

Redactor-șef Ion MEREUȚĂ

Vice-redactori Gh. ROTARU, Șt. GAȚCAN
Asistenți ai redactorului L. MUNTEANU, St. ȚURCAN, V. CARAUȘ
Redactor tehnic L. AXINTE
Asistent V. ȘVEȚ

Colegiul de redacție:

I. ABABII, Chișinău, RM
Gh. GHIDIRIM, Chișinău, RM
Gh. ȚÎBÎRNĂ, Chișinău, RM
C. EȚCO, Chișinău, RM
D. TINTIUC, Chișinău, RM
M. CECAN, Chișinău, RM
M. MAGDEI, Chișinău, RM
V. FRIPTU, Chișinău, RM
M. BULANOV, Moscova, Rusia
M. NECHIFOR, Iași, România
A. PETROPOULUS, Grecia
I. COCUBO, Japonia
Vadim COJOCARU, Chișinău, RM
Victor COJOCARU, Chișinău, RM
A. TESTEMIȚANU, Chișinău, RM
I. CORCIMARU, Chișinău, RM
D. SOFRONI, Chișinău, RM
S. SOFRONIE, România
E. DIUG, Chișinău, RM
S. GROPPA, Chișinău, RM
V. BOTNARU, Chișinău, RM
C. ANDRIUȚA, Chișinău, RM
A. CERNÎI, Chișinău, RM
Gh. MUȘET, Chișinău, RM
V. BAIRAC, Chișinău, RM
G. NEMSADZE, Tbilisi, Georgia
V. PUȘKARIOV, Kiev, Ucraina
E. GUDUMAC, Chișinău, RM
V. CAZACOV, Chișinău, RM
Gr. CHETRARI, Bălți, RM
N. TARAN, Chișinău, RM
V. GHICAVÎI, Chișinău, RM
V. HOTINEANU, Chișinău, RM
V. CIBOTARU, Chișinău, RM
V. SAVIN, Chișinău, RM
T. ȚÎRDEA, Chișinău, RM
A. SAULEA, Chișinău, RM
St. ȚURCAN, Chișinău, RM
Iu. TITOV, Moscova, Rusia
I. CUVȘINOV, Chișinău, RM
N. CAPROȘ, Chișinău, RM
T. VASILIEV, Chișinău, RM
N. GHIDIRIM, Chișinău, RM
A. TÂNASE, Chișinău, RM
Gr. ZAPUHLÎH, Chișinău, RM
S. ȘTEPA, Chișinău, RM
A. BOUR, Chișinău, RM
N. GLADUN, Chișinău, RM
D. CROITORU, Chișinău, RM
V. CERNAT, Chișinău, RM
L. PUTÎRSCHII, Minsk, Belarusi
I. ARTENI, Chișinău, RM

Adresa redacției:

MD 2025, Chișinău, str. Testemițanu, 30
Institutul Oncologic din Moldova,
Clinica oncologie, et.5
prof. univ. Ion Mereuță, tel. 85.24.14
www.ionmereuta.md, e-mail: info@ionmereuta.md

Rechizite bancare:

BC "Mobiasbanc"
Filiala nr.4
cod fiscal 39644014
cod bancar MOBBMD 22810
cod de decontare 22240014984654

CUPRINS

| | |
|---|----|
| <i>Mereuță Ion</i> ASPECTE LEGISLATIVE ȘI NORMATIVE A SISTEMULUI SĂNĂTĂȚII ȘI ASISTENȚEI ONCOLOGICE ÎN REPUBLICA MOLDOVA (<i>actualități și perspective</i>) | 3 |
| <i>Rotaru Ghenadie</i> PROBLEME JURIDICE ÎN PRACTICA MEDICALĂ ȘI MEDIEREA | 24 |
| <i>Albot Veceslav</i> ASPECTE MANAGERIALE ALE SERVICIULUI CHIRURGIE DE AMBULATOR | 34 |
| <i>Mereuță Ion, Bour Alin, Albot Veceslav</i> MANAGEMENTUL CALITĂȚII A SERVICIULUI CHIRURGIE DE AMBULATOR | 46 |
| <i>Vozian Ion</i> MANAGEMENTUL SERVICIULUI ONCOPEDIATRIC ÎN REPUBLICA MOLDOVA (<i>actualități și perspective</i>) | 50 |
| <i>Mereuță Ion, Gațcan Ștefan</i> TRATAMENTUL MASTOPATIILOR DIFUZE | 53 |
| <i>Moraru Titus, Moraru Lilia, Șestacova Cristina</i> MANAGEMENTUL RESURSELOR UMANE MEDICALE | 62 |
| <i>Godovanciuc Stanislav</i> METODOLOGII DE CERCETARE A ASPECTELOR MANAGERIALE ȘI MEDICO – SOCIALE A SERVICIULUI ATI LA GRAVIDE, PARTURIENTE ȘI LĂUZE CU TEREEN SOMATO – OBSTETRICAL GRAV | 66 |
| JUBILEU <i>Profesorul Nicolae GHIDIRIM la 70 de ani</i> | 71 |
| CERINȚELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR | 75 |

CONTENTS

| | |
|--|--|
| <i>Mereuta Ion</i> LEGISLATIVE AND NORMATIVE ASPECTS OF THE HEALTH PROTECTION AND ONCOLOGY ASSISTANCE SYSTEM IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA | |
| <i>Rotaru Ghenadie</i> LEGAL ISSUES IN MEDICAL PRACTICE AND MEDIATION | |
| <i>Albot Veceslav</i> MANAGEMENT ASPECTS OF SERVICE QUALITY AMBULATOR | |
| <i>Mereuta Ion, Bour Alin, Albot Veceslav</i> AMBULATORY SURGERY SERVICE QUALITY MANAGEMENT | |
| <i>Vozian Ion</i> MANAGEMENT ASPECTS OF THE PERSPECTIVES OF TUMORS IN CHILDREN IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA | |
| <i>Mereuță Ion, Gațcan Ștefan</i> TREATMENT OF DIFFUSE MASTOPATHIA | |
| <i>Moraru Titus, Moraru Lilia, Șestacova Cristina</i> MANAGEMENT DES MÉDICALES HUMAINS RESSOURCES | |
| <i>Godovanciuc Stanislav</i> METHODOLOGIES OF STUDYING THE MANAGERIAL AND MEDICO-SOCIAL ASPECTS OF THE ATI SERVICE OF PREGNANT, CALVING AND NURSING WITH GRAVE SOMATIC-OBSTETRICS BASE | |
| <i>Nicolae GHIDIRIM'S</i> 70 TH ANNIVERSARY | |
| PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS | |

Articolele au fost recenzate de specialiști de notorietate din domeniu

Profesorul Mereuță Ion

ASPECTE LEGISLATIVE ȘI NORMATIVE A SISTEMULUI SĂNĂTĂȚII ȘI ASISTENȚEI ONCOLOGICE ÎN REPUBLICA MOLDOVA (*actualități și perspective*)

In this article the author argues the importance of the normative-legislative documents in the health protection system in general, also especially in the oncology assistance. Is specified the medico-social cancer importation, with the accent on the RM Constitution, organic laws, normative laws and documents. In the article is tried to build a synthesis of the medical normative-judicial base, an analysis of the legislation via the prism of patients' rights. The author argues and presents the concept of the law-project "About the anti-cancer fight and medico-social existences with tumors", arguing the project of Systemic Management of the IMSP IOM and the oncology service of the Republic of Moldova.

Key words: medical legislation, normative base, especially oncology, health care system, oncologic specialized assistance, anti-cancer fight, normative oncologic law, systemic Management.

La începutul mileniului III, pe lângă fenomenele globale de europenizare, climaterice, etc., au avut loc două fenomene medico-sociale de importanță majoră și anume – fenomenul epidemiologic și fenomenul demografic. Cel epidemiologic se caracterizează că pentru prima dată în istoria omenirii maladiile non-infecțioase au depășit infecțiile cu 54%. Aceasta denotă cronicizarea maladiilor și apariția unei „epidemii neinfecțioase”. Fenomenul demografic se determină prin îmbătrânirea populației pe glob. Ambele aceste fenomene impun ONU și OMS, Guvernele statelor lumii să posede o politică diferențiată pînă acum în domeniul sănătății populației, să aloce resurse financiare majorate pînă la 7–10 % din PIB și să introducă controlul asupra maladiilor cronice și inclusiv asupra cancerului.

Cancerul rămîne actualmente una din cele mai complexe și dificile probleme ale patologiei umane. Această patologie ocupă locul 6-12 în structura generală a morbidității populației în diferite țări ale lumii și este a doua cauză de deces după afecțiunile cardiovasculare. Cancerul este o cauză primordială și în apariția invalidității.

În procesul depistării active, diagnosticului diferențial și tratament complex cancerul impune o multitudine de probleme, inclusiv juridice.

Asistența medicală oncologică este parte componentă a Sistemului Sănătății din RM.

Cu toate că este creat serviciul, baza tehnico-materială, cadrele, incidența prin cancer în RM rămîne la indicii: 96,7‰ în 1960, 149‰ în 1980, 178,4‰ în 1990, 159,6‰ în 2002, 205,3‰ în 2006, 213‰ în 2008, 220,2‰ în 2010. Indicii depistării precoce sînt 31-36%, iar a depistării tardive – 25-27% pe parcursul a mai multor ani.

Boala oncologică ca maladie socială apreciază nu numai rolul oncologilor dar și a medicilor din rețeaua generală – medicii de familie, medicii specialiști, a societății în întregime; și, în deosebi, a organelor de resort – Guvernul, Ministerele abilitate și autoadministrarea locală.

Concomitent cu conștientizarea societății asupra luptei contra cancerului e necesar ca responsabilitatea, drepturile și obligațiunile să fie stipulate în legi, acte normative, directive, atît a cetățeanului, medicului, IPMS și cele private, a Patronatului cît și a Statului.

Bazele Legislative și Normative ale Sistemului Sănătății și asistenței oncologice în R.Moldova sunt reprezentate prin Constituția R. Moldova, Legi Organice și Normative, acte normative guvernamentale reprezentate prin hotărîre de Guvern, ordine și ordonanțe ministeriale.

Cadrul legislativ și normativ medical îl putem diviza în 3 categorii:

- I. Cadrul legislativ normativ medical general;
- II. Cadrul normativ special oncologic;

III. Necesitatea perfecționării cadrului legislativ, adoptarea Legii ordinare oncologice.

Reglementarea ocrotirii sănătății și asistenței medicale în Republica Moldova la general și asistenței oncologice specializate special sunt prevăzute în Constituția Republicii Moldova, Legi organice și acte normative.

Constituția Republicii Moldova garantează ocrotirea sănătății cetățenilor RM și un nivel al asistenței medicale.

Constituția Republicii Moldova

La 27 august 1991 Parlamentul Republicii Moldova de legislatura a XII-a, exprimând voința supremă a poporului nostru pentru libertate, drepturi a proclamat independența Republicii Moldova. Țara noastră a devenit un stat independent, din 1992 membru de drept al Organizației Națiunilor Unite.

În urma unui lucru minuțios de ani de zile și reieșind din dezideratul concepției contemporaneității, era necesară baza legală a statului și la 29 iulie 1994 a fost adoptată Constituție Republicii Moldova – Legea supremă a societății și a statului moldovenesc.

Articolul 1 al Constituției stipulează că Republica Moldova este un stat suveran independent, unitar și indivizibil, un stat de drept democratic în care demnitatea omului, drepturile și libertățile lui, libera dezvoltare a personalității umane, drepturile și pluralismul politic reprezintă valori supreme și sunt garantate.

Dreptul individului la viață la integritate fizică și psihică este un drept fundamental. Articolul 24 al Constituției Republicii Moldova garantează fiecărui om dreptul la viață și la integritatea fizică și psihică. Cetățenii nu pot fi supuși torturilor, la pedepse sau tratamente crude, etc. Statul reglementează pedeapsa capitală, ca excepție pînă la anularea ei deplină, numai în condițiile legii, prin judecată. Viața este dată de Dumnezeu și nu este numai în drept să o substituie.

Constituția, de asemenea, garantează prin art.36 dreptul la ocrotirea sănătății. Acest drept este garantat. De asemenea statul asigură un minimum gratis la ocrotirea sănătății. Celelalte aspecte ale sistemului ocrotirii sănătății este reglementat de legea organică – Legea ocrotirii sănătății despre care vom vorbi mai jos.

Constituție, de asemenea, garantează cetățenilor RM dreptul la un mediu înconjurător sănătos. Omul are dreptul la un mediu înconjurător neprimejdios din punct de vedere ecologic. Art.37 al Constituției garantează dreptul omului la produse alimentare și obiecte de uz casnic inofensive, la condiții de viață și de muncă ce nu afectează sănătatea. Acest articol al Constituției garantează excluderea factorilor de risc și împotriva tumorilor atât exogeni cât și corelația cu cei endogeni. Se stipulează dreptul cetățeanului la informația respectivă despre starea ecologică. Statul, prin Constituție, garantează dreptul la asistență și protecție socială, un nivel decent de trai, care cuprinde – hrana, îmbrăcămintea, locuința, îngrijirea medicală, precum și serviciile sociale necesare. Art.47 al Constituției garantează de asemenea dreptul de asigurare în caz de șomaj, boală, invaliditate, văduvie, bătrînețe sau alte cazuri de pierdere a mijloacelor de existență.

Constituția RM stipulează rolul familiei, ca celulă socială, protecția familiei și a copiilor orfani, obligațiunile copiilor și a părinților. Aceste aspecte sunt consfințite în art.48 și art.49 ale Constituției.

Un rol important îi revine problemei primordiale a societății și sistemului sănătății – ocrotirea mamei, copiilor și tinerilor. Art.50 al Constituției reglementează toate aceste aspecte evidențiind drepturile acestor grupe de populație.

Avînd în vedere că omul este o ființă bio-socială și corelația om-natură-sănătate este indiscutabilă și apreciază capacitatea de sănătate atât a individului cât și a sociumului putem afirma că fiecare din cele 143 de articole ale Constituției au atribuție la sănătatea omului, la indicii și structura morbidității generale și în special al tumorilor și cancerului.

I. Cadrul legislativ normativ medical general

În Republica Moldova cadrul normativ-juridic medical, relevant domeniului medical, este redat:

- 1) Legea ocrotirii sănătății nr.411 din 28.03.1995;
- 2) Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr.263 din 27.10.2007;
- 3) Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr.264 din 27.10.2005;

4) Legea cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială nr.185 din 24.05.2001;

5) Legea privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane nr.42 din 06.03.2008;

6) Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/ SIDA nr.23 din 16.02.2007;

7) Legea cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei nr.153 din 04.07.2008;

8) Legea privind supravegherea de stat a sănătății publice nr. I O din 03.02.2009;

9) Legea cu privire la medicamente nr. 1 409 din 17.12.1 997;

10) Legea cu privire la activitatea farmaceutică nr.1456 din 25.05.1993;

11) Legea privind donarea de sânge și transfuzia sanguină nr.241 din 20.11.2008;

12) Legea privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope nr.713 din 06.12.2001;

13) Legea cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor nr.382 din 06.05.1999;

14) Legea privind sănătatea mentală nr. 1402 din 16.12.1997;

15) Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585 din 27.02.1998;

16) Legea cu privire la mărimea, modul și termenii de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală nr.1593 din 26.12.2002;

17) Legea nr.451-XV din 30 iulie 2001 "Privind reglementarea prin licențiere a activității de întreprinzător ". HOTĂRÎRE pentru aprobarea Regulamentului privind organizarea și funcționarea Camerei de Licențiere și efectivului-limită ale acesteia nr. 779 din 27.11.2009 .

Legea nr. 411 din 28.03.1995 privind ocrotirea sănătății

Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995 reglementează domeniile de baza ale ocrotirii sănătății, cum ar fi – structura și principiile sistemului de ocrotire a sănătății, finanțarea sistemului ocrotirii sănătății, drepturile și obligațiile populației în asigurarea sănătății, stabilește principiile și formele de asistență medicală, determină bazele ocrotirii familiei, mamei și copilului și alte aspecte importante ce țin de

ocrotirea sănătății și realizarea dreptului la asistență medicală:

– dreptul la asigurarea sănătății (art. 17 din Legea ocrotirii sănătății);

– dreptul la educația sanitară a populației (art. 18 din Legea ocrotirii sănătății);

– dreptul la repararea prejudiciului adus sănătății (art. 19 din Legea ocrotirii sănătății);

– dreptul la asistență medicală (art. 20 din Legea ocrotirii sănătății);

– dreptul la acordarea concediilor medicale (art. 22 din Legea ocrotirii sănătății);

– dreptul la libera alegere a medicului și a formei de asistență medicală (art. 25 din Legea ocrotirii sănătății);

– dreptul la asigurare obligatorie de asistență medicală a cetățenilor străini și apatrizilor (art. 26 din Legea ocrotirii sănătății);

– dreptul la informație despre starea sănătății (art. 27 din Legea ocrotirii sănătății);

– dreptul pacientului de a ataca acțiunile personalului medico-sanitar pentru prejudicierea sănătății (art. 36 din Legea ocrotirii sănătății);

– dreptul familiei la ocrotirea sănătății și la protecție socială (art. 46 din Legea ocrotirii sănătății).

Legea nr. 263-XVI din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului;

Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263 XVI din 27.10.2005 stabilește drepturile fundamentale ale omului în sistemul serviciilor de sănătate, asigură respectarea demnității și integrității pacientului și sporirea rolului participativ al persoanelor la adoptarea deciziilor de sănătate.

Adoptarea unui asemenea act legislativ a reieșit atât din necesitatea unor reglementări adecvate ale relațiilor sociale dintre pacient (reprezentantul legal al acestuia, rude apropiate), pe de o parte, și prestatorii de servicii medicale (instituțiile medico-sanitare publice, lucrătorii medicali), pe de alta parte, cât și în scopul implementării la nivel național a prevederilor actelor internaționale în domeniu (Convenția de la Oviedo privind drepturile omului și biomedicina (1997) și Declarația de la Amsterdam privind promovarea drepturilor pacienților în Europa (1994)).

Obiectivele acestei legi privind drepturile pacienților se referă la:

– protejarea demnității și integrității persoanei și promovarea respectului pentru pacient ca persoană;

– obținerea unui maxim de beneficiu prin folosirea serviciilor de sănătate;

– promovarea relației medic-pacient printr-o implicare mai activă a pacientului;

– umanizarea asistenței medicale acordate.

