

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA  
IMSP INSTITUTUL DE FTIZIOPNEUMOLOGIE "CHIRIL DRAGANIUC"**

Cu titlu de manuscris  
C.Z.U.: 616.248.8:351.771.1.

**CONDRATȘCHI DIANA**

**OPTIMIZAREA EXPERTIZEI MEDICO-SOCIALE  
ÎN BRONHOPNEUMOPATIA OBSTRUCTIVĂ CRONICĂ**

**321.07 – FTIZIOPNEUMOLOGIE**

**Rezumatul tezei de doctor în științe medicale**

**Chișinău, 2024**

Teza a fost elaborată în cadrul IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” din Republica Moldova.

**Conducător științific:**

**Pisarenco Serghei**, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar

**Referenți oficiali:**

**Corlăteanu Alexandru**, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, IP USMF „Nicolae Testemițanu”

**Procopișin Larisa**, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător, IMSP IFP „Chiril Draganiuc”

**Componența Consiliului științific specializat:**

**Iavorschi Constantin, președinte**, doctor habilitat în științe medicale, profesor cercetător

**Tudor Elena, secretar științific**, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător

**Matcovschi Sergiu**, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

**Bodrug Nicolae**, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

**Moscovciuc Anna**, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător

**Țărnă Eudochia**, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

**David Aliona**, doctor în științe medicale

Susținerea tezei va avea loc la 30 iulie 2024, ora 13:00, în ședința Consiliului Științific Specializat D 321.07-24-39 din cadrul IMSP Institutului de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” (str. Vîrnav, 13, mun. Chișinău, Republica Moldova, MD-2025, etajul 1, sala de ședințe).

Teza de doctor și rezumatul pot fi consultate la Biblioteca științifică IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” (str. Vîrnav, 13, mun. Chișinău, Republica Moldova, MD-2025) și pe pagina web a ANACEC ([www.anacec.md](http://www.anacec.md)).

Rezumatul a fost expediat la „28” iunie 2024.

Secretar științific al Consiliului științific Specializat

**Tudor Elena**, dr. în șt. med., conf. cercetător



Conducător științific:

**Pisarenco Serghei**, dr. hab. în șt. med., conf. universitar



Autor:

**Condrațchi Diana**



©Condrațchi Diana, 2024

## CUPRINS

<b>REPERE CONCEPTUALE ALE CERCETĂRII.....</b>	<b>4</b>
<b>CONȚINUTUL TEZEI.....</b>	<b>7</b>
<b>1. BRONHOPNEUMOPATIA CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ – PROBLEMĂ ACTUALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ.....</b>	<b>7</b>
<b>2. MATERIAL ȘI METODE DE CERCETARE.....</b>	<b>7</b>
2.1. Metoda de formare a lotului de studiu.....	7
2.2. Metodele de investigare.....	8
2.3. Metodele statistice de analiză a rezultatelor obținute în cercetare.....	9
<b>3. CARACTERISTICA CLINICO-SOCIALĂ A PACIENȚILOR ȘI IMPACTULUI CAUZAT DE BRONHOPNEUMOPATIE CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ ASUPRA PACIENTULUI.....</b>	<b>9</b>
3.1. Caracteristica generală a pacienților incluși în studiu.....	9
3.2. Analiza expunerii la fumul de țigară la pacienții din studiu.....	9
3.3. Profilul ocupațional la pacienții cu BPOC studiați.....	10
3.4. Repartizarea pacienților cu BPOC funcție de comorbidități.....	10
3.5. Frecvența I/D polimorfismului genei angiotensinei la pacienții cu BPOC vs persoane sănătoase.....	11
<b>4. INCAPACITATEA TEMPORARĂ DE MUNCĂ LA PACIENȚII CU BRONHOPENUMOPATIE CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ.....</b>	<b>12</b>
4.1. Caracteristica clinică și paraclinică a pacienților funcție de severitatea exacerbării BPOC.....	12
4.2. Predictorii duratei de spitalizare și a hipoxemiei pacienților cu BPOC.....	13
4.3. Incapacitatea temporară de muncă.....	15
4.4. Termenii de incapacitate temporară de muncă.....	16
<b>5. PERFECȚIONAREA CRITERIILOR DE DETERMINARE A GRADULUI DE DIZABILITATE ÎN BRONHOPNEUMOPATIE CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ PRIN PRISMA DOMENIILOR MEDICAL, SOCIAL, PROFESIONAL, EDUCAȚIONAL ȘI PERSONAL, ȚINÂND CONT DE CLASIFICAREA INTERNAȚIONALĂ A FUNCȚIONĂRII, DIZABILITĂȚII ȘI SĂNĂTĂȚII.....</b>	<b>17</b>
5.1. Perfecționarea criteriilor de determinare a gradului de dizabilitate pentru BPOC.....	17
5.2. Studiarea modului de aplicare a Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilităților și Sănătății pentru abordarea integrată a BPOC.....	20
<b>CONCLUZII GENERALE.....</b>	<b>21</b>
<b>RECOMANDĂRI.....</b>	<b>21</b>
<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>22</b>
<b>LISTA PUBLICAȚIILOR LA TEMA TEZEI.....</b>	<b>24</b>
<b>ADNOTARE.....</b>	<b>28</b>
<b>АННОТАЦИЯ.....</b>	<b>29</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>30</b>

## REPERE CONCEPTUALE ALE CERCETĂRII

### Actualitatea temei

Bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) este un termen umbrelă, utilizat pentru a descrie bolile pulmonare cronice care evoluează cu limitarea obstrucției fluxului de aer prin căile aeriene, de obicei datorită fumatului. Obstrucția fluxului de aer în BPOC este ca regulă progresivă, parțial reversibilă și nu se schimbă semnificativ [1].

Una dintre principalele provocări ale BPOC rămâne subdiagnosticarea maladiei, care mai este asociată și cu tulburări substanțiale ale stării de sănătate și dizabilitate [2, 3, 4, 5, 6, 7].

Rezultatele studiilor contemporane necesită o schimbare de paradigmă în BPOC - evaluarea și tratamentul doar a obstrucției căilor aeriene, care a fost mulți ani piatra de temelie a tratamentului BPOC, actual nu mai sunt suficiente pentru a preveni dezvoltarea dizabilității asociată BPOC [8].

Până nu demult în Republica Moldova problemele și conceptele vizavi de dizabilitate erau puțin studiate. Pentru o perioadă lungă de timp, conceptul de dizabilitate a fost interpretat prin prisma doar a incapacității de muncă în urma maladiei diagnosticate, astfel, persoana apreciată cu dizabilitate urma să fie abordată ca și „invalid”, fără să fie realizată o evaluare a pierderii capacităților vitale. Prin urmare, stabilirea doar a diagnosticului clinic și funcțional nu este suficientă pentru a obiectiviza și a interpreta persoana prin modelul medico-social [9].

Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF) definește dizabilitatea ca un termen umbrelă pentru deficiențe, limitări ale activității și restricții de participare. CIF propune pentru prima dată evaluarea socială centrată pe: *identificarea necesităților* individuale a persoanei, *aprecierea factorilor contextuali* în care trăiește persoana cu dizabilitate cu considerarea calității mediului, vieții cotidiene (locuință, hrană, igienă, asigurarea securității fizice și psihice), *participare în societate*, în viața cotidiană și socială, *identificarea barierelor* existente în mediul fizic și social în care trăiește persoana [10].

Actual în Republica Moldova metodologia de determinare a dizabilității la pacienții cu BPOC sunt depășite și necesită optimizare. Este necesară dezvoltarea unui nou concept pentru stabilirea dizabilității bazat pe modelul biopsihosocial, optimizarea criteriilor de incadrare în grade de dizabilitate care vor fi bazate pe dovezi științifice, cu utilizarea instrumentelor standardizate, practice, care prevăd abordarea multidimensională a pacientului cu BPOC. Necesită a fi clarificată aprecierea dizabilității și a funcționalității pacienților cu BPOC cu considerarea factorilor de mediu, personali, sociali, a barierelor ce influențează nivelul de dizabilitate în scopul elaborării programelor de reabilitare și de integrare socială. Elaborarea criteriilor și instrumentelor practice, care ar spori aplicarea CIF în RM, reprezintă o necesitate actuală și imperativă [11].

**Scopul lucrării** este de a optimiza expertiza medico-socială în BPOC, în condițiile paradigmei noi în privința dizabilității.

### Obiectivele tezei:

1. Studiarea manifestărilor clinice și paraclinice actuale ale BPOC, caracteristicilor clinico-sociale ale pacienților și impactului cauzat de BPOC asupra pacientului și societății.

2. Perfecționarea abordărilor în determinarea incapacității temporare de muncă în BPOC, utilizând evaluarea integrată a impactului bolii asupra pacientului și criteriului social al capacității de muncă.

3. Studiarea principalelor limitări de activitate și restricții de participare în BPOC pornind de la gradul de dizabilitate și severitatea deficiențelor funcționale cauzate de boală prin prisma domeniilor medical, social, profesional, educațional și personal.

4. Perfecționarea criteriilor de determinare a gradului de dizabilitate în BPOC prin prisma domeniilor medical, social, profesional, educațional și personal, ținând cont de Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății.

**Ipoteza cercetării.** Primul punct cheie al ipotezei este că abordarea biopsihosocială a pacienților cu BPOC permite determinarea mai precisă a gradului de dizabilitate și a necesităților de reabilitare. Al doilea punct important este că includerea factorilor genetici, cum ar fi polimorfismul genei ACE în expertiza medico-socială permite individualizarea programelor de reabilitare și îmbunătățirea rezultatelor acestora. Al treilea punct al ipotezei subliniază că integrarea factorilor socio-psihologici în procesul de expertiză și reabilitare a pacienților cu BPOC îmbunătățește adaptarea lor socială și reduce nivelul de „incapacitate latentă”.

#### **Noutatea științifică și originalitatea rezultatelor obținute**

Noutatea științifică a acestui studiu se manifestă prin optimizarea metodologiei complexe de expertiză medicală și socială în BPOC, care include aspecte relevante ale inițiativei globale de combatere a acestei boli (GOLD), ia în considerare noua paradigmă în ceea ce privește atitudinea față de dizabilitate și fenomenul de „incapacitate latentă”. Originalitatea rezultatelor constă în abordarea holistică a BPOC și o evaluare cuprinzătoare a deficiențelor funcțional-structurale ale pacienților, combinând aspectele medicale, sociale, psihologice, profesionale și personale, inclusiv predispoziția genetică.

#### **Problema științifică soluționată în teză**

Studiul desfășurat permite schimbarea paradigmei în înțelegerea pacienților cu BPOC, pune baza dezvoltării medicinei personalizate, focalizându-se pe crearea unui profil individual comprehensiv al fiecărui pacient, abordând aspectele biopsihosociale. Rezultatele studiului au condus la elaborarea științific argumentată a criteriilor actualizate de incadrare în grade de dizabilitate, bazate pe metode standardizate și măsurabile. Ținând cont de noua paradigmă în ceea ce privește dizabilitatea, în baza analizei impactului multilateral al BPOC asupra funcționării fizice, sociale și profesionale a pacienților, a fost optimizată metodologia de expertiză medicală și socială în BPOC.

#### **Importanța teoretică a lucrării**

Optimizarea metodologiei de evaluare medicală și socială oferă o perspectivă inovatoare asupra interacțiunii dintre aspectele medicale și sociale în BPOC. Studiul contribuie la o înțelegere mai profundă a mecanismelor de impact al BPOC asupra funcționării fizice, sociale, psihologice și profesionale, extinzând cadrul teoretic pentru evaluarea potențialului de reabilitare și a gradului de dizabilitate, oferind fundamente teoretice pentru dezvoltarea strategiilor noi de incluziune socială.

#### **Valoarea aplicativă a lucrării**

Valoarea aplicativă a lucrării constă în contribuția semnificativă privind reactualizarea criteriilor de incadrare în grade de dizabilitate pentru BPOC, elaborarea algoritmului de expertiză medico-socială cu aplicarea CIF - instrumentului promovat de OMS.

#### **Implementarea rezultatelor studiului**

Rezultatele studiului au fost implementate în practica clinică a secțiilor IMSP IFP “Chiril Draganiuc”, implementate în Protocolul clinic național PCN-18. *Bronhopneumopatia obstructivă cronică* și în activitatea Consiliului Național de Determinare a Dizabilității și Capacității de Muncă.

