

IMPLEMENTAREA UNUI CONCEPT NOU DE EVALUARE A PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI ÎN REPUBLICA MOLDOVA, PRIN APLICAREA CLASIFICĂRII INTERNAȚIONALE A FUNCȚIONĂRII, DIZABILITĂȚII ȘI SĂNĂTĂȚII ÎN BOLI CARDIOVASCULARE

Marina Israfilov ¹ – dr. în medicină,

Eleonora Vataman ² – dr. hab. în medicină, profesor universitar,

¹Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și

Capacității de Muncă,

²IMSP Institutul de Cardiologie

marina.israfilov@mail.ru, tel. mob. 069947548

Rezumat

Odată cu ratificarea de către Republica Moldova a Convenției Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități, atenția s-a focusat pe combaterea discriminării, pe promovarea incluziunii și accesibilității. Acest studiu aduce dovezi în susținerea acestor reforme atât de necesare țării noastre. Deoarece, fără evaluarea corectă a deficiențelor funcțional-structurale în baza Clasificării internaționale a funcționării și dizabilității (CIF) este imposibilă trecerea de la modelul medical la cel psihosocial al dizabilității.

Cuvinte-cheie: dizabilitate, incluziune socială, deficiențe funcționale și structurale, boli cardiovasculare

Summary: The implementation of a new evaluation concept of people with disabilities in the Republic of Moldova, by applying the International Classification of Functioning, Disability and Health for cardiovascular diseases

With the ratification of the UN Convention on the Rights of People with Disabilities by the Republic of Moldova, fighting discrimination has become a focal point, by promoting inclusion and accessibility. This study puts forward evidence that sustains these reforms that are so very important for our country. This is because without a correct evaluation of functional-structural deficiencies based on The International Classification of Functioning, Disability and Health (CIF) it would be impossible to pass from the medical model of disability to the psychosocial one.

Key words: disability, social inclusion, structural and functional deficiencies, cardiovascular diseases

Резюме: Внедрение в Республике Молдова концептуально нового метода определения ограничения возможностей на основании Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при болезнях сердечно-сосудистой системы

Ратификация Республикой Молдова Конвенции Организации Объединенных Наций о правах лиц с ограниченными возможностями усилило внимание на борьбу с дискриминацией, пропагандирование одинаковых возможностей и доступности. Данное исследование приводит научные доводы в поддержку реформ проводимых в нашей стране. Так как без определения функционально-структуральных нарушений, согласно классификации МКФ невозможен переход от медицинской модели определения ограничения возможностей к психосоциальной модели.

Ключевые слова: ограничения жизнедеятельности, социальная интеграция, функционально-структуральные нарушения, сердечно-сосудистые заболевания

Introducere

Este necesar de recunoscut faptul că în Republica Moldova multe persoane cu dizabilități nu beneficiază de acces egal la sistemul de educație, sănătate, angajare și reabilitare profesională, fiind astfel excluse de la activitățile vieții zilnice. Dizabilitatea devine astfel și o problemă importantă de dezvoltare cu tot mai multe cercetări, care evidențiază faptul că persoanele cu dizabilități se confruntă cu sărăcia și cu rezultate socio-economice mai proaste decât persoanele fără dizabilități. Semnarea de către Republica Moldova (30.03. 2007) și ratificarea Convenției Organizației

ei Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități (Legea nr.166 din 09.07.2010) precum și elaborarea Strategiei de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (Legea nr. 169 din 09.07.2010) a impus implementarea unui concept nou de evaluare a persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova prin aplicarea Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății, pentru susținerea politicilor și programelor ce pot îmbunătăți viața și realiza incluziunea socio-profesională a persoanelor cu dizabilități. Potrivit datelor statistice un miliard de oameni suferă de dizabilități, sau circa 15% din

populația lumii se confruntă cu mari dificultăți de funcționare [7]. Tendințele globale, cum ar fi îmbătrânirea populației și creșterea globală a maladiilor cronice de sănătate confirmă faptul că există o creștere a prevalenței dizabilității. În Republica Moldova sunt circa 183 mii de persoane cu dizabilități la evidența organelor de protecție socială a populației. La 10 mii locuitori revin în medie 516 persoane cu dizabilități, iar fiecare a șasea persoană cu dizabilitate se încadrează în categoria celor cu dizabilitate severă. Persoanele cu dizabilități reprezintă 5,2% din populația totală a țării, iar copiii cu dizabilități – 2,1% din numărul total al copiilor din Republica Moldova.

