

## IMPACTUL SOCIO-ECONOMIC ÎN MIOPATIILE INFLAMATORII IDIOPATICE

Natalia LOGHIN-OPREA<sup>1</sup>, Snejana VETRILĂ<sup>1</sup>, Lucia MAZUR-NICORICI<sup>1</sup>,  
Virginia ȘALARU<sup>2</sup>, Victoria SADOVICI-BOBEICA<sup>1</sup>, Minodora MAZUR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departmentul Medicină internă, Disciplina de medicină internă-semiologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemitanu”, Chișinău, Republica Moldova

<sup>2</sup>Departmentul medicina de familie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemitanu”, Chișinău, Republica Moldova

**Rezumat. Introducere.** Micopatiile inflamatorii idiopatice (MII) sunt un grup eterogen de tulburări, caracterizat prin slăbiciune musculară cronică, rezistență musculară scăzută și prin prezența infiltrațiilor celulelor inflamatorii în țesutul muscular, cu leziuni ale organelor și handicap. Obiectivul studiului a fost de a determina statutul socio-economic și gradul de dizabilitate la pacienții cu miopatii inflamatorii idiopatice. **Metode.** Am efectuat un studiu transversal, din decembrie 2015 până în decembrie 2018, în care au fost incluși pacienții cu MII. Datele demografice și clinice au fost colectate utilizând un chestionar special, inclusiv statutul de angajare și profesional, care susține doza de corticosteroizi. Pentru a estima gradul de invaliditate funcțională la momentul cercetării, am aplicat scara Rankin modificată, cu posibile scoruri de la 0 - nici o dizabilitate la 5 - total dependentă. **Rezultate.** În studiu au fost incluși 65 de pacienți cu MII. Raportul dintre bărbați și femei a fost de 1:3,3, vârsta medie a pacienților a fost de 50,2±11,7 ani, durata medie a bolii fiind de 95,2±6,89 luni. Conform scalei Rankin modificate, gradul I a fost găsit în 20 de cazuri (30,77%), gradul II la 24 pacienți (36,92%), 11 pacienți (16,92%) au gradul III, 8 pacienți (12,31%) gradul IV și gradul V a fost determinat la 2 pacienți (3,08%). Statutul salariatului în grupul cu MII a fost de 9 (13,85%) dintre cei 65 de pacienți angajați cu normă întreagă, 7 (10,77%) cu jumătate de normă, 7 (10,77%) șomeri, 10 (15,38%), 6 (9,23%) au fost gospodari, iar 26 (40,0%) au fost pensionați cu dizabilități în conformitate cu criteriile și nu au funcționat la momentul cercetării. **Concluzie.** Studiul nostru a arătat că pacienții cu miopatie inflamatorie idiopatică au un statut socio-economic scăzut, cu un loc de muncă redus și cu un handicap semnificativ.

**Cuvinte-cheie:** miopatii inflamatorii idiopatice, handicap, statut socio-economic.

### Summary. Socio-economic impact in idiopathic inflammatory myopathies.

**Introduction.** Idiopathic inflammatory myopathies (IIMs) are a heterogeneous group of disorders, characterized by chronic muscle weakness, low muscle endurance and by the presence of inflammatory cell infiltrates in muscle tissue, with organ damage and disability. The objective of the study was to determine the socio-economic status and the degree of disability in patients with idiopathic inflammatory myopathies. **Methods.** We performed a cross-sectional study, from December 2015 to December 2018, in which were included patients with IIMs. Demographic and clinical data were collected using a special questionnaire, including employment and professional status, upholding dose of corticosteroids. In order to estimate the degree of functional disability at the time of the research, we applied the modified Rankin's scale, with possible scores from 0-no disability to 5-totally dependent. **Results.** 65 IIMs patients were enrolled in the study. Male to female ratio was 1:3,3, the patients' mean age was 50,2±11,7 years, the mean disease duration 95,2±6,89 months. According to modified Rankin's scale, the 1<sup>st</sup> degree was found in 20 cases (30,77%), the 2<sup>nd</sup> degree in 24 patients (36,92%), 11 patients (16,92%) had 3<sup>rd</sup> degree, 8 patients (12,31%) 4<sup>th</sup> degree, and 5<sup>th</sup> degree was determined in 2 patients (3,08%). The employee status in the IIM group was 9 (13,85%) of the 65 patients were full time employees, 7 (10,77%) with part-time, 7 (10,77%) were unemployed, 10 (15,38%) subjects were in the training, 6 (9,23%) were households and 26 (40,0%) subjects had disability retirement according to the Moldovan criteria and did not work at the time of research. **Conclusion.** Our study has shown that Patients with idiopathic inflammatory myopathy have a poor socio-economic status with reduced employment and significant disability.