#### **Aprobarea rezultatelor obținute**

Rezultatele studiului au fost prezentate și discutate la următoarele foruri științifice de nivel național și internațional: Al IV-lea Congres Național de Ftiziopneumologie din RM (cu participare internațională) consacrat jubeleului de 50 ani al Institutului de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” (Chișinău, 2009); Научно-практическая конференция молодых ученых, посвященная всемирному дню борьбы с туберкулезом (Москва, 2010); Al 22-lea Congres al Societății Române de Pneumologie (Poiana Brașov, 31 mai 2012); I-a Conferință Internațională de Geriatrie și Gerontologie din Republica Moldova “Abordarea multidisciplinară a pacientului vârstnic” (Chișinău, 21 septembrie, 2012); A 37-a Conferință Națională de Geriatrie și Gerontologie, cu participare internațională. Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie "Ana

Aslan" (Otopeni, 20 octombrie 2012); Expoziția internațională specializată "MoldMedizin&MoldDent" (10-13 septembrie, 2013); Conferința științifico-practică c participare internațională "Actualități în bronhopneumopatia obstructivă cronică" (Chișinău, 20 noiembrie, 2013); 5th International Congress for Students and Young Doctors MedEspera (May 14-17, 2014), Chisinau, Republic of Moldova; Conferința științifico-practică cu genericul "Actualități în ftizio pneumologie" în cadrul Expoziției Internaționale Specializate "MoldMedizin & MoldDent" (ediția a XX-a), (10 septembrie 2014), Chișinău, Republica Moldova; Науково-практична конференція з міжнародною участю "Актуальні питання коморбідності" (1-2 жовтня 2015 року), м. Чернівці, Україна; Prima conferință cu participare internațională „Bronhopneumopatia cronică obstructivă 2015: noi provocari” (4 iunie 2015), Chișinău, Republica Moldova; Conferința științifică în cadrul marcării Zilei Mondiale a ВРОС cu genericul "Actualități în bronhopneumopatia obstructivă cronică" (20 noiembrie 2015), Chișinău, Republica Moldova; Conferința științifico-practică națională „Actualități în ftizio pneumologie” în cadrul expoziției "Moldmedizin & MoldDent 2015" (10 septembrie 2015), Chișinău, Republica Moldova; Al 24-lea Congres Național al Societății Române de Pneumologie (5-8 octombrie 2016), or. Poiana Brașov, Romania; Al III-lea Congres al medicilor interniști din Republica Moldova cu participare internațională (24-25 octombrie 2017), Chișinău, Republica Moldova; Al XXV-lea Congres al Societății Române de Pneumologie (31 octombrie – 3 noiembrie 2018), or. Poiana Brașov, Romania (**Premiul de excelență**); 3rd International Conference on Non-Communicable Diseases „Health risk factors and prevention of injuries and diseases” (June 5-7, 2019), Chișinău, Republica Moldova; XXIX Национальный конгресс по болезням органов дыхания, Москва, 2019; VII Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у детей и подростков» (28–30 марта 2019 года), г. Калининград, Россия; Conferința a VIII-a națională cu participare internațională: Actualități în domeniul cercetării în nursing. Realizări și perspective la cei 75 ani a CEMF Raisa Pacalo (15 noiembrie, 2019), Chișinău, Republica Moldova; Open Medical Institute. Salzburg Weill Cornell Seminar in Pulmonology (February 17-23, 2019), Salzburg, Austria (**Certificate for Excellent case presentation**); Al V-lea Congres Național de Ftizio pneumologie cu participare internațională "Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice" (1-2 octombrie 2019), Chișinău, Republica Moldova; Conferință științifică în cadrul marcării Zilei Mondiale de luptă împotriva ВРОС cu genericul "Toți împreună să stopăm ВРОС" (22 noiembrie 2019), Chișinău, Republica Moldova; Conferința științifică internațională, ediția a IX-a „Femeile în cercetare: destine, contribuții, perspective” (8-9 februarie 2024), Chișinău, Republica Moldova.

#### **Publicații la tema tezei**

Rezultatele științifice prezentate în această lucrare au fost publicate în 41 lucrări științifice, dintre care, 18 articole (dintre care 2 fără co-autori), 23 rezumate. Co-autor al Protocolului clinic național PCN-18. *Bronhopneumopatia obstructivă cronică*. Co-autor la 1 ghid.

**Volumul și structura tezei:** Teza este scrisă în limba română cu titlu de manuscris și este constituită din introducere, 5 capitole, concluzii și recomandări practice, referințe bibliografice (251 surse). Lucrarea este ilustrată cu 35 tabele, 22 figuri și 8 anexe.

## CONȚINUTUL TEZEI

### 1. BRONHOPNEUMOPATIA CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ – PROBLEMĂ ACTUALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

BPOC este o afecțiune respiratorie progresivă, invalidantă și se consideră a fi cea mai importantă boală respiratorie la nivel global [12]. Mai mult ca atât, în ciuda progreselor obținute în ultimele decenii vizavi de managementul clinic al maladiei [13], BPOC rămâne a fi cauza principală de morbiditate și mortalitate la nivel mondial, cu o povară economică și socială substanțială și în permanentă creștere [14, 15].

Tema dizabilității rămâne abordată predominant din trei modele distincte: *modelul individual (sau medical)* care susține că toate dificultățile manifestate de persoanele cu dizabilități sunt rezultatul deficiențelor biologice și / sau psihologice ale acestora, *modelul social* [16], care consideră ca sursa dificultăților cu care se confruntă persoanele cu dizabilități este mediul social neadaptat, și *modelul bazat pe drepturile omului*, care este promovat și reglementat prin intermediul Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități [16, 17, 18]. Particularitatea acestor modele, privite aparte, este că ele portretizează un anumit unghi al unui fenomen cu mult mai complex, ba mai mult ca atât, adesea, modelele medical și social sunt prezentate ca fiind în dezacord unul față de altul. Pornind de la Clasificarea Internațională a Maladiilor, diagnosticul clinic nu reflectă toată diversitatea asociată cu trăsăturile de funcționalitate a pacientului. Din prisma modelului biopsihosocial al BPOC, doar rezolvarea maladiei sau a oricărui simptom nu este suficientă, este necesară evaluarea consecințelor bolii în ansamblu pentru a aplica recuperare funcțională și socială optimă [19]. Din punct de vedere ale bazelor științifico-teoretice, expertizei medico-sociale și a reabilitării, este importantă interacțiunea concepțiilor de sănătate și a tulburărilor de sănătate. Aceasta interacțiune se reflectă în modelele „medical” și „social” de dizabilitate [19, 20].

Este de menționat că la 4 noiembrie 2016 la a 26-a Sesiunie a Consiliului ONU pentru Drepturile Omului și pe 21-22 martie 2017, în cadrul Sesiunii a 17-a a Comitetului ONU a fost audiat Raportul de țară al Republicii Moldova cu privire la implementarea Convenției ONU pentru drepturile persoanelor cu dizabilități. În urma audierilor, RM a primit recomandări cu caracter imperativ pe domeniul de dizabilitate și anume: ”distanțarea de modelul medical al dizabilității, precum și de percepțiile limitate și nefondate privind persoanele cu dizabilități care provin din această abordare”. În urma analizei situației au fost constatate și alte aspecte, care influențează incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova, printre care: capacități instituționale insuficiente pentru implementarea Convenției ONU [21].

Prin urmare, în prezent metodologia de incadrare în grade de dizabilitate în Republica Moldova sunt depășite și necesită actualizare. Este nevoie de plecare de la modelul medical al dizabilității, care descrie pacienții fiind în stare ireversibilă și în circumstanțe dezavantajate. Este imperativ necesară optimizarea conceptului de incadrare în grade de dizabilitate bazat pe evaluare holistică a tuturor componentelor care înglobează conceptul de model biopsihosocial cu abordare centralizată pe beneficiar.

### 2. MATERIAL ȘI METODE DE CERCETARE

#### 2.1. Metoda de formare a lotului de studiu

Cercetarea științifică a fost realizată pe 204 de pacienți cu diagnosticul stabilit de BPOC. Diagnosticul pozitiv a fost stabilit în conformitate cu Strategia Globală pentru Diagnostic, Tratament și Prevenție GOLD [22]. Potrivit Clasificării Internaționale Statistice a Bolilor și Problemelor de Sănătate Înrudite, revizia 10 (ICD-10), pacienților le-au fost atribuite codurile J44.0, J44.1, J44.9. Subiecții înrolați în studiu au fost examinați și tratați în instituție medicală de nivel terțiar IMSP Institutul de Ftiziopneumologie “Chiril Draganiuc” secțiunile Consultativă și

Ftiziopneumologie.

*Criterii de includere:*

- diagnostic BPOC stabilit în conformitate cu Strategia Globală pentru Diagnostic, Tratament și Prevenție (GOLD, 2017);
- pacienți cu BPOC care prezentau criteriile de incapacitate temporară de muncă sau de încadrare în unu din gradele de dizabilitate;
- acordul pacientului pentru participare în studiu.

*Criterii de nonincludere:*

- diagnostic de astm bronșic;
- condiții clinice concomitente severe ale aparatului cardio-vascular, digestiv, boli endocrine, tabloul clinic al cărora domină evoluția BPOC;
- patologii cronice (neoplazii) și infecțioase ale aparatului respirator (tuberculoza);
- vârsta <18 ani;
- refuzul pacientului de a participa în studiu.

În scopul îndeplinirii scopului și obiectivelor propuse s-a realizat studiu prospectiv, descriptiv, comparativ, transversal. Selectarea pacienților a fost realizată prin recrutarea subiecților, care au fost examinați în cadrul IMSP Institutul de Ftiziopneumologie “Chiril Draganiuc” pe perioada 2011-2014.

Pornind de la criteriile studiului lotul general a fost constituit din 204 pacienți cu BPOC: 29 subiecți cu BPOC evoluție ușoară; 37 evoluție moderată; 80 cu evoluție severă și 58 cu evoluție foarte severă.

Sublotul pacienților cu exacerbări. Pentru studierea incapacității temporare de muncă, data de exacerbări au fost analizați 87 pacienți cu BPOC la care s-a perfectat certificat de concediu medical. Din ei 16/87 subiecți au fost cu exacerbări ușoare, în 34/87 cazuri apreciată exacerbare moderată, iar în 37/84 severă.

Sublotul pacienților cu dizabilități. În scopul analizei criteriilor de încadrare în grade de dizabilitate au fost studiați 85 subiecți cu BPOC, din ei 4/85 cu dizabilitate severă, 73/85 cu dizabilitate accentuată și 8/85 – medie. Subiecții din acest sublot au fost analizați comparativ cu 39 subiecți care au atins criteriile pentru incapacitate temporară de muncă și cărora nu au fost atribuite grade de dizabilitate.

Sublotul pacienților la care s-a analizat I/D polimorfismul genei enzimei de conversie a angiotensinei. Din lotul general de studiu la 83 subiecți cu BPOC a fost petrecută secvențierea genomică pentru identificarea genelor candidate care ar constitui factor genetic de risc pentru BPOC. Rolul profilului genetic al I/D polimorfismului genei ACE la pacienții cu BPOC a fost comparat cu un grup de 89 subiecți sănătoși.

## **2.2. Metodele de investigare**

Pentru lotul de pacienți selectați a fost întocmit chestionarul unic divizat în blocuri tematice: 1) date pașaportale; 2) date antropometrice; 3) anamneza bolii și a vieții; 4) acuzele; 5) factorii de risc cheie, în special expunerea la fumul de țigară; 6) noxele profesionale; 7) statutul de fumător; 8) testul Fagerström - gradul de dependență de nicotină; 9) datele obiective; 10) metodele de diagnostic de laborator: sumarul sângelui; 11) examinarea bacteriologică a sputei; 12) radiografia cutiei toracice; 13) spirometria; 14) body-pletismografia; 15) pulsoximetria; 16) electrocardiografia și ecocardiografia; 17) pentru cuantificarea gradului de dispnee - chestionarul mMRC (Modified Medical Research Council); 18) CAT (COPD Assessment Test – Chestionar de evaluare BPOC); 19) scala de examinare cognitivă „Mini evaluare a stării mentale” (Mini-mental state examination (MMSE)); 20) scala spitalicească de depresie și anxietate (HADS); 21) studierea asocierii polimorfismului I/D genei enzimei de conversie a angiotensinei (ACE); 22) statutul nutrițional; 23) performanța la efort determinată cu ajutorul testului de mers de 6 minute (6MWT); 24) indicele BODE care exprimă consecințele sistemice ale BPOC; 25) Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF) pentru a înregistra problemele care implică funcțiile



și structurile organismului, limitările de activitate și restricțiile de participare, precum și factorii de mediu relevanți; 26) cicloergometrie.

### **2.3. Metodele statistice de analiză a rezultatelor obținute în cercetare**

*Metode teoretice:* analiza, sinteza, generalizarea literaturii metodico-științifice privind problema propusă pentru cercetare. Sursele de literatură au fost selectate din bazele de date precum PubMed, HINARI, EMBASE și Google Scholar folosind ghidurile PRISMA.

*Metode empirice:* sondaj realizat printre pacienții cu BPOC cu aplicarea chestionarului bazat pe analiza literaturii din domeniu, acesta fiind compus din 381 de itemi.

Pentru analiza datelor obținute am folosit următoarele teste statistice:

- variabilele continue au fost prezentate ca și valori medii însoțite de deviația standard ( $\pm$  SD);

- testul  $\chi^2$  (Chi pătrat), testul Fisher Exact pentru variabilele discrete (categorice, inclusiv cele dihotomiale). Semnificația statistică a fost considerată la valorile  $p < 0,05$ ;

- testul Student (t): pentru eșantioane independente pentru a compara grupurile pentru variabilele continue;

- reprezentarea grafică al mediei și punctelor "aberrante" s-a realizat cu ajutorul diagramei box-Whisker;

- coeficientul de corelație Pearson a fost utilizat pentru a măsura gradul de legătură între diverse variabile (coeficient de corelație liniară), iar coeficientul Spearman pentru variabilele nominale și pentru cele cu distribuție neuniformă. Valoarea coeficientului de corelație (r) negativă sau pozitivă cuprinsă între 0,1 și 0,2 a fost considerată ca corelație slabă, între 0,3 și 0,5 - corelație moderată, valorile cuprinse între 0,5 și 0,7 ca și corelație puternică, iar  $\geq 0,8$  ca corelație foarte puternică. Valorile  $p < 0,05$  menționau despre corelație statistic semnificativă.

