

# **VOLUM REZUMATE**

## **CONGRESUL NAȚIONAL DE EXPERTIZĂ MEDICALĂ ȘI REABILITARE A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ, CU PARTICIPARE INTERNAȚIONALĂ**

*„Rolul medicului expert al asigurărilor sociale în  
managementul bolilor cronice invalidante“*

TIMIȘOARA, ROMÂNIA  
1–3 octombrie, 2009

# **BOOK OF ABSTRACTS**

## **NATIONAL CONGRESS OF MEDICAL ASSESSMENT AND WORK CAPACITY REHABILITATION WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION**

*„The social insurance physician's role in the management of  
disabling chronic diseases“*

TIMIȘOARA, ROMÂNIA  
1<sup>st</sup> – 3<sup>rd</sup> October, 2009

# REVISTA ROMÂNĂ DE EXPERTIZĂ MEDICALĂ ȘI REABILITARE A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

Vol. 15 ◆ Supliment la nr. 2 ◆ 2009

ISSN: 1223 - 7701

## Comitetul de conducere

### al Societății de Expertiză Medicală și Rehabilitare a Capacității de Muncă:

**Prof. Dr. Maria Magdalena Ciuvică - Președinte**

Conf. Dr. Despina Mihaela Gherman - Vicepreședinte

Asis. Univ. Dr. Doina Lăcrămioara Tudorache - Vicepreședinte

Dr. Roxana Elena Mirică - Trezorier

Prof. Dr. Nicolae Șirjiță

Dr. Monica Bezman

Dr. Simona Căpraru

Dr. Doina Romoșan

Dr. Constantin Ciuvică

Dr. Corina Oancea

Dr. Eugen Popescu Garotescu

## Comitetul de organizare al Congresului:

**Prof. Dr. Maria Magdalena Ciuvică - Președinte**

Conf. Dr. Despina Gherman

Dr. Doina Lăcrămioara Tudorache

Dr. Corina Oancea

Dr. Roxana Mirică

Dr. Doina Romoșan

Dr. Eugen Popescu-Garotescu

Dr. Livia Vidoni

Dr. Olimpia Cudalb

Dr. Sorin Săftescu

## COLEGIUL DE REDACȚIE:

**Redactor șef onorific:** Prof. dr. Nicolae Șirjiță

**Redactor șef:** Prof. dr. Maria Magdalena Ciuvică

**Redactor șef adjunct:** Conf. dr. Despina Gherman

**Secretar științific:** Dr. Doina Lăcrămioara Tudorache

**Consiliul științific:** Prof. dr. Octavian Berlogea

Dr. Cornelia Popescu - cerc. st. pr. gr. I

Dr. Aglae Georgescu- cerc. st. pr. gr. I

Dr. Mirela Freifeld- cerc. st. pr. gr. I

### Colectivul de redacție:

Dr. Corina Oancea (U.M.F. "Carol Davila", INEMRCM), dr. Roxana Mirică (U.M.F. "Carol Davila", INEMRCM), dr. Simona Căpraru (INEMRCM), dr. Doina Romoșan (INEMRCM), dr. Simona Cîrjaliu (INEMRCM), dr. Ionela Apatean (INEMRCM), dr. Felicia Oprea (București), dr. Marina Maria Tănăsie (Dolj), dr. Cristina Radu (Prahova), dr. Angela Petrișor (Galați), dr. Emil Toma (Buzău), dr. Sorin Săftescu (Timiș), dr. Mariana Floarea Ianson (Cluj), dr. Ștefana Miclăuș (Arad), dr. Gheorghe Sămârghișan (Mureș), dr. Bogdan Tudor Apan (Maramures), dr. Simona Cosma (Alba), dr. Tatiana Ghițescu (Sibiu), dr. Camelia Vătafu (Constanța), dr. Raluca Păun (Bacău), dr. Magdolna Fazakas (Covasna), dr. Cristian Bărbulescu (Arges), dr. Dan Bacalu (Serviciul de expertiză medico-militară din cadrul M.A.I.)

**Editor:** Asociația "Societatea Română de Expertiză Medicală și  
Reabilitare a Capacității de Muncă"

**Redacția:** Asociația "Societatea Română de Expertiză Medicală și  
Reabilitare a Capacității de Muncă", str. Ionel Perlea nr. 10,  
Sector 1, București, Tel.: 021-200.07.48, e-mail: office@sremrcm.ro

**Tehnoredactare computerizată:** Curtea Veche Trading S.R.L

**Tipar:** Curtea Veche Trading S.R.L

## SUMAR / SUMMARY

<b>Joi 1 octombrie 2009 / Thursday 1<sup>st</sup> of October 2009</b> .....	7
Comunicări științifice / Scientific Session C1–C4 .....	7
<i>(Moderatori/Chairpersons: Prof. F. Falez (BEL), Prof. Dr. M.M. Ciuvică, Conf. Dr. D. Gherman)</i>	
Comunicări științifice / Scientific Session C5–C11 .....	13
<i>(Moderatori/Chairpersons: Prof. Dr. N. Șirjiță, Prof. Dr. C. Tudor, Asist. Univ. Dr. D.L. Tudorache)</i>	
Comunicări științifice / Scientific Session C12–C16 .....	22
<i>(Moderatori/Chairpersons: Prof. Dr. D. Nemeș, Asist. Univ. Dr. C. Oancea, Dr. O. Cudalb)</i>	
Comunicări științifice / Scientific Session C17–C19 .....	28
<i>(Moderatori/Chairpersons: Asist. Univ. Dr. R. Mirică, Dr. M. Floarea, Dr. B. Apan)</i>	
<b>Vineri 2 octombrie 2009 / Friday 2<sup>nd</sup> of October 2009</b> .....	31
Comunicări științifice / Scientific Session C20–C25 .....	31
<i>(Moderatori/Chairpersons: Prof. Dr. E. Ardeleanu, Dr. L. Vidoni, Dr. D. Cârștici)</i>	
Comunicări științifice / Scientific Session C26–C32 .....	36
<i>(Moderatori/Chairpersons: Dr. M. M. Tănăsie, Dr. G. Toma, Dr. F. Oprea)</i>	
Comunicări științifice / Scientific Session C33–C38 .....	45
<i>(Moderatori/Chairpersons: Dr. S. Săftescu, Dr. R. Păun)</i>	
Comunicări științifice / Scientific Session C39–C42 .....	50
<i>(Moderatori/Chairpersons: Dr. D. Romoșan, Dr. M. Benea)</i>	
<b>Sâmbătă 3 octombrie 2009 / Saturday 3<sup>rd</sup> of October 2009</b> .....	56
Comunicări științifice / Scientific Session C43–C48 .....	56
<i>(Moderatori/Chairpersons: Prof. Dr. M.M. Ciuvică, Asist Univ. Dr. C. Oancea)</i>	
Comunicări științifice / Scientific Session C49–C54 .....	62
<i>(Moderatori/Chairpersons: Conf. Dr. D. Gherman, Asist. Univ. Dr. D.L. Tudorache)</i>	
Comunicări științifice / Scientific Session C55–C61 .....	68
<i>(Moderatori/Chairpersons: Asist. Univ. Dr. C. Oancea, Asist. Univ. Dr. R. Mirică)</i>	
<b>Index autori</b> .....	75



**COMUNICĂRI ȘTIINȚIFICE**  
**SCIENTIFIC SESSION**



## COMUNICĂRI ȘTIINȚIFICE / SCIENTIFIC SESSION

**Joi, 1 octombrie 2009**  
**Thursday 1<sup>st</sup> of October 2009**  
**Orele 10.00-11.00**

**Moderatori, Chairpersons:**

*Prof. F. Falez (Belgia)*  
*Prof. Dr. M.M. Ciuvică*  
*Conf. Dr. D. Gherman*

**C 1**

### SISTEME DE ASIGURARE ȘI SECURITATE SOCIALĂ ȘI MODALITĂȚI DE EVALUARE A INVALIDITĂȚII ÎN REPUBLICA CEHĂ

*Ljiljana BojiŽová*

Czech Social Security Administration (CSSZ)

Securitatea socială în Republica Cehă are o îndelungată tradiție. Asistența medicală în Republica Cehă, este suportată de asigurările de sănătate. Există mai multe companii de asigurări de sănătate, Casa Generală de Asigurări de Sănătate („Všeobecná zdravotní pojišťovna” - The General Health Insurance Company) fiind cea mai mare companie de asigurări de sănătate cu peste 6,5 milioane de clienți.

Ministerul Muncii și Afacerilor Sociale prevăd o supraveghere generală a asigurării de boală, și furnizează beneficii în caz de invaliditate temporară sau permanentă și subvenții pentru urmași. Administrația Cehă de Securitate Socială (CSSA - *The Czech Social Security Administration - česká správa sociálního zabezpečení*) colectează și administrează contribuțiile și oferă beneficii prin administrația sa centrală din 77 de administrații regionale. CSSA este cel mai mare organism de administrare financiară, în cadrul serviciilor civile ale Republicii Cehe și este unic. CSSA se ocupă de problemele de securitate socială a aproape 8.000.000 de clienți, inclusiv a peste 2.500.000 pensionari care primesc mai mult de 3.000.000 de pensii.

Serviciul de Expertiză Medicală a făcut parte din Administrația Cehă de Securitate Socială (CSSA) de la înființarea sa în 1990. De

atunci, Serviciul de Expertiză Medicală a CSSA a trecut printr-o perioadă de dezvoltare de la mici unități izolate existente în cadrul structurii oficiilor regionale ale CSSA până la mai recente sale servicii de expertiză medicală autonome, organizate centralizat, unitar și eficient, pentru care lucrează experți medicali specializați.

Serviciul de Expertiză Medicală a CSSA se concentrează pe două domenii principale de activitate - evaluarea disabilității și analizarea expertizei incapacității temporare de muncă efectuate de către un medic care participă la aceste activități.

În conformitate cu legislația actuală în vigoare de la 1 iulie 2009, în cazul beneficiilor garantate de CSSA serviciul obișnuiește să evalueze disabilitatea, infirmitatea, dacă un copil are o disabilitate de lungă durată și necesită îngrijire specială, și dacă un cetățean ar putea să își recapete capacitatea de muncă, după perioada în care a beneficiat de anumite prestații, chiar dacă persoana respectivă ar trebui să practice altă profesie decât cea anterioară.

Pentru alte subsisteme de asigurări sociale, Serviciul de Expertiză Medicală a CSSA obișnuiește să expertizeze persoane cu probleme privind condiția fizică, pentru evaluarea deficienței, în scopul aprecierii drepturilor la prestații de securitate socială prevăzute de către stat, și pentru a evalua deficiența locomotorie și senzitivă, pentru a determina dreptul la anumite prestații și servicii de asistență socială.

Serviciul de Expertiză Medicală a CSSA evaluează doar, nu are putere de decizie.

Evaluarea deficienței în sistemul de pensii de invaliditate în Republica Cehă:

Scopul acestui tip de evaluare este de a afla dacă persoana evaluată este invalidă sau nu, și pentru a determina gradul de invaliditate. În acest moment în Republica Cehă, există 2 grade distincte de invaliditate - totală și parțială.

Condiția pentru confirmarea invalidității este aceea a unei condiții fizice nefavorabile pe termen lung, ceea ce înseamnă că, în concordanță cu informațiile recente ale specialiștilor, durează de cel puțin 1 an.

În timpul evaluării medicale, medicul expert al asigurărilor sociale decide gradul reducerii capacității de a efectua o activitate

remunerată în concordanță cu decretul Actului privind asigurarea pentru pensie.

O persoană asigurată este confirmată ca fiind invalidă total sau parțial. Evaluarea este realizată în exclusivitate pe baza stării prezente a pacientului, iar un medic expert al asigurărilor sociale are dreptul de a cere investigații suplimentare de specialitate.

Invaliditatea este evaluată în concordanță cu Decretul numărul 284/1995 Coll., ca modificare a Amendamentului numărul 2 unde se precizează existența invalidității provenite de la defectele din naștere, boli sau vătămări, etc.

În timpul evaluării invalidității, medicul expert al asigurărilor sociale trebuie să:

- Evidențieze constatările medicale și să le interpreteze corect
- Certifice în mod specific că statusul actual al pacientului poate fi considerat ca o stare de sănătate precară pe termen lung
- Determine, în mod specific cea mai severă invaliditate care reprezintă cauza celei mai pronunțate limitări ale capacității funcționale

În cazul handicapurilor, valorile individuale de scădere a capacității nu pot fi asociate.

Prima examinare din punct de vedere fizic este, de obicei planificată în primul an de la confirmarea invalidității. Evaluarea nu reprezintă o decizie și nu poate fi atacată. Orice cetățean poate ataca decizia printr-o acțiune legală. În cazul unui dezacord cu decizia dată de organismul de Securitate Socială, cazul poate fi atacat la un for superior. În concordanță cu procedura de apel, evaluarea privind starea de sănătate este efectuată de către Comisiile de experți din cadrul Ministerului Muncii și a Afacerilor Sociale. Aceste comisii sunt formate din minim 3 membri: un medic expert al asigurărilor sociale care este președintele Comisiei, un Secretar și un expert în domeniul clinic.

Expertiza medicală a existat în Republica Cehă ca o ramură independentă a medicinei, cu propriile sale concepții educaționale, încă din 1972. Medicii care doresc să lucreze în acest domeniu, trebuie să fie calificați într-una din ramurile medicinei clinice cum ar fi: medicina generală, medicina internă, chirurgia, neurologia, etc. și trebuie să fi efectuat cel puțin 5 ani de practică în clinică.

De o perioadă lungă de timp, Serviciul de Expertiză Medicală se confruntă cu o penurie de medici. Cel mai mare grup reprezentat de 42% din numărul total de medici se compune din persoane cu vârsta cuprinsă între 50-59 ani. Principala cauză a acestei situații o reprezintă cerințele ridicate de un loc de muncă al unui expert medical în care acesta trebuie să se confrunte cu diferite conflicte și, care, din nefericire, este încă remunerat necorespunzător.

#### **SOCIAL SECURITY AND INSURANCE SYSTEMS AND PROCEDURES FOR ASSESSING DISABILITY IN THE CZECH REPUBLIC**

Social security in the Czech Republic has a long-term tradition. Health care in the Czech Republic is paid from health insurance. There are several Health Insurance Companies, The General Health Insurance Company (Všeobecná zdravotní pojišťovna) is the biggest health insurance company with more than 6.5 milion clients.

Ministry of Labour and Social Affairs provides general supervision for sickness insurance and the provision of temporary and permanent disability benefits and survivor grants. The Czech Social Security Administration (česká správa sociálního zabezpečení) collects and administers contributions and delivers benefits through its central administration and 77 district administrations. The CSSA is the largest financial administration body within the Czech Republic's civil service and a unique one. The CSSA looks after the social security issues of nearly 8,000,000 clients including over 2,500,000 pensioners receiving more than 3,000,000 pensions.

The Medical Assessment service has been a part of the Czech Social Security Administration (CSSA) since its establishment in 1990. Since then, the Medical Assessment Service of CSSA has gone through a period of development from small isolated units existing within the structure of the regional offices of CSSA until its most recent autonomous, centrally organised, unified and effective medical assessment service for which work specialised medical assessors.



The Medical Assessment Service of CSSA concentrates two main areas of activity – assessing disability and reviewing the assessment of a temporary incapacity for work made by an attending physician.

Under current legislation in force from July 1, 2009, in case of benefits guaranteed by CSSA the service used to assess disability, infirmity, whether a child has a serious long-term disability and requires a special care, and whether a citizen might regain his/her working ability after the period of drawing benefits, even though he/she would have to do a different job than before.

For other social security sub-schemes the Medical Assessment Service of CSSA used to assess persons disadvantaged for their bad physical condition, to assess disability in order to determine entitlement to social security benefits provided by the state, and to assess locomotive and sensory disabilities in order to determine entitlement to some benefits and services of the social care.

The Medical Assessment Service of CSSA has only assessing, not decision-making powers.

Assessing disability in the pension insurance scheme in CR:

The aim of this kind of assessment is to find out whether the assessed person is disabled or not, and to determine the degree of disability. At the moment in the Czech Republic there are 2 degrees of disability distinguished – full and partial.

The condition for acknowledgement of disability is a long-lasting adverse physical condition, which means, the condition that according to the recent knowledge of medical science lasts for at least one year.

During assessment medical assessors assess the level of reduction in the ability to perform a regular gainful activity according to the decree to the Act on pension insurance.

An insured person is acknowledged to be fully or partially disabled. The assessment is carried out almost exclusively in the presence of the client, and a medical assessor has the right to ask for supplementary specialized examinations to be carried out.

Disability is assessed in accordance with Decree No. 284/1995 Coll., as amended.

Amendment No. 2 practically specifies disabilities from birth defects, disease, or injury.

While assessing disability a medical assessor has to:

- Come out of professional medical findings and to interpret them correctly,
- Certify specifically that the condition can be considered a long lasting adverse health condition,
- Determine specifically the most serious disability that is the cause of the greatest limitation of the functional ability.

In the case of more such handicaps, individual values of decrease in the ability cannot be combined.

The first verification physical examination is usually planned in one year after the recognition of a disability. Assessment is not a decision and cannot be appealed. A citizen can pursue a legal remedy against the decision – a legal action. In the event of disagreement with the decision made by the social security body, the case may be appealed to the superior body. For the purposes of the appeal procedure, the assessments on health conditions are made by the Ministry of Labour and Social Affairs experts committees. Such commissions consist of a minimum of three members – a Medical Assessment Service doctor who is the Chairman of the Commission, a Secretary and an expert in a clinical field.

Medical assessment has been in existence in the Czech Republic as an independent branch of medicine with its own conception of education since 1972. Doctors who want to work in this field, must first be qualified in some branch of clinical medicine, such as in internal or general medicine, surgery, neurology, etc., and must have at least 5 years of clinical practice.

The medical assessment service faces a long-term shortage of physicians. The largest group, representing 42% of the total number of physicians, is comprised of physicians aged 50-59 years. The main causes of this situation are high demands of a job of a medical assessor in which he/she has to deal with many conflicts and which is still inadequately paid unfortunately.

**C 2****REORIENTAREA PROFESIONALĂ***Freddy Falez*

Vice Président du Collège d'Enseignement  
Du Certificat d'Université en Evaluation  
des Atteintes à la Santé  
Université Libre de Bruxelles (ULB)  
Médecin Conseil Analyste,  
Direction Médicale  
Union Nationale des Mutualités Socialistes  
Belgique

O importantă problemă socială, cu care se confruntă uneori asigurării sistemului public, este lipsa de pe piața muncii a oportunităților de a-și exercita profesia, o alternativă posibilă fiind exercitarea altor profesii înrudite cu cea în care au obținut o diplomă și adecvate evoluției lor pe plan social. În aceste circumstanțe, pacienții se află în situația de invaliditate, putând beneficia de o indemnizație compensatorie.

Cu toate acestea, invaliditatea are consecințe negative asupra persoanei: diminuarea veniturilor, scăderea nivelului de trai, retragerea prematură din viața profesională cu scăderea respectului de sine, pierderea contactelor sociale, a statutului de persoană activă, în același timp antrenând diverse alte tulburări.

Ca în multe alte țări și legislația de asigurări sociale din Belgia prevede, pentru aceste persoane, posibilitatea de a urma un program de reorientare profesională în alte meserii compatibile cu starea lor de sănătate.

Totuși, sunt numeroase întrebările la care nu s-a găsit încă răspuns. Care sunt criteriile după care se apreciază eligibilitatea de a intra într-un program de reorientare profesională? Care este eficacitatea acestui proces?

După trecerea în revistă a literaturii internaționale de specialitate, ne întrebăm dacă ar fi necesară o standardizare a evaluării în vederea reorientării profesionale. De asemenea studiem posibilitatea de a utiliza Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății a OMS (CIF) și clasificarea profesiunilor pentru elaborarea acestor standarde. La sfârșit, punctăm evoluția legislației belgiene în ceea ce privește promovarea eliminării obstacolelor în calea redobândirii unui loc de muncă a acestor persoane.

În concluzie, sugerăm câteva direcții de cercetare în acest domeniu.

**LA RÉORIENTATION  
PROFESSIONNELLE**

Une conséquence sociale importante que doivent parfois subir des assurés sociaux, est l'incapacité à exercer leur dernière profession et d'exercer d'autres professions qui leur est accessible par leur formation et leur carrière professionnelle. Dans ces circonstances, ces patients deviennent des invalides et peuvent percevoir une indemnisation d'invalidité.

Cependant, l'invalidité entraîne des conséquences négatives pour la personne: diminution de ses revenus et de son niveau de vie, retrait prématuré de la vie professionnelle avec perte d'estime de soi, perte des contacts sociaux, perte de la reconnaissance de personne active liée au travail, voire aussi des troubles associés.

Comme dans d'autres pays, la législation sociale belge prévoit la possibilité pour ces personnes de bénéficier d'une réorientation professionnelle vers d'autres métiers compatibles avec leur état de santé.

Pourtant, un certain nombre de questions ne sont pas résolues. Quels sont les critères qui permettent l'éligibilité pour une réorientation professionnelle? Quelle est l'efficacité du processus mis en place?

Après une revue de la littérature internationale, nous poserons la question de la standardisation des évaluations en vue d'une réorientation professionnelle. Nous étudierons la possibilité d'utiliser la Classification Internationale du Fonctionnement de l'OMS pour l'élaboration de ces standards ainsi que l'utilisation de classification des professions. Enfin nous examinerons l'évolution de la législation en Belgique en vue de lever certains obstacles à la réinsertion de ces personnes dans le milieu du travail.

Nous concluons en suggérant un certain nombre de projets de recherche dans ce domaine.

## C 3

**SISTEMUL PUBLIC DE ASIGURĂRI  
SOCIALE DIN GERMANIA ȘI ROLUL  
SĂU ÎN REGLEMENTAREA DECIZIILOR  
MEDICALE COMPLEXE**

*Hans-Werner PFEIFER*

GKV- Spitzenverband, Berlin, Deutschland

Sistemul de asigurări sociale din Republica Federală a Germaniei cuprinde : asigurările sociale de sănătate și îngrijiri de lungă durată; asigurările de pensii (care acoperă și cazurile de diminuare a veniturilor ca urmare a unei boli sau accident în afara muncii); asigurările pentru șomaj; asigurări pentru accidente de muncă (compensarea consecințelor accidentelor de muncă, bolilor profesionale și altor riscuri legate de muncă).

Există de asemenea, măsuri pentru integrarea socială a persoanelor cu dizabilități (măsuri medicale, educative, sociale, profesionale, financiare); compensații și asistență pentru victime de război (inclusiv victime ale actelor criminale); accidente sau boli survenite în timpul serviciului militar sau civil obligatoriu ; deținuți politici după data de 8 Mai 1945 în zona de ocupație sovietică sau pe baza unor sentințe ilegale ale Partidului Unității Socialiste (SED din fosta RDG) și care prezintă suferințe (dizabilități) ca urmare a detenției.

Fiecare ramură a Sistemului de Asigurări German are un serviciu propriu de consultanță medicală, având în vedere necesitatea verificării îndeplinirii condițiilor pentru a beneficia de drepturi de asigurări sociale. Medicii care lucrează în aceste servicii sunt medici specialiști (interniști, chirurgi, ortopezi, etc.) și sunt de asemenea specializați în medicină socială, iar o parte dintre ei și în medicina muncii.

Un rol substanțial în luarea deciziei de furnizare a serviciilor de sănătate de către compartimentele individualizate din cadrul Sistemului Public de Asigurări Sociale, revine Asociației Naționale a Fondurilor Publice de Asigurări Sociale (GKV- SV) – care reprezintă interesele a 196 de asiguratori individuali din cadrul Sistemului Public de Asigurări Sociale cu apoximativ 70 milioane de asigurați. Mai mult de 160 de sarcini diferite care reglementează aproape

toate aspectele legate de îngrijirile de sănătate, sunt stabilite în Legea Sistemului Public de Asigurări Sociale (SGB V).

Toate cele șase tipuri de fonduri beneficiază de 16 servicii consultative medicale (MDK) cu mai mult de 2100 de medici și 1200 de asistenți calificați.

**THE STATUTORY HEALTH INSURANCE  
(SHI) SYSTEM IN GERMANY  
AND ITS ROLE IN JOINT MEDICAL  
REGULATORY DECISION MAKING**

In the Federal Republic of Germany is a segmented system in the social insurance:

The Statutory Health Insurance and the Long-Term Care Insurance; the Statutory Pension Insurance (also for the cases if the earnings capacity is reduced because of illness or private accident); the Statutory Unemployment Insurance; the Statutory Occupational Accident Insurance (protection against the consequences of accident at work, occupational illness and job-related health hazards).

There are also measures to integrate disabled people into society (medical, vocational and financial benefits, educational and social integration measures) and compensation and assistance for war victims (including victims of violent crime; persons injured in compulsory military or civilian service; persons imprisoned due to political reasons after 8 May 1945 in the Soviet Zone or on the basis of the unlawful sentence by the SED (the Socialist Unity Party of the former German Democratic Republic) and who suffer from lasting disability as a result of their imprisonment.

Every branch of the German Statutory Insurance System has got its own medical advisory service because of the necessity of a medical check for the existence of the conditions for insurance performances or benefits.

These doctors are all both qualified specialists (for example internists, surgeons, orthopaedists) and qualified in the social medicine (partly also in occupational medicine).

Substantial part of decision making on the framework of health services delivery and related issues by SHI self governing bodies is The National Association of Statutory Health Insurance Funds – (GKV-SV) - representing the

interests of currently 196 single SHI health insurers with app. 70 million insurees in health policy.

About 160 different tasks explicitly set in SHI law (SGB V), addressing virtually all aspects of health care regulation.

All six types of fund-associations are owners of the sixteen regional Medical Advisory Services of the Statutory Health Insurances (MDK) with more than 2100 doctors and 1200 special qualified nurses.

#### C 4

### **DREPTURILE PENTRU DIZABILITĂȚI SEVERE ȘI LEGILE PRIVIND COMPENSAȚIILE SOCIALE ÎN GERMANIA**

*Renée Wirtmüller*

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin,  
Deutschland

Sistemul german de protecție socială este divizat în mai multe părți, astfel: asigurările sociale de sănătate, asigurările pentru îngrijiri de lungă durată, asigurările sociale de pensii, asigurările de șomaj, asigurări pentru accidente de muncă, recuperarea și integrarea persoanelor cu dizabilități și compensații și asistență pentru victimele de război. Nimeni nu se simte marginalizat în Germania. Orice persoană cu cerințe speciale ca urmare a unei dizabilități este îndreptățită să primească beneficii recuperatorii.

Volumul IX din Codul Social German - Integrarea și reabilitarea persoanelor cu dizabilități reglementează recuperarea și participarea persoanelor recuperate la viața socială.

În Legea dizabilității severe (Codul Social German, volumul IX, partea a doua) se găsesc reglementările speciale privind persoanele cu dizabilități severe sau cu risc de dizabilități.

Când o persoană cu dizabilități aplică pentru anumite drepturi, autoritățile stabilesc existența dizabilității și gradul acesteia. Orice decizie administrativă se bazează pe o evaluare medicală. Evaluarea medicală se realizează numai pe baza dosarului sau prin examinare clinică.

În sistemul de bunăstare german, dacă o persoană suferă o vătămare într-o împrejurare în

care statul este răspunzător, persoana este îndreptățită să primească compensații. Drepturi compensatorii se acordă și victimelor de război, victimelor actelor de agresiune criminală, persoanelor vătămate în timpul serviciului militar sau civil obligatoriu, persoanelor care prezintă complicații ale procedurilor de inoculare, deținuților politici după data de 8 Mai 1945 în zona de ocupație sovietică, pe baza unor sentințe ilegale sub regimul Partidului Unității Socialiste din fosta RDG, sau care prezintă suferințe ca urmare a detenției.

### **SEVERE DISABILITY RIGHTS AND SOCIAL COMPENSATION LAWS IN GERMANY**

The German social security system is split up in different parts such as Statutory Health Insurance, Long-Term Care Insurance, Statutory Pension Insurance, Statutory Unemployment Insurance, Statutory Occupational Accident Insurance, Rehabilitation and Integration of people with disabilities or Compensation and Assistance for war victims.

No one in the Federal Republic of Germany should ever feel marginalized. Which is why anyone who is disabled and therefore needs special help is entitled to rehabilitation benefits.

Book IX of the German Social Code – Integration and Rehabilitation of Disabled People - regulates rehabilitation and participation to integrate disabled people into society. In the Severe Disability Law (German Social Code IX part 2) you find special regulations for participation of severely disabled and persons threatened by a disability. Upon application by disabled persons, the authorities establish the existence of a disability and the degree of the disability. Each decision by the administration is based on a medical analysis of the applicant. Formal medical analyses are produced, mainly on the basis of the files or, to a lesser extent, with an examination.

In the German social welfare system, if you suffer damage to your health in circumstances for which the state takes responsibility, you are entitled to victim's compensation. Compensation benefits are provided for war victims, victims of violent crime, people injured in the course of military or civilian service, people whose health

has been damaged through inoculation-related complications, people who were imprisoned on political grounds after 8 May 1945 in the Soviet occupational zone and people who were imprisoned on the basis of an unlawful sentence under the regime of the Socialist Unity Party of the former German Democratic Republic and who suffer lasting disability as a result of their imprisonment.

## COMUNICĂRI ȘTIINȚIFICE / SCIENTIFIC SESSION

**Joi, 1 octombrie 2009**  
**Thursday 1<sup>st</sup> of October 2009**  
**Orele 11.15-13.15**

**Moderatori, Chairpersons:**

*Prof. Dr. N. Șirjiță*

*Prof. Dr. C. Tudor*

*Asist. Univ. Dr. D. L. Tudorache*

**C 5**

### **ROLUL MEDICULUI EXPERT AL ASIGURĂRILOR SOCIALE ÎN SISTEMUL DE SECURITATE SOCIALĂ DIN REPUBLICA CEHĂ**

*Radomír Kužera*

Czech Social Security Administration (CSSZ)

Obiectul activității oricărui sistem de securitate socială îl constituie acoperirea unor nevoi specifice în baza unor acțiuni de evaluare a stării de sănătate și a analizei rezultatelor acestora. Fiecare țară are sistemul său propriu de securitate socială, în funcție de contextul istoric și condiționat de situația economică și socială.

În Republica Cehă există aproximativ 500 de medici experți ai asigurărilor sociale care lucrează în Administrația Cehă de Securitate Socială, realizând expertize (evaluări) pentru toate componentele sistemului de securitate socială. Dintre aceștia, aproximativ cincizeci sunt angajații Ministerului Muncii și Afacerilor Sociale și fac evaluări pentru tribunale în caz de litigii.

Medicina de asigurări sociale, mai precis, medicii experți ai asigurărilor sociale utilizează

mai multe categorii de informații. Acestea sunt clinice, privind tipul infirmității și fenomenele psihice asociate, profesionale care se referă la posibilitățile de revenire la o activitate salariaală sau sociologice care analizează aspectele sociale, juridice și economice caracteristice persoanei aflate în invaliditate.

Activitatea medicului expert al asigurărilor sociale nu se bazează doar pe multitudinea de informații obținute, ci și pe cunoștințele și experiența medicală acumulată. Acestea sunt bine fundamentate, moderne și complexe, fiind punctul de plecare pentru o evaluare corectă a stării de sănătate la un moment dat și pentru aprecierea posibilelor consecințe, toate acestea fiind privite în context social.

O parte foarte importantă a activității medicului expert al asigurărilor sociale în Republica Cehă este verificarea acordării concediilor medicale (incapacității temporare de muncă). Această activitate necesită, de asemenea, solide cunoștințe medicale, tact și noțiuni de psihologie. Rezultatele bune se observă nu numai în sfera sănătății ci și în bilanțul economic al asigurărilor sociale de sănătate.

Medicina de asigurări sociale, respectiv munca medicului expert al asigurărilor sociale reprezintă un domeniu foarte vast, care reunește noțiuni medicale și legislative, această activitate fiind foarte importantă, dificilă, care implică anumite exigențe profesionale, aspecte etice și psihologice. Profesia de medic expert al asigurărilor sociale ca și formarea în acest domeniu au locul lor bine definit în complexitatea științelor medicale, reprezentând o specialitate distinctă, în rândul celorlalte ramuri ale medicinei.

### **RÔLE DE MÉDECIN-CONSEIL AU SYSTÈME DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LA RÉPUBLIQUE TCHÈQUE**

Chaque système de la sécurité sociale a ses nécessités spécifiques et les demandes d'évaluation de l'état de santé, et des résultats qui se dégagent de cette évaluation. Chaque pays a son système de la sécurité sociale, qui résulte du contexte historique et qui dépend de la situation économique et sociale.

