

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

pentru aprobarea criteriilor și normelor de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și de evaluare a capacității de muncă pe baza cărora se face încadrarea în gradele I, II și III de invaliditate

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 63 alin. (1) din Legea nr. 360/2023 privind sistemul public de pensii,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. – Se aprobă criteriile și normele de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și de evaluare a capacității de muncă pe baza cărora se face încadrarea în gradele I, II și III de invaliditate, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 2. – La data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, Hotărârea Guvernului nr. 1542/2022 pentru aprobarea criteriilor și normelor de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și de evaluare a capacității de muncă pe baza cărora se face încadrarea în gradele I, II și III de invaliditate, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1243 din 22 decembrie 2022, se abrogă.

PRIM - MINISTRU

Ion-Marcel CIOLACU



ANEXA
La hotărâre

Criteriile și normele de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și de evaluare a capacității de muncă pe baza cărora se face încadrarea în gradele I, II și III de invaliditate

PREZENTARE GENERALĂ

Criteriile medicale sunt aplicate pentru determinarea deficiențelor funcționale în vederea stabilirii gradului de invaliditate conform Legii nr. 360/2023 privind sistemul public de pensii.

Criteriile medicale sunt aplicate pentru evaluarea deficiențelor funcționale, de regulă, la adulți cu vârste cuprinse între 18 și 65 ani.

Prin excepție, criteriile medicale pot fi de asemenea aplicate în evaluarea deficiențelor funcționale la copiii cu vârstă peste 16 ani, dacă procesele bolii au avut un efect similar asupra adulților.

- (1) Criteriile de evaluare a deficienței funcționale și a incapacității adaptative, determinate de afectări variate ale funcțiilor și structurilor organismului, constituie un sistem de referință standardizat, structurat într-un mod care să ofere medicilor experți ai asigurărilor sociale o modalitate obiectivă și reproductibilă de analiză a cazurilor.
- (2) Ghidurile de diagnostic și tratament pentru diferite afecțiuni aflate în circulație, tratatele de medicină sau diferitele publicații de profil, nu se pot substitui criteriilor medicale de evaluarea deficiențelor funcționale de diferite cauze. Pe de altă parte, seturile de criterii de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și de evaluare a capacității de muncă au rolul de instrumente de lucru pentru medicii experți ai asigurărilor sociale, prin urmare, nu pot fi folosite ca ghiduri pentru beneficiarii drepturilor de asigurări sociale și nu pot servi altor scopuri, administrative sau legislative.
- (3) Se are în vedere faptul că niciun set de criterii, oricât de complet, nu poate acoperi toate situațiile care se pot ivi în practică. Oferă, însă, suficiente elemente pe baza cărora, integrând și experiența profesională proprie, medicii specializați în domeniul expertizei medicale a capacității de muncă, pot fi în măsură să elaboreze concluzii obiective, valide și să evite interpretările stereotipe, rigide, generatoare de disparități și erori.
- (4) Ediția actuală a Criteriilor de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și de evaluare a capacității de muncă a fost alcătuită astfel încât să corespundă recomandărilor CIF (Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, OMS, 2007) de a fi utilizate în mod complementar ambele ramuri ale clasificărilor internaționale OMS (respectiv CIM - Clasificarea Internațională a Maladiilor - CIM 10 și CIF).
- (5) *Procesul de dezvoltare* a noului set de criterii a presupus un demers laborios care a inclus:
 - (a) analiza comparativă a seturilor de criterii existente pentru invaliditate cu sisteme și metodologii de evaluare din alte țări;
 - (b) studierea extensivă și integrarea noilor cunoștințe și a progresului în domeniul

- medical;
- (c) identificarea elementelor clinice și funcționale comune diferitelor stări de sănătate și definirea acestora cu ajutorul metodelor de diagnostic standardizate, utilizate la nivel internațional;
- (d) organizarea sistematică a datelor clinice și funcționale în conformitate cu conceptele și filosofia Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF, OMS, 2007);
- (e) integrarea experienței acumulate în utilizarea criteriilor actuale pentru invaliditate;
- (f) sincronizarea cu legislația curentă în domeniul pensiilor.
- (6) **Criteriile de evaluare clinică și funcțională a afectărilor** cuprinse în prezentul volum (respectiv, stabilirea deficienței funcționale) se bazează pe definiții, scale și metode de diagnostic standardizate, aplicate la nivel internațional. Pentru evaluarea nivelului de funcționare corespunzător fiecărei stări de sănătate descrise, sunt utilizate definițiile și clasificările CIF.
- (7) **Limbajul și definițiile** au fost revizuite în conformitate cu recomandările CIF fără a se renunța însă, la terminologia existentă în legislația curentă.
- (8) **Grupul de specialiști** care a elaborat actualul set de criterii clinice și funcționale de evaluare a capacității de muncă a fost alcătuit din medici experți ai asigurărilor sociale cu experiență îndelungată în domeniu, cadre didactice universitare, medici specialiști și primari neurologi, psihiatrii, oftalmologi, oto-rino-laringologie, medicină internă și altele.
- (9) **Deficiența funcțională** exprimă deteriorarea funcțională temporară sau permanentă a unui segment, organ sau sistem al corpului ca urmare a unei boli sau a unui traumatism. Deficiența funcțională reflectă severitatea condițiilor medicale și gradul în care deficiența diminuează capacitatea de muncă a unui individ; reflectă limitările funcționale în realizarea activităților cotidiene. Pentru deficiențele funcționale invalidante trebuie să existe dovezi că deficitul funcțional se preconizează că va dura o perioadă continuă sau de cel puțin 12 luni. Deficiența funcțională se corelează cu incapacitatea adaptativă și gradul de invaliditate.
- (10) În sistemul de evaluare a capacității de muncă din România, severitatea deficienței funcționale se apreciază pe cinci trepte, astfel:
- fără deficiență funcțională, în cazul în care funcția se situează între anumite limite, plus minus, față de media convențională - limitele largi ale normalului;
 - deficiență funcțională ușoară când afectarea este minimă dar depășește anumite limite admisibile dar, în general nu este limitată capacitatea de adaptare la mediul social și profesional (capacitate de muncă păstrată);
 - deficiență funcțională medie, când deficitul funcțional generează o incapacitate adaptativă care poate împiedica parțial desfășurarea unor activități legate de muncă (capacitate de muncă diminuată);
 - deficiență funcțională accentuată, când deficitul funcțional este semnificativ și prin incapacitatea adaptativă generată împiedică în mai mare măsură desfășurarea activităților profesionale (capacitate de muncă diminuată) și limitează parțial capacitatea de autoservire;
 - deficiență funcțională gravă, când tulburările funcționale sunt atât de severe încât persoana nu își mai poate asigura autoservirea.



Deficiența funcțională echivalentă este deficiența care nu se regăsește în criterii, dar care poate fi stabilită prin compararea constatărilor obiective cu deficiențe existente în criterii, dacă este egală ca severitate și durată cu oricare dintre deficiențele enumerate în criterii.

- (11) *Incapacitatea adaptativă* reflectă gradul severității deficienței funcționale și impactul asupra abilităților individului de a efectua activități cotidiene. Se exprimă procentual din capacitatea adaptativă normală în cadrul unui sistem cuantificat. Nu conduce în sine la obținerea unui beneficiu de asigurări sociale.

Incapacitatea adaptativă se corelează cu deficiența funcțională și gradul de invaliditate

Incapacitatea adaptativă este generată de deficiențe funcționale diverse.

În situația existenței mai multor afecțiuni asociate, pentru a stabili diagnosticul capacității de muncă se va lua în considerare afecțiunea cu incapacitatea adaptativă determinată de deficiența funcțională cea mai severă (afecțiunea principală), așa încât efectul valorii însumate a multiplelor incapacități adaptative nu poate depăși valoarea incapacității adaptative determinată de afecțiunea principală, adică, incapacitățile adaptative nu se sumează.

- (12) *Capacitatea de muncă* se definește prin posibilitatea desfășurării unei activități organizate, prin care persoana își asigură întreținerea sa și a familiei. Capacitatea de muncă se exprimă ca *un raport* între posibilitățile biologice individuale (evaluate din punct de vedere medical) și solicitarea profesională. Este determinată de abilitățile fizice și intelectuale, determinate genetic, și de nivelul de integrare socio-profesională, care ține de pregătire și de experiență.

- (13) Evaluarea capacității de muncă se realizează în cazul bolilor cronice sau a sechelelor unor traumatisme sau accidente stabilizate, după parcurgerea etapelor de tratament, inclusiv tratament recuperator, pe baza potențialului funcțional restant. Pentru bolile care beneficiază de tratamente standardizate respectiv programe terapeutice speciale în cadrul programelor naționale, evaluarea capacității de muncă se realizează după încheierea tratamentului, în funcție de rezultate.

- (14) *Invaliditatea* este o noțiune medico-juridică care exprimă statutul particular al unei persoane asigurate în sistemul public de pensii și este certificată prin decizia medicală asupra capacității de muncă. Invaliditatea este cuantificată în raport cu posibilitatea desfășurării activităților legate de viața profesională și/sau cotidiană, astfel (Legea 360/2023, art. 62, alin. 1):

1. *invaliditate de gradul I*, deficiență funcțională gravă, capacitate de autoservire pierdută;
2. *invaliditate de gradul II*, deficiență funcțională accentuată, capacitate de autoservire păstrată parțial;
3. *invaliditate de gradul III*, deficiență funcțională medie, capacitate de autoservire păstrată;

OBS. Relația deficiența funcțională - incapacitatea adaptativă - capacitatea de muncă, respectiv capacitatea de autoservire și gradul de invaliditate (vezi Tabelul I).

Invaliditatea nerevizibilă este condiția invalidantă caracterizată prin diminuarea capacității de muncă determinată de deficiențe funcționale permanente - deficiențe ale căror nivel de severitate este stabil și ireversibil după ce s-a parcurs tratamentul medical, chirurgical și de reabilitare adecvat și maximal.

Invaliditatea revizibilă este condiția invalidantă caracterizată prin diminuarea capacității de muncă determinată de deficiențe funcționale temporare - deficiențe ale căror nivel de severitate este constant pe o perioadă de cel puțin 12 luni, dar la care

tratamentul medical, chirurgical sau de reabilitare adecvat mai poate aduce fluctuații funcționale.

- (15) *Capacitatea de autoservire* este un concept multidimensional care reflectă capacitatea de a acționa în numele sinelui pentru a asigura îngrijirea generală pentru bunăstarea fizică și emoțională.

Capacitatea de autoservire în cazul bolilor invalidante presupune în principal posibilitatea efectuării anumitor activități prin care se asigură autonomia personală: activități instrumentale ale vieții (de exemplu, achiziționarea celor necesare, pregătirea hranei, efectuarea treburilor casnice, sarcini casnice, îngrijirea obiectelor de uz casnic, etc.), activități legate de îngrijiri de bază: hrănitul, igiena personală, îmbracat-dezbrăcat, igiena eliminărilor, transfer și mobilizare.

Afecțiunile invalidante afectează capacitatea de autoservire și impun comportamente noi privind limitarea activităților de bază și ale activităților instrumentale ale vieții, specifice condiției medicale (de exemplu, invaliditatea determinată de bolile mintale grave se confruntă cu limitări ale capacității de autoservire în ceea ce privește activitățile instrumentale ale vieții – gestionarea banilor).

Capacitatea de autoservire se cosideră păstrată în cazul în care persoana poate realiza toate activitățile legate de autoservire pe baza resurselor proprii (abilități, cunoștințe, capacitate de efort fizic corespunzătoare).

Capacitatea de autoservire se cosideră păstrată parțial în cazul în care este necesar sprijinul adecvat pentru îngrijire din partea furnizorilor de servicii medicale (investigații, diagnostic, tratament).

Capacitatea de autoservire se consideră pierdută în cazul în care este necesar sprijinul din partea altei persoane pentru realizarea tuturor activităților legate de autoservire care depășesc nivelul resurselor personale (activități de bază ale vieții, activități instrumentale ale vieții).

Tabelul I. Relația deficiența funcțională - incapacitatea adaptativă - capacitatea de muncă, respectiv capacitatea de autoservire și gradul de invalidate

Deficiență funcțională	Incapacitate adaptativă	Capacitate de muncă	Capacitate de autoservire	Grad de invaliditate
Fără	0-19 %	Păstrată	Păstrată	Nu se încadrează
Ușoară	20-49%	Păstrată	Păstrată	Nu se încadrează
Medie	50-69%	Diminuată	Păstrată	Gradul III
Accentuată	70-89%	Diminuată	Păstrată parțial	Gradul II
Gravă	90-100%	Diminuată	Pierdută	Gradul I

- (16) *Condițiile de sănătate* reprezintă un termen generic care desemnează afecțiunile, tulburările, leziunile sau traumatismele. Sunt codificate cu ajutorul clasificării



- (17) *Funcționarea* este un termen generic pentru funcțiile organismului, structurile corpului, activități și participare. El denotă aspectele pozitive ale interacțiunii dintre individ (care are o problemă de sănătate) și factorii contextuali în care se regăsește (factori de mediu și contextuali).
- (18) *Limitările activității* sunt dificultăți pe care o persoană le poate întâmpina în executarea unor sarcini sau acțiuni legate de activitatea profesională.
- (19) *Restricțiile de participare* sunt definite ca probleme pe care o persoană le poate întâmpina prin implicarea într-o activitate profesională specifică.
- (20) *Relația dintre deficiența funcțională și limitările de activate/restricțiile de participare generate.*

Fără deficiență funcțională

Fără limitarea activităților.

Pot fi efectuate activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament și de prevenire a unor posibile complicații sau recidive. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională ușoară

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară: pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic de până la 7 METs, activitate profesională posibilă, cu excepția muncilor grele - foarte grele (Tabel 3).

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament și de prevenire a unor posibile complicații sau recidive. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie

Limitarea moderată a activităților fizice: pot fi efectuate activități fizice și profesionale cu consum energetic <5 METs, vor fi evitate vârfurile de activitate pe parcursul cărora apar perioade scurte de creștere a consumului de oxigen (efort intens, rapid) (Tabel 3).

Fără restricții sau restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată

Limitarea moderată/ severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic <3 METs, se pot desfășura activități profesionale doar în condiții speciale;

Restricții moderate/ severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Pot fi necesare și unele servicii de suport social.

Deficiență funcțională gravă

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate.

Pot fi necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene, eventual de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

Tabel II. Relația deficiență funcțională - limitarea activității/ restricțiile de participare

Deficiență funcțională	Limitări de activitate	Restricții de participare
Fără deficiență funcțională	Fără limitarea activităților. Pot fi efectuate activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.	Fără restricții de participare la viața socială. Necesită servicii de sănătate pentru tratament și de investigare a unor posibile recidive. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.
Deficiență funcțională ușoară	Fără limitare sau limitarea ușoară a activităților. Pot fi efectuate activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.	Fără restricții de participare la viața socială. Necesită servicii de sănătate pentru tratament și prevenirea unor posibile complicații și recidive. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.
Deficiență funcțională medie	Limitarea moderată a activităților fizice. Pot fi efectuate activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în unele aspectele ale muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă, dacă acestea presupun solicitări energetice cel mult medii și dacă se desfășoară în mediu fără noxe, și în condiții corespunzătoare de microclimat. În unele cazuri activitatea profesională se poate desfășura doar în condiții speciale*	Fără restricții sau restricții ușoare de participare la viața socială. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și recuperator. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.
Deficiență funcțională accentuată	Limitarea moderată/ severă a activităților. Pot fi efectuate activități fizice ușoare/ sedentare. În unele cazuri activitatea profesională se poate desfășura doar în condiții speciale*	Restricții moderate de participare la viața socială. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

* **condiții speciale** – condiții ce presupun activități cu solicitări mici/ medii, condiții de microclimat corespunzătoare, mecanisme funcționale compensatorii ale restantului morfo-funcțional: proteze, orteze, dispozitive de autoservire, profesionalizare specială, adaptarea locului de muncă, mijloace de locomoție adaptate, raport de muncă/ de serviciu conform Codului muncii și Codului administrativ, așa încât, restantul morfo-funcțional în situația deficiențelor funcționale invalidante poate fi suficient pentru a susține capacitatea de muncă pentru anumite tipuri și condiții de muncă.

Notă. Limitările activității și restricțiile de participare la viața socială nu sunt cuantificabile în cadrul unui sistem standardizat, nu conduc în sine la obținerea unui beneficiu de asigurări sociale ci sunt elemente cu valoare orientativă privind stabilirea incapacității adaptative.



Capitolul 1
FUNȚIILE MINTALE

FUNCTIILE MINTALE

La elaborarea criteriilor medicale de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea funcțiilor mintale s-au avut în vedere: *Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale, Ediția a 5-a (DSM-5), Clasificarea Internațională a Maladiilor (CIM 10- CM) și Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF-CT).*

Conform DSM-5 o **tulburare mintală** este definită ca un sindrom caracterizat prin perturbare semnificativă clinic în domeniile: cognitiv, al controlului emoțiilor sau al comportamentului individului care reflectă o disfuncție a proceselor psihologice, biologice sau de dezvoltare care stau la baza funcționării mintale. Tulburările sunt de obicei asociate cu disconfort/suferință sau disfuncție în domeniile: social, profesional sau alte arii importante de activitate.

Elemente clinice și funcționale care definesc funcțiile mintale

Examen psihiatric,

Examen neurologic,

Examen psihologic

Scale de evaluare psihologică specifice fiecărui tip de tulburare mintală

Analize de laborator

Explorări funcționale: EEG

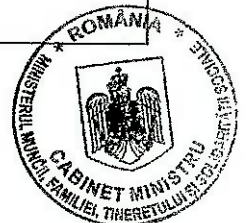
Examinări imagistice: RMN, CT

Inventarul de evaluare a dizabilității (WHODAS 2.0).

Anchetă socială

Relația deficiență funcțională-incapacitate adaptativă-capacitate de muncă și gradul de invaliditate corespunzător

Deficiență funcțională	Incapacitate adaptativă	Capacitate de muncă	Grad invaliditate
Fără	0-19%	păstrată	Nu se încadrează
Deficiență funcțională ușoară	20-49%	păstrată	Nu se încadrează
Deficiență funcțională medie	50-69%	diminuată	Gradul III
Deficiență funcțională accentuată	70-89%	diminuată + capacitate de autoservire păstrată parțial	Gradul II
Deficiență funcțională gravă	90-100%	diminuată + capacitatea de autoservire pierdută	Gradul I



Relația deficiență funcțională - limitarea activității/ restricțiile de participare generate:

Deficiența funcțională	Limitare activitate	Restricții de participare
Fără deficiență	Fără dificultate în realizarea activităților.	Fără restricții de participare la viața socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ.
Deficiență funcțională ușoară	Este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene Activitate profesională posibilă, cu evitarea celor care necesită atenție și concentrare sporită.	Fără restricții de participare la viața socială; Necesită sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă adaptat deficiențelor psihice. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și recuperator. Pot fi necesare serviciile de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă
Deficiență funcțională medie	Limitare moderată a activității prin afectarea interacțiunii sociale, prin deficite de adaptare și/sau intelectuale. Sarcinile de autogospodărire sunt îndeplinite la parametrii optimi.	Fără restricții de participare la viața socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare serviciile de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără suprasolicitări psihice.
Deficiență funcțională accentuată	Limitare marcată a interacțiunii socio-profesionale a bolnavului, care nu poate realiza o parte din sarcinile de autoservire, dar poate să se îngrijească singur.	Restricții de participare la viața socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung. Necesită sprijin familial și comunitar (în funcție de caz și situație) pentru efectuarea unor activități cotidiene și de autoservire.
Deficiență funcțională gravă	Limitarea completă a activităților prin deficite majore de adaptare și /sau intelectuale; are nevoie permanent de ajutor pentru autoservire	Restricții complete de participare la viața socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene și de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

1. TULBURĂRILE DE NEURODEZVOLTARE

Tulburările de neurodezvoltare reprezintă un grup de afecțiuni cu debut în perioada de dezvoltare, care se manifestă devreme în cursul vieții, deseori înainte de intrarea la școală și se caracterizează prin deficite de dezvoltare care produc afectări funcționale în sfera personală, socială, școlară sau profesională. Tulburările de neurodezvoltare apar de obicei în comorbiditate una cu alta.

1.1. Dizabilități intelectuale (Tulburare de dezvoltare intelectuală = Retard mintal), Cod CIM-10 F70-F73, F78, F79

Dizabilitatea intelectuală se caracterizează prin deficite privind abilitățile mintale generale, cum ar fi raționamentul, rezolvarea problemelor, planificarea, gândirea abstractă, judecata, învățarea în mediu școlar și învățarea din experiență, deficite care determină afectări ale funcției de adaptare într-unul sau mai multe aspect ale vieții cotidiene.

Elemente clinice

Criteria de diagnostic

Dizabilitatea intelectuală (Tulburare de dezvoltare intelectuală) este o tulburare cu debut în perioada de dezvoltare, care include deficite ale funcționării intelectuale și adaptative în domeniile: conceptual, social și practic. Trebuie să întrunească următoarele trei criterii:

A. Deficite ale funcțiilor intelectuale, precum: raționamentul, rezolvarea problemelor, planificarea, gândirea abstractă, judecata, învățarea în mediul școlar și învățarea din experiență confirmate atât prin evaluări clinice cât și prin teste de inteligență standardizate, individualizate.

B. Deficite ale funcționării adaptative care duc la eșec în atingerea standardelor de dezvoltare și socio-culturale privind independența personală și responsabilitatea socială. Fără susținere continuă, deficitele de adaptare limitează funcționarea într-una sau mai multe activități cotidiene, cum ar fi comunicarea, participarea socială și viața independentă, în diverse medii, de exemplu acasă, la locul de muncă și în comunitate.

C. Debutul deficiențelor intelectuale și adaptative are loc în perioada de dezvoltare.

Elemente funcționale

Aprecierea deficienței funcționale are la bază testarea standardizată a funcției intelectuale (QI) și nivelul de afectare a funcției adaptative, asocierea comorbidităților (ex. ADHD, tulburarea depresivă și tulburarea bipolară, tulburările anxioase, tulburarea cu mișcări stereotipe, tulburări de control al impulsurilor și tulburarea neurocognitivă majoră, prezența tulburărilor de comportament cu agresivitate).

Nivelurile de severitate ale funcției adaptative sunt: **ușor, moderat, grav și profund**. Funcționarea adaptativă implică raționament adaptativ în trei domenii: conceptual, social și practic.

Severitate ușoară

În domeniul conceptual - sunt afectate gândirea abstractă, funcția executivă (ex. planificarea, punerea la punct a unei strategii, stabilirea priorităților și flexibilitatea cognitivă) și memoria pe termen scurt, precum și utilizarea practică a aptitudinilor dobândite (ex. cititul, administrarea banilor). Acești indivizi au o abordare mai degrabă concretă a problemelor și soluțiilor comparativ cu indivizii de aceeași vârstă.

În domeniul social - comunicarea, conversația și limbajul sunt mai concrete sau mai imature decât cele anticipate pentru vârsta respectivă. Pot fi prezente dificultăți în ceea



ce privește controlul emoțiilor și al comportamentului de o manieră adecvată vârstei; aceste dificultăți sunt observate de colegi în situații sociale. Există o înțelegere limitată a riscului în situații sociale, judecata socială este imatură comparativ cu vârsta, iar persoana este expusă riscului de a fi manipulată de alte persoane (credulitatea).

În domeniul practic - este necesară susținerea de obicei pentru activități precum efectuarea cumpărăturilor, transportul, organizarea locuinței și îngrijirii copilului, prepararea mesei, serviciile bancare și managementul banilor. Abilitățile recreaționale sunt similare cu cele ale persoanelor de vârstă apropiată, deși judecata privind semnificația binelui și organizarea activităților recreative necesită susținere. Adesea, adulții sunt angajați cu succes în meserii care nu pun accentul pe abilitățile conceptuale. În general, indivizii necesită susținere pentru a lua decizii legate de sănătate și decizii legale și pentru a învăța să practice în mod competent o activitate bazată pe abilități. De regulă este necesară susținerea pentru întemeierea unei familii.

Severitate moderată

În domeniul conceptual - la adulți, dezvoltarea abilităților academice se află la un nivel elementar, aceștia având nevoie de susținere pentru folosirea lor în viața profesională și în cea personală. Indivizii au nevoie de asistență continuă, zilnică, pentru finalizarea sarcinilor conceptual uzuale, iar în unele cazuri alte persoane preiau în întregime aceste reponsabilități ale individului.

În domeniul social - capacitatea de a dezvolta relații este evidentă în legătură cu familia și prietenii, iar individul poate avea relații de prietenie de-a lungul vieții și uneori relații afective la vârsta adultă. Totuși, indivizii pot să nu perceapă sau să nu interpreteze corect aluziile sociale. Judecata socială și capacitatea de a lua decizii sunt limitate, iar îngrijitorii trebuie să asiste aceste persoane în deciziile de viață. Prietenii cu colegii normal dezvoltați sunt deseori afectate de limitările sociale sau de comunicare. La locul de muncă este necesară o susținere socială sau de comunicare substanțială.

În domeniul practic - individul adult se poate îngriji de nevoile personale ce includ alimentarea, îmbracarea, mersul la toaletă și menținerea igienei personale, deși este nevoie de timp și de o perioadă extinsă de învățare pentru ca individul să devină independent în aceste domenii, iar uneori pot fi necesare readucerile amintite. De asemenea, participarea la treburile casnice poate fi dobândită până la vârsta adultă, deși este nevoie de o perioadă îndelungată de învățare, iar susținerea continuă va fi necesară pentru atingerea performanțelor specifice unui adult. Indivizii pot ocupa locuri de muncă în meserii care necesită abilități conceptuale și comunicaționale limitate, dar este necesară o susținere considerabilă din partea colegilor de muncă și a supervisorilor pentru ca individul să îndeplinească așteptările sociale, complexitățile slujbei și responsabilitățile auxiliare precum planificarea, transportul, asigurarea de sănătate și managementul financiar. Individul poate dezvolta unele abilități recreaționale, care necesită susținere și oportunități de învățare pe o perioadă îndelungată de timp. Comportamentul inadaptat este prezent într-un procent mic de cazuri și cauzează probleme sociale.

Severitate gravă

În domeniul conceptual - obținerea abilităților conceptuale este limitată. În general individul are o înțelegere redusă a limbajului scris sau a conceptelor ce implică numerele, cantitatea, timpul și banii. Îngrijitorii trebuie să le asigure susținere extinsă pentru rezolvarea problemelor de-a lungul întregii vieți.

În domeniul social - limbajul vorbit este destul de limitat în termeni de vocabular și de gramatică. Vorbirea poate fi formată din cuvinte și fraze izolate și poate fi îmbunătățită prin antrenament. Vorbirea și comunicarea sunt axate pe acțiunile curente din evenimentele zilnice (acum și aici). Limbajul este folosit pentru comunicarea socială, mai mult decât pentru explicații. Indivizii înțeleg vorbirea simplă și comunicarea prin

gesturi. Relațiile cu membrii familiei și cu alte persoane familiare sunt o sursă de ajutor.

În domeniul practic - individul necesită susținere pentru toate activitățile cotidiene, pentru a se alimenta, a se îmbrăca, a se spăla și pentru a folosi toaleta. Individul necesită supraveghere continuă. El nu poate lua decizii responsabile privind binele propriu și a altor persoane. La vârsta adultă, îndeplinirea unor sarcini acasă, în activitățile de recreere și la locul de muncă necesită susținere și asistență continuă. Dobândirea de abilități în toate domeniile necesită învățare și susținere pe termen lung. Comportamentul inadaptat, inclusiv auto-vătămarea, este prezent la un procent mic dar semnificativ de cazuri.

Severitate profundă

În domeniul conceptual - în general abilitățile conceptuale implică mai degrabă lumea fizică decât procesele simbolice. Individul poate folosi obiecte în scopul care le este destinat pentru, muncă și recreere. Pot fi dobândite anumite abilități spațio-vizuale, cum ar fi potrivirea și sortarea pe baza caracteristicilor fizice. Totuși, tulburările motorii și senzitive concomitente pot împiedica folosirea obiectelor.

În domeniul practic - individul are o înțelegere foarte redusă a comunicării simbolice în vorbire sau în gestică. Poate înțelege unele instrucțiuni sau gesturi simple. Individul își exprimă dorințele și emoțiile mai ales prin comunicare nonverbală, nonsimbolică. Individul se bucură de relații cu persoane bine cunoscute- membrii ai familiei, îngrijitori și alte persoane familiare- și inițiază sau răspunde la interacțiunile sociale prin manifestări de gestică și emoționale. Tulburările senzoriale și fizice concomitente pot împiedica activitățile sociale.

În domeniul practic - individul este dependent de alții în toate aspectele zilnice privind îngrijirea fizică, sănătatea și siguranța, deși poate fi în stare să participe la unele dintre aceste activități. Indivizii fără afectare fizică severă pot ajuta la unele sarcini casnice cotidiene, cum ar fi să aducă vesela la masă. Acțiunile simple cu obiecte pot fi baza participării la unele activități vocaționale, în prezența unei susțineri continue și importante. Activitățile recreative pot implica, de exemplu, plăcerea de a asculta muzică, de a urmări filme, de a ieși la plimbare sau de a participa la activități acvatice, totul cu susținerea celorlalți. Afectările fizice și senzoriale concomitente sunt bariere frecvente pentru participarea (dincolo de a privi) la activitățile casnice, recreative și vocaționale. Comportamentul inadaptat este prezent la un procent mic dar semnificativ de cazuri

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Tulburarea de dezvoltare intelectuală ușoară cu afectare ușoară a funcțiilor de adaptare și intelectuală (QI=50-69).

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Tulburarea de dezvoltare intelectuală ușoară QI=(50-69) cu tulburări de comportament semnificative, și/sau asociată cu alte tulburări mintale, somatice, senzoriale.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Tulburare de dezvoltare intelectuală de severitate moderată (QI= 35-49), cu tulburări de comportament semnificative, și/sau asociată cu alte tulburări mintale, somatice, senzoriale.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Tulburare de dezvoltare intelectuală de severitate gravă și profundă (QI<34), cu tulburări de comportament semnificative, și/sau asociată cu alte tulburări mintale, somatice, senzoriale.



2. TULBURĂRILE DIN SPECTRUL SCHIZOFRENIEI ȘI ALTE TULBURĂRI PSIHOTICE

Acestea sunt definite prin anomalii în unul sau mai multe din următoarele cinci domenii: ideație delirantă, halucinații, gândire dezorganizată (discurs), comportament motor profund dezorganizat sau anormal (inclusiv catatonie) și simptome negative.

Elementele esențiale care definesc tulburările psihotice

Ideația delirantă - constă în convingeri fixe care nu pot fi schimbate prin dovezi argumentate. Conținutul lor poate cuprinde diverse teme: idei delirante de persecuție, de referință, de grandoare, erotomane, nihiliste, somatice. Ideile delirante sunt considerate bizare dacă sunt în mod evident neplauzibile. Ideile delirante care exprimă pierderea controlului asupra gândurilor și corpului sunt în general considerate bizare (furtul gândurilor, inserția gândurilor sau idei delirante de control).

Halucinațiile - sunt experiențe de tip perceptiv care apar în absența unui stimul extern. Au un caracter foarte viu și clar, având forța și impactul percepțiilor normale și nu pot fi controlate. Pot apare în orice modalitate senzorială dar cele auditive sunt cele mai frecvente.

Gândirea (vorbirea) dezorganizată - se deduce din discursul individului: deraiere sau pierderea asociațiilor, tangențialitate, incoerență sau „salata de cuvinte”.

Comportamentul motor intens dezorganizat sau anormal (inclusiv catatonie) - se poate manifesta în diverse moduri. Comportamentul catatonie constă într-o scădere importantă a reactivității la mediu și se poate manifesta prin: negativism, mutism și stupor, agitație catatonică, mișcări repetitive stereotipe, fixarea privirii, grimase faciale, mutismul și ecoul vorbirii.

Simptomele negative - mai evidente în schizofrenie decât în alte tulburări psihotice: diminuarea expresivității emoționale și avoliția. Alte simptome negative: alogia, anhedonia și lipsa de sociabilitate.

2.1. SCHIZOFRENIA (Cod CIM-10 F20)

Elemente clinice

Simptomele caracteristice schizofreniei sunt reprezentate de o serie de disfuncții cognitive, comportamentale și emoționale.

Criterii de diagnostic-DSM V

A. Două sau mai multe din următoarele criterii, fiecare manifestându-se o perioadă suficientă de timp în interval de o lună (sau mai puțin dacă tratamentul este eficient). Cel puțin unul din ele trebuie să fie (1), (2) sau (3):

1. Idei delirante;
2. Halucinații;
3. Vorbire dezorganizată;
4. Comportament motor intens dezorganizat sau catatonie;
5. Simptome negative.

B. O perioadă semnificativă de timp de la debutul tulburării, nivelul de funcționare în unul sau mai multe domenii importante cum ar fi: profesional, relații interpersonale sau este mult sub nivelul atins înainte de debut (sau atunci când debutul se situează în copilărie sau adolescență, nu se atinge nivelul așteptat al funcționării interpersonale, școlare sau profesionale).

C. Semnele perturbării se mențin continuu timp de cel puțin 6 luni și trebuie să

cuprindă cel puțin o lună de simptome care îndeplinesc criteriul A.

D. Au fost excluse tulburarea schizoafectivă și tulburarea depresivă și bipolară cu elemente psihotice.

E. Tulburarea nu poate fi atribuită efectelor unei substanțe sau afecțiuni medicale.

F. Dacă există un istoric de tulburare din spectrul autismului sau de tulburare de comunicare cu debut în copilărie diagnosticul adițional de schizofrenie se stabilește doar dacă alături de celelalte simptome de schizofrenie sunt prezente idei delirante și halucinații semnificative pentru o perioadă de cel puțin o lună (mai puțin dacă tratamentul a fost eficient).

Forme clinice:

1. Schizofrenia paranoidă.
2. Schizofrenia dezorganizată (hebefrenică).
3. Schizofrenia catatonică.
4. Schizofrenia nediferențiată.
5. Schizofrenia reziduală.
6. Schizofrenia simplă.
7. Depresia post-schizofrenie

Elemente funcționale

Schizofrenia este o boală cu evoluție cronică și se asociază cu disfuncție socială și profesională semnificativă clinic. Evaluarea funcțională se face în funcție de severitatea simptomelor psihotice, a evoluției și prognosticului bolii, a răspunsului la tratament, examinării psihologice (BPRS, SAPS, SANS, PANSS), prezența comorbidităților (tulburări legate de consumul de substanțe, tulburări anxioase, tulburarea de panică, tulburarea obsesiv compulsivă, afecțiuni medicale asociate), a suportului psiho-social.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Episod unic în remisiune completă, cu evoluție favorabilă cu afectare minimă a funcționării.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Episod unic în remisiune parțială.

Evoluție cronică cu simptome reziduale, interepisodice cu afectare moderată a funcționării.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Episoade multiple cu recăderi și remisiuni parțiale interepisodice. Forma continuă.

Prezența comorbidităților (alte tulburări mintale, consumul de substanțe, afecțiunilor medicale asociate), tulburări induse de tratament (diabet zaharat, dislipidemie, parkinsonism).

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Evoluție cronică cu afectare severă și deteriorare funcțională progresivă, cu destructurarea personalității, cu potențial antisocial, lipsa aderenței la tratament, lipsa suportului psihosocial.

2.2. TULBURAREA SCHIZOAFECTIVĂ (Cod CIM-10 F25)

Este o tulburare în care episodul afectiv și simptomele de fază activă ale schizofreniei se



manifestă împreună și sunt precedate sau urmate de cel puțin 2 săptămâni de idei delirante sau halucinații, în absența unor simptome afective importante.

Elemente clinice

Criterii de diagnostic DSM V

- A. O perioadă continuă de boală pe parcursul căreia apare un episod afectiv major (depresiv major sau maniacal) simultan cu Criteriul A al schizofreniei.
- B. Idei delirante sau halucinații prezente timp de cel puțin 2 săptămâni în absența unui episod afectiv major, oricând pe parcursul bolii, pe toată durata vieții.
- C. Simptomele care îndeplinesc criteriile pentru un episod afectiv major sunt prezente cea mai mare parte a perioadei cât durează fazele activă și reziduală ale bolii.
- D. Tulburarea nu poate fi atribuită efectelor unei substanțe sau afecțiuni medicale.

Forme clinice

1. Tipul bipolar
2. Tipul depresiv

Elemente funcționale

Tulburarea schizoafectivă se asociază cu disfuncții sociale și profesionale. Aprecierea capacității funcționale se va stabili în funcție de tipul tulburării, severitatea simptomelor, evoluție, răspunsul la tratament, prezența comorbidităților, a examinării psihologice (PANSS, HAM-D, scala Montgomery-Asberg (MADRS), Inventarul pentru depresie Beck - evaluări în dinamică), anchetei sociale

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Episod unic în remisiune completă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Episod unic în remisiune parțială. Stadiul interaccusal, complianță terapeutică/ răspuns terapeutic bun.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Episoade multiple cu recăderi și remisiuni parțiale interepisodice, prezența comorbidităților (alte tulburări mintale, în special cu tulburări ale consumului de substanțe, tulburări anxioase, alte afecțiuni medicale).

Forma de boală continuă cu destructurare a personalității, noncomplianță/rezistență terapeutică, cu disfuncție severă socială și profesională.

2.3. TULBURAREA DELIRANTĂ (Cod CIM-10 F22)

Elemente clinice

Criterii de diagnostic DSM V

- A. Prezența uneia (sau mai multor) idei delirante cu durată de cel puțin o lună.
- B. Criteriul A pentru schizofrenie nu a fost îndeplinit niciodată.
- C. În afară de impactul ideii (ideilor) delirante, sau al consecințelor ei funcționarea nu este afectată major iar comportamentul nu este, în mod clar, bizar sau neobișnuit,
- D. Dacă au avut loc episoade maniacale sau depresive majore acestea au fost scurte comparativ cu durata perioadelor delirante.
- E. Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice sau altor afecțiuni medicale și

nu poate fi explicată mai bine de o altă tulburare mintală, cum ar fi tulburarea dismorfică corporală sau tulburarea obsesiv compulsivă.

Forme clinice

1. tipul erotoman
2. tipul de grandoare
3. tipul de gelozie
4. tipul de persecuție
5. tipul somatic
6. tipul mixt
7. tip nediferențiat

Elemente funcționale

Afectarea funcțională este de obicei mai limitată comparativ cu cea întâlnită în alte tulburări psihotice dar în unele cazuri poate fi semnificativă, conducând la funcționare profesională slabă și izolare socială. Trăsătura comună a indivizilor cu tulburare delirantă este comportamentul aparent normal atunci când nu discută și nu acționează în concordanță cu ideile lor delirante.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Episod unic în remisiune completă, sindrom delirant discret și circumscris la o anumită temă, fără impact social deosebit, nelegat de activitatea profesională.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Episod unic în remisiune parțială, sindrom delirant care scade capacitatea de inserție socio- profesională.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Episoade multiple cu recăderi și remisiuni parțiale interepisodice.

Forma de boală cu evoluție cronică, rezistentă la tratament, grad mare de deteriorare performanțială, cu comportament auto-, heteroagresiv, litigios și conflictual.

2.4 TULBURAREA SCHIZOFRENIFORMĂ (Cod CIM-10 F23.2)

Este o tulburare psihotică cu durată limitată la 1-6 luni și care respectă criteriul A pentru schizofrenie.

Elemente clinice

Criterii de diagnostic DSM V

A. Două sau mai multe din următoarele criterii, fiecare manifestându-se o perioadă suficientă de timp în interval de o lună (sau mai puțin dacă tratamentul este eficient).

Cel puțin unul din ele trebuie să fie (1),(2) sau (3):

1. Idei delirante;
2. Halucinații;
3. Vorbire dezorganizată;
4. Comportament motor intens dezorganizat sau catatonie;
5. Simptome negative.

B. Fiecare episod al tulburării durează cel puțin o lună, dar mai puțin de 6 luni.

C. Au fost excluse tulburarea schizoafectivă și tulburările depresivă sau bipolară cu simptome psihotice.

D. Tulburarea nu poate fi atribuită efectelor unei substanțe sau afecțiuni medicale.



Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Episod unic în remisiune completă.

3. TULBURAREA BIPOLARĂ ȘI TULBURĂRILE ÎNRUDITE

Tulburările bipolare și tulburările înrudite cuprind: tulburarea bipolară I, tulburarea bipolară II, tulburarea ciclotimică, tulburarea bipolară și tulburările înrudite induse de substanțe sau medicamente, tulburarea bipolară și tulburările înrudite secundare unei afecțiuni medicale.

3.1 TULBURAREA BIPOLARĂ I (Cod CIM-10 F31)

Pentru stabilirea diagnosticului de tulburare bipolară I este necesară prezența a cel puțin unui episod maniacal pe parcursul vieții.

Elemente clinice

Pentru a stabili diagnosticul de tulburare bipolară I este necesar să fie îndeplinite criteriile pentru episodul maniacal. Acesta poate fi precedat sau urmat de episoade hipomaniacale sau depresive majore.

Criterii de diagnostic DSM V

A. Au fost îndeplinite criteriile pentru cel puțin un episod maniacal

B. Apariția episodului (episoadelor) maniacal și depresiv major nu este mai bine explicată de tulburarea schizoafectivă, schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau de alte tulburări din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice.

3.1.1. EPISODUL MANIACAL

Criterii de diagnostic DSM V

A. O perioadă bine delimitată caracterizată prin dispoziție anormală și persistent euforică, expansivă sau iritabilă, precum și prin activitate direcționată către un obiectiv sau energie anormal și persistent crescută cu durată de cel puțin o săptămână și prezentă cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic (sau cu orice durată dacă e necesară spitalizarea).

B. Pe durata alterării dispoziției și creșterii energiei sau activității, trei (sau mai multe) din următoarele simptome (patru dacă dispoziția este doar iritabilă) sunt prezente la un nivel semnificativ și reprezintă o modificare importantă față de comportamentul obișnuit:

1. Respect de sine exagerat sau sentiment de grandoare.
2. Scăderea nevoii de somn.
3. Mai vorbăreț decât de obicei sau presiunea de a vorbi.
4. Fuga de idei sau sentimentul subiectiv de accelerare a gândirii.
5. Distractibilitatea raportată de pacient sau observată de alții.
6. Creșterea activității direcționate către un obiectiv sau agitația psihomotorie.
7. Implicare excesivă în activități cu potențial ridicat de a conduce la consecințe neplăcute. (ex. angajarea în distracții foarte costisitoare, comportament sexual

necuviincios sau investiții nechibzuite în afaceri).

C. Alterarea dispoziției este suficient de severă pentru a provoca deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională sau pentru a necesita spitalizare, cu scopul de a împiedica individul să-și provoace auto-vătămare sau vătămarea altora, sau sunt prezente elemente psihotice.

D. Acest episod nu poate fi atribuit efectelor fiziologice ale unei substanțe sau ale unei afecțiuni medicale.

3.1.2. EPISODUL HIPOMANIACAL

Criteria de diagnostic DSM V

A. O perioadă bine delimitată caracterizată prin dispoziție anormal și persistent euforică, expansivă sau iritabilă, precum și prin activitate direcționată către un obiectiv sau energie anormal și persistent crescută, care durează cel puțin patru zile consecutive și este prezentă cea mai parte a zilei, aproape zilnic.

B. Pe durata alterării dispoziției și a creșterii energiei sau activității trei (sau mai multe) din următoarele simptome (patru dacă dispoziția este iritabilă) au persistat, reprezintă o modificare importantă față de comportamentul obișnuit și sunt prezente la un nivel semnificativ:

1. Respect de sine exagerat sau sentiment de grandoare.
2. Scăderea nevoii de somn (ex individul se simte odihnit după doar trei ore de somn).
3. Mai vorbăreț decât de obicei sau presiunea de a vorbi.
4. Fuga de idei sau sentimentul subiectiv de accelerare a gândirii.
5. Distractibilitatea raportată de pacient sau observată de alții.
6. Creșterea activității direcționate către un obiectiv sau agitația psihomotorie;
7. Implicare excesivă în activități cu potențial ridicat de a conduce la consecințe neplăcute (ex. angajarea în distracții foarte costisitoare, comportament sexual necuviincios sau investiții nechibzuite în afaceri).

C. Episodul se asociază cu o modificare fără echivoc a funcționării, care nu este caracteristică individului atunci când nu e simptomatic.

D. Alterarea dispoziției și modificarea funcționării sunt observate de anturaj.

E. Episodul nu este suficient de sever pentru a cauza un deficit marcat al funcționării sociale și profesionale sau pentru a necesita spitalizare. Dacă sunt prezente elemente psihotice episodul este prin definiție maniacal.

F. Episodul nu poate fi atribuit efectelor fiziologice ale unei substanțe (ex. un drog de abuz, un medicament, un alt tratament).

3.1.3. EPISODUL DEPRESIV MAJOR

3.1.4.

Criteria de diagnostic DSM V

A. Cinci (sau mai multe) din următoarele simptome au fost prezente pe parcursul aceleiași perioade de două săptămâni și reprezintă o modificare față de nivelul de funcționare anterior; cel puțin unul din simptome este fie (1) dispoziție depresivă, fie (2) pierderea interesului și plăcerii:

1. Dispoziție depresivă cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic, fie raportată subiectiv de individ fie observată de anturaj.
2. Diminuarea marcată a interesului sau plăcerii pentru toate, sau aproape toate



activitățile, cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic.

3. Scăderea semnificativă în greutate, fără a urma o dietă sau creșterea în greutate (ex. modificarea cu peste 5% a greutății corporale în decurs de o lună), ori scăderea sau creșterea apetitului aproape zilnic.
 4. Insomnie sau hipersomnie aproape zilnic.
 5. Agitație sau lentoare psihomotorie, aproape zilnic (observată de alții);
 6. Astenie sau pierderea energiei aproape zilnic.
 7. Sentimente de inutilitate sau vinovăție exagerată sau inadecvată (care poate ainge un nivel psihotic) aproape zilnic.
 8. Capacitate diminuată de a gândi sau de a se concentra, sau indecizie, aproape zilnic.
 9. Gânduri recurente de moarte (nu doar teama de a muri), ideea de suicidă recurentă fără un plan clar sau o tentativă de suicid ori planificarea unui suicid.
- C. Simptomele cauzează disconfort semnificativ clinic sau deficit în domeniile social, profesional și în alte arii importante de funcționare.
- D. Episodul nu poate fi atribuit efectelor fiziologice ale unei substanțe sau ale unei afecțiuni medicale.

Specificatori pentru episodul actual sau cel mai recent de manie, hipomanie sau depresie:

Cu disconfort anxios

Cu elemente mixte

Cu ciclicitate rapidă

Cu elemente melancolice

Cu elemente atipice

Cu elemente psihotice congruente cu dispoziția

Cu elemente psihotice incongruente cu dispoziția

Cu catatonie

Cu debut peripartum

Cu tipar sezonier

În remisiune parțială

În remisiune completă

Aprecierea **severității** are la bază numărul de simptome enunțate în criterii, severitatea acestora și gradul de deficit funcțional:

Ușoară: Sunt prezente puține sau nu sunt deloc prezente simptome în exces față de cele necesare pentru a îndeplini criteriile de diagnostic, intensitatea simptomelor este neplăcută sau controlabilă iar simptomele determină un deficit minor al funcționării sociale și profesionale.

Moderată: Numărul simptomelor, intensitatea lor și/sau deficitul funcțional se află între cele menționate la „ușoară,, și „severă,,.

Severă: Numărul de simptome este mult mai mare decât cel necesar pentru diagnostic, intensitatea simptomelor este deosebit de supărătoare și necontrolabilă, iar simptomele influențează semnificativ funcționarea socială și profesională.

Elemente funcționale

Examen psihic, examen psihologic (Scala Young de evaluare a maniei (YMRS), scale de evaluare a depresiei în funcție de episodul afectiv recent), anchetă socială.

Se va ține seama de numărul, severitatea și specificul episoadelor afective, de răspunsul terapeutic, suportul psiho-social, tipul remisiunilor.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Tulburarea bipolară I cel mai recent episod maniacal ușor, mediu, sever în remisiune completă răspuns bun terapeutic, disfuncționalități minore socio-profesionale.

Tulburare bipolară I cel mai recent episod depresiv major ușor, mediu, sever cu remisiune interepisodică completă, răspuns bun terapeutic, disfuncționalități minore socio-profesionale.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Se va ține seama de numărul (2-4), severitatea (mediu, sever) episoadelor afective, cu viraj dispozițional, cu remisiune parțială interepisodică.

Tulburarea bipolară I, cel mai recent episod maniacal sever în remisiune parțială, cel puțin 2 episoade afective severe în antecedente, cu remisiune parțială interepisodică, asociate cu comorbidități psihiatrice și/sau medicale, afectează activitatea socio-profesională.

Tulburarea bipolară I cel mai recent episod depresiv sever în remisiune parțială, cel puțin 2 episoade afective severe în antecedente, cu remisiune parțială interepisodică, asociate cu comorbidități psihiatrice și/sau medicale, afectează activitatea socio-profesională.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Tulburarea bipolară I cu ciclicitate rapidă (>4 episoade afective în ultimul an), sau pattern sezonier sau episoade afective cu elemente psihotice cu rezistență terapeutică și recuperare interepisodică parțială. Tulburarea interferă major cu activitatea socio-profesională.

3.2. TULBURAREA BIPOLARĂ II

Pentru a stabili diagnosticul de tulburare bipolară II este necesar să fie îndeplinite criteriile pentru episodul actual sau anterior hipomaniacal și criteriile pentru un episod actual sau anterior depresiv major.

Criterii de diagnostic

- A. Au fost îndeplinite criteriile pentru cel puțin un episod hipomaniacal și cel puțin un episod depresiv major.
- B. Nu a existat niciodată un episod maniacal.
- C. Apariția episoadelor hipomaniacal și depresiv major nu poate fi mai bine explicată de tulburarea schizoafectivă, schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau de alte tulburări din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice.
- D. Simptomele de depresie sau caracterul imprevizibil dat de alternarea frecventă a perioadelor de depresie și manie cauzează disconfort semnificativ clinic și deficit în domeniile social, profesional și în alte arii importante de funcționare.

Specificanți-episodul actual sau cel mai recent:

- Hipomaniacal
- Depresiv

Cu disconfort anxios

Cu elemente mixte

Cu ciclicitate rapidă

Cu elemente psihotice congruente cu dispoziția

Cu elemente psihotice incongruente cu dispoziția

Cu catatonie



Cu debut peripartum

Evoluția

- în remisiune parțială
- în remisiune completă

Severitatea:

- Ușoară
- Moderată
- Severă

Elemente funcționale

Aprecierea deficienței se va face ținând seama de severitatea și numărul (2) episoadelor afective, evoluția, tipul de remisiune și răspunsul la tratament.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Tulburarea bipolară II cel mai recent episod hipomaniacal.

Tulburarea bipolară II cel mai recent episod depresiv major ușor, mediu și sever cu remisiune completă interepisodică, cu răspuns bun terapeutic și disfuncționalități minime socio- profesionale.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Se va ține seama de numărul(2-4) și severitatea episoadelor afective anterioare.

Tulburarea bipolară II cel mai recent episod depresiv sever cu remisiune parțială interepisodică, ce interferă cu activitatea socio-profesională.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Tulburarea bipolară II cu ciclicitate rapidă, episoade depresive severe, tulburări mintale comorbide (tulburări anxioase, tulburarea legată de consumul de substanțe), rezistență terapeutică, lipsa suportului psiho-social.

3.3 TULBURAREA CICLOTIMICĂ (Cod CIM-10 F34.0)

Tulburarea ciclotimică debutează de obicei în adolescență sau în perioada de adult tânăr, insidios cu evoluție progresivă. Există riscul ca un individ cu această tulburare să dezvolte ulterior o tulburare bipolară I sau II.

Elemente clinice

Criterii de diagnostic DSM V

- A. Timp de cel puțin 2 ani au existat numeroase perioade caracterizate prin simptome hipomaniacale care nu îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru un episod hipomaniacal, și numeroase perioade caracterizate prin simptome depresive care nu îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru un episod depresiv major.
- B Pe parcursul acestei perioade de 2 ani perioadele hipomaniacale și depresive au fost prezente cel puțin jumătate din timp, iar individul nu a fost lipsit de simptome mai mult de 2 luni consecutiv.
- C. Nu au fost niciodată îndeplinite criteriile de diagnostic pentru un episod depresiv major, maniacal sau hipomaniacal.
- D. Simptomele descrise la Criteriul A nu pot fi mai bine explicate de tulburarea schizoafectivă schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau de

alte tulburări din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice.

- E. Simptomele nu pot fi atribuite efectelor fiziologice ale unei substanțe sau altei afecțiuni medicale.
- F. Simptomele provoacă disconfort semnificativ clinic sau deficit în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare.

Elemente funcționale

Aprecierea deficienței se va face ținând seama de severitatea și numărul (2) episoadelor afective. Se va corela cu scalele utilizate pentru evaluarea depresiei, maniei.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Episoadele depresive nu perturbă activitatea, nu se asociază cu consum de substanțe psihoactive. Pot exista dificultăți în condiții noi de activitate profesională.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Numărul episoadelor depresive (>4) induc deteriorarea funcționării socio-profesionale sau se asociază cu consum cronic de substanțe psihoactive sau tulburări de deficit de atenție/hiperactivitate.

4. TULBURĂRILE DEPRESIVE

4.1. TULBURAREA DEPRESIVĂ MAJORĂ (Cod CIM-10 F32)

Elemente clinice

Criterii de diagnostic DSM V

- A-C. Sunt îndeplinite criteriile pentru un episod depresiv major.
- D. Apariția episodului depresiv major nu poate fi mai bine explicată de o tulburare schizoafectivă, schizofrenie, tulburare schizofreniformă, tulburarea delirantă sau de alte tulburări specificate și nespecificate din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice.
- E. Nu a existat niciun episod maniacoal sau hipomaniacoal.

Elemente funcționale

Aprecierea deficienței funcționale se face prin examen psihiatric, examen psihologic (scala HAM-D, scala Montgomery-Asberg, Inventarul pentru depresie Beck- evaluări în dinamică), anchetă socială.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Tulburarea depresivă majoră episod unic ușor/mediu /sever în remisiune completă.

Tulburarea depresivă majoră recurentă episodul cel mai recent ușor/mediu în remisiune completă, cu răspuns terapeutic bun. Se va ține seama de severitatea și numărul episoadelor anterioare, cel puțin 2 episoade.

Simptomele determină o deteriorare minoră în funcționarea socială și profesională.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Tulburarea depresivă majoră episod unic sever în remisiune parțială, fără suport psiho-social.



Tulburarea depresivă majoră recurentă cel mai recent episod sever fără elemente psihotice/cu pattern sezonier în remisiune parțială. Se va ține seama de numărul episoadelor (3), complianța terapeutică, recuperarea interepisodică, comorbiditățile somatice și psihiatrice.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Tulburarea depresivă majoră recurentă cel mai recent episod actual sever cu elemente psihotice, și/sau cu elemente catatonice.

Simptomele afectează semnificativ funcționarea socială și profesională.

4.2.TULBURAREA DISTIMICĂ = TULBURAREA DEPRESIVĂ PERSISTENTĂ (Cod CIM-10 F34.1, F34.8)

Această tulburare reprezintă o asociere într-un singur diagnostic a tulburării depresive majore cronice și a tulburării distimice. Tulburarea depresivă persistentă are adesea debut precoce și insidios și evoluție cronică.

Elemente clinice

Criterii de diagnostic DSM V

- A. Dispoziție depresivă prezentă cea mai mare parte a zilei, timp de mai multe zile decât nu, fie confirmată prin relatare personală, fie observată de alte persoane, cu durată de cel puțin 2 ani.
- B. Prezența alături de starea depresivă a două sau mai multe din următoarele:
 - 1. Apetit scăzut sau hiperfagie.
 - 2. Insomnie sau hipersomnie.
 - 3. Energie scăzută sau fatigabilitate.
 - 4. Stimă de sine scăzută.
 - 5. Capacitate de concentrare redusă sau dificultăți în a lua deciziilor.
 - 6. Sentimente de lipsă a speranței.
- C. În cursul perioadei de 2 ani, simptomele de la Criteriile A și B nu au fost absente mai mult de 2 luni consecutiv.
- D. Criteriile pentru tulburarea depresivă majoră pot fi prezente continuu timp de 2 ani.
- E. Nu a existat niciodată un episod maniacoal sau hipomaniacoal iar criteriile pentru tulburarea ciclotimică nu au fost întrunite niciodată.
- F. Perturbarea nu poate fi atribuită unei tulburări schizoafective persistente, schizofreniei, tulburării delirante, altor tulburări specificate sau nespecificate din spectrul schizofreniei și altor tulburări psihotice
- G. Simptomele nu pot fi atribuite efectelor fiziologice ale unei substanțe sau altei afecțiuni medicale.
- H. Simptomele determină suferință sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

Specificatori

Cu disconfort anxios

Cu elemente mixte

Cu elemente melancolice

Cu elemente atipice

- Cu elemente psihotice congruente cu dispoziția
- Cu elemente psihotice incongruente cu dispoziția
- Cu debut peripartum
 - Cu debut precoce
 - Cu debut tardiv

Evoluția

- în remisiune parțială
- în remisiune completă

În ultimii 2 ani ai tulburării depresive persistente:

- Cu sindrom distimic pur
- Cu episod depresiv major persistent
- Cu episoade depresive majore intermitente, în episod actual
- Cu episoade depresive majore intermitente, fără episod actual

Severitatea:

- Ușoară
- Moderată
- Severă

Elemente funcționale

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Distimie cu disconfort anxios/ cu elemente atipice.

Simptomele determina doar o deteriorare minimă în funcționarea socială și profesională.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Tulburarea depresiva persistentă în remisiune parțială, prezența comorbidităților somatice și psihice, prezența factorilor de stres sever, fără suport psiho-social.

5. TULBURĂRI ANXIOASE

Tulburările anxioase se exprimă clinic prin simptome emoționale dominate de anxietate, echivalențe anxioase somatice și psihice, comportamente de evitare și compulsive. Manifestările psihice cuprind componenta anxioasă (teama fără motiv), dar și o componentă cognitivă importantă (scăderea capacității de concentrare, tulburarea memoriei de scurtă durată, hiperprosexie voluntară selectivă). Manifestările somatice cele mai frecvente sunt: amețeli, transpirații, diaree, hiperreflexie, palpitații, neliniște psihomotorie, hipertensiune, sincope, tahicardie, parestezii la nivelulul extremităților, tremor, dureri epigastrice, simptome urinare.

5.1. TULBURAREA DE PANICĂ (Cod CIM-10 F41)

Elemente clinice

Criterii de diagnostic DSM V

A. Atacuri de panică imprevizibile, recurente. Un atac de panică reprezintă apariția bruscă a unei frici sau a unui disconfort intens care atinge un punct culminant în decurs de câteva minute, iar în acest interval se manifestă patru (sau mai multe) din următoarele simptome:



Manifestarea bruscă poate apărea fie pe fondul unei stări de calm, fie anxioase.

1. Palpitații, bătăi puternice ale inimii sau accelerarea frecvenței cardiace.
 2. Transpirații.
 3. Tremor sau frisoane.
 4. Senzație de respirație dificilă (dispnee) sau de sufocare.
 5. Senzație de asfixie.
 6. Dureri sau disconfort precordial.
 7. Greață sau disconfort abdominal.
 8. Senzație de amețeală, instabilitate, cap gol sau lipotimie.
 9. Senzație de frig sau de căldură.
 10. Paretezii (senzații de amorțeală sau furnicături).
 11. Derealizare (sentimentul irealității) sau depersonalizare (detașarea de sine).
 12. Frica de a pierde controlul sau de a „înnebuni”.
 13. Frica de moarte.
- B. Cel puțin unul din atacurile de panică a fost urmat, timp de cel puțin o lună, de una sau ambele din următoarele:
1. Preocupare sau îngrijorare persistentă privind apariția unui nou atac de panică sau a consecințelor acestuia (ex. pierderea controlului, apariția unui infarct, posibilitatea de a „înnebuni”).
 2. O schimbare semnificativ dezadaptativă a comportamentului provocată de atac (ex. un comportament menit să evite producerea atacurilor de panică, cum ar fi evitarea efortului fizic sau a situațiilor necunoscute).
- C. Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanțe sau unei afecțiuni medicale.
- D. Perturbarea nu este mai bine explicată de o altă tulburare mintală.

5.2. AGORAFOBIA (Cod CIM-10 F40)

Elemente clinice

Criterii de diagnostic DSM V

Frica sau anxietatea sunt disproporționate față de pericolul actual pe care îl reprezintă.

- A. Frică sau anxietate marcate privind două sau mai multe din următoarele cinci situații:
1. Utilizarea transportului public (ex. automobile, autobuze, vapoare, avioane).
 2. Prezența în spații deschise (ex. parcuri, piețe, poduri).
 3. Prezența în spații închise (magazine, teatre, cinematografe).
 4. Statul la rând sau în mulțime.
 5. Ieșirea singur în afara casei.
- B. Individul se teme sau evită aceste situații deoarece se gândește că poate fi dificil să scape sau poate lipsi ajutorul în eventualitatea dezvoltării unor simptome de panică sau a altor simptome care determină incapacitate sau jenă.
- C. Situațiile agorafobice provoacă aproape întotdeauna frică sau anxietate.
- D. Situațiile agorafobice sunt evitate active, necesită prezența unei companii sau sunt suportate cu frică sau anxietate intense.
- E. Frica sau anxietatea sunt disproporționate față de pericolul actual pe care îl presupune situația agorafobică și contextul socio-cultural.
- F. Frica, anxietatea sau evitarea sunt persistente și în mod tipic durează cel puțin 6 luni.
- G. Frica, anxietatea sau evitarea cauzează disconfort sau deficit semnificative clinic în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare.
- H. Chiar dacă este prezentă o altă afecțiune medicală, frica, anxietatea sau evitarea sunt clar excesive.
- I. Frica, anxietatea sau evitarea nu pot fi mai bine explicate de simptomele altei tulburări mintale.

5.3. TULBURAREA ANXIOASĂ GENERALIZATĂ (Cod CIM-10 F41.1)

Elemente clinice

Criterii de diagnostic DSM V

A. Anxietate și îngrijorare (anticipare anxioasă) excesive, prezente majoritatea zilelor, timp de cel puțin 6 luni, cu privire la unele evenimente sau activități (ex. performanțele la serviciu).

B. Individului îi este dificil să-și controleze îngrijorarea.

C. Anxietatea și îngrijorarea se asociază cu trei (sau mai multe) din următoarele șase simptome (dintre care cel puțin câteva simptome au fost prezente majoritatea zilelor, în ultimele 6 luni):

1. Neliniște sau senzația de nerăbdare sa de a fi la limită.
2. Obosește ușor.
3. Dificultăți de concentrare sau senzație de golire a minții.
4. Iritabilitate.
5. Tensiune musculară.
6. Perturbări ale somnului.

D. Anxietatea, îngrijorarea sau simptomele somatice cauzează disconfort semnificativ clinic sau deficit în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare.

E. Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanțe sau altei afecțiuni medicale.

F. Perturbarea nu este mai bine explicată de altă tulburare mintală.

Elemente funcționale

Evaluarea capacității funcționale în tulburările anxioase se face în funcție de severitatea și durata simptomelor, răspunsul la tratament și prezența comorbidităților.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Tulburarea de panică fără agorafobie, tulburarea de anxietate generalizată, atacurile de panică cu simptomatologie limitată cu răspuns bun terapeutic.

Interferează minor cu activitatea profesională.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Tulburarea de panică cu agorafobie asociată cu un grad ridicat de disfuncții sociale, profesionale și prin limitarea semnificativă a deplasării neînsoțit, evitarea mijloacelor de transport, utilizarea frecventă a serviciilor de sănătate. Cu răspuns terapeutic parțial.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Tulburarea de panică cu agorafobie în asociere cu tulburarea anxioasă socială (fobia socială), cu tulburarea depresivă majoră, tulburarea bipolară sau cu tulburări ale consumului de substanțe psihoactive.

Atacurile de panică se asociază cu o severitate mare a simptomelor, cu comorbidități, prezintă comportament suicidar și cu răspuns slab terapeutic. Nu părăsește locuința neînsoțit, incapabil să-și desfășoare activitatea profesională cu reducerea semnificativă a calității vieții.



6. TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ (Cod CIM-10 F42)

Elemente clinice

Criterii de diagnostic DSM V

A. Prezența obsesiilor, compulsiilor sau ambelor. Obsesiile se definesc prin:

1. Gânduri, impulsuri sau imagini recurente și persistente care sunt resimțite la un moment dat în timpul perturbării ca fiind intruzive și nedorite și care pentru majoritatea indivizilor provoacă anxietate sau disconfort marcat.
2. Individul încearcă să ignore sau să suprime astfel de gânduri, impulsuri sau imagini ori să le neutralizeze prin alt gând sau acțiune (ex. prin realizarea unei compulsi)

Compulsiile sunt definite prin:

1. Comportamente repetitive (ex. spălatul mâinilor, ordonare, verificare) sau acțiuni mentale (ex. rugăciune, numărare, repetarea cuvintelor în gând) pe care individul se simte nevoit să le realizeze ca răspuns la o obsesie sau conform unor reguli care trebuie aplicate în mod rigid.
2. Comportamentele sau actele mentale urmăresc să prevină sau să reducă anxietatea sau disconfortul ori să prevină un eveniment sau o situație ce provoacă teamă; totuși aceste comportamente sau acte mentale nu au o legătură realistă cu ceea ce sunt destinate să prevină sau să neutralizeze, ori sunt clar excesive.

B. Obsesiile sau compulsiile sunt consumatoare de timp (ex. mai mult de o oră pe zi) sau cauzează un disconfort semnificativ clinic sau deficit în domeniile social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare

C. Simptomele obsesiv-compulsive nu pot fi atribuite efectelor fiziologice ale unei substanțe sau altei afecțiuni medicale.

D. Perturbarea nu poate fi explicată mai bine prin simptomele unei alte tulburări mintale.

Specificanți

Cu conștientizare bună sau parțială

Cu conștientizare redusă

Cu conștientizare absentă/convingeri delirante

Elemente funcționale

Se evaluează prin examen psihic (aprecierea clinică a severității tulburărilor psihice, examen psihologic (scala obsesivo-compulsivă Yale-Brown)

Investigații paraclinice.

Anchetă socială.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Predomină obsesiile în tabloul clinic, permițând desfășurarea activității profesionale și a celei cotidiene, răspuns bun terapeutic.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Tulburarea determină deteriorarea moderată a funcționării prin scăderea marcată a capacității de concentrare a atenției și finalizării sarcinilor din cauza severității manifestărilor obsesiv-compulsive. Conștientizare redusă a tulburărilor.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Întreaga activitate se desfășoară conform compulsiilor, cu conștientizare

absență/convingeri delirante ale tulburărilor. Comorbiditatea cu tulburarea depresivă majoră crește riscul de comportament autolitic.

7. TULBURAREA DE STRES POSTTRAUMATIC (Cod CIM-10 F43.1)

Elemente clinice

Criterii de diagnostic DSM V

A. Expunerea la o situație concretă sau la amenințarea cu moartea, vătămarea severă sau violența sexuală, într-unul sau mai multe din următoarele:

1. Individul trăiește direct evenimentul/evenimentele traumatice.
2. Individul asistă, ca martor, la evenimente prin care trec alte persoane.
3. Individul află că evenimentul(ele) a(u) afectat un prieten apropiat sau un membru al familiei. În caz de deces sau de risc de deces al unui membru apropiat al familiei, evenimentul trebuie să fi fost violent sau să fi survenit accidental.
4. Individul este expus în mod repetat sau la o intensitate extremă la detalii respingătoare care țin de evenimentul traumatic (ex. echipe de descarcerare).

Notă: Criteriul A4 nu se aplică expunerilor prin intermediul mijloacelor media electronice, televiziunii, filmelor sau imaginilor decât dacă această expunere se petrece la locul de muncă.

B. Prezența unuia sau mai multe din următoarele simptome intruzive asociate cu evenimentul (ele) traumatic(e), cu debut după ce evenimentul (ele) traumatic(e) a(u) avut loc:

1. Amintiri neplăcute recurente, involuntare și intrusivă ale evenimentului traumatic.
2. Visuri neplăcute recurente în care conținutul și/sau efectul visului au legătură cu evenimentul (ele) traumatic(e).
3. Reacții disociative (ex. retrairi) în care individul simte sau acționează ca și cum evenimentul traumatic s-ar repeta.
4. Disconfort psihic intens sau prelungit ca răspuns la expunerea la stimuli interni sau externi care simbolizează sau seamănă cu un aspect din evenimentul traumatic.
5. Reacții fiziologice semnificative la stimuli interni sau externi care simbolizează sau seamănă cu un aspect din evenimentul traumatic.

C. Evitarea persistentă a stimulilor asociați cu evenimentul traumatic, cu debut după ce evenimentul traumatic a avut loc, evidențiată prin unul sau ambele elemente de mai jos:

1. Evitarea sau efortul de a evita amintirile, gândurile sau sentimentele neplăcute despre evenimentul traumatic sau care sunt strâns legate de acesta.
2. Evitarea sau efortul de a evita elementele externe (oameni, locuri, conversații, activități, obiecte, situații) care ar declanșa amintiri, gânduri sau sentimente dureroase despre evenimentul traumatic sau care sunt strâns legate de acesta.

D. Alterări ale cogniției și dispoziției asociate cu evenimentul traumatic, cu debut sau agravare după ce evenimentul traumatic a avut loc, evidențiate prin două (sau mai multe) din următoarele:

1. Incapacitatea de a-și aminti un aspect important al evenimentului traumatic (în mod caracteristic din cauza amneziei disociative și nu a altor factori precum traumatismul cranian, alcoolul sau drogurile).
2. Convingeri și așteptări negative persistente și exagerate despre sine, despre alții și despre lume.
3. Interpretări persistente, distorsionate despre cauza sau consecințele evenimentului traumatic, care îl fac pe individ să se învinovățească pe sine sau pe alții.
4. Stare emoțională negativă persistentă (frică, groază, furie, sentiment de vinovăție)



sau rușine).

5. Scădere marcată a interesului pentru sau participării la activități importante.
 6. Sentimente de detașare sau înstrăinare de alții.
 7. Incapacitate persistentă de a resimți emoții pozitive.
- E. Afectări semnificative ale excitabilității și reactivității asociate cu evenimentul traumatic, cu debut sau agravare după ce evenimentul traumatic a avut loc, evidențiate prin două (sau mai multe) din următoarele:
1. Comportament iritabil sau răbufniri de mânie în urma provocării minime sau fără provocare exprimate la modul tipic prin agresiune fizică sau verbală direcționată către oameni sau obiecte.
 2. Comportament nechibzuit sau autodistructiv.
 3. Hipervigilență
 4. Răspuns exagerat la tresărire.
 5. Probleme de concentrare.
 6. Tulburări ale somnului (ex. dificultăți de a adormi sau de a rămâne adormit, ori somn agitat).
- F. Durata perturbării este mai mare de o lună.
- G. Perturbarea cauzează disconfort sau deficit semnificativ clinic în sfera social, profesională sau în alte domenii importante de funcționare.
- H. Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice induse de o substanță sau altei afecțiuni medicale.

Tipul:

Cu simptome disociative:

1. Depersonalizare
2. Derealizare

Cu expresie întârziată.

Elemente funcționale

Tulburarea de stres posttraumatic se asociază cu niveluri ridicate de disfuncție socială, profesională și fizică precum și cu niveluri ridicate de utilizare a serviciilor medicale.

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice, răspunsului la tratament și a prognosticului bolii, a examinării psihologice, paraclinice, precum și a anchetei sociale.

Deficienta funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Formele de boală cu evoluție bună și recuperare după 3-6 luni.

Deficienta funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Formele cu evoluție de peste 6 luni, cu recurența și exacerbarea simptomelor.

8. TULBURĂRILE DISOCIATIVE (Cod CIM-10 F44)

Tulburările disociative se caracterizează printr-o fragmentare și/sau discontinuitate în integrarea normală a conștiinței (reflectarea psihică a realității obiective), memoriei, identității, emoțiilor, percepției, reprezentării corporale, a controlului motor și a comportamentului.

8.1. Tulburarea disociativă de identitate

Criterii de diagnostic DSM V

- A. Fragmentarea identității, caracterizată prin două sau mai multe stări de personalitate distincte, care poate fi descrisă în unele grupuri culturale ca trăirea unei stări de posedare. Fragmentarea identității implică discontinuitatea marcată a conștiinței de sine și de acțiune, însoțită de perturbări asociate ale afectului, comportamentului, conștiinței, memoriei, percepției cognitive și/sau ale funcționării senzitivo-motorii. Aceste semne și simptome pot fi observate de ceilalți sau pot fi declarate de către pacient.
- B. Lacune recurente în rememorarea evenimentelor cotidiene, a informațiilor personale importante și/sau a evenimentelor traumatice care nu se încadrează în uitarea obișnuită.
- C. Simptomele cauzează disconfort semnificativ clinic sau disfuncție în domeniul social, profesional și în alte arii importante de funcționare.
- D. Tulburarea nu face parte dintr-o practică religioasă sau culturală larg acceptată.
- E. Simptomele nu pot fi atribuite efectelor fiziologice ale unei substanțe sau unei alte afecțiuni medicale.

8.2. Amnezia disociativă

Criterii de diagnostic DSM V

- A. Incapacitatea, de obicei de natură traumatică sau stresantă, de a rememora informații autobiografice importante, care nu are legătură cu uitarea naturală. Amnezia disociativă constă cel mai frecvent în episoade localizate sau selective de amnezie privind unul sau mai multe evenimente specifice, sau amnezie generalizată care cuprinde propria identitate și istoricul vieții.
- B. Simptomele provoacă disconfort semnificativ clinic sau disfuncție în domeniul social, profesional și în alte arii de importante de funcționare.
- C. Tulburarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanțe sau unei alte afecțiuni medicale sau unei afecțiuni neurologice.
- D. Tulburarea nu este mai bine explicată de tulburarea disociativă de identitate, tulburarea de stres posttraumatic, tulburarea acută de stres, tulburarea cu simptome somatice sau tulburarea neurocognitivă majoră sau ușoară.

8.3. Tulburarea de depersonalizare/derealizare

Criterii de diagnostic DSM V

- A. Prezența unor episoade persistente sau recurente de depersonalizare/derealizare sau ambele:
 1. **Depersonalizare:** Sentimentul de irealitate, detașare sau de a fi observatorul exterior al propriilor gânduri, sentimente, senzații, corp sau acțiuni (ex. alterări ale percepției, sentimentul distorsiunii timpului, sentimentul irealității sau absenței sinelui, indiferență emoțională și/sau frică).
 2. **Derealizare:** Sentimentul de irealitate sau detașare de mediul înconjurător (persoanele sau obiectele sunt percepute ca ireale, ca într-un vis, neclare, lipsite de viață sau distorsionate).
- B. Pe parcursul experiențelor de depersonalizare sau derealizare, conștientizarea realității rămâne intactă.
- C. Simptomele cauzează disconfort semnificativ clinic sau disfuncție în domeniul social, profesional și în alte arii de importante de funcționare .
- D. Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanțe sau unei alte afecțiuni medicale.



- E. Perturbarea nu poate fi mai bine explicată printr-o altă tulburare mintală cum ar fi schizofrenia, tulburarea de panică, tulburarea depresivă majoră, tulburarea acută de stres, tulburarea de stres posttraumatic sau altă tulburare disociativă.

Elemente functionale

Aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice, duratei și evoluției tulburării, examinării psihologice, paraclinice, EEG și neuroimagistice (CT), precum și a anchetei sociale.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Formele clinice cu afectare minimă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Formele de boală cu tulburări disociative de intensitate moderate care interferă cu activitatea profesională.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Formele cronice care interferă cu activitatea socio-profesională, tulburări motorii, convulsii psihogene frecvente.

9. TULBURAREA CU SIMPTOME SOMATICE ȘI TULBURĂRILE ÎNRUDITE

9.1. Tulburarea cu simptome somatice

Criterii de diagnostic DSM V

- A. Unul sau mai multe simptome somatice neplăcute sau care determină o perturbare semnificativă a activității cotidiene.
- B. Gânduri, sentimente sau comportamente excesive legate de simptomele somatice sau preocupări privind starea de sănătate, manifestate prin cel puțin una din următoarele:
 1. Gânduri disproporționate și persistente privind gravitatea simptomelor.
 2. Nivel crescut de anxietate în legătură cu sănătatea sau simptomele.
 3. Alocarea exagerată de timp și energie acestor simptome sau preocupări privind starea de sănătate.
- C. Deși oricare din simptomele somatice poate fi prezent intermitent, individul este constant simptomatic (în mod tipic peste 6 luni).

9.2. Tulburarea conversivă

Criterii de diagnostic DSM V

- A. Unul sau mai multe simptome de alterare a funcției motorii sau senzoriale voluntare.
- B. Semnele clinice oferă dovada incompatibilității dintre simptom și afecțiunile neurologice sau medicale cunoscute.
- C. Simptomul sau deficitul nu este mai bine explicat de altă afecțiune medicală sau psihică.
- D. Simptomul sau deficitul provoacă disconfort sau disfuncție semnificative clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare, sau justifică evaluarea medicală.

9.3. Tulburarea factice

Criterii de diagnostic DSM V

- A. Falsificarea semnelor sau simptomelor fizice sau psihologice, sau producerea deliberată de leziuni sau boli, asociată cu o minciună dovedită.
- B. Individul se prezintă față de ceilalți ca fiind bolnav, cu dizabilități sau accidentat.
- C. Comportamentul de falsificare a realității este evident chiar și în absența unui câștig evident sau a unei motivații exterioare.
- D. Comportamentul nu este explicat mai bine de altă tulburare psihică, precum tulburarea delirantă sau altă tulburare psihotică.

Elemente funcționale

Evaluarea în cazul tulburărilor cu simptome somatic se face prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice și a prognosticului bolii, a examinării psihologice, investigațiilor paraclinice, EEG și neuroimagistice (CT), precum și a anchetei sociale.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Nu interferă cu activitatea profesională .

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Formele cu manifestări ce interferă cu activitatea profesională, modificări de comportament social, familial, rezistente la tratament.

10. TULBURĂRI LEGATE DE CONSUMUL DE SUBSTANȚE ȘI DEPENDENȚE

Tulburările legate de consumul de substanțe cuprind **10 clase** separate de substanțe: alcool, cafeină, canabis, substanțe halucinogene, substanțe inhalante, opioide, sedative, hipnotice și anxiolitice, substanțe stimulante, tutun.

Tulburările legate de consumul de substanțe sunt împărțite în două grupe: tulburări ale consumului de substanțe și tulburări induse de substanțe.

10.1. Tulburările consumului de substanțe

Criteriul principal al tulburărilor consumului de substanțe constă într-un ansamblu de simptome cognitive, comportamentale și fiziologice ce contribuie la consumul prelungit al unei substanțe în ciuda problemelor provocate de acea substanță.

Diagnosticul de tulburare a consumului de substanțe se bazează pe un tipar patologic de comportamente legate de consumul substanței.

Grupuri de criterii: controlul deficitar, disfuncția socială, consumul periculos și criteriul farmacologic.

Controlul deficitar al consumului reprezintă primul grup de Criterii (1-4):

- Individul consumă substanța în cantitate mai mare sau pe o perioadă mai lungă decât și-a propus inițial;
- Individul își exprimă dorința fermă de a opri consumul sau de a-l controla și declară că a făcut numeroase eforturi fără succes de a scădea sau de a opri consumul;
- Individul petrece o mare parte din timp pentru a procura și consuma substanța și pentru a se recupera după efectele acesteia;
- În cazurile cu tulburări mai severe practic toate activitățile zilnice ale individului gravitează în jurul substanței. Nevoia intensă (craving) se caracterizează prin



dorința nestăpănită sau nevoia urgentă de a consuma substanța.

Disfuncția socială – al doilea grup de Criterii (5-7)

- Consumul recurent al substanței poate conduce la incapacitatea de a-și îndeplini obligațiile de serviciu și acasă;
- Individul continuă să consume substanța în ciuda problemelor persistente sau repetate apărute în viața socială sau în relațiile interpersonale, cauzate sau amplificate de efectele substanței;
- Activitățile sociale, profesionale sau recreative importante pot fi abandonate sau limitate din cauza consumului substanței.

Consumul periculos al substanței reprezintă al treilea grup de Criterii (8-9);

- Se poate manifesta sub forma consumului repetat al substanței în situații în care acest lucru implică un risc fizic;
- Individul continuă să consume substanța deși știe că are o problemă persistentă sau recurentă, fizică sau psihologică, provocată sau exacerbată cu mare probabilitate de acea substanță.

Criteriul farmacologic (Criteriile 10-11)

- **Toleranța** (criteriul 10) este indicată de nevoia de a crește marcat doza de substanță pentru a obține efectul dorit, sau de reducere substanțială a efectului dacă se consumă doza obișnuită.
- **Sevrăjul** (criteriul 11) este un sindrom care apare atunci când concentrația sanguină sau tisulară a unei substanțe scade la un individ care a menținut un nivel ridicat și prelungit de consum al substanței. Simptomele de sevrăj variază semnificativ în funcție de clasa de substanțe. Semnele fiziologice ale sevrăjului, marcate și în general ușor de cuantificat sunt similare pentru alcool, opioide și substanțe sedative, hipnotice și anxiolitice. Semnele și simptomele sevrăjului la substanțe stimulante (amfetamine și cocaină) precum și la tutun și cannabis sunt deseori prezente dar pot fi mai puțin evidente. Pentru a stabili diagnosticul de tulburare a consumului de substanțe nu sunt obligatorii nici toleranța nici sevrăjul. Pentru majoritatea claselor de substanțe un istoric de sevrăj se asociază cu o evoluție clinică mai severă.

10.2. Tulburări mintale induse de substanțe

Tulburările mintale induse de substanțe sunt sindroame ale sistemului nervos central potențial severe, de obicei temporare dar uneori persistente care se dezvoltă în contextul abuzului de droguri, medicamente sau alte substanțe toxice. Pot fi cauzate de cele 10 clase de substanțe care produc tulburările consumului de substanțe dar și de diverse medicamente prescrise ca tratament.

Caracteristici comune:

- A. Tulburarea reprezintă o manifestare simptomatică, semnificativă clinic, a unei tulburări mintale principale.
- B. Sunt prezente dovezi din anamneză, examinarea fizică sau rezultatele analizelor de laborator că sunt îndeplinite ambele condiții care urmează:
 1. Tulburarea s-a dezvoltat pe parcursul sau în interval de o lună de la intoxicația sau sevrăjul la o anumită substanță sau de la administrarea unui medicament; și
 2. Substanța sau medicamentul implicat are capacitatea de a produce tulburarea mintală respectivă.
- C. Tulburarea nu poate fi mai bine explicată de o tulburare mintală independentă (adică o tulburare care nu este indusă de o substanță sau un medicament). Dovezile privind o prezență a unei tulburări mintale independente cuprind următoarele:

1. Tulburarea a precedat debutul intoxicației sau sevrajului sever, sau administrarea unui medicament;
 2. Tulburarea mintală respectivă a persistat, la un nivel simptomatic, o perioadă suficient de lungă (ex. cel puțin o lună) după dispariția sevrajului acut sau a intoxicației severe sau după oprirea administrării medicamentului. Acest criteriu nu se aplică tulburărilor neurocognitive induse de substanțe și tulburării de percepție persistente indusă de consumul de halucinogene care continuă și după încetarea intoxicației acute și sevrajului.
- D. Tulburarea nu apare exclusiv pe parcursul unui delirium.
- E. Tulburarea provoacă disconfort semnificativ clinic sau deficit în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare.

Profilul simptomatic al tulburărilor mintale induse de substanțe sau medicamente se aseamănă cu cel al tulburărilor mintale independente de substanțe (ex. idei delirante, halucinații, psihoze, episoade depressive majore, sindroame anxioase). Cu toate că simptomele pot fi identice și cu aceleași consecințe severe, majoritatea tulburărilor mintale induse de substanțe sau medicamente se ameliorează după câteva zile sau săptămâni de abținere.

10.3. TULBURĂRI LEGATE DE CONSUMUL DE ALCOOL (Cod CIM-10 F10)

10.3.1 Tulburarea consumului de alcool

Criteria de diagnostic DSM V

A. Un tipar de consum problematic de alcool care conduce la suferință sau disfuncție semnificativă clinic, manifestat prin cel puțin două din următoarele caracteristici și apărut în decursul unei perioade de 12 luni:

- ❖ Alcoolul este deseori consumat în cantități mai mari sau pentru o perioadă mai lungă de timp decât se intenționa.
- ❖ Individul dorește să oprească sau să limiteze consumul de alcool sau face eforturi continue dar lipsite de succes în acest scop.
- ❖ Individual alocă o mare parte din timp pentru activități necesare procurării, consumului sau recuperării după efectele alcoolului.
- ❖ Impuls irezistibil (craving), sau dorință intensă/nestăpânită, sau nevoie urgentă de a consuma alcool.
- ❖ Consumul recurent de alcool conduce la incapacitatea de a-și îndeplini obligațiile la locul de muncă, la școală sau acasă.
- ❖ Consumul de alcool este continuat în ciuda problemelor persistente sau repetate apărute în viața socială sau relațiile interpersonale, cauzate sau exacerbate de efectele alcoolului.
- ❖ Activitățile importante sociale, profesionale sau recreative sunt abandonate sau reduse din cauza consumului de alcool.
- ❖ Consum repetat de alcool în situații de risc de vătămare fizică (ex. conducerea automobilului).
- ❖ Consumul de alcool este continuat deși individul recunoaște că are o problemă persistentă sau repetată, fizică sau psihologică, cauzată sau amplificată de alcool.
- ❖ Toleranță, definită de oricare din următoarele elemente:
 - a. Nevoia de a crește cantitatea de alcool consumată pentru a obține aceleași efecte sau efectul subiectiv al intoxicației.
 - b. Scăderea progresivă a efectului la consumul constant al aceleiași cantități de alcool.
- ❖ Sevraj, manifestat prin oricare din următoarele elemente:
 - a. Sindrom caracteristic de sevraj la alcool.
 - b. Individul consumă alcool (sau o substanță cu efect similar, cum ar fi benzodiazepinele pentru a reduce sau evita simptomele de sevraj).



Sevrăjul la alcool – criterii de diagnostic

- A. Întreruperea (sau reducerea) consumului de alcool, după un consum în cantități mari, abuziv și de lungă durată.
- B. Prezența a două (sau mai multe) din următoarele simptome, care apar în câteva ore sau zile de la încetarea (sau reducerea) consumului de alcool descrise la Criteriul A:
1. Hiperactivitate vegetativă (ex. Transpirații, puls peste 100 bpm).
 2. Tremor al mâinilor.
 3. Insomnie.
 4. Greață sau vărsături.
 5. Halucinații sau iluzii vizuale, tactile sau auditive, cu caracter tranzitor.
 6. Agitație psihomotorie.
 7. Anxietate.
 8. Convulsii generalizate tonico-clonice.
- C. Semnele și simptomele de la Criteriul B cauzează suferință semnificativă clinic sau disfuncție în domeniul social, profesional sau în alte arii importante de funcționare.
- D. Semnele și simptomele nu pot fi atribuite altei afecțiuni medicale și nu pot fi mai bine explicate de o altă tulburare psihică, inclusiv intoxicația sau sevrăjul la alte substanțe.
- E. Elemente funcționale

Tulburările consumului de substanțe pot avea grade foarte variate de severitate de la ușoară la severă. Severitatea e stabilită pe baza numărului de criterii –simptom prezente. Tulburarea ușoară a consumului de substanțe este sugerată de prezența a două au trei simptome, cea moderată de patru- cinci simptome iar cea severă de șase sau mai multe simptome.