- s-a utilizat analiza de regresie logistică multivariată ajustată pentru gen și vârstă. Pentru formularea rezultatelor s-a utilizat raportul șanselor (odds ratio - OR) împreună cu intervalul de încredere de 95% (IC 95%).

## **3. CARACTERISTICA CLINICO-SOCIALĂ A PACIENȚILOR ȘI IMPACTULUI CAUZAT DE BRONHOPNEUMOPATIE CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ ASUPRA PACIENTULUI**

### **3.1. Caracteristica generală a pacienților incluși în studiu**

În studiu au fost incluși 204 pacienți cu bronhopneumopatie cronică obstructivă, raportul bărbați/femei a fost în favoarea genului masculin (50:1). Lotul de bază a cuprins 200 bărbați (98%) și 4 (2%) femei (41-76), mediana vârstei fiind  $59,65 \pm 0,4$  ani (ÎI 95%: -3,579 – 0,77;  $p = 0,358$ ).

Considerând diversitatea și varietatea pacienților incluși în studiu, tot spectrul de pacienți au fost repartizați conform clasificării spirometrice GOLD. În studiu au fost recrutați 29 pacienți (14,2%) cu evoluție ușoară GOLD I; 37 pacienți (18,1%) cu evoluție moderată GOLD II; majoritatea pacienților – 80 (39,2%) au fost cu evoluție severă GOLD III și 58 (28,4%) cu evoluție foarte severă GOLD IV, (fig. 3.1).

### **3.2. Analiza expunerii la fumul de țigară la pacienții din studiu**

În țările cu venituri mici fumatul reprezintă factorul fundamental de risc pentru BPOC, respectiv, în lotul examinat o pondere mare de pacienți au menționat istoric de tabagism curent sau de ex-fumător (183 pacienți (89,7%)), respectiv 21 (10,3%) nu au fumat niciodată. Prioritatea fumătorilor orientează despre impactul direct al fumului de țigară în declanșarea BPOC la pacienții din lotul de studiu. La momentul recrutării în studiu continuau să fumeze 100 pacienți (49%). Numărul fumătorilor curenți era în linii mari egal divizat în toate grupele de severitate, astfel constatăm că pacienții rămâneau fumători și în stadii extrem de grave ale maladiei. În acest context, în grupul pacienților GOLD I rămâneau fumători 51,7% subiecți, GOLD II – 54,1%, în GOLD III – 42,5% și respectiv în GOLD IV – 53,4% ( $\chi^2 = 2,168$ ,  $p > 0,538$ ).

Evaluarea indicelui pachete / an printre subiecții care au raportat istoric de fumat a documentat un IF = 41,6, ce reprezintă un indice mai > 25 fiind un risc enorm de a contracta BPOC și / sau cancer pulmonar.

Distribuția pacienților funcție de dependență nicotinică cuantificată după testul Fagerström a constatat următoarele: dependență nicotinică severă (scor >8) s-a obținut cu predilecție la pacienții cu GOLD IV. În categoria pacienților cu stadiu GOLD III dependență nicotinică severă s-a apreciat la 78,1%, iar în stadiu GOLD IV aceeași dependență a fost semnalată la 80,8% fumători curenți. În stadiile ușor și moderat dependența severă s-a înregistrat la 50% și 47,8% fumători activi.

### 3.3. Profilul ocupațional la pacienții cu BPOC studiați

Distribuția pacienților după profesii este neuniformă și a documentat următoarele: este impresionantă rata de profesii asociate cu efort fizic prelungit (intensitate mare), acestea s-au înregistrat în ¾ cazuri (82,3%). În termen de stare socială, 87 pacienți (42,6%) din lotul de studiu continuau să presteze oficial activitate de muncă și au necesitat perfectarea certificatului de concediu medical, 85 pacienți (41,7%) au fost încadrați în unul din gradele de dizabilitate și o pondere mai mică de pacienți – 32 cazuri (15,7%) nu au fost nici angajați, nici încadrați în grad de dizabilitate. Distribuția după gradele de dizabilitate a constatat creșterea numărului de persoane cu dizabilități odată cu avansarea severității BPOC. Astfel, printre pacienții cu GOLD I s-au înregistrat 3 pacienți (3/29, 10,3%) cu grad accentuat de dizabilitate; în GOLD II – 4 pacienți (4/37, 10,8%) cu grad accentuat de dizabilitate și 1 (1/37, 2,7%) cu grad mediu. Deja în GOLD III numărul de respondenți cu grad de dizabilitate crește semnificativ (37 respondenți (37/80, 46,3%)), dintre care 34 (34/80, 42,5%) cu grad accentuat de dizabilitate, 3 (3/80, 3,8%) cu grad mediu. În grupul pacienților cu GOLD IV, ⅓ din subiecți erau cu grad de dizabilitate: aici se înregistrează 4 pacienți (4/58, 6,9%) cu grad sever de dizabilitate, iar majorității pacienților (32/58, 55,2%) a fost acordat grad accentuat de dizabilitate și în 4 cazuri (4/58, 6,9%) – grad mediu de dizabilitate, (fig. 3.1).

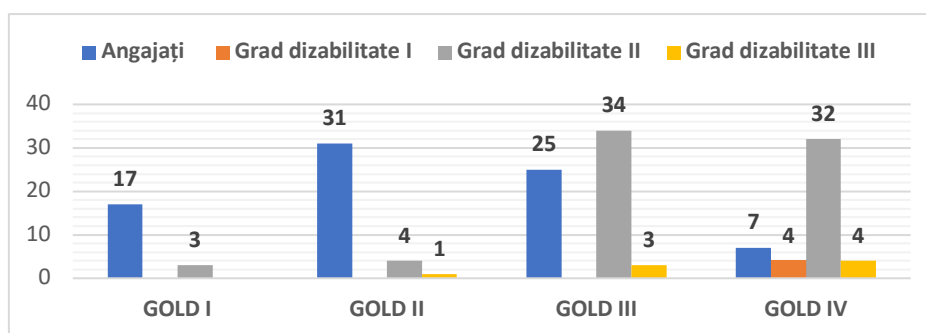


Fig. 3.1. Gradele de dizabilitate conform severității GOLD

### 3.4. Repartizarea pacienților cu BPOC funcție de comorbidități

Majoritatea subiecților recrutați în studiu - 166/204 (81,4%), au manifestat cel puțin o comorbiditate. Merită menționată rata crescută a comorbidităților cardiovasculare: cardiopatie pulmonară s-a înregistrat la 166 (81,4%) pacienți, hipertensiune arterială la 109 (53,4%), cardiopatie hipertensivă la 50 (24,5%) și cardiopatie ischemică 16 (7,8%). Finalizând descrierea caracteristicilor comorbidităților din lotul general de studiu conchidem că cea mai mare pondere a comorbidităților revine stadiilor sever și foarte sever al maladiiei. Rezultatele analizei comparative per GOLD și structura comorbidităților sunt prezentate în tabelul 3.1.

**Tabelul 3.1. Distribuția comorbidităților funcție de severitate după GOLD**

	Total		GOLD								$\chi^2$	p
	n	%	I		II		III		IV			
			n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Cardiopatie pulmonară</b>	166	81,4	7	24,1	22	59,4	79	98,7	58	100	134,336	<0,001
<b>Cardiopatie hipertensivă</b>	50	24,5	0		3	8,1	27	33,7	20	34,5	75,772	<0,001
<b>Cardiopatie ischemică</b>	16	7,8			1	2,7	6	7,5	9	15,5	42,818	<0,001
<b>Hipertensiune arterială</b>	109	53,4	14	48,3	20	54,1	42	52,5	33	56,9	53,601	<0,001
<b>Diabet zaharat</b>	29	14,2	5	17,2	2	5,4	12	15	10	17,2	33,733	<0,001
<b>Depresie</b>	109	53,4	5	18,2	8	23,5	55	68,4	41	71,7	33,601	<0,002
<b>Anxietate</b>	132	64,7	8	27,3	19	52,9	59	73,7	46	79,9	33,818	<0,05
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>58</b>	<b>100</b>		

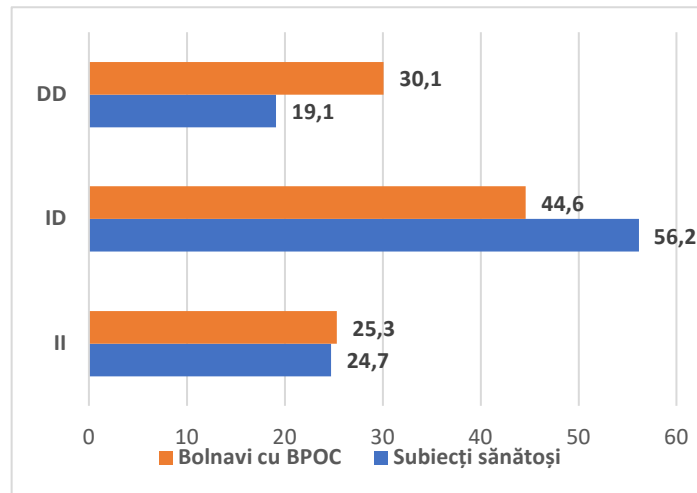
### 3.5. Frecvența I/D polimorfismului genei angiotensinei la pacienții cu BPOC vs persoane sănătoase

Cu privire la identificarea asocierii polimorfismului I/D al genei enzimei de conversie a angiotensinei în BPOC la populația Republicii Moldova a fost realizat un studiu pilot pe un sublot de 83 pacienți cu BPOC (81 bărbați și 2 femei, cu vârsta medie 63,8±8,0 ani) și al 2 sublot de 89 subiecți sănătoși (87 bărbați și 2 femei, vârsta medie 51,8±8,1 ani).

În sublotul pacienților cu BPOC genotipurile enzimei de conversie a angiotensinei au fost apreciate cu următoarea frecvență: 30,1% pentru DD genotip (25/83), 44,6% pentru ID genotip (37/83) și respectiv 25,3% pentru II (21/83), (fig. 3.2). Pentru grupul de control a fost identificată următoarea frecvență: 19,1% pentru DD genotip (17/89), 56,2% pentru genotipul ID (50/89) și 24,7% pentru II (22/89) [23].

Astfel, este apreciată relația statistic semnificativă dintre polimorfismul I/D al enzimei de conversie a angiotensinei și BPOC într-un model recesiv (DD față de ID + II sau 0,41; 95% CI 0,17-1,00; p=0,047) [23]. Prin urmare, varianta DD homozigotă al I/D polimorfismului enzimei de conversie a angiotensinei poate fi un factor de risc pentru boli pulmonare obstructive cronice la populația Moldovei. Pentru confirmarea acestei ipoteze sunt necesare studii suplimentare cu recrutarea unui număr mai mare de pacienți, cu analiza interacțiunii polimorfismului genei angiotensinei cu alți factori genetici și de mediu.

Prin urmare, la pacienții cu BPOC cu diferite polimorfisme a fost analizată durata efortului fizic (prin cicloergometrie) și performanța la efort fizic (6MWT). Analiza duratei și toleranței la efort fizic în dependență de I/D polimorfism a demonstrat, că cele mai semnificative modificări sunt prezente la pacienții cu ID genotip: durata efortului fizic a fost cel mai mic și a constituit 244,8±80,13 sec., la fel și performanța la efort a fost cu cele mai reduse valori 315,7±70,3 m.



**Fig. 3.2. Repartizarea pacienților în lotul cu BPOC și lotul control funcție de genotipurile enzimei de conversie a angiotensinei**

Rezultatele analizei privind toleranța la efort fizic în funcție de I/D genotip, a relevat, că la pacienții cu ID și DD genotip indicatorii cantitativi sunt mult inferiori celor atestați la pacienții cu II genotip (tab. 3.2).

**Tabelul 3.2. Caracteristica toleranței la efort fizic realizat la cicloergometrie la pacienții cu BPOC cu diferite genotipuri markerilor polimorfe I/D genei ACE (M±m)**

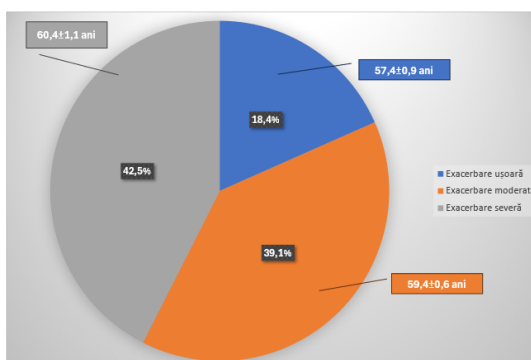
Indici	Genotipul I/D polimorfismului genei ACE		
	ID <sup>1</sup> (n=37)	II <sup>2</sup> (n=21)	DD <sup>3</sup> (n=25)
Intensitatea primului efort, <i>Wt</i>	25,0	25,0	25,0
Intensitatea ultimului efort, <i>Wt</i>	50,0±20,41	50,0±25,12	50,0±20,41
FCC la primul efort, <i>băt/min</i>	90,1±10,56	84,6±6,89	83,5±5,78
FCC la ultimul efort, <i>băt/min</i>	140,2±12,0	138,6±11,50	136,0±15,45
Durata efortului fizic, <i>sec</i>	244,8±80,13	544,2±50,77	456,6±65,98
	p1, p2 = 0,00257; p1, p3 = 0,0457; p2, p3 = 0,297		
Testul de mers de 6 minute, <i>m</i>	315,7±70,3	540,8±48,94	485,3±44,21
	p1, p2 = 0,01109; p1, p3 = 0,0455; p2, p3 = 0,4044		

Aceste rezultate obținute în studiu sunt valoroase din perspectiva utilizării lor în selectarea programelor de reabilitare. Potrivit rezultatelor obținute din tabelul 3.2 conchidem că pacienții cu BPOC, ID și DD polimorfism necesită programe de reabilitare cele mai ușoare și moderate.

