Anexă

Criteriile şi normele de diagnostic clinic, diagnostic funcţional şi de evaluare a capacităţii de muncă pe baza cărora se face încadrarea în gradele I, II şi III de invaliditate

PREZENTARE GENERALĂ

Criteriile medicale sunt aplicate pentru determinarea deficienţelor funcţionale în vederea stabilirii gradului de invaliditate conform Legii nr. 360/2023 privind sistemul public de pensii, cu modificările ulterioare.

Criteriile medicale sunt aplicate pentru evaluarea deficienţelor funcţionale, de regulă, la adulţi cu vârste cuprinse între 18 şi 65 ani.

Prin excepţie, criteriile medicale pot fi de asemenea aplicate în evaluarea deficienţelor funcţionale la copiii cu vârstă peste 16 ani, dacă procesele bolii au avut un efect similar asupra adulţilor.

(1) Criteriile de evaluare a deficienţei funcţionale şi a incapacităţii adaptative, determinate de afectări variate ale funcţiilor şi structurilor organismului, constituie un sistem de referinţă standardizat, structurat într-un mod care să ofere medicilor experţi ai asigurărilor sociale o modalitate obiectivă şi reproductibilă de analiză a cazurilor.

(2) Ghidurile de diagnostic şi tratament pentru diferite afecţiuni aflate în circulaţie, tratatele de medicină sau diferitele publicaţii de profil, nu se pot substitui criteriilor medicale de evaluarea deficienţlor funcţionale de diferite cauze. Pe de altă parte, seturile de criterii de diagnostic clinic, diagnostic funcţional şi de evaluare a capacităţii de muncă au rolul de instrumente de lucru pentru medicii experţi ai asigurărilor sociale, prin urmare, nu pot fi folosite ca ghiduri pentru beneficiarii drepturilor de asigurări sociale şi 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 situaţiile care se pot ivi în practică. Oferă, însă, suficiente elemente pe baza cărora, integrând şi experienţa profesională proprie, medicii specializaţi în domeniul expertizei medicale a capacităţii de muncă, pot fi în măsură să elaboreze concluzii obiective, valide şi să evite interpretările stereotipe, rigide, generatoare de disparităţi şi erori.

(4) Ediţia actuală a Criteriilor de diagnostic clinic, diagnostic funcţional şi de evaluare a capacităţii de muncă a fost alcătuiă astfel încât să corespundă recomandărilor CIF (Clasificarea Internaţională a Funcţionării, Dizabilităţii şi Sănătăţii, OMS, 2007) de a fi utilizate în mod complementar ambele ramuri ale clasificărilor internaţionale OMS (respectiv CIM - Clasificarea Internaţională a Maladiilor - CIM 10 şi 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 şi metodologii de evaluare din alte ţări;
- (b) studierea extensivă şi integrarea noilor cunoştinţe şi a progresului în domeniul medical;
- (c) identificarea elementelor clinice şi funcţionale comune diferitelor stări de sănătate şi definirea acestora cu ajutorul metodelor de diagnostic standardizate, utilizate la nivel internaţional;
- (d) organizarea sistematică a datelor clinice şi funcţionale în conformitate cu conceptele

şi filosofia Clasificării Internaţionale a Funcţionării, Dizabilităţii şi Sănătăţii (CIF, OMS, 2007);

(e) integrarea experienţei acumulate în utilizarea criteriilor actuale pentru invaliditate;

(f) sincronizarea cu legislația curentă în domeniul pensiilor.

(6) ***Criteriile de evaluare clinică şi funcţională a afectărilor*** cuprinse în prezentul volum (respectiv, stabilirea deficienţei funcţionale) se bazează pe definiţii, scale şi metode de diagnostic standardizate, aplicate la nivel internaţional. Pentru evaluarea nivelului de funcţionare corespunzător fiecărei stări de sănătate descrise, sunt utilizate definițiile și clasificările CIF.

(7) ***Limbajul şi definiţiile*** au fost revizuite în conformitate cu recomandările CIF fără a se renunţa însă, la terminologia existentă în legislaţia curentă.

(8) ***Grupul de specialişti*** care a elaborat actualul set de criterii clinice şi funcţionale de evaluare a capacităţii de muncă a fost alcătuit din medici experţi ai asigurărilor sociale cu experienţă îndelungată în domeniu, cadre didactice universitare, medici specialişti şi primari neurologi, psihiatrii, oftalmologi, oto-rino-laringologie, medicină internă şi altele.

(9) ***Deficiența funcțională*** exprimă deterioarea funcțională temporară sau permanentă a unui segment, organ sau sistem al corpului ca urmare a unei boli sau a unui traumatism. Deficienţa 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 care 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 şi 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 obţinerea unui beneficiu de asigurări sociale.
Incapacitatea adaptativă se corelează cu deficiența funcțională şi gradul de invaliditate
Incapacitatea adaptativă este generată de deficiențe funcționale diverse.
În situaţia existenţei mai multor afecţiuni asociate, pentru a stabili diagnosticul capacităţii de muncă se va lua în considerare afecțiunea cu incapacitatea adaptativă determinată de deficienţa funcţională cea mai severă - afecțiunea principal invalidantă, așa încât efectul valorii însumate a multiplelor incapacități adaptative nu poate depăși valoarea incapacității adaptative determinată de afecțiunea principală, adică, incapacităţile adaptative nu se sumează.

(12) ***Capacitatea de muncă*** se defineşte prin posibilitatea desfăşurării unei activităţi organizate, prin care persoana îşi asigură întreţinerea sa şi a familiei. Capacitatea de muncă se exprimă ca ***un raport*** între posibilităţile biologice individuale, evaluate din punct de vedere medical, şi solicitarea profesională. Este determinată de abilităţile fizice şi intelectuale, determinate genetic, şi de nivelul de integrare socio-profesională, care ţine de pregătire şi de experienţă.

(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 noţiune medico-juridică care exprimă statutul particular al unei persoane asigurate în sistemul public de pensii şi este certificată prin decizia medicală asupra capacității de muncă. Invaliditatea este cuantificată în raport cu posibilitatea desfăşurării activităţilor legate de viaţa profesională şi/sau cotidiană, potrivit prevederilor art. 62 alin. (1) din Legea 360/2023, cu modificările ulterioare, astfel:

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 invalidiate (vezi Tabelul I).

Invaliditatea nerevizuibilă 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 revizuibilă este condiția invalidantă caracterizată prin diminuarea capacității de muncă determinată de deficiențe funcționale temporare - deficiențe al 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 invalidiate

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)***Condiţiile de sănătate*** reprezintă un termen generic care desemnează afecţiunile, tulburările, leziunile sau traumatismele. Sunt codificate cu ajutorul clasificării CIM-

(17)***Funcţionarea*** este un termen generic pentru funcţiile organismului, structurile corpului, activităţi şi participare. El denotă aspectele pozitive ale interacţiunii dintre individ (care are o problemă de sănătate) şi factorii contextuali în care se regăseşte (factori de mediu şi contextuali).

(18)***Limitările activităţii*** sunt dificultăţi pe care o persoană le poate întâmpina în executarea unor sarcini sau acţiuni legate de activitatea profesională.

(19)***Restricţiile 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 activiate/restricțiile de participare generate.***

Fără deficienţă funcţională
Fără limitarea activităţilor.
Pot fi efectuate activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.
Fără restricţii de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament şi de prevenire a unor posibile complicaţii sau recidive. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională uşoară
Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară: pot fi efectuate activităţi fizice cu consum energetic de până la 7 METs, activitate profesională posibilă, cu excepţia muncilor grele - foarte grele (Tabel 3).
Fără restricţii de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament şi de prevenire a unor posibile complicaţii sau recidive. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie
Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot fi efectuate activităţi fizice şi profesionale cu consum energetic <5 METs, vor fi evitate vârfurile de activitate pe parcursul cărora apar perioade scurte de creştere a consumului de oxigen (efort intens, rapid) (Tabel 3*).*
Fără restricţii sau restricţii uşoare de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată
Limitarea moderată/ severă a activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice cu consum energetic <3 METs, se pot desfăşura activităţi profesionale doar în condiţii speciale;
Restricţii moderate/ severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Pot fi necesare şi unele servicii de suport social.

Deficienţă funcţională gravă
Restricţii complete de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate.
Pot fi necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene, eventual de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

Tabel II. Relaţia deficienţă funcţională - limitarea activităţii/ restricţiile de participare

Deficienţă funcţională	Limitări de activitate	Restricţii de participare
Fără deficienţă funcţională	Fără limitarea activităţilor. Pot fi efectuate activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.	Fără restricţii de participare la viaţa socială. Necesită servicii de sănătate pentru tratament şi de investigare a unor posibile recidive. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.
Deficienţă funcţională uşoară	Fără limitare sau limitarea uşoară a activităţilor. Pot fi efectuate activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.	Fără restricţii de participare la viaţa socială. Necesită servicii de sănătate pentru tratament şi prevenirea unor posibile complicaţii şi recidive. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.
Deficienţă funcţională medie	Limitarea moderată a activităţilor fizice. Pot fi efectuate activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în unele aspectele ale muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă, dacă acestea presupun solicitări energetice cel mult medii şi dacă se desfăşoară în mediu fără noxe, şi în condiţii corespunzătoare de microclimat. În unele cazuri activitatea profesională se poate desfăşura doar în condiţii speciale*	Fără restricţii sau restricţii uşoare de participare la viaţa socială. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi recuperator. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.
Deficienţă funcţională accentuată	Limitarea moderată/ severă a activităţilor. Pot fi efectuate activităţi fizice uşoare/ sedentare. În unele cazuri activitatea profesională se poate desfăşura doar în condiţii speciale*	Restricţii moderate de participare la viaţa socială. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicatiilor,servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

******condiţii speciale*** *– condiţii ce presupun activităţi cu solicitări mici/ medii, condiţii de microclimat corespunzătoare, mecanisme funcţionale compensatorii ale restantului morfo-funcţional: proteze, orteze, dispozitive de autoservire, profesionalizare specială, adaptarea locului de muncă, mijloace de locomoţie 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 activităţii şi restricţiile de participare la viaţa socială nu sunt cuantificabile în cadrul unui sistem standardizat, nu conduc în sine la obţinerea unui beneficiu de asigurări sociale ci sunt elemente cu valoare orientativă privind stabilirea incapacităţii adaptative.*

Capitolul 1

FUNCŢIILE MINTALE

FUNCŢIILE MINTALE

La elaborarea criteriilor medicale de diagnostic clinic şi funcţional pentru evaluarea funcţiilor mintale s-au avut în vedere: ***Manualul de diagnostic şi clasificare statistică a tulburărilor mintale, Ediţia a 5-a (DSM-5), Clasificarea Internaţională a Maladiilor (CIM 10- CM) şi Clasificarea Internaţională a Funcţionării, Dizabilităţii şi Sănătăţii (CIF-CT).***

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

Elemente clinice şi funcţionale care definesc funcţiile mintale

Examen psihiatric,
Examen neurologic,
Examen psihologic
Scale de evaluare psiholgică specifice fiecărui tip de tulburare mintală
Analize de laborator
Explorări funcţionale: EEG
Examinări imagistice: RMN, CT
Inventarul de evaluare a dizabilităţii (WHODAS 2.0).
Anchetă socială

Relaţia deficienţă funcţională-incapacitate adaptativă-capacitate de muncă şi gradul de invaliditate corespunzător

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

Relaţia deficienţă funcţională - limitarea activităţii/ restricţiile de participare generate:

Deficienţa funcţională	Limitare activitate	Restricţii de participare
Fără deficienţă	Fără dificultate în realizarea activităţilor.	Fără restricţii de participare la viaţa socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ.
Deficienţă funcţională uşoară	Este în stare să îndeplinească singur sarcini obişnuite ale vieţii cotidiene Activitate profesionala posibila, cu evitarea celor care necesita atenție și concentrare sporită.	Fără restricţii de participare la viaţa socială; Necesită sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă adaptat deficienţelor psihice. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi recuperator. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă
Deficienţă funcţională medie	Limitare moderată a activităţii prin afectarea interacțiunii sociale, prin deficite de adaptare și/sau intelectuale. Sarcinile de autogospodărire sunt îndeplinite la parametrii optimi.	Fără restricţii de participare la viaţa socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără suprasolicitări psihice.
Deficienţă funcţională 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.	Restricţii de participare la viaţa socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung. Necesită sprijin familial şi comunitar, în funcţie de caz şi situaţie, pentru efectuarea unor activitati cotidiene şi de autoservire.
Deficienţă funcţională gravă	Limitarea completă a activităţilor prin deficite majore de adaptare și /sau intelectuale; are nevoie permanent de ajutor pentru autoservire	Restricţii complete de participare la viaţa socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene şi de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

1. TULBURĂRILE DE NEURODEZVOLTARE

Tulburările de neurodezvoltare reprezintă un grup de afecţiuni cu debut în perioada de dezvoltare, care se manifestă devreme în cursul vieţii, deseori înainte de intrarea la şcoală şi se caracterizează prin deficite de dezvoltare care produc afectări funcţionale în sfera personală, socială, şcolară sau profesională. Tulburările de neurodezvoltare apar de obicei în comorbiditate una cu alta.

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

Dizabilitatea intelectuală se caracterizează prin deficite privind abilităţile mintale generale, cum ar fi raţionamentul, rezolvarea problemelor, planificarea, gândirea abstractă, judecata, învăţarea în mediu şcolar şi învăţarea din experienţă**,** deficite care determină afectări ale funcţiei de adaptare într-unul sau mai multe aspecte ale vieţii cotidiene.

Elemente clinice

Criterii de diagnostic

Dizabilitatea intelectuală sau tulburarea de dezvoltare intelectuală este o tulburare cu debut în perioada de dezvoltare, care include deficite ale funcţionării intelectuale şi adaptative în domeniile: conceptual, social şi practic. Trebuie sa întrunească următoarele trei criterii:

A. Deficite ale funcţiilor intelectuale, precum: raţionamentul, rezolvarea problemelor, planificarea, gândirea abstractă, judecata, învăţarea în mediul şcolar şi învăţarea din experienţă confirmate atât prin evaluări clinice cât şi prin teste de inteligenţă standardizate, individualizate.

B. Deficite ale functionării adaptative care duc la eşec în atingerea standardelor de dezvoltare şi socio-culturale privind independenţa personală şi responsabilitatea socială. Fără susţinere continuă, deficitele de adaptare limitează funcţionarea într-una sau mai multe activităţi cotidiene, cum ar fi comunicarea, participarea socială şi viaţa independentă, în diverse medii, de exemplu acasă, la locul de muncă şi în comunitate.

C. Debutul deficienţelor intelectuale şi adaptative are loc în perioada de dezvoltare.

Elemente funcţionale

Aprecierea deficientei funcţionale are la bază testarea standardizată a funcţiei intelectuale (QI) şi nivelul de afectare a funcţiei adaptative, asocierea comorbidităţilor (ex. ADHD, tulburarea depresivă şi tulburarea bipolară, tulburările anxioase, tulburarea cu mişcări stereotipe, tulburări de control al impulsurilor şi tulburarea neurocognitivă majoră, prezenţa tulburărilor de comportament cu agresivitate.

Nivelurile de severitate ale funcţiei adaptative sunt: **uşor, moderat, grav şi profund**. Funcţionarea adaptativă implică raţionament adaptativ în trei domenii: conceptual, social şi practic.

Severitate uşoară

În domeniul conceptual - sunt afectate gândirea abstractă, funcţia executivă spre exemplui planificarea, punerea la punct a unei strategii, stabilirea priorităţilor şi flexibilitatetea congnitivă şi memoria pe termen scurt, precum şi utilizarea practică a aptitudinilor dobândite, cum ar fi cititul, administrarea banilor. Aceşti indivizi au o abordare mai degrabă concretă a problemelor şi soluţiilor comparativ cu indivizii de aceeaşi varstă.

În domeniul social - comunicarea, conversaţia şi limbajul sunt mai concrete sau mai

imature decât cele anticipate pentru vârsta respectivă. Pot fi prezente dificultăţi în ceea ce priveşte controlul emoţiilor şi al comportamentului de o manieră adecvată vârstei; aceste dificultăţi sunt observate de colegi în situaţii sociale. Există o înțelegere limitată a riscului în situaţii 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 susţinerea de obicei pentru activităţi precum efectuarea cumpărăturilor, transportul, organizarea locuinţei şi îngrijirii copilului, prepararea mesei, serviciile bancare şi managementul banilor. Abilităţile recreaţionale sunt similare cu cele ale persoanelor de vârstă apropiată, deşi judecata privind semnificaţia binelui şi organizarea activităţilor recreative necesită susţinere. Adesea, adulţii sunt angajaţi cu succes în meserii care nu pun accentul pe abilităţile conceptuale. În general, indivizii necesită susţinere pentru a lua decizii legate de sănătate şi decizii legale şi pentru a învăţa să practice în mod competent o activitate bazată pe abilităţi. De regulă, este necesară susţinerea pentru întemeierea unei familii.

Severitate moderată

În domeniul conceptual -la adulţi, dezvoltarea abilităţilor academice se află la un nivel elementar, aceştia având nevoie de susţinere pentru folosirea lor în viaţa profesională şi în cea personală. Indivizii au nevoie de asistenţă continuă, zilnică, pentru finalizarea sarcinilor conceptual uzuale, iar în unele cazuri alte persoane preiau în întregime aceste reponsabilităţi ale individului.

În domeniul social - capacitatea de a dezvolta relaţii este evidentă în legatură cu familia şi prietenii, iar individul poate avea relaţii de prietenie de-a lungul vieţii şi uneori relaţii afective la vârsta adultă. Totuşi, indivizii pot să nu perceapă sau să nu interpreteze corect aluziile sociale. Judecata socială şi capacitatea de a lua decizii sunt limitate, iar îngrijitorii trebuie să asiste aceste persoane în deciziile de viaţă. Prieteniile cu colegii normal dezvoltaţi sunt deseori afectate de limitările sociale sau de comunicare. La locul de muncă este necesară o susţinere socială sau de comunicare substanţială.

În domeniul practic - individul adult se poate îngriji de nevoile personale ce includ alimentarea, îmbracarea, mersul la toaletă şi menţinerea igienei personale, deşi este nevoie de timp şi de o perioadă extinsă de învaţare pentru ca individul să devină independent în aceste domenii, iar uneori pot fi necesare readucerile amintite. De asemenea, participarea la treburile casnice poate fi dobandită până la vârsta adultă, deşi este nevoie de o perioadă îndelungată de învaţare, iar susţinerea continuă va fi necesară pentru atingerea performanţelor specifice unui adult. Indivizii pot ocupa locuri de muncă în meserii care necesită abilităţi conceptuale şi comunicaţionale limitate, dar este necesară o susţinere considerabilă din partea colegilor de muncă şi a supervizorilor pentru ca individul să îndeplinească aşteptările sociale, complexităţile slujbei şi responsabilităţile auxiliare precum planificarea, transportul, asigurarea de sănătate şi managementul financiar. Individul poate dezvolta unele abilităţi recreaţionale, care necesită susţinere şi oportunităţi de învaţare pe o perioadă îndelungată de timp. Comportamentul inadaptat este prezent într-un procent mic de cazuri şi cauzează probleme sociale.

Severitate gravă

În domeniul conceptual – obţinerea abilităţilor conceptuale este limitată. În general individul are o inţelegere redusă a limbajului scris sau a conceptelor ce implică numerele, cantitatea, timpul şi banii. Ingrijitorii trebuie să le asigure susţinere extinsă pentru rezolvarea problemelor de-a lungul întregii vieţi.

În domeniul social – limbajul vorbit este destul de limitat în termeni de vocabular şi de gramatică. Vorbirea poate fi formată din cuvinte şi fraze izolate şi poate fi îmbunătăţită prin antrenament. Vorbirea şi comunicarea sunt axate pe acţiunile curente din evenimentele zilnice (acum şi aici). Limbajul este folosit pentru comunicarea socială, mai mult decât pentru explicaţii. Indivizii înţeleg vorbirea simplă şi comunicarea prin

gesturi. Relaţiile cu membrii familiei şi cu alte persoane familiare sunt o sursă de ajutor.

În domeniul practic - individul necesită susţinere pentru toate activităţile cotidiene, pentru a se alimenta, a se îmbrăca, a se spăla şi pentru a folosi toaleta. Individul necesită supraveghere continuă. El nu poate lua decizii responsabile privind binele propriu şi a altor persoane. La vârsta adultă, îndeplinirea unor sarcini acasă, în activităţile de recreere şi la locul de muncă necesită susţinere şi asistenţă continuă. Dobândirea de abilităţi în toate domeniile necesită învăţare şi susţinere 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 abilităţile conceptuale implică mai degrabă lumea fizică deât procesele simbolice. Individul poate folosi obiecte în scopul care le este destinat pentru, muncă şi recreere. Pot fi dobândite anumite abilităţi spaţio-vizuale, cum ar fi potrivirea şi sortarea pe baza carateristicilor fizice. Totuşi, tulburările motorii şi senzitive concomitente pot împiedica folosirea obiectelor.

În domeniul practic - individul are o înţelegere foarte redusă a comunicării simbolice în vorbire sau în gestică. Poate înțelege unele instrucţiuni sau gesturi simple. Individul îşi exprimă dorinţele şi emoţiile mai ales prin comunicare nonverbală, nonsimbolică. Individul se bucură de relaţii cu persoane bine cunoscute- membrii ai familiei, îngrijitori şi alte persoane familiare- şi iniţiază sau răspunde la interacţiunile sociale prin manifestări de gestică şi emoţionale. Tulburările senzoriale şi fizice concomitente pot împiedica activităţile sociale.

În domeniul practic - individul este dependent de alţii în toate aspectele zilnice privind îngrijirea fizică, sănătatea şi siguranţa, deşi poate fi în stare să participe la unele dintre aceste activităţi. Indivizii fără afectare fizică severă pot ajuta la unele sarcini casnice cotidiene, cum ar fi să aducă vesela la masă. Acţiunile simple cu obiecte pot fi baza participării la unele activităţi vocaţionale, în prezenţa unei susţineri continue şi importante. Activităţile recreative pot implica, de exemplu, plăcerea de a asculta muzică, de a urmări filme, de a ieşi la plimbare sau de a participa la activităţi acvatice, totul cu susţinerea celorlalţi. Afectările fizice şi senzoriale concomitente sunt bariere frecvente pentru participarea (dincolo de a privi) la activităţile casnice, recreaţionale şi vocaţionale. Comportamentul inadaptat este prezent la un procent mic dar semnificativ de cazuri

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Tulburarea de dezvoltare intelectuală uşoară cu afectare uşoară a funcţiilor de adaptare şi întelectuală (QI=50-69).

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

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

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

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

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

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

2. TULBURĂRILE DIN SPECTRUL SCHIZOFRENIEI ŞI ALTE TULBURĂRI PSIHOTICE

Acestea sunt definite prin anomalii în unul sau mai multe din următoarele cinci domenii: ideaţie delirantă, halucinaţii, gândire dezorganizată (discurs), comportament motor profund dezorganizat sau anormal (inclusiv catatonic) şi simptome negative.

Elementele esenţiale care definesc tulburările psihotice

Ideaţia delirantă - constă în convingeri fixe care nu pot fi schimbate prin dovezi argumentate. Conţinutul lor poate cuprinde diverse teme: idei delirante de persecuţie, de referinţă, de grandoare, erotomane, nihiliste, somatice. Ideile delirante sunt considerate bizare dacă sunt în mod evident neplauzibile. Ideile delirante care exprimă pierderea controlului asupra gândurilor şi corpului sunt în general considerate bizare, cum ar fi furtul gândurilor, inserţia gândurilor sau idei delirante de control.

Halucinaţiile - sunt experienţe de tip perceptiv care apar în absenţa unui stimul extern. Au un character foarte viu şi clar, având forţa şi impactul percepţiilor normale şi 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 asociaţiilor, tangenţialitate, incoerenţă sau ,,salata de cuvinte''.

Comportamentul motor intens dezorganizat sau anormal, inclusiv catatonia - se poate manifesta în diverse moduri. Comportamentul catatonic constă într-o scădere importantă a reactivităţii la mediu şi se poate manifesta prin: negativism, mutism şi stupor, agitaţie catatonică, mişcări repetitive stereotipe, fixarea privirii, grimase faciale, mutismul şi ecoul vorbirii.

Simptomele negative - mai evidente în schizofrenie decât în alte tulburări psihotice: diminuarea expresivităţii emoţionale şi avoliţia. Alte simptome negative: alogia, anhedonia şi lipsa de sociabilitate.

2.1. SCHIZOFRENIA (Cod CIM-10 F20)

Elemente clinice

Simptomele caracteristice schizofreniei sunt reprezentate de o serie de disfuncţii cognitive, comportamentale şi emoţionale.

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 puţin, dacă tratamentul este eficient. Cel puţin unul din ele trebuie să fie (1), (2) sau (3):

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

B. O perioadă semnificativă de timp de la debutul tulburării, nivelul de funcţionare în unul sau mai multe domenii importante cum ar fi: profesional, relaţii interpersonale sau este mult sub nivelul atins înainte de debut sau atunci când debutul se situează în copilărie sau adolescenţă, nu se atinge nivelul aşteptat al funcţionării interpersonale, şcolare sau profesionale .

C. Semnele perturbării se menţin continuu timp de cel puţin 6 luni şi trebuie să cuprindă

cel puţin o lună de simptome care îndeplinesc criteriul A.

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

E. Tulburarea nu poate fi atribuită efectelor unei substanţe sau afecţiuni medicale.

F. Dacă există un istoric de tulburare din spectrul autismului sau de tulburare de comunicare cu debut în copilărie diagnosticul adiţional de schizofrenie se stabileşte doar dacă alături de celelalte simptome de schizofrenie sunt prezente idei delirante şi halucinaţii semnificative pentru o perioadă de cel puţin o lună sau mai puţin dacă tratamentul a fost eficient.

Forme clinice:

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

Elemente funcţionale

Schizofrenia este o boală cu evoluţie cronică şi se asociază cu disfuncţie socială şi profesională semnificativă clinic. Evaluarea funcţională se face în funcţie de severitatea simptomelor psihotice, a evoluţiei şi prognosticului bolii, a răspunsului la tratament, examinării psihologice (BPRS, SAPS, SANS, PANSS), prezenţa comorbidităţilor (tulburări legate de consumul de substanţe, tulburări anxioase, tulburarea de panică, tulburarea obsesiv compulsivă, afecţiuni medicale asociate), a suportului psiho-social.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Episod unic în remisiune completă, cu evoluţie favorabilă cu afectare minimă a funcţionării.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Episod unic în remisiune parţială.

Evoluţie cronică cu simptome reziduale, interepisodice cu afectare moderată a funcţionării.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Episoade multiple cu recăderi şi remisiuni parţiale interepisodice. Forma continuă.

Prezenţa comorbidităţilor (alte tulburări mintale, consumul de substanţe, afectiunilor medicale asociate), tulburări induse de tratament (diabet zaharat, dislipidemie, parkinsonism).

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Evoluţie cronică cu afectare severă şi deteriorare funcţională progresivă, cu destructurarea personalităţii, cu potenţial antisocial, lipsa aderenţei la tratament, lipsa suportului psihosocial.

2.2. TULBURAREA SCHIZOAFECTIVĂ (Cod CIM-10 F25)

Este o tulburare în care episodul afectiv şi simptomele de fază activă ale schizofreniei se manifestă împreună şi sunt precedate sau urmate de cel puţin 2 săptămâni de idei delirante

sau halucinaţii, în absenţa 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 halucinaţii prezente timp de cel puţin 2 săptămâni în absenţa unui episod afectiv major, oricand pe parcursul bolii, pe toată durata vieţii.

C. Simptomele care îndeplinesc criteriile pentru un episod afectiv major sunt prezente cea mai mare parte a perioadei cât durează fazele activă şi reziduală ale bolii.

D. Tulburarea nu poate fi atribuită efectelor unei substanţe sau afecţiuni medicale.

Forme clinice

1. Tipul bipolar

2. Tipul depresiv

Elemente funcţionale

Tulburarea schizoafectivă se asociază cu disfuncţii sociale şi profesionale. Aprecierea capacităţii funcţionale se va stabili în funcţie de tipul tulburării, severitatea simptomelor, evoluţie, răspunsul la tratament, prezenţa comorbidităţilor, a examinării psihologice (PANSS, HAM-D,scala Montgomery-Asberg (MADRS), Inventarul pentru depresie Beck - evaluări în dinamică), anchetei sociale

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Episod unic în remisiune completă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Episod unic în remisiune parţială. Stadiul interaccesual, complianţă terapeutică/ răspuns terapeutic bun.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Episoade multiple cu recăderi şi remisiuni parţiale interepisodice, prezenţa comorbidităţilor (alte tulburări mintale, în special cu tulburări ale consumului de substanţe, tulburări anxioase, alte afecţiuni medicale).

Forma de boală continuă cu destructurare a personalităţii, noncomplianţă/rezistenţă terapeutică, cu disfuncţie severă socială şi profesională.

2.3. TULBURAREA DELIRANTĂ (Cod CIM-10 F22)

Elemente clinice

Criterii de diagnostic DSM V

A. Prezenţa uneia (sau mai multor) idei delirante cu durată de cel puţin o lună.

B. Criteriul A pentru schizofrenie nu a fost îndeplinit niciodată.

C. În afară de impactul ideii (ideilor) delirante, sau al consecinţelor ei funcţionarea nu este afectată major iar comportamentul nu este, în mod clar, bizar sau neobişnuit,

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 afecţiuni medicale şi nu poate fi explicată mai bine de o altă tulburare mintală, cum ar fi tulburarea dismorfică

corporală sau tulburarea obsesiv complusivă.

Forme clinice

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

Elemente funcţionale

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

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Episod unic în remisiune completă**, s**indrom delirant discret şi circumscris la o anumită temă, fără impact social deosebit, nelegat de activitatea profesională .

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Episod unic în remisiune parţială, sindrom delirant care scade capacitatea de inserţie socio- profesională.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Episoade multiple cu recăderi şi remisiuni parţiale interepisodice.

Forma de boală cu evoluţie cronică, rezistentă la tratament, grad mare de deteriorare performanţială, cu comportament auto-, heteroagresiv, litigios şi conflictual.

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

Este o tulburare psihotică cu durată limitată la 1-6 luni şi 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 puţin dacă tratamentul este eficient. Cel puţin unul din ele trebuie să fie (1),(2) sau (3):

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

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

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

D. Tulburarea nu poate fi atribuită efectelor unei substanţe sau afecţiuni medicale.

<u>Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%</u>

Episod unic în remisiune completă.

3. TULBURAREA BIPOLARĂ ŞI TULBURĂRILE ÎNRUDITE

Tulburările bipolare şi tulburările înrudite cuprind: tulburarea bipolară I, tulburarea bipolară II, tulburarea ciclotimică, tulburarea bipolară şi tulburările înrudite induse de substanţe sau medicamente, tulburarea bipolară şi tulburările înrudite secundare unei afecţiuni medicale.

3.1 TULBURAREA BIPOLARĂ I (Cod CIM-10 F31)

Pentru stabilirea diagnosticului de tulburare bipolară I este necesară prezenţa a cel puţin unui episod maniacal pe parcursul vieţii.

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 puţin un episod maniacal

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

3.1.1. EPISODUL MANIACAL

Criterii de diagnostic DSM V

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

B. Pe durata alterării dispoziţiei şi creşterii energiei sau activităţii, trei sau mai multe din următoarele simptome, ori patru dacă dispoziţia este doar iritabilă, sunt prezente la un nivel semnificativ şi reprezintă o modificare importantă faţă de comportamentul obişnuit:

1. Respect de sine exagerat sau sentiment de grandoare.

2. Scăderea nevoii de somn.

3. Mai vorbareţ 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 alţii.

6. Creşterea activităţii direcţionate către un obiectiv sau agitaţia psihomotorie.

7. Implicare excesivă în activităţi cu potenţial ridicat de a conduce la consecinţe neplăcute cum ar fi angajarea în distracţii foarte costisitoare, comportament sexual necuviincios sau investiţii nechibzuite în afaceri.

C. Alterarea dispoziţei este suficient de severă pentru a provoca deteriorare semnificativă în funcţionarea socială sau profesională sau pentru a necesita spitalizare, cu scopul de a împiedica individul să-şi provoace auto-vătamare sau vătamarea altora, sau sunt prezente

elemente psihotice.

D. Acest episod nu poate fi atribuit efectelor fiziologice ale unei substanţe sau ale unei afecţiuni medicale.

3.1.2. EPISODUL HIPOMANIACAL

Criterii de diagnostic DSM V

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

B. Pe durata alterării dispoziţiei şi a creşterii energiei sau activităţii trei (sau mai multe) din următoarele simptome (patru dacă dispoziţia este iritabilă) au persistat, reprezintă o modificare importantă faţă de comportamentul obişnuit şi 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 vorbăreţ 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 alţii.

6. Creşterea activităţii direcţionate către un obiectiv sau agitaţia psihomotorie;

7. Implicare excesivă în activităţi cu potenţial ridicat de a conduce la consecinţe neplăcute (ex. angajarea în distracţii foarte costisitoare, comportament sexual necuviincios sau investiţii nechibzuite în afaceri).

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

D. Alterarea dispoziţiei şi modificarea funcţionării sunt observate de anturaj.

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

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

3.1.3. EPISODUL DEPRESIV MAJOR

Criterii de diagnostic DSM V

A. Cinci (sau mai multe) din următoarele simptome au fost prezente pe parcursul aceleiaşi perioade de două săptămâni şi reprezintă o modificare faţă de nivelul de funcţionare anterior; cel puţin unul din simptome este fie (1) dispoziţie depresivă, fie (2) pierderea interesului şi plăcerii:

1. Dispoziţie 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 activităţile, cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic.
3. Scăderea semnificativă în greutate, fără a urma o dietă sau creşterea în greutate (ex. modificarea cu peste 5% a greutăţii corporale în decurs de o lună), ori scăderea sau creşterea apetitului aproape zilnic.

4. Insomnie sau hipersomnie aproape zilnic.
5. Agitaţie sau lentoare psihomotorie, aproape zilnic (observată de alţii);
6. Astenie sau pierderea energiei aproape zilnic.
7. Sentimente de inutilitate sau vinovăţie 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), ideaţie suicidară 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 şi în alte arii importante de funcţionare.

D. Episodul nu poate fi atribuit efectelor fiziologice ale unei substanţe sau ale unei afecţiuni 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 dispoziţia
Cu elemente psihotice incongruente cu dispoziţia
Cu catatonie
Cu debut peripartum
Cu tipar sezonier
În remisiune parţială
În remisiune completă

Aprecierea **severităţii** are la bază numărul de simptome enunţate în criterii, severitatea acestora şi gradul de deficit funcţional:

Uşoară: Sunt prezente puţine sau nu sunt deloc prezente simptome în exces faţă de cele necesare pentru a îndeplini criteriile de diagnostic, intensitatea simptomelor este neplăcută sau controlabilă iar simptomele determină un deficit minor al funcţionării sociale şi profesionale.

Moderată: Numărul simptomelor, intensitatea lor şi/sau deficitul funcţional se află între cele menţionate la ,,uşoară,, şi ,,severă,,.

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

Elemente funcţionale

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

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

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Tulburarea bipolara I cel mai recent episod maniacal uşor, mediu, sever în remisiune completă răspuns bun terapeutic, disfuncţionalităţi minore socio-profesionale.
Tulburare bipolară I cel mai recent episod depresiv major uşor, mediu, sever cu remisiune

interepisodică completă, răspuns bun terapeutic, disfuncţionalităţi minore socio-profesionale.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Se va ţine seama de numărul (2-4), severitatea (mediu, sever) episoadelor afective, cu viraj dispoziţional, cu remisiune parţială interepisodică.

Tulburarea bipolară I, cel mai recent episod maniacal sever în remisiune parţială, cel puţin 2 episoade afective severe în antecedente, cu remisiune parţială interepisodică, asociate cu comorbidităţi psihiatrice şi/sau medicale, afectează activitatea socio-profesională.

Tulburarea bipolară I cel mai recent episod depresiv sever în remisiune parţială, cel puţin 2 episoade afective severe în antecedente, cu remisiune parţială interepisodică, asociate cu comorbidităţi psihiatrice şi/sau medicale, afectează activitatea socio-profesională.

Deficienţă funcţională 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 rezistenţă terapeutică şi recuperare interepisodică parţială. 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 şi criteriile pentru un episod actual sau anterior depresiv major.

Criterii de diagnostic

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

Specificanţi-episodul actual sau cel mai recent:

- Hipomaniacal
- Depresiv

Cu disconfort anxios

Cu elemente mixte

Cu ciclicitate rapidă

Cu elemente psihotice congruente cu dispoziţia

Cu elemente psihotice incongruente cu dispoziţia

Cu catatonie

Cu debut peripartum

Evoluţia

- în remisiune parţială
- în remisiune completă

Severitatea:

- Uşoară

- Moderată
- Severă

Elemente funcţionale

Aprecierea deficienţei se va face ţinând seama de severitatea şi numărul (2) episoadelor afective, evoluţia, tipul de remisiune şi răspunsul la tratament.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Tulburarea bipolară II cel mai recent episod hipomaniacal.

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

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Se va ţine seama de numărul(2-4) şi severitatea episoadelor afective anterioare.

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

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

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

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

Tulburarea ciclotimică debutează de obicei în adolescenţă sau în perioada de adult tânar, insidios cu evoluţie 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 puţin 2 ani au existat numeroase perioade caracterizate prin simptome hipomaniacale care nu îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru un episod hipomaniacal, şi 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 şi depresive au fost prezente cel puţin 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 şi alte tulburări psihotice.

E. Simptomele nu pot fi atribuite efectelor fiziologice ale unei substanţe sau altei afecţiuni medicale.

F. Simptomele provoacă disconfort semnificativ clinic sau deficit în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcţionare.

Elemente funcţionale

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

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Episoadele depresive nu perturbă activitatea, nu se asociază cu consum de substanţe psihoactive. Pot exista dificultăţi în condiţii noi de activitate profesională.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Numărul episoadelor depresive (>4) induc deteriorarea funcţionării socio-profesionale sau se asociază cu consum cronic de substanţe psihoactive sau tulburări de deficit de atenţie/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. Apariţia episodului depresiv major nu poate fi mai bine explicată de o tulburare schizoafectivă, schizofrenie, tulburare schizofreniformă, tulburarea delirantă sau de alte tulburări specificate şi nespecificate din spectrul schizofreniei şi alte tulburări psihotice.

E. Nu a existat niciun episod maniacal sau hipomaniacal.

Elemente funcţionale

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

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

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

Tulburarea depresivă majoră recurentă episodul cel mai recent uşor/mediu în remisiune completă, cu răspuns terapeutic bun. Se va ţine seama de severitatea şi numărul episoadelor anterioare, cel puţin 2 episoade.

Simptomele determină o deteriorare minoră în funcţionarea socială şi profesională.

Deficenţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

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

Tulburarea depresivă majoră recurentă cel mai recent episod sever fără elemente psihotice/cu pattern sezonier în remisiune parţială. Se va ţine seama de numărul episoadelor (3), complianţa terapeutică, recuperarea interepisodică, comorbidităţile somatice şi psihiatrice.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

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

Simptomele afectează semnificativ funcţionarea socială şi 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 şi a tulburării distimice. Tulburarea depresivă persistentă are adesea debut precoce şi insidios şi evoluţie cronică.

Elemente clinice

Criterii de diagnostic DSM V

A. Dispoziţie depresivă prezentă cea mai mare parte a zilei, timp de mai multe zile da decât nu,fie confirmată prin relatare personală, fie observată de alte persoane, cu durata de cel puţin 2 ani.

B. Prezenţa 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 dificultăţi în a luarea deciziilor.
6. Sentimente de lipsă a speranţei.

C. În cursul perioadei de 2 ani, simptomele de la Criteriile A şi B nu au fost absente mai mult de 2 luni consecutiv.

D. Criteriile pentru tulburarea depresivă majoăa pot fi prezente continuu timp de 2 ani.

E. Nu a existat niciodată un episod maniacal sau hipomaniacal 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 şi altor tulburări psihotice

G Simptomele nu pot fi atribuite efectelor fiziologice ale unei substanţe sau altei afecţiuni medicale.

H. Simptomele determină suferinţă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcţionare.

Specificatori

Cu disconfort anxios

Cu elemente mixte

Cu elemente melancolice

Cu elemente atipice

Cu elemente psihotice congruente cu dispoziţia

Cu elemente psihotice incongruente cu dispoziţia

Cu debut peripartum

Cu debut precoce

Cu debut tardiv

Evoluţia

- în remisiune parţială
- 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:

- Uşoară
- Moderată
- Severă

Elemente funcţionale

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Distimie cu disconfort anxios/ cu elemente atipice.

Simptomele determina doar o deteriorare minimă în funcţionarea socială şi profesională.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Tulburarea depresiva persistentă in remisiune partiala, prezenţa comorbidităţilor somatice şi psihice, prezenţa factorilor de stres sever, fără suport psiho-social.

5. TULBURĂRI ANXIOASE

Tulburările anxioase se exprimă clinic prin simptome emoţionale dominate de anxietate, echivalenţe anxioase somatice şi psihice, comportamente de evitare şi compulsive. Manifestările psihice cuprind componenta anxioasă (teama fără motiv), dar şi o componentă cognitivă importantă (scăderea capacităţii de concentrare, tulburarea memoriei de scurtă durată, hiperprosexie voluntară selectivă). Manifestările somatice cele mai frecvente sunt: ameţeli, transpiraţii, diaree, hiperreflexie, palpitaţii, nelinişte psihomotorie, hipertensiune, sincope, tahicardie, parestezii la nivelulul extremităţilor, 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 apariţia 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. Palpitaţii, bătăi puternice ale inimii sau accelerarea frecvenţei cardiace.
2. Transpiraţii.
3. Tremor sau frisoane.
4. Senzaţie de respiraţie dificilă (dispnee) sau de sufocare.
5. Senzaţie de asfixie.
6. Dureri sau disconfort precordial.
7. Greaţă sau disconfort abdominal.
8. Senzaţie de ameţeală, instabilitate, cap gol sau lipotimie.

9. Senzaţie de frig sau de căldură.
10. Parestezii (senzaţii de amorţeală sau furnicături).
11. Derealizare (sentimentul irealităţii) sau depersonalizare (detaşarea de sine).
12. Frica de a pierde controlul sau de a „înnebuni’’.
13. Frica de moarte.

B. Cel puţin unul din atacurile de panică a fost urmat, timp de cel puţin o lună, de una sau ambele din următoarele:

1. Preocupare sau îngrijorare persistentă privind apariţia unui nou atac de panică sau a consecinţelor acestuia, cum ar fi pierderea controlului, apariţia unui infarct, posibilitatea de a „înnebuni’’.
2. O schimbare semnificativ dezadaptativă a comportamentului provocată de atac, cum ar fi un comportament menit să evite producerea atacurilor de panică, cum ar fi evitarea efortului fizic sau a situaţiilor necunoscute.

C. Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanţe sau unei afecţiuni 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 disproporţionate faţă de pericolul actual pe care îl reprezintă.

A. Frică sau anxietate marcate privind două sau mai multe din următoarele cinci situaţii:

1. Utilizarea transportului public (ex. automobile, autobuze, vapoare, avioane).
2. Prezenţa în spaţii deschise (ex. parcări, pieţe, poduri).
3. Prezenţa în spaţii închise (magazine, teatre, cinematografe).
4. Statul la rând sau în mulţime.
5. Ieşirea singur în afara casei.

B. Individul se teme sau evită aceste situaţii deoarece se gândeşte 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. Situaţiile agorafobice provoacă aproape întotdeauna frică sau anxietate.

D. Situaţiile agorafobice sunt evitate active, necesită prezenţa unei companii sau sunt suportate cu frică sau anxietate intense.

E. Frica sau anxietatea sunt disproporţionate faţă de pericolul actual pe care îl presupune situaţia agorafobică şi contextul socio-cultural.

F. Frica, anxietatea sau evitarea sunt persistente şi în mod tipic durează cel puţin 6 luni.

G. Frica, anxietatea sau evitarea cauzează disconfort sau deficit semnificative clinic în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcţionare.

H. Chiar dacă este prezentă o altă afecţiune 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 şi îngrijorare (anticipare anxioasă) excesive, prezente majoritatea zilelor, timp de cel puţin 6 luni, cu privire la unele evenimente sau activităţi (ex. performanţele la serviciu).

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

C. Anxietatea şi îngrijorarea se asociază cu trei sau mai multe din următoarele şase simptome, dintre care cel puţin câteva simptome au fost prezente majoritatea zilelor, în ultimele 6 luni:

1. Nelinişte sau senzaţia de nerăbdare sa de a fi la limită.
2. Oboseşte uşor.
3. Dificultăţi de concentrare sau senzaţie de golire a minţii.
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 funcţionare.

E. Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanţe sau altei afecţiuni medicale.

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

Elemente funcţionale

Evaluarea capacităţii funcţionale în tulburările anxioase se face în funcţie de severitatea şi durata simptomelor, răspunsul la tratament şi prezenţa comorbidităţilor.

Deficienţă funcţională uşoară, 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.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Tulburarea de panică cu agorafobie asociată cu un grad ridicat de disfuncţii sociale, profesionale şi prin limitarea semnificativă a deplasării neînsotit, evitarea mijloacelor de transport, utilizarea frecventă a serviciilor de sănătate. Cu răspuns terapeutic parţial.

Deficienţă funcţională 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 substanţe psihoactive.

Atacurile de panică se asociază cu o severitate mare a simptomelor, cu comorbidităţi, prezintă comportament suicidar şi cu răspuns slab terapeutic. Nu părăseşte locuinţa neînsoţit, incapabil să-şi desfăşoare activitatea profesională cu reducerea semnificativă a calităţii vieţii.

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

Elemente clinice

Criterii de diagnostic DSM V

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

1. Gânduri, impulsuri sau imagini recurente şi persistente care sunt resimţite la un moment dat în timpul perturbării ca fiind intruzive şi nedorite şi 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 acţiune (ex. prin realizarea unei compulsii)

Compulsiile sunt definite prin:

1. Comportamente repetitive (ex. spălatul mâinilor, ordonare, verificare) sau acţiuni 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 situaţie ce provoacă teamă; totuşi 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 funcţionare

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

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

Specificanţi

Cu conştientizare bună sau parţială

Cu conştientizare redusă

Cu conştientizare absentă/convingeri delirante

Elemente funcţionale

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

Investigaţii paraclinice.

Anchetă socială.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Predomină obsesiile în tabloul clinic, permiţând desfăşurarea activităţii profesionale şi a celei cotidiene, răspuns bun terapeutic.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Tulburarea determină deteriorarea moderată a funcţionării prin scăderea marcată a capacităţii de concentrare a atenţiei şi finalizării sarcinilor din cauza severităţii manifestărilor obsesiv- compulsive. Conştientizare redusă a tulburărilor.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Întreaga activitate se desfăşoară conform compulsiilor, cu conştientizare absentă/convingeri delirante ale tulburărilor. Comorbiditatea cu tulburarea depresivă majoră creşte 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 situaţie concretă sau la ameninţarea cu moartea, vătămarea severă sau

violenţa sexuală, într-unul sau mai multe din următoarele:

1. Individul trăieşte 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 ţin de evenimentul traumatic (ex. echipe de descarcerare).

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

B. Prezenţa 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 şi intrusive ale evenimentului traumatic.
2. Visuri neplăcute recurente în care conţinutul şi/sau efectul visului au legătură cu evenimentul (ele) traumatic(e).
3. Reacţii disociative (ex. retrăiri) în care individul simte sau acţionează ca şi 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. Reacţii fiziologice semnificative la stimuli interni sau externi care simbolizează sau seamănă cu un aspect din evenimentul traumatic.

C. Evitarea persistentă a stimulilor asociaţi cu evenimentul traumatic, cu debut după ce evenimentul traumatic a avut loc, evidenţiată 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, conversaţii, activităţi, obiecte, situaţii) care ar declanşa amintiri, gânduri sau sentimente dureroase despre evenimentul traumatic sau care sunt strâns legate de acesta.

D. Alterări ale cogniţiei şi dispoziţiei asociate cu evenimentul traumatic, cu debut sau agravare după ce evenimentul traumatic a avut loc, evidenţiate prin două (sau mai multe) din următoarele:

1. Incapacitatea de a-şi aminti un aspect important al evenimentului traumatic (în mod caracteristic din cauza amneziei disociative şi nu a altor factori precum traumatismul cranian, alcoolul sau drogurile).
2. Convingeri şi aşteptări negative persistente şi exagerate despre sine, despre alţii şi despre lume.
3. Interpretări persistente, distorsionate despre cauza sau consecinţele evenimentului traumatic, care îl fac pe individ să se învinovăţească pe sine sau pe alţii.
4. Stare emoţională negativă persistentă (frică, groază, furie, sentiment de vinovăţie sau ruşine).
5. Scădere marcată a interesului pentru sau participării la activităţi importante.
6. Sentimente de detaşare sau înstrăinare de alţii.
7. Incapacitate persistentă de a resimţi emoţii pozitive.

E. Afectări semnificative ale excitabilităţii şi reactivităţii asociate cu evenimentul traumatic, cu debut sau agravare după ce evenimentul traumatic a avut loc, evidenţiate 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 direcţionată către oameni sau obiecte.

2. Comportament nechibzuit sau autodistructiv.
3. Hipervigilenţă
4. Răspuns exagerat la tresărire.
5. Probleme de concentrare.
6. Tulburări ale somnului (ex. dificultăţi 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 funcţionare.

H. Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice induse de o substanţă sau altei afecţiuni medicale.

Tipul:

Cu simptome disociative:

1. Depersonalizare
2. Derealizare

Cu expresie întârziată.

Elemente funcţionale

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

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

Deficienta funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Formele de boală cu evoluţie bună şi recuperare după 3-6 luni.

Deficienta funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Formele cu evoluţie de peste 6 luni, cu recurenţa şi exacerbarea simptomelor.

8. TULBURĂRILE DISOCIATIVE (Cod CIM-10 F44)

Tulburările disociative se caracterizează printr-o fragmentare şi/sau discontinuitate în integrarea normală a conştiinţei (reflectarea psihică a realităţii obiective), memoriei, identităţii, emoţiilor, percepţiei, reprezentării corporale, a controlului motor şi a comportamentului.

8.1. Tulburarea disociativă de identitate

Criterii de diagnostic DSM V

A. Fragmentarea identităţii, 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 identităţii implică discontinuitatea marcată a conştiinţei de sine şi de acţiune, însoţită de perturbări asociate ale afectului, comportamentului, conştiinţei, memoriei, percepţiei cogniţiei şi/sau ale funcţionării senzitivo-motorii. Aceste semne şi simptome pot fi observate de ceilalţi sau pot fi declarate de către pacient.

B. Lacune recurente în rememorarea evenimentelor cotidiene, a informaţiilor personale

importante şi/sau a evenimentelor traumatice care nu se încadrează în uitarea obişnuită.
C. Simptomele cauzează disconfort semnificativ clinic sau disfuncţie în domeniul social, profesional şi în alte arii importante de funcţionare.
D. Tulburarea nu face parte dintr-o practică religioasă sau culturală larg acceptată.
E. Simptomele nu pot fi atribuite efectelor fiziologice ale unei substanţe sau unei alte afecţiuni medicale.

8.2. Amnezia disociativă

Criterii de diagnostic DSM V

A. Incapacitatea, de obicei de natură traumatică sau stresantă, de a rememora informaţii 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 şi istoricul vieţii.
B. Simptomele provoacă disconfort semnificativ clinic sau disfuncţie în domeniul social, profesional şi în alte arii de importante de funcţionare.
C. Tulburarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanţe sau unei alte afecţiuni medicale sau unei afecţiuni 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 uşoară.

8.3. Tulburarea de depersonalizare/derealizare

Criterii de diagnostic DSM V

A. Prezenţa unor episoade persistente sau recurente de depersonalizare/derealizare sau ambele:
   1. **Depersonalizare:** Sentimentul de irealitate, detaşare sau de a fi observatorul exterior al propriilor gânduri, sentimente, senzaţii, corp sau acţiuni (ex. alterări ale percepţiei, sentimentul distorsiunii timpului, sentimentul irealităţii sau absenţei sinelui, indiferenţă emoţională şi/sau frică).
   2. **Derealizare**: Sentimentul de irealitate sau detaşare de mediul înconjurător (persoanele sau obiectele sunt percepute ca ireale, ca într-un vis, neclare, lipsite de viaţă sau distorsionate).
B. Pe parcursul experienţelor de depersonalizare sau derealizare, conştientizarea realităţii rămâne intactă.
C. Simptomele cauzează disconfort semnificativ clinic sau disfuncţie în domeniul social, profesional şi în alte arii de importante de funcţionare .
D. Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanţe sau unei alte afecţiuni 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 intensităţii tulburărilor psihice, duratei şi evoluţiei tulburării, examinării psihologice, paraclinice, EEG şi neuroimagistice (CT), precum şi a anchetei sociale.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Formele clinice cu afectare minimă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

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

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

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

9. TULBURAREA CU SIMPTOME SOMATICE ŞI 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 activităţii cotidiene.
B. Gânduri, sentimente sau comportamente excesive legate de simptomele somatice sau preocupări privind starea de sănătate, manifestate prin cel puţin una din următoarele:
   1. Gânduri disproporţionate şi persistente privind gravitatea simptomelor.
   2. Nivel crescut de anxietate în legătură cu sănătatea sau simptomele.
   3. Alocarea exagerată de timp şi energie acestor simptome sau preocupări privind starea de sănătate.
C. Deşi 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 funcţiei motorii sau senzoriale voluntare.
B. Semnele clinice oferă dovada incompatibilităţii dintre simptom şi afecţiunile neurologice sau medicale cunoscute.
C. Simptomul sau deficitul nu este mai bine explicat de altă afecţiune medicală sau psihică.
D. Simptomul sau deficitul provoacă disconfort sau disfuncţie semnificative clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcţionare, 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 faţă de ceilalţi ca fiind bolnav, cu dizabilităţi sau accidentat.
C. Comportamentul de falsificare a realităţii este evident chiar şi în absenţa unui câştig evident sau a unei motivaţii exterioare.
D. Comportamentul nu este explicat mai bine de altă tulburare psihică, precum tulburarea delirantă sau altă tulburare psihotică.

Elemente funcţionale

Evaluarea în cazul tulburărilor cu simptome somatic se face prin aprecierea clinică a

intensităţii tulburărilor psihice şi a prognosticului bolii, a examinării psihologice, investigaţiilor paraclinice, EEG şi neuroimagistice (CT), precum şi a anchetei sociale.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Nu interferă cu activitatea profesională .

Deficienţă funcţională 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 SUBSTANŢE ŞI DEPENDENŢE

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

Tulburările legate de consumul de substanţe sunt împărţite în două grupe: tulburări ale consumului de substanţe şi tulburări induse de substanţe.

10.1. Tulburările consumului de substanţe

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

Diagnosticul de tulburare a consumului de substanţe se bazează pe un tipar patologic de comportamente legate de consumul substanţei.

Grupuri de criterii: controlul deficitar, disfuncţia socială, consumul periculos şi criteriul farmacologic.

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

- Individul consumă substanţa în cantitate mai mare sau pe o perioadă mai lungă decât şi-a propus iniţial;
- Individul îşi exprimă dorinţa fermă de a opri consumul sau de a-l controla şi 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 şi consuma substanţa şi pentru a se recupera după efectele acesteia;
- În cazurile cu tulburări mai severe practic toate activităţile zilnice ale individului gravitează în jurul substanţei. Nevoia intensă (craving) se caracteriează prin dorinţa nestăpânită sau nevoia urgentă de a consuma substanţa.

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

- Consumul recurent al substanţei poate conduce la incapacitatea de a-şi îndeplini obligaţiile de serviciu şi acasă;
- Individul continuă se consume substanţa în ciuda problemelor persistente sau repetate apărute în viaţa socială sau în relaţiile interpersonale, cauzate sau amplificate de efectele substanţei;
- Activităţile sociale, profesionale sau recreative importante pot fi abandonate sau limitate din cauza consumului substanţei.

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

- Se poate manifesta sub forma consumului repetat al substanţei în situaţii în care

acest lucru implică un risc fizic;
- Individul continuă să consume substanţa deşi stie că are o problemă persistentă sau recurentă, fizică sau psihologică, provocată sau exacerbată cu mare probabilitate de acea substanţă.

Criteriul farmacologic (Criteriile 10-11)

- **Toleranţa** (criteriul 10) este indicată de nevoia de a creşte marcat doza de substanţă pentru a obţine efectul dorit, sau de reducere substanţială a efectului dacă se consumă doza obişnuită.
- **Sevrajul** (criteriul 11) este un sindrom care apare atunci când concentraţia sanguină sau tisulară a unei substanţe scade la un individ care a menţinut un nivel ridicat şi prelungit de consum al substanţei. Simptomele de sevraj variază semnificativ în funcţie de clasa de substanţe. Semnele fiziologice ale sevrajului, marcate şi în general uşor de cuantificat sunt similare pentru alcool, opioide şi substanţe sedative, hipnotice şi anxiolitice. Semnele şi simptomele sevrajului la substanţe stimulante (amfetamine şi cocaină) precum şi la tutun şi cannabis sunt deseori prezente dar pot fi mai puţin evidente. Pentru a stabili diagnosticul de tulburare a consumui de substanţe nu sunt obligatorii nici toleranţa nici sevrajul. Pentru majoritatea claselor de substanţe un istoric de sevraj se asociază cu o evoluţie clinică mai severă.

10.2. Tulburări mintale induse de substanţe

Tulburările mintale induse de substanţe sunt sindroame ale sistemului nervos central potenţial severe, de obicei temporare dar uneori persistente care se dezvoltă în contextul abuzului de droguri, medicamente sau alte substanţe toxice. Pot fi cauzate de cele 10 clase de substanţe care produc tulburările consumului de substanţe dar şi 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 indeplinite ambele condiţii care urmează:
1. Tulburarea s-a dezvoltat pe parcursul sau în interval de o lună de la intoxicaţia sau sevrajul la o anumită substanţă sau de la administrarea unui medicament; şi
2. Substanţa 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 de o substanţă sau un medicament). Dovezile privind o prezenţa unei tulburări mintale independente cuprind următoarele:
    1. Tulburarea a precedat debutul intoxicaţiei sau sevrajului sever, sau administrarea unui medicament;
    2. Tulburarea mintală respectivă a persistat, la un nivel simptomatic, o perioadă suficient de lungă (ex. cel puţin o lună) după dispariţia sevrajului acut sau a intoxicaţiei severe sau după oprirea administrării medicamentului. Acest criteriu nu se aplică tulburărilor neurocognitive induse de substanţe şi tulburării de percepţie persistente indusă de consumul de halucinogene care continuă şi după încetarea intoxicaţiei acute şi 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 funcţionare.

Profilul simptomatic al tulburărilor mintale induse de substanţe sau medicamente se

aseamănă cu cel al tulburărilor mintale independente de substanţe (ex. idei delirante, halucinaţii, psihoze, episoade depressive majore, sindroame anxioase). Cu toate că simptomele pot fi identice şi cu aceleaşi consecinţe severe , majoritatea tulburărilor mintale induse de substanţe sau medicamente se ameliorează după câteva zile sau săptămâni de abstinenţă.

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

10.3.1 Tulburarea consumului de alcool

Criterii de diagnostic DSM V

A. Un tipar de consum problematic de alcool care conduce la suferinţă sau disfuncţie semnificativă clinic, manifestat prin cel puţin două din următoarele caracteristici şi apărut în decursul unei perioade de 12 luni:

- Alcoolul este deseori consumat în cantităţi mai mari sau pentru o perioadă mai lungă de timp decât se intenţiona.
- Individul doreşte 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 activităţi necesare procurării, consumului sau recuperării după efectele alcoolului.
- Impuls irezistibil (craving), sau dorinţă intensă/nestăpânită, sau nevoie urgentă de a consuma alcool.
- Consumul recurent de alcool conduce la incapacitatea de a-şi îndeplini obligaţiile la locul de muncă, la şcoală sau acasă.
- Consumul de alcool este continuat în ciuda problemelor persistente sau repetate apărute în viaţa socială sau relaţiile interpersonale, cauzate sau exacerbate de efectele alcoolului.
- Activităţile importante sociale, profesionale sau recreative sunt abandonate sau reduse din cauza consumului de alcool.
- Consum repetat de alcool în situaţii de risc de vătămare fizică (ex. conducerea automobilului).
- Consumul de alcool este continuat deşi individul recunoaşte că are o problemă persistentă sau repetată, fizică sau psihologică, cauzată sau amplificată de alcool.
- Toleranţă, definită de oricare din următoarele elemente:
  a. Nevoia de a creşte cantitatea de alcool consumată pentru a obţine aceleaşi efecte sau efectul subiectiv al intoxicaţiei.
  b. Scăderea progresivă a efectului la consumul constant al aceleiaşi cantităţi de alcool.
- Sevraj, manifestat prin oricare din următoarele elemente:
  a. Sindrom caracteristic de sevraj la alcool.
  b. Individul consumă alcool (sau o substanţă cu efect similar, cum ar fi benzodiazepinele pentru a reduce sau evita simptomele de sevraj.

Sevrajul la alcool – criterii de diagnostic

A. Întreruperea (sau reducerea) consumului de alcool, după un consum în cantităţi mari, abuziv şi de lungă durată.

B. Prezenţa a două (sau mai multe) din următoarele simptome, care apar în câteva ore sau zile de la încetarea (sau reducerea) consumului de alcool descries la Criteriul A:

1. Hiperactivitate vegetativă (ex. Transpiraţii, puls peste 100 bpm).
2. Tremor al mâinilor.
3. Insomnie.
4. Greaţă sau vărsături.
5. Halucinaţii sau iluzii vizuale, tactile sau auditive, cu caracter tranzitor.
6. Agitaţie psihomotorie.
7. Anxietate.

8. Convulsii generalizate tonico-clonice.

C. Semnele şi simptomele de la Criteriul B cauzează suferinţă semnificativă clinic sau disfuncţie în domeniul social, professional sau în alte arii importante de funcţionare.

D. Semnele şi simptomele nu pot fi atribuite altei afecţiuni medicale şi nu pot fi mai bine explicate de o altă tulburare psihică , inclusiv intoxicaţia sau sevrajul la alte substanţe.

E. Elemente funcţionale

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

Specificatori :

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

Elemente funcţionale

Tulburările mintale şi de comportament datorită utilizării substanţelor psihoactive: Sindromul amnezic

Tulburarea psihotică reziduală şi cu debut tardiv

Tulburarea organică de personalitate

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome uşoare şi moderate, în remisiune prelungită, în mediu controlat şi în terapie de menţinere, fără a interfera cu activitatea social-profesională.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome moderate, istoric de 2-3 sindroame de sevraj. Accentuarea tulburărilor de atenţie şi memorie, comportament inadecvat, interferă cu activitatea socio-profesională.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Apariţia elementelor de deteriorare, nelinişte, imposibilitate de autocontrol şi autocenzură, apariţia complicaţiilor (afecţiuni somatice invalidante) şi intoxicaţii acute recurente.

11.TULBURĂRI MINTALE ORGANICE

11.1 . TULBURARILE NEUROCOGNITIVE

Sindroamele TNC majoră şi TNC uşoară şi subtipurile lor etiologice.

DEMENŢA (Cod CIM-10 F00-F03)

a fost inclusă în Tulburarea neurocognitiva majoră

Criterii de diagnostic DSM V

A Dovezi privind declinul cognitiv semnificativ al individului faţă de nivelul anterior de funcţionare, în unul sau mai multe domenii cognitive (atenţia complexă, funcţia executivă, învăţarea şi memoria, limbajul, funcţia perceptivo-motorie sau cogniţia socială) bazate pe :

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

B. Deficitele cognitive afectează independenţa în funcţionarea zilnică (ex. are nevoie cel puţin de asistenţă în desfăşurarea activităţilor complexe indispensabile ale vieţii cum ar fi în plata facturilor sau administrarea medicaţiei).

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
- Degenerescenţa fronto-temporală
- Boala cu corpi Lewy
- Boala vasculară
- Traumatismul cranio-cerebral
- Consumul de substanţe sau medicamente
- Infecţia HIV
- Boala prionică
- Boala Parkinson
- Boala Huntington
- Alte afecţiuni medicale
- Etiologii multiple
- Nespecificată A se specifica

Fără tulburări ale comportamentului Cu tulburări ale comportamentului

Elemente funcţionale

Examen psihiatric (aprecierea clinică a intensităţii tulburărilor cognitive- atenţia, memoria, orientarea, întelegerea, gândirea, calculul, capacitatea de a învăţa, limbajul, judecata- cât şi a tulburărilor non-cognitive- depresie, anxietate, delirium, idei delirante, halucinaţii, tulburări de comportament).

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

Investigaţii paraclinice (condiţii medicale generale).

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

Inventigaţii neuroimagistice (CT/RMN cerebral evidenţiază atrofie cerebrală predominanţa la nivelul hipocampului şi al lobului temporal cât şi mărirea ventriculilor laterali).

Anchetă socială.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Tulburarea cognitivă uşoară-declin cognitiv uşor faţă de nivelul anterior de funcţionare, fără afectarea independenţei în activităţile zilnice, fără tulburări ale comportamentului.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Stadiul uşor-deteriorarea functiei cognitive (scăderea capacităţii de concentrare a atenţiei, de învăţare a unor informaţii noi, tulburări mnezice de fixare şi evocare, elemente anomice, ritm şi flux ideo-verbal uşor încetinit, latenţă în răspunsuri, capacitatea de judecată şi raţionament uşor scăzute, constientizare.

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

Scăderea performanţelor intelectuale în plan profesional şi a activităţilor zilnice cu afectarea funcţionalităţii.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Stadiul moderat - continuarea declinului cognitiv (accentuarea tulburărilor de memorie-scăderea abilităţii de a acumula noi informaţii (se reţin doar ocazional şi pentru scurt timp) cu posibilitatea de a-şi mai reaminti informaţiile mai vechi şi cele foarte familiale, bradipsihie, bradilalie, scăderea capacităţii de orientare vizuo-spatială, temporo-spaţială, rătăcire, episoade confuzionale, deteriorarea capacităţii de judecată şi raţionament.

Manifestări non-cognitive (depresie, labilitate emoţională, apatie, agitaţie, agresivitate, modificarea personalităţii, simptome psihotice).

Scăderea semnificativă a performanţelor cognitive manifestate prin afectarea funcţionalităţii în realizarea activităţilor zilnice, pierderea lucrurilor, dificultăţi în îmbrăcare, gătit, scris, citit, restrângerea comportamentului social.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Stadiul grav – afectarea majoră a funcţiei cognitive (grad sever de pierdere a memoriei – incapacitatea de a reţine noi informaţii, iar cele vechi rămân numai fragmente de informaţii învăţate anterior, nu mai recunoaşte rudele apropiate, anomie, dezorientare temporo-spaţială, auto- şi allopsihică, episoade confuzionale frecvente).

Manifestări non-cognitive (agitaţie, agresivitate, simptome psihotice, inversarea ritmului nictemeral).

Pierderea capacităţii de a efectua activităţi zilnice uzuale (îmbrăcare, alimentare, igiena) şi în consecinţă a posibilităţii de şi autoservire.

Simptome neurologice (mers imposibil, incontinenţa urinară).

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

Se va ţine seama şi de evaluarea funcţională a condiţiei medicale etiologice.

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

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

Tulburarea generală de personalitate

Criterii de diagnostic DSM V

A. Un tipar de trăiri interioare şi comportament care deviază marcat de la normele culturale ale mediului în care trăieşte individul. Acest tipar se manifestă în două (sau mai multe) din următoarele domenii:

- Cogniţie (ex. modul în care e perceput şi interpretat sinele, alte persoane şi evenimentele).
- Afectivitate (ex. amploarea, intensitatea, labilitatea şi caracterul adecvat răspunsului emoţional).
- Funcţionarea interpersonală.
- Controlul impulsurilor.

B. Acest tipar persistent este rigid şi generalizat la un număr mare de situaţii personale şi sociale.

C. Acest tipar persistent cauzează disconfort semnificativ clinic sau disfuncţie în domeniul social, profesional sau în alte arii importante de funcţionare.

D. Tiparul este stabil şi de lungă durată, iar debutul are loc în adolescenţă sau la începutul perioadei adulte.

E. Acest tipar persistent nu poate fi mai bine explicat ca fiind manifestarea sau consecinţa unei alte tulburări mintale.

F. Acest tipar persistent nu poate fi atribuit efectelor fiziologice ale unei substanţe sau altei afecţiuni medicale.

12.1 TULBURĂRILE DE PERSONALITATE DIN GRUPUL A

12.1.1. Tulburarea de personalitate paranoidă

Criterii de diagnostic DSM V

A. Suspiciunea şi neîncrederea generalizată faţă de alţii, ale căror gesturi/motive le interpretează ca fiind răuvoitoare, care debutează la vârsta de adult tânăr, se manifestă în diverse situaţii şi îndeplineşte patru sau mai multe din următoarele criterii:

- Îi suspectează pe ceilalţi, fără a avea suficiente argumente, că îl exploatează, nedreptăţesc sau înşeală.
- Are dubii cu privire la loialitatea sau încrederea pe care o pot acorda prietenilor sau asociaţilor.
- Evită să facă destăinuiri altora de teama nejustificată că aceştia ar putea folosi informaţiile împotriva lor.