Specificatori :

- în remisiune recentă,
- în remisiune prelungită
- în terapie de menținere
- în mediu controlat

Elemente funcționale

Tulburările mintale și de comportament datorită utilizării substanțelor psihoactive: Sindromul amnezic

Tulburarea psihotică reziduală și cu debut tardiv

Tulburarea organică de personalitate

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome ușoare și moderate, în remisiune prelungită, în mediu controlat și în terapie de menținere, fără a interfera cu activitatea social-profesională.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome moderate, istoric de 2-3 sindroame de sevrăj. Accentuarea tulburărilor de atenție și memorie, comportament inadecvat, interferează cu activitatea socio-profesională.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Apariția elementelor de deteriorare, neliniște, imposibilitate de autocontrol și autocenzură, apariția complicațiilor (afecțiuni somatice invalidante) și intoxicații acute recurente.

11. TULBURĂRI MINTALE ORGANICE

11.1 . TULBURARILE NEUROCOGNITIVE

Sindroamele TNC majoră și TNC ușoară și subtipurile lor etiologice.

DEMENȚA (Cod CIM-10 F00-F03) a fost inclusă în Tulburarea neurocognitivă majoră

Criteria de diagnostic DSM V

A Dovezi privind declinul cognitiv semnificativ al individului față de nivelul anterior de funcționare, în unul sau mai multe domenii cognitive (atenția complexă, funcția executivă, învățarea și memoria, limbajul, funcția perceptivo-motorie sau cogniția socială) bazate pe :

1. Acuze ale individului, ale unei persoane cunoscute sau preocuparea medicului privind deteriorarea semnificativă a funcției cognitive; și
2. Afectarea severă a funcțiilor cognitive, documentată prin evaluare neuropsihologică standardizată sau, în absența acesteia, printr-o metodă clinică de evaluare.

B. Deficitele cognitive afectează independența în funcționarea zilnică (ex. are nevoie cel puțin de asistență în desfășurarea activităților complexe indispensabile ale vieții cum ar fi în plata facturilor sau administrarea medicației).

C. Deficitele cognitive nu apar exclusiv în cursul unui episod de delirium .

D. Deficitele cognitive nu sunt mai bine explicate de o altă tulburare mintală (ex. tulburarea depresivă majoră, schizofrenia).

Tipul - dacă apare în:

- Boala Alzheimer
- Degenerescența fronto-temporală
- Boala cu corpi Lewy
- Boala vasculară
- Traumatismul cranio-cerebral
- Consumul de substanțe sau medicamente
- Infecția HIV
- Boala prionică
- Boala Parkinson
- Boala Huntington
- Alte afecțiuni medicale
- Etiologii multiple
- Nespecificată A se specifica

Fără tulburări ale comportamentului Cu tulburări ale comportamentului

Elemente funcționale



Examen psihiatric (aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive- atenția, memoria, orientarea, înțelegerea, gândirea, calculul, capacitatea de a învăța, limbajul, judecata- cât și a tulburărilor non-cognitive- depresie, anxietate, delirium, idei delirante, halucinații, tulburări de comportament).

Examen psihologic (MMSE, testul ceasului, scala Hachinski și Scala Reisberg, testul cuburilor Kohs).

Investigații paraclinice (condiții medicale generale).

Electroencefalograma (arată o încetinire difuză generalizată sau arii localizate de hiperactivitate)

Inventigații neuroimagistice (CT/RMN cerebral evidențiază atrofie cerebrală predominantă la nivelul hipocampului și al lobului temporal cât și mărirea ventriculilor laterali).

Anchetă socială.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Tulburarea cognitivă ușoară-declin cognitiv ușor față de nivelul anterior de funcționare, fără afectarea independenței în activitățile zilnice, fără tulburări ale comportamentului.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Stadiul ușor-deteriorarea funcției cognitive (scăderea capacității de concentrare a atenției, de învățare a unor informații noi, tulburări mnemice de fixare și evocare, elemente anomice, ritm și flux ideo-verbal ușor încetinit, latență în răspunsuri, capacitatea de judecată și raționament ușor scăzute, constientizare.

Manifestări non-cognitive (depresie, anxietate, labilitate emoțională, tulburări de comportament).

Scăderea performanțelor intelectuale în plan profesional și a activităților zilnice cu afectarea funcționalității.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Stadiul moderat - continuarea declinului cognitiv (accentuarea tulburărilor de memorie- scăderea abilității de a acumula noi informații (se rețin doar ocazional și pentru scurt timp) cu posibilitatea de a-și mai reaminti informațiile mai vechi și cele foarte familiare, bradipsihie, bradilalie, scăderea capacității de orientare vizuo-spațială, temporo-spațială, rătăcire, episoade confuzionale, deteriorarea capacității de judecată și raționament.

Manifestări non-cognitive (depresie, labilitate emoțională, apatie, agitație, agresivitate, modificarea personalității, simptome psihotice).

Scăderea semnificativă a performanțelor cognitive manifestate prin afectarea funcționalității în realizarea activităților zilnice, pierderea lucrurilor, dificultăți în îmbrăcare, gătit, scris, citit, restrângerea comportamentului social.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Stadiul grav – afectarea majoră a funcției cognitive (grad sever de pierdere a memoriei – incapacitatea de a reține noi informații, iar cele vechi rămân numai fragmente de informații învățate anterior, nu mai recunoaște rudele apropiate, anomie, dezorientare temporo-spațială, auto- și allopsihiică, episoade confuzionale frecvente).

Manifestări non-cognitive (agitație, agresivitate, simptome psihotice, inversarea ritmului

nictemeral).

Pierderea capacității de a efectua activități zilnice uzuale (îmbrăcare, alimentare, igiena) și în consecință a posibilității de și autoservire.

Simptome neurologice (mers imposibil, incontinența urinară).

La toate celelalte tulburări neurocognitive majore evaluarea funcțională se va face similar cu cea pentru boala Alzheimer.

Se va ține seama și de evaluarea funcțională a condiției medicale etiologice.

12. TULBURĂRILE DE PERSONALITATE (Cod CIM-10 F60-F69)

Tulburările de personalitate reprezintă un model persistent de trăiri interioare și comportament care se îndepartează semnificativ de la normele specifice mediului cultural din care provine individul, este pervaziv (generalizat) și rigid, debutează în adolescență sau la vârsta de adult tânăr, este stabil în timp și conduce la suferință sau disfuncție.

Tulburarea generală de personalitate

criterii de diagnostic DSM V

- A. Un tipar de trăiri interioare și comportament care deviază marcat de la normele culturale ale mediului în care trăiește individul. Acest tipar se manifestă în două (sau mai multe) din următoarele domenii:
 - Cogniție (ex. modul în care e perceput și interpretat sinele, alte persoane și evenimentele).
 - Afectivitate (ex. amploarea, intensitatea, labilitatea și caracterul adecvat răspunsului emoțional).
 - Funcționarea interpersonală.
 - Controlul impulsurilor.
- B. Acest tipar persistent este rigid și generalizat la un număr mare de situații personale și sociale.
- C. Acest tipar persistent cauzează disconfort semnificativ clinic sau disfuncție în domeniul social, profesional sau în alte arii importante de funcționare.
- D. Tiparul este stabil și de lungă durată, iar debutul are loc în adolescență sau la începutul perioadei adulte.
- E. Acest tipar persistent nu poate fi mai bine explicat ca fiind manifestarea sau consecința unei alte tulburări mintale.
- F. Acest tipar persistent nu poate fi atribuit efectelor fiziologice ale unei substanțe sau altei afecțiuni medicale.

12.1 TULBURĂRILE DE PERSONALITATE DIN GRUPUL A

12.1.1. Tulburarea de personalitate paranoidă

12.1.2. Tulburarea de personalitate schizoidă

criterii de diagnostic DSM V

- A. Un tipar pervaziv caracterizat prin lipsa de interes față de relațiile sociale și un registru restrâns de exprimare a emoțiilor în relațiile interpersonale, care debutează la vârsta de adult tânăr, se manifestă în diverse situații și îndeplinește patru sau mai



multe din următoarele criterii:

- Nu își dorește și nici nu îi fac plăcere relațiile apropiate, nici măcar să facă parte dintr-o familie.
 - Aproape întotdeauna alege activitățile solitare.
 - Are un interes redus sau nu este interesat deloc de experiențe sexuale cu alte persoane.
 - Există un număr restrâns de activități pe care le agreează sau niciuna.
 - Nu are alți prieteni apropiați sau confidenți cu excepția rudelor de gradul întâi.
 - Este indiferent la lauda sau la critica altora.
 - Apare ca o persoană rece, distanțată emoțional, indiferentă și aplatizată afectiv.
- B. Aceste manifestări nu apar exclusiv în cadrul schizofreniei, tulburării bipolare sau depresive cu simptome psihotice, altei tulburări psihotice sau tulburărilor din spectrul autismului și nu pot fi atribuite efectelor fiziologice ale unei alte afecțiuni medicale.

12.1.3. Tulburarea de personalitate schizotipală

Criterii de diagnostic DSM V

- A. Un tipar pervaziv caracterizat prin relații sociale și interpersonale deficitare, marcate de disconfort acut și capacitate redusă de a dezvolta relații apropiate, precum și prin distorsiuni cognitive și perceptivă și comportament excentric, care debutează la vârsta de adult tânăr, se manifestă în diverse situații și îndeplinește cinci (sau mai multe) din următoarele criterii:
- Idei de referință (exclusiv idei delirante de referință).
 - Credințe bizare sau gândire magică ce influențează comportamentul și sunt în dezacord cu normele culturale.
 - Experiențe perceptivă neobișnuite, inclusiv iluzii corporale.
 - Gândire și limbaj bizare
 - Caracter suspicios sau ideeație paranoidă.
 - Sentimente inadecvate sau limitate.
 - Comportament sau aspect exterior bizar, excentric sau ciudat.
 - Lipsa prietenilor apropiați și a confidenților, cu excepția rudelor de gradul întâi.
 - Anxietate socială excesivă care nu se reduce prin acomodarea la mediu și are tendința de a se asocia mai curând cu temeri paranoide decât cu aprecieri negative despre sine.
- B. Aceste manifestări nu apar exclusiv în cadrul schizofreniei, tulburării bipolare sau depresive cu simptome psihotice, altei tulburări psihotice sau tulburărilor din spectrul autismului.

12.2. TULBURĂRILE DE PERSONALITATE DIN GRUPUL B

12.2.1. Tulburarea de personalitate antisocială

Criterii de diagnostic DSM V

- A. Un tipar de comportament pervaziv caracterizat prin desconsiderarea și încălcarea

drepturilor celorlalți, apărut în jurul vârstei de 15 ani și care îndeplinește trei (sau mai multe) din următoarele criterii:

- Incapacitatea de a se conforma normelor sociale și comportament în afara limitelor legii, caracterizat prin comiterea repetată a unor fapte care au fost motiv de arestare.
 - Înșelătorie, pusă în practică prin minciuni repetate, utilizarea de nume false sau escrocarea altora pentru profit personal sau amuzament.
 - Impulsivitate sau incapacitatea de a planifica o acțiune.
 - Iritabilitate și agresivitate, manifestate prin conflicte violente și repetate.
 - Nepăsare față de siguranța personală sau a celorlalți fără a se gândi la consecințe.
 - Iresponsabilitate constantă manifestată prin eșec repetat de a avea un loc de muncă stabil sau de a-și onora obligațiile financiare.
 - Lipsa de remușcări manifestat prin indiferența individului față de prejudiciile aduse altora și prin explicarea detașată a motivelor pentru care a agresat, maltratată sau escrocat alte persoane.
- B. Individul are cel puțin vârsta de 18 ani.
- C. Există un istoric de tulburare de conduită cu debut înaintea vârstei de 15 ani.
- D. Comportamentul antisocial nu se manifestă exclusiv în cadrul schizofreniei sau tulburării bipolare.

12.2.2. Tulburarea de personalitate borderline

Criterii de diagnostic DSM V

Un tipar pervaziv caracterizat prin instabilitate în relațiile interpersonale, a imaginii de sine și afectivității, precum și prin impulsivitate accentuată, care debutează la vârsta de adult tânăr, se manifestă în diverse situații și îndeplinește cinci sau mai multe din următoarele criterii:

1. Eforturi susținute pentru a evita un abandon real sau imaginar.
2. Un tipar de relații interpersonale instabile și intense, caracterizat prin alternarea între extremele de idealizare și devalorizare.
3. Tulburări de identitate: insatabilitatea imaginii de sine sau a sentimentului de sine.
4. Impulsivitate, manifestată în cel puțin două situații potențial autodistructive (ex cheltuieli excesive, relații sexuale periculoase, abuz de substanțe, condus imprudent, alimentație compulsivă).
5. Comportament suicidar recurent, gesturi sau amenințări cu suicidul, sau comportament automutilant.
6. Instabilitate afectivă produsă de reactivitatea dispoziției (ex disforie episodică intensă, iritabilitate sau anxietate, care durează de obicei câteva ore și rareori mai mult de câteva zile).
7. Sentimentul cronic de vid interior.
8. Mânie nemotivată și intensă sau dificultatea de a o controla (ex. crize frecvente de furie, stare permanentă de iritabilitate, episoade de violență fizică).
9. Ideea paranoidă tranzitorie, sau simptome disociative severe, legate de stres.

12.2.3. Tulburarea de personalitate histrionică

Criterii de diagnostic DSM V

Un tipar de comportament pervaziv caracterizat prin exprimarea excesivă a emoțiilor și căutarea captării atenției celor din jur, care debutează la vârsta de adult tânăr, se



manifestă în diverse situații și îndeplinește cinci (sau mai multe) din următoarele criterii:

1. Se simte incomod în situațiile în care nu se află în centrul atenției.
2. Interacțiunea individului cu alte persoane este adesea nepotrivită din cauza comportamentului inadecvat, cu tentă sexuală sau provocatoare.
3. Afișează o trecere rapidă de la o emoție la alta și exprimă emoții superficiale.
4. Individul se folosește în mod regulat de aspectul său fizic pentru a atrage atenția asupra sa.
5. Are un stil de exprimare verbal prin care urmărește să impresioneze audiența, dar care este superficial și lipsit de detalii.
6. Exprimarea emoțiilor este exagerată, teatrală și dramatică.
7. Individul este sugestiv (poate fi foarte ușor influențat de alte persoane sau de circumstanțe).
8. Apreciază greșit relațiile sale cu cei din jur și consideră că aceste relații sunt mult mai apropiate decât sunt în realitate.

12.2.4. Tulburarea de personalitate narcisistă

Criterii de diagnostic DSM V

Un tipar pervaziv caracterizat prin sentimente de grandoare (ex. în fanteziile proprii sau în comportamentul real), nevoie de admirație și lipsă de empatie față de ceilalți, care debutează la vârsta de adult tânăr, se manifestă în diverse situații și îndeplinește cinci (sau mai multe) din următoarele criterii:

1. Are un sentiment exagerat al importanței de sine (ex își exagerează realizările și talentele, se așteaptă să fie recunoscut ca superior fără a avea realizări pe măsură).
2. Este preocupat de fantezii de succese nelimitate, putere, strălucire, frumusețe sau dragoste ideală.
3. Crede că este „special”, și unic, că poate fi înțeles numai de persoane special sau cu statut înalt și că poate fi afiliat numai cu persoane sau instituții importante.
4. Are nevoie constant de admirație excesivă.
5. Are sentimentul că este îndreptățit să obțină anumite favoruri (ex. are așteptări nejustificate să fie tratat într-un mod special, sau ca ceilalți să se conformeze automat regulilor sale).
6. Are tendința de a profita de relațiile interpersonale (ex. exploatează alte persoane pentru bine personal și pentru a obține avantaje).
7. Este lipsit de empatie: este incapabil să recunoască sau să identifice sentimentele și nevoile celorlalți.
8. Adesea îi invidiază pe ceilalți sau crede că este invidiat de ei.
9. Are comportament sau atitudine arogantă, de superioritate.

12.3. TULBURARILE DE PERSONALITATE DIN GRUPUL C

12.3.1. Tulburarea de personalitate evitantă

Criterii de diagnostic DSM V

Un tipar pervaziv caracterizat prin inhibiție socială, sentimentul de a fi inadecvat și sensibilitate exagerată la aprecierile negative, care debutează la vârsta de adult tânăr, se manifestă în diverse situații și îndeplinește patru (sau mai multe) din următoarele criterii:

1. Evită activitățile profesionale care presupun contacte interpersonale semnificative din cauza fricii de a fi criticat, dezaprobat sau respins.

2. Nu este dispus să se implice în relații cu alte persoane decât dacă este sigur că este simpatizat.
3. Este rezervat în relațiile apropiate din cauza fricii de a se face de rușine, de a fi ridiculizat sau umilit.
4. Este preocupat de posibilitatea că ar putea fi criticat sau respins în diferite conjuncturi sociale.
5. Este inhibat când este confruntat cu situații interpersonale noi, deoarece are sentimente de inadecvare.
6. Se consideră inapt din punct de vedere social, lipsit de atractivitate, sau inferior altora.
7. Nu dorește să își asume riscuri sau să se angajeze în activități noi de teamă că îl pot pune într-o situație jenantă.

12.3.2. Tulburarea de personalitate dependentă

Criterii de diagnostic DSM V

Nevoia exagerată a unei persoane ca altcineva să aibă grijă de ea, care conduce la un comportament pervaziv de supunere și dependență și la frica de separare de persoana de care depinde, și care debutează la vârsta de adult tânăr, se manifestă în diverse situații, și îndeplinește cinci (sau mai multe) din următoarele criterii:

1. Are dificultăți majore în luarea deciziilor în probleme cotidiene dacă nu primește numeroase sfaturi și încurajări din partea celorlalți.
2. Are nevoie ca alții să își asume răspunderea pentru majoritatea aspectelor importante ale vieții sale.
3. Are dificultăți în a-și exprima dezacordul față de ceilalți de teamă să nu piardă sprijinul și aprobarea acestora.
4. Are dificultăți în a demara proiecte proprii în mod independent, sau în a-și planifica activități proprii (din cauza lipsei de încredere în capacitatea de judecată și abilitățile proprii, nu din cauza lipsei de motivație sau energie).
5. Face eforturi excesive pentru a obține sprijin și ocrotire din partea celorlalți, mergând chiar până în punctul în care se oferă voluntar pentru activități neplăcute.
6. Se simte incomod sau neajutorat când este singur, din cauza fricii exagerate că este incapabil să aibă grijă de el însuși.
7. Imediat ce a încheiat o relație apropiată, caută să stabilească alta care să îi asigure sprijin și protecție.
8. Este preocupat în mod nejustificat de teama că va fi lăsat să se descurce pe cont propriu.

12.3.3. Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă

Criterii de diagnostic DSM V

Un tipar pervaziv caracterizat prin preocuparea pentru ordine, perfecționism și pentru a deține controlul mental și în relațiile interpersonale în detrimentul flexibilității, receptivității și eficienței, care debutează la vârsta de adult tânăr, se manifestă în diverse situații și îndeplinește patru (sau mai multe) din următoarele criterii:

1. Preocupare pentru detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau programe în asemenea măsură încât scopul principal al activității se pierde.
2. Grijă excesivă pentru perfecțiune în cele mai mici detalii interferă cu efectuarea proiectelor (ex. este incapabil să termine un proiect deoarece standardele sale personale excesiv de riguroase nu sunt respectate).
3. Este excesiv de dedicat muncii și productivității, ceea ce nu lasă timp pentru prietenii și activități relaxante (orele lungi de muncă nu pot fi explicate de nevoi financiare).



4. Scrupulozitate, rigiditate morală excesivă și inflexibilitate în materie de etică și valori (comportament care nu se explică prin norme culturale sau religioase).
5. Este incapabil să arunce obiecte uzate, stricate sau nefolositoare chiar dacă nu au nicio valoare sentimentală.
6. Refuză să delege altora sarcini sau să lucreze cu alte persoane dacă aceștia nu acceptă să facă lucrurile după regulile sale.
7. Adoptă un stil de a cheltui foarte restrictiv, atât față de sine cât și față de alții; consideră că banii trebuie economisiți pentru eventuale catastrofe.
8. Sunt rigizi și încăpățânați.

Elemente funcționale

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Decompensări de scurtă durată, cu frecvență rară (1-2 pe an), de intensitate nevrotică, cu remisiuni bune, spontane sau sub tratament.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Decompensări mai dese (2-3 pe an), de durată mai lungă, cu tulburări de adaptare, eventual în asocieri cu consum de substanțe psihoactive, compensate parțial terapeutic.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Decompensări frecvente (mai mult de 3 pe an), de intensitate psihotică, eficiență terapeutică slabă, asocieri de consum de substanțe psihoactive, cu elemente deteriorative; dificultăți majore de relaționare socio-profesională, conflictualitate marcată, eșecuri repetate de integrare socio-profesională.

13. TULBURAREA ORGANICĂ DE PERSONALITATE (Cod CIM-10 F07)

Se caracterizează printr-o alterare semnificativă a modelelor obișnuite ale comportamentului premorbid.

Criterii de diagnostic

În afara unui istoric stabilit sau a unei alte dovezi de boală, leziune sau disfuncție cerebrală, un diagnostic cert necesită prezența a două sau mai multe din următoarele caracteristici:

- Capacitate constant redusă de a persevera în activități cu scop, mai ales când implică lungi perioade de timp și satisfacții amânate.
- Comportament emoțional alterat.
- Dezinhibarea expresiei necesităților și impulsurilor fără a lua în considerare consecințele sau convențiile sociale.
- Tulburări cognitive sub forma suspiciunii sau ideății paranoidă;
- Alterarea marcată a debitului și fluidității verbale (circumstanțialitate, hiperimplicare, vâscozitate și hipergrafie).
- Comportament sexual alterat.

Elemente funcționale

Se evaluează prin: examen psihic (intensitatea și severitatea tulburărilor psihice).

Examen psihologic

Investigații paraclinice Electroencefalogramă

Investigații imagistice (CT- cerebral)

Anchetă socială

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Instabilitate afectiv-comportamentală, fără deteriorare cognitivă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Comportament impulsiv, disforie, ideatie paranoidă, elemente de deteriorare cognitivă, care afectează activitatea profesională.

Se va corela cu scalele utilizate pentru evaluarea deteriorării cognitive.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Comportament exploziv, antisocial, deficit important de autocontrol și autocenzură, pericolozitate, deteriorare cognitivă certă.

Se va corela cu scalele utilizate pentru evaluarea deteriorării cognitive.

14. MODIFICĂRILE DE PERSONALITATE SECUNDARE UNEI UNEI LEZIUNI ȘI BOLI CEREBRALE

- A. O tulburare stabilă a personalității care reprezintă o modificare față de modelul de personalitate anterior, caracteristic individului respectiv.
- B. Există dovezi furnizate de istoric, examenul fizic și rezultatele analizelor de laborator că tulburarea reprezintă consecința fiziopatologică directă a unei afecțiuni medicale.
- C. Tulburarea nu poate fi mai bine explicată de o altă tulburare mintală (inclusiv de altă tulburare mintală provocată de o afecțiune medicală).
- D. Tulburarea nu se manifestă exclusiv pe durata unui delirium.
- E. Tulburarea determină disconfort semnificativ clinic și disfuncție în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcționare.

Tipuri:

De tip labil

Dezinhibat

Agresiv

Apatic

Paranoid

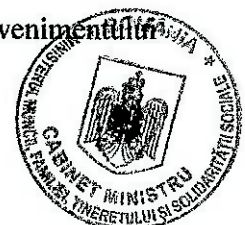
Alt tip

Combinat

Nespecificat.

Această categorie se referă la anomaliile de personalitate și de comportament la adult, survenind în absența tulburărilor prealabile ale personalității și urmând după un factor de stres, fie catastrofic, fie excesiv și prelungit sau în urma unei boli psihiatrice severe. Acest diagnostic nu trebuie pus decât în cazurile în care există dovada unei modificări manifeste și durabile a modului de percepție, de relații sau cognitive. Modificarea trebuie să fie semnificativă și asociată unui comportament inflexibil și maladaptat, absent înaintea apariției evenimentului patogen. Modificarea nu trebuie să fie manifestarea unei alte tulburări mintale și nici simptom rezidual al unei tulburări mintale anterioare.

Manifestările clinice trebuie să persiste cel puțin doi ani după acțiunea evenimentului patogen.



Criterii de diagnostic ICD 10

- atitudine ostilă sau de neîncredere față de lume;
- retragerea socială;
- sentimentul de vid sau disperare;
- impresia permanentă de a fi sub presiune;
- detașarea;
- dependență și atitudine de cerere excesivă față de alții;
- imposibilitatea de a stabili sau menține relații interpersonale strânse, izolare social.
- pasivitate;
- pierdere de interes;
- plângeri persistente legate de starea de sănătate;
- asocierea ocazională a unor manifestări hipocondrice și un comportament de bolnav;
- dispoziție disforică sau labilă.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptomatologie clinică ușoară.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptomatologie clinică moderată care interfera cu activitatea socio-profesională, cu elemente de deteriorare cognitivă.

15. SINDROM ORGANIC CEREBRAL POST-TRAUMATIC (Cod CIM-10 F07)

Sindromul apare după un traumatism cranian și include cel puțin trei din simptomele: cefalee, amețeală, iritabilitate, dificultăți de concentrare și performanțe intelectuale reduse, alterări ale memoriei, insomnie, toleranță redusă la stres, emotivitate crescută sau consum de alcool. Aceste simptome pot fi însoțite de depresie sau anxietate.

Elemente funcționale

Examen psihic (intensitatea și severitatea tulburărilor psihice) Examen psihologic

Investigații paraclinice: Electroencefalograma

Investigații imagistice: CT- cerebral

Anchetă socială

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Cefalee, amețeală, iritabilitate, labilitate emoțională, absența leziunilor cerebrale (EEG, CT cerebral în limite normale)

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Elemente de deteriorare cognitivă, comportament impulsiv sau apatic, emotivitate crescută, prezența leziunilor cerebrale (EEG, CT, RMN cerebral-ateastă modificări).

Scale utilizate pentru evaluarea funcțiilor mintale

Scale utilizate pentru evaluarea depresiei

Inventarul pentru depresie Beck (BDI)

Severitatea depresiei este apreciata raportand scorul obtinut la urmatoarele intervale:

- 0 – 13 → depresie minima
- 14 – 19 → depresie usoara
- 20 – 28 → depresie moderata
- 29 – 63 → depresie severa.

Scala pentru depresie Hamilton (HAM-D)

Severitatea depresiei este apreciata astfel:

- 0 – 7 → absenta depresiei
- 08 – 14 → depresie usoara
- 15 – 22 → depresie moderata
- >23 → depresie severa

Scala pentru depresie Montgomery–Asberg (MADRS)

Severitatea depresiei este estimata in functie de urmatoarele intervale:

- 0 – 6 → absenta depresiei
- 7 – 19 → depresie usoara
- 20 – 34 → depresie medie
- 35 – 60 → depresie severă

Scala pentru depresie Zung

Severitatea depresiei este apreciata astfel:

- <50 → absența depresiei
- 50 – 59 → depresie usoara
- 60 – 69 → depresie moderata
- >70 → depresie severa

Scale utilizate pentru evaluarea tulburărilor anxioase

Scala de anxietate Hamilton (HAM-A)

Severitatea simptomelor este estimată astfel:

- 0 – 17 → anxietate ușoara
- 18 – 24 → anxietate moderată
- 25 – 30 → anxietate severă

Scala de anxietate socială Liebowitz

Severitatea afecțiunii poate fi apreciată astfel:

- 55 – 65 → fobie sociala moderata
- 65 – 80 → fobie sociala marcată
- 80 – 95 → fobie sociala severă
- >95 → fobie sociala foarte severă



Scala Young de evaluare a maniei (YMRS)

Evaluarea severitatii maniei:

- <12 – absenta maniei
- 13 – 19 – manie minima
- 20 – 25 – manie usoara
- 26 – 37 – manie moderata
- >38 – manie severa

Scala obsesivo-compulsivă Yale-Brown (Y-BOCS)**Scale utilizate pentru evaluarea psihozelor**

Scala scurtă de evaluare psihiatrică (BPRS)

Scala de evaluare a simptomelor pozitive și negative (PANSS)

Scala de evaluare a simptomelor pozitive (SAPS)

Scala de evaluare a simptomelor negative (SANS)

Scale de evaluare a functiei cognitive:

MMSE

SCALA DE DETERIORARE GLOBALA REISBERG

TESTUL CEASULUI

SCALA HACHINSKI

TESTUL CUBURILOR KOCH

Stadiu usor - deteriorare usoara

SCOR MMSE > 21

SCALA DE DETIORARE GLOBALA REISBERG: 3/7

TESTUL CEASULUI: 8/10

SCALA HACHINSKI : 0 - 2.

Stadiu moderat - deteriorare cognitiva moderata

SCOR MMSE = 11 - 20

SCALA DE DETIORARE GLOBALA REISBERG: 4/7 - 5/7

TESTUL CEASULUI: 7/10 - 5/10

SCALA HACHINSKI: 0 – 2

Stadiu sever/grav – deteriorare cognitiva severa

SCOR MMSE = 3- 10

SCALA DE DETERIORARE GLOBALA REISBERG: 6/7 - 7/7

TESTUL CEASULUI: 4/10 - 2/7

SCALA HACHINSKI: 4 - 7

Scala de evaluare pentru tulburările de personalitate – SCID

Capitolul 2

FUNȚIILE SENZORIALE ȘI DUREREA



Funcțiile văzului

Elemente clinice și funcționale care definesc funcția vizuală

Funcții vizuale: acuitatea vizuală, câmp vizual, vederea mono și binoculară, afectări ca: miopia, hipermetropia, astigmatismul.

Parametrii necesari stabilirii deficienței vizuale sunt acuitatea vizuală (AV) și câmpul vizual (CV)

- **Acuitatea vizuală** măsoară vederea centrală (optotip); se măsoară cu și fără corecție aeriană și se ia în considerare ochiul cel mai bun cu corecția utilă cea mai bună.

- **Câmpul vizual** măsoară vederea periferică; se măsoară cu perimetrul Goldman (manual) sau computerizat; se exprimă prin reducerea în număr de grade în periferie.

Observație. Pentru evaluarea cu acuratețe a funcției vizuale se recomandă teste obiective suplimentare, în funcție de diagnostic:

- afecțiuni corneene (keratoconus)- topografie corneeană
- afecțiuni ale mediilor transparente (cristalin, vitros)- ecografie
- afecțiuni retiniene vasculare degenerative sau ereditare- angiografie (AFG), fotografie, electroretinografie (ERG)
- afectarea nervului optic – tomografie computerizată (OCT), potențiale evocate (PEV)

Criteria de apreciere a deficienței funcționale

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Vedere binoculară

AV: 1/2 - 1/3 (0,5 – 0,3) cu corecție, la cel mai bun ochi

CV redus periferic cu 5° maximum 10°

Vedere monoculară

AV=1, cu și fără corecție.

CV normal

Fără limitări de activitate Fără restricții de participare.

Necesită servicii de sănătate pentru prevenirea apariției complicațiilor

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Vedere binoculară

AV: 1/4 - 1/10 (0,25 – 0,10) cu corecție, la cel mai bun ochi

CV redus periferic cu 10° până la 20°

Vedere monoculară

AV < 1 (2/3, 1/2, 1/3) cu corecție permanentă

CV normal ERG, PEV normal.

Activitate - Profesii care nu comportă pericolitate oculară sau suprasolicitare vizuală.
Fără restricții de participare.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Vedere binoculară

AV : 1/12(0,08) (4m) - 1/20 (0,05) (2m), cu corecție, la cel mai bun ochi
CV redus periferic cu 20° până la 40°. Potențiale modificate, retina încă funcțională

Vedere monoculară

AV < 1/3 - 1/9
CV redus periferic cu 10°- 20°

Activități: Limitări în orientarea spațială, în acomodarea la trecerea de la lumină la întuneric și invers. Pot desfășura activități profesionale care nu comportă pericolitate oculară sau suprasolicitare oculară.

Optimizarea condițiilor de mediu (luminozitate, contrast)

Dispozitive de corecție optică. Poate necesita baston pentru deplasare; are nevoie de analizare continuă.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Vedere binoculară

AV = 1/25 - 1/50 (0,04 – 0,02) cu corecție, la cel mai bun ochi; percepe lumina (PL), percepe mișcarea mâinii (PMM), fără a percepe lumina (FPL)
CV redus concentric egal sau sub 20°, "tunel" în jurul punctului de fixație. Lipsă percepție luminoasă, traseu stins, retina nefuncțională

Vedere monoculară

AV: ≤ 1/10, cu corecție permanentă
CV redus 20° - 30°.

Activități: Dificultăți majore de orientare în spațiu. Pot desfășura activități profesionale. Dependență parțială sau totală de asistența specializată.

Participare: trebuie să se bazeze pe bastonul lung, pe auz, pe însoțitor, pe câinele ghid, pe alte abilități de mobilitate ale persoanei cu deficiență vizuală gravă.

Adaptarea trecerilor de pietoni de pe străzile și drumurile publice conform prevederilor legale, inclusiv marcarea prin pavaj tactil.

Montarea sistemelor de semnalizare sonoră și vizuală la intersecțiile cu trafic intens.

Câinele-ghid care însoțește persoana cu deficiență vizuală gravă și handicap grav are acces liber și gratuit în toate locurile publice și în mijloacele de transport.

Sisteme informatizate adaptate, tehnologie asistivă.

Observație. În cazul în care monocusul rezultă în urma enucleației pentru o **tumoră malignă intraoculară** se va ține seama și de criteriile de la capitolul *Boala neoplazică*.



GLAUCOMUL (GPUD) Cod CIM H40

Elementele funcționale pe baza cărora se stabilește deficiența vizuală în cazurile de glaucom sunt: *raportul cupă/disc (C/D)*, măsurat la fundul de ochi, *acuitatea vizuală (AV)* și *câmpul vizual (CV)*. Obligativu pentru stabilirea deficienței funcționale sunt AV și CV. Se recomandă OCT nerv optic pentru cuantificarea obiectivă a raportului C/D.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Raportul cupă/disc- C/D = 0,5

AV = 1/2- 1/3

CV – scotom patologic

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Raportul cupă/disc- C/D = 0,6

AV = 1/4 - 1/5

CV- scotom patologic

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Raportul cupă/disc- C/D = 0, 8

AV = 1/6 - 1/12

CV- defect nazal, vedere centrală păstrată

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Raportul cupă/disc- C/D = 0,9 – 1,

AV < 1/12,

CV- insulă temporală, fără vedere centrală

DIPLOPIA (vederea dublă)

- a. Monoculară – se remediază prin tratamentul cauzei determinante:
 - astigmatism mare
 - tumori palpebrale mari
 - anomalii corneene
 - cataractă, subluxație de cristalin
 - descentrarea IOL
- b. Binoculară – apare în cadrul unor afecțiuni generale:
 - paralizii de nervi cranieni
 - oftalmopatie tiroidiană
 - mastenia gravis

**DEGENERESCENTA MACULARĂ LEGATĂ DE VÂRSTĂ (DMLV) Cod CIM-10
H35**

Se întâlnește la vârste mai înaintate (peste 65 de ani) Forme clinice

1. Forma uscată
2. Forma umedă (exudativă)

Elementele funcționale pe baza cărora se stabilește deficiența vizuală în cazurile de DMLV sunt *acuitatea vizuală (AV)* și *câmpul vizual (CV)*.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

AV = 1/2 - 1/3 (0,5 – 0,3) cu corecție, la cel mai bun ochi

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

AV = 1/4 - 1/10 (0,25 – 0,10) cu corecție, la cel mai bun ochi

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

AV = 1/12(0,08) (4m) - 1/20 (0,05) (2m), cu corecție, la cel mai bun ochi

CV- scotom central, 10⁰ - 15⁰

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

AV = 1/25 - 1/50 (0,04 – 0,02) cu corecție, la cel mai bun ochi; percepe lumina (PL), percepe mișcarea mâinii (PMM), fără a percepe lumina (FPL);

CV- scotom central, (>15⁰)- 30⁰



FUNCȚIILE AUZULUI

Evaluarea deficienței funcționale auditive se va face pentru persoanele cu afecțiunile cronice auditive de cauză diversă: inflamatorie, infecțioasă, toxică, vasculară, degenerativă, traumatică, tumorală-însoțite de hipoacuzie-tip transmisie, neurosenzorială, mixtă, protezabile sau neprotezabile sau cu surditate (cofoză), cu sau fără tulburări de comunicare (surdomutitate- surdo-cecitate). În procesul de comunicare intervine pe lângă recepția mesajului, și reacția de răspuns la mesaj, care poate fi: vorbit sau poate fi limbaj mimico- gestual. În cadrul acestui capitol nu sunt evaluate funcțiile care generează sunetele și vorbirea.

Hipoacuzia sau surditatea, uni- sau bilaterală se poate instala brusc sau se poate constitui treptat și poate fi dobândită tardiv, după achiziționarea limbajului. În acest caz, se constată pierderea controlului asupra propriei voci și perceperea greșită a unor consoane. Deficiența funcțională auditivă determină un anumit grad de tulburare de comunicare.

În cazul unei asimetrii între pragurile auditive tonale ale celor două urechi, localizarea surselor sonore se face cu dificultate, deoarece nu va avea loc practic o stereoaudiție, iar înțelegerea vorbirii și audiția în mediul cu zgomot vor fi afectate.

Evaluarea complexă va fi centrată pe aprecierea capacității de comunicare și relaționare socială și identificarea tulburărilor psihice și de limbaj. În cazul deficienței auditive există atât afectare cantitativă cât și calitativă a sistemului auditiv, de aceea, protezarea auditivă are limitări în unele situații, precum cele legate de localizarea spațială sonoră sau înțelegerea vorbirii în zgomot.

De asemenea, o persoană cu pierdere auditivă protezată, depinde de integritatea și funcționarea unui dispozitiv electronic, a cărui continuitate în funcționare este supusă imprevizibilului.

Elementele funcționale care definesc funcția auditivă sunt:

- Acuitatea auditivă înregistrată la audiometrie tonală sau vocală.
- Acumetrie fonică care studiază transmiterea sunetului pe cale aeriană prin intermediul vocii umane.

Evaluarea funcției auditive se va realiza prin următoarele etape de diagnostic:

- Examen clinic ORL;
- Otoscopie;
- Audiometrie subiectivă- tonală liminară, audiometrie vocală, Audiometria vocală redă posibilitatea de a aprecia în mod real gradul de înțelegere al persoanei, element util în relaționarea socio-profesională.
- Acumetrie subiectivă-audiograma tonală liminară și audiometria vocală pe căști aeriene și audiometria vocală cu proteză convențională sau cu implant cohlear în câmp liber, pentru fiecare ureche. Audiometria vocală evaluează posibilitatea de a aprecia în mod real gradul de înțelegere al persoanei, element util în relaționarea socio-profesională. Testul cu vocea vorbită și cu vocea șoptită poate fi folosit pentru situațiile în care nu există posibilități tehnice de efectuare a testelor de mai sus, sau complexitatea cazului nu impune aceste teste cantitative.
- Audiometrie obiectivă- potențiale evocate auditive, impedansmetrie, și otoemisiuni acustice.

Relația deficiență funcțională- capacitate de muncă și gradul de invaliditate corespunzător pierderii auditive	Deficiență funcțională	incapacitate adaptativă	Capacitate de muncă	Gradde invaliditate
pierdere auditivă 21-40 dB	Deficiență ușoară	20-49%	păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
pierdere auditivă 41-70 dB	Deficiență ușoară	20-49%	păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
pierdere auditivă 71-90 dB	Deficiență ușoară/medie	20-69%	păstrată/ diminuată	Neîncadrabil/Poate fi încadrat în gradul III de invaliditate dacă sunt asociate tulburări de vorbire, afectare psihică
pierdere auditivă peste 91 dB	Deficiență medie/accentuată	50-89%	diminuată	Se încadrează în gradul III/II, dacă sunt asociate tulburări de vorbire, afectare psihică

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Pierdere auditivă unilaterală peste 41 dB

Pierdere auditivă bilaterală de 21-40 dB.

Abilitatea de a înțelege și repeta cuvintele rostite cu voce ușoară la 1 metru.

Aparatele auditive sunt de obicei recomandate.

Fără limitări de activitate. Fără restricții de participare.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Pierdere auditivă bilaterală sau la cea mai bună ureche între 41 – 70 dB, protezabilă.

Abilitatea de a înțelege cuvinte rostite cu voce medie și tare. Aparatele auditive sunt necesare.

Limitări de activitate: Nu sunt recomandate activități ce implică siguranța altor persoane- conducerea unor vehicule de mare tonaj, autobuze, microbuze, avioane, trenuri, etc. sau activități operative, în profesii ce necesită standarde de auz- poliție, armată, aviație etc.

Restricții de participare: Protezare auditivă.

Deficiență funcțională ușoară/medie, incapacitate adaptativă 20-69%

Pierderea auditivă bilaterală sau la urechea cea mai bună (71-90) dB care se protezează greu (beneficiu al protezării auditive sub 70%, inteligibilitate pe audiograma vocală) asociată cu tulburări psihice și de limbaj.



Limitări de activitate: Nu sunt recomandate activități ce implică siguranța altor persoane- conducerea unor vehicule de mare tonaj, autobuze, microbuze, avioane, trenuri etc.- sau activități operative în profesii ce necesită standarde de auz- poliție, armată, aviație etc., activități de comunicare cu publicul, telecomunicații, munca la înălțime. În caz de debut tardiv, în cazul în care protezarea este inefficientă și locul de muncă necesită standarde de auz, se recomandă evaluare vocațională și reorientare profesională, precum și angajare asistată.

Restricții de participare: Asigurarea unor sisteme optice de semnalizare înlocuindu-le pe cele sonore.

Protezare auditivă

Observații: Tulburările psihice asociate se evaluează conform criteriilor de la capitolele respective și pot constitui eventual factor agravant.

Deficiență funcțională medie/accentuată, incapacitate adaptivă 50-89%

Surditate congenitală bilaterală sau dobândită înaintea achiziționării limbajului însoțită de mutitate (surdomutitate cu demutizare slabă/nulă), cu pierdere peste 91 dB . Incapabil să audă și să înțeleagă chiar cuvintele rostite cu voce tare. Aparatele auditive pot ajuta uneori și foarte limitat în înțelegerea cuvintelor. Este necesară reabilitarea suplimentară. Labio-lectura și, uneori, limbajul mimico-gestual sunt esențiale.

Limitări de activitate: Nu sunt recomandate activități ce implică siguranța altor persoane- conducerea unor vehicule de mare tonaj, autobuze, microbuze, avioane, trenuri etc.- sau activități operative în profesii ce necesită standarde de auz- poliție, armată, aviație etc., activități de comunicare cu publicul, telecomunicații, munca la înălțime. În caz de debut tardiv, în cazul în care protezarea este inefficientă și locul de muncă necesită standarde de auz, se recomandă evaluare vocațională și reorientare profesională, precum și angajare asistată.

Restricții de participare: Asigurarea unor sisteme optice de semnalizare înlocuindu-le pe cele sonore.

Protezare auditivă.

Asigurare de interpreți mimico-gestuali în instituțiile publice și în emisiuni TV.

Observații:

Pierderile auditive (nr dB) se apreciază fără protezare și se calculează pe audiograma tonală, iar conform normelor europene se calculează după probele auditive obiective, care oferă o audiogramă similară ca aspect cu cea tonală, doar că evidențiază obiectiv pierderea auditivă (excluzând pacienții necooperanți (grad de inteligență scăzut, depresivi, simulanți, etc.), procese litigioase privind asigurări, daune post accidente sau agresiuni).

În cazul protezării neconvenționale prin proteze implantabile, urmată de reeducare auditiv- verbală, deficiența funcțională se apreciază ca fiind severă în primul an după protezare și ulterior dacă procentul de inteligibilitate a cuvintelor este sub 50%, se acordă deficiență funcțională accentuată și dacă este între 50-70% se acordă deficiență funcțională medie.

FUNCȚIILE VESTIBULARE

Tulburările funcției vestibulare survin atunci când există o diferență de cel puțin 20% între cele două vestibule, în contextul unor afecțiuni cronice vestibulare, precum și a căilor acestora sau în contextul unor afecțiuni neurologice. Tulburările vestibulare, în contextul unor afecțiuni neurologice, vor fi evaluate conform criteriilor de la capitolul respectiv.

Elementele funcționale care definesc funcția vestibulară sunt:

Evaluarea reflexelor prin: probe vestibulare spontane, sensibilizate și vestibulo-oculare prin ENG (electronistagmografie) sau VNG (videonistagmografie), probă calorică sau video- HIT (head impulse test)

Evaluarea funcției vestibulare se realizează prin:

- *examen clinic ORL;*
- *probe vestibulare spontane, sensibilizate;*
- *evaluarea reflexelor: vestibuloocular prin VNG sau ENG*
- *posturografia dinamică computerizată*

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Deficiență de echilibrare, cauzele subiective vestibulare sunt obiectivate prin probele spontane și/ sau provocate, ENG.

Diferență funcțională la probele evocate între cele două vestibule de cel puțin 20%.

Ușoare limitări de activitate. Fără restricții de participare.

Necesită servicii de sănătate pentru prevenirea apariției complicațiilor.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Diferența între cele două vestibule la probele provocate depășește 30%. Nistagmus spontan/relevant sau deviații tronculare.

Limitări de activitate: nu pot conduce vehicule, avioane, echipamente industriale

Restricții de participare: restricție pentru activitățile care se desfășoară la înălțime sau în mișcare.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Afectare vestibulară obiectivată prin teste.

Ortostatismul este posibil dar dificil de menținut, risc de cădere, tulburări funcționale echivalente cu 60-80 %.

Limitări de activitate: permise activități statice

Restricții de participare: adaptarea locului de muncă, astfel încât să nu fie suprasolicitată postura ortostatică sau să o faciliteze prin mijloace suplimentare de sprijin, etc.



Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Afectare vestibulară obiectivată prin teste.

Ortostatismul este imposibil în criză, însoțit de tulburări vegetative. Probele spontane și provocate (dacă se pot practica) sunt pozitive. Tulburări funcționale echivalente cu 80-100%.

Pentru perioade limitate de 12 luni, în funcție de durată și reversibilitatea tulburărilor majore de echilibru la acțiunile de recuperare.

Limitări de activitate: sprijin pentru autoservire, îngrijire și autogospodărire în activitățile de bază ale vieții de zi cu zi pentru perioada în care ortostatismul și mobilizarea nu se pot realiza.

Restricții de participare: necesită asistență de specialitate.

NEURALGIA DE TRIGEMEN Cod CIM G50

Nervul trigemen are două componente: senzitivă și motorie, nevralgia de trigemen este esențială și secundară; se întâlnește în special în tumori craniene cu sindroame de nervi cranieni combinate, tumorile de unghi cerebelos, neurinomul de acustic, scleroza multiplă etc.;

Nevralgia de trigemen esențială, deci la care nu s-a stabilit etiopatogenia, va fi apreciată din punct de vedere al expertizei medicale după epuizarea tuturor metodelor de tratament medicamentos și/sau chirurgical în urma cărora nu s-au constatat ameliorări esențiale chiar sub continuarea tratamentului medicamentos după intervenție chirurgicală asupra nucleului nervului trigemen, în sine, și poate beneficia de o deficiență funcțională medie cu o incapacitate adaptativă 50-69% și poate fi încadrată în gradul III de invaliditate, dacă nevralgia de trigemen esențială sau secundară se însoțește de alte leziuni ale nervului trigemen (leziuni ale corneei, dificultăți de masticatie care afectează ramul motor al trigemenului etc.).

Capitolul 3

Vocea și funcțiile vorbirii



Tulburări fonatorii determinate de afectarea laringelui și stucturilor adiacente

Elementele funcționale care definesc funcția de comunicare sunt:

Cuantificarea tulburărilor fonatorii în raport de inteligibilitatea vocii de la ușoară și până la accentuată, când este vorba de afonie.

Funcțiile vorbirii și vocea pot fi afectate începând cu cavitatea bucală (stomatolalie) și până la organul fonator principal, laringele.

Afectarea funcției vorbirii la nivelul cavității bucale se poate întâlni în malformații congenitale, precum palato și cheilopalatoschizis, necorectabile chirurgical, rezecții de limbă ca urmare a tumorilor maligne, cicatrici postcombustionale/posttraumatice la nivelul feței și în special, la nivelul comisurii bucale.

Afectarea laringelui poate fi cauzată de:

- stenoze post traumatice,
- pareze sau paralizii (corzi vocale - n. recurențiali),
- procese tumorale benigne, maligne,
- procese inflamatorii cronice, trenante sau repetitive.

Funcția fonatorie poate fi tulburată sub formă de:

- voce bitonală în paralizie recurențială,
- disfonie prin formațiuni tumorale,
- dizartrie în ablația limbii;
- afonie consecutivă ablației laringelui.

În stabilirea gradului de invaliditate se vor avea în vedere și: specificul profesiei, tulburările respiratorii, efectul terapiei, eventualele recidive (nodului corzi vocale, polipi - recidive tumorale benigne sau maligne).

NB! Funcțiile mentale ale limbajului, de articulare, tulburările de limbaj vorbit - mutitatea, limbaj slab cu toate încercările de reeducare (labiolectura) sunt prevăzute la capitolele respective.

În principiu, afectarea vocii pentru anumite profesii și locuri de muncă poate fi hotărâtoare, în timp ce, în altele, unde nu există mesaj vorbit, munca se poate desfășura normal.

Pentru evaluarea funcțiilor vorbirii sunt necesare:

- examen clinic ORL;
- laringoscopie indirectă;
- endo/fibroscopie;
- radiografii, tomografii;
- examen histopatologic;
- probe ventilatorii;
- testarea limbajului vorbit.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Disfonie (răgușeală).

Tulburări de generare a sunetelor din cavitatea bucală, dar care păstrează vorbirea inteligibilă; uneori sunt solicitați să repete fraza;

Voce bitonală (parează coardă vocală - recurențială, unilaterală).

Fără limitări de activitate. Fără restricții de participare.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Diplegie recurențială în poziție de abducție (tulburări ventilatorii și voce bitonală) sau adducție (cu păstrarea vocii dar cu tulburări de respirație), se apreciază în funcție de specificul profesiei, de tulburările ventilatorii și în contextul bolii de bază. Tulburări de generare a sunetelor din cavitatea bucală, cu afectarea inteligibilității vorbirii; frecvent sunt solicitați să repete fraza; asociază dificultăți ușoare de respirație și/sau masticție

Limitări de activitate: Orice activitate profesională fără suprasolicitare fizică mare, în condiții de microclimat adecvat, fără variații termice, mediu prea rece sau prea cald sau uscat, fără curenți de aer, umezeală. Pentru profesioniști ai vocii (profesori, avocați, soliști, cântăreți vocali s.a.), schimbarea locului de muncă fără solicitarea vocii, în condiții favorabile de microclimat - condiții ambientale la locul de muncă sau profesiei.

Restricții de participare: asigurarea unui loc de muncă cu solicitare redusă în condiții de microclimat, fără variații termice, curenți de aer, prea umed. Monitorizare medicală la serviciul de ORL, tratament adecvat.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Tulburări de generare a sunetelor din cavitatea bucală, cu afectarea totală a inteligibilității vorbirii; asociază tulburări de respirație, deglutiție și masticție, ce interferează cu calitatea vieții. Traheostomă permanentă fără laringectomie.

Traheostomă cu laringectomie, determinată de procese maligne sau zdrobirea laringelui. Traheostoma temporară, indiferent de cauză până la renunțarea la stoma traheală.

Ablația laringelui cu traheostomă permanentă cu sau fără erigmofonatie, proteză vocală cu tip buton fonator, laringofon, tulburări de vorbire, de ventilație și, eventual, de nutriție, ținând seama de cauza care a determinat afectarea structurală. Traheostoma permanentă implică imposibilitatea fixării diafragmei în efort, expunere pulmonară directă prin excluderea filtrului nazal.

Limitări de activitate: orice activitate profesională fără suprasolicitare fizică mare, în condiții de microclimat adecvat, fără variații termice, mediu prea rece sau prea cald sau uscat, fără curenți de aer, umezeală.

Pentru profesioniști ai vocii (profesori, avocați, soliști, cântăreți vocali s.a.), schimbarea locului de muncă fără solicitarea vocii, în condiții favorabile de microclimat - condiții ambientale la locul de muncă sau profesiei. Au capacitatea de autoservire conservată.

Restricții de participare: monitorizare medico-psiho-socială: la serviciul ORL, de logopedie, și psihologie teritorială. Sprijin familial și eventual comunitar pentru unele activități.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.



Afecțiunile nasului și sinusurilor

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Ozena operată, cu răspuns terapeutic bun, fără complicații

Radioterapia pentru tumori rinosinusale fără tulburări respiratorii(ventilatorii)

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Ozena operată inefficient, cu răspuns terapeutic nesatisfăcător, cacosmie obiectivă și complicații prezente,

Radioterapia pentru tumori rinosinusale cu mucozități frecvente, cruste, hipotrofia mucoasei, tulburări respiratorii (ventilatorii), infecții frecvente localizate.

Amputația piramidei nazale ca urmare a unui traumatism sau boli, care nu beneficiază de chirurgie de corecție și asociază tulburări ventilatorii

FUNCȚIA DE LIMBAJ ȘI VORBIRE legată de funcțiile de articulare a sunetelor, funcțiile de fluentă și ritm ale vorbirii, funcția de receptare a limbajului, funcția de exprimare a limbajului.

Anomaliile vorbirii pot indica disfuncții la oricare din următoarele niveluri:

Nivel	Disfuncție
Auzul	Hipoacuzie
Înțelegerea	Afazie
Gândirea și Limbajul	Afazie
Fonația	Disfonie
Articularea cuvintelor	Dizartrie

Tulburarea de limbaj (tulburare afazică) presupune leziuni cu localizări bine definite exclusiv cerebrale, în timp ce tulburările de vorbire (dizartrii, disfonii) pot fi determinate mai rar de leziuni în SNC dar cel mai frecvent de leziuni ale structurilor nervoase periferice (ex. o paraliză facială a frigore), de leziuni ale mușchilor implicați în vorbire (de la limbă, mandibulă, buze, etc.), de leziuni ale structurilor fonatorii (n. recurent, laringe, val palatin, etc.) sau chiar ale arcadelor dentare (edentați!).

Elemente funcționale care definesc funcția limbajului:

Elemente clinice: simptome și semne obiective: afazie expresivă, afazie de receptie, afazie mixtă, disfonie, dizartrie.

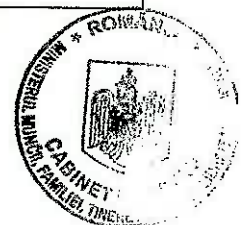
Elemente funcționale- investigații: Teste standard de evaluare a limbajului

În evaluarea tulburărilor de limbaj se folosește *Scala Goodglass & Kaplan pentru comunicare*.

Scor	Comunicare	Deficiență funcțională
5	Tulburările de vorbire pot fi evidențiate cu dificultate; pacientul poate resimți dificultate subiectivă de exprimare, dar interlocutorul nu este conștient de aceasta.	Fără deficiență
4	Fluiditatea discursului este redusă sau capacitatea de înțelegere a acestuia este limitată. Totuși, nu există tulburări substanțiale care să afecteze forma sau conținutul vorbirii	Deficiență funcțională ușoară
3	Pacientul poate susține o conversație asupra oricărui subiect obișnuit, fără să aibă nevoie de ajutor sau cu ajutor minim, deși tulburarea de exprimare sau de înțelegere tulbură sau face imposibilă conversația pe anumite subiecte;	Deficiență funcțională medie
2	Este posibilă conversație asupra unui subiect familiar, cu ajutorul interlocutorului; unele idei pot fi exprimate; conținutul conversației provine de la ambii parteneri de discuție	Deficiență funcțională medie
1	Comunicarea este posibilă cu ajutorul unor expresii fragmentare; partenerul de discuție are nevoie de efort suplimentar pentru a înțelege și este responsabil de cea mai mare parte a efortului de comunicare; cantitatea de informație care poate fi transmisă este limitată;	Deficiență funcțională accentuată
0	Nu există exprimare comprehensibilă și nici înțelegerea limbajului vorbit/scriș;	Deficiență funcțională gravă

Relația deficiență funcțională-incapacitate adaptativă-capacitatea de muncă și gradele de invaliditate corespunzătoare:

Deficiență funcțională	Incapacitate adaptativă	Capacitate de muncă	Grad invaliditate
Fără	0-19%	păstrată	Nu se încadrează
Deficiență funcțională ușoară	20-49%	păstrată	Nu se încadrează
Deficiență funcțională medie	50-69%	diminuată	Gradul III
Deficiență funcțională accentuată	70-89%	diminuată + capacitate de autoservire păstrată parțial	Gradul II
Deficiență funcțională gravă	90-100%	diminuată + capacitatea de autoservire pierdută	Gradul I



Relația deficiență funcțională și limitarea activității/restricțiile de participare generate:

Deficiența funcțională	Limitare activitate	Restricții de participare
Fără	Niciodificultate în realizarea activității	Fără restricții de participare la viața socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ.
Deficiență funcțională ușoară	Limitare ușoară a activităților ce presupun comunicare: este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora, activitate profesională posibilă	Fără restricții de participare la viața socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă
Deficiență funcțională medie	Limitare moderată a activităților care presupun comunicarea sub toate aspectele acesteia (exprimarea prin vorbire, receptarea de mesaje verbale, conversația și utilizarea instrumentelor și tehnicilor de telecomunicații). Sarcinile de autoservire sunt îndeplinite la parametrii optimi.	Restricții moderate de participare la viața socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în munca
Deficiență funcțională accentuată	Limitare marcată a activităților care presupun comunicarea sub toate aspectele acesteia (exprimarea prin vorbire, receptarea de mesaje verbale, conversația și utilizarea instrumentelor și tehnicilor de telecomunicație), bolnavul nemaiputând realiza o parte din sarcinile de autoservire, dar poate să se îngrijească singur.	Restricții severe de participare la viața socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.
Deficiență funcțională gravă	Limitarea severă/completă a activităților: bolnavul nu se poate exprima decât prin silabe, sau cuvinte simple pe care le repetă dându-le un înțeles propriu fără nicio legătură cu sensul cererii și nu înțelege nici cele mai simple ordine, deci devine incapabil de a desfășura orice fel de activitate (cu excepția automatismelor mentale) și are nevoie permanent de ajutor pentru autoservire	Restricții complete de participare la viața socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene și de îngrijire personală pentru activitățile de bază

d

Afecțiuni cu interesarea funcțiilor de limbaj și vorbire: traumatisme craniene, paralizii cerebrale, procese expansive intracraniene, boala vasculară cerebrală, bolile demielinizante, boala Parkinson și sindroamele parkinsoniene, sindroame cerebeloase de diferite etiologii, scleroza laterală amiotrofică, miastenie, meningite și encefalite (infecțioase și non-infecțioase).

Capitolul 4

Funcțiile sistemelor cardiovascular, hematologic, imunitar și respirator



4.1. FUNCȚIA SISTEMULUI CARDIOVASCULAR

Evaluarea deficienței funcționale în afectarea funcției cardio-vasculare va fi efectuată prin metode de investigație tradiționale, la sfârșitul perioadei de recuperare, în faza stabilă a bolii.

Elemente funcționale care definesc funcția cardiovasculară:

Elemente clinice-simptome, semne obiective: angină pectorală, palpitații, dispnee, fatigabilitate, tahipnee, raluri de stază, cardiomegalie galop S3/S4, tahicardie, jugulare turgescențe, ascită hidrotorax, edeme, cianoză, claudicație.

Elemente funcționale- investigații: electrocardiogramă (ECG), ecocardiografie, Test ECG de efort (TE) sau teste de stres farmacologic: ecocardiografic/scintigrafic, monitorizare ambulatorie ECG 24/48 ore (Holter ECG), examen fund de ochi (FO) - stadiul modificărilor, coronarografia, CT cu secțiuni multiple (MSCT) pentru evidențierea arterelor coronare, tomografia cu emisie de pozitroni (PET), RMN, cateterism cardiac.

- Aprecierea clasei funcționale a dispneei și a altor simptome ale insuficienței cardiace (*Clasificarea funcțională New York Heart Association*) (Tabel 1)
- Aprecierea clasei funcționale a anginei pectorale (*Clasificarea funcțională a Societății Cardiovasculare Canadiene*) (Tabel 1)
- Aprecierea clinică a capacității funcționale bazată pe costul metabolic al diferitelor tipuri de activitate (*Clasificarea Goldman*) (Tabel 1)

FUNCȚIA CARDIACĂ - legată de fluxul coronarian și forța de contracție a mușchilor ventriculari (funcția sistolică globală), toleranța la efort

Afecțiuni care pot afecta funcția:

Boala cardiacă ischemică stabilă.	Cod CIM I25
Infactul miocardic vechi	Cod CIM I22
Angina pectorală	Cod CIM I20

Sindroamele coronariene cronice sunt noutatea Ghidului Societății Europene de Cardiologie (ESC 2019) privind diagnosticul și managementul sindroamelor coronariene cronice și cuprinde 6 scenarii clinice:

Angina pectorală stabilă, IMA revascularizat, sindrom coronarian acut stabilizat, angină vasospastică sau microvasculară, boala coronariană obstructivă silențioasă. Managementul privind evaluarea și expertizarea capacității de muncă presupune aceiași pași: aprecierea severității simptomelor (scalele clinice de severitate), testarea funcțională, determinarea impactului asupra deciziilor ulterioare-stabilirea deficienței funcționale.

Aprecierea funcției cardiovasculare în afectarea ischemică se va realiza în principal prin următoarele teste funcționale obiective:

- Electrocardiogramă (ECG)
- Ecografie cardiacă
- Test de efort
- Coronarografie

Se pot asocia elementele clinice de severitate oferite de principalele clasificări funcționale bazate pe simptome:

- Aprecierea clasei funcționale a dispneei și a altor simptome ale insuficienței cardiace (*Clasificarea funcțională New York Heart Association*) (Tabel 1)
- Aprecierea clasei funcționale a anginei pectorale (*Clasificarea funcțională a Societății Cardiovasculare Canadiene*) (Tabel 1)
- Aprecierea clinică a capacității funcționale bazată pe costul metabolic al diferitelor tipuri de activitate (*Clasificarea Goldman*) (Tabel 1)

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%

Simptome/semne clinice: durerile anginoase apar la efort fizic de intensitate foarte mare peste 7 METs asociate cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: ECG normal, ecografie cardiacă normală, funcție sistolică VS normală (FE > 55%) Fără limitarea activităților. Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, prevenția sau reducerea riscului cardiovascular.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice: pacient asimptomatic sau cu simptomatologia dureroasă (angină pectorală tipică sau atipică) la eforturi mari (> 7METs), insuficiență cardiacă NYHA I asociată cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: ECG normală sau cu modificări de fază terminală,

Ecografic: modificări structurale asociate cu disfuncție sistolică VS (FE ≥ 40%), TEF**

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară: pot efectua activități fizice cu consum energetic 7METs, activitate profesională posibilă, cu excepția muncilor grele-foarte grele .

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului cardiovascular. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: dureri anginoase tipice sau atipice, dispnee la efort de intensitate moderată, (5-6METs) insuficiență cardiacă NYHA II, asociate cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații ECG normală sau cu modificări de fază terminală, aritmii benigne, sechela electrică a IM, ecografia cardiacă poate releva modificări structurale (hipertrofie, dilatație, tulburări de kinetică) asociate cu disfuncție sistolică VS (FE



TEF**

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice și profesionale cu consum energetic ≤ 5 METs, vor fi evitate activitățile pe parcursul cărora apar perioade scurte de creștere a consumului de O_2 (MVO_2 , VO_2) efort intens, rapid.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: angină pectorală tipică sau atipică, dispnee, toleranță mică la efort, (3-4METs) insuficiență cardiacă NYHA II-III, fără decompensări cardiovasculare, asociate cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: ECG cu modificări de fază terminală* și/sau alte modificări electrice severe (aritmii, tulburări de conducere), ecografia cardiacă poate releva modificări structurale (hipertrofie, dilatație, tulburări de kinetică) asociate cu disfuncție sistolică VS (FE = 30-35%).

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic < 3 METs; capacitatea de autoservire păstrată parțial.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Simptome/semne clinice: angină, dispnee, fatigabilitate apar în repaus, insuficiență cardiacă NYHA III-IV, decompensări frecvente, asociate cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: ECG cu modificări de fază terminală*, \pm tulburări de ritm, de conducere severe, ecografia cardiacă relevă modificări structurale asociate cu disfuncție sistolică VS (FE $\leq 30\%$).

Limitarea severă/completă a activităților: capacitatea de autoservire pierdută.

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate.

Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene \pm de îngrijire personală pentru activitățile de bază .

* *modificări cu pattern ischemic*

** *testul ECG de efort este un instrument important pentru concluzii privind capacitatea de muncă , prin scorurile de severitate (Scor DUKE) pe care le oferă, informațiile privind capacitatea funcțională și aprecierea profilului hemodinamic.*

Astfel, valoarea lui constă în:

- *estimarea capacității funcționale, tradusă ulterior în activități profesionale posibile;*
- *aprecierea toleranței individuale la creșterea tensiunii arteriale și a creșterii frecvenței cardiace în cursul solicitărilor fizice.*
- *un test de efort negativ este definit de absența anomaliilor clinice sau electrice (subdenivelare ST >1mm) înregistrate până la 85% din intensitatea maximă teoretică (≥ 7 METs);*
- *un test de efort pozitiv (modificările electrice cu pattern ischemic apar până la 85% din intensitatea teoretică maximă, sub 7METs) furnizează informații privind deficiența funcțională în diferitele condiții cardiovasculare. Astfel, înregistrarea unui test de efort pozitiv cu încadrarea parametrilor într-o clasă de risc înalt, poate fi asociată cu deficiența funcțională accentuată. Clasa de risc intermediar – redus (necesitând terapie și urmărire) se poate asocia cu deficiența funcțională medie - ușoară în funcție de parametrii funcționali asociați.*

Observații:

Funcția sistolică a ventriculului stâng apreciată prin fracția de ejecție este un puternic parametru obiectiv, care poate rămâne independent în deciziile privind deficiența funcțională în situațiile în care simptomele se abat semnificativ de la dovezile obiective.

Aprecierea deficienței funcționale și a incapacității adaptative după un eveniment coronarian acut se va realiza având în vedere criteriile de mai sus.

În mod tradițional revenirea la activitatea profesională se poate realiza între 3 și 6 luni de la evenimentul acut cu revascularizare miocardică intervențională sau după by-pass aorto- coronarian (deși, după recomandările moderne această perioadă s-a scurtat la 1-3 luni).

În plus, pentru evaluarea coronarienilor investigați coronarografic, care nu au beneficiat de tratament de revascularizare miocardică, datele coronarografice care relevă extensia și severitatea bolii coronariene (numărul vaselor afectate, severitatea stenozelor) ar trebui să primeze în stabilirea deficienței funcționale, dincolo de funcția sistolică. În aceste situații datele coronarografice vor fi coroborate cu nivelul de efort la care apar limitările de activitate precum și ceilalți parametri de evaluare cardiovasculară.

FUNCȚIA CARDIACĂ - legată de funcțiile valvelor inimii , toleranța la efort

VALVULOPATII MITRALE (Cod CIM I34, I05)

Afecțiunile care pot afecta funcția:

Insuficiența mitrală (IM)

Stenoza mitrală (SM)

Boala mitrală

Prolaps de valvă mitrală (PVM)

Aprecierea funcției cardiovasculare legată de funcția valvelor se va realiza prin:

- Evaluarea ecocardiografică (arii valvulare, gradient transvalvulare, diametre, severitatea hipertensiunii arteriale pulmonare, funcția sistolică globală ventriculului stâng. (Tabel 2).



- Electrocardigramă.
- Rezultatele corecției chirurgicale.
- Prezența complicațiilor.

Se pot asocia elementele clinice de severitate oferite de principalele clasificări funcționale bazate pe simptome:

- Aprecierea clasei funcționale a dispneei și a altor simptome ale insuficienței cardiace (*Clasificarea funcțională New York Heart Association*) (Tabel 1)
- Aprecierea clinică a capacității funcționale bazată pe costul metabolic al diferitelor tipuri de activitate (*Clasificarea Goldman*) (Tabel 1).

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%

Simptome/semne clinice caracteristice, fără tulburări funcționale, în concordanță cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: ECG normal, Ecografic: DTDVS normal, aria valvulară 1,5-2cm², funcție sistolică VS normală (FE > 55%),

Fără limitarea activităților. Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, prevenția sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice caracteristice, fără tulburări funcționale în repaus și la eforturi medii dar cu dispnee, palpitații la eforturi mari, insuficiență cardiacă NYHA I, în concordanță cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: Ecografic: SM largă - medie (aria valvulară > 1,2cm²), arie AS 20-30cm², gradient mediu 5 - 7 mmHg, PAP < 40mmHg, insuficiență mitrală ușoară/moderată; ECG normal sau modificări minore.

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară: se pot efectua activități fizice cu consum energetic 7METs, activitatea profesională este posibilă fără restricții.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome clinice: caracteristice - cu tulburări funcționale la efort de intensitate medie (5-6 METs), insuficiență cardiacă NYHA II în concordanță cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: Ecografic: SM medie - severă (aria valvulară 1-1,2cm², gradient mediu 8 - 10mmHg), arie AS 30-40 cm², PAPs 45-50mmHg, insuficiență moderat/severă, DTDVS = 60 mm cu FEVS 36 - 40%, ECG normal sau tulburări de

ritm, conducere.

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice și profesionale cu consum energetic $\leq 5-6$ METs, trebuie evitate activitățile profesionale ușoare care presupun efort intens de scurtă durată (posibil declanșarea EPA - edem pulmonar acut sau creșterea rezistențelor pulmonare).

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome clinice/semne caracteristice \pm sincope, \pm palpitații, și/sau edem pulmonar acut în antecedente, semne de insuficiență cardiacă, toleranță mică la efort, NYHA II-III, în concordanță cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: Ecografic: SM strânsă (aria valvulară $< 1\text{cm}^2$, gradient mediu $> 15\text{mmHg}$), arie AS peste 40cm^2 , PAPs $> 50\text{mmHg}$, EGG \pm tulburări de ritm, conducere, insuficiență mitrală (IM) severă* cu DTDVS $> 60\text{mm}$ și/sau DTSVS $> 45\text{mm}$, disfuncție sistolică (FEVS 30 - 35%).

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic $\leq 3-4$ METs; Capacitatea de autoservire păstrată parțial.

*IM severă organică - aria orificiului regurgitant: $>40\text{mm}^2$, volum regurgitant $> 60\text{ml}$
Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Simptome/semne clinice: insuficiență cardiacă ireductibilă, cu tulburări funcționale importante în repaus, NYHA III-IV, EPA frecvent, repetitiv, \pm infarcte pulmonare cu accidente embolice ce conduc la tulburări motorii grave, în concordanță cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: Ecografic: modificări structurale, disfuncție sistolică de VS severă: FE $\leq 30\%$, PAPs $> 70\text{mmHg}$, ECG \pm modificări de fază terminală**, \pm tulburări de ritm, conducere severe.

Limitarea severă a activităților, este pierdută capacitatea de autoservire Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene \pm de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

VALVULOPATHII AORTICE (Cod CIM I35, I06)



Insuficiența aortică (IA)

Stenoza aortică (SA)

Boala aortică

Aprecierea funcției cardiovasculare legată de funcția valvelor aortice se va realiza prin:

- Evaluarea ecocardiografică (arii valvulare, gradiente transvalvular, diametre, funcția sistolică globală a ventriculului stâng (Tabel 2).
- Electrocardigramă.
- Rezultatele corecției chirurgicale.
- Prezența complicațiilor
- se pot asocia elementele clinice de severitate oferite de principalele clasificări funcționale bazate pe simptome:
- Aprecierea clasei funcționale a dispneei și a altor simptome ale insuficienței cardiace (*Clasificarea funcțională New York Heart Association*) (Tabel 1)
- Aprecierea clinică a capacității funcționale bazată pe costul metabolic al diferitelor tipuri de activitate (*Clasificarea Goldman*) (Tabel 1).

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%

Semne clinice: Afecțiuni de grad ușor, fără tulburări funcționale, cu semne clinice minime.

Investigații: Ecografic: arie valvulară 2,5-3,5cm², gradient mediu < 10mmHg, funcție sistolică de ventricul stâng normală: FE > 55%, insuficiență aortică ușoară.

Fără limitarea activităților; activități profesionale fără restricții;

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, prevenția sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome clinice: angină, dispnee, palpitații numai la eforturi mari, insuficiență cardiacă NYHA I, în concordanță cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: Ecografic: stenoza aortică ușoară - moderată: arie valvulară >1,2-2.5cm², gradient mediu < 35mmHg, Vmax 2,5-3,5m/sec, insuficiență aortică ușoară-moderată.

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară: pot efectua activități fizice cu consum energetic 7METs, activitatea profesională este posibilă fără restricții.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: tulburări funcționale (dispnee, angină, palpitații) la efort fizic de intensitate medie, insuficiență cardiacă NYHA II, în concordanță cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: Ecografic: stenoză aortică medie: arie valvulară = 1 - 1,2cm², gradient mediu 25 - 40mmHg, Vmax 3,5 - 4m/sec; insuficiență aortică moderat/severă DTDVS < 70mm, DTSVS < 45mm, FE 36 - 40%.

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice și profesionale cu consum energetic ≤ 5-6METs, trebuie evitate activitățile pe parcursul cărora apar perioade scurte de creștere a consumului de O₂ (MVO₂, VO₂) - efort rapid și intens.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: crize anginoase repetate, stări sincopale, tulburări de ritm și conducere, capacitate funcțională redusă, insuficiență cardiacă NYHA II-III, în concordanță cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: Ecografic: disfuncție sistolică VS (FE 30 -35%), viteză maximă transvalvulară >4 m/sec; stenoză aortică severă: arie valvulară < 1 cm², gradient mediu > 40mmHg. Pentru regurgitare aortică severă:: FE ≤ 50% sau DTDVS > 70mm, sau DTSVS > 45-50mm, (> 25mm/m² ASC), ECG ± modificări de fază terminală*, ± tulburări de ritm, de conducere severe.

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic ≤ 3-4METs; Capacitatea de autoservire păstrată parțial.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Simptome clinice: semne, simptome de insuficiență cardiacă, ireductibilă, tulburări funcționale importante în repaus (< 3METs), insuficiență cardiacă NYHA III-IV.

Investigații: parametrii ecografici ai deficienței funcționale accentuate, la care se asociază agravarea stării clinice, documentată, risc chirurgical pentru intervenția chirurgicală.

Limitarea severă a activităților: este pierdută capacitatea de autoservire. Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială de îngrijire personală pentru activitățile de bază și/sau pentru activitățile instrumentale ale



vieții cotidiene.

VALVULOPATHII PULMONARE (Cod CIM I37, I27)

Insuficiența valvulară pulmonară

Stenoza pulmonară

Alte cardiopatii pulmonare

Stenoza pulmonară câștigată este foarte rară. Pentru evaluare funcțională se vor aplica criteriile de la stenoza pulmonară congenitală.

Insuficiența pulmonară apare mai frecvent secundară hipertensiunii pulmonare de orice etiologie sau secundar dilatației arterei pulmonare și în cadrul cardiopatiilor congenitate.

VALVULOPATHII TRICUSPIDIENE (Cod CIM I36, I07)

Insuficiența tricuspidiană Stenoza tricuspidiană

Afectarea tricuspidiană izolată este rară, de obicei este asociată celei mitrale

Aprecierea funcției cardiovasculare legată de funcția valvelor tricuspide se va realiza prin:

- Evaluarea ecocardiografică (arii valvulare, gradiente transvalvulare, diametre, funcția sistolică globală a ventriculului stâng (Tabel 2).
- Electrocardigramă.
- Rezultatele corecției chirurgicale.
- Prezența complicațiilor.
- Se pot asocia elementele clinice de severitate oferite de principalele clasificări funcționale bazate pe simptome:
- Aprecierea clasei funcționale a dispneei și a altor simptome ale insuficienței cardiace (*Clasificarea funcțională New York Heart Association*) (Tabel 1)
- Aprecierea clinică a capacității funcționale bazată pe costul metabolic al diferitelor tipuri de activitate (*Clasificarea Goldman*) (Tabel 1).

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne/simptome clinice: dispnee, palpitații numai la eforturi mari, insuficiență cardiacă NYHA I, în concordanță cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: Ecografic: afectări valvulare de grad ușor/moderat fără impact hemodinamic, fără HTP. PAPS estimată sub 45mmHg.

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară: pot efectua activități fizice cu consum energetic 7METs; activitatea profesională este posibilă fără restricții.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: tulburări funcționale (dispnee) la efort fizic de intensitate medie, insuficiență cardiacă NYHA II, în concordanță cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: Ecografic: stenoza tricuspidiană semnificativă: gradient mediu $> 5\text{mmHg}$, aria orificiului valvular $< 1\text{cm}^2$; aria AD $25\text{-}30\text{cm}^2$, insuficiență tricuspidiană severă: dilatare de inel tricuspidian $> 34\text{mm}$ sau aria orificiului regurgitant $> 40\text{mm}^2$, volum regurgitant $> 45\text{ml}$, HTP/PAPs $45\text{-}50\text{ mmHg}$.

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice și profesionale cu consum energetic $\leq 5\text{-}6\text{METs}$, trebuie evitate activitățile pe parcursul cărora apar perioade scurte de creștere a consumului de O_2 (MVO_2 , VO_2);

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne clinice: de insuf. cardiacă congestivă (stază în sistemul venos sistemic), toleranța mică la efort, insuficiență cardiacă NYHA II-III, în concordanță cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: Ecografic: stenoza tricuspidiană semnificativă, gradient mediu $> 5\text{mmHg}$ cu presiunea în AD 10mmHg ; insuficiență tricuspidiană severă cu HTP/PAPs $> 50\text{mmHg}$.

ECG: suprasolicitare atrială, ventriculară dreaptă, \pm modificări de fază terminală**, \pm tulburări de ritm, de conducere .

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic $\leq 3\text{-}4\text{METs}$; Capacitatea de autoservire păstrată parțial.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

VALVULOPATII (POST TRATAMENT INTERVENȚIONAL, CHIRURGICAL)

Starea funcțională cardio-vasculară este influențată de modificările persistente hemodinamice, de performanță ventriculară, precum și de prezența complicațiilor, progresia altor leziuni valvulare existând diferite grade de insuficiență cardiacă.

Aprecierea funcției cardiovasculare în afectarea valvulară post cură chirurgicală sau tratament intervențional va fi axată pe investigațiile de la capitolele valvulopatii.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%



Simptome/semne clinice: persistă dispnee, palpitații la efort, capacitate funcțională >6METs.

Investigații: funcție sistolică normală sau disfuncție sistolică VS ușoară (FE \geq 40%) ameliorarea gradientelor, ECG normal sau modificări electrice minore;

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară; activitatea profesională este posibilă cu excepția activităților profesionale grele/medii.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: dispnee, palpitații, capacitate funcțională redusă (5-6METs)

Investigații: modificări ecocardiografice caracteristice de severitate moderată (disfuncție sistolică moderată FE 36-40%), ECG \pm tulburări de ritm, de conducere.

Limitarea moderată a activităților fizice; pot efectua activități fizice și profesionale cu consum energetic \leq 5-6METs în condiții de microclimat corespunzătoare.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: palpitații, dispnee, capacitate funcțională redusă (3-4METs).

Investigații: Ecografia cardiacă evidențiază gradiente transprotetice patologice, prezența complicațiilor (disfuncție protetică, endocardită, tromboză, panus, colmatare) sau progresia altor leziuni valvulare, disfuncție sistolică moderată (FE 30-35%)

ECG \pm modificări ST-T, \pm tulburări de ritm, schimbarea axului electric.

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic \leq 3-4METs (activități cotidiene); Este păstrată capacitatea de autoservire.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Simptome/semne clinice: complicații, care conduc la insuficiență cardiacă ireductibilă, accidente embolice cu sechele neurologice importante, capacitate funcțională mult redusă. (<3METs)

Investigații: disfuncție sistolică de VS severă: FE \leq 30%, ECG \pm modificări de fază terminală*, \pm tulburări de ritm, schimbarea axului electric;

Limitarea severă a activităților: este pierdută capacitatea de autoservire. Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială de îngrijire personală pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene \pm activitățile de bază.

TUMORILE SISTEMULUI CARDIOVASCULAR

Evaluarea funcției cardiovasculare se va realiza în principal prin: electrocardiogramă, ecografie cardiacă, CT, RMN cardiac

Tumorile cardiace primare sunt foarte rare (5%), dintre acestea majoritatea sunt benigne (mixoame). Cea mai mare proporție (95%) sunt tumori metastatice. Modificările funcționale determinate de tumori, depind de natura și localizarea acestora (la nivel venos, arterial, atrial, ventricular).

Simptome/semne clinice simptomatologia este polimorfă determinată de: obstrucția valvulară, obstrucție la golirea ventriculilor, atriilor, tulburărilor de ritm, conducere, tromboembolismului venos sau sistemic, pericarditei, etc).

Investigații: ECG aspect nespecific, aritmii, tulburări de conducere;

Eco cardiac-stabilește diagnosticul, uneori este necesar CT sau RMN cardiac.

Stabilirea deficienței funcționale se va realiza prin cuantificarea tulburărilor hemodinamice generate, conform criteriilor de la valvulopatii.

În cazul tumorilor maligne (metastatice) se vor avea în vedere și criteriile de la afecțiunile neoplazice.

FUNCȚIA CARDIACĂ - legată de funcția valvelor inimii, dinamica circulației pulmonare, dinamica circulației sistemice, funcția sistolică globală, toleranța la efort

CARDIOPATII CONGENITALE (Cod CIM Q20)

Afecțiuni care pot afecta funcția

I. NECIANOGENE (necorectate/corectate chirurgical)

1. Cu șunt sistemico-pulmonar care asociază hipertensiune pulmonară (defect septal atrial-DSA, defect septal interventricular-DSV, persistența de canal arterial – PCA, trunchi arterial, ventricul unic)

2. Stenoza pulmonară valvulară

II. CIANOGENE (corectate chirurgical)

1. Tetralogia Fallot
2. Boala Ebstein
3. Transpoziția corectată de vase mari



4. Atrezia de tricuspida
5. Sindrom Eisenmenger

Aprecierea funcției cardiovasculare se va realiza în principal prin:

- Electrocardiogramă
- Evaluarea ecocardiografică
- Cateterism cardiac
- Complicațiile tardive postoperatorii (aritmii ventriculare, tahiaritmii supraventriculare, HTP evolutivă, etc.)
- Prezența leziunilor reziduale și importanța lor hemodinamică se pot asocia elementele de severitate clinică apreciate pe baza clasificărilor clinice
- Aprecierea clasei funcționale a dispneei și a altor simptome ale insuficienței cardiace (*Clasificarea funcțională New York Heart Association*) (Tabel 1)
- Aprecierea clinică a capacității funcționale bazată pe costul metabolic al diferitelor tipuri de activitate (*Clasificarea Goldman*) (Tabel 1)

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice: dispnee, fatigabilitate la eforturi fizice mari, capacitate funcțională (>7METs)

Investigații: ECG normal, Ecografic: cavități normale sau ușor crescute, fără gradient intraventriculare/transvalvulare sau ușoare (25-49mmHg), HTP (PAPs <50 mmHg);

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară; activitatea profesională este posibilă, exceptând activitățile profesionale grele/medii.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: dispnee, palpitații la eforturi fizice de intensitate medie/mare, capacitate funcțională (5-6 METs), în concordanță cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: ECG: semne de supraîncărcare a cordului drept, ± supraîncărcare artială și ventriculară stângă, ± tulburări de ritm.

Ecografic: cardiomagalie dreaptă/stângă moderată, gradient transvalvular moderat, HTP moderată (PAPs=50-70mmHg), TAPSE >20mm, TM 6min>500m.

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice cu consum energetic ≤ 6-5METs și activități profesionale ușoare; trebuie evitate activitățile profesionale, care presupun efort intens de scurtă durată (posibil creșterea presiunilor pulmonare).

Restricții ușoare/moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: dispnee, palpitații, sincope, tromboze, hemoragii, toleranță mică la efort, capacitate funcțională (3-4 METs), orice activitate fizică crește disconfortul, insuficiență cardiacă NYHA II-III. asociate cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: Ecografic: ventricul drept, arteră pulmonară dilatate, gradient transvalvular (VD- AP) sever, HTP severă (PAPs >70mmHg), lichid în pericard, TAPSE <1,5 cm; TM 6min<300m; ECG: semne de supraîncărcare a cordului drept, ± tulburări de ritm, ± tulburări de conducere.

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic

≤3-4 METs; Capacitatea de autoservire păstrată parțial.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Simptome/semne clinice: insuficiență cardiacă, (stază venoasă) ireductibilă, NYHA III-IV, tromboze, accidente vasculare, cu tulburări funcționale importante în repaus (1-2 METs), care limitează mult sau duc la pierderea totală a capacității de autoservire în concordanță cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: Ecografic: cardiomegalie importantă, HTP severă (PAPs>70mmHg); ECG semne de încărcare ventriculară dreaptă/stângă sau biventriculară, ± modificări de fază terminală*, ± tulburări de ritm, de conducere.

Limitarea severă/completă a activităților: capacitatea de autoservire pierdută.

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială de îngrijire personală pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± activitățile de bază.

STENOZA AORTICĂ CONGENITALĂ (SAo)

Coarctarea de aortă (CoA)

Aprecierea funcției cardiovasculare se va realiza pe baza investigațiile enumerate la evaluarea funcției cardiovasculare în valvulopatii

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%



Simptome/semne clinice: dispnee, amețeli la eforturi fizice mari, capacitate funcțională (>7 METs), în concordanță cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: Ecografic: aria orificiului valvular 1,2-2,5 cm², gradient transvalvular mediu < 35mmHg; ECG normal sau modificări electrice minore; RMN în CoA gradient transcoarctatie < 35mmHg cu consecințe hemodinamice controlate terapeutic.

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară;

activitatea profesională este posibilă, exceptând activitățile profesionale grele/medii.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: dispnee, angină, palpitații la eforturi fizice de intensitate medie, NYHA II, capacitate funcțională (5-6 METs) în concordanță cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: Ecografic: aria orificiului valvular 1-1,2 cm², gradient mediu transvalvular 35-40 mmHg, gradient transCo > 35mmHg.