**Key-words:** idiopathic inflammatory myopathies, disability, socio-economic status

### Резюме. Социально-экономическое воздействие при идиопатических воспалительных миопатиях.

**Введение.** Идиопатические воспалительные миопатии (ИВМ) представляют собой гетерогенную группу расстройств, характеризующихся хронической мышечной слабостью, низкой мышечной силой и инфильтрацией воспалительных клеток в мышечной ткани, повреждением органов и инвалидностью. Целью исследования было определение социально-экономического статуса и степени инвалидности у пациентов с идиопатическими воспалительными миопатиями. **Методы.** Мы провели перекрестное исследование с декабря 2015 года по декабрь 2018 года, в которое были включены пациенты с ИВМ. Демографические и клинические данные были собраны с использованием специальной анкеты, включая данные о занятости и профессиональном статусе, которые подтверждают дозу кортикостероидов. Чтобы оценить степень функциональной нетрудоспособности на момент исследования, мы применили модифицированную шкалу Ранкина с возможными оценками от 0 - нет инвалидности до 5 - полностью зависимы. **Результаты.** В исследование были включены 65 пациентов с ИВМ. Соотношение мужчин и женщин составило 1:3,3, средний возраст пациентов составил 50,2±11,7 года, средняя продолжительность заболевания составила 95,2±6,89 месяца. Согласно модифицированной шкале Ранкина, I степень была обнаружена в 20 случаях (30,77%), вторая степень - у 24 пациентов (36,92%), 11 пациентов (16,92%) - III степень, 8 пациентов (12,31%) - степень IV и степень V было определена у 2 пациентов (3,08%). Статус работника в группе ИВМ был 9 (13,85%) из 65 штатных сотрудников, 7 (10,77%) на полставки, 7 (10,77%) безработных, 10 38%, 6 (9,23%) были домохозяйствами, а 26 (40,0%) были пенсионерами с ограниченными возможностями согласно критериям и не работали на момент исследования. **Заключение.** Наше исследование показало, что пациенты с идиопатической воспалительной миопатией имеют низкий социально-экономический статус, низкую работу и значительную инвалидность.

**Ключевые слова:** идиопатические воспалительные миопатии, инвалидность, социально-экономический статус.

### Introducere

Miopatiile inflamatorii idiopatice (IIM) sunt un grup eterogen de maladii, caracterizat prin slăbiciune musculară progresivă, toleranță scăzută la efort fizic și prezența infiltratelor de tip inflamator în țesutul muscular, care pot duce la dizabilități semnificative și la o calitate redusă a vieții [6]. Deși MII sunt considerate boli ce se supun tratamentului, prognosticul nu este bine stabilit [1, 2, 9]. Deși în literatura de specialitate sa sugerat că mortalitatea a fost mult redusă, mulți pacienți cu miopatii continuă să manifeste dizabilități fizice și leziuni ale organelor multiple 4-6. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, handicapul este definit ca deficiențe, limitări ale activității și restricții de participare. Dizabilitatea nu este doar

o problemă de sănătate. Este un fenomen complex, care reflectă interacțiunea dintre trăsăturile corpului persoanei și caracteristicile societății în care trăiește [13]. Dovezile sugerează că persoanele cu dizabilitate se confruntă cu obstacole în calea accesării serviciilor de sănătate, de reabilitare de care au nevoie în multe situații și inclusiv de reintegrare socio-economică [10, 12]. În literatura de specialitate am identificat puține date publicate privind dizabilitatea la pacienții cu MII. Primul care a aplicat scala Rankin modificată la acest tip de pacienți a fost Bronner et al., în 2006 [1]. În studiul lor, autorii au concluzionat că 34% dintre pacienți au avut dizabilitate ușoară și că a fost asociat cu sexul masculin (OR 3,1, 95% CI 1,2 - 7,9). Evaluarea dizabilității prin scala Rankin modificată

