- digestive

Criteriile pentru diagnostic (ACR 1990):

- scădere în pondere mai mult de 4 kg;
- livedo reticularis;
- mialgii, slăbirea forței musculare sau sensibilitatea la nivelul membrelor inferioare;
- mono-sau polineuropatie;
- TA diastolică > 90 mmHg;
- creșterea azotemiei sau creatininemiei;
- virusul hepatitei B prezent;
- anomalii arteriografice;
- durere sau sensibilitatea testiculară;
- biopsia arterelor mici și medii.

Prezența a cel puțin 3 din 10 criterii identifică poliarterita

Barem de investigații:

- Hemoleucograma, VSH
- Biopsia (în cazuri de selecționare)

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe lefuncționale și structurale	Capacitatea de muncă de bază %
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Scădere în pondere neînsemnată - Prezența livedo reticularis - Mialgie neesențială - Anomalii arteriografice nu se determină	0-35	100-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Scădere în pondere 2 kg - Livedo reticularis - Mialgii mai frecvente și mai accentuate - Dureri abdominale	40-55	60-45

- Tulburări de ritm cardiac și conducere - Artralгии,preponderent la membrele inferioare - Monopolineuropatie - Prezența virusului hepatitei B - Creșterea azotemiei Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne: - Scădere în pondere 2-3 kg. - Livedo reticularis - Mialgii, slăbirea forței musculare - Monopolineuropatie - TA diastolică >90mmHg - Creșterea azotemiei - Anomalii arteriografice - Angor pectoral,cardiomegalie - Durere testiculară - prezența virusului hepatitei B Deficiențe severe cu unele din următoarele semne: - Scădere în pondere în pondere >4-5 kg. - Livedo reticularis - Afectarea sistemului nervos central(cefalee,convulsii,manifestări din partea nervilor cranieni și accidente vasculare cerebrale) - Mialgii, artralгии pronunțate cu sindrom algic - Polineuropatie - TA diastolică >95mmHg - Cardiomegalie, tulburări de ritm și conducere,insuficiență cardiacă - Creșterea azotemiei și creatininei - Prezența virusului hepatitei B - Anomalii arteriografice	60-75	40-25
	80-100	0-20

ARTROPATIA PSORIATICĂ (AP) (M 07.0)

Definiție: Artropatia psoriatică este o maladie autoimună, care afectează ligamentele și tendoanele, fasciile și articulațiile, și care poate apărea chiar în lipsa componentului tegumentar.

Clasificare:

I. După gradele de capacitate funcțională a articulațiilor:

1. CF I funcție articulară adecvată, care nu afectează abilitățile profesionale
2. CF II funcție articulară normală, cu excepția durerii și a redorii matinale tranzitorii la nivelul unei sau a mai multor articulații
3. CF III mobilitate articulară compromisă, care încadrează doar o mică parte dintre ocupațiile casnice și autodeservirea
4. CF IV imobilizarea pacientului la pat sau în fotoliu, nu se poate ocupa de propria îngrijire sau o face cu dificultate

II. După stadiu radiologic de afectare a articulațiilor:

Stadiul I (precoce)

1. Absența semnelor Rg de distrugere a țesutului cartilaginos sau osos
2. Prezența aspectului de osteoporoză

Stadiul II (moderat)

1. Osteoporoza cu sau fără leziuni ușoare cartilaginoase sau osoase
2. Absența deformațiilor cu limitarea posibilă a mobilității
3. Prezența atrofiei musculare de vecinătate
4. Leziuni periarticulare, uneori cu entezite sau tendosinovite

Stadiul III (sever)

1. Distrucții cartilaginoase sau osoase
2. Deformări axiale, fără sau cu grad minim de anchiloză fibroasă sau osoasă
3. Atrofie musculară extinsă
4. Leziuni periarticulare, cu prezența posibilă a entezitelor sau a tendosinovitei

Stadiul IV (terminal)

1. Distrucție articulară totală (osteoliză, anchiloză fibroasă sau osoasă)
2. Prezența criteriilor din st. III

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Hemoleucograma
- PCR
- Factorul reumatoid
- Acidul uric
- Examinarea radiologică

Suplimentare:

- Testele biochimice
- TC
- Scintigrafia osteoarticulară
- USG organele interne
- RMN
- RMP la luis

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Artrită psoriatică în observație cu formele ușoare de psoriasis - Probele de laborator în limitele normei - R-grafia: fără schimbări esențiale - Artralgie moderată	0-35	100-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:	40-55	60-45

- Artrită psoriatică în formă de oligoartrită asimetrică la debut, cu afectarea articulațiilor mici, articulațiile IF distale de mână sau picior plus forme cutanate ușoare de psoriasis - VSH 20 mm/oră - PCR 12 - CF I-II (după clasificare) - R-grafia: corespunde st.II (după clasificare) - acidul uric 178-345 mcmol/l Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Artrită psoriatică în formă de oligoartrită asimetrică, cu afectarea unei singure articulații mari sau a 2-3 articulații mici, asociate cu leziuni cutanate de psoriasis - VSH 20-25 mm/oră - PCR 12-24 - R-grafia: corespunde st.III (după clasificare) - CF II-III (după clasificare) - Acidul uric 345–400 mcmol/l Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Artropatie psoriatică în formă de spondilită psoriatică: afectarea axială cu prinderea coloanei CDL, asociată cu tendința la anchiloze și deformarea mâinii (mână de gheață) - VSH 25-30 mm/oră - PCR 24 - R-grafia: corespunde st.IV (după clasificare) - CF III-IV (după clasificare) - Acidul uric >400 mcmol/l	60-75	40-25
	80-100	20-0

GUTA (M 10.0)*

* Conform Protocolului Clinic Național

http://old.ms.md/files/14727-Protocol_Guta_2013.pdf

Definiție: Guta este o afecțiune cronică determinată de tulburare a metabolismului acidului uric, care se manifestă clinic, în primul rând, prin artrită acută recidivantă și formarea nodulilor gutoși subcutanați (tofi).

Clasificarea:

I. În funcție de formele clinice:

- Aspectul de pseudoabces, care apare mai ales la mâini, cu durere deosebit de intensă, pulsativă
- Atacul mediu, care se manifestă de obicei la un gutos insuficient tratat sau care a renunțat la tratament
- Alte forme topografice monoarticulare, genunchi sau alta articulație a membrilor inferioare

- Tenosinovita gutoasă cu diferite localizări, în deosebi, în regiunea îngustării mâinii, tendință achileană, bursită olecraniană sau prepatelară
- Inflamații non-articulare, posibil cu localizări diferite, care însa reproduc tiparul de bază al artritei acute gutoase: inflamație paroxistică sensibilă la Colchicină

II. În funcție de severitatea unui caz de gută și în funcție de numărul atacurilor acute anuale:

- Guta severă - mai mult de 10 episoade acute pe an
- Guta mai puțin severă - mai mult de 5-9 episoade acute pe an
- Guta moderat severă - mai mult de 3-4 episoade acute pe an
- Guta ușoară - mai mult de 1-2 episoade acute pe an

III. În funcție de etiopatogenie:

- Primară
- Secundară

IV. În funcție de evoluție:

- Artrita gutoasă acută
- Artrita intermitentă
- Artrita cronică cu depozitarea paraarticulară a tofilor

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Hemoleucograma
- Acid uric ser/urină
- PCR
- Glucoza sângelui
- ECG
- Radiografia organelor cutiei toracice
- Radiografia articulațiilor afectate

Suplimentare:

- Ureea/creatinina serică
- Probele funcționale renale
- Osteodensitometria
- USG organele interne
- Tomografia computerizată
- RMN
- Puncția articulară sau a tofusurilor cu examinarea microscopică

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Frecvența crizelor 1-2 pe an - Afectarea a 1-2 articulații - Artroză, tofusurile lipsesc - Probele de laborator fără modificări	0-35	100-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne:	40-55	60-45

- Frecvența crizelor de 2-3 pe an - Afectarea a 2-3 articulații - Tofusuri de dimensiuni mici, artroză medie - R-grafie: în regiunea epifizară poate fi remarcată o osteoporoză subcondrală neînsemnată - Leucocitoză neînsemnată - VSH-20 mm/oră - Acidul uric în limitele normei - PCR în limitele normei Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:		
- Frecvența crizelor mai mult de 5 ori pe an - Afectarea a 4-5 articulații - Tofusurile de dimensiuni mari - Artroză pronunțată - Leucocitoză - VSH-25-30 mm/oră - Acidul uric-hiperuricemie/ser - PCR majorat - Glucoza 5,5-6,0 mmol/l Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:	60	40
- Frecvența crizelor mai mare de 6-7 pe an - Afectarea a 5-6 articulații - Tofusuri mari - Osteoscleroză subcondrală - Leucocitoză - Acidul uric se menține majorat - VSH-30-35 mm/oră - Glucoza 6,0 mmol/l - PCR majorat Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:	65	35
- Frecvența crizelor mai mult de 7 ori pe an - Afectarea a 6-8 articulații - Tofusuri gigante - R-grafie: îngustarea spațiului articular - VSH - 40 mm/oră - Hiperuricemie - Glucoza 7,0 mmol/l - Acidul uric majorat cu 20% - PCR majorat Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne:	70-75	30-25
- Frecvența crizelor mai mult de 9-10 ori pe an - Afectarea a mai mult de 8 articulații	80-100	0-20

- Artroză pronunțată - Modificări pronunțate cu prezența nefrolitiaziei, ateroscleroză - R-grafie: îngustarea pronunțată a spațiului articular - VSH ≥ 50 mm/oră - Glucoza $\geq 8,0$ mmol/l - PCR majorat		

ANGEITA ALERGICĂ ȘI GRANULOMATOASĂ (BOALA CHURG-STRAUSS) (M 30.1)

Definiție: Angeita alergică este o vasculită, care poate afecta orice tip de vas, indiferent de calibrul. Consecințele clinice sunt cauzate de sindromul inflamator nespecific general și de afectarea ischemică a organelor. Cel mai afectat organ este pulmonul, rinichiul, tegumentele, sistemul nervos, sistemul cardiovascular, tubul digestiv.

Barem de investigații:

- Hemoleucograma
- Dozarea IgE
- Examinări radiologice
- Spirograma
- ECG
- ECO cord
- TC pulmonară la necesitate cu angiografie

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe lefuncționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Astenie - Scădere ușoară în pondere - Tuse periodică - Probele de laborator nemodificate	0-35	100-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Faza prodromală - Tuse cu component astmatic - Dureri în regiunea lombară a coloanei vertebrale, edeme la membrele inferioare - Urticarie - Manifestări de rinită alergică - Subfebrilitate, astenie, scădere în pondere - VSH 20 mm/oră, eozinofilie	40-55	60-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne:	60-75	40-25

- Apariția crizelor de astm bronșic - La nivelul pulmonar se constată apariția unor infiltrate (sindrom Löffler) - Durerile în regiunea lombară a coloanei vertebrale mai accentuate, frecvente - Afectarea tegumentelor prin prezența pruritei - Scădere progresivă în pondere, inapetență - Febră până la 38C - VSH 2 5mm/oră, eozinofilie - Schimbări radiologice accentuate și a probelor funcționale ventilatorii Deficiențe severe cu unele din următoarele semne: - Crize severe de astm bronșic - Afectarea renală apare prin infiltratele și ischemia organului - Afectarea tegumentelor-noduli subcutanați, purpură,urticarie - Cardialgie, hipertenzie arterială de geneză renală, insuficiență cardiacă - Astenie, febră, scădere ponderală, inapetență, stare generală alterată - VSH 30 mm/oră, eozinofilie - Schimbări severe în probele funcționale ventilatorii - Schimbări radiologice severe	80-100	20-0

GRANULOMATOZA WEGENER (M 31.3)

Definiție:Granulomatoza Wegener (GW) reprezintă un tip rar de inflamație a arterelor și venelor de dimensiuni mici, care afectează în mod clasic arterele, care furnizează sânge oxigenat țesuturilor de la nivel pulmonar, sinusurile nazale și renale, al căreia debut poate fi insidios sau acut.

Clasificare:

- GW sistemică(dacă sunt implicați atât pulmonii, cât și rinichii)
- GW limitată (este restrânsă doar la nivelul pulmonilor)
- GW cu manifestări clinice în dependență de sistemul afectat (musculoscheletar, ocular, cutanat, auditiv), primele care sunt de obicei ușoare și includ tractul respirator superior, articulații dureroase, slăbiciune și oboseală, febră, anorexie, scădere ponderală.

Barem de investigații:

- Hemoleucograma
- Biochimie cu determinare PCR
- Urograma
- Testarea autoanticorpilor c-ANCA
- Biopsia țesutului afectat

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Tuse periodică fără expectorat - Rinită - Dureri în regiunea lombară a coloanei vertebrale - Prurit - Mialgie, artralgie neînsemnată - Probele de laborator fără modificări esențiale	0-35	100-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Durere sinusală - Rinoree - Hipoacuzie moderată - Tuse cu apariția expectoratului și dereglarea foneticii - Dureri mai pronunțate în regiunea lombară cu dereglări de micție - Mialgie, artralgie - Conjunctivită - VSH 20 mm/oră - PCR 12	40-45	60-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Durere sinusală mai accentuată, rinoree constantă - Epistaxis - Tuse persistentă, hemoptizie - Dereglarea funcției renale cu insuficiență renală - Tumifierea și durere articulară - Scăderea acuității vizuale - Fatigabilitate - Valorile HB 100g/l - VSH 30-40 mm/oră - PCR 24 - Anticorpul c-ANCA pozitiv	60-75	40-25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Durere sinusală, rinoree clară sau cu sânge, ulcere nazale, posibilă afonie - Tuse, hemoptizie, respirație dificilă, disconfort toracic - Tablou paraclinic reprezentativ pentru glomerulonefrită, insuficiență renală progresivă - Mialgie, artralgie cu sindrom algic pronunțat, tumifierea articulațiilor - Diplopie sau scăderea acuității vizuale progresiv - Febră, fatigabilitate	80-100	20-0

- Valorile HB 90-100 g/l - VSH 40-60 mm/oră - PCR 48 - Anticorpul c-ANCA pozitiv - Urograma: hematurie, proteinurie, cilindri hematici		

LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMIC (M 32)

Definiție: *Lupusul eritematos sistemic*(LES) este o maladie inflamatoare cronică cu dezvoltarea fenomenelor autoimune, caracterizată prin afectare poliorganică. Manifestările clinice și biologice ale maladiei sunt consecințele distrugerii celulare și tisulare realizate de

autoanticorpi prin citotoxicitate directă sau prin acțiunea complexelor imune.

Criteriile ACR revizuite în 1997 pentru diagnosticul LES:

- 1) **Rash malar:** eritem facial fix
- 2) **Lupus discoid:** plăci eritematoase cu cruste cheratozice aderente
- 3) **Fotosensibilitate:** rash cutanat
- 4) **Ulcerații orale:** ulcerații orale sau nazofaringiene nedureroase
- 5) **Artrită:** artrită neerozivă, afectând două sau mai multe articulații periferice caracterizate prin durere, tumefacție, exsudat
- 6) **Serozită:**
 - a) pleurită, istoric de durere pleurală sau frecătură pleurală auscultată de medic sau revărsat pleural sau
 - b) pericardită, afirmată pe ECG sau pe frecătura pericardică sau prin identificarea lichidului pericardic
- 7) **Afectare renală:**
 - a) proteinurie persistentă peste 0,5 g/zi
 - b) cilindruerie
- 8) **Afectare neurologică:**
 - a) convulsii sau
 - b) psihoză în absența unui control medicamentos sau a unor anomalii metabolice (uremie, cetoacidoză sau perturbări electrolitice)
- 9) **Afectare hematologică:**
 - a) anemie hemolitică cu reticulocitoză sau
 - b) leucopenie (< 4000/mm³) la două sau mai multe determinări sau limfopenie (< 1500/mm³) la 2 sau mai multe determinări sau
 - c) trombocitopenie (< 100.000/mm³) în absența medicamentelor, ce o pot induce
- 10) **Anomalii imunologice:**
 - a) anticorpi anti-ADNdc
 - b) prezența de anticorpi anti-Sm
 - c) anticorpi antifosfolipidici
- 11) **Anticorpi antinucleari:** titru anormal de anticorpi antinucleari determinați prin imunofluorescență sau orice altă tehnică echivalentă în absența medicamentelor cunoscute a induce lupus

NOTĂ: Pentru un diagnostic pozitiv este necesară prezența a 4 criterii

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Analiza generală a sângelui (anemie, leucopenie, trombocitopenie, VSH↑)
- PCR
- Analiza generală a urinei și funcției renale
- ECG
- R. cutiei toracice
- Celulele lupice-LE
- Anticorpii anti AND dublucatenar (specificitate înaltă pentru LES)

Suplimentare:

- Coagulograma
- Fibrinogenul
- Proteinograma
- Anticorpii antinucleari
- Anticorpi anti Sm
- Anticorpi anti U1-RNP
- Anticorpi anti SS-A (La)
- Anticorpi anti SS-B (Ro)
- Anticorpi antifosfolipidici

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Activitate minimală a procesului, organele interne intacte, eritem facial fix cu contur neted, artrite periferice, care se remit rapid	5-35	95-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată cu tratament de reabilitare evaluate în timp - Lupus eritematos sistemic latent la debut, activitate moderată cu erupție cutanată în formă de eritem - Afectarea a 2 articulații cu tumefiere moderată - Prezența manifestărilor viscerale ușoare - Se pot constata schimbări ale indicilor de laborator descrise, dar nu în toate cazurile obligatoriu: VSH 35mm/oră, leucopenie, trombocitopenie <180000, anemie: Hb 110-120 g/l. Proteina C reactivă (+). Fibrinogenul majorat	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată cu tratament de reabilitare evaluate în timp	50-55	50-45

- Lupusul eritematos sistemic latent la debut, activitate moderată cu erupții cutanate sub formă de eritem acoperite de scuame, alopeții localizate - Afectarea a 2 și mai multe articulații - Prezența deficiențelor viscerale moderate cu manifestări clinico-biologice: febră, limfadenopatie, neuropatie - Sunt prezente schimbări ale indicilor de laborator: VSH 35-40 mm/oră, anemie Hb 100-110 g/l, trombocitele 170000-160000. Prolungirea timpului de tromboplastină. Proteina C reactivă (++) . Fibrinogenul majorat. Proteinurie 0,5-1gr/24h). Prezența anticorpilor antinucleari, scăderea complementului seric - Pierdere parțială a abilităților vitale de participare la activități socio-profesionale	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată sub tratament permanent cu glucocorticoizi - Lupusul eritematos sistemic clasic diagnosticat (după 11 criterii), activitate accentuată cu erupții cutanate sub forma de plagi sau placarde eritematoase infiltrate - Afectarea mai multor articulații cu tumefiere, redori, deformații moderate, limitarea mișcărilor - Prezența deficiențelor viscerale cu manifestări renale de glomerulonefrită focală, manifestări respiratorii și cardiovasculare moderate - Sunt pronunțate schimbările indicilor de laborator: VSH 45 mm/oră, anemie Hb 95-90 g/l, leucopenie, trombocitele 160000-150000. Prolungirea timpului de tromboplastina. Proteina C reactivă (++) sau (+++). Proteinurie 1-1,5 gr 24h). Fibrinogenul majorat. Prezența anticorpilor antinucleari, scăderea complementului seric - Pierdere parțială a abilităților vitale de participare la activități socioprofesionale	70-75	30-25
Deficiente accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras cu 3-4 manifestări incluse în criteriile pentru diagnostic (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată sub tratament permanent cu glucocorticoizi - Lupusul eritematos sistemic clasic diagnosticat (după 11 criterii), activitate accentuată cu acutizări frecvente și îndelungate - Erupții cutanate sub forma de plăgi sau placarde eritematoase infiltrate și atrofii la nivelul epidermului - Afectarea mai multor articulații cu limitarea mișcărilor și deformații accentuate, sindrom algic accentuat - Prezența deficiențelor viscerale: manifestări renale cu IRC gr. II B, manifestări respiratorii cu IR gr I-II, manifestări cardiovasculare cu IC gr I-II NYHA		

- Sunt pronunțate schimbările indicilor de laborator: VSH 45 -50 mm/oră, amenie Hb 80-85 g/l, leucopenie, trombocitele 150000 - 140000. Prelungirea timpului de tromboplastină. Proteina C reactivă (+++). Proteinurie 1,5-2 gr 24h). Fibrinogenul majorat. Prezența anticorpilor antinucleari, scăderea complementului seric. Prezent FR -30% - Pierderea parțială a abilităților vitale de participare la activități socioprofesionale	80-85	20-15
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras cu 4-5 manifestări incluse în criteriile pentru diagnostic (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată sub tratament permanent cu glucocorticoizi - Lupusul eritematos sistemic clasic diagnosticat (după 11 criterii), activitate severă cu acutizări frecvente și îndelungate - Leziuni acute eritematoase și buloase a țesutului conjunctiv - Sindrom articular cu deficiențe funcțional-structurale accentuat severe, sindrom algic violent - Manifestări viscerale accentuate, deficit ponderal - Sunt foarte pronunțate schimbările indicilor de laborator: VSH peste 50 mm/oră, amenie Hb 70-75 g/l, leucopenie, trombocitele 100 000. Prelungirea timpului de tromboplastină. Proteina C reactivă (+++). Proteinurie 2 gr 24h). Fibrinogenul majorat. Prezența anticorpilor antinucleari, scăderea complementului seric. Prezent FR -30% - Pierderea totală de participare la activități socioprofesionale	90	10
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras cu mai multe manifestări incluse în criteriile pentru diagnostic (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată sub tratament permanent cu glucocorticoizi - Lupusul eritematos sistemic în faza acută, activitate înaltă a procesului clasic diagnosticat (după 11 criterii) - Leziuni acute eritematoase și buloase cu edeme marcate pe față, gât și alte localizări - Sindrom articular cu dereglări locomotorii grave, sindrom algic violent - Manifestări viscerale severe cu afectarea stării generale: febră, anorexie, pierderea ponderală accentuat, afectarea renală cu IRC în stadiul preterminal și terminal, afectare cardio-vasculară cu IC III-IV NYHA, afectare pulmonară cu IR gr II-III, fără răspuns la tratament, manifestări oculare, manifestări neuropsihice - Sunt foarte pronunțate schimbările indicilor de laborator: VSH peste 60 mm/h, amenie Hb 70g/l, leucopenie, trombocitele 80 000 – 70 000. Prelungirea timpului de tromboplastină. Proteina C reactivă (+++). Proteinurie 2,5 gr 24h). Fibrinogenul majorat. Prezența anticorpilor antinucleari, scăderea complementului seric. Prezent FR mai mult de 30%	95-100	5-0

- Pierderea totală de participare la activități socioprofesionale Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: -Lupusul eritematos sistemic în puseu acut cu alterare gravă a stării generale, insuficiență renală terminală, manifestări grave neuropsihice de tip convulsii, accidente vasculare cerebrale cu hemiplegii și psihoze acute, manifestări oculare cu pierderea vederii tranzitoriu sau definitive, manifestări cardiace de tip miocardita, endocardită lupică, manifestări vasculare periferice de tip tromboze venoase și arteriale, manifestări pulmonare, pneumonii, embolii pulmonare, dependență totală de altă persoană		

POLIMIOZITA / DERMATOMIOZITA (M33)

Definiție: *Miopatiile* inflamatorii reprezintă un grup eterogen de afecțiuni cronice caracterizate în principal prin slăbiciune musculară, drept urmare a unui proces inflamator al mușchiului scheletic.

Clasificarea dermatopolimiozitei (ARA Tahimoto et al, 1998):

1. Conform variantei:
 - Tip I
 - Tip II
 - Tip III
 - Tip IV
 - Tip V
 - Tip VI
2. Conform evoluției:
 - Acută
 - Subacută
 - Cronică
3. Conform gradului de activitate:
 - Gr.1
 - Gr.2
 - Gr.3
4. Conform perioadei bolii:
 - Debut
 - Stare
 - Tardiv
5. Conform caracteristicii clinico morfologice a leziunilor sistemice:
 - Tegumentele:

- Eritem pe față, gât, membre, eritem liliachiu, periorbital, teleangiectazii, hipercheratoză, hiperpigmentare, alopeție, s-mul Gottron, s-mul Raynaud
- Alterarea mușchilor:
 - Mialgii, Miastenii în regiunea centurii humerale și a coapsei, edem moale a mușchilor, miofibroză, atrofie, calcinoză
- Articulare:
 - Artralгии, periartrite
- Cardiace:
 - Miocardită, Miocardiodistrofie, hipotensiune arterială
- Pulmonare:
 - Pneumonie, fibroză cu hipertensiune pulmonară
- Digestive:
 - Disfagii, gastroenterocolite, hipotonie 1/3 superioară a esofagului, hemoragii, ocluzii intestinale, hepatomegalie
- Renale:
 - Proteinurie, rinichi mioglobulinic
- Neurologice:
 - Hiperestezii de tip periferic sau radicular, hiperalgezie parestezie, areflexie
- Endocrine:
 - Amenoree
- Oculare:
 - Diplopie, strabism, ptoză bilateră

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Enzimele serice de origine musculară:
Creatininkinaza (CK)

Aldolaza

Lactat-dehidrogenaza (LDH)

- Electromiografia

- Biopsia musculară

- Biopsia tegumentară

Reactanți serici ai fazei acute a inflamației:

VSH

Proteina C reactivă

- USG a organelor abdominale

- ECG

- R-pulmonară.

Suplimentare:

- Izoforma MM

- Transaminaza glutamoxalacetică

- Alfa-2-globulina

- Fibrinogenul

- Anomaliile imunologice:

Auto AC specifici (anti-aminoacil-t-ARW-sintetaza, anti-SRP, anti-MI 2etc.)

Auto AC asociați (antinucleari (AAN), FR, anti- RNP, anti-PM-Scl)

- Capilaroscopia

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale	Capacitatea de muncă de bază

	și structurale (%)	(%)
Deficiențe mediice unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată cu tratament de reabilitare evaluate în timp - Forma cronică a bolii cu erupție cutanată caracteristică (eritem periorbital cu edemul feței „vespertilio”, benzi eritematoase la nivelul oaselor metacarpiene) - Scleroza musculară precoce cu mialgie, duritate și mărire în volum, slăbiciune în partea proximală a extremităților, slăbiciune a mușchilor spatelui și gâtului (confirmate EMG) - Prezența manifestărilor viscerale ușoare - Se pot constata schimbări ale indicilor de laborator descrise, dar nu obligatoriu în toate cazurile:devierea moderată a activității fermentative (mărită până la 2 ori): creatinfosfochinaza (CFC), lactatdehidrogenaza (LDG). Creșterea activității fermentative ALAT, ASAT și aldolazei	40-45	60-55
Deficiențe mediice unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată cu tratament de reabilitare evaluate în timp - Forma cronică a bolii cu erupție cutanată caracteristică (eritem periorbital cu edemul feței „vespertilio”, benzi eritematoase la nivelul oaselor metacarpiene) - Avansarea durerilor musculare cu extinderea suprafeței de alterare, scăderea toleranței la efort (schimbări moderate confirmate la EMG) - Răspuns la tratament cu remisie clinică - Prezența manifestărilor viscerale moderate: dereglări moderate ale activității miocardului, sistemului gastrointestinal, mărirea în dimensiuni a ficatului - Sunt prezente schimbări ale indicilor de laborator: devierea moderată a activității fermentative (mărite de 2 - 3 ori): creatinfosfochinaza (CFC), lactatdehidrogenaza(LDG). Creșterea activității fermentative ALAT, ASAT, aldolazei. VSH 20 – 30 mm/oră. Proteina C reactivă (+) - Pierderea parțială a abilităților vitale de participare la activități social-profesionale	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată cu tratament de reabilitare evaluate în timp - Forma cronică a bolii cu erupție cutanată caracteristică (focare de atrofi cutanate a feței, trunchiului, membrelor)	60-65	40-35

- Prezența durerii la palparea mușchilor; atrofii musculare la membre; dereglări de locomoție; forța musculară scăzută simetric pentru grupele musculare proximale; apariția contracturilor musculare (alterarea musculară accentuată confirmată EMG) - Răspuns la tratament cu remisie incompletă clinică; - Prezența manifestărilor viscerale: dereglări moderate ale activității miocardului, sistemului gastrointestinal, mărirea în dimensiuni a ficatului - Sunt pronunțate schimbările indicilor de laborator:devieri accentuate ale activității fermentative (mărite de 3-4 ori): creatinfosfochinaza (CFC), lactatdehidrogenaza (LDG). Creșterea activității fermentative ALAT, ASAT, aldolazei. VSH 30-35 mm/oră. Proteina C reactivă (+ +) - Pierderea parțială a abilităților vitale de participare la activități social-profesionale		
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată cu tratament de reabilitare evaluate în timp, acutizări frecvente - Forma cronică a bolii cu erupție cutanată caracteristică (extinderea focarelor de atrofii cutanate ale feței, trunchiului, membrelor, prezența ulcerărilor cutanate) - Dureri violente la palparea mușchilor; extinderea atrofiilor musculare la membre; dereglări accentuate de locomoție; extinderea contracturilor musculare; forța musculară scăzută pentru grupele musculare proximale și parțial distale (confirmate EMG) - Răspuns la tratament cu remisie incompletă clinică - Prezența manifestărilor viscerale: dereglări accentuate ale activității miocardului, prezența ulcerărilor sistemului gastrointestinal, mărirea în dimensiuni a ficatului - Sunt pronunțate schimbările indicilor de laborator:devieri accentuate ale activității fermentative (mărite de 5-6 ori): creatinfosfochinaza (CFC), lactatdehidrogenaza (LDG). Creșterea activității fermentative ALAT, ASA, aldolazei (2-3 ori). VSH 35-40 mm/oră. Proteina C reactivă (++) sau (+++) - Pierdere accentuată a abilităților vitale de participare la activități social-profesionale	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată cu tratament de reabilitare evaluate în timp, acutizări frecvente și îndelungate - Practic boală fără remisie, cu erupție cutanată caracteristică (extinderea atrofiilor cutanate ale feței, trunchiului, membrelor, extinderea ulcerărilor cutanate) - Dureri violente la palparea mușchilor; extinderea atrofiilor musculare la membre; dereglări accentuate de locomoție; extinderea contracturilor musculare; forța musculară scăzută	80-85	20-15

pentru grupele musculare proximale și parțial distale (confirmate EMG) - Fără răspuns la tratament - Prezența manifestărilor viscerale: dereglări severe ale activității miocardului, extinderea ulcerărilor sistemului gastrointestinal, mărirea în dimensiuni a ficatului, sclerodactilie sistemică avansată; - Sunt foarte pronunțate schimbările indicilor de laborator:devierea severă a activității fermentative (mărite de 7-8 ori): creatinfosfochinaza (CFC), lactatdehidrogenaza (LDG). Creșterea activității fermentative ALAT, ASAT, aldolazei (3 ori). VSH 40-45 mm/oră. Proteina C reactivă (+++) - Pierderea totală a abilităților vitale de participare la activități social-profesionale	90	10
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată cu tratament de reabilitare evaluate în timp, acutizări frecvente și îndelungate, cu stare febrilă și alterarea stării generale, practic boală fără remisie (faza acută și subacută) - Atrofii pronunțate ale țesutului cutanat, ulcerări multiple - Atrofii musculare extinse; afectarea mușchilor striati ai hipofaringelui și esofagului superior cu disfagie proximală (în poziție culcată); - Dureri violente la palparea mușchilor - Fără răspuns la tratament - Prezența manifestărilor viscerale: dereglări severe ale activității miocardului cu apariția insuficienței cardiace gr. III NIHA, multiple ulcerări ale sistemului gastrointestinal, mărirea în dimensiuni a ficatului, sclerodactilie sistemică avansată, disfonie și voce nazalizată; regurgitate nazală și fenomene respiratorii de aspirație - Disfagie distală; - Sunt foarte pronunțate schimbările indicilor de laborator:devierea severă a activității fermentative (mărite de 8-9 ori): creatinfosfochinaza (CFC), lactatdehidrogenaza (LDG). Creșterea activității fermentative ALA, ASAT, aldolazei (3 ori). VSH 45-50 mm/oră. Proteina C reactivă (+++) - Pierderea aproape totală a abilităților vitale de participare la activități social-profesionale, necesitând îngrijire parțială sau permanentă din partea altei persoane	95-100	0-5
Deficiențe absolute cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată, faza acută fără remisie - Atrofii pronunțate ale țesutului cutanat, ulcerări multiple - Atrofii musculare și contracturi articulare avansate cu dereglări de statică și locomotie severe, dereglări grave de gestualitate - Fără răspuns la tratament		

- Prezența manifestărilor viscerale: dereglări severe ale activității miocardului cu apariția insuficienței cardiace gr. III - IV NIHA, dereglări ventilatorii restrictive severe cu IR gr. III, insuficiență renală acută, multiple ulcerații ale sistemului gastrointestinal, mărirea în dimensiuni a ficatului, sclerodactilie sistemică avansată, disfonie și voce nazalizată; regurgitate nazală și fenomene respiratorii de aspirație; disfagie distală, pareze severe, plegii în membre; - Sunt foarte pronunțate schimbările indicilor de laborator:devierea severă a activității fermentative (mărite de 10 și mai multe ori): creatinfosfochinaza (CFC), lactatdehidrogenaza (LDG). Creșterea activității fermentative ALAT, ASAT, aldolazei (3 ori). VSH > de 50 mm/oră. Proteina C reactivă (+++) - Pierderea totală a abilităților vitale de participare la activități social-profesionale, necesitând îngrijiri permanente din partea altei persoane		

SCLERODERMIA SISTEMICĂ (M 34)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN 90

<http://old.ms.md/files/6160-PCN-90%2520SS.pdf>

Definiție: *Scleroderma sistemică* (M 34) este o maladie generalizată a țesutului conjunctiv ce se caracterizează prin dezvoltarea manifestărilor patologice cutanate ale aparatului locomotor, ale organelor interne (cordului, pulmonilor, rinichilor, tractului gastrointestinal) și dereglări vasospastice difuze, modificările fiind cauzate de afectarea țesutului conjunctiv, cu predominarea fibrozei și de alterarea vasculară de tipul microangiopatiei obliterante.