Dans la République Tchèque il y a cinquante cent de médecin-conseils approximativement, qui travaillent dans l'Administration Tchèque de la Sécurité Sociale et ils font des expertises (des avis) pour tous les sub-systèmes de la sécurité sociale. Il y a aussi une cinquantaine, qui sont des employés de la Ministère du travail et des affaires sociales, ils font des expertises pour les tribunaux en cas de litiges.

La médecine sociale, plus précisément les médecins-conseils, ils utilisent les informations des catégories différents. Ce sont les informations biologiques, concernant le caractère de l'infirmité et les phénomènes psychiques concomitants, les informations professionniographiques, qui s'occupent des demandes et des retombées de l'activité rémunéré sur le personnage, et encore sociologiques, qui interprètent des aspects sociales, juridiques et économiques de la situation du personnage avec l'infirmité.

Le principe de l'activité des médecins-conseils n'est pas formé seulement par la mosaïque des informations introduites, mais par les connaissances et acquis médicaux qui sont sérieux, modernes et complexes, et qui servent comme le base pour tout à fait concrète et correcte solution de la situation actuelle du santé et pour les conséquences qui resultent de cette situation de la personne et tout ça dans le contexte social.

Une partie très importante de l'activité des médecins-conseils dans la République Tchèque est la vérification si l'arrêt de travail (l'incapacité temporaire du travail) est justifié. Ce rôle du médecin-conseil nécessite aussi des bons connaissances médicales que du tact et psychologie. Le résultat de la bonne activité est non seulement dans la sphère de santé mais aussi dans le bilan économique de l'assurance maladie.

La médecine de la sécurité sociale, le travail du médecin-conseil, c'est le sujet très vaste, l'activité du médecin-conseil réunit la médecine et la loi, cette activité est très importante, difficile, elle a des exigences professionnelles, avec les aspects éthiques et psychologiques. La profession du médecin-conseil est la spécialisation, qui a sa place dans le complexe de la médecine et qui est le partenaire équivalent et égal pour les autres spécialisations de la médecine.

## C 6

### COLABORAREA DINTRE MEDICUL DE RECUPERARE MEDICALĂ ȘI MEDICUL EXPERT AL ASIGURĂRILOR SOCIALE ÎN MANAGEMENTUL BOLILOR CRONICE INVALIDANTE

*Dan Nemeș\*, \*\*, Mihai Drăgoi\*, \*\*, Livia Vidoni\*\*\*, Dan Surducă\*, Otilia Tomulescu\*\*, Roxana Cerbulescu\*\*, Laura Frățilă\*\*, Adina Duse\*\*, Ana Maria Bănescu\*\*, Laura Lobonț\*\**

\* Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara, \*\* Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara – Secția Clinică de Recuperare Medicală și Reumatologie, \*\*\* Serviciul de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă Timiș

**Material și metodă:** S-a analizat situația pacienților pensionați de boală și cu diferite grade de handicap și a celor pentru care s-au cerut referate de reevaluare sau au fost realizate documentare pentru pensionarea de boală din totalul pacienților internați în cele trei modalități în clinica noastră într-o perioadă de 1 an și 6 luni (01.01.2008 - 01.07.2009). S-a urmărit distribuția lor pe vârstă, sex, mediul de proveniență, afecțiunea invalidantă și asocierile patologice. De asemenea s-a analizat situația evoluției acestora, după terapia specifică de recuperare medicală, în funcție de criteriile noastre și a reevaluărilor efectuate de medicul expert al asigurărilor sociale.

**Rezultate:** Situația pacienților internați în perioada 01.01.2008–01.07.2009.

Din totalul de 3478 de internați, 328 de cazuri s-au încadrat în criteriile noastre.

Dintre aceștia:

- la 166 de pacienți (50,60%), 77 bărbați (46,38%) și 89 femei (53,61%), s-au întocmit certificate noi pentru Comisia de Expertiză a Capacității de Muncă Timiș (CECM);
- la 162 de pacienți (49,39%), 97 bărbați (59,87%) și 65 femei (40,12%), s-au întocmit referate de reevaluare pentru Comisia de Expertiză a Capacității de Muncă Timiș (CECM) și
  - 24 de pacienți (14,81%), 14 bărbați (58,33%) și 10 femei (41,66%) au avut o evoluție favorabilă cu reîncadrarea într-un grad de handicap inferior;

- 28 de pacienți (17,28% %), 18 bărbați (64,28%) și 10 femei (35,71%) au avut o evoluție defavorabilă cu reîncadrarea într-un grad de handicap superior;
- 110 pacienți (67,90%), 65 bărbați (59,09%) și 45 femei (40,90%) au avut o evoluție staționară cu menținerea în același grad de handicap.

**Concluzii:** Structura specifică a populației din arealul nostru geografic (populație îmbătrânită și cu polipatologie asociată, populație activă de vârstă medie cu tare moștenite și cu un grad mare de stres ce predispune la afecțiuni majore) justifică rata crescută a pensionarilor de invaliditate, ca și evoluția favorabilă lentă/staționară/defavorabilă sub terapie complexă de recuperare medicală.

Creșterea proporției sexului feminin în această statistică se justifică datorită morbidității crescute prin afecțiuni autoimune la această categorie.

Rezultatele cele mai bune le-am obținut la pacienții din mediul urban și de sex masculin.

Pensionarea temporară sau definitivă asigură acestor categorii de pacienți un minim confort financiar și posibilitatea de a efectua, în aceste condiții, un tratament de recuperare complex și adecvat.

În managementul bolilor cronice invalidante, indiferent de etiologia lor, colaborarea dintre medicul de recuperare medicală și medicul expert al asigurărilor sociale este esențială pentru evaluarea reală a rezultatelor recuperării medicale și încadrarea evolutivă în gradul de handicap corespunzător.

### THE COLLABORATION BETWEEN MEDICAL REHABILITATION PHYSICIAN AND SOCIAL INSURANCE PHYSICIAN IN THE MANAGEMENT OF DISABLING CHRONIC CONDITIONS

**Material and method:** During 1 year and 6 months (01.01.2008 - 01.07.2009) period, among all our patients, we analyzed those early retired because of specific disabling chronic conditions: patients requiring reassessment papers or new cases demanding early retirement because of underlying diseases. We studied the distribution, based on: age, sex, urban or rural living area, the underlying condition and the others associated diseases. There was also analyzed the evolution of these patients, after the medical rehabilitation therapy, by following our rehabilitation items and by social insurance physician criteria.

**Results:** Inpatients status in 01.01.2008 and 01.07.2009 period.

From all 3478 admitted patients between 01.01.2008 and 01.07.2009, 328 patients met our criteria (Table 1, Table 2).

Among these 328 patients:

- for 166 patients (50,60%), 77 men (46,38%) and 89 women (53,61%), were issued new documents for Timis medical service of social security
- for 162 patients (49,39%), 97 men (58,33%) and 65 women (40,12%), were performed reassessment documents for Timis medical service of social security:
  - 24 patients (14,81%), 14 men (58,33%) and 10 women (41,66%), revealed an improvement regarding the evolution and therefore the degree of work incapacity was lowered

Table 1

Department	Wherefrom			Wherefrom											
	Total	Urban	Rural	Children			Adults			Wherefrom					
				Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural	Women			Men		
										Total	Urban	Rural	Total	Urban	Rural
MEDICAL REHABILITATION CLINIC	2.080	797	1.282	5	3	2	2.075	794	1.280	1.274	496	778	801	298	502
RHEUMATOLOGY DEPARTMENT	383	233	150	0	0	0	383	233	150	337	209	128	46	24	22
DAYLY HOSPITALIZATION	1.015	760	255	12	10	2	1.003	750	253	688	525	163	315	225	90
<b>Total</b>	<b>3.478</b>	<b>1.790</b>	<b>1.687</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>3.461</b>	<b>1.777</b>	<b>1.683</b>	<b>2.299</b>	<b>1.230</b>	<b>1.069</b>	<b>1.162</b>	<b>547</b>	<b>614</b>

Table 2

The apportionment men / women		Men	Women	Total
		174 (53,04%)	154 (46,96%)	328
The apportionment urban / rural living area		Urban	Rural	Total
		169 (51,52%)	159 (48,48%)	328
The apportionment by underlying disease and sex		Men	Women	Total
<b>Osteoarthritis</b> 157 / 328 (47,89%)	Osteoarthritis involving more than 3 joints	6	7	13 / 328 (3,96%)
	Spondylarthrosis	50	50	100 / 328 (30,48%)
	Severe coxarthrosis	15	7	22 / 328 (6,70%)
	Severe gonarthrosis	4	8	12 / 328 (3,65%)
<b>Inflammatory rheumatic diseases</b> 103 / 328 (31,39%)	Prosthesis of the hip and knee	9	1	10 / 328 (3,04%)
	Rheumatoid arthritis	22	38	60 / 328 (18,29%)
	Ankylosing spondylitis	35	8	43 / 328 (13,10%)
<b>Neurological sequels</b>	Ischemic/hemorrhagic stroke, tumors, peripheral nerves lesions	17	19	36 / 328 (10,97%)
<b>Posttraumatic sequels</b>	Stiffness following fractures, limb amputations	16	16	32 / 328 (9,75%)
<b>The apportionment by the associated diseases</b>	<b>Cardiovascular</b> (high blood pressure, ischemic heart disease, atrial fibrillation, bundle block)	210 (64,02%)		
	<b>Respiratory</b> (COPD, chronic bronchitis, bronchitis asthma)	60 (18,29%)		
	<b>Endrocrin and metabolic disorders</b> (diabetes mellitus, glandular insufficiency)	170 (51,82%)		
	<b>Psychiatric area disorders</b>	19 (5,79%)		

- 28 patients (17,28%), 18 men (64,28%) and 10 women (35,71%), showed a worse evolution with an subsequent increased degree of work incapacity;
- 110 patients (67,90%), 65 men (59,09%) and 45 women (40,90%), had a stationary evolution and degree of work incapacity.

**Conclusions:** The peculiarities of the population from our geographic area (aged persons with others associated diseases, middle age active persons with strong inherited characteristics and also with a high stress exposure which lead to a predisposition for major conditions) justify the increasing rate of early retirements caused by disabling conditions and the slowly favorable/stationary/worse evolution following the medical rehabilitation complex therapy.

The enhancing of the women's rate is explained by the higher morbidity due to the autoimmune disorders.

Men and at the patients from urban area had better results.

Enable patients to get a permanent or even a temporary invalidity pension provides a minimum income, hence their possibility of undergoing a complex and adequate rehabilitation treatment.

In the management of the chronic disabling conditions, regardless their etiology, the team work between medical rehabilitation physician and the social insurance physician is a landmark for a comprehensive assessment of the results regarding medical rehabilitation and for the establishment of the proper degree of work incapacity.



C 7

**MANAGEMENTUL BOLNAVULUI  
CRONIC, MODALITĂȚI DE PREVENIRE  
A INVALIDITĂȚII ȘI A REALIZĂRII  
UNUI PROGRAM DE RECUPERARE  
AL ACESTUIA**

*Nicolae Șirjiță*

U.M.F. „Carol Davila“ București

Bolile cronice, datorită mijloacelor de investigație și de tratament îmbunătățite, cunosc o continuă creștere, aducând după ele și cheltuieli sporite pentru asigurările sociale. O boală cronică nu implică totdeauna o stare de invaliditate.

Optica privind atitudinea față de sănătate, boală și moarte a evoluat nu numai în raport cu achizițiile științifice, de cunoaștere a fenomenului biologic, ci și în raport cu caracteristicile orânduirii sociale. Creșterea mijloacelor materiale a condus și la dezvoltarea măsurilor de securitate socială. Și lupta pentru împărțirea și reîmpărțirea sferelor de influență politică a contribuit la modificarea concepțiilor politice, economice și sociale, intervenind și sfera ocrotirii sănătății, detereminând încercări de unificare, de personalizare, de globalizare a unor concepții și practici, cu avantaje și dezavantaje sociale.

România a trecut, istoric, prin mai multe experiențe de introducere a unor noi concepții social politice și practici noi de management.

Dacă ne referim numai la ultima parte a secolului XX, România a fost supusă, pe rând la două tipuri de influențe politice, economice și sociale diametral opuse:

- Situația de după al doilea război mondial, când comunismul s-a impus ca o concepție generalizată asupra țărilor est-europene, intrate în sfera de influență socială;
- Situația de după „revoluția populară” din 1989, când România a intrat în sfera de influență a capitalismului occidental, respectiv prin aderarea la Uniunea Europeană.

Fiecare din schimbările respective a avut tendința de a ne influența profund nu numai gândirea și modul de exprimare, începând cu limba și mergând până la impunerea unor practici

economice și sociale, ignorând tradițiile și experiența socială a acestor popoare.

Din fericire, de fiecare dată au existat riposte la aceste „înnoiri”. Referindu-ne la domeniul nostru de activitate trebuie să amintesc aportul Prof. M. Maurer care s-a opus tendinței de organizare a activității de expertiză după modelul sovietic, cu introducerea unui „barem” de invaliditate și respectiv a unui sistem de organizare sub forma comisiilor de expertiză medico-sociale, considerând, pe bună dreptate, că această activitate este în principal medicală, și, încercând și reușind să pregătească medici pentru asigurările sociale, înființând specialitatea de expertiză medicală și punând în centrul atenției bolnavul și nu boala. Ceea ce a rămas din influența epocii respective este evaluarea gravității incapacității adaptative pe 3 grade de invaliditate.

În cea de-a doua etapă, la care ne-am referit, ne-am opus tendinței de birocratizare a actului de expertizare, medicului revenindu-i doar sarcina de a completa rubricile privitoare la sănătate, după un anumit model, iar încadrarea în grad de invaliditate revenindu-i „funcționarului de asigurări sociale” în funcție de punctajul rezultat din fișa șablon (modelul englez). Ne-am opus deopotrivă ideii de a se înființa un compartiment de expertiză medicală în cadrul Medicinii Muncii, în locul Institutului, care să asigure metodologia activității și conducerea rețelei de specialitate. Considerăm că INEMRCM este forul științific care fundamentează criteriile de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă și de coordonare adecvată a activității medicale a asigurărilor sociale, care sunt și pregătiți în Institut sub conducerea Catedrei de profil.

Nu putem concepe decât o expertiză medicală a capacității de muncă, având în centrul atenției „bolnavul” și nu boala și apreciem că expertiza este doar un moment de bilanț, în cadrul monitorizării bolnavului cu afecțiuni invalidante și care urmează să fie reevaluat periodic (revizuirea la termenele stabilite de medicul asigurărilor sociale) după aplicarea unui program de recuperare, conform legii 19/2000, scopul principal de fapt al acestei activități. Specialitatea de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă este o specialitate de sinteză,

presupunând colaborarea cu medicii curanți și cu alte cadre paramedicale și care intervin în asigurarea recuperării bolnavului respectiv, a reinsertiei sale sociale. Un „management” eficient al bolnavului trebuie să monitorizeze bolnavul de la depistarea bolii, investigarea și aplicarea tratamentului adecvat și până la reechilibrarea sa biologică și socială pentru o bună reinsertie socio-profesională.

Pentru realizarea acestui deziderat, este necesară o abordare programată a rolului medicului de asigurări sociale și a unei colaborari cu cadre paramedicale (psihologi, sociologi, etc) care să asigure efectiv recuperarea bolnavului, cu beneficii economice și sociale.

#### **THE MANAGEMENT OF CHRONIC PATIENT – WAYS TO PREVENT DISABILITY AND TO CARRY OUT A PROGRAM TO RECOVERY IT**

Chronic diseases, because of the improved ways of investigation and treatment, knowing a growing experience, bringing after them and increased costs for social security. A chronic disease involves not always a state of disability.

The attitudes towards health, illness and death has evolved not only in relation to the scientific acquisition of biological phenomena of knowledge, but also in relation to social characteristics. Increased resources and materials led to the development of social security measures. The fight for the division and redistribution of spheres of political influence helped change the political concepts, economic and social sphere intervening in health care, attempts to unify them, customization, globalization of concepts and practices, with social advantages and disadvantages.

Romania has passed, from history point of views, through many experiences in introducing new concepts of social policy and new management practices.

If we refer only to the last part of the twentieth century, Romania has undergone in turn influences the two types of political, economic and social diametrically opposed:

- The situation after World War II, when Communism was imposed as a general

- concept of Eastern European countries entered the sphere of social influence;
- The situation after „popular revolution“ from 1989, when Romania entered the sphere of influence of Western capitalism, namely the accession to the European Union.

Each of these changes tended to profoundly influence not only our thinking and the way of expression, ranging from language and to impose economic and social practices, ignoring the traditions and social experiences of these peoples.

Fortunately, each time there have been backlash to the „renewal“. Referring to our field must remember the contribution of Prof. M. Maurer who objected to the trend of organizing expertise activity after the Soviet model, with the introduction of a „scale“ of disability and respectiv a system for organizing committees as of medical-social, considering, rightly, that this activity is primarily medical and trying and succeeding to prepare physicians for social security, establishing specialty medical expertise and putting the spotlight and not patient disease. What remained of the influence of gravity epoch is evaluating adaptive failure on 3 degrees of disability.

In the second stage, which we have referred, we have resisted the trend of bureaucratization of the notice of expertise, the physician was only awarded to the task of completing the boxes relating to health, after a particular model, and classification in degree disability awarded to the „servant of social security” based on the results of the score sheet template (English model). We also opposed the idea to set up a department of medical expertise in occupational medicine, instead of the Institute, to provide network management methodology and professional activity. We believe that scientific forum is National Institute of Medical Assessment and Work Capacity Rehabilitation, substantiating the criteria of medical expertise and recovery of work capacity and appropriate coordination of medical activities of social security, which are prepared in the Institute by the teaching staff form this Department.

We can not conceive than a medical assessment of work capacity, with the focus „patient“ and not the disease and consider that

expertise is just a balance point in the monitoring the patient with disabled diseases and to be reassessed periodically (review deadlines set by your social insurance) after a rehabilitation program, according to law 19/2000, the main purpose of this work actually. Specialty medical expertise and recovery of work capacity is a specialized summary, assuming working with treating physicians and other paramedical staff and involved in ensuring that patient recovery has its social reintegration. A „management“ of patient must effectively monitoring the patient for disease detection, investigation and application of appropriate treatment and to rebalance its biological and social good social and professional reintegration.

To achieve this goal, it is necessary to approach a doctor scheduled social security role and a collaboration with paramedical staff (psychologists, sociologists, etc.) to ensure effective patient recovery, with economic and social benefits.

### C 8

#### IMPORTANȚA TESTULUI DE EFORT PENTRU DIAGNOSTICUL, APRECIEREA SEVERITĂȚII ȘI A PROGNOSTICULUI BOLNAVULUI CORONARIAN

*Elena Ardeleanu\* Daniela Gurgus\* Adrian Gruici\*, Livia Vidoni, Borivoi Drascovici, Olimpia Târziu Cudalb, Ioana Puricel, Maria Manea, Adriana Râmneanțu, Adriana Boiangiu, Sorin Săftescu*

\* UMF Timișoara, Expertiza Capacității de Muncă Timiș

Obiectivele studiului au fost evaluarea utilității testului de efort în depistarea bolii coronariene, în cuantificarea severității acesteia, aprecierea prognosticului și încadrarea în grad de invaliditate.

**Material și metodă:** s-au studiat 56 pacienți care au avut indicație de testare la efort conform criteriilor ACC/AHA. În funcție de vârstă, sex și simptomatologie s-a stabilit probabilitatea pretest a prezenței bolii coronariene. S-au apreciat parametrii de efort asociați cu un prognostic advers și boală multivasculară, care au fost definiți prin: capacitatea redusă a pacientului de a efectua un efort; efort redus < 5

METs, cu o durată scurtă; eșecul de a crește TA peste  $\geq 120$  mm Hg sau scăderea acesteia cu  $\geq 10$  mm Hg în timpul testului; subdenivelări mari ale segmentului ST  $\geq 2$  mm, apărute la eforturi mai mici < de 5 METs, care au implicat mai mult de 5 derivații și au persistat > 5 min. în perioada de recuperare; apariția anginei pectorale la efort mic și tahicardia ventriculară susținută.

La 24 pacienți, la care s-a efectuat coronarografie s-au făcut corelații între severitatea stenozelor și parametrii testului de efort. Sunt prezentate sensibilitatea și specificitatea acestuia în funcție de coronarografie.

**Concluzii:** Testul de efort este o investigație neinvazivă ușor accesibilă utilă în diagnosticul, în aprecierea severității și evaluarea capacității de muncă a pacientului coronarian.

### C 9

#### ROLUL DISPOZITIVELOR DE AUTOSERVIRE ÎN RECUPERAREA BOLNAVILOR CU POLIARTRITĂ REUMATOIDĂ

*Doina Lăcrămioara Tudorache\*, \*\*, Cornelia Popescu\*\*, Justin Marian\*\*, Eugen Popescu Garotescu\*\**

\* U.M.F. „Carol Davila“ București

\*\* I.N.E.M.R.C.M. București

Poliartrita reumatoidă (P.R.) este o afecțiune severă, cu înalt potențial invalidant. Sindromul inflamator cronic și distrucțiile osteo-articulare ireversibile determină deficiențe de manipulație și locomoție importante cu scăderea capacității de muncă și, în final, a capacității de autoservire.

Anchilozele de la nivelul mâinilor și coatelor, atrofia musculaturii, laxitatea ligamentară, rupturile tendinoase, pot determina deficiențe de manipulație grave, cu imposibilitatea realizării activităților zilnice uzuale (ADL – „activities of daily living”). Coxita bilaterală, anchilozele deformante de la nivelul membrelor inferioare pot determina deficiențe locomotorii grave și scăderea capacității de autoservire.

Printre atribuțiile medicului expert al asigurărilor sociale din România se numără și sarcina de a monitoriza programele de recuperare

ale pensionarilor de invaliditate. Programul de recuperare în cazul bolnavilor cu PR. include: regim igienodietetic, tratament medicamentos (general și local), tratament fizical, kinetoterapie, psihoterapie, tratament ortopedico-chirurgical, terapie ocupațională.

Recuperarea este un domeniu de activitate complexă prin care se urmărește restabilirea capacității funcționale pierdute în urma bolii, dezvoltarea unor mecanisme compensatorii care să asigure posibilitatea de muncă și autoservire. Adaptarea bolnavului cu PR la disfuncțiile existente se poate realiza și cu ajutorul dispozitivelor de autoservire care, din păcate, în România sunt încă insuficient cunoscute și rareori folosite.

Conform standardizării internaționale SR EN ISO 9999:2003 privind „Mijloacele ajutoare tehnice pentru persoane cu dizabilități”, prin „mijloc ajutător tehnic” se înțelege „orice produs, instrument, echipament sau sistem tehnic utilizat de o persoană invalidă, produs special sau de uz general, care previne, compensează, monitorizează, micșorează sau neutralizează, deficiența, incapacitatea sau handicapul”.

În 2003, ISO 9999 a preluat terminologia din Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății – CIF (ICF, WHO, 2001) care este una din clasificările principale ale WHO-FIC. Astfel, termenul de „mijloace ajutoare tehnice” („technical aids”) este înlocuit cu termenul de „produse ajutoare” („assistive products”) care desemnează „orice produs (incluzând dispozitive, echipamente, instrumente, tehnologii sau software) produs special sau de uz general care previne, compensează, monitorizează, ameliorează sau neutralizează deficiențe, limitări în activitate și restricții în participare”.

În Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă, în cadrul secției de Recuperare Locomotori, s-au conceput, de-a lungul timpului, o serie de dispozitive ajutoare pentru deficienții de manipulație. În prezent, se importă și sunt disponibile în comerț, dispozitive de autoservire cu ajutorul cărora se pot realiza o serie de activități zilnice uzuale (hrănirea, gătitul, îmbrăcatul, încălțatul, igiena personală, etc), adaptate de la caz la caz, în funcție de tipul de deficiență prezentat de bolnav. Cunoașterea și utilizarea acestor dispozitive poate ameliora mult capacitatea de autoservire și calitatea vieții pacienților cu PR în stadii avansate.

### **THE IMPORTANCE OF DAILY LIVING AIDS IN REHABILITATION OF RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS**

Rheumatoid arthritis (RA) is a severe disease with great potential in inducing disability. The chronic inflammatory syndrome and irreversible bone and joint destruction induce important deficiencies of manipulation or locomotion with the loss of work capacity and decreased self-care.

The ankylosis of joints of hands and elbows, muscle atrophy, ligamentous laxity, tendon ruptures can determine serious deficiencies of handling, with the impossibility to perform activities of daily living. The bilateral coxite, the deforming ankylosis in lower limbs may determine serious locomotor deficiencies and decreased self-care.

Monitoring the rehabilitation programs for persons in receipt of invalidity pension is one of social insurance physician's functions in Romania. The rehabilitation program for patients with RA includes: hygieno-dietetic diet, pharmacological treatment (general and local), physiotherapy, kinetotherapy, psychotherapy, orthopedic treatments, occupational therapy.

Rehabilitation is a complex process so as to regain lost functioning capacity after a disease or injury and to develop compensation mechanisms in order to provide possibilities for work and self-care.

Patients with rheumatoid arthritis can adapt to their deficiencies with the help of daily living aids, which, unfortunately, in Romania are insufficiently well known and used.

According to the international standardization SR EN ISO 9999:2003 on “Technical aids for persons with disabilities”, technical aid can refer to any product, instrument, equipment or technology used by a person with a disability, especially produced or generally available for preventing, compensating, monitoring, relieving or neutralizing deficiencies, impairments or disability.

In 2003, ISO 9999 adopted the terms of ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), which is a major classification of WHO-FIC (WHO Family of International Classifications). The term “technical

aid” is replaced by “assistive product”, term that denote any product (including devices, equipment, instruments, technology and software) especially produced or generally available, for preventing, compensating, for monitoring, relieving or neutralizing impairments, activity limitations and participation restrictions.

In the rehabilitation clinic of INEMRCM, over the years, some assistive devices for persons with deficiencies of manipulation were designed. At present Romania imports and are available on the market, assistive devices useful in daily living activities (eating, cooking, dressing, putting on the shoes, personal hygiene etc.), adapted in each case depending on the patient’s type of disability. Knowing and using these devices can significantly improve the self-care and the quality of life in patients with advanced stages of RA.

#### C 10

### EVALUAREA MEDICO-SOCIO- PROFESIONALĂ ÎN TROMBANGEITA OBLITERANTĂ

*Corina Oancea\**, \*\*,  
*Maria Magdalena Ciuvică\**, \*\*, *Laura Roșu\*\**,  
*Gabriel Arsene\*\**, *Andreea Florea\*\**,  
*Cristina Tișu\*\**

\* U.M.F. „Carol Davila“ București

\*\* I.N.E.M.R.C.M. București

Trombangeita obliterantă (boala Buerger) este o boală inflamatorie ocluzivă a vaselor mici și medii, artere și vene, din segmentul distal al membrelor. Ea afectează în principal bărbații tineri, fumători, aceștia reprezentând peste 80% din cazuri.

Face parte din categoria bolilor vasculare rare. Diverse studii au apreciat prevalența trombangeitei obliterante raportând-o la numărul total de cazuri de ischemie a membrelor inferioare, comunicând procente de 0,5-5%.

Boala are un caracter invalidant, evoluția sa se asociază cu un risc crescut de amputații succesive, în special dacă nu se renunță la fumat. Lipsa prin amputație a unui segment de membru determină dificultăți de manipulație sau locomoție cu consecințe importante în viața cotidiană, pe toate planurile: fizic, psihic, relațional sau la locul de muncă. Din aceste motive, multe cazuri ajung

să fie evaluate în rețeaua de expertiză medicală a capacității de muncă.

Pentru fiecare subiect se realizează o analiză complexă a elementelor medicale dar și a impactului factorilor ambientali asupra capacității adaptative. Aspectele socio-profesionale, deși nu sunt cuantificate în criteriile de diagnostic funcțional și al capacității de muncă, intervin în mod constant în evaluarea globală a cazurilor.

Pentru exemplificare, prezentăm cazurile a 2 bărbați tineri de 36 și respectiv 41 de ani, diagnosticați cu trombangeită obliterantă, internați în Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă, pentru evaluare funcțională. Deși cei 2 bolnavi prezentau complicații cu grad similar de severitate, capacitatea adaptativă n-a fost identică, deosebirea făcându-se pe baza particularităților socio-profesionale.

### MEDICAL, SOCIAL AND VOCATIONAL ASSESSMENT IN THROMBOANGIITIS OBLITERANS

Thromboangiitis obliterance (Buerger’s disease) is an inflammatory occlusive disease of small and medium sized arteries and veins that involves distal vessels of the extremities. It primarily affects young male smokers who represent over 80% of cases.

Thromboangiitis obliterans is included in the category of rare diseases of the blood vessels. Various studies have appreciated it’s prevalence as the ratio of the number of existing cases to the total number of cases of lower limb ischemia and have reported figures between 0.5-5%.

It’s a debilitating disease; its clinical course is associated with high risk of repeated amputations, especially if the patient continues to smoke. The loss of a limb segment accounts for difficult manipulation or locomotion with important consequences in many aspects of daily life: physical, psychological, relational or at the workplace. Thus many cases require evaluation in the medical services of social security.

A complex analysis for each subject is made and concerns both the health status and the impact of environmental factors on the adaptive capacity. Even if not quantified in the diagnostic criteria on functioning and work capacity, the social and professionals aspects are constantly involved in the overall evaluation of cases.

To exemplify, we present two cases of a 36-year-old man and a 41-year-old man respectively, diagnosed with thromboangiitis obliterans and hospitalized in the National Institute of Medical Assessment and Work Capacity Rehabilitation for functional evaluation. Even though the severity of complications was comparable, the adaptive capacity was not the same, the difference being given by the social and professional characteristics.

### C 11

#### INCIDENȚA CARCINOMULUI HEPATOCELULAR ȘI FACTORII DE RISC ASOCIAȚI ÎN HEPATITA CRONICĂ C AVANSATĂ

*Roxana Mirică*

U.M.F. „Carol Davila” București, I.N.E.M.R.C.M. București

Deși incidența carcinomului hepatocelular este în continuă creștere, informațiile obținute din studiile prospective sunt limitate. S-a făcut o comparație între tratamentul antiviral pe termen lung al hepatitei virale C și cel al cirozei pentru evidențierea carcinomului hepatocelular și a factorilor de risc asociați. S-a observat că menținerea peginterferonului nu a redus incidența carcinomului hepatocelular, clinica și probele paraclinice confirmă riscul apariției neoplasmului. Studii suplimentare sunt necesare pentru a confirma prezența carcinomului hepatocelular la pacienții cu hepatită virală cronică C și bridging fibrosis.

#### THE INCIDENCE OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA AND ASSOCIATED RISK FACTORS IN HEPATITIS C-RELATED ADVANCED LIVER DISEASE

Although the incidence of hepatocellular carcinoma is increasing, data from prospective studies are limited. It was evaluated the hepatitis C antiviral long-term treatment against cirrhosis cohort for the incidence of hepatocellular carcinoma and associated risk factors. It found that maintenance peginterferon did not reduce the incidence of hepatocellular carcinoma, baseline clinical and laboratory features predicted risk for carcinoma. Additional studies are required to confirm our finding of hepatocellular carcinoma in patients with chronic hepatitis C and bridging fibrosis.

## COMUNICĂRI ȘTIINȚIFICE / SCIENTIFIC SESSION

**Joi, 1 octombrie 2009**  
**Thursday 1<sup>st</sup> of October 2009**  
**Orele 14.45–16.45**

**Moderatori, Chairpersons:**  
*Prof. Dr. D. Nemeș*  
*Asist. Univ. Dr. C. Oancea*  
*Dr. O. Cudalb*

### C 12

#### DIFICULTĂȚI DIAGNOSTICE ȘI DE ÎNCADRARE ÎN INCAPACITATEA DE MUNCĂ LA BOLNAVI SPITALIZAȚI ÎN CLINICA I MEDICALĂ A S.C.M.U.T.M.

*C. Tudor\**, *Aurora Jeberean\**,  
*Livia Vidoni\*\**, *Roxana Buzaș\*\*\**,  
*Andreea Iana\*\*\**, *student Sorin Mihali*

\* Clinica I Medicală SCMUT-UMF „V Babeș” Timișoara

\*\* Serviciul de Expertiză a Capacității de Muncă Timiș

\*\*\* Spitalul de Psihiatrie și Măsuri de Siguranță Jebel

În Clinica I Medicală se internează bolnavi din Municipiul Timișoara, localitățile învecinate, transferați din alte spitale din Județul Timis și din județele limitrofe pentru investigații și tratament. Având în vedere că este o clinică de medicină internă iar spitalul este de urgență, sunt spitalizați bolnavi care au pe lângă afecțiuni interniste și alte suferințe din specialitățile de neurologie, psihiatrie, endocrinologie, dermatologie, etc.

