BRONHOPNEUMOPATIA OBSTRUCTIVĂ CRONICĂ CA CAUZĂ DE INCAPACITATE TEMPORARĂ DE MUNCĂ

Diana CONDRAȚCHI, Constantin MARTÎNIUC, dr. hab. în şt. med., conf. cerc.
Serghei PISARENCO, dr. hab. în şt. med., conf. univ.

IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, Chişinău

e-mail: diana7.7@mail.ru

Rezumat

Scopul: Evaluarea asocierii BPOC cu incapacitatea temporară de muncă.

Materiale şi metode: Analiza publicațiilor ştiințifice selectate din bazele de date medicale (MEDLINE, EMBASE, etc.).

Rezultate şi concluzii: BPOC este cauză principala a morbidității şi dizabilității la nivel mondial, ceea ce duce la daune socio-economice semnificative. Pentru evaluarea maladiei, prognosticului clinic şi al capacității de muncă, respectiv pentru determinarea termenilor optimali ai incapacității temporare de muncă, este necesară examinarea completă şi la timp a pacienților.

Cuvinte-cheie: BPOC, exacerbare, incapacitatea temporară de muncă, criteriile, termenii orientativi, expertiza.

Summary. Chronic obstructive pulmonary disease as a cause of temporary disability

Purpose: Assess the association of COPD with temporary disability.

Material and methods: Analysis of scientific publications selected from medical information databases (MEDLINE, EMBASE, etc.).

Results and conclusion: COPD is the leading cause of morbidity and disability worldwide, which leads to significant socio-economic damage. To assess the disease, clinical and labor prognosis, determine the optimal timing of temporary disability, you need a timely comprehensive examination of patients.

Key-words: COPD, exacerbation, temporary disability, criteria, indicative dates, expertise.

Резюме. Хроническая обструктивная болезнь легких как причина временной нетрудоспособности

Цель: Оценить связь ХОБЛ с временной нетрудоспособностью.

Материал и методы: Анализ научных публикаций, отобранных из баз данных медицинской информации (MEDLINE, EMBASE и др.).

Результаты и выводы: ХОБЛ на сегодня ведущая причина заболеваемости и нетрудоспособности по всему миру, которая ведет к значительному социально-экономическому ущербу. Для оценки заболевания, клинического и трудового прогноза, определения оптимальных сроков временной нетрудоспособности, необходимо своевременное комплексное обследование больных.

Ключевые слова: ХОБЛ, обострение, временная нетрудоспособность, критерии, ориентировочные сроки, экспертиза.

Introducere. Bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) este una dintre cele mai semnificative și răspândite patologii ale sistemului respirator. Conform rezultatelor studiului epidemiologic GARD (Global Alliance against Respiratory Diseases/Alianța globală pentru combaterea bolilor respiratorii cronice), la pacienții care au prezentat simptome respiratorii sau factori de risc, criteriile spirometrice sugestive pentru BPOC au fost apreciate în 21,8% cazuri [39]. BPOC este una din cauzele principale a morbidității și mortalității în întreaga lume, ceea ce duce la impact economic și social semnificativ și în creștere.

Scopul. Evaluarea asocierii BPOC cu incapacitatea temporară de muncă.

Materiale și metode. Analiza experienței personale, datelor statistice oficiale (www.statistica.md, www.who.int) și publicațiilor științifice selectate din bazele de date medicale (MEDLINE, EMBASE etc.).

Rezultate și discuții. BPOC este o boală care poate fi prevenită și tratată, caracterizată prin limitarea persistentă a debitului fluxului aerian, care de obicei progresează și este asociată cu un răspuns inflamator cronic exagerat al plămânilor la acțiunea particulelor sau gazelor patogene. La o serie de pacienți, exacerbările și comorbiditățile pot afecta și agrava severitatea BPOC [9].

Rapoarte limitate privind cheltuielile medicale directe pentru BPOC menționează despre faptul că peste 80% din finanțe alocate pentru BPOC sunt destinate îngrijirilor spitalicești, și mai puțin de 20% pentru îngrijiri de ambulator. S-a constatat că 73% din costuri sunt orientate pentru 10% dintre pacienți cu evoluție severă a maladiei. [9].