Astfel, în sensul Legii, **pacient** (consumator al serviciilor de sănătate) poate fi considerată orice persoană, indiferent de starea sa de sănătate, care:

• necesită;

• utilizează;

• solicită servicii de sănătate;

• participă benevol, în calitate de ființă umană, la cercetările biomedicale.

Legea face o distincție clară între reprezentantul legal al pacientului și ruda apropiată a acestuia. La articolul 2, legea stabilește **principiile de bază** ale realizării drepturilor pacientului și anume:

a) respectarea drepturilor fundamentale ale omului și a demnității ființei umane în domeniul ocrotirii sănătății;

b) recunoașterea vieții umane, a sănătății omului ca valoare supremă;

c) orientarea spre menținerea vieții, a sănătății fizice și psihice a pacientului în procesul prestării serviciilor de sănătate;

d) respectarea valorilor morale și culturale ale pacientului, a convingerilor lui religioase și filosofice;

e) recunoașterea pacientului, iar în cazurile prevăzute de legislație, a reprezentantului său legal (a rudei apropiate), în calitate de participant principal la luarea deciziilor privind intervenția medicală;

f) reglementarea drepturilor, responsabilităților și a condițiilor de limitare a drepturilor pacientului în scopul protecției sănătății acestuia și respectării drepturilor altor persoane;

g) încrederea reciprocă dintre pacient și lucrătorul medical.

Este de menționat că aceste principii nu sunt simple declarații, ele au, în primul rând, o importanță practică deosebită, care constă în următoarele:

• principiile se iau în vedere în activitatea de elaborare a actelor normative;

• principiile au un rol important în administrarea justiției, deoarece aceste principii reprezintă ceea ce se cheamă „spiritul” Legii, or, cei chemați să aplice Legea, o aplică nu numai în litera, ci și în spiritul ei;

• acolo unde Legea nu este suficientă pentru soluționarea unor cauze concrete se apelează la principii;

• analiza atentă a principiilor care contribuie la continua perfecționare a relațiilor medic-pacient, la dezvoltarea științei medicale și a celei juridice.

Scopul principal al Legii este consolidarea drepturilor fundamentale ale omului în sistemul serviciilor de sănătate.

Pacientii dispun de drepturi sociale și drepturi individuale. Drepturile sociale sunt legate de obligațiile asumate de societate, implementate de Guvern sau de alte organisme publice ori private și care vizează asigurarea nivelului cantitativ optim de servicii medicale pentru întreaga populație. Drepturile sociale sunt direct legate de accesibilitatea serviciilor de sănătate și sunt apreciate în mod colectiv, fiind în strânsă legătură cu nivelul de dezvoltare a societății.

Drepturile individuale se referă la integritatea persoanei, la confidențialitate, la convingerile religioase și sunt intim legate de drepturile și libertățile omului. Aceste drepturi implică o serie de obligații și responsabilități din partea pacientului, precum cele referitoare la autoîngrijire sau obligațiile față de furnizorii de servicii de sănătate.

Legea proclamă următoarele drepturi ale pacientului:

a) asistența medicală gratuită în volumul stabilit de legislație. Alineatul (2) articolul 20 din Legea ocrotirii sănătății stabilește volumul asistenței medicale acordate gratuit pacienților;

b) atitudine respectuoasă și umană față de pacient din partea prestatorului de servicii de sănătate, indiferent de vîrstă, sex, apartenență etnică, statut socioeconomic, convingeri politice și religioase;

c) securitatea vieții personale, integritatea fizică, psihică și morală, cu asigurarea discreției în timpul acordării serviciilor de sănătate;

d) reducerea suferinței și atenuarea durerii, provocate de o îmbolnăvire și/sau intervenție

medicală, prin toate metodele și mijloacele legale disponibile, determinate de nivelul existent al științei medicale și de posibilitățile reale ale furnizorului serviciilor de sănătate;

e) o opinie medicală alternativă și accentuarea recomandărilor altor specialiști, la solicitarea sa, ori a reprezentantului său legal (a rudei apropiate), în modul stabilit de legislație;

f) asigurarea asistenței medicale (obligatorie și benevolă), conform legislației în vigoare;

g) informații cu privire la turnizoml-serviciilor de sănătate, profilul, volumul, calitatea, costul și modalitatea de prestare a serviciilor respective;

h) examinare, tratament și întreținere în condiții adecvate exigențelor sanitaro-igienice;

i) informații exhaustive cu privire la propria sănătate, metodele de diagnostic, tratament și recuperare, profilaxie, precum și la riscul potențial și eficiența terapeutică a acestora;

j) informație completă privind factorii nocivi ai mediului ambiant;

k) exprimarea benevolă a consimțământului sau refuzului la intervenția medicală și participare în cercetarea biomedicală, în modul stabilit de legislația în vigoare;

i) acceptarea sau refuzul efectuării ritualurilor religioase în perioada spitalizării în instituția medico-sanitară, dacă aceasta nu afectează activitatea ei și nu provoacă prejudiciu moral altor pacienți;

m) accesul avocatului sau al unui alt reprezentant, în scopul protecției intereselor sale, în modul stabilit de legislație;

n) informație privind rezultatele examinării plîngerilor și solicitărilor, în modul stabilit de legislație;

o) atacarea pe cale judiciară și extrajudiciară a acțiunilor lucrătorilor medicali și a altor prestatori ai serviciilor de sănătate, precum și a funcționarilor responsabili de garantarea asistenței medicale și a serviciilor aferente, în volumul prevăzut de legislația în vigoare;

p) îngrijire terminală demnă de o ființă umană;

q) despăgubire pentru daunele aduse sănătății, conform legislației în vigoare.

La rîndul său, responsabilitatea pacientului cuprinde:

– pacientul trebuie să posede cunoștințe despre modul sănătos de viață, igiena individuală, alimentația rațională, prevenirea nașterii de copii

handicapați, a maladiilor, despre inadmisibilitatea abuzului de medicamente, despre simptomele bolilor și acordarea de prim ajutor, despre daunele alcoolului, stupefiantelor și substanțelor psihotrope;

– să aibă grijă de propria sănătate și de menținerea unui mod de viață sănătos, excluzînd acțiunile premeditate ce dăunează sănătății lui și a altor persoane;

– să respecte măsurile de precauție în contactele cu alți cetățeni, inclusiv lucrători medicali, în cazul în care știe că suferă de o boală ce prezintă pericol social;

– să întreprindă, în lipsa contraindicațiilor medicale, măsuri profilactice obligatorii, inclusiv prin imunizări, a căror neîndeplinire amenință propria sănătate și creează pericol social;

– să comunice lucrătorului medical informațiile complete despre bolile suportate și recente, despre maladiile sale ce pot crea pericol social, inclusiv în caz de donare benevolă a sîngelui, a substanțelor lichide biologice, a organelor și țesuturilor;

– să respecte regulile de comportament, stabilite pentru pacienți în instituția medico-sanitară, precum și recomandările medicului în perioada tratamentului staționar și ambulator;

– să excludă utilizarea preparatelor farmaceutice și a substanțelor medicamentoase fără prescrierea și acceptul medicului curant, inclusiv a drogurilor, a altor substanțe psihotrope și a alcoolului în perioada tratamentului în instituția medico-sanitară;

– să respecte drepturile și demnitatea altor pacienți, precum și ale personalului medico-sanitar.

Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr. 264-XVI din 27.10.2005 stabilește bazele juridice, condițiile organizatorice și formele exercitării profesiei de medic.

În conformitate cu art. 3 din *Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic*, unul din principiile fundamentale ale activității medicale este principiul „nu dăuna”, în conformitate cu art. 24 din Constituție, statul garantează fiecărui om dreptul la viață și la integritate fizică și psihică. Nimeni nu va fi supus la torturi, nici la pedepse sau tratamente crude, inumane ori degradante.

Astfel orice intervenție medicală urmează a fi efectuată în scopul ocrotirii vieții și sănătății

pacientului. Dreptul la integritate fizică, psihică și morală este într-o strânsă legătură cu dreptul la exprimarea benevolă a consimțământului la efectuarea actului medical.

Art. 13 din Lege definește secretul medical ca fiind: informațiile confidențiale despre diagnosticul, starea sănătății, viața privată a pacientului, obținute în urma examinării, tratamentului, profilaxiei, reabilitării sau cercetării biomedicale, care nu pot fi divulgate persoanelor terțe, cu excepțiile stabilite de lege.

Conform art. 13 din Lege, toate datele ce constituie secret medical sunt confidențiale și urmează a fi protejate atât pe parcursul vieții pacientului, cât și după moartea acestuia.

Informațiile respective urmează a fi protejate atât de medicul curant și specialiștii implicați în acordarea serviciilor de sănătate, precum și de alte persoane cărora aceste informații le-au devenit cunoscute în cadrul exercitării obligațiilor sale de munca (alt personal medical și alți angajați ai instituției medicale, funcționari publici, angajați ai organelor de urmărire penală și instanțelor judecătorești etc.).

Secretul medical poate fi divulgat numai cu consimțământul sau la cererea pacientului (după caz, a reprezentantului său legal sau a rudei apropiate, dar ținându-se cont de dorința pacientului, în măsura maxim posibilă, reieșind din capacitatea de discernământ a acestuia).

Conform art. 13 din Lege, prezentarea informației fără consimțământul pacientului (reprezentantului legal sau al rudei apropiate) se admite numai în următoarele cazuri:

a) pentru a implica în procesul curativ alți specialiști în domeniu, inclusiv în caz de examinare și tratament urgent al persoanei incapabile de a-și exprima voința din cauza stării sale, dar numai în volumul necesar pentru luarea unei decizii adecvate;

b) pentru a informa organele și instituțiile serviciului sanitaro-epidemiologic de stat în cazul unui pericol real de extindere a bolilor infecțioase, otrăvirilor și contaminărilor în masă;

c) la solicitarea motivată a organului de urmărire penală, a instanței judecătorești în legătură cu efectuarea urmăririi penale sau a procesului judiciar, în conformitate cu legislația;

d) pentru informarea părinților sau a reprezentanților legali ai persoanelor în vîrsta de

pînă la 18 ani în caz de acordare a asistenței medicale acestora;

e) existența temeiului, conform căruia prejudiciul adus sănătății persoanei este rezultatul unor acțiuni ilegale sau criminale, informația urmînd a fi prezentată, în acest caz, organelor de drept competente.

Legea nr. 10 din 03 februarie 2009 cu privire la Supravegherea de stat a sănătății publice;

În prezenta lege, termenii esențiale către domeniul eHealth se conține în articolul 20, care prevede instituirea sistemului informațional al serviciului care va asigura expres:

1) utilizarea potențialului tehnologiilor electronice în comunicarea și procesarea datelor;

2) eficientizarea managementului în sănătatea publică;

3) accesul la registre demografice;

4) accesul la registrele privind morbiditatea prin boli transmisibile și netransmisibile;

5) colectarea și procesarea informației privind determinanții stării de sănătate;

6) integrarea laboratoarelor de sănătate publică în sistemul informațional comun;

7) utilizarea metodelor și tehnologiilor noi de colectare și procesare a datelor;

8) accesul și utilizarea sistemelor informaționale geografice;

9) respectul pentru aspectele etice, confidențialitatea și securitatea datelor;

10) evaluarea accesibilității și calității serviciilor de sănătate publică;

11) accesul publicului și al factorilor de decizie la informație.

Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr. 1585-XIII din 27.02.1998 stabilește bazele asigurărilor obligatorii de asistență medicală, obiectul asigurării, subiecții asigurării, principiile de organizare a asigurării obligatorii de asistență medicală, determină mijloacele financiare obligatorii de asistență medicală și modul lor de utilizare.

Legea cu privire la mărimea, modul și termenii de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală nr.1593-XV

din 26.12.2002 stabilește cadrul juridic pentru determinarea mărimii, modului și termenelor de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în fondurile constituite și gestionate de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Dreptul la asigurarea de asistență medicală (obligatorie și benevolă), conform legislației în vigoare. Asigurarea de asistență medicală este atât un drept cât și o obligație a fiecărei persoane. Obligativitatea asigurării de asistență medicală constă în faptul că orice persoană care domiciliază sau care se află pe teritoriul Republicii Moldova, urmează a se asigura din punct de vedere medical conform legislației, iar în caz de nerespectare a acestei obligații, persoanele respective vor fi sancționate.

Dreptul la asigurare de asistență medicală constă în faptul că astfel sporește accesibilitatea persoanelor la asistența cuvenită, se realizează dreptul constituțional al persoanelor la ocrotirea sănătății, etc.

Asigurarea obligatorie de asistență medicală este reglementată printr-un șir de acte normative, actul de bază fiind Legea nr.1585-XIV din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

Asigurările obligatorii de asistență medicală se bazează pe următoarele principii:

1. Principiul universalității. Asigurările obligatorii de asistență medicală cuprind toată populația Republicii Moldova.

2. Principiul solidarității. Toate persoanele, indiferent de statut social și economic au dreptul la un nivel adecvat și în volum suficient de asistență medicală.

3. Principiul participării atât a persoanei asigurate, cât și a angajatorului la crearea fondurilor de asigurare obligatorie de asistență medicală.

4. Principiul „plătești în măsura în care câștigi”. Acest principiu reiese din cel al solidarității și constă în faptul că persoanele care câștigă mai mult vor contribui în proporție mai mare la crearea fondurilor de acoperire a cheltuielilor pentru acordarea asistenței medicale, vor primi, însă, în schimb același volum de asistență medicală, în caz de producere a cazului asigurat.

5. Principiul achitării primelor de asigurare de către Guvern pentru păturile sociale defavorizate.

6. Principiul unui singur asigurător. Organizarea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală variază de la stat la stat. În mele țări există companii private de asigurări, companii specializate etc. Republica Moldova a ales calea unui singur asigurător – Compania Națională de Asigurări în Medicină.

7. Principiul acordării unui minim de asistență medicală indiferent de faptul dacă persoana este sau nu asigurată (vezi dreptul la asistență medicală gratuită în volumul stabilit de lege).

În ceea ce privește asigurările facultative de asistență medicală, în Republica Moldova urmează a fi elaborat un cadru legislativ adecvat pentru reglementarea acestui domeniu. Pentru moment, asigurările facultative activează pe principiile unor relații strict comerciale dintre asigurători, persoane asigurate (pacienți) și instituții medicale, în scopul garantării unei securități sociale mai înalte pentru pacienți, la baza asigurărilor facultative de asistență medicală stau unele principii caracteristice asigurărilor obligatorii de asistență medicală, cu derogările ce reies din esența acestui tip de asigurări. Sistemul asigurărilor facultative de asistență medicală garantează pacientului:

- un spectru mai larg de servicii medicale, îngrijiri, medicamente, decât cel prevăzut în Programul unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală;

- condiții hoteliere mai confortabile;

- posibilitatea de efectuare a investigațiilor suplimentare la dorința pacientului;

- posibilitatea alegerii libere de către pacient, la dorința acestuia, a prestatorului de servicii medicale înalt specializate;

- posibilitatea pacientului de a negocia cu asigurătorul, iar, după caz, cu angajatorul său, condițiile contractului de asigurare, în scopul satisfacerii cerințelor sale, etc.

Asigurările facultative de asistență medicală vor contribui atât la optimizarea administrării instituțiilor medico-sanitare, la atragerea unor surse suplimentare în sistemul sanitar, cât și la excluderea unor eventuale fenomene sociale negative din cadrul relațiilor dintre pacient și lucrătorul medical.

Legea donării de sânge nr. 1458-XII din 25.05.1993 stabilește principiile donării de sânge, responsabilitatea instituțiilor administrative ale

sănătății privind ocrotirea sănătății donatorilor de sânge, drepturile și obligațiile subiecților implicați în desfășurarea donării de sânge, drepturile donatorilor de sânge.

Legea privind evaluarea și acreditarea în sănătate nr. 552-XV din 18.10.2001 stabilește principiile evaluării și acreditării în sănătate. Scopul principal al evaluării și acreditării în sănătate constă în îmbunătățirea calității serviciilor acordate populației de către unitățile medico-sanitare și farmaceutice.

Legea nr. 42 din 06.03.08 privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane stabilește condițiile și reglementează relațiile legate de transplantul de organe și țesuturi umane, în scopul garantării dreptului cetățenilor la ocrotirea sănătății, a integrității lor corporale, la protejarea demnității și identității tuturor ființelor umane, precum și a altor drepturi și libertăți fundamentale referitoare la ocrotirea sănătății.

Legea cu privire la activitatea farmaceutică nr. 1456-XII din 25.05.1993 reglementează toate aspectele ce țin de activitatea farmaceutică, unitățile farmaceutice, tipurile de proprietate asupra lor și alte aspecte.

Legea nr.1409/17.12.1997 cu privire la medicamente.

HG nr. 886/2007 pentru aprobarea "Politicii naționale de sănătate 2007-2021"

Stipulează în general că "performanța sistemului de sănătate va fi asigurată prin crearea sistemului informațional medical integrat, fapt ce elimină fragmentarea și asimetria informațională" și în particular, cu referire la sistemul farmaceutic în particular: "Implementarea tehnologiilor informaționale în domeniul asistenței farmaceutice va asigura evidenta centralizată a medicamentelor pe piața internă și va contribui la securitatea produselor farmaceutice. Va fi garantat accesul populației la medicamente esențiale și calitative".

Referire directă către obiectul nostru de cercetare o are p. 182.a "**Politici naționale de sănătate**" după cum urmează – "Mecanismele de ameliorare a calității și securității asistenței vor include fortificarea infrastructurii, dotarea cu tehnică medicală performantă, dezvoltarea tehnologiilor informaționale, utilizarea rețelei globale internet și a telemedicinii".

HG nr. 1471/2007 pentru aprobarea "Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate 2008-2017"

Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 a fost concepută în paralel și în consonanță cu Politica Națională de Sănătate, ea desemnând, de fapt, platforma viitoarelor acțiuni de consolidare a unui sistem modern de sănătate, care să asigure accesarea echitabilă a tuturor cetățenilor țării la servicii medicale de calitate, prin implementarea standardelor internaționale în medicina autohtonă, în strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate sunt indicați pași concreți în implementarea TIC și tehnologiilor telemedicale în sectorul sănătății.