O parte din acești bolnavi necesită consulturi de specialitate și tratament adecvat și de multe ori se recomandă examenul medicului expert și încadrarea în incapacitatea de muncă.

**Material și metodă:** Studiul s-a realizat pe o perioadă de 5 ani (1 ianuarie 2004-31 decembrie 2008), fiind internați un număr de 20346 pacienți.

Din totalul bolnavilor internați numărul pacienților cu suferință psihică și neurologică este foarte mare, cunoscuți cu asemenea boli sau cu ocazia internării s-a confirmat suferința de către medicul specialist neurolog sau psihiatru.

**Rezultate și discuții:** O parte dintre acești bolnavi erau cunoscuți cu suferință somatică și neuropsihică, vârstnici aproximativ 23% iar restul au necesitat explorări paraclinice pentru a exclude o suferință somatică și confirmarea de către

medicul specialist a debutului unor boli psihice sau neurologice care mimează boala somatică.

**Concluzii:** Numărul de bolnavi cu suferință psihică și neurologică internați în Clinica I Medicală este mare și necesită explorări paraclinice și examene de specialitate pentru a confirma suferința neuropsihică. La cei cu suferință somatică și psihică se impune expertizarea capacității de muncă pe baza consultului interdisciplinar și dispensarizarea bolnavilor la cabinetele de psihiatrie și medicină internă.

#### DIFFICULTIES OF DIAGNOSIS AND WORK CAPACITY MEDICAL ASSESSMENT IN PATIENTS ADMITTED IN THE 1ST MEDICAL CLINIC OF S.C.M.U.T.M.

In the 1<sup>st</sup> Medical Clinic we hospitalize patients from Timișoara, surrounding cities, patients transferred from other Timis hospitals and limitrophe counties for investigations and treatment. Considering the fact this is an internal medicine clinic and that the hospital is an emergency one, we hospitalize patients that suffer not only of internal diseases but also of neurological, psychiatric, endocrinological, dermatological diseases and so on.

Part of these patients need specialised exams and adequate treatment and many times the consultation of the social insurance doctor is recommended in order to establish the degree of work incapacity.

**Material and method:** The study lasted 5 years (1<sup>st</sup> of January 2004 – 31<sup>st</sup> of December 2008), a number of 20346 being hospitalized, as shown in the table no. 1 below:

Tabel no. 1. Patients hospitalized in the clinic

Year	2004	2005	2006	2007	2008
No of patients	4290	4128	4213	3946	3769

From the total of hospitalized patients, the number of those with psychiatric and neurological diseases is very big – these being previously known or new discovered, as shown in table no. 2 below:

Tabel no. 2. Patients with psychiatric and neurologic diseases

Year	2004	2005	2006	2007	2008
No of patients	525	508	530	450	489

**Results and discussions:** Part of these patients were known with somatic and neuropsychiatric diseases, 23% being old aged and the rest needed paraclinical exams to exclude a somatic disease and the confirmation from the specialist doctor of the beginning of some psychiatric or neurological diseases that faked somatic ones.

**Conclusions:** The number of patients with psychiatric and neurological diseases hospitalized in the 1st Medical Clinic is big and it needs paraclinical investigations and special exams to confirm neuropsychiatric suffering. In those with somatic and psychiatric disease, medical assessment of work capacity, based on the multidisciplinary approach is necessary, as well as territorial monitoring by psychiatric and internal medicine doctors.

#### C 13

#### ASPECTE PRIVIND DISPENSARIZAREA ȘI REABILITAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN STENOZA AORTICĂ

Ioana Puricel\*, Olimpia Târziu Cudalb\*,  
Maria Manea\*, Livia Vidoni\*, Adriana  
Boiangiu\*, Camelia Râmneanțu\*,  
Borivoi Drascovici\*, Sorin Săftescu\*,  
Elena Ardeleanu\*\*

\* S.E.M.R.C.M. Timiș, \*\* U.M.F. Timișoara

**Obiectivele** studiului au fost aprecierea evoluției naturale a stenozei aortice pe lotul de pacienți expertizați cu acest diagnostic la Cabinetului 2 Expertiză Medicală Timișoara, colaborarea cu cardiologul pentru stabilirea momentului optim operator și reabilitarea postoperatorie a capacității de muncă.

**Material și metodă:** studiul a demarat în anul 2005, fiind în desfășurare și în prezent. El cuprinde 2 grupuri de bolnavi: lotul I alcătuit din 11 pacienți ( 9 B și 11 F), cu vârstă 63±7 ani, la care aprecierea evoluției a fost efectuată prin ecocardiografie-Doppler cât și pe datele de caterism cardiac. Lotul II, alcătuit din 34 bolnavi (21 B și 13 F) cu vârstă medie 65±6 ani, la care agravarea stenozei s-a apreciat doar prin parametrii ecocardiografici-Doppler: reducerea

suprafeței valvulare aortice, creșterea gradientului mediu aortic, progresia hipertrofiei ventriculare, apariția disfuncției sistolice și diastolice de ventricul stâng. La pacienții care au fost explorați invaziv, datele referitoare la presiunile din cordul stâng, drept, artera pulmonară, debitul cardiac, suprafața aortică, starea arterelor coronare au fost corelate cu cele obținute la ecocardiografia Doppler.

**Rezultate:** La evaluarea inițială a pacienților cu stenoză aortică s-a constatat hipertrofie ventriculară stângă la 41%, funcție sistolică normală la 79% din cazuri, regurgitare mitrală la 41% și disfuncție diastolică la 34%. Agravarea leziunii aortice după 2 ani de urmărire s-a confirmat prin faptul că 66% din pacienți prezentau hipertrofie ventriculară stângă, o funcție sistolică normală 55%, regurgitare mitrală 69% din cazuri și disfuncție diastolică de ventricul stâng 75%. S-a constatat o îngustare medie a ariei valvulare aortice cu 0,12 cm<sup>2</sup>/an. Colaborarea dintre medicul expert al asigurărilor sociale și cardiolog a permis identificarea a 18 pacienți cu stenoze aortice critice, din care 12 au beneficiat de intervenție chirurgicală de protezare aortică. Rolul medicului expert al asigurărilor sociale s-a dovedit deosebit de eficient în convingerea pacienților asupra necesității intervenției și impunerea aplicării deciziei de protezare valvulară. La un interval variind între 4 și 12 luni de la intervenție 6 pacienți s-au reîncadrat în muncă. Rezultatele postoperatorii și reabilitarea au fost excelente la bolnavii care nu au prezentat disfuncție ventriculară preoperatorie.

**Concluzii:** medicului expert al asigurărilor sociale îi revine un rol foarte important în dispensarizarea bolnavilor cu stenoză aortică, în aprecierea indicației de protezare, convingerea pacientului asupra necesității intervenției și în reabilitarea ulterioară a capacității de muncă.

#### **ASPECTS REGARDING OBSERVATION AND REHABILITATION OF THE WORK CAPACITY IN AORTIC STENOSIS**

The purposes of the study were the evaluation of aortic stenosis at the sample of examined patients with this diagnosis at Medical Health Unit no 2 Timișoara, in collaborating with the cardiologist for establishing the right surgical procedure and postoperative rehabilitation of the work capacity.

**Material and method:** the study started in 2005, continuing today. It involves 2 groups of patients: sample no. 1–11 patients (9 M and 11 F), aged 63±7 years, who have been evaluated through Doppler echocardiography and cardiac catheterization; sample no. 2–34 patients (21 M and 13 F) aged 65±6 years, whose worsening the stenosis has been appreciated only through Doppler echocardiographic parameters: diminishing of the aortic valve surface, increasing the medium aortic gradient, evolution of the ventricular hypertrophy, appearance systolic and diastolic malfunction of left ventricle. Data regarding the pressure of left and right heart, pulmonary artery, cardiac debit, aortic surface, the coronary condition of the arteries have been correlated with those obtained by Doppler echocardiography in patients who have been investigated through invasive procedures.

**Results:** the initial exams of the patients with aortic stenosis showed left ventricle hypertrophy (41%), normal systolic function (79%), mitral regurgitation (41%) and diastolic malfunction (34%). Worsening of the aortic lesion has been confirmed after 2 years of surveillance, 66% of the patients presenting left ventricle hypertrophy, a normal systolic function (55%), mitral regurgitation (69%) and left ventricle diastolic malfunction (75%). A 0,12 cm<sup>2</sup>/year medium narrowing of the aortic valvular surface has been observed. The collaboration between the Social Insurance Doctor and the Cardiologist allowed the identification of 18 patients with critical aortic stenosis, from which 12 benefited of prosthetic aortic valve surgery. The role of the Social Insurance Doctor has proven to be extremely efficient in convincing the patients of surgical necessity and putting into practice prosthetic valve surgery. From 4 to 12 months after the surgery, 6 patients have been reintegrated in the work field. Postoperative results and rehabilitation have been excellent in those without preoperative ventricular malfunction.

**Conclusions:** Social Insurance Doctor has a very important role in monitoring patients with aortic stenosis, in evaluating indications for prosthetic surgery, in convincing the patient of the surgical necessity and rehabilitation of the work capacity.



## C 14

**MORTALITATEA ÎN NEOPLAZIILE  
STADIUL III***Dusan Carstici\**, *Sorin Saftescu\*\**

\* Clinica de Oncologie Timișoara

\*\* Cabinetul E.M.R.C.M. VI Timișoara

Neoplaziile reprezintă una din principalele cauze de deces la persoanele de vârstă activă, mortalitatea anuală a bolnavilor neoplazici care beneficiază de pensie de invaliditate fiind de peste 20%. Scopul lucrării este evaluarea graniței dintre gradele I și II de invaliditate în contextul criteriilor medicale și practicii de expertiză medicală curentă. A fost studiat un lot de 1457 persoane cu neoplasme din județul Timiș pe durata iunie 2006 – iunie 2009 (2983 consultații medicale și 308 decese în 3 ani). Accentul a fost pus în mod deosebit pe stadiile III de cancer – 336 cazuri la care primul impuls al practicianului de expertiză medicală este încadrarea în gradul II de invaliditate.

S-a studiat mortalitatea și proporția încadrărilor în gradul I pe sexe, grupe de vârstă și localizare a neoplaziei stadializată III, concluziile fiind:

- mortalitatea la bărbați este dublă față de femei (în 3 ani 33.1 % față de 17.2 %).
- mortalitatea crește cu vârsta: de la 11.1% la persoane sub 40 ani, la 25.8 % la persoane din grupa 40-50 ani atingând 24.5% decese în 3 ani la grupa peste 50 ani aflate în stadiile III.

Din punctul de vedere al localizărilor, cele mai severe în evoluție sunt neoplaziile bronhopulmonare (mortalitate în 3 ani de 39.6%), urmate de rect (30.8%), col uterin (23.8%) și gastric (23.5%). Dacă considerăm eșec de expertiză decesul unui pacient în afara gradului I de invaliditate, cele mai mari capcane se dovedesc a fi neoplaziile stadiul III la col uterin, colon, sigma, stomac cu rate de eșec de peste 40%, încadrări mai bune fiind cele de la localizarile respiratorii, mamare și ovariene (rate de eșec de expertiză sub 20%).

O altă zonă subapreciată la încadrarea în grad de invaliditate este perioada de chimioterapie care la anumite stadii și localizări are o durată și un spectru de efecte adverse grav

invalidante. Se prezintă comparativ schemele de chimioterapie pe stadializări și toxicitate, evidențiindu-se protocoalele terapeutice deosebit de agresive în fața cărora medicul asigurărilor sociale ar trebui să își pună problema acordării invalidității grave pe perioada de tratament.

**MORTALITY IN THIRD STAGE CANCERS**

Malignant neoplasms represent one of the main death causes at active aged people, annual mortality of the cancer patients who benefit of invalidity pension being over 20%. The purpose of this paper is to evaluate the border between Ist and IInd invalidity degree in the context of invalidity criteria and current practice in work capacity medical assessment. A lot of 1457 people with malignant neoplasms from Timis county has been studied, between June 2006 – June 2009 (2983 medical consultations and 308 deaths in 3 years). Third stage cancers have been particularly emphasized – 336 cases that create an impulse for the Social Insurance Doctor to assign IInd degree of invalidity. The mortality and the proportion of Ist degree assignments according to sex, age and location of third stage cancers have been analyzed. The conclusions are:

- Mortality in men is twice bigger than the mortality in women (33.1% compared to 17.2% in a 3 year period).
- Mortality increases by the age: from 11.1% at people under 40 years to 25.8% at people aged 40-50, reaching 24.5% deaths in 3 years at those over 50 years in IIIrd degree.

Referring to tumor location, the most severe evolution is in the bronchopulmonary neoplasms (the mortality in a period of 3 years is 39.6%), followed by the rectum (30.8%), cervix (23.8%) and stomach (23.5%). If we consider the death of a patient outside the Ist degree of invalidity as a failure in work capacity medical assessment, the biggest traps prove to be third stage cervix, sigmoid colon and stomach cancers, with rates of failure of over 40%, better assignments being in the respiratory, mammary and ovarian ones (rates of failure under 20%).

Another underappreciated area of invalidity degree assignment is the chemotherapy period that has a length and severely invalidating

side effects when it comes to certain stages and locations. Schemes of chemotherapy are being comparatively presented according to stages and toxicity, as to point out particularly aggressive therapeutical protocols that confront the Social Insurance Doctor with the problem of assigning severe invalidity during the treatment period.

### C 15

#### INDEXUL DE PERFORMANȚĂ MIOCARDICĂ GLOBALĂ (TEI); CORELAȚIA CU NIVELUL SERIC AL NTproBNP ÎN INSUFICIENȚA CARDIACĂ

Ș. Miclăuș\*, C. Mornoș\*\*,  
D. Maximov\*\*, A. Lupu\*\*,  
D. Popa\*\*, M. Pușchiță\*

\* Spitalul Clinic Județean Arad, România

\*\* Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara, România

Ecocardiografia convențională reprezintă metoda utilizată în mod uzual pentru evaluarea pacienților cu disfuncție ventriculară stângă (VS). Indicele TEI, a fost recent introdus ca parametru ecocardiografic în explorarea bolnavilor cu insuficiență cardiacă (IC). Nivelul NTproBNP seric (porțiunea N-terminală a peptidului natriuretic cerebral) s-a impus ca un marker non-invaziv ce explorează atât funcția sistolică cât și pe cea diastolică a VS, corelat cu prognosticul bolnavilor cu insuficiență cardiacă.

**Scop:** analiza relației dintre TEI index și NTproBNP precum și compararea cu alți parametri ecocardiografici la pacienții cu disfuncție ventriculară stângă în ritm sinusal.

**Metoda:** Am examinat 145 de pacienți consecutiv prezentând disfuncție VS, în ritm sinusal, adresați pentru cateterism stâng. Pacienții cu fereastră ecocardiografică inadecvată, ritm electrostimulat, stenoză mitrală, regurgitare mitrală severă organică, proteză mitrală, sindrom coronarian acut, by-pass aortocoronarian sub 72 de ore sau insuficiență renală au fost excluși. Lotul de studiu a fost constituit din cei 113 pacienți rămași (78 prezentând insuficiență cardiacă cu fracție de ejeție scăzută – ICFES, 12 cu IC cu FEVS normală – ICFEN, și 23 cu disfuncție diastolică izolată). S-a efectuat eco-

cardiografia transtoracică standard concomitent cu determinarea nivelului NTproBNP seric. Pe lângă parametrii ecocardiografici uzuali, a fost calculat și indicele TEI, definit prin raportul dintre suma timpilor de contracție și relaxare izovolumetrică și timpul de ejeție al (VS).

**Rezultate:** Dintre parametrii analizați, regresia liniară simplă arată cea mai strânsă corelație între indicele TEI și NTproBNP ( $r=0.71$ ,  $p<0,001$ ). O valoare mai redusă a coeficientului de corelație a fost înregistrată între NTproBNP și presiunea sistolică în artera pulmonară ( $r=0,52$ ,  $p<0,0001$ ), volumul atriului stâng (AS) indexat, volumul AS, fracția de ejeție VS ( $r=-0,33$ ,  $p=0,001$ ), viteza diastolică precoce transmitrală (E) ( $r=0,32$ ,  $p=0,001$ ), aria AS. Corelațiile dintre NTproBNP și diametrul AS, timpul de decelerare a unde E ( $r=0,32$ ,  $p=0,001$ ), diametrul telediastolic al VS, grosimea septului inter-ventricular nu au fost semnificative statistic. Curbele ROC pentru estimarea nivelelor NTproBNP de peste 900 pg/ml au arătat o arie sub curba maximă (0.84) în cazul TEI index. Valoarea cut-off optimă pentru acest parametru este de 0.47, având 78% sensibilitate și 74% specificitate. Indicele TEI a prezentat cea mai bună corelație cu nivelul NTproBNP atât la cei cu ICFEN ( $r=0.75$ ,  $p=0.005$ ), la cei cu ICFES ( $r=0.66$ ,  $p<0.001$ ) cât și la cei cu disfuncție diastolică izolată ( $r=0.60$ ,  $p=0.007$ ).

**Concluzie:** Indicele TEI prezintă o strânsă corelație cu NTproBNP și reprezintă un predictor puternic al nivelului plasmatic al acestui neurohormon la pacienții având disfuncție VS în ritm sinusal.

**Prescurtări:** AS = atriul stâng; VS = ventricul stâng; FE = fracție de ejeție; NTproBNP = porțiunea N-terminală a peptidului natriuretic cerebral;

#### THE MYOCARDIAL GLOBAL PERFORMANCE INDEX (TEI); CORRELATION WITH NTproBNP SERUM LEVEL IN HEART FAILURE

Conventional echocardiography represents the most commonly used method to evaluate patients with left ventricular malfunction (LV). The Tei index has recently been introduced as an echocardiographic parameter for the evaluation of

the patients with heart failure (HF). The blood level of NTproBNP (the terminal N portion of the cerebral natriuretic peptide) has proven to be a non-invasive marker that explores both systolic and diastolic function of the LV, linked to the prognosis of the patients with heart failure.

**Objective:** the analysis of the correlation between the Tei index and NTproBNP as well as the comparison with other echocardiographic parameters in patients with left ventricular malfunction and sinus rhythm.

**Method:** We have examined 145 patients with LV malfunction, in sinus rhythm, sent for left catheterism. Patients with inappropriate echocardiographic window, electrostimulated rhythm, mitral stenosis, severe organical mitral regurgitation, prosthetic mitral valve, acute coronarian syndrome, aortocoronary bypass under 72 hours or kidney failure have been excluded. The final lot has been formed of the 113 patients (78 presenting HF with low ejection rate (ER), 12 with HF with normal ER and 23 with isolated diastolic malfunction). Standard transthoracic echocardiography has been performed, at the same time with establishing the blood level of NTproBNP. In addition to common echocardiographic parameters, the Tei index has also been determined, which represents the ratio between the isovolumetric contraction and relaxation sum and LV ejection time.

**Results:** Among the analysed parameters, the simple linear regression shows the tightest correlation between the Tei index and NTproBNP ( $r=0.71$ ,  $p<0,001$ ). A lower value of the correlation coefficient has been found between NTproBNP and the systolic pulmonary artery pressure ( $r=0,52$ ,  $p<0,0001$ ), indexed volume of the left atrium (LA), LA volume, LVER ( $r=-0,33$ ,  $p=0,001$ ), transmitral early diastolic velocity (E) ( $r=0,32$ ,  $p=0,001$ ), LA area. The correlations between NTproBNP and LA diameter, E wave deceleration time ( $r=0,32$ ,  $p=0,001$ ), telediastolic diameter of the LV, thickness of the inter-ventricular septum, have not been statistically significant. ROC curves for estimating NTproBNP levels of over 900 pg/ml have shown an area under the maximum curve (0.84) for the Tei index. The optimal cut-off value for this parameter is 0.47, having 78% sensibility and 74% specificity. The Tei index has presented the

best correlation with the NTproBNP level in patients with HF with normal ER ( $r=0.75$ ,  $p=0.005$ ), those with HF with low ER ( $r=0.66$ ,  $p<0.001$ ) and those with isolated diastolic malfunction ( $r=0.60$ ,  $p=0.007$ ).

**Conclusion:** Tei index presents a tight correlation with NTproBNP and represents a strong predictive factor of blood level of this neurohormone in patients with LV malfunction in sinus rhythm.

**Abbreviations:** LA – left atrium, LV – left ventricle, ER – ejection rate, NTproBNP – terminal N portion of the cerebral natriuretic peptide.

## C 16

### INVALIDITATEA PRIN HIPOTIROIDII DATORATE DEFICITULUI DE IOD ÎN JUDEȚUL MARAMUREȘ, EVOLUȚIE ȘI PERSPECTIVE

Apan Bogdan\*, Horia Bogdan Apan\*\*

\* S.E.M.R.C.M. Maramureș

\*\* Student U.M.F. „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

Articolul prezintă efectele deficitului de iod din alimentație axându-se pe problematica gușii endemice și a hipotiroidismului de diferite grade care sunt rezultatul acestei deficiențe.

Este prezentată și profilaxia acestor entități nosologice, prin obligativitatea iodurării sării de consum, metodă de profilaxie care în România este reglementată prin lege.

Privitor la arealul județului Maramureș sunt prezentate particularitățile acestei zone, precum și răsunetul social pe care îl prezintă hipotiroidiile prin deficit de iod, aspect care este relevat de incidența relativ crescută a cazurilor noi de pensionari de invaliditate datorită acestei maladii, precum și de proporția ridicată a acestora în prevalența generală.

### INVALIDITY CAUSED BY HYPOTHYROIDISM DUE TO IODINE DEFICIENCY IN MARAMURES COUNTY – EVOLUTION AND TRENDS

The paper presents the effects of the inadequate iodine supply stressing on the aspects regarding the endemic goitre and the hypothyroidism as a result of this deficit.

The prophylaxis of the disease by providing the adequate iodine supply is settled by law in Romania – an iodine –deficient area.

The hypothyroidism due to iodine deficit in Maramures County has distinctive features resulting in a high proportion among general prevalence and increased invalidity.

## COMUNICĂRI ȘTIINȚIFICE / SCIENTIFIC SESSION

**Joi, 1 octombrie 2009**  
**Thursday 1<sup>st</sup> of October 2009**  
**Orele 17.00–18.15**

**Moderatori, Chairpersons:**  
*Asist. Univ. Dr. R. Mirică*  
*Dr. M. Floarea*  
*Dr. B. Apan*

**C 17**

### CAPACITATEA DE MUNCĂ - O PROBLEMĂ ACTUALĂ MULTIDISCIPLINARĂ

*Florina Popescu\**, \*\*, *Elena-Ana Păuncu\**, \*\*, *Ancuța Tîrziu\*\**, *Laura Jebereanu\*\**, *Andreea Paulescu\*\**, *Loredana Cservig\*\**

\* Universitatea de Medicină și Farmacie  
"Victor Babeș" Timișoara

\*\* Clinica Medicina Muncii, Spitalul Clinic Municipal  
de Urgență Timișoara

Unul din principalele deziderate ale Medicinii Muncii este de a stabili aptitudinea în muncă. Acest aspect aparent facil la prima vedere, mai ales dacă este vorba de o persoană tânără, sănătoasă poate ridica probleme deosebite atunci când avem o persoană cu diferite dizabilități sau afecțiuni indiferent de vârstă. În stabilirea aptitudinii în muncă luăm în considerare pe de o parte starea de sănătate respectiv capacitatea de muncă a persoanei și pe de altă parte condițiile în care se desfășoară activitatea respectivă.

Un element important pentru medicul practician de Medicina Muncii este capacitatea de muncă a lucrătorului. Aceasta poate fi afectată ca urmare a unei boli profesionale, a unei patologii neprofesionale sau a ambelor.

Situațiile în care conform legislației în vigoare (HG: 355/2007) medicul de medicina muncii solicită expertizarea capacității de muncă sunt toate cazurile de inaptitudine medicală permanentă. Acestea pot fi întâlnite în cadrul examenului medical la angajare sau periodic pentru o anumită profesie/funcție. De asemenea, în cazul unei boli profesionale declarate, în funcție de deficitul funcțional pacientul poate fi propus după expertizarea capacității de muncă în încadrarea într-un anumit grad de invaliditate cu precizări asupra capacității de muncă restante.

În lucrarea de față ne-am propus să urmărim adresabilitatea la Comisia de Expertiză a capacității de muncă pentru pacienții cu boli profesionale internați în Clinica de Medicina Muncii. Pacienții cu boli profesionale au reprezentat 31,55% din internările în clinică în decursul unui an. Dintre aceștia 11,63% au fost trimiși din clinică la Comisia de expertiză a capacității de muncă. Motivele au fost prelungirea concediului de medical peste 90 zile, menținerea pensionării pe caz de boală și cerere de pensionare. De remarcat, în cazul cererii de pensionare pe lângă patologia profesională existența unei patologii asociate complexe, în special cardiovasculară și osteo-articulară. De asemenea, pentru un număr mic de cazuri de pensie de boală, motivul pensionării nu a fost cel profesional.

Pentru a asigura un echilibru cât mai bun între lucrătorul cu probleme de sănătate și locul său de muncă este deosebit de importantă cuantificarea capacității de muncă, ceea ce implică o colaborare eficientă cu serviciile de expertiză a capacității de muncă atât pentru patologia profesională cât și pentru cea neprofesională sau asociată.

## WORK CAPACITY

### – A MULTIDISCIPLINARY ASPECT

One of the main goals of Occupational Health (OH) is to establish the fitness of work. This fact, apparently easy at first, especially if we deal with young and healthy people, could be very difficult if we have a person with different disabilities or diseases, regardless of age. To establish the fitness of work we take into consideration, on one hand the health condition,

that is the work capacity of the person and also the work conditions.

For the physician of OH one of the important things is the work capacity of the worker. It can be affected, as a consequence of an occupational disease, a non-occupational disease or both of them.

According to Romanian legislation, the situations in which the OH physician asks for work capacity medical assessment contain all the cases of permanent medical work incapacity.

We can confront with these situations during the medical examination for employment or periodical examination for a specific job. Also, for a confirmed occupational disease, depending on the functional deficiency, the patient can be proposed, according to the result of social insurance physician's medical assessment, in one of work disability degree with specifications for the residual work capacity.

In this study we propose to observe the communication between the Occupational Medicine Clinic and the social insurance physician for the patients with occupational diseases which are hospitalised in one year. The patients with occupational diseases represented 31,55% of all patients hospitalised. 11,63% of them were addressed to social insurance physician. The considerations for that were: the prolonging of the sick leave for more than 90 days, the maintaining of the early retirement because of health problems and application for early retirement. We note the presence of associated diseases, especially cardiovascular and musculoskeletal diseases. For a small number of cases, the cause of invalidity pension was a non-occupational disease.

To optimise the relation between the worker with health problems and his workplace it is very important to know the quantification of work capacity. This implies a very good and efficient collaboration with the social insurance physician for occupational pathology as well as for non-occupational pathology or for both of them.

## C 18

### IMPORTANȚA MONITORIZĂRII HOLTER EKG ÎN EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN BOLILE CARDIOVASCULARE

*Ileana Barbu\**, *Florin Paraschiva\*\**

\* Serviciul de Expertiză Medicală a Capacității de Muncă Olt,

\*\* Spitalul Clinic de Urgență Slatina, Olt

Invaliditatea determinată de bolile cardiovasculare a crescut foarte mult în ultimii ani. O pondere importantă în morbiditatea prin afecțiunile cardiovasculare o reprezintă tulburările de ritm. În evaluarea capacității de muncă a pacienților cu tulburări de ritm de un real folos este monitorizarea Holter ekg. Această explorare neinvazivă permite cuantificarea frecvenței și complexității aritmiei, corelarea cu simptomele pacientului, diagnosticarea unor aritmii necunoscute și evaluarea efectelor terapiei antiaritmice, precum și înregistrarea aritmiilor în timp ce pacientul este angajat în activități zilnice.

### THE IMPORTANCE OF HOLTER MONITORING IN WORK CAPACITY ASSESSMENT IN CARDIOVASCULAR DISEASES

Disability caused by cardiovascular diseases has increased greatly in recent years. An important share in the morbidity of cardiovascular diseases represent a disturbance of rhythm. In assessing the work capacity of patients with arrhythmias is a real useful Holter monitoring EKG. This exploration allows quantification frequency and complexity of arrhythmias, the correlation with patient symptoms, diagnosis unknown arrhythmias and evaluating the effects of therapy against arrhythmias and onset of recording while the patient is engaged in daily activities.

## C 19

**AFFECTAREA TIROIDIANĂ  
ÎN BOALA CRONICĂ HEPATICĂ**

Veronica Mercan, Maria Marina Tănăsie

S.E.M.R.C.M. Dolj

Una dintre problemele patologiei medicale este reprezentată de asocierea unei boli hepatice cronice cu anomalii ale echilibrului hormonal, modificări importante apărând și în metabolismul hormonilor tiroidieni.

La pacienții cu hepatite cronice, care nu prezintă boală hepatică și tiroidiană autoimună, T4, T3 și TBG sunt ridicate, dar TSH și T4 liber sunt de obicei normale, iar pacienții sunt clinic eutiroidieni. Pacienții cu ciroză au un nivel redus de T3 liber, cu un nivel ridicat al rT3, reflectând starea *“sick euthyroid state”*.

Schimbările rezultate din scăderea deiodinazei tip 1 duc la reducerea conversiei lui T4 în T3, dar T4 este transformat în rT3. Această secvență este considerată ca o stare adaptativă hipotiroidiană ce reduce rata metabolismului bazal în interiorul hepatocitelor și păstrează rezerva de proteine a corpului.

**Obiectivul propus:** evidențierea modificărilor hormonilor tiroidieni (HT) în boala cronică hepatică (BCH).

**Material și metodă:** lot de studiu de 31 pacienți încadrați în gradul II sau III de invaliditate (18 bărbați și 13 femei), dintre care 24 cu hepatită cronică (14 bărbați și 10 femei) și 7 cu ciroză hepatică (4 bărbați și 3 femei), supraviețuitori medicali în cursul anului 2007.

**Metoda de lucru:** anamneza minuțioasă, examen clinic complet, investigații biologice, imagistice, histologice și endoscopice, vizând diagnosticul BCH și explorarea glandei tiroide (dozări T4, T3, TSH, ecografie, scintigrafie, consult endocrinologic).

**Rezultate și discuții:** dozările hormonilor tiroidieni au arătat că din cei 24 pacienți cu hepatită cronică, 18 au prezentat creșteri moderate ale nivelului seric de T4 și T3, TSH fiind în limite normale; la cei 7 pacienți cu ciroză hepatică, nivelul seric al HT a fost mai crescut față de valorile înregistrate la pacienții cu hepatită cronică, TSH având tot valori normale.

Deși nivelurile serice ale HT au depășit valorile normale, pacienții cu BCH nu au prezentat simptome și semne clinice de hipertiroidie.

**Concluzii:** Incidența crescută și gravitatea BCH motivează interesul pentru cunoașterea modificărilor hormonale, manifestările clinice de hipertiroidie lipsesc, deoarece HT sunt în formă inactivă metabolic, prin alterarea progresivă a parenchimului hepatic, ce duce la degradarea sistemelor enzimatic. Concentrația serică a HT crește în paralel cu progresiunea leziunilor hepatice, fiind mai evidentă la pacienții cu ciroză hepatică.

Modificările hormonale pot fi corelate cu stadiul evolutiv de boală, dar pot avea în același timp caracter predictiv pentru evoluția cirozei hepatice.

**THYROID INVOLVMENT IN CHRONIC  
HEPATIC DISEASE**

One of the issues of medical pathology is the association of chronic hepatic disease and hormonal abnormalities, important changes coming up also in the thyroid hormone metabolism.

In patients with chronic hepatitis, in absence of autoimmune hepatic or thyroid disease, T4, T3 and TBG are elevated, but TSH and free T4 are usually normal and patients are clinically euthyroid. Cirrhosis patients have a low level of free T3, with a high level of rT3, thus reflecting *“sick euthyroid state”*.

Changes resulted from the decrease of deiodinase type 1 lead to the reduction of the conversion of T4 in T3, as a result T4 is transformed in rT3. This sequence is considered as an adaptative hypothyroidian state that reduces the rate of the basal metabolism in the interior of the hepatocytes and to maintain the body protein reserves.

The aimed objective: the pointing out of the changes in thyroid hormone concentrations (TH) in chronic hepatic disease (CHD).

**Method and material:** study group – 31 patients II<sup>nd</sup> and III<sup>rd</sup> invalidity degree (18 men and 13 women), from which 24 with chronic hepatitis (14 men and 10 women) and 7 with cirrhosis (4 men and 3 women) evaluated in 2007.