Principalele simptome ale BPOC sunt dispnee cronică și progresivă, tuse productivă cu expectorații, expresivitatea cărora poate varia de la o zi la alta [5, 13]. Respirația șuierătoare și gena toracică sunt relativ neobișnuite pentru BPOC, la fel pot varia de la o zi la alta, inclusiv și pe parcursul unei zile.

Conform manifestărilor clinice, se cunosc două faze principale evolutive ale BPOC, și anume, faza cu evoluție controlată (stabilă) și faza cu evoluție necontrolată a maladiei. Evoluția stabilă este o stare când progresia bolii poate fi detectată numai prin observare dinamică a pacientului pe termen lung, iar expresivitatea simptomelor nu se schimbă semnificativ în câteva săptămâni sau chiar luni. Evoluția necontrolată se caracterizează prin exacerbări frecvente, progresia simptomelor clinice și afectarea funcției respiratorii. Intervalul dintre exacerbări ale BPOC se numește remisie, care se caracterizează prin simptome zilnice stabile [31].

În BPOC, este de așteptat la o deteriorare graduală treptată a funcției pulmonare, chiar și pe fundalul unui tratament optimal, iar decizia pacientului de a solicita asistență medicală este de obicei determinată de impactul simptomelor cronice asupra vieții cotidiene sau în cadrul exacerbării.

Conceptul de „exacerbare" a BPOC, prezentat de inițiativa globală privind bronhopneumopatia obstructivă cronică (GOLD 2014), este definită după cum urmează: „un eveniment în cursul natural al bolii, caracterizat printr-o schimbare a nivelului zilnic de dispnee, tuse și/sau spută, care diferă de fluctuațiile cotidiene obișnuite, debutul este acut și poate necesita modificări în tratamentul de fond al bolii" [6].

Exacerbările reprezintă evenimente importante în evoluția bolii, deoarece: afectează negativ calitatea vieții pacientului [14, 26]; agravează simptomele și funcția pulmonară, iar revenirea la nivelul inițial poate dura câteva săptămâni [25]; accelerează ritmul de scădere a funcției pulmonare [4, 12]; sunt asociate cu o mortalitate semnificativă, în special la cei care necesită spitalizare; sunt cauza dizabilității și costu-

rilor socio-economice semnificative [28]. Acestea pot fi declanşate de diferiţi factori care se pot suprapune la acelaşi pacient. Factorul principal care conduce la exacerbarea procesului este impactul infecţiilor bacteriene şi/sau virale ai arborelui bronşic [1, 41].

Pacienţii sunt expuşi la dezvoltarea exacerbărilor BPOC în mod diferit. Cei care raportează despre două sau mai multe exacerbări ale BPOC per an sunt deseori definiţi ca fenotip „pacient cu exacerbări frecvente" [24]. Este importantă înţelegerea că o pondere semnificativă de pacienţi cu BPOC sunt supuşi exacerbărilor frecvente ale bolii [18, 21, 29, 30].

Semnele fizicale de limitare a vitezei fluxului de aer sunt de obicei absente până în momentul apariţiei afectărilor semnificative a funcţiei pulmonare [15, 17]. Odată cu dezvoltarea ultimei, se observă paliditatea tegumentelor sau colorarea în nuanţă cenuşie (datorată cianozei difuze), prelungirea expirului, participarea musculaturii auxiliare în respiraţie, apariţia fluctuaţiilor semnificative ale presiunii intratoracice (colapsul venelor cervicale, retragerea spaţiilor intercostale în timpul inspirului, înfundarea spaţiilor intercostale în timpul expirului), mărirea diametrului anteroposterior al cutiei toracice.

Spirometria este o metodă obiectivă şi accesibilă pentru măsurarea limitărilor fluxului de aer. În timpul spirometriei, se evaluează volumul expirator forţat în prima secundă (FEV_1) şi capacitatea pulmonară forţată (FVC).

