

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE AL
REPUBLICII MOLDOVA**

**INSTITUȚIA PUBLICĂ UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI
FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”**

Cu titlul de manuscris

CZU: 617.3-036.82+616-036.86

CIMIL ANIȘOARA

**MANAGEMENTUL REABILITĂRII BOLNAVILOR CU
AFECȚIUNI DEGENERATIVE ȘI POSTTRAUMATICE ALE
ARTICULAȚIILOR MARI**

331.03. MEDICINĂ SOCIALĂ ȘI MANAGEMENT

Teză de doctor în științe medicale

Conducător științific:

CIOCANU Mihail,

dr. hab. șt. med., conf. univ.

Consultant științific:

CAPROȘ Nicolae,

dr. hab. șt. med., prof. univ.

Autorul:

Cimil Anișoara

CHIȘINĂU, 2019

©CIMIL Anișoara, 2019

CUPRINS

ADNOTARE	6
SUMMARY	7
АННОТАЦИЯ	8
ABREVIERI	9
INTRODUCERE	10
1. MANAGEMENTUL ASISTENȚEI DE RECUPERARE MEDICALĂ ÎN AFECȚIUNI DEGENERATIVE ȘI POSTTRAUMATICE LOCOMOTORII.....	17
1.1. Impactul medico-social al afecțiunilor degenerative și posttraumatice	17
1.2. Abordarea managerială a serviciului de recuperare medicală	21
1.3. Perpetuarea cadrului normativ privind organizarea Serviciului Reabilitare/Recuperare Medicală și Medicină Fizică.....	26
1.4. Concluzii la capitolul 1.....	31
2. MATERIAL ȘI METODE.....	33
2.1. Metodologia cercetării.....	33
2.2. Metodologia recuperării medicale aplicate beneficiarilor curății	40
2.3. Concluzii la capitolul 2.....	43
3. DINAMICA FUNCȚIONALITĂȚII LOCOMOTORII ȘI CALITĂȚII VIEȚII ESTIMATĂ BENEFICIARILOR RECUPERĂRII MEDICALE	44
3.1. Aspecte medico-sociale ale pacienților diagnosticați cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari	44
3.2. Analiza rezultatelor statistice estimate beneficiarilor curății.....	46
3.3. Impactul tratamentului asupra dinamicii calității vieții beneficiarilor curății	57
3.4. Concluzii la capitolul 3.....	74
4. OPTIMIZAREA MANAGEMENTULUI SERVICIULUI DE REABILITARE/RECUPERARE	75
4.1. ABORDAREA EFICIENȚEI ASISTENȚEI DE RECUPERARE ÎN CADRUL CERCETĂRII	75
4.2. Cuantificarea rezultatelor recuperării prin prisma analizei economice.....	81

4.3. Registru informațional și sistemul computerizat „reabilitare ortopedică” funcțională și complexă”.....	88
4.4. Concluzii la capitolul 4.....	92
CONCLUZII GENERALE	93
BIBLIOGRAFIE	96
ANEXE	110
Anexa1. Chestionare pentru evaluarea recuperării pacienților cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari	110
Anexa 1a. Chestionar pentru evaluarea recuperării pacienților cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor umărului (p)	110
Anexa 1b. Chestionar pentru evaluarea recuperării pacienților cu afecțiuni.....	115
degenerative și posttraumatice ale articulațiilor umărului (s).....	115
Anexa 1c. Chestionar pentru evaluarea recuperării pacienților cu afecțiuni	120
degenerative și posttraumatice ale articulațiilor coxo-femorale (p).....	120
Anexa 1d. Chestionar pentru evaluarea recuperării pacienților cu afecțiuni.....	124
degenerative și posttraumatice ale articulațiilor coxo-femorale (s).	124
Anexa 1e. Chestionar pentru evaluarea recuperării pacienților	128
Anexa 1f. Chestionar pentru evaluarea recuperării pacienților	132
cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale genunchilor (s)	132
Anexa 1g. Chestionar pentru evaluarea recuperării în afecțiunile degenerative și posttraumatice ale coloanei vertebrale (p).....	136
Anexa 1h. Chestionar pentru evaluarea recuperării în afecțiunile degenerative și posttraumatice ale coloanei vertebrale (s)	140
Anexa 2. Dinamica parametrilor funcționali în degenerescența umărului.	144
Anexa 3. Dinamica parametrilor funcționali în degenerescența șoldului.....	145
Anexa 4. Dinamica parametrilor funcționali în degenerescența genunchiului.....	146
Anexa 5. Dinamica parametrilor funcționali în degenerescența coloanei vertebrale..	147
Anexa 6. Dinamica indicelui „calitatea vieții” în omartrroză.....	157
Anexa7. Dinamica indicelui „calitatea vieții” în gonartroză.....	159
Anexa 8. Dinamica indicelui „calitatea vieții” în coxartroză.	162
Anexa 9. Dinamica indicelui „calitatea vieții” în spondilodiscartroză.....	165
Anexa 10. Rezultatele evaluării tratamentului ADT ale umărului.....	169
Anexa 11. Rezultatele evaluării tratamentului ADT ale genunchiului.	171

Anexa 12. Rezultatele evaluării tratamentului ADT ale șoldului.	173
Anexa 13. Rezultatele evaluării tratamentului ADT ale coloanei vertebrale.	175
Anexa 14. Corelația și regresia. statistică în degenerescențele articulațiilor mari.....	178
Anexa 15. Brevet de invenție „Metodă de tratament al contracturii spastice”	193
Anexa 16. Certificat de inovație „Registru informațional și sistemul computerizat reabilitare ortopedică funcțională și complexă,,	194
Anexa 17. Propunere de implementare a rezultatelor cercetării științifice înaintată către Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova „Registru informațional și sistemul computerizat „ reabilitare ortopedică,, funcțională-complexă	195
Anexa 18. Certificat de inovator „Eficiența economică și socio-medicală a Managementului reabilitării bolnavilor cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari,,.....	197
Anexa 19. Certificat de inovație „Evaluarea eficacității terapiei de reabilitare medicală,,	198
Anexa 20. Certificat de inovație „Metoda de evaluare a reabilitării funcționale a membrului superior la bolnavii de profil traumatologic și ortopedic,,.....	199
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII.....	200
CURRICULUM VITAE.....	201

ADNOTARE

Cimil Anișoara „Managementul reabilitării pacienților diagnosticați cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari.”, teza de doctor în științe medicale, Chișinău 2019.

Structura tezei: teza cuprinde 95 pagini, rezumat în limba română, rusă și engleză, lista abrevierilor, introducere, 4 capitole, concluzii, recomandări practice, 25 tabele, 12 figuri, bibliografie din 177 titluri, 20 anexe, declarația privind asumarea responsabilității, CV-ul autorului.

Cuvinte cheie: recuperare medicală, afecțiuni degenerative și posttraumatice, articulații mari, management, calitatea vieții, prognostic, analiza economică.

Domeniul de studiu: medicina socială, management recuperator medical.

Scopul cercetării: Crearea cadrului științific de dezvoltare a managementului asistenței de reabilitare/recuperare medicală, bazat pe eficacitatea terapeutică și eficiența economică în proporții decizionale echitabile de referință pentru pacienții diagnosticați cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari.

Obiectivele cercetării: 1. analiza eficacității recuperării medicale prin prisma dinamicii parametrilor funcționali a pacienților de referință; 2. elucidarea impactului intervenției de recuperare medicală asupra valorizării paradigmei „calitatea vieții” apreciată beneficiarilor curății; 3. ajustarea managementului serviciului de recuperare prin prisma analizei medico-economice: cost-eficiență și cost-utilitate; 4. elaborarea unei propuneri metodologice de prognosticare a potențialului recuperării, ca instrument de eficientizare managerială; 5. argumentarea utilității practice și implementării unui algoritm de monitorizare a pacienților diagnosticați cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari, necesitanți a procesului de recuperare medicală.

Noutatea și originalitatea științifică. În premieră în RM s-a estimat eficacitatea recuperării funcționalității locomoției beneficiarilor tratamentului prin prisma dinamicii calității vieții, iar rezultatele procesate statistic în două selecții a permis deducerea unei reguli ca criteriu de discriminare și atribuirea unui nou element la una din cele două mulțimi cu rol de prognostic în recuperare; s-a aplicat analiza cost-eficiență și cost-utilitate în scopul prioritizării performanței economice a tratamentului prin raportul cost/eficacitate.

Rezultatele principal noi: evaluarea eficacității și eficienței asistenței de recuperare din punct de vedere economic, precum și elaborarea prognosticului recuperator prin metoda statistică discriminantă a potențialului recuperării, aplicabilă pe diapazonul nosologiei locomotorii.

Semnificația teoretică: estimarea eficacității și avantajului economic al tratamentului recuperator apreciat prin analiza economică, precum și analiza statistică a prognosticului recuperării, întemeiată pe criteriu de discriminare apreciat beneficiarilor tratamentului, reflectând necesitatea conformării asistenței de recuperare cerințelor populației realizat prin optimizarea managementului sănătății publice.

Valoarea aplicativă: Rezultatele lucrării oferă medicilor recuperatori, ortopezilor-traumatologi, și managerilor din sănătatea publică sugestii în vederea optimizării serviciului de Reabilitare și ameliorarea calității vieții pacienților cu deficiențe ale locomotorului.

Implementarea rezultatelor studiului: A fost demonstrată necesitatea monitorizării sistemice pe diapazonul nosologic locomotor, în scopul menținerii calității vieții. A fost înaintată propunerea către Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al RM de implementare practică a Algoritmului de Monitorizare al procesului de recuperare medicală la pacienții cu maladii locomotorii.

SUMMARY

Cimil Anisoara “ Management of the rehabilitation of the patients diagnosed with the degenerative and posttraumatic diseases of large articulations”, doctoral thesis in medicine, Chisinau 2019.

Structure of the thesis: the thesis comprises 95 pages, summary in Romanian, Russian and English, list of abbreviations, introduction, 4 chapters, conclusions, practical recommendations, 25 tables, 12 figures, bibliography of 177 sources, 20 annexes, declaration regarding the assumption of responsibility, CV of author.

Key words: medical rehabilitation, degenerative and posttraumatic diseases, large joints, management, quality of life, prognosis, economic analysis.

Domain of study: social medicine, rehabilitation medical management.

Purpose of the research: Creation of the scientific framework of the development of medical rehabilitation assistance management, based on medical effectiveness and economic efficiency in the process of the recovery of the patients with degenerative and posttraumatic diseases of large joints.

Objectives of research: 1. analysis of the efficacy of the medical recovery in terms of the dynamics of the functional parameters of the reference patients; 2. the impact of the intervention of the medical recovery on the valorisation of the paradigm “quality of life” appreciated by the beneficiaries of the cure; 3. adjustment of the management of the recovery service in terms of the economic-medical analysis: cost-effectiveness and cost-utility; 4. elaboration of the methodology of the forecasting of the potential of the recovery; 5. the establishment and practical utility of the algorithm of the monitoring of the medical recovery process.

Scientific novelty and originality. For the first time in RM, there was estimated the effectiveness of the recovery of the functionality of the locomotor system in terms of the dynamics of the quality of life of the beneficiaries of the treatment, and the results processed statistically in two selections allowed the deduction of a rule as a criterion of the discrimination and the assignment of a new element to one of those two multitudes with the role of prognostics in the recovery; there was applied the analysis cost-effectiveness and cost-utility for the purpose of the prioritization of the economic performance of the treatment the cost-effectiveness of the treatment through the report cost/effectiveness.

The issue solved in the thesis: the evaluation of the effectiveness and efficiency of the recovery assistance from the economic point of view, as well as the elaboration of the recovery prognosis by the discriminatory statistical method of the potential of the recovery applicable on the range of locomotor nosology.

Theoretical significance: the estimation of the efficacy and economic advantage of the recovery treatment appreciated by the economic and statistical analysis based on the discriminatory criterion appreciated by the beneficiaries of the treatment, reflects the necessity of the compliance of the rehabilitation assistance with the requirements of the population carried out by the public health management.

Applicative value: The results of the thesis offers the recovery doctors, orthopaedists-traumatologists and public health managers the suggestions for the purpose of the optimization of the service of the Rehabilitation and improvement of the quality of life of the patients with the deficiencies of the locomotor system.

Implementation of the results of study: There was submitted the proposal to the Ministry of Health, Labour and Social Protection of the Republic of Moldova for the practical implementation of the economic analysis and Monitoring Algorithm of the medical recovery process in patients with the locomotor diseases.

АННОТАЦИЯ

Чимил Анишоара «Менеджмент реабилитации пациентов с диагнозом дегенеративные и посттравматические заболевания крупных суставов», диссертация кандидата медицинских наук, Кишинэу 2019.

Структура диссертации: диссертация состоит из 95 страниц, аннотация на румынском, русском и английском языках, список сокращений, введение, 4 главы, выводы, практические рекомендации, 25 таблиц, 12 фигур, библиография из 177 источников, 20 приложений, декларация об ответственности, CV автора.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, дегенеративные и посттравматические заболевания, крупные суставы, менеджмент, качество жизни, прогноз, экономический анализ.

Область исследования: социальная медицина, медицинский менеджмент в реабилитации.

Цель исследования: Создание научной базы развития менеджмента медицинской реабилитационной помощи, основанной на медико-экономической эффективности в процессе восстановления пациентов с дегенеративными и посттравматическими заболеваниями крупных суставов.

Задачи исследования: 1. анализ эффективности медицинского восстановления в аспекте динамики функциональных параметров рассматриваемых пациентов; 2. влияние вмешательства медицинского восстановления на освоение парадигмы «качество жизни», оцененной пациентами; 3. корректировка менеджмента реабилитации в аспекте медико-экономического анализа: стоимость-эффективность и стоимость-полезность; 4. разработка методологии прогнозирования потенциала реабилитации; 5. менеджмент и практическая полезность алгоритма мониторинга в медицинской реабилитации.

Научная новизна и оригинальность. Впервые в РМ была оценена эффективность восстановления функциональности опорно-двигательного аппарата в аспекте динамики качества жизни проходящих лечение, а результаты, обработанные статистически в двух выборках, позволили вывести правило в качестве критерия различения и присвоения нового элемента в одном из двух множеств с прогностической ролью в восстановлении; был применен анализ стоимость-эффективность и стоимость-полезность с целью определения приоритетности экономической эффективности лечения с помощью соотношения стоимость/эффективность.

Принципиально новые результаты: оценка эффективности реабилитации с экономической точки зрения, а также разработка прогноза восстановления методом статистической дискриминации потенциала восстановления, применимого к нозологии опорно-двигательного аппарата.

Теоретическая значимость: оценка эффективности и экономического преимущества реабилитации, оцененного посредством экономического и статистического анализа, основанного на критерии дискриминации, оцениваемой проходящими лечения, отражает необходимость приведения реабилитационной помощи в соответствии с требованиями населения, осуществленного посредством управления общественным здоровьем.

Практическая ценность: Результаты работы выдвигают менеджерам предложения по оптимизации службы по Реабилитации и улучшению качества жизни пациентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Внедрение результатов исследования: Было выдвинуто предложение Министерству Здравоохранения, Труда и Социальной Защиты РМ о практическом внедрении экономического анализа и Алгоритма Мониторинга процесса медицинского восстановления у пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

ABREVIERI

ADL	Activity Dally Living - activități ale traiului zilnic
ADT	Afecțiuni degenerative și posttraumatice
AGP	Agencia de Stat pentru Proprietatea Intelectuală
AL	Aparatul Locomotor
AM	Articulații mari
CIF	Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății
CNDDCM	Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității, Capacității de Muncă
CSI	Comunitatea Statelor Independente
CV	Calitatea vieții
Ei	Etapa inițială
Ef	Etapa finală
FED	Forul European al Dizabilității
IMSP	Instituție medico-socială publică
UE	Uniunea Europeană
OA	Osteoartroza
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
RM	Recuperare medicală
PIB	Produs intern brut
SSM	Sondajul Sănătății Mondiale
SUA	Statele unite ale Americii
SCTO	Spitalul clinic de traumatologie și ortopedie
u.c.	unitate convențională

INTRODUCERE

Actualitatea temei. Conform celor mai recente date prezentate de Biroul Național de Statistică (1 decembrie 2017), numărul persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova este de 180,6 mii, fiecare a șaptea persoană având o formă severă de dizabilitate [5]. Studiile efectuate la nivel European atestă un număr de 50 milioane persoane cu dizabilități în UE, constituind 10% din populație, iar persoane cu deficiențe locomotorii reprezintă mai mult de 40% din ele. La nivel mondial se estimează aproximativ un miliard de persoane cu dizabilități (adică 15% din populație), 23,4% din ei, având deficiențe fizice [35].

Sondajul Sănătății Mondiale estimează o pondere înaltă a dizabilității asociată cu deficiențe funcționale avansate, având restricții sociale în număr de 110 milioane de persoane (2,2%). Conform rapoartelor oferite de diverse studii internaționale, osteoartroza se plasează în topul afecțiunilor cu deficiențe locomotorii, manifestate preponderent la persoanele vârstnice, iar perpetuarea declinului demografic de senescență pe direcție de ascensiune la nivel global crează predicții și pentru ascendență progresivă a dizabilității locomotorii [62, 81, 93].

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) stabilește standardele calității prin prisma **Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities**, insistând la toate nivelele organizaționale asupra realizării asistenței de reabilitare medicală și socială acordate persoanelor cu dizabilități [35], pentru favorizarea incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități și abolirea impedimentelor rezultate din interferența condiției de sănătate și ambient [96, 116].

Ponderea dizabilității primare evaluate statistic în ultimii zece ani în Republica Moldova perpetuiază la nivel înalt, morbiditatea musculo-scheletală fiind estimată în ascensiune în configurarea nosologică, generând incapacitate de muncă inclusiv persoanelor active din punct de vedere vocațional [5, 10, 25]. Statistica medicală la nivel național estimează doar date cu privire la dizabilitatea primară, exepând numărul persoanelor cu dizabilități reexpertizate cu grad stabilit fără termen, dar chiar și această carență de estimare nu diminuează ponderea acestora. În ultimii 5 ani numărul persoanelor cu dizabilități primare ascensionează continuu în mediu cu 2,7%, cota pacienților de profil ortopedo-traumatologic plasându-se de pe locul 5, pe locul 3 în structura dizabilităților (fiind precedate doar de maladiile tumorale și ale aparatului circulator).

Astfel, maladiile sistemului osteoarticular înregistrează o pondere de 11,4% în anul 2017, iar leziunile traumatice - de 4,8% în structura dizabilității primare, plasându-se în topul afecțiunilor cu dizabilități medii, totodată fiind pe locul trei în structura dizabilității accentuate [5].

Eradicarea patologiilor musculo-scheletale necesită cheltuieli importante, constituind de la 4-6% din PIB în țările dezvoltate, osteoartroza (OA) fiind una din cele mai frecvente afecțiuni cronice ale aparatului locomotor, soldată cu degradarea cartilajului articular și diminuarea funcției, cauzate de dureri și impotență funcțională.

Conform estimărilor din studiul lui Manec și Lane [84], prevalența bolii după vârsta de 30 de ani este de circa 10% din populație, prezentând leziuni artrozice (6,5% gonartroză simptomatică și 3,5% coxartroză simptomatică). Prevalența bolii crește odată cu înaintarea în vârstă: predomină la bărbați până la vârsta de 50 de ani, iar peste vârsta de 50 de ani - la femei; între 30-65 de ani prevalența bolii crește de 2-10 ori, cu frecvența de peste 70% la populația de peste 65 de ani. Unele studii epidemiologice estimează, că actualmente mai mult de 80% din persoanele în vârstă de peste 60 de ani au modificări artrozice în una sau mai multe articulații, iar 60% din bolnavii reumatici prezintă artroze predilect la nivelul articulațiilor portante. Fenomenul înaintării în vârstă favorizează instalarea degenerescențelor articulare, periclitând activitatea funcțională și statutul socio-profesional, evenimente ce i-au amplasat socio-economică în Europa [101].

Maladiile degenerative și posttraumatice ale aparatului locomotor prezintă impact distructiv nu doar asupra locomotorului, dar și asupra statutului psihosomatic al pacienților, astfel, asistența oferită pacienților necesită o abordare complexă în vederea recuperării potențialului psihosomatic și social, precum și adaptarea la factorii de mediu cu care interferează persoana cu dizabilități [49, 57, 70, 92]. În acest context urmează a fi evidențiați factorii determinanți în desăvârșirea recuperării medicale prin prisma aprecierii eficienței procesului de recuperare la pacienții cu sechele locomotorii [24, 32, 54, 122]. Ca urmare eficacitatea recuperării necesită a fi validată prin dinamica indicilor ce determină gradul ameliorării abilităților fizice și psihice, inclusiv a calității vieții și participăției în societate [18, 60, 129], indici ce sugestionează asupra modalității de acțiune în planificarea și realizarea sarcinilor atribuite asistenței de recuperare.

Rolul recuperării medicale în scopul facilitării performanțelor funcționale și reducerii restricțiilor de participare este indubitabil, care reprezintă de fapt obiectivele recuperării, iar cuantificarea acestor parametri conform gradului deficienței sau dizabilității aprobate de cadru conceptual CIF devine imperativă (*Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății*) [52, 83, 97, 98, 115, 125, 126].

Conform deciziei „White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe” cu privire la eradicarea dizabilității inclusiv locomotorii, reabilitarea medicală are ca deziderat îmbunătățirea capacității funcționale și calității vieții persoanelor cu deficiențe prin metode de diagnostic și tratament al maladiilor instigatoare, având menirea de a reduce deteriorările prin

prevenție sau tratarea sechelelor [69, 114]. Acest deziderat necesită a fi înlăptuit prin elaborarea directivelor strategice în reabilitare (chirurgicală sau nonchirurgicală) și implementarea soluțiilor manageriale, în scopul diminuării deficiențelor induse de diverse maladii cronice persoanelor cu deficiențe/dizabilități, fapt argumentat prin numeroase dovezi științifice [6, 7, 72, 91] Așadar, aplicarea asistenței de recuperare chirurgicală sau nonchirurgicală la etape incipiente a debutului maladiei, reduce posibilitatea progresiei leziunilor ce generează dizabilitatea, respectiv, diminuează deteriorarea și disfuncționalitatea, promovând calitatea vieții și incluziunea socială [99, 105].

Conform raportului OMS 2010 „Reabilitarea este un domeniu de activitate complex-medical, social și profesional, prin care se urmărește restabilirea cât mai deplină a capacității funcționale pierdute de către o persoană în urma unei boli sau a unui traumatism, precum și dezvoltarea unor mecanisme compensatoare care să-i asigure în viitor posibilitatea de muncă sau de autoservire, respectiv o viață independentă economic și social” [35].

Actualitatea conceptului de Recuperare este pregnantă prin pledoria duratei medii de viață, favorizând indicele „calitatea vieții” prin reducerea deficiențelor funcționale [42]. Maladiile sistemului locomotor, inclusiv de etiologie degenerativă, prezintă un subiect de abordare vastă medico-socială, prin cauzarea prejudiciilor economice de anvergură în societate, determinate de incidența crescută și deteriorarea funcționalității populației de vârstă activă [9, 34, 40].

Actualmente în Republica Moldova perpetuiază un cadru legislativ ce definește evaziv activitatea Serviciului de Reabilitare, iar estimarea nevoilor stringente în recuperare medicală rămân neelucidate, astfel modalitățile de organizare nesatisfăcătoare a programelor de stat crează condiții pentru deteriorarea stării fizice a persoanelor cu maladii cronice (nefiind elucidate datele cu privire la eficiența serviciului de reabilitare în domeniul ortopediei) [12, 175].

În ansamblu de circumstanțe se crează bariere în realizarea procesului de recuperare medicală, înlăturarea cărora poate fi efectuată prin utilizarea cadrului unic de cuantificare a disfuncționalității - CIF, precum și prin monitorizarea performanțelor locomotorii în raport cu curația [88, 90].

În Republica Moldova există carențe în vederea evaluării caracteristicilor morbidității și dizabilității locomotorii, monitorizarea medico-socială a acestora nefiind desăvârșită. În acest context, implementarea directivelor metodologice de optimizare al managementului serviciului de reabilitare ce vizează curația maladiilor degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari rămân a fi actuale, confirmând necesitatea formării unor directive organizaționale a serviciului de reabilitare bazate pe cercetări medico-sociale complexe; înlăturarea impedimentelor în atingerea acestui deziderat (deficit de surse financiare și tehnologice în organizarea sistemului de

asistență recuperatorie) rămâne a fi oportun, având ca scop reducerea restantului disfuncțional și incluziunea persoanelor cu dizabilități din punct de vedere social și profesional [42, 43], devenind imperativă stabilirea unui management ce ar facilita evaluarea prognosticului în scopul raționalizării curății acestora.

Scopul cercetării. Crearea cadrului științific de dezvoltare a managementului asistenței de reabilitare/recuperare medicală, bazat pe eficacitatea terapeutică și eficiența economică în proporții decizionale echitabile de referință pentru pacienții diagnosticați cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari.

Obiectivele cercetării:

1. Analiza eficacității recuperării medicale prin prisma dinamicii parametrilor funcționali a pacienților de referință.
2. Elucidarea impactului intervenției de recuperare medicală asupra valorizării paradigmei „calitatea vieții” estimată beneficiarilor curății.
3. Ajustarea managementului serviciului de recuperare prin prisma analizei medico-economice: cost-eficiență și cost-utilitate.
4. Elaborarea unei propuneri metodologice de prognosticare a potențialului recuperării, ca instrument de eficientizare managerială.
5. Argumentarea utilității practice și implementării unui algoritm de monitorizare a pacienților diagnosticați cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari, necesitanți a procesul de recuperare medicală.

Noutatea și originalitatea științifică. În premieră în RM a fost estimată eficacitatea recuperării funcționalității locomotorii prin prisma dinamicii calității vieții beneficiarilor curății pe diapazonul nosologiei degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari; rezultatele tratamentului decantate statistic în două selecții a permis deducerea unei reguli ca criteriu de discriminare și atribuirea unui nou element la una din cele două mulțimi cu o exactitate maximă, având rol de prognostic în eficiența recuperării. S-a aplicat un instrument de comparație între opțiunile curative (având în vedere valoarea diferită a rezultatelor curății determinată de modalitatea recuperării) prin abordarea analizei cost-eficiență, cost-utilitate în vederea concluzionării rezultatului curativ mai favorabil, identificat prin raportul eficacitatea tratamentului/permanența costului.

În final propunem spre implementare un model de Monitorizare a pacienților cu maladii locomotorii, în vederea optimizării managementului reabilitării medico-sociale pe diapazonul maladiei respective.

Rezultatele principal noi constă în prognosticarea eficacității asistenței de recuperare, reieșind din atribuirea parametrilor funcționali la una din cele două mulțimi (rezultatele curăției decantate statistic în două selecții: ”rezultate de eficacitate maximă sau medie”), în urma ducerii unei reguli ca criteriu de discriminare (conform formulei Afifi).

Evaluarea eficienței actului recuperator conform analizei cost-eficacitate și cost-utilitate în vederea prioritizării alternativei curative, identificate prin raportul: eficacitatea tratamentului vizavi de performanța costului și viceversa.

Semnificația teoretică a lucrării. Rezultatele studiului oferă informații întregind metodologia de diagnosticare și tratament în domeniul recuperării, prin evaluarea eficacității tratamentului și potențialului recuperator, apreciat prin analiza statistică întemeiată pe criteriu de discriminare. Avantajul economic (prin câștigul de sănătate) apreciat beneficiarilor tratamentului, reflectă necesitatea conformării asistenței de recuperare cerințelor populației realizat prin managementul sănătății publice.

Valoarea aplicativă a lucrării. Rezultatele cercetării, concluziile și recomandările practice oferă specialiștilor în domeniul recuperării și managerilor din sănătatea publică sugestii în vederea optimizării serviciului de recuperare pe diapazonul maladiilor locomotorii, relatând modalitatea impactării calității vieții și gradul reducerii restantului disfuncțional în raport cu tratamentul.

Similar prognosticării potențialului recuperator apreciat beneficiarilor curăției prin analiza statistică întemeiată pe criteriu de discriminare, poate fi prognosticată eficacitatea tratamentului pe divers contingent nosologic; în aceeași măsură analiza medico-economică cost-eficiență și cost-utilitate efectuată beneficiarilor recuperării din cadrul studiului, servește ca reper în scopul raționalizării curăției pe divers diapazon nosologic.

Implementarea rezultatelor studiului: Rezultatele științifice au fost implementate în practica medicală de recuperare din cadrul secției de Reabilitare funcțională al Spitalului Clinic de Traumatologie și Ortopedie, precum și în procesul de studii din cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie ”Nicolae Testemițanu” expuse în 4 Certificate de Inovație și în 1 Brevet de Invenție; deasemenea a fost înaintată propunerea către Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova de implementare practică a Algoritmului de Monitorizare al procesului de recuperare medicală la pacienții cu maladii locomotorii.

Aprobarea rezultatelor cercetării. Studiul a fost efectuat în baza temei aprobate de Consiliul științific și Seminarul științific de profil „Medicină socială și management”.

Publicații la tema tezei. Materialele tezei au fost reflectate în 10 publicații, inclusiv 5 fără coautori, 3 articole în reviste internaționale și 2 teze ale comunicărilor naționale și internaționale.

Sumarul compartimentelor tezei. Teza este alcătuită din introducere, 4 capitole, concluzii, recomandări practice și referințe bibliografice. Expunerea textului pe 95 pagini, ilustrate cu 25 tabele, 12 figuri și 20 anexe. Bibliografia constă din 177 de titluri de publicații.

În ***Introducere*** a fost argumentat actualitatea temei, fiind justificată abordarea studiului de față și elucidarea scopului și obiectivelor studiului, noutatea, rezultatele principial noi, semnificația teoretică și aplicativă a studiului și aprobarea rezultatelor.

În ***Capitolul 1*** a fost analizat literatura clasică și publicațiile de specialitate ce vizează morbiditatea degenerativă și posttraumatică ale articulațiilor mari, precum și impactul sechelelor acestora asupra dizabilității locomotorii, reflectându-se carențele procesului de recuperare.

În subcapitolul doi a fost analizat impactul recuperării medicale asupra condiției de sănătate a beneficiarilor curății prin prisma medicinei bazate pe dovezi, din care reiese necesitatea optimizării managementului procesului de recuperare la acest contingent nosologic.

În ultimul subcapitol sunt oferite informații în vederea perpetuării cadrului normativ cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului de Reabilitare în țară.

Capitolul 2 include caracteristica materialului și metodelor aplicate în studiu: calcularea indicilor eșantionului examinat prin metoda matematică, selectarea aleatorie al lotului de cercetare, rezultatele extrase din fișele de observație și registre consultative, conform cărora au fost elaborate chestionare diversificate în funcție de nosologia topografică (în scopul cuantificării și înregistrării parametrilor funcționali). În ultimul compartiment al capitolului a fost expus algoritmul tratamentului recuperator efectuat în conformitate cu metodologia tratamentului recuperator clasic.

Capitolul 3 include 4 diviziuni: în prima diviziune s-a recurs la o analiză a aspectelor medico-sociale ale pacienților din studiu, iar în diviziunea a 2 s-a recurs la o analiză statistică detaliată a parametrilor funcționali (clinici, paraclinici) și cuantificarea indicilor ce vizează funcționalitatea și calitatea vieții extrase din chestionare diversificate conform nosologiei topografice: **prin calcularea indicatorului intensiv t-Student, calcularea erorii standart, determinarea concludenței statistice, consecutiv datele statistice au fost procesate prin intermediul analizei variaționale, corelaționale, descriptive și discriminante, utilizând programele: Epi Info-5, SPSS-15.**

Descifrarea rezultatelor parametrilor funcționali prin prisma percepției calității vieții și dinamica acestora a oferit prezumții asupra prognosticului potențialului de recuperare; în diviziunea a 3 s-a reliefat impactul actului de recuperare asupra dinamicii calității vieții pacienților din studiu, iar în diviziunea a 4 s-a expus **analiza rezultatelor curății exprimate statistic (decantate în două selecții: de eficacitate curativă maximă și medie), aplicarea**

metodei de prognosticare Afifi, care oferă deducerea unei reguli drept criteriu de discriminare și atribuirea unui nou element la una din cele două mulțimi cu o exactitate maximă.

Rezultatele oglindite în **Capitolul 4** identifică abordarea asistenței de recuperare realizată în procesul curativ, precum și abordarea managerială reliefată prin analiza economică cost-eficiență/cost-utilitate, care relevă prioritizarea gestionării financiare în asigurarea unui proces recuperator eficace aplicat pacienților cu deficiențe locomotorii, precum și beneficiul social în cazul realizării acestuia, confirmate prin diverse analize medico-sociale expuse în brevete de inovație, certificate și brevetate de autor: ”Evaluarea eficacității și eficienței reabilitării medicale la pacienții diagnosticați cu maladii locomotorii” și ”Eficiența economică și socio-medicală al Managementului reabilitării medicale estimată bolnavilor cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari” (anexa 18, 19). În vederea optimizării calității serviciului de recuperare medicală și diagnosticării precoce, precum și diminuării dizabilității în rândul populației pe diapazonul nosologiei locomotorii în ultimul subcapitol s-a înaintat un model nominaliză ”Registru informațional și sistemul computerizat reabilitare ortopedică funcțională și complexă” (anexa 16).

Teza se finalizează cu **Concluzii generale și recomandări**, unde sunt expuse rezultatele cercetării și directivele formulate în vederea optimizării managementului serviciului de reabilitare medicală aplicate pe diapazonul nosologiei aparatului locomotor.

Bibliografia constă din 177 titluri.

Compartimentul **Anexe** constă din 20 anexe cu material tabelar, modele de chestionare, copii ale Brevetului de Invenție și Certificatelor de Inovație, certificate și brevetate de autor.

1. MANAGEMENTUL ASISTENȚEI DE RECUPERARE MEDICALĂ ÎN AFECȚIUNI DEGENERATIVE ȘI POSTTRAUMATICE LOCOMOTORII

1.1. Impactul medico-social al afecțiunilor degenerative și posttraumatice

Cele mai recente date prezentate de Biroul Național de Statistică (1 decembrie 2017) estimează creșterea numărului persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova până la 180,4 mii din populație, fiecare a șaptea persoană având o formă severă de dizabilitate, în medie la 10 mii locuitori revin 520 persoane cu dizabilități. În ultimii 5 ani numărul acestora a crescut cu 2,7%, respectiv se înregistrează și o cotă înaltă a pacienților de profil ortopedo-traumatologic plasat pe locul 3 în componența dizabilităților primare [5]; studiile efectuate la nivel European atestă un număr de 50 milioane persoane cu dizabilități în UE, ce reprezintă 10% din populație (40% din acestea prezintă deficiențe locomotorii), iar la nivel mondial s-au estimat aproximativ un miliard de persoane cu dizabilități (adică 15% din populație). *Sondajul Sănătății Mondiale (SSM)* estimează că 110 milioane de persoane (2,2%) se confruntă cu dificultăți de autoservire conferite de dizabilități grave, agravând condiția de sănătate și restricțioarea socială a acestora [35].

Afecțiunile degenerative ale locomotorului sunt dintre cele mai frecvente maladii ce generează dizabilități și deficiențe de anvergură pe plan mondial (a opta cauză de dizabilitate în lume sau 2,8 % din numărul total de ani trăiți cu o dizabilitate), fiind responsabile de povara economică și socială devastatoare, ponderea afecțiunilor asociate dizabilității determinată de deficit locomotor fiind dominată de osteoartroză [93, 162, 175]. Actualmente diverse studii prezintă date în vederea modalității de impactare a funcționalității și incluziunii în societate ca urmare a dizabilității; OMS recomandă guvernelor naționale reformarea politicii și abordarea optimă a serviciilor raportate dizabilității, în scopul anihilării dizabilității [114].

Sondajele statistice demonstrează că inserția socio-profesională prezintă o necesitate mai stringentă, decât protecția socială realizată prin indemnizație pentru persoanele cu dizabilități, iar incluziunea socio-profesională a persoanelor cu dizabilități este inplacabilă [78, 118, 119], fiind relevantă prin facilitarea funcționalității și satisfacției subiective al acestor pacienți [101, 116].

Actualmente, la nivel mondial sunt estimate tendințe certe de creștere a prevalenței ADT, fiind estimată la 26,9 milioane de adulți din SUA în anul 2005, comparativ cu 21 milioane estimate în 1990; din 1990 până în 2013 ascensionează cu 75% numărul de persoane cu dizabilitate cauzată de ADT, raportată fiind a 4 cu cea mai rapidă creștere nosologică (după

diabet zaharat, ce a înregistrat o creștere de 136%, maladia Alzheimer - 92%, precum și alte nosologii musculo-scheletale - 79%); cele mai recente actualizări a cifrelor care obiectivează activitatea și participația în societate, estimează 242 milioane de persoane în lume cu simptomatologia deficiențelor funcționale la nivelul șoldului și genunchiului, cauzate de ADT (constituie 13 milioane din numărul persoanelor cu dizabilități, din 52 de milioane de persoane per total al acestora), cifre ce calibrează dizabilitatea printre prioritățile globale ale sănătății publice [93].

Cercetătorul La Plante în numeroase studii plasează maladiile ortopedice pe locul 6 conform incidenței afecțiunilor cu risc înalt de compromitere funcțională, care necesită gestionare recuperatorie pe întreaga durată a vieții pentru a preveni deteriorările funcționale secundare și menținerea calității vieții, atribuind costuri estimate în SUA la aproximativ 128 miliarde de dolari OA (constituind în medie 2% din PIB); costurile directe totalizează 80,8 miliarde de dolari, iar cheltuieli indirecte - 47 miliarde de dolari [82].

Conform datelor prezentate de autorii Manec și Lane [84] patologiile musculo-scheletale constituie pondere importantă din cheltuielile pentru îngrijirile în sănătate în țările UE, estimând 10% din cheltuielile sociale publice pentru dizabilitate, OA reprezentând entitatea nosologică cu cea mai înaltă morbiditate printre afecțiunile musculo-scheletice și constituie 50% din ponderea acestora. Prevalența bolii după vârsta de 30 de ani este de aproximativ 10%, între 30 - 65 de ani prevalența bolii crește de 2-10 ori; frecvența de 70% la populația de peste 65 de ani prezintă a doua cauză de dizabilitate la persoanele de vârstă peste 50 de ani.

Astfel, abordarea maladiilor musculo-scheletale prezintă prioritate medico-socială fiind argumentată de ascensiunea dizabilității populației de vârstă activă, prejudiciind economic societatea prin sechelaritate locomotorie.

Se constată că fiind "o realitate importantă antagonismul dialectic dintre unele rezultate ale progresului general uman (inclusiv cel din domeniul bio-medical datorită căruia salvarea vieții, chiar în situații critice, a devenit frecvent posibilă)" [30] și "limitele posibilităților actuale ale medicinei de a face reversibile, vindecabile toate tipurile de leziuni/maladii" [31] și apar tot mai mulți "veterani ai medicinei contemporane" [59].

Dizabilitatea în Republica Moldova are caracteristici de ascensiune la capitolul frecvența maladiilor musculo-scheletale și dizabilitatea primară în ultimii zece ani, cu repercursiuni asupra incapacității de muncă în rândul populației active profesional [42, 43].

Așadar maladiile sistemului osteoarticular estimate la nivel de țară au avut ascensiune nefavorabilă în structura dizabilității primare, plasându-se de pe locul V pe locul III de clasament

pe durata anilor 2013-2017 [5], dizabilitatea fizică fiind în topul dizabilităților, date confirmate de autorii Malcoci și Munteanu [21].

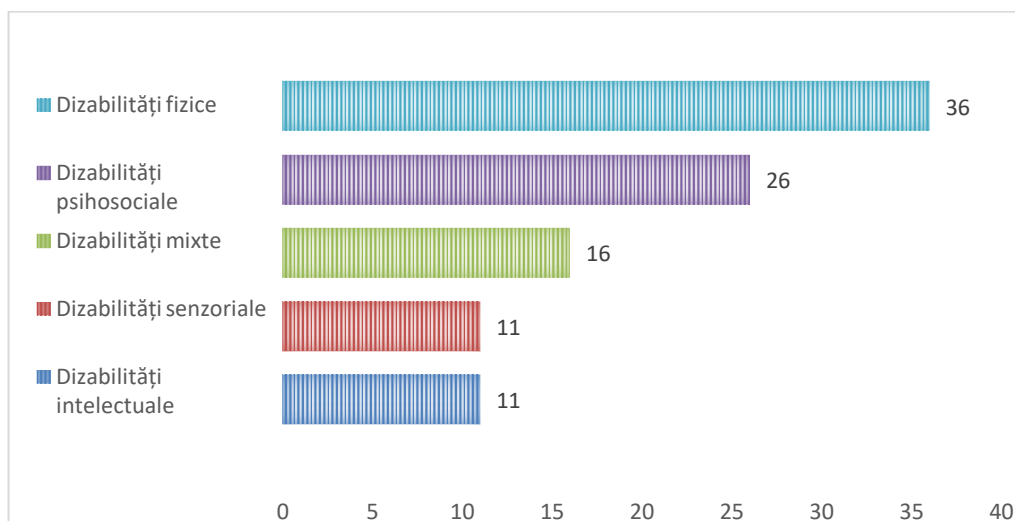


Figura 1.1. Distribuția cazurilor cu dizabilități în funcție de tipul de dizabilitate, %.

Severitatea disfuncționalității locomotorului și incidența înaltă la nivelul populației active din punct de vedere social au tendința de a evolua trenant, favorizând declinul funcțional al acestora [122,127], astfel fiind justificată aplicarea conceptului de profilaxie secundară, iar tendința spre dizabilitate pe cel de recuperare [55, 63].

Organizația profesională „BONE AND JOINT DECADE” creată în vederea gestionării asistenței de recuperare și reducerii sechelelor aparatului locomotor [124, 162] relatează următoarele date în „Ghidul de prevenție și tratament al afecțiunilor aparatului locomotor 2005-2015”:

- aproximativ 25% din populația țărilor europene prezintă modificări a calității vieții produse de afecțiuni ale aparatului locomotor sau musculoskeletal, în contextul acestor nosologii locomotorii aproximativ 25% dintre europeni sunt diagnosticați cu o formă de artroză.
- odată cu ascensionarea performanțelor în medicină și salvarea în număr crescând al persoanelor traumatizate, numărul dizabilităților posttraumatice de asemenea ascensionează, devenind imperativă reducerea deficiențelor instalate.

Activitatea asistenței de recuperare necesită indispensabil reglementare administrativă și legislativă, având ca scop restabilirea abilităților funcționale reduse sau pierdute, fenomen permisibil după aplicarea tratamentului de recuperare echitabil cerințelor.

Astfel, OMS recomandă recuperarea funcțională pacienților cu afecțiunii locomotorii în scopul asigurării funcționalității și ameliorarea calității vieții, abordând interrelația: maladie și

dizabilitate decantate prin extinderea valorilor psihosociale, în scopul asigurării independenței sociale [120, 128].

Conform prevederilor art. 41 al *Legii nr. 60 din 30.03.2012 „privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități* în scopul prevenirii apariției dizabilității în rândul populației, instituțiile medico-sanitare, autoritățile publice centrale și locale, persoanele juridice de drept public sau de drept privat, antreprenorii individuali care folosesc munca salariată, alte structuri implicate sunt obligate să ia măsuri medicale și sociale orientate spre: diagnosticarea, tratamentul, reabilitarea și profilaxia primară a maladiilor; menținerea și ocrotirea sănătății populației etc”.

În acest context, recuperarea persoanelor diagnosticate cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari prin diverse modalități de intervenție curativă: staționar sau ambulator își manifestă eficacitatea nu doar raportată la o anumită persoană, dar și în cadrul întregului sistem; aceste intervenții având menirea de a preîntâmpina stabilirea unui grad de dizabilitate și de a promova incluziunea socială a persoanei, cu sau fără grad de dizabilitate.

Abordând incluziunea socială, menționăm că aceasta constituie o prioritate fundamentală a oricărui stat de drept, constituind o prioritate și pentru Republica Moldova. Incluziunea socială reprezintă ansamblu de măsuri și acțiuni multidimensionale din domeniile protecției sociale, exprimate prin activitate profesională, accesibilitate pentru instruire, educație, sănătate, precum și asigurarea independenței fizice, securității, justiției și culturii, destinate combaterii excluziunii sociale.

„Incluziunea socială reprezintă totalitatea măsurilor și acțiunilor desfășurate cu scopul de a asigura abilitatea participăției în societate, indiferent de originea lor sau de caracteristici specifice, care pot include: rasa, limba, cultura, genul, dizabilitatea, statutul social, vârsta precum și alți factori” [21].

La etapa actuală Republica Moldova realizează multiple acțiuni în vederea incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități pe diverse segmente: muncă, sănătate, educație etc. Ratificarea de către Republica Moldova a ”Convenției Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități” prin Legea Nr.169 din 09.07.2010, a fost urmată de adoptarea unui șir de acte naționale care vin să realizeze dizideratul incluziunii sociale, impunând o serie de măsuri care garantează drepturile persoanelor cu dizabilități. Diminuarea ponderii cantitative și calitative a dizabilității, precum și ameliorarea calității vieții subiecților cu sechele disfuncționale, urmează a fi realizat inclusiv prin procesul de recuperare a pacienților cu maladii locomotorii, efectuate în cadrul instituțiilor medicale specializate [21, 176].

1.2. Abordarea managerială a serviciului de recuperare medicală

„Reabilitarea este un domeniu de activitate complex - medical, social și profesional, prin care se urmărește restabilirea cât mai deplină a capacității funcționale pierdute de către o persoană în urma unei boli sau a unui traumatism, precum și dezvoltarea unor mecanisme compensatoare care să-i asigure în viitor posibilitatea de muncă sau de autoservire, respectiv o viață independentă economic și social ”[29].

Asistența de recuperare aplicată în domeniul ortopediei și traumatologiei necesită a fi abordată în direcție de ascensiune progresivă, atingerea potențialului funcțional maxim fiind indispensabilă și în cazul maladiilor degenerative sau stărilor postintervenționale la nivelul locomotorului [28, 34], iar abordarea precară sau tardivă a asistenței de recuperare medicală și socio-profesională se soldează cu repercursiuni nefaste asupra condiției de sănătate, având premise pentru instalarea consecutivă a dizabilității [29, 42].

Managementul asistenței de recuperare are ca scop raționalizarea procesului de recuperare pe un diapazon larg al afecțiunilor ce induc dizabilitatea, în scopul ameliorării calității vieții și atingerea performanțelor funcționale beneficiarilor acestui serviciu [9, 43, 68, 94, 154, 155].

„Serviciul de Reabilitare promovează adaptibilitatea și abilitatea funcțională, având ca deziderat - prevenirea restricțiilor de participare; în același timp reabilitarea a dus întotdeauna lipsă de un cadru conceptual unificat - *Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății* (CIF) oferă aplicabilitate în toate aspectele reabilitării, iar adoptarea clasificării ICF cu privire la dizabilitate, permite identificarea datelor statistice globale” [125].

În anul 2001, OMS a publicat versiunea CIF [125], ce reflectă relaționarea dinamică a condiției de sănătate, interferând cu factori ambientali pertinenti pacientului.

OMS distinge funcționalitatea raportată integrității fizice și independenței sociale, iar în contextul acestei relaționări se conturează fenomene de deficiențe, limitarea activității și restricții de participare, prin prisma cărora este facilitată cuantificarea funcționalității și gradul de independență socială a persoanelor cu dizabilități:

- deficiența reprezintă structura sau funcția (fizico-psihică) anormală sau pierdută;
- limitarea activității zilnice (ADL) la nivel calitativ sau cantitativ cu repercursiuni asupra restricțiilor de integrare socială [126];
- restricții de participare reprezintă deficitul de funcționalitate la nivel social sau sub formă de participație în cadrul societății, reieșind din condiția de sănătate raportată ambientului;

Implementarea acestui sistem de cuantificare a funcționalității estimate la persoanele cu dizabilități, oferă posibilitatea identificării subiecților cu necesități în asistența de recuperare și

monitorizarea acestora până la reducerea restantului disfuncțional, în scopul aplicării asistenței de recuperare în mod continuu și etapizat, funcție de deficiențele apreciate, având ca și obiectiv creșterea calității vieții.

Eficacitatea rezultatelor funcționalității pacienților contingentului respectiv, precum și eficiența serviciului de reabilitare urmează a fi apreciat individual prin diverse modalități de cuantificare a parametrilor funcționali și calității vieții: gradul autoservirii și independenței, adaptibilitatea la deplasare sau transfer, abilitatea durabilă de muncă, care favorizează în ultimă instanță, evenimentul de incluziune în societate [24, 60, 66]. Evaluarea dinamicii independenței funcționale și participăției sociale în raport cu tratamentul, exprimă potențialul de reabilitare reflectat prin indicii „calitatea vieții” fizică și cognitivă, orientând recuperarea spre patogeneza bolii, în scopul evitării sechelarității individului [3, 145].

Eficacitatea asistenței de recuperare medicală urmează a fi evaluată în corelație cu obiectivele abordate printr-un program continuu, ce ar permite persoanei să mențină nivelul de funcționalitate [134, 146, 153], iar implicarea socio-profesională urmează a fi asigurată prin asocierea consecutivă a programului de recuperare socială, care ar asigura relaționare și reorientare profesională, conform caracteristicilor și condițiilor de muncă, implicând autoservire deplină sau compensată prin corecție cu echipament tehnic pentru muncă/studii [103, 104, 131].

Estimarea calității serviciului de recuperare prin prisma analizei rezultatelor activității secției Reabilitare funcțională în traumatologie și ortopedie din cadrul IMSP SCTO și aprecierea gradului de satisfacție al pacienților ce au beneficiat de tratament este insuficient de informativă pentru concluzionarea globală a eficienței acestui serviciu; în scopul aprecierii eficienței și calității serviciului de recuperare este determinantă aprecierea eficacității curăției, care prezumă efectuarea acestui serviciu în mod cât mai complex și coerent cu cheltuieli minime efectuate în acest scop (caracteristicile acestor noțiuni corelează, nefiind similare) [33,147-150].

Eficacitatea actului de recuperare medicală (calitativ și cantitativ) este interdependentă de dinamica statutului somato-funcțional al pacientului impactată de curăție, iar estimarea rezultatelor urmează a fi analizate conform gradului tulburărilor funcționale ce determină performanțele vitale și competența socio-profesională [131, 135]; astfel, beneficiul programului complex de recuperare este apreciată conform gradului de ameliorare a statutului clinic și funcțional, al abilităților fizice și psiho-fiziologice, cu rectificarea ulterioară a indicelui calitatea vieții și incluziunii în societate [13]; în consecință eficacitatea curăției oferă criterii de apreciere a eficienței serviciului de recuperare, argumentate de performanțele funcționalității subiecților supuși curăției, redresate prin aplicarea asistenței de recuperare [136, 145].

Prin prisma eficacității procesului de recuperare se efectuează evaluarea eficienței acestui serviciu, având ca scop final creșterea performanței și monitorizarea independenței funcționale, adoptând rectificările necesare. Actualmente în cadrul Instituțiilor unde se acordă asistență recuperatorie nu sunt reglementate oficial criteriile de apreciere a eficacității, fiind estimate doar evoluția maladiei și gradul de reducere a deficiențelor funcționale impactate de curăție; în aceeași măsură sunt ignorați și indicii potențialului recuperator, evaluarea cărora ar oferi prognosticarea graduală a eficienței curative [66, 134].

Conform opiniei diversilor autori, **managementul deține procesul de control continuu calitativ și cantitativ prin cuantificarea și analizarea rezultatelor, în scopul adoptării manevrelor decizionale perfecționate etapizat, iar evaluarea incorectă a unor criterii de performanță, pot obstrucționa activitatea serviciului sanitar respectiv** [20, 24, 33, 132, 133]. În cazul abordării asistenței de recuperare este necesară crearea deciziilor oportune în alegerea celei mai bune opțiuni, în scopul anticipării dificultăților de realizare a activității serviciului de recuperare în circumstanțele de ascensine a dizabilității contextuale nosologiei locomotorului [73].

Conform opiniei unor autori, auditarea serviciilor de analiză calitativ-cantitative, ce ar cuantifica gradual condiția de sănătate și factorii cu repercursiune asupra lui, ar trebui să fie etapă obligatorie în algoritmul diagnostic, eveniment decizional în procesul de ajustare la modelul de activități medicale standardizate în diverse domenii [11, 12, 15, 138].

Procesul standardizării implementat în domeniul Recuperării la nivel mondial este raportat clasificării CIF, iar algoritmul de diagnostic și tratament urmează a fi aplicat, conform cuantificării funcționalității [133, 138, 139, 151]. La nivel de țară în domeniul recuperării medicale lipsesc linii directoare și standarde de profil compatibile cerințelor de rigoare, ce ar reglementa legislativ în plan de management serviciul de reabilitare, astfel, monitorizarea dinamică a ascensiunii sau declinului funcționalității pacienților pe diapazonul nosologic dat, poate fi realizată prin standardizarea metodelor de diagnostic și tratament recuperator în corelație cu CIF; în acest scop unii experți argumentează necesitatea aplicării indicilor standardizați corelați cu nomenclatorul maladiilor, proces care urmează a fi desăvârșit prin acreditarea instituțiilor medicale și al personalului implicat în acest serviciu [80, 83].

Ascensiunea incidenței traumatismului, soldate cu sechele ale aparatului locomotor și deficiențe consecutive, justifică raționalment în opțiunea de organizare a serviciului de recuperare în concordanță cu probabilitatea estimată de ascensionare a dizabilității locomotorului, în scopul diminuării acestui impact asupra stării sănătății populației, circumstanțe ce corelează cu calitatea vieții acestora [60, 172, 172].

Unii cercetători exprimă cerinți asupra sarcinilor manageriale, în scopul raționalizării măsurilor de coordonare a activității asistenței de recuperare conservativă sau chirurgicală, monitorizând continuu în scopul profilaxiei deficiențelor severe sau restabilirii funcționalității locomotorii [28, 72, 99] prin organizarea sistemică a actului de recuperare [68].

Experții OMS, cât și diverse studii au demonstrat necesitatea abordării recuperării la etape continue (conformate principiilor etapizării și continuității în recuperare): diverse studii prezintă dovezi ce vizează necesitatea continuității etapei de spitalizare cu etapa de ambulator la aproximativ 75% din pacienți (având în vedere gradul înalt de sechelaritate al locomotorului în contextul degenerescenței sau traumelor) [56, 142].

Există dovezi din ce în ce mai numeroase privind managementul intervențional prin formarea programelor de reabilitare, care vizează ameliorarea funcționalității pacienților diagnosticați cu maladii cronice (inclusiv locomotorii), justificată prin sporirea calității vieții și reintegrării sociale a acestor subiecți, ca rezultat al aplicării [145, 146, 153, 157, 158]; în acest context este justificată proiectarea unui cadru organizațional pentru formarea „programelor de reabilitare”, aprobate și perfectate legislativ, în lipsa aplicării cărora, se disting tot mai des tendințele de recuperare primară prin modalități chirurgicale, (ca urmare a diagnosticării tardive al maladiilor contingentului respectiv, pe motivul: accesibilității reduse sau adresabilității tardive) [6, 7, 70, 72].