Importanța Hotărârii Guvernului RM N°1128 din 14.10.2004 privind aprobarea Concepției Sistemului Informațional Medical.

II. Cadrul normativ special oncologic

2.1. Programele Naționale de combatere a Cancerului (fără finanțarea de la bugetul de stat):

1) 25.12.1998 Hotărârea Guvernului 1998 – 2003.

2) PNCC pentru anii 2005 – 2010 nu a fost adoptată ca act normativ.

3) PNCC pentru anii 2012 – 2016 se află în instanțele ministeriale și guvernamentale.

2.2. Ordinul MSPS N142 din 03.04.2006, "Cu privire la ameliorarea asistenței medicale specializate oncologice acordată populației". Ordinul este depășit de timp. El conține unele indicații și reglementări la nivelul sistemului sănătății (IMSP, IOM, Direcțiile sanatații UTA – Gagauzia și direcției municipiului Chișinău și au fost reaprobat Regulamentele – Cabinetul Oncologic raional, Policlinicii Oncologice, Cabinetului medical pentru Controlul profilactic și a Laboratoarelor citologice interraionale.

Lipsește bazele legislative organice și normative a asistenței oncologice.

III. Necesitatea perfecționării cadrului legislativ pentru reglementarea asistenței medicale specializate oncologice și aplicarea Controlului legislativ în domeniul oncologic.

În condițiile Sistemului Mixt al Sănătății Publice – Medicina prin asigurare, medicina privată și medicina garantată de stat pentru unele grupuri

specifice de populație, serviciul oncologic necesită o restructurare. Principiul – profilaxie și depistare precoce, centralizarea tratamentului chirurgical de performanță a tratamentului radioterapeutic și decentralizarea tratamentului chimioterapeutic și a chirurgiei mici (biopsii).

Zeci de ani indicii asistenței oncologice rămân nesatisfăcători. ba chiar s-au înrăutățit, ce duce la cheltuieli enorme din partea bugetului de stat. Asistența oncologică nu are un sistem managerial sistemic, care ar include profilaxia, diagnosticul precoce, tratament complex și combinat, reabilitarea, tratamentul paliativ și ridicarea calității asistenței oncologice inclusiv și a calității vieții bolnavilor.

Depistarea precoce nu depășește 30%, pe când indicile depistării tardive ajunge la 28%.

În sistemul de sănătate apar erori, greșeli și chiar culpe. Bolnavii cu multiple tumori maligne inclusiv ale pielii, melanomului malign, a țesuturilor moi, a oaselor, a altor organe sunt operați în diferite clinici publice sau private neradical, încălcându-se canoanele, principiile protocoalelor clinice, recomandările metodice oncologice. Din aceste cauze bolnavii cu recidive locale și metastaze sunt spitalizați ulterior în IOM pentru tratament radical. Uneori acest tratament nu poate fi efectuat. Se depun eforturi enorme în finanțele bugetului de stat dar și a spitalului, și cel mai important, se pune în pericol viața bolnavului. Deseori apar litigii și chiar procese judiciare. În aceste condiții pentru a reglementa serviciul oncologic și pentru micșorarea morbidității, mortalității, invalidității oncologice și ridicarea calității asistenței medicale și vieții pacienților oncologici propunem proiectul legii “Cu privire la lupta anticancer și asistența medicală a bolnavilor oncologici în Republica Moldova”. Argumente în necesitatea elaborării acestei legi sunt: medico-sociale (morbiditatea înaltă și tendința ei de creștere 205‰ (2006), 209‰ (2007), 213,1‰ (2008), mortalitatea înaltă 155,1‰ (2008), invaliditatea înaltă 143‰ (2007), prevalența înaltă și creșterea ei continuă 1072‰ (2006), 1119,4‰ (2007), 1174,6‰ (2008), 1204,3‰ (2009), 1228,4‰ (2010), argumente manageriale, argumente clinico-diagnostice, argumente financiare, argumente științifice internaționale, legislative, juridice și altele.

Argumente manageriale

Serviciul oncologic trebuie să fie centralizat, bazat pe principiul sistemic. În timpul când sistemul sănătății devine decentralizat, formînd infrastructura medicinei prin asigurare, serviciul oncologic trebuie să rămînă centralizat. Verigile organizatorice trebuie să coreleze și algoritmul diagnostic trebuie să fie „de jos în sus” iar cel de tratament „de sus în jos”. Managementul serviciului oncologic trebuie bazat pe principiul legislativ și normativ. Fiecare verigă organizatorică trebuie să aibă bine determinate funcțiile, drepturile și obligațiunile sale, care va determina responsabilitatea. Trebuie bine determinată responsabilitatea cetățeanului, medicului de familie, medicului specialist internist sau chirurg, medicului oncolog, cabinetului oncologic, centrului oncologic județean a centrului anticancer județean, a secției (dispensarului) orășenesc, spitalului de profil larg, a Policlinicii Oncologice a IOM, a statului, autoadministrației locale, Ministerului Sănătății, sociumului la general.

Este necesară crearea infrastructurii de reabilitare medico-socială și de susținere a bolnavului oncologic – crearea secției tratamentului paliativ în cadrul IOM, Centrului metodologic de reabilitare și de tratare a durerii cronice în cancer, fondarea hospisurilor.

Argumente clinico-diagnostice

Principiile asistenței oncologice trebuie să fie:

- profilaxia primară și secundară a cancerului
- profilaxia terțiară
- depistarea precoce a tumorilor
- diagnosticul și diagnosticul diferențial timpuriu
- decentralizarea parțială a tratamentului bolnavilor oncologici
- tratamentul specializat la timp, consecutiv, consecvent, complex, integrat, dinamic și evidențiat individual
- reabilitarea medicală (terapeutică și chirurgicală)
- diminuarea invalidității oncologice și integrare asocială și profesională a bolnavilor tratați radical.
- tratamentul paliativ a bolnavilor cu cancer avansat.

Laitmotivul acestor principii – depistarea precoce a tumorilor. Anume el va aprecia în mare măsură eficacitatea tratamentului. Indicele

depistării precoce lasă de dorit. În același timp indicele depistării tardive în acești ani a rămas la nivelul 25-27%. Aceasta ne impune să căutăm noi modalități atât clinice cât și manageriale de a micșora acest indice care apreciază și mortalitatea înaltă.

Argumente științifice internaționale, legislative și juridice

Principiul sistemic de conducere se bazează, în primul rând, pe concepție, apoi pe legi, acte normative, hotărâri, dispoziții, ordine care apreciază mecanismul realizării conceptului, dirijării și controlul realizărilor. Într-un stat bazat pe drept, atât la nivelul statului, ramurilor economiei naționale, ministerelor de resort, trebuie adoptate Legi organice, ulterior hotărâri ale Guvernului, ordine ale ministerelor și ordonanțe de îndeplinire a mecanismelor de realizare.

În majoritatea țărilor, cu edificarea statului de drept ramura sănătății dispune de Codul Medical sau Codul Sănătății Publice în care sunt stipulate, în primul rând, legile maladiilor sociale, infecțioase,

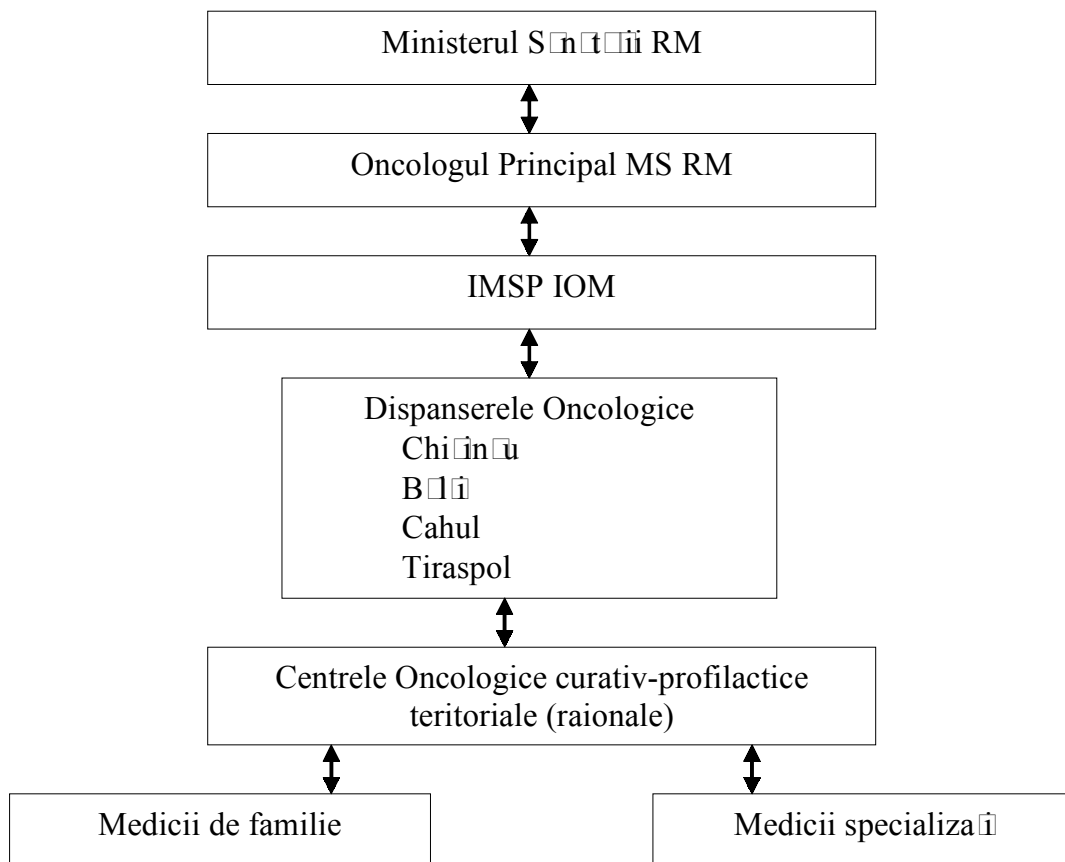
etc. Exemple pot servi țările Uniunii Europene, SUA, Canada, Japonia. În ultimul timp și în multe țări ale CSI (Rusia, Kîrgîstan ș.a.).

Anume Managementul Sistemic al Serviciului Oncologic în R.M. și a IMSP IOM trebuie să beneficieze de statut juridic și anume de Lege normativă. Elaborarea și adoptarea Legii“ Cu privire la lupta anticancer și asistența medico-socială a bolnavilor oncologici” (Anexa nr.1.) ar impune responsabilitatea atât a pacientului cit și a Statului, autoadministrării locale, IMSP inclusiv oncologice, și private, a conducătorilor și persoanelor juridice, a Patronatului.

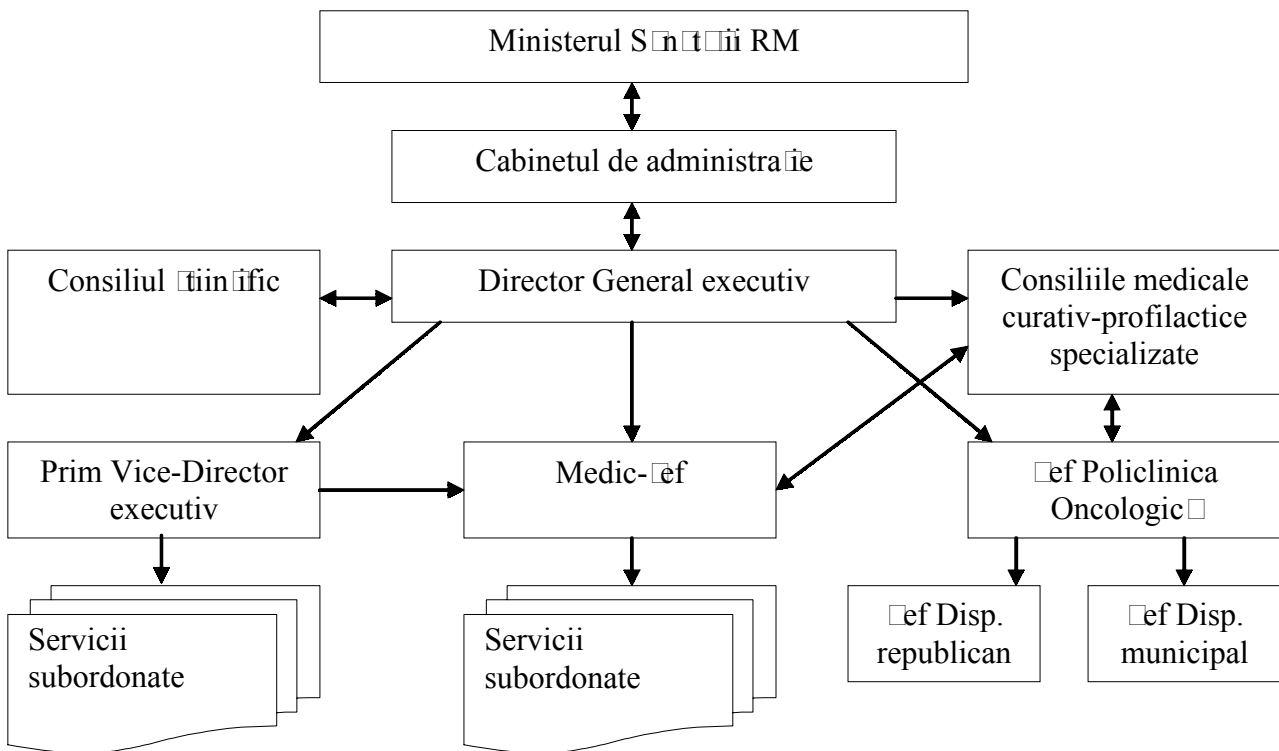
Infrastructura Serviciului Oncologic din perspective structural și de nivele de asistență medical oncologică specializată.

1. Centrul Oncologic curativ – profilactic teritorial (rational):

- 1. Centrul Oncologic (ambulator);
- 1.1. Serviciul chirurgie;
- 1.2. Laboratorul citomorfologic;



Organigrama Serviciului Oncologic în Republica Moldova /concepție/



Organigrama IMSP IOM /concepție/

- 1.3. Serviciul chimioterapeutic;
2. Cabinet pentru tratarea durerii cronice;
3. Cabinet de reabilitare

2. Dispanserul Oncologic:

- Policlinică și staționar;
- serviciul chirurgie;
- laboratorul citomorfologic;
- serviciul chimioterapeutic;
- serviciul radioterapeutic

3. IMSP Institutul Oncologic:

a) Dispanserul Oncologic Republican; Dispanserul Oncologic al mun. Chișinău; Laboratorul citologic, Laboratorul morfologic, Serviciile specializate, Serviciile de diagnostic, Serviciile tratamentului paliativ, Serviciile reabilitării.

Cancerul-Registru Național

b) Staționarul: chirurgie, decentralizarea serviciului chirurgical, micșorarea paturilor chirurgicale (secțiile chirurgicale oncologice); radioterapie, decentralizarea parțială a tratamentului radioterapeutic, serv. Terapeutic numai în dispansere oncologice (de înzestrat cu tehnică performantă) tratament în condiții atât de staționar cât și ambulator; serv. Chimioterapeutic,

decentralizarea serviciului, crearea condițiilor pentru efectuarea chimioterapie în condițiile centrului oncologic curativ-profilactic teritorial, în spitalele de profil larg, în dispanserele oncologice.

Serviciul de reabilitare și tratament paliativ.

Managementul Sistemic al Serviciului Oncologic și a IMSP IOM trebuie să includă:

1. Managementul financiar

Este necesar de diferențiat bugetul serviciului oncologic de bugetul IMSP IOM.

Programele naționale de combatere a cancerului urmează să fie finanțate din bugetul de stat.

Programul onco-prevenția, profilaxia secundară și terțiară va fi finanțată prin intermediul CNAM și selective de MS RM.

Bugetul IMSP IOM la compartimentul venituri se va forma din

Venituri:

- Finanțarea de la fondator (Ministerul Sănătății)

- Finanțarea de la CNAM (necesită o nouă argumentare cu noi tarife și cu finanțarea individuală după consumul medical a fiecărui pacient + venitul spitalului)

Centrele oncologice teritoriale /pe raioane/

- Finanțe de la Consiliul Municipal Chișinău (pentru dispanserul mun. Chișinău, asistența medicală specializată oncologică grupei clinice IV)

- Finanțe de la contracte cu alte instituții medicale și științifice

- Finanțe de la activitatea serviciilor contra plată

- Finanțe de la activitatea economică nemedicală

- Alte surse: Granturi internaționale, OMS, Agenția Atomului, etc

- Finanțe acumulate din donații a persoanelor fizice și juridice

- Finanțe din fondurile republicane extrabugetare (la decizia Guvernului)

- Finanțe din alte fonduri:

• Din fondul republican de susținere a populației

• Din fondul extrabugetar pentru construcții

• Fondul ecologic național, fondul ecologic al Municipiului Chișinău

• Fondul extrabugetar pentru susținerea unor măsuri în domeniul ocrotirii sănătății, etc

Optimizarea cheltuielilor (energia electrică, conservarea energiei termice, apa potabilă, de la alte cheltuieli).

2. Managementul resurselor umane

2.1. Studierea aspectelor medico-sociale a sănătății, morbidității, mortalității medicilor oncologi (factori de risc, morbiditatea nozologică, incapacitatea temporară de muncă, invaliditatea, mortalitatea, etc) (a se vedea tab. 1).

2.2. Implementarea Managementului "Sănătatea și securitatea la locul de muncă a medicilor oncologi".

2.3. Implementarea Conceptului de perfecționare a cadrelor la nivel național și

internațional în conformitate cu temele științifice și transferurile tehnologice și tehnico-medice, a investigațiilor, manipulațiilor și operațiilor sofisticate.

√ cadrele și perfecționarea lor (Elaborarea conceptului și programului curricular "Instruirea oncologilor în Republica Moldova")

√ sănătatea și securitatea la locul de muncă

√ profilaxia maladiilor profesionale

√ pregătirea rezervelor cadrelor de conducere

√ acțiuni de eliminare și reducere a factorilor profesionali de risc a oncologilor:

- măsuri organizatorice (autonomie subdiviziunilor, atribuirea de responsabilități, organizarea rațională a timpului de muncă, organizarea științifică și practică a procesului curativ, diagnostic și de tratament)

- măsuri ergonomice și optimizarea mediului de muncă (controlul riscurilor profesionale, optimizarea factorilor ambientali – microclimatul iluminare, dușuri, relaxare, apă potabilă, lapte, amenajarea postului de muncă (comodități habituale telefonizare etc.)