**Method:** careful anamnesis, complete clinic exam, biological investigations, imagistics, histology and endoscopy, envisaging the CHD diagnosis and thyroid evaluation (T4, T3, TSH concentrations, echographic and scintigraphic findings, endocrinological exam).

**Results and discussion:** the measurement of thyroid hormones shown that from the 24 patients with chronic hepatitis, 18 had moderate increase in the seric level of T4 and T3, TSH being under normal limits; for the 7 cirrhosis patients, the seric level of TH has been higher than the values in patients with chronic hepatitis with TSH still normal. Even though the seric levels of TH have been higher than normal, CHD patients didn't present symptoms and clinical signs of hyperthyroidy.

**Conclusions:** the high incidence and severity of CHD motivate the interest for knowledge concerning the hormonal changes. Hyperthyroidism clinical manifestations are missing because TH are in inactive metabolic form due to progressive alteration of the hepatic parenchyma that leads to the degradation of the enzymatic systems. The seric concentration of TH increases in parallel to the progression of hepatic lesions, more evident for cirrhosis patients. Hormonal changes can be correlated to the stage of the disease, but also can be predictive factors for hepatic cirrhosis.

## COMUNICĂRI ȘTIINȚIFICE / SCIENTIFIC SESSION

Vineri, 2 octombrie 2009  
Friday 2<sup>nd</sup> of October 2009  
Orele 08.30-10.15

**Moderatori, Chairpersons:**  
*Prof. Dr. E. Ardeleanu*  
*Dr. L. Vidoni*  
*Dr. D. Cârștici*

C 20

### ASPECTE PRIVIND DISPENSARIZAREA, EVOLUȚIA, PROGNOSTICUL ȘI RECUPERAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ A PACIENȚILOR CU REGURGITARE AORTICĂ

*Elena Ardeleanu\* Daniela Gurgus\**  
*Adrian Gruici\*, Livia Vidoni,*  
*Borivoi Drașcovici, Olimpia Târziu Cudalb,*  
*Ioana Puricel, Maria Manea, Adriana*  
*Râmneanțu, Adriana Boiangiu, Sorin Săftescu*  
\* U.M.F. Timișoara, Expertiza Capacității  
de Muncă Timiș

Dispensarizarea pacientului cu regurgitare aortică trebuie cunoscută și abordată pe criterii științifice unitare de cardiolog, medicul expert în recuperarea capacității de muncă și medicul de familie.

Obiectivele lucrării au fost: identificarea unor criterii de apreciere a evoluției și severității regurgitării aortice pentru stabilirea momentului optim operator în vederea recuperării maxime după protezare.

**Material și metodă:** au fost studiați un număr de 82 pacienți cu regurgitare aortică pe perioada 2003-2009, din care 54 încadrați în diferite grade de invaliditate. Aceștia au fost împărțiți în funcție de simptomatologie și de dimensiunile VS în următoarele loturi: I. asimptomatici cu Re Ao ușoară/moderată, fără dilatare de VS/dilatare minimă, Fe normală-19,51%, II. pacienți asimptomatici cu Re Ao severă, cu dilatare moderată VS (DTD=60-69 mm) 36,58%; III. Pacienți asimptomatici cu Re Ao severă cu dilatare mare de VS (>70/50 mm) 39%; IV. Re Ao severă simptomatică 4,91 %.

La cei 29 pacienții care au impus protezare valvulară s-au evaluat pre- și postoperator: gradul de dilatare al VS, Fe și încadrarea în clase NYHA.

**Rezultate:** La pacienții protezați s-a constatat o regresie a dimensiunilor VS, mai evidentă la lotul 2. Diametrele telediastolice și telesistolice preoperatorii au fost corelate pozitiv cu dilatarea reziduală postoperatorie. Studiul a demonstrat că o fracție de ejeție preoperatorie sub 50% și DTD VS peste 70 mm sunt elemente ce confirmă persistența postoperatorie a disfuncției permanente de VS, a insuficienței cardiace clasa III-IV și a imposibilității recuperării capacității de muncă.

**Concluzii:** pentru recuperarea capacității de muncă după protezare valvulară aortică este necesară o strânsă colaborare între cardiolog, chirurg cardiovascular, medic expert capacitatea de muncă și cel de familie pentru a realiza înlocuirea valvulară înaintea dezvoltării unei disfuncții severe de ventricul stâng. Prezența preoperator a insuficienței cardiace clasa III-IV NYHA, a fracției de ejeție sub 50% și a dilatării importante de ventricul stâng sunt predictorii ai unei disfuncții sistolice postoperatorii permanente, a unui prognostic ulterior nefavorabil și a imposibilității recuperării capacității de muncă.

## C 21

### EFFECTUL TRATAMENTULUI CU ACID ZOLEDRONIC LA PACIENȚII CU DETERMINĂRI SECUNDARE OSOASE

*Dușan Cârștici\*, Sorin Săftescu\*\**

\* Clinica de Oncologie Timișoara

\*\* Cabinetul EMRCM VI Timișoara

Bifosfonații au fost prima dată utilizați în 1969 în tratamentul miozitei progresive osificante odată cu documentarea activității inhibitoare a osteoclastelor. Bifosfonații se utilizează în tratamentul tuturor osteopatiilor caracterizate prin hiperactivitate osteoclastică, reprezentând în prezent principala linie terapeutică în fața osteoporozei postmenopauzice. Ultima utilizare terapeutică recunoscută a fost cea în domeniul oncologic, pentru prevenția metastazelor osoase, pentru tratamentul durerii osoase asociate

determinărilor secundare scheletice și în prezent există indicii asupra unei activități anti-proliferative primare.

Acidul zoledronic este cel mai activ reprezentant al clasei bifosfonaților, având o potență relativă de 20000 ori mai mare decât primul reprezentant descoperit, lucru ce reduce dozele zilnice de la grame la miligrame. Mecanismele de acțiune includ: reducerea activității, adeziunii și chiar inducerea apoptozei osteoclastelor, activitate antiangiogenetică. Efectul poate fi monitorizat prin reducerea hipercalcemiei care poate surveni în stadiile avansate de neoplazie, mai ales sân, mielom, plămân, prostată.

Apariția metastazelor osoase reduce drastic calitatea vieții pacientului prin: durere, imobilizare, fracturi, compresiuni spinale, hipercalcemie. Cele mai osteotropice determinări secundare aparțin neoplaziilor de sân și prostată (incidența de 70% la studii necroptice), bronhopulmonare, tiroidă și renal (35-45%). Metastazele osoase apar cel mai des în oasele spongioase care conțin măduva hematogenă, datorită rețelei vasculare dense și vitezei de circulație minime. Incidența fracturilor pe os patologic în determinările secundare osoase se ridică la până la 30 % din cazuri.

Studiul de față a urmărit retrospectiv un lot de 37 pacienți cu determinări secundare osoase documentate, pacienți tratați cu acid zoledronic (Zometa). Localizările tumorii primare au fost: sân (14 cazuri, 38%), bronho-pulmonare (8 cazuri - 22%), prostată (5 = 14%), col uterin (3 = 9%), punct de plecare neprecizat (3 = 9%), sarcoame (2 = 6%), digestive (2 = 6%). Au fost urmărite ca semne ale calității vieții: recurgerea la analgezice opioide (2 cazuri, adică 6% dintre pacienți) și incidența fracturilor pe os patologic (2 cazuri, adică 6% dintre pacienți). De asemenea a fost urmărită incidența deceselor prin hipercalcemie (0 cazuri).

**Concluzii:** utilizarea bifosfonaților în determinările secundare osoase îmbunătățește spectaculos calitatea vieții pacienților prin:

- efect analgic (analgezia cu opioide devine rareori necesară);



- evitarea imobilizărilor asociate fracturilor (risc determinat de 6% comparativ cu studii istorice care indică un risc de până la 30%).

De asemenea, practic se elimină riscul decesului prin hipercalcemie.

### THE TREATMENT WITH ZOLEDRONIC ACID IN PATIENTS WITH SECONDARY BONE DETERMINATIONS

Bisphosphonates were first used in 1969 in the treatment of progressive myositis ossificans along with prove of osteoclasts inhibitory activity. Bisphosphonates are used to treat all bone illness characterized by osteoclastic hyperactivity, currently representing the front line therapy in postmenopausal osteoporosis. Last therapeutic benefit was the use in the field of oncology, for the prevention of bone metastases, for pain treatment of bone disorders associated with secondary determinations and today there are hints of a primary antiproliferative activities.

Zoledronic acid is the most active representative of the bisphosphonates class, having a relative potency of 20,000 times greater than the first representative discovered, so the daily doses becomes milligrams instead of grams. Mechanisms of action include: reducing activity, adhesion and even induce apoptosis of osteoclasts, antiangiogenetic activity. The effect can be monitored by reducing hypercalcemia that may occur in advanced stages of neoplasia, especially in breast, myeloma, lung and prostate localisations.

The appearance of bone metastases severely reduce the quality of life of patients by pain, immobilization, fractures, spine compression, hypercalcaemia. The highest affinity to metastasise to bones belong to neoplasia of breast and prostate (70% incidence in autopsy studies), lung, thyroid and kidney (35-45%). Bone metastases occur most often in spongy bone containing bone marrow due to dense vascular network and the slow circulation. The incidence of fracture in the bone metastases amounted to up to 30% of cases in literature.

Present retrospective study followed a group of 37 patients with documented bone metastases, patients treated with zoledronic acid

(Zometa). Primary tumor were: breast (14 cases, 38%), chest (8 cases, 22%), prostate (5 cases, 14%), cervix (3 cases, 9%), unidentified starting point (3 cases, 9%), sarcomas (2 cases, 6%), digestive (2 cases, 6%). There were followed as signs of life quality: the use of opioids analgetice (2 cases, ie 6% of patients) and fractures incidence (2 cases, ie 6% of patients). Also, there was followed the incidence of death due to hypercalcemia (0 cases).

Conclusions: the use of bisphosphonates for treatment of bone metastasis patients greatly improves quality of life by means of:

- analgesic effect (opioid analgesic therapy is rarely necessary)
- prevention of associated fractures (6% incidence in present study comparative with literature historic studies wich evaluate the risk to up to 30%).

Also, the risk of death by hypercalcemia is virtually eliminated.

## C 22

### UNELE ASPECTE PRIVIND STRUCTURA PE GRUPE DE VÂRSTĂ ȘI SEX A PERSOANELOR CU HANDICAP DIN ROMÂNIA

*Aglae Georgescu, Gheorghe Păun,  
Mihaela Ioniță, Raluca Văleanu*

Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap –  
Comisia Superioară de Evaluare a Persoanelor Adulte  
cu Handicap

Prevalența persoanelor cu handicap din România arată o creștere progresivă începând din anul 2004 și mai ales din 2007 influențată de intrarea în vigoare a Legii 448/06.12.2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Analiza structurală a persoanelor cu handicap în funcție de grupele de vârstă și sex evidențiază faptul că, cele vârstnice (60-85 ani și peste) reprezintă aproape 1/2 din totalul prevalenței, situație datorată în special deficiențelor vizuali, celor cu boală Parkinson, demenței senile - boala Alzheimer, cu vârste înaintate.

De reținut faptul că, după vârsta de 80 ani, sunt beneficiari de certificate de încadrare în grad grav de handicap aproape 10 % din prevalență.

Piramida vârstelor s-a înscris cu o bază răsturnată datorită numărului redus a persoanelor de vârstă mature și respectiv a celor tinere și foarte tinere, aspecte influențate nesemnificativ de numărul persoanelor cu handicap de sex feminin.

#### **AGE AND SEX - RELATED FEATURES IN THE HANDICAPPED PEOPLE GROUP IN ROMANIA**

The prevalence of handicapped people shows an upward trend during the last years (2004-2007) in Romania influenced by the stipulations in Law 448/2006 regarding protection and providing rights for disabled people.

Analysis of this group of individuals concerning age shows that half of the prevalence is due to people aged 60 – 85 years and more. The most frequent causes are visual impairments, Parkinson disease, Alzheimer disease.

It must be emphasized that after the age of eighty, 10 % of the handicapped people benefit for severe handicap certificate.

The age pyramid shows an upside- down display because the reduced number of young adults and adolescents reported. The figures show insignificant aspects regarding sex.

#### **C 23**

#### **MODIFICĂRI CARDIOVASCULARE ÎN TIROIDITA AUTOIMUNĂ**

*Felicia Oprea*

Serviciu E.M.R.C.M., Sector 5

Bolile cardiovasculare ocupă primul loc în patologia invalidantă. Tiroidita autoimună poate fi considerată una din principalele cauze de hipotiroidism. Deficitul de hormoni tiroidieni din organism determină scăderea nevoilor metabolice tisulare dar are și efecte directe asupra miocardului. În consecință la nivel cardiovascular se produc modificări importante concretizate prin: insuficiența cardiacă, revărsat pericardic, ateroscleroză, modificări electrocardiografice.

Deseori boala poate chiar debuta cu tulburări cardiovasculare care sunt dificil de tratat dacă nu se cunoaște cauza inițială.

#### **CARDIOVASCULAR MANIFESTATIONS IN AUTOIMMUNE THYROIDITIS**

Cardiovascular disease ranks first in work disabling pathology. Hashimoto's thyroiditis can be considered one of the main causes of hypothyroidism. Deficiency of thyroid hormones in the body decrease tissue metabolic needs but has also direct effects on myocardial muscle. Consequently the significant cardiovascular changes occur, resulting in: heart failure, pericardial effusion, atherosclerosis, electrocardiographic changes. Often the disease can even start with cardiovascular disorders that are difficult to treat if the original cause is not known.

#### **C 24**

#### **DIABETUL ZAHARAT ȘI STATUTUL DE ANGAJAT - STANDARDE ALE ÎNGRIJIRII MEDICALE ÎN ANUL 2009**

*Roxana Beatrice Crețu*

I.N.E.M.R.C.M.

*”Modul de a vă păstra sănătatea este de a mânca ceea ce nu doriți, băutura ce nu vă place, și să faceți ceea ce mai degrabă nu vă doriți”*  
(Mark Twain)

Poziția ADA (ASOCIAȚIA AMERICANĂ DE DIABET) referitor la încadrarea în muncă (1984): *orice persoană cu diabet zaharat, tratată cu insulină sau nu, trebuie să fie eligibilă pentru orice loc de muncă pentru care este calificată în absența bolii.*

Diabetul zaharat (DZ) este o afecțiune cronică care necesită tratament medical continuu și programe de instruire a pacienților cu privire la auto-managementul diabetului, pentru a preveni complicațiile acute și pentru a reduce riscul de complicații cronice pe termen lung.

Asoțiația Americană de Diabet (ADA) s-a implicat activ, mai mulți ani, în conceperea și mediatizarea standardelor de îngrijire a diabetului zaharat, a ghidurilor și documentelor asociate.

Pacienții și medicii trebuie să aibă acces la toate clasele de medicație antidiabetică.

Terapia medicală nutrițională și auto-managementul diabetului zaharat trebuie acoperite de asigurarea medicală sau de alți plătitori.

Evaluarea corespunzătoare a siguranței la locul de muncă include revizuirea rezultatelor testelor de glicemie, antecedentelor de hiperglicemie severă, prezenței episoadelor de hipoglicemie necunoscute și prezența complicațiilor diabetului.

Referitor la alegerea locului de muncă: orice slujbă poate fi considerată potrivită pentru pacientul diabetic, dacă acesta o poate efectua fără a-și afecta sănătatea și fără să-i pună în pericol pe cei din jurul său. De obicei DZ nu influențează capacitatea unei persoane de a desfășura o anumită activitate profesională.

Prejudecățile, dezinformarea sau lipsa de informații privind diabetul zaharat sunt unele dintre motivațiile care stau la baza refuzului de a angaja persoane diabetice, deoarece se consideră că boala reprezintă un risc pentru siguranța locului de muncă.

Persoanele diabetice necesită anumite modificări sau facilități la nivelul locului de muncă pentru desfășurarea activității profesionale în condiții de siguranță.

#### **DIABETES MELLITUS AND EMPLOYEE STATUS IN 2009**

ADA positions (American Association of Diabetes) refers to engaged working (1984): any person with diabetes mellitus, treated or not with insulin, must be ready for any work place for he is qualified if doesn't exist any disease.

Diabetes mellitus (DM) is a chronic disease which needs continuous medical treatment and instruction of patients for themselves care, for prevent acute complications and for reduce the risk for chronic complications on long term.

ADA has involved deeply, for many years, in making and knowing principles of care in diabetes mellitus, designing guidelines and related documents.

Both patients and doctors must be able to use all medical types of antidiabetic pills and any type of insulin.

The medical therapy of nutrition and selfmanagement for diabetes mellitus must be supported by medical insurance.

Proper assessment in the workplace include reviewing the outcomes of blood sugar level, history of severe hyperglycemia, the episode of unknown hypoglycemia and the complications of diabetes. On job choice: any job can be considered suitable for diabetic patient, if he can make it without affecting his health and without endangering to develop a particular professional activity.

Usually, the diabetes mellitus doesn't affect the ability of a person.

Prejudices, misinformations or lack of informations on diabetes mellitus are the reasons behind the refusal to hire diabetic persons, because considered that the disease represents a risk to workplace safety.

The diabetics persons need require certain modifications or facilities to the job for carrying out professional activities safety.

#### **C 25**

#### **METODOLOGIA DE PROTEZARE A MEMBRULUI INFERIOR PENTRU PACIENȚI CE PREZINTĂ PATOLOGII VASCULARE**

*Mihnea Radu*  
Rosal Ortopedica

Afecțiunile vasculare sunt cauza cea mai obișnuită pentru amputațiile de membre pelvine la toate vârstele. Atingerea vasculară periferică este o complicație binecunoscută a diabetului zaharat. Incidența bolii arteriale periferice și a diabetului zaharat s-a mărit o dată cu creșterea vârstei medii a populației. Peste 90% din toate amputațiile efectuate în țările occidentale au la bază boala ischemică sau gangrena infecțioasă. În S.U.A. ischemia prezintă într-o serie de boli vasculare, cel mai frecvent ca o complicație a diabetului, este cea mai frecventă cauză de amputație.

Unii din bolnavii cu diabet sau boli arteriale periferice, cu ischemie cronică, nu pot purta proteză. Protezarea pe un teren ischemic este mult mai laborioasă și dificilă. Bontul necesită o supraveghere continuă, existând un mare risc de infecție și/sau de ischemie la acest nivel. Există totuși și cazuri de protezare reușite și

noile îmbunătățiri tehnice în domeniul protezării dau speranță și acestei categorii de pacienți.

Sunt prezentate câteva cazuri de pacienți cu amputații de membre inferioare, post arteriopatie obliterantă și diabet, la care s-a folosit o metodologie de protezare modernă, cu interfața din gel siliconic sau oliuretanc, analizându-se avantajele și dezavantajele acestei metode și utilitatea ei în recuperarea capacității de muncă a amputaților de membre inferioare cu boli vasculare periferice.

#### **METHODOLOGY OF THE LOWER LIMB PROTHESIS FOR PATIENTS WHO PRESENT VASCULAR PATHOLOGIES**

Vascular diseases are the most common cause for lower limb amputations of all ages. Peripheral vascular achievement is a well-known complication of diabetes mellitus. Incidence of peripheral arterial disease and diabetes mellitus has increased together with the increasing average age of population. Over 90% of all amputations performed in Western countries are based on ischemic disease or infectious gangrene. In USA, ischemia presents in some vascular diseases, most commonly as a complication of diabetes, is the most common cause of amputation.

Some of patients with diabetes of peripheral arterial diseases, with chronic ischemia, cannot wear prosthesis. Prosthetic intervention on ischemic area is much more laborious and difficult. The stump requires a continuous monitoring there is a high risk of infection and/or ischemia at this level. There are still cases of prosthetic interventions and new technical achievements in this field give hope to this category of patients.

There are some cases of patients with lower limb amputations, post peripheral arterial disease and diabetes, where it used a methodology of modern prosthesis, with silicone gel interface or oliuretanic, analyze the advantages and disadvantages of this method and its usefulness in the recovery of work capacity of the patients with lower limb amputations and peripheral vascular disease.

## **COMUNICĂRI ȘTIINȚIFICE / SCIENTIFIC SESSION**

**Vineri, 2 octombrie 2009**  
**Friday 2<sup>nd</sup> of October 2009**  
**Orele 10.45–12.45**

**Moderatori, Chairpersons:**  
**Dr. M.M. Tănasie**  
**Dr. G. Toma**  
**Dr. F. Oprea**

**C 26**

### **ÎMBUNĂȚĂȚIREA MONITORIZĂRII ȘI EVALUĂRII PREVALENȚEI INVALIDITĂȚII PRIN BOLI CRONICE ÎN ROMÂNIA**

*Despina Gherman\**, \*\*,  
*Doina-Lăcrămioara Tudorache\**, \*\*  
\* U.M.F. „Carol Davila” București,  
\*\* I.N.E.M.R.C.M.

Cunoașterea prevalenței invalidității (cazurile existente într-un teritoriu și o anumită perioadă de timp – cazuri noi și vechi) este necesară pentru planificarea unor programe de finanțare. Prevalența se determină activ prin acțiuni de masă (studii de prevalență). Acestea sunt în general costisitoare și laborioase și de aceea se fac la intervale destul de mari, atunci când anumite necesități de monitorizare și evaluare o impun.

Datorită sistemului centralizat de raportare și monitorizare activă, INEMRCM deține date privind prevalența invalidității prin boli cronice dar subestimează prevalența totală deoarece raportează numărul de cazuri de boli cronice :

- numai la grupa de vârstă 18 - 60 ani
- numai în stadii avansate (invalidante)
- numai dacă este dovedit stagiul de cotizare suficient

Introducerea unor noi tehnici de selectare, ierarhizare și raportare a datelor ar putea duce la o mai reală cunoaștere a structurii prevalenței invalidității. Acestea sunt, însă strict legate de posibilitatea de informatizare a întregii rețele de expertiză medicală a capacității de muncă și de introducerea a unor sisteme de clasificare și codificare compatibile cu cele folosite în țările membre UE.

O etapă importantă și necesară este realizarea compatibilității structurii și codificării datelor din raportările rețelei de expertiză medicală a capacității de muncă cu structura și codificarea datelor culese și prelucrate la nivelul Ministerului Sănătății Publice.

### **TOWARDS IMPROVING THE MONITORING AND THE EVALUATION OF THE PREVALENCE OF INVALIDITY IN ROMANIA**

The acquaintance of the prevalence of invalidity (number of invalidity – related benefit recipients in a particular area and in a particular year) is needed when financing programmes are to be planned.

Prevalence of invalidity is measured actively through large studies concerning large groups of people. These studies are difficult and expensive and this is the reason why they are performed between long lapses of time.

The National Institute for Medical Assessment and Work Capacity Rehabilitation collects data concerning invalidity due to chronic diseases and provides a full picture of the situation.

The data collected are jeopardized by the following factors:

- the age group is limited to people aged 18–60 years
- only severe diseases are reported (causing invalidity)
- only contribution – related benefits are taken into account.

The distribution by nature of invalidity could be better known and evaluated by using new and more efficient methodological issues for the selection and the classification of the collected data, consistent with those used by the Member States.

An important goal is to achieve the consistence of the new classification and codification issues with those applied by the Ministry of Public Health.

### **C 27**

### **CONSIDERAȚII ASUPRA UNUI CAZ CU PATOLOGIE INTRICATĂ SUPRARENALO-HIPOFIZARĂ**

*Maria Marina Tănăsie, Veronica Mercan*  
S.E.M.R.C.M. Dolj

Sindromul Cushing, numit și hiper-corticism, este o tulburare endocrină caracterizată prin nivele crescute de cortizol. Reglarea sintezei de cortizol se face la nivelul unui triplu ax: hipotalamo-hipofizo-suprarenalian.

Acromegalia, boala adultului, caracterizată printr-un exces de hormon somatotrop (STH), se manifestă prin creșterea în grosime a oaselor, sporirea masei somatice și o serie de perturbări endocrino-metabolice.

Prezentarea unui caz cu patologie endocrino-metabolică intricată, cortico-suprarenaliană și hipofizară și modul în care aceasta afectează capacitatea de muncă și reacția de adaptare la stress.

Pacienta T.M în varstă de 40 ani, din mediul urban, de profesie vânzătoare, este diagnosticată în 1999 cu sindrom Cushing prin adenom suprarenalian stâng, operat laparoscopic, insuficiență suprarenaliană postsuprarenalectomie stângă, osteopenie secundară, adenom hipofizar, posibil incidentalom. Examenul clinic arată dispoziția de tip ginoid a țesutului celular subcutanat, moderat hirsutism, galactoree minimă la exprimarea sânelui drept.

Radiografie șa turcească: șa turcică balonizată cu diametre la limita superioară a normalului. CT craniană relevă șa turcică discret marită global. Nodul tumoral hipofizar, iodofil și neomogen.

Testele de supresie la dexametazonă au fost sugestive pentru sindrom Cushing.

Pacienta este încadrată în gradul doi de invaliditate, fiind sub substituție hormonală și în curs de investigare a patologiei hipofizare. Anual efectuează Rx șa turcească și CT care evidențiază dimensiuni staționare ale adenomului hipofizar.

La reevaluarea din anul 2005 au fost evidențiate modificările de fizionomie pe care pacienta și aparținătorii le-au ignorat timp de doi ani (cefalee cvasipermanentă, îngroșarea buzelor, mărirea în dimensiune a nasului, mâinilor și picioarelor).

CT abdomen: formațiune tumorală stângă cu diametru 2.7/2.25 cm. CT hipofizar: șa turcică mărită global, planșeu sellar subțiat anterior, neregulat, lamă patrulateră subțiată bazal, masă tumorală hipofizară densă, neomogenă, extinsă SSE deplasează în cranial chiasma. Concluzii: Proces tumoral hipofizar, extins SSE.

În ianuarie 2006 diagnosticul este de tumoră selară cu extensie supraselară și extraselară (invazie în sinusurile cavernoase) operată (ablație subtotală). În obs. pentru adenom hipofizar cu secreție mixtă (GH, PRL, ACTH). Acromegalie. Sindrom Cushing (hiperplazie SR operată). Examenul histopatologic: adenom hipofizar mixt predominant acidofil cu zone limitate cromofobe, microinvaziv la nivelul capsulei. Se suspicionează MEN I.

**Concluzii:** Pacienta cu sindrom Cushing prin adenom suprarenal stâng, vindecată post suprarenalectomie stângă și acromegalie prin macroadenom hipofizar cu SSE, operat transfenoidal, cu evoluție favorabilă postoperator, dar fără vindecare (persistă secreție mică de GH postoperator, cu IGF1 crescut, cu minim rest tumoral vizibil CT). Este în evidența Clinicii de Endocrinologie în prezent și a efectuat screening pentru introducerea tratamentului cu octreotid cu eliberare prelungită.

#### ASSESSMENT ON AN INTRICATE CASE OF SUPRA-RENAL-HYPOPHYSAR PATHOLOGY

The Cushing Syndrome, also called hypercorticism, is an endocrine disorder characterized by high levels of cortisol. The cortisol synthesis adjustment is done at a triple axis level: hypothalamo-hypophiso-suprarenal. Acromegaly, the disease of adult is characterized by an excess of somatotrop hormones (STH); is manifested by the growth in the thickness of the bones, increasing in the somatic mass and a series of endocrine-metabolic disturbances. In the article, we present a case with intricate endocrine-metabolic pathology, cortico-suprarenal and hypophysar, and the way which it affects the working capacity and the stress adaptability reaction. The patient – TM – age 40, from urban environment, saleswoman, has been diagnosed in 1999 with Cushing syndrome through suprarenal left adenoma, laparoscopically operated, postsuprarenalectomy left, secondary osteopeny,

hypophysary adenoma, possible incidentaloma. The clinical exam shows the genoid type disposal of the under-cutaneous tissue, moderate hirsutism, minimum galactoreea at the excision of the left breast. The X-ray of the Turkish saddle – ballooned with high normal diameters. The skull CT reveals Turkish saddle slightly enlarged. The hypophysar tumor nodule idiophore and un-homogenous. The suppression test for dexametazone have been suggestive for the Cushing syndrome. The patient has second degree invalidity, being under hormonal substitution and under investigation of the hypophysar pathology. The undergoes yearly X-ray for the Turkish saddle and CT evidentiate the stationary dimensions of the hypophysary adenoma. At reevaluations in 2005, physiognomy modifications have been pointed out, that the patient and her family have ignored them for two years (quasi-permanent cefaleea, lips thickening, nose enlargement, legs and hands enlargement)

CT abdomen: left tumor diameter 2.7/2.25 cm.

CT hypophysar: Turkish saddle globally enlarged, posterior sellar plane enlarged, unregular, quadrangle blade basally thin, dense hypophysar tumor, un-homogenous, extended SSE moving in skull chiasma.

Conclusions: Tumor hypophysar process, extended SSE. In January 2006, the diagnosis is sellar tumor with supra-sellar and extra-sellar extension (invasion of the cavernous sinus) operated (sub-total ablation). Under observation for the hypophysar adenoma with mixt secretion (GH, PRL, ACTH). Acromegaly, Cushing syndrome (SR operated hyperplasia). The histopathologic exam: mixt hypophysar adenoma mostly acidophil with limited chromophobic areas, micro-invasiv at the capsular level. MEN I is suspected.

Conclusions: the Cushing syndrome patient through supra-renal left adenoma, cured post left suprarenal suprarenalectomy and acromegaly by hypophysar macro-adenoma with SSE, operated transphenoidal, with favorable post-operating evolution, but without healing (persisting GH secretion post-operation, with high IGF1, with minimal visible tumor residue CT). She is under medical care of the Endocrinology Clinic and actually has done screening for starting of the treatment based on octreotid with prolonged release.

C 28

## TULBURĂRILE COGNITIVE UȘOARE - FACTOR PREDICTIV PENTRU DEMENTĂ?

S. Cîrjaliu-Davidescu\*, L. Davidescu\*\*,  
A. Anghel\*\*\*

\* INEMRCM

\*\* IOMC Dr. Alfred Rusescu

\*\*\* Spitalul Clinic de Urgență Militar Central

Numărul de cazuri noi diagnosticate cu demență a crescut în ultimii ani. Cabinetele de psihiatrie se confruntă tot mai des în ultima perioadă cu acest gen de boală. Conform statisticilor, pe întreg globul sunt peste 24 milioane de pacienți cu demență, iar în 2040 vor fi 81 milioane. Numărul pacienților cu demență s-a dublat la fiecare 20 de ani.

În România, datele deținute de Societatea Română Alzheimer (SRA) evidențiază că 150.000 de persoane suferă de această maladie, însă având în vedere că o mare parte a bolnavilor nu sunt încă diagnosticați, se estimează că numărul real al acestora ar putea fi de 350.000!

O posibilă explicație a acestei evoluții o constituie caracteristica demografică a populației care se confruntă cu un evident proces de îmbătrânire. În aceste condiții, este important să știm care sunt efectele îmbătrânirii asupra organismului uman, atât pe plan fizic, cât și pe plan neuropsihic, pentru a detecta anumite anomalii și pentru a interveni în timp util prin prevenție și tratament. Diagnosticarea precoce și începerea urgentă a tratamentului sunt extrem de importante pentru evoluția ulterioară a bolnavului.

În afară de îmbătrânirea normală și de cea patologică, există o categorie în care se înscriu persoanele care au tulburări cognitive ușoare - Mild Cognitive Impairment (MCI), fără a îndeplini criteriile care definesc demența.

***Tulburările cognitive ușoare pot „anunța” demența. Se apreciază că peste 80% dintre pacienții cu tulburări cognitive ușoare vor dezvolta demență în următorii 6 ani.***

În acest context apar numeroase întrebări: ***este important să identificăm precoce existența unor tulburări cognitive ușoare? Cum pot fi identificate acestea? Care este cauza apariției***

***acestor tulburări? Există cauze reversibile de demență? Care este conduita de urmat în cazul identificării unor tulburări cognitive?***

Sunt întrebări la care autorii articolului încercă să răspundă.

O atenție deosebită se va acorda rolului pe care îl joacă activitatea mentală susținută în prevenția demenței.

Creșterea importantă a numărului de cazuri cu debut precoce (la vârste cuprinse între 40-50 de ani) implică maximă seriozitate în cuantificarea unor tulburări de memorie apărute încă de la aceste vârste.

## MILD COGNITIVE DISORDERS - PREDICTIVE FACTOR FOR DEMENTIA?

The number of new cases diagnosed with dementia has increased in the last years. Lately, the psychiatric consulting rooms face more often with this type of disease. According to the statistics, all over the world, there are more than 24 millions patients with dementia and in 2040, it will be 80 millions. The number of patients with dementia has been doubled each 20 years.