Incidența în ascensiune a evenimentelor chirurgicale ca etapă primară a recuperării justifică necesitatea constituirii screening-ului pacienților diagnosticați cu ADT ale AM, însă, lipsa metodelor de monitorizare al acestor pacienți la nivel național și lipsa responsabilității în abordarea acestor probleme de către serviciile de sănătate publică, inclusiv serviciului de reabilitare, rezultă ascensiunea dizabilității în țara noastră comparativ cu alte țări, în care înlăturarea acestei carențe sociale a devenit un deziderat [120, 156]. În acest context este indispensabilă furnizarea unui management performant, implicând activități coordonate la diverse nivele administrative, în scopul stabilirii responsabilizării în soluționarea carențelor, prin monitorizarea pacienților respectivi. Acest deziderat a fost recomandat spre realizare și de mulți manageri al serviciului de reabilitare din străinătate, au apărut și multe lucrări științifice în domeniu, fiind organizate congrese, simpozioane, conferințe științifice [29, 110]. Astfel, în România în scopul ameliorării calității vieții pacienților sechelari după traumatisme vertebro-medulare și eficientizării serviciilor de recuperare medico-socială la asemenea pacienți s-a inițiat un proiect la nivel național de clusterizare dinamică a acestora [29].

Accesibilitatea asistenței de recuperare prezumă realizarea diagnosticării stabilite precoce în cazul maladiilor degenerative locomotorii și monitorizarea condiției de sănătate a pacienților pe

acest diapazon nosologic, iar implicarea consecventă a strategiilor complexe de tratament recuperator, prezintă totalitatea de factori contributivi la reducerea impactului economic major al acestora, prin restabilirea funcțiilor prioritare vieții și activității pacientului [39, 40].

Actualmente literatura de specialitate nu delimitează cert profilul de specialități interesate în diagnosticul și tratamentul ADT, lipsind principii de conexiune între acestea. Autorul diverselor monografii dedicate recuperării aparatului locomotor, Tudor Sbenghe consideră, că: „Recuperarea Medicală aparține tuturor specialităților medicale, în măsura în care patologia acestora determină deficit funcțional și handicap de importanță mai mare sau mai mică” [37]. Cerințele în asistența serviciului de RM are tendință spre ascensiune progresivă, rezultate din morbiditățile prin boli cronice și deficiențe în posibilitatea de acorda, astfel devine imperativă desfășurarea screening-ului populațional ce vizează ADT, (procesul continuu de cuantificare funcțională al pacienților diagnosticați cu maladii mioarticulare), eveniment ce ar permite gestionarea metodică a asistenței recuperatorii. Impedimentele în activitatea acestui serviciu și monitorizarea insuficientă a populației diagnosticate cu ADT sunt determinate de lipsa unui mecanism administrativ și legislativ, cu toate că la nivel național au fost elaborate proiecte de acte normative în scopul aplicării tratamentului conservativ recuperator [157, 162, 176], fiind organizate secții de Reabilitare Medicală în scopul orientării și asigurării asistenței de recuperare pacienților cu morbiditățile prin boli cronice la nivelul aparatului locomotor, totuși cerințele în acordarea de asistență recuperatorie ascensionează în raport cu posibilitatea de acorda aceste servicii.

Tendențele demografice și epidemiologice ce vizează senescența și dizabilitatea înregistrate în țară, impun abordarea asistenței de reabilitare, având contribuția nobilă de diminuare a dizabilității, astfel: **desăvârșirea serviciului medical de recuperare conform principiilor sale esențiale: accesibilitatea, precocitate, continuitate, complexitate și etapizarea rămâne a fi deziderat de îndeplinit și în țara noastră**; așadar, chiar dacă au fost efectuate diverse cercetări în domeniul recuperării pacienților diagnosticați cu nosologii ortopedice și posttraumatice, acestea nu concretizează modalitățile de organizare a procesului de recuperare pe diapazonul morbidității respective.

OMS definește reabilitarea ca “Un set de măsuri care să asiste indivizii ce se confruntă sau se pot confrunta cu dizabilități pentru a atinge și a menține o funcționare optimă în interacțiunea cu mediul lor” [93].

Studiu efectuat la nivel global în anul 2005 ce vizează implementarea Normelor Standard ale ONU cu referință la egalitatea drepturilor pentru persoanele cu dizabilități, în interesul cărora au

fost adoptate legislativ „Programe cu privire la Reabilitarea persoanelor cu dizabilități”, incluzând 42% din țări care au participat la sondaj [111].

În scopul optimizării și evaluării managementului reabilitării în unele țări europene au fost elaborate modalități de evaluare al acestui serviciu [157, 158, 160], cu intenția de a elimina impedimentele în raționalizarea serviciului de reabilitare. Autorii Skempes Dimitros și Bichenbach Jerome (Elveția) au prezentat un model de sinteză al sistemului de indicatori (baza de date a investigațiilor empirice contemplate într-o hartă conceptuală) în scopul aprecierii politicii statale (în direcția elaborării modalităților de evaluare a managementului serviciului de reabilitare ce vizează amplificarea efortului în dezvoltarea acestui serviciu) în conformitate cu Convenția Internațională privind drepturile persoanelor cu handicap [110]. **Formarea și implementarea Programelor de Reabilitare preocupă savanți din diverse țări** [111, 146, 175], eveniment ce ar putea contribui la revizuirea managementului asistenței de recuperare, în vederea optimizării performanței existențiale a subiecților cu infirmități/dizabilități funcționale.

1.3. Perpetuarea cadrului normativ privind organizarea Serviciului Reabilitare/Recuperare Medicală și Medicină Fizică

În scopul realizării obligațiilor inerente și implementării actelor internaționale, Constituția Republicii Moldova stipulează, în art. 36 alin. (1),, că dreptul la ocrotirea sănătății este garantat. Conform prevederilor constituționale, autorității legislative i-a revenit sarcina de a reglementa prin lege organică asigurarea minimului de asistență medicală gratuită, asigurările sociale, alte măsuri de protecție a sănătății fizice și mintale, precum și structura sistemului național de ocrotire a sănătății și mijloacele de protecție a sănătății fizice și mintale a persoanei.” Conform Legii nr. 10-XVI din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice [157],, această supraveghere cuprinde toate domeniile de viață și activitate a populației care pot influența negativ sănătatea omului, iar domeniile prioritare în supravegherea de stat a sănătății publice fiind: supravegherea, prevenirea și controlul bolilor transmisibile; supravegherea, prevenirea și controlul bolilor netransmisibile și cronice, generate prioritar de factori exogeni; promovarea sănătății, informarea și educația pentru sănătate; cercetările științifice și de inovare în domeniul sănătății publice; evaluarea determinantilor sociali ai sănătății; sănătatea în relație cu mediul ambiant; prevenirea leziunilor traumatiche; igiena, siguranța produselor alimentare și a altor produse etc.”

Pe parcursul anilor 2010-2013 Ministerul Sănătății a dezvoltat cadrul normativ din domeniul protecției sociale ce vizează dizabilitatea, în scopul conexiunii la legislația în domeniul

incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități. Legea nr.169 din 09.07.2010 „Pentru aprobarea Strategiei de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2010–2013) [163,164], se impune o serie de măsuri pe care statul și le-a asumat, pentru a respecta și a garanta drepturile persoanelor cu dizabilități.”

În conformitate cu prevederile Legii ocrotirii sănătății nr. 411-XII din 28 martie 1995 [165], „ținând cont de recomandările comitetului de Experți ai OMS și a Uniunii Europene a Medicilor Specialiști în Reabilitare medicală (2006) au fost elaborat și aprobat în calitate de act normativ cadru - *Ordinul Ministerului Sănătății nr. 432 din 25 mai 2011 „Cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului Reabilitare Medicală și Medicină Fizică din Republica Moldova”*. Conform prevederilor legale menționate în Ordinul 432 „Reabilitarea Medicală și Medicina Fizică este o specialitate medicală independentă, preocupată de promovarea funcționării fizice și cognitive, a activităților (inclusiv comportamentul), a participării (inclusiv calitatea vieții) și modificarea factorilor personali și de mediu. Astfel, acest serviciu este responsabil de prevenirea, diagnosticarea, tratarea și managementul reabilitării persoanelor cu afecțiuni dizabilitante și comorbidități la toate vârstele. Scopul principal al Reabilitării Medicale și Medicinii Fizice este îmbunătățirea funcționării fizice și mentale, precum și a capacității de participare activă în cadrul societății a persoanelor cu dizabilități ca urmare a bolilor sau traumatismelor, prin folosirea unor mecanisme fiziologice (precum reflexele, adaptabilitatea funcțională, neuroplasticitatea), inclusiv și a pregătirii fizice și mentale”.

Conform art. 1, alin.(2) al *Legii cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului* Nr.263 din 27.10.2005 [166], „*prestatori de servicii de sănătate*” sunt instituții medico-sanitare și farmaceutice, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, medici și alți specialiști în domeniu, alte persoane fizice și juridice abilitate cu dreptul de a practica anumite genuri de activitate medicală și farmaceutică.”

Asistența medicală poate fi prestată de către „*unitatea medico-sanitară*”,adică acea întreprindere, instituție cu drept de activitate a actului medical; capacitatea sa juridica apare din momentul înregistrării de stat a acesteia. Totodată, pentru a putea desfășura activitatea de acordarea asistenței medicale, unitatea medico-sanitară urmează a fi acreditată în conformitate cu *Legea Privind evaluarea și acreditarea în sănătate nr.552 din 18.10.2001* [167], iar unitatea medico-sanitară privată urmează a fi suplimentar licențiată conform *Legii privind reglementarea prin licențierea activității de întreprinzător nr.451 din 30.07.2001*” [168].

Conform prevederilor Legii nr.264 din 27.10.2005,„Cu privire la exercitarea profesiei de medic [169],, *Orice act medical exercitat de către un medic se exercită exclusiv în interesul*

păstrării, restabilirii și fortificării sănătății individului și în interesul societății, prin aceasta profesiunea de medic are un caracter accentuat uman”.

În sensul Legii privind ocrotirea sănătății *„actul medical reprezintă orice examinare, tratament, cercetare clinică și asistență sau altă acțiune aplicată pacientului cu scop profilactic, diagnostic, curativ (de tratament), de reabilitare sau de cercetare biomedicală și executată de un medic sau alt lucrător medical. Astfel, **reabilitatea** medicală reprezintă o acțiune componentă a actului medical, idee susținută și de prevederile art.55 a Legii nr. 41 citate supra „Reabilitarea bolnavilor se efectuează în direcție medicală și socială” [169].*

Actul medical în sensul exteriorizării juridice sub forma unui serviciu vizat ca și asistență medicală, prevăzută în art.21 a Legii menționate *„asistența medicală urgentă prespitalicească; asistența medicală primară; asistența medicală specializată de ambulator, inclusiv stomatologică; asistența medicală spitalicească; servicii medicale de înaltă performanță; îngrijiri medicale la domiciliu”.* Cu toate că prestația de reabilitare medicală nu se regăsește expres în șirul categoriilor de asistență medicală, acest vid de reglementare este suplinat de prevederile art. 23 a Legii menționate, care vorbind despre necesitatea exprimării consimțământului pacientului la executarea prestației medicale, indică în șirul acestor prestații și cea recuperatorie în sensul de reabilitare *„Consimțământul pacientului este necesar pentru orice prestație medicală propusă (profilactică, diagnostică, terapeutică, **recuperatorie**).”*

„Reabilitarea poate fi asigurată în mai multe tipuri de unități, de la centre de reabilitare specializate și departamente în spitale de acuți, până la ambulatorii și instituții comunitare. Reabilitarea în stadiul acut al bolii este importantă pentru utilizarea plasticității cât mai eficient și cât mai devreme posibil și pentru reducerea posibilității de apariție a complicațiilor. Pentru aceasta este nevoie nu numai de o echipă de profesioniști în reabilitare capabilă să consilieze toate secțiile dintr-un spital, inclusiv reanimarea, dar și paturi special destinate reabilitării, ambele în responsabilitatea unui specialist de reabilitare. Pacienții au nevoie, de asemenea, de reabilitare în unități special amenajate conduse de specialiști în reabilitarea medicală, iar persoanele cu dizabilități și afecțiuni permanente, adesea progresive, vor avea nevoie de astfel de unități în cadrul comunității pentru a asigura menținerea condiției lor fizice, a sănătății și a abilităților, precum și a promova independența acestora.” [169, 170, 171].

Conform *Ordinului Ministerului Sănătății nr. 432 din 25 mai 2011 „Cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului Reabilitare Medicală și Medicină Fizică din Republica Moldova* Serviciul Reabilitare Medicală și Medicină Fizică are următoarele atribuții:

1. Acordarea asistenței de reabilitare medicală ambulatorie prin subdiviziunile sale (cabinete, secții/centre de reabilitare medicală specializată sau polidisciplinară);

2. Acordarea asistenței de reabilitare medicală în etapa spitalicească prin subdiviziunile sale specializate (secții/centre specializate de reabilitare medicală, cabinete de reabilitare medicală, paturi destinate reabilitării), poldisciplinare (secții/centre specializate de reabilitare medicală, cabinete de reabilitare medicală, paturi pentru reabilitare) și echipele multidisciplinare de reabilitare, inclusiv mobile;
3. Acordarea asistenței de reabilitare medicală în etapa sanatorială și stațiuni balneoclimatice;
4. Acordarea asistenței de reabilitare medicală primară la indicația medicului reabilitolog din secția consultativă/centrul consultativ diagnostic sau Centrul Medicilor de Familie;
5. Acordarea asistenței de reabilitare medicală profilactică și terapeutică;
6. Accesul echitabil la asistența de reabilitare medicală a persoanelor cu disfuncționalități/dizabilități și handicap;
7. Acordarea asistenței de reabilitare medicală populației indiferent de rasă, cultură, religie și orientare sexuală;
8. Acordarea asistenței de reabilitare medicală pentru susținerea independenței persoanelor cu dizabilități și autonomia acestora;
9. Acordarea asistenței de reabilitare medicală pacienților în faza acută și postacută;
10. Acordarea asistenței de reabilitare medicală conform etapei și evoluției bolii;
11. Asigurarea continuității asistenței de reabilitare medicală;
12. Asigurarea accesului echitabil la gama completă de servicii de reabilitare pentru toată populația din țară;
13. Colaborarea între toate instituțiile medicale de reabilitare subordonate Ministerului Sănătății și instituțiilor similare departamentale, private, comunitare;
14. Asigurarea dreptului pacientului la informație despre programul de reabilitare inclusiv familiei, însoțitorului, îngrijitorului, cu respectarea cerințelor actelor normative în vigoare;
15. Acordarea asistenței de reabilitare medicală pe termen scurt și lung până la obținerea rezultatului optim, caracteristic gradului de dizabilitate;
16. Efectuarea măsurilor de management al reabilitării medicale persoanelor de vârste diferite cu afecțiuni acute/cronice, dizabilitante și co-morbidități;
17. Condițiile pentru activitate de reabilitare medicală a echipelor multidisciplinare și interdisciplinare;
18. Acordarea asistenței de reabilitare medicală în scopul prevenirii complicațiilor la pacienții imobilizați în urma bolilor cronice și traumatismelor;

19. Acordarea asistenței de reabilitare pentru micșorarea riscului de dependență a pacienților cu afecțiuni cronice și consecințe posttraumatice.”

În temeiul *Ordinului Ministerului Sănătății nr. 432 din 25 mai 2011 „Cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului Reabilitare Medicală și Medicină Fizică din Republica Moldova,* „atribuțiile Ministerul Sănătății în domeniul reabilitării medicale se pot axa pe elaborarea de politici privind organizarea și reglementarea asistenței medicale integrate (asistența medicală primară, secundară/terțiară, **reabilitare**) și asigurarea sporirii rolului și autorității asistenței medicale primare în sistemul de sănătate, cu focusarea prioritară pe măsurile de prevenire a maladiilor; pe stabilirea priorităților, identificarea serviciile medicale esențiale necesare populației, cu respectarea principiilor de asigurare echitabilă a necesităților adecvate ale populației, acordând o atenție prioritară grupurilor socialmente vulnerabile; argumentarea necesarului de resurse financiare pentru funcționarea sistemului de sănătate, folosind în acest scop statisticile oficiale, rapoartele și informația furnizată de Compania Națională de Asigurări în Medicină, rezultatele studiilor efectuate în domeniu în vederea fundamentării bugetului pentru sistemul de sănătate și a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, precum și alte date și informații relevante; elaborarea și aprobarea anuală, de comun acord cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, a normelor metodologice de aplicare a Programului unic”.

Sunt constatate carențe ce generează încălcări alarmante ale dreptului la ocrotirea sănătății cu impact sever asupra accesibilității, calității și continuității serviciilor medicale, inclusiv în domeniul recuperarece implică deficiențe: în asigurarea echității și acoperirea cu fonduri din cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală; persistă deficitul de personal competent în domeniul sănătății, în special în mediul rural; lipsa standardelor de calitate ce ar asigura calitatea și siguranța serviciilor de asistență medicală; infrastructura depășită a instituțiilor medicale și dotarea tehnico-materială insuficientă.

Relațiile în domeniul asistenței medicale sunt supuse reglementării nu doar din partea standardelor etice, cele mai multe dintre ele fiind guvernate de reguli de drept. Industria serviciilor medicale are nevoie de informații actualizate și fiabile, date esențiale despre pacient, pentru furnizarea de servicii medicale și creșterea calității acestora.

Complexitatea și cantitatea acestor informații fac necesară adoptarea tehnologiei informației aplicat în contextul unui cadru normativ, care prezintă condiții esențiale pentru a crește calitatea serviciului de recuperare medicală, prin care să fie satisfăcută cererea pacientului în obținerea curății eficiente. Analizând economia reglementărilor juridice în domeniul recuperării medicale, trebuie de menționat că, activitatea serviciului necesită a fi potențat financiar și inclus în programe medico-sociale similar nivelului altor servicii medicale consacrate, cum ar fi: terapia,

chirurgia, neurologia, cardiologia, ortopedia etc., urmând a fi **respins conceptul subsidiarității** în aprecierea managementului reabilitării medicale în raport cu alte domenii medicale.

Este important de realizat principiile Reabilitării medicale sub forma unui act normativ de nivelul unei legi ordinare [171, 174], fiind în colaborare metodico-funcțională cu actele normative indicate mai sus, care ar include caracteristicile unui Program integral medico-social cu indicarea parametrilor de volum, formă, termeni, periodicitate și consecutivitate a realizării măsurilor de recuperare, ca formă și conținut, obligatoriu pentru aplicare de către instituții și organe administrative, indiferent de formele organizatorico-juridice și de proprietate.

1.4. Concluzii la capitolul 1

1. Actualitatea recuperării pacienților diagnosticați cu ADT ale AM reprezintă prioritate medico-socială, ca urmare a senescentei demografice și ascensiunii de anvergură a infirmităților cronice la acest contingent nosologic.

2. Managementul asistenței de recuperare medicală în domeniul ortopediei și traumatologiei are menirea de a favoriza condiția de sănătate a populației, inclusiv și prin optimizarea actului medical de recuperare; astfel, integrarea pacientului în societate este posibil de înfăptuit prin asigurarea unui Program de Reabilitare/Recuperare legitimat, care ar estima rezultatele cuantificabile ale funcționalității locomotorii și ar stabili prioritățile de recuperare ale acestora.

3. Necesitatea monitorizării condiției de sănătate a pacienților diagnosticați cu deficiențe locomotorii prin screening-ul populațional este justificată prin posibilitatea ajustării directivelor recuperării în raport cu gradul reducerii restantului disfuncțional, facilitând independența socială a acestora, iar odată cu includerea postrecuperatorie în societate se oferă posibilitatea realizării beneficiului socio-economic,.

În baza acestor concluzii, s-au formulat scopul și obiectivele lucrării:

Scopul cercetării. Crearea cadrului științific de dezvoltare a managementului asistenței de reabilitare/recuperare medicală, bazat pe eficacitatea terapeutică și eficiența economică în proporții decizionale echitabile de referință pentru pacienții cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari.

Obiectivele cercetării:

1. Analiza eficacității recuperării medicale prin prisma dinamicii parametrilor funcționali a pacienților diagnosticați cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari.

2. Elucidarea impactului recuperării medicale asupra valorizării paradigmei „calitatea vieții” apreciată beneficiarilor curății.

3. Analiza medico-economică: cost-eficiență și cost-utilitate. a asistenței de recuperare aplicată pacienților din studiu, în scopul prioritizării programului curativ mai eficient.

4. Elaborarea unei propuneri metodologice de prognosticare a potențialului recuperării, ca instrument de eficientizare managerială.

5. Argumentarea utilității practice și implementarea unui algoritm de monitorizare a pacienților diagnosticați cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari, necesitanți a procesului de recuperare medicală.

2. MATERIAL ȘI METODE

2.1. Metodologia cercetării

Cercetarea științifică a fost realizată în cadrul catedrei Medicină Socială și Management Sanitar „Nicolae Testemițanu” a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, iar materialul necesar a fost colectat în Instituția Municipală Sanitară Publică, Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie (IMSP SCTO) în perioada anilor 2012-2016. Studiul observațional retrospectiv descriptiv a fost realizat în 7 etape în cadrul secției Reabilitare funcțională în traumatologie și ortopedie a IMSP SCTO, iar unitatea de studiu a servit pacientul diagnosticat cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari (ADT ale AM) care a beneficiat de tratament de recuperare cu o durată medie 12 zile. Informațiile suplimentare necesare estimării dinamicii morbidității și infirmității prin afecțiuni degenerative au fost preluate din bazele de date ale Centrului Național de Management în Sănătate.

La etapa 1 de planificare a studiului a fost aplicată **metoda „sinteza teoretică integrativă”** cu referință la morbiditatea cercetată, analizând sursele bibliografice naționale și internaționale și utilizând bazele informaționale ale Bibliotecii Medicale Republicane, date informaționale a AGEPI, rapoarte anuale ale Biroului de Statistică al RM. A fost argumentată științific abordarea actuală a managementului în direcția recuperării pacienților de referință, iar în rezultatul documentării complete efectuate au fost determinate **scopul, obiectivele și premisele cercetării**. Realizarea metodologiei cercetării a fost inițiată la **etapa 2**, fiind **selectate metodele de cercetare și prelucrarea informațiilor: „analiza de conținut: observațională”** (materialul necantitativ-ex: parametri funcționali au fost transformați în material cantitativ- indici), completată de metoda **„epidemiologică” analitică; analiza** informației prin metode **cantitative: „matematico-statisice”**. Eficacitatea actului de recuperare a fost efectuată prin **„evaluarea rezultatelor”**: cercetarea rezultatelor - la nivel de pacient, iar evaluarea eficacității relevă legătura între varianta curăției și rezultatele acesteia; **analiza de politici sanitare** tributară analizei **„economice”**, a fost aplicată în scopul identificării alternativei prioritare raportată eficienței intervenției curative.

Etapa a 3 rezidă în **efectuarea investigației**, prin delimitarea în volum a colectivității cercetate sau **calcularea eșantionului reprezentativ** conform formulei lui Mureșan [22], urmată de **selectarea aleatorie** a subiecților din totalitatea pacienților diagnosticați cu ADT ale AM:

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{N \cdot \Delta x^2 + t^2 \cdot P \cdot (1 - P)} \quad (2.1)$$

unde: n - volumul eșantionului reprezentativ; numărul de pacienți de profil ortopedic ce alcătuiesc eșantionul de cercetare, iar N -numarul totalității generale a pacienților de profil ortopedic cu diagnosticul confirmat în intervalul de timp 2012-2016 reprezentat de 1500 pacienți $t=1,96$, criteriul "Student" (t) – pentru atitudinea nivelului de confidență de 95%;

P și $(1-P)$ – probabilitatea și contra – probabilitatea de apariție a fenomenului cercetat;

Δx^2 – este eroare limită admisă; acceptăm eroare de 0,05 ($\Delta x^2=5\%$);

Luând în considerare faptul că „ n ” este maxim când produsul „ Pq ” este maxim și ținând cont de faptul că $0 \leq P \leq 1$ și $q=1-P$, produl este maxim atunci când $P=q=0,5$.

În cazul de profil ortopedic, introducând cifrele în formula (2.1), obținem:

$$n = \frac{1500 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)}{1500 \cdot 0,0025 + 3,84 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)} = 306 \text{ pacienți} \quad (2.2)$$

Facem corecția, calculând coeficientul de apariție a non-raspunsului conform formulei

$$q = x = \frac{1}{(1 - f)} \quad (2.3)$$

unde: q -coeficientul de apariție a non-răspunsului;

f -rata non-răspunsului prognozat de autor ($f=10\%$)

$$q = \frac{1}{1 - 0,1} = 1,1 \quad (2.4)$$

Calculăm "n" final conform formulei: $n \geq 306 \times 1,1 = 337$ pacienți; astfel volumul necesar al eșantionului reprezentativ pentru studiu ar trebui să constituie nu mai puțin 337 pacienți de profil ortopedic, diagnosticați cu ADT ale AM; conformându-ne remanierii selecției aleatorii din cadrul studiului, s-a considerat lotul de 373 pacienți drept subtotalitate concludentă pentru toată colectivitatea statistică. Date selectate aleatoriu din fișe de observație staționar/ambulator a pacienților din studiu cu ADT reprezintă maladiile cu incidența cea mai înaltă înregistrată în secție pe parcursul acestor ani, colectivitatea pacienților examinați a fost repartizată în următoarea proporție: gonartroze – 108 (29,0 %), coxartroze – 75 (20,1%), omartroze – 78 (20,9%). Prevalența numerică a pacienților diagnosticați cu spondilodiscartroze pe parcursul studiului a fost sugestivă pentru asocierea lotului de pacienți diagnosticați cu spondilodiscartroze – 112 (30,0%) în scop de comparație.

Cercetarea a fost realizată în funcție de persoană, timp, vârstă, sex.

Includerea în studiu al pacienților a fost efectuată conform criteriilor de includere și excludere.

Criteriile de includere au cuprins:

1. Respectarea exigențelor care definesc afecțiunile degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari, descrise în Clasificarea Internațională a Maladiilor, ediția 10-a (CIM-10);

2. Pacienți de vârstă cuprinsă între 18 ani și 82 ani;
3. Subiecți, care au fost supuși recuperării medicale conform protocolului de tratament;
4. Pacienți, care au urmat cure de recuperare în medie 12 zile.

5. Pacienți ce au semnat acordul informat în vederea modalității de tratament sub formă de contract încheiat cu IMSP SCTO, ca subiect juridic, și acceptul preluării datelor informative din fișa medicală.

Criterii de excludere au servit:

1. Pacienți de vârstă sub 18 ani și peste 82 ani;
2. Pacienți cu comorbidități somatice pronunțate;
3. Pacienți cu contraindicații pentru tratamentul recuperator: (grad înalt de activitate al puseului inflamator, tulburări de ritm și conducere cardio-vasculară, maladii oncologice, sindrom convulsiv etc.)

Etapa 4 rezidă în **înregistrarea informației**, materialul clinic fiind extras retrospectiv din registre și fișe medicale (Fișe de staționar - Formular Nr.003/e și Fișe de ambulator - Formular NR.025/4 pentru perioada anilor 2012-2016) arhivate în IMSP SCTO. Din fișe medicale au fost extrase date informative ce vizează manifestările clinice-paraclinice a pacienților diagnosticați cu ADT ale AM: intensitatea și durata durerii, esimarea bilanțului articular de: șold, genunchi, umăr, coloana vertebrală; forța, rezistența și gradul hipotrofiei mușchilor periarticulari; gradul scurtării membrelor și deviația axelor lor; caracteristicile mersului și modalitățile de sprijin etc., gradul autonomiei funcționale, care au fost cuantificate prin înregistrare în **chestionare** diversificate în funcție de nosologia topografică, aplicate la etapa inițierii și finalizării tratamentului (anexa 1);

1. Chestionar pentru evaluarea recuperării pacienților cu afecțiuni degenerative sau posttraumatice ale articulațiilor mari (umăr);
2. Chestionar pentru evaluarea recuperării pacienților cu afecțiuni degenerative sau posttraumatice ale articulațiilor mari (coxo-femural);
3. Chestionar pentru evaluarea recuperării pacienților cu afecțiuni degenerative sau posttraumatice ale articulațiilor mari (genunchi).

În scop comparativ a fost evaluat un lot de pacienți diagnosticați cu afecțiuni degenerative sau posttraumatice ale articulațiilor coloanei vertebrale (spondilodiscartroze).

4. Chestionar pentru evaluarea recuperării în afecțiunile degenerative și posttraumatice ale coloanei vertebrale.

Analiza documentară s-a realizat prin selectarea parametrilor funcționali din fișele medicale și înregistrarea variației acestora în funcție de eficacitatea curății, utilizând inclusiv scale de

relevanță internațională: Scala Constant [48] aplicată în scopul aprecierii funcționalității umărului permite cuantificarea parametrilor clinici-paraclinici: intensitatea durerii (0-15 puncte), abilitatea de a efectua diverse activități diurne (0-20 puncte), valoarea bilanțului articular (0-40 puncte) și a rezistenței musculare (0-25 puncte), valoarea maximă a funcției umărului sumarizând scorul de 100 puncte.

Scorul WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) [177] validată în limba română de diverși autori [29], este acceptat de comun acord în scopul evaluării primare și secundare a durerii, rigidității și funcționalității în cazul diagnosticării maladiilor și deficiențelor cu localizare la nivelul membrelor portante [50, 51, 61]. Funcționalitatea locomotorie diurnă cum ar fi ortostatismul, deplasarea, mobilitatea în spațiu închis/deschis, precum și îndeplinirea îndatoririlor casnice au fost cuantificate, sumarizând punctajul de 5 puncte pentru durere (intervalul de scor poate fi între 0-20), 2 puncte pentru rigiditate: redoare (interval de scor 0-8) și 17 puncte pentru limita funcționalității fizice (interval de scor 0-68) [123,173].

Scala FIM/MIF (Functional Independence Measure/Măsurarea Independenței Funcționale) adoptată la nivel internațional din motivul aplicabilității pacienților de orice vârstă și orice tip de diagnoză, a permis cuantificarea funcționalității fizico-cognitive în raport cu curația; scala include estimarea graduală a parametrilor: autoîngrijire, control sfincterian, mobilitatea, locomoția, comunicarea, cogniția socială; în contextul studiului am preluat doar gradațiile axate pe abilitatea de independență fizică și necesitatea de ajutor, în scopul estimării modalității de incluziune/participație socială, fiind notificate prin 1 punct în cazul asistenței totale, și până la 7 puncte în cazul independenței totale [3].

Evaluarea aspectelor ce vizează ***Calitatea Vieții (CV)*** au fost estimate și înregistrate în chestionarele pacienților diagnosticați cu ADT la etapa de inițiere și finalizare a tratamentului: aproximativ peste 12 zile de la inițierea actului de recuperare s-a estimat CV pacienților ce au beneficiat de tratament doar la etapa de internare, iar peste 20 zile (media) s-a estimat CV pacienților ce au beneficiat de tratament la etapa de internare cu continuitate la etapa ambulatorie; chestionarul ce reflectă CV (promovat de clinicile de recuperare, medicină fizică și balneologie, fiziokinetoterapie din România) promovat de kinetoterapeutul Mihăescu Anca-Sanda [29] ***a fost selectat pentru aplicare ca instrument descriptiv în studiu, datorită simplității de abordare și focusării pe parametrii estimați pe direcția independenței fizice și cognitive, ce reflectă gradul incluziunii sociale.*** În contextul chestionarului s-a estimat percepția subiecților abordați, referitor la aprecierea activității desfășurate zilnic, sumarizând valoarea parametrilor chestionarului într-un scor final total de 40 de puncte, diferențele cărora apreciate

pre- și postrecuperator reflectă modalitatea impactării calității vieții acestora prin tratamentul aplicat; fiecare item a fost cuantificat uniform, conform importanței acțiunilor efectuate de către pacient: ponderea cea mai mică posibilă fiind 1, iar cea mai mare – 5 puncte: importanța autoîngrijirii și acceptării noului statut; importanța sănătății psihice și mentale și speranței pentru viitor; starea de siguranță, importanța integrării în familie și grupuri sociale; importanța activităților de recreere și participării în activități publice, importanța în accesibilitatea profesării și instruirii (expuse în tabelul 3.13 și în anexele 1-9). Utilizarea în practica medicală a chestionarelor completează alte metode de investigații, fiind justificată prin avantajele în abordarea diverselor domenii de evaluare prin accesibilitatea completării.

Etapa 5 cuprinde abordarea *statistică*, prin *prelucrarea informației* obținute în cadrul cercetării (privind eficacitatea recuperării pacienților de referință: analiza dinamicii parametrilor funcționali al subiecților incluși în studiu, utilizând metode de evaluare statistică a rezultatelor: calcularea indicatorului intensiv t-Student, calcularea erorii standard, determinarea concluziei statistice, aceste date fiind procesate prin intermediul analizei variaționale, corelaționale, descriptive și discriminante; dependența statistică dintre parametrii calitativi s-au prezentat prin tabele de contingență, fiind utilizat Criteriul "X²" pentru verificarea ipotezei de independență a liniilor și coloanelor. Testarea dinamicii parametrilor de grup s-a efectuat prin testul T - criteriu de selecții coerente [159]. Testarea egalității a trei și mai multe medii s-a efectuat prin analiza dispersională (procedeu ANOVA). Depistarea factorilor de risc și informativitatea parametrilor studiați pentru diagnosticul diferențial (prognostic) s-a efectuat utilizând analiza discriminantă pas cu pas procesate prin intermediul programului SPSS-15, cuantificând parametrii funcționali rezultativi reprezentați statistic, grafic și prin tabele.

Pentru realizarea obiectivelor propuse au fost antrenate anumite categorii de indicatori statistici, și ținând cont de calitatea de estimatori a acestora (provin dintr-un eșantion), au fost asociate și modalități de verificare a semnificației estimatorilor determinați. Printre indicatorii antrenați în analize s-au numărat: coeficientul de corelație liniară simplă între variabile (Pearson), cuantificând intensitatea legăturii de tip liniar dintre două variabile; în cazul nostru variabilele corelate au fost reprezentate de punctajul mediu acumulat de către variabilele ce reprezintă calitatea vieții ($\bar{x}_{ij}$) în cele două momente de investigație (primar și secundar). În plus, a fost testată semnificația statistică a coeficientului corelației prin testul-t.

Acesta poate lua valori cuprinse între -1 și $+1$, adică satisface inegalitățile: $-1 \leq r \leq 1$. Semnul semnifică tipul de legătură: semnul minus indică legătura inversă, semnul plus indică

legătura directă. Cu cât coeficientul de corelație liniară simplă are valori mai apropiate de 1 sau -1, cu atât corelația liniară dintre variabilele corelate este mai puternică.

Validarea modelelor de regresie a fost realizată cu ajutorul testelor statistice, cum ar fi: testul Student (T-statistica), Testul Fisher (Snedecor), Testul Durbin-Watson [159].

În baza analizei datelor a două selecții (pacienți cu rezultate bune a curăției (lot 1) și pacienți care au avut rezultate satisfacatoare (lot 2), a permis deducerea unei reguli, ca criteriu de discriminare și atribuirea elementului (parametru funcțional) la una din cele două mulțimi cu o exactitate maximă. Aplicarea analizei discriminante în analiza datelor statistice a beneficiarilor curăției ne-a permis să deducem funcția discriminantă, care reprezintă esența metodei de prognoșticare a eficienței tratamentului, calculată prin utilizarea analizei discriminante conform autorului Afifi [44].

Aprecierea subiectivă a durerii a fost evaluată pacienților din studiu la etapa inițierii (Ei) și finalizării tratamentului (Ef) prin utilizarea scalei grafice (Verbal Rating Scale), care vizează cuantificarea durerii în raport cu intensitatea acesteia, exprimată de la 0 puncte până la 10 puncte: 0 puncte relatează lipsa durerii, iar 10 puncte exprimă intensitatea maximă a durerii. Metoda dată are aplicabilitate vastă din motivul accesibilității pentru persoanele vârstnice, care pot localiza sindromul de durere inclusiv în dependență de topografia nosologiei [87].

Bilanțul articular apreciat goniometric a fost cotate gradual de la 0 la 180 grade, fiind indicatorul cel mai sugestiv în definirea valorii eficacității tratamentului fizical-kinetic.

Bilanțul articular al umărului precizat în planul de: abducție și flexie (180°), extensie (80°), rotație internă (95°) și externă (60°); testarea motilității a inclus testarea mușchilor: deltoid, pectoral mare, dorsal mare, infraspinos și subscapular, rotunzi mare și mic etc.

Bilanțul articular coxofemural s-a apreciat prin mișcările de flexie (145°), extensie (30°), abducție (45°), adducție (30°), precum și prin rotație internă (45°) și externă (45°) testată prin intermediul mușchilor extensori: fesier mare, ischiogambieri, iliopsoas, femural drept și flexori: fesier și croitor; rotatori externi, fesieri și tensor al fasciei lata: abductori și rotatori interni.

Evaluarea bilanțului articular al genunchiului a inclus evaluarea flexiei (140°), extensiei (180°/0°) estimată prin contrarezistența cvadricepsului, ce exprimă extensia, iar ischiogambierii - flexia.

Amplitudinea coloanei vertebrale a fost verificată din pozițiile de decubit și ortostatism precum și prin intermediul testului Ott, Schober. Gradul hipotrofiei a fost cuantificată prin măsurarea circumferințelor segmentelor examinate cu panglica centimetrică în comparație cu partea intactă.

Estimarea forței musculare din punct de vedere calitativ și cantitativ, redată prin punctajul de la 0 la 5 puncte, acceptat de comun acord în evaluarea bilanțului muscular nu a fost aplicat în studiu, din considerentele dificultății procesării statistice; astfel, în cadrul studiului forța musculară a fost exprimată prin două tipuri: satisfăcătoare, care reflectă forța musculară fiziologică, cu abilitatea de a învinge gravitația plus forța externă, și nesatisfăcătoare, care redă forța musculară cu abilitatea de a învinge doar gravitația în mod ajutorat sau neajutorat (în lotul de studiu nu au fost incluși pacienții cu denervare musculară severă). Estimarea aliniamentului coloanei vertebrale în plan frontal și sagital a sugestionat asupra diformităților tip cifoscoliotic, iar verticalizarea pacientului a permis estimarea echilibrului și coordonării prin intermediul probei „Romberg”. Funcția de deplasare a fost estimată la efort sau cu impedimente rezistive, oferind aprecierea graduală a claudicației: lipsa claudicației, claudicație moderată și pronunțată.

S-au estimat reflexe osteotendinoase prin intermediul scalei de gradare a reflexelor (fiziologice sau nefiziologice: diminuate, abolite) conform localizării neuronului motor periferic.

Tulburările senzitivo-motorii de caracter dermatomial (dureros, termic, tactil) au fost estimate gradual conform percepției senzitivo-motorii, manifestate prin tulburare hipoestezieică/hiperestezieică, moderată, pronunțată sau absența acestora.

Aprecierea funcției locomotorului a înglobat proba transferurilor din diverse posturi și aprecierea modalității de sprigin, verticalizare și stabilitatea în mers pe fiecare membru, precum și estimarea deplasării în interiorul sau exteriorul locuinței.

Examenul Radiologic prezintă metoda imagistică de elecție în stabilirea diagnosticului ADT ale AM, fiind efectuat tuturor pacienților incluși în studiu, gradul leziunilor radiologice - II, III și IV fiind conformate clasificăției Kellgren [46,77]: leziuni degenerative manifeste prin îngustarea spațiului articular cauzate de fisurări sau pierderea cartilajului exprimate prin scleroza și osteofitoză subcondrală, ca rezultat al proliferării osoase și cartilaginoase, progresând în fazele avansate până la sclerozare periostală.

Rezonanța magnetică nucleară (RMN) prezintă imaginea tridimensională al articulațiilor, evidențiind structura țesuturilor moi: meniscuri, mușchi, hernii, ligamente, starea sinovialei, a fost efectuată aproximativ la 1/3 din pacienți, în scopul completării informației radiologice etc.

Ultrasonografia articulară este o metodă neinvazivă, accesibilă și economă, oferind informații ce vizează structurile articulare: calitatea cartilajului hialin: grosimea, suprafața, precum și starea osului subcondral: prezența chisturilor sau proliferarea membranei sinoviale, precum și starea ligamentelor și a țesuturilor moi periarticulare, etc.

În scopul verificării structurii neuro-musculare s-a efectuat selectiv în funcție de necesități: **electroneuromiografia și dopplerografia ultrasonografică** a mușchilor și vaselor membrelor

inferioare. Datele de laborator estimate: hemoleucograma, probele reumatice, analiza urinei etc., relatează gradul de activitate al puseului inflamator.

La **etapa 6. prezentarea grafică / tabele statistice** a datelor obținute în vederea analizei acestora.

La **etapa 7** a studiului ne-am propus aplicarea **analizei medico-economice** cost-eficacitate /cost-utilitate care oferă modalități de **comparare** a rezultatelor alternativelor curative conform potențialului recuperator, precum și **estimarea** beneficiului QALY (prin metoda de cuantificare a utilității QALY ce exprimă ani de viață, ajustați calității vieții) atribuind valori numerizate percepției pacienților în vederea calității vieții evaluate în cadrul cercetării și relatate în capitolele II-III. Compararea costurilor vizavi de alternativa tratamentului oferă supoziții a avantajului economic prin câștigul de sănătate, evenimente relatate în capitolul IV, care reprezintă de altfel directive pentru prioritizarea intervențiilor medicale eficientizate, adaptate nevoilor populației prin managementul sănătății publice.

2.2. Metodologia recuperării medicale aplicate beneficiarilor curății

„Osteoartroza reprezintă o entitate eterogenă de nosologii, care desfășoară manifestări de lezare a integrității articulare, datorate alterării cartilajului articular și modificării consecutive ale osului subcondral” (American College of Rheumatology 1986). Artrozele de etiologie degenerativ-distrofică sau posttraumatică reprezintă leziuni hipertrofice a cartilajului articular cu tendință de avansare graduală, în funcție de echilibrul dintre sinteza și degradarea morfopatologică, realizându-se prin manifestări dureroase și redori articulare, soldate cu reducerea funcționalității progresive [47].

În acest context, este indispensabilă menținerea și atingerea funcționalității optime prin actul de recuperare, implicând activități multidisciplinare efectuate coordonat și etapizat, în funcție de necesitățile sociale ale pacientului și nivelul potențialului funcțional, care și determină obiectivele recuperării: restabilirea integrității structurale și funcționale (psiho-somatice și sociale) [128]. Așadar, recuperarea medicală prin factori fizici și kinetoterapie reprezintă dezideratul ce urmează a fi abordat consecutiv tratamentului ortopedic sau chirurgical [19, 29] fiind parțială sau totală, funcție de obiectivele recuperării (reeducarea capacității de muncă, autoservirii).

Aplicarea tratamentului complex de recuperare funcțională este delimitat de caracteristicile pacientului: vârstă, sex, comorbidități, condiția psihosomatică anterioară traumatismului, determinând instalarea sechelelor și reliefând obiectivele actului de recuperare: [4, 19].

- diminuarea durerii și inflamației, ameliorarea vasculo-trofică din perioada de imobilizare, perfecționând mobilitatea funcțională și tonizarea izometrică a musculaturii periarticulare;
- menținerea funcției articulare implicate în leziune în regim static și dinamic prin executarea mobizării segmentare, precum și prevenirea deficiențelor de postură;
- rearmonizarea mobilității și stabilității prin corectarea dezaxării articulare, precum și menținerea echilibrului între agoniști și antagoniști;
- recâștigarea funcției globale: verticalizare, stabilitate și siguranța mersului.

Asistența recuperatorie a fost aplicat în funcție de starea clinico-evolutivă a pacientului cu ADT ale AM la etapa cronică precoce sau tardivă, având ca scop final reducerea restantului disfuncțional și reintegrarea pacientului în societate.

Obiectivul prioritar în cazul inițierii tratamentului recuperator a OA reprezintă reducerea sindromului algic, iar cea mai rațională indicație fiind administrarea AINS: paracetamol, analgezice non-opioide orale, în doză de până la 3-4 g/zi administrate cu sau fără asocierea paracetamolului; AINS neselective sau COX 2 specifice, au fost indicate în doze minim eficace; inhibitorii COX-2 reduc incidența riscului ulcerului gastric, dar se asociază cu risc crescut pentru evenimentele cardiovasculare; preparatele din grupul condroprotectoarelor s-au indicat în scopul menținerii calității morfostructurale a țesutului cartilaginos [101, 127].

În scopul reducerii intensității sindromului algic (prin reducerea percepției acuității durerii, ameliorând consecutiv și microcirculația locală) au fost aplicați diverși factori fizici: galvanizare sau galvanoionizare, reprezentat de curent continuu 15-20 mA, cu acțiune electrolitică și electrochimică; curenții diadinamici aplicați în afecțiunile degenerative-distrofice și posttraumatice din considerentele efectelor: analgezic, hiperemiant, trofic, resorbtiv, s-au indicat în: retracții musculare și/sau redori aticulare cu manifestări periarticulare; curenții de frecvență medie tip Nemec, deasemenea manifestă efect antidolor pronunțat, fiind utilizați cu decalații 100 Hz localizate la nivelul de încrucișare a celor două surse de frecvență medie [129, 141, 143, 144].

A fost aplicat terapia electromagnetică (unde decimetrice de 69 cm și microunde de 12,25 cm) cu frecvențe înaltă (peste 300 KHz) sau alternativă (mai mare de 500000 oscilații/sec) în scopul ameliorării efectelor metabolice (prin vasodilatație generală și efecte musculare) prin scăderea tonusului muscular hipertonic, iar efectele termice: hiperemiant, analgetic, miorelaxant, antispastic au fost produse de curent de înaltă frecvență cu lungimi de undă cuprinse între 10 și 100 m și frecvență cuprinsă între 10 MHz-100 MHz (decimetrice); a fost aplicată terapia prin câmpuri magnetice de frecvență joasă, având parametri fizici caracteristici curentului electric

generator (intensitatea cuantificată în mTl) (militesla), cu frecvență de 50 și 100 Hz și intensități fixe.

Ultrasunetul reprezintă vibrații pendulare propagate unidirecționat prin energie ondulatorie mecanică și unde cu frecvența cuprinsă între 1Hz-10MHz, producând efecte: analgezic, miorelaxant, fibrolitic, antiinflamator, metabolic [29, 144]

Terapia cu Laser reprezentată de radiația cuantică coerentă și monocromă cu frecvența 1000-1500 Hz, pe o singură lungime de undă, orientate identic în timp și spațiu, au produs același tip de efecte: analgezic, fibrolitic, antiinflamator, metabolic [26].

Kinetoterapia a fost aplicată pe durata perpetuării maladiei sau survenirea sechelei restante, urmărind obiectivele: combaterea sechelelor morfo-structurale și sindromul de imobilizare, reluarea transferului și abilității de deplasare, precum și eradicarea decondiționării locomotorului, prin prevenirea redorilor articulare [16, 19, 27], aplicând diverse metodici: posturări prin menținerea poziției de corecție a corpului sau prin asuplizarea părților moi ale articulației până la reducerea redorii articulare (adoptând poziții inverse modelului spastic și plasarea greutății proximal sau distal de articulațiile afectate pe perioade de 15-20 de minute).

Recuperarea funcționalității membrului superior prezintă anumite particularități, din motivul că este cea mai mobilă articulație, ca urmare cedează stabilitatea în favoarea mobilității [79], iar membrul inferior prin structura sa anatomo-funcțională, asigură funcția ortostatică și mersul, menținând corpul în poziție verticalizată [19, 29, 37]. Tratamentul fiziofuncțional al articulațiilor membrelor a fost realizat prin kinetoterapie și fizioterapie adjuvantă; astfel, prioritatea programelor de recuperare a reprezentat kinetoterapia, focalizată pe manipulări și mobilizări articulare, efectuate în scopul reducerii redorilor și facilitării propriocepției. Utilizare vastă în diverse forme de restant disfuncțional au servit tehnicile anakinetice antideclive sau posturile seriate pentru corecția diformităților cu asocierea fizioterapiei (termoterapie, masaj, raze ultracurte, electroterapie: stimulări electrice, amplipulsforeza, electroforeza etc.) [41, 53]. În scopul performării abilităților de verticalizare, ortostatism și mers au fost prioritare obiectivele: combaterea durerii și inflamației, fiind obținute prin posturări în poziții neutre, asociate de diverse forme de electroterapie: curenți galvanici, curenți cu impulsuri dreptunghiulare de frecvențe joase (150 Hz), curenți diadinamici, curenți sinusoidali modulați, ultrasunete [29]. Recăștigarea forței și amplitudinii de mișcare, precum și rearmonizarea articulară s-a atins prin metode kinetoterapeutice: mobilizări pasive a membrului prin tehnici de facilitare proprioceptive și exerciții de tonizare musculară, iar stabilitatea articulației s-a realizat prin manevre tehnice de izometrie, izotonie, contra rezistență, deziderat ce urmează a fi îndeplinit și la persistența sechelelor neuro-motorii degenerative importante, survenite ca urmare a imobilizării segmentului

locomotor lezat. [67, 71]. În scopul atingerii performanțelor funcționale în „igiena șoldului sau genuchiului” au constituit indicații obligatorii: scăderea greutatei corporale, evitarea mersului pe teren cu suprafețe denivelate, utilizarea bastonului în timpul mersului.

Kinetoterapia activă sau pasivă s-a efectuat în scopul menținerii amplitudinii articulare și troficității/asuplizerii capsuloligamentare (ședința de elongare articulară pe durata a 30 de minute, suficientă pentru prevenirea redorilor) [121].

Mobilizările pasive au fost aplicate în scopul facilitării abilității de regenerare a cartilajului și metabolismului periclitat, mai ales exprimat la pacienții imobilizați postoperator [100]; în astfel de cazuri, s-au aplicat tracțiuni progresive, în direcție longitudinală a articulației retractate mioarticular. Corelarea mobilizărilor izometrice și izodinamice cu stimularea electrică au fost indicate în hipotrofii sau deficit de forță musculară, realizate în mod pasiv, pasivo-activ și în final activ și global (în tripla articulație a membrului afectat), fiind obligatorie refacerea controlului, coordonării și echilibrului locomoției [27, 37, 38].

Reeducarea mersului funcțional sau cu sprigin (în cârje sau baston) și adaptarea echilibrului au prezentat obiective finale de atins pentru pacienții atestați cu tulburări locomotorii, fiind realizate prin tehnici specifice: rezistență progresivă la inițierea etapelor mersului, efectuată prin opoziția aplicată de către kinetoterapeut [38].

2.3. Concluzii la capitolul 2

1. Realizarea scopului și obiectivelor cercetării s-a efectuat prin aprecierea strategiilor de la fiecare etapă: calcularea eșantionului conform formulei Mureșanu (lotul de 373 pacienți, considerat subtotalitate concludentă pentru toată colectivitatea statistică) și selecția aleatorie a fișelor de observație raportate nosologiei topografice (ADT ale AM) prevalente, conform cărora s-au extras date clinice-paraclinice, ajustate la chestionarele specifice spectrului nosologic, în scopul cuantificării parametrilor funcționali la diverse etape de evaluare. Care ulterior au fost procesați statistic prin diverse metode expuse anterior.

2. Tratamentul recuperator clasic s-a aplicat conform evaluării funcționalității și abilității compensatorii al sistemului locomotor, fiind adaptat contemplării simptomatice și percepției subiective a pacientului vizavi de maladie.

3. DINAMICA FUNCȚIONALITĂȚII LOCOMOTORII ȘI CALITĂȚII VIEȚII ESTIMATĂ BENEFICIARILOR RECUPERĂRII MEDICALE

3.1. Aspecte medico-sociale ale pacienților diagnosticați cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari

Având în vedere prevalența nosologiei degenerative a articulațiilor mari: șold, genunchi, și umăr au fost selectate aleator fișe medicale a 108 pacienți (29%) diagnosticați cu gonartroze, 75 pacienți (20,1%) diagnosticați cu coxartroze și 78 pacienți (20,9%) diagnosticați cu omartroze. În scopul comparației rezultatelor eficacității tratamentului și dinamicii calității vieții s-a alăturat un lot de studiu, prin selectarea a 112 fișe medicale (30%) a pacienților diagnosticați cu spondilodiscartroze; datele din figura 2.1 reflectă distribuția nosologică conform etiologiei degenerative și posttraumatice.

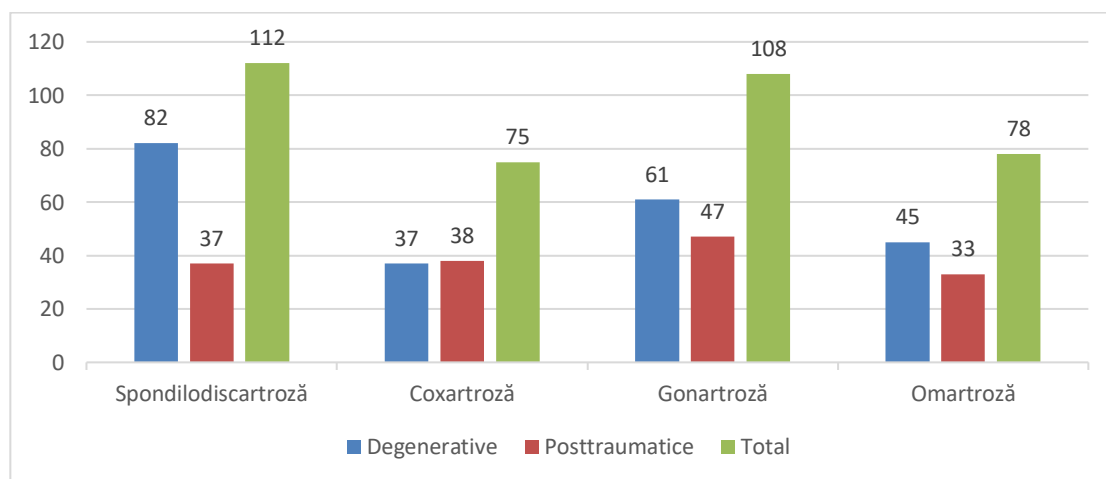


Fig.2.1. Distribuția numărului de pacienți conform etiologiei nosologice.

Repartiția numărului de pacienți conform etiopatogenezei prezentată în figura 2.1. reflectă prevalența ponderii numerice a nosologiei degenerative în raport cu cea posttraumatică, astfel, din 78 pacienți diagnosticați cu ADT ale umărului incluși în studiu, 33 pacienți (42,31% - ÎÎ: 31,12% - 53,50%) au fost de origine posttraumatică și 45 pacienți (57,69 % - ÎÎ: 46,50% - 68,88%) de origine degenerativă. Din 75 pacienți diagnosticați cu ADT ale șoldului au constituit un raport aproape echivalent, 37 (49,33% - ÎÎ: 37,79 - 60,88%) din ei fiind de origine degenerativă și 38 pacienți (50,67% - ÎÎ: 39,12% - 62,21%) fiind de origine posttraumatică.