Despre prezenţa limitărilor cronice a fluxului de aer sau a obstrucţiei cronice ne sugerează reducerea raportului post-bronhodilaţional FEV_1/FVC sub 70% din valoarea prezisă. În cazul manevrei realizate corect, indicele post-bronhodilatator FEV_1, permite evaluarea stării permeabilităţii bronşice şi a variabilităţii acesteia. Cu toate acestea, trebuie remarcat faptul că în perioada de exacerbare, spirometria este frecvent dificil de realizat, iar calculule efectuate nu sunt suficient de precise [11].

Conform datelor bodypletismografiei, în afară de reducerea fluxului expirator care poate fi evident în timpul exacerbării, se mai poate înregistra creşterea expresivităţii hiperinflaţiei şi „capcanelor de aer", ceea ce contribuie la creşterea şi mai mare a dispneei [20]. Totodată, se depistează dezechilibru al raportului ventilaţie-perfuzie (VA/Q), ceea ce cauzează hipoxemie severă [2].

Se disting trei grade de severitate a exacerbărilor, şi anume uşoare, moderate şi severe. În exacerbări uşoare, pacientul necesită fortificare a volumului de terapie care poate fi realizată de sinestătător. În exacerbări cu severitate moderată, pacientul are nevoie de fortificarea volumului de terapie aplicată, urmată de consultaţia medicului. În caz de exacerbare severă se produce deteriorare evidentă şi/sau rapidă a stării pacientului, cu necesitatea spitalizării.

Într-o serie de cazuri, se mai disting exacerbări foarte severe şi extrem de severe a BPOC. În aceste situaţii, se înregistrează participarea în respiraţie a musculaturii auxiliare, mişcări paradoxale ale toracelui, apariţia sau agravarea cianozei centrale şi a edemelor periferice.

Exacerbările contribuie la creşterea frecvenţei şi numărului spitalizărilor, accelerează reducerea volumului expirator forţat în 1 secundă, în mod semnificativ reduc calitatea vieţii, diminuează capacitatea de muncă, sporesc costurile tratamentului, măresc mortalitatea.

Conceptele de boală şi de dizabilitate nu sunt identice. Persoana bolnavă nu întotdeauna prezintă criterii de dizabilitate. Medicul determină dizabilitatea unui anumit pacient pe baza criteriilor medicale şi sociale a capacităţii de muncă[1].

Criteriul medical al dizabilităţii include diagnosticul clinic complet stabilit în termeni oportuni, cu considerarea modificărilor morfologice, severităţii şi caracterului bolii, prezenţei decompensării şi stadiilor acesteia, complicaţiilor, precum şi definiţia prognosticului clinic[2] [38]. Criteriul social al capacităţii de muncă determină prognosticul de muncă pentru o anumită boală, o anumită funcţie a pacientului şi condiţiile sale de muncă.

Decizia de recunoaştere că angajatul prezintă criterii de incapacitate temporară de aşi exercita activitatea şi obligaţiile sale de muncă, sunt bazate pe datele oficiale în documentaţia medicală primară - notificări care confirmă incapacitatea temporară al pacientului: rezultatele examinării clinice, examenele de laborator şi instrumental şi, la necesitate, consultaţii specialiştilor, inclusiv şi în dinamică (conform standardelor medicale).

La pacienţii cu BPCO fără insuficienţă respiratorie, în stadiu de remisie, dizabilitatea poate fi păstrată; pentru aceşti pacienţi este eligibilă o gamă largă de activităţi în condiţii favorabile. Tratamentul acestui grup de pacienţi se efectuează în general în condiţii de ambulator, fără a perfecta certificatul de concediu medical (numit în unele ţări certificat de dizabilitate). Cu toate acestea, odată cu exacerbarea bolii, apare necesitatea de a perfecta astfel de certificat.

---

[1] Certificatul se eliberează doar în cazurile în care salariatul pierde temporar capacitatea de aşi exercita funcţiile şi obligaţiunile de serviciu.

[2] Diagnosticul clinic complet al BPOC ţine cont de severitatea obstrucţiei bronşice (I-IV), expresivitatea simptomelor clinice (CAT, mMRC, CCQ), grupul clinic (A-D), frecvenţa exacerbărilor, fenotipul, faza evolutivă, prezenţa şi caracterul complicaţiilor, prezenţa şi natura bolilor asociate şi complicaţiilor.