- optimizarea procesului de muncă (tehnologii informaționale noi, sistemul informațional între medicii curativi, chirurgical cu sectorul morfologic, sistemul de brancardieri etc.)

- educația profesională (etică și moralitatea înaltă, colegialitatea)

- măsuri de ameliorare a mediului psihosocial (siguranța postului, salarizării, apărării demnității profesionale, asigurarea malpraxis, etc.)

Scopul – păstrarea sănătății fizice, mintale și profesionale a medicilor oncologi și implementarea strategiilor de "coping", măsuri de ajutor în caz de stres, proceduri de autocontrol de relaxare, exerciții fizice, regim alimentar, ergoterapie, etc.).

Tabelul 1

RAPORT STATISTIC în IMSP Institutul Oncologic

| Funcția | 2006 | 2007 | 2009 |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Medici | 214 | 221 | 257 |
| Colaboratori științifici | 69 | 70 | 82 |
| Asistente medicale | 450 | 438 | 441 |
| Infirmiere | 352 | 343 | 623 |
| Alte profesii | 275 | 272 | |
| Total | 1360 | 1344 | 1347 |

3. Managementul pentru îmbunătățirea bazei tehnico-materiale și de logistică

3.1. Reparații capitale

Blocul pentru necropsii (morga)

Serviciul de Funerarii (țesuturi și organe) și/ sau Crematoriul

3.2 Reparații curente (interioare și a acoperișului)

Policlinica Oncologică

Blocul Chirurgical

Blocul Chmioterapeutic

Blocul Radiologic

3.3. Construcții capitale

Banca tisulară a IOM

Blocul radiologic contemporan

Centrul de reabilitare și tratament paleativ

4. Managementul medico-tehnic și de reparații a tehnicii medicale

Pașaportul medico-tehnic al IMSP IOM

Registrul tehnicii medicale în dependență de țara de producere și clasificarea tehnicii

Managemantul de reparație, asigurarea cu piese de schimb

Programul de metrologie și standarde

Decontaminarea aparatelor de respirații, de sistem închis, etc.

Personalul medico-tehnic, etc.

Crearea Centrului de creație medico-tehnică în IOM, inovare și transfer tehnologic

Crearea Centrului metodologic de endoprotezare în IOM (consultarea necesităților, consultații tehnico-inginerești, elaborarea proiectelor de proteză individualizate).

5. Managementul clinico-diagnostic, tratament complex, reabilitare și tratament paliativ

5.1. Managementul clinico-diagnostic

Consiliile clinico-diagnostice specializate

Rezonanța magnetică nucleară

Medicina nucleară (scintigrafia oaselor, altor organe)

5.2. Managementul tratamentului complex și combinat

- Tratament complex și combinat (chirurgical, chmioterapeutic, radioterapeutic

hormonal, imunoterapie, vaccinerapie, anticorpi monoclonali, etc).

- Implementarea tehnologiilor moderne

(transplantul măduvei osoase, tehnologii de transplantare celulară, STEM, transplant de organe, etc).

5.2.1. Managementul serviciului de transfuzii (banca de sânge, componenți de sânge). Elaborarea și adoptarea ordinului IOM cu privire la serviciul de transfuzii în clinica institutului.

5.3. Managementul calității asistenței oncologice

5.3.1. În condiții de ambulator (cabinet oncologic, cabinet consultativ al centrului oncologic curativ-profilactic, policlinica despanserului oncologic, policlinica Institutului Oncologic).

Criteriul de baza – indicii depistării precoce și tardivi, criteriile de calitate îndreptate asupra pacientului (nr. de reclamații, percepția accesului, a continuității, informării, confidentialității, respectului, curățenia și satisfacția pacienților, Benchmarkingul intern și extern, modelele PDCA, Focus, FAD, sau 10 pași spre calitate).

5.3.2. În condițiile de staționar.

Criteriile calității asistenței medicale vor fi elaborate pe specialități (chirurgie, radioterapie, chmioterapie).

Criteriile selective vor fi direct proporționale cu eficacitatea tratamentului și indicii complicațiilor post-tratament, a recidivelor.

Indicator de calitate (letalitatea spitalicească, proporția pacienților decedați cu cauza de deces – cancerul, rata pacienților decedați cu cauza de deces – maladii concomitente, rata pacienților decedați cu cauza de deces – complicațiile tratamentului de bază (chirurgical, chmioterapeutic, radioterapeutic, complex)).

Un loc deosebit în aprecierea calității îl va avea și factorul subiectiv – anchetarea bolnavilor și rudelor lor.

Auditul intern – comisiile de experți, directori de clinici instituționale și universitare, manageri ai IOM, colaboratori ai catedrei.

5.4. Managementul reabilitării și tratamentului sanatorial.

- Concepția complexă de reabilitare a bolnavilor oncologici și diminuarea invalidității.

- Reabilitarea psihologică medicală, psihosocială, reprofilarea și migrația profesiografică a pacienților grupei clinice III.

- Reabilitarea medicală terapeutică (în clinica Institutului Oncologic, în Policlinica IOM, în

cabinetele de reabilitare a centrelor oncologice curative-profilactice, cabinetul oncologului raional (trebuie fondat).

- Reabilitarea bolnavilor grupei clinice III la sanatoriu (implementarea prin ordonanță ministerială a recomandărilor metodice "Tratamentul sanatorial al bolnavilor oncologici în RM", elaborate de profesorul I. Mureuța în anul 1995).

Sanatoriile:

"Codru", sat Hîrjauca, Călărași RM (stomac)

"Zolotaia niva", Sergheevca, Ucraina (glanda mamară)

"Serghei Lazo", Sergheevca, Ucraina (uterul, anexe)

"Patria", Sergheevca, Ucraina (plămîni)

- Reabilitarea la domiciliu (program special)

- Reabilitarea chirurgicală (operații reconstructive, plastii cu diferite lambouri, plastii postmastectomice, endoprotezări, exoprotezări, etc).

5.5. Managementul tratamentului paliativ și ameliorarea calității vieții bolnavilor oncologici.

- Fondarea secției de tratament paliativ în IOM (secția a fost fondată prin ordinul MS în anul 1993 și desființată de conducerea Institutului în 1994).

- Fondarea consiliului național pentru tratamentul paliativ

- Fondarea centrului de studiere și tratare a durerii cronice în cancer (a fost fondat în 1993 și desființat în 1994).

- Tratamentul sindromului algic în cabinetele de tratare a durerii pe lângă oncologul raional, a viitoarelor centre oncologice curative profilactice, dispanserelor oncologice și în policlinica IOM.

- Formarea infrastructurii medico-sociale de susținere a bolnavilor oncologici (medicul de familie, oncologul, programul special "domiciliu" (este elaborat) asistenții sociali, infirmierele în vizită, creștinii bisericii ortodoxe sau a altor confesiuni).

- Fondarea în Republica Moldova a 4 hospisuri (Chișinău, Bălți, Cahul, Tiraspol).

6. Managementul sistemului informațional

- Sistemul de înregistrare, de evidențiere și migrație a bolnavilor – registratura – secția de internare – secția curativă (secțiile de profil).

- Sistemul de informare – clinicile – secțiile de profil, sălile de operație – secția morfologie.

- Sistemul informațional teritorial (cabinetele oncologice raionale, centrele oncologice curativ-profilactice, dispanserele oncologice) – Cancer Registrul Național.

- Dezvoltarea telemedicinii la nivel național și internațional, consultații specializate.

7. Managementul științific, invenții și inovații

- Cercetări științifice și de dezvoltare tehnologică (cercetări științifice fundamentale, cercetări științifice aplicative, creație tehnologică și transfer tehnologic, cercetări multidisciplinare, cercetări la tangența științelor medicobiologice).

- Cercetări fundamentale:

◆ Factori de risc, cancerogeneza și morfologia tumorilor

◆ Genetica, ingineria genetică în oncologie

◆ Medicamente și remedii antitumorale

◆ Anestezia și procesul tumoral

- Cercetări aplicative:

În domeniul profilaxiei, diagnosticului, tratamentului și reabilitării bolnavilor oncologici

În domeniul prelevării, conservării țesuturilor și fondării Băncii Tisulare a IOM și acreditarea ei la Banca Tisulară Europeană

În domeniul creșterii celulare

În domeniul biologiei moleculare, cercetărilor antitumorale

În domeniul chirurgiei înalte – transplant de organe, chirurgiei reconstructive

- Cercetări fundamentale și aplicative, mixte, etc.

8. Managementul farmaceutic, asigurarea cu medicamente anticanceroase de profil simptomatic

Asigurarea cu medicamente specifice antitumorale (licitații în comun cu agenția medicamentului)

Acordarea prin Hotărîrea Guvernului RM gestionarea a 500.000 lei pentru urgență în procurarea medicamentelor cu licitații locale în IMSP)

Asigurarea cu medicamente de profil general AT, urgență, maladii concomitente

Formarea comisiei medicamentului în oncologie

Elaborarea de noi medicamente antitumorale

9. Managementul relațiilor externe

9.1. Parteneriate cu instituții științifice de profil medical, medico-technic, ONG-uri de profil medical și în special oncologic, etc.

9.2. Parteneriate cu instituții de cercetări științifice în domeniul cercetărilor fundamentale și aplicative

9.3. Parteneriate cu centrele medicale private în domeniul depistării precoce a tumorilor, etc.

10. Managementul serviciilor auxiliare

Biblioteca, Muzeul IMSP IOM

■ Serviciul de brancardieri în staționarul IMSP IOM (blocurile de operații și ATI, secțiile de tratament specific)

- Alimentația bolnavilor
- Transportul sanitar
- Spălătoria
- Serviciul amenajării teritoriului
- Serviciul de pază și securitate
- Serviciul antiincendiar
- Serviciul de electricitate
- Serviciul apă-canalizare
- Serviciul de salubritate

Serviciul de "funerarii" (contract cu serviciul de funerarii a Consiliului Municipal Chisinau; Introducerea tehnologiilor de crematorie în IOM după consultarea și evidențierea aspectelor bioetice, manageriale, tehnologice, aspectelor legale și normative).

11. Managementul marketingului la nivelul pieții serviciilor oncologice din Europa de Sud-Est

Tratamentul bolnavilor în diferite țări ale Europei, din țările CSI (contraplată cu tarife competitive și prin contracte dintre IOM și alte instituții medicale din țările europene, sau contracte cu diferite asociații, instituții sau chiar companii de asigurări. Acreditarea IOM pe piața serviciilor oncologice specializate din Europa de Sud-Est. Este important rolul personalităților din serviciul oncologic pe piața serviciilor oncologice europene.

Proiectul Legii „Cu privire la lupta anticancer și asistența medicală a bolnavilor oncologici în Republica Moldova”

Proiect

Legea Republicii Moldova „Cu privire la lupta anticancer și asistența medicală a bolnavilor oncologici”

Capitolul I

Dispoziții generale

Art.1. Definiții

Cancer — totalitatea de tumori maligne epiteliale de diferite tipuri histologice și forme evolutive.

Bolnav canceros — bolnavul cu tumoare malignă epitelială confirmată histopatologic.

Bolnav oncologic — bolnavul cu oricare tumoare (benignă, stare precanceroasă sau cancer).

Precancer — bolnavul cu stări premorbide cancerului și tumori benigne.

Tumor benign — tumoare din orice țesut dar cu caracter neinfiltrativ.

Tumor malign — orice tumoare malignă cu creștere invazivă și cu tendința spre metastazare.

Asistența medicală specializată (oncologică) — asistență medicală specializată care include examinarea oncologului, tratamentul de ambulator și staționar efectuat de specialiștii oncologi.

Asistența medicală socială — asistența medicală specială oncologică cât și asistența socială a bolnavului oncologic.

Depistarea precoce — depistarea tumorilor și cancerului în stadii inițiale, în debutul bolii.

Depistare tardivă — depistarea tumorilor și cancerului în stadii avansate, când are loc metastazarea în diferite alte organe.

Tratament radical — bolnavul cu tumori sau cancer căruia i s-a aplicat tratamentul complex, combinat după programe radicale. Bolnavul necesită reabilitare și dispensarizare.

Tratament paliativ (simptomatic) — tratamentul de susținere a bolnavului oncologic în stadiile avansate, controlul simptoamelor.

Profilaxie oncologică — măsuri de prevenire a maladiilor oncologice.

Profilaxie primară — totalitatea măsurilor pentru prevenirea factorilor care provoacă cancerul, mai des a mediului ambiant, factorii sociali, etc.

Profilaxie secundară — totalitatea măsurilor depistării active și pasive a stărilor precanceroase și tratamentul lor.

Profilaxie terțiară — totalitatea măsurilor pentru dispensarizarea bolnavului oncologic, examenele medicale repetate.

Factor de risc — element din mediul ambiant legat semnificativ cu îmbolnăvirea. Factorii de risc pot fi exogeni, endogeni sau hormonal care pot provoca apariția cancerului.

Centru oncologic curativ-profilactic — tip complex de unitate medicală oncologică specializată la nivel teritorial. Activitatea de bază — depistarea precoce și dispensarizarea bolnavilor oncologici din teritoriu.

Dispensar oncologic — principala unitate ambulator-spitalicească a eșalonului medical oncologic, funcțional legat de policlinicile și spitalele teritoriale. Aici se îndeplinesc prioritar activități preventive — acțiuni asupra factorilor de risc, depistarea precoce a bolii oncologice, supravegherea activă a grupelor clinice oncologice, educația sanitară oncologică, consultații specializate, unele tratamente specifice oncologice, organizarea reabilitării și tratamentului paliativ al bolnavilor din teritoriu.

Institutul Oncologic din Moldova — unitatea principală a asistenței oncologice specializate — centru științific organizator-metodologic, clinico-diagnostic, de tratament și de perfecționare a cadrelor.

Program Național de Combatere a Cancerului — ansamblul de activități eșalonate și axate pe obiective clar definite care stabilește strategia în domeniul oncologiei la nivel național într-o perioadă de timp de 4—5 ani.

Art.2. Scopul legii

Prezenta lege are drept scop identificarea și evidențierea

- principiilor asistenței oncologice;
- obiectivelor asistenței oncologice;
- infrastructurii serviciului oncologic;
- programelor profilactice, de tratament, de reabilitare acționând direct la: micșorarea invalidității oncologice și mortalității cauzate de cancer prin diagnosticul precoce și tratament adecvat și complex, majorarea indicilor calității vieții bolnavilor oncologici prin măsuri de reabilitare și tratament paliativ.

Art.3. Noțiunea de asistență medicală oncologică

Asistența medicală specializată oncologică reprezintă o componentă a asistenței medicale a Sistemului de Sănătate din RM în cadrul căreia statul prin intermediul Ministerului Sănătății, instituțiilor specializate, ambulatorii și staționare acordă asistența oncologică specializată.

Art.4. Principiile asistenței oncologice

Principiile de bază ale asistenței oncologice sunt:

- profilaxia — primară, secundară și terțiară a bolnavilor cu tumori;
- depistarea precoce a tumorilor;
- diagnosticul și diagnosticul diferențial precoce (timpuriu) al tumorilor;
- tratamentul specializat, la timp, consecutiv, consecvent, complex, integru, dinamic și evidențiat individual;
- tratamentul propriu-zis a tumorii, procesului tumoral al organismului integru și tratamentul bolnavilor asociați.
- diminuarea invalidității oncologice și reabilitarea — integrarea socială și profesională a bolnavilor grupei clinice III.
- tratamentul paliativ pentru bolnavii grupei clinice IV.
- decentralizarea parțială a tratamentului bolnavilor oncologici.

Capitolul II

Beneficiarii de asistență medicală specializată oncologică

Art.5. De asistență oncologică consultativă beneficiază toți cetățenii Republicii Moldova, copiii și adulții.

Art.6. De asistență specializată oncologică beneficiază bolnavii din grupele de risc.

Art.7. De asistență oncologică specializată (ambulatorie și de spital) beneficiază toți bolnavii oncologici — cu tumori benigne și maligne, maladii oncologice ale sistemului hemopoetic, confirmat morfopatologic.

Art.8. Cetățenii străini și apatrizii sunt asigurați cu asistență oncologică în conformitate cu directivele MS al RM.

Capitolul III

Serviciile medicale oncologice

Art.9. Formele de asistență oncologică

Asistența oncologică este consultativ-preferențială, consultativă, în condiții de ambulatoriu, de staționar, hospis sau de domiciliu.

Art.10. Asistența Medicală a bolnavilor oncologici este complexă și se compune din:

a. metode principale:

- chirurgie oncologică (tratament sau plastii postumorale);

- radioterapie;

- chimioterapie;

b. metode asociate:

- hormono-terapie;

- tratament cu factori fizici;

- reabilitarea complexă (terapeutică, chirurgicală, socială și profesională);

- imunoterapie;

- vaccinare;

c. metode de tratament a maladiilor asociate

d. alte metode

Capitolul IV

Managementul și infrastructura medico-socială a Sistemului Oncologic.

Lupta împotriva cancerului

Art.11. Centrele și instituțiile de asistență medicală oncologică specializată și luptă contra cancerului

Medicina primară, medicina specializată, oncologii serviciului oncologic teritorial au ca obiective:

1. depistarea precoce a patologiilor oncologice;

2. dispensarizarea bolnavilor oncologici;

3. efectuarea măsurilor profilaxiei primare secundare și terțiare;

4. reabilitarea și tratamentul paliativ al bolnavilor oncologici;

5. evidențierea bolnavilor oncologici prin registrele de cancer teritoriale;

6. realizarea programelor teritoriale anticancer.

Pe teritoriul țării vor fi fondate, la decizia MS al RM, centre oncologice curativ-profilactice, dispansere oncologice. Un rol special îi revine IOM.

Art.12. Centrele oncologice curativ-profilactice de luptă contra cancerului sunt aprobate de MS al RM.

Art.13. Domeniul de activitate al fiecărui centru oncologic curativ-profilactic este fixat de decizia MS al RM.

Fiecare centru trebuie să conțină cel puțin un serviciu de chirurgie oncologică sau chimioterapie dirijate de specialiști. În plus un medic specialist în morfologia tumorilor. Toți medicii trebuie să dispună de pregătire în oncologie.