Scopul lucrării. De a studia experiența altor țări și a elabora criteriile de evaluare funcțional-structurală a dizabilității în deficiențe cardiovasculare pentru serviciul de determinare a dizabilității și capacității de muncă.

Material și metode. Cercetarea a fost realizată în baza celor mai bune informații științifice disponibile din domeniul sănătății și evaluării dizabilității și capacității de muncă, suportul metodologic și teoretico-stiințific al acestei lucrări fiind asigurat de concepțiile expuse în lucrările savanților notorii din domeniu și în recomandările organizațiilor internaționale de specialitate [3; 4; 6].

Drept **obiect de cercetare** au servit metodele de determinare a dizabilității și capacității de muncă din acele țări, unde aceasta a fost implementată prin aplicarea Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății.

Domeniile și fenomenele lucrării au inclus toate elementele de bază ale sistemului național de sănătate publică și principiile de determinare a dizabilității și capacității de muncă în conformitate cu legislația și cadrul normativ de reglementare a organizării serviciului de determinare a dizabilității și capacității de muncă, aspectele de incluziune socială și recuperare profesională etc.

Problema soluționată în lucrare. Au fost elaborate și argumentate științific criteriile de evaluare funcțional-structurală a dizabilității și capacității de muncă în deficiențe cardiovasculare. Au fost argumentate, propuse și demonstrate experimental modalitatea aplicării acestora.

Semnificația teoretică. Prin rezultatele acestei lucrări au fost trasate principiile de determinare a dizabilității și capacității de muncă în deficiențe cardiovasculare. Rezultatele lucrării dezvoltă cunoștințe teoretice privind implementarea acestora în sistemul național de evaluare a dizabilității și capacității de muncă.

Valoarea aplicativă a lucrării. Rezultatele lucrării au fost implementate în activitatea practică a Consiliului Național pentru Determinarea Dizabilită-

ții și Capacității de Muncă, precum și subdiviziunilor teritoriale ale acestuia.

Rezultate și discuții. La nivelul Uniunii Europene, dizabilitatea este considerată ca o problemă a întregii societăți deoarece aceasta este parte a condiției umane [7]. Aceasta presupune elaborarea și implementarea măsurilor de pregătire și ajustare continuă în toate domeniile vieții, pentru acceptarea și menținerea acestor persoane în fluxul principal al vieții sociale [4]. Republica Moldova a început un șir de reforme în domeniul politicii sociale, protecției și incluziunii persoanelor cu dizabilități. S-a impus drept obiectiv strategic trecerea de la modelul medical la cel psihosocial de determinare a dizabilității.

Astfel, reieșind din obiectivul general al Strategiei de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (Legea RM nr. 169 din 09.07.2010), Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF) pentru oferirea unui limbaj standardizat și unitar, precum și a unui cadru general de descriere a stării de sănătate și a celorlalte stări asociate stării de sănătate au fost elaborate criteriile de determinare a deficiențelor funcționale și structurale în afecțiunile cardiovasculare. Pentru a reprezenta complexitatea deficiențelor funcționale și structurale în patologia cardiovasculară, drept fondal s-a considerat oportun principiul de evaluare conform sindroamelor de bază și, anume: sindromul de ischemie, sindromul de insuficiență cardiacă cronică, sindromul de hipertensiune arterială, deficiențe/gradiențe valvulare, sindromul tulburărilor de ritm și conducere cardiacă.

I. Criterii de diagnostic funcțional și evaluare a dizabilității și capacității de muncă în boala cardiacă ischemică

Deficiențe ușoare cu unele din următoarele semne (5-35 %):

- angină pectorală de efort CF I;
- test de toleranță la efort (TTE) - mare;
- deficiențe de adaptare la viața cotidiană și profesională nu se determină (fără limitarea activității fizice);

Deficiențe medii cu unele din următoarele semne (40-55%):

- angină pectorală de efort CF II;
- test de toleranță la efort (TTE) - medie;
- deficiențe de adaptare la viața cotidiană și profesională ușoare/moderate (după caz). Limitare ușoară a activității fizice: asimptomatic în repaus dar efortul fizic obișnuit determină apariția fatigabilității, palpațiilor sau dispneea.

Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne (60-65%):

- angină pectorală de efort CF III;
- test de toleranță la efort (TTE) - medie;

- stări când pacientul necesită tratament prin angioplastie transcutană, intervenție chirurgicală cu termen de evaluare clinică și recuperare funcțională postintervenție;

- deficiențe de adaptare la viața cotidiană și profesională moderate. Limitare moderată a activității fizice: asimptomatic în repaus dar efortul fizic mai redus decât cel obișnuit determină apariția fatigabilității, palpitațiilor sau dispneea.

Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne (70-75%):

- angină pectorală de efort CF III;
- test de toleranță la efort (TTE) - mic;
- stări care nu pot fi supuse tratamentului prin angioplastie transcutană, intervenție chirurgicală sau situații în care simptomatologia și tulburările funcționale persistă și după aceste tehnici, dacă s-au produs restenozări sau infarct miocardic acut post intervenție;
- deficiențe de adaptare la viața cotidiană și profesională accentuate. Limitare importantă a activității fizice: asimptomatic în repaus cu un efort fizic mic determină apariția simptomatologiei.

Deficiențe severe/absolute cu unele din următoarele semne (80-100):

- angină pectorală de efort CF IV;
- TTE (test de toleranță la efort) - foarte mic;
- stări care nu pot fi supuse tratamentului prin incapacitatea de a efectua orice activitate fizică fără apariția disconfortului: simptomele insuficienței coronare sunt prezente chiar și în repaus cu accentuarea lor de către orice activitate fizică.

II. Criterii de diagnostic funcțional și de evaluare a dizabilității și capacității de muncă în sindromul de insuficiență cardiacă cronică

Deficiențe ușoare cu unele din următoarele semne pentru IC

Clasa I NYHA stadiul B (5-35 %):

- prezența simptomelor tipice Insuficienței Cardiace ușor manifestate și fără motivație obiectivă;
- răspunsul la terapia adecvată;
- ECG fără modificări sau semne incipiente de hipertrofia VS;
- ecocardiografia – funcția sistolică a VS normală (FE \geq 50 %);
- deficiențe de adaptare la viața cotidiană și profesională nu se determină (fără limitarea activității fizice: efortul fizic obișnuit nu produce fatigabilitate, dispnee sau palpitații).

Deficiențe medii cu unele din următoarele semne pentru IC

Clasa II NYHA stadiul C (40-55%):

- prezența simptomelor și semnelor tipice moderat manifestate asociate cu disfuncție cardiacă (sistolică sau diastolică);

- ECG (poate releva semne de ischemie miocardică, hipertrofie ventriculară, tulburări de ritm sau conducere, sechele de infarct);

- radiografie cardiopulmonară (semne de stază pulmonară, indice cardiotoracic peste 0,5);

- disfuncție sistolică ușoară (FE = 40-45 %);

- limitare moderată a activității fizice (simptomele apar în eforturi obișnuite).

Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne pentru IC

Clasa III NYHA stadiul C (60-75%):

- prezența simptomelor și semnelor tipice accentuat manifestate asociate cu disfuncție cardiacă (sistolică sau diastolică);

- ECG (poate releva semne de ischemie miocardică, hipertrofie ventriculară accentuată, tulburări de ritm sau conducere, sechele de infarct, semne de tromboembolism pulmonar sau pericardită);

- radiografie cardiopulmonară (indice cardiotoracic peste 0,5, revărsate pleurale-transsudate etc.);

- disfuncție sistolică moderată (FE = 30-44 %);

- istoric de spitalizări repetate (\geq de o spitalizare în ultimele 6 luni) din cauza insuficienței cardiace;

- deficiențe importante de adaptare în activitatea profesională.