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Analiza generala a sângelui
- Proteina C-reactivă
- Fibrinogenul
- Crioglobulinele serice
- R pulmonilor
- Spirometria
- Radiologia bariatată a tractului digestiv
- USG a organelor interne
- ECG
- Biopsia tegumentelor și mușchilor

Suplimentare:

- Seromucoidul
- Proteinograma
- Transaminazele
- Imunoglobulinele IgG, IgA, IgM
- Factorul reumatoid
- Complexele imune circulante
- Anticorpii antinucleari (AAN): anti Scl 70, anticorpi anticentromer, anti RMP
- Capilaroscopia
- Factorul de transfer al gazelor
- Lavajul bronhoalveolar
- Biopsia pulmonilor (după caz)

- EcoCG
- Chimografia esofagului

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: -Faza de sindrom Raynaud, fără manifestări cutanate articulare sau de altă origine, manifestări cutanate ale sclerodermiei de 2-3 ani, paloare urmată de roșeață a degetelor de la mâni și picioare, după expunerea la frig sau emoții puternice, absența anticorpilor antinucleari specifici sclerodermiei sistemice	5-35	95-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată cu tratament de reabilitare evaluate în timp - Forma cutanată limitată la debut, prezența sindromului Raynaud timp de câțiva ani, afectarea cutanată limitată la picioare, mâini sau față, anse capilare dilatate (fără alte modificări capiloscopice - Se pot constata schimbări ale indicilor de laborator descrise, dar nu obligatoriu în toate cazurile: VSH 35 mm/oră, anemie Hb 110-115 g/l, leucocitoza. Prezența anticorpilor antinucleari, -anti Scl 70. Gama-globulinele 22%, scăderea albuminei serice	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată cu tratament de reabilitare evaluate în timp - Forma cutanată difuză la debut, sindromul Raynaud, afectarea cutanată a membrelor, feței și trunchiului - Răspuns la tratament cu remisie clinică - Prezența manifestărilor viscerale ușoare -Sunt prezente schimbări ale indicilor de laborator: VSH 35-40 mm/oră, anemie Hb 100-110g/l, leucocitoză. Prezența anticorpilor antinucleari, -anti Scl 70. Gama-globulinele 25%, scăderea albuminei serice. Proteina C reactivă (++) - Pierderea parțială a abilităților vitale de participare la activități social-profesionale	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată cu tratament de reabilitare evaluate în timp	60-65	40-35

- Forma cutanată difuză cu afectarea cutanată a membrelor, feței și trunchiului, tegumentele falangelor degetelor subțiate, uscate, căderea unghiilor, necroze- Răspuns la tratament cu remisie incompletă clinică - Prezența manifestărilor viscerale: tulburări a 1-2 organe viscerale, afectarea pulmonară (pneumopatie interstițială fibroasă) cu deficiență ventilatorie restrictivă medie, dispuse la efort mare și moderat, afectări digestive prin dereglări de deglutiție prin afectarea esofagului și stomacului - Sunt pronunțate schimbările indicilor de laborator: VSH 40-45 mm/oră, anemie Hb 90-100 g/l, leucocitoză. Prezența anticorpilor antinucleari, -anti Scl 70. Gama-globulinele 30%, scăderea albuminei serice. Proteina C reactivă (++) sau (+++) - Pierderea parțială a abilităților vitale de participare la activități social-profesionale		
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată cu tratament de reabilitare evaluate în timp, acutizări frecvente - Forma cutanată difuză cu afectarea cutanată a membrelor, feței și trunchiului - Răspuns la tratament cu remisie incompletă clinică - Asocierea sclerozei musculare accentuate și contracturilor articulare - Prezența manifestărilor viscerale: afectarea pulmonară cu insuficiență respiratorie moderat-accentuată și a cordului pulmonar cronică, dereglări de deglutiție, disfagie pentru substanțe solide, deficit ponderal moderat, dereglări renale cu apariția insuficienței renale moderate, dereglări accentuate ale activității miocardului -Sunt pronunțate schimbările indicilor de laborator: VSH 45-50 mm/oră, anemie Hb 85-90 g/l, leucocitoză. Prezența anticorpilor antinucleari, -anti Scl 70. Gama-globulinele 30-35 %, scăderea albuminei serice. Proteina C reactivă (+++) - Pierderea accentuată a abilităților vitale de participare la activități social-profesionale	70-75	30-25
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată cu tratament de reabilitare evaluate în timp, acutizări frecvente - Forma cutanată difuză cu afectarea cutanată a membrelor, feței și trunchiului - Răspuns la tratament cu remisie incompletă clinică - Asocierea sclerozei musculare severe, îngroșarea și sclerozarea tegumentelor mâinii determină o fixare în semiflexie a degetelor și contracturilor articulare, dificultate de prehensiune	80-85	20-15

- Prezența manifestărilor viscerale: afectarea pulmonară cu fibroză pulmonară difuză și insuficiență respiratorie accentuată, hipertensiune pulmonară accentuată, cord pulmonar cronic subcompensat cu IC II-III NYHA, dereglări de deglutiție cu disfagie pentru substanțele lichide, dereglări renale (nefropatie), sclerodermică cu asocierea hipertensiunii arteriale progresive - Sunt foarte pronunțate schimbările indicilor de laborator: VSH 50 mm/oră, anemie Hb 70-75 g/l, leucocitoză. Prezența anticorpilor antinucleari, -anti Scl 70. Gama-globulinele mai mult de 35 %, scăderea albuminei serice. Proteina C reactivă (+++) - Pierderea totală a abilităților vitale de îngrijire desine stătătoare	90	10
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată sub tratament de susținere permanent - Forma cutanată difuză cu extinderea leziunilor cutanate pe față și alte părți ale corpului (mâini, antebrate), cu atrofierea tegumentelor afectate; pielea feței devine inexpressivă, aspectul „mâinii în gheară” - Fără răspuns la tratament - Dereglări grave ale funcției locomotorii, cu mers limitat sau imposibil - Prezența manifestărilor viscerale: deficit ponderal pronunțat, HTP gravă, IR gr II-III, cord pulmonar decompensat IC III-IV NYHA, nefropatie acută cu IRC rapid progresivă, oligurie, hipertensiune arterială malignă, retinopatie hipertensivă, encefalopatie hipertensivă cu cefalee, convulsii - Sunt foarte pronunțate schimbările indicilor de laborator: VSH mai mare de 50 mm/oră, anemie Hb mai puțin de 70g/l, leucocitoză. Prezența anticorpilor antinucleari, -anti Scl 70. Gama-globulinele mai mult de 35%, scăderea albuminei serice. Proteina C reactivă (+++) - Pierderea totală a abilităților vitale de îngrijire desine stătătoare Deficiente absolute cu unele din următoarele semne: - Leziuni cutanate ale feței, cu dereglarea vorbirii și masticăției, afectarea locomoției cu mobilizarea la pat, cord pulmonar decompensat cu IC gr IV cardiomiopatie sclerodermică, tulburări de ritm și conducere insuficiență renală terminală - Dependență totală de altă persoană	95-100	5-10

SINDROMUL SJOGREN (M 35)

Definiție: *Sindromul Sjogren* este o afecțiune inflamatorie cronică caracterizată prin prezența unui infiltrat inflamator, limfoplasmocitar la nivelul glandelor salivare și lacrimale, care are drept consecință scăderea secreției exocrine a acestor glande.

Sindromul Sjogren poate fi primar (idiopatic) sau secundar, când se asociază cu o boală a țesutului conjunctiv (PR, LES, SD, DM, vasculitele sistemice).

Clasificarea maladiei Sjogren (V. I. Vasiliev s. a., 1994):

1. Conform evoluției:
 - Subacută
 - Cronică
2. Conform stadiului bolii:
 - Incipientă
 - Desfășurată
 - Tardivă
3. Conform gradului de activitate:
 - Minim
 - Mediu
 - Maxim
4. Conform caracteristicii clinico anatomice a leziunilor glandulare:
 - Oculare:
 - Kerotoconjunctivă sicca
 - Keratită filamentară
 - Blefarită
 - Orale:
 - Xerostomie
 - Tumefierea glandelor salivare
5. Conform caracteristicii clinico anatomice a leziunilor extraglandulare:
 - Respiratorii:
 - Bronșită cronică, pneumonite interstițială limfocitară, pseudolimform cu infiltrate nodulare, limfom, revărsat pleural, hipertensiune pulmonară
 - Gastrointestinale:
 - Disfagie, gastrită cronică atrofică, afectarea hepatică, inclusiv ciroză biliară și colangită scleroasă
 - Cutanate:
 - purpură hiperglobulinemică, fenomen Raynaud, vasculită clasică, leziuni eritematopapulare, maculare
 - Endocrine, Neurologice, Musculare:
 - Tiroidită
 - Polineuropatie, mononevrită multiplex
 - Mialgii, miopatii, polimiozite
 - Hematologice:
 - Anemie, pseudolimfom, limfadenopatie angioblastică, limfom, mielom
 - Renale:
 - Acidoză tubulară, nefrită tubulointerstițială, glomerulonefrită, crioglobulinemie mixtă, amiloidoză, nefropatie obstructivă, limfom, vasculită

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Analiza generală a sângelui
- Factorul reumatoid (FR)
- Anticorpii antinucleari
- Anticorpii anti SS-A (Ro) și SS-B (La)
- Proteina C reactivă
- Testul Sirman

- Sialografia
- Suplimentare:*
- Proteinograma
- Crioglobulinele serice
- Anticorpii anti SS-C
- Beta-2-microglobulina în ser, urină și salivă
- Scintigrafia glandei salivare

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată cu tratament de reabilitare evaluate în timp - Maladia la debut - Manifestări oculare cu leziuni incipiente de kerotoconjunctivită sicca cu senzație de corp străin, fotofobie și blefarospasm - Afectarea glandelor salivare cu scăderea secreției salivare și deficiențe la deglutiție; senzație de arsură; modificări de gust - Se pot constata schimbări ale indicilor de laborator și instrumentali descriși, dar nu obligatoriu în toate cazurile: devierea moderată a activității procesului (creșterea VSH și a fibrinogenului. Proteina C reactivă (+). FR pozitiv. Testul Schirmer sau Rose Benyal pozitiv. Prezenți autoanticorpii SS-A, SS-B. Sialografia pozitivă. Schimbări la scintigrafie - Abilitățile vitale de participare la activități socioprofesionale sunt limitate moderat	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladii confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată cu tratament de reabilitare evaluate în timp - Maladia cu activitate moderată - Manifestări oculare cu leziuni în progresare de kerotoconjunctivită sicca cu senzație de corp străin, fotofobie și blefarospasm, hipolacrimie - Afectarea glandelor salivare cu scăderea secreției și deficiențe la deglutiție progresivă; senzație de arsură; modificări de gust, tumefierea glandei salivare parotide - Manifestări articulare cu artralгии - Afectarea tegumentelor cu prezența sindromului Raynaud - Manifestări viscerale: bronșită cronică cu exacerbări; gastrită cronică - Sunt prezente schimbări ale indicilor de laborator și instrumentali: devierea moderată a activității procesului (creșterea VSH și a fibrinogenului. Proteina C reactivă (+) sau (++). FR pozitiv. Testul Schirmer sau Rose Benyal pozitiv. Prezenți	50-55	50-45

autoanticorpii SS-A, SS-B. Sialografia pozitivă. Schimbări la scintigrafie - Pierdere parțială a abilităților vitale de participare la activități socioprofesionale		
Deficiente accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată cu tratament de susținere evaluate în timp - Maladie cu activitate accentuată - Manifestări oculare accentuate - Afectarea accentuată a glandelor salivare cu scăderea secreției - Afectarea tegumentelor cu prezența sindromului Raynaud, prurit - Manifestări musculare de tip miopatii, polimiozite - Manifestări articulare cu afectarea mai multor articulații, artralgie violente - Manifestări viscerale: afectarea sistemului respirator, pneumonie interstițială, pseudolinfom cu infiltrate nodulare, dispnee la efort fizic cu IR gr. I- II, fibroză interstițială, manifestări gastrointestinale cu gastrită cronică atrofică, hepatită cronică evolutivă, tiroidită - Sunt pronunțate schimbările indicilor de laborator și instrumentali: devierea accentuată a activității procesului, Hb 90 g/l, creșterea VSH (35-40 mm/oră) și a fibrinogenului. Proteina C reactivă (++) . FR pozitiv la 90 % cazuri. Testul Schirmer sau Rose Benyal pozitiv. Prezenți autoanticorpii SS-A, SS-B. Sialografia pozitivă. Schimbări la scintigrafie - Abilitățile vitale de participare la activități socioprofesionale sunt reduse accentuat	60-65	40-35
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată cu tratament permanent - Evoluție subacută, stadiul desfășurată bolii, activitate accentuată - Manifestări oculare accentuate - Afectarea accentuată a glandelor salivare cu scăderea secreției - Afectarea tegumentelor cu vasculită clasică - Manifestări musculare cu progresarea miopatiilor și polimiozitei - Manifestări articulare cu afectarea mai multor articulații, artralgie violente - Manifestări viscerale: pneumofibroza interstițială, pseudolinfom cu infiltrate nodulare multiple, dispnee accentuată la efort fizic cu IR gr. II, manifestări gastrointestinale: esofagită, disfagie, gastrită cronică atrofică cu insuficiență secretorie, pancreatită, ciroză hepatică; nefrită tubulointerstițială - Afectarea sistemului nervos periferic și central, neurita n. trigemen, polineuropatiile dismetabolice	70-75	30-25

- Sunt pronunțate schimbările indicilor de laborator și instrumentali:devierea accentuată a activității procesului Hb 80-85 g/l, creșterea VSH (40-45 mm/oră) și a fibrinogenului. Proteina C reactivă (++) sau (+++), FR pozitiv la 90 % cazuri. Testul Schirmer sau Rose Benyal pozitiv. Prezenți autoanticorpilor SS-A, SS-B. Sialografia pozitivă. Schimbări la scintigrafie - Pierdere accentuată a abilităților vitale de participare la activități socioprofesionale		
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată sub tratament permanent - Stadiul desfășurat al bolii; activitate înaltă a procesului - Manifestări oculare severe - Afectarea severă a glandelor salivare cu insuficiență secretorie severă - Afectarea tegumentelor cu schimbări trofice și plăgi - Manifestări musculare cu prezența atrofiilor - Manifestări articulare cu afectarea mai multor articulații, artralgie persistente, deformații articulare - Disfuncție ventilatorie accentuată, infiltrare limfoidă a interstițiului pulmonar, revărsat pleural, IR progresivă; manifestări gastrointestinale (pancreatită recidivantă, ciroză biliară) - Glomerulonefrită și insuficiență renală - Limfadenopatie angioblastică, limfom, mielom - Afectarea sistemului nervos periferic și central, neurita n. trigemen, polineuropatiile dismetabolice progresive - Sunt foarte pronunțate schimbările indicilor de laborator și instrumentali: devierea severă a activității procesului Hb 75-80 g/l, creșterea VSH (50 mm/oră) și a fibrinogenului. Proteina C reactivă (+++), FR pozitiv la 90% cazuri. Testul Schirmer sau Rose Benyal pozitiv. Prezenți autoanticorpilor SS-A, SS-B. Sialografia pozitivă. Schimbări la scintigrafie - Pierdere totală a capacității de participare la activități socioprofesionale	80-85	20-15
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - Prezența maladiei confirmată prin extras (bilet de ieșire din spital), concluzie consultativă specializată sub tratament permanent, fără remisie - Stadiul tardiv al bolii, evoluție rapid progresivă, manifestări sistemice grave - Manifestări oculare severe -Afectarea severă a glandelor salivare cu insuficiență secretorie severă - Afectarea tegumentelor cu schimbări trofice și plăgi necrotice - Redoare articulară severă și anchiloze	90	10

- Manifestări sistemice grave: hipertensiune pulmonară severă IR gr. III, ciroză hepatică cu decompensare, manifestări hematologice grave, insuficiență renală gravă - Sunt severe schimbările indicilor de laborator și instrumentali: devierea severă a activității procesului, Hb <75 g/l, creșterea VSH (>50mm/oră) și a fibrinogenului. Proteina C reactivă (+++). FR pozitiv la 90% cazuri. Testul Schirmer sau Rose Benyal pozitiv. Prezenți autoanticorpii SS-A, SS-B. Sialografia pozitivă. Schimbări la scintigrafie - Pierdere totală a abilităților vitale de îngrijire de sine stătătoare		
Deficiente absolute cu unele dintre următoarele semne: - Activitate maximă a bolii; manifestări sistemice terminale - Dependență totală de altă persoană	95-100	5-0

SPONDILOARTRITA ANCHILOZANTĂ (M 45)

Definiție: *Spondiloartrita anchilozantă* (SA) este o boală inflamatorie cronică de etiologie necunoscută, caracterizată prin inflamația articulațiilor coloanei vertebrale și a structurilor adiacente ce conduc la fuziuni progresive ale vertebrelor.

Diagnosticul cert se stabilește conform **criteriilor New York** (1984), modificate:

- a) durere lombară joasă și redoare matinală de peste 3 luni, care se ameliorează în condiții de efort și nu dispare în repaus;
- b) limitarea mișcărilor coloanei vertebrale lombare, atât în plan sagital, cât și în plan frontal;
- c) limitarea expansiunii toracice:
 1. sacroileită unilaterală grad III - IV
 2. sacroileită bilaterală grad II - IV

Diagnosticul este cert la prezența criteriului radiologic sau RMN asociat cel puțin unui criteriu clinic.

Clasificarea:

- Primară sau idiopatică, în cazul în care nu se asociază cu nici o boală
- Secundară, în cazul în care este asociată cu psoriasis sau boli cronice inflamatorii intestinale

După localizare:

- Regiunea cervicală
- Regiunea toracală
- Regiunea lombară

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Examenul radiologic standard
- RMN
- Hemoleucograma
- Biochimia sângelui, inclusiv proteina C reactivă (cantitativ)

Suplimentare:

- Tomografia computerizată axială
- Scintigrafia osteoarticulară
- Aprecierea antigenului HLAB 27

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Boala la debut, în faza de sacroileită gr. I-II - Durere dorsală sau lombară, sau redoare matinală a coloanei dorsolombare - Oligoartrită asimetrică	0-35	100-65
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - SA forma centrală în faza de sacroileită gr. II-III - Dureri persistente pentru cel puțin 3 luni - Senzație de amorțeală cu o durată de 30 min., ameliorarea prin exercițiu fizic - R-grafie: modificare suspectă, dar fără anomalii specifice	40-45	60-55
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: - SA forma centrală în faza de sacroileită gr. III-IV - Dureri toracice - Dureri fesiere alternative - Întreruperea somnului în a doua jumătate a nopții - Valorile normale ale VSH și PCR - R-grafie: sacroileită minimă - conturile osoase apar șterse - Valorile VSH 20 mm/oră - Valorile PCR 24	50-55	50-45
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - SA forma centrală cu prinderea articulației sacroiliace gr. IV plus coloana dorsolombară - Limitarea mișcărilor coloanei vertebrale - Durerea se localizează la nivelul articulațiilor sacroileice, dar se îndreaptă către: = creasta ileacă = regiunea marelui trohanter = coboară pe partea posterioară a coapsei - R-grafie: sacroileită minimă: conturile osoase apar șterse, pseudolărgirea spațiului articular - Valorile VSH 25 mm/oră - Valorile PCR 24-30	60	40
Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne:	65	35

- SA forma centrală cu prinderea coloanei vertebrale și a centurilor scapulo-humerale sau coxo-femorale uni-/sau bilateral - Limitarea mișcărilor coloanei vertebrale lombare, atât în plan sagital, cât și în plan frontal - R-grafie: sacroileită moderată, sindesmofite „bambus vertebral” - Valorile VSH 30mm/oră - Valorile PCR 30		
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: - SA forma periferică cu prinderea articulațiilor periferice mari-coxofemorale, genunchi, coate, pumni - Limitarea mișcărilor coloanei vertebrale mai accentuată cu sindrom algic persistent, variabil după intensitate - R-grafie: sindesmofite „bambus vertebral”, vertebre cuniforme conferind coloanei vertebrale o rigiditate deosebită - Valorile VSH 30-35mm/oră - Valorile PCR 30-40	70-75	30-25
Deficiente severe cu unele dintre următoarele semne: - SA forma centrală cu prinderea coloanei cervicale și a centurilor scapulo-humerale și coxofemorale bilateral cu tendințe la anchiloze în poziții vicioase - Limitarea mișcărilor coloanei vertebrale cu sindrom algic persistent, violent - R-grafie: scleroza periarticulară (osteocondensare), cu diminuarea interliniului articular - Valorile VSH 35-40 mm/oră - Valorile PCR 48	80-85	20-15
Deficiențe severe cu unele dintre următoarele semne: - SA forme periferice severe cu anchiloze multiple (genunchi în flexie; anchiloza tibiotarsiană în equin etc.) - R-grafie: modificări radiologice spinale în peste 2 segmente spinale (13-19 vertebre, echivalent la 50-80% din coloană) - Valorile VSH 40-45mm/oră - Valorile PCR > 48	90	10
Deficiențe severe/absolute cu unele dintre următoarele semne: - SA forme mixte (centrale și periferice) cu prinderea coloanei cervicale, a centurilor scapulo-humerale și pelviene, precum și a articulațiilor periferice mari - R-grafie: anchiloza articulațiilor sacroileace (punți osoase între osul sacru și osul iliac, cu fuziunea completă și dispariția spațiului articular)	95-100	5-0

- Valorile VSH ≥ 50 mm/oră - Valorile PCR > 48		

AFEȚIUNI OSTEOARTICULARE

BOLILE ARTICULARE DEGENERATIVE (M 15 – M 19)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN 86

<http://old.ms.md/files/6156-PCN-86%2520OD.pdf>

Definiție: *Osteoartroza degenerativă* (boala artrozică) este o boală cronică, având ca substrat afectarea degenerativă a cartilajului, sinovita proliferativă, cu schimbări secundare ale epifizelor osoase. Se manifestă prin limitarea mobilității articulare, apariția deformațiilor, impotenței funcționale.

Osteoartrozele sunt:

- primare (idiopatice);
- secundare (consecințe ale altor patologii; traumatisme).

Clasificarea clinico-radiologică conform stadiilor evolutive (N.S.Kossinskaia, 1961):

1. Disconfort într-o articulație, durere sporadică, neînsemnată, mai des la efort, cu atenuare în repaus, uneori sinovită exudativă. Radiograma indică o diminuare neînsemnată a fisurii articulare cu semne slabe de osteoscleroză subcondrală.

2. Durere persistentă cu acutizare la efort, impotență funcțională cu pierderea capacității de muncă; în unele cazuri – zgomote articulare, redori, apariția deformațiilor și sinovitei proliferative. Radiograma indică o diminuare pronunțată a fisurii articulare cu discongruență a suprafețelor, osteofite, scleroză subcondrală.

3. Durere persistentă, care în majoritatea cazurilor nu se supune tratamentului medicamentos; schimbări pronunțate în arhitectura articulară, cu deformații, redori și poziții vicioase ale membrelor. În majoritatea cazurilor – incapacitate de muncă totală. Radiograma indică lipsa în totalitate a fisurii articulare, osteofitoză pronunțată, chisturi și scleroză subcondrală, corpi osteocondromici intraarticulari.

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Examen radiografic (la prima expertizare și la agravare).
- Testarea articulației (deformația articulației, amplitudinea mișcărilor, poziția extremității).

Suplimentare:

- RMN.
- TC.
- USG articulației afectate.

COXARTROZA (M16)

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: Coxartroză st.Rg I - Dureri și disconfort în articulație (sporagice) - Limitare ușoară a mișcărilor	10-15	90-85

unilateral bilateral	20-25	80-75
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: Coxartroză st.Rg II - Dureri în start, dureri persistente la efort - Hipotrofie musculară a coapsei - Limitare a mișcărilor în articulația coxofemorală - Mers cu sprijin adăugat unilateral bilateral	30-35 40-45	70-65 60-55
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: Coxartroză st.Rg III - Dureri persistente în articulație - Hipotrofie musculară a coapsei - Redoare în flexie cu rotația externă și adductivă a coapsei - Mers cu sprijin adăugat permanent unilateral bilateral	50-55 70-75	50-45 30-25

GONARTROZA (M17)

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: Gonartroză st.Rg I - Sindrom algic sporadic - Dureri de start - Mișcările în articulația genunchiului depline unilateral bilateral	10 15-20	90 85-80
Deficiențe medii cu unele dintre următoarele semne: Gonartroză st.RgII - Dezaxarea genunchiului în varus sau valgus - Limitare ușoară a mobilității în articulația genunchiului		

- Hipotrofie musculară a coapsei, gambei - Hidrartroză unilaterală bilaterală	25-30 35-40	75-70 65-60
Deficiențe accentuate cu unele dintre următoarele semne: Gonartroză st.RgIII - Dezaxarea genunchiului în varus sau valgus - Deformarea, tumifierea genunchiului - Hipotrofie musculară a coapsei, gambei - Hidrartroză: limitare bruscă a mișcărilor - Mers cu sprijin adăugat unilateral bilateral	 45-50 55-60	 55-50 45-40

NOTĂ: Bolnavii cu coxartroză și gonartroză în stadii avansate beneficiază de tratament chirurgical: osteotomie de corecție, artroplastie totală de șold, de genunchi. În caz de intervenție chirurgicală, în primul an după operație se va determina grad accentuat de dizabilitate, pentru tratament fiziofuncțional, adaptare și reeducarea mersului.

Ulterior, evaluarea se va efectua conform capitolelor respective (artroplastie de șold, genunchi).

ARTROZELE MÂINII (M 18)

Considerații generale: Diagnosticul clinic se susține pe manifestări radiologice și clinice.

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Examenul radiologic la prima expertizare și la agravare.
- Testare articulară.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Artroze interfalangice la degetele mâinii unilateral bilateral	0-5 10-20	100-95 90-80
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Artroza policelui unilateral bilateral	5-10 15-25	95-90 85-75

Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Artroza articulației radiocarpale unilateral bilateral	15-20 25-30	85-80 75-70
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Artroza articulației cubitale unilateral bilateral	15-20 25-30	85-80 75-70
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: - Artroza scapulo-humerală unilateral bilateral	20-25 30-35	80-75 70-65

ARTROZELE PICIORULUI (M19)

Considerații generale: Diagnosticul clinic se susține pe manifestări radiologice și clinice.

Barem de investigații

Obligatorii:

- Examenul radiologic la prima expertizare și la agravare.
- Testarea articulară.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele dintre următoarele semne: Artroză metatarsofalangiană I deget (halus-valgus) unilateral bilateral	5 10	95 90
Artroză metatarsofalangiană bilateral cu sinovită, bursită, exostoze	20	80
Artroză metatarsofalangiană la toate degetele piciorului unilateral bilateral	15-20 25-30	85-80 75-70
Deficiențe medii cu unele din următoarele semne: Artroza articulației talocrurale st.Rg III cu necroză aseptică os. talar unilateral bilateral	30-35 40	70-65 60

NOTĂ: Evaluarea artrozelor mâinii și piciorului în stadiile I-II-III se va efectua conform tabelelor de mai sus. În cazul complicațiilor: redori, anchiloze, evaluarea se va efectua conform capitolelor respective.

ARTROPLASTIA TOTALĂ DE ȘOLD

Considerații generale: Evaluând favorabil rezultatele bune, medicul expert trebuie să aibă în vedere și să nu subestimeze complicațiile ce pot surveni în timpul și după executarea artroplastiei.

Toate aceste elemente vor fi înregistrate pentru ca, în final, să se poată realiza o apreciere cât mai corectă a deficienței funcționale.

Complicațiile pot fi:

- intraoperatorii;
- secundare;
- tardive.

I. Complicații intraoperatorii legate de tehnică:

1. Perforarea fundului cotilului.
2. Perforarea diafizei femurale.
3. Leziunea nervului sciatic sau femural.

II. Complicații secundare legate de o tehnică imperfectă (neadaptată):

1. Hematomul postoperator.
2. Infecția postoperatorie.
3. Luxația capului protezei.
4. Insuficiența mușchilor fesieri și abductori în statică și mers.
5. Complicații generale: tromboemboliile.

III. Complicații tardive:

1. Osificările heterotopice (după Brooker):
 - osificări insulare în părțile moi periarticular;
 - punți osoase incomplete;
 - punți osoase complete – anchiloză.
2. Decimentarea aseptică, mobilizarea (Loosening) sau osteoliza. Descrisă pentru prima dată de Harris (1976), această complicație se manifestă prin:
 - reapariția durerii la nivelul șoldului, cu iradiere spre genunchi;
 - fenomene claudicative cu limitarea mișcărilor.Diagnosticul radiologic:
 - osteoliză segmentară: lizereu de radiotransparență periprotetică, progresiv;
 - osteoliză lacunară – când apare o geodă metafizar sau diafizar, ce crește progresiv.
3. Fractura femurului – poate surveni în orice moment, dar mai ales după un număr de ani.
4. Degradarea pieselor femurale survine drept consecință a „oboselii” materialului, în special a pieselor de oțel în situația decimentării sau a unui defect de fabricație.

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Rentgenografia (față și profil) la prima expertizare și în caz de agravare.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
- Artroplastia totală de șold fără complicații unilaterală bilaterală	40 60	60 40
- Artroplastia de șold cu redoare algică	50	50
- Artroplastia de șold unilateral asociată cu coxartroză gr.II-III contralateral	65-70	35-30
- Artroplastia de șold cu degradarea pieselor femurale ori fractură de femur, ori complicații septice	60-65	40-35

NOTĂ: În primul an după operație se va determina grad accentuat de dizabilitate pentru adaptare și reeducarea mersului, ulterior se va evalua conform criteriilor din tabel.

ARTROPLASTIA TOTALĂ DE GENUNCHI

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Rentgenografia la prima expertizare și la agravare.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Artroplastie de genunchi unilateral	40	60
Artroplastie de genunchi bilateral	60	40
Artroplastie de genunchi unilateral asociată cu gonartroză gr.II-III contralateral	60-65	40-35

NOTĂ: În primul an după operație se va determina grad accentuat pentru adaptare și reeducarea mersului, ulterior evaluarea se va efectua conform tabelului.