ECG: semne de supraîncărcare a cordului stâng (HAS, HVS), ± tulburări de ritm,

Limitarea moderată a activităților fizice; pot efectua activități fizice cu consum energetic ≤ 6-5METs și activități profesionale ușoare; trebuie evitate activitățile profesionale pe parcursul cărora apar perioade scurte de creștere a consumului de O₂ (MVO₂, VO₂).

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Fără restricții de participare la viața socială

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: dispnee palpitații, dureri anginoase, sincope, toleranță mică la efort, NYHA II-III, capacitate funcțională (3-4 METs), în concordanță cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: Ecografic: aria orificiului valvular < 1, gradient mediu transvalvular >40 mmHg, CoA neoperată cu gradient transcoarctatie > 20mmHg, HTA secundară, ischemie periferică, complicații postoperatorii CoA (stenoză reziduală sau restenoză cu consecințe hemodinamice importante, anevrism, disecție de aortă, anevrism Ao) ECG: HVS, ± tulburări de ritm, ± tulburări de conducere.

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic ≤3-4 METs; Capacitatea de autoservire păstrată parțial.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Simptome clinice: insuficiență cardiacă ireductibilă, NYHA III-IV cu tulburări funcționale importante în repaus (1-2 METs) în concordanță cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: ECG: semne de suprasolicitare ventriculară stângă, ± modificări de fază terminală*, ± tulburări de ritm, de conducere;

Ecografic: cardiomegalie, disfuncție sistolică de VS severă: FE ≤ 30%.

Limitarea severă/completă a activităților: este pierdută capacitatea de autoservire. Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

FUNCȚIA CARDIACĂ - legată de forța de contracție a mușchilor ventriculari (funcția sistolică globală), bătăile, ritmul inimii, toleranța la efort

CARDIOMIOPATII (Cod CIM I42, I43)

Spectrul clinic și funcțional poate varia de la o expresie fenotipică ușoară caracterizată prin absența simptomelor/simptome ușoare, afectare structurală ușoară, funcție sistolică normală/ușor scăzută, până la un fenotip al bolii evident cu simptome limitative și disfuncție VS semnificativă.

Aprecierea funcției cardiovasculare în afectarea determinată de anomalii anatomice și funcționale ale miocardului ventricular se va realiza în principal prin:

- Electrocardiogramă
- Evaluarea ecocardiografică
- Cateterism cardiac

Se pot asocia elementele de severitate clinică apreciate pe baza clasificărilor clinice:

- Aprecierea clasei funcționale a dispneei și a altor simptome ale insuficienței cardiace (*Clasificarea funcțională New York Heart Association*) (Tabel 1)
- Aprecierea clinică a capacității funcționale bazată pe costul metabolic al diferitelor tipuri de activitate (*Clasificarea Goldman*) (Tabel 1)

Afecțiuni care pot afecta funcția

1. CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICĂ (CMH)

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%



Simptome/semne clinice: absența simptomelor/simptome ușoare

Investigații: fără modificări structurale cardiace/modificări ușoare, modificări ECG sugestive, teste genetice pozitive, fără obstrucție la nivelul TEVS sau obstrucție ușoară < 30mmHg la manevre de creștere a gradientului.

Fără limitări de activitate

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: dureri toracice tipic anginoase sau atipice, palpitații, simptome și semne de insuficiență cardiacă NYHA II, în corelație cu modificările funcționale obiective:

Investigații: ECG: modificări variate: HVS cu gradient electric QRS-T alterat, unde Q patologice, aritmii;

Ecografic: hipertrofie ventriculară cu pattern diferit (sept, perete posterior, apex), cu obstrucție la nivelul tractului de ejecție, gradient maxim < 40mmHg la manevrele ce determina creșterea gradientului.

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice și profesionale cu consum energetic $\leq 6-5$ METs, de evitat activitățile ușoare pe parcursul cărora apar perioade scurte de creștere a consumului de O₂ (MVO₂, VO₂); în general nu pot fi efectuate activități profesionale, care presupun efort intens de scurtă durată (creșterea rezistențelor pulmonare), activități profesionale ce presupun risc profesional, riscul siguranței publice.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: dureri toracice tipic anginoase sau atipice, palpitații, sincope, toleranța mică la efort, insuficiență cardiacă NYHA II-III, în corelație cu modificări funcționale obiective:

Investigații: ECG: modificări variate: HVS cu gradient electric QRS-T alterat, unde Q patologice, aritmii severe.

Ecografic: hipertrofie ventriculară cu pattern diferit, prezența mișcării sistolice anterioare a valvei mitrale (SAM), obstrucție la nivelul tractului de ejecție al ventriculului stâng, gradient intraventricular > 50mmHg.

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic $\leq 3-4$ METs; capacitatea de autoservire păstrată parțial.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne /simptome clinice: insuficiență cardiacă avansată, ireductibilă, cu tulburări funcționale importante în repaus.

Investigații: ECG modificări variate: HVS cu gradient QRS-T alterat, unde Q patologice, aritmii severe;

Ecografic: hipertrofie ventriculară severă cu pattern diferit, obstrucție la nivelul tractului de ejecție, gradient presional intraventricular > 50mmHg).

Limitarea severă/completă a activităților: capacitate de autoservire pierdută.

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ±de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

2. CARDIOMIOPATII DILATATIVE (idiopatică, familială, virală și/sau imună, alcoolică/toxică)

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice:absența simptomelor

Investigații:dilatare izolată a VS,funcție sistolică normală sau ușor scăzută FE \geq 40%

Fără limitări de activitate

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: dispnee, fatigabilitate, scăderea toleranței la efort, palpitații; insuficiența cardiacă NYHA II-III, în corelație cu modificări funcționale obiective:

Investigații: ECG: anomaliile electrice sunt de cele mai multe ori nespecifice: tahicardie sinusală, modificări T, subdenivelare ST, Q patologice, tulburări de ritm/conducere-minore etc; Ecografie: dilatație ușoară/moderată de ventricul stâng (DTD = 60-68mm bărbați, 54- 61mm femei), hipokinezie globală, disfuncție sistolică VS moderată (FE=36%- 40%);

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice și profesionale cu consum energetic \leq 6-5METs, de evitat activități ușoare pe parcursul cărora apar perioade scurte de creștere a consumului de O₂ (MVO₂, VO₂); nu pot efectua activități profesionale grele/medii sau activități profesionale care presupun efort intens de scurtă durată (creșterea rezistențelor pulmonare), activități profesionale ce presupun risc profesional.

Fără restricții de participare la viața socială.



Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: dispnee, fatigabilitate, palpitații, scăderea progresivă a toleranței la efort, insuficiență cardiacă NYHA II-III, în corelație cu modificări funcționale obiective:

Investigații: ECG anomaliile electrice sunt de cele mai multe ori nespecifice: tahicardie sinusală, aplatizare T, subdenivelare ST, Q patologice, tulburări de ritm, conducere severe etc.

Ecografie: dilatație severă de ventricul stâng (DTD >70mm bărbați, >62 femei) ± tromboze intracavitare, hipokinezie globală, disfuncție sistolică VS (FE = 30-35%).

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic ≤ 3-4METs; Capacitatea de autoservire păstrată parțial.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Simptome/semne clinice: insuficiență cardiacă, ireductibilă, cu tulburări funcționale importante în repaus, ± sechele neurologice grave după accidente embolice.

Investigații: ECG modificări variate: anomalii de repolarizare, prezența undelor Q, HVS, tulburări de ritm, conducere;

Ecografie: dilatație severă ventricul stâng (DTD >70mm bărbați, >62mm femei), hipokinezie globală, disfuncție sistolică VS severă (FE ≤ 30%). Limitarea severă/completă a activităților, capacitate de autoservire pierdută.

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

3. CARDIOMIOPATII RESTRICTIVE

- a. Miocardice- neinfiltrative, infiltrative, teaurismoze
- b. Endomiocardice

4. PERICARDITA CRONICĂ CONSTRICTIVĂ

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: fatigabilitate, dispnee, angina pectorală, polipnee,

insuficiență cardiacă NYHA II, în corelație cu modificări funcționale obiective:

Investigații: ECG constant anormală: blocuri de ramură, blocuri AV de grade diferite, microvoltaj, unde Q patologice, tulburări de ritm, modificări ST/T.

Ecografie: modificări ale funcției diastolice ($E/A > 2$), cavități ventriculare nedilate, pereți normali sau diferite grade de hipertrofie, atri de dimensiuni crescute, presiuni de umplere crescute, ($E/E' > 15$, HTP moderată, MAPSE, TAPSE scăzute).

Cateterismul cardiac: confirmă diagnosticul, permite evaluarea severității tulburărilor hemodinamice intracardiace

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice și profesionale cu consum energetic $\leq 6-5$ METs, de evitat activități ușoare pe parcursul cărora apar perioade scurte de creștere a consumului de O_2 (MVO_2 , VO_2); nu pot efectua activități profesionale grele/medii sau activități profesionale care presupun efort intens de scurtă sau lungă durată (creșterea rezistențelor pulmonare), activități profesionale ce presupun risc profesional.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: semne de congestie venoasă cronică importantă- insuficiență cardiacă NYHA II-III, în corelație cu modificări funcționale obiective:

Investigații: ECG: constant anormală: blocuri de ramură, blocuri AV de grade diferite, microvoltaj, unde Q patologice, tulburări de ritm, modificări ST/T.

Ecografie: modificări ale funcției diastolice ($E/A > 2$), cavități ventriculare nedilate, diferite grade de hipertrofie ventriculară, presiune telediastolică VS crescută - Doppler tisular: strain și strain- rate scăzute, MAPSE, TAPSE scăzute, HTP moderat/severă

Cateterism cardiac: confirmă prezența tulburărilor hemodinamice intracardiace severe.

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic $\leq 3-4$ METs; Capacitatea de autoservire păstrată parțial.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Simptome/semne clinice: insuficiență cardiacă decompensată, ireductibilă, cu tulburări funcționale importante în repaus în corelație cu modificări funcționale obiective:

Investigații: agravarea parametrilor funcționali ai deficienței accentuate.

Limitarea severă/completă a activităților: capacitate de autoservire pierdută.



Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± îngrijire personală pentru activitățile de bază.

5. CARDIOMIOPATIA ARITMOGENĂ DE VENTRICUL DREPT

Deficiența funcțională poate fi medie sau accentuată în funcție de stadiul insuficienței cardiace drepte, severitatea și controlul tulburărilor de ritm.

6. CARDIOMIOPATII NECLASIFICATE

(Non-compactarea ventriculului stâng, cardiomiopatia Tako- Tsubo)

Deficiența funcțională va fi apreciată în funcție de stadiul insuficienței cardiace, modificările electrice, modificările ecocardiografice (severitatea disfuncției sistolice), eventualele complicații, după criteriile de la funcția cardiacă în afectarea ischemică.

FUNCȚIA CARDIACĂ - legată de dinamica circulației pulmonare, toleranța la efort, Cod CIM I27,I28

Afecțiuni care pot afecta funcția

1. Hipertensiunea pulmonară arterială
2. Hipertensiunea pulmonară datorată cordului stâng
3. Hipertensiunea pulmonară datorată bolilor pulmonare cronice și/sau hipoxemiei
4. Hipertensiunea pulmonară tromboembolică cronică

Aprecierea funcției cardiovasculare determinată de afectarea vasculară pulmonară se va realiza în principal prin:

- Electrocardiogramă
- Ecocardiografie
- Teste funcționale respiratorii și analiza gazelor sanguine
- Computer tomografie
- Rezonanță magnetică

Se pot asocia elemente de severitate clinică apreciate pe baza clasificărilor clinice:

- Aprecierea clasei funcționale a dispneei și a altor simptome ale insuficienței cardiace (*Clasificarea funcțională New York Heart Association*) (Tabel 1)
- Aprecierea clinică a capacității funcționale bazată pe costul metabolic al diferitelor tipuri de activitate (*Clasificarea Goldman*) (Tabel 1)

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice determinate de hipertensiunea pulmonară (dispnee, dureri toracice etc) în corelație cu modificări funcționale obiective:

Investigații: datele obiective sunt modificate în funcție de etiologie. ECG normală sau semne electrice de suprasolicitare a VD;

Ecografie: hipertrofie și/sau dilatare ușoară de VD, HTP ușoară (PAP sistolică 30-44mmHg), DLCO ușor scăzut 60- 80% din prezis, VEMS > 60% din prezis, SaO₂ > 93%

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară: pot efectua activități fizice cu consum energetic < 7 METs; activitatea profesională este posibilă, exceptând activitățile profesionale grele/foarte grele.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: semne clinice determinate de hipertensiunea pulmonară (dispnee, dureri toracice etc) în corelație cu modificări funcționale obiective:

Investigații: datele obiective sunt modificate în funcție de etiologie. ECG semne electrice caracteristice de HVD și/sau dilatație de VD,

Ecografie: hipertrofie și/sau dilatare de VD, HTP ușoară/moderată (PAP sistolică < 70 mmHg), DLCO ușor/moderat scăzută 40-80% din prezis, VEMS $> 40\%$ din prezis, SaO₂ 90-94%

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice și profesionale cu consum energetic $\leq 6-5$ METs, de evitat activități ușoare pe parcursul cărora apar perioade scurte de creștere a consumului de O₂ (MVO₂, VO₂); nu pot efectua activități profesionale grele/medii sau activități profesionale care presupun efort intens de scurtă durată (creșterea rezistențelor pulmonare).

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: semne de insuficiență ventriculară dreaptă (CPC decompensat): turgescența jugularelor, hepatomegalie dureroasă, edeme, eventual ascită, sincopă, tromboembolism, în corelație cu modificări funcționale obiective:

Investigații: ECG: semne electrice caracteristice de HVD și/sau dilatație de VD;

Ecografie: hipertrofie și/sau dilatare de VD, HTP severă (PAP sistolică > 70 mmHg), TAPSE < 14 , aria AD > 30 mm², presiunea atriul drept (PAD) $> 15-20$ mmHg, deteriorare funcțională respiratorie (PaO₂ ≥ 55 mmHg, SaO₂ 90-89%), VEMS $< 40\%$ din prezis.

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic $\leq 3 - 4$ METs; pot fi efectuate activități profesionale, doar în condiții speciale; Capacitatea de autoservire păstrată parțial.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.



Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Simptome/semne clinice: insuficiență cardiacă decompensată, ireductibilă, cu tulburări funcționale importante în repaus în corelație cu modificări funcționale obiective:

Investigații: ECG modificări variate care caracterizează HVD și dilatația VD ± tulburări de ritm complexe.

Ecografie: hipertrofie și/sau dilatare de VD, HTP severă (PAP sistolică >70mmHg), TAPSE < 14, PAD >20mmHg, deteriorare funcțională respiratorie severă/foarte severă (insuficiență respiratorie PaO₂ ≤ 55mmHg, SaO₂ < 89%), VEMS < 30%

Limitarea severă/completă a activităților: capacitate de autoservire pierdută

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

FUNCȚIA CARDIACĂ - legată de funcțiile bățailor cardiace, toleranța la efort

TULBURĂRILE DE RITM

Afecțiuni care pot afecta funcția:

1. Aritmii sinusale (bradicardie sinusală, tahicardie sinusală, artimie sinusală) Cod CIM I49
2. Aritmii extrasistolice (supraventriculare-ESSV, ventriculare-EV) Cod CIM I49
3. Tahicardii paroxistice supraventriculare (TPSV) Cod CIM I47
4. Tahicardii ventriculare-TV Cod CIM I49
5. Fibrilația atrială-FA, flutterul atrial Cod CIM I48

Aprecierea funcției cardiovasculare determinată de afectarea aritmică se va realiza în principal prin :

- Electrocardiogramă, Holter ECG
- Ecocardiografie

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%

Simptome/semne clinice: toleranță bună la eforturi de intensitate mare, palpitații autolimitate sau răspund la manevre vagale, ± medicație specifică, episoade rare, în corelație cu modificări funcționale obiective:

Investigații: ECG, (Holter ECG) modificări caracteristice aritmiei

ESSV rare, izolate sau EV clasa I (Lown), TPSV, FiA (unice sau rare)

Ecografie cardiacă: normală sau modificări structurale și/sau funcționale minime. Fără limitarea activităților.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, prevenția sau reducerea riscului. Pot

fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice palpitații în repaus sau la efort, recurențe rare, fără consecințe hemodinamice, răspuns favorabil la medicație antiaritmică, în corelație cu modificări funcționale obiective;

Investigații: ECG(Holter ECG): modificări caracteristice aritmiei,

Ecografie cardiacă: normală sau modificări structurale și/sau funcționale ușoare.

(Aritmii sinusale, ESSV frecvente, EV clasa II, III Lown, TPSV rare, FA paroxistică recurentă). Fără limitarea activităților sau limitare ușoară: pot efectua activități fizice cu consum energetic <7METs; activitatea profesională este posibilă, exceptând activitățile profesionale grele/foarte grele.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: palpitații neregulate/regulate, apar pe fondul unor afecțiuni organice cardiace/extracardiace (pulmonare, tiroidiene) necontrolate satisfăcător prin terapia specifică, care limitează toleranța la eforturile fizice de intensitate medie, în corelație cu modificări funcționale obiective:

Investigații: ECG(Holter ECG) diagnosticul aritmiei ± alte modificări electrice ale bolii structurale cardiovasculare,

Ecografie cardiacă: normală sau modificări structurale și funcționale ale bolii cardiovasculare asociate.

EV clasa Lown IV (Holter ECG/24 ore cu EV > 5%), TPSV cu recurențe frecvente, fibrilația atrială persistentă, flutterul atrial paroxistic cu recurențe frecvente, fibrilația atrială permanentă cu AV controlată).

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice și profesionale cu consum energetic ≤ 6-5METs; nu pot efectua activități profesionale grele/medii sau activități profesionale ce presupun risc profesional-riscul siguranței publice.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: palpitații regulate/neregulate, apar pe fondul unor afecțiuni organice cardiace severe, induc tulburări hemodinamice (simptome de ischemie cerebrală, miocardică etc), necontrolate de terapia specifică antiaritmică. Toleranță



redușă la eforturi de intensitate mică, în corelație cu modificări funcționale obiective:

Investigații: ECG(Holter ECG) - diagnosticul aritmiei ± modificări electrice ale bolii structurale cardiovasculare,

Ecografic: modificări anatomice și funcționale ale bolii cardiovasculare asociate.

EV clasa Lown IV, V (Holter ECG/24 ore >10% EV), TPSV persistentă, TPSV paroxistică sau persistentă, recurente a căror etiologie este sindromul WPW permanent (risc crescut de moarte subită), tahicardia ventriculară, fibrilația persistentă sau permanentă simptomatică (risc de cardiomiopatie aritmogenă, risc tromboembolic), flutter atrial paroxistic- recurențe frecvente, flutter atrial cronic (rar)

Observații:

- pacienții care beneficiază de terapia ablativă a tulburării de ritm (cateter ablație, sau implant al unor dispozitive antiaritmice - cardiodefibrilatoare implantabile), vor fi evaluați post-procedură, funcția cardiacă fiind dictată de rezultatele pe termen lung care vizează: controlul simptomelor, al aritmiei, evoluția bolii cardiace subiacente, complicațiile tardive privind funcționarea tehnică a dispozitivului.
- bradicardia sinusală severă, simptomatică (sincope), care limitează capacitatea de efort - **deficiența accentuată** până la controlul aritmiei și simptomelor.

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic $\leq 3-4$ MET; pot fi desfășurate activități profesionale doar în condiții speciale;

Restricții ușoare/moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

FUNCȚIA CARDIACĂ - legată de bătăile și ritmul inimii, funcția sistolică globală, toleranța la efort

TULBURĂRI DE CONDUCERE (Cod CIM I44, I45)

Afecțiuni care pot afecta funcția

1. Blocuri atrio-ventriculare
2. Blocuri intraventriculare

Aprecierea funcției cardiovasculare se va realiza prin:

- Electrocardiogramă/(Holter ECG)
- Ecocardiografie

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice: toleranță bună la eforturi mari.

Investigații: ECG(Holter ECG): diagnosticul tulburării de conducere,

Ecografie cardiacă: normală sau modificări structurale ușoare, funcție sistolică (FE $\geq 40\%$)

BAV gr. I sau gr. II tip 1 prin efect vagal, BRD complet, BFAS, BFPI, care nu necesită tratament, BRS complet nonischemic.

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară: pot efectua activități fizice cu consum energetic < 7METs; activitatea profesională este posibilă, exceptând activitățile profesionale grele/foarte grele.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: toleranță la eforturi mici/medii, satisfăcătoare, angină, palpitații, în corelație cu modificări funcționale obiective:

Investigații: ECG(Holter ECG): diagnosticul tulburării de conducere

Ecografie cardiacă: normală sau modificări structurale/funcționale ale bolii cardiace subiacente, sau disfuncție sistolică (FE 36-40%)

BAV gr. III congenital, care evoluează cu frecvență ventriculară de repaus peste 40bpm, BRS complet

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice și profesionale cu consum energetic ≤ 6METs; nu pot efectua activități profesionale grele/medii sau activități profesionale ce presupun risc profesional.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: palpitații, vertij, sincope, angină pectorală, insuficiență cardiacă în corelație cu modificări funcționale obiective:

Investigații: ECG(Holter ECG): diagnosticul tulburării de conducere ± modificări electrice ale bolii cardiace structurale,

Ecografie: modificări structurale/funcționale ale afecțiunii cardiace subiacente, ± disfuncție sistolică (FE 30-35%).

BAV gr. II, gr. III simptomatice (necesită implantarea unui device pentru optimizarea condiției hemodinamice), blocul complet de ramură stângă, blocurile trifasciculare.

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic ≤ 3-4METs; pot fi efectuate activități profesionale doar în condiții speciale.

Restricții ușoare/moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.



BOALA DE NOD SINUSAL

Deficiența funcțională poate fi *medie* sau *accentuată* în funcție de complexitatea bradidisritmiilor sau tahidisritmiilor înregistrate (vezi criteriile de la tulburări de ritm și conducere).

DISPOZITIVELE CARDIACE IMPLANTABILE (Cod CIM Z96,Z97)

- Cardiostimularea și implantul de pacemaker indicată ritmurilor bradicardice și simptomatologiei de tip sincopal.
- Cardiodefibrilatorul implantabil indicat pentru tratamentul electric al tahiaritmiilor amenințătoare de viață și prevenția morții subite.
- Resincronizarea cardiacă-terapia insuficienței cardiace moderat-severe

Funcția cardiacă va fi apreciată în funcție de controlul simptomelor, al aritmiei, evoluția afecțiunii care a necesitat device-ul, complicațiile tardive privind funcționalitatea dispozitivului.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice: cardio-stimulare eficientă, stare clinică bună, controlul aritmiei, ameliorarea simptomelor.

Investigații: ECG: prezența impulsului electric generat de pacemaker (spike);

Ecografie cardiacă: normală, sau modificări anatomice/funcționale ușoare.

Limitarea activităților ușoară/ moderată: pot efectua activități fizice moderate (<6 METs). Pot efectua activități profesionale ușoare/sedentare.

Nu sunt recomandate activități profesionale ușoare, care implică risc profesional-risc pentru siguranța publică.

Fără restricții/restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: bolnavi simptomatici la eforturi fizice de intensitate medie.

Investigații: ECG: modificări electrice în afara celor induse de pacing.

Ecografie cardiacă: normală sau modificări structurale/funcționale ale bolii cardiace subiacente.

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice cu consum energetic ≤6METs; pot efectua unele activități profesionale ușoare/sedentare care nu implică risc profesional - risc pentru siguranța publică

Fără restricții/restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în

muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: bolnavi cu afecțiuni cardiace organice severe, la care implantarea device-ului a permis doar regularizarea ritmului cardiac, ameliorarea calității vieții, dar care prin natura și amploarea modificărilor morfo-funcționale cardiovasculară, au capacitate funcțională redusă, prezintă simptome la eforturi mici, insuficiență cardiacă NYHA II-III.

Investigații: ECG: modificări electrice variate în afara celor induse de pating

Ecografic: modificări severe structurale/funcționale ale afecțiunii cardiace subiacente.

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic $\leq 3-4$ METs; activități profesionale doar în condiții speciale.

Restricții ușoare/moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

FUNCȚIILE TENSIUNII ARTERIALE - legate de funcția tensiunii arteriale, fluxul sanguin sistemic

Afecțiuni care pot afecta funcția:

Hipertensiunea arterială esențială Cod CIM I10

Hipertensiunea arterială secundară Cod CIM I15

Aprecierea funcției vasculare se va realiza prin:

- electrocardiogramă
- ecografie cardiacă
- rata filtratului glomerular
- examen fund de ochi

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Formele clinice conform (ESC/ESH-2018*):

•HTA gradul I: TAS 140-159 mmHg și/sau TAD 90-99 mmHg

•HTA gradul II: TAS 160-179 mmHg și/sau TAD 100-109 mmHg

•HTA gradul III: TAS ≥ 180 mmHg și/sau TAD ≥ 110 mmHg

la care nu se detectează modificări structurale sau funcționale asociate la nivelul organelor: inimă, creier, vase de sânge, ochi și rinichi cauzate de nivelul ridicat al presiunii sanguine sau asocierea de boli vasculare clinic manifeste**.

Limitarea activităților: activitate fizică fără restricții; fără restricții de activitate profesională.

Fără restricții de participare la viața socială.



Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie/accentuată, incapacitate adaptativă 50-89%

Formele clinice conform (ESC/ESH-2018*) :

- HTA gradul I: TAS 140-159 mmHg și/sau TAD 90-99 mmHg
- HTA gradul II: TAS 160-179 mmHg și/sau TAD 100-109 mmHg
- HTA gradul III: TAS \geq 180 mmHg și/sau TAD \geq 110 mmHg

care asociază: hipertrofie ventriculară sfină (HVS) definită ecografic cu consecințe clinice: insuficiență cardiacă (cu fracției de ejeție redusă), tulburări de ritm (în special fibrilație atrială), **documentate** și/sau boală cronică de rinichi moderată: GFR 30-44mL/min/1,73m² sau severă GRF < 30mL/min/1.73m².

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice și profesionale cu consumenergetic \leq 6-METs; (Tabel 3)

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

**Societatea Europeană de Cardiologie (ESC) / Societatea Europeană de Hipertensiune (ESH) Ghidul pentru managementul hipertensiunii arteriale-2018.*

Pentru formele clinice (ESC/ESH-2018) asociate cu diferite condiții clinice vasculare**, deficiența funcțională și incapacitatea adaptativă vor fi stabilite în funcție de severitatea afecțiunii vasculare asociate, după criteriile de la patologia respectivă.

***Boală coronariană ischemică, infarct miocardic, revascularizare miocardică, fibrilație atrială, insuficiență cardiacă, incluzând insuficiența cardiacă cu fracție de ejeție scăzută (HFpEF), boală vasculară cerebrală (accident vascular ischemic, hemoragia cerebrală, accident ischemic tranzitor), boală vasculară periferică, afectare renală (insuficiență renală, proteinurie), retinopatie avansată (hemoragii, exudate, edem)*

În HTA cu evoluție accelerată și malignă, definiția OMS: TAD > 130mmHg, FO cu exudate hemoragice, insuficiență renală progresivă, rezistența la tratament, deficiența funcțională (accentuată/gravă) și incapacitatea adaptativă vor fi dictate de severitatea complicațiilor.

Limitarea activităților și restricțiile de participare la viața socială sunt generate de severitatea complicațiilor.

Aceleași criterii se vor aplica și pentru evaluarea hipertensiunii arteriale secundare.

FUNCȚIILE VASELOR DE SÂNGE (Cod CIM I73, I77, I79)

FUNCȚIILE ARTERELOR - Legate de fluxul sanguin la nivelul arterelor

Afecțiuni care determină afectarea funcției

1.Boala arterelor membrelor inferioare (boala arterială cronică aterosclerotică, boala Burger)

2.Boala arterelor membrelor superioare

Aprecierea funcției vasculare se va realiza în general prin:

- măsurarea tensiunii arteriale (TA)
- indice gleznă/braț (IGB)
- ecografie vasculară.
- CT/RMN torace /abdomen (examinarea aortei și a ramurilor sale)

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%

Semne clinice: asimptomatic, absența pulsului arterial (*arteriopatii de st. I Fontaine*)

Investigații: Indicele gleznă/braț (IGB) >0,9; diferențe TA între cele două brațe > de 10-15mmHg.

IGB 0,9-1,4 (peste 1,4 sugerează calcificări vasculare, rigiditatea vasculară)

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice: claudicație intermitentă, terminarea testului de efort standardizat la covor rulant* (dacă există posibilități tehnice de realizare) (*arteriopatii st. II Fontaine*), „sindrom de furt de arteră vertebrală - claudicația brațului.

Investigații: Indicele gleznă/braț între 0,61- 0,9; diferențe TA între cele două brațe > de 15mmHg, ecografia vasculară/ angiografia membrului superior/inferior.

Fără limitare sau limitare ușoară de activitate: pot efectua activități fizice și profesionale (în condiții de confort termic), care presupun deplasare într-un perimetru mai mic decât perimetrul de apariție al claudicației; activități care nu presupun solicitarea gestualității.

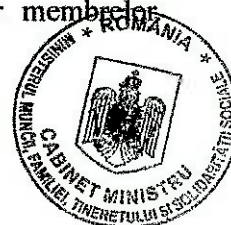
Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: claudicație intermitentă la < 200 m de mers, incapacitatea de a termina testul la covor rulant* (dacă există posibilități tehnice de realizare) - arteriopatii st. II b Fontaine în cadrul unei boli aterosclerotice cu localizări multiple, vasculite cu durere de repaus membrul superior/ulcerații, asociate cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: indicele gleznă/braț 0,60 - 0,4; modificări la ecografia vasculară, AngioCT/ AngioRMN/Arteriografie, care relevă severitatea stenozelor membrului superior/ inferior.



Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice și profesionale (în condiții de confort termic), care presupun deplasare într-un perimetru mai mic decât perimetrul de apariție al claudicației;

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: sindrom de furt de arteră vertebrală cu ischemie severă, gangrena degetelor în boala arterială a membrului superior; durere ischemică de repaus-arteriopatii st. III Fontaine asociate cu următoarele caracteristici funcționale obiective:

Investigații: indice gleznă /braț < 0,4, modificări la ecografia vasculară, AngioCT/AngioRMN/Arteriografie, care relevă stenoze semnificative de membre superioare/inferioare.

Cazurile cu ulceratii sau gangrenă - arteriopatii st. IV Fontaine; amputații: amputație până la nivelul gambei unilateral + BAP st. II/III membru controlateral; amputație gambă unilateral asociată cu anchiloză genunchi/șold controlateral, cazurile cu gangrenă/amputație unilaterală de membru toracal în boala arterelor membrelor superioare.

Limitarea moderată/severă a activităților: nu pot fi efectuate activități fizice care presupun deplasare pe distanțe mari; pot fi efectuate activități profesionale doar în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire;

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Simptome/semne clinice: arteriopatii cu amputații ce duc la tulburări funcționale grave

- amputație bilaterală de gambă
- amputație unilaterală coapsă asociată cu BAP st. III-IV membru controlateral;
- amputația ambelor coapse;
- amputație coapsă unilateral asociată cu anchiloză șold controlateral
- amputație coapsă asociată cu amputație membru toracic cel puțin de la nivelul antebrațului
- amputația membrului toracal cel puțin de la nivelul antebrațului asociată cu redoare/anchiloză controlaterală
- amputație ambe membre toracale de la diferite niveluri

Limitarea severă/completă a activităților: capacitate de autoservire pierdută Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Sunt necesare servicii de asistență socială

pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± îngrijire personală pentru activitățile de bază .

Boala Arterială Revascularizată (Endovascular Sau Chirurgical)

Evaluarea funcției arteriale post revascularizare implică determinarea semnelor și simptomelor ce rezultă din rezerva de flux arterial și/sau diminuarea circulației arteriale tisulare locale.

Aprecierea insuficienței arteriale se va face în raport de evoluția simptomelor subiective (durere de repaus, claudicație), existența semnelor fizice revelatoare de ischemie, datele obiective oferite de investigațiile paraclinice specifice - indice presional (IP), Doppler vascular, angiografie. Deficientul va fi inclus într-un stadiu evolutiv al clasificării Leriche- Fontaine, după care se va stabili deficiența funcțională și implicit, capacitatea de muncă. Se va ține cont de toleranța la tratamentul anticoagulant cronic, acolo unde este cazul.

* *Testul de efort standardizat la covor rulant* pentru aprecierea clinică a ischemiei cronice :

5 minute de mers cu o viteză de 3,2 km/h și o înclinare a pantei de 10°. Terminarea testului plasează bolnavul în stadiul II A Fontaine, iar incapacitatea de a termina testul din cauza claudicației este echivalentul sadiului II B Fontaine.

**Deficiența funcțională se stabilește prin coroborarea datelor clinice cu cele paraclinice și nu exclusiv prin aplicarea parametrilor obiectivi.

3.Arteriopatia mezenterică cronică și stenoza hemodinamică de arteră mezenterică

Stabilirea deficienței funcționale va avea în vedere severitatea malnutriției, conform criteriilor de la afecțiunile digestive.

4.Boala arterelor renale: stenoza aterosclerotică de artere renale, displazia fibromusculară

Stabilirea deficienței funcționale se va face conform criteriilor de la *Hipertensiunea arterială*.

5.Boala arterelor carotide

Stabilirea deficienței funcționale se va face conform criteriilor de la patologia cerebrovasculară.

BOLILE AORTEI Cod CIM I 71

Anevrismele aortei

Disecția de aortă

Aprecierea funcției cardiovasculare se va realiza în general prin:

- ecografie cardio-vasculară
- tomografie computerizată
- ezonanță magnetică

Spectrul larg al bolilor arteriale cuprinde și bolile aortei: sindroame aortice acute, hematomul intramural, ulcerul aortic penetrant, leziunea aortică traumatică, disecția aortei, afecțiuni aterosclerotice, inflamatorii, boli genetice, congenitale. Evaluarea se



bazează în principiu pe metode imagistice: ecografie, tomografie computerizată, rezonanță magnetică. Chirurgia aortei rămâne necesară în multe situații, în timp ce terapia endovasculară joacă un rol important.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice: Aneurisme mici asimptomatice, disecția de aortă operată, cu parcurs stabil, favorabil de durată.

Investigații: imagistica (ecografia, CT, RMN) nu relevă modificări morfologice și funcționale deosebite.

Fără limitare sau limitare ușoară de activitate: pot efectua activități fizice și profesionale sedentare/ușoare (în condiții de confort termic), fără creșteri energetice sporadice pe parcursul activității.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: Aneurisme cu dimensiuni ≥ 45 mm care impun monitorizare clinică și imagistică.

Investigații: imagistica (ecografia, CT, RMN) nu relevă modificări morfologice și funcționale deosebite.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: bolnavi simptomatici la eforturi de intensitate mică sau în repaus; aneurismele de aortă cu indicație chirurgicală; disecția de aortă post operator- primul an, disecția de aortă operată cu complicații, disecția de aortă tip B - tratament medical, disecția cronică de aortă, disecția de aortă postoperator, care asociază condiții cardiovasculare necontrolate terapeutic.

Investigații: imagistica (ecografia, CT, RMN) relevă modificări morfologice, funcționale caracteristice.

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice ușoare; în general pot fi efectuate activități profesionale doar în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire;

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung

**FUNCȚIILE VENELOR - legate de fluxul sanguin în vene și funcțiile valvelor
venelor (Cod CIM I83)**

**FUNCȚIILE VASELOR CAPILARE - legate de fluxul sanguin în vasele capilare
(Cod CIM I89)**

Afecțiuni care pot afecta funcția:

1. Insuficiența venoasă cronică
2. Limfedemul

Aprecierea deficienței funcționale se realizează cu ajutorul clasificării CEAP - stadializarea insuficienței venoase cronice pe baza criteriilor Clinice, Etiologice, Anatomice și Patofiziologice, a Scorului de Severitate Clinică Venosă (SSCV), precum și a clasificării de severitate a limfedemului: ușor : <20% creștere în volum, mediu: 20-40% creștere în volum, grav: >40% creștere în volum.

***Observații:** Scala de severitate clinică venoasă(SSCV) este un instrument conceput pentru a evalua severitatea bolii venoase cronice prin evaluarea diferitelor elemente clinice; a fost dezvoltat din elementele clasificării CEAP pe care o completează. Clasificarea CEAP este standardul pentru descrierea bolii venoase cronice și un instrument descriptiv.*

Scorul de Severitate a Insuficienței Venoase Cronice (Revised Venous Clinical Severity Score, The American Venous Forum, 2010)

Durere sau alte simptome (disconfort, senzația de greutate, oboseală, senzație de tensiune, senzația de arsură) sugestivă pentru insuficiență venosă cronică	Fără: 0	Ușoară: 1 Durere ocazională sau alte simptome ocazionale (fără să restricționeze activitățile cotidiene uzuale)	Moderată: 2 Durere uzuală sau alte simptome uzuale (interferă cu dar nu împiedică activitățile cotidiene uzuale)	Severă: 3 Durere zilnică sau simptome zilnice (limitează majoritatea activităților cotidiene)
Dilatații venoase Dilatații venoase cu diametru ≥ 3 mm în ortostatism	Fără: 0	Ușoară: 1 Câteva: diseminate (dilatații venoase izolate sau cordoane varicoase) Includ de asemenea teleangectazii și vene reticulate	Moderată: 2 Limitate la nivelul gambei sau coapsei	Severă: 3 Includ gamba și coapsa
Edem venos Sugestiv pentru insuficiență venosă cronică	Fără: 0	Ușoară: 1 Limitat la regiunea piciorului și gleznei	Moderată: 2 Se extinde peste gleznă, dar sub genunchi	Severă: 3 Se extinde până la genunchi și peste
Pigmentarea pielii Sugestivă pentru insuficiență venosă cronică Nu include	Fără: 0 Deloc sau focală	Ușoară: 1 Limitată la regiunea perimaleolară	Moderată: 2 Extinsă până la treimea distală gambei	Severă: 3 Extinsă dincolo de treimea distală a gambei



pigmentarea focală a varicelor sau pigmentarea din alte boli cronice (purpură vasculară)				
Inflamație Pe lângă pigmentare (eritem, celulită, eczemă venoasă, dermatită)	Fără: 0	Ușoară: 1 Limitată la regiunea perimaleolară	Moderată: 2 Extinsă până la treimea distală gambei	Severă: 3 Extinsă dincolo de treimea distală a gambei
Indurație Însoteste modificările cutanate și subcutanate secundare Insuficienței venoase cronice (edem cronic, fibroză, hipodermită) Include atrofia albă și lipodermatosleroza	Fără: 0	Ușoară: 1 Limitată la regiunea perimaleolară	Moderată: 2 Extinsă până la treimea distală gambei	Severă: 3 Extinsă dincolo de treimea distală a gambei
Ulcer Activ Număr	0	1	2	≥3
Ulcer Activ Durată	N/A	<3 luni	> 3 luni, dar < 1an	> 1 an
Ulcer Activ Mărime	N/A	Diametru < 2cm	Diametru 2-6cm	Diametru >6cm
Terapie compresivă	0 Fără	1 Ciorapi compresivi intermitent	2 Ciorapi compresivi în majoritatea zilelor	3 Ciorapi compresivi permanent

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%

Semne clinice

Insuficiența venoasă cronică CEAP C0-C2: varice simple, pachete varicoase, limfedem ușor. Fără limitare de activitate: activitate fizică și profesională fără restricții
Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne clinice:

1. Insuficiența venoasă cronică:

- CEAP - C3: dilatații arciforme, hipertensiune venoasă ortostatică, edem moderat;
- CEAP - C4: modificări pigmentare perimaleolare și până la nivelul 1/3 inferioare a gambei, celulită și indurație cel puțin moderate

- CEAP - C5: ulcer venos vindecat, modificări pigmentare perimaleolare și până la nivelul 1/3 inferioare a gambei, celulită și indurație cel puțin moderate
- sindrom postrombotic

2. Limfedem ușor-moderat de membru inferior sau superior

Fără limitare sau limitare ușoară de activitate: activitate fizică și profesională fără restricții, respectate mijloacele terapeutice indispensabile (terapie compresivă).

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne clinice:

1. Insuficiența venoasă cronică:

- CEAP - C4 - modificări pigmentare până la nivelul genunchilui, eczemă, lipodermatoscleroză, dilatații varicoase extinse, edem moderat-sever, hipertensiune venoasă marcată
- CEAP - C5 - ulcer venos vindecat, dilatații varicoase extinse, edem moderat-sever, hipertensiune venoasă marcată, modificări pigmentare până la nivelul genunchiului, eczemă, lipodermatoscleroza
- CEAP - C5 - ulcer venos vindecat recent după ulcer activ recurent
- CEAP - C6 - ulcer activ mai mic de 2 cm (1-2 ulcere) cu vindecare sub 3 luni cu tratament

2. Limfedem moderat/grav unilateral de membru inferior sau superior

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice și profesionale, care nu presupun ortostatism permanent /prelungit, deplasări posturale, manipulație amplă, în condiții de confort termic, terapie compresivă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne clinice:

1. Insuficiența venoasă cronică

- CEAP - C6 - ulcer venos activ peste 2 cm, mai mult de 2 ulcerații, dilatații varicoase extinse, edem moderat-sever, hipertensiune venoasă marcată, modificări pigmentare, eczemă, lipodermatoscleroză
- CEAP - C6 - ulcer venos activ peste 6 cm, dilatații varicoase extinse, edem moderat-sever, hipertensiune venoasă marcată, modificări pigmentare, eczemă, lipodermatoscleroză

2. Limfedemul primar/secundar moderat/grav de membru superior, inferior bilateral



cu deformări importante ale membrilor ce determină tulburări de gestualitate, locomoție.

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice care nu presupun deplasare și ortostatism permanent/prelungit; pot fi efectuate activități profesionale, doar în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire;

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne clinice: limfedemul primar/ secundar bilateral, grav de membru superior sau inferior cu deformări importante ce determină tulburări grave de manipulație sau locomoție.

Limitarea severă/completă a activităților: capacitate de autoservire pierdută

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± îngrijire personală pentru activitățile de bază

Observații: Pigmentarea focală limitată la piele peste o venă varicoasă nu semnifică aceeași severitate sau pigmentarea la locul unei proceduri venoase anterioare și nu trebuie incluse în evaluarea pigmentării pielii.

FUNCȚIA INIMII - legată de funcția de pompare a sângelui la presiunea cerută în întreg organismul

TRANSPLANTUL CARDIAC Cod CIM Z94

Transplantul cardiac se definește ca terapie de elecție în cazuri selecționate de boli cardio- vasculare ireversibile, care amenință viața pacientului. Indicația de transplant cardiac este limitată la un număr relativ restrâns de pacienți, la care se estimează un beneficiu real în privința creșterii duratei de supraviețuire și a calității vieții.

Sunt evaluați, de regulă, în vederea transplantului cardiac pacienți cu insuficiență cardiacă congestivă clasele III, IV NYHA. Pacienții cu simptome clasificate în clasa II NYHA pot fi evaluați în vederea transplantului cardiac în cazul asocierii unor condiții severe care agravează prognosticul bolii. Pot fi indicații de transplant cardiac:

- boala cardiacă ischemică refractară la terapia medicamentoasă;
- tahicardia ventriculară susținută, refractară la toate metodele terapeutice, inclusiv implantarea de defibrilatoare;
- cardiomiopatia dilatativă;
- cardiomiopatia restrictivă;
- cardiomiopatia dilatativă;
- boli cardio-vasculare congenitale, în situațiile în care riscul chirurgical

este foarte mare.

Diagnostic funcțional

În aprecierea deficienței funcționale, incapacității adaptative, respectiv gradului de invaliditate se va ține seama de:

- gradul afectării funcției cardio-vasculare, evaluată prin parametrii hemodinamici specifici;
- evoluția post-transplant;
- existența complicațiilor datorate bolii de fond, intervenției operatorii sau tratamentului imunosupresor cronic.

Pacienții cu evoluție post-operatorie favorabilă, cu funcție hemodinamică adecvată post-transplant prezintă deficiență funcțională *accentuată, capacitate de muncă diminuată*.

Evoluția nefavorabilă cu restabilire inadecvată a parametrilor hemodinamici și/sau prezența complicațiilor determină deficiență funcțională *gravă*.

Complicațiile care conduc la deficiență funcțională gravă sunt:

- respingerea allogrefei
- disfuncția allogrefei (datorită efectelor farmacologice sau vasculare – vasculopatia allogrefei)
- boala coronariană ischemică
- complicații datorate imunosupresiei cronice (insuficiență renală–nefrotoxicitatea ciclosporinei, infecții severe, neoplazii)
- tulburări psihice-depresie reactivă.

Reluarea activității este posibilă numai într-un număr foarte restrâns de cazuri. Dacă pacientul dorește să își reia activitatea profesională, se vor avea în vedere:

- aspectele legate de locul de muncă (solicitări energetice și neuropsihice, condiții de microclimat, securitatea muncii);
- nivelul de inteligență, profilul psihologic, nivelul pregătirii profesionale, situația familială și socială.

Limitarea severă/completă a activităților: pot efectua sau nu activități cotidiene de autoservire;

Restricții severe/complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Pot fi necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± îngrijire personală pentru activitățile de bază.



4.2. FUNCȚIILE SISTEMULUI HEMATOLÓGIC

Elemente clinice și funcționale care definesc funcțiile sistemului hematologic

Clinic anamnestice: astenie fizică, fatigabilitate, dispnee de efort, infecții recurente, sindrom febril, sângerări cutaneo-mucoase;

Examen fizic: paloare, icter, splenomegalie, adenopatii, peteșii, echimoze, hemartroze, sângerări mucoase;

Funcțional: funcția de transport a oxigenului în sânge (hemogramă, indici eritrocitari), hematopoieza medulară (examenul maduvei osoase), anomalii ale sistemului imunitar și macrocito-macrofag (examinarea leucocitelor, investigații suplimentare specifice), funcțiile hematologice ale splinei, anomalii ale hemostazei și coagulării (explorarea hemostazei și coagulării).

Relația dintre deficiența funcțională și limitările de activitate/ restricțiile de participare generate.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20- 49 %

Limitare ușoară a activităților. Pot fi efectuate activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială. Capacitate de autoservire păstrată.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament și de investigare a unor posibile recidive. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50- 69 %

Limitarea moderată a activităților fizice. Capacitate de muncă diminuată. Pot fi efectuate activități profesionale ușoare.

Fără restricții de participare la viața socială. Capacitate de autoservire păstrată.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și recuperator . Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70- 89 %

Limitarea moderată/severă a activităților. Capacitate de muncă diminuată. Pot fi efectuate eventual activități sedentare

Restricții moderate de participare la viața socială. Capacitate de autoservire păstrată parțial.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90- 100 %

Limitarea severă/completă a activităților.

Restricții complete de participare la viața socială. Capacitate de autosevire pierdută.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii

ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare serviciile de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

FUNCȚIILE SISTEMULUI HEMATOLOGIC- funcțiile de producere a sângelui și a măduvei osoase, funcțiile de transport al oxigenului în sânge

ANEMIILE

- Anemii de nutriție -feriprivă, Cod CIM X D50
 - prin carență de vitamina B12 , Cod CIM X D51
 - prin carență de acid folic, Cod CIM D52
- Anemii hemolitice, Cod CIM X D55-D59
- Anemii aplastice, Cod CIM X D61

Anemia este definită prin scăderea valorilor parametrilor eritrocitari. Este un sindrom cu etiologie multiplă. Hemograma reprezintă investigația esențială pentru determinarea parametrilor eritrocitari.

Parametrii eritrocitari (pe baza cărora se stabilește severitatea anemiei)

- **Hematocrit (HT%):**
 - B: 42- 52 % (anemie < 40 %)
 - F: 36- 46% (anemie< 35 %)
- **Hemoglobină (g/dl):**
 - B: 13- 17 g/dl (anemie < 12 g/dl)
 - F: 12-15g/dl (anemie < 11 g/dl)

Stadializarea anemiilor

ANEMIE	HEMOGLOBINĂ (g/dL)	HEMATOCRIT %
Ușoară	(>10) - 12	30 - 40
Medie	7 - 10	22 - 30
Severă	< 7	< 22

- Gravitatea anemiei este dictată de: intensitatea exprimării sale clinice, caracterele bolii de bază, rapiditatea instalării, vârsta pacientului și starea funcțională a aparatului cardiovascular.
- În cazul în care se identifică o condiție patologică primară se aplică criteriile pentru afecțiunile respective, considerând anemia asociată ca factor agravant.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

- Anemia feriprivă ușoară, anemia megaloblastică formă ușoară, anemii hemolitice ereditare* sau dobândite**forme ușoare: Hb (>10) g/dL,



semne clinice de intensitate ușoară, cu răspuns imediat și persistent la tratament.

- **Anemia aplastică formă ușoară** (celularitate > 50%), forme cronice cu evoluție lentă sau forme cu remisiuni complete.

Anemii hemolitice ereditare: sferocitoza ereditară, hemoglobinuria paroxistică nocturnă, hemoglobinopatia S (siclemia, drepanocitoza, anemia falciformă), sindroamele talasemice.

**Anemii hemolitice dobândite : anemii hemolitice autoimune.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

- **Anemia feriprivă formă moderată, anemia megaloblastică formă moderată, anemii hemolitice forme moderate** (Hb 7-10 g/dL), semne clinice de intensitate moderată, cu răspuns favorabil la tratament, fără complicații.
- **Anemia aplastică formă medie** (celularitate 30-50%), forme cronice cu evoluție lentă, fără complicații sau forme cu remisiuni parțiale. Sunt permise doar activități ușoare, sedentare. Se va evita expunerea la agenți infecțioși, factori fizici și chimici.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

- **Anemia feriprivă formă severă, anemia megaloblastică formă severă, anemii hemolitice forme severe**, (Hb < 7 g/dl) cu complicații (tromboze, hemoragii repetate, mielodisplazii) care necesită transfuzii frecvente.
- **Anemia aplastică formă severă** (hipocelularitate globală medulară < 30 %), complicații grave, care necesită transfuzii repetate, atât în perioada activă a bolii cât și 2 ani după obținerea unei remisiuni.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

- **Anemia aplastică formă gravă** cu supraviețuire după un debut fulminant, complicată cu infecții și hemoragii severe, hepatită posttransfuzională, cu risc de leucemie acută.

**PROLIFERĂRI MALIGNNE ALE CELULELOR STEM UNI-/
PLURIPOTENTE SINDROMUL MIELOPROLIFERATIV ACUT
LEUCEMIILE ACUTE**

Leucemia acută limfoblastică(LAL) este mai frecventă la copii și tineri, este rară după vârsta de 60 ani.

Leucemia acută mieloblastică (LAM) apare după vârsta de 65 ani, incidența crește pe măsura înaintării în vârstă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

- **Leucemia acută limfoblastică (LAL), leucemia acută mieloblastică (LAM)** cu tablou clinic determinat de insuficiența medulară și semne și simptome datorate proliferării leucemice (sindrom tumoral) de intensitate crescută, cu răspuns nesatisfăcător la tratament, cu factori de prognostic clinici și citologici nefavorabili, cu remisiune cu durată mai mică de 4-5 ani, cu risc crescut de recidivă.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

- **Leucemia acută limfoblastică(LAL), leucemia acută mieloblastică (LAM)** cu tablou clinic determinat de insuficiența medulară și semne și simptome datorate proliferării leucemice (sindrom tumoral) severe (recăderi, forme refractare), răspuns nefavorabil la tratament, cu complicații în timpul terapiei specifice (apalzie medulară, infecții severe, hemoragii) cu factori de prognostic clinici și citologici negativi, risc de recidivă foarte crescut.

SINDROAMELE MIELOPROLIFERATIVE CRONICE

- **Leucemia mieloidă cronică(LMC), Cod CIM X C92**
 - a. Cazurile în remisiune postterapeutică completă cu examen clinic normal, documentate prin tablou sanguin periferic, aspirat medular și bilanț biochimic în limite normale, fără complicații, fără tulburări hematologice, fără perioade de exacerbare, fără efecte secundare ale tratamentului, la cel puțin 5 ani postterapeutic.
 - b. LMC în faza cronică, documentată clinic și hematologic, cu răspuns bun la tratamentul cu inhibitori de tirozin-kinază (ITK) prezintă **deficiență funcțională medie , incapacitate adaptativă 50-69 %**. În evaluarea cazului se va ține seama de evaluarea prognostică (scor Sokal, Hasford, ELTS-EUTOS).
 - c. LMC în faza accelerată (bazofilie periferică $\geq 20\%$, trombocitopenie persistentă sub 100.000/mm³ independentă de tratament, persistența sau evoluția splenomegaliei fără răspuns la tratament **deficiență funcțională accentuată,**



incapacitate adaptativă 70-89 %.

d. LMC în faza blastică (proliferare blastică extramedulară (exceptând splina), focare blastice mari în splină sau MO, durata de supraviețuire 3-9 luni), prezintă deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100 %.

- ***Policitemia vera (PV), Cod CIM X D45***

Pacienții cu policitemia vera se stratifică în funcție de grupul de risc trombotic conform NCCN, 2022: risc scăzut (0-1 puncte), risc intermediar (2-3 puncte), risc înalt (≥ 4 puncte)

a. Pacienții asimptomatici, cu risc trombotic scăzut (0-1 puncte), fără antecedente trombotice, fără factori de risc cardiovascular care necesită doar monitorizare clinică și hematologică prezintă deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49 %.

b. În cazul pacienților cu risc trombotic crescut (≥ 4 puncte) cu complicații trombotice documentate (infarct miocardic, accidente vasculare cerebrale, tromboze arteriale periferice, tromboze venoase profunde și superficiale), deficiența funcțională se stabilește conform criteriilor de la capitolele respective, considerând PV ca factor agravant.

- ***Trombocitemia esențială (TE)***

a. Pacienții asimptomatici, cu risc scăzut, fără antecedente trombotice, fără factori de risc cardiovascular care necesită doar monitorizare clinică și hematologică prezintă deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49 %.

b. Pacienții care prezintă simptome determinate de tulburări circulatorii (cefalee, amețeli, sincope, dureri toracice, tulburări de vedere), cu risc intermediar, care necesită terapie de citoreducție prezintă deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69 %.

c. Pacienții cu risc înalt, cu debut hemoragic sau antecedente trombotice, în prezența mielofibrozei însoțită de hematosplenomegalie progresivă și pancitopenie, prezintă deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89 %.

d. În cazul complicațiilor trombotice documentate (infarct miocardic, accidente vasculare cerebrale, tromboze arteriale periferice, tromboze venoase profunde și superficiale), evaluarea deficienței funcționale se va face conform criteriilor de la capitolele respective, considerând TE ca factor agravant.

- ***Mielofibroza idiopatică cronică (metaplazia mieloidă cu mielofibroză) (MFIC). Stadializare conform Criteriilor Europene Clinice și Patologice (ECP) pentru diagnosticul și stadializarea MFIC.***

a. MFIC stadiul clinic precoce – anemie ușoară, splenomegalie moderată, trombocitoză $400 - 1.000 \times 10^9 /L$, fibroză reticulinică ușoară- deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69 %.

b. MFIC stadiul clinic intermediar (MFIC manifestă)- anemie medie,

splenomegalie importantă, tablou leucoeritroblastic, fibroză reticulinică importantă + fibroză colagenică - *deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89 %*.

c. MFIC stadiul clinic avansat (MFIC avansată)- anemie severă dependentă de transfuzii, tablou leucoeritroblastic sever, splenomegalie tumorală, fibroză colagenică avansată, osteoscleroză, complicații prezente (insuficiență hepatică, coagulare intravasculară diseminată) - deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90- 100 %.

SINDROAMELE MIELODISPLAZICE *, Cod CIM X D46

**Grup heterogen de afecțiuni clonale caracterizate prin hematopoieză inefficientă cu citopenie și tendința de evoluție spre leucemie acută mieloidă (LAM).*

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Manifestări clinice - anemie, infecții recurente, manifestări hemoragice, splenomegalie de intensitate moderată, procent de blasti în măduva osoasă sub 5%, risc de transformare în LAM scăzut.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Manifestări clinice - anemie, infecții recurente, manifestări hemoragice, splenomegalie de intensitate crescută, procent de blasti în măduva osoasă 5-9%, risc de transformare în LAM intermediar.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Manifestări clinice - anemie, infecții recurente, manifestări hemoragice, splenomegalie severe, procent de blasti în măduva osoasă 10-19 %, risc de transformare în LAM înalt.

- În cazurile de transformare în leucemie mieloidă acută și cele tratate cu transplant allogen de celule stem hematopoietice se vor aplica criteriile de la capitolele respective.

LEUCEMIA LIMFOCITARĂ CRONICĂ (LLC)*, Cod CIM X C91

**Afecțiune hematologică heterogenă caracterizată atât prin infiltrarea neoplazică a măduvei și a altor țesuturi cât și prin alterarea imunității celulare și umorale.*

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

- *Leucemia limfocitară cronică stadiul 0, clasificarea RAI, asimptomatici, eventual limfadenopatii, splenomegalie ușoară, există doar limfocitoză, prognostic favorabil, supraviețuire îndelungată.*
- *Cazurile în remisiune postterapeutică completă cu examen clinic normal, documentate prin tablou sanguin periferic, aspirat medular și bilanț*



biochimic în limite normale, fără complicații, fără tulburări hematologice, fără perioade de exacerbare, fără efecte secundare ale tratamentului, la cel puțin 5 ani postterapeutic.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

- *Leucemia limfocitară cronică stadiul I:* (limfocitoză + adenopatii) și *stadiul II* (limfocitoză + splenomegalie ± adenopatii) *clasificarea RAI*, risc intermediar.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

- *Leucemia limfocitară cronică stadiul III, clasificarea RAI:* (limfocitoză + anemie ca rezultat al infiltrării măduvei ± adenopatii sau splenomegalie), risc crescut, rată de progresie accelerată.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

- *Leucemia limfocitară cronică stadiul IV clasificarea RAI:* limfocitoză + trombocitopenie (< 100000/mm³) și anemie ca rezultat al infiltrării măduvei, adenopatii, splenomegalie, sunt prezente complicații: infarcte splenice, manifestări digestive cauzate de adenopatiile mezenterice și retroperitoneale, manifestări cutanate (noduli, peteșii, echimoze) risc crescut, rată de progresie accelerată.

LIMFOAME MALIGNNE

BOALA HODGKIN (BH), Cod CIM X C81

Diagnostic: biopsie de ganglion limfatic (sau biopsie din alt organ cu suspiciune de afectare)

Stadializare și stratificare a riscului: istoric medical și examen fizic, radiografie toracică CT cu substanță de contrast pentru gât, torace, abdomen (inclusiv pelvis) PET, hemogramă completă, analize biochimice, VSH, screening viral - hepatită B, C și HIV.

Stadializarea LH

Stadiul I Afectarea unui singur grup ganglionar sau a unei singure structuri limfice (de ex. inel Waldeyer, timus sau splină).

Stadiul II Afectarea a două sau mai multe grupe ganglionare de aceeași parte a diafragmei.

Stadiul III Afectarea regiunilor ganglionare de ambele părți ale diafragmului; adenopatii supradiafagmatice asociate cu afectarea splinei.

Stadiul IV Afectarea difuză sau diseminată a unuia sau mai multor organe extralimfice asociată sau nu cu implicarea ganglionilor limfatici; stadiul IV include orice implicare a LCR, măduvei osoase, ficatului sau plămânilor.

Cu strategiile moderne de tratament, 80%-90% dintre pacienții cu LH ating o remisiune permanentă și pot fi considerați vindecați.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

BH stadiul I, BH cu remisiune permanentă, fără semne de recădere, timp de 4 ani postterapeutic.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

BH stadii intermediare (stadiile II și III) controlate terapeutic, pentru o perioadă de 4 ani postterapeutic.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Orice stadiu de boală, de la diagnosticare, pe durata tratamentului; BH stadii avansate (stadiul IV), eșecul terapeutic primar, recăderile, prezența efectelor secundare ale tratamentului (indiferent de opțiunea terapeutică).

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

BH în stadiile diseminate, boală refractară, cu progresie greu de controlat terapeutic, neoplazii secundare.

- În cazul *transplantului allogen de celule stem hematopoietice*, în evaluarea cazului se va ține seama de evaluarea prognostică și de criteriile precizate la capitolul respectiv.

LIMFOAMELE MALIGNNE NON-HODGKINIENE, Cod CIM X C82-C83

Deficiența funcțională se apreciază pe baza rezultatelor monitorizării clinice, biologice și imagistice efectuată în serviciile de specialitate și în funcție de răspunsul la tratament.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Forme histologice, cu evoluție benignă în remisiune completă post tratament (reducerea sindromului tumoral, normalizarea parametrilor hematologici și biologici) după o perioadă de 4 ani postterapeutic.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Forme histologice, cu evoluție benignă în remisiune completă post tratament (reducerea sindromului tumoral, normalizarea parametrilor hematologici și biologici) pentru o perioadă de 4 ani postterapeutic.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forme histologice cu grad scăzut de malignitate, dar cu răspuns nesatisfăcător la tratament, cu evoluție clinică îndelungată, în remisiune parțială (reducerea cu 50 % a sindromului tumoral).

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%



Limfoame agresive, limfoame indolente care se transformă spontan în limfoame agresive cu prognostic nefavorabil;

Recăderile, progresiunea bolii greu controlabilă terapeutic;

Prezența efectelor secundare ale tratamentului (îndiferent de opțiunea terapeutică).

Limfoame înalt agresive, cu supraviețuire redusă, limfoame în stadii diseminate, boală refractară, cu progresie greu de controlat terapeutic, neoplazii secundare.

GAMAPATII MONOCLONALE

MIELOMUL MULTIPLU, Cod CIM X, C90

Mielom multiplu (MM) simptomatic (activ): Plasmocite medulare $\geq 10\%$ sau plasmocitom extramedular și cel puțin unul dintre următoarele criterii:

Prezența markerului tumoral:

- $\geq 60\%$ plasmocite medulare
- raport FLC în ser ≥ 100
- 1 leziune descrisă la IRM (dimensiune $\geq 5\text{mm}$)

Evidențierea afectării de organ ce poate fi atribuită proliferării plasmocitare (criterii CRAB):

- Hipercalcemie ≥ 11.5 mg/dl sau creșterea cu $> 1\text{mg/dl}$ peste limita superioară a normalului
- Insuficiență renală: Cr serică > 2 mg/dl sau ClCr < 40 ml/min (folosind formula MDRD/CKD-EPI)
- Anemie: scăderea Hb cu > 2 g/dl față de normal, sau < 10 g/dl
- Leziuni osoase: ≥ 1 leziuni osteolitice evidențiate la CT, Rx sau PET-CT

Mielom multiplu asimptomatic (Smoldering multiple mieloma)

Ambele criterii:

- componentul monoclonal (CM) plasmă (IgG sau IgA) ≥ 3 g/dl sau CM urină $\geq 500\text{mg}/24\text{h}$ și/sau plasmocite medulare 10-60%
- Absența criteriilor de mielom activ sau de amiloidoză

Deficiența funcțională se apreciază în funcție de evoluție, răspunsul la tratament, prezența complicațiilor și a efectelor secundare ale tratamentului.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Mielomul multiplu asimptomatic. Nu are viză terapeutică. Necesită urmărire la 3-6 luni pentru monitorizarea riscului de progresie la mielom multiplu simptomatic.

- Hemogramă cu formulă leucocitară;
- Creatinina serică, uree, albumina, calcemie, LDH;
- Rx schelet - la apariția durerilor osoase sau anual
- Aspirat MO (suspiciunea apariției unui infiltrat medular cu plasmocite în condițiile în care apar modificări pe hemograma: anemie, trombocitopenie)
- RMN/CT - în cazul durerilor osoase persistente sau în cazul semnelor de compresiune medulară

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forme simptomatice, progressive, cu manifestări clinice multiple - dureri osoase, manifestări neurologice, nefropatie cu evoluție spre insuficiență renală, infecții recurente, în cursul tratamentului specific, eventual prezența efectelor secundare ale tratamentului, indiferent de opțiunea terapeutică.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Forme refractare, cu evoluție gravă;

Prezența complicațiilor severe: infecțioase (imunodeficiență), neurologice, osoase (fracturi spontane), complicații prin amiloidoză în funcție de parenchimele lezate (insuficiență renală, insuficiență hepatică, insuficiență cardiacă).

Macroglobulinemia Waldenstrom

Deficiența funcțională se apreciază în funcție de evoluție, răspunsul la tratament, prezența elementelor de gravitate și a efectelor secundare ale tratamentului. Supraviețuirea în cazul răspunsului favorabil la tratament este de 4 ani, iar în cazul răspunsului nefavorabil, de 2 ani.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forme cu evoluție marcată de elemente de gravitate - anemie, sindrom hemoragic, infecții, fenomene de sensibilitate la rece, hipervâscozitate serică și răspuns favorabil la tratament.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Forme cu răspuns nefavorabil la tratament, prezența elementelor de gravitate: anemie, infiltrare limfoplasmocitară medulară masivă, sindrom hemoragic sever, infecții, sindrom de hipervâscozitate, tulburări neurologice.

**SINDROAME HEMORAGIPARE DE CAUZĂ TROMBOCITARĂ, Cod CIM X
D69:**

Purpura trombocitopenică idiopatică cronică (PTI cronică), Purpura trombocitopenică (PTT), Trombocitopenia ereditară.

Deficiența funcțională se apreciază în funcție de evoluție, de sediul și intensitatea fenomenelor hemoragice și răspunsul la tratament.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Formele cu remisiune completă, trombocitopenie ușoară ($50000-100000/\text{mm}^3$), sindrom hemoragipar doar la traumatisme severe sau intervenții chirurgicale.



Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Forme cu sindrom hemoragipar la traume minore, rareori sângerări spontane, trombocitopenie 30000-50000/mm³.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forme cronice, refractare la tratament, recăderi cu episoade frecvente, sângerări spontane, trombocitopenie severă(sub 30000/mm³).

Sechelele accidentelor hemoragice (gastrointestinale, intracraniene) sau cele rezultate prin *microangiopatie trombotică diseminată* (în teritoriul coronarian, pulmonar, mezenteric) se evaluează conform criteriilor de la capitolele respective, considerând patologia trombocitară ca factor agravant.

**DEFICIT CONGENITAL SAU DOBÂNDIT DE FACTORI PLASMATICI
AI COAGULĂRII**

BOALA VON WILLEBRAND, HEMOFILIA A, B Cod CIM X D66, D67

Deficiența funcțională se apreciază în funcție de intensitatea, frecvența și localizarea fenomenelor hemoragice.

Boala von Wilebrand ereditară

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Boala von Wilebrand ereditară tip I (deficit cantitativ parțial de factor von Wilebrand), cu manifestări hemoragice ocazionale, ușoare.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Boala von Wilebrand ereditară tip II (deficit calitativ de factor von Wilebrand), cu manifestări hemoragice moderate: hemoragii cutaneo-mucoase prelungite după traumatisme minore, hemoragii importante, până la câteva săptămâni după intervenții chirurgicale minore (tonsilectomie, extracții dentare).

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Boala von Wilebrand ereditară tip III (deficit cantitativ total de factor von Wilebrand), cu manifestări hemoragice severe, deseori spontane: hemartroze, hematoame profunde.

Complicațiile musculo- scheletale - hemartroze, fibroze articulare, necroze musculare calcificate și *complicațiile neurologice* prin compresie (hematoame voluminoase profunde) se evaluează conform criteriilor de la capitolele respective, considerând afecțiunea hematologică primară ca factor agravant.

Boala von Willebrand dobândită

Se identifică în cadrul unor condiții clinice primare (afecțiuni cardiovasculare, boli autoimune, neoplazii). Deficiența funcțională se apreciază conform criteriilor de la capitolele respective, considerând manifestările hemoragice prin deficit de factor von Willebrand ca factor agravant.

Hemofilia A,B.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Manifestări hemoragice ușoare care apar după traumatisme majore sau intervenții chirurgicale, nivel de factor VIII/IX 5-25 %.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Manifestări hemoragice moderate/severe care apar după traumatisme minore, nivel de factor VIII/IX 1-5%.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Hemoragii majore – hemartroze, hematoame musculare profunde, hemoragii gastro-intestinale, cerebrale, nivel de factor VIII/IX sub 1%.

Complicațiile musculo- scheletale - hemartroze, fibroze articulare, necroze musculare calcificate și *complicațiile neurologice* prin compresie (hematoame voluminoase profunde) se evaluează conform criteriilor de la capitolele respective, considerând afecțiunea hematologică primară ca factor agravant.

AFECTAREA MECANISMELOR ANTICOAGULANTE FIZIOLOGICE

Trombofiliiile (stările pretrombotice) ereditare sau dobândite

Trombofiliiile se caracterizează prin dezvoltarea unei predispoziții la tromboză determinată de deficiența congenitală sau dobândită a mecanismelor anticoagulante fiziologice.

Se manifestă prin trombe profunde la nivelul extremităților, axilar, retinian; manifestări neurologice: AIT, AVC, neuropatii periferice; manifestări cutanate: acrocianoză, necroze, gangrene, ulcerații; sindrom hemoragipar (prin trombocitopenie), anemie hemolitică, leucopenie.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Tromboze cu diferite localizări, de intensitate redusă, unice sau recurente care nu lasă sechele durabile.



Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Trombofilia asociată cu condiții clinice vasculare de intensitate moderată, conform criteriilor de la capitolele respective.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Trombofilia asociată cu condiții clinice vasculare de severitate crescută, conform criteriilor de la capitolele respective.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Trombofilia asociată cu accidente trombotice în special cerebrale cu sechele grave, conform criteriilor de la capitolul respectiv.

STATUS POST-TRANSPLANT DE CELULE STEM HEMATOPOIETICE

Urmărirea post-transplant reprezintă un cumul de analize și investigații clinice și paraclinice periodice cu scopul de a asigura un diagnostic și un tratament cât mai precoce al complicațiilor post-transplant de CSH. Scopul final este obținerea unei bune funcționări a grefei cât și o calitate bună a vieții pacientului.

Monitorizarea se va face prin:

- controale clinico-biologice (examen clinic pe aparate și organe, hemoleucogramă, monitorizare pentru toxicități de organ, infecții oportuniste, nivel de imunosupresie, analize specifice pentru reactivări virale ex: ADN-CMV, chimerismul, schimbare de grup sangvin, etc.)
- evaluarea statusului bolii
- investigații paraclinice/imagistice în funcție de complicațiile apărute.

Periodicitatea controalelor va fi în funcție de starea de sănătate a pacientului. În primele 100 de zile controalele se vor face la 7-10 zile, apoi la 2 săptămâni, ulterior lunar; după 6 luni controalele se vor face la 3 luni, apoi la 6 luni, ulterior anual, sau la nevoie.

(*Recomandările Societății române de hematologie <https://srh.org.ro/ghiduri>*)

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Evoluție favorabilă, fără complicații.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Status post auto- sau allo- transplant de celule stem hematopietice cu grefare cu defect cu trombocitopenie/leucopenie/anemie ușoară - moderată.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Status post auto- sau allo-transplant de celule stem hematopietice în care există complicații legate de regimul de condiționare;

Complicațiile care determină deficiență funcțională gravă sunt:

- infecții severe cu evoluție îndelungată pe fond de imunodepresie
- cataractă secundară corticoterapiei și/sau iradierii corporale totale
- complicații neurologice prin iradiere craniană, neurotoxicitate medicamentoasă
- disfuncții endocrine secundare condiționării (iradiere corporală totală)
- disfuncții pulmonare, cardiace, hepatice, renale secundare procedurii (tratamentul, regimul de condiționare)
- boală malignă legată de procedura de transplantare (iradiere corporală totală, deficiență imună secundară transplantației, infecții, imunosupresie)
- hematopoieză post-transplant cu defect, bi/pancitopenie moderată – severă, grefon insuficient cantitativ, necesită transplant substitutiv lunar
- Boala grefă-contra-gazdă



4.3. FUNCȚIILE SISTEMULUI IMUNITAR

SINDROMUL IMUNODEFICITAR CRONIC DOBÂNDIT INFECȚIA HIV- SIDA, Cod CIM X, B20-B24

4.1 Elemente care definesc funcțiile sistemului imunitar

- Răspunsuri imunitare specifice, funcții de imunitate mediate celular, funcțiile ganglionilor limfatici
- În evaluare trebuie avute în vedere: intensitatea supresiei imunologice, infecțiile specifice - intensitatea tulburărilor funcționale, infecții oportuniste grefate pe organisme cu rezistență foarte scăzută sau absentă
- Sechele ale complicațiilor infecțioase sau non-infecțioase - deficiența funcțională va fi stabilită conform criteriilor de la afecțiunile respective

Relația dintre deficiența funcțională și limitările de activitate/restricțiile de participare generate

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49 %

Fără limitarea activităților: pot efectua activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament și de investigare a unor posibile recidive. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69 %

Limitarea moderată a activităților fizice: nu pot efectua activități fizice medii-grele; activitățile profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în grup sunt posibile.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și recuperator. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89 %

Limitarea moderată/severă a activităților: nu pot fi efectuate activități fizice moderate, pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100 %

Limitarea severă/completă a activităților: ***nu pot efectua activități cotidiene de autoservire.***

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

Criteria de laborator în infecția HIV la adulți

Detectarea anticorpilor anti-HIV include:

- două determinări pozitive efectuate cu truse de tip ELISA, utilizând două tehnici diferite, la două probe de sânge prelevate separat;
- necesită test de confirmare de tip Westernblot sau
- detectarea acidului nucleic prin PCR (AND sau ARN);

Categoriile clinice de infecție HIV la adulți

(după Centrul de Control al Bolilor – Atlanta, SUA, 1993)

Categoriile după celulele CD4±μl	A Asimptomatici/infecție acută/adenopatie generalizată persistentă	B Simptomatic, dar nu A sau C	C Manifestările clinice de SIDA
(1) 2: 500 cel/mmc	A1	B1	C1
(2) 200 – 499 cel/mmc	A2	B2	C2
(3) < 200 cel/mmc (=indicator celular de SIDA)	A3	B3	C3

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

- Formele clinice de infecție HIV/SIDA cu o evoluție clinico-imunologică bună asociată cu un număr CD4 peste 500 cel/mmc.
- Sechele ușoare după complicațiile infecțioase/non-infecțioase survenite în cursul evoluției bolii, cu implicarea organelor sau sistemelor la un nivel de severitate ușor, conform criteriilor de la afecțiunile respective.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

- Formele clinice de infecție HIV/SIDA asociate cu valori ale celulelor CD4 între 200-499 cel/mmc.
- Sechele după complicațiile infecțioase/non-infecțioase survenite în cursul evoluției, cu implicarea a cel puțin unui organ/sistem la un nivel mediu de severitate conform criteriilor de la afecțiunile respective.
- Formele clinice de infecție HIV/SIDA cu tulburări, dar fără a se limita la, disfuncții neurocognitive sau alte limitări mentale, miozită, polineuropatie, boală coronariană, disfuncție cronică hepatică, renală, sindrom metabolic, osteoporoză, cancere neasociate.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

- Formele de infecție HIV/ SIDA asociate cu valori ale CD4 sub 200 cel/mmc și/sau cu manifestări clinice specifice SIDA.



- IMC sub 17 Kg/m², Hb sub 8g/dl.
- Sechele după complicațiile post infecțioase sau non-infecțioase survenite în cursul evoluției, cu implicarea a cel puțin unui organ/ sistem la un nivel accentuat de severitate conform criteriilor de la afecțiunile respective.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

- Manifestări clinice grave ale bolii SIDA și cei cu complicații post infecțioase sau non-infecțioase cu stare generală gravă, cu cașexie
- Sechele grave după complicațiile post infecțioase sau non-infecțioase survenite în cursul evoluției bolii SIDA
- Toate formele clinico-imunologice HIV/SIDA la persoanele infectate care aparțin „Cohortei 1987-1995”.

Pentru expertizarea medicală a capacității de muncă, documentele medicale vor preciza în mod distinct legătura între diagnosticul bolii și accidentul epidemiologic din perioada 1987-1995.

4.4. FUNCȚIILE SISTEMULUI RESPIRATOR

Deficiența funcțională determinată de afecțiunile respiratorii cronice poate fi consecința alterării ireversibile a funcției ventilatorii a plămânului, anomaliilor schimbului gazos la nivel pulmonar, sau combinații ale celor două procese. Afectarea cronică, ireversibilă a funcției respiratorii poate fi asociată cu afectarea funcțiilor toleranței la efort.

Evaluarea deficienței funcționale în afectarea funcției respiratorii va fi efectuată prin metode de investigație specifice, la sfârșitul perioadei de recuperare, în faza stabilă a bolii.

Elemente clinice și funcționale care definesc funcția respiratorie

Simptome și semne obiective clinice comune: dispnee, tuse cu sau fără expectorație, scăderea toleranței la efort, simptome ale insuficienței respiratorii cronice (hipoxemie cronică însoțită sau nu de hipercapnie cronică), simptome cauzate de sindromul supurativ cronic;

Elemente funcționale-investigații: dispnee, evaluarea limitării fluxului de aer la nivelul căilor aeriene superioare/inferioare și/sau a restricției pulmonare (spirometrie), explorarea schimburilor gazoase, funcțiile toleranței la efort (testele de efort), explorare imagistică (radiografii standard, CT, RMN), investigații complementare.

Afecțiunile respiratorii cronice care pot determina deficiență funcțională/incapacitate adaptativă, (cod CIM X J40-J47)

- astmul bronșic (inclusiv astmul bronșic cu debut în copilărie și astmul bronșic profesional)
- boala pulmonară obstructivă cronică
- pneumopatiile interstițiale difuze (primare- congenitale, dobândite-indiferent de cauză, inclusiv cele de cauză profesională)
- supurații pulmonare cronice (abces pulmonar, bronșiectazii supurate)
- sindromul de apnee obstructivă de somn
- sechele ale tuberculozei pulmonare
- sechele ale unor traumatisme toracice
- sechele postoperatorii după intervenții chirurgicale toraco- pulmonare
- transplantul pulmonar
- anomalii congenitale toracice, pulmonare, bronșice

Observație* *Cordul pulmonar cronic și insuficiența respiratorie cronică reprezintă complicații ale unor afecțiuni respiratorii cronice cu evoluție severă.*

****Deficiența funcțională determinată de cancerul bronhopulmonar se evaluează conform criteriilor generale de la capitolul Afecțiuni neoplazice**

Scale utilizate pentru evaluarea funcției respiratorii

1. Evaluarea dispneei

Scala de dispnee mMRC (Modified Medical Research Council)

Grad 0: fără dispnee sau dispnee la efort intens

Grad 1: dispnee la mers rapid sau urcarea unei pante ușoare sau dispnee care



determină oprirea la mers în ritm propriu

Grad 2: dispnee la mers pe teren plat (comparativ cu persoane de aceeași vârstă)

Grad 3: dispnee la parcurgerea unei distanțe de 100 m sau urcarea unui etaj

Grad 4: dispnee de repaus sau la activități de îngrijire personală (spălat, îmbrăcat)

2. Corelația severitatea disfuncției ventilatorii determinată spirometric (consensul ATS/ERS 2005) - deficiența funcțională respiratorie/ incapacitatea adaptativă (I.A.) corespunzătoare

Observație:

- ❖ Exprimarea rezultatelor spirometriei în procente este uneori greu de interpretat în contextul clinic. În astfel de cazuri, pentru o evaluare corectă, individualizată se va aprecia variația VEMS în cadrul limitelor de variație ale parametrului (+/- 1,64 DRS). Vor fi luate în considerare valorile situate sub limita inferioară a normalului (VEMS prezis -0,62 pentru femei, VEMS prezis -0,84 pentru bărbați) (ERS/ATS Technical standards of interpretative strategies for routine lung function tests, 2022 update).
- ❖ Sindromul restrictiv spirometric moderat sau sever fără cauze pulmonare sau extrapulmonare evidente, va fi luat în considerare pentru stabilirea deficienței funcționale și a incapacității adaptative doar dacă are un impact semnificativ asupra capacității funcționale măsurat cu ajutorul testului de efort clasic sau a testului de mers.

Disfuncție ventilatorie	VEMS% prezis*	Deficiența funcțională respiratorie/ I.A.
Fără disfuncție	≥ 80	Fără
Ușoară	79 - 65	Ușoară
Moderată	64 - 60	Ușoară
Moderată	59 - 50	Medie
Severă	49 - 35	Accentuată

3. Evaluarea schimburilor gazoase

a. Presiunea parțială a oxigenului în sângele arterial sistemic (PaO₂)

Hipoxemie ușoară 70 mmHg

Hipoxemie moderată 69 - 60 mmHg

Hipoxemie severă 59 - 45 mmHg – insuficiență respiratorie

Hipoxemie gravă 35 mmHg

b. Presiunea parțială a bioxidului de carbon în sângele arterial sistemic (PaCO₂)

PaCO₂ > 45 mm - hipercapnie

c. Teste de transfer gazos, TL, CO

Scădere ușoară 60- 80 % din prezis

Scădere moderată 60- 40 % din prezis

Scădere severă < 40 % din prezis

4. Estimarea capacității funcționale prin teste de efort standardizate (testul de mers de 6 minute, testul navetei, test de efort cardiopulmonar).

Criterii generale de evaluare funcțională în afectarea funcțiilor sistemului respirator

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%

Clinic: dispnee gradul 0-1 mMRC, toleranță bună la efort, fără exacerbări sau exacerbări documentate foarte rare (< 1/an), de gravitate redusă, care nu necesită spitalizare.

Funcțional: fără disfuncție ventilatorie VEMS $\geq 80\%$ din prezis, schimburi gazoase în limite normale, capacitate funcțională estimată prin teste de efort standardizate mai mare de 7METs.

Fără limitarea activităților.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament de specialitate și prevenirea complicațiilor.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Clinic: dispnee gradul 1 mMRC, exacerbări documentate rare (≤ 2 /an), de scurtă durată, care nu necesită spitalizare, control terapeutic bun.

Funcțional: disfuncție ventilatorie ușoară/moderată (VEMS 80- 60 % din prezis), schimburi gazoase normale sau hipoxemie ușoară la efort (SaO₂ 99-95 %) eventual reducerea ușoară a factorului de transfer gazos, reducere ușoară a capacității de efort (5-7METs).

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară: pot efectua activități fizice cu consum energetic de până la 7METs. Pot fi efectuate activități profesionale cu solicitare energetică moderată conform Compendiului activităților fizice (Tabel 4). Capacitate de muncă păstrată.

Fără restricții de participare la viața socială. Capacitate de autoservire păstrată.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament de specialitate și prevenire a unor posibile complicații sau recidive.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Clinic: dispnee gradul 2-3 mMRC, exacerbări documentate ale căror intensitate și durată necesită tratament de specialitate, eventual spitalizare (≥ 2 /an), parțial controlat terapeutic.

Funcțional: disfuncție ventilatorie moderată/severă (VEMS 59- 40 % din prezis), hipoxemie ușoară/ moderată la efort (SaO₂ 90- 94 %), reducere ușoară/moderată a factorului de transfer gazos, capacitatea de efort moderat scăzută (VO₂ estimat 3METs-5METs). Pot fi efectuate activități profesionale cu solicitare energetică ușoară-moderată conform Compendiului activităților fizice. (Tabel 4)

Limitarea moderată a activităților mai ales în cursul exacerbărilor. Pot fi efectuate activități profesionale cu solicitare energetică ușoară/moderată conform Compendiului

activităților fizice (Tabel 4), în condiții corespunzătoare de microclimat, fără expunere la noxe respiratorii.

Restricții moderate de participare la viața socială, doar în cursul exacerbărilor. Capacitate de autoservire păstrată.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament de specialitate și prevenirea complicațiilor.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă (vezi precizările din prezentarea generală).

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Clinic: dispnee gradul 3 – 4 mMRC, agravare progresivă sau exacerbări severe care necesită spitalizări frecvente, control terapeutic nesatisfăcător. Pot fi prezente semne clinice și funcționale de cord pulmonar cronic.

CPC decompensat (semne de insuficiență ventriculară dreaptă): turgescența jugularelor, hepatomegalie dureroasă, edeme, eventual ascită, sincope, tromboembolism.

Funcțional: disfuncție ventilatorie severă (VEMS < 40 % din prezis), hipoxemie moderată/severă la efort sau repaus, (SaO₂ 93 – 89 %) reducere severă a factorului de transfer gazos (40% din prezis), reducerea accentuată a capacității de efort (VO₂ estimat < 3 METs).

Semne funcționale de CPC: ECG semne electrice caracteristice de hipertrofie ventriculară dreaptă (HVD) și/sau dilatație de ventricul drept (VD). Ecografic: hipertrofie și/sau dilatare de VD, HTP severă (PAP sistolică >70mmHg)

Limitarea moderată/severă a activităților: Capacitate de muncă diminuată. Pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic <3 METs, doar în condiții speciale.

Restricții moderate de participare la viața socială. Capacitate de autoservire păstrată parțial.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament de specialitate și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Clinic: simptome și semne de insuficiență respiratorie cronică:

a. semne de hipoxemie cronică: dispnee cronică, fatigabilitate, tulburări de atenție și concentrate, cianoză, hipocratism digital, semne clinice de cord pulmonar cronic (turgescență jugulare, edeme gambiere, semn Harzer prezent);

b. semne de hipercapnie cronică: cefalee, amețeli, tremor muscular, asterixis; la care se adaugă insuficiență cardiacă decompensată, ireductibilă, cu tulburări funcționale importante în repaus.

Funcțional: disfuncție ventilatorie foarte severă (VEMS < 30 % din prezis), PaO₂ < 55 mmHg, PaCO₂ > 50 mmHg, SaO₂ sub 89 %, necesită oxigenoterapie la domiciliu*

ECG modificări variate care caracterizează HVD și dilatația VD ± tulburări de ritm complexe.

Ecografie: hipertrofie și/sau dilatare de VD, HTP severă (PAP sistolică >70mmHg)

Limitarea severă/completă a activităților: Pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic <3METs. Capacitate de autoservire pierdută (vezi precizările din capitolul introductiv).

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate.

Pot fi necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene, eventual de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

*Oxygenoterapia la domiciliu se recomandă pacienților cu boli pulmonare sau cardiace în stadii avansate cu scopul corectării hipoxemiei și ameliorării consecutive a stării clinice. Tipurile de oxygenoterapie care pot fi efectuate la domiciliu sunt: oxygenoterapia de lungă durată (minimum 15h pe zi), oxygenoterapia în sistem ambulator (suplimentarea cu oxigen la pacienții cu SaO₂ normală în repaus și hipoxemie la efort), oxygenoterapie nocturnă (pacienți cu hipoxemie nocturnă și SaO₂ diurnă normală), oxygenoterapie intermitentă (simptomatică), oxygenoterapie paliativă.

Recomandarea de oxygenoterapie la domiciliu trebuie să cuprindă obligatoriu: indicația (diagnostic clinic și status funcțional; SaO₂ ≤ 88% în repaus, PaO₂ ≤ 55mmHg, Ht ≥ 55%) și tipul de oxygenoterapie.

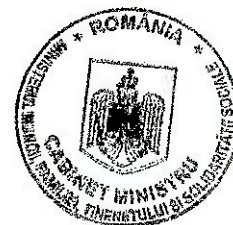
Deficiența funcțională determinată de afecțiunile respiratorii cronice se apreciază pe baza criteriilor clinice și funcționale generale luând în considerare și criteriile particulare de evaluare a severității acestora.