### **3. INCAPACITATEA TEMPORARĂ DE MUNCĂ LA PACIENȚII CU BRONHOPENUMOPATIE CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ**

#### **4.1. Caracteristica clinică și paraclinică a pacienților funcție de severitatea exacerbării BPOC**

Exacerbarile rămân a fi cauza principală de incapacitate temporară de muncă în BPOC și reprezintă cauza cea mai frecventă de adresare după asistență medicală primară sau specializată. Totodată, exacerbarile comportă și aspecte medico-sociale, deoarece necesită perfectarea certificatului de concediu medical pe durata exacerbării și recuperării post-exacerbare. În Republica Moldova, durata concediului medical acordată unui pacient pe motiv de exacerbare a BPOC este determinat în baza protocolului clinic și a standardelor de diagnostic și tratament, din cauza lipsei termenilor aprobați de către ministerul de profil privind dizabilitatea temporară pentru cele mai frecvente boli [24, 25, 26].



**Fig. 4.1. Distribuția pacienților după severitatea exacerbării de BPOC**

Urmărind în complex dinamica dezvoltării tehnologice a diagnosticului, tratamentului și reabilitării, alături de extinderea spectrului de produse farmaceutice eficiente în managementul BPOC, în paralel cu dezvoltarea tehnogenă a societății, care are impact direct asupra stării de sănătate, mediului ecologic, caracteristicilor reactivității și rezistenței corpului uman, ne-am propus să analizăm termenii optimali ai incapacității temporare de muncă în BPOC. În acest context a fost analizat un sublot de 87 pacienți cu BPOC (85 bărbați și 2 femei) angajați oficial în câmpul muncii și care au solicitat perfectarea certificatului de concediu medical pe motiv de dizabilitate cauzată de exacerbarea BPOC. Distribuția pacienților după severitatea exacerbării a fost următoarea: aproximativ 1/5 din pacienți din acest sublot - 16 pacienți (16/87, 18,4%) au fost diagnosticați cu *exacerbare ușoară*; alții (34/87, 39,1%) au fost încadrați în *exacerbare moderată* și *severă* manifestată la 37 pacienți (37/87, 42,5%), constituind cea mai mare pondere (fig. 4.1). Reieșind din repartitia per severitate a exacerbărilor conchidem că majoritatea pacienților fac exacerbări severe, necesitane de spitalizări, care prevăd costuri semnificative, fapt care mărește și mai mult sarcina pe sistemul de sănătate publică al RM.

În continuare, ne-am propus să analizăm repartizarea pacienților pe vârste. Media aritmetică a vârstei pacienților incluși în sublotul de studiu (pacienți cu exacerbări) este de 59,5±0,5 ani. Vârsta medie la pacienții cu exacerbare ușoară este de 57,4±0,9 ani, cu exacerbare moderată - 59,4±0,6 ani, iar în exacerbare severă - 60,4±1,1 ani, fapt care indică că pacienții cu exacerbări, inclusiv cu cele severe, sunt în vârste apte de muncă.

#### 4.2. Predictorii duratei de spitalizare și a hipoxemiei pacienților cu BPOC

În continuare, ne-am propus să realizăm analiză corelațională Pearson dintre durata tratamentului pentru exacerbare în staționar (IMSP IFP “Chiril Draganiuc”) măsurată în zile-pat și hipoxemia arterială periferică ( $S_{aO_2}$ , %) cu următoarele variabile: vârsta pacientului; scorul mMRC; indicele pachete/an; indicele BODE; 6MWT; VEMS; DLCO; PSAP în vederea evidențierii predictorilor duratei tratamentului prelungit în staționar pe motiv de exacerbare.

**Tabelul 4.1. Corelația dintre durata tratamentului în staționar și  $S_{aO_2}$  cu unii parametri clinico-funcționali la pacienții cu exacerbări ușoare de BPOC (N=16)**

Variabile	Vârsta, ani	mMRC	IF, pachete/an	BODE	6MWT	VEMS	DLCO	PSAP
$S_{aO_2}$ , %	r = -0,436	r = -0,583	r = -0,113	r = -0,046	r = 0,232	r = -0,072	r = 0,207	r = -0,499
	p = 0,0133	p = 0,01470	p = 0,66711	p = 0,85998	p = 0,37220	p = 0,78341	p = 0,42634	p = 0,050453
Zile-pat	r = 0,005	r = -0,040	r = 0,555	r = 0,167	r = -0,244	r = -0,306	r = -0,157	r = 0,193
	p = 0,0193	p = 0,87947	p = 0,026852	p = 0,05229	p = 0,34631	p = 0,23353	p = 0,54700	p = 0,45877

În sublotul pacienților cu exacerbare ușoară (tab. 4.1) a BPOC durata de spitalizare, raportată în zile-pat a corelat moderat pozitiv, statistic semnificativ cu vechimea fumatului ( $r = 0,555$ ,  $p = 0,026852$ ). La fel, s-a constatat corelație directă (pozitivă) de intensitate slabă, statistic semnificativă dintre durata de spitalizare și scorul compozit BODE ( $r = 0,167$ ,  $p = 0,05229$ ).

**Tabelul 4.2. Corelația dintre durata tratamentului în staționar și  $S_aO_2$  cu unii parametri clinico-funcționali la pacienții cu exacerbări moderate de BPOC (N=34)**

Variabile	Vârsta, ani	mMRC	IF, pachete/an	BODE	6MWT	VEMS	DLCO	PSAP
<b>SaO<sub>2</sub>, %</b>	r = - 0,315	r = - 0,222	r = - 0,170	r = - 0,113	r = 0,461	r = - 0,075	r = 0,027	r = - 0,307
	p = 0,05999	p = 0,21464	p = 0,34368	p = 0,5325	p = 0,00706	p = 0,67643	p = 0,92358	p = 0,04208
<b>Zile-pat</b>	r = 0,335	r = 0,002	r = - 0,129	r = 0,101	r = - 0,730	r = - 0,413	r = 0,336	r = 0,009
	p = 0,05682	p = 0,011	p = 0,47468	p = 0,57505	p = 0,68742	p = 0,01723	p = 0,22260	p = 0,052

Vârsta la pacienții cu exacerbări moderate (tab. 4.2) a corelat moderat în sens pozitiv, statistic semnificativ și cu zilele-pat ( $r = 0,335$ ,  $p = 0,05682$ ). Scorul mMRC a corelat slab pozitiv, statistic semnificativ cu zile-pat în același grup de pacienți, unde coeficientul Pearson a constituit  $r = 0,002$ ,  $p = 0,011$ . Concomitent cu degradarea valorilor VEMS, % a avut loc majorarea zilelor-pat. În grupul de pacienți cu exacerbare moderată s-a depistat corelație moderată în sens opus, statistic semnificativă ( $r = - 0,413$ ,  $p = 0,01723$ ).

În grupul pacienților cu BPOC exacerbare severă durata de spitalizare a corelat moderat pozitiv, statistic semnificativ cu scorul mMRC ( $r = 0,404$ ,  $p = 0,01198$ ) (tab. 4.3).

**Tabelul 4.3. Corelația dintre durata tratamentului în staționar și  $S_aO_2$  cu unii parametri clinico-funcționali la pacienții cu exacerbări severe de BPOC (N=37)**

Variabile	Vârsta, ani	mMRC	IF, pachete/an	BODE	6MWT	VEMS	DLCO	PSAP
<b>SaO<sub>2</sub>, %</b>	r = - 0,081	r = - 0,484	r = 0,135	r = - 0,527	r = 0,337	r = 0,440	r = 0,444	r = - 0,299
	p = 0,6282	p = 0,0021	p = 0,41766	p = 0,00068	p = 0,03874	p = 0,0057	p = 0,0444	p = 0,0485
<b>Zile-pat</b>	r = 0,029	r = 0,404	r = - 0,131	r = 0,453	r = - 0,505	r = - 0,213	r = 0,111	r = 0,186
	p = 0,8617	p = 0,0119	p = 0,43407	p = 0,00436	p = 0,001260	p = 0,19912	p = 0,63195	p = 0,26402

#### 4.2. Incapacitatea temporară de muncă

La pacienții exacerbatori din BPOC angajați în câmpul muncii a fost analizat profilul domeniului profesional și calificarea profesională. O pondere semnificativă a pacienților au relatat activități profesionale, care presupun muncă fizică intensă (36 pacienți din 87 (41,4%)), alți 40 pacienți (40/87, 45,9%) activități profesionale care implică eforturi fizice moderate și corespunzător 11 pacienți (11/87, 12,6%) au fost angajați în activități profesionale care implică efort intelectual și mental. Este îngrijorător faptul că un număr mare de pacienți angajați în câmpul muncii au manifestat exacerbări severe (37 pacienți (37/87, 42,5%)), dintre ei 13 pacienți (13/37, 35,1%) raportează activități profesionale, care presupun muncă fizică intensă și 20 pacienți (20/37,

54,1%) activități profesionale care implică eforturi fizice moderate. În această ordine de idei, analiza pacienților cu BPOC angajați în câmpul muncii a identificat și alt fenomen, când angajatul cu BPOC prezintă criterii de incapacitate temporară de muncă, însă continuă să se prezinte la locul de muncă în ciuda înrăutățirii stării de sănătate, care clinic se încadrează în exacerbare de BPOC. Considerând esența acestui fenomen l-am definit ca incapacitate latentă ("ascunsă") de muncă a angajaților, subînțelegând o situație reală de incapacitate temporară de muncă pe motiv de boală, care nu se include în normele de legislație de muncă pe motiv de lipsă a temeiului formal – certificatului de concediu medical [27]. Datele statisticii oficiale, inclusiv și datele fondurilor de asigurare socială pun în evidență un nivel non-paralel a indicatorilor de morbiditate a cetățenilor și nivelului de solicitare a certificatelor de concediu medical. Cu alte cuvinte, fiind bolnavi ca și înainte, cetățenii tot mai rar recurg la aplicarea zilelor de concediu medical [27]. Acest fapt ne-a sugerat să analizăm fenomenul de incapacitate latentă de muncă la bolnavii cu BPOC, prin intermediul analizei cauzelor și motivelor ce ar condiționa așa comportament [28]. În studiu au fost incluși 45 pacienți cu BPOC, angajați în câmpul muncii, dintre care 41 (91,1%) bărbați și 4 (8,9%) femei, cu vârste cuprinse între 38-63 ani (vârsta medie 51,2±3,3 ani). Toți pacienții au relatat că ultimii 2 ani au avut experiență de relații sociale și de muncă neformale, caracterizate prin faptul că și-au continuat activitatea de muncă în ciuda agravării bolii [28]. Interviewarea a fost realizată prin anchetare, cu utilizarea chestionarului care include 17 itemi. Cele mai frecvente motive de refuz în perfectarea certificatului de concediu medical și continuarea activității de muncă în pofida bolii a fost „prezența mea la locul de muncă este necesară, am convingerea, că fără mine lucrul se va stopa” – așa motiv au declarat 15,3% pacienți, “mă strădui să iau buletin, dar, dacă sunt imperios necesar la locul de lucru, renunț la el” (12,8%), “din principiu - insist să port boala pe picioare” (11,1%). Mai rar - “nu vreau să alterez relațiile cu conducere a întreprinderii” și “este important să nu lipsesc de la serviciu, altminteri risc să nu fiu la curent cu toate schimbările” câte 10,3%. Alte motive au fost nominalizate mai rar (fig. 4.2).



**Fig. 4.2. Motivele de refuz în perfectarea certificatelor de concediu medical și ieșire la lucru în ciuda bolii (în % din numărul angajaților care își continuau activitatea de muncă în pofida bolii)**

### 4.3. Termenii de incapacitate temporară de muncă

În continuare, au fost supuse analizei factorii și termenii incapacității temporare de muncă a pacienților din lotul de studiu – 87 de pacienți cu BPOC angajați oficial în câmpul muncii, pentru care s-a perfectat certificatul de concediu medical pe motiv de incapacitate temporară de muncă cauzată de exacerbarea BPOC.

În calitate de rezultat pozitiv al tratamentului a fost considerată regresia totală sau semnificativă a simptomelor. La pacienții cu exacerbare ușoară mediana ITM a constituit  $7,94 \pm 1,1$  zile ( $M \pm m$ ). De menționat că la o serie de pacienți regresia exacerbării a survenit mai rapid cu o medie de 7 zile, însă, subiecții din rîndul fenotipului cu exacerbări frecvente (2/16), și impact sporit de simptome, cu o evoluție determinată de comorbidități, termenii incapacității temporare de muncă au constituit până la 10,5 zile (1 pacient 10 zile; 1 pacient 11 zile).

Durata incapacității temporare de muncă la pacienții cu exacerbări moderate a fost diferită, mediana constituind  $16 \pm 1,5$  zile. În cazul pacienților, care au fost tratați la domiciliu a constituit în mediu 13-14 zile, iar la pacienții cu BPOC cu exacerbări frecvente, comorbidități importante, cu declin lent al simptomelor în ciuda tratamentului, a constituit în mediu până la 17,5 zile.