- Interpretează remarcile inocente ale altora ca fiind jigniri mascate, iar evenimentele inofensive ca fiind ameninţări ascunse.
- Este ranchiunos şi poartă pică (nu uită şi nu iartă jignirile, nedreptăţile sau tachinările).
- Esta gata să reacţioneze cu mânie sau să contra atace ceea ce crede că sunt atacuri la persoana sau reputaţia sa deşi alte persoane nu le percep ca fiind atacuri.
- Au suspiciuni repetate în absenţa unui indiciu real cu privire la fidelitatea soţului/soţiei sau a partenerului sexual.

B. Aceste manifestări nu apar exclusiv în cadrul schizofreniei, tulburării bipolare sau depresive cu simptome psihotice sau altei tulburări psihotice şi nu pot fi atribuite efectelor fiziologice ale unei alte afecţiuni medicale.

12.1.2. Tulburarea de personalitate schizoidă

Criterii de diagnostic DSM V

A. Un tipar pervaziv caracterizat prin lipsa de interes faţă de relaţiile sociale şi un registru restrâns de exprimare a emoţiilor în relaţiile interpersonale, care debutează la vârsta de adult tânăr, se manifestă în diverse situaţii şi îndeplineşte patru sau mai multe din următoarele criterii:

- Nu îşi doreşte şi nici nu îi fac placere relaţiile apropiate, nici măcar să facă parte dintr-o familie.
- Aproape întotdeauna alege activităţile solitare.
- Are un interes redus sau nu este interesat deloc de experienţe sexuale cu alte persoane.
- Există un număr restrâns de activităţi pe care le agreează sau niciuna.
- Nu are alţi prieteni apropiaţi sau confidenţi cu excepţia rudelor de gradul întâi.
- Este indiferent la lauda sau la critica altora.
- Apare ca o persoană rece, distanţată emoţional, indiferentă şi 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 şi nu pot fi atribuite efectelor fiziologice ale unei alte afecţiuni medicale.

12.1.3. Tulburarea de personalitate schizotipală

Criterii de diagnostic DSM V

A. Un tipar pervaziv caracterizat prin relaţii sociale şi interpersonale deficitare, marcate de disconfort acut şi capacitate redusă de a dezvolta relaţii apropiate, precum şi prin distorsiuni cognitive şi perceptive şi comportament excentric, care debutează la vârsta de adult tânăr, se manifestă în diverse situaţii şi îndeplineşte cinci (sau mai multe) din următoarele criterii:

- Idei de referinţă, (exclusiv idei delirante de referinţă).
- Credinţe bizare sau gândire magică ce influenţează comportamentul şi sunt în dezacord cu normele culturale.
- Experienţe perceptive neobişnuite, inclusiv iluzii corporale.
- Gândire şi limbaj bizare

- Caracter suspicios sau ideaţie paranoidă.
- Sentimente inadecvate sau limitate.
- Comportament sau aspect exterior bizar, excentric sau ciudat.
- Lipsa prietenilor apropiţi şi a confidenţilor, cu excepţia rudelor de gradul întâi.
- Anxietate socială excesivă care nu se reduce prin acomodarea la mediu şi are tendinţa de a se asocia mai curand cu temeri paranoide decât cu aprecieri negative despre sine.

B. Aceste manifestări nu apar excusiv 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 şi încălcarea drepturilor celorlalţi, apărut în jurul vârstei de 15 ani şi care îndeplineşte trei (sau mai multe) din următoarele criterii:

- Incapacitatea de a se conforma normelor sociale şi comportament în afara limitelor legii, caracterizat prin comiterea repetată a unor fapte care au fost motiv de arestare.
- Înşelătorie, 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 acţiune.
- Iritabilitate şi agresivitate, manifestate prin conflicte violente şi repetate.
- Nepăsare faţă de siguranţa personală sau a celorlalţi fără a se gândi la consecinţe.
- Iresponsabilitate constantă manifestată prin eşec repetat de a avea un loc de muncă stabil sau de a-şi onora obligaţiile financiare.
- Lipsa de remuşcări manifestat prin indiferenţa individului faţă de prejudiciile aduse altora şi prin explicarea detaşată a motivelor pentru care a agresat, maltratat sau escrocat alte persoane.

B. Individul are cel puţin 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 relaţiile interpersonale, a imaginii de sine şi afectivităţii, precum şi prin impulsivitate accentuată, care debutează la vârsta de adult tânăr, se manifestă în diverse situaţii şi îndeplineşte cinci sau mai multe din următoarele criterii:

1. Eforturi susţinute pentru a evita un abandon real sau imaginar.
2. Un tipar de relaţii interpersonale instabile şi intense, caracterizat prin alternarea între extremele de idealizare şi devalorizare.
3. Tulburări de identitate: insatabilitatea imaginii de sine sau a sentimentului de sine.
4. Impulsivitate, manifestată în cel puţin două situaţii potenţial autodistructive (ex cheltuieli excesive, relaţii sexuale periculoase, abuz de substanţe, condus imprudent, alimentaţie compulsivă).
5. Comportament suicidar recurent, gesturi sau ameninţări cu suicidul, sau comportament automutilant.
6. Instabilitate afectivă produsă de reactivitatea dispoziţiei (ex disforie episodică intensă, iritabilitate sau anxietate, care durează de obicei câteva ore şi rareori mai mult de câteva zile).
7. Sentimentul cronic de vid interior.
8. Mânie nemotivtă şi intensă sau dificultatea de a o controla (ex. crize frecvete de furie, stare permanentă de iritabilitate, episoade de violenţă fizică).
9. Ideaţie 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 emoţiilor şi căutarea captării atenţiei celor din jur, care debutează la vârsta de adult tânăr, se manifestă în diverse situaţii şi îndeplineşte cinci (sau mai multe) din următoarele criterii:

1. Se simte incomod în situaţiile în care nu se află în centrul atenţiei.
2. Interacţiunea individului cu alte persoane este adesea nepotrivită din cauza comportamentului inadecvat, cu tentă sexuală sau provocatoare.
3. Afişează o trecere rapidă de la o emoţie la alta şi exprimă emoţii superficiale.
4. Individul se foloseşte în mod regulat de aspectul său fizic pentru a atrage atenţia asupra sa.
5. Are un stil de exprimare verbal prin care urmăreşte să impresioneze audienţa, dar care este superficial şi lipsit de detalii.
6. Exprimarea emoţiilor este exgerată, teatrală şi dramatică.
7. Individul este sugestibil (poate fi foarte uşor influenţat de alte persoane sau de circumstanţe).
8. Apreciază greşit relaţiile sale cu cei din jur şi consideră că aceste relaţii 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 admiraţie şi lipsă de empatie faţă de ceilalţi, care debutează la vârsta de adult tânăr, se manifestă în diverse situaţii şi îndeplineşte cinci (sau mai multe) din următoarele criterii:

1. Are unsentiment exagerat al importanţei de sine (ex îşi exagerează realizările şi talentele, se aşteaptă să fie recunoscut ca superior fără a avea realizări pe măsură.
2. Este preocupat de fantezii de succese nelimitate, putere, strălucire, frumuseţe sau dragoste ideală.
3. Crede că este ,,special,, şi unic, că poate fi înţeles numai de persoane special sau cu statut înalt şi că poate fi afiliat numai cu persoane sau instituţii importante.
4. Are nevoie constant de admiraţie excesivă.
5. Are sentimentul că este îndreptăţit să obţină anumite favoruri (ex. are aşteptări nejustificate să fie tratat într-un mod special, sau ca ceilalţi să se conformeze

automat regulilor sale).
6. Are tendinţa de a profita de relaţiile interpersonale (ex. exploatează alte persoane pentru bine personal şi pentru a obţine avantaje).
7. Este lipsit de empatie: este incapabil să recunoască sau să identifice sentimentele şi nevoile celorlalţi.
8. Adesea îi invidiază pe ceilaţi 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 inhibiţie socială, sentimentul de a fi inadecvat şi sensibilitate exagerată la aprecierile negative, care debutează la vârsta de adult tânăr, se manifestă în diverse situaţii şi îndeplineşte patru (sau mai multe) din următoarele criterii:

1. Evită activităţile profesionale care presupun contacte interpersonale semnificative din cauza fricii de a fi criticat, dezaprobat sau respins.
2. Nu este dispus să se implice în relaţii cu alte persoane decât dacă este sigur că este simpatizat.
3. Este rezervat în relaţiile apropiate din cauza fricii de a se face de ruşine, 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 situaţii interpersonale noi, deoarece are sentimente de inadecvare.
6. Se consideră inapt din punct de vedere social, lipsit de atractivitate, sau inferior altora.
7. Nu doreşte să îşi asume riscuri sau să se angajeze în activităţi noi de teamă că îl pot pune într-o situaţie 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 şi dependenţă şi la frica de separare de persoana de care depinde, şi care debutează la vârsta de adult tânăr, se manifestă în diverse situaţii, şi îndeplineşte cinci (sau mai multe) din următoarele criterii:

1. Are dificultăţi majore în luarea deciziilor în probleme cotidiene dacă nu primeşte numeroase sfaturi şi încurajări din partea celorlalţi.
2. Are nevoie ca alţii să îşi asume răspunderea pentru majoritatea aspectelor importante ale vieţii sale.
3. Are dificultăţi în a-şi exprima dezacordul faţă de ceilalţi de teamă să nu piardă sprijinul şi aprobarea acestora.
4. Are dificultăţi în a demara proiecte proprii în mod independent, sau în a-şi planifica activităţi proprii (din cauza lipsei de încredere în capacitatea de judecată şi abilităţile proprii, nu din cauza lipsei de motivaţie sau energie).
5. Face eforturi excesive pentru a obţine sprijin şi ocrotire din partea celorlalţi, mergând chiar până în punctul în care se oferă voluntar pentru activităţi neplăcute.
6. Se simte incomod sau neajutorat când este singur, din cauza fricii exagerate că este incapabil să aibă grijă de el insuşi.
7. Imediat ce a incheiat o relaţie apropiată, caută să stabilească alta care să îi asigure sprijin şi protecţie.
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, perfecţionism şi pentru a deţine controlul mental şi în relaţiile interpersonale în detrimentul flexibilităţii, receptivităţii şi eficienţei, care debutează la vârsta de adult tânăr, se manifestă în diverse situaţii şi îndeplineşte patru (sau mai multe) din următoarele criterii:

1. Preocupare pentru detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau programe în asemenea măsură încât scopul principal al activităţii se pierde.
2. Grija excesivă pentru perfecţiune 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 şi productivităţii, ceea ce nu lasă timp pentru prietenii şi activităţi relaxante (orele lungi de muncă nu pot fi explicate de nevoi financiare).
4. Scrupulozitate, rigiditate morală excesivă şi inflexibilitate în materie de etică şi 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 aceştia nu acceptă să facă lucrurile după regulile sale.
7. Adoptă un stil de a cheltui foarte restrictiv, atât faţă de sine cât şi faţă de alţii; consideră că banii trebuie economisiţi pentru eventuale catastrofe.
8. Sunt rigizi şi încăpăţânaţi.

Elemente funcţionale

<u>Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%</u>

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

<u>Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%</u>

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

<u>Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%</u>

Decompensări frecvente (mai mult de 3 pe an), de intensitate psihotică, eficienţă terapeutică slabă, asociere de consum de substanţe psihoactive, cu elemente deteriorative; dificultăţi majore de relaţionare socio-profesională, conflictualitate marcată, eşecuri repetate de integrare socio- profesională.

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

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

Criterii de diagnostic

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

- Capacitate constant redusă de a persevera în activităţi cu scop, mai ales când implică lungi perioade de timp şi satisfacţii amânate.
- Comportament emoţional alterat.
- Dezinhibarea expresiei necesităţilor şi impulsurilor fără a lua în considerare consecinţele sau convenţiile sociale.
- Tulburări cognitive sub forma suspiciunii sau ideaţie paranoidă;
- Alterarea marcată a debitului şi fluidităţii verbale (circumstanţialitate, hiperimplicare, vâscozitate şi hipergrafie).
- Comportament sexual alterat.

Elemente funcţionale

Se evaluează prin: examen psihic (intensitatea şi severitatea tulburărilor psihice). Examen psihologic

Investigaţii paraclinice Electroencefalogramă

Investigaţii imagistice (CT- cerebral)

Anchetă socială

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Instabilitate afectiv-comportamentală, fără deteriorare cognitivă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Comportament impulsiv,disforie, ideaţie paranoidă, elemente de deteriorare cognitivă, care afectează activitatea prafesională.

Se va corela cu scalele utilizate pentru evaluarea deteriorarii cognitive.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Comportament exploziv, antisocial, deficit important de autocontrol şi autocenzură, periculozitate, deteriorare cognitivă certă.

Se va corela cu scalele utilizate pentru evaluarea deteriorării cognitive.

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

A. O tulburare stabilă a personalităţii care reprezintă o modificare faţă de modelul de personalitate anterior, caracteristic individului respectiv.
B. Există dovezi furnizate de istoric, examenul fizic şi rezultatele analizelor de laborator că tulburarea reprezintă consecinţa fiziopatologică directă a unei afecţiuni medicale.
C. Tulburarea nu poate fi mai bine explicată de o altă tulburare mintală, (inclusiv de altă tulburare mintală provocată de o afecţiune medicală).
D. Tulburarea nu se manifestă excusiv pe durata unui delirium.
E. Tulburarea determină disconfort semnificativ clinic şi disfuncţie în domeniile social, profesional sau în alte arii importante de funcţionare.

Tipuri:

De tip labil

Dezinhibat

Agresiv

Apatic
Paranoid
Alt tip
Combinat
Nespecificat.

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

Manifestările clinice trebuie să persiste cel puţin doi ani după acţiunea evenimentului patogen.

Criterii de diagnostic ICD 10

- atitudine ostilă sau de neîncredere faţă de lume;
- retragerea socială;
- sentimentul de vid sau disperare;
- impresia permanentă de a fi sub presiune;
- detaşarea;
- dependenţă şi atitudine de cerere excesivă faţă de alţii;
- imposibilitatea de a stabili sau menţine relaţii interpersonale strânse, izolare social.
- pasivitate;
- pierdere de interes;
- plângeri persistente legate de starea de sănătate;
- asocierea ocazională a unor manifestări hipocondrice şi un cmportament de bolnav;
- dispoziţie disforică sau labilă.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptomatologie clinică uşoară.

Deficienţă funcţională 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 şi include cel puţin trei din simptomele: cefalee, ameţeală, iritabilitate, dificultăţi de concentrare şi performanţe intelectuale reduse, alterări ale memoriei, insomnie, toleranţă redusă la stres, emotivitate crescută sau consum de alcool.Aceste simptome pot fi însoţite de depresie sau anxietate.

Elemente funcţionale

Examen psihic (intensitatea şi severitatea tulburărilor psihice) Examen psihologic

Investigatii paraclinice: Electroencefalograma

Investigaţii imagistice: CT- cerebral

Anchetă socială

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Cefalee, ameţeală, iritabilitate, labilitate emoţională, absenţa leziunilor cerebrale (EEG, CT cerebral în limite normale)

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

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

Scale utilizate pentru evaluarea funcţiilor 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 – > absenţa 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 uşoara
- 18 – 24 –> anxietate moderată

- 25 – 30 –> anxietate severă

Scala de anxietate socială Liebowitz

Severitatea afecţiunii 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 şi 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

FUNCŢIILE SENZORIALE ŞI DUREREA

Funcţiile văzului

Elemente clinice şi funcţionale care definesc funcţia vizuală

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

Parametrii necesari stabilirii deficienţei vizuale sunt **acuitatea vizuală (AV) şi câmpul vizual (CV)**

- **Acuitatea vizuală** măsoară vederea centrală (optotip); se măsoară cu şi fără corecţie aeriană şi se ia în considerare ochiul cel mai bun cu corecţia 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.

Observaţie. Pentru evaluarea cu acurateţe a funcţiei vizuale se recomandă teste obiective suplimentare, în funcţie de diagnostic:

- afecţiuni corneene (keratoconus)- topografie corneeană
- afecţiuni ale mediilor transparente(cristalin, vitros)- ecografie
- afecţiuni retiniene vasculare degenerative sau ereditare- angiofluorografie (AFG), fotografie, electroretinigrafie (ERG)
- afectarea nervului optic – tomografie computerizată (OCT), potenţiale evocate (PEV)

Criterii de apreciere a deficienţei funcţionale

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Vedere binoculară

AV: 1/2 - 1/3 (0,5 – 0,3) cu corecţie, la cel mai bun ochi
CV redus periferic cu 5^0 maximum 10^0

Vedere monoculară

AV=1, cu şi fără corecţie.
CV normal
Fără limitări de activitate Fără restricţii de participare.
Necesită servicii de sănătate pentru prevenirea apariţiei complicaţiilor

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Vedere binoculară

AV: 1/4 - 1/10 (0,25 – 0,10) cu corecţie, la cel mai bun ochi
CV redus periferic cu 10^0 până la 20^0

Vedere monoculară

AV < 1 (2/3, 1/2, 1/3) cu corecţie permanentă
CV normal ERG, PEV normal.

Activitate - Profesii care nu comportă periclitate oculară sau suprasolicitare vizuală. Fără restricţii de participare.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Vedere binoculară

AV : 1/12(0,08) (4m) - 1/20 (0,05) (2m), cu corecţie, la cel mai bun ochi
CV redus periferic cu 20^0 până la 40^0 . Potenţiale modificate, retina încă funcţională

Vedere monoculară

AV < 1/3 - 1/9
CV redus periferic cu 10^0- 20^0

Activităţi: Limitări în orientarea spaţială, în acomodarea la trecerea de la lumină la întuneric şi invers. Pot desfăşura activităţi profesionale care nu comportă periclitate oculară sau suprasolicitare oculară.
Optimizarea condiţiilor de mediu (luminozitate, contrast)
Dispozitive de corecţie optică. Poate necesita baston pentru deplasare; are nevoie de analizare continuă.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Vedere binoculară

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

Vedere monoculară

AV: ≤ 1/10, cu corecţie permanentă

CV redus 20^o - 30^o.

Activităţi: Dificultăţi majore de orientare în spaţiu. Pot desfăşura activităţi profesionale. Dependenţă parţială sau totală de asistenţa specializată.
Participare: trebuie să se bazeze pe bastonul lung, pe auz, pe însoţitor, pe câinele ghid, pe alte abilităţi de mobilitate ale persoanei cu deficienţă vizuală gravă.
Adaptarea trecerilor de pietoni de pe străzile şi drumurile publice conform prevederilor legale, inclusiv marcarea prin pavaj tactil.
Montarea sistemelor de semnalizare sonoră şi vizuală la intersecţiile cu trafic intens.
Câinele-ghid care însoţeşte persoana cu deficienţă vizuală gravă şi handicap grav are acces liber şi gratuit în toate locurile publice şi în mijloacele de transport.
Sisteme informatizate adaptate, tehnologie asistivă.

Observaţie. În cazul în care monoculusul rezultă în urma enucleaţiei pentru o ***tumoră malignă intraoculară*** se va ţine seama şi de criteriile de la capitolul *Boala neoplazică.*

***GLAUCOMUL* (GPUD) Cod CIM H40**

Elementele funcţionale pe baza cărora se stabileşte deficienţa vizuală în cazurile de glaucom sunt: *raportul cupă/disc* (C/D), măsurat la fundul de ochi, *acuitatea vizuală* (AV) şi *câmpul vizual* (CV). Obligatoriu pentru stabilirea deficientei functionale sunt AV si CV. Se recomandă OCT nerv optic pentru cuantificarea obiectivă a raportului C/D.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Raportul cupă/disc- C /D = 0,5
AV = 1/2- 1/3
CV – scotom patologic

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Raportul cupă/disc- C/D = 0,6
AV = 1/4 - 1/5
CV- scotom patologic

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Raportul cupă/disc- C/D = 0, 8
AV = 1/6 - 1/12
CV- defect nazal, vedere centrală păstrată

Deficienţă funcţională 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, subluxaţie de cristalin
   - descentrarea IOL

b. Binoculară – apare în cadrul unor afecţiuni generale:
   - paralizii de nervi cranieni
   - oftalmopatie tiroidiană
   - mastenia gravis

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

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

1. Forma uscată
2. Forma umedă (exudativă)

Elementele funcţionale pe baza cărora se stabileşte deficienţa vizuală în cazurile de DMLV sunt *acuitatea vizuală* (**AV**) şi *câmpul vizual* (**CV**).

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

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

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

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

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

AV = 1/12(0,08) (4m) - 1/20 (0,05) (2m), cu corecţie, la cel mai bun ochi
CV- scotom central, 10^0 - 15^0

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

AV = 1/25 - 1/50 (0,04 – 0,02) cu corecţie, la cel mai bun ochi; percepe lumina (PL), percepe mişcarea mâinii (PMM), fără a percepe lumina (FPL);
CV- scotom central, ($>15^0$)- 30^0

FUNCŢIILE AUZULUI

Evaluarea deficienţei funcţionale auditive se va face pentru persoanele cu afecţiunile cronice auditive de cauză diversă: inflamatorie, infecţioasă, toxică, vasculară, degenerativă, traumatică, tumorală-însoţite 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 recepţia mesajului, şi reacţia de răspuns la mesaj, care poate fi: vorbit sau poate fi limbaj mimico- gestual. În cadrul acestui capitol nu sunt evaluate funcţiile care generează sunetele şi vorbirea.

Hipoacuzia sau surditatea, uni- sau bilaterală se poate instala brusc sau se poate constitui treptat şi poate fi dobândită tardiv, după achiziţionarea limbajului. În acest caz, se constată pierderea controlului asupra propriei voci şi perceperea greşită a unor consoane. Deficienţa funcţională 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 capacităţii de comunicare şi relaţionare socială şi identificarea tulburărilor psihice şi de limbaj. În cazul deficienţei auditive există atât afectare cantitativă cât şi calitativă a sistemului auditiv, de aceea, protezarea auditivă are limitări în unele situaţii, precum cele legate de localizarea spaţială sonoră sau înţelegerea vorbirii în zgomot.

De asemenea, o persoană cu pierdere auditivă protezată, depinde de integritatea şi funcţionarea unui dispozitiv electronic, a cărui continuitate în funcţionare este supusă imprevizibilului.

Elementele funcţionale care definesc funcţia auditivă sunt:

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

Evaluarea funcţiei 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 înţelegere al persoanei, element util în relaţionarea 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- potenţiale evocate auditive, impedansmetrie, şi otoemisiuni acustice.

Relaţia deficienţă funcţională- capacitate de muncă şi gradul de invaliditate corespunzător pierderii auditive	Deficienţă funcţională	Incapacitate adaptativă	Capacitate de muncă	Gradde invaliditate
pierdere auditivă 21-40 dB	Deficienţă uşoară	20-49%	păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
pierdere auditivă 41-70 dB	Deficienţă uşoară	20-49%	păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
pierdere auditivă 71-90 dB	Deficienţă uşoară/medie	20-69%	păstrată/ diminuată	Neîncadrabil/Poate fi încadrat în gradul IIIde invaliditatedacă sunt asociate tulburăride vorbire, afectare psihică
pierdere auditivă peste 91 dB	Deficienţă medie/accentuată	50-89%	diminuată	Se încadrează în gradul III/II, dacă sunt asociate tulburări de vorbire, afectare psihică

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Pierdere auditivă unilaterală peste 41 dB
Pierdere auditivă bilaterală de 21-40 dB.
Abilitatea de a înţelege şi repeta cuvintele rostite cu voce uşoară la 1 metru. Aparatele auditive sunt de obicei recomandate.
Fără limitări de activitate. Fără restricţii de participar.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Pierdere auditivă bilaterală sau la cea mai bună ureche între 41 – 70 dB, protezabilă. Abilitatea de a înţelege cuvinte rostite cu voce medie şi tare. Aparatele auditive sunt necesare.
Limitări de activitate**:** Nu sunt recomandate activităţi ce implică siguranţa altor persoane- conducerea unor vehicule de mare tonaj, autobuze, microbuze, avioane, trenuri, etc. sau activităţi operative, în profesii ce necesită standarde de auz- poliţie, armată, aviaţie etc.

Restricţii de participare**:** Protezare auditivă.

Deficienţă funcţională uşoară/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 şi de limbaj.

Limitări de activitate**:** Nu sunt recomandate activităţi ce implică siguranţa altor persoane-

conducerea unor vehicule de mare tonaj, autobuze, microbuze, avioane, trenuri etc.- sau activităţi operative în profesii ce necesită standarde de auz- poliţie, armată, aviaţie etc., activităţi de comunicare cu publicul, telecomunicaţii, munca la înălțime În caz de debut tardiv, în cazul în care protezarea este ineficientă şi locul de muncă necesită standarde de auz, se recomandă evaluare vocaţională şi reorientare profesională, precum şi angajare asistată.

Restricţii de participare**:** Asigurarea unor sisteme optice de semnalizare înlocuindu-le pe cele sonore.
Protezare auditivă

Observaţii: Tulburările psihice asociate se evaluează conform criteiilor de la capitolele respective şi pot constitui eventual factor agravant.

Deficienţă funcţională medie/accentuată, incapacitate adaptaivă 50-89%

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

Limitări de activitate**:** Nu sunt recomandate activităţi ce implică siguranţa altor persoane-conducerea unor vehicule de mare tonaj, autobuze, microbuze, avioane, trenuri etc.- sau activităţi operative în profesii ce necesită standarde de auz- poliţie, armată, aviaţie etc., activităţi de comunicare cu publicul, telecomunicaţii, munca la înalțime. În caz de debut tardiv, în cazul în care protezarea este ineficientă şi locul de muncă necesită standarde de auz, se recomandă evaluare vocaţională şi reorientare profesională, precum şi angajare asistată.

Restricţii de participare**:** Asigurarea unor sisteme optice de semnalizare înlocuindu-le pe cele sonore.
Protezare auditivă.

Asigurare de interpreţi mimico-gestuali in instituţiile publice şi în emisiuni TV.

Observaţii:

Pierderile auditive (nr dB) se apreciază fără protezare şi 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 evidenţiază obiectiv pierderea auditivă (excluzând pacienţii necooperanţi cu grad de inteligenţă scăzut, depresivi, simulanţi, etc., procese litigioase privind asigurări, daune post accidente sau agresiuni).

În cazul protezării neconvenţionale prin proteze implantabile, urmată de reeducare auditiv- verbală, deficienţa funcţională se apreciază ca fiind severă în primul an după protezare şi ulterior dacă procentul de inteligibilitate a cuvintelor este sub 50%, se acordă deficienţă funcţională accentuată şi dacă este între 50-70% se acordă deficienţă funcţională medie.

FUNCŢIILE VESTIBULARE

Tulburările funcţiei vestibulare survin atunci când există o diferenţă de cel puţin 20% între cele două vestibule, în contextul unor afecţiuni cronice vestibulare, precum şi a căilor acestora sau în contextul unor afecţiuni neurologice. Tulburările vestibulare, în contextul unor afecţiuni neurologice, vor fi evaluate conform criteriilor de la capitolul respectiv.

Elementele funcţionale care definesc funcţia vestibulară sunt:

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

Evaluarea funcţiei vestibulare se realizează prin:

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

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Deficienţă de echilibraţie, cauzele subiective vestibulare sunt obiectivate prin probele spontane şi/ sau provocate, ENG.
Diferenţă funcţională la probele evocate între cele două vestibule de cel puţin 20%. Uşoare limitări de activitate. Fără restricţii de participare.
Necesită servicii de sănătate pentru prevenirea apariţiei complicaţiilor.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Diferenţa între cele doua vestibule la probele provocate depăşeşte 30%. Nistagmus spontan/relevat sau deviaţii tronculare.
Limitări de activitate**:** nu pot conduce vehicule, avioane, echipamente industriale
Restricţii de participare**:** restricţie pentru activităţile care se desfăşoară la înălţime sau în mişcare.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Afectare vestibulară obiectivată prin teste.
Ortostatismul este posibil dar dificil de menţinut, risc de cădere, tulburări funcţionale echivalente cu 60-80 %.
Limitări de activitate**:** permise activităţi statice
Restricţii de participare: adaptarea locului de muncă, astfel încât să nu fie suprasolicitată postura ortostatică sau să o faciliteze prin mijloace suplimentare de sprijin, etc.

<u>Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%</u>

Afectare vestibulară obiectivată prin teste.
Ortostatismul este imposibil în criză, însoţit de tulburări vegetative. Probele spontane şi provocate, dacă se pot aplica, sunt pozitive. Tulburări funcţionale echivalente cu 80-100%.
Pentru perioade limitate de 12 luni, în funcţie de durată şi reversibilitatea tulburărilor majore de echilibru la acţiunile de recuperare.
Limitări de activitate**:** sprijin pentru autoservire, îngrijire şi autogospodărire în activităţile de bază ale vieţii de zi cu zi pentru perioada în care ortostatismul şi mobilizarea nu se pot realiza.
Restricţii de participare**:** necesită asistenţă de specialitate.

NEVRALGIA DE TRIGEMEN Cod CIM G50

Nervul trigemen are două componente: senzitivă şi 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, şi 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, cum ar fi leziuni ale corneei, dificultăți de masticație care afectează ramul motor al trigemenului etc..

Capitolul 3

Vocea şi funcţiile vorbirii

Tulburări fonatorii determinate de afectarea laringelui şi stucturilor adiacente

Elementele funcţionale care definesc funcţia de comunicare sunt:

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

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

Afectarea funcţiei vorbirii la nivelul cavităţii bucale se poate întâlni în malformaţii congenitale, precum palato şi cheilopalatoschizis, necorectabile chirurgical, rezecţii de limbă ca urmare a tumorilor maligne, cicatrici postcombustionale/posttraumatice la nivelul feţei şi în special, la nivelul comisurii bucale.

Afectarea laringelui poate fi cauzată de:

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

Funcţia fonatorie poate fi tulburată sub formă de:

- voce bitonală în paralizie recurenţială,
- disfonie prin formaţiuni tumorale,
- dizartrie în ablaţia limbii;
- afonie consecutivă ablaţiei laringelui.

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

NB! Funcţiile 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 şi locuri de muncă poate fi hotărâtoare, în timp ce, în altele, unde nu există mesaj vorbit, munca se poate desfăşura normal.

Pentru evaluarea funcţiilor vorbirii sunt necesare:

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

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Disfonie (răguşeală).
Tulburări de generare a sunetelor din cavitatea bucală, dar care păstrează vorbirea inteligibilă; uneori sunt solicitaţi să repete fraza;
Vocebitonală (pareză coardă vocală - recurenţială, unilaterală).
Fără limitări de activitate.Fără restricţii de participare.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Diplegie recurenţială în poziţie de abducţie (tulburări ventilatorii şi voce bitonală) sau adducţie (cu păstrarea vocii dar cu tulburări de respiraţie), se apreciază în funcţie de specificul profesiunii, de tulburările ventilatorii şi în contextul bolii de bază. Tulburări de generare a sunetelor din cavitatea bucală, cu afectarea inteligibilităţii vorbirii; frecvent sunt solicitaţi să repete fraza; asociază dificultăţi uşoare de respiraţie şi/sau masticaţie

Limitări de activitate: Orice activitate profesională fără suprasolicitare fizică mare, în condiţii de microclimat adecvat, fără variaţii termice, mediu prea rece sau prea cald sau uscat, fără curenţi de aer, umezeală. Pentru profesionişti ai vocii (profesori, avocaţi, solişti, cântăreţi vocali s.a.), schimbarea locului de muncă fără solicitarea vocii, în condiţii favorabile de microclimat - condiţii ambientale la locul de muncă sau profesiei.
Restricţii de participare: asigurarea unui loc de muncă cu solicitare redusă în condiţii de microclimat, fără variaţii termice, curenţi de aer, prea umed. Monitorizare medicală la serviciul de ORL, tratament adecvat.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Tulburări de generare a sunetelor din cavitatea bucală, cu afectarea totală a inteligibilităţii vorbirii; asociază tulburări de respiraţie, deglutiţie şi masticaţie, ce interferă cu calitatea vieţii. 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.
Ablaţia laringelui cu traheostomă permanentă cu sau fără erigmofonatie, proteză vocală cu tip buton fonator, laringofon, tulburări de vorbire, de ventilaţie şi, eventual, de nutriţie, ţinând seama de cauza care a determinat afectarea structurală. Traheostoma permanentă implică imposibilitatea fixarii diafragmei în efort, expunere pulmonară directă prin excluderea filtrului nazal.

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

Pentru profesionişti ai vocii (profesori, avocaţi, solişti, cântăreţi vocali s.a.), schimbarea locului de muncă fără solicitarea vocii, în condiţii favorabile de microclimat - condiţii ambientale la locul de muncă sau profesiei. Au capacitatea de autoservire conservată.

Restricţii de participare: monitorizare medico-psiho-socială: la serviciul ORL, de logopedie, şi psihologie teritorială. Sprijin familial şi eventual comunitar pentru unele activităţi.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor.
Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Afecţiunile nasului şi sinusurilor

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Ozena operată, cu răspuns terapeutic bun, fără complicaţii

Radioterapia pentru tumori rinosinusale fără tulburări respiratorii(ventilatorii)

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Ozena operată ineficient, cu răspuns terapeutic nesatisfăcător, cacosmie obiectivă şi complicaţii 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 şi asociază tulburări ventilatorii

FUNCŢIA DE LIMBAJ ŞI VORBIRE legată de funcţiile de articulare a sunetelor, funcţiile de fluenţă şi ritm ale vorbirii, funcţia de receptare a limbajului, funcţia de exprimare a limbajului.

Anomaliile vorbirii pot indica disfuncţii la oricare din urmatoarele niveluri:

Nivel	Disfuncţie
Auzul	Hipoacuzie
Înţelegerea	Afazie
Gândirea şi Limbajul	Afazie
Fonaţia	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 pareză facială a frigore), de leziuni ale muşchilor implicaţi în vorbire (de la limbă, mandibulă, buze, etc.), de leziuni ale structurilor fonatorii (n. recurent, laringe, val palatin, etc.) sau chiar ale arcadelor dentare (edentaţi!).

***Elemente funcţionale care definesc funcţia limbajului*:**

***Elemente clinice*:** simptome şi semne obiective: afazie expresivă, afazie de recepţie, afazie mixtă, disfonie, dizartrie.

Elemente funcţionale- investigaţii: Teste standard de evaluare a limbajului

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

Scor	**Comunicare**	**Deficienţă funcţională**
5	Tulburările de vorbire pot fi evidenţiate cu dificultate; pacientul poate resimţi dificultate subiectivă de exprimare, dar interlocutorul nu este conştient de aceasta.	Fără deficienţă
4	Fluiditatea discursului este redusă sau capacitatea de înţelegere a acestuia este limitată. Totusi, nu există tulburări substanţiale care să afecteze forma sau conţinutul vorbirii	Deficienţă funcţională uşoară
3	Pacientul poate susţine o conversaţie asupra oricărui subiect obişnuit, fără să aibă nevoie de ajutor sau cu ajutor minim, deşi tulburarea de exprimare sau de înţelegere tulbură sau fac imposibilă conversaţia pe anumite subiecte;	Deficienţă funcţională medie
2	Este posibilă conversaţie asupra unui subiect familiar, cu ajutorul interlocutorului; unele idei pot fi exprimate; conţinutul conversaţiei provine de la ambii parteneri de discuţie	Deficienţă funcţională medie
1	Comunicarea este posibilă cu ajutorul unor expresii fragmentare; partenerul de discuţie are nevoie de efort suplimentar pentru a înţelege şi este responsabil de cea mai mare parte a efortului de comunicare; cantitatea de informaţie care poate fi transmisă este limitată;	Deficienţă funcţională accentuată
0	Nu există exprimare comprehensibilă şi nici înţelegerea limbajului vorbit/scris;	Deficienţă funcţionala gravă

Relaţia deficienţă funcţională-incapacitate adaptativă-capacitatea de muncă şi gradele de invaliditate corespunzătoare:

Deficienţă funcţională	**Incapacitate adaptativă**	**Capacitate de muncă**	**Grad invaliditate**
Fără	0-19%	păstrată	Nu se încadrează
Deficienţă funcţioanlă uşoară	20-49%	păstrată	Nu se încadrează
Deficienţă funcţională medie	50-69%	diminuată	Gradul III
Deficienţă funcţională accentuată	70-89%	diminuată + capacitate de autoservire păstrată parţial	Gradul II
Deficienţă funcţională gravă	90-100%	diminuată + capacitatea de autoservire pierdută	Gradul I

Relaţia deficienţă funcţională şi limitarea activităţii/restricţiile de participare generate:

Deficienta functionala	Limitare activitate	Restricţii de participare
Fără	Niciodificultateîn realizarea activitaţii	Fără restricţii de participare la viaţa socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ.
Deficienţă functională uşoară	Limitare uşoară a activităţilor ce presupun comunicare: este în stare să îndeplinească singur sarcini obişnuite ale vieţii cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora, activitate profesională posibilă	Fără restricţii de participare la viaţa socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă
Deficienţă funcţională medie	Limitare moderată a activităţilor care presupun comunicarea sub toate aspectele acesteia (exprimarea prin vorbire, receptarea de mesaje verbale, conversaţia şi utilizarea instrumentelor şi tehnicilor de telecomunicaţie). Sarcinile de autoservire sunt îndeplinite la parametrii optimi.	Restricţii moderate de participare la viaţă socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă
Deficienţă funcţională accentuată	Limitare marcată a activităţilor care presupun comunicarea sub toate aspectele acesteia (exprimarea prin vorbire, receptarea de mesaje verbale, conversaţia şi utilizarea instrumentelor şi tehnicilor de telecomunicaţie), bolnavul nemaiputând realiza o parte din sarcinile de autoservire, dar poate să se îngrijească singur.	Restricţii severe de participare la viaţa socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Deficienţă funcţională gravă	Limitarea severă/completă a activităţilor: bolnavul nu se poate exprima decât prin silabe, sau cuvinte simple pe care lerepetă dându-le un înţeles propriu fără nicio legatură cu sensul cererii şi nu înţelege nici cele mai simple ordine, deci devine incapabil de a desfăşura orice fel de activitate, cu excepţia automatismelor mentale şi are nevoie permanent de ajutor pentru autoservire	Restricţii complete de participare la viaţa socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene şi de îngrijire personală pentru activităţile de bază

Afecţiuni cu interesarea funcţiilor d

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

Capitolul 4

Funcţiile sistemelor cardiovascular, hematologic, imunitar şi respirator

4.1. FUNCŢIA SISTEMULUI CARDIOVASCULAR

Evaluarea deficienţei funcţionale în afectarea funcţiei cardio-vasculare va fi efectuată prin metode de investigaţie tradiţionale, la sfârşitul perioadei de recuperare, în faza stabilă a bolii.

Elemente funţionale care definesc funcţia cardiovasculară:

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

Elemente funcţionale- investigaţii: 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 secţiuni multiple (MSCT) pentru evidenţierea arterelor coronare, tomografia cu emisie de pozitroni (PET), RMN, cateterism cardiac.

- Aprecierea clasei funcţionale a dispneei şi a altor simptome ale insuficienţei cardiace (*Clasificarea funcţională New York Heart Association*) (Tabel 1)

- Aprecierea clasei funcţionale a anginei pectorale (*Clasificarea funcţională a Societăţii Cardiovasculare Canadiene*) (Tabel 1)

- Aprecierea clinică a capacităţii funcţionale bazată pe costul metabolic al diferitelor tipuri de activitate (*Clasificarea Goldman*) (Tabel 1)

FUNCŢIA CARDIACĂ - legată de fluxul coronarian şi forţa de contracţie a muşchilor ventriculari (funcţia sistolică globală), toleranţa la efort

Afecţiuni care pot afecta funcţia:

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 funcíonale.

Aprecierea funcţiei cardiovasculare în afectarea ischemică se va realiza în principal prin următoarele teste funcţionale obiective:

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

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

- Aprecierea clasei funcţionale a dispneei şi a altor simptome ale insuficienţei cardiace (*Clasificarea funcţională New York Heart Association*) Tabel 1)
- Aprecierea clasei funcţionale a anginei pectorale (*Clasificarea funcţională a Societăţii Cardiovasculare Canadiene*) (Tabel 1)
- Aprecierea clinică a capacităţii funcţionale bazată pe costul metabolic al diferitelor tipuri de activitate (*Clasificarea Goldman*) (Tabel 1)

Fără deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%

Simptome/semne clinice: durerile anginoase apar la efort fizic de intensitate foarte mare peste 7 METs asociate cu următoarele caracteristici funcţionale obiective:
Investigaţii: ECG normal, ecografie cardiacă normală, funcţie sistolică VS normală (FE > 55%) Fără limitarea activităţilor. Fără restricţii de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, prevenţia sau reducerea riscului cardiovascular.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

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

Investigaţii: ECG normală sau cu modificări de fază terminală,

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

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară:pot efectua activităţi fizice cu consum energetic 7METs, activitate profesională posibilă, cu excepţia muncilor grele-foarte grele .

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia sau reducerea riscului cardiovascular. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

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

Investigaţii ECG normală sau cu modificări de fază terminală, aritmii benigne, sechela electrică a IM, ecografia cardiacă poate releva modificări structurale (hipertrofie, dilataţie, tulburări de kinetică) asociate cu disfuncţie sistolică VS (FE = 36-40%), TEF**

Limitarea moderată a activităţilor fizice**:** pot efectua activităţi fizice şi profesionale cu consum energetic ≤ 5METs, vor fi evitate activităţile pe parcursul cărora apar perioade scurte de creştere a consumului de O_2 (MVO_2, VO_2) efort intens, rapid.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

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

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

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

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

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

Investigaţii: ECG cu modificări de fază terminală***, ±** tulburări de ritm, de conducere severe, ecografia cardiacă relevă modificări structurale asociate cu disfuncţie sistolică VS (FE ≤ 30%).

Limitarea severă/completă a activităţilor***:*** capacitatea de autoservire pierdută.

Restricţii complete de participare la viaţa socială.

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

Sunt necesare servicii de asitenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene ± de îngrijire personală pentru activitatile 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 capacităţii funcţionale, tradusă ulterior în activităţi profesionale*

posibile;

- *aprecierea toleranţei individuale la creşterea tensiunii arteriale şi a creşterii frecvenţei 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 (≥7METs);*
- *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 clasa de risc înalt, poate fi asociată cu deficiența funcțională accentuată. Clasa de risc intermediar – redus (necesitînd terapie și urmărire) se poate asocia cu deficiența funcțională medie - ușoară în funcție de parametrii funcționali asociați.*

Observaţii:

Funcţia sistolică a ventriculului stîng apreciată prin fracţia de ejecţie este un puternic parametru obiectiv, care poate rămîne independent în deciziile privind deficienţa funcţională în situaţiile în care simptomele se abat semnificativ de la dovezile obiective.

Aprecierea deficienţei funcţionale şi a incapacitatii adaptative după un eveniment coronarian acut se va realiza având în vedere criteriile de mai sus.

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

În plus, pentru evaluarea coronarienilor investigaţi coronarografic, care nu au beneficiat de tratament de revascularizare miocardică, datele coronarografice care relevă extensia şi severitatea bolii coronariene (numărul vaselor afectate, severitatea stenozelor) ar trebui să primeze în stabilirea deficienţei funcţionale, dincolo de funcţia sistolică. În aceste situaţii datele coronarografice vor fi coroborate cu nivelul de efort la care apar limitările de activitate precum şi ceilalţi parametrii de evaluare cardiovasculară.

FUNCŢIA CARDIACĂ - legată de funcţiile valvelor inimii , toleranţa la efort

VALVULOPATII MITRALE (Cod CIM I34, I05)

Afecţiunile care pot afecta funcţia:
Insuficienţa mitrală (IM)
Stenoza mitrală (SM)
Boala mitrală
Prolaps de valvă mitrală (PVM)
Aprecierea funcţiei cardiovasculare legată de funcţia valvelor se va reazlia prin:

- Evaluarea ecocardiografică (arii valvulare, gradiente transvalvulare, diametre, severitatea hipertensiunii arteriale pulmonare, funcţia sistolică globală a ventriculului stîng. (Tabel 2).
- Electrocardigramă.
- Rezultatele corecţiei chirurgicale.
- Prezenţa complicaţiilor.

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

- Aprecierea clasei funcţionale a dispneei şi a altor simptome ale insuficienţei cardiace (*Clasificarea funcţională New York Heart Association)* (Tabel 1)
- Aprecierea clinică a capacităţii funcţionale bazată pe costul metabolic al diferitelor tipuri de activitate (*Clasificarea Goldman*) (Tabel 1).

Fără deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%

Simptome/semne clinice caracteristice, fără tulburări funcţionale, în concordanţă cu următoarele caracteristici funcţionale obiective:

Investigaţii: ECG normal, Ecografic: DTDVS normal, aria valvulară 1,5-2cm^2, funcţie sistolică VS normală (FE > 55%),

Fără limitarea activităţilor. Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, preventia sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice caracteristice, fără tulburări funcţionale în repaus şi la eforturi medii dar cu dispnee, palpitaţii la eforturi mari, insuficienţă cardiacă NYHA I, în concordanţă cu următoarele caracteristici funcţionale obiective:

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

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară: se pot efectua activităţi fizice cu consum energetic 7METs, activitatea profesională este posibilă fără restricţii.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, preventia sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

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

Investigaţii: Ecografic: SM medie - severă (aria valvulară 1–1,2cm², gradient mediu 8 - 10mmHg), arie AS 30-40 cm², PAPs 45-50mmHg, insuficienţă moderat/severă, DTDVS = 60 mm cu FEVS 36 - 40%**,** EGG normal sau tulburări de ritm, conducere.

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice şi profesionale cu consum energetic ≤ 5-6METs, trebuie evitate activităţile profesionale uşoare care presupun efort intens de scurtă durată (posibil declanşarea EPA - edem pulmonar acut sau creşterea rezistenţelor pulmonare).

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome clinice/semne caracteristice ± sincope, ± palpitaţii, şi/sau edem pulmonar acut în antecedente, semne de insuficienţă cardiacă, toleranţă mică la efort, NYHA II-III, în concordanţă cu următoarele caracteristici funcţionale obiective:

Investigaţii: Ecografic: SM strânsă (aria valvulară < 1cm², gradient mediu > 15mmHg), arie AS peste 40cm², PAPs > 50mmHg, EGG ± tulburări de ritm, conducere, insuficienţă mitrală (IM) severă* cu DTDVS > 60mm şi/sau DTSVS > 45mm, disfuncţie sistolică (FEVS 30 - 35%).

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

*IM severă organică - aria orificiului regurgitant: >40mm², volum regurgitant > 60ml Fără restricţii de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Simptome/semne clinice: insuficienţă cardiacă ireductibilă, cu tulburări funcţionale importante în repaus, NYHA III-IV, EPA frecvent, repetitiv, ± infarcte pulmonare cu accidente embolice ce conduc la tulburări motorii grave, în concordanţă cu următoarele caracteristici funcţionale obiective:

Investigaţii: Ecografic: modificări structurale, disfunctie sistolică de VS severă: FE ≤ 30%, PAPs > 70mmHg, ECG ± modificări de fază terminală**, ± tulburări de ritm, conducere severe.

Limitarea severă a activităţilor, este pierdută capacitatea de autoservire Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene ± de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

VALVULOPATII AORTICE (Cod CIM I35, I06)

Insuficienţa aortică (IA)
Stenoza aortică (SA)
Boala aortică
Aprecierea funcţiei cardiovasculare legată de funcţia valvelor aortice se va reazlia prin:

- Evaluarea ecocardiografică (arii valvulare, gradiente transvalvular, diametre, funcţia sistolică globală a ventriculului stîng (Tabel 2).
- Electrocardigramă.
- Rezultatele corecţiei chirurgicale.

- Prezenţa complicaţiilor
- se pot asocia elementele clinice de severitate oferite de principalele clasificări funcţionale bazate pe simptome:
- Aprecierea clasei funcţionale a dispneei şi a altor simptome ale insuficienţei cardiace (*Clasificarea funcţională New York Heart Association) (*Tabel 1)
- Aprecierea clinică a capacităţii funcţionale bazată pe costul metabolic al diferitelor tipuri de activitate (*Clasificarea Goldman*) (Tabel 1).

Fără deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%

Semne clinice: Afecţiune de grad uşor, fără tulburări funcţionale, cu semne clinice minime.

Investigaţii: Ecografic: arie valvulară 2,5-3,5cm², gradient mediu < 10mmHg, funcţie sistolică de ventricul stâng normală: FE > 55%, insuficienţă aortică uşoară.

Fără limitarea activităţilor; activităţi profesionale fără restricţii***;***

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, prevenţia sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome clinice: angină, dispnee, palpitaţii numai la eforturi mari, insuficienţă cardiacă NYHA I, în concordanţă cu următoarele caracteristici funcţionale obiective:

Investigaţii: Ecografic: stenoză aortică uşoară - moderată: arie valvulară >1,2–2.5cm^2, gradient mediu < 35mmHg, Vmax 2,5-3,5m/sec, insuficienţă aortică uşoară-moderată.

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară: pot efectua activităţi fizice cu consum energetic 7METs, activitatea profesională este posibilă fără restricţii.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, preventia sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: tulburări funcţionale (dispnee, angină, palpitaţii) la efort fizic de intensitate medie, insuficienţă cardiacă NYHA II, în concordanţă cu următoarele caracteristici funcţionale obiective:

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

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice şi profesionale cu consum energetic ≤ 5-6METs, trebuie evitate activităţile pe parcursul cărora apar perioade scurte de creştere a consumului de O_2 (MVO_2, VO_2) - efort rapid şi intens.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: crize anginoase repetate, stări sincopale, tulburări de ritm şi conducere, capacitate funcţională redusă, insuficienţă cardiacă NYHA II-III, în concordanţă cu următoarele caracteristici funcţionale obiective:

Investigaţii: Ecografic: disfuncţie sistolică VS (FE 30 -35%), velocitate 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 activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice cu consum energetic ≤ 3-4METs; Capacitatea de autoservire păstrată parţial.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

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

Investigaţii: parametrii ecografici ai deficienţei funcţionale accentuate, la care se asociază agravarea stării clinice, documentată, risc chirurgical pentru intervenţia chirurgicală.

Limitarea severă a activităţilor***:*** este pierdută capacitatea de autoservire. Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială de îngrijire personală pentru activităţile de bază şi/sau pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene.

VALVULOPATII PULMONARE (Cod CIM I37, I27)

Insuficienţa valvulară pulmonară
Stenoza pulmonară
Alte cardiopatii pulmonare

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

Insuficienţa pulmonară apare mai frecvent secundară hipertensiunii pulmonare de orice etiologie sau secundar dilataţiei arterei pulmonare şi în cadrul cardiopatiilor congenitate.

VALVULOPATII TRICUSPIDIENE (Cod CIM I36, I07)

Insuficienţa tricuspidiană Stenoza tricuspidiană

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

Aprecierea funcţiei cardiovasculare legată de funcţia valvelor tricuspide se va reazlia prin:

- Evaluarea ecocardiografică (arii valvulare, gradiente transvalvulare, diametre, funcţia sistolică globală a ventriculului stâng (Tabel 2).
- Electrocardigramă.
- Rezultatele corecţiei chirurgicale.
- Prezenţa complicaţiilor.
- Se pot asocia elementele clinice de severitate oferite de principalele clasificări funcţionale bazate pe simptome:
- Aprecierea clasei funcţionale a dispneei şi a altor simptome ale insuficienţei cardiace (*Clasificarea funcţională New York Heart Association)* (Tabel 1)
- Aprecierea clinică a capacităţii funcţionale bazată pe costul metabolic al diferitelor tipuri de activitate (*Clasificarea Goldman*) (Tabel 1).

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne/simptome clinice: dispnee, palpitaţii numai la eforturi mari, insuficienţă cardiacă NYHA I, în concordanţă cu următoarele caracteristici funcţionale obiective:

Investigaţii: Ecografic: afectări valvulare de grad uşor/moderat fără impact hemodinamic, fără HTP. PAPs estimata sub 45mmHg.

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară: pot efectua activităţi fizice cu consum energetic 7METs***;*** activitatea profesională este posibilă fără restricţii.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

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

Investigaţii: Ecografic: stenoza tricuspidiană semnificativă: gradient mediu > 5mmHg, aria orificiului valvular < 1cm²; aria AD 25-30cm², insuficienţă tricuspidiană severă: dilatare de inel tricuspidian > 34mm sau aria orificiului regurgitant > 40mm², volum regurgitant > 45ml, HTP/PAPs 45-50 mmHg.

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice şi profesionale cu consum energetic ≤ 5-6METs, trebuie evitate activităţile pe parcursul cărora apar perioade scurte de creştere a consumului de O_2 (MVO_2, VO_2);

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne clinice: de insuficienţă cardiacă congestivă (stază în sistemul venos sistemic), toleranţa mică la efort, insuficienţă cardiacă NYHA II-III, în concordanţă cu următoarele caracteristici funcţionale obiective:

Investigaţii: Ecografic: stenoza tricuspidiană semnificativă, gradient mediu >5mmHg cu presiunea în AD 10mmHg; insuficienţă tricuspidiană severă cu HTP/PAPs>50mmHg.

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

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

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

VALVULOPATII (POST TRATAMENT INTERVENŢIONAL, CHIRURGICAL)

Starea funcţională cardio-vasculară este influenţată de modificările persistente hemodinamice, de performanţă ventriculară, precum şi de prezenţa complicaţiilor, progresia altor leziuni valvulare existând diferite grade de insuficienţă cardiacă.

Aprecierea funcţiei cardiovasculare în afectarea valvulară post cură chirurgicală sau tratament intervenţional va fi axată pe investigaţiile de la capitolele valvulopatii.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice: persistă dispnee, palpitaţii la efort, capacitate funcţională >6METs.

Investigaţii: funcţie sistolică normală sau disfuncţie sistolică VS uşoară (FE ≥ 40%) ameliorarea gradientelor , ECG normal sau modificări electrice minore;

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară; activitatea profesională este posibilă cu excepţia activităţilor profesionale grele/medii.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: dispnee, palpitaţii, capacitate funcţională redusă (5-6METs)

Investigaţii: modificări ecocardiografice caracteristice de severitate moderată (disfuncţie sistolică moderată FE 36-40%), ECG ± tulburări de ritm, de conducere.

Limitarea moderată a activităţilor fizice; pot efectua activităţi fizice şi profesionale cu consum energetic ≤ 5-6METs în condiţii de microclimat corespunzătoare.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

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

Investigaţii: Ecografia cardiacă evidenţiază gradiente transprotetice patologice, prezenţa complicaţiilor (disfuncţie protetică, endocardită, tromboză, panus, colmatare) sau progresia altor leziuni valvulare, disfuncţie sistolică moderată (FE 30-35%)

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

Limitarea moderată/severă a activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice cu consum energetic ≤ 3-4METs (activităţi cotidiene); Este păstrată capacitatea de autoservire.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament cutrativ şi al complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Simptome/semen clinice: complicaţii, care conduc la insuficienţă cardiacă ireductibilă, accidente embolice cu sechele neurologice importante, capacitate funcţională mult redusă. (<3METs)

Investigaţii: disfuncţie sistolică de VS severă: FE ≤ 30%, ECG ± modificări de fază terminală***, ±** tulburări de ritm, schimbarea axului electric;

Limitarea severă a activităţilor**:** este pierdută capacitatea de autoservire. Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială de îngrijire personală pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene ± activităţile de bază.

TUMORILE SISTEMULUI CARDIOVASCULAR

Evaluarea funcţiei 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 proporţie (95%) sunt tumori metastatice. Modificările funcţionale determinate de tumori, depind de natura şi localizarea acestora (la nivel venos, arterial, atrial, ventricular).

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

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

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

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

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

FUNCŢIA CARDIACĂ - legată de funcţia valvelor inimii, dinamica circulaţiei pulmonare, dinamica circulaţiei sistemice, funcţia sistolică globală, toleranţa la efort

CARDIOPATII CONGENITALE (Cod CIM Q20)

Afecţiuni care pot afecta funcţia

I. NECIANOGENE (necorectate/corectate chirurgical)

1. Cu şunt sistemico-pulmonar care asociază hipertensiune pulmonară (defect septal atrial-DSA, defect septal interventricular-DSV, persistenţa de canal arterial – PCA, trunchi arterial, ventricul unic)
2. Stenoza pulmonară valvulară

II. CIANOGENE (corectate chirurgical)

1. Tetralogia Fallot
2. Boala Ebstein
3. Transpoziţia corectată de vase mari
4. Atrezia de tricuspidă
5. Sindrom Eisenmenger

Aprecierea funcţiei cardiovasculare se va realiza în principal prin:

- Electrocardiogramă
- Evaluarea ecocardiografică
- Cateterism cardiac
- Complicaţiile tardive postoperatorii (aritmii ventriculare, tahiaritmii supraventriculare, HTP evolutivă, etc.)
- Prezenţa leziunilor reziduale şi importanţa lor hemodinamică se pot asocia elementele de severitate clinică apreciate pe baza clasificărilor clinice
- Aprecierea clasei funcţionale a dispneei şi a altor simptome ale insuficienţei cardiace (*Clasificarea funcţională New York Heart Association)* (Tabel 1)
- Aprecierea clinică a capacităţii funcţionale bazată pe costul metabolic al diferitelor tipuri de activitate (*Clasificarea Goldman*) (Tabel 1)

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

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

Investigaţii: ECG normal, Ecografic: cavitaţi normale sau uşor crescute, fără gradiente intraventriculare/transvalvulare sau uşoare (25-49mmHg), HTP (PAPs <50 mmHg);

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară;activitatea profesională este posibilă, exceptând activităţile profesionale grele/medii.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: dispnee, palpitaţii la eforturi fizice de intensitate medie/mare, capacitate funcţională (5-6 METs), în concordanţă cu următoarele caracteristici funcţionale obiective:

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

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

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice cu consum energetic ≤ 6-5METs şi activităţi profesionale uşoare; trebuie evitate activităţile profesionale, care presupun efort intens de scurtă durată (posibil creşterea presiunilor pulmonare).

Restricţii uşoare/moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: dispnee, palpitaţii, sincope, tromboze, hemoragii, toleranţă mică la efort, capacitate funcţională (3-4 METs), orice activitate fizică creşte disconfortul, insuficienţă cardiacă NYHA II-III. asociate cu următoarele caracteristici funcţionale obiective:

Investigaţii: 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 activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice cu consum energetic
≤3-4 METs; Capacitatea de autoservire păstrată parţial.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament cutrativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

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

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

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

Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială de îngrijire personală pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene ± activităţile de bază.

STENOZA AORTICĂ CONGENITALĂ (SAo)

Coarctaţia de aortă (CoA)

Aprecierea funcţiei cardiovasculare se va realiza pe baza investigaţiile enumerate la evaluarea funcţiei cardiovasculare în valvulopatii

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice: dispnee, ameţeli la eforturi fizice mari, capacitate funcţională (>7 METs), în concordanţă cu următoarele caracteristici funcţionale obiective:

Investigaţii: Ecografic: aria orificiului valvular 1,2-2,5 cm², gradient transvalvular mediu < 35mmHg; ECG normal sau modificari electrice minore; RMN în CoA gradient transcoarctaţie < 35mmHg cu consecinţe hemodinamice controlate terapeutic.

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară;

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

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: dispnee, angină, palpitaţii la eforturi fizice de intensitate medie, NYHA II, capacitate funcţională (5-6 METs) în concordanţă cu următoarele caracteristici funcţionale obiective:

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

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

Limitarea moderată a activităţilor fizice; pot efectua activităţi fizice cu consum energetic ≤ 6-5METs şi activităţi profesionale uşoare; trebuie evitate activităţile profesionale pe parcursul cărora apar perioade scurte de creştere a consumului de O_2 (MVO_2, VO_2).

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: dispnee palpitaţii, dureri anginoase, sincope, toleranţă mică la efort, NYHA II-III, capacitate funcţională (3-4 METs), în concordanţă cu următoarele caracteristici funcţionale obiective:

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

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

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament cutrativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Simptome clinice: insuficienţă cardiacă ireductibilă, NYHA III-IV cu tulburări funcţionale importante în repaus (1-2 METs) în concordanţă cu următoarele caracteristici funcţionale obiective:

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

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

Limitarea severă/completă a activităţilor*:* este pierdută capacitatea de autoservire. Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene ± de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

FUNCŢIA CARDIACĂ - legată de forţa de contracţie a muşchilor ventriculari (funcţia sistolică globală), bătăile, ritmul inimii, toleranţa la efort

CARDIOMIOPATII (Cod CIM I42, I43)

Spectrul clinic și funcțional poate varia de la o expresie fenotipică ușoară carecterizată

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 funcţiei cardiovasculare în afectarea determinată de anomalii anatomice şi funcţionale 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 funcţionale a dispneei şi a altor simptome ale insuficienţei cardiace (*Clasificarea funcţională New York Heart Association)* (Tabel 1)
- Aprecierea clinică a capacităţii funcţionale bazată pe costul metabolic al diferitelor tipuri de activitate (*Clasificarea Goldman*) (Tabel 1)

Afecţiuni care pot afecta funcţia

1. CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICĂ (CMH)

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice: absența simptomelor/simptome ușoare

Investigaţii: 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 restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: dureri toracice tipic anginoase sau atipice, palpitaţii, simptome şi semne de insuficienţă cardiacă NYHA II, în corelaţie cu modificările funcţionale obiective:

Investigaţii: 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 obstrucţie la nivelul tractului de ejecţie, gradient maxim < 40mmHg la manevrele ce determina creşterea gradientului.

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice şi profesionale cu consum energetic ≤ 6-5METs, de evitat activităţile uşoare pe parcursul cărora apar perioade scurte de creştere a consumului de O_2 (MVO_2, VO_2)***;*** în general nu pot fi efectuate activităţi profesionale, care presupun efort intens de scurtă durată (creşterea

rezistenţelor pulmonare), activităţi profesionale ce presupun risc profesional, riscul siguranţei publice.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semen clinice: dureri toracice tipic anginoase sau atipice, palpitaţii, sincope, toleranţa mică la efort, insuficienţă cardiacă NYHA II-III, în corelaţie cu modificări funcţionale obiective:

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

Ecografic: hipertrofie ventriculară cu pattern diferit, prezenţa mişcării sistolice anterioare a valvei mitrale (SAM), obstrucţie la nivelul tractului de ejecţie al ventriculului stîng, gradient intraventricular > 50mmHg.

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

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament cutrativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne /simptome clinice: insuficienţă cardiacă avansată, ireductibilă, cu tulburări funcţionale importante în repaus.
Investigaţii: ECG modificări variate: HVS cu gradient QRS-T alterat, unde Q patologice, aritmii severe;
Ecografic: hipertrofie ventriculară severă cu pattern diferit, obstrucţie la nivelul tractului de ejecţie, gradient presional intraventricular > 50mmHg).
Limitarea severă/completă a activităţilor***:*** capacitate de autoservire pierdută.
Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene ± de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

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

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice:absența simptomelor
Investigaţii:dilatare izolată a VS,funcție sistolică normală sau uşor scăzută FE ≥ 40%

Fără limitări de activitate

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: dispnee, fatigabilitate, scăderea toleranţei la efort, palpitatii; insuficienta cardiacă NYHA II-III, în corelaţie cu modificări funcţionale obiective:

Investigaţii: 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: dilataţie uşoară/moderată de ventricul stâng (DTD = 60-68mm bărbaţi, 54- 61mm femei), hipokinezie globală, disfuncţie sistolică VS moderata (FE=36%- 40%);

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice şi profesionale cu consum energetic ≤ 6-5METs, de evitat activităţi uşoare pe parcursul cărora apar perioade scurte de creştere a consumului de O_2 (MVO_2, VO_2); nu pot efectua activităţi profesionale grele/medii sau activităţi profesionale care presupun efort intens de scurtă durată (creşterea rezistenţelor pulmonare), activităţi profesionale ce presupun risc profesional.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice:dispnee, fatigabilitate, palpitatii**,** scăderea progresivă a toleranţei la efort, insuficienţă cardiacă NYHA II-III, în corelaţie cu modificări funcţionale obiective:

Investigaţii: 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: dilataţie severă de ventricul stâng (DTD >70mm bărbaţi, >62 femei) ± tromboze intracavitare, hipokinezie globală, disfuncţie sistolică VS (FE = 30-35%).

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

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

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

Investigaţii: ECG modificări variate: anomalii de repolarizare, prezenţa undelor Q, HVS, tulburări de ritm, conducere;

Ecografie**:** dilataţie severă ventricul stâng (DTD >70mm bărbaţi, >62mm femei), hipokinezie globală**,** disfuncţie sistolică VS severă (FE ≤ 30%). Limitarea severă/completă a activităţilo, capacitate de autoservire pierdută.

Restricţii complete de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene ± de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

3. CARDIOMIOPATII RESTRICTIVE

a. **Miocardice-** neinfiltrative, infiltrative, tezaurismoze
b. **Endomiocardice**

4. PERICARDITA CRONICĂ CONSTRICTIVĂ

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: fatigabilitate, dispnee, angina pectorală, polipnee, insuficienţă cardiacă NYHA II, în corelaţie cu modificări funcţionale obiective:

Investigaţii: ECG constant anormală: blocuri de ramură, blocuri AV de grade diferite, microvoltaj, unde Q patologice, tulburări de ritm, modificări ST/T.
Ecografie: modificări ale funcţiei diastolice (E/A> 2), cavităţi ventriculare nedilatate, pereţi normali sau diferite grade de hipertrofie, atrii de dimensiuni crescute, presiuni de umplere crescute, (E/E'>15, HTP moderată, MAPSE, TAPSE scăzute).
Cateterismul cardiac: confirmă diagnosticul, permite evaluarea severităţii tulburărilor hemodinamice intracardiace

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice şi profesionale cu consum energetic ≤ 6-5METs, de evitat activităţi uşoare pe parcursul cărora apar perioade scurte de creştere a consumului de O_2 (MVO_2, VO_2); nu pot efectua activităţi profesionale grele/medii sau activităţi profesionale care presupun efort intens de scurtă sau lungă durată (creşterea rezistenţelor pulmonare), activităţi profesionale ce presupun risc profesional.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: semne de congestie venoasă cronică importantă- insuficienţă cardiacă NYHA II-III, în corelaţie cu modificări funcţionale obiective:

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

Ecografie: modificări ale funcţiei diastolice (E/A>2), cavităţi ventriculare nedilatate,

diferite grade de hipertrofie ventriculară, presiune telediastolică VS crescută - Doppler tisular: strain şi strain- rate scăzute, MAPSE, TAPSE scăzute, HTP moderat/severă

Cateterism cardiac: confirmă prezenţa tulburărilor hemodinamice intracardiace severe.

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

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament cutrativ şi al complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

<u>Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%</u>

Simptome/semne clinice: insuficienţă cardiacă decompensată, ireductibilă, cu tulburări funcţionale importante în repaus în corelaţie cu modificări funcţionale obiective:

Investigaţii: agravarea parametrilor funcţionali ai deficienţei accentuate.
Limitarea severă/completă a activităţilor***:*** capacitare de autoservire pierdută.
Restricţii complete de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene ± îngrijire personală pentru activităţile de bază .

5. CARDIOMIOPATIA ARITMOGENĂ DE VENTRICUL DREPT

Deficienţa funcţională poate fi medie sau accentuată în funcție de stadiul insuficienței cardiace drepte, severitatea şi controlul tulburărilor de ritm.

6. CARDIOMIOPATII NECLASIFICATE

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

Deficienţa funcţională va fi apreciată în funcţie de stadiul insuficienţei cardiace, modificările electrice, modificările ecocardiografice (severitatea disfuncţiei sistolice), eventualele complicaţii, după criteriile de la funcţia cardiacă în afectarea ischemică.