DEFORMAȚII ALE COLOANEI VERTEBRALE

SCOLIOZA ȘI CHIFOSCOLIOZA

Definiție: Scolioza este o deformare complexă a coloanei vertebrale în curbura laterală, stabile și torsie vertebrală, schimbări în țesuturile neuromuscular și conjunctiv, distopie a organelor

interne, cu dereglări funcționale și organice în deferit grad de manifestare, cu afectarea psihicului și cu deficiențe de integrare psihosocială accentuate.

Chifoza este o deformare a coloanei vertebrale în plan sagital și se caracterizează prin mărirea chifozei toracale.

Clasificare: În funcție de gradul deformației chifoscoliotice, radiografic - după Cobb-Lippmann.

Gradul deformării	
I	< 0° – 15 °
II	< 16° – 30 °
III	< 31° – 60 °
IV	< peste 60 °

Diagnosticul clinic se stabilește pe baza următoarelor: examen clinic; testarea mișcării coloanei vertebrale; examen radiologic; deficiențe neurologice/respiratorii/cardiace.

Diagnosticul pozitiv se atestă în baza examenului goniometric, efectuat pe o radiografie standard.

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Radiografia coloanei vertebrale la prima expertizare și la agravare.
- Consultul medicului pneumolog (probele funcționale).
- Consultul medicului neurolog.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Scolioza, chifoscolioza de gradul III cu curbura sub 60 ⁰	30-35	70-65
Scolioza, chifoscolioza de gradul III cu curbura sub 60 ⁰ , cu tulburări ventilatorii ușoare/medii	50-55	50-45
Scolioza, chifoscolioza gr. IV cu curbura 65 ⁰ – 80 ⁰ , cu tulburări ventilatorii accentuate	60-65	40-35
Scolioza, chifoscolioza gr.IV cu curbura 90 ⁰ , cu dereglări severe ventilatorii,(IR-III); situații clinic asociate	85-90	15-10

NECROZA AVASCULARĂ A CAPULUI FEMURAL (NACF)

Considerații generale: Necroza avasculară a capului femural este o patologie cauzată de ischemia capului femural.

Clasificare: Dinamica dezvoltării necrozei aseptice de cap femural cuprinde patru stadii (clasificarea după Ficat R.P., Arlet I.):

- **Stadiul I** : Radiografia indică limite normale ale capului femural. Clinic – dureri în șold, limitarea mișcărilor etc.

- **Stadiul II**: Radiografic pe capul femural apar zone de condensare (sclerozare) și zone de derarificare osoasă și linia de demarcare între osul viu și cel mortificat.

- **Stadiul III**: Radiografic apar sechestre și fragmentarea capului femural, care apoi pot fi supuse absorbției, cu deformarea ulterioară a capului femural.

- **Stadiul IV**: Stadiul de implicare în procesul patologic a întregii articulații a șoldului. Radiografic corespunde tabloului coxartrozei de gradul III.

Bolnavii cu NACF în stadiile I și II necesită tratament calificat, după care pot să-și păstreze capacitatea de muncă (deficiență funcțională ușoară).

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Radiografia bazinului pentru articulațiile coxofemorale, la prima expertzare și în caz de agravare.

- Testarea articulară, la fiecare revizuire.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
- Necroza aseptică de cap femural st.Rg I, II - Mișcările în șold depline: unilateral bilateral	 20-25 30-35	 80-75 70-65
- Necroza aseptică de cap femural st.Rg III-IV - Durei permanente în șold - Hipotrofie musculară a copsei, gambei - Limitarea amplitudinii mișcărilor în șold - Folosirea permanentă de sprijin adăugat unilateral bilateral	 45-50 60-65	 55-50 40-35

NOTĂ: Bolnavii cu stadii avansate de NACF, ca și cei cu coxartroză, beneficiază de tratament chirurgical (forajul transtrohanterocervicocefalic, osteotomie intertrohanteriană, artroplastie de șold). Aceste cazuri vor fi evaluate conform criteriilor din capitolul **Coxartroza**.

SECHELE POST OA-TBC; MORB POTT

Considerații generale: Toate afecțiunile TBC osteoarticulare în evoluție generează deficiențe funcționale accentuate și se încadrează în grad accentuat de dizabilitate, indiferent de localizarea procesului tuberculos. Sechelele instalate după sanare și stabilizarea procesului TBC, „anchiloze și redorile strânse”, se vor evalua conform criteriilor de la capitolul „**Redori – anchiloze**”.

Cel mai frecvent în tuberculoza osteoarticulară sunt afectate: coloana vertebrală; articulația coxofemorală; articulația genunchiului.

TBC osteoarticulară evoluează în **trei faze**:

- faza de înșămânțare;
- faza de dictruție;
- faza de cicatrizare și dictruție.

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Examen clinic.
- Radiografia articulației afectate (față și profil) pentru fiecare reexamenare;
- Consultul medicului ftiziopneumolog (probele ventilatorii funcționale).
- Testarea articulară

SPONDILITA TUBERCULOASĂ (MORB POTT)

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale %	Capacitatea de muncă de bază %
- Anchiloza unui segment de coloană vertebrală (2-4 vertebre)	25-30	75-70
- Anchiloza unui segment mare de coloană vertebrală (5-6-7 vertebre)	50-55	50-45
- Anchloza unui segment mare cu deformăție chifoscoliotică, tulburări ventilatorii accentuate	60-65	40-35

NOTĂ: După sanarea și stabilizarea procesului în cazul apariției anchilozei vertebrale, dereglărilor neurologice, deficiențele funcționale se vor stabili conform criteriilor din capitolele respective.

MALFORMAȚIILE CONGENITALE

Considerații generale:

- **membre toracale** – luxație congenitală a umărului; agenezie (degete, mână, antebraț); sindactilie;

- **membre pelvine:** displazia luxantă a șoldului; coxa-vara, coxa-valga, coxa-plana; aplazii de femur; genu varum, genu valgus, genu recurvatum; picior strâmb congenital (varus, valgus, talus; cavus);

- **coloană vertebrală:**

A. de origine medulară:

- siringomielie și hidromielie,
- malformații vasculare;
- chist dermoid și epidermoid.

B. de origine vertebrală:

- sindrom Klippel-Feil;
- sindrom de coastă cervicală;
- sacralizarea vertebrei L5;
- angiom vertebral.

- C. mixte:
a) spina bifida.

NOTĂ: Diagnosticul funcțional se va stabili în raport cu tulburările funcționale – anchiloze, redori, scurtări, membre balante, tulburări neurologice.

SECHELELE POSTTRAUMATICE **(redori; anchiloze; pseudoartroze; sindrom algoneurodistrofic; amputații)**

Considerații generale: Expertizarea persoanelor cu urmări ale leziunilor traumatice ale aparatului locomotor se va efectua numai după administrarea unui tratament adecvat, inclusiv și de protezare (la necesitate), când au survenit complicații (redori; anchiloze; pseudoartroze; sindrom algoneurodistrofic; amputații), care duc la dereglarea funcției aparatului locomotor.

La persoanele cu deficiențe funcționale ca urmare a fracturilor oaselor tubulare și plate, evaluarea, în mod obligatoriu, se va efectua numai după perioada standard de consolidare a oaselor traumatice.

În cazurile politraumatismelor grave asociate (traumă a membrilor, traumatism cranio-cerebral, traumatism vertebro-medular, oaselor bazinului etc.,) evaluarea se va efectua, după caz, în funcție de gradul de manifestare a complicațiilor.

Având în vedere că tratamentul persoanelor cu consecințe posttraumatice este de durată, medicul expert va ține cont de necesitatea de a determina grad de dizabilitate pentru tratament, reabilitare și adaptare conform stării bolnavului la momentul expertizării (6 luni, un an).

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Angulometria.
- Examenul radiologic.
- Antropometria.

REDORILE ARTICULARE

Diagnosticul pozitiv: reducerea mișcărilor active și pasive; modificarea de tonus muscular; imaginea radiologică.

Membrele toracice:

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Redoare strânsă în flexie totală a degetelor II-III-IV-V a mâinii, cu pierderea funcției de apucat și menținere a mâinii (irreversibilă) unilateral	40-45	60-55

Redoare strânsă în flexie totală a degetelor II-III-IV-V a mâinii, cu pierderea funcției de apucat și menținere a mâinii (ireversibilă) bilateral	65	35
Redoare în flexie totală a degetelor II-III-IV-V în combinație cu redoare în flexie a mâinii în articulația radiocarpiană	50-55	50-45
Redoare strânsă de cot: unilateral	40-45	60-55
Redoare strânsă de cot: bilateral	55-60	45-40
Redoare humero-scapulară: unilateral	40-45	60-55
Redoare humero-scapulară: bilaterală	55-60	45-40

Membrele pelviene:

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Redoare strânsă de gleznă în poziție vicioasă (flexie, extensie totală) unilateral	40 - 45	60 - 55
Redoare strânsă de gleznă în poziție vicioasă (flexie, extensie totală) bilateral	50 -55	50 - 45
Redoare strânsă de genunchi unilateral	40 - 45	60 - 55
Redoare strânsă de genunchi bilateral	65 -70	35 - 30
Redoare strânsă de șold: unilateral	55	45
Redoare strânsă de șold: bilateral	80-90	20-10

NOTĂ: În cazul redorilor în poziție vicioasă a extremităților, evaluarea se va efectua în mod individual (după caz) în funcție de posibilitatea realizării mersului, ortostatismului, dexterității.

ANCHILOZELE

Considerații generale: Termenul de anchiloză presupune abolirea totală a mișcărilor într-o articulație. Termenul de anchiloză provine din grecescul: „curbat” – deoarece în majoritatea cazurilor fixarea articulației se face prin angularea fragmentelor osoase care realizează articulația. Termenul este parțial corect, deoarece în multe cazuri asistăm la anchiloze în rectitudine (în special cele realizate operator), excepție făcând articulația cotului.

Simptomatologie: Pierderea mișcărilor în articulația respectivă.

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Examenul radiografic obligatoriu al articulației afectate (față și profil), la prima expertizare și în caz de agravare.
- Testarea articulară, la fiecare evaluare.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Anchiloza degetelor 1-2-3-4-5 în poziție funcțională, unilateral	40	60
Anchiloza degetelor 2-3-4-5 în poziție funcțională, unilateral	25-30	75-70
Anchiloza degetelor 1-2-3-4-5 în poziție funcțională, bilateral	50-55	50-45
Anchiloza degetelor 2-3-4-5 în poziție funcțională, bilateral	40	60
Anchiloza degetelor 1-2-3-4-5 în flexie sau extensie totală, unilateral	50	50
Anchiloza degetelor 1-2-3-4-5 în flexie sau extensie totală, bilateral	70	30
Anchiloza radiocarpală în poziție vicioasă, unilateral	40-45	60-55
Anchiloza radiocarpală în poziție vicioasă, bilateral	65	35
Anchiloza cotului în poziție vicioasă, unilateral	40-45	60-65
Anchiloza cotului în poziție vicioasă, bilateral	55-60	45-40
Anchiloza umărului, unilateral	50-55	50-45
Anchiloza umărului, bilateral	65	35
Anchiloza gleznei în poziție vicioasă, unilateral	40-45	60-55
Anchiloza gleznei în poziție vicioasă, bilateral	50-55	50-45
Anchiloza genunchiului, unilateral	50	50
Anchiloza genunchiului, bilateral	75	25
Anchiloza genunchiului în flexie totală 120 ⁰ , unilateral	60	40
Anchiloza genunchiului în flexie totală 120 ⁰ , bilateral	80-85	20-15
Anchiloza șoldului, unilateral	55	45
Anchiloza șoldului, bilateral	90	10
Anchiloza șoldului cu ridoare strânsă în genunchi, contralateral	65-70	35-30

NOTĂ: În cazul anchilzelor în poziție vicioasă: cot în rectitudine, șold în flexum și/sau rotație și/sau abducție/adducție, genunchi în flexum, picior equin etc., evaluarea se va efectua în mod individual (după caz), în funcție de posibilitatea realizării mersului, ortostatismului, dexterității, și poate fi încadrat într-un grad de dizabilitate mai sever.

PSEUDOARTROZE (SITUAȚIE CLINICĂ DE CONSOLIDARE LENTĂ A FRACTURII)

Considerații generale: Pentru a evalua acest gen de deficiențe, se vor lua în considerare următoarele noțiuni și situații clinice:

- Întârzierea în consolidare – care este o stare tranzitorie;
- Pseudoartroza – care reprezintă o stare definitivă.

Se pot distinge:

- Pseudoartroza liberă sau flotantă;
- Pseudoartroza strânsă sau fibroasă;
- Pseudoartroza fibro-sinovială (cu excesivă mobilitate a fragmentelor ce demonstrează o organizare a ţesuturilor mai complexă).

Semne clinice: Mobilitate anormală în focarul de fractură după terminarea tratamentului de imobilizare (după 4-5 luni); mişcarea este practic nedureroasă; mobilitatea anormală în aproximativ toate planurile; examenul radiologic – semnificativ: lipsa consolidării.

Barem de investigaţii:

Obligatorii:

- Examenul radiografic al articulaţiei afectate (faţă şi profil), la prima expertizare şi în caz de agravare.
- Testarea articulară, la fiecare evaluare.

Membrele toracice:

Deficienţe funcţionale şi structurale	Deficienţele funcţionale şi structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Corp balant, unilateral	40	60
Corp balant, bilateral	55	45
Pseudoartroză oase antebrăţ, unilateral	55 - 60	45 - 40
Pseudoartroză oase antebrăţ, bilateral	75 - 80	25- 20
Pseudoartroză humerus, unilateral	55 - 60	45 - 40
Pseudoartroză humerus, bilateral	75 - 80	25- 20

Membrele pelviene:

Deficienţe funcţionale şi structurale	Deficienţele funcţionale şi structurale %	Capacitatea de muncă de bază %
Pseudoartroză oase gambă, unilateral	45	55
Pseudoartroză oase gambă, bilateral	65	35
Articulaţie balantă genunchi, unilateral	45	55
Articulaţie balantă genunchi, bilateral	60	40
Pseudoartroză oase coapsă, unilateral	55	45
Pseudoartroză oase coapsă, bilateral	70	30
Pseudoartroză col femural, unilateral	60 - 65	40 - 35

Pseudoartroză col femural, bilateral	75 - 80	25 - 20

NOTĂ: În caz de scurtare a oaselor gambei sau coapsei cu peste 7 cm, se va adăuga încă 5% la fiecare segment evaluat. Important este faptul că pseudoartrozele beneficiază de tratament chirurgical de corecție. Până la efectuarea intervenției chirurgicale sau în cazurile inoperabile ca urmare a unor complicații locale sau a bolilor somatice asociate, pacienții pot fi încadrați în grad de dizabilitate.

AMPUTAȚIILE

Considerații generale: Diagnosticul clinic complet trebuie să conțină următoarele elemente: cauza amputației; data amputației; nivelul amputației; lateralitatea (dreaptă, stângă, bilaterală); starea bontului (cu descrierea bontului vicios atunci când e cazul); situația protezării (protezat, neprotezat, neprotezabil) cu menționarea tipului de proteză.

Criterii de diagnostic funcțional: În cazul amputațiilor, criteriile de evaluare a deficienței (de manipulație sau /și locomotorii) și de încadrare în grad de invaliditate trebuie să țină seama de: nivelul amputației; cauza care a condus la indicația de amputație; starea bontului și eficiența protezării.

Barem de investigații:

Obligatorii:

- Radiografia bontului (față și profil), la prima evaluare și în caz de agravare.
- Testare articulară la articulația supraadiacentă amputației și la cea care, la examenul clinic, prezintă limitări ale mobilității (la prima evaluare și în caz de agravare).

Membrele toracice:

Numerotația degetelor începe de la police, căruia îi corespunde numărul unu.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Absența falangelor distale:		
la un deget	0	100
la două degete, unilateral	5	95
la două degete, bilateral	10	90
la trei degete, unilateral	10	90
la trei degete, bilateral	15	85
la patru degete, unilateral	15	85
la patru degete, bilateral	20	80
la cinci degete, unilateral	25	75
la cinci degete, bilateral	35	65

Absența falangelor distale și medii (în afara policelui):		
la un deget, unilateral	5	95
la un deget, bilateral	10	90
la două degete, unilateral	10	90
la două degete, bilateral	15-20	85-80
la trei degete, unilateral	20	80
la trei degete, bilateral	25	75
la patru degete, unilateral	25	75
la patru degete, bilateral	40	60
Absența degetelor din articulația metacarpofalangiană:		
degetul 1, unilateral	30	70
degetul 1, bilateral	50	50
degetele 1-2, unilateral	40	60
degetele 1-2, bilateral	50	50
degetele 1-2-3; 1-2-4; 1-2-5, unilateral	40 - 45	60 – 55
degetele 1-2-3; 1-2-4; 1-2-5, bilateral	55	45
degetele 1-2-3-4, unilateral	50	50
degetele 1-2-3-4, bilateral	60	40
degetele 1-2-3-4-5, unilateral	60	40
degetele 1-2-3-4-5, bilateral	90	10
degetul 2, unilateral	10	90
degetul 2, bilateral	15	85
degetele 2-3; 2-5, unilateral	20	80
degetele 2-3; 2-5, bilateral	35	65
degetele 2-3-4, unilateral	35	65
degetele 2-3-4, bilateral	40	60
degetele 2-4, unilateral	20	80
degetele 2-4, bilateral	30	70
degetele 2-3-5; 2-4-5, unilateral	25	75
degetele 2-3-5; 2-4-5, bilateral	35	65
degetele 2-3-4-5, unilateral	45	55
degetele 2-3-4-5, bilateral	60	40
degetul 3, unilateral	5	95
degetul 3, bilateral	10	90

degetele 3-4;3-5, unilateral	15	85
degetele 3-4;3-5, bilateral	25	75
degetele 3-4-5, unilateral	25	75
degetele 3-4-5, bilateral	35	65

NOTĂ: La amputarea degetelor împreună cu oasele metacarpale respective, se va adăuga 5% pentru fiecare deget.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Dezarticulația radiocarpiană, unilateral	60	40
Amputația la nivel de antebraț, unilateral	60	40
Dezarticulația de cot, unilateral	70	30
Amputația de braț la diferite niveluri, unilateral	65-70	35-30
Dezarticulația scapulohumerală, unilateral	75	25
Amputația ambelor membre de la diferite nivele	100	0

NOTĂ: La amputarea membrului toracic dominant, evaluarea deficiențelor funcționale se va efectua cu adaos de 5 %.

Membrele pelviene:

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Absența halucelui, unilateral	5	95
Absența halucelui, bilateral	10	90
Absența halucelui cu os metatarsian, unilateral	10	90
Absența halucelui cu os metatarsian, bilateral	15	85
Lipsa tuturor degetelor, unilateral	20	80
Lipsa tuturor degetelor, bilateral	25	75
Lipsa tuturor degetelor cu oasele metacarpale, unilateral	25	75
Lipsa tuturor degetelor cu oasele metacarpale, bilateral	35	65
Amputație tip Lisfrank (tarso-metatarsiană), unilateral	30	70
Amputație tip Lisfrank (tarso-metatarsiană), bilateral	40	60
Amputație tip Chopart (intratarsiană), unilateral	40	60
Amputație tip Chopart (intratarsiană), bilateral	60	40

Gamba, coapsa:

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de baza (%)
Amputație de gambă la orice nivel, unilateral	45-55	55-45
Dezarticulație de genunchi, unilaterală	60	40
Amputație coapsă cu bont de peste 10 cm	60	40
Amputație coapsă cu bont mai scurt de 10 cm	70	30
Dezarticulație de șold, unilateral	75	25
Amputație transpelviană (inter-ilio-abdominală), unilateral	90	10
Amputație bilaterală a membrilor pelvine de la nivelul gambelor, cu imposibilitatea realizării ortostatismului fără cârje	100	0
Lipsa prin amputație a unui membru inferior asociată cu amputația unui membru superior	100	0
Lipsa prin amputație a unui membru inferior, cu ridori sau anciloză a membrului inferior cntralateral	90-100	10-0

NOTE:

1. În cazul în care amputația a fost efectuată ca urmare a aterosclerozei obliterante, a diabetului zaharat, a procesului neoplasic, se vor consulta și criteriile de evaluare de la capitolele aferente afecțiunilor în cauză, ținându-se cont și de faptul că deficiența locomotorie și cea somatică se pot potența reciproc, accentuând gradul de dizabilitate.

2. Amputațiile cauzate de boli vasculare periferice justifică încadrarea cel puțin în grad accentuat de dizabilitate, deoarece survin în stadii avansate ale afecțiunii vasculare și sunt dificil de protezat (se vor consulta și criteriile de evaluare de la capitolul „**Bolile arterelor periferice**”).

3. Starea bontului și eficiența protezării sunt, de asemenea, factori importanți la evaluarea dizabilității. Deficiența funcțională în cazul amputației de membrul inferior se apreciază în raport cu posibilitățile bolnavului de a purta proteza. Starea bontului este deosebit de importantă pentru a evalua șansa amputatului de a fi protezat sau nu. În cazul în care pacientul nu poate fi protezat din cauza bontului vicios, acesta va fi direcționat către o secție de ortopedie pentru refacerea bontului. Dacă există contraindicații medicale pentru intervenția chirurgicală (afecțiuni grave cardio-respiratorii, renale etc.), bontul neprotezabil determină o agravare a deficienței funcționale, care poate justifica încadrarea într-un grad de dizabilitate mai avansat celui determinat de nivelul de amputație.

4. În cazul amputațiilor recente de membre inferioare, în funcție de imposibilitatea realizării mersului și ortostatismului fără cârje sau fotoliu rulant, deficientul poate fi încadrat într-un grad de dizabilitate majorat celui determinat de nivelul de amputație, pentru o perioadă de un an, timp necesar pentru achiziționarea protezelor (provizorii, ulterior definitive) și a altor dispozitive medicale necesare, precum și pentru reeducarea mersului.

OSTEOMIELITA CRONICĂ

Considerații generale: Se vor evalua cazurile de osteomielită cronică necontrolabilă medicamentos și chirurgical cu sechestre și fistule, după tratament îndelungat (mai mult de un de zile).

În cazul evoluției îndelungate a procesului ostiomielitic cu necesitatea urmăririi unui tratament de durată, bolnavii se vor încadra în grad de dizabilitate accentuat pentru tratament.

În cazurile în care au apărut complicații: ridori, anchiloze, pseudoartroze sau scurtare, evaluarea se va efectua conform criteriilor capitolelor respective.

AFEȚIUNI RENALE

INSUFICIENȚA RENALĂ CRONICĂ (N 18)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN 113

<http://old.ms.md/files/6425-Binder1.pdf>

Definiție: *Insuficiența renală cronică (IRC)* este un sindrom cronic progresiv cu o evoluție stadială, instalat ca urmare a scăderii capacității rinichiului de a-și realiza normal funcțiile, din cauza leziunilor organice ireversibile în ambii rinichi sau într-unul, când acesta este unic. Prezența de leziuni într-un singur rinichi, celălalt fiind sănătos, exclude apariția IRC, rinichiul sănătos compensând funcțiile pierdute ale rinichiului lezat.

IRC reprezintă expresia funcțională a diferitor tipuri de boli cronice ale rinichiului.

Boala cronică de rinichi (BCR) este o viziune clinico-epidemiologică care permite clasificarea stadială a nivelului de afectare globală a funcției renale, evaluată prin rata de filtrare glomerulară (RFG), fără a înlocui diagnosticul entității anatomo-clinice de afecțiune renală. BCR poate fi afirmată dacă: $RFG < 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ persistent pe parcursul a 3 și mai multe luni, în prezența sau în lipsa altor semne de afectare renală.

Insuficiența renală cronică evoluează stadial, indiferent de structura afectată și de cauzele ei, în 5 stadii.

Clasificare:

Stadiile	Descrierea	Complicațiile
St. I	Afectare renală cu RFG ($\geq 90 \text{ ml/min}$)= normal	-
St. II	Afectare renală cu RFG (60-89 ml/min) ușor scăzut	Creșterea de concentrație a parathormonului Posibil HTA
St. III	Scăderea moderată a RFG (30-59 ml/min)	Scăderea absorbției de calciu, micșorarea excreției de fosfați Hiperparatiroidismul Micșorarea ratei de metabolizare a lipoproteidelor Hipertrofia ventriculului stâng Anemia Posibil HTA
St. IV	Scăderea severă a RFG (15-29 ml/min)	Hiperfosfatemia Malnutriția Acidoza metabolică Tendențele spre hiperkaliemie Anemia Frecvent HTA
St. V	Insuficiența renală terminală (RFG $< 15 \text{ ml/min}$)	Uremia Insuficiența cardiacă Hiperhidratarea sau deshidratarea Anemia Frecvent HTA Hiperkaliemia

Explorări paraclinice:

Denumirea investigațiilor	Semnele sugestive pentru IRC

Hemoleucograma	Anemie normocromă, normocitară
Hematocrit și trombocitele	Rezultatele pot fi diferite în funcție de gradul de IRC
Ureea și creatinina serică	Nivel crescut
Rata filtrației glomerulare	Nivel scăzut
Acidul uric în ser	Hiperuricemie
Glucoza în sânge	Hiperglicemie (la pacienți cu diabet zaharat)
Ionograma (Na, K, Ca, Mg, P, Cl)	Hipocaliemie, hipofosfatemie etc.)
Proteinograma, lipidograma	Hipoproteinemie, dislipidemie
Examenul sumar al urinei (volum, densitate, dozarea proteinelor, sediment)	Rezultatele în funcție de boala de bază și gradul insuficienței renale (IRC)
ECG	Hipertrofia ventriculului stâng, dereglări de ritm, etc.
USG: organele cavității abdominale, rinichii	Dimensiuni reduse ale rinichilor (în normă la adulți fiecare rinichi are o lungime de 12 cm, o lățime de 6-7 cm și o grosime de 3 cm) etc.

Indicele cardinal în aprecierea gradului de gravitate a insuficienței renale cronice este rata de filtrare glomerulară (RFG).

Aprecierea RFG (rata de filtrare glomerulară) după Cockcroft și Gault:

Bărbați: $RFG = \frac{(140 - \text{vârsta (ani)} \times \text{masa (kg)})}{\text{creatinina serică micromoli/l}}$

Femei: $RFG = \frac{(140 - \text{vârsta(ani)} \times \text{kg}) \times 0,85}{\text{creatinina serică (micromoli/l)}}$

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe funcțional-structurale ușoare:		
- RFG = 101-120 ml/min/1,73 m ²	5	95
- RFG = 91-100 ml/min/1,73 m ²	10	90
- RFG = 86-90 ml/min/1,73 m ²	15	85
- RFG = 81-85 ml/min/1,73 m ²	20	80
- RFG = 76-80 ml/min/1,73 m ²	25	75
- RFG = 71-75 ml/min/1,73 m ²	30	70
- RFG = 65-70 ml/min/1,73 m ²	35	75
NOTĂ: Ureea serică = 2,5 – 8,3 mmol/l Creatinina serică = 53-115 micromol/l Hemoglobina = 130-150 g/l Manifestări specifice BCR, HTA		
Deficiențe funcțional-structurale medii:		
- RFG = 60-64 ml/min/1,73 m ²	40	60
- RFG = 54-59 ml/min/1,73 m ²	45	55
- RFG = 48–53 ml/min/1,73 m ²	50	50

- RFG = 42-47 ml/min/1,73 m ²	55	45
NOTĂ: Ureea serică = 11,6 – 14,1 mmol/l Creatinina serică = 116-353 micromol/l Hemoglobina = 120-110 g/l Scăderea moderată de absorbție a calciului, reducerea excreției fosfatului Hipertrofie ventriculară stângă		
Deficiențele funcțional-structurale accentuate:		
- RFG = 37-41 ml/min/1,73 m ²	60	40
- RFG = 33-36 ml/min/1,73 m ²	65	35
- RFG = 30-33 ml/min/1,73 m ²	70	30
- RFG = 25-29 ml/min/1,73 m ²	75	25
NOTĂ: Ureea serică = 14,9-16,6 mmol/l Creatinina serică = 354-618 micromol/l Hemoglobina = 94-109 g/l Micșorarea ratei de metabolizare a lipoproteidelor, hipertrofia ventriculului stâng, HTA, scăderea absorbției de calciu, micșorarea excreției de fosfați mai accentuat decât la etapa precedentă.		
Deficiențe funcțional-structurale grave:		
- RFG = 20-24 ml/min/1,73 m ²	80	20
- RFG = 15-19 ml/min/1,73 m ²	85	15
- RFG = ≤ 15 ml/min/1,73 m ² , dializă	90	10
- RFG = ≤ 15 ml/min/1,73 m ² , dializă	95	5
- RFG = < 15 ml/min/1,73 m ² , dializă	100	0
NOTĂ: Ureea serică > 25-35 mmol/l Creatinina serică > 800-1000 micromol/l Hemoglobina < 80 g/l Creșterea PTH, scăderea absorbției calciului, hiperfosfatemie, malnutriție, acidoză metabolică, uremie, insuficiență cardiacă.		

IRC ÎN STADIUL DE UREMIE DEPĂȘITĂ PRIN MIJLOACE DE EPURARE EXTRARENALĂ (HEMODIALIZA, DIALIZĂ PERITONIALĂ)

Considerații generale: Evaluarea capacităților vitale ale bolnavului cu IRC cronică tratată prin dializă va ține seama de următorii factori:

- Statutul funcțional renal.
- Stadiul evolutiv al bolii renale sau al bolii generale care a indus IRC.
- Prezența patologiei bolnavului dializat.
- Profilul psihointelectual al pacientului.

Toți bolnavii cu IRC tratați prin metode de epurare extrarenală au funcția renală grav afectată, cu RFG sub 15 ml/min.

Principalele comorbidități asociate IRC în stadiul terminal (sub tratament prin epurare extrarenală) sunt prezentate în continuare.

Comorbidități ale IRC în stadiul terminal:

I. Manifestări cardiovasculare	VI. Manifestări endocrino-metabolice
- frecvent hipertensiune arterială	- hiperparatiroidism secundar
- pericardită uremică	- osteodistrofie renală
- cardiomiopatie uremică	- calcificări extraosoase
- aritmii	- malnutriție
- ateroscleroză accelerată	VII. Anomalii hidroelectrolitice și acidobazice
- insuficiență cardiacă	- hiperpotasemie (rar, hipopotasemie)
II. Manifestări respiratorii	- hiponatremie/hipernatremie
- plămân uremic	- deshidratare extracelulară
III. Manifestări gastrointestinale	- hiperhidratare
- gastrită	- hipocalcemie (cu hipocalciurie)
- enterocolită	- hiperfosfatemie
- sîngerări digestive	- acidoză metabolică
IV. Manifestări hematologice	VIII. Patologie indusă de metodele de epurare extrarenală
- anemie	- sindrom de dezechilibru osmotic
- disfuncții leucocitare (disfuncție imunitară)	- complicații ale căii de abord vascular (cateter/fistulă)
- sindrom hemoragipar	- complicații infecțioase/inflamatorii ale dializei peritoneale (peritonită acută, peritonită sclerozantă)
V. Manifestări neurologice	- complicații mecanice ale dializei peritoneale (scurgeri de dializant, ileus, hemoragii ale peretelui abdominal)
- encefalopatie uremică	- amiloidoză
- polineuropatie periferică senzitivo-motorie	

În funcție de starea clinică generală și de asocierile comorbide, evaluarea deficiențelor funcționale ale bolnavului cu IRC tratat prin dializă se va efectua conform tabelului.