FUNCȚIA RESPIRATORIE - legată de limitarea fluxului de aer la nivelul căilor aeriene, hiperreactivitatea bronșică, spasmul bronșic, hipersecreția de mucus, schimbul de gaze respiratorii între plămân și sânge, funcțiile toleranței la efort

BOALA PULMONARĂ OBSTRUCTIVĂ CRONICĂ (BPOC), Cod CIM X J40-J43

Criterii de severitate BPOC:

- evaluarea simptomelor (dispnee progresivă, persistentă, agravată de efortul fizic tuse cronică cu sau fără expectorație)
- riscul/numărul exacerbărilor
- evaluarea severității limitării fluxului de aer determinate spirometric (conform criteriilor generale)
- identificarea comorbidităților



Stadializarea GOLD bazată pe reducerea VEMS post- bronhodilatator VEMS/CVF < 0,70

<u>Clasa GOLD</u>	<u>Severitate</u>	<u>VEMS % din prezis</u>
Gold 1	Uşor	VEMS \geq 80 % din prezis
Gold 2	Moderat	50 % \leq VEMS < 80 % din prezis
Gold 3	Sever	30 % \leq VEMS < 50 % din prezis
Gold 4	Foarte sever	VEMS < 30 % din prezis

Comorbiditățile boli cardiovasculare, sindrom metabolic, disfuncții musculo-scheletale, osteoporoză, anxietate/depresie, cancer pulmonar, constituie factori agravanți și se evaluează conform criteriilor pentru afecțiunile respective.

ASTMUL BRONȘIC, Cod CIM X J45

- **Evaluarea funcției ventilatorii prin spirometrie este obligatorie** pentru stabilirea severității, reversibilității și variabilității obstrucției la fluxul de aer care determină sau nu deficiență funcțională.
- **Criterii de severitate astmul bronșic:**
 - evaluarea simptomelor (frecvență, intensitate, simptome nocturne)
 - riscul/numărul exacerbărilor
 - evaluarea severității limitării fluxului de aer determinate spirometric (conform criteriilor generale)
 - treapta terapeutică
 - identificarea comorbidităților

Comorbiditățile: rinită cronică, rinosinuzită, reflux gastro-esofagian, obezitate, sindrom de apnee obstructivă de somn, eczemă constituie factori agravanți și se evaluează conform criteriilor pentru afecțiunile respective

PNEUMOPATIILE INTERSTIȚIALE DIFUZE, Cod CIM X J84

Afecțiuni pulmonare primitive – fibroza interstițială difuză idiopatică, sarcoidoza, histiocitoza X, bronșiolita obliterantă, pneumonia limfocitară interstițială;

Afecțiuni reumatismale sistemice- artrita reumatoidă, LES, sclerodermia, boala mixtă de colagen, spondilita anchilozantă, etc.

Iatrogene: antibiotice, antitinflamatoare, antihipertensive, citostatice, etc.

Expunere profesională: silicoza, azbestoza, berilioza, pulberi, gaze, vapori cu acțiune fibrozantă, etc.

Vasculita pulmonară - granulomatoza Wegener;

Afecțiuni congenitale: fibroza pulmonară idiopatică familială, neurofibromatoza, scleroza tuberoasă, boala Gaucher, etc.

Observație. În cazul în care condiția patologică primară este identificată, se vor aplica criteriile respective, considerând PID asociată ca un factor agravant.

Explorarea funcțională respiratorie – spirometrie, evaluarea schimburilor gazoase în repaus și la efort - conform criteriilor generale, oferă cei mai buni indicatori ai

severității, indiferent de stadiul evolutiv.

Testarea la efort este utilă pentru evidențierea și cuantificarea dispneei, eventual evaluarea hipoxemiei de efort anomalie precoce, sensibilă.

SARCOIDOZA, Cod CIM X J 84

Clinic:

- a. simptome pulmonare - dispnee, tuse iritativă, dureri toracice
- b. simptome determinate de extensia bolii: poliartralgi, afectare cutanată (eritem nodos), afectare oculară (uveită), afectarea glandelor salivare, splenomegalie, neurosarcoidoză

Funcțional:

- a. funcția ventilatorie (spirometrie), funcția de transfer gazos (factorul de transfer gazos TLCO), funcțiile adaptării la efort, funcțiile vederii
- b. funcția cardiovasculară (electrocardiogramă, ecocardiografie, RMN cardiac), funcția hepatică, funcția renală, (teste de laborator), funcția vizuală (examen oftalmologic)

Criterii de stabilire deficienței funcționale

- a. **Sarcoidoza pulmonară** – explorarea funcțională pulmonară - spirometrie, evaluarea schimburilor gazoase în repaus și la efort, testarea la efort, conform criteriilor generale.
- b. **Sarcoidoza extrapulmonară** – în funcție de organul afectat, conform criteriilor de la capitolele respective, constituie factori agravanți.
- c. **Reacțiile adverse ale tratamentului** cu corticosteroizi, imunosupresoare, antipaludice, methotrexat, constituie factori agravanți
- d. **Sarcoidoza pulmonară stadiul IV** (fibroza pulmonară avansată) cu indicație de transplant pulmonar determină **deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100 %**.

FUNCȚIA RESPIRATORIE – afectări variabile în funcție de localizarea și severitatea infecției bacilare, funcțiile toleranței la efort.

FUNCȚIA SISTEMULUI IMUNITAR – răspunsul imun non-specific Funcția de menținere a greutatei corporale adecvate (eventual)

TUBERCULOZA PULMONARĂ, Cod CIM X B90

Evaluarea clinică și funcțională în vederea stabilirii deficienței funcționale se efectuează, atunci când este necesar, *după finalizarea unei cure complete de tratament* conform strategiei DOTS din cadrul Programului Național de Control al Tuberculozei. Pe durata tratamentului persoanele asigurate beneficiază de concediu medical, conform legii.

În cazurile de eșec terapeutic, cazuri cronice, recidive precoce (la mai puțin de un an de la vindecare), tuberculoza multidrog rezistentă și în cazuri de complicații cronice severe (fistule pleuro-bronșice, empiem tuberculos rezidual) se consideră **deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89 %**.



Formele cronice severe însoțite de cașexie, insuficiență respiratorie cronică manifestă, insuficiență cardiacă ireductibilă prezintă *deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100 %*.

AFECTIUNI SEHELARE RESPIRATORII POSTTUBERCULOASE

În acest grup sunt cuprinse formele de tuberculoză pulmonară vindecate cu sechele importante;

Forme clinice mai frecvente: bronșita cronică, bronșiectazii, insuficiență respiratorie cronică cu acutizări repetate, fibrotorax, pahipleurite calcare extinse, emfizem cicatriceal.

Aprecierea deficienței funcționale și a incapacității adaptative se bazează pe: severitatea disfuncției ventilatorii măsurată prin spirometrie, severitatea alterării schimburilor gazoase pulmonare, scăderea toleranței la efort estimată prin teste specifice, conform criteriilor generale.

TUBERCULOZA PULMONARĂ OPERATĂ

În stabilirea deficienței funcționale și a incapacității adaptative se va ține seama de severitatea afectării funcțiilor respiratorii, conform criteriilor generale, de sechelele intervenției chirurgicale

- cicatrici parietale, toracoplastie, lobectomie, pneumectomie și de starea plămânului restant.

SUPURAȚII BRONHOPULMONARE CRONICE, Cod CIM X, J85-J86

Supurațiile bronhopulmonare cronice constituie un grup eterogen de afecțiuni caracterizate prin infecție recurentă sau persistentă de tip supurativ, care se manifestă clinic prin: **bronhoree purulentă** recurentă sau persistentă, eventual fetidă sau hemoptoică (în fazele acute depășind 50 ml/24 h), dispnee de efort/repauș, semne generalizate de infecție.

Se includ în acest grup: **supurații bronșice** (bronșite cronice purulente, bronșiectazii supurate) și **supurații pulmonare** (abcese, supurații pulmonare difuze, pioscleroza pulmonară);

Deficiența funcțională se apreciază pe baza criteriilor clinice și funcționale generale

PLEUREZII PURULENTE

Sunt afecțiuni determinate de acumularea de lichid purulent în cavitatea pleurală.

Pun problema aprecierii deficienței funcționale în cazurile în care, fie determină sechele importante (pahipleurită, calcificări pleurale) fie au necesitat tratament chirurgical (decorticare, exereză pulmonară, toracoplastie);

Sunt evaluate conform criteriilor generale de evaluare a funcțiilor respiratorii.

FUNCȚIA RESPIRATORIE - legată de limitarea fluxului de aer la nivelul căilor aeriene, schimbul de gaze respiratorii între plămân și sânge, funcțiile toleranței la efort

Funcțiile atenției, funcțiile memoriei, funcțiile somnului

SINDROMUL DE APNEE OBSTRUCTIVĂ DE SOMN, Cod CIM X J44

Sindromul de apnee obstructivă de somn, înainte de tratament și în absența complicațiilor, poate beneficia de concediu medical conform legii, timp în care vor fi aplicate metodele terapeutice adecvate (tratament chirurgical, tratament specific CPAP/BIPAP).

Postterapeutic deficiența funcțională și incapacitatea adaptativă se evaluează în funcție de răspunsul la terapia specifică, severitatea fenomenelor reziduale, prezența complicațiilor și a asocierilor morbide.

Evaluarea complexă cuprinde:

- Examen pneumologic - aprecierea severității fenomenelor reziduale (indicele apnee-hipopnee rezidual IA/H), somnolența diurnă, complicațiile respiratorii;
- Test de efort - estimarea capacității de efort, răspunsul hemodinamic, stabilirea prognosticului;
- Examen psihologic – evidențierea tulburărilor cognitive, de atenție/concentrare;
- Examen psihiatric (eventual);
- Alte investigații în funcție de prezența complicațiilor și/sau a afecțiunilor asociate;

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Clinic și funcțional: răspuns terapeutic bun, indice apnee-hipopnee (IA/H) rezidual ≤ 10 , deficit minor de atenție/concentrare, fără somnolență diurnă, disfuncție ventilatorie ușoară/moderată (VEMS 80-60% din prezis), reducere ușoară a capacității de efort.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Clinic și funcțional: răspuns terapeutic satisfăcător, IA/H rezidual 11-20, deficit moderat de atenție/concentrare, somnolență diurnă, disfuncție ventilatorie moderată/severă (VEMS 59-40% din prezis), reducere moderată a capacității de efort, răspuns hemodinamic inadecvat la efort.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Clinic și funcțional: răspuns terapeutic slab, non-complianță la tratamentul specific, IA/H rezidual >20 , deficit sever de atenție/concentrare, somnolență diurnă, disfuncție ventilatorie severă (VEMS $< 40\%$ din prezis), reducere accentuată a capacității de efort, răspuns hemodinamic inadecvat la efort. Asociere cu **sindrom obezitate/hipoventilație** (IMC > 40 kg / m², hipoxemie și hipercapnie diurnă fără alte cauze).

În prezența complicațiilor/afecțiunilor asociate (HTA, infarct miocardic, AVC, diabet zaharat, BPOC, insuficiență respiratorie, tulburări psihice) cazul se evaluează conform criteriilor pentru afecțiunile respective considerând SASO ca factor agravant



STENOZELE TRAHEALE FIXE TRAHEOTOMIA PERMANENTĂ

Deficiența funcțională se apreciază conform criteriilor generale de evaluare a funcțiilor respiratorii luând în considerare contextul clinic.

TRANSPLANTUL PULMONAR

Aprecierea deficienței funcționale se bazează pe elemente clinice și funcționale determinate de: severitatea afectării funcției respiratorii, evaluată prin teste specifice, evoluția post-operatorie, prezența complicațiilor cauzate de boala de fond, intervenția operatorie sau imunosupresia cronică.

Pacienții cu evoluție post-operatorie favorabilă cu funcție hemodinamică și respiratorie adecvată posttransplant se consideră că prezintă *deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89 %*

Evoluția postoperatorie nefavorabilă cu restabilire inadecvată a parametrilor hemodinamici și respiratori și/sau prezența complicațiilor (infecții, respingerea grefei, edem pulmonar, complicații determinate de imunosupresia cronică), depresia reactivă determină *deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100 %*

AFECȚIUNI TUMORALE TUMORI BENIGNE

Deficiența funcțională se stabilește în funcție de severitatea afectării clinice și funcționale, conform criteriilor generale menționate la începutul capitolului.

CANCERUL BRONHO- PULMONAR, Cod CIM X C34

Deficiența funcțională se stabilește în funcție de severitatea afectării clinice și funcționale, conform criteriilor generale de la capitolul *Afecțiuni neoplazice*.

Capitolul 5

FUNCȚIALE SISTEMELOR DIGESTIV, METABOLIC ȘI ENDOCRIN



5.1. FUNCȚIILE SISTEMULUI DIGESTIV

Elemente funcționale care definesc funcția digestivă

Evaluarea deficienței funcționale, incapacității adaptative și a capacității de muncă în afecțiunile digestive se bazează pe:

- prezența și intensitatea simptomelor
- starea generală și de nutriție
- severitatea anemiei
- evoluția, prognosticul bolii, nivelul terapeutic, răspunsul la tratament
- impactul funcțional al bolii

Elemente clinice-simptome, semne obiective – specifice fiecărei patologii. Elemente funcționale- investigații:

- investigații radio-imagistice, tranzit baritat esofagian, gastric, intestinal, ultrasonografie, echoendoscopie, CT, RMN etc;
- investigații endoscopice specifice segmentelor de tub digestiv afectate – endoscopie digestivă superioară /inferioară, videocapsula endoscopică, echoendoscopie;
- investigații specifice chirurgiei generale prin laparoscopie, injectare de substanțe de contrast etc;
- examen histopatologic a diverselor fragmente de țesut prelevat fie prin abord chirurgical, endoscopic sau puncție de organ;
- examene de laborator biochimice și hematologice de uz curent și în sd. de malabsorbție, în laboratoare cu dotări speciale;
- teste imunologice;
- markeri virali și oncologici.

Pentru aprecierea stării de nutriție se va utiliza grila de stabilire a indicelui de masă corporală (IMC) - în funcție de parametrii antropomorfici.

IMC – se măsoară în numărul de kilograme pe metrul pătrat de suprafață corporală. Astfel, se consideră următoarele intervale:

- normal 18 - 24,9 kg/m²
- supraponderal 25 - 29,9 kg/m²
- obezitate > 30 kg/m²
- deficit ponderal ușor – 17 - 18 kg/m²
- deficit ponderal mediu - 15 – 16,9 kg/m²
- deficit ponderal sever < 15 kg/m²

Severitatea anemiei se stabilește astfel:

Valori normale:

- B: 13- 17 g/dl (anemie < 12 g/dl)
- F: 12-15g/dl (anemie < 11 g/dl)

	Hemoglobină (g/dl)	Hematocrit %
Anemie ușoară	(>10)-12	30-40
Anemie medie	7-10	21-30
Anemie severă	< 7	< 21

Funcția gastro-intestinală - legată de ingestie, peristaltism, modul de acționare al enzimelor în stomac și intestin, absorbția elementelor nutritive, toleranța la alimente.

BOLILE ESOFAGULUI Cod CIM K20-K23

a. Afecțiuni motorii ale esofagului:

- primare (acalazia) și
- secundare (boli neurologice – AVC, boala Parkinson; boli musculare polimiozita, dermatomiozita, sarcoidoza, miastenia gravis; compresii extrinseci, etc)

b. Boala de reflux gastro-esofagian

c. Hernia gastrică transhiatală

d. Diverticuli esofagieni

e. Stenoze esofagiene post-caustice

f. Tumori esofagiene:

- benigne – papilom, adenom, leiomiom, fibrom, lipom, chiste
- maligne – carcinom scuamos; adenocarcinom; melanocarcinom; carcinom cu celule mici; sarcom; carcinosarcom.

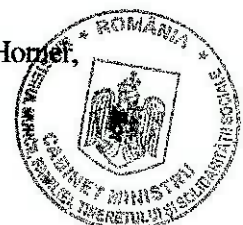
Tratamentul tumorilor esofagiene este chirurgical, iar uneori se asociază și tratament oncologic.

Procedurile de reconstrucție după esofagectomie terapeutică, care se aplică atât în cazul tumorilor cât și al stenozelor esofagiene post-caustice, sunt:

Esofagogastrostomie	<ul style="list-style-type: none"> - by-pass gastric substernal - by-pass gastric inversat - by-pass gastric intratoracic - tub gastric izoperistaltic
Interpoziție colonică	<ul style="list-style-type: none"> - stânga (antiperistaltică) - dreapta (esoperistaltică) - transvers
Interpoziție jejunală	

Diagnostic clinic:

- disfagie, odinofagie
- dureri presternale inferioare
- regurgitații
- pirozis
- secundare compresiei de vecinătate: voce bitonală, sindrom Horner, sindrom de venă cavă superioară



Diagnosticul paraclinic se precizează prin: ex. radiologic baritat, endoscopie, biopsie din mucoasa esofagiană, CT.

Diagnosticul funcțional se precizează în funcție de intensitatea și frecvența simptomatologiei, imaginea radiologică, dg. endoscopic, deficitul ponderal, complicații.

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%

Semne funcționale/clinice:

- a) simptomatologie de intensitate mică
- b) episoade rare
- c) fără deficit ponderal

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale/clinice:

- a) simptomatologie de intensitate mică
- b) episoade frecvente
- c) deficit ponderal ușor

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale/clinice:

- a) simptomatologie de intensitate medie
- b) complicații: esofagită, hemoragii medii, complicații bronhopulmonare;
- c) deficit ponderal mediu și anemie medie (Hb 7-10g/dl)

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale/clinice:

- a. simptomatologie permanentă
- b. complicații: ulcer esofagian, hemoragii digestive importante, stenoză peptică
- c. denutriție accentuată, anemie(Hb <7g/dl);

Tumorile maligne vor fi încadrate conform criteriilor de la capitolul *Afecțiuni neoplazice*.

II. BOLILE STOMACULUI ȘI DUODENULUI Cod CIM K25- K31

ULCERUL GASTRIC ȘI DUODENAL

Se caracterizează prin durere epigastrică cu ritmicitate și periodicitate caracteristice.

Este diagnosticat radiologic și endoscopic. Prezența infecției cu *Helicobacter Pylori* P. poate fi depistată endoscopic sau prin teste biologice și beneficiază de tratament specific.

În perioadele dureroase, când sunt necesare atât repausul fizic cât și tratamentul medicamentos, pacientul beneficiază de I.T.M.

Lipsa răspunsului terapeutic, apariția complicațiilor (HDS, stenoza pilorică, denutriția), recomandă pacientul pentru intervenție chirurgicală.

TUMORILE GASTRICE

Benigne: adenom, leiomiom, lipom, fibrom, neurofibrom, hemangiom. Diagnosticate endoscopic, radiologic și prin biopsie, beneficiază de cură chirurgicală.

Capacitatea de muncă se va aprecia în funcție de rezultatele terapeutice, stare de nutriție și complicații, conform criteriilor cuprinse în capitolul "Suferințele stomacului operat".

Maligne: - adenocarcinom, limfom, carcinoid, sarcom

Diagnosticate prin endoscopie, ex. radiologic, biopsie, markeri tumorali în dinamică (ACE) - pot beneficia de cură chirurgicală și tratament oncologic.

Cancerul gastric va fi încadrat conform criteriilor de la capitolul *Afecțiuni neoplazice*.

STOMACUL OPERAT

Suferințele stomacului operat instalate:

- **precoce**, în primele 4 săptămâni post-operator (hemoragia postoperatorie; dilacerarea zonei de sutura la nivelul anastomozei; suferința țesuturilor și organelor adiacente; întârzierea evacuării gastrice-insuficiența evacuatorie și obstrucția gastrică) beneficiază de tratament în serviciul de chirurgie în timpul I.T.M.
- **tardive**, instalate după 6-8 săptămâni de la intervenția chirurgicală:
 - **Funcționale:** sindromul dumping precoce, sindromul dumping tardiv, sindromul de ansă aferentă, sindromul de ansă oarbă, diareea postvagotomie, atonia gastrică (gastropareza),
 - **Organice:** ulcerul recurent (peptic) postoperator, gastrita de reflux alcalin, adenocarcinomul bontului gastric
 - **Metabolice carentiale** după rezecția gastrică tip Billroth II, beneficiază de concediu medical conform legii.

Diagnosticul paraclinic utilizează: investigații biologice – hemograma, sideremie, calcemie, fosfataza alcalina, timp de coagulare, dozarea de vit. B12 și acid folic serice, proteine totale serice, albumine serice; radiografie abdominală pe gol; examen radiologic baritat; endoscopie.

Diagnosticul funcțional se precizează în funcție de:



- intensitatea și frecvența simptomatologiei;
- date imagistice (radiologic, endoscopic);
- deficitul ponderal;
- severitatea anemiei.

Scala Visick de evaluare a pacienților cu afecțiuni gastro-intestinale:

- I. nici un simptom digestiv;
- II. simptome sporadice sau minore controlate prin dietă;
- III. simptome moderate, cu disconfort ușor, necesită tratament;
- IV. simptome severe, suferința interferând cu activitatea zilnică, frecvent necesită intervenție chirurgicală.

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%

Stomac operat (fără rezecție de organ)

Semne funcționale / clinice:

- a) fără simptomatologie postoperatorie (Grad I Scala Visick)
- b) fără deficit ponderal
- c) fără anemie

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Stomac operat (fără rezecție de organ sau cu rezecție gastrică)

Semne funcționale / clinice:

- a) cu simptomatologie minimă (Grad II Scala Visick)
- b) deficit ponderal ușor
- c) anemie ușoară (Hb >10-12 g/dL)

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Stomac operat (fără rezecție de organ sau cu rezecție gastrică)

Semne funcționale / clinice:

- a) cu simptomatologie moderată (Grad III Scala Visick)
- b) deficit ponderal mediu
- c) anemie moderată (Hb 7-10g/dl)

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Stomacul operat: cuprinde rezecțiile gastrice de tipul:

- antrectomie
- hemigastrectomie
- gastrectomie subtotală

Semne funcționale / clinice:

- a. simptomatologie severă (Grad IV Scala Visick)
- b. deficit ponderal accentuat
- c. anemie severă (Hb <7gdl)

BOLILE PANCREASULUI Cod CIM K86

Intră în discuție pancreatitele cronice forme severe, evolutive, cancerul pancreatic, precum și rezecțiile pancreatice (duodenopancreatectomia cefalică, pancreatectomii subtotale) pentru neoplazii sau alte cauze, cu insuficiență pancreatică gravă.

Clinic: diaree, steatoree, scădere ponderală, disconfort abdominal, dureri abdominale de intensitate variabilă;

- pot apare semne clinice ale malabsorbției de vitamine liposolubile A, D, E, K sau ale vitaminei B12.

Diagnosticul pozitiv al insuficienței pancreatice cronice exocrine Biologic:

- testul la secretină - „gold standard” dar dificil, invaziv, accesibilitate limitată
- elastaza I fecală:
 - < 100 mcg/g → insuficiență severă;
 - > 200 mcg/g → normal;
 - 100-200 mcg/g → sugestiv pentru insuficiența pancreatică, dacă există și alte criterii;
- stimulare secretina la MRCP - pentru forme de PC ușoară
- determinarea grăsimilor fecale > 7 g/24h
- tripsinogenul seric < 10 ng/ml

Diagnosticul pozitiv al insuficienței pancreatice endocrine Biologic: TTGO, glicemie

Teste speciale:

- Imagistic – ultrasonografie, CT, RMN, ERCP, ecoendoscopie (EUS);
 - anomalii ductale – calcificări, dilatații, stenoze;
 - anomalii parenchim – calcificări, pseudochisturi;
 - complicații – stenoze duoden, stenoze CBP, pseudoanevrisme, tromboze;
 - utile în suspiciunea de neoplazie – inclusiv puncția cu ac fin FNB;
 - tumori.
- Histologic – din biopsii sub ghidaj ecografic/CT/chirurgical: distrucția acinilor, dilatarea ductelor, fibroza, infiltrate inflamatorii / aspect neoplazic.
- Markerii tumorali în cancerul pancreatic: CA 19-9, ACE

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Pancreatită cronică forme ușoare și moderate

Semne funcționale/clinice: Absența diareei, diabetului, durere controlabilă, fără scădere ponderală

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Pancreatită cronică forme moderate și severe

Semne funcționale/clinice: sindrom diareic moderat, scădere ponderală cel puțin moderată, cu durere controlabilă



Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Pancreatită cronică forme severe

Semne funcționale/clinice: cazuri în care funcția exo și endocrină este sever afectată (diaree și denutriție severă), dureri persistente, rezistente la tratamentul medicamentos; pacienți cu rezecții pancreatice, cu diaree controlabilă

Cancerul pancreatic va fi încadrat conform criteriilor de la capitolul *Afecțiuni neoplazice*.

BOLILE INTESTINULUI Cod CIM K55-K63

Enteropatia glutemică (Boala celiacă a adultului) Criterii de diagnostic (clinice și paraclinice):

- a. diaree cronică cu steatoree macroscopică;
- b. răspuns favorabil la regimul fără gluten;
- c. teste biologice anormale, secundare malabsorbției globale (hiposideremie, hipofolatemie, hipocalcemie, hipopotasemie, hipomagnezemie);
- d. manifestări clinice secundare malabsorbției globale (astenie fizică, fatigabilitate, pierdere ponderală, parestezii, manifestări hemoragice, etc);
- e. biopsie jejunală cu leziuni morfologice caracteristice – „gold standard” : atrofie vilozitară subtotală/totală, hiperplazia criptelor glandulare, infiltratul inflamator cronic din lamina propria
- f. Teste complementare:
 - imunologice: anticorpi anti-gliadină, anti-endomissium, anti-reticulină
 - videocapsula endoscopică

Pentru diagnostic este necesară evidențierea aspectului morfologic caracteristic la biopsia jejunală și răspunsul favorabil la regimul fără gluten.

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%

Semne funcționale/clinice:

Forme asimptomatice: bolnavi care au leziuni de atrofie vilozitară dar care nu prezintă simptomatologie clinică, nu au tulburări de nutriție

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale/clinice:

Forme în care există leziuni de atrofie vilozitară la biopsia jejunală dar simptomatologia este ușoară, testele biologice sunt ușor modificate, deficitul ponderal este ușor

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale/clinice:

Forme clinice evidente, cu manifestări clinice digestive și extra digestive, asociate cu leziuni de atrofie vilozitară la biopsia jejunală

Forme monosimptomatice, specifice malabsorbției selective: tulburări hemoragice

sau leziuni scheletice, etc

Simptomatologia este moderată, testele biologice sunt anormale, secundar malabsorbției globale, deficitul ponderal este mediu.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale/clinice:

Forme clinice evidente, cu manifestări clinice digestive și extradigestive, refractare la tratament
Forme complicate: jejuno-ileită ulcerativă sau sprue refractar

Forme asociate cu afecțiuni auto-imune: diabet zaharat tip I, afecțiuni tiroidiene auto-imune, etc

Simptomatologia este de intensitate mare, testele biologice sunt anormale, deficitul ponderal este sever.

Complicațiile maligne vor fi încadrate conform criteriilor de la capitolul *Afecțiuni neoplazice*.

BOALA CROHN (Enterita regională) Cod CIM K50

Boala Crohn (BC) reprezintă o afecțiune cronică cu etiologie necunoscută și patogeneză incomplet elucidată, în care procesul inflamator interesează transmural oricare segment al tubului digestiv, în asociere cu variate complicații intestinale și manifestări extraintestinale.

Metodele majore de diagnostic sunt:

1. examen radiologic cu dublu contrast
2. endoscopia digestivă
3. Alte metode: videocapsula endoscopică, CT, enterografie CT, enterografie RMN

Diagnosticul pozitiv – diagnosticul complet al BC trebuie să cuprindă: localizarea, severitatea puseului inflamator, forma clinico-evolutivă, tipul de complicație.

Pentru aprecierea severității inflamației intestinale se utilizează, de regulă, scoruri semicantitative, cel mai cunoscut este **Crohn's Disease Activity Index (CDAI)**, ce cuantifică 8 variabile – nr. de scaune lichidiene sau moi, durerea abdominală, starea generală, numărul complicațiilor (artrite, uveite, eritem nodos sau stomatită aftoasă, fisuri, fistule sau abcese anale, febră), utilizarea opiaceelor antidiareice, prezența masei abdominale, hematocritul, procentul deviației greutății corporale față de standard.

- CDAI sub 150 → remisiunea bolii;
- CDAI între 200 - 450 → activitate moderată a bolii;
- CDAI peste 450 → boală cu activitate severă.

În practică, se utilizează **Clasificarea clinică a American College of Gastroenterology**:

1) **Forme ușoare-moderate**: cel mult 4 scaune/zi, durere abdominală minimă sau absentă, fără mase abdominale palpabile, fără semne de iritație peritoneală sau obstrucție intestinală, fără febră, fără semne de deshidratare și toxicitate sistemică, fără complicații, fără anemie, greutate normală sau scădere ponderală < 10% din greutatea



inițială, pacienți cu toleranță alimentară bună, care pot fi tratați cu succes în regim ambulatoriu.

2) **Forme moderat-severe:** 4-6 scaune/zi, dureri abdominale de intensitate moderată, greață, vărsături, febră, complicații, scădere ponderală > 10% din greutatea inițială, anemie sau pacienți cu forme ușoare care nu au răspuns la terapia corespunzătoare.

3) **Formele severe-fulminante:** peste 6 scaune/zi, dureri abdominale severe, mase abdominale palpabile, anemie, scădere ponderală > 10% din greutatea inițială, pacienți cu manifestări persistente sub tratament cu corticosteroizi, sau cei cu simptome severe ca: deshidratare, febră, frison, tahicardie, semne de iritație peritoneală sau obstrucție intestinală, cașexie, sepsis.

4) **Remisiunea:** pacienții asimptomatici sau fără sechele inflamatorii în urma intervențiilor medicamentoase sau rezecțiilor chirurgicale.

Diagnosticul paraclinic – utilizează în principal examen radiologic cu dublu contrast și endoscopie digestivă.

Diagnosticul funcțional – se stabilește în funcție de intensitatea simptomatologiei, a anemiei, deficitul ponderal, evoluție, complicații, răspunsul la tratament

Deficientă funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale/clinice:

- 1) BC în remisiune
- 2) BC forme ușoare-moderate

Deficientă funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale/clinice:

- 1) BC forme moderat-severe, cu deficit ponderal mediu, anemie (Hb 7-10g/dl), răspuns parțial la tratament

Deficientă funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale/clinice:

- BC forme severe-fulminante, cu sindrom de malabsorbție, anemie (Hb < 7g/dl), deficit ponderal sever (IMC < 15kg/m²)
- BC cu complicații:
 - enterale (abcese, fistule, stenoze)
 - sistemice (oculare, cutanate, articulare, hepatice, reno-urinare)
- BC care a necesitat tratament chirurgical (rezecții intestinale, ileostomie).

COLITA ULCERATIVĂ (RECTOCOLITA ULCERO-HEMORAGICĂ) Cod CIM K51

Rectocolita ulcero-hemoragică (RCUH) reprezintă o afecțiune inflamatorie cronică idiopatică, ce interesează exclusiv colonul, limitată la mucoasă, grevată de numeroase complicații intestinale și extraintestinale.

Metodele majore de diagnostic sunt:

- examen radiologic cu dublu contrast
- endoscopia digestivă
- Alte metode: videocapsula endoscopică, CT, enterografie CT, enterografie RMN

Diagnosticul pozitiv – diagnosticul clinic complet trebuie să cuprindă – forma clinică evolutivă, severitatea puseului de activitate, extensia bolii, complicațiile asociate.

Clasificarea puseelor de activitate clinică conform clasificării Truelove și Witts Remisiune – scaune formate, fără produse patologice (în afara tratamentului cortizonic)

Forma ușoară

Paucisimptomatică: diaree blândă (< 4 scaune/zi, în cantitate mică, cu câteva glere și sânge inconstant), stare generală bună, fără sindrom toxiinfecțios (febră, tahicardie).

Tușeul rectal - nesemnificativ.

Fără sau anemie ușoară (Hb > 10-12 g/dl), VSH normal sau < 30ml/1h Imagine radiologică necaracteristică.

Endoscopia indică modificări minime, localizate la o porțiune a rectului sau sigmoidului terminal: (mucoasă congestionată, strălucitoare, ușor edemațiată, fragilă, ușor sângerândă).

Forma moderată

Criterii intermediare între forma ușoară și severă:

Diaree (4 – 6 scaune/zi, păstoase, glero-sanguinolente, uneori emisiuni afecale și tenesme rectale), subfebrilitate, inapetentă, grețuri, dureri abdominale și rectale, astenie discretă, stare generală bună (alteori manifestări generale mai severe: febră mare, stare toxică, anemie severă).

Tușeul rectal indică o creștere a tonusului sfincterului anal, iar pe vârful degetului se recoltează sânge, mucus și eventual puroi, anemie

Radiologic – tablou complet de RCUH formă ulcero-proliferativă.

Endoscopia – congestia mucoasei, edem accentuat și ulceratii acoperite de membrane pultacee și polipi inflamatorii, secreții muco-sanguino-purulente. Se pot ivi și complicații.

Forma severă

Diaree severă (> 6 scaune/zi cu sânge în amestec), putând merge până la diaree profuză (30-40 scaune/zi, diaree afecală alcătuită din glere, puroi și sânge cu importantă deperdiție hidroelectrolitică și proteică consecutivă).

Febră > 37,5°, minim 2 din 4 zile; tahicardie sinusală > 90b/min., abdomen meteorizat, sensibil, sindrom toxiinfecțios (stare generală profund alterată, stare de prostație, astenie, febră mare, tahicardie, edeme declive), anemie (Hb ≤ 10 g/dl), hiperleucocitoză cu neutrofilie și deviere la stânga a formulei leucocitare, VSH > 30mm/h.

Radiologic – distensia colonului (irigografia este periculoasă din cauza fragilității peretelui intestinal).



Forma fulminantă

Diaree severă > 10 scaune/zi, cu sânge în amestec, febră > 37.5°C, tahicardie > 90b/min, scăderea hemoglobinei cu > 75% față de normal, VSH > 30 mm/h, pacienți care au necesitat transfuzii de sânge

Diagnosticul paraclinic utilizează în principal examen radiologic cu dublu contrast și endoscopie digestivă.

Diagnosticul funcțional – se stabilește în funcție de intensitatea simptomatologiei, anemie, deficit ponderal, evoluție, complicații, răspunsul la tratament.

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%**Semne funcționale / clinice:**

RCUH în remisiune sau formă regresivă, bolnavi cu un singur puseu de activitate în antecedente, de intensitate ușoară sau medie, cu răspuns prompt la tratamentul aplicat și urmat de o perioadă de remisiune completă și durabilă de cel puțin 1 an.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%**Semne funcționale / clinice:**

RCUH forma ușoară

RCUH formă recurentă, cu pusee rare (1-2/an), de intensitate ușoară sau medie, cu remisiune completă în perioada intercritică.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%**Semne funcționale/clinice:**

RCUH formă medie

RCUH formă recurentă, cu pusee rare (1-2/an), de intensitate medie sau severă (atestată prin documente medicale) sub tratament adecvat, cu deficit ponderal mediu și anemie (Hb = 7-10g/dl)

RCUH formă cronică cu evoluție continuă sub tratament adecvat, cu sindrom diareic și dureros moderat, deficit ponderal mediu și anemie moderată (Hb=7-10 g/dl)

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%**Semne funcționale / clinice:**

- RCUH formă severă și fulminantă
- RCUH formă recurentă cu episoade acute frecvente (peste 2/an), de intensitate severă, care au necesitat internare într-o secție de reanimare, cu perioada de remisiune cu durată mai mică de 6 luni, incompletă
- RCUH cu complicații sistemice
- RCUH în primele 6-12 luni după o intervenție chirurgicală de amploare (colectomie totală cu anatomoză ileo-cecală sau ileo-anală)
- RCUH cronică cu agravare progresivă, fără remisiuni

- RCUH cu ileostomie sau sigmoidostomie definitivă

REZECȚII INTESTINALE POST-TRAUMATISME ABDOMINALE, PENTRU TUMORI BENIGNE, MALIGNE ȘI ALTE CAUZE Cod CIM K63

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale / clinice:

Rezecție de intestin subțire cu simptomatologie ușoară, anemie ușoară, deficit ponderal ușor.

Rezecții colo-rectale pentru afecțiuni benigne cu continuitatea tranzitului (anastomoze) cu evoluție clinico-biologică favorabilă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale/clinice:

Rezecții intestin subțire – sindrom intestin scurt, cu dureri abdominale, diaree sau/și fenomene subocluzive datorită perivisceritei, malabsorbție cu denutriție medie (deficit ponderal mediu).

Rezecții colo-rectale pentru afecțiuni benigne cu stome permanente evoluție clinico-biologică favorabilă.

Rezecții colo-rectale pentru afecțiuni maligne cu stome permanente, evoluție clinico-biologică favorabilă (remisiuni de durată).

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale/clinice:

Rezecție de intestin subțire cu dereglări severe: malabsorbție, deficit ponderal sever, anemie severă (Hb<7g/dl) manifestări ameliorate parțial la tratament.

Pacienți cu fistule pararectale, fistule anorectale, cu incontinență de materii fecale, stare septică, denutriție progresivă, amendate sau ameliorate după tratamentul chirurgical.

Rezecții de colon pentru tumori maligne, cu stome permanente asociate cu deficiențe ale organelor interesate sau infecții recurente.

Rezecții de colon pentru afecțiuni benigne cu stome permanente asociate cu infecții recurente, starea clinică afectată.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale/clinice:

Rezecții de colon pentru tumori maligne cu stome permanente, asociate stare clinică gravă, anemie severă, stare de cașexie.

Fistule pararectale, fistule anorectale, cu incontinență de materii fecale, stare septică, denutriție progresivă.



FUNCTIA HEPATO-BILIARĂ LEGATĂ DE FUNCȚIILE DE SINTEZĂ, EXCRETIE ȘI DETOXIFIERE

HEPATITA CRONICĂ Cod CIM K73

Hepatita cronică (HC) – Sindrom clinico-patologic cu etiologii diferite, caracterizat de inflamație cronică, necroză hepato-celulară și adesea fibroză, care evoluează fără ameliorare cel puțin 6 luni.

Diagnosticul de HC este histologic.

În evaluarea deficienței funcționale a unui pacient cu HC se vor avea în vedere:

- Evidențierea simptomelor clinice și a semnelor clinice la examenul obiectiv.
- Testele biochimice (TFH – teste funcționale hepatice) - care includ:
 - dozări de aminotransferaze (AT)
 - fosfataza alcalină (FA)
 - gama-glutamil transpeptidaza (GGT)
 - bilirubinemia totală și fracțiuni
 - serinemia
 - gama-globulinemia.
- Bilanțul hematologic:
 - include o hemogramă completă și evaluarea hemostazei – indicator fidel al funcției hepatice (TP = timpul de protrombină).
- Teste speciale pentru diagnosticul etiologic:
 - teste screening pentru markerii de infecție cu virusurile B, C etc., completate în caz de pozitivitate cu teste pentru stadiul de evoluție a infecției;
 - teste pentru diagnosticul etiopatogeniei autoimune (ANA, ASMA, anti- LKM1, anti-SLA) sau speciale (anti-ASGPR, pANCA);
 - dozări de ceruloplasmină, cupremie, cuprurie (b.Wilson);
 - dozări de feritină în hemocromatoză;
 - dozări de alfa1-antitripsină în deficitul de alfa1-antitripsină;
- Diagnosticul histologic pentru evaluarea fibrozei și a activității *necro-inflamatorii*:
 - teste invazive: puncția biopsia hepatică (PBH)
 - teste alternative, non-invazive: testul Fibromax
- Alte examene:
 - ecografia abdominală
 - ecoendoscopie
 - CT, etc

Purtător cronic inactiv – AgHBs este prezent la pacient asimptomatic, cu funcție hepatică normală și absența markerilor de replicare virală (AND-VHB, anti HBC-IgM).

Factori de prognostic nefavorabil în HC: hiposerinemie, alungirea timpului de protrombină, creșterea bilirubinemiei

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%*Purtătorii cronici inactivi de virus B, C sau HC stabilizate***Semne funcționale/clinice:** Fără semne clinico-biologice de activitate la cel puțin 2 examinări pe an**Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%***HC cu semne minime/moderate de activitate clinico-biologică***Semne funcționale/clinice:** Semne minime/moderate de activitate clinico-biologică, hepato- splenomegalie ușoară.

± tratament antiviral

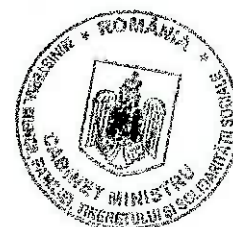
± PBH care confirmă dg. (alternativ testul Fibromax)

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%*HC cu semne moderate de activitate clinico-biologică***Semne funcționale/clinice:** Semne moderate de activitate clinico-biologică**Investigații:** Perturbarea testelor de citoliză, cifrele depășind de 3 ori valoarea normală, asociată cu creșterea gamaglobulinelor ± eventual confirmate de PBH (alternativ testul Fibromax), hepato-splenomegalie, modificări hematologice.**Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%***HC cu evoluție severă***Semne funcționale clinice:** Evoluție severă**Investigații:** teste de citoliză depășind de 5 ori valorile normale, gamaglobuline serice ce depășesc 20g/l sau > 30%, hiposerinemie, creșteri stabile ale bilirubinemiei > 2mg/dl, alungirea timpului de protrombină, confirmare prin PBH (alternativ testul Fibromax)**CIROZA HEPATICĂ Cod CIM K74****Ciroza hepatică (CH)** – boală hepatică difuză, caracterizată de asocierea fibrozei, nodulilor de regenerare și a necrozei hepatocitare cu alterarea arhitecturii hepatice.

Evaluarea gradului de activitate a CH aparține morfopatologului.

CH inactivă (staționară) – când nu există infiltrat inflamator în țesutul conjunctiv, iar la periferia insulelor de parenchim hepatic placa celulară limitantă este complet refăcută și intactă.**CH activă** – când în țesutul conjunctiv există infiltrat inflamator limfo-plasmocitar iar placa limitantă celulară de la periferia insulelor de parenchim hepatic este străpunsă de fronturi conjunctivo-inflamatorii care înaintază progresiv, necrozând hepatocitele.

Din punct de vedere evolutiv, cirozele hepatice pot fi compensate sau decompensate.

În **CH compensate**, pacienții sunt frecvent asimptomatici, iar biologic există modificări minime ale transaminazelor serice.În **CH decompensate**, apar:

- *insuficiența hepato-celulară* cu consecințe:
 - icter (hiperbilirubinemie)
 - alterarea coagulării (creșterea timpului de protrombină)
 - hipoalbuminemia
- *hipertensiunea portală*, ce determină:
 - varice esofagiene
 - ascita
 - peritonita bacteriană spontană
 - sindromul hepato-renal
 - encefalopatia hepatică
 - sindromul hepato-pulmonar, CH complicată cu **hepatocarcinom**:
- Markerii tumorali specifici: α -fetoproteina > 10 ng/ml (specificitate crescută la valori ridicate > 400 ng/ml, rol în dinamică)
- Explorări imagistice cu aspect caracteristic (ecografic, CT, RMN)
- Puncția biopsie hepatică pentru diagnostic de certitudine

Clasificarea Child-Pugh

Parametri	Punctaj		
	1	2	3
Ascita	absentă	ușoară/controlabilă	moderată/refractară
Encefalopatia portală	absentă	gradul I-II	gradul III-IV
Albumina serică (g%)	>3,5	3-3,5	<3
Bilirubina serică (mg%)	<2	2-3	>3
Indice de protrombină (%)	>50	40-50	<40

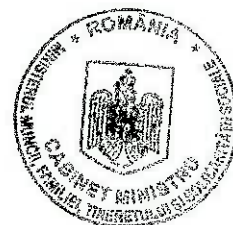
Clasele A= 5-6 puncte, B=7-9 puncte, C=10-15 puncte

Factori de prognostic nefavorabil în CH:

- ficatul mic
- vârsta înaintată
- icterul
- hipotensiunea arterială persistentă (valori sub 100 mmHg pentru sistolică)
- hemoragia
- albuminemia sub 2,5 g/l
- echimoze spontane
- timp de protrombină prelungit
- ascită greu/deloc controlabilă terapeutic
- encefalopatie cu evoluție spre comă

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%*CH compensată***Semne funcționale/clinice:** *Asimptomatică sau cu semne minime clinico-biologice.***Investigații:** Albumina serică > 3,5 g%, Bilirubina serică < 2 mg%, Indice de protrombină >50%; Clasa Child A (fără ascită, fără encefalopatie).**Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%***CH decompensată vascular și/sau parenchimos***Semne funcționale/clinice:** *Ascită* în cantitate mică, ușor controlabilă, fără encefalopatie hepatică, varice esofagiene minime, cu risc scăzut de hemoragie digestivă**Investigații:** Clasa Child A sau B**Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%***CH decompensată***Semne funcționale/clinice:** *Ascită* controlabilă, episod de peritonită bacteriană spontană, varice esofagiene cu risc de hemoragie digestivă. Encefalopatia hepatică gradul I-II, episodică, indusă de factori predispozanți identificabili**Investigații:** Clasa Child B sau C;**Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%***CH decompensată – gravă sau complicată cu adenocarcinom***Semne funcționale clinice:** episod de hemoragie acută prin ruptură de varice esofagiene, ascită greu controlabilă, semne de encefalopatie hepatică → comă**Investigații:** Clasa Child C;Adenocarcinom – diagnostic susținut de markeri tumorali specifici (α -fetoproteina), explorări imagistice (ecografic, CT, RMN), puncția biopsie hepatică**Hipertensiunea portală non-cirotică**

Definiție: creșterea presiunii portale peste 15mmHg, cu gradient porto-cav peste 5-6mmHg asociată cu varice și ascită datorată unor leziuni vasculare (obstrucție venoasă extrahepatică, fibroză portală non-cirotică, schizostomiază, fibroză hepatică congenital, Sd. Budd Chiari, etc)

Stabilirea deficienței funcționale se va axa pe documentarea complicațiilor și cuantificarea acestora: prezența ascitei, edemelor, a varicelor și a riscului de efracție al acestora, prezența hipotensiunii arteriale, a sindromului hepatorenal și hepato-pulmonar.**Funcția hepato-biliară legată de funcția de stocare, filtrare și purificare a sângelui, inactivarea substanțelor toxice, funcția metabolică, secretorie și excretorie.**

TRANSPLANTUL HEPATIC Cod CIM Z94

În aprecierea capacității de muncă la pacienții cu transplant hepatic se vor lua în considerație următoarele:

1. media supraviețuirii la 5 ani este de aprox. 60%;
2. complicațiile post operatorii;
3. rejețul cronic;
4. reacții adverse ale medicației imunosupresoare (hepatotoxicitate);
5. recurența bolii primare (hepatite cronice active autoimune, colangite sclerozante primare, colangiocarcinom, carcinom hepatocelular care recidivează după un an);
6. reinfecția grefei VHB și necesitatea retransplantului;
7. apariția hepatitei colestatice fibrozante (creșterea marcată a bilirubinei și scăderea protrombinei în discordanță cu hipertransaminazemia mică, pe fondul unei insuficiențe hepatice rapid progresive);
8. dezvoltarea unor hepatite cronice active sau fulminante;
9. stări septicemice și pancreatite (mai ales în hepatitele cu virus B).
10. recurența infecției cu virus C.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Transplant hepatic în primul an sau în prezența complicațiilor

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Dacă evoluția este favorabilă după un an de la transplant, în funcție de starea clinico-biologică și *redobândirea capacității de autoservire*.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Recuperarea stării funcționale și clinice

FUNCTIA ABDOMINALĂ - LEGATĂ DE CONȚINUTUL ORGANELOR ABDOMINALE

EVENTRAȚIILE

Eventrația reprezintă hernierea unei părți a conținutului abdominal printr-un orificiu care se creează într-o zonă slabă a unei cicatricei postoperatorii sau posttraumatice.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale/clinice:

Eventrații neoperate sau operate și recidivate, cu posibilități de reintervenție

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale/clinice:

Eventrații *voluminoase* operate iterativ, recidivate, fără posibilitate de a se

intervenii chirurgicale în prezent ± tulburări de tranzit.

Incontinența anală

Incontinența anală este o afecțiune cronică, care rezultă din incapacitatea de a se restricționa în mod eficient trecerea materialului fecal prin canalul anal. Acest lucru duce la pierderea controlului asupra mișcărilor intestinale și, în cazuri severe, la defecarea involuntară.

Incontinența anală duce la afectarea severă a calității vieții, complicații medicale infecțioase frecvente, numeroase absențe de la locul de muncă și stres psihologic pentru pacient și familia sa.

Cauze: traumatisme obstetricale, tonus muscular slăbit, chirurgia ano-rectală și colo-rectală, perineală sau pelviană sau iradierea post-pelvină, sfincterotomia internă și fistulotomia/fistulectomia peri-anală, chirurgia radicală a prostatei perineale și retropubice accidente sau alte traume ale sfincterului anal, malformații congenitale anatomice, boala inflamatorie intestinală, sindromul intestinului iritabil, boli neurologice: accident cerebrovascular, leziuni cerebrale anoxice, paralizie cerebrală, leziuni ale măduvei spinării, scleroză multiplă, neuropatie periferică, traumatisme cerebrale.

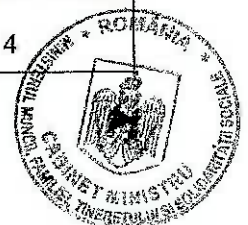
Severitate

Severitatea este apreciată prin scoruri de incontinență generate de cele mai importante elemente ale incontinenței.

Scorul de incontinență Jorge-Wexner

Acest sistem de notare asociază frecvența diferitelor prezentări de incontinență anală (Gazoasă/Lichidă/Solidă/Utilizarea tampoanelor/Modificarea stilului de viață) și însumează un scor total de 0-20 (unde 0 = continență perfectă și 20 = incontinență completă).

Tipul de incontinență	Frecvență				
	Niciodată	Rar	Uneori	De obicei	Întotdeauna
Solid	0	1	2	3	4
Lichid	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Poartă pad	0	1	2	3	4
Modificarea stilului de viață	0	1	2	3	4



Niciodată = 0; Rareori \leq 1/lună; Uneori \leq 1/săptămână, dar $>$ 1/lună; De obicei \leq 1/zi, dar $>$ 1/săptămână; Întotdeauna \geq 1/zi.

Scorul St. Mark's (Vaizey), publicat în 1999, este, de asemenea, utilizat în mod obișnuit în studii clinice și rapoarte și s-a bazat pe scorul Jorge-Wexner, dar a adăugat încă două elemente pentru evaluare: utilizarea medicamentelor constipante și prezența urgenței fecale.

Acest scor revizuit a fost validat, atât în raport cu evaluarea primară, precum și în estimările eficacității terapeutice și în evaluările pre și post-chirurgicale.

Scorul St. Mark's (Vaizey)

Tipul de incontinență	Frecvență				
	Niciodată	Rar	Uneori	De obicei	Întotdeauna
Solid	0	1	2	3	4
Lichid	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Modificarea stilului de viață	0	1	2	3	4
				Nu	Da
Necesitatea de a purta un tampon				0	2
Administrarea de medicamente constipante				0	2
Lipsa capacității de a amâna defecarea timp de 15 minute				0	4

Niciodată = nici un episod în ultimele patru săptămâni; Rareori = 1 episod în ultimele patru săptămâni;

Uneori \geq 1 episod în ultimele patru săptămâni, dar $<$ 1 pe săptămână; De obicei = 1 sau mai multe episoade pe săptămână, dar $<$ 1 pe zi; Întotdeauna = 1 sau mai multe episoade pe zi.

Se adaugă un scor din fiecare rând.

Punctajul minim este 0 = continență perfectă; punctajul maxim este 24 = total incontinent.

Deficiența funcțională, incapacitatea adaptativă, capacitatea de muncă

Disfuncțiile ano-rectale pot limita semnificativ activitățile profesionale și sociale.

Pentru stabilirea deficienței funcționale se vor lua analiza: cauza disfuncției ano-rectale, severitatea acesteia (conform scorurilor), răspunsul la tratament.

În situațiile în care incontinența ano-rectală reprezintă un simptom în cadrul unei suferințe cronice (ex. neurologice), deficiența funcțională se va stabili după criteriile patologiei principale.

Evaluarea intensității tulburărilor ano-rectale în situațiile în care acestea reprezintă sechele ale unor condiții clinice neinvalidante (post traumatice, post chirurgicale, etc) impune adoptarea scorurilor de severitate Jorge-Wexner sau Vaizey. Punctajul maxim 20 puncte, respectiv 24 puncte, implică preocuparea majoră a pacientului pentru igiena personală, reflectă afectarea statusul funcțional, și determină limitări ale activității profesionale.

Disfuncțiile ano-rectale apreciate cu 20/24 puncte vor fi corelate cu deficiența funcțională medie, incapacitate adaptativă (50-69%), respectiv capacitate de muncă diminuată.



5.2. FUNCȚIA SISTEMULUI METABOLIC

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale în afecțiunile metabolice va fi axată pe evaluarea complexă a tulburărilor metabolismului energetic al organismului, care afectează deopotrivă utilizarea glucidelor, lipidelor și proteinelor, precum și a celorlalte metabolisme.

2.2 Elemente funcționale care definesc funcția metabolică

Elemente clinice-simptome,semne obiective: caracteristice (1/3 din cazuri): sete, poliurie, scădere ponderală, simptome nespecifice în aproape toate cazurile (astenie, ameteți, prurit), simptome ale complicațiilor;

Elemente funcționale- investigații: determinări biologice și biochimice, investigații funcționale specifice diagnosticului complicațiilor (ECG, ecocardiografie, ex.oftalmologic, indice gleznă/braț (IGB), doppler vascular, ex. Neurologic

FUNCȚIA LEGATĂ DE METABOLISMUL GLUCIDELOR

Afecțiuni care pot afecta funcția

1. DIABETUL ZAHARAT TIP 1 COD CIM E10

2. DIABETUL ZAHARAT TIP 2 COD CIM E 11

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%

Forme clinice:

Diabet zaharat tip 1, echilibrat/dezechilibrat cronic(HbA1c \geq 7) necomplicat.*

Diabet zaharat tip 2, echilibrat/dezechilibrat cronic(HbA1c \geq 7) necomplicat.*

Investigații: valorivariate ale glicemiei, HbA1c normală/anormală Fără limitarea activităților.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, prevenția sau reducerea riscului cardiovascular. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

**se referă la dezechilibru metabolic cronic relevat de valoarea Hb glicozilate (estimare retrospectivă a statusului glicemic, proporțională cu nivelul mediu al glucozei sanguine în ultimele 2-3 luni)*

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Diabet zaharat tip1(DZ1) echilibrat/dezechilibrat complicat cu cel puțin o complicație de severitate ușoară

Diabet zaharat tip 2 echilibrat/dezechilibrat (HbA1c \geq 7), complicat cu cel puțin o complicație de severitate ușoară:

- retinopatie neproliferativă

- neuropatie predominant senzitivă ± fruste deficite motorii;
- boală coronariană ischemică ușoară (conform criteriilor);
- boală arterială aterosclerotică periferică: indice gleznă/brat (IGB) între $> 0,7$ și $0,9$; diferența TA între cele două brațe $> 10-15$ mmHg (stadiul: I/II A Fontaine);
- sechele ușoare ale bolii vasculare cerebrale (conform criteriilor)
- boala cronică de rinichi std. microalbuminuric G1-G2/A2 sau G3a/A1-A2
- Hipertensiune arterială (HTA) cu complicații ușoare conform criteriilor

Forme clinice: *DZ 2 echilibrat/dezechilibrat variate scheme de tratament, DZ 1 echilibrat/dezechilibrat.*

Investigații: modificări variate ale valorilor glicemice, HbA1c valori normale sau crescute, modificări ale investigațiilor adresate diagnosticului complicațiilor. (vezi "Elemente funcționale")

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară: pot efectua activități fizice cu consum energetic

< 6 METs, activitate profesională ușoară posibilă, cu excepția muncilor grele/medii (Tabel 3) în mod eficient, în condiții de siguranță (fără ture), cu adaptarea locului de muncă, care să permită pauze suplimentare pentru determinarea nivelului glucozei, insulinoterapie, mese frecvente. Profesiile care presupun risc, impun schimbarea locului de muncă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția complicațiilor, reducerea riscului cardiovascular. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Forme clinice *Diabet zaharat tip 1 (DZ 1), echilibrat/dezechilibrat (HbA1c >7), complicat cu cel puțin o complicație de severitate moderată.*

Diabet zaharat tip 2 (DZ 2) echilibrat/dezechilibrat (HbA1c >7), variate scheme de tratament, complicat cu cel puțin o complicație de severitate moderată:

- retinopatie preproliferativă
- neuropatie senzitivo-motorie cu deficit motor predominant distal;
- boală coronariană aterosclerotică (care determină deficiență funcțională medie conform criteriilor)
- cardiomiopatia diabetică, diagnosticată ecografic, cu disfuncție sistolică moderată;
- boală arterială periferică aterosclerotică: indice gleznă/brat (IGB) $< 0,69-0,4$; modificari la ecografia vasculara care stabilesc gradul stenozelor (stadiul II B Fontaine)(conform criteriilor);
- sechele ale bolii vasculare cerebrale care determină deficiență funcțională medie conform criteriilor);
- nefropatie diabetică G3b/A1/A2
- boală oculară diabetică care determină deficiență funcțională medie (conform criteriilor)
- Hipertensiune arterială (HTA) forme de severitate moderată, conform criteriilor



- Sechele AVC de severitate moderată, conform criteriilor

Investigații: modificări variate ale valorilor glicemice, HbA1c, modificări ale investigațiilor adresate diagnosticului complicațiilor: ECG, ecocardiocardiogramă, creatinină sng, RFG, albuminurie, ex oftalmologic, indice gleznă/braț,

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice cu consum energetic ≤ 6 -5METs. Activitățile profesionale ușoare/sedentare sunt posibile în mod eficient, în condiții de siguranță (fără ture), cu adaptarea locului de muncă, care să permită pauze suplimentare pentru determinarea nivelului glucozei, insulinoterapie, mese frecvente. Profesiile care presupun risc, impun schimbarea locului de muncă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forme clinice:

Diabet zaharat tip 1 echilibrat/dezechilibrat cronic, complicat cu cel puțin una din complicațiile cronice severe de mai jos;

Diabet zaharat tip2, echilibrat/dezechilibrat cronic, complicat cu cel puțin una din complicațiile cronice severe de mai jos;

Diabet zaharat cu istoric documentat de hipoglicemii severe recurente; Complicațiile cronice severe:

- retinopatie diabetică proliferativă;
- neuropatie periferică motorie (parapareză, tetrapareză);
- boală coronariană aterosclerotică, tulburări de ritm, conducere (care determină deficiență funcțională accentuată, conform criteriilor);
- cardiomiopatia diabetică cu disfuncție sistolică severă;
- disfuncție cardiacă autonomă manifestată prin: tahicardie fixă, ischemie miocardică silențioasă, tulburări de ritm, hipotensiune ortostatică;
- boală arterială periferică aterosclerotică: indice gleznă/braț (IGB) $< 0,4$ (stadiul III Fontaine) (conform criteriilor);
- nefropatia diabetică manifestată prin proteinurie și/sau rata filtrării glomerulare (RFG) ≤ 30 ml/minut, BCR std. G4/A1/A2/A3
- piciorul diabetic cu ulcere trofice;
- sechele severe ale bolii vasculare cerebrale (conform criteriilor);
- boală oculară diabetică care determină deficiență funcțională accentuată (conform criteriilor)
- amputației unilaterale de gambă

Investigații: modificări variate ale valorilor glicemice, HbA1c, investigațiilor urinare, modificări ale investigațiilor adresate diagnosticului complicațiilor: ECG, ecocardiogramă, IGB, creatinină sng, eRFG, albuminurie, ex oftalmologic. (vezi "Elemente funcționale")

Limitarea moderată/severă a activităților, pot fi efectuate activități fizice cu consum energetic < 3 -4METs, în general pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, de siguranță - risc de afectare a angajatorului și a publicului; este păstrată

parțial capacitatea de autoservire.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Forme clinice

Diabet zaharat tip1, Diabet zaharat tip2, asociate cu cel puțin o complicație cronică gravă:

- boală coronariană aterosclerotică, cardiomiopatie diabetică cu insuficiență cardiacă și disfuncție sistolică severă (fracție de ejeție FE < 30%);
- boală arterială periferică stadiul IV Fontaine (conform criteriilor);
- insuficiență renală cronică terminală, proteinurie variabilă, RFG < 15 ml/min, BCR G5, eventual dializă;
- sechele grave ale bolii vasculare cerebrale (conform criteriilor);
- dezlipire de retină cu pierderea completă și definitivă a vederii;
- alte entități clinice oftalmologice (boala oculară diabetică) ce determină deficiență vizuală gravă (conform criteriilor)
- amputația de membre (se va aprecia conform criteriilor de la amputații).

Investigații: glicemie, ECG, IGB, ecocardiografie, examen fund de ochi (FO), creatinină sangvină, RFG (vezi "Elemente funcționale")

Limitarea severă/completă a activităților: nu pot efectua activități cotidiene de autoservire. Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± de îngrijire personală pentru activitățile de baza

Observații:

Diabetul zaharat indiferent de tip, în perioada complicațiilor acute necesită tratament de specialitate de urgență. Pentru revizuirea medicală (expertizarea medicală a capacității de muncă la termenul de revizuire sau la cerere - înaintea termenului de revizuire) după un eveniment acut se vor aplica criteriile de mai sus, elementele de apreciere, fiind severitatea complicațiilor cronice.

Funcția legată de metabolismul grăsimilor, deficitul caloric și/sau proteic Afecțiuni care pot afecta funcția

1. OBEZITATEA (de aport și familială) Cod CIM E66

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%

Forme clinice: *Suprapondere (IMC* = 25 – 29.9 Kg/m²)*

Investigații : măsurarea înălțimii, greutateii, IMC, determinări biochimice



Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Forme clinice:

Obezitatea benignă, indiferent de valoarea IMC, fără comorbidități;

Obezitate medie, IMC = 30 – 40 Kg/m²

Obezitate generalizată accentuată, IMC = 40 – 50 Kg/m²

Asociată cu:

- complicații locomotorii ușoare (conform criteriilor)
- complicații metabolice ușoare (conform criteriilor)
- complicații cardiovasculare ușoare (conform criteriilor)

Investigații: măsurarea înălțimii, greutateii, IMC, investigații adresate diagnosticului complicațiilor (radiografii, testări articulare, investigații cardiovasculare, analize laborator)

Fără limitarea activităților:

Fără restricții de participare pot efectua activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament și de investigare a unor posibile recidive. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Forme clinice:

Obezitate generalizată (accentuată, IMC = 40 – 50 Kg/m²)

Asociată cu complicații de severitate moderată apreciate după criteriile de la capitolele respective.

- tulburări locomotorii
- tulburări ventilatorii restrictive, sindrom de apnee în somn
- tulburări metabolice
- complicații hepatice
- insuficiență venoasă cr.
- complicații cardiovasculare

Investigații: măsurarea înălțimii, greutateii, IMC, investigații adresate diagnosticului/severității complicațiilor (radiografii, testări articulare, determinări de laborator, spirometrie, polisonmografie, investigații cardiovasculare și ale funcției hepatice).

Limitarea moderată a activităților fizice: pot activitățile profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă. Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și recuperator. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forme clinice:

Obezitate generalizată (severă IMC > 50 Kg/m²)

Asociată cu complicații de severitate cel puțin medie :

- tulburări locomotorii
- tulburări ventilatorii, sindrom de apnee în somn
- complicații cardiovasculare
- tulburări metabolice
- complicații hepatice
- insuficiență veno-limfatică

Investigații: măsurarea înălțimii, greutateii. IMC, investigații adresate diagnosticului/severității complicațiilor (radiografii, testări articulare, determinari de laborator, spirometrie, polisomnografie investigații cardiovasculare și ale funcției hepatice).

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice ușoare/sedentare, în general pot fi efectuate activități profesionale doar în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Forme clinice: *Obezitatea morbidă (IMC ≥ 50 kg/m²) cu apnee de somn severă și/sau alte complicații specifice, grave*

Investigații: măsurarea înălțimii, greutateii. IMC, investigații adresate diagnosticului complicațiilor (polisomnografie, SaO₂, spirometrie)

*IMC= indice de masă corporală, care se corelează cu cantitatea de țesut adipos din organism; se calculează prin raportul greutate Kg /înălțime ² (m²)

Limitarea severă/completă a activităților: nu pot efectua activități cotidiene de autoservire. Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

2. DENUTRIȚIA

Definiție: malnutriție prin deficit caloric și/sau proteic este o stare clinică patologică caracterizată printr-un deficit ponderal datorat unei balanțe calorice nutritive negative a organismului de cauze multiple: reducerea aportului, creșterea exagerată a consumului sau a pierderilor.

Severitatea denutriției se apreciază în funcție de indicele de masă corporală



gradul hipoalbuminemiei, valoarea limfocitelor sanguine, gradul anemiei.

În denutriția secundară unor boli cronice invalidante se va avea în vedere stadiul evolutiv al acestora; deficiența funcțională globală poate fi augmentată de deficitul ponderal.

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%

Forme clinice: *Denutriție ușoară (IMC* = 17-18,6 Kg/m²) parametrii paraclinici în limite normale.*

Investigații : măsurarea înălțimii, greutateii, IMC, determinări biologice, biochimice

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Forme clinice: *Denutriție ușoară (IMC 17-18,5 Kg/m²), hipoalbuminemie moderată, anemie ușoară, limfocite normale.*

Investigații: măsurarea înălțimii, greutateii, IMC, determinări biologice, biochimice.

Fără limitarea activităților. Fără restricții de participare pot efectua activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament și de investigare a unor posibile recidive. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Forme clinice: *Denutriție moderată (IMC=15-16,9%), hipoalbuminemie moderată, limfopenie moderată, anemie moderată.*

Investigații: măsurarea înălțimii, greutateii, IMC, determinări biologice, determinări biochimice

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și recuperator. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forme clinice: *Denutriție severă, denutriție extrem de severă (IMC=10-14,9%) asociată cu hipoalbuminemie severă, limfopenie severă, anemie severă*

Investigații: măsurarea înălțimii, greutateii, IMC, determinări biologice, determinări biochimice

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice ușoare/sedentare, în general pot fi efectuate activități profesionale doar în condiții

speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Forme clinice: *Denutriția gravă (IMC= $<10\%$), hipoalbuminemie severă $<25\text{g/l}$, limfocite*

sanguine $<900/\text{mmc}$, anemie severă $\text{Hb}<6\text{g/dl}$

Investigații: măsurarea înălțimii, greutateii, IMC, investigații biologice, biochimice

*IMC=indice de masă corporală, care se corelează cu cantitatea de țesut adipos din organism; se calculează prin raportul greutate (Kg) /înălțime²(m²)

Limitarea severă/completă a activităților: nu pot efectua activități cotidiene de autoservire. Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

1. Severitatea denutriției în funcție de IMC (normal 18,6-24,9Kg/m²)

- denutriție ușoară - grd.I IMC = 17-18,5 Kg/m²
- denutriție moderată - grd.II IMC = 15-16,9Kg/m²
- denutriție severă - grd.III IMC = 13-14,9Kg/m²
- denutriție extrem de severă - grd.IV IMC = 10-12,9Kg/m²
- denutriție gravă grd. V IMC $<10\text{Kg/m}^2$

2. Severitatea denutriției după gradul hipoalbuminemiei:

- denutriție moderată 30 - 35g/l
- denutriție severă 25 - 30g/l
- denutriție extrem de severă $<25\text{g/l}$

3. Severitatea denutriției după valoarea limfocitelor sanguine (normal $>2700/\text{mm}^3$)

- denutriție moderată - 900-1500/mm³
- denutriție severă $<900/\text{mm}^3$

4. Severitatea denutriției după valoarea Hb și a Ht

- anemie ușoară Hb = (>10) -12g/dl, Ht = 30-40%
- anemie moderată Hb = 7 - 10g/dl, Ht = 22-30%
- anemie severă Hb = $<7\text{g/dl}$, Ht $<22\%$



FUNCTIA SISTEMULUI ENDOCRIN

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale în afecțiunile endocrine va fi particularizată, axată pe investigații specifice, care identifică și cuantifică alterarea homeostaziei umorale și a proceselor metabolice, alterarea proceselor de creștere și dezvoltare a organismului.

Elemente funcționale care definesc funcția endocrină

Elemente clinice - simptome, semne obiective: simptome specifice patologiei incriminate, modificări specifice ale faciesului și morfotipului

Elemente funcționale - investigații: dozări hormonale - teste dinamice, determinări biologice, biochimice, investigații imagistice (ecografice, radiologice, CT, IRM), electrocardiograma (ECG), investigații funcționale oftalmologice, neurologice, psihologice, psihiatrice;

Relația deficiență funcțională-incapacitate adaptativă- capacitate de muncă și gradul de invaliditate corespunzător

Deficiență funcțională	Incapacitate adaptativă	Capacitate de muncă	Grad de invaliditate
Fără deficiență	0-19%	păstrată	Nu se încadrează
Deficiență funcțională ușoară	20-49%	păstrată	Nu se încadrează
Deficiență funcțională medie	50-69%	diminuată	Gradul III
Deficiență funcțională accentuată	70-89%	diminuată + capacitate de autoservire păstrată parțial	Gradul II
Deficiență funcțională gravă	90-100%	diminuată + capacitatea de autoservire pierdută	Gradul I

FUNCȚIA ENDOCRINĂ - legată de secreția în exces a hormonilor tropi cu rol în stimularea creșterii oaselor lungi, a sintezei de proteine, a proceselor anabolice

HIPERFUNCȚIA HIPOTALAMO-HIPOFIZARĂ, Cod CIM E22

Patologia hipotalamo-hipofizară

I. Tumori:

- secretante: de growth hormone (GH –acromegalia, gigantismul), de prolactină, de ACTH (boala Cushing), tireotropinoame
- nefuncționale

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne clinice: tumoră vindecată, spontan sau după tratament specific, intervenție chirurgicală, radioterapie sau tratament medicamentos, tumori nefuncționale cu diametrul maxim sub 2 cm, microprolactinoame controlate sub tratament medicamentos, fără sechele neurologice sau oftalmologice, fără insuficiență hipofizară sau cu insuficiență hipofizară echilibrată sub tratament de substituție, fără complicații cardiovasculare sau metabolice.

Investigații: dozarea hormonilor hipofizari și ai glandelor țintă (IGF1, prolactina, TSH, freeT4, cortisol seric ora 8; pentru boala Cushing: cortisol după 1 mg dexametazonă), determinări biologice și biochimice valori în limite normale; CT/RMN, ex oftalmologic (CV), examen neurologic (*modificări care duc la deficiență funcțională ușoară, conform criteriilor de la capitolele respective*).

Fără limitarea activităților: pot efectua activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament și de investigare a unor posibile recidive. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne clinice: tumoră hipofizară post tratament specific cu sechele neurologice, oftalmologice sau somatice cu insuficiență hipofizară în tratament de substituție cu sindrom de chiasmă optică sechelar.

- tumoră nefuncțională > 2cm
- acromegalie responsivă la tratament
- macroprolactinom responsiv la tratament medicamentos.

Investigații: dozarea hormonilor hipofizari și ai glandelor țintă (IGF1, TSH, FT4, prolactina, cortisol ora 8), CT/RMN, ex. oftalmologic, determinări biologice și biochimice normale sau modificări ușoare; ECG± modificări de AQRS, ST/ T, de durată QRS, QT, ecocardiac- modificări anatomice ± funcționale, modificări ale investigațiilor funcționale vizuale, etc (*modificări care duc la deficiență funcțională medie, conform criteriilor de la capitolele respective*)



Limitarea moderată a activităților fizice: activitățile profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă sunt posibile.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și recuperator. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne clinice: tumoră hipofizară evolutivă aflată în tratament antitumoral; tumoră hipofizară post tratament, precoce, cu sindrom endocrin și metabolic secundare, parțial echilibrate prin tratament substitutiv; tumoră hipofizară post tratament specific cu sechele neurologice, oftalmologice sau somatice severe, care determină deficiență funcțională accentuată (conform criteriilor de la capitolele respective).

Investigații: dozarea hormonilor hipofizari și al glandelor țintă (IGF1, prolactina, TSH, fT4, cortisol ora 8, CT/RMN, ex.oftalmologic, (CV), determinări biologice și biochimice confirmă dezechilibrul hormonal și metabolic; ECG modificări variate (de AQRS, ST/T, de durată QRS, scurtarea QT), ecocardioc-modificări anatomice ± funcționale, modificări ale investigațiilor funcționale vizuale (care conduc la deficiență funcțională accentuată conform criteriilor de la capitolele respective). CT, RMN cu modificări caracteristice.

Limitarea moderată/severă a activităților, activitatea profesională posibilă în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne clinice - tumoră hipofizară cu:

- Sechele oftalmologice grave
- Sechele neurologice grave
- Sechele metabolice grave (cașexia hipofizară, bulimia hipotalamică, insuficiența hipofizară decompensată)
- Sechele somatice grave

Apreciate după criteriile de la patologia respectivă

Investigații: modificări ale rezultatelor investigațiilor specifice diagnosticelor și de severitate.

Limitarea severă/completă a activităților; capacitate de autoservire pierdută

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială

pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

Funcția legată de deficitul sau absența mixturii hormonale hipofizare cu consecințe asupra creșterii și dezvoltării organismului, conservării apei în organism prin scăderea eliminărilor hidrice urinare

INSUFICIENȚA HIPOFIZARĂ A ADULTULUI COD CIM E23

Insuficiența hipofizară globală a adultului: însumează insuficiență somatotropă, tiroidiană, corticosuprarenală, gonadică.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne clinice: insuficiențe hipofizare selective cu sindrom endocrin și metabolic compensate hormonal, fara complicatii.

Investigații: modificări variate ale hormonilor hipofizari și periferici, modificări variate ale determinărilor biologice și biochimice; modificări ale investigațiilor funcționale (modificări care duc la deficiență funcțională ușoară, conform criteriilor de la capitolele respective).

Fără limitarea activităților: pot efectua activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament și de investigare a unor posibile recidive. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne clinice: insuficiențe hipofizare selective cu sindrom endocrin și metabolic subcompensate hormonal, cu complicatii specifice care conduc la deficiență funcțională medie (conform criteriilor de la capitolele respective)

Investigații: modificări variate ale hormonilor hipofizari și periferici, modificări variate ale determinărilor biologice și biochimice; modificări ale investigațiilor funcționale (modificări care duc la deficiență funcțională medie, conform criteriilor de la capitolele respective).

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice ușoare; pot efectua activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și recuperator. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.



Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne clinice: insuficiența hipofizară globală (caracterizată semiologic prin însumarea insuficienței tirioidiene, corticosuprarenaliene, gonadice, somatotrope cu predominanța simptomatică a glandei țintă, forma cașectică sau fără deperdiție ponderală, insuficiențele hipofizare selective cu sindrom endocrin și metabolic secundare, parțial echilibrate prin tratament substitutiv cu complicații severe, care determină deficiență funcțională accentuată (conform criteriilor de la capitolele respective).

Investigații: modificări variate ale hormonilor hipofizari și periferici, determinări biologice și biochimice care confirmă dezechilibrul hormonal și metabolic; modificări ale investigațiilor funcționale specifice (care conduc la deficiență funcțională accentuată conform criteriilor de la capitolele respective).

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice ușoare/sedentare, activități profesionale posibile în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne clinice: insuficiența hipofizară severă cu sindrom endocrin și metabolic grav cu complicații cardiovasculare și neuropsihice severe.

Investigații: modificări ale rezultatelor investigațiilor adresate complicațiilor specifice (apreciate după criteriile de la patologia respectivă)

Limitarea severă/completă a activităților: capacitate de autoservire pierdută.

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

DIABETUL INSIPID (central, nefrogen)

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne clinice: sindrom poliuric-polidipsic, forme care răspund la tratament cu vasopresină sau analogi

Investigații: volum urinar/24ore, Na seric

Fără limitarea activităților: pot efectua activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament și de investigare a unor posibile recidive.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne clinice: diabetul insipid subcompensat sub tratament substitutiv hormonal cu vasopresină (poliurie mică 2-5 litri/zi)

Investigații: volum urinar/24 ore, Naseric

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice ușoare/sedentare, pot efectua activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și de prevenție a complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne clinice: diabetul insipid rezistent la tratamentul cu vasopresină sau analogi (poliurie peste 5 litri/zi), posttumoral, postoperator cu complicații neurologice și hormonale secundare.

Investigații: volum urinar/24 ore, Na seric, dacă este asociat unei insuficiențe hipofizare: TSH, fT4, cortisol seric, determinări biologice și biochimice confirmă valori scăzute ale vasopresinei în sânge și urină și dezechilibrul metabolic.

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice ușoare/moderate, pot fi efectuate activități profesionale doar în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

NANISMUL HIPOFIZAR

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Nanismul hipofizar pur (hipotrofie staturală și armonică, talie cuprinsă între 150-120cm) care asociază tulburări de gestualitate și locomoție de intensitate ușoară, fără afectarea performanțelor intelectuale.

Semne clinice: talie mică, proporționat, sistem muscular normal dezvoltat, schelet gracil, dezvoltare motorie și psiho-intelectuală normale.

Investigații: insuficiență hormonală (IGF1, GH), determinări biologice și biochimice valori în limite normale; măsurarea taliei, teste psihologice (QI), ECG, determinarea tensiunii arteriale.

Fără limitarea activităților: pot efectua activități profesionale ușoare/sedentare,



organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Restricții ușoare/moderate de participare la viața socială.

Sunt necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională pentru a-și dobândi profesii adecvate statusului somatic (subiect de statură mică, proporționat, cu sistem osteoarticular, gracil, delicat).

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

- Nanism hipofizar asociat cu alte deficiențe hipofizare
- Nanism hipofizar asociat cu hipotiroidie

Semne clinice: talie mică, 149-120cm, proporționat, schelet gracil, dezvoltare motorie și psiho- intelectuală afectate; asociază elementele semiologice ale insuficienței tiroidiene, respectiv ale insuficienței gonadice cu (deficiență ușoară conform criteriilor)

Investigații: IGF1, TSH, FT4, cortisol, FSH, LH, testosteron sau estradiol, determinări biologice și biochimice valori în limite normale; măsurarea taliei, teste psihologice (QI), ECG, determinarea tensiunii arteriale.

Fără limitarea activităților: pot efectua activități profesionale ușoare, organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Restricții ușoare/moderate de participare la viața socială.

Sunt necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională pentru a-și dobândi profesii adecvate statusului somatic (subiect de statură mică, proporționat, cu sistem osteoarticular, gracil, delicat).

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

- Nanism hipofizar asociat cu alte deficiențe hipofizare
- Nanism hipofizar asociat cu hipotiroidie

Semne clinice: hipotrofie staturală marcată, talia sub 120cm, asociază elementele semiologice ale insuficienței tiroidiene, respectiv ale insuficienței gonadice, afectarea performanțelor intelectuale (cel puțin deficiență medie conform criteriilor)

Investigații: GH, IGF, TSH, FT4, cortisol, FSH, LH, testosteron sau estradiol, măsurarea taliei, teste psihologice (QI), ECG, măsurare TA.

Condrodisplazia

Este o afecțiune genetică, sindrom displazic caracterizat prin multiple calcificări la nivelul marilor articulații cărora li se asociază leziuni cutanate, cardiace, dismorfism cranio- facial, etc.

Pentru evaluarea deficienței funcționale se vor avea în vedere: criteriile privind afectarea funcționalității articulare; criteriile de înălțime prezentate la insuficiența hipofizară.

Funcția legată de insuficiența biosintezei, transportului și/sau receptorului hormonilor tiroidieni cu infiltrarea țesuturilor și visceralizare

INSUFICIENȚA TIROIDIANĂ: HIPOTIROIDIE

(poate îmbrăca intensități diferite de la forme fruste până la forma severă-mixedem)

INSUFICIENȚA TIROIDIANĂ PRIMARĂ (TSH crescut, FT4 scăzut)

- *Congenitală* (\pm gușă): cretinism endemic, cretinism sporadic, mixedem congenital;
- *Dobândită* (\pm gușă): insuficiența tiroidiană din gușa endemică, după tratament cu antitiroidiene, tiroidite autoimune, tiroidectomie, idiopatic

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne clinice: forme subclinice, în general formele dobândite, fără complicații echilibrate sub tratament.

Investigații: dozarea hormonală: modificări variate ale FT4, TSH crescut (în funcție de eficacitatea tratamentului hormonal), ecografia tiroidiană \pm modificări morfologice;

Fără limitarea activităților: pot efectua activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Mixedemul cu complicații viscerale.

Semne clinice: semne clinice specifice: (\pm gușă, modificări tegumentare, ale fanerelor, musculare, articulare, edeme, tulburări respiratorii, cardiovasculare, digestive, etc);

Investigații: modificări variate hormonale (FT4, TSH) și metabolice (în funcție de eficacitatea substituției hormonale), ecografia tiroidiană-modificări morfologice, modificări variate ale investigațiilor adresate diagnosticului complicațiilor (care determină deficiență funcțională medie la capitelele respective)

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice ușoare (Tabel 3), (vezi funcția sistemului cardiovascular); pot efectua activități profesionale ușoare, organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Mixedemul cu insuficiență cardiacă, revărsate pleurale, tulburări neuro-psihice, gușă



cu compresii vasculare, traheale, esofagiene.

Semne clinice: semne clinice specifice: (\pm gușă, modificări tegumentare, ale fanerelor, musculare, articulare, edeme, tulburări respiratorii, cardiovasculare, digestive, etc);

Investigații: modificări variate hormonale (T4, TSH) și metabolice (în funcție de eficacitatea terapiei hormonale), ecografia tiroidiană-modificări morfologice, modificări variate ale investigațiilor adresate diagnosticului complicațiilor (care determină deficiență funcțională accentuată la capitelele respective)

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice ușoare/sedentare, pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Cretinismul endemic, sporadic

Semne clinice: sindrom complex cu diferite grade de debilitate mintală, dizartrie, surditate, distrofii somatice, tulburări endocrine asociate.

Investigații: modificări ale rezultatelor investigațiilor adresate complicațiilor specifice (care conduc la deficiență funcțională gravă conform criteriilor de la patologie respectivă) -

Limitarea severă/completă a activităților: capacitate de autoservire pierdută.

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene \pm de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

Funcția legată de funcția în excesul hormonilor tiroidieni; se caracterizează printr-un ansamblu de simptome definit de termenul –

TIREOTOXICOZĂ COD CIM E05

Hiperfuncția tiroidiană

- Hipertiroidia subclinică
- Boala Graves- Basedow
- Gușa multinodulară toxică
- Adenomul toxic tiroidian
- Tiroidite

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne clinice: forme clinice cu (tireotoxicoză moderată/ ușoară, evoluție lentă, oftalmopatie Graves formă ușoară - retracție palpebrală, lagofthalmie, fără tulburări de motilitate oculară.

Investigații: determinări hormonale TSH și FT4 și metabolice ușor modificate, TRAb (anticorpi antireceptor de TSH), ecografia tiroidiană ± modificări morfologice, examinare oftalmologică: exoftalmometrie, ex fund de ochi (FO), motilitate oculară, investigații cardiovasculare (deficiență funcțională ușoară conform criteriilor)

Fără limitarea activităților: pot efectua activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne clinice: forme clinice de tireotoxică cu visceralizare (cardio-vasculară: tulburări paroxistice de ritm recurente, oftalmopatie Graves moderată –tulburări de motilitate oculară cu diplopie tranzitorie, edem al pleoapei, edem conjunctival, inflamația carunculei, exoftalmie.

Investigații: modificări variate hormonale (FT4, TSH) și metabolice (în funcție de eficacitatea terapiei hormonale), TRAb (anticorpi antireceptor de TSH) se corelează cu gradul hipertiroidiei și severitatea oftalmopatiei Graves, ecografia tiroidiană - modificări morfologice, examen oftalmologic: exoftalmometrie, ex fund de ochi (FO), motilitate oculară afectată, investigații cardiovasculare (deficiența funcțională medie conform capitolelor respective).

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice ușoare, pot efectua activități profesionale ușoare, fără solicitare vizuală, organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne clinice: forme clinice de tireotoxică cu visceralizare (insuficiență cardiacă, tulburări de ritm severe necontrolate terapeutic, oftalmopatie Graves formă severă – afectarea motilității oculare, diplopie permanentă, exoftalmie progresivă și neuropatie optică cu scăderea acuității vizuale și modificări de câmp vizual)

Investigații: modificări variate hormonale (FT4, TSH) și metabolice (în funcție de eficacitatea terapiei hormonale), TRAb (anticorpi antireceptor de TSH) se corelează cu gradul hipertiroidiei și severitatea oftalmopatiei Graves, ecografia tiroidiană-modificări morfologice, examen oftalmologic: EXO, ex fund de ochi (FO), motilitate oculară arată modificări, ECG, ecocardiografie.

CT/RMN de orbită confirmă modificările muschilor extraoculari, modificări ale investigațiilor adresate diagnosticului complicațiilor (care caracterizează deficiența accentuată la patologia respectivă)

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice ușoare, pot fi



efectuate activități profesionale în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne clinice: forme clinice de tireotoxicoză cu oftalmopatie Graves formă severă – afectarea corneană și neuropatie optică cu scăderea acuității vizuale (AV < 1/20, pmm, pl, fpl), insuficiență cardiacă clasa IV

Investigații: modificări ale rezultatelor investigațiilor oftalmologice care caracterizează deficiența funcțională gravă.

Limitarea severă/completă a activităților: capacitate de autoservire pierdută.

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

Observații: Deficiența funcțională, incapacitatea adaptativă, capacitatea de muncă în cancerul tiroidian, vor fi apreciate după criteriile de la afecțiunile neoplazice.

Funcția legată de deficitul de secreție sau de responsivitate al celulelor țintă la parathormon

HIPOPARATIROIDISMUL (postchirurgical, post iradiere, infiltrativ, idiopatic)

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne /forme clinice: complex simptomatic cronic sau acut determinat de semnele de hiperexcitabilitate neuromusculară, trofice și psihice; tetania frustă

Investigații: modificări metabolice inconstante: calciul sanguin total valori normale sub tratament/scăzute < 8mg/dl, magneziul sanguin normal/scăzut, fosfor sanguin normal/crescut, ± modificări ECG.

Fără limitarea activităților: pot efectua activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/forme clinice: tulburările trofice (domină tabloul clinic) cu manifestări frecvente detetanie acută; tetania cronică cu dezechilibru metabolic marcat - o perioadă limitată

până la echilibrarea sindromului umoral.

Investigații: modificări metabolice, calciul sanguin scăzut ($\leq 8\text{mg/dl}$)

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice ușoare, pot efectua activități profesionale ușoare, organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

FUNCȚIA LEGATĂ DE SECREȚIA EXCESIVĂ DE PARATHORMON COD CIM E21

**HIPERPARATIROIDISMUL PRIMAR - BOALA RECKLINGHAUSEN
(dg.hipercalcemie, hipofosfatemie, creșterea PTH-ului seric și a fosfatazei alcaline)**

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne clinice: tablou clinic asimptomatic/oligosimptomatic

Investigații: modificări metabolice: hipercalcemie, creșterea PTH seric.