FUNCŢIA CARDIACĂ - legată de dinamica circulaţiei pulmonare, toleranţa la efort, Cod CIM I27,I28

Afecţiuni care pot afecta funcţia

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

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

- Electrocardiogramă
- Ecocardiografie
- Teste funcţionale respiratorii şi analiza gazelor sanguine
- Computer tomografie
- Rezonanţă magnetică

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

- Aprecierea clasei funcţionale a dispneei şi a altor simptome ale insuficienţei cardiace (*Clasificarea funcţională New York Heart Association)* (Tabel 1)
- Aprecierea clinică a capacităţii funcţionale bazată pe costul metabolic al diferitelor tipuri de activitate (*Clasificarea Goldman*) (Tabel 1)

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

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

Investigaţii: datele obiective sunt modificate în funcţie de etiologie**.** ECG normală sau semne electrice de suprasolicitare a VD;

Ecografie: hipertrofie şi/sau dilatare uşoară de VD, HTP uşoară (PAP sistolică 30-44mmHg), DLCO uşor scăzut 60- 80% din prezis, VEMS > 60% din prezis, SaO_2 > 93%

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară: pot efectua activităţi fizice cu consum energetic <7METs; activitatea profesională este posibilă, exceptând activităţile profesionale grele/foarte grele.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

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

Investigaţii: datele obiective sunt modificate în funcţie de etiologie. ECG semne electrice caracteristice de HVD şi/sau dilataţie de VD,

Ecografie: hipertrofie şi/sau dilatare de VD, HTP uşoară/moderată (PAP sistolică < 70mmHg), DLCO uşor/moderat scăzută 40-80% din prezis, VEMS > 40% din prezis, SaO_2 90-94%

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice şi profesionale cu consum energetic ≤ 6-5METs, de evitat activităţi uşoare pe parcursul cărora apar perioade scurte de crestere a consumului de O_2 (MVO_2, VO_2); nu pot efectua activităţi profesionale grele/medii sau activităţi profesionale care presupun efort intens de scurtă durată (creşterea rezistenţelor pulmonare).

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: semne de insuficienţă ventriculară dreaptă (CPC decompensat): turgescenţa jugularelor, hepatomegalie dureroasă, edeme, eventual ascită,

sincope, tromboembolism, în corelaţie cu modificări funcţionale obiective:

Investigaţii: **ECG**: semne electrice caracteristice de HVD şi/sau dilataţie de VD;

Ecografie: hipertrofie şi/sau dilatare de VD, HTP severă (PAP sistolică >70mmHg), TAPSE < 14, aria AD > 30mm², presiunea atriul drept (PAD) > 15-20mmHg, deteriorare funcţională respiratorie (PaO2 ≥55 mmHg, SaO_2 90-89%), VEMS<40% din prezis.

Limitarea moderată/severă a activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice cu consum energetic ≤3 - 4METs; pot fi efectuate activităţi profesionale, doar în condiții speciale; Capacitatea de autoservire păstrată parțial.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

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

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Simptome/semne clinice: insuficienţă cardiacă decompensată, ireductibilă, cu tulburări funcţionale importante în repaus în corelaţie cu modificări funcţionale obiective:

Investigaţii: ECG modificări variate care caracterizează HVD şi dilataţia VD ± tulburări de ritm complexe.

Ecografie: hipertrofie şi/sau dilatare de VD, HTP severă (PAP sistolică >70mmHg), TAPSE < 14, PAD >20mmHg,deteriorare funcţională respiratorie severă/foarte severă (insuficienţă respiratorie PaO2 ≤ 55mmHg, SaO_2 < 89%), VEMS<30%

Limitarea severă/completă a activităţilor***:*** capacitate de autoservire pierdută

Restricţii complete de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene ± de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

FUNCŢIA CARDIACĂ - legată de funcţiile bătăilor cardiace, toleranţa la efort

TULBURĂRILE DE RITM

Afecţiuni care pot afecta funcţia:

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. Fibrilaţia atrială-FA, flutterul atrial Cod CIM I48

Aperecierea funcţiei cardiovasculare determinată de afectarea aritmică se va realiza în principal prin :

- Electrocardiogramă, Holter ECG
- Ecocardiografie

Fără deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%

Simptome/semne clinice: toleranţă bună la eforturi de intensitate mare, palpitaţii autolimitate sau răspund la manevre vagale, ± medicaţie specifică, episoade rare, în corelaţie cu modificări funcţionale obiective:

Investigaţii: 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 şi/sau funcţionale minime. Fără limitarea activităţilor.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, preventia sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice palpitaţii în repaus sau la efort, recurenţe rare, fără consecinţe hemodinamice, răspuns favorabil la medicaţie antiaritmică**,** în corelaţie cu modificări funcţionale obiective**;**

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

Ecografie cardiacă: normală sau modificări structurale şi/sau funcţionale uşoare.
(Aritmii sinusale, ESSV frecvente, EV clasa II, III Lown, TPSV rare, FA paroxistică recurentă). Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară: pot efectua activităţi fizice cu consum energetic <7METs; activitatea profesională este posibilă, exceptând activităţile profesionale grele/foarte grele.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: palpitaţii neregulate/regulate, apar pe fondul unor afecţiuni organice cardiace/extracardiace (pulmonare, tiroidiene) necontrolate satisfăcător prin terapia specifică, care limitează toleranţa la eforturile fizice de intensitate medie, în corelaţie cu modificări funcţionale obiective:

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

Ecografie cardiacă: normală sau modificări structurale şi funcţionale ale bolii cardiovasculate asociate.

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

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice şi profesionale cu consum energetic ≤ 6-5METs; nu pot efectua activităţi profesionale grele/medii sau activităţi profesionale ce presupun risc profesional-riscul siguranţei publice.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: palpitaţii regulate/neregulate, apar pe fondul unor afecţiuni organice cardiace severe, induc tulburări hemodinamice (simptome de ischemie cerebrală, miocardică etc), necontrolate de terapia specifică antiaritmică, toleranţă redusă la eforturi de intensitate mică, în corelaţie cu modificări funcţionale obiective:

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

Ecografic: modificări anatomice şi funcţionale 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, fibrilaţia persistentă sau permanentă simptomatică (risc de cardiomiopatie aritmogenă, risc tromboembolic), flutter atrial paroxistic- recurenţe frecvente, flutter atrial cronic (rar)

***Observaţii*:**

- pacienţii care beneficiază de terapia ablativă a tulburării de ritm (cateter ablaţie, sau implant al unor dispozitive antiaritmice - cardiodefibrilatoare implantabile), vor fi evaluaţi post-procedură, funcţia cardiacă fiind dictată de rezultatele pe termen lung care vizează: controlul simptomelor, al aritmiei, evoluţia bolii cardiace subiacente, complicaţiile tardive privind funcţionarea tehnică a dispozitivului**.**
- bradicardia sinusală severă, simptomatică (sincope), care limitează capacitatea de efort - **deficienţa accentuată** până la controlul aritmiei şi simptomelor.

Limitarea moderată/severă a activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice cu consum energetic ≤ 3-4MET; pot fi desfăşurate activităţi profesionale doar în condiţii speciale;

Restricţii uşoare/moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament cutrativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

FUNCŢIA CARDIACĂ - legată de bătăile şi ritmul inimii, funcţia sistolică globală, toleranţa la efort

TULBURĂRI DE CONDUCERE (Cod CIM I44, I45)

Afecţiuni care pot afecta funcţia

1. Blocuri atrio-ventriculare

2. Blocuri intraventriculare

Aprecierea funcţiei cardiovasculare se va realiza prin:

- Electrocardiogramă/(Holter ECG)
- Ecocardiografie

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice: toleranţă bună la eforturi mari.
Investigaţii: ECG(Holter ECG): diagnosticul tulburării de conducere,
Ecografie cardiacă: normală sau modificări structurale uşoare, funcţie sistolică (FE ≥ 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 activităţilor sau limitare uşoară: pot efectua activităţi fizice cu consum energetic < 7METs; activitatea profesională este posibilă, exceptând activităţile profesionale grele/foarte grele.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, preventia sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: toleranţă la eforturi mici/medii, satisfăcătoare, angină, palpitaţii, în corelaţie cu modificări funcţionale obiective:

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

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

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

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

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: palpitaţii, vertij, sincope, angină pectorală, insuficienţă.cardiacă în corelaţie cu modificări funcţionale obiective:

Investigaţii: ECG(Holter ECG): diagnosticul tulburării de conducere ± modificări electrice ale bolii cardiace structurale,
Ecografic: modificări structurale/funcţionale ale afecţiunii cardiace subiacente, ± disfuncţie sistolică (FE 30-35%).

BAV gr.II, gr. III simptomatice care necesită implantarea unui device pentru optimizarea condiţiei hemodinamice, blocul complet de ramură stângă, blocurile

trifasciculare.

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

Restricţii uşoare/moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament cutrativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

BOALA DE NOD SINUSAL

Deficienţa funcţională poate fi *medie* sau *accentuată* în funcţie de complexitatea bradidisritmiilor sau tahidisritmiilor înregistrate (vezi criteriile de la tulburări de ritm si conducere.

DISPOZITIVELE CARDIACE IMPLANTABILE (Cod CIM Z96,Z97)

- Cardiostimularea şi implantul de pacemaker indicată ritmurilor bradicardice şi simptomatologiei de tip sincopal.
- Cardiodefibrilatorul implantabil indicat pentru tratamentul electric al tahiaritmiilor ameninţătoare de viaţă şi prevenţia morţii subite.
- Resincronizarea cardiacă-terapia insuficienţei cardiace moderat-severe

Funcţia cardiacă va fi apreciată în funcţie de controlul simptomelor, al aritmiei, evoluţia afecţiunii care a necesitat device-ul, complicaţiile tardive privind funcţionalitatea dispozitivului.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

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

Investigaţii: ECG: prezenţa impulsului electric generat de pacemaker (spike);

Ecografie cardiacă: normală, sau modificări anatomice/funcţionale uşoare.

Limitarea activităţilor uşoară/ moderată: pot efectua activităţi fizice moderate (<6 METs)**.** Pot efectua activităţi profesionale uşoare/sedentare.

Nu sunt recomandate activităţi profesionale uşoare, care implică risc profesional-risc pentru siguranţa publică.

Fără restricţii/restricţii uşoare de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

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

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

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

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice cu consum energetic ≤6METs; pot efectua unele activităţi profesionale uşoare/sedentare care nu implică risc profesional - risc pentru siguranţa publică

Fără restricţii/restricţii uşoare de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice: bolnavi cu afecţiuni cardiace organice severe, la care implantarea device-lui a permis doar regularizarea ritmului cardiac, ameliorarea calităţii vieţii, dar care prin natura şi amploarea modificărilor morfo-funcţionale cardio-vasculare, au capacitate funcţională redusă, prezintă simptome la eforturi mici, insuficienţă cardiacă NYHA II-III.

Investigaţii: ECG**:** modificări electrice variate în afara celor induse de pacing

Ecografic: modificări severe structurale/funcţionale ale afecţiunii cardiace subiacente.
Limitarea moderată/severă a activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice cu consum energetic ≤3-4METs; activităţi profesionale doar în condiţii speciale.

Restricţii uşoare/moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

FUNCŢIILE TENSIUNII ARTERIALE - legate de funcţia tensiunii arteriale, fluxul sanguin sistemic

Afecţiuni care pot afecta funcţia:

Hipertensiunea arterială esenţială Cod CIM I10

Hipertensiunea arterială secundară Cod CIM I15

Aprecierea funcţiei vasculare se va realiză prin:

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

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

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

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

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

Limitarea activităţilor: activitate fizică fără restricţii; fără restricţii de activitate profesională.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie/accentuată, incapacitate adaptativă 50-89%

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

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

care asociază: hipertrofie ventriculară stîngă (HVS) definită ecografic cu consecinţe clinice: insuficienţă cardiacă (cu fracţei de ejecţie redusă), tulburări de ritm (în special fibrilaţie atrială), **documentate** şi/sau boală cronică de rinichi moderată: GFR 30-44mL/min/1,73m2 sau severă GRF < 30mL/min/1.73m2.

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice şi profesionale cu consumenergetic ≤ 6-METs; (Tabel 3)

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi 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 condiţii clinice vasculare**, deficienţa funcţională şi incapacitatea adaptativă vor fi stabilite în funcţie de severitatea afectiunii vasculare asociate, după criteriile de la patologia respectivă**.**

***Boală coronariană ischemică, infarct miocardic, revascularizare miocardică, fibrilaţie atrială, insuficienţă cardiacă, incluzînd insuficienţa cardiacă cu fracţie de ejecţie scăzută (HFpEF), boală vasculară cerebrală (accident vascular ischemic, hemoragia cerebrală, accident ischemic tranzitor), boală vasculară periferică, afectare renală (insuficienţă renală, proteinurie), retinopatie avansată (hemoragii, exudate, edem)*

În HTA cu evoluţie accelerată şi malignă, definiţia OMS: TAD > 130mmHg, FO cu exudate hemoragice, insuficienţă renală progresivă, rezistenţa la tratament, deficienţa funcţională (accentuată/gravă) şi incapacitatea adaptativă vor fi dictate de severitatea complicaţiilor.

Limitarea activităţilor şi restricţiile de participare la viaţa socială sunt generate de severitatea complicaţiilor.

Aceleaşi criterii se vor aplica şi pentru evaluarea hipertensiunii arteriale secundare.

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

FUNCŢIILE ARTERELOR - Legate de fluxul sanguin la nivelul arterelor

Afecţiuni care determină afectarea funcţiei

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

2.Boala arterelor membrelor superioare

Aprecierea funcţiei vasculare se va realiza în general prin:

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

Fără deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%

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

Investigaţii: Indicele gleznă/braţ (IGB) >0.9**;** diferenţe TA între cele două braţe > de 10-15mmHg.

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

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice: claudicaţie intermitentă, terminarea testului de efort standardizat la covor rulant)* (dacă există posibilităţi tehnice de realizare) (arteriopatii st. II Fontaine), ,sindrom de furt de arteră vetebrală - claudicaţia braţului.

Investigaţii: Indicele gleznă/braţ între 0,61- 0,9; diferenţe TA între cele două braţe > de 15mmHg, ecografia vasculară/ angiografia membrului superior/inferior.

Fără limitare sau limitare uşoară de activitate: pot efectua activităţi fizice şi profesionale, în condiţii de confort termic, care presupun deplasare într-un perimetru mai mic decît perimetrul de apariţie al claudicaţiei; activităţi care nu presupun solicitarea gestualităţii.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, preventia sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: claudicaţie intermitentă la < 200 m de mers, incapacitatea de a termina testul la covor rulant* (dacă există posibilităţi 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 funcţionale obiective:

Investigaţii: indicele gleznă/braţ 0,60 - 0,4; modificări la ecografia vasculară, AngioCT/ AngioRMN/Arteriografie, care relevă severitatea stenozelor membrelor superioare/ inferioare.

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice şi profesionale (în condiţii de confort termic), care presupun deplasare într-un perimetru mai mic decît perimetrul de apariţie al claudicaţiei;

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională 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 funcţionale obiective:

Investigaţii: indice gleznă /braţ < 0,4, modificări la ecografia vasculară, AngioCT/ AngioRMN/Arteriografie, care relevă stenoze semnificative de membre superioare/inferioare.

Cazurile cu ulcerații sau gangrenă - arteriopatii st. IV Fontaine; amputaţii: amputaţie până la nivelul gambei unilateral + BAP st. II/III membru controlateral; amputaţie gambă unilateral asociată cu anchiloză genunchi/şold controlateral, cazurile cu gangrenă/amputaţie unilaterală de membru toracal în boala arterelor membrelor superioare.

Limitarea moderată/severă a activităţilor: nu pot fi efectuate activităţi fizice care presupun deplasare pe distanțe mari; pot fi efectuate activităţi profesionale doar în conditii speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire***;***

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament cutrativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şireabilitare pe termen lung

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Simptome/semne clinice: arteriopatii cu amputaţii ce duc la tulburări funcţionale grave

- amputaţie bilaterală de gambă
- amputaţie unilaterală coapsă asociată cu BAP st. III-IV membru controlateral;
- amputaţia ambelor coapse;
- amputaţie coapsă unilateral asociată cu anchiloză şold controlateral
- amputaţie coapsă asociată cu amputaţie membru toracic cel puțin de la nivelul antebraţului
- amputaţia membrului toracal cel puțin de la nivelul antebraţului asociată cu redoare/anchiloză controlaterală
- amputaţie ambe membre toracale de la diferite niveluri

Limitarea severă/completă a activităţilor: capacitate de autoservire pierdută Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activitățile instrumentale ale vieţii cotidiene ± ingrijire personală pentru activităţile de bază .

Boala Arterială Revascularizată (Endovascular Sau Chirurgical)

Evaluarea funcţiei arteriale post revascularizare implică determinarea semnelor şi simptomelor ce rezultă din rezerva de flux arterial şi/sau diminuarea circulaţiei arteriale tisulare locale.

Aprecierea insuficienţei arteriale se va face în raport de evoluţia simptomelor subiective (durere de repaus, claudicaţie), existenţa semnelor fizice revelatoare de ischemie, datele obiective oferite de investigaţiile 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 deficienţa funcţională şi implicit, capacitatea de muncă. Se va ţine cont de toleranţa 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 şi o înclinare a pantei de 10°. Terminarea testului plasează bolnavul în stadiul II A Fontaine, iar incapacitatea de a termina testul din cauza claudicaţiei 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 şi stenoza hemodinamică de arteră mezenterică

Stabilirea deficienţei funcţionale va avea în vedere severitatea malnutriţiei, conform criteriilor de la afecţiunile digestive.

4. Boala arterelor renale: stenoza aterosclerotică de artere renale, displazia fibromusculară

Stabilirea deficienţei funcţionale se va face conform criteriilor de la *Hipertensiunea arterială.*

5. Boala arterelor carotide

Stabilirea deficienţei funcţionale se va face conform criteriilor de la patologia cerebrovasculară.

BOLILE AORTEI Cod CIM I 71

Anevrismele aortei

Disecţia de aortă

Aprecierea funcţiei cardiovasculare se va realiza în general prin:

- ecografie cardio-vasculară
- tomografie computerizată

- ezonanţă magnetică

Spectrul larg al bolilor arteriale cuprinde şi bolile aortei: sindroame aortice acute, hematomul intramural, ulcerul aortic penetrant, leziunea aortică traumatică, ruptura aortei, afecţiuni aterosclerotice, inflamatorii, boli genetice, congenitale. Evaluarea se bazează în principiu pe metode imagistice: ecografie, tomografie computerizată, rezonanţă magnetică. Chirurgia aorteirămâne necesară în multe situaţii, în timp ce terapia endovasculară joacă un rol important.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Simptome/semne clinice: Anevrisme mici asimptomatice, disecția de aortă operată, cu parcurs stabil, favorabil de durată.

Investigaţii: imagistica (ecografia, CT, RMN) nu relevă modificări morfologice şi funcţionale deosebite.

Fără limitare sau limitare uşoară de activitate: pot efectua activităţi fizice şi profesionale sedentare/uşoare, în condiţii de confort termic, fără creşteri energetice sporadice pe parcursul activităţii.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, preventia sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Simptome/semne clinice: Anevrisme cu dimensiuni $\geq$ 45 mm care impun monitorizare clinică şi imagistică.

Investigaţii: imagistica (ecografia, CT, RMN) nu relevă modificări morfologice şi funcţionale deosebite.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Simptome/semne clinice**:** bolnavi simptomatici la eforturi de intensitate mică sau în repaus; anevrismele de aortă cu indicaţie chirurgicală; disecţia de aortă post operator-primul an, disecţia de aortă operată cu complicaţii, disecţia de aortă tip B - tratament medical, disecţia cronică de aortă, disecţia de aortă postoperator, care asociază condiţii cardiovasculare necontrolate terapeutic.

Investigaţii: imagistica (ecografia, CT, RMN) relevă modificări morfologice, funcţionale caracteristice.

Limitarea moderată/severă a activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice uşoare; în general pot fi efectuate activităţi profesionale doar în condiți speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire;

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung

FUNCŢIILE VENELOR - legate de fluxul sanguin în vene şi funcţiile valvelor venelor (Cod CIM I83)

FUNCŢIILE VASELOR CAPILARE - legate de fluxul sanguin în vasele capilare (Cod CIM I89)

Afecţiuni care pot afecta funcţia:

1.Insuficienţa venoasă cronică

2.Limfedemul

Aprecierea deficienţei funcţionale se realizează cu ajutorul clasificării CEAP - stadializarea insuficienţei venoase cronice pe baza criteriilor Clinice, Etiologice, Anatomice şi Patofiziologice, a Scorului de Severitate Clinică Venoasă (SSCV), precum şi a clasificări de severitate a limfedemului: uşor : <20% creştere în volum, mediu: 20-40% creştere în volum, grav: >40% creştere în volum.

Observații*: Scala de severitate clinică venoasă (SSCV) este un instrument conceput pentru a evalua severitatea bolii venoaase 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 ≥ 3mm 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	Fără: 0	Ușoară: 1	Moderată: 2	Severă: 3

Sugestivă pentru insuficiență venosă cronică Nu include pigmentarea focală a varicelor sau pigmentarea din alte boli cronice (purpură vasculară)	Deloc sau focală	Limitată la regiunea perimaleolară	Extinsă până la treimea distală gambei	Extinsă dincolo de treimea distală a gambei

Inflamație Pe lâng 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 Însoțește 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 deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%

Semne clinice

Insuficienţa venoasă cronică CEAP C0-C2: varice simple, pachete varicoase, limfedem uşor. Fără limitare de activitate: activitate fizică şi profesională fără restricţii
Fără restricţii de participare la viaţa socială.

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

Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne clinice:

1. Insuficienţa venosa cronică:
   - CEAP - C3: dilataţii 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 uşor-moderat de membru inferior sau superior

Fără limitare sau limitare uşoară de activitate: activitate fizică şi profesională fără restricţii, respectate mijloacele terapeutice indispensabile (terapie compresivă)**.**

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, preventia sau reducerea riscului. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne clinice:

1.Insuficiența venosa cronică:

- CEAP - C4 - modificări pigmentare până la nivelul genunchilui, eczemă, lipodermatoscleroză, dilataţii varicoase extinse, edem moderat-sever, hipertensiune venoasa marcată
- CEAP - C5 - ulcer venos vindecat, dilataţii varicoase extinse, edem moderat-sever, hipertensiune venoasa 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 trament

2.Limfedem moderat/grav unilateral de membru inferior sau superior

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice şi profesionale, care nu presupun ortostatism permanent /prelungit, deplasări posturale, manipulaţie amplă, în condiţii de confort termic, terapie compresivă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne clinice:

1. Insuficienţa venoasă cronică

- CEAP - C6 - ulcer venos activ peste 2 cm, mai mult de 2 ulcerații, dilataţii varicoase extinse, edem moderat-sever, hipertensiune venoasa marcată, modificări pigmentare, eczemă, lipodermatoscleroză
- CEAP - C6 - ulcer venos activ peste 6 cm, dilataţii varicoase extinse, edem moderat-sever, hipertensiune venoasa marcată, modificări pigmentare, eczemă, lipodermatoscleroză

2.Limfedemul primar/secundar moderat/grav de membru superior, inferior bilateral cu

deformări importante ale membrelor ce determină tulburări de gestualitate, locomoţie.

Limitarea moderată/severă a activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice care nu presupun deplasare şi ortostatism permanent/prelungit; pot fi efectuate activităţi profesionale, doar în condiţii speciale; este păstrată parţial capacitatea de autoservire;

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională 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 manipulaţie sau locomoţie.

Limitarea severă/completă a activităţilor***:*** capacitate de autoservire pierdută

Restricţii complete de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activitățile instrumentale ale vieţii cotidiene ± îngrijire personală pentru activităţile 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****.***

FUNCŢIA INIMII - legată de funcţia de pompare a sângelui la presiunea cerută în întreg organismul

TRANSPLANTUL CARDIAC Cod CIM Z94

Transplantul cardiac se defineşte ca terapie de elecţie în cazuri selecţionate de boli cardio-vasculare ireversibile, care ameninţă viaţa pacientului. Indicaţia de transplant cardiac este limitată la un număr relativ restrâns de pacienţi, la care se estimează un beneficiu real în privinţa creşterii duratei de supravieţuire şi a calităţii vieţii.

Sunt evaluaţi, de regulă, în vederea transplantului cardiac pacienţi cu insuficienţă cardiacă congestivă clasele III, IV NYHA. Pacienţii cu simptome clasificate în clasa II NYHA pot fi evaluaţi în vederea transplantului cardiac în cazul asocierii unor condiţii severe care agravează prognosticul bolii. Pot fi indicaţii de transplant cardiac:

- boala cardiacă ischemică refractară la terapia medicamentoasă;
- tahicardia ventriculară susţinută, refractară la toate metodele terapeutice, inclusiv implantarea de defibrilatoare;
- cardiomiopatia dilatativă;
- cardiomiopatia restrictivă;
- cardiomiopatia dilatativă;
- boli cardio-vasculare congenitale, în situaţiile în care riscul chirurgical este foarte mare.

Diagnostic funcţional

În aprecierea deficienţei funcţionale, incapacităţii adaptative, respectiv gradului de invaliditate se va ţine seama de:

- gradul afectării funcţiei cardio-vasculare, evaluată prin parametrii hemodinamici specifici;
- evoluţia post-transplant;
- existenţa complicaţiilor datorate bolii de fond, intervenţiei operatorii sau tratamentului imunosupresor cronic.

Pacienţii cu evoluţie post-operatorie favorabilă, cu funcţie hemodinamică adecvată post-transplant prezintă deficienţă funcţională *accentuată*, *capacitate de muncă diminuată.*

Evoluţia nefavorabilă cu restabilire inadecvată a parametrilor hemodinamici şi/sau prezenţa complicaţiior determină deficienţă funcţională *gravă*.

Complicaţiile care conduc la deficienţă funcţională gravă sunt:

- respingerea allografei
- disfuncţia allografei, datorită efectelor farmacologice sau vasculare – vasculopatia allografei
- boala coronariană ischemică
- complicaţii datorate imunosupresiei cronice: inficienţă renală– nefrotoxicitatea ciclosporinei, infecţii severe, neoplazii, etc
- tulburări psihice-depresie reactivă.

Reluarea activităţii este posibilă numai într-un număr foarte restrâns de cazuri. Dacă pacientul doreşte să îşi reia activitatea profesională, se vor avea în vedere:

- aspectele legate de locul de muncă: solicitări energetice şi neuropsihice, condiţii de microclimat, securitatea muncii);
- nivelul de inteligenţă, profilul psihologic, nivelul pregătirii profesionale, situaţia familială şi socială.

Limitarea severă/completă a activităţilor: pot efectua sau nu activităţi cotidiene de autoservire;

Restricţii severe/complete de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Pot fi necesare servicii de asistenţă socială pentru activitățile instrumentale ale vieţii cotidiene ± ingrijire personală pentru activităţile de bază.

4.2. FUNCȚIILE SISTEMULUI HEMATOLOGIC

Elemente clinice și funcționale care definesc funcțiile sistemului hematologic

Clinic anamnestic: astenie fizică, fatigabilitate, dispnee de efort, infecții recurente, sindrom febril, sângerări cutaneo-mucoase;
Examen fizic: paloare, icter, splenomegalie, adenopatii, peteşii, 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).

Relaţia dintre deficienţa funcţională şi limitările de activitate/ restricţiile de participare generate.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20- 49 %
Limitare ușoară a activităților**.** Pot fi efectuate activităţi profesionale organizate, zilnice,cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.
Fără restricţii de participare la viaţa socială. Capacitate de autoservire păstrată.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament şi de investigare a unor posibile recidive. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50- 69 %
Limitarea moderată a activităţilor fizice. Capacitate de muncă diminuată. Pot fi efectuate activităţi profesionale uşoare.
Fără restricţii de participare la viaţa socială. Capacitate de autoservire păstrată.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi recuperator . Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată,incapacitate adaptativă 70- 89 %
Limitarea moderată/severă a activităţilor. Capacitate de muncă diminuată. Pot fi efectuate eventual activități sedentare
Restricţii moderate de participare la viaţa socială. Capacitate de autoservire păstrată parțial.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90- 100 %
Limitarea severă/completă a activităţilor.
Restricţii complete de participare la viaţa socială. Capacitate de autosevire pierdută.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru

activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene ± de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

FUNCŢIILE SISTEMULUI HEMATOLOGIC- funcţiile de producere a sângelui şi a măduvei osoase, funcţiile de transport al oxigenului în sânge

ANEMIILE

- **Anemii de nutriţie -feriprivă, Cod CIM X D50**
  -prin carenţă de vitamina B12 , Cod CIM X D51
  - prin carenţă 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 investigaţia esenţială pentru determinarea parametrilor eritrocitari.

Parametrii eritrocitari pe baza cărora se stabileşte 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 şi starea funcțională a aparatului cardiovascular.

- În cazul în care se identifică o condiţie patologică primară se aplică criteriile pentru afecţiunile respective, considerând anemia asociată ca factor agravant.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

- **Anemia feriprivă uşoară, anemia megaloblastică formă uşoară, anemii hemolitice ereditare* sau dobândite**forme uşoare:** Hb (>10)-12 g/dL, semne clinice de intensitate uşoară, cu răspuns imediat şi persistent la

tratament.

- **Anemia aplastică formă uşoară** (celularitate > 50%), forme cronice cu evoluţie 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.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

- **Anemia feriprivă formă moderată, anemia megaloblastică formă moderată, anemii hemoliticeforme moderate (**Hb 7-10 g/dL), semne clinice de intensitate moderată, cu răspuns favorabil la tratament, fără complicaţii.
- **Anemia aplastică formă medie** (celularitate 30-50%), forme cronice cu evoluţie lentă, fără complicaţii sau forme cu remisiuni parţiale. Sunt permise doar activități ușoare, sedentare. Se va evita expunerea la agenți infecțioși, factori fizici și chimici.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

- **Anemia feriprivă formă severă, anemia megaloblastică formă severă, anemii hemoliticeforme severe, (Hb < 7 g/dl) cu complicaţii (tromboze, hemoragii repetate, mielodisplazii) care necesită transfuzii frecvente.**
- **Anemia aplastică formă severă** (hipocelularitate globală medulară < 30 %), complicaţii grave, care necesită transfuzii repetate, atât în perioada activă a bolii cât şi 2 ani după obţinerea unei remisiuni.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

- ***Anemia aplastică formă gravă*** cu supravieţuire după un debut fulminant, complicată cu infecţii şi hemoragii severe, hepatită posttransfuzională, cu risc de leucemie acută.

PROLIFERĂRI MALIGNE ALE CELULELOR STEM UNI-/

PLURIPOTENTE SINDROMUL MIELOPROLIFERATIV ACUT

LEUCEMIILE ACUTE

Leucemia acută limfoblastică(LAL) este mai frecventă la copii şi tineri, este rară după vârsta de 60 ani.
Leucemia acută mieloblastică (LAM) apare după vârsta de 65 ani, incidenţa creşte pe măsura înaintării în vârstă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

- ***Leucemia acută limfoblastică (LAL)***, ***leucemia acută mieloblastică (LAM)*** cu tablou clinic determinat de insuficienţa medulară şi semne şi simptome datorate proliferării leucemice (sindrom tumoral) de intensitate crescută, cu răspuns nesatisfăcător la tratament, cu factori de prognostic clinici şi citologici nefavorabili, cu remisiune cu durată mai mică de 4-5 ani, cu risc crescut de recidivă.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

- ***Leucemia acută limfoblastică(LAL)***, ***leucemia acută mieloblastică (LAM)*** cu tablou clinic determinat de insuficienţa medulară şi semne şi simptome datorate proliferării leucemice (sindrom tumoral) severe (recăderi, forme refractare), răspuns nefavorabil la tratament, cu complicaţii în timpul terapiei specifice (apalzie medulară, infecţii severe, hemoragii) cu factori de prognostic clinici şi 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 şi bilanț biochimic în limite normale, fără complicații, fără tulburări hematologice, fără perioade de exacerbare, fără efecte secundare ale tratamentului, la cel putin 5 ani postterapeutic.

  b. LMC **în faza cronică,** documentată clinic şi hematologic, cu răspuns bun la tratamentul cu inhibitori de tirozin-kinază (ITK) prezintă ***deficienţă funcţională medie , incapacitate adaptativă 50-69 %.*** În evaluarea cazului se va ţine seama de evaluarea prognostică (scor Sokal, Hasford, ELTS-EUTOS).

  c. LMC **în faza accelerată** (bazofilie periferică ≥ 20%, trombocitopenie persistentă sub 100.000/mmc independentă de tratament, persistența sau evoluția splenomegaliei fără răspuns la tratament ***deficienţă funcţională 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 ***deficienţă funcţională 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. Pacienţii asimptomatici, cu risc trombotic scăzut (0-1 puncte), fără antecedente trombotice, fără factori de risc cardiovascular care necesită doar monitorizare clinică şi hematologică prezintă ***deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49 %.***

  b. În cazul pacienților cu risc trombotic crescut ***(≥ 4 puncte)*** cu complicaţii trombotice documentate (infarct miocardic, accidente vasculare cerebrale, tromboze arteriale periferice, tromboze venoase profunde şi superficiale), deficienţa funcţională se stabileşte conform criteriilor de la capitolele respective, considerând PV ca factor agravant.

- ***Trombocitemia esenţială (TE)***
  a. Pacienţii asimptomatici, cu risc scăzut, fără antecedente trombotice, fără factori de risc cardiovascular care necesită doar monitorizare clinică şi hematologică prezintă ***deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49 %.***
  b. Pacienţii care prezintă *simptome determinate de tulburări circulatorii* (cefalee, ameţeli, sincope, dureri toracice, tulburări de vedere), cu risc intermediar, care necesită terapie de citoreducţie prezintă ***deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69 %.***
  c. Pacienţii cu risc înalt, cu debut hemoragic sau antecedente trombotice, în prezenţa mielofibrozei însoţită de hematosplenomegalie progresivă şi pancitopenie, prezintă ***deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89 %.***
  d. În cazul complicaţiilor trombotice documentate (infarct miocardic, accidente vasculare cerebrale, tromboze arteriale periferice, tromboze venoase profunde şi superficiale), evaluarea deficienţei funcţionale 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 şi Patologice (ECP) pentru diagnosticul şi stadializarea MFIC.
  a. MFIC stadiul clinic precoce – anemie uşoară, splenomegalie moderată, trombocitoză 400 - 1.000x10^9 /L, fibroză reticulinică uşoară- ***deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69 %.***

  b. MFIC stadiul clinic intermediar (MFIC manifestă)- anemie medie, splenomegalie importantă, tablou leucoeritroblastic, fibroză reticulinică

importantă + fibroză colagenică - ***deficienţă funcţională 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, complicaţii prezente(insuficienţă hepatică, coagulare intravasculară diseminată) - ***deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90- 100 %.***

SINDROAMELE MIELODISPLAZICE *, Cod CIM X D46

*****Grup heterogen de afecţiuni clonale caracterizate prin hematopoieză ineficientă cu citopenie şi tendinţa de evoluţie spre leucemie acută mieloidă (LAM).*

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Manifestări clinice - anemie, infecţii recurente, manifestări hemoragice, spelnomegalie de intensitate moderată, procent de blaşti în măduva osoasă sub 5%, risc de transformare în LAM scăzut.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Manifestări clinice - anemie, infecţii recurente, manifestări hemoragice, spelnomegalie de intensitate crescută, procent de blaşti în măduva osoasă 5-9%, risc de transformare în LAM intermediar.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Manifestări clinice - anemie, infecţii recurente, manifestări hemoragice, spelnomegalie severe, procent de blaşti în măduva osoasă 10-19 %, risc de transformare în LAM înalt.

- În cazurile de transformare în leucemie mieloidă acută şi 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

*****Afecţiune hematologică heterogenă caracterizată atât prin infiltratea neoplazică a măduvei şi a altor ţesuturi cât şi prin alterarea imunităţii celulare şi umorale*.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

- ***Leucemia limfocitară cronică stadiul 0, clasificarea RAI,*** asimptomatici, eventual limfadenopatii, splenomegalie uşoare**,** există doar limfocitoză, prognostic favorabil, supravieţuire 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***

putin 5 ani postterapeutic.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

- ***Leucemia limfocitară cronică stadiul I***: (limfocitoză + adenopatii***) şi stadiul II*** (limfocităză + splenomegalie ± adenopatii) ***clalsificarea RAI,*** risc intermediar.

Deficienţă funcţională 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.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

- ***Leucemia limfocitară cronică stadiul IV clasificarea RAI***: limfocitoză + trombocitopenie (< 100000/mmc) şi anemie ca rezultat al infiltrării măduvei, adenopatii, splenomegalie, sunt prezente complicaţii: infarcte splenice, manifestări digestive cauzate de adenopatiile mezenterice şi retroperitoneale, manifestări cutanate (noduli , peteşii, echimoze) risc crescut, rată de progresie accelerată.

LIMFOAME MALIGNE

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 limfatice (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 extralimfatice 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.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

BH stadiul I, BH cu remisiune permanentă, fără semne de recădere, timp de 4 ani postterapeutic.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

BH stadii intermediare (stadiile I I şi III) controlate terapeutic, pentru o perioada de 4 ani postterapeutic.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Orice stadiu de boală, de la diagnosticare, pe durata tratamentului; BH stadii avansate (stadiul IV), eşecul terapeutic primar, recăderile, prezenţa efectelor secundare ale tratamentului (indiferent de opţiunea terapeutică).

Deficienţă funcţională 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 ţine seama de evaluarea prognostică şi de criteriile precizate la capitolul respectiv.

LIMFOAMELE MALIGNE NON-HODGKINIENE, Cod CIM X C82-C83

Deficienţa funcţională se apreciază pe baza rezultatelor monitorizării clinice, biologice şi imagistice efectuată în serviciile de specialitate şi în funcţie de răspunsul la tratament.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Forme histologice, cu evoluţie benignă în remisiune completă post tratament (reducerea sindromului tumoral, normalizarea parametrilor hematologici şi biologici) după o perioadă de 4 ani postterapeutic.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Forme histologice, cu evoluţie benignă în remisiune completă post tratament (reducerea sindromului tumoral, normalizarea parametrilor hematologici şi biologici) pentru o perioadă de 4 ani postterapeutic.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forme histologice cu grad scăzut de malignitate, dar cu răspuns nesatisfăcător la tratament, cu evoluţie clinică îndelungată, în remisiune parţială (reducerea cu 50 % a sindromului tumoral).

Deficienţă funcţională 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;
Prezenţa efectelor secundare ale tratamentului (indiferent de opţiunea terapeutică). Limfoame înalt agresive, cu supravieţuire 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 ≥ 10% sau plasmocitom extramedular şi cel puţin unul dintre următoarele criterii:
Prezența markerului tumoral:

- ≥ 60% plasmocite medulare
- raport FLC în ser ≥ 100
- 1 leziune descrisă la IRM (dimensiune ≥5mm)

Evidenţierea afectării de organ ce poate fi atribuită proliferării plasmocitare (criterii CRAB):

- Hipercalcemie ≥ 11.5 mg/dl sau creşterea cu > 1mg/dl peste limita superioară a normalului
- Insuficienţă renală: Cr serică > 2 mg/dl sau ClCr < 40 ml/min (folosind formula MDRD/CKD-EPI)
- Anemie: scăderea Hb cu >2 g/dl faţă de normal, sau < 10 g/dl
- Leziuni osoase: ≥1 leziuni osteolitice evidenţiate 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 ≥ 500mg/24h şi/sau plasmocite medulare 10-60%
- Absența criteriilor de mielom activ sau de amiloidoză

Deficienţa funcţională se apreciază în funcţie de evoluţie, răspunsul la tratament, prezenţa complicaţiilor şi a efectelor secundare ale tratamentului.

Deficienţă funcţională 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 apariţia durerilor osoase sau anual
-Aspirat MO (suspiciunea apariţiei unui infiltrat medular cu plasmocite în condiţiile în care apar modificări pe hemograma: anemie, trobocitopenie)
- RMN/CT - în cazul durerilor osoase persistente sau în cazul semnelor de compresiune medulară

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forme simptomatice, progressive, cu manifestări clinice multiple - dureri osoase, manifestări neurologice, nefropatie cu evoluţie spre insuficienţă renală, infecţii recurente, în cursul tratamentului specific, eventual prezenţa efectelor secundare ale tratamentului, indiferent de opţiunea terapeutică.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Forme refractare, cu evoluţie gravă;
Prezenţa complicaţiilor severe: infecţioase (imunodeficienţă), neurologice, osoase (fracturi spontane), complicaţii prin amiloidoză în funcţie de parenchimele lezate (insuficienţă renală, insuficienţă hepatică, insuficienţă cardiacă).

Macroglobulinemia Waldenstrom

Deficienţa funcţională se apreciază în funcţie de evoluţie, răspunsul la tratament, prezenţa elementelor de gravitate şi a efectelor secundare ale tratamentului. Supravieţuirea în cazul răspunsului favorabil la tratament este de 4 ani, iar în cazul răspunsului nefavorabil, de 2 ani.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forme cu evoluţie marcată de elemente de gravitate - anemie, sindrom hemoragic, infecţii, fenomene de sensibilitate la rece, hipervâscozitate serică şi răspuns favorabil la tratament.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Forme cu răspuns nefavorabil la tratament, prezenţa elementelor de gravitate: anemie, infiltrare limfoplasmocitară medulară masivă, sindrom hemoragic sever, infecţii, sindrom de hipervâscozitate, tulburări neurologice.

SINDROAME HEMORAGIPARE DE CAUZĂ TROMBOCITARĂ, Cod CIM X D69:

Purpura trombocitopenică idiopatică cronică (PTI cronică), Purpura trombotică trombocitopenică (PTT), Trombocitopatii ereditare.

Deficienţa funcţională se apreciază în funcţie de evoluţie, de sediul şi intensitatea fenomenelor hemoragice şi răspunsul la tratament.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Formele cu remisiune completă, trombocitopenie uşoară (50000-100000/mm^3), sindrom hemoragipar doar la traumatisme severe sau intervenţii chirurgicale.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Forme cu sindrom hemoragipar la traume minore, rareori sângerări spontane, trombocitopenie 30000-50000/mm^3.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forme cronice, refractare la tratament, recăderi cu episoade frecvente, sângerări spontane, trombocitopenie severă(sub 30000/mm^3).

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

Deficienţa funcţională se apreciază în funcţie de intensitatea, frecvenţa şi localizarea fenomenelor hemoragice.

Boala von Wilebrand ereditară

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Boala von Wilebrand ereditară tip I (deficit cantitativ parţial de factor von Wilebrand), cu manifestări hemoragice ocazionale, uşoare.

Deficienţă funcţională 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 intervenţii chirurgicale minore (tonsilectomie, extracţii dentare).

Deficienţă funcţională 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.

Complicaţiile musculo- scheletale - hemartroze, fibroze articulare, necroze musculare calcificate şi *complicaţiile neurologice* prin compresie (hematoame voluminoase profunde) se evaluează conform criteriilor de la capitolele respective, considerând afecţiunea hematologică primară ca factor agravant.

Boala von Wilebrand dobândită

Se identifică în cadrul unor condiţii clinice primare (afecţuni cardiovasculare, boli autoimune, neoplazii). Deficienţa funcţională se apreciază conform criteriilor de la capitolele respective, considerând manifestările hemoragice prin deficit de factor von Wilebrand ca factor agravant.

Hemofilia A,B.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Manifestări hemoragice uşoare care apar după traumatisme majore sau intervenţii chirurgicale, nivel de factor VIII/IX 5-25 %.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Manifestări hemoragice moderate/severe care apar după traumatisme minore, nivel de factor VIII/IX 1-5%.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Hemoragii majore – hemartroze, hematoame musculare profunde, hemoragii gastro-intestinale, cerebrale, nivel de factor VIII/IX sub 1%.

Complicaţiile musculo- scheletale - hemartroze, fibroze articulare, necroze musculare calcificate şi *complicaţiile neurologice* prin compresie (hematoame voluminoase profunde) se evaluează conform criteriilor de la capitolele respective, considerând afecţiunea hematologică primară ca factor agravant.

AFECTAREA MECANISMELOR ANTICOAGULANTE FIZIOLOGICE

Trombofiliile (stările pretrombotice) ereditare sau dobândite

Trombofiliile se caracterizează prin dezvoltarea unei predispoziţii la tromboză determinată de deficienţa congenitală sau dobândită a mecanismelor anticoagulante fiziologice.
Se manifestă prin trombze profunde la nivelul extremităţilor**,** axilar, retinian; manifestări neurologice: AIT, AVC, neuropatii periferice; manifestări cutanate: acrocianoză, necroze, gangrene, ulceraţii; sindrom hemoragipar (prin trombocitopenie), anemie hemolitică, leucopenie.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Tromboze cu diferite localizări, de intensitate redusă, unice sau recurente care nu lasă sechele durabile.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Trombofilia asociată cu condiţii clinice vasculare de intensitate moderată, conform criteriilor de la capitolele respective.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Trombofilia asociată cu condiţii clinice vasculare de severitate crescută, conform criteriilor de la capitolele respective.

Deficienţă funcţională 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***)**

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Evoluţie favorabilă, fără complicaţii.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Status post auto- sau allo- transplant de celule stem hematopietice cu grefare cu defect cu trombocitopenie/leucopenie/anemie uşoară - moderată.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Status post auto- sau allo-transplant de celule stem hematopietice în care există complicaţii legate de regimul de condiţionare;
Complicaţiile care determină deficienţă funcţională gravă sunt:

- infecţii severe cu evoluție îndelungată pe fond de imunodepresie
- cataractă secundară corticoterapiei şi/sau iradierii corporale totale
- complicaţii neurologice prin iradiere craniană, neurotoxicitate

medicamentoasă

- disfuncţii endocrine secundare condiţionării (iradiere corporală totală)
- disfuncţii pulmonare, cardiace, hepatice, renale secundare procedurii (tratamentul, regimul de condiţionare)
- boală malignă legată de procedura de transplantare (iradiere corporală totală, deficienţă imună secundară transpalntării, infecţii, imunosupresie)
- hematopoieză post-transplant cu defect, bi/pancitopenie moderată – severă, grefon insuficient cantitativ, necesită transplant substitutiv lunar
- Boala grefă-contra-gazdă

4.3. FUNCŢIILE SISTEMULUI IMUNITAR

SINDROMUL IMUNODEFICITAR CRONIC DOBÂNDIT INFECŢIA HIV-SIDA, Cod CIM X, B20-B24

4.1 Elemente care definesc funcţiile sistemului imunitar

- Răspunsuri imunitare specifice, funcţii de imunitate mediate celular, funcţiile ganglionilor limfatici
- În evaluare trebuie avute în vedere: intensitatea supresiei imunologice, infecţiile specifice - intensitatea tulburărilor funcţionale, infecţii oportuniste grefate pe organisme cu rezistenţă foarte scăzută sau absentă
- Sechele ale complicțiilor infecțioase sau non-infecțioase - deficiența funcțională va fi stabilită conform criteriilor de la afecțiunile respective

Relaţia dintre deficienţa funcţională şi limitările de activitate/restricţiile de participare generate

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49 %

Fără limitarea activităţilor: pot efectua activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.
Fără restricţii de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament şi de investigare a unor posibile recidive. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69 %

Limitarea moderată a activităţilor fizice: nu pot efectua activităţi fizice medii-grele; activităţile profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în grup sunt posibile.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi recuperator. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89 %

Limitarea moderată/severă a activităţilor: nu pot fi efectuate activităţi fizice moderate , pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale; este păstrată parţial capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100 %

Limitarea severă/completă a activităţilor***: nu pot efectua activităţi cotidiene de autoservire.***

Restricţii complete de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene ± de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

Criterii de laborator în infecţia HIV la adulţi

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);

Categorii clinice de infecţie HIV la adulţi

(după Centrul de Control al Bolilor – Atlanta, SUA, 1993)

Categorii după celulele CD4±µl	**A** **Asimptomatici/infecţie 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**

Deficienţă funcţională uşoară, 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 usor, conform criteriilor de la afecțiunile respective.

Deficienţă funcţională 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.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

- Formele de infecție HIV/ SIDA asociate cu valori ale CD4 sub 200 cel/mmc şi/ sau cu manifestări clinice specifice SIDA.

- IMC sub 17 Kg/m^2, 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.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

- Manifestări clinice grave ale bolii SIDA şi cei cu complicații post infecțioase sau non-infecțioase cu stare generală gravă, cu caşexie
- Sechele grave dupa complicațiile post infecțioase sau non-infecțioase survenite în cursul evoluției bolii SIDA
- Toate formele clinico-imunologice HIV/SIDA la persoanle infectate care aparțin „***Cohortei 1987-1995**.***

Pentru expertizarea medicală a capacității de muncă, documentele medicale vor preciza în mod distinct legătura între diagnosticul bolii şi accidentul epidemiologic din perioada 1987-1995.

4.4. FUNCŢIILE SISTEMULUI RESPIRATOR

Deficienţa funcţională determinată de afecţiunile respiratorii cronice poate fi consecinţa alterării ireversibile a funcţiei ventilatorii a plămânului, anomaliilor schimbului gazos la nivel pulmonar, sau combinaţii ale celor două procese. Afectarea cronică, ireversibilă a funcţiei respiratorii poate fi asociată cu afectarea funcţiilor toleranţei la efort.

Evaluarea deficienţei funcţionale în afectarea funcţiei respiratorii va fi efectuată prin metode de investigaţie specifice, la sfârşitul perioadei de recuperare, în faza stabilă a bolii.

Elemente clinice şi funcţionale care definesc funcţia respiratorie

Simptome şi semne obiective clinice comune: dispnee, tuse cu sau fără expectoraţie, scăderea toleranţei la efort, simptome ale insuficienţei respiratorii cronice (hipoxemie cronică însoţită sau nu de hipercapnie cronică), simptome cauzate de sindromul supurativ cronic;

Elemente funcţionale-investigaţii: dispnee, evaluarea limitării fluxului de aer la nivelul căilor aeriene superioare/inferioare şi/sau a restricţiei pulmonare (spirometrie), explorarea schimburilor gazoase, funcţiile toleranţei la efort (testele de efort), explorare imagistică(radiografii standard, CT, RMN), investigaţii complementare.

Afecţiunile respiratorii cronice care pot determina deficienţă funcţională/incapacitate adaptativă, (cod CIM X J40-J47)

- astmul bronşic, inclusiv astmul bronşic cu debut în copilărie şi astmul bronşic profesional
- boala pulmonară obstructivă cronică
- pneumopatiile interstiţiale difuze (primare - congenitale, dobândite - indiferent de cauză, inclusiv cele de cauză profesională)
- supuraţii pulmonare cronice (abces pulmonar, bronşiectazii supurate)
- sindromul de apnee obstructivă de somn
- sechele ale tuberculozei pulmonare
- sechele ale unor traumatisme toracice
- sechele postoperatorii după intervenţii chirurgicale toraco- pulmonare
- transplantul pulmonar
- anomalii congenitale toracice, pulmonare, bronşice

Observaţie* *Cordul pulmonar cronic* şi *insuficienţa respiratorie cronică* reprezintă complicaţii ale unor afecţiuni respiratorii cronice cu evoluţie severă.

**Deficienţa funcţională determinată *de cancerul bronhopulmonar* se evaluează conform criteriilor generale de la capitolul *Afecţiuni neoplazice*

Scale utilizate pentru evaluarea funcţiei 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 uşoare *sau* dispnee care determină oprirea la mers în ritm propriu

Grad 2: dispnee la mers pe teren plat (comparativ cu persoane de aceeaşi vârstă)

Grad 3: dispnee la parcurgerea unei distanţe de 100 m sau urcarea unui etaj

Grad 4: dispnee de repaus sau la activităţi de îngrijire personală (spălat, îmbrăcat)

2. ***Corelația severitatea disfuncţiei 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 deficienţei funcţionale şi a incapacităţii adaptative doar dacă are un impact semnificativ asupra capacităţii funcţionale masurat cu ajutorul testului de efort clasic sau a testului de mers.

Disfuncţie ventilatorie	VEMS% prezis*	Deficiența funcțională respiratorie/ I.A.
Fără disfuncție	**≥ 80**	**Fără**
Uşoară	**79 - 65**	**Uşoară**
Moderată	**64 - 60**	**Uşoară**
Moderată	**59 - 50**	**Medie**
Severă	**49 - 35**	**Accentuată**

3. ***Evaluarea schimburilor gazoase***

a.Presiunea parţială a oxigenului în sângele arterial sistemic (PaO_2)

Hipoxemie **uşoară** 70 mmHg
Hipoxemie **moderată** 69 - 60 mmHg
Hipoxemie **severă** 59 - 45 mmHg – insuficienţă respiratorie
Hipoxemie **gravă** 35 mmHg

b. Presiunea parţială a bioxidului de carbon în sângele arterial sistemic ($PaCO_2$)

$PaCO_2$ > 45 mm - hipercapnie

c. Teste de transfer gazos, TL,CO

Scădere **uşoară**60- 80 % din prezis

Scădere **moderată**60- 40 % din prezis

Scădere **severă** < 40 % din prezis

4. ***Estimarea capacităţii funcţionale prin teste de efort standardizate*** (testul de mers de 6 minute, testul navetei, test de efort cardiopulmonar).

Criterii generale de evaluare funcţională în afectarea funcţiilor sistemului respirator

Fără deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%

Clinic: dispnee gradul 0-1 mMRC, toleranţă bună la efort, fără exacerbări sau exacerbări documentate foarte rare (< 1/an), de gravitate redusă, care nu necesită spitalizare.

Funcţional: fără disfuncţie ventilatorie VEMS ≥ 80% din prezis, schimburi gazoase în limite normale, capacitate funcţională estimată prin teste de efort standardizate mai mare de 7METs.
Fără limitarea activităţilor.
Fără restricţii de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament de specialitate şi prevenirea complicaţiilor.

Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Clinic: dispnee gradul 1 mMRC, exacerbări documentate rare (≤ 2/an), de scurtă durată, care nu necesită spitalizare, control terapeutic bun.

Funcţional: disfuncţie ventilatorie uşoară/moderată (VEMS 80- 60 % din prezis), schimburi gazoase normale sau hipoxemie uşoară la efort (SaO_2 99-95 %) eventual reducerea uşoară a factorului de transfer gazos, reducere uşoara a capacităţii de efort (5-7METs).

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară: pot efectua activităţi 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 restricţii de participare la viaţa socială. Capacitate de autoservire păstrată.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament de specialitate şi prevenire a unor posibile complicaţii sau recidive.
Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Clinic: dispnee gradul 2-3 mMRC, exacerbări documentate ale căror intensitate şi durată necesită tratament de specialitate, eventual spitalizare (≥ 2 /an), parţial controlat terapeutic.

Funcţional: disfuncţie ventilatorie moderată/severă (VEMS 59- 40 % din prezis), hipoxemie uşoară/ moderată la efort (SaO_2 90- 94 %), reducere uşoară/moderată a factorului de transfer gazos, capacitatea de efort moderat scăzută (VO_2 estimat 3METs-5METs). Pot fi efectuate activități profesionale cu solicitare energetică uşoară-moderată conform Compendiului activităților fizice. (Tabel 4)

Limitarea moderată a activităţilor mai ales în cursul exacerbărilor. Pot fi efectuate activități profesionale cu solicitare energetică uşoară/moderată conform Compendiului activităților fizice (Tabel 4), în condiţii corespunzătoare de microclimat, fără expunere la

noxe respiratorii.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială, doar în cursul exacerbărilor. Capacitate de autoservire păstrată.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament de specialitate şi prevenirea complicaţiilor.

Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă (vezi precizările din prezentarea generală).

Deficienţă funcţională 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 şi funcţionale de cord pulmonar cronic.

CPC decompensat (semne de insuficienţă ventriculară dreaptă): turgescenţa jugularelor, hepatomegalie dureroasă, edeme, eventual ascită, sincope, tromboembolism.

Funcţional: disfuncţie ventilatorie severă (VEMS< 40 % din prezis), hipoxemie moderată/severă la efort sau repaus, (SaO_2 93 – 89 %) reducere severă a factorului de transfer gazos (40% din prezis), reducerea accentuată a capacităţii de efort (VO_2 estimat < 3 METs).

Semne funcţionale de CPC: ECG semne electrice caracteristice de hipertrofie ventriculară dreaptă **(**HVD**)** şi/sau dilataţie de ventricul drept (VD**).** Ecografic: hipertrofie şi/sau dilatare de VD, HTP severă (PAP sistolică >70mmHg)

Limitarea moderată/severă a activităţilor: Capacitate de muncă diminuată. Pot fi efectuate activităţi fizice cu consum energetic <3 METs, doar în condiţii speciale.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială. Capacitate de autoservire păstrată parţial.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament de specialitate şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Clinic: simptome şi semne **de insuficienţă respiratorie cronică:**

a. semne de hipoxemie cronică**:** dispnee cronică, fatigabilitate, tulburări de atenţie şi concentrate, cianoză, hipocratism digital, semne clinice de cord pulmonar cronic (turgescenţă jugulare, edeme gambiere, semn Harzer prezent);

b. semne de hipercapnie cronică**:** cefalee, ameţeli, tremor muscular, asterixis; la care se adaugă insuficienţă cardiacă decompensată, ireductibilă, cu tulburări funcţionale importante în repaus.

Funcţional: disfuncţie ventilatorie foarte severă (VEMS < 30 % din prezis), PaO_2 < 55 mmHg, $PaCO_2$ > 50 mmHg,SaO_2 sub 89 %, necesită oxigenoterapie la domiciliu*

ECG modificări variate care caracterizează HVD şi dilataţia VD ± tulburări de ritm

complexe.

Ecografie: hipertrofie şi/sau dilatare de VD, HTP severă (PAP sistolică >70mmHg)

Limitarea severă/completă a activităţilor: Pot fi efectuate activităţi fizice cu consum energetic <3METs. Capacitate de autoservire pierdută (vezi precizările din capitolul introductiv).

Restricţii complete de participare la viaţa socială.

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

Pot fi necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene, eventual de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

*Oxigenoterapia la domiciliu se recomandă pacienţilor cu boli pulmonare sau cardiace în stadii avansate cu scopul corectării hipoxemiei şi ameliorării consecutive a stării clinice. Tipurile de oxigenoterapie care pot fi efectuate la domiciliu sunt: oxigenoterapia de lungă durată (minimum 15h pe zi), oxigenoterapia în sistem ambulator (suplimentarea cu oxigen la pacienţii cu SaO_2 normală în repaus şi hipoxemie la efort), oxigenoterapie nocturnă (pacienţi cu hipoxemie nocturnă şi SaO_2 diurnă normală), oxigenoterapie intermitentă (simptomatică), oxigenoterapie paliativă.
Recomandareaa de oxigenoterapie la domiciliu trebuie să cuprindă obligatoriu: indicaţia (diagnostic clinic şi status funcţional; $SaO_2 \leq 88\%$ în repaus, $PaO_2 \leq 55$mmHg, $Ht \geq 55\%$) şi tipul de oxigenoterapie.

Deficienţa funcţională determinată de afecţiunile respiratorii cronice se apreciază pe baza criteriilor clinice şi funcţionale generale luând în considerare şi criteriile particulare de evaluare a severităţii acestora.

FUNCŢIA RESPIRATORIE - legată de limitarea fluxului de aer la nivelul căilor aeriene, hiperreactivitatea bronşică, spasmul bronşic, hipersecreţia de mucus, schimbul de gaze respiratorii între plămân şi sânge, funcţiile toleranţei 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 expectoraţie)
- riscul/numărul exacerbărilor
- evaluarea severităţii limitării fluxului de aer determinate spirometric, conform criteriilor generale
- identificarea comorbidităţilor

Stadializarea GOLD bazată pe reducerea VEMS post- bronhodilatator VEMS/CVF < 0,70

Clasa GOLD	Severitate	VEMS % din prezis
Gold 1	Uşor	VEMS ≥ 80 % din prezis
Gold 2	Moderat	50 % ≤ VEMS< 80 % din prezis
Gold 3	Sever	30 % ≤ VEMS< 50 % din prezis
Gold 4	Foarte sever	VEMS < 30 % din prezis

Comorbidităţile boli cardiovasculare, sindrom metabolic, disfuncţii musculo-scheletale,:osteoporoză, anxietate/depresie, cancer pulmonar, constituie factori agravanţi şi se evaluează conform criteriilor pentru afecţiunile respective.

ASTMUL BRONŞIC, Cod CIM X J45

- **Evaluarea funcţiei ventilatorii prin spirometrie este obligatorie** pentru stabilirea severităţii, reversibilităţii şi variabilităţii obstrucţiei la fluxul de aer care determină sau nu deficienţă funcţională.
- **Criterii de severitate astmul bronşic**:
  - evaluarea simptomelor (frecvenţă, intensitate, simptome nocturne)
  - riscul/numărul exacerbărilor
  - evaluarea severităţii limitării fluxului de aer determinate spirometric, conform criteriilor generale
  - treapta terapeutică
  - identificarea comorbidităţilor

Comorbidităţile*:* rinită cronică, rinosinuzită, reflux gastro-esofagian, obezitate, sindrom de apnee obstructivă de somn, eczemă constituie factori agravanţi şi se evaluează conform criteriilor pentru afecţiunile respective

PNEUMOPATIILE INTERSTIŢIALE DIFUZE, Cod CIM X J84

Afecţiuni pulmonare primitive – fibroza interstiţială difuză idiopatică, sarcoidoza, histiocitoza X, bronşiolita obliterantă, pneumonia limfocitară interstiţială;

Afecţiuni 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 acţiune fibrozantă, etc.

Vasculita pulmonară - granulomatoza Wegener;

Afecţiuni congenitale: fibroza pulmonară idiopatică familială, neurofibromatoza, scleroza tuberoasă, boala Gaucher, etc.

Observaţie. În cazul în care condiţia patologică primară este identificată, se vor aplica criteriile respective, considerînd PID asociată ca un factor agravant.

Explorarea funcţională respiratorie – spirometrie, eavluarea schimburilor gazoase în repaus şi la efort - conform criteriilor generale**,** oferă cei mai buni indicatori ai severităţii, indiferent de stadiul evolutiv.

Testarea la efort este utilă pentru evidenţierea şi 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: poliartralgii, afectare cutanată (eritem nodos), afectareoculară (uveită), afectarea glandelor salivare, splenomegalie, neurosarcoidoză

Funcţional:

a. funcţia ventilatorie (spirometrie), funcţia de transfer gazos (factorul de transfer gazos TLCO), funcţiile adaptării la efort, funcţiile vederii
b. funcţia cardiovasculară (electrocardiogramă, ecocardiografie, RMN cardiac), funcţia hepatică, funcţia renală, (teste de laborator), funcţia vizuală (examen oftalmologic)

Criterii de stabilire deficienţei funcţionale

a. **Sarcoidoza pulmonară** – explorarea funcţională pulmonară - spirometrie, evaluarea schimburilor gazoase în repaus şi la efort, testarea la efort, conform criteriilor generale.
b. **Sarcoidoza extrapulmonară** – în funcţie de organul afectat, conform criteriilor de la capitolele respective, constituie factori agravanţi.
c. **Reacţiile adverse ale tratamentului** cu corticosteroizi, imunosupresoare, antipaludice, methotrexat, constituie factori agravanţi
d. Sarcoidoza pulmonară stadiul IV (fibroza pulmonară avansată) cu indicaţie de transplant pulmonar determină **deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100 %.**

FUNCŢIA RESPIRATORIE – afectări variabile în funcţie de localizarea şi severitatea infecţiei bacilare, funcţiile toleranţei la efort.

FUNCŢIA SISTEMULUI IMUNITAR – răspunsul imun non-specific Funcţia de menţinere a greutăţii corporale adecvate (eventual)

TUBERCULOZA PULMONARĂ, Cod CIM X B90

Evaluarea clinică şi funcţională în vederea stabilirii deficienţei funcţionale se efectuează, atunci când este necesar, ***după finalizarea unei cure complete de tratament*** conform strategiei DOTS din cadrul Programului Naţional de Control al Tuberculozei. Pe durata tratamentului persoanele asigurate beneficiază de concediu medical, conform legii.

În cazurile de eşec terapeutic, cazuri cronice, recidive precoce (la mai puţin de un an de la vindecare), tuberculoza multidrog rezistentă şi în cazuri de complicaţii cronice severe (fistule pleuro-bronşice, empiem tuberculos rezidual) se consideră ***deficienţă funcţională accentuată***, ***incapacitate adaptativă 70-89 %.***

Formele cronice severe însoţite de caşexie, insuficienţă respiratorie cronică manifestă, insuficienţă cardiacă ireductibilă prezintă ***deficienţă funcţională gravă***, ***incapacitate adaptativă 90-100 %.***

AFECŢIUNI SECHELARE RESPIRATORII POSTTUBERCULOASE

În acest grup sunt cuprinse formele de tuberculoză pulmonară vindecate cu sechele importante;

Forme clinice mai frecvente: bronşita cronică, bronşiectazii, insuficienţă respiratorie cronică cu acutizări repetate, fibrotorax, pahipleurite calcare extinse, emfizem cicatriceal.

Aprecierea deficienţei funcţionale şi a incapacităţii adaptative se bazează pe: severitatea disfuncţiei ventilatorii măsurată prin spirometrie, severitatea alterării schimburilor gazoase pulmonare, scăderea toleranţei la efort estimată prin teste specifice, conform criteriilor generale**.**

TUBERCULOZA PULMONARĂ OPERATĂ

În stabilirea deficienţei funcţionale şi a incapacităţii adaptative se va ţine seama de severitatea afectării funcţiilor respiratorii, conform criteriilor generale, de sechelele intervenţiei chirurgicale

- cicatrici parietale, toracoplastie, lobectomie, pneumectomie şi de starea plămânului restant.

SUPURAŢII BRONHOPULMONARE CRONICE, Cod CIM X, J85-J86

Supuraţiile bronhopulmonare cronice constituie un grup eterogen de afecţiuni caracterizate prin infecţie recurentă sau persistentă de tip supurativ, care se manifestă clinic prin: **bronhoree purulentă** recurentă sau persistentă, eventual fetidă sau hemoptoică (în fazele acute depăşind 50 ml/24 h), dispnee de efort/repaus, semne generalizate de infecţie.

Se includ în acest grup: **supuraţii bronşice** (bronşite cronice purulente, bronşiectazii supurate) şi **supuraţii pulmonare** (abcese, supuraţii pulmonare difuze, pioscleroza pulmonară);

Deficienţa funcţională se apreciază pe baza criteriilor clinice şi funcţionale generale

PLEUREZII PURULENTE

Sunt afecţiuni determinate de acumularea de lichid purulent în cavitatea pleurală.

Pun problema aprecierii deficienţei funcţionale 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 funcţiilor respiratorii.

FUNCŢIA RESPIRATORIE - legată de limitarea fluxului de aer la nivelul căilor aeriene, schimbul de gaze respiratorii între plămân şi sânge, funcţiile toleranţei la efort

Funcţiile atenţiei, funcţiile memoriei, funcţiile somnului

SINDROMUL DE APNEE OBSTRUCTIVĂ DE SOMN, Cod CIM X J44

Sindromul de apnee obstructivă de somn, înainte de tratament şi în absenţa complicaţiilor, poate beneficia de concediu medical conform legii, timp în care vor fi aplicate metodele terapeutice adecvate (tratament chirurgical,tratament specific CPAP/BIPAP).

Postterapeutic deficienţa funcţională şi incapacitatea adaptativă se evaluează în funcţie de răspunsul la terapia specifică, severitatea fenomenelor reziduale, prezenţa complicaţiilor şi a asocierilor morbide.

Evaluarea complexă cuprinde:

- Examen pneumologic - aprecierea severităţii fenomenelor reziduale (indicele apnee- hipopnee rezidual IA/H), somnolenţa diurnă, complicaţiile respiratorii;
- Test de efort - estimarea capacităţii de efort, răspunsul hemodinamic, stabilirea prognosticului;
- Examen psihologic – evidenţierea tulburărilor cognitive, de atenţie/concentrare;
- Examen psihiatric (eventual);
- Alte investigaţii în funcţie de prezenţa complicaţiilor şi/sau a afecţiunilor asociate;

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Clinic şi funcţional: răspuns terapeutic bun, indice apnee-hipopnee (IA/H) rezidual ≤ 10, deficit minor de atenţie/concentrare, fără somnolenţă diurnă, disfuncţie ventilatorie uşoară/moderată (VEMS 80-60% din prezis), reducere uşoară a capacităţii de efort.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Clinic şi funcţional: răspuns terapeutic satisfăcător, IA/H rezidual 11-20, deficit moderat de atenţie/concentrare, somnolenţă diurnă, disfuncţie ventilatorie moderată/severă (VEMS 59- 40% din prezis), reducere moderată a capacităţii de efort, răspuns hemodinamic inadecvat la efort.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Clinic şi funcţional: răspuns terapeutic slab, non-complianţă la tratmentul specific, IA/H rezidual >20, deficit sever de atenţie/concentrare, somnolenţă diurnă, disfuncţie ventilatorie severă (VEMS < 40% din prezis), reducere acentuată a capaciţăii de efort, răspuns hemodinamic inadecvat la efort. Asociere cu **sindrom obezitate/hipoventilaţie** (IMC> 40 kg / m^2, hipoxemie şi hipercapnie diurnă fără alte cauze).

În prezenţa complicaţiilor/afecţiunilor asociate (HTA, infarct miocardic, AVC, diabet zaharat, BPOC, insuficienţă respiratorie, tulburări psihice) cazul se evaluează conform criteriilor pentru afecţiunile respective considerând SASO ca factor agravant.

STENOZELE TRAHEALE FIXE TRAHEOTOMIA PERMANENTĂ

Deficienţa funcţională se apreciază conform criteriilor generale de evaluare a funcţiilor respiratorii luând în considerare contextul clinic.