Din 108 pacienți diagnosticați cu ADT ale genunchiului 61 pacienți (56,48% - ÎÎ: 46,94 % - 66,02%) din maladii sunt de origine degenerativă, iar de origine posttraumatică 47 pacienți (43,52% - ÎÎ: 33,98% - 53,06%). Morbiditatea degenerativă prevalează cert asupra celei posttraumatice în cazul ADT ale coloanei vertebrale, raportându-se numeric cu 82 (73,21% - ÎÎ:

64,85% - 81,58%) la 30 (26,79% - ÎÎ:18,42% - 35,15%) pacienți. Aprecierea clinică/paraclinică a gradului avansat al deficiențelor funcționale la pacienții de referință, ca urmare a diagnosticării și/sau adresabilității tardive, a fost indispensabilă identificarea impedimentelor și barierelor în realizarea procesului de monitorizare și evoluție a condiției de sănătate a acestor pacienți. Ponderea cea mai înaltă a pacienților diagnosticați cu leziuni degenerative a fost estimată la vârsta de $57 \pm 0,614$ ani (variația de vârstă între 18 – 84 ani), prevalând la sexul feminin, cu o diferență semnificativă: 219 femei (58,7%) și 154 bărbați (41,3%), date relatate în figura 3.1.

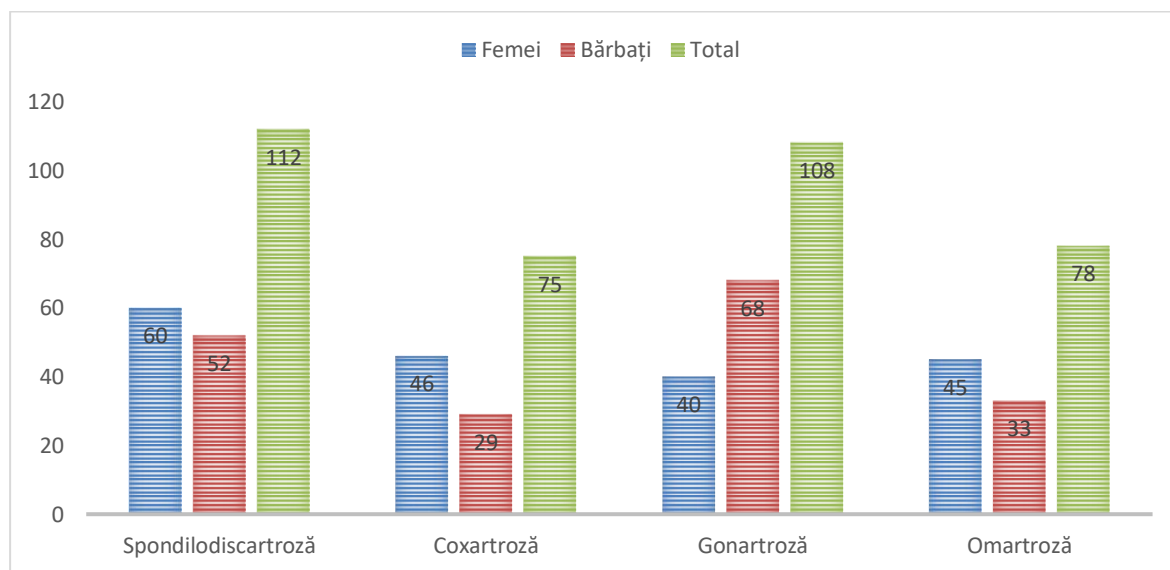


Figura 3.1. Repartiția numărului de pacienți conform nosologiei și sexului.

Din figura 3.1. se atestă: prevalența morbidității feminine în raport cu cea masculină, în toate grupurile nosologice, exepțând gonartrozele; astfel au fost estimate 46 femei / 29 bărbați diagnosticați cu coxartroze, 45 femei și 33 bărbați diagnosticați cu omartroze, 60 femei / 52 bărbați diagnosticați cu spondiloartroze, și 40 femei / 68 bărbați diagnosticați cu gonartroză.

Având în vedere reflectarea modului de viață în condiția de sănătate, precizăm nivelul de realizare al modului de viață apreciat cu carențe, manifestate prin deprinderi dăunătoare: în 12% din cazuri - fumători și 3,5% din cazuri - întrebuințează alcool. Perpetuarea factorilor nocivi la locul de muncă, exprimată prin suprarăceală, persistența supraefortului fizic și poziția impusă de durată a fost înregistrată la 44%, ceea ce reprezintă o pondere importantă din pacienți, evidențiindu-se corelarea lor cu agravarea stării de sănătate.

Situația economică impactează negativ modul sănătos de viață, exprimată satisfăcător la 276 pacienți (74%) și nesatisfăcător la 97 pacienți (26%); luând în considerație minoritatea persoanelor apte de muncă, ce corelează cu statutul social: 102 persoane (28,3%) angajate în muncă, 145 persoane pensionate (38,9%) și 126 persoane prezintă dizabilități de divers grad

(33,8%). Condițiile nefaste enumerate limitează calitativ și cantitativ accesibilitatea către serviciile sanitare, inclusiv pentru investigațiile diagnostice și tratament recuperator.

Morbiditățile concomitente angrenează evoluția maladiei, impactând condiția de sănătate la 119 pacienți (31,9%) s-a estimat afectarea articulației contralaterale, la 78 pacienți s-au estimat - maladii dismetabolice (29,3%) și la 54 din subiecți au fost depistate maladii imune de sistem (14,5%). În aceeași măsură factorii eredocolaterali impactează nefast etiologia maladiei degenerative, fiind exprimată la 264 persoane din lot (70,8%).

Carențele de ordin medico-social atestate în domeniul asigurării asistenței de recuperare ca urmare a impedimentelor în vederea dificultății de deplasare prezente la 11% din respondenți, cauzate și deficiențe a abilității de autoservire prezente la 8% din cazurii. Factorii predictivi în etiologia degenerescențelor articulațiilor mari cu impact major asupra condiției de sănătate a pacienților din studiu sunt prezentați subiacent conform prevalenței: consecutiv diverselor traumatisme apreciate în 34,2 %, suprarăcire - în 24,6%, factori mecanici – 22,6% și în ultimă instanță factori de etiologie necunoscută - 18,6%, date care se suprapun din punct de vedere statistic cu date înregistrate la nivel național.

Implementarea chestionarelor a permis estimarea parametrilor funcționali, reliefând: deficiențe de autoservire sau deficiențe de deplasare, precum și planificarea măsurilor de recuperare prioritare pentru fiecare pacient în particular.

3.2. Analiza rezultatelor statistice estimate beneficiarilor curății

Parametri clinici și paraclinici estimați pacienților diagnosticați cu ADT ale AM au fost cuantificați statistic, înregistrând variații în raport cu diapazonul nosologiei topografice. Având în vedere diferențierea evoluției maladiei în funcție de durata debutului maladiei, am analizat media vechimii bolii pacienților din studiu, care a depășit durata de 2,5-3 ani la majoritatea acestora. În figura 3.2. se detaliază distribuția vechimii bolii conform nosologiei topografice, stratificate în grupuri: în grupul ce corespunde debutului maladiei între 0,5 și 1,9 ani prevalează nosologic ADT ale umărului, iar debutul maladiei cu durata cuprinsă între 2 și 3,9 ani prevalează nosologic în ADT ale coloanei vertebrale.

În grupul nosologic cu cel mai tardiv debut al maladiei de peste 4 ani, prevalează din punct de vedere nosologic artroza articulațiilor portante; această circumstanță (cea mai durabilă vechime a bolii) fiind explicată prin adresabilitate tardivă, ca urmare a progresiei insidioase și trenante, precum și abilității compensatorie îndelungate, specifică nosologiei topografice respective. Distribuția pacienților în funcție de sex a fost predominant feminină per total

(identificându-se cu datele statistice ce vizează clasificările osteoartrozei), variind numeric în raport cu nosologia topografică.

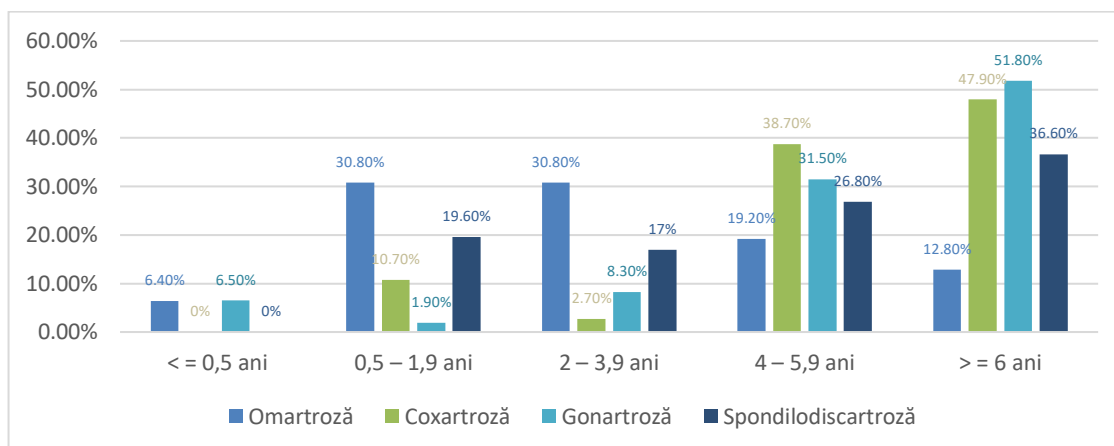


Figura 3.2. Distribuția pe grupuri a vechimii bolii (%), în funcție de nosologia topografică

Colectarea datelor anamnestice din 78 de fișe medicale a pacienților diagnosticați cu ADT ale **umărului**, reliefează următoarea distribuție numerică raportată vârstei acestora: 33 bărbați (42,3%) și 45 femei (57,7%) cu vârsta cuprinsă între 26 și 79 de ani; lotul de pacienți s-a diferențiat în funcție de etiologia maladiei: la 51 de subiecți (65,4%) a fost stabilită etiologia nosologică de origine degenerativ-distrofică cu prevalență la vârstnici, iar la 27 subiecți (34,6%) a fost stabilită etiologia posttraumatică a maladiei, prevalând viceversa la vârsta aptă de muncă. Subiacent prezentăm distribuția pe grupuri de vârstă în omartroze: au fost identificați 2 pacienți (2,6%) de vârsta sub 30 de ani, la vârste cuprinse între 30 și 40 de ani - 3 pacienți (3,8%), la vârste cuprinse între 40 și 50ani - 11pacienți (14,1%), la vârste cuprinse între 50 și 60 ani – 30 pacienți (38,5%), la vârste cuprinse între 60 și 70 ani - 23 pacienți (29,5%), la vârsta de peste 70 de ani au fost incluși în lot 9 pacienți (11,5%).

Preluarea datelor cu caracter anamnestic din 108 fișe medicale a subiecților diagnosticați cu ADT ale **genunchiului** la vârsta cuprinsă între 28-80 ani (40 bărbați - 37% și 68 femei - 63%) ne detaliază: prezența etiopatogenezei degenerativ – distrofice la o pondere numerică de 61 pacienți (56,5%) prevalând la vârstnici, iar etiopatogeneza posttraumatică viceversa, prevalează la vârsta tânără, persistând la un număr de 47 pacienți (43,5%).

Incidența gonartrozei a fost diferită în funcție de vârstă, astfel: în grupul de vârstă sub 30 de ani s-a identificat un singur pacient (0,9%), în grupul de vârstă cu intervalul de 30 și 40 ani a fost constatată gonartroza la 4 pacienți (3,7%), în grupul de vârstă cu intervalul de 40 și 50 ani, au fost stabiliți 10 pacienți (9,3%) diagnosticați cu maladia dată, respectiv în grupul de vârstă între 50 și 60 ani s-au identificat 33 pacienți (30,6%), în grupul de vârstă între 60 și 70 ani, au fost

identificați 43 pacienți (39,8%), iar în grupul de vârstă peste 70 de ani s-a estimat un număr de 17 pacienți (15,7%) diagnosticați cu gonartroză.

Datele clinice-paraclinice din 75 fișe medicale a pacienților diagnosticați cu ADT ale **șoldului** reliefează următoarele rezultate: 46 femei (61,3%) și 29 bărbați (38,7%) cu un interval de vârstă 18-84 ani, dintre care 37 cazuri (49,3%) au fost diagnosticate cu coxartroză de etiologie degenerativ-distrofică și 38 cazuri (50,7%) - de etiologie posttraumatică (la vârsta tânără prevalează afecțiunile de etiologie posttraumatică sau displastică). Subiacent prezentăm distribuția numerică a pacienților diagnosticați cu coxartroză conform grupurilor de vârstă: pacienți cu vârstă sub 30 de ani au fost identificați 2 pacienți (2,7%), în grupul cu intervalul de vârstă între 30 și 40 ani au fost incluși 2 pacienți (2,7%), în grupul cu intervalul de vârstă între 40 și 50 ani - 7 pacienți (93%), în grupul cu interval de vârstă între 50 și 60 de ani - 17 pacienți (22,7%), în grupul cu intervalul de vârstă între 60 și 70 ani - 33 pacienți (44%), în grupul de vârstă peste 70 de ani au fost selectați 14 pacienți (18,7%).

Analiza datelor clinice-paraclinice extrase din 112 fișe medicale a pacienților diagnosticați cu ADT ale **coloanei vertebrale** relevă: vârsta pacienților cu interval de 18 și 78 de ani, dintre care 60 femei (53,3%) și 52 bărbați (46,6%); la 82 pacienți (73% cu predilecție vârstnici) cu etiopatogeneza maladiei de origine degenerativ-distrofică, iar la 30 pacienți (64%, predilect de vârstă tânără), maladia a fost indusă de traumatisme suportate anterior. Subiacent prezentăm distribuția nosologică conform grupurilor de vârstă: în grupul de vârstă sub 30 de ani au fost incluși în lot 3 pacienți (2,7%), în grupul de vârstă cu intervalul de 30 și 40 ani - 13 pacienți (11,6%), în grupul de vârstă cu intervalul de 40 și 50 ani - 28 pacienți (25%), în grupul de vârstă cu intervalul de 50 și 60 ani - 40 pacienți (35,7%), 60-70 ani - 25 pacienți (22,3%), iar în grupul de vârstă peste 70 de ani - 3 pacienți (2,7%).

Gradul avansat al maladiei degenerative apreciat pacienților din studiu rezultă din lipsa respectării principiului precocității tratamentului, ce corelează cu lipsa respectării principiului accesibilității pentru acest serviciu (luând în considerație faptul, că percepția subiectivă și contemplarea simptomatică nu corespunde întotdeauna cu gradul tulburărilor funcționale).

În Anexa 2 sunt relatați parametri clinici și paraclinici ce desemnează diverse manifestări clinice și paraclinice. În ADT ale **umărului** durerea, reprezintă elementul cel mai important în aspectul analizei eficienței tratamentului recuperator, intensitatea căreia a fost apreciată utilizând scala VRS (caracteristicile scalei VRS sunt detaliate în capitolul anterior). La etapa evaluării primare, pacienții au prezentat acuze ce vizează durerea, caracterizată prin intensitatea cuantificată cu 5-6 puncte, a fost estimată la 17 pacienți (21,8%), intensitatea cuantificată cu 7-8 puncte, a fost estimată la 46 pacienți (59%) și intensitatea cuantificată cu 9-10 puncte a fost

estimată la 15 pacienți (19,%), ultimele estimări denotă gravitatea condiției de sănătate a pacienților. Evaluarea durerii la finalizarea tratamentului precizează lipsa pacienților ce ar acuza durere de intensitate maximă 9-10 puncte, în aceeași măsură a diminuat numărul de pacienți cu intensitatea durerii de 7-8 puncte, aceasta fiind atestată doar la 8 pacienți (10%), iar durerea de intensitate de 5-6 puncte persistă doar la un singur pacient (1,3%). Totodată, s-a constatat creșterea ponderei pacienților cu acuze la durere de intensitate intermitentă minimă sau nesemnificativă: 1-2 puncte atestată la 46 pacienți (59%), 3-4 puncte atestată la 23 pacienți (29,5%) – creștere confirmată prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=124,96$, $p=0,0000$).

Fiind unul din cei mai obiectivi indici, dinamica bilanțului articular (BA) este relevantă în aprecierea amplitudinii articulare, desemnând la etapa finalizării tratamentului recuperator progres impunător: 15 pacienți (19,2%) cu deficit inițial al gradului de libertate de aproximativ 80^0 , la finalizarea tratamentului fiind redresat la 64 pacienți (82,1%), iar deficitul pronunțat al BA de aproximativ 120^0 atestat la etapa inițierii tratamentului la 63 pacienți (80,8%), a fost estimat la finalizarea curăției doar la 14 pacienți (17,9%); acest rezultat favorabil a fost apreciat grupului de pacienți, cărora li s-a inițiat curăția în perioada precoce de debut a maladiei, având continuitate curativă la etapa tratamentului de ambulator – creștere confirmată prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=61,57$, $p=0,0000$).

Dinamica bilanțului muscular (BM) a fost reprezentativă prin cuantificările: deficit pronunțat al BM atestat la 59 pacienți (75,6%), rămânând nemodificate la finalizarea tratamentului doar la 9 pacienți (11,5%). Deficitul de grad mediu al BM a fost estimat la 19 pacienți (24,4%) la etapa prerenucupatorie, sporită la finalizarea curăției până la un număr de 69 pacienți (88,5%), confirmată prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=65,17$, $p=0,0000$); conform diverselor studii parametri BA și FM relaționează direct, fiind demonstrat și în studiul de față prin următoarele rezultate: ameliorarea forței musculare (FM) facilitează sporirea BA: FM cu nivelul de gradație satisfăcătoare a fost atestată la 23 pacienți (29,5%) la etapa inițială și la 64 pacienți (82,1%) la etapa finală, iar FM nesatisfăcătoare a fost atestată la 55 pacienți (70,5%) la etapa finală și la 14 pacienți (17,9%) la finalizarea tratamentului, dinamică confirmată prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=43,68$, $p=0,0000$).

Diformitatea articulară estimată la 29 pacienți (37,2%) la etapa primară din studiu are o dinamică stabilă (apreciindu-se corecția diformității periarticulare pe fondalul diminuării edemului, leziuni periarticulare specifice nosologiilor de etiologie posttraumatică) la finalizarea curăției apreciindu-se la 17 pacienți (21,8%) (confirmat statistic prin criteriul hi-pătrat $\chi^2=4,44$, $p=0,035$).

La etapa inițierii curăției s-a atestat hipotrofie musculară pronunțată la 71 pacienți (91%), iar hipotrofie de grad mediu la -7 pacienți (9%); la finalul tratamentului hipotrofie musculară pronunțată se atestă doar la 9 pacienți (11,5%), iar hipotrofia de grad mediu - la 69 pacienți (88,5%), rezultate confirmate prin criteriul hi-pătrat ($X^2=98,63$, $p=0,0000$). Redresarea definitivă a troficii necesită o perioadă mai îndelungată de timp, ceea ce explică cauza prevalenței recuperării hipotrofiei de grad pronunțat în comparație cu recuperarea hipotrofiei de grad mediu.

La etapa inițială a recuperării s-a atestat parametrul funcțional exprimat prin Rezistența (R) musculară, valorizată cu gradație satisfăcătoare la 5 pacienți (96,4%) și R nesatisfăcătoare la 73 pacienți (93,6%), iar la etapa postspitalicească s-a atestat R satisfăcătoare la 64 pacienți (82,1%) și R nesatisfăcătoare la 14 pacienți (17,9%), eveniment confirmat prin criteriul hi-pătrat ($x^2=90,46$, $p=0,0000$); astfel, pentru recuperarea rezistenței musculare depline fiind necesară extinderea duratei de recuperare.

Modalitatea de autoservire reprezintă un parametru elocvent atât din punct de vedere al aprecierii eficacității tratamentului, cât și din punct de vedere al importanței pentru pacient, deoarece reflectă indicele de valoare maximă în recuperare – calitatea vieții CV. În cadrul etapei inițiale de evaluare a pacienților din studiu a prevalat numărul pacienților cu necesități de supraveghere - 53 (67,9%), numărul acestora s-a redus drastic, până la 3 (3,8%) la etapa evaluării finale; numărul pacienților fără necesități de supraveghere, viceversa a sporit de la 25 pacienți (67,9%) până la 75 pacienți (96,%), fiind criteriu predictoriu în aprecierea eficacității curăției și ameliorarea CV (QOL).

Reprezentativitatea Scalei Constant din punct de vedere funcțional și anatomic permite analiza dinamicii funcționalității următorilor indici din studiu: absența funcționalității clinice apreciată la 18 pacienți (23,1%) la etapa inițierii curăției, fiind redusă la un număr de 3 pacienți (3,8%) la etapa finalizării curăției; funcționalitate clinică atestată ca insuficientă la etapa inițierii curăției la 43 pacienți (55,1%) se modifică spre moderată, fiind atestată la inițierea curăției la 17 pacienți (21,8%), estimată la finalul curăției doar la 21 pacienți (26,9%); funcționalitate clinică satisfăcătoare nefiind atestată nici la un pacient la inițierea curăției, prevalează numeric la finalizarea tratamentului, apreciindu-se la 54 pacienți (69,2%), ce prezumă incontestabil un rezultat eficient confirmat prin criteriul hi-pătrat ($x^2=108,14$, $p=0,0000$).

Abordarea eficacității tratamentului recuperator pacienților incluși în studiu și diagnosticați cu ADT ale **umărului** permite diferențierea rezultatelor în 2 grupuri: rezultate de eficacitate maximă apreciate la un număr de 66 pacienți și rezultate de eficacitate medie, estimată la 12 pacienți; în acest context ne-am propus elucidarea potențialului recuperator, prin decantarea parametrilor funcționali cu valoare predictorie în realizarea eficacității curăției. La toți 12

pacienți cu rezultate de eficacitate medie a tratamentului, s-a atestat situația economică nesatisfăcătoare, respectiv doar 2 (16,7%) din ei fiind angajați profesional, 7 persoane fiind pensionate (58,3%), iar 3 persoane având dizabilități (25%). Prezența deprinderilor dăunătoare și a factorilor eredocolaterali persistă la 11 din pacienți (91,7%), etiologia degenerativ distrofică a fost stabilită ca factor angrenant la 11 din acești pacienți (91,7%), iar vechimea îndelungată a bolii de peste 5 ani, provoacă degenerescență la 12 pacienți, eveniment confirmat prin criteriul hi-pătrat ($p=0,037$, statistic $X^2=4,328$).

La toți 12 pacienți cu rezultate de eficacitate medie s-au evidențiat ultrasonografic leziuni periarticulare bilaterale, rezultate confirmate prin criteriul hi-pătrat ($p=0,0000$, statistic $X^2=21,501$), raportat clinic deficitului de rezistență musculară, confirmat prin criteriul hi-pătrat ($p=0,324$, statistic $X^2=0,971$) cu BM ($p=0,0325$, statistic $X^2=4,567$), și cu hipotrofia musculară ($p=0,237$ statistic, $x^2=1,398$). Examenul imagistic: radiologic și RMN obiectivează la 10 din acești pacienți stadiul III, IV de evoluție și doar la 2 din ei s-a stabilit stadiul II și III conform clasificăției Kellgren Lorence [77], explicându-se eficacitatea redusă a actului recuperator în acest grup ca urmare a stadiului avansat al maladiei.

Conform datelor statistice enunțate în capitolul 1, maladiile degenerative ale articulațiilor portante: coxartroza și gonartroza reprezintă o entitate patologică cu incidență crescută ce afectează 2-4% din populația adultă între 40 și 70 ani, depășind 10% din numărul persoanelor la vârsta peste 70 de ani, iar în 40% din cazuri este bilaterală, exprimându-se clinic tardiv în raport cu debutul maladiei, eveniment confirmat și în studiul de față prin gradație radiologică și sechele avansate, ca urmare a adresabilității tardive; artroza avansată și sechelele funcționale constituite ca urmare a degradării țesutului cartilaginos (de cauză posttraumatică, dismetabolică, inflamatorie) se manifestă clinic prin durere, generatoare de impotență funcțională și redoare articulară până la blocarea articulației în poziții vicioase, puse în evidență de parametri funcționali decantați în studiu: bilanțul articular, forța musculară și rezistența la efort, precum și modalitățile de deplasare sau autoservire al acestor pacienți.

Datele statistice din anexa 3 reflectă dinamica parametrilor funcționali estimați în contextul diagnosticării ADT ale articulației **coxo-femorale** la diverse etape de evaluare: primară și finală. Durerea induce disfuncționalitate locomotorie manifestată prin: contractură predilect flexorie urmată în timp de redoare articulară, limitarea autoservirii sau/și mersului, deficiențe ce impun utilizarea sprijinului accesoriu, toți acești factori cumulativi determină calitatea vieții pacientului; astfel, în studiu de față intensitatea durerii a fost apreciată utilizând scara VRS la etapa inițierii tratamentului, estimat gradual cu: 3-4 puncte – la un număr de 4 pacienți (5,3%), 5-6 puncte – 11 pacienți (14,7%), 7-22 pacienți (29,3%), 9-10 pacienți (50,7%); ultimul punctaj reflectă

intensitatea maximă a durerii estimată la finalizarea tratamentului cu 1-2 puncte la 25 pacienți (33,3%), 3-4 puncte - 45 pacienți (60%) și 7-8 puncte doar la 5 pacienți (6,7%) (punctajul 5-6 și 9-10 la finalizarea tratamentului lipsește din estmarea pacienților), rezultate confirmate prin criteriul hi-pătrat (statistica $X^2=119,01$; $p=0,0000$).

Bilanțului articular (BA), fiind parametru decisiv ce caracterizează eficacitatea recuperării a înregistrat următoarea dinamică: deficitul mediu al BA evaluat la 5 pacienți (6,7%) și deficitul pronunțat al BA evaluat la 70 pacienți (93,3%) la etapa inițierii tratamentului decantează gravitatea manifestărilor clinice la acești pacienți. Însă evaluarea finală estimează o dinamică favorabilă a BA exprimată prin următorii indici: deficit mediu al BA a fost înregistrat la 59 pacienți (78%), iar deficit pronunțat al BA persistă doar la 16 pacienți (21,3%), rezultate confirmate statistic prin criteriul hi-pătrat ($p=0,0000$, $x^2=79,47$). Deficitul bilanțului muscular (BM) a fost evaluat la etapa inițierii și finalizării tratamentului, având o dinamică favorabilă: deficit mediu al BM estimat prereruperator la 15 pacienți (6,7%) și postrecuperator la 59 pacienți (78,7%); deficit pronunțat al BM a fost evaluat la inițierea recuperării la 70 pacienți (93,3%), fiind evaluat doar la 16 pacienți (21,3%) la finalizarea tratamentului, confirmat statistic prin criteriul hi-pătrat ($x^2=16,77$, $p=0,00004$).

Parametrii Hipotrofia musculară (HM) și BM corelează direct, fapt confirmat și în studiul de față: HM medie evaluată la etapa inițială la 4 pacienți (5,3%), iar la cea finală crește la un număr de 47 pacienți (62,7%). HM pronunțată evaluată inițial la 71 pacienți (94,7%) și în final la 28 pacienți (37,3%), confirmat prin criteriul hi-pătrat ($p=0,0000$, statisticax $^2=54,93$), ce semnifică potențial favorabil de recuperare.

Forța musculară evaluată gradual satisfăcătoare la inițierea curăției la 24 pacienți (32%), evaluează cu eficiență maximă în dinamică, la finalizarea tratamentului fiind recuperată deplin la toți 75 pacienți (100%) din lot, corelând cu dinamica rezultativă a indicelui rezistența musculară: atestată la 14 pacienți (18,7%) la etapa inițierii tratamentului și la 71 pacienți (94,7%) – la finalizarea acestuia, iar forța musculară fiind apreciată nesatisfăcător la 51 pacienți (68%) inițial, corelează favorabil cu dinamica rezistenței musculare (atestată satisfăcător la 61 pacienți (81,3%) la Ei și 4 pacienți (5,3%) – la etapa finalizării curăției, rezultate confirmate prin criteriul hi-pătrat ($p=0,0000$, statistica $x^2=77,27/88,21$).

Calitatea și modalitatea mersului reprezintă parametrii fundamentali în aprecierea funcției portante a membrilor inferioare, fiind detaliat caracterizate în capitolul II; 28 subiecți (37,3%) evaluați la inițierea recuperării cu funcția portantă nulă (deplasându-se în fotoliu rulant), au recuperat mersul sprijinit în diverse moduri, până la finalizarea curăției; astfel, dinamica parametrilor funcționali reflectă ascendență funcțională globală a modalităților mersului: cârje

axilare → cîrje cubitale → sprijin în baston, rezultate confirmate prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=82,11$, $p=0,0000$).

La inițierea tratamentului recuperator lipseau pacienți cu abilitatea de a parcurge distanțe mari, fiind atestată ca recuperată la 26 pacienți (34,7%) la finalizarea curății; abilitatea de deplasare în limitele casei atestată inițial doar la 28 pacienți, a fost recuperată la toți aceștia la finalul recuperării; dacă în perioada prerenovatorie puteau parcurge distanțe medii doar 37 pacienți (49,3%), la finalul recuperării, toți aceștia și-au recuperat abilitatea de a parcurge distanțe mari; rezultate confirmate prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=65,67$, $p=0,0000$).

Parametrul claudicație pronunțată estimat inițial la doar 38 pacienți (50,7%), la finalizarea tratamentului deficiența respectivă s-a estompat. Absența claudicației evaluată inițial doar la 4 pacienți (5,3%), la etapa finală a fost evaluată deja la un număr de 37 pacienți (49,3%) din întreg lotul, confirmat prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=64,91$, $p=0,0000$).

În studiu de față un număr impunător de 58 coxopați (77,3%) necesitau supraveghere (indice de valoare maximă în aprecierea calității vieții) la etapa precurăție, iar evaluarea la etapa finalizării curății, relevă o dinamică extrem de favorabilă, cu descreșterea numărului acestora până la o unitate, descreștere confirmată prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=90,77$, $p=0,0000$).

În Anexa 3 este prezentată dinamica parametrilor funcționali a ADT ale **genunchilor** la diverse etape de evaluare clinico-funcțională: inițială sau finală. Intensitatea durerii s-a estimat utilizând scara VRS la diverse etape: intensitatea durerii cuantificată gradual la etapa inițială cu 1-2 puncte - 1 pacient (0,9%), 3-4 puncte - 20 pacienți (18,5%), 5-6 puncte - 19 pacienți (17,6%), 7-8 puncte - 45 pacienți (41,7%), 9-10 - 23 pacienți (21,3%), fiind estimată la finalizarea curății cu descendența gradației durerii, conformate scalei VRS astfel: 1-2 puncte apreciate la 74 pacienți (68,5%), 3-4 puncte - 22 pacienți (20,4%), 5-6 puncte 4 pacienți (3,7%), 7-8 puncte doar la 6 pacienți (5,6%), 9-10 puncte s-au apreciat doar la 2 pacienți (1,9%), confirmat prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=128,39$, $p=0,0000$), ceea ce denotă complianța înaltă a pacienților la tratamentul recuperator.

Bilanțului articular (BA) fiind cel mai obiectiv parametru, dinamica căruia decantează gradual eficacitatea recuperării: deficit mediu al BA a fost evaluat la 19 pacienți (17,6%) iar deficit pronunțat al BA a fost evaluat la 89 pacienți (82,4%) la etapa inițială; evaluare finală atestă dinamica favorabilă a BA exprimată prin indicii: deficit mediu al BA înregistrat la 78 pacienți (72,2%), iar deficit de BA pronunțat rămâne manifest doar la 30 pacienți (27,8%), confirmat prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=79,47$, $p=0,0000$). Deficitul de bilanț muscular (BM) a fost evaluat la etapa inițială și cea finală cu scorul: deficit BM mediu estimată la 20

pacienți (18,5%), -71 pacienți (65,7%), iar un deficit BM pronunțat - 88 pacienți (81,5%), 37 pacienți (34,3%), confirmat prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=16,77$, $p=0,00004$).

Hipotrofia musculară (HM) a membrului inferior corelează cu deficitul BM, fapt confirmat și prin intermediul studiului nostru: HM medie a fost evaluată la etapa inițială și finală la 27 pacienți (25%) și 81 pacienți (75%), iar HM pronunțată - 81 pacienți (75%), 27 pacienți (25%); rezultate confirmate prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=54,93$, $p=0,0000$), fapt ce demonstrează un potențial favorabil recuperator.

În urma analizei dinamicii parametrilor funcționali: forța și rezistența musculară estimată beneficiarilor curăției se apreciază ameliorarea calității acestor funcții în relație reciprocă; astfel, forța musculară evaluată cu gradatie „satisfăcătoare,” la inițierea curăției la 35 pacienți (32,4%), a fost evaluată în final la 87 pacienți (80,6%) din lot, relaționând cu dinamica satisfăcătoare a rezistenței musculare evaluată inițial la 15 pacienți (13,9%), iar la finalizarea curăției la 88 pacienți (81,5%). Intensitatea forței musculare apreciată cu ameliorare în dinamică la 73 pacienți (67,6%) la etapa finalizării curăției, corelează cu dinamica favorabilă a rezistenței musculare, deasemenea apreciată inițial nesatisfăcător la 93 pacienți (86,1%), iar la finalul curăției rămâne a fi nesatisfăcător doar la 20 pacienți (18,5%); rezultate confirmate prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=98,9$, $p=0,0000$).

În lotul de studiu pe diapazonul nosologiei manifestate prin coxartroză, au fost analizate 13 fișe medicale (12%) ale pacienților ce se deplasează în fotoliu rulant, evaluați la inițierea curăției cu funcție portantă nulă (etiologie posttraumatică); la Ef estimându-se ascensiune funcțională globală, acești pacienți au fost verticalizați, reeducându-se etapizat funcția mersului cu sprijin divers: cârje axilare → cârje cubitale → sprijin în baston; rezultate confirmate prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=98,35$, $p=0,0000$).

La etapa inițială de evaluare doar un pacient din 108 avea abilitatea de a parcurge distanțe mari, la finalul curăției, fiind recuperată această abilitate la 70 pacienți (64,8%); deasemenea la inițierea curăției doar la 48 pacienți (44,%) s-a atestat abilitatea de deplasare în limitele locuinței, consecutiv tratamentului s-a restabilit abilitatea de a parcurge distanțe mari; rezultate confirmate prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=114,94$, $p=0,0000$).

Abilitatea de a parcurge distanțe medii sau mari consecutiv tratamentului a fost restabilită tuturor pacienților; (59 pacienți (54,6%) la etapa inițială puteau parcurge distanțe medii, ulterior curăției toți au recuperat această abilitate).

Parametrul Claudicație evaluat inițial prin intensitate pronunțată la 68 pacienți (63%), la finalul curăției la 61 din acești pacienți a fost redusă claudicația, descendând spre intensitate nesemnificativă. Absența claudicației a fost evaluată inițial doar la 4 pacienți (3,7%), la finalul

curației a fost evaluată deja la 69 pacienți (63,9%), eveniment confirmat prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=107,73$, $p=0,0000$).

Parametrul ce indică modalitatea autoservirii este de o importanță centrală în aprecierea calității vieții, fiind estimat prin urmare și în studiu de față: la inițierea tratamentului s-a estimat un număr impunător din 79 pacienți (73,1%) cu indispensabilitate de supraveghere, iar evaluarea finală relevă o dinamică favorabilă, cu diminuarea numărului acestora până la 19 pacienți (17,6%); astfel, dacă la etapa inițierii tratamentului, doar 29 pacienți (26,9%) aveau abilități de autoservire integrală, la finalizarea acestuia, abilitatea de autoservire o posedă 89 pacienți (82,4%), rezultate confirmate prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=90,77$, $p=0,0000$).

Eficacitatea tratamentului de recuperare în ADT ale **coloanei vertebrale** este în raport direct cu evoluția manifestărilor clinice și paraclinice gradual cuantificate, în funcție de expresia căroră, am diferențiat 2 grupe clinico-nosologice: prezența sindromului radicular compresiv și prezența sindromului iritativ distrofic.

În Anexa 5 au fost decantate caracteristicile clinice și paraclinice a diversilor parametri funcționali: durerea paravertebrală de intensitate și localizare diferită, soldată cu impotență funcțională algică, fiind apreciată subiectiv de către pacienți conform scalei **VRS**.

La etapa inițială, s-a apreciat în medie un scor al durerii de 6,4 puncte (5,8-6,7), iar la etapa finală, durerea a regresat până la scorul de 2,1 puncte (1,8-2,5), confirmat prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=117,37$, $p=0,0000$). Impotența funcțională severă a fost atestată la 57 respondenți (50,9%) la etapa inițială, iar la etapa finală s-a atestat doar la 7 respondenți (6,3%), confirmat prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=86,15$, $p=0,0000$).

Autoevaluarea activității diurne de către pacienți la Ei s-a exprimat prin restricții la un număr impunător de 53 pacienți (47,3%); consecutiv curației la Ef activitate deplină restabilită la 50 de pacienți (44,6%), iar 53 pacienți (47,3%) au estimat restricții de 50% și doar 9 pacienți au prezentat restricții catalogate cu deficit de la 50 la 100%. La Ei de evaluare au fost atestați 3 pacienți ce se deplasau în fotoliu rulant (având etiologie posttraumatică), iar 65 pacienți (58%) utilizau diverse modalități de sprijin.

La etapa finală toți pacienții au fost verticalizați cu reeducarea mersului funcțional la 100 pacienți (89,3%), utilizând sprijin accesoriu doar 12 pacienți cu gradație ascendentă a modalității mersului, confirmat prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=73,02$, $p=0,0000$).

Claudicația antalgică moderată a fost estimată la 70 pacienți (62,5%), iar pronunțată la 42 (37,5%); la etapa finală, 70 pacienți estimează estomparea claudicației, iar la 21 pacienți (18,8%) a diminuat de la intensitate pronunțată –la intensitate medie, confirmat prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=103,38$, $p=0,0000$); restricții funcționale la urcatul scărilor și utilizarea sprijinului

estimate la 95 pacienți (84,4%) la Ei, aceste restricții diminuiază numeric la etapa finală, estimând lipsa acestor restricții la 70 pacienți (62,5%), utilizând sprijin doar 35 pacienți (31,3%), însă dificultatea de a urca scările persistă la 7 pacienți (6,3%), confirmat prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=101,86$, $p=0,0000$).

Funcția ortostatică a fost apreciată intactă doar la 20 pacienți (17,9%) din studiu la inițierea curăției, dificilă la 80 pacienți (71,4%) și imposibilă la 12 pacienți (10,7%). La finalizarea curăției funcția ortostatică s-a estimat restabilită definitiv la 70 pacienți (62,5%) și rămâne deficitară doar la 2 pacienți (1,8%), rezultând dinamica favorabilă al acestui parametru clinic, confirmată prin criteriul hi-pătrat (statistica $\chi^2=48,2$, $p=0,0000$).

Mobilitatea coloanei vertebrale a prezentat o dinamică corelată cu parametrii enunțați anterior: inițial nu s-a atestat nici un pacient cu bilanț articular intact al coloanei vertebrale, iar la finalul tratamentului au fost atestați 70 pacienți (62,5%). Dacă prercuperator au fost atestați 70 pacienți (62,5%) cu deficit al mobilității coloanei vertebrale de la 25 la 50% și 42 pacienți (37,5%) cu deficit de la 50 la 100%, numărul acestora a diminuat postrecuperator până la 31 (27,7%) și 11 pacienți (9,8%), diminuare confirmată prin criteriul hi-pătrat ($p=0,0000$, statistica $\chi^2=103,19$).

Sindromul radicular compresiv s-a atestat la inițierea curăției la 54 pacienți: având manifestări pronunțate la un număr de 31 pacienți (27,7%) și moderate, la 23 pacienți (20,5%); postrecuperator s-a atestat regresia manifestării acestui sindrom, fiind atestat doar la 12 pacienți (11%) prin manifestări moderate, apreciindu-se regresie și în intensitatea manifestărilor clinice, rezultate confirmate prin criteriul hi-pătrat ($p=0,0009$, statistica χ^2 ($\chi^2=13,98$)).

Sindromul iritativ distrofic s-a atestat la toți pacienții diagnosticați cu spondilodiscartroze, exprimate cu diversă intensitate clinică: manifestări moderate la 61 pacienți (54,5%) și manifestări pronunțate la 51 pacienți (45,5%). La finalizarea curăției s-a atestat o regresie mai semnificativă a sindromului neurodistrofic de intensitate pronunțată, redusă până la un număr de 10 pacienți, iar cel de intensitate moderată a regresat cantitativ, apreciindu-se la un număr de 52 pacienți (46,6%). Comparativ cu sindromul radicular, sindromul neurodistrofic a regresat mai important din punct de vedere calitativ (intensitatea), decât cantitativ (număr de pacienți), fapt explicat prin durabilitate extinsă în timp pentru regresia definitivă al acestui sindrom, rezultate confirmate prin criteriul hi-pătrat ($p=0,0000$, statistica $\chi^2=78,27$).

Parametrii funcționali tonusul și troficitatea musculară fiind caracteristice sindromului neurodistrofic, au corelat clinic, prin evoluție regresivă a deficitului trofic și tonus muscular, intensitatea severă descendând gradual de la un număr de 48 pacienți (42,9%), la un număr de 8 pacienți (7,1%); manifestările de intensitate moderată s-au atestat în regresie cantitativă, de la

un număr de 64 pacienți (57,1%), la 34 pacienți (30,4%), rezultate confirmate prin criteriul hi-pătrat ($p=0,0000$, statistica $\chi^2=107,76$).

3. 3. Impactul tratamentului asupra dinamicii calității vieții beneficiarilor curății

Reabilitarea este una dintre disciplinele medicale care prin diverse metodologii aduce contribuții importante în ameliorarea calității vieții (CV), așa cum se afirmă inclusiv într-unul dintre manifestele profesionale ale Societății Române de Medicină Fizică și Recuperare: „De mai multe decenii clitatea vieții reprezintă scopul principal al specialității de RMFB. Noi, medicii de recuperare, ne străduim să realizăm acest lucru pentru a restabili sau ameliora funcționalitatea și performanța pacienților noștri. Restabilirea/ameliorarea funcționalității și performanței implică celei familiale, ocupaționale, sociale și economice, inclusiv ameliorarea CV a indivizilor ce urmează programe recuperatorii (cu un caracter predominant terapeutic sau/și profilactic) nu se poate realiza decât prin utilizarea optimă a tuturor domeniilor componente ale specialității. În conexiune cu aceste idei, RMFB se compune din trei mari domenii, solidare conceptual și funcțional: RM, MF și BC,, [29].

Realizarea unui scor în sensul creșterii indicelui Calitatea Vieții reprezintă scopul central în procesul recuperării medicale, deziderat necesar de atins prin optimizarea potențialului funcțional, vocațional și social al pacientului, fiind indispensabilă și efectuarea diverselor cercetări ce vizează morbiditățile cronice [23].

Cererea pentru asistența de recuperare este determinată de modalitatea aprecierii valorii CV, percepția căreia este indispensabilă practicii medicale; astfel, interpretarea indicelui CV oferă date cuantificabile condiției psihosomatice și sociale raportată dinamicii curății, fiind determinată multifactorial și contextual sistemului de valori sociale individualizate. Abordarea CV în vederea modalităților de cuantificare la pacienții cu ADT ale AM rezidă în estimarea efectelor terapiei și identificarea impactului maladiei asupra activităților zilnice, utilizând chestionare în scopul cuantificării funcționalității, rezultatele fiind sumarizate într-un scor final [95,152]. Aprecierea dinamicii CV completează celelalte metode de investigație prin decantarea raportului manifestărilor clinice-paraclinice și indicii satisfacției exprimați subiectiv, astfel rectificând conduita terapeutică ulterioară prin prisma caracteristicilor restantului funcțional obiectivat, precum și aprecierea subiectivă a calității vieții acestor pacienți.

Actualmente, elaborarea strategiilor de intervenție în domeniul CV a devenit un deziderat necesar de atins, având în vedere centrarea curății pe menținerea funcționalității optime și adaptării sociale în lipsa posibilității de vindecare a maladiilor cronice.

Cuantificarea indicelui CV sugerează asupra selecției algoritmului de tratament optim, monitorizând progresul tratamentului aplicat, însă, lipsa protocoalelor de intervenție privind cuantificarea indicelui CV și absența metodologiei standardizate pun în dificultate evaluarea CV la nivelul diverselor dimensiuni, ce reflectă: independența funcțională și ambulația, precum și asigurarea integrării socio-profesionale.

Prin urmare, în cadrul studiului ne-am propus nu doar analiza dinamicii parametrilor funcționali, precum și estimarea CV exprimate prin modalitățile de autoservire, deplasare cu extindere asupra relațiilor sociale și vocaționale.

La finalizarea curății s-au estimat rezultate catalogate în 2 grupe: rezultate cu eficiență maximă și rezultate cu eficiență redusă, fără a avea rezultate ce ar semnifica lipsa dinamicii sau dinamică nesatisfăcătoare a calității vieții. Pentru evaluarea CV am utilizat chestionarul CV(QOL), funcționalitatea fiind apreciată la inițierea și finalizarea tratamentului recuperator. Rezultatele indicelui CV (QOL) estimate pacienților diagnosticați cu ADT ale AM variază în funcție de diverși factori, reflectați în Anexele 10,11,12,13.

Astfel, factorul vechimea bolii are o influență „negativă” asupra indicilor CV: cu cât vechimea bolii a fost mai mare, cu atât valorile CV au fost mai mici (vechimea nesemnificativă a bolii (0,6-2 ani) atestată la un număr de 29 pacienți le corespunde dinamica cea mai înaltă a calității vieții - 16,88 puncte, iar persoanelor cu cea mai îndelungată vechime a bolii (4-5 ani), le corespunde cea mai nesemnificativă dinamică a CV, ameliorându-se doar cu 11,7 puncte, semnificativ statistic ($F=3,754$, $p=0,008$); aceeași variație a dinamicii CV raportată vechimii bolii a fost estimată în toate tipurile de nosologii topografice.

Dinamica indicelui CV în cazul ADT ale AM s-a estimat, diferențiindu-se în funcție de sex și localizare topografică, apreciindu-se ameliorare cu 17,02 puncte la femei în cazul diagnosticării ADT ale articulațiilor **umărului**, iar la bărbați cu 14,7 puncte ($F=4,736$, $p=0,033$), iar în cazul diagnosticării ADT la nivelul articulațiilor portante și coloanei vertebrale indicii CV ascensionează cu 14,15 puncte la bărbați, și cu 12,93 la femei ($F=0,593$, $p=0,444$), având coraportul de 10,93 la 9,17 ($F=3,842$, $p=0,053$).

Este important de menționat că dinamica CV a fost atestată cu o valoare mai înaltă la pacienții cu afecțiuni posttraumatice ale umărului $M=17,81$, comparativ cu pacienții diagnosticați cu afecțiuni degenerative ale umărului $M=15,1$ (semnificația statistică $F=6,096$, $p=0,016$, iar $p<0,05$) pe motivul adresabilității tardive progresează pe fundalul evoluției insidioase degenerescența până la sechelaritate ireversibilă, soldată cu dificultăți ale procesului de recuperare.

În cazul ADT ale articulațiilor coxofemorale se atestază ameliorarea CV cu 20 puncte la pacienții cu debut de la 2 până la 4 ani, iar cu un debut ce depășește 10 ani se atestază ameliorarea CV doar cu 7,8 puncte, ($F=1,508$, $p=0,199$).

Dinamica CV apreciată la diverse etape (E_i și E_f) în cazul diagnosticării ADT ale **coloanei vertebrale** variază deasemenea în funcție de vechimea bolii, cu exprimare în ascensiune la persoanele ce fac parte din grupele de vârstă tinere (până la 30-40 ani, indicii CV au crescut sumar în medie cu 10,46 puncte; $F=0,721$, $p=0,609$).

Această diferență este determinată de vârsta mai înaintată a pacientelor diagnosticate cu ADT ale articulațiilor portante și coloanei vertebrale, confirmate și de către statistici internaționale: cauzate de prevalența incidenței maladiilor degenerative la bărbați până la vârsta de 50 de ani, iar după 60 ani ponderea incidenței predomină la femei.

Dinamica indicelui CV s-a atestat mai favorabilă la pacienții diagnosticați cu ADT în toate grupurile nosologice în fazele incipiente ale bolii (stadiul I-II) și în lipsa leziunilor periarticulare evaluate radiologic: $M=16,65/15,64$, $F=0,829$, $p=0,365$ și ultrasonografic: $M=15,59/20$, $F=6,589$, $p=0,012$. Dinamica indicelui CV s-a atestat a fi favorabilă la pacienții cu deficit mediu al BM și BA, ascensionând cu 19,32 puncte la femei și 18,73 puncte la bărbați, comparativ cu pacienții cu deficit funcțional inițial avansat, la care s-a estimat o creștere mai puțin importantă: cu 14,98 puncte la femei și 15,4 puncte la bărbați, estimată statistic cu veridicitate maximă $p=0,0000$.

În aceeași manieră a evaluat dinamica CV la pacienți cu parametri funcționali: hipotrofia, forța și rezistența musculară de intensitate medie comparativ cu intensitatea avansată: hipotrofie: 17,71 puncte în raport cu 15,87 puncte ($F=0,947$, $p=0,334$); forța musculară 18,04 puncte în raport cu 15,2 puncte ($F=6,137$, $p=0,015$); rezistența musculară 19 puncte în raport cu 18,84 puncte ($F=2,085$, $p=0,153$). Pentru anumiți parametri (spre exemplu: maladii asociate, situația economică) nici nu era de așteptat diferențe semnificative statistice.

Tabelul 3.1. Rezultate ale evaluării indicelui calitatea vieții (ADT umăr).

Parametri funcționali	Gradație	Rezultate eficacitate maximă		Rezultate eficacitate medie		Total		X2	P
		N	%	N	%	N	%		
Diagnoza	Degenerativă	40	60,6	11	91,7	51	65,4	4,328	< 0.05
	Posttraumatică	26	39,4	1	8,3	27	34,6		
Radiologic	Stadiu I – II	29	43,9	2	16,7	31	39,7	3,154	>0.05
	Stadiu III - IV	37	56,1	10	83,3	47	60,3		
Ultrasonografie	Cu leziune	58	87,9	12	100,0	70	89,7	1,621	>0.05
	Fără leziune	8	12,1	0		8	10,3		
Deficit bilanț articular	Mediu	14	21,2	1	8,3	15	19,2	1,084	>0.05
	Pronunțat	52	78,8	11	91,7	63	80,8		
Deficit bilanț muscular	Mediu	19	28,8			19	24,4	4,567	< 0.05
	Pronunțat	47	71,2	12	100	59	75,6		
Intensitatea durerii	1-2 puncte	8	12,1	9	75,0	17	21,8	23,923	< 0.001
	3-4 puncte	43	65,2	3	25,0	46	59,0		
	5-6 puncte	15	22,7			15	19,2		
Afectarea articulației contralaterale	Absente	47	71,2			47	60,3	21,501	< 0.001
	Prezente	19	28,8	12	100,0	31	39,7		
Scala Constant	Deficit I	15	22,7	3	25,0	18	23,1	0,22	>0.05
	Deficit II	36	54,5	7	58,3	43	55,1		
	Deficit III	15	22,7	2	16,7	17	21,8		

Din datele tabelului 3.1, este relevantă ascensiune mai înaltă a dinamicii calității vieții apreciată pacienților cu afecțiuni posttraumatice ale umărului (pe fundalul cărora fiind posibilă instalarea sechelarității ireversibile), comparativ cu cele degenerative.

Bilanțul articular/muscular reprezintă indicii cei mai eligibili în aprecierea dinamică a funcționalității, având și o expresivitate pe măsura disfuncționalității graduale (tab. 3.1)

Tabelul 3.2. Rezultate ale evaluării indicelui clitatea vieții (ADT genunchi).

Parametri	Gradație	Rezultate eficacitate maximă		Rezultate eficacitate medie		Total		X2	P
		N	%	N	%	N	%		
Diagnoza	Degenerativă	78	72,2	46	65,7	32	84,2	4,2	<0.05
	Posttraumatică	30	27,8	24	34,3	6	15,8		
Examenul paraclinic radiologic	Stadiu I – II	52	48,1	42	60,0	10	26,3	11,194	<0.01
	Stadiu III - IV	56	51,9	28	40,0	28	73,7		
Deficit bilanț articular	Mediu	19	17,6	17	24,3	2	5,3	6,148	<0.05
	Pronunțat	89	82,4	53	75,7	36	94,7		
Deficit bilanț muscular	Mediu	20	18,5	10	14,3	10	26,3	2,362	>0.05
	Pronunțat	88	81,5	60	85,7	28	73,7		
Modalitate de autoservire	Supravegheat	79	73,1	49	70,0	30	78,9	1,004	>0.05
	Nesupravegheat	29	26,9	21	30,0	8	21,1		
Particularitățile mersului	Sprijin în baston	19	17,6	5	7,1	14	36,8	26,548	<0.001
	Cîrje auxiliare	29	26,9	14	20,0	15	39,5		
	Cîrje cubitale	47	43,5	40	57,1	7	18,4		
	Fotoliu rulant	13	12,0	11	15,7	2	5,3		
Afectarea articulației contralaterale	Absente	16	14,8	10	14,3	6	15,8	0,044	>0.05
	Prezente	92	85,2	60	85,7	32	84,2		
Intensitatea durerii	1-2	1	0,9	1	1,4			17,684	<0.01
	3-4	20	18,5	10	14,3	10	26,3		
	5-6	19	17,6	16	22,9	3	7,9		
	7-8	45	41,7	22	31,4	23	60,5		
	9-10	23	21,3	21	30,0	2	5,3		

Dinamica calității vieții ascensionează mai favorabil la pacienții diagnosticați cu ADT ale genunchilor în fazele incipiente ale bolii (stadiul I-II) și în lipsa afectării articulației contralaterale (evaluate radiologic), respectiv înregistrând rezultate clinice maxime pacienții cu deficiențe reduse a funcționalității, exprimate prin: bilanț articular/muscular, claudicație, tulburări în autoservire, comparativ cu pacienții cu deficit funcțional inițial avansat.

Tabelul 3.3. Rezultate ale evaluării indicelui calității vieții (ADT șold).

Parametri funcționali	Gradație	Rezultate eficacitate maximă		Rezultate eficacitate medie		Total		X2	P
		N	%	N	%	N	%		
Diagnoza	Degenerativă	47	62,7	24	47,1	23	95,8	16,595	<0.001
	Posttraumatică	28	37,3	27	52,9	1	4,2		
Examenul radiologic	Stadiu I – II	32	42,7	29	56,9	3	12,5	13,13	<0.001
	Stadiu III - IV	43	57,3	22	43,1	21	87,5		
Deficit bilanț/ articular	Mediu	5	6,7	3	5,9	2	8,3	0,158	>0.05
	Pronunțat	70	93,3	48	94,1	22	91,7		
Deficit bilanț/muscular	Mediu	15	20,0	13	25,5	2	8,3	3,002	>0.05
	Pronunțat	60	80,0	38	74,5	22	91,7		
Modalitate de autoservire	Supravegheat	58	77,3	36	70,6	22	91,7	4,137	<0.05
	Nesupravegheat	17	22,7	15	29,4	2	8,3		
Particularitățile mersului	Sprijin în baston	14	18,7	2	3,9	12	50,0	35,609	<0.001
	Cîrje auxiliare	12	16,0	12	23,5				
	Cîrje cubitale	21	28,0	21	41,2				
	Fotoliu rulant	28	37,3	16	31,4	12	50,0		
Afectarea articulației contralaterale	Absente	25	33,3	25	49,0			17,647	<0.001
	Prezente	50	66,7	26	51,0	24	100,0		
Intensitatea durerii	1-2							7,605	>0.05
	3-4	4	5,3	2	3,9	2	8,3		
	5-6	11	14,7	11	21,6				
	7-8	22	29,3	12	23,5	10	41,7		
	9-10	38	50,7	26	51,0	12	50,0		

În cazul ADT ale genunchilor se apreciază deasemenea o dinamică a calității vieții în ascensiune mai favorabilă pacienților investigați în fazele incipiente ale bolii (stadiul I-II) și în lipsa afectării articulației contralaterale, inclusiv cu manifestări mai puțin expresive a disfuncționalității (bilanț articular/muscular, claudicație, tulburări în autoservire) comparativ cu pacienții cu deficit funcțional inițial avansat tab. 3.3).