Art.14. Dirijarea centrului oncologic curativ-profilactic este determinată de un comitet, dirijat de directorul centrului, care cuprinde șefi de servicii și specialiști atașați centrului. Comitetul elaborează un raport despre activitatea în fiecare an care este prezentat oncologului principal și MS al RM.

Art.15. Toate contactele de colaborare fie tehnice, fie științifice cu alte instituții de stat sau private, universități, cu oricare alte instituții publice și private trebuie să fie aprobate de minister sau oncologul principal al MS al RM. Toate regulamentele interioare sunt supuse spre aprobare Ministerului Sănătății (oncologul principal al MS al RM).

Art.16. Centrele oncologice curativ-profilactice de luptă contra cancerului centralizând informația din teritoriu său o expediază pe adresa Cancer-Registrului Național.

Art.17. Institutul Oncologic are ca obiective:

- depistarea bolnavilor oncologici în țară;

- efectuarea diagnosticului diferențial a bolnavilor oncologici cu alte maladii;

- realizarea Programului Național de Combatere a Cancerului în RM;

- tratament, reabilitare și tratament paliativ la etapa de staționar, policlinică a bolnavilor oncologici;

- efectuarea cercetărilor științifice în domeniul oncologiei;

- dispensarele oncologice, Institutul Oncologic dispun de statut juridic.

Secțiunea II

Consiliul de administrare

Art.18. Fiecare centru este administrat de un consiliu de administrare. Din acest consiliu fac parte obligatoriu: Președintele raionului, Directorul Centrului Medicilor de familie, Directorul spitalului raional, Directorii Sănătății Publice din teritoriu unde își are sediu centrul oncologic, un profesor universitar oncolog (conferențiar) responsabil de acest teritoriu din punct de vedere consultativ-metodic, directorul centrului, 2 membri ai Comitetului de Administrație. Aceste desemnări sunt supuse pentru aprobare Ministerului Sănătății al RM (Oncologului principal).

Președinția Consiliului de Administrare aparține Președintelui raionului, vice-președinția aparține unui director al Sănătății Publice teritoriale, iar secretariatul — directorului Centrului Oncologic curativ-profilactic.

Art.19. Consiliul de Administrare deliberază următoarele obiective:

- bugetul centrului
- împrumuturile
- închirierile
- contractele
- donațiile
- convențiile și regulamentele
- propunerile făcute Consiliului raional, MS în domeniul finanțării, etc.

Art.20. Directorii Centrelor oncologice curativ-profilactice sunt numiți de Ministrul Sănătății după organizarea concursului organizat conform legislației în vigoare.

Directorul Centrului Oncologic nu poate comasa alte funcții, decât cea de medic oncolog (chirurg, ginecolog, radioterapeut, chimioterapeut, reabilitolog).

Capitolul V

Personalul din sistemul asistenței oncologice

Art.21. Rolul medicului de familie și medicilor specialiști

Medicul de familie este figura principală în depistarea precoce a tumorilor.

Art.22. Medicul specialist — chirurg generalist (ORL, oftalmolog, stomatolog, urolog, traumatolog, etc., internist, pulmonolog, neurolog sau alt specialist) trebuie să dispună de pregătire în oncologia clinică.

Medicii privați sunt obligați să poseze cunoștințe oncologice și susțin examenele de licență în domeniul oncologiei clinice.

Art.23. Profesiunea de oncolog este specifică și necesită o pregătire specială prin rezidențiat, doctorantură și postdoctorantură, secundariat clinic.

În oncologie sunt desemnate următoarele specialități:

- oncolog generalist
- oncolog chirurg
- oncolog-radioterapeut
- oncolog-chimioterapeut
- oncolog-reabilitolog.

Art.24. Oncologul Principal al MS al RM

Oncologul Principal al MS al RM este numit de către Ministrul Sănătății al RM din rândul profesorilor universitari, profesorilor cercetători, specialiștilor apreciați în oncologie.

Art.25. Oncologul Principal al MS al RM dirijează serviciul oncologic din RM inclusiv

coordonează comisia republicană de experți în analiza cazurilor depistării tardive a cancerului.

Capitolul VI

Stabilirea diagnosticului

Art.26. Infirmary sau confirmarea diagnosticului de cancer se stabilește numai la examinarea morfopatologică efectuată în laboratorul morfologic și ulterior confirmată, revăzută în laboratorul morfologic al IOM.

Art.27. Biopsia poate fi efectuată în orice unitate curativ-profilactică din RM dar confirmarea sau infirmary este obligatorie în laboratorul morfologic al IOM.

Art.28. În cazul suspectării clinice, rezultatul a 2 citologii negative, examenul morfologic e obligatoriu de efectuat intraoperatoriu. Dacă acest examen nu se poate efectua operația sau biopsia nu poate fi efectuată în aceste instituții, în afară de cazurile de urgență.

Art.29. Tratamentul conservativ, terapeutic sau chirurgical în clinicele private nu poate fi început fără examenul profilactic oncologic, efectuat de specialistul oncolog.

(Bolnavii cu cancer nu pot fi operați în clinicele private).

Capitolul VII

Tratamentul bolnavilor oncologici

Art.30. Tratamentul bolnavilor oncologici este combinat și complex — cuprinde tratamentul chirurgical, radioterapeutic, chimioterapeutic și hormonal, de reabilitare și tratament paliativ.

Art.31. Tratamentul radioterapeutic se efectuează în exclusivitate în IOM sau în centrele oncologice din străinătate.

Art.32. Tratamentul chimioterapeutic, de reabilitare, paliativ se poate efectua în IOM și în Dispanserele Oncologice sau Centrele Oncologice curativ-profilactice din RM la decizia MS.

Capitolul VIII

Reabilitarea și expertiza vitalității (capacității de muncă) a bolnavilor oncologici

Art.33. Bolnavii oncologici după tratamentul radical (grupa clinică III) beneficiază de tratament recuperator la toate nivelurile — policlinică, staționar, Centrul de reabilitare, sanatoriu.

Art.34. Statul asigură reabilitarea medicală afiș terapeutică cît și chirurgicală inclusiv necesitățile și remediile paramedicale — proteze, medicamente, etc.

Art.35. Statul asigură reabilitarea profesională a bolnavilor oncologici după reprofilarea lor în centrele respective.

Art.36. Expertiza vitalității se efectuează de specialiști experți și oncologi-reabilitologi după pierderea procentuală profesiografică a capacității de muncă.

Capitolul IX

Tratamentul paliativ al bolnavilor oncologici

Art.37. Statul creează atît infrastructura guvernamentală medico-socială de susținere a bolnavilor oncologici, dar sprijină și crearea celei a organizațiilor neguvernamentale.

Art.38. Statul asigură la toate nivelurile tratamentul paliativ al bolnavilor oncologici — la domiciliu, în policlinică, în staționar (indiferent de profil), în hospisuri.

Art.39. Tratamentul paliativ include tratamentul sindromului algic și asigurarea cu medicamente antalgice și opioide, metodele de tratament nemedicamenteose, intoxicației, dispneei, constipației, diareei, dizureiei, etc.

Art.40. Sistemul paliativ în oncologie este alcătuit din secția terapie paliativă a IOM, cabinetele de tratare a durerii a centrelor oncologice curativ-prilactice, dispanserelor oncologice, spitalelor de profil larg.

Art.41. Hospisul este o unitate guvernamentală filantropică, medico-socială, unde sunt internați bolnavii oncologici în stadiile terminale ale bolii pentru alinarea suferințelor înainte de deces.

Art.42. Finanțarea hospisurilor poate fi polivalentă — statul prin autoritățile autoadministrației locale, donații ale persoanelor fizice sau juridice, donații internaționale, etc.

Art.43. Coordonarea metodologică a tratamentului paliativ este înfăptuită de Consiliul Metodologic pentru tratamentul paliativ în oncologie adoptat de MS în care intră:

- 1 reprezentant al MS
- 2 reprezentanți ai IOM (șeful secției de tratament paliativ, obligatoriu)
- 1 reprezentant al Catedrei Oncologie a USMF „N. Testemițanu”
- 1 oncolog raional.
- 1 oncolog din Dispanserul Oncologic (la fondarea Dispanserelor Oncologice din Moldova).

Președintele și vice-președintele sunt numiți de Ministerul Sănătății. Regulamentul Consiliului Metodologic pentru tratamentul paliativ în oncologie este adoptat de Ministerul Sănătății.

Capitolul X

Asigurarea cu medicamente a bolnavilor oncologici

Art.44. Statul asigură medicamente pentru tratamentul maladiei de bază — tumori maligne.

Art.45. Statul asigură tratamentul medicamentos al maladiilor concomitente a bolnavilor canceroși inclusiv remediile medicamentoase, preparate medicamentoase și produse farmaceutice și parafarmaceutice.

Art.46. Statul asigură tratamentul paliativ al bolnavilor oncologici în condițiile de staționar (inclusiv hospisuri), ambulatoriu sau tratamentul la domiciliu a durerii cronice cu substanțe antalgice și opioide, alte remedii.

Capitolul XI

Finanțarea asistenței oncologice

Art.47. Finanțarea Centrelor oncologice curativ-profilactice de luptă contra cancerului este din bugetul de stat (centralizat și local) din fondul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, din surse ce nu cotravin legislației în vigoare.

Capitolul XII

Dispoziții finale

Art.48. Punerea în aplicare

— La solicitarea Ministerului Sănătății organele administrației publice locale, organizațiile nonguvernamentale și alte persoane juridice care realizează acțiuni sau programe de asistență medico-socială inclusiv „Nursing”, „Hospis” etc. au obligația să raporteze informații referitoare la activitatea lor în domeniul respectiv.

— Prezenta lege intră în vigoare la data publicării.

— La data intrării în vigoare a prezentei legi se abrogă orice dispoziții ce contravin acestei legi.

— Guvernul în termen de 3 luni va aduce actele sale normative în conformitate cu prezenta lege, va asigura revizuirea și anularea de către ministere și departamente a actelor normative ce contravin prezentei legi.

Președintele Parlamentului

Data _____ or. Chișinău

*Proiect elaborat de către d.h.m., prof. univ.
Ion Mereuță în august 2002 și revitalizat în 2010*



REPUBLICA MOLDOVA

AGENȚIA DE STAT PENTRU DREPTURILE DE AUTOR

CERTIFICAT

DE ÎNREGISTRARE A OBIECTELOR OCROTITE DE DREPTUL
DE AUTOR ȘI DREPTURILE CONEXE

Seria OS nr. 346/582

din 24 septembrie 2002

În temeiul Legii privind dreptul de autor și drepturile conexe nr. 293-XIII din 23.11.1994

"Reglementarea serviciului oncologic în Republica Moldova" Proiectul legii
(denumirea operei / interpretării / fonogramci)

"Cu privire la lupta anticancer și asistența medicală a bolilor oncologice" Opere științifice

a fost înregistrată în Registrul de Stat al operelor ocrotite de dreptul de autor și drepturile conexe.

Titular(i) a drepturilor nepatrimoniale

Mereuță Ion Ețim

(numele de familie, prenumele, patronimicul)

Titular(i) a drepturilor patrimoniale

Mereuță Ion Ețim

(numele de familie, prenumele, patronimicul (denumirea))



Director General



Chișinău

Rotaru Ghenadie, postdoctorand

PROBLEME JURIDICE ÎN PRACTICA MEDICALĂ ȘI MEDIEREA

Summary: some legal issues encountered in medical and oncologic practice are examined in this article. There are considered the seriously ill oncologic patients, their diagnosis and treatment risks, the moral and legal responsibility of oncologists. Legal mechanisms of culpability protection in medicine and oncology are described, including: informed consent of patient, medical malpractice insurance, foundation of a mediation institution for proceedings in medical activity, in general, and in the oncological one, in particular.

Key words: oncologic practice, legal issues, legal responsibility, errors, mistakes, faults, malpractice insurance, mediation.

Viața și sănătatea umană - cele mai mari valori pentru om care trebuie pe deplin protejate. Pe plan internațional, dreptul omului și a sănătății a fost recunoscut în 1948 prin Declarația Universală a Drepturilor Omului și Constituția diferitor State inclusiv în Republica Moldova care reflectă dreptul cetățenilor la sănătate și la îngrijire medicală. Una dintre măsurile de protecție a dreptului unui cetățean la sănătate este dreptul civil (6).

Acest articol este dedicat răspunderii civile a specialiștilor din domeniul medical pentru practica oncologică. Activității profesionale ale personalului medical în domeniul oncologiei nu i-a fost dedicată nici o lucrare. Nu au fost evidențiate nici problemele juridice în acest domeniu. Nu au fost studiate nici erorile și nici deficiențele medicale în practica oncologică. Trebuie remarcat faptul că problema erorilor medicale este insuficient descrisă în literatura juridică. Divizarea anumitor dispoziții în teorie și practică creează dificultăți în clasificarea actelor specialiștilor din domeniul medical inclusiv și în oncologie.

Diverse probleme juridice inclusiv cele a erorilor medicale inclusiv și în oncologie și în domeniul îngrijirilor paliative necesită o analiză detaliată. Există multe probleme legate de malpraxis medical, care necesită o atenție importantă și dezvoltare în continuare în știința și practica dreptului medical și special în oncologie (8, 12).

Conținutul conceptului de erori medicale și deficiențe în practică oncologică, riscul medical, evaluarea lor juridică - necesită un studiu complex.

Acest lucru creează o necesitate obiectivă pentru mai multe studii aprofundate a normelor

în domeniul medicinei inclusiv și prejudiciile medicale în domeniul oncologiei.

Există o creștere a nivelului de cunoștințe juridice în rândul bolnavilor și, în consecință, crește numărul de procese civile împotriva prestatorilor de servicii medicale.

Acest lucru este demonstrat de practica de aplicare a legii în țările dezvoltate, în special în America și Europa de Vest, în cazul în care primul loc între diferite domenii de soluționare a litigiilor este activitatea medicală.

Literatura de specialitate atestă ca în practica medicală răspunderea delictuală, în oncologie – este o provocare abuzivă și ilegală cu dăuna bolnavului ca urmare a intervențiilor medicale pentru pacienții cu cancer la orice etapă a lor de tratament, de examinare sau de observare (1, 10, 11, 14).

În literatură sunt diverse explicații la definiția termenului de "intervenție medicală".

Prin acțiunea lucrătorului medical se înțelege tot ce este efectuat de la examinare până la manipulații sau operații (13, 14).

Prin inacțiunea – lucrătorilor medicali trebuie înțeles neefectuarea obligațiilor profesionale (13).

În conformitate cu intervenția medicală, în oncologie este necesar să se înțeleagă orice acțiune (inacțiune) a lucrătorilor medicali în domeniul sănătății în ceea ce privește pacientul oncologic. Aceste acțiuni sau inacțiuni pot fi efectuate într-o instituție specializată (cabinete de oncologie, clinici, spitale), precum și în alte instituții de îngrijire a sănătății de orice formă de

proprietate, precum și la domiciliu și în instituțiile pentru pacienții cu cancer (aziluri) (8, 12).

În opinia noastră, secțiunea a îngrijirilor paliative în oncologie, conceptul de “intervenție medicală” pare destul de “îngust”, adică nu reflectă întreaga gamă de factori de organizare, inclusiv farmacologice, instrumentale, psihologice și psihoterapeutice necesare și suficiente pentru această grupă de pacienți. În domeniul tratamentului paliativ în oncologie trebuie utilizat termenul de susținere “medico-socială.” Acest termen extinde domeniul de aplicare al relațiilor medicale, care sunt în curs de dezvoltare la această categorie de pacienți, specifică obiectul raporturilor juridice cu privire la asistența medicală a bolnavilor oncologici (1, 8).

Caracteristicile juridice ale prejudiciilor medicale în domeniul oncologiei va permite evaluarea subiectelor activităților de îngrijire medicală de specialitate pentru un eventual prejudiciu și de compensare a lor. În instituțiile medicale trebuie să cunoască motivele și condițiile de răspundere civilă, să prevină prejudiciile medicale, inclusiv și în oncologie (1, 14).

Acest lucru este demonstrat de practica de aplicare a legislației oncologice din țările dezvoltate, în special în America și Europa de Vest, în cazul în care primul loc între diferitele domenii de soluționare a litigiilor este activitatea medicală.

Prejudiciile medicale și în special în „cancer” sunt de mare interes pentru toate subiectele de relații civile a pacienților la instituțiile medicale, agenții de aplicare a legii, inclusiv la instanțele judecătorești, organizațiile de asigurări de sănătate, a medicilor (10).

Erorile medicale întotdeauna au atras atenția societății. Pentru erori și omisiuni în munca pe care o exercită, medicii au fost supuși la diverse sancțiuni. Reglementarea juridică a activității medicale actualmente necesită studierea dreptului în procesul formării profesionale a medicilor. În istorie se amintește de Regele Hammurabi din Babilon, care a inclus responsabilitatea medicilor în caz de deces sau rănire a pacientului, inclusiv și vătămarea corporală. În Egiptul Antic pentru tratarea pacienților medicul trebuia să urmeze cu strictețe “Cartea Sfântă”. Dacă se stabilea că, tratamentul a fost efectuat în stricta conformitate cu

înregistrările din “Cartea Sfântă”, medicul nu era pedepsit (11).

Reglementarea juridică a practicii medicale. În antichitate precum și în Rusia se întâlnește Statutul lui Vladimir Sviatoslavici (X-XI) și “Adevărul Rus” (IX-XI) ce conțin dispoziții referitoare la practica medicală.

În 1700 în Rusia a fost publicată prima lege care furnizează sancțiuni în caz de incompetență și falsificari ilegale, utilizarea medicamentelor care cauzează moartea pacienților.” Fiecare doctor “, care în mod deliberat „va omori” pe cineva, legea prevedea pedeapsa cu moartea (8, 12).

În articole separate, militare și din „Cărțile Marine”, luate de către Petru I în 1716 și în 1720, se atestă compensare reglementată pentru prejudiciul cauzat de practica medicală. Astfel, la punctul 9 din „Carta Maritimă” se declara că medicul va fi pedepsit în cazul tratamentului neeficient (14).

Până la 1857 în Rusia nu a existat nici o lege unică de reglementare a activității medicale. Carta și Legile Imperiul Rus au definit drepturile și responsabilitățile medicilor. În acest timp, medicul pentru o infracțiune profesională a fost supus la răspundere penală sau civilă pentru decesul pacientului. Conform Codului Penal (1885) încălcarea profesiei medicale a fost văzută ca o abatere administrativă.