TRANSPLANTUL PULMONAR

Aprecierea deficienţei funcţionale se bazează pe elemente clinice şi funcţionale determinate de: severitatea afectării funcţiei respiratorii, evaluată prin teste specifice, evoluţia post- operatorie, prezenţa complicaţiilor cauzate de boala de fond, intervenţia operatorie sau imunosupresia cronică.

Pacienţii cu evoluţie post-operatorie favorabilă cu funcţie hemodinamică şi respiratorie adecvată posttransplant se consideră că prezintă ***deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89 %***

Evoluţia postoperatorie nefavorabilă cu restabilire inadecvată a parametrilor hemodinamici şi respiratori şi/sau prezenţa complicaţiilor (infecţii, respingerea grefei, edem pulmonar, complicaţii determinate de imunosupresia cronică), depresia reactivă determină ***deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100 %***

AFECŢIUNI TUMORALE TUMORI BENIGNE

Deficienţa funcţională se stabileşte în funcţie de severitatea afectării clinice şi funcţionale, conform criteriilor generale menţionate la începutul capitolului.

CANCERUL BRONHO- PULMONAR, Cod CIM X C34

Deficienţa funcţională se stabileşte în funcţie de severitatea afectării clinice şi funcţionale, conform criteriilor generale de la capitolul *Afecţiuni neoplazice*.

Capitolul 5

FUNCŢII ALE SISTEMELOR DIGESTIV, METABOLIC ŞI ENDOCRIN

5.1. FUNCŢIILE SISTEMULUI DIGESTIV

Elemente funcţionale care definesc funcţia digestivă

Evaluarea deficienţei funcţionale, incapacităţii adaptative şi a capacităţii de muncă în afecţiunile digestive se bazează pe:

- prezenţa şi intensitatea simptomelor
- starea generală şi de nutriţie
- severitatea anemiei
- evoluţia, prognosticul bolii, nivelul terapeutic, răspunsul la tratament
- impactul funcţional al bolii

Elemente clinice-simptome, semne obiective – specifice fiecărei patologii. Elemente funcţionale- investigaţii:

- investigaţii radio-imagistice, tranzit baritat esofagian, gastric, intestinal, ultrasonografie, echoendoscopie, CT, RMN etc;
- investigaţii endoscopice specifice segmentelor de tub digestiv afectate – endoscopie digestivă superioară /inferioară, videocapsula endoscopică, echoendoscopie;
- investigaţii specifice chirurgiei generale prin laparoscopie, injectare de substanţe de contrast etc;
- examen histopatologic a diverselor fragmente de ţesut prelevat fie prin abord chirurgical, endoscopic sau puncţie de organ;
- examene de laborator biochimice şi hematologice de uz curent şi în sd. de malabsorbţie, în laboratoare cu dotări speciale;
- teste imunologice;
- markeri virali şi oncologici.

Pentru aprecierea stării de nutriţie se va utiliza grila de stabilire a indicelui de masă corporală (IMC) - în funcţie de parametrii antropomorfici.
IMC – se măsoară în numărul de kilograme pe metrul pătrat de suprafaţă corporală. Astfel, se consideră următoarele intervale:

- normal 18 - 24,9 kg/m2
- supraponderal 25 - 29,9 kg/m2
- obezitate > 30 kg/m2
- deficit ponderal uşor – 17 - 18 kg/m2
- deficit ponderal mediu - 15 – 16,9 kg/m2
- deficit ponderal sever < 15 kg/m2

Severitatea anemiei se stabileşte 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 uşoară	(>10)-12	30-40
Anemie medie	7-10	21-30
Anemie severă	< 7	< 21

Funcţia gastro-intestinală - legată de ingestie, peristaltism, modul de acţionare al enzimelor în stomac şi intestin, absorbţia elementelor nutritive, toleranţa la alimente.

BOLILE ESOFAGULUI Cod CIM K20-K23

a. Afecţiuni motorii ale esofagului:

- primare (acalazia) şi
- 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 şi tratament oncologic.

Procedurile de reconstrucţie după esofagectomie terapeutică, care se aplică atât în cazul tumorilor cât şi al stenozelor esofagiene post-caustice, sunt:

Esofagogastrostomie	- by-pass gastric substernal - by-pass gastric inversat - by-pass gastric intratoracic - tub gastric izoperistaltic
Interpoziţie colonică	- stânga (antiperistaltică) - dreapta (esoperistaltică) - transvers
Interpoziţie jejunală	

Diagnostic clinic**:**

- disfagie, odinofagie
- dureri presternale inferioare
- regurgitaţii
- pirozis
- secundare compresiei de vecinătate: voce bitonală, sindromHorner, sindrom de venă cavă superioară

Diagnosticul paraclinic se precizează prin: ex. radiologic baritat, endoscopie, biopsie din mucoasa esofagiană, CT.

Diagnosticul funcţional se precizează în funcţie de intensitatea şi frecvenţa simptomatologiei, imaginea radiologică, dg. endoscopic, deficitul ponderal, complicaţii.

Fără deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%

Semne funcţionale/clinice:

a) simptomatologie de intensitate mică
b) episoade rare
c) fără deficit ponderal

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale/clinice:

a) simptomatologie de intensitate mică
b) episoade frecvente
c) deficit ponderal uşor

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale/clinice:

a) simptomatologie de intensitate medie
b) complicaţii: esofagită, hemoragii medii, complicaţii bronhopulmonare;
c) deficit ponderal mediu şi anemie medie (Hb 7-10g/dl)

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale/clinice:

a. simptomatologie permanentă
b. complicaţii: ulcer esofagian, hemoragii digestive importante, stenoză peptică
c. denutriţie accentuată, anemie(Hb <7g/dl);

Tumorile maligne vor fi încadrate conform criteriilor de la capitolul *Afecţiuni neoplazice.*

II. BOLILE STOMACULUI ŞI DUODENULUI Cod CIM K25- K31

ULCERUL GASTRIC ŞI DUODENAL

Se caracterizează prin durere epigastrică cu ritmicitate şi periodicitate caracteristice.

Este diagnosticat radiologic şi endoscopic. Prezenţa infecţiei cu Helicobacter Pylori P. poate fi depistată endoscopic sau prin teste biologice şi beneficiază de tratament specific.

În perioadele dureroase, când sunt necesare atât repausul fizic cât şi tratamentul medicamentos, pacientul beneficiază de I.T.M.

Lipsa răspunsului terapeutic, apariţia complicaţiilor (HDS, stenoza pilorică, denutriţia), recomandă pacientul pentru intervenţie chirurgicală.

TUMORILE GASTRICE

Benigne: adenom, leiomiom, lipom, fibrom, neurofibrom, hemangiom. Diagnosticate endoscopic, radiologic şi prin biopsie, beneficiază de cură chirurgicală.
Capacitatea de muncă se va aprecia în funcţie de rezultatele terapeutice, stare de nutriţie şi complicaţii, conform criteriilor cuprinse în capitolul "Suferinţele stomacului operat".

Maligne: - adenocarcinom, limfom, carcinoid, sarcom

Diagnosticate prin endoscopie, ex. radiologic, biopsie, markeri tumorali în dinamică (ACE) - pot beneficia de cură chirurgicală şi tratament oncologic.

Cancerul gastric va fi încadrat conform criteriilor de la capitolul ***Afecţiuni neoplazice.***

STOMACUL OPERAT

Suferinţele stomacului operat instalate:

- **precoce,** în primele 4 săptămâni post-operator (hemoragia postoperatorie; dilacerarea zonei de sutura la nivelul anastomozei; suferinţa ţesuturilor şi organelor adiacente; întârzierea evacuării gastrice-insuficienţa evacuatorie şi obstrucţia gastrică) beneficiază de tratament în serviciul de chirurgie în timpul I.T.M.
- **tardive,** instalate după 6-8 săptămîni de la intervenţia chirurgicală:
    - ***Funcţionale:*** 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 carenţiale*** după rezecţia gastrică tip Billroth II, beneficiază de concediu medical conform legii.

Diagnosticul paraclinic utilizează: investigaţii biologice – hemograma, sideremie, calcemie, fosfataza alcalina, timpi de coagulare, dozarea de vit. B12 şi acid folic serice, proteine totale serice, albumine serice; radiografie abdominală pe gol; examen radiologic baritat; endoscopie.

Diagnosticul funcţional se precizează în funcţie de:

- intensitatea şi frecvenţa simptomatologiei;

- date imagistice (radiologic, endoscopic);
- deficitul ponderal;
- severitatea anemiei.

Scala Visick de evaluare a pacienţilor cu afecţiuni gastro-intestinale:

I. nici un simptom digestiv;
II. simptome sporadice sau minore controlate prin dietă;
III. simptome moderate, cu disconfort uşor, necesită tratament;
IV. simptome severe, suferinţa interferând cu activitatea zilnică, frecvent necesită intervenţie chirurgicală.

Fără deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%

Stomac operat (fără rezecţie de organ)

Semne funcţionale / clinice:

a) fără simptomatologie postoperatorie (Grad I Scala Visick)
b) fără deficit ponderal
c) fără anemie

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Stomac operat (fără rezecţie de organ sau cu rezecţie gastrică)

Semne funcţionale / clinice:

a) cu simptomatologie minimă (Grad II Scala Visick)
b) deficit ponderal uşor
c) anemie uşoară (Hb >10-12 g/dL)

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Stomac operat (fără rezecţie de organ sau cu rezecţie gastrică)

Semne funcţionale / clininice:

a) cu simptomatologie moderată (Grad III Scala Visick)
b) deficit ponderal mediu
c) anemie moderată (Hb 7-10g/dl)

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Stomacul operat: cuprinde rezecţiile gastrice de tipul:

- antrectomie
- hemigastrectomie
- gastrectomie subtotală

Semne funcţionale / clinice:

a. simptomatologie severă (Grad IV Scala Visick)
b. deficit ponderal accentuat
c. anemie severă (Hb<7gdl)

BOLILE PANCREASULUI Cod CIM K86

Intră în discuţie pancreatitele cronice forme severe, evolutive, cancerul pancreatic, precum şi rezecţiile pancreatice (duodenopancreatectomia cefalică, pancreatectomii subtotale) pentru neoplazii sau alte cauze, cu insuficienţă pancreatică gravă.

Clinic: diaree, steatoree, scădere ponderală, disconfort abdominal, dureri abdominale de intensitate variabilă;

- pot apare semne clinice ale malabsorbţiei de vitamine liposolubile A, D, E, K sau ale vitaminei B12.

Diagnosticul pozitiv al insuficienţei pancreatice cronice exocrine Biologic:

- testul la secretină - *„gold standard”* dar dificil, invaziv, accesibilitate limitată
- elastaza I fecală:
  - < 100 mcg/g → insuficienţă severă;
  - > 200 mcg/g → normal;
  - 100-200 mcg/g → sugestiv pentru insufucienţa pancreatică, dacă există şi alte criterii;
- stimulare secretina la MRCP - pentru forme de PC uşoară
- determinarea grăsimilor fecale > 7 g/24h
- tripsinogenul seric < 10 ng/ml

Diagnosticul pozitiv al insuficienţei pancreatice endocrine Biologic: TTGO, glicemie

Teste speciale:

- Imagistic – ultrasonografie, CT, RMN, ERCP, ecoendoscopie (EUS);
  - anomalii ductale – calcificări, dilataţii, stenoze;
  - anomalii parenchim – calcificări, pseudochisturi;
  - complicaţii – stenoze duoden, stenoze CBP, pseudoanevrisme, tromboze;
  - utile în suspiciunea de neoplazie – inclusiv puncţia cu ac fin FNB;
  - tumori.
- Histologic – din biopsii sub ghidaj ecografic/CT/chirurgical: distrucţia acinilor, dilatarea ductelor, fibroza, infiltrate inflamatorii / aspect neoplazic.
- Markeri tumorali în cancerul pancreatic: CA 19-9, ACE

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Pancreatită cronică forme uşoare şi moderate

Semne funcţionale/clinice: Absenţa diareei, diabetului, durere controlabilă, fără scadere ponderală

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Pancreatită cronică forme moderate şi severe

Semne funcţionale/clinice: sindrom diareic moderat, scădere ponderală cel puțin moderată, cu durere controlabilă

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Pancreatită cronică forme severe
Semne funcţionale/clinice: cazuri în care funcţia exo şi endocrină este sever afectată (diaree şi denutriţie severă), dureri persistente, rezistente la tratamentul medicamentos; pacienţi cu rezecţii pancreatice, cu diaree controlabilă
Cancerul pancreatic va fi încadrat conform criteriilor de la capitolul *Afecţiuni neoplazice.*

BOLILE INTESTINULUI Cod CIM K55-K63

Enteropatia glutemică sau Boala celiacă a adultului

Criterii de diagnostic (clinice şi paraclinice):

a. diaree cronică cu steatoree macroscopică;
b. răspuns favorabil la regimul fără gluten;
c. teste biologice anormale, secundare malabsorbţiei globale (hiposideremie, hipofolatemie, hipocalcemie, hipopotasemie, hipomagnezemie);
d. manifestări clinice secundare malabsorbţiei globale (astenie fizică, fatigabilitate, pierdere ponderală, parestezii, manifestări hemoragipare, 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 evidenţierea aspectului morfologic caracteristic la biopsia jejunală şi răspunsul favorabil la regimul fără gluten.

Fără deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%

Semne funcţionale/clinice:

Forme asimptomatice: bolnavi care au leziuni de atrofie vilozitară dar care nu prezintă simptomatologie clinică, nu au tulburări de nutriţie

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale/clinice:

Forme în care există leziuni de atrofie vilozitară la biopsia jejunală dar simptomatologia este uşoară, testele biologice sunt uşor modificate, deficitul ponderal este uşor

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale/clinice:

Forme clinice evidente, cu manifestări clinice digestive şi extra digestive, asociate cu leziuni de atrofie vilozitară la biopsia jejunală

Forme monosimptomatice, specifice malabsorbţiei selective: tulburări hemoragice sau leziuni scheletice, etc

Simptomatologia este moderată, testele biologice sunt anormale, secundar malabsorbţiei globale, deficitul ponderal este mediu.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale/clinice:

Forme clinice evidente, cu manifestări clinice digestive şi extradigestive, refractare la tratament Forme complicate: jejuno-ileită ulcerativă sau sprue refractar
Forme asociate cu afecţiuni auto-imune: diabet zaharat tip I, afecţiuni tiroidiene auto-imune, etc

Simptomatologia este de intensitate mare, testele biologice sunt anormale, deficitul ponderal este sever.

Complicaţiile maligne vor fi încadrate conform criteriilor de la capitolul *Afecţiuni neoplazice.*

BOALA CROHN (Enterita regională) Cod CIM K50

Boala Crohn (BC) reprezintă o afecţiune cronică cu etiologie necunoscută şi patogeneză incomplet elucidată, în care procesul inflamator interesează transmural oricare segment al tubului digestiv, în asociere cu variate complicaţii intestinale şi 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 complicaţie.
Pentru aprecierea severităţii inflamaţiei 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 complicaţiilor (artrite, uveite, eritem nodos sau stomatită aftoasă, fisuri, fistule sau abcese anale, febră), utilizarea opiaceelor antidiareice, prezenţa maselor abdominale, hematocritul, procentul deviaţiei greutăţii corporale faţă 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 uşoare-moderate: cel mult 4 scaune/zi, durere abdominală minimă sau absentă, fără mase abdominale palpabile, fără semne de iritaţie peritoneală sau obstrucţie intestinală, fără febră, fără semne de deshidratare şi toxicitate sistemică, fără complicaţii, fără anemie, greutate normală sau scădere ponderală < 10% din greutatea iniţială, pacienţi cu toleranţă alimentară bună, care pot fi trataţi cu succes în regim ambulatoriu.

2) Forme moderat-severe: 4-6 scaune/zi, dureri abdominale de intensitate moderată,

greaţă, vărsături, febră, complicaţii, scădere ponderală > 10% din greutatea iniţială, anemie sau pacienţi cu forme uşoare 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 iniţială, pacienţi cu manifestări persistente sub tratament cu corticosteroizi, sau cei cu simptome severe ca: deshidratare, febră, frison, tahicardie, semne de iritaţie peritoneală sau obstrucţie intestinală, caşexie, sepsis.

4) Remisiunea: pacienţii asimptomatici sau fără sechele inflamatorii în urma intervenţiilor medicamentoase sau rezecţiilor chirurgicale.

Diagnosticul paraclinic – utilizează în principal examen radiologic cu dublu contrast şi endoscopie digestivă.

Diagnosticul funcţional – se stabileşte în funcţie de intensitatea simptomatologiei, a anemiei, deficitul ponderal, evoluţie, complicaţii, răspunsul la tratament

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale/clinice:

1) *BC în remisiune*
2) *BC forme uşoare-moderate*

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale/clinice:

1) *BC forme moderat-severe*, cu deficit ponderal mediu, anemie (Hb 7-10g/dl), răspuns parţial la tratament

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale/clinice:

- *BC forme severe-fulminante*, cu sindrom de malabsorbţie, anemie (Hb< 7g/dl), deficit ponderal sever (IMC < 15kg/m^2)
- *BC cu complicaţii:*
  - enterale (abcese, fistule, stenoze)
  - sistemice (oculare, cutanate, articulare, hepatice, reno-urinare)
- *BC care a necesitat tratament chirurgical* (rezecţii intestinale, ileostomie).

COLITA ULCERATIVĂ (RECTOCOLITA ULCERO-HEMORAGICĂ) Cod CIM K51

Rectocolita ulcero-hemoragică (RCUH) reprezintă o afecţiune inflamatorie cronică idiopatică, ce interesează exclusiv colonul, limitată la mucoasă, grevată de numeroase complicaţii intestinale şi 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, complicaţiile asociate.

Clasificarea puseelor de activitate clinică conform clasificării Truelove şi Witts
Remisiune – scaune formate, fără produse patologice (în afara tratamentului cortizonic)
Forma uşoară
Paucisimptomatică: diaree blândă (< 4 scaune/zi, în cantitate mică, cu câteva glere şi sânge inconstant), stare generală bună, fără sindrom toxiinfecţios (febră, tahicardie).

Tuşeul rectal - nesemnificativ.

Fără sau anemie uşoară (Hb > 10-12 g/dl), VSH normal sau < 30ml/1h Imagine radiologică necaracteristică.
Endoscopia indică modificări minime, localizate la o porţiune a rectului sau sigmoidului terminal: (mucoasă congestionată, strălucitoare, uşor edemaţiată, fragilă, uşor sângerândă).

Forma moderată

Criterii intermediare între forma uşoară şi severă:

Diaree (4 – 6 scaune/zi, păstoase, glero-sanguinolente, uneori emisiuni afecale şi tenesme rectale), subfebrilitate, inapetentă, greţuri, dureri abdominale şi rectale, astenie discretă, stare generală bună (alteori manifestări generale mai severe: febră mare, stare toxică, anemie severă).

Tuşeul rectal indică o creştere a tonusului sfincterului anal, iar pe vârful degetului se recoltează sânge, mucus şi eventual puroi, anemie

Radiologic – tablou complet de RCUH formă ulcero-proliferativă.
Endoscopia – congestia mucoasei, edem accentuat şi ulceraţii acoperite de membrane pultacee şi polipi inflamatorii, secreţii muco-sanguino-purulente. Se pot ivi şi complicaţii.

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 şi sânge cu importantă deperdiţie hidroelectrolitică şi proteică consecutivă).

Febră > 37,5°, minim 2 din 4 zile; tahicardie sinusală > 90b/min., abdomen meteorizat, sensibil, sindrom toxiinfecţios (stare generală profund alterată, stare de prostaţie, astenie, febră mare, tahicardie, edeme declive), anemie (Hb ≤ 10 g/dl), hiperleucocitoză cu neutrofilie şi deviere la stânga a formulei leucocitare, VSH > 30mm/h.

Radiologic – distensia colonului (irigografia este periculoasă din cauza fragilităţii peretelui intestinal).

Forma fulminantă

Diaree severă > 10 scaune/zi, cu sânge în amestec, febră > 37.5ºC, tahicardie > 90b/min, scăderea hemoglobinei cu > 75% faţă de normal, VSH > 30 mm/h, pacienţi care au necesitat transfuzii de sânge

Diagnosticul paraclinic utilizează în principal examen radiologic cu dublu contrast şi

endoscopie digestivă.

Diagnosticul funcţional – se stabileşte în funcţie de intensitatea simptomatologiei, anemie, deficit ponderal, evoluţie, complicaţii, răspunsul la tratament.

Fără deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%

Semne funcţionale / clinice:

RCUH în remisiune sau *formă regresivă*, bolnavi cu un singur puseu de activitate în antecedente, de intensitate uşoară sau medie, cu răspuns prompt la tratamentul aplicat şi urmat de o perioadă de remisiune completă şi durabilă de cel puţin 1 an.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale / clinice:

RCUH forma uşoară

RCUH formă recurentă, cu pusee rare (1-2/an), de intensitate uşoară sau medie, cu remisiune completă în perioada intercritică.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale/clinice:

RCUH formă medie

RCUH formă recurentă, cu pusee rare (1-2/an), de intensitate medie sau severă (atestate prin documente medicale) sub tratament adecvat, cu deficit ponderal mediu şi anemie (Hb = 7-10g/dl)

RCUH formă cronică cu evoluţie continuă sub tratament adecvat, cu sindrom diareic şi dureros moderat, deficit ponderal mediu şi anemie moderată (Hb=7-10 g/dl)

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale / clinice:

- *RCUH formă severă şi fulminantă*
- *RCUH formă recurentă cu episoade acute frecvente* (peste 2/an), de intensitate severă, care au necesitat internare într-o secţie de reanimare, cu perioada de remisiune cu durată mai mică de 6 luni, incompletă
- *RCUH cu complicaţii sistemice*
- *RCUH în primele 6-12 luni după o intervenţie 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*

REZECŢII INTESTINALE POST-TRAUMATISME ABDOMINALE, PENTRU TUMORI BENIGNE, MALIGNE ŞI ALTE CAUZE Cod CIM K63

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale / clinice:

Rezecţie de intestin subţire cu simptomatologie uşoară, anemie uşoară, deficit ponderal uşor.

Rezecțiicolo-rectalepentru afecțiunibenigne cu continuitatea tranzitului (anastomoze) cu evoluție clinico-biologică favorabilă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale/clinice:

Rezecţii intestin subţire – sindrom intestin scurt, cu dureri abdominale, diaree sau/şi fenomene subocluzive datorită perivisceritei, malabsorbţie cu denutriţie 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).

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale/clinice:

Rezecţie de intestin subţire cu dereglări severe: malabsorbţie, deficit ponderal sever, anemie severă (Hb<7g/dl) manifestări ameliorate parţial la tratament.

Pacienți cu fistule pararectale, fistule anorectale, cu incontinenţă de materii fecale, stare septică, denutriţie progresivă, amendate sau ameliorate după tratamentul chirurgical.

Rezecţii de colon pentru tumori maligne, cu stome permanente asociate cu deficiențe ale organelor interesate sau infecții recurente.

Rezecţii de colon pentru afecțiuni benigne cu stome permanente asociate cu infecții recurente, starea clinică afectată.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale/clinice:

Rezecţii de colon pentru tumori maligne cu stome permanente, asociate stare clinică gravă, anemie severă, stare de caşexie.

Fistule pararectale, fistule anorectale, cu incontinenţă de materii fecale, stare septică, denutriţie progresivă.

FUNCŢIA HEPATO-BILIARĂ LEGATĂ DE FUNCŢIILE DE SINTEZĂ, EXCREŢIE ŞI DETOXIFIERE

HEPATITA CRONICĂ Cod CIM K73

Hepatita cronică (HC) – Sindrom clinico-patologic cu etiologii diferite, caracterizat de inflamaţie cronică, necroză hepato-celulară şi adesea fibroză, care evoluează fără ameliorare cel puţin 6 luni.

Diagnosticul de HC este histologic**.**

În evaluarea deficienţei funcţionale a unui pacient cu HC se vor avea în vedere:

- Evidenţierea simptomelor clinice şi a semnelor clinice la examenul obiectiv.
- Testele biochimice (TFH – teste funcţionale hepatice) - care includ:
    - dozări de aminotransferaze (AT)
    - fosfataza alcalină (FA)
    - gama-glutamil transpeptidaza (GGT)
    - bilirubinemia totală şi fracţiuni
    - serinemia
    - gama-globulinemia.
- Bilanţul hematologic:
    - include o hemogramă completă şi evaluarea hemostazei – indicator fidel al funcţiei hepatice (TP = timpul de protrombină).
- Teste speciale pentru diagnosticul etiologic:
    - teste screening pentru markerii de infecţie cu virusurile B, C etc., completate în caz de pozitivitate cu teste pentru stadiul de evoluţie a infecţiei;
    - 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 şi a activităţii necro-*inflamatorii:*
    - teste invazive: puncţia 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 funcţie hepatică normală şi absenţa markerilor de replicare virală (AND-VHB, anti HBC-IgM).

Factori de prognostic nefavorabil în HC: hiposerinemie, alungirea timpului de protrombină, creşterea bilirubinemiei

Fără deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%

Purtătorii cronici inactivi de virus B, C sau HC stabilizate
Semne funcţionale/clinice: Fără semne clinico-biologice de activitate la cel puţin 2 examinări pe an

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

HC cu semne minime /moderate de activitate clinico-biologică
Semne funcţionale/clinice: Semne minime/moderate de activitate clinico-biologică, hepato- splenomegalie uşoară.
± tratament antiviral
± PBH care confirmă dg. (alternativ testul Fibromax)

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

HC cu semne moderate de activitate clinico-biologică

Semne funcţionale/clinice: Semne moderate de activitate clinico-biologică

Investigaţii: Perturbarea testelor de citoliză, cifrele depăşind de 3 ori valoarea normală , asociată cu *creşterea gamaglobulinelor* ± eventual confirmate de PBH (alternativ testul Fibromax), hepato-splenomegalie, modificări hematologice.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

HC cu evoluţie severă
Semne funcţionale clinice: Evoluţie severă

Investigaţii: teste de citoliză depăşind de 5 ori valorile normale**,** gamaglobuline serice ce depăşesc 20g/l sau > 30%**,** hiposerinemie**,** creşteri 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 şi a necrozei hepatocitare cu alterarea arhitecturii hepatice.

Evaluarea gradului de activitate a CH aparţine morfopatologului.

CH inactivă (staţionară*)* – când nu există infiltrat inflamator în ţesutul conjunctiv, iar la periferia insulelor de parenchim hepatic placa celulară limitantă este complet refăcută şi intactă.

CH activă – când în ţesutul conjunctiv există infiltrat inflamator limfo-plasmocitar iar placa limitantă celulară de la periferia insulelor de parenchim hepatic este străpunsă de fronturi conjunctivo-inflamatorii care înaintează progresiv, necrozând hepatocitele.

Din punct de vedere evolutiv, cirozele hepatice pot fi compensate sau decompensate.

În **CH compensate**, pacienţii sunt frecvent asimptomatici, iar biologic există modificări minime ale transaminazelor serice.

În **CH decompensate**, apar:

- *insuficienţa hepato-celulară* cu consecinţe:
  - icter (hiperbilirubinemie)
  - alterarea coagulării (creşterea 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:**
- Markeri 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)
- Puncţia biopsie hepatică pentru diagnostic de certitudine

Clasificarea Child-Pugh

Parametri	Punctaj		
	1	2	3
Ascita	absentă	uşoară/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 evoluţie spre comă

Fără deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%

CH compensată
Semne funcţionale/clinice: *Asimptomatică sau cu semne minime clinico-biologice.*
Investigaţii: Albumina serică > 3,5 g%, Bilirubina serică < 2 mg%, Indice de protrombină >50%; Clasa Child A (fără ascită, fără encefalopatie) .

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

CH decompensată vascular şi/sau parenchimatos
Semne funcţionale/clinice: ***Ascită*** în cantitate mică, uşor controlabilă, fără encefalopatie hepatică, varice esofagiene minime, cu risc scăzut de hemoragie digestivă
Investigaţii: Clasa Child A sau B

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

CH decompensată
Semne funcţionale/clinice: ***Ascită*** controlabilă, episod de peritonită bacteriană spontană, varice esofagiene cu risc de hemoragie digestivă. Encefalopatia hepatică gradul I-II, episodică, indusă de factori predispozanţi identificabili
Investigaţii: Clasa Child B sau C;

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

CH decompensată – gravă sau complicată cu adenocarcinom

Semne funcţionale clinice: episod de hemoragie acută prin ruptură de varice esofagiene, ascită greu controlabilă, semne de encefalopatie hepatică → comă

Investigaţii: Clasa Child C;

Adenocarcinom – diagnostic susţinut de markeri tumorali specifici (α-fetoproteina), explorări imagistice (ecografic, CT, RMN), puncţia biopsie hepatică

Hipertensiunea portală non-cirotică

Definiţie:creşterea presiunii portale peste 15mmHg, cu gradient porto-cav peste 5-6mmHg asociată cu varice şi ascită datorată unor leziuni vasculare (obstrucţie venoasă extrahepatică, fibroză portală non-cirotică, schizostomiază, fibroză hepatică congenital, Sd. Budd Chiari, etc)

Stabilirea deficienţei funcţionale se va axa pe documentarea complicaţiilor şi cuantificarea acestora: prezenţa ascitei, edemelor, a varicelor şi a riscului de efracţie al acestora, prezenţa hipotensiunii arteriale, a sindromului hepatorenal şi hepato-pulmonar.

Funcţia hepato-biliară legată de funcţia de stocare, filtrare şi purificare a sângelui, inactivarea substanţelor toxice, funcţia metabolică, secretorie şi excretorie.

TRANSPLANTUL HEPATIC Cod CIM Z94

În aprecierea capacităţii de muncă la pacienţii cu transplant hepatic se vor lua în consideraţie următoarele:

1. media supravieţuirii la 5 ani este de aprox. 60%;
2. complicaţiile post operatorii;
3. rejetul cronic;
4. reacţii adverse ale medicaţiei imunosupresoare (hepatotoxicitate);
5. recurenţa bolii primare (hepatite cronice active autoimune, colangite sclerozante primare, colangiocarcinom, carcinom hepatocelular care recidivează după un an);
6. reinfecţia grefei VHB şi necesitatea retranspalntului;
7. apariţia hepatitei colestatice fibrozante (creşterea marcată a bilirubinei şi scăderea protrombinei în discordanţă cu hipertransaminazemia mică, pe fondul unei insuficienţe hepatice rapid progresive);
8. dezvoltarea unor hepatite cronice active sau fulminante;
9. stări septicemice şi pancreatite (mai ales în hepatitele cu virus B).
10. recurenţa infecţiei cu virus C.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Transplant hepatic în primul an sau în prezenţa complicaţiilor

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Dacă evoluţia este favorabilă după un an de la transplant, în funcţie de starea clinico-biologică şi *redobândirea capacităţii de autoservire*.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Recuperarea stării funcţionale şi clinice

FUNCŢIA ABDOMINALĂ - LEGATĂ DE CONTENŢIA ORGANELOR ABDOMINALE

EVENTRAŢIILE

Eventraţia reprezintă hernierea unei părţi a conţinutului abdominal printr-un orificiu care se creează într-o zonă slabă a unei cicatrici postoperatorii sau posttraumatice.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale/clinice:

Eventraţii neoperate sau operate şi recidivate, cu posibilităţi de reintervenţie

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale/clinice:

Eventraţii ***voluminoase*** operate iterativ, recidivate, fără posibilitate de a se interveni chirurgical 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, malformatii 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 ≤ 1/lună; Uneori ≤ 1/săptămână, dar >1/lună; De obicei ≤ 1/zi, dar >1/săptămână; Întotdeauna ≥ 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 ≥ 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 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. FUNCŢIA SISTEMULUI METABOLIC

Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienţei funcţionale în afecţiunile metabolice va fi axată pe evaluarea complexă a tulburărilor metabolismului energetic al organismului, care afectează deopotrivă utilizarea glucidelor, lipidelor şi proteinelor, precum şi a celorlalte metabolisme.

2.2 Elemente funcţionale care definesc funcţia metabolică

Elemente clinice-simptome,semne obiective: caracteristice (1/3 din cazuri): sete, poliurie, scădere ponderală, simptome nespecifice în aproape toate cazurile (astenie, ameţeli, prurit), simptome ale complicaţiilor;

Elemente funcţionale- investigaţii: determinări biologice şi biochimice, investigaţii funcţionale specifice diagnosticului complicaţiilor (ECG, ecocardiografie, ex.oftalmologic, indice gleznă/braţ (IGB), doppler vascular, ex. Neurologic

FUNCŢIA LEGATĂ DE METABOLISMUL GLUCIDELOR

Afecţiuni care pot afecta funcţia

1. DIABETUL ZAHARAT TIP 1 COD CIM E10

2. DIABETUL ZAHARAT TIP 2 COD CIM E 11

Fără deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%

Forme clinice:

Diabet zaharat tip 1, echilibrat/dezechilibrat cronic(HbA1c ≥ 7) necomplicat.*

Diabet zaharat tip 2, echilibrat/dezechilibrat cronic(HbA1c ≥ 7) necomplicat.*

Investigaţii: valorivariate ale glicemiei, HbA1c normală/anormală Fără limitarea activităţilor.
Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, preventia sau reducerea riscului cardiovascular. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

**se referă la dezechilibru metabolic cronic relevat de valoarea Hb glicozilate (estimare retrospectivă a statusului glicemic, proporţională cu nivelul mediu al glucozei sanguine în ultimele 2-3 luni)*

Deficienţă funcţională uşoară, 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 ≥ 7), complicat cu complicat cu cel puțin o complicație de severitate ușoară:

- retinopatie neproliferativă

- neuropatie predominant senzitivă ± fruste deficite motorii;
- boală coronariană ischemică uşoară (conform criteriilor);
- boală arterială aterosclerotică periferică: indice gleznă/brat(IGB) între > 0,7 şi 0,9; diferența TA între cele două brațe > 10-15mmHg (stadiul: I/II A Fontaine);
- sechele uşoare ale bolii vasculare cerebrale (conform criteriilor)
- boala cronică de rinichi std. microalbuminuric G1-G2/A2 sau G3a/A1-A2
- Hipertensiune arterială (HTA) cu complicaţii uşoare conform criteriilor

Forme clinice: *DZ 2 echilibrat/dezechilibrat variate scheme de tratament, DZ 1 echilibrat/dezechilibrat.*

Investigaţii: modificări variate ale valorilor glicemice, HbA1c valori normale sau crescute, modificări ale investigaţiilor adresate diagnosticului complicaţiilor. (vezi ”Elemente funcţionale”)

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară: pot efectua activităţi fizice cu consum energetic
<6METs, activitate profesională uşoară posibilă, cu excepţia muncilor grele/medii (Tabel 3) în mod eficient, în condiţii de siguranţă (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 restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, preventia complicaţiilor, reducerea riscului cardiovascular. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Forme clinice *Diabet zaharat tip 1 (DZ 1), echilibrat/dezechilibrat (HbA1c>7), complicat cu cel puţin o complicaţie de severitate moderată.*
Diabet zaharat tip2 (DZ 2) echilibrat/dezechilibrat (HbA1c>7), variate scheme de tratament, complicat cu cel puţin o complicaţie de severitate moderată:

- retinopatie preproliferativă
- neuropatie senzitivo-motorie cu deficit motor predominant distal;
- boală coronariană aterosclerotică (care determină deficienţă funcţională medie conform criteriilor)
- cardiomiopatia diabetică, diagnosticată ecografic, cu disfuncţie sistolică moderată;
- boală arterială periferică aterosclerotică: indice glezna/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 deficienţă funcţională medie conform criteriilor);
- nefropatie diabetică G3b/A1/A2
- boală oculară diabetică care determină deficienţă funcţională medie (conform criteriilor)
- Hipertensiune arterială (HTA) forme de severitate moderată, conform criteriilor
- Sechele AVC de severitate moderată, conform criteriilor

Investigaţii: modificări variate ale valorilor glicemice, HbA1c, modificări ale investigaţiilor adresate diagnosticului complicatiilor: ECG, ecocardiac, creatinină sg, RFG,albuminurie, ex oftalmologic, indice gleznă/braţ,

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice cu consum energetic ≤ 6-5METs. Activităţile profesionale uşoare/sedentare sunt posibile în mod eficient, în condiţii de siguranţă (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 restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forme clinice:

Diabet zaharat tip 1 echilibrat/dezechilibrat cronic, complicat cu cel puţin una din complicaţiile cronice severe de mai jos;

Diabet zaharat tip2, echilibrat/dezechilibrat cronic, complicat cu cel puţin una din complicaţiile cronice severe de mai jos;

Diabet zaharat cu istoric documentat de hipoglicemii severe recurente; Complicaţiile cronice severe:

- retinopatie diabetică proliferativă;
- neuropatie periferică motorie (paraparezã, tetraparezã);
- boală coronariană aterosclerotică, tulburări de ritm, conducere (care determină deficinţă funcţională accentuată, conform criteriilor);
- cardiomiopatia diabetică cu disfuncţie sistolică severă;
- disfuncţie cardiacă autonomă manifestată prin: tahicardie fixă, ischemie miocardică silenţioasă, tulburări de ritm, hipotensiune ortostatică;
- boală arterială periferică aterosclerotică:indice glezna/brat (IGB) < 0,4(stadiul III Fontaine) (conform criteriilor);
- nefropatia diabetică manifestată prin proteinurie **şi/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 deficienţă funcţională accentuată (conform criteriilor)
- amputaţei unilaterală de gambă

Investigaţii: modificări variate ale valorilor glicemice, HbA1c, investigaţiilor urinare, modificări ale investigaţiilor adresate diagnosticului complicatiilor: ECG, ecocardiac, IGB, creatinină sg, eRFG, albuminurie, ex oftalmologic.(vezi ”Elemente funcţionale”)

Limitarea moderată/severă a activităţilor, pot fi efectuate activităţi fizice cu consum energetic <3-4METs, în general pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii în speciale, de siguranţă - risc de afectare a angajatorului şi a publicului; este păstrată parţial capacitatea de autoservire.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Forme clinice
Diabet zaharat tip1, Diabet zaharat tip2, asociate cu cel puţin o ***complicaţie cronică gravă****:*

- boală coronariană aterosclerotică, cardiomiopatie diabetică cu insuficienţă cardiacă şi disfuncţie sistolică severă (fracţie de ejecţie FE < 30%);
- boală arterială periferică stadiul IV Fontaine (conform criteriilor);
- insuficienţă 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 şi definitivă a vederii;
- alte entităţi clinice oftalmologice (boala oculară diabetică) ce determină deficienţă vizuală gravă (conform criteriilor)
- amputaţia de membre (se va aprecia conform criteriilor de la amputaţii).

Investigaţii: glicemie**,** ECG, IGB, ecocardiografie, examen fund de ochi (FO), creatinină sangvină, RFG (vezi ”Elemente funcţionale”)

Limitarea severă/completă a activităţilor***:*** nu pot efctua activităţi cotidiene de autoservire. Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activitatile instrumentale ale vietii cotidiene ± de ingrijire personala pentru activitatile de baza

Observaţii:

Diabetul zaharat indiferent de tip, în perioada complicaţiilor acute necesită tratament de specialitate de urgenţă. Pentru revizuirea medicală (expertizarea medicală a capacităţii 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 complicaţiilor cronice.

Funcţia legată de metabolismul grăsimilor, deficitul caloric şi/sau proteic

Afecţiuni care pot afecta funcţia

1. **OBEZITATEA (de aport şi familială) Cod CIM E66**

Fără deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%

Forme clinice: *Suprapondere (IMC* = 25 – 29.9 Kg/m$^{2)}$*
Investigaţii : măsurarea înălţimii, greutăţii, IMC, determinări biochimice

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Forme clinice:
Obezitatea benignă, indiferent de valoarea IMC, fără comorbidităţi;
Obezitate medie, IMC = 30 – 40 Kg/m²

Obezitate generalizată accentuată, IMC = 40 – 50 Kg/m²

Asociată cu:

- complicaţii locomotorii uşoare(conform criterilor)
- complicaţii metabolice uşoare (conform criteriilor)
- complicaţii cardiovasculare uşoare (conform criteriilor)

Investigaţii: măsurarea înălţimii, greutăţii, IMC, investigaţii adresate diagnosticului complicaţiilor (radiografii, testări articulare, investigaţii cardiovasculare, analize laborator)

Fără limitarea activităţilor***:***
Fără restricţii de participare pot efectua activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament şi de investigare a unor posibile recidive. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Forme clinice:
Obezitate generalizată (accentuată, IMC = 40 – 50 Kg/m²)

Asociată cu complicaţii de severitate moderată apreciate după criteriile de la capitolele respective.

- tulburări locomotorii
- tulburări ventilatorii restrictive, sindrom de apnee în somn
- tulburări metabolice
- complicaţii hepatice
- insuficienţă venoasă cronică.
- complicaţii cardiovasculare

Investigaţii: măsurarea înălţimii, greutăţii. IMC, investigaţii adresate diagnosticului/severităţii complicaţiilor (radiografii, testări articulare, determinari de laborator, spirometrie, polisonmografie, investigaţii cardiovasculare şi ale funcţiei hepatice).

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot activităţile profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă. Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi recuperator. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forme clinice:

Obezitate generalizată (severă IMC > 50 Kg/m^2)

Asociată cu complicaţii de severitate cel puţin medie :

- tulburări locomotorii
- tulburări ventilatorii, sindrom de apnee în somn
- complicaţii cardiovasculare
- tulburări metabolice
- complicaţii hepatice
- insuficienţă veno-limfatică

Investigaţii: măsurarea înălţimii, greutăţii. IMC, investigaţii adresate diagnosticului/severităţii complicaţiilor (radiografii, testări articulare, determinari delaborator, spirometrie, polisomnografie investigaţii cardiovasculare şi ale funcției hepatice).

Limitarea moderată/severă a activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice uşoare/sedentare, în general pot fi efectuate activităţi profesionale doar în condiți speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Forme clinice*:* *Obezitatea morbidă (IMC ≥ 50 kg/m^2) cu apnee de somn severă şi/sau alte complicaţii specifice, grave*

Investigaţii: măsurarea înălţimii, greutăţii. IMC, investigaţii adresate diagnosticului complicaţiilor (polisomnografie, SaO_2, spirometrie)

*IMC= indice de masă corporală, care se corelează cu cantitatea de ţesut adipos din organism; se calculează prin raportul greutate Kg /înălţime ^{2} (m^2)

Limitarea severă/completă a activităţilor*:* nu pot efctua activităţi cotidiene de autoservire. Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene ± de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

2. DENUTRIŢIA

Definiţie: malnutriţie prin deficit caloric şi/sau proteic este o stare clinică patologică caracterizată printr-un deficit ponderal datorat unei balanţe calorice nutritive negative a organismului de cauze multiple: reducerea aportului, creşterea exagerată a consumului sau a pierderilor.

Severitatea denutriţiei se apreciază în funcţie de indicele de masă corporală (IMC), gradul hipoalbuminemiei, valoarea limfocitelor sanguine, gradul anemiei.

În denutriţia secundară unor boli cronice invalidante se va avea în vedere stadiul evolutiv

al acestora; deficienţa funcţională globală poate fi augmentată de deficitul ponderal.

<u>Fără deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%</u>

Forme clinice: *Denutriţíe uşoară (IMC* = 17-18,6 Kg/m^2) parametrii paraclinici în limite normale.*

Investigaţii : măsurarea înălţimii, greutăţii, IMC, determinări biologice, biochimice

<u>Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%</u>

Forme clinice: *Denutriţie uşoară (IMC 17-18,5 Kg/m2), hipoalbuminemie moderată, anemie uşoară, limfocite normale.*
Investigaţii: măsurarea înălţimii, greutăţii, IMC, determinări biologice, biochimice.
Fără limitarea activităţilor. Fără restricţii de participare pot efectua activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament şi de investigare a unor posibile recidive. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

<u>Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%</u>

Forme clinice: *Denutriţie moderată (IMC=15-16,9%), hipoalbuminemie moderată, limfopenie moderată, anemie moderată.*

Investigaţii: măsurarea înălţimii, greutăţii, IMC, determinări biologice, determinări biochimice

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi recuperator. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

<u>Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%</u>

Forme clinice: *Denutriţie severă, denutriţie extrem de severă (IMC=10-14,9%) asociată cu hipoalbuminemie severă, limfopenie severă, anemie severă*

Investigaţii: măsurarea înălţimii, greutăţii. IMC, determinări biologice, determinări biochimice

Limitarea moderată/severă a activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice uşoare/sedentare, în general pot fi efectuate activităţi profesionale doar în condiţi speciale; este păstrată parţial capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicatiilor, servicii de

îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Forme clinice: *Denutriţia gravă (IMC=<10%), hipoalbuminemie severă<25g/l, limfocite sanguine<900/ mmc, anemie severă Hb<6g/dl*

Investigaţii: măsurarea înălţimii, greutăţii, IMC, investigaţii biologice, biochimice

*IMC=indice de masă corporală, care se corelează cu cantitatea de ţesut adipos din organism; se calculează prin raportul greutate (Kg) /înălţime ^{2}(m^2)

Limitarea severă/completă a activităţilor: nu pot efectua activităţi cotidiene de autoservire. Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene ± de ingrijire personală pentru activităţile de bază.

1. Severitatea denutriţiei în funcţie de IMC (normal 18,6-24,9Kg/m²)
   - -denutriţie uşoară - grd.I IMC = 17-18,5 Kg/m²
   - -denutriţie moderată - grd.II IMC = 15-16,9Kg/m²
   - -denutriţie severă - grd.III IMC = 13-14,9Kg/mp
   - -denutriţie extrem de severă - grd.IV IMC = 10-12,9Kg/m²
   - -denutriţie gravă grd. V IMC<10Kg/m²

2. Severitatea denutriţiei după gradul hipoalbuminemiei:
   - -denutriţie moderată 30 - 35g/l
   - -denutriţie severă 25 - 30g/l
   - -denutriţie extrem de severă < 25g/l

3. Severitatea denutriţiei după valoarea limfocitelor sanguine (normal > 2700/mm³)
   - -denutriţie moderată - 900-1500/mm³
   - -denutriţie severă < 900/mm³

4. Severitatea denutriţiei duă valoarea Hb şi a Ht
   - -anemie uşoară Hb = (>10) -12g/dl, Ht = 30-40%
   - -anemie moderată Hb = 7 - 10g/dl, Ht = 22-30%
   - -anemie severă Hb = < 7 g/dl, Ht < 22%

FUNCŢIA SISTEMULUI ENDOCRIN

Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienţei funcţionale în afecţiunile endocrine va fi particularizată, axată pe investigatii specifice, care identifică şi cuantifică alterarea homeostaziei umorale şi a proceselor metabolice, alterarea proceselor de creştere şi dezvoltare a organismului.

Elemente funţionale care definesc funcţia endocrină

Elemente clinice - simptome, semne obiective: simptome specifice patologiei incriminate, modificări specifice ale faciesului şi morfotipului

Elemente funcţionale - investigaţii: dozări hormonale - teste dinamice, determinări biologice, biochimice, investigaţii imagistice (ecografice, radiologice, CT, IRM), electrocardiograma (ECG), investigaţii funcţionale oftalmologice, neurologice, psihologice, psihiatrice;

Relaţia deficinţă funcţională-incapacitate adaptativă- capacitate de muncă şi gradul de invaliditate corespunzător

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

FUNCŢIA 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

1. Tumori:

- secretante: de growth hormone (GH – acromegalia, gigantismul), de prolactină, de ACTH (boala Cushing), tireotropinoame
- nefuncționale

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne clinice: tumoră vindecată, spontan sau după tratament specific, intervenţie 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.

Investigaţii: dozarea hormonilor hipofizari şi ai glandelor țintă (IGF1, prolactina,TSH, freeT4, cortisol seric ora 8; pentru boala Cushing: cortisol după 1 mg dexametazonă), determinări biologice şi biochimice valori în limite normale; CT/ RMN, ex oftalmologic (CV), examen neurologic (*modificări care duc la deficienţă funcţională uşoară, conform criteriilor de la capitolele respective).*

Fără limitarea activităţilor**:** pot efectua activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament şi de investigare a unor posibile recidive. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională 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.

Investigaţii: dozarea hormonilor hipofizari şi ai glandelor țintă (IGF1, TSH, FT4, prolactina, cortisol ora 8), CT/RMN, ex. oftalmologic, determinări biologice şi biochimice normale sau modificări uşoare; ECG± modificări de AQRS, ST/ T, de durată QRS, QT, ecocardiac- modificări anatomice ± funcţionale, modificări ale investigaţiilor funcţionale vizuale, etc (modificări care duc la deficienţă funcţională medie, conform criteriilor de la capitolele respective)

Limitarea moderată a activităţilor fizice: activităţile profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă sunt posilile.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi recuperator. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne clinice: tumoră hipofizară evolutivă aflată în tratament antitumoral**;** tumoră hipofizară post tratament, precoce, cu sindrom endocrin şi metabolic secundare, parţial echilibrate prin tratament substitutiv; tumoră hipofizară post tratament specific cu sechele neurologice, oftalmologice sau somatice severe, care determină deficienţă funcţională accentuată (conform criteriilor de la capitolele respective).

Investigaţii: dozarea hormonilor hipofizari şi al glandelor țintă (IGF1, prolactina, TSH, fT4, cortisol ora 8, CT/RMN, ex.oftalmologic, (CV), determinări biologice şi biochimice confirmă dezechilibrul hormonal şi metabolic; ECG modificări variate (de AQRS, ST/ T, de durată QRS, scurtarea QT), ecocardiac-modificări anatomice ± funcţionale, modificări ale investigaţiilor funcţionale vizuale (care conduc la deficienţă funcţională accentuată conform criteriilor de la capitolele respective). CT, RMN cu modificări caracteristice.

Limitarea moderată/severă a activităţilor, activitatea profesională posibilă în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire**.**

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament cutrativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne clinice - tumoră hipofizară cu:

- Sechele oftalmologice grave
- Sechele neurologice grave
- Sechele metabolice grave (caşexia hipofizară, bulimia hipotalamică, insuficiența hipofizară decompensată)
- Sechele somatice grave

Apreciate după criteriile de la patologia respectivă

Investigaţii: modificări ale rezultatelor investigatiilor specifice diagnosticelor şi de severitate.

Limitarea severă/completă a activităţilor***;*** capacitate de autoservire pierdută
Restricţii complete de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi 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

INSUFICIENŢA HIPOFIZARĂ A ADULTULUI COD CIM E23

Insuficiența hipofizară globală a adultului: însumează insuficiență somatotropă, tiroidiană, corticosuprarenală, gonadică.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne clinice: insuficienţe hipofizare selective cu sindrom endocrin şi metabolic compensate hormonal, fara complicatii.

Investigaţii: modificări variate ale hormonilor hipofizari şi periferici, modificări variate ale determinărilor biologice şi biochimice; modificări ale investigaţiilor funcţionale (modificări care duc la deficienţă funcţională uşoară, conform criteriilor de la capitolele respective).

Fără limitarea activităţilor**:** pot efectua activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament şi de investigare a unor posibile recidive. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne clinice: insuficienţe hipofizare selective cu sindrom endocrin şi metabolic subcompensate hormonal, cu complicatii specifice care conduc la deficienţă funcţională medie (conform criteriilor de la capitolele respective)

Investigaţii: modificări variate ale hormonilor hipofizari şi periferici, modificări variate ale determinărilor biologice şi biochimice; modificări ale investigaţiilor funcţionale (modificări care duc la deficienţă funcţională medie, conform criteriilor de la capitolele respective).

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice uşoare; pot efectua activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Restricţii uşoare de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi recuperator. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne clinice: insuficienţa hipofizară globală (caracterizată semiologic prin însumarea insuficienţei tiriodiene, corticosuprarenaliene, gonadice, somatotrope cu predominenţa simptomatică a glandei ţintă, forma caşectică sau fără deperdiţie ponderală, insuficienţele hipofizare selective cu sindrom endocrin şi metabolic secundare, parţial echilibrate prin tratament substitutiv cu complicaţii severe, care determină deficienţă funcţională accentuată (conform criteriilor de la capitolele respective).

Investigaţii: modificări variate ale hormonilor hipofizari şi periferici, determinări biologice şi biochimice care confirmă dezechilibrul hormonal şi metabolic; modificări ale investigaţiilor funcţionale specifice (care conduc la deficienţă funcţională accentuată conform criteriilor de la capitolele respective).

Limitarea moderată/severă a activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice ușoare/sedentare, activități profesionale posibile în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire**.**

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament cutrativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne clinice: insuficienţa hipofizară severă cu sindrom endocrin şi metabolic grav cu complicţii cardiovasculare şi neuropsihice severe.

Investigaţii: modificări ale rezultatelor investigatiilor adresate complicaţiilor specifice (apreciate după criteriile de la patologia respectivă)
Limitarea severă/completă a activităţilor: capacitate de autoservire pierdută.
Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi 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)

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne clinice: sindrom poliuric-polidipsic, forme care răspund la tratament cu vasopresină sau analogi

Investigaţii: volum urinar/24ore, Na seric

Fără limitarea activităţilor***:*** pot efectua activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.
Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament şi de investigare a unor posibile recidive. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în

muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne clinice: diabetul insipid subcompensat sub tratament substitutiv hormonal cu vasopresină **(**poliurie mică 2-5 litri/zi)

Investigaţii:volum urinar/24 ore, Naseric

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice ușoare/sedentare, pot efectua activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Restricţii uşoare de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi de prevenţie a complicaţiilor . Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne clinice: diabetul insipid rezistent la tratamentul cu vasopresină sau analogi (poliurie peste 5 litri/zi), posttumoral, postoperator cu complicaţii neurologice şi hormonale secundare.

Investigaţii: volum urinar/24 ore, Na seric, dacă este asociat unei insuficienţe hipofizare: TSH,fT4, cortisol seric, determinări biologice şi biochimice confirmă valori scăzute ale vasopresinei în sânge şi urină şi dezechilibrul metabolic.

Limitarea moderată/severă a activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice ușoare/moderate, pot fi efectuate activităţi profesionale doar în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament cutrativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

NANISMUL HIPOFIZAR

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Nanismul hipofizar pur (hipotrofie staturală şi armonică, talie cuprinsă între 150-120cm) care asociază tulburări de gestualitate și locomoție de intensitate ușoară, fără afectarea performanțelor intelectuale.

Semne clinice: talie mică, proporţionat, sistem muscular normal dezvoltat, schelet gracil, dezvoltare motorie şi psiho-intelectuală normale.

Investigaţii: insuficienţă hormonală (IGF1, GH), determinări biologice şi biochimice valori în limite normale; măsurarea taliei, teste psihologice (QI), ECG, determinarea tensiunii arteriale.

Fără limitarea activităţilor**:** pot efectua activităţi profesionale ușoare/sedentare, organizate, zilnice,cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora,

independent şi în echipă.

Restricţii uşoare/moderate de participare la viaţa socială.

Sunt necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională pentru a-şi dobîndi profesii adecvate statusului somatic (subiect de statură mică, proporţionat, cu sistem osteoarticular, gracil, delicat).

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

- Nanism hipofizar asociat cu alte deficiențe hipofizare
- Nanism hipofizar asociat cu hipotiroidie

Semne clinice: talie mică, 149-120cm, proporţionat, schelet gracil, dezvoltare motorie şi psiho- intelectuală afectate; asociază elementele semiologice ale insuficienței tiroidiene, respectiv ale insuficienței gonadice cu (deficiență ușoară conform criteriilor)

Investigaţii: IGF1, TSH, fT4, cortisol, FSH, LH, testosteron sau estradiol, determinări biologice şi biochimice valori în limite normale; măsurarea taliei, teste psihologice (QI), ECG, determinarea tensiunii arteriale.

Fără limitarea activităţilor***:*** pot efectua activităţi profesionale uşoare, organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Restricţii uşoare/moderate de participare la viaţa socială.

Sunt necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională pentru a-şi dobîndi profesii adecvate statusului somatic (subiect de statură mică, proporţionat, cu sistem osteoarticular, gracil, delicat).

Deficienţă funcţională 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)

Investigaţii: 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

INSUFICIENŢA TIROIDIANĂ: HIPOTIROIDIE
(poate îmbrăca intensităţi diferite de la forme fruste până la forma severă-mixedem)

INSUFICIENŢA TIROIDIANĂ PRIMARĂ (TSH crescut, FT4 scăzut)

- ***Congenitală (±guşă)****:* cretinism endemic, cretinism sporadic, mixedem congenital;
- ***Dobândită (±guşă)***: insuficienţa tiroidiană din guşa endemică, după tratament cu antitiroidiene, tiroidite autoimune, tiroidectomie, idiopatic

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne clinice: forme subclinice*,* în general formele dobîndite, fară complicaţii echilibrate sub tratament.

Investigaţii: dozarea hormonală: modificări variate ale FT4, TSH crescut (în funcţie de eficacitatea tratamentului hormonal), ecografia tiroidiană ± modificări morfologice;

Fără limitarea activităţilor***:*** pot efectua activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Mixedemul cu complicaţii viscerale.

Semne clinice: semne clinice specifice: (± guşă, modificări tegumentare, ale fanerelor, musculare, articulare, edeme, tulburări respiratorii, cardiovasculare, digestive, etc);

Investigaţii: modificări variate hormonale (FT4, TSH) şi metabolice (în funcţie de eficacitatea substituţiei hormonale), ecografia tiroidiană-modificări morfologice, modificări variate ale investigaţiilor adresate diagnosticului complicaţiilor (care determină deficiență funcțională medie la capitolele respective)

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice uşoare (Tabel 3), (vezi funcţia sistemului cardiovascular); pot efectua activităţi profesionale uşoare, organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Mixedemul cu insuficienţă cardiacă, revărsate pleurale, tulburări neuropsihice, guşa cu compresiuni vasculare, traheale, esofagiene*.*

Semne clinice: semne clinice specifice: (± guşă, modificări tegumentare, ale fanerelor, musculare, articulare, edeme, tulburări respiratorii, cardiovasculare, digestive,etc);

Investigaţii: modificări variate hormonale (T4,TSH) şi metabolice (în funcţie de eficacitatea terapiei hormonale), ecografia tiroidiană-modificări morfologice, modificări variate ale investigaţiilor adresate diagnosticului complicaţiilor (care determină deficienţă funcţională accentuată la capitolele respective)

Limitarea moderată/severă a activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice uşoare/sedentare, pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale; este păstrată parţial capacitatea de autoservire**.**

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament cutrativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională 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.

Investigaţii: modificări ale rezultatelor investigațiilor adresate complicaţiilor specifice (care conduc la deficienţă funcţională gravă conform criteriilor de la patologie respectivă)

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

Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene ± de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

Funcţia legată de funcţia în excesul hormonilor tiroidieni; se caracterizează printr-un ansamblu de simptome definit de termenul –

TIREOTOXICOZĂ COD CIM E05

Hiperfuncţia tiroidiană

- Hipertiroidia subclinică
- Boala Graves- Basedow
- Guşa multinodulară toxică
- Adenomul toxic tiroidian
- Tiroidite

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne clinice: forme clinice cu (tireotoxicoză moderată/ uşoară, evoluţie lentă, oftalmopatie Graves formă uşoară - retracţie palpebrală, lagoftalmie, fără tulburări de motilitate oculară.

Investigaţii: determinări hormonale TSH şi FT4 şi metabolice uşor 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 activităţilor**:** pot efectua activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne clinice: forme clinice de tireotoxicoză cu visceralizare (cardio-vasculară: tulburări paroxistice de ritm recurente, oftalmopatie Graves moderată –tulburări de motilitate oculară cu diplopie tranzitorie, edem al pleoapei, edem conjunctival, inflamaţia carunculei, exoftalmie.

Investigaţii: modificări variate hormonale (FT4, TSH) şi metabolice (în funcţie de eficacitatea terapiei hormonale), TRAb (anticorpi antireceptor de TSH) se corelează cu gradul hipertiroidiei şi 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 activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice uşoare, pot efectua activităţi profesionale uşoare, fără solicitare vizuală, organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne clinice: forme clinice de tireotoxicoză cu visceralizare (insuficienţă cardiacă, tulburări de ritm severe necontrolate terapeutic, oftalmopatie Graves formă severă – afectarea motilităţii oculare, diplopie permanentă, exoftalmie progresivă şi neuropatie optică cu scăderea acuităţii vizuale şi modificări de câmp vizual)

Investigaţii: modificări variate hormonale (FT4,TSH) şi metabolice (în funcţie de eficacitatea terapiei hormonale), TRAb (anticorpi antireceptor de TSH) se corelează cu gradul hipertiroidiei şi severitatea oftalmopatiei Graves, ecografia tiroidiană-modificări morfologice, examen oftalmologic: EXO, ex fund de ochi (FO), motilitate oculară arată modificări, ECG, eccocardiografie.

CT/RMN de orbită confirmă modificările muschilor extraoculari, modificări ale investigaţiilor adresate diagnosticului complicaţiilor *(*care caracterizează deficiența accentuată la patologia respectivă)

Limitarea moderată/severă a activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice uşoare, pot fi efectuate activităţi profesionale în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament cutrativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne clinice: forme clinice de tireotoxicoxă cu oftalmopatie Graves formă severă – afectarea corneană şi neuropatie optică cu scăderea acuităţii vizuale (AV < 1/20, pmm, pl, fpl), insuficienţă cardiacă clasa IV

Investigaţii: modificări ale rezultatelor investigatiilor oftalmologice care caracterizează deficienţa funcţională gravă.

Limitarea severă/completă a activităţilor***:*** capacitate de autoservire pierdută.

Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene ± de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

Observaţii*:* Deficienţa funcţională, incapacitatea adaptativă, capacitatea de muncă în cancerul tiroidian**,** vor fi apreciate după criteriile de la afecţiunile neoplazice.

Funcţia legată de deficitul de secreţie sau de responsivitate al celulelor ţintă la parathormon

HIPOPARATIROIDISMUL (postchirurgical, post iradiere, infiltrativ, idiopatic)

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne /forme clinice: complex simptomatic cronic sau acut determinat de semnele de hiperexcitabilitate neuromusculară, trofice şi psihice; tetania frustă

Investigaţii: 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 activităţilor***:*** pot efectua activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională 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.

Investigaţii: modificări metabolice, calciul sanguin scăzut (≤ 8mg/dl)

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice uşoare, pot efectua activităţi profesionale uşoare, organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

FUNCȚIA LEGATĂ DE SECREȚIA EXCESIVĂ DE PARATHORMON COD CIM E21

HIPERPARATIROIDISMUL PRIMAR - BOALA RECKLINGHAUSEN (dg.hipercalcemie, hipofosfatemie, creşterea PTH-ului seric şi a fosfatazei alcaline)

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne clinice: tablou clinic asimptomatic/oligosimptomatic

Investigaţii: modificări metabolice: hipercalcemie, creşterea PTH seric.

Fără limitarea activităţilor***:*** pot efectua activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne /forme clinice: hiperparatiroidism operat cu sechele osoase şi/ sau renale neevolutive, care determină tulburări de locomoţie şi/sau excreţie.

Investigaţii: modificări metabolice variate în funcţie de eficacitatea tratamentului, modificări ale rezultatelor investigatiilor adresate complicaţiilor specifice (apreciate după criteriile de la patologia respectivă, care conduc la deficienţă funcţională medie).

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice uşoare, pot efectua activităţi profesionale uşoare, organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

<u>Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%</u>

Forme clinice: hiperparatiroidism operat, forma osteodistrofică, cu tulburări locomotorii accentuate prin deformaţii osoase şi forma nefrolitiazică, recidivantă, cu insuficienţă renală cronică, neameliorate postoperator;

Investigaţii: modificări severe ale investigaţiilor adresate complicaţiilor.

Limitarea moderată/severă a activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice uşoare; pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale; este păstrată parţial capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament cutrativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

<u>Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%</u>

Forme clinice: hiperparatiroidism (boala Recklinghausen), cu fracturi multiple şi deformaţii osoase, care determină tulburări de locomoţie grave, hiperparatiroidism familial asociat cu MEN1 (hiperparatiroidism, tumori pancreatice, adenom hipofizar) sau MEN 2A, (hiperparatiroidism, feocromocitom, carcinom medular tiroidian)

Investigaţii: modificări ale rezultatelor investigatiilor adresate complicaţiilor specifice (apreciate după criteriile de la patologia respectivă)

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

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

Funcţia legată de carenţa primitivă, globală, cronică de hormoni corticosuprarenali Insuficienţa corticosuprarenaliană cronică primară

CSR - BOALA ADDISON
(dg.valori scazute ale cortizolului plasmatic, ACTH crescut, teste dinamice CT, RMN, hiponatremie, hiperpotasemie)

<u>Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%</u>

Forme clinice: insuficienţă CSR cronică primară în echilibru clinic sub tratament cronic de substituţie.

Investigaţii: determinări metabolice şi hormonale normale/variaţii uşoare;

Fără limitarea activităţilor: pot efectua activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Pot fi necesare servicii de educaţie şi

formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Forme/clinice: insuficienţă CSR cronică primară cu simptome permanente, astenie neuromusculară, hipotonie cardiovasculară, tulburări gastrointestinale parţial controlate de tratament.

Investigaţii: modificări metabolice şi hormonale variate în funcţie de eficacitatea tratamentului, modificări ale rezultatelor investigatiilor adresate complicaţiilor (care conduc la deficienţă funcţională medie, conform criteriilor)

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice uşoare, pot efectua activităţi profesionale uşoare, organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/forme clinice: tablou clinic complex, dominat de hipotensiune cu inadaptare posturală cu consecinţe hemodinamice, scădere în greutate rapidă şi importantă, adinamie

- insuficienţă CSR cronică cu decompensări frecvente, parţial echilibrată sub tratament;
- insuficienţă CSR după suprarenalectomie uni sau bilaterală (boala Cushing tratată chirurgical), în tratament substitutiv continuu până la echilibrare

Investigaţii: modificări ale determinărilor hormonale, metabolice, electrolitice;

Limitarea moderată/severă a activităţilor: nu pot fi efectuate activităţi fizice uşoare; pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale; este păstrată parţial capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi 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, creşterea aldosteronului plasmatic, scăderea reninei plasmatice, CT/ RMN)

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne/ forme clinice

- hipercorticism tratat (chirurgical, radioterapie sau medicamentos), fără sau cu complicaţii uşoare
- hiperaldosteronism primar, tratat chirurgical, fără sau cu complicaţii uşoare

Investigaţii: modificări metabolice şi hormonale variate în funcţie de eficacitatea tratamentului, modificări ale rezultatelor investigatiilor adresate complicaţiilor (care determină deficienţă funcţională uşoare, apreciate conform criteriilor de la patologia respectivă)

Fără limitarea activităţilor: pot efectua activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/ forme clinice:

- hipercorticism tratat (chirurgical, radioterapie sau medicamentos), cu complicaţii (cardio- vasculare, osteoarticulare, neuropsihice)
- hiperaldosteronism primar, tratat chirurgical, cu sindrom neuromuscular şi reno-urinar

Investigaţii: modificări metabolice şi hormonale variate în funcţie de eficacitatea tratamentului, modificări ale rezultatelor investigatiilor adresate complicaţiilor (care determină deficienţă funcţională medie, apreciate conform criteriilor de la patologia respectivă)

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice uşoare, pot efectua activităţi profesionale uşoare, organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/forme clinice:

- hipercorticism tratat (chirurgical, radioterapie convenţională sau medicamentos), cu complicaţii cardio vasculare, osteoarticulare, neuropsihice severe);
- hiperaldosteronism primar, în evoluţie (tumoră inoperabilă), hiperaldosteronism primar în tratament specific cu sindrom cardiovascular şi renal (leziuni cardiace şi renovasculare avansate);

Investigaţii: modificări ale determinărilor hormonale şi metabolice variate în funcţie de controlul terapeutic, modificări ale investigaţiilor specifice complicaţiilor (apreciate conformcriteriilor de la patologia respectivă)

Limitarea moderată/severă a activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice uşoare; pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale; este păstrată parţial capacitatea de

autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

FEOCROMOCITOM
(dg. semne clinice specifice, catecolamine/metanefrine serice/urinare crescute, ex CT, RMN, PET)

- **Formele benigne tratate chirurgical** au o evoluţie favorabilă; persistenţa sindromului cardio vascular post tratament va fi investigată şi evaluată conform criteriilor de la afecţiunilor cardio vasculare;
- **Formele inoperabile sau tumorile nediagnosticabile** cu complicaţii cardiovasculare, cerebrale vor fi apreciate după criteriile de la patologiile respective.
- **Formele maligne** - vor fi evaluate în funcţie de severitatea complicaţiilor cardio vasculare şi evoluţia procesului neoplazic după criteriile de la afecţiunile cardio vasculare şi neoplazice.