Fără limitarea activităților: pot efectua activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

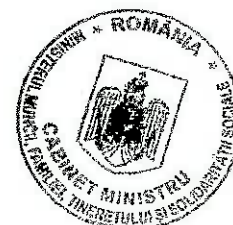
Semne /forme clinice: hiperparatiroidism operat cu sechele osoase și/ sau renale neevolutive, care determină tulburări de locomoție și/sau excreție.

Investigații: modificări metabolice variate în funcție de eficacitatea tratamentului, modificări ale rezultatelor investigațiilor adresate complicațiilor specifice (apreciate după criteriile de la patologia respectivă, care conduc la deficiență funcțională medie).

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice ușoare, pot efectua activități profesionale ușoare, organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.



Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forme clinice: hiperparatiroidism operat, forma osteodistrofică, cu tulburări locomotorii accentuate prin deformații osoase și forma nefrolitiazică, recidivantă, cu insuficiență renală cronică, neameliorate postoperator;

Investigații: modificări severe ale investigațiilor adresate complicațiilor.

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice ușoare; pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Forme clinice: hiperparatiroidism (boala Recklinghausen), cu fracturi multiple și deformații osoase, care determină tulburări de locomoție grave, hiperparatiroidism familial asociat cu MEN1 (hiperparatiroidism, tumori pancreatice, adenom hipofizar) sau MEN 2A, (hiperparatiroidism, feocromocitom, carcinom medular tiroidian)

Investigații: modificări ale rezultatelor investigațiilor adresate complicațiilor specifice (apreciate după criteriile de la patologia respectivă)

Limitarea severă/completă a activităților: capacitate de autoservire pierdută.

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

Funcția legată de carența primitivă, globală, cronică de hormoni corticosuprarenali Insuficiența corticosuprarenaliană cronică primară

CSR - BOALA ADDISON

(dg.valori scazute ale cortizolului plasmatic, ACTH crescut, teste dinamice CT, RMN, hiponatremie, hiperpotasemie)

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Forme clinice: insuficiență CSR cronică primară în echilibru clinic sub tratament cronic de substituție.

Investigații: determinări metabolice și hormonale normale/variații ușoare;

Fără limitarea activităților: pot efectua activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Forme/clinice: insuficiență CSR cronică primară cu simptome permanente, astenie neuromusculară, hipotonie cardiovasculară, tulburări gastrointestinale parțial controlate de tratament.

Investigații: modificări metabolice și hormonale variate în funcție de eficacitatea tratamentului, modificări ale rezultatelor investigațiilor adresate complicațiilor (care conduc la deficiență funcțională medie, conform criteriilor)

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice ușoare, pot efectua activități profesionale ușoare, organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/forme clinice: tablou clinic complex, dominat de hipotensiune cu inadaptare posturală cu consecințe hemodinamice, scădere în greutate rapidă și importantă, adinamie

- insuficiență CSR cronică cu decompensări frecvente, parțial echilibrată sub tratament;
- insuficiență CSR după suprarenalectomie uni sau bilaterală (boala Cushing tratată chirurgical), în tratament substitutiv continuu până la echilibrare

Investigații: modificări ale determinărilor hormonale, metabolice, electrolitice;

Limitarea moderată/severă a activităților: nu pot fi efectuate activități fizice ușoare; pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Funcția legată de excesul de hormoni suprarenalieni

HIPERFUNCȚIA CORTICOSUPRARENALĂ

1. Sindromul Cushing (dg. semne clinice specifice, cortizolul liber urinar crescut, cortizol plasmatic crescut, teste dinamice, examen CT/RMN)

2. Hiperaldosteronismul primar - Sindromul Conn (dg. semne clinice specifice, hipokaliemie, hiperkaliurie, hipernatremie, creșterea aldosteronului plasmatic, scăderea



reninei plasmatică, CT/ RMN)

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne/ forme clinice

- hipercorticism tratat (chirurgical, radioterapie sau medicamentos), fără sau cu complicații ușoare
- hiperaldosteronism primar, tratat chirurgical, fără sau cu complicații ușoare

Investigații: modificări metabolice și hormonale variate în funcție de eficacitatea tratamentului, modificări ale rezultatelor investigațiilor adresate complicațiilor (care determină deficiență funcțională ușoară, apreciate conform criteriilor de la patologia respectivă)

Fără limitarea activităților: pot efectua activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/ forme clinice:

- hipercorticism tratat (chirurgical, radioterapie sau medicamentos), cu complicații (cardio- vasculare, osteoarticulare, neuropsihice)
- hiperaldosteronism primar, tratat chirurgical, cu sindrom neuromuscular și renourinar

Investigații: modificări metabolice și hormonale variate în funcție de eficacitatea tratamentului, modificări ale rezultatelor investigațiilor adresate complicațiilor (care determină deficiență funcțională medie, apreciate conform criteriilor de la patologia respectivă)

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice ușoare, pot efectua activități profesionale ușoare, organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/forme clinice:

- hipercorticism tratat (chirurgical, radioterapie convențională sau medicamentos), cu complicații cardio vasculare, osteoarticulare, neuropsihice severe);
- hiperaldosteronism primar, în evoluție (tumoră inoperabilă), hiperaldosteronism primar în tratament specific cu sindrom cardiovascular și renal (leziuni cardiace și renovasculare avansate);

Investigații: modificări ale determinărilor hormonale și metabolice variate în funcție de controlul terapeutic, modificări ale investigațiilor specifice complicațiilor (apreciate

conform criteriilor de la patologia respectivă)

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice ușoare; pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

FEOCROMOCITOM

(dg. semne clinice specifice, catecolamine/metanefrine serice/urinare crescute, ex CT, RMN, PET)

- **Formele benigne tratate chirurgical** au o evoluție favorabilă; persistența sindromului cardio vascular post tratament va fi investigată și evaluată conform criteriilor de la afecțiunilor cardio vasculare;
- **Formele inoperabile sau tumorile nedagnosticabile** cu complicații cardiovasculare, cerebrale vor fi apreciate după criteriile de la patologiiile respective.
- **Formele maligne** - vor fi evaluate în funcție de severitatea complicațiilor cardio vasculare și evoluția procesului neoplazic după criteriile de la afecțiunile cardio vasculare și neoplazice.

Sindromul adrenogenital-congenital-prin hiperplazie suprarenală și dobândit în special prin tumoră, rar hiperplazie (dg. exces de androgeni adrenali, 17 OH progesteron crescut și ACTH crescut, CT, RMN)

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/forme clinice:

Formele clinice severe în tratament complex de substituție și echilibrare metabolică, cu complicații cardiovasculare, tulburări psihice și sindrom de virilizare cu dificultăți de integrare profesională și socială.

Investigații: modificări ale determinărilor hormonale și metabolice variate în funcție de controlul terapeutic, modificări ale investigațiilor specifice complicațiilor (apreciate conform criteriilor de la patologia respectivă)

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice ușoare; pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.



Funcția legată de insuficiența hormonilor sexuali cu deficit de dezvoltare al organelor genitale, gametogenezei, reproducerii, afectarea metabolismului proteic

INSUFICIENȚA GONADICĂ

Simptomatologia clinică depinde de etiologie, intensitatea insuficienței gonadice și vârsta la care apare. Forme clinice cu fenotip masculin, dar cu proces de masculinizare deficitar, testicule mici, ginecomastie, deficit intelectual de intensitate variabilă.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne/Forme clinice: forme clinice cu tablou oligosimptomatic, compensat prin substituție cu hormoni sexoizi, fără scăderea capacității de efort fizic, fără tulburări psihice, castrări chirurgicale, radice, medicamentoase

Investigații: determinări hormonale normale/variații ușoare;

Fără limitarea activităților: pot efectua activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Forme clinice:

- Sindromul Klinefelter - forme clinice cu tulburări de dezvoltare a masei musculare și osteoporoză sexoidoprivă, scăderea capacității de efort fizic, tulburări psihice;
- Sindromul Turner - forme clinice de hipotrofie staturală (talie >120cm) cu tulburări psihice;

Investigații: modificări metabolice și hormonale variate în funcție de eficacitatea tratamentului, modificări ale rezultatelor investigațiilor adresate complicațiilor (apreciate conform criteriilor de la patologia respectivă)

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice ușoare, pot efectua activități profesionale ușoare, organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Restricții ușoare/ moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forme clinice: Sindromul Turner- fenotip feminin, caracterizat prin hipotrofie staturală sub 120 cm și malformații cu defecte multiple;

Investigații: modificări ale determinărilor hormonale și metabolice variate în funcție de tratament, modificări ale investigațiilor specifice complicațiilor (efectuate conform

criteriilor dela patologia respectivă)

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice ușoare; pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Funcția legată de homeostazia metabolismului glucidic

HIPOGLICEMIA

Insulinom - tumora neuroendocrina derivată din celulele insulare ale pancreasului endocrin care produc insulină în exces și hipoglicemie

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Forme clinice: hiperinsulinism cu semne și simptome de neuroglicopenie (hipoglicemie a jeun, glucoza sub 50mg/dl, dispariția rapidă a simptomelor după ingestia de glucide); cu stări hipoglicemice ușoare, cu răspuns imediat la glucoza; hiperinsulinism tratat chirurgical, cu ameliorare clinico-biologică cu extirparea verificată anatomopatologic a insulinomului (simptome și semne adrenergice ușoare)

Investigații: hipoglicemii ușoare, ameliorarea parametrilor biochimici de diagnostic

- modificări biochimice diagnostice: insulina serică peste 10microU/ml (N < 6microU/ml), glicemie < 40mg/dl, nivelul peptidului C > 2,5ng/ml (N ≤ 2ng/ml), proinsulina >25%;
- imagistica diagnostică: ultrasonografia endoscopică, rezonanța magnetică cu gadolinium, tomografia cu emisie de pozitroni (PET)

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice ușoare, pot efectua activități profesionale ușoare, organizate, independente, activități care nu presupun risc profesional - risc pentru siguranța publică.

Restricții ușoare/ moderate de participare la viața socială.

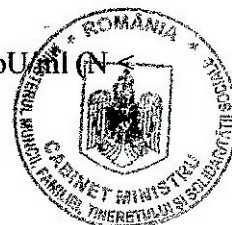
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forme clinice: hiperinsulinism cu semne și simptome de neuroglicopenie importante, frecvente și tranzitorii sau cu rezultate insuficiente după intervenție chirurgicală (slăbiciune, transpirații, tahicardie, palpitații, tremor, confuzie, ataxie, convulsii, coma)

Investigații: hipoglicemii frecvente

- modificări biochimice diagnostice: insulina serică peste 10microU/ml (N



6 microU/ml), glicemie < 40mg/dl, nivelul peptidului C > 2,5ng/ml (N ≤ 2ng/ml), proinsulina >25%

•Imagistica diagnostica: ultrasonografia endoscopica, rezonanta magnetica cu gadolinium, PET

Limitarea moderata/severa a activitatilor: pot fi efectuate activitati fizice usoare; pot fi efectuate activitati profesionale doar in conditii speciale; este pastrata partial capacitatea de autoservire.

Restrictii moderate de participare la viata sociala.

Necesita servicii de sanatate pentru tratament curativ si al complicatiilor, servicii de ingrijire si reabilitare pe termen lung.

Funcția legată de metabolismul mineral osos

OSTEOPOROZA

Osteoporoza - reducerea densității osoase (dg. OMS bazată pe determinarea BMD exprimată printr-un scor T: normal +/- 1DS, osteopenie: între -1 și -2,5DS, osteoporoză: sub -2,5DS, osteoporoză severă: sub -2,5DS în prezența unei fracturi osteoporotice.

Semne/Forme clinice: dureri osoase, antecedente personale documentate de fracturi de fragilizare; osteoporoza severă

Investigații: măsurarea densității osoase (DMO) cu DEXA la nivelul coloanei lombare și șoldului; evaluarea sechelelor locomotorii/de gestualitate se va face după criteriile de la afecțiunile musculoscheletice

Observații: Stabilirea deficienței funcționale se va face după criteriile de la afecțiunile musculo- scheletale.

Capitolul 6

FUNȚIILE UROGENITALE



FUNCȚIILE URINARE

Elemente clinice și funcționale care definesc funcțiile renourinare

Indicatori de afectare a structurii și funcției rinichiului și căilor urinare

Reducerea ratei filtrării glomerulare (RFG sub 60 mL/min/1.73 m²), albuminurie peste 30mg/zi, sau raport albumină/creatinină urinară peste 30mg/g creatinină(RACu), anomalii persistente peste 3 luni ale examenelor de urină (proteinurie, albuminurie, hematurie, leucociturie), anomalii ale analizelor de sânge (retenție azotată, diselectrolitemie, acidoză metabolică), anomalii structurale ale rinichiului demonstrate imagistic (ultrasonografie, urografia intravenoasă, tomografia computerizată, rezonanța magnetică nucleară, scintigrafia renală), leziuni histopatologice ale rinichilor la puncția biopsie renală(PBR).

Tipuri de prezentare clinică a bolilor renale

HTA de cauză renală, insuficiență renală, insuficiență renală decompensată, sindrom nefritic, sindrom nefrotic, sindroame tubulare, simptome ale tractului urinar asociate bolilor renale, anomalii structurale ale rinichiului demonstrate imagistic (boală polichistică, nefropatie de reflux, rinichi hipoplazic sau unic congenital), anomalii congenitale reno-urinare, transplant renal;

Observație Insuficiența renală acută sau cronică poate însoți oricare nefropatie adăugând tabloului clinic al bolii manifestări dependente de gradul de reducere a filtratului glomerular.

Relația deficiență funcțională și limitarea activității/restricțiile de participare generate de afectarea funcțiilor de filtrare și secreție renală, de colectare și stocare a urinei în vezica urinară

Fără deficiență funcțională

Fără limitarea activităților, pot efectua activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Fără restricții de participare la viața socială. Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea stării de sănătate și tratament.

Deficiență funcțională ușoară

Limitarea ușoară a activităților: efectuează dificil activitățile grele; întâmpină dificultăți dar pot desfășura activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă.

Se recomandă evitarea turelor, muncii de noapte, în mediu toxic (benzen, toluen, cadmiu, tetraclorură de carbon, arsenic, solvenți organici, clorură de vinil, hidrocarburi alifactice halogenate).

Restricții ușoare de participare la viața socială prin afectarea ușoară a mobilității (deplasări, manipulare de greutate), consecința asteniei fizice, fatigabilității

Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluției bolii și tratament.

Pot fi necesare servicii de educație, formare/reconversie profesională, consiliere vocațională și de angajare în muncă, în special pentru cei care desfășoară munci grele sau necalificate.

Deficiența funcțională medie

Limitarea moderată a activităților: pot efectua activități moderate; nu pot efectua activități profesionale grele, întâmpină dificultăți în efectuarea activităților profesionale medii sau ușoare, organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă, cu program normal; aceste activități pot fi efectuate în regim de lucru cu timp de lucru redus. Capacitate de muncă diminuată. Capacitate de autoservire păstrată.

Poate fi prestată activitate profesională cu program redus dar trebuie evitate eforturile fizice mari, turele prelungite și de noapte, expunerea la condiții de mediu extreme.

Restricții moderate de participare la viața socială din cauza spitalizărilor repetate, regimurilor alimentare speciale, scăderii veniturilor

Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluției bolii și tratament.

Pot fi necesare servicii de educație, formare / reconversie profesională, consiliere vocațională și de angajare în muncă, în special pentru cei care desfășoară munci necalificate/mai puțin calificate.

Deficiența funcțională accentuată

Limitarea accentuată a activităților, pot efectua activități ușoare; pot desfășura activități profesionale organizate, zilnice doar în condiții speciale. Capacitate de muncă diminuată. Capacitate de autoservire păstrată parțial.

Restricții importante de participare la viața socială prin: tulburări de atenție/gândire la pacienții cu comorbidități importante ale insuficienței renale cronice.

Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluției bolii și tratament, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiența funcțională gravă

Limitarea severă a activităților, pot efectua doar activități foarte ușoare. Capacitate de muncă diminuată. Capacitate de autoservire pierdută.

Restricții severe de participare la viața socială (dependența de anturaj). Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluției bolii și tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asigurări sociale pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene, cu sau fără servicii de îngrijire personală pentru activitățile de bază.



BOALA CRONICĂ DE RINICHI (BCR)

Boala cronică de rinichi este definită de anomaliile structurale și funcționale ale rinichiului cu durată de cel puțin 3 luni și care influențează starea de sănătate.

Cel mai bun indicator de evaluare globală a funcției renale este *rata filtrării glomerulare (RFG)*.

RFG nu poate fi măsurată direct. În practica clinică se recomandă estimarea RFG cu ajutorul unor ecuații de predicție bazate pe nivelul creatininei serice, cu ajutorul calculatoarelor online (www.kidney.org/gfr.)

Ecuația CKD-EPI (<i>The Chronic Kidney Disease Epidemiology Colaboration</i>)	$eRFG = 141 \times \min(Cr_{ser}/\kappa, 1)^\alpha \times \max(Cr_{ser}/\kappa, 1)^{-1.209} \times 0.993^{vârsta}$ $\times 1.018$ [pentru femei] $\times 1.159$ [pentru afroamericani]
	Cr ser = creatinina serică, mg/dL
	$\kappa = 0.7$ pentru femei și 0.9 pentru bărbați
	$\alpha = -0.329$ pentru femei și -0.411 pentru bărbați

Reducerea ratei filtrării glomerulare (RFG) în boala cronică de rinichi (BCR)*

Stadiul	RFG (mL/min/1.73 m ²)	Terminologie
Stadiul G1	≥ 90	Normală sau crescută**
Stadiul G2	60-89	Scădere ușoară**
Stadiul G3a	45-59	Scădere ușoară/moderată
Stadiul G3b	30-44	Scădere moderată/severă
Stadiul G4	15-29	Scădere severă
Stadiul G5	< 15	Insuficiență renală

*Identificarea bolii cronice de rinichi nu exclude diagnosticul bolii renale primare

**Stadiile 1 și 2 au semnificație de boală cronică de rinichi, în contextul dovezilor certe de afectare structurală prezentă >3 luni, depistată imagistic, biochimic (urinar), anatomo-patologic (PBR).

Observație: Valorile creatininei serice crescute constant sau în dinamică, în absența semnelor specifice ale bolii cronice de rinichi vor fi evaluate în contextul clinic respectiv.

Manifestări clinice ale BCR

HTA	Alte comorbidențe cardiovasculare, retinopatie
Anemie	Hb < 13g/dL la bărbați, Hb < 12 g/dL la femei
Alterarea metabolismului fosfo-calcic	Calcemie, fosfatemie, fosfataza alcalină, PTH, 25-OH- vitamina D
Acidoza metabolică	Bicarbonat plasmatic < 22mmol/L

Aprecierea deficienței funcționale determinate de boala cronică de rinichi se bazează pe manifestările/ complicațiile acesteia în funcție de stadiu, avându-se însă în vedere și particularitățile clinico-funcționale ale nefropatiilor primare, în cazul în care acestea sunt constituite.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Orice afectare renală primară rinichiului cu funcție renală normală (eRFG \geq 90mL/min/1.73m²), BCR stadiul G1;

Orice afectare renală cu scăderea ușoară a RFG (60-89mL/min/1.73m²), BCR stadiul G2; Orice afectare renală cu scăderea ușoară/moderată a RFG (45- 59mL/min/1.73m²), BCR stadiul G3a.

Pot fi prezente manifestări specifice ale bolii renale primare, HTA, comorbidități ușoare.

Limitarea ușoară a activităților, efectuează dificil activitățile grele (Tabel 3); întâmpină dificultăți dar pot desfășura activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă. Se recomandă evitarea turelor, muncii de noapte, în mediu toxic (benzen, toluen, cadmiu, tetraclorură de carbon, arsenic, solvenți organici, clorură de vinil, hidrocarburi alifatic halogenate).

Restricții ușoare de participare la viața socială prin afectarea ușoară a mobilității (deplasări, manipulare de greutate), consecința asteniei fizice, fatigabilității.

Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluției bolii și tratament.

Pot fi necesare servicii de educație, formare/reconversie profesională, consiliere vocațională și de angajare în muncă, în special pentru cei care desfășoară munci grele sau necalificate.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Orice afectare renală cu scăderea moderată/severă a RFG (30 - 44 mL/min/1.73m²), BCR stadiul G3b.

Sunt prezente manifestări clinice cauzate de deficitul funcțiilor renale: HTA, anemie renală, eventual semne de hipertrofie ventriculară stângă, scăderea absorbției calciului, reducerea excreției fosfatului anemie, reducerea nivelului vitaminei D, alterarea metabolismului lipoproteinelor.

Limitarea moderată a activităților. Capacitate de muncă diminuată.

Poate fi prestată activitate profesională cu timp de lucru redus, dar trebuie evitate eforturile fizice mari, turele prelungite și de noapte, expunerea la condiții de mediu extreme.

Restricții moderate de participare la viața socială din cauza spitalizărilor repetate, regimurilor alimentare speciale, scăderii veniturilor. Capacitate de autoservire păstrată.

Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluției bolii și tratament.

Pot fi necesare servicii de educație, formare/reconversie profesională, consiliere vocațională și de angajare în muncă, în special pentru cei care desfășoară munci necalificate sau mai puțin calificate.



Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Orice afectare renală cu scăderea severă a RFG ($15 - 29 \text{ mL/min/1.73m}^2$), BCR stadiul G4.

Sunt prezente manifestări clinice cauzate de deficitul funcțiilor renale din stadiul anterior, mai severe, la care se adaugă acidoză metabolică, consecințe ale hiperkaliemiei (tulburări de ritm, paralizie musculară, tulburări digestive).

În acest stadiu se inițiază pregătirea pentru tratamentul de substituție a funcțiilor renale.

Limitarea accentuată a activităților. Capacitate de muncă diminuată.

Restricții importante de participare la viața socială prin: tulburări de atenție/gândire la pacienții cu comorbidități importante ale insuficienței renale cronice. Capacitate de autoservire păstrată parțial.

Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluției bolii și tratament, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

BCR stadiul G5-predializă, corespunde decompensării renale ($\text{RFG} < 15 \text{ mL/min/1.73m}^2$)

Sunt prezente manifestările clinice din stadiul precedent, foarte severe - anemie, dezechilibre fosfo-calcice, anomalii hidroelectrolitice și acidobazice, malnutriție, la care se adaugă anorexie, vărsături, prurit, insuficiență cardiacă.

Se instituie tratament de substituție a funcțiilor renale.

Limitarea severă a activităților. Pot fi efectuate doar activități foarte ușoare, sedentare.

Restricții severe de participare la viața socială (dependența de anturaj). Capacitate de autoservire pierdută. Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluției bolii și tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene, cu sau fără servicii de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

INSUFICIENȚA RENALĂ CRONICĂ (IRC)

în stadiul de substituție a funcțiilor renale prin mijloace de epurare extrarenală (5-HD hemodializă, 5-HDF hemodiafiltrare, 5-DP dializa peritoneală continuă ambulatorie sau automată) Cod CIM X N18

Evaluarea clinico-funcțională a bolnavului cu insuficiență renală cronică tratată prin mijloace de epurare extrarenală va ține seama de următorii factori:

- statusul funcțional renal;
- stadiul evolutiv al bolii renale sau al bolii generale cu atingere renală care a dus la insuficiență renală cronică;
- prezența patologiei indusă de hemodializă sau dializa peritoneală;
- profilul psiho-intelectual al pacientului;
- nivelul responsabilităților sociale și familiale ale bolnavului;

- motivația pentru muncă a deficientului și atitudinea familiei față de caz;
- resurse tehnice și financiare existente.

Observații*: Toți bolnavii cu IRC tratați prin metode de epurare extrarenală au funcția renală grav afectată, cu o rată de filtrare a rinichilor nativi sub 10 mL/min. De aceea, reevaluările sunt necesare anual, deoarece sunt pacienți cu afectare cronică, gravă, ireversibilă, a funcțiilor renale, iar substituția prin dializă nu înseamnă vindecare.

**Există anemie renală severă (în absența tratamentului concomitent cu eritropoietină umană), iar hiperparatiroidismul secundar se agravează progresiv.

***Sunt prezente elemente clinice și paraclinice ale co-morbidităților.

Co-morbidități ale insuficienței renale cronice în stadiul terminal (sub tratament prin epurare extrarenală)

I. Manifestări cardio-vasculare	V. Manifestări neurologice
<ul style="list-style-type: none"> - hipertensiune arterială - hipotensiune arterială - pericardită uremică - cardiomiopatie uremică - aritmii - arteroscleroză accelerată - insuficiența cardiacă 	<ul style="list-style-type: none"> - encefalopatie uremică - polineuropatie periferică senzitivo- motorie
II. Manifestări respiratorii	VI. Manifestări endocrino-metabolice
<ul style="list-style-type: none"> - plămân uremic 	<ul style="list-style-type: none"> - hiperparatiroidism secundar - osteodistrofie renală - calcificări extraosoase - malnutriție
III. Manifestări gastro-intestinale	VII. Anomalii hidro-electrolitice și acido-bazice
<ul style="list-style-type: none"> - gastrită - enterocolită - sângerări digestive 	<ul style="list-style-type: none"> - hiperpotasemie (rar - hipopotasemie) - hiponatremie/hipernatremie - alterări ale izohidriei - mai frecvent, deshidratare extracelulară - hiperhidratare - hipocalcemie (cu hipocalciurie) - hiperfosfatemie - acidoză metabolică
IV. Manifestări hematologice	VIII. Patologie indusă de metode de epurare extrarenală
<ul style="list-style-type: none"> -anemie -disfuncții leucocitare (disfuncție imunitară) -diateze hemoragipare 	<ul style="list-style-type: none"> -sindrom de dezechilibru osmotic -complicații ale căii de abord vascular (cateter/fistulă) -complicații infecțioase/inflamatorii ale dializei peritoneale (peritonită acută, peritonită sclerozantă) -complicații mecanice ale dializei peritoneale (scurgeride dializant, hernii, ileus, hemoragii de perete abdominal) -amiloidoză beta2-microglobulinică

Deficiența funcțională a bolnavilor cu insuficiență renală cronică **atlatul în** tratament substitutiv renal se stabilește în funcție de :

- starea clinică generală



- asocierea/severitatea comorbidităților
- prezența patologiei induse de metodele de tratament
Sunt luate în considerare elemente tehnice precum:
- metoda de tratament
- facilități existente- accesibilitatea centrului de dializă- distanță, capacitate, program.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Stare clinică/funcțională stabilizată*, comorbidități ușoare/moderate, patologie indusă de metodele de tratament absentă.

***Stare clinică/funcțională stabilizată:**

Criterii clinice:

- apetit bun;
- stare de nutriție bună;
- tensiune arterială normală (controlată terapeutic);
- absența co-morbidităților manifeste clinic: polinevrită senzitivo-motorie, osteo- artropatie renală, boală vasculară aterosclerotică (coronariană, cerebrală, vasculară), hipotensiune arterială, malnutriție;

Criterii paraclinice (funcționale):

- asigurarea unei echivalențe de filtrare glomerulară ~ 20 mL/min (calculată ca sumă a funcției renale reziduale – *clearance*-ul renal echivalent al ureei și *clearance*-ul dialitic săptămânal al ureei – Kt/V);
- uree sanguină < 150mg/dL și creatininemie < 8mg/dL;
- potasemie < 5mEq/L;
- bicarbonat seric > 20mEq/L;
- creșterea sau menținerea constantă a hemoglobinei la valori > 10g/dL.

Activitate profesională permisă pentru profesii sedentare, cu consum energetic scăzut, în condiții de microclimat corespunzătoare, cu program de lucru flexibil adaptat programului de hemodializă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Perioade de alterare a stării generale evidențiate clinic și funcțional, comorbidități severe, prezența complicațiilor determinate de metodele de tratament substitutiv renal (vezi tabel).

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Stare generală grav alterată clinic și funcțional, comorbidități multiple, foarte severe, complicații grave determinate de metodele de tratament substitutiv renal(vezi tabel).

TRANSPLANTUL RENAL

În aprecierea deficienței funcționale post-transplant renal se ține seama de:

- gradul afectării funcției renale, evaluată prin parametrii specifici;
- evoluția post-transplant, atât clinică, cât și paraclinică;
- existența complicațiilor cauzate de boala de fond, intervenției operatorii sau tratamentului imunosupresor cronic;
- evaluarea se realizează anual, deoarece sunt pacienți cu afecțiune cronică, gravă, ireversibilă, iar substituția prin transplant nu înseamnă vindecare, oricând pot apărea complicații ce pot periclita evoluția bolnavilor.

Pacienții cu transplant renal pot desfășura activități profesionale dacă doresc doar în condiții speciale, conform recomandărilor din capitolul introductiv: activități sedentare sau cu solicitare energetică ușoară, în condiții corespunzătoare de microclimat și de organizare a muncii.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Pacienți cu evoluție bună după 12 luni post transplant bună: grefă renală funcțională care asigură menținerea în limite normale a produșilor de retenție azotată în ser, absența comorbidităților manifeste clinic, absența complicațiilor determinate de terapia imunosupresoare cronică, pentru o perioadă de un an.

Pacienți cu transplant renal care prezintă scăderea moderată/severă a RFG (30 - 44 mL/min/1.73m²), BCR stadiul G3b însoțite de manifestări clinice cauzate de deficitul funcțiilor renale, conform criteriilor de la capitolul Boala cronică de rinichi.

Prezența unor complicații moderate determinate de terapia imunosupresoare cronică, comorbidități de intensitate moderată conform criteriilor de la capitolele respective.

Limitarea moderată a activităților. Capacitate de muncă diminuată.

Poate fi prestată activitate profesională, în condiții speciale cu evitarea eforturilor fizice mari, turelor prelungite și de noapte, expunerea la condiții de mediu extreme.

Restricții moderate de participare la viața socială din cauza spitalizărilor repetate, regimurilor alimentare speciale, scăderii veniturilor. Capacitate de autoservire păstrată.

Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluției bolii și tratament.

Pot fi necesare servicii de educație, formare/reconversie profesională, consiliere vocațională și de angajare în muncă, în special pentru cei care desfășoară munci necalificate sau mai puțin calificate.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Pacienții transplantați renal în primele 12 luni după transplant, indiferent de evoluția post-operatorie, deoarece pacientul necesită controale frecvente (uneori și la 2 săptămâni), de monitorizare în centrul de transplant, situat deseori la mare distanță de



domiciliu, iar riscul complicațiilor secundare medicației imunosupresoare și riscul de rejeț este foarte ridicat .

Pacienți cu transplant renal după 12 luni post-transplant care prezintă afectarea funcției renale cu scăderea severă a RFG($15-29\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$), BCR stadiul G4 însoțită de manifestări clinice conform criteriilor de la capitolul Boala cronică de rinichi.

Prezența complicațiilor determinate de terapia imunosupresoare cronică, comorbidități care determină deficiență funcțională accentuată, conform criteriilor de la capitolele respective.

Limitarea accentuată a activităților. Capacitate de muncă diminuată.

Restricții importante de participare la viața socială prin: tulburări de atenție/gândire la pacienții cu comorbidități importante ale insuficienței renale cronice. Capacitate de autoservire păstrată parțial.

Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluției bolii și tratament, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Evoluția nefavorabilă posttransplant cu restabilire inadecvată a funcției renale cu afectarea gravă a parametrilor clinico- funcționali, RFG sub $15\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$, BCR stadiul G5 conform criteriilor de la capitolul Boala cronică de rinichi;

Prezența complicațiilor determinate de terapia imunosupresoare cronică, comorbidități care determină deficiență funcțională gravă, conform criteriilor de la capitolele respective.

Se instituie tratament de substituție a funcțiilor renale.

Limitarea severă a activităților. Pot fi efectuate doar activități foarte ușoare, sedentare.

Restricții severe de participare la viața socială (dependența de anturaj). Capacitate de autoservire pierdută. Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluției bolii și tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene, cu sau fără servicii de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

Complicațiile transplantului renal :

- respingerea allogrefei
- disfuncția allogrefei (datorită efectelor farmacologice sau vasculare – vasculopatia allogrefei)
- complicații ale allogrefei (ca urmare a efectelor farmacologice sau vasculare – vasculopatia allogrefei)

Comorbidități:

- tulburări psihice-depresie reactivă.
- complicații infecțioase;
- complicații ale bolii vasculare aterosclerotice - infarct miocardic, accidente cerebro- vasculare, HTA necontrolată;
- diabet zaharat;
- insuficiență hepatică;
- boli maligne.

GLOMERULONEFRITELE CRONICE, Cod CIM X N08

Deficiența funcțională se apreciază în funcție de manifestările clinice (sindrom nefrotic cronic, sindrom nefrotic, HTA reno-parenchimatoasă, insuficiență renală cronică sau anomalii urinare asimptomatice) ținându-se seama de :

- etiologie (în formele secundare);
- co-morbidități (hipertensiune arterială, boli cardio-vasculare, hiperparatiroidism secundar).

Pentru cazurile care prezintă *sindrom nefrotic* vor fi aplicate criteriile adecvate acestuia.

În cazurile care se însoțesc de declinul funcției renale , deficiența funcțională se apreciază conform criteriilor stabilite pentru boala cronică de rinichi.

Observație: Glomerulonefrite cronice fără declinul funcției renale (rată de filtrare glomerulară peste 60mL/min/1.73m²), cu proteinurie subnefrotică și fără hipertensiune arterială nu determină limitări de activitate . În funcție de solicitările specifice locului de muncă poate fi indicată schimbarea acestuia.

NEFROPATII TUBULO-INTERSTIȚIALE CRONICE, Cod CIM N11

În cazurile însoțite de declinul funcției renale și/sau prezența co-morbidităților, deficiența funcțională se apreciază, conform criteriilor stabilite pentru boala cronică de rinichi/insuficiența renală cronică, respectiv pentru patologia asociată.

SINDROMUL NEFROTIC, Cod CIM X N04

Aprecierea deficienței funcționale în sindromul nefrotic trebuie să țină seama de contextul clinic, de declinul funcției renale, de severitatea tabloului clinico-biologic și de asocierea complicațiilor (altele decât insuficiența renală cronică):

- complicații cardio vasculare (hipertensiune arterială, insuficiență prin hipovolemie);
- tromboze venoase și arteriale;
- complicații infecțioase;
- complicații metabolice;
- complicații ale terapiei (corticoizi, imunosupresoare).

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Sindromul nefrotic în perioadele de remisiune persistentă a (proteinurie sub 1g/zi de cel puțin 6 luni) și în absența complicațiilor.

Activitate profesională permisă pentru profesii sedentare, cu consum energetic scăzut, în condiții de microclimat corespunzătoare, cu program de lucru flexibil, preferabil fără ture de noapte.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%



Sindrom nefrotic definit prin: edeme, proteinurie nefrotică (> 3000 mg/g creatinină urinară), hipoaalbuminemie și/sau prezența complicațiilor .

Observație. După instalarea insuficienței renale cronice deficiența funcțională este apreciată în funcție de gradul alterării funcției renale și manifestările clinice și funcționale rezultate, conform criteriilor stabilite pentru BCR/insuficiența renală cronică.

TUBERCULOZA RENOURINARĂ Cod CIM X A18, B90

Cazurile confirmate de tuberculoză reno-urinară beneficiază de concediu medical conform legii.

Deficiența funcțională se apreciază în funcție de prezența și severitatea complicațiilor și sechelelor.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Cazurile de tuberculoză reno-urinară vindecate cu sechele ușoare.

Observație. Cazurile de tuberculoză reno-urinară se consideră vindecate dacă la sfârșitul tratamentului medical examenele clinice, biologice și radiologice indică stingerea procesului tuberculos.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Cazurile de tuberculoză reno-urinară vindecate cu sechele care determină deficiență funcțională medie conform criteriilor stabilite pentru patologia respectivă: stricturi ureterale, sechele post-operatorii moderate în cazurile tratate chirurgical prin nefrectomie parțială (polară superioară sau inferioară), uretero-calicostomie, speleotomie.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

1. Cazurile de tuberculoză reno-urinară complicate, tratate chirurgical cu sechele care determină deficiență funcțională accentuată conform criteriilor stabilite pentru patologia respectivă: stricturi ureterale, sechele post-operatorii în cazurile tratate chirurgical prin nefrectomie totală însoțită de ureterectomie totală, cistolplastie de mărire a vezicii urinare, derivații urinare;

2. Recăderile.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Cazurile cu complicații grave determinate de extensia și de evoluția procesului tuberculos sau sechele severe care nu beneficiază de corectare chirurgicală.

Observație. În prezența manifestărilor de insuficiență renală deficiența funcțională se stabilește conform criteriilor stabilite pentru BCR/insuficiența renală cronică.

RINICHIUL UNIC CHIRURGICAL/ FUNCȚIONAL, Cod CIM X N28

În aprecierea deficienței funcționale a pacienților cu rinichi unic chirurgical/funcțional se va ține seama de:

- 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 unilaterale este rapidă: 80% în primele 15 zile, 90% în primele 3 luni și 94% în primul an; rămâne un deficit funcțional permanent de aproximativ 6%.

Deficiența funcțională se apreciază în funcție de situația rinichiului restant și de prezența patologiei asociate, inclusiv de apariția bolii cronice de rinichi, gradul acesteia, precum și a complicațiilor aferente.

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%

Nefrectomie parțială polară superioară sau inferioară

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Nefrectomie totală cu funcția rinichiului restant normală și în absența patologiei asociate. Cicatrice lombotomie/toracofrenolaparotomie.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Nefrectomie totală în prezența oricărei afectări a rinichiului restant care determină deficiență funcțională medie conform criteriilor generale;

Comorbiditățile prezente (hipertensiune arterială, boli cardio-vasculare, hiperparatiroidism secundar) se evaluează conform criteriilor de la capitolele respective, fiind considerate ca factori agravanți.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Nefrectomie totală în prezența oricărei afectări a rinichiului restant care determină deficiență funcțională accentuată conform criteriilor generale;

Comorbiditățile prezente (hipertensiune arterială, boli cardio-vasculare, hiperparatiroidism secundar) se evaluează conform criteriilor de la capitolele respective, fiind considerate ca factori agravanți.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Nefrectomie totală în prezența oricărei afectări a rinichiului restant care determină deficiență funcțională gravă conform criteriilor de la capitolele respective;

Comorbidități grave prezente.

Observație. În prezența manifestărilor de insuficiență renală deficiența funcțională se stabilește conform criteriilor stabilite pentru BCR/insuficiența renală cronică.



**ANOMALIILE CONGENITALE ALE APARATULUI RENO-URINAR, Cod
CIM X Q60-Q64**

Malformațiile aparatului reno-urinar sunt alterări ale formei, poziției și structurii parenchimului renal și/sau căilor urinare produse în timpul vieții intrauterine: agenezie renală unilaterală, hipoplazie renală, rinichi polichistic, rinichi în potcoavă, duplicare ureterală, hidronefroză, etc. Unele dintre acestea sunt bine tolerate, anumite forme beneficiază de corecție chirurgicală în primii ani de viață, în timp ce altele pot deveni manifeste în funcție de severitatea alterărilor structurale și funcționale și de complicațiile care le însoțesc.

Stabilirea deficienței funcționale se face în funcție de sechelele și complicațiile existente, conform criteriilor menționate la capitolele respective.

STRICTURILE URETRALE

(congenitale, dobândite, post-inflamatorii, posttraumatice, iatrogene, tumorale),
Cod CIM X N35

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%

Stricturi uretrale tratate chirurgical (ureterotomie optică internă, uretroplastie, stenturi endouretrale), în absența complicațiilor.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Stricturi care necesită 2-3 dilatații pe an, infecții urinare repetate.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Stricturi care necesită > 6 dilatații pe an, infecții urinare înalte sau joase, repetate, sau alte complicații: litiază vezicală, diverticuli vezicali, ureterohidronefroză bilaterală.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Complicații severe determinate de dilatațiile repetate – abces periuretral, flegmon periuretral cu fistule urinare cutanate.

Observații.

1. În cazul obstrucției subvezicale îndelungate cu ureterohidronefroză bilaterală care conduce la insuficiență renală cronică, aprecierea deficienței funcționale se face conform criteriilor stabilite pentru BCR/insuficiența renală cronică.
2. Deficiența funcțională determinată de stricturile uretrale de cauză tumorală se apreciază în contextul afecțiunii etiologice.

Derivații urinare permanente

Derivațiile urinare permanente sunt intervenții prin care se asigură drenajul urinar în cazurile de distrucție a căilor urinare de cauze congenitale, traumatice (inclusiv cele iatrogene) sau tumorale.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Derivații urinare interne continente (ureterosigmoidoanastomoza), necomplicate.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Nefrostomia unilaterală definitivă;

Derivații urinare externe cu colector urinar permanent (ureterostomia cutanată directă cu sondă, unilaterală, ureterostomia transileală tip Bricker);

Cistostomia definitivă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Nefrostomia bilaterală definitivă;

Derivații urinare externe cu colector urinar permanent, bilaterale;

Derivații urinare interne continente - neovezică rectală, derivații continente în pungă ileocecale care necesită golire intermitentă prin cateterism.

VEZICA NEUROGENĂ (VN), Cod CIM X N31

(VN spastică completă/incompletă, VN paralizică)

Anomaliile funcției vezicale (de continență și de golire a vezicii urinare) apar în contextul unor afecțiuni neurologice complicând tabloul acestora: leziuni medulare de cauze variate (traumatice - inclusiv operatorii, infecțioase, vasculare, tumorale), hernii discale intervertebrale, stenoze de canal lombar, neuropatia diabetică, AVC, boala Parkinson, postiradiere sau după intervenții chirurgicale abdominale delabrante.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Cateterism uretro-vezical intermitent (> 2 ori/zi). Purtător permanent de sondă uretro-vezicală Foley.

**INCONTINENȚA URINARĂ SECUNDARĂ
(iatrogenă, vezica neurogenă)****Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%**

Sunt necesare cel mult două pad-uri(scutece)/zi.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Sunt necesare trei - patru pad-uri (scutece)/zi.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Sunt necesare peste patru pad-uri(scutece)/zi. Fistulă vezico-vaginală nereparabilă chirurgical.



AFECȚIUNI TUMORALE

Tumorile benigne reno-urinare

Deficiența funcțională se stabilește în funcție de severitatea afectării clinice și funcționale, conform criteriilor generale menționate la începutul capitolului.

Tumorile maligne reno-urinare, Cod CIM X , C64-C68

Deficiența funcțională se stabilește în funcție de severitatea afectării clinice și funcționale, conform criteriilor generale de la capitolul *Afecțiuni neoplazice*.

Capitolul 7

FUNȚILE NEUROMUSCULOSCHELETICE ȘI ALE MIȘCĂRILOR AFERENTE



7.1.FUNCȚIILE MUSCULOSCHELETICE

Elemente clinice și funcționale care definesc funcțiile musculoscheletice și ale mișcărilor aferente

- Bolile sau accidentele la nivelul aparatului locomotor pot determina dizabilitate prin afectarea unor funcții cum ar fi: funcțiile mobilității osteo-articulare, funcțiile stabilității articulațiilor, funcțiile mușchilor, funcțiile mișcării, senzația de durere.
- În cazul bolilor reumatismale, se pot adăuga, afectări ale funcțiilor sistemelor cardiovascular, hematologic, imunitar, respirator, digestiv, urogenital, funcțiile văzului, funcțiile pielii și a altor structuri aferente pielii, etc.
- Aceste afectări pot conduce la limitări ale activității și la restricții de participare, dintre care, specific și constant afectată este *mobilitatea*. Limitarea mobilității presupune dificultăți în: schimbarea și menținerea poziției corpului, ducerea, deplasarea și manipularea obiectelor, mersul (pe jos) și deplasarea, inclusiv deplasarea complexă folosind echipamente, deplasarea cu mijloace de transport, etc.
- În funcție de severitatea afectării, pot fi limitate de asemenea: munca și angajarea în muncă, autoservirea și auto-gospodărirea.

Relația deficiență funcțională-incapacitate adaptativă-capacitate de muncă și gradul de invaliditate corespunzător

Deficiență funcțională	Incapacitate adaptativă	Capacitate de muncă	Grad invaliditate
Fără	0-19%	păstrată	Nu se încadrează
Deficiență funcțională ușoară	20-49%	păstrată	Nu se încadrează
Deficiență funcțională medie	50-69%	diminuată	Gradul III
Deficiență funcțională accentuată	70-89%	diminuată + capacitate de autoservire păstrată parțial	Gradul II
Deficiență funcțională gravă	90-100%	diminuată + capacitatea de autoservire pierdută	Gradul I

Relația deficiență funcțională - limitarea activității/restricțiile de participare generate:

Deficiența funcțională	Limitare activitate	Restricții de participare
Fără	Nicio dificultate în realizarea activității	Fără restricții de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ.
Deficiență funcțională ușoară	Este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene. Activitate profesională posibilă, cu evitarea celor care necesită gestualitate cu viteză și precizie și deplasări posturale prelungite.	Fără restricții de participare la viața socială; Necesită sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și recuperator. Pot fi necesare serviciile de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă
Deficiență funcțională medie	Limitare moderată a activității fizice prin limitarea mobilității (schimbarea și menținerea poziției corpului; ducerea, deplasarea și manipularea obiectelor; mersul și deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport). Bolnavul poate desfășura activități fără suprasolicitare posturală, activități preponderent statice, fără deplasări posturale, fără suprasolicitare fizică, în condiții de confort organic, Autoservirea este îndeplinită la parametrii optimi.	Fără restricții de participare la viața socială; Necesită servicii de sanătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.
Deficiență funcțională accentuată	Limitare marcată a mobilității bolnavului, care nu poate realiza o parte din sarcinile de autogospodărire, dar poate să se îngrijească singur. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.	Restricții de participare la viața socială; Necesită asigurare unor mijloace de deplasare (baston, cărje, cadru) sau asigurare unor dispozitive de mers (orteze). Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung. Necesită sprijin familial și comunitar (în funcție de caz și situație) pentru efectuarea unor activități cotidiene și de îngrijire.
Deficiență funcțională gravă	Limitarea completă a activităților: nu este capabil să meargă fără asistență, imobilizat la pat, are nevoie permanent de ajutor pentru autoservire	Restricții complete de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate (sprijin pentru asigurarea unor mijloace de deplasare: baston, cadru, fotoliu rulant). Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene și/sau de îngrijire personală pentru activitățile de bază.



Bolile aparatului locomotor care pot determina dizabilitate sunt:

- ▶ sechelele post traumatice
- ▶ sechelele post OA-TBC; Morb Pott
- ▶ osteomielita, osteitele fistulizate
- ▶ osteonecroza aseptică a capului femural
- ▶ deformațiile coloanei vertebrale
- ▶ artroplatia de șold cu proteză totală – complicații
- ▶ malformații congenital
- ▶ bolile reumatismale (bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor și ale țesutului conjunctiv)
- ▶ formațiuni tumorale benigne
- ▶ formațiuni tumorale maligne

SECHELELE POSTTRAUMATICE

Traumatismele la nivelul aparatului locomotor (fracturile, luxațiile, entorsele, leziunile de medisc, rupturile musculare, capsulare, ligamentare sau alte distrugerii de părți moi) determină în mod obișnuit o invaliditate temporară. Sechelele algofuncționale post traumatice sunt cele care determină o dizabilitate de lungă durată sau chiar permanentă cu limitări importante de activitate, inclusiv pierderea capacității de muncă. De aceea, aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale, se va realiza după aproximativ 5-6 luni de la data accidentului, spre finalul programului complex de recuperare.

Indiferent de structurile afectate, limitările activității/restricțiile de participare sunt determinate de:

- sechelele algice (durerea care împiedică mobilitatea) și/sau
- sechelele funcționale:
- limitarea mobilității osteo-articulare,
- instabilitatea articulațiilor,
- afectarea funcțiilor mușchilor (amiotrofie, avulsie, rigidizare),
- afectarea funcțiilor mișcării (mers șchiopătat datorită inegalității de membre inferioare, etc).

REDORILE, ANCHILOZELE

Limitarea de mobilitate – presupune derularea incompletă a mișcării unui segment al aparatului locomotor; mișcarea putându-se realiza doar pe un anumit sector al amplitudinii maxime.

Prin **redoare articulară**, unii autori înțeleg situația în care mișcarea unui segment se derulează cu dificultate, fiind totuși posibilă, având la bază perturbarea țesuturilor moi.

Anchiloza presupune suprimarea totală a mișcărilor unei articulații care în mod normal este mobilă.

Artrodeza presupune de asemenea suprimarea totală a mișcărilor unei articulații dar este consecutivă unui act chirurgical (blocarea definitivă a unei articulații prin fuzionarea epifizelor celor două extremități osoase implicate, în caz de instabilitate, atitudini vicioase, infecții cronice, tuberculoză osoasă, etc).

Limitarea de mobilitate la nivelul articulațiilor poate fi dată de afectarea diferitelor structuri: capete osoase articulare (distrugerii de cartilaj, fracturi), piele (cicatrici retractile), mușchi- tendon (retracturi, contracturi), ligamente (scurtări operatorii), capsulă articulară (retracție, rezecție), spațiu articular (corp străin intraarticular).

Aprecierea funcțională pentru stabilirea dizabilității se bazează pe:

Examenul clinic: evidențiază limitarea mobilității/instabilității la nivelul articulațiilor;

Investigații:

- testări articulare (bilanțul articular realizat cu ajutorul goniometrului)
- investigații imagistice: radiografii, echografii articulare, eventual RMN, CT, scintigrafii – utile pentru a decela care sunt structurile corpului afectate și pentru a obiectiva severitatea afectării.

Severitatea deficienței funcționale se apreciază în funcție de: gradul de redoare/limitare a mobilității articulației afectate (tabel), importanța articulației afectate, numărul articulațiilor afectate, poziția de fixare (fiziologică sau vicioasă) în cazul anchilozelor sau redorilor strânse.

În situația anchilozelor în poziții vicioase: cot în rectitudine, șold în flexum și/sau rotație și/sau abducție/adducție, genunchi în flexum, picior equin etc., de la caz la caz, în funcție de posibilitățile de manipulare a obiectelor sau de realizare a mersului și ortostatismului, se poate ajunge la limitarea severă/completă a activității, inclusiv la pierderea posibilităților de auservire.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Clinic:

- limitare moderată a mobilității la nivelul unui șold sau a unui genunchi (Tabel 1),
- limitare severă sau dispariția mobilității, în poziții fiziologice, la nivelul: unui umăr, unui cot sau a unei glezne

Funcțional: testarea articulară indică: abducție $\leq 20^\circ$ și anteducție $\leq 15^\circ$ a brațului; flexia cotului $\leq 45^\circ$ sau flexie plantară mai mică de 15° ; radiografiile sau echografia articulară evidențiază o ușoară îngustare, modificare a spațiului articular.

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară

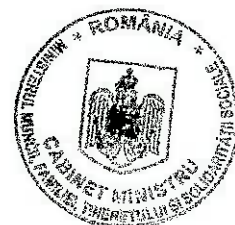
Fără restricții/ restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită tratament recuperator dacă leziunea nu este definitivă. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Clinic:

- absența mobilității unui cot, în poziție vicioasă (rectitudine);



- limitare severă sau absența mobilității la nivelul ambelor glezne, în poziție fiziologică;
- redoare/limitare severă sau absența mobilității la nivelul unui genunchi sau a unui șold, în poziție fiziologică.

Funcțional: testarea articulară indică o limitare sub medie (anexa) sau absența mobilității la nivelul articulațiilor susmenționate; radiografiile sau ecografia articulară evidențiază o îngustare, modificare importantă a spațiului articular.

Limitarea moderată a activităților.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită tratament recuperator dacă leziunea nu este definitivă. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Clinic: redoare/limitare medie a mobilității la nivelul ambelor șolduri sau redoare strânsă/ limitare severă a mobilității ambilor genunchi sau a unui șold și a genunchiului controlateral, în poziții fiziologice.

Funcțional: testarea articulară indică: o limitare medie (tabel) a mobilității șoldurilor sau limitare severă a mobilității genunchilor, bilateral, în poziții fiziologice; radiografiile sau ecografia articulară evidențiază o îngustare severă a spațiului articular.

Limitare moderată/severă a activităților.

Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită tratament recuperator dacă leziunea nu este definitivă, eventual furnizarea de dispozitive (cârje, cadru, etc), tehnologii ajutătoare.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Clinic: redoare strânsă/pierderea mobilității la nivelul ambelor șolduri sau redoare strânsă/pierderea mobilității în poziții vicioase la nivelul ambilor genunchi sau la nivelul unui șold și a genunchiului controlateral.

Funcțional: testarea articulară indică: absența mobilității șoldurilor sau genunchilor, bilateral; radiografiile sau ecografia articulară evidențiază dispariția spațiului articular.

Limitare severă / completă a activităților, inclusiv a posibilităților de autoservire.

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament (dacă leziunile nu sunt definitive), eventual furnizarea de dispozitive (cârje, cadru, cărucior rulant, etc), tehnologii ajutătoare (inclusiv amenajări ale locuinței și ale căilor de acces) și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social și, de asemenea însoțitori sau asistenți personali.

PSEUDARTROZA

Trebuie făcută distincția între: întârzierea în consolidare care este o stare tranzitorie și pseudoartroza care reprezintă o stare definitivă. Invaliditatea în pseudoartroze este de scurtă durată, până la intervenția chirurgicală corectoare.

Până la practicarea intervenției chirurgicale sau, în cazurile inoperabile ca urmare a unor complicații locale sau a bolilor somatice asociate, bolnavii prezintă un grad de invaliditate în funcție de: tipul de pseudoartroză (1. liberă sau flotantă; 2. strânsă sau fibroasă; 3. fibro- sinovială – cu excesivă mobilitate a fragmentelor ce demonstrează o organizare a țesuturilor mai complexă) și localizare (importanța funcțională a structurii osoase afectate).

Aprecierea deficienței funcționale pentru stabilirea invalidității se bazează pe:

Elemente clinice: mobilitate anormală, în aproximativ toate planurile, în focarul de fractură după terminarea tratamentului de imobilizare (după 4- 5 luni), mișcarea fiind practic nedureroasă;

Investigații: examen radiologic – obligatoriu: evidențiază lipsa consolidării.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Pseudoartroza la nivelul humerusului, oaselor antebrăului, oaselor degetelor piciorului, unilateral, fără scurtare.

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară a mobilității.

Fără restricții/ restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ chirurgical. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Pseudoartroza unilaterală a humerusului cu scurtare peste 5 cm, pseudoartroza oaselor gambei sau coapsei cu scurtare sub 7cm.Limitarea moderată a mobilității.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, chirurgical, procurarea de ghetе ortopedice cu înălțare. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Pseudoartroza oaselor gambei sau coapsei cu scurtare peste 7 cm. Limitare moderată / severă a activităților.

Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, chirurgical, procurarea de ghetе ortopedice cu înălțare, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.



AMPUTAȚIILE, Cod CIM T05

Cel mai frecvent amputațiile sunt consecința unor traumatisme dar există și amputații de necesitate în cadrul unor boli vasculare, metabolice, neoplazice, neurologice, congenitale, etc. Diagnosticul clinic complet trebuie să conțină următoarele elemente: cauza amputației; data amputației; nivelul amputației; starea bontului (cu descrierea bontului vicios atunci când e cazul); situația protezării (protezat, neprotezat, neprotezabil) cu menționarea tipului de proteză.

Invaliditatea este definitivă și severitatea ei depinde de:

- nivelul amputației;
- cauza care a condus la indicația de amputație;
- starea bontului și eficiența protezării.

1. Nivelul amputației

Este criteriul cel mai important (dar nu unicul) de evaluare a severității deficienței funcționale și el va fi detaliat în continuare.

Pentru bolnavii cu amputații la nivelul membrului superior dominant (drept sau pentru bolnavii stângaci membrul superior stâng), în primele 6-12 luni există un grad mai mare al deficienței funcționale, până la preluarea sarcinilor de către membrul restant, prin reeducarea gestualității.

2. Cauza care a condus la indicația de amputație

În cazul amputațiilor de necesitate din arteriopatii, diabet zaharat, neoplasme, boli neurologice, etc, deficiența funcțională este determinată și de afectarea funcțiilor sistemelor respective (vascular, metabolic, etc), ținându-se cont și de faptul că aceste afectări și limitarea mobilității determinată de amputație se pot potența reciproc, accentuând gradul de deficiență funcțională.

3. Starea bontului și eficiența protezării:

Deficiența funcțională, limitarea mobilității/locomoției, în cazul amputației de membru 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 amputațiilor membrelor inferioare, pentru a putea fi eficient protezat, **bontul de amputație** trebuie să îndeplinească următoarele **criterii**:

- să aibă o lungime suficientă;
- să aibă o formă cât mai regulată;
- să nu prezinte proeminențe osoase și
- să fie bine acoperit de mușchi;
- să fie fără exces de părți moi;
- să fie nedureros, fără nevroame;
- să fie acoperit cu tegumente indemne, cu cicatrici vindecate, suple, neretractile, fără plastii sensibile și friabile, fără leziuni dermatologice;
- să nu prezinte tulburări circulatorii.

Un bont scurt, cu cicatrici vicioase, cu calus vicios, cu nevroame hiperalgice, cu leziuni trofice, cu fistule cronice sau cu sechele complexe nu va putea fi protezat eficient, determinând un grad mai mare al deficienței funcționale.

În cazul în care pacientul nu poate fi protezat din cauza bontului vicios, va fi îndrumat 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 un grad de invaliditate superior celui determinat de nivelul de amputație.

Cazurile cu amputații de membre inferioare neprotezate din motive obiective, în funcție de imposibilitatea realizării mersului și ortostatismului fără cârje sau fotoliu rulant prezintă un grad de invaliditate superior celui determinat de nivelul de amputație, până la realizarea protezării.

În cazul amputațiilor recente de membre inferioare, în funcție de imposibilitatea realizării mersului și ortostatismului fără cârje sau fotoliu rulant, gradul de invaliditate este temporar superior celui determinat de nivelul de amputație, pe o perioadă de un an, timp necesar pentru achiziționarea protezelor (provizorii, ulterior definitive) și a altor dispozitive medicale necesare, precum și pentru reeducarea mersului cu aceste dispozitive.

În cazul amputațiilor de membre inferioare/superioare protezate, deficiența funcțională va fi stabilită în funcție de gradul de compensare a deficitului funcțional (realizarea mersului, ortostatismului fără dispozitive ajutătoare/ajutor parțial), gestualității, prehensiunii.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

La nivelul membrilor superioare: lipsa prin amputație a 2-3 degete (în afara policelui), lipsa ultimelor falange de la toate degetele de la o mână, lipsa prin amputație a 4 degete de la o mână (în afara policelui), lipsa policelui unilateral, lipsa unui police cu metacarpianul respectiv, lipsa ultimelor falange de la toate degetele ambelor mâini.

La nivelul membrilor inferioare : amputație totală sau parțială a degetelor de la unul sau de la ambele picioare, amputație unilaterală tip Lisfranck (tarso-metatarsiană), amputație unilaterală tip Chopart (intratarsiană)

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară a mobilității/locomoției sau a gestualității.

Fără restricții/ restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, procurare de dispozitive medicale (încălțăminte specială, proteze). Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

La nivelul membrilor superioare: lipsa policelui bilateral, lipsa a 4 degete (în afara policelui) bilateral, lipsa degetelor de la o mână, dezarticulație radio-carpiană, amputația unilaterală de antebraț la diferite nivele.

La nivelul membrilor inferioare: amputație bilaterală tip Lisfranck,



bilaterală tip Chopart, amputație de gambă unilateral (la orice nivel), amputație la nivelul 1/3 proximale a coapsei (bont minim de 7 cm) unilateral.

Limitarea moderată a mobilității/locomoției sau gestualității.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, procurarea de dispozitive medicale (orteze, proteze). Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

La nivelul membrelor superioare: dezarticulația de cot, amputația unilaterală de braț la diferite nivele, dezarticulație scapulo-humerală unilaterală, amputația unui membru superior cu reducerea prehensiunii contralateral.

La nivelul membrelor inferioare: amputația unilaterală de coapsă cu bont mai mic de 7 cm sau cu bont greu protezabil, amputația unilaterală membrul inferior asociată cu redori și calusuri vicioase la nivelul membrului controlateral, dezarticulație de șold unilaterală.

Limitare moderată / severă a activităților.

Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, procurarea de dispozitive (proteze, dispozitive de autoservire), servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

La nivelul membrelor superioare: lipsa tuturor degetelor de la ambele mâini, amputația unui membru superior asociată cu redori strânse ale articulației membrului controlateral, amputația ambelor membre superioare (de la diferite nivele).

La nivelul membrelor inferioare: amputația bilaterală a membrelor inferioare de la nivelul gambelor cu imposibilitatea realizării ortostatismului fără cârje, amputația gambei asociată cu amputația coapsei controlaterale, amputația transpelviană (interilioabdominală) unilaterală, lipsă prin amputație a ambelor coapse, lipsă prin dezarticulație a unui membru inferior asociată cu anchiloza membrului inferior controlateral, lipsă prin dezarticulație a unui membru inferior asociată cu amputația sau dezarticulația unui membru superior.

Limitare severă/ completă a activităților.

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, furnizarea de dispozitive (proteze, dispozitive de autoservire), tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate (amenajarea locuinței și a căilor de acces). Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social și, de asemenea însoțitori sau asistenți personali.

TRAUMATISMELE VERTEBRO-MEDULARE

Traumatismele vertebro-medulare închise și deschise ocupă în tabloul general al patologiei aparatului locomotor o fracțiune de aproximativ 0,7-1 %.

Din punct de vedere lezional, există două mari grupe:

1. Leziuni rahidiene cu interesarea elementelor canalului rahidian, denumite și mielice;
2. Leziuni rahidiene fără semne neurologice sau amielice.

Severitatea deficienței funcționale este determinată de

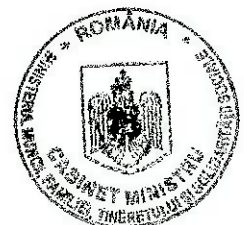
- localizarea, importanța și întinderea afectării structurilor coloanei vertebrale
 - fracturi de corp vertebral (fracturi prin compresiune care pot fi complete sau cuneiforme; fracturi cominutive; fracturi parcelare);
 - fracturi de arc posterior (fracturi de apofize - transverse, spinoase, articulare; fracturi de lame; fracturi de pediculi);
 - fracturi-luxații, cu sau fără leziuni disco-ligamentare.
- importanța lezării medulo-radiculare, consecințele:
 - ▶ **consecința imediată:** șocul spinal definit ca o stare de supresiune a tuturor activităților spinale, având caracter tranzitoriu (durează 1-6 săptămâni);
 - ▶ **consecințele precoce:** sunt independente de șocul spinal, dar în directă dependență de leziunea medulară.

Sunt aceleași în toate segmentele medulare:

- sindrom senzitiv și motor remanent;
- tulburări vezicale sub formă de retenție;
- tulburări intestinale și anorectale;
- tulburări ale funcțiilor genitale;
- tulburări neuro-vegetative (termice, tensionale, aritmii);
- tulburări trofice.
- ▶ **consecințe tardive:**
 - deficit senzitiv și motor rezidual;
 - tulburări metabolice și de nutriție;
 - tulburări viscerale;
 - tulburări psihice.

Importante în instalarea unei invalidități de lungă durată sau definitive, sunt consecințele tardive ale lezărilor medulo-radiculare, care pot fi sistematizate în 3 sindroame:

- Sindrom neurologic total: tetraplegie sau paraplegie
- Sindroame neurologice parțiale, între care distingem: Sindromul Brown-Sequard, sindromul centromedular cervical, sindromul radiculo-medular acut și sindroame neurologice particulare.
- Sindrom radicular – care cuprinde, pe lângă atingerile electiv radiculare, sindromul cozii de cal.



Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:
Examenul clinic: care evidențiază unul din sindroamele enumerate.

Investigații:

- Investigații imagistice: examenul radiologic, IRM, CT, discografie, flebografie, arteriografie;
- electromiografiei;
- examenul LCR.

Deficiența funcțională generată de afectarea structurilor medulo-radiculare este evaluată în cadrul capitolului care cuprinde afecțiunile neurologice.

Din punctul de vedere al structurilor musculo-scheletice, invaliditatea poate fi determinată de limitarea mobilității la nivelul coloanei vertebrale.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Anchiloza unui segment de coloană (osteosinteză posttraumatică) Fără limitarea activităților sau limitare ușoară.

Fără restricții/ restricții ușoare de participare la viața socială.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Anchiloza sau redori strânse pe segmente mari (5 - 6 -7 vertebre), cu tulburări ventilatorii medii

Limitarea moderată a activităților mai ales în cursul exacerbărilor.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Anchiloze cu deformări mari (cifoze – cifoscolioze) cu tulburări ventilatorii medii-accentuate).

Limitare moderată/severă a activităților.

Restricții severe de participare la viața socială. Necesită servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

DISTROFIA SIMPATICĂ REFLEXĂ (DSR) – SINDROMUL ALGONEURODISTROFIC (SAND)

Sindromul algoneurodistrofic (SAND) denumit și distrofie simpatică reflexă (DSR) este, în cele mai frecvente cazuri, secundar unui traumatism. Diagnosticul pozitiv se susține după criteriile lui Kozin.

Invaliditatea, în cazul unui program recuperator precoce instituit (imediat după îndepărtarea aparatului gipsat) este de scurtă durată și se datorează durerii și limitării mobilității.

Severitatea invalidității este dată de : localizare și stadiul de evoluție (I, II, III). Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: articulație tumefiată, caldă, sensibilă la mobilizare, în faze avansate articulație blocată, acoperită cu tegumente lucioase, atrofice;

Investigații: examen radiologic, mai rar termografie, scintigrafie osoasă.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

DSR a membrului superior sau inferior unilateral, cu localizări diverse în stadiul I de evolutivitate în formă moderată

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară

Fără restricții/ restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator cât mai precoce instituit. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

I. DSR la membrul superior sau pelvin unilateral stadiul II (din punct de vedere al evoluției), cu localizări diverse

II. DSR localizat la umăr (umăr blocat, capsulită retractilă) sau sindrom umăr – mână stadiul II de evoluție

III. DSR genunchi – picior stadiul II de evoluție, unilateral

IV. DSR la nivelul membrului superior sau inferior, unilateral, în stadiul III de evoluție, formă severă

Limitarea moderată a mobilității și a altor activități. Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, program recuperator. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

I. DSR localizat la mână, stadiul III de evoluție, bilateral; sau la șold bilateral; sau la gambe bilateral

II. DSR la nivelul membrului superior sau inferior bilateral, în stadiul III de evoluție, în formă severă, cu localizări diverse



Limitare moderată / severă a activităților.

Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

SUPURAȚILE OSOASE POSTTRAUMATICE Cod CIM M86

Deficiența funcțională este determinată de:

- osteitele post-traumatice acute cronicizate;
- osteitele post-traumatice care au evoluat cronic de la început.

Aprecierea funcțională pentru stabilirea dizabilității se bazează pe:

Elemente clinice: fistule remanente unice sau multiple, cu sau fără alterarea părților moi

Investigații:

- examen radiologic
- fistulografie.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Supurațiile osoase fistulizate.

Limitare moderată / severă a activităților.

Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, inclusiv chirurgical, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

SÊCHELELE POST TUBERCULOZĂ OSTEOARTICULARĂ; MORB POTT Cod CIM B90.2

Tuberculoza osteoarticulară (TBC OA) evoluează ciclic în trei faze: I. faza de însămânțare; II. faza distructivă; III. faza de cicatrizare și anchiloză.

Diagnosticul clinic și stadiul afecțiunii se stabilesc de către unitățile teritoriale anti TBC.

Severitatea deficienței funcționale se apreciază în raport cu: stadiul afecțiunii (respectiv cu încadrarea în grupele de dispensarizare) și localizare.

Toate afecțiunile TBC osteoarticulare *în evoluție* generează o deficiență funcțională accentuată și se încadrează în gradul II (doi) de invaliditate, indiferent de localizarea procesului tuberculos: tuberculoză osteoarticulară (TBC – OA) scapulohumerală; de cot; radiocarpiană; sacroiliacă; coxofemurală; de genunchi; tibiotarsiană și intratarsiană.

Sechelele – anchiloze și redorile strânse, se vor evalua conform criteriilor de la capitolul *Redori – Anchiloze*.

SECHELELE MORB POTT Cod CIM M49

În cazul localizării TBC OA la nivelul coloanei vertebrale, aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Examenul clinic Investigații:

- examen radiologic
- testarea mobilității coloanei vertebrale;
- probe ventilatorii;

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Osteosinteza unui segment de coloană (2-3-4 vertebre)

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară

Fără restricții/ restricții ușoare de participare la viața socială.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Osteosinteza unui segment mare (5-6-7 vertebre)

Limitarea moderată a activităților mai ales în cursul exacerbărilor.

Restricții moderate de participare la viața socială, mai ales în cursul exacerbărilor.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Osteosinteză pe coloană deformată (cifoscoliotică), cu tulburări ventilatorii.

Limitare moderată / severă a activităților.

Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

OSTEOMIELITA. OSTEITELE FISTULIZATE Cod CIM M86

Osteomielita este o boală generală, cu evoluție și forme clinice diferențiate.

Formele clinice pot fi: forme acute (forma hipertoxică); forma septicemică; forma piogenă (cu modificări prevalent locale); osteomielita cronică de la început; osteomielită acută cronicizată.

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Examenul clinic: local și general;

Investigații:

- teste de laborator: VSH, hemogramă;



- examen radiologic
- însămânțare din secreția locală.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Osteomielită cronică fistulizată

Limitare moderată / severă a activităților.

Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, inclusiv chirurgical, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

OSTEONECROZA ASEPTICĂ Cod CIM M87

Osteonecroza aseptică este o afecțiune ce presupune alterarea până la suprimare a circulației arteriale într-un segment al osului. Cea mai frecventă localizare este capul femural. Alte localizări posibile: osul navicular carpian, astragalul, capul humeral sau fragmente izolate de os.

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: durere spontană și provocată, redoare algică a articulației afectate, mers șchiopătat

Investigații:

- radiografie, eventual scintigrafie, IRM, CT
- testări articulare

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Necroză aseptică de cap femural/umăr/genunchi/oase picior, în fază incipientă.

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară

Fără restricții/restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Necroză aseptică de cap femural unilateral în evoluție cu distrucție coxofemurală.

Necroză aseptică de umăr unilaterală în evoluție cu distrucție articulară

Necroză aseptică de genunchi unilateral în evoluție cu distrucție articulară

Limitarea moderată a activităților.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, chirurgical (osteotomie de corecție, foraj, artroplastie de șold). Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Necroză aseptică de cap femural confirmată, bilaterală, în evoluție.

Necroză aseptică de umăr bilaterală în evoluție.

Necroză aseptică de genunchi bilaterală în evoluție. Limitare moderată / severă a activităților.

Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, chirurgical (osteotomie de corecție, foraj, artroplastie de șold), servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

DEFORMAȚIILE COLOANEI VERTEBRALE Cod CIM M40, M41

Deformațiile coloanei vertebrale, cum ar fi scolioza sau cifoscolioza, de etiologie polimorfă, pot determina invaliditate prin limitarea mobilității, tulburări ventilatorii, complicații neurologice.

Aprecierea funcțională pentru stabilirea dizabilității se bazează pe:

Examenul clinic:

Investigații:

- examenului radiologic – incluzând examenul goniometric efectuat pe o radiografie standard
- testarea mobilității coloanei
- probe ventilatorii.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Scolioză, cifoscolioză cu grad de curbură sub 60° (cu tulburări ventilatorii mici)

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară

Fără restricții/restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

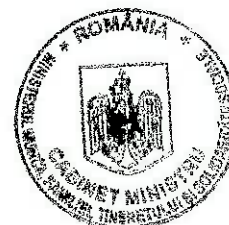
Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Scolioză, cifoscolioză cu grad de curbură peste 60° (cu tulburări ventilatorii mici – medii) și fără tulburări neurologice.

Limitarea moderată a activităților.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.



Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Scolioză, cifoscolioză cu grad de curbură peste 60°, cu tulburări neurologice: parapareză
Limitare moderată / severă a activităților.

Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Scolioză cu grad de curbură peste 60°, cu tulburări neurologice – paraplegie.

Limitare severă/completă a activităților.

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive, tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social și, de asemenea însoțitori sau asistenți personali.

ARTROPLASTIA DE ȘOLD

Artroplastia de șold (cu endoproteză cefalică sau cu proteză totală - cimentată sau necimentată) este o intervenție chirurgicală care are drept scop diminuarea dizabilității determinate de limitarea mobilității prin distrucții coxofemorale posttraumatice, coxartroze, osteonecroze de cap femural, malformații, etc.

Există însă o serie de complicații operatorii sau postoperatorii care determină menținerea invalidității.

Complicațiile pot fi intraoperatorii, secundare și tardive:

I. Complicațiile intraoperatorii, legate de tehnică:

- perforarea fundului cotilului;
- perforarea diafizei femurale;
- leziunea nervului sciatic sau femural.

II. Complicații secundare legate de o tehnică imperfectă (neadaptată):

- hematomul postoperator;
- infecția postoperatorie;
- luxația capului protezei;
- insuficiența mușchilor fesieri și abductori în statică și mers;
- 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 – se manifestă prin: reapariția durerii la nivelul șoldului, cu iradiere spre genunchi, fenomene claudicative cu limitarea mișcărilor. Radiologic se constată: osteoliză segmentară

(lizereu de radiotransparență periprotetică, progresiv) sau osteoliză lacunară (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.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Artroplastiile de șold unilaterale/bilaterale cu evoluție favorabilă, fără complicații

Limitarea ușoară a activităților

Fără restricții/restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, reintervenție chirurgicală. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

- Artroplastiile de șold, recente, pentru o perioadă – 12 luni, determină limitări ale activității
- Artroplastiile de șold unilaterale, complicate prin tehnicile operatorii:
 - perforarea fundului cotilului cu protuzia secundară sau luxația cupei;
 - perforarea diafizei femurale;
 - leziunea nervului sciatic sau femural;
 - infecțiile postoperatorii.
- Artroplastie de șold cu redoare algică prin osificări heterotopice
- Artroplastie de șold bilaterală cu complicațiile enumerate unilateral.

Limitarea moderată a activităților.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, reintervenție chirurgicală. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Artroplastiile de șold cu complicații postoperatorii tardive de tipul:

- decimentarea aseptică – osteoliza;
- fractura femurului localizată în 1/3 distală a tije protezei sau la vârful său;
- degradarea pieselor femurale.

Artroplastiile de șold bilaterale cu complicațiile enumerate unilateral.

Limitare moderată / severă a activităților.

Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, reintervenție chirurgicală.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.



În cazul artroplastiiilor de genunchi, gleznă, umăr, cot și pumn stabilirea deficienței funcționale, incapacității adaptative, respectiv a capacității de muncă se va face conform criteriilor de la artroplastia de șold, urmărind aceleași elemente de severitate care vizează articulația sau funcționalitatea protezei evaluate.

MALFORMAȚII CONGENITALE Cod CIM Q65-Q79

Malformațiile congenitale ale aparatului locomotor pot avea diverse localizări și pot afecta diverse structuri:

- la nivelul membrelor superioare: luxație congenitală a umărului; agenezie de degete, mână, antebraț; sindactilie, etc.
- la nivelul membrelor inferioare: 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).
- la nivelul coloană vertebrale:
 - a. de origine medulară: siringomieli 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: spina bifida.

Gradul deficienței funcționale se evaluează în funcție de structurile și funcțiile afectate, limitarea mobilității fiind determinată de: anchiloze, redori, scurtări, membre balante, tulburări neurologice.

BOLILE REUMATISMALE

Afectările structurilor și funcțiilor în bolile reumatismale

Bolile reumatismale – bolile sistemului osteo-articular, al mușchilor și ale sistemului conjunctiv, pot determina dizabilitate prin limitarea mobilității (consecutivă durerii, inflamației și alterării funcțiilor musculoscheletice și ale mișcărilor aferente), dar, o mare parte din ele, fiind considerate boli sistemice, pot prezenta multiple afectări ale funcțiilor altor sisteme:

- sistemul cardiovascular (pleurezia și pericardita lupică, etc),
- hematologic (anemia secundară inflamației sau medicației, eozinofilie și limfopenie relativă în polimiozită, etc)
- imunitar (producție de autoanticorpi în LES, sclerodermie, PR, etc)
- respirator (disfunția ventilatorie prin rigidizarea cuștii toracice în S.A, pneumopatie fibrozantă pulmonară difuză din sclerodermie, etc)
- digestiv (disfagia consecutivă infiltrării și hipomotilității esofagului în sclerodermie, gastrita hemoragică sau ulcerul gastroduodenal secundar tratamentului cu antiinflamatoare, hepatita toxică medicamentoasă, etc)
- urogenital (nefropatia gutoasă, glomerulonefrita lupică, etc),
- funcțiile văzului (scăderea acuității vizuale mergând până la cecitate prin uveită anterioară în boala Behcet, iridociclita din SA, etc),
- funcțiile pielii și a altor structuri aferente pielii (leziunile tegumentare din artrita psoriazică, sclerodermie, etc).

Afectările funcționale ale acestor sisteme sunt analizate la capitolele respective.

Având în vedere caracterul heterogen al bolilor reumatismale prin afectare multisistemică, diferite stadii evolutive, variate grade de activitate, diagnosticul pozitiv se stabilește de către medicul reumatolog care, în lipsa criteriilor diagnostice, se poate baza pe criteriile de clasificare utilizate în cercetarea clinică pentru identificarea de cohorte omogene. După stabilirea diagnosticului pozitiv de boala reumatismală, medicul reumatolog utilizează scoruri și indici validați pentru evaluarea gradului de activitate și chiar de funcționalitate a bolii reumatismale respective.

POLIARTRITA REUMATOIDĂ (P.R.) sau ARTRITA REUMATOIDĂ Cod CIM M05

Diagnosticul de poliartrită reumatoidă se susține pe baza afectării inflamatoare poliarticulare, în special a articulațiilor mici de la mâini și picioare, creșterea nivelului reactanților de fază acută, prezenta autoanticorpilor specifici bolii, de exemplu anticorpi anti-peptide citrinate/ACPA cum sunt anticorpii anti-peptide ciclice citrinate/anti-CCP sau factor reumatoid/FR, precum și a leziunilor radiologice caracteristice, eroziv-distructive. Diagnosticul este susținut prin aplicarea criteriilor de clasificare ACR (*American College of Rheumatology*) și EULAR (*European League Against Rheumatism*)(2010). Criteriile se aplică la pacienții care prezintă cel puțin o articulație tumefiată și la care sinovita nu este explicată de o altă boală. Sunt evaluate pa-



domenii, iar scorul rezultă din adunarea punctelor acordate pentru fiecare domeniu; pentru a clasifica un caz ca fiind PR este necesar un scor de cel puțin 6 puncte din 10.

A. Afectarea articulară (1)

- 1 articulație mare (2): 0 puncte
- 2-10 articulații mari : 1 punct
- 1-3 articulații mici (cu sau fără afectare de articulații mari) (3): 2 puncte
- 4-10 articulații mici (cu sau fără afectare de articulații mari): 3 puncte
- 10 articulații (incluzând cel puțin o articulație mică): 5 puncte

B. Serologie (cel puțin un test necesar pentru diagnostic) (4)

- FR și anticorpi anti-CCP negative: 0 puncte
- FR sau anticorpi anti-CCP pozitivi în titru mic: 2 puncte
- FR sau anticorpi anti-CCP pozitivi în titru mare: 3 puncte

C. Reactanți de fază acută (cel puțin un test necesar pentru diagnostic)

- PCR și VSH normale: 0 puncte
- PCR sau VSH crescute: 1 punct

D. Durata simptomelor

- < 6 săptămâni: 0 puncte
- > 6 săptămâni: 1 punct

(1). *Primele articulații carpo-metacarpiene, primele articulații metatarsofalangiene și articulațiile interfalangiene distale nu se evaluează.*

(2). *Articulații mari sunt: umerii, coatele, șoldurile, genunchii, articulațiile tibiotarsiene.*

(3). *Articulații mici sunt: metacarpofalangiene, interfalangiene proximale, metatarsofalangiene, interfalangiană a policelui, radiocubitocarpiene.*

(4). *Titru mic se referă la valori mai mari decât valoarea superioară a normalului (VSN) dar mai mici sau egale cu de 3 ori VSN a laboratorului; titru mare se referă la valori mai mari de 3 ori VSN.*

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: semne de inflamație la nivelul articulațiilor (redoare, durere, tumefacție, căldură, sensibilitate la presiune și mobilizare), luxații, deformări ale articulațiilor, limitarea mobilității articulare, hipotrofii musculare, prezența nodulilor reumatoizi.

Investigații:

- investigații de laborator: teste de inflamație (VSH, proteina C reactivă cantitativ), teste imunologice (factorii reumatoizi/FR, anticorpi anti- proteina citrulinata/ACPA), hemogramă, transaminaze, creatinină (pentru evaluarea efectelor secundare medicației);
- investigații imagistice: examen radiologic (al mâinilor și antepicioarelor +/- radiografiile altor articulații afectate), echografie articulară, mai rar rezonanță magnetică nucleară.
- testările articulare sunt utile doar în stadiul IV Steinbrocker de evoluție, când apar anchilozele, deseori în poziții vicioase.

Severitatea deficienței funcționale depinde de:

- activitatea inflamatorie a bolii (limitarea mobilității prin durere fiind proporțională cu intensitatea inflamației și frecvența puseelor inflamatorii)
- alterările structurale osteo-articulare.

Există deci o dizabilitate cauzată de inflamație (potențial reversibilă) și alta determinată de alterările structurale consecutive (frecvent definitivă).

Gradul de activitate al PR poate fi evaluat printr-o serie de parametri clinici sau biologici: număr de articulații dureroase și tumefiate, redoare matinală, evaluare globală a activității bolii (VAS medic și pacient), nivelul reactanților de fază acută (VSH, CRP cantitativ), indici compoziți validați (DAS 28), factori prognostici (nivelul Ac anti CCP și nivelul seric al factorilor reumatoizi).

Severitatea alterărilor structurale se bazează pe: stadializarea Steinbrocker (care prezintă și corelație cu deficitul funcțional), scorul radiografic Sharp - în varianta modificată de Van der Heijde sau de Genant (scorul eroziunilor juxtaarticulare și a îngustărilor spațiului articular).

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Poliartrită reumatoidă la debut (după criteriile Steinbrocker). Clasa funcțională 1 – capacitate funcțională completă, cu posibilitatea de a exercita normal profesia.

Poliartrită reumatoidă st. I (după criteriile Steinbrocker). Clasa funcțională 1 – capacitate funcțională completă, cu posibilitatea de a exercita normal profesia

Poliartrită reumatoidă st. I (după criteriile Steinbrocker), moderat activă, cu pusee inflamatorii frecvente. Clasa funcțională 2 = capacitate funcțională este ușor scăzută, din cauza durerii și redorii la una sau mai multe articulații.

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară

Fără restricții/ restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și încetinirea evoluției bolii. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Poliartrită reumatoidă st. II (după criteriile Steinbrocker), Clasa funcțională 2 – capacitate funcțională redusă, prezentând handicapul durerii și redorii la una sau mai multe articulații.

Limitarea moderată a activităților mai ales în cursul puseelor inflamatorii. Restricții moderate de participare la viața socială, mai ales în cursul exacerbărilor.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și încetinirea evoluției bolii. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Poliartrită reumatoidă st. II/III. Clasa funcțională 3 – capacitate funcțională redusă, cu afectarea semnificativă a mobilității articulare, reducerea capacității de deplasare și/sau a gesticii uzuale

Limitare moderată / severă a activităților. Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și încetinirea evoluției bolii, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generate de suport social.



Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

I. Poliartrită reumatoidă st. III (sever) după criteriile Steinbroker.

Clasa funcțională 3= capacitate funcțională mult limitată, permițând bolnavului numai o mică parte din ocupațiile casnice și de autoservire.

II. Poliartrită reumatoidă st. IV (după criteriile lui Steinbroker).

Clasa funcțională 4= infirmitate importantă; bolnav imobilizat la pat sau fotoliu; se deplasează cu foarte mare dificultate, nu se poate ocupa de propria îngrijire sau o face cu mare dificultate

Limitare severă/ completă a activităților. Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive (dispozitive ajutătoare pentru autoservire, cârje, cadru, cărucioare rulante, etc), tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate (amenajarea locuinței și a căilor de acces). Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social și, de asemenea însoțitori sau asistenți personali.

SPONDILOARTRITELE

Spondiloartritele (SpA) sunt un grup de boli inflamatoare cronice care afectează în principal scheletul axial (articulațiile sacro-iliace și coloana vertebrală), uneori și articulațiile periferice (oligoartrita asimetrică interesând predominant articulațiile membrelor inferioare), asociate frecvent cu entezita, dactilita, manifestări extraarticulare (uveita acută anterioară, psoriazis, boala inflamatoare intestinală), precum și un factor genetic predispozant: antigenul HLA-B27.

Clasificarea actuală a SpA în forma axială (SpAax) și forma periferică (SpAp) se bazează pe manifestările clinice predominante: axiale sau periferice.

SpA sunt un grup de afecțiuni din care fac parte: spondilita anchilozantă, spondiloartrita axială non-radiografică, artrita reactivă, spondiloartrita asociată bolilor inflamatoare intestinale (boala Crohn, rectocolita ulcerohemoragică), artrita psoriazică, spondiloartrita nediferențiată și spondiloartrita juvenilă.

SPONDILITA ANCHILOZANTĂ (S.A.) Cod CIM M45

Spondilita anchilozantă (SA) este o boală inflamatorie cronică ce face parte din grupul spondilartritelor, fiind cea mai bine cunoscută și reprezentativă entitate nosologică ce face parte din ApA. Este caracterizată prin afectarea scheletului axial (coloană vertebrală, articulații sacroiliace), entezelor și articulațiilor periferice, ce asociază frecvent manifestări extraarticulare oculare, cardiace, pulmonare și prezența antigenului HLA-B27.

Diagnosticul cert de spondilită anchilozantă se stabilește de către medicul reumatolog, având în vedere criteriile New York (1984), modificate:

- a) Durere lombară joasă și redoare, cu durată de peste 3 luni, care se ameliorează la mobilizare și nu dispare în repaus;
- b) limitarea mișcării coloanei lombare în plan sagital și frontal;
- c) limitarea expansiunii cutiei toracice;

- d) criteriul imagistic: sacroiliită unilaterală grad 3-4 sau sacroiliita bilaterală grad 2-4 radiografic.

Diagnosticul cert de SA presupune prezența criteriului imagistic asociat cel puțin un criteriu clinic.