Tabelul 3.4. Rezultate ale evaluării indicelui calitatea vieții (ADT coloana vertebrală).

Parametri funcționali	Gradație	Rezultate eficacitate maximă		Rezultate eficacitate medie		Total		X2	P
		N	%	N	%	N	%		
Diagnoza	Degenerativă	82	73,2	60	74,1	22	71,0	0,11	>0.05
	Posttraumatică	30	26,8	21	25,9	9	29,0		
Examenul radiologic	Stadiu I – II	61	54,5	52	64,2	9	29,0	11,179	<0.01
	Stadiu III - IV	51	45,5	29	35,8	22	71,0		
Autoevaluarea durerii	0-3 puncte	2	1,8	2	2,5			8,116	<0.05
	4-7 puncte	58	51,8	48	59,3	10	32,3		
	8-10 puncte	52	46,4	31	38,3	21	67,7		
Impotența funcțională	Absolută	1	0,9	1	1,2			18,695	<0.001
	Relativă	54	48,2	49	60,5	5	16,1		
	Severă	57	50,9	31	38,3	26	83,9		
Autoevaluarea funcției	Restricții 50%	53	47,3	50	61,7	3	9,7	24,367	<0.001
	50-100%	59	52,7	31	38,3	28	90,3		
Abilitatea ortostatică	Menținută	20	17,9	20	24,7			32,486	<0.001
	Dificilă	80	71,4	60	74,1	20	64,5		
	Imposibilă	12	10,7	1	1,2	11	35,5		
Mobilitatea coloanei	Limit.25-50%	70	62,5	60	74,1	10	32,3	16,726	<0.001
	Limit. 50-100%	42	37,5	21	25,9	21	67,7		
Sindromul radicular	Absent	58	51,8	39	48,1	19	61,3	5,213	>0.05
	Moderat	23	20,5	21	25,9	2	6,5		
	Pronunțat	31	27,7	21	25,9	10	32,3		
Prezența semnelor de elongare	Absente	58	51,8	39	48,1	19	61,3	5,213	>0.05
	Nesemnificat	23	20,5	21	25,9	2	6,5		
	Semnificativ	31	27,7	21	25,9	10	32,3		

Având în vedere numărul mic de pacienți la limitele puterii statistice, există riscuri emergente de eroare, deci, rezultatele valorilor P urmează a fi considerate cu relativitate. Diversitatea înaltă a

manifestărilor clinice în asociere cu sindromul algic, specifice maladiilor degenerative nu corelează cu gravitatea clinică și paraclinică, lipsind corespunderea gradului tulburărilor funcționale cu percepția simptomatică al pacienților; astfel, procesul curăției s-a realizat în funcție de carențele disfuncționale ale pacienților, iar eficiența tratamentului recuperator a fost interpretată în procesul cercetării clinice în raport direct cu percepția acestora prin prisma indicilor calității vieții.

În procesul cercetării clinice, eficiența tratamentului recuperator corelează statistic cu indicii calitatea vieții și factorii de risc medico-sociali, fiind justificată cuantificarea indicilor calității vieții în programele de recuperare. Ulterior ne-am propus să analizăm în ce măsură s-au modificat variabilele care caracterizează calitatea vieții la finalizarea tratamentului recuperator, recurând la compararea variabilelor ce țin de calitatea vieții evaluată la etapa inițierii tratamentului (primară (cvp) și a celor constatate la finalizarea lui, la etapa secundară (cvs); astfel, s-a analizat caracterizarea dependenței dintre variabilele eșantionului în cele două momente de chestionare, cu ajutorul coeficientului de corelație (Pearson) și a criteriului Student (bazat pe statistica *t*), utilizat pentru validarea diferenței dintre mediile datelor ce provin din eșantioane perechi. La această etapă au fost explorate datele tuturor pacienților, diferențiați pe grupuri conform nosologiei topografice.

Ținând cont de percepția diferită a aspectelor privind calitatea vieții de către pacienții cu ADT ale AM și de variabilele diferite aferente acestora, analiza corelației a fost realizată separat pe cele 4 grupuri nosologice.

Astfel, pentru pacienții cu ADT ale **umărului** în mare parte a cazurilor rezultatele prezintă situații de lipsă a dependenței, sau prezența unor legături slabe dintre mediile celor două eșantioane, cu semnificații diferite de la caz la caz, efecte reflectate în tabelul. 3.5.

Tabelul 3.5. Corelația pentru eșantioane dependente (ADT umăr).

Caracteristicile graduale ale calității vieții	Perechile de medii	nr. pacienți	C/f. corelație	Semnificația (a=1-p)
1. Autoîngrijirea	cvp1 & cvs1	78	-,033	,774
2. Acceptarea statutului	cvp2 & cvs2	78	,290	,010
3. Sănătatea cognitivă	cvp3 & cvs3	78	,397	,000
4. Speranțe pentru viitor	cvp4 & cvs4	78	,040	,727
5. Siguranța traiului	cvp5 & cvs5	78	-,144	,209
6. Activități de recreere	cvp6 & cvs6	78	-,112	,329
7. Activități publice	cvp7 & cvs7	78	,117	,309
8. Acces la educație	cvp8 & cvs8	78	,268	,018

Conform datelor tabelului supraiacent, în cazul variabilelor: „sănătatea cognitivă” (psihică și mentală), „acceptarea statutului” și „accesul la educație” se observă interdependențe semnificative în primul caz și moderate în cazul doi și trei, diferența percepției pacienților privind calitatea vieții fiind relatată la finalizarea tratamentului.

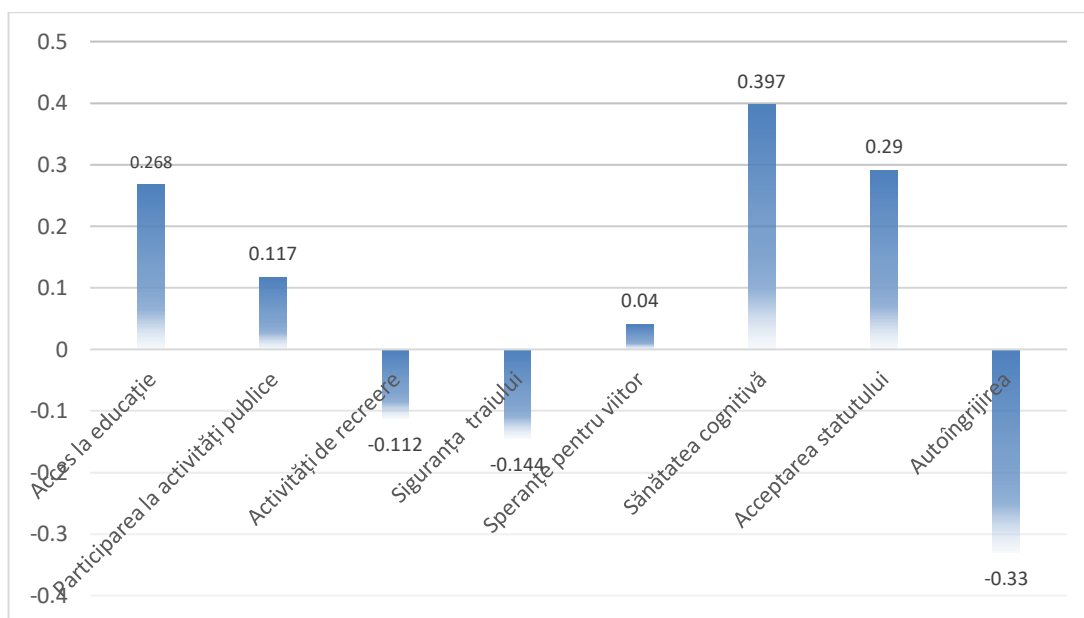


Fig. 3.3. Coeficientul de corelație liniară simplă între variabile (ADT ale umărului).

Indicatorii de corelație Pearson și semnificațiile aferente acestora pot fi surprinși, destul de sugestiv în figura 3.3, detașându-se intensități slabe a legăturii dintre mediile x_1 și x_2 , în cazul celor două variabile amintite anterior. În plus, pot fi observate și valori negative ale coeficienților în cazul variabilelor, ceea ce vorbește de modificări diametral opuse a viziunilor, la cele două etape de evaluare a pacienților.

Prin urmare, percepțiile celor 78 de pacienți cuprinși în studiu, la cele două momente de observare sunt semnificativ diferite, eveniment ce denotă îmbunătățirea percepției asupra calității vieții, cu referință predilectă pentru variabilele vizate anterior.

În exclusivitate toate diferențele dintre mediile celor două eșantioane dependente prezintă diferențe semnificative, ceea ce vine să întărească presupunerile lansate anterior, conform cărora opiniile pacienților diagnosticați cu ADT ale umărului, privind elementele calității vieții, la momentul stabilirii diagnosticului diferă de percepția acelorași situații la finalul tratamentului. Acest lucru poate fi sesizat, destul de sugestiv, din figura 3.4.

Tabelul 3.6. Testul T-statistic pentru eșantioane dependente (ADT ale umărului).

Diferența perechilor de medii		Diferența dintre mediile valorilor cvp1/cvs1	Deviația/ abaterea std	Eroarea semnifica. Std.	95% Interval Confidence Diferenței		T	Df	P
					Inferior	Superior			
1	cvp1 - cvs1	-2,103	,847	,096	-2,293	-1,912	-21,936	77	,000
2	cvp2 - cvs2	-1,923	,834	,094	-2,111	-1,735	-20,368	77	,000
3	cvp3 - cvs3	-2,000	,756	,086	-2,170	-1,830	-23,367	77	,000
4	cvp4 - cvs4	-1,987	,764	,087	-2,160	-1,815	-22,961	77	,000
5	cvp5 - cvs5	-1,705	,899	,102	-1,908	-1,502	-16,753	77	,000
6	cvp6 - cvs6	-2,295	,775	,088	-2,470	-2,120	-26,160	77	,000
7	cvp7 - cvs7	-2,090	1,095	,124	-2,337	-1,843	-16,851	77	,000
8	cvp8 - cvs8	-1,936	,902	,102	-2,139	-1,732	-18,950	77	,000

Cele mai pronunțate diferențe pot fi observate la nivelul variabilelor ce semnifică confortul fizic dat de „activități de recreere (plimbări, citit, TV)”, și de autoîngrijire, urmate de variabilele cu semnificație de confort spiritual, printre care: Sănătatea psihică și mentală; Speranțe pentru viitor; Acceptarea noului statut. Acelorași procedee de testare a măsurii în care diferă, sau eventual, se suprapun mediile celor două evaluări (primară și secundară), au fost supuse și celelalte grupuri de pacienți, diferențiați conform nosologiei topografice.

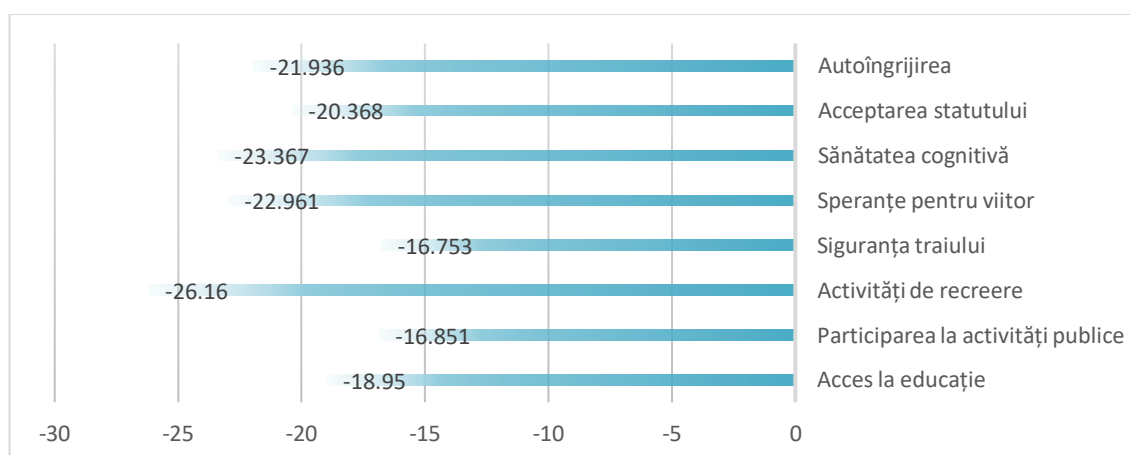


Fig. 3.4. Diferența valorilor indicilor calității vieții (ADT umăr (cvs)).

Din datele statistice reese că, afecțiunile degenerative sunt puțin compatibile cu activitățile de recreere și accesul la educație (tab. 3.7).

Tabelul 3.7. Corelația pentru eșantioane dependente (ADT șold).

Perechile de medii	n	C/f.corelație	p
1 cvp1 & cvs1	75	,029	,803
2 cvp2 & cvs2	75	-,177	,128
3 cvp3 & cvs3	75	-,163	,161
4 cvp4 & cvs4	75	-,092	,433
5 cvp5 & cvs5	75	,159	,174
6 cvp6 & cvs6	75	,731	,000
7 cvp7 & cvs7	75	,170	,145
8 cvp8 & cvs8	75	-,593	,000

În ADT ale șoldului interdependența cea mai semnificativă se observă în cazul perechilor de variabile cvp6/cvs6 și cvp8/cvs8, eveniment ce corespunde cu modificarea percepției calității vieții pacienților, evaluate la finalizarea tratamentului. Indicatorii de corelație Pearson și semnificațiile aferente acestora, pot fi surprinși destul de sugestiv, în figura 3.5.

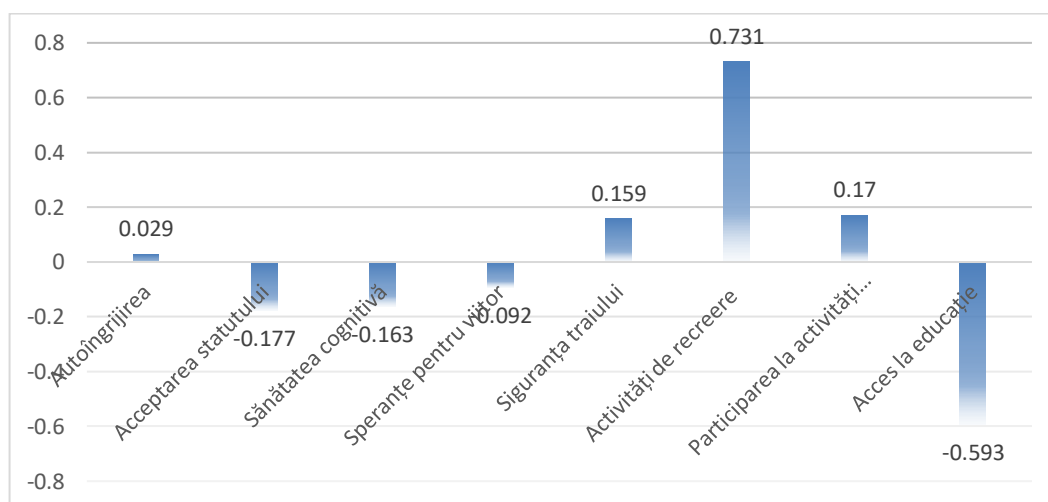


Fig. 3.5. Coeficientul de corelație liniară simplă între variabilele (ADT șold).

Valorile negative ale coeficienților în cazul a patru variabile reflectate în figura 3.5, denotă percepția diametral opusă a acestor indicatori al calității vieții, estimați pacienților la etapele de evaluare primară și secundară. În cazul pacienților diagnosticați cu ADT ale șoldului, atât la nivelul indicatorilor corelației (r) cât și la nivelul T-statisticilor, la evaluarea secundară, iese în evidență o situație diferită față de cea primară, cu excepția variabilelor 6 (cv6) și 8: (cv8) - Activități de recreere și Acces la educație, la care se observă o legătură apropiată de puternică, cu o semnificație suficient de mare ($p=0,000$).

Tabelul 3.8. Testul T-statistic pentru eșantioane dependente (ADT șold).

Diferența perechilor de medii		Diferența mediilor cvp1-cvs1	Deviația/ abaterea Std.	Eroarea semnif. Std.	95% Interval confidence Diferenței		T	Df	p
					Inferior	Superior			
1	cvp1 - cvs1	-1,893	1,034	,119	-2,131	-1,655	-15,855	74	,000
2	cvp2 - cvs2	-2,040	,992	,115	-2,268	-1,812	-17,802	74	,000
3	cvp3 - cvs3	-1,653	,923	,107	-1,866	-1,441	-15,520	74	,000
4	cvp4 - cvs4	-1,587	1,092	,126	-1,838	-1,335	-12,587	74	,000
5	cvp5 - cvs5	-1,333	1,070	,124	-1,579	-1,087	-10,795	74	,000
6	cvp6 - cvs6	-1,587	,660	,076	-1,738	-1,435	-20,835	74	,000
7	cvp7 - cvs7	-2,133	1,212	,140	-2,412	-1,855	-15,246	74	,000
8	cvp8 - cvs8	-1,453	1,378	,159	-1,770	-1,136	-9,131	74	,000

În cazul pacienților diagnosticați cu ADT ale șoldului, atât la nivelul indicatorilor corelației (r) indicatorii T-statistici reflectă dinamica calității vieții diferită la finalizarea curăției, cu relevanță mai redusă exprimată variabilelor 6 (cv6) și 8: (cv8) - Activități de recreere și Acces la educație, confirmând presupunerile lansate anterior în vederea percepției CV.

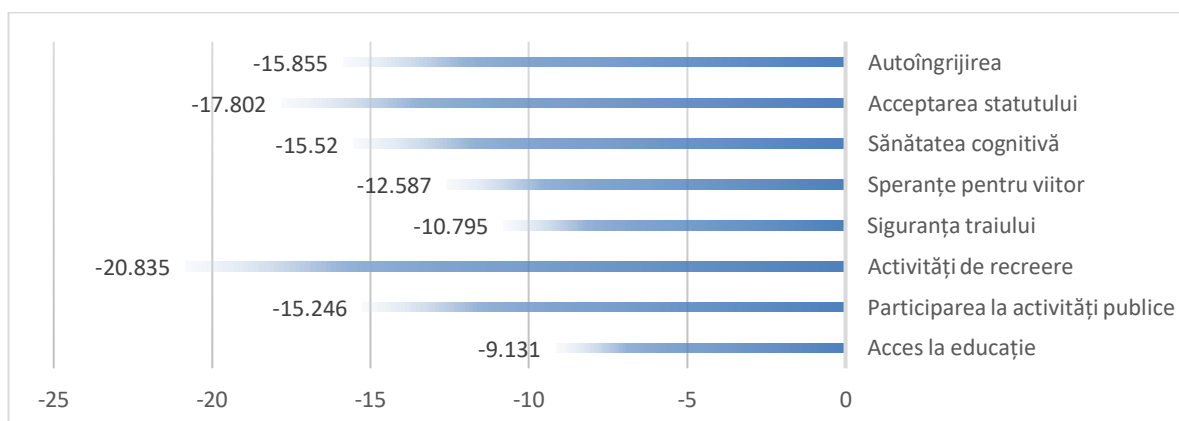


Figura .3.6. Diferența valorilor indicilor calității vieții (ADT șold (cvs)).

La nivelul colectivității diagnosticate cu ADT ale genunchilor se constată o situație un pic mai favorabilă decât în cazul celor cu ADT de șold, dar mai redusă decât în cazul celor cu ADT ale coloanei vertebrale.

Conform datelor tabelului 3.9, în cazul majorității variabilelor (exceptând cvp 5/cvs 5), pot fi observate interdependențe semnificative, care confirmă diferența percepției de către pacienți privind calitatea vieții la finalizarea tratamentului.

Tabelul 3.9. Corelația pentru eșantioane dependente (ADT genunchi).

Perechile de medii		n	C/f.corelație	p
1	cvp1 & cvs1	108	,406	,000
2	cvp2 & cvs2	108	,479	,000
3	cvp3 & cvs3	108	,279	,003
4	cvp4 & cvs4	108	,326	,001
5	cvp5 & cvs5	108	-,012	,904
6	cvp6 & cvs6	108	-,146	,133
7	cvp7 & cvs7	108	,159	,100
8	cvp8 & cvs8	108	,451	,000

Ca urmare datele din figura 3.6. reflectă semnificațiile sporite în cazul variabilelor cvs1, cvs2 , cvs 8; valorile negative ale coeficienților variabilelor denotă percepții opuse a CV la etapele inițierii și finalizării tratamentului.

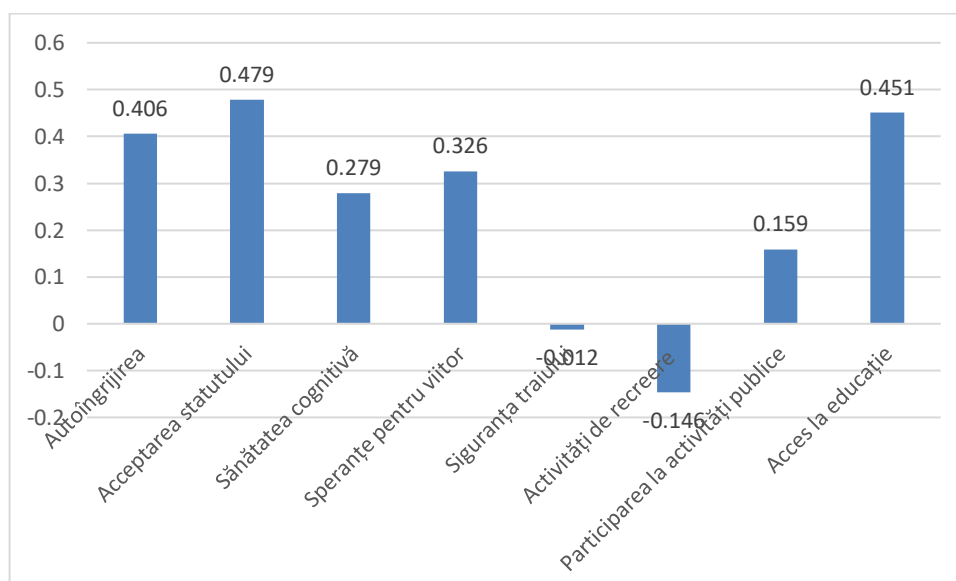


Figura 3.7. Coeficientul de corelație liniară simplă (ADT genunchi).

În figura 3.7 pot fi observate valori negative ale coeficienților în cazul a două variabile, eveniment ce confirmă supozițiile anterioare cu privire la prestație diametral opusă a percepției calității vieții la etapa inițierii și finalizării tratamentului, aceste modificări fiind exprimate cu predilecție în prim plan variabilelor: Activități de recreere, și în plan secund: Siguranța traiului.

Tabelul 3.7. Testul T-statistic pentru eșantioane dependente (ADT genunchi).

Diferența perechilor de medii		Diferența mediilor cvp1-cvs1	Deviația/ abaterea Std.	Eroarea semnific. Std.	95% Interval confidence Diferenței		T	Df	P
					Lower	Upper			
1	cvp1 - cvs1	-1,630	,860	,083	-1,794	-1,466	-19,687	107	,000
2	cvp2 - cvs2	-1,704	,846	,081	-1,865	-1,542	-20,937	107	,000
3	cvp3 - cvs3	-1,676	,955	,092	-1,858	-1,494	-18,231	107	,000
4	cvp4 - cvs4	-1,491	,991	,095	-1,680	-1,302	-15,640	107	,000
5	cvp5 - cvs5	-1,380	1,406	,135	-1,648	-1,111	-10,199	107	,000
6	cvp6 - cvs6	-1,361	1,148	,110	-1,580	-1,142	-12,326	107	,000
7	cvp7 - cvs7	-1,898	1,058	,102	-2,100	-1,696	-18,636	107	,000
8	cvp8 - cvs8	-1,472	1,156	,111	-1,693	-1,252	-13,238	107	,000

Indicatorii de corelație Pearson și semnificațiile aferente acestora sunt destul de sugestivi în figura 3.8, unde semnificațiile sporite ale variabilelor și valorile negative ale coeficienților acestor variabile, denotă percepția opusă a acestor indicatori al calității vieții, estimați pacienților la etapele de evaluare primară și secundară.

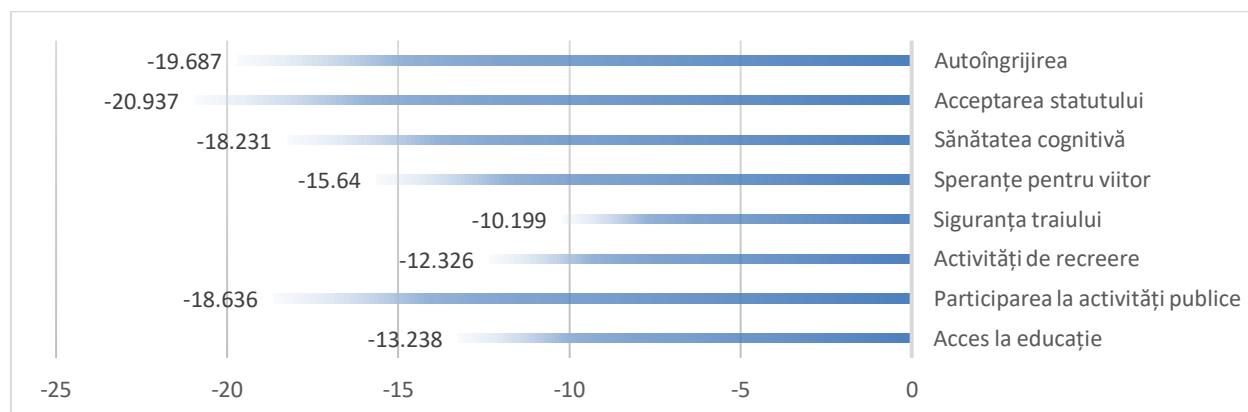


Figura 3.8. Statisticile indicilor calității vieții (ADTgenunchi (cvs)).

În ADT ale coloanei vertebrale pacienții au manifestat o atitudine puțin mai rezervată privind variabilele calității vieții, la momentul evaluării secundare față de cea primară (tab.3.11).

Tabelul 3.11. Corelația pentru eșantioane dependente (ADT coloana vertebrală).

Perechile de medii		N	C/f.corelație	P
1	cvp1 & cvs1	112	,461	,000
2	cvp2 & cvs2	112	,499	,000
3	cvp3 & cvs3	112	,619	,000
4	cvp4 & cvs4	112	,508	,000
5	cvp5 & cvs5	112	,852	,000
6	cvp6 & cvs6	112	,190	,045
7	cvp7 & cvs7	112	,340	,000
8	cvp8 & cvs8	112	,450	,000

Lipsa valorilor negative ale coeficienților în cazul majorității variabilelor la cele două momente de evaluare (primară/secundară), denotă modificări globale și cu semnificații sporite, de intensitate semnificativă în vederea percepției calității vieții.

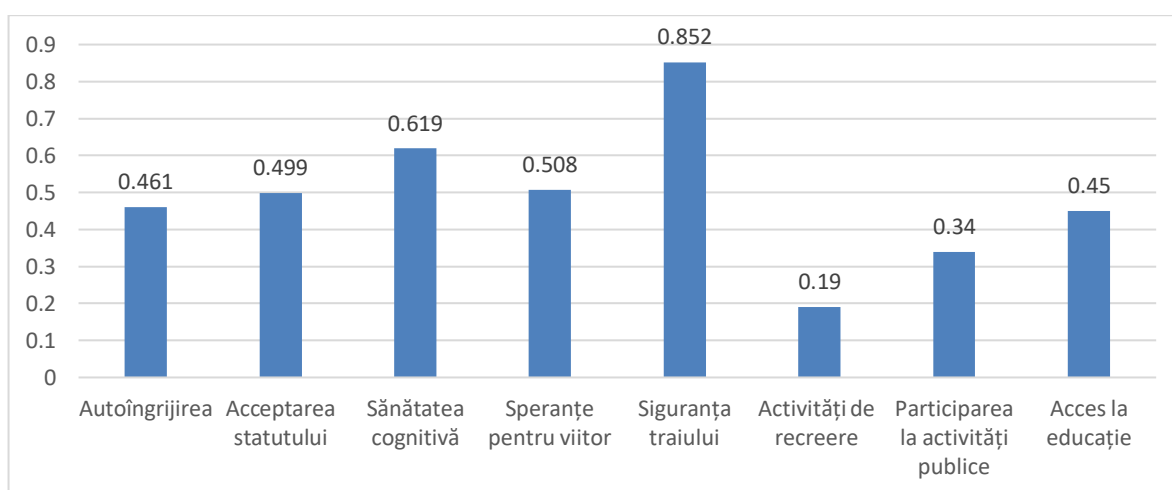


Fig. 3.9. Coeficientul de corelație liniară simplă între variabilele (ADT coloana vertebrală).

Patru dintre indicatori se manifestă cu o interdependență slabă, și cu semnificații sporite, iar la nivelul a 2 indicatori se atestă o legătură medie. Atâta timp cât coeficientul de corelației este afectat de o oarecare insuficiență pentru estimarea legăturii dintre datele de natură calitativă, pentru verificarea dependenței dintre valorile calității vieții, s-a recurs la statistica Student (T-Statistica). Astfel, datele din tabelul 3.12 prezintă în exclusivitate în toate cazurile diferențe semnificative între mediile estimate la cele două momente (primar și secundar).

Tabelul 3.12. Testul T-statistic pentru eșantioane dependente (ADT coloana vertebrală).

Diferența perechilor de medii			Diferența mediilor cvp1-cvs1	Devierea/ abaterea Std.	Eroarea semnific. Std.	95% Interval Confidence Diferenței		T	Df	p
						Inferior	Superior			
1	cvp1	-	-1,527	,805	,076	-1,678	-1,376	-20,074	111	,000
2	cvp2	-	-1,545	,781	,074	-1,691	-1,398	-20,920	111	,000
3	cvp3	-	-1,545	,909	,086	-1,715	-1,374	-17,978	111	,000
4	cvp4	-	-,848	,841	,079	-1,006	-,691	-10,680	111	,000
5	cvp5	-	-,929	,549	,052	-1,031	-,826	-17,907	111	,000
6	cvp6	-	-1,366	,995	,094	-1,552	-1,180	-14,523	111	,000
7	cvp7	-	-1,080	,807	,076	-1,231	-,929	-14,169	111	,000
8	cvp8	-	-1,277	,738	,070	-1,415	-1,139	-18,315	111	,000

Toate mediile celor două eșantioane dependente prezintă diferențe semnificative, eveniment ce confirmă presupunerile lansate anterior, în vederea modificării percepției calității vieții la etapa de evaluare primară (inițierea tratamentului) și secundară (finalizarea tratamentului), date sesizate în figura 3.10.

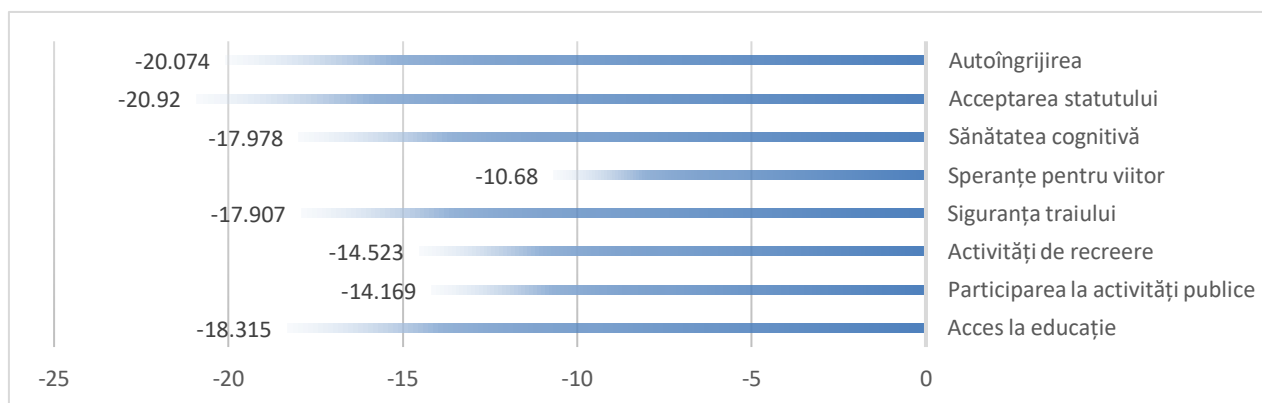


Figura 3.10. Diferența valorilor indicilor calității vieții (ADT coloana vertebrală (cvs)).

Ulterior, în scopul caracterizării percepției categoriilor privind calitatea vieții, ca funcție de anumite criterii semnificative, care exercită o oarecare influență asupra nivelului de percepție a calității vieții, ne-am propus să abordăm interdependențele care se stabilesc între variabilele rezultative, prin care se exprimă calitatea vieții și o serie de factori (3.13), care reflectă variabilele factoriale cu impact maxim asupra indicilor calității vieții estimate pacienților.

Tabelul 3.11. Variabile independente (factoriale) cu impact maxim asupra calității vieții

Parametri	Umăr (01)		Coloana vertebrală (02)		Genunchi (03)		Șold (04)	
	Primar	Secund	Primar	Secund	Primar	Secund	Primar	Secund
Situația economică	x_07	y_07	x_05	y_05	x_07	y_07	x_07	y_07
Factori eredocolaterali	x_08	y_08	x_06	y_06	x_08	y_08	x_08	y_08
Deficit bilanț articular	x_16	y_16	x_25	y_25	x_16	y_16	x_16	y_16
Intensitatea durerii	x_22	y_22	x_14	y_14	x_27	y_27	x_27	y_27
Afectarea articulației contralaterale	x_23v1	y_23v1			x_28v1	y_28v1	x_28v1	y_28v1

Diversitatea afecțiunilor articulare în funcție de nosologia topografică, imprimă percepții diferite asupra caracteristicilor calității vieții, motiv din care abordările de interdependență au fost diferențiate conform aceluiași criteriu, iar modificările în percepția pacienților asupra categoriilor de calitate a vieții a fost surprinsă prin estimarea la nivelul celor două etape la care s-a realizat observarea (valorile variabilelor E_i obțin notația x_i , iar E_f - y_i (tab. 3.11).

Analize de corelație și de regresie a ADT ale **umărului** expuse în Anexa 14.1 prezintă intensități de dependență și semnificații diferite care caracterizează calitatea indicatorilor de corelație. Din Anexa 14.1 se pot observa interdependențe de intensitate medie dintre **cvp1** și variabilele **x16**, **x22**, ceea ce poate fi explicat prin interdependența manifestării acestor parametri. Intensități apropiate de medie se atestă și în cazul altor categorii ale calității vieții, deși cele mai mari intensități se detașează în cazul **CVP6** și **x23v1**, precum și a **CVP3** și **x08**.

Deja, la etapa secundară aspectele de dependență se deplasează înspre intensități mai mari dintre variabile esențiale, prin care se atestă calitatea vieții, și variabilele prin care se caracterizează afecțiunea. Pentru cazul în care numărul de pacienți la nivelul tuturor variabilelor implicate în analiza corelației a fost identic (78 pacienți), am caracterizat prin valori sintetice, exprimate prin medii, capabile să pună în evidență modificările privind calitatea vieții. Astfel, dacă până la tratament media coeficienților corelației dintre variabilele rezultative (CV_j – în care indicele j reprezintă cele 8 variabile ale calității vieții) și cele factoriale a fost de 0.260, cu o semnificație de 0.204, atunci după tratament aceeași medie a coeficienților corelației a fost de 0,292, în condițiile unei semnificații mai mari (0,183 față de 0,204 primar), relatand îmbunătățiri esențiale a CV la nivelul variabilelor - participarea la activitățile publice și accesul

la educație. În același timp, printre cele mai semnificative caracteristici cu influență asupra variabilelor calității vieții în eșantionul pacienților cu afecțiune de umăr, se înscriu caracteristicile: deficit bilanț articular (x16), intensitatea durerii (x22), afectarea articulației contralaterale (x23v1).

La etapa următoare, în eventuala posibilitatea de a caracteriza caracterul legăturii dintre variabilele factoriale (x_j și y_j) și variabilele rezultative (CV_j), s-a specificat și analizat modelele de regresie pentru cele două etape (primar și secundar).

Regresia multiplă liniară, pentru cazul afecțiunilor de umăr, la etapa primară, este descrisă de estimațiile coeficienților de regresie, semnificațiile acestora și indicatorii de bonitate specifice modelelor, incluse în Anexa 14. În cazul acestor modele se constată cea mai bună combinație dintre indicatorii privind calitatea modelelor R , DW și F (Anexe 14.2-14.10).

3.4. Concluzii la capitolul 3

1. În pofida factorilor ce diminuează performanțele curative: tardivitatea maladiei însoțită de substrat sechelar avansat, s-a estimat sporirea funcționalității înregistrată clinic-paraclinic beneficiarilor de asistență recuperatorie, indici care au corelat statistic cu valoarea „calitatea vieții”; astfel, randamentul parametrilor funcționali apreciați la etapa finalizării curății relevă semnificativitate înaltă statistică în contextul recuperării complexe și precoce (în fazele incipiente ale bolii și în lipsa leziunilor periarticulare evaluate radiologic: ($M=16,65/15,64$, $F=0,829$, $p=0,365$) și ultrasonografic: ($M=15,59/20$, $F=6,589$, $p=0,012$).

2. În procesul cercetării clinice, eficiența tratamentului recuperator corelează statistic cu indicii calitatea vieții (în pofida factorilor predictivi pentru evoluție și prognostic nefavorabil: diformitatea articulară avansată și redori articulare instalate în lipsa curății și/sau adresabilității tardive: (dinamica indicelui CV s-a atestat a fi favorabilă la pacienții cu deficit mediu al bilanțului articular/muscular, ascensionând cu 19,32 puncte la femei și 18,73 puncte la bărbați, comparativ cu pacienții cu deficit funcțional inițial avansat, la care s-a estimat o creștere mai puțin importantă: cu 14,98 puncte la femei și 15,4 puncte la bărbați, estimată statistic cu veridicitate maximă $p=0,0000$), fiind justificată cuantificarea indicilor calității vieții în programele de recuperare.

3. Cele mai plauzibile modele de regresie, prin care se specifică dependența dintre variabilele calității vieții și cele factoriale sunt: Siguranță traiului, Acceptarea noului statut și Speranțe pentru viitor, care corespund cel mai bine cerințelor de calitate a specificării, constatând cea mai reușită combinație între indicatori.

4. OPTIMIZAREA MANAGEMENTULUI SERVICIULUI DE REABILITARE/RECUPERARE

4.1. Abordarea eficienței asistenței de recuperare în cadrul cercetării

Din punct de vedere managerial abordarea calității asistenței de recuperare în cadrul studiului s-a efectuat prin prisma domeniilor recunoscute: **structural**, redând indicii activității secției și **rezultativ**, analizând eficacitatea rezultatelor medicale și calității vieții beneficiarilor tratamentului, precum și prin prisma cuantificării **prognosticului** procesului de recuperare. Indicatorii de rezultat au fost diversificați prin sistemul de clasificare în grupe de diagnostic. Conform datelor expuse în tabelul 4.1 pe parcursul anilor 2012-2016 este evidentă prevalența ADT cu localizare la nivelul articulațiilor: coxofemorale, genunchi, umăr și coloanei vertebrale, astfel ponderea numerică în ascensiune a acestora justifică prioritatea abordării nosologiilor topografice incluse în studiu.

Tabelul 4.1. Distribuția nosologică a pacienților recuperați în secția Reabilitare

Nosologii	2012	2013	2014	2015	2016
1. Leziuni musculoscheletale	16	9	11	9	56
2. Condropatii	96/29	138/55	139/48	116/32	142/31
3. Gonartroze	83/22	108/28	114/29	87/31	98
4. Genunchi protezat	10	29	41	26	37
5. Coxartroze	56/15	76/16	83/22	56/17	67
6. Șold protezat	34	78	79	67	59
7. Cifoscolioze	16	44	37	31	38
8. Degenerescențe umăr	29/11	54/16	58/11	61	82
9. Algoneurodistrofii	7	21	26	15	28
10.Redori articulare	38	68	39	35	68
Nr. total pacienți	462	740	737	583	706

Datele prezentate în tabelul 4.2. estimează eficiența stabilă a tuturor indicilor: durata medie de spitalizare, rata de utilizare a patului, precum și utilizarea fondului de paturi, cu dinamică în ascensiune exprimată prin creșterea funcției și respectiv a ratei de utilizare a patului, indici ce redau ponderea morbidității și accesibilitatea către asistența de recuperare pe diapazonul nozologic abordat.

Tabelul 4.2. Utilizarea fondului de paturi.

Indici spitalicești	2012	2013	2014	2015	2016
Funcția patului (rulajul)	172	246	223	227	246
Rata de utilizare a patului	15,4	23,6	24,6	19,3	24
Durata medie de spitalizare	10,7	10	9,2	9,7	9,7
% realizării planului	83,1	82,2	77	78	83

Conform datelor expuse în tabelul 4.3. prevalează indicii de redresare a funcționalității sau ameliorare a condiției de sănătate; indici ce ar indica lipsa evoluției maladiei au fost atestați la un nivel infim, lipsind indicii ce ar relata involuția stării sănătății, fenomen deja reflectat în contextul cercetării noastre.

Tabelul 4.3. Indicii activității secției Reabilitare

Dinamica (%)	2012	2013	2014	2015	2016
Redresare funcțională deplină	10,2	10,4	11,2	14,1	12,2
Ameliorare sănătății	87,6	87,2	86,2	83,6	85,6
Involuția sănătății	0	0	0	0	0
Lipsa dinamicii	2,2	2,4	2,6	2,3	2,2
Total (%)	100	100	100	100	100

Asistența îngrijirilor de sănătate este evaluată prioritar pe două paliere: eficacitatea clinică, în baza căreia se apreciază și eficiența serviciului desfășurat. Evaluarea dinamicii parametrilor funcționali la etapa finalizării tratamentului (cuantificați prin prisma indicilor calității vieții) reflectă atât eficacitatea recuperării redată obiectiv (exprimată prin indici rezultativi), cât și subiectiv (percepția personală a condiției de sănătate). După cum am menționat anterior, în conextul studiului s-au adus dovezi confirmate statistic în favoarea eficacității actului de recuperare, estimate la etapa finalizării curății cu rezultate de eficacitate maximă și rezultate de eficacitate medie; luând în considerație cumulara continuă a efectului tratamentului la finalizarea acestuia, rezultatul cu calificativul „eficacitate medie” prezumă o dinamică favorabilă, eveniment ce confirmă aplicativitatea recuperării în asigurarea restabilirii sau compensării funcționalității locomotorului.

Estimarea parametrilor rezultativi reflectă eficacitatea tratamentului, oferind și sugestii în vederea realizării obiectivelor procesului recuperator. În tabelul 4.4. sunt reflectate valorile rezultative a actului de recuperare, diferențiindu-se în funcție de nosologia topografică: rezultate optime au fost exprimate pe diapazonul ADT ale umărului și coloanei vertebrale, fapt explicat prin anumiți factori cauzali: vârsta mai tânără a acestor pacienți, precocitatea inițierii recuperării

în raport cu debutului maladiei în cazul leziunii umărului, precum și compliantă maximă vizavi de recuperarea conservativă, exprimată mai ales în cazul ADT ale coloanei vertebrale. Ponderea rezultatelor de eficacitate medie prevalează în cazul diagnosticării ADT ale articulațiilor șoldului și genunchiului, cauzată de adresabilitatea tardivă de la debutul maladiei (explicată prin disonanța clinică cu cea paraclinică specifică artrozei), precum și expresia extrem de invalidizantă apreciată vârstnicilor, în cazul leziunilor avansate la nivelul articulațiilor portante.

Tabelul 4.4. Rezultatele eficacității recuperării în funcție de nosologia topografică.

Rezultate eficacitate maximă (nr.pacienți/%)		Interval de încredere	Rezultate eficacitate medie (nr.pacienți/%)		Interval de încredere	Nosologiile (ADT atrtriculații)
66	84,6	68.62- 87.38	12	15,4	7.23-23.57	Umăr
70	64,81	55.62-74.00	38	35,19	26.00-44.38	Genunchi
51	68	57.23-78.77	24	32	21.23-42.77	Coxofemurală
94	93,92	89.40-98.44	18	16,08	9.14-23.02	Coloana vertebrală

Factorii angrenanți curăției sunt determinați de vârsta înaintată și tendința maladiei degenerative de a evolua deseori asimptomatic, cauzând adresabilitate tardivă comparativ cu debutul maladiei; astfel, inițierea tardivă al actului medical și deficiențele monitorizării condiției de sănătate a pacienților vizati, favorizează instalarea restantului disfuncțional avansat, ce urmează a fi recuperat deja prin intervenții recuperatorii chirurgicale. Serviciul de recuperare, menit să satisfacă cerințele pacienților, urmează a fi abordat pe direcția profilaxiei primare sau secundare, focusându-se pe analiza eficacității, având rol de prognostic a potențialului recuperării (stabilizare, progresie viceversa regresie a evoluției maladiei), care urmează a fi identificat, atât prin prisma aprecierii tuturor componentelor parametrilor funcționali, cât și prin aprecierea abilităților pacientului în raport cu restabilirea activităților habituale. Imposibilitatea utilizării unui volum vast de indicatori în scopul cuantificării condiției fizice și identificării potențialului recuperator prezintă un inconvenient, pentru eradicarea căruia s-a intervenit prin intermediul procesărilor statistice propuse de autorul Afifi [44]; astfel, prin analiza statistică a datelor a două selecții (pacienți cu rezultate a tratamentului de eficacitate maximă și medie), atribuind parametru funcțional ca criteriu de discriminare la una din cele două mulțimi cu o exactitate maximă, s-a realizat decantarea indicatorilor (parametrilor funcționali) cu rol de prognostic a reușitei procesului recuperator. În tabelele 4.5, 4.6, 4.7, 4.8. sunt expuși parametrii funcționali procesați statistic, cu rol predictorii în prognosticarea eficienței recuperării ADT ale articulațiilor mari. Parametrii desemnați în tabelul 4.5. reflectă predicția procesului de recuperare în artroza de umăr, cu calificativul „eficacitate maximă” exprimat în 98,48 %, iar „eficacitate medie” exprimat în 91,67%.

Tabelul 4.5. Parametri funcționali cu potențial de prognostic recuperator în ADT umărului.

Parametri funcționali	Distribuție	Rezultate ef/maximă		Rezultate ef/medie	
		N	%	N	%
Situția economică x07	Satisfăcătoare	23	34.8		
	Nesatisfăcătoare	43	65.2	12	100.0
Total		66	100	12	100
Factori eredocolaterali x08	Absenți	34	51.5	1	8.3
	Prezenți	32	48.5	11	91.7
Total		66	100	12	100
Deficitul bilanțului articular x16	Mediu	14	21.2	1	8.3
	Pronunțat	52	78.8	11	91.7
Total		66	100	12	100
Intensitatea durerii x22	5-6 puncte	8	12.1	9	75.0
	7-8 puncte	43	65.2	3	25.0
	9-10 puncte	15	22.7		
Total		66	100	12	100
Afectarea articulației contralaterale x23v1	Absente	47	71.2		
	Prezente	19	28.8	12	100.0
Total		66	100	12	100
Maladii dismetabolice x23v2	Absente	46	69.7	1	8.3
	Prezente	20	30.3	11	91.7
Total		66	100	12	100
PROGNOSTIC		98.48		91.67	

În tabelul 4.6. se atestă prognosticul recuperării coxartrozelor estimat cu calificativul „eficacitate maximă” exprimat în 94,12% și „eficacitate medie” exprimat în 95,83%.

Tabelul 4.6. Parametrii funcționali cu potențial de prognostic recuperator ADT șold

Parametri	Distribuție	Rezultate eficacitate maximă		Rezultate eficacitate medie	
		N	%	N	%
Rezistență x21	Satisfăcătoare	2	3,9	12	50
	Nesatisfăcătoare	49	96	12	50
Total		51	100	24	100
Particularitățile mersului x24	Sprijin în baston	2	3,9	12	50
	Sprijin în cârje auxiliare	12	24		
	Sprijin în cârje cubitale	21	41		
	Fotoliu rulant	16	31	12	50
Total		51	100	24	100
Examenul radiologic x11	Stadiu III	29	57	3	13
	Stadiu IV	22	43	21	88
Total		51	100	24	100
Maladii endocrine x27v3	Absente	29	57	24	100
	Prezente	22	43		
Total		51	100	24	100
Deficit bilanț articular x15	Mediu	3	5,9	2	8,3
	Pronunțat	48	94	22	92
Total		51	100	24	100
PROGNOSTIC		94,12		95,83	

În tabelul 4.7. sunt reflectați parametrii cu impact decisiv în prognosticarea calității procesului de recuperare aplicat în gonartroze, desemnând predicția cu calificativul „eficacitate maximă” exprimat în 95,71% și „eficacitate medie” exprimat în 92,11 %.

Tabelul 4.7. Parametrii funcționali cu potențial de prognostic recuperator în ADT coxo-femorale.

Parametri	Distribuire	Rezultate eficacitate maximă		Rezultate eficacitate medie	
		N	%	N	%
Particularitățile mersului x24	Sprijinit în baston	5	7,1	14	36,8
	Sprijinit în cîrje auxiliare	14	20	15	39,5
	Sprijinit în cîrje cubitale	40	57,1	7	18,4
	Fotoliu rulant	11	15,7	2	5,3
Total		70	100	38	100
Examenul radiologic x11	Stadiu III	42	60	10	26,3
	Stadiu IV	28	40	28	73,7
Total		70	100	38	100
Scurtare de membru inferior x18	Nesemnificativă	31	44,3	1	2,6
	Semnificativă	39	55,7	37	97,4
Total		70	100	38	100
Rezistența x21	Satisfăcătoare	6	8,6	9	23,7
	Nesatisfăcătoare	64	91,4	29	76,3
Total		70	100	38	100
Maladii endocrine x27v3	Absente	59	84,3	21	55,3
	Prezente	11	15,7	17	44,7
Total		70	100	38	100
Maladii dismetabolice x27v2	Absente	70	100	30	78,9
	Prezente			8	21,1
Total		70	100	38	100
Diformitățile articulației x17	Absente	24	34,3	1	2,6
	Prezente	46	65,7	37	97,4
Total		70	100	38	100
Intensitatea durerii x26	1-2 puncte	1	1,4		
	3-4 puncte	10	14,3	10	26,3
	5-6 puncte	16	22,9	3	7,9
	7-8 puncte	22	31,4	23	60,5
	9-10 puncte	21	30	2	5,3
Total		70	100	38	100
PROGNOSTIC		95,71%		92,11%	

Parametri expuși în tabelul 4.8. au fost selectați în urma procesării statistice prin aplicarea factorului discriminant, cu rol predictiv major în prognosticarea calității tratamentului aplicat în spondiloartroze, atribuind calificativul „eficacitate maximă” exprimat în 81% și „eficacitate medie” exprimat în 31%.

Tabelul 4.8. Parametrii funcționali cu potențial de prognostic recuperator în ADT col.vertebrale.

Parametri funcționali	Distribuire	Rezultate eficacitate maximă		Rezultate eficacitate medie	
		N	%	N	%
Coordonare și echilibru x30	Acceptabil	39	48,1		
	Moderat-dezechilibrat	41	50,6	10	32,3
	Sever dezechilibrat	1	1,2	21	67,7
Total		81	100	31	100
Gradul de dizabilitate x42	Limitat	70	86,4	31	100
	Nesemnificativ	11	13,6		
Total		81	100	31	100
Trofica musculară x35	Hipotrofie moderata	60	74,1	2	6,5
	Hipotrofie severa	21	25,9	29	93,5
Total		81	100	31	100
Maladii dismetabolice x43v2	Absente	71	87,7	23	74,2
	Prezente	10	12,3	8	25,8
Total		81	100	31	100
Control sfincterian x39	Fiziologic	30	37	24	77,4
	Diminuat	50	61,7	7	22,6
	Abolit	1	1,2		
PROGNOSTIC		81	100	31	100

Esența propunerii constă în selectare prin procesare statistică a celor mai eligibili indici, din multitudinea lor (reprezențați prin parametri funcționali și/sau factori psihosociali) cu impact decisiv în prognosticarea reușitei tratamentului ADT pe diapazonul nosologic studiat.

Aplicarea acestei metodologii sporește exactitatea prognosticării evoluției tratamentului recuperator, realizând expresivitate înaltă, prin efort redus. Prognosticarea calității recuperării facilitează diferențierea obiectivelor procesului de recuperare, fapt care la rândul său favorizează realizarea potențialului recuperator prin redresarea abilităților funcționale și compensarea restantului disfuncțional.

Având în vedere distribuția variată a pacienților per Categorie de Reabilitare, adică modificarea diferită a potențialului recuperator în funcție de tratament, devine imperativă cuantificarea predictorilor a performanțelor recuperatorii, iar utilitatea metodei s-ar regăsi în cazul diagnosticării afecțiunilor cu risc sporit de agravare, cu debut insidios și durabil sau evoluție nefavorabilă, urmată de sechelaritatea înaltă al locomotorului.

În vederea reprezentativității analizei statistice aplicate prin formula de discriminare, în urma segregării permite posibile erori de estimare de cca. 10% pe lotul totuși, limitat de cazuri (373), fiind recomandată selectarea unui eșantion mai extins într-un studiu aferent desfășurat, realizarea căruia ar reduce procentajul de potențiale erori la cca. 1%.

4.2. Cuantificarea rezultatelor recuperării prin prisma analizei economice

Reieșind din importanța prioritizării directivelor decizionale organizatorice și alocative realizate în procesul de recuperare, precum și în lipsa relației liniare a indicilor povara bolii și costul pentru iradicarea acesteia este justificată utilitatea analizei medico-economice; ca urmare, în studiu de față ne-am propus să analizăm eficiența tratamentului recuperator aplicat pacienților cu maladii locomotorii nu doar din punct de vedere medical, dar și din ipostaza intereselor economice a societății, prin estimarea valorii beneficiului curății vizavi de costuri.

Metodologia aplicării analizei economice în scopul selecției alternativelor curative din punct de vedere ale costului și eficienței este dificilă, nefiind posibilă sumarizarea consecințelor din cauza valorificării diferențiate ale acestora (costurilor atribuindu-se valoare monetară și indicilor rezultativi - nonmonetară).

În scopul realizării posibilității de sumarizare a rezultatelor cu diverse unități de măsură servește modalitatea de calculare propusă de autorii Antony E. Boardman, David H. Greenberg et all. [45], ce exprimă raportul cost și eficiență din perspectiva comparației ratei cost-eficiență în raport cu rata eficiență-cost (formulări preluate ulterior de autorii conaționali Guțu S., Rotaru L.) [17].