Sindromul adrenogenital-congenital-prin hiperplazie suprarenală şi dobîndit în special prin tumoră, rar hiperplazie (dg. exces de androgeni adrenali, 17 OH progesteron crescut şi ACTH crescut, CT, RMN)

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/forme clinice:

Formele clinice severe în tratament complex de substituţie şi echilibrare metabolică, cu complicaţii cardiovasculare, tulburări psihice şi sindrom de virilizare cu dificultăţi de integrare profesională şi socială.

Investigaţii: modificări ale determinărilor hormonale şi metabolice variate în funcţie de controlul terapeutic, modificări ale investigaţiilor specifice complicaţiilor (apreciate conform criteriilor de la patologia respectivă)

Limitarea moderată/severă a activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice ușoare; pot fi efectuate activităţi profesionale în condiții speciale; este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament cutrativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Funcția legată de insuficiența hormonilor sexuali cu deficit de dezvoltare al organelor genitale, gametogenezei, reproducerii, afectarea metabolismului proteic

INSUFICIENŢA GONADICĂ

Simptomatologia clinică depinde de etiologie, intensitatea insuficienței gonadice şi vîrsta la care apare. Forme clinice cu fenotip masculin, dar cu proces de masculinizare deficitar, testicule mici, ginecomastie, deficit intelectual de intensitate variabilă.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne/Forme clinice: forme clinice cu tablou oligosimptomatic, compensat prin substituţie cu hormoni sexoizi, fără scăderea capacităţii de efort fizic, fără tulburări psihice, castrări chirurgicale, radice, medicamentoase

Investigaţii: determinări hormonale normale/variaţii uşoare;

Fără limitarea activităţilor***:*** pot efectua activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Forme clinice:

- Sindromul Klinefelter - forme clinice cu tulburări de dezvoltare a masei musculare şi osteoporoză sexoidoprivă, scăderea capacităţii de efort fizic, tulburări psihice;
- Sindromul Turner - forme clinice de hiportrofie staturală (talia >120cm) cu tulburări psihice;

Investigaţii: modificări metabolice şi hormonale variate în funcţie de eficacitatea tratamentului, modificări ale rezultatelor investigatiilor adresate complicaţiilor (apreciate conform criteriilor de la patologia respectivă)

Limitarea moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice uşoare, pot efectua activităţi profesionale uşoare, organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Restricţii uşoare/ moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forme clinice: Sindromul Turner- fenotip feminin, caracterizat prin hipotrofie staturală sub 120 cm şi malformaţii cu defecte multiple;

Investigaţii: modificări ale determinărilor hormonale şi metabolice variate în funcţie de tratament, modificări ale investigaţiilor specifice complicaţiilor (efectuate conform criteriilor de la patologia respectivă)

Limitarea moderată/severă a activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice uşoare; pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale; este păstrată parţial capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

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

Functia legata de homeostazia metabolismului glucidic

HIPOGLICEMIA

Insulinom - tumora neuroendocrina derivata din celulele insulare ale pancreasului endocrin care produc insulină în exces şi hipoglicemie

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Forme clinice*:* hiperinsulinism cu semne şi simptome de neuroglicopenie (hipoglicemie a jeun, glucoza sub 50mg/dl, disparitia rapida a simptomelor dupa ingestia de glucide): cu stari hipoglicemice uşoare, cu raspuns imediat la glucoza; hiperinsulinism tratat chirurgical, cu ameliorare clinico-biologica cu extirparea verificata anatomopatologic a insulinomului (simptome şi semne adrenergice uşoare)

Investigaţii: hipoglicemii uşoare, ameliorarea parametrilor biochimici de diagnostic

- modificari biochimice diagnostice: insulina serica peste 10microU/ml (N < 6microU/ml), glicemie < 40mg/dl, nivelul peptidului C > 2,5ng/ml (N ≤ 2ng/ml), proinsulina >25%;
- imagistica diagnostica***:*** ultrasonografia endoscopica, rezonanta magnetica cu gadolinium, tomografia cu emisie de pozitroni (PET)

Limitarea moderata a activitatilor fizice: pot efectua activitati fizice uşoare, pot efectua activitati profesionale uşoare, organizate, independent, activitati care nu presupun risc profesional - risc pentru siguranta publica.

Restrictii uşoare/ moderate de participare la viata sociala.

Necesita servicii de sanatate pentru tratament curativ şi al complicatiilor. Pot fi necesare servicii de educatie şi formare, de consiliere vocațională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Forme clinice*:* hiperinsulinism cu semne şi simptome de neuroglicopenie importante, frecvente şi tranzitorii sau cu rezultate insuficiente după intervenție chirurgicală (slabiciune, transpiratii, tahicardie, palpitații, tremor, confuzie, ataxie, convulsii, comă)

Investigaţii: hipoglicemii frecvente

- modificari biochimice diagnostice: insulina serica peste 10microU/ml (N < 6 microU/ml), glicemie < 40mg/dl, nivelul peptidului C > 2,5ng/ml(N ≤ 2ng/ml), proinsulina >25%
- Imagistica diagnostica: ultrasonografia endoscopică, rezonanță magnetică cu gadolinium, PET

Limitarea moderată/severă a activităților: pot fi efectuate activitățo fizice uşoare;

pot fi efectuate activități profesionale doar în condiții speciale; este pastrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricții moderate de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament cutrativ şi al complicațiilor, servicii de îngrijire şi 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 şi -2,5DS, osteoporoză: sub -2,5DS, osteoporoză severă: sub -2,5DS în prezenţa unei fracturi osteoporotice.

Semne/Forme clinice: dureri osoase, antecedente personale documentate de fracturi de fragilizare; osteoporoza severă

Investigaţii: măsurarea densităţii osoase (DMO) cu DEXA la nivelul coloanei lombare şi şoldului; evaluarea sechelelor locomotorii/de gestualitate se va face după criteriile de la afecţiunile musculoscheletice

Observații: Stabilirea deficienței funcționale se va face după criteriile de la afecțiunile musculo- scheletale**.**

Capitolul 6

FUNCŢIILE UROGENITALE

FUNCŢIILE URINARE

Elemente clinice şi funcţionale care definesc funcţiile renourinare

Indicatori de afectare a structurii şi funcţiei rinichiului şi căilor urinare

Reducerea ratei filtrării glomerulare (RFG sub 60 mL/min/1.73 m^2), 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 (retenţie azotată,diselectrolitemie, acidoză metabolică), anomalii structurale ale rinichiului demonstrate imagistic (ultrasonografie, urografia intravenoasă, tomografia computerizată, rezonanţa magnetică nucleară,scintigrafia renală), leziuni histopatologice ale rinichilor la puncția biopsie renală(PBR).

Tipuri de prezentare clinică a bolilor renale

HTA de cauză renală,insuficienţă renală, insuficienţă 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;

Observaţie Insuficienţa renală acută sau cronică poate însoţi oricare nefropatie adăugând tabloului clinic al bolii manifestări dependente de gradul de reducere a filtratului glomerular.

Relaţia deficienţă funcţională şi limitarea activităţii/restricţiile de participare generate de afectarea funcţiilor de filtrare şi secreţie renală, de colectare şi stocare a urinei în vezica urinară

Fără deficienţă funcțională

Fără limitarea activităţilor, pot efectua activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială. Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea stării de sănătate şi tratament.

Deficienţă funcţională uşoară

Limitarea uşoară a activităţilor: efectuează dificil activităţile grele; întâmpină dificultăţi dar pot desfăşura activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă.

Se recomandă evitarea turelor, muncii de noapte, în mediu toxic (benzen, toluen, cadmiu, tetraclorură de carbon, arsenic, solvenţi organici, clorură de vinil, hidrocarburi alifatice halogenate).

Restricţii uşoare de participare la viaţa socială prin afectarea uşoară a mobilităţii (deplasări, manipulare de greutăţi), consecinţa asteniei fizice, fatigabilităţii

Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluţiei bolii şi tratament.

Pot fi necesare servicii de educaţie, formare/reconversie profesională, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă, în special pentru cei care desfăşoară munci grele sau necalificate.

Deficienţa funcţională medie

Limitarea moderată a activităţilor: pot efectua activităţi moderate; nu pot efectua activităţi profesionale grele, întâmpină dificultăţi în efectuarea activităţilor profesionale medii sau uşoare, organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă, cu program normal; aceste activităţi 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 şi de noapte, expunerea la condiţii de mediu extreme.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială din cauza spitalizărilor repetate, regimurilor alimentare speciale, scăderii veniturilor

Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluţiei bolii şi tratament.

Pot fi necesare servicii de educaţie, formare / reconversie profesională, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă, în special pentru cei care desfăşoară munci necalificate/mai putin calificate.

Deficienţa funcţională accentuată

Limitarea accentuată a activităţilor, pot efectua activităţi uşoare; pot desfăşura activităţi profesionale organizate, zilnice doar în condiţii speciale. Capacitate de muncă diminuată. Capacitate de autoservire păstrată parţial.

Restricţii importante de participare la viaţa socială prin: tulburări de atenţie/gândire la pacienţii cu comorbidităţi importante ale insuficienţei renale cronice.

Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluţiei bolii şi tratament, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă

Limitarea severă a activităţilor, pot efectua doar activităţi foarte uşoare. Capacitate de muncă diminuată. Capacitate de autoservire pierdută.

Restricţii severe de participare la viaţa socială (dependenţa de anturaj). Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluţiei bolii şi tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asigurări sociale pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene, cu sau fără servicii de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

BOALA CRONICĂ DE RINICHI (BCR)

Boala cronică de rinichi este definită de anomaliile structurale şi funcţionale ale rinichiului cu durata de cel puţin 3 luni şi care influenţează starea de sănătate.

Cel mai bun indicator de evaluare globală a funcţiei renale este *rata filtrării glomerulare (RFG).*

RFG nu poate fi măsurată direct. În practica clinică se recomandă estimarea RFG cu ajutorul unor ecuaţii de predicţie bazate pe nivelul creatininei serice, cu ajutorul calculatoarelor online (www.kidney.org/gfr.)

Ecuaţia CKD-EPI ***(The Chronic Kidney Disease Epidemiology Colaboration)***	**$eRFG = 141 \times \min(Cr_{ser}/\kappa,1)^{\alpha} \times \max(Cr_{ser}/\kappa, 1)^{-1.209} \times 0.993^{vârsta}$ x1.018** [pentru femei] **x1.159** [pentru afroamericani] Cr_{ser} = creatinina serică, mg/dL κ = 0.7 pentru femei şi 0.9 pentru bărbaţi α = -0.329 pentru femei şi -0.411 pentru bărbaţi

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 uşoară**
Stadiul G3a	**45-59**	Scădere uşoară/moderată
Stadiul G3b	**30-44**	Scădere moderată/severă
Stadiul G4	**15-29**	Scădere severă
Stadiul G5	**< 15**	Insuficienţă renală

* Identificarea bolii cronice de rinichi nu exclude diagnosticul bolii renale primare

**Stadiile 1 şi 2 au semnificaţie de boală cronică de rinichi, în contextul dovezilor certe de afectare structurală prezentă >3 luni, depistată imagistic, biochimic (urinar),
anatomo-patologic (PBR).

***Observaţie*:** Valorile creatininei serice crescute constant sau în dinamică, în absenţa semnelor specifice ale bolii cronice de rinichi vor fi evaluate în contextul clinic respectiv.

Manifestări clinice ale BCR

HTA	Alte comorbidităţi cardiovasculare, retinopatie
Anemie	Hb< 13g/dL la bărbaţi, 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 deficienţei funcţionale determinate de boala cronică de rinichi se bazează pe manifestările/ complicaţiile acesteia în funcţie de stadiu, avându-se însă în vedere şi particularităţile clinico-funcţionale ale nefropatiilor primare, în cazul în care acestea sunt constituite.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Orice afectare renală primară rinichiului cu funcţie renală normală (eRFG ≥ 90mL/min/1.73m^2), BCR stadiul G1;

Orice afectare renală cu scăderea uşoară a RFG (60-89mL/min/1.73m^2), BCR stadiul G2; Orice afectare renală cu scăderea uşoară/moderată a RFG (45- 59mL/min/1.73m^2), BCR stadiul G3a.
Pot fi prezente manifestări specifice ale bolii renale primare, HTA, comorbidităţi uşoare.

Limitarea uşoară a activităţilor, efectuează dificil activităţile grele (Tabel 3); întâmpină dificultăţi dar pot desfăşura activităţi profesionale organizate, zilnice, cu implicare în toate aspectele muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă. Se recomandă evitarea turelor, muncii de noapte, în mediu toxic (benzen, toluen, cadmiu, tetraclorură de carbon, arsenic, solvenţi organici, clorură de vinil, hidrocarburi alifatice halogenate).

Restricţii uşoare de participare la viaţa socială prin afectarea uşoară a mobilităţii (deplasări, manipulare de greutăţi), consecinţa asteniei fizice, fatigabilităţii.

Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluţiei bolii şi tratament.

Pot fi necesare servicii de educaţie, formare/reconversie profesională, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă, în special pentru cei care desfăşoară munci grele sau necalificate.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Orice afectare renală cu scăderea moderată/severă a RFG (30 - 44 mL/min/1.73m^2), BCR stadiul G3b.
Sunt prezente manifestări clinice cauzate de deficitul funcţiilor renale: HTA, anemie renală, eventual semne de hipertrofie ventriculară stângă, scăderea absorbţiei calciului, reducerea excreţieie fosfatului anemie, reducerea nivelului vitaminei D, alterarea metabolismului lipoproteinelor.

Limitarea moderată a activităţilor. Capacitate de muncă diminuată.

Poate fi prestată activitate profesională cu timp de lucru redus, dar trebuie evitate eforturile fizice mari, turele prelungite şi de noapte, expunerea la condiţii de mediu extreme.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială din cauza spitalizărilor repetate, regimurilor alimentare speciale, scăderii veniturilor. Capacitate de autoservire păstrată.

Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluţiei bolii şi tratament.

Pot fi necesare servicii de educaţie, formare/reconversie profesională, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă, în special pentru cei care desfăşoară munci necalificate sau mai putin calificate.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Orice afectare renală cu scăderea severă a RFG (15 - 29 mL/min/1.73m^2), BCR stadiul G4.

Sunt prezente manifestări clinice cauzate de deficitul funcţiilor renale din stadiul anterior, mai severe, la care se adaugă acidoză metabolică, consecinţe ale hiperkaliemei (tulburări de ritm, paralizie musculară, tulburări digestive).

În acest stadiu se iniţiază pregătirea pentru tratamentul de substituţie a funcţiilor renale.

Limitarea accentuată a activităţilor. Capacitate de muncă diminuată.

Restricţii importante de participare la viaţa socială prin: tulburări de atenţie/gândire la pacienţii cu comorbidităţi importante ale insuficienţei renale cronice. Capacitate de autoservire păstrată parţial.

Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluţiei bolii şi tratament, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

BCR stadiul G5-predializă, corespunde decompensării renale(RFG< 15mL/min/1.73m^2)

Sunt prezente manifestările clinice din stadiul precedent, foarte severe - anemie, dezechilibre fosfo-calcice, anomalii hidrolelectrolitice şi acidobazice, malnutriţie, la care se adaugă anorexie, vărsături, prurit, insuficienţă cardiacă .

Se instituie tratament de substituţie a funcţiilor renale.

Limitarea severă a activităţilor. Pot fi efectuate doar activităţi foarte uşoare, sedentare.

Restricţii severe de participare la viaţa socială (dependenţa de anturaj). Capacitate de autoservire pierdută. Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluţiei bolii şi tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene, cu sau fără servicii de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

INSUFICIENŢA 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-funcţională a bolnavului cu insuficienţă renală cronică tratată prin mijloace de epurare extrarenală va ţine seama de următorii factori:

- statusul funcţional renal;
- stadiul evolutiv al bolii renale sau al bolii generale cu atingere renală care a dus la insuficienţă renală cronică;
- prezenţa patologiei indusă de hemodializă sau dializa peritoneală;
- profilul psiho-intelectual al pacientului;
- nivelul responsabilităţilor sociale şi familiale ale bolnavului;

- motivaţia pentru muncă a deficientului şi atitudinea familiei faţă de caz;
- resurse tehnice şi financiare existente.

Observaţii*: Toţi bolnavii cu IRC trataţi prin metode de epurare extrarenală au funcţia renală grav afectată, cu o rată de filtrare a rinichilor nativi sub 10 mL/min. De aceea, reevaluările sunt necesare anual, deoarece sunt pacienţi cu afectare cronică, gravă, ireversibilă, a funcțiilor renale, iar substituția prin dializă nu înseamnă vindecare.

**Există anemie renală severă (în absenţa tratamentului concomitent cu eritropoietină umană), iar hiperparatiroidismul secundar se agravează progresiv.

***Sunt prezente elemente clinice şi paraclinice ale co-morbidităţilor.

Co-morbidităţi ale insuficienţei renale cronice în stadiul terminal (sub tratament prinepurare extrarenală)

I. ***Manifestări cardio-vasculare***	**V.** ***Manifestări neurologice***
- hipertensiune arterială - hipotensiune arterială - pericardită uremică - cardiomiopatie uremică - aritmii - arterioscleroză accelerată - insuficienţa cardiacă	- encefalopatie uremică - polineuropatie periferică senzitivo- motorie
II. ***Manifestări respiratorii***	**VI.** ***Manifestări endocrino-metabolice***
- plămân uremic	- hiperparatiroidism secundar - osteodistrofie renală - calcificări extraosoase - malnutriţie
III. ***Manifestări gastro-intestinale***	**VII.** ***Anomalii hidro-electrolitice şi acido-bazice***
- gastrită - enterocolită - sângerări digestive	- 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 metodele de epurare extrarenală***
- anemie - disfuncţii leucocitare (disfuncţie imunitară) - diateze hemoragipare	-sindrom de dezechilibru osmotic -complicaţii ale căii de abord vascular (cateter/fistulă) -complicaţii infecţioase/inflamatorii ale dializei peritoneale (peritonită acută, peritonită sclerozantă) -complicaţii mecanice ale dializei peritoneale (scurgeride dializant, hernii, ileus, hemoragii de perete abdominal) -amiloidoză beta2-microglobulinică

Deficienţa funcţională a bolnavilor cu insuficienţă renală cronică aflaţi în tratament substitutiv renal se stabileşte în funcţie de :

- starea clinică generală

- asocierea/severitatea comorbidităţilor
- prezenţa patologiei indusă de metodele de tratament
  Sunt luate în considerare elemente tehnice precum:
- metoda de tratament
- facilităţi existente- accesibilitatea centrului de dializă- distanţă, capacitate, program.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Stare clinică/funcţională stabilizată*, comorbidităţi uşoare/moderate, patologie indusă de metodele de tratament absentă.

***Stare clinică/funcţională stabilizată**:

Criterii clinice:

- apetit bun;
- stare de nutriţie bună;
- tensiune arterială normală (controlată terapeutic);
- absenţa co-morbidităţilor manifeste clinic: polinevrită senzitivo-motorie, osteo- artropatie renală, boală vasculară aterosclerotică (coronariană, cerebrală, vasculară), hipotensiune arterială, malnutriţie;

Criterii paraclinice (funcţionale):

- asigurarea unei echivalenţe de filtrare glomerulară ~ 20 mL/min (calculată ca sumă a funcţiei renale reziduale – *clearance*-ul renal echivalent al ureei şi *clearance*-ul dialitic săptămânal al ureei – Kt/V);
- uree sanguină < 150mg/dL şi creatininemie < 8mg/dL;
- potasemie < 5mEq/L;
- bicarbonat seric > 20mEq/L;
- creşterea sau menţinerea constantă a hemoglobinei la valori > 10g/dL.

Activitate profesională permisă pentru profesii sedentare, cu consum energetic scăzut, în condiţii de microclimat corespunzătoare, cu progam de lucru flexibil adaptat programului de hemodializă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Perioade de alterare a stării generale evidenţiate clinic şi funcţional, comorbidităţi severe, prezenţa complicaţiilor determinate de metodele de tratament substitutiv renal (vezi tabel).

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Stare generală grav alterată clinic şi funcţional, comorbidităţi multiple, foarte severe, complicaţii grave determinate de metodele de tratament substitutiv renal(vezi tabel).

TRANSPLANTUL RENAL

În aprecierea deficienţei funcţionale post-transplant renal se ţine seama de:

- gradul afectării funcţiei renale, evaluată prin parametrii specifici;
- evoluţia post-transplant, atât clinică, cât şi paraclinică;
- existenţa complicaţiilor cauzate de boala de fond, intervenţiei 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.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Pacienți cu evoluţie bună după 12 luni post transplant bună: grefă renală funcţională care asigură menţinerea în limite normale a produşilor de retenţie azotată în ser, absenţa comorbidităţilor manifeste clinic, absenţa complicaţiilor 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/1.73m^2), BCR stadiul G3b însoțite de manifestări clinice cauzate de deficitul funcțiilor renale, conform criteriilor de la capitolul Boala cronică de rinichi.

Prezența unor complicaţii moderate determinate de terapia imunosupresoare cronică, comorbidități de intensitate moderată conform criteriilor de la capitolele respective.

Limitarea moderată a activităţilor. Capacitate de muncă diminuată.

Poate fi prestată activitate profesională, în condiții speciale cu evitarea eforturilorfizice mari, turelor prelungite şi de noapte, expunerea la condiţii de mediu extreme.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială din cauza spitalizărilor repetate, regimurilor alimentare speciale, scăderii veniturilor. Capacitate de autoservire păstrată.

Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluţiei bolii şi tratament.

Pot fi necesare servicii de educaţie, formare/reconversie profesională, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă, în special pentru cei care desfăşoară munci necalificate sau mai putin calificate.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Pacienții transplantați renal în primele 12 luni după transplant, indiferent de evolutia 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 imunsupresoare şi riscul de rejet este foarte ridicat .

Pacienți cu transplant renal după 12 luni post-transplant care prezintă afectarea funcției renale cu scăderea severă a RFG(15-29mL/min/1.73m^2), BCR stadiul G4 însoțită de manifestări clinice conform criteriilor de la capitolul Boala cronică de rinichi.
Prezența complicaţiilor determinate de terapia imunosupresoare cronică, comorbidități care determină deficiență funcțională accentuată, conform criteriilor de la capitolele respective.

Limitarea accentuată a activităţilor. Capacitate de muncă diminuată.

Restricţii importante de participare la viaţa socială prin: tulburări de atenţie/gândire la pacienţii cu comorbidităţi importante ale insuficienţei renale cronice. Capacitate de autoservire păstrată parțial.

Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluţiei bolii şi tratament, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung

Deficiență funcțională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Evoluţia nefavorabilă posttransplant cu restabilire inadecvată a funcţiei renale cu afectarea gravă a parametrilor clinico- funcționali, RFG sub 15mL/min/1.73m^2), BCR stadiul G5 conform criteriilor de la capitolul Boala cronică de rinichi;

Prezența complicaţiilor determinate de terapia imunosupresoare cronică, comorbidități care determină deficiență funcționa gravă, conform criteriilor de la capitolele respective.

Se instituie tratament de substituţie a funcţiilor renale.

Limitarea severă a activităţilor. Pot fi efectuate doar activităţi foarte uşoare, sedentare.

Restricţii severe de participare la viaţa socială (dependenţa de anturaj). Capacitate de autoservire pierdută. Necesită servicii de sănătate pentru monitorizarea evoluţiei bolii şi tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene, cu sau fără servicii de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

Complicațiile tranplantului renal :

- respingerea allogrefei
- disfuncţia allogrefei (datorită efectelor farmacologice sau vasculare – vasculopatia allogrefei)
- complicaţii ale allogrefei (ca urmare a efectelor farmacologice sau vasculare – vasculopatia allogrefei)

Comorbidităţi:

- tulburări psihice-depresie reactivă.
- complicaţii infecţioase;
- complicaţii ale bolii vasculare aterosclerotice - infarct miocardic, accidente cerebro- vasculare, HTA necontrolată;
- diabet zaharat;
- insuficienţă hepatică;
- boli maligne.

GLOMERULONEFRITELE CRONICE, Cod CIM X N08

Deficienţa funcţională se apreciază în funcţie de manifestările clinice (sindrom nefritic cronic, sindrom nefrotic, HTA reno-parenchimatoasă, insuficienţă renală cronică sau anomalii urinare asimptomatice) ţinându-se seama de :

- etiologie (în formele secundare);
- co-morbidităţi (hipertensiune arterială, boli cardio-vasculare, hiperparatiroidism secundar).

Pentru cazurile care prezintă ***sindrom nefrotic*** vor fi aplicate criteriile adecvate acestuia.

În cazurile care se însoţesc de declinul funcţiei renale , deficienţa funcţională se apreciază conform criteriilor stabilite pentru boala cronică de rinichi.

Observaţie: Glomerulonefrite cronice fără declinul funcţiei renale (rată de filtrare glomerulară peste 60mL/min/1.73m^2), cu proteinurie subnefrotică şi fără hipertensiune arterială nu determină limitări de activitate . În funcţie de solicitările specifice locului de muncă poate fi indicată schimbarea acestuia.

NEFROPATII TUBULO-INTERSTIŢIALE CRONICE, Cod CIM N11

În cazurile însoţite de declinul funcţiei renale şi/sau prezenţa co-morbidităţilor, deficienţa funcţională se apreciază, conform criteriilor stabilite pentru boala cronică de rinichi/insuficienţa renală cronică, respectiv pentru patologia asociată.

SINDROMUL NEFROTIC, Cod CIM X N04

Aprecierea deficienţei funcţionale în sindromul nefrotic trebuie să ţină seama de contextul clinic, de declinul funcţiei renale, de severitatea tabloului clinico-biologic şi de asocierea complicaţiilor (altele decât insuficienţă renală cronică):

- complicatii cardio vasculare (hipertensiune arteriala, insuficienţă prin hipovolemie);
- tromboze venoase şi arteriale;
- complicaţii infecţioase;
- complicaţii metabolice;
- complicaţii ale terapiei (corticoizi, imunosupresoare).

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Sindromul nefrotic în perioadele de remisiune persistentă a (proteinurie sub 1g/zi de cel puţin 6 luni) şi în absenţa complicaţiilor.

Activitate profesională permisă pentru profesii sedentare, cu consum energetic scăzut, în condiţii de microclimat corespunzătoare, cu program de lucru flexibil, preferabil fără ture de noapte.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Sindrom nefrotic definit prin: edeme, proteinurie nefrotică (> 3000 mg/g creatinină

urinară), hipoalbuminemie şi/sau prezenţa complicaţiilor .

Observaţie. După instalarea insuficienţei renale cronice deficienţa funcţională este apreciată în funcţie de gradul alterării funcţiei renale şi manifestările clinice şi funcţionale rezultate, conform criteriilor stabilite pentru BCR/insuficienţa renală cronică.

TUBERCULOZA RENOURINARĂ Cod CIM X A18, B90

Cazurile confirmate de tuberculoză reno-urinară beneficiază de concediu medical conform legii.

Deficienţa funcţională se apreciază în funcţie de prezenţa şi severitatea complicaţiilor şi sechelelor.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Cazurile de tuberculoză reno-urinară vindecate cu sechele uşoare.

Observaţie. Cazurile de tubeculoză reno-urinară se consideră vindecate dacă la sfîrşitul tratamentului medical examenele clinice, bilogice şi radiologice indică stingerea procesului tuberculos.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Cazurile de tuberculoză reno-urinară vindecate cu sechele care determină deficienţă funcţională medie conform criteriilor stabilite pentru patologia respectivă: stricturi ureterale, sechele post-operatorii moderate în cazurile tratate chirurgical prin nefrectomie parţială (polară superioară sau inferioară), uretero-calicostomie, speleotomie.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

1.Cazurile de tuberculoză reno-urinară complicate, tratate chirurgical cu sechele care determină deficienţă funcţională accentuată conform criteriilor stabilite pentru patologia respectivă: stricturi ureterale,scehele post- operatorii în cazurile tratate chirurgical prin nefrectomie totală însoţită de ureterectomie totală, cistolplastie de mărire a vezicii urinare, derivaţii urinare;

2 .Recăderile.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Cazurile cu complicaţii grave determinate de extensia şi de evoluţia procesului tuberculos sau sechele severe care nu beneficiază de corectare chirurgicală.

Observaţie. În prezenţa manifestărilor de insuficienţă renală deficienţa funcţională se stabileşte conform criteriilor stabilite pentru BCR/insuficienţa renală cronică.

RINICHIUL UNIC CHIRURGICAL/ FUNCŢIONAL, Cod CIM X N28

În aprecierea deficienţei funcţionale a pacienţilor cu rinichi unic chirurgical/funcţional se va ţine seama de:

- un singur rinichi este capabil să asigure toate funcţiile secretorii, homeostatice şi endocrine ale unui adult activ în condiţii normale;
- adaptarea compensatorie renală în urma nefrectomiei unilaterale este rapidă: 80% în primele 15 zile, 90% în primele 3 luni şi 94% în primul an; rămâne un deficit funcţional permanent de aproximativ 6%.

Deficienţa funcţională se apreciază în funcţie de situaţia rinichiului restant şi de prezenţa patologiei asociate, inclusiv de apariția bolii cronice de rinichi, gradul acesteia, precum și a complicațiilor aferente.

Fără deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%

Nefrectomie parţială polară superioară sau inferioară

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Nefrectomie totală cu funcţia rinichiului restant normală şi în absenţa patologiei asociate. Cicatrice lombotomie/toracofrenolaparotomie.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Nefrectomie totală în prezenţa oricărei afectări a rinichiului restant care determină deficienţă funcţională medie conform criteriilor generale;
Comorbidităţile prezente (hipertensiune arterială, boli cardio-vasculare, hiperparatiroidism secundar) se evaluează conform criteriilor de la capitolele respective, fiind considerate ca factori agravanţi.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Nefrectomie totală în prezenţa oricărei afectări a rinichiului restant care determină deficienţă funcţională accentuată conform criteriilor generale;
Comorbidităţile prezente (hipertensiune arterială, boli cardio-vasculare, hiperparatiroidism secundar) se evaluează conform criteriilor de la capitolele respective, fiind considerate ca factori agravanţi.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Nefrectomie totală în prezenţa oricărei afectări a rinichiului restant care determină deficienţă funcţională gravă conform criteriilor de la capitolele respective;
Comorbidităţi grave prezente.

Observaţie. În prezenţa manifestărilor de insuficienţă renală deficienţa funcţională se stabileşte conform criteriilor stabilite pentru BCR/insuficienţa renală cronică.

ANOMALIILE CONGENITALE ALE APARATULUI RENO-URINAR, Cod CIM X Q60-Q64

Malformaţiile aparatului reno-urinar sunt alterări ale formei, poziţiei şi structurii parenchimului renal şi/sau căilor urinare produse în timpul vieţii intrauterine: agenezie renală unilaterală, hipoplazie renală, rinichi polichistic, rinichi în potcoavă, dupilcare ureterală, hidronefroză,etc . Unele dintre acestea sunt bine tolerate, anumite forme beneficiază de corecţie chirurgicală în primii ani de viaţă, în timp ce altele pot deveni manifeste în funcţie de severitatea alterărilor structurale şi funcţionale şi de complicaţiile care le însoţesc.

Stabilirea deficienţei funcţionale se face în funcţie de sechelele şi complicaţiile existente, conform criteriilor menţionate la capitolele respective.

STRICTURILE URETRALE (congenitale, dobîndite, post-inflamatorii, posttraumatice, iatrogene, tumorale), Cod CIM X N35

Fără deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%

Stricturi uretrale tratate chirurgical (ureterotomie optică internă, uretroplastie, stenturi endouretrale), în absenţa complicaţiilor.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Stricturi care necesită 2-3 dilataţii pe an, infecţii urinare repetate.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Stricturi care necesită > 6 dilataţii pe an, infecţii urinare înalte sau joase, repetate, sau alte complicaţii: litiază vezicală, diverticuli vezicali, ureterohidroneforză bilaterală.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Complicaţii severe determinate de dilataţiile repetate – abces periuretral, flegmon periuretral cu fistule urinare cutanate.

Observaţii.

1. În cazul obstrucţiei subvezicale îndelungate cu ureterohidronefroză bilaterală care conduce la insuficienţă renală cronică, aprecierea deficienţei funcţionale se face conform criteriilor stabilite pentru BCR/insuficienţa renală cronică.
2. Deficienţa funcţională determinată de stricturile uretrale de cauză tumorală se apreciază în contextul afecţiunii etiologice.

Derivaţii urinare permanente

Derivaţiile urinare permanente sunt intervenţii pin care se asigură drenajul urinar în cazurile de distrucţie a căilor urinare de cauze congenitale, traumatice (inclusiv cele iatrogene) sau tumorale.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Derivaţii urinare interne continente (ureterosigmoidoanastomoza), necomplicate.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Nefrostomia unilaterală definitivă;
Derivaţii urinare externe cu colector urinar permanent (ureterostomia cutanată directă cu sondă, unilaterală, ureterostomia transileală tip Bricker);
Cistostomia definitivă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Nefrostomia bilaterală definitivă;
Derivaţii urinare externe cu colector urinar permanent, bilaterale;
Derivaţii urinare interne continente - neovezică rectală, derivaţii continente în pungă ileocecale care necesită golire intermitentă prin cateterism.

VEZICA NEUROGENĂ (VN), Cod CIM X N31

(VN spastică completă/incompletă, VN paralitică)

Anomaliile funcţiei vezicale (de continenţă şi de golire a vezicii urinare) apar în contextul unor afecţiuni neurologice complicând tabloul acestora: leziuni medulare de cauze variate (traumatice - inclusiv operatorii, infecţioase, vasculare, tumorale), hernii discale intervetebrale, stenoze de canal lombar, neuropatia diabetică, AVC, boala Parkinson, postiradiere sau după intervenţii chirurgicale abdominale delabrante.

Deficienţă funcţională 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)

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Sunt necesare cel mult două pad-uri(scutece)/zi.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Sunt necesare trei - patru pad-uri (scutece)/zi.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Sunt necesare peste patru pad-uri(scutece)/zi. Fistulă vezico-vaginală nereparabilă chirurgical.

AFECŢIUNI TUMORALE

Tumorile benigne reno-urinare

Deficienţa funcţională se stabileşte în funcţie de severitatea afectării clinice şi funcţionale, conform criteriilor generale menţionate la începutul capitolului.

Tumorile maligne reno-urinare, Cod CIM X , C64-C68

Deficienţa funcţională se stabileşte în funcţie de severitatea afectării clinice şi funcţionale, conform criteriilor generale de la capitolul *Afecţiuni neoplazice*.

Capitolul 7

FUNCŢIILE NEUROMUSCULOSCHELETICE ŞI ALE MIŞCĂRILOR AFERENTE

7.1.FUNCŢIILE MUSCULOSCHELETICE

Elemente clinice şi funcţionale care definesc funcţiile musculoscheletice şi ale mişcărilor aferente

•Bolile sau accidentele la nivelul aparatului locomotor pot determina dizabilitate prin afectarea unor funcţii cum ar fi: funcţiile mobilităţii osteo-articulare, funcţiile stabilităţii articulaţiilor, funcţiile muşchilor , funcţiile mişcării,senzaţia de durere.

•În cazul bolilor reumatismale, se pot adăuga, afectări ale funcţiilor sistemelor cardiovascular, hematologic, imunitar, respirator, digestiv, urogenital, funcţiile văzului, funcţiile pielii şi a altor structuri aferente pielii, etc.

•Aceste afectări pot conduce la limitări ale activităţii şi la restricţii de participare, dintre care, specific şi constant afectată este ***mobilitatea.*** Limitarea mobilităţii presupune dificultăţi în: schimbarea şi menţinerea poziţiei corpului, ducerea, deplasarea şi manipularea obiectelor, mersul (pe jos) şi deplasarea, inclusiv deplasarea complexă folosind echipamente , deplasarea cu mijloace de transport, etc.

•În funcţie de severitatea afectării, pot fi limitate de asemenea: munca şi angajarea în muncă, autoservirea şi auto-gospodărirea.

Relaţia deficienţă funcţională-incapacitate adaptativă-capacitate de muncă şi gradul de invaliditate corespunzător

Deficienţă funcţională	**Incapacitate adaptativă**	**Capacitate de muncă**	**Grad invaliditate**
Fără	0-19%	păstrată	Nu se încadrează
Deficienţă funcţioanlă uşoară	20-49%	păstrată	Nu se încadrează
Deficienţă funcţională medie	50-69%	diminuată	Gradul III
Deficienţă funcţională accentuată	70-89%	diminuată + capacitate de autoservire păstrată parţial	Gradul II
Deficienţă funcţională gravă	90-100%	diminuată + capacitatea de autoservire pierdută	Gradul I

Relaţia deficienţă funcţională - limitarea activităţii/restricţiile de participare generate:

Deficienţa funcţională	**Limitare activitate**	**Restricţii de participare**
Fără	Nicio dificultate în realizarea activitaţii	Fără restricţii de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ.
Deficienţă funcţională uşoară	Este în stare să îndeplinească singur sarcini obişnuite ale vieţii cotidiene. Activitate profesionala posibila, cu evitarea celor care necesita gestualitate cu viteză şi precizie şi deplasări posturale prelungite.	Fără restricţii de participare la viaţa socială; Necesită sprijin pentru asigurarea unui loc de munca fărăefort fizic mare, deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de munca. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi recuperator. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă
Deficienţă funcţională medie	Limitare moderată a activităţii fizice prin limitarea mobilităţii (schimbarea şi menţinerea poziţiei corpului; ducerea, deplasarea şi manipularea obiectelor; mersul şi deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport). Bolnavul poate desfăşura activităţi fără suprasolicitare posturală, activităţi preponderent statice, fără deplasări posturale, fără suprasolicitare fizică, în conditii de confort organic, Autoservirea este îndeplinită la parametrii optimi.	Fără restricţii de participare la viaţa socială; Necesită servicii de sanatate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, deplasăriposturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.
Deficienţă funcţională accentuată	Limitare marcată a mobilităţii 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.	Restricţii de participare la viaţa socială; Necesită asigurare unor mijloace de deplasare (baston, cârje, cadru) sau asigurare unor dispozitive de mers (orteze). Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung. Necesită sprijin familial şi comunitar (în funcţie de caz si situatie) pentru efectuarea unor activitati cotidiene şi de îngrijire.
Deficienţă funcţională gravă	Limitarea compleră a activităților: nu este capabil sa 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 ajutătoare 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
- ► deformaţiile coloanei vertebrale
- ► artroplatia de şold cu proteză totală – complicaţii
- ► malformaţii congenital
- ► bolile reumatismale (bolile sistemului osteo-articular, ale muşchilor şi ale ţesutului conjunctiv)
- ► formațiuni tumorale benigne
- ► formațiuni tumorale maligne

SECHELELE POSTTRAUMATICE

Traumatismele la nivelul aparatului locomotor (fracturile, luxaţiile, entorsele, leziunile de medisc, rupturile musculare, capsulare, ligamentare sau alte distrugeri de părţi moi) determină în mod obişnuit o invaliditate temporară. Sechelele algofuncţionale post traumatice sunt cele care determină o dizabilitate de lungă durată sau chiar permanentă cu limitări importante de activitate, inclusiv pierderea capacităţii de muncă. De aceea, aprecierea funcţională 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 activităţii/restricţiile de participare sunt determinate de:

- sechelele algice (durerea care impiedică mobilitatea) şi/sau
- sechelele funcţionale:
- limitarea mobilităţii osteo-articulare,
- instabilitatea articulaţiilor,
- afectarea funcţiilor muşchilor (amiotrofie, avulsie, rigidizare),
- afectarea funcţiilor mişcării (mers şchiopătat datorită inegalităţii de membre inferioare, etc).

REDORILE, ANCHILOZELE

Limitarea de mobilitate – presupune derularea incompletă a mişcării unui segment al aparatului locomotor; mişcarea putându-se realiza doar pe un anumit sector al amplitudinii maxime.

Prin **redoare articulară**, unii autori înţeleg situaţia în care mişcarea unui segment se derulează cu dificultate, fiind totuşi posibilă, având la bază perturbarea ţesuturilor moi.

Anchiloza presupune suprimarea totală a mişcărilor unei articulaţii care în mod normal este mobilă.

Artrodeza presupune de asemenea suprimarea totală a mişcărilor unei articulaţii dar este consecutivă unui act chirurgical (blocarea definitivă a unei articulaţii prin fuzionarea epifizelor celor două extremităţi osoase implicate, în caz de instabilitate, atitudini vicioase, infecţii cronice, tuberculoză osoasă, etc).

Limitarea de mobilitate la nivelul articulaţiilor poate fi dată de afectarea diferitelor structuri: capete osoase articulare (distrugeri de cartilaj, fracturi), piele (cicatrici retractile), muşchi- tendon (retracturi, contracturi), ligamente (scurtări operatorii), capsulă articulară (retracţie, rezecţie), spaţiu articular (corp străin intraarticular).

Aprecierea funcţională pentru stabilirea dizabilităţii se bazează pe:

Examenul clinic: evidenţiază limitarea mobilităţii/instabilităţii la nivelul articulaţiilor;
Investigaţii:

- testări articulare (bilanţul articular realizat cu ajutorul goniometrului)
- investigaţii imagistice: radiografii, echografii articulare, eventual RMN, CT, scintigrafii – utile pentru a decela care sunt structurile corpului afectate şi pentru a obiectiva severitatea afectării.

Severitatea deficienţei funcţionale se apreciază în funcţie de: gradul de redoare/limitare a mobilităţii articulaţiei afectate (tabel), importanţa articulaţiei afectate, numărul articulaţiilor afectate, poziţia de fixare (fiziologică sau vicioasă) în cazul anchilozelor sau redorilor strânse.

În situaţia anchilozelor în poziţii vicioase: cot în rectitudine, şold în flexum şi/sau rotaţie şi/sau abducţie/adducţie, genunchi în flexum, picior equin etc., de la caz la caz, în funcţie de posibilităţile de manipulare a obiectelor sau de realizare a mersului şi ortostatismului, se poate ajunge la limitarea severă/completă a activităţii, inclusiv la pierderea posibilităţilor de auservire.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Clinic:

- limitare moderată a mobilităţii la nivelul unui şold sau a unui genunchi (Tabel 1),
- limitare severă sau dispariţia mobilităţii, în poziţii fiziologice, la nivelul: unui umăr, unui cot sau a unei glezne

Funcţional: testarea articulară indică: abducţie $\leq$ 20º şi anteducţie $\leq$ 15º a braţului; flexia cotului $\leq$ 45º sau flexie plantară mai mică de 15º; radiografiile sau echografia articulară evidenţiază o uşoară îngustare, modificare a spaţiului articular.

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară

Fără restricţii/ restricţii uşoare de participare la viaţa socială.

Necesită tratament recuperator dacă leziunea nu este definitivă. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Clinic:

- absenţa mobilităţii unui cot, în poziţie vicioasă (rectitudine);

- limitare severă sau absenţa mobilităţii la nivelul ambelor glezne, în poziţie fiziologică;
- redoare/limitare severă sau absenţa mobilităţii la nivelul unui genunchi sau a unui şold, în poziţie fiziologică.

Funcţional: testarea articulară indică o limitare sub medie (Tabel - amplitudinea de mobilitate a principalelor articulaţii) sau absenţa mobilităţii la nivelul articulaţiilor susmenţionate; radiografiile sau echografia articulară evidenţiază o îngustare, modificare importantă a spaţiului articular.

Limitarea moderată a activităţilor.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită tratament recuperator dacă leziunea nu este definitivă. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Clinic: redoare/limitare medie a mobilităţii la nivelul ambelor şolduri sau redoare strînsă/ limitare severă a mobilităţii ambilor genunchi sau a unui şold şi a genunchiului controlateral, în poziţii fiziologice.

Funcţional: testarea articulară indică: o limitare medie (tabel) a mobilităţii şoldurilor sau limitare severă a mobilităţii genunchilor, bilateral, în poziţii fiziologice; radiografiile sau echografia articulară evidenţiază o îngustare severă a spaţiului articular.

Limitare moderată/severă a activităţilor.

Restricţii severe de participare la viaţa 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 şi unele servicii generale de suport social.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Clinic: redoare strânsă/pierderea mobilităţii la nivelul ambelor şolduri sau redoare strânsă/pierderea mobilităţii în poziţii vicioase la nivelul ambilor genunchi sau la nivelul unui şold şi a genunchiului controlateral.

Funcţional: testarea articulară indică: absenţa mobilităţii şoldurilor sau genunchilor, bilateral; radiografiile sau echografia articulară evidenţiază dispariţia spaţiului articular.

Limitare severă / completă a activităţilor, inclusiv a posibilităţilor de autoservire.
Restricţii complete de participare la viaţa 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 locuinţei şi ale căilor de acces) şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social şi, de asemenea însoţitori sau asistenţi personali.

PSEUDARTROZA

Trebuie făcută distincţia între: întârzierea în consolidare care este o stare tranzitorie şi pseudoartroza care reprezintă o stare definitivă. Invaliditatea în pseudartroze este de scurtă durată, până la intervenţia chirurgicală corectoare.

Până la practicarea intervenţiei chirurgicale sau, în cazurile inoperabile ca urmare a unor complicaţii locale sau a bolilor somatice asociate, bolnavii pezintă un grad de invaliditate în funcţie de: tipul de pseudartroză (1. liberă sau flotantă; 2. strânsă sau fibroasă; 3. fibro-sinovială – cu excesivă mobilitate a fragmentelor ce demonstrează o organizare a ţesuturilor mai complexă) şi localizare (importanţa funcţională a structurii osoase afectate).

Aprecierea deficienţei funcţionale 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), mişcarea fiind practic nedureroasă;

Investigaţii: examen radiologic – obligatoriu: evidenţiază lipsa consolidării.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Pseudoartroza la nivelul humerusului, oaselor antebraţului, oaselor degetelor piciorului, unilateral, fără scurtare.
Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară a mobilităţii.
Fără restricţii/ restricţii uşoare de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ chirurgical. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională 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 mobilităţii.
Restricţii moderate de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, chirurgical, procurarea de ghete ortopedice cu înălţare. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Pseudoartroza oaselor gambei sau coapsei cu scurtare peste 7 cm. Limitare moderată / severă a activităţilor.
Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, chirurgical, procurarea de ghete ortopedice cu înălţare, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

AMPUTAȚIILE, Cod CIM T05

Cel mai frecvent amputaţiile sunt consecinţa unor traumatisme dar există şi amputaţii de necesitate în cadrul unor boli vasculare, metabolice, neoplazice, neurologice, congenitale, etc. Diagnosticul cliniccomplet trebuie să conţină următoarele elemente: cauza amputaţiei; data amputaţiei; nivelul amputaţiei; starea bontului (cu descrierea bontului vicios atunci când e cazul); situaţia protezării (protezat, neprotezat, neprotezabil) cu menţionarea tipului de proteză.

Invaliditatea este definitivă şi severitatea ei depinde de:
- nivelul amputaţiei;
- cauza care a condus la indicaţia de amputaţie;
- starea bontului şi eficienţa protezării.

1. Nivelul amputaţiei

Este criteriul cel mai important (dar nu unicul) de evaluare a severităţii deficienței funcționale şi el va fi detaliat în continuare.

Pentru bolnavii cu amputaţii 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 gestualităţii.

2. Cauza care a condus la indicaţia de amputaţie

În cazul amputaţiilor de necesitate din arteriopatii, diabet zaharat, neoplasme, boli neurologice, etc, deficiența funcțională este determinată şi de afectarea funcţiilor sistemelor respective (vascular, metabolic, etc), ţinându-se cont şi de faptul că aceste afectări şi limitarea mobilităţii determinată de amputaţie se pot potenţa reciproc, accentuând gradul de deficiență funcțională.

3. Starea bontului şi eficienţa protezării:

Deficiența funcțională, limitarea mobilităţii/locomoţiei, în cazul amputaţiei de membru inferior se apreciază în raport cu posibilităţile bolnavului de a purta proteza. Starea bontului este deosebit de importantă pentru a evalua şansa amputatului de a fi protezat sau nu.

În cazul amputaţiilor membrelor inferioare, pentru a putea fi eficient protezat, **bontul de amputaţie** trebuie să îndeplinească următoarele **criterii**:

- să aibă o lungime suficientă;
- să aibă o formă cât mai regulată;
- să nu prezinte proeminenţe osoase şi
- să fie bine acoperit de muşchi;
- să fie fără exces de părţi moi;
- să fie nedureros, fără nevroame;
- să fie acoperit cu tegumente indemne, cu cicatrici vindecate, suple, neretractile, fără plastii sensibile şi 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 secţie de ortopedie pentru refacerea bontului. Dacă există contraindicaţii medicale pentru intervenţia chirurgicală (afecţiuni grave cardio-respiratorii, renale etc.), bontul neprotezabil determină o agravare a deficienţei funcţionale, care poate justifica un grad de invaliditate superior celui determinat de nivelul de amputaţie.

Cazurile cu amputaţii de membre inferioare neprotezate din motive obiective, în funcţie de imposibilitatea realizării mersului şi ortostatismului fără cârje sau fotoliu rulant prezintă un grad de invaliditate superior celui determinat de nivelul de amputaţie, până la realizarea protezării.

În cazul amputaţiilor recente de membre inferioare, în funcţie de imposibilitatea realizării mersului şi ortostatismului fără cârje sau fotoliu rulant, gradul de invaliditate este temporar superior celui determinat de nivelul de amputaţie, pe o perioadă de un an, timp necesar pentru achiziţionarea protezelor (provizorii, ulterior definitive) şi a altor dispozitive medicale necesare, precum şi 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 (realizatea mersului, ortostatismului fără dispozitive ajutătoare/ajutor parțial), gestualității, prehensiunii.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

La nivelul membrelor superioare: lipsa prin amputaţie a 2-3 degete (în afara policelui), lipsa ultimelor falange de la toate degetele de la o mână, lipsa prin amputaţie 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 membrelor inferioare : amputaţie totală sau parţială a degetelor de la unul sau de la ambele picioare, amputaţie unilaterală tip Lisfranck (tarso-metatarsiană), amputaţie unilaterală tip Chopart (intratarsiană)

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară a mobilităţii/locomoţiei sau a gestualităţii.

Fără restricţii/ restricţii uşoare de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, procurare de dispozitive medicale (încălţăminte specială, proteze). Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

La nivelul membrelor superioare: lipsa policelui bilateral, lipsa a 4 degete (în afara policelui) bilateral, lipsa degetelor de la o mână, dezarticulaţie radio-carpiană, amputaţia unilaterală de antebraţ la diferite nivele.
La nivelul membrelor inferioare: amputaţie bilaterală tip Lisfranck, amputaţie bilaterală tip Chopart, amputaţie de gambă unilateral (la orice nivel), amputaţie la nivelul l/3

proximale a coapsei (bont minim de 7 cm) unilateral.
Limitarea moderată a mobilităţii/locomoţiei sau gestualităţii.
Restricţii moderate de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, procurarea de dispozitive medicale (orteze, proteze). Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajareîn muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

La nivelul membrelor superioare: dezarticulaţia de cot, amputaţia unilaterală de braţ la diferite nivele, dezarticulaţie scapulo-humerală unilaterală, amputaţia unui membru superior cu reducerea prehensiunii contralateral.
La nivelul membrelor inferioare: amputaţia unilaterală de coapsă cu bont mai mic de 7 cm sau cu bont greu protezabil, amputaţia unilaterală membrul inferior asociată cu redori şi calusuri vicioase la nivelul membrului controlateral, dezarticulaţie de şold unilaterală.
Limitare moderată / severă a activităţilor.
Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, procurarea de dispozitive (proteze, dispozitive de autoservire), servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

La nivelul membrelor superioare: lipsa tuturor degetelor de la ambele mâini, amputaţia unui membru superior asociată cu redori strânse ale articulaţiei membrului controlateral, amputaţia ambelor membre superioare (de la diferite nivele).
La nivelul membrelor inferioare: amputaţia bilaterală a membrelor inferioare de la nivelul gambelor cu imposibilitatea realizării ortostatismului fără cârje, amputaţia gambei asociată cu amputaţia coapsei controlaterale, amputaţia transpelviană (inter-ilioabdominală) unilaterală, lipsă prin amputaţie a ambelor coapse, lipsă prin dezarticulaţie a unui membru inferior asociată cu anchiloza membrului inferior controlateral, lipsă prin dezarticulaţie a unui membru inferior asociată cu amputaţia sau dezarticulaţia unui membru superior.
Limitare severă/ completă a activităţilor.
Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, furnizarea de dispozitive (proteze, dispozitive de autoservire), tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate (amenajarea locuinţei şi a căilor de acces). Sunt necesare servicii de asistenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social şi, de asemenea însoţitori sau asistenţi personali.

TRAUMATISMELE VERTEBRO-MEDULARE

Traumatismele vertebro-medulare închise şi deschise ocupă în tabloul general al patologiei aparatului locomotor o fracţiune de aproximativ 0,7-1 %.

Din punct de vedere lezional, există două mari grupe:

1. Leziuni rahidiene cu interesarea elementelor canalului rahidian, denumite şi mielice;

2. Leziuni rahidiene fără semne neurologice sau amielice.

Severitateadeficienței funcționale este determinată de

- localizarea, importanţa şi 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-luxaţii, cu sau fără leziuni disco-ligamentare.
- importanţa lezării medulo-radiculare, consecinţele:

► **consecinţa imediată:** şocul spinal definit ca o stare de supresiune a tuturor activităţilor spinale, având caracter tranzitoriu (durează 1-6 săptămâni);

► **consecinţele precoce**:sunt independente de şocul spinal, dar în directă dependenţă de leziunea medulară.

Sunt aceleaşi în toate segmentele medulare:

- sindrom senzitiv şi motor remanent;
- tulburări vezicale sub formă de retenţie;
- tulburări intestinale şi anorectale;
- tulburări ale funcţiilor genitale;
- tulburări neuro-vegetative (termice, tensionale, aritmii);
- tulburări trofice.

► **consecinţe tardive**:

- deficit senzitiv şi motor rezidual;
- tulburări metabolice şi de nutriţie;
- tulburări viscerale;
- tulburări psihice.

Importante în instalarea unei invalidități de lungă durată sau definitive, sunt consecinţele tardive ale lezărilor medulo-radiculare, care pot fi sistematizate în 3 sindroame:

- Sindrom neurologic total: tetraplegie sau paraplegie
- Sindroame neurologice parţiale, între care distingem: Sindromul Brown-Sequard, sindromul centromedular cervical, sindromul radiculo-medular acut şi sindroame neurologice particulare.
- Sindrom radicular – care cuprinde, pe lângă atingerile electiv radiculare, sindromul cozii de cal.

Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienţei funcţionale se bazează pe:
Examenul clinic: care evidenţiază unul din sindroamele enumerate.

Investigaţii:

- Investigaţii 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 afecţiunile neurologice.

Din punctul de vedere al structurilor musculo-scheletice, invaliditatea poate fi determinată de limitarea mobilităţii la nivelul coloanei vertebrale.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Anchiloza unui segment de coloană (osteosinteză posttraumatică) Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară
Fără restricţii/ restricţii uşoare de participare la viaţa socială.
Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Anchiloza sau redori strânse pe segmente mari (5 - 6 -7 vertebre) , cu tulburări ventilatorii medii
Limitarea moderată a activităţilor mai ales în cursul exacerbărilor.
Restricţii moderate de participare la viaţa socială.
Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Anchiloze cu deformări mari (cifoze – cifoscolioze) cu tulburări ventilatorii medii-accentuate).
Limitare moderată/severă a activităţilor.
Restricţii severe de participare la viaţa socială. Necesită servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

DISTROFIA SIMPATICĂ REFLEXĂ (DSR) – SINDROMUL ALGONEURODISTROFIC (SAND)

Sindromul algoneurodistrofic (SAND) denumit şi distrofie simpatică reflexă (DSR) este, în cele mai frecvente cazuri, secundar unui traumatism. Diagnosticul pozitiv se susţine după criteriile lui Kozin.

Invaliditatea, în cazul unui program recuperator precoce instituit (imediat după îndepărtarea aparatului gipsat) este de scurtă durată şi se datorează durerii şi limitării mobilităţii.

Severitatea invalidității este dată de : localizare şi stadiul de evoluţie (I, II, III). Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:
Elemente clinice: articulaţie tumefiată, caldă, sensibilă la mobilizare, în faze avansate articulaţie blocată, acoperită cu tegumente lucioase, atrofice;

Investigaţii: examen radiologic, mai rar termografie, scintigrafie osoasă.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

DSR a membrului superior sau inferior unilateral, cu localizări diverse în stadiul I de evolutivitate în formă moderată
Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară
Fără restricţii/ restricţii uşoare de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament tratament recuperator cât mai precoce instituit. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

I. DSR la membrul superior sau pelvin unilateral stadiul II (din punct de vedere al evoluţiei), cu localizări diverse
II. DSR localizat la umăr (umăr blocat, capsulită retractilă) sau sindrom umăr – mână stadiul II de evoluţie
III. DSR genunchi – picior stadiul II de evoluţie, unilateral
IV. DSR la nivelul membrului superior sau inferior, unilateral, în stadiul III de evoluţie, formă severă
Limitarea moderată a mobilităţii şi a altor activităţi. Restricţii moderate de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, program recuperator. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

I. DSR localizat la mână, stadiul III de evoluţie, bilateral; sau la şold bilateral; sau la gambe bilateral
II. DSR la nivelul membrului superior sau inferior bilateral, în stadiul III de evoluţie, în formă severă, cu localizări diverse
Limitare moderată / severă a activităţilor.

Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

SUPURAŢIILE 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 funcţională pentru stabilirea dizabilităţii se bazează pe:

Elemente clinice: fistule remanente unice sau multiple, cu sau fără alterarea părţilor moi

Investigaţii:
• examen radiologic
• fistulografie.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Supuraţiile osoase fistulizate.

Limitare moderată / severă a activităţilor.
Restricţii severe de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, inclusiv chirurgical, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asistenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

SECHELELE POST TUBERCULOZĂ OSTEOARTICULARĂ; MORB POTT Cod CIM B90.2

Tuberculoza osteoarticulară (TBC OA) evoluează ciclic în trei faze: I. faza de însămânţare; II. faza distructivă; III. faza de cicatrizare şi anchiloză.

Diagnosticul clinic şi stadiul afecţiunii se stabilesc de către unităţile teritoriale anti TBC.

Severitatea deficienței funcționale se apreciază în raport cu: stadiul afecţiunii (respectiv cu încadrarea în grupele de dispensarizare) şi localizare.

Toate afecţiunile TBC osteoarticulare ***în evoluţie***generează o deficienţă funcţională accentuată şi 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 şi intratarsiană.

Sechelele – anchiloze şi 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 funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Examenul clinic Investigaţii:
• examen radiologic
• testarea mobilităţii coloanei vertebrale;
• probe ventilatorii;

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Osteosinteza unui segment de coloană (2-3-4 vertebre)

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară

Fără restricţii/ restricţii uşoare de participare la viaţa socială.

Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Osteosinteza unui segment mare (5-6-7 vertebre)

Limitarea moderată a activităţilor mai ales în cursul exacerbărilor.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială, mai ales în cursul exacerbărilor.

Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Osteosinteză pe coloană deformată (cifoscoliotică), cu tulburări ventilatorii.
Limitare moderată / severă a activităţilor.
Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

OSTEOMIELITA. OSTEITELE FISTULIZATE Cod CIM M86

Osteomielita este o boală generală, cu evoluţie şi forme clinice diferenţiate.

Formele clinicepot fi: forme acute (forma hipertoxică); forma septicemică; forma piogenă (cu modificări prevalent locale); osteomielita cronică de la început; osteomielită acută cronicizată.

Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Examenul clinic: local şi general;

Investigaţii:
- teste de laborator: VSH, hemogramă;
- examen radiologic
- însămânţare din secreţia locală.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Osteomielită cronică fistulizată
Limitare moderată / severă a activităţilor.
Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, inclusiv chirurgical, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

OSTEONECROZA ASEPTICĂ Cod CIM M87

Osteonecroza aseptică este o afecţiune ce presupune alterarea până la suprimare a circulaţiei 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 funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: durere spontană şi provocată, redoare algică a articulaţiei afectate, mers şchiopătat

Investigaţii:

- radiografie, eventual scintigrafie, IRM, CT
- testări articulare

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Necroză aseptică de cap femural/umăr/genunchi/oase picior, în fază incipientă.
Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară
Fără restricţii/restricţii uşoare de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Necroză aseptică de cap femural unilateral în evoluţie cu distrucţie coxofemurală.
Necroză aseptică de umăr unilaterală în evoluție cu distrucție articulară
Necroză aseptică de genunchi unilateral în evoluție cu distrucție articulară
Limitarea moderată a activităţilor.
Restricţii moderate de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, chirurgical (osteotomie de corecţie, foraj, artroplastie de şold). Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Necroză aseptică de cap femural confirmată, bilaterală, în evoluţie.
Necroză aseptică de umăr bilaterală în evoluție .
Necroză aseptică de genunchi bilaterală în evoluție .Limitare moderată / severă a activităţilor.
Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, chirurgical (osteotomie de corecţie, foraj, artroplastie de şold), servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

DEFORMAŢIILE COLOANEI VERTEBRALE Cod CIM M40, M41

Deformaţiile coloanei vertebrale, cum ar fi scolioza sau cifoscolioza, de etiologie polimorfă, pot determina invaliditate prin limitarea mobilităţii, tulburări ventilatorii, complicaţii neurologice.

Aprecierea funcţională pentru stabilirea dizabilităţii se bazează pe:

Examenul clinic:

Investigaţii:

- examenului radiologic – incluzând examenul goniometric efectuat pe o radiografie standard
- testarea mobilităţii coloanei
- probe ventilatorii.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Scolioză, cifoscolioză cu grad de curbură sub 60° (cu tulburări ventilatorii mici)
Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară
Fără restricţii/restricţii uşoare de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Scolioză, cifoscolioză cu grad de curbură peste 60° (cu tulburări ventilatorii mici – medii) şi fără tulburări neurologice.
Limitarea moderată a activităţilor.
Restricţii moderate de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

<u>Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%</u>

Scolioză, cifoscolioză cu grad de curbură peste 60°, cu tulburări neurologice: parapareză
Limitare moderată / severă a activităţilor.
Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Sunt necesare servicii de asistenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

<u>Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%</u>

Scolioză cu grad de curbură peste 60°, cu tulburări neurologice – paraplegie.
Limitare severă/completă a activităţilor.
Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive, tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social şi, de asemenea însoţitori sau asistenţi personali.

ARTROPLASTIA DE ŞOLD

Artroplastia de şold (cu endoproteză cefalică sau cu proteză totală - cimentată sau necimentată) este o intervenţie chirurgicală care are drept scop diminuarea dizabilităţii determinate de limitarea mobilităţii prin distrucţii coxofemurale posttraumatice, coxartroze, osteonecroze de cap femural, malformaţii, etc.
Există însă o serie de complicaţii operatorii sau postoperatorii care determină menţinerea invalidității.

Complicaţiile pot fi intraoperatorii, secundare şi tardive:

I. Complicaţiile intraoperatorii, legate de tehnică:

- perforarea fundului cotilului;
- perforarea diafizei femurale;
- leziunea nervului sciatic sau femural.

II. Complicaţii secundare legate de o tehnică imperfectă (neadaptată):

- hematomul postoperator;
- infecţia postoperatorie;
- luxaţia capului protezei;
- insuficienţa muşchilor fesieri şi abductori în statică şi mers;
- complicaţii generale: tromboemboliile.

III. Complicaţii tardive:

1. Osificările heterotope(după Brooker): osificări insulare în părţile moi periarticular; punţi osoase incomplete; punţi osoase complete – anchiloză.
2. Decimentarea aseptică, mobilizarea (Loosening) sau osteoliza – se manifestă prin: reapariţia durerii la nivelul şoldului, cu iradiere spre genunchi, fenomene claudicative cu limitarea mişcărilor. Radiologic se constată: osteoliză segmentară

(lizereu de radiotransparenţă periprotetică, progresiv) sau osteoliză lacunară (geodă metafizar sau diafizar, ce creşte progresiv).

3. Fractura femurului– poate surveni în orice moment, dar mai ales după un număr de ani.
4. Degradarea pieselor femurale survine drept consecinţă a „oboselii“ materialului, în special a pieselor de oţel în situaţia decimentării sau a unui defect de fabricaţie.

<u>Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%</u>

Artroplastiile de șold unilaterale/bilaterale cu evoluție favorabilă, fără complicații
Limitarea ușoară a activităţilor
Fără restricții/restricții ușoare de participare la viața socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, reintervenţie chirurgicală. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă

<u>Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%</u>

- Artroplastiile de şold, recente, pentru o perioadă – 12 luni, determină limitări ale activităţii
- Artroplastiile de şold unilaterale, complicate prin tehnicile operatorii:
    - perforarea fundului cotilului cu protuzia secundară sau luxaţia cupei;
    - perforarea diafizei femurale;
    - leziunea nervului sciatic sau femural;
    - infecţiile postoperatorii.
- Artroplastie de şold cu redoare algică prin osificări heterotope
- Artroplastie de șold bilaterală cu complicațiile enumerate unilateral.

Limitarea moderată a activităţilor.
Restricţii moderate de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, reintervenţie chirurgicală. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

<u>Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%</u>

Artroplastiile de şold cu complicaţii postoperatorii tardive de tipul:

- decimentarea aseptică – osteoliza;
- fractura femurului localizată în 1/3 distală a tijei protezei sau la vârful său;
- degradarea pieselor femurale.

Artroplastiile de șold bilaterale cu complicațiile enumerate unilateral.
Limitare moderată / severă a activităţilor.
Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, reintervenţie chirurgicală.
Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

În cazul artroplastiilor 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.

MALFORMAŢII CONGENITALE Cod CIM Q65-Q79

Malformaţiile congenitale ale aparatului locomotor pot avea diverse localizări şi pot afecta diverse structuri:

- la nivelul membrelor superioare: luxaţie congenitală a umărului; agenezie de degete, mână, antebraţ; sindactilie, etc.
- la nivelul membrelor inferioare: displazia luxantă a şoldului; 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: siringomielie şi hidromielie; malformaţii vasculare; chist dermoid şi 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 funcţie de structurile şi funţiile afectate, limitarea mobilităţii fiind determinată de: anchiloze, redori, scurtări, membre balante, tulburări neurologice.

BOLILE REUMATISMALE

Afectările structurilor şi funcţiilor în bolile reumatismale

Bolile reumatismale – bolile sistemului osteo-articular, al muşchilor şi ale sistemului conjunctiv, pot determina dizabilitate prin limitarea mobilităţii (consecutivă durerii, inflamatiei şi alterării funcţiilor musculoscheletice şi ale mişcărilor aferente), dar, o mare parte parte din ele, fiind considerate boli sistemice, pot prezenta multiple afectări ale funcţiilor altor sisteme:

- sistemul cardiovascular (pleurezia şi pericardita lupică, etc),
- hematologic (anemia secundară inflamaţiei sau medicaţiei, eozinofilie şi limfopenie relativă în polimiozită, etc)
- imunitar (producţie de autoanticorpi în LES, sclerodermie, PR, etc)
- respirator (disfunţia ventilatorie prin rigidizarea cuştii toracice în S.A, pneumopatie fibrozantă pulmonară difuză din sclerodermie, etc)
- digestiv (disfagia consecutivă infiltrării şi hipomotilităţii esofagului în sclerodermie, gastrita hemoragică sau ulcerul gastroduodenal secundar tratamentului cu antiinflamatoare, hepatita toxică medicamentoasă, etc)
- urogenital (nefropatia gutoasă, glomerulonefrita lupică, etc),
- funcţiile văzului (scăderea acuităţii vizuale mergând până la cecitate prin uveită anterioară în boala Behcet, iridociclită din SA, etc),
- funcţiile pielii şi a altor structuri aferente pielii (leziunile tegumentare din artrita psoriazică, sclerodermie, etc).

Afectările funcţionale ale scestor sisteme sunt analizate la capitolele respective.

Având in vedere caracterul heterogen al bolilor reumatismale prin afectare multisistemică, diferite stadii evolutive, variate grade de activitate, diagnosticul pozitiv se stabileste de catre medicul reumatolog care, în lipsa criteriilor diagnostice, se poate baza pe criteriile de clasificare utilizate în cercetarea clinică pentru identificarea de cohorte omogene. Dupa stabilirea diagnosticului pozitiv de boala reumatismală, medicul reumatolog utilizeaza scoruri si indici validati pentru evaluarea gradului de activitate si chiar de functionalitate a bolii reumatismale respective.

POLIARTRITA REUMATOIDĂ (P.R.) sau ARTRITA REUMATOIDĂ Cod CIM M05

Diagnosticul de poliartrită reumatoidă se susţine pe baza afectarii inflamatoare poliarticulare, în special a articulațiilor mici de la mâini și picioare, creșterea nivelului reactanților de faza acută, prezenta autoanticorpilor specifici bolii, de exemplu anticorpi anti-peptide citrulinate/ACPA cum sunt anticorpii anti-peptide ciclice citrulinate/anti-CCP sau factor reumatoid/FR, precum și a leziunilor radiologice caracteristice, eroziv-distructive. Diagnosticul este sustinut prin aplicarea criteriilor de clasificare ACR *(American College of Rheumatology)* şi 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 patru 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). Titrul 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; titrul mare se referă la valori mai mari de 3 ori VSN.

Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienţei funcţionale se bazează pe:

Elemente clinice: semne de inflamaţie la nivelul articulaţiilor (redoare, durere, tumefacţie, căldură, sensibilitate la presiune şi mobilizare), luxaţii, deformări ale articulaţiilor, limitarea mobilităţii articulare, hipotrofii musculare, prezenţa nodulilor reumatoizi.

Investigaţii:

- investigaţii de laborator: teste de inflamaţie (VSH, proteina C reactivă cantitativ), teste imunologice (factorii reumatoizi/FR, anticorpi anti- proteina citrulinata/ACPA), hemogramă, transaminaze, creatinină (pentru evaluarea efectelor secundare medicaţiei);
- investigaţii imagistice: examen radiologic (al mâinilor şi antepicioarelor +/- radiografiile altor articulaţii afectate), echografie articulară, mai rar rezonanţă magnetică nucleară.
- testările articulare sunt utile doar în stadiul IV Steinbrocker de evoluţie, când apar anchilozele, deseori în poziţii vicioase.

Severitatea deficienţei funcţionale depinde de:

- activitatea inflamatorie a bolii (limitarea mobilităţii prin durere fiind proporţională cu intensitatea inflamaţiei şi frecvenţa puseelor inflamatorii)
- alterările structurale osteo-articulare.

Există deci o dizabilitate cauzată de inflamaţie (potenţial reversibilă) şi 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 articulaţii dureroase şi tumefiate, redoare matinală, evaluare globală a activităţii bolii (VAS medic şi pacient), nivelul reactanţilor de fază acută (VSH, CRP cantitativ), indici compoziţi validaţi (DAS 28), factori prognostici (nivelul Ac anti CCP şi nivelul seric al factorilor reumatoizi).

Severitatea alterărilor structurale se bazează pe: stadializarea Steinbrocker (care prezintă şi corelaţie cu deficitul funcţional), scorul radiografic Sharp - în varianta modificată de Van der Heijde sau de Genant (scorul eroziunilor juxtaarticulare şi a îngustărilor spaţiului articular).

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Poliartrită reumatoidă la debut (după criteriile Steinbroker). Clasa funcţională 1 – capacitate funcţională completă, cu posibilitatea de a exercita normal profesia.
Poliartrită reumatoidă st. I (după criteriile Steinbroker). Clasa funcţională 1 – capacitate funcţională completă, cu posibilitatea de a exercita normal profesia
Poliartrită reumatoidă st. I (după criteriile Steinbroker), moderat activă, cu pusee inflamatorii frecvente. Clasa funcţională 2 = capacitate funcţională este usor scazuta, din cauza durerii şi redorii la una sau mai multe articulaţii.
Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară
Fără restricţii/ restricţii uşoare de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi încetinirea evoluţiei bolii. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Poliartrită reumatoidă st. II (după criteriile Steinbrocker), Clasa funcţională 2 – capacitate funcţională redusă, prezentând handicapul durerii şi redorii la una sau mai multe articulaţii.
Limitarea moderată a activităţilor mai ales în cursul puseelor inflamatorii. Restricţii moderate de participare la viaţa socială, mai ales în cursul exacerbărilor.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi încetinirea evoluţiei bolii. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Poliartrită reumatoidă st. II/III,. Clasa funcţională 3 – capacitate funcţională redusă, cu afectarea semnificativă a mobilităţii articulare, reducerea capacităţii de deplasare şi/sau a gesticii uzuale
Limitare moderată / severă a activităţilor. Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi încetinirea evoluţiei bolii, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

I. Poliartrită reumatoidă st. III (sever) după criteriile Steinbroker.
Clasa funcţională 3= capacitate funcţională mult limitată, permiţând bolnavului numai o mică parte din ocupaţiilecasnice şi de autoservire.
II. Poliartrită reumatoidă st. IV (după criteriile lui Steinbroker).
Clasa funcţională 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 activităţilor. Restricţii complete de participare la viaţa socială. Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive (dispozitive ajutătoare pentru autoservire, cârje, cadru, cărucioare rulante, etc), tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate (amenajarea locuinţei şi a căilor de acces). Sunt necesare servicii de asistenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social şi, de asemenea însoţitori sau asistenţi personali.

SPONDILOARTRITELE

Spondiloartritele (SpA) sunt un grup de boli inflamatoare cronice care afecteaza in principal scheletul axial (articulațiile sacro-iliace si coloana vertebrala), uneori si articulațiile periferice (oligoartrita asimetrica interesand predominant articulațiile membrelor inferioare), asociate frecvent cu entezita, dactilita, manifestari extraarticulare (uveita acuta anterioara, psoriazis, boala inflamatoare intestinală), precum si un factor genetic predispozant: antigenul HLA-B27.

Clasificarea actuală a SpA in forma axiala (SpAax) si forma periferica (SpAp) se bazeaza 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 cunoscuta si reprezentativa entitate nosologica 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 stabileşte de catre 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 şi 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 stabileşte de catre medicul reumatolog, avand in vedere criteriileCriteriile de clasificare a spondiloartritelor (SpA) conform grupului ASAS:

Criteriu de intrare: un pacient cu durere lombară joasă cu durată > 3 luni şi cu vârstă de debut < 45 ani va fi clasificat cu SpA axială dacă prezintă:

- Sacroiliită imagistic* şi cel puţin o caracteristică clinică de SpA** *sau*
- HLA B27 prezent şi cel puţin două dintre criteriile aditionale utile pentru SpA

Sacroiliita imagistic:*

- prezenţa inflamaţiei 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 infecţie cu germeni trigger
- HLA-B27 +
- Sacroiliită dovedită imagistic

SAU
≥ doua dintre trăsăturile SpA grup B:

- Artrită
- Entezită
- Dactilită
- Durere cu caracter inflamator a coloanei lombare (în trecut)
- Antecedente familiale de SpA

Aprecierea funcţională in Spondilita anchilozantă si spondilartrita axială non-radiografică, pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: durere lombară joasă şi redoare matinală de peste 3 luni care se ameliorează în condiţii de efort şi nu dispare în repaus, limitarea mişcării coloanei lombare în plan sagital şi frontal, limitarea expansiunii cutiei toracice; semne inflamatorii, deformări şi limitarea mobilităţii la nivelul articulaţiilor periferice (in formele mixte sau periferice), prezența manifestarilor extrascheletice.

Investigaţii:

- Investigaţii biologice: teste inflamatorii (VSH; proteina C reactivă – cantitativ), teste imunologice (antigenul HLAB 27 prezent la 80-90 % dintre bolnavi, nu este obligatoriu pentru diagnostic).
- investigaţii imagistice: examenul radiologic standard, rezonanţă magnetică nucleară, eventual tomografia computerizată axială, scintigrafia osteoarticulară (de rezervă, numai în cazuri selecţionate).
- testări articulare la nivelul coloanei vertebrale, şi, eventual la nivelul altor articulaţii afectate;
- probe ventilatorii

Evaluarea funcţională se poate realiza şi cu ajutorul criteriilor **ASAS**, inclusiv **BASDAI** (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index).

Deficienţă funcţională uşoară, 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 articulaţiei sacroiliace şi a coloanei dorso-lombare.

II. Spondilartrită anchilozantă/spondiloartrita axială non-radiografică formă periferică la debut.

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară. Fără restricţii/restricţii uşoare de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi încetinirea evoluţiei bolii, program de recuperare (fiziokinetoterapie). Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională 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 articulaţiilor periferice mari –genunchi, coate, cu redoare articulară.

Limitarea moderată a activităţilor mai ales în cursul puseelor evolutive.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială, mai ales în cursul exacerbărilor.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi încetinirea evoluţiei bolii, program de recuperare (fiziokinetoterapie). Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

I. Spondilită anchilozantă/spondiloartrita axială non-radiografică formă centrală cu prinderea coloanei cervico-dorso-lombare şi fixarea coloanei cervicale în flexie.
II. Spondilită anchilozantă/spondiloartrita axială non-radiografică formă centrală cu prinderea centurilor scapulo-humerale sau coxo-femurale uni- sau bilateral.
III. Spondilită anchilozantă/spondiloartrita axială non-radiografică formă periferică cu prinderea articulaţiilor periferice mari –genunchi, coate, pumni cu tulburări severe de locomoţie sau gestualitate.
Limitare moderată/severă a activităţilor. Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenirea complicaţiilor şi încetinirea evoluţiei bolii, program de recuperare (fiziokinetoterapie) – servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Sunt necesare servicii de asistenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

I. Spondilită anchilozantă/spondiloartrita axială non-radiografică formă centrală cu prinderea coloanei cervicale şi a centurilor scapulo-humerale şi coxofemurale bilateral cu tendinţe la anchiloze în poziţii 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 activităţilor.
Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive (dispozitive ajutătoare pentru autoservire, cârje, cadru, cărucioare rulante, etc), tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate (amenajarea locuinţei şi a căilor de acces). Sunt necesare servicii de asistenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social şi, de asemenea însoţitori sau asistenţi personali.

ARTRITELE REACTIVE (AR) – SINDROMUL REITER-FIESSINGER-LEROY (RFL) COD CIM M46

Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: oligoartrită, mai rar poliartrită la nivelul membrelor inferioare, conjunctivită bilaterală, uretrită, uneori manifestări cutaneo-mucoase.

Investigaţii:

- investigaţii de laborator: teste inflamatorii (VSH; proteina C reactivă), hemogramă; teste imunologice (anticorpii specifici în funcţie de germenul incriminat în declanşarea bolii, nu sunt obligatorii pentru diagnostic);
- investigaţii imagistice: examen radiologic, eventual IRM sau scintigrama osoasă; (de rezervă, numai în cazuri selecţionate).
- examen bacteriologic: urocultură, coprocultură (pot fi negative dacă nu sunt surprinse la declanşarea bolii).
- examenul lichidului sinovial (numai în cazuri selecţionate);

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

AR – sindrom RFL la debut, în faza de artrită incipientă la una sau două articulaţii, sau asociat cu sacroileită unilaterală.
Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară
Fără restricţii/ restricţii uşoare de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

AR cu sindrom RFL în forme constituite după o perioadă de evoluţie cu 2-3 pusee acute de oligoartrite în cursul unui an.
Limitarea moderată a activităţilor mai ales în cursul exacerbărilor.
Restricţii moderate de participare la viaţa socială, mai ales în cursul exacerbărilor.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

AR sau sindrom RFL în formele cronice, după o evoluţie de aproximativ 5 ani, cu 3-4 pusee acute pe an, care evoluează spre S.A. în formă mixtă centrală şi periferică. Limitare moderată / severă a activităţilor. Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

ARTROPATIA PSORIAZICĂ (AP) Cod CIM 07

Diagnosticul de artropatie psoriazică se susţine pe criterii clinice şi radiologice, criteriile de clasificare cele mai cunoscute şi răspândite fiind *ClASsification criteria for Psoriatic ARthritis*(CASPAR) (2012)

Aceste criterii necesită prezența artritei (articulații, coloană sau enteză) cu ≥ 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 şi hiperkeratoză;
- Prezența sau istoricul de dactilită;
- Absența factorului reumatoid seric;
- Modificări radiologice de tipul formarii de os nou (exceptând osteofitele) pe radiografia de mâini și picioare.

Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: artrita articulaţiilor 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) şi leziuni de psoriazis cutanat sau/şi unghial (care unori apar după instalarea artritelor).

Investigaţii:

• Investigaţii de laborator: teste de inflamaţie (VSH; PCR - cantitativ), hemogramă, acid uric, factor reumatoid;

• investigaţii imagistice: examen radiologic (diferenţiat pentru afectarea periferică sau axială), mai rar rezonanţă magnetică nucleară (în cazuri selecţionate).

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Artrită psoriazică în formă de oligoartrită asimetrică la debut, cu afectarea articulaţiilor mici (articulaţiile IF distale de mână sau picior) şi cu forme cutanate uşoare de psoriazis.
Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară.
Fără restricţii/ restricţii uşoare de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Artrită psoriazică cu efectarea articulaţilor mici miini bilateral sau în formă de oligoartrită asimetrică, cu afectarea unei singure articulaţii mari în prezenta modificărilor radiologice specifice, asociate cu leziuni cutanate de psoriazis.
Limitarea moderată a activităţilor mai ales în cursul exacerbărilor.
Restricţii moderate de participare la viaţa socială, mai ales în cursul exacerbărilor.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Artropatie psoriazică în forma de spondilită psoriazică: afectare axială cu prinderea coloanei CDL, asociată cu tendinţă la anchiloze şi deformarea mâinii (mână „în gheară“).
Limitare moderată / severă a activităţilor. Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

SPONDILOARTRITELE ENTEROPATICE DIN COLITA ULCEROASĂ;

BOALA CROHN Cod CIM M07

Artritele enteropatice sau **spondilitele enteropatice** sunt artrite ce însoţesc colita ulceroasă, boala Crohn şi by-pass-ul ileal.

Dizabilitatea este determinată de boala de bază (digestivă) – afectarea articulară este o modalitate de debut a bolii digestive cu mulţi ani înainte de apariţia 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 mulţi ani înainte de apariţia 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 digrstivă, de bază.

Maladia Whipple poate evolua unori cu sacroileită, mai ales dacă este asociată cu HLA B27 pozitiv. Evoluţia, 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 şi paraclinice extrem de variate şi cu producţie de autoanticorpi (predominant autoanticorpi antinucleari). Diagnosticul clinic sestabileşte de către medicul reumatolog ținând seama de criteriilr 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 androgenica, alopecia areata;

5. Sinovită cu prinderea a cel puțin 2 articulații, caracterizate prin tumefacție sau lichid intraarticular sau artralgii 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 ator cauze ca cele toxic/metabolice, uremie, medicamente;

9. Anemia hemolitică autoimună

10. Leucopenia: < 4000/mm^3 in cel putin o determinare, în absenta altor cauze ca hipertensiunea portală, medicamente, sdr Felty *sau*
Limfopenia < 1000/mm^3 în cel puțin o determinare, după excluderea altor cause cum ar fi corticoterapia, infectiile;

11. Trombocitopenia < 100000mm^3 în cel puțin o determinare, după excluderea altor cauze: hipertensiunea portală, purpură trombotică trombocitopenică, medicamentele;

Criterii imunologice:

1. ANA peste valoarea de referință a laboratorului;

2. Ac anti ADNdc 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-β2glicoproteina 1 pozitivi de tip IgA, Ig M, IgG,

5. Hipocomplementemie: scăderea C3, C4, CH50,

6. Test Coombs direct pozitiv (în absența anemiei hemolitice).

Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: eritem facial (pe suprafeţele malare, respectând şanţul nazo-labial); lupus discoid (plăci eritematoase cu cruste keratozice, aderente, uneori atrofie cicatriceală pe leziunile vechi); fotosensibilitate; ulceraţii nedureroase orale sau nazofaringiană; artrită (caracterizată prin durere, tumefacţie, exudat), afectând două sau mai multe articulaţii periferice; serozită (pleurezie, pleurită şi/sau pericardită); manifestări neuropsihice (convulsii sau psihoză);

Investigaţii:

• Investigaţii 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 ultimile 10 zile 24 domenii; scorul total este între 0 și105 și cu cât scorul este mai mare cu atât activitatea bolii este mai intensă.

Domeniile de cercetat in 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. Alopecia
17. Ulcere mucoase
18. Pleurezia
19. Pericardita
20. Complement scăzut
21. Creşterea Ac anti-ADN dc
22. Febră
23. Trombocitopenie (<100 000/mmc)
24. Leucopenie (<3000/mmc)

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

I. LES sistemic fără visceralizări sau cu implicarea organelor la un nivel de severitate usoară.

II. LES indus medicamentos la debut (o serie de medicamente sunt implicate în apariţia unui sindrom lupus-like)

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară

Fără restricţii/restricţii uşoare de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot

fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

LES sistemic cu implicarea a cel puțin unui organn sau sistem la un nivel de severitate al deficienței funcționale moderat, asociat cu oboseală, febră, stare generala de rău, pierdere involuntara in greutate.
Limitarea moderată a activităţilor.
Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională 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 generala de rău, pierdere involuntara in greutate.

II. LES în faza acută (puseu)

Limitare moderată / severă a activităţilor.
Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

I. LES cu afectare de organ (ex: cardiacă, renală, neurologică etc.) de severitate gravă.
Limitare severă/completă a activităţilor. Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive, tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social şi, de asemenea însoţitori sau asistenţi personali.

SCLERODERMIA SISTEMICĂ (SS) Cod CIM M34

Sclerodermia sistemică (difuză, „scleroză difuză progresivă") este o boală a ţesutului conjunctiv, cu afectare multisistemică (tegumente, tub digestiv, plămân, cord, rinichi) caracterizată prin obliterări ale arterelor mici, ale capilarelor şi o producţie exagerată de colagen. Este considerată o boală vasculo-conjunctivală. Diagnosticul clinic se stabileşte de către medicul reumatolog, ținând seama de criteriile de clasificare ale *American*

College of Rheumatology (ACR) şi *EuropeanLigue Against Rheumatism* (EULAR) (2013).

Punctajul necesar pentru clasificarea ca sclerodermie sistemica 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):
  - Edem digital (puffy fingers): *3 puncte*
  - Sclerodactilie: *4 puncte*
- Leziuni în pulpa degetelor (se va nota scorul cel mai înalt):
  - ulcerații digitale: *2 puncte*
  - 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 funcţiilor diferitelor sisteme:

- funcţiile pielii şi ale altor structuri aferente pielii, leziunile tegumentare fiind cele mai frecvente şi caracteristice, cu 3 stadii de afectare: stadiul edematos, stadiul scleros (indurat) şi stadiul atrofic; tumefacţia edematoasă a pielii fiind urmată de induraţia pielii prin modificări scleroatrofice cu dispariţia pliurilor, a părului şi a glandelor sudoripare şi aderenţă la planurile profunde; cele mai frecvent şi caracteristic afectate fiind faţa (facies caracteristic) şi mâinile;
- funcţiile musculoscheletice: poliartralgii, tumefacţia articulaţiilor IF proximale, carpiene, gleznelor, diminuarea mobilităţii degetelor, miozită cu slăbire musculară;
- funcţiile respiratorii: dispnee datorată pneumopatiei interstiţiale fibroase (disfunţie ventilatorie restrictivă, tulburări de difuziunealveolo-capilară, reducerea complianţei pulmonare);
- funcţiile cardiace: pericardite şi cardiomiopatii sclerodermice, cu tulburări de ritm, tulburări de conducere şi insuficienţă cardiacă;
- funcţiile vasculare – sindromul Raynaud (precoce şi frecvent – 95 % din cazuri);
- funcţiile digestive: dificultate şi durere la deglutiţie, disfagie consecutivă infiltrării şi hipomotilităţii esofagului, reflux gastroesofagian urmat de esofagită, hipomotilitatea duodenojejunală cu sindrom de malabsorbţie;
- funcţiile urogenitale: oligurie, cu proteinurie, cilindrurie şi hematurie, mergând până la insuficienţă renală.

Elemente clinice: modificări tegumentare caracteristice, sindrom Raynaud şi celelalte

semne clinice susmenţionate

Investigaţii:

• teste de laborator: hemogramă completă, VSH, proteina C reactivă (cantitativ); anticorpi antinucleari, anticorpi specifici (ac. anti-Sc170, anti-centromer şi 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 funcţionale respiratorii – dacă prezintă manifestări pulmonare

examen CT pulmonar de inaltă rezoluție (HRCT) – dacă prezintă manifestări pulmonare

• EMG

• biopsie cutanată (în cazuri selecţionatein special pentru diagnostic diferențial).

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

I. SS în observaţie, 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 activităţilor sau limitare uşoară

Fără restricţii/ restricţii uşoare de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

SS în formă cutanată difuză la debut, cu prezenţa sindromului Raynaud şi cu afectarea cutanată a membrelor, feţei şi trunchiului, fără afectare pulmonară, renală

Limitarea moderată a activităţilor.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

SS formă cutanată difuză, cu afectarea cutanată a membrelor şi a feţei, cu afectare pulmonară şi/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 activităţilor. Restricţii severe de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asistenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de

suport social.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

SS în formă cutanată difuză, cu afectare cutanată a membrelor, feţei şi trunchiului, cu manifestări digestive, respiratorii, manifestări cardiace şi 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 activităţilor.

Restricţii complete de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive , tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social şi, de asemenea însoţitori sau asistenţi personali.

POLIMIOZITA SAU DERMATOMIOZITA Cod CIM M33

Polimiozitele (PM) sunt boli inflamatorii ale muşchilor striaţi, rar întâlnite, cu patogenie imună la care se asociază sau nu manifestări cutanante, polimiozita (PM) şi dermatomiozita (DM) fiind cele mai importante. Ele sunt incluse în cadrul larg al miopatiilor inflamatorii idiopatice (MII) care au în etiologia bolii factori infecţioşi, autoimunitatea şi ischemia vasculitică, medicamente. Diagnosticul clinic se stabileşte de către medicul reumatolog tinând seama de criteriile de diagnostic pentru PM si DM şi sindromul anti-sintetaza si criterii de clasificare pentru MII.

Criterii de diagnostic pentru PM / DM Bohan si Peter (1977)

1. *Slăbiciune musculară simetrică* a muşchilor extremităţilor şi muşchilor posteriori ai gâtului, progresând pe perioade de săptămâni sau luni cu sau fară disfagie sau afectare a musculaturii respiratorii

2. *Biopsie musculară* arătând necroza fibrelor musculare de tip 1 şi 2, fagocitoză, regenerare, atrofie perifasciculară, variaţie în mărimea fibrelor musculare şi infiltrat inflamator (endomisium,perimisium, perivascular)

3. *Creşterea enzimelor serice musculare* (Creatinkinaza/CK, Aldolaza/AL, transaminaza glutam- oxalacetică/TGO, lacticodehidrogenaza/LDH)

4. *Modificări electromiografice (EMG)* cu potenţiale polifazice scurte, mici şi de amplitudine joasă, cu fibrilaţii spontane chiar în repaos secundare iritabilităţii inserţionale şi cu descărcări repetitive bizare de înaltă frecvenţă.

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 şi 3 dintre criteriile 1-4; DM probabilă: criteriul 5 şi 2 dintre criteriile 1- 4; DM posibilă: criteriul 5 şi 1 dintre criteriile 1-4.

Criterii de clasificare pentru MII Targoff (1997)

1. Excluderea altor miopatii (toxice,metabolice, infecţioase, distrofice, genetice)

2.*Criterii de clasificare primare*

- criterii de clasificare Bohan şi 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 criteriilr lui Bohan şi Peter

Criterii minore

1. Artrita
2. Fenomenul Raynaud
3. Mâna mecanicului

Criterii diagnostice pentru sindromul anti-sintetaza: prezența oricărui autoanticorp antitARN sintetaza+2 criterii majore sau 1 criteriu major şi 2 criterii minore

Aprecierea funcţională 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 braţele şi coapsele, mialgii, amiotrofii ale centurii scapulare şi pelvine, durere şi sensibilitate la nivelul muşchilor afectaţi), la care se pot adăuga: edem al jumătăţii superioare a feţei cu eritem liliachiu caracteristic, eventual scuame; tulburări de deglutiţie pentru solide; căderea părului; artralgii, artrite nondistructive.

Investigaţii:

Investigaţii de laborator: hemogramă; VSH; proteina C reactivă; dozarea enzimelor de provenienţă din fibrele musculare striate (CK, AL, TGO, LDH)

mioglobina, electroforeză;

• EMG;

• Biopsia musculară .

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

PM/DM în observaţie.
Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară.
Fără restricţii/ restricţii uşoare de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

PM/DM în forma idiopatică a adultului.
Limitarea moderată a activităţilor mai ales în cursul exacerbărilor.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

I. PM/DM în forme cronice cu atrofii musculare ale membrelor.
II. PM/DM cronică ulcerativă cu ulceraţii gastrointestinale şi cutanate. Limitare moderată / severă a activităţilor.
Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

I. PM/DM idiopatică în faza acută şi subacută, cu atrofia maselor musculare, afectarea muşchilor striaţi ai hipofaringelui şi esofagului superior şi fenomene respiratorii.
II. PM/DM asociată cu cancer, cu deficienţă musculară gravă.
Limitare severă/completă a activităţilor. Restricţii complete de participare la viaţa socială. Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive, tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social şi, de asemenea însoţitori sau asistenţi personali.

SINDROMUL BEHCET (SB)

Sindromul Behcet este o boala inflamatoare multisistemica caracterizata prin vasculita a vaselorde toate dimensiunile, cu remisiuni si recurențe responsabile de inducerea leziunii de organ carecaracterizează suferința.

Diagnosticul clinic de SB se stabilește de către medicul reumatolog tinând 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 patergie 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 funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Clinic: prezenţa ulceraţiilor orale recurente (criteriu major de diagnostic), ulceraţii genitalerecurente, leziuni oculare (uveită ant/post, vasculită retiniană, diagnosticate de oftalmolog), leziuni cutanate.

Investigaţii de laborator: hemogramă; Ig A; crioglobuline, hipocomplementemie, VSH, proteina C reactiva, fibrinogen eventual biopsie cutanata.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Sindrom Behcet, cu leziuni cutaneomucoase.
Fără limitarea activităților. Fără restricţii de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor.
Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională 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 activităţilor. Restricţii moderate de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor.
Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională 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 activităţilor. Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Sunt necesare servicii de asistenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

Deficienţă funcţională 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 activităţilor. Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive, tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate.
Sunt necesare servicii de asistenţă socială.
Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social şi, de asemenea însoţitori sau asistenţi personali.

BOALA MIXTĂ A ŢESUTULUI CONJUNCTIV (BMTC) Cod CIM M34

Boala mixtă a țesutului conjunctiv (BMTC) este o boala inflamatorie multisistemica caracterizată prin elemente clinice ale mai multor boli reumatologice în asociere cu titruri crescute de anticorpi antiU1-ribonucleoproteină nucleară (anti-U1 RNP), de obicei în absența altor specificități de anticorpi anti-nucleari. Diagnosticul clinic se stabileşte de

către medicul reumatolog ținând seama de criteriile de clasificareAlarcon Segovia (1987)
Criterii clinice

1. Mâini edemaţiate
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 puțin3 criterii clinice din celel 5 amintite anterior; prezenţa criteriilor clinice 1-3 (mâini edemațiate, acroscleroză, fenomen Raynaud) implică obligativitatea criteriului 4 (miozită) sau 5, pentru diferențierea de sclerodermie sistemică. Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: artrite, manifestările cutaneo-mucoase de tip fenomen Raynaud, manifestări musculare, pulmonare şi cardiace.

Investigaţii:
• Investigaţii de laborator: dozarea autoanticorpilor anti-U1 RNP, hemogramă, complement seric, factor reumatoid.
• biopsie cutanată şi musculară (în cazuri selecţionate),
• capilaroscopie.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

BMTC în observaţie, în care predomină manifestările cutaneo-mucoase de tip fenomen Raynaud, asociat cu unele manifestări articulare de tip artrite.
Fără limitări ușoare ale activităților. Fară restrictii de participare la viața socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională 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 activităţilor. Restricţii moderate de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

BMTC cu implicarea a cel pițin 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 activităţilor. Restricţii severe de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Sunt necesare servicii de asistenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

BMTC cu afectării organice (viscerale) severe, asemănătoare celor observate în LES (cu apariţie mai rară decât în acesta).
Limitare severă/ completă a activităţilor. Restricţii complete de participare la viaţa socială. Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive , tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social şi, de asemenea însoţitori sau asistenţi personali.

SINDROMUL SJOGREN (SS)

Sindromul Sjogren este o boala inflamatoare autoimună caracterizată prin infiltrarea inflamatoare si ulterior leziunea de organ a glandelor exocrine. Diagnosticul clinic se stabileşte de către medicul reumatolog ţinând seama de criteriile *American-EuropeanConsensus Group* (2002):

1. Simptome ale ochilor uscaţi (evoluând cu o durată > 3 luni)
2. Semne ale ochilor uscaţi: - test Schirmer/test Rose Bengal pozitiv
3. Simptome ale gurii uscate (evoluând cu o durată > 3 luni)
4. Teste pozitive pentru scăderea secreţiei salivare: sialometrie/sialografie/ scintigrafie pozitivă
5. Biopsie de glandă salivară minoră pozitivă (scor focus > 1)
6. Autoanticorpi prezenţi: 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;
- infecţie cu virus hepatic C
- infecţie HIV/SIDA
- diagnostic precedent de limfom
- sarcoidoză
- boala grefă contra gazdă
- folosirea medicaţiei anticolinergice.

Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:
Elemente clinice: manifestărioculare,respiratorii, gastrointestinale, cutanate, endocrine, neurologice, articulare, musculare, hematologice şi renale.
Investigaţii:
• Investigaţii de laborator: VSH; hemoleucogramă; electroforeză; factor reumatoid; anticorpi antinucleari; crioglobuline; dozarea anticorpilor anti-Ro(SS-A) şi anti-La(SS-B); anti SS-C, biopsia de glanda salivara minora

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

SS cu manifestări oculare şi la nivelul glandelor salivare, la debut.
Fără limitarea activităţilor. Fără restricţii de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională 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 activităţilor. Restricţii moderate de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională 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 activităţilor. Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

SS primar sau secundar cu manifestări gastrointestinale, renale, neurologice, musculare şi articulare de severitate gravă.
Limitare severă/ completă a activităţilor. Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive, tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social şi, de asemenea însoţitori sau asistenţi personali.

ARTRITELE MICROCRISTALINE ŞI DISMETABOLICE

GUTA – Cod CIM M10

Guta este o afecţiune caracterizată prin artrită cu prezenţa tisulară a unor depozite cristaline de urat monosodic (UMS), rezultate ca urmare a unei hiperuricemii preexistente şi de regulă de lungă durată. Diagnosticul se stabileşte pe baza manifestarilor clinice si a investigatiilor de laborator si imagistice, avand in 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 maijos): prezența cristalelor de uratmonosodic 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 episodtipic: 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 hipouricemiante și în care au trecut mai mult de 4 săptămâni de la episodul acut (adică în perioada intercritică). Dacă este posibil, se recomanda 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 funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: frecvenţa si severitatea acceselor de artrită foarte dureroasă, monoarticulară sau oligoarticulară asimetrică, cel mai frecvent la nivelul halucelui sau tarsului (cu roşeaţa articulaţiei), prezenţa de tofi gutoşi, uneori afectare renală.

Investigaţii:

- Investigaţii de laborator: VSH; PCR, acid uric; hemogramă; lipide sanguine, glicemie etc.;
- Examenul lichidului sinovial;
- Examen radiologic, ultrasonografie.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

I. Guta manifestă clinic sub forma atacului acut de artrită.

II. Guta cronică

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară în cursul puseului. Fără restricţii/ restricţii uşoare de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Guta cronică tofacee.

Limitarea moderată a activităţilor mai ales în cursul exacerbărilor.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială, mai ales în cursul exacerbărilor.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

I. Guta în faza cronică, poliarticulară

II. Guta sub formă pseudoflegmonoasă (mimând o inflamaţie supurativă)

III. Guta cronică poliarticulară tofacee cu nefropatie gutoasă, HTA, uneori asociată cu diabet zaharat.

Limitare moderată / severă a activităţilor. Restricţii severe de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Guta cronică poliarticulară cu anchiloză osoasă, aşa-numita artrită gutoasă anchilozantă la nivelul membrelor toracice şi pelvine.

Guta cu manifestări renale de tip nefropatie prin ac. uric ce duce la insuficienţă renală. Limitare severă/ completă a activităţilor. Restricţii complete de participare la viaţa socială. Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive , tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social şi, de asemenea însoţitori sau asistenţi personali.

CONDROCALCINOZA (PSEUDO-GUTA) Cod CIM M11

Condrocalcinoza este o afecţiune caracterizată prin calcificări ale cartilajului articular, ale meniscurilor, ale sinovialei şi ale ţesuturilor periarticulare, prin depozitele de cristale de pirofosfat dihidratat de calciu (PFDC) cu localizare în interiorul sau în jurul articulaţiilor. Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:
Elemente clinice (în funcţie de localizarea depozitelor de PFDC): asemănătoare gutei (înforma pseudogutoasă), simptomatologie dureroasă rahidiană (în localizare la nivelul discurilor intervertebrale), asemănătoare PR (în forma pseudoreumatoidă).
Investigaţii:
• examen radiologic, ultrasonografic
• Investigaţii de laborator: VSH; PCR, acid uric; hemogramă; lipide sanguine, glicemie etc.; examenul lichidului sinovial (cristale romboide cu birefringența pozitiva).

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Condrocalcinoză în forma pseudo-gutoasă cu afectare monoarticulară.
Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară
Fără restricţii/ restricţii uşoare de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

I. Condrocalcinoză cu localizare la nivelul discurilor intervertebrale
II. Condrocalcinoză de tip pseudo-reumatoid (cu afectare poliarticulară)
III. Condrocalcinoză de tip pseudoartrozic
IV. Condrocalcinoză de tipuri combinate
Limitarea moderată a activităţilor mai ales în cursul exacerbărilor.
Restricţii moderate de participare la viaţa socială, mai ales în cursul exacerbărilor.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

BOLILE ARTICULARE DEGENERATIVE COXARTROZA Cod CIM M16

Diagnosticul se stabileşte pe baza manifestarilor clinice si a investigatiilor de laborator si imagistice, avand in vedere *American College of Rheumatology (ACR) classification criteria forcoxarthrosis*(1991), durere la nivelul soldului, asociat cu cel putin 2 din urmatoarele 3 elemente:

a) VSH sub 20 mm/h
b) Radiologie cu osteofite femurale si/sau acetabulare
c) Radiologie cu ingustarea spatiului articular: superior, axial, si/sau medial

Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: durere articulară de tip mecanic şi cu caracter meteorodependent şi limitarea mobilităţii şoldurilor.

Investigaţii:

• radiografie de bazin;teste de inflamatie (VSH, PCR)
• testare articulară (bilanţ articular);
• eventual IRM, CT (pentru diagnostic diferenţial).

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Coxartroze unilaterale, bilaterale, primare sau secundare (post malformaţii protuziv unilaterale – coxa profundă de gradul 1, 2, 3), forme incipiente, cu limitare uşoară(sub medie) a mobilităţii ambelor şolduri saulimitare moderată a mobilităţii la nivelul unui şold(Tabel 1)

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară.

Fără restricţii/ restricţii uşoare de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi program de recuperare. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Coxartroză unilaterală primară sau secundară (post malformaţii congenitale coxo-femurale), formă evoluată, cu redoare/limitare severă sau absenţa mobilităţii (valori peste medie) la nivelul unui şold. (Tabel)

Limitarea moderată a unor activităţi.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială, mai ales în cursul exacerbărilor. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi program de recuperare. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Coxartroze bilaterale primare sau secundare (pe malformaţii congenitale coxo-femurale), forme evoluate, cu redoare/ limitare medie a mobilităţii la nivelul ambelor şolduri. (Tabel - amplitudinea de mobilitate a principalelor articulaţii).

Limitare moderată / severă a unor activităţi. Restricţii severe de participare la viaţa socială. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, servicii de îngrijire şi reabilitare

pe termen lung, eventual furnizarea de dispozitive (cârje, cadru), tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate (amenajarea locuinţei şi a căilor de acces).
Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Coxartroze bilaterale primare sau secundare (pe malformaţii congenitale coxo-femurale), forme avansate/terminale, cu redoare strânsă/pierderea mobilităţii (valori peste medie) la nivelul ambelor şolduri sau redoare strânsă/pierderea mobilităţii în poziţii vicioase la nivelul unui şold şi a genunchiului controlateral. (Tabel)
Limitare severă / completă a activităţilor, inclusiv a posibilităţilor de autoservire.
Restricţii complete de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de dispozitive (cârje, cadru, cărucior rulant, etc), tehnologii ajutătoare (inclusiv amenajări ale locuinţei şi ale căilor de acces) şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asitenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social şi, de asemenea însoţitori sau asistenţi personali.

GONARTROZA Cod CIM M17

Diagnosticul se stabileşte pe baza manifestarilor clinice si a investigatiilor de laborator si imagistice, avand in vedere *American College of Rheumatology (ACR) classification criteria forknee arthrosis* (1986): durere la nivelul genunchiului, asociat cu cel putin unu din urmatoarele 3 elemente:

a) Varsta peste 50 ani
b) Redoare matinala sub 30 minute
c) Crepitatii la mobilizare + osteofite pe radiografii

Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienţei funcționale se bazează pe:
Elemente clinice: durere articulară de tip mecanic şi cu caracter meteorodependent şi limitarea mobilităţii genunchilor sau instabilitate de genunchi.
Investigaţii:

- VSH doar în reactivări
- radiografie de genunchi, bilateral (faţă + profil);
- artroscopie de genunchi; ecografie osteo-articulară, eventual IRM, CT
- testare articulară (bilanţ articular);
- examenul lichidului sinovial;

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

I. Gonartroză secundară unilaterală, posttraumatică sau primitivă unilateralăde tipul artrozei femuro-patelare sau femuro-tibiale incipiente, cu limitare moderată a mobilităţii (Tabel)
II. Gonartroze primare sau secundare de tipul artrozei femuro-patelare unilaterale însoţite de laxitate genunchi unilateral (instabilitate laterală mică)
Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară a mobilităţii. Fără restricţii/ restricţii uşoare

de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, program de recuperare, eventual intervenţie chirurgicală pentru laxitatea de genunchi. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

I. Gonartroză primară sau secundară, cu deviaţii axiale femuro-tibiale în plan frontal (*genu varum* sau *valgus*) sau dezaxare în plan sagital (genu flexum) decompensate algic şi cu limitare moderată a mobilităţii genunchilor. (Tabel)
II. Gonartroză primară sau secundară unilaterală decompensată algic şi funcţional cu instabilitate laterală şi/sau antero-posterior a genunchiului.
III. Gonartroză primitivă sau secundară posttraumatică unilaterală de tipul artrozei femuro-patelare sau femuro-tibiale, cu limitare severă/dispatiția mobilității (valori peste medie) a mobilității (Tabel)
Limitarea moderată a activităţilor.
Restricţii moderate de participare la viaţa socială, mai ales în cursul exacerbărilor. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, program de recuperare, eventual intervenţie chirurgicală. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

I. Gonartroze bilaterale, secundare posttraumatice sau primitive, avansate, cu dezaxare în plan frontal (*genu varum*) cu limitarea moderată a mobilităţii genunchilor, decompensate algic şi funcţional. (Tabel)
II. Gonartroze primare sau secundare bilaterale, cu sindrom de instabilitate laterală externă şi internă sau antero-posterioară a genunchiului, bilaterală, cu dezaxarea în plan frontal şi sagital.
III.Gonartroză secundară bilaterală, posttraumatică sau primitivă bilaterală de tipul artrozei femuro-patelare sau femuro-tibiale, cu limitare severă/disparitia mobilității (valori peste medie) a mobilității (Tabel).
Limitare moderată/severă a mobilităţii şi a altor activităţi. Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, program recuperator, eventual intervenţie chirurgicală, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de dispozitive (cârje, cadru), tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate (amenajarea locuinţei şi a căilor de acces).
Sunt necesare servicii de asistență socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

ARTROZELE PICIORULUI Cod CIM M19

Diagnosticul se stabileşte pe baza manifestarilor clinice si a investigatiilor de laborator si imagistice.
Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienței fucționale se bazează pe:
Elemente clinice: intensitatea durerii articulare (de tip mecanic şi cu caracter meteorodependent), prezenţa deformărilor, dezaxărilor şi limitarea mobilităţii la nivelul

articulaţiilor piciorului.
Investigaţii:
- VSH doar în reactivări
- Radiografie

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

I. Artroză MTF a degetului mare în faza de *hallux rigidus*, însoţită de sinovită secundară şi de bursită la nivelul exostozei capitometatarsiene bilateral
II. Artroză MTF a degetului al doilea unilateral sau bilateral
III.Artroza cuplului de torsiune (artroză subastragaliană şi artroză mediotarsiană) unilaterală
IV. Artroză secundară a cuplului de torsiune prin osteonecroză aseptică a capului astragalian sau a scafoidului unilateral
Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară, mai ales în cursul exacerbărilor. Fără restricţii/restricţii uşoare de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, eventual furnizarea de încălţăminte specială. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională 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 activităţilor mai ales în cursul exacerbărilor.
Restricţii moderate de participare la viaţa socială, mai ales în cursul exacerbărilor.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, eventual furnizarea de încălţăminte specială. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

ARTROZELE MÂINII Cod CIM M19

Diagnosticul se stabileşte pe baza manifestarilor clinice si a investigatiilor de laborator si imagistice, avand in vedere *American College Rheumatology (ACR) classification criteria of hand osteoarthritis*(1990): durere sau redoare la nivelul mainii, asociat cu cel putin 3 din urmatoarele 4 elemente:

a) hipertrofie osoasa la 2 sau mai multe dintre urmatoarele articulatii: IFD II si III, IFP II si III, MCF I
b) hipertrofie osoasa la 2 sau mai multe IFD
c) mai putin de 3 MCF tumefiate
d) deformare la cel putin una dintre articulatiile de la punctul a).

Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:
Elemente clinice: intensitatea durerii articulare, prezenţa deformărilor, dezaxărilor şi limitarea mobilităţii la nivelul articulaţiilor mâinii.

Investigaţii:

- VSH doar în reactivări
- Radiografie

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

I.Artroze secundare posttraumatice ale degetelor mâinii unilateral, cu redoare IF şi dezaxări

II. Rizartroza policelui uni- sau bilaterală (artroza trapezo-meta-carpiană)

III. Artroza erozivă a IF proximale şi distale cu puseuri inflamatorii, cu deformaţia degetelor şi dezaxări

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară a mobilităţii (deplasării şi manipulării obiectelor).

Fără restricţii/ restricţii uşoare de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Rizartroza policelui unilateral sau/şi bilateral (artroza trapezometacarpiană) cu limitarea mobilităţii policelui cu deficit de prehensiune prin amiotrofia eminenţei tenare şi subluxaţia primului MC şi fixarea lui în adducţie şi antepoziţie

Limitarea moderată a mobilităţii (a deplasării şi manipulării obiectelor) şi a altor activităţi, mai ales în cursul exacerbărilor.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială, mai ales în cursul exacerbărilor.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

SPONDILOZE Cod CIM M43

Spondiloza cervicală (cervicartroza sau spondilodiscartroza cervicală)
Spondiloza dorsală
Spondiloza lombară

Diagnosticul clinic se susţine pe criterii clinice şi pe manifestări radiologice.

Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: durere la nivelul articulațiilor intervertebrale şi limitarea mobilităţii.

Investigaţii:

- VSH doar în reactivări
- Radiografie

<u>Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%</u>

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, greţuri, vărsături, tulburări oculare şi 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 activităţilor sau limitare uşoară a mobilităţii (deplasării şi manipulării obiectelor).
Fără restricţii/restricţii uşoare de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

BOLILE ARTICULARE ABARTICULARE PERIARTRITA SCAPULOHUMERALĂ Cod CIM M75

Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:
Elemente clinice: intensitatea durerii şi /sau a moblităţii la nivelul umărului. **Investigaţii**:

- examen radiologic, echografie articulară, rar IRM.
- testări articulare

<u>Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%</u>

Capsulită retractilă denumită şi umăr blocat unilateral.
Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară a mobilităţii (deplasării şi manipulării obiectelor) şi a altor activităţi.
Fără restricţii/ restricţii uşoare de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, program de recuperare. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

<u>Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%</u>

I. Capsulita retractilă – umăr blocat bilateral

II. Umăr pseudoparalitic unilateral – rupture parţială a manşonului rotatorilor Limitarea moderată a a mobilităţii (deplasării şi manipulării obiectelor) şi a altor activităţi. Restricţii moderate de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Umăr pseudoparalitic bilateral – ruptura totală a manşonului rotatorilor bilateral
Limitare moderată/severă a a a mobilităţii (deplasării şi manipulării obiectelor) şi a altor activităţi.
Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, eventual intervenţie chirurgicală.
Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

PERIARTRITA COXOFEMURALĂ

Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: intensitatea durerii şi /sau a mobilităţii la nivelul şoldului, prezenţa şoldul în „resort" sau a poziţiilor antalgice.

Investigaţii:

- examen radiologic, echografie articulară, foarte rar R.M.N.
- testări articulare

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

I. Sindromul tensorului „fasciei lata" (şoldul în „resort")
II. Bursita adductorilor
III. Bursita ileopectineală şi tendinita psoasului iliac
IV. Bursita trohanteriană
V. Periartrita coxofemurală subacută şi cronică
VI. Periartrita coxofemurală acută

Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară a mobilităţii. Fără restricţii/ restricţii uşoare de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

BOALA DUPUYTREN

Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: gradul de retracţia a aponevrozei palmare cu limitarea extensiei degetelor III,IV, V.

Investigaţii:

- testări articulare

Fără deficienţă funcţională, incapacitate adaptativă 0-19%

Boala Dupuytren în faza de debut sub forma de noduli rotunzi sau ovoizi în regiunea palmară.
Fără limitarea activităţilor. Fără restricţii de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională uşoară, 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 policelui
Limitarea moderată a a mobilităţii (deplasării şi manipulării obiectelor) şi a altor activităţi.
Restricţii moderate de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională 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 policelui
II. M. Dupuytren bilaterală asociată cu boala Ledderhose bilaterală, în faza evolutivă, cu picior boltit bilateral
Limitare moderată / severă a activităţilor. Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, eventual chirurgical, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual procurarea de dispozitive de autoservire.
Sunt necesare servicii de asigurări sociale. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

BOALA LEDDERHOSE

Aprecierea funcţională pentru stabilirea deficienței funcționale se bazează pe:

Elemente clinice: gradul de retracţia a aponevrozei plantare cu limitarea extensiei degetelor III,IV, V.

Investigaţii:

- testări articulare

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Boala Ledderhose în faza de îngroşare nodulară a aponevrozei plantare bilateral
Fără limitarea activităţilor sau limitare uşoară a mobilităţii. Fără restricţii/ restricţii uşoare de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, procurare de încălţăminte specială.
Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Boala Ledderhose bilaterală în faza evolutivă, cu picior boltit bilateral
Limitarea moderată a mobilităţii.
Restricţii moderate de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, procurarea de încălţăminte specială. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională 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 policelui în flexie.
Limitare moderată / severă a activităţilor. Restricţii severe de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, eventual chirurgical, procurarea de dispozitive ajutătoare şi încăţăminte specială, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Sunt necesare servicii de asstenţă socială. Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

TABEL

Amplitudinea de mobilitate a principalelor articulaţii

Denumirea articulaţiei	Amplitudinea fiziologică	Limitarea medie de amplitudine
	Flexie = 0º - 60º	30º
Coloana cervicală	Extensie = 0º -50º Înclin.lat. stg/dr = 0º - 40º	25º 15º
	Rotaţie stg/dr= 0º - 60º	20º
	Flexie = 0º – 95º	15º
Coloana dorso-lombară	Extensie = 0º - 35º	15º
	Înclin.lat.stg/dr. = 0º - 40º	15º
	Rotaţie stg/dr = 0º - 60º	20º
	Anteducţie = 0º - 170º	70º
Scapulo-humerală	Retroducţie = 00 - 35º Abducţie = 0º - 85º	10º 40º
	Adducţie = 0º - 45º	30º
	Rotaţie int/ext. = 0º - 90º	10º
Cot	Flexie = 0^0 – 140^0 Extensie = 0^0 – 0^0 Pronaţie = 0^0 – 90^0 Supinaţie = 0^0 - 90^0	45º 45º 45º

Mână (pumn)		Flex. = 0^0 - 85^0 Ext. = 0^0 - 85^0 Inclin.ulnară = 0^0 - 40^0 Înclin.radială. = 0^0 - 20^0	40^0 30^0 - -
Police	MCF	Flex. = 0^0 - 90^0 Ext. = 0^0 - 0^0 Abd. = 0^0 - 60^0 Opoziţie = 0 cm	40º - 10º 2cm
	IF	Flex. = 0^0 - 90^0 Ext. = 0^0 - 0^0	30º -
Index, Mediu, Inelar, Auricular (MCF şi IF)		Flex. = 0^0 - 90^0 Ext. = 0^0 - 0^0	30^0 -
Coxofemurală		Flex. = 0^0 - 130^0 Ext. = 0^0 - 25^0 Abducţie = 0^0 - 45^0 Adducţie = 0^0 - 30^0 Rotaţie int. = 0^0 - 40^0 Rotaţie ext . = 0^0 - 60^0	45^0 - 15^0 - - -
Genunchi		Flex. = 0^0 - 145^0 Ext. = 0^0 - 0^0	45^0 -
Glezná		Flex.plantară = 0^0 - 50^0 Flex.dorsală = 0^0 - 20^0 Abducţie = 0^0 - 25^0 Adducţie = 0^0 - 45^0	15^0 10^0 15^0 10^0

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 funcţiile sistemelor în afectarea neoplazică.

7.2. FUNCŢIILE NEUROMUSCULARE ŞI ALE MIŞCĂRILOR AFERENTE

FUNCŢIILE MIŞCĂRII legate de funcţiile reflexelor motorii, funcţiile mişcărilor involuntare, funcţiile de control ale mişcărilor voluntare, funcţiile tipului de mers, senzaţii legate de rigidizarea muşchilor sau de spasm muscular

FUNCŢIILE MUȘCHILOR legate de funcţiile forței musculare și funcțiile tonusului muscular

Elemente funcţionale care definesc funcţiile muşchilor și ale mişcării:

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 funcţionale- investigaţii:
- Imagistica cerebrală (radiografiile de craniu, CT cranian, IRM cerebral)
- Ecografia Doppler extra- şi 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, fungi, droguri, hemoculturi; testare genetică.
- Angiografie
- Psihometria – utilizată pentru definirea și cuantificarea deficitelor psihologice
- Scale de evaluare specifice

Relaţia deficienţă funcţională-incapacitate adaptativă-capacitate de muncă şi gradul de invaliditate corespunzător

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

Relaţia deficienţă funcţională - intensitatea tulburărilor de locomoţie şi gestualitate

Deficienţa funcţională	Tulburări de locomoţie	Tulburări de manipulaţie
Fără	Fără deficite motorii	Deficit motor minim la un membru superior care nu afectează prehensiunea, gesticulaţia
Deficienţăfuncţională uşoară	Bolnavul se deplasează cu uşoară dificultate pe distanţe lungi din cauza unui deficite motorii fruste, dar care nu afectează desfăşurarea activităţii vieţii cotidiene sau profesionale	Deficit motor la un membru superior care afectează minim motilitatea, gestualitatea şi prehensiunea, permiţând desfăşurarea activităţii vieţii cotidiene sau profesionale
Deficienţăfuncţională 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 desfăşoare o activitate profesională, în funcţie de natura profesiei, (muncă intelectuală sau fizică uşoară).	Deficit motor la un membru superior ce afectează motilitatea în special dar şi prehensiunea, interferând cu activitatea profesională care nu mai poate fi executată la parametrii optimi, bolnavul putând să desfăşoare o activitate profesională, în funcţie de natura profesiei (muncă intelectuală sau fizică uşoară).

Deficienţăfuncţională accentuată	Bolnavul se poate deplasa sprijinit în baston (sprijin unilateral) sau nesprijinit, dar cu mare dificultate, neputând realiza mersul normal, nici chiar pentru distanţe scurte (10–50 metri).	Deficit motor total al unui membru superior sau deficit motor bilateral moderat, ce împiedicăactivitatea profesională şi activitatea cotidiană.
Deficienţăfuncţională gravă	Bolnavul nu se poate deplasa decât cu ajutorul unei alte persoane şi pe distanţe scurte sau cu ajutorul a unor dispozitive specifice (cărucior, fotoliu rulant) şi nu îşi poate îndeplini activităţile vieţii cotidiene şi nici obligaţiile profesionale, fiind incapabil de a se autoservi, necesitând ajutorul unei alte persoane.	Deficit motor total al ambelor membre superioare şi/sau inferioare asociat cu alte deficienţe (de locomoţie, vorbire etc.) care fac ca bolnavul să-şi piardă total capacitatea de autoservire.

Relaţia deficienţă funcţională - limitarea activităţii/ restricţiile de participare generate:

Deficienţa funcţională	Limitare activitate	Restricţii de participare
Fără	Nici o dificultate în realizarea activităţii	Fără restricţii de participare la viaţa socială;necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ.
Deficienţă funcţională uşoară	Este în stare să îndeplinească singu sarcini obişnuite ale vieţii cotidiene Activitate profesionala posibila, cu evitarea celor care necesita gestualitate cu viteză şi precizie şi deplasăr posturale prelungite.	Fără restricţii de participare la viaţa socială; Necesită sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, deplasăriposturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi recuperator. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă
Deficienţă funcţională medie	Limitare moderată a activităţii fizice prin limitarea mobilităţii (schimbarea şi menţinerea poziţiei corpului; ducerea, deplasarea şi manipularea obiectelor; mersul şi deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport). Bolnavul poate desfăşura activităţi fără suprasolicitare posturală, activităţi preponderent statice, fără deplasări posturale, fără suprasolicitare fizică şi psihică, în conditii de confort organic, fără relaţii cu publicul dacă sunt asociate tulburări de vorbire. Are păstrată capacitatea de autoservire.	Fără restricţii de participare la viaţa socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi 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.

Deficienţă funcţională accentuată	Limitare marcată a mobilităţii 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.	Restricţii de participare la viaţa socială; Necesită asigurare unor mijloace de deplasare (baston, cârje, cadru - în funcţie 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 şi prevenirea complicaţilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung. Necesită sprijin familial şi comunitar (în funcţie de caz si situatie) pentru efectuarea unor activitati cotidiene şi de autoservire.
Deficienţă funcţională gravă	Limitarea completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă, imobilizat la pat: are nevoie permanent de ajutor pentru autoservire	Restricţii complete de participare la viaţa socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate (sprijin pentru asigurarea unor mijloace de deplasare (baston, cadru, fotoliu rulant,cărucior). Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene + de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

Afecţiuni neurologice cu interesarea funcţiilor muşchilor şi ale mişcării:

- *Boli inflamatorii ale sistemului nervos central G00-G09*
- *Atrofii sistemice afectând în special sistemul nervos central G10-G13*
- *Tulburări extrapiramidale şi ale motricităţii G20-G26*
- *Alte boli degenerative ale sistemului nervos G30-G32*
- *Boli demielinizante ale sistemului nervos central G35-G37*
- *Afecţiunile nervilor, rădăcinilor şi plexurilor nervoase G50-G59*
- *Polineuropatii şi alte afecţiuni ale sistemului nervos periferic G60-G64*
- *Paralizia cerebrală şi ale sindroame paralitice G80-G83*
- *Hidrocefalia G91, G94*
- *Bolile cerebro-vasculare I60-I69*
- *Traumatismele craniocerebrale S00-S09*
- *Traumatismele coloanei vertebrale şi ale măduvei spinării S12-S14, S22-S24, S32-S34*
- *Alte afecţiuni ale coloanei vertebrale şi ale măduvei spinării M48, M50-M53, G95*
- *Procesele expansive intracraniene şi altor părţi ale sistemului nervos central C69- C72, D32-D33*

TRAUMATISMELE CRANIENE Cod CIM-10 S00-S09

Traumatismele craniene (TCC) şi leziunile traumatice ale măduvii spinarii apar deseori împreună, frecvenţa cea mai mare fiind cauzată de accidentele de circulaţie.

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 utila 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 invalidităţii sunt importante sechelele rămase în urma T.C.C. după o perioadă de cel puţin 6 luni şi mergând până la 8-12 luni, perioadă considerată necesară pentru recuperare. Sechelele rămase ulterior sunt definitive sau au o evoluţie lentă de ameliorare în ani de zile.

Vor determina invaliditate traumatismele însoţite de limitarea marcată în funcţionarea fizică şi în una din următoarele domenii de funcţionare mentală: înţelegerea, memorarea sau aplicarea informaţiilor; concentrarea, atenţia sau menţinerea unui ritm impus; adaptarea sau interacţiunea cu alţii.

După traumatismele uşoare – majoritatea pacienţilor se recuperează total. Există probabil o incidenţă mare a tulburărilor de atenţie şi a deficitelor minore de memorie şi ale altor funcţii; se reţin frecvent oboseală, ameţeli, cefalee, dificultăţi de concentrare (sindrom post comoţional).

După traumatismele moderate şi severe tulburările neuro-psihice apar în mod obişnuit; explorările deseori evidenţiază deficite. Rezultatele testelor tind să se îmbunătăţească rapid în primele 6 luni după traumatism şi mai lent în ani de zile.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale clinice: Traumatisme craniocerebrale asociate cu simptomatologie minimă reziduală: cefalee, lipotimie, dificultăţi de concentrare, amnezie pentru o scurtă perioadă de timp în jurul impactului, crize rare de suspendare a stării de conştienţă, fruste sindroame piramidale, fruste tulburări de limbaj de tip dizartric, etc.

Investigaţii:

Radiografie craniu (si/sau EEG) - la majoritatea bolnavilor nu arată modificări.

CT şi 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 şi după un TCC minor, datorită fragilităţii peretelui vascular).

Fără limitarea activităţilor, bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obişnuite ale vieţii 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 educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.
Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice: TCC de obicei moderate/severe asociate cu sechele persistente (la cel puţin 6-12 luni posttraumatic) de tipul: scăderea capacităţii de concentrare, lentoare în gândire, tulburări cognitive moderate; tulburări de vedere tip deficite de camp vizual, afectare multiplă de nervi cranieni; tulburări de mers şi manipulaţie de tip monopareze brahiale sau crurale, sau fruste hemipareze; crize epileptice cu pierderea conştienţei, partial controlate sub tratament anticonvulsivant corect monitorizat, obligatoriu documentate printr-o descriere detaliată; lipsă de substanţă osoasă sau volete mai mari de 10 cm (diametru).

Investigaţii: Radiografie craniu - frecvent arată fracturi de craniu sau lipsă de substanţă osoasă sau volete repuse mai mari de 10 cm (diametru).

CT şi IRM sunt necesare pentru eliminarea leziunilor chirurgicale (hematoame subdurale sau extradurale) şi 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: evidenţiază tulburări importante de atenţie şi concentrare, tulburări cognitive de intensitate moderată.

Limitare moderată a activităţilor prin limitarea mobilităţii bolnavului (în cazul sechelelor motorii), limitarea activităţilor ce presupun comunicarea şi afectarea interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni 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 educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi 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 restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: TCC de obicei severe asociate cu sechele postraumatice de tipul: tulburări accentuate psihice (pierderi accentuate de memorie cu performanţe slabe retrograde şi anterograde, tulburări severe comportamentale); tulburări de mers şi manipulaţie în asociere cu deficite motorii de tip hemipareză forte; tulburări de vorbire tip afazie mixtă, predominant expresivă; crize comiţiale frecvente, necontrolate sub tratament anticonvulsivant complex şi corect monitorizat ; sindroame extrapiramidale posttraumatice de diverse tipuri; semne de hipertensiune intracraniană (clinice, paraclinice şi imagistice); lipsă mare de substanţă osoasă (interesând un hemicraniu).

Investigaţii:
Radiografie craniu - lipsă mare de substanţă osoasă (interesând un hemicraniu).
CT şi/sau IRM identifica sechelele leziunilor traumatice.

EEG: identifica activitate epileptiformă.
Teste neuropsohologice: indică tulburări de atenţie şi memorie, persistente la mai mult de 6 luni de la traumatism şi care interferă cu activitatea cotidiană.
Limitare severă a activităţii prin limitarea marcată a mobilităţii bolnavului, a comunicării şi afectare severă a interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.
Restricţii moderate/accentuate de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curative şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale clinice: TCC severe associate cu sechele definitive de tipul: hemiplegii; paraplegii; tetratraplegii, para/tetrapareze cu mers posibil doar cu sprijin bilateral şi pe distanţe scurte, cu ajutorul unor dispozitive de mers: cîrje, cadru, scaun rulant; tulburări psihice grave: sindroame psihoorganice deteriorative până la demenţă posttraumatică; crize comiţiale frecvente, necontrolate sub tratament anticonvulsivant complex şi corect monitorizat şi cu status epileptic repetat, ce necesită spitalizări prelungite; tulburări de vorbirea de tip afazie mixtă totală; tulburări sfincteriene permanente de tip incontinenţă severă asociate tulburărilor motorii.

Investigaţii:
Radiografie craniu - volete postoperatorii mari.
CT şi/sau IRM identifică sechelele importante şi definitive ale leziunilor traumatice.
EEG: identifică frecvent activitate epileptiformă.
Teste neuropsihologice: indică tulburari psihice grave.
Limitare severă sau completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat, are nevoie de permanent ajutor pentru autoservire.
Restricţii complete de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene şi de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

TRAUMATISMELE MĂDUVEI SPINĂRII ŞI ALTE AFECŢIUNI ALE ACESTEIA

Afecţiunile coloanei vertebrale şi măduvei spinării sunt frecvent cauza invalidităţii permanente şi severe.

Clasificare:

- Traumatismele vertebro-medulare, Cod CIM S12, S14, S22, S24, S32
- Mielopatiile: inflamatorii, infecţioase, toxice, degenerative, neoplazice necompresive, mielopatiile din afecţiunile metabolice, carenţiale, Cod CIM G95.9
- Infarctele măduvei spinării, Cod CIM G95.1
- Hematomielia, Cod CIM G95.1

- Malformaţiile vasculare ale măduvei spinării, Cod CIM Q28
- Stenoza canalului medular, , CIM M48
- Siringomielia Cod CIM G95.0
- Tabesul dorsal Cod CIM A52

Ca şi în cazul T.C.C. şi în cazurile de fracturi ale coloanei vertebrale şi de leziuni ale măduvii spinării, în stabilirea invalidităţii 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 parţiale, între care distingem: Sindromul Brown-Sequard, sindromul centromedular cervical, sindromul radiculo-medular acut şi sindroame neurologice particulare.
- Sindrom radicular – care cuprinde, pe lângă atingerile electiv radiculare, sindromul cozii de cal.

Investigaţii:

- Radiografia segmentului vertebral afectat
- IRM sau CT identifică tipul şi nivelul leziunii medulare.
- Examenul LCR
- Studiul electroneurofiziologic

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice: determinate de TVM cu localizare toraco-lombară sau alte afecţiuni medulare prin compresie spinal toraco-lombară parţială realizând sindroame deseori atipice, progressive până la sindrom Brown-Séquard (monopareze).

Limitare moderată a activităţii prin afectarea mobilităţii (schimbarea şi menţinerea poziţiei corpului; ducerea, deplasarea şi manipularea obiectelor; mersul şi deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport). Bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă. Sarcinile de autoservire sunt îndeplinite la parametrii optimi.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice determinate de TVM sau alte afecţiuni medulare prin compresie spinală parţială – care evoluează cu instalarea de hemipareze ± tulburări de sensibilitate contralaterale, sau parapareze ± tulburări sfincteriene.

Limitare marcată a activităţii prin afectarea severă a mobilităţii bolnavului. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curative şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale clinice determinate de TVM sau alte afecţiuni medulare prin compresie spinală totală (apare prin accentuarea tulburărilor prezentate mai sus care tind la o secţiune totală medulară) cu: paraplegie cu tulburări sfincteriene grave, sau

tetraplegie sau para/tetrapareze cu mers posibil doar cu sprijin bilateral şi pe distanţe scurte, cu ajutorul unor dispozitive de mers: cîrje, cadru, scaun rulant.
Limitare severă sau completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat, are capacitatea de autoservire pierdută.
Restricţii complete de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene + de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

HIDROCEFALIA Cod CIM-10 G 91, G94

Definiţie: modificare a formării, fluxului sau absorbţiei lichidului cefalorahidian care are drept consecinţă creşterea volumului ocupat de acesta în sistemul nervos central. Situaţiile în care cantitatea de LCR creşte datorită atrofiei corticale sau leziunilor distructive ale creierului nu sunt clasificate ca hidrocefalii; denumirea mai veche pentru descrierea acestor situaţii folosită în mod greşit este hidrocefalie ex vacuo.
Clinica: aspectul clinic al hidrocefaliei este influenţat de vârstă, cauză, localizare, durata şi rapiditatea apariţiei. Simptomele la adult sunt: lentoare a capacităţii mentale până la deteriorare cognitivă, cefalee (iniţial matinală), dureri cervicale (datorate hernierii amigdalelor cerebeloase), voma (semnificativă matinal), vedere înceţoşată (la început datorită edemului papilar şi ulterior atrofiei optice), dificultăţi ale mersului datorită spasticităţii cauzată de întinderea fibrelor peri- ventriculare ale tractului piramidal prin dilatarea excesivă a ventriculilor, vedere dublă, somnolenţă. În stadiile avansate apar tulburări sfincteriene, la început incontinenţă urinară iar apoi, dacă nu este tratată, şi pentru materii fecale indicând distrucţii semnificative ale lobilor frontali şi stadiu avansat al bolii.
Mai pot apărea modificări ale personalităţii şi parkinsonism. Rar apare cefaleea si extrem de rar crizele epileptice care de obicei se datorează unui diagnostic alternativ.

Examenul obiectiv poate evidenţia: edemul papilar, insuficienţa privirii ascendente (mişcarea globilor oculari pentru privirea verticală) datorată compresiunii plăcii tectale prin recesul suprapineal, mers cu dificultate variabilă de la dezechilibru uşor până la incapacitatea de a merge sau a menţine ortostatismul (afectarea clasică constă în paşii mici, baza largă, picioarele rotate extern, cadenţa crescută cu scurtarea progresivă a lungimii pasului, asemănător mersului din boala Parkinson), paralizii uni- sau bilaterale de nerv abducens (secundare creşterii presiunii intracraniene), spasticitatea membrelor inferioare, reflexul Babinski prezent la unul sau ambele picioare, iar în stadii avansate semnele de dezinhibiţie frontală (reflexele de supt si agăţare).
Investigaţii:
Examene de laborator. Nu există analize ale sângelui specifice pentru diagnosticul hidrocefaliei. Totuşi, atunci când se suspectează o hidrocefalie legata de cromozomul X se pot recomanda consiliere. Examinarea LCR se recomandă în situaţia hidrocefaliei post hemoragice sau post infecţioase pentru proteinorahie şi excluderea infecţiei reziduale.
EEG se efectuează la pacienţii cu crize epileptice.
Examinările imagistice:
Radiografia craniului : pentru detectarea eroziunilor şeii turceşti, craniul ,,bătut în

argint’’, poziţionarea corectă a şuntului.
Computer tomografia: pentru evaluarea dimensiunilor ventriculilor şi a altor structuri. Un test screening pentru ventriculi de dimenisuni crescute este indicele Evans definit ca raportul între distanţa maximă între coarnele frontale ale ventriculilor laterali şi distanţa maximă între marginile interne ale craniului măsurate pe aceeaşi 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 rezonanţă magnetică (MRI): pentru evaluarea malformaţiilor Arnold Chiari sau a tumorilor cerebeloase sau periapeductale. Majoritatea pacienţilor cu hidrocefalie cu presiune normală idiopatică prezintă modificări ale substanţei albe periapeductale în secvenţele T2 şi FLAIR (hipersemnal) considerate a reflecta mişcarea fluidului din ventriculi în parenchim. Noile tehnici imagistice (DTI-Diffusion Tensor Imaging) pot obiectiva modificările microstructurale la nivelul substanţei albe periventriculare care pot fi foarte subtile la MRI convenţional.
Tratamentul: Tratamentul chirurgical este de preferat in hidrocefalie - diverse tipuri de şunturi: ventriculo-peritoneal (cel mai frecvent), ventriculo-atrial, lombo-peritoneal (folosit numai în hidrocefalia în care există o bună comunicare între ventriculi şi spaţiul subarahnoidian denumită şi hidrocefalie comunicantă, fistula LCR sau pseudotumor cerebri), şuntul Torkildsen sau ventriculo-cisternostomia (foarte rar folosit, util în hidrocefalia obstructivă dobândită), ventriculo-pleural (terapie de a doua intenţie) folosit atunci când sunt contraindicate alte tipuri de şunturi. Tratamentele alternative la şunt: plexectomia sau coagularea plexurilor coroide, permeabilizarea chirurgicală a apeductului stenozat, fenestrarea endoscopică a planşeului ventriculului III etc. Tratamentul medicamentos nu este eficace pe termen lung; se foloseşte în temporizarea sau întârzierea intervenţiei chirurgicale. Tratamentul antiepileptic este folosit dacă se produc crize epileptice.