SPONDILOARTRITA AXIALĂ NON-RADIOGRAFICĂ

Diagnosticul cert de spondilartrita axială non-radiografică se stabilește de către medicul reumatolog, având în vedere criteriile Criteriile de clasificare a spondiloartritelor (SpA) conform grupului ASAS:

Criteriu de intrare: un pacient cu durere lombară joasă cu durată > 3 luni și cu vârstă de debut < 45 ani va fi clasificat cu SpA axială dacă prezintă:

- Sacroiliită imagistic* și cel puțin o caracteristică clinică de SpA** *sau*
- HLA B27 prezent și cel puțin două dintre criteriile aditionale utile pentru SpA

Sacroiliita imagistic:*

- prezența inflamației active pe IRM, înalt sugestivă pentru sacroiliita asociată SpA
- sacroiliită dovedită radiografic conform criteriilor New York modificate

*Criterii aditionale utile pentru SpA axială***

- durere lombară de tip inflamator
- artrită periferică
- entezită calcaneană
- uveită
- dactilită
- psoriazis
- boală inflamatoare intestinală
- răspuns bun la AINS
- antecedente familiale de SpA
- HLA-B27 prezent
- proteina C reactivă crescută

Criteriile de clasificare ASAS pentru Spondiloartrita de tip periferic sunt:

Artrită sau entezită sau dactilită plus

≥ una dintre manifestările SpA grup A:

- Uveită
- Psoriazis
- Boală Crohn / colita ulcerativă
- Istoric de infecție cu germeni trigger
- HLA-B27 +
- Sacroiliită dovedită imagistic

SAU

≥ două dintre trăsăturile SpA grup B:

- Artrită
- Entezită
- Dactilită



- Durere cu caracter inflamator a coloanei lombare (în trecut)
- Antecedente familiale de SpA

Aprecierea funcțională în Spondilita anchilozantă și spondilartrita axială non-radiografică, pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: durere lombară joasă și redoare matinală de peste 3 luni care se ameliorează în condiții de efort și nu dispăre în repaus, limitarea mișcării coloanei lombare în plan sagital și frontal, limitarea expansiunii cutiei toracice; semne inflamatorii, deformări și limitarea mobilității la nivelul articulațiilor periferice (în formele mixte sau periferice), prezența manifestărilor extrascheletice.

Investigații:

- Investigații biologice: teste inflamatorii (VSH; proteina C reactivă – cantitativ), teste imunologice (antigenul HLAB 27 prezent la 80-90 % dintre bolnavi, nu este obligatoriu pentru diagnostic).
- investigații imagistice: examenul radiologic standard, rezonanță magnetică nucleară, eventual tomografia computerizată axială, scintigrafia osteoarticulară (de rezervă, numai în cazuri selecționate).
- testări articulare la nivelul coloanei vertebrale, și, eventual la nivelul altor articulații afectate;
- probe ventilatorii

Evaluarea funcțională se poate realiza și cu ajutorul criteriilor ASAS, inclusiv BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index).

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Spondilită anchilozantă/spondiloartrita axială non-radiografică formă centrală în faza de sacroileită.

I. Spondilită anchilozantă/spondiloartrita axială non-radiografică formă centrală cu prinderea articulației sacroiliace și a coloanei dorso-lombare.

II. Spondilartrită anchilozantă/spondiloartrita axială non-radiografică formă periferică la debut.

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară. Fără restricții/restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și încetinirea evoluției bolii, program de recuperare (fiziokinetoterapie). Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

I. Spondiloartrită anchilozantă/spondilartrita axială non-radiografică formă centrală cu prinderea coloanei cervico-dorso-lombare

II. Spondilită anchilozantă/spondiloartrita axială non-radiografică formă mixtă sau periferică cu prinderea articulațiilor periferice mari –genunchi, coate, cu redoare articulară.

Limitarea moderată a activităților mai ales în cursul puseelor evolutive.

Restricții moderate de participare la viața socială, mai ales în cursul exacerbărilor.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și încetinirea evoluției bolii,

program de recuperare (fiziokinetoterapie). Pot fi necesare serviciile de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

I. Spondilită anchilozantă/spondiloartrita axială non-radiografică formă centrală cu prinderea coloanei cervico-dorso-lombare și fixarea coloanei cervicale în flexie.

II. Spondilită anchilozantă/spondiloartrita axială non-radiografică formă centrală cu prinderea centurilor scapulo-humerale sau coxo-femorale uni- sau bilateral.

III. Spondilită anchilozantă/spondiloartrita axială non-radiografică formă periferică cu prinderea articulațiilor periferice mari – genunchi, coate, pumni cu tulburări severe de locomoție sau gestualitate.

Limitare moderată/severă a activităților. Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenirea complicațiilor și încetinirea evoluției bolii, program de recuperare (fiziokinetoterapie) – servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

I. Spondilită anchilozantă/spondiloartrita axială non-radiografică formă centrală cu prinderea coloanei cervicale și a centurilor scapulo-humerale și coxofemorale bilateral cu tendințe la anchiloze în poziții vicioase.

II. Spondilită anchilozantă/spondilartrita axială non-radiografică forme mixte sau periferice severe cu anchiloze multiple (genunchi în flexie; anchiloză tibiotarsiană în equin, etc.).

Limitare severă/ completă a activităților.

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive (dispozitive ajutătoare pentru autoservire, cărje, cadru, cărucioare rulante, etc), tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate (amenajarea locuinței și a căilor de acces). Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social și, de asemenea însoțitori sau asistenți personali.

ARTRITELE REACTIVE (AR) – SINDROMUL REITER-FIESSINGER-LEROY (RFL) COD CIM M46

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: oligoartrită, mai rar poliartrită la nivelul membrelor inferioare, conjunctivită bilaterală, uretrită, uneori manifestări cutaneo-mucoase.

Investigații:

- investigații de laborator: teste inflamatorii (VSH; proteina C reactivă), hemogramă; teste imunologice (anticorpii specifici în funcție de germenul incriminat în declanșarea bolii, nu sunt obligatorii pentru diagnostic);
- investigații imagistice: examen radiologic, eventual IRM sau scintigrama osoasă; (de rezervă, numai în cazuri selecționate).



- examen bacteriologic: urocultură, coprocultură (pot fi negative dacă nu sunt surprinse la declanșarea bolii).
- examenul lichidului sinovial (numai în cazuri selecționate);

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

AR – sindrom RFL la debut, în faza de artrită incipientă la una sau două articulații, sau asociat cu sacroileită unilaterală.

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară

Fără restricții/ restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

AR cu sindrom RFL în forme constituite după o perioadă de evoluție cu 2-3 pusee acute de oligoartrite în cursul unui an.

Limitarea moderată a activităților mai ales în cursul exacerbărilor.

Restricții moderate de participare la viața socială, mai ales în cursul exacerbărilor.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

AR sau sindrom RFL în formele cronice, după o evoluție de aproximativ 5 ani, cu 3-4 pusee acute pe an, care evoluează spre S.A. în formă mixtă centrală și periferică.

Limitare moderată / severă a activităților. Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

ARTROPATIA PSORIAZICĂ (AP) Cod CIM 07

Diagnosticul de artropatie psoriazică se susține pe criterii clinice și radiologice, criteriile de clasificare cele mai cunoscute și răspândite fiind *CLASSification criteria for Psoriatic ARthritis*(CASPAR) (2012)

Aceste criterii necesită prezența artritei (articulații, coloană sau enteză) cu \geq de 3 puncte din 5 categorii. Prezența psoriazisului actual primește 2 puncte, în timp ce celelalte manifestări clinice primesc câte 1 punct:

- Prezența psoriazisului actual, istoric de psoriazis sau istoric familial de psoriazis;
- Psoriazis unghial cu onicoliză, depresiuni transversale și hiperkeratoză;
- Prezența sau istoricul de dactilită;
- Absența factorului reumatoid seric;
- Modificări radiologice de tipul formării de os nou (exceptând osteofitele) pe radiografia de mâini și picioare.

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: artrita articulațiilor periferice îmbrăcând forme clinice variate (afectare interfalangiană distală, artrita mutilantă, poliartrită simetrică - asemănătoare clinic cu PR, oligoartrita asimetrică sau monoartrita), afectare axială (ca element caracteristic predominant) și leziuni de psoriazis cutanat sau/și unghial (care unori apar după instalarea artritelor).

Investigații:

- Investigații de laborator: teste de inflamație (VSH; PCR - cantitativ), hemogramă, acid uric, factor reumatoid;
- investigații imagistice: examen radiologic (diferențiat pentru afectarea periferică sau axială), mai rar rezonanță magnetică nucleară (în cazuri selecționate).

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Artrită psoriazică în formă de oligoartrită asimetrică la debut, cu afectarea articulațiilor mici (articulațiile IF distale de mână sau picior) și cu forme cutanate ușoare de psoriazis.

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară.

Fără restricții/ restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Artrită psoriazică cu afectarea articulațiilor mici miini bilateral sau în formă de oligoartrită asimetrică, cu afectarea unei singure articulații mari în prezenta modificărilor radiologice specifice, asociate cu leziuni cutanate de psoriazis.

Limitarea moderată a activităților mai ales în cursul exacerbărilor.

Restricții moderate de participare la viața socială, mai ales în cursul exacerbărilor.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Artropatie psoriazică în forma de spondilită psoriazică: afectare axială cu prinderea coloanei CDL, asociată cu tendință la anchiloze și deformarea mâinii (mână „în gheară“).

Limitare moderată / severă a activităților. Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.



SPONDILOARTRITELE ENTEROPATICE DIN COLITA ULCEROASĂ;

BOALA CROHN Cod CIM M07

Artritele enteropatice sau spondilitele enteropatice sunt artrite ce însoțesc colita ulceroasă, boala Crohn și by-pass-ul ileal.

Dizabilitatea este determinată de boala de bază (digestivă) – afectarea articulară este o modalitate de debut a bolii digestive cu mulți ani înainte de apariția semnelor digestive.

MALADIA WHIPPLE (B.W.) SAU LIPODISTROFIA INTESTINALĂ

În Maladia Whipple afectarea articulară este o modalitate de debut a bolii digestive (lipodistrofia intestinală), uneori cu mulți ani înainte de apariția semnelor digestive.

Maladia Whipple care evoluează sub formă de artrite acute migratoare sau fugace, cu durată mai mică de o săptămână, cu vindecare fără sechele, generează doar o limitare temporară de mobilitate. Dizabilitatea este determinată de boala digestivă, de bază.

Maladia Whipple poate evolua unori cu sacroileită, mai ales dacă este asociată cu HLA B27 pozitiv. Evoluția, mai rară, către forme de spondilite, în cazul unor boli intestinale inflamatorii, poate determina dizabilitate asemănător cu SA.

LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMIC (LES) Cod CIM M32

LES este o boală inflamatorie cronică cu afectare multisistemică, de cauză necunoscută cu manifestări clinice și paraclinice extrem de variate și cu producție de autoanticorpi (predominant autoanticorpi antinucleari). Diagnosticul clinic se stabilește de către medicul reumatolog ținând seama de criteriile de clasificare *Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) (2012)*

Aceste criterii sunt împărțite în criterii clinice și criterii imunologice. Pentru ca un pacient să fie clasificat ca având LES sunt necesare:

- cel puțin 4 criterii simultane sau succesive, dintre care 1 criteriu clinic și 1 criteriu imunologic *sau*
- nefrita lupică documentată prin biopsie renală în prezența ANA sau a Ac anti ADN dc pozitivi.

Criterii clinice:

1. Lupus cutanat acut: rash malar, lupus bulos, rash maculopapular, necroliză toxică epidermală, fotosensibilitate în absența dermatomiozitei sau lupus cutanat subacut cu leziuni policiclice sau psoriaziforme ce nu lasă cicatrice, cu depigmentare postinflamatorie tranzitorie sau telangiectazii;
2. Lupus cutanat cronic: rash discoid (localizat sau generalizat), leziuni hipertrofice verucoase, paniculită, leziuni mucoase, lupus tumidus, vasculită pulpa degetelor;
3. Ulcerații orale: la nivelul cavității bucale sau nazale, în absența altor cauze cum ar fi vasculită, boală Behcet, infecții (herpesvirus), boală inflamatorie intestinală, artrită

reactivă;

4. Alopecie (non-cicatricială): păr friabil, ce se rupe de la emergență, în absența altor cauze: medicamente, deficit de fier, alopecie androgenică, alopecia areata;

5. Sinovită cu prinderea a cel puțin 2 articulații, caracterizate prin tumefacție sau lichid intraarticular sau artralgie la cel puțin 2 articulații cu redoare matinală peste 30 minute;

6. Serozită:

- Pleurezie: revărsat pleural, frecătură pleurală cu durată de cel puțin o zi;
- Durere de tip pericarditic de cel puțin o zi, revărsat pericardic, frecătură pericardică, modificări EKG sugestive în absența uremiei, infecțiilor, sdr. Dressler;

7. Renal:

- raportul urinar proteine/creatinină (sau proteinurie pe 24h) echivalentă a 500mg proteine/24h,
- cilindrii hematici;

8. Neurologic:

- convulsii, psihoză, mononevrita multiplex în absența altor cauze;
- neuropatie periferică sau craniană în absența altor cauze ca vasculită, diabetul zaharat, infecțiile, mielită, stare confuzională acută după excluderea altor cauze ca cele toxic/metabolice, uremie, medicamente;

9. Anemia hemolitică autoimună

10. Leucopenia: $< 4000/\text{mm}^3$ în cel puțin o determinare, în absența altor cauze ca hipertensiunea portală, medicamente, sdr Felty sau

Limfopenia $< 1000/\text{mm}^3$ în cel puțin o determinare, după excluderea altor cauze cum ar fi corticoterapia, infecțiile;

11. Trombocitopenia $< 100000/\text{mm}^3$ în cel puțin o determinare, după excluderea altor cauze: hipertensiunea portală, purpură trombotică trombotocitopenică, medicamentele;

Criterii imunologice:

1. ANA peste valoarea de referință a laboratorului;

2. Ac anti ADNc de cel puțin 2 ori peste valoarea de referință a laboratorului prin metodă ELISA;

3. Ac anti Sm pozitivi;

4. Ac antifosfolipide pozitivi: lupus anticoagulant prezent, titru mediu sau mare pentru Ac anticardiolipina de tip IgA, Ig M, Ig G, Ac anti- β 2glicoproteina 1 pozitivi de tip IgA, Ig M, IgG,

5. Hipocomplementemie: scăderea C3, C4, CH50,

6. Test Coombs direct pozitiv (în absența anemiei hemolitice).

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: eritem facial (pe suprafețele malare, respectând șanțul nazo-labial); lupus discoid (plăci eritematoase cu cruste keratozice, aderente, uneori atrofie cicatriceală pe leziunile vechi); fotosensibilitate; ulcerări nedureroase orale sau nazofaringiană; artrită (caracterizată prin durere, tumefacție, exudat), afectând două sau mai multe articulații periferice; serozită (pleurezie, pleurită și/sau pericardită); manifestări neuropsihice (convulsii sau psihoză);

Investigații:



• Investigații de laborator: hemogramă; VSH; proteina C reactivă (cantitativ); complement seric (C3, C4), teste imunologice (ac antinucleari, anti ADNdc, anti- Sm, anticorpi antifosfolipidici, factor reumatoid); teste de coagulare, teste renale (uree, creatinină, acid uric, sumar urina, proteinurie).

• Biopsie renală (proteinurie peste 500 mg/24 ore, sediment urinar activ cu hematurie și adesea piurie și cilindri celulari).

• EKG, echo cord

În aprecierea deficienței funcționale la pacienții cu LES un rol important are stabilirea gradului de activitate al bolii care se face utilizând scorul *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index* (SELENA-SLEDAI) care evaluează pentru ultimele 10 zile 24 domenii; scorul total este între 0 și 105 și cu cât scorul este mai mare cu atât activitatea bolii este mai intensă.

Domeniile de cercetat în cadrul acestui scor sunt:

1. Crize epileptice
2. Psihoza
3. Sindromul "organic brain"
4. Tulburări de vedere
5. Tulburări de nervi cranieni
6. Cefaleea lupică
7. Accidentul vascular cerebral
8. Vasculita
9. Artrita
10. Miozita
11. Cilindri urinari
12. Hematuria
13. Proteinuria
14. Piuria
15. Rash
16. Alopecie
17. Ulcere mucoase
18. Pleurezia
19. Pericardita
20. Complement scăzut
21. Creșterea Ac anti-ADN dc
22. Febră
23. Trombocitopenie (<100 000/mm³)
24. Leucopenie (<3000/mm³)

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

I. LES sistemic fără visceralizări sau cu implicarea organelor la un nivel de severitate ușoară.

II. LES indus medicamentos la debut (o serie de medicamente sunt implicate în apariția unui sindrom lupus-like)

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară

Fără restricții/restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor.
Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

LES sistemic cu implicarea a cel puțin unui organ sau sistem la un nivel de severitate al deficienței funcționale moderat, asociat cu oboseală, febră, stare generală de rău, pierdere involuntară în greutate.

Limitarea moderată a activităților.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor.
Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

I. LES sistemic cu implicarea a cel puțin unui organ sau sistem la un nivel de severitate al deficienței funcționale accentuat asociat cu febră, stare generală de rău, pierdere involuntară în greutate.

II. LES în faza acută (puseu)

Limitare moderată / severă a activităților.

Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

I. LES cu afectare de organ (ex: cardiacă, renală, neurologică etc.) de severitate gravă.
Limitare severă/completă a activităților. Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive, tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social și, de asemenea, însoțitori sau asistenți personali.

SCLERODERMIA SISTEMICĂ (SS) Cod CIM M34

Sclerodermia sistemică (difuză, „scleroză difuză progresivă”) este o boală a țesutului conjunctiv, cu afectare multisistemică (tegumente, tub digestiv, plămân, cord, artichi)



caracterizată prin obliterări ale arterelor mici, ale capilarelor și o producție exagerată de colagen. Este considerată o boală vasculo-conjunctivală. Diagnosticul clinic se stabilește de către medicul reumatolog, ținând seama de criteriile de clasificare ale *American College of Rheumatology* (ACR) și *EuropeanLigue Against Rheumatism* (EULAR) (2013).

Punctajul necesar pentru clasificarea ca sclerodermie sistemică este de minim 9 puncte.

Criterii:

- Scleroză cutanată interesând degetele, extinsă proximal de articulațiile MCF: 9 puncte
- Afectare cutanată interesând degetele (se va nota scorul cel mai înalt):
 - o Edem digital (puffy fingers): 3 puncte
 - o Sclerodactilie: 4 puncte
- Leziuni în pulpa degetelor (se va nota scorul cel mai înalt):
 - o ulcerații digitale: 2 puncte
 - o cicatrici stelate: 3 puncte
- Telangiectazii: 2 puncte
- Anomalii capilaroscopice specific ScS (megacapilare, scăderea densității capilarelor) 2 puncte
- Hipertensiune arterială pulmonară / afectare interstițială pulmonară: 2 puncte
- Fenomen Raynaud: 3 puncte
- Autoanticorpi specifici ScS: anti-Scl70, anticentromer, anti ARN polimerază III: 3 puncte

Invaliditatea se datorează afectării funcțiilor diferitelor sisteme:

- funcțiile pielii și ale altor structuri aferente pielii, leziunile tegumentare fiind cele mai frecvente și caracteristice, cu 3 stadii de afectare: stadiul edematos, stadiul scleros (indurat) și stadiul atrofic; tumefacția edematoasă a pielii fiind urmată de indurația pielii prin modificări scleroatrofice cu dispariția pliurilor, a părului și a glandelor sudoripare și aderență la planurile profunde; cele mai frecvent și caracteristic afectate fiind fața (facies caracteristic) și mâinile;
- funcțiile musculoscheletice: poliartralgii, tumefacția articulațiilor IF proximale, carpiene, gleznelor, diminuarea mobilității degetelor, miozită cu slăbire musculară;
- funcțiile respiratorii: dispnee datorată pneumopatiei interstițiale fibroase (disfuncție ventilatorie restrictivă, tulburări de difuziunealveolo-capilară, reducerea complianței pulmonare);
- funcțiile cardiace: pericardite și cardiomiopatii sclerodermice, cu tulburări de ritm, tulburări de conducere și insuficiență cardiacă;
- funcțiile vasculare – sindromul Raynaud (precoce și frecvent – 95 % din cazuri);
- funcțiile digestive: dificultate și durere la deglutiție, disfagie consecutivă infiltrării și hipomotilității esofagului, reflux gastroesofagian urmat de esofagită, hipomotilitatea duodenojejunală cu sindrom de malabsorbție;
- funcțiile urogenitale: oligurie, cu proteinurie, cilindrurie și hematurie, mergând

până la insuficiență renală.

Elemente clinice: modificări tegumentare caracteristice, sindrom Raynaud și celelalte semne clinice susmenționate

Investigații:

- teste de laborator: hemogramă completă, VSH, proteina C reactivă (cantitativ); anticorpi antinucleari, anticorpi specifici (ac. anti-Sc170, anti-centromer și anti-Ro), complement seric,
- examen radiologic: pulmonar (dacă prezintă dispnee); tranzit baritat pentru esofag (dacă prezintă disfagie); radiografie mâini bilateral (dacă prezintă modificări clinice)
- capilaroscopie;
- EKG; echo cord
- probe funcționale respiratorii – dacă prezintă manifestări pulmonare
- examen CT pulmonar de înaltă rezoluție (HRCT) – dacă prezintă manifestări pulmonare
- EMG
- biopsie cutanată (în cazuri selecționate în special pentru diagnostic diferențial).

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

I. SS în observație, în faza de sindrom Raynaud, fără manifestări cutanate, articulare sau ale altor organe.

II. SS la debut în formă cutanată limitată (proximal de articulațiile MCF), cu sindrom Raynaud.

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară

Fără restricții/ restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

SS în formă cutanată difuză la debut, cu prezența sindromului Raynaud și cu afectarea cutanată a membrelor, feței și trunchiului, fără afectare pulmonară, renală

Limitarea moderată a activităților.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

SS formă cutanată difuză, cu afectarea cutanată a membrelor și a feței, cu afectare pulmonară și/sau renală.

Leziuni ireversibile la extremitatea superioară sau inferioară, care determină incapacitatea de a utiliza extremitățile pentru a iniția, susține și finaliza în mod independent activități profesionale care implica mișcări fine și grosiere sau mobilitate.

Limitare moderată / severă a activităților. Restricții severe de participare la viața socială.



Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

SS în formă cutanată difuză, cu afectare cutanată a membrelor, feței și trunchiului, cu manifestări digestive, respiratorii, manifestări cardiace și renale grave.

Leziuni ireversibile la ambele extremități superioare sau inferioare, care determină incapacitatea de a iniția, susține și a finaliza în mod independent activități profesionale care implică mișcări fine și grosiere sau mobilitate.

Limitare severă / completă a activităților.

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive, tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social și, de asemenea însoțitori sau asistenți personali.

POLIMIOZITA SAU DERMATOMIOZITA Cod CIM M33

Polimiozitele (PM) sunt boli inflamatorii ale mușchilor striati, rar întâlnite, cu patogenie imună la care se asociază sau nu manifestări cutanante, polimiozita (PM) și dermatomiozita (DM) fiind cele mai importante. Ele sunt incluse în cadrul larg al miopatiilor inflamatorii idiopatice (MII) care au în etiologia bolii factori infecțioși, autoimunitatea și ischemia vasculitică, medicamente. Diagnosticul clinic se stabilește de către medicul reumatolog tinând seama de criteriile de diagnostic pentru PM și DM și sindromul anti-sintetaza și criterii de clasificare pentru MII.

Criterii de diagnostic pentru PM / DM Bohan și Peter (1977)

1. *Slăbiciune musculară simetrică* a mușchilor extremităților și mușchilor posteriori ai gâtului, progresând pe perioade de săptămâni sau luni cu sau fără disfagie sau afectare a musculaturii respiratorii
2. *Biopsie musculară* arătând necroza fibrelor musculare de tip 1 și 2, fagocitoză, regenerare, atrofie perifasciculară, variație în mărimea fibrelor musculare și infiltrat inflamator (endomysium, perimysium, perivascular)
3. *Creșterea enzimelor serice musculare* (Creatinkinaza/CK, Aldolaza/AL, transaminaza glutam-oxalacetică/TGO, lacticodehidrogenaza/LDH)
4. *Modificări electromiografice (EMG)* cu potențiale polifazice scurte, mici și de amplitudine joasă, cu fibrilații spontane chiar în repaos secundare iritabilității inserționale și cu descărcări repetitive bizare de înaltă frecvență.
5. *Manifestări dermatologice* (rashuri cutanate caracteristice de DM)

PM definită: criteriile 1-4; PM probabilă: 3 dintre criteriile 1-4; PM posibilă: 2 dintre criteriile 1-4 DM definită: criteriul 5 și 3 dintre criteriile 1-4; DM probabilă: criteriul 5 și 2 dintre criteriile 1-4; DM posibilă: criteriul 5 și 1 dintre criteriile 1-4.

Criterii de clasificare pentru MII Targoff (1997)

1. *Excluderea altor miopatii* (toxice, metabolice, infecțioase, distrofice, genetice)

2. *Criterii de clasificare primare*

- criterii de clasificare Bohan și Peter (DM: rash heliotrop, papule Gottron sau semn Gottron): 1-5
- oricare dintre autoanticorpii specifici miozitei: anti-tARN sintetaza, anti- Mi2 sau anti- SRP

MII definită: oricare 4 din 6 MII probabilă: oricare 3 din 6 MII posibilă: oricare 2 din 6

Criterii de diagnostic pentru sindromul anti-sintetaza Solomon (2011)

Criterii majore

1. Boala pulmonara interstitiala (BPI) (neexplicată prin expuneri la factori de mediu, ocupaționali sau droguri)
2. PM/DM în conformitate cu criteriile lui Bohan și Peter

Criterii minore

1. Artrita
2. Fenomenul Raynaud
3. Mâna mecanicului

Criterii diagnostice pentru sindromul anti-sintetaza: prezența oricărui autoanticorp anti-tARN sintetaza+2 criterii majore sau 1 criteriu major și 2 criterii minore

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: deficitul muscular – criteriu obligatoriu (de la fatigabilitate la efort până la incapacitate completă de a ridica brațele și coapsele, mialgii, amiotrofii ale centurii scapulare și pelvine, durere și sensibilitate la nivelul mușchilor afectați), la care se pot adăuga: edem al jumătății superioare a feței cu eritem liliachiu caracteristic, eventual scuame; tulburări de deglutiție pentru solide; căderea părului; artralgii, artrite nondistructive.

Investigații:

Investigații de laborator: hemogramă; VSH; proteina C reactivă; dozarea enzimelor de proveniență din fibrele musculare striate (CK, AL, TGO, LDH)

mioglobina, electroforeză;

- EMG;
- Biopsia musculară .

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

PM/DM în observație.

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară.

Fără restricții/ restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%



PM/DM în forma idiopatică a adultului.

Limitarea moderată a activităților mai ales în cursul exacerbărilor.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

I. PM/DM în forme cronice cu atrofii musculare ale membrelor.

II. PM/DM cronică ulcerativă cu ulceratii gastrointestinale și cutanate. Limitare moderată / severă a activităților.

Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

I. PM/DM idiopatică în faza acută și subacută, cu atrofia maselor musculare, afectarea mușchilor striati ai hipofaringelui și esofagului superior și fenomene respiratorii.

II. PM/DM asociată cu cancer, cu deficiență musculară gravă.

Limitare severă/completă a activităților. Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive, tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social și, de asemenea însoțitori sau asistenți personali.

SINDROMUL BEHCET (SB)

Sindromul Behcet este o boala inflamatoare multisistemica caracterizata prin vasculita a vaselor de toate dimensiunile, cu remisiuni si recurențe responsabile de inducerea leziunii de organ care caracterizează suferința.

Diagnosticul clinic de SB se stabilește de către medicul reumatolog ținând seama de *International Criteria for Behcet Disease (ICBD)*(2014)

Afectare oculară: 2 puncte

Afte genitale: 2 puncte Afte orale: 2 puncte Leziuni cutanate: 1 punct

Manifestări neurologice: 1 punct Manifestări vasculare: 1 punct

Test patergic pozitiv: 1 punct

Scorul de 4 puncte sau mai mare indică diagnosticul de boala Behcet.

Apartenența la genotipul HLA-B51 nu este un criteriu de diagnostic, el fiind prezent numai la 60% dintre cazuri și arătând o posibilă agregare familială.

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Clinic: prezența ulceratiilor orale recurente (criteriu major de diagnostic), ulceratii

genitalerecurente, leziuni oculare (uveită anti/post, vasculită retiniană, diagnosticate de oftalmolog), leziuni cutanate.

Investigații de laborator: hemogramă; Ig A; crioglobuline, hipocomplementemie, VSH, proteina C reactiva, fibrinogen eventual biopsie cutanată.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Sindrom Behcet, cu leziuni cutaneomucoase.

Fără limitarea activităților. Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Sindrom Behcet cu manifestări oculare, vasculare, articulare, digestive, neurologice sau alte manifestări sistemice care implică o severitate a deficienței funcționale cel puțin moderată.

Limitare moderată a activităților. Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

1. Sindrom Behcet cu manifestări oculare, vasculare, articulare, digestive, neurologice sau alte manifestări sistemice care implică o severitate a deficienței funcționale accentuată.

2. Sindrom Behcet în fază acută, cu afectare oculară bilaterală.

Limitare moderată/ severă a activităților. Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Sindrom Behcet în faza de afectare oculară, ce determină orbirea prin nevrita nervului optic sau corioretinită sau SB cu manifestări nervoase sau SB cu leziuni vasculare arteriale.

Limitare severă/ completă a activităților. Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive, tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate.

Sunt necesare servicii de asistență socială.

Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social și, de asemenea, **însotitori săi**.



asistenți personali.

BOALA MIXTĂ A ȚESUTULUI CONJUNCTIV (BMTC) Cod CIM M34

Boala mixtă a țesutului conjunctiv (BMTC) este o boala inflamatorie multisistemică caracterizată prin elemente clinice ale mai multor boli reumatologice în asociere cu titruri crescute de anticorpi antiUI-ribonucleoproteină nucleară (anti-UI RNP), de obicei în absența altor specificități de anticorpi anti-nucleari. Diagnosticul clinic se stabilește de către medicul reumatolog ținând seama de criteriile de clasificare Alarcon Segovia (1987)

Criterii clinice

1. Mâini edemațiate
2. Acroscleroză
3. Fenomen Raynaud
4. Miozită
5. Sinovită

Criterii serologice (obligatoriu): anticorpi anti-RNP >1/1600 (metoda hemaglutinării) Diagnosticul pozitiv este realizat pe baza criteriului serologic (considerat criteriu obligatoriu) și prezența a cel puțin 3 criterii clinice din cele 5 amintite anterior; prezența criteriilor clinice 1-3 (mâini edemațiate, acroscleroză, fenomen Raynaud) implică obligativitatea criteriului 4 (miozită) sau 5, pentru diferențierea de sclerodermie sistemică.

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: artrite, manifestările cutaneo-mucoase de tip fenomen Raynaud, manifestări musculare, pulmonare și cardiace.

Investigații:

- Investigații de laborator: dozarea autoanticorpilor anti-UI RNP, hemogramă, complement seric, factor reumatoid.
- biopsie cutanată și musculară (în cazuri selecționate),
- capilaroscopie.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

BMTC în observație, în care predomină manifestările cutaneo-mucoase de tip fenomen Raynaud, asociat cu unele manifestări articulare de tip artrite.

Fără limitări ușoare ale activităților. Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

BMTC cu implicarea a cel puțin unui organ sau sistem la un nivel de severitate al deficienței funcționale cel puțin moderat, asociat cu oboseală, febra, stare generală de rău, pierdere involuntară în greutate.

Limitarea moderată a activităților. Restricții moderate de participare la viața socială. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

BMTC cu implicarea a cel puțin unui organ sau sistem la un nivel de severitate al deficienței funcționale cel puțin accentuat, asociat cu oboseală, febră, stare de rău general, pierdere involuntară în greutate.

Limitare moderată / severă a activităților. Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

BMTC cu afectării organice (viscerale) severe, asemănătoare celor observate în LES (cu apariție mai rară decât în acesta).

Limitare severă/ completă a activităților. Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive, tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social și, de asemenea însoțitori sau asistenți personali.

SINDROMUL SJOGREN (SS)

Sindromul Sjogren este o boala inflamatoare autoimună caracterizată prin infiltrarea inflamatoare și ulterior leziunea de organ a glandelor exocrine. Diagnosticul clinic se stabilește de către medicul reumatolog ținând seama de criteriile *American-European Consensus Group* (2002):

1. Simptome ale ochilor uscați (evoluând cu o durată > 3 luni)
2. Semne ale ochilor uscați: - test Schirmer/test Rose Bengal pozitiv
3. Simptome ale gurii uscate (evoluând cu o durată > 3 luni)
4. Teste pozitive pentru scăderea secreției salivare: sialometrie/sialografie/scintigrafie pozitivă
5. Biopsie de glandă salivară minoră pozitivă (scor focus > 1)
6. Autoanticorpi prezenți: anti-Ro (SS-A), anti-La (SS-B).

Diagnostic pozitiv: 4 din 6 criterii prezente, unul din criteriile 5 sau 6 obligatoriu

Criterii de excludere:

- antecedente de radioterapie la nivelul capului sau gâtului;
- infecție cu virus hepatic C
- infecție HIV/SIDA
- diagnostic precedent de limfom



- sarcoidoză
- boala grefă contra gazdă
- folosirea medicației anticolinergice.

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: manifestări oculare, respiratorii, gastrointestinale, cutanate, endocrine, neurologice, articulare, musculare, hematologice și renale.

Investigații:

- Investigații de laborator: VSH; hemoleucogramă; electroforeză; factor reumatoid; anticorpi antinucleari; crioglobuline; dozarea anticorpilor anti-Ro(SS-A) și anti-La(SS-B); anti SS-C, biopsia de glanda salivara minora

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

SS cu manifestări oculare și la nivelul glandelor salivare, la debut.

Fără limitarea activităților. Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

SS cu implicarea a cel puțin unui organ sau sistem la un nivel de severitate al deficienței funcționale cel puțin moderat, asociat cu oboseală, febră, stare generală de rău, pierdere involuntară în greutate.

Limitarea moderată a activităților. Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

SS primar sau secundar cu implicarea a cel puțin unui organ sau sistem la un nivel de severitate al deficienței funcționale cel puțin accentuat, asociat cu oboseală, febră, stare generală de rău, pierdere involuntară în greutate.

Limitare moderată / severă a activităților. Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung. Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

SS primar sau secundar cu manifestări gastrointestinale, renale, neurologice, musculare și articulare de severitate gravă.

Limitare severă/ completă a activităților. Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive, tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social și, de asemenea

însoțitori sau asistenți personali.

ARTRITELE MICROCRISTALINE ȘI DISMETABOLICE

GUTA – Cod CIM M10

Guta este o afecțiune caracterizată prin artrită cu prezența tisulară a unor depozite cristaline de urat monosodic (UMS), rezultate ca urmare a unei hiperuricemii preexistente și de regulă de lungă durată. Diagnosticul se stabilește pe baza manifestărilor clinice și a investigațiilor de laborator și imagistice, având în vedere *Gout Classification Criteria - American College of Rheumatology (ACR) European League Against Rheumatism (EULAR) (2015)*.

Pasul 1: criteriul de intrare (criteriile de mai jos se aplică numai pacienților care îndeplinesc criteriul de intrare): cel puțin un episod de tumefacție, durere și/sau sensibilitate la nivelul unei articulații periferice sau la nivelul unei burse.

Pasul 2: criteriul suficient (dacă pacientul îndeplinește criteriul suficient, poate fi clasificat ca având gută fără aplicarea criteriilor de mai jos): prezența cristalelor de urat monosodic în tofi sau în lichidul sinovial extras din articulații sau burse simptomatice.

Pasul 3: criterii de clasificare (de folosit dacă pacientul îndeplinește criteriul de intrare, dar nu îndeplinește criteriul suficient): un scor de minim 8 puncte permite clasificarea unui caz ca având gută.

A. Criterii clinice:

1. Tipul afectării articulare sau bursale din timpul episodului/episoadelor simptomatice (tumefacție, durere și/sau sensibilitate), vreodată:

- Afectarea gleznei sau mediotarsiană (în cadrul unui episod mono- sau oligoarticular fără afectarea MTF1): 1 punct
- afectarea MTF1 (în cadrul unui episod mono- sau oligo-articular): 2 puncte

2. Caracteristicile episodului/episoadelor clinice, vreodată:

- Eritemul articulației afectate (raportat de pacient sau observat de medic): 1 punct
- nu suportă atingerea sau apăsarea articulației afectate: 1 punct
- dificultate severă la mers sau inabilitatea folosirii articulației afectate: 1 punct

3. Evoluția în timp a episodului/episoadelor, vreodată (prezența a cel puțin 2 din următoarele 3 criterii, indiferent de tratamentul antiinflamator:

- un singur episod tipic: 1 punct
- episoade tipice recurente: 2 puncte

4. Evidențierea clinică a tofilor = tofi prezenți: 4 puncte

B. Criterii de laborator:

1. Uricemia măsurată prin metoda uricazei. Se preferă ca uricemia să fie luată în calculul scorului în perioada în care pacientul nu primea terapii hipouricemice și în care au trecut mai mult de 4 săptămâni de la episodul acut (adică în perioada intercritică). Dacă este posibil, se recomandă retestarea uricemiei în aceste condiții. Se reține valoarea cea mai mare indiferent de momentul determinării:

- < 4 mg/dL: - 4 puncte
- ≥ 4 - < 6 mg/dL: 0 puncte
- ≥ 6 - < 8 mg/dL: 2 puncte



- ≥ 8 - < 10 mg/dL: 3 puncte
 - ≥ 10 mg/dL: 4 puncte
2. Analiza lichidului sinovial extras dintr-o articulație sau dintr-o bursă simptomatică (vreodată) – de evaluat de către un observator calificat:
- Fără cristale de uratmonosodic: - 2 puncte
 - Fără cristale de uratmonosodic: 0 puncte

3. Criterii imagistice

1. Evidențierea imagistică a depunerii de urat într-o articulație sau bursă simptomatică (vreodată): semnul dublului contur la ecografie sau depozite evidențiate prin DECT:

- prezent: 4 puncte
- neefectuat: 0 puncte

2. Evidențierea imagistică a afectării articulare legate de gută: radiografia convențională de mâini și/sau antepicioare relevă cel puțin o eroziune osoasă:

- prezent: 4 puncte
- neefectuat: 0 puncte

Abrevieri: DECT - dual-energy computed tomography; MTF - articulația metatarsofalangiană.

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: frecvența și severitatea acceselor de artrită foarte dureroasă, monoarticulară sau oligoarticulară asimetrică, cel mai frecvent la nivelul halucelui sau tarsului (cu roșeața articulației), prezența de tofi gutoși, uneori afectare renală.

Investigații:

- Investigații de laborator: VSH; PCR, acid uric; hemogramă; lipide sanguine, glicemie etc.;
- Examenul lichidului sinovial;
- Examen radiologic, ultrasonografie.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

I. Guta manifestă clinic sub forma atacului acut de artrită.

II. Guta cronică

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară în cursul puseului. Fără restricții/ restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Guta cronică tofacee.

Limitarea moderată a activităților mai ales în cursul exacerbărilor.

Restricții moderate de participare la viața socială, mai ales în cursul exacerbărilor.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

I. Guta în faza cronică, poliarticulară

II. Guta sub formă pseudoflegmonoasă (mimând o inflamație supurativă)

III. Guta cronică poliarticulară tofacee cu nefropatie gutoasă, HTA, uneori asociată cu diabet zaharat.

Limitare moderată / severă a activităților. Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Guta cronică poliarticulară cu anchiloză osoasă, așa-numita artrită gutoasă anchilozantă la nivelul membrelor toracice și pelvine.

Guta cu manifestări renale de tip nefropatie prin ac. uric ce duce la insuficiență renală.

Limitare severă/ completă a activităților. Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive, tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social și, de asemenea însoțitori sau asistenți personali.

CONDROCALCINOZA (PSEUDO-GUTA) Cod CIM M11

Condrocalkinoza este o afecțiune caracterizată prin calcificări ale cartilajului articular, ale meniscurilor, ale sinovialei și ale țesuturilor periarticulare, prin depozitele de cristale de pirofosfat dihidratat de calciu (PFDC) cu localizare în interiorul sau în jurul articulațiilor.

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice (în funcție de localizarea depozitelor de PFDC): asemănătoare gutei (în forma pseudogutoasă), simptomatologie dureroasă rahidiană (în localizare la nivelul discurilor intervertebrale), asemănătoare PR (în forma pseudoreumatoidă).

Investigații:

- examen radiologic, ultrasonografic
- Investigații de laborator: VSH; PCR, acid uric; hemogramă; lipide sanguine, glicemie etc.; examenul lichidului sinovial (cristale romboide cu birefrința pozitivă).

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Condrocalkinoză în forma pseudo-gutoasă cu afectare monoarticulară.

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară

Fără restricții/ restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.



Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

- I. Condrocalkinoză cu localizare la nivelul discurilor intervertebrale
- II. Condrocalkinoză de tip pseudo-reumatoid (cu afectare poliarticulară)
- III. Condrocalkinoză de tip pseudoartrozic
- IV. Condrocalkinoză de tipuri combinate

Limitarea moderată a activităților mai ales în cursul exacerbărilor.

Restricții moderate de participare la viața socială, mai ales în cursul exacerbărilor.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

BOLILE ARTICULARE DEGENERATIVE COXARTROZA Cod CIM M16

Diagnosticul se stabilește pe baza manifestărilor clinice și a investigațiilor de laborator și imagistice, având în vedere *American College of Rheumatology (ACR) classification criteria for coxarthrosis* (1991), durere la nivelul soldului, asociat cu cel puțin 2 din următoarele 3 elemente:

- a) VSH sub 20 mm/h
- b) Radiologie cu osteofite femurale și/sau acetabulare
- c) Radiologie cu îngustarea spațiului articular: superior, axial, și/sau medial

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: durere articulară de tip mecanic și cu caracter meteorodependent și limitarea mobilității șoldurilor.

Investigații:

- radiografie de bazin; teste de inflamatie (VSH, PCR)
- testare articulară (bilanț articular);
- eventual IRM, CT (pentru diagnostic diferențial).

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Coxartroze unilaterale, bilaterale, primare sau secundare (post malformații protuziv unilaterale – coxa profundă de gradul 1, 2, 3), forme incipiente, cu limitare ușoară (sub medie) a mobilității ambelor șolduri sau limitare moderată a mobilității la nivelul unui șold (Tabel 1)

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară.

Fără restricții/ restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și program de recuperare. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Coxartroză unilaterală primară sau secundară (post malformații congenitale coxo-femorale), formă evoluată, cu redoare/limitare severă sau absența mobilității (valori peste medie) la nivelul unui șold. (Tabel)

Limitarea moderată a unor activități.

Restricții moderate de participare la viața socială, mai ales în cursul exacerbărilor. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și program de recuperare. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Coxartroze bilaterale primare sau secundare (pe malformații congenitale coxo-femorale), forme evolute, cu redoare/ limitare medie a mobilității la nivelul ambelor șolduri. (Anexa 1).

Limitare moderată / severă a unor activități. Restricții severe de participare la viața socială.



Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de dispozitive (cârje, cadru), tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate (amenajarea locuinței și a căilor de acces). Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Coxartroze bilaterale primare sau secundare (pe malformații congenitale coxo-femorale), forme avansate/terminale, cu redoare strânsă/pierderea mobilității (valori peste medie) la nivelul ambelor șolduri sau redoare strânsă/pierderea mobilității în poziții vicioase la nivelul unui șold și a genunchiului controlateral. (Tabel)

Limitare severă / completă a activităților, inclusiv a posibilităților de autoservire.

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive (cârje, cadru, cărucior rulant, etc), tehnologii ajutătoare (inclusiv amenajări ale locuinței și ale căilor de acces) și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social și, de asemenea însoțitori sau asistenți personali.

GONARTROZA Cod CIM M17

Diagnosticul se stabilește pe baza manifestarilor clinice și a investigațiilor de laborator și imagistice, având în vedere *American College of Rheumatology (ACR) classification criteria for knee arthrosis* (1986): durere la nivelul genunchiului, asociat cu cel puțin unu din următoarele 3 elemente:

- a) Varsta peste 50 ani
- b) Redoare matinală sub 30 minute
- c) Crepitații la mobilizare + osteofite pe radiografii

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: durere articulară de tip mecanic și cu caracter meteorodependent și limitarea mobilității genunchilor sau instabilitate de genunchi.

Investigații:

- VSH doar în reactivări
- radiografie de genunchi, bilateral (față + profil);
- artroscopie de genunchi; ecografie osteo-articulară, eventual IRM, CT
- testare articulară (bilanț articular);
- examenul lichidului sinovial;

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

I. Gonartroză secundară unilaterală, posttraumatică sau primitivă unilaterală de tipul artrozei femuro-patelare sau femuro-tibiale incipiente, cu limitare moderată a mobilității (Tabel)

II. Gonartroze primare sau secundare de tipul artrozei femuro-patelare unilaterale însoțite de laxitate genunchi unilateral (instabilitate laterală mică)

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară a mobilității. Fără restricții/ restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, program de recuperare, eventual intervenție chirurgicală pentru laxitatea de genunchi. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

I. Gonartroză primară sau secundară, cu deviații axiale femuro-tibiale în plan frontal (*genu varum* sau *valgus*) sau dezaxare în plan sagital (*genu flexum*) decompensate algic și cu limitare moderată a mobilității genunchilor. (Tabel)

II. Gonartroză primară sau secundară unilaterală decompensată algic și funcțional cu instabilitate laterală și/sau antero-posterior a genunchiului.

III. Gonartroză primitivă sau secundară posttraumatică unilaterală de tipul artrozei femuro-patelare sau femuro-tibiale, cu limitare severă/dispariția mobilității (valori peste medie) a mobilității (Tabel)

Limitarea moderată a activităților.

Restricții moderate de participare la viața socială, mai ales în cursul exacerbărilor. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, program de recuperare, eventual intervenție chirurgicală. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

I. Gonartroze bilaterale, secundare posttraumatice sau primitive, avansate, cu dezaxare în plan frontal (*genu varum*) cu limitarea moderată a mobilității genunchilor, decompensate algic și funcțional. (Tabel)

II. Gonartroze primare sau secundare bilaterale, cu sindrom de instabilitate laterală externă și internă sau antero-posterioară a genunchiului, bilaterală, cu dezaxarea în plan frontal și sagital.

III. Gonartroză secundară bilaterală, posttraumatică sau primitivă bilaterală de tipul artrozei femuro-patelare sau femuro-tibiale, cu limitare severă/dispariția mobilității (valori peste medie) a mobilității (Tabel).

Limitare moderată/severă a mobilității și a altor activități. Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, program recuperator, eventual intervenție chirurgicală, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de dispozitive (cârje, cadru), tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate (amenajarea locuinței și a căilor de acces).

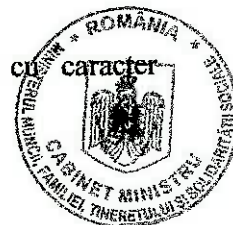
Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

ARTROZELE PICIORULUI Cod CIM M19

Diagnosticul se stabilește pe baza manifestărilor clinice și a investigațiilor de laborator și imagistice.

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: intensitatea durerii articulare (de tip mecanic și



meteorodependent), prezența deformărilor, dezaxărilor și limitarea mobilității la nivelul articulațiilor piciorului.

Investigații:

- VSH doar în reactivări
- Radiografie

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

I. Artroză MTF a degetului mare în faza de *hallux rigidus*, însoțită de sinovită secundară și de bursită la nivelul exostozei capitometatarsiene bilateral

II. Artroză MTF a degetului al doilea unilateral sau bilateral

III. Artroza cuplului de torsiune (artroză subastragaliană și artroză mediotarsiană) unilaterală

IV. Artroză secundară a cuplului de torsiune prin osteonecroză aseptică a capului astragalian sau a scafoidului unilateral

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară, mai ales în cursul exacerbărilor. Fără restricții/restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, eventual furnizarea de încălțăminte specială. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

I. Artroza MTF a degetului al doilea, bilaterală, secundară unei osteonecroze capitometatarsiene (Freiberg – Kohler)

II. Artroza cuplului de torsiune bilaterală, prin asocierea unei artroze subastragaliene cu o artroză mediotarsiană

Limitarea moderată a activităților mai ales în cursul exacerbărilor.

Restricții moderate de participare la viața socială, mai ales în cursul exacerbărilor.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, eventual furnizarea de încălțăminte specială. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

ARTROZELE MĂINII Cod CIM M19

Diagnosticul se stabilește pe baza manifestărilor clinice și a investigațiilor de laborator și imagistice, având în vedere *American College Rheumatology (ACR) classification criteria of hand osteoarthritis*(1990): durere sau redoare la nivelul mâinii, asociat cu cel puțin 3 din următoarele 4 elemente:

- a) hipertrofie osoasă la 2 sau mai multe dintre următoarele articulații: IFD II și III, IFP II și III, MCF I
- b) hipertrofie osoasă la 2 sau mai multe IFD
- c) mai puțin de 3 MCF tumefiate
- d) deformare la cel puțin una dintre articulațiile de la punctul a).

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: intensitatea durerii articulare, prezența deformărilor, dezaxărilor și

limitarea mobilității la nivelul articulațiilor mâinii.

Investigații:

- VSH doar în reactivări
- Radiografie

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

I. Artroze secundare posttraumatice ale degetelor mâinii unilaterale, cu redoare IF și dezaxări

II. Rizartraza policelui uni- sau bilaterală (artroza trapezo-meta-carpiană)

III. Artroza erozivă a IF proximale și distale cu puseuri inflamatorii, cu deformația degetelor și dezaxări

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară a mobilității (deplasării și manipulării obiectelor).

Fără restricții/ restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Rizartraza policelui unilateral sau/și bilateral (artroza trapezometacarpiană) cu limitarea mobilității policelui cu deficit de prehensiune prin amiotrofia eminentei tenare și subluxația primului MC și fixarea lui în adducție și antepoziție

Limitarea moderată a mobilității (a deplasării și manipulării obiectelor) și a altor activități, mai ales în cursul exacerbărilor.

Restricții moderate de participare la viața socială, mai ales în cursul exacerbărilor.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

SPONDILOZE Cod CIM M43

Spondiloza cervicală (cervicartroza sau spondilodiscartroza cervicală)

Spondiloza dorsală

Spondiloza lombară

Diagnosticul clinic se susține pe criteriile clinice și pe manifestări radiologice.

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: durere la nivelul articulațiilor intervertebrale și limitarea mobilității.

Investigații:

- VSH doar în reactivări
- Radiografie



Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

- I. Cervicalgia cronică
- II. Cervicalgia acută sau torticolisul acut
- III. Cefaleea cervicală:
 - a) forma occipitală (Nevralgia Arnold);
 - b) forma occipito-temporo-maxilară;
 - c) forma supraorbitară;
- IV. Migrena cervicală – sindrom paroxistic, caracterizat prin cefalee, grețuri, vărsături, tulburări oculare și neurovegetat

- I. Dorsalgia cronică
- II. Dorsalgia acută
- III. Nevralgia intercostală

- I. Lombalgia cronică
- II. Lombalgia acută
- IV. Sindromul trofostatic

Pentru afectarea radiculară – vezi criteriile neurologice

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară a mobilității (deplasării și manipulării obiectelor).

Fără restricții/restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

**BOLILE ARTICULARE ABARTICULARE PERIARTRITA
SCAPULOHUMERALĂ Cod CIM M75**

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: intensitatea durerii și /sau a mobilității la nivelul umărului.

Investigații:

- examen radiologic, ecografie articulară, rar IRM.
- testări articulare

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Capsulită retractilă denumită și umăr blocat unilateral.

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară a mobilității (deplasării și manipulării obiectelor) și a altor activități.

Fără restricții/ restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, program de recuperare. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

I. Capsulita retractilă – umăr blocat bilateral

II. Umăr pseudoparalitic unilateral – ruptură parțială a manșonului rotatorilor Limitarea moderată a a mobilității (deplasării și manipularii obiectelor) și a altor activități. Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Umăr pseudoparalitic bilateral – ruptura totală a manșonului rotatorilor bilateral

Limitare moderată/severă a a a mobilității (deplasării și manipularii oboectelor) și a altor activități.

Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, eventual intervenție chirurgicală.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

PERIARTRITA COXOFEMURALĂ

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: intensitatea durerii și /sau a mobilității la nivelul șoldului, prezența șoldul în „resort” sau a pozițiilor antalgice.

Investigații:

- examen radiologic, ecografie articulară, foarte rar R.M.N.
- testări articulare

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

I. Sindromul tensorului „fasciei lata“ (șoldul în „resort“)

II. Bursita adductorilor

III. Bursita ileopectineală și tendinita psoasului iliac

IV. Bursita trohanteriană

V. Periartrita coxofemurală subacută și cronică

VI. Periartrita coxofemurală acută

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară a mobilității. Fără restricții/restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

BOALA DUPUYTREN

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: gradul de retractia a aponevrozei palmare cu limitarea extensiei degetelor III,IV, V.



Investigații:

- testări articulare

Fără deficiență funcțională, incapacitate adaptativă 0-19%

Boala Dupuytren în faza de debut sub forma de noduli rotunzi sau ovoizi în regiunea palmară.

Fără limitarea activităților. Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

M. Dupuytren unilaterală în faza de fibroză retractilă, cu redoare în flexie a degetelor II - III - IV- V, nereductibilă, cu fixare în flexie a polixelui

Limitarea moderată a a mobilității (deplasării și manipulării obiectelor) și a altor activități. Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

I. M. Dupuytren bilaterală în faza de fibroză retractilă, cu redoare în flexum a degetelor II- III- IV-V bilaterală, nereductibilă, cu fixare în flexie a polixelui

II. M. Dupuytren bilaterală asociată cu boala Ledderhose bilaterală, în faza evolutivă, cu picior boltit bilateral

Limitare moderată / severă a activităților. Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, eventual chirurgical, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual procurarea de dispozitive de autoservire.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

BOALA LEDDERHOSE

Aprecierea funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: gradul de retracția a aponevrozei plantare cu limitarea extensiei degetelor III,IV, V.

Investigații:

- testări articulare

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Boala Ledderhose în faza de îngroșare nodulară a aponevrozei plantare bilateral

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară a mobilității. Fără restricții/ restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, procurare de încălțăminte specială.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Boala Ledderhose bilaterală în faza evolutivă, cu picior boltit bilateral

Limitarea moderată a mobilității.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, procurarea de încălțăminte specială. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Boala Ledderhose bilaterală în faza evolutivă asociată cu M. Dupuytren bilaterală, în faza de fibroză retractilă cu redoare în flexum a degetelor II - III - IV - V bilaterală, nereductibilă, cu fixarea polixelui în flexie.

Limitare moderată / severă a activităților. Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, eventual chirurgical, procurarea de dispozitive ajutătoare și încălțăminte specială, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.



TABEL

Amplitudinea de mobilitate a principalelor articulații

Denumirea articulației	Amplitudinea fiziologică	Limitarea medie de amplitudine
	Flexie = 0° - 60°	30°
Coloana cervicală	Extensie = 0° - 50°	25°
	Înclin.lat. stg/dr = 0° - 40°	15°
	rotație stg/dr = 0° - 60°	20°
	Flexie = 0° - 95°	15°
Coloana dorso-lombară	Extensie = 0° - 35°	15°
	Înclin.lat.stg/dr. = 0° - 40°	15°
	rotație stg/dr = 0° - 60°	20°
	Anteducție = 0° - 170°	70°
Scapulo-humerală	Retroducție = 0° - 35°	10°
	Abducție = 0° - 85°	40°
	Adducție = 0° - 45°	30°
	rotație int/ext. = 0° - 90°	10°
Cot	Flexie = 0° - 140°	45°
	Extensie = 0° - 0°	
	Pronație = 0° - 90°	45°
	Supinație = 0° - 90°	45°

Mână (pumn)		Flex. = 0° - 85°	40°
		Ext. = 0° - 85°	30°
		Inclin. ulnară = 0° - 40°	-
		Înclin. radială. = 0° - 20°	-
Police	MCF	Flex. = 0° - 90°	40°
		Ext. = 0° - 0°	-
		Abd. = 0° - 60°	10°
		Opoziție = 0 cm	2cm
	IF	Flex. = 0° - 90°	30°
		Ext. = 0° - 0°	-
Index, Mediu, Inelar, Auricular (MCF și IF)		Flex. = 0° - 90°	30°
		Ext. = 0° - 0°	-
Coxofemurală		Flex. = 0° - 130°	45°
		Ext. = 0° - 25°	-
		Abducție = 0° - 45°	15°
		Adducție = 0° - 30°	-
		Rotație int. = 0° - 40°	-
		Rotație ext. = 0° - 60°	-
Genunchi		Flex. = 0° - 145°	45°
		Ext. = 0° - 0°	-
Gleză		Flex. plantară = 0° - 50°	15°
		Flex. dorsală = 0° - 20°	10°
		Abducție = 0° - 25°	15°
		Adducție = 0° - 45°	10°



Formațiuni tumorale benigne

În cazul tumorilor benigne deficiența funcțională, incapacitatea adaptativă și capacitatea de muncă se vor stabili în funcție de sechelele locomotorii conform capitolului funcțiile musculoscheletice.

Formațiuni tumorale maligne

În cazul tumorilor maligne deficiența funcțională, incapacitatea adaptativă și capacitatea de muncă se vor stabili în funcție de sechelele locomotorii conform capitolului funcțiile sistemelor în afectarea neoplazică.

7.2. FUNCȚIILE NEUROMUSCULARE ȘI ALE MIȘCĂRILOR AFERENTE

FUNCȚIILE MIȘCĂRII legate de funcțiile reflexelor motorii, funcțiile mișcărilor involuntare, funcțiile de control ale mișcărilor voluntare, funcțiile tipului de mers, senzații legate de rigidizarea mușchilor sau de spasm muscular

FUNCȚIILE MUȘCHILOR legate de funcțiile forței musculare și funcțiile tonusului muscular

Elemente funcționale care definesc funcțiile mușchilor și ale mișcării:

Elemente clinice: deficit motor (monopareze, monoplegii, hemipareze, hemiplegii, parapareze, paraplegii, tetrapareze, tetraplegii, tripareze, triplegii, mutism achinetic);

- hiper/hipo/areflexie,
- tulburări ale mișcării și posturii cauzate de bolile ganglionilor bazali: bradikinezie, rigiditate și tremor (sindrom hipokinetic), mișcări involuntare – coreoatetoză, balism și distonie (sindrom hiperkinetic).
- ataxia și tulburările funcției cerebelului
- alte tulburări neparalitice ale funcției motorii – apraxii
- tulburări ale ortostatismului și mersului

Elemente funcționale- investigații:

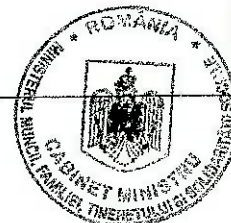
- Imagistica cerebrală (radiografiile de craniu, CT cranian, IRM cerebral)
- Ecografia Doppler extra- și transcraniană a vaselor cervicocerebrale
- Electromiografia și studii de conducere nervoasă
- Electroencefalografia (EEG)
- Electrocardiograma (EKG)
- Ecocardiografia
- Examen oftalmologic (acuitate vizuala, campimetrie, fund de ochi);
- Analize de laborator - glicemie, teste de coagulare; hemoleucograma completă, screening de trombofilie, screening pentru autoanticorpi, anticorpi specifici sau PCR pentru HIV, sifilis, borrelioză, tuberculoză, funghi, droguri, hemoculturi; testare genetică.
- Angiografie
- Psihometria – utilizată pentru definirea și cuantificarea deficitelor psihologice
- Scale de evaluare specifice

Relația deficiență funcțională-incapacitate adaptativă-capacitate de muncă și gradul de invaliditate corespunzător

Deficiență funcțională	Incapacitate adaptativă	Capacitate de muncă	Grad invaliditate
Fără	0-19%	păstrată	Nu se încadrează
Deficiență funcțională ușoară	20-49%	păstrată	Nu se încadrează
Deficiență funcțională medie	50-69%	diminuată	Gradul III
Deficiență funcțională accentuată	70-89%	diminuată + capacitate de autoservire păstrată parțial	Gradul II
Deficiență funcțională gravă	90-100%	diminuată + capacitatea de autoservire pierdută	Gradul I

Relația deficiență funcțională - intensitatea tulburărilor de locomoție și gestualitate

Deficiența funcțională	Tulburări de locomoție	Tulburări de manipulație
Fără	Fără deficite motorii	Deficit motor minim la un membru superior care nu afectează prehensiunea, gesticulația
Deficiență funcțională ușoară	Bolnavul se deplasează cu ușoară dificultate pe distanțe lungi din cauza unui deficit motorii fruste, dar care nu afectează desfășurarea activității vieții cotidiene sau profesionale	Deficit motor la un membru superior care afectează minim motilitatea, gestualitatea și prehensiunea, permițând desfășurarea activității vieții cotidiene sau profesionale
Deficiență funcțională medie	Bolnavul se deplasează cu dificultate moderată, datorită unor deficite motorii ale unui membru inferior sau ambelor, dar fără sprijin, interferând cu activitatea profesională care nu mai poate fi executată la parametrii optimi, bolnavul putând să desfășoare o activitate profesională, în funcție de natura profesiei, (muncă intelectuală sau fizică ușoară).	Deficit motor la un membru superior ce afectează motilitatea în special dar și prehensiunea, interferând cu activitatea profesională care nu mai poate fi executată la parametrii optimi, bolnavul putând să desfășoare o activitate profesională, în funcție de natura profesiei (muncă intelectuală sau fizică ușoară).



Deficiență funcțională accentuată	Bolnavul se poate deplasa sprijinit în baston (sprijin unilateral) sau nesprijinit, dar cu mare dificultate, neputând realiza mersul normal, nici chiar pentru distanțe scurte (10–50 metri).	Deficit motor total al unui membru superior sau deficit motor bilateral moderat, ce împiedică activitatea profesională și activitatea cotidiană.
Deficiență funcțională gravă	Bolnavul nu se poate deplasa decât cu ajutorul unei alte persoane și pe distanțe scurte sau cu ajutorul a unor dispozitive specifice (cărucior, fotoliu rulant) și nu își poate îndeplini activitățile vieții cotidiene și nici obligațiile profesionale, fiind incapabil de a se autoservi, necesitând ajutorul unei alte persoane.	Deficit motor total al ambelor membre superioare și/sau inferioare asociat cu alte deficiențe (de locomoție, vorbire etc.) care fac ca bolnavul să-și piardă total capacitatea de autoservire.

Relația deficiență funcțională - limitarea activității/ restricțiile de participare generate:

Deficiența funcțională	Limitare activitate	Restricții de participare
Fără	Nici o dificultate în realizarea activității	Fără restricții de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ.
Deficiență funcțională ușoară	Este în stare să îndeplinească singu sarcini obișnuite ale vieții cotidiene Activitate profesionala posibila, cu evitarea celor care necesita gestualitate cu viteză și precizie și deplasăr posturale prelungite.	Fără restricții de participare la viața socială; Necesită sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și recuperator. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă
Deficiență funcțională medie	Limitare moderată a activității fizice prin limitarea mobilității (schimbarea și menținerea poziției corpului; ducerea, deplasarea și manipularea obiectelor; mersul și deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport). Bolnavul poate desfășura activități fără suprasolicitare posturală, activități preponderent statice, fără deplasări posturale, fără suprasolicitare fizică și psihică, în condiții de confort organic, fără relații cu publicul dacă sunt asociate tulburări de vorbire. Are păstrată capacitatea de autoservire.	Fără restricții de participare la viața socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

Deficiență funcțională accentuată	Limitare marcată a mobilității bolnavului, care nu poate realiza o parte din sarcinile de autoservire, dar poate să se îngrijească singur. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.	Restricții de participare la viața socială; Necesită asigurare unor mijloace de deplasare (baston, cărje, cadru - în funcție de intensitatea deficitului motor la membrele superioare sau/si inferioare) sau asigurare unor dispozitive de mers (orteze) în special pentru persoanele cu sechele după afectări de neuroni motoriperiferici. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung. Necesită sprijin familial și comunitar (în funcție de caz și situație) pentru efectuarea unor activități cotidiene și de autoservire.
Deficiență funcțională gravă	Limitarea completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență, imobilizat la pat: are nevoie permanent de ajutor pentru autoservire	Restricții complete de participare la viața socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare și a altor echipamente adaptate (sprijin pentru asigurarea unor mijloace de deplasare (baston, cadru, fotoliu rulant, cărucior). Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene + de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

Afecțiuni neurologice cu interesarea funcțiilor mușchilor și ale mișcării:

- *Boli inflamatorii ale sistemului nervos central G00-G09*
- *Atrofii sistemice afectând în special sistemul nervos central G10-G13*
- *Tulburări extrapiramidale și ale motricității G20-G26*
- *Alte boli degenerative ale sistemului nervos G30-G32*
- *Boli demielinizante ale sistemului nervos central G35-G37*
- *Afecțiunile nervilor, rădăcinilor și plexurilor nervoase G50-G59*
- *Polineuropatii și alte afecțiuni ale sistemului nervos periferic G60-G64*
- *Paralizia cerebrală și ale sindroame paralitice G80-G83*
- *Hidrocefalia G91, G94*
- *Bolile cerebro-vasculare I60-I69*
- *Traumatismele craniocerebrale S00-S09*
- *Traumatismele coloanei vertebrale și ale măduvei spinării S12-S14, S22-S24, S32-S34*
- *Alte afecțiuni ale coloanei vertebrale și ale măduvei spinării M48, M50-M53, G95*
- *Procesele expansive intracraniene și altor părți ale sistemului nervos central C69- C72, D32-D33*



TRAUMATISMELE CRANIENE Cod CIM-10 S00-S09

Traumatismele craniene (TCC) și leziunile traumatice ale măduvii spinării apar deseori împreună, frecvența cea mai mare fiind cauzată de accidente de circulație.

TCC pot fi închise sau deschise în funcție de apariția unei soluții de continuitate la nivelul scalpului care poate fi însoțită sau nu de fractura craniului sau de exteriorizare de țesut cerebral, dar o clasificare mai utilă se bazează pe scorul Glasgow Coma Scale:

1. Usor – GSC 14-15, pierderea stării de conștiență de scurtă durată
2. Moderat – GCS 9-13.
3. Sever – GCS ≤ 8 care prin definiție reprezintă comă.

Pentru aprecierea invalidității sunt importante sechelele rămase în urma T.C.C. după o perioadă de cel puțin 6 luni și mergând până la 8-12 luni, perioadă considerată necesară pentru recuperare. Sechelele rămase ulterior sunt definitive sau au o evoluție lentă de ameliorare în ani de zile.

Vor determina invaliditate traumatismele însoțite de limitarea marcată în funcționarea fizică și în una din următoarele domenii de funcționare mentală: înțelegerea, memorarea sau aplicarea informațiilor; concentrarea, atenția sau menținerea unui ritm impus; adaptarea sau interacțiunea cu alții.

După traumatismele ușoare – majoritatea pacienților se recuperează total. Există probabil o incidență mare a tulburărilor de atenție și a deficitelor minore de memorie și ale altor funcții; se rețin frecvent oboseală, amețeli, cefalee, dificultăți de concentrare (sindrom post comotional).

După traumatismele moderate și severe tulburările neuro-psihoice apar în mod obișnuit; explorările deseori evidențiază deficite. Rezultatele testelor tind să se îmbunătățească rapid în primele 6 luni după traumatism și mai lent în ani de zile.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice: Traumatisme craniocerebrale asociate cu simptomatologie minimă reziduală: cefalee, lipotimie, dificultăți de concentrare, amnezie pentru o scurtă perioadă de timp în jurul impactului, crize rare de suspendare a stării de conștiență, fruste sindroame piramidale, fruste tulburări de limbaj de tip dizartric, etc.

Investigații:

Radiografie craniu (și/sau EEG) - la majoritatea bolnavilor nu arată modificări.

CT și IRM nu sunt necesare decât dacă semnele clinice sugerează că impactul a fost sever sau dacă ulterior apare o agravare progresivă clinică după un interval liber de ore-zile-săptămâni, care se pot datora unui hematom intracranian subacut/ cronic post-traumatic (mai ales la vârstnici, se poate dezvolta și după un TCC minor, datorită fragilității peretelui vascular).

Fără limitarea activităților, bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Activitate profesională este posibilă, cu evitarea celor care necesită eforturi fizice mari.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.
Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: TCC de obicei moderate/severe asociate cu sechele persistente (la cel puțin 6-12 luni posttraumatic) de tipul: scăderea capacității de concentrare, lentoare în gândire, tulburări cognitive moderate; tulburări de vedere tip deficite de camp vizual, afectare multiplă de nervi cranieni; tulburări de mers și manipulație de tip monopareze brahiale sau crurale, sau fruste hemipareze; crize epileptice cu pierderea conștienței, partial controlate sub tratament anticonvulsivant corect monitorizat, obligatoriu documentate printr-o descriere detaliată; lipsă de substanță osoasă sau volete mai mari de 10 cm (diametru).

Investigații: Radiografie craniu - frecvent arată fracturi de craniu sau lipsă de substanță osoasă sau volete repuse mai mari de 10 cm (diametru).

CT și IRM sunt necesare pentru eliminarea leziunilor chirurgicale (hematoame subdurale sau extradurale) și pentru identificarea regiunilor contuzionate care apoi se extend datorită edemului sau se completează pentru a forma hemoragii intraparenchimatoase.

EEG: identifică anomalii paroxistice sau ritmice, frecvent în regiunea unei contuzii importante.

Teste neuropsihologice: evidențiază tulburări importante de atenție și concentrare, tulburări cognitive de intensitate moderată.

Limitare moderată a activităților prin limitarea mobilității bolnavului (în cazul sechelelor motorii), limitarea activităților ce presupun comunicarea și afectarea interacțiunilor și relațiilor interpersonale, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Sarcinile de autoservire sunt îndeplinite la parametrii optimi. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: TCC de obicei severe asociate cu sechele postraumatice de tipul: tulburări accentuate psihice (pierderi accentuate de memorie cu performanțe slabe retrograde și anterograde, tulburări severe comportamentale); tulburări de mers și manipulație în asociere cu deficite motorii de tip hemipareză forte; tulburări de vorbire tip afazie mixtă, predominant expresivă; crize comițiale frecvente, necontrolate sub tratament anticonvulsivant complex și corect monitorizat ; sindroame extrapiramidale posttraumatice de diverse tipuri; semne de hipertensiune intracraniană (clinice, paraclinice și imagistice); lipsă mare de substanță osoasă (interesând un hemicraniu).

Investigații:

Radiografie craniu - lipsă mare de substanță osoasă (interesând



hemicraniu).

CT și/sau IRM identifica sechelele leziunilor traumatice.

EEG: identifica activitate epileptiformă.

Teste neuropsihologice: indică tulburări de atenție și memorie, persistente la mai mult de 6 luni de la traumatism și care interferează cu activitatea cotidiană.

Limitare severă a activității prin limitarea marcată a mobilității bolnavului, a comunicării și afectare severă a interacțiunilor și relațiilor interpersonale. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricții moderate/accentuate de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curative și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice: TCC severe asociate cu sechele definitive de tipul: hemiplegii; paraplegii; tetraplegii, para/tetrapareze cu mers posibil doar cu sprijin bilateral și pe distanțe scurte, cu ajutorul unor dispozitive de mers: cîrje, cadru, scaun rulant; tulburări psihice grave: sindroame psihoorganice deteriorative până la demență posttraumatică; crize comițiale frecvente, necontrolate sub tratament anticonvulsivant complex și corect monitorizat și cu status epileptic repetat, ce necesită spitalizări prelungite; tulburări de vorbire de tip afazie mixtă totală; tulburări sfincteriene permanente de tip incontinență severă asociate tulburărilor motorii.

Investigații:

Radiografie craniu - volete postoperatorii mari.

CT și/sau IRM identifică sechelele importante și definitive ale leziunilor traumatice.

EEG: identifică frecvent activitate epileptiformă.

Teste neuropsihologice: indică tulburări psihice grave.

Limitare severă sau completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat, are nevoie de permanent ajutor pentru autoservire.

Restricții complete de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene și de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

TRAUMATISMELE MĂDUVEI SPINĂRII ȘI ALTE AFECȚIUNI ALE ACESTEIA

Afecțiunile coloanei vertebrale și măduvei spinării sunt frecvent cauza invalidității permanente și severe.

Clasificare:

- Traumatismele vertebro-medulare, Cod CIM S12, S14, S22, S24, S32
- Mielopatiile: inflamatorii, infecțioase, toxice, degenerative, neoplazice

necompressive, mielopatiile din afecțiunile metabolice, carențiale, Cod CIM G95.9

- Infarctele măduvei spinării, Cod CIM G95.1
- Hematomelia, Cod CIM G95.1
- Malformațiile vasculare ale măduvei spinării, Cod CIM Q28
- Stenoza canalului medular, , CIM M48
- Siringomielia Cod CIM G95.0
- Tabesul dorsal Cod CIM A52

Ca și în cazul T.C.C. și în cazurile de fracturi ale coloanei vertebrale și de leziuni ale măduvei spinării, în stabilirea invalidității se vor aprecia numai sechelele rămase definitive după efectuarea terapiei de recuperare, care pot fi sistematizate în 3 sindroame:

- Sindrom neurologic total: tetraplegie sau paraplegie
- Sindroame neurologice parțiale, între care distingem: Sindromul Brown-Sequard, sindromul centromedular cervical, sindromul radiculo-medular acut și sindroame neurologice particulare.
- Sindrom radicular – care cuprinde, pe lângă atingerile electiv radiculare, sindromul cozii de cal.

Investigații:

- Radiografia segmentului vertebral afectat
- IRM sau CT identifică tipul și nivelul leziunii medulare.
- Examenul LCR
- Studiul electroneurofiziologic

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: determinate de TVM cu localizare toraco-lombară sau alte afecțiuni medulare prin compresie spinal toraco-lombară parțială realizând sindroame deseori atipice, progressive până la sindrom Brown-Séguard (monopareze).

Limitare moderată a activității prin afectarea mobilității (schimbarea și menținerea poziției corpului; ducerea, deplasarea și manipularea obiectelor; mersul și deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport). Bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Sarcinile de autoservire sunt îndeplinite la parametrii optimi.

Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice determinate de TVM sau alte afecțiuni medulare prin compresie spinală parțială – care evoluează cu instalarea de hemipareze ± tulburări de sensibilitate contralaterale, sau parapareze ± tulburări sfincteriene.

Limitare marcată a activității prin afectarea severă a mobilității bolnavului. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curative și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare termen lung.



Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice determinate de TVM sau alte afecțiuni medulare prin compresie spinală totală (apare prin accentuarea tulburărilor prezentate mai sus care tind la o secțiune totală medulară) cu: paraplegie cu tulburări sfincteriene grave, sau tetraplegie sau para/tetrapareze cu mers posibil doar cu sprijin bilateral și pe distanțe scurte, cu ajutorul unor dispozitive de mers: cîrje, cadru, scaun rulant.

Limitare severă sau completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat, are capacitatea de autoservire pierdută.

Restricții complete de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene + de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

HIDROCEFALIA Cod CIM-10 G 91, G94

Definiție: modificare a formării, fluxului sau absorbției lichidului cefalorahidian care are drept consecință creșterea volumului ocupat de acesta în sistemul nervos central. Situațiile în care cantitatea de LCR crește datorită atrofiei corticale sau leziunilor distructive ale creierului nu sunt clasificate ca hidrocefalii; denumirea mai veche pentru descrierea acestor situații folosită în mod greșit este hidrocefalie ex vacuo.

Clinica: aspectul clinic al hidrocefaliei este influențat de vîrstă, cauză, localizare, durata și rapiditatea apariției. Simptomele la adult sunt: lentoare a capacității mentale până la deteriorare cognitivă, cefalee (inițial matinală), dureri cervicale (datorate hernierii amigdalelor cerebeloase), voma (semnificativă matinal), vedere încețoșată (la început datorită edemului papilar și ulterior atrofiei optice), dificultăți ale mersului datorită spasticității cauzată de întinderea fibrelor peri-ventriculare ale tractului piramidal prin dilatarea excesivă a ventriculilor, vedere dublă, somnolență. În stadiile avansate apar tulburări sfincteriene, la început incontinență urinară iar apoi, dacă nu este tratată, și pentru materii fecale indicând distrucții semnificative ale lobilor frontali și stadiu avansat al bolii.

Mai pot apărea modificări ale personalității și parkinsonism. Rar apare cefaleea și extrem de rar crizele epileptice care de obicei se datorează unui diagnostic alternativ.

Examenul obiectiv poate evidenția: edemul papilar, insuficiența privirii ascendente (mișcarea globilor oculari pentru privirea verticală) datorată compresiunii plăcii tectale prin recesul suprapineal, mers cu dificultate variabilă de la dezechilibru ușor până la incapacitatea de a merge sau a menține ortostatismul (afectarea clasică constă în pașii mici, baza largă, picioarele rotate extern, cadența crescută cu scurtarea progresivă a lungimii pasului, asemănător mersului din boala Parkinson), paralizii uni- sau bilaterale de nerv abducens (secundare creșterii presiunii intracraniene), spasticitatea membrelor inferioare, reflexul Babinski prezent la unul sau ambele picioare, iar în stadii avansate semnele de dezinhibiție frontală (reflexele de supt și agățare).

Investigații:

Examene de laborator. Nu există analize ale sîngelui specifice pentru diagnosticul hidrocefaliei. Totuși, atunci când se suspectează o hidrocefalie legată de cromozomul X

se pot recomanda consiliere. Examinarea LCR se recomandă în situația hidrocefaliei post hemoragice sau post infecțioase pentru proteinorahie și excluderea infecției reziduale.

EEG se efectuează la pacienții cu crize epileptice.

Examinările imagistice:

Radiografia craniului : pentru detectarea eroziunilor șei turcești, craniul „bătut în argint”, poziționarea corectă a șuntului.

Computer tomografia: pentru evaluarea dimensiunilor ventriculilor și a altor structuri. Un test screening pentru ventriculi de dimensiuni crescute este indicele Evans definit ca raportul între distanța maximă între coarnele frontale ale ventriculilor laterali și distanța maximă între marginile interne ale craniului măsurate pe aceeași imagine axială. Un raport Evans mai mare de 0,3 indică ventriculi mari iar un raport mai mare de 0,33 indică ventriculi foarte mari dar nu este specific pentru hidrocefalie.

Imagistica prin rezonanță magnetică (MRI): pentru evaluarea malformațiilor Arnold Chiari sau a tumorilor cerebeloase sau periapeductale. Majoritatea pacienților cu hidrocefalie cu presiune normală idiopatică prezintă modificări ale substanței albe periapeductale în secvențele T2 și FLAIR (hipersemlnal) considerate a reflecta mișcarea fluidului din ventriculi în parenchim. Noile tehnici imagistice (DTI-Diffusion Tensor Imaging) pot obiectiva modificările microstructurale la nivelul substanței albe periventriculare care pot fi foarte subtile la MRI convențional.

Tratamentul: Tratamentul chirurgical este de preferat în hidrocefalie - diverse tipuri de șunturi: ventriculo-peritoneal (cel mai frecvent), ventriculo-atrial, lombo-peritoneal (folosit numai în hidrocefalia în care există o bună comunicare între ventriculi și spațiul subarahnoidian denumită și hidrocefalie comunicantă, fistula LCR sau pseudotumor cerebri), șuntul Torkildsen sau ventriculo-cisternostomia (foarte rar folosit, util în hidrocefalia obstructivă dobândită), ventriculo-pleural (terapie de a doua intenție) folosit atunci când sunt contraindicate alte tipuri de șunturi. Tratamentele alternative la șunt: plectomia sau coagularea plexurilor coroide, permeabilizarea chirurgicală a apeductului stenozat, fenestrarea endoscopică a planșeului ventriculului III etc. Tratamentul medicamentos nu este eficace pe termen lung; se folosește în temporizarea sau întârzierea intervenției chirurgicale. Tratamentul antiepileptic este folosit dacă se produc crize epileptice.



Deficiență funcțională	Incapacitate adaptativă	Capacitate de muncă	Grad invaliditate
Fără; pacienți asimptomatici 1-2 ani cu ventriculi mari descoperiți incidental la examinarea CT sau RMN	0-19%	păstrată	Nu se încadrează
Deficiență funcțională ușoară; pacienții cu cefalee sau amețeli periodice, cu afectarea ușoară a memoriei și atenției, fără incontinență urinară, cu ventriculi de dimensiuni crescute la examinările CT și RMN	20-49%	păstrată	Nu se încadrează
Deficiență funcțională medie; pacienți cu cefalee persistente, afectarea memoriei și a atenției, dereglarea mersului, tulburări sfincteriene periodice, ventriculi mari la CT și RMN, atrofie corticală și modificări specifice ale substanței albe, fără obstrucție, fără indicație operatorie	50-69%	diminuată	Gradul III
Deficiență funcțională accentuată; pacienți operați, cu cefalee pronunțată, permanentă, amețeli periodice, apatie și orientare parțială, mersul cu baza largă, ataxic, incontinență urinară permanentă, modificări ale papilei la FO, semne CT și RMN de obstrucție	70-89%	diminuată + capacitate de autoservire păstrată parțial	Gradul II
Deficiență funcțională gravă: pacienți dezorientați total, cu incontinență de urină și materii fecale permanente, ce se deplasează câțiva pași cu ajutor sau cu imposibilitatea realizării mersului	90-100%	diminuată + capacitate de autoservire pierdută	Gradul I

PROCESELE EXPANSIVE INTRACRANIENE Cod CIM C69-C72, D32, D33

Prin proces expansiv intracranian se înțelege orice proces înlocuitor de spațiu, indiferent de natura sa: tumori ale meningelui sau parenchimului cerebral (primitive - benigne sau maligne sau secundare), revărsate sangvine (hematoame), malformații vasculare expansive, procese inflamatorii expansive (abcese, tuberculoame, gome), parazitoze, pseudotumori.

Pentru aprecierea corectă a deficitului funcțional, se vor analiza: **manifestările clinice neurologice** (generate de locul și mărimea tumorii, gradul de compresie pe structurile învecinate), **gradul de malignitate, tulburările psihice generate.**

Investigații:

- EEG
- Examenul radiografic simplu
- Examen FO
- CT, IRM

PEIC verificate operator se apreciază în funcție de natura lor (benigne, maligne), localizare, modificari neurologice (leziuni de focar, disfuncție cognitive) ± crize comițiale, ± tulburări psihice.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice: postoperator fara sechele neurologice obiective, natura tumorii a fost benignă, evoluția și prognosticul sunt bune (ex. hematoamele, abcesele, anevrisme); volete sau lipsa mică de substanță osoasă (sub 10 cm), se va ține cont de timpul scurs de la intervenția chirurgicală.

Investigații:

- EEG: normal
- Examenul radiografic simplu –lipsă de substanță osoasă – sub 10 cm diametru
- Examen FO: normal
- CT, IRM: normal sau clipuri postanevrisme operate

Fără limitare de activitate: bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Poate realiza activități profesionale.

Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: postoperator cefalee reziduală cvasipermanentă asociată cu lipsă de substanță osoasă sau volete mai mari de 10 cm; crize epileptic parțial controlate sub tratament anticonvulsivant complex și corect monitorizat; deficite motorii de tip monopareze sau hemipareze fruste; disfuncție cognitivă, tulburări psihice de intensitate medie; fenomene HIC moderate, diagnosticate IRM sau CT.



Limitare moderată a activității prin afectarea mobilității (schimbarea și menținerea poziției corpului; ducerea, deplasarea și manipularea obiectelor; mersul și deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport) și afectarea interacțiunilor și relațiilor interpersonale, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: postoperator deficite motorii accentuate: hemipareze, afectare multiplă a nervilor cranieni; crize comițiale frecvente, necontrolate sub tratament anticonvulsivant complex și corect monitorizat; tulburări de limbaj și de vorbire de tip afazie predominant expresivă; disfuncție cognitivă severă ± tulburări psihice de intensitate accentuată; fenomene HIC cu simptomatologie clinică, ce necesită tratamente chirurgicale; recidive postoperatorii.

Limitare marcată a activității prin afectarea marcată a mobilității bolnavului, a comunicării și afectare severă a interacțiunilor și relațiilor interpersonale. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate/severe de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curative și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice: postoperator sechele definitive grave: hemiplegii, tetraplegii, paraplegii; tulburări grave de limbaj; disfuncție cognitivă severă; paralizii sau pareze de nervi cranieni bilateral, multiple; crize comițiale cu status epileptic care necesită spitalizări frecvente și prelungite; incontinență sfincteriană permanentă; tulburări psihice grave.

Limitare severă sau completă a activităților: nu poate merge fără asistență/imobilizat la pat, are capacitatea de autoservite pierdută.

Restricții complete de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene și de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

PEIC neverificate operator sau inoperabile, confirmate prin examen CT, IRM, angiografic (ependimoame, tumori infiltrative de trunchi cerebral, nucleii bazali, anevrisme profunde etc) aprecierea gradului de invaliditate se face asemanator PEIC verificate operator, in funcție de simptomatologia clinică subiectivă, semnele obiective neurologice, evolutivitate, prognostic, gradul afectării nervilor cranieni, deficite motorii, tulburări de limbaj, de vorbire, tulburări cognitive, tulburări de sensibilitate, crize comițiale, tulburări psihice.

PARALIZII CEREBRALE Cod CIM G80

Paralizia cerebrală este o tulburare cronică a mișcării din cauza leziunii sistemului nervos central.

Forme clinice:

A Spastică

- Diplegia spastică
- Hemiplegia spastică
- Tetraplegia spastică
- Monoplegia spastică

B. Diskinetică

C. Ataxică

D. Atonă

E. Mixtă

Din punct de vedere al **gravității**, se împart în:

- ▶ severă
- ▶ medie
- ▶ ușoară

Investigații:

- CT – identifică malformațiile congenitale, hemoragiile intracraniene, leucomalacia periventriculară
- IRM - de elecție- identifică structurile cortexului și 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.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice

- **Forme clinice spastice de intensitate ușoară:** hipertonie ușoară la nivelul membrelor inferioare cu ROT vii, fără crize comițiale și cu dezvoltare psihică normală.
- **Forme clinice atone de intensitate ușoară:** hipotonie ușoară la nivelul membrelor inferioare cu ROT prezente, fără crize comițiale și cu dezvoltare psihică normală.
- **Forme clinice ataxice de intensitate ușoară:** frustă ataxie, interesând un singur membru, fără afectarea ortostatismului sau mersului.

Fără limitare de activitate: bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Pot fi desfășurate activități profesionale.

Fără restricții de participare la viața socială.



Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice:

Forme clinice spastice de intensitate moderată: sindrom bipiramidal asociat cu tulburări de vorbire (dislalie, bradilalie) ± tulburări de vedere - strabism, nistagmus, atrofie optică ± crize epilepsie foarte rare (una - două pe an)

Forme clinice dischinetice de intensitate moderată: sindrom extrapiramidal de tip spasm de torsiune+torticolis spasmodic ± retard mental ușor sau coreo-atetoză unilaterală, tulburări moderate de vorbire, tulburări psihice, ±surditate de intensitate medie

Forme clinice atone de intensitate moderată: hipotonie moderată bilaterală cu ambulație păstrată; ± tulburări de vorbire (dislalie, bradilalie); ± tulburări de vedere - strabism, nistagmus, atrofie optică; ± crize epilepsie foarte rare (una - două pe an)

Forme clinice ataxice de intensitate moderată: ortostatism posibil, cu baza mai largă, mers ebrios asociind sau nu titubație, tulburări de coordonare - hipometrie/ hiper/ adiadocokinezie- vorbire sacadată. Dezvoltare psihică normală.