Deficiențe severe/absolute cu unele din următoarele semne pentru IC

Clasa IV NYHA stadiul C/D (80-100%):

- prezența simptomelor și semnelor tipice caracteristice sever manifestate asociate cu disfuncție cardiacă (sistolică sau diastolică);

- ECG (relevă semne de ischemie miocardică, hipertrofie ventriculară accentuată/severă, tulburări severe de ritm sau conducere; sechele de infarct; semne de tromboembolism pulmonar sau pericardită);

- radiografie cardiopulmonară (indice cardiotoracic peste 0,5, revărsate pleurale-transsudate, edem pulmonar acut etc.);

- anasarca;

- accese frecvente de astm cardiac, hemoptezii;

- disfuncție sistolică gravă (FE < 30 %);

- istoric de spitalizări repetate (\geq de o spitalizare în ultimele 6 luni) din cauza insuficienței cardiace;

- incapacitatea de a efectua orice activitate fizică fără apariția disconfortului: simptomele insuficienței cardiace sunt prezente în repaus cu accentuarea lor de către orice activitate fizică.

Pacientul necesită ajutor parțial sau total de o altă persoană.

III. Criterii de diagnostic funcțional și de evaluare a dizabilității și capacității de muncă în sindromul de hipertensiune arterială

Deficiențe ușoare cu unele din următoarele semne (5-35 %):

- toate formele de HTA fără afectarea organelor țintă (AOȚ);
- lipsa de condiții clinic asociate constituite;
- deficiențe de adaptare la viața cotidiană și profesională nu se determină (fără limitarea activității fizice: efortul fizic obișnuit nu produce urgențe hipertensive, fatigabilitate, dispnee);
- lipsa factorilor profesionali de agravare a patologiei respective.

Deficiențe medii cu unele din următoarele semne (40-55%):

- HTA rezistentă la tratament (*prezența acestui criteriu este obligatorie*);
- ECG - hipertrofia ventriculului stâng: indice Sokolow-Lyon >38 mm (formula $SV2(V3) + RV4 (V5) >38$ mm);
- Ecocardiografie: indice masă miocard VS crescut ($IMMVS B \geq 125$ g/m², $F \geq 110$ g/m²);
- Creatinina serică ușor crescută: (B: 115-133 mmol/l; F: 107-124 mmol/l) sau rata filtrării glomerulare < 60 ml/min/1,73 m²;
- Microalbuminuria 30-300 mg/24 ore sau raportul albumină/creatinină (B: $\geq 2,5$; F: $\geq 3,5$ mg/mmol);
- Eco arterii carotide: îngroșarea peretelui arterial sau plăci de aterom (grosimea intima-media (IMT) $\geq 0,9$ mm; Velocitatea carotido-femurală a unei pulsului ≥ 12 m/s; indicele tensiional gleznă/braț $\leq 0,9$);
- deficiențe de adaptare la viața cotidiană și profesională ușoare/moderate (după caz).

Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne (60-75%):

- HTA rezistentă la tratament clinic manifestată și asociată cu condiții clinice constituite:
 - *afecțiunea cerebrovasculară: accidentul vascular cerebral ischemic/ hemoragic, accident ischemic tranzitoriu;
 - *afecțiunea cardiacă: infarct miocardic, angina pectorală, revascularizare coronariană, insuficiență cardiacă;
 - *afecțiunea renală: nefropatie diabetică, disfuncție renală (creatinina serică $B > 133$; $F > 124$ mmol/l); proteinurie (> 300 mg/24 h);
 - *arteriopatie periferică: claudicație intermitentă;
 - *retinopatie avansată: hemoragii sau exsudate, edem al papilei nervului optic.

Notă: Pentru fiecare condiție clinic asociată deficiențele se vor evalua în considerație cu cele descrise din compartimentul corespunzător

Deficiențe severe/absolute cu unele din următoarele semne (80-100):

- HTA asociată cu condiții clinice constituite, când acestea manifestă deficiențe severe/absolute și pacientul necesită ajutor parțial sau complet din partea altei persoane.

IV. Criterii de diagnostic funcțional și de evaluare a dizabilității și capacității de muncă în gradientele valvulare

Deficiențe ușoare cu unele din următoarele semne (5-35 %):

Insuficiența mitrală (IM)

- IM cu semne clinice minime (suflu sistolic I sau II) fără tulburări funcționale;
- funcție sistolică ventriculară stângă normală; DTSVS < 45 mm.