Criteriile pentru pierderea capacității de muncă în BPOC sunt următoarele: maladie în faza de exacerbare; apariția sau agravarea insuficienței respiratorii și a insuficienței cardiace; apariția complicațiilor acute (insuficiență respiratorie și/sau cardiacă acută, pneumonie, pneumotorace spontan, etc.) [37].

În opinia noastră, ca și incapacitate temporară de muncă la pacienții cu BPOC trebuie interpretată o schimbare reversibilă a stării de sănătate datorată exacerbării bolii, atunci când, pe motiv de dispnee angajatul își pierde temporar capacitatea de a-și îndeplini activitatea și atribuțiile de funcție.

Pacienții cu exacerbări ușoare pot fi tratați în condiții de ambulator. Pacienții cu exacerbări de severitate moderată, de regulă, ar trebui să fie spitalizați în secții specializate.

Indicațiile pentru dirijarea pacienților către secții specializate sunt: creșterea semnificativă a severității simptomelor (de exemplu, apariția dispneei în repaus); lipsa eficacității tratamentului aplicat în ambulator; apariția simptomelor noi (de exemplu, cianoză, edeme periferice); maladii concomitente severe (pneumonie, tulburări de ritm cardiac, insuficiență cardiacă congestivă, diabet, insuficiență renală și hepatică); tulburări de ritm cardiac apărute pentru prima dată; pacient vârstnic și senil; incapacitatea de a oferi asistență medicală calificată în condiții de ambulator; dificultăți de diagnostic [3, 7, 8].

În cazul exacerbărilor severe ale BPOC, pacienții adesea sunt spitalizați în unitatea de terapie intensivă, indicații pentru care servesc: dispnee severă, care nu cedează pe tratament cu bronhodilatatoare; dereglări de conștiință, coma; hipoxemie progresivă, hipercapnie și/sau acidoză respiratorie, în ciuda terapiei cu oxigen și a ventilației neinvazive [7, 8].

Durata incapacității temporare de muncă este influențată de manifestările clinice și particularitățile evolutive a BPOC (de severitatea și frecvența exacerbărilor), gradul de insuficiență respiratorie și cardiovasculară, severitatea tulburărilor obstructive, complicații, boli concomitente, oportunitatea adresării la medic, termeni de spitalizare, eficacitatea tratamentului, vârsta și profesia pacientului.

Stabilirea faptului de incapacitate temporare de muncă are implicații juridice și financiare importante, deoarece garantează cetățeanului eliberarea de la locul de muncă[3] și obținerea indemnizațiilor din fondurile asigurărilor sociale de stat obligatorii. Din acest motiv, în unele țări în suportul medicului au fost elaborate termeni orientativi de incapacitate temporară de muncă pe baza analizelor aprofundate a datelor clinice și statistice (fără considerarea profesiei/ocupațiilor) pentru cele mai frecvente boli (în conformitate cu rubricile CIM-10)[4], inclusiv și pentru boli respiratorii.

De exemplu, în Federația Rusă, termenii orientativi de incapacitate temporară de muncă în timpul exacerbării (J 44.8) în cazul bronșitei cronice astmatice (obstructive) constituie 14-20 zile (cu posibilitatea de a referi pacientul pentru expertiza medico-socială ținând cont de condițiile de muncă) [34].

În lucrările dedicate în mod special BPOC, autorii ruși, recomandă alți termeni de incapacitate temporară de muncă ținând cont de gravitatea exacerbării bolii. De exemplu, unii [40] dintre ei consideră că, în exacerbări ușoare termenii de incapacitate de muncă constituie 10-14 zile, în exacerbări moderate - 14-18 zile și exacerbări severă - 28-42 zile. Alții [37] în exacerbări ușoare recomandă o perioadă de incapacitate de muncă de 10-12 zile, pentru exacerbări moderate - 20-21 zile, pentru exacerbări severe - 21-28 zile și pentru exacerbări extrem de severe - mai mult de 28 de zile. Conform opiniei ultimelor, termenii de incapacitate temporară de muncă în cadrul exacerbărilor BPOC, nu depășesc 35 de zile, incluzând termenii de tratament în staționar de până la 23 de zile. În cazul prezenței complicațiilor ale BPOC la pacienții cu boli concomitente ale sistemului cardiovascular, neuropsihic, durata totală a incapacității temporară crește până la 40 de zile, incluzând termenii de tratament în staționar - până la 32 de zile.