Romanian Alzheimer Society (SRA) shows that 150,000 people suffer from this disease, in Romania, but because a large mass of patients were not yet diagnosed, it is estimated that the real number could be 350,000!

A possible cause for this development is the demographic characteristic of the population such as an obvious process of aging. In these circumstances it is important to know which are the effects of ageing on the human body, physically, but also neuropsychically in order to detect some abnormalities and early interfere by prevention and treatment. Early diagnosis and urgent treatment are extremely important for evolution of the patient.

Except to the normal and pathological ageing, there is a category of patients with mild cognitive impairment (MCI), not meet the criteria to define dementia.

***Mild cognitive impairments may predict dementia. It is estimated that more than 80% of the patients with mild cognitive impairment will develop a dementia in the next 6 years.***

In this context, there are many questions: ***is it important to detect early a mild cognitive***

***impairment? How can we do that? Which is the cause of it? Are there any reversible causes of dementia? Which is the following attitude to in case of a mild cognitive impairment?***

The authors are trying to answer to all these questions.

A special attention is offer to the role of the sustained mental activity in the prevention of dementia.

The important increase in the number of early onset cases (age 40-50) implicates a maximum seriousness in quantification of the memory impairment appeared at these ages.

### C 29

#### **SCLEROZA LATERALĂ AMIOTROFICĂ – PREZENTARE DE CAZ**

*Gabriela Toma, Emil Toma*

Serviciul de Expertiză Medicală Buzău

Scleroza laterală amiotrofică (SLA) este o afecțiune care produce degenerarea neuronului motor central și periferic și o degenerare accentuată a celulelor motorii din cornul anterior al măduvei, în special la nivelul umflăturii cervicale. Sunt lezate și căile piramidale, celulele nervilor motori cranieni și celulele piramidale din circumvoluția frontală ascendentă. Este o boală degenerativă cu evoluție devastatoare.

Incidența este 1-3/100 000 indivizi pe an, este mai frecventă la bărbați, cu debut între 30-50 de ani, dar poate apare la orice vârstă. Evoluția este necruțătoare conducând la deces prin paralizia mușchilor respiratori. Supraviețuirea medie de la debut este de 3-5 ani.

Din punct de vedere al etiologiei, formele ereditare și familiale sunt excepționale. Unii autori susțin cauze exogene printre care intoxicațiile, infecțiile (sifilisul, encefalopatiile), traumatismele vertebrale, etc. O cauză recent nominalizată este deteriorarea neuronilor motori prin acumularea de radicali liberi.

Clinic, afecțiunea debutează cu atrofii musculare la mușchii mici ai mâinii, cu forța musculară parțială, apoi fasciculații, apoi atrofia musculaturii scapulare sau chiar la umăr.

În cazurile cu debut bulbar apare o greutate în vorbire, o atrofie discretă a musculaturii limbii.

Musculatura membrelor inferioare este afectată mai târziu. Fasciculațiile musculare domină tabloul. La început, atrofiile musculare sunt asimetrice apoi devin simetrice și evoluția cazului depinde de atingerea musculaturii respiratori, care devine o cauză directă de deces. În formele cu debut bulbar evoluția este mai rapidă spre deces.

Diagnosticul pozitiv se stabilește în funcție de existența atrofiilor musculare însoțite de fasciculații intense, sindrom piramidal și tulburări bulbare (în cazul când acestea apar).

Diagnosticul diferențial se face cu: siringomielia, tumori medulare cervicale, pahimeningita cervicală hipertrofică, poliomielite anterioară acută, polinevrite, sindrom de coastă cervicală (atrofii de tip Aran-Duchenne), plexite cervicale, miastenia gravis. Alte boli care pot mima SLA sunt : intoxicația cu plumb, tireotxicoza, tulburările enzimatice cu deficit, hexozaminidaza A sau alfa-glucozidaza.

Fasciculațiile benigne se pot confunda cu SLA deoarece seamănă cu contracțiile fasciculare date de degenerescența neuronului motor. Absența parezei, atrofiilor și a observării la examenul electrofiziologic confirmă diagnosticul de fasciculații benigne.

Nu există metode curative radicale în SLA, dar poate fi încetinită în evoluție cu ajutorul medicamentului RILUZOL. Descoperit de cercetătorii italieni, RILUZOL asociat cu litium, mărește eficacitatea tratamentului și crește speranța de viață. În studiu se află tratamentul cu inhibitori ai excito-toxinelor sau cu factori de creștere.

RILUZOL determină eliberarea lentă a unor substanțe chimice de la nivelul creierului (neuro-transmițători) care au rol în SLA, prelungește viața dar nu o îmbunătățește calitativ. Sub tratament sunt urmărite transaminazele pentru că dă citoliză hepatică.

Psihoterapia, amenajările ambientale, kinetoterapia pot ușura viața bolnavului pe parcursul evoluției bolii.

În lucrarea de față este prezentat cazul unui bolnav în vârstă de 52 de ani, căruia i s-a stabilit diagnosticul de SLA în urma unui accident de muncă (prin cădere de la înălțime), diagnosticul stabilit într-o perioadă de aprox. 6 ani de la accident, timp în care a fost internat în repetate rânduri în diverse clinici din țară.



## AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS – CASE REPORT

ALS is a disease that causes degeneration of the central and peripheral motor neuron, a pronounced degeneration of the motor cells from the previous horn of the spinal, especially of the cervical swelling. Also, the pyramid paths cells of cranial motor nerves and the pyramidal cells of the ascending frontal convolution are affected. It is a degenerative disease with devastating progression.

The incidence is of 1-3/100 000 persons per year, more frequently at men with onset between 30-50 years old, but can occur at any age. Evolution is unforgiving leading to death by respiratory muscle paralysis. Average survival from onset is 3-5 years.

From etiologic point of view, the familiar and hereditary forms are exceptional. Some authors argue exogenous causes such as intoxications, infections (syphilis, encephalopathies), vertebral trauma, etc. Recently, the damage of the motor neurons by accumulation of free radicals is nominated.

Clinically the disease begins with muscle atrophy in the small muscles of the hand with partial muscle strenght, than involuntary contractions and atrophy of scapular and shoulder muscles.

In cases with bulbar onset occurs a hardness in speaking, a discrete atrophy of tongue muscle. Lower limb muscles is affected later. The muscles involuntary contractions dominate the picture. At first, muscle atrophy are asymmetrical, but then become symmetrical and the progression of the case depends on reaching respiratory muscles, which is getting a direct cause of death. In bulbar onset forms, the evolution is faster to death.

Diagnosis is determined by the existence of muscle atrophy accompanied by intense involuntary contractions, pyramidal syndrom and bulbar disorders (in the cases when its appear).

Differential diagnosis is made with: sirin-gomielia, cervical spinal tumors, hypertrophic cervical pahimeningitis, previous acute polio, polineuritis, coast cervical syndrome (Aran – Duchenne atrophy), cervical plexus, myastenia gravis. Other diseases that can mimic ALS are:

chronic lead poisoning, thyrotoxicosis, deficient enzyme disorders, hexozaminidosis A, alfaglu-cozidosis.

Benign involuntary contractions might be confused with ALS, because its resembles with the involuntary contractions created by the degeneration of the motor neuron. The absence of paresis, atrophy and observing the electrophysiological examination, confirms the diagnosis of benign involuntary contractions.

There is no radical ALS healing methods but the evolution can be slowed down with a drug named RILUZOL. Italian researches discovered it and accompanied with lithium increase the effectiveness of the treatment and the life expectancy.

The treatment with inhibitors of excitotoxins or growth factor is evaluated in the study.

RILUZOL causes a slow release of a chemical substances in the brain (neurotransmitters) which have roles in ALS, prolongs life, but not improves it from quality point of view. Transaminases are monitorized during the treatment, because they can lead to cytolysis.

Psychotherapy, environmental decorations, pysical therapy can ease tha patient's life during disese progression.

The case of a patient of 52 years old is presented in this paper, who was diagnosed with ALS following work accident (by falls from height), diagnosis established in a period of 6 years from the accident, during he was hospitalized repeatedly in various clinics in the country.

C 30

### CHESTIONARUL HOLLAND UN INSTRUMENT MODERN DE ORIENTARE PROFESIONALĂ

*Mariana Floarea*  
S.E.M.R.C.M. Cluj

Modalitățile clasice de Orientare Școlar-Profesională testează separat pe funcții cognitive subiecții (coeficientul de inteligență, atenție, memorie) și nu pe caracteristicile persoanei în ansamblu. În general abilitățile academice erau cele care separau elevii nevăzători în orientare

spre profesii preponderent manuale sau intelectuale.

Astfel, domeniile în care puteau să-și exercite activitatea nevăzătorii, se limitau la învățământ (profesori, psihopedagogi în licee pentru deficienți de vedere) și profesiile clasice tradiționale care nu implicau abilități intelectuale și nici talente deosebite (maseur, telefonist, cartonagist, confecționar de perii și mățuri, tipografi în Braille).

Lucrarea urmărește introducerea unui nou instrument de lucru în activitatea de Orientare Școlar-Profesională a persoanelor cu deficiență vizuală.

Identificarea acestuia a fost posibilă, ca urmare a asimilării cunoștințelor din studiile ce îmbinau modelul compatibilității între structura de personalitate și exigențele specifice ale mediului muncii pe de o parte și cele privind modelul cognitiv al corectei prelucrări a imaginii de sine a persoanei cu deficiență vizuală.

Instrumentul prezintă avantajul că subiecții testați se pot autoevalua, putând să descopere noi profesii pe care actualmente, cu ajutorul tehnologiilor informatice de acces le pot exercita.

#### **THE HOLLAND QUESTIONNAIRE, A MODERN INSTRUMENT FOR VOCATIONAL GUIDANCE**

The classical modalities for educational and vocational guidance test the subjects individually, based on cognitive function (the coefficient of intelligence, attention, memory) and not on the general characteristics of the person. Generally, there were the academic abilities those who guided the blind pupils to manual or intellectual professions.

As a result, the areas where blind people could work were limited at education (professor or psychologist in lyceums for people with visual impairments) and traditional occupations which do not need intellectual abilities or special talents (massagist, telephone worker, carton manufacturer, brushes confectioner, Braille typographer).

The paper want to present a new instrument used in the field of educational and vocational guidance for people with visual impairments.

The identification of this instrument has been possible as a result of the Knowledge

assimilation from studies that put together the model of the compatibility between the structure of personality and specific requirements of the workplace, on one hand and those on the cognitive model of corect treatment of self image in people with visual impairments on the other hand.

The advantage of this instrument is the possibility of self-evaluation and as a result, the tested subjects may be able to discover new professions that are currently available using information technology of access.

**C 31**

#### **CREȘTEREA INVALIDITĂȚII ÎN PERIOADA 2004-2009 LA CABINETUL DE E.M.E.R.C.M. HUNEDOARA PRIN AFECȚIUNI ONCOLOGICE**

*Mirela Benea*

Serviciul E.M.R.C.M. Hunedoara

Cancerul este o afecțiune care apare cu o incidență din ce în ce mai mare în ultimii ani și a devenit a 2-a cauză de mortalitate din lume după bolile cardio-vasculare. Anchetele epidemiologice au arătat că 80% dintre cancere sunt generate de mediu și modul de viață (factori de risc externi), în restul cazurilor, factorii de risc pentru cancer aparțin gazdei (factori genetici, dereglări hormonale, slăbirea sistemului imunologic).

**Obiectivul** studiului a fost analizarea creșterii invalidității prin afecțiuni oncologice în perioada 2004-2009 la cabinetul de E.M.R.C.M. Hunedoara.

**Material și metodă:** s-au luat în studiu toate cazurile noi prin afecțiuni oncologice în perioada 2004-2009. Au fost analizate în funcție de sex, vârstă, mediu de proveniență, studii, profesie și organ afectat.

**Rezultate:** s-a constatat o creștere a numărului de cazuri noi prin afecțiuni oncologice de la un an la altul, iar în anul 2008 o creștere cu 38% față de 2004, iar în prima jumătate a anului 2009 exista o creștere de 27,7% față de 2008. Distribuția cazurilor pe sexe este de 54% femei și 46% bărbați, vârsta preponderentă de apariție a invalidității prin afecțiuni oncologice în perioada

2004-2009 este de 45-50 ani, dar în perioada 2008-2009 s-a înregistrat o creștere a cazurilor cu vârsta sub 45 ani. 85% din cazuri provin din mediu urban, 15% rural, având ca nivel de pregătire studii elementare și medii 95%, doar 5% au studii superioare. 46% din cazuri au realizat diferite munci în cadrul Combinatului Siderurgic Hunedoara și Călan, restul având diverse ocupații. La femei predomină cancerul mamar și de col uterin, dar există și cazuri de cancer bronhopulmonar, iar la bărbați cancerul bronhopulmonar, laringian, cerebral și cu diferite localizări la nivelul aparatului digestiv.

**Concluzii:** Boala canceroasă, una dintre cele mai complexe și mai dificile probleme ale medicinei contemporane a devenit prin frecvență și gravitate, o problemă prioritară de sănătate în majoritatea țărilor din lume, având o pondere din ce în ce mai mare în structura îmbolnăvirilor și mortalității. Creșterea invalidității prin afecțiuni oncologice la cabinetul de EMRCMHD este predominantă la persoanele din mediu urban (Hunedoara, Călan), cu studii elementare care și-au desfășurat activitatea în cadrul Combinatului Siderurgic sau celor ce au fost expuși poluării datorate Combinatului. Un rol important în declanșarea bolii canceroase invalidante la cabinetul de expertiză Hunedoara se pare că îl dețin factorii de risc externi.

#### **INCREASING DISABILITY ON ONCOLOGICAL DISEASES IN HUNEDOARA MEDICAL SERVICE OF SOCIAL SECURITY BETWEEN 2004-2009**

Cancer is a disease that occurs with an incidence of increasingly large in the last few years and became the second cause of death worldwide after cardiovascular disease.

The epidemiological investigations have shown that 80% of cancers are caused by environmental and lifestyle (external risk factors), in other cases, risk factors for cancer belong to the host (genetic hormonal disorders, weakened immune system).

The objective of the study was to analyze increasing disability from oncological diseases during 2004-2009 from the office of Medical Assessment of Work Capacity and Rehabilitation – Hunedoara.

**Material and methods:** survey were taken in all cases by oncological diseases during 2004-2009. It were analysed by gender, age, environment of origin, education, profession and organs affected.

**Results:** there was an increase in the number of new cases by cancer diseases from one year to another and, in 2008 an increase of 38% over 2004 and in first half of 2009 there was an increase of 27,7% over 2008. Distribution of cases by sex is 54% women and 46% men, age of occurrence of disability mainly by oncological diseases between 2004-2009 is 45-50 years, but in 2008-2009 there was an increase of cases under age 45 years. 85% of cases come from urban, 15% rural, with the level of training elementary and middle 95% only 5% have higher education. 46% of cases have made various works in the steel plant Hunedoara and Calan, the rest was having various occupations. At women are predominant breast and cervical cancer, but there are cases of lung cancer and lung cancer, larynx, brain and different localization in the digestive system, in men.

**Conclusions:** concerns disease, one of the most complex and difficult problems of modern medicine to become the frequency and severity, a priority health problem in most countries in the world sharing increasingly higher in disease and mortality structure. Increasingly disability in the office of Medical Assessment of Work Capacity and Rehabilitation – Hunedoara, by oncological diseases is prevalent in people from urban (Hunedoara, Calan), with elementary education who conducted their activities in the steel plant or those who have been exposed to plant pollution. An important role in cancer onset disable in Medical Assessment of Work Capacity and Rehabilitation – Hunedoara, it seems to have the external risk factors.

## C 32

**RELEVANȚA EVALUĂRII SOCIALE  
ÎN DETERMINAREA CAPACITĂȚII  
DE MUNCĂ ȘI DE AUTOSERVIRE,  
DIFERENȚA DINTRE BOALĂ  
ȘI DIZABILITATE**

*Mihai Nedelcu, Sanda Gearavela,  
Mihaela Handrea, Eugenia Vintilă, Roxana  
Chiricioaia, Gabriel Arsene, Eugen Popescu  
Garotescu, Dan Mihai Mircea*

I.N.E.M.R.C.M.

Documentarea, ca să nu mai vorbim de evaluarea socială a cazurilor expertizate medical se află într-un moment de impas. Cauzele acestei situații sunt generate de absența din normativele de evaluare a referințelor la parametri sociali. Această stare este de natură să imprime medicului expert, contrar uzanțelor europene și recomandărilor OMS, un model de evaluare strict medical, ignorându-se astfel faptul că dizabilitatea nu este doar un atribut legat de individ ci un complex de condiții care țin de mediul social.

Încercând să demonstrăm relevanța documentării sociale am folosit un studiu de caz ca pe un pre-text ilustrativ.

Cazul inginerului B.F.E., de 38 de ani, suferind de miasthenia gravis și leziuni faciale determinate de placarde cheloide eruptive suprainfectate, supurative, asociate cu ectropion bilateral, l-am considerat sugestiv pentru situațiile în care *afectările de natură medicală luate în sine nu duc la limitarea (totală) a capacității, dar, într-un anumit context, mentalul social, în cazul nostru, pot genera probleme și limitări (cvasi) totale de performanță.*

Expunerea acestui caz ne oferă prilejul să constatăm și să subliniem încă odată că diferența dintre “boală” și “dizabilitate”, dintre “bolnav” și “persoană cu dizabilități” o poate face numai contextul social în care trăiește persoana care are probleme de sănătate. Această diferență nu este doar de natură semantică, implică, în practică, o atitudine și un mod de abordare.

În același timp, pornind tot de la cazul prezentat, sunt definite criteriile de relevanță ale documentării-evaluării sociale: fundamentare teoretică, indicatori, adresabilitate-utilitate, înregistrarea și exprimarea datelor.

**THE RELEVANCE OF SOCIAL  
EVALUATION IN DETERMINATION OF  
WORK CAPACITY AND SELF-SERVICE,  
THE DIFFERENCE BETWEEN ILLNESS  
AND DISABILITY**

At the moment, the documentation and also the evaluation of medically expertised social cases are at a dead end. This situation is generated by multiple causes like the absence of references to the social parameters from the evaluation normativs. This situation is capable to inculcate the doctor, contrary to the European habits and OMS recommendation, to use a type of evaluation which is strictly medical, ignoring the fact that disability isn't just an attribute linked to the person, but a complex of conditions influenced by the social environment.

Trying to demonstrate the relevancy of social documentation we used a study on a particular case.

The case of engineer B.F.E., 38 years old, suffering from miasthenia gravis and facial lesions determined by suprainfected cheloide eruptive, which suppurate and are associated with bilateral ectropion, we considered it suggestive for the situations *in which only the medical problems don't restrict (totally) the capacity, but, in a particular context like our case, social mental generates problems and totally restricts the performance.*

Presenting this case offers the opportunity to observe and to emphasize once again that the difference between “illness” and “disability”, between “ill person” and “person with disabilities” can be done only by the social context in which the person with health problems lives. This isn't only a semantic difference, because it implies, in practice, an attitude and also a certain approach.

In the same time, the criterions of the relevance of documentation-social evaluation are defined: theoretical substantiation, indicators, addressability-utility, registering and expressing the results/fact/information.

## COMUNICĂRI ȘTIINȚIFICE / SCIENTIFIC SESSION

Vineri, 2 octombrie 2009  
Friday 2<sup>nd</sup> of October 2009  
Orele 14.30–16.30

Moderatori, Chairpersons:  
Dr. S. Săftescu  
Dr. R. Păun

C 33

### PARTICULARITĂȚILE RELAȚIEI MEDIC-PACIENT ÎN EXPERTIZA MEDICALĂ A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

*Cristina Radu*

Serviciul de E.M.R.C.M. Prahova

Relația medic-pacient: o relație secretă, confidențială (să aibă oare un caracter sacru?), controversată, intens mediatizată, indubitabil un subiect de actualitate. O relație la care «cu toții ne pricepem», indiferent de calificarea noastră profesională. Relația medic-pacient este o componentă a sistemului biopsihosocial, o relație profesională, nicidecum una de socializare. Există niveluri ale relației medic-pacient, există modele ale relației medic-pacient, putem vorbi de o dinamică proprie a relației medic-pacient.

Relația medic-pacient influențează într-o foarte mare măsură atât diagnosticarea, cât și eficacitatea terapiei. Oricare dintre noi se poate afla la un moment dat «de cealaltă parte a baricadei», adică poate fi pacient. Cum ne dorim să fim tratați? Ce tip de relație am vrea să avem cu profesioniștii medicali? Studiile arată că mai mult de 30 % din succesul terapeutic se datorează naturii relației medic-pacient.

Relația medic-pacient este îndreptată către pacient și este foarte important ca profesionistul medical să stabilească limitele. Care este rolul medicului și care este rolul pacientului în această relație? Care sunt calitățile terapeutice esențiale? Comportamentul, atitudinea și conduita bolnavului, respectiv ale medicului sunt foarte importante în reușita actului medical. Comunicarea medic-pacient este de asemenea foarte importantă. Care sunt caracteristicile comunicării medicale și ce poate perturba această comunicare?

Cu ce diferă relația medic-pacient de alte relații profesionale, de exemplu de relația profesor-student, vânzător-client etc.? Medicina este o profesiune nobilă pentru că «se ocupă» de suferința umană, fizică și/sau psihică. Medicul tratează bolnavi, nu boli, adică ființa umană în complexitatea ei biologică, psihologică și socială. În relația cu pacientul trebuie să fii natural, să fii tu însuși, să fii autentic, să fii la rândul tău...o ființă umană, nu un funcționar care își îndeplinește obligațiile de serviciu.

Cu ce diferă relația medicilor experți cu pacienții lor de relația medic de urgență-pacient sau medic de laborator-pacient? Ce particularități are această relație și ce tip de relație ar trebui să existe între medicii experți și pacienții lor? «Capacitatea de a munci crește stima de sine și face persoana capabilă de a se adapta», spunea Alfred Adler, medic și psiholog austriac.

Iată câteva întrebări pe care, mai mult sau mai puțin conștient, și le pun toți medicii experți în decursul practicii medicale, iar această lucrare face o analiză a situației și propune niște răspunsuri.

#### THE CHARACTERISTICS OF DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP IN MEDICAL ASSESSMENT OF WORK CAPACITY

The relationship between doctor and patient is a secret and confidential one (is-it sacred?), very disputed and publicized, no doubt an actual topic. All of us seems to know a lot about this relationship, no matter what our profession is. The doctor-patient relationship is a component of bio-psycho-social system, a professional relationship, definitely we do not speak of socialization. There are several levels and models in this relationship, which induces its own dynamics.

The doctor-patient relationship influence significantly the diagnosis and the treatment effectiveness. Each person may be placed in a moment of his/her life on the other side, it means that he/she can become a patient. How we want to be treated? What type of relationship we want to have with health professionals? Studies have shown that over 30% of treatment success is provided by the nature of the relationship between doctor and patient.

The doctor-patient relationship is oriented towards the patient and it's extremely important for health professional to determine the limits. What is the doctor's role and what is the patient's role in this relationship? What are the essential characteristics of a treatment? The behavior and attitude of both, patient and doctor, are important for treatment succes, communication also. How should be the communication and what issue can have a negative impact on it?

Is there any difference between the doctor-patient relationship compared to other relationships; for example, teacher-student or seller-client relationship? Medicine is a noble profession because it deals with human suffering, physical or psychological. The doctor treats the patient not the disease, it means the complexity of the human being, biological, psychological and social one. In this relationship, the doctor should be natural, himself, authentic, in conclusion, a human being and not just an official who performs his duties.

Is there any difference between social insurance doctor-patient relationship compared with others like emergency doctor-patient or laboratory doctor-patient? What are its characteristics and what kind of relationship should exist between social insurance doctors and their patients? „Ability to work increases self-esteem and make the person able to adapt,“ said Alfred Adler, Austrian physician and psychologist.

Here are some questions asked more or less consciously by social insurance doctors in their medical practice and this paper analyses the situation and offers some answers.

**C 34**

**INDICAȚII, CONTRAINDICAȚII ȘI  
COMPLICAȚII ALE PUNȚIEI BIOPSIE  
HEPATICĂ ÎN HEPATITE CRONICE  
– PREZENTARE DE CAZ**

*Nicoleta Popescu \*, Dan Jijeu \*\**

\*Serviciul de Expertiză Medicală și Recuperare  
a Capacității de Muncă Olt

\*\*Spitalul Clinic Județean de Urgență Slatina, Olt

Examenul histologic al ficatului este o metodă esențială pentru diagnosticul afecțiunilor hepatice. În prezent, indicațiile punției biopsie

hepatică sunt influențate de două curente opuse. Pe de-o parte asistăm la o restrângere a utilizării punției biopsie hepatică, în diagnosticul atât al hepatopatiilor difuze cât și al celor focale, având în vedere unele complicații ale biopsiilor: accidente hemoragice, însămânțarea tumorală pe traiectul acului de punție. Pe de altă parte, creșterea numărului de cazuri de hepatite cronice virale, implementarea tratamentului cu interferon sau/și creșterea numărului de transplanturi hepatice vor duce la o înmulțire considerabilă a numărului de biopsii hepatice efectuate.

Prezenta lucrare ne furnizează date despre pregătirea pacientului în vederea efectuării punției biopsie hepatică, tehnici de efectuare a punției insistând pe biopsierea transcutanată a ficatului sub ghidaj ecografic, acele folosite pentru punție, indicații, contraindicații, rezultate, complicații. În final va fi o prezentare de caz al unei paciente care a făcut hemoperitoneu post punție biopsie hepatică.

**INDICATIONS, CONTRAINDICATIONS  
AND COMPLICATIONS OF LIVER  
BIOPSY IN CHRONIC HEPATITIS  
- CASE REPORT**

The hystological exam of the liver is an essential method for hepatic disease diagnosis. Nowadays, the liver biopsy indications are influenced by two opposed currents. On the one side, we witness the limitation of liver biopsy in diffuse and focal hepatopathies diagnosis, considering some of the biopsy complications: hemorrhagic accidents, the tumoral insemination on the trajectory of the punction needle; on the other side the growing number of chronic viral hepatitis, the implementation of the treatment with interferon or/and the growing number of hepatic transplants will lead to the increased number of hepatic biopsies.

The present paper gives us information about the patient preparation for the liver biopsy, the techniques, insisting on the transcutaneous biopsy under echographic guide, needles used for punction, indications, contraindications, results, complications. In the end, we present a case report of a patient's hemoperitoneum post hepatic biopsy.

## C 35

**BOLI CRONICE SAU ACCIDENTE –  
LEGEA 19/2000 SAU REGULAMENTUL  
EUROPEAN 1408/71**

*Raluca Păun*

Serviciul de Expertiză Medicală Bacău

Prezentăm două cazuri de accidente petrecute în afara României, în țări din Uniunea Europeană. Aceste cazuri sunt dificile prin lipsa informațiilor complete, evoluția lungă în timp și legislația diversă aplicabilă. Deoarece nu considerăm rezolvările complete, credem că înființarea unui grup de lucru care să adune cazurile ce se raportează la diverse regulamente europene ar fi binevenită.

CL, cetățean spaniol în prezent, născut la 10.06.1963, a lucrat o perioadă în județul Bacău, apoi în Spania. Victimă a atentatului terorist din 2004, a fost evaluat de mai multe ori în perioada 2006-2008 primind concedii medicale în mai multe etape. A solicitat pensie de invaliditate pentru perioada lucrată în România la data de 02-06-2008 prin formularul E213. Diagnosticul este: „lombalgie mecanică, meniscopatie stânga, bicuspidie aortica, anevrism aorta ascendentă, sindrom de stres posttraumatic cronic-tulburare depresivă cronică, hipoacuzie protezată bilateral”. În prezent suntem în așteptarea evaluării complete cardiologice. Nu s-a emis o decizie în acest caz deși sunt elemente în dosar care arată limitarea capacității de muncă prin sechele ale accidentului.

GS, cetățean român cu domiciliu în Bacău, născut la 07.08.1951 lucra ca șofer la o firmă din Mureș dar cu loc de muncă în Austria. În drum spre casă, a suferit un accident rutier în Budapesta la 20.12.2008. A fost pensionat în 15.06.2009 cu diagnosticul: „monopareză brahială dreapta posibil prin compresie în axilă a rădăcinilor C7-T1; spondilodiscartroză cervicală; ateromatoză carotidiană dreapta; sindrom vertiginos și cefalalgic rezidual TCC cu hematom subdural temporal stâng resorbit spontan; HTA formă ușoară; bradicardie sinusală. HBSAS; bronșiectazii bazale stângi; pahipleurită laterobazală stângă; steatoză hepatică; hidronefroză dreaptă gradul I cu litiază.”, având la cauza invalidității boala obișnuită (conform internării în IN). Accidentul lui ar putea fi considerat de muncă dar

nu am primit nici o informație de la angajator. Mai mult, vârsta, bolile asociate încarcă patologia, așa încât cauza invalidității poate fi „boală obișnuită” ca și „accident în afara muncii”. În plus, el poate fi despăgubit și prin asigurarea pe care o avea sau prin Fondul de Protecție al Victimelor Străzii.

**CHRONIC DISEASES OR ACCIDENTS –  
LAW 19/2000 OR EUROPEAN  
REGULATION 1408**

We present two cases of injuries abroad, in European Union countries (EU). These cases are difficult because of the lack of complete information, long evolution and variety regulations. The resolutions are not satisfactory, leading us to believe that forming a working group focused on such cases which require the application of European Regulation would be welcomed.

CL, a Spanish citizen in present, has been born in 1963. He worked for a while in Bacau county, before moving to Spain. In 2004, he was a victim of the terrorist attack in Madrid and he underwent several medical assessments between 2006-2008, receiving temporary incapacity benefits. In 02.06.2008 he applied for disability benefits in Romania using E 213 form. The diagnosis was: “lumbago, left meniscophatia, bicuspid aortic valve, ascending aortic aneurysm, posttraumatic stress syndrome, chronic depressive disorder, bilateral hearing loss rehabilitated with hearing aids”. At the present, we are waiting for cardiological evaluation. No decision has been made despite existing elements in the file suggesting a decreased work capacity.

GS, Romanian citizen, living in Bacau, has been born in 1951. He was a driver, the firm's headquarters being in Targu-Mures and his workplace in Austria. On his way home he was injured in a traffic accident on 20-12-2008, in Hungary. On 20-06-2009 he was enabled to an invalidity pension. The diagnosis was: “right brachial monoparesis, possible by axilar compression of roots C7-T1, cervical spondyloarthritis, right carotid atherosclerosis, chronic dizziness and headache after CCT with temporal sudural hematoma spontaneous resorbed, HTA, sinus bradycardia, LAHB, left bronchectasis, left pahipleuritis, steatosis, mild hydronephrosis”. His accident could be recognized as occupational

injury but no date was available from the employee. Furthermore, his age and chronic associated diseases may leave us to believe that common disease is the reason for his work disability, as well as a non-occupational disease. Another possibility is getting some compensations from health insurance or the „Street Victims Protection Fund”.

### C 36

#### CONSECINȚE ALE CANDIDOZEI ORO-FARINGIENE

*Oana-Mihaela Georgescu*

I.N.E.M.R.C.M.

Pe termen mediu și lung, s-a observat o strânsă asociere între prezența candidozei oro-faringiene și alergiile rino-sinusale, astmul bronșic și o serie de neoplazii în sfera oro-faringo-laringiană. S-au formulat argumente care susțin existența unui raport de cauzalitate între prezența micozei și apariția patologiei alergice și neoplazice în această sferă.

#### CONSEQUENCES OF OROPHARYNGEAL CANDIDIASIS

On medium and long term it has been observed a strong association between the presence of oropharyngeal candidiasis and rhinosinusual allergies, bronchial asthma and a series of oropharyngolaryngeal neoplastic tumors. There have been found a lot of reasons to sustain the existence of a relation between the mycotic presence and the appearance of the allergic and neoplastic pathology in this area.

### C 37

#### CAPTAREA IMAGISTICĂ TRIDIMENSIONALĂ A PICIORULUI

*Ana Maria Vasilescu, Gheorghe Berijan,  
Daniel Petcu, Bujorel Jidiuc*

I.N.C.D.T.P. – Sucursala Institutul de Cercetări Pielărie  
Încălțăminte, București

Analizând formele anatomo-morfologice ale piciorului, precum și parametrii antropometrici și indicii de corelație între aceștia, se constată o specificitate a fiecărui subiect în parte,

ce conduce la necesitatea realizării de calapoade și încălțăminte personalizată.