În grupul cu exacerbări severe durata incapacității temporare de muncă a corelat cu severitatea evoluției BPOC, mediana ITM a constituit  $22,5 \pm 2,8$  zile. La pacienții cu BPOC tip D, care s-au tratat în secții terapeutice fără internare în terapie intensivă durata incapacității de muncă a constituit în medie 20-22 zile, iar în situații speciale, în exacerbări amenințătoare de viață, durata incapacității s-a prelungit pe contul tratamentului în secția terapie intensivă și a constituit în mediu 28,4 zile. În toate grupele de exacerbări s-au identificat diferențe statistice semnificative (fig. 4.3).

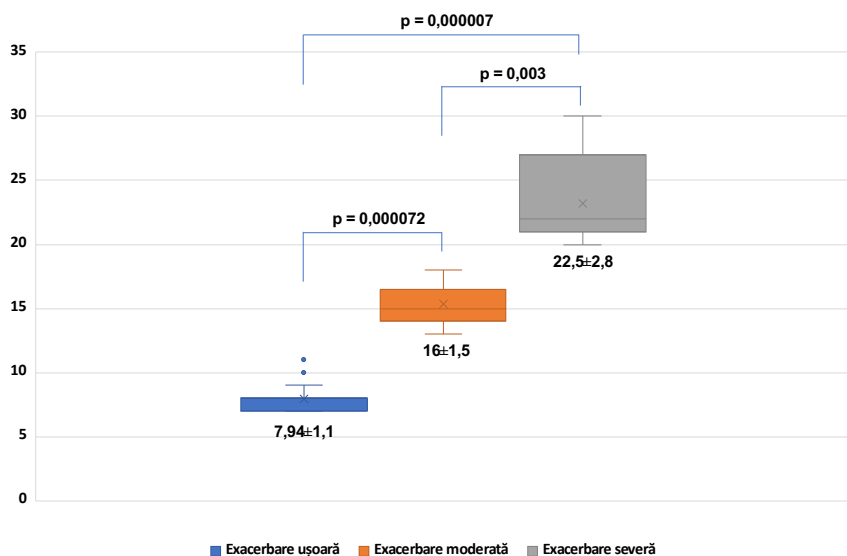


Fig. 4.3. Repartizarea duratei ITM (în zile) funcție de severitatea exacerbărilor cu ajutorul diagramei box-Wisker

## 5. PERFECȚIONAREA CRITERIILOR DE DETERMINARE A GRADULUI DE DIZABILITATE ÎN BRONHOPNEUMOPATIE CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ PRIN PRISMA DOMENIILOR MEDICAL, SOCIAL, PROFESIONAL, EDUCAȚIONAL ȘI PERSONAL, ȚINÂND CONT DE CLASIFICAREA INTERNAȚIONALĂ A FUNCȚIONĂRII, DIZABILITĂȚII ȘI SĂNĂȚĂII

### 5.1. Perfecționarea criteriilor de determinare a gradului de dizabilitate pentru BPOC

Sintetizînd alinierea și gruparea pacienților din lotul de studiu per date funcționale, rezultatele scalelor și publicațiile internaționale de specialitate am elaborat criterii actualizate, bazate pe date măsurabile, orientate spre utilizare practică de încadrare în deficiențe funcționale-



structurale, în baza cărora se calculează capacitatea de muncă păstrată (tab. 5.1).

Pacient cu BPOC **fără deficiențe funcțional-structurale** nu servește temei pentru incadrare în grad de dizabilitate. BPOC tip A. Clinic pacienul prezintă dispnee fie doar la eforturi mari sau când se deplasează grăbit pe teren plat sau când urcă o pantă lină (mMRC 0-1); manifestă toleranță la efort în limitele normei (6MWT, % din prezis norma); exacerbările nu necesită spitalizare. Spirometric VEMS  $\geq 80\%$  din prezis; gazimetria în limitele normale; DLCO în limitele normei ( $\geq 75\%$ ). Index BODE 0-1 puncte.

Capacitatea de autonomie personală păstrată. Pacientul este apt să finalizeze orice activitate care necesită  $\geq 7$  echivalenți metabolici MET<sub>s</sub>.

Necesită servicii pentru profilaxia exacerbărilor, la necesitate incadrare în programe de renunțare la fumat.

Pacient cu BPOC **cu deficiențe funcțional-structurale ușoare și capacitate de muncă păstrată 65–100%**. BPOC tip B nu servește temei pentru incadrare în grad de dizabilitate. Clinic pacienul prezintă dispnee când se deplasează grăbit pe teren plat sau când urcă o pantă lină (mMRC 1); manifestă toleranță la efort 6MWT în limitele 75-100% din prezis. Exacerbările documentate nu necesită spitalizare. Spirometric VEMS = 60-79% din prezis; gazimetria în limitele normale; DLCO în limitele normei ( $\geq 75\%$ ). Index BODE 0-2 puncte.

Capacitatea de autonomie personală păstrată. Pacientul este apt să finalizeze orice activitate care necesită 6-7 echivalenți metabolici MET<sub>s</sub>.

Necesită servicii pentru profilaxia exacerbărilor, la necesitate incadrare în programe de renunțare la fumat.

Pacient cu BPOC **cu deficiențe funcțional-structurale medii**, cuprinse între 40 și 55% cu o **capacitate de muncă păstrată la 45–60%** se va incadra în grad mediu de dizabilitate.

Clinic din cauza dispneei pacienul se deplasează încet decât alți oameni de vârsta lui pe teren plat sau trebuie să se oprească când se deplasează pe teren plat în ritm propriu (mMRC 2), fie se oprește din cauza dispneei după mers de 100 m (mMRC 3). BPOC tip E cu  $\geq 2$  exacerbări moderate sau necesitate de spitalizări.

Pacientul manifestă toleranță la efort 6MWT în limitele 50-74% din prezis. Spirometric VEMS = 40-59% din prezis; gazimetria P<sub>a</sub>O<sub>2</sub> în limitele 60-79 mmHg; DLCO reducere moderată (60-74%). Index BODE 3-4 puncte.

Capacitatea de autonomie personală limitată ușor-moderat, în special în exacerbări. Pacientul este apt să finalizeze orice activitate care necesită 4-5 echivalenți metabolici MET<sub>s</sub>. Necesită asistență moderată.

Necesită servicii pentru profilaxia exacerbărilor și complicațiilor, la necesitate incadrare în programe de renunțare la fumat.

Pacient cu BPOC **cu deficiențe funcțional-structurale accentuate**, cuprinse între 60 și 75% cu o **capacitate de muncă păstrată la 45–60%** se va incadra în grad accentuat de dizabilitate.

Clinic din cauza dispneei pacienul se oprește după mers de 100 m (mMRC 3) sau prezintă dispnee care nu îi permite să părăsească locuința sau dispnee la îmbrăcat și dezbrăcat (mMRC 4). BPOC tip E cu  $\geq 2$  exacerbări frecvente necesitate de spitalizări.

Pacientul manifestă toleranță la efort 6MWT în limitele 25-49% din prezis. Spirometric VEMS = 30-49% din prezis; gazimetria P<sub>a</sub>O<sub>2</sub> în limitele 40-59 mmHg; DLCO reducere severă (41-59%). Cord pulmonar subcompensat-decompensat. Semne de insuficiență ventriculară dreapta. Pe traseul ECG: hipertrofie, dilatare ventriculară dreapta, tulburări de ritm. EcoCG: hipertrofie, dilatare ventriculară dreapta. Hipertensiune pulmonară ușoară-moderată. Index BODE 5-6 puncte. La caz, oxigenoterapie și suport ventilator [29].

**Tabelul 5.1. Criteriile actualizate pentru aprecierea gradului de dizabilitate în  
bronhopneumopatie cronică obstructivă**

	mMRC	BODE	VEMS	DLCO	Hipoxemie la efort sau repaos, S <sub>a</sub> O <sub>2</sub>	Gazimetrie [29]	6MWT, valoarea din prezis	SCV	Necesitate în asistență	MET <sub>s</sub>
Fără deficiențe funcțional-structurale – nu servesc temei pentru grad de dizabilitate.	0-1	0-1	≥ 80%	≥ 75%	99-100%	Gazimetrie normală	Performanță de efort în limitele normei		Independent	> 7 MET <sub>s</sub>
Deficiențele funcțional-structurale ușoare – nu servesc temei pentru grad de dizabilitate. Capacitatea de muncă păstrată 65–100%.	0-1	0-2	60-79%	≥75%	99-95%	Gazimetrie normală	75-100%		Supraveghere sau asistență minimă	6-7 MET <sub>s</sub>
Deficiențele funcțional-structurale medii, cuprinse între 40 și 55% - grad mediu de dizabilitate. Capacitate de muncă păstrată la 45–60%.	2-3	3-4	40-59%	60-74%	90-94%	P <sub>a</sub> O <sub>2</sub> în limitele 60-79 mmHg	50-74%	Cord pulmonar compensat	Necesită asistență moderată	4-5 MET <sub>s</sub>
Deficiențe funcțional-structurale accentuate, cuprinse între 60 și 75% - grad accentuat de dizabilitate. Capacitate de muncă păstrată la 25–40%.	3-4	5-6	30-49%	41-59%	93-89%	P <sub>a</sub> O <sub>2</sub> 40-59 mmHg	25-49%	Cord pulmonar subcompensat-decompensat. Semne de insuficiență ventriculară dreapta. Pe traseul ECG: hipertrofie, dilatare ventriculară dreapta, tulburări de ritm. EcoCG: hipertrofie, dilatare ventriculară dreapta. Hipertensiune pulmonară.	Necesită asistență maximă	< 3 MET <sub>s</sub> , doar în condiții speciale
Deficiențe funcțional-structurale severe, cuprinse între 80 și 100% - grad sever de dizabilitate. Capacitate de muncă păstrată la 0–20%	4	7-10	< 30%	<40%	<89%,	P <sub>a</sub> O <sub>2</sub> <40 mmHg, P <sub>a</sub> CO <sub>2</sub> >50 mmHg	0-24%	Cord pulmonar decompensat. IC NYHA IV. Pe traseul ECG: hipertrofie, dilatare ventriculară dreapta, tulburări de ritm. EcoCG: hipertrofie, dilatare ventriculară dreapta. Hipertensiune pulmonară severă.	Necesită asistență totală	<1,0-1,5 MET <sub>s</sub>

Capacitatea de autonomie personală limitată moderat, în special în exacerbări. Pacientul este apt să finalizeze orice activitate care necesită < 3 METs, doar în condiții speciale. Necesită asistență maximă.

Necesită servicii pentru profilaxia exacerbărilor și complicațiilor, reabilitare respiratorie pe termen lung, la necesitate încadrare în programe de renunțare la fumat.

Pacient cu BPOC cu **deficiențe funcțional-structurale severe**, cuprinse între 80 și 100% cu o **capacitate de muncă păstrată la 0–20%** se va încadra în grad sever de dizabilitate.

Clinic pacientul prezintă dispnee care nu îi permite să părăsească locuința sau dispnee la îmbrăcat și dezbrăcat (mMRC 4). BPOC tip E cu  $\geq 2$  exacerbări frecvente grave necesitente de spitalizări.

Pacientul manifestă toleranță la efort 6MWT în limitele 0-24% din prezis. Spirometric VEMS < 30% din prezis, gazimetria  $P_aO_2$  în limitele  $P_aO_2 < 40$  mmHg,  $P_aCO_2 > 50$  mmHg, DLCO reducere foarte severă (< 40%). Cord pulmonar decompensat. IC NYHA IV. Pe traseul ECG: hipertrofie, dilatare ventriculară dreapta, tulburări de ritm. EcoCG: hipertrofie, dilatare ventriculară dreapta. Hipertensiune pulmonară severă. Index BODE 7-10 puncte. La caz, oxigenoterapie și suport ventilator [29].

Capacitatea de autonomie personală limitată sever sau total în exacerbări. Capacitatea de muncă pierdută. Necesită asistență totală. La caz, pacientul este apt să realizeze activități doar în condiții speciale care necesită < 1,0-1,5 METs.

Necesită servicii pentru profilaxia exacerbărilor și complicațiilor amenințătoare cu viața, reabilitare respiratorie pe termen lung, la necesitate încadrare în programe de renunțare la fumat.

## 5.2. Studiarea modului de aplicare a Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilităților și Sănătății pentru abordarea integrată a BPOC

În cadrul expertizei medico-sociale dincolo de stabilirea diagnosticului și a gradului de deficiențe funcționale stă evaluarea pacientului prin prisma modelului bio-psihosocial al bolii. Modalitatea care ar integra modelul medical și social al dizabilității este CIF, instrument internațional care permite evaluarea reală a funcționării într-un mediu și localitate anumită și nu doar aprecierea consecințelor bolii [30]. În tabelul 5.2 sunt selectate și prezentate codurile și categoriile CIF care caracterizează cel mai amplu starea biopsihosocială a pacienților cu BPOC. Vizavi de fiecare categorie se prezintă modalitatea de evaluare cantitativă.