Astfel, pentru a calcula rata cost-eficiență, costul fiecărui program curativ, notat (C) se împarte la eficiența acestui program curativ (E): $CE = C/E$; viceversa, rata eficiență-cost (EC) se calculează prin împărțirea indicilor rezultativi exprimați în unități fizice al costului programului recuperator aplicat $EC = E/C$, după care urmează comparația rezultatelor.

Având dificultate de calcul similar în studiul de față, ne-am propus calcularea beneficiului social prin aplicarea analizei cost-eficiență, care oferă posibilitatea comparației programelor cu unități de măsură diferite (costurile fiind exprimate în u.m., iar eficiența – în număr de cazuri tratate), consecutiv prioritizând programul recuperator de eficiența maximă cu cost minim.

Diferențiem costuri directe și indirecte suportate de serviciul de recuperare, care includ: costuri de capital, materiale, echipamente, timpul persoanelor ce acordă serviciul sanitar etc., care având valoare variabilă, diminuează sau ascensionează, în funcție de variațiile volumului de servicii sanitare. Calculul sumar al costurilor directe și indirecte al tratamentului recuperator efectuat de toți pacienții în condiții de internare reprezintă în mediu 6.500 lei per caz tratat, iar în cazul continuării în condiții de ambulator, suma achitată per caz tratat este de 2.000 lei, astfel, costul tratamentului în condiții de internare cu continuitate în condiții de ambulator sumează per total 8.500 lei.

Ca urmare ne-am propus să analizăm eficiența tratamentului din punct de vedere al minimizării costului, dar mai ales din ipostaza prioritizării eficienței rezultatului curativ, indicii rezultativi a eficacității tratamentului estimați în studiu au fost preluați din tabelul 4.4.

În tabelele 4.9, 4.10, 4.11, 4.12 este reflectată eficiența programelor curative pe divers diapazon nosologic.

Tabelul 4.9. Eficiența programelor curative în ADT ale umărului.

Costuri / eficiență	Program curativ	
	A	B
Costuri, u.m.	8 500	6 500
Eficiența	66	12
Rata CE (cost)	128,78	541,66
Rata EC (cazuri)	0,0077	0,0018

Datele din tabelul 4.9 se atestă că, varianta programului curativ A are rata CE, mai mică decât varianta B și viceversa – rata EC mai mare, eveniment ce denotă eficiența sporită a programului curativ A în raport cu programul curativ B (proiectul cel mai eficient fiind cel estimat cu cel mai mic cost mediu pe unitate de eficiență).

Tabelul 4.10. Eficiența programelor curative în ADT șold.

Costuri / eficiență	Program curativ	
	A	B
Costuri, u.m.	8 500	6 500
Eficiența	51	24
Rata CE (cost)	166,66	270,83
Rata EC (cazuri)	0,006	0,0036

Datele din tabelul 4.10. se atestă, că varianta programului curativ A are rata CE este mai mică decât varianta B, și viceversa – rata EC fiind mai mare, eveniment ce denotă eficiența sporită a programului curativ A în raport cu programul curativ B.

Tabelul 4.11. Eficiența programelor curative în ADT genunchi.

Costuri / eficiență	Program curativ	
	A	B
Costuri, u.m.	8 500	6 500
Eficiența	70	38
Rata CE (cost)	121,42	171,05
Rata EC (cazuri)	0,0082	0,0058

Datele din tabelul 4.11 atestă, că varianta programului curativ A are rata CE este mai mică decât varianta B, și viceversa – rata EC fiind mai mare, fapt ce confirmă eficiența sporită a programului curativ A, în raport cu programul curativ B.

Tabelul 4.12. Eficiența programelor curative în ADT coloanei vertebrale

Costuri / eficiență	Program curativ	
	A	B
Costuri, u.m.	8 500	6 500
Eficiența	94	18
Rata CE (cost)	90,42	361,11
Rata EC (cazuri)	0,0110	0,0027

Datele din tabelul 4.12. atestă, că varianta programului curativ A, are rata CE mai mica decât varianta B și viceversa, rata EC fiind mai mare, eveniment ce confirmă eficiența sporită a programului curativ A, în raport cu programul curativ B.

Ca urmare a analizei comparative a raportului cost-eficiență și eficiență-cost, deducem: chiar dacă costurile achitate pentru tratamentul programelor A sunt nesemnificativ mai mari, această alternativă de tratament este mai eficientă din punct de vedere economic, cu atât mai mult că alternativa de tratament al variantei A, are prioritate și din punct de vedere al eficacității medicale, având rezultate mai semnificative în vederea funcționalității și calității vieții. Calcularea efectului economic global conform raportului indicatorilor analitici atribuie diverse relaționări medicale, sociale, economice, juridic; astfel, se identifică factori ce crează facilitări economice, beneficiind statul prin: reîncadrarea în câmpul de muncă, eradicarea dizabilității sau transferul gradual în direcție descendentă a dizabilității, precum și realizând efecte economice directe: prin diminuarea costurilor pentru asistență socială și favorizarea incluziunii socio-profesionale a acestora și indirecte: realizate prin diminuarea costurilor acordate persoanelor

implicate în serviciile de îngrijire, prin diminuarea cheltuielilor pentru tratament specializat și adresabilitate repetată către instituțiile medicale.

„Începând cu 1 octombrie 2018 cota impozitului pe venit pentru persoanele fizice a fost stabilit în mărime de 12% (Legea nr. 178 din 26.07.2018), contribuția individuală de asigurări sociale a constituit în 2018 6% din salariu și din celelalte recompense (Legea nr. 281 din 15.12.2017), iar prima de asigurare medicală s-a achitat în mărime de 4,5% (Legea nr. 280 din 15.12.2017). Astfel, o persoană aptă de muncă achită lunar din salariu 22,5%. Având în vedere principiul solidarității sociale care guvernează sistemul de asigurări sociale, contribuțiile individuale de asigurări sociale sunt utilizate în scopul acoperirii prestațiilor pentru persoanele plasate într-o situație cu risc social, iar viabilitatea sistemului de asigurări sociale este condiționată de numărul de plătitori la bugetul de asigurări sociale de stat, totodată, lipsa recuperării poate genera stabilirea unui grad de dizabilitate. Dizabilitatea la persoanele adulte (inclusiv cele cu vârste cuprinse între 15 și 18 ani angajate în câmpul muncii) se determină pornind de la gravitatea deficiențelor funcționale individuale provocate de afecțiuni, traume, care duc la limitări de activitate și restricții de participare exprimate în raport cu solicitarea socioprofesională (păstrarea capacității de muncă) și este de trei grade: severă, accentuată și medie. Păstrarea capacității de muncă se evaluează în procente, cu un interval procentual de 5 puncte:

1) *dizabilitatea severă* se caracterizează prin deficiențe funcționale severe provocate de afecțiuni, traume care duc la limitări de activitate și restricții de participare, iar capacitatea de muncă este păstrată în proporție de 0–20%;

2) *dizabilitatea accentuată* se caracterizează prin deficiențe funcționale accentuate provocate de afecțiuni, traume, care duc la limitări de activitate și restricții de participare, iar capacitatea de muncă este păstrată în proporție de 25–40%;

3) *dizabilitatea medie* se caracterizează prin deficiențe funcționale medii provocate de afecțiuni, traume, care duc la limitări de activitate și restricții de participare, iar capacitatea de muncă este păstrată în proporție de 45–60%. (Hotărârea Guvernului RM nr. 357 din 18.04.2018).

Stabilirea unui grad de dizabilitate pentru o persoană generează dreptul acesteia de a cere stabilirea pensiei de dizabilitate sau a alocației sociale. Dacă persoana căreia i s-a stabilit un grad de dizabilitate confirmă un stagiul de cotizare prevăzut de Legea sistemului public de pensii nr. 156 din 14.10.1998 aceasta are dreptul la o pensie de dizabilitate achitată din contul bugetului de asigurări sociale de stat. Cuantumul pensiei minime de dizabilitate constituie începând cu 1 aprilie 2018: în cazul unei dizabilități severe – 768,75 lei; în cazul unei dizabilități accentuate –

717,50 lei; în cazul unei dizabilități medii – 512,50 lei (Hotărârea Guvernului RM nr. 237 din 21.03.18.2018).

În caz contrar, dacă persoana nu confirmă stagiul de cotizare necesar toată povara cade pe umerii statului, prestațiile fiind achitate din cadrul bugetului de stat sau din bugetele locale. La etapa actuală legislația în vigoare prevede un șir de prestații sociale destinate persoanelor cu dizabilități. Conform Legii RM cu privire la alocațiile sociale nr. 499 din 14.07.1999 mărimea alocației sociale constituie 40 % din cuantumul pensiei minime pentru persoanele cu dizabilități severe, accentuate și medii. Astfel, începând cu 1 aprilie 2018 statul achită unei persoane cu dizabilitate severă – 307,50 lei; cu dizabilitate accentuată – 287 lei, iar cu dizabilitate medie – 205 lei lunar” [156].

Analizând valoarea alocațiilor sociale achitate de către stat, deducem importanța acțiunilor de recuperare medicală evaluată prin eficacitatea clinică și eficiența serviciului sanitar desfășurat.

Managementului sanitar are menirea să optimizeze valoarea îngrijirilor în sănătate, iar strategiile decizionale aplicate în cadrul serviciilor respective depind de analiza alternativelor financiare axate pe costuri/consecințe și compararea potențialităților acestora.

Dificultatea evaluării consecințelor din imposibilitatea atribuirii monetare, poate fi diminuată prin aplicarea analizei cost-utilitate (QALY) [161], atribuind valori numerizate percepției pacienților în vederea calității vieții și compararea rezultatele alternativelor curative exprimate în ani de viață ajustați calității vieții (rezultatele curative definite prin metoda de cuantificare a utilității QALY, urmează a fi valorificate prin prisma indicilor calitatea vieții). Aplicarea analizei cost-utilitate în studiu de față este preferabilă datorită compatibilității reprezentării numerizate a percepției subiective a pacientului exprimată prin dimensiunea calității vieții și realizată prin sumarizarea produsului parametrilor funcționali obținuți pe scara interpretării rezultatelor pe un interval de valori cuprins între 0 și 1 (calitatea vieții percepută modificată de către pacienți în funcție de curăție, atribuind valori numerizate rezultatelor conform indecelui QALY (Quality Adjustes Life Years) [161]; astfel, utilitatea punctată cu 1 corespunde nivelului maxim al calității vieții, iar utilitatea punctată cu 0, redă nivelul minim al calității vieții (astfel, calitatea vieții ascensionează odată cu valorizarea utilității mai aproape de 1; atingerea utilității maxime este determinată de rezultatele ce reflectă desăvârșirea calității vieții, maximizarea costurilor intervențiilor curative fiind imperativă din punct de vedere etic, având în vedere valorificarea indecelui calitatea vieții). Deși utilitatea a fost estimată ca și parametru numeric exact, în practică se estimează luând în considerație percepțiile subiective ale pacientului, cuantificând indicele QOL la finalizarea tratamentului prin prisma modificării

percepției calității vieții la diverși pacienți diagnosticați cu ADT ale AM în raport cu modalitatea curăției. În studiu au fost analizate două alternative de tratament în funcție de etapa recuperării: A - etapa internare, B - etapa ambulatorie. Diversitatea ascensionării parametrilor funcționali cuantificată prin prisma indicilor CV, cauzativă de spectrul nosologic.

Astfel, valoarea CV a fost apreciată beneficiarilor curăției la finalul recuperării diferențiat: în cazul pacienților diagnosticați cu omartroză, CV a fost estimată cu $34 \leq$ puncte din 40 puncte (per total), iar dinamica CV ca urmare a recuperării a fost apreciată cu decalaj de $15 \leq$ puncte la finalul tratamentului, apreciindu-se rezultativitate maximă pe diapazonul nosologic evaluat. În cazul evaluării CV pacienților diagnosticați cu coxartroză la etapa finalizării tratamentului s-au apreciat $30 \leq$ puncte, având și dinamica (CV $7 \leq$ puncte) mai puțin semnificativă, comparativ cu CV estimată în omartroză. Indicii CV a fost punctată cu 32 puncte $\leq$, în cazul tratamentului pacienților diagnosticați cu gonartroză, având însă un decalaj de puncte al dinamicii ($9 \leq$ puncte), fapt care relevă percepția CV mai înaltă la etapa de inițiere a tratamentului, în raport cu alte morbidități degenerative și respectiv un randament al CV mai redus, comparativ cu celelalte nosologii topografice. În cazul estimării percepției CV pacienților diagnosticați cu spondilodiscartroză, s-a apreciat ascensiunea CV cu 25 puncte $\leq$, constatându-se o dinamică de $10 \leq$ puncte.

Decantarea valorilor CV, ca urmare a procesării statistice sugerează percepția subiectivă a condiției de sănătate atestată beneficiarilor curăției, lipsind posibilitatea de cuantificare obiectivă (monetară) a utilității tratamentului dat, fapt ce rezultă prioritizarea alternativei curative conformate eticii medicale. Din motivul diferenței de cuantificare a unităților de măsură cost/modalitatea recuperării și imposibilitatea însumării rezultatelor acestora, s-a aplicat un instrument de comparație între opțiunile curative, utilizat în procesul de analiză economică cu rol de identificare și apreciere a celor mai eficiente costuri vizavi de rezultate.

În cadrul studiului pacienții au beneficiat de modalități diferite de aplicare a tratamentului cu costuri diferite: recuperarea în condiții de internare valorată cu 6.500 lei și curăția la etapa de internare cu continuitate la etapa ambulatorie - 8.500 lei. La finalizarea curăției a fost înregistrată discrepanță clinică în vederea acestor modalități curative, valoarea indicilor calității vieții atingând ascensiune importantă în cazul aplicării alternativei de recuperare mai costisitoare, preferând această strategie intervențională și din considerente etice; astfel, tratamentul aplicat la etapa de internare cu continuitate curativă în condiții de ambulator costă în mediu 8.500 lei, cu un avantaj al dinamicii QOL peste 10 puncte este prioritară curăției aplicate doar la etapa de internare, având avantaj al dinamicii QOL sub 7 puncte.

Luând în considerare valoarea diferită a rezultatelor curății determinată de modalitatea recuperării, s-a aplicat un instrument de comparație între opțiunile curative, utilizat în procesul de analiză economică cost-utilitate enunțat anterior, cu rol de identificare și apreciere a celor mai eficiente costuri vizavi de rezultate. Modalitățile intervenției curative și a valorii indicative QOL au fost estimate bidimensional: sub formă de valoare monetară și numerizarea percepției subiective a QOL, valori care redau impactarea indicelui calitatea vieții în raport cu modalitatea curății și costul acesteia. Conform recomandărilor autorilor Drummond și Torrance [58], valoarea indicelui QOL cuantifică efectul medico-social prin intermediul indicelui utilității, rezultat din sumarizarea factorilor multifactoriali a utilității:

$U = 1,42 \times (mP \times mR \times mS \times mH) - 0,42$, unde U- reprezintă utilitatea, iar mP, mR, mS, mH – factori multiplicativi a utilității (FMU) raportați caracteristicilor funcționalității: P - fizice, R - autoservire, S - socială, H - condiția de sănătate globală.

(P) - mobilitatea și independența fizică (P), cuantificat pe un diapazon de la 0.52 până la 1, exprimă abilitățile de deplasare în anturaj divers cu/sau lipsa limitărilor fizice: la ridicare, mers, alergat, flexiuni;

(R) - abilitatea de autoservire neajutorat, cuantificat pe un diapazon de la 0.50 până la 1, exprimă lipsa/prezența limitărilor în contextul socializării;

(S) - funcția socio - cognitivă: sociale și emotive, cuantificat pe un diapazon de la 0,77 până la 1, exprimă gradul agresiunii/relaxării și nivel de conactare cu persoane din anturaj;

(H) - condiția sănătății exprimată prin lipsa/prezența deficiențelor/defectefizice, cuantificat pe un diapazon de la 0,74, până la 1.

În cadrul studiului s-au aplicat două strategii diferite în vederea costurilor și modalității curății [54]: alternativa curativă A efectuată la etapa de internare cu continuitate la etapa ambulatorie, s-a soldat cu cost monetar sumarizând 8.500 lei și utilitatea – 1 QALY, reeșind din:

$$U(P1, R1, S1, H1) = 1,42 \times (1,00 \times 1,00 \times 1,00 \times 1,00) - 0,42 = 1,00;$$

alternativa curativă B efectuată doar în condiții de internare s-a soldat cu cost monetar de 6.500 lei și utilitatea - 0,25 QALY:

$$U(P4, R3, S4, H1) = 1,42 \times (0,80 \times 0,77 \times 0,77 \times 1,00) = 0,25.$$

La finalizarea curății a fost înregistrată discrepanță clinică în vederea acestor modalități curative, manifestând eficacitate importantă în domeniul calității vieții în favoarea modalității curative mai costisitoare. În acest caz se obiectivează valoarea utilității QALY mai înaltă, la un cost nesemnificativ ridicat pentru această strategie intervențională, fiind preferabilă și din considerente etice. Având în vedere avantajul dinamicii QALY cuantificat cu 1,0 puncte

exprimat prin condiția sănătății intactă estimată monetar cu o valoare mai mare doar cu 2.000 lei, continuând curăția la etapa ambulatorie după finalizarea curăției la etapa de staționar. Compararea valorilor numerice a două utilități permite predicția în vederea concluzionării rezultatului curativ mai favorabil, justificând cuantificarea indicilor calității vieții în scopul estimării modalității de recuperare. Costul atingerii 1,0 QALY, care corespunde condiției intacte de sănătate în diagnosticarea degenereșcențelor articulațiilor mari, corespunde cu 8500 lei [54].

Abordarea sintezei cost-utilitate în domeniul sănătății este avantajată prin posibilitatea de a analiza rezultate exprimate în termeni de eficacitate utilizând informații de anvergură cantitativă și calitativă, în lipsa capacității de a evalua monetar valoarea vieții umane, favorizând eficientizarea acestuia pe diverse paliere: medical, social, economic.

Acest tip de analiză reprezintă un instrument util pentru fundamentarea deciziilor și gestionarea resurselor limitate în sistemul sanitar de către economiști specializați în domeniul sănătății publice, justificând cuantificarea indicilor calității vieții în scopul prioritizării alternativei curative: compararea valorilor numerice a două utilități permite concluzionarea rezultatului curativ mai favorabil. Analiza cost – utilitate prezintă avantajul de a lua în considerație nu doar performanța costului, dar și eficacitatea tratamentului efectuat, reprezentând modul de abordare a dificultăților clinice prin intervenția unui sistem integru de elemente analitice. Luând în considerație conjunctura economică dificilă în vederea îngrijirilor medicale, inițiativa reformării sistemului de sanatare este de neconceput fara utilizarea indicelui calitatea vieții, aplicat ca și instrument de apreciere a calitatii actului medical. Abordarea sintezei cost-utilitate în domeniul sănătății este avantajată nu doar din perspectiva analizei rezultatelor exprimate în termeni de eficacitate utilizând informații de anvergură cantitativă și calitativă, din incapacitatea de a evalua monetar valoarea vieții umane, reprezentând mecanismul pentru fundamentarea deciziilor și gestionarea resurselor limitate în sistemul sanitar de către economiștii specializați în domeniul sănătății publice [58].

4.3. Registul informațional și sistemul computerizat „reabilitare ortopedică” funcțională și complexă”.

Respectarea principiului accesibilității, continuității și consecutivității în aplicarea tratamentului recuperator facilitează eficacitatea și calitatea acestui act curativ, iar impedimente în realizarea acestui deziderat sunt carențele monitorizării morbidității ca urmare a deficitului de informare al pacienților. Lipsa unui algoritm de apreciere a eficacității tratamentului nu permite adoptarea deciziilor manageriale adecvate, îndreptate spre asigurarea calității și accesibilității

serviciului de Reabilitare, diminuând optimizarea structurală al acestui serviciu; în scopul eradicării acestor impedimente, raționalmentul optează în favoarea aplicării în practică a unui model de monitorizare și reabilitare a pacienților, bazat pe principiile precocității, complexității și etapizării tratamentului raportat cuantificării funcționale.

În scopul realizării eficientizării calității serviciului de recuperare și legitimarea alocării unei proporții în creștere financiară am propus către structurile decizionale, un model de registru electronic pentru implementare și aplicare la nivel național cu titlul: „Registru informațional și sistemul computerizat „ortopedo-reabilitare funcțională și complexă”.

Proiectul versiunii electronice al registrului informațional în calitate de instrument observațional are ca scop raționalizarea interacțiunii sistemului de sănătate vizavi de pacient, prin integrarea și stocarea datelor sistemice în vederea condiției de sănătate și modalitățile rezultative de recuperare la diverse etape a nosologiilor ortopedo-traumatologice. Însușirea sistemului informațional de a corespunde necesităților sociale, fiind adaptat nevoilor pacientului în particular, ar avantaja actul medical, sporind siguranța și calitatea acestuia prin reducerea erorilor medicale. Beneficiu evident în favoarea pacientului reprezintă și păstrarea confidențialității datelor medicale care este asigurată prin acces electronic către informații doar de către utilizatorii autorizați sau unitățile sanitare ce relaționează informațional prin intermediul informatizării computerizate (securizat prin utilizarea parolei); prin accesarea registrului electronic se urmărește procesul de supraveghere a populației reprezentative nosologic (axate pe stocarea și înregistrarea datelor informative ce vizează caracteristici și parametri funcționali evaluați), precum și monitorizarea siguranței și eficienței în acordarea serviciului medical, cu conținut divers de rubrici:

1. Adoptarea deciziilor și identificarea activității organizatorice.
2. Crearea programului multiscop.
3. Dirijarea programului.
4. Controlul rezultatului final.
5. Analiza performanței rezultative ca urmare a aplicării tratamentului.
6. Asigurarea continuă a perfecționării sistemului de monitorizare.

Registru informațional are menirea de a fi reprezentat printr-un cadru statistic de monitorizare a subiecților diagnosticați cu afecțiuni ortopedice și posttraumatice, evaluând performanțele funcționale pe direcția condiției de sănătate, beneficiarilor curății la diverse etape de reabilitare, având următoarele componente principale: de accesare, unitate de control și subsistem dirijat, de ieșire, feedback-ul și subsistemul de control. Accesul în aplicație se inițiază

prin conectarea "sistemul de accesare" a PC, de identificare a pacientului, obținând următoarele rezultate:

1. Diagnosticul clinico-funcțional al condiției pacientului de profil ortopedic.
2. Evaluarea aspectelor medico-sociale specifice pacientului.
3. Estimarea parametrilor funcționali apreciați prin modalități clinice-paraclinice, precum și aplicarea scalelor conform nosologiei topografice caracteristice.
4. Evaluarea dinamicii performanțelor funcționale fizice/cognitive la diverse etape de reabilitare.

Selectarea datelor medico-sociale proprii pacientului prin aplicarea consecutivă pe diverse diviziuni structurale: interacțiunea activă între subsistemul de dirijare și subsistemul dirijat: subiectul de dirijare reprezintă pacientul supus procesului medical de recuperare, căruia i se aplică diverse modalități de diagnosticare și curăție. Aplicarea sistemului informațional ar oferi posibilitatea înregistrării de către utilizatori a numărului infinit de pacienți, distribuind informația în diverse instituții medicale, unde urmează procesarea informației medicale, conform etapelor:

- înregistrarea fișei de evaluare cu date de caracter personal;
- înregistrarea datelor anamnestice;
- înregistrarea evaluării condiției psihosomatice și funcționalității locomotorului;

- evidența independenței medico-sociale și incluziunii socio-profesionale, precum și dinamica indicilor calității vieții, evaluate prin intermediul aplicării scalelor de relevanță internațională. În scopul evaluării nivelului funcționalității și independenței subiecților diagnosticați cu morbități locomotorii, propunem modalități de estimare a parametrilor funcționali și aplicarea scalelor pe diapazonul nosologiei respective, expuse în chestionare modelate conforme nosologiei topografice (anexa 1).

Particularitățile de formare și realizarea Programului de Reabilitare medico-socială este determinat de polimorfismul manifestărilor clinico-funcționale și complexul sindromal individual (indici integrali care reflectă interacțiunea proceselor patologice și compensatorii cu repercursiuni asupra vitalității și capacității de muncă). În contextul monitorizării morbidității locomotorii, diagnosticate pacienților de profil traumatologic și ortopedic pot fi aplicate metode specifice de evaluare a funcționalității la diverse etape recuperatorii reliefate prin prisma brevetelor de inovație „Metodă și metodologie de reabilitare funcțională a bolnavilor cu maladii a coloanei vertebrale”, „Metoda și metodologie de reabilitare funcțională a membrului superior la bolnavii de profil traumatologic și ortopedic”, „Metodă și metodologie de evaluare a recuperării funcționale a membrului inferior la bolnavii de profil ortopedic” certificate și brevitate de autor. Aceste metode reliefează particularitățile de cuantificare inovatorii, aplicate

pacienților de profil traumatologic și ortopedic la evaluarea funcționalității locomotorului analizând: mobilitatea segmentului afectat, criteriile de apreciere a atitudinii scoliotice, sindromul radicular și algic, sindromul neurodistrofic gradul ameliorării funcționalității estimat în perioada inițierii și finalizării curății, intensitatea durerii, caracteristicile prehensiunii și mersului, claudicația (lipsa, ameliorarea, ireductibilitatea), modalitățile de sprijin la mers (lipsa sprijinului, diverse modalități de sprijin, intermitent sau persistent), instabilitate articulară (ameliorare, persistență), sensibilitatea durerii (lipsa, prezența), motilitate (diminuarea hipotrofiei sau instalarea definitivă). Parametrii clinici și funcționali au fost cuantificați în funcție de gradul ameliorării obiectivate clinic și paraclinic determinate prin RMN. Indicele calitatea vieții reliefează aspectul funcțional, socio-profesional și abilități de deservire etc. Beneficiile recuperării sunt exprimate procentual, în raport cu ameliorarea stării de sănătate și funcționalitatea segmentului evaluat la diverse etape postrecuperatorii.

În procesul abordării prospective și supravegherii segmentului de populație (identificate cu morbiditatea reprezentativă) din perspectiva monitorizării performanțelor medico-sociale este indispensabilă înregistrarea percepției calității vieții în domeniul medico-social, ce reflectă imaginea de ansamblu nu doar a condiției psiho-somatice, dar și activității socio-profesionale până și după curăție, înregistrând parametri ce caracterizează gradul adaptibilității nevoilor pacientului la ambient, modalități de încadrare în activitatea de muncă și diferența resurselor financiare, participarea în activități cotidiene, necesitate persoanei pentru dispozitive de asistare sau îngrijiri auxiliare până și după curăție etc.

Monitorizarea pacientului se recomandă a se continua etapizat până la epuizarea restantului disfuncțional, fiind transferat în categoria „fazei de latență” din sistem, care reprezintă pacientul recuperat din punct de vedere psihosomatic și funcțional, eveniment ce ar permite asigurarea modificării statutului medico-social și economico-juridic.

Ieșirile suplimentare în sistemul informațional de monitorizare ar permite atingerea unor rezultate finale, cum ar fi cerințele populației în crearea instituțiilor pentru asigurarea tratamentului recuperator, creșterea experienței diferitor unități de control, distribuirea personalului auxiliar. Chiar dacă activitatea sistemului informațional de monitorizare a procesului de recuperare vizează direct persoanele cu nevoi în asistența de recuperare, se prezumă obținerea beneficiului social în ansamblu, prin diminuarea duratei incapacității temporare de muncă și incluziunii sociale al acestora, favorizând relaționarea personală și interpersonală, sprijinind economic familiile ce îngrijesc persoanele cu dizabilități.

Realizând formarea și implementarea metodologiei nominalizate „Program de Reabilitare” sub forma unui act normativ bazată pe un sistem unic, corelat cu potențialul reabilitării (gradul

manifestărilor clinico-funcționale cuantificate conform Clasificării Internaționale a Funcționalității, conform indicațiilor OMS), ar asigura recuperarea complexă și continuă până la epuizarea restantului disfuncțional, ajustând parametri: volumul, forma, termenii, periodicitatea și consecutivitatea măsurilor de recuperare ca formă și structură obligator aplicată pentru toate instituțiile indiferent de formele organizatorico-juridice și de proprietate (determinate ca executori a Serviciului de Reabilitare).

4.4. Concluzii la capitolul 4

1. Potențialul reabilitării obiectivat prin dinamica parametrilor funcționali raportată tratamentului, oferă prognostic în vederea eficacității recuperării, consecințe ce sugestionează asupra directivelor desăvârșirii procesului curativ. Din cele expuse reiese că, optimizarea managerială a serviciului de recuperare, precum și controlul calității acestui serviciu este necesar a fi înfăptuit prin prisma analizei potențialului și pronosticului de recuperare, ce ar permite prioritizarea ierarhică a obiectivelor recuperării.

2. Valoarea CV apreciată beneficiarilor curății la finalul recuperării diferențiat: în cazul pacienților diagnosticați cu omartroză, CV a fost estimată cu $34 \leq$ puncte din 40 puncte (dinamica CV $15 \leq$ puncte), în coxartroză s-au apreciat $30 \leq$ puncte și (dinamica CV $7 \leq$ puncte). Indicii CV a fost punctată cu $32 \leq$ puncte, în gonartroză/ dinamica CV ($9 \leq$ puncte). În cazul estimării percepției CV pacienților diagnosticați cu spondilodiscartroză, s-a apreciat ascensiunea CV cu $25 \leq$ puncte, constatându-se o dinamică de $10 \leq$ puncte.

3. Luând în considerație valoarea diferită a rezultatelor curății determinată de modalitatea recuperării (etapa internare sau/și ambulatorie), ca instrument de comparație între opțiunile curative s-a aplicat analiza cost-eficiență/cost-utilitate (0,25 QALY/1 QALY), concluzionând rezultatul curativ mai favorabil (prin compararea valorilor numerice a două utilități a calității vieții) cel cu continuitate al procesului curativ internare - ambulator.

4. Rentabilitatea asistenței de recuperare (potențată mai ales prin aplicarea Programele de Reabilitare) este demonstrată prin reinsertia socio-profesională și prevenirea dizabilității ireversibile specifică morbidității respective. Beneficiul social ca urmare a reducerii costurilor de întreținere a persoanelor cu dizabilitatea redusă gradual, justifică pe deplin statuarea algoritmului de monitorizare al procesului de recuperare medicală a pacienților cu maladii locomotorii, garantând implementare practică prin mecanisme administrative și legislative de reglementare.

CONCLUZII GENERALE

1. În pofida factorilor ce diminuează performanțele curative: tardivitatea maladiei cu substrat sechelar avansat, s-a estimat sporirea funcționalității înregistrată clinic-paraclinic beneficiarilor de asistență recuperatorie, indici care au corelat statistic cu indicii „calitatea vieții”; astfel, randamentul parametrilor funcționali apreciați la etapa finalizării curăției relevă semnificativitate înaltă statistică în contextul recuperării complexe și precoce (în fazele incipiente ale bolii și în lipsa leziunilor periarticulare) evaluate radiologic: ($M=16,65/15,64$, $F=0,829$, $p=0,365$) și ultrasonografic: ($M=15,59/20$, $F=6,589$, $p=0,012$).

2. În procesul cercetării clinice, eficiența tratamentului recuperator corelează statistic cu indicii „calitatea vieții” (în pofida factorilor predictivi pentru evoluție și prognostic nefavorabil: diformitatea articulară avansată și redori articulare instalate, lipsa curăției sau/și adresabilității tardive) dinamica indicelui CV s-a atestat a fi favorabilă la pacienții cu deficit mediu al bilanțului articular/muscular, ascensionând cu 19,32 puncte la femei și 18,73 puncte la bărbați, în comparație cu pacienții cu deficit funcțional inițial avansat, cărora li s-a estimat o creștere mai puțin importantă: cu 14,98 puncte la femei și 15,4 puncte la bărbați (cu o veridicitate statistică maximă: $p=0,0000$), ca urmare, fiind justificată cuantificarea indicilor calității vieții în contextul programelor de recuperare [9].

3. Managementul reabilitării/recuperării medicale în domeniul ortopediei și traumatologiei are menirea de a favoriza calitatea vieții populației, inclusiv și prin optimizarea actului medical de recuperare; astfel, integrarea pacientului în societate este posibil de îndeplinit prin monitorizarea pacienților cu maladii locomotorii, asigurând un program de recuperare legitimat, care ar estima rezultatele cuantificate ale funcționalității locomotorii și ar stabili detaliile fiecărei etape consecutive de recuperare al acestor pacienți până la epuizarea restantului disfuncțional și facilitarea independenței funcționale [8].

4. Indicii potențialului de reabilitare/recuperare, obiectivați prin dinamica parametrilor funcționali raportați tratamentului, analizați statistic oferă predicții a eficacității recuperării, care sugestionează asupra directivelor desăvârșirii monitorizării acestor pacienți; în contextul cercetării parametrii funcționali cu potențial de prognostic favorabil a curăției în omartrroză a fost de 98,48 % cu calificativul „eficacitate maximă” și de 91,67% - „eficacitate medie”; în coxartroză: 94,12% - „eficacitate maximă” și 95,83%-„eficacitate medie”; în gonartroze: 95,71% - „eficacitate maximă” și 92,11 % „eficacitate medie”; spondiloartroze: 81% - „eficacitate maximă” și 31%„eficacitate medie”. Optimizarea managerială a serviciului de recuperare, precum și controlul calității acestui serviciu este necesar a fi efectuat prin prisma analizei

potențialului și prognosticului de recuperare, ce ar permite aprecierea ierarhică a priorităților obiectivelor recuperării

5. Luând în considerare valoarea diferită a rezultatelor tratamentului determinată de modalitatea recuperării, am aplicat un instrument de comparație între opțiunile curative, abordând în studiu analiza cost-eficiență și cost-utilitate, în vederea concluzionării rezultatului curativ mai favorabil (prin compararea valorilor numerice a două utilități a calității vieții în funcție de modalitatea tratamentului: cost monetar sumarizat 8.500 lei în raport cu utilitatea-1 QALY și cost monetar 6.500 lei în raport cu utilitatea - 0,25 QALY); analiza comparativă a raportului cost-eficiență/eficiență-cost ne-a permis identificarea alternativei de tratament din punct de vedere atât a performanței costului, cât și eficienței tratamentului, reprezentând tratamentul efectuat etapizat, cu continuitate de la etapa de internare la cea ambulatorie [54].

6. Valoarea CV a fost apreciată de beneficiarii curății la finalul recuperării diferențiat: în cazul pacienților diagnosticați cu omartroză, CV a fost estimată cu $34 \leq$ puncte din 40 puncte (per total), iar dinamica CV ca urmare a recuperării a fost apreciată cu decalaj de $15 \leq$ puncte la finalul tratamentului, apreciindu-se rezultativitate maximă pe diapazonul nosologic evaluat. În cazul evaluării CV pacienților diagnosticați cu coxartroză la etapa finalizării tratamentului s-au apreciat $30 \leq$ puncte, având și dinamica (CV $7 \leq$ puncte) mai puțin semnificativă, comparativ cu CV estimată în omartroză. Indicii CV a fost punctată cu 32 puncte $\leq$, în cazul tratamentului pacienților diagnosticați cu gonartroză, având însă un decalaj de puncte al dinamicii ($9 \leq$ puncte), fapt care relevă percepția CV mai înaltă la etapa de inițiere a tratamentului, în raport cu alte morbidități degenerative și respectiv un randament al CV mai redus, comparativ cu celelalte nosologii topografice. În cazul estimării percepției CV pacienților diagnosticați cu spondilodiscartroză, s-a apreciat ascensiunea CV cu 25 puncte $\leq$, constatându-se o dinamică de $10 \leq$ puncte.

RECOMANDĂRI PRACTICE

1. În scopul realizării programelor de Recuperare/Reabilitare medicală aplicate conform potențialului de recuperare este imperativă statuarea algoritmului de monitorizare al procesului de recuperare medicală al pacienților cu maladii locomotorii, fiind justificată standardizarea științifică a algoritmului de monitorizare, prin mecanisme administrative și legislative de reglementare, pentru garantarea efectului de implementare practică [75].

2. Optimizarea managerială a serviciului de recuperare, precum și controlul calității acestui serviciu este necesar a fi înfăptuit prin prisma analizei potențialului și prognosticului de recuperare ce urmează a fi inclus în Algoritmul de Monitorizare, ce ar sugestiona asupra prioritizării ierarhice a obiectivelor recuperării.

3. Pentru a oferi o perspectivă modernă a analizei cost-eficiență, atribuind eficiență optimă variantei care corespunde caracteristicilor de aplicare (minimizarea costurilor și maximizarea eficienței), precum și în scopul raționalizării alternativei curative, recomandăm suplimentarea alternativelor numerice a variantelor de programe recuperatorii, estimate prin raportul economic, astfel, selectarea variantei dominante va fi cu atât mai eficientă, cu cât vor fi mai diseminate variantele de program curativ.

Direcții de cercetare pentru viitor:

1. În cazul analizei calității vieții în studiu de față, ne-am axat pe indicatori ce estimează percepția subiectivă al acestui parametru conceptual și de interes public, astfel, în scopul întregirii calitative și cantitative a caracteristicilor acestui parametru din punct de vedere socio-economic ar fi oportună sporirea reprezentativității, intervenind prin extinderea lotului de cercetare, precum și evaluarea repetată a acestora în timp.

2. Conformându-ne remanierii selecției aleatorii din cadrul studiului, a fost considerat lotul de 373 pacienți drept subtotalitate concludentă pentru toată colectivitatea statistică, numărul, totuși, limitat de cazuri (373) în condițiile prezentei formule de discriminare, în urma segregării, permite posibile erori de estimare de cca. 10%. Pentru diminuarea cuantumului posibilelor erori de clasificare, în scopul sporirii fiabilității, se recomandă selectarea unui eșantion mai extins într-un studiu aferent, desfășurat în vederea reprezentativității analizei statistice, realizarea căruia ar reduce procentajul de potențiale erori la cca. 1%..

BIBLIOGRAFIE

a) în limba română

1. Anca Roșu, Florentin Vreju, Paulina Ciurea Artroza, Reumatologie. Craiova, Editura Medicală Universitară, 2007, 387-414 p.
2. Andra Bălănescu, Ruxandra Ionescu Artroza, Esențialul în Reumatologie. București, Editura Amaltea, 2007, 382-399 p.
3. Anghelescu A. Algoritmul de evaluare neurologică și funcțională a pacienților cu traumatism vertebro-medular, Scala de măsurare a independenței funcționale (MIF), Medicina Modernă, 6 (7) : 235,1999.
4. Antonescu D.M. Patologia aparatului locomotor, vol II, Editura Medicală. București, 2010, p. 275-297, p.525-544, p.570-598, p. 706-714.
5. Biroul Național de Statistică. Persoanele cu dizabilități în Republica Moldova în anul 2017. statistica.md.
6. Caproș N. Tratatamentul chirurgical al scoliozelor. Arta Medica Nr 2(63)/2017, pag.14-15.
7. Caproș N. Tratatamentul chirurgical în complexul de recuperare al bolnavilor cu deformări scoliotice și posttraumatice a coloanei vertebrale. Teză de doctor hab. în șt. med., Chișinău, 2009.
8. **Cimil A.** Dinamica calității vieții în reabilitarea osteoartrozei articulațiilor portante. Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluri disciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale 16-17 noiembrie 2018. Chișinău, Centrul Editorial-Poligrafic Medicina 2018, 212-218 p. ISBN 978-9975-82-119-3.
9. **Cimil A.**, Caproș N., Tintiuc D. Managementul contemporan în tratamentul de recuperare al pacienților de profil ortopedic. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2014, 2 (53), p. 89-99.
10. Ciobanu E., Mazur - Nicorici L., Ostrofeț Gh, Mazur M. Factori de risc în etiologia morbidității prin maladii osteoarticulare. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2011, nr.1, 32-34 p.
11. Ciocanu M, Macarova T., Rotaru M., Ețco C. etc. Aspecte conceptuale privind asigurarea managementului calității asistenței medicale. Centrul Național de Management în Sănătate. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale, Nr 4(23) 2009/ ISSN 1857- 0011.
12. Ciocanu M, Talmaci V, Catană V. etc. Legislația Republicii Moldova în problemele calității serviciilor medicale, Sănătate Publică, Economie și Management. Chișinău, 2008/3(25), 59 p.

13. Dan M., Boca I., Cojocaru E. În: Beneficiile programului complex de reabilitare funcțională asupra calității vieții persoanelor cu artroză. Revista română de Kinetoterapie. 2014, Vol. 20, 102-109 p., EBSCO Information Service, web.b.ebscohost.com.
14. Ețco C., Buța G. Experiența națională în elaborarea propunerilor de politici publice. Anale științifice ale USMF, Nicolae Testemițanu, Ediția XII, Probleme actuale de sănătate publică și management, 2012, 212-219 p.
15. Ețco C., Goma L., Unele aspect privind standardizarea calității asistenței medicale, în problemele actuale ale sănătății publice și reformei asistenței medicale. Chișinău, 2000, 71-73 p.
16. Flora D., Tehnici de bază în kinetoterapie, Ed. Universității din Oradea, 2002, 97-114 p.
17. Guțu S., Rotaru L. Analiza cost-eficiență a serviciilor publice locale. Revista științifică a Universității de Stat din Moldova, 2009, nr.7 (27), 147-151 p.
18. Grejdeanu T., Obadă V., Margine L., Lupacescu I., Lavric A. Calitatea vieții în corelație cu indicatorii de măsurare a sănătății. Anale științifice ale USMF , „Nicolae Testemițanu”, 2013, ed. XIV, v. 2, 182-185 p.
19. Kiss Iaroslav. Fiziokinetoterapia și recuperarea medicală în afecțiunile aparatului locomotor. București, 2007, 7-26, 68 -164 p.
20. Lozan O. Expertiza dezvoltării capacităților în domeniul managementului sănătății publice în Republica Moldova. Moldovan Journal of Health Sciences, 2015, Nr. 2(4), 9-16 p.
21. Malcoci L., Munteanu P., Studiu sociologic, Incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități 16 p.
22. Margine L., Usatâi A., Grejdeanu T., Spînu D., Diaconu A. Testarea matematică a formulelor de calcul al eșantionului reprezentativ. Nota de curs. Catedra Medicină Socială și Management Sanitar, „N.Testemițanu”, Chișinău, 2015, 10-12 p.
23. Mărginean I., Precupețu I., Paradigma calității vieții. Editura Academiei Române, București, 2012, 47-51 p.
24. Mereuță I., Ețco C., Lupu S., Algoritmul modelării managementului financiar al sistemului sănătății la nivel macroeconomic. Info-Me, Nr.11/2003, 17-21 p.
25. Negară A., Grejdeanu T., Lisnic N. Probleme de sănătate specific populației de vârstă a III, Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2013, 3(48), 30 p.
26. Nemeș I.D.A., Drăgoi M., Moldovan C., Ion Gh., Tiberiu T. Ghid de electroterapie și fototerapie, Editura Orizonturi Universitare, Timișoara, 2000, 25-80 p.
27. Nica Adrian Sarah. Compendium de medicină fizică și recuperare, Editura Universitară ”Carol Davila”, București, 1988, 65-159 p.

28. Niculescu M., Ojoga F., Raveica S. Tratatamentul ortopedico-chirurgical și kinetoterapeutic în afecțiunile aparatului locomotor, partea I., Editura Alma Mater, Bacău, 2000.
29. Onose G. Recuperare, Medicină Fizică și Balneoclimatologie, noțiuni de bază și actualități. Volumul I., Editura Medicală, București, 2007, 19-61 p., 71-119 p.
30. Onose G., Pădure L. (Ed. Coord.) și col. (2008), Compendiu de Neuroreabilitare la adulți, copii și vârstnici, Editura Universitară, "Carol Davila", București, (ISBN: 978-973-708-298-5)
31. Onose G. Recuperarea. Medicina Fizică și Balneoclimatologia Românească în Anul Centenar, Volum dedicat celebrării Centenarului Marii Uniri a României, Supliment Aniversar Medica Academica, 2018.
32. Pascal O., Dezvoltarea serviciilor de reabilitare medicală și palliative în contextual regionalizării serviciilor spitalicești. Health Forum, 2013.
33. Palanciuc M., Aspecte metodologice privind studierea calității serviciilor de sănătate. Nr.1(36)/2011, 4-9 p.
34. Protocol clinic instituțional. Osteoartroza deformantă. Chișinău, 2010, 11-13 p.
35. Raport Mondial Privind Dizabilitatea, Ediție tipărită, 2012, publicat de OMS sub titlul „World Report on Disability, 2011, 21-30 p., 101-131 p., 255-267 p., 280-284 p.
36. Raevschi Elena, Tintiuc D., Vicol C., Margine L., Balan V. Aspecte specifice asistenței medicale spitalicești în Republica Moldova, Analele Științifice al USMF „N. Testemițanu”, Nr. 2 (12) / 2011 / ISSN 1857 – 1719.
37. Sbenghe T., Recuperarea sechelelor posttraumatice ale membrilor, Editura Medicală. București, 1981, 17-80 p.
38. Sbenghe T., Bazele teoretice și practice ale kinetoterapiei. București, 1999, 99-228 p.
39. Șalaru V., Lozan O. Impactul economic al osteoartrozei genunchiului. Anale științifice, vol.2, 2013, 203-207 p.
40. Șalaru V., Opopol N., Mazur M., Mazur Nicorici L., Ciobanu E. Impactul socioeconomic a osteoartrozei în Republica Moldova, P.54, Congres European Osteoartroză, 2012, 23 p.
41. Tache Georgiana - Ozana, Ghid de medicină fizică și recuperare medicală, Editura SCRIPTA. București, 2001, 27-28 p.
42. Tintiuc D., Margine L., Grejdeanu T., Badan V., Lisnic Cr. Reabilitarea persoanelor cu handicap în Republica Moldova, Anale Științifice USMF „Nicolae Testemițanu”, 2013, Ediția XIV, Vol. 2, 196-203 p.
43. Tintiuc D., Margine L., Grejdeanu T., Lavric A. Problemele medico-sociale și de reabilitare a persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova, Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2013, 3(48), 30-35 p.

b) în limba engleză

44. Afifi. A. A., Azen S.P., Statistical Analysis A Computer Oriented Approach, Academic Press New York. San Francisco, 1979, 488 p.
45. Antony E. Boardman, David H. Greenberg et all. Cost-benefit analysis. Concepts and Practice. Cambridge University Press, 2018.
46. Alman R.D., Gold G.E., Atlas of individual radiographic features in osteoarthritis, revised Osteoarthritis and Cartilage, 2007, 15 Suppliment 1: A1-A 56.
47. Altam R., Alarcon G., Appelrouth D., Bloch D., Borenstein D., Brandt K., et all (1991) The American Collegue of Rheumatology, Criteria for the Classification and Reporting of the Osteoarthritis of the Hip. <http://dx.doi.org/10.1002/art.1780340502> *Arthritis&Rheumatism*, 34, 505-514 p.
48. Ban I., Troelsen A., Christiansen D.H., Svends S.W., Kritensen M.T. Standardised Test Protocol (Constant Score) for the Evaluation of Functionality in Patients with Sholder Disorders Dan Med J. , 2013, 60(4): A4608.
49. Barbour K.E., Lui L-Y, Nevitt M.C., Murphy L.B., Helmick C.G., Theis K.A., et all. Hip Osteoarthritis and the Risk of All Cause and Disease Specific Mortality in Older Women, A Population Based Cohort Study, *Arthritis & Rheumatology*, 2015, 67(7): 1798-805.
50. Bellamy N., Campbell J., Stevens J., Pilch L., Stewart C., Mahmood Z., Validation study of a computerized version of the Western Ontario and McMaster Universities VA 3.0 Osteoarthritis Index, *Journal of Rheumatology*, 1997, 24 (12): 2413-5, 23 p.
51. Bellamy N., Pain assessment in osteoarthritis, Experiens with the WOMAC osteoarthritis index, *Semin Arthritis Rheum*, 18 (suppl.2), 1989, 14 p.
52. Bickenbach J.E. et al., Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps, *Social Science & Medicine* (1982), 1999, 48:1173-1187, doi: 10.1016/S0277-9536(98)00441-9 PMID:10220018.
53. Braddom R.L.et al., *Physical Medicin &Reahabilitation* (2nd edition) W.B.Saunders Company, Philadelphia. U:S:A, 2000, 451 p.
54. **Cimil A.** The cost-utility economic analysis of the efficiency of medical rehabilitation in locomotor deseases. *Knowledge Horizons – Economics*, 2018. Vol.10, No.4, 18-25 p.
55. Cott C., Passalent L.A., Borse E., Ontario community rehabilitation, a profile of demand and provision, Toronto, *Arthritis Community Research & Evaluation Unit*, 2007, (Working Paper 07–1-A), <http://www.acreu.ca/pub/working-paper-07-01.html>, accessed 30 April 2017.

56. Dejong G., et al., The organization and financing of health services for persons with disabilities, *The Milbank Quarterly*, 2002, 80: 261-301, doi:10.1111/1468-0009. t01-1-00004 PMID: 12101873.
57. Dieppe P., Osteoarthritis, time to shift the paradigm, *Br. Med J.*, 1999, 318: 1299-300.
58. Drummond, M.F., Sculpher, M.J., Torrance, G.W., O'Brien, B.J. and Stoddart, G.L. (2005) *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 3rd Edition, Oxford University Press, Oxford.
59. Dimitrijevic M., Clinical practice of restorative neurology of spinal cord injury, Summer School for the Biological Treatment of Chronic Spinal Cord Injury. Austria, Viena, 2008.
60. Elrod C.S., DeJong G., Determinants of utilization of physical rehabilitation services for persons with chronic and disabling conditions, an exploratory study, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2008, 89: 114-120, doi: 10.1016/j. apmr.2007.08.122 PMID: 18164340.
61. Faucher M., Poiraudreau S., Lefevre-Colau M.M., Rannou F., Fermaninee an J., Revel M., Assessment of the test-retest reliability and construct validity of a modified WOMAC index in knee osteoarthritis, *Joint Bone Spine*, 2004, 121-7p.
62. First national study on disability, Santiago, National Fund for Disability in Chile, 2005, [http://www.ine.cl/canals/chile.estadistico/encuestas.discapacidad/pdf/estudionacionaldeladiscapacidad \(ingles\).pdf](http://www.ine.cl/canals/chile.estadistico/encuestas.discapacidad/pdf/estudionacionaldeladiscapacidad%20(ingles).pdf), accessed 2 February 2017)
63. Forster A., et al., Rehabilitation for older people in long-term care, *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 2009, 1CD004294, PMID: 19160233.
64. Fortin M., Hudon C., Dubois M., Almirall J., Lapointe L., Soubhi H., Comparative assessment of three different indices of multimorbidity for studies on health-related quality of life, *Health Qual Life Outcomes*, 2005, 3:74.
65. Fransen M., McConnell S., Bell M., Exercise for osteoarthritis of the hip or knee, *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 2003, 3CD004286, PMID: 12918008.
66. Gialanella B., Altieri G., Clemente M., Determinants in predicting duration of treatment in an out-patient rehabilitation orthopaedic-traumatologic service, *EUROPEAN JOURNAL OF PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICIN*, 2014, vol 50, No. 3:247-54.
67. Gibson J.N., Smith.K., Rennie J., Prevention of disuse muscle atrophy by means of electrical stimulation, maintenance of protein synthesis, *Lancet*, 1988, 2:767-770.
68. Global Early Intervention Network, (<http://www.atsweb.neu.edu/cp/ei/> accessed 11 May, 2017).