Acești termeni sunt comparabili cu durata incapacității temporare de muncă, care au fost recunoscute ca fiind optimali pentru exacerbarea bronșitei obstructive cronice (491,2) încă la mijlocul anilor ’90. În cazul insuficienței respiratorii de gradul I-II (apariția dispneei în cazul activităților fizice sporite sau obișnuite), termenii recomandați de incapacitate temporară de muncă în acea perioadă a fost de 14-18 zile. În cazul insuficienței respiratorii de gradul II-III (dispnee la efort fizic obișnuit sau în repaus) perioada de incapacitate temporară a fost de 17-35 de zile [35].

În Republica Belarus, în cazul exacerbării (J 44) bronșitei cronice cu evoluție ușoară, perioada de incapacitate temporară de muncă până nu demult a fost de 8-10 zile, în evoluție moderată a constituit 14-16 zile, în evoluție severă - 16-18 zile, inclusiv 8-10 zile pentru tratament în staționar [36]. În ultimii ani, termenii orientativi de dizabilitate temporară de muncă în timpul exacerbării (J 44) bronșitei astmatice cronice (obstructive) sunt puțin majorate și variază între 15 și 21 de zile [33].

În cazul exacerbării BPOC, savanții din Belarus remarcă faptul că termenii dizabilității temporare de muncă depind de severitatea acesteia. În exacerbare

[3] cu prescripția unui anumit tip de regim medical și de protecție.

[4] în Federația Rusă până în 1999, în conformitate cu rubricile CIM-9.

ușoară, acestea nu depășesc 10 zile, în moderată - sunt de 14-16 zile, și pe fondalul insuficienței respiratorii existente – se majorează până la 16-18 zile. În exacerbări severe, termenii corespunzători sunt de 20-25 de zile, iar în insuficiență respiratorie concomitentă, acestea cresc cu încă 5-7 zile [32].

Ca și criteriu de recuperare a capacității de muncă este menționată revenirea manifestărilor clinice ale bolii, a datelor de laborator și a indicatorilor funcției respiratorii la nivelul inițial.

Prelungirea termenilor de incapacitate temporară de muncă depinde de forma clinică a BPOC, de caracterul evoluției (cu recurențe rare, frecvent recidivantă), de severitatea tulburărilor obstructive, de gradul de tulburări funcționale ale sistemului respirator și cardiovascular, de prezența complicațiilor și a bolilor asociate, precum și de vârstă. De regulă, cu avansarea modificărilor morfologice (pneumoscleroză marcată, emfizem pulmonar etc.), cresc și deficiențele funcționale ale sistemelor respirator și cardiovascular [37].

Termenii minimali și optimali de incapacitate temporară de muncă poartă caracter de recomandare. Creșterea sau reducerea lor semnificativă (cu 30% sau mai mult) ar trebui să servească drept motiv pentru o evaluare obiectivă a calității și eficienței îngrijirii medicale oferite pacientului [42].

În Republica Moldova, durata concediului medical acordat unui pacient pe motiv de BPOC (*din cauza lipsei termenilor aprobați de către ministerul de profil privind dizabilitate temporară pentru cele mai frecvente boli*) este determinat pe baza Protocoalelor clinice și a Standardelor de diagnostic și tratament aprobate de Ministerul Sănătății [22, 23, 27].

În același timp, procedura de eliberare a concediului medical este reglementată de acte normative, conform cărora certificatul de concediu medical în caz de boală este acordat pacientului pe întreaga perioadă de tratament, până la recuperare[5], în caz că există indicații pentru reabilitare cu păstrarea capacității de muncă persoanei asigurate [10, 16, 19].

Concluzie

BPOC reprezintă și azi principala cauză de morbiditate și dizabilitate în întreaga lume, ceea ce duce la impact socio-economic semnificativ. Pentru a determina volumul, locul, termenii pentru abord terapeutic și de recuperare, stabilirea dizabilității temporare și duratei optimale a ultimei, este necesară evaluarea oportună completă a pacientului cu evaluarea integrală a impactului BPOC pe un anumit pacient, cu evaluarea prognosticului clinic și a capacității de muncă.