Stenoză mitrală (SM)

- SM ușoară (AOM 1,5-2,5 cm²), gradient mediu < 6 mmHg, hipertensiune pulmonară (HTP) ușoară, cu toleranță la efort (TTE) - mare.

Insuficiența aortică (IA)

- IA de grad ușor, cu semne clinice minore, cu tulburări funcționale (dispnee, amețeli, palpitații) numai la eforturi mari, cedând rapid la repaus, funcția sistolică ventricul stâng normală;
- diametrul telesistolic a ventriculului stâng (DTSVS) = 45-50 mm).

Stenoză aortică (SA)

- SA ușoară: AOA $> 1,5$ cm²;
- gradient mediu < 20 mmHg; gradient maxim: 16-36 mmHg;
- test de toleranță la efort (TTE) – mare.

Pacienți operați pentru corectarea viciului valvular

- postoperator, persistă dispnee la eforturi mari, în absența altor fenomene patologice.

Deficiențe medii cu unele din următoarele semne (40-55 %):

Insuficiența mitrală (IM)

- IM cu suflu sistolic gr. III cu semne de hipertrofie ventriculului stâng clinice, radiologice, ecocardiografice și EKG, cu tulburări funcționale la eforturi medii și mari, disfuncție sistolică a ventriculului stâng ușoară sau moderată;
- diametrul telesistolic a ventriculului stâng (DTSVS) = 50-55 mm.

Stenoză mitrală (SM)

- SM medie (AOM 1-1,5 cm², gradient mediu 6-12 mmHg), cu hipertensiune pulmonară (HTP) moderată;
- test de toleranță la efort (TTE) – medie.

Insuficiența aortică (IA)

- IA medie la care tulburările funcționale apar la eforturi fizice (TTE) de intensitate medie, disfuncție sistolică a ventriculului stâng ușoară sau moderată;
- diametrul telesistolic a ventriculului stâng (DTSVS) = 50-55 mm.

Stenoză aortică (SA)

- SA medie: AOA = 0,75-1,5 cm²;
- gradient mediu 20-50 mmHg, gradient maxim 36-80 mmHg;

- test de toleranță la efort (TTE) – medie.

Pacienți operați pentru corectarea viciului valvular

- Postoperator, prezintă dispnee la eforturi mari, tulburări de ritm trecătoare, tulburări de conducere, dureri anginoase la eforturi mari.

Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne (60-75 %):

Insuficiența mitrală (IM)

- IM cu suflu sistolic gr. III/IV, cu sincope frecvente, cu tulburări de ritm sau de conducere, disfuncție sistolică VS moderată;

- diametrul telesistolic a ventriculului stâng (DTS-VS) > 55 mm.

Stenoza mitrală (SM)

- SM strânsă (AOM < 1cm², gradient mediu > 12 mmHg), hipertensiune pulmonară (HTP) moderat/gravă și/sau tulburări de ritm, și/sau edem pulmonar acut în antecedente, insuficiență cardiacă dreaptă.

Insuficiența aortică (IA)

- IA gravă, în care tulburările funcționale sunt intense (crize anginoase repetate, stări sincopale, tulburări de ritm sau conducere, disfuncție sistolică VS moderată;

- diametrul telesistolic a ventriculului stâng DTSVS > 55 mm.

Stenoza aortică (SA)

- SA gravă: AOA < 0,75 cm²;

- gradient mediu > 50mmHg, gradient maxim > 80 mmHg;

- crize anginoase repetate, stări sincopale, tulburări de ritm și conducere.

Pacienți operați pentru corectarea viciului valvular

- Postoperator dispnee la eforturi medii, tulburări de ritm, de conducere, dureri anginoase. Sunt prezente semne de restenozare, disfuncții ale protezei, procese endocarditice, embolii.

Deficiențe severe/absolute cu unele din următoarele semne (80-100 %):

Pacienți operați pentru corectarea viciului valvular: Insuficiență mitrală (IM), Stenoza mitrală (SM), Insuficiență aortică (IA), Stenoza aortică (SA)

- situație clinic definită de insuficiență cardiacă ireductibilă, infarct pulmonar sau accident cerebrovascular (ACV) embolic asociat cu deficit motor sever ce împiedică autoservirea.

V. Criterii de diagnostic funcțional și de evaluare a dizabilității și capacității de muncă în sindromul tulburărilor de ritm și de conducere cardiacă

Deficiențe ușoare cu unele din următoarele semne (5-35%):

Aritmii sinusale: tahicardii, bradicardii, aritmii sinusale

- tulburările de ritm sinusale, controlate terapeutic, care nu afectează capacitatea de efort.

Aritmii extrasistolice: supraventriculare (ESSV), ventriculare (EV)

- ESSV rare, izolate sau EV clasa I (Lown), ce apar fără legătură cu efortul, sunt foarte rare, nu produc tulburări subiective, nu apar pe un fon patologic organic;

- EV clasa II (Lown) la care nu se evidențiază un fon patogen cardiovascular, nu au relație cu efortul, nu au consecințe hemodinamice, răspund prompt, favorabil la medicație antiaritmică.

Tahicardii paroxistice: supraventriculare (TPSV)

- TPSV unice sau care apar la intervale foarte mari de timp, fiind produse în anumite condiții specifice (exces nicotinic sau cofeină, stres etc.), nu alterează, în afara crizelor, posibilitatea de efort fizic, sunt autolimitate sau răspund la manevre vagale;

- TPSV cu recurențe rare, care răspund favorabil la tratament, când nu sunt semne de afectare organică a cordului și fondul patogen al tulburării de ritm este neurovegetativ sau dismetabolic, când toleranța la efort intercritică este bună.

Fibrilația atrială (FA), Flutter-ul atrial

- episod de FA paroxistică unic sau episoade rare ce apar la intervale mari de timp, declanșate de factori extracardiaci, autolimitate, sau controlate de medicația specifică, intercritic, capacitatea de efort fizic nu este alterată.

Blocurile atrioventriculare (BAV)

- BAV gradul I sau gradul II tip I.

Blocurile intraventriculare

- Bloc Ram Drept incomplet, Bloc Ram Drept complet congenital, BFAS (Bloc fascicular anterior stâng), BFPI (Bloc fascicular posterior intraventricular), fără alte modificări morfofuncționale ale inimii, fără limitarea capacității de efort.

Boala nodului sinusal (BNS)

- BNS cu bradicardie sinusală asimptomatică, fără afectarea capacității de efort.

Stare după implantarea stimulatorului cardiac (pacemaker)

- cardiostimulare eficientă, cu stare clinică funcțională bună, fără alte alterări ale funcției inimii.

Deficiențe medii cu unele din următoarele semne (40-55%):

Aritmii extrasistolice: supraventriculare (ESSV), ventriculare (EV)

- ESSV repetitive frecvente sau EV clasa III ce apar în cadrul unor afecțiuni cardiovasculare și care produc unele consecințe hemodinamice care împiedică efectuarea eforturilor mari și medii, aritmiile sunt controlate nesatisfăcător prin tratament antiaritmice.

Tahicardii paroxistice: supraventriculare (TPSV)

- TPSV cu recurențe frecvente, asimptomatică intercritic, necesită tratament antiaritmie cronic, toleranța la efort poate fi limitată de apariția tulburărilor de ritm și a tulburărilor funcționale (palpitații, dispnee, amețeli) la eforturi de intensitate mare și medie;
- TPSV recurente frecvente, la persoane asimptomatice, cu sindrom WPW intermitent.

Tahicardii ventriculare (TV)

- TV cu crize la intervale mari, controlate terapeutic, tulburările de ritm și cele funcționale apar la eforturi de intensitate mare/medie.

Fibrilația atrială (FA), Flutter-ul atrial

- FA paroxistică, recurentă, indusă de prezența bolii structurale cardiovasculare sau de factori extracardiaci (afecțiuni pulmonare, hipertiroidism, idiopatică) etc.;
- FA permanentă, cu frecvență atrioventriculară (AV) medie controlată medicamentos, fără semne clinice de insuficiență cardiacă, cu toleranță bună la eforturi cu sollicitări energetice medii;
- Flutter-ul atrial paroxistic, recurent, indus de prezența bolii structurale cardiovasculare sau de factori extracardiaci (afecțiuni pulmonare, hipertiroidism, idiopatică) etc.

Blocurile atrioventriculare (BAV)

- Bloc Atrioventricular gr. II (cu substrat organic) sau unele forme de BAV gr. III (ex: congenital), în care există o toleranță la eforturi mici/medii satisfăcătoare, simptomatologia clinică este redusă și nu se evidențiază alte modificări patologice EKG în afara blocului atrioventricular.

Blocurile intraventriculare

- Bloc Ram Drept sau Bloc Ram Stâng major, asociate altor afecțiuni cardiace, la care bolnavii sunt simptomatici la eforturi mari și medii, dar au conservată capacitatea de prestație fizică pentru eforturi de mică intensitate.

Boala nodului sinusal (BNS)

- BNS cu disritmii supraventriculare simptomatice, toleranța la eforturi de intensitate medie păstrată.

Stare după implantarea stimulatorului cardiac (pacemaker)

- tulburări funcționale care apar la eforturi mari și medii, există modificări patologice EKG în afara celor induse de pacing.

Deficiențe accentuate cu unele din următoarele semne (60-75%):**Aritmii extrasistolice: supraventriculare (ESSV), ventriculare (EV)**

- EV (Lown III sau IV) ce nu pot fi controlate corespunzător prin tratament, apar pe un fon de boală organică cardiacă certă;

- aritmii EV cu fenomen R/T (LownV) sau QT prelungit sau cu lambouri de TPV, care induc tulburări hemodinamice manifeste.

Tahicardii paroxistice: supraventriculare (TPSV)

- TPSV persistentă, simptomatică, parțial controlată de medicația specifică, toleranța redusă la efort de intensitate mică;
- TPSV paroxistică sau persistentă recurentă, a cărei etiologie este sindromul WPW permanent (risc crescut de moarte subită).

Tahicardii ventriculare (TV)

- TV bidirecțională, torsada vârfului și ritmul idioventricular accelerat, necontrolate suficient prin tratament;
- TV însoțite de insuficiență cardiacă, fenomene de ischemie cerebrală, sincope, ischemie miocardică și tulburări hemodinamice.

Fibrilația atrială (FA), Flutter-ul atrial

- Flutter-ul atrial cronic (mai rar), indiferent de etiologie;
- FA persistentă sau permanentă cu tendință de agravare a bolii de bază, risc tromboembolic crescut, risc de cardiomiopatie aritmogenă.

Blocurile atrioventriculare (BAV)

- BAV gradul II sau III, simptomatice, cu toleranță redusă la eforturi de intensitate mică.

Blocuri intraventriculare (BIV)

- blocuri bifasciculare (Bloc Ram Drept major + BFAS (Bloc fascicular anterior stâng), Bloc Ram Drept major + BFPI (Bloc fascicular posterior intraventricular), Bloc Ram Stâng major) și trifasciculare (bloc bifascicular + bloc Atrioventricular) ce apar în cadrul unei cardiopatii cronice, simptomatice la eforturi de mică intensitate și chiar în repaus).

Boala nodului sinusal (BNS)

- BNS simptomatică, cu disritmii supraventriculare complexe, eventual asociate cu tulburări de conducere atrioventriculară, toleranța la efort păstrată doar pentru eforturi de intensitate mică.

Stare după implantarea stimulatorului cardiac (pacemaker)

- situațiile cu afecțiuni cardiace organice severe, la care implantarea stimulatorului a permis doar regularizarea ritmului cardiac, dar care, prin natura și amploarea modificărilor morfofuncționale cardiovasculare, au capacitate funcțională mult redusă, prezintă simptome la eforturi mici și chiar în repaus și au risc vital crescut.

Deficiențe severe/absolute cu unele din următoarele semne (80-100%):**Fibrilația atrială (FA), Flutter-ul atrial**

- cazurile când sau produs accidente tromboembolice cu deficiențe neurologice care împiedică autoservirea.

Concluzii

1. Este necesar de continuat revizuirea politicilor sociale, modului de activitate ale sistemelor și serviciilor convenționale și pe cele specifice dizabilității pentru a identifica neajunsurile și obstacolele și pentru a planifica acțiuni pentru a le depăși.

2. Dovezile științific argumentate sugerează că evaluarea deficiențelor funcționale în boli cardiovasculare este indispensabilă de ulterioara reabilitare și incluziune profesională a persoanelor cu dizabilități.

3. Cunoașterea și înțelegerea situației persoanelor cu dizabilități impune implementarea măsurilor concrete pentru incluziunea socială prin oferirea serviciilor medicale, sociale, educaționale de calitate în corespundere cu nevoile lor speciale.

4. Incluziunea socială este reversul segregării și marginalizării persoanelor cu dizabilități.

Bibliografie

1. *Bariere de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități din Republica Moldova*. Studiu Sociologic/Centrul

de Asistență Juridică pentru Persoane cu Dizabilități. Chișinău, 2011.

2. Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, semnată de către Republica Moldova la 30.03.2007 și ratificată la 9 iulie 2010.

3. *Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF)/OMS Geneva*. București, 2004; 304 p.

4. *Oportunități egale, incluziune și protecție socială a persoanelor cu dizabilități*. Monitor Social, Nr. 4, august 2010// IDIS „Viitorul” – Chișinău.

5. *Organizația Forumului European al Dizabilității, sursa EDF* http://www.edf-feph.org/Page_Generale.asp?DocID=12534

6. *Raportul Mondial privind Dizabilitatea*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44575/20/9789730135978_rum.pdf

7. *Protocol clinic național PCN-1 Hipertensiune arterială*. Chișinău, 2008; 62 p.

8. *Protocol clinic național PCN-60*. Fibrilația atrială, Chișinău, 2011; 31 p.

9. *Protocol clinic național PCN-82. Insuficiența cardiacă la adult*. Chișinău, 2012; 25 p.

КЛИНИЧЕСКИЕ, БИОХИМИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ПОДРОСТКОВ

Тарас Михайлович Балита – ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии Львовского национального медицинского университета

имени Данила Галицкого, Украина

taras_med@mail.ru

Резюме

Клинико-иммунологические и биохимические исследования проведены у 151 подростка больного активным туберкулезом легких (контрольная группа – 75 больных туберкулезом легких, выделяющих штаммы МБТ чувствительные к АМБП («классический» туберкулез), основная группа – 76 больных с химиорезистентным туберкулезом). Установлено, что при химиорезистентном туберкулезе достоверно преобладали случаи казеозной пневмонии (18,4%) и диссеминированного туберкулеза легких (42,1%) с наличием деструкции у 71,1% случаев. Содержимое гаптоглобина, трансферрина и церулоплазмينا было достоверно выше у больных химиорезистентным туберкулезом, в сравнении с донорами и больными контрольной группы. Независимо от типа возбудителя выявлено разбалансирование СД фракционного состава лимфоцитарной защиты, с преобладанием в кровяном русле CD4+CD45RA+, CD16/56+CD8+, CD4+CD45RA+, CD16/56+CD8+, CD19+.

Ключевые слова: клиника, биохимия, иммунология, химиорезистентный туберкулез, подростки

Summary: Clinical, biochemical and immunological features of flow of drug resistant tuberculosis to white plague f or teenagers

Comprehensive clinical and laboratory examinations carried out in 151 teen with active TB of the lungs, which were divided into two groups: the first 75 patients with tuberculosis of the lung, which isolated strains of MBT are sensitive to antimycobacterial (“classic” tuberculosis), the second – 76 persons with drug resistant tuberculosis. When drug resistant tuberculosis cases are likely dominated caseous pneumonia (18,4%) and disseminated forms of pulmonary tuberculosis (42,1%) with the presence of destruction at 71,1% cases. Content of haptoglobin, patients had transferrin and ceruloplasmin for certain higher by drug resistant tuberculosis, by comparison to a donor group and patients of control group. Regardless of the type of pathogen, in patients with tuberculosis teens CD imbalance detected fraction of lymphocytic protection associated with the expansion of peripheral CD4 + CD45RA +, CD16/56 + CD8 +, CD19 +.

Key words: clinical, biochemical, immunology, drug resistant TB, teens