69. Gutenbrunner C., Ward A.B., Chamberlain M.A., White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe, Journal of Rehabilitation Medicine, official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, 2007, 45: Suppl6- 47, PMID: 17206318.
70. Hawker G.A., Croxford R., Bierman A. S., Harvey P. J., Ravi B., Stanaitis I., & Lipscombe L. L., All-Cause Mortality and Serious Cardiovascular Events in People with Hip and Knee Osteoarthritis, A Population Based Cohort Study, PLoS ONE, 2014, 9(3).
71. Helliwell T.,Wilkinson A., Griffiths D., and al., Muscle fibre atrophy in critically ill patients associated with the loss of myosin filaments and the presence of lysosomal enzymes and ubiquitin, Neuropath Appl Neurobiol, 1998, 24; 507-517.
72. Iyengar K. P., et al., Targeted early rehabilitation at home after total hip and knee joint replacement, Does it work? Disability and Rehabilitation, 2007, 29: 495-502. doi:10.1080/09638280600841471 PMID:17364804
73. Joe T.C., Professionalism, a new challenge for rehabilitation, Arch Phys Med Rehabil 62: 245-250, 1981.
74. Kenneth D., Brandt Osteoarthritis, Rheumatic Disease Clinics of North America, 2003, 29(4), 653-847 p.
75. Kephart G., Asada Y., Need-based resource allocation: different need indicators, different results? BMC Health Services Research, 2009, 9:122, doi: 10.1186/1472-6963-9-122 PMID: 19622159.
76. K. Graham S., Cameron I.D., A survey of rehabilitation services in Australia, Australian Health Review, a publication of the Australian Hospital Association, 2008, 32: 392-399. doi: 10.1071/AH080392, PMID: 18666866.
77. Kellgren J., Lawrence J., Radiological assessment of osteoarthritis, Ann Rheum Dis. 1957; 16: 494-501.
78. Kemp B.J., What the rehabilitation professional and the consumer need to know, Phys Med Rehab Clin N., Am, 2005, 16:1-18.
79. Kibler W.B., Livingston B., Chandler T.J., Shoulder rehabilitation, clinical application, evaluation and rehabilitation protocols, *Instruct Course*, 1997, 1-70 p.
80. Knusel O., Schweizerische Artzezeitung nr. 37, 2002, 1923-1924, Department of Medicine, University of Melbourne, Melbourne, VIC.
81. Lafortune G., Balestat G., Trends in severe disability among elderly people, assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implication [OECD Health Working Papers No. 26],

82. La Plante M.P. The demographics of disability, *Milbank Q.*, 69: 55-77, 1991.
83. Madden, Choi, Sykes, The ICF as a framework for national data, the introduction of ICF into Australian data dictionaries, *Disability and Rehabilitation*, jun, 2003, 17;25 (11-12): 676-682.
84. Manek N.J., Lane N.E., Osteoarthritis, current concepts in diagnosis and management, *Am Fam Physician*, 2000, 61, 1795-1804.
85. Marc C. Hochberg, Alan J. Silman, Josef S. Smolen, Michael E. Weinblatt, Michael H. Weisman. *Rheumatology*, fourth edition, Philadelphia, Elsevier, 2008.
86. Manton K.G., Gu Xl. Changes in the prevalence of chronic disability in the USA black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 2001, 98: 6354-6359, doi: 10.1073/pnas.111152298, PMID: 11344275.
87. Mathias H., Achim E., Pain Eur. *Spine*. 2006 Jan; 15(Suppl 1): S17–S24, Published on line 2005 Dec 1. doi: [10.1007/s00586-005-1044-x](https://doi.org/10.1007/s00586-005-1044-x)
88. Mont D., Measuring health and disability, [comment] *Lancet*, 2007, 369 :1658-1663, doi: 10.1016/S0140-6736 (07)607552-1, PMID: 17499607.
89. Murray C.J., Vos T., Lozano R., et al. Years lived with disability (YLDs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-20, a systematic analysis for the Global Burden of Diseases Study 2010, *Lancet* 2012, 380: 2197-223.
90. Neri M.T., Kroll T., Understanding the consequences of access barriers to health care, experiences of adults with disabilities, *Disability and Rehabilitation*, 2003, 25: 85-96, PMID: 12554383.
91. Nielsen P.R., et al., Costs and quality of life for prehabilitation and early rehabilitation after surgery of the lumbar spine, *BMC Health Services Research*, 2008, 8: 209, doi: 10.1186/1472-6963-8-209, PMID: 18842157.
92. Nüesch E., Dieppe P., Reichenbach S., Williams S., Iff S., Jüni P., All cause and disease specific mortality in patients with knee or hip osteoarthritis, population based cohort study, *BMJ*, 2011, 2011-03-08, 12:18:04; 342.
93. Osteoarthritis Research Society International (OARS). Osteoarthritis, a serious disease, Submitted to the U.S. Food and Drug Administration, December 1, 2016, p. 2-5.
94. Rahman A., et al., Cluster randomized trial of a parent-based intervention to support early development of children in a low-income country. *Child: Care, Health and Development*, 2009, 35: 56-62, doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00897.x, PMID: 18991970.
95. Rat A.C., Coste J., Pouchot J., Baumann M., Spitz E., Retel-Rude N., Le Quintrec J.S., Dumont-Fischer D. and Guillemin F., (2005), OAKHHQOL. A New Instrument to Measure

- Quality of Life in Knee and Hip Osteoarthritis. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2004.04.011>
Journal of Clinical Epidemiology, 58, 47-55 p.
96. Riddell R.C., Poverty, disability and aid, international development cooperation, In Barron T., Ncube J.M., eds. Poverty and Disability, London, Leonard Cheshire Disability, 2010, 13 p.
 97. Rimmer J.H., Use of the ICF in identifying factors that impact participation in physical activity/ rehabilitation among people with disabilities, Disability and Rehabilitation, 2006, 28(17): 1087-1095.
 98. Rimmer J.H., Use of the ICF in identifying factors that impact participation in physical activity/rehabilitation among people with disabilities, Disability and Rehabilitation, 2006, 28: 1087-1095, doi: 10.1080/09638280500493860, PMID: 16950739.
 99. Roberts G., et al., Rates of early intervention services in very preterm children with developmental disabilities at age 2 years, Journal of Paediatrics and Child Health, 2008, 44: 276-280, doi:10.1111/j.1440-1754.2007.01251.x, PMID: 17999667.
 100. Rouzaud J.C., Mobilisation passive continue, l'historique et ses applications d'aujourd'hui, Annales de Kinesithérapie, 2000, nr.2, 66-72 p.
 101. Sarah R. Kingsbury, Hillary J. Gross, Gina Isherwood and Philip G. Conaghan, Osteoarthritis in Europe, impact on health status, work productivity, and use of pharmacotherapies in 5 European countries, <http://eprints.whiterose.ac.uk>.
 102. Sceott B. Ransom, Maulik S. Joshi, David B. Nash. The Healthcare Quality Book. Vision, Strategy and Tools. Health Administration Press, Chicago, Illinois, AUPHA press, Washington, D.C., 2005.
 103. Scherer M.J., et al., Predictors of assistive technology use: the importance of personal and psychosocial factors, Disability and Rehabilitation, 2005, 27: 1321-1331, doi, 10.1080/09638280500164800, PMID: 16298935.
 104. Scherer M.J., Assessing the benefits of using assistive technologies and other supports for thinking, remembering and learning, Disability and Rehabilitation, 2005, 27: 731-739, doi: 10.1080/09638280400014816, PMID: 16096225.
 105. Scivoletto G., Morganti B., Molinari M., Early versus delayed inpatient spinal cord injury rehabilitation: an Italian study, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2005, 86 :512-16, doi: 10.1016/j.apmr.2004.05.021, PMID: 15759237.
 106. Scot A. Vogelgesang, Osteoarthritis, In Sterling G. West editor, Rheumatology Secrets Philadelphia, HANLEY&BELFUS, INC., 2002, 151-160 p.

107. Shah N., Lewis M., Shoulder adhesive capsulitis, systematic review of randomized trials using multiple corticosteroid injections, *The British Journal of General Practice*, the journal of the Royal College of General Practitioners, 2007, 57: 662-667, PMID: 17688763.
108. Shephard Roy. J., Habitual Physical Activity and Quality of Life, *Quest_vol48_no3*, national academy of kinesiology.org.
109. Simeonsson R.J., Leonardi M., Lolar D., Bjorck- Akesson E., Hollenweger J., Martinuzzi A., Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to measure childhood disability, *Disability and Rehabilitation*, 2006, 28 (17): 1087-1095.
110. Skempes D., Bickenbach Jerome I., National Congress, St.Petersburg, 14-16 September 2017, 398 p., reabincongress.ru.
111. South-North Centre for Dialogue and Developmment, Global survey of government actions on the implementation of the standard rules of the equalization of opportunities for persons with disabilities, Amman, Office of the UN Special Rapporteur on Disabilities, 2006 :141.
112. Spruit M.A., Gosselink R., Troosters T., Kasran A., Gayan-Ramirez G., and al., Muscle force during an acute exacerbation in hospitalized patients with COPD and its relationships with CXCL8 and IGF-1, *Thorax*, 2003, 58: 752-756.
113. Steiner W.E. et al., Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical Therapy*, 2002, 82: 10098-1107, PMID: 12405874.
114. Stucki G., Reinhardt J.D., Grimby G., Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. Part II, Conceptual descriptions and domains for research. *Journal of Rehabilitative Medicine*, official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, 2007, 39: 299-307, doi: 10.2340/16501977-0051, PMID: 17468802.
115. Stucki G., Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability and rehabilitation*, 2002, 20, 24 (17): 932-938.
116. Verster A., Social reintegration in the European Union, Lisbon, 2003, 2-83 p.
117. Verbrugge L.M., Gruber-Baldini A.L., Fozard J.L., Age Differences and Age Changes in Activities, *Baltimore Longitudinal Study of Aging. The Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 1996 January 1, 1996, 51B(1): S30-S41.
118. Van der Ploeg H.P., van der Beek A.J., van Mechelen W., Physical activity for people with a disability, A conceptual model, *Sports Med*, 2004, 34: 639-649.
119. Waddell G., Burton A.K., Kendall N.A.S., Vocational rehabilitation, what works, for whom and when? London, The Stationery Office, 2008.

120. Whiteneck G. Conceptual models of disability, past, present and future. Fied M.J., Jette A.M., Martin L. editors, Workshop on Disability in America. A new look Washington DC, The National Academies Press, 2006, 50-66 p.
121. Williams P.E., Use of intermittent stretch in the prevention of serial sarcomere loss in immobilized muscle, Ann. Rheum. Disease, 1990, 49: 316-317.
122. Wilson A., Effective management of musculoskeletal injury, a clinical ergonomics approach to prevention, treatment and rehabilitation, Edinburg, Churchill Livingstone, 2002, 275 p.
123. WOMAC Western Ontario and McMaster Universities Index of Osteoarthritis. pdf – Adobe acrobat Pro.
124. Woolf A.D., The bone and joint decade, Strategies to reduce the burden of disease, the Bone and Joint Monitor Project, J.Rheumatol Suppl, 2003, 67: 6-9.
125. World Health Organisation, International Classification of Functioning, Disability and Health ICF-CY, World Health Organization, 2007, 1-189 p.
126. World Health Organization, ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organization, Geneva, 2002.
127. Zhao S.Z., Fiechtner J.I., Tindall E.A., et al. Evaluation of health-related quality of life of rheumatoid arthritis patients treated with celecoxib // Arthritis Care and Research, 2000, vol.13, 112-121 p.

c) în limba rusă:

128. Алферова Т.С. Теоретические основы развития биосоциальных систем и научное обеспечение службы реабилитации: Автореферат д-ра мед. Наук. М., 1990, 43 с.
129. Амирджанова В.Н. Изучение качества жизни больных ревматоидным артритом / В.Н. Амирджанова, Г.М. Койлубаева, Д.В. Горячев // Исследование качества жизни в медицине: Матер. кон.- СПб, 2002, 107 с.
130. Андреева О.С. Методические основы формирования индивиду-альных программ профессиональной реабилитации инвалидов: Ч. 2 / О.С. Андреева, Т.А. Знакова. – М.: ЦБНТИ Минтруда РФ, 2000, 26 с.
131. Андреева О.С. Основы медико-социальной реабилитации инвалидов. М., ФЦЭРИ, 2003, 320 с.
132. Артамонова Г. В. Система непрерывного повышения качества медицинской помощи на региональном уровне, Г.В. Артамонова, Кемерово: ИнСЭПЗ, 1999, 141 с.
133. Балл С.В. Проблемы формирования единой системы стандартизации в здравоохранении, С.В. Балл, Ю. Г. Галинский , Главврач, 2006, № 9, 41-45 с.

134. Белов В.П. Реабилитационный потенциал хронического больного: анализ содержания и оценка, В.П. Белов, Вечканов, И.Н. Ефимов, Врачебно-трудовая экспертиза и социально- трудовая реабилитация инвалидов. МЦНИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов, 1975, 26-31 с.
135. Веренцов М.М Анализ качества и эффективности здравоохранения / М.М Веренцов, Н.В. Чепуренко // Медицина и здравоохранение, 1986, вып. 1., 45-49 с.
136. Веренцов М.М Актуальные проблемы организации контроля качества и повышения эффективности медицинского обслуживания за рубежом, М.М Веренцов, Г.М. Костродымова // Медицина и здравоохранение, 1988, вып. 3, 5 с.
137. Вишняков Н.И. Анкетирование посетителей как метод оперативного контроля качества организации лечебного процесса / Н.И. Вишняков, Л.В. Кочорова, А.А. Кураскуа и др., Проблемы социфльной гигиены и истории медицины, 1998, № 1, 48-50 с.
138. Воробьев П.А. О стандартах медицинской помощи, П.А. Воробьев, Д.В. Лукьянцева, М.В. Авсентьева, Врач, 2005, №4, 81-83 с.
139. Воробьев П.А. Вопросы стандартизации медицинских услуг, П.А. Воробьев, О.С. Якимов, С.Н. Горбунов, Клиническая геронтология., 1995, №2, 50-53 с.
140. Воробьев П.А. Моделирование в клинико-экономическом анализе, П.А. Воробьев, Главврач, 2005, № 11, 38-45 с.
141. Г.Ш. Гафиятуллина, В.П. Омельченко, Б.Е. Евтушенко, И.В. Черникова; Физиотерапия, издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», Москва, 204-250 с.
142. Грознова А.В. Организация реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях, Медицинская помощь, 1996. № 4, 28-31 с.
143. Епифанов В.А., Восстановительная медицина; Москва, издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2012, 280-282,289 с.
144. Илларионов В. Е., В.Б. Симоненко; Современные методы физиотерапии, Москва, "Медицина", 2007, 133-137 с.
145. Кадыскин М.Б. Организационно-методические основы и показатели реабилитации инвалидов: Учеб.-метод. Пособие. СПб: Санкт-Петербургский институт усовершенствовании врачей-экспертов, 1995, 120 с.
146. Коробов М.В. Организация и методика разработки индивидуальной программы реабилитации: Учеб.-метод. Пособие, М.В.Коробов, Э.А. Дворкин, Ж.Г. Деденева, СПб, 2000, 84 с.

147. Куреченко В.З. Оценка эффективности деятельности медицинских организаций / Куреченко В.З., Флек В.О. и др. Учебно-методическое пособие под редю А.И. Вялкова, М: Изд-во ГОТАР-МЕД, 2004, 106 с.
148. Ладный А.Я. К вопросу о методологии оценки качества здравоохранения, А.Я. Ладный, Л.А Шустер, Советское здраво-хранение, 1990, № 8, 21-23 с.
149. Лapidус В.А. Всеобщее качество TQM в российских компаниях, В.А. Лapidус , М.: «Новости», 2000, 430 с.
150. Ластовецуй А.Г. Механизм реализации контроля за качеством, А.Г. Ластовецкий, Экономика здравоохранения, 1998, № 3, 31-33 с.
151. Ластовецуй А.Г. Развитие стандартизации в отрасли здравоохранения на современном этапе, А.Г. Ластовецуй, Л.А. Евтеева, Экономика здравоохранения, 2001, № 2, 9-12 с.
152. Новик А.А. Рук-во по исследованию качества жизни в медицине, А.А. Новик, Т.И. Ионова, М.: Олма-Пресс, 2002, 313 с.
153. Никитченко И.И. Многопрофильные программы реабилитации больных и инвалидов вследствие дегенеративно-дистрофических заболеваний нижних конечностей, И.И. Никитченко, Г.Г. Эпштейн, М.С. Макарова, Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация инвалидов, М., 1996. Вып. 6, 22 с.
154. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине, А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд – СПб: ЭЛБИ, 1999, 140 с.
155. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в клинической медицине, А.А. Новик, Т.И. Ионова, Исследование качества жизни в медицине: Матер. Конф.- СПб, 2002, 18 с.

d) resurse on-line

156. Cooperation and Development Organisation for Economic, Paris, 2007. (<http://www.oecd.org/dataoecd/13/8/38343783.pdf>, accessed 9 December 2017).
157. Chronic Conditions Management <https://www.cpme.eu/working-group-and-r/>, <https://www.cpme.eu/policy-areas/chronic-conditions-management/>
158. Comite permanent des medecins Europeens standing, Committee of European doctors, <https://www.cpme.eu/policies/page/5/>, [CPME response to the WMA public consultation on the revision of the Declaration of Helsinki.](https://www.cpme.eu/policies/page/5/)
- 159 Durbin Watson Test, <https://www.statisticshowto.datasciencecentral.com/durbin-watson-test-coefficient/>, Statistics How To

160. Healthy and Active Ageing, <https://www.cpme.eu/policy-areas/healthy-and-active-ageing/>.
161. Implementing QALYs, Hayward Medical Communications, vol. 2, Nr.1, Copyright, 2001, <http://www.bandolier.org.uk/painres/download/whatis/QALY.pdf>
162. Joint Statement on “Improving the employment of people with chronic diseases in Europe”.http://www.alliancechronicdiseases.org/fileadmin/user_upload/Framing_paper_Joint_Statement_on_the_employment_of_people_with_CDs.pdf
163. Monitorul Oficial al RM Nr. 35, art Nr. 219., <http://lex.justice.md/md/375188%20/>
164. Monitorul Oficial al Republicii Moldova Nr. 67/183 din 03.04.2009, <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=340591>
165. Monitorul Oficial al Republicii Moldova Nr. 34 , art. 373, 22.06.1995, <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=312823&lang=1>
166. Monitorul Oficial al Republicii Moldova Nr. 176-181, art.867, 12.2005, <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=363079&lang=1>
167. Monitorul Oficial al Republicii Moldova Nr. 155-157, art nr.1234. Publicată la 20.12.2001, <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=312848>
168. Monitorul Oficial al Republicii Moldova Nr.26-28, art nr.95., 18.02.2005, <http://lex.justice.md/md/313293/>
169. Monitorul Oficial al Republicii Moldova Nr. 172-175, art nr.839. Publicată la 23.12.2005, https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/intr20_100.pdf
170. Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr.38-39, art. 280. Publicată la 30.04.199, <https://www.monitorul.md/monitor/v-2099-v/>
171. Monitorul Oficial al RM Nr. 5, Hotărîre Nr.19 (Publicat :21.01.1999), http://lex.justice.md/document_rom.php?id=A082EE6D:F64C38D8
172. OARSI journal. Osteoarthritis and Cartilage, ISSN: 1063-4584, [https://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584\(05\)00148-2/pdf](https://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584(05)00148-2/pdf), Osteoarthritis and Cartilage.
173. Oficiul Avocatului Poporului, Raport privind respectarea drepturilor omului în Republica Moldova în anul 2015, <http://www.parlament.md/LinkClick.aspx?fileticket=VHjmLUjWsac%3D&tabid=202&language=ro-RO>
174. Ordonanța de Guvern 109/2000 ”privind stațiunile balneare, climatice și balneoclimatice și asistența medicală balneară și de recuperare”, publicată în Monitorul Oficial al României, numărul 426 din 2 septembrie 2000, aprobată prin Legea 343/ 2002, adoptată de parlamentul României), <http://www.legex.ro/Legea-415-16.11.2006-75012.aspx>

175. PME Statement on the Management of Chronic Conditions, <http://www.cpme.eu/cpme-statement-on-the-management-of-chronic-conditions/>
176. Reglementarea juridică a Serviciului Reabilitare medicală în Republica Moldova. https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/Reglementarea%20juridica%20a%20serviciului%20reabilitare%20medicala%20in%20Republica%20Moldova.pdf.
177. The Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC) is widely used in the evaluation of Hip and Knee Osteoarthritis, https://www.physio-pedia.com/WOMAC_Osteoarthritis_Index

ANEXE

Anexa1. Chestionare pentru evaluarea recuperării pacienților cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari

Anexa 1a. Chestionar pentru evaluarea recuperării pacienților cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor umărului (p)

Primar

1. Nume: _____

2. Data: _____

3. Varsta: _____

4. Sex: M(1) / F(2)

5. Greutatea corpului ____ înălțimea ____

6. Vechimea bolii

7. Situația economică

1.Satisfăcătoare 2.Nesatisfăcătoare

8. Factori eredocolaterali

1.Absenți 2.Prezenți

9. Status social

1.Angajat 2.Dizabilitate 3.Pensionat

10. Deprinderi dăunătoare

1.Absente 2.Prezente

11. Diagnoza:

1.Osteoartroză degenerativ-distrofică umăr

2.Osteoartroză posttraumatică umăr

Examen paraclinic :

12. Radiologic

1.stadiu II-III 2.stadiu III-IV

13. Ultrasonografic

1.Cu leziunea structurilor para-articulară

2.Fără leziunea structurilor para-articulară

14. Rezonanța magnetică, Tomografia computerizată

1.stadiu II-III 2.stadiul III-IV

15. Factori de risc

1.factori fizici 2. factori psihici

16. Deficit bilanț articular (goniometrie)

- 1.mediu (deficit ~ 80⁰) 2.pronunțat (deficit ~ 120⁰)

17. Deficit de bilanț muscular

- 1.mediu (3-4 puncte) 2.ponunțat (2-3 puncte)

18. Diformități articulare

- 1.absente 2. prezente

19. Hipotrofie musculară a membrului superior

- 1.medie (2-3 cm) 2.pronunțată (4-5 cm)

20. Forța musculară

- 1.satisfăcătoare (6-8 puncte) 2.nesatisfăcătoare (2- 4 puncte)

21. Rezistența musculară

1. satisfăcătoare 2. nesatisfăcătoare

22. Intensitatea durerii (scala VRS: punctajul 1-10)

- 1.1-2 puncte
2. 3-4 puncte
3. 5-6 puncte
4. 7-8 puncte
5. 9-10 puncte

23. Patologii concomitente

- 1.Afectarea articulației contralaterale
2.Maladii dismetabolice
3.Maladii endocrine
4.Maladii imune de sistem

24. Modalitate de autoservire

1. necesită supraveghere
2. nu necesită supraveghere

25. Aprecierea funcției clinice conform Scalei Constant

- 0-25p lipsa funcției clinice
25-50p funcție clinică insuficientă
50-75p funcție clinic moderată
75-100p funcție clinic satisfăcătoare

Scala Constant P

Categorii de apreciere	Gradație	Punctaj
Aprecierea durerii (maximum-15p.)		
	1.1. imposibilă	0
	1.2. pronunțată	5
	1.3. moderată	10
	1.4. absentă	15
Aprecierea activității diurne (maximum-20p.)		
Nivelul activității (maximum-10p.)	2.1. nu influențează somnul	2
	2.2. nu influențează sportul și odihna	4
	2.3. îndeplinește funcțiile diurne	4
Mobilitatea posibilă (maximum-10p.)	3.1. membrul superior se ridică pînă la talie	2
	3.2. membrul superior se ridică pînă la xifoid	4
	3.3. membrul superior se ridică pînă la gît	6
	3.4. membrul superior se ridică pînă la nivelul capului	8
	3.5. membrul superior se ridică mai sus de nivelul capului	10
Aprecierea mobilității (maximum-40p.)		
Flexia	4.1. 31-60 grade	2
	4.2. 61-90 greade	4
	4.3. 91-120 grade	6
	4.4. 121- 150 grade	8
	4.5. 151-180 grade	10
Abducția	5.1. 31-60 grade	2
	5.2. 61-90 greade	4
	5.3. 91-120 grade	6

	5.4. 121- 150 grade	8
	5.5. 151-180 grade	10
Rotația externă	6.1. mâna dupa cap, cotul anterior	2
	6.2. mâna dupa cap, cotul posterior	2
	6.3. mâna pe vârful capului, cotul anterior	2
	6.4. mâna pe vârful capului, cotul posterior	2
	6.5. mâna pe cap, mișcarea deplină a cotului anterior/posterior	2
Rotația internă	7.1. podul palmei atinge coapsa lateral	0
	7.2. podul palmei atinge fesele	2
	7.3. podul palmei atinge sacru	4
	7.4. podul palmei atinge talia	6
	7.5. podul palmei atinge vertebra toracală XII	8
	7.6. podul palmei atinge spațiul inter-scapular	10
Aprecierea forței (maximum 25p.) Se apreciază volumul greutatei ridicate în abducție de către pacient (1p.=0.5kg)	8.1. - 5p	5
	8.2. - 10p	10
	8.3. - 15p	15
	8.4. -20p	20
	8.5. - 25p	25

SMp

Scara M.I.F.

Nr. CRT.	STABIL FUNCȚIONAL	NECESIT AJUTOR	PUNCTAJ
1	Ajutor total (pacient – 0%)	Da	1
	Ajutor maxim (pacient – 25%)	Da	2
	Ajutor moderat (pacient – 50%)	Da	3
	Ajutor minim (pacient – 75%)	Da	4
2	Supraveghere	Da	5
	Independență modificată (dispozitiv)	Nu	6
	Independență completă (timp, siguranță)	Nu	7
	Netestăți datorită riscului		8

CVp

**INDICELE CALITATEA VIETII - QUALITY OF LIFE
DUPĂ FINALIZAREA RECUPERĂRII**

Data:

importanța:

1.Autoîngrijire	1	2	3	4	5
2.Acceptarea statutului	1	2	3	4	5
3.Sănătatea psihică și mentală	1	2	3	4	5
4.Speranțe pentru viitor	1	2	3	4	5
5.Siguranță traiului	1	2	3	4	5
6.Activități de recreere	1	2	3	4	5
7.Activități publice	1	2	3	4	5
8.Acces la educație	1	2	3	4	5
SCOR TOTAL					

Anexa 1b. Chestionar pentru evaluarea recuperării pacienților cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor umărului (s).

Secundar

1. Nume: _____

2. Data: _____

3. Varsta: _____

4. Sex: M(1) / F(2)

5. Greutatea corpului _____ înălțimea _____

6. Vechimea bolii

7. Situația economică

1.Satisfăcătoare 2.Nesatisfăcătoare

8. Factori eredocolaterali

1.Absenți 2.Prezenți

9. Status social

1.Angajat 2. Dizabilitate 3.Pensionar

10. Deprinderi dăunătoare

1.Absente 2.Prezente

11. Diagnoza:

1.Osteoartroză degenerativ-distrofică umăr

2.Osteoartroză posttraumatică umăr

Examen paraclinic :

12. Radiologic

1.stadiu II-III 2.stadiu III-IV

13. Ultrasonografic

1.Cu leziunea structurilor periarticulare

2.Fără leziunea structurilor periarticulare

14. Rezonanța magnetică, Tomografia computerizată

1.stadiu II-III 2.stadiul III-IV

15. Factori de risc

1.factori fizic 2. factori psihici

16. Deficit bilanț articular (goniometrie)

1.mediu (deficit ~ 80⁰) 2.pronunțat (deficit ~ 120⁰)

17. Deficit de bilanț muscular

- 1.mediu (3-4 puncte) 2.ponunțat (2-3 puncte)

18. Diformitățile articulației

- 1.absente 2 prezente

19. Hipotrofie musculară a membrului superior

- 1.medie (2-3 cm) 2.pronunțată (4-5 cm)

20. Forța musculară

- 1.satisfăcătoare (6-8 puncte) 2.nesatisfăcătoare (2- 4 puncte)

21. Rezistența musculară

- 1.satisfăcătoare 2.nesatisfăcătoare

22. Intensitatea durerii (scala VRS: punctajul 1-10)

- 1.1-2 puncte
2. 3-4 puncte
3. 5-6 puncte
4. 7-8 puncte
5. 9-10 puncte

23. Patologii concomitente

1. Afectarea articulației contralaterale
2.Maladii dismetabolice
3.Maladii endocrine
4.Maladii imune de sistem

24. Modalitate de autoservire

1. necesită supraveghere 2. nu necesită supraveghere

25. Aprecierea funcției clinice conform Scalei Constant

- 0-25p lipsa funcției clinice
25-50p funcție clinică insuficientă
50-75p funcție clinic moderată
75-100p funcție clinic satisfăcătoare

26. Modalități de autoservire

1. Autoservire independent 2. Autoservire dependent

27. Rezultatete eficacității reabilitării

1. efect moderat satisfăcător (30-60%) 2. efect satisfăcător (60-100%)

28. Evaluare parametrilor funcționali:

1. Peste 4 săptăm; 2. Peste 2 luni.

Scala Constant S

Categorii de apreciere	Gradație	Punctaj
Aprecierea durerii (maximum-15p.)		
	1.1. imposibilă	0
	1.2. pronunțată	5
	1.3. moderată	10
	1.4. absentă	15
Aprecierea activității diurne (maximum- 20p.)		
Nivelul activității (maximum-10p.)	2.1. nu influențează somnul	2
	2.2. nu influențează sportul și odihna	4
	2.3. îndeplinește funcțiile diurne	4
Mobilitatea posibilă (maximum-10p.)	3.1. membrul superior se ridică pînă la talie	2
	3.2. membrul superior se ridică pînă la xifoid	4
	3.3. membrul superior se ridică pînă la gît	6
	3.4. membrul superior se ridică pînă la nivelul capului	8
	3.5. membrul superior se ridică mai sus de nivelul capului	10
☐ Aprecierea mobilității (maximum – 40 p.) Flexia		
	4.1. 31-60 grade	2
	4.2. 61-90 greade	4
	4.3. 91-120 grade	6
	4.4. 121- 150 grade	8
Abducția	4.5. 151-180 grade	10
	5.1. 31-60 grade	2
	5.2. 61-90 greade	4
	5.3. 91-120 grade	6
	5.4. 121- 150 grade	8
	5.5. 151-180 grade	10

Rotația externă	6.1. mâna după cap, cotul anterior	2
	6.2. mâna după cap, cotul posterior	2
	6.3. mâna pe vârful capului, cotul anterior	2
	6.4. mâna pe vârful capului, cotul posterior	2
	6.5. mâna pe cap, mișcarea eplină a cotului anterior/posterior	2
Rotația internă	7.1. podul palmei atinge coapsa lateral	0
	7.2. podul palmei atinge fesele	2
	7.3. podul palmei atinge sacru	4
	7.4. podul palmei atinge talia	6
	7.5. podul palmei atinge vertebra toracală XII	8
	7.6. podul palmei atinge spațiul inter-scapular	10
Aprecierea forței (maximum 25p.)	8.1. - 5p	5
Aprecierea greutății ridicate în abducție de către pacient (1p=0.5kg)	8.2. - 10p	10
	8.3. - 15p	15
	8.4. - 20p	20
	8.5. - 25p	25

SMs**Scara F.I.M.**

Nr. CRT.	STABIL FUNCȚIONAL	NECESIT AJUTOR	PUNCTAJ
1	Ajutor total (pacient – 0%)	Da	1
	Ajutor maxim (pacient – 25%)	Da	2
	Ajutor moderat (pacient – 50%)	Da	3
	Ajutor minim (pacient – 75%)	Da	4
2	Supraveghere	Da	5
	Independență modificată (dispozitiv)	Nu	6
	Independență completă (timp, siguranță)	Nu	7
	Netestăți datorită riscului		8

CVs

**INDICELE CALITATEA VIETII - QUALITY OF LIFE
DUPĂ FINALIZAREA RECUPERĂRII**

Data:

Importanța

1.Autoîngrijire	1	2	3	4	5
2. Acceptarea statutului	1	2	3	4	5
3. Sănătatea psihică și mentală	1	2	3	4	5
4. Speranțe pentru viitor	1	2	3	4	5
5.Ssiguranță traiului	1	2	3	4	5
6.Activități de recreere	1	2	3	4	5
7.Activități publice	1	2	3	4	5
8.Acces la educație	1	2	3	4	5

Anexa 1c. Chestionar pentru evaluarea recuperării pacienților cu afecțiuni
degenerative și posttraumatice ale articulațiilor coxo-femorale (p)

Primar

1. Nume: _____

2. Data: _____

3. Vârsta: _____

4. Sex: M(1) / F(2)

5. Greutatea corpului _____ înălțimea _____

6. Vechimea bolii

7. Situația economică

1. Satisfăcătoare

2. Nesatisfăcătoare

8. Factori eredocolaterali

1. Absenți

2. Prezenți

9. Status social

1. Angajat

2. Dizabilitate

3. Pensionar

10. Deprinderi dăunătoare

1. Absente

2. Prezente

11. Diagnoza:

1. Osteoartroză degenerativ-distrofică șold

2. Osteoartroză posttraumatică șold

Examen paraclinic :

12. Radiologic

1. stadiu III

2. stadiu IV

13. Ultrasonografic

1. stadiu III

2. stadiu IV

14. Rezonanța magnetică, Tomografia computerizată

1. stadiu III

2. stadiul IV

15. Factori de risc

1. factori fizici

2. factori psihici

16. Deficit bilanț articular (goniometrie)

1. mediu (deficit ~ 60°)

2. pronunțat (deficit ~ 110°)

17. Deficit de bilanț muscular

1. mediu (3-4 puncte)

2. pronunțat (2-3 puncte)

18. Diformitățile articulației - coxa valga/vara; genu varus/valg

1. absente 2. presente

19. Scurtare de membru inferior

1. nesemnificativă (1-2cm) 2. semnificativă (peste 3 cm)

20. Hipotrofie muscular a membrului inferior

1. medie (2-3 cm) 2. pronunțată (4-5 cm)

21. Forța musculară

- 1.satisfăcătoare (6-8 puncte) 2.nesatisfăcătoare (2- 4 puncte)

22. Rezistența

1. satisfăcătoare 2. nesatisfăcătoare

23. Claudicație

1. absentă 2. medie 3.pronunțată

24.Tulburări de mers

1. mers simetric 2.mers asimetric

25. Particularitățile mersului

1. sprijinit în baston 2.sprijinit în cîrje axilare 3.sprijinit în cîrje cubitale 4.fotoliu rulant

26. Distanța parcursă

1. distanțe mari 2. distanțe medii 3. pat – scaun

27. Intensitatea durerii (scala VRS: punctajul 1-10)

1. 1-2 puncte
2. 3-4 puncte
3. 5-6 puncte
4. 7-8 puncte
5. 9-10 puncte

28. Patologii concomitente

1. Afectarea articulației contralaterale
2. Maladii dismetabolice
3. Maladii endocrine
4. Maladii imune de sistem

29. Modalitate de autoservire

1. necesită supraveghere 2. nu necesită supraveghere

SWp**SCALA WOMAC (WESTERN ONTARIO MACMASTER UNIVERSITY)**

A.Intensitatea medie, în cursul ultimei luni pentru:	0	1	2	3	4
durerea la mersul pe teren accidentat/denivelat					
durerea la urcatul și coborâtul scărilor					
durerea în cursul repausului nocturn					
durerea la ridicarea din scaun după o ședere prelungită					
durerea la statul în picioare prelungit					
senzația de înțepeneală în articulația dureroasă la trezire dimineața					
senzația de înțepeneală în articulația dureroasă la mobilizare, în cursul zilei, după menținerea de durată a unei poziții de repaus					
B.Nivelul de dificultate pentru efectuarea următoarelor activități:	0	1	2	3	4
Urcatul scărilor					
Coborâtul scarilor					
Ridicatul din poziția șezând					
Statul în picioare					
Aplecarea pentru a ridica ceva de pe podea					
Mersul pe teren plat					
Intratul/ieșitul din automobil					
Mersul la cumpărături					
Îmbrăcarea șosetelor					
Ridicarea din pat					
Scoaterea șosetelor					
Întinsul în pat					
Intrarea/ieșirea din cada de baie					
Așezarea					
Așezarea/ridicarea de pe toaletă					
Activități gospodărești grele/dificile/solitare					
Activități gospodărești ușoare/facile/puțin solitare					

SMp

Scara M.I.F/F.I.M.

Nr. CRT.	STABIL FUNCȚIONAL	NECESIT AJUTOR	PUNCTAJ
1	Ajutor total (pacient – 0%)	Da	1
	Ajutor maxim (pacient – 25%)	Da	2
	Ajutor moderat (pacient – 50%)	Da	3
	Ajutor minim (pacient – 75%)	Da	4
2	Supraveghere	Da	5
	Independență modificată (dispozitiv)	Nu	6
	Independență completă (timp, siguranță)	Nu	7
	Necesități datorită riscului	Nu	8

CVp

**INDICELE CALITATEA VIETII - QUALITY OF LIFE
DUPĂ FINALIZAREA RECUPERĂRII**

Data:

Importanța

1.Autoîngrijire	1	2	3	4	5
2.Accept statutului	1	2	3	4	5
3.Sănătatea psihică și mentală	1	2	3	4	5
4.Speranțe pentru viitor	1	2	3	4	5
5.Siguranța traiului	1	2	3	4	5
6.Activități de recreere	1	2	3	4	5
7. Activități publice	1	2	3	4	5
8.Acces la educație	1	2	3	4	5
SCOR TOTAL					

Anexa 1d. Chestionar pentru evaluarea recuperării pacienților cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor coxo-femorale (s).

Secundar

1. Nume: _____

2. Data: _____

3. Varsta: _____

4. Sex: M(1) / F(2)

5. Greutatea corpului _____ înălțimea _____

6. Vechimea bolii

7. Situația economică

1.Satisfăcătoare 2.Nesatisfăcătoare

8. Factori eredocolaterali

1.Absenți 2.Prezenți

9. Status social

1.Angajat 2.Dizabilitate 3.Pensionar

10. Deprinderi dăunătoare

1.Absente 2.Prezente

11. Diagnoza:

1.Osteoartroză degenerativ-distrofică șold 2.Osteoartroză posttraumatică șold

Examen paraclinic :

12. Radiologic

1.stadiu III 2.stadiu IV

13. Ultrasonografic

1.stadiu III 2.stadiu IV

14. Rezonanța magnetică, Tomografia computerizată

1.stadiu III 2.stadiul IV

15. Factori de risc

1.factori fizici 2. factori psihici

16. Deficit bilanț articular (goniometrie)

1.mediu (deficit ~ 60⁰) 2.pronunțat (deficit ~ 110⁰)

17. Deficit de bilanț muscular

1.mediu (3-4 puncte) 2.ponunțat (2-3 puncte)

18. Diformitățile articulație- coxa valga/vara

- 1.absente 2 prezente

19. Scurtare de membru inferior

1. nesemnificativă (1-2cm) 2. semnificativă (peste 3 cm)

20. Hipotrofie muscular a membrului inferior

- 1.medie (2-3 cm) 2.pronunțată (4-5 cm)

21. Forța musculară

- 1.satisfăcătoare (6-8 puncte) 2.nesatisfăcătoare (2- 4 puncte)

22.Rezistenta musculară

1. satisfăcătoare 2. nesatisfăcătoare

23. Claudicatie: 1).absentă, 2).medie, 3).pronunțată

24.Tulburări de mers

- 1.mers simetric 2.mers asimetric

25. Particularitățile mersului

- 1.sprijinit în baston 2.sprijinit în cîrje axilare 3.sprijinit în cîrje cubitale 4.fotoliu rulant

26. Distanța parcursă

- 1.distanțe mari 2.distanțe medii 3.pat – scaun

27. Intensitatea durerii (scala VRS: punctajul 1-10): 1).1-2 puncte 2). 3-4 puncte 3). 5-6

- puncte 4). 7-8 puncte 5). 9-10 puncte

28. Rezultatete eficacității reabilitării

1. efect moderat satisfăcător (30-60%) 2. efect satisfăcător (60-100%)

29. Patologii concomitente

- 1.Afectarea articulației contralaterale 2.Maladii dismetabolice 3.Maladii endocrine
4.Maladii imune de sistem

30.Modalitate de autoservire

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1.necesită supraveghere | 2.nu necesită supraveghere |
|-------------------------|----------------------------|

31. Evaluare parametrilor funcionali:

1. Peste 2-3 luni:
2. Peste 4-6 luni.

SWs

SCALA WOMAC (WESTERN ONTARIO MACMASTER UNIVERSITY)

A.Intensitatea medie, în cursul ultimei luni pentru:	0	1	2	3	4
1. durerea la mersul pe teren accidentat/denivelat					
2. durerea la urcatul și coborîtul scărilor					
3. durerea în cursul repausului nocturn					
4. durerea la ridicarea din scaun după o ședere prelungită					
5. durerea la statul în picioare prelungit					
6. senzația de înțepeneală în articulația dureroasă cînd te scoli dimineața					
7. senzația de înțepeneală în articulația dureroasă cînd te mobilizezi, în cursul zilei, după ce ai păstrat mai mult timp o poziție de repaus					
B.Nivelul de dificultate pentru efectuarea următoarelor activități:	0	1	2	3	4
8. Urcatul scărilor					
9. Coborîtul scarilor					
10. Ridicatul din poziția șezînd					
11. Statul în picioare					
12. Aplecarea pentru a ridica ceva de pe podea					
13. Mersul pe teren plat					
14. Intratul/ieșitul din automobil					
15. Mersul la cumpărături					
16. Îmbrăcarea șosetelor					
17. Ridicarea din pat					
18. Scoaterea șosetelor					
19. Întinsul în pat					
20. Intrarea/ieșirea din cada de baie					
21. Așezarea					
22. Așezarea/ridicarea de pe toaletă					
23. Activități gospodărești grele/difícile/solitare					
24. Activități gospodărești ușoare/facile/puțin solitare					

SMs

Scara M.I.F.

Nr. CRT.	STABIL FUNCȚIONAL	NECESIT AJUTOR	PUNCTAJ
1	Ajutor total (pacient – 0%)	Da	1
	Ajutor maxim (pacient – 25%)	Da	2
	Ajutor moderat (pacient – 50%)	Da	3
	Ajutor minim (pacient – 75%)	Da	4
2	Supraveghere	Da	5
	Independență modificată (dispozitiv)	Nu	6
	Independență completă (timp, siguranță)	Nu	7
	Netestăți datorită riscului		8

CVs

INDICELE CALITATEA VIEȚII - QUALITY OF LIFE DUPĂ FINALIZAREA RECUPERĂRII

Data:

Importanța:

1.Autoîngrijire	1	2	3	4	5
2.Acceptarea statutului	1	2	3	4	5
3.Sănătatea psihică și mentală	1	2	3	4	5
4.Speranțe pentru viitor	1	2	3	4	5
5.Siguranță traiului	1	2	3	4	5
6. Activități de recreere	1	2	3	4	5
7.Activități publice	1	2	3	4	5
8.Acces la educație	1	2	3	4	5
SCOR TOTAL					

Anexa 1e. Chestionar pentru evaluarea recuperării pacienților
cu afecțiuni degenerative sau posttraumatice ale genunchilor (p)

Primar

1. Nume: _____

2. Data: _____

3. Varsta: _____

4. Sex: M(1) / F(2)

5. Greutatea corpului ____ înălțimea ____

6. Vechimea bolii

7. Situația economică

1.Satisfăcătoare 2.Nesatisfăcătoare

8. Factori eredocolaterali

1.Absenți 2.Prezenți

9. Status social

1.Angajat 2.Dizabilitate 3.Pensionar

10. Deprinderi dăunătoare

1.Absente 2.Prezente

11. Diagnostic:

1.Osteoartroză degenerativ-distrofică genunchi

2.Osteoartroză posttraumatică genunchi

3.Examen paraclinic :RMN

12. Radiologic

1.stadiu III 2.stadiu IV

13. Ultrasonografic

1.stadiu III 2.stadiu IV

14. Rezonanța magnetică, Tomografia computerizată

1.stadiu III 2.stadiul IV

15. Factori de risc

1.factori fizic 2. factori psihici

16. Deficit bilanț articular (goniometrie)

1.mediu (deficit ~ 50⁰) 2.pronunțat (deficit ~ 80⁰)

17. Deficit de bilanț muscular

1.mediu (3-4 puncte) 2.ponunțat (2-3 puncte)

18. Diformitățile articulației- coxa valga/vara; genu varus/valg

- 1.absente 2 prezente

19. Scurtare de membru inferior

1. nesemnificativă (1-2cm) 2. semnificativă (peste 3 cm)

20. Hipotrofie muscular a membrului inferior

- 1.medie (2-3 cm) 2.pronunțată (4-5 cm)

21. Forța musculară

- 1.satisfăcătoare (6-8 puncte) 2.nesatisfăcătoare (2- 4 puncte)

22. Rezistența musculară

1. satisfăcătoare 2. nesatisfăcătoare

23. Claudicație

- 1.absentă 2.medie 3.pronunțată

24. Tulburări de mers

- 1.mers simetric 2.mers asimetric

25. Particularitățile mersului

- 1.sprijinit în baston
- 2.sprijinit în cîrje axilare
- 3.sprijinit în cîrje cubitale
- 4.fotoliu rulant

26. Distanța parcursă

- 1.distante mari 2.distante medii 3.pat – scaun

27. Intensitatea durerii (scala VRS : punctajul 1-10)

- 1.1-2 puncte
2. 3-4 puncte
3. 5-6 puncte
4. 7-8 puncte
- 5.9-10puncte

28. Patologii concomitente

1. Afectarea articulației contralaterale
2. Maladii dismetabolice
3. Maladii endocrine
4. Maladii imune de sistem

29. Modalitate de autoservire

- 1.necesită supraveghere 2.nu necesită supraveghere

SWp**SCALA WOMAC (WESTERN ONTARIOMACMASTER UNIVERSITY)**

A.Intensitatea medie, în cursul ultimei luni pentru:	0	1	2	3	4
1. durerea la mersul pe teren accidentat/denivelat					
2. durerea la urcatul și coborîtul scărilor					
3. durerea în cursul repausului nocturn					
4. durerea la ridicarea din scaun după o ședere prelungită					
5. durerea la statul în picioare prelungit					
6. senzația de înțepeneală în articulația dureroasă când te scoli dimineața					
7. senzația de înțepeneală în articulația dureroasă când te mobilizezi, în cursul zilei, după ce ai păstrat mai mult timp o poziție de repaus					
B.Nivelul de dificultate pentru efectuarea următoarelor activități:	0	1	2	3	4
8. Urcatul scărilor					
9. Coborîtul scarilor					
10. Ridicatul din poziția șezînd					
11. Statul în picioare					
12. Aplecarea pentru a ridica ceva de pe podea					
13. Mersul pe teren plat					
14. Intratul/ieșitul din automobil					
15. Mersul la cumpărături					
16. Îmbrăcarea șosetelor					
17. Ridicarea din pat					
18. Scoaterea șosetelor					
19. Întinsul în pat					
20. Intrarea/ieșirea din cada de baie					
21. Așezarea					
22. Așezarea/ridicarea de pe toaletă					
23. Activități gospodărești grele/dificile/solitare					
24. Activități gospodărești ușoare/facile/puțin solitare					

SMp

Scara M.I.F/F.I.M.

Nr. CRT.	STABIL FUNCȚIONAL	NECESIT AJUTOR	PUNCTAJ
1	Ajutor total (pacient – 0%)	Da	1
	Ajutor maxim (pacient – 25%)	Da	2
	Ajutor moderat (pacient – 50%)	Da	3
	Ajutor minim (pacient – 75%)	Da	4
2	Supraveghere	Da	5
	Independență modificată (dispozitiv)	Nu	6
	Independență completă (timp, siguranță)	Nu	7
	Netestăți datorită riscului		8

CVp

**INDICELE CALITATEA VIETII - QUALITY OF LIFE
DUPĂ FINALIZAREA RECUPERĂRII**

Data:

Importanța:

1.Autoîngrijire	1	2	3	4	5
2.Acceptarea statutului	1	2	3	4	5
3.Sănătatea psihică și mentală	1	2	3	4	5
4.Speranțe pentru viitor	1	2	3	4	5
5.Siguranță traiului	1	2	3	4	5
6.Activități de recreere	1	2	3	4	5
7.Activități publice	1	2	3	4	5
8.Să am acces la educație	1	2	3	4	5
SCOR TOTAL					

Anexa 1f. Chestionar pentru evaluarea r ecuperării pacienților
cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale genunchilor (s)

Secundar

1. Nume: _____
2. Data: _____
3. Varsta: _____
4. Sex: M(1) / F(2)
5. Greutatea corpului ____ înălțimea ____

6. Vechimea bolii

7. Situația economică

- 1.Satisfăcătoare 2.Nesatisfăcătoare

8. Factori eredocolaterali

- 1.Absenți 2.Prezenți

9. Status social

- 1.Angajat 2.Dizabilitate 3.Pensionar

10. Deprinderi dăunătoare

- 1.Absente 2.Prezente

11. Diagnoza:

- 1.Osteoartroză degenerativ-distrofică genunchi
2.Osteoartroză posttraumatică genunchi

Examen paraclinic :

12. Radiologic

- 1.stadiu III 2.stadiu IV

13. Ultrasonografic

- 1.stadiu III 2.stadiu IV

14. Rezonanța magnetică, Tomografia computerizată

- 1.stadiu III 2.stadiul IV

15. Factori de risc

- 1.factori fizici 2. factori psihici

16. Deficit bilanț articular (goniometrie)

- 1.mediu (deficit ~ 50⁰) 2.pronunțat (deficit ~ 80⁰)

17. Deficit de bilanț muscular

- 1.mediu (3-4 puncte) 2.ponunțat (2-3 puncte)

18. Diformitățile articulației- coxa valga/vara; genu varus/valg

- 1.absente 2 prezente

19. Scurtare de membru inferior

1. nesemnificativă (1-2cm) 2. semnificativă (peste 3 cm)

20. Hipotrofie muscular a membrului inferior

- 1.medie (2-3 cm) 2.pronunțată (4-5 cm)

21. Forța musculară

- 1.satisfăcătoare (6-8 puncte) 2.nesatisfăcătoare (2- 4 puncte)

22. Rezistența

1. satisfăcătoare 2. nesatisfăcătoare

23. Claudicație

- 1.absentă 2.medie 3.pronunțată

24. Tulburări de mers

- 1.mers simetric 2.mers asimetric

25. Particularitățile mersului

- 1.sprijinit în baston 2.sprijinit în cîrje axilare 3.sprijinit în cîrje cubitale 4.fotoliu
rulant

26. Distanța parcursă

- 1.distante mari 2.distante medii 3.pat – scaun

27. Intensitatea durerii (scala VRS: punctajul 1-10)

1. 1-2 puncte
2. 3-4 puncte
3. 5-6 puncte
4. 7-8 puncte
5. 9-10 puncte

28. Rezultatete eficacității reabilitării

1. efect moderat satisfăcător (30-60%) 2. efect satisfăcător (60-100%)

29. Patologii concomitente

1. Afectarea articulației contralaterale 2. Maladii dismetabolice 3. Maladii endocrine
4. Maladii imune de sistem

30. Modalitate de autoservire

- 1.necesită supraveghere 2.nu necesită supraveghere

31.Evaluare parametrilor functionali:

1. Peste 2-3 luni; 2. Peste 4-6 luni.

SWs**SCALA WOMAC (WESTERN ONTARIO MACMASTER UNIVERSITY)**

A.Intensitatea medie, în cursul ultimei luni pentru:	0	1	2	3	4
1. durerea la mersul pe teren accidentat/denivelat					
2. durerea la urcatul și coborîtul scărilor					
3. durerea în cursul repausului nocturn					
4. durerea la ridicarea din scaun după o ședere prelungită					
5. durerea la statul în picioare prelungit					
6. senzația de înțepeneală în articulația dureroasă când te scoli dimineața					
7. senzația de înțepeneală în articulația dureroasă când te mobilizezi, în cursul zilei, după ce ai păstrat mai mult timp o poziție de repaus					
B.Nivelul de dificultate pentru efectuarea următoarelor activități:	0	1	2	3	4
8. Urcatul scărilor					
9. Coborîtul scarilor					
10. Ridicatul din poziția șezînd					
11. Statul în picioare					
12. Aplecarea pentru a ridica ceva de pe podea					
13. Mersul pe teren plat					
14. Intratul/ieșitul din automobil					
15. Mersul la cumpărături					
16. Îmbrăcarea șosetelor					
17. Ridicarea din pat					
18. Scoaterea șosetelor					
19. Întinsul în pat					
20. Intrarea/ieșirea din cada de baie					
21. Așezarea					
22. Așezarea/ridicarea de pe toaletă					
23. Activități gospodărești grele/dificile/solitare					
24. Activități gospodărești ușoare/facile/puțin solitare					

SMs

Scara M.I.F.

Nr. CRT.	STABIL FUNCȚIONAL	NECESITĂ AJUTOR	PUNCTAJ
1	Ajutor total (pacient – 0%)	Da	1
	Ajutor maxim (pacient – 25%)	Da	2
	Ajutor moderat (pacient – 50%)	Da	3
	Ajutor minim (pacient – 75%)	Da	4
2	Supraveghere	Da	5
	Independență modificată (dispozitiv)	Nu	6
	Independență completă (timp, siguranță)	Nu	7
	Netestăți datorită riscului		8

CVs

**INDICELE CALITATEA VIEȚII - QUALITY OF LIFE
DUPĂ FINALIZAREA RECUPERĂRII**

Data:

Importanța:

1.Autoîngrijire	1	2	3	4	5
2.Accept noul meu statut	1	2	3	4	5
3.Sănătatea psihică și mentală	1	2	3	4	5
4.Speranțe pentru viitor	1	2	3	4	5
5.Siguranță traiului	1	2	3	4	5
6.Activități de recreere	1	2	3	4	5
7.Activități publice	1	2	3	4	5
8.Acces la educație	1	2	3	4	5

SCOR TOTAL

Anexa 1g. Chestionar pentru evaluarea recuperării în afecțiunile
degenerative și posttraumatice ale coloanei vertebrale (p).

Primar

1. Nume: _____
2. Data: _____
3. Vârsta: _____
4. Sex: M / F
5. Greutatea corpului _____ înălțimea _____
6. Situația economică
 1. Satisfăcătoare
 2. Nesatisfăcătoare
7. Factori eredocolaterali
 1. Absenți
 2. Prezenți
8. Status social
 1. Angajat
 2. Neangajat (pensionar, invalid)
9. Deprinderi dăunătoare
 1. Absente
 2. Prezente
10. Diagnoza:
 1. Degenerative
 2. Posttraumatice
11. Vechimea bolii

Examen paraclinic

12. Radiologic
 1. Stadiu III
 2. Stadiu IV
13. Ultrasonografic
 1. Leziuni musculo-scheletale
 2. Leziuni neuropate
14. Rezonanța magnetică/Tomografia computerizată
 1. Degenerescență idiopatică coloanei vertebrale
 2. Degenerescență posttraumatică coloanei vertebrale
15. Autoevaluarea durerii Scala VRS 0-10, 0-indolor; 10-durere maximă
 1. 0-3
 2. 4-7
 3. 8-10
16. Impotență funcțională algică
 1. Absolută
 2. Relativă
 3. Severă
17. Durerea referată

- 1.Absentă 2.Moderat prezentă 3.Prezentă
- 18. Autoevaluarea funcției statusului actual**
- 1.Activitate deplină
2.Restrictii a activității diurne 50%
3.50 - 100%
- 19. Autoevaluarea mersului**
- 1.Funcțional 2.Utilizarea sprijinului accesoriu 3.Deplasarea în fotoliu rulant
- 20. Prezența claudicației**
- 1.Absent 2.Moderat 3.Pronunțat
- 21. Urcatul scărilor (mers pe teren accidentat)**
- 1.Fără restricții 2.Utilizarea sprijinului 3.Imposibil
- 22. Deplasarea în interiorul locuinței**
- 1.Autonom 2.Deplasarea cu ajutor parțial 3.Se deplasează ajutat
- 23. Deplasarea în exteriorul locuinței**
- 1.Autonom 2.Deplasarea cu ajutor parți 3. Se deplasează ajutat
- 24. Abilitatea ortostatică**
- 1.Menținută 2.Deficită 3.Imposibilă
- 25. Mobilitatea coloanei vertebrale**
- 1.Deplină 2.Limitată 25-50% 3.Limitată 50-100%
- 26. Atitudine distorsionată/scoliotică**
- 1.Absentă 2.Moderată 3.Pronunțată
- 27. Anteflexiuni**
- 1.Libere 2.Moderat limitate 3.Sever limitate
- 28. Inflexiuni laterale**
- 1.Libere 2.Moderat limitate 3.Sever limitate
- 29. Accentuarea cifozei/lordozei**
- 1.Absentă 2.Moderată 3.Prezentă
- 30. Coordonare și echilibru**
- 1.Acceptabil 2.Moderat – dezechilibrat 3.Sever dezechilibrat
- 31.Sindromul radicular (tulburări senzitive de caracter dermatomial- hipo/hiperestezii)**
- 1.Absent 2.Moderat manifestat 3.Pronunțat manifestat
- 32. Sindromul radicular (tulburări motorii de caracter dermatomial- hipo/hiperestezii)**
- 1.Absent 2.Moderat manifestat 3.Pronunțat manifestat

33. Sindrom neurodistrofic

- 1.Absent 2.Moderat manifestat 3.Pronunțat manifestat

34. Tonus muscular

- 1.Fiziologic 2.Hipo/hipertonie moderată 3.Hipo/hipertonie severă

35. Trofica musculară

- 1.Fiziologică 2.Hipotrofie moderată 3.Hipotrofie severă

36. Gradul spasticității

- 1.Absent 2.Moderat manifestat 3.Pronunțat manifestat

37. Reflectivitate (ROT)

- 1.Reflexe osteotendinoase vii, simetrice
2.Reflexii diminuate sau abolite
3.Patologice

38. Prezența semnelor de elongare (Laseque, Wassermann)

- 1.Absență
2.Unghi nesemnificativ $< 40^{\circ}$; 3-7
3.Unghi semnificativ $40-70^{\circ}$; 11-15

39. Control sfincterian

- 1.Fiziologic 2.Diminuat 3.Abolit

40. Sindrom Psiho-Emoțional

- 1.Absent 2.Reactivitate medie 3.Reactivitate intensă

41. Grad de socializare

- 1.Deplin 2.Limitat 3.Nesemnificativ

42. Grad de dizabilitate

- 1.Absent 2.Moderat 3.Sever

43. Maladii concomitente

- 1.Afectarea articulației contralaterale
2.Maladii dismetabolice
3.Maladii endocrine
4.Maladii imune de sistem

SMp

Scara M.I.F/F.I.M.