Forme clinice mixte de intensitate moderată: asociază deficite motorii + sindroame extrapiramidale + sindrom cerebelos (ataxie) de intensitate moderată.

Limitare moderată a activității prin afectarea mobilității (schimbarea și menținerea poziției corpului; ducerea, deplasarea și manipularea obiectelor; mersul și deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport), a comunicării și afectarea interacțiunilor și relațiilor interpersonale, bolnavul poate îndeplini sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Sarcinile de autoservire sunt îndeplinite la parametrii optimi. Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice

Forme clinice spastice de intensitate severă: hemipareze sau parapareze ± retard mental ușor ± tulburări de vorbire de aspect disfazic ± crize de epilepsie controlate prin tratament anticonvulsivant

Forme clinice dischinetice de intensitate severă: retard mental moderat sau coreo-atetoză bilaterală, mai evidentă la membrele superioare, tulburări accentuate de vorbire, tulburări psihice; ± surditate de intensitate accentuată.

Forme clinice atone de intensitate severă: ambulație posibilă cu ajutor ± retard mental ușor
± tulburări de vorbire de aspect disfazic ± crize de epilepsie frecvente necontrolate prin tratament anticonvulsivant

Forme clinice ataxice de intensitate severă: mers ataxic, tulburări de coordonare accentuate.

Forme clinice mixte de intensitate severă: asociază deficite motorii + sindroame extrapiramidale + sindrom cerebelos (ataxie) de intensitate accentuată.

Limitare marcată a activității prin afectarea marcată a mobilității bolnavului, a comunicării și afectare severă a interacțiunilor și relațiilor interpersonale. Poate să

meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate/accentuate de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curative și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice:

Forme clinice spastice de intensitate gravă: paraplegie sau tetraplegie ± retard psihic important ± crize de epilepsie frecvente sub tratament anticonvulsivant (status epileptic)

Forme clinice dischinetice de intensitate gravă: imposibilitatea mersului și autoservirii ± retard psihic important ± crize de epilepsie frecvente sub tratament anticonvulsivant (status epileptic)

Forme clinice atone de intensitate gravă: imposibilitatea mișcării sau mișcări reduse ± retard psihic important ± crize de epilepsie frecvente sub tratament anticonvulsivant (status epileptic)

Forme clinice ataxice de intensitate gravă: ataxii severe cu imposibilitatea mersului și autoservirii ± retard psihic important ± crize de epilepsie frecvente sub tratament anticonvulsivant (status epileptic)

Forme clinice mixte de intensitate gravă: paraplegii sau tetraplegii, ataxii cu imposibilitatea ortostațiunii, + tulburări psihice grave.

Limitare severă sau completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat, are capacitatea de autoservire pierdută.

Restricții complete de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene și de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

BOALA VASCULARĂ CEREBRALĂ Cod CIM I60- I69 ACCIDENTUL ISCHEMIC TRANZITORIU

Semne funcționale clinice:

AIT carotidian: deficite motorii focale, tulburări de limbaj, de vorbire, tulburări de vedere (cecitate monoculară, amauroză tranzitorie), care se remit complet fără să lase sechele și care nu se însoțesc de leziuni noi pe un examen IRM cerebral; adesea au tendința la repetabilitate. Este o urgență medicală, deoarece într-o proporție mare preced instalarea unui infarct cerebral definitiv. Diagnosticul clinic se stabilește pe baza documentelor medicale ce atestă cel puțin un AIT, dar există certitudinea factorilor predispozanți, favorizanți, determinanți (HTA, diabet zaharat)

AIT vertebrobazilar: deficite motorii: hemipareze, parapareze, drop-attack-uri, sindroame cerebeloase, tulburări obiective de sensibilitate, ataxii non-cerebeloase, sindroame vestibulare obiective, hemianopsii, cecitate tranzitorie, amnezie globală tranzitorie, dezorientare vizuo- spațială, sindroame confuzionale, sindroame de nervi cranieni în diverse combinații; tulburări de vorbire. Diagnosticul clinic se pune pe baza



documentelor medicale care atestă existența unuia sau mai multor episoade de boală, fiecare dintre ele cu o durată de la câteva minute - ore, cu tendință la repetabilitate, dar există certitudinea factorilor predispozanți, favorizanți, determinanți (HTA, diabet zaharat)

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice: un singur AIT neverificat prin ex. paraclinice și de cele mai multe ori anamnestic sau AIT – repetate, cu modificări minime ale examenelor paraclinice.

Investigații:

- EKG: normal/modificări minore
- Examen FO: normal/ modificări de angiopatie retiniană incipientă
- Examen echo- Doppler al arterelor cervico-cerebrale: normal sau modificări de ateromatoză fără semnificație hemodinamică.
- +/- CT/IRM cerebral: aspect normal
- echocardiografie (transtoracică +/- transesofagiană): fără modificări semnificative.
- ex. de laborator (pentru stabilirea stigmatelor organice)

Fără limitare de activitate.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului cardiovascular. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice:

AIT-uri repetate confirmate clinic (bilete de ieșire din spital) și paraclinic (stenoze unilateral semnificative hemodinamic sau stenoze seriate bilateral, asociate cu factori de risc)

AIT-uri cu stenoze carotidiene tratate endovascular sau chirurgical, care la reevaluare prezintă modificări hemodinamice (stenoze reziduale simptomatice).

Investigații:

- EKG: modificări minime cu pattern ischemic/hipertensiv
- Examen FO: modificări aterosclerotice/hipertensive
- Examen echo- Doppler al arterelor cervico-cerebrale evidențiază stenoze unilaterale, semnificative hemodinamic sau stenoze seriate nesemnificative hemodinamic.
- IRM cerebral: normal
- echocardiografie (transtoracică +/- transesofagiană): fără modificări/modificări minime
- ex. de laborator (pentru stabilirea stigmatelor organice)
- angiografie cerebrală cu contrast intra-arterial, în cazul suspiciunii de stenoză arterială care ar necesita tratament intervențional.

Limitare moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice ușoare, activități profesionale ușoare/sedentare ce nu presupun abilități de comunicare, locomoție,

gestualitate și manipulare, bolnavul poate îndeplini sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă.

Sarcinile de autoservire sunt îndeplinite la parametrii optimi.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice:

AIT-uri repetate confirmate clinic (bilete de ieșire din spital) și paraclinic - ca manifestare a aterosclerozei arterelor cervico-cerebrale stenozante semnificativ în contextul unei ateroscleroze sistemice, asociate cu alte patologii invalidante de perete arterial sau ca manifestare a unor embolii cardiace, în prezența unor factori de risc vascular: HTA severă, dislipidemie severă, obezitate morbidă, sindrom metabolic, diabet zaharat dezechilibrat, etc. și factori favorizanți care pot agrava simptomatologia clinic.

Investigații:

- EKG: hipertrofie ventriculară, modificări de fază terminală, aritmii severe
- Examen FO: modificări aterosclerotice, hipertensive, retinopatie diabetică
- Examen echo- Doppler al arterelor cervico-cerebrale, cu stenoze semnificative hemodinamice, seriate, bilaterale
- IRM cerebral evidențiază infarcte cerebrale silentioase și/sau unor leziuni abiotrofice cerebrale,
- +/- echocardiografie (transtoracică +/- transesofagiană) evidențiază sursa de embolii cardiace
- ex. de laborator (pentru stabilirea stigmatelor organice)
- angiografie cerebrală cu contrast intra-arterial, în cazul suspiciunii de stenoză arterială care ar necesita tratament intervențional.

Limitare severă a activităților prin limitarea mobilității bolnavului, a comunicării și afectare a interacțiunilor și relațiilor interpersonale. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Fără restricții/restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Accidentul vascular cerebral ischemic constituit (infarctul cerebral)

Diagnosticul clinic: AIC se manifestă prin deficite motorii de diverse forme: hemipareze/hemiplegii, tetrapareze/tetraplegii, parapareze; tulburări obiective de sensibilitate primară și/ sau integrativă; ataxii; hemianopsii sau alte tulburări de vedere; manifestări din partea nervilor cranieni; tulburări de limbaj (sindroame afazice), de vorbire, tulburări de scris, de citit, de calcul; alterarea stării de conștiință până la stadiul de comă, fenomene ireversibile sau parțial reversibile.

Accidentul vascular ischemic prin mecanism embolic presupune, în plus, existența unei afecțiuni de bază emboligene: afecțiuni cardiace (fibrilație atrială, valvulopatii, risc



emboligen post intervenției chirurgicale pe cord deschis, în special în cazul implantului de proteză valvulară metalică), intervenții chirurgicale în micul bazin, etc.

Parametri funcționali:

- Examen neurologic
- Eco Doppler extra- și transcranian al vaselor cervico-cerebrale
- CT, IRM cerebrală
- Examen oftalmologic (acuitate vizuală, campimetrie, fund de ochi)
- EEG
- *În situații particulare*, Angiografie de vase cervico-cerebrale prin injecție directă intra-arterial sau angio-CT sau angio-RM (aa. carotide, aa. vertebrale, a. bazilară, aa. intracraniene, sistemul venos intracranian); *opțional*: angiografie de trunchiuri vasculare supra-aortice.
- Ecocardiografie transtoracică; +/- transesofagiană (*în situații particulare*).
- Evaluare neuropsihologică
- Glicemie, teste de coagulare, hemoleucogramă completă
- Scala de apreciere a dizabilității la bolnavul vascular (Rankin) *
- Scale de evaluare a autonomiei și funcționalității: ADL, index Barthel**
- Scală de gradare a forței musculare (FMS)***

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice: absente, în formele cu evoluție favorabilă spre remisiune (de regulă totală), sau sechele minime (de ex. Sindrom piramidal, dizartrii, discrete deficite motorii + 4/5), compensare cardiovasculară.

Investigații:

- CT sau preferabil IRM: aspect normal sau lacune
- EKG: normal sau modificări minime
- Examen FO: normal sau modificări minime
- Examen echo- Doppler al arterelor cervico-cerebrale, extra și transcranian: normal/ateromatoză carotidiană minimă
- ex. de laborator (pentru stabilirea stigmatelor organice): normale sau modificări minime
- Ecografia cardiacă: fără modificări semnificative la momentul examinării.

Fără limitare de activitate. Bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Scor Rankin 1-2*. Activitate profesională posibilă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului cardiovascular. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: sechele fruste - hemipareze fruste (FMS 4/5), monopareze crurale sau brahiale; afectare multiplă a nervilor cranieni; discrete ataxii; tulburări de limbaj, de tipul afaziei expresive; sindrom vestibular central, fruste sindroame cerebeloase.

Investigații:

- CT sau preferabil IRM pentru confirmarea leziunii, conform ghidurilor de practică medicală
- EKG: normal sau modificări minime
- Examen FO: modificări de atroscleroză retiniană
- Examen echo- Doppler al arterelor cervico-cerebrale, extra și transcranian: ateromatoză carotidiană
- Ecografia cardiacă: fără surse emboligene intracardiac
- ex. de laborator (pentru stabilirea stigmatelor organice): modificate semnificativ
- angiografie cerebrală cu contrast intra-arterial sau angio-CT sau angio-RM, în cazul suspiciunii de stenoză arterială care ar necesita tratament interventional

Limitare moderată a activităților fizice prin limitare moderată a mobilității (schimbarea și menținerea poziției corpului; ducerea, deplasarea și manipularea obiectelor; mersul și deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport), comunicării și afectarea interacțiunilor și relațiilor interpersonale. Bolnavul poate efectua activități fizice ușoare, activități profesionale ușoare/sedentare ce presupun abilități de comunicare, locomoție, gestualitate și manipulare, minime, bolnavul putând îndeplini aceste sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă .

Sarcinile de autoservire sunt îndeplinite la parametri optimi. Scor Rankin 3*

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: sechele definitive, importante, de ex.: hemipareze, pareze multiple de nervi cranieni, tulburări de limbaj (de tip afazie expresivă complexă dar și elemente de înțelegere de tipul afaziei de recepție - înțelege ordinele simple, pe cele complexe și chiar le poate executa pe cele simple), hemianopsii, alexii, dislexii, acalculie, tulburări cognitive, tulburări de sensibilitate de tip talamic, disociație de tip sirigomielic, tulburări de sensibilitate profundă, ± tulburări psihice. La tabloul neurologic se asociază și tulburări generale ale afecțiunilor cu risc emboligen.

Investigații:

- CT sau preferabil IRM: confirmă leziunea, precizează întinderea și localizarea infarctului,
- EKG: hipertrofie ventriculară, modificări de fază terminală, sechele infarct micardic, aritmii severe, etc.
- Examen FO: modificări de atroscleroză retiniană
- Examen echo- Doppler al arterelor cervico-cerebrale, extra și transcranian: manifestări ale ateromatozei carotidiane sau vertebrale.
- Ecografia cardiacă: poate evidenția semne directe sau indirecte ale unor afecțiuni emboligene cardiace
- ex. de laborator (pentru stabilirea stigmatelor organice): modificate semnificativ
- angiografie cerebrală cu contrast intra-arterial sau angio-CT sau angio-RM,



în cazul suspiciunii de stenoză arterială care ar necesita tratament intervențional

Limitare severă a activităților prin limitarea marcată a mobilității bolnavului, a comunicării și afectare severă a interacțiunilor și relațiilor interpersonale. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Scor Rankin 4*

Restricții moderate de participare la viața socială prin afectarea mobilității, a comunicării și afectarea interacțiunilor și relațiilor interpersonale.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice: sechele grave definitive și ireversibile de tip motor (hemiplegii, tetraplegii, para/tetrapareze cu mers posibil doar cu sprijin bilateral și pe distanțe scurte, cu ajutorul unor dispozitive de mers: cîrje, cadru, scaun rulant), tulburări de limbaj (de tip afazie mixtă totală: bolnavul nu se poate exprima decât prin silabe, sau cuvinte simple pe care le repetă dându-le un înțeles propriu, fără nici o legătură cu sensul cererii și nu înțelege nici cele mai simple ordine), cecitate, ataxie importantă, tulburări severe de sensibilitate (mai ales proprioceptivă), tulburări de integrare vizuo-spațială, tulburări cognitive severe, demență, tulburări sfincteriene, ± tulburări psihice ce necesită nursing.

Investigații:

- CT sau preferabil IRM: confirmă leziunea, precizează întinderea și localizarea infarctului,
- EKG: hipertrofie ventriculară, modificări de fază terminală, sechele infarct micardic, aritmii severe, etc.
- Examen FO: modificări de ateroscleroză retiniană
- Examen echo- Doppler al arterelor cervico-cerebrale, extra și transcranian: manifestări severe ale ateromatozei carotidiane sau vertebrale.
- Ecografia cardiacă: poate evidenția semne directe sau indirecte ale unor afecțiuni emboligene cardiace
- ex. de laborator (pentru stabilirea stigmatelor organice): modificate semnificativ

Limitare severă sau completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat, are capacitatea de autoservire pierdută. Scor Rankin 5*.

Restricții complete de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene + de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

HEMORAGIA SUBARAHNOIDIANĂ

Diagnosticul clinic se pune pe baza următoarelor elemente: cefalee intensă, semne meningeale intens pozitive, fotofobie, vărsături, uneori afectări din partea nervilor cranieni, în special perechea a III-a, a VI-a, toată această simptomatologie putând uneori evolua spre stare de comă. Cauza cea mai frecventă o reprezintă aneurismele sau malformațiile arterio-venoase intracraniene rupte.

Aprecierea deficienței funcționale se va face în funcție de stadializarea inițială Hunt & Hess****, evoluția și prognosticul bolii și de sechelele rămase definitive. Evoluția poate fi favorabilă cu remisiunea semnelor clinice și paraclinice după aprox. 3 săptămâni – 1 lună. Dacă hemoragia nu a fost determinată de ruperea unei malformații vasculare, sau între timp s-a făcut tratamentul de excludere a acesteia (chirurgical sau endovascular) prognosticul este favorabil. Dacă evoluția este prelungită peste această perioadă și în plus apar complicații cu stare comatoasă, semne de focar și/sau depistarea de malformații cerebrale vasculare, prognosticul este rezervat.

Investigații:

- CT cerebral, investigație de urgență care evidențiază prezența sângelui (hiperdens) în spațiul subarahnoidian; un CT normal, nu poate infirma suspiciunea de HSA.
- Examenul LCR (xantocrom), după ce în prealabil s-a făcut examen de FO, dacă examenul CT nu evidențiază modificări patologice,
- Opțional: IRM, EEG, examen oftalmologic;
- Angiografie cerebrală "4 vase" cu contrast prin cateterism arterial/ sau angio-CT sau angio- RM: se face de preferat în primele zile de la debut, dacă starea de conștiință a bolnavului este păstrată (pentru depistarea malformațiilor vasculare intracraniene/ cerebrale eventuale), se poate repeta după mai multe zile/săptămâni, dacă investigația inițială nu a evidențiat o malformație vasculară.
- Probe biologice (glicemie, sodiu, uree, creatinina – în ser) ce pot orienta spre etiologia și complicațiile bolii.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice: HSA formele cu evoluție favorabilă și sechele minime: cefalee, vertij, astenie fizică, ± tulburări psihice minime, inițial grupa 1-2 Hunt & Hess****.

Investigații:

- CT cerebral/IRM – aspect normal.
- Angiografie cerebrală "4 vase" cu contrast prin cateterism arterial sau angio-CT sau angio- RM: nu evidențiază o sursă a hemoragiei.

Fără limitare de activitate. Bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Activitate profesională posibilă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului



cardiovascular. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: HSA formele cu evoluție prelungită, mai mult de 1 lună, cu etiologie bine determinată ce ar predispuce la repetarea episodului acut (HTA std.II/III, malformații vasculare cerebrale, colagenoze, diabet zaharat complicat), inițial grupa 3 Hunt & Hess****.

Investigații:

- CT cerebral/IRM
- Angiografie cerebrală "4 vase" cu contrast prin cateterism arterial sau angio-CT sau angio- RM evidențiază o sursă a hemoragiei: aneurisme sau malformații arterio-venoase intracraniene rupte, tratate chirurgical sau conservator.
- Probe biologice (glicemie, sodiu, uree, creatinina – în ser) ce pot orienta spre etiologia și complicațiile bolii.
- EKG: modificări hipertensive.

Limitare moderată a activităților fizice prin limitare moderată a mobilității (schimbarea și menținerea poziției corpului; ducerea, deplasarea și manipularea obiectelor; mersul și deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport), comunicării și afectarea interacțiunilor și relațiilor interpersonale. Bolnavul poate efectua activități fizice ușoare, activități profesionale ușoare/sedentare ce presupun abilități de comunicare, locomoție, gestualitate și manipulare minime. Sarcinile de autoservire sunt îndeplinite la parametrii optimi.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: HSA forme cu evoluție gravă și prelungită cu persistența de sechele chiar minime (sindrom piramidal, sindrom cerebelos, afectare de nervi cranieni) dar cu posibilitate mare de repetare a sângerării în cazurile în care etiologia este certă (malformație vasculară cerebrală, colagenoze, boala moya- moya), diagnosticate cu certitudine CT/ RMN, angiografic (intra-arterial sau angio-CT sau angio-RM), inițial grupa 4 Hunt & Hess****.

Investigații:

- CT cerebral/IRM
- Angiografie cerebrală "4 vase" cu contrast prin cateterism arterial sau angio-CT sau angio- RM evidențiază o sursă a hemoragiei: aneurisme sau malformații arterio-venoase intracraniene rupte, tratate chirurgical sau conservator..
- Probe biologice (glicemie, sodiu, uree, creatinina – în ser) ce pot orienta spre etiologia și complicațiile bolii.
- EKG: modificări hipertensive.

Limitare severă a activităților prin limitarea marcată a mobilității bolnavului, a comunicării și afectare severă a interacțiunilor și relațiilor interpersonale. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este

păstrată parțial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricții moderate de participare la viața socială prin afectarea mobilității, a comunicării și afectarea interacțiunilor și relațiilor interpersonale.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

HSA nu evoluează cu sechele ireversibile grav invalidante care să necesite supraveghere și îngrijire permanentă din partea altei persoane, deci, gradul I (unu) de invaliditate.

HEMORAGIA CEREBRALĂ INTRAPARENCHIMATOASĂ (HC)

Semne funcționale clinice: cefalee uneori foarte intensă și stare de comă cu respirație stertoroasă și semne de focar (hemiplegii, suferință de trunchi cerebral, paralizii ale nervilor cranieni, frecvent perechile III – VI), febră înaltă. Debut este brusc, adesea în stare de sănătate aparentă la un bolnav cu antecedente de boală hipertensivă, diabet zaharat, colagenoze, malformații vasculare cerebrale cunoscute sau nu, obezitate și alți factori predispozanți sau favorizanți (consum cronic de alcool, etc.).

Investigații:

- obligatoriu în urgență la internare se va face CT cerebrală sau IRM cerebrală;
- examen LCR (hemoragic), numai dacă CT/IRM nu sunt posibile
- Opțional - Angiografie cerebrală "4 vase" cu contrast prin cateterism arterial sau angio-CT sau angio-RM pentru evidențiere unei eventuale surse a hemoragiei;
- EKG.
- Ex. FO

Aprecierea deficienței funcționale se va face în funcție de evoluție, complicații și de sechelele rămase definitive:

În cazul hemoragiilor intraparenchimotoase evoluția poate fi favorabilă în funcție de focarul hemoragic, mergând spre remisiunea parțială a semnelor clinice, de regulă existând sechele invalidante definitive.

Hemoragiile cerebrale cu inundație ventriculară evoluează de regulă grav, conducând aproape întotdeauna la exitus. Sunt însă multe situații de efracție a sângelui în sistemul ventricular cu evoluție favorabilă, prin evacuare spontană a sângelui, atâta timp cât nu blochează căile de drenaj al LCR, situație care se complică cu hidrocefalie hipertensivă acută/ subacută și creșterea mortalității dacă nu se poate interveni chirurgical pentru drenaj ventricular extern.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice: HC- cazurile în care diagnosticul a fost de certitudine (CT sau RMN, ex.LCR), iar evoluția a fost favorabilă cu sechele minime neurologice – frust sindrom piramidal, dizartrii, deficite motorii fruste (+4/5) (cazuri rare)

Investigații:

- CT cerebral/IRM – aspect normal.
- EKG – aspect normal.
- Ex. FO – aspect normal.



Fără limitare de activitate. Bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Activități profesionale sunt posibile.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului cardiovascular. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: HC- cazurile cu diagnosticul clinic de certitudine, etiologie bine precizată, cu sechele minime, care se apreciază la cca. 6 luni de la eveniment și pot să fie: tulburări de coordonare, tulburări din partea nervilor cranieni (perechile II, III, IV, VI, VII), tulburări motorii fruste, tulburări minime de limbaj; se va ține seama și de gravitatea factorilor etiologici (HTA, diabet zaharat, malformații vasculare, colagenoze) și alți factori predispozanți/favorizanți.

Investigații:

- CT cerebrală sau IRM cerebrală;
- Angiografie cerebrală "4 vase" cu contrast prin cateterism arterial sau angio-CT sau angio- RM pentru evidențiere unei eventuale surse a hemoragiei
- EKG: modificări hipertensive.
- Ex. FO – modificări de angiopatie hipertensivă sau retinopatie diabetică stadii incipiente.

Limitare moderată a activităților fizice prin limitare moderată a mobilității (schimbarea și menținerea poziției corpului; ducerea, deplasarea și manipularea obiectelor; mersul și deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport), comunicării și afectarea interacțiunilor și relațiilor interpersonale. Bolnavul poate efectua activități ușoare, activități profesionale ușoare/sedentare ce presupun abilități de comunicare, locomoție, gestualitate și manipulare minime. Sarcinile de autoservire sunt îndeplinite la parametrii optimi.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: HC- formele cu diagnostic clinic și paraclinic de certitudine și care prezintă sechele invalidante, rareori reversibile, ca: hemipareze, hemianopsie, ataxie importantă, pareze sau paralizii de nervi cranieni, tulburări de limbaj și de vorbire, de scris, de citit, de calcul, tulburări cognitive, tulburări de sensibilitate de aspect talamic, disociație siringomielică, tulburări de sensibilitate profundă, ± tulburări psihice.

Investigații:

- CT cerebral/IRM
- Angiografie cerebrală "4 vase" cu contrast prin cateterism arterial sau angio-CT sau angio- RM evidențiază o sursă a hemoragiei: anevrisme sau malformații arterio-venoase intracraniene rupte, tratate chirurgical sau conservator.
- Probe biologice (glicemie, sodiu, uree, creatinina – în ser) ce pot orienta spre

etiologia și complicațiile bolii.

- EKG: modificări hipertensive.
- Ex. FO – modificări de angiopatie hipertensivă sau retinopatie diabetică.

Limitare severă a activităților prin limitarea marcată a mobilității bolnavului, a comunicării și afectare severă a interacțiunilor și relațiilor interpersonale. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricții moderate de participare la viața socială prin afectarea mobilității, a comunicării și afectarea interacțiunilor și relațiilor interpersonale.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice: formele cu diagnostic clinic și paraclinic de certitudine cu evoluție și prognostic nefavorabil, cu sechele invalidante definitive: hemiplegii, para/tetrapareze cu mers posibil doar cu sprijin bilateral și pe distanțe scurte, cu ajutorul unor dispozitive de mers: cîrje, cadru, scaun rulant, cecitate, ataxie importantă, tulburări severe de sensibilitate (mai ales proprioceptivă), tulburări de integrare vizuo-spatială, paralizii de nervi cranieni, tulburări grave de limbaj de tip afazie mixtă, tulburări de scris, de calcul, citire, apraxii, agnozii, tulburări cognitive severe până la demență și tulburări psihice grave.

Investigații:

- CT cerebral/IRM
- Angiografie cerebrală "4 vase" cu contrast prin cateterism arterial sau angio-CT sau angio- RM evidențiază o sursă a hemoragiei: aneurisme sau malformații arterio-venoase intracraniene rupte, tratate chirurgical sau conservator..
- Probe biologice (glicemie, sodiu, uree, creatinina – în ser) ce pot orienta spre etiologia și complicațiile bolii.
- EKG: modificări hipertensive.
- Ex. FO – modificări de angiopatie hipertensivă sau retinopatie diabetică.

Limitare severă sau completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat, are capacitatea de autoservire pierdută.

Restricții complete de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene + de îngrijire personală pentru activitățile de bază.



1.* SCALA DE APRECIERE A DIZABILITĂȚII LA BOLNAVUL VASCULAR (RANKIN)

SCOR RANKIN	CARACTERISTICI DISABILITATE
1	<i>Nesemnificativă:</i> este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene
2	<i>Ușoară:</i> nu mai poate desfășura toate activitățile, dar poate trăi independent
3	<i>Moderată:</i> necesită ceva ajutor, dar e în stare să meargă fără ajutorul altei persoane
4	<i>Severă:</i> nu poate merge fără ajutor, are nevoie de ajutor pentru nevoile curente
5	<i>Gravă:</i> imobilizat la pat: are nevoie permanentă de îngrijire

2. **SCOR ADL

Activitate	Descriere	Scor
Igiena corporală	Autonomie	2
	Ajutat parțial	1
	Dependent	0
Îmbrăcare	Autonomie	2
	Autonomie pentru îmbrăcare dar ajutor pentru încălțare	1
	Dependent	0
Mersul la toaletă	Autonomie	2
	Ajutat	1
	Ajutat la pat	0
Continența sfincteriană	Continent	2
	Incontinență ocazional	1
	Incontinent	0
Alimentația	Mănâncă singur	2
	Ajutat pentru tăiat cu cuțitul	1
	Dependent	0

Clasificare: st. I 10 - autonomie

st. II 8-10 – cvasiindependent

st. III 3-8 – independență asistată

st. IV 0-3 – dependență totală



SCALA DE INCAPACITATE BARTHEL

Măsoară performanțele pacientului în zece activități ale vieții cotidiene în funcție de ajutorul exterior necesar. Scorul maxim este de 100 puncte și corespunde unei autonomii complete. Scorul de 60 puncte semnifică "independență asistată", iar cel de 75 puncte- cvasiindependență.

Activitate	Descriere	Scor
1. Alimentația	Independent: se servește de tacâmuri	10
	Are nevoie de ajutor pentru a taia alimente	5
2. Baia	Face baie fara ajutor	5
3. Toaleta personală	Iși spală fața, dinții, se piaptână, se bărbierește	5
4. Îmbrăcatul	Independent: își înnoadă șireturile	10
	Are nevoie de ajutor	5
5. Controlul intestinal	Fără probleme	10
	Probleme ocazionale	5
6. Controlul vezical	Fără probleme	10
	Probleme ocazionale	5
7. Transferul la toaletă	Independent pentru a merge la toaletă	10
	Are nevoie de ajutor	5
8. Transferul în pat sau fotoliu	Independent	15
	Ajutor minim	10
	Ajutor maxim pentru transfer	5
9. Mersul	Independent 50 m cu baston	15
	Merge cu ajutor	10
	Fotoliu rulant	5
10. Urcatul scarilor	Independent	10
	Are nevoie de ajutor	5

3. SCALA DE GRADARE A FORȚEI MUSCULARE SEGMENTARE (FMS) ***

Deficitul motor poate fi obiectivat prin determinarea scăderii forței musculare, conform scalei de gradare a forței musculare segmentare (FMS), asociată sau nu cu prezența atrofiilor musculare (atrofia severă apare când denervarea persistă săptămâni sau luni)

o 5/5 = FMS normală;

o 4/5 = opune rezistență;

o 3/5 = învinge gravitația;

o 2/5 = deplasează membrul în planul patului;

o 1/5 = contracție musculară voluntară fără deplasare de segment

o 0/5:

- gr. I-nici o contracție voluntară sau la stimul dureros

- gr. II-contracție minimă la stimul dureros

- gr. III-contracție controlaterală sincinetica

4. CLASIFICAREA HEMORAGIEI SUBARAHNOIDIENE (DUPA HUNT & HESS) ****

Grupa 1	Cefalee minima sau absentă Ușoară redoare de ceafă
Grupa 2	Sd. meningean Fără deficit neurologic cu excepția paraliziiilor de nervi cranieni (+/-)
Grupa 3	Sd. meningean Deficit focal minor (câi lungi: deficit de motilitate, sensibilitate, afazie), +/- paralizii de nervi cranieni Tulburări de conștiență (sommolență, confuzie)
Grupa 4	Sd. meningean Focar net (hemiplegie, hemipareză) Suferință de trunchi cerebral - crize de decerebrare, tulburări vegetative (bronhoplegie, HTA, hTA)
Grupa 5	Comă profundă (aparent depășită), ventilat mecanic Tulburări vegetative (EPA) Rigiditate prin decerebrare

**BOLILE INFLAMATORII DEMIELINIZANTE ALE SISTEMULUI
NERVOS CENTRAL Cod CIM G35-G37**

Entități clinice:

1. **Scleroza multiplă** (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 este o boală inflamatorie cronică difuză a SNC, care afectează atât substanța albă cu leziuni focale dar și substanța albă aparent normală cât 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) și spontan și care sunt corespondente în plan clinic episoadelor de recădere (puseelor).

Forme clinice:

- forma recurent remisivă;
- forma secundar progresivă;
- forma primar progresivă;
- forma progresivă cu recăderi.

2. **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-aquaporina4 de la nivelul astrocitelor sau a anticorpilor anti-MOG ("myelin-oligodendrocyte glycoprotein"), precum și a unor modificări imagistice IRM



caracteristice chiar în absența modificărilor imunologice de mai sus.

3. **Encefalomielita 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 persoane cu o reactivitate imunitară de tip hiperergic. Cel mai adesea apare la copii de vârstă mai mare, dar poate apare 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 scleroza multiplă (mai ales la copii).

SCLEROZA MULTIPLĂ

Semne funcționale clinice: *anomalii senzitive* (paretezii, adesea sub formă de amorțeli, dureri, semnul Lhermitte), *anomalii motorii* (deficit motor de tip piramidal, spasticitate, contracții spastice - în flexie, în extensie), *anomalii vizuale* (nevrită optică - pierderea monoculară a vederii, însoțită eventual de durere și scotom central), *anomalii cerebeloase* (ataxie, incoordonare, tremor cerebelos, asociat uneori cu tremor postural, dizartrie cerebeloasă), *anomalii ale funcțiilor trunchiului cerebral* (diplopie, dizartrie, disfagie, disfonie, paretezii la nivelul feței, paraliză facială, oftalmoplegie internucleară, nevralgie trigeminală, vertij), *alte anomalii:* crize paroxistice (cu durată de secunde/minute, dar care apar repetat timp de mai multe săptămâni pentru a avea semnificație de puseu SM), anomalii vezicale, disfuncții sexuale, tulburări cognitive.

Sindromul clinic izolat

Reprezintă un episod clinic, monofazic, acut sau subacut, cu durată de cel puțin 24 ore, la un pacient simptomatic fără diagnostic de SM dar similar cu o recidivă tipică a SM (puseu sau agravare), la care se constată modificări obiective neurologice, cu sau fără remisune, în absența febrei sau infecției, ce reflectă un eveniment demielinizant inflamator focal sau multifocal în SNC. Dacă pacientul este diagnosticat ulterior cu SM prin îndeplinirea criteriilor diseminării în timp și spațiu și excluderea altor diagnostice, sindromul clinic izolat este considerat primul puseu al bolii. Sindromul clinic izolat poate fi monofocal (reflectând patologia într-o singură localizare) sau multifocal. Aspectele tipice sunt reprezentate de nevrita optică unilaterală, sindrom focal supratentorial, sindromul focal de trunchi cerebral, sindromul cerebelos sau mielopatia parțială.

Investigații:

- Examen oftalmologic (AV, campimetrie, FO);
- Determinarea benzilor oligoclonale de IgG în LCR;
- Determinarea indexului IgG în LCR/ser;
- IRM cranio-cerebral și vertebro-spinală - Criteriile Barkhof de diagnostic prin IRM (Tabel 3)
- PEV vizuale; opțional: PEV somato-senzoriale/ de trunchi cerebral/motorii – prin stimulare magnetică transcraniană.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice: Formele clinice cu evoluție favorabilă în timp, cu simptomatologie subiectivă absentă sau minimă și obiectiv cu: sindrom piramidal ±

sindrom vestibular sau sindrom cerebelos frust.

Fără limitarea activităților, bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene. Pot fi desfășurate activități profesionale.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și recuperator. Pot fi necesare serviciile de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: Formele clinice cu pusee rare, în perioada de remisiune cu tulburări motorii de intensitate medie (hemipareze fruste sau monopareze) la care se asociază tulburări de echilibru și/sau de coordonare și uneori tulburări vizuale de intensitate medie (*scor EDSS < 3 **).

Limitare moderată a activităților fizice ce presupun mișcarea, în cazul sechelelor motorii (schimbarea și menținerea poziției corpului; ducerea, deplasarea și manipularea obiectelor; mersul și deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport) bolnavul poate îndeplini sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Are păstrată capacitatea de autoservire. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare serviciile de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: Forme clinice cu evoluție progresivă cu pusee acute repetate ce conduc la tulburări de mers accentuate (parapareze spastice și/sau hemipareze spastice) la care se asociază tulburări de echilibru și/sau de coordonare (sindrom cerebelo-vestibular), tulburări vizuale frecvent diplopie și/sau modificări de câmp vizual, tulburări de sensibilitate, ± tulburări sfincteriene (*scor EDSS = 3 – 6 **)

Limitare severă a activității prin limitarea marcată a mobilității bolnavului, a comunicării și afectare severă a interacțiunilor și relațiilor interpersonale. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricții moderate/severe de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice: Formele 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**)

Simptomatologia obiectivă indică prezența tuturor sindroamelor : sindrom piramidal (hemiplegie, parapareză/paraplegie ± asocierea cu monopareze brahiale, tetrapareză/



tetraplegie), sindrom cerebelo-vestibular - evidențiază tulburări de echilibru și coordonare cu imposibilitatea menținerii ortostatismului; tulburări vizuale grave; tulburări de sensibilitate, tulburări sfincteriene permanente tip incontinență urinară.

Limitare severă sau completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat, are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricții complete de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene și de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

ANEXE

1. SCALA KURTZKE EXTINSA A DIZABILITATII (EDSS – *Expanded Disability Status Scale*)1983 REVIZUITA

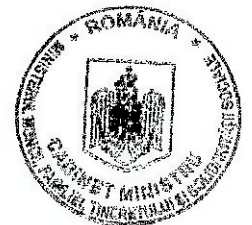
Atribuie scor de severitate stării clinice a pacientului de la 0 la 10 în pași de câte 0,5. Scorurile de la 0 la 4 sunt determinate folosind scale de sisteme funcționale (FS) care evaluează disfuncția din următoarele sisteme neurologice: vizual, trunchiul cerebral, piramidal, cerebelos, sensorial, vezica urinară și intestin, cerebral etc.

Scorurile EDSS:

- 0 - examen neurologic normal (toate sistemele funcționale au scor 0 zero, scorul cerebral poate fi = 1)
- 1 - fără dizabilitate, semne minime în unul din sistemele funcționale (de ex. scor 1 în oricare din sistemele funcționale cu excepția scorului cerebral =1)
- 1,5 - fără dizabilitate, semne minime în mai mult de un sistem funcțional (scor 1 în mai mult de unul din sistemele funcționale cu excepția scorului cerebral=1)
- 2 - minimă dizabilitate un sistem funcțional (1 sistem funcțional cu scor 2, celelalte 0 sau 1)
- 2,5 - minimă dizabilitate în 2 sisteme funcționale (2 sisteme funcționale cu scor 2, celelalte cu scor 0 sau 1)
- 3 - dizabilitate moderată în 1 din sistemele funcționale (1 sistem funcțional scor 3, celelalte 0 sau 1) sau dizabilitate ușoară în 3 sau 4 sisteme funcționale (3/4 sisteme funcționale cu scor 2 , celelalte scor 0 sau 1) dar mobilitatea este completă
- 3,5 - mobilitatea este completă dar există dizabilitate moderată în 1 sistem funcțional (1 sistem funcțional scor 3) și 1 sau 2 sisteme funcționale au scor 2, sau 2 sisteme funcționale au scor 3 sau 5 sisteme funcționale au scor 2 (celelalte 0 sau 1)
- 4 - mobilitatea este completă fără ajutor, auto-suficientă, ≥ 12 ore pe zi în ciuda unei dizabilități relativ severe, constând în 1 sistem funcțional cu scor 4 (celelalte 0 sau 1) sau o combinație de grade mai mici dar depășind limita scorurilor anterioare; este capabil să meargă aproximativ 500 m fără ajutor sau odihnă
- 4,5 - mobilitatea este completă fără ajutor, o bună parte din zi, capabil să lucreze o zi întreagă dar pe de altă parte există unele limitări în activitate sau necesită asistență minimă, caracterizat printr-o dizabilitate relativ severă, de obicei constând în scor 4

în un sistem funcțional (celelalte 0 sau 1) sau o combinație de grade mai mici în celelalte, dar care depășește limitele celor din scorurile anterioare , este capabil să meargă 300 m fără ajutor sau odihnă.

- 5 - mobilitate fără odihnă sau ajutor pentru aproximativ 200 m; dizabilitate suficient de severă pentru a compromite activitățile zilnice (ex. își desfășoară activitățile întreaga zi fără precauții speciale, de obicei scor 5 în 1 sistem funcțional, celelalte 0 sau 1; sau o combinație de scoruri mai mici care depășesc limita scorurilor anterioare.
- 5,5 - mobilitate fără ajutor sau repaus pentru aproximativ 100 m; dizabilitate suficient de severă pentru a compromite activitățile zilnice (de obicei scor 5 în 1 sistem funcțional iar celelalte 0 sau 1; sau o combinație de grade mai mici care depășesc limita scorurilor anterioare.
- 6 – asistență intermitentă sau permanent unilaterală (baston, cârjă sau sprijinit) pentru a merge aproximativ 100 m cu sau fără odihnă (de obicei o combinație de mai mult de 2 sisteme funcționale cu scorul 3+)
- 6,5 – asistență permanentă bilaterală (bastoane, cârje sau sprijin) pentru a merge aprox. 20 m fără odihnă (de obicei o combinație de mai mult de 2 sisteme funcționale cu scor 3+)
- 7 - incapabil de a merge 5 m chiar cu sprijin, în mod esențial dependent de fotoliu rulant cu roți standard cu care se poate mobiliza și din care se poate transfera singur ≥ 12 ore pe zi (de obicei echivalent cu o combinație de mai mult de 1 sistem funcțional cu scorul 4+, foarte rar numai sistemul piramidal cu scorul 5)
- 7,5 - incapabil de a efectua mai mult de câțiva pași; restricționat în fotoliul rulant; poate necesita ajutor pentru transfer; nu se poate ajuta de un fotoliu rulant cu roți standard întreaga zi; poate necesita fotoliu cu roți motorizate (de obicei o combinație de mai mult de 1 sistem funcțional cu scor 4+).
- 8 – esențial restricționat în pat sau fotoliu sau este deplasat cu fotoliul rulant dar în mare parte a zilei este în pat cu păstrarea multor capacități de auto-îngrijire; în general își poate folosi eficient brațele (de obicei o combinație de scoruri 4+ în mai multe sisteme funcționale).
- 8,5 - o mare parte a zilei este restricționat în pat; își folosește brațele oarecum eficient; își păstrează câteva capacități de auto-îngrijire (de obicei o combinație de scoruri 4+ în mai multe sisteme funcționale)
- 9 – se află în pat neajutorat; poate comunica și mânca (de obicei o combinație de scoruri, mai ales 4+ în mai multe sisteme funcționale).
- 9,5 - total neajutorat în pat; incapabil de a comunica sau alimenta/înghiți (de obicei o combinație de scoruri 4+ în mai multe sisteme funcționale)
- 10 - moarte cauzată de scleroza multiplă



2. Criteriile de diagnostic McDonald revizuite în 2017

Criteriile internaționale McDonald de diagnostic a sclerozei multiple cu recăderi și remisiuni, rev.2017 (Thompson AJ, BanwellBL, Barkhof F, Carroll WM, Coetzee T, Comi G, et. al. <i>Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revision of the McDonald criteria. Lancet neurol. 2017 Dec 21; 17(2):162-73</i>)		
Nr. atacuri clinice (pusee/recăderi)*	Nr. leziuni corelate cu dovezi obiectivate clinic	Dovezi adiționale necesare
≥ 2	≥	Nu sunt necesare
≥ 2	1 plus dovezi susținute din istoricul bolii	Nu sunt necesare
≥ 2	1	Diseminarea în spațiu printr-un alt episod clinic ulterior cu o altă localizare sau prin examen IRM
1	≥2	Diseminarea în timp printr-un alt episod clinic ulterior demonstrată prin examen IRM sau prezența benzilor oligoclonale în LCR
1	1	Diseminarea în spațiu printr-un alt episod clinic ulterior cu o altă localizare sau prin examen IRM ȘI Diseminarea în timp printr-un alt episod clinic ulterior demonstrată prin examen IRM sau prezența benzilor oligoclonale în LCR
*Atacurile/puseele/recăderile trebuie să fie separate între ele prin cel puțin 30 zile între debutul fiecăruia dintre ele		

Criteriile internaționale McDonald de diagnostic a sclerozei multiple – forma primar progresivă, rev.2017 (Thompson AJ, BanwellBL, Barkhof F, Carroll WM, Coetzee T, Comi G, et. al. <i>Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revision of the McDonald criteria. Lancet neurol. 2017 Dec 21;17(2):162-73</i>)	
Dizabilitate progresivă timp de cel puțin 1 an (perioadă determinată retrospectiv sau prospectiv) independent de existența unui atac/puseu clinic	
- Plus două dintre criteriile următoare:	
<ul style="list-style-type: none"> • Una sau mai multe leziuni IRM hiperintense în T2, caracteristice pentru scleroza multiplă în una sau mai multe dintre următoarele regiuni cerebrale: periventricular, cortical sau juxtacortical, sau infratentorial • Două sau mai multe leziuni IRM hiperintense în T2 în măduva spinării • Prezența benzilor oligoclonale specifice în LCR 	

3. Criteriile Barkhof de diagnostic prin IRM

Sunt criteriile cu valoare predictivă, ce se aplică pacienților care se prezintă pentru prima oară la neurolog, având sindroame clinice izolate, sugestive pentru diagnosticul de SM.

Întrunirea a 3 dintre următoarele 4 criterii are valoare predictivă pentru instalarea la un pacient a SM definite clinic ("IRM pozitiv pentru SM"):

- 1 leziune cerebrală sau spinală Gd-captantă sau 9 leziuni T2 hiperintense cerebrale și/ sau spinale dacă nu există nici o leziune Gd-captantă
- 1 sau mai multe leziuni cerebrale infratentoriale sau spinale
- 1 sau mai multe leziuni juxtacorticale
- 3 sau mai multe leziuni periventriculare

Nota: Leziunile spinale individuale pot contribui împreună cu leziunile individuale cerebrale la atingerea numărului de leziuni T2 cerute.

DISCOPATIILE Cod CIM G54-G57, M50-M54

Semne funcționale clinice: dureri vertebrale (cervicale, lombare, toracale) și pe traiectul nervului, spontan sau la mișcări active și/sau pasive, dureri provocate prin manevrele de elongație, deficite motorii segmentare sau globale, tulburări de reflexe, tulburări trofice, tulburări de sensibilitate obiectivă, tulburări circulatorii, tulburări sfincteriene etc.

Clasificare:

- **Discopatii de fază I (faza algică)** – când există un plus de laxitate a discului intervertebral și o laxitate anormală a nucleului pulpos și inelului fibros cu apariția durerii localizate la nivelul coloanei spontan sau la apăsare.
- **Discopatii de fază II (faza de blocaj)** – apar fisuri în inelul fibros prin care bombează nucleul pulpos (protruzie discală). Clinic apare blocaj al segmentului vertebral, contractură musculară paravertebrală.
- **Discopatii de fază III (faza neurologică)** – prolapsul (hernierea) nucleului pulpos în canalul spinal și se împarte în trei stadii:
 - **Stadiul I (algic)** – iritarea rădăcinii nervoase, apar dureri de tip nevralgic (radiculopatie de tip nevralgic)
 - **Stadiul II** – compresia rădăcinii nervoase, apar dureri, parestezii și dispariția ROT (radiculopatie algo-parestezică).
 - **Stadiul III** – de întrerupere a rădăcinii nervoase, apar dureri, parestezii și deficit funcțional al musculaturii.
- **Discopatie fază IV - discartroza**

Investigații:

- examen IRM (doar când examenul IRM nu este accesibil în timp util, se poate face examen CT al segmentului vertebral afectat) ;
- examen electroneurofiziologic (electroneurografie detaliată, inclusiv cu metoda undeii F +/- EMG)
- radiografia standard a segmentului afectat: pensarea spațiului intervertebral



densificarea platoului intervertebral, modificări ale curburilor fiziologice ale coloanei vertebrale.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice:

Discopatie vertebrală – faza I (faza dureroasă)

Discopatie vertebrală - faza II (faza de blocaj)

Discopatie vertebrală – faza III (faza neurologică)/Stadiu I (algic): iritație radiculară, bolnavul prezintă dureri la tuse strănut sau eforturi. Semne de elongație pozitive (Lasseque, Bonnet).

Discopatie vertebrală – faza III (faza neurologică)/Stadiu II: leziune radiculară de obicei reziduală, cronică, fără indicație chirurgicală.

Discopatie vertebrală – faza III (faza neurologică)/Stadiul III cu fruste deficite motorii (localizate la grupuri musculare mici, fără a interesa un segment topografic, amiotrofii discrete, fără indicație chirurgicală)

Discopatie faza IV – discartroza, fără modificări importante de statică vertebrală sau mielopatie vertebrală

Obs. Herniile de disc cu indicație operatorie vor fi evaluate după efectuarea tratamentului chirurgical, conform criteriilor, în raport cu sechelele reziduale.

Investigații:

- examen IRM: protruzii discale
- EMG: normal/semne de radiculopatie cronică senzitivă și/sau motorie
- radiografia standard a segmentului afectat: pensarea spațiului intervertebral, densificarea platourilor intervertebrale, modificări ale curburilor fiziologice ale coloanei vertebrale.

Fără limitarea activităților, bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene. Poate desfășura activități profesionale.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și recuperator. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice:

Discopatie vertebrală – faza III (faza neurologică)/Stadiul II (de compresiune radiculară) postoperator recent (mai puțin de 6 luni de la operație): deficit motor moderat, diminuarea reflexelor osteotendinoase, tulburări de sensibilitate obiectivă. Deficiența funcțională medie se menține timp limitat în vederea tratamentului recuperator, cu reevaluare la primul termen de revizuire în funcție de sechelele reziduale.

Discopatie vertebrală – faza III (faza neurologică)/Stadiul III (paralitic sau paretic, de întrerupere) caracterizat prin: deficit motor moderat unilateral (brahial sau crural) - element obiectiv al stadiului, asociat cu: modificări de

mers, absența reflexelor osteotendinoase, amiotrofii musculare importante, modificări de sensibilitate obiectivă, sechelele operatorii ale herniei de disc.

Hernii de disc operate iterativ (cel puțin 3 intervenții chirurgicale pentru cura herniilor) asociate cu cel puțin unul din următoarele simptome: deficite motorii fruste, modificări de statică vertebrală (scolioze severe, cifoscolioze antalgice), tulburări de sensibilitate obiectivă,

Discopatie faza IV– cu modificări importante de statică vertebrală și/sau fenomene de mielopatie vertebrală (sdr. piramidal sau bipiramidal);

Deficit motor brahial sau crural bilateral frust (4/5), cu modificări de sensibilitate obiectivă și tulburări sfincteriene minime de cauză neurologică (micțiuni imperioase, pierderi involuntare de urină), obligatoriu obiectivate prin explorări paraclinice (teste urodinamice, ecografia vezicii urinare cu aprecierea rezidului vezical).

Investigații:

- examen IRM – evidențiază gradul de hernie în canal, gradul de migrare.
- EMG – obligatoriu evidențiază suferința cronică radiculară severă
- radiografia standard a segmentului afectat: pensarea spațiului intervertebral, densificarea platourilor intervertebrale, modificări ale curburilor fiziologice ale coloanei vertebrale.

Limitare moderată a activităților fizice ce presupun mișcarea, în cazul sechelelor motorii (schimbarea și menținerea poziției corpului; ducerea, deplasarea și manipularea obiectelor; mersul și deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport) bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Are păstrată capacitatea de autoservire. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare serviciile de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice:

Deficit motor brahial sau crural bilateral, cu modificări de sensibilitate obiectivă și tulburări sfincteriene tip retenție cronică de urină (necesitând cateterism intermiment) sau tip incontinență urinară (sindrom de coadă de cal), obligatoriu obiectivate prin explorări paraclinice (teste urodinamice, ecografia vezicii urinare cu aprecierea rezidului vezical).

Investigații:

- examen IRM – evidențiază gradul de hernie în canal, gradul de migrare.
- EMG – obligatoriu evidențiază suferința cronică radiculară severă
- radiografia standard a segmentului afectat: pensarea spațiului intervertebral, densificarea platourilor intervertebrale, modificări ale curburilor fiziologice ale coloanei vertebrale.



- Teste urodinamice – obligatoriu pentru obiectivarea tulburărilor sfincteriene
- Ecografia vezicii urinare cu aprecierea reziduului vezical

Limitare severă a activității prin limitarea marcată a mobilității bolnavului, a comunicării și afectare severă a interacțiunilor și relațiilor interpersonale, Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricții moderate/severe de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice: Tetraplegie/paraplegie sau tetrapareze/parapareze cu tulburări importante de ortostatism și mers (mers posibil doar cu sprijin bilateral și pe distanțe scurte, cu ajutorul unor dispozitive de mers: cârje, cadru, scaun rulant), însoțite de tulburări sfincteriene grave tip incontinență permanentă (cazuri extrem de rare).

Limitare severă sau completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat, are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricții complete de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene + de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

POLINEUROPATII ȘI ALTE AFECȚIUNI ALE SISTEMULUI NERVOS PERIFERIC Cod CIM G60-G64

Neuropatia periferică este un termen generic care indică tulburările nervilor periferici de orice cauză.

Semne funcționale clinice: simptome de tip senzitiv - înțepături, arsuri, paretezii în plante sau vârful degetelor, sau în general cu distribuție în alte zone ale membrilor inferioare; simptome motorii – deficit motor, predominant distal.

Clasificarea neuropatiilor periferice

- Polineuropatiile axonale: acute, subacute, cronice.
- Polineuropatiile demielinizante: acute, cronice
- Mononeuropatii multiplex
- Mononeuropatii

Investigații:

- Examen neuroelectrofiziologic detaliat
- Biopsia de nerv

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice: *Formele clinice de neuropatii indiferent de etiologie* – cu simptomatologie frustă, predominant senzitivă (parestezii distale predominant membrele inferioare) ± fruste deficite motorii (localizate la grupuri musculare mici, fără a interesa un segment topografic, amiotrofii discrete).

Fără limitarea activităților, bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Pot desfășura activitate profesională.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: *Formele clinice cu simptomatologie motorie manifestă* - deficite motorii predominant distale (monopareză/parapareză frustă/tetrapareză frustă) însoțite de amiotrofii și tulburări obiective de sensibilitate superficială și/sau profundă (ataxie frustă).

Limitare moderată a activităților fizice ce presupun mișcarea, în cazul sechelelor motorii (schimbarea și menținerea poziției corpului; ducerea, deplasarea și manipularea obiectelor; mersul și deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport) bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Are capacitatea de autoservire păstrată. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: *Formele clinice cu deficite motorii manifeste constituite* – parapareză sau tetrapareză, însoțite de amiotrofii severe, de tulburări obiective de sensibilitate superficială sau profundă.

Limitare severă a activității prin limitarea marcată a mobilității bolnavului, a comunicării și afectare severă a interacțiunilor și relațiilor interpersonale. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricții moderate/severe de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice: *Formele clinice (foarte rar) cu deficite motorii tip tetraplegie sau paraplegie, tetrapareză sau parapareză însoțite de tulburări importante de ortostatism și mers,*



cu mers posibil doar cu sprijin bilateral și pe distanțe scurte, cu ajutorul unor dispozitive de mers: cârje, cadru, scaun rulant; asociate cu tulburări sfincteriene permanente și severe tip incontinență (foarte rare, în special, sdr. Guillane – Barre; forme severe de polineuropatie cronică inflamatorie demielinizantă- CIDP).

Limitare severă sau completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat, are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricții complete de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene + de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

AFECTIUNILE NERVILOR, RĂDĂCINILOR ȘI PLEXURILOR NERVOASE G50- G59

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.

PARALIZIA PARȚIALĂ DE PLEX BRAHIAL cuprinde trei tipuri: superior, mijlociu și inferior.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice:

Paralizia parțială de plex brahial de tip superior (Duchenn Erb) - se caracterizează prin reducerea mișcărilor de ridicare a umărului, abolirea abducției, a mișcărilor de rotație externă, membrul superior în adducție și rotație internă; atrofia umărului (muschiul deltoid); ROT bicipital absent, tulburări de sensibilitate.

Paralizia parțială de plex brahial de tip mijlociu (Remack) se caracterizează prin paralizia parțială de nerv radial, a mușchilor inervați de nervul radial, cu excepția lungului supinator care rămâne indemn și a tricepsului care este parțial paralizat. Este imposibilă efectuarea flexiei antebrățului pe braț și a supinației. Obiectiv: ROT tricipital abolit, tulburări de sensibilitate inconstante, frecvent pe fața dorsală a antebrățului și porțiunea externă a feței dorsale a mâinii.

Fără limitarea activităților, bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Activitate profesională posibilă, cu evitarea celor care necesită gestualitate cu viteză și precizie.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare serviciile de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice:

Paralizia totală de nerv radial - mâna este căzută în "gât de lebădă" și bolnavul nu poate face extensia policelului, falagelor proximale ale degetelor, extensia mâinii, pumnului și flexia antebrăului pe braț.

Paralizia de plex brahial de tip inferior (Klumpke) se caracterizează prin paralizia nervului cubital anterior, flexorilor degetelor, interosoșii musculaturii tenare și hipotenare; tulburarea motorie este similară cu cea a unei paralizii combinate de nerv median și nerv cubital, având ca rezultat aspectul de mână simiană. Tulburarea de sensibilitate este de tipul hipoesteziei și se întinde pe fața internă a brațului și antebrăului. ROT tricipital abolit. Se poate adauga leziunea simpaticului cervical și apariția sindromului Claud-Bernard-Horner.

Limitare moderată a activităților fizice ce presupun deplasarea și manipularea obiectelor, gestualitate cu viteză și precizie. Bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Are păstrată capacitatea de autoservire. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără activități care presupun gestualitate cu viteză și precizie sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: *Paralizia totală de plex brahial* – membrul toracal balant (constă în combinația celor trei tipuri de paralizii) - conduce la impotența funcțională totală a membrului superior respectiv.

Limitare severă a activității prin limitarea marcată a gestualității. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate/severe de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

PARALIZIILE PLEXULUI LOMBO-SACRAT

Neuropatia de nerv femuro-cutanat

Expresia clinică a leziunii este meralgia parestezică. Se caracterizează prin parestezii sub formă de senzație de piele cartonată cu topografie caracteristică în formă de „rachetă” pe fața externă a coapsei.

Determină o deficiență funcțională ușoară - Incapacitate adaptativă 20-49%.

Paralizia nervului femural

Se caracterizează prin dificultate în flexia coapsei pe bazin și imposibilitatea extensiei gambei pe coapsă, areflexie rotuliană, anestezie în teritoriul cutanat (fața anterioară a coapsei, fața internă genunchi, fața antero-internă gambă, maleola tibială și jumătatea



posteroară a marginii interne a piciorului). Obiectiv:hipotrofie, hipotonie cvadriceps, rotula flotantă.

Determină o deficiență funcțională medie - Incapacitate adaptativă 50-69%.

Paralizia nervului obturator

Însoțește, de regulă, paralizia de nerv femural și se caracterizează prin paralizia adducției și rotației interne și externe a coapsei, tulburări de sensibilitate în porțiunea mijlocie a coapsei și genunchiului.

Determină o deficiență funcțională medie - Incapacitate adaptativă 50-69%.

Paralizia nervului sciatic

Paralizia totală este destul de rară și se manifestă clinic printr-o paralizie completă a celor două ramuri terminale (SPE și SPI).

*Paralizia totala de nerv sciatic unilateral **determină o deficiență funcțională medie - Incapacitate adaptativă 60-69%.***

*Paralizia totala de nerv sciatic bilateral **determina o deficiencia funcionala accentuata -- Incapacitate adaptativa 70-89%.***

PARALIZIA NERVULUI SCIATIC POPLITEU EXtern (SPE)

Clinic: deficit motor la nivelul gambei, pe gambierul anterior, extensorul propriu al halucelui, extensorul comun al degetelor, lungul și scurtul peronier și pediosul; tulburări senzitive la nivelul feței antero-externe a gambei, două treimi interne ale plantei, fața dorsală a primelor trei degete și jumătatea internă deget 4. Obiectiv – mers stepat, bolnavul ridică mult genunchiul și flectează mult gamba de partea bolnavă, nu poate merge pe călcâie.

Determină o deficiență funcțională medie - Incapacitate adaptativă 50-69%.

PARALIZIA NERVULUI SCIATIC POPLITEU INTERN (SPI)

Clinic: deficit motor la nivelul gambei (gastrocnemienii, popliteu, plantar subțire, solear, tibial posterior), la nivelul piciorului (nervul plantar medial, flexorul scurt al degetelor, abductorii și flexorul scurt al halucelui și primii lombricali, nervul plantar lateral, pătratul plantar, abductorul degetului 5, flexor și opozant deget 5, interosoșii dorsali și plantari și ultimii lombricali); tulburări senzitive la nivelul porțiunii dorso-laterale a gambei, marginea laterală a piciorului, planta și degetele. Obiectiv – mers talonat, absența desprinderii călcâiului de pe sol, areflexie achiliană, tulburări trofice, degete “în ciocan”.

Determină o deficiență funcțională medie - Incapacitate adaptativă 50-69%.

POLIOMIELITA ANTERIOARĂ ACUTĂ Cod CIM A80

Sindromul poliomielitei anterioare acute (SPAA) era în trecut aproape invariabil rezultatul infecției cu unul din cele trei serotipuri ale virusului polio. Aspectele clinice asemănătoare infecției cu poliovirus pot fi determinate și de alte enterovirusuri: Coxsackie - grup A și grup B, echovirusuri, enterovirusurile 70 și 71.

Din punct de vedere clinic poliomielite se poate prezenta sub 4 forme:

1. **Infecție inaparentă**- frecvent asimptommată;
2. **Formă abortivă**- caracterizată prin: febră, dureri de gât; hiperemie

orofaringiană, cefalee, anorexie, greață/vărsătură, mialgii.

3. **Formă neparalitică** –asociază la semnele și simptomele formei abortive semnele de iritație meningeală (apatie, semne Kernig, Brudzinski pozitive, LCR- limfocitoză cu pleiocitoză)

4. **Formă paralitică**

Leziunile se produc datorită distrugerii neuronilor motori din coarnele anterioare ale maduvei sau de la nivel cerebral, generând sechele motorii tip monopareze/ monoplegii, hemipareze, hemiplegii. Deficitele motorii generează în timp deformări osoase și articulare: deformări ale calcâiului, picior în varus, genu recurvatum, genu varum, rotație tibială cu subluxație postero- laterală a platoului tibial, fracturi, dislocare/subluxație de sold.

Sindromul post – polio definește o lezarea a sistemului nervos la pacienți care au avut poliomielită formă paralitică, de obicei la un interval de 15-40 ani de la puseul acut, principalele simptome sunt: deficit motor, oboseală musculară și durere musculară; asociază grade diferite de atrofii musculare, tulburări respiratorii, sleep apneea și tulburări de deglutiție, intoleranță la rece.

Investigații: -EMG

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice: Formele cu frust deficit motor brahial sau crural care nu împiedică desfășurarea normală a activității profesionale.

Fara limitarea activităților, bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare serviciile de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă. Poate desfășura activitate profesională.

Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: Formele cu monopareze brahiale sau crurale ce conduc la tulburări de manipulație sau tulburări de mers de intensitate medie, asociate sau nu cu deformări articulare (picior equin frecvent).

Limitare moderată a activităților fizice ce presupun mișcarea, în cazul sechelelor motorii (schimbarea și menținerea poziției corpului; ducerea, deplasarea și manipularea obiectelor; mersul și deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport) bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Are păstrată capacitatea de autoservire. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare serviciile de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%



Semne funcționale clinice: Formele cu hemipareză, parapareză, tetrapareză frustă ± deformări articulare și poziții vicioase cu scurtări de membre (deformare în equin, picior în varrum, genu recurvatum, subluxație articulară, frecvent de șold)

Limitare severă a activității prin limitarea marcată a mobilității bolnavului, a comunicării și afectare severă a interacțiunilor și relațiilor interpersonale. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricții moderate/severe de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

AFECTIUNILE GANGLIONILOR BAZALI ȘI SISTEMELOR MOTORII DIN SNC

Entități clinice:

1. **Boala Parkinson și sindroamele parkinsoniene**
2. **Coreea acută Sydenham.**
3. **Coreea cronică Huntington.**
4. **Alte sindroame coreeice:** congenitale, metabolic-endocrine, toxice, vasculare, traumatice și degenerative
5. **Boala Wilson (Degenerescenta hepatolenticulară).**
6. **Balismul (hemibalism, monobalism, bibalism)**
7. **Distonii primare (cele mai multe sunt boli genetice) și secundare (postAVC, post-traumatice, postencefalitice, în boli metabolice genetice, în boli prionice, medicamentoase, s.a)**

❖ ***Distonii generalizate și semigeneralizate*** (ex. spasmul de torsiune, camptocormia, s.a.)

❖ ***Distonii focale și segmentare:***

- **craniene:** blefarospasm, paraspasm facial, hemispasm facial distonic, sd. Meige, strabism distonic, distonia limbii, s.a.
- **cervicale:** distonii cervicale (torticolis spasmodic, laterocolis, retrocolis, antecolis), tremor distonic al capului, disfonia distonica, distonia muzicienilor care canta la instrumente de suflat, etc.
- **ale membrelor:** crampa scriitorului, crampa muzicianului, tremor distonic al membrelor superioare, distonia piciorului, s.a.

8. **Anomalii motorii produse de medicamente**

9. **Alte boli mai rare**

Semne clinice funcționale:**Investigații:**

- IRM sau CT nu aduc informații importante directe pentru diagnosticul de boala Parkinson (dar sunt obligatorii, de preferat direct IRM pentru excluderea alor sindroame parkinsoniene care au semne imagistice specifice, precum atrofia multisistemică, bolile vasculare cerebrale, hidrocefaliile, tumorile, s. a.; examenul IRM 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 L.C.R. și urină
- E.M.G. – decelează caracteristicile fiziologice ale tremorului (descărcări ritmice de 4 – 7 ciclî/secundă).

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%**Semne funcționale clinice:**

Formele clinice la debut: Semne unilaterale cu minimă afectare funcțională: dureri nesistematizate, oboseală rapidă, reducerea activității, tulburări vegetative, tremor cu caracter localizat la un membrul superior; hipertonie discretă, prezența semnului Noica +/- tremor discret evidențiat E.M.G.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%**Semne funcționale clinice:**

Formele clinice cu afectare unilaterală, frecvent cu tremor localizat la membrul superior; hipertonie, lipsa balansului membrilor de aceeași parte, prezența semnului Noica +/- tremor discret evidențiat E.M.G. *Stadiul 1-1,5 scala Hoehn și Yahr modificată**, hemi-sindromul parkinsonian.

Limitare moderată a activităților fizice ce presupun mișcarea, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Trebuie evitate activitățile profesionale care necesită mișcări cu viteză și precizie și deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activitățile care impun finețe, repere mici, ritm impus. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, fizioterapic și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, fără deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%**Semne funcționale clinice:**

Forme clinice cu afectare bilaterală în care predomină tremorul sau cele hipertone - la care simptomatologia subiectivă și modificările obiective clinice sunt



cu caracter permanent, parțial influențate de terapia medicamentoasă și la care se adaugă întregul cortegiu de simptome însoțitoare: tulburări vegetative, tulburări de vorbire, tulburări psihice. *Forme clinice tratate chirurgical*, cu ameliorarea simptomatologiei.

*Stadiul 2-3 scala Hoehn și Yahr modificată**.

Limitare severă a activității prin limitare marcată a mobilității bolnavului, care poate realiza doar activități cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant șezând, care nu necesită finețe, viteză, complexitate și alternanță gestuală. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricții severe de participare la viața socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice:

Formele clinice cu evoluție îndelungată - care duc la imobilizarea bolnavului - se însoțesc de tulburări psihice și tulburări de vorbire, deficiențe de deglutiție și respirație permanente (rezistente la diverse variante terapeutice, inclusiv tratament chirurgical).

*Stadiul 4-5 scala Hoehn și Yahr modificată**.

Limitare completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat, are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricții complete de participare la viața socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene + de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

***SCALA HOEHN YAHR MODIFICATĂ**

Stadiul 1 Afectare unilaterală

Stadiul 1,5 Afectare unilaterală și axială

Stadiul 2 Afectare bilaterală fără prinderea echilibrului

Stadiul 2,5 Boală cu afectare bilaterală ușoară cu recuperare la „pull test”.

Stadiul 3 Boală cu afectare bilaterală ușoară până la moderată, o oarecare instabilitate posturală; independent fizic

Stadiul 4 Afectare sever invalidantă, dar poate sta în picioare și merge fără ajutor

Stadiul 5 Imobilizat la pat fără ajutor

SINDROMUL PARKINSONIAN POSTENCEFALITIC Cod CIM G21.3

Este o sechelă majoră a encefalitei epidemice VonEconomo (istoric) sau a altor forme sporadice, rare, de encefalită.

Semiologia parkinsoniană se instalează după o perioadă de timp ce variază de la câteva săptămâni la câțiva ani.

Clinic – debutul în jurul vârstei de 40 ani, tremorul este mai puțin constant, 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; tulburări vegetative. Caracteristic– după o instalare relativ rapidă, evoluția ulterioară este lentă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Limitare moderată a activităților fizice ce presupun mișcarea, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Trebuie evitate activitățile profesionale care necesită mișcări cu viteză și precizie și deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activitățile care impun finețe, repere mici, ritm impus. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, fizioterapic și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare serviciile de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, fără deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

SINDROMUL PARKINSONIAN POSTMEDICAMENTOS ȘI TOXIC Cod CIM G21–intoxicații (cu oxid de carbon și mangan).

Este rezultatul introducerii neurolepticelor de primă generație în terapia psihiatrică sau rezultatul expunerii la toxicele menționate.

Principalele manifestări sunt rigiditatea (akinezia) +/- hiperkinezii intricate (facio – buco – linguale); torticolis, spasme de torsiune. Dispar de regulă după o perioadă scurtă de la oprirea medicației. În multe situații, chiar după întreruperea definitivă, persistă cronic sindromul de diskinezie/distonie tardivă (dificil de tratat; ameliorări cu injecții cu toxina botulinică și utilizarea unor neuroleptice atipice + clonazepam). Sindroamele parkinsoniene de etiologie vasculară și traumatică vor fi tratate la capitolele respective.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice: Formele clinice cu manifestări fruste ce dispar de regulă după o perioadă scurtă de la oprirea medicației.

Fără limitarea activităților, bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Poate desfășura activități profesionale.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educație



și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: Formele clinice cu manifestări persistente chiar după întreruperea definitivă a medicației - sindrom de diskinezie/ distonie tardivă.

Limitare moderată a activităților fizice ce presupun mișcarea, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Trebuie evitate activitățile profesionale care necesită mișcări cu viteză și precizie și deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activitățile care impun finețe, repere mici, ritm impus. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, fizioterapic și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare serviciile de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, fără deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: Formele clinice cu manifestări severe chiar după întreruperea definitivă a medicației - sindrom de diskinezie/distonie tardivă dificil de tratat; ameliorări cu injecții cu toxină botulinică și utilizarea unor neuroleptice atipice + clonazepam.

Limitare severă a activității prin limitare marcată a mobilității bolnavului, care poate realiza doar activități cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant șezând, care nu necesită finețe, viteză, complexitate și alternanță gestuală. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricții severe de participare la viața socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

COREEA ACUTĂ (coreea Sydenham sau coreea minor).

Reprezintă o manifestare cerebrală neostriată a reumatismului articular acut, având o patogenie inflamator alergică poststreptococică.

Clinic – debut frecvent 6 - 15 ani cu trei simptome cardinale: hiperkinezie, hipotonie, labilitate emoțională. Fenomenele sunt exagerate de activități psihice, fizice, emoții, diminuate în repaus și dispar în somn. Evoluția este favorabilă; se vindecă spontan și de preferat cu tratament specific în 4-6 săptămâni, formele severe – 1 an.

Prognosticul este în general bun, boala fiind curabilă. Nu generează incapacitate de muncă. Nu se încadrează în grad de invaliditate.

COREEA CRONICĂ (HUNTINGTON) Cod CIM G10.

Reprezintă o coree cronică progresivă ereditară autosomal dominantă, însoțită de tulburări psihice care evoluează spre demență.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: Forme cu debut de regulă între 30 –35 ani, cu modificări psihice de la iritabilitate până la crize de violență, tulburări de atenție, de memorie și tulburări psihice de intensitate medie.

Limitare moderată a activităților fizice ce presupun mișcarea, comunicarea și interacțiunii și relații interpersonale; bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Trebuie evitate activitățile profesionale care necesită mișcări cu viteză și precizie și deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activitățile care impun finețe, repere mici, ritm impus. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, psihoterapic și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, fără activități care impun finețe, repere mici, ritm impus, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: Forme cu mișcări coreeice cu caracter atetozic și distonic, care se accentuează la nivelul trunchiului, gâtului, când apar grimase ale feței ce duc la tulburări de vorbire și deglutiție, când tulburările psihice devin marcate (de la deliruri paranoice până la demență lent progresivă).

Limitare severă a activității prin limitare marcată a mobilității bolnavului, care poate realiza doar activități cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant șezând, care nu necesită finețe, viteză, complexitate și alternanță gestuală. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricții severe de participare la viața socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice: Formele cu evoluție progresivă ce conduc la tulburări de mers, mers cu sprijin, rigiditate, akinezie duc în final la cașexie prin tulburări de deglutiție accentuate de mișcările hiperkinetice. Se adaugă deteriorare cognitivă gravă – demență.



Limitare completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat, are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricții complete de participare la viața socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene + de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

DEGENERESCENTĂ HEPATOLENTICULARĂ (BOALA WILSON) Cod CIM E83.0

Este o afecțiune metabolică determinată genetic și caracterizată prin acumularea cuprului în S.N.C., ficat, cornee, rinichi, cord, pancreas.

Astăzi se recunoaște o singură entitate anatomoclinică și genetică bine identificată (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):

Debut de regulă între 7-15 ani, dar se poate și la vârste mai înaintate, dominată de rigiditate extrapiramidală, tremor wilsonian cu aspect de „recul”, facies hipomimic, bradikinezie, puerilism, degradare intelectuală progresivă.

Termenul de Boala Westphall – Strumpell – nu se mai folosește.

Investigații:

- Nivelul ceruloplasminei (scăzută < 20 mg/dl) și cuprului în sânge (valoarea cupremiei poate fi scăzută, normală sau crescută), nivelul cuprului în urina/24 ore (crescut)
- Probe biochimice hepatice
- Testare genetică
- Examen oftalmologic – inel Kayser-Fleischer
- Biopsie hepatică

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: *Formele clinice la debut* cu simptome fruste ale sindromului parkinsonin, minimă afectare hepatică și oculară, fruste simptome psihice.

Limitare moderată a activităților fizice ce presupun mișcarea, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Trebuie evitate activitățile profesionale care necesită mișcări cu viteză și precizie și deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activitățile care impun finețe, repere mici, ritm impus. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, fizioterapie și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, fără deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: *Forme clinice în care predomină sindromul parkinsonian, la care se adaugă tulburări psihice, crize convulsive, afectare hepatică și renală, afectare cardiacă, afectare oculară, anemie, forme parțial influențate de terapia medicamentoasă.*

Limitare severă a activității prin limitare marcată a mobilității bolnavului, care poate realiza doar activități cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant șezând, care nu necesită finețe, viteză, complexitate și alternanță gestuală. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricții severe de participare la viața socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice: *Formele clinice cu evoluție îndelungată, cu sindrom parkinsonian sever, care duc la imobilizarea bolnavului, însoțite frecvent de tulburări psihice, afectare severă hepatică, cardiacă și renală, tulburări de vorbire, deficiențe de deglutiție permanente (rezistente la diverse variante terapeutice).*

Limitare completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat, are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricții complete de participare la viața socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene și de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

DISTONII Cod CIM G24

Distoniile sunt afecțiuni caracterizate prin contracții musculare susținute, ce cauzează frecvent mișcări de torsiune repetitive sau posturi anormale.

Clasificare:

Dupa cauză (etiologie):

- Primare (idiopatic): distonia este singurul semn clinic și nu există o cauză exogenă identificabilă, sau alta boală moștenită sau degenerativă.
- Distonia plus: distonia este un semn clinic dominant, dar se asociază cu ale anomalii motorii. Nu sunt dovezi de neurodegenerare.
- Heredo-degenerative: distonia este un semn proeminent alături de alte caracteristici neurologice ale tulburărilor neurodegenerative.
- Secundare: distonia este un simptom într-o condiție neurologică bine identificată, precum leziunile cerebrale focale, expunerea la medicamente sau chimicale.



- Paroxistice: distonia apare în episoade scurte, între care totul este normal.

După distribuția anatomică:

- Focală: o singură regiune a corpului (ex.: crampa scriitorului, bierfarospasm)
- Segmentală: regiuni anatomice aflate în contiguitate (ex.: cranial și cervical, cervical și membrul superior)
- Multifocală: regiuni anatomice aflate în non-contiguitate (membru superior și membru inferior, cranial și membru superior)
- Generalizată: ambele membre inferioare și cel puțin încă o altă zonă a corpului (de obicei unul sau ambele brațe)
- Hemidistonia: jumătate a corpului (de obicei secundară unei leziuni structurale în ggl. bazali de partea contralaterală).

Distonia primară și distonia-plus sunt boli cronice, adesea invalidante, cu un spectru clinic larg, mai ales la persoanele tinere.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice: Formele clinice cu manifestări fruste, de obicei formele focale și segmentale, cu răspuns bun și îndelungat la tratament.

Fără limitare de activitate: bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Pot fi desfășurate activități profesionale.

Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: *Distonii musculare focale/segmentare de severitate medie*, care răspund parțial la tratament cronic corect (toxina botulinică sau stimulare cerebrală profundă, plus terapie medicamentoasă specifică și neurorecuperare funcțională) și care interferează cu activitate fizică ce presupune menținerea prelungită a unor posturi fixe și prelungite.

Limitare moderată a activității prin afectarea mobilității (schimbarea și menținerea poziției corpului; ducerea, deplasarea și manipularea obiectelor; mersul și deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport), a comunicării și afectarea interacțiunilor și relațiilor interpersonale, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: *Distonii musculare focale/segmentare sau generalizate de intensitate severă*, cu apariția unor posturi distonice invalidante și dureroase, care nu răspund la tratament cronic corect (toxina botulinică sau stimulare cerebrală profundă, plus terapie medicamentoasă specifică și neurorecuperare funcțională).

Limitare marcată a activității prin afectarea marcată a mobilității bolnavului, a comunicării și afectare severă a interacțiunilor și relațiilor interpersonale. Pot fi

efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricții moderate/accentuate de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice: Forme clinice generalizate, cu afectare gravă a mobilității și posturii, care conduc la imobilizarea bolnavului, fără răspuns la tratament.

Limitare severă sau completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat, are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricții complete de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene și de îngrijire personală pentru activitățile de bază.



FUNCȚIILE MUȘCHILOR legate de caracteristicile de forță a mușchilor, funcțiile tonusului muscular și funcțiile de durabilitate musculară

Elemente clinice – dureri musculare, slăbiciune musculară, crampe musculare, tulburări de tonus muscular (hipotonii), deficit motor (monopareză/monoplegii, hemipareză/hemiplegii, parapareză/paraplegii, tetrapareză/tetraplegii, tripareză/triplegii, mutism achinetic), *amiotrofii* (localizate, generalizate).

Elemente funcționale- investigații:

- Teste biometrice și musculare;
- Dinamometrie - în funcție de localizare și tipul de sechelă
- Examen electrofiziologic neuromuscular (electromiografie, electroneurografie)
- Biopsia musculară
- Enzime serice

Relația deficiență funcțională-incapacitate adaptativă-capacitate de muncă și gradele de invaliditate corespunzătoare:

Deficiență funcțională	Incapacitate adaptativă	Capacitate de muncă	Grad invaliditate
Fără	0-19%	păstrată	Nu se încadrează
Deficiență funcțională ușoară	20-49%	păstrată	Nu se încadrează
Deficiență funcțională medie	50-69%	diminuată	Gradul III
Deficiență funcțională accentuată	70-89%	diminuată + capacitatea de autoservire păstrată parțial	Gradul II
Deficiență funcțională gravă	90-100%	diminuată + capacitatea de autoservire pierdută	Gradul I

Relația deficiență funcțională - limitarea activității/restricțiile de participare generate

Deficiența funcțională	Limitare activitate	Restricții de participare
Fără	Nicio dificultate în realizarea activității	Fără restricții de participare la viața socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ.
Deficiența funcțională ușoară	Este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Activitate profesională posibilă, cu evitarea celor care necesită gestualitate cu viteză și precizie și deplasări posturale prelungite.	Fără restricții de participare la viața socială; Necesită sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, deplasări posturale prelungite sau, eventual, sprijin pentru schimbarea locului de muncă. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și recuperator. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă
Deficiența funcțională medie	Limitare moderată a activității fizice prin limitarea mobilității bolnavului (schimbarea și menținerea poziției corpului; ducerea, deplasarea și manipularea obiectelor; mersul și deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport) bolnavul putând îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Sunt contraindicate activitățile care impun finețe, repere mici, ritm impus. Sarcinile de autoservire sunt îndeplinite la parametri optimi.	Restricții moderate de participare la viața socială. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, deplasări posturale prelungite, adaptarea locului de muncă (utilizarea unor sisteme mecanice de manipulare a greutăților, montarea unor sisteme de susținere a mâinii pentru a evita oboseala musculară) sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor.
Deficiența funcțională accentuată	Limitare marcată a activităților fizice prin limitarea severă a mobilității bolnavului, care nu poate realiza o parte din sarcinile de autoservire, dar poate să se îngrijească singur. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.	Restricții moderate/severe de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.
Deficiența funcțională gravă	Limitarea severă/completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat: are nevoie de permanent ajutor pentru autoservire.	Restricții complete de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate - sprijin pentru asigurarea unor mijloace de deplasare (baston, cadru, fotoliu rulant, carucior). Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± de îngrijire personală pentru activitățile de bază.



Afecțiuni neurologice cu interesarea funcției musculare:

1. Boli primitive ale fibrei musculare:

a) *Distrofia musculară progresivă (DMP)*

- DMP cu transmitere genetică X – recesivă: forma severă (Duchenne); forma benignă (Becker).
- DMP cu transmitere genetică autosomal – recesivă: forma centurilor.
- DMP cu transmitere genetică autosomal dominantă: Distrofia miotonică Steinert facio – scapulo – humerală; distală; oculară; oculofaringiană.
- Alte forma particulare de DMP

b) *Miotonii* (determinate genetic) - este implicat un deficit de membrană celulară:

- a. miotonia congenitală (Thompson),
- b. alte forme de miotonie

c) *Polimiozita primitivă* (cu leziuni musculare de tip inflamator)

2. Boli ale sinapsei neuromusculare - Miastenia

3. Boli degenerative și heredodegenerative ale SNC (boli genetice cu aspect anatomo- patologic de tip degenerativ):

- amiotrofia neuronală Charcot - Marie Tooth și alte variante clinico-patologice și genetice
- scleroza laterală amiotrofică (SLA), scleroza laterală primitivă și alte boli degenerative ale neuronului motor
- amiotrofii spinale (tip I, II, III și IV)
- amiotrofii spinocerebeloase (peste 40 de variante identificate până în prezent, clinic, patologic și genetic), inclusiv eredoataxia spinocerebeloasă Friedreich.

DISTROFIA MUSCULARĂ PROGRESIVĂ (DMP) Cod CIM G71

Sunt afecțiuni degenerative ale mușchiului striat condiționate genetic, cu evoluție lent progresivă și etiopatogeneză incomplet stabilită.

Semne funcționale clinice: Tabloul clinic este dominat de deficitul motor, expresia amiotrofiei progresive adesea mascată de adipozitatea mai mult sau mai puțin evidentă a acestor bolnavi. Grupele musculare interesate sunt diferite în funcție de forma clinico – genetică dar, indiferent dacă debutul este distal sau proximal, generalizarea prin afectarea ulterioară a altor grupe musculare este constantă. Amiotrofiile sunt foarte simetrice. Unele grupe musculare pot prezenta hipertrofii (musculatura moleților în special dar și deltoïdul, maseterii, musculatura limbii).

În cursul evoluției survin retracții tendinoase care compromit funcționalitatea segmentelor respective. Reflexele osteotendinoase diminuează progresiv până la abolire. Acești bolnavi nu prezintă tulburări de sensibilitate.

Investigații: Diagnosticul de certitudine al D.M.P. este un diagnostic paraclinic bazat pe trei elemente esențiale:

- enzime serice: creșterea activității unor enzime glicolitice (de ex: LDH),
- biopsia musculară – utilă în perioadele incipiente, evidențiază modificări de tip miogen.

- E.M.G: absența activității bioelectrice spontane, diminuarea amplitudinii maxime a traseelor cu mai mult de 30%, reducerea duratei medii a potențialelor sub 80% din valoarea normală.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: DMP – forme clinice la 1- 2 ani de la debut cu o simptomatologie subiectivă și obiectivă centrată pe modificările generate de amiotrofiile musculare și deficitul motor secundar de intensitate medie, ce duc la scăderea performanțelor de mers și a ortostatismului prelungit și tulburări de precizie și viteză a mișcărilor.

Limitare moderată a activităților fizice ce presupun mișcarea, în cazul sechelelor motorii (schimbarea și menținerea poziției corpului; ducerea, deplasarea și manipularea obiectelor; mersul și deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport) bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Bolnavul nu poate desfășura activități ce necesită finețe, repere mici, ritm impus, deplasări posturale prelungite, eforturi fizice mari. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, fizioterapic și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, fără deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea/adaptarea locului de muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: formele clinice cu evoluție îndelungată, mai mult de 5 ani, care conduc la amiotrofii musculare accentuate și respectiv un deficit motor accentuat, la care se adaugă cardiomiopatie distrofică, aritmii, tulburări respiratorii, expresia hipoventilației pulmonare.

Limitare severă a activității fizice prin limitare marcată a mobilității bolnavului, care se deplasează cu mare dificultate prin forță proprie, nesprijinit sau cu sprijin și care poate realiza doar activități cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant șezând, care nu necesită finețe, viteză, complexitate și alternanță gestuală. Dificultăți de respirație.

Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții severe de participare la viața socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator (fizioterapic, terapie ortopedică, eventual chirurgicală) și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice: formele clinice după o evoluție îndelungată, care prin deficitul motor instalat progresiv face imposibilă deplasarea bolnavului prin forță proprie sau/și asociază tulburări de gestualitate bilateral și la care se adaugă tot



tulburărilor respiratorii, fonatorii, de deglutiție , etc și tulburări cardiovasculare.

Limitare completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat, are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricții complete de participare la viața social

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene și de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

MIOTONII Cod CIM G72

Sunt un grup de afecțiuni determinate genetic în patologia cărora este implicat un defect de membrană celulară; sunt caracterizate clinic printr-o lentoare a relaxării musculare după contractură voluntară, fenomenul diminuând progresiv, consecutiv repetării contracției voluntare (fenomenul de încălzire).

MIOTONIA CONGENITALĂ THOMPSON (miotonia hipertrofică congenitală)

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: afecțiune rară cu debut precoce în copilărie, cu apariția selectivă a fenomenului miotonic la flexorii degetelor, mușchilor policelui, a musculaturii orbicularului pleoapelor la care se asociază o hipertrofie musculară difuză la toate grupele musculare cu predominanță la membrele inferioare, aspect întâlnit în 25% din cazuri, ce dă bolnavului un aspect de halterofil. Miotonia se accentuează la frig și la începutul actului voluntar.

- Formele autozomal dominante cu simptomatologie subiectivă și obiectivă limitată la câteva grupe musculare (limbă, orbicularul pleoapelor, musculatura distală a membrilor).
- Formele recesive- simptomatologia este întotdeauna mai severă, generalizată cu tendință la agravare progresivă în timp, cu prinderea musculaturii flexoare distale a membrilor și musculatura masticatorie.