Deficienţă funcţională	Incapacitate adaptativă	Capacitate de muncă	Grad invaliditate
Fără; pacienţi asimptomatici 1-2 ani cu ventriculi mari descoperiţi incidental la examinarea CT sau RMN	0-19%	păstrată	Nu se încadrează
Deficienţă funcţională uşoară; pacienţii cu cefalee sau ameţeli periodice, cu afectarea uşoară a memoriei si atenţiei, fără incontinenţă urinara, cu ventriculi de dimensiuni crescute la examinările CT şi RMN	20-49%	păstrată	Nu se încadrează
Deficienţă funcţională medie; pacienţi cu cefalee persistentă, afectarea memoriei şi a atenţiei, dereglarea mersului, tulburări sfincteriene periodice, ventriculi mari la CT şi RMN, atrofie corticală şi modificări specifice ale substanţei albe, fără obstrucţie, fără indicaţie operatorie	50-69%	diminuată	Gradul III
Deficienţă funcţională accentuată; pacienţi operaţi, cu cefalee pronunţată, permanentă, ameţeli periodice, apatici si orientaţi parţial, mersul cu baza largă, ataxic, incontinenţă urinară permanentă, modificări ale papilei la FO, semne CT şi RMN de obstrucţie	70-89%	diminuată + capacitate de autoservire păstrată parțial	Gradul II
Deficienţă funcţională gravă: pacienţi dezorientaţi total, cu incontinenţă de urină şi materii fecale permanente, ce se deplasează câtiva paşi 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 înţelege orice proces înlocuitor de spaţiu, indiferent de natura sa: tumori ale meningelui sau parenchimului cerebral (primitive - benigne sau maligne sau secundare), revărsate sangvine (hematoame), malformaţii vasculare expansive, procese inflamatorii expansive (abcese, tuberculoame, gome), parazitoze, pseudotumori.

Pentru aprecierea corectă a deficitului funcţional, se vor analiza: **manifestările clinice neurologice** *(*generate de locul şi mărimea tumorii, gradul de compresie pe structurile învecinate), **gradul de malignitate, tulburările psihice generate**.

Investigaţii:

- EEG
- Examenul radiografic simplu
- Examen FO
- CT, IRM

PEIC verificate operator se apreciază în funcţie de natura lor (benigne, maligne), localizare, modificari neurologice (leziuni de focar, disfunctie cognitive) ± crize comiţiale, ± tulburări psihice.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale clinice: postoperator fara sechele neurologice obiective, natura tumorii a fost benignă, evoluţia şi prognosticul sunt bune (ex. hematoamele, abcesele, anevrisme); volete sau lipsa mică de substanţă osoasă (sub 10 cm), se va ţine cont de timpul scurs de la intervenţia chirurgicală.

Investigaţii:

- EEG: normal
- Examenul radiografic simplu –lipsă de substanţă 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 obişnuite ale vieţii cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Poate realiza activităţi profesionale.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice: postoperator cefalee reziduală cvasipermanentă asociată cu lipsă de substanţă osoasă sau volete mai mari de 10 cm; crize epileptic parţial controlate sub tratament anticonvulsivant complex şi corect monitorizat; deficite motorii de tip monopareze sau hemipareze fruste; disfuncţie cognitivă, tulburări psihice de intensitate medie; fenomene HIC moderate, diagnosticate IRM sau CT.

Limitare moderată a activităţii prin afectarea mobilităţii (schimbarea şi menţinerea poziţiei corpului; ducerea, deplasarea şi manipularea obiectelor; mersul şi deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport) şi afectarea interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: postoperator deficite motorii accentuate: hemipareze, afectare multiplă a nervilor cranieni; crize comiţiale frecvente, necontrolate sub tratament anticonvulsivant complex şi corect monitorizat; tulburări de limbaj si de vorbire de tip afazie predominant expresivă; disfunctie cognitivă severă ± tulburări psihice de intensitate accentuată; fenomene HIC cu simptomatologie clinică, ce necesită tratamente chirurgicale; recidive postoperatorii.

Limitare marcată a activităţii prin afectarea marcată a mobilităţii bolnavului, a comunicării şi afectare severă a interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate/severe de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curative şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale clinice: postoperator sechele definitive grave: hemiplegii, tetraplegii, paraplegii; tulburări grave de limbaj; disfuncţie cognitivă severă; paralizii sau pareze de nervi cranieni bilateral, multiple; crize comiţiale cu status epileptic care necesită spitalizări frecvente şi prelungite; incontinenţă sfincteriană permanentă; tulburări psihice grave.

Limitare severă sau completă a activităţilor: nu poate merge fără asistenţă/imobilizat la pat, are capacitatea de autoservite pierdută.

Restricţii complete de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene şi de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

PEIC neverificate operator sau inoperabile, confirmate prin examen CT, IRM, angiografic (ependimoame, tumori infiltrative de trunchi cerebral, nuclei bazali, anevrisme profunde etc) aprecierea gradului de invaliditate se face asemanator PEIC verificate operator, in funcţie de simptomatologia clinică subiectivă, semnele obiective neurologice, evolutivitate, prognostic, gradul afectării nervilor cranieni, deficite motorii, tulburări de limbaj, de vorbire, tulburari cognitive, tulburări de sensibilitate, crize comiţiale, tulburări psihice.

PARALIZII CEREBRALE Cod CIM G80

Paralizia cerebrală este o tulburare cronică a mişcării 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 **gravităţii,** se împart în:

- severă
- medie
- uşoară

Investigaţii:

- CT – identifică malformaţiile congenitale, hemoragii intracraniene, leucomalacia periventriculară
- IRM - de elecţie- identifică structurile cortexului şi substanţei albe; permite aprecierea mielinizării pentru o anumită vârstă
- EEG la pacienţii cu epilepsie
- probe electrofiziologice pentru diagnostic diferenţial
- teste metabolice sau genetice pentru diagnostic diferenţial, atunci când este posibil.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale clinice

- **Forme clinice spastice de intensitate uşoară*:*** hipertonie uşoară la nivelul membrelor inferioare cu ROT vii, fără crize comiţiale şi cu dezvoltare psihică normală.
- **Forme clinice atone de intensitate uşoară**: hipotonie uşoară la nivelul membrelor inferioare cu ROT prezente, fără crize comiţiale şi cu dezvoltare psihică normală.
- **Forme clinice ataxice de intensitate uşoară**: frustă ataxie, interesând un singur membru, fără afectarea ortostatismului sau mersului.

Fără limitare de activitate: bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obişnuite ale vieţii cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Pot fi desfăşurate activităţi profesionale.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

<u>Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%</u>

Semne funcţionale 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 usor sau coreo-atetoza unilaterală, tulburări moderate de vorbire, tulburări psihice, ±surditate de intensitate medie

Forme clinice atone de intensitate moderată: hipotonie moderată bilaterală cu ambulaţie 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 titubaţie, 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 activităţii prin afectarea mobilităţii (schimbarea şi menţinerea poziţiei corpului; ducerea, deplasarea şi manipularea obiectelor; mersul şi deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport), a comunicării şi afectarea interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale, bolnavul poate îndeplini sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă. Sarcinile de autoservire sunt îndeplinite la parametrii optimi.
Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice

Forme clinice spastice de intensitate severă*:* hemipareze sau parapareze ± retard mental uşor ± 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*:* ambulaţie posibilă cu ajutor ± retard mental uşor ± 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 activităţii prin afectarea marcată a mobilităţii bolnavului, a comunicării şi afectare severă a interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane. Pot fi efectuate activităţi profesionale în

condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire.
Restricţii moderate/accentuate de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curative şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale 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 şi autoservirii ± retard psihic important ± crize de epilepsie frecvente sub tratament anticonvulsivant (status epileptic)
Forme clinice atone de intensitate gravă*:* imposibilitatea mişcării sau mişcări reduse ± retard psihic important ± crize de epilepsie frecvente sub tratament anticonvulsivant (status epileptic)
Forme clinice ataxice de intensitate gravă*:* ataxii severe cu imposibilitatea mersului şi 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 ortostaţiunii, + tulburări psihice grave.
Limitare severă sau completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat, are capacitattea de autoservire pierdută.
Restricţii complete de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene şi de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

BOALA VASCULARĂ CEREBRALĂ Cod CIM I60- I69
ACCIDENTUL ISCHEMIC TRANZITORIU

Semne funcţionale 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 şi care nu se însoţesc de leziuni noi pe un examen IRM cerebral; adesea au tendinţa la repetabilitate. Este o urgenţă medicală, deoarece într-o proporţie mare preced instalarea unui infarct cerebral definitiv. Diagnosticul clinic se stabileşte pe baza documentelor medicale ce atestă cel puţin un AIT, dar există certitudinea factorilor predispozanţi, favorizanţi, determinanţi (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 globala tranzitorie, dezorientare vizuo- spatiala, sindroame confuzionale, sindroame de nervi cranieni în diverse combinaţii; tulburări de vorbire. Diagnosticul clinic se pune pe baza documentelor medicale care atestă existenţa unuia sau mai multor episoade de boală,

fiecare dintre ele cu o durată de la câteva minute - ore, cu tendinţă la repetabilitate, dar există certitudinea factorilor predispozanţi, favorizanţi, determinanţi (HTA, diabet zaharat)

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale clinice: un singur AIT neverificat prin ex. paraclinice şi de cele mai multe ori anamnestic sau AIT – repetate, cu modificări minime ale examenelor paraclinice.

Investigaţii:

- 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 semnificaţie hemodinamică.
- +/- CT/IRM cerebral: aspect normal
- echocardiografie (transtoracică +/- transesofagiană): fără modificări semnificative.
- ex. de laborator (pentru stabilirea stigmatelor organice)

Fără limitare de activitate.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia sau reducerea riscului cardiovascular. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice:

AIT-uri repetate confirmate clinic (bilete de ieşire din spital) şi 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).

Investigaţii:

- EKG: modificări minime cu pattern ischemic/hipertensiv
- Examen FO: modificări aterosclerotice/hipertensive
- Examen echo- Doppler al arterelor cervico-cerebrale evidenţiază 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 intervenţional.

Limitare moderată a activităţilor fizice: pot efectua activităţi fizice uşoare, activităţi profesionale uşoare/sedentare ce nu presupun abilităţi de comunicare, locomoţie, gestualitate şi manipulare, bolnavul poate îndeplini sarcini şi acţiuni necesare pentru

angajarea în muncă.
Sarcinile de autoservire sunt îndeplinitela parametrii optimi.
Fără restricţii de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice:
AIT-uri repetate confirmate clinic (bilete de ieşire din spital) şi 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 prezenţa unor factori de risc vascular: HTA severă, dislipidemie severă, obezitate morbidă, sindrom metabolic, diabet zaharat dezechilibrat, etc. şi factori favorizanţi care pot agrava simptomatologia clinic.
Investigaţii:

- 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 hemodinamic, seriate, bilaterale
- IRM cerebral evidenţiază infarcte cerebrale silentioase şi/sau unor leziuni abiotrofice cerebrale,
- +/- echocardiografie (transtoracică +/- transesofagiană) evidenţiază 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 intervenţional.

Limitare severă a activităţilor prin limitarea mobilităţii bolnavului, a comunicării şi afectare a interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire.
Fără restricţii/restricţii uşoare de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia complicaţiilor, servicii de îngrijire şi 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 şi/ 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 constienţă până la stadiul de comă, fenomene ireversibile sau parţial reversibile.
Accidentul vascular ischiemic prin mecanism embolic presupune, în plus, existenţa unei afecţiuni de bază emboligene: afecţiuni cardiace (fibrilaţie atrială, valvulopatii, risc emboligen post intervenţii chirurgicale pe cord deschis, in special în cazul implantului de proteză valvulară metalică), intervenţii chirurgicale în micul bazin, etc.

Parametri funcţionali:

- Examen neurologic
- Eco Doppler extra- şi 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 injectare 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 dizabilităţii la bolnavul vascular (Rankin) *
- Scale de evaluare a autonomiei şi funcţionalităţii: ADL, index Barthel**
- Scală de gradare a forţei musculare (FMS)***

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale clinice: absente, în formele cu evoluţie favorabilă spre remisiune (de regulă totală), sau sechele minime (de ex. Sindrom piramidal, dizartrii, discrete deficite motorii + 4/5), compensare cardiovasculară**.**

Investigaţii:

- 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 si 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 obişnuite ale vieţii cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Scor Rankin 1-2*. Activitate profesională posibilă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia sau reducerea riscului cardiovascular. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale 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.

Investigaţii:

- 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 şi transcranian: ateromatoză carotidiană
- Ecografia cardiacă: fără surse emboligene intracardiace
- 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 activităţilor fizice prin limitare moderata a mobilităţii (schimbarea şi menţinerea poziţiei corpului; ducerea, deplasarea şi manipularea obiectelor; mersul şi deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport), comunicării şi afectarea interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale. Bolnavul poate efectua activităţi fizice uşoare, activităţi profesionale uşoare/sedentare ce presupun abilităţi de comunicare, locomoţie, gestualitate şi manipulare, minime, bolnavul putând îndeplini aceste sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă .

Sarcinile de autoservire sunt îndeplinite la parametri optimi. Scor Rankin 3*

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: sechele definitive, importante, de ex.: hemipareze, pareze multiple de nervi cranieni, tulburări de limbaj (de tip afazie expresivă complexă dar şi elemente de înţelegere de tipul afaziei de recepţie - înţelege ordinele simple, pe cele complexe şi chiar le poate executa pe cele simple), hemianopsii, alexii, dislexii, acalculie, tulburari cognitive, tulburări de sensibilitate de tip talamic, disociaţie de tip sirigomielic, tulburări de sensibilitate profundă, ± tulburări psihice. La tabloul neurologic se asociază şi tulburări generale ale afecţiunilor cu risc emboligen.

Investigaţii:
- CT sau preferabil IRM: confirmă leziunea, precizează întinderea şi 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 şi transcranian: manifestări ale ateromatozei carotidiane sau vertebrale.
- Ecografia cardiacă: poate evidenţia semne directe sau indirecte ale unor afecţiuni 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 intervenţional

Limitare severă a activităţilor prin limitarea marcată a mobilităţii bolnavului, a comunicării şi afectare severă a interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale. Pot fi efectuate activităţi 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*
Restricţii moderate de participare la viaţa socială prin afectarea mobilităţii, a comunicării şi afectarea interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale clinice: sechele grave definitive şi ireversibile de tip motor (hemiplegii, tetraplegii, para/tetrapareze cu mers posibil doar cu sprijin bilateral şi pe distanţe 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 înţeles propriu, fără nici o legătură cu sensul cererii şi nu înţelege nici cele mai simple ordine), cecitate, ataxie importanta, tulburari severe de sensibilitate (mai ales proprioceptivă), tulburări de integrare vizuo-spaţială, tulburări cognitive severe, demenţă, tulburări sfincteriene, ± tulburări psihice ce necesită nursing.

Investigaţii:

- CT sau preferabil IRM: confirmă leziunea, precizează întinderea şi 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 si transcranian: manifestări severe ale ateromatozei carotidiane sau vertebrale.
- Ecografia cardiacă: poate evidenţia semne directe sau indirecte ale unor afecţiuni emboligene cardiace
- ex. de laborator (pentru stabilirea stigmatelor organice): modificate semnificativ

Limitare severă sau completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat, are capacitatea de autoservire pierdută. Scor Rankin 5*.
Restricţii complete de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene + de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

HEMORAGIA SUBARAHNOIDIANĂ

Diagnosticul clinic se pune pe baza următoarelor elemente: cefaleee 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 frecventa o reprezinta anevrismele sau malformaţiile arterio- venoase intracraniene rupte.

Aprecierea deficienţei funcţionale se va face în funcţie de stadializarea iniţială Hunt & Hess****,evoluţia şi prognosticul bolii şi de sechelele rămase definitive. Evoluţia poate fi favorabilă cu remisiunea semnelor clinice şi paraclinice după aprox. 3 săptămâni – 1 lună. Daca hemoragia nu a fost determinata de ruperea unei malformaţii vasculare, sau între timp s-a făcut tratamentul de excludere a acesteia (chirurgical sau endovascular) prognosticul este favorabil. Dacă evoluţia este prelungită peste această perioadă şi în plus apar complicaţii cu stare comatoasă, semne de focar şi/sau depistarea de malformaţii cerebrale vasculare, prognosticul este rezervat.

Investigaţii:

- CT cerebral, investigaţie de urgenţă care evidenţiază prezenţa sângelui (hiperdens) în spaţiul subarahnoidian; un CT normal, nu poate infirma suspiciunea de HSA.
- Examenul LCR (xantocrom), dupa ce în prealabil s-a facut examen de FO, dacă examenul CT nu evidenţiază modificări patologice,
- Opţional: IRM, EEG, examen oftalmologic;
- Angiografie cerebrala “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 constienţă a bolnavului este păstrată (pentru depistarea malformaţilor vasculare intracraniene/ cerebrale eventuale), se poate repeta dupa mai multe zile/saptamani, daca investigația inițială nu a evidențiat o malformație vasculară.
- Probe biologice (glicemie, sodiu, uree, creatinina – în ser) ce pot orienta spre etiologia şi complicaţiile bolii.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale clinice: HSA formele cu evoluţie favorabilă şi sechele minime: cefalee, vertij, astenie fizică, ± tulburări psihice minime, iniţial grupa 1-2 Hunt & Hess****.

Investigaţii:

- CT cerebral/IRM – aspect normal.
- Angiografie cerebrala “4 vase” cu contrast prin cateterism arterial sau angio-CT sau angio- RM: nu evidenţiază o sursă a hemoragiei.

Fără limitare de activitate. Bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obişnuite ale vieţii cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Activitate profesională posibilă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia sau reducerea riscului cardiovascular. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de

angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice: HSA formele cu evoluţie prelungită, mai mult de 1 lună, cu etiologie bine determinată ce ar predispune la repetarea episodului acut (HTA std.II/III, malformaţii vasculare cerebrale, colagenoze, diabet zaharat complicat), iniţial grupa 3 Hunt & Hess****.

Investigaţii:

- CT cerebral/IRM
- Angiografie cerebrala "4 vase" cu contrast prin cateterism arterial sau angio-CT sau angio- RM evidenţiază o sursă a hemoragiei: anevrisme sau malformaţii arterio-venoase intracraniene rupte, tratate chirurgical sau conservator.
- Probe biologice (glicemie, sodiu, uree, creatinina – în ser) ce pot orienta spre etiologia şi complicaţiile bolii.
- EKG: modificări hipertensive.

Limitare moderată a activităţilor fizice prin limitare moderata a mobilităţii (schimbarea şi menţinerea poziţiei corpului; ducerea, deplasarea şi manipularea obiectelor; mersul şi deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport), comunicării şi afectarea interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale. Bolnavul poate efectua activităţi fizice uşoare, activităţi profesionale uşoare/sedentare ce presupun abilităţi de comunicare, locomoţie, gestualitate şi manipulare minime. Sarcinile de autoservire sunt îndeplinite la parametrii optimi.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: HSA forme cu evoluţie gravă şi prelungită cu persistenţa 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 (malformaţie vasculară cerebrală, colagenoze, boala moya- moya), diagnosticate cu certitudine CT/ RMN, angiografic (intra-arterial sau angio-CT sau angio-RM), iniţial grupa 4 Hunt & Hess****.

Investigaţii:

- CT cerebral/IRM
- Angiografie cerebrala "4 vase" cu contrast prin cateterism arterial sau angio-CT sau angio- RM evidenţiază o sursă a hemoragiei: anevrisme sau malformaţii arterio-venoase intracraniene rupte, tratate chirurgical sau conservator..
- Probe biologice (glicemie, sodiu, uree, creatinina – în ser) ce pot orienta spre etiologia şi complicaţiile bolii.
- EKG: modificări hipertensive.

Limitare severă a activităţilor prin limitarea marcată a mobilităţii bolnavului, a comunicării şi afectare severă a interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială prin afectarea mobilităţii, a comunicării şi afectarea interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
HSA nu evoluează cu sechele ireversibile grav invalidante care să necesite supraveghere şi îngrijire permanentă din partea altei persoane, deci, gradul I (unu) de invaliditate.

HEMORAGIA CEREBRALĂ INTRAPARENCHIMATOASĂ (HC)

Semne funcţionale clinice: cefalee uneori foarte intensă şi stare de comă cu respiraţie stertoroasă şi semne de focar (hemiplegii, suferinţă 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, malformaţii vasculare cerebrale cunoscute sau nu, obezitate şi alţi factori predispozanţi sau favorizanţi (consum cronic de alcool, etc.).

Investigaţii:
- obligatoriu în urgenţă la internare se va face CT cerebrală sau IRM cerebrală;
- examen LCR (hemoragic), numai daca CT/IRM nu sunt posibile
- Opţional - Angiografie cerebrala "4 vase" cu contrast prin cateterism arterial sau angio- CT sau angio-RM pentru evidenţiere unei eventuale surse a hemoragiei:
- EKG.
- Ex. FO

Aprecierea deficienţei funcţionale se va face în funcţie de evoluţie, complicaţii şi de sechelele rămase definitive:

În cazul hemoragiilor intraparenchimatoase evoluţia poate fi favorabilă în funcţie de focarul hemoragic, megând spre remisiunea parţială a semnelor clinice, de regulă existând sechele invalidante definitive.

Hemoragiile cerebrale cu inundaţie ventriculară evoluează de regulă grav, conducând aproape întotdeauna la exitus. Sunt însă multe situaţii de efracţie a sângelui în sistemul ventricular cu evoluţie favorabilă, prin evacuare spontană a sângelui, atâta timp cât nu blochează căile de drenaj al LCR, situaţie care se complică cu hidrocefalie hipertensivă acută/ subacută şi creşterea mortalităţii dacă nu se poate interveni chirurgical pentru drenaj ventricular extern.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale clinice: HC- cazurile în care diagnosticul a fost de certitudine (CT sau RMN, ex.LCR), iar evoluţia a fost favorabilă cu sechele minime neurologice – frust sindrom piramidal, dizartrii, deficite motorii fruste (+4/5) (cazuri rare)

Investigaţii:
- CT cerebral/IRM – aspect normal.
- EKG – aspect normal.
- Ex. FO – aspect normal.

Fără limitare de activitate. Bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obişnuite ale vieţii cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Activităţi porfesionale

sunt posibile.
Fără restricţii de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia sau reducerea riscului cardiovascular. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice: HC- cazurile cu diagnosticul clinic de certitudine, etiologie bine precizată, cu sechele minime, care se apreciază la cca. 6 luni de la eveniment şi pot să fie: tulburări de coordonare, tulburări din partea nervilor cranieni (perechile II, III, IV,VI, VII), tulburări motorii fruste, tulburari minime de limbaj; se va ţine seama şi de gravitatea factorilor etiologici (HTA, diabet zaharat, malformaţii vasculare, colagenoze) şi alţi factori predispozanţi/favorizanţi.

Investigaţii:
- CT cerebrală sau IRM cerebrală;
- Angiografie cerebrala "4 vase" cu contrast prin cateterism arterial sau angio-CT sau angio- RM pentru evidenţiere unei eventuale surse a hemoragiei
- EKG: modificări hipertensive.
- Ex. FO – modificari de angiopatie hipertensivă sau retinopatie diabetică stadii incipiente.

Limitare moderată a activităţilor fizice prin limitare moderata a mobilităţii (schimbarea şi menţinerea poziţiei corpului; ducerea, deplasarea şi manipularea obiectelor; mersul şi deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport), comunicării şi afectarea interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale. Bolnavul poate efectua activităţi uşoare, activităţi profesionale uşoare/sedentare ce presupun abilităţi de comunicare, locomoţie, gestualitate şi manipulare minime. Sarcinile de autoservire sunt îndeplinite la parametrii optimi.
Fără restricţii de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: HC- formele cu diagnostic clinic şi paraclinic de certitudine şi care prezintă sechele invalidante, rareori reversibile, ca: hemipareze, hemianopsie, ataxie importanta, pareze sau paralizii de nervi cranieni, tulburări de limbaj si de vorbire, de scris, de citit, de calcul, tulburari cognitive, tulburări de sensibilitate de aspect talamic, disociaţie siringomielică, tulburări de sensibilitate profundă, ± tulburări psihice.

Investigaţii:
- CT cerebral/IRM
- Angiografie cerebrala "4 vase" cu contrast prin cateterism arterial sau angio-CT sau angio- RM evidenţiază o sursă a hemoragiei: anevrisme sau malformaţii arterio-venoase intracraniene rupte, tratate chirurgical sau conservator.
- Probe biologice (glicemie, sodiu, uree, creatinina – în ser) ce pot orienta spre etiologia şi complicaţiile bolii.
- EKG: modificări hipertensive.
- Ex. FO – modificări de angiopatie hipertensivă sau retinopatie diabetică.

Limitare severă a activităţilor prin limitarea marcată a mobilităţii bolnavului, a

comunicării şi afectare severă a interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale. Pot fi efectuate activităţi 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.
Restricţii moderate de participare la viaţa socială prin afectarea mobilităţii, a comunicării şi afectarea interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenţia complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale clinice: formele cu diagnostic clinic şi paraclinic de certitudine cu evoluţie şi prognostic nefavorabil, cu sechele invalidante definitive: hemiplegii, para/tetrapareze cu mers posibil doar cu sprijin bilateral şi pe distanţe 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, tulburari cognitive severe până la demenţă şi tulburări psihice grave.

Investigaţii:

- CT cerebral/IRM
- Angiografie cerebrala “4 vase” cu contrast prin cateterism arterial sau angio-CT sau angio- RM evidenţiază o sursă a hemoragiei: anevrisme sau malformaţii arterio-venoase intracraniene rupte, tratate chirurgical sau conservator..
- Probe biologice (glicemie, sodiu, uree, creatinina – în ser) ce pot orienta spre etiologia şi complicaţiile bolii.
- EKG: modificări hipertensive.
- Ex. FO – modificări de angiopatie hipertensivă sau retinopatie diabetică.

Limitare severă sau completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat, are capacitatea de autoservire pierdută.
Restricţii complete de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene + de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

1.* SCALA DE APRECIERE A DIZABILITĂŢII LA BOLNAVUL VASCULAR (RANKIN)

SCOR RANKIN	**CARACTERISTICI DISABILITATE**
1	***Nesemnificativă*****:** este în stare să îndeplinească singur sarcini obişnuite ale vieţii cotidiene
2	***Uşoară*****:** nu mai poate desfaşura toate activităţile, dar poate trăi independent
3	***Moderată*****:** necesită ceva ajutor, dar e în stare să meargă fără ajutorul altei persoane
4	***Severă*****:** nu poate merge fără ajutor, are nevoie de ajutor pentru nevoile curente
5	***Gravă*****:** imobilizat la pat: are nevoie permanentă de îngrijire

2.SCOR ADL**

Activitate	**Descriere**	**Scor**
Igiena corporală	Autonomie	*2*
	Ajutat parţial	*1*
	Dependent	*0*
Îmbrăcare	Autonomie	*2*
	Autonomie pentru îmbracare dar ajutor pentru încalţare	*1*
	Dependent	*0*
Mersul la toaletă	Autonomie	*2*
	Ajutat	*1*
	Ajutat la pat	*0*
Continenţa sfincteriană	Continent	*2*
	Incontinenţă ocazional	*1*
	Incontinent	*0*
Alimentaţia	Mănâncă singur	*2*
	Ajutat pentru tăiat cu cuţitul	*1*
	Dependent	*0*

Clasificare: st. I 10 - autonomie

st. II 8-10 – cvasiindependent

st. III 3-8 – independenţă asistată

st. IV 0-3 – dependenţă totală

SCALA DE INCAPACITATE BARTHEL

Măsoară performanţele pacientului în zece activităţi ale vieţii cotidiene în funcţie de ajutorul exterior necesar. Scorul maxim este de 100 puncte şi corespunde unei autonomii complete. Scorul de 60 puncte semnifică "independenţă asistată", iar cel de 75 puncte-cvasiindependenţă.

Activitate	Descriere	Scor
1. Alimentaţia	Independent: se serveşte de tacâmuri	10
	Are nevoie de ajutor pentru a taia alimente	5
2. Baia	Face baie fara ajutor	5
3. Toaleta personală	Işi spală faţa, dinţii, se piaptănă, se bărbiereşte	5
4. Îmbrăcatul	Independent: îşi înnoadă şireturile	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 FORŢEI MUSCULARE SEGMENTARE (FMS) ***

Deficitul motor poate fi obiectivat prin determinarea scăderii forţei musculare, conform scalei de gradare a forţei musculare segmentare (FMS), asociată sau nu cu prezenţa atrofiilor musculare (atrofia severă apare când denervarea persistă săptămâni sau luni)

o 5/5 = FMS normală;

o 4/5 = opune rezistenţă;

o 3/5 = învinge gravitaţia;

o 2/5 = deplasează membrul în planul patului;

o 1/5 = contracţie musculară voluntară fără deplasare de segment

o 0/5:

- *gr.I-nici o contractie voluntara sau la stimul dureros*
- *gr.II-contractie minima la stimul dureros*
- *gr.III-contractie controlaterala sincinetica*

4. CLASIFICAREA HEMORAGIEI SUBARAHNOIDIENE (DUPA HUNT & HESS) ****

Grupa 1	Cefalee minima sau absentă Uşoară redoare de ceafă
Grupa 2	Sd. meningean Fără deficit neurologic cu excepţia paraliziilor de nervi cranieni (+/-)
Grupa 3	Sd. meningean Deficit focal minor (căi lungi: deficit de motilitate, sensibilitate, afazie), +/- paralizii de nervi cranieni Tulburări de conştienţă (somnolenţă, confuzie)
Grupa 4	Sd. meningean Focar net (hemiplegie, hemipareză) Suferinţă de trunchi cerebral - crize de decerebrare, tulburări vegetative (bronhoplegie, HTA, hTA)
Grupa 5	Comă profundă (aparent depăşită), ventilat mecanic Tulburări vegetative (EPA) Rigiditate prin decerebrare

BOLILE INFLAMATORII DEMIELINIZANTE ALE SISTEMULUI NERVOS CENTRAL Cod CIM G35-G37

Entităţi clinice:

1. Scleroza multiplă (termeni încă acceptaţi dar nerecomandaţi de nomenclatura internaţională ştiinţifică: 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 substanţa albă cu leziuni focale dar şi substanţa albă aparent normală cât şi substanţa cenuşie, având două tipuri de leziuni coexistente încă de la debutul subclinic: degenerescenţa axonală ireversibilă (responsabilă de invalidarea clinică ireversibilă) şi demielinizările focale care se pot vindeca (de obicei cu defect) şi spontan şi 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 prezenţa anticorpilor anti-aquaporina4 de la nivelul astrocitelor sau a anticorpilor anti-MOG (“myelin-oligodendrocyte glycoprotein”), precum si 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 prezenţa la distanţă a unui focar infecţios în organism, sau dupa o vaccinare la persoane cu o reactivitate imunitara de tip hiperergic. Cel mai adesea apare la copii de vârstă mai mare, dar poate apare şi la adulţii tineri. De regulă are o evoluţie monofazică, dar nu rareori se poate manifesta şi prin episoade clinice repetate, ridicand probleme de diagnostic diferenţial cu scleroza multiplă (mai ales la copii).

SCLEROZA MULTIPLĂ

Semne funcţionale clinice: ***anomalii senzitive*** (parestezii, adesea sub formă de amorţeli, dureri, semnul Lhermitte), ***anomalii motorii*** (deficit motor de tip piramidal, spasticitate, contracţii spastice - în flexie, în extensie), ***anomalii vizuale*** (nevrită optică - pierderea monoculară a vederii, însoţită eventual de durere şi scotom central), ***anomalii cerebeloase*** (ataxie, incoordonare, tremor cerebelos, asociat uneori cu tremor postural, dizartrie cerebeloasă), ***anomalii ale funcţiilor trunchiului cerebral*** (diplopie, dizartrie, disfagie, disfonie, parestezii la nivelul feţei, pareză facial, oftalmoplegie internucleară, nevralgie trigeminală, vertij), ***alte anomalii***: crize paroxistice (cu durata de secunde/minute, dar care apar repetat timp de mai multe săptămâni pentru a avea semnificaţie de puseu SM), anomalii vezicale, disfuncţii sexuale, tulburări cognitive.

Sindromul clinic izolat

Reprezintă un episod clinic, monofazic, acut sau subacut, cu durata de cel puţin 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 absenţa febrei sau infecţiei, ce reflectă un eveniment demielinizant inflamator focal sau multifocal în SNC. Dacă pacientul este diagnosticat ulterior cu SM prin indeplinirea criteriilor diseminării în timp şi spaţiu şi 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 parţială.

Investigaţii:

- Examen oftalmologic (AV, campimetrie, FO);
- Determinarea benzilor oligoclonale de IgG în LCR;
- Determinarea indexului IgG în LCR/ser;
- IRM cranio-cerebral şi vertebro-spinală - Criteriile Barkhof de diagnostic prin IRM (*Tabel 3*)
- PEV vizuale; opțional: PEV somato-senzoriale/ de trunchi cerebral/motorii – prin stimulare magnetică transcraniană.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale clinice: Formele clinice cu evoluţie favorabilă în timp, cu simptomatologie subiectivă absentă sau minimă şi obiectiv cu: sindrom piramidal ± sindrom vestibular sau sindrom cerebelos frust.

Fără limitarea activităţilor, bolnavul este în stare să îndeplineascaă singur sarcini obişnuite

ale vieţii cotidiene. Pot fi desfăşurate activităţi profesionale.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi recuperator. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.
Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale 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 şi\sau de coordonare şi uneori tulburări vizuale de intensitate medie *(scor EDSS < 3 *).*

Limitare moderată a activităţilor fizice ce presupun mişcarea, în cazul sechelelor motorii (schimbarea şi menţinerea poziţiei corpului; ducerea, deplasarea şi manipularea obiectelor; mersul şi deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport) bolnavul poate îndeplini sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă. Are păstrată capacitatea de autoservire. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi 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 restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: Forme clinice cu evoluţie progresivă cu pusee acute repetate ce conduc la tulburări de mers accentuate (parapareze spastice şi\ sau hemipareze spastice) la care se asociază tulburări de echilibru şi\ sau de coordonare (sindrom cerebelo-vestibular), tulburări vizuale frecvent diplopie şi \sau modificări de câmp vizual, tulburări de sensibilitate, ± tulburări sfincteriene ***(scor EDSS = 3 – 6 *)***

Limitare severă a activităţii prin limitarea marcată a mobilităţii bolnavului, a comunicării şi afectare severă a interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricţii moderate/severe de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale clinice: Formele clinice cu evoluţie continuă, fără remisiuni, care conduc în timp la imobilizarea bolnavului făcându-l dependent (parţial sau permanent) de ajutorul altei persoane ***(scor EDSS > 6*)***

Simptomatologia obiectivă indică prezenţa tuturor sindroamelor : sindrom piramidal (hemiplegie, paraparezăparaplegie ± asocierea cu monopareze brahiale, tetraparezătetraplegie), sindrom cerebelo-vestibular - evidenţiază tulburări de echilibru şi coordonare cu imposibilitatea menţinerii ortostatismului; tulburări vizuale grave; tulburări de sensibilitate, tulburări sfincteriene permanente tip incontinenţă urinară.

Limitare severă sau completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat, are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricţii complete de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene şi de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

ANEXE

1. SCALA KURTZKE EXTINSA A DIZABILITATII (**EDSS –** *Expanded Disability Status Scale)1983 REVIZUITA*

Atribuie scor de severitate starii clinice a pacientului de la 0 la 10 in pasi de cate 0,5. Scorurile de la 0 la 4 sunt determinate folosind scale de sisteme functionale (FS) care evalueaza disfunctia din urmatoarele sisteme neurologice: vizual, trunchiul cerebral, piramidal, cerebelos, sensorial, vezica urinara si 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 ușoara 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 in 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 alta 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/inghiți (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. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revision of the McDonald criteria. Lancet neurol. 2017 Dec 21; 17(2):162-73)*

Nr. atacuri clinice (pusee/ recăderi)*	Nr. leziuni corelate cu dovezi obiectivate clinic	Dovezi adiţionale 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. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revision of the McDonald criteria. Lancet neurol. 2017 Dec 21;17(2):162-73)*

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:

- 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 criterii cu valoare predictivă, ce se aplică pacienţilor care se prezintă pentru prima oară la neurolog, având sindroame clinice izolate, sugestive pentru diagnosticul de SM .

Întrunirea a 3 dintre urmatoarele 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 şi/ 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 impreuna cu leziunile individuale cerebrale la atingerea numarului de leziuni T2 cerute.

DISCOPATIILE Cod CIM G54-G57, M50-M54

Semne funcţionale clinice: dureri vertebrale (cervicale, lombare, toracale) şi pe traiectul nervului, spontan sau la mişcări active şi/sau pasive, dureri provocate prin manevrele de elongaţie, 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 şi o laxitate anormală a nucleului pulpos şi inelului fibros cu apariţia 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 şi 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 şi dispariţia ROT (radiculopatie algo-parestezică).
  - **Stadiul III –** de întrerupere a rădăcinii nervoase, apar dureri, parestezii şi deficit funcţional al musculaturii.
- **Discopatie faza IV -** discartroza

Investigaţii:

- 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 latenţa undei F +/- EMG)
- radiografia standard a segmentului afectat: pensarea spațiului intervertebral, densificarea platoului intervertebral, modificări ale curburilor fiziologice ale coloanei vertebrale.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale clinice:

Discopatie vertebrală – faza I (faza dureroasă)

Discopatie vertebrală - faza II (faza de blocaj)

Discopatie vertebrală – faza III (faza neurologică)/Stadiu I (algic)*:* iritaţie radiculară, bolnavul prezintă dureri la tuse strănut sau eforturi. Semne de elongaţie 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.

Investigaţii:

- examen IRM: protruzii discale
- EMG: normal/semne de radiculopatie cronică senzitivă și/sau motorie
- radiografia standard a segmentului afectat: pensarea spaţiului intervertebral, densificarea platourilor intervertebrale, modificări ale curburilor fiziologice ale coloanei vertebrale.

Fără limitarea activităţilor, bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obişnuite ale vieţii cotidiene. Poate desfasura activităţi profesionale.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi recuperator. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice:

Discopatie vertebrală – faza III (faza neurologică)/Stadiul II (de compresiune radiculară) **postoperator recent** (mai puţin de 6 luni de la operaţie)*:* deficit motor moderat, diminuarea reflexelor osteotendinoase, tulburări de sensibilitate obiectivă. Deficienţa funcţională medie se menţine timp limitat în vederea tratamentului recuperator, cu reevaluare la primul termen de revizuire în funcţie 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, absenţa reflexelor osteotendinoase, amiotrofii musculare importante, modificări de sensibilitate obiectivă, sechelele operatorii ale herniei de disc.

Hernii de disc operate iterativ (cel puțin 3 intervenţii chirurgicale pentru cura herniilor) asociate cu cel puţin 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 şi/sau fenomene de mielopatie vertebrală (sdr. piramidal sau bipiramidal);

Deficit motor brahial sau crural bilateral frust (4/5), cu modificări de sensibilitate obiectivă şi tulburări sfincteriene minime de cauză neurologică (micțiuni imperioase, pierderi involuntare de urină), obligatoriu obiectivate prin explorări paraclinice (teste urodinamice, ecografia vezicii urinare cu aprecierea reziduului vezical).

Investigaţii:

- examen IRM – evidenţiază gradul de hernie în canal, gradul de migrare.
- EMG – obligatoriu evidențiază suferința cronică radiculară severă
- radiografia standard a segmentului afectat: pensarea spaţiului intervertebral, densificarea platourilor intervertebrale, modificări ale curburilor fiziologice ale coloanei vertebrale.

Limitare moderată a activităţilor fizice ce presupun mişcarea, în cazul sechelelor motorii (schimbarea şi menţinerea poziţiei corpului; ducerea, deplasarea şi manipularea obiectelor; mersul şi deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport) bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă. Are păstrată capacitatea de autoservire. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi 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 restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice:

Deficit motor brahial sau crural bilateral, cu modificări de sensibilitate obiectivă şi tulburări sfincteriene tip retenție cronică de urină (necesitând cateterism intermintent) sau tip incontinență urinară (sindrom de coadă de cal), obligatoriu obiectivate prin explorări paraclinice (teste urodinamice, ecografia vezicii urinare cu aprecierea reziduului vezical).

Investigaţii:

- examen IRM – evidenţiază gradul de hernie în canal, gradul de migrare.
- EMG – obligatoriu evidentiaza suferinta cronica radiculara severa
- radiografia standard a segmentului afectat: pensarea spaţiului 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 activităţii prin limitarea marcată a mobilităţii bolnavului, a comunicării şi afectare severă a interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale, Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricţii moderate/severe de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale clinice: Tetraplegie/paraplegie sau tetrapareze/parapareze cu tulburări importante de ortostatism şi mers (mers posibil doar cu sprijin bilateral şi pe distanţe scurte, cu ajutorul unor dispozitive de mers: cârje, cadru, scaun rulant), însoţite de tulburări sfincteriene grave tip incontinenţă permanentă (cazuri extrem de rare).

Limitare severă sau completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat, are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricţii complete de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene + de îngrijire personală pentru activităţile 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 funcţionale clinice: simptome de tip senzitiv - înţepături, arsuri, parestezii în plante sau vârful degetelor, sau în general cu distribuţie în alte zone ale membrelor inferioare; simptome motorii – deficit motor, predominent distal.

Clasificarea neuropatiilor periferice

- Polineuropatiile axonale: acute, subacute, cronice.
- Polineuropatiile demielinizante: acute, cronice
- Mononeuropatii multiplex
- Mononeuropatii

Investigaţii:

- Examen neuroelectrofiziologic detaliat
- Biopsia de nerv

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale clinice: *Formele clinice de neuropatii indiferent de etiologie* – cu simptomatologie frustă, predominant senzitivă (parestezii distale predominent membrele inferioare) ± fruste deficite motorii (localizate la grupuri musculare mici, fără

a interesa un segment topografic, amiotrofii discrete).

Fara limitarea activităţilor, bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obişnuite ale vieţii cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Pot desfăşura activitate profesională.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice: *Formele clinice cu simptomatologie motorie manifestă* - deficite motorii predominent distale (monopareze/parapareză frustă/tetrapareză frustă) însoţite de amiotrofii şi tulburări obiective de sensibilitate superficială şi/sau profundă (ataxie frustă).

Limitare moderată a activităţilor fizice ce presupun mişcarea, în cazul sechelelor motorii (schimbarea şi menţinerea poziţiei corpului; ducerea, deplasarea şi manipularea obiectelor; mersul şi deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport) bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă. Are capacitatea de autoservire păstrată. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi 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 restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: *Formele clinice cu deficite motorii manifeste constituite* – parapareze sau tetrapareze, însoţite de amiotrofii severe, de tulburări obiective de sensibilitate superficială sau profundă.

Limitare severă a activităţii prin limitarea marcată a mobilităţii bolnavului, a comunicării şi afectare severă a interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricţii moderate/severe de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale clinice: *Formele clinice (foarte rar) cu deficite motorii tip tetraplegie* sau paraplegie, tetrapareză sau parapareză însoţite de tulburări importante de ortostatism şi mers,
cu mers posibil doar cu sprijin bilateral şi pe distanţe scurte, cu ajutorul unor dispozitive de mers: cârje, cadru, scaun rulant; asociate cu tulburări sfincteriene permanente şi severe tip incontinenţă (foarte rare, în special, sdr. Guillane – Barre; forme severe de polineuropatie cronică inflamatorie demielinizantă- CIDP).

Limitare severă sau completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat, are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricţii complete de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene + de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

AFECȚIUNILE 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.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale 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 caracterizeaza 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 antebrațului pe braț și a supinației. Obiectiv: ROT tricipital abolit, tulburări de sensibilitate inconstante, frecvent pe fața dorsală a antebrațului și porțiunea externă a feței dorsale a mâinii.

Fara limitarea activităţilor, bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obişnuite ale vieţii cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Activitate profesională posibilă, cu evitarea celor care necesită gestualitate cu viteză şi precizie.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice:

Paralizia totală de nerv radial - mâna este căzută în "gât de lebădă" şi bolnavul nu poate face extensia policelui, falagelor proximale ale degetelor, extensia mâinii, pumnului și

flexia antebrațului pe braț.

Paralizia de plex brahial de tip inferior (Klumpke) se caracterizeaza 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 antebrațului. ROT tricipital abolit. Se poate adauga leziunea simpaticului cervical și apariția sindromului Claud-Bernard-Horner.

Limitare moderată a activităţilor fizice ce presupun deplasarea şi manipularea obiectelor, gestualitate cu viteză şi precizie. Bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă. Are păstrată capacitatatea de autoservire. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără activităţi care presupun gestualitate cu viteză şi precizie sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale 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 activităţii prin limitarea marcată a gestualității. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate/severe de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

PARALIZIILE PLEXULUI LOMBO-SACRAT

Neuropatia de nerv femuro-cutanat

Expresia clinica a leziunii este meralgia parestezică. Se carcterizează prin parestezii sub formă de senzație de piele cartonată cu topografie caracteristică în formă de „rachetă” pe fața externă a coapsei.

Determină o deficienţă funcţională uşoară - 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 posterioară a marginii interne a piciorului). Obiectiv:hipotrofie, hipotonie cvadriceps, rotula flotantă.

Determină o deficienţă funcţională medie - Incapacitate adaptativă 50-69%.

Paralizia nervului obturator

Însoțește, de regulă, paralizia de nerv femural şi se caracterizează prin paralizia adducției şi rotației interne şi externe a coapsei, tulburări de sensibilitate în porțiunea mijlocie a coapsei şi genunchiului.

Determină o deficienţă funcţională medie - Incapacitate adaptativă 50-69%.

Paralizia nervului sciatic

Paralizia totală este destul de rară şi se manifestă clinic printr-o paralizie completă a celor două ramuri terminale (SPE şi SPI).

Paralizia totala de nerv sciatic unilateral ***determină o deficienţă funcţională medie - Incapacitate adaptativă 60-69%.***

Paralizia totala de nerv sciatic bilateral ***determina o deficienta functionala 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 şi scurtul peronier şi pediosul; tulburări senzitive la nivelul feței antero-externe a gambei, două treimi interne ale plantei, fața dorsală a primelor trei degete şi jumătatea internă deget 4. Obiectiv – mers stepat, bolnavul ridică mult genunchiul şi flectează mult gamba de partea bolnavă, nu poate merge pe călcâie.

Determină o deficienţă funcţională 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 şi flexorul scurt al halucelui şi primii lombricali, nervul plantar lateral, pătratul plantar, abductorul degetului 5, flexor şi opozant deget 5, interosoşii dorsali şi plantari şi ultimii lombricali); tulburări senzitive la nivelul porțiunii dorso-laterale a gambei, marginea laterală a piciorului, planta şi degetele. Obiectiv – mers talonat, absența desprinderii călcâiului de pe sol, areflexie achiliană, tulburări trofice, degete "în ciocan".

Determină o deficienţă funcţională medie - Incapacitate adaptativă 50-69%.

POLIOMIELITA ANTERIOARĂ ACUTĂ Cod CIM A80

Sindromul poliomielitei anterioare acute (SPAA) era în trecut aproape invariabil rezultatul infecţiei cu unul din cele trei serotipuri ale virusului polio. Aspectele clinice asemănătore infecţiei cu poliovirus pot fi determinate şi de alte enterovirusuri: Coxsackie - grup A şi grup B, echovirusuri, enterovirusurile 70 şi 71.

Din punct devedere clinic poliomielita se poate prezenta sub 4 forme:

1. **Infecţie inaparentă**- frecvent asimptommatică:
2. **Formă abortivă-** caracterizată prin: febră, dureri de gât; hiperemie orofaringiană, cefalee, anorexie, greaţă/vărsătură, mialgii.
3. **Formă neparalitică** –asociază la semnele şi simptomele formei abortive semnele de iritaţie 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 şi articulare: deformări ale calcâiului, picior în varus, genu recurvatum, genu varum, rotaţie tibială cu subluxaţie postero-laterală a platoului tibial, fracturi, dislocare/ subluxaţie de şold.

Sindromul post – polio defineşte o lezarea a sistemului nervos la pacienţi care au avut poliomielită formă paralitică, de obicei la un înterval de 15-40 ani de la puseul acut, principalele simptome sunt: deficit motor, oboseală musculară şi durere musculară; asociază grade diferite de atrofii musculare, tulburări respiratorii, sleep apneea şi tulburări de deglutiţie, intoleranţă la rece.

Investigaţii: -EMG

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale clinice: Formele cu frust deficit motor brahial sau crural care nu împiedică desfăşurarea normală a activităţii profesionale.

Fara limitarea activităţilor, bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obişnuite ale vieţii cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă. Poate desfaşura activitate profesională.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice: Formele cu monopareze brahiale sau crurale ce conduc la tulburări de manipulaţie sau tulburări de mers de intensitate medie, asociate sau nu cu deformări articulare (picior equin frecvent).

Limitare moderată a activităţilor fizice ce presupun mişcarea, în cazul sechelelor motorii (schimbarea şi menţinerea poziţiei corpului; ducerea, deplasarea şi manipularea obiectelor; mersul şi deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport) bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă. Are păstrată capacitatea de autoservire. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi 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 restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: Formele cu hemipareză, parapareză, tetrapareză frustă ± deformări articulare şi poziţii vicioase cu scurtări de membre (deformare în equin, picior în varrum, genu recurvatum, subluxaţie articulară, frecvent de şold)

Limitare severă a activităţii prin limitarea marcată a mobilităţii bolnavului, a comunicării

şi afectare severă a interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale. Pot fi efectuate activităţi 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.

Restricţii moderate/severe de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

AFECŢIUNILE GANGLIONILOR BAZALI ŞI SISTEMELOR MOTORII DIN SNC

Entităţi clinice:

1. **Boala Parkinson şi sindroamele parkinsoniene**
2. **Coreea acută Sydenham.**
3. **Coreea cronică Huntington**.
4. **Alte sindroame coreeice**: congenitale, metabolic-endocrine, toxice, vasculare, traumatice şi degenerative
5. **Boala Wilson** (Degenerescenţa hepatolenticulară).
6. **Balismul** (hemibalism, monobalism, bibalism)
7. **Distonii primare** (cele mai multe sunt boli genetice) **şi secundare** (postAVC, post-traumatice, postencefalitice,in boli metabolice genetice, in boli prionice, medicamentoase, s.a)

❖ ***Distonii generalizate si semigeneralizate*** (ex. spasmul de torsiune, camptocormia, s.a.)

❖ ***Distonii focale si 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**

BOALA PARKINSON Cod CIM G20

Semne clinice funcţionale:

Investigaţii:

- IRM sau CT nu aduc informaţii 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

multisistemica, bolile vasculare cerebrale, hidrocefaliile, tumorile, s. a.; examenul IRM cerebral este obligatoriu pentru interventiile terapeutice prin stereotaxie).

- Perturbarea metabolismului monoaminelor cerebrale şi în primul rând a dopaminei se reflectă prin modificarea metaboliţilor acestora în L.C.R. şi urină
- E.M.G. – decelează caracteristicile fiziologice ale tremorului (descărcări ritmice de 4 – 7 cicli/secundă).

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale clinice:
Formele clinice la debut: Semne unilaterale cu minimă afectare funcțională: dureri nesistematizate, oboseală rapidă, reducerea activităţii, tulburări vegetative, tremor cu caracter localizat la un membrul superior; hipertonie discretă, prezenţa semnului Noica +/- tremor discret evidenţiat E.M.G.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice:
Formele clinice cu afectare unilaterală, frecvent cu tremor localizat la membrul superior; hipertonie, lipsa balansului membrelor de aceeaşi parte, prezenţa semnului Noica +/- tremor discret evidenţiat E.M.G. *Stadiul 1-1,5 scala Hoehn și Yahr modificată*,* hemi-sindromul parkinsonian.
Limitare moderată a activităţilor fizice ce presupun mişcarea, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă. Trebuie evitate activităţile profesionale care necesită mişcari cu viteză şi precizie şi deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activităţile care impun fineţe, repere mici, ritm impus. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, fizioterapic şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi 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.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice:
Forme clinice cu afectare bilaterală în care predomină tremorul sau cele akineto – hipertone - la care simptomatologia subiectivă şi modificările obiective clinice sunt cu caracter permanent, parţial influenţate de terapia medicamentoasă şi la care se adaugă întregul cortegiu de simptome însoţitoare: 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 activităţii prin limitare marcată a mobilităţii bolnavului, care poate realiza doar activităţi cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant şezând, care nu necesită fineţe, viteză, complexitate şi alternanţă gestuală. Pot fi efectuate activităţi

profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricţii severe de participare la viaţa socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale clinice:
Formele clinice cu evoluţie îndelungată - care duc la imobilizarea bolnavului - se însoţesc de tulburări psihice şi tulburări de vorbire, deficienţe de deglutiţie şi respiraţie permanente (rezistente la diverse variante terapeutice, inclusiv tratament chirurgical). *Stadiul 4-5 scala Hoehn şi Yahr modificată*.*

Limitare completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat, are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricţii complete de participare la viaţa social

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene + de îngrijire personală pentru activităţile 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 ușoara până la moderată, o oarecare instabilitate posturală; independent fizic
Stadiul 4 Afectare sever invalidantă, dar poate sta în picioare şi 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 câţiva ani.

Clinic – debutul în jurul vârstei de 40 ani, tremorul este mai puţin constant, de regulă mixt (de repaus şi de acţiune); prezenţa manifestărilor oculare sub formă de crize oculogire; paralizia convergenţei, tulburări ale vigilenţei (inversarea ritmului somn – veghe); tulburări psihice; tulburări vegetative. Caracteristic– după o instalare relativ rapidă, evoluţia ulterioară este lentă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Limitare moderată a activităţilor fizice ce presupun mişcarea, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă. Trebuie evitate activităţile profesionale care necesită mişcari cu viteză şi precizie şi deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activităţile care impun fineţe, repere mici, ritm impus. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, fizioterapic şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi 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 ŞI TOXIC Cod CIM G21–intoxicaţii (cu oxid de carbon şi mangan).

Este rezultatul introducerii neurolepticelor de primă generaţie în terapia psihiatrică sau rezultatul expunerii la toxicele menţionate.

Principalele manifestări sunt rigiditatea (akinezia) +/- hiperkinezii intricate (facio – buco – linguale); torticolis, spasme de torsiune. Dispar de regulă după o perioadă scurtă de la oprirea medicaţiei. În multe situaţii, chiar după întreruperea definitivă, persistă cronic sindromul de diskinezie/distonie tardivă (dificil de tratat; ameliorări cu injecţii cu toxina botulinică şi utilizarea unor neuroleptice atipice + clonazepam). Sindroamele parkinsoniene de etiologie vasculară şi traumatică vor fi tratate la capitolele respective.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale clinice: Formele clinice cu manifestări fruste ce dispar de regulă după o perioadă scurtă de la oprirea medicaţiei.

Fără limitarea activităţilor, bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obişnuite ale vieţii cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Poate desfăşura activităţi profesionale.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice: Formele clinice cu manifestări persistente chiar după întreruperea definitivă a medicaţiei - sindrom de diskinezie/ distonie tardiva.

Limitare moderată a activităţilor fizice ce presupun mişcarea, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă. Trebuie evitate activităţile profesionale care necesită mişcari cu viteză şi precizie şi deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activităţile care impun fineţe, repere mici, ritm impus. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială**.**

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, fizioterapic şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi 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.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: Formele clinice cu manifestări severe chiar după întreruperea definitivă a medicaţiei - sindrom de diskinezie/distonie tardivă dificil de tratat; ameliorări cu injecţii cu toxină botulinică şi utilizarea unor neuroleptice atipice + clonazepam.

Limitare severă a activităţii prin limitare marcată a mobilităţii bolnavului, care poate realiza doar activităţi cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant şezând, care nu necesită fineţe, viteză, complexitate şi alternanţă gestuală. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricţii severe de participare la viaţa socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi 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 poststeptococică.

Clinic – debut frecvent 6 - l5 ani cu trei simptome cardinale: hiperkinezie, hipotonie, labilitate emoţională. Fenomenele sunt exagerate de activităţi psihice, fizice, emoţii, diminuate în repaus şi dispar în somn. Evoluţia este favorabilă; se vindecă spontan şi 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, însoţită de tulburări psihice care evoluează spre demenţă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice: Forme cu debut de regulă între 30 –35 ani, cu modificări psihice de la iritabilitate până la crize de violenţă, tulburări de atenţie, de memorie şi tulburări psihice de intensitate medie.

Limitare moderată a activităţilor fizice ce presupun mişcarea, comunicarea şi interacţiuni şi relaţii interpersonale; bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă. Trebuie evitate activităţile profesionale care necesită mişcari cu viteză şi precizie şi deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate

activităţile care impun fineţe, repere mici, ritm impus. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, psihoterapic şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, fără activităţi care impun fineţe, repere mici, ritm impus, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: Forme cu mişcări coreeice cu caracter atetozic şi distonic, care se accentuează la nivelul trunchiului, gâtului, când apar grimase ale feţei ce duc la tulburări de vorbire şi deglutiţie, când tulburările psihice devin marcate (de la deliruri paranoice până la demenţă lent progresivă.

Limitare severă a activităţii prin limitare marcată a mobilităţii bolnavului, care poate realiza doar activităţi cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant şezând, care nu necesită fineţe, viteză, complexitate şi alternanţă gestuală. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricţii severe de participare la viaţa socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator şi prevenirea complicaţiilor, dervicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale clinice: Formele cu evoluţie progresivă ce conduc la tulburări de mers, mers cu sprijin, rigiditate, akinezie duc în final la caşexie prin tulburări de deglutiţie accentuate de mişcările hiperkinetice. Se adaugă deteriorare cognitivă gravă – demenţă.

Limitare completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat, are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricţii complete de participare la viaţa socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene + de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

DEGENERESCENŢĂ HEPATOLENTICULARĂ (BOALA WILSON) Cod CIM E83.0

Este o afecţiune metabolică determinată genetic şi caracterizată prin acumularea cuprului în S.N.C., ficat, cornee, rinichi, cord, pancreas.

Astazi se recunoaşte o singură entitate anatomoclinica şi genetică bine identificată (legată

de anomalii ale genei pentru o ATP-aza cuplată la pompa membranară care evacuează cuprul hepatocitar căre căile biliare, gena ce se află pe braţul lung al cromozomului 13):

Debut de regulă între 7-15 ani, dar se poate şi 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 foloseşte.

Investigaţii:

- Nivelul ceruloplasminei (scăzută < 20 mg/dl) şi 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

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice: *Formele clinice la debut* cu simptome fruste ale sindromului parkinsonin, minimă afectare hepatică şi oculară, fruste simptome psihice.
Limitare moderată a activităţilor fizice ce presupun mişcarea, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă. Trebuie evitate activităţile profesionale care necesită mişcari cu viteză şi precizie şi deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activităţile care impun fineţe, repere mici, ritm impus. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială**.**

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, fizioterapic şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi 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.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: *Forme clinice în care predomină sindromul parkinsonian,* la care se adaugă tulburări psihice, crize convulsive, afectare hepatică şi renală, afectare cardiacă, afectare oculară, anemie, forme parţial influenţate de terapia medicamentoasă.

Limitare severă a activităţii prin limitare marcată a mobilităţii bolnavului, care poate realiza doar activităţi cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant şezând, care nu necesită fineţe, viteză, complexitate şi alternanţă gestuală. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricţii severe de participare la viaţa socială
Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

<u>Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%</u>

Semne funcţionale clinice: *Formele clinice cu evoluţie îndelungată, cu sindrom parkinsonian sever,* care duc la imobilizarea bolnavului, însoţite frecvent de tulburări psihice, afectare severă hepatică, cardiacă şi renală, tulburări de vorbire, deficienţe de deglutiţie permanente (rezistente la diverse variante terapeutice).

Limitare completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat, are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricţii complete de participare la viaţa socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene şi de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

DISTONII Cod CIM G24

Distoniile sunt afecţiuni caracterizate prin contracţii musculare susţinute, ce cauzează frecvent mişcări de torsiune repetitive sau posturi anormale.

Clasificare:

Dupa cauză (etiologie):

- Primare (idiopatice): distonia este singurul semn clinic şi nu există o cauză exogenă identificabilă, sau alta boală moştenită sau degenerativă.
- Distonia plus: distonia este un semn clinic dominant, dar se asociaza 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 condiţie neurologică bine identificată, precum leziunile cerebrale focale, expunerea la medicamente sau chimicale.
- Paroxistice: distonia apare în episoade scurte, între care totul este normal.

După distribuţia anatomică:

- Focală: o singură regiune a corpului (ex.: crampa scriitorului, blerfarospasm)
- Segmentală: regiuni anatomice aflate în contiguitate (ex.: cranial şi cervical, cervical şi membrul superior)
- Multifocală: regiuni anatomice aflate în non-contiguitate (membru superior şi membru inferior, cranial şi membru superior)
- Generalizată: ambele membre inferioare şi cel puţin încă o altă zonă a corpului (de obicei unul sau ambele braţe)
- Hemidistonia: jumătate a corpului (de obicei secundară unei leziuni structurale în ggl. bazali de partea contralaterală).

Distonia primară şi distonia-plus sunt boli cronice, adesea invalidante, cu un spectru clinic larg, mai ales la persoanele tinere.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale clinice: Formele clinice cu manifestări fruste, de obicei formele focale şi segmentale, cu răspuns bun şi îndelungat la tratament.

Fără limitare de activitate: bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obişnuite ale vieţii cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Pot fi desfăşurate activităţi profesionale.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice: *Distonii musculare focale/segmentare de severitate medie*, care răspund parţial la tratament cronic corect (toxina botulinică sau stimulare cerebrală profundă, plus terapie medicamentoasă specifică şi neurorecuperare funcţională) şi care interferă cu activitate fizică ce presupune menţinerea prelungită a unor posturi fixe şi prelungite.

Limitare moderată a activităţii prin afectarea mobilităţii (schimbarea şi menţinerea poziţiei corpului; ducerea, deplasarea şi manipularea obiectelor; mersul şi deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport), a comunicării şi afectarea interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Fără restricţii de participare la viaţa socială**.**

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: *Distonii musculare focale/segmentare sau generalizate de intensitate severă*, cu apariţia unor posturi distonice invalidante şi dureroase, care nu răspund la tratament cronic corect (toxina botulinică sau stimulare cerebrală profundă, plus terapie medicamentoasă specifică şi neurorecuperare funcţională) .

Limitare marcată a activităţii prin afectarea marcată a mobilităţii bolnavului, a comunicării şi afectare severă a interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane.

Restricţii moderate/accentuate de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale clinice: Forme clinice generalizate, cu afectare gravă a mobilităţii şi posturii, care conduc la imobilizarea bolnavului, fără răspuns la tratament.

Limitare severă sau completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat, are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricţii complete de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene şi de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

FUNCŢIILE MUŞCHILOR legate de caracteristicile de forta a mușchilor, funcțiile tonusului muscular și funcțiile de anduranţă musculară

Elemente clinice – dureri musculare, slăbiciune musculară, crampe musculare, *tulburări de tonus muscular* (hipotonii), *deficit motor* (monopareze/monoplegii, hemipareze/hemiplegii, paraparеze/paraplegii, tetrapareze/tetraplegii, tripareze/triplegii, mutism achinetic), *amiotrofii* (localizate, generalizate).

Elemente funcţionale- investigaţii*:*

- Teste biometrice şi musculare;
- Dinamometrie - în funcţie de localizare şi tipul de sechelă
- Examen electrofiziologic neuromuscular (electromiografie, electroneurografie)
- Biopsia musculară
- Enzime serice

Relaţia deficienţă funcţională-incapacitate adaptativă-capacitate de muncă şi gradele de invaliditate corespunzătoare:

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

Relaţia deficienţă funcţională - limitarea activităţii/restricţiile de participare generate

Deficienţa funcţională	**Limitare activitate**	**Restricţii de participare**
Fără	Nicio dificultate în realizarea activităţii	Fără restricţii de participare la viaţa socială; Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ.
Deficienţă funcţională uşoară	Este în stare să îndeplinească singur sarcini obişnuite ale vieţii cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Activitate profesională posibilă, cu evitarea celor care necesită gestualitate cu viteză şi precizie şi deplasări posturale prelungite.	Fără restricţii de participare la viaţa 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 şi recuperator. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă
Deficienţă funcţională medie	Limitare moderată a activităţii fizice prin limitarea mobilităţii bolnavului(schimbareaşi menţinerea poziţieicorpului; ducerea,deplasareaşi manipularea obiectelor; mersul şi deplasarea,deplasarea cu mijloacele de transport) bolnavul putând îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă. Sunt contraindicate activităţile care impun finețe, repere mici, ritm impus. Sarcinilede autoservire sunt îndeplinite la parametrii optimi.	Restricţii moderate de participare la viaţa socială. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consilierevocaţională şi de angajare în muncă, eventual sprijin pentru asigurarea unui loc demuncă fără efort fizic mare,deplasăriposturale prelungite, adaptarea locului de muncă (utilizarea unor sisteme mecanicede manipulare a greutăţilor, montarea unor sisteme de susţinere a mâinii pentru a evita oboseala musculară) sau, eventual,pentru schimbarea locului de muncă. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor.
Deficienţă funcţională accentuată	Limitare marcată aactivităţilor fizice prin limitarea severă a mobilităţii 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.	Restricţii moderate/severe de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Deficienţă funcţională gravă	Limitarea severă/completă a activităţiilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat: are nevoie de permanent ajutor pentru autoservire.	Restricţii complete de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate - sprijin pentru asigurarea unor mijloace de deplasare (baston, cadru, fotoliu rulant, carucior). Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene ± de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

Afecţiuni neurologice cu interesarea funcţiei 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 si heredodegenerative ale SNC** (boli genetice cu aspect anatomo-patologic de tip degenerativ):
- amiotrofia neuronală Charcot - Marie Tooth şi alte variante clinico-patologice si genetice
- scleroza laterală amiotrofică (SLA), scleroza laterala primitiva si alte boli degenerative ale neuronului motor
- amiotrofii spinale (tip I, II, III si IV)
- amiotrofii spinocerebeloase (peste 40 de variante identificate pana in prezent, clinic, patologic si genetic), inclusiv eredoataxia spinocerebeloasă Friedreich.

DISTROFIA MUSCULARĂ PROGRESIVĂ (DMP) Cod CIM G71

Sunt afecţiuni degenerative ale muşchiului striat condiţionate genetic, cu evoluţie lent progresivă şi etiopatogeneză incomplet stabilită.

Semne funcţionale clinice: Tabloul clinic este dominat de deficitul motor, expresia amiotrofiei progresive adesea mascată de adipozitatea mai mult sau mai puţin evidentă a acestor bolnavi. Grupele musculare interesate sunt diferite în funcţie 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 moleţilor în special dar şi deltoidul, maseterii, musculatura limbii).

În cursul evoluţiei survin retracţii tendinoase care compromit funcţionalitatea segmentelor respective. Reflexele osteotendinoase diminuă progresiv până la abolire. Aceşti bolnavi nu prezintă tulburări de sensibilitate.

Investigaţii: Diagnosticul de certitudine al D.M.P. este un diagnostic paraclinic bazat pe trei elemente esenţiale:

- enzime serice: cresterea activitatii unor enzime glicolitice (de ex: LDH),
- biopsia musculară – utilă în perioadele incipiente, evidentiaza modificari de tip miogen.

- E.M.G: absenţa activităţii bioelectrice spontane, diminuarea amplitudinii maxime a traseelor cu mai mult de 30%, reducerea duratei medii a potenţialelor sub 80% din valoarea normală.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice: DMP – forme clinice la 1- 2 ani de la debut cu o simptomatologie subiectivă şi obiectivă centrată pe modificările generate de amiotrofiile musculare şi deficitul motor secundar de intensitate medie, ce duc la scăderea performanţelor de mers şi a ortostatismului prelungit şi tulburări de precizie şi viteză a mişcărilor.

Limitare moderată a activităţilor fizice ce presupun mişcarea, în cazul sechelelor motorii (schimbarea şi menţinerea poziţiei corpului; ducerea, deplasarea şi manipularea obiectelor; mersul şi deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport) bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă. Bolnavul nu poate desfăşura activităţi ce necesită fineţe, repere mici, ritm impus, deplasări posturale prelungite, eforturi fizice mari. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, fizioterapic şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi 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.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: formele clinice cu evoluţie îndelungată, mai mult de 5 ani, care conduc la amiotrofii musculare accentuate şi respectiv un deficit motor accentuat, la care se adaugă cardiomiopatie distrofică, aritmii, tulburări respiratorii, expresia hipoventilaţiei pulmonare.

Limitare severă a activităţii fizice prin limitare marcată a mobilităţii bolnavului, care se deplasează cu mare dificultate prin forţă proprie, nesprijinit sau cu sprijin şi care poate realiza doar activităţi cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant şezând, care nu necesită fineţe, viteză, complexitate şi alternanţă gestuală. Dificultăţi de respiraţie.

Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire.

Restricţii severe de participare la viaţa socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator (fizioterapic, terapie ortopedică, eventual chirurgicală) şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale clinice: formele clinice după o evoluţie îndelungată, care prin deficitul motor instalat progresiv face imposibilă deplasarea bolnavului prin forţe proprii sau/şi asociază tulburari de gestualitate bilateral şi la care se adaugă tot cortegiul

tulburărilor respiratorii, fonatorii, de deglutiţie , etc şi tulburări cardiovasculare.