Nr. CRT.	STABIL FUNCȚIONAL	NECESIT AJUTOR	PUNCTAJ
1	Ajutor total (pacient – 0%)	Da	1
	Ajutor maxim (pacient – 25%)	Da	2
	Ajutor moderat (pacient – 50%)	Da	3
	Ajutor minim (pacient – 75%)	Da	4
2	Supraveghere	Da	5
	Independență modificată (dispozitiv)	Nu	6
	Independență completă (timp, siguranță)	Nu	7
	Netestăți datorită riscului		8

**INDICELE CALITATEA VIEȚII - QUALITY OF LIFE
DUPĂ FINALIZAREA RECUPERĂRII**

Data:

Importanța::

1.Autoîngrijire	1	2	3	4	5
2.Acceptarea statutului	1	2	3	4	5
3.Sănătatea psihică și mentală	1	2	3	4	5
4.Speranțe pentru viitor	1	2	3	4	5
5.Siguranță traiului	1	2	3	4	5
6.Activități de recreere	1	2	3	4	5
7.Activități publice	1	2	3	4	5
8.Acces la educație	1	2	3	4	5
SCOR TOTAL					

Anexa 1h. Chestionar pentru evaluarea recuperării în afecțiunile
degenerative și posttraumatice ale coloanei vertebrale (s)

Secundar

1. Nume: _____

2. Data: _____

3. Vârsta: _____

4. Sex: M / F

4. Greutatea corpului _____ înălțimea _____

5. Situația economică

1.Satisfăcătoare

2.Nesatisfăcătoare

6. Factori eredocolaterali

1.Absenți

2.Prezenți

7. Status social

1.Angajat

2.Neangajat (pensionar, invalid)

8. Deprinderi dăunătoare

1.Absente

2.Prezente

9. Diagnoza:

1.Degenerative

2.Posttraumatice

10. Vechimea bolii

Examen paraclinic

11. Radiologic

1.Stadiu III

2.Stadiu IV

12. Ultrasonografic

1.Leziuni musculo-scheletale

2.Leziuni neuropate

13. Rezonanța magnetică/Tomografia computerizată

1.Degenerescență idiopatică coloanei vertebrale

2.Degenerescență posttraumatică coloanei vertebrale

14. Autoevaluarea durerii Scala VRS: 0-10, 0-indolor; 10-durere maximă

1.0-3

2.4-7

3.8-10

15. Impotență funcțională algică

1.Absolută

2.Relativă

3.Severă

16. Durerea referată

1. Absentă 2. Moderat prezentă 3. Prezentă

17. Autoevaluarea funcției statusului actual

1. Activitate deplină
2. Restricții a activității diurne 50%
3. 50 - 100%

18. Autoevaluarea mersului

1. Funcțional 2. Utilizarea sprijinului accesoriu 3. Deplasarea în fotoliu rulant

19. Prezența claudicației

1. Absent 2. Moderat 3. Pronunțat

20. Urcatul scărilor (mers pe teren accidentat)

1. Fără restricții 2. Utilizarea sprijinului 3. Imposibil

21. Deplasarea în interiorul locuinței

1. Autonom 2. Deplasarea cu ajutor parțial 3. Nu se deplasează fără ajutor

22. Deplasarea în exteriorul locuinței

1. Autonom 2. Deplasarea cu ajutor parțial 3. Nu se deplasează fără ajutor

23. Abilitatea ortostatică

1. Menținută 2. Deficilă 3. Imposibilă

24. Mobilitatea coloanei vertebrale

1. Deplină 2. Limitată 25-50% 3. Limitată 50-100%

25. Atitudine distorsionată/scoliotică

1. Absentă 2. Moderată 3. Pronunțată

26. Anteflexiuni

1. Libere 2. Moderat limitate 3. Sever limitate

27. Inflexiuni laterale

1. Libere 2. Moderat limitate 3. Sever limitate

28. Accentuarea cifozei/lordozei

1. Absentă 2. Moderată 3. Prezentă

29. Coordonare și echilibru

1. Acceptabil 2. Moderat – dezechilibrat 3. Sever dezechilibrat

30. Sindromul radicular (tulburări senzitive de caracter dermatomial- hipo/hiperestezii)

1. Absent 2. Moderat manifestat 3. Pronunțat manifestat

31. Sindromul radicular (tulburări motorii de caracter dermatomial- hipo/hiperestezii)

1. Absent 2. Moderat manifestat 3. Pronunțat manifestat

32. Sindrom neurodistrofic

- 1.Absent 2.Moderat manifestat 3.Pronunțat manifestat

33. Tonus muscular

- 1.Fiziologic 2.Hipo/hipertonie moderată 3.Hipo/hipertonie severă

34. Troficitatea musculară

- 1.Fiziologică 2.Hipotrofie moderată 3.Hipotrofie severă

35. Gradul spasticității

- 1.Absent 2.Moderat manifestat 3.Pronunțat manifestat

36. Reflectivitate (ROT)

- 1.Reflexe osteotendinoase vii, simetrice
2.Refexii diminuate sau abolite
3.Patologice

37. Prezența semnelor de elongare (Laseque, Wasserman)

- 1.Absență
2.Unghi nesemnificativ $< 40^{\circ}$; 3-7
3.Unghi semnificativ $40-70^{\circ}$; 11-15

38. Control sfincterian

- 1.Fiziologic 2.Diminuat 3.Abolit

39. Sindrom Psiho-Emoțional

- 1.Absent 2.Reactivitate medie 3.Reactivitate intensă

40. Grad de socializare

- 1.Deplin 2.Limitat 3.Nesemnificativ

41. Grad de dizabilitate

- 1.Absent 2.Moderat 3.Sever

42. Maladii concomitente

- 1.Afectarea articulației contralaterale
2.Maladii dismetabolice
3.Maladii endocrine
4.Maladii imune de sistem

43. Evaluarea parametrilor funcționali

- 1.Peste 2-3 luni 2.Peste 4-6 luni

44. Rezultatele eficacității reabilitării

- 1.Negativ
2.Moderat satisfăcător (25-50%)

SMs

Scara M.I.F/F.I.M.

Nr. CRT.	STABIL FUNCȚIONAL	NECESIT AJUTOR	PUNCTAJ
1	Ajutor total (pacient – 0%)	Da	1
	Ajutor maxim (pacient – 25%)	Da	2
	Ajutor moderat (pacient – 50%)	Da	3
	Ajutor minim (pacient – 75%)	Da	4
2	Supraveghere	Da	5
	Independență modificată (dispozitiv)	Nu	6
	Independență completă (timp, siguranță)	Nu	7
	Netestăți datorită riscului		8

CVs

**INDICELE CALITATEA VIEȚII - QUALITY OF LIFE
DUPĂ FINALIZAREA RECUPERĂRII**

Data:

Importanța

1.Autoîngrijire	1	2	3	4	5
2.Accept noul meu statut	1	2	3	4	5
3.Sănătatea psihică și mentală	1	2	3	4	5
4.Speranțe pentru viitor	1	2	3	4	5
5.Siguranță acolo unde trăiesc	1	2	3	4	5
6.Activități de recreere	1	2	3	4	5
7.Activități publice	1	2	3	4	5
8.Acces la educație	1	2	3	4	5
SCOR TOTAL					

Anexa 2. Dinamica parametrilor funcționali în degenerescența umărului.

PARAMETRI CLINICI (PC)	CARACTERISTICI (PC)	Evaluarea primară		Evaluarea secundară		X ²	P
		N	%	N	%		
Deficit bilanț articular	mediu	15	17,2	64	82,1	61,57	<0,001
	pronunțat	63	80,8	14	17,9		
	total	78	100	78	100		
Deficit bilanț muscular	mediu	19	24,4	69	88,5	65,17	<0,001
	pronunțat	59	75,6	9	11,5		
	total	78	100	78	100		
Diformități articulare	absente	49	62,8	61	78,2	4,44	<0,05
	prezente	29	37,2	17	21,8		
	total	78	100	78	100		
Hipotrofie musculară	medie	7	9	69	88,5	98,63	<0,001
	pronunțată	71	91	9	11,5		
	total	78	100	78	100		
Forța musculară	satisfăcătoare	23	29,5	64	82,1	43,68	<0,001
	nesatisfăcătoare	55	70,5	14	17,9		
	total	78	100	78	100		
Rezistența musculară	satisfăcătoare	5	6,4	64	82,1	90,46	<0,001
	nesatisfăcătoare	73	93,6	14	17,9		
	total	78	100	78	100		
Intensitatea durerii	1-2 puncte	0	0	46	59	124,96	<0,001
	3-4 puncte	0	0	23	29,5		
	5-6 puncte	17	21,8	1	1,3		
	7-8 puncte	46	59	8	10,3		
	9-10 puncte	15	19,2	0	0		
	total	78	100	78	100		
Modalități de autoservire	supravegheat	53	67,9	3	3,8	69,64	<0,001
	nesupravegheat	25	32,1	75	96,2		
	total	78	100	78	100		
Evaluarea funcției scala Constant	FC absentă	18	23,1	3	3,8	108,14	<0,001
	FC insuficientă	43	55,1	0	0		
	FC moderată	17	21,8	21	26,9		
	FC satisfăcătoare	0	0	54	69,2		
	total	78	100	78	100		

Anexa 3. Dinamica parametrilor funcționali în degenerescenta șoldului.

PARAMETRI CLINICI (PC)	Caracteristici (PC)	Evaluare I		Evaluare II		X2	P
		N	%	N	%		
Deficit bilanț articular	mediu	5	6,7	59	78,7	79,47	<0,001
	pronunțat	70	93,3	16	21,3		
	total	75	100	75	100		
Deficit bilanț muscular	mediu	15	20	39	52	16,67	<0,001
	pronunțat	60	80	36	48		
	total	75	100	75	100		
Diformități articulare coxa valga/vara; genu varus/valg	absente	36	48	52	69,3	7,04	P = 0,0079 <0,01
	prezente	39	52	23	30,7		
	total	75	100	75	100		
Scurtarea membrului inferior	nesemnificativ	5	6,7	42	56	42,42	<0,001
	semnificativă	70	93,3	33	44		
	total	75	100	75	100		
Hipotrofie musculară membrului inferior	medie	4	5,3	47	62,7	54,93	<0,001
	pronunțată	71	94,7	28	37,3		
	total	75	100	75	100		
Forța musculară	satisfăcător	24	32	75	100	77,27	<0,001
	nesatisfăcător	51	68	0	0		
	total	75	100	75	100		
Rezistența	satisfăcător	14	18,7	71	94,7	88,21	<0,001
	nesatisfăcător	61	81,3	4	5,3		
	total	75	100	75	100		
Claudicație	absentă	4	5,3	37	49,3	64,91	<0,001
	medie	33	44	38	50,7		
	pronunțată	38	50,7	0	0		
	total	75	100	75	100		
Tulburări de mers	mers simetric	14	18,7	54	72	43,04	<0,001
	mers asimetric	61	81,3	21	28		
	total	75	100	75	100		
Particularitățile mersului	sprijinit în baston	14	18,7	65	86,7	82,11	<0,001
	sprijinit în cârje axilare	12	16	10	13,3		
	sprijinit în cârje cubitale	21	28	0	0		
	fotoliu rulant	28	37,3	0	0		
	total	75	100	75	100		
Distanța parcursă	distanțe mari	0	0	26	34,7	65,67	<0,001
	distanțe medii	37	49,3	49	65,3		
	pat- scaun	38	50,7	0	0		
	total	75	100	75	100		
Intensitatea durerii	1-2 puncte	0	0	25	33,3	119,01	<0,001
	3-4 puncte	4	5,3	45	60		
	5-6 puncte	11	14,7	0	0		
	7-8 puncte	22	29,3	5	6,7		
	9-10 puncte	38	50,7	0	0		
	total	75	100	75	100		
Modalități de autoservire	necesita supraveghere	58	77,3	1	1,3	90,77	<0,001
	nu necesită supraveghere	17	22,7	74	98,7		
	total	75	100	75	100		

Anexa 4. Dinamica parametrilor funcționali în degenerescenta genunchiului

PARAMETRI CLINICI (PC)	CARACTERISTICI (PC)	Evaluarea I		Evaluarea II		X ²	P
		N	%	N	%		
Deficit bilanț articular	mediu	19	17,6	78	72,2	65,14	<0,001
	pronunțat	89	82,4	30	27,8		
	total	108	100	108	100		
Deficit bilanț muscular	mediu	20	18,5	71	65,7	49,39	<0,001
	pronunțat	88	81,5	37	34,3		
	total	108	100	108	100		
Diformități articulare	absente	25	23,1	46	42,6	9,25	P = 0,0023 <0,01
	prezente	83	76,9	62	57,4		
	total	108	100	108	100		
Scurtare membrului inferior	nesemnificativă	32	29,6	85	78,7	52,38	<0,001
	semnificativă	76	70,4	23	21,3		
	total	108	100	108	100		
Hipotrofie musculară membrul inferior	medie	27	25	81	75	54	<0,001
	pronunțată	81	75	27	25		
	total	108	100	108	100		
Forța musculară	satisfăcătoare	35	32,4	87	80,6	50,93	<0,001
	nesatisfăcătoare	73	67,6	21	19,4		
	total	108	100	108	100		
Rezistența musculară	satisfăcătoare	15	13,9	88	81,5	98,9	<0,001
	nesatisfăcătoare	93	86,1	20	18,5		
	total	108	100	108	100		
Caracteristicile Claudicației	absentă	4	3,7	69	63,9	107,73	<0,001
	medie	36	33,3	32	29,6		
	pronunțată	68	63	7	6,5		
	total	108	100	108	100		
Tulburări de mers	mers simetric	6	5,6	77	71,3	98,64	<0,001
	mers asimetric	102	94,4	31	28,7		
	total	108	100	108	100		
Particularitățile mersului	sprijinit în baston	19	17,6	87	80,6	98,35	<0,001
	sprijinit în cîrje auxiliare	29	26,9	18	16,7		
	sprijin carje cubital	47	43,5	1	0,9		
	deplasare fotoliu r.	13	12	2	1,9		
	total	108	100	108	100		
Distanțe parcurse	distanțe mari	1	0,9	70	64,8	114,94	<0,001
	distanțe medii	59	54,6	36	33,3		
	pat- scaun	48	44,4	2	1,9		
	total	108	100	108	100		
Intensitatea durerii	1-2 puncte	1	0,9	74	68,5	128,39	<0,001
	3-4 puncte	20	18,5	22	20,4		
	5-6 puncte	19	17,6	4	3,7		
	7-8 puncte	45	41,7	6	5,6		
	9-10 puncte	23	21,3	2	1,9		
	total	108	100	108	100		
Modalitatea autoservirii	supravegheat	79	73,1	19	17,6	67,24	<0,001
	nesupravegheat	29	26,9	89	82,4		
	total	108	100	108	100		

Anexa 5. Dinamica parametrilor funcționali în degenerescența coloanei vertebrale

PARAMETRI CLINICI (PC)	CARACTERISTICI (PC)	Evaluarea I		Evaluarea II		X ²	P
		N	%	N	%		
Autoaprecierea durerii conform scalei VAS	1	2	1,8	79	70,5	117,37	<0,001
	2	58	51,8	14	9,9		
	3	52	46,4	19	17,6		
	Total	112	100	112	100		
Impotență funcțională algică	absentă	1	0,9	50	44,6	86,15	<0,001
	relativă	54	48,2	55	49,1		
	severă	57	50,9	7	6,3		
	Total	112	100	112	100		
Durerea referată	absentă	9	8	59	52,7	57,81	<0,001
	moderat prezentă	60	53,6	42	36,6		
	prezentă	43	38,4	11	10,7		
	Total	112	100	112	100		
Autoevaluarea funcției statusului actual	activitate deplină			50	44,6	86,76	<0,001
	restricții a activității diurne 50%	53	47,3	53	47,3		
	50-100%	59	52,7	9	8		
	Total	112	100	112	100		
Autoevaluarea mersului	funcțional	44	39,3	100	89,3	73,02	<0,001
	utilizarea sprijin accesor	65	58	12	10,7		
	deplasarea în fotoliu rulant	3	2,7	0	0		
	Total	112	100	112	100		
Prezența claudicației	absentă			70	62,5	103,38	<0,001
	moderată	70	62,5	21	18,8		
	pronunțată	42	37,5	21	18,8		
	Total	112	100	112	100		
Urcatul scărilor	fără restricții			70	62,5	101,86	<0,001
	utilizarea sprijinului	95	84,8	35	31,3		

	dificil	17	15,2	7	6,3		
	Total	112	100	112	100		
Deplasarea în interiorul locuinței	autonom	30	26,8	90	80,4	65,42	<0,001
	deplasarea cu ajutor parțial	65	58	15	13,4		
	nu se deplasează fără ajutor	17	15,2	7	6,3		
	Total	112	100	112	100		
Deplasarea în exteriorul locuinței	autonom	9	8	40	35,7	29,63	<0,001
	deplasarea cu ajutor parțial	71	63,4	60	53,6		
	se deplasează ajutorat	32	28,6	12	10,7		
	Total	112	100	112	100		
Abilitatea ortostatică	menținută	20	17,9	70	62,5	48,25	<0,001
	deficilă	80	71,4	40	35,7		
	imposibilă	12	10,7	2	1,8		
	Total	112	100	112	100		
Mobilitatea coloanei vertebrale	deplină			70	62,5	103,19	<0,001
	limitată 25-50%	70	62,5	31	27,7		
	limitată 50-100%	42	37,5	11	9,8		
	Total	112	100	112	100		
Atitudine distorsionată/scoliotică	absentă			40	35,7	100,95	<0,001
	moderată	49	43,8	70	62,5		
	pronunțată	63	56,3	2	1,8		
	Total	112	100	112	100		
Anteflexiuni	libere			70	62,5	109,38	<0,001
	moderat limitate	81	72,3	40	35,7		
	sever limitate	31	27,7	2	1,8		
	Total	112	100	112	100		
Inflexiuni laterale	libere	9	8	81	72,3	101,39	<0,001
	moderat limitate	72	64,3	29	25,9		
	sever limitate	31	27,7	2	1,8		
	Total	112	100	112	100		

Accentuarea cifozei/ lordozei	absentă	30	26,8	81	72,3	50,51	<0,001
	moderată	61	54,5	29	25,9		
	prezentă	21	18,8	2	1,8		
	Total	112	100	112	100		
Coordonare și echilibru	acceptabil	39	34,8	70	62,5	26,81	<0,001
	moderat- dezechilib	51	45,5	40	35,7		
	sever dezechilibrat	22	19,6	2	1,8		
	Total	112	100	112	100		
Sindromul radicular	absent	58	51,8	100	89	13,98	<0,001
	moderat manifestat	23	20,5	12	11		
	pronunțat manifestat	31	27,7	0	0		
	Total	112	100	112	100		
Sindromul radicular	absent	58	51,8	100	89	13,98	<0,001
	moderat manifestat	23	20,5	12	11		
	pronunțat manifestat	31	27,7	0	0		
	Total	112	100	112	100		
Sindrom neurodistrofic	absent			50	44,6	78,27	<0,001
	moderat manifestat	61	54,5	52	46,4		
	pronunțat manifestat	51	45,5	10	8,9		
	Total	112	100	112	100		
Tonus muscular	fiziologic			70	62,5	107,76	<0,001
	hipo/ hipertonie moderată	64	57,1	34	30,4		
	hipo/ hipertonie severă	48	42,9	8	7,1		
	Total	112	100	112	100		
Trofica musculară	fiziologică			51	45,5	78,74	<0,001
	hipotrofie moderată	62	55,4	51	45,5		
	hipotrofie severă	50	44,6	10	8,9		
	Total	112	100	112	100		
Gradul spasticității	absent	39	34,8	89	79,5	46,12	<0,001
	moderat manifestat	61	54,5	21	18,8		
	pronunțat manifestat	12	10,7	2	1,8		
	Total	112	100	112	100		

Reflectivitate	reflexe osteotendinoase vii, simetrice	49	43,8	100	89,3	52,24	<0,001
	reflexii diminuate sau abolite	62	55,4	12	10,7		
	patologice	1	0,9				
	Total	112	100	112	100		
Prezența semnelor de elongare	absentă	58	51,8	90	80,4	21,13	<0,001
	unghi nesemnificativ	23	20,5	12	10,7		
	unghi semnificativ	31	27,7	10	8,9		
	Total	112	100	112	100		
Control sfincterian	fiziologic	54	48,2	104	92,9	53,76	<0,001
	diminuat	57	50,9	8	7,1		
	abolit	1	0,9				
	Total	112	100	112	100		
Sindrom psiho- emoțional	absent			50	44,6	87,13	<0,001
	reactivitate medie	70	62,5	60	53,6		
	reactivitate intensă	42	37,5	2	1,8		
	Total	112	100	112	100		
Grad de socializare	deplin	9	8	70	62,5	76,37	<0,001
	limitat	93	83	42	37,5		
	nesemnificativ	10	8,9				
	Total	112	100	112	100		
Grad de dizabilitate	absent			70	62,5	105,34	<0,001
	moderat	101	90,2	42	37,5		
	sever	11	9,8				
	Total	112	100	112	100		
Maladii concomitente: afectarea articulației contralaterale	absente	31	27,7	21	18,8	2,5	>0,05
	prezente	81	72,3	91	81,3		
	Total	112	100	112	100		
Maladii concomitente: maladii dismetabolice	absente	94	83,9	104	92,9	4,35	<0,05
	prezente	18	16,1	8	7,1		
	Total	112	100	112	100		
Maladii concomitente:	absente	95	84,8	95	84,8	0	>0,05

maladii endocrine	prezente	17	15,2	17	15,2		
	Total	112	100	112	100		
Maladii concomitente: maladii imune de sistem	absente	80	71,4	88	78,6	1,52	>0,05
	prezente	32	28,6	24	21,4		
	Total	112	100	112	100		

Parametri funcționali		dcv Dinamica calitatii vietii			F	P
		N	M	m		
Varstagr Grupe de varsta	<30 ani	3	10,000	5,000	0,721	>0.05
	30-39,9	13	10,460	1,380		
	40--49,9	28	9,070	0,960		
	50--59,9	40	9,900	0,780		
	60--69,9	25	11,120	0,720		
	>=70	3	13,000	3,610		
Total		112	10,120	0,450		
Sex	masculin	52	9,170	0,590	3,842	>0,05
	feminin	60	10,930	0,660		
Total		112	10,120	0,450		
Situația economică	satisfăcătoare	30	11,330	0,180	2,675	>0.05
	nesatisfacat.	82	9,670	0,610		
Total		112	10,120	0,450		
Factori eredo.	absenți	29	8,790	0,490	3,027	>0.05
	prezenți	83	10,580	0,580		
Total		112	10,120	0,450		
Status social	angajat	31	9,260	0,590	1,374	>0.05
	neangajat	81	10,440	0,580		

Total		112	10,120	0,450		
Deprinderi daunatoare	absente	65	11,480	0,580	13,896	<0,001
	prezente	47	8,230	0,630		
Total		112	10,120	0,450		
Diagnoza	degenerat.	82	10,460	0,580	1,612	>0.05
	posttraumat.	30	9,170	0,600		
Total		112	10,120	0,450		
Examen paraclinic	0,6 - 1,9 ani	22	8,910	0,780	2,879	>0.05
	2-3,9 ani	19	11,470	0,540		
	4-5,9 ani	30	12,200	0,770		
	6-7,9 ani	28	8,820	1,060		
	8-9,9 ani	7	7,290	2,710		
	>=10	6	9,170	2,510		
Total		112	10,120	0,450		
Radiologic	stadiu III	61	11,890	0,570	21,571	<0,001
	stadiu IV	51	8,000	0,610		
Total		112	10,120	0,450		
Ultrasono.	leziuni mm	69	9,780	0,270	0,866	>0,05
	leziuni nerv	43	10,650	1,100		
Total		112	10,120	0,450		
Rezonanță magnetică	idiopatică	72	10,250	0,650	0,156	>0.05
	posttraumat.	40	9,880	0,490		
Total		112	10,120	0,450		

Autoevaluare		0-3	2	11,000	1,000	4,2	>0.05
		4-7	58	10,480	0,180		
		8-10	52	9,670	0,960		
Total			112	10,120	0,450		
Impotență funcțională	absolută	1	12,000	0,000	0,78	>0.05	
	relativă	54	10,070	0,410			
	severă	57	10,120	0,810			
Total			112	10,120	0,450		
Durerea referată	absentă	9	5,000	0,000	6,081	<0.01	
	mod prezentă	60	10,500	0,180			
	moderată	43	10,650	1,100			
Total			112	10,120	0,450		
Autoev. Funcției statusului	restricții 50%	53	10,470	0,320	0,55	>0.05	
	50-100%	59	9,800	0,810			
Total			112	10,120	0,450		
Autoev. Mersului	funcțional	9	12,000	0,000	1,49	>0.05	
	utiliz. sprijinului	100	10,050	0,470			
	fotoliu rulant	3	6,670	6,670			
Total			112	10,120	0,450		
Prezența claudicației	moderat	70	10,710	0,170	2,95	>0,05	
	pronunțat	42	9,120	1,170			
Total			112	10,120	0,450		
Urcatul scărilor	utiliz. sprijin	95	11,220	0,400	46,875	<0,001	
	imposibil	17	3,940	1,160			
Total			112	10,120	0,450		
Parametri funcționali			dcv Dinamica calitatii vietii			F	P
			N	M	M		
Deplas. În locuință	autonom	30	12,000	0,000	24,395	<0.001	
	cu ajutor	65	10,860	0,580			
	nu se deplas.	17	3,940	1,160			
Total			112	10,120	0,450		

Deplas în exteriorul locuinței	autonom	9	12,000	0,000	4,119	<0.05
	ajutorat	71	9,150	0,430		
	nu se deplasează	32	11,720	1,210		
Total		112	10,120	0,450		
Abilitate ortostatică	menținută	20	10,500	0,110	7,178	<0.01
	dificilă	80	10,730	0,560		
	imposibilă	12	5,420	1,440		
Total		112	10,120	0,450		
Mobilit. Coloanei	limitat 25-50%	70	9,690	0,450	1,507	>0.05
	limitat 50-100%	42	10,830	0,950		
Total		112	10,120	0,450		
Atitudine scoliotică	moderată	49	9,100	0,620	3,992	<0,05
	pronunțată	63	10,900	0,630		
Total		112	10,120	0,450		
Anteflexiuni	moderat	81	11,210	0,550	17,448	<0,001
	sever	31	7,260	0,500		
Total		112	10,120	0,450		
Inflexiuni laterale	libere	9	12,000	0,000	8,826	<0,001
	moderat	72	11,110	0,620		
	sever	31	7,260	0,500		
Total		112	10,120	0,450		
Cifoza lordoza	absentă	30	11,000	0,150	11,585	<0,001
	moderată	61	11,110	0,730		
	prezentă	21	5,950	0,540		
Total		112	10,120	0,450		
Coordonare și echilibru	acceptabil	39	11,230	0,130	8,488	<0,001
	moderat	51	10,780	0,860		
	sever	22	6,590	0,820		
Total		112	10,120	0,450		
Sindrumul radicular	absent	58	9,360	0,290	1,51	>0,05
	moderat	23	11,040	0,660		

	pronunțat	31	10,840	1,460		
Total		112	10,120	0,450		
Sindrum. radic	absent	58	9,360	0,290	1,51	>0,05
	moderat	23	11,040	0,660		
	pronunțat	31	10,840	1,460		
Total		112	10,120	0,450		
Sindromul neurodistrofic	moderat	61	9,790	0,360	0,628	>0,05
	pronunțat	51	10,510	0,900		
Total		112	10,120	0,450		
Tonus muscular	hipo. moderat	64	10,500	0,340	0,955	>0,05
	hipo. sever	48	9,600	0,960		
Total		112	10,120	0,450		
Trofica musculară	hipo. moderat	62	10,840	0,260	3,21	>0,05
	hipo. sever	50	9,220	0,960		
Total		112	10,120	0,450		
Gradul spasticității	absent	39	9,620	0,430	0,784	>0,05
	moderat	61	10,620	0,750		
	pronunțat	12	9,170	1,240		
Total		112	10,120	0,450		
(ROT)	reflexe vii	49	9,690	0,340	2,41	>0,05
	reflexe abolite	62	10,290	0,760		
	patologice	1	20,000	0,000		
Total		112	10,120	0,450		
Prezența semnelor de elogare	absente	58	9,360	0,290	1,51	>0,05
	nesemnificat.	23	11,040	0,660		
	semnificativ	31	10,840	1,460		
Total		112	10,120	0,450		
Control sfincterian	fiziologic	54	8,670	0,490	7,056	<0,01
	diminuat	57	11,320	0,700		
	abolit	1	20,000	0,000		
Total		112	10,120	0,450		

Sindrom psiho-emoțional	absent	70	9,690	0,450	1,507	>0,05
	medii	42	10,530	0,950		
Total		112	10,120	0,450		
Grad de socializare	deplin	9	12,000	0,000	1,018	>0,05
	limitat	93	9,840	0,540		
	nesemnificativ	10	11,000	0,000		
Total		112	10,120	0,450		
Grad de dizabilitate	moderat	101	9,930	0,490	1,541	>0,05
	sever	11	11,820	0,820		
Total		112	10,120	0,450		
Afectarea articul. Colat.	absente	31	13,670	0,860	34,037	<0,001
	prezente	81	8,680	0,440		
Total		112	10,120	0,450		
Maladii dismetabolice	absente	94	10,720	0,450	10,134	<0,01
	prezente	18	6,940	1,380		
Total		112	10,120	0,450		
Maladii endocrine	absente	95	10,730	0,460	11,03	<0,01
	prezente	17	6,710	1,290		
Total		112	10,120	0,450		
Maladii imune de sistem	absente	80	9,440	0,430	5,84	<0,05
	prezente	32	11,810	1,130		
Total		112	10,120	0,450		

Anexa 6. Dinamia indecelui „calitatea vieții” în omartroză.

Parametri funcționali		dcv Dinamica calitatii vietii			F	P
		N	M	M		
Grupe de varsta	<30 ani	2	20	0	0,479	>0.05
	30-39,9	3	18,33	1,667		
	40--49,9	11	16,36	1,138		
	50--59,9	30	15,87	0,696		
	60--69,9	23	15,48	1,237		
	>=70	9	16	2,186		
Total		78	16,04	0,541		
Sex	masculin	33	14,7	1,028	4,736	<0.05
	feminin	45	17,02	0,521		
Total		78	16,04	0,541		
Situția economică	satisfăcătoare	23	17,26	0,58	2,171	>0.05
	nesatisfacat.	55	15,53	0,719		
Total		78	16,04	0,541		
Factori eredocolaterali	absenți	35	17,17	0,356	3,701	>0.05
	prezenți	43	15,12	0,918		
Total		78	16,04	0,541		
Status social	angajat	18	14,33	0,404	1,609	>0.05
	invalid	21	16,19	1,5		
	pensionar	39	16,74	0,681		
Total		78	16,04	0,541		
Deprinderi dăunătoare	absente	45	16,71	0,317	2,143	>0.05
	prezente	33	15,12	1,195		
Total		78	16,04	0,541		
Diagnoza	degener. Distrof	51	15,1	0,754	6,096	<0.05
	postraumatică	27	17,82	0,501		
Total		78	16,04	0,541		
Radiologic	stadiu II-III	31	16,65	0,625	0,829	>0.05
	stadiu III-IV	47	15,64	0,797		
Total		78	16,04	0,541		

Ultrasonografic	cu leziuni	70	15,59	0,578	6,584	<0.05
	fără leziuni	8	20	0		
Total		78	16,04	0,541		
Rezonanța magnetică	stadiu II-III	24	16,71	0,793	0,68	>0.05
	stadiu III-IV	54	15,74	0,697		
Total		78	16,04	0,541		
Factori de risc	fizici	74	15,97	0,55	0,269	>0.05
	psihici	4	17,25	3,092		
Total		78	16,04	0,541		
Deficit bilanț articular	mediu	15	18,73	0,963	6,327	<0.05
	pronunțat	63	15,4	0,604		
Total		78	16,04	0,541		
Deficit bilanț muscular	mediu	19	19,32	0,525	13,807	<0.001
	pronunțat	59	14,98	0,638		
Total		78	16,04	0,541		
Diformitățile articulației	absente	49	16,27	0,543	0,295	>0.05
	prezente	29	15,66	1,14		
Total		78	16,04	0,541		
Hipotrofie musculară a membrului superior	medie	7	17,71	0,837	0,947	>0.05
	pronunțată	71	15,87	0,586		
Total		78	16,04	0,541		
Forța musculară	satisfăcătoare	23	18,04	0,726	6,137	<0.05
	nesatisfăcătoare	55	15,2	0,676		
Total		78	16,04	0,541		
Rezistența	satisfăcătoare	5	19	0	2,085	<0.05
	nesatisfăcătoare	73	15,84	0,57		
Total		78	16,04	0,541		

		dcv Dinamica calitatii vietii			F	P
		N	M	M		
Intensitatea durerii	5-6 puncte	17	11,88	1,091	16,305	<0.001
	7-8 puncte	46	16,28	0,659		
	9-10 puncte	15	20	0		
Total		78	16,04	0,541		
Afectarea articulației contralaterale	absente	47	18,21	0,4	35,532	<0.001
	prezente	31	12,74	0,956		
Total		78	16,04	0,541		
Maladii dismetabolice	absente	47	17,4	0,435	10,927	<0.01
	prezente	31	13,97	1,1		
Total		78	16,04	0,541		
Maladii endocrine	absente	48	15,63	0,489	0,935	>0.05
	prezente	30	16,7	1,172		
Total		78	16,04	0,541		
Modalitate de autoservire x24	necesita supraveg	53	14,66	0,65	16,564	<0.001
	nu necesită supr.	25	18,96	0,679		
Total		78	16,04	0,541		
Aprecierea funcției clinice conform scalei Cnstant X25g_calc	lipsa func. clin	18	16,67	1,808	1,929	>0.05
	insuficientă	43	15,14	0,467		
	moderată	17	17,65	1,007		
Total		78	16,04	0,541		

Anexa7. Dinamica indicelui „calitatea vieții” în gonartroză.

Parametri funcționali		dcv Dinamica calitatii vietii			F	P
		N	M	M		
Grupe de varstă	<30 ani	1	8,000	0,000	2,369	<0,05
	30-39,9	4	21,750	2,660		
	40--49,9	10	11,800	1,950		
	50--59,9	33	12,060	0,900		
	60--69,9	43	12,770	0,910		
	>=70	17	12,000	1,590		
Total		108	12,610	0,580		
Sex	masculin	40	13,230	1,130	0,661	>0,05
	feminin	68	12,250	0,640		
Total		108	12,610	0,580		
Vechimea bolii	<=0,6 ani	7	12,000	2,430	2,28	<0.05
	0,6-1,9 ani	2	17,000	9,000		
	2-3,9 ani	9	18,670	2,290		
	4-5,9 ani	34	12,240	1,050		
	6-7,9 ani	26	12,150	1,060		
	8-9,9 ani	20	10,650	1,170		
	>=10	10	13,100	1,220		
Total		108	12,610	0,580		
Situția economică	satisfăcătoare	28	12,820	0,880	0,046	>0.05
	nesatisfacat.	80	12,540	0,720		
Total		108	12,610	0,580		
Factori eredocolaterali	absenți	28	14,040	0,970	2,148	>0.05
	prezenți	80	12,110	0,700		
Total		108	12,610	0,580		
Statut social	angajat	27	13,560	1,550	0,925	>0,05
	dizabilitate	27	11,370	0,830		
	pensionar	54	12,760	0,760		
Total		108	12,610	0,580		
Deprinderi dăunătoare	absente	61	12,920	0,630	0,364	>0.05
	prezente	47	12,210	1,050		
Total		108	12,610	0,580		
Diagnoza	degenerativ-, distrofică	52	13,400	0,860	1,759	>0.05
	postraumatică	56	11,880	0,770		
Total		108	12,610	0,580		
Radiologic	stadiu III	52	13,400	0,860	1,759	>0,05
	stadiu IV	56	11,880	0,770		
Total		108	12,610	0,580		

Ultrasonografic	stadiu III	52	13,400	0,860	1,759	>0,05
	stadiu IV	56	11,880	0,770		
Total		108	12,610	0,580		
Rezonanța magnetică	stadiu III	52	13,400	0,860	1,759	>0,05
	stadiu IV	56	11,880	0,770		
Total		108	12,610	0,580		
Factori de risc	fizici	106	12,540	0,590	0,853	>0.05
	psihici	2	16,500	0,500		
Total		108	12,610	0,580		
Deficit de bilanț articular	mediu	19	16,000	1,610	7,803	<0,01
	Pronunțat	89	11,890	0,590		
Total		108	12,610	0,580		
Deficit de bilanț muscular	mediu	20	12,200	1,900	0,114	>0,05
	pronunțat	88	12,700	0,570		
Total		108	12,610	0,580		
Diformități articulare	absente	25	16,560	1,310	16,03	<0,001
	prezente	83	11,420	0,580		
Total		108	12,610	0,580		
Scurtare de membru inferior	nesemnificativ	32	15,840	1,020	14,874	<0,001
	semnificativ	76	11,250	0,640		
Total		108	12,610	0,580		
Hipotrofie membrul inferior	medie	27	13,070	1,460	0,212	>0,05
	pronunțată	81	12,460	0,600		
Total		108	12,610	0,580		
Forța musculară	satisfăcător	35	10,800	1,040	4,877	<0,05
	nesatisfăcăt.	73	13,480	0,680		
Total		108	12,610	0,580		
Rezistența musculară	satisfăcător	15	12,200	1,360	0,081	>0,05
	nesatisfăcător	93	12,680	0,640		
Total		108	12,610	0,580		
Parametri funcționali		Dinamica calitatii vietii			F	P
		N	M	M		
Claudicație	absentă	4	10,750	1,750	2,057	>0,05
	medie	36	11,140	1,240		
	pronunțată	68	13,500	0,620		
Total		108	12,610	0,580		
Tulburări de mers	simetric	6	11,000	1,810	0,455	>0.05
	asimetric	102	12,710	0,600		
Total		108	12,610	0,580		

Particularitățile mersului	sprij. baston	19	9,000	0,820	7,293	<0.001
	cârje axilare	29	10,550	1,270		
	cârje cubitale	47	14,400	0,770		
	fotoliu rulant	13	16,000	1,510		
Total		108	12,610	0,580		
Distanța parcursă	distanțe mari	1	16,000	0,000	0,158	>0.05
	distanțe medii	59	12,590	0,860		
	pat-scaun	48	12,560	0,770		
Total		108	12,610	0,580		
Intensitatea durerii	1-2 puncte	1	16,000	0,000	1,082	>0,05
	3-4 puncte	20	11,750	1,410		
	5-6 puncte	19	11,890	1,120		
	7-8 puncte	45	12,110	1,040		
	9-10 puncte	23	14,780	0,860		
Total		108	12,610	0,580		
Afectarea articulației contralaterale	absente	16	13,380	2,420	0,302	>0,05
	prezente	92	12,480	0,540		
Total		108	12,610	0,580		
Maladii dismetabolice	absente	100	13,200	0,580	14,624	<0,001
	prezente	8	5,250	0,700		
Total		108	12,610	0,580		
Maladii endocrine	absente	80	14,100	0,640	22,818	<0,001
	prezente	28	8,360	0,900		
Total		108	12,610	0,580		
Maladii imune de sistem	absente	94	12,440	0,530	0,613	>0,05
	prezente	14	13,790	2,710		
Total		108	12,610	0,580		
Modalitate de autoservire	supravegheat	79	12,490	0,690	0,111	>0,05
	nesupravegheat	29	12,930	1,050		
Total		108	12,610	0,580		

Anexa 8. Dinamica indicelui „calitatea vieții” în coxartroză.

Parametri funcționali		Dinamica calitatii vietii			F	P
		N	M	M		
Grupe de varstă	<30 ani	2	13,500	2,500	0,476	>0,05
	30-39,9	2	11,500	0,500		
	40-49,9	7	12,430	1,270		
	50-59,9	17	15,350	1,200		
	60-69,9	33	13,940	0,820		
	>=70	14	12,000	3,320		
Total		75	13,680	0,770		
Sex	1	40	13,230	1,130	0,593	>0,05
	2	68	12,250	0,640		
Total		75	13,680	0,770		
Vechimea bolii	0,6- 1,9 ani	8	15,000	1,410	1,508	>0,05
	2-3,9 ani	2	20,000	2,000		
	4-5,9 ani	29	12,790	1,320		
	6-7,9 ani	18	14,500	1,000		
	8-9,9 ani	13	15,000	1,440		
	>=10	5	7,800	6,320		
Total		75	13,680	0,770		
Situția economică	satisfăcătoare	16	13,560	2,940	0,006	>0.05
	nesatisfacat.	59	13,710	0,600		
Total		75	13,680	0,770		
Factori eredocolaterali	absenți	17	12,180	0,490	1,119	>0.05
	prezenți	58	14,120	0,980		
Total		75	13,680	0,770		
Status social	angajat	26	15,080	0,940	0,897	>0,05
	invalid	16	12,630	1,020		
	pensionar	33	13,090	1,500		
Total		75	13,680	0,770		
Deprinderi dăunătoare	absente	37	11,380	1,290	9,72	<0,01
	prezente	38	15,920	0,690		
Total		75	13,680	0,770		
Examenul radiologic	stadiu III	32	13,310	1,570	0,168	>0,05
	stadiu IV	43	13,950	0,680		
Total		75	13,680	0,770		
Ultrasonografic	stadiu III	32	13,310	1,570	0,168	>0,05
	stadiu IV	43	13,950	0,680		
Total		75	13,680	0,770		

Rezonanță magnetică	stadiu III	33	13,330	1,520	0,157	>0,05
	stadiu IV	42	13,950	0,700		
Total		75	13,680	0,770		
Factori de risc	fizici	75	13,680	0,770		
Total		75	13,680	0,770		
Deficit bilanț articular	mediu	5	2,200	7,490	19,928	<0,001
	pronunțat	70	14,500	0,550		
Total		75	13,680	0,770		
Deficit de bilanț muscular	mediu	15	8,600	2,650	12,557	<0,01
	pronunțat	60	14,950	0,610		
Total		75	13,680	0,770		
Diformități articulare	absente	36	12,170	1,430	3,693	>0,05
	prezente	39	15,080	0,620		
Total		75	13,680	0,770		
Scurtare de membru inferior	nesemnificat.	5	2,200	7,490	19,928	<0,001
	semnificativă	70	14,500	0,560		
Total		75	13,680	0,770		
Hipotrofie mm membrul inferior	medie	4	0,000	9,240	23,075	<0,001
	pronunțată	71	14,450	0,550		
Total		75	13,680	0,770		
Forța musculară	satisfăcătoare	24	13,580	2,090	0,007	>0,05
	nesatisfacat.	51	13,730	0,590		
Total		75	13,680	0,770		
Rezistența musculară	satisfăcătoare	14	6,430	2,630	27,678	<0,001
	nesatisfacat.	61	15,340	0,560		
Total		75	13,680	0,770		

		Dinamica calitatii vietii			F	P
		N	M	M		
Claudicație	absentă	4	0,000	9,240	12,291	<0,001
	medie	33	13,580	0,920		
	pronunțată	38	15,210	0,620		
Total		75	13,680	0,770		
Tulburări de mers	simetric	14	8,430	2,840	12,299	<0,001
	asimetric	61	14,890	0,610		
Total		75	13,680	0,770		
Particularitățile mersului	sprijin baston	14	6,430	2,630	14,999	<0.001
	cârje axilare	12	10,420	0,340		
	cârje cubitale	21	16,050	1,130		
	fotoliu rulant	28	16,930	0,530		
Total		75	13,680	0,770		
Distanța parcursă	distanțe medii	37	12,110	1,390	4,233	<0,05
	pat-scaun	38	15,210	0,620		
Total		75	13,680	0,770		
Intensitatea durerii	3-4 puncte	4	0,000	9,240	29,197	<0,001
	5-6 puncte	11	11,730	0,630		
	7-8 puncte	22	9,770	0,240		
	9-10 puncte	38	17,950	0,520		
Total		75	13,680	0,770		
Afectarea articulației contralaterale	absente	25	15,560	0,980	3,062	>0,05
	prezente	50	12,740	1,030		
Total		75	13,680	0,770		
Maladii dismetabolice	absente	54	12,760	0,950	3,815	>0,05
	prezente	21	16,050	1,130		
Total		75	13,680	0,770		
Maladii endocrine	absente	53	13,300	1,020	0,577	>0,05
	prezente	22	14,590	0,930		
Total		75	13,680	0,770		
Maladii imune de sistem	absente	68	13,790	0,850	0,211	>0,05
	prezente	7	12,570	0,750		
Total		75	13,680	0,770		
Modalitate autoservire	supravegheat	58	15,100	0,630	13,645	<0,001
	nesupravegheat	17	8,820	2,330		
Total		75	13,680	0,770		

Anexa 9. Dinamica indicelui „calitatea vieții” în spondilodiscartoză.

Parametri funcționali		Dinamica calitatii vietii			F	P
		N	M	M		
Grupe de varstă	<30 ani	3	10,000	5,000	0,721	>0.05
	30-39,9	13	10,460	1,380		
	40--49,9	28	9,070	0,960		
	50--59,9	40	9,900	0,780		
	60--69,9	25	11,120	0,720		
	>=70	3	13,000	3,610		
Total		112	10,120	0,450		
Sex	masculin	52	9,170	0,590	3,842	>0,05
	feminin	60	10,930	0,660		
Total		112	10,120	0,450		
Situația economică	satisfăcătoare	30	11,330	0,180	2,675	>0.05
	nesatisfacat.	82	9,670	0,610		
Total		112	10,120	0,450		
Factori eredocolaterali	absenți	29	8,790	0,490	3,027	>0.05
	prezenți	83	10,580	0,580		
Total		112	10,120	0,450		
Statut social	angajat	31	9,260	0,590	1,374	>0.05
	neangajat	81	10,440	0,580		
Total		112	10,120	0,450		
Deprinderi dăunatoare	absente	65	11,480	0,580	13,896	<0,001
	prezente	47	8,230	0,630		
Total		112	10,120	0,450		
Diagnoza	degenerat.	82	10,460	0,580	1,612	>0.05
	posttraumat.	30	9,170	0,600		
Total		112	10,120	0,450		
Examen paraclinic	0,6-1,9 ani	22	8,910	0,780	2,879	>0.05
	2-3,9 ani	19	11,470	0,540		
	4-5,9 ani	30	12,200	0,770		
	6-7,9 ani	28	8,820	1,060		
	8-9,9 ani	7	7,290	2,710		
	>=10	6	9,170	2,510		
Total		112	10,120	0,450		
Radiologic	stadiu III	61	11,890	0,570	21,571	<0,001
	stadiu IV	51	8,000	0,610		
Total		112	10,120	0,450		
Ultrasonografic	leziune mm	69	9,780	0,270	0,866	>0,05
	leziune nerv	43	10,650	1,100		
Total		112	10,120	0,450		

Rezonanța magnetică	degenerativă	72	10,250	0,650	0,156	>0.05
	posttraumatic	40	9,880	0,490		
Total		112	10,120	0,450		
Autoevaluare	0-3	2	11,000	1,000	4,2	>0.05
	4-7	58	10,480	0,180		
	8-10	52	9,670	0,960		
Total		112	10,120	0,450		
Impotență funcțională	totală	1	12,000	0,000	0,78	>0.05
	medie	54	10,070	0,410		
	severă	57	10,120	0,810		
Total		112	10,120	0,450		
Durerea referată	absentă	9	5,000	0,000	6,081	<0.01
	moderată	60	10,500	0,180		
	prezentă	43	10,650	1,100		
Total		112	10,120	0,450		
Autoevaluarea funcției/ statutului	restricții 50%	53	10,470	0,320	0,55	>0.05
	restr.50-100%	59	9,800	0,810		
Total		112	10,120	0,450		
Autoevaluarea mersului	funcțional	9	12,000	0,000	1,49	>0.05
	cu sprijin	100	10,050	0,470		
	fotoliu rulant	3	6,670	6,670		
Total		112	10,120	0,450		
Prezența claudicației	moderat	70	10,710	0,170	2,95	>0,05
	pronunțat	42	9,120	1,170		
Total		112	10,120	0,450		
Urcatul scărilor	cu sprijin	95	11,220	0,400	46,875	<0,001
	imposibil	17	3,940	1,160		
Total		112	10,120	0,450		
		Dinamica calitatii vietii			F	P
		N	M	M		
Deplasare în interiorul locuinței	autonom	30	12,000	0,000	24,395	<0.001
	ajutorat	65	10,860	0,580		
	absent	17	3,940	1,160		
Total		112	10,120	0,450		
Deplasarea..în exteriorul locuinței	autonom	9	12,000	0,000	4,119	<0.05
	ajutorat	71	9,150	0,430		
	absent	32	11,720	1,210		
Total		112	10,120	0,450		
Abilitate ortostatică	menținută	20	10,500	0,110	7,178	<0.01
	dificilă	80	10,730	0,560		
	imposibilă	12	5,420	1,440		
Total		112	10,120	0,450		

Mobilitatea coloanei vertebrale	limitat 25-50%	70	9,690	0,450	1,507	>0,05
	limitat 50-100%	42	10,830	0,950		
Total		112	10,120	0,450		
Atitudine scoliotică	moderată	49	9,100	0,620	3,992	<0,05
	pronunțată	63	10,900	0,630		
Total		112	10,120	0,450		
Anteflexiuni	moderat	81	11,210	0,550	17,448	<0,001
	sever	31	7,260	0,500		
Total		112	10,120	0,450		
Inflexiuni laterale (limitări)	libere	9	12,000	0,000	8,826	<0,001
	moderate	72	11,110	0,620		
	severe	31	7,260	0,500		
Total		112	10,120	0,450		
Cifoza /lordoza	absentă	30	11,000	0,150	11,585	<0,001
	moderată	61	11,110	0,730		
	prezentă	21	5,950	0,540		
Total		112	10,120	0,450		
Coordonare / echilibru	acceptabil	39	11,230	0,130	8,488	<0,001
	moderat	51	10,780	0,860		
	sever	22	6,590	0,820		
Total		112	10,120	0,450		
Sindrom radicular	absent	58	9,360	0,290	1,51	>0,05
	moderat	23	11,040	0,660		
	pronunțat	31	10,840	1,460		
Total		112	10,120	0,450		
Sindrom radicular	absent	58	9,360	0,290	1,51	>0,05
	moderat	23	11,040	0,660		
	pronunțat	31	10,840	1,460		
Total		112	10,120	0,450		
Sindrom neurodistrofic	moderat	61	9,790	0,360	0,628	>0,05
	pronunțat	51	10,510	0,900		
Total		112	10,120	0,450		
Tonus muscular	moderat redus	64	10,500	0,340	0,955	>0,05
	sever redus	48	9,600	0,960		
Total		112	10,120	0,450		
Trofism muscular	moderat redus	62	10,840	0,260	3,21	>0,05
	sever redus	50	9,220	0,960		
Total		112	10,120	0,450		
Gradul spasticității	absent	39	9,620	0,430	0,784	>0,05
	moderat	61	10,620	0,750		
	pronunțat	12	9,170	1,240		
Total		112	10,120	0,450		

(ROT)	reflexe vii	49	9,690	0,340	2,41	>0,05
	reflexe abolite	62	10,290	0,760		
	patologice	1	20,000	0,000		
Total		112	10,120	0,450		
Prezența semnelor de elogare	absente	58	9,360	0,290	1,51	>0,05
	nesemnificativ	23	11,040	0,660		
	semnificativ	31	10,840	1,460		
Total		112	10,120	0,450		
Control sfincterian	fiziologic	54	8,670	0,490	7,056	<0,01
	diminuat	57	11,320	0,700		
	abolit	1	20,000	0,000		
Total		112	10,120	0,450		
Sindrom psiho-emoțional	absent	70	9,690	0,450	1,507	>0,05
	mediu	42	10,530	0,950		
Total		112	10,120	0,450		
Grad de socializare	deplin	9	12,000	0,000	1,018	>0,05
	limitat	93	9,840	0,540		
	nesemnificativ	10	11,000	0,000		
Total		112	10,120	0,450		
Grad de dizabilitate	moderat	101	9,930	0,490	1,541	>0,05
	sever	11	11,820	0,820		
Total		112	10,120	0,450		
Afectarea articulației colaterale	absente	31	13,670	0,860	34,037	<0,001
	prezente	81	8,680	0,440		
Total		112	10,120	0,450		
Maladii dismetabolice	absente	94	10,720	0,450	10,134	<0,01
	prezente	18	6,940	1,380		
Total		112	10,120	0,450		
Maladii endocrine	absente	95	10,730	0,460	11,03	<0,01
	prezente	17	6,710	1,290		
Total		112	10,120	0,450		
Maladii imune de sistem	absente	80	9,440	0,430	5,84	<0,05
	prezente	32	11,810	1,130		
Total		112	10,120	0,450		

Anexa 10. Rezultatele evaluării tratamentului ADT ale umărului.

Parametri	Gradație	Rezultate ef. maximă		Rezultate.ef. medie		Total		X2	P
		N	%	N	%	N	%		
Situția economică	satisfăcătoare	23	34,8			23	29,5	5,931	<0.05
	nesatisfăcătoare	43	65,2	12	100,0	55	70,5		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Factori eredocolaterali	absenți	34	51,5	1	8,3	35	44,9	7,654	<0.01
	prezenți	32	48,5	11	91,7	43	55,1		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Statut social	angajat muncă	16	24,2	2	16,7	18	23,1	0,469	>0.05
	dizabilitate	18	27,3	3	25,0	21	26,9		
	pensionar	32	48,5	7	58,3	39	50,0		
Total		66	100,0	12*	100,0	78	100,0		
Deprinderi dăunătoare	absente	45	57,7	1	8,3	44	66,7	14,156	<0.001
	prezente	33	42,3	11	91,7	22	33,3		
Total		78	100	12	100	66	100		
Diagnoza	degenerativă	40	60,6	11	91,7	51	65,4	4,328	<0.05
	posttraumatică	26	39,4	1	8,3	27	34,6		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Radiologic	stadiu II-III	29	43,9	2	16,7	31	39,7	3,154	>0.05
	stadiu III-IV	37	56,1	10	83,3	47	60,3		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Ultrasonografic	cu leziune	58	87,9	12	100,0	70	89,7	1,621	>0.05
	fără leziune	8	12,1			8	10,3		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Rezonanța magnetică	stadiu II-III	22	33,3	2	16,7	24	30,8	1,324	>0.05
	stadiu III-IV	44	66,7	10	83,3	54	69,2		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Factori de risc	fizici	63	95,5	11	91,7	74	94,9	0,299	>0.05
	psihici	3	4,5	1	8,3	4	5,1		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Defici.bilanț articular	mediu	14	21,2	1	8,3	15	19,2	1,084	>0.05
	pronunțat	52	78,8	11	91,7	63	80,8		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Deficit bilanț muscular	mediu	19	28,8			19	24,4	4,567	<0.05
	pronunțat	47	71,2	12	100,0	59	75,6		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Diformități articulare	absente	41	62,1	8	66,7	49	62,8	0,09	>0.05
	prezente	25	37,9	4	33,3	29	37,2		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Hipotrofie mm membr superior	medie	7	10,6			7	9,0	1,398	>0.05
	pronunțată	59	89,4	12	100,0	71	91,0		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Forța musculară	satisfăcătoare	21	31,8	2	16,7	23	29,5	1,121	>0.05
	nesatisfăcătoare	45	68,2	10	83,3	55	70,5		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Rezistența	satisfăcătoare	5	7,6			5	6,4	0,971	>0.05
	nesatisfăcătoare	61	92,4	12	100,0	73	93,6		

Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Intensitatea durerii	1-2 puncte	8	12,1	9	75,0	17	21,8	23,923	<0.001
	3-4 puncte	43	65,2	3	25,0	46	59,0		
	5-6 puncte	15	22,7			15	19,2		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Parametri	gradație	Rezultate ef.maxima		Rezultate ef. medie		Total		X2	P
		N	%	N	%	N	%		
Afectarea articulației contralaterale	absente	47	71,2			47	60,3	21,501	<0.001
	prezente	19	28,8	12	100,0	31	39,7		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Maladii dismetabolice	absente	46	69,7	1	8,3	47	60,3	15,965	<0.001
	prezente	20	30,3	11	91,7	31	39,7		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Maladii endocrine	absente	39	59,1	9	75,0	48	61,5	1,086	>0.05
	prezente	27	40,9	3	25,0	30	38,5		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Maladii imune de sistem	absente	65	98,5	9	75,0	48	61,5	0,184	>0.05
	prezente	1	1,5	3	25,0	30	38,5		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Modalitate de autoservire	ajutorat	43	65,2	10	83,3	53	67,9	1,541	>0.05
	autonom	23	34,8	2	16,7	25	32,1		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		
Scala Constant	1	15	22,7	3	25,0	18	23,1	0,22	>0.05
	2	36	54,5	7	58,3	43	55,1		
	3	15	22,7	2	16,7	17	21,8		
Total		66	100,0	12	100,0	78	100,0		

Anexa 11. Rezultatele evaluării tratamentului ADT ale genunchiului.