[5] însă pentru o perioadă nu mai mare de 210 de zile.

Bibliografie

1. Ball P. *Epidemiology and treatment of chronic bronchitis and its exacerbations.* Chest 1995;108(3):43-52.

2. Barbera JA, Roca J, Ferrer A, et al. *Mechanisms of worsening gas exchange during acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease.* Eur Respir J 1997;10:1285-91.

3. Celli B.R, MacNee W. and committee members. *Standards for diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of ATS/ERS position paper.* Eur Respir J 2004, Vol 23, №6, p. 932–946.

4. Donaldson GC, Seemungal TA, Bhowmik A, Wedzicha JA. *Relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease.* Thorax 2002;57:847-52.

5. Espinosa de los Monteros MJ, Pena C, Soto Hurtado EJ, Jareno J, Miravitlles M. *Variability of respiratory symptoms in severe COPD.* Arch Bronconeumol 2012;48:3-7.

6. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Inc. 2006. 149 p.

7. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Inc. 2004. 129 p

8. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Inc. 2001. 100 p.

9. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Inc. 2019. 155 p.

10. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova Nr. 469 din 24.05.2005 pentru aprobarea Instrucțiunii privind modul de eliberare a certificatului de concediu medical. Publicat: 03.06.2005 în Monitorul Oficial Nr. 77-79 art Nr: 529.

11. Jackson H, Hubbard R. *Detecting chronic obstructive pulmonary disease using peak flow rate: cross sectional survey.* BMJ 2003;327:653-4.

12. Kanner RE, Anthonisen NR, Connett JE. *Lower respiratory illnesses promote FEV(1) decline in current smokers but not exsmokers with mild chronic obstructive pulmonary disease: results from the lung health study*. Am J Respir Crit Care Med 2001;164:358-64

13. Kessler R, Partridge MR, Miravitlles M, Cazzola M, Vogelmeier C, Leynaud D, Ostinelli J. *Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-sectional study.* Eur Respir J 2011;37:264-72.

14. Kessler R, Stahl E, Vogelmeier C, et al. *Patient understanding, detection, and experience of COPD exacerbations: an observational, interviewbased study.* Chest 2006;130:133-42.

15. Kesten S, Chapman KR. *Physician perceptions and management of COPD.* Chest 1993;104:254-8.

16. Legea Republicii Moldova Nr. 289 din 22.07.2004

privind îndemnizațiile pentru incapacitate temporară de muncă şi alte prestaţii de asigurări sociale. Publicat: 10.09.2004 în Monitorul Oficial Nr. 168-170 art Nr: 773.

17. Loveridge B, West P, Kryger MH, Anthonisen NR. *Alteration in breathing pattern with progression of chronic obstructive pulmonary disease.* Am Rev Respir Dis 1986;134:930-4.

18. Miravitlles M, Barrecheguren M, Román-Rodríguez M. *Frequency and characteristics of different clinical phenotypes of chronic obstructive pulmonary disease.* International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 2015 Aug;19(8):992-8.

19. Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova Nr. 958 din 28.09.2012 cu privire la eficientizarea expertizei incapacității temporare de muncă.

20. Parker CM, Voduc N, Aaron SD, Webb KA, O'Donnell DE. *Physiological changes during symptom recovery from moderate exacerbations of COPD.* Eur Respir J 2005;26:420-8.

21. Price D, West D, Brusselle G, Gruffydd-Jones K, Jones R, Miravitlles M, Rossi A, Hutton C, Ashton VL, Stewart R, Bichel K. *Management of COPD in the UK primary-care setting: an analysis of real-life prescribing patterns.* International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2014 Aug;9:889-904.

22. Protocol clinic naţional „Bronhopneumopatia obstructivă cronică" (aprobat de Consiliul de Experţi al Ministerul Sănătății, Muncii şi Protecţiei Sociale al Republicii Moldova (proces verbal nr. din 2019).