INSUFICIENȚA RENALĂ CRONICĂ TRATATĂ PRIN DIALIZĂ

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Starea clinică stabilizată (starea de nutriție bună, tensiunea arterială normală, absența comorbidăților manifestate clinic), rata filtrării glomerulare ≥ 20 ml/min, hemoglobina ≥ 100 gr/l, patologie indusă de dializă absentă	Conform insuficienței	Corespunzător deficiențelor

Perioade de alterare a stării clinice evidențiate clinic și/sau funcțional, cu o eventuală patologie indusă de metoda de dializă	renale evaluate prin RFG ml/min/1,73 m ²	funcționale și structurale
Starea clinică în alterare progresivă, prezența comorbidităților		
Starea clinică grav alterată, prezența comorbidităților		

INSUFICIENȚA RENALĂ CRONICĂ ÎN STADIUL DE UREMIE, DEPĂȘITĂ PRIN TRANSPLANT RENAL

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Evoluție nefavorabilă și prezența complicațiilor posttransplant renal (disfuncția grefei renale; regetul cronic; complicații infecțioase; complicații medicale ale bolii vasculare arterosclerotice: infarct miocardic, accidente cerebro-vasculare, HTA necontrolată; diabet zaharat post transplant, insuficiență hepatică, boli maligne)	90-100	0
Bolnavii cu evoluție postoperatorie favorabilă în primele 12 luni după transplant renal	80	25
Dacă evoluția ulterioară este bună (greafa renală funcțională, care asigură menținerea în limite normale a produșilor de retenție azotată în ser, absența complicațiilor manifeste clinic, absența complicațiilor terapiei imunosupresoare), bolnavul își poate relua activitatea în condiții corespunzătoare de muncă, cu program redus	70	30

RINICHIUL UNIC CHIRURGICAL FUNCȚIONAL

Considerații generale: În aprecierea reducerii capacităților vitale ale pacienților cu rinichi unic chirurgical, se va ține cont de următoarele:

- Un singur rinichi este capabil să asigure toate funcțiile secretorii, homeostatice și endocrine ale unui adult activ în condiții normale.
- Adaptarea compensatorie renală în urma nefrectomiei unilateral este rapidă: 80% în primele 15 zile, 90% în primele 3 luni și 94% în primul an.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Patologia rinichiului restant absent, funcție normală	0-35	100-65

Patologia rinichiului restant absent. Prezența patologiei asociate cu simptomatică minoră. RFG > 60 ml/min/1,73 m ²	50-55	50-45
Litiază cu colici rare, comorbidități, obezitate, HTA, IRC compensată	65-70	35-30
Pielonefrită cronică, litiază cu colici frecvente, TBC a rinichiului restant, stenoze ale căilor urinare inferioare, IRC decompensată	80-85	20-15
NOTĂ: În restul cazurilor, deficiența funcțională se va aprecia în funcție de situația rinichiului restant și de criteriile menționate pentru IRC. Situația rinichiului restant și stadiul IRC se vor determina în secția spitalicească specializată (nefrologie).		

NEFROPATIILE GLOMERULARE (NG) (CIM-X) (N00 – N0.8)

Definiție: *Nefropatiile glomerulare* (NG) sunt afecțiuni ale parenchimului renal, cu etiologie variată, plurifactorială sau necunoscută, produse prin mecanisme predominant imunologice, caracterizate histopatologic prin leziuni inițiale predominant glomerulare.

Clasificare:

Etiologică:

- NG primare (idiopatice).
- NG secundare (infecțioase, toxice, metabolice, autoimune, boli ereditare, neoplazii).

Evolutivă:

- NG acute.
- NG subacute (rapid progresive).
- NG cronice.

Explorări paraclinice:

Denumirea investigațiilor	Semnele sugestive pentru NG
Examen sumar de urină	- Oligurie - Hematurie microscopică (rareori macroscopic) - Proteinurie - Cilindri eritrocitari, leucocitari - Leucociturie (inferioară hematuriei)
Examen hematologic	- Anemie - Leucocitoză - Proteină C-reactivă, VSH – valori majorate
Examen biochimic	- Ureea serică, creatinină serică, acid uric seric – valori crescute
Examen imunologic	- Particularizarea probelor imunologice în funcție de contextul etiologic

Sonografie	- Dereglări de formă și structură ale rinichilor

Aprecierea deficiențelor funcționale trebuie realizată după expirarea perioadei legale de concediu medical.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
- Simptomatologie intensă în funcție de aspectul clinic al nefropatiei glomerulare (forma acută, subacută, cronică) - Asocierea complicațiilor (cardiovasculare, infecțioase, metabolice, tromboze venoase și arteriale, de tratament specific) - Declinul funcției renale spre IRC	Conform criteriilor pentru IRC	Conform deficiențelor funcționale și structurale
Notă: Confirmarea diagnosticului se face în secția spitalicească specializată (nefrologie)		

NEFROPATIILE INTERSTIȚIALE CRONICE (NIC) (CIM –X) (N10)

Definiție: *Nefropatiile interstițiale* sunt afecțiuni renale în care leziunile dominante sunt situate în interstițiul renal, ulterior asociindu-se modificări tubulare, cu păstrarea integrității glomerulare și a vascularizării intrarenale.

Clasificarea evolutivă:

- NI acute (NIA).
- NI cronice (NIC).

Varietatea principală a nefropatiilor interstițiale cronice este reprezentată de pielonefrita cronică – inflamația cronică de cauză infecțioasă a interstiului renal și a sistemului pielocalicial.

Explorări paraclinice:

Denumirea investigațiilor	Semnele sugestive pentru NIC
Examen de urină	- Osmolaritate urinară scăzută - Leucociturie, piurie - Cilindre leucocitare - Bacteriurie - Hematurie microscopică
Examen biochimic	- Diselectrolitemie - Acidoză - Azotemie
Explorare funcțională renală	- RFG scăzută - Proba de concentrare dificilă

	- Natriureză majorată
Hematologic	- Anemie moderată - Leucocitoză - VSH crescută
Explorări izotopice, EUS	- Inegalitate morfologică și funcțională între rinichi
Radiologic	- Rinichi mici asimetrici - Contur neregulat - Indice parenchimos redus - Deformări caliciale

Bolnavii cu nefropatii tubulo-interstițiale beneficiază de concediu medical conform legii. După expirarea acestei perioade, bolnavii pot fi trimiși pentru expertizare medicală numai dacă există afectarea funcției renale sau comorbidități. În acest caz, deficiența funcțională se va aprecia conform criteriilor stabilite pentru insuficiența renală cronică, respectiv pentru patologia asociată.

MALFORMAȚIILE RENO-URINARE (CIM-X) (C64-C68)

Definiție: *Malformațiile aparatului reno-urinar* sunt alterări ale formei, poziției și structurii parenchimului renal și/sau ale căilor urinare, produse în timpul vieții intrauterine de factori genetici, toxici, infecțioși, de mediu etc. Acestea pot deveni manifeste în funcție de severitatea alterărilor structurale și funcționale, precum și de complicațiile care le însoțesc. Procentul deficiențelor funcționale și structurale se va determina după criteriile menționate pentru insuficiența renală cronică și hipertensiunea arterială.

TUBERCULOZA APARATULUI UROGENITAL (CIM-X) (A18.1)

Considerații generale: *Tuberculoza urinară* este întotdeauna secundară unui focar de primă infecție, cel mai adesea pulmonar, mai rar osos, pleural sau ganglionar. Între manifestările clinice ale localizării secundare renale, există o perioadă de latență variabilă între o lună și 30 de ani.

Cazurile confirmate de tuberculoză reno-urinară beneficiază de concediu medical conform legii.

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențele funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Dacă evoluția este nefavorabilă și criteriile de vindecare nu sunt îndeplinite, se consideră deficiență funcțională gravă cu reducerea capacităților vitale	75	25
Dacă evoluția este favorabilă și sunt parțial îndeplinite criteriile de vindecare	65	35

În cazul în care boala este stabilizată și funcția renală compensată	55	45
NOTĂ: Dacă pe parcursul ultimelor 12 luni nu au apărut recăderi, nu au fost semne de afectare a funcției renale și adaptarea la locul de muncă este corespunzătoare.	0-35	65-100

CANCERUL RENAL (C 64)*

* Conform Protocolului Clinic Național PCN 197

<http://old.ms.md/files/14413-PCN-%2520Cancerul%2520renal%2520final%252001.10.2013.pdf>

Considerații generale: La determinarea deficienței funcționale se va ține cont de criteriile generale determinate pentru neoplasme. În caz de nefrectomie unilaterală, deficiențele funcționale se vor aprecia conform criteriilor stabilite pentru rinichiul unic chirurgical funcțional. La instalarea insuficienței renale cronice, deficiențele funcționale vor fi estimate conform criteriilor pentru IRC.

Recomandări de muncă

Deficiențe funcțional-structurale ușoare:

Sunt contraindicate muncile care necesită eforturi fizice mari, chiar intermitente, exercitate în frig sau la temperaturi înalte, ortostatism și mers prelungit, în mediu cu umiditate crescută sau toxic.

Deficiențe funcțional-structurale medii:

Activități cu solicitări energetice mici în postură predominant șezândă, cu orar redus până la 50% în mediu de confort organic.

1.

Deficiențe funcțional-structurale accentuate:

Se recomandă activități cu acțiune psihoterapeutică benefică.

Deficiențe funcțional-structurale grave:

Munca este contraindicată.

DEFICIENȚE AUDIO - VERBALE

Criterii de diagnostic funcțional și evaluare a dizabilității și capacității de muncă în deficiență audio-verbală

Definiții utilizate:

Surdomutismul este o afecțiune caracterizată prin absența auzului și incapacitatea de a vorbi. Surditatea produsă înainte sau la începutul dezvoltării vorbirii (până la vârsta de 4 ani) atrage după sine mutismul, deoarece copilul mic învață să vorbească imitând cele auzite, atât ca ton, cât și ca articulație.

Hipoacuzia sau surditatea este o dificultate de percepere a sunetelor. O scădere moderată poartă denumirea de hipoacuzie, iar dispariția totală a auzului se numește cofoză.

Hipoacuzia neurosensorială este o afecțiune la nivelul urechii interne.

Clasificarea conform CIM 10:

- H 90 Surditate de transmisie și neurosenzorială
 - **Include:** surditate congenitală
 - **Exclude:** surdo-mutitate NEC (H91.3)
- H90.0 Surditate bilaterală de transmisie
- H90.1 Surditate unilaterală de transmisie, fără alterarea audiției celeilalte urechi
- H90.2 Surditate de transmisie, nespecificată

Surditate de transmisie NOS

- H90.3 Surditate neurosensorială bilaterală
- H90.4 Surditate neurosensorială unilaterală fără alterarea audiției celeilalte urechi
- H90.5 Surditate neurosensorială, nespecificată

Surditate congenitală NOS

Pierderea auzului:

- centrală NOS
- neurală NOS
- de percepție NOS
- sensorială NOS

Surditate neurosensorială NOS

- H90.6 Surditate bilaterală mixtă de transmisie și neurosensorială
- H90.7 Surditate unilaterală mixtă de transmisie și neurosensorială fără alterarea audiției celeilalte urechi
- H90.8 Surditate mixtă de transmisie și neurosensorială, nespecificată

Observații:

Hipoacuzia nu înseamnă numai un auz deficitar – ea reduce și capacitatea de a înțelege vorbirea. Vorbirea constă din vocale și consoane exprimate la frecvențe diferite și la intensități diferite. O ureche sănătoasă înregistrează cu ușurință aceste sunete. Atunci când intervine **hipoacuzia**, devine necesară o intensitate mai mare. Dar volumul nu este singura problemă a persoanelor hipoacuzice.

Hipoacuzia localizată în urechea internă (**hipoacuzia** neurosenzorială) afectează foarte adesea în special capacitatea de a sesiza sunetele de înaltă frecvență. Aceste sunete de înaltă frecvență (de ex. „s”, „f”, „sh” și „t”) joacă un rol esențial în capacitatea de înțelegere a vorbirii. De aceea persoanele care suferă de acest tip de **hipoacuzie** adesea spun: „te aud, dar nu înțeleg ce spui”. Protezele auditive convenționale conferă un beneficiu minim, deoarece nervul auditiv nu este capabil să transmită informații suficiente spre creier.

În mod normal, omul trebuie să perceapă sunetele plasate în intervalul 0-20 dB (decibel). Dacă urechea percepe sunetele la o intensitate mai mare de 25 dB, atunci este vorba de hipoacuzie.

În funcție de valoarea în decibeli HL a pierderii tonale, hipoacuziile sunt clasificate în:

Gradul hipoacuziei

Gradul hipoacuziei	Valoarea audiometrică ISO corespunzătoare	Performanța
0 – Lipsa hipoacuziei	25 dB sau mai puțin (urechea mai bună)	Deficiențe auditive inexistente sau foarte mici. Capacitate de a auzi șoapte;
1 – Hipoacuzia ușoară	25 – 40 dB (urechea mai bună)	Capacitate de a auzi și repeta cuvintele rostite la intensitate normală la distanță de 1m;
2 – Hipoacuzia moderată	41 – 60 dB (urechea mai bună)	Capacitate de a auzi și repeta cuvintele rostite cu voce ridicată la distanță de 1m;
3 – Hipoacuzia severă	61 – 80 dB (urechea mai bună)	Capacitatea de a auzi câteva cuvinte atunci când sunt rostite tare în urechea mai bună;
4 – Hipoacuzia profundă (inclusiv cofoza)	81 dB sau peste (urechea mai bună)	Incapacitatea de a auzi și înțelege chiar și cuvintele strigate;

Notă: Gradele 2, 3 și 4 sunt considerate drept **hipoacuzii** cu reducere gravă a capacității auditive.

Barem de investigații

Investigații obligatorii:

- funcția azului (teste cu diapazonul, audiograma tonală/vocală) cu concluzie certă despre efectul aplicării corecției auditive ;
- consultul medicului neurolog (funcția vestibulară);

Investigații suplimentare (recomandabile):

- consultul medicului psihiatru și examenul psihologic (după caz);

Notă: Surditatea neurosensorială la persoanele cu deficiențe mentale și de comportament se vor evalua primar conform acestora (vezi capitolul respectiv).

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu următoarele semne: - Surditate neurosensorială ușoară bilaterală; - Surditate neurosensorială moderată bilaterală care poate fi corectată cu proteză auditivă; - Persoana poate activa în condiții obișnuite sau necesită adaptarea rezonabilă a locului de muncă,	5-35	95-65

Deficiențe medii cu următoarele semne: - Surditate neurosensorială moderată bilaterală care nu poate fi corectată cu proteză auditivă sau aceasta este puțin eficientă; - Sindrom vestibular periferic (vertij, tulburări de echilibru, nistagmus; acufene); - Dificultăți obiective în activitatea profesională;	40-45	60-55
Deficiențe medii cu următoarele semne: - Surditate neurosensorială severă bilaterală care nu poate fi corectată cu proteză auditivă sau aceasta este puțin eficientă; - Sindrom vestibular periferic (vertij, tulburări de echilibru, nistagmus; acufene); - Dificultăți obiective în activitatea profesională;	50-55	50-45
Notă: În cazul sindromului vestibular central hipoacuzia este consecința unei deficiențe primar neurologice.		
Deficiențe accentuate cu următoarele semne: - Surdomutismul; - Surditate neurosensorială severă bilaterală care nu poate fi corectată cu proteză auditivă sau aceasta este puțin eficientă cu deficiențe accentuate de vorbire; - Persoana necisită loc de muncă protejat cu condiții speciale;	60-65	40-35
Notă: Surditatea neurosensorială la persoanele cu deficiențe mentale și de comportament se vor evalua primar conform acestora (vezi capitolul respectiv).		
Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne: - Surditate neurosensorială profundă bilaterală/Cofaza; - Persoana necisită loc de muncă protejat cu condiții speciale	70-75	30-25

AFEȚIUNI PROVOCATE DE FACTORII MEDIULUI OCUPAȚIONAL*

* se vor include toate afecțiunile, indiferent de cauza lor, și care nu sunt clasate la coduri CIM

Sănătatea ocupațională – specialitate medicală și ramură a Sănătății Publice, care se ocupă cu determinarea tuturor factorilor legați de circumstanțele și condițiile de la locul de muncă, precum și de evaluarea impactului acestor factori asupra sănătății (*Theodore H. Tulchinsky, Nouă SP, 2003*)

Boală profesională este orice boală contractată ca rezultatul al expunerii asupra factori de risc, care de curg din procesul de muncă (*Convenția privind sănătatea și siguranța la locul de muncă, 155, 1981*)

http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_ILO_CODE:P155

Bolile legate de profesiune - sunt boli cu determinare multifactorială, la care unii factori determinanți sunt de natură profesională, aceste boli nu se declară, doar se urmărește evoluția lor.

Factorii de risc din mediul ocupațional - reprezintă elementele care pot influența negativ starea de sănătate a lucrătorului care se clasifică în factori fizici, chimici, biologici, ergonomici și neuropsihici.

Accident de muncă presupune un eveniment, care de curge din sau în cursul lucrului care conduce la rănirea fatală sau non-fatală (*Convenția privind sănătatea și siguranța la locul de muncă, 155, 1981*)

http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_ILO_CODE:P155

Lista bolilor profesionale **conform Convenției OIM 155 (1981) și Protocolul, 2010**

1. Boli profesionale cauzate de expunerea la agenții prezenți în mediul ocupațional sau produși în procesul tehnologic.

1.1. Bolile cauzate de agenți chimici:

- 1.1.1. Bolile cauzate de beriliu sau compușii săi toxici
- 1.1.2. Bolile cauzate de cadmiu sau compușii săi toxici
- 1.1.3. Bolile cauzate de fosfor sau compușii săi toxici
- 1.1.4. Bolile cauzate de crom sau compușii săi toxici
- 1.1.5. Bolile cauzate de mangan sau compușii săi toxici
- 1.1.6. Bolile cauzate de arsenic sau compușii săi toxici
- 1.1.7. Bolile cauzate de mercur sau compușii săi toxici
- 1.1.8. Bolile cauzate de plumb sau compușii săi toxici
- 1.1.9. Bolile cauzate de fluor sau compușii săi toxici
- 1.1.10. Bolile cauzate de sulfură de carbon
- 1.1.11. Bolile cauzate de derivații halogenați toxici ai hidrocarburilor alifatice sau aromatice
- 1.1.12. Bolile cauzate de benzen sau omologii săi toxici
- 1.1.13. Bolile cauzate de nitro și aminoderivați toxici ai benzenului sau omologilor săi.
- 1.1.14. Bolile cauzate de nitroglicerină și alți esteri ai acizilor nitrici
- 1.1.15. Bolile cauzate de alcooli, glicoli sau cetone
- 1.1.16. Bolile cauzate de asfixiante: monoxid de carbon, acid cianhidric sau derivații săi toxici, hidrogen sulfurat
- 1.1.17. Bolile cauzate de acrilonitril
- 1.1.18. Bolile cauzate de oxizi de azot
- 1.1.19. Bolile cauzate de vanadiu și compușii săi toxici
- 1.1.20. Bolile cauzate de antimoniu și compușii săi toxici
- 1.1.21. Bolile cauzate de hexan
- 1.1.22. Bolile cauzate de acizi minerali

- 1.1.23. Bolile cauzate de agenți farmaceutici
- 1.1.24. Bolile cauzate de nichel sau compușii săi
- 1.1.25. Bolile cauzate de taliu sau compușii săi
- 1.1.26. Bolile cauzate de osmiu sau compușii săi
- 1.1.27. Bolile cauzate de seleniu sau compușii săi
- 1.1.28. Bolile cauzate de cupru sau compușii săi
- 1.1.29. Bolile cauzate de platină sau compușii săi
- 1.1.30. Bolile cauzate de staniu sau compușii săi
- 1.1.31. Bolile cauzate de zinc sau compușii săi
- 1.1.32. Bolile cauzate de ozon, fosgen (oxiclorura de carbon)
- 1.1.33. Bolile cauzate de substanțe iritante: benzochinonă și alți iritanți ai corneei
- 1.1.34. Bolile cauzate de amoniac
- 1.1.35. Bolile cauzate de izocianati
- 1.1.36. Bolile cauzate de pesticide
- 1.1.37. Bolile cauzate de oxizi de sulf
- 1.1.38. Bolile cauzate de solvenți organici
- 1.1.39. Boli cauzate de latex sau produsele care conțin latex
- 1.1.40. Bolile cauzate de clor
- 1.1.41. Bolile cauzate de orice alți agenți chimici nenumenționați de la 1.1.1. la 1.1.40, în cazul în care se poate stabili o relație directă între expunerea profesională a unui muncitor și boala de care acesta suferă.

1.2. Bolile cauzate de agenți fizici:

- 1.2.1. Deficit auditiv cauzat de zgomot
- 1.2.2. Boli cauzate de vibrații (afecțiuni ale mușchilor, tendoanelor, oaselor, articulațiilor, a vaselor sanguine periferice sau ale nervilor periferici)
- 1.2.3. Boli cauzate de munca la presiune ridicată și scăzută
- 1.2.4. Bolile cauzate de radiațiile ionizante
- 1.2.5. Bolile cauzate de radiațiile electromagnetice
- 1.2.6. Boli optice cauzate de radiațiile ultraviolete, lumina vizibilă, infraroșii
- 1.2.7. Boli cauzate de temperaturi extreme
- 1.2.8. Bolile cauzate de alți agenți fizici nenumenționați în punctele de la 1.2.1. la 1.2.7, în cazul în care se poate stabili o relație directă între expunerea profesională a unui muncitor și boala de care acesta suferă.

1.3. Bolile cauzate de agenți biologici:

- 1.3.1. Bruceloza
- 1.3.2. Bolile provocate de virusuri hepatice
- 1.3.3. Bolile cauzate de virusul imunodeficienței umane (HIV)
- 1.3.4. Tetanos
- 1.3.5. Tuberculoză
- 1.3.6. Sindroame toxice sau inflamatorii asociate cu contaminări bacteriene sau fungice
- 1.3.7. Malarie
- 1.3.8. Antrax
- 1.3.9. Leptospiroza
- 1.3.10. Bolile cauzate de alți agenți biologici nenumenționați în punctele de la 1.3.1. la 1.3.9, în cazul în care se poate stabili o relație directă între expunerea profesională a unui muncitor și boala de care acesta suferă.

2. Boli sistemice definite după organul țintă:

2.1. Boli respiratorii profesionale:

- 2.1.1. Pneumoconioze cauzate de pulberi minerale fibrogene (silicoza, antracosilicoza, azbestoza)
- 2.1.2. Silicotuberculoza
- 2.1.3. Pneumoconioze cauzate de pulberi minerale non - fibrogene
- 2.1.4. Sideroza
- 2.1.5. Afecțiuni bronhopulmonare cauzate de pulberi ale metalelor dure
- 2.1.6. Afecțiuni bronhopulmonare cauzate de pulberi de bumbac, in, cânepă sau sisal (bisinoza)
- 2.1.7. Astmul bronșic profesional cauzat de agenții sensibilizanți sau iritanți recunoscuți ca implicați în procesul tehnologic
- 2.1.8. Alveolita alergică extrinsecă cauzată de inhalarea pulberilor organice, cu anumite diferențe cu legislația națională
- 2.1.9. Afecțiuni pulmonare obstructive cronice
- 2.1.10. Afecțiuni pulmonare cauzate de aluminiu
- 2.1.11. Afecțiuni ale căilor respiratorii superioare, cauzate de agenții sensibilizanți sau iritanți recunoscuți ca implicați în procesul tehnologic
- 2.1.12. Alte afecțiuni ale căilor respiratorii nemenționate în punctele precedente de la 2.1.1. la 2.1.11, în cazul în care se poate stabili o relație directă între expunerea profesională a unui muncitor și boala de care acesta suferă.

2.2. Dermatozele profesionale:

- 2.2.1. Dermatita alergică de contact și urticaria de contact provocate de agenți alergeni cunoscuți care nu sunt incluse în alte puncte
- 2.2.2. Dermatoze de contact iritante cauzate de agenți iritanți cunoscuți care nu sunt incluse în alte puncte
- 2.2.3. Vitiligo profesional
- 2.2.4. Dermatoza cauzată de agenți fizici, chimici sau biologici nemenționați în alte puncte.

2.3. Afecțiuni musculo-scheletice profesionale:

- 2.3.1. Tenosinovite stiloide radiale din cauza mișcărilor repetitive, eforturi de intensitate maximă și poziții vicioase ale mâinii
- 2.3.2. Tenosinovite cronice a mâinii și încheieturii mâinii din cauza mișcărilor repetitive, eforturi de intensitate maximă și poziții vicioase ale mâinii
- 2.3.3. Bursita de olecran din cauza presiunii prelungite pe regiunea cotului
- 2.3.4. Bursita prepatelară ca urmare a poziției îndelungate în genunchi
- 2.3.5. Epicondilita cauza de mișcări repetitive, eforturi de intensitate maximă
- 2.3.6. Leziuni de menisc ca urmare a poziției îndelungate de lucru într-un genunchi sau ghemuit
- 2.3.7. Sindromul de tunel carpian
- 2.3.8. Alte afecțiuni musculo-scheletice nemenționate în punctele de la 2.3.1. la 2.3.7. în cazul în care se poate stabili o relație directă între expunerea profesională a unui muncitor și boala de care acesta suferă.

2.4. Tulburări mentale și de comportament:

- 2.4.1. Stări de stres posttraumatic
- 2.4.2. Alte tulburări mentale sau de comportament nemenționate în punctul 2.4.1, în cazul în care se poate stabili o relație directă între expunerea profesională a unui muncitor și boala de care acesta suferă.

3. Cancerul profesional

3.1. Cancerul cauzat de următorii agenți :

- 3.1.1. Azbest
- 3.1.2. Benzidină și sărurile sale
- 3.1.3. Eter biclorometilic (BCME)

- 3.1.4. Crom VI și compuși săi VI
- 3.1.5. Gudroane de huilă, smoală, funingine
- 3.1.6. Betanaftilamina
- 3.1.7. Clorură de vinil
- 3.1.8. Benzen
- 3.1.9. Nitro și aminoderivați toxici ai benzenului și omologilor săi
- 3.1.10. Radiațiilor ionizante
- 3.1.11. Gudron, smoală, bitum, ulei mineral, antracen sau compuși, sub - produși sau reziduuri ale acestor substanțe
- 3.1.12. Emisii de coxerie
- 3.1.13. Compușii nichelului
- 3.1.14. Pulberi de lemn
- 3.1.15. Arsenic și compușii săi
- 3.1.16. Beriliu și compușii săi
- 3.1.17. Cadmiul și compușii săi
- 3.1.18. Erionita
- 3.1.19. Oxidul de etilenă
- 3.1.20. Formaldehida
- 3.1.21. Hepatita Virală B (HBV) și C (HCV)
- 3.1.22. Cancer cauzat de alți agenți nementionați în punctele de la 3.1.1. la 3.1.21. în cazul în care se poate stabili o relație directă între expunerea profesională a unui muncitor și cancerul de care acesta suferă.

4. Alte boli :

- 4.1. Nistagmusul minerului
- 4.2. Alte boli specifice cauzate de ocupații sau procese tehnologice care nu sunt menționate, în cazul în care se poate stabili o relație directă între expunerea profesională a unui muncitor și maladia profesională de care acesta suferă.

Lista bolilor legate de profesiune în conformitate cu factorii profesionali cauzali, OMS

Hipertensiune arterială	Zgomot, vibrații, temperatură și radiații calorice crescute, suprasolicitare neuropsihică și altele
Boala cardiacă ischemică	Suprasolicitări fizice și neuropsihice crescute și altele
Afecțiuni respiratorii cronice nespecifice	Pulberi, gaze iritante și altele
Afecțiuni digestive	Temperatură crescută, zgomot, noxe chimice și altele
Afecțiuni osteo-musculo-articulare (lombalgii, cervico-scapulalgii și altele)	Microclimate nefavorabil, vibrații, efort fizic crescut, postură incomodă, efect traumatic mecanic și altele
Nevroze și alte afecțiuni neuropsihice	Zgomot, vibrații, noxe chimice, suprasolicitare neuropsihică și altele

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, ”conceptul de boli legate de profesiune” cuprinde toate bolile prezente în populația muncitoare activă, în care mediul ocupațional și executarea anumitor activități de muncă contribuie în mod semnificativ la dezvoltarea acestor afecțiuni. În cadrul etapizării diagnosticului de boală profesională rolul decisiv îl are factorii de risc, noxe din mediul ocupațional.

Stabilirea diagnosticului de boală profesională presupune parcurgerea obligatorie a unor etape de investigație, fiecare dintre acestea solicitând cunoștințe vaste atât din domeniul medical cât și ocupațional, care se dobândesc prin instruire și experiență. Semnătura medicului de boli profesionale și medicului igienist în sănătatea ocupațională este obligatorie pentru declararea cazului de boală sau intoxicație profesională.

Dreptul de a stabili cazul nou de boală profesională aparține Comisiei republicane de boli profesionale

Anamneza profesională – în cadrul anamnezei profesionale, subiectul va fi solicitat să facă o trecere în revistă, prezentând cronologic toate activitățile profesionale prestate, durata celor care au implicat expuneri semnificative și referiri asupra condițiilor de muncă; și cu privire la eventualele expuneri în cursul formării profesionale (ucenicie, practică în producție), din perioada stagiului militar (în unele cazuri, chiar și detenție). Declararea unei boli profesionale necesită confirmarea oficială a expunerii. Identificarea și evaluarea factorilor de risc din mediul ocupațional presupune cunoașterea de către medicul specialist în sănătatea ocupațională, a detaliilor de ordin tehnologic a procesului de producție precum și perioada expunerii lucrătorului la noxe.

Istoricul bolii – se vor aprecia relațiile dintre apariția simptomelor și expunerea profesională, momentul de apariție cu fazele, periodicitatea acestora precum și caracterul lor coerent, dependent de întreruperea și reluarea activităților. Este importantă semnalarea dependenței între manifestările clinice ale angajatului și modificările în procesul tehnologic și/ sau utilizarea unor alte surse de materii prime. În formele grave de boală simptomatologia tinde să fie una clasică. În unele cazuri: un subiect cu astm bronșic atopic, sensibilizat de alergeni ubiquitari, expus conjunctural la un iritant ocupațional va face o criză printr-o descărcare nespecifică, pe linie colinergică a celulelor sensibilizante (mastocite, bazofile).

Dizabilitate ca urmare a unei boli profesionale - se stabilește atunci când factorul profesional a fost momentul definitoriu în apariția bolii și dizabilității ulterioare, concomitent excluzându-se posibilitatea influenței altor factori. Deasemenea se confirmă dizabilitatea angajatului, ca consecință a bolii profesionale și complicațiilor bolilor legate de profesie, în rezultatul agravării bolii profesionale de către alte afecțiuni din anamneză anterioară.

AFECTIUNI DERMATOLOGICE

Dermatozele profesionale sunt afecțiuni dermatologice provocate prin contacte repetate, în general zilnice cu substanțe sau agenți de la locul de muncă, manipulate sau cu care tegumentul vine în contact sau la care sunt expuși în cursul exercitării profesiei (dermatoze de contact).

NOTĂ: Stabilirea dizabilității se va efectua în conformitate cu criteriile afecțiunilor dermatologice.

Principalele profesii cu risc crescut de a face dermatoze:

- muncitorii din construcții (acțiunea cimentului)
- muncitorii din metalurgie și industria constructoare de mașini
- lucrătorii medicali

Diagnosticul dermatozelor profesionale se pune pe baza următoarelor elemente:

I. Stabilirea expunerii profesionale:

- *Anamneza și ruta profesională;*
- *Extrase din carnetul de muncă;*
- *Aviz în urma cercetării locului și procesului de muncă.*

II. Tabloul clinic:

- *Simptomatica patologică tegumentară;*
- *Debutul dermatozei și evoluția dermatozei;*

- *Forma clinică propriu zisă.*

III. Exame de laborator și paraclinic:

- *Teste epicutanate;*
- *Intradermoreacția (IDR).*

AFECȚIUNILE MUSCULO-SCHELETICE

Afecțiunile musculo-scheletice (AMS) reprezintă deficiențe ale elementelor corpului, precum mușchii, articulațiile, tendoanele, ligamentele, nervii, oasele și sistemul circulator localizat, provocate sau agravate în principal de munca fizică și de efectele mediului în care se desfășoară activitatea.

Cele mai multe AMS legate de muncă sunt afecțiuni cumulative care decurg din expunerea repetată la sarcini de intensitate înaltă sau joasă pe o perioadă de timp îndelungată. În AMS pot fi încadrate traume acute (fracturile care au loc în timpul unui accident), traume episodice caracterizate prin apariția durerilor în diverse intervale de timp. Conform Agenției Europene pentru Securitatea și Sănătatea în Muncă, AMS pot avea o evoluție persistentă și ireversibilă.

NOTĂ: Stabilirea dizabilității se va efectua în conformitate cu criteriile afecțiunilor musculo-scheletice.