Investigații: E.M.G., testare genetică (gena CLCN1 prin tehnici de secvențiere), Microscopia optică

Limitare moderată a activităților fizice, inclusiv profesionale, în special a celor care necesită mișcări cu viteză și precizie și deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activitățile care impun finețe, repere mici, ritm impus. Pot desfășura activitate profesională.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, fără deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

DISTROFIA MIOTONICĂ STEINERT

Semne funcționale clinice: simptomatologie complexă care include, alături de amiotrofie de tip miopatic și deficit motor, un sindrom endocrin (manifestat prin atrofie gonadică); cardiopatie miotonică, evidențiată prin tulburări de conducere; cataractă; surditate prin afectarea urechii interne și tulburări psihice.

Investigații:

- E.M.G.
- Microscopia optică
- Enzime serice

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: *Formele clinice la debut* care nu au încă amiotrofii musculare sau acestea sunt discrete; în care deficitul motor este mediu, simetric distal și nu se însoțesc de complicații psihice și cardiace sau acestea sunt de intensitate medie.

Limitare moderată a activităților fizice, inclusiv profesionale, în special a celor care necesită mișcări cu viteză și precizie și deplasări posturale prelungite.

Sunt contraindicate activitățile care impun finețe, repere mici, ritm impus. Pot desfășura activitate profesională.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, fără deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: Formele clinice ce se însoțesc de amiotrofii musculare marcate cu scăderea forței musculare preferențial pe musculatura facială, flexorii gâtului, musculatura antebrățului, eminentei tenare, interosoși, loja anterioară a gambei și se însoțesc de complicații cardiace, endocrine, psihice, tulburări de vedere (cataractă). Deplasarea se face cu mare dificultate prin forța proprie, nesprrijinit sau cu sprijin. Asociază tulburări de manipulație și gestualitate bilateral și tulburări de vedere și de vorbire.

Limitare severă a activității prin limitare marcată a mobilității bolnavului, care poate realiza activități cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant șezând, care nu necesită finețe, viteză, complexitate și alternanță gestuală. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții severe de participare la viața socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.



Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice: Formele de distrofie miotonica ce evoluează progresiv, pe o perioadă de 10-15 ani. La manifestările clinice anterior descrise se adaugă deficit motor de centură pelviană sau/și de centură scapulo-humerală, cu afectarea severă a mersului și gestualității, tulburări respiratorii prin afectarea diafragmului, mușchilor intercostali și paravertebrali, tulburări de deglutiție, tulburări grave cardiace (bloc atrio-ventricular, cardiomiopatie) și tulburări de vedere (cataractă bilaterală), ce conduc la necesitatea supravegherii și îngrijirii permanente din partea altei persoane.

Limitare completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat: are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricții complete de participare la viața socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene + de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

MIASTENIA Cod CIM G70

Este o boală a sinapsei neuromusculare care se caracterizează prin oboseală excesivă și deficit al musculaturii striate ce apare la efort și se recuperează parțial sau total în repaus și sub acțiunea unor substanțe anticolinesterazice.

Semne funcționale clinice: deficitul motor miastenic se produce prin relaxarea progresivă a mușchiului care se contractă și prin diminuarea progresivă a forței musculare. Deficitul miastenic este mai accentuat în a doua parte a zilei, reflexele osteotendinoase sunt prezente sau uneori diminuate. Boala evoluează în general în pusee, cu evoluție din ce în ce mai severă, ajungând până la paralizia de mușchi respiratori.

Topografia deficitului miastenic:

1. **tulburări oculare:** strabism, diplopie, ptoza palpebrală, poate să apară imposibilitatea convergenței;
2. **tulburări de fonatie** (disfonie, nazonare, dizartrie): sunt caracteristice și apar sau se accentuează la efort;
3. **tulburări de deglutiție:** se pot manifesta pentru solide, lichide și în cazurile mai grave chiar și pentru salivă;
4. **tulburări de masticatie:** apar mai mult sau mai puțin precoce, pot merge până la deficit total și se pot asocia cu căderea mandibulei;
5. **atingerea musculaturii faciale:** produce "faciesul miastenic" caracteristic;
6. **afectarea musculaturii cefei și trunchiului** produce o invalidare importantă - căderea capului, necesită menținerea bărbiei cu mâna. Trecerea din clinostatism la ortostatism poate fi imposibilă sau se execută cu efort, interesarea membrilor inferioare se remarcă inițial la urcatul și coborâtul scârilor, iar ulterior chiar și la mersul pe teren plat;

7. tulburări respiratorii, exprimate prin dispnee și senzație de lipsa de aer, sunt obiectivate de reducerea capacității vitale.

Investigații:

- proba de efort, care accentuează sau evidentiază deficitul motor
- testul cu neostigmina
- E.M.G. cu stimulare repetitivă
- dozare de anticorpi anti-receptori colinergici nicotinici +/- dozare de anticorpi anti MuSK
- spiogramă cu determinarea capacității vitale

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice: *Formele de debut* – simptomatologie săracă, diagnosticul este susținut pe probele de provocare și cu răspuns 100% la terapia medicamentoasă

Fără limitarea activităților, bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Pot desfășura activitate profesională.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare serviciile de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: *Formele clinice cu răspuns parțial la terapia medicamentoasă*, manifestate prin tulburări oculare (ptoza palpebrală parțială) și/sau tulburări de fonație, senzație de oboseală la masticatie, oboseală musculară la mers pe distanțe relativ lungi, sau urcarea a unu - două etaje.

Limitare moderată a activităților fizice, inclusiv profesionale, în special a celor care necesită mișcări cu viteză și precizie și deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activitățile care impun finețe, repere mici, ritm impus. Pot desfășura activitate profesională. Are păstrată capacitatea de autoservire

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare serviciile de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, fără deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: Formele cu tulburări oculare, de fonație, deglutiție, masticatie și tulburări motorii *cu caracter cvasipermanent* cu răspuns inefficient la terapia medicamentoasă care generează tulburări funcționale de intensitate accentuată.

Limitare severă a activității prin limitare marcată a mobilității bolnavului, care poate realiza activități cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant șezând, care nu



necesită finețe, viteză, complexitate și alternanță gestuală. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții severe de participare la viața socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice: Formele ce se însoțesc de tulburări mari de deglutiție, tulburări respiratorii ce necesită uneori respirație asistată, când deficitul motor este permanent și rezistent la terapia medicamentoasă asociată, ducând la la necesitatea supravegherii permanente din partea altei persoane.

Limitare completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat: are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene + de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

BOLI HEREDODEGENERATIVE ALE SNC (BOLI GENETICE CU ASPECT ANATOMO-PATOLOGIC DE TIP DEGENERATIV)

AMIOTROFIA NEURONALĂ CHARCOT – MARIE – TOOTH Cod CIM G60

Este o maladie cu transmitere ereditară, cu 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.

Semne funcționale clinice:

- 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 “mănușă”.
- tulburări de sensibilitate de tip polinevritic. *Subiectiv:* amorțeli sau furnicături în membre cu aspect polimorf;
- tulburări vegetative – hipersudorație, pseudosclerodermie;
- tulburări endocrine – insuficiență gonadică, acromegalie.

Investigații:

- examen biptic: atrofii musculare de tip neuronal alternând cu zone hipertrofice.
- EMG

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice: formele clinice fruste cu manifestări clinice minime. Diagnosticul se pune de regulă pe examinările paraclinice (biopsia musculară).

Fără limitare de activitate.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită sprijin pentru asigurarea unui loc de munca fara efort fizic mare, deplasari posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de munca. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: formele superioare când modificările predomină la membrele superioare (tulburări motorii + amiotrofii + tulburări de sensibilitate).

Limitare moderată a activităților fizice ce presupun mișcarea, în cazul sechelelor motorii (schimbarea și menținerea poziției corpului; ducerea, deplasarea și manipularea obiectelor; mersul și deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, fizioterapic și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, fără deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: forma generalizată cu atrofie globală a întregii musculaturi, cu mers dificil stepat, cu tulburări de sensibilitate tip polinevritic și tulburări vegetative și endocrine asociate.

Limitare severă a activității prin limitare marcată a mobilității bolnavului, care poate realiza activități cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant șezând, care nu necesită finețe, viteză, complexitate și alternanță gestuală. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții severe de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator (fizioterapic, terapie ortopedică, eventual chirurgicală) și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice: forma generalizată cu atrofie globală a musculaturii care a



condus în timp la imobilizarea permanentă bolnavului.

Limitare completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat: are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricții complete de participare la viața socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene și de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

SCLEROZA LATERALĂ AMIOTROFICĂ (SLA) Cod CIM G12.2

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

Semne funcționale clinice:

Criterii de diagnostic în SLA (conform Ghidului Federației Societăților Europene de Neurologie adoptat și de Societatea de Neurologie din România și Ministerul Sănătății din România):

Diagnosticul SLA necesită **prezența (criterii pozitive)**

- Semnelor de NMP (inclusiv caracteristicile EMG la nivelul musculaturii neafectate)
- Semnelor de NMC
- Progresia simptomelor și semnelor

Diagnosticul SLA necesită **absența (diagnostic prin excludere)**

- Semnelor senzitive
- Tulburărilor sfincteriene
- Tulburărilor vizuale
- Disfuncției autonome
- Disfuncției ganglionilor bazali
- Demenței de tip Alzheimer
- Sindroamelor ce 'mimeaza' SLA

Diagnosticul SLA este sprijinit de:

- Fasciculații într-una sau mai multe regiuni
- Modificări neurogene la EMG
- Viteze de conducere nervoasă senzitive și motorii normale
- Absența blocului de conducere

În funcție de predominanța tablourilor clinice, se definesc următoarele variante de S.L.A.: paralizia bulbară progresivă cu predominanța fenomenelor bulbare; atrofia musculară progresivă cu predominanța simptomelor de neuron motor periferic și scleroza laterală primară cu predominanța simptomelor de neuron motor central.

Investigații:

- E.M.G: aspect = denervare
- microscopia optică: depozite de lipofuscină
- microscopia electronică: întreruperi la nivelul miofibrilelor, stergerea arhitecturii, depozit de glycogen.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: Forma pseudopolineuropatică – formă relativ atipică, simptomatologia de neuroni motori periferici domină tabloul clinic, iar simptomatologia de tip piramidal este discretă sau absentă.

Limitare moderată a activităților fizice ce presupun mișcarea, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă, trebuie să evite activitățile profesionale care necesită mișcări cu viteză și precizie și deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activitățile care impun finețe, repere mici, ritm impus. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, fizioterapic și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare serviciile de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, fără deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: Forma generalizată, cu evoluție lentă, cu predominanța simptomelor de neuron motor central.

Limitare severă a activității prin limitare marcată a mobilității bolnavului, care poate realiza doar activități cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant șezând, care nu necesită finețe, viteză, complexitate și alternanță gestuală. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții severe de participare la viața socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curative, recuperator și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice: Forma bulbară - forma cu evoluție dramatică, simptomatologia fiind manifestă la musculatura inervată de nucleii motori bulbari



Limitare completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat: are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricții complete de participare la viața socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene și de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

ATAXIA SPINOCEREBELOASA FRIEDREICH Cod CIM G11

Semne funcționale clinice: ataxie cerebeloasă (mers ebrios, cerebelos, cu baza de susținere largită, dizartrie, vorbire lentă, ROT abolite precoce), amiotrofii distale, mai accentuate la membrele inferioare (aspect picior de cocoș sau picior scobit). Implicațiile cardiace sunt prezente manifestându-se de timpuriu cu extrasistole atriale, hipertrofie ventriculară, semne de ischemie cardiacă. Uneori, boala Friedreich poate asocia diabet zaharat.

Investigații:

- Examen electroneurofiziologic (electroneurografie + E.M.G.): aspect de denervare;
- echocardiografie si EKG
- IRM craniana (evaluarea în particular a cerebelului)
- optional: diagnostic genetic

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice: Formele clinice la debut cu modificări obiective discrete mult timp la care examenul obiectiv semnaleză doar abolirea R.O.T., schiță de picior scobit, cifoscolioză.

Fără limitare de activitate.

Fără restricții de participare la viața socială.Necesită sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, deplasari posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de munca. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: Formele clinice bine exprimate la care diagnosticul nu mai ridică semne de întrebare, dar a căror evoluție este lent progresivă și prezintă deficite motorii medii.

Limitare moderată a activităților fizice ce presupun mișcarea, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă, trebuie evitate activitățile profesionale care necesită mișcări cu viteză, precizie și deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activitățile care impun finețe, repere mici, ritm impus. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, fizioterapic și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, fără deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: Formele clinice cu evoluție îndelungată la care s-au instalat atrofii musculare și deficite motorii accentuate însoțite de tulburări de sensibilitate +/- tulburări cardiace, endocrine, psihice.

Limitare severă a activității prin limitare marcată a mobilității bolnavului, care poate realiza doar activități cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant șezând, care nu necesită finețe, viteză, complexitate și alternanță gestuală. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții severe de participare la viața socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice: Formele clinice care datorită amiotrofiilor musculare și deficiențelor motorii și generalizate conduc la imobilizarea bolnavului

Limitare completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat: are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricții complete de participare la viața socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene și de îngrijire personală pentru activitățile de bază.



ATROFIILE SPINO-CEREBELOASE EREDITARE
(PESTE 40 DE VARIANTE CLINICO-PATOLOGICE SI GENETICE) Cod CIM
G11

Semne funcționale clinice: asemanator eredoataxiei Friedreich (ataxie, tremor intențional și vorbire cerebeloasă), cu semne piramidale mai evidente și tulburări de sensibilitate profundă mai reduse, ROT vii, se poate găsi doar aspectul contracturii piramidale, mai ales la membrele inferioare; tulburările de sensibilitate obiective pot fi absente sau discrete, bolnavul nu prezintă atrofii sau malformații articulare (sau sunt în general mai puțin exprimate). Unele forme pot asocia și manifestări oftalmologice, cardiologice, metabolice și deteriorare cognitivă (până la demențe severe), funcție de tipul genetic și anatomo-patologic.

Investigații:

- Examen electroneurofiziologic (electroneurografie + E.M.G.): aspect de denervare;
- echocardiografie și EKG
- IRM craniana (evaluarea în particular a cerebelului)
- optional : diagnostic genetic

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice: formele clinice la debut în care tulburările de coordonare și echilibru permit desfășurarea unei activități normale.

Fără limitare de activitate.

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: Formele clinice în care tulburările de coordonare și echilibru și tulburările de vorbire sunt moderate.

Limitare moderată a activităților fizice ce presupun mișcarea, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă, trebuie evitate activitățile profesionale care necesită mișcări cu viteză, precizie și deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activitățile care impun finețe, repere mici, ritm impus. Sarcinile de autogospodărire sunt îndeplinite la parametrii optimi.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, fizioterapic și prevenirea complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, fără deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului

de muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: 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.

Limitare severă a activității prin limitare marcată a mobilității bolnavului, care poate realiza doar activități cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant șezând, care nu necesită finețe, viteză, complexitate și alternanță gestuală. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții severe de participare la viața socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice: formele clinice după ani de la debut și care prin tulburările ataxice fac deplasarea bolnavului foarte dificilă sau imposibilă.

Limitare completă a activităților: nu este în stare să meargă fără asistență/imobilizat la pat: are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricții complete de participare la viața socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene și de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

FUNCȚIILE ACTIVITĂȚII CORTICALE

legate de starea de conștiență și de controlul și coordonarea mișcărilor involuntare.

EPILEPSIILE Cod CIM G40

Epilepsia constituie o stare anormală a creierului ce se manifestă prin tulburări neuropsihice ce apar sub formă de paroxisme cu caracter recurent. Reprezintă o afecțiune cerebrală caracterizată printr-o predispoziție persistentă de a genera convulsii (crize) epileptice și prin consecințele neurobiologice, cognitive, psihologice și sociale ale acestei afecțiuni (ILAE 2005). De cele mai multe ori cauza epilepsiei este necunoscută.

Crizele convulsive reprezintă doar una din manifestările bolilor neurologice.



metabolice. Ele au numeroase cauze: genetică sau doar predispoziție genetică, traumatismele cerebrale, AVC, tumori, sevrajul la alcool sau droguri, episoade repetate de hipoglicemie etc.

Crizele epileptice sunt recurente și neprovocate iar pacienții cu un singur focar au manifestări stereotipe. Prin urmare, convulsiile repetate cu un factor declanșator identificat reprezintă o manifestare a bolii de bază (de exemplu sevrajul la alcool).

În mod tradițional, diagnosticul de epilepsie necesită apariția a cel puțin 2 crize epileptice neprovocate.

Semne funcționale clinice:

- simptome preictale: aura (senzații subiective), tulburare de dispoziție sau comportamentală înainte de criză
- semne ictale: vocale (țipăt sau inspir zgomotos, vorbire neînteligibilă), motorii (versia ochilor sau capului, posturi anormale, rigiditate, mișcări ritmice, automatisme, mișcări focale sau generalizate), respiratorii (modificări ale ritmului respirator, apnee, cianoză), autonome (dilatatie pupilară, hipersalivație, tulburări de ritm cardiac sau respirator, incontinență sfincteriană, paloare, vărsături), pierderea cunoștinței, incapacitate de comunicare verbală.
- Semne și simptome postictale: amnezia evenimentelor, confuzie, somnolență, cefalee, dureri musculare, greață, vărsături, semne de traumatism al limbii prin mușcare, deficit motor focal (paralizia Todd).

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

Noua clasificare a epilepsiilor (ILAE 2017) se face pe 3 niveluri, începând de la crizele convulsive considerate a fi de etiologie epileptică:

I. Primul nivel - tipurile de *crize epileptice* în funcție de *localizarea debutului*:

- *Crize cu debut focal*
 - 1. Fără alterarea stării de conștiință sau cu alterarea stării de conștiință**
 - a) motorii**
 - automatisme epileptice
 - atonice
 - clonice
 - spasme epileptice
 - hiperkinetice
 - mioclonice
 - tonice
 - b) non-motorii**
 - autonome
 - blocaj comportamental
 - cognitive
 - emoționale
 - senzoriale
 - 2. Cu trecere în bilaterale tonico-clonice (cu alterarea stării de conștiință)**
- *Crize cu debut generalizat:*
 - a) motorii**

- tonico-clonice
- clonice
- tonice
- mioclonice-atonice
- mioclonice-tonice-atonice
- atonice
- spasme epileptice
- b) non-motorii (absențe)**
 - absențe tipice
 - absențe atipice
 - mioclonice
 - cu mioclonii palpebrale
- **Crize cu debut necunoscut**
 - a) motorii**
 - tonico-clonice
 - spasme epileptice
 - b) non-motorii**
 - blocaj comportamental

II. Al doilea nivel - tipurile de epilepsie în funcție de tipurile de crize epileptice

- focală
- generalizată
- generalizată și focală (sdr. Dravet, Lennox-Gastaut etc)
- de tip necunoscut (ex. EEG normal iar debutul crizelor nu poate fi localizat)

III. Al treilea nivel - este diagnosticul de sindrom epileptic

Acolo unde este posibil, trebuie căutat un diagnostic la toate cele trei niveluri, precum și etiologia epilepsiei individuale care poate fi structurală, genetică, infecțioasă, metabolică, imună sau necunoscută.

Diagnosticul clinic este susținut pe anamneză, făcută atât bolnavului, cât și aparținătorilor care confirmă stările paroxistice de pierderea conștienței, durata lor, tipul de criză, aspectul, frecvența, manifestările postcritice și existența unor tulburări psihice; este susținut deasemenea de biletele de ieșire din serviciul de neurologie care reprezintă de fapt în expertiză *documentul clinic de confirmare clinică a bolii*; se vor lua în considerare antecedentele heredocolaterale, antecedentele patologice personale ca și istoricul bolii.

Pentru aproximativ 70 % dintre pacienți, crizele pot fi controlate prin medicație.

Liga Internațională împotriva Epilepsiei (sept. 2009) definește epilepsia farmacorezistentă ca fiind eșecul de a controla crizele unui pacient cu cel puțin 2 medicamente antiepileptice (monoterapie sau combinație) alese în mod corespunzător și utilizate pentru o perioadă adecvată. Lungimea perioadei pentru care se evaluează un tratament este de cel puțin un an. Dacă intervalul dintre două crize este mai mare de cel puțin 3 ori comparativ cu cel dinaintea tratamentului și mai mare de cel puțin 12 luni pacientul se consideră responsabil la tratament. Astăzi, în ciuda disponibilității noilor medicamente antiepileptice terapiile medicamentoase au succes limitat la pacienții



diagnosticați cu epilepsie farmacorezistentă. Aproximativ jumătate din pacienții diagnosticați cu epilepsie farmacorezistentă sunt potențial candidați pentru chirurgia epilepsiei (excizia leziunii, lobectomia etc.). Succesul chirurgiei epilepsiei poate reduce sau chiar elimina dizabilitatea. În unele cazuri operația nu este posibilă, riscul pentru funcționarea ulterioară a creierului este prea mare sau există focare multiple. În aceasta situație, o altă opțiune este implantarea unui stimulator vagal care poate crește controlul frecvenței crizelor.

Investigații:

- EEG interictal, simplu și cu activare (hiperpnee, SLI ± activări farmacologice) - contribuie la diagnosticul clinic prin evidențierea activității de tip „vârf-undă” generalizată sau descărcări epileptiforme focale.
- video-EEG (monitorizarea video EEG este testul standard pentru clasificarea tipului de convulsie sau de sindrom precum și pentru diagnosticul pseudocrizelor, utile în optimizarea tratamentului farmacologic și chirurgical)
- CT sau IRM cerebrală, recomandate în evaluarea primei crize epileptice, pentru evidențierea unor eventuale anomalii structurale, asociate cu riscul de recurență. O etiologie structurală a epilepsiei presupune ca evaluarea electro-clinică împreună cu anomaliile vizibile imagistice duce la rezonabilitatea că anomalia imagistică este cauza probabilă a crizei.
- RMN funcțional, PET (în servicii specializate pentru localizarea anomaliilor cerebrale ce nu pot fi vizualizate la RMN convențional)
- În situații speciale sunt utile prolactinemia, determinarea concentrației medicamentelor antiepileptice, ex LCR etc.

NOTĂ:

1. Numai prin corelarea datelor anamnestice, clinice și paraclinice se poate confirma sau infirma diagnosticul de epilepsie.
2. Documentele medicale trebuie să obiectiveze în mod obligatoriu: existența crizelor, aspectul lor, frecvența lor, confirmarea clinică și EEG, evoluția bolii în sensul numărului de crize într-un interval de timp dat (sub tratament), existența tulburărilor psihice asociate (tulburare organică de personalitate, personalitate epileptoidă, psihoză epileptică).
3. Nu vor fi încadrați în grade de invaliditate bolnavii la care documentația medicală nu conține toate datele clinice și paraclinice necesare confirmării diagnosticului de epilepsie.
4. Se încadrează în grad de invaliditate doar acele forme de epilepsie care nu sunt controlate sub tratament anticonvulsivant corect monitorizat,
5. Se exclud de la încadrarea în grad de invaliditate bolnavii necomplanți la tratament, sau la care există dovada unor factori precipitanți identificabili și corectabili în declanșarea crizelor (consumul de alcool, hipoglicemia, etc.).

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcționale clinice: Formele de epilepsie responsive la tratament sau formele cu responsivitate nedeterminată la tratamentul anticonvulsivant, cu frecvența crizelor rară (2-3 crize/an); se vor face recomandări riguroase privind regimul de viață, locul de muncă corespunzător contraindicațiilor medicale specifice.

Fără limitarea activităților, bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obișnuite ale vieții cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Pot fi efectuate activități profesionale. Sunt contraindicate locurile de muncă care presupun pericolozitate pentru pacient și anturaj: siguranța circulației, activitățile lângă surse de apă și de foc, agregate în mișcare, obiecte tăioase, activitățile la înălțime, etc. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă. Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcționale clinice: Formele de epilepsie *cu responsivitate nedeterminată* la tratamentul anticonvulsivant, ce prezintă crize generalizate sau focale frecvente și în care sunt prezente manifestări psihice specifice intercritic cu intensitate medie. Se vor face recomandări pentru completarea investigațiilor și revizuirea tratamentului în vederea controlului crizelor.

Limitare moderată a activităților fizice ce presupun mișcarea, în cazul sechelelor motorii (schimbarea și menținerea poziției corpului; ducerea, deplasarea și manipularea obiectelor; mersul și deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport) bolnavul poate îndeplini anumite sarcini și acțiuni necesare pentru angajarea în muncă. Are păstrată capacitatea de autoservire. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă. Fără restricții de participare la viața socială.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcționale clinice: Formele de epilepsie rezistentă la tratament, cu crize generalizate sau focale, care nu răspund la tratamentul anticonvulsivant corect administrat și monitorizat și care asociază manifestări psihice specifice intercritic cu intensitate accentuată (tulburare organică de personalitate, tulburare delirantă organică), tratate chirurgical sau prin terapie de stimulare vagală.

Limitare severă a activității prin limitarea marcată a mobilității bolnavului, a comunicării și afectare severă a interacțiunilor și relațiilor interpersonale. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire

Restricții moderate/severe de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcționale clinice: Formele de epilepsie în care crizele generalizate și focale sunt frecvente, cu stări postcritice prelungite, sau stări subintrante frecvente ce necesită perioade mari de spitalizare și supraveghere, în special datorită tulburărilor psihice grave, care pun în pericol viața bolnavului sau a anturajului.

Limitare severă a capacității de autoîngrijire și autogospodarire datorită crizelor subintrante sau tulburărilor psihice grave, are capacitatea de autoservire pierdută



Restricții complete de participare la viața socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenirea complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene + de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

Capitolul 8.

FUNȚIILE PIELII



FUNCȚIILE PIELII

Cuantificarea tulburărilor care apar în funcția pielii, de protecție împotriva unor factori nocivi fizici, chimici și biologici; de termoreglare; de secreție și excreție; în sensibilitatea tactilă, termică și dureroasă; imunologic și endocrin se realizează în raport de pierderea integrității funcționale.

O serie de afecțiuni cutanate sunt asociate cu afectări ale organelor interne, sistemului nervos sau sistemului osteo-articular, parte dintre aceste boli fiind incluse atât la capitolul legat de funcțiile pielii, cât și la alte capitole, în concordanță cu structurile deteriorate.

Elementele funcționale care definesc funcția pielii și a structurilor aferente sunt:

Elemente clinice: leziuni cutanate specifice fiecărei entități clinice asociate cu manifestări generale în cadrul afecțiunilor cu evoluție sistemică

Elemente funcționale-investigații explorările paraclinice utile în evaluarea afecțiunilor pielii se vor selecta în funcție de manifestările structurale:

- Examen dermatologic;
- Examen bioptic (în cazul în care sugerează malignitate);
- Puncție-biopsie;
- Examen microscopic asupra produselor obținute după răzuire;
- Culturi-antibiogramă;
- Vizualizarea pielii în camera întunecată cu lampă Wood;
- Teste de imunofluorescență (imunelectroforeză);
- Testări articulare;
- Examen radiologic (în cazul complicațiilor articulare secundare);
- Alte explorări specifice afecțiunii descrise;
- Scala Psoriasis Activity Score Index (PASI \leq 3: indică un psoriazis ușor, 3 < PASI \leq 10: psoriazis moderat, 10 < PASI: psoriazis sever);

FUNCȚIA PIELII -legată de funcția de apărare antimicrobiană, imunologică, hidratare, sensibilitate tactilă, dureroasă.

DERMATOZE BULOASE Cod CIM L10-L14

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice:

- pemfigus vegetant în formele maligne;
- pemfigus foliaceu în formele medii de boală;
- pemfigus seboreic în perioada de activitate;
- pemfigoid bulos în perioada de activitate;
- dermatita herpetiformă Duhring - Brocq în perioada de activitate;

- pemfigoidul benign al mucoaselor (leziuni la nivelul ochiului), sinblefarom, afectare corneană: se corelează cu gradul afectării funcției vizuale.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/Forme clinice:

- pemfigus vegetant în forme maligne, cu alterarea stării generale, fără răspuns terapeutic;
- pemfigus foliaceu cu tendință rapidă la generalizare, cu afectare viscerală (renală, pulmonară), cu infecții secundare;
- pemfigoidul bulos cu febră, alterarea stării generale, cu complicații apărute ca urmare a tratamentului imunosupresor;

DERMATOZE ALERGICE

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice:

- urticaria cronică cu evoluție de peste 1 an (în condiții de tratament)
- prurigo cronic Besnier când se adaugă tulburări psihice reactive sau asocieri viscerale

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/Forme clinice:

- urticaria cronică, atunci când tratamentul cu corticoizi nu dă rezultate, afectează și psihicul pacientului;
- prurigo cronic Besnier- în funcție de intensitatea simptomelor, este însoțit de tulburări psihice sau asocieri visceral

DERMATITA DE CONTACT Cod CIM L23-L25

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice - dermatita de contact cu leziuni extinse, rezistente la tratament, cu determinări la distanță

LICHENUL PLAN Cod CIM L43

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice- lichenul plan în perioada acută, cu leziuni extinse

PSORIAZIS Cod CIM L40

În psoriazis, pentru cuantificarea severității bolii și pentru urmărirea eficacității tratamentului se folosește indicele PASI (Psoriasis Area and Severity Index) introdus în 1978 de Fredriksson și Pettersson și constă în evaluarea următoarelor criterii: eritem (E), infiltrarea plăcii psoriazice (I) și scuama (S).



Se folosește o scală de la 0 la 4 . (0- fără semne; 1 - discret; 2 - moderat; 3 - intens; 4 - foarte intens).

Formula de calcul: $PASI = 0,1(Ec + Ic + Sc) Ac + 0,2(Es + Is + Ss) As + 0,3(Et + It + St) At + 0,4(Ei + Ii + Si) Ai$

c = cap; s = membre superioare; t = trunchi; i = membre inferioare;

A = aria afectată, apreciată după o scală de la 1 la 6 (1 pentru 10%; 2 pentru 10- 30%; 3 pentru

30-50%; 4 pentru 50-70%; 5 pentru 70-90%; 6 pentru 90-100% suprafața afectată.

Se va ține cont și de răspunsul la tratament, iar în eventualitatea unui tratament biologic (inhibitori sau blocanți de alfa TNF), eventualele reacții secundare (imunosupresie, riscul apariției sau reactivării unei tuberculoze, limfoame, agravarea unei insuficiențe cardiace, apariția lupusului eritematos.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne/Forme clinice:

- psoriazis eritrodermic sau pustulos în perioada de remisiune, cu suprafețe mici afectate (PASI < 10)
- psoriazis palmo - plantar în perioada de remisiune

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice:

- psoriazis vulgar, eritrodermic sau pustulos cu suprafețe mari afectate (PASI > 10), recidivante sau în tratament sistemic cronic
- psoriazis palmo-plantar în perioada de activitate
- psoriazis artropatic

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/Forme clinice - psoriazis în formele severe, care nu răspund la tratament, cu stare generală alterată (febră, astenie, artralgie, poliadenopatie)

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne/Forme clinice- psoriazis în forme severe, cu tulburări grave de gestualitate și locomoție

EPIDERMOLIZA BULOASĂ

Maladie autoimună care afectează colagenul de tip VII (forma dobândită). Se poate asocia cu maladia Crohn, rectocolita hemoragică, dermatomiozita, lupusul eritematos sistemic, amiloza sistemică, diabet zaharat, mielom multiplu, crioglobulinemie, limfom, cancer bronșic.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne/Forme clinice - formele simple, fără afectare viscerală

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice - formele asociate, cu localizări viscerale și/sau tulburări de gestualitate

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/Forme clinice - formele grave, cu stenoză cicatricială esofagiană, cu afectare retiniană și/sau alte distrofii, în formele esofagiene cu stricturi esofagiene; (conform criteriilor de severitate de la capitolele respective vizînd, deficitul ponderal, afectarea funcției vizuale)

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne/Forme clinice - formele grave, cu stenoză cicatricială esofagiană, cu afectare retiniana și/sau alte distrofii, în formele esofagiene cu stricturi esofagiene;

Evaluarea se realizează în funcție de intensitatea tulburărilor de nutriție (deficit ponderal) și de afectarea funcțiilor acuității vizuale. (conform criteriilor de severitate de la capitolele respective)

LUPUS ERITEMATOS CRONIC

Afectează în egală măsură toate funcțiile pielii. Boală autoimună multisistemică cu spectru larg de manifestări mergînd de la manifestări strict cutanate până la afectare multiviscerală; afectarea cutanată este o manifestare în cadrul bolii.

Evaluarea deficienței funcționale se va face conform criteriilor de la afecțiuni reumatismale.

PORFIRIA CUTANATĂ TARDIVĂ (PCT)

Sunt afectate în mare măsură toate funcțiile pielii. Grup de boli relativ rare caracterizate printr-un defect al sintezei hemului cu acumularea excesivă de porfirine sau de precursori ai acestora, care determină manifestări cutanate și/sau neurologice. Există tipul I (dobîndit) și tipul II (moștenit).

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice - Porfirie cutanată tardivă diseminată, asociată cu afectare hepatică

SCLERODERMIA

Afectează în egală măsură toate funcțiile pielii.

Afecțiune autoimună a țesutului conjunctiv de cauză necunoscută ce afectează pielea, vasele de sange și organele interne. Manifestările cutanate vor fi apreciate în contextul stadiului evolutiv, conform criteriilor de la capitolul Afecțiuni reumatismale



Deficiență funcțională *medie* în cazul formelor cu Sd.Raynaud și tulburări trofice; deficiență funcțională *accentuată/gravă* pentru formele la care de adaugă afectare viscerală).

DERMATOMIOZITA

Afecțiune caracterizată printr-o miopatie inflamatorie cu leziuni cutanate caracteristice

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne/Forme clinice - formele cu rush și edem localizat.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice - formele diseminate la nivelul tegumentului, care asociază fenomene vasculitice, erupții maculo-papuloase, dermatită eczematoidă sau exfoliativă, calcificări de părți moi și/sau miozită.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne /forme clinice - formele cu alterări avansate ale funcției motorii cu sclerodermie sistemică și în formele cu afectare cronică și generalizată, cu tulburări mari de gestualitate, tulburări ventilatorii restrictive severe, tulburări digestive, de deglutiție, cu atrofii musculare; se vor consulta și criteriile de la capitolul *Afecțiuni reumatismale*.

IHTIOZA EREDITARĂ

Afecțiune transmisă genetic, care debutează de obicei în copilărie

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/forme clinice - formele cu hiperkeratoză la plante sau/și palme care limitează ortostatismul sau/și gestualitatea.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/forme clinice - formele cu hiperkeratoză generalizată, epidermolitice (eritrodermia ihtioziformă congenitală buloasă) cu evoluție îndelungată, care necesită tratament îndelungat > 1 an.

RADIODERMITE CRONICE

Sunt produse de radiațiile ionizante (gamma și X mai ales)

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/forme clinice - formele extinse, însoțite sau nu de afectarea gestualității

segmentului respectiv

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/forme clinice - formele extinse, cu caracter mutilant, cu afectare bilaterală

ULCERUL CRONIC DE GAMBĂ

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice - modificări pigmentare, eczemă, lipodermatoscleroză, ulcer vindecat (CEAP-C4 bilateral sau CEAP- C5 bilateral).

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forma clinică - ulcer de gambă activ (CEAP- C 6)

VASCULITE

Caracterizate printr-o inflamație a vaselor sangvine (arteriale sau venoase) determinând alterarea peretelui vascular și stenoza sau ocluzia lumenului prin trombozare sau prin proliferarea intimei. În cazurile în care este identificată o entitate clinică primară, vor fi evaluate în contextul respectiv.

TUBERCULOZA CUTANATĂ

Tuberculoza cutanată este o formă rară de tuberculoză extrapulmonară. Infecția bacilară cutanată se poate produce fie prin inoculare directă (mai ales de cauză profesională), prin contiguitate de la un focar ganglionar sau osos sau prin diseminare hematogenă.

În funcție de încărcarea bacilară, tuberculoza cutanată se clasifică în: forme multibacilare (șancrul primar, scrofuloderma, tuberculoza periorificială) și forme paucibacilare (veruci tuberculoase, lupus vulgaris facial sau generalizat). Reinfectia este posibilă.

Tuberculoza cutanată beneficiază de tratament tuberculostatic, tratament chirurgical specific și chirurgie cosmetică reconstructivă în cazul cicatricilor mutilante.

Deficiența funcțională se apreciază astfel:

- În formele de tuberculoză cutanată primare deficiența funcțională se apreciază în funcție de răspunsul la tratament, de localizarea și severitatea sechelelor.
- În localizările secundare, deficiența funcțională se apreciază în funcție de contextul clinic respectiv, considerând manifestările cutante ca factor agravant.

ANGIOSARCOMATOZA KAPOSI

Este o neoplazie vasculară multifocală, de origine endotelială, exprimată la nivel cutaneo- mucos prin leziuni infiltrative, violacee, cu tendință la creștere și invadare, al căror aspect HP asociază proliferări vasculare, celule fuziforme și un infiltrat limfoplasmocitar, în proporții variabile în funcție de stadiul evolutiv. Importanța este forma



clinică, contextul apariției (asociată unei imunosupresii iatrogene, forma epidemică SIDA).

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice - formele cu leziuni cutanate asociate cu determinări extracutanate (ganglionare, osoase, viscerale - asociate la un singur organ)

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/Forme clinice - formele cu tulburări ale funcțiilor motorii, determinate de deformări, amputații și/sau existența leziunilor viscerale multiple, în special cele digestive

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne/Forme clinice - formele cu tulburări funcționale grave

NEUROFIBROMATOZĂ RECKLINGHAUSEN

Este o genodermatoză cu transmitere autozomal dominantă, putând afecta procesul de învățare, memoria, plasticitatea sinaptică, creșterea celulară și proliferarea celulară.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice - formele cu afectare de nervi periferici, cerebrală.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/Forme clinice - evaluare în raport de intensitatea tulburărilor funcționale neurologice, psihice, locomotorii, digestive generate de afectarea funcției respective.

TUMORI MALIGNNE CUTANATE Cod CIM C43-C44

Se va ține cont de localizarea, subtipul histologic, profunzimea Breslow, nivelul Clark (5 stadii), rata mitotică, faza de creștere radială versus verticală, ulcerarea, regresia, satelitoza, neurotropismul, nevii coexistenți și împrăștierea angioloimfoidă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice

- afectare medie: leziuni cu extindere > 20 cm²

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/Forme clinice

- afectare severă: N > 1, M = 1 (indice Breslow și Clark)

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne/Forme clinice

- formele cu metastazare la organe interne, inoperabile, cu pierderea capacității de autoservire și cu necesitatea de îngrijire permanente

LIMFOAME MALIGNNE

Există două entități clinice: Micozis Fungoides (MF) este un limfom cutanat primitiv, epidermotrop, care rezultă din proliferarea limfocitului T, de obicei CD4 și constituie împreună cu sindromul Sezary cele mai comune subtipuri de limfoame cutanate cu celule T. Sindromul Sezary este foarte rar (<5% din limfoamele cutanate cu celule T); majoritatea pacienților sunt vârstnici, având între 60 și 70 de ani. Definit clinic ca triada: eritodermie, adenopatie generalizată și prezența de cel T neoplazice (cel Sezary) în tegument și sângele periferic.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice

Formele cu leziuni cutanate asociate cu determinări extracutanate (ganglionare, osoase, viscerale - asociate la un singur organ).

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/Forme clinice - afectare severă (sindrom Sezary)

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne/Forme clinice

Formele cu metastazare la organe interne, inoperabile, cu pierderea capacității de autoservire și cu necesitatea de îngrijire permanentă

SECHELELE MAJORE ALE ARSURILOR COMPLEXE

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/forme clinice:

- cicatrici deformante ale unui membru superior, cu redoare strânsă sau anchiloză de umăr și cot, asociată sau nu cu tulburări neurologice, cu afectarea moderată a prehensiunii și manipulației;
- deformări, redori și anchiloze de mâini bilateral;
- amputatia policelui de la nivelul unei mâini, asociată cu cicatrici deformante, cu imposibilitatea realizării prehensiunii, cu păstrarea integrității funcționale a membrului contralateral;
- afectare moderată a prehensiunii la nivelul ambelor mâini prin leziuni la nivelul degetelor II, III, IV și V de tipul: anchilozelor articulare, amputații digitale parțiale, afectărilor tendoanelor flexoare și extensoare cu deformări digitale (deget în butonieăa, deget în gât de lebădă),



- asocierea de leziuni ale policelului și a maximum două alte degete de la nivelul aceleiași mâini ce determină o afectare moderată a prehensiunii, cu bride cicatriceale extinse la nivelul articulației cotului sau umărului care reduc mobilitatea (flexie/extensie, pronație/supinație, abducție/adducție) membrului afectat cu până la 50% din amplitudinea fiziologică;
- cicatrici deformante ale membrelor inferioare, cu redoare strânsă sau anchiloză de gleznă, bilateral sau redoare strânsă sau anchiloză de genunchi sau șold, unilateral;
- alte tulburări neurologice, amputații ale membrelor superioare sau inferioare, fără alte deficiențe asociate, conform încadrării de la capitolele respective.

Afectările osteoarticulare nu împiedică ortostatismul, dar deplasarea pe distanțe mari se realizează cu dificultate, necesitând dispozitive ortopedice pentru a preveni deteriorarea articulațiilor supradiacente și/sau controlaterale.

- cicatrici deformante, redori ale extremității cefalice și /sau toracelui, cu afectare ușoară/medie a funcției de respirație, fonatie, masticație și deglutiție;
- cicatrici postcombustionale localizate la nivelul feței dacă suprafața acesteia depășește 50% suprafața feței fără afectări funcționale, asociate sau nu cu cicatrici postcombustionale localizate la nivelul scalpului, cu alopecie restantă ce depășește 50% din suprafața scalpului;
- cicatrici postcombustionale localizate la nivelul pleoapelor ce determină modificări moderate ale ocluziei palpebrale cu răsunet asupra funcționalității oculare pe termen lung (obiectivate de medicul oftalmolog) ce necesită tratament chirurgical de corectare, până la soluționarea chirurgicală;
- cicatrici postcombustionale localizate la nivelul regiunii nazale cu afectare moderată a respirației din cauza devierii cicatriceale a septului, precum și a asimetriei narinare cicatriceale – leziuni ce necesită tratament chirurgical de corectare, până la soluționarea chirurgicală;
- cicatrici postcombustionale localizate la nivelul buzelor ce determină modificări moderate ale alimentației, procesului de masticatie, pronunție, constând în limitarea deschiderii și ocluzia incompletă, dar fără afectarea stării nutriționale a pacientului – leziuni ce necesită tratament chirurgical de corectare, până la soluționarea chirurgicală.
- deficiența medie vizuală, respiratorie, renală, hepatică, conform încadrării de la capitolele respective.

Limitări de activitate: orice activitate cu evitarea expunerii la soare, variații termice

Restricții de participare: fără restricții cu condiția de a se asigura îmbrăcăminte adecvată. Preocupare pentru și igienă personală

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/forme clinice

- cicatrici deformante ale membrelor superioare, cu afectări articulare de umăr și cot, bilaterale, cu reducerea mobilității cu până la 75% din amplitudinea fiziologică, cu limitarea severă a manipulației;
- bride cicatriceale, afectări articulare localizate la nivelul articulației cotului sau

- umărului, unilateral, care reduc mobilitatea (flexie/extensie, pronatie/supinație, abducție/adducție) membrului afectat cu peste 90% din amplitudinea fiziologică;
- asociere de cicatrici deformante și/sau afectări articulare ale unui membru superior cu cele ale unui membru inferior care determină limitări severe atât ale gestualității și manipulației, cât și a locomoției, deplasarea realizându-se cu sprijin extern;
 - cicatrici deformante membre inferioare, redoare strânsă, anchiloze sau artroze de genunchi sau sold bilaterale care determină limitarea accentuată/severă a mobilității, necesitând sprijin extern pentru menținerea ortostatismului și a deplasării și o limitare parțială a capacității de autoservire;
 - amputația policelui de la nivelul ambelor maini, asociată cu deformări sau amputații parțiale ale celorlalte degete, ce determina incapacitatea realizării prehensiunii bilaterale;
 - afectare severă a prehensiunii la nivelul ambelor maini prin leziuni digitale multiple (minimum 3 degete), de tipul: anchilozelor articulare, amputațiilor digitale parțiale, afectărilor tendoanelor flexoare și extensoare cu deformărilor digitale (deget în butonieră, deget în gât de lebădă) și cu limitarea mișcării în articulațiile supradiacente;
 - asocierea de leziuni ale tuturor degetelor de la nivelul aceleasi mâini (incluzând policele) ce determină o afectare severă a prehensiunii cu bride cicatriceale și afectări articulare localizate la nivelul articulației cotului sau umărului, care reduc mobilitatea membrului afectat cu până la 75% din amplitudinea fiziologică;
 - cicatrici postcombustionale localizate la nivelul feței dacă suprafața acestora depășește 75% din suprafața feței cu afectări funcționale evidente (afectarea ocluziei palpebrale, a respirației și alimentației) asociate sau nu cu cicatrici postcombustionale localizate la nivelul scalpului cu alopecie restantă ce depășește 75% din suprafața scalpului;
 - cicatrici postcombustionale localizate la nivelul pleoapelor ce determină modificări severe ale ocluziei palpebrale cu răsunet asupra funcționalității oculare pe termen scurt, mediu și lung (obiectivate de medicul oftalmolog), ce necesită tratament chirurgical de corectare, până la soluționarea chirurgicală;
 - cicatrici postcombustionale localizate la nivelul regiunii nazale cu afectare severă a respirației din cauza devierii cicatriceale a septului, precum și a asimetriei narinare cicatriceale, leziuni ce implică efectuarea de intervenții chirurgicale multiple, până la soluționarea chirurgicală;
 - cicatrici postcombustionale localizate la nivelul buzelor, care determină modificări severe ale proceselor de masticatie, deglutiție și fonație, constând în limitarea deschiderii și ocluzie incompletă, ce determină modificări ale statusului nutrițional al persoanei și necesită tratament chirurgical de corectare, până la soluționarea chirurgicală;
 - cicatrici postcombustionale localizate la nivelul buzelor și cavității bucale incompatibile cu deglutiția și fonația, ce necesita intervenții chirurgicale multiple; stome definitive;
 - alte tulburări neurologice, amputații de membre superioare sau/și inferioare, conform încadrării de la capitolele respective;
 - deficiența accentuată vizuală, respiratorie, renală, hepatică, conform încadrării de la capitolele respective;

În situația asocierii a două sau mai multe deficiențe, dintre care una este un handicap



fizic, pentru perioade limitate, până la corecția terapeutică a acestor deficite, încadrarea în grad de invaliditate se poate stabili la un grad superior.

Limitări de activitate: activități fizice ușoare, în condiții de confort organic, evitarea mediului prea cald, umed, uscat, cu substanțe iritante pentru piele. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții de participare: asigurarea unui mediu socio-familial și de igienă care să nu agraveze afectarea funcțiilor de protecție și reparatorii ale pielii.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne/forme clinice

- cicatrici deformante generalizate sau/și afectări musculo-tendinoase ale membrelor inferioare și superioare sau/și ale articulațiilor mari – șold, genunchi bilateral, în stadiul sever, în cursul terapiei de reabilitare sau neoperabile sau cu complicații tardive postoperatorii, în afara resurselor terapeutice, care determină limitarea totală a ortostatismului și locomoției, necesitând fotoliu rulant pentru deplasarea în interiorul sau exteriorul locuinței sau imobilizare totală și sprijin din partea altei persoane pentru autoservire;
- amputația tuturor degetelor de la ambele mâini, asociate cu bride cicatriceale și afectări articulare, la orice nivel al membrelor superioare;
- amputația unui membru superior la orice nivel, asociată cu limitarea totală de prehensiune și manipulație la membrul contralateral.
- tulburări neurologice, amputații, care generează o deficiență funcțională gravă, conform încadrării de la capitolele respective.
- sechele cicatriceale postcombustionale, care reduc capacitatea pulmonară totală, persoana necesitând dispozitive medicale externe, de tip OLD.
- cicatrici postcombustionale localizate la nivelul feței, care afectează sever ocluzia palpebrală, cu leziuni conjunctivale, corneene sau ale altor structuri ale ochiului, exprimate prin pierderea acuității vizuale, obiectivate prin consult oftalmologic.

Deficiență gravă vizuală, respiratorie, renală, hepatică, se realizează conform încadrării de la capitolele respective.

Limitări de activitate: limitarea majoră a gestualității și/sau locomoției, care determină limitarea capacității de autoservire pentru majoritatea activităților curente.

Restricții de participare: Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutoare și a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

Scala de apreciere a gradului de impact al procesului cicatricial asupra calității vieții pacientului - BSHS-R (Revised Burn-Specific Health Scale).

indice BSHS-R	extrem	pronunțat	moderat	puțin	absent
pierderea abilității funcționale de lucru	0	1	2	3	4
pierderea capacității de lucru	0	1	2	3	4
pierderea aspectului corpului	0	1	2	3	4
relaționarea interpersonală	0	1	2	3	4
activitatea interpersonală	0	1	2	3	4
termorecepția	0	1	2	3	4
organizarea tratamentului	0	1	2	3	4

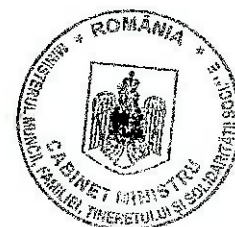
Aprecierea gradului de impact al procesului cicatriceal asupra calității vieții pacientului BSHS-R:

0-7 puncte - impact extrem în calitatea vieții (grav)

8-15 puncte - calitatea vieții sever pierdută (accentuat)

16-21 puncte – calitatea vieții pierdută moderat (mediu)

22-28 puncte – calitatea vieții neschimbată



Capitolul 9.

FUNȚIILE SISTEMELOR ÎN BOLILE PROFESIONALE

Criteria de încadrare în grad de invaliditate în bolile profesionale

Pneumoconioze colagene și mixte - diagnostic stabilit de către comisiile medicale de pneumoconioze din clinici/secții/compartimente de medicina muncii aflate în structura spitalelor publice.

SILICOZA Cod CIM J62.8.

AZBESTOZA Cod CIM J61

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Silicoza (1p,q,r), silicoza (2 p,q,r), silicoza (3 p,q,r), azbestoza (1 s,t,u), azbestoza (2 s,t,u), azbestoza (3 s,t,u), fără disfuncție ventilatorie, disfuncție ventilatorie ușoară/moderată (VEMS 80- 60 % din prezis), schimburi gazoase normale sau hipoxemie ușoară la efort (SaO₂ 99-95%) eventual reducerea ușoară a factorului de transfer gazos, reducere ușoară a capacității de efort (5- 7METs).

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Silicoza (3 p,q,r), silicoza (ax), azbestoza (3 s,t,u), azbestoza (ax) disfuncție ventilatorie moderată/severă (VEMS 59- 40 % din prezis), hipoxemie ușoară/moderată la efort (SaO₂ 90- 94 %), reducere ușoară/moderată a factorului de transfer gazos, capacitatea de efort moderat scăzută (VO₂ estimat 3METs- 5METs).

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Silicoza (A,B,C) - fibroză masivă, progresivă, silicotuberculoza- asocierea unui proces tuberculos activ.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Forme clinice cu evoluție severă cu simptome și semne de insuficiență respiratorie cronică disfuncție ventilatorie foarte severă (VEMS < 30 % din prezis), paO₂< 50 mmHg, paCO₂ > 50 mmHg, SaO₂ sub 88 %, necesită oxigenoterapie de lungă durată.

Observație. Silicoza (1p,q,r), silicoza (2 p,q,r), silicoza (3 p,q,r), azbestoza (1 s,t,u), azbestoza (2 s,t,u), azbestoza (3 s,t,u) (clasificarea ILO 2011) la care există neconcordanțe între stadiul radiologic și tabloul funcțional respirator, stabilirea deficienței funcționale se va face în funcție de nivelul parametrilor funcționali respiratori. Se vor avea în vedere particularitățile clinice și evolutive ale acestei afecțiuni: există frecvent neconcordanțe între stadiul radiologic și severitatea afectării funcției ventilatorii; evoluția este ireversibilă, severă slab influențată de tratament.

Bolile profesionale din Tabelul cu Bolile Profesionale cu Declarare Obligatorie *, altele decât pneumoconiozele, respectă criteriile de la capitolele respective care privesc organele, aparatele sau sisteme afectate.



**Tabelul cu Bolile Profesionale cu Declarare Obligatorie, Anexa nr 22, HOTĂRÂRE nr 1425 din 11 octombrie 2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr 319/2006 cu modificările și completările ulterioare.*

Capitolul 10

Funcțiile sistemelor în afectarea neoplazică



FUNCȚIILE SISTEMELOR ÎN AFECTAREA NEOPLAZICĂ Cod CIM C00-C96

Evaluarea clinico-funcțională pentru stabilirea deficienței funcționale în afecțiunile neoplazice va fi axată pe funcțiile afectate, tratament (curativ, paliativ, al recidivelor), prezența sechelelor, precum și a formelor particulare și va fi efectuată prin metodele clasice de evaluare.

Redăm mai jos elementele necesare stabilirii diagnosticului funcțional

1. Scopul tratamentului oncologic curativ este atingerea statusului de "No Evidence of Disease" în care clinic, biologic și imagistic nu se constată formațiuni tumorale restante.
2. Tratament oncologic cu intenție curativă:
 - a. chimioterapie și/sau radioterapie neoadjuvantă (înaintea intervenției chirurgicale, cu scopul reducerii în dimensiuni a formațiunii tumorale, a gradului de infiltrare și a creșterii șanselor unei rezecții complete)
 - b. hormonoterapie neoadjuvantă (rar)
 - c. tratament chirurgical: excizie tumorală sau de organ, excizia ganglionilor susceptibili a fi interesați de celulele tumorale, eventual excizia a unui număr limitat de metastaze.
 - d. chimio și/sau radioterapie adjuvantă: crește perioada liberă de progresie tumorală, scade riscul de recidivă locală Se administrează un număr limitat de cicluri de tratament, doze de chimioterapie mari
 - e. hormonoterapie adjuvantă :
 - ◆ Tamoxifen, Letrozol, Anastrozol, Exemestan în neoplasmul mamar,
 - ◆ Goserelin, Triptorelin, Leuprorelin, Relugolix în neoplasmul de prostata iradiat
 - f. tratamente moleculare țintite (ex: inhibitori de tirozin kinază):
 - ◆ Inhibitori CDK4/6: Abemaciclib în cancerul mamar operat ER+, HER2-, asociat la hormonoterapie
 - ◆ Tratament anti BRAF: Dabrafenib + Trametinib în melanomul avansat operat cu mutație BRAF
 - ◆ Tratament anti-EGFR: Osimertinib în neoplasme bronhopulmonare complet operate, în situația prezenței mutației activatoare EGFR
 - g. agenți biologici (anticorpi monoclonali):
 - ◆ Tratament anti HER2: Trastuzumab și Pertuzumab în cancerul mamar operat HER2+
 - ◆ Imunoterapie: Pembrolizumab, Nivolumab în melanomul malign avansat operat, Atezolizumab în cancerul pulmonar non-small cell operat, tumori cu expresie înaltă a PDL1
 - ◆ Instilații intravezicale cu BCG în tumori uroteliale non-musculoinvazive operate

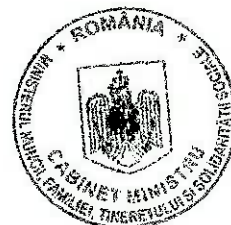
3. Recidive locale operabile / operate
4. Tratament oncologic cu intenție paliativă: în prezența metastazelor, cu rare excepții, nu se poate spera la vindecarea pacientului. Scopul tratamentului este ameliorarea calității vieții, controlul simptomelor, prelungirea supraviețuirii:
 - a. radioterapie paliativă cu scop hemostatic, antalgic sau decompresiv
 - b. tratament cu bisfosonați pentru leziuni secundare osoase litice
 - c. chimioterapie paliativă, imunoterapie, tratament antiangiogenic, anti-EGFR, anti-HER2
 - d. îngrijiri paliative (tratament antalgic opiaceu, antiemetic, hemostatic etc, suport psihologic, social și spiritual)
5. Tratamentul paliativ poate viza și tumori neoperabile și care nu pot fi abordate nici prin alte metode terapeutice cu viza curativă (iradiere, chemoembolizare, crioablație) datorită invaziei unor structuri vitale (exemplu: SNC, vase mari, cord etc)
6. Situații particulare: deficite locomotorii sau de sisteme (renal, hematopoietic, respirator etc) ca urmare a intervențiilor chirurgicale, chimioterapiei sau radioterapiei
7. Pacienți cu supraviețuire estimată de <12 luni față de data curentă

NB: - supraviețuirea medie în cazuri metastatice de cancer colo-rectal, mamar, ovarian nu depășește 24-36 luni iar în cancere pulmonare, eso-gastrice, de vezică urinară, pancreatice metastazate supraviețuirea medie este de sub 12 luni. Intervalele de timp sunt considerate din momentul constatării prezenței metastazelor.
8. Cașexie neoplazică /denutriție $IMC \leq 16$
9. Sechele definitive:
 1. orice stomii: traheostoma, colostoma, nefrostome, gastrostoma
 2. limfedem , elefantiazis .
10. Formațiuni tumorale maligne intracraniene prezente
11. Tratamentul antalgic treapta III (OMS: Morfina, Oxycodona, Fentanyl, Hidromorfon, Petidina, Metadona)

Elemente funcționale

Elemente clinice-simptome:

Elemente funcționale- investigații: cuprind obligativitatea unei evaluări clinice și funcționale: analize de laborator și imagistice specifice formei și stadiului clinic al bolii neoplazice cuprinse în documentele medicale (bilete de ieșire din spital, referate medicale *cu o vechime de maxim 6 luni la momentul evaluării* din care să reiasă forma clinică și stadiul bolii, susținute de imagistica specifică, examen histopatologic.



Relația deficiență funcțională-incapacitate adaptativă-capacitate de muncă și gradele de invaliditate corespunzătoare

Deficiență funcțională	Incapacitate adaptativă	Capacitate de muncă	Grad invaliditate
Fără	0-19%	păstrată	Nu se încadrează
Deficiență funcțională ușoară	20-49%	păstrată	Nu se încadrează
Deficiență funcțională medie	50-69%	diminuată	Gradul III
Deficiență funcțională accentuată	70-89%	diminuată + capacitatea de autoservire păstrată parțial	Gradul II
Deficiență funcțională gravă	90-100%	diminuată + capacitatea de autoservire pierdută	Gradul I

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Forme clinice vindecate, cu sechele funcționale ușoare la nivelul concret al unor aparate și sisteme.

Forme clinice pe durata hormonoterapiei adjuvante, cu buna toleranță, în absența unor complicații specifice semnificative încadrabile prin ele însele în alt grad

Fără limitarea activităților sau limitare ușoară: pot efectua activități fizice cu consum energetic <7METs, activitate profesională posibilă, cu excepția muncilor grele-foarte grele. Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului cardiovascular. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Forme clinice aflate în cursul tratamentului oncologic cu intenție curativă (inclusiv terapii adjuvante)/după tratament în prezența unor deficiente funcționale semnificative (Hb \leq 10g/dl, leucocite \leq 3000/mm³, trombocite \leq 100000/mm³, creatinina \geq 1,5 mg/dl, ALAT sau ASAT \geq 3 ori limita maximă normală, BT \geq 1,5 ori limita maximă normală, edeme, tromboze venoase, pleurezie, ascita, sd. diareic, IMC < 20, osteoporza secundară tratamentului, neuropatii secundare tratamentului, boli autoimune secundare tratamentului, afectări cardiace secundare tratamentului)

- timp de 24 luni după gradul II

- limfedem ușor (circumferința unui membru crescută cu cel puțin 20 % față de membrul contralateral)

- sindroame algice moderate aflate în curs de tratament opioid usor – treapta II OMS (tramadol, codeină, dihidroceodeină)

Investigații: *referat medical oncologic* care precizează stadiul bolii, forma clinică, date despre tratament, analize de laborator (biologice, biochimice), RMN/CT (ultimele rezultate disponibile) sau eventual Radiografie pulmonară, ecografia generală

Limitarea moderată a activităților fizice: pot efectua activități fizice și profesionale cu consum energetic < 6-5METs, vor fi evitate activitățile medii, grele (Tabel 3)

Indice de performanță (IP) 1

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și prevenția complicațiilor. Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Tratament oncologic cu intenție curative - pe perioada de chimioterapie sau radioterapie adjuvanta in curs sau planificate in viitorul apropiat in prezenta unor deficiente functionale accentuate justificate de prejudicii functionale la nivelul concret al unor aparate si sisteme.

Recidive locale operabile / operate timp de 12 luni, apoi deficiența funcțională medie pentru alte 24 luni

Tratament oncologic cu intenție paliativă raspuns terapeutic bun, simptomatologie bine controlata, curba ponderala constanta

- limfedem mediu (circumferinta unui membru crescuta cu cel puțin 30 % fata de membrul contralateral)

Investigații: *referat medical oncologic* care precizează stadiul bolii, forma clinică, tratament, analize de laborator (biologice, biochimice), ecografia generală, radiografie pulmonară

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activități fizice și activități profesionale cu consum energetic < 3-4METs, este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Indice de performanță (IP) =2

Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Tratament oncologic cu intenție curativă în prezența unor deficiențe funcționale grave justificate de prejudicii funcționale la nivelul concret al unor aparate și sisteme.

Tratament oncologic cu intenție paliativă: degradarea progresivă a stării clinice, necesită internări frecvente, tratament continuu sau îngrijiri continue.

Pacienți cu supraviețuire estimată de < 12 luni față de data curentă



indiferent de tipul tumorii (primitivă sau secundară).

NB: - supraviețuirea medie în cazuri metastatice de cancer colo-rectal, mamar, ovarian nu depășește 24-36 luni iar în cancere pulmonare, eso-gastrice, de vezică urinară, pancreatice metastazate supraviețuirea medie este de sub 12 luni. Intervalele de timp sunt considerate din momentul constatării prezentei metastazelor.

Cașexie neoplazică/denuțrie IMC \leq 16

Stomiile: colostoma, nefrostoma, gastrostoma în funcție de starea clinică a pacientului, gradul de afectare a funcțiilor implicate și comorbiditățile asociate, pot fi încadrate în gradul I, II sau III de invaliditate.

Elefantiazis membre inferioare cu tulburări importante de locomotie;

Formațiuni tumorale maligne intracraniene metastatice;

În cursul tratamentului antalgic treapta III (OMS: Morfina, Oxycodona, Fentanyl, Hidromorfon, Petidina, Metadona);

Investigații: referat medical oncologic care precizează stadiul bolii, forma clinică, tratament. Limitarea severă/completă a activităților: nu pot efectua activități cotidiene.

Indice de performanță (IP) = 3 sau 4

Restricții complete de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare și a altor echipamente adaptate.

Sunt necesare servicii de asistență socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

Capitolul 11

Funcțiile sistemelor în boli rare



Bolile rare sunt afectări multisistemice și vor fi evaluate conform principiilor enunțate în capitolul introductiv, deficiența funcțională va fi stabilită prin compararea constatărilor obiective cu deficiențe existente în criterii, dacă este egală ca severitate și durată cu oricare dintre deficiențele enumerate în criterii (deficiența funcțională echivalentă).

SINDROAME DE IMUNODEFICIENȚĂ PRIMARĂ (IDP):

IDP reprezintă un grup de boli cauzate de funcționarea anormală a unor componente ale sistemului imun. Acestea includ: **defecte ale celulelor stem linia limfoidă, defecte ale limfocitelor T și/sau B, defecte ale fagocitelor și celulelor NK sau ale sistemului complement.**

Sunt afecțiuni care se caracterizează prin creșterea susceptibilității la infecții (infecții severe, frecvente, cu germeni oportuniști), rezistente la tratamentul antibiotic, la care se pot asocia boli autoimune, neoplazii limfoide sau cu altă localizare, malformații osoase, defecte ale dentiției.

Severitatea IDP este determinată de numărul, severitatea și tipul infecțiilor prezente, răspunsul la terapia antiinfecțioasă și asocierea altor afecțiuni.

Investigații: *referat medical redactat de medicul specialist Alergologie și imunologie clinică, medicul curant sau medicul coordonator regional de program pentru IDP, care precizează stadiul bolii, forma clinică, date despre tratament, analize de laborator anual*

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

- **Pacienți cu IDP diagnosticată conform criteriilor de diagnostic pentru fiecare tip de IDP, sub tratament substitutiv, 1 episod infecțios/3 luni, infecții microbiene ușoare/ moderate cu durată de până la 2 săptămâni**
- **Răspuns favorabil la tratamentul antibiotic**

Limitarea moderată a activităților fizice. Pot fi efectuate activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în unele aspectele ale muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă, dacă acestea presupun solicitări energetice medii și dacă se desfășoară în mediu fără noxe și în condiții corespunzătoare de microclimat.

Activitatea profesională se poate desfășura doar în condiții speciale fără expunere la factori care predispun la infecții microbiene (temperaturi extreme, umezeală).

Fără restricții sau restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și recuperator.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

- **Pacienți cu IDP diagnosticată conform criteriilor de diagnostic pentru fiecare tip de IDP, cu/fără tratament substitutiv,**
- **1 episod infecțios/lună, infecții microbiene moderat/severe, invazive cu**

durată > 2 săptămâni

- Răspuns parțial la tratamentul antibiotic
- Prezența unei afecțiuni autoimune
- Asocierea unei neoplazii/malformație

Limitarea moderată/severă a activităților.

Pot fi efectuate activități fizice ușoare/sedentare.

În general nu pot fi efectuate activități profesionale;

În unele cazuri activitatea profesională se poate desfășura doar în condiții speciale* în funcție de natura afectării și tipul de raport de muncă, fără expunere factori care predispun la infecții microbiene (temperaturi extreme, umezeală). Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

ANGIOEDEM EREDITAR (AGE)

Este o boală genetică rară manifestată prin episoade recurente de edem la nivelul tegumentelor și submucoaselor, afectând în principal pielea, abdomenul, tractul respirator superior. Este încadrat în grupa bolilor rare. Nu există o relație directă între nivelul seric al C1- inhibitor, activitatea acestuia și apariția și intensitatea simptomelor. Severitatea bolii este dată de numărul atacurilor de AGE și de localizarea acestora.

Investigații: referat medical redactat de medicul specialist Alergologie și imunologie clinică, medicul curant sau medicul coordonator regional de program pentru AGE, care precizează stadiul bolii, forma clinică, date despre tratament, anual.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

- Pacienți care prezintă între 1-2 atacuri de AGE pe lună,
- Pacienți cu atacuri de AGE la nivelul extremităților

Limitarea moderată a activităților fizice. Pot fi efectuate activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în unele aspectele ale muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă, dacă acestea presupun solicitări energetice medii și dacă se desfășoară în mediu fără noxe și în condiții corespunzătoare de microclimat.

Activitatea profesională se poate desfășura doar în condiții speciale fără expunere la triggeri care pot declanșa atacurile de angioedem — stress, presiune, temperaturi extreme, vibrații, efort fizic intens. Fără restricții sau restricții ușoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și recuperator.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.



Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

- Pacienți care prezintă >2 atacuri acute de AGE pe lună,
- pacienți sub tratament cronic cu C1-inhibitor derivat de plasmă administrat iv,
- pacienți cu atacuri de AG cu localizare la nivelul căilor aeriene superioare sau abdominal

Limitarea moderată/severă a activităților. Pot fi efectuate activități fizice ușoare/sedentare. Pot fi efectuate activități profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

În unele cazuri activitatea profesională se poate desfășura doar în condiții speciale* în funcție de natura afectării și tipul de raport de muncă, fără expunere la triggeri care pot declanșa atacurile de angioedem — stress, presiune, temperaturi extreme, vibrații.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și at complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

MASTOCITOZA (MS)

Mastocitozele sunt un grup heterogen de boli caracterizate prin prezența de mastocite (MC) anormale în diferite organe sau țesuturi precum pielea, măduva osoasă, tubul digestiv, oasele și altele. Este încadrată în grupa bolilor rare. Nu există o relație directă între masa mastocitară totală și apariția și intensitatea simptomelor. Apariția acută de simptome este produsă de agenți fizici (frecarea leziunilor sau schimbări bruște de temperatură - cald sau rece), stres fizic și emoțional, medicamente, mirosuri naturale, chimice, parfumuri sau arome, venin de albine și viespi, unele medicamente. Mastocitozele pot fi cutanate sau sistemice.

Investigații: referat medical redactat de medicul specialist Alergologie și imunologie clinică, medicul curant sau medicul coordonator regional de program pentru mastocitoză, care precizează stadiul bolii, forma clinică, date despre tratament, anual.

Deficiență funcțională ușoară, incapacitate adaptativă 20-49%

- MS cutanată

Fără limitare a activităților. Pot fi efectuate activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă. Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament și prevenirea unor posibile complicații și recidive. Pot fi necesare servicii de educație și formare, consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

- MS indolentă/ MS medulară

Limitarea moderată a activităților fizice. Pot fi efectuate activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în unele aspectele ale muncii, cu finalizarea acestora,

independent și în echipa, dacă acestea presupun solicitări energetice medii și dacă se desfășoară în mediu fără noxe și în condiții corespunzătoare de microclimat.

Activitatea profesională se poate desfășura doar în condiții speciale fără expunere la triggeri care pot declanșa descărcare de mediatori de către mastocit: stimuli fizici (căldura, frig, frecarea leziunilor cutanate, presiune, schimbări bruște de temperatură, mâncarea picante), mirosuri naturale, chimice, parfumuri sau arome, stressul emoțional, fizic inclusiv durere sau mediul înconjurător (poluarea, schimbările climatice, polenul, părul de animale), oboseala, lipsa somnului, înțepăturile de himenoptere sau expunerea la substanțe toxice

Fără restricții sau restricții ușoare de participare la viața socială. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și recuperator.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

Deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

- **MS smoldering**

Limitarea moderată a activităților. Pot fi efectuate activități fizice ușoare/sedentare.

Activitatea profesională se poate desfășura doar în condiții speciale fără expunere la triggeri care pot declanșa descărcare de mediatori de către mastocit: stimuli fizici (căldura, frig, frecarea leziunilor cutanate, presiune, schimbări bruște de temperatură, mâncarea picante), mirosuri naturale, chimice, parfumuri sau arome, stressul emoțional, fizic inclusiv durere sau mediul înconjurător (poluarea, schimbările climatice, polenul, părul de animale), oboseala, lipsa somnului, înțepăturile de himenoptere sau expunerea la substanțe toxice.

Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și al complicațiilor, servicii de îngrijire și reabilitare pe termen lung.

Pot fi necesare și unele servicii generale de suport social.

REAȚII ALERGICE LA ALIMENTE

Sunt reacții imediate induse de un răspuns imun IgE mediat declanșate de ingestia de aliment. **Severitatea reacțiilor alergice** imediate IgE mediate induse de alimente se stabilește pe baza severității manifestărilor clinice (gradele 1-5, conform clasificării Organizației Mondiale de Alergologie din 2020), necesitatea utilizării adrenalinei pentru tratamentul imediat al reacției alergice, cantitatea de aliment care declanșează reacția alergică.

Investigații: referat medical redactat de medicul specialist Alergologie și imunologie clinică, care precizează stadiul bolii, forma clinică, date despre tratament, anual

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

- **Reacții alergice induse de expunerea la aliment gradul 3, 4 și 5**



Fără limitarea activității fizice. Pot fi efectuate activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în unele aspectele ale muncii, cu finalizarea acestora, independent și în echipă, dacă se desfășoară în mediu fără noxe și în condiții corespunzătoare de microclimat.

Activitatea profesională se poate desfășura doar în condiții speciale fără expunere la alimentul declanșator.

Restricții ușoare de participare la viața socială, de încadrare în colectivități și grupuri sociale. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ și recuperator.

Pot fi necesare servicii de educație și formare, de consiliere vocațională și de angajare în muncă.

INVALIDITĂȚILE CARE AFECTEAZĂ IREVERSIBIL CAPACITATEA DE MUNCĂ

A. La prima expertizare

1. Afecțiunile oftalmologice care duc la scăderea acuității vizuale sub 1/25, în stadiul irecuperabil medical sau chirurgical;
2. Surdomutitatea;
3. Amputațiile de membre toracale (antebraț, braț, mână) sau de membre pelvine (coapsă, gambă, picior) ;
4. Spondilita anchilozantă în formă avansată(prinderea coloanei cervicale/prinderea centurilor);
5. Poliartrita cronică deformantă, cu impotență funcțională accentuată, rebelă la tratament;
6. Anchiloza de șold, genunchi, uni sau bilaterală, anchiloza de gleznă bilaterală;
7. Ciroza hepatică, cu insuficiență hepatică ireductibilă;
8. Insuficiența cardiacă cu fracție de ejeecție aub 25%;
9. Hipertensiunea pulmonară severă, cu complicații grave, ireversibile;
10. Insuficiența respiratorie cronică, cu indicație de oxigenoterapie de lungă durată;
11. Insuficiența renală cronică, în stadiul de uremie depășită prin mijloace de epurare extrarenală (hemodializă, dializă peritoneală, plasmafereză, hemofiltrare arterio- venoasă continuă);
12. Afecțiunile neoplazice cu metastaze fără răspuns la tratament după 12 luni;
13. Afecțiunile genetice care determină deficiență funcțională ireversibilă prin tratament sau prin tehnici recuperatorii diverse;
14. Sechelele poliomielitei anterioare – indiferent de gradul de invaliditate în care este încadrat;
15. Sechelele encefalopatiilor infantile (deficite motorii) – indiferent de gradul de invaliditate în care este încadrat;
16. SLA;
17. Polineuropatiile ereditare, cu deficite motorii definitive și modificări trofice (Charcot - Marie, boala Frederich etc);
18. Eredoataxiile (boala Pierre-Marie, degenerative etc.);
19. Distrofiile musculare progresive;
20. Coreea Huntington;
21. Demența – stadiu sever;
22. Retardarea mentală severă și profundă;
23. Schizofrenia hebefrenică, formele de schizofrenie cu degradarea severă a personalității și comportamentului, potențial antisocial;



B. La doi ani de la data încadrării în grad de invaliditate

1. Boala Parkinson în formă avansată, rebelă la tratament, cu fenomene on-off;
2. Scleroza multiplă în formă primar sau secundar progresivă, cu examen RMN sugestiv și deficite motorii definitive, anchiloze secundare, tulburări de coordonare, vorbire, tulburări de vedere;
3. Para- și tetraplegiile secundare post-traumatisme vertebro-medulare, tumori etc., cu sau fără secțiune medulară, irecuperabile sub tratament;
4. Miastenia gravis, forma avansată, cu tulburări de deglutiție, fonație și cu crize respiratorii frecvente, fără răspuns la tratament;
5. Deficite motorii și/sau afaziile definitive sechelare – AVC, tumorale (evoluție staționară după doi ani de la episodul acut);
6. Epilepsia cu crize subintrante frecvente, status epileptic repetat, cu tulburari psihice grave;
7. Paraliziile de plex brahial sau lombo-sacrat, definitive;
8. Sechele grave după politraumatisme;
9. Sechele definitive invalidante după arsuri grave;
10. Spondilita anchilozantă cu evoluție nefavorabilă, fără răspuns la tratament;
11. Poliartrita reumatoidă, forme fără răspuns la tratament;
12. Sindromul cohleo-vestibular cronic cu tulburări majore de echilibru;
13. Afecțiuni cardiovasculare cu deficiențe funcționale ireversibile;
14. Paraplegie sau tetraplegie, indiferent de cauză, la un interval de peste 2 ani de la data diagnosticării.
15. Formele HIV/SIDA încadrate în gradul I de invaliditate.

C. După o perioadă variabilă de supraveghere în pensie de invaliditate (2 termene maxime de revizuire)

1. Alte condiții medicale cu evoluție îndelungată, staționară a paramentrilor clinici și funcționali de la o revizuire la alta, cu epuizarea posibilităților de tratament recuperator și prognostic de recuperare a capacității de muncă redus, obligatoriu documentate prin acte medicale.

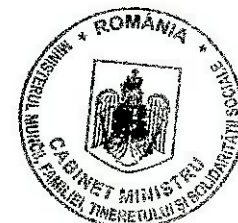
TABELE

Tabel 1. *Aprecierea statusului cardiovascular*

Clasa NYHA	Clasificarea funcțională NYHA a insuficienței cardiace	Clasificarea canadiană a anginei pectorale	Scala de activitate după Goldman
I	Activitatea fizică obișnuită nu determină oboseală, palpitații, dispnee sau angină	Activitatea fizică obișnuită nu determină angină, angina apare la eforturi mari sau prelungite 7-8METs	Pacientul poate efectua activități fizice cu consum, energetic peste 7METs
II	Limitare moderată a activității fizice; activitatea obișnuită poate determina oboseală, palpitații, dispnee sau angină; fără simptome în repaus	Durere la activități fizice moderate 5-6METs (urcat scările sau un deal, mers în frig, stress emoțional)	Pacientul poate efectua efort fizic cu un consum energetic între 5-7METs
III	Limitare marcată a activității fizice; fără simptome în repaus, dar efortul fizic minim determină dispnee.	Limitarea marcată a activității fizice prin apariția durerii la eforturi mici 3-4METs	Pacientul poate efectua efort fizic cu un consum energetic între 2-5METs
IV	Simptomele apar la orice nivel de activitate și în repaus.	Incapacitatea de a efectua efort fizic; durerea poate apare și în repaus 1-2METs	Pacientul nu poate efectua efort fizic peste 2METs

Tabel 2. Evaluarea ecografică a disfuncției sistolice a ventriculului stâng (BRAUNWALD Heart Disease – eight edition):

Funcție sistolică	Fracție de ejecție
Funcție sistolică normală	FE > 55%
Disfuncție sistolică ușoară	FE = 45-54%
Disfuncție sistolică moderată	FE = 30-44%
Disfuncție sistolică severă	FE < 30%



Tabel 3. Clasificarea muncii după cerințele energetice

Munca	Intensitatea absolută(METs)	
	Tînăr (20-39ani)	Vîrstă medie(40-64 ani)
Foarte ușoară	<2,4	<2
Ușoară	2,4-4,7	2-4
Moderată	4,8-7	4-6
Grea/ foarte grea	>7	>6

Adaptat după: Clasificarea muncii după cerințele energetice-Zdrenghia D Testarea de stress în cardiopatia ischemică Ed.Sincrom 1993 și Fletcher et.al.- Exercise Standards for Testing and Training, 1997);

MET=Echivalent metabolic, 3,5mlO₂/Kg./min

Clasificarea activităților fizice în funcție de consumul energetic

Clasificarea activităților fizice legate de munca profesională în funcție de consumul de energie estimat se bazează pe datele preluate din Compendiul activităților fizice (Compendium of Physical Activities) elaborat de către Colegiul American de Medicină Sportivă (American College of Sports Medicine) în anul 1983.

Compendiul a fost publicat pentru prima dată în 1993 și de atunci a fost revizuit și actualizat în repetate rânduri(2000,2011,2020), procesul fiind reluat pe măsura acumulării dovezilor științifice. Scopul principal al Compendiului a fost elaborarea unui sistem standardizat de clasificare a activităților fizice pe baza consumului energetic și de a pune la dispoziția cercetătorilor date care să asigure consistența și validitatea studiilor.

Compendiul cuprinde un sistem de codificare pe cinci categorii și tipuri de activități fizice asociat cu valoarea consumului energetic măsurat în echivalenți metabolici (MET). Prin datele oferite, Compendiul este deopotrivă un instrument util pentru practicienii din diverse domenii care ajută la evaluarea activităților fizice curente sau pentru recomandarea nivelului de efort corespunzător. Activitățile fizice codificate și cuantificate în Compendiu sunt clasificate în mai multe categorii, astfel: activități casnice, activități profesionale, activități de timp liber, antrenament fizic de întreținere/ condiționare, activități sportive.

Redăm în Tabelul 4 exemple de activități profesionale grupate sistematic pe tipuri și consum energetic corespunzător. Pe baza datelor oferite se pot face recomandări adecvate privind intensitatea și durata efortului profesional. (Tabel 4) 2011 Compendium of Physical Activities published manuscript and web page (<https://sites.google.com/site/compendiumofphysicalactivities>)

Tabel 4.
Activități sedentare (1,0-1,5 METs)

Tip activitate	Descriere	METs	Observații
Muncă de birou, operator computer		1,5	Se vor avea în vedere și alte tipuri de solicitări (senzorială, neuropsihică, etc)
Relații cu publicul	Telefon, ghișeu, recepție	1,5	Se vor avea în vedere și alte tipuri de solicitări (senzorială, neuropsihică, etc)
Laborator	Manipulare a unor instrumente mici care permit poziția șezândă	1,5	Se vor avea în vedere și alte tipuri de solicitări (senzorială, neuropsihică, etc) sau expunerea la noxe
Ceasornicărie	Reparații/asamblare piese mici	1,5	
Ordine publică	Deplasare cu automobile sauscuter	1,3	Se vor avea în vedere și alte tipuri de solicitări și riscul profesional
Muncitor agricol	Acționare de dispozitive care permit poziția sedentară (ex.mașina de muls)	1,5	Se vor avea în vedere condițiile ambientale ale locului de muncă

Activități ușoare (1,6-2,9 METs)

*Pot implica pozitie ortostatica pe durate scurte și/sau deplasări posturale cu viteză mică.

Tip activitate	Descriere	METs	Observații
Brutărie, patiserie	Supraveghere dispozitive automate, sortare produse, ambalare	2,5	Se vor avea în vedere condițiile ambientale ale locului de muncă, expunerea la noxe
Legatorie cărți		2,3	Se vor avea în vedere condițiile ambientale ale locului de muncă, expunerea la noxe
Dirijarea traficului		2	Se vor avea în vedere și alte tipuri de solicitări și riscul profesional
Curățenie, îngrijire	Camerista, nursing (ex.aranjarea patului)	2	
Curățenie, îngrijire	Șters praf, aspirat suprafețe mici, curatenie grup sanitar	2,5	
Agricultură	Condușutilaje agricole, irigații, supraveghere animale,	2,5	Se vor avea în vedere condițiile ambientale ale locului de muncă, expunerea la noxe
Industrie	Supraveghere utilaje mari, manipularemacarale, întreținere echipamente	2,5	Se vor avea în vedere condițiile ambientale, expunerea la noxe, alte tipuri de solicitări și riscul profesional
Ordine publică		2,5	
Cizmarie		2,5	
Barman, vânzător		2,5	
Croitorie	Manual, utilizare mașina de cusut	2,5	
Deplasare posturală cu viteză mică		2,5	



Activități moderate (3-5,9 METs)

Tip activitate	Descriere	METs	Observații
Activități industriale	Sudură, strungarie, asamblare piese, reparații auto, stocare mărfuri ambalate pentru transport, strungărie	3	Poziție ortostaică, cu sau fără deplasare posturală*, ocazional ridicare și purtare de greutate (mici)
Deplasare cu purtare de greutate	Viteza de 3-4 km/ora, eventual cu purtare de greutate de până la 10-11 kg	3	Poate fi deplasare spre/ de la locul de muncă sau în timpul activității
Întreținerea locului de muncă	Așezarea în ordine a uneltelor, curățenie de rutină	3	
Îngrijire pacienți	Igiena personală	3	
Domeniul artistic	Actori de teatru, activități diverse în backstage	3	
Activități industriale	Dulgherie, instalații sanitare	3,5	
Îngrijire	Aspirator, șters praf, spalat podele (suprafețe mici), lustruit podea, alte activități menajere	3,5	
Activități industriale	Asamblare de piese în ritm rapid, ridicare de greutate (5- 10 kg)	3,5	În poziție ortostatică, dar <i>intermitent!</i>
Deplasare fără purtare de greutate	Viteza de 5-6 km/h	3,5	Poate fi deplasare spre/ de la locul de muncă sau în timpul activității
Lăcătușerie		3,5	
Brutarie	Activități diverse	4	
Zidărie de exterior sau interior, vopsit		4	Se vor avea în vedere condițiile ambientale, expunerea la noxe, alte tipuri de solicitări și riscul profesional
Agricultură	Hrănit, adăpat animale mici	4	
Muncă forestieră și de grădină	Plantat plante mici, plivit, etc.	4	
Activități industriale	Înfiletare – găurire	4	
Ridicare și purtare de greutate	Ritmice, continuu	4	
Agricultură	Hrănit, adăpat animale, cărat apă, livadă	4,5	Poziție ortostatică, cu sau fără deplasare posturală*, ocazional ridicare și purtare de greutate
Forestier	Taiat cu fierastrau electric	4,5	
Blănărie		4,5	Se vor avea în vedere condițiile ambientale, expunerea la noxe
Îngrijire pacienți	Maseur	4,5	
Forestier	Tăiat lemne, săpat	5	
Industria	Presă pentru găurire, industria metalurgică	5	
Deplasare cu purtare de greutate	Include ortostaticism prelungit, coborâtul scărilor, purtare de greutate de 10-20 kg	5	

Industrie	Industria metalurgică, turnare, forjare	5,5	
Agricultură	Treierat, vânturat cereale în silozuri	5,5	Se vor avea în vedere condițiile ambientale, expunerea la noxe
Construcții	Construcții exterioare, renovări	5,5	Se vor avea în vedere condițiile ambientale, expunerea la noxe, alte tipuri de solicitări și riscul profesional

Activități grele (> 6 METs)

Tip activitate	Descriere	METs	Observații
Șantier construcții, Construcții de drumuri	Conduc utilaje grele, îndepărtarea deșeurilor, ciocan pneumatic, freză de mare putere, turnare ciment	6	Se vor avea în vedere condițiile ambientale, expunerea la noxe, alte tipuri de solicitări și riscul profesional
Minerit	Activități generale	6	Se vor avea în vedere condițiile ambientale, expunerea la noxe, alte tipuri de solicitări și riscul profesional
Forestier	Plantare manuală	6	
Agricultură	Îngrijitor cai, vânturat cereale (> 5kg/min)	6	
Minerit	Foraj, contraforți	6,5	Se vor avea în vedere condițiile ambientale, expunerea la noxe, alte tipuri de solicitări și riscul profesional
Transport marfă	Conduc camion, încărcare - descărcare camion	6,5	
Deplasare cu sau fără purtare de greutate	Inclusiv coborârea scârilor, 25-30 kg.	6,5	
Minerit	Încărcare vagonete cu lopata	7	
Forestier	Fierastrău de mână	7	
Deplasat, carat mobilier	Mutat, împins obiecte grele 30-40 kg	7,5	
Munci necalificate	Cărat greutate mari, urcat scări cu greutate 10-20 kg	8	
Agricultura	Adunatul fânului, curățarea hambarelor, creșterea păsărilor	8	
Pompier	Deplasarea pompelor și furtunelor de apă pe sol	8	
Forestier	Doborârea copacilor, săpat	8	
Industria metalurgică	Forjare, laminare	8,5	
Săpat șanțuri		8,5	



Activități foarte grele (>9METs)

Tip activitate	Descriere	METs	Observații
Pompieri	Cățarat, salvat/ cărat persoane	11-12	Se vor avea în vedere condițiile ambientale, expunerea la noxe, alte tipuri de solicitări și riscul profesional
Forestier	Cărat bușteni	11	
Scufundători profesioniști		12	Se vor avea în vedere alte tipuri de solicitări și riscul profesional