Realizarea de încălțăminte personalizată, se face optimizând structurile și formele calapoadelor prin corelarea cu dimensiunile piciorului.

Determinarea parametrilor antropometrici rezultați din efectuarea măsurătorilor, se realizează cu un aparat de măsurare tridimensională a piciorului – INFOOT USB model IFU-S-01&IFU-H-01.

Programul de captare imagistică a conformației piciorului, cuprinde 20 de parametri dimensionali importanți în transpunerea acestora în forma și dimensionarea calapoadelor.

Toți acești parametri mășurați prin scanare și prelucrare virtuală, deci toată această construcție anatomo morfologică a piciorului se face în scopul asigurării formei și dimensionării corecte a interiorului încălțăminte – dată prin construcția corectă a calapodului – pentru satisfacerea cerințelor de comoditate și confort a piciorului.

#### 3D IMAGING OF THE FOOT

Analysing the morphological and anatomic aspects of the foot, along with the anthropometric parameters and the correlation indices, particular features of each individual are revealed, which brings the necessity for personalized lasts and footwear achievement.

Personalized footwear is achieved by optimising the lasts structure and form and by correlating them with the foot dimensions.

The determination of the anthropometric parameters obtained by measurements is accomplished with 3D- measuring device – INFOOT USB model IFU- S-01 & IFU- H – 10.

The software for imaging capture of the foot contains twenty dimensional parameters, important for their transposition in the last’s form and dimensions.

All these parameters measured by scanning and virtual processing, in other words, all the anatomical and functional construction, aim the goal of assuring the adequate form and dimension of the inside of the footwear- achieved through a correct construction of the last – for satisfying the foot’s need for comfort.



## C 38

**BOALA CROUZON – O AFECȚIUNE RARĂ CU POTENȚIAL INVALIDANT**

Elena Șovărel\*,  
Doina Lăcrămioara Tudorache\*, \*\*,  
Cătălina Voiculescu\*, Corina Agârbiceanu\*

\* I.N.E.M.R.C.M.

\*\* U.M.F. „Carol Davila“ București

Boala Crouzon (*disostoza craniofacială ereditară*) este un sindrom genetic caracterizat prin acrocefalie și deformare craniană “turiformă” datorată fuziunii premature a oaselor craniene (craniosinostoză prematură), cu orbite aplatizate și exoftalmie, hipoplazia maxilarului superior și prognatism relativ. Se pot asocia anomalii dentare, sindactilie parțială, fuziuni la nivelul coloanei vertebrale, humerus și femur mai scurte și, în rare cazuri, duct arterial permeabil și coarctarea aortei.

Este un sindrom rar, cu o incidență estimată între 1/25.000-1/100.000 de nou-născuți, generat de modificări/mutații care au loc la nivelul genelor FGFR2 (95% dintre cazuri) sau FGFR3 (5% dintre cazuri). Are caracter familial (75% din cazuri) și se transmite autozomal dominant. Afectează ambele sexe și se manifestă la naștere sau în primul an de viață.

Prognosticul vital este rezervat doar în primul an de viață când pot apare complicații grave: hidrocefalie, tulburări neurologice prin creșterea presiunii intracraniene, convulsii, dificultăți de respirație în primele zile după naștere datorate malformațiilor nazale, etc. Ulterior, bolnavii cu sindrom Crouzon au o durată de viață normală dar pot apare deficiențe care se accentuează cu vârsta:

- deficiență vizuală mergând până la pierderea vederii prin: lezarea nervului optic (datorită exoftalmiei consecutive aplatizării orbitelor), strabism divergent, glaucom, cataractă, deplasarea cristalinului, hipertelorism,
- deficiență auditivă generată de anomaliiile urechii medii, cu obstruarea canalului auditiv, cu tulburări de vorbire și comunicare,

- deficiențe neurologice datorate malformațiilor sistemului nervos central, a hidrocefaliei; 97% din cazuri pot avea însă intelect normal,
- dificultăți în respirație prin deviație de sept în cadrul malformației nasului „în cioc de papagal”,
- dificultăți de masticatie datorate anomaliiilor dentare cu malocluzie, uneori palatoschizis.

Maladia Crouzon nu poate fi vindecată dar pot fi ameliorate dismorfismele și deficiențele prezentate de bolnav, cu ajutorul unei echipe multidisciplinare formate din: chirurghi plasticieni, neurochirurgi, oftalmologi, ORL-iști, ortodonți, ortopezi, audiologi, psihologi.

Maladia Crouzon fiind o boală foarte rară, este puțin cunoscută și prin urmare subdiagnosticată deși poate determina deficiențe importante care conduc la pierderea capacității de muncă.

Pentru exemplificare, prezentăm un caz internat în INEMRCM în vederea aprecierii capacității de muncă, o pacientă pensionată de invaliditate de 15 ani, cu diagnosticul: „Ciroză hepatică de etiologie neprecizată. Exoftalmie constituțională. Intelect liminar”. Cu ocazia internării, medicul specialist oftalmolog al institutului îi stabilește pentru prima dată, la vârsta de 46 ani, diagnosticul de maladie Crouzon, cu deficiență vizuală medie și încadrarea în gradul III de invaliditate.

#### **THE CROUZON SYNDROME - A RARE DISEASE AND A POSSIBLE CAUSE OF DISABILITY**

The Crouzon Syndrome (hereditary craniofacial dysostosis) is a genetic syndrome characterized by acrocephaly and cranial deformation caused by the premature fusion of cranial bones (premature cranial synostosis), with shallow eye sockets, exophthalmos, upper jaw bone hypoplasia and relativ prognathism.

It may be associated with dental anomalies, partial syndactyly, fusions at spine level, shorter humerus and femur bones and, in rare cases, permeable artery duct and coarctation of the aorta.

It is a rare syndrome, with an estimated frequency of 1/25,000-1/100,000 newborns, generated by changes/mutations at the level of the genes: FGFR2 (95% of the cases) or FGFR3 (5% of the cases). It has a familial characteristic (75% of the cases) and has an autosomal dominant transmission. It affects both sexes and debuts at birth or during the first year of life.

The vital prognosis is reserved for the first year of life only as it is then when serious complications may appear: hydrocephaly, neurological disorders due to increasing intracranial pressure, convulsions, breathing difficulties during the first days after birth because of nose malformations and so on. After that, patients with the Crouzon syndrome have a normal life expectation, but deficiencies may appear and become more serious with age:

- visual deficiency which can lead to loss of sight by: injured optical nerve (caused by eye-socket flattening-induced exophthalmos), divergent strabismus, glaucoma, cataract, movement of the crystalline, hypertelorism;
- hearing deficiency caused by middle ear anomaly, auditory channel obstruction, with speaking and communication problems;
- neurological deficiencies caused by malformed central nervous system and hydrocephaly; however, 97% of the cases may have a normal intellect;
- breathing difficulties caused by septum deviation as part of the "beak-like nose" malformation;
- mastication difficulties caused by dental anomalies with malocclusion, sometimes palatoschisis.

The Crouzon syndrom cannot be cured, but dysmorphisms and defficiencies accused by patients can be ameliorated with the help of a multidisciplinary team of plastic surgeons, neurological surgeons, otorhinolaryngologists, ophthalmologists, orthodontists, orthopedists, audiologists and psychologists.

As a very rare disorder, the Crouzon syndrome is very little known and thus underdiagnosed despite that it can lead to important deficiencies with the loss of working capacity.

As an example, we present a case of a patient hospitalized at INEMRCM for work capacity medical assessment - a patient receiving an invalidity pension for 15 years with the diagnosis: „Hepatic cirrhosis of unspecified etiology. Possible thesaurismosis. Constitutional exophthalmos. Liminal intellect”. During the hospitalisation, the ophthalmologist of the institute establishes the diagnosis of Crouzon syndrome for the first time at the age of 46 years, with medium visual deficiency and assignment of 3<sup>rd</sup> degree of invalidity.

## COMUNICĂRI ȘTIINȚIFICE / SCIENTIFIC SESSION

**Vineri, 2 octombrie 2009**  
**Friday 2<sup>nd</sup> of October 2009**  
**Orele 16.45-18.00**

**Moderatori, Chairpersons:**  
*Dr. D. Romoșan*  
*Dr. M. Benea*

**C 39**

### MANAGEMENTUL BOLILOR CRONICE INVALIDANTE - OBSERVAȚII DIN PRACTICA DE SPITAL -

*Doina Romoșan, Adina Rațiu*  
I.N.E.M.R.C.M.

În mod evident, activitatea noastră nu constă numai în evaluarea capacității de muncă ci și în urmărirea evoluției pacienților cu boli cronice, a tratamentului recuperator și a reinsertiei socio-profesionale.

La nivelul Institutului, prin specificul activității unei unități cu paturi, managementul bolilor cronice invalidante este limitat la pacienții internați.

Nu mă refer aici la evaluările globale care sunt făcute de factorii de decizie din Institut cu ajutorul statisticilor din teritoriu sau prin studii ce au acest obiectiv.

Pacienții internați sunt evaluați pentru:

- verificări de expertiză solicitate de serviciul de expertiză teritorial sau de catre INEMRCM

- propuneri de pensionare acolo unde la nivelul serviciului de expertiză teritorial nu sunt suficiente elemente de diagnostic
- evaluarea capacității de muncă în cazul ITM-urilor prelungite
- rezolvarea contestațiilor sau sesizărilor
- alte expertize (L416/2001, IML, etc.)

Astfel, după aceste noi evaluări în INEMRCM, se poate constata că:

- pensionarea/depensionarea/ITM-ul/nerevizuibilitatea prin afecțiuni pot fi justificate sau nu
- s-a stabilit un alt diagnostic uneori complet diferit de cel de la data pensionării de invaliditate (poate și pentru că unii pacienți sunt incomplet/insuficient investigați din motive obiective sau investigați pentru afecțiuni neinvalidante în timp ce afecțiunile invalidante pot trece neobservate).

Astfel de concluzii au fost observate și într-un studiu făcut anul trecut pe pacienții internați în INEMRCM cu afecțiuni cardiace (ce au reprezentat 76,6% din totalul bonavilor somatici internați în 2008 în INEMRCM), digestive și renale.

În articol sunt prezentate pe scurt câteva cazuri clinice interesante ca patologie și mod de rezolvare (pacienți internați în INEMRCM în 2008-2009).

Concluzia acestor observații este ca Institutul poate rezolva din punct de vedere metodologic și medical multe cazuri interesante și dificile, această activitate specifică fiind importantă în contextul global al expertizei medicale.

#### **THE MANAGEMENT OF DISABLED CHRONIC DISEASES - COMMENTS FROM THE PRACTICE OF HOSPITAL -**

Obviously, our work lies not only the evolution of work capacity of the patients with chronic diseases, but in following recovery treatment and socio-professional reintegration.

At the specific activity of the Institute of a unit with beds, the management of disable chronic diseases is limited to the hospitalized patients.

I refer not to the overall assessment which is made by policy makers from the Institute with the statistics help from those from territory or by studies that have this objective.

Hospitalized patients are evaluated for:

- Tests of expertise required by service territorial expertise of by the National Institute of Medical Assessment and Work Capacity Rehabilitation
- Proposal for retirement where at the service territorial expertise are not sufficient diagnostic elements
- Work capacity assessment of prolonged sick leaves
- Settling disputes or complaint
- Other expertise (Law 416/2001, Institute of Legal Medicine, etc)

Thus, after these new evaluations in the National Institute of Medical Assessment and Work Capacity Rehabilitation, can be found:

- Retirement/no retirement/sick leaves/unrevisables/ unrevised by affection could be justified or not
- It was established another diagnosis sometimes completely different from the date of disability pensioners (perhaps because some patients are incomplete/insufficiently investigated for objective reasons or investigated for undisable diseases while debilitating disease may go unnoticed.

Such conclusions were also observed in a study done last year in admitted patients in the National Institute of Medical Assessment and Work Capacity Rehabilitation (with heart disease who represented 76,6% of all somatic patients hospitalized in 2008 in National Institute of Medical Assessment and Work Capacity Rehabilitation – digestive and renal).

In this article are summarized some interesting clinical cases as a pathology and solving (patients hospitalized in National Institute of Medical Assessment and Work Capacity Rehabilitation between 2008-2009). The conclusion of these observations is that the Institute can solve in terms of methodology and interesting and challenging medical cases, this specific activity being important in the over all context of medical expertise.

C 40

### **INSUFICIENȚA VENOASĂ CRONICĂ - O ABORDARE ACTUALĂ**

*Călin Giurcăneanu\**,  
*Gabriel Arsene\*\**

\* Clinica Dermatologie Elias

\*\* I.N.E.M.R.C.M.

Insuficiența venoasă cronică este o decompensare a circulației venoase la nivelul membrilor inferioare, manifestată prin simptome și semne clinice, produse de hipertensiunea venoasă, ca rezultat al anomaliilor structurale și funcționale de la nivelul venelor.

Această patologie ridică una din problemele cele mai serioase de diagnostic și tratament în țările industrializate din Europa și din lume.

Este o boală frecventă, evolutivă și care conduce la complicații și la alterarea calității vieții pacienților în lipsa unui tratament adecvat, precum și costuri socio-economice ridicate.

Debutul este precoce, progresiv, patologia evoluând odată cu vârsta.

La nivel mondial prevalența patologiei venoase este cuprinsă între 10%-33% la femei și 10%-20% la bărbați în Europa, procentul este cuprins între 24 și 50% din populația generală, iar în România, este aproximativ 32%. Raportul bărbați/femei este de 1:2,3.

### **CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY – A CURRENT APPROACH**

Chronic venous insufficiency is a decompensation of venous circulation of the lower limb with symptoms and clinical signs, produced by venous hypertension as a result of structural and functional abnormalities of veins.

This pathology raises one of the most serious problems of diagnosis and treatment in industrialized countries in Europe and over the world.

It is a frequent disease, progressive which leading to complications and to alterations in quality of life of the patients, in the absence of adequate treatment, as well as high socio-economic costs.

Early onset is gradually evolving pathology with age.

Worldwide, the prevalence of pathology is between 10-33% to 10-20% women and men in Europe, the percentage is included between 24 and 50% of the general population, and in Romania is about 32%. Ratio men/women is 1:2,3.

C 41

### **ROLUL MEDICULUI EXPERT AL ASIGURĂRILOR SOCIALE ÎN MANAGEMENTUL BOLILOR RESPIRATORII PROFESIONALE INVALIDANTE**

*Liliana Iuliana Berca*

E.M.R.C.M. Slatina, jud. Olt

Munca reprezintă o activitate cu caracter conștient, prin care se realizează bunuri și creații pentru satisfacerea necesităților materiale și spirituale ale oamenilor.

Când efectele bolilor sau accidentelor ajung la incapacitate de muncă sau invaliditate, menirea medicinei devine preponderent recuperatorie pentru integrarea omului în familie, societate și profesie.

Conținutul lucrării acordă prioritate problemelor legate de muncă și de condițiile de muncă în relație cu starea de sănătate, luându-se în studiu un sector industrial special destinat producerii de metale neferoase brute din mine-reuri concentrate sau materii prime secundare, prin procese electrolitice. Sunt prezentați principalii factori de hazard care, necontrolați, operează în aria sănătății ocupaționale.

Alegerea temei este susținută de următoarele argumente: incidența și gravitatea îmbolnăvirilor prin astm bronșic profesional; scăderea capacității de muncă, frecvent marcată și/sau permanentă; diversificarea tipurilor de industrie și servicii și utilizarea în procesele tehnologice a unor substanțe noi ce pot fi factori etiologici ai bolii.

Factori etiologici: la SC ALRO SA, emisiile sunt analizate în mod planificat.

Noxe chimice prelevate: Acid fluorhidric, Aluminu și oxizi (pulberi), SO<sub>2</sub>, CO.

Noxe fizice: temperatura și viteza curenților de aer.

Gazele cu conținut de fluor în contact cu corpul uman, prin inspirație, timp îndelungat, afectează aparatul respirator, micșorând capacitatea ventilatorie și conduc la boala profesională numită astm bronșic profesional

Lotul de studiu a fost constituit din 100 de cazuri cu patologie pulmonară (astm bronșic profesional și bronșită cronică profesională), cazuri ce provin din secțiile de electroliză (unde noxele sunt reprezentate predominant de pulberi de aluminiu), iar lotul martor fiind constituit din 100 de bolnavi cu patologie pulmonară ce provin din secții unde noxele nu sunt reprezentate de aceste pulberi (secția energo-montaj a aceleiași întreprinderi).

Din lotul de studiu 35% din cazuri se află în ITM fiind încadrați în grade de invaliditate, restul de 65% având periodic concedii medicale atât în Clinica de Boli Profesionale cât și în unitățile spitalicești teritoriale.

Din lotul martor 12% din cazuri sunt pensionați medical, restul de 88% prezentând un număr mai mic de zile de concediu medical în comparație cu lotul de studiu.

Prin informațiile pe care le oferă situația statistică cu privire la incapacitatea temporară de muncă, la gradele de invaliditate ale pensionarilor ce provin dintr-un anumit sector de activitate, dintr-o întreprindere, medicul expert poate evidenția cauzele generatoare ale bolilor invalidante, impactul lor asupra stării de sănătate, contribuind la remedierea lor.

Medicul expert alături de manager trebuie să promoveze o politică de reducere a impacturilor negative ale activităților întreprinse în întreprindere asupra mediului, să stabilească un program pentru eliminarea/reducerea riscului profesional și scăderea /dispariția cazurilor de astm bronșic profesional și bronșită cronică profesională la locurile de muncă.

În concluzie, se asigură realizarea adaptării omului la muncă și muncii la om.

## THE SOCIAL INSURANCE PHYSICIAN'S ROLE IN THE MANAGEMENT OF WORK DISABLING RESPIRATORY DISEASES

Work is a conscious activity directed toward the production or accomplishment of something in order to satisfy people's material and spiritual needs.

When diseases or injuries determine short-term or long-term work incapacity, medical actions focus primarily on rehabilitation, patient's reintegration in family, society and at the workplace.

In this study we approach the health problems related to work and work conditions. We study a special industrial area, for the production of nonferrous metals.

The theme was chosen for several reasons: the increased incidence and severity of occupational asthma, frequently inducing long-term work incapacity, variety of industries and services and use of new products in trial production that may be etiological factors for the disease.

At S.C. ALRO S.A., emissions testing is highly organized. Chemicals are collected (hydrofluoric acid, aluminium, oxides: SO<sub>2</sub>, CO) or physical factors' action is investigated (temperature, air currents velocity).

We compared 100 cases with lung diseases (occupational asthma, occupational chronic bronchitis) working in electrolysis section, where subjects are exposed in particular to aluminium powders with a control group composed of 100 cases with lung diseases in absence of exposure, working in another section.

In the first group 35% are receiving a disability pension and 65% are in short-term work incapacity. In the control group, 12% are receiving a disability pension and 88% are in short-term work incapacity, but in total they accumulate fewer days compared to the first group.

The information provided by statistics on short-term work incapacity and degrees of work disability in patients coming from a certain sector of activity, allow the social insurance physician to identify the causes that lead to work disability and the impact on health. He can also draw attention to the phenomenon, the reduction or elimination of occupational hazards being the first step towards the reduction / disappearance of cases of occupational asthma and occupational chronic bronchitis.

C 42

## ROLUL MEDICULUI EXPERT AL ASIGURĂRILOR SOCIALE ÎN RECUPERAREA BOLNAVILOR CU HERNIE DE DISC OPERATĂ

*Carmen Popescu*

Serviciul de Expertiză Medicală a Capacității de Muncă  
Targu-Jiu, jud. Gorj

În ultimii ani s-a constatat o creștere importantă a numărului de cazuri de hernie de disc operată, apariția mult mai frecventă a formelor anatomopatologice ce demonstrează o distrugere importantă a structurii de rezistență a discului, precum și apariția herniei de disc la vârste tinere.

Bazele tratamentului chirurgical în hernia de disc au fost puse în anul 1934, în paralel cu numărul de cazuri de hernie de disc, apărând și unele fenomene sechelare post intervenție. Complexul simptomatologic care persistă după intervenția neurochirurgicală, se referă la spondiloză, suferințe nervoase determinate de un tratament conservator exagerat prelungit, arahnoiditele, epiduritele, cicatricile post-operatorii, modificările vasculare inflamatorii și degenerative.

La tabloul descris mai sus se adaugă modificările induse de gestul chirurgical, importanța fiind în acest caz precocitatea instituirii măsurilor recuperatorii. Medicul expert al asigurărilor sociale întocmește programul individual de recuperare în funcție de natura, stadiul și prognosticul bolii, structurat pe etape. După fiecare etapă prevăzută în programul individual de recuperare, asigurații sunt supuși reexaminării medicale și în funcție de rezultatul acesteia medicul expert, după caz, actualizează programul individual de recuperare, recomandă reluarea activității profesionale sau propune pensionarea de invaliditate.

Obiectivele recuperării sunt:

- antalgic și sedativ (cu termen imediat) în perspectiva asigurării unui confort suficient pentru reluarea activității în timp cât mai scurt
- prevenire a recidivelor

Planul de recuperare se va întocmi în colaborare cu medicii de specialitate și servicii de recuperare medicală și fizioterapie din ambulatorii de specialitate și va conține după caz:

- indicații terapeutice – cu desemnarea unității sanitare care le efectuează (medicație antalgică și antiinflamatorie, medicație pentru decontracturare)
- acțiuni ortopedico-chirurgicale (reparatorii) – cu menționarea unității sanitare și a duratei de aplicare; proceduri de fizioterapie, kinetoterapie, balneoterapie, ergoterapie, cultură fizică medicală, masaj – cu înscrierea duratei și a unității sanitare care le realizează.

Se utilizează:

- tehnici sedative (masaj cu grijă asupra musculaturii paravertebrale, tegumentelor și cicatricii operatorii)
- tehnici musculare pentru tonifierea grupelor musculare care participă la statica și mobilitatea coloanei
- mobilizarea activă și asuplizarea pentru eliminarea redorii
- tehnici posturale (utilizează reflexele de adaptare posturală pentru a crea legătura la nivelele medulare și supramedulare, scurtcircuitând controlul cortical voluntar al regiunii)
- indicații socio-profesionale, după caz: reluarea activității în condiții obișnuite la vechiul sau în alt loc de muncă; program redus (90 de zile într-un an calendaristic); activitate cu jumătate de normă, cu menționarea condițiilor concrete de muncă; orientare / reorientare profesională; calificare / recalificare; organizarea muncii și a locurilor de muncă pentru evitarea solicitărilor statice, adoptarea principiilor ergonomice pentru a adapta locul de muncă, mașinile, utilajele, spațiile de muncă, mediul ambiant, la cerințele și posibilitățile organismului omenesc.

Bolnavul operat pentru hernie de disc nu poate aspira la “restitutio ad integrum”, intervenția nefiind un gest care îndepărtează orice urmă de suferință. Pentru a ne asigura totuși de un maxim de eficiență în activitatea de recuperare a capacității de muncă, aceasta trebuie să înceapă imediat după intervenția neurochirurgicală și să continue la ieșirea din spital, printr-o ierarhizare logică, coerentă și progresivă a metodelor și tehnicilor de recuperare.

## THE ROLE OF THE SOCIAL INSURANCE DOCTOR IN THE RECOVERY OF PATIENTS WITH OPERATED DISCAL SPINAL HERNIA

In the past several years an important increased number of operated discal hernia has been reported, together with a much frequent appearance of anatomic pathological forms that prove an important destruction of the discal resistance structure, as well as the appearance of the hernia at young ages.

The beginning of the surgical treatment in discal hernia, was in 1934. At the same time the number of cases increased, and sequelar postoperative forms were reported. The symptoms persisting after neurosurgical intervention are: spondylosis, nervous damage determined by prolonged conservatory treatment, arachnoiditis, epiduritis, postoperative scars, inflammatory and degenerative vascular modifications.

We also add modifications induced by surgical procedures, the precocity of recovery methods being very important. The Social Insurance Doctor establishes the individual recovery program, keeping in mind the nature, stage and outcome of the disease, structured in steps. After each step from the individual recovery program, the patients are reexamined and according to this, the individual recovery program will be updated, professional activity will be resumed or invalidity pension will be proposed.

The purposes of the recovery are:

- analgetic and sedative (active immediately) to ensure a sufficient comfort to resume the activity
- prevent sequels
- the recovery plan is created in collaboration with the specialists and clinics of medical recovery and physiotherapy and will individually contain:
  - therapeutic indications – designating the medical units that will be performing them (pain killers, NSAID drugs, myorelaxant drugs)
  - orthopedic surgical procedures - designating the medical units and the

treatment period; physiotherapy, kinetotherapy, balneotherapy, ergotherapy procedures, physical medical education, massage

We use:

- sedative techniques (massage carefully taking into account paravertebral muscles, skin and postoperative scar).
- muscular technique for firming the muscular groups that contribute to posture and spinal mobility
- active movement for eliminating stiffness
- postural techniques (uses postural adaptation reflexes for creating a connection at medular and overmedular levels, shortcutting the willing cortical control of the region)
- individual social and professional indications: resuming activity in regular conditions at the old or another job; shorter schedule (90 days in one year); part time activity, underlining real working conditions; professional orientation / reorientation; qualification / requalification; organizing work and working places as to avoid static demands, adapting the working place, the machines, the tools, the working spaces, environment to the demands and possibilities of the human body.

The patient with operated discal hernia cannot hope to “restitution ad integrum”, the procedure not being able to take out all suffering. To ensure a maximum of efficiency in the recovery activity of the work capacity, this should start immediately after neurosurgery and continue after being released from the hospital, using logical, coherent and progressive means and techniques of recovery.

**COMUNICĂRI ȘTIINȚIFICE /  
SCIENTIFIC SESSION**

**Sâmbătă, 3 octombrie 2009  
Saturday 3<sup>rd</sup> of October 2009  
Orele 09.00–11.00**

**Moderatori, Chairpersons:  
Prof. Dr. M.M. Ciuvică  
Asist. Univ. Dr. C. Oancea**

**C 43**

**RECUPERAREA MEDICO-SOCIO-  
PROFESIONALĂ, PREOCUPARE  
PERMANENTĂ A MEDICULUI EXPERT  
AL ASIGURĂRILOR SOCIALE**

*Maria Magdalena Ciuvică, Corina Oancea*  
U.M.F. „Carol Davila” București

Practica medicală evoluează în mod continuu prin creșterea standardelor clinice, dezvoltare profesională continuă și îmbunătățirea pregătirii specialiștilor. Pe măsură ce nevoia de competențe crește, este important de știut ce poate oferi specialitatea de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă.

Evaluarea impactului bolii asupra unui individ diferă în funcție de centrul de interes, când acesta este privit din perspectiva medicală sau din cea a reabilitării. În timp ce intervențiile medicale vizează mecanismele etiopatologice ale bolii, în scopul evitării consecințelor negative asupra individului, reabilitarea țintește funcționarea organismului, ca și mediul sau factorii personali, care au un caracter variabil.

Reabilitarea este un proces continuu și coordonat, care începe de la debutul bolii sau al accidentului și continuă până când persoana își redobândește rolul în societate, în concordanță cu aspirațiile și pregătirea sa profesională.

Accesul la reabilitare este un drept conferit de legislația în vigoare, tuturor asiguraților sistemului public. Pentru a aprecia potențialul de reabilitare al unui individ, trebuie în primul rând să fie cunoscut istoricul afecțiunii acestuia.

Planul de reabilitare trebuie să țină seama de resursele dar și de dorințele individului, de prognosticul afecțiunii, de natura deteriorărilor

fizice și cognitive și de capacitatea acestuia de a dobândi noi cunoștințe și abilități care să-i permită să-și îmbunătățească gradul de activitate și participare.

Eficiența reabilitării se regăsește nu numai în ameliorarea funcționării individuale și a vieții independente, ci și în reducerea costurilor determinate de dependență.

Reabilitarea este o activitate pluri-disciplinară. În toate cazurile, stabilirea unor obiective clare și concrete stă la baza lucrului în echipă.

Scopurile principale ale măsurilor de reabilitare în bolile cronice sunt îmbunătățirea funcțiilor organismului și creșterea nivelului de activitate. Aceste măsuri au rolul de a evita o pensionare prematură din cauza problemelor de sănătate și de a promova menținerea individului în câmpul muncii.

Evaluarea clinică și determinarea capacității funcționale restante reprezintă o parte importantă a activității medicului expert al asigurărilor sociale. Această specialitate îi conferă dreptul și obligația de a stabili diagnosticul clinic și funcțional, incapacitatea adaptativă și capacitatea de muncă și de a întocmi programul individual de recuperare.

După cum știm, primul pas al reabilitării este reprezentat de recuperarea medicală. Din acest punct de vedere, medicul expert al asigurărilor sociale are un rol activ. Când consideră necesar, el poate îndruma pacienții către serviciile medicale de specialitate, în funcție de patologia cunoscută sau nou depistată cu ocazia consultației.

Nu de puține ori, pacienți pensionați pentru o anumită afecțiune, descoperă, în urma evaluării realizate de medicul expert al asigurărilor sociale la cabinet sau mai frecvent, prin internarea în Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă (INEMRCM), că au alte afecțiuni asociate, mult mai severe.

În aceste cazuri, medicului expert al asigurărilor sociale îi revine misiunea de a îndruma pacientul spre serviciul medical de specialitate corespunzător, inițind, astfel acțiunile de reabilitare a capacității de muncă.

Lucrarea de față aduce în atenție câteva cazuri edificatoare, internate în INEMRCM, la care examinarea clinică minuțioasă și acuratețea



investigațiilor paraclinice au permis depistarea unor afecțiuni, unele chiar în stadiu acut. În consecință, s-au făcut demersurile necesare pentru ca bolnavii să fie internați în clinici de specialitate pentru conduită terapeutică adecvată, reevaluarea funcțională în vederea stabilirii capacității de muncă, făcându-se la externarea acestora din clinicile respective.

#### **MEDICAL, SOCIAL AND VOCATIONAL REHABILITATION, STANDING PREOCCUPATION OF SOCIAL INSURANCE PHYSICIAN**

Medical practice advances continuously due to the increase of clinical standards, continuing professional development and improvement of specialists' training. As the necessity of competences is growing, is important to know what social insurance medicine can offer.

The evaluation of disease impact on a subject differs, depending on the center of interest, whether it is seen from medical or rehabilitation point of view. While the medical interventions are referring to etiological and pathological mechanisms of the disease, the aim being to avoid the negative consequences on the subject, rehabilitation involves body functioning, as well as environmental or personal factors which have a variable character.

The rehabilitation is a continuous and coordinated process, which starts from the disease or accident onset and continues until the person gets back his/her role in the society, according to the aspirations and training.

The access to rehabilitation is a right conferred by the actual legislation on the public system of social insurance. Estimating rehabilitation potential in subjects needs, in the first place, to know the history of illness.

The rehabilitation program must take into account the resources but also the subject's wishes, the disease prognosis, the deterioration in cognitive and physical performance and the capacity to achieve new knowledge and abilities that will enable the subject to increase his degree of activity and participation.

The effectiveness of rehabilitation is found not only in the improvement of individual

functioning and independent life, but also in reducing costs related to dependence.

The rehabilitation is a multidisciplinary activity. In all cases, setting clear and concrete objectives is the main basis of working as a team.

The main objectives of rehabilitation measures in chronic diseases are the improvement of body functions and increase the level of activity. These measures have a role in avoiding early retirement because of health problems and promoting the employment.

The clinical evaluation and determination of functional residual capacity represent an important part of social insurance physician's activity. This specialization gives the right but also the obligation to establish the clinical and functional diagnosis, adaptive incapacity, work capacity and the individual rehabilitation program.

As we all know, medical rehabilitation represents the first step towards a complete rehabilitation. From this perspective, the social insurance physician has an active role. When necessary, he may refer patients to appropriate medical services, according to the known pathology or recently discovered during his medical consultation.

Often, patients receiving invalidity pension for a certain condition, discover, after social insurance physician's assessment in territorial consulting room or, more often after hospitalization in INEMRCM, that they have associated diseases much more severe.

In this case, the social insurance physician's mission is to refer the patient to a specialized medical service, beginning in this way, the measures for work capacity rehabilitation.

This work draws attention to some cases, hospitalized in INEMRCM, in whom the clinical examination and the precision of laboratory investigations have permitted diagnosis of new diseases, sometimes in the acute stage. Consequently, necessary steps have been made in order to hospitalize the patients in specialized medical clinics for adequate treatment, the functional evaluation for determining the work capacity, being completed at their exit from the hospital.