Formele clinice ale afecțiunilor musculo-scheletice

* Sursa : <http://ams.protectiamuncii.ro/doc/Fisa1%20-%20Ce%20stim%20despre%20afectiunile%20musculo-scheletice%20profesionale%20si%20cum%20le%20putem%20preveni.pdf>

1. Manifestări articulare

- Boala artrozică, cu degenerarea cartilajului articular
- Spondiloza sau spondilartroza (artroza coloanei vertebrale), apare în zonele de maximă mobilitate (articulațiile disco-vertebrale C₅, D₇₋₁₀, L₃₋₄) și/sau articulațiile interapofizare.
- Spondiloza cervicală.
- Spondiloza dorsală.
- Spondiloza lombară.
- Coxartroza (artroza șoldului), gonartroza (artroza genunchiului).
- Periartrita scapulo-humerală (umărul dureros), entezite (tendoperiostite), (tenosinovita de efort), sindromul de canal carpian.
- Tenosinovita anchilozantă: poate apare la presiunea constantă și accentuată a zonei metacarpo-falangiene, producându-se o îngroșare a ligamentelor circulare ale tecilor sinoviale cu comprimarea tendoanelor, limitând funcționarea acestora.
- Bursite profesionale.

Profesiuni expuse: dactilografi, operatori la video terminale, hamali, mineri, muncitori în turnătorii, lucrătorii care ridică și transportă greutăți mari, polizatori, tăietori de lemne, toboșari, nituitori, sculptori, șlefuitori, ștanțatori, tâmplari, croitori, violonceliști, pianiști, sportivi profesioniști (atletism, baschet, ciclism, gimnastică, tenis).

2. Manifestări musculare:

- Miopatii profesionale.

Profesiuni expuse: muncitori care încarcă și descarcă greutăți mari timp îndelungat (hamali), dactilografi, sportivi profesioniști (ciclism, scrimă, atletism, baschet).

- Osificări musculare profesionale

Profesiuni expuse: sportivi profesioniști (rugbi, atletism, fotbal, hipism).

3. **Manifestări osoase** (fracturile profesionale nu trebuie confundate cu fracturi cauzate de accidente de muncă). Există fracturi de uzură și fracturi de smulgere.

- Fracturi de uzură: apar în special la adolescenți.

Localizări: vertebra cervicală C-7, coastele, oasele carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, calcaneul, rotula, oasele lungi ale membrelor.

- Fracturi prin smulgere: constructori, soldați.

Localizări: apofiza calcaneană, tuberculul deltoid, humeral, platoul tibial, olecranul.

- Meniscopatiile profesionale ale genunchiului.

Profesiuni expuse: mineri, zidari, grădinari, sportivi profesioniști (fotbal, baschet, rugby, scrimă, handbal).

Contraindicații pentru angajare

- Miozite, tedinite, tenosinovite, bursite.
- Afecțiuni osteoarticulare inflamatorii, degenerative.
- Artroze, artrite la nivelul mușchilor și articulațiilor antrenate în procesul de muncă.
- Maladiile congenitale și dobândite ale aparatului locomotor în funcție de solicitările specifice profesiei.

AFECTIUNILE OFTALMOLOGICE PROFESIONALE

Afecțiuni oftalmologice profesionale – reprezintă suprasolicitarea analizatorului vizual în segmentul său periferic și acțiunea nocivă a factorilor fizici, chimici și biologici caracteristici locului de muncă.

NOTĂ: Stabilirea dizabilității se va efectua în conformitate cu criteriile afecțiunilor oftalmologice.

Factori risc pentru apariția afecțiunilor oftalmologice:

- Persoană: vicii de refracție preexistente, alcoolism, vârsta înaintată.
- Mediu de muncă: intensitate necorespunzătoare a luminii, sclipiri /pâlpâiri în câmpul vizual, iluminare neuniformă, mărimea detaliului, distanța ochi – detaliu, ambianța cromatică, pulberi iritante, zgomot, prezența în mediul de activitate a substanțelor nocive pentru analizatorul vizual.

Profesiuni expuse: dactilografi, ceasornicari, croitori, olari, operatori la video terminale, laboranți la microscop, etc.

Simptomele afectării oculare și vizuale: bilateralitate, senzație de arsură, înțepătură, dureri în globii oculari, vedere încețoșată, clipit frecvent, congestie blefaro-conjunctivală, lăcrimare, contractura musculaturii frontale, perceperea obiectelor cu dublu contur, cu franjuri, deformarea imaginii vizuale, îngustarea câmpului vizual.

Pentru aprecierea deficienței vizuale, sunt necesari obligatoriu cei doi parametri funcționali – AV (acuitatea vizuală) și CV (câmpul de vedere), după care se stabilește deficiența funcțională, cu corecția la ochiul cel bun. Orice stare patologică, care modifică AV și CV, poate determina deficiență vizuală.

Evaluarea patologiilor oculare cu indicații chirurgicale se va face postoperator, cataracta se reevaluează funcțional și clinic după 6-12 luni, dezlipirea de retină și vitrectomia posterioară – după 12 luni, în cazul transplantului de corneă – după 24 de luni.

Diplopia determină deficiență vizuală de 40-55%, cu reevaluare clinică și funcțională la 3-6 luni. Tumorile maligne intraoculare, indiferent de acuitatea vizuală, determină o deficiență vizuală de 60-75% (accentuată).

Barem de investigații

I. Investigații obligatorii:

- acuitate vizuală;
- refractometria;
- câmpul vizual (manual sau computerizat);
- oftalmoscopia.

II. Investigații suplimentare:

- tensiune oculară;
- electroretinogramă - ERG;
- potențiale evocate - PEV;
- electrooculogramă - EOG;
- angiofluorografie - AFG;
- topografie corneeană;
- tomografia nervului optic - HRT;
- tomografie retiniană - OCT.

Contraindicații pentru angajare:

- Scăderea acuității vizuale sub 0,5 la AO fără corecție sau sub 0,7 la ambii ochi cu corecție optică eficientă (diferența de corecție optică >3D între ochi);
- Glaucom cu unghi închis neoperat;
- Glaucom cu unghi deschis (anterior diagnosticat);
- Disfuncții severe ale echilibrului oculomotor: strabism, heteroforie cu tulburarea vederii binoculare, nistagm care influențează integritatea funcțională a organului vizual;
- Retinopatie pigmentară;
- Dezlipire de retină;
- Lipsa vederii la un ochi;
- Disfuncția echilibrului oculomotor;
- Hialite, corioretinite, uveite și sechelele lor;
- Tulburări ale simțului cromatic pentru lucrările vizuale care constituie un risc în cazul neperceperii culorilor;
- Orice afecțiune oculară acută și evolutivă până la vindecare.

ASTMUL BRONȘIC PROFESIONAL

Astmul bronșic profesional reprezintă o formă de astm, ce are ca determinant al bolii un element fizic, chimic sau biologic din mediul ocupațional.

Astmul bronșic are ca substrat morfofopatologic inflamația (predominant eozinofilică) a arborelui bronșic ce determină o hiperreactivitate a acestuia, având ca manifestare clinică majoră criza de dispnee paroxistică.

Criterii de evaluare a deficienței funcționale, structurale și a capacității de muncă în Astm bronșic profesional

Afecțiunea (forma clinică, stadiul)	Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
		5-35	95-65

Astm bronșic intermitent	Deficiență funcțională ușoară cu unele dintre următoarele semne: • Fără deficiență funcțională asimptomatic în afara crizelor. • Accese diurne mai rar de o dată pe săptămână, nocturne mai rar de 2 ori pe lună. • Exacerbări rare, de scurtă durată, nu afectează activitatea zilnică. • VEMS sau PEF $\geq 80\%$ din prezis • Variabilitate PEF sau VEMS $\leq 20\%$		
Astm bronșic persistent ușor	Deficiență funcțională ușoară cu unele dintre următoarele semne: • Deficiență funcțională ușoară. • Accese diurne mai des de o dată pe săptămână, mai rar de o dată pe zi, nocturne mai des de 2 ori pe lună. • Exacerbări frecvente care pot afecta activitatea zilnică și somnul. • VEMS sau PEF până la 65% din prezis • Variabilitate PEF sau VEMS 20-30%	5-35	95-65
Astm bronșic persistent moderat	Deficiență funcțională medie cu unele dintre următoarele semne: • Deficiență funcțională medie. • Accese diurne zilnice, nocturne mai des de o dată pe săptămână. • Exacerbări frecvente care pot afecta activitatea zilnică și somnul, însoțite de alterarea funcției ventilatorii. • VEMS sau PEF până la 60-50% din prezis • Variabilitate PEF sau VEMS $>30\%$	40-55	60-45
Astm bronșic persistent sever	Deficiență funcțională accentuată cu unele dintre următoarele semne: • Deficiență funcțională accentuată. • Accese diurne zilnice. • Exacerbări frecvente care pot afecta activitatea zilnică și somnul, însoțite de alterarea funcției ventilatorii. • VEMS sau PEF $<50\%$ prezis • Variabilitate PEF sau VEMS $>30\%$	60-75	40-35

Complicații (insuficiență respiratorie cronică, CPC ICD)	Deficiență funcțională severă/absolută cu unele dintre următoarele semne: - Deficiență funcțională gravă. - VEMS, PEF < 30% prezis, - Hipoxemie severă de repaus ± hipercapnie (pa O₂ < 60 mmHg, pa CO₂ >50 mmHg) + semne de cord pulmonar cronic, Insuficiență cardiacă ireductibilă.	80-100	20-0

Clasificarea astmului bronșic conform formelor clinice:

- Alergic (alergenii vegetali, animalii, chimici);
- Iritativ;
- De efort.

Clasificarea astmului bronșic conform severității

	Simptome	Simptome nocturne	PEF
Treapta 4 persistent sever	Continue Limitarea activității fizice	Frecvente	< 60% din prezis Variabilitate: 30%
Treapta 3 persistent moderat	Zilnice Beta 2-agonist - zilnic Crizele limitează activitatea	≤ 1 dată / săptămână	60-80% din prezis Variabilitate: 30%
Treapta 2 persistent ușor	≥ 1 dată / săpt. Dar 1 dată / zi	≤ 2 ori / lună	≥ 80% din prezis Variabilitate: 20-30%
Treapta 1 intermitent	≥ 1 dată / săpt. Asimptomatic între crize	≤ 2 ori / lună	> 80% din prezis Variabilitate: <20%

BISINIOZA

Bisinoza este o afecțiune profesională respiratorie cronică cu evoluție stadială, caracterizată prin fenomene bronhospastice, ce apar la inhalarea pulberilor vegetale textile.

În stadii avansate de evoluție se prezintă ca o bronhopneumopatie cronică obstructivă, caracterizată prin faptul că tulburările respiratorii se accentuează după o zi de repaus.

Locuri de muncă și profesii expuse:

- muncitorii din industria bumbacului, care lucrează la operațiile de egrenare, balotare;
- pregătirea fibrelor de bumbac;
- muncitorii din industria textilă a inului și a cânepii;
- muncitorii din secțiile de țesut ale fabricilor textile.

În 1983 OMS a recomandat un sistem de gradare a simptomelor Bisiniozei reprezentat în tabelul de mai jos.

Sistemul de gradare a bisiniozei conform OMS

Clasificare	Simptome
Gradul 0	Fără simptome
Bisinioza	
Gradul B ₁	Constricție toracică și/sau sufocare frecvent în prima zi de reluare a activității
Gradul B ₂	Constricție toracică și / sau senzație de sufocare în prima și în alte zile ale săptămânii de lucru
Iritarea tractului respirator (IR)	
Gradul IR ₁	Tusea asociată cu expunerea la pulberi
Gradul IR ₂	Expectorație persistentă mai mult de 3 luni dintr-un an provocată sau exacerbată de expunerea la pulberi
Gradul IR ₃	Expectorație persistentă provocată sau înrăutățită de expunerea la pulberi asociate cu afecțiuni pulmonare, cu o durată de 2 sau mai mulți ani

Barem de investigații:

- probele funcționale;
- examenul radiologic;
- examenul morfopatologic;
- examenul bronhoscopic.

Modificările volumului expirator maxim pe secundă în Bisinioză conform OMS 1983

Modificări acute	
Fără efect	Scăderea VEMS cu mai puțin de 5% sau creșterea VEMS în timpul schimbului de lucru
Efect ușor	Scădere cu 5-10% a VEMS – în timpul schimbului de lucru
Efect moderat	Scădere cu 10-20% a VEMS – în timpul schimbului de lucru
Efect sever	Scădere cu 20% sau mai mult a VEMS - în timpul schimbului de lucru
Modificări cronice	
Fără efect	VEMS > 80% din valorile teoretice
Efect ușor-moderat	VEMS = 79-60% din valorile teoretice
Efect sever	VEMS sub 60% din valorile teoretice

Criterii de evaluare a deficienței funcționale, structurale și a capacității de muncă în Bisinioză

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiență funcțională ușoară cu unele dintre următoarele semne: • categoria funcțională = ½, scăderile volumului expirator maxim pe secundă (VEMS) de-a lungul schimbului de lucru (6-20%);	5-35	95-65

• categoria funcțională = 1.		
Deficiență funcțională medie cu unele dintre următoarele semne: • categoria funcțională = 2; • categoria funcțională = 3; • disfuncție ventilatorie moderată.	40-55	60-45
Deficiență funcțională accentuată cu unele dintre următoarele semne: • categoria funcțională = 3; • disfuncție ventilatorie moderată.	60-75	40-35
Deficiență funcțională severă/absolută cu unele dintre următoarele semne: • insuficiența respiratorie cronică manifestă; • insuficiență cardiacă dreaptă ireductibilă; • necesită oxigenoterapie de lungă durată (OLD).	80-100	20-0

NOTĂ: Volumul expirator maxim pe secundă (VEMS) reprezintă cantitatea de aer expirată în prima secundă de expir forțat care urmează unui inspir maximal.

Manevra se desfășoară în felul următor: pacientul este conectat la spirograf, se pleacă de la valoarea capacității reziduale funcționale; după 2-3 respirații de repaus, subiectul face inspir maxim, după 1 secundă de apnee este instruit să facă expir maxim și forțat astfel încât la sfârșit să ajungă la valoarea volumului rezidual. Cantitatea totală de aer expirat = capacitatea vitală forțată.

NOTĂ: Indicele Tiffeneau este corelație VEMS cu capacitatea vitală forțată, care prezintă reactivitate bronhică. Valoarea normală a Indicelui Tiffeneau este 72-82%.

$$\text{Indicele Tiffeneau} = \frac{\text{VEMS}}{\text{capacitatea vitală forțată}} \times 100 (\%)$$

BOALA DE IRADIERE

Boala de iradiere cuprinde ansamblul de modificări produse în organism, sub influența radiațiilor ionizante (care produc ioni), cum sunt radiațiile electromagnetice (razele Roentgen) sau radiațiile corpusculare (α , β).

NOTĂ: Stabilirea dizabilității se va efectua în conformitate cu criteriile bolilor de iradiere.

Principalele ocupații cu expunere profesională la radiații ionizante:

- lucrătorii medicali (medici radiologi, specialiști în medicină nucleară, cardiologi, oftalmologi, ortopezi, chirurghi și echipele asociate ale acestora);
- personalul din instituții de cercetare ce utilizează materiale radioactive;
- personalul din centralele nucleare energetice, din ramurile economie cu procesele de prelucrare a combustibilului nuclear și etc.;

- muncitorii din minele și uzinele de procesare a minereului, cu cantități semnificative de minereuri radioactive.

Efectele radiațiilor ionizante asupra organismului:

- Efecte acute generale – boala acută de iradiere
- Efecte acute locale
- Efecte cronice generale– boala cronică de iradiere
- Efecte cronice locale
- Radiații interne (incorporate)

Boala de iradiere cronică este cea mai frecventă formă, apare în urma expunerii externe sau interne cu doze mici, la peste doza maximă admisă a întregului corp, repetat timp îndelungat.

Boala de iradiere cronică se manifestă prin:

- efect stocastic: tumoră (cutanat, pulmonar, tiroidian, osos), leucemii.
- efect non-stocastic: la nivelul țesuturilor radiosensibile (măduva osoasă, cristalini, piele, tractul respirator, gonade)

Clasificarea bolii cronice de iradiere:

1. Boala de iradiație cronică prin expunere externă la radiații penetrante a întregului corp: sindrom asteno-vegetativ, sindrom digestiv, disfuncții endocrine, tulburări ale analizatorilor.
2. Boala de iradiație cronică prin expunere internă la radiații penetrante a întregului corp: produce osteosarcom, carcinom sinuzal, carcinom bronșic, leucemii, anemii aplastice, osteite cu fracturi spontane, fibroze pulmonare grave.
3. Boala de iradiație cronică prin expunere internă (incorporate) la radiațiile ionizante.

Contraindicații pentru angajare

- Boala acută de iradiere sau alte manifestări patologice în urma expunerii cronice la radiații ionizante
- Sarcina și perioada de alăptare
- Stări precanceroase (neoplazii în evoluție, leziuni cutanate cu tendință spre malignizare)
- Afecțiuni hematologice
- Boli psihice
- Patologii cronice (hepatopatii, nefropatii, dermite, eczeme, psoriaz, penfigus).
- Etilismul cronic

BOALA DE VIBRAȚII

Boala de vibrații (trepitații) este o boală profesională cauzată de expunerea la vibrații într-un mediu ocupațional pe o perioadă îndelungată de timp și este cunoscută sub numele de Sindromul degetelor albe, Boala Pseudo Raynaud.

NOTĂ: Stabilirea dizabilității se va efectua în conformitate cu criteriile afecțiunii cauzate de vibrații.

Profesiile expuse în dependența de frecvență vibrației și mecanismul de acțiune

Frecvența vibrațiilor:	Mecanismul de acțiune	Profesii expuse
1) sub 2 Hz (vibrații de frecvență foarte joasă)	Acțiunea vibrațiilor generale asupra organismului provoacă stimularea vestibulară, responsabilă de manifestările clinic	Angajații din ramura transportului aeronautic și maritime, etc.
2) 2-20 Hz (vibrații de frecvență joasă)	Provoacă deplasări ritmice ale organelor din cavitatea abdominală și pelviană, precum și la deplasări ale corpurilor vertebrale	Conducătorii camioanelor, tractoarelor, excavatoarelor, buldozerelor etc.
3) 20-300 Hz (vibrații de frecvență medie)	Acțiunea vibrațiilor locale asupra sistemului mână-braț provoacă: - tulburări circulatorii (vasospasm), - tulburări sensitive și motorii (amorteți, incapacitatea de a executa lucrări fine), - tulburări musculo scheletice	Minerii ce utilizează utilaje pneumatice, muncitori din industria constructoare de mașini, în procesele de prelucrare a lemnului, rocilor etc.
4) 300-1000 Hz (vibrații de frecvență înaltă)		

Acțiunea mecanică a vibrațiilor acționează direct asupra sistemului osteoarticular al membrelor superioare și sistemului vascular local. Apariția unei hipertonii vasculare și sincope este condiționată de secreția noradrenalinei la nivelul terminațiilor adrenergice ale simpaticului.

Lezarea trunchiurilor nervoase și terminațiilor aferente se manifestă prin nevroze cu focare de excitație stagnantă, stabilă, în creier, generatoare de tulburări vasculare și trofice ale membrelor superioare.

Sindromul aparatului locomotor (osteoartropatia) este consecința solicitării mecanice a cartilajului articular, osului, mușchiului, tendoanelor, etc.

Sunt prezente următoarele leziuni:

- *leziuni osteoarticulare*: articulația cotului, carpului, rar a pumnului, scapulo-humerală;
- *leziuni ale tendoanelor și tecilor tendinoase*: tenosinovite;
- *leziuni musculare*: atrofii musculare primitive ale mușchilor mâinii, mușchii centurii scapulare;
- *leziuni ale fasciilor și aponevrozelor*: boala Dupuytren (retracția aponeurozei palmare superficiale), bursite cronice ale palmei.

Boala Raynaud se caracterizează prin accese paroxistice, de paloare și cianoză localizate la nivelul degetelor urmate de eritem.

Diferențierea între boala Raynaud și Pseudo Raynaud

Simptome	Boala Raynaud	Boala Pseudo Raynaud
accesele degetele albe și angiospasmelor	frecvent femei	ambele sexe
tulburările vasculare	se extind asupra tuturor membrelor	doar asupra extremităților
dereglarea sensibilității	nu sunt însoțite de dereglarea sensibilității	sunt însoțite de dereglarea sensibilității

Sindromul Pseudo Raynaud se caracterizează prin apariția crizelor de spasm arteriolar, care durează până la 30 de minute și evoluează în trei faze:

- perioada de **aură**: paretezii, dureri în degete;
- perioada de **stare**: paloare marcată a unuia sau mai multor degete, anestezia în aceleași regiuni, precum scăderea temperaturii cutanate în regiunile afectate (durata variază de la minute la ore);
- perioada de **restabilire**: dureri în degete, mâna, antebraț, cianoză, tumefierea degetelor, revenirea la normal a temperaturii cutanate, congestie.

În timp fenomenele se extind și la alte degete și se stabilizează. Sunt afectate mișcările ce implică finețe.

Sindromul vascular este determinat cu ajutorul scalei Stockholm pentru evaluarea simptomatică a fenomenelor vasculare produse de vibrații din sistemul mână braț.

Scala Stockholm pentru evaluarea simptomatologică a fenomenelor vasculare din sindromul de vibrații mână-braț. Stadializarea vasculară (V):

Stadiul	Simptome
0 V	crize de paloare absente
1 V	crize de paloare ocazionale (mai rar decât săptămânal) la nivelul unuia sau mai multe degete
2 V	crize de paloare ocazionale la nivelul falangelor distale și medii (foarte rar proximale) a unuia sau mai multor degete
3 V	crize de paloare frecvente la nivelul tuturor falangelor a majorității degetelor
4 V	manifestările stadiului 3V la care se adaugă tulburări trofice cutanate

Sindromul neurologic manifestat prin tulburări senzitive (senzații de înțepături, arsuri, furnicături, amorțeală, dureri, crampe, hipoestezie tactilă și dureroasă); tulburări motorii; tulburări trofice (hipotrofie); pe electroencefalogramă pot apare alterări la peste 100 cm/s².

Scala Stockholm pentru evaluarea manifestărilor neurosenzoriale din sindromul de vibrații mână-braț. Stadializarea neurosenzorială (NS):

Stadiul	Simptome
0 NS	expunere la vibrații mână-braț, simptome absente
1 NS	paretezii (amorțeli, furnicături) intermitente
2 NS	paretezii intermitente sau persistente asociate cu reducerea percepției senzoriale
3 NS	paretezii intermitente sau persistente asociate cu reducerea discriminării tactile și/sau adexerității manuale

NOTĂ: evaluarea se face individual pentru fiecare mână.

Bolii de vibrații se asociază:

- hipoacuzie sau surditate profesională;
- tulburări neurodigestive (cefalee, insomnie, astenie etc.);
- tulburări digestive;
- la nivelul mâinii: anhidroza, hipercheratoza, băătăuri, ragade, fragilitate unghială.

Expunerea profesională la trepidații cu frecvența și caracteristicile fizice (amplitudine, accelerație, viteză) peste limitele admisibile, pe o durată semnificativă de timp, se pune în evidență prin anamneza profesională. Anamneza profesională se face prin acte doveditoare a vechimii în profesii cu risc specific trepidațiilor.

Pentru stabilirea diagnosticului și aprecierea evoluției bolii în boala de vibrații provocată de acțiunea vibrațiilor locale regionale se utilizează - *Indicele de recuperare după testul presor la rece (IRTP) – I. Okada.*

Vibrațiile ce acționează asupra sistemului mână-braț favorizează apariția sindromului Raynaud, gravitatea bolii fiind estimată clinic prin *punctajul Pyykko*.

Gravitatea în Sindromul Raynaud - estimată clinic prin punctajul Pyykko

Variabila	Punctajul		
	0	1	2
Număr falange afectate	1 – 4	5 - 1	≥ 15
Timp de recuperare - lucru (min)	< 5'	5' – 15'	> 15'
Număr de crize / săptămână	< 1	1 – 4	> 5
Influența temperaturii mediului	Frig mare	Frig mediu	Cald
Rezultatul testului de provocare la rece	(-)	(+) la o mână	(+) bilateral

NOTĂ: Rezultatele testului:

- 8 - 10 puncte: sindrom Raynaud sever, se recomandă schimbarea locului de muncă (fără trepidații!)
- 5 - 7 puncte: sindrom Raynaud mediu, se recomandă reducerea timpului de expunere la vibrații.

Barem de investigații

- Proba cu frig
- Proba cu hipertermie reactivă
- Capilaroscopie
- Oscilografie arterială
- Termometrie

Barem de investigații

Aprecierea caracterului și gradului de tulburare a sensibilității	• Algezimetria
Aprecierea stării sistemului neuro-muscular	• Electromiometria, • Electromiografia • Măsurarea vitezei de propagare a excitațiilor pe fibre nervoase.
Depistarea deteriorărilor osteoarticulare	• Radiografia.
Depistarea tulburărilor vasculare pronunțate	• Electrocardiografia • Policardiografia • Mecanografie

Contraindicații pentru angajare

- Arterită, arteriopatie cronică obliterantă
- Artrite sau artroze ale articulațiilor supuse acțiunii vibrațiilor
- Sindromul Raynaud, boala Pseudo Raynaud
- Polinevrite
- Miozite tendosinovite ale mușchilor și tendoanelor supuse acțiunii vibrațiilor

CANCERUL PROFESIONAL

Cancerul profesional este definit de către Agenția Internațională de Cercetări asupra Cancerului (IARC) ca un proces neoplazic datorat expunerii unor factori specifici denumiți agenți cancerigeni profesionali, de natură chimică, fizică și biologică cu care muncitorul intră în contact în cursul activității sale profesionale.

Cancerigenii profesionali reprezintă unul sau complexul de agenți prezenți la locul de muncă ce determină un risc crescut de cancer pentru persoanele expuse.

Conform clasificării Agenției Internaționale de Cercetare a Cancerului (IARC) s-au stabilit 4 grupe de carcinogeni:

- **Grupa 1** - agenți pentru care există o relație dovedită de cauzalitate expunere – tumoră. Sunt recunoscute anumite procese industriale asociate cauzal cu cancerul.
- **Grupa 2A** - agenți probabil cancerigeni, pentru care există observații limitate, în ceea ce privește efectul lor cancerigen la om.
- **Grupa 2B** cuprinde agenți cancerigeni posibili, pentru care, deși există date confirmative la experimentele pe animale, nu sunt observații adecvate care să susțină efectul lor la om.
- **Grupa 3** cuprinde agenți sau substanțe care nu pot fi clasificate în ceea ce privește cancerogenitatea pentru om.
- **Grupa 4** cuprinde agenți sau substanțe care probabil nu sunt cancerigene pentru om.

Clasificare: diversitatea proceselor neoplazice implică necesitatea de diferențiere a acestora.

În prezent, criteriile de clasificare a tumorilor sunt:

- aspectul macroscopic;
- extensia tumorală;
- de evoluție biologică (benignă, malignă);
- de histogeneză;
- histopatologic;
- sediu anatomic (localizare);
- grad de diferențiere;

O clasificare generală se referă la noțiunea de stadiu:

- Stadiul 0 = tumoră în situ (localizat) fără extensie;
- Stadiul I = tumoră de dimensiuni reduse fără invazie ganglionară;
- Stadiul II = tumoră de dimensiuni mai mari și invadare ganglionară minimă;
- Stadiul III = tumoră dezvoltată, depășind organul afectat, cu invazie ganglionară importantă;
- Stadiul IV = tumoră difuză cu metastaze;

Stadiul 0 corespunde la o vindecare în 100 % din cazuri, iar stadiul IV comportă un prognostic fatal. Această clasificare se bazează pe datele examenului clinic și ale examenelor radiologice.

Sistemul de clasificare TNM: caracterizează gradul de extensie locoregională și la distanță a cancerului și constă în definirea a 3 componente:

T – evaluarea extensiei cancerului primar;

N – evaluarea invaziei metastatice a nodulilor limfatici regionali;

M – evaluarea prezenței sau absenței metastazelor la distanță.

Obiectivele stadializării TNM: estimarea pronosticului, selectarea celei mai bune atitudini terapeutice și evaluarea răspunsului la tratamentul oncologic.

Criterii de evaluare a deficienței funcționale și structurale, și a capacității de muncă în cancerul profesional

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiență funcțională ușoară cu unele dintre următoarele semne: • leziuni precanceroase; • stadiul 0 (inițial, incipient), tratat; • formele vindecate sau în remisiune de durată (fără modificări clinico-biologice la investigații repetate), după supraveghere cel puțin 5 ani în gradul II sau III de invaliditate; - absența recidivelor; - sechele minore ale bolii sau ale tratamentului.	5-35	95-65
Deficiență funcțională medie cu unele dintre următoarele semne: - stadiile tumorale I, II, III și IV în cursul tratamentului oncologic agravat de reacții adverse; - sechelele bolii, tratamentului.	40-55	60-45
Deficiență funcțională accentuată cu unele dintre următoarele semne: - stadiile I, II, III inițial, boală cu evoluție (recidive, recurențe, metastaze) sub tratament; - sechele importante ale bolii sau ale tratamentului greu de controlat terapeutic.	60-75	40-35
Deficiență funcțională severă/absolută cu unele dintre următoarele semne: - stadiile III, IV invalidante; - stadiul terminal.	80-100	20-0

NOTĂ: determinarea dizabilității provocate de cancer se va efectua conform criteriilor privind organele sau sistemele afectate.

Principalele grupe de persoane expuse profesional la radiații ionizante sunt:

- lucrătorii medicali, care însumează aproximativ 75% din persoanele expuse profesional (medici radiologi, specialiști în medicină nucleară, cardiologi, oftalmologi, ortopezi și echipele asociate ale acestora);
- personalul din centre de cercetare ce utilizează utilaje sau materiale radioactive;
- angajații din domeniul industriei nucleare, centralele nucleare energetice și procesele de prelucrare a combustibilului nuclear;
- muncitorii din minele și uzinele de procesare a minereului, unde sunt prezente cantități semnificative de minereuri radioactive.

Expunerile profesionale:

- 4-mSv/an: mine uranifere;
- 2-3mSv/an: echipaje de la bordul avioanelor;
- 1-2mSv/an: mine ne-uranifere;
- 2.5mSv/an: operator reactor nuclear;
- 1mSv/an: tehnicieni în radiologie industrială;
- 0,5-1mSv/an: personal medical.

INTOXICAȚII PROFESIONALE

Intoxicațiile profesionale sunt stări patologice cauzate de expunerea la substanțe toxice prezente în mediul ocupațional, legate de exercitarea unei profesii.

Notă. Stabilirea dizabilității se va efectua în conformitate cu criteriile intoxicațiilor.

Substanță toxică: substanță chimică, care pătrunsă în organism în cantități mici provoacă tulburări a funcțiilor vitale ale organismului.

Toxice profesionale: substanțe chimice prezente în mediul ocupațional sau apar în timpul proceselor tehnologice, pătrunzând în organism, provoacă schimbări în starea de sănătate a angajaților.

Majoritatea intoxicațiilor profesionale sunt de tip cronic datorită expunerii îndelungate la doze mici, ele au o evoluție lentă, asimptomatică și duc la instalarea gradelor de dizabilitate la persoanele afectate.

Intoxicațiile profesionale mai des întâlnite: saturnismul (Pb), silicoza (SiO₂), aluminoza (Al), benzenismul (benzen), hidrargirismul (Hg), manganismul (Mn), berilioza (Be), baritoza (Ba) etc..

Clasificarea toxicelor:**I. Conform gradului de toxicitate:**

- Extrem de toxice și periculoase;
- Cu toxicitate și pericol sporit;
- Cu pericol mediu;
- Cu pericol scăzut.

II. Conform gradului de afectare a organismului:

- Nepericuloase;
- Cu efect reversibil;
- Cu efect ireversibil;
- Deces.

III. Conform structurii chimice:**A. Neorganice:**

- Metale și metaloizi (Pb, Hg, Mn, Zn);
- Sulfur și compușii săi;
- Fosforul și compușii săi;
- Monoxidul de carbon, etc.