a fost, de asemenea, un obiectiv stabilit de Shu și alții, în 2011; astfel a fost stabilit că 83,4% din pacienții lor nu au avut dizabilitate [10]. Într-un alt studiu, autorii au depistat o corelație statistic semnificativă între Scala Modificată Rankin și numărul de mușchi cu infiltrație de grăsime la RMN ( $r = 0,48$ ;  $p = 0,03$ ), ceea ce traduce importanța implicării mușchilor cu infiltrație de grăsime, și gradul de dizabilitate funcțională [3]. Evaluarea dizabilității în Republica Moldova se efectuează de către Consiliul Națională pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă în baza criteriilor care acoperă 7 domenii; totuși, aceste criterii sunt generale și nu specifice bolii. Referitor la statutul socio-economic în literatura de specialitate am regăsit date limitate [2, 7, 9].

**Scopul** studiului a fost determinarea statutului socio-economic și gradului de dizabilitate la pacienții cu miopatii inflamatorii idiopatice.

### Material și metode

Am efectuat un studiu transversal, în perioada decembrie 2015 până în decembrie 2018. Criteriile de includere în studiu au fost: pacienți adulți cu diagnosticul stabilit de miopatie inflamatorie idiopatică, durata bolii mai mult de 6 luni, consimțământul informat. Criteriile de excludere au fost miopatiile cu altă etiologie. Datele clinico-demografice au fost colectate folosind un chestionar special, incluzând statutul de angajare și profesia, nivelul de educație, doza de corticosteroizi. Pentru aprecierea gradului de dizabilitate funcțională la momentul cercetării, am aplicat scara Rankin modificată cu scorurile posibile 0 - fără dizabilitate, 1 - fără dizabilitate semnificativă, în ciuda simptomelor care nu interferează cu activitatea zilnică a pacienților, 2 - dizabilitate ușoară sau incapacitate de a efectua toate activitățile anterioare, dar pacientul se poate auto îngriji fără ajutor, 3 - dizabilitate

Tabelul 1.

Parametrii demografici la pacienții examinați

Variabile	Pacienți cu MII, N (%)
Sex	
Femei	50 (75.38 %)
Bărbați	15 (24.62 %)
Vârsta medie la momentul cercetării, ani	50.2±11.7 (range 25-78)
Durata medie a bolii, luni	95.2±68.9 (range 6-324)
<b>Statutul matrimonial</b>	
Căsătorit	60 (92.31 %)
Văduv	2 (3.07 %)
Divorțat	1 (1.53%)
Celibatar	2 (3.07%)
<b>Nivelul de educație, ani</b>	
<9	4 (6.15 %)
9-12	29 (44.62 %)
> 12	32 (49.23 %)
<b>Tipul angajării la serviciu</b>	
Normă întreagă	9 (13.85 %)
Timp parțial	7 (10.77 %)
Șomeri	7 (10.77 %)
În instruire	10 (15.38 %)
Casnică	6 (9.23 %)
Pensie de dizabilitate	26 (40.00 %)
<b>Poziția profesională</b>	
Profesie	7 (10.77 %)
Semi-profesie	13 (20.0 %)
Fermier, magazin privat, cleric	17 (26.15 %)
Muncitor calificat	11 (16.92 %)
Muncitor semi-calificat	9 (13.85 %)
Muncitor necalificat	8 (12.31 %)
<b>Doza de corticosteroizi *</b>	
<10 mg	55 (87.30%)
≥10 mg	8 (12.70 %)
<b>Remisia medicamentos-controlată</b>	21 (32.31 %)
<b>Remisie fără medicamente</b>	2 (3.07 %)

\*doza de prednisolon-echivalent

moderată, simptomele limitează în mod semnificativ activitățile obișnuite ale pacientului și îl împiedică să aibă o viață complet independentă (dar poate merge fără ajutor), 4 - dizabilitate moderat-severă, manifestată prin incapacitatea de a avea o viață independentă (nu poate merge fără ajutor, nu poate face față nevoilor personale fără asistență), dar nu necesită îngrijire permanentă, 5 - invaliditate severă cu imobilizare la pat, necesitând îngrijire permanentă, total dependent [13]. Situația profesională a fost considerată starea de angajare la momentul evaluării și a fost clasificată după cum urmează - cu normă întreagă, timp parțial, șomer, în formare, casnică, pensionare în baza gradului de dizabilitate conform criteriilor de dizabilitate din Moldova. Cu scopul de a evalua productivitatea muncii, am utilizat chestionarul privind productivitatea muncii și limitarea activității generale de sănătate (WPAI: GH), care a fost administrat doar subiecților angajați. Calitatea vieții a fost determinată prin aplicarea chestionarului autoadministrat SF-8 cu 2 domenii: fizic și mentale. Studiul a fost realizat în conformitate cu Declarația de la Helsinki privind drepturile omului. Procesarea statistică a datelor a fost efectuată prin programul MedCalc v.1.2 și Excel, media aritmetică și devierea standard au fost calculate. Testul t-Student a fost folosit pentru a testa diferența statistică. Analiza de corelare a fost efectuată prin testul Pearson și riscul relativ cu un interval de încredere de 95%. Valorile  $p < 0,05$  au fost considerate semnificative din punct de vedere statistic.