În conformitate cu Carta de justiție penală în momentul în care urmărirea penală a specialiștilor din domeniul medical pentru infracțiune profesională, a fost legată de autoritățile medicale. M.A. Pliuschovski-Pliuschik în 1913, scria că este necesar să se facă distincția între neglijență profesională a unui medic referitoare la metoda de tratament și nepăsarea, ca o supraveghere în punerea în aplicare a unei acțiuni pur tehnice (medicament care a cauzat un prejudiciu). Urmărirea penală a unui medic pentru un diagnostic greșit și tratament incorect poate duce la o răspundere penală. Responsabilitatea pentru un medic vine doar din neglijență ordinară sau inadvertență (14).

Spre deosebire de răspunderea civilă, cea penală prevăzută pentru lucrătorii în domeniul sănătății, în diferite formațiuni social-politice, a fost pusă în aplicare în moduri diferite. Astfel, în timpul Regelui Babilonului Hammurabi, se prevedea

pedepse pentru un tratament care a eșuat, în cazul în care medicul a fost obligat să întoarcă bolnavului plata cheltuielilor de preț echivalent. Dreptul privat roman prevădea pedepse pentru tratament inadecvat, sau moartea unui bolnav.

În Evul Mediu în Europa, au existat o serie de norme, inclusiv Codul lui Carol al V, "Caroline", în anul 1532 în care a fost declarat, că greșelele medicului trebuie să fie dovedite de către o comisie specială, iar medicul este tras la răspundere de membrii familiei pacientului numai din cauza ignoranței sale, utilizarea neglijenței sau necorespunzătoare a cunoștințelor lui. În Rusia, prin Decretul Împărătesei Elizabet 1758 normele medicale încălcate de medici se pedepseau cu amendă de pînă la 400 ruble (14).

Despăgubirile pentru daune morale, declarate în bazele legislației civile, ce au provocat pagube de viață și de sănătate nu a avut loc. Ca urmare, efectele negative asupra sănătății și a vieții curente în momentul în care legislația nu este pe deplin compensată de lipsa de reglementarea juridică a acestor norme.

În 1993 în Federația Rusă a fost adoptată legea "Cu privire la protecția sănătății cetățenilor din Federația Rusă", care precizează și dezvoltă articolele din Constituția Federației Ruse, principiile de bază a protecției sănătății, de organizare a diferitelor sisteme de sănătate, garanții de asistență medicală și socială, drepturile civile pentru diferite grupe a populației. Pentru prima dată, se recunoaște în mod legal dreptul și ordinea de vindecare, cum se crează o asociație profesională medicală și farmaceutică, în cele din urmă înscris în noua legislație cu privire la eutanasiu, definiția de momentul morții, marcat de drepturile omului în perioada post-mortem - autopsie, organe și transplantul de țesuturi, reglementarea drepturilor de reproducere, specificarea conceptului de confidențialitate (4, 5, 8, 12).

Importanță fundamentală sunt normele din legislațiile țărilor privind răspunderea pentru prejudiciu, în special în ceea ce privește încălcarea drepturilor cetățenilor la sănătate, care se aplică în totalitate și pentru practica oncologică (12). Legislația stabilește procedura de despăgubire pentru daunele cauzate de sănătate a pacientului. Pentru prima dată apare un statut clar de a urmări un medic în caz de culpabilitate

legat de un prejudiciu adus sănătății și a vieții bolnavilor. În practica preexistentă greșela profesională a medicului era sancționată penal. Legislația prevede și răspunderea civilă „franciza” în conformitate cu dauna sau interese materiale.

În diferite țări se reglementează servicii de îngrijiri paliative la pacienți cu cancer. Lipsesc de fapt reglementări de operare în conformitate cu care să fie efectuată această activitate. Extrem de important este procedura de a se determina momentul de deces al persoanei, prelevarea de organe și/sau țesuturi pentru transplant, autopsiile exploatație-mortem, o examinare medicală independentă dreptul de a se angaja în medicina tradițională, secretul medical. Toate cele enunțate de mai sus sunt legate direct de domeniul și practica oncologică, de adaptare și reglementarea juridică a serviciilor medicale.

Funcțiile de reglementare și de protecție în domeniul oncologiei sunt realizate pe baza de coduri civile și penale ale Republicii Moldova cu privire la transplantul de organe și țesuturi, cu privire la îngrijire psihiatrică și garanțiile drepturilor cetățenilor în furnizarea ei, cu privire la droguri, și alte legi. Regulamente juridice specifice a activităților desfășurate în oncologie nu sunt. În domeniul asistenței sociale, există unele beneficii referitoare la pacienții cu cancer, inclusiv în domeniul dreptului locuinței, utilități publice și alte servicii inclusiv îngrijiri paliative. Spre exemplu în Federația Rusă este un Ordin al Ministerului Sănătății Publice, "Cu privire la măsurile de îmbunătățire a organizării de îngrijire cu cancer." Acest ordin reglementează activitățile legate în organizarea îngrijirilor bolnavilor de cancer. Este extrem de important de a reglementa practica cu oncologie, precum și forme de organizare în îngrijirea bolnavilor cu cancer.

Culpabilitatea în domeniul medical și în special în domeniul oncologiei, în cazul în care s-a cauzat un prejudiciu sănătății sau vieții pacientului va fi un act ilegal, și poate avea ca rezultat, consecințele juridice civile, în forma compensației pentru prejudiciu sau chiar consecințe penale.

Specifice pentru răspunderea juridică a lucrătorilor din domeniul asistenței medicale, este problema erorilor medicale. Deficiențele medicale au primit o mare atenție în literatura medicală, dar pînă acum puțină atenție este în cadrul legal. Unii autori consideră că erorile medicale sunt lipse în

activitatea medicală care conduc la interpretarea tendențioasă medicală și juridică (8, 13).

Probabil, că nu există alt domeniu de activitate profesională, la care societatea ar reacționa atât de dureros, ca în activitate medicală. "În mod obiectiv și în mod oficial posibilitatea de a recunoaște orice eroare umană în orice profesie, inclusiv medicală este posibilă".

Problema erorilor medicale a fost elucidată într-un număr mare de lucrări, în principiu de medicii legiști, și doar câteva lucrări consacrate la subiectul de avocați. Deși utilizarea termenului de "erori medicale" este utilizat pe scară largă în practica juridică, medicală și de experți, nu există în prezent nici o interpretare uniformă a acestui concept.

Gama de opțiuni în interpretarea termenului de "erori medicale" variază între concepte opuse: de la neglijență, acte false, nechibzuite și practici de îngrijire a sănătății, care au dus la vătămări corporale sau deces a pacientului la o greșeală "un medic cinstit, fără elemente de neglijență și ignoranță profesională" (12).

Există cel puțin șaiszeci și cinci de definiții intermediare, concepte și caracteristici medicale (terapeutice, de diagnostic, tactice și tehnice, etc.) de eroare, care indică lipsa completă de unanimitate de opinii cu privire la interpretarea conceptelor (1).

În literatura de specialitate juridică, nu există nici un punct unic de vedere cu privire la calificarea de erori medicale. Unii o numesc greșit ca culpabilă conduită, ilicită medicală care a cauzat prejudiciu sănătății pacientului, în timp ce alții – ca o cauzare aleatoare nevinovată iar uneori o responsabilitate mică a unui medic. După cum se poate observa din aceste definiții, ele sunt diferite nu invocă prezența sau absența de vinovăție, care este esențială pentru aprecierea juridică (1, 10, 12).

Mai mulți savanți juriști oferă o definiție a conceptului de "erori medicale" și pentru a remedia problema. Alții consideră că acești termeni sunt medicali și nu juridici (1, 10, 12, 14).

În timp ce nu există nici o interpretare uniformă, nu trebuie să existe nici o interpretare medico-legală și trebuie exclusă din practica juridică și de experți. Aceasta nu exclude folosirea lor în practica clinică, pentru a descrie acțiunile obiective a lucrătorilor în domeniul sănătății, în

îngrijirea pacienților și în special la pacienții cu cancer.

În activitatea oncologică caracterul inadecvat al unor metode de diagnostic, tehnicile chirurgicale sunt foarte complicate și limitele de eroare admise în practica medicală, sunt inevitabile la etapă actuală de dezvoltare a medicinei. Un alt motiv important pentru "cancer", este sinteza erorilor și studierea lor în scopul de a preveni repetarea lor și în viitor. Medicii din diferite țări au văzut un mod real de a îmbunătăți tratamentul pacienților în analiza erorilor medicale comise. În 1839 Pirogov a formulat problema: studierii cu atenție a greșelilor făcute în practica medicală, pentru a construi cunoștințe într-o anumită secțiune a științei medicale. Apare necesitatea unei discipline sau curiculă universitară ca „erologie medicală”. Pentru studierea problemelor juridice ale științei "erorile medicale" a fost stabilită răspunderea juridică - malpraxisul medical. Aceasta nu apare în multe cazuri, doar atunci când vindecarea este imposibilă și de exemplu, în cazul unei patologii avansate a cancerului. Responsabilitatea juridică apare atunci când sănătatea și viața a unui pacient cu cancer poate fi salvat, dar nu a fost ca urmare a unui număr de factori subiectivi și obiectivi. Anume în acest caz medicilor li se poate impune nu numai răspunderea civilă dar și răspundere penală (13).

Astfel, dacă știința medicală și practica oncologică este setată la orice greșeală medicală, atunci valoarea practicii judiciare se bazează pe legătura cauzelor dintre fapta săvârșită cu vinovăție și prejudiciul cauzat bolnavului.

În consecință, în unele cazuri ar putea fi erori profesionale care sunt inevitabile în orice activitate medicală, mai ales în oncologie, și, prin urmare, peste limitele unui drept civil semnificativ, în altele - în infracțiune mediată de neglijență cu implicarea unui sau a mai multe persoane (8).

În literatura de specialitate juridică au fost numeroase încercări de a dovedi științific, posibilitatea de consolidare legislativă a răspunderii juridice - malpraxis medical (8, 12).

Gorelick consideră că obiectul penal, și răspunderea în cazul erorilor medicale trebuie să existe, deoarece vizează viața și sănătatea persoanei. Aspectul obiectiv de conduită este - o încălcare a normelor prevăzute în medicină care

implică vătămare corporală și viața. Latura subiectivă este exprimată ca o încălcare deliberată și nechibzuită în procesul tratamentului cu consecințe – posibil de neglijență. Subiecții infracțiunii - poate fi un medic, asistent medical, moașă, farmacist sau/și alt personal medical din domeniul serviciilor medicale (1, 12).

Alți autori subliniază ca “nu există intenție de tratamente greșite în combinație cu consecințele neglijenței și nu se pot califica ca o greșeală medicală.” Iar “obiectul de eroare medicală” - “poate fi doar un medic, dar nu fiecare angajat, asociație de îngrijire medicală și poate fi doar imprudentă” (13).

Prin erori în oncologie se înțelege acte abuzive sau omisiuni ale medicilor sau a personalului medical, în legătură cu îndeplinirea muncii profesionale. Răspunderea juridică apare în acțiuni eronate ce are loc pe aceeași bază. O eroare medicală poate duce la consecințe juridice, și criteriul de demarcare este prezența sau absența neglijenței profesionale. Răspunderea civilă pentru erori în îndeplinirea sarcinilor profesionale are loc numai pentru astfel de erori, care conțin toate ce privește Codul Civil, care este consistentă ca răspundere delictuală. Practica oncologică nu este diferită de alte tipuri de activități medicale și de erori medicale și trebuie să fie interpretată în mod coerent și în aceste condiții (8).

Privarea vieții omenești, daunele aduse sănătății este stabilită în toate domeniile de drept. Nu există nici o excepție, și pentru activitățile profesionale în domeniul sănătății. Cu toate acestea, există dificultăți considerabile în evaluarea actelor medico-legale, care se datorează în mare parte la specificul activității medicale, pentru a distinge acțiunile legitime și ilegale ale personalului medical în caz de vătămare a sănătății și a vieții (8, 12).

În cazul în care apar efecte negative asupra sănătății ca urmare a practicii oncologice în activitatea oricărui specialist, inclusiv în domeniul chimioterapiei apare răspunderea judiciară. Imperfecțiunea științei și în special a celei oncologice, diagnosticul și tratamentul radical poate avea și un rezultat negativ, cu toate că medicii oncologi în cazul în care fac tot ce este posibil și imposibil pentru a preveni consecințele grave (1).

În domeniul oncologic nu este totul clar deoarece starea gravă a pacientului prezintă un risc sporit de deces, și mai dificil este situația cu bolnavii cu cancer avansat, care necesită tratament paliativ și simptomatic. Această asistență este reglementată pentru cabinete de ambulator și staționar. Apar probleme de reglementare a asistenței oncologice la domiciliu. Criteriul important pentru evaluarea acțiunilor medicale servesc numai știința și practica existentă. În oncologie nu există o abordare unică, standard pentru pacient, alegerea metodelor uniforme de diagnostic și tratament de aceeași boală. Așa numitele standarde nu pot fi pe deplin folosite în individualizarea tratamentului. Rezoluția în această problemă și evaluarea juridică a acțiunilor lucrătorilor medicali este foarte dificilă (1).

Este greu de imaginat că toate activitățile multiple a lucrătorilor în domeniul sănătății, la general și în domeniul oncologiei în special, pot fi rezumate în documentele oficiale. Oncologul tratează nu numai boala dar pacientul, și de fiecare dată se întâlnește o istorie individuală a unui proces patologic din cauza influenței mai multor factori care nu sunt incluse în document oficial (1).

O trăsătură specifică a patologiei canceroase este faptul, că medicul oncolog este pus într-o situație în care nu poate refuza efectuarea tratamentului, chiar dacă știe că metodele aplicate nu sunt eficiente, sau există un risc major pentru sănătate. În acest caz, incapacitatea de a trata un pacient cu cancer nu poate fi evaluată ca o infracțiune care ar avea consecințe juridice. Cele expuse mai sus se atribuie pe deplin și la îngrijirile paliative în cancer (10, 12).

De multe ori în oncologie medicul este forțat să acționeze după principiul umanismului medical. Medicul acționează reieșind din principiul științei și practicii oncologice. Acțiunile sale sunt legitime, deoarece se bazează pe principii științifice și practice generale și individuale. Un alt doctor în poziția sa ar fi acționat la fel sau ceva omogen. Acest lucru ține de acumularea experienței și cunoștințelor medicale. Fără aceasta nu ar fi posibilă dezvoltarea științei și practicii oncologice (10).

Răspunderea civilă în practica oncologică pentru acțiuni sau inacțiuni trebuie să aibă loc numai atunci când conține patru componente:

1. Uneori comportamentul lucrătorului medical nu este în conformitate cu normele științei și practicii oncologice.

2. A survenit un prejudiciu direct sau ascuns pentru sănătatea sau moartea pacientului.

3. Există o legătură de cauzalitate între comportamentul furnizorilor de servicii medicale și consecințele favorabile sau daunei aduse pacientului.

4. Vinovația lucrătorului medical ce a cauzat prejudiciul, prevăzută de lege.

Legislația stabilește răspundere civilă, asumarea riscurilor asociate cu comportamentul ilegal al lucrătorului medical. Absența ilegalităților în acțiunile medicilor furnizorilor în îngrijirea sănătății indică lipsa de răspundere delictuală și exclude răspunderea civilă (8, 10, 12, 14).

Comportamentul lucrătorului medical în îngrijirea sănătății poate fi exprimat în formă de acțiune (daune organismului în timpul intervenției chirurgicale, administrarea medicamentelor, numirea de droguri în doze excesive, etc.), și sub forma de inactivitate (chirurgie insuficient necesară, medicamente care nu au fost indicate adecvat și la timp. Lipsa de acțiune nu este întotdeauna exprimat prin comportament pasiv. Legislația prevede răspundere în cazurile în care un lucrător medical nu-și îndeplinește activitatea sa în mod corespunzător, iar acest lucru reduce eficiența îngrijirii medicale, implică un pronostic nefavorabil mai ales în tratamentul bolnavului cu cancer sau apariția de efecte adverse (8).

Asistența medicală oferă condiții mai favorabile sociale și fizice pentru existența pacienților cu cancer. În multe cazuri, acest ajutor previne dezvoltarea complicațiilor severe și astfel, prelungirea duratei vieții bolnavului (8, 10).

Sunt foarte importante aspectele cu privire la aprecierea juridică a acțiunilor sau inacțiunilor lucrătorilor medicali, în cazul în care există puncte de vedere de divergențe a oamenilor de știință în tratamentul cancerului. Faptul că există diferite școli medicale, diferite metode de operații, de diagnostic, și chiar și evaluare a datelor obiective și subiective despre pacient impune diverse probleme inclusiv și juridice.

De regulă, oamenii de știință publică în concluziile lor în revistele de specialitate, emit orientări și rezultatele cercetării ce stau la baza reglementărilor departamentale în formă de ordine

și instrucțiuni. Este logic că, în cazul unei fapte ca urmare a intervențiilor medicale, se pune întrebarea - de ce intervenția se efectuează prin această metodă, dar nu prin altă metodă. În opinia noastră, în acest caz, nici o dovadă de abatere, astfel ca metode și tehnici adoptate ce au o experiență de aplicare a acestora și de justificare științifică. Motivele de recurs în acest caz nu se pun (1, 13).

Condiție principală în fapta medicală este cu siguranță - existența unui prejudiciu. Obligațiile din cauza faptei apar numai atunci când există un prejudiciu. Medicul oncolog, este autorizat să facă în cursul activităților profesionale adecvat și fără scop de profit sau daună. Prejudiciul cauzat de către un medic oncolog, ar fi justificată, dacă a apărut ca urmare a unor acțiuni nejustificate și anume a normelor relevante ale științei și practicii oncologice. Situația este diferită în cazul în care aceste norme au fost încălcate. Consecințele comportamentului culpabil a dus la daune pacientului. Condiția următoare este legătura de cauzalitate între acțiunile medicale, inacțiuni și dauna. Dificultatea de a stabili o relație de cauzalitate se datorează în primul rând obiectivul actului profesional ilegal săvârșită prin omisiune și direct. În cadrul relației de cauzalitate în practica oncologică, care are efect juridic, să înțeleagă în mod obiectiv legătura dintre actul nelegal angajat și a efectelor nocive.