23. Protocol clinic standardizat pentru medicii de familie „Bronhopneumopatia obstructivă cronică - BPOC" (aprobat de Consiliul de Experţi al Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova (proces verbal nr. din 2019).

24. Rodriguez-Roisin R. *Toward a consensus definition for COPD exacerbations*. Chest 2000;117:398S-401S.

25. Seemungal TA, Donaldson GC, Bhowmik A, Jeffries DJ, Wedzicha JA. *Time course and recovery of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Am J Respir Crit Care Med 2000;161:1608-13.

26. Spencer S, Calverley PM, Burge PS, Jones PW. *Impact of preventing exacerbations on deterioration of health status in COPD.* Eur Respir J 2004;23:698-702

27. Standarde medicale de diagnostic şi tratament. Profil terapeutic adult (aprobat de Consiliul de Experţi al Ministerul Sănătății al Republicii Moldova (proces verbal nr. din 2016).

28. Wouters EF. *The burden of COPD in The Netherlands: results from the Confronting COPD survey.* Respir Med 2003;97 Suppl C:S51-9.

29. Архипов В.В., Архипова Д.Е., Стукалина Е.Ю., Лазарев А.А. *Частота встречаемости отдельных фенотипов хронической обструктивной болезни легких в Российской Федерации, их характеристики и подходы к лечению.* Практическая пульмонология 2016;3:20-5.

30. Зырянов С.К., Фролов М.Ю., Белевский А.С. *Клинико-экономическая эффективность применения фиксированной комбинации индакатерол/гликопиррония бромид при лечении хронической обструктивной болезни легких.* Практическая пульмонология 2016;4:76-84.

31. Клинический протокол №15 Хроническая обструктивная болезнь легких" (одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан 10 ноября 2016 года).

32. Лицкевич, Л.В., Смычек В.Б., Кравцова С.Н. *Особенности клинического течения, критерии оценки реабилитационного потенциала, инвалидности и показания к определению временной нетрудоспособности у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких.* Проблемы здоровья и экологии 2012, № 4(34), с. 136-147.

33. Ориентировочные средние (оптимальные) сроки временной нетрудоспособности при основных видах терапевтической патологии (на основании рекомендаций МЗ РБ 2014 г. Информационные материалы для студентов Витебск: УО ВГМУ, 2015. 8 с.

34. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространённых заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10). Рекомендации для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей, специалистов-врачей исполнительных органов Фонда социального страхования Российской Федерации (утв. Минздравом РФ и Фондом социального страхования РФ от 21 августа 2000 г. №2510/9362-34, 02-08/10-1977П). Москва, 2000.

35. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах. Для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей (с правом переиздания местными органами здравоохранения). Рекомендации Минздравмедпрома Российской Федерации от 28 декабря 1995 г. Москва, 1995.

36. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при основных видах терапевтической, хирургической и офтальмологической патологии. Инструкция по применению №56-0504 Минздрава Республики Беларусь от 25 апреля 2006 г. Минск, 2006.

37. Остроносова Н.С. *Хроническая обструктивная болезнь легких (клиника, диагностика, лечение и экспертиза трудоспособности).* Издательство: Академия Естествознания, 2009. 47 с.

38. Старовойтова И.М., Саркисов К.А., Потехин Н.П. *Медицинская экспертиза. Экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная, военно-врачебная.* Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 688 с.

39. Титова О.Н., Кузубова Н.А., Айсанов З.Р., Княжеская Н.П. *Хроническая обструктивная болезнь легких: портрет в деталях.* XXVIII Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Эффективная фармакотерапия. 2019, Том 15, № 7.

40. *Хроническая обструктивная болезнь легких в практике участкового врача-терапевта: учебное пособие* / Н.М. Балабина: ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики. Иркутск: ИГМУ, 2015. 71 с.

41. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.

С., Романовских А.Г., Рачина С.А. *Инфекционное обострение ХОБЛ: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей.* Москва, 2005. 37 с.

42. *Экспертиза временной утраты трудоспособности в работе врача общей (семейной) практики: методическое пособие* / В.С. Афанасьев: Министерство здравоохранения Московской области, ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Ступино: МОНИКИ, 2019. 998 с.