## Rezultate

Conform obiectivelor trasate în lotul de studiu au fost înrolați 65 pacienți cu miopatii inflamatorii idiopatice care au îndeplinit criteriile de includere prestabilite. Am analizat parametrii demografici la pacienții examinați, rezultatele obținute au fost afișate în tabelul 1.

Datele prezentate în tab. 1 relevă prevalența femeilor, cu un raport de sex feminin la sex masculin de 3,3:1. Vârsta medie la momentul examinării a constituit 50,2 ani, cu un interval cuprins între 25 și 78 de ani. Cu referire la durata bolii, a variat de la 6 luni la 324 luni, în medie 95 de luni. În ceea ce privește statutul matrimonial al pacienților cu miopatii, am constatat că la momentul cercetării căsătorii au fost 60 (92,31 %) pacienți, în câte 2 (3,07 %) cazuri au fost persoane celibatate și divorțate, pacienți văduvi - 1 (1,53 %), locuind singuri respectiv. Analiza anilor educaționali la pacienții cu MII a evidențiat variația de la 9 la 23 de ani, 4 (6,15 %) pacienți au avut 9 ani de studii, 29 (44,62 %) - studii medii, 32 (49,23%) pacienți cu studii universitare, dintre care 5 (7,69 %) cu diplomă de masterat. Am analizat statutul de an-

gajat în lotul pacienților cu MII și am constatat că 9 (13,85%) din 65 pacienți erau angajați cu normă întreagă, 7 (10,77%) cu timp parțial, 7 (10,77%) au fost șomeri, 10 (15,38%) subiecți erau în perioada de instruire/recalificare, 6 (9,23%) persoane au fost casnice și 26 (40,0 %) pacienți cu MII au fost pensionați în baza gradului de dizabilitate în funcție de criteriile moldovenești și nu activau în câmpul muncii la momentul cercetării.

În dependență de activitatea MII și perioada de remisie, conform datelor afișate în literatură ce specifică 3 categorii de evoluție a bolii, am fost interesați să analizăm evoluția bolii la pacienții din lotul de studiu, astfel desprindem că la 7 (10,77%) subiecți s-a decelat tipul monociclic de evoluție a maladiei, când pacientul a rămas în remisiune (fără activitate clinică sau biochimică detectabilă) după 24 de luni de la diagnosticare. În 42 (64,61%) cazuri, s-a constatat evoluția bolii policiclică, atunci când pacientul a avut multiple acutizări determinate prin parametrii clinici sau biochimici, iar 17 (24,62 %) cazuri a fost apreciată evoluția cronică continuă, boală persistentă cu necesitate de administrare a medicamentelor după 24 de luni de la diagnosticare. În contextul celor enunțate am fost interesați să studiem regimul terapeutic de bază al pacienților cu MII. Astfel, în lotul studiat am determinat administrarea de corticosteroizi (63 pacienți), metotrexat (10 pacienți), azatioprină (3 pacienți) și hidroxiclorochină (7 pacienți). Referitor la administrarea de corticosteroizi, doza de întreținere la momentul examinării a variat de la 5 până la 60 mg echivalent de prednisolon pe zi, doza medie fiind de  $10,26 \pm 9,42$  mg. Trebuie remarcat faptul că în 87,3% din cazuri, doza de echivalent de prednisolon a fost de  $< 10$  mg / zi. Remisiunea bolii controlată medicamentos a fost determinată la 21 (32,31%) pacienți cu MII și doar 2 (3,07%) subiecți au remisiune fără medicamente.