**C 44****MANIFESTĂRILE EXTRAHEPATICE ALE  
HEPATITEI CRONICE VIRALE C ȘI  
CRIOGLOBULINEMIA MIXTĂ***Roxana Mirică*U.M.F. "Carol Davila" București,  
I.N.E.M.R.C.M. București

Hepatita cronică virală C este cunoscută ca fiind responsabilă atât pentru manifestările hepatice, cât și pentru cele extrahepatice ale bolii. Crioglobulinemia mixtă, sindromul Sjögren și poliartrita reumatoidă reprezintă cele mai documentate manifestări extrahepatice reumatologice ale infecției virale C, iar cele mai importante manifestări extrahepatice endocrine sunt afecțiunile tiroidiene și diabetul zaharat tip II. Recent, s-a demonstrat existența unei rate crescute a prevalenței anticorpilor anti HVC la pacienții cu cardiomiopatie hipertrofică sau dilatativă.

**THE EXTRAHEPATIC MANIFESTATIONS  
OF CHRONIC HEPATITIS C VIRUS  
INFECTION AND MIXED  
CRYOGLOBULINEMIA**

Hepatitis C virus is known to be responsible for both hepatic and extrahepatic disease. Mixed cryoglobulinemia, Sjögren syndrome, and chronic polyarthritis are the most documented rheumatologic extrahepatic manifestations of HCV infection. The most frequent and clinically important extrahepatic endocrine manifestations of chronic HCV infection are thyroid disorders and type 2 diabetes mellitus. Recently, high prevalence rates of anti-HCV antibodies were shown in patients with hypertrophic cardiomyopathy or dilated cardiomyopathy.

**C 45****DISLIPIDEMIILE - FACTOR  
NUTRIȚIONAL ȘI / SAU GENETIC***Eugenia Stroică, Cristina Dicher*Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare  
a Capacității de Muncă

Dislipidemiile reprezintă un important factor de risc în apariția bolilor cardio-vasculare. În transmiterea factorilor de risc ai bolii cardiovasculare, inclusiv anomalii ale funcțiilor colesterolului și anomalii ale diverselor lipoproteine, sunt implicate de obicei mai multe gene. Influența lor generează la individul purtător o predispoziție. Modificarea genetică nu se va evidenția însă decât sub influența factorilor de mediu: regim alimentar dezechilibrat, sedentarism, nerespectarea regulilor igienico-dietetice, tabagism.

Studiul s-a efectuat pe un lot de 257 pacienți proveniți de pe întregul teritoriu al țării, internați în INEMRCM pentru aprecierea capacității de muncă.

Studiul a pus în evidență o corelație între antecedentele hetero-colaterale, patologice și diagnosticul de laborator al tipului de dislipidemie, concordante cu modificările electrocardiografe și ale tensiunii arteriale.

Din punct de vedere al repartiției teritoriale, pe regiunile istorice ale României, s-a constatat că în Ardeal numărul subiecților cu dislipidemii este net superior (67,5%) celor proveniți din regiunile Moldova (10,25%) și Muntenia (5,1%). Femeile au cele mai ridicate valori ale colesterolului, în timp ce bărbații au valorile trigliceridelor mult mărite. Pacienții proveniți din această zonă vestică a țării sunt în proporție de 64,6% fumători și 89,4% au o alimentație hipercalorică, hiperglucidică, hiperlipidică. Consumă acizi grași saturați ce se găsesc în grăsimi de origine animală: unt, smântână, untură, slănină, lactate grase, carne de porc. De asemenea, modul de preparare a alimentelor este contraindicat: carne afumată, conservată în untură, etc. În Moldova, alimentația populației este mai hipocalorică, săracă în grăsimi saturate. Așa cum se știe, în Ardeal bolile cardiovasculare sunt mai frecvente comparativ cu Moldova.

Interacțiunea dintre predispoziția genetică și factorii de mediu este decisivă pentru declanșarea bolilor cardiovasculare.

## DYSLIPIDEMIA - NUTRITIONAL AND /OR GENETIC FACTOR

Dyslipidemia is an important risk factor for cardiovascular illness. In the transmission of cardiovascular disease risk factors, including :abnormal functions of cholesterol, various lipoprotein abnormalities, usually involving several genes. Their influence generated a predisposition to the carrier person.

Genetic modification will not highlight, but, only under the influence of environmental factors such as unbalanced diet, inactivity, failure igieno-dietary rules, smoking.

The study was conducted on a sample of 257 patients from all the country admitted in National Institute of Medical Assessment and Work Capacity Rehabilitation for assessing the work capacity.

The study has revealed a correlation between medical history, pathological and laboratory diagnosis of the type of dyslipidemia consistent with changes in electrocardiogram and blood pressure.

In terms of territorial distribution the historical regions of Romania, in Transylvania was found that the number of subjects with dyslipidemia is vastly, superior (67,5%) to those from the regions of Moldavia (10,25%) and Wallachia (5,1%). Women have the highest cholesterol levels, while men have enlarged triglyceride levels. Patients from these west areas of the country are at a rate of 64,6% smokers and 89,4% have a diet full of calories, carbohydrates and fats. They consume saturated fatty acids that are found in animal fats such as butter, cream, lard, bacon, fat milk, pork. Also, the preparation way of meat, preserved in lard. In Moldavia, the feeding population is more rich in carbohydrates and low in saturated fat. As is well known, in Transylvania the cardiovascular diseases are more common compared with Moldavia.

The interaction between genetic predisposition and environmental factors is critical to trigger cardiovascular diseases.

## C 46

### CONDUITA ÎNTR-UN ADENOM HIPOFIZAR SECRETANT DE GH OPERAT

*Elena Ionescu\**, *Ani Axinte\*\**,  
*Mihaela Popescu\**, *Razvan Ilie Radu\*\*\**,  
*Mariana Radu\*\*\*\**

\*U.M.F. „Carol Davila“ Craiova

\*\*I.N.E.M.R.C.M.

\*\*\* rezident Sp. Jud. Craiova

\*\*\*\* Cabinet E.M.R.C.M Craiova

Pacientul PP în vârstă de 42 ani este cunoscut din 1999 cu acromegalie prin adenom hipofizar secretant de GH, tratat sporadic cu Sandostatin și este operat prin abord transfenoidal în aprilie 2006. Pacientul este diagnosticat cu sindrom de chiasma optică și panhipopituitarism fiind în tratament de substituție pe linie corticotropă și tireotropă.

Am ales acest caz considerandu-l reprezentativ pentru patologia tumorală hipofizară datorită modificărilor clinice, biologice și psihice pe care le prezintă. Totodată, pacientul are capacitatea de muncă pierdută în totalitate, fiind pensionat medical cu gradul 2 de invaliditate și având certificat de handicap gradul 2.

### MANAGEMENT OF GH-SECRETING PITUITARY ADENOMA

The patient PP of 42 years old is known from 1999 with acromegaly secondary to a secreting GH pituitary adenoma, non constantly treated with Sandostatin. He was operated by the transsphenoidal approach in April 2006. The patient is diagnosed with optic chiasm syndrome and panhypopituitarism, being in substitutive corticotropin and tiotropin treatment.

We chose this case, that we considered representative for pituitary tumors by reason of its clinical, biological and psychological manifestations. In the mean time, the patient's work capacity was entirely lost, he was 2<sup>nd</sup> degree medically retired, also recognized as disabled person with 2<sup>nd</sup> degree of handicap.

C 47

**ROL, IMPLICAȚIE, RESPONSABILITATE  
ÎN EXPERTIZA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ  
- STUDIU STATISTIC EFECTUAT  
PE PACIENȚI DEPRESIVI EXPERTIZAȚI  
ÎN PERIOADA 2007–2008  
ÎN MUNICIPIUL SIBIU**

*Tatiana Ghițescu\*\**, *G. Talău\*\**,  
*M.D. Nicoară\*\**, *I. Pascal\*\**

\* OEM Sibiu, \*\* Spitalul de Psihiatrie Sibiu

Scriind despre expertiza capacității de muncă și rolul expertului în câmpul medical și social, ar trebui să te aventurezi în multe discipline în care de cele mai multe ori nu ai o experiență directă. În munca de expertiză trebuie să te bazezi pe experiența și sfatul colegilor și, în baza unor metaanalize a datelor, să stabilești deficitul funcțional – incapacitate adaptivă exprimată procentual și gradual.

În mod evident, expertiza capacității de muncă este o orientare multi și interdisciplinară ce constă în examinarea medicală, confruntarea diagnosticului cu realitatea clinică, verificarea autenticității documentelor medicale și nonmedicale, stabilirea severității graduale a deficitului funcțional, pe baza unor criterii clinice și paraclinice, specifice pentru fiecare aparat, precum și în precizarea măsurilor de recuperare și reintegrare a pacientului în viața socială și profesională.

Am luat în studiu depresia ca boală de importanță monumentală în evoluția omenirii. OMS compară depresia cu o epidemie care a cuprins întreaga omenire. La a 51-a sesiune a OMS s-a declarat: „Depresia a ajuns deja pe primul loc între cauzele absenteismului de la serviciu și pe locul al doilea între bolile care duc la pierderea capacității de muncă. Dacă până în 2020 nu vor fi luate măsuri corespunzătoare, depresia va paraliza întreaga viață economică a planetei.“

În SUA 25 milioane de oameni suferă de depresie, iar în Rusia depresia crește anual cu 10-15% ; în secolul 21 depresia va fi ucigașul nr. 1 al capacității adaptative. Recidiva depresiei se situează între 50 și 90%, iar catalogul anual al noilor antidepressive depășește în grosime 3 cm.

75% dintre cei depresivi s-au gândit să se sinucidă și 15–20% dintre ei au comis tentative de suicid.

Studiul efectat cuprinde pacienții depresivi expertizați în anii 2007-2008 la nivelul cabinetelor de expertiză ale județului Sibiu. Astfel, în anul 2007, s-au înregistrat 173 cazuri noi, iar în anul 2008, 164 cazuri noi. Repartizarea pe sexe în 2007 se cifrează la 72 bărbați și 101 femei, iar în anul 2008 avem 69 bărbați și 95 femei, cazuri noi.

Totodată, cercetarea subliniază necesitatea schimbării de mentalitate. În puține cuvinte încerc să atrag atenția că activitatea de expertiză a capacității de muncă trebuie să înceteze a mai fi „plămânu” ce absoarbe eșecul altor domenii de activitate și că recuperarea invalizilor trebuie privită ca o activitate de co-responsabilizare a tuturor celor implicați în reinsertia socio-profesională – lucru posibil dacă vom înțelege cu toții că cea mai mare avere a unei societăți sunt oamenii.

**ROLE, IMPLICATION, RESPONSIBILITY  
IN WORK CAPACITY - ASSESSMENT  
STATISTICAL STUDY PERFORMED  
ON EXPERTIZED PATIENTS WITH  
DEPRESSION BETWEEN 2007–2008  
IN SIBIU COUNTY**

Writing about Medical Assessment and Work Capacity Rehabilitation and the role of medical and social expert in the field, it should adventures in many disciplines which often do not have a direct experience. In expertise must rely on experience an advice of colleagues and, based on metaanalysis, establishing a functional deficit – an adaptative disability expressed percentagelly and gradually.

Obviously, Medical Assessment and Work Capacity Rehabilitation is a multi and interdisciplinary orientation consisting of medical examination, confruntation with the reality of clinical diagnosis, checking the authenticity of medical and non-medical documents, establish the gradual severity of functional deficit, based on clinical and laboratory criterias, specific to each device, as well as specifying measures of recovery and social-professional reintegratoin of the patient.

I had to study the importance of depression as a disease in the evolution of mankind. WHO compare depression with an epidemy, that swept all mankind. At the 51 st session of WHO have said: “Depression came first among the causes of absenteeism from work and ranks second among the diseases leading to loss of work capacity. If it is not taken appropriate measures until 2020, depression will paralyze the entire economic life of the planet.”

In USA, 25 million people suffer from depression and, in Rusia increased annually by 10-15%. In the 21<sup>st</sup> century, depression will be number one killer of adaptative capacity . The relapse of depression is between 50 and 90% and annual catalog of new antidepressants exceeds 3 cm in thickness. 75% of those with depression were thought to commit suicide and 15–20% of them committed suicide attempts.

The study includes evaluated depressed patients during 2007–2008 at the office of Medical Assessment and Work Capacity Rehabilitation from Sibiu County. Thus, in 2007, were recorded 173 new cases and in 2008, 164 new cases. The distribution by sex in 2007 amounts to 72 men and 101 women, and in 2008 we have 69 men and 95 women, new cases.

Also, the research highlights the need for change in attitude. The activity of Medical Assessment and Work Capacity Rehabilitation must stop “absorbing” the failures of other fields and the recovery of disabled patients should be viewed all those insolved in social and professional reintegration- which is possible if we all understand that the greatest wealth of a society are people.

## C 48

### ROLUL TRATAMENTULUI NON-FARMACOLOGIC ÎN RECUPERAREA BOLNAVIILOR CU SPONDILITĂ ANCHILOZANTĂ

Corina Oancea\*, \*\*, Simona Onofrei\*\*

\* U.M.F. „Carol Davila“ București

\*\* I.N.E.M.R.C.M. București

Medicul expert al asigurărilor sociale este un pion important în monitorizarea bolnavilor cu spondilită anchilozantă (SA). Conform legislației în vigoare, îi revine misiunea de a întocmi un plan individual de recuperare în scopul obținerii reintegrării socio-profesionale. Acest program este conceput ținând seama de recomandările medicului specialist și reactualizat periodic în funcție de starea sănătății, cu ocazia revizuirilor anuale.

Din această perspectivă, reactualizarea datelor privind abordarea bolilor cronice invalidante reprezintă o preocupare constantă în rețeaua de expertiză medicală a capacității de muncă.

În lucrarea de față ne propunem trecerea în revistă a metodelor non-farmacologice indicate în SA, în acord cu ghidurile actuale de practică.

Un grup internațional de lucru creat pentru aprofundarea problematicii referitoare la SA, ASAS (ASsessment in AS International Working Group), în colaborare cu EULAR (European League Against Rheumatism – Liga Europeană Împotriva Reumatismului) a elaborat un set de recomandări pentru tratamentul bolnavilor cu SA. Acestea au fost concepute ținând seama de opinia experților, bazată pe cercetări și experiența lor clinică și în concordanță cu nivelul de evidență regăsit în literatura medicală internațională.

Specialiștii au fost de acord că este esențială abordarea terapeutică complexă, care să includă pe lângă tratamentul medicamentos și tratamentul non-farmacologic.

Tratamentul igienico-dietetic ia în considerare caracterul cronic al bolii și manifestările clinice și urmărește în primul rând educarea pacientului.

Kinetoterapia este elementul cheie în prevenirea deformărilor și are drept obiective păstrarea unei posturi corecte, ameliorarea funcționalității, iar pe termen lung evitarea rigidizării

coloanei într-o poziție vicioasă, menținerea mobilității articulare și a parametrilor funcției respiratorii în limite fiziologice.

Fizioterapia reprezintă și ea o parte esențială în managementul bolii, în principal cu rol antalgic și decontracturant.

Tratamentul balnear este de asemenea benefic, în formele stabilizate ale bolii, pacienții cu SA din România având acces la o bogată rețea de stațiuni balneoclimatice. Acesta presupune atât băi generale în ape minerale cât și reeducarea în piscină sau curele heliomarine.

#### **THE ROLE OF NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS**

The social insurance physician plays an important role in monitoring patients with ankylosing spondylitis (AS). According to the actual legislation, he has the mission to develop an individual rehabilitation program in order to obtain the social and professional reintegration of the insured. This program takes into account the specialist's recommendations and is updated periodically during annual revisions.

From this perspective, updating the knowledge on the management of chronic disabling diseases represents a constant preoccupation in the network of social insurance medicine.

In this work we propose a review of non-pharmacological methods indicated in AS, accordingly to current practice guidelines.

An international working group created for the purpose of developing the management of AS (ASAS), in collaboration with EULAR (European League Against Rheumatism) have elaborated evidence based recommendations for the treatment of patients with SA. The recommendations were developed taking into account experts' opinion based on research and clinical experience and the level of evidence found in the international medical literature.

The specialists agreed that a complex approach to the disease management is essential and must include both pharmacological and non-pharmacological treatment.

Hygienic and dietetic treatment takes into account the chronic character of the disease and

its clinical manifestations, meaning in the first place, the patient education.

Kinotherapy is the key point in prevention of deformations and its objectives are: maintain a correct posture, improve functionality and in long term, avoid of the column rigidity in abnormal positions, maintain joint mobility and respiratory parameters within physiological limits.

Physiotherapy represents also an essential part in the disease management, in principal, having an analgesic and decontracturant effect.

Spa treatment has shown some benefits in well-stabilized forms of the disease. In Romania, patients with AS have access to a rich network of balneary and climatic resorts. The treatment includes mineral water baths, swimming pool exercises or thalassotherapy.

### **COMUNICĂRI ȘTIINȚIFICE / SCIENTIFIC SESSION**

**Sâmbătă, 3 octombrie 2009  
Saturday 3<sup>rd</sup> of October 2009  
Orele 11.15–13.15**

**Moderatori, Chairpersons:  
Conf. Dr. D. Gherman  
Asist. Univ. Dr. D.L. Tudorache**

**C 49**

#### **MIOTONIA CONGENITALĂ THOMSEN, AFECȚIUNE POTENȚIAL INVALIDANTĂ**

*Sanda Gearavela\*, Roxana Chiricioaia\**

*\* Institutul Național de Expertiză Medicală  
și Recuperare a Capacității De Muncă*

Miotonia congenitală Thomsen este o afecțiune a musculaturii scheletice caracterizată prin miotonie, hipertrofie musculară și transmitere autosomal dominantă. Contractia musculară susținută afectează majoritatea musculaturii voluntare, dar hipertrofia este evidentă în special la musculatura trunchiului și membrilor. Deși evoluția bolii este în general ușoară sau moderată există și forme severe, contractia musculară prelungită incluzând un număr important de mușchi în așa măsură încât mersul, sau

posibilitatea de a efectua anumite mișcări legate de activitățile zilnice casnice, sau de la locul de muncă să fie afectate, ducând la apariția unor dizabilități ce fac ca desfășurarea activității să fie fragmentată, uneori imposibil de finalizat și chiar periculoasă pentru cel care o desfășoară sau pentru cei cu care interacționează în procesul de producție. Complexitatea și variabilitatea manifestărilor bolii, posibilitățile reduse de adaptare a unui loc de muncă, limitează adresabilitatea acestor bolnavi către un anumit loc de muncă, durata programului de lucru. Pentru unii dintre ei afecțiunea devine parțial sau total invalidantă necesitând pensionarea, tratamentul fiind suportiv, cu o eficiență terapeutică variabilă. Prezentăm cazul unui pacient diagnosticat cu miotonie congenitală Thomsen, în urmă cu 4 ani, cu o formă de boală cu evoluție moderată spre severă, pensionat pe caz de boală. Pacientul este un bărbat de 42 ani de profesie lăcătuș mecanic, cu o vechime în muncă de aproximativ 20 ani, având un aspect pseudo-atletic, ale cărui acuze constante constau în contracții musculare prelungite, nedureroase, urmate de decontractii lente, fatigabilitate musculară, senzație de înțepătură la nivelul grupelor musculare hipertrofiate (musculatura regiunii nucale, musculatura trunchiului și membrelor) cu debut aproximativ la 19 ani. În familie mai există 3 persoane cu aceeași afecțiune. Obiectiv – forța musculară normală (MMT-5), reacție miotonică prezentă, afectare musculară în timpul exercițiului (BorgCR10-7; TST > 20”), contracții prelungite, slăbiciune musculară (MIRS III). Am considerat că boala evoluează de mult timp, cu afectare importantă a musculaturii, cu imposibilitatea adaptării la cerințele fizice ale unui loc de muncă corespunzător calificării, cu pierderea totală a capacității de muncă și încadrare în gradul doi de invaliditate.

#### **MYOTON CONGENITAL THOMSEN, POTENTIALLY DISABLED DISEASE**

Myoton congenital Thomsen disease is a disease of skeletal muscle characterized by myotonia, muscular hypertrophy and dominant inheritance. The persistent contraction involves most of the voluntary muscles but the hypertrophy is marked in the limbs and trunk. Although

the course of the disease is mild or moderate, there are some severe cases, when the attempts to walk or performing some activities related to home or work management are difficult. In fact the work will be fragmented, some times impossible to finalize and even dangerous for him or for those surrounding him. The complexity and variability of the disease, the reduced possibilities to transform a work place according to his disability, limited the main addressability of these patients for a work place, and also the work schedule. For most of them the disease will create partial or total disabilities and will be retired. We present a case of young male diagnosed 4 years ago with myotonia congenital and who was retired. The disease begins when he was 19 years old and family history reveals that another 3 members have the same disease. His principal complaints are tonic, prolonged, painless muscular spasm after forceful voluntary contraction, a pinching-aching sensation in the overactive muscle, fatigue. On physical examination There was a diffuse hypertrophy of the musculature, well proportioned and symmetric stiffness. Percussion myotonia was present, muscular strength was normal (MMT-5), the degree of heaviness and strain experienced in physical work was strong (BorgCR10-7), Timed-Stands Test (TST) was prolonged, and muscular impairments was distally (MIRS III), so, we considered that the disease has a long term evolution, with important disability.

**C 50**

#### **MODIFICĂRI HIDRO-ELECTROLITICE ÎN ENCEFALOPATIA HEPATICĂ**

*Roxana Chiricioaia*

Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare  
a Capacității De Muncă

Encefalopatia hepatică reprezintă un sindrom neuropsihic potențial reversibil sau progresiv, caracterizat prin modificări comportamentale, de personalitate și ale funcțiilor cognitive precum și prin simptome neurologice și aspecte electroencefalografice caracteristice asociate insuficienței hepatice acute sau cronice. Apariția manifestărilor specifice encefalopatiei

hepatice la un pacient cu ciroza anterior stabilă, este, de obicei, secundară prezenței unui factor precipitant.

Modificările hidroelectrolitice la pacienții cu boli hepatice cronice sunt premergătoare apariției simptomelor encefalopatiei ca urmare a multiplelor transformări adaptative cardiovasculare și renale, afectarea axei renin-aldosteron contribuind nu numai la retenția de lichide și la întreținerea circulației hiperdinamice cât și la alterarea funcției renale. Apariția hiponatremiei, în special la pacienții cu ascită și la cei care iau diuretice, a fost asociată cu instalarea sindromului hepatorenal, a ascitei refractare și a encefalopatiei hepatice. Guevara et al au emis ipoteza conform căreia hiponatremia ar scădea concentrația de mioinozitol, ca urmare a hipoosmolarității lichidului extracelular, cu agravarea edemului cerebral. Pe de altă parte, corectarea rapidă a hiponatremiei poate da naștere leziunilor demielinizante cerebrale cu consecințe intens invalidante și chiar fatale.

Hipopotasemia poate precipita apariția encefalopatiei hepatice prin alterarea barierei hematoencefalice și prin favorizarea creșterii amoniemiei. La bolnavii cu encefalopatie hepatică pot exista oricare din modificările echilibrului acido bazic, cea mai frecvent întâlnită fiind alcaloza respiratorie cu alcaloza metabolică. Alcaloza metabolică este de obicei asociată cu hipopotasiemia care poate induce/agrava alcaloza metabolică prin diferite mecanisme. În concluzie se poate spune că apariția modificărilor hidroelectrolitice în encefalopatia hepatică poate fi factor determinant sau agravant al acesteia, menținerea unei balanțe hidroelectrolitice adecvate putând preveni apariția manifestărilor encefalopatiei, sau, în cazul în care acestea deja s-au instalat, reechilibrarea hidroelectrolitică poate influența prognosticul.

## **ELECTROLYTE CHANGES IN HEPATIC ENCEPHALOPATHY**

Hepatic encephalopathy is a potentially reversible, or progressive, neuropsychiatric syndrome characterized by behavioral changes, personality and cognitive functions and, also are characterized by neurological symptoms with an electroencephalographic patterns associated with acute and chronic liver failure. The occurrence of specific events of acute encephalopathy symptoms in a patient with previously stable cirrhosis usually is secondary to a precipitating factor. Electrolyte changes in patients with chronic liver disease symptoms are usually present before the encephalopathy develops, as a result of multiple abnormalities in their cardiovascular and renal systems. The renin-aldosterone axis is remarkably altered, and this contributes not only to the retention of fluid and the hyperdynamic state, but also to renal dysfunction. The development of hyponatremia, especially in patients with ascites who are also taking diuretics was associated with a greater likelihood of hepatorenal syndrome, refractory ascites and hepatic encephalopathy. Guevara et al have hypothesized that hyponatremia decreased the concentration of myo-inositol from brain cells leading to brain edema; these changes are a result of hypo-osmolality of the extracellular fluid. On the other hand excessive correction could be followed by the occurrence of brain demyelinating lesions with major disability or fatal consequences. Is well known that hypokalemia precipitates hepatic encephalopathy by increasing ammonia genesis and by alteration of blood brain barrier permeability. Any of acid - base abnormality can be present in hepatic encephalopathy. The most common of them is the mixed respiratory and metabolic alkalosis. Usually, metabolic alkalosis is associated with hypokalemia which can induce/aggravate the metabolic alkalosis by different mechanisms. Finally we can say that development of acid - base and electrolytic abnormalities is a determinant or agravant factor in hepatic encephalopathy, maintaining an appropriate balance and which could prevent, or reverse hepatic encephalopathy symptoms.



**C 51****SISTEME DE CUANTIFICARE  
A DEFICIENȚEI LOCOMOTORII –  
EVALUAREA CONFORTULUI  
LA PURTAREA ÎNCĂLȚĂMINTEI**

*Maria-Magdalena Ciuvică, Despina Gherman,  
Doina-Lăcrămioara Tudorache*  
U.M.F. „Carol Davila“ București, N.E.M.R.C.M. București

Piciorul dureros este un simptom relativ frecvent întâlnit în practica clinică și se însoțește, de regulă de disfuncții mecanice, fenomene inflamatorii sau degenerative. Este larg acceptată opinia conform căreia abordarea terapeutică adecvată a piciorului patologic (de cauză locală sau în cadrul unei afecțiuni sistemice) este *multidisciplinară*, intervențiile necesare putând varia de la tratamentul farmacologic la intervenția chirurgicală, inclusiv dispozitive ortopedice sau încălțăminte specială.

Tratamentul ortopedic este o componentă importantă a strategiei terapeutice în cazul piciorului patologic. Tratamentul ortopedic, corect indicat și condus poate restabili funcționalitatea, poate limita simptomele și preveni agravarea, toate acestea ducând la ameliorarea mobilității și a capacității locomotorii. În acest sens, proiectarea și producerea unor tipuri de încălțăminte specială devine obiectiv esențial pentru rezolvarea necesităților piciorului patologic.

Atât deficiența locomotorie cât și percepția confortului la purtarea încălțăminte pot fi evaluate pe baza unor scale, scoruri, indici și chestionare.

**QUANTIFICATION SYSTEMS FOR THE  
LOCOMOTION DEFICIENCY AND  
FOOTWEAR COMFORT**

Foot pain is a common symptom in clinical practice and it is usually accompanied by mechanical dysfunctions, degeneration and inflammation. In general, a multidisciplinary approach to treatment is best and a range of treatments from surgery to orthoses and special footwear is required.

Orthopaedic treatment is a major part of the strategy concerning foot disability. When appropriate it can relieve the symptoms, prevent

worsening and restore functional capacity and improve mobility. Designing and producing special footwear is an essential goal in foot problems management.

Both dysfunction due to foot pathology and the comfort perception in using special footwear can be measured by using scales, indexes, scores and questionnaires.

**C 52****PREVALENȚA TROMBOCITOPENIEI  
LA PACIENȚII CU HEPATITĂ B ȘI C**

*Roxana Mirică*

U.M.F. „Carol Davila“ București,  
I.N.E.M.R.C.M. București

Trombocitopenia reprezintă una din manifestările extrahepatice ale infecțiilor cronice, chiar și în absența cirozei. Studii efectuate au arătat prezența trombocitopeniei la pacienții cu hepatită cronică virală B și C.

**THE PREVALENCE OF  
THROMBOCYTOPENIA IN PATIENTS  
WITH CHRONIC HEPATITIS B AND C**

Thrombocytopenia is a relatively common extrahepatic manifestation of chronic hepatitis, even in the absence of cirrhosis. Some studies highlighted the presence of thrombocytopenia in patients with chronic viral hepatitis B and C.

**C 53****INFLUENȚA TEMPERAMENTULUI  
ASUPRA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ**

*Anicuța Cernamoriți*

I.N.E.M.R.C.M. București

Temperamentul ca subsistem dinamic – energetic al personalității se manifestă de timpuriu și se exprimă pregnant în conduită și comportament, se exprimă în particularități ale activității intelectuale și a afectivității, cât și în comportamentul exterior: limbaj, motricitate și conduită.

La nivelul sistemului de personalitate, temperamentul reprezintă latura formală, ce ține de stilul omului de a fi și de a se comporta. El nu

determină conținuturile vieții psihice, dar își pune amprenta asupra modului lor de realizare, asupra conduitei.

Plecând de la cele 4 tipuri de temperament se constată:

- tipul sangvinic (al buneii dispoziții) este vesel, optimist, are ca notă dominantă mobilitatea, rapiditatea reacțiilor. În plan emoțional se manifestă printr-o efervescentă emoțională, cu stări afective ce se succed cu rapiditate, cu o anumită superficialitate. Intelectual prezintă productivitate în activitățile de scurtă durată, are flexibilitate și mobilitate, dar își fixează cu dificultate scopurile. Se antrenează ușor în activitate, dar nu finalizează ceea ce începe;
- tipul flegmatic (apatic) caracterizat prin inerție. Este din punct de vedere emoțional, sub aparentă indiferență, capabil de trăiri afective puternice și durabile. Are o capacitate mare de muncă, se angajează mai greu în activitate dar este tenace, meticolos în tot ce face, preferând activitățile individuale. În plan intelectual se caracterizează prin răbdare.
- tipul coleric (irascibil) caracterizat prin treceri de la o extremă la alta, este energetic, neliniștit, impulsiv uneori. Posedă sentimente intense dar de scurtă durată, cu înclinații spre exagerări. Din punctul de vedere al activității este rezistent, dar are o capacitate de muncă fluctuantă, cu ascensiuni și derapaje, cu entuziasm și decepții.
- tipul melancolic (trist) este caracterizat printr-un tonus scăzut. Este hipersensibil, cu trăiri afective intense pe durate lungi de timp, la care apar în caz de suprasolicitare blocajele. Posedă o productivitate bună la muncile migăloase. În activitate se angajează cu toată puterea sa, este perseverent, dar are tendința de a se descuraja și subaprecia datorită lipsei încrederii în sine.

Din punct de vedere psihologic fiecare temperament prezintă aspecte și pozitive și negative dar manifestarea acestora depinde de interese, aptitudini, motivație și în special de caracter.

## THE INFLUENCE OF TEMPERAMENT ON WORK CAPACITY

Temperament, as dynamic and energetic subsystem of the personality, manifests early, is expressed by the conduct and behaviour in particularities of the intellectual activity, also in the external behaviour: language, motor skills and conduct.

At the system level of personality, temperament is the formal side, which is dependent of the nature of each one and behaviour. It does not determine the content of the psychic life, but it influence the manner of performance and conducting.

From these 4 types of temperament, we find:

- The sanguine type is cheerful, optimistic; his dominant notes are mobility and speed of reaction. In emotional terms he manifest by effervescent emotions, with affective estates which succeed quickly and superficiality. Of intellectual viewpoint, he is very productive in the short-term activities, flexible and mobile but fixes the objectives with difficulties. He participates easily at action but he doesn't finish what he starts.
- Inertia characterizes the phlegmatic type. From emotional point of view, he is apparently indifferent, able to strong and durable affective estates. He has a great capacity for work, undertakes more difficult to an activity but he is tenacious, meticulous and prefer individual activities. On intellectual plan, he is characterized by patience.
- The choleric type is characterized by transitions from one extreme to another; he is full of energy, restless, and sometimes impulsive. He has strong feelings but for short time and he has the tendency to exaggerate. In terms of activity, he is resistant but he has a variable work capacity, with ups and downs, enthusiasms and deceptions.
- The melancholic type is characterized by low tonus. He is hyper sensitive, with strong and durable affective estates, but

he can block in case of over solicitations. He is good in painstaking work. He works hard, perseveres but he has the tendency to discourage and to under appreciate himself due to lack of self confidence.

From a psychological standpoint, each temperament has positive and negative aspects but their manifestations depend on interests, aptitudes, motivations, and above all, character.

### C 54

## ETILISMUL CRONIC – BOALĂ INVALIDANTĂ, IMPLICAȚII PSIHOLOGICE

*Mihaela Iuliana Dumitru*

I.N.E.M.R.C.M.