**Tabelul 5.2. Setul de bază actualizat de categorii din Clasificarea internațională a funcționării, dizabilităților și sănătății pentru evaluarea stării funcționale a pacienților cu bronhopneumopatie cronică obstructivă**

Cod CIF	Categorie CIF	Metodele de evaluare și măsurare a domeniilor CIF
<b>Funcțiile organismului / The «body functions» categories</b>		
b 440	Funcția respiratorie / Respiration functions	Spirometrie
b 450	Funcția respiratorie suplimentară / Additional respiratory functions	BODY-pletismografie (VR, TLC) și DLCO
b 455	Funcția de toleranță la efort fizic / Exercise tolerance functions	Test de mers de 6 minute (distanța parcursă timp de 6 minute), valoarea în % din prezis
b 460	Senzații asociate cu funcționarea sistemelor cardiovascular și respirator /	$S_aO_2$
<b>Structurile organismului / The «structures of the body» categories</b>		
s 410	Structura sistemului cardio-vascular / Structure of cardiovascular system	ECG, Eco CG
s 430	Structura sistemului respirator / Structure of respiratory system	Tabloul stetoacustic, radiografia toracelui

Continuare

Activitatea și participarea / The «activity and participation» category		
d 230	Realizarea programului zilnic obișnuit / Carrying out daily routine	Testul de evaluare BPOC (COPD Assessment Test, CAT)
d 240	Depășirea stresului și altor solicitări de ordin psihologic / Handling stress and other psychological demands	Scala HADS
d 450	Mersul pe jos / Walking	Scala mMRC
d 5702	Menținerea propriei sănătăți / Looking after one's health	Scala MMSE
d 640	Îndeplinirea activităților casnice / Doing housework	Scala universală de afectare a funcționării și sănătății CIF
Factorii de mediu / The category of «environmental factors»		
e 110	Produse sau substanțe pentru consum personal / Products or substances for personal consumption	Scala universală de afectare a funcționării și sănătății CIF
e 115	Produse și tehnologii pentru consum cotidian personal / Products and technology for personal use in daily living	Scala universală de afectare a funcționării și sănătății CIF
e 225	Clima / Climate	Scala universală de afectare a funcționării și sănătății CIF
e 260	Calitatea aerului / Air quality	Scala universală de afectare a funcționării și sănătății CIF

Integrarea ambelor instrumente – Criteriilor actualizate de încadrare în grade de dizabilitate și Setului de bază actualizat de categorii CIF pentru BPOC a continuat în elaborarea Algoritmului de expertiză medico-socială al pacienților cu BPOC (fig. 5.1) prin prisma modelului biopsihosocial.

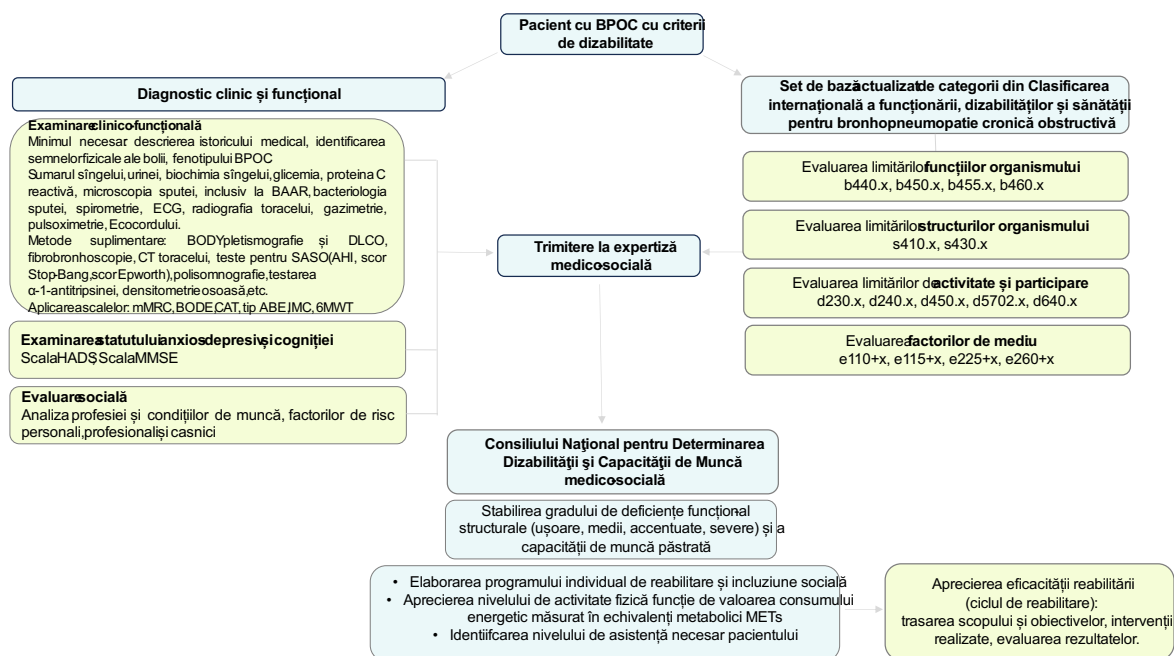


Fig. 5.1. Algoritm de expertiză medico-socială al pacienților cu BPOC

## CONCLUZII GENERALE

1. Studiul a demonstrat că BPOC este o boală cu impact invalidant în rândul persoanelor apte de muncă, iar fumatul, reprezintă factorul cheie de risc în dezvoltarea BPOC. A fost de asemenea constatat că în Republica Moldova, polimorfismul DD al genei ACE este un factor de risc semnificativ pentru BPOC, asociat cu o toleranță scăzută la efort fizic.
2. Rezultatele obținute au evidențiat că predictorii principali ai prelungirii spitalizării variază în funcție de severitatea exacerbării, implicând indicele de fumat, indicele BODE, vârsta pacientului, gradul de dispnee conform scalei mMRC, VEMS, PASP și performanța testului de mers de 6 minute.
3. S-a constatat că severitatea exacerbărilor BPOC este direct proporțională cu durata incapacității temporare de muncă, evidențiind importanța managementului precoce și eficient al exacerbărilor pentru minimizarea impactului asupra capacității de muncă.
4. Studiul a dezvăluit că 50,9% dintre pacienții angajați cu BPOC, în pofida semnelor clinice de exacerbare, din diferite motive amânau adresarea după asistență medicală, fapt care a scos în evidență fenomenul de ”incapacitate latentă de muncă”.
5. Problema științifică soluționată în teză constă în actualizarea *Criteriilor pentru încadrare în grade de dizabilitate în bronhopneumopatie cronică obstructivă, Setului actualizat de bază de categorii CIF pentru BPOC* și elaborarea *Algoritmului de expertiză medico-socială al pacienților cu BPOC*, facilitând abordarea holistică a pacientului cuprinzând aspecte biopsihosociale.
6. În urma cercetării efectuate, a fost confirmată ipoteza conform căreia optimizarea expertizei medico-sociale în BPOC va crește acuratețea diagnosticului, eficiența tratamentului, expertizării și reabilitării pacienților, îmbunătățind astfel calitatea vieții acestora.

## RECOMANDĂRI

1. Pentru *Ministerul Sănătății*.
  - a) elaborarea Sistemului Informațional de Monitorizare și Evaluare al BPOC;
  - b) punere în aplicare a campaniilor și programelor educaționale de sprijinire a renunțării la fumat, având în vedere rolul acestuia ca factor de risc major pentru BPOC;
  - c) finanțarea cercetărilor genetice pentru identificarea persoanelor cu risc sporit de dezvoltare a BPOC;
  - d) implementarea programelor de screening pentru identificarea persoanelor cu risc înalt și dezvoltarea de strategii personalizate de prevenire și tratament.
2. Pentru *Agenția Națională pentru Sănătate Publică*. Modificarea modalității de raportare al BPOC. Revizuirea Raportului statistic Nr. 12-săn cu urmărirea posibilităților de ajustare al punctul 11.5 în scopul obținerii acurateței datelor statistice despre BPOC în Republica Moldova.
3. Pentru *instituții medico-sanitare publice*. Îmbunătățirea competențelor medicilor și a personalului medical în ceea ce privește metodele de diagnostic, tratament și reabilitare a BPOC. Sporirea accesului la spirometrie al subiecților cu factori de risc pentru BPOC în scopul depistării precoce al obstrucției bronșice ireversibile și identificării primelor manifestări de dizabilitate în stadiile incipiente BPOC.

4. Pentru *Consiliul Național de Determinare a Dizabilității și Capacității de Muncă*. Implementarea instrumentelor actualizate de expertiză medico-socială în bronhopneumopatie cronică obstructivă:
  - a) Algoritmului de expertiză medico-socială al pacienților cu BPOC;
  - b) Criteriilor actualizate pentru încadrare în grad de dizabilitate în bronhopneumopatie cronică obstructivă;
  - c) Setului actualizat de bază de categorii CIF pentru BPOC.

## BIBLIOGRAFIE

1. DEVEREUX, G. Definition, epidemiology, and risk factors. *Bmj*, 2006, 332.7550: 1142-1144.
2. SORIANO, J., et al. Prevalence and determinants of COPD in Spain: EPISCAN II. *Archivos de bronconeumologia*, 2021, 57.1: 61-69.
3. LIN, Ch., et al. Novel app-based portable spirometer for the early detection of COPD. *Diagnostics*, 2021, 11.5: 785.
4. LAMPRECHT, B., et al. Determinants of underdiagnosis of COPD in national and international surveys. *Chest*, 2015, 148.4: 971-985.
5. VIEGI, G., et al. Global burden of chronic respiratory diseases. *Journal of aerosol medicine and pulmonary drug delivery*, 2020, 33.4: 171-177.
6. PERRET, J., DHARMAGE, Sh. COPD-related incidence, mortality, and disability: An illustrative summary of the GBD study (1990–2019). *Respirology*, 2023, 28.1: 11-12.
7. BODRUG, N., LUCA, E., CALANCEA, V., URSU, C., BOTEZATU, A., TOFAN, E. Particularitățile clinice ale bronhopneumopatiei obstructive cronice la vârstnici. *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*, 2021, nr. 3(71), pp. 72-77. ISSN 1857-0011.
8. CAVAILLÈS, A., et al. Comorbidities of COPD. *European Respiratory Review*, 2013, 22.130: 454-475.
9. ISRAFILOV M. Rolul expertizei medicale a vitalității în protecția socială și recuperarea profesională a persoanelor cu dizabilități. *Analele Științifice ale USMF „N. Testemițanu”*, 2009, 10.2: 193-196.
10. *WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, 2024. Disponibil: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
11. ISRAFILOV, M., NOVOLOACĂ, T. Peculiarities in the activity of the social worker within the disability determination service in the Republic of Moldova. *The contemporary issues of the socio-humanistic sciences*. 2022. p. 199-202.
12. VIEGI, G., et al. Global burden of chronic respiratory diseases. *Journal of aerosol medicine and pulmonary drug delivery*, 2020, 33.4: 171-177.
13. *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2023*. Disponibil: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
14. LOZANO, R., et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 2012, 380.9859: 2095-2128.
15. CORLATEANU, A., COVANTEV, S., MATHIOUDAKIS, Alexander G. et al. Ashtma-Chronic obstructive pulmonary disease overlap syndrome (ACOS): current evidence and future research directions. *COPD Res Pract* 3, 6 (2017).

16. *Formare în domeniul antidiscriminării și al drepturilor persoanelor cu dizabilități*, Chișinău, 2004. Disponibil: [https://antidiscriminare.egalitate.md/wp-content/uploads/2016/01/suport\\_de\\_curs\\_Formare-drepturile-persoanelor-cu-dizabilitati.pdf](https://antidiscriminare.egalitate.md/wp-content/uploads/2016/01/suport_de_curs_Formare-drepturile-persoanelor-cu-dizabilitati.pdf)
17. MANEA, L., et al. Dizabilitatea ca factor de risc privind accesul la serviciile de educație. *Calitatea vieții*, 2006, 17.1-2: 41-50.
18. STRATULAT, P., COJOCARU, A., CHIPER N. Implementarea clasificării internaționale a funcționării, dizabilității și sănătății în evaluarea copiilor cu patologii cronice bronhopulmonară (revista literaturii). *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*, 2014, nr. 1(42), pp. 152-158. ISSN 1857-0011.
19. LEONARDI, M., et al. 20 Years of ICF—International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, 19.18: 11321.
20. АУХАДЕЕВ, Э., et al. Возможности и перспективы применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в реальных условиях учреждения медицинской реабилитации: учеб.-метод. пособие. Казань: Бриг, 2011.
21. <https://www.catestonline.org/patient-site-romanian.html>
22. *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017*. Disponibil: <http://www.goldcopd.org>.
23. PISARENCO, S., CONDRAȚCHI, D. Aspectele incapacității latente de muncă la bolnavii de bronhopneumopatie cronică obstructivă. *Analele Științifice ale USMF „N. Testemițanu”*, 2012, nr. 3(13), pp. 211-215. ISSN 1857-1719.
24. Protocol clinic național ”Bronhopneumopatia obstructivă cronică”, Chișinău 2020.
25. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 1236 din 31.10.2013 „Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Bronhopneumopatia cronică obstructivă”. Disponibil: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/02/Ordinul-MSMPS-nr.-334-din-30.03.2020.pdf>
26. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 574 din 30.06.2017 „Cu privire la actualizarea Standardelor medicale de diagnostic și tratament”. Disponibil: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/06/15503-Ordin205742030.06.2017.pdf>
27. ВАРЛЯМОВА, С., СЕДОВА, Н. Латентная нетрудоспособность-характер, факторы, масштабы. *Социологические исследования*, 2009, 5: 51-58.
28. PISARENCO, S., CONDRAȚCHI, D. Aspectele incapacității latente de muncă la bolnavii de bronhopneumopatie cronică obstructivă. *Analele Științifice ale USMF „N. Testemițanu”*, 2012, nr. 3(13), pp. 211-215. ISSN 1857-1719.
29. <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/270555>
30. АУХАДЕЕВ, Э.И. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, рекомендованная ВОЗ, новый этап в развитии реабилитологии. *Казанский медицинский журнал*, 2007, 88.1.