Cea mai mare dificultate de a stabili legătura de cauzalitate în oncologie sunt acte comise de omisiune a lucrătorilor din domeniul sănătății, în special în domeniul îngrijirilor paliative (8).

Omisiuni necuvenite, în oncologie în răspundere delictuală, are aceleași consecințe juridice-civile.

În opinia noastră, sunt cauze în care nu se poate impune lucrătorilor medicali responsabilitatea juridică:

1. Aflarea a pacientului în stare critică, amenințarea reală pentru viața.

2. Starea de boală a medicului, ce nu permite efectuarea tratamentului adecvat.

3. Lipsa condițiilor adecvate pentru acordarea asistenței medicale, tehnica medicală, medicamente, remedii care ar permite efectuarea acțiunilor.

Îndeplinirea anumitor funcții legate în exercitarea profesională a unui medic oncolog

devine o responsabilitate specială iar eșecul acestor drepturi, în condiții adecvate poate duce la apariția consecințelor de drept civil (1).

Unii cred că rezultatul este consecința necesară a acțiunii, în timp ce alții consideră legătura de cauzalitate aleatorie (1, 10, 13, 14).

Atunci când se analizează cazuri individuale caracteristice organismului și starea generală a lui, influențează dezvoltarea unei relații de cauzalitate în ambele sensuri. În oncologie esențial este ca relația cauzală să fie considerată ca fiind stabilită, atunci când în toate cazurile în care acțiunea determină rezultatul ce poate fi indiferent de circumstanțele care a determinat rezultatul (8, 10).

Studiind problema de cauzalitate, în oncologie este necesar de ținut cont că instituirea unei legături de cauzalitate între comportamentul lucrătorilor medicali, a oncologilor este determinată de responsabilitate, de legătură cauzală între acțiune, inacțiune și pagubă. În dreptul civil, există două tipuri de neglijență: neglijență gravă și simplă. Dacă neglijența gravă a încălcat evident toate drepturile persoanei în opinia noastră, diferența dintre intenția neglijență este după cum urmează:

1. Încălcările reglementărilor adoptate în forma de ordine, instrucțiuni, recomandări, etc;

2. Posibilitatea de apariție a efectelor nocive și asumarea deliberată în dăunarea posibilă ca fiind dificilă sau imposibilă de a elimina;

3. Încălcarea normelor obișnuite, de zi cu zi, de obicei acceptată în domeniul științei medicale și practicii, sau în această subdiviziune, instituție în formă de regulamente. Aceste norme sunt acceptate de către toți membrii altor categorii de personal medical ca fiind necesară pentru acordarea asistenței medicale (1, 12).

4. Posibilitatea de apariție a efectelor nocive legate de activitatea medicală oncologică.

Aspecte juridice de despăgubire pentru prejudiciile cauzate de către medici și instituțiile medicale, în oncologie necesită cercetări speciale (10, 13, 18).

Intervenția medicală, în special însoțită de un impact instrumental, operațional, cum este în oncologie, este întotdeauna mai mare în comparație cu activitatea medicală obișnuită. În cazul unei intervenții medicale la pacienții cu cancer este posibilă de a prognoza doar ipotetic.

În opinia noastră, în intervențiile medicale care creează un pericol sporit pentru bolnav, trebuie să se decidă în fiecare caz individual și de către Consiliul medical specializat.

În acest caz, pozițiile juridice dintre cele două condiții necesită de a aborda cu următoarele:

1. Deficiența poate fi cauzată de o sursă de risc crescut pentru acțiunile legale în cazul în care sursa de risc crescută este o componentă esențială a procesului de diagnostic și tratament, și anume în cazul în care există un obiect special, care poartă riscul crescut;

2. Deficiența poate fi cauzată de intervenția medicală, care în forma și esența ei, poate și ar trebui să fie atribuită la o sursă de risc crescut (intervenții chirurgicale pe organele vitale, inclusiv inima, creier, un volum mare a operație, care de multe ori se întâmplă în oncologie, asociată cu un risc substanțial pentru viața bolnavului.

O altă circumstanță care are relevanță directă pentru cancer este că cetățenii au dreptul la informații cu privire la sănătatea lor: diagnostic, opțiunile propuse de tratament, complicații posibile ale acestuia, indicații și contraindicații, prescrise de către medic sau de la farmacii, etc. De regulă, este dreptul cetățenilor de a ști taxele corespunzătoare în cazul îngrijirilor contra plată.

Imposibilitatea de a furniza informații complete și exacte cu privire la serviciul ilegal, în toate cazurile în care aceasta poate provoca un prejudiciu sănătății fizice sau morale poate sugera o relație de cauzalitate (13).

Cu privire la "cancer", lipsa informațiilor lor complete și corecte poate afecta decizia și consimțământul pacientului sau refuzul la asistență medicală în cazul prejudiciului, alături de alte motive delictuale medicale. Pacienții cu cancer ar trebui să beneficieze întotdeauna de o decizie corectă pe baza unor informații fiabile a medicului oncolog (8, 12).

În practica oncologică poate exista întotdeauna o posibilă șansă de prejudiciu pentru sănătatea pacientului.

Cu toate acestea, un loc important în practica medicală sînt circumstanțele în care prejudiciul a fost cauzat, la cererea sau cu consimțământul bolnavului. Acest prejudiciu este însoțit de activități profesionale în practica medicală în domeniul oncologiei.

Infracțiunile nu pot fi decât un act care a cauzat daune substanțiale pentru pacient, și nu în concordanță cu legislația existentă „, normele și metodele științei medicale”. Starea de urgență în practică medicală poate include doar unele dintre activitățile de diagnostic și tratament efectuat în circumstanțe excepționale (1,8,12).

Riscul oncologic definit printr-un set de circumstanțe, în primul rând de gravitatea bolii, condițiile în care se acordă asistența medicală, nivelul de calificare a medicului, etc. Riscul medicilor este justificat în existența riscul de cancer care creează lipsa deciziei dar nu indiferență și greșală profesională. Anume funcționarea riscului a unui rezultat negativ, este adesea obiectul unor plângeri a rudelor bolnavului și chiar încercările lor de a atrage un medic la răspunderea penală și civilă (13).

Avînd în vedere specificitatea cancerului în cazul în care riscul este întotdeauna cu pericol pentru sănătate și viață acetățenilor, este necesar să se definească limitele de risc profesional rezonabil în oncologie și distinge de alte relații (8, 12, 13, 14).

Luînd în considerație riscurile profesionale ale personalului medical trebuie să specificăm implicațiile în dreptul penal și civil.

În literatura medicală, inclusiv și a riscului de cercetare în domeniul cancerului este definit că gradul de pericol este anticipat pentru pacient, în cazul în care aceasta este expus în timpul tratamentului (chirurgie, anestezie). Este necesar de specificat diagnosticul și tratamentul bolnavilor cu cancer care sunt incluși în grupele de cercetare, bolnavii tematici care trebuie să semneze un consemntămînt voluntar (8).

Asistența medicală de prevenire sau de diagnostic și tratament pentru bolnavii oncologici este specific. Riscul bolnavilor de cancer este deosebit. Necesită o abordare pentru a corecta poziția “științei medicale și practice”, în aceste cazuri. Poate apărea un pericol profesional relevant pentru dreptul penal și civil în acest caz (13).

Din punctul de vedere al legii, în caz de necesitate extremă în oncologie acțiunea (inacțiunea) au o valoare majoră, atunci cînd un medic sau asistentă sau alt lucrător în domeniul sănătății, ignorînd regulile stabilite de Oncologie, în circumstanțe speciale fac acțiuni (inacțiuni) pentru a salva viața pacientului sau să recurgă la

existente metode de prevenire, diagnostic și tratament. În cazul în care acțiunile sau inacțiunile nu dăunează sănătății și vieții pacientului, sau nu există nici o legătură de cauzalitate între act medical și consecință, problema riscului lucrătorului medical la răspundere juridică nu se pune (8, 12).

În oncologie se opun responsabilităților juridice acțiunilor personalului medical în următoarele condiții:

1. Activități profesionale.

2. Scopul pentru care a folosit o metodă riscantă de tratament, diagnostic, sau experiment biomedical ar trebui să justifice pericolul pentru viață sau sănătate. Ea nu poate fi atinsă prin mijloace convenționale, iar acțiunea este în interesul public.

3. Posibilitatea unor efecte dăunătoare pentru viață sau sănătate trebuie să fie probabilă, și nu în mod deliberat, iar medicul trebuie să posede toate măsurile posibile pentru a preveni daunile bolnavului oncologic (8, 12).

4. Consimțămîntul cetățeanului sau a reprezentanților săi legali cu privire la utilizarea cu risc sporit a tratamentului și rezultatele adverse posibile, cu excepția cazurilor prevăzute de lege.

Riscul poate fi considerat rezonabil și, prin urmare, valabil numai în cazul în care îndeplinește toate aceste condiții.

1. Starea de necesitate este diferit de riscul justificat, în special în scopul pentru care acțiunea (inacțiunea) impune lucrătorul medical. Atunci cînd acțiunea este obiectivă, absolut necesară (sau inacțiunea) - numai pentru a preveni amenințările la viața și sănătatea pacientului. La riscul informat asumarea de riscuri poate fi efectuată cît pentru a elimina amenințarea la adresa vieții și la sănătatea pacientului și pentru a extinde metodele disponibile de prevenire, diagnostic și tratament al altor pacienți.

2. Consecința de a face activități legale poate fi riscant, spre deosebire de urgență, pot fi provocate pagube mai semnificative, inclusiv moartea pe masa de operație.

3. Atunci cînd este absolut necesară intervenția medicală inevitabilă (pentru a salva viața), riscul de a comite acțiuni care pot cauza prejudicii.

Fiecare persoană are dreptul la viață și sănătate. Cancerul - o oportunitate de a dispune

sănătății și a vieții, inclusiv la riscul de a afecta și a decide cu privire la încetarea vieții. Eutanasia activă și pasivă este interzisă de lege.

Pentru intervenție medicală este necesar de obținut consimțământul informat al pacientului.

Consimțământul pentru intervenția medicală în oncologie cu privire la persoanele sub 15 de ani, și a cetățenilor, recunoscute în modul prevăzut de lege incapabili, consemntământul se obține de la reprezentanții legali ai acestora. În cele mai multe cazuri, lipsa părinților sau tutorilor legali nu poate fi contestată. Numai în cazul în care îngrijirile medicale sunt necesare, pentru a salva viața, instituția are dreptul de a merge în instanță pentru a proteja interesele minorilor sub 15 ani și persoanele cu handicap. În cazurile în care statul nu permite unui cetățean să-și exprime voința sa sau a unui bolnav minor, fiind în incapacitate, dar este necesar o intervenție medicală de urgență, problema comportamentului trebuie să fie în interesul cetățeanului și se decide colectiv de către Consiliul medico-judiciar.

Acest lucru nu este adevărat. Pacientul cu cancer își dă consimțământul pentru tratamente noi sau tratamente invazive ș.a. Pacientul este de acord la un anumit risc pentru sănătatea sau viața lui, că nu există nici o intervenție medicală. Prin semnarea acordului privind intervenția chirurgicală în oncologie, pacientul este convins că, pot apărea complicații neprevăzute chiar cu respectarea normelor generale acceptate ale științei medicale și practice.

În acest sens, acordul pacienților cu cancer nu scutește medicul, de la răspundere în caz de prejudiciu medical. Sunt necesare introducerea noilor practici juridice în soluționarea conflictelor în serviciul oncologic așa ca asigurarea medicilor pentru malpraxis și implimentarea instituției de mediere, dar aceasta este pentru un viitor apropiat.

Legea Republicii Moldova nr. 134 din 14.06.2007 cu privire la mediere reprezintă un act normativ relativ nou, fiind pusă în aplicare din 01 iulie 2008. Scopul actului legislativ este de a reglementa medierea ca modalitate alternativă de soluționare a conflictelor pe cale amiabilă, statutul mediatorului și procesul medierii. Metoda alternativă de soluționare a conflictelor presupune o soluționare a litigiilor de orice natură (civile, comerciale, familiale, de muncă, penale,

administrative, etc.) într-o formă alta decât cea utilizată de instanțele de judecată. Reglementarea amiabilă a disputelor are prioritate deoarece soluțiile tranzacțiilor de împăcare sunt mult mai durabile și implică cheltuieli financiare minime față de procedura judiciară. Astfel, acestea au potențialul de a produce un impact pozitiv asupra sistemului judiciar, de unde se vrea a se impune o manifestare mai activă de interes din partea instanțelor de judecată, a exponenților profesiei juridice și a societății civile - justițiabili și organizații neguvernamentale. Dezvoltarea medierii ca metodă alternativă de soluționare a litigiilor de diversă natură este determinată de un complex de factori care constituie elemente ale unui sistem integrat menit să asigure eficiența funcționării instituției la nivel național.

Funcționarea eficientă a sistemului alternativ de soluționare a litigiilor (arbitrajul, medierea) este indispensabilă procesului de edificare a unui sistem judiciar modern, având potențialul de a îmbunătăți accesul la justiție, a contribui la diminuarea sarcinii instanțelor de judecată, accelerarea procesului de soluționare a cauzelor, creșterea încrederii populației în actul justiției. Pe lângă decongestionarea instanțelor de judecată medierea are drept efect producerea unor schimbări benefice la nivel de societate.

Medierea nu a fost aplicată inițial în instituțiile medicale. În acest context particular a conflictele interpersonale și interinstituționale, medierea are locul său. În instituțiile de sănătate conflictele care pot fi mediate sunt acelea, ce provoacă nemulțumirea utilizatorilor față de sistemul de sănătate. Mulți pacienți se plâng de lipsă de informații, de faptul că nu sunt auziți și înțeleși, insuficiența de dialog și comunicare, un context de aplicare abuzivă a măsurilor tehnice, dialogul medic-pacient se dezvoltă cu o tensiune crescută. Această tensiune este atât socială, cât și interpersonală.

Medierea este o metodă de soluționare a conflictului, care operează prin intermediul cooperării între părțile implicate, un participant imparțial și fără putere decizională. Extinderea socială a procesului de mediere este o modalitate de construe viața și relațiile sociale grație unei terțe părți, imparțiale și independente. Relația medicală este fără îndoială pentru o parte încă cea singură între medic și pacient. Deși în cadrul

serviciilor de sănătate se dezvoltă o cooperare între mai mulți participanți, bolnavul solicită și revendică o relație dublă.

Este necesar înființarea unei comisii de mediere, care să dispună de mediatori calificați și să rezolve reclamațiile făcute împotriva medicilor. Calea extrajudiciară este benefică pentru că permite o înțelegere amiabilă între părți. Iar ca noutate, participă obligatoriu la această comisie și un reprezentant al societății de asigurare care îl apără pe medic și se obligă să asigure dezaunarea, dacă ea i se cuvine uneia dintre părți vătămate. Calea judiciară este foarte lungă, procesul penal fiind doar prima parte a acestei căi. În penal se stabilește prejudiciul, după ce se face legătura de cauzalitate între activitatea de malpraxis și prejudiciul adus. În civil, se stabilește cuantumul dezaunării, tot acest proces putând ține ani de zile.

De aceea, ar fi de preferat medierea, întrucât este o cale de soluționare mai ușoară, părțile putând ajunge la o înțelegere rapidă. Insa părțile implicate trebuie să știe că se pot prezenta în fața comisiei de mediere cu proprii avocați. Aceștia își pot consilia clientii, iar experții din comisia de mediere vor ține seama de părerile avocaților.

În Moldova nu există, deocamdată, o practică judiciară de condamnare a erorilor medicale. Un singur medic, în ultimii zece ani, a fost tras la răspundere pentru malpraxis. Chiar dacă în multe cazuri, greșelile oamenilor în halate albe duc la decesul pacienților, pedeapsa prevăzută de Codul penal este de doar 3 ani de închisoare.

În prezent, doar Codul Penal al Republicii Moldova prevede sancțiuni pentru încălcarea din neglijență a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale. Conform articolului 213, dacă fapta medicului a cauzat vătămarea gravă a integrității corporale sau a sănătății, dar și decesul pacientului, aceasta se pedepsește cu închisoare de până la 3 ani, cu sau fără privarea de dreptul de a ocupa anumite funcții sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de la 2 la 5 ani.

Potrivit unui Eurobarometru privind erorile medicale, 23 la sută din europeni au fost, la un moment dat, victimele unei erori medicale. În Statele Unite ale Americii, un raport făcut public

recent a arătat că în fiecare lună mor aproximativ 15.000 de vârstnici din cauza unor erori medicale. La noi în țară nu există astfel de estimări, erorile medicale fiind considerate neimputabile personalului medical.

Există o diferență între erori medicale și greșeli medicale. Erorile sunt neimputabile, ținând de dotările cabinetului și de incidentele inerente ale unei intervenții medicale. În schimb greșelile sunt imputabile, constând în nerespectarea regulilor privind comportarea profesională. De exemplu, în trecut, dacă durerile în epigastru nu determinau medicul să investigheze un eventual infarct, aceasta era considerată eroare medicală. În prezent, o astfel de atitudine este caz de malpraxis. De asemenea, nu constituie caz de malpraxis daunele cauzate de dotarea insuficientă cu echipament de diagnostic și tratament. Nici infecțiile nosocomiale (contractate în spital) nu pot fi incluse în categoria malpraxis. În toate aceste situații, poate fi tras la răspundere spitalul, deoarece nu a asigurat toate condițiile pentru realizarea unui act medical de calitate.

Bibliografie:

1. Astarastove V., et d. medical mistakes and their impact on medical care, 2005, p.85
2. Declarația privind realizarea drepturilor pacienților în Europa, Amsterdam, 1994.
3. Codul Internațional de Etică medicală a AMM, Londra, 1960.
4. Declarația AMM privind drepturile bolnavilor, Lisabona, 1987.
5. Declarația AMM asupra Eutanaziei, Madrid, 1982.
6. Declarația Universală a Drepturilor omului. ONU, 1948, p.83.
7. Emăchescu D., Marcu G., Sănătatea Publică și Management, București, 1992, p.146.
8. Mereuță I., Țurcan C., Gațcan Șt., Crion N., Amihalachioaie Gh., Responsabilitatea morală și juridică în activitatea medicală, Cod Medical, p.274, Chișinău, 2002.
9. Мереуцэ И.Е., Социально-экономическое реформирование здравоохранения в Р. Молдова, 1994.
10. Mereuță I., Sistemele Sănătății în țările UE, 1996.
11. Mereuță I., Păpușoi E., Ețco C., Untu B., Josan O., Reglementarea activității medicale în R. Moldova, Chișinău, 1999.
12. Frunză I., Responsabilitatea medicului// Editura „H. Welthce”, Sibiu, 1994.
13. Florea V., Răspunderea penală pentru infracțiunile medicale, Chișinău, Epigraf, p.332, 2006.
14. Беляев Л. В., Ноздряков К.В., Врач-пациент врачбно-юридические аспекты в, Актуальные проблемы судебной медицины, Москва, стр. 147, 2006.