Limitare completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat, are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricţii complete de participare la viaţa social

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene şi de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

MIOTONII Cod CIM G72

Sunt un grup de afecţiuni 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 contracţiei voluntare (fenomenul de încălzire).

MIOTONIA CONGENITALĂ THOMPSON (miotonia hipertrofică congenitală)

<u>Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%</u>

Semne funcţionale clinice: afecţiune rară cu debut precoce în copilărie, cu apariţia selectivă a fenomenului miotonic la flexorii degetelor, muşchilor policelui, a musculaturii orbicularului pleoapelor la care se asociază o hipertrofie musculară difuză la toate grupele musculare cu predominenţă la membrele inferioare, aspect întâlnit în 25% din cazuri, ce dă bolnavului un aspect de halterofil. Miotonia se accentuează la frig şi la începutul actului voluntar.

- Formele autozomal dominante cu simptomatologie subiectivă şi obiectivă limitată la câteva grupe musculare (limbă, orbicularul pleoapelor, musculatura distală a membrelor).
- Formele recesive- simptomatologia este întotdeauna mai severă, generalizată cu tendinţă la agravare progresivă în timp, cu prinderea musculaturii flexoare distale a membrelor şi musculatura masticatorie.

Investigaţii: E.M.G.**, testare genetică (gena CLCN1 prin tehnici de secvențiere),** Microscopia optică

Limitare moderată a activităţilor fizice, inclusiv profesionale, în special a celor care necesită mişcări cu viteză şi precizie şi deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activităţile care impun fineţe, repere mici, ritm impus. Pot desfăşura activitate profesională.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi 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 funcţionale clinice: simptomatologie complexă care include, alături de amiotrofie de tip miopatic şi deficit motor, un sindrom endocrin (manifestat prin atrofie gonadică); cardiopatie miotonică, evidenţiată prin tulburări de conducere; cataractă; surditate prin afectarea urechii interne şi tulburări psihice.

Investigaţii:

- E.M.G.
- Microscopia optică
- Enzime serice

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice*:* *Formele clinice la debut* care nu au încă amiotrofii musculare sau acestea sunt discrete; în care deficitul motor este mediu, simetric distal şi nu se însoţesc de complicaţii psihice şi cardiace sau acestea sunt de intensitate medie.

Limitare moderată a activităţilor fizice, inclusiv profesionale, în special a celor care necesită mişcări cu viteză şi precizie şi deplasări posturale prelungite.

Sunt contraindicate activităţile care impun fineţe, repere mici, ritm impus. Pot desfăşura activitate profesională.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială**.**

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi 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.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: Formele clinice ce se însoţesc de amiotrofii musculare marcate cu scăderea forţei musculare preferenţial pe musculatura facială, flexorii gâtului, musculatura antebraţului, eminenţei tenare, interosoşi, loja anterioară a gambei şi se însoţesc de complicaţii cardiace, endocrine, psihice, tulburări de vedere (cataractă). Deplasarea se face cu mare dificultate prin forta proprie, nesprijinit sau cu sprijin. Asociază tulburari de manipulaţie şi gestualitate bilateral şi tulburari de vedere şi de vorbire.

Limitare severă a activităţii prin limitare marcată a mobilităţii bolnavului, care poate realiza activităţi cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant şezând, care nu necesită fineţe, viteză, complexitate şi alternanţă gestuală. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire.

Restricţii severe de participare la viaţa socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

<u>Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%</u>

Semne funcţionale clinice: Formele de distrofie miotonica ce evolueaza progresiv, pe o perioada de 10-15 ani. La manifestările clinice anterior descrise se adaugă deficit motor de centură pelviană sau/şi de centură scapulo-humerală, cu afectarea severă a mersului şi gestualităţii, tulburări respiratorii prin afectarea diafragmului, muşchilor intercostali şi paravertebrali, tulburări de deglutiţie, tulburări grave cardiace (bloc atrio-ventricular, cardiomiopatie) şi tulburări de vedere (cataractă bilaterală), ce conduc la necesitatea supravegherii şi îngrijirii permanente din partea altei persoane.

Limitare completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat: are pierdută capacitatea de autoservire.
Restricţii complete de participare la viaţa socială
Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene + de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

MIASTENIA Cod CIM G70

Este o boală a sinapsei neuromusculare care se caracterizează prin oboseală excesivă şi deficit al musculaturii striate ce apare la efort şi se recuperează parţial sau total în repaus şi sub acţiunea unor substanţe anticolinesterazice.

Semne funcţionale clinice*:* deficitul motor miastenic se produce prin relaxarea progresivă a muşchiului care se contractă şi prin diminuarea progresivă a forţei 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 evoluţie din ce în ce mai severă, ajungând până la paralizia de muşchi respiratori.

Topografia deficitului miastenic:

1. **tulburări oculare**: strabism, diplopie, ptoza palpebrală, poate să apară imposibilitatea convergenţei;
2. **tulburări de fonaţie** (disfonie, nazonare, dizartrie): sunt caracteristice şi apar sau se accentuează la efort;
3. **tulburări de deglutiţie**: se pot manifesta pentru solide, lichide şi în cazurile mai grave chiar şi pentru salivă;
4. **tulburări de masticaţie**: apar mai mult sau mai puţin precoce, pot merge până la deficit total şi se pot asocia cu căderea mandibulei;
5. **atingerea musculaturii faciale**: produce "faciesul miastenic" caracteristic;
6. **afectarea musculaturii cefei şi trunchiului** produce o invalidare importantă - căderea capului, necesită menţinerea bărbiei cu mâna. Trecerea din clinostatism la ortostatism poate fi imposibilă sau se execută cu efort, interesarea membrelor inferioare se remarcă iniţial la urcatul şi coborâtul scărilor, iar ulterior chiar şi la mersul pe teren plat;

7. **tulburări respiratorii**, exprimate prin dispnee şi senzaţie de lipsa de aer, sunt obiectivate de reducerea capacităţii vitale.

Investigaţii:

- proba de efort, care accentuează sau evidentiaza deficitul motor
- testul cu neostigmina
- E.M.G. cu stimulare repetitivă
- dozare de antocorpi anti-receptori colinergici nicotinici +/- dozare de anticorpi anti MuSK
- spirogramă cu determinarea capacității vitale

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale clinice: *Formele de debut* – simptomatologie săracă, diagnosticul este susţinut pe probele de provocare şi cu răspuns 100% la terapia medicamentoasă

Fără limitarea activităţilor, bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obişnuite ale vieţii cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Pot desfăşura activitate profesională.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice*: Formele clinice cu răspuns parţial la terapia medicamentoasă,* manifestate prin tulburări oculare (ptoza palpebrală parţiala) şi/sau tulburări de fonaţie, senzaţie de oboseală la masticaţie, oboseală musculară la mers pe distanţe relativ lungi, sau urcarea a unu - doua etaje.

Limitare moderată a activităţilor fizice, inclusiv profesionale, în special a celor care necesita miscari cu viteza si precizie si deplasari posturale prelungite. Sunt contraindicate activitaţile care impun finețe, repere mici, ritm impus. Pot desfăşura activitate profesională. Are păstrată capacitatea de autoservire

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi 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.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: Formele cu tulburări oculare, de fonaţie, deglutiţie, masticaţie şi tulburări motorii *cu caracter cvasipermanent* cu răspuns ineficient la terapia medicamentoasă care generează tulburări funcţionale de intensitate accentuată.

Limitare severă a activităţii prin limitare marcată a mobilităţii bolnavului, care poate realiza activităţi cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant şezând, care nu necesită

fineţe,viteză, complexitate şi alternanţă gestuală. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire.

Restricţii severe de participare la viaţa socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale clinice: Formele ce se însoţesc de tulburări mari de deglutiţie, tulburări respiratorii ce necesită uneori respiratie asistată, când deficitul motor este permanent şi rezistent la terapia medicamentoasă asociată, ducând la la necesitatea supravegherii permanente din partea altei persoane.

Limitare completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat: are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricţii complete de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene + de îngrijire personală pentru activităţile 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 adolescenţă, mai rar la vârstă adultă, cu apariţia progresivă de amiotrofii distale şi simetrice mai ales la membrele inferioare de aspect polinevritic.

Semne funcţionale clinice:

- atrofii musculare distale şi simetrice la membrele inferioare generând aspectul de “picior de cocoş“ şi în treimea inferioară a antebraţului dând aspectul de atrofie în “mănuşă”.
- tulburări de sensibilitate de tip polinevritic. *Subiectiv:* amorţeli sau furnicături în membre cu aspect polimorf;
- tulburări vegetative – hipersudoraţie, pseudosclerodermie;
- tulburări endocrine – insuficienţă gonadică, acromegalie.

Investigaţii:

- examen bioptic: atrofii musculare de tip neuronal alternând cu zone hipertrofice.
- EMG

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale clinice: formele clinice fruste cu manifestări clinice minime. Diagnosticul se pune de regulă pe examinările paraclinice (biopsia musculară).
Fără limitare de activitate.
Fără restricţii de participare la viaţa 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 educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice: formele superioare când modificările predomină la membrele superioare (tulburări motorii + amiotrofii + tulburări de sensibilitate).

Limitare moderată a activităţilor fizice ce presupun mişcarea, în cazul sechelelor motorii (schimbarea şi menţinerea poziţiei corpului; ducerea, deplasarea şi manipularea obiectelor; mersul şi deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială**.**

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, fizioterapic şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi 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.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: forma generalizată cu atrofie globală a întregii musculaturi, cu mers dificil stepat, cu tulburări de sensibilitate tip polinevritic şi tulburări vegetative şi endocrine asociate.

Limitare severă a activităţii prin limitare marcată a mobilităţii bolnavului, care poate realiza activităţi cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant şezând, care nu necesită fineţe, viteză, complexitate şi alternanţă gestuală. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire.

Restricţii severe de participare la viaţa socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator (fizioterapic, terapie ortopedică, eventual chirurgicală) şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale clinice: forma generalizată cu atrofie globală a musculaturii care a condus în timp la imobilizarea permanentă bolnavului.

Limitare completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat: are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricţii complete de participare la viaţa socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene şi de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

SCLEROZA LATERALĂ AMIOTROFICĂ (SLA) Cod CIM G12.2

Face parte din afecţiunile neuronului motor, definită clinic printr-un complex lezional având ca rezultat simptome combinate de neuroni motori centrali şi periferici (fasciculaţii, amiotrofii distale, semne piramidale).

Semne funcţionale clinice:

Criterii de diagnostic în SLA (conform Ghidului Federaţiei Societăţilor Europene de Neurologie adoptat şi de Societatea de Neurologie din România şi Ministerul Sănătăţii din România):

Diagnosticul SLA necesită **prezenţa (criterii pozitive**)

- Semnelor de NMP (inclusiv caracteristicile EMG la nivelul musculaturii neafectate)
- Semnelor de NMC
- Progresia simptomelor şi semnelor

Diagnosticul SLA necesită absenţa: (diagnostic prin excludere)

- Semnelor senzitive
- Tulburărilor sfincteriene
- Tulburărilor vizuale
- Disfuncţiei autonome
- Disfuncţiei ganglionilor bazali
- Demenţei de tip Alzheimer
- Sindroamelor ce ‘mimeaza’ SLA

Diagnosticul SLA este sprijinit de:

- Fasciculaţii într-una sau mai multe regiuni
- Modificări neurogene la EMG
- Viteze de conducere nervoasă senzitive şi motorii normale
- Absenţa blocului de conducere

În funcţie de predominanţa tablourilor clinice, se definesc următoarele variante de S.L.A.:

paralizia bulbară progresivă cu predominanţa fenomenelor bulbare; atrofia musculară progresivă cu predominanţa simptomelor de neuron motor periferic şi scleroza laterală primară cu predominanţa simptomelor de neuron motor central.

Investigaţii:

- E.M.G: aspect = denervare
- microscopia optică: depozite de lipofuscină
- microscopia electronică: întreruperi la nivelul miofibrilelor, stergerea arhitecturii, depozit de glycogen.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale 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 activităţilor fizice ce presupun mişcarea, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă, trebuie să evite activităţile profesionale care necesită mişcari cu viteză şi precizie şi deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activităţile care impun finețe, repere mici, ritm impus. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială**.**

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, fizioterapic şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi 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.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: Forma generalizată, cu evoluţie lentă, cu predominanţa simptomelor de neuron motor central.

Limitare severă a activităţii prin limitare marcată a mobilităţii bolnavului, care poate realiza doar activităţi cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant şezând, care nu necesită finețe, viteză, complexitate şi alternanţă gestuală. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire.

Restricţii severe de participare la viaţa socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curative, recuperator şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale clinice: Forma bulbară - forma cu evoluţie dramatică, simptomatologia fiind manifestă la musculatura inervată de nucleii motori bulbari

Limitare completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat:

are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricţii complete de participare la viaţa socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutatoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene şi de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

ATAXIA SPINOCEREBELOASA FRIEDREICH Cod CIM G11

Semne funcţionale clinice: ataxie cerebeloasă (mers ebrios, cerebelos, cu baza de susţinere largită, dizartrie, vorbire lentă, ROT abolite precoce), amiotrofii distale, mai accentuate la membrele inferioare (aspect picior de cocoş sau picior scobit). Implicaţiile cardiace sunt prezente manifestându-se de timpuriu cu extrasistole atriale, hipertrofie ventriculară, semne de ischemie cardiacă. Uneori, boala Friedreich poate asocia diabet zaharat.

Investigaţii:

- Examen electroneurofiziologic (electroneurografie + E.M.G.): aspect de denervare;
- echocardiografie si EKG
- IRM craniana (evaluarea în particular a cerebelului)
- optional: diagnostic genetic

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale clinice: Formele clinice la debut cu modificări obiective discrete mult timp la care examenul obiectiv semnalează doar abolirea R.O.T., schiţă de picior scobit, cifoscolioză.

Fără limitare de activitate.

Fără restricţii de participare la viaţa 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 educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice: Formele clinice bine exprimate la care diagnosticul nu mai ridică semne de întrebare, dar a căror evoluţie este lent progresivă şi prezintă deficite motorii medii.

Limitare moderată a activităţilor fizice ce presupun mişcarea, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă, trebuie evitate activităţile profesionale care necesită mişcari cu viteză, precizie şi deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activităţile care impun fineţe, repere mici, ritm impus. Are păstrată capacitatea de autoservire.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, fizioterapic şi prevenirea

complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi 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.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: Formele clinice cu evoluţie îndelungată la care s-au instalat atrofii musculare şi deficite motorii accentuate însoţite de tulburări de sensibilitate +/- tulburări cardiace, endocrine, psihice.

Limitare severă a activităţii prin limitare marcată a mobilităţii bolnavului, care poate realiza doar activităţi cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant şezând, care nu necesită fineţe, viteză, complexitate şi alternanţă gestuală. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricţii severe de participare la viaţa socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale clinice: Formele clinice care datorită amiotrofiilor musculare şi deficienţelor motorii şi generalizate conduc la imobilizarea bolnavului

Limitare completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat: are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricţii complete de participare la viaţa socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene şi de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

ATROFIILE SPINO-CEREBELOASE EREDITARE

(PESTE 40 DE VARIANTE CLINICO-PATOLOGICE SI GENETICE) Cod CIM G11

Semne funcţionale clinice: asemanator eredoataxiei Friedreich (ataxie, tremor intenţional şi vorbire cerebeloasă), cu semne piramidale mai evidente şi 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 malformaţii articulare (sau sunt în general mai puţin exprimate). Unele forme pot asocia și manifestări oftalmologice, cardiologice, metabolice și deteriorare cognitivă (până la demențe severe), funcție de tipul genetic și anatomo-patologic.

Investigaţii:

- Examen electroneurofiziologic (electroneurografie + E.M.G.): aspect de denervare;
- echocardiografie şi EKG
- IRM craniana (evaluarea în particular a cerebelului)
- optional : diagnostic genetic

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne funcţionale clinice: formele clinice la debut în care tulburările de coordonare şi echilibru permit desfășurarea unei activități normale.

Fără limitare de activitate.

Fără restricţii de participare la viaţa 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 educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice: Formele clinice în care tulburările de coordonare şi echlibru şi tulburările de vorbire sunt moderate.

Limitare moderată a activităţilor fizice ce presupun mişcarea, bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă, trebuie evitate activităţile profesionale care necesită mişcari cu viteză, precizie şi deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activităţile care impun fineţe, repere mici, ritm impus. Sarcinile de autogospodărire sunt îndeplinite la parametrii optimi.

Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator, fizioterapic şi prevenirea complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi 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.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: f**ormele clinice cu evoluţie progresivă** la care ataxia cerebeloasă este accentuată însoţită de tulburări de vorbire precum şi de accentuarea contracturii piramidale +/- tulburări de sensibilitate.

Limitare severă a activităţii prin limitare marcată a mobilităţii bolnavului, care poate realiza doar activităţi cu efort fizic neînsemnat, în postura predominant şezând, care nu necesită fineţe, viteză, complexitate şi alternanţă gestuală. Poate să meargă cu dificultate, dar fără ajutorul altei persoane. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricţii severe de participare la viaţa socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament recuperator şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale clinice: formele clinice după ani de la debut şi care prin tulburările ataxice fac deplasarea bolnavului foarte dificilă sau imposibilă.

Limitare completă a activităţilor: nu este în stare să meargă fără asistenţă/imobilizat la pat: are pierdută capacitatea de autoservire.

Restricţii complete de participare la viaţa socială

Necesită servicii de sănătate pentru tratament suportiv şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene şi de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

FUNCŢIILE ACTIVITĂŢII CORTICALE

legate de starea de conştienţă şi de controlul şi coordonarea mişcarilor 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 şi prin consecințele neurobiologice, cognitive, psihologice şi sociale ale acestei afecţiuni (ILAE 2005). De cele mai multe ori cauza epilepsiei este necunoscută.

Crizele convulsive reprezintă doar una din manifestările bolilor neurologice sau metabolice. Ele au numeroase cauze: genetică sau doar predispozitie genetică, traumatismele cerebrale, AVC, tumori, sevrajul la alcool sau droguri, episoade repetate

de hipoglicemie etc.
Crizele epileptice sunt recurente si 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).
In mod tradiţional, diagnosticul de epilepsie necesită apariţia a cel puţin 2 crize epileptice neprovocate.

Semne funcţionale clinice:.

- simptome preictale: aura (senzaţii subiective), tulburare de dispoziţie sau comportamentală înainte de criză
- semne ictale: vocale (ţipăt sau inspir zgomotos, vorbire neinteligibilă), motorii (versia ochilor sau capului, posturi anormale, rigiditate, mişcări ritmice, automatisme, mişcări focale sau generalizate), respiratorii (modificări ale ritmului respirator, apnee, cianoză), autonome (dilataţie pupilară, hipersalivaţie, tulburări de ritm cardiac sau respirator, incontinenţă sfincteriană, paloare, vărsături), pierderea cunoştinţei, incapacitate de comunicare verbală.
- Semne şi simptome postictale: amnezia evenimentelor, confuzie, somnolenţă, cefalee, dureri musculare, greaţă, vărsături, semne de traumatism al limbii prin muşcare, deficit motor focal (paralizia Todd).

Aspectul clinic al crizelor variază în raport cu valoarea funcţională 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 combinaţii.

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 conștiență*)
- *Crize cu debut generalizat:*
  - ***a)*** *motorii*
    - tonico-clonice
    - clonice

- tonice
- mioclonice-atonice
- mioclonice-tonice-atonice
- atonice
- spasme epieptice

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 susţinut pe anamneză, făcută atât bolnavului, cât şi aparţinătorilor care confirmă stările paroxistice de pierderea conştienţei, durata lor, tipul de criză, aspectul, frecvenţa, manifestările postcritice şi existenţa unor tulburări psihice; este susţinut deasemenea de biletele de ieşire 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 şi istoricul bolii.
Pentru aproximativ 70 % dintre pacienţi, crizele pot fi controlate prin medicaţie.
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 corespunzator și utilizate pentru o perioada 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 responsiv la tratament. Astazi, în ciuda disponibilității noilor medicamente antiepileptice terapiile medicamentoase au succes limitat la pacienții diagnosticați cu epilepsie farmacorezistentă. Aproximativ jumătate din pacienții diagnosticați cu epilepsie faramacorezistentă 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.

Investigaţii:

- EEG interictal, simplu şi 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 evidenţierea unor eventuale anomalii structurale, asociate cu riscul de recurenţă.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 şi paraclinice se poate confirma sau infirma diagnosticul de epilepsie.

2. Documentele medicale trebuie să obiectiveze <u>în mod obligatoriu</u>: existenţa crizelor, aspectul lor, frecvenţa lor, confirmarea clinică şi EEG, evoluţia bolii în sensul numărului de crize într-un interval de timp dat (sub tratament), existenţa tulburărilor psihice asociate (tulburare organică de personalitate, personalitate epileptoidă, psihoză epileptică).

3. Nu vor fi încadraţi în grade de invaliditate bolnavii la care documentaţia medicală nu conţine toate datele clinice şi 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 necomplianţi la tratament, sau la care există dovada unor factori precipitanţi identificabili şi corectabili în declanşarea crizelor (consumul de alcool, hipoglicemia, etc.).

<u>Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%</u>

Semne funcţionale clinice: Formele de epilepsie *responsive la tratament* sau *formele cu responsivitate nedeterminată* la tratamentul anticonvulsivant, cu frecvenţa crizelor rară (2-3 crize/an); se vor face recomandări riguroase privind regimul de viaţă, locul de muncă corespunzător contraindicaţiilor medicale specifice.

Fără limitarea activităţilor, bolnavul este în stare să îndeplinească singur sarcini obişnuite ale vieţii cotidiene cu o oarecare dificultate în realizarea acestora. Pot fi efectuate activităţi profesionale. Sunt contraindicate locurile de muncă care presupun periculozitate pentru

pacient şi anturaj: siguranţa circulaţiei, activităţile lângă surse de apă şi de foc, agregate în mişcare, obiecte tăioase, activităţile la înălţime, etc.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.
Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne funcţionale clinice: Formele de epilepsie *cu responsivitate nedeterminată* la tratamentul anticonvulsivant, ce prezintă crize generalizate sau focale frecvente şi în care sunt prezente manifestări psihice specifice intercritic cu intensitate medie. Se vor face recomandari pentru completarea investigatiilor si revizuirea tratamentului în vederea controlului crizelor.
Limitare moderată a activităţilor fizice ce presupun mişcarea, în cazul sechelelor motorii (schimbarea şi menţinerea poziţiei corpului; ducerea, deplasarea şi manipularea obiectelor; mersul şi deplasarea, deplasarea cu mijloacele de transport) bolnavul poate îndeplini anumite sarcini şi acţiuni necesare pentru angajarea în muncă. Are păstrată capacitatea de autoservire. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.
Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne funcţionale clinice: Formele de epilepsie rezistentă la tratament, cu crize generalizate sau focale, care nu răspund la tratamentul anticonvulsivant corect administrat şi monitorizat şi 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 activităţii prin limitarea marcată a mobilităţii bolnavului, a comunicării şi afectare severă a interacţiunilor şi relaţiilor interpersonale. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiţii speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parţial capacitatea de autoservire

Restricţii moderate/severe de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne funcţionale clinice: Formele de epilepsie în care crizele generalizate şi focale sunt frecvente, cu stări postcritice prelungite, sau stări subintrante frecvente ce necesită perioade mari de spitalizare şi supraveghere, în special datorită tulburărilor psihice grave, care pun în pericol viaţa bolnavului sau a anturajului.

Limitare severă a capacităţii de autoîngrijire şi autogospodarire datorită crizelor subintrante sau tulburărilor psihice grave, are capacitatea de autoservire pierdută.

Restricţii complete de participare la viaţa socială; necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenirea complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt

necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene + de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

Capitolul 8.

FUNCŢIILE PIELII

FUNCŢIILE PIELII

Cuantificarea tulburărilor care apar în funcţia pielii, de protecţie împotriva unor factori nocivi fizici, chimici şi biologici; de termoreglare; de secreţie si excreţie; în sensibilitatea tactilă, termică şi dureroasă; imunologic şi endocrin se realizează în raport de pierderea integrităţii funcţionale.

O serie de afecţiuni cutanate sunt asociate cu afectări ale organelor interne, sistemului neurvos sau sistemului osteo-articular, parte dintre aceste boli fiind incluse atât la capitolul legat de funcţiile pielii, cât şi la alte capitole, în concordanţă cu structurile deteriorate.

Elementele funcţionale care definesc funcţia pielii şi a structurilor aferente sunt:

Elemente clinice*:*leziuni cutanate specifice fiecarei entităţi clinice asociate cu manifestări generale în cadrul afecţiunilor cu evoluţie sistemică

Elemente funcţionale-investigaţii explorările paraclinice utile în evaluarea afecţiunilor pielii se vor selecta în funcţie de manifestările structurale:

- Examen dermatologic;
- Examen bioptic (în cazul în care sugerează malignitate);
- Puncţie-biopsie;
- Examen microscopic asupra produselor obţinute după răzuire;
- Culturi-antibiogramă;
- Vizualizarea pielii în camera întunecată cu lampă Wood;
- Teste de imunofluorescenţă (imunelectroforeză);
- Testări articulare;
- Examen radiologic (în cazul complicaţiilor articulare secundare);
- Alte explorări specifice afecţiunii descrise;
- Scala Psoriasis Activity Score Index (PASI $\leq$ 3: indică un psoriazis uşor, 3 < PASI $\leq$ 10: psoriazis moderat, 10 < PASI: psoriazis sever);

FUNCŢIA PIELII -legată de funcţia de apărare antimicrobiană, imunologică, hidratare, sensibilitate tactilă, dureroasă.

DERMATOZE BULOASE Cod CIM L10-L14

Deficienţă funcţională 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 funcţiei vizuale.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/Forme clinice:

- pemfigus vegetant în forme maligne, cu alterarea stării generale, fără răspuns terapeutic;
- pemfigus foliaceu cu tendinţă rapidă la generalizare, cu afectare viscerală (renală, pulmonară), cu infecţii secundare;
- pemfigoidul bulos cu febră, alterarea stării generale, cu complicaţii apărute ca urmare a tratamentului imunosupresor;

DERMATOZE ALERGICE

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice:

- urticaria cronică cu evoluţie de peste 1 an (în condiţii de tratament)
- prurigo cronic Besnier când se adaugă tulburări psihice reactive sau asocieri viscerale

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/*Forme clinice:*

- urticaria cronică, atunci când tratamentul cu corticoizi nu dă rezultate, afectează şi psihicul pacientului;
- prurigo cronic Besnier- în funcţie de intensitatea simptomelor, este însoţit de tulburări psihice sau asocieri visceral

DERMATITA CE CONTACT Cod CIM L23-L25

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice - dermatita de contact cu leziuni extinse, rezistente la tratament, cu determinări la distanţă

LICHENUL PLAN Cod CIM L43

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice- lichenul plan în perioada acută, cu leziuni extinse

PSORIAZIS Cod CIM L40

În psoriazis, pentru cuantificarea severităţii bolii şi pentru urmărirea eficacităţii tratamentului se foloseşte indicele PASI (Psoriasis Area and Severty Index). A fost introdus în 1978 de Fredriksson şi Pettersson şi constă în evaluarea următoarelor criterii: eritem (E), infiltrarea plăcii psoriazice (I) şi scuama (S).

Se foloseşte 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% suprafaţa afectată.
Se va tine cont şi de răspunsul la tratament, iar în eventualitatea unui tratament biologic (inhibitori sau blocanţi de alfa TNF), eventualele reacţii secundare (imunosupresie, riscul apariţiei sau reactivării unei tuberculoze, limfoame, agravarea unei insuficienţe. cardiace, apariţia lupusului eritematos.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne/Forme clinice:

- psoriazis eritrodermic sau pustulos în perioada de remisiune, cu suprafeţe mici afectate (PASI < 10)
- psoriazis palmo - plantar în perioada de remisiune

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice:

- psoriazis vulgar, eritrodermic sau pustulos cu suprafeţe mari afectate (PASI > 10), recidivante sau în tratament sistemic cronic
- psoriazis palmo-plantar în perioada de activitate
- psoriazis artropatic

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/Forme clinice - psoriazis în formele severe, care nu răspund la tratament, cu stare generală alterată (febră, astenie, artralgii, poliadenopatie)

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne/Forme clinice- psoriazis în forme severe, cu tulburări grave de gestualitate şi locomoţie

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 bronşic.

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne/Forme clinice - formele simple, fără afectare viscerală

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice - formele asociate, cu localizări viscerale şi/sau tulburări de gestualitate

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/Forme clinice - formele grave, cu stenoză cicatricială esofagiană, cu afectare retiniană şi/sau alte distrofii, în formele esofagiene cu stricturi esofagiene; (conform criteriilor de severitate de la capitolele respective vizînd, deficitul ponderal, afectarea funcţiei vizuale)

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne/Forme clinice - formele grave, cu stenoză cicatricială esofagiană, cu afectare retiniana şi/sau alte distrofii, în formele esofagiene cu stricturi esofagiene;

Evaluarea se realizează în funcţie de intensitatea tulburărilor de nutriţie (deficit ponderal) şi de afectarea funcţiilor acuităţii vizuale. (conform criteriilor de severitate de la capitolele respective)

LUPUS ERITEMATOS CRONIC

Afectează în egală masură toate funcţiile pielii. Boală autoimună multisistemică cu spectru larg de manifestări mergând de la manifestări strict cutanate până la afectare multivisceralã; afectarea cutanată este o manisfestare în cadrul bolii.

Evaluarea deficienţei funcţionale se va face conform criteriilor de la afecţiuni reumatismale.

PORFIRIA CUTANATĂ TARDIVĂ (PCT)

Sunt afectate în mare masură toate funcţiile 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 şi/sau neurologice. Există tipul I (dobîndit) şi tipul II (moştenit).

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice - Porfiria cutanată tardivă diseminată, asociată cu afectare hepatică

SCLERODERMIA

Afecteaza în egală masură toate funcţiile pielii.

Afecţiune autoimună a ţesutului conjunctiv de cauză necunoscută ce afectează pielea, vasele de sange şi organele interne. Manifestările cutanate vor fi apreciate în contextul stadiului evolutiv, conform criteriilor de la capitolul Afecţiuni reumatismale.

Deficienţă funcţională ***medie*** în cazul formelor cu Sd.Raynaud şi tulburări trofice;

deficienţă funcţională ***accentuată/gravă*** pentru formele la care de adaugă afectare viscerală).

DERMATOMIOZITA

Afecţiune caracterizată printr-o miopatie inflamatorie cu leziuni cutanate caracteristice

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Semne/Forme clinice - formele cu rush şi edem localizat.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice - formele diseminate la nivelul tegumentului, care asociază fenomene vasculitice, erupţii maculo-papuloase, dermatită eczematoidă sau exfoliativă, calcificări de părţi moi şi/sau miozită.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne /forme clinice - formele cu alterări avansate ale funcţiei motorii cu sclerodermie sistemică şi în formele cu afectare cronică şi generalizată, cu tulburări mari de gestualitate, tulburări ventilatorii restrictive severe, tulburări digestive, de deglutiţie, cu atrofii musculare; se vor consulta şi criteriile de la capitolul *Afecţiuni reumatismale*.

IHTIOZA EREDITARĂ

Afecţiune transmisă genetic, care debutează de obicei în copilărie

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/forme clinice - formele cu hiperkeratoză la plante sau/şi palme care limitează ortostatismul sau/şi gestualitatea.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/forme clinice - formele cu hiperkeratoză generalizată, epidermolitice (eritrodermia ihtioziformă congenitală buloasă) cu evoluţie îndelungată, care necesită tratament îndelungat > 1 an.

RADIODERMITE CRONICE

Sunt produse de radiaţiile ionizante (gamma şi X mai ales)

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/forme clinice - formele extinse, însoţite sau nu de afectarea gestualităţii segmentului respectiv

<u>Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%</u>

Semne/forme clinice - formele extinse, cu caracter mutilant, cu afectare bilaterală

ULCERUL CRONIC DE GAMBĂ

<u>Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%</u>

Semne/Forme clinice - modificări pigmentare, eczemă, lipodermatoscleroză, ulcer vindecat (CEAP-C4 bilateral sau CEAP- C5 bilateral).

<u>Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%</u>

Forma clinică - ulcer de gambă activ (CEAP- C 6)

VASCULITE

Caracterizate printr-o inflamaţie a vaselor sangvine (arteriale sau venoase) determinând alterarea peretelui vascular şi 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. Infecţia 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 funcţie de încărcarea bacilară, tuberculoza cutanată se clasifică în: forme multibacilare (şancrul primar, scrofuloderma, tuberculoza periorificială) şi forme paucibacilare (veruci tuberculoase, lupus vulgaris facial sau generalizat). Reinfecţia este posibilă.

Tuberculoza cutanată beneficiază de tratament tuberculostatic, tratament chirurgical specific şi chirurgie cosmetică reconstructivă în cazul cicatricilor mutilante.

Deficienţa funcţională se apreciază astfel:

- În formele de tuberculoză cutanată primare deficienţa funcţională se apreciază în funcţie de răspunsul la tratament, de localizarea şi severitatea sechelelor.
- În localizările secundare, deficienţa fucţională se apreciază în funcţie 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 tendinţă la creştere şi invadare, al căror aspect HP asociază proliferări vasculare, celule fuziforme şi un infiltrat limfo-plasmocitar, în proporţii variabile în funcţie de stadiul evolutiv. Importantă este forma clinică, contextul apariţiei (asociată unei imunosupresii iatrogene, forma epidemică SIDA).

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice - formele cu leziuni cutanate asociate cu determinări extracutanate (ganglionare, osoase, viscerale - asociate la un singur organ)

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/Forme clinice - formele cu tulburări ale funcţiilor motorii, determinate de deformări, amputaţii şi/sau existenţa leziunilor viscerale multiple, în special cele digestive

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne/Forme clinice - formele cu tulburări funcţionale grave

NEUROFIBROMATOZĂ RECKLINGHAUSEN

Este o genodermatoză cu transmitere autozomal dominantă, putând afecta procesul de învăţare, memoria, plasticitatea sinaptică, creşterea celulară şi proliferarea celulară.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice - formele cu afectare de nervi periferici, cerebrală.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/Forme clinice - evaluare în raport de intensitatea tulburărilor funcţionale neurologice, psihice, locomotorii, digestive generate de afectarea funcţiei respective.

TUMORI MALIGNE CUTANATE Cod CIM C43-C44

Se va ţine cont de localizarea, subtipul histologic, profunzimea Breslow, nivelul Clark (5 stadii), rata mitotică, faza de creştere radială versus verticală, ulceraţia, regresia, satelitoza, neurotropismul, nevii coexistenţi şi împrăştierea angiolomfoidă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice

- afectare medie: leziuni cu extindere > 20 cm^2

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/Forme clinice

- afectare severă: N > 1, M = 1(indice Breslow şi Clark)

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne/Forme clinice

- formele cu metastazare la organe interne, inoperabile, cu pierderea capacităţii de autoservire şi cu necesitatea de îngrijire permanente

LIMFOAME MALIGNE

Există două entităţi clinice: Micozis Fungoides (MF) este un limfom cutanat primitiv, epidermotrop, care rezultă din proliferarea limfocitului T, de obicei CD4 şi 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 pacienţilor sunt vârstnici, având între 60 şi 70 de ani. Definit clinic ca triada: eritrodermie, adenopatie generalizată şi prezenţa de cel T neoplazice (cel Sezary) în tegument şi sângele periferic.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/Forme clinice

Formele cu leziuni cutanate asociate cu determinări extracutanate (ganglionare, osoase, viscerale - asociate la un singur organ).

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/Forme clinice - afectare severă (sindrom Sezary)

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne/Forme clinice

Formele cu metastazare la organe interne, inoperabile, cu pierderea capacităţii de autoservire şi cu necesitatea de îngrijire permanentă

SECHELELE MAJORE ALE ARSURILOR COMPLEXE

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Semne/forme clinice:

- cicatrici deformante ale unui membru superior, cu redoare strânsă sau anchiloză de umăr şi cot, asociată sau nu cu tulburări neurologice, cu afectarea moderată a prehensiunii şi manipulaţiei;
- deformări, redori şi anchiloze de mâini bilateral;
- amputatia policelui de la nivelul unei mâini, asociată cu cicatrici deformante, cu imposibilitatea realizării prehensiunii, cu păstrarea integrităţii funcţionale a membrului contralateral;
- afectare moderată a prehensiunii la nivelul ambelor mâini prin leziuni la nivelul degetelor II, III, IV si V de tipul: anchilozelor articulare, amputaţii digitale parţiale, afectărilor tendoanelor flexoare şi extensoare cu deformări digitale (deget în butonieăa, deget în gât de lebădă),

- asocierea de leziuni ale policelui şi a maximum două alte degete de la nivelul aceleaşi mâini ce determină o afectare moderată a prehensiunii, cu bride cicatriceale extinse la nivelul articulaţiei cotului sau umărului care reduc mobilitatea (flexie/extensie, pronaţie/supinaţie, abducţie/adducţie) membrului afectat cu până la 50% din amplitutinea fiziologică;
- cicatrici deformante ale membrelor inferioare, cu redoare strânsă sau anchiloză de gleznă, bilateral sau redoare strânsă sau anchiloză de genunchi sau şold, unilateral;
- alte tulburări neurologice, amputaţii ale membrelor superioare sau inferiore, fără alte deficienţe asociate, conform încadrării de la capitolele respective.

Afectările osteoarticulare nu împiedică ortostatismul, dar deplasarea pe distanţe mari se realizează cu dificultate, necesitând dispozitive ortopedice pentru a preveni deteriorarea articulaţiilor supradiacente şi/sau controlaterale.

- cicatrici deformante, redori ale extremităţii cefalice şi /sau toracelui, cu afectareauşoar/medie a funcţiei de respiraţie, fonaţie, masticaţie şi deglutiţie;
- cicatrici postcombustionale localizate la nivelul fetei daca suprafata acesteia depăşeşte 50% suprafaţa feţei fără afectări funcţionale, asociate sau nu cu cicatrici postcombustionale localizate la nivelul scalpului, cu alopecie restantă ce depăşeşte 50 % din suprafata scalpului;
- cicatrici postcombustionale localizate la nivelul pleoapelor ce determină modificări moderate ale ocluziei palpebrale cu răsunet asupra funcţionalităţii oculare pe termen lung (obiectivate de medicul oftalmolog) ce necesită tratament chirurgical de corectare, până la soluţionarea chirurgicală;
- cicatrici postcombustionale localizate la nivelul regiunii nazale cu afectare moderată a respiraţiei din cauza devierii cicatriceale a septului, precum şi a asimetriei narinare cicatriceale – leziuni ce necesită tratament chirurgical de corectare, până la soluţionarea chirurgicală;
- cicatrici postcombustionale localizate la nivelul buzelor ce determină modificări moderate ale alimentaţiei, procesului de masticatie, pronunţie, constând în limitarea deschiderii şi ocluzia incompletă, dar fără afectarea stării nutriţionale a pacientului – leziuni ce necesită tratament chirurgical de corectare, până la soluţionarea chirurgicală.
- deficienţa medie vizuală, respiratorie, renală, hepatică, conform încadrării de la capitolele respective.

Limitări de activitate: orice activitate cu evitarea expunerii la soare, variaţii termice
Restricţii de participare**:** fără restricţii cu condiţia de a se asigura îmbrăcăminte adecvată.
Preocupare pentru şi igienă personală

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Semne/forme clinice

- cicatrici deformante ale membrelor superioare, cu afectări articulare de umăr şi cot, bilaterale, cu reducerea mobilităţii cu până la 75% din amplitudinea fiziologică, cu limitarea severă a manipulaţiei;
- bride cicatriceale, afectări articulare localizate la nivelul articulaţiei cotului sau umărului, unilateral, care reduc mobilitatea(flexie/extensie, pronaţie/supinaţie, abducţie/adducţie) membrului afectat cu peste 90% din amplitudinea fiziologică;

- asociere de cicatrici deformante şi/sau afectări articulare ale unui membru superior cu cele ale cele ale unui membru inferior care determină limitări severe atât ale gestualităţii şi manipulaţiei, cât şi a locomoţiei, 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 mobilităţii, necesitând sprijin extern pentru menţinerea ortostatismului şi a deplasării şi o limitare parţială a capacităţii de autoservire;
- amputatia policelui de la nivelul ambelor maini, asociată cu deformări sau amputaţii parţiale ale celorlalte degete, ce determina incapacitatea realizării prehensiunii bilateral;
- afectare severă a prehensiunii la nivelul ambelor maini prin leziuni digitale multiple (minimum 3 degete), de tipul: anchilozelor articulare, amputatiilor digitale parţiale, afectărilor tendoanelor flexoare si extensoare cu deformărilor digitale (deget în butonieră, deget în gât de lebădă) şi cu limitarea mişcării în articulaţiile supradiacente;
- asocierea de leziuni ale tuturor degetelor de la nivelul aceleaşi mâini (incluzând policele) ce determină o afectare severă a prehensiunii cu bride cicatriceale şi afectări articulare localizate la nivelul articulaţiei cotului sau umărului, care reduc mobilitatea membrului afectat cu până la 75% din amplitutinea fiziologică;
- cicatrici poatcombustionale localizate la nivelul feţei dacă suprafaţa acestora depăşeşte 75% din suprafaţa feţei cu afectări funcţionale evidente (afectarea ocluziei palpebrale, a respiraţiei şi alimentaţiei) asociate sau nu cu cicatrici postcombustionale localizate la nivelul scalpului cu alopecie restantă ce depăşeşte 75% din suprafaţa scalpului;
- cicatrici postcombustionale localizate la nivelul pleoapelor ce determină modificări severe ale ocluziei palpebrale cu răsunet asupra funcţionalităţii oculare pe termen scurt, mediu şi lung (obiectivate de medicul oftalmolog), ce necesită tratament chirurgical de corectare, până la soluţionarea chirurgicală;
- cicatrici postcombustionale localizate la nivelul regiunii nazale cu afectare severa a respiraţiei din cauza devierii cicatriceale a septului, precum şi a asimetriei narinare cicatriceale, leziuni ce implică efectuarea de intervenţii chirurgicale multiple, până la soluţionarea chirurgicală;
- cicatrici postcombustionale localizate la nivelul buzelor, care determină modificări severe ale proceselor de masticaţie, deglutiţie şi fonaţie, constând în limitarea deschiderii şi ocluzie incompletă, ce determină modificări ale statusului nutriţional al persoanei şi necesită tratament chirurgical de corectare, până la soluţionarea chirurgicală;
- cicatrici postcombustionale localizate la nivelul buzelor şi cavităţii bucale incompatibile cu deglutiţia şi fonaţia, ce necesita intervenţii chirurgicale multiple; stome definitive;
- alte tulburări neurologice, amputaţii de membre superioare sau/şi inferioare, conform încadrării de la capitolele respective;
- deficienţa accentuată vizuală, respiratorie, renală, hepatică, conform încadrării de la capitolele respective;

În situaţia asocierii a două sau mai multe deficienţe, dintre care una este un handicap fizic, pentru perioade limitate, până la corecţia terapeutică a acestor deficite, încadrarea în grad de invaliditate se poate stabili la un grad superior.

Limitări de activitate*:* activităţi fizice uşoare, în condiţii de confort organic, evitarea mediului prea cald, umed, uscat, cu substanţe iritante pentru piele. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.

Restricţii de participare**:** asigurarea unui mediu socio-familial şi de igienă care să nu agraveze afectarea funcţiilor de protecţie şi reparatorii ale pielii.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Semne/forme clinice

- cicatrici deformante generalizate sau/şi afectări musculo-tendinoase ale membrelor inferioare şi superioare sau/şi ale articulaţiilor mari – şold, genunchi bilateral, în stadiul sever, în cursul terapiei de reabilitare sau neoperabile sau cu complicaţii tardive postoperatorii, în afara resurselor terapeutice, care determină limitarea totală a ortostatismului şi locomoţiei, necesitând fotoliu rulant pentru deplasarea în interiorul sau exteriorul locuinţei sau imobilizare totală şi sprijin din partea altei persoane pentru autoservire;
- amputaţia tuturor degetelor de la ambele mâini, asociate cu bride cicatriceale şi afectări articulare, la orice nivel al membrelor superioare;
- amputaţia unui membru superior la orice nivel, asociată cu limitarea totală de prehensiune şi manipulaţie la membrul contralateral.
- tulburări neurologice, amputaţii, care generează o deficienţă funcţională 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 feţei, care afectează sever ocluzia palpebrală, cu leziuni conjunctivale, corneene sau ale altor structuri ale ochiului, exprimate prin pierderea acuităţii vizuale, obiectivate prin consult oftalmologic.

Deficienţă gravă vizuală, respiratorie, renală, hepatică, se realizează conform încadrării de la capitolele respective.

Limitări de activitate: limitarea majoră a gestualităţii şi/sau locomoţiei, care determină limitarea capacităţii de autoservire pentru majoritatea activităţilor curente.

Restricţii de participare: Restricţii complete de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament, eventual furnizarea de tehnologii ajutătoare şi a altor echipamente adaptate. Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene ± de îngrijire personală pentru activităţile de bază.

Scala de apreciere a gradului de impact al procesului cicatricial asupra calităţii vieţii pacientului - BSHS-R (Revised Burn-Specific Health Scale).

indice BSHS-R	extrem	pronunţat	moderat	puţin	absent
pierderea abilităţii funcţionale de lucru	0	1	2	3	4
pierderea capacităţii de lucru	0	1	2	3	4
pierderea aspectului corpului	0	1	2	3	4
relaţionarea interpersonală	0	1	2	3	4
activitatea interpersonală	0	1	2	3	4
termoreceptia	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 vieţii (grav)

8-15 puncte - calitatea vieţii sever pierdută (accentuat)

16-21 puncte – calitatea vieţii pierdută moderat (mediu)

22-28 puncte – calitatea vieţii neschimbată

Capitolul 9.

FUNCŢIILE SISTEMELOR ÎN BOLILE PROFESIONALE

Criterii de încadrare în grad de invaliditate în bolile profesionale

Pneumoconioze colagene şi mixte - diagnostic stabilit de către comisiile medicale de pneumoconioze din clinici/secţii/compartimente de medicina muncii aflate în structura spitalelor publice.

SILICOZA Cod CIM J62.8.

AZBESTOZA Cod CIM J61

Deficienţă funcţională uşoară, 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 disfuncţie ventilatorie, disfuncţie ventilatorie uşoară/moderată (VEMS 80- 60 % din prezis), schimburi gazoase normale sau hipoxemie uşoară la efort (SaO_2 99-95%) eventual reducerea uşoară a factorului de transfer gazos, reducere uşoara a capacităţii de efort (5- 7METs).

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Silicoza (3 p,q,r), silicoza (ax), azbestoza (3 s,t,u), azbestoza (ax) disfuncţie ventilatorie moderată/severă (VEMS 59- 40 % din prezis), hipoxemie uşoară/ moderată la efort (SaO_2 90- 94 %), reducere uşoară/moderată a factorului de transfer gazos, capacitatea de efort moderat scăzută (VO_2 estimat 3METs- 5METs).

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Silicoza (A,B,C) - fibroză masivă, progresivă, silicotuberculoza- asocierea unui proces tuberculos activ.

Deficienţă funcţională gravă, incapacitate adaptativă 90-100%

Forme clince cu evoluţie severă cu simptome şi semne de insuficienţă respiratorie cronică disfuncţie ventilatorie foarte severă (VEMS < 30 % din prezis), paO_2< 50 mmHg, $paCO_2$ > 50 mmHg, SaO_2 sub 88 %, necesită oxigenoterapie de lungă durată.

Observaţie. 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 neconcordanţe între stadiul radiologic şi tabloul funcţional respirator, stabilirea deficienţei funcţionale se va face în funcţie de nivelul parametrilor funcţionali respiratori. Se vor avea în vedere particularităţile clinice şi evolutive ale acestei afecţiuni: există frecvent neconcordanţe între stadiul radiologic şi severitatea afectării funcţiei ventilatorii; evoluţia este ireversibilă, severă slab influenţată de tratament.

Bolile profesionale din Tabelul cu Bolile Profesionale cu Declarare Obligatorie *, altele decât pneomoconiozele, respectă criteriile de la capitolele respective care privesc organele, aparatele sau sisteme afectate.

** Bolile profesionale cu declarare obligatorie din tabelul prevăzut în anexa nr. 22 la Hotărârea Guvernului nr. 1425/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006, cu modificările și completările ulterioare*

Capitolul 10

Funcţiile sistemelor în afectarea neoplazică

FUNCŢIILE SISTEMELOR ÎN AFECTAREA NEOPLAZICĂ Cod CIM C00-C96

Evaluarea clinico-funcţională pentru stabilirea deficienţei funcţionale în afecţiunile neoplazice va fi axată pe funcțiile afectate, tratament (curativ, paleativ, 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" in care clinic, biologic și imagistic nu se constată formatiuni 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 susceptbili a fi interesați de celulele tumorale, eventual excizia a unui număr limitat de metastaze.
    d. chimio și/sau radioterapie adjuvantă: creste 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,
        - GoserelinTriptorelin, 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 in melanomul avansat operat cu mutaţie BRAF
        - Tratament anti-EGFR: Osimertinib în neoplasme bronhopulmonare complet operate, în situaţia prezenţei mutaţiei activatoare EGFR
    g. agenți biologici (anticorpi monoclonali):
        - Tratament anti HER2: Trastuzumab şi 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
        - Instilaţii 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 supravietuirii:
    a. radioterapie paliativă cu scop hemostatic, antalgic sau decomprensiv
    b. tratament cu bisfosfonați 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. Situatii particulare: deficite locomotorii sau de sisteme (renal, hematopoietic, respirator etc) ca urmare a intervențiilor chirurgicale, chimioterapiei sau radioterapiei
7. Pacienti cu supraviețuire estimată de <12 luni față de data curentă

    NB: - supraviețuirea medie în cazuri metastatice de cancer colo-rectal, mamar, ovarian nu depășeste 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≤16
9. Sechele definitive: 1. orice stomii: traheostoma, colostoma, nefrostome, gastrostoma
    2. limfedem , elefantiazis .
10. Formatiuni tumorale maligne intracraniene prezente
11. Tratamentul antalgic treapta III (OMS: Morfina, Oxycodona, Fentanyl, Hidromorfon, Petidina, Metadona)

Elemente funţionale

Elemente clinice-simptome:

Elemente funcţionale- 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.

Relaţia deficienţă funcţională-incapacitate adaptativă-capacitate de muncă şi gradele de invaliditate corespunzătoare

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

Deficienţă funcţională uşoară, incapacitate adaptativă 20-49%

Forme clinice vindecate, cu sechele funcționale uşoare la nivelul concret al unor aparate şi 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 activităţilor sau limitare uşoară:pot efectua activităţi fizice cu consum energetic <7METs, activitate profesională posibilă, cu excepţia muncilor grele-foarte grele . Fără restricţii de participare la viaţa socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ, prevenția sau reducerea riscului cardiovascular. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

Forme clinice aflate în cursul tratamentului oncologic cu intentie curativă (inclusiv terapii adjuvante)/după tratament în prezența unor deficiente functionale semnificative (Hb ≤ 10g/dl, leucocite ≤ 3000/mm³, trombocite ≤ 100000/mm³, creatinina ≥ 1,5 mg/dl, ALAT sau ASAT ≥ 3 ori limita maximă normală, BT ≥ 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 dupa gradul II

- limfedem usor (circumferinta unui membru crescuta cu cel putin 20 % fata de membrul

contralateral)

- sindroame algice moderate aflate în curs de tratament opioid usor – treapta II OMS (tramadol, codeină, dihidroceodeină)

Investigaţii: *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 activităţilor fizice**:** pot efectua activităţi fizice şi profesionale cu consum energetic < 6-5METs, vor fi evitate activităţile medii, grele (Tabel 3*)*

Indice de performanţă (IP) 1

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi prevenţia complicaţiilor. Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

Tratament oncologic cu intentie 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 deficienta functionala medie pentru alte 24 luni

Tratament oncologic cu intentie paliativa raspuns terapeutic bun, simptomatologie bine controlata, curba ponderala constanta

- limfedem mediu (circumferinta unui membru crescuta cu cel putin 30 % fata de membrul contralateral)

Investigaţii: *referat medical oncologic* care precizează stadiul bolii, forma clinică, tratament, analize de laborator (biologice, biochimice), ecografia generală, radiografie pulmonară

Limitarea moderată/severă a activităţilor: pot fi efectuate activităţi fizice şi activităţi profesionale cu consum energetic < 3-4METs, este păstrată parţial capacitatea de autoservire.

Indice de performanţă (IP) =2

Fără restricţii de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicaţiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.

Deficienţă funcţională 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: - supravietuirea medie in cazuri metastatice de cancer colo-rectal, mamar, ovarian nu depaseste 24-36 luni iar in cancere pulmonare, eso-gastrice, de vezica urinara, pancreatice metastazate supravietuirea medie este de sub 12 luni. Intervalele de timp sunt considerate din momentul constatarii prezentei metastazelor.

Cașexie neoplazică/denutriție IMC ≤ 16

Stomiile: **colostoma, nefrostoma, gastrostoma** în funcție de starea clinică a pacientului, gradul de afectare a funcțiilor implicate şi comorbiditățiile asociate, pot fi încadrate în gradul I, II sau III de invaliditate.

Elefantiazis membre inferioare cu tulburări importante de locomoție;

Formațiuni tumorale maligne intracraniene metastatice;

În cursul tratamentului antalgic treapta III (OMS: Morfina, Oxycodona, Fentanyl, Hidromorfon, Petidina, Metadona);

Investigaţii: *referat medical oncologic* care precizează stadiul bolii, forma clinică, tratament. Limitarea severă/completă a activităţilor***:*** nu pot efectua activităţi cotidiene. *Indice de performanţă (IP) = 3 sau 4*

Restricţii complete de participare la viaţa socială.

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

Sunt necesare servicii de asistenţă socială pentru activităţile instrumentale ale vieţii cotidiene ± de îngrijire personală pentru activitățile de bază.

Capitolul 11

Funcţiile sistemelor în boli rare

Bolile rare sunt afectări multisistemice şi 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 şi/sau B**, **defecte ale fagocitelor şi celulelor NK** sau ale **sistemului complement**.

Sunt afecțiuni care se caracetrizează prin creşterea susceptbilității la infecții (infecții severe, frecvente, cu germeni oportuniști), rezistente la tratamentul antibiotic, la care se pot asocia boli autoimmune, neoplazii limfoide sau cu altă localizare, malformații osoase, defecte ale dentiției.

Severitatea IDP este determinată de numărul, severitatea şi 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 precízează 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 in unele aspectele ale muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă, dacă acestea presupun solicitări energetice medii şi dacă se desfăşoară în mediu fără noxe şi în condiții corespunzătoare de microclimat.

Activitatea profesională se poate desfăşura doar în condiții speciale fără expunere la factori care predispun la infecții microbiene (temperaturi extreme, umezeală).

Fără restricții sau restricții uşoare de participare la viața socială.
Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi recuperator.
Pot fi necesare servicii de educație şi formare, de consiliere vocațională şi 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 partial la tratamentul antibiotic**
- **Prezența unei afecțiuni autoimune**
- **Asocierea unei neoplazii/malformație**

Limitarea moderată/severă a activităților.
Pot fi efectuate activități fizice uşoare/sedentare.
În general nu pot fi efectuate activități profesionale;.
În unele cazuri activitatea profesională se poate desfăşura doar in condiții speciale* în funcție de natura afectării şi 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 şi al complicațiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

ANGIOEDEM EREDITAR (AGE)

Este o boală genetică rară manifestată prin episoade recurente de edem la nivelul tegumentelor şi 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 şi apariția şi intensitatea simptomelor. Severitatea bolii este dată de numărul atacurilor de AGE şi 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 in unele aspectele ale muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă, dacă acestea presupun solicitări energetice medii şi dacă se desfăşoară în mediu fără noxe şi în condiții corespunzătoare de microclimat.

Activitatea profesională se poate desfăşura 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 uşoare de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi recuperator.

Pot fi necesare servicii de educație şi formare, de consiliere vocațională şi 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 sauabdominal**

Limitarea moderată/severă a activităților. Pot fi efectuate activități fizice ușoare/sedentare. Pot fi efectuate activităţi profesionale în condiții speciale, cu adaptarea locului de muncă. Este păstrată parțial capacitatea de autoservire.
În unele cazuri activitatea profesională se poate desfăşura doar in condiții speciale* în funcție de natura afectării şi 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 şi at complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

MASTOCITOZA (MS)

Mastocitozele sunt un grup heterogen de boli caracterizate prin prezența de mastocite (MC) anormale in diferite organe sau țesuturi precum pielea, măduva osoasă, tubul digestiv, oasele şi altele. Este încadrată în grupa bolilor rare. Nu există o relație directă între masa mastocitară totală şi apariția şi intensitatea simptomelor. Apariția acută de simptome este produsă de agenți fizici (frecarea leziunilor sau schimbări bruşte de temperatură - cald sau rece), stres fizic şi emoțional, medicamente, mirosuri naturale, chimice, parfumuri sau arome, venin de albine şi 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 şi în echipă. Fără restricții de participare la viața socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament şi prevenirea unor posibile complicații şi recidive. Pot fi necesare servicii de educație şi formare, consiliere vocațională şi de angajare in muncă.

Deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

- **MS indolentă/ MS medulară**

Limitarea moderată a activitătilor fizice. Pot fi efectuate activități profesionale organizate, zilnice, cu implicare în unele aspectele ale muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipa, dacă acestea presupun solicitări energetice medii şi dacă se

desfăşoară in mediu fără noxe şi în condiţii corespunzătoare de microclimat.

Activitatea profesională se poate desfăşura doar în condiţii speciale fără expunere la triggeri care pot declanşa descărcare de mediatori de către mastocit: stimuli fizici (căldura, frig, frecarea leziunilor cutanate, presiune, schimbări bruşte de temperatură, mâncarea picante), mirosuri naturale, chimice, parfumuri sau arome, stressul emoţional, fizic inclusiv durere sau mediul înconjurator (poluarea, schimbările climatice, polenul, părul de animale), oboseala, lipsa somnului, înţepăturile de himenoptere sau expunerea la substanţe toxice

Fără restricţii sau restricţii uşoare de participare la viata socială. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi recuperator.

Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

Deficienţă funcţională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%

- **MS smoldering**

Limitarea moderată a activităţilor. Pot fi efectuate activităţi fizice uşoare/sedentare.

Activitatea profesională se poate desfăşura doar în condiţii speciale fără expunere la triggeri care pot declanşa descărcare de mediatori de către mastocit: stimuli fizici (căldura, frig, frecarea leziunilor cutanate, presiune, schimbări bruşte de temperatură, mâncarea picante), mirosuri naturale, chimice, parfumuri sau arome, stressul emotional, fizic inclusiv durere sau mediul înconjurator (poluarea, schimbările climatice, polenul, părul de animate), oboseala, lipsa somnului, înţepăturile de himenoptere sau expunerea la substanţe toxice.

Este păstrată parţial capacitatea de autoservire.
Restricţii moderate de participare la viaţa socială.

Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi al complicatiilor, servicii de îngrijire şi reabilitare pe termen lung.
Pot fi necesare şi unele servicii generale de suport social.

REACŢII ALERGICE LA ALIMENTE

Sunt reacţii imediate induse de un răspuns imun IgE mediat declanşate de ingestia de aliment. **Severitatea reacţiilor alergice** imediate IgE mediate induse de alimente se stabileşte pe baza severităţii manifestărilor clinice (gradele 1-5, conform clasificării Organizaţei Mondiale de Alergologie din 2020), necesitatea utilizării adrenalinei pentru tratamentul imediat al reacţiei alergice, cantitatea de aliment care declanşează reacţia alergică.

Investigaţii: *referat medical redactat de medicul specialist Alergologie și imunologie clinică*, care precizează stadiul bolii, forma clinică, date despre tratament, anual

Deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%

- **Reacţii alergice induse de expunerea la aliment gradul 3, 4 şi 5**

Fără limitarea activităţii fizice. Pot fi efectuate activităţi profesionale organizate, zilnice,

cu implicare în unele aspectele ale muncii, cu finalizarea acestora, independent şi în echipă, dacă se desfăşoară în mediu fără noxe şi în condiţii corespunzătoare de microclimat.

Activitatea profesională se poate desfăşura doar în condiţii speciale fără expunere la alimentul declanşator.

Restricţii uşoare de participare la viaţa socială, de încadrare în colectivităţi şi grupuri sociale. Necesită servicii de sănătate pentru tratament curativ şi recuperator.

Pot fi necesare servicii de educaţie şi formare, de consiliere vocaţională şi de angajare în muncă.

INVALIDITĂŢILE CARE AFECTEAZĂ IREVERSIBIL CAPACITATEA DE MUNCĂ

A. La prima expertizare

1. Afecţiunile oftalmologice care duc la scăderea acuităţii vizuale sub 1/25, în stadiul irecuperabil medical sau chirurgical;
2. Surdomutitatea;
3. Amputaţiile de membre toracale (antebraţ, braţ, mână) sau de membre pelvine (coapsă, gambă, picior) ;
4. Spondilita anchilozantă în formă avansată(prinderea coloanei cervicale/prinderea centurilor);
5. Poliartrita cronică deformantă, cu impotenţă funcţională accentuată, rebelă la tratament;
6. Anchiloza de şold, genunchi, uni sau bilaterală, anchiloza de gleznă bilaterală;
7. Ciroza hepatică, cu insuficienţă hepatică ireductibilă;
8. Insuficienţa cardiacă cu fracție de ejecție aub 25%;
9. Hipertensiunea pulmonară severă, cu complicaţii grave, ireversibile;
10. Insuficienţa respiratorie cronică, cu indicaţie de oxigenoterapie de lungă durată;
11. Insuficienţa renală cronică, în stadiul de uremie depăşită prin mijloace de epurare extrarenală (hemodializă, dializă peritoneală, plasmafereză, hemofiltrare arterio-venoasă continuă);
12. Afecţiunile neoplazice cu metastaze fără răspuns la tratment după 12 luni;
13. Afecţiunile genetice care determină deficienţă funcţională 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 şi modificări trofice (Charcot - Marie, boala Frederich etc);
18. Eredoataxiile (boala Pierre-Marie, degenerative etc.);
19. Distrofiile musculare progresive;
20. Coreea Huntington;
21. Demenţa – stadiu sever;
22. Retardarea mentală severă şi 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 şi deficite motorii definitive, anchiloze secundare, tulburări de coordonare, vorbire, tulburări de vedere;
3. Para- şi tetraplegiile secundare post-traumatisme vertebro-medulare, tumori etc., cu sau fără secţiune medulară, irecuperabile sub tratament;
4. Miastenia gravis, forma avansată, cu tulburări de deglutiţie, fonaţie şi cu crize respiratorii frecvente, fără răspuns la tratament;
5. Deficite motorii şi/sau afaziile definitive sechelare – AVC, tumorale (evoluţie staţionară 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 evolutie nefavorabila, fară 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 diagnosticări.
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 capacitatii de muncă redus, obligatoriu documentate prin acte medicale.

TABELE

Tabel 1. ***Aprecierea statusului cardiovascular***

Clasa NYHA	**Clasificarea funcţionala NYHA a insuficenţei cardiace**	**Clasificarea canadiană a anginei pectorale**	**Scala de activitate după Goldman**
I	Activitatea fizică obişnuită nu determină oboseală, palpitaţii, dispnee sau angină	Activitatea fizică obişnuită nu determină angină, angina apare la eforturi mari sau prelungite 7-8METs	Pacientul poate efectua activităţi fizice cu consum, energetic peste 7METs
I I	Limitare moderată a activităţii fizice; activitatea obişnuită poate determina oboseală, palpitaţii, dispnee sau angină; fără simptome în repaus	Durere la activităţi fizice moderate 5-6METs (urcat scările sau un deal, mers în frig, stress emoţional	Pacientul poate efectua efort fizic cu un consum energetic între 5-7METs
III	Limitare marcată a activităţii fizice; fără simptome în repaus, dar efortul fizic minim determină dispnee.	Limitarea marcată a activităţii fizice prin apariţia 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 şi în repaus.	Incapacitatea de a efectua efort fizic; durerea poate apare şi 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):

Funcţie sistolică	**Fracţie de ejecţie**
Funcţie sistolică normală	FE > 55%
Disfuncţie sistolică uşoară	FE = 45-54%
Disfuncţie sistolică moderată	FE = 30-44%
Disfuncţie sistolică severă	FE < 30%

Tabel 3. Clasificarea muncii după cerinţele energetice

Munca	Intensitatea absolută(METs)	
	Tînăr (20-39ani)	Vărstă medie(40-64 ani)
Foarte uşoară	<2,4	<2
Uşoară	2,4-4,7	2-4
Moderată	4,8-7	4-6
Grea/ foarte grea	>7	>6

Adaptat după: Clasificarea muncii după cerinţele energetice-Zdrenghea D Testarea de stress în cardiopatia ischemică Ed.Sincrom 1993 şi 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 Phyiycal 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 şi de atunci a fost revizuit şi actualizat în repetate rânduri(2000,2011,2020), procesul fiind reluat pe măsura acumulării dovezilor ştiinţifice. Scopul principal al Compendiului a fost elaborarea unui sistem standardizat de clasificare a activităților fizice pe baza consumului energetic şi de a pune la dispoziția cercetătorilor date care să asigure consistența şi validitatea studiilor.

Compendiul cuprinde un sistem de codificare pe cinci categorii şi tipuri de activități fizice asociat cu valoarea consumului energetic măsurat în echivalenți metabolici (MET). Prin datele oferite, Compendiul este deopotrivă un instrument util pentru practicieni din diverse domenii care ajută la evaluarea activităților fizice curente sau pentru recomandarea nivelului de efort corespunzător. Activitățile fizice codificate şi 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 şi consum energetic corespunător. Pe baza datelor oferite se pot face recomandări adecvate privind intensitatea şi 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 dispositive 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 dispositive 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 solicitari și riscul profesional
Curățenie, îngrijire	Camerista,nursing (ex.aranjarea patului)	2	
Curățenie, îngrijire	Șters praf, aspirat suprafete mici, curatenie grup sanitar	2,5	
Agricultură	Condusutilaje agricole,irigatii, supraveghere animale,	2,5	Se vor avea în vedere condițiile ambientale ale locului de muncă, expunerea la noxe
Industrie	Supraveghere utilaje mari, manipularemacarale, intreținere 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 greutăți (mici)
Deplasare cu purtare de greutăți	Viteza de 3-4 km/ora, eventual cu purtare de greutăți de până la 10-11 kg	3	Poate fi deplasare spre/ de la locul de muncă sau în timpul activității
Întreținerea locului de muncă	Așezareaînordine 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	Asamblaredepiese în ritm rapid, ridicare de greutăți (5- 10 kg)	3,5	În pozitie ortostatică, dar *intermitent!*
Deplasare fără purtare de greutăți	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 gradină	Plantat plante mici, plivit, etc.	4	
Activități industriale	Infiletare – găurire	4	
Ridicare și purtare de greutăți	Ritmic, continuu	4	
Agricultură	Hranit, adăpat animale, cărat apa, livadă	4,5	Poziție ortostatică, cu sau fără deplasare posturală*, ocazional ridicare și purtare de greutăți
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	
Industrie	Presăpentrugăurire,industria metalurgică	5	
Deplasarecu purtarede greutăți	Includeortostatismprelungit, coboratulscărilor, purtarede greutăți de 10-20 kg	5	

Industrie	Industriemetalurgică,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
Șantiere construcții, Construcții de drumuri	Condus utilaje grele, îndepartarea deșeurilor, ciocan pneumatic, freză de mareputere, turnare ciment	6	Se vor avea în vedere condițiile ambientale, expunereala noxe, alte tipuri de solicitări și riscul profesional
Minerit	Activități generale	6	Se vor avea în vedere condițiile ambientale, expunereala noxe, alte tipuri de solicitări și riscul profesional
Forestier	Plantare manuala	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	Conduscamion, încarcare - descarcare camion	6,5	
Deplasare cu sau fără purtare de greutăți	Inclusivcoborârea scărilor, 25-30 kg.	6,5	
Minerit	Încarcare vagoneți cu lopata	7	
Forestier	Fierastrău de mână	7	
Deplasat, carat mobilier	Mutat, împins obiecte grele 30-40 kg	7,5	
Munci necalificate	Cărat greutăți mari, urcat scări cu greutăți 10-20 kg	8	
Agricultura	Adunatul fânului, curațarea hambarelor, creșterea păsărilor	8	
Pompier	Deplasarea pompelor și furtunelor de apa 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	Cățărat, salvat/ cărat persoane	11-12	Se vor avea în vedere condițiile ambientale, expunerea la noxe, alte tipuri de solicitări şi riscul profesional
Forestier	Cărat bușteni	11	
Scufundători profesioniști		12	Se vor avea în vedere alte tipuri de solicitări şi riscul profesional