**LISTA LUCRĂRILOR ȘTIINȚIFICE, ȘTIINȚIFICO-METODICE, DIDACTICE  
ale dnei Condrațchi Diana, doctorand,  
IMSP Institutul de Ftiziopneumologie “Chiril Draganiuc”**

**LUCRĂRI ȘTIINȚIFICE**

**1. Articole în diferite reviste științifice**

**1.1. Articole în reviste de categoria B**

1. PISARENCO, S., **CONDRĂȚCHI, D.** Calitatea vieții la pacienții cu BPOC în funcție de vârstă și severitatea bolii. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale.* 2012, nr. 4(36), pp. 116-118. ISSN 1857-0011.
2. MARTÎNIUC, C., PISARENCO, S., CREȚU, A., SCALEȚCHI, V., MOSCOVCIUC, A., CARAIANI, O., **CONDRĂȚCHI, D.**, SIMIONICA, I. Eficacitatea blocatorului receptorilor angiotensinei I Valsartan la pacienții cu bronhopneumopatii obstructive cronice. In: *Curierul Medical.* 2014, nr. 4(57), pp. 48-53. ISSN 1875-0666.
3. PISARENCO, S., SCALEȚCHI, V., MARTÎNIUC, C., **CONDRĂȚCHI, D.**, COLUN, T. Severitatea hipertensiunii pulmonare în funcție de evaluare integrală a BPOC. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale.* 2016, nr. 1(50), pp. 82-84. ISSN 1857-0011.
4. PISARENCO, S., SCALEȚCHI, V., MARTÎNIUC, C., SIMIONICA, I., **CONDRĂȚCHI, D.** Manifestările clinice și funcționale la pacienții cu diferite fenotipuri ale BPOC. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale.* 2016, nr. 1(50), pp. 85-87. ISSN 1857-0011.
5. MOSCOVCIUC, A., MARTÎNIUC, C., SCALEȚCHI, V., SIMIONICA, I., **CONDRĂȚCHI, D.** Capacitatea de muncă fizică la pacienții cu bronhopneumopatie cronică obstructivă. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină.* 2016, nr. 2(66), pp. 35-38. ISSN 1729-8687.
6. PISARENCO, S., SCALEȚCHI, V., MARTÎNIUC, C., VARZARI, A., **CONDRĂȚCHI, D.**, CARAIANI, O. Starea funcțională a aparatului respirator la pacienții cu BPOC, heterozigoti după alela D a genei enzimei de conversie a angiotenzinei. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină.* 2016, nr. 2(66), pp. 58-60. ISSN 1729-8687.
7. **CONDRĂȚCHI, D.**, PISARENCO, S. Comorbiditatea în bronhopneumopatia cronică obstructivă. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină.* 2017, nr. 3(73), pp. 100-102. ISSN 1729-8687.
8. PISARENCO, S., **CONDRĂȚCHI, D.** GOLD 2017: Strategia globală actualizată de management al bronhopneumopatiei cronice obstructive. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină.* 2017, nr. 3(73), pp. 155-157. ISSN 1729-8687.
9. PISARENCO, N., **CONDRĂȚCHI, D.** Problema mortalității cauzate de bolile netransmisibile pe plan global și în Republica Moldova. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale.* 2019, nr. 3(63), pp. 75-77. ISSN 1857-0011.
10. MARTÎNIUC, C., PISARENCO, S., SCALEȚCHI, V., MOSCOVCIUC, A., SIMIONICA, I., **CONDRĂȚCHI, D.**, COLUN, T. Eficacitatea inhibitorului enzimei de conversie a angiotensinei II perindopril în controlul hipertensiunii pulmonare la pacienții cu BPOC. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale.* 2019, nr. 3(63), pp. 162-167. ISSN 1857-0011.
11. **CONDRĂȚCHI, D.**, MARTÎNIUC, C., PISARENCO, S. Bronhopneumopatia obstructivă cronică ca cauză de incapacitate temporară de muncă. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale.* 2019, nr. 3(63), pp. 275-281. ISSN 1857-0011.
12. PISARENCO, N., **CONDRĂȚCHI, D.**, PISARENCO, S. Bolile netransmisibile și cancerul ca componentă a acestora: problema mortalității. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale.* 2020, nr. 4(68), pp. 61-64. ISSN 1857-0011.



13. **CONDRĂȚCHI, D.**, PISARENCO, S. Durata incapacității temporare de muncă asociată cu exacerbarea BPOC. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. 2020, nr. 4(68), pp. 327-333. ISSN 1857-0011.
14. **CONDRĂȚCHI, D.**, PISARENCO, S., MARTÎNIUC, C. Cu privire la evaluarea dizabilității la pacienții cu bronhopneumopatie cronică obstructivă cu utilizarea clasificării internaționale a funcționării, dizabilității și sănătății. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. 2021, nr. 1(69), pp. 190-197. ISSN 1857-0011.
15. **CONDRĂȚCHI, D.**, PISARENCO, N., MARTÎNIUC, C., PISARENCO, S., LUCHIAN, M. Structura nosologică și dinamica dizabilității populației adulte în Republica Moldova. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. 2021, nr. 3(71), pp. 98-100. ISSN 1857-0011.
16. **CONDRĂȚCHI, D.** De la abordare medicală la cea bio-psihosocială a pacienților cu BPOC prin prisma Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. 2023, nr. 3(77), pp. 248-253. ISSN 1857-0011.
17. **CONDRĂȚCHI, D.** Algoritm de implementare a Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la pacient cu bronhopneumopatie cronică obstructivă: caz clinic. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. 2023, nr. 3(77), pp. 284-292. ISSN 1857-0011.

## 1.2. Articole în reviste de categoria C

1. PISARENCO, S., **CONDRĂȚCHI, D.** Aspectele incapacității latente de muncă la bolnavii de bronhopneumopatie cronică obstructivă. In: *Analele Științifice ale USMF „N. Testemițanu”*. 2012, nr. 3(13), pp. 211-215. ISSN 1857-1719.

## 2. Materiale / teze la forurile științifice

### 2.1. conferințe internaționale (peste hotare)

1. PISARENCO, S., **CONDRĂȚCHI, D.**, MARTÎNIUC, C., SCALEȚCHI, V. О трудовой занятости и сроках временной нетрудоспособности больных с ХОБЛ. In: *Национальный конгресс по болезням органов дыхания*. Ediția 23, 22-25 octombrie 2013, Казань. г. Казань: ДизайнПресс., 2013, p. 421. ISBN 978-5-901450-10-9.
2. **CONDRĂȚCHI, D.**, PISARENCO, N., PISARENCO, S. К вопросу об эпидемиологии болезней органов дыхания в Республике Молдова. In: *Национальный конгресс по болезням органов дыхания*. Ediția 23, 22-25 octombrie 2013, Казань. г. Казань: ДизайнПресс., 2013, p. 433. ISBN 978-5-901450-10-9.
3. PISARENCO, S., VARZARI, A., MARTÎNIUC, C., MOSCOVCIUC, A., CARAIANI, O., **CONDRĂȚCHI, D.** О связи между I/D полиморфизмом гена ACE и тяжестью ХОБЛ (предварительное сообщение). In: *Национальный конгресс по болезням органов дыхания*. Ediția 25, 13-16 octombrie 2015, Москва. Москва: ДизайнПресс., 2015, p. 301. ISBN 978-5-901450-12-3.
4. PISARENCO, S., VARZARI, A., MARTÎNIUC, C., **CONDRĂȚCHI, D.**, CARAIANI, O. К вопросу о генетической предрасположенности к ХОБЛ в популяции Республики Молдова. In: *Национальный конгресс по болезням органов дыхания*. Ediția 25, 13-16 octombrie 2015. Москва: ДизайнПресс., 2015, p. 332. ISBN 978-5-901450-12-3.
5. **CONDRĂȚCHI, D.**, PISARENCO, N., PISARENCO, S. Tendințele dinamicii pe termen lung ale mortalității cauzate de BPOC în Republica Moldova. In: *Al 24-lea Congres Național al Societății Române de Pneumologie*. 5 – 8 Octombrie, 2016. Poiana Brașov, România. CD: ISBN: 978-606-8463-32-2.
6. **CONDRĂȚCHI, D.**, PISARENCO, S., VARZARI A., MARTINIUC C. Cu privire la predispoziția genetică pentru BPOC în populația Republicii Moldova (rezultate preliminare).

- In: *Al 25-lea Congres Național al Societății Române de Pneumologie*. 31 Octombrie – 3 Noiembrie, 2018. Poiana Brașov, România. CD: ISBN: 978-973-0-27977-1.
7. PISARENCO, S., MARTÎNIUC, C., VARZARI, A., **CONDRATȘI, D.** Взаимосвязь между полиморфными генотипами гена ангиотензин-превращающего фермента и легочной гипертензией при ХОБЛ. In: *Национальный конгресс по болезням органов дыхания*. Ediția 28, 16-19 octombrie 2018, Москва. Москва: ДизайнПресс, 2018, p. 187.
  8. PISARENCO, S., MARTÎNIUC, C., MOSCOVICIUC, A., SIMIONICA, I., **CONDRATȘI, D.** Характер взаимосвязи между легочной гипертензией и клинико-функциональными параметрами при ХОБЛ. In: *Национальный конгресс по болезням органов дыхания*. Ediția 28, 16-19 octombrie 2018, Москва. Москва: ДизайнПресс, 2018, pp. 187-188.
  9. PISARENCO, S., MARTÎNIUC, C., **CONDRATȘI, D.**, TOMȘA, A., IONIȚA, N. Длительность временной нетрудоспособности больных с обострением хронической обструктивной болезни легких. In: *Национальный конгресс по болезням органов дыхания*. Ediția 30, 27-30 octombrie 2020, Москва. Москва: ДизайнПресс., 2020, pp. 91-92. ISBN 978-5-901450-19-2.
  10. PISARENCO, N., PISARENCO, S., **CONDRATȘI, D.**, TOMȘA, A. Современная характеристика общей смертности и смертности от болезней органов дыхания в Республике Молдова. In: *Национальный конгресс по болезням органов дыхания*. Ediția 30, 27-30 octombrie 2020, Москва. Москва: ДизайнПресс., 2020, p. 110. ISBN 978-5-901450-19-2.
  11. PISARENCO, S., MAMALIGA, N., MARTÎNIUC, C., **CONDRATȘI, D.**, LUCHIAN, M., PÎNZARU, S. Общая первичная инвалидность и инвалидность вследствие болезней органов дыхания взрослого населения Республики Молдова. In: *Национальный конгресс по болезням органов дыхания*. Ediția 30, 27-30 octombrie 2020, Москва. Москва: ДизайнПресс., 2020, p. 105. ISBN 978-5-901450-19-2.
  12. PISARENCO, N., PISARENCO, S., MARTÎNIUC, C., **CONDRATȘI, D.** Характеристика общей смертности и смертности от болезней органов дыхания в Республике Молдова. In: *Национальный конгресс по болезням органов дыхания*. Ediția 31, 26-29 octombrie 2021, Москва. Москва: ДизайнПресс., 2021, pp. 110-111. ISBN 978-5-901450-20-8.

## 2.2. conferințe internaționale în republică

1. SCALEȚCHI, V., PISARENCO, S., **CONDRATȘI, D.** Funcția ventilației pulmonare la pacienții cu bronhopneumopatie cronică obstructivă evoluție ușoară. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. Materialele Conferinței Internaționale INSPiR Iași-Chișinău, 14-16 octombrie, 2011, nr. 4(32), p. 93-94. ISSN 1857-0011.
2. **CONDRATȘI, D.**, PISARENCO, S., HAIDARLÎ, I. Bronhopneumopatia obstructivă cronică la pacienții din diferite grupe de vârstă. In: *Arta Medica*. 2012, nr. 2(49), ediție specială (I-a Conferință Internațională de Geriatrie și Gerontologie din Republica Moldova), pp. 27-28. ISSN 1810-1852.
3. **CONDRATȘI, D.**, PISARENCO, S., SCALEȚCHI, V., [et al]. Bronhopneumopatia obstructivă cronică la bolnavii vârstnici și senili în practica internistului. In: *Arta Medica*. 2012, no 2(49), ediție specială (I-a Conferință Internațională de Geriatrie și Gerontologie din Republica Moldova), p. 26-27. ISSN 1810-1852.
4. NAZARIA, M., **CONDRATȘI, D.** Alpha-1-antitrypsin deficiency. In: *MedEspera: the 5th International Medical Congress for Students and Young Doctors: abstract book*. Chisinau: S. n., 2014, p.127.
5. PISARENCO, S., MARTÎNIUC, C., **CONDRATȘI, D.**, CARAIANI, O., VARZARI, A. The insertion/deletion polymorphism in the ACE gene and chronic obstructive pulmonary

disease in the population of Moldova. In: *International Congress of Geneticists and Breeders from the Republic of Moldova*. Ediția 10, 28 iunie - 1 iulie 2015. Chisinau, Republic of Moldova: 2015, p. 63. ISBN 978-9975-4126-1-2.