Albot Veceslav

ASPECTE MANAGERIALE ALE SERVICIULUI CHIRURGIE DE AMBULATOR

The article reveals the issues of surgical out-patient treatment in urban condition. New managerial technologies for optimizing the ambulatory surgery service have been emphasized and suggested. A systemic and complex managerial concept has been highlighted in order to optimize the quality of surgical specialized medical assistance and the efficiency of methods of replacing the in – patient treatment.

Key words: ambulatory surgery, management, out-patient treatment, efficiency and quality.

Clinicile chirurgicale de ambulator sunt concepute pentru primirea, examinarea pacienților cu o varietate de boli chirurgicale și tratamentul celor care nu au nevoie de spitalizare. În aceste centre sunt efectuate un număr mic de intervenții chirurgicale, pansamente, proceduri injectabile (2, 7, 8).

Volumul de servicii medicale chirurgicale depinde de echipamentele și personalul medical, de capacitatea instituției medicale, de numărul de vizite pe zi. În cazul în care există cel puțin 6 posturi de chirurg este creat departament de chirurgie, iar dacă mai puțin – secție chirurgie de ambulator, dacă 1 medic chirurg – cabinet de chirurgie (1, 2, 5).

Timp îndelungat serviciul chirurgical de ambulator a activat conform Ordinului Ministrului Sănătății. Secția chirurgicală municipală a policlinicii trebuie să aibă următoarea componență a spațiilor (tab. 1). Este necesar de a adăuga o cameră pentru ședere de scurtă durată a unor pacienți după operațiile de ambulator. În ultimii ani, multe clinici dispun de birouri specializate – chirurgie vasculară, proctologie, flebologie, etc. În unele orașe au fost organizate Centre de Chirurgie a mîinii, vasculare, etc. Organizarea serviciilor specializate poate îmbunătăți diagnosticarea bolilor chirurgicale, crește calitatea îngrijirilor medicale. Îmbunătățirea îngrijirilor de specialitate în zonele rurale necesită organizarea de centre specializate de chirurgie de ambulator teritoriale (6, 8).

În viziunea unor autori structura secțiilor chirurgie de ambulator depinde de numărul de locuitori și de vizite (5, 9) (tab. 1).

Cabinetul chirurgului trebuie să fie o cameră luminoasă de 15 m², echipat pentru a primi pacienți și cu o comunicare comodă. Biroul medicului chirurg trebuie să fie: birou, birou mic, 2 scaune, o canapea cu o tetieră semirigidă, otomane, cuier, oglindă și prosop titular. Pentru aceasta trebuie să adăugăm echipamente adecvate, forme de documentație medicală (rețete, informații, și o varietate informativă de ghidare, etc). În cabinetele medicilor de birouri specializate, concepute pentru tehnici speciale (traumatisme, urologie, oncologie), trebuie să fie completate cu echipamente adecvate și specializate (11, 13).

Este necesar să fie organizate două săli de pansamente cu echipamente și instrumente distincte: pentru “curate” și pacienții cu boli purulente (“numărul 1” și “numărul 2.”). Indiferent de numărul de pansamente, din motive aseptice ele trebuie să fie amplasate în afara sălii de operare. Sub vestiar ar trebui să se acorde la lumină o zonă care nu mai puțin de 15-20 m², bine iluminate și ventilate, asigurate cu apă caldă și rece. Pereții și tavanele trebuie să corespundă cerințelor medicinei preventive. E necesară o lampă bactericidă. Toată mobila în departamentele chirurgicale trebuie să fie simplă, confortabilă, netedă, suprafețe ușor de spălat (2, 14).

În sala de pansament ar trebui să fie: un tabel pentru pansamente sterile și instrumente, un tabel de mic instrumental glisante, masa de anestezie, scaune, banci, bix cu stand, sterilizatoare, instrumente, dulapuri și materiale, Depozit-dulap de medicamente, un bazin, o găleată, vas în formă

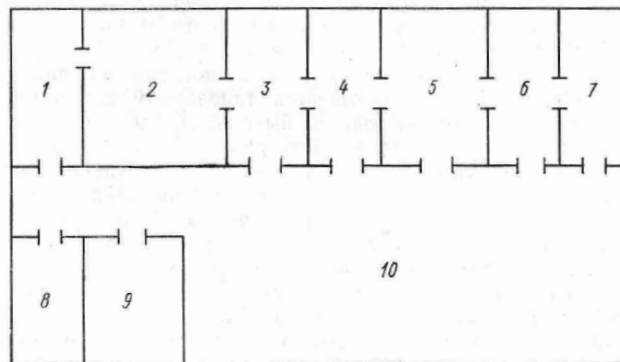
Tabelul 1

Structura departamentului de chirurgie de ambulator municipal

| Lista subdiviziunilor | Putere clinică (numărul de vizite pe zi) | | | | |
|---|--|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | I grup (1600) | I grup (1200) | I grup (800) | I grup (600) | I grup (400) |
| Cabinet chirurg șef de departament | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Cabinet chirurg (inclusiv medicii oncologi) | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Cabinet urolog | 1 | 1 | - | - | - |
| Cabinet proceduri urologice | 1 | 1 | - | - | - |
| Cabinet traumatism (cu sala de gipsare) | 1 | - | - | - | - |
| Sala pansament /aseptică/ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Sala pansament /purulentă/ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Antecamera sălii de operație | 1 | 1 | - | - | - |
| Sala de operații | 1 | 1 | 1 | - | - |
| Sala de sterilizare și materiale | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Autoclave | 1 | 1 | 1 | - | - |
| Sala de așteptare | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

de rinichi, linoleum, aparatul de rulare bandaje, aparat de ras și de tuns. Fiecare cameră ar trebui să aibă un set de instrumente care sunt sterilizate și plasate la masa sterilă. Un set de instrumente depinde de domeniul de activitate, și anume, numărul de pansamente de zi cu zi. În plus, pansamentul ar trebui să fie tot ce ai nevoie pentru anestezie locală, un bandaj, garoul de cauciuc, cana Esmarch, baie (mână și picior), mai multe perechi de mănuși de cauciuc, șorț, etc. Din medicamente necesare în set: tinctura de iod, alcool, soluție de amoniac 0,5%, soluție salină, 10% soluție de clorură de sodiu, soluție 5% de permanganat de potasiu, 0,5 - soluții de 1% din procaina penicilină, peroxid. pe bază de hidrogen, soluția triplu, soluție 1% alcoolică de verde strălucitor, furatsilina soluție (1:5000), soluție 5% din săpun, vaselina, unguent Vishnevsky, unguent streptomycină, și 5% emulsie, parafină lichidă, kleol. În setul de urgență ar trebui să fie tot ce este necesar pentru asistență de urgență, în special pentru colectarea traheostomiei lobeline (1%), Cofeină (20%), Cordiamin (25%), Corglikon (0,06%), strophanthin (0,05%), adrenalină (0,1%), Promedol (2%), dibazol (1%), glucoză (40%), papaverina (2%), clorură de calciu (10%), analgină (50%), acid ascorbic (5 -10%), eter, amoniac, etc. În compoziție, de obicei, este tifon, vată, bandaje, etc. Consumul medicamentelor și celor parafarmaceutice ar trebui să fie luate în considerare într-un caiet special, semnată de șeful instituției și ștampila acestuia (13).

Sala de operație este un centru major de muncă chirurgicală, și, prin urmare, aspectul acesteia, structura de spații în zona lor ar trebui să se acorde o atenție specială, mai ales că în acest sens ar putea fi câteva erori. Unitatea de operare trebuie să fie situată într-o aripă izolată sau de departamentul de chirurgie, asigurând crearea de condiții mai favorabile pentru activitățile de producție, reducerea maximă a riscului de infecție, posibilitatea de curățare eficientă a spațiilor, respectarea de tăcere și de zi de rutina de lucru. Componenta unității spațiilor operaționale depinde de domeniul departamentului de chirurgie, scopul său, specializare,


Figura 1. Structura departamentului chirurgie de ambulator

1 – autoclavă; 2 - de operare net; 3 - 4 preoperatorie, și 6 - cabinetul medicului; 5 - 7 dressing - cameră de gips; 8 - materiale și scule; 9 - cameră pentru pacienții post-operator; 10 - cameră de așteptare

posibilitățile reale de cazare, etc. În unitatea chirurgicală au funcționalitate sala de operație, preoperator, sterilizare, autoclava, materialul și biroul chirurgului (fig. 2).

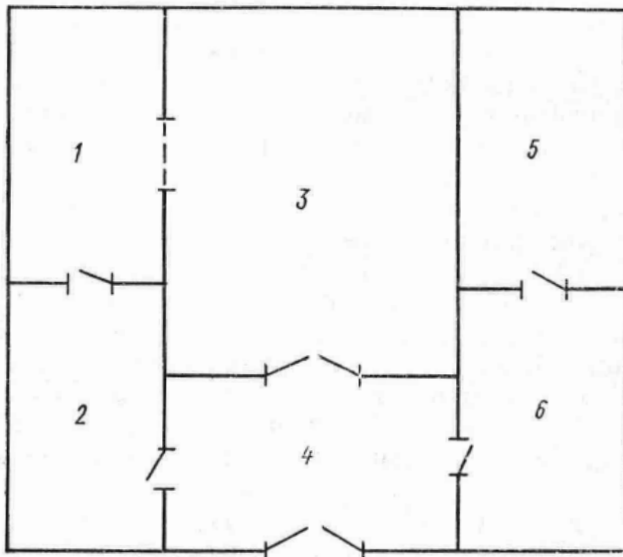


Figura 2. Planul amplasării încăperilor în blocul operator

1 - sterilizare, 2 - autoclav, 3 - OS
 4 - preoperatorie 5 - materiale, 6 - biroul chirurgului

În cadrul de funcționare trebuie să se acorde o cameră luminoasă (cel puțin 18-20 m²), cu pereți netezi, pictate cu ulei, deschise la culoare, încrustate cu material plastic, să asigure o bună ventilație. Pavajul acoperit de placi de operare sau linoleum. Ferestrele orificiilor trebuie să fie închise cu plasă de metal și un strat dublu de tifon. Temperatura în sala de operație nu trebuie să depășească 20-22°C. Dotarea sălii de operație: masa de operație, lampă de operare shadowless, lampă portabilă, reflector, scaune rotunde, un tabel de steril (surori de operare tabel), tabelul de ridicare mobile pentru unelte, un tabel pentru medicamente, dulapuri cu sterilizare, cu bandaje sterile și lenjerii de pat, standuri pentru ele, masa de anestezie și aparat portabil pentru anestezie, bazine și standuri pentru ele, iluminat de urgență (baterii, lămpi, lumânări), un termometru de perete, linoleum, curele pentru pacient, scaune pe picior. Este de dorit să fie dotată cu lămpi bactericide sau "iradiatori de sterilizare a aerului de operare". În plus, în sala de operație ar trebui să fie tot ce este necesar pentru anestezie generală și locală,

precum și o serie de medicamente: alcool, tinctura de iod, solutii, antiseptice, antibiotice, etc. (14).

Trebuie să fie o cameră preoperatorie de 8-12 m². Aceasta e dotată cu chiuvete, în mod necesar apă caldă și rece. Deschiderea și închiderea supapelor trebuie să fie efectuate prin rotirea brațului lung (cot), sau de picior. În preoperator ar trebui să fie: dulapuri pentru scule, sterilizatoare electrice sau simple, plită, de masă sau de cabinet, cu soluții antiseptice, bix cu prosoape steril și tot ce trebuie să se spele pe mâini (pensule, vase, etc), precum și cutii goale sau flacoane de medicamente obținute prin operație sau biopsie (3, 5).

Set de instrumente de bază pentru operațiunile de ambulator trebuie să fie în funcție de natura manipulațiilor. În acest set de instrumente esențiale se adaugă o serie de instrumente chirurgicale speciale (7, 13).

Sterilizarea (8-10 m²) ar trebui să fie situat lângă sala de operație și să comunice cu ea. Poate fi și sterilizare centrală (5, 12).

Alte încăperi. Aproape de sala de operație, este de dorit să fie o cameră de așteptare de scurtă durată pentru pacienți înainte și după operații. Această cameră (o suprafață de 10-15 m²) este echipată cu două canapele, mese și scaune și o chiuvetă. În camera de materiale (8-10 m²) stocurile de magazin instrumente și materiale medicale, lenjerie de corp, manusi, bandaje, etc.

Materialul trebuie să includă: dulapuri pentru depozitarea de instrumente, medicamente, haine și bandaje, un tabel pentru stocul lor, pereche de foarfece mari și un bisturiu pentru a reduce aparatul bandaj de tifon de rulare, etc. (10, 11).

În sala de autoclavare (10-18 m²) cu 1-2 și mai multe autoclave care pot fi orizontale și verticale electrice sau autoclave moderne cu abur sau acționate electrică. La echipament ar trebui să fie luate în considerare autoclava pentru sterilizarea pansamente frecvente pentru centre ambulatorii atașat la clinică. Instrucțiuni pentru exploatarea și întreținerea autoclava ar trebui să fie agățat în perete autoclavă. În autoclavă este necesar pentru a avea un notebook special pentru a înregistra toate sterilizările produse. E posibilă și existența unui departament central de

sterilizare, care trebuie să se efectueze materiale de recoltare și de sterilizare, haine, unelte și alte provizii pentru toate departamentele și unitățile de operare la spital (9, 14).

Cameră pentru gips face parte din structura clinicii traumatologice, dar în absența acestuia din urmă, este necesar de a avea un salon special. Această cameră trebuie să aibă: un tabel pentru prepararea de bandaje și alte lucruri, o masă pentru mulaje. Cel mai adesea se utilizează în acest scop tabelul Nikiforov acoperit cu aparate de mușama, și speciale pentru repositionarea de fracturi, de exemplu, Sokolowski și altele; Dulapuri cu băncile ABI pentru depozitarea de bandaje gips și ipsos, poturi mari emailate (una - pentru a bandaje tencuială umedă sau Longuet, al doilea - pentru a împinge bandaje și a treia - de a se spele pe mâini aderarea ipsos și castron în formă de rinichi mic pentru pregătirea namol gips), ulcior de apă și o găleată, o sită pentru screening-ul de bază de gips, role, cuptor electric, dulapuri pentru depozitarea de materiale și instrumente; scaune, instrumente, foarfece pentru tăierea bandaje din material moale (tifon, etc), cuțite speciale, foarfece și pilă de unghii pentru a reduce exprimate, pansamente (8,9).

Sala de traumatologie are în componența sa următoarele structuri: cabinetul medicului, sala de operație de chirurgie poate fi comună "curat", dar și o sală pentru gips. În absența acestor facilități sunt limitate la biroul medicului, utilizat ca un pansament, și o cameră pentru gips. În cazul în care sala de traumatologie este ocupată permanent, mai ales în orașe sau în zone urbane cu o populație de cel puțin 200 000 de oameni, se recomandă un loc separat în secția de chirurgie, clinică ambulator la parter, și se recomandă o intrare separată din strada. În plus față de premisele de mai sus, este de dorit să aibă un centru de detenție pentru pacienții care sosesc în stare de ebrietate și necesită asistență specială (4, 9).

Un rol important în managementul serviciului chirurgical de ambulator îl dețin statele.

În SUA activitatea secțiilor de profil chirurgical, clinicile ambulatorii în condiții urbane este reglementată de către Ministrul Sănătății. Aceasta este doar o estimare de lege, care poate varia în funcție de condițiile locale. În aceste clinici, în cazul în care e organizată etapa de îngrijire și reabilitare a bolnavilor cu traume, este necesar să se prevadă unități suplimentare de personal pe chirurg traumatolog. Numărul depinde de

Tabelul 2

Standardele stabilite personalului medical din secțiile cu profil chirurgical

| Funcția | Numărul de unități a personalului medical | | |
|----------------------------------|--|--|--|
| | în centrele urbane de sănătate (orașe cu o populație de peste 25 000) la policlinici (clinici ambulatorii) | în clinicile raionale centrale și raionale | în clinicile rurale |
| Șef de Catedră | În prezența personalului de 5,8 unități de chirurși (în loc de 0,5 medicului standard de unități). Dacă aveți mai mult de 8 unități chirurși | aceste posturi sunt argumentate de prezența în state pentru cel puțin 5 unități de chirurg | - |
| Chirurg | O unitate la populația adultă 10.000 | 0.2-0.6 unități standard 10.000 de oameni | Sunt apreciate la nivelul de 0,25 unități standard pentru 1000 de locuitori din sate |
| Asistente în cabinetele medicale | Asistente - două unități pentru fiecare unitate de chirurg | O unitate pentru fiecare unitate de un chirurg cu normă întreagă | O unitate pentru fiecare populație 3000 |
| Infirmiere | O unitate de asistenta medicala de personal pentru fiecare unitate de un chirurg cu normă întreagă | | |

volumul îngrijirilor medicale, numărul traumelor oferite de clinică, etc. (2, 7, 11).

Șeful secției de chirurgie la o clinică se stabilește la 5-8 unități medicale de personal, inclusiv șeful. În plus, prezența a cel puțin 4 chirurghi și chirurghi trauma trebuie să fie stipulate unitate nominală surori de operare, și pentru fiecare unitate de soră nominale de funcționare - una de asistentă medicală superioară.

În ex-URSS standardele stabilite pentru personalul de sănătate au fost reglementate de Ministerul Sănătății al URSS, a 830 din 11 noiembrie 1966. Conform acestui ordin, spitale raionale a oferit un chirurg și o asistentă medicală nominală, unitate de operare, și spitalele raionale - chirurg 1-3 și o asistentă medicală chirurgicale. Chirurgii activau atât în spital