Conform datelor disponibile în literatura de specialitate, dizabilitatea este o consecință importantă a bolii, confirmată de rezultatele scalei Rankin. În lotul de studiu, gradul de dizabilitate 0 (care semnifică absența simptomelor) nu a fost identificat, 20 (30,77%) pacienți au avut gradul 1 - fără dizabilitate semnificativă, simptomele nu interferează cu activitatea zilnică obișnuită. Dizabilitate ușoară sau incapacitate de a efectua toate activitățile anterioare, însă cu menținerea funcției de auto-îngrijire (gradul 2), a fost identificată la 24 (36,92%) subiecți. De notat că 11 (16,92%) pacienți au avut dizabilitate moderată, astfel încât simptomele restricționau în mod semnificativ activitățile obișnuite ale pacientului exprimate fără a avea o viață complet independentă. În cazul a 8 (12,31%) pacienți s-a stabilit gradul de dizabilitate moderat-se-

veră (gradul 4) manifestat prin incapacitatea de a avea o viață independentă (nu poate merge fără ajutor, nu poate face față nevoilor personale fără asistență), dar nu necesită îngrijire permanentă. Dizabilitate severă cu imobilizare la pat și necesitate de îngrijire permanentă – gradul 5 s-a determinat la 2 (3,08%) pacienți. De notat că gradul 6, atribuit decesului, nu a fost identificat la momentul examinării în lotul cercetat.

Am continuat analiza datelor obținute și am stabilit că din cei 9 pacienți angajați cu normă întreagă, 6 (37,5%) au avut un gradul 1 conform scalei Rankin și 3 (18,75%) – gradul 2, respectiv. Alți 7 pacienți cu miopatii inflamatorii idiopatice care au fost angajați cu timp redus și au fost evaluați conform scalei Rankin au avut gradul 1 în 4 (25,0%) cazuri, 5 (31,25%) - gradul doi și un pacient cu gradul 3. Cu referire la pacienții angajați, am fost interesați să studiem productivitatea muncii prin intermediul chestionarului WPAI. Datele analizate au demonstrat că pacienții au fost absenți la muncă în ultima săptămână de la 0 la 35 de ore, reprezentând 0-86,5% din timpul de lucru (absenteism) cu o medie de  $17,06 \pm 4,7$  puncte procentuale. În același timp, prezenteismul - pierderea productivității în orele de muncă - a fost de  $26,47 \pm 9,3\%$ , variind de la 0 la 28 de ore, ceea ce reprezintă 0-70% din cazuri. Pierderea productivității generale a fost de  $36,19 \pm 28,09$  (i-v 1 - 93,25%) cazuri. În ceea ce privește limitarea activității în afara locului de muncă, a fost de  $28,82 \pm 22,33\%$ , cu un interval de variație de la 0 la 80% din cazuri. Ținem să precizăm faptul că, la momentul cercetării 26 (40,0%) pacienți erau pensionați în baza gradului de dizabilitate conform criteriilor naționale de dizabilitate; dintre ei, 2

(7,69%) au avut gradul 1, 7 (26,92%) – gradul 2, 10 (38,46%) gradul 3, în 6 (23,08%) cazuri s-a constatat gradul 4 și un pacient a avut gradul 5 conform scalei Rankin.

Ulterior am fost interesați să evaluăm calitatea vieții, acesta fiind un pilon important în examinarea complexă a pacienților cu miopatii, rezultatele obținute au fost prezentate în fig. 1.

Datele prezentate în figura 1 demonstrează distribuția valorilor calității vieții în raport cu valorile medii, ceea ce afișează o repartizare largă a valorilor componentelor mentale în comparație cu cea fizică. Scorul mediu al componentei fizice a fost de 41,69, iar domeniul mental - 36,48, ceea ce reprezintă o calitate redusă a vieții la pacienții cu miopatii, mai ales din aspectul fizic.

În cadrul cercetării au fost analizate mai multe variabile pentru a stabili legături reciproce, astfel am determinat o corelație puternică între gradul de dizabilitate și doza prednisolon-echivalent de întreținere ( $r = 0,76$ ,  $p < 0,001$ ) și o corelație moderată cu durata bolii ( $r = 0,57$ ,  $p < 0,001$ ). Ulterior, fiind interesați de aceste corelații, am analizat riscul relativ și am stabilit că doza de echivalent de prednisolon  $< 10$  mg (RR 2,2; CI 1,34-3,6,  $p < 0,01$ ) și durata bolii mai mică de 2 ani reprezintă factori de protecție (RR 0,4; 95% CI între 0,2 și 0,9;  $p < 0,05$ ) pentru gradul sever de dizabilitate ( $\geq 3$ ).