6. **CONDRAȚCHI, D., PISARENCO, S.** COPD as a component of noncommunicable diseases and mortality related with it. In: „*Health risk factors and prevention of injuries and diseases*”: material of 3rd International conference on non-communicable diseases. June 5th – 7th, 2019. Chisinau, Republic of Moldova. Abstract book. Chisinau: Medicina, 2019, pp. 102-103. ISBN 978-9975-82-141-4.
7. PISARENCO, N., **CONDRAȚCHI, D., PISARENCO, S.** Mortality from noncommunicable diseases in Republic of Moldova in present and future. In: „*Health risk factors and prevention of injuries and diseases*”: Material of 3rd International conference on non-communicable diseases. June 5th – 7th, 2019. Chisinau, Republic of Moldova. Abstract book. Chișinău: Medicina, 2019, pp. 103-104. ISBN 978-9975-82-141-4.
8. PISARENCO, N., **CONDRAȚCHI, D., PISARENCO, S., MARTÎNIUC, C.** General mortality by main class of causes of death in the Republic of Moldova. In: *Moldovan Journal of Health Sciences*. 2022, nr. 3 An.1(29), p. 248. ISSN 2345-1467.
9. **CONDRAȚCHI, D.** Predictors of length of hospitalization in patients with exacerbations from chronic obstructive pulmonary disease. In: *International Scientific Conference, 9th edition Dedicated to the International Day of Women and Girls in Science, February 11*” 8-9 februarie 2024, Chișinău, Republica Moldova, p.135. ISSN 2558 – 894X.

### **2.3. conferințe naționale**

1. PISARENCO, S., **CONDRAȚCHI, D.** Aspectele calității vieții la bolnavii cu bronhopneumopatie cronică obstructivă. Congresul III al medicilor de familie. In: *Curierul Medical*. 2012, nr. 3(327), p. 271. ISSN 1875-0666.
2. PISARENCO, S., **CONDRAȚCHI, D.** К вопросу о латентной нетрудоспособности больных с хронической обструктивной болезнью легких. Congresul III al medicilor de familie. In: *Curierul Medical*. 2012, nr. 3(327), pp. 269-270. ISSN 1875-0666.

## **LUCRĂRI ȘTIINȚIFICO-METODICE ȘI DIDACTICE**

### **1. Ghiduri metodice / metodologice**

1. GHID „Organizarea și desfășurarea screening-ului sistematic și a tratamentului preventiv al tuberculozei” (co-autor). Chișinău: 2023. 74 p.

### **2. Protocoale clinice**

1. MOSCOVICIUC, A., SCALEȚCHI, V., SIMIONICA, I., **CONDRAȚCHI, D.** Bronhopneumopatia obstructivă cronică: protocol clinic național PCN-18: Chișinău: 2020. 60 p. / URL Bronhopneumopatia obstructivă cronică: protocol clinic național PCN-18.

## ADNOTARE

**Diana Condrațchi „Optimizarea expertizei medico-sociale în bronhopneumopatia obstructivă cronică”, teză de doctor în științe medicale. Chișinău, 2024.**

**Structura tezei.** Teza este expusă pe 182 pagini text electronic, 110 pagini de text de bază ce include: introducere, 5 capitole, concluzii generale și recomandări practice, 35 tabele, 22 figuri și 8 anexe. Bibliografia include 251 surse de literatură. Rezultatele studiului au fost publicate în 41 lucrări științifice.

**Cuvinte cheie:** BPOC, incapacitate de muncă, limitări de participare, dizabilitate, expertiză medico-socială.

**Domeniul de studiu:** 321.07 – Ftizio pneumologie.

**Scopul studiului** este de a optimiza expertiza medico-socială în BPOC, în condițiile paradigmei noi în privința dizabilității.

**Obiectivele studiului:** Studiarea manifestărilor clinice și paraclinice actuale ale BPOC, caracteristicilor clinico-sociale ale pacienților și impactului cauzat de BPOC asupra pacientului și societății. Perfecționarea abordărilor în determinarea incapacității temporare de muncă în BPOC utilizând evaluarea integrată a impactului bolii asupra pacientului și criteriului social al capacității de muncă. Studiarea principalelor limitări de activitate și restricții de participare în BPOC pornind de la gradul de dizabilitate și severitatea deficiențelor funcționale cauzate de boală prin prisma domeniilor medical, social, profesional, educațional și personal. Perfecționarea criteriilor de determinare a gradului de dizabilitate în BPOC prin prisma domeniilor medical, social, profesional, educațional și personal, ținând cont Clasificarea Internațională de funcționare, dizabilitate și sănătate.

**Noutatea științifică și originalitatea rezultatelor obținute**

Constă în optimizarea metodologiei complexe de expertiză medicală și socială în BPOC, care ia în considerare noua paradigmă în ceea ce privește atitudinea față de dizabilitate și fenomenul de „dizabilitate latentă”. Originalitatea rezultatelor constă în abordarea holistică a BPOC și o evaluare cuprinzătoare a deficiențelor funcțional-structurale ale pacienților, combinând aspectele medicale, sociale, psihologice, profesionale și personale, inclusiv predispoziția genetică.

**Problema științifică soluționată în teză**

Studiul desfășurat permite schimbarea paradigmei în înțelegerea pacienților cu BPOC, pune baza dezvoltării medicinei personalizate, focalizându-se pe crearea unui profil individual comprehensiv al fiecărui pacient, abordând aspectele biopsihosociale. Rezultatele studiului au condus la elaborarea științific argumentată a criteriilor actualizate de încadrare în grade de dizabilitate, bazate pe metode standardizate și măsurabile.

**Semnificația teoretică și valoarea aplicativă a lucrării**

Optimizarea metodologiei de evaluare medicală și socială oferă o perspectivă inovatoare asupra interacțiunii dintre aspectele medicale și sociale în BPOC. Studiul contribuie la o înțelegere mai profundă a mecanismelor de impact al BPOC asupra funcționării fizice, sociale, psihologice și profesionale, extinzând cadrul teoretic pentru evaluarea potențialului de reabilitare și a gradului de dizabilitate, oferind fundamente teoretice pentru dezvoltarea strategiilor noi de incluziune socială. Valoarea aplicativă a lucrării constă în contribuția semnificativă privind reactualizarea criteriilor de încadrare în grade de dizabilitate pentru BPOC, elaborarea algoritmului de expertiză medico-socială cu aplicarea CIF - instrumentului promovat de OMS.

**Implementarea rezultatelor studiului**

Rezultatele studiului au fost implementate în practica clinică a secțiilor IMSP IFP “Chiril Draganiuc”. La fel, rezultatele studiului s-au implementate în Protocol clinic național PCN-18. Bronhopneumopatia obstructivă cronică și în activitatea Consiliului Național de Determinare a Dizabilității și Capacității de Muncă.

## АННОТАЦИЯ

**Диана Кондрачки, «Оптимизация медико-социальной экспертизы хронической обструктивной болезни легких», диссертация на соискание научной степени доктора медицинских наук. Кишинёв, 2024 год.**

**Структура диссертации.** Диссертация изложена на 182 страницах машинописного текста, включает: введение, 5 глав, общие выводы и практические рекомендации, 356 таблиц, 22 рисунка и 8 приложений. Библиография содержит 251 источник. Результаты исследования опубликованы в 41 научной работе.

**Ключевые слова:** ХОБЛ, нетрудоспособность, ограничение жизнеспособности, инвалидность, медико-социальная экспертиза.

**Область исследования:** 321.07 – Фтизиопневмология.

**Цель исследования:** оптимизация медико-социальной экспертизы ХОБЛ в условиях новой парадигмы в отношении к инвалидности.

**Задачи исследования:** Изучение актуальных клинических и параклинических проявлений ХОБЛ, клинико-социальной характеристики пациентов и влияния ХОБЛ на пациента и общество. Совершенствование подходов к определению временной нетрудоспособности при ХОБЛ с использованием интегрированной оценки воздействия болезни на пациента и социального критерия трудоспособности. Изучение основных ограничений жизнедеятельности и функционирования при ХОБЛ, исходя из степени инвалидности и тяжести функциональных нарушений, вызванных болезнью, с точки зрения медицинской, социальной, профессиональной, образовательной и личной сфер. Совершенствование критериев определения степени инвалидности при ХОБЛ с точки зрения медицинской, социальной, профессиональной, образовательной и личной сфер с учетом Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья.

### **Научная новизна и оригинальность полученных результатов**

Научная новизна исследования заключается в оптимизации комплексной методики медико-социальной экспертизы при ХОБЛ, учитывающей новую парадигму отношения к инвалидности и феномену «латентной инвалидности». Оригинальность результатов заключается в целостном подходе к лечению ХОБЛ и комплексной оценке функционально-структурных нарушений пациентов, объединяющей медицинские, социальные, психологические, профессиональные и личностные аспекты, включая генетическую предрасположенность.

### **Решенная научная проблема в диссертации**

Проведенное исследование позволяет изменить парадигму понимания пациентов с ХОБЛ, закладывает основу для развития персонализированной медицины, ориентируясь на создание комплексного индивидуального профиля каждого пациента, затрагивая биопсихосоциальные аспекты. Результаты исследования привели к научно аргументированной разработке обновленных критериев включения в группы инвалидности, основанных на стандартизированных и измеримых методах.

### **Теоретическая значимость и практическая ценность работы**

Оптимизация методологии медико-социальной оценки обеспечивает инновационное понимание взаимодействия медицинских и социальных аспектов ХОБЛ. Исследование способствует более глубокому пониманию механизмов воздействия ХОБЛ на физическое, социальное, психологическое и профессиональное функционирование, расширяет теоретические рамки оценки реабилитационного потенциала и степени инвалидности, обеспечивает теоретические основы для разработки новых стратегий социальной интеграции. Прикладная ценность работы заключается в значительном вкладе в актуализацию критериев включения в группы инвалидности при ХОБЛ, разработку алгоритма медико-социальной экспертизы с применением МКФ - инструмента, продвигаемого ВОЗ.

### **Внедрение результатов исследования**

Результаты исследования были реализованы в клинической практике отделений ИФП «Кирилла Драганюка». Результаты исследования были реализованы в Национальном клиническом протоколе PCN-18. Хроническая обструктивная болезнь легких и в деятельности Национального Консилиума по определению инвалидности и трудоспособности.

## SUMMARY

**Condratchi Diana „Optimization of medical and social expertise in chronic obstructive pulmonary disease”, PhD thesis in medicine. Chisinau, 2024.**

**Thesis structure:** thesis is written on 182 pages of main text, which include introduction, five chapters and conclusions. The manuscript cites 251 bibliographic references, and is illustrated by 35 tables, 22 figures and 8 annexes. The thesis results are published in 41 scientific papers.

**Keywords:** COPD, incapacity, limited vitality, disability, medical and social expertise.

**Domain of study:** 321.07 - Phthisiopneumology.

**Goal of the research:** optimization of medical and social expertise of COPD in the conditions of new paradigm in relation to disability.

**Objectives of research:** Study of actual clinical and paraclinical manifestations of COPD, clinical and social characterization of patients and influence of COPD on the patient and society. Improvement of approaches to the definition of temporary disability in COPD using an integrated assessment of the impact of the disease on the patient and the social criterion of the ability to work. Study of the main limitations of life activity and functioning in COPD, based on the degree of disability and severity of functional disorders caused by the disease, in terms of medical, social, professional, educational and personal spheres. Improvement of criteria for determining the degree of disability in COPD from the point of view of medical, social, professional, educational and personal spheres, taking into account the International Classification of Functioning, Disability and Health.

### **Novelty and originality of the research**

The scientific novelty of this study is manifested by optimizing the complex methodology of medical and social expertise in COPD, which takes into account the new paradigm regarding the attitude towards disability and the phenomenon of "latent disability". The originality of the results lies in the holistic approach to COPD and a comprehensive assessment of functional-structural deficiencies of patients, combining medical, social, psychological, professional and personal aspects, including genetic predisposition.

### **Scientific problem addressed**

The conducted study enables a paradigm shift in the understanding of patients with COPD, lays the foundation for the development of personalized medicine, focusing on the creation of a comprehensive individual profile of each patient, addressing biopsychosocial aspects. The results of the study led to the scientifically argued elaboration of the updated criteria for inclusion in degrees of disability, based on standardized and measurable methods.

### **Theoretical importance of the research and applied value**

Optimization of the methodology of medical-social assessment provides innovative understanding of the interactions of medical and social aspects of XOBJI. The study contributes to a more thorough understanding of the mechanisms of COPD's impact on physical, social, psychological and professional functioning, expands the theoretical framework for assessing the rehabilitation potential and the degree of disability, provides theoretical foundations for the development of new social integration strategies. The practical value of the work is a significant contribution to the actualization of the criteria for inclusion in the groups of disability in COPD, the development of the medical-social expertise algorithm using the ICF - the tool promoted by the WHO.

### **Implementation of the study results**

The results of the study were implemented in the clinical practice of IMSP IFP "Chiril Draganiuc" departments. Similarly, the results of the study were implemented in the National Clinical Protocol PCN-18. Chronic Obstructive Pulmonary Disease and in the activity of the National Council for Determining Disability and Working Capacity.

**CONDRAȚCHI DIANA**

**OPTIMIZAREA EXPERTIZEI MEDICO-SOCIALE  
ÎN BRONHOPNEUMOPATIA OBSTRUCTIVĂ CRONICĂ**

**321.07 – FTIZIOPNEUMOLOGIE**

**Rezumatul tezei de doctor în științe medicale**

---

Aprobat spre tipar: 26.06.2024

Hârtie ofset. Tipar digital

Coli de tipar:

Formatul hârtiei

Tiraj 50 ex.

Comanda nr.

---

Tipografia Lexon-Prim

Adresa: str. Pan Halippa 6g, 13a