B. Organice:

- Hidrocarburile (benzină, benzen, toluen, acetonă);
- Alcoolii glicolici și aldehide;
- Fenoli;
- Terpenele și compușii organici ai azotului.

Complicațiile frecvente a intoxicațiilor profesionale:

- Insuficiență cardiorespiratorie;
- Insuficiență hepatorenală;
- Encefalopatie și alte afecțiuni ale SNC;
- Pneumoconioze și fibroze pulmonare;
- Dermatite profesionale;
- Acțiune mutagenă și cancerogenă.

NOTĂ: determinarea dizabilității provocate de intoxicațiile profesionale se va efectua conform criteriilor care privesc organele, aparatele sau sisteme afectate.

LARINGITA CRONICĂ PROFESIONALĂ

Laringita cronică profesională este o afecțiune ce se produce ca urmare a exercitării profesiilor ce necesită suprasolicitare vocală profesională sistematică, sau ca urmare a contactării sistematice cu factori nocivi profesionali.

Conform Protocolului Clinic Național „Laringita cronică la adult”, Chișinău 2008.

Laringita cronică se clasifică:

1. Laringita cronică catarală;
2. Laringita cronică hipertrofică pseudomixomatoasă;
3. Laringita cronică hipertrofică roșie:
 - cordita pahidermică simplă;
 - cordita pahidermică difuză;
 - pahidermia interaritenoidiană.
4. Laringita cronică hipertrofică albă:
 - leucoplazia corzii vocale;
 - pahidermia albă;
 - papilomul cornos;
 - ulcerul de contact (granulomul de contact).
5. Laringita cronică atrofică

Barem de investigații

- a) Obligatorii: hemograma, urograma, glucoza sângelui, probele hepatice, ECG, examen clinic ORL, laringoscopie indirectă.
- b) Suplimentare: endo/fibroscopie, biopsii.

Criterii de evaluare a deficienței funcționale și structurale a capacității de muncă în laringita cronică profesională

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiențe ușoare cu unele din următoarele semne: - Laringită cronică cu acutizări cauzate de suprasolicitări vocale sistematice; - Disfonie epizodică sau de durată de hiperfuncție, care cedează tratamentului, regimului de tăcere;	5 – 15	95 – 85

- Răspuns suficient la reabilitarea medicală; - Necesitate de reabilitare profesională a persoanelor ce exercită profesii, specialități cu suprasolicitare vocală profesională sistematică. La necesitate schimbarea profesiei, schimbarea postului, obligațiunilor, în scopul reducerii intensității efortului vocal. Deficiențe ușoare cu unele din următoarele semne: - Laringită cronică cu acutizări îndelungate cauzate de suprasolicitări vocale sistematice; - Disfonie de hiperfuncție de durată, care cedează mai dificil tratamentului, regimului de tăcere; - Răspuns suficient la reabilitarea medicală; - Necesitate de reabilitare profesională a persoanelor ce exercită profesii, specialități cu suprasolicitare vocală profesională sistematică. Cu schimbarea specialității, postului, obligațiunilor, cu scopul reducerii intensității efortului vocal. Deficiențe medii cu unele din următoarele semne: - Laringită cronică cu acutizări frecvente, trenante, cauzate de suprasolicitări vocale sistematice; - Disfonie cronică de hiperfuncție, afonie, care cedează dificil tratamentului, regimului de tăcere sau disfonie persistentă; - Noduli ai corzilor vocale; - Pareză a coardei vocale; - Hemoragii în corzile vocale; - Insuficiență glotică; - Asocieri cu rinită, faringită, sinusită, etc.; - Răspuns îndelungat insuficient la reabilitarea medicală; - Necesitate de reabilitare profesională a persoanelor ce exercită profesii, specialități indispensabile de suprasolicitare vocală sistematică. Cu schimbarea profesiei sau a specialității, cu scopul reducerii sau excluderii îndelungate a efortului vocal.	20 – 35 40 – 55	80 – 65 60 – 45

PNEUMOCONIOZELE COLAGENE ȘI MIXTE

Pneumoconiozele - un grup de afecțiuni profesionale cronice, care sunt provocate de inhalarea îndelungată a aerului încărcat cu diverse dispersii solide.

Pneumoconiozele se caracterizează prin anumite perturbări morfofuncționale fibroplastice ale structurilor pulmonare.

Formele colagene ale pneumoconiozelor prezintă următoarele leziuni histopatologice: alterarea permanentă sau distrugerea structurii alveolelor; reacția colagenă a stromei de diferite grade și forme. Leziunile pulmonare sunt permanente, ireversibile. Cele mai răspândite forme sunt: silicoza; azbestoza; pneumoconiozele cauzate de pulberi mixte (silico-antracoza).

Formele necolagene ale pneumoconiozelor sunt produse de pulberi nefibrogene și au următoarele caracteristici: alveolele pulmonare nu sunt atinse morfologic; reacția stromei este minimă și constă în special din proliferarea fibrelor de reticulină; reacția la pulberi este potențial

reversibilă. Formele cele mai importante de pneumoconioze necolagene sunt: antracoza „pură” (forma simplă, necomplicată), cauzată de praf de cărbune fără conținut de bioxid de siliciu liber; baritoza; stanioza; sideroza; caolinoza.

Pneumoconiozele mixte apar la muncitorii care extrag, prelucreează sau folosesc ca materie primă minerale sau metale, care generează în aerul locurilor de muncă pulberi fibrogene și pulberi nefibrogene. Inhalarea lor determină în anumite situații, apariția pneumoconiozelor mixte, colagene și necolagene. Astfel, într-o mină de cărbuni poate exista concomitent atât o expunere la particule de cărbune cât și la particule de SiO₂. Pneumoconiozele mixte poartă denumirea ambelor pneumoconioze, prima denumire fiind a pneumoconiozei celei mai grave (cea colagenă): silico-antracoză, silico-sideroză etc.

Evoluția bolii: rapidă, lentă, tardivă, regresivă.

Caracteristica clinico-funcțională: bronșita, bronșiolita, emfizem pulmonar, insuficiență respiratorie, cord pulmonar.

Încadrarea în grade de dizabilitate a bolnavilor de pneumoconioze se bazează pe:

1. Elemente clinice: severitatea dispneei, scăderea toleranței la efort etc.
2. Elemente funcționale: stadiul bolii conform codificării radiologice internaționale și severitatea disfuncției ventilatorii; severitatea alternării transferului gazos și toleranța la efort.

**Criterii de evaluare a deficienței funcționale și structurale, și a capacității de muncă în
Pneumoconiozele colagene și mixte**

Deficiențe funcționale și structurale	Deficiențe funcționale și structurale (%)	Capacitatea de muncă de bază (%)
Deficiență funcțională ușoară cu unele dintre următoarele semne: • stadiul I (1p, q, r – silicoză; 1s, t, u - azbestoză); • stadiul I / II (2p, q, r – silicoză; 1s, t, u - azbestoză), fără disfuncției ventilatorii (DV) sau DV ușoară.	5-35	95-65
Deficiență funcțională medie cu unele dintre următoarele semne: • stadiul II (3 p, q, r; 3 s, t, u), disfuncție ventilatorie (DV) ușoară, moderată; • stadiul II /III (ax), disfuncție ventilatorie moderată.	40-55	60-45
Deficiență funcțională accentuată cu unele dintre următoarele semne: • stadiul II (3 p, q, r; 3 s, t, u), disfuncție ventilatorii severe; • stadiul II /III (ax), disfuncții ventilatorii severe; • stadiul III (ABC); • silicotuberculoza.	60-75	40-35
Deficiență funcțională severă/absolută cu unele dintre următoarele semne: • Dispnee de gradul 4, severă. IRC gr.III;	80-100	20-0

• Cordu pulmonar decompensat. IC III –IV NYHA; • Encefalopatie hipoxemică. Necesită oxigenoterapie; • Pronostic clinic și de reabilitare rezervat, nefavorabil; • Activitatea vieții zilnice – cu limitări grave. Dependent de ajutor, necesită supraveghere și îngrijire permanentă din partea altei persoane.		

NOTĂ:

Codul **Caracterul opacităților**

o fără opacități

Opacități mici rotunde, regulate

p diametrul < 1,5 mm

q diametrul = 1,5 - 3 mm

r diametrul = 3 - 10 mm

Opacități mici neregulate, lineare

s lățimea < 1,5 mm

t lățimea = 1,5-3 mm

u lățimea = 3-10 mm

Simbol radiologic

ax coalescența opacităților mici pneumoconiotice

Opacități mari

A diametrul = 10-50 mm;

B una sau mai multe opacități mai mari sau mai numeroase decât cele ale categoriei A și a căror suprafață însumată nu depășește echivalentul zonei superioare a plămânului drept;

C una sau mai multe opacități a căror suprafață însumată depășește echivalentul zonei superioare a plămânului drept.

Contraindicații pentru angajare

- Tuberculoză pulmonară activă sau sechele pleuropulmonare
- Bronhopneumopatii cronice inclusiv Astm bronșic
- Fibroză pulmonară de orice natură
- Boli cronice a căilor respiratorii superioare ce împiedică respirația nazală
- Tuberculoză extrapulmonară activă sau sechelele ei
- Boli ce diminuează rezistența generală: diabet zaharat, hipertiroidie, colagenoze

SURDITATEA PROFESIONALĂ

Surditatea profesională reprezintă scăderea permanentă a pragului auditiv la frecvențe conversaționale, inclusiv, după aplicarea corecției de presbiacuzie, de tip percepție, în general bilaterală și simetrică, de etiologie profesională.

Zgomotul profesional – complex de sunete cu intensități și înălțimi diferite cu caractere diferite, ritmice sau aritmice produse continuu sau discontinuu de mașini, aparate, mijloace de transport în mediul ocupațional.

Atunci când nu se poate preciza cauza generatoare, se formulează diagnosticul de hipoacuzie sau cofoză.

Surditatea se poate instala brusc sau treptat, în timp, și poate fi unilaterală sau bilaterală. În cazul surdității brusc instalate, cu deficiență accentuată sau gravă, pacienții pot fi încadrați în gradul II de invaliditate pentru o perioadă limitată, până la un an, pentru acomodare la situația nouă.

***Notă.** Stabilirea dizabilității se va efectua în conformitate cu criteriile deficiențelor auditive.*

Barem de investigații

I. Indispensabile:

- examen clinic ORL;
- otoscopie;
- examen funcțional: cu voce șoptită, acumetrie (cu diapazoane de diferite mărimi pentru stabilirea câmpului auditiv), audiograme de diferite tipuri (tonala liminară, automată etc.);
- radiografii ale regiunii petromastoidiene (diferite incidențe).

II. Suplimentare:

- impedanmetrie;
- timpanometrie;
- test Metz, SISI test, Bekesy test etc.;
- audiogramă vocală;
- biopsie;
- examenul secreției auriculare (citologic, bacteriologic și micologic; antibiogramă, antifungigramă).

III. Speciale:

- CT;
- RMN;
- Potențiale evocate de trunchi cerebral (BERA);
- Eco Doppler (regiunea cervicală).

Indicații pentru persoanele cu deficiențe auditive pentru angajare și reangajare

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 sunt incapabili de activitate în condiții obișnuite; în cazurile în care nu există complicații accentuate, ei pot activa în condiții speciale.

Contraindicații pentru angajare

- Boli cronice ale urechii medii și interne.
- Psihopatii nevroze manifeste.
- Hipertensiunea arterială gr. II și III forma medie sau severă, asociată cu alți factori de risc.

RECOMANDĂRI DE MUNCĂ

I. Măsuri legislative:

- Implementarea activităților la nivel național și instituțional, cu elaborare și respectare a legislației, normativelor și regulamentelor sanitaro igienice;
- Efectuarea supravegherii condițiilor de muncă ale angajaților conform actelor normative în vigoare, cu stabilirea nivelului factorilor de risc, normativelor stabilite CMA și NMA;

II. Măsuri tehnologice:

- Automatizarea și mecanizarea proceselor tehnologice;
- Înlocuirea proceselor, operațiilor tehnologice generatoare de noxe cu operații nonpoluante,
- Ecranarea, izolarea/ ermetizarea surselor generatoare de noxe profesionale;
- Amplasarea surselor generatoare de noxe în blocuri separate;
- Folosirea materialelor de absorbție a noxelor.

III. Măsuri organizatorice:

- Instruirea muncitorilor privind tehnica securității;
- Raționalizarea regimului de muncă și odihnă;
- Micșorarea timpului de expunere la noxe profesionale;
- Asigurarea muncitorilor cu apă potabilă;
- Implementarea pe larg a dirijării de la distanță a proceselor tehnologice.

IV. Măsuri de protecție individuală:

- Utilizarea Echipamentului Individual de Protecție. EIP- subînțelege orice tip de echipament, ce se intenționează a fi utilizat de lucrători cu scopul protejării acestora împotriva unui pericol asupra securității și sănătății în muncă;
- Utilizarea Echipamentului Individual de Protecție, cu aplicarea obligatorie și ceilalți măsuri de prevenție a factorilor de risc și noxe în muncă;
- Folosirea mijloacelor de protecție individuală conform principiului un singur angajat un EIP personalizat.

V. Măsurile medicale:

- Efectuarea examenelor medicale la angajare cu determinarea grupelor de lucrători în dependență de contraindicații la anumite procesele de muncă și la anumiți factori profesionali;
- Efectuarea examenelor medicale periodice cu stabilirea acțiunilor ulterioare și anume continuarea muncii, transferul în alt loc de muncă, tratament în caz de patologie manifeste, îndreptarea la medic din localitate, Consiliul Medical Consultativ, la Consiliul de Determinare a Dizabilității și Capacității de Muncă;
- Respectarea igienei personale ale angajaților,
- Asigurarea accesibilității la alimentația echilibrată rațională;
- Practicarea vitaminoterapiei, curelor de reabilitare medicală și tratament balneo-sanatorial.

LITERATURA RECOMANDATĂ

1. Ababii I., Ghidirim Gh., Ciocanu M., *Politica Națională de Sănătate*. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, Științe Medicale. Chișinău, 2006, nr.2, p.7-17.
2. Anghel A. *Competențe și răspunderi în activitatea de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă*. În: Expertiza Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă. București, 2000, nr. 1, p. 39-42.
3. Băbălău V. - *Sănătatea muncitorilor în relație cu mediul de muncă*. În: Securitatea și igiena muncii, nr. 1, Chișinău, 2007, p. 7.
4. Bezman M., Nisipeanu L. *Considerații privind problematica selecționării și adaptării locurilor de muncă accesibile unor categorii de deficienți*. În: Expertiza Medicală și Recuperarea Capacității de Muncă. București, 1995, nr. 2, p. 155-157.
5. Boderscova L., Chihai J., Spinei L., Nacu An. *Ghid pentru servicii comunitare în sănătatea mentală*. Chișinău. 2007, 226 p.
6. Borundel D., Nicolau R. *Studiul dinamicii pensionării generale și invalidității în România*. În: Lucrări științifice. Institutul de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă din București. 2009, nr. 1, p. 93.
7. Botnaru V. *Pneumologie*. – Chișinău: „Tipografia Centrală”, 2009, 732 p.
8. Ceban T., Rața V., Mamaliga N., Ferdohleb A. Evolutional aspects of disability appearance in Republic of Moldova. MedEspera 2014. 5th International Medical Congress For Students and Young Doctors. Abstract book, May 14-17, 2014, Chisinau, Republic of Moldova, 2014, p. 266, ISBN 978-9975-56-160-0.
9. Cernat V., Sofroni D., Mereuță I. *Reabilitarea medico-socială și invaliditatea oncologică*. Chișinău. 2000, 197 p.
10. Cocârlă Aristotel. *Medicina Ocupațională*. În: editura medicală universitară „Iuliu Hațieganu”, vol. 1 și 2, Cluj-Napoca, 2009, 1463 p.
11. Centrul de Resurse pentru Drepturile Omului. *Studiu privind analiza politicii cu referire la persoanele cu dizabilitate în Republica Moldova*, 5 octombrie 2006, 26 p.
12. Ețco C., *Management în sistemul de sănătate*. Chișinău, 2006, 864 p.
13. Ferdohleb A., Mamaliga N. *Evoluția fenomenului de dizabilitate la populația de vârstă aptă de muncă prin prisma medicinei*. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 3(54), 2014, p. 41-44. ISSN 1729-8687
14. Ferdohleb A., Mamaliga N., Ceban T., Rața V. The evolution of the phenomenon of disability at the population of working age. Anthropologi researches and studies, (3), 2014, p. 19, ISSN 2360-3445, <http://studii.antropologia.ro>
15. Gavrilă L., Monitor Social: *Reforma privind sistemul de protecție socială a persoanelor cu dizabilități pornind de la o nouă abordare și evaluare*. Nr 11, Chișinău, 2011, 58 p.
16. Genovese E., Galper JS. *Guide to the evaluation of Functional ability*. AMA, 2009.
17. Georgescu A. *Cadrul normativ și metodologic privind protecția specială a handicapaților*. În: Expertiza Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă. București, 1995, nr. 1, p. 15-19.
18. Gheorghiu M. și alții. *Aspecte comparative privind particularitățile rețelei de suport social al invalizilor prin schizofrenie și tulburări afective*. În: Expertiza Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă. București, 2001, nr. 1-2, p. 87-91.
19. Gheorghiu M., Ionescu E. *Rolul rețelei de suport social al bolnavului psihic invalidat prin tulburări afective*. În: Expertiza Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă. București, 2000, nr. 2, p. 67-70.
20. Grejdeanu T., Serbin V. *Expertiza medicală a vitalității*. În: Chișinău: USMF „N. Testemițanu”, 2006, 613 p.
21. Iachim V., Bebîh V., Ferdohleb A. *Condițiile de muncă și morbiditatea profesională a angajaților din Moldova*. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, nr. 5 (41), Chișinău, 2013, p. 159-162.
22. Israfilov M. *Particularități în reabilitarea medico-socială a persoanelor cu dizabilități*

- mentale și de comportament în serviciul expertizei medicale a vitalității. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Chișinău, 2008, 5(19), pag. 81-87.
23. Israfilov M. *Particularități în reabilitarea medico-socială a persoanelor cu dizabilități mentale și de comportament în serviciul de expertiză medicală a vitalității*. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, Chișinău, 2008, p. 213-216.
 24. Israfilov M. *Studiu clinico-epidemiologic privind nivelul dizabilității prin tulburări psihice (3 zone economico-geografice ale țării) pentru anii 2001-2006*. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Chișinău, 2008, 5(19), pag. 143-151.
 25. Nacu A., Spinei L., Boderscova L., Chihai J. *Cercetarea în sănătatea mentală* (Ghid). Chișinău, 2007, 62 p.
 26. Năstasă LE., Beldianu I. *Integrarea persoanelor cu nevoi speciale prin intermediul e-Learning-ului în Software și management*. Conferința națională de Învățământ Virtual. CNIV. București: Ed. Univ. București, (2005).
 27. Niculescu T., Todea A., Toma I., Pavel A., Niculescu R. *Medicina Muncii* Editura MedMun București, 2003.
 28. Nisipeanu L. *Strategii privind recuperarea și integrarea persoanelor cu handicap*. În: Revista de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă. București, 1999, nr. 2, p. 63-80.
 29. Nisipeanu L. *Strategii privind recuperarea și integrarea persoanelor cu handicap*. În:
 30. Oakland T., Mpofu E. *Rehabilitation and health assessment*. Applying ICF guidelines, 2010.
 31. Pascadi S. *Problematica debilității mentale - perspective ale unui posibil program vizând integrarea socio-profesională*. În: Expertiza Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă. București, 1998, nr. 2, p. 63-67.
 32. Pascadi S., Vișoiu V. *Contribuție metodologică la evaluarea tulburărilor dispoziției în expertizarea capacității de muncă*. În: Expertiza Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă. București, 1998, nr. 1, p. 21-27.
 33. Peterson D. *Psychological aspects of functioning, disability and health*. 2011.
 34. Pîsla M., Bahnarel I., Ferdohleb A. *Experiența și bunele practici ale țărilor Uniunii Europene în domeniul fortificării serviciilor de sănătate ocupațională*. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 3(54), 2014, p. 24-29. ISSN 1729-8687.
 35. Predescu V. *Manual de psihiatrie*. București, 1989, 830 p.
 36. Prițcan V., Chihai J., Boderscova L. *Strategie didactică pentru predarea cursului „Terapie Ocupațională și reabilitare psihosocială”*. Chișinău, 2009. p.15-16.
 37. Prițcan V., Chihai J., Boderscova L. *Suport de curs pentru medici, asistenți medicali, managerii serviciilor medicale și sociale, psihologi și asistenți sociali, Terapie Ocupațională și reabilitare psihosocială*. Chișinău, 2009. p.156-165.
 38. Revenco M., Oprea N., Nacu Al. *Manual de psihiatrie*. Chișinău, 1994, 264 p.
Revista de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă. București, 1999, nr. 2, p. 63-80.
 39. Rondinelli D. R. *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*. American Medical Association. 6th edition, 15.12.2007.
 40. Rytik E., Solokhina T., Seiku Y., Chevtchenko L. *Partnership forms between professional and non-professional psychiatric organizations* // VI Congress of the World association of psychosocial rehabilitation (Hamburg, May 2-5, 1998). Hamburg, 1998, p.205.
 41. Sayce L., Measey L. *Strategies to reduce social exclusion for people with mental health problems*. Psychiatric Bulletin, 1999, nr. 23, p. 65-67.
 42. Serbin V. *Invaliditatea - determinarea și evaluarea*. Chișinău, 1998, 280 p.
 43. Serbin V., Grejdianu T. *Expertiza medicală a vitalității*. Chișinău: Medicina, 2006, 613 p.
 44. Sirjiță N. *Evaluarea procentuală a incapacității adaptative determinate de boli sau traumatisme*. În: Expertiza Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă. București, 2000, nr. 2, p. 5-8.
 45. Sirjiță N. *O nouă concepție și noi criterii de evaluare a capacității de muncă*. În: Expertiza Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă. București, 1999, nr. 2, p. 1-4.

46. Sirjiță N. *Particularități în evaluarea și recuperarea schizofrenicului*. În: Expertiza Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă. București, 1996, nr. 2, p. 5-7.
47. Sirjiță N. *Pregătirea specială a unor categorii de persoane cu handicap și munca protejată ca modalitate de integrare socio-profesională*. În: Expertiza Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă. București, 1995, nr. 2, p. 69-72.
48. Sirjiță N. *Principii și modele în elaborarea diagnosticului funcțional și stabilirea incapacității adaptative și de evaluare a capacității de muncă*. În: Expertiza Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă. București, 2000, nr. 1, p. 23-30.
49. Sirjiță N., Ciuvică M., Mihalache D. *Jaloane pentru stabilirea unui sistem criterial de apreciere a deficienței funcționale și a handicapului*. În: Expertiza Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă. București, 1995, nr. 1, p.19-23.
50. Sirjiță, N. *Aspecte actuale privind evaluarea și recuperarea deficiențelor psihice*. În: Expertiza Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă. București, 1996, nr.1, pag. 5-7.
51. Sirjiță, N. și alții. *Particularități în pregătirea profesională și încadrarea în muncă a handicapaților și invalizilor*. În: Expertiza Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă. București, 1995, nr. 2, p.15-18.
52. Sochircă L. *Actualități, probleme și Strategia de dezvoltare a serviciului de expertiză medicală a vitalității din Republica Moldova în perspectivă*. În: Curierul Medical nr. 3, Chișinău, 2012, p. 322-325.
53. Sochircă L. *Impactul medico-social al populației vârstnice*. În: Curierul Medical nr.2, Chișinău, 2012, p. 260- 262.
54. Sochircă L. *O nouă abordare a dizabilității prin prisma expertizei medico-sociale*. Sănătate publică, Economie și Management în Medicină, nr. 2, Chișinău, 2011, p. 49-50.
55. Sochircă L. *Probleme actuale de sănătate publică și management*. Anale științifice, ediția XIII-a, volumul 2, Chișinău, 2012, p. 317- 322.
56. Soer R., Geertzen JH., Brouwe S., Reneman MF. *Normative Values for a Functional capacity. Evaluation*. American Congress of Rehabilitation Medicine, Arch Phys Med Rehabil Vol 90, October 2009, p.1785 - 1794
57. Spanjer J., Krol B., Popping R., Groothoff JW., Brouwer S. *Assessment interview: the role of detailed information on functioning in addition to medical history taking*. A Journal Rehabil. Med. 2009, Volume 41, p 267–272.
58. Spanjer S., Krol B., Brouwer S., Groothoff J. *Sources of variation in work disability assessment*. A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation, Vol. 37, Number 4/2010. p. 405-411
59. Spinei L. *Invaliditatea prin tulburări mintale și de comportament ca problema medico-socială*. În: Anale științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Vol. I, Chișinău, 2009, p.103-106.
60. Tintiuc D., Grosu Iu., Grejdianu T., și alții, *Sănătate Publică și Management*. Chișinău, 2007, CEP „Medicina”, 896 p.
61. Todea A. *Ghidul medicului de medicina muncii privind stabilirea aptitudinii în muncă*, București, 2007, 496 p.
62. Toma I. *Medicina muncii*. Sitech, Craiova, 2006, 824 p.
63. Trifu S. *Actualități în domeniul testelor de personalitate. CAQ versus MMPI*. În: Expertiza Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă. București, 2001, nr. 1, p. 71-76.
64. Tulchinsky Theodore H., Varavikova Elena A., Last John. *The New Public Health*, Second Edition. Academic Press. 2008, 672 p.
65. Țîbîrnă Gh. *Ghid clinic de oncologie*. Chișinău. 2003.
66. Ustian A., Vilc V., Kulcițkaia S., Crudu V., Zbanț A. *Ftiziopneumologie*. Ghid. Chișinău. 2008 115 p.
67. Zabieta A. *Analiza protecției sociale a invalizilor în Republica Moldova*. Raport. Chișinău, 2007, p.9-14.

68. ВОЗ. *Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья (ICD1H-2)*, 2001, с. 40-51.
69. Измеров Н.Ф. *Профессиональные болезни*. Издательство: Академия, Москва, 2011, 464 с.
70. Климович А., и др. *Врачебно-трудовая экспертиза при психических болезнях*. Беларусь, 1990, 115 с.
71. Коробова М., Помникова В. *Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации*. Санкт Петербург, Гиппократ, 2005, 851 с.
72. Косарев В.В. *Профессиональные заболевания медицинских работников*. Монография. Инфра-М, РИОР, 2013, 175 с.
73. Косарев В.В. *Профессиональные заболевания*. Руководство для врачей. Бином, 2011, 422 с.
74. Косарев В.В., Бабанов С.А. *Профессиональные болезни*. Учебник. ГЕОТАР-Медиа, Москва, 2010, 368 с.
75. Косарев В.В., Бабанов С.А. *Профессиональные заболевания нервной системы*. Практическое руководство. Инфра-М, 2014, 142 с.
76. Косарев В.В., Лотков В.С., Бабанов С.А. *Профессиональные болезни*. Эксмо, 2009, 352 с.
77. Косарев В.В., Лотков В.С., Бабанов С.А. *Профессиональные заболевания (диагностика, лечение, профилактика)*. ГЕОТАР-Медиа, Москва, 2008, 160 с.
78. Мухин Н.А., Косарев В.В., Бабанов С.А. *Профессиональные болезни*. Учебник. ГЕОТАР-Медиа, Москва, 2013, 496 с.
79. Тарасова Г. *Инвалидность в населении Российской Федерации*. В: Медико – социальная экспертиза и реабилитация. 2001, № 2, с. 11-15.
80. Финзен А. *Психоз и стигма*. Москва, 2001, 59 с.
81. Чирина Е., Кулаков А. *Состояние инвалидности и реабилитации лиц с психическими расстройствами в Москве в динамике за 1997-2001 г.* В: Медико социальная экспертиза и реабилитация. Москва, 2003, N2, с. 17-21.

ACTE LEGISLATIVE

82. Legea „Strategia de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2010-2013)”, nr. 169-XVIII din 09.07.2010,.
83. Legea privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități, nr. 60 din 30.03.2012.
84. Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei și Ministerul Sănătății din Republica Moldova. Ordin comun privind: „Criteriile determinării gradelor de invaliditate”. nr.13/23 din 30 ianuarie 2009.
85. Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului și Ministerul Sănătății a Republicii Moldova. Ordin privind: Criteriile determinării gradelor de invaliditate. nr.81/329 din 14 august 2007.
86. Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei și Ministerul Sănătății din Republica Moldova. Ordin comun privind: „Cu privire la aprobarea criteriilor de determinare a dizabilității și capacității de muncă la persoanele adulte”. nr.12/70 din 28 ianuarie 2013.
87. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. „Ghidul național de tratament și îngrijire în infecția HIV și SIDA”. Chișinău 2009.
88. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Ordinul: „Cu privire la optimizarea activităților de control și profilaxie a tuberculozei în Republica Moldova” nr. 180 din 8 mai 2007.
89. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Ordinul: „Cu privire la Consiliile Medicale Consultative ”, nr. 490 din 15 iulie 2010.
90. Hotărîrea de Guvern nr. 65 din 23.01.2013 „Cu privire la determinarea dizabilității și capacității de muncă”.
91. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 1. Hipertensiunea arterială la adult. Chișinău, 2014, 60 p.

92. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 2. *Astmul bronșic la adult*. Chișinău, 2013, 55 p.
93. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol Clinic Național PCN – 9. *Schizofrenia*. Chișinău, 2008, 36 p.
94. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol Clinic Național PCN – 12. *Anemia ferodeficitară la adult*. Chișinău, 2008, 30 p.
95. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 13. *Accident vascular cerebral ischemic*. Chișinău, 2013, 68 p.
96. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol Clinic Național PCN – 15. *Tireotxicoza*. Chișinău, 2008, 80 p.
97. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 18. *Bronhopneumopatia obstructivă cronică*. Chișinău, 2013, 67 p.
98. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 19. *Ciroza hepatică compensată la adult*. Chișinău, 2008, 68 p.
99. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 23. *Hepatita virală B cronică la adult*. Chișinău, 2011, 70 p.
100. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 24. *Hepatita virală C cronică la adult*. Chișinău, 2012, 49 p.
101. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 30. *Laringita cronică la adult*. Chișinău, 2008, 28 p.
102. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 33. *Diabet zaharat necomplicat.*. Chișinău, 2008, 84 p.
103. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 34. *Hipotiroidia*. Chișinău, 2008, 80 p.
104. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 37. *Anemia aplastică la adult*. Chișinău, 2008, 36 p.
105. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 38. *Anemia hemolitică autoimună la adult*. Chișinău, 2008, 28 p.
106. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 39. *Anemiile megaloblastice la adult*. Chișinău, 2008, 32 p.
107. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 46. *Limfomul Hodgkin la adult*. Chișinău, 2008, 24 p.
108. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 48. *Paraliziile cerebrale*. Chișinău, 2008, 33 p.
109. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN -60. *Fibrilația atrială*”, Chișinău, 2011, 40 p.
110. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 64. *Limfomul non-Hodgkin la adult*. Chișinău, 2009, 28 p.
111. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 65. *Leucemia limfocitară cronică*. Chișinău, 2009, 33 p.
112. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 66. *Leucemia mieloidă cronică la adult*. Chișinău, 2013, 37 p.
113. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 75. *Artrita reumatoidă la adult*. Chișinău, 2013, 41 p.
114. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 82. *Insuficiența cardiacă la adult*. Chișinău, 2014, 53 p.
115. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 84. *Gutala adult*. Chișinău, 2013, 40 p.
116. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 86. *Osteoartroza deformantă*. Chișinău, 2013, 36 p.
117. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 90. *Sclerodermia sistemică la adult*. Chișinău, 2013, 35 p.

118. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 91. *Boala Crohn*. Chișinău, 2012, 65 p.
119. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 102. *Cancerul glandei mamare*. Chișinău, 2012, 48 p.
120. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 113. *Insuficiența renală cronică*. Chișinău, 2010, 52 p.
121. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 116. *Tulburări afective (de dispoziție) la adult*. Chișinău, 2010, 35 p.
122. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 118. *Tumorile maligne ale plămânului*. Chișinău, 2010, 51 p.
123. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 123. *Tuberculoza la adult*. Chișinău, 2012, 91 p.
124. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 130. *Cancerul colonic*. Chișinău, 2011, 23 p.
125. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 139. *Cancerul endometrial*. Chișinău, 2013, 23 p.
126. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 140. *Cancerul ovarian, cancerul trompelor uterine și cancerul peritoneal primar*. Chișinău, 2013, 45 p.
127. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 142. *Cancerul cervical*. Chișinău, 2013, 28 p.
128. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 159. *Cancerul prostatei*. Chișinău, 2011, 31 p.
129. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 160. *Cancerul cavității bucale*. Chișinău, 2011, 25 p.
130. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 162. *Cancerul buzei*. Chișinău, 2011, 21 p.
131. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 167. *Boala celiacă*. Chișinău, 2014, 27 p.
132. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 168. *Boala Von Recklinghausen*. Chișinău, 2014, 22 p.
133. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 173. *Cancerul vezicii urinare*. Chișinău, 2012, 29 p.
134. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 174. *Cancerul Hepatic primar*. Chișinău, 2012, 25 p.
135. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 175. *Cancerul pancreatic*. Chișinău, 2012, 24 p.
136. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 176. *Tumorile maligne ale esofagului*. Chișinău, 2012, 43 p.
137. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 197. *Cancerul renal*. Chișinău, 2013, 29 p.
138. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 200. *Cancerul glandei tiroide*. Chișinău, 2013, 39 p.
139. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 211. *Infecția cu HIV la adult și adolescent*. Chișinău, 2013, 52 p.
140. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Protocol clinic național PCN - 213. *Bradiaritiile și stimularea cardiacă la adult*. Chișinău, 2014, 28 p.
141. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Raport: *Evaluarea factorilor de risc asociați aderenței la tratament a pacienților cu tuberculoză multidrogrezistentă (MDR TB) înrolați în tratamentul DOTS PLUS*. Chișinău, 2010, 63 p.
142. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Raport: *Protecția socială a persoanelor cu dizabilități și implementarea pe parcursul anului 2012 a Planului de acțiuni al Strategiei de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2010-2013)*, Chișinău, 2011, 28 p.

143. Ministerul Sănătății al RM. *Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova 2007-2021*. Chișinău, 2007, 65 p.
144. Ministerul Sănătății al RM. *Strategia Națională a Sistemului de Sănătate în perioada 2008-2017*. Chișinău, 2007, 74 p.
145. Legea Republicii Moldova nr.289-XV din 22 iulie 2004, „privind indemnizațiile pentru incapacitate temporară de muncă și alte prestații de asigurări sociale”.
146. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.469 din 24 mai 2005, „privind aprobarea Instrucțiunii privind modul de eliberare a certificatului de concediu medical”.
147. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.688 din 20 iunie 2006, „privind la expertiza medicală a vitalității”.
148. Legea Republicii Moldova nr. 153-XVI din 4 iulie 2008, „privind la controlul și profilaxia tuberculozei”.
149. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.1171 din 21 decembrie 2010, „privind aprobarea Programului național de control al tuberculozei pentru anii 2011-2015”.

ACTE LEGISLATIVEE INTERNAȚIONALE

150. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, *European Heart Journal*; 2012, 33 p.1795
151. ILO. Convention, No. 128, 1967. *Convention concerning Invalidity, Old-Age and Survivors' Benefits*
152. ILO. Convention, No. 37, 1933. *Invalidity Insurance (Industry)*.
153. ILO. Convention, No. 38, 1933. *Invalidity Insurance (Agriculture)*.
154. ILO. Convention, No. 42, 1934. *Workmen's Compensation for Occupational Diseases (Revised)*.
155. Institutul pentru Politici Publice București. *Raport de monitorizare a implementării Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități*. Decembrie, 2012, Ediția a II-a: art. 9, art. 13, art. 19, art. 27, 46 p.
156. Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse a **României** și Ministerul Sănătății Publice. Ordinul privind: „*Criterii medico-psihosociale de încadrare în grad de handicap*”. nr. 762/1992 din 31 iulie 2007 și din 2011.
157. Ministerul Sănătății România. Ghidul privind „*Recomandările Societății Europene de Oncologie Medicală (ESMO) pentru diagnosticul, tratamentul și urmărirea post terapeutică în afecțiunile oncologice*”. Aprobare prin Ordinul nr.1221 din 16 septembrie 2010.
158. OMS. *Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF)*. 2007, 277 p.
159. OMS. *Clasificația internațională a tulburărilor mentale și de comportament (ICD)*, revizia a 10-a. București: All Educational. 1993. 419 p.
160. ONU. *Convenția internațională cu privire la drepturile economice, sociale și culturale*. 16 decembrie 1966, 31 articole.
161. ONU. *Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități*. Rezoluția 61/106 Adunarea Generală din 24.01.2007
162. ONU. *Regulile Standard cu privire la egalizarea șanselor persoanelor cu dizabilități*. Rezoluție adoptată de Adunarea Generală, sesiunea 48 din 28 decembrie 1993 (Hotărârea 48/96), New York, Departamentul de informații al ONU.
163. Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică. *Transforming Disability into Ability. Policies to Promote Work and Income Security for disabled People*, 2003.
164. WHO. European Ministerial Conference on Mental Health Facing the Challenges, Building Solutions Helsinki, Finland, 12–15 January 2005.
165. WHO. *International Classification of Diseases*, 10th edition. 2007.

Clasificare a Internațională a Funcționalității, Dizabilității și Sănătății

Familia clasificărilor internaționale OMS reprezintă un instrument valoros pentru a descrie și a compara sănătatea populațiilor în context global. Informațiile oferite prin clasificarea CIM-10 și a consecințelor stării de sănătate furnizate de CIF se pot combina pentru evaluarea generală și monitorizarea stării de sănătate a populației. Estimarea contribuțiilor pe care diversele cauze le pot avea asupra mortalității și ratei de morbiditate. CIF nu mai este doar o clasificare a „consecințelor unei boli” (versiunea din 1980), ci devine o clasificare a componentelor sănătății.

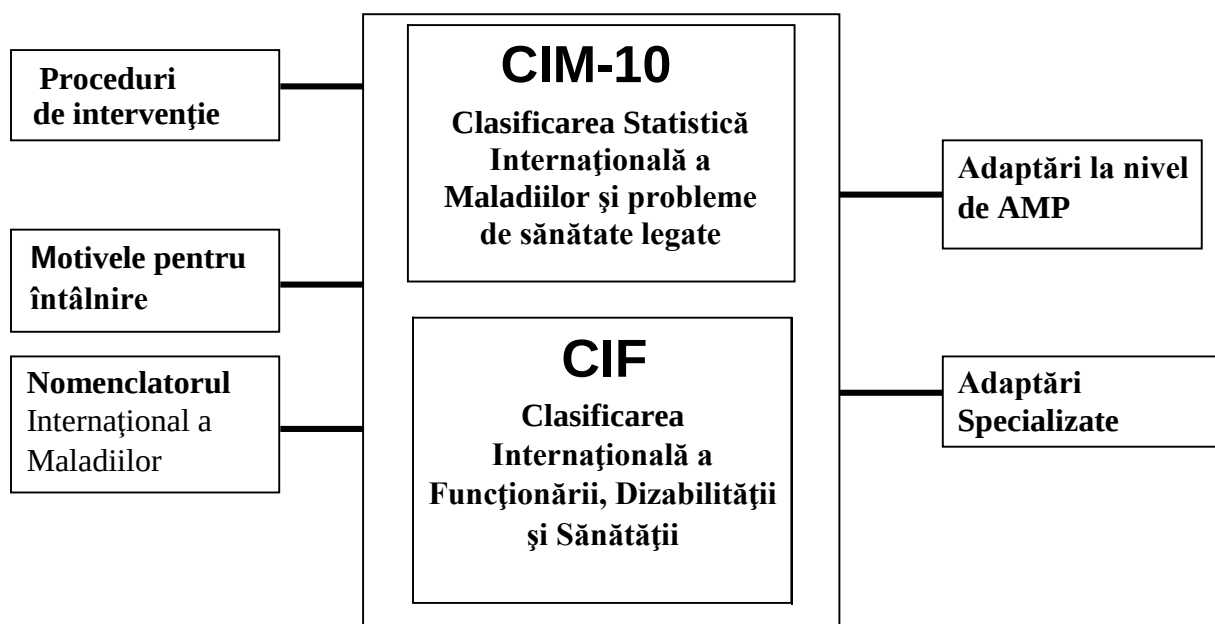


Figura. 1. Familia clasificărilor internaționale ale OMS.

CIF a fost adoptată la 22 mai 2001 de OMS/WHO după cinci ani de consultanță internațională și verificare în practică. Aici cuvântul dizabilitate este folosit ca un termen general pentru afectări, limitări de activitate sau restricții de participare. Sunt, de asemenea prezentați și factorii de mediu corelați la tulburările de sănătate, astfel, se face posibilă elaborarea unui profil privind funcționarea, dizabilitatea și sănătatea unei persoane în mai multe domenii.

În CIF se folosește un limbaj standardizat, care permite o comunicare eficientă în plan mondial în contextul diferitor discipline. Ea completează Clasificarea Internațională a Maladiilor (CIM), astfel aceste două clasificări pot fi folosite concomitent. CIM oferă cadrul etiologic, iar CIF – cel al funcționalității și dizabilității. Astfel, CIM este o clasificare a evenimentelor, iar CIF este o descriere a profilului funcționării persoanei în cauză.

Obiectivul general al Clasificării CIF este de a oferi un limbaj standardizat și unitar, precum și un cadru general de descriere a stării de sănătate și a celorlalte stări asociate stării de sănătate. Sunt definite componentele sănătății și câteva din componentele asociate stării de bine (cum sunt educația și munca). De aceea, domeniile incluse în clasificarea CIF pot fi considerate deopotrivă domenii de sănătate cât și domenii asociate sănătății. Aceste domenii sunt descrise din perspectiva corpului, individului și societății CIF are două părți, fiecare cu două componente:

I. FUNCȚIONARE ȘI DIZABILITATE:

1. Funcțiile organismului și structurile corpului ale omului

Funcțiile organismului reprezintă activitatea tuturor sistemelor anatomo-funcționale și structurile corpului uman, fiecare organ sau sisteme de organe realizează o anumită funcție. Deficiențele / afectările sunt probleme ale funcțiilor sau structurilor corpului, marcate prin deviație semnificativă sau pierderea funcției lor.

2. Activități și participare

Activitatea reprezintă executarea unei sarcini sau a unei acțiuni de către un individ / persoană. Participarea este implicarea într-o situație de viață. Limitările în activitate reprezintă dificultățile pe care le poate avea un individ / persoană în executarea activităților. Dificultățile țin atât de persoană, fiind determinate de deficiența / afectarea funcțională, cât și de mediul în care trăiește și își desfășoară activitatea, fiind determinate de bariere întâmpinate. Restricțiile în participare reprezintă problemele cu care se pot confrunta un persoanele cu dizabilități atunci când se implică în situații de viață.

II. FACTORI CONTEXTUALI:

1. Factorii de mediu compun mediul fizic, social și atitudinal în care oamenii trăiesc și își duc existența.

2. Factorii personali reprezintă caracteristicile individului care nu fac parte din starea sa de sănătate (vârsta, sexul, statutul social, experiențele de viață). Facilitatorii sunt factorii din mediul unei persoane care, prin absență sau prezență, îmbunătățesc funcționarea și reduc dizabilitatea. Barierele sunt factorii din mediul unei persoane care, prin absență sau prezență, limitează încadrarea persoanelor în viața socială și desfășurarea unor activități.

Unitatea de clasificare: CIF clasifică sănătatea și stările asociate ale acesteia, ca unitate de clasificare se folosesc categoriile din cadrul domeniilor de sănătate și domeniilor asociate sănătății. Ca urmare, este de reținut faptul că prin CIF nu sunt clasificate persoane, ci se descrie situația fiecărei persoane într-o anumită zonă din domeniul sănătății sau al stărilor asociate sănătății. Mai mult, descrierea se face întotdeauna în contextul factorilor de mediu și a factorilor personali.

Prezentarea CIF: CIF este o clasificare a funcționării și dizabilității individului, care oferă un limbaj comun diferitelor categorii de profesioniști. Asigură o bază științifică pentru înțelegerea stării de sănătate, printr-o schemă de codificare sistematică, permițând realizarea comparațiilor între țări, sisteme și servicii de sănătate diferite. Aceasta poate contribui la stimularea dezvoltării de servicii pentru creșterea nivelului de participare socială a persoanelor cu dizabilitati.

Deosebirile în indicile / termenile aplicate în precedentă Clasificare internațională a handicapului (CIH) și actuală Clasificare a internațională a funcționalității, dizabilității și sănătății. CIF pune accent pe participarea și funcția păstrată, nu pe incapacitate și restricție, ținând cont de factorii de mediu, și cuprinde domeniile de sănătate și asociate sănătății.

CIH

Deficiență
Incapacitate
Dezavantaj

CIF

Deficiență
Activitate
Participare
Factori de mediu

Modelele utilizate:

Problematika dizabilității a cunoscut de-a lungul timpului o serie de abordări care au influențat politicile publice din domeniu, evaluarea, beneficiile și serviciile furnizate acestei categorii de persoane și, implicit, calitatea vieții acestora.

Modelul medical a considerat dizabilitatea o problemă a persoanei, cauzată direct de boală, traumă sau altă stare de sănătate care necesită o îngrijire medicală, oferită ca tratament individual de către profesioniști. Managementul dizabilității avea ca scop vindecarea sau adaptarea și schimbarea comportamentului individului.

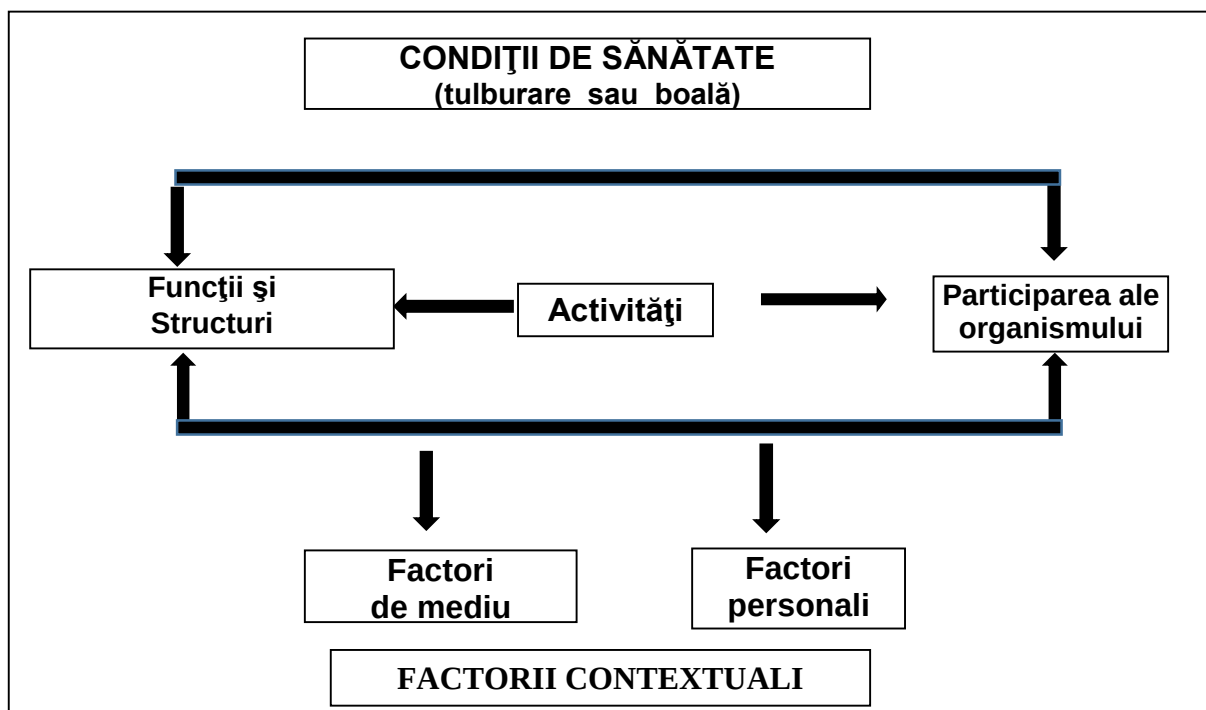


Figura. 2. Modelul "BioPsihoSocial" al Clasificării Internaționale a Funcționalității.

Modelul social al dizabilității considera dizabilitatea ca fiind în principal, o problemă creată social și o chestiune care ține în primul rând de integrarea completă a individului în societate. Dizabilitatea nu era considerată un atribut al unui individ, ci un complex de condiții create de mediul social. Din această cauză, managementul acestei probleme era considerat responsabilitatea comună a întregii societăți, în sensul producerii acelor schimbări de mediu necesare participării persoanelor cu dizabilității în toate domeniile vieții sociale.

În cadrul CIF este folosit modelul integrativ „*biopsihosocial*” al funcționării, dizabilității și sănătății, funcționarea (cu componentele: funcțiile și structurile organismului, activități și participare) este considerată rezultatul interacțiunii dintre starea de sănătate și factorii personali și de mediu. De aceea, pentru a oferi un punct de vedere coerent, se realizează o sinteză asupra tuturor perspectivelor sănătății: din punct de vedere biologic, individual și social.

CHESTIONAR DE EVALUARE A CAPACITĂȚILOR ȘI PERFORMANȚELOR PERSOANELOR ADULTE ÎN ACTIVITĂȚI ȘI PARTICIPARE

1. DATE INTRODUCTIVE *(se informează și respondentul)*

Acest chestionar este elaborat în baza chestionarului WHODAS 2.0 aprobat de Organizația Mondială a Sănătății și se aplică respondenților pentru a înțelege mai bine dificultățile unei persoane legate cu starea lui de sănătate. Informația este confidențială și va fi folosită doar de specialiștii implicați în evaluarea stării de sănătate. Interviuul va dura circa 10-15 minute.

Interviul cu 36 de întrebări este administrat de regulă de un asistent social, sau alt membru al Consiliului numit de șef.

Varianta corectă a răspunsului se încercuiește. Începând cu Compartimentul IV. „Domeniile de evaluare”, cifra încercuită cu varianta corectă a răspunsului se va suma pe fiecare domeniu în parte și va constitui punctajul total pe domeniul respectiv, iar la final se sumează punctajele pe toate 6 domenii.

Interviul reflectă dificultățile pe care le poate avea o persoană în legătură cu starea de sănătate.

Prin stare de sănătate se are în vedere o afecțiune, tulburare (*acută sau cronică*), leziune, traumatism. În aceeași categorie se pot include și unele stări cum ar fi anomaliiile congenitale sau predispozițiile genetice, probleme de sănătate mentală, emoțională, probleme legate cu folosirea alcoolului sau drogurilor.

În timpul interviului respondentul va ține cont de orice problemă de sănătate (*concentrându-se în special la ultima perioadă și la gradul de dificultate pe care îl are în realizarea activităților, în comparație cu situația de până la problema de sănătate pe care o are*) iar la formularea răspunsurilor se va concentra la expresiile din **Flashcardul nr. 1 și nr. 2** (a citi și pune la dispoziția respondentului flashcardul nr. 1 și nr. 2 pe parcursul interviului):

Flashcardul nr. 1. Stări (condiții) de sănătate:

- Afecțiune, tulburare (acută sau cronică);
- Leziune, traumatism sau alte probleme de sănătate;
- Probleme de sănătate mentală sau emoțională;
- Probleme legate cu folosirea alcoolului sau drogurilor;
- Efort sporit;
- Disconfort sau durere;
- Încetineală;
- Schimbări în modul obișnuit de a realiza activitatea.

Flashcardul nr. 2. Grade de dificultate:

1	2	3	4	5
Fără probleme	Probleme ușoare	Medii	Accentuate	Severe sau absolute

3. DATE GENERALE

F1	Numele, Prenumele respondentului			
F2	Domiciliul			
F3	IDNP			
F4	Data interviului	ziua	luna	anul

F5	Locul de trai la momentul interviului	Independent în comunitate	1
		În servicii sociale	2
		Spitalizat	3
		Altele	4

3. INFORMAȚIE DEMOGRAFICĂ ȘI CONTEXTUALĂ

A1	Apartenența de sex	Feminin	1
		Masculin	2
A2	Vârsta	_____ani	
A3	Profesia		
A 4	Instruiri, calificări, formări profesionale		
A5	Studiile	Studii medii	1
		Studii medii generale	2
		Studii medii speciale	3
		Studii superioare	4
		Altele (postuniversitare)	5
A6	Starea familială	Căsătorit(ă)	1
		Necăsătorit(ă)	2
		Trai separat	3
		Divorțat(ă)	4
		Văduv(ă)	5
		Concubinaj	6
A7	Ocupația	Salariat	1
		Cont propriu	2
		Voluntar(ă)	3
		Student(ă)	4
		Casnic(ă)	5
		Persoană cu dizabilități/pensionar(ă)	6
		Neangajat (din cauza stării de sănătate)	7
		Neangajat (din alte motive)	8
		Altele (specificați) _____	9

4. DOMENIILE DE EVALUARE

Domeniul 1. Cognația - întrebări ce țin de înțelegere și comunicare

În ultima perioadă ce grad de dificultate aveți în realizarea următoarelor:	Fără probleme	Probleme ușoare	Medii	Accentuate	Severe sau absolute
D1.1 A se concentra în a face ceva pentru 10 minute.	1	2	3	4	5
D1.2 Ași aduce aminte ceva important.	1	2	3	4	5
D1.3 Analizarea și găsirea soluției pentru o problemă din viața cotidiană.	1	2	3	4	5

D1.4	Înșușirea unei noi sarcini, de exemplu, a găsi un loc nou (o adresă).	1	2	3	4	5
D1.5	A înțelege în general convorbirea altora (despre ce vorbesc alții).	1	2	3	4	5
D1.6	A iniția și a susține o conversație.	1	2	3	4	5
Total punctaj acumulat pentru Domeniul 1. Cognația - ____ puncte.						

Domeniul 2. Mobilitatea - întrebări ce țin de dificultățile de deplasare

În ultima perioadă ce grad de dificultate aveți în realizarea următoarelor:		Fără probleme	Probleme ușoare	Medii	Accentuate	Severe sau absolute
D2.1	A sta în picioare pentru perioade mai lungi cum ar fi timp de 30 minute.	1	2	3	4	5
D2.2	A se ridica în picioare din poziția pe șezute.	1	2	3	4	5
D2.3	A îmbla prin casă.	1	2	3	4	5
D2.4	A ieși din casă.	1	2	3	4	5
D2.5	A merge la distanțe mai mari, cum ar fi 1 km.	1	2	3	4	5
Total punctaj acumulat pentru Domeniul 2. Mobilitatea - ____ puncte.						

Domeniul 3. Autoîngrijirea - întrebări ce țin de felul cum puteți avea grijă de sine

În ultima perioadă ce grad de dificultate aveți în realizarea următoarelor:		Fără probleme	Probleme ușoare	Medii	Accentuate	Severe sau absolute
D3.1	A face baie întregului corp.	1	2	3	4	5
D3.2	Îmbrăcarea.	1	2	3	4	5
D3.3	Alimentarea.	1	2	3	4	5
D3.4	A rămâne singur pe câteva zile.	1	2	3	4	5
Total punctaj acumulat pentru Domeniul 3. Autoîngrijirea - ____ puncte.						

Domeniul 4. Interacțiunea cu alte persoane - întrebări ce țin de dificultățile de interacțiune cu alte persoane. Întrebările țin să evidențieze doar problemele legate cu starea de sănătate (afecțiuni, leziune, stare emoțională, stare condiționată de abuzul de alcool sau substanțe toxice)

În ultima perioadă ce grad de dificultate aveți în realizarea următoarelor:		Fără probleme	Probleme ușoare	Medii	Accentuate	Severe sau absolute

D4.1	A interacționa cu persoane necunoscute	1	2	3	4	5
D4.2	A menține o relație de prietenie	1	2	3	4	5
D4.3	A interacționa cu persoanele apropiate	1	2	3	4	5
D4.4	Ași face noi prieteni	1	2	3	4	5
D4.5	A fi afectat de singurătate	1	2	3	4	5
Total punctaj acumulat pentru Domeniul 4. Interacțiunea cu alte persoane - _____ puncte.						

Domeniul 5. Activități de viață

5.1. Activități prin casă - întrebări ce țin de dificultățile în activitățile de întreținere a casei și de îngrijire a persoanelor cu care trăiți sau celor apropiate. Aceste activități includ următoarele: pregătirea mâncării, efectuarea curățeniei, mersul la magazin (piață), îngrijirea proprie și a altor persoane

În ultima perioadă ce grad de dificultate aveți în realizarea următoarelor:		Fără probleme	Probleme ușoare	Medii	Accentuate	Severe sau absolute
D5.1	A se isprăvi cu activitățile din casă	1	2	3	4	5
D5.2	A efectua bine majoritatea activităților de menaj (îngrijire) prin casă	1	2	3	4	5
D5.3	Efectuarea tuturor lucrărilor de gospodărire prin casă care vă revin	1	2	3	4	5
D5.4	Efectuarea rapidă (în timpul potrivit) a tuturor lucrărilor de gospodărire prin casă	1	2	3	4	5
Total punctaj acumulat pentru Domeniul 5.1. Activități prin casă - _____ puncte.						

Dacă respondentul lucrează, este angajat (cu salariu, neplătit, sau pe cont propriu) sau frecventează instituții de învățământ, îndepliniți întrebările D5.5 - D5.8. În caz contrar, treceți la D6.1

5.2. Activități la serviciu sau studii - întrebări despre activitățile de la serviciu sau instituția de învățământ

În legătură cu starea Dvs. de sănătate, în ultima perioadă ce grad de dificultate aveți:		Fără probleme	Probleme ușoare	Medii	Accentuate	Severe sau absolute
D5.5	Exercitarea atribuțiilor de serviciu (studiilor), sau la angajarea în câmpul muncii (la înscrierea la studii).	1	2	3	4	5
D5.6	Efectuarea ocupațiilor/activităților de zi cu zi de la serviciu/studii.	1	2	3	4	5

D5.7	Adaptarea la locul de muncă/de studii.	1	2	3	4	5
D5.8	Frecventarea serviciului/instituției de învățământ, conform graficului stabilit.	1	2	3	4	5
Total punctaj acumulat pentru Domeniul 5.2. Activități la serviciu - _____ puncte. sau studii						

Domeniul 6. Participarea - întrebări despre participarea în societate și despre impactul stării de sănătate asupra respondentului și familiei lui.

În ultima perioadă ce grad de dificultate aveți în realizarea următoarelor:		Fără probleme	Probleme ușoare	Medii	Accentuate	Sever e sau absolute
D6.1	Ce probleme aveți în cazul participării la activitățile din comunitate (de exemplu: concerte, activități religioase) în comparație cu alte persoane?	1	2	3	4	5
D6.2	Ce probleme aveți din cauza barierelor sau obstacolelor din mediul care vă înconjoară?	1	2	3	4	5
D6.3	Ce probleme aveți în a trăi cu demnitate din cauza atitudinilor sau acțiunilor altora?	1	2	3	4	5
D6.4	Cât timp pierdeți pentru starea de sănătate sau complicațiile ei?	1	2	3	4	5
D6.5	Cât de afectat emoțional ați fost în legătură cu starea de sănătate?	1	2	3	4	5
D6.6	În ce măsură starea de sănătate a condiționat cheltuieli financiare pentru Dvs. și familia Dvs.?	1	2	3	4	5
D6.7	Cu ce grad de probleme s-a confruntat familia Dvs. în legătură cu starea de sănătate a Dvs.?	1	2	3	4	5
D6.8	Ce probleme aveți în activitățile de relaxare și odihnă (plăcere)?	1	2	3	4	5
Total punctaj acumulat pentru Domeniul 6. Participarea - _____ puncte.						

Suma punctajului acumulat la toate domeniile - _____ puncte (interval 0-180 puncte).