### Discuții

În literatură au fost relatate probe care denotă importanța condițiilor socio-economice, a solicitării intelectuale și habituale în declanșarea și evoluția

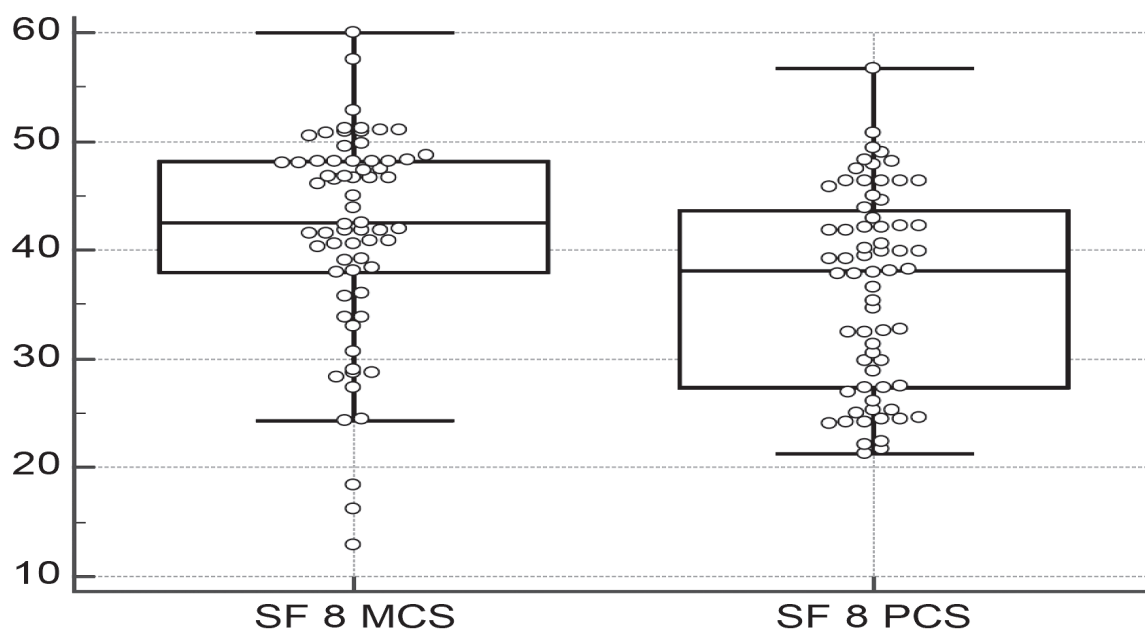


Fig. 1. Calitatea vieții la pacienții cu miopatii inflamatorii idiopatice



unor maladii reumatologice [12]. Rezultatele obținute cu referire la MII, atestă că pacienții din lotul de studiu ce au nivel educațional sub 9 ani au constituit 5 (7,46%), ponderea subiecților cu studii între 9 și 12 ani, ceea ce presupune studii medii, liceale sau colegiale, a fost 29 (43,28%) cazuri, iar nivel de instruire universitară, ce implică mai mult de 12 ani de studii, a fost stabilit în 49,26% cazuri. Un studiu recent efectuat de Poulsen și colab., 2017, în cadrul căruia a fost apreciat și statutul socioeconomic, a relatat date ce ușor diferă, astfel, prevalează pacienții cu nivel mediu de instruire - 60%, iar studii universitare au fost determinate în 14% cazuri [8]. De notat că, în cadrul cercetării sus-menționate, am determinat un raport invers cu privire la pensionarea în baza gradului de dizabilitate, stabilit în 28% și statutul de angajat- 24%, spre deosebire de datele noastre, în care am apreciat pensionare prin dizabilitate la 41,79%, iar persoane angajate au fost circa 28% cazuri. Această diferență poate fi interpretată din aspectul unei durate a bolii mai mici 6,7 vs 8,2 ani, dar și prin forța musculară mai mare determinată la acești pacienți 76 versus 53 puncte [8].

Trasând o paralelă între datele proprii și cele afișate în literatură, am dedus coincidențe cu referire la ponderea tipul de evoluție a bolii, și mai exact predominarea tipului policiclic, astfel în lotul cercetat a fost apreciat la 62,68%, Bronner et al., relatează cea mai mică rată - 20%, Kalluru et al. - 40%, iar în studiul efectuat de Shu și colab., evoluția bolii policiclică s-a determinat de la 75,9% din subiecți [1, 5, 10]. Astfel putem concluziona că în ceea ce privește stratificarea pacienților conform evoluției bolii, datele obținute sunt în concordanță cu direcția la nivel mondial.