Parametri	Gradație	Total		rez.trat.bune		rez.trat.satisf.		X2	P
		N	%	N	%	N	%		
Situția economică	satisfăcătoare	28	25,9	22	31,4	6	15,8	3,137	>0.05
	nesatisfăcut.	80	74,1	48	68,6	32	84,2		
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0		
Factori eredocolaterali	absenți	28	25,9	24	34,3	4	10,5	7,24	<0.01
	prezenți	80	74,1	46	65,7	34	89,5		
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0		
Statut social	angajat	27	25,0	19	27,1	8	21,1	0,731	>0.05
	invalid	27	25,0	18	25,7	9	23,7		
	pensionar	54	50,0	33	47,1	21	55,3		
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0		
Deprinderi dăunătoare	absente	61	56,5	39	55,7	22	57,9	0,048	>0.05
	prezente	47	43,5	31	44,3	16	42,1		
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0		
Diagnoza	degenerativ	78	72,2	46	65,7	32	84,2	4,2	<0.05
	postraumatic	30	27,8	24	34,3	6	15,8		
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0		
Examenul radiologic	stadiu III	52	48,1	42	60,0	10	26,3	11,194	<0.01
	stadiu IV	56	51,9	28	40,0	28	73,7		
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0		
Ultrasonografic	stadiu III	52	48,1	42	60,0	10	26,3	11,194	<0.01
	stadiu IV	56	51,9	28	40,0	28	73,7		
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0		
Rezonanța magnetică	stadiu III	52	48,1	42	60,0	10	26,3	11,194	<0.01
	stadiu IV	56	51,9	28	40,0	28	73,7		
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0		
Factori de risc	fizici	106	98,1	68	97,1	38	100,0	1,106	>0.05
	psihici	2	1,9	2	2,9				
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0		
Deficit bilanț articular	mediu	19	17,6	17	24,3	2	5,3	6,148	<0.05
	pronunțat	89	82,4	53	75,7	36	94,7		
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0		
Deficit bilanț muscular	mediu	20	18,5	10	14,3	10	26,3	2,362	>0.05
	pronunțat	88	81,5	60	85,7	28	73,7		
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0		
Diformități articulare	absente	25	23,1	24	34,3	1	2,6	13,872	<0.001
	prezente	83	76,9	46	65,7	37	97,4		
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0		
Scurtare de membru inferior	nesemnificat.	32	29,6	31	44,3	1	2,6	20,495	<0.001
	semnificativă	76	70,4	39	55,7	37	97,4		
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0		
Hipotrofie mm. membrul inferior	medie	27	25,0	17	24,3	10	26,3	0,054	>0.05
	pronunțată	81	75,0	53	75,7	28	73,7		
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0		
Forța musculară	satisfăcătoare	35	32,4	21	30,0	14	36,8	0,526	>0.05
	nesatisfăcut.	73	67,6	49	70,0	24	63,2		
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0		
Rezistența musculară	satisfăcător	15	13,9	6	8,6	9	23,7	4,703	<0.05
	nesatisfăcător	93	86,1	64	91,4	29	76,3		
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0		

Claudicație x22		absentă	4	3,7	4	5,7			5,011	>0.05
		medie	36	33,3	19	27,1	17	44,7		
		pronunțată	68	63,0	47	67,1	21	55,3		
Total			108	100,0	70	100,0	38	100,0		
Parametri funcționali		Total	Rezultate maxime		Reztrate medii			X2	P	
			N	%	N	%	N			%
Tulburări de mers	simetric	6	5,6	5	7,1	1	2,6	0,955	>0.05	
	asimetric	102	94,4	65	92,9	37	97,4			
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0			
Particularități mersului	sprijin.baston	19	17,6	5	7,1	14	36,8	26,548	<0.001	
	cârje axilare	29	26,9	14	20,0	15	39,5			
	cârje cubitale	47	43,5	40	57,1	7	18,4			
	fotoliu rulant	13	12,0	11	15,7	2	5,3			
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0			
Distanța parcursă	distanțe mari	1	0,9	1	1,4			2,086	>0.05	
	distanțe medii	59	54,6	35	50,0	24	63,2			
	pat-scaun	48	44,4	34	48,6	14	36,8			
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0			
Intensitatea durerii	1-2 puncte	1	0,9	1	1,4			17,684	<0.01	
	3-4 puncte	20	18,5	10	14,3	10	26,3			
	5-6 puncte	19	17,6	16	22,9	3	7,9			
	7-8 puncte	45	41,7	22	31,4	23	60,5			
	9-10 puncte	23	21,3	21	30,0	2	5,3			
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0			
Afectarea art. contralaterale	absente	16	14,8	10	14,3	6	15,8	0,044	>0.05	
	prezente	92	85,2	60	85,7	32	84,2			
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0			
Maladii dismetabolic	absente	100	92,6	70	100,0	30	78,9	15,916	<0.001	
	prezente	8	7,4			8	21,1			
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0			
Maladii endocrine	absente	80	74,1	59	84,3	21	55,3	10,803	<0.01	
	prezente	28	25,9	11	15,7	17	44,7			
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0			
Maladii imune	absente	94	87,0	61	87,1	33	86,8	0,002	P= 0,96 >0.05	
	prezente	14	13,0	9	12,9	5	13,2			
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0			
Modalitate autoservire	supravegheat	79	73,1	49	70,0	30	78,9	1,004	>0.05	
	nesupravegheat	29	26,9	21	30,0	8	21,1			
Total		108	100,0	70	100,0	38	100,0			

Anexa 12. Rezultatele evaluării tratamentului ADT ale șoldului.

Parametri funcționali		Total		Rezultate maxime		Rezultate medii		X2	P
		N	%	N	%	N	%		
Situația economică	satisfăcătoare	16	21,3	14	27,5	2	8,3	3,554	>0.05
	nesatisfăcătoare	59	78,7	37	72,5	22	91,7		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Factori eredocolater	absenți	17	22,7	16	31,4	1	4,2	6,891	<0.01
	prezenți	58	77,3	35	68,6	23	95,8		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Statut social	angajat	26	34,7	25	49,0	1	4,2	38,551	<0.001
	dizabilitate	16	21,3	16	31,4				
	pensionar	33	44,0	10	19,6	23	95,8		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Deprinderi dăunătoare	Absente	37	49,3	25	49,0	12	50,0	0,006	>0.05
	Prezente	38	50,7	26	51,0	12	50,0		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Diagnoza	degenerativ-trof	47	62,7	24	47,1	23	95,8	16,595	<0.001
	postraumatică	28	37,3	27	52,9	1	4,2		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Examenul radiologic	stadiu III	32	42,7	29	56,9	3	12,5	13,13	<0.001
	stadiu IV	43	57,3	22	43,1	21	87,5		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Ultrasonografic	stadiu III	32	42,7	29	56,9	3	12,5	13,13	<0.001
	stadiu IV	43	57,3	22	43,1	21	87,5		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Rezonanță magnetică	stadiu III	33	44,0	30	58,8	3	12,5	14,213	<0.001
	stadiu IV	42	56,0	21	41,2	21	87,5		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Factori de risc	fizici	75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Deficit de bilanț articular	mediu	5	6,7	3	5,9	2	8,3	0,158	>0.05
	pronunțat	70	93,3	48	94,1	22	91,7		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Deficit de bilanț muscular	mediu	15	20,0	13	25,5	2	8,3	3,002	>0.05
	pronunțat	60	80,0	38	74,5	22	91,7		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Diformități articulare	absente	36	48,0	24	47,1	12	50,0	0,057	>0.05
	prezente	39	52,0	27	52,9	12	50,0		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Scurtare..de membru inferior	nesemnificativ	5	6,7	3	5,9	2	8,3	0,158	>0.05
	semnificativ	70	93,3	48	94,1	22	91,7		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Hipotrofie mm. membrul inferior	medie	4	5,3	2	3,9	2	8,3	0,629	>0.05
	pronunțată	71	94,7	49	96,1	22	91,7		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Forța musculară	satisfăcătoare	24	32,0	22	43,1	2	8,3	9,085	<0.01
	nesatisfăcătoare	51	68,0	29	56,9	22	91,7		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Rezistența musculară	satisfăcătoare	14	18,7	2	3,9	12	50,0	22,823	<0.001
	nesatisfăcătoare	61	81,3	49	96,1	12	50,0		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		

Claudicație	absentă	4	5,3	2	3,9	2	8,3	0,642	>0.05
	medie	33	44,0	23	45,1	10	41,7		
	pronunțată	38	50,7	26	51,0	12	50,0		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Parametri funcționali		Total		Rezultate ef. Maxime		Rezultate ef. Minime		X2	P
		N	%	N	%	N	%		
Tulburări de mers	simetric	14	18,7	12	23,5	2	8,3	2,482	>0.05
	asimetric	61	81,3	39	76,5	22	91,7		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Particularitățile mersului	sprijin baston	14	18,7	2	3,9	12	50,0	35,609	<0.001
	cârje axilare	12	16,0	12	23,5				
	cârje cubitale	21	28,0	21	41,2				
	fotoliu rulant	28	37,3	16	31,4	12	50,0		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Distanța parcursă	distanțe med	37	49,3	25	49,0	12	50,0	0,006	>0.05
	pat-scaun	38	50,7	26	51,0	12	50,0		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Intensitatea durerii	3-4 puncte	4	5,3	2	3,9	2	8,3	7,605	>0.05
	5-6 puncte	11	14,7	11	21,6				
	7-8 puncte	22	29,3	12	23,5	10	41,7		
	9-10 puncte	38	50,7	26	51,0	12	50,0		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Afect articulației contralaterale	0	25	33,3	25	49,0			17,647	<0.001
	1	50	66,7	26	51,0	24	100,0		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Maladii dismetabolice	0	54	72,0	30	58,8	24	100,0	13,725	<0.001
	2	21	28,0	21	41,2				
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Maladii endocrine	0	53	70,7	29	56,9	24	100,0	14,65	<0.001
	3	22	29,3	22	43,1				
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Maladii imune de sistem	0	68	90,7	45	88,2	23	95,8	1,113	>0.05
	4	7	9,3	6	11,8	1	4,2		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		
Modalități de autoservire	supravegheat	58	77,3	36	70,6	22	91,7	4,137	<0.05
	nesupravegheat	17	22,7	15	29,4	2	8,3		
Total		75	100,0	51	100,0	24	100,0		

Anexa 13. Rezultatele evaluării tratamentului ADT ale coloanei vertebrale.

Parametri funcționali		Total		Rezultate ef. maximă		Rezultate ef. medie		X2	P
		N	%	N	%	N	%		
Factori eredocolaterali	absenți	29	25,9	20	24,7	9	29,0	0,22	>0.05
	prezenți	83	74,1	61	75,3	22	71,0		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Status social	angajat	31	27,7	22	27,2	9	29,0	0,039	>0.05
	neangajat	81	72,3	59	72,8	22	71,0		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Deprinderi dăunătoare	absente	65	58,0	50	61,7	15	48,4	1,639	>0.05
	prezente	47	42,0	31	38,3	16	51,6		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Diagnoza	degenerativ	82	73,2	60	74,1	22	71,0	0,11	>0.05
	posttraumatic	30	26,8	21	25,9	9	29,0		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Radiologic	stadiu III	61	54,5	52	64,2	9	29,0	11,179	<0.01
	stadiu IV	51	45,5	29	35,8	22	71,0		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Ultrasonografic	leziuni mm.	69	61,6	50	61,7	19	61,3	0,002	>0.05
	leziuni neurv.	43	38,4	31	38,3	12	38,7		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Rezonanța magnetică	idiopatică	72	64,3	50	61,7	22	71,0	0,834	>0.05
	posttraumatică	40	35,7	31	38,3	9	29,0		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Autoevaluarea durerii	0-3 puncte	2	1,8	2	2,5			8,116	<0.05
	4-7 puncte	58	51,8	48	59,3	10	32,3		
	8-10 puncte	52	46,4	31	38,3	21	67,7		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Impotența funcțională	absolută	1	0,9	1	1,2			18,695	<0.001
	relativă	54	48,2	49	60,5	5	16,1		
	severă	57	50,9	31	38,3	26	83,9		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Durerea referată	absentă	9	8,0			9	29,0	27,152	<0.001
	moderat	60	53,6	50	61,7	10	32,3		
	Prezentă	43	38,4	31	38,3	12	38,7		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Autoevaluarea funcției	restricții 50%	53	47,3	50	61,7	3	9,7	24,367	<0.001
	50-100%	59	52,7	31	38,3	28	90,3		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Autoevaluarea mersului	funcțional	9	8,0	9	11,1			5,81	>0.05
	sprijinit	100	89,3	71	87,7	29	93,5		
	fotoliu rulant	3	2,7	1	1,2	2	6,5		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Prezența claudicației	moderat	70	62,5	60	74,1	10	32,3	16,726	<0.001
	pronunțat	42	37,5	21	25,9	21	67,7		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		

Urcatul scărilor		sprijinit	95	84,8	80	98,8	15	48,4	44,196	<0.001
		imposibil	17	15,2	1	1,2	16	51,6		
Total			112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Deplasarea în interiorul locuinței	autonom	30	26,8	30	37,0			49,656	<0.001	
	ajutorat	65	58,0	50	61,7	15	48,4			
	lipsa	17	15,2	1	1,2	16	51,6			
Total			112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Deplasarea în exteriorul locuinței	autonom	9	8,0	9	11,1			4,17	>0.05	
	ajutorat	71	63,4	51	63,0	20	64,5			
	lipsa	32	28,6	21	25,9	11	35,5			
Total			112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Abilitatea ortostatică	menținută	20	17,9	20	24,7			32,486	<0.001	
	dificilă	80	71,4	60	74,1	20	64,5			
	imposibilă	12	10,7	1	1,2	11	35,5			
Total			112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Parametri funcționali			Total		Rezultate ef. maxima		Rezultate ef. medie		X2	P
			N	%	N	%	N	%		
Mobilitatea coloanei	limitat25-50%	70	62,5	60	74,1	10	32,3	16,726	<0.001	
	limit 50-100%	42	37,5	21	25,9	21	67,7			
Total			112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Atitudine scolioțică	moderată	49	43,8	39	48,1	10	32,3	2,3	>0.05	
	pronunțată	63	56,3	42	51,9	21	67,7			
Total			112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Antiflexiuni	moderat	81	72,3	71	87,7	10	32,3	34,37	<0.001	
	sever	31	27,7	10	12,3	21	67,7			
Total			112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Inflexiuni laterale	libere	9	8,0	9	11,1			35,141	<0.001	
	moderat	72	64,3	62	76,5	10	32,3			
	sever	31	27,7	10	12,3	21	67,7			
Total			112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Accentuarea cifozei	absentă	30	26,8	30	37,0			70,233	<0.001	
	moderată	61	54,5	51	63,0	10	32,3			
	prezentă	21	18,8			21	67,7			
Total			112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Coordonare și echilibru	acceptabil	39	34,8	39	48,1			67,071	<0.001	
	moderat	51	45,5	41	50,6	10	32,3			
	sever	22	19,6	1	1,2	21	67,7			
Total			112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Sindromul radicular (senzitiv)	absent	58	51,8	39	48,1	19	61,3	5,213	>0.05	
	moderat	23	20,5	21	25,9	2	6,5			
	pronunțat	31	27,7	21	25,9	10	32,3			
Total			112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Sindromul radicular (motorii)	absent	58	51,8	39	48,1	19	61,3	5,213	>0.05	
	moderat	23	20,5	21	25,9	2	6,5			
	pronunțat	31	27,7	21	25,9	10	32,3			
Total			112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Sindrom neurodistrofic	moderat	61	54,5	50	61,7	11	35,5	6,226	<0.05	
	pronunțat	51	45,5	31	38,3	20	64,5			
Total			112	100,0	81	100,0	31	100,0		

Tonus muscular	moderat redus	64	57,1	60	74,1	4	12,9	34,258	<0.001
	sever redus	48	42,9	21	25,9	27	87,1		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Trofica musculară	moderat redus	62	55,4	60	74,1	2	6,5	41,484	<0.001
	sever redus	50	44,6	21	25,9	29	93,5		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Gradul spasticității	absent	39	34,8	30	37,0	9	29,0	1,935	>0.05
	moderat	61	54,5	41	50,6	20	64,5		
	pronunțat	12	10,7	10	12,3	2	6,5		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Reflectivitate (ROT)	reflexe vii	49	43,8	40	49,4	9	29,0	4,392	>0.05
	reflexe abolite	62	55,4	40	49,4	22	71,0		
	patologice	1	0,9	1	1,2				
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Prezența semnelor de elongare	absente	58	51,8	39	48,1	19	61,3	5,213	>0.05
	nesemnificat.	23	20,5	21	25,9	2	6,5		
	semnificativ	31	27,7	21	25,9	10	32,3		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Control sfincterian	fiziologic	54	48,2	30	37,0	24	77,4	14,717	<0.01
	diminuat	57	50,9	50	61,7	7	22,6		
	abolit	1	0,9	1	1,2				
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Sindrom psihoemoțional	absent	70	62,5	60	74,1	10	32,3	16,726	<0.001
	medii	42	37,5	21	25,9	21	67,7		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Gradul socializării	deplin	9	8,0	9	11,1			8,757	<0.05
	limitat	93	83,0	62	76,5	31	100,0		
	nesemnificativ	10	8,9	10	12,3				
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Parametri funcționali		Total		Rezultate maxime		Rezultate medii		X2	P
		N	%	N	%	N	%		
Gradul dizabilitate	moderat	101	90,2	70	86,4	31	100,0	4,668	<0.05
	sever	11	9,8	11	13,6				
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Afecțiuni art. contralaterale	absente	31	27,7	30	37,0	1	3,2	12,804	<0.001
	prezente	81	72,3	51	63,0	30	96,8		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Maladii dismetabolice	absente	94	83,9	71	87,7	23	74,2	3,012	>0.05
	prezente	18	16,1	10	12,3	8	25,8		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Maladii endocrine	absente	95	84,8	71	87,7	24	77,4	1,824	>0.05
	prezente	17	15,2	10	12,3	7	22,6		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		
Maladii imune de sistem	absente	80	71,4	61	75,3	19	61,3	2,159	>0.05
	prezente	32	28,6	20	24,7	12	38,7		
Total		112	100,0	81	100,0	31	100,0		

Anexa 14. Corelația și regresia. statistică în degenerescențele articulațiilor mari

Tabelul 14.1. Corelația și regresia statistică în ADT ale umărului (cvp_j)

		x07	x08	x16	x22	x23v1	x23v2
cvp1	Pearson Corr	-0,082	-,333**	,519**	-,604**	0,145	0,092
	Sig. (2-tailed)	0,475	0,003	0,000	0,000	0,206	0,426
cvp2	Pearson Corr	-,487**	-0,211	,403**	-,226*	-,326**	,478**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,064	0,000	0,047	0,004	0,000
cvp3	Pearson Corr	-0,076	,737**	-,322**	-0,023	-0,041	-,424**
	Sig. (2-tailed)	0,509	0,000	0,004	0,845	0,720	0,000
cvp4	Pearson Corr	0,027	,355**	-0,156	-,447**	0,086	,522**
	Sig. (2-tailed)	0,814	0,001	0,172	0,000	0,456	0,000
cvp5	Pearson Corr	-0,029	-0,209	0,120	-,275*	,370**	,315**
	Sig. (2-tailed)	0,803	0,066	0,293	0,015	0,001	0,005
cvp6	Pearson Corr	,502**	-0,143	-0,078	-,620**	,817**	0,100
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,211	0,500	0,000	0,000	0,382
cvp7	Pearson Corr	0,092	,313**	0,193	-,513**	,469**	0,065
	Sig. (2-tailed)	0,424	0,005	0,091	0,000	0,000	0,572
cvp8	Pearson Corr	0,124	0,123	,294**	-,391**	,552**	-0,186
	Sig. (2-tailed)	0,281	0,283	0,009	0,000	0,000	0,103
	N	78	78	78	78	78	78

**. Corelație semnificativă de la nivel 0.01.

*. Corelație semnificativă de la nivel 0.05.

Tabelul.14.2. Tabelul de corelație specific pacienților cu artroza umărului

		y07	y08	y16		y22	y23v1	y23v2
cvs1	Pearson Corr	-0.105	0.074	-,536**		-,328**	-,361**	-0.033
	Sig. (2-tailed)	0.361	0.518	0.000		0.003	0.001	0.775
cvs2	Pearson Corr	-0.110	,239*	-,568**		-,318**	-,625**	-0.098
	Sig. (2-tailed)	0.336	0.035	0.000		0.004	0.000	0.392
cvs3	Pearson Corr	-0.186	0.043	-,714**		-,244*	-,304**	-0.126
	Sig. (2-tailed)	0.102	0.706	0.000		0.032	0.007	0.273
cvs4	Pearson Corr	-,313**	-,388**	-0.213		-,390**	-0.111	-0.065
	Sig. (2-tailed)	0.005	0.000	0.061		0.000	0.333	0.571
cvs5	Pearson Corr	-0.122	0.009	-,287*		-,393**	-,357**	-,752**
	Sig. (2-tailed)	0.286	0.940	0.011		0.000	0.001	0.000
cvs6	Pearson Corr	-,299**	-,316**	-,576**		-0.187	-,243*	-,466**
	Sig. (2-tailed)	0.008	0.005	0.000		0.101	0.032	0.000
cvs7	Pearson Corr	0.172	-0.080	-0.107		-0.176	-0.047	-,365**
	Sig. (2-tailed)	0.133	0.484	0.350		0.122	0.683	0.001
cvs8	Pearson Corr	-0.085	-,372**	0.028		-,319**	0.209	-0.029
	Sig. (2-tailed)	0.457	0.001	0.810		0.004	0.066	0.800
	N	78	78	78		78	78	78

**. Corelația este semnificativă la nivelul 0.01

*. Corelația este semnificativă la nivelul 0.05

Tabelul 14.3. Indicatorii de regresie dependentă variabilele CV/x_j, ADT umăr, faza primară

cvp1		cvp2		cvp3		cvp4		cvp5		cvp6		cvp7		cvp8			
	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B		
Const.	4.211	0.000	4.430	0.000	2.970	0.000	4.651	0.000	3.510	0.000	3.528	0.000	1.857	0.032	0.784	0.222	
x07	-0.102	0.192	-0.557	0.000	-0.503	0.000	-0.441	0.000	-0.277	0.032	0.188	0.016	-0.558	0.003	-0.197	0.157	
x08	-0.138	0.038	0.048	0.591	1.060	0.000	0.529	0.000	-0.125	0.246	-0.263	0.000	1.040	0.000	0.513	0.000	
x16	0.696	0.000	0.128	0.303	0.069	0.598	-0.496	0.000	-0.097	0.509	-0.069	0.432	1.090	0.000	1.338	0.000	
x22	-0.583	0.000	-0.317	0.000	-0.267	0.001	-0.339	0.000	-0.062	0.480	-0.270	0.000	-0.677	0.000	-0.423	0.000	
x23v1	-0.052	0.461	-0.260	0.009	-0.037	0.725	0.045	0.640	0.449	0.000	0.691	0.000	0.870	0.000	0.883	0.000	
x23v2	-0.193	0.000	0.178	0.000	-0.241	0.000	0.394	0.000	0.149	0.009	-0.008	0.809	-0.116	0.153	-0.386	0.000	
R	,871 ^a	,771 ^a		,857 ^a		,835 ^a		,560 ^a		,902 ^a		,808 ^a		,851 ^a			
DW	2.103	1.555		1.682		1.581		1.799		1.447		2.080		1.818			
F	37.234	,000 ^b	17.333	,000 ^b	32.615	,000 ^b	27.246	,000 ^b	5.413	,000 ^b	51.469	,000 ^b	22.299	,000 ^b	30.982	,000 ^b	
I												II				III	

Tabelul.14.4. Indicatorii de regresie specifici dependenței variabilelor CV/x_j, ADT umăr

	cvs1		cvs2		cvs3		cvs4		cvs5		cvs6		cvs7		cvs8		
	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B		
Const.	5.558	0.000	5.088	0.000	6.041	0.000	6.035	0.000	5.967	0.000	6.511	0.000	4.761	0.000	5.095	0.000	
y07	0.247	0.122	0.278	0.065	0.184	0.192	-0.081	0.500	0.127	0.069	0.085	0.275	0.492	0.002	0.061	0.664	
y08	0.055	0.712	0.248	0.076	-0.029	0.822	-0.316	0.006	-0.216	0.001	-0.502	0.000	-0.344	0.016	-0.371	0.006	
y16	-0.912	0.000	-1.039	0.000	-1.270	0.000	-0.179	0.190	-0.201	0.012	-0.653	0.000	-0.241	0.162	0.013	0.938	
y22	-0.136	0.146	0.054	0.533	-0.071	0.388	-0.243	0.001	-0.430	0.000	-0.031	0.494	-0.265	0.003	-0.515	0.000	
y23v1	-0.223	0.210	-0.987	0.000	-0.132	0.400	0.253	0.062	0.120	0.123	-0.061	0.480	0.207	0.220	0.902	0.000	
y23v2	0.029	0.669	0.076	0.240	-0.023	0.707	-0.127	0.017	-0.624	0.000	-0.268	0.000	-0.308	0.000	-0.206	0.001	
R	,621a		,797a		,735a		,591a		,944a		,849a		,591a		,699a		
DW	1.505		1.446		1.414		1.841		1.643		1.187		1.349		1.495		
F	7.422 ,000 ^b		20.579 ,000 ^b		13.916 ,000 ^b		6.361 ,000 ^b		96.652 ,000 ^b		30.502 ,000 ^b		6.338 ,000 ^b		11.300 ,000 ^b		
			II				III			I							

Tabel 14.5 Corelația statistică în ADT coloana vertebrală (cvp_j)

		x06	x07	x15	x43v1	x43v2
cvp1	Pearson Correlation	-,579**	,138	-,588**	,406**	,038
	Sig. (2-tailed)	,000	,146	,000	,000	,688
cvp2	Pearson Correlation	-,611**	,048	-,493**	,060	,286**
	Sig. (2-tailed)	,000	,617	,000	,530	,002
cvp3	Pearson Correlation	-,524**	,271**	-,562**	,311**	,182
	Sig. (2-tailed)	,000	,004	,000	,001	,054
cvp4	Pearson Correlation	-,754**	,335**	-,384**	-,011	,061
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,906	,526
cvp5	Pearson Correlation	-,587**	,222*	-,542**	-,016	,086
	Sig. (2-tailed)	,000	,019	,000	,864	,368
cvp6	Pearson Correlation	-,129	-,126	-,010	,430**	-,386**
	Sig. (2-tailed)	,174	,184	,919	,000	,000
cvp7	Pearson Correlation	-,398**	-,082	-,432**	,223*	,069
	Sig. (2-tailed)	,000	,388	,000	,018	,473
cvp8	Pearson Correlation	-,467**	-,161	-,558**	,385**	,454**
	Sig. (2-tailed)	,000	,090	,000	,000	,000
	N	112	112	112	112	112

** . Corelația este semnificativă la nivelul 0.01

* . Corelația este semnificativă la nivelul 0.05

Tabelul 14.6. Corelația în ADT coloana vertebrală cvs_j

		y06	y07	y15	y43v1	y43v2
cvp1	Pearson Correlation	-,483**	,045	-,477**	-,017	-,565**
	Sig. (2-tailed)	,000	,638	,000	,857	,000
cvp2	Pearson Correlation	-,521**	-,064	-,483**	-,072	-,677**
	Sig. (2-tailed)	,000	,500	,000	,449	,000
cvp3	Pearson Correlation	-,476**	,206*	-,351**	,090	-,399**
	Sig. (2-tailed)	,000	,029	,000	,344	,000
cvp4	Pearson Correlation	-,524**	,266**	-,205*	-,133	-,404**
	Sig. (2-tailed)	,000	,005	,030	,163	,000
cvp5	Pearson Correlation	-,460**	,298**	-,273**	-,094	-,373**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,004	,327	,000
cvp6	Pearson Correlation	-,566**	,394**	-,316**	-,123	-,567**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,198	,000
cvp7	Pearson Correlation	-,296**	-,010	-,448**	,141	-,529**
	Sig. (2-tailed)	,002	,917	,000	,138	,000
cvp8	Pearson Correlation	-,500**	,072	-,283**	,298**	-,172
	Sig. (2-tailed)	,000	,453	,002	,001	,070
	N	112	112	112	112	112

** . Corelația este semnificativă la nivelul 0.01

* . Corelația este semnificativă la nivelul 0.05

Tabelul 14.7. Regresia statistică în coloana vertebrală cvp_j

	cvp1		cvp2		cvp3		cvp4		cvp5		cvp6		cvp7		cvp8	
	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	
Const	3,830	,000	4,627	,000	2,625	,000	4,670	,000	5,108	,000	3,063	,000	4,102	,000	3,564	,000
x06	-,649	,000	-,742	,000	-,092	,401	-1,052	,000	-,488	,009	-,981	,000	-,521	,008	-,419	,001
x07	,374	,009	-,204	,114	,465	,000	,105	,274	,278	,066	-,269	,074	-,202	,204	-,324	,002
x15	-,431	,002	-,167	,176	-,436	,000	,114	,214	-,552	,000	,648	,000	-,202	,185	-,337	,001
x43v1	,779	,000	,102	,379	,445	,000	,066	,447	-,100	,462	,671	,000	,265	,067	,720	,000
x43v2	,027	,715	,166	,016	,124	,010	-,138	,007	-,063	,426	-,365	,000	,056	,502	,560	,000
R	,767 ^a		,669 ^a		,759 ^a		,782 ^a		,657 ^a		,650 ^a		,513 ^a		,856 ^a	
DW	2,146		1,480		1,924		1,547		1,921		1,931		1,739		2,351	
F	30,359	,000 ^b	17,155	,000 ^b	28,822	,000 ^b	33,274	,000 ^b	16,104	,000 ^b	15,550	,000 ^b	7,557	,000 ^b	58,365	,000 ^b

Tabelul 14.8 Regresia statistică în ADT coloana vertebrală cvs_j

	cvs1		cvs2		cvs3			cvs4		cvs5		cvs6		cvs7		cvs8	
	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.		B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	
Const	6,877	,000	8,398	,000	5,139	,000		6,621	,000	5,859	,000	5,141	,000	3,933	,000	4,341	,000
y06	-,668	,000	-1,137	,000	-,752	,005		-1,103	,000	-,675	,003	-,661	,000	-,163	,344	-,747	,000
y07	-,013	,930	-,482	,000	,524	,049		,172	,413	,601	,009	,684	,000	,182	,293	-,092	,590
y15	-,417	,001	-,284	,007	-,286	,172		-,112	,501	-,498	,006	-,275	,012	-,193	,159	,143	,290
y43v1	-,766	,000	-1,013	,000	-,149	,667		-,751	,007	-,889	,004	-,573	,002	,058	,797	,447	,047
y43v2	-,360	,008	-,648	,000	-,598	,014		-,508	,008	-,283	,171	-,680	,000	-,597	,000	-,241	,119
R	,741a		,857a		,599a			,673a		,639a		,831a		,592a		,543a	
DW	2,187		1,815		2,148			2,146		2,158		1,911		2,084		2,007	
F	25,836	,000 ^b	58,740	,000 ^b	11,874	,000 ^b		17,588	,000 ^b	14,631	,000 ^b	47,296	,000 ^b	11,422	,000 ^b	8,867	,000 ^b

Tabelul 14.9. Corelația statistică în ADT genunchi cvp_j

		x07	x08	x15	x26	x27v1	x27v2
cvp1	Pearson Correlation	-,127	-,127	,025	-,316**	,068	-,129
	Sig. (2-tailed)	,192	,192	,795	,001	,485	,184
cvp2	Pearson Correlation	-,196*	-,196*	-,043	-,047	,234*	-,086
	Sig. (2-tailed)	,042	,042	,662	,631	,015	,376
cvp3	Pearson Correlation	-,192*	-,192*	,102	,094	-,024	-,080
	Sig. (2-tailed)	,047	,047	,293	,334	,808	,409
cvp4	Pearson Correlation	-,251**	-,202*	,017	-,398**	,364**	-,101
	Sig. (2-tailed)	,009	,037	,861	,000	,000	,301
cvp5	Pearson Correlation	-,100	-,145	-,208*	-,344**	,404**	-,142
	Sig. (2-tailed)	,305	,135	,031	,000	,000	,144
cvp6	Pearson Correlation	-,083	-,052	,092	-,281**	,075	-,104
	Sig. (2-tailed)	,392	,596	,342	,003	,440	,285
cvp7	Pearson Correlation	-,232*	-,095	-,062	-,068	-,004	,118
	Sig. (2-tailed)	,016	,329	,527	,487	,969	,225
cvp8	Pearson Correlation	-,039	,037	-,255**	-,017	-,121	,051
	Sig. (2-tailed)	,686	,707	,008	,860	,210	,603
	N	108	108	108	108	108	108

** . Corelația este semnificativă la nivelul 0.01

* . Corelația este semnificativă la nivelul 0.05

Tabelul 14.10. Corelația statistică în ADT genunchi cvs_j

		y07	y08	y15	y26	y28v1	y28v2
cvs1	Pearson Correlation	-0,249	-0,279	-0,282	-0,579	0,331	. ^b
	Sig. (2-tailed)	,009	,003	,003	,000	,000	
cvs2	Pearson Correlation	-0,236	-0,306	-0,272	-0,495	0,324	. ^b
	Sig. (2-tailed)	,014	,001	,004	,000	,001	
cvs3	Pearson Correlation	-,177	-0,275	-,117	-0,592	0,285	. ^b
	Sig. (2-tailed)	,067	,004	,227	,000	,003	
cvs4	Pearson Correlation	-0,206	-0,279	-0,231	-0,445	0,306	. ^b
	Sig. (2-tailed)	,032	,003	,016	,000	,001	
cvs5	Pearson Correlation	-,087	-,147	-,074	-0,426	,024	. ^b
	Sig. (2-tailed)	,371	,129	,449	,000	,804	
cvs6	Pearson Correlation	-0,2	-0,274	-,098	-0,39	,094	. ^b
	Sig. (2-tailed)	,038	,004	,314	,000	,332	
cvs7	Pearson Correlation	-0,276	-0,3	-0,402	-0,398	,121	. ^b
	Sig. (2-tailed)	,004	,002	,000	,000	,211	
cvs8	Pearson Correlation	-,049	-,144	-,123	-,103	-,145	. ^b
	Sig. (2-tailed)	,616	,136	,205	,289	,133	
	N	108	108	108	108	108	108

**. Corelația este semnificativă la nivelul 0.01

*. Corelația este semnificativă la nivelul 0.05

Tabelul 14.11. Regresia statistică în ADT genunchi cvp_j

	cvp1		cvp2		cvp3		cvp4		cvp5		cvp6		cvp7		cvp8	
	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	
Const	4,126	,000	3,294	,000	2,944	,000	4,280	,000	4,124	,000	3,309	,000	3,475	,000	3,859	,000
x07	-,092	,646	-,206	,238	-,228	,207	-,290	,106	,003	,990	-,052	,744	-,441	,019	-,222	,412
x08	-,244	,230	-,204	,249	-,189	,302	-,286	,116	-,305	,126	-,069	,669	-,072	,702	,071	,795
x15	,319	,166	-,244	,221	,152	,462	,118	,564	-,610	,007	,369	,044	-,135	,523	-,776	,013
x26	-,307	,001	,038	,611	,045	,556	-,296	,000	-,154	,068	-,225	,001	-,063	,428	,042	,718
x27v1	-,123	,612	,545	,011	-,077	,725	,608	,006	1,113	,000	-,088	,648	-,110	,624	-,221	,500
x27v2	-,082	,605	-,095	,490	-,077	,588	-,044	,756	-,190	,222	-,070	,580	,287	,053	,206	,337
R	,383 ^a		,345 ^a		,259 ^a		,556 ^a		,563 ^a		,353 ^a		,309 ^a		,291 ^a	
DW	1,372		1,495		1,704		1,716		2,002		1,705		2,032		1,463	
F	2,895	,012 ^b	2,271	,043 ^b	1,210	,307 ^b	7,523	,000 ^b	7,830	,000 ^b	2,402	,033 ^b	1,776	,111 ^b	1,563	,166 ^b

Tabelul 14.12. Regresia statistică în ADT ale genunchilor cvs_j

	cvs1		cvs2		cvs3		cvs4		cvs5		cvs6		cvs7		cvs8	
	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	
Const	5,290	,000	5,393	,000	5,070	,000	5,197	,000	5,228	,000	5,387	,000	5,449	,000	4,846	,000
y07	-,087	,531	-,057	,760	-,045	,785	-,035	,852	-,036	,877	-,162	,397	-,127	,504	,073	,789
y08	-,207	,126	-,359	,050	-,355	,027	-,325	,074	-,249	,274	-,384	,040	-,304	,100	-,365	,167
y15	-,038	,797	-,131	,509	,426	,015	-,086	,664	,515	,039	,359	,077	-,465	,022	-,066	,818
y26	-,364	,000	-,360	,000	-,572	,000	-,311	,001	-,586	,000	-,386	,000	-,203	,030	-,120	,364
y28v1	,402	,010	,556	,008	,242	,180	,505	,015	-,339	,190	-,107	,610	,179	,392	-,514	,087
R	,641 ^a		,584 ^a		,661 ^a		,531 ^a		,474 ^a		,469 ^a		,512 ^a		,245 ^a	
DW	1,665		1,192		1,886		1,214		1,309		1,466		1,279		1,213	
F	14,194	,000 ^b	10,573	,000 ^b	15,814	,000 ^b	8,008	,000 ^b	5,919	,000 ^b	5,740	,000 ^b	7,250	,000 ^b	1,304	,268 ^b

Tabelul 14.13 Corelația statistică în ADT ale șoldului cvp_j

		x07	x08	x15	x26	x27v1	x27v2
cvp1	Pearson Correlation	-,213	-,018	-,515**	-,479**	,093	-,268*
	Sig. (2-tailed)	,067	,877	,000	,000	,428	,020
cvp2	Pearson Correlation	-,278*	-,015	-,550**	-,387**	,049	-,173
	Sig. (2-tailed)	,016	,896	,000	,001	,677	,139
cvp3	Pearson Correlation	-,176	-,239*	-,630**	-,614**	-,052	-,026
	Sig. (2-tailed)	,130	,039	,000	,000	,655	,822
cvp4	Pearson Correlation	,227	-,176	-,152	-,361**	-,264*	,202
	Sig. (2-tailed)	,050	,132	,194	,001	,022	,082
cvp5	Pearson Correlation	,567**	-,111	-,089	-,454**	-,204	,207
	Sig. (2-tailed)	,000	,344	,449	,000	,079	,075
cvp6	Pearson Correlation	,347**	-,254*	-,216	-,575**	-,421**	,371**
	Sig. (2-tailed)	,002	,028	,063	,000	,000	,001
cvp7	Pearson Correlation	,174	-,531**	-,177	-,594**	-,205	,155
	Sig. (2-tailed)	,135	,000	,128	,000	,077	,183
cvp8	Pearson Correlation	,091	-,263*	-,256*	-,528**	-,044	-,011
	Sig. (2-tailed)	,436	,022	,027	,000	,705	,924
	N	75	75	75	75	75	75

** . Corelația este semnificativă la nivelul 0.01

* . Corelația este semnificativă la nivelul 0.05

Tabelul 14.14. Corelația statistică în ADT ale șoldului cvs_j

		y07	y08	y15	y26	y28v1	y28v2
cvs1	Pearson Correlation	-,565**	,283*	-,283*	-,036	-,172	,119
	Sig. (2-tailed)	,000	,014	,014	,761	,140	,309
cvs2	Pearson Correlation	-,261*	,202	-,202	-,405**	-,228*	,222
	Sig. (2-tailed)	,024	,083	,083	,000	,050	,056
cvs3	Pearson Correlation	,039	,180	-,180	-,215	-,319**	,362**
	Sig. (2-tailed)	,737	,122	,122	,063	,005	,001
cvs4	Pearson Correlation	,262*	-,403**	-,160	-,594**	-,689**	,667**
	Sig. (2-tailed)	,023	,000	,171	,000	,000	,000
cvs5	Pearson Correlation	,208	-,215	-,349**	-,582**	-,552**	,448**
	Sig. (2-tailed)	,073	,064	,002	,000	,000	,000
cvs6	Pearson Correlation	,496**	-,103	-,336**	-,406**	-,468**	,344**
	Sig. (2-tailed)	,000	,381	,003	,000	,000	,003
cvs7	Pearson Correlation	,515**	,011	-,011	-,426**	-,303**	,337**
	Sig. (2-tailed)	,000	,928	,928	,000	,008	,003
cvs8	Pearson Correlation	,031	-,065	,065	-,350**	-,421**	,355**
	Sig. (2-tailed)	,795	,580	,580	,002	,000	,002
	N	75	75	75	75	75	75

** . Corelația este semnificativă la nivelul 0.01

* . Corelația este semnificativă la nivelul 0.05

b. Nu poate fi computed deoarece cel puțin una din variabile nu este constantă.

Tabelul 14.15. Regresia statistică ADT ale șoldului cvp2

	cvp1		cvp2		cvp3		cvp4		cvp5		cvp6		cvp7			cvp8	
	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.		B	
Const	6,604	,000	6,059	,000	7,107	,000	3,841	,000	2,270	,001	3,991	,000	5,257	,000		4,079	,000
y07	-,275	,234	-,218	,349	,052	,777	,387	,158	1,486	,000	,597	,005	,269	,310		,216	,417
y08	,902	,003	,349	,235	-,186	,422	,673	,052	1,058	,000	1,304	,000	-,781	,021		,053	,874
y16	,156	,756	-,789	,123	-1,275	,002	,156	,792	-,066	,885	,502	,263	,169	,769		,267	,646
y26	-,836	,000	-,354	,017	-,321	,007	-,522	,003	-,709	,000	-,969	,000	-,603	,000		-,641	,000
y27v1	-2,082	,000	-1,101	,006	-,542	,084	-1,278	,007	-1,104	,002	-2,171	,000	-,285	,522		-,729	,107
y27v2	-1,123	,000	-,555	,002	-,308	,027	-,399	,051	-,409	,010	-,590	,000	-,291	,141		-,492	,015
R	,765 ^a		,638 ^a		,757 ^a		,536 ^a		,817 ^a		,832 ^a		,715 ^a			,602 ^a	
DW	1,922		1,519		1,876		2,227		1,706		2,083		2,148			2,140	
F	16,032	,000 ^b	7,792	,000 ^b	15,230	,000 ^b	4,557	,001 ^b	22,764	,000 ^b	25,552	,000 ^b	11,882	,000 ^b		6,458	,000 ^b

Tabelul 14.16. Regresia statistică ADT ale șoldului cvs

	cvs1		cvs2		cvs3		cvs4		cvs5		cvs6		cvs7		cvs8	
	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.	B	
Const	5,801	,000	5,816	,000	3,344	,000	5,104	,000	6,238	,000	3,833	,000	1,344	,132	3,037	,000
y07	-,998	,000	-,908	,000	-,089	,545	-,089	,606	,049	,787	1,434	,000	,958	,001	-,517	,021
y08	,717	,000	,639	,000	,673	,000	,009	,960	,218	,223	,470	,004	,746	,008	,604	,007
y15	,012	,904	,081	,404	,042	,767	-,068	,682	-,805	,000	-1,385	,000	-,074	,784	,479	,026
y26	-,252	,001	-,677	,000	-,014	,892	-,201	,100	-,436	,001	,207	,072	-,198	,313	-,229	,141
y28v1	-,712	,000	,011	,944	-,482	,046	-,437	,123	-1,024	,001	-2,116	,000	-,201	,657	-,607	,093
y28v2	-,074	,335	,057	,457	,132	,240	,181	,174	-,412	,004	-,825	,000	,155	,467	,162	,337
R	,860 ^a		,853 ^a		,591 ^a		,722 ^a		,748 ^a		,862 ^a		,617 ^a		,569 ^a	
DW	1,894		1,872		1,833		1,875		2,054		2,072		2,033		1,883	
F	32,137	,000 ^b	30,390	,000 ^b	6,093	,000 ^b	12,318	,000 ^b	14,431	,000 ^b	32,815	,000 ^b	6,980	,000 ^b	5,426	,000 ^b

Republica Moldova
Agenția de Stat pentru
Proprietatea Intelectuală

**BREVET
DE INVENȚIE
DE SCURTĂ DURATĂ**

Nr. 853

Eliberat în temeiul Legii nr. 50/2008 privind protecția invențiilor

Titlul: Metodă de tratament al contracturii spastice

Titular: CIMIL Anișoara, MD

Data depozit: 2014.03.10
Durata brevetului: 6 ani

Descrierea invenției, revendicările și desenele constituie parte integrantă a prezentului brevet de invenție de scurtă durată

Director General

CHISINAU



Anexa 16. Certificat de inovație „Registru informațional și sistemul computerizat reabilitare
ortopedică funcțională și complexă,,



**Anexa 17. Propunere de implementare a rezultatelor cercetării științifice înaintată către
Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova „Registru informațional
și sistemul computerizat „reabilitare ortopedică, funcțională-complexă**

	INSTITUȚIA PUBLICĂ UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE "NICOLAE TESTEMIȚANU" DIN REPUBLICA MOLDOVA BĂNĂȚĂȚI, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE 660-2008, mun. Chișinău, str. V. Alecsandri, 3 Nr. de intrare « 21 » 02 2019
MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE AL REPUBLICII MOLDOVA <i>Propunere de implementare a rezultatelor cercetării științifice, rezultate din teza de doctorat a competitorului Cimil Anișoarăcu tema: Managementul reabilitării bolnavilor cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari. 331.03 Medicină Socială și Management.</i> În scopul desăvârșirii procesului de monitorizare medico-socială a nosologiei locomotorii în vederea asigurării calității și accesibilității serviciului de Reabilitare, propunem spre promovare un model de Registru electronic pentru implementare și utilizare la nivel național, sub prototipul brevetului de invenție certificat și brevetat cu titlul de: „Registru informațional și sistemul computerizat „ortopedo-reabilitare funcțională și complexă””. Proiectul versiunii electronice al registrului informațional reprezentat print-un cadru statistic de monitorizare a subiecților diagnosticați cu maladii ortopedice, poate servi în calitate de instrument observațional, prin integrarea și stocarea datelor informative în vederea condiției de sănătate și monitorizarea siguranței și eficienței serviciului medical acordat. Prin însușirea sistemului informațional de a corespunde necesităților sociale, avântând actul medical prin sporirea siguranței/calității acestuia și păstrarea confidențialității datelor medicale asigurate prin acces electronic la informații doar de către utilizatorii autorizați sau unitățile sanitare ce relaționează informațional, se propun următoarele componente principale: de accesare, unitate de control și subsistem dirijat, de ieșire, feedback-ul și subsistemul de control. Modul colectării datelor medico-sociale proprii pacientului urmează a fi dirijat prin aplicarea consecutivă pe diviziuni structurale prin interacțiune între subsistemul de dirijare și subsistemul dirijat-recunoașterea pacientului recuperat. Aplicarea sistemului informațional ar oferi posibilitatea înregistrării de către utilizator a unui număr infinit de pacienți, comasând și procesând informația în diverse instituții medicale: - înregistrarea fișei de evaluare cu date de caracter personal; - înregistrarea datelor anamnestice (etiopatologie, ereditate, comorbidități); - înregistrarea evaluării condiției psihosomatice și funcționalității locomotorului; - evidența independenței medico-sociale, și incluziunii socio-profesionale; - dinamica indicilor calității vieții, evaluate prin intermediul aplicării scalelor de relevanță internațională. Accesul în aplicație urmează a fi inițiat prin conectarea „sistemul de accesare” a PC, de identificare a pacientului, obținând următoarele rezultate: 1. Diagnosticul clinico-funcțional al condiției de sănătate a pacientului de profil ortopedic. 2. Evaluare aspectelor medico-sociale specifice pacientului. 3. Estimarea parametrilor funcționali apreciați prin modalități clinice-paraclinice, precum și aplicarea scalelor conform nosologiei topografice caracteristice.	



INSTITUȚIA PUBLICĂ
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"NICOLAE TESTEMIȚANU" DIN REPUBLICA MOLDOVA

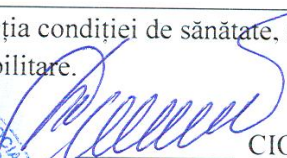
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
Chigîndu, str. V. Alecsandri, 2

21 02 2019

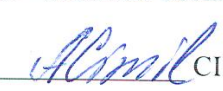
4. Evaluarea performanțelor funcționale pe direcția condiției de sănătate, acordate beneficiarilor curăției la diverse etape de reabilitare.

Conducător științific:




CIOCANU Mihail,
doctor habilitat în științe medicale,
conferențiar universitar,
331.03 – Medicină Socială și Management

Doctorand


CIMIL Anișoara

Anexa 18. Certificat de inovator „Eficiența economică și socio-medicală a Managementului
reabilitării bolnavilor cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulațiilor mari,,


MINISTERUL EDUCAȚIEI, CULTURII ȘI CERCETĂRII AL REPUBLICII MOLDOVA


Academia de Studii Economice
din Moldova


Centrul de Inovare
și Transfer Tehnologic



CERTIFICAT de INOVATOR

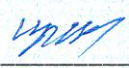
Pentru inovația cu titlul
Eficiența economică și socio-medicală a Managementului
reabilitării bolnavilor cu afecțiuni degenerative și
posttraumatice a articulațiilor mari

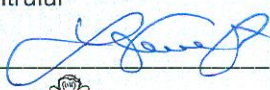
19.06.2018

Inovația a fost înregistrată la data de _____
la Academia de Studii Economice din Moldova

Se recunoaște calitatea de autor(i)

CIMIL Anișoara

Rector ASEM
Dr. hab., prof. univ., academician 
Grigore BELOSTECINIC

Directorul Centrului
Dr. conf. univ. 
Lilia SARGU




Nr.85

Data eliberării:
20.06.2018



Anexa 20. Certificat de inovație „Metoda de evaluare a reabilitării funcționale a membrului superior la bolnavii de profil traumatologic și ortopedic,,



DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Cimil Anișoara _____

(semnătura)

Data: 30.03.2019

CURRICULUM VITAE

Date personale

Nume și prenume: CIMIL ANIȘOARA

Data și locul nașterii: 13.02.75, orașul Bălți

Situația familială: căsătorită, 2 copii

Studii: Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu,,

Formarea profesională:

1998 - Diplomă de licență, facultatea Medicină Generală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu,,.

2001 - Diplomă de Rezidențiat Medicină internă, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu,,.

2005 - Diplomă de Secundariat clinic Terapie Manuală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu,,.

Activitatea profesională și administrativă:

2002 - 2011 Centru Republican Experimental de Protezare Ortezare și Reabilitare, medic reabilitolog.

2011 – 2019 Instituția Medico- Sanitară Publică Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie, medic reabilitolog, șef secție Reabilitare Funcțională în Traumatologie și Ortopedie.

Lista lucrărilor științifice, științifico-metodice

- în reviste din bazele de date Web of Science și SCOPUS

1. **Cimil A.** The cost-utility economic analysis of the efficiency of medical rehabilitation in locomotor diseases. In: Knowledge Horizons – Economics. vol.10, n.4, 2018. Pro Universitaria, 18-25. P-ISSN: 2069 - 0932, E-ISSN: 2066 – 1061.

-în reviste din Registrul Național al revistelor de profil, cu indicarea categoriei categoria B

2. **Cimil A.** Managementul tratamentului de recuperare al pacienților după artroplastie de șold. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. Chișinău 2014, 2 (43) 2014, p. 54-56. ISSN 1857-001.

3. Caproș N., **Cimil A.**, Bodiul A. ș.a., Scolioza adultului: particularități clinico-diagnostice și tratament complex. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. Chișinău, 2014, 2 (43), p. 19-23. ISSN 1857-001.

4. **Cimil A.** Impact of medical rehabilitation on quality of life in degenerative and posttraumatic conditions of the humeral joint: retrospective, descriptive study. In: Moldovan Journal Health Sciences, Chișinău 2018, 4 (18), ISSN 2537-6373.

- categoria C

5. **Cimil A.** Reglementarea juridică a serviciului reabilitare medicală în Republica Moldova. În: Revista Națională de Drept. Chișinău, 2017, 11, p. 29-33. ISSN 1811-0770.

6. **Cimil A.** Caun E. Rolul kinetoterapiei și al electromiostimulării corective în recuperarea și reintegrarea funcțională a amputaților. În: Știința Culturii Fizice. Chișinău, 2009, 3(3), p.80-84. ISSN 2537-6438.

• Articole în culegeri științifice- în lucrările conferințelor științifice internaționale

7. **Cimil A.** Dinamica calității vieții în reabilitarea osteoartrozei articulațiilor portante. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale 16-17 noiembrie 2018. Chișinău, Centrul Editorial-Poligrafic Medicina 2018, p. 212-218. ISBN 978-9975-82-119-3.

8. **Cimil A.** Management of rehabilitation on patients with large joints degeneration disease.

In: Balneo reasearch journal, Bucharest, 2018, vol 9, n. 2, p.162. ISSN 2069 - 7597, eISSN 2069 - 7619.

- în lucrările conferințelor științifice naționale

9. **Cimil A., Tintiuc D., Caproș N.** Managementul contemporan în tratamentul de recuperare al pacienților de profil ortopedic. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2014, 2 (53), p. 89-92. ISSN 1729-8687.

10. **Cimil A.** Brevet de invenție „Metodă de tratament al contracturii spastice”. MD 853 Z 2015.07.31 BOPI nr. 12/2014.

Cunoașterea limbilor:

Română, Engleză, Rusă.

Date de contact

Tel. mob. (373 79) 03-89-39

e-mail: docim@mail.ru; cimil.anisoara@gmail.com.