Pentru persoanele angajate:

1. Până la 36 puncte acumulate – **capacitățile și performanțele persoanei în activități și participare nu prezintă o problemă;**
2. De la 37 puncte până la 72 puncte acumulate – **capacitățile și performanțele persoanei în activități și participare prezintă o problemă ușoară;**

3. De la 73 puncte până la 108 puncte acumulate – **capacitățile și performanțele persoanei în activități și participare prezintă o problemă medie, și se atribuie coeficientul 1,3;**
4. De la 109 puncte până la 144 puncte acumulate - **capacitățile și performanțele persoanei în activități și participare prezintă o problemă accentuată, și se atribuie coeficientul 1,0;**
5. De la 145 puncte până la 180 puncte acumulate - **capacitățile și performanțele persoanei în activități și participare prezintă o problemă severă, și se atribuie coeficientul 0,7.**

Pentru persoanele neangajate:

1. Până la 32 puncte acumulate – **capacitățile și performanțele persoanei în activități și participare nu prezintă o problemă;**
2. De la 33 puncte până la 52 puncte acumulate – **capacitățile și performanțele persoanei în activități și participare prezintă o problemă ușoară;**
3. De la 53 puncte până la 88 puncte acumulate – **capacitățile și performanțele persoanei în activități și participare prezintă o problemă medie, și se atribuie coeficientul 1,3;**
4. De la 89 puncte până la 124 puncte acumulate - **capacitățile și performanțele persoanei în activități și participare prezintă o problemă accentuată, și se atribuie coeficientul 1,0;**
5. De la 125 puncte până la 160 puncte acumulate - **capacitățile și performanțele persoanei în activități și participare prezintă o problemă severă, și se atribuie coeficientul 0,7.**

Persoana care a întocmit chestionarul:

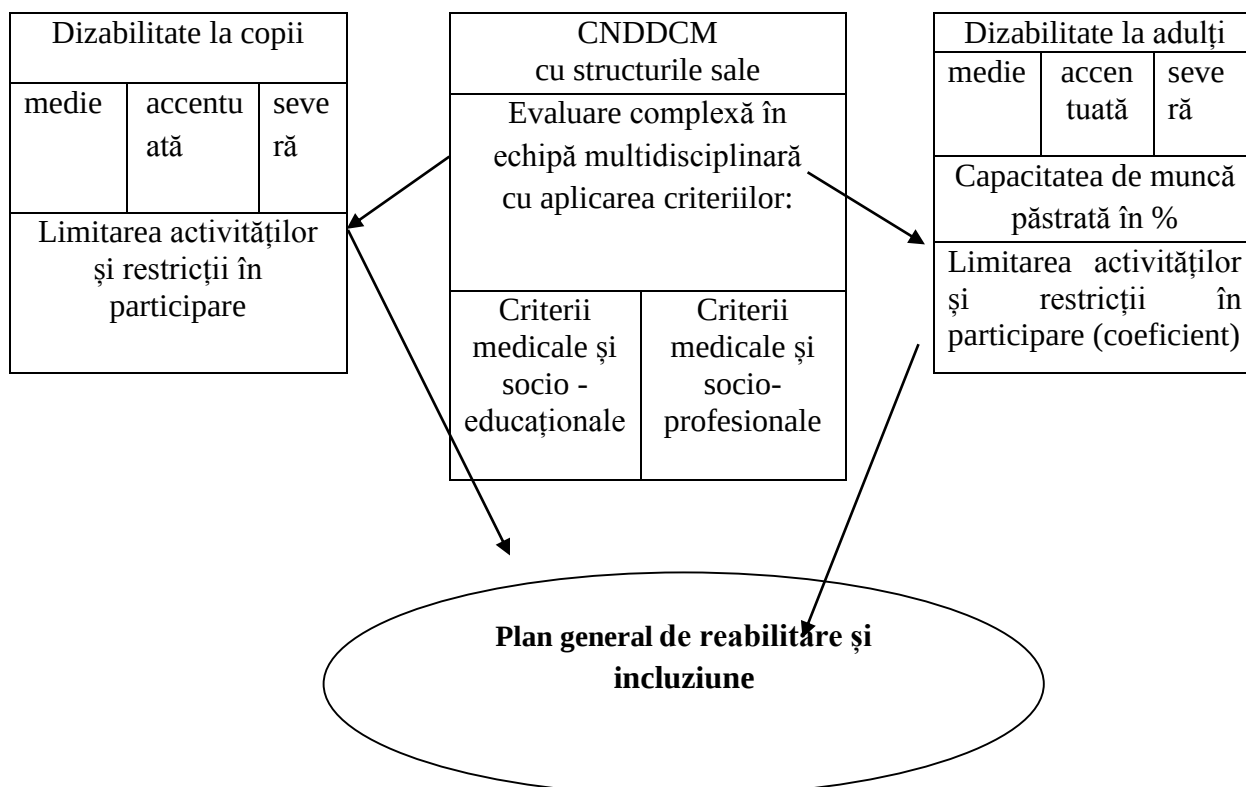
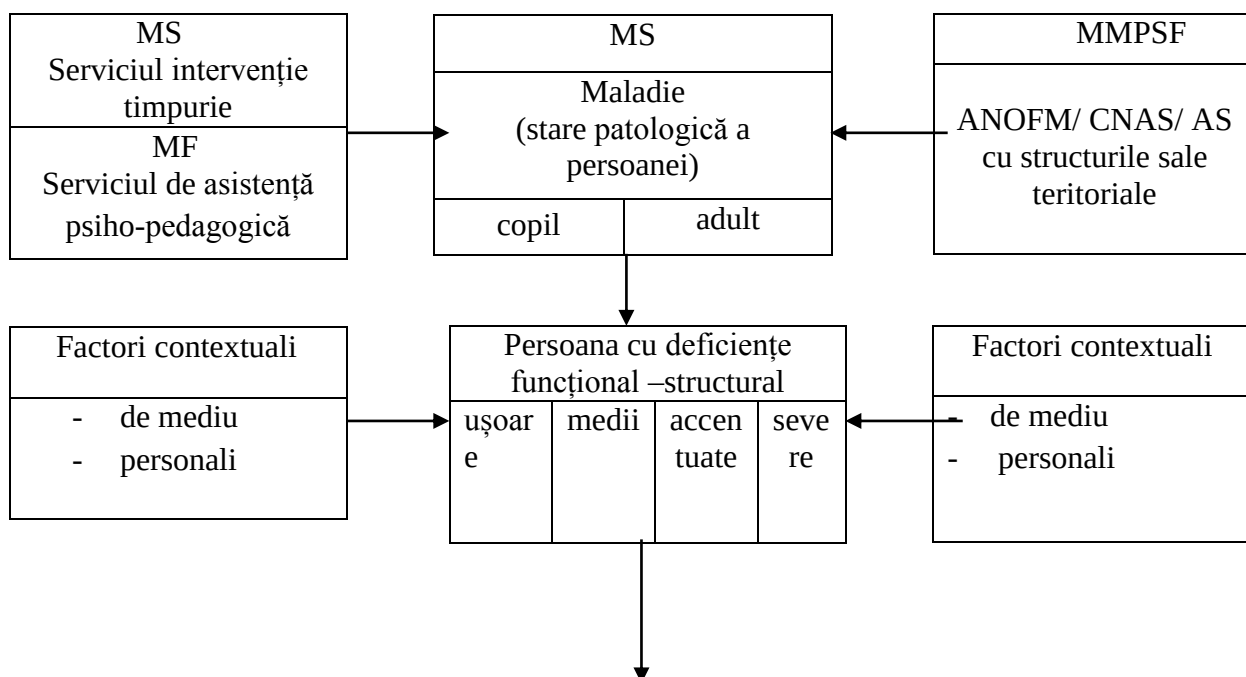
Numele_____

Prenumele_____

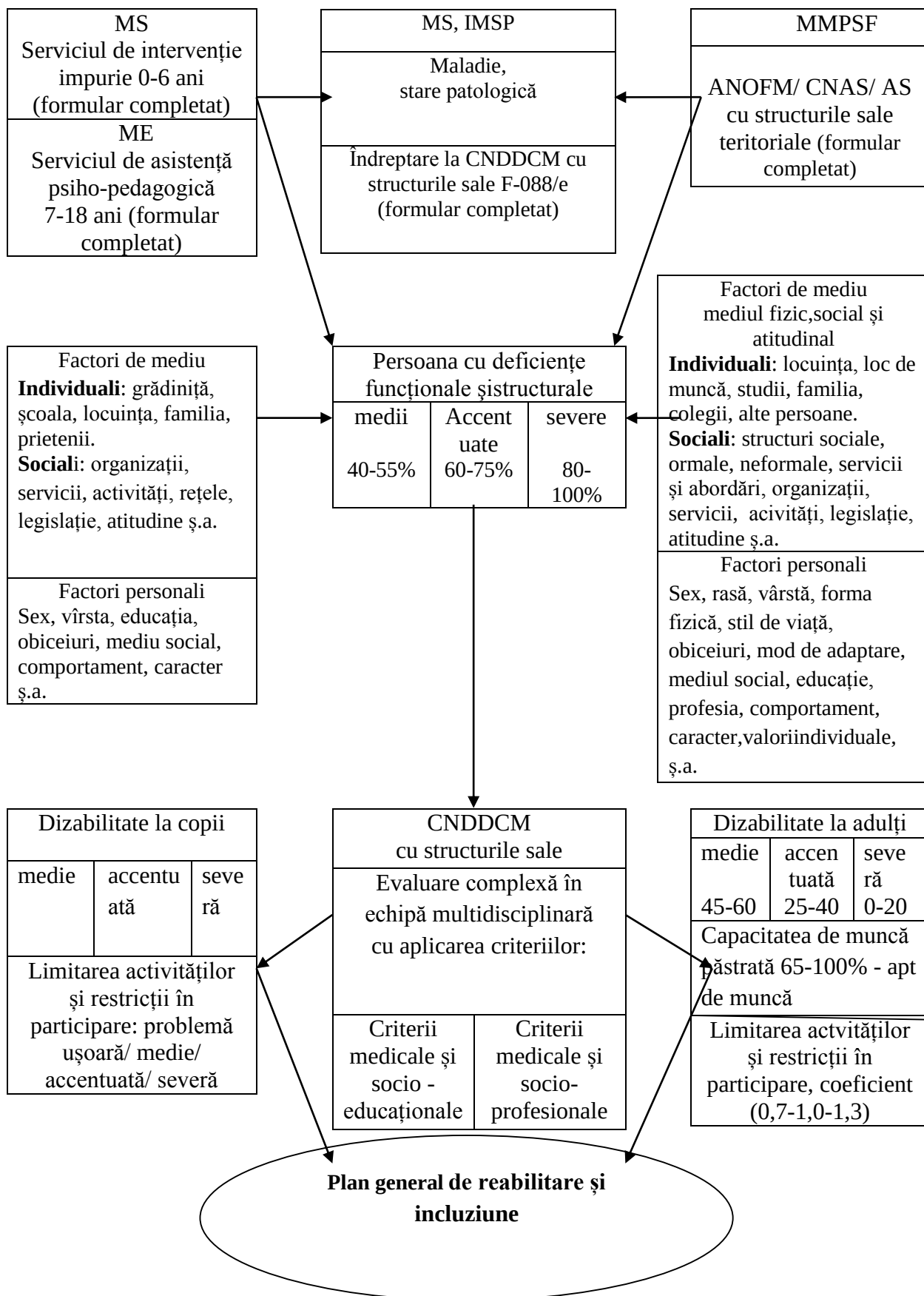
Funcția_____

Semnătura _____

Modelul bio-psiho-social
de determinare a dizabilității la copii, dizabilității și capacității de muncă la adulți
(elaborat și implementat în Republica Moldova)



Modelul bio-psiho-social (detailizat)
de determinare a dizabilității la copii, dizabilității și capacității de muncă la adulți



Programul individual de reabilitare și incluziune socială

Anexă la Certificatul de dizabilitate și capacitate

de muncă, seria _____ nr. _____

Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă

Consiliul _____

Numele _____ Prenumele _____

I. Recomandări pentru asistență medicală (bifați ✓):* Tratament medicamentos (conform indicațiilor) ☐* Tratament: la medicul de familie ☐ și specialiști de profil: _____ ☐ , _____ ☐ , _____ ☐* Fizioterapie ☐* Gimnastică medicală ☐* Ergoterapie ☐* Intervenție timpurie ☐* Psihoterapie ☐* Meloterapie ☐* Artterapie ☐* Protezare auditivă ☐* Kinetoterapie ☐* Protezare oculară ☐* Terapie ocupațională ☐* Alte tipuri de proteze _____ ☐* Altele (specificați) _____ ☐ _____ ☐.**II. Recomandări pentru asistență socială (bifați ✓):*** Îngrijire la domiciliu ☐* Plasament familial ☐* Articole protetico-ortopedice ☐* Respiro ☐* Fotoliu rulant fără motor ☐* Reabilitare sanatorială ☐* Asistență personală ☐* Deservire cu transport (compensație anuală) ☐* Centru de zi ☐* Utilizarea/adaptarea încăperilor de locuit ☐* Centru de plasament temporar ☐* Locuință protejată ☐* Casă comunitară ☐* Echipă mobilă ☐* Altele (specificați) _____ ☐ _____ ☐.**III. Recomandări pentru activitate profesională (bifați ✓):*** Regim obișnuit de muncă ☐* Muncă în regim limitat ☐* Muncă la domiciliu ☐* Întreprindere specializată ☐* Orientare și formare profesională ☐* Recalificare profesională ☐

- * Loc de muncă/atelier protejat ☐
- * Adaptare rezonabilă a locului de muncă ☐
- * Tehnologii/dispozitive de asistență ☐
- * Reabilitare profesională ☐
- * Încadrare în muncă la angajatorul vinovat de accidentul de muncă sau de boala profesională ☐
- * Altele (specificați) _____ ☐

IV. Concluzie: Capacitățile și performanțele copilului în activități și participare prezintă o problemă

Severă, accentuată, medie, ușoară, nu prezintă (subliniați)

Recomandări pentru procesul educațional (bifați ✓):

- * Educarea și instruirea în instituții de învățământ ☐
- * Educarea și instruirea la domiciliu ☐
- * Adaptare rezonabilă a condițiilor de învățare și instruire ☐
- * Adaptarea condițiilor de învățământ și instruire ☐
- * Serviciu de suport ☐
- * Cadru didactic de sprijin ☐
- * Programe individuale de instruire și educare ☐
- * Materiale didactice și instructive în sistemul Braille ☐
- * Literatură în varianta sonoră ☐
- * Sisteme auditive pentru învățarea în grup ☐
- * Translare în limbaj mimico-gestual ☐
- * Altele (specificați) _____ ☐

Șeful Consiliului _____

L.Ș.

Notă: Se completează și se eliberează de către Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă sau structurile sale.

Program individual de reabilitare și incluziune socială cu explicații de sinteză a serviciilor sociale în dezvoltare în Republica Moldova

Program individual de reabilitare și incluziune socială – document elaborat de Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă sau de structurile sale teritoriale în care sunt stabilite **recomandările generale** privind activitățile și serviciile de care persoana cu dizabilități are nevoie în procesul de incluziune socială, în baza activităților și serviciilor specifice elaborate și oferite de autoritățile responsabile din domeniile medical, social, educațional și profesional de la locul de trai al persoanei. **(Legea RM Nr. 60 din 30.03.2012).**

Recomandari pentru asistență socială:

- Îngrijire la domiciliu se recomandă persoanelor cu **dizabilități medii, accentuate sau severe** lipsite de suport din partea copiilor, din partea familiei extinse, cât și din partea altor persoane (prietenilor, rudelor, vecinilor), care au nevoie de ajutorul unei alte persoane, realizat de către *asistentul social* și echipa multidisciplinară de specialiști. **(Legea RM Nr. 60, art.53 din 30.03.2012).**

Autoritățile administrației publice locale (structura teritorială de asistență socială pentru primărie) sunt responsabile de angajarea asistentului social.

Echipă multidisciplinară de specialiști este constituită de un grup de specialiști din mai multe domenii (asistent social comunitar, lucrător social, medic de familie, pedagog, psiholog, psihiatru, kinetoterapeut etc.), care colaborează la soluționarea situațiilor de dificultate ale beneficiarului conform prevederilor managementului de caz.

- Articolele protetice – ortopedice sunt mijloacele ajutoare tehnice recomandate categoriilor de cetățeni cu **dizabilități severe, accentuate sau medii** (adult sau copil), cu limitarea permanentă a funcției locomotorii, manifestată prin pierderea sau reducerea posibilității de mișcare, indiferent de cauza dizabilității, care se eliberează în mod gratuit, cu reducere de preț sau cu achitare integrală. **(HG RM Nr. 567 din 26.07.2011).**

Mijloace ajutoare tehnice – orice produs, instrument, echipament sau sistem tehnic utilizat de către o persoană cu dizabilități, de uz special sau general, care previne, compensează, monitorizează, diminuează sau neutralizează deficiența persoanelor cu dizabilități: proteză, încălțăminte ortopedică, încălțăminte pe proteze, ortezele, sistemele ortopedice pentru coloana vertebrală și pentru membrele superioare și inferioare dispozitive ajutoare de mers (cadru de mers, cârje, bastoane, subcoate).

Asigurarea cu mijloace ajutoare tehnice se efectuează de către Întreprinderea de Stat „Centrul Republican Experimental Protezare, Ortopedie și Reabilitare”.

- **Fotolii rulante fără motor** sunt mijloacele ajutoare tehnice recomandate și repartizate gratuit persoanelor cu dizabilități (adult sau copil) în următoarele cazuri: amputarea bilaterală a membrelor inferioare, paralizia persistentă a membrelor inferioare, deformații evidențiate și persistente ale membrelor inferioare, contractura câtorva articulații mari sau rigiditatea lor, imposibilitatea deplasării cu ajutorul protezelor. **(HG RM Nr. 567 din 26.07.2011).**
- **Asistența personală** se recomandă persoanelor cu **dizabilități severe care necesită îngrijire, însoțire și supraveghere permanentă** din partea unei alte persoane în procesul integrării lor în societate realizat de către **asistentul personal** și de echipa multidisciplinară de specialiști. **(HG RM Nr. 314 din 23.05.2012; Legea RM Nr. 60, art. 53 din 30.03.2012).**

Asistent personal – persoană care prestează **beneficiarilor cu dizabilități severe** servicii de îngrijire personală, asistență pentru mobilitate, suport pentru menaj de bază, ajutor pentru participare la viața socială, supraveghere și îndrumare.

În funcția de asistent personal poate fi angajată orice persoană, inclusiv unul din membrii familiei sau rudele beneficiarului, cu excepția părintelui copilului cu dizabilități severe, care

beneficiază de concediu de maternitate sau de concediu parțial plătit pentru îngrijirea copilului până la vârsta de 3 ani.

Autoritățile administrației publice locale sunt responsabile de angajarea în muncă a asistenților personali, în conformitate cu prevederile legislației în vigoare.

- **Casa comunitară** prevede serviciul social specializat destinat **persoanelor cu dizabilități mintale**, care necesită asigurarea continuă a condițiilor minime de existență, protecție, îngrijire și asistență, pentru a se dezvolta și include în comunitate. (HG RM Nr. 936 din 08.10.2010).
Prestator de serviciu: autoritatea administrației publice locale de nivelul întâi și nivelul al doilea, autoritatea administrației publice locale de nivelul întâi din componența unității peritoriale autonome Găgăuza, asociațiile obștești specializate în domeniu, care au creat serviciul.
Beneficiari ai serviciului: **adulți cu dizabilități mintale**, inclusiv cei declarați incapabili, care nu se pot întreține, autoservi și autogospodări fără asistență și suport continuu în comunitate, având abilități sociale reduse și **copii cu dizabilități mintale** cu dependență de protecție, îngrijire și suport specializat continuu în raport cu vârsta și dezvoltarea lor.
- **Serviciului social „Respiro”** oferă un serviciu specializat, de asistență socială, suport, îngrijire și supraveghere 24 de ore **persoanelor cu dizabilități severe**, în cadrul unor centre specializate sau altor tipuri de servicii sociale, pentru ca familiile, rudele sau alte persoane, care le îngrijesc să poată beneficia de un repaus de maximum 30 de zile pe an. (HG RM Nr. 413 din 14.06.2012).
Prestator de serviciu: autoritatea administrației publice locale de nivelul al doilea și a municipiului Bălți, precum și asociațiile obștești, fundațiile, instituțiile private fără scop lucrativ, înregistrate în conformitate cu legislația, având domeniul de activitate în sfera socială.
- **Reabilitare sanatorială** se recomandă persoanelor cu dizabilități, care necesită reabilitare balneosanatorială, se acordă gratuit sau cu plată parțială, și se face conform regulamentului aprobat de Guvern. (Legea RM Nr. 60 din 30.03.2012). (Centrul republican de reabilitare a invalizilor și pensionarilor “Speranța”, or. Vadul lui Vodă, mun. Chișinău și centrul republican de reabilitare a invalizilor și pensionarilor “Victoria” al Republicii Moldova, or. Sergheevka, Ucraina, destinate preponderent pentru reabilitarea medicală în afecțiunile cardiace și aparatului locomotor). Biletele de reabilitare sunt eliberate de către Direcțiile asistență socială raionale.
- **Deservire cu transport** (compensație anuală în bani oferită categoriilor de beneficiari conform listei aprobate) este recomandată **persoanelor cu dizabilități severe și accentuate, copiilor cu dizabilități**, precum și persoanelor, care însoțesc o persoană cu dizabilitate severă sau un copil cu dizabilități pentru călătorii în transportul în comun urban, suburban și interurban (cu excepția taximetrelor). (HG RM Nr. 1268 din 21.11.2007; Legea RM Nr. 60 din 30.03.2012).
- **Utilarea/adaptarea încăperilor de locuit** poate fi recomandată în cazul, în care este necesară amenajarea și utilarea încăperilor de locuit ocupate de persoane cu dizabilități sau de familiile, care au în componența lor o persoană cu dizabilități cu mijloace și dispozitive speciale întru satisfacerea nevoilor locative.
Utilarea este pusă în sarcina autorităților administrației publice locale, a întreprinderilor, instituțiilor sau organizațiilor în administrarea cărora se află fondul locativ și se face în modul stabilit, cu participarea reprezentanților asociațiilor obștești ale persoanelor cu dizabilități. (Legea RM Nr. 60 din 30.03.2012).
- **Locuință protejată** este un serviciul social specializat destinat creării condițiilor pentru dezvoltarea deprinderilor necesare unei vieți autonome, pentru integrarea socială și profesională în comunitate a persoanelor cu **dizabilități mintale**, care în urma unei tulburări psihice (boli mintale sau deficiențe mintale), conștientizează și își dirijează acțiunile, nu sunt declarate de către instanța de judecată ca incapabile, au împlinit vârsta de 18 ani, nu dispun de locuință sau necesită îmbunătățirea condițiilor de trai și care, cu suport periodic, pot duce o viață independentă în comunitate. (HG RM Nr. 711 din 09.08.2010).

Prestator de serviciu: autoritatea administrației publice locale de nivelul întâi sau al doilea, autoritatea administrației publice locale de nivelul întâi din componența unității teritoriale autonome Găgăuzia, asociațiile obștești specializate în domeniu care au creat Serviciul.

- **Echipă mobilă** este un serviciu social, care asigură suport, consiliere, recuperare și reabilitarea psihosocială la domiciliul persoanelor cu dizabilități **accentuate sau severe** (adult sau copil), selectate de către echipa multidisciplinară de specialiști, în conformitate cu criteriile **reglementate în anexa nr. 2 la HG RM Nr. 722 din 22.09.2011**, precum și consiliere și suport persoanelor implicate în procesul de incluziune a acestora. **(HG RM Nr. 722 din 22.09.2011)**. Prestator de serviciu: autoritatea administrației publice locale de nivelul al doilea, inclusiv municipiul Chișinău, Unitatea teritorială autonomă Găgăuzia și mun. Bălți, precum și prestatorii privați, care au creat Serviciul.
- **Plasamentul familial specializat** este un serviciu social specializat prestat la nivel local instituit pe lângă Secția/Direcția de asistență socială și protecție a familiei. Serviciul este prestat de către **asistentul familial specializat**, care asigură la domiciliul său îngrijirea, dezvoltarea abilităților de autoservire și a deprinderilor de viață a **tânărului cu dizabilități** cu scopul integrării acestuia în comunitate. **(HG RM Nr. 351 din 29.05.2012)**.
- **Centrul de plasament temporar** este o instituție socială, care oferă găzduire și asistență temporară persoanelor cu dizabilități (adult sau copil) cu scopul de asigurare a protecției acestuia, sau socializarea și reintegrarea lui în familia biologică:
 - Centrul republican de reabilitare a invalizilor, veteranilor muncii și războiului din satul Cocieri, r. Dubăsari (pentru persoane fără susținători legali, cu venituri mici sau cu deficiențe fizice, psihice și boli somatice, cu cazare temporară sau permanentă);
 - Azilul republican pentru invalizi și pensionari, mun. Chișinău (cazare temporară sau permanentă pentru persoane somatice, fără susținători legali);
 - Internatele psihoneurologice: mun. Bălți; com. Cocieri, r-nul Dubăsari; com. Bădiceni, r-nul Soroca; s. Brînzeni, r-nul Edineț.
 - Serviciului social „Casa comunitară pentru copii în situație de risc”;
 - Serviciului social „Casă comunitară” și Serviciului social „Locuință protejată”.
 - Casa internat pentru copii cu deficiențe mintale (fete), or. Hîncești;
 - Casa internat pentru copii cu deficiențe mintale (băieți), or. Orhei;
 - Centrul de zi pentru 40 de copii cu dizabilități cu vârste cuprinse între 4-18 ani, cu cerințe educative speciale “Speranța”, or. Criuleni.
- **Centrul de zi** reprezintă instituțiile, care oferă servicii de asistență socială de zi persoanelor cu dizabilități (adult sau copil), plasate pe teritoriul Republicii Moldova și care activează în conformitate cu legislația în vigoare.

Recomandari pentru activitate profesională:

(Legea RM Nr. 60 din 30.03.2012; Ordinul Nr. 145 din 30 august 2013; Codul Muncii al RM)

Angajarea persoanei cu dizabilități se realizează la întreprinderi, instituții și organizații în condiții obișnuite; la domiciliu; a întreprinderi specializate.

(Cap. II Ordinul Nr. 145 din 30 august 2013: Plasarea persoanelor cu dizabilități în câmpul muncii)

În vederea realizării dreptului la muncă, **persoanelor cu dizabilități** li se oferă posibilitatea de a **activa în cadrul oricărei întreprinderi, instituții, organizații, în condiții obișnuite** fără aplicarea discriminării pe criterii de dizabilitate referitor la toate aspectele și formele de încadrare în muncă, inclusiv la condițiile de recrutare, plasare, angajare și desfășurare a activității de muncă cu durată normală a timpului de muncă de 40 ore/săptămână, la avansarea în carieră, la condițiile de sănătate și securitate la locul de muncă.

Agencia Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă, împreună cu autoritățile publice centrale și locale responsabile și cu participarea asociațiilor obștești ale persoanelor cu dizabilități, a sindicatelor și patronatelor, va elabora anual programe de plasare în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități. (**art.33,34 Legea RM Nr. 60 din 30.03.2012; art. 95 Codul Muncii al RM**).

Persoanele cu dizabilități angajate la domiciliu beneficiază din partea angajatorului de transportarea materialelor prime și materialelor necesare în activitate și al produselor finite la și de la domiciliu.

Autoritățile administrației publice locale acordă facilități persoanelor cu dizabilități în practicarea muncii la domiciliu, precum și în deschiderea unor întreprinderi individuale. (**art.35 Legea RM Nr. 60 din 30.03.2012**).

Întreprinderi specializate sunt întreprinderile și organizațiile al căror capital statutar este deținut în proporție de 100% de societățile și asociațiile obștești ale persoanelor cu dizabilități, create pentru realizarea scopurilor statutare proprii, în cadrul cărora 50% și mai mult din numărul total al lucrătorilor angajați sunt persoane cu dizabilități. La întreprinderi specializate se atribuie, de asemenea, atelierele și secțiile de ergoterapie, fără statut juridic, din cadrul instituțiilor sociale și medicale, care au dreptul să desfășoare activități economice independente.

Diferențierea domeniilor de activitate pentru persoanele cu dizabilități se face în funcție de deficientă: de auz, de vedere, fizică, intelectuală, dizabilități ascunse sau dizabilități psihiatrice.

Societățile și asociațiile obștești ale persoanelor cu dizabilități angajează în muncă persoane cu dizabilități la întreprinderile specializate ale Societății Invalizilor din Republica Moldova, Societății Orbilor din Republica Moldova și Asociației Surzilor din Republica Moldova. (**art.36 Legea RM Nr. 60 din 30.03.2012; cap II Ord. Nr. 145 din 30 august 2013**).

Încadrarea în muncă la angajatorul instituției unde a avut loc accidentul de muncă/boala profesională

Angajatorul este obligat să repartizeze locurile de muncă disponibile ori să creeze locuri de muncă noi pentru a plasa în câmpul muncii persoanele care și-au pierdut parțial capacitatea de muncă în urma unui accident de muncă la angajatorul respectiv sau care au contractat o boală profesională în urma căreia au fost recunoscute drept persoane cu dizabilități. În cazul în care lipsesc condițiile pentru continuarea activității de muncă a persoanelor care și-au pierdut parțial capacitatea de muncă la același angajator, plasarea lor în câmpul muncii se realizează prin intermediul agențiilor teritoriale pentru ocuparea forței de muncă și asociațiilor obștești ale persoanelor cu dizabilități. (**art.37 Legea RM Nr. 60 din 30.03.2012**).

Loc de muncă protejat – spațiul aferent activității profesionale a persoanei cu dizabilități, care cuprinde locul de lucru din clădirea instituției și orice alt loc din interiorul instituției, precum și din afara ei, la care persoana cu dizabilități are acces în timpul exercitării sarcinilor sale de lucru, adaptat nevoilor acesteia, inclusiv echipamentul și căile de acces. (**art.2 Legea RM Nr. 60 din 30.03.2012**)

Adaptare rezonabilă a locului de muncă – modificările și ajustările necesare și adecvate, care nu impun un efort disproporționat sau nejustificat atunci când este necesar, pentru a permite persoanelor cu dizabilități să se bucure sau să-și exercite, în condiții de egalitate cu ceilalți, toate drepturile și libertățile fundamentale ale omului. (**art.2,33 Legea RM Nr. 60 din 30.03.2012**)

Muncă în regim limitat – Pentru anumite categorii de salariați, în funcție de vârstă, de starea sănătății, **de condițiile de muncă** și de alte circumstanțe, în conformitate cu legislația în vigoare și contractul individual de muncă, se stabilește durata redusă a timpului de muncă; pentru **persoanele cu dizabilități severe și accentuate**, în cazul în care ele nu beneficiază de facilități mai mari, se stabilește o durată redusă a timpului de muncă, de 30 de ore pe săptămână, cuantumul retribuirii muncii fiind egal cu cel stabilit pentru salariații cu durată normală a timpului de muncă.

Angajatorii, de comun acord cu comitetele sindicale, au dreptul de a reduce normele de muncă pentru persoanele cu dizabilități. (**art.38 Legea RM Nr. 60 din 30.03.2012; art. 96 Codul Muncii al RM**).

Orientarea, formarea și reabilitarea profesională a persoanelor cu dizabilități

Persoanele cu dizabilități în vârstă aptă de muncă, care doresc să se integreze sau să se reintegreze în câmpul muncii au acces la orientarea, formarea și reabilitarea profesională, indiferent de tipul și gradul de dizabilitate. (**art.40 Legea RM Nr. 60 din 30.03.2012**).

Beneficiază de orientare și formare profesională persoana cu dizabilități care este școlarizată și are vârsta corespunzătoare pentru integrarea profesională; persoana care nu are un loc de muncă, cea care nu are experiență profesională sau cea care, deși încadrată în muncă, i se recomandă recalificarea profesională în conformitate cu programul individual de reabilitare și incluziune socială; este angajată în muncă, dar care din cauza stării sănătății nu-și poate desfășura activitățile; are propunerea de a se angaja în muncă, dar care din cauza stării sănătății nu-și poate desfășura activitățile.

Serviciile de orientare și formare profesională sunt oferite de organul teritorial pentru ocuparea forței de muncă.

Pregătirea profesională și ridicarea nivelului profesional al persoanelor cu dizabilități se face în instituții de învățământ, în întreprinderi specializate și la locurile de muncă protejate.

Statul, prin intermediul Ministerului Educației, altor autorități publice centrale și locale competente, garantează asigurarea persoanelor cu dizabilități cu material didactic și instructiv, inclusiv cu material pentru nevăzători (în sistem Braille), pentru slabvăzători (cu litere pronunțate), literatură în variantă sonoră, inclusiv cu sisteme auditive pentru învățarea în grup, asigurarea transunerii în limbaj mimico-gestual pentru persoanele cu deficiențe de auz, în perioada pregătirii profesionale.

Reabilitarea profesională – complex de măsuri medicale, profesionale, sociale și pedagogice orientate spre recuperarea sau compensarea funcțiilor dereglate ale organismului și capacității de muncă a persoanei cu dizabilități care, din cauza stării de sănătate în interacțiune cu diverse obstacole, nu își poate desfășura activitatea de muncă conform calificării și necesită restabilirea, recuperarea sau compensarea funcțiilor dereglate ale organismului și a capacității de muncă.

Serviciile de reabilitare profesională sunt oferite de Centrul Republican Experimental de Protezare, Ortopedie și Reabilitare și de instituțiile și centrele de reabilitare specializate.

Recomandări pentru procesul educațional:

- **Educarea și instruirea în instituții de învățământ** – procesul educațional este realizat în instituție de învățământ (școală).
- **Educarea și instruirea la domiciliu** – procesul educațional va fi realizat pentru o perioadă determinată la domiciliul elevului.
- **Adaptare rezonabilă a condițiilor de învățare și instruire** – modificarea sau ajustarea necesară și corespunzătoare a condițiilor de învățare, fără a impune o povară exagerată, atunci când acestea sunt necesare pentru a garanta persoanelor cu dizabilități beneficierea de drepturile și libertăți fundamentale în procesul educațional și exercitarea acestora, în egală măsură, cu alte persoane (elevi).
- **Adaptarea condițiilor de învățământ și instruire** – modificarea mediului fizic (a spațiului) de învățare necesare pentru garantarea procesului instructiv-educativ.
- **Serviciu de suport** – se referă la acele servicii care asigură independența în viața de zi cu zi a persoanei cu dizabilități și exercitarea drepturilor ei.
- **Cadru didactic de sprijin** – suport în asigurarea incluziunii educaționale a copiilor cu cerințe educaționale speciale.

- **Programe individuale de instruire și educare** – PLAN EDUCAȚIONAL INDIVIDUALIZAT (PEI) este un document scris, elaborat pentru copiii cu CES (CERINȚE EDUCAȚIONALE SPECIALE). PEI reprezintă planificarea structurată și personalizată a unor obiective specifice de învățare și de adaptare a cerințelor curriculare la nivelul de dezvoltare și la necesitățile copilului cu CES. PEI fixează obiective pe termen mediu și scurt, precizează modalitățile de intervenție în cazul copilului. Câmpul de aplicare al PEI se limitează la un singur domeniu de dezvoltare și învățare.
- **Materiale didactice și instructive în sistemul Braile** – materiale didactice și instructive într-un sistem specific de învățământ, ce prevede instruirea elevilor cu deficiențe grave de văz (cecitare).
- **Literatura în variantă sonoră** – materiale didactice și instructive într-un sistem specific de învățământ, ce prevede instruirea elevilor cu deficiențe grave și severe de văz.
- **Sisteme auditive pentru învățarea în grup** – sisteme tehnice pentru învățarea și instruirea elevilor cu deficiențe de auz.
- **Translarea în limbaj mimico – gestual** – este un limbaj de exprimare și de gesturi naturale de configurare-spațiu și percepția vizuală prin care persoana surdo-mută poate stabili un canal de comunicare cu mediu social, indiferent dacă sunt persoane surde care știu limbajul sau cineva care cunoaște limbajul semnelor.

*Responsabil de integrarea și realizarea procesului educațional pentru copiii cu cerințe educaționale speciale (CES) este Ministerul Educației (**HG RM Nr.523 din 11.07.2011** Cu privire la aprobarea programului de dezvoltare a educației incluzive în Republica Moldova pentru anii 2011-2020).