Activitatea de evaluare a capacității de muncă în cadrul I.N.E.M.R.C.M. ne-a confruntat cu numeroase boli invalidante datorate etilismului cronic, frecvența lor fiind într-o creștere semnificativă, în ultimii ani.

Fenomen larg răspândit, consumul cronic și abuziv de alcool este practic imposibil de evaluat statistic, deoarece doar o parte din consumatori intră în circuitul medical, de regulă atunci când tulburările psihice și/sau somatice ale alcoolismului, ating o intensitate patologică.

Impactul alcoolismului asupra invalidității este în continuă creștere, situație constantă în special la nivelul pacienților de sex masculin [cca 70%]. În multe cazuri, diagnosticul clinic formulat în teren nu este corelat cu abuzul de alcool, din cauza unor reticente privind “eticheta” de alcoolic cronic, dar mai ales din cauza minimalizării, nerecunoașterii sau negării vehemente a consumului cronic și abuziv de către pacienții respectivi.

Problema majoră de sănătate publică, etilismul cronic are consecințe nefaste asupra individului la nivel psihic, somatic și relațional, cu multiple implicații posibile în domeniul infraționalității, accidentelor rutiere, a violenței intrafamiliale. În acest fel, consumatorul cronic de alcool este nu numai propria victimă, ci și un potențial pericol pentru cei din jur, care pot deveni victimele unor comportamente hetero-

agresive, datorate deficitului de autocontrol și autocenzură, manifestări specifice comportamentului toxicofil.

Tabloul consecințelor consumului de alcool se evidențiază prin ieșirea din circuitul vieții active, adesea premature, diminuarea veniturilor, pierderea sentimentului utilității sociale, alterarea relațiilor familiale, reducerea surselor și rolului rețelei de suport social.

Apreciez că invalidarea prin alcoolismul cronic este cu atât mai gravă cu cât ea presupune o participare activă a etilicului în actul consumului excesiv de alcool, o anume responsabilitate în “a-și face rău sieși”. Chiar dacă etilicul cronic este o persoană bolnavă, asupra lui planează stigmatizarea socială, atitudinea de respingere și condamnare morală de către cei din jur, marginalizarea.

Având în vedere frecvența etilismului cronic și importantul său potențial invalidant, lucrarea de față își dorește să evidențieze și să studieze aspectele psihologice ale alcoolismului cronic aflat în stare de invaliditate, și surprinderea unor particularități legate de fenomenul invalidității și de asumarea statutului de invalid.

## CHRONIC ALCOHOLISM – DISABLED DISEASE PSYCHOLOGICAL IMPLICATIONS

Assessing to work capacity in the National Institute of Medical Assessment and Work Capacity Rehabilitation, we have faced with a lot of disabled diseases due to chronic alcoholism, their frequency being in a significant increase, in the last year.

Widespread, chronic and abusive consumption of alcohol is practically impossible to evaluate statistically, because only part of the consumers enter the medical stream, usually when mental disorders and / or somatic of alcoholism, reach a pathological intensity.

Impact of Alcohol on disability is growing, especially in the constant situation of male patients [about 70%]. In many cases, clinical diagnosis made in the field is not related to alcohol abuse, reluctant because of the „label“ chronic alcoholics, especially due minimize, non-recognition or vehement denial of chronic and abusive use by these patients.

Major public health problem, chronic alcoholism has adverse consequences on the individual level psychological, somatic and relational, with many possible implications in the field of crime, accidents, violence intrafamilial. In this way, chronic alcohol consumer is not only his own victim, but also a potential danger to others who may become victims of heteroagresive behavior due to lack of self-control and self-censorship, specific events toxicofil behavior.

Consequences of alcohol consumption picture shows the output of the circuit of active life, often premature, reducing revenue, loss of sense of social utility, altered family relationships, reducing the sources and the role of social support network.

I appreciate that the invalidation by chronic alcoholism is the more serious the more it requires active participation in the act of alcohol abuse, a certain responsibility to „to harm himself. Even if a person is suffering of a chronically ill, due to alcohol, the stigma surrounding his social, moral attitudes of rejection and condemnation by others, marginalization.

Given the frequency and importance or potential of disability of chronic alcoholism, this work wants to highlight and explore the psychological aspects of chronic alcoholic in the state of disability, and the surprise of features related to the phenomenon of disability and becoming a disabled person.

## COMUNICĂRI ȘTIINȚIFICE / SCIENTIFIC SESSION

**Sâmbătă, 3 octombrie 2009**  
**Saturday 3<sup>rd</sup> of October 2009**  
**Orele 13.30–15.30**

**Moderatori, Chairpersons:**  
*Asist. Univ. Dr. Corina Oancea*  
*Asist. Univ. Dr. Roxana Mirică*

**C 55**

### **CONTRIBUȚII ASUPRA EFECTULUI MEDICAMENTELOR HOMEOPATICE ASOCIATE CHIMIOTERAPIEI LA PACIENȚII CU CANCER COLORECTAL OPERAT**

*Ileana Rîndașu*

I.N.E.M.R.C.M. București

Autoarea a studiat evoluția unor cazuri de cancer colo-rectal operat, din punctul de vedere al calității vieții, prin asocierea tratamentului homeopatic la tratamentul clasic medico-chirurgical.

Au fost investigați un număr de 102 pacienți în stadiile 1, 2 și 3, în perioada ianuarie 2006- septembrie 2009, cărora li s-a administrat, pe lângă tratamentul clasic medico-chirurgical și un tratament homeopatic constând din Thuja și Carcinosin.

Un grup de 7 pacienți cu cancer colo-rectal aflați în stadiul 4 au primit ca tratament asociat la chimioterapie remediile *Chelidonium majus* și *Carcinosin*, fiind urmăriți separat, în aceeași perioadă de timp.

În timpul curelor de chimioterapie, toți pacienții au primit și un tratament asociat cu drenor hepatic (formula 33 *Plantextrakt*).

Starea generală a pacienților s-a ameliorat în majoritatea cazurilor, la pacienții aflați în stadiile 1, 2 și 3, dar nu a influențat durata de supraviețuire a bolnavilor aflați în stadiul 4.

Atitudinea terapeutică bazată pe studiul cazuisticii menționate este în favoarea asocierii tratamentului homeopatic la tratamentul clasic medico-chirurgical care a ameliorat calitatea vieții și a diminuat efectele adverse ale chimioterapiei.

**CONTRIBUTIONS REGARDING THE  
EFFECT OF HOMEOPATHIC REMEDIES  
ASSOCIATED TO CHEMOTHERAPY  
IN PATIENTS WITH OPERATED  
COLORECTAL CANCER**

The author analyzed several cases of colorectal cancer, one of the most important causes of death cases in developed countries, from the viewpoint of improving the quality of life through homoeopathic treatment associated with traditional medico-surgical treatment.

A number of 102 patients in stages 1-3 were investigated during January 2006-September 2009, to whom, besides classical medico-surgical treatment, *Thuja* and *Carcinosin*, as homeopathic therapy were administered. A smaller group of 7 patients in stage 4 received *Chelidonium majus* and *Carcinosin*, associated to chemotherapy and were investigated separately, in the same period of time. During chemotherapy, all the patients received also a drainage therapy with *Chelidonium majus*, *Taraxacum officinalis*, *Carduus marianus*, *Solidago virgaurea*, *Berberis vulgaris* (formula 33 Plantextract).

The general state of patients was modified by improving the health status in the majority of the patients in stages 1, 2 and 3, but did not influence the survival rate in the patients of stage 4. The therapeutic attitude based on the studied casuistic is in favour of homeopathic treatment associated to the classical medical-surgical treatment, which provides important benefits for patients suffering from colorectal neoplasm, regarding quality of life and better tolerance of chemotherapy.

C 56

**ABORDAREA TERAPIEI COGNITIV-  
COMPORTAMENTALĂ ÎN TULBURAREA  
DE PANICĂ CU AGORAFOBIE -  
STUDIU DE CAZ**

*Anicuța Cernamoriți*  
I.N.E.M.R.C.M. București

Intervenția psihoterapeutică are ca scop modificarea unor aspecte psihologice invalidante, implicate în profilaxia și tratamentul unor afecțiuni psihice.

Atacurile de panică apar în diferite tulburări anxioase și este un atac neașteptat de teamă intensă și anxietate. Există 3 tipuri caracteristice:

- atacuri de panică inexpectate (ne-semnalizate)
- atacuri de panică circumscrise (semnalizate) situațional
- atacuri de panică predispușe situațional

Agorafobia = teama de spații deschise, dar și de a intra în magazine, de mulțimi și locuri publice etc. Atacurile de panică sunt o caracteristică comună a agorafobiei. Panica cu agorafobie se caracterizează atât prin atacuri de panică recurente inexpectate, cât și prin agorafobie.

Terapia cognitiv-comportamentală se bazează pe următoarele principii:

- tulburările psihice sunt rezultatul unor răspunsuri dezadaptative învățate și susținute de cogniții disfuncționale;
- factorii ce sunt implicați în apariția cognițiilor disfuncționale sunt influențele genetice dar și de mediu;
- modalitatea prin care se pot reduce aceste manifestări comportamentale este restructurarea gândirii disfuncționale;
- cognițiile disfuncționale pot fi identificate și modificate, aceasta acțiune implicând efort și perseverență din partea pacientului.

Plecând de la aceste principii s-a dezvoltat modelul ABC, unde:

- **A** – evenimentul activator reprezentat de: situații obiective, gânduri, emoții și comportamente legate de acel eveniment, sau evenimente, gânduri și amintiri legate de situația actuală. Acesta implică toată personalitatea individului;
- **B** – convingerile (cognițiile sau credințele) persoanei. Acestea se interpun între evenimentul activator (A) și consecințele comportamentale (C). Acestea nu sunt doar declanșate de A, ci mediază și modul de percepere și reprezentare a lui A;
- **C** – consecințele interpretării elementului activator ce se manifestă prin răspunsuri comportamentale.

La acestea se mai adaugă:

- **D** – restructurarea cognițiilor disfuncționale și iraționale;
- **E** – asimilarea unor cogniții eficiente, funcționale și raționale.

M.O., 54 ani, inginer mecanic, pensie de invaliditate gr.III de 4 ani, căsătorită, fără copii, AHC – ne semnificative, APP – ne semnificative, prima internare în urmă cu 3 ani, simptome prezente: senzația de „cap greu”; amețeli; tremor; senzația de derealizare; frica că își va pierde controlul, frica de a nu muri de un AVC. Atacurile aveau o durată de 10–15 min. și o frecvență de 1 pe săptămână. Sub tratament psihiatric a scăzut frecvența, dar temerile iraționale persistând. A început să evite toate situațiile care îi puteau declanșa atacuri.

Intervenția terapeutică pe baza tehnicilor cognitiv – comportamentale a urmărit modificarea cognițiilor și comportamentelor care susțineau simptomatologia. S-au utilizat tehnici de restructurare cognitivă ce vizau modificarea gândurilor distorsionate, precum și tehnici comportamentale de desensibilizare. Ședintele au fost în număr de 15 și au fost efectuate atât în perioada internării în Institut, cât și în regim ambulatoriu. În prezent pacienta se află în perioada de monitorizare în vederea prevenirii recăderilor.

#### **THE APPROACH OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN PANIC DISORDER ASSOCIATED WITH AGORAPHOBIA – CASE REPORT**

Psychotherapeutic intervention aims to change debilitating psychological issues involved in prevention and treatment of psychiatric disorders.

Panic attack occurred in various anxiety disorders and was defined as an unexpected attack of intense fear and anxiety

Panic attacks are a common feature of agoraphobia.

Panic with agoraphobia is characterized both by inexpectate recurrent panic attacks and the agoraphobia

Cognitive-behavioral therapy is based on the following principles:

- psychiatric disorders are the result of deadaptive learned responses and supported by dysfunctional cognition

- factors involved in the emergence of dysfunctional cognition are genetic and environmental

- how we can reduce the behavioral symptoms is dysfunctional thoughts restructuring

- dysfunctional thoughts can be identified and modified, involving effort and persistence of the patient

Starting from these principles the ABC model was developed:

- **A** – Activator event represented by: objective situation, thoughts, emotions and behaviors related to the event, memories of the current situation. It involves the whole personality of the individual.

- **B** – person's **B**elief (cognition or beliefs). They are interposed between the trigger event (**A**) and behavioral consequences (**C**). These are not just triggered by **A**, but also mediate the modality of perception and representation of **A**.

- **C** – Consequences of interpreting the active item which is manifested by behavioral responses.

To these we may add:

- **D** – restructuring of dysfunctional and irrational cognition

- **E** – uptake of effective, functional and rational cognition

M.O., 54 years old, mechanical engineer, receiving 3<sup>rd</sup> degree of invalidity pension for 4 years, married, no children, first hospitalization 3 years ago. The attacks had a duration of 10–15 min. and a frequency of 1 per week. Under psychiatric treatment, frequency decreased but irrational fears persisted. She began to avoid all situations which could trigger attacks.

Therapeutic intervention based on cognitive-behavioral techniques have pursued changing cognition and behavior who claimed symptoms. We used techniques of cognitive restructuring plans involving change of distorted thoughts as well as behavior techniques of desensitization. There were 15 meetings, made both during admission in the Institute and in outpatient treatment. At the present, the patient is monitored in order to prevent relapse.

C 57

**GRADUL DE AFECTARE ȘI RECUPERARE  
A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ LA  
PACIENȚII CU AFECȚIUNI  
PARODONTALE MARGINALE PROFUNDE**

*Tiberius Gabriel Stănoiu,  
Andreea Magdalena Curăvale*

Serviciul Chirurgie BMF, CMDTA și Medicină Preventivă  
București

Aspectul estetic și funcțional dentar este extrem de important în relațiile interumane, o serie de profesii depinzând de acesta.

Modificările acestui aspect apar în leziunile profunde ale parodontiului marginal dentar, aducând cu sine o serie de tulburări morfo-funcționale și afectează buna desfășurare a diverselor profesii ce depind în mare măsură de contactul interuman: funcționari în bancă, actori, persoane publice etc.

Aceste afecțiuni parodontale marginale se pot rezolva chirurgical prin procedee moderne de regenerare fisulară ghidată (GTR – guided tissue regeneration) care urmăresc remodelarea osoasă prin adăugare de biomateriale și folosirea membranelor de colagen resorbabile, reducând substanțial deficitul osos concomitent cu ameliorarea funcțiilor afectate.

**THE AFFECTATION DEGREE AND  
WORK CAPACITY REHABILITATION IN  
THE CASE OF PATIENTS HAVING DEEP  
EDGE PARADONTAL AFFECTATIONS**

The dental aesthetic and functional aspect is extremely important into the inter-human relationships, many professions being related to it.

The modifications of this aspect occur in the deep edge parodontal wounds, bringing a series of morfo-functional troubles, affecting a good unfolding of many professions depending main by of a interhuman contact: office bank workers, actors, public entity etc.

This edge parodontotics affections could be solved by surgery using modern procedures for tissue regeneration, such as GTR (guided tissue regeneration) which pursue the bone remodelling by biomaterial addition and resorbable membranes utilization, in this way reducing substantially the bone deficit simultaneously with affected functions improvement.

C 58

**RELAȚIA BOALĂ – ACTIVITATE  
PROFESIONALĂ ÎN SPONDILITA  
ANCHILOZANTĂ**

*Corina Oancea, Maria Magdalena Ciuvică*  
U.M.F. „Carol Davila” București, I.N.E.M.R.C.M. București

Spondilita anchilozantă (SA) are un important impact socio-profesional prin evoluția îndelungată și caracterul invalidant.

Costul social al SA este mare, cheltuielile fiind atât directe, determinate de îngrijirile medicale propriu-zise cât și indirecte derivate din incapacitatea temporară sau permanentă de muncă.

Consecințele pe care SA le poate avea pe plan profesional pot fi de mai multe tipuri, în funcție de forma de boală, caracteristicile individuale și ale locului de muncă.

SA este o boală reumatică cronică în care coloana vertebrală este afectată cu predilecție. Activitatea profesională care implică un efort musculo-scheletic poate determina apariția lombalgiei chiar în lipsa unei patologii vertebrale. Prezența simultană a celor două condiții poate face ca lombalgia să împiedice continuarea unei activități. În acest caz, informarea asupra posturilor ergonomice, școala spatelui reprezintă primul pas spre o mai bună adaptare la solicitările fizice impuse de locul de muncă.

Dintre factorii subiectivi, pot fi incriminați: toleranța la durere, atitudinea față de boală, motivația pentru muncă. S-a observat că atitudinea pozitivă față de boală se corelează cu o mai bună inserție profesională. De asemenea, sarcinile familiale (familii mari, copii în întreținere), implică necesitatea unui venit mai mare și îi motivează să aibă o activitate salarială.

Există și posibilitatea ca pe afecțiunea reumatismală preexistentă, în urma unei susceptibilități crescute, să se grezeze o patologie osteoarticulară de origine profesională. Astfel că se va căuta sistematic o eventuală expunere profesională. Acest demers stă și la baza stabilirii contraindicațiilor de loc de muncă.

Ambianța psiho-socială poate și ea să interfereze cu motivația pentru muncă. Durerea cronică, care însoțește puseele de activitate, limitează bolnavii cu SA în efectuarea

operațiunilor solicitante din punct de vedere fizic. În acest context, înțelegerea din partea șefilor/colegilor este esențială pentru rămânerea în câmpul muncii. Condițiile, eventualele adaptări ale locului de muncă sunt la fel de importante.

#### **THE RELATIONSHIP BETWEEN DISEASE AND OCCUPATION IN ANKYLOSING SPONDYLITIS**

Ankylosing spondylitis (AS) has an important social and professional impact because of its chronic evolution and disabling character.

The social cost of SA is high; the expenses are direct, given by medical care or indirect, determined by short-term or long-term incapacity for work.

The consequences that SA may have on the professional can be of several types, depending on the disease form, individual characteristics and at the workplace.

SA is a chronic rheumatic disease in which the spine is mainly involved. Work that requires a musculoskeletal effort can determine back pain, even in the absence of a spinal pathology. The simultaneous presence of both conditions can make back pain preventing from continuing the activity. In this case, information on ergonomic postures, back school represents the first step towards a better adaptation to the job physical demands.

Among the subjective factors that may be involved, we mention: pain tolerance, coping with the disease, motivation to work. Several studies reported a positive correlation between positive coping with the disease and being employed. Family responsibilities, also, (large families, underage children) need more income and provide motivation for a paid job.

There is also the possibility of adding on the existing rheumatic disease, which increases susceptibility, an occupational musculoskeletal disease. Therefore, we will systematically seek a possible occupational exposure. This is the basis for the establishment of workplaces recommendations.

The psychological and social environment may also interfere with motivation to work. Chronic pain, which occurs in bursts of activity induced in patients with SA limitations in

achieving the heavy physical manoeuvres. In this context, the support from colleagues or management is essential for participation in the labour force. Climatic factors, possible adjustments of the workplace are also important.

**C 59**

#### **EXPERIENȚA SERVICIULUI DE NEUROCHIRURGIE ARGEȘ ÎN DISCOPATIA VERTEBRALĂ LOMBARĂ – CONSIDERAȚII TERAPEUTICE ȘI IMPLICAȚII ASUPRA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ**

*Cristi Bărbulescu\**, *Mihai Popescu\*\**,  
*George Mihalache\*\**, *George Popescu\*\**,  
*Violeta. Popa\*\**, *Camelia Dinculescu\*\**

\* Serviciul de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă Argeș  
\*\* Spitalul Județean Pitești

Este un studiu comun al Serviciului Neurochirurgie Spitalul Județean și al Serviciului de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă Argeș, pe anul 2008.

Am luat în studiu un lot format din 4224 bolnavi trimiși în serviciul Neurochirurgie – Ambulatoriu, cu simptomatologie algică lombară, sindroame algoparestezice și/sau motorii, sindrom de coadă de cal, tulburări sfincteriene de cauză distală.

Sub tratament medicamentos și recuperator s-au obținut rezultate favorabile și reintegrare socio-profesională în 3509 cazuri.

În urma consultului de specialitate și a investigațiilor paraclinice – C.T. și/sau R.M.N. – au fost internați un număr de 715 bolnavi – din totalul de 1438 internări ale serviciului de neurochirurgie – și s-a practicat intervenția chirurgicală pentru HDL în 509 cazuri.

#### **THE EXPERIENCE IN LUMBAR SPINAL DISCOPATIA OF ARGES NEUROSURGERY DEPARTMENT - THERAPEUTIC CONSIDERATIONS AND IMPLICATIONS ON WORK CAPACITY**

It is a joint study of Arges Neurosurgery Department Commity Hospital and Department of Medical Assessment and Work Capacity Rehabilitation, in the year 2008.



We had to study a sample consisting of 4224 patients sent to the Neurosurgery Department – outpatient, with symptomatic lumbar pain, algoparesthetic and motor syndrome, horse tail syndrome, sphincter disorders of distal cause.

Under drug and recovery treatment were obtained suited outcomes and socio-professional reinterpretation for 3509 cases.

From the specialized consultation and laboratory investigations – CT and/or MRI, were hospitalized a number of 715 patients of a total of 1438 admissions from the Neurosurgery Department and practiced surgery for herniated lumbar disc for 509 cases.

### C 60

#### **TROMBOFILIA – O PROBLEMĂ SUBDIAGNOSTICATĂ ÎN PREZENT. PREZENTAREA UNUI CAZ INTERNAT ÎN INEMRCM**

*Mihaela Ioniță, Ani Axinte,  
Simona Cîrjaliu-Davidescu, Constantin Ciuvică*  
I.N.E.M.R.C.M. București

Trombofilia include totalitatea afecțiunilor congenitale sau dobândite asociate cu creșterea susceptibilității la tromboze.

Trombofilia poate fi primară sau ereditară și secundară sau dobândită. Trombofilia primară este o afecțiune datorată unor mutații la nivelul genelor cu rol antitrombotic. Trombofilia secundară însoțește alte boli. Numeroasele cercetări și studii clinice efectuate în ultimele decenii s-au axat în principal pe cauzele genetice și dobândite de trombofilie asociată cu tromboze venoase și anumite complicații ale sarcinii.

Trombozele pot surveni atât în teritoriul arterial (determinând sindrom coronarian acut, boală vasculară periferică, atac ischemic tranzitoriu sau accident vascular cerebral constituit), cât și în cel venos (boala tromboembolică: tromboza venoasă profundă complicată cu embolie pulmonară) și reprezintă o cauză semnificativă de morbiditate și mortalitate. Nu există un tratament specific pentru trombofilie, însă un pacient cu istoric de episoade recurente de

tromboza are indicație de anticoagulare cronică, în scop profilactic.

Deficiența funcțională este determinată de frecvența și intensitatea accidentelor trombotice, de teritoriile venoase afectate, de manifestările clinice specifice, de tratamentul anticoagulant de fond ce predispune la evenimente hemoragice, de sechele induse de accidente trombotice. În funcție de aceste aspecte, pacienții pot fi încadrați în gradul III, II sau I de invaliditate, conform criteriilor și normelor de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și de evaluare a capacității de muncă actuale.

În prezentarea de față, pornind de la un caz internat în Institut, vom face o scurtă informare asupra principalelor cauze de trombofilie, asupra patogenizei procesului trombotic, principalelor semne și simptome și asupra problemelor de diagnostic clinic și funcțional.

#### **THROMBOPHILIA – A DIAGNOSTIC PROBLEM NOWADAYS. PRESENTATION OF A CASE HOSPITALIZED IN THE NATIONAL INSTITUTE OF MEDICAL ASSESSMENT AND WORK CAPACITY REHABILITATION**

Thrombophilia includes all congenital or acquired disorders associated with increased susceptibility to thrombosis.

Thrombophilia is classified as primary or secondary and hereditary or acquired. Primary or congenital thrombophilia is a disease due to mutations in the genes with a role antitrombotic. Acquired or secondary thrombophilia accompanies other disorders. In the last decades, many researches and conducted clinical trials were mainly focused on the genetics causes and acquired thrombophilia, venous thrombosis associated with complications of pregnancy. Thrombosis may occur in the arterial territory (causing acute coronary syndrome, peripheral vascular disease, transient ischemic attack or stroke constituted), and the venous territory (thromboembolic disease: profound venous thrombosis complicated cases with pulmonary embolism in serious) and a significant case of morbidity and mortality. There is no specific treatment for thrombophilia, but a patient with history of recurrent episodes of thrombosis are

indicative of chronic anticoagulation, prophylactic purposes.

Functional deficiency is determined by the intensity and frequency of thrombotic accidents, by venous territories affected, by specific clinical manifestations of anticoagulant treatment of substance that predisposing to haemorrhagic events, the sequelae of induced thrombotic accidents. In the light of these issues, patients may be engaged in degree III, II or I of disability, according to the criteria and standards for clinical diagnosis, functional diagnosis and assessment of the ability to work. In the presentation there, starting from our case, will make a brief information on the main causes of thrombophilia, on the pathogenesis of thrombotic process, the main signs and symptoms and the problems of clinical diagnosis and functional.

### C 61

#### AMELIORAREA PROGNOSTICULUI PACIENTULUI HIPERTENSIV PRIN MONITORIZAREA AMBULATORIE A TENSIUNII ARTERIALE

*Borivoi Drașcovici\**, *Ioana Puricel\**,  
*Elena Ardeleanu\*\**

\* Cabinet Expertiză Timișoara,

\*\* U.M.F. „Victor Babeș” Timișoara

Hipertensiunea arterială este un factor de risc major pentru boli severe invalidante, care limitează capacitatea de muncă, cum sunt cardiopatia ischemică, insuficiența cardiacă, accidentele vasculare cerebrale, bolile renale și retiniene. Riscurile hipertensiunii legate de oscilațiile diurne, creșterile matinale, formele rezistente la tratament pot fi mai bine cunoscute prin monitorizarea tensiunii arteriale pe 24 h.

Obiectivul studiului a fost obținerea unui control mai bun al hipertensiunii arteriale prin monitorizarea 24 ore a tensiunii arteriale.

**Material și metodă:** s-au studiat 193 pacienți hipertensivi aflați în evidența cabinetului de Expertiză nr. 1 Timișoara în perioada 2002–2009. Aceștia au fost împărțiți în 2 grupuri: lotul I, alcătuit din 56 pacienți care au beneficiat de monitorizare Holter a tensiunii arteriale și lotul II, din 137 pacienți urmăriți doar prin determinarea la cabinet și la domiciliu a tensiunii arteriale. Prin Holter de TA s-a obținut curba tensională/24 h, presiunea sistolică și diastolică medie, minimă și maximă/24 h, încărcătura sistolică și diastolică a tensiunii, s-a stabilit caracterul de dipper și nondipper. Investigațiile suplimentare efectuate au fost: electrocardiograma, ecocardiografia Doppler, ex. FO, CT cerebral, raport intimă/medie carotidiană.

**Rezultate:** În lotul care a beneficiat de monitorizare 24 ore a tensiunii arteriale, s-au depistat: hipertensiunea de halat alb la 9,8%, hipertensiunea de graniță la 10,4%, episoade de hipertensiune paroxistică la 31,2%, hipertensiunea rezistentă la tratament la 20,8%, episoade de hipotensiune ortostatică la 5,7%, lipsa de scădere nocturnă a tensiunii arteriale la 26%, creșteri matinale ale tensiunii arteriale la 21%. La lotul monitorizat s-a obținut un control mai bun al hipertensiunii arteriale în special prin administrarea medicației în funcție de oscilațiile tensiunii arteriale. Dispensarizarea pe o perioadă medie de 4 ani a constatat complicații mai reduse la lotul I față de lotul II.

**Concluzii:** monitorizarea 24 ore a tensiunii arteriale aduce informații suplimentare privind riscul cardiovascular al hipertensivului și beneficii terapeutice prin stabilirea momentului optim de administrare a medicației, limitarea terapiei excesive și a efectelor secundare ale acesteia și prin reducerea complicațiilor hipertensiunii arteriale.

## Index autori

### A

Agârbiceanu Corina – C38  
 Anghel A. – C28  
 Apan Bogdan – C16  
 Ardeleanu Elena – C8; C13; C20; C61  
 Axinte Ani – C46; C60  
 Arsene Gabriel – C10; C32; C40  
 Apan Bogdan Horia – C16

### B

Barbu Ileana – C18  
 Bărbulescu Cristi – C59  
 Băsescu Ana Maria – C6  
 Benea Mirela – C31  
 Berca Liliana Iuliana – C41  
 Berijan Gheorghe – C37  
 Bojižova Ljiljana – C1  
 Boiangiu Adriana – C8; C13; C20  
 Buzaș Roxana – C12

### C

Cerbulescu Roxana – C6  
 Cernamoriți Anicuța – C53; C56  
 Ciuvică Constantin – C60  
 Ciuvică Maria Magdalena – C10; C43; C51; C58  
 Chiricioaia Roxana – C32; C49; C50  
 Crețu Roxana Beatrice – C24  
 Cservig Loredana – C17  
 Cudalb Târziu Olimpia – C8; C13; C20  
 Curăvale Andreea Magdalena – C57

### D

Davidescu L. – C28  
 Davidescu Simona Cârjaliu – C28; C60  
 Dicher Cristina – C45  
 Dinculescu C. – C59  
 Drascovici Borivoi – C8; C13; C20; C61  
 Drăgoi Mihai – C6  
 Duse Adina – C6  
 Dumitru Mihaela Iuliana – C54  
 Dusan Carstici – C14; C21

### F

Falez Fredy – C2  
 Floarea Mariana – C30  
 Florea Andreea – C10  
 Frățilă Laura – C6

### G

Garotescu Eugen Popescu – C9; C32  
 Gearavela Sanda – C32; C49  
 Georgescu Aglae – C22  
 Georgescu Oana Mihaela – C36  
 Gherman Despina – C26; C51  
 Ghițescu Tatiana – C47  
 Giurcăneanu Călin – C40  
 Gruici Adrian – C8; C20  
 Gurguș Daniela – C8; C20

### H

Handrea Mihaela – C32

### I

Iana Andreea – C12  
 Ionescu Elena – C46  
 Ioniță Mihaela – C22; C60

### J

Jeberean Aurora – C12  
 Jebereanu Laura – C17  
 Jijeu Dan – C34  
 Jidiuc Bujorel – C37

### K

Kužera Radomir – C5

### L

Lobonț Laura – C6  
 Lupu A. – C15

### M

Manea Maria – C8; C13; C20  
 Maximov D. – C15  
 Mercan Veronica – C19; C27  
 Miclăuș S. – C15  
 Mihalache G. – C59  
 Mihali Sorin – C12  
 Mircea Dan Mihai – C32  
 Mirică Roxana – C11; C44; C52  
 Mornoș C. – C15  
 Marian Justin – C9

**N**

Nedelcu Mihai – C32  
Nemeș Dan – C6  
Nicoară M.D. –C47

**O**

Oancea Corina – C10; C43; C48; C58  
Onofrei Simona – C48  
Oprea Felicia – C23

**P**

Paraschiva Florin – C18  
Pascal I. – C47  
Păușescu Andreea – C17  
Păuncu Elena Ana – C17  
Păun Gheorghe –C22  
Păun Raluca –C35  
Petcu Daniel – C37  
Pfeifer Hans Werner – C3  
Popa D. – C15  
Popa V. – C59  
Popescu Carmen – C42  
Popescu Cornelia – C9  
Popescu Florina – C17  
Popescu G. – C59  
Popescu Mihaela –C46  
Popescu M. –C59  
Popescu Nicoleta – C34  
Puricel Ioana – C8; C13; C20; C61  
Pușchiță M. – C15

**R**

Radu Cristina –C33  
Radu Mariana – C46  
Radu Mihnea – C25  
Radu Răzvan Ilie – C46  
Rațiu Adina – C39

Râmneanțu Adriana Camelia – C8; C13; C20  
Rîndașu Ileana –C55  
Romoșan Doina –C39  
Roșu Laura – C10

**S**

Săftescu Sorin – C8; C13; C14; C20; C21  
Sîrbu Livia – C12  
Stănoiu Tiberius Gabriel – C57  
Stroică Eugenia – C45  
Surducă Dan – C6

**Ș**

Șirjiță Nicolae – C7  
Șovărel Elena – C38

**T**

Talău G. – C47  
Tănăsie Maria Marina – C19; C27  
Tîrziu Ancuța – C17  
Tișu Cristina – C10  
Toma Emil – C29  
Toma Gabriela – C29  
Tudor C. – C12  
Tudorache Doina Lăcrămioara – C9, C26; C38; C51  
Tomulescu Otilia – C6

**V**

Vasilescu Ana Maria – C37  
Văleanu Raluca – C22  
Vidoni Livia – C6; C8; C12; C13; C20  
Vintilă Eugen – C32  
Voiculescu Cătălina – C38

**W**

Wirtmuller Renée – C4