Potrivit studiului nostru, pacienții cu MII au diferite grade de dizabilitate conform scalei Rankin modificată. La majoritatea pacienților cu IIM, am determinat un grad de invaliditate secundar, ceea ce corespunde unor date disponibile în literatură. Bronner și colab. au constatat că 34% dintre pacienții cu MII nu au avut sau au o dizabilitate ușoară (gradul 0-1) [1]. O constatare interesantă a fost dezvăluită de Shu și colab., astfel rezultatele prezentate au afirmat că 84% dintre pacienții nu aveau dizabilitate și doar 16% aveau diferite grade conform Rankin [10]. Potrivit datelor publicate de Sugiyama et al., după 2 ani de tratament, la 22 (27%) din 81 de pacienți au fost apreciate gradele scalei Rankin de la 3 la 5 [11]. Un studiu recent realizat de Guimaraes, grad 2 pe scala Rankin a fost identificat la 33,33%, gradul 3 - 41,67% și gradul 4 la 25% dintre pacienți, aceste date fiind diferite de cele identificate în cohorta noastră [3].

## Concluzie.

Pacienții cu miopatii inflamatorii idiopatice un statut socio-economic precar, cu încadrare în câmpul muncii redusă și dizabilitate semnificativă.

## Bibliografie

1. Bronner I.M., van der Meulen M.F., de Visser M. et al. *Long-term outcome in polymyositis and dermatomyositis*. Ann Rheum Dis. 2006, 65(11), p. 1456-61.
2. Dobloug G.C., Svensson J., Lundberg I.E., Holmqvist M. *Mortality in idiopathic inflammatory myopathy: results from a Swedish nationwide population-based cohort study*. Ann Rheum Dis. 2018, 77(1), p. 40-47.
3. Guimaraes J.B., Zanoteli E., Link T.M. et al. *Sporadic inclusion body myositis: MRI findings and correlation with clinical and functional parameters*. Am J Roentgenol. 2017, 209(6), p. 1340-1347.
4. <https://www.who.int/topics/disabilities/en/> (accessed on 21 December, 2019).
5. Kalluru R. et al. *Long-term follow-up of patients with idiopathic inflammatory myopathy at Waitemata District Health Board*. N Z Med J. 2016, 129(1429), p. 50-6.
6. Lundberg I.E., Miller F.W., Tjärnlund A., Bottai M. *Diagnosis and classification of idiopathic inflammatory myopathies*. J Intern Med. 2016, 280(1), p. 39-51.
7. Mazur-Nicorici L., Sadovici-Bobeica V., Loghin-Oprea N. et al. *Disability in systemic lupus erythematosus*. Arch Balk Med Union. 2018, 53(1), p. 35-40.
8. Poulsen K.B., Alexanderson H., Dalgård C., Jacobsen S., Weile L., Diederichsen L.P. *Quality of life correlates with muscle strength in patients with dermatomyositis*. Clin Rheumatol. 2017, 36(10), p. 2289-2295.
9. Rider L.G., Lachenbruch P.A., Monroe J.B. et al. *IMACS Group. Damage extent and predictors in adult and juvenile dermatomyositis and polymyositis as determined with the myositis damage index*. Arthritis Rheum. 2009, 60(11), p. 3425-35.
10. Shu X.M., Lu X., Xie Y., Wang G.C. *Clinical characteristics and favorable long-term outcomes for patients with idiopathic inflammatory myopathies: a retrospective single center study in China*. BMC Neurol. 2011, 11, p. 143.
11. Sugiyama Y., Yoshimi R., Tamura M. et al. *The predictive prognostic factors for polymyositis/dermatomyositis-associated interstitial lung disease*. Arthritis Res Ther. 2018, 20(1), p. 7.
12. Taborda A.L., Azevedo P., Isenberg D.A. *Retrospective analysis of the outcome of patients with idiopathic inflammatory myopathy: a long-term follow-up study*. Clin and exp rheum. 2014, 32, p. 188-193.
13. [www.mdcalc.com/modified-rankin-scale-neurologic-disability](http://www.mdcalc.com/modified-rankin-scale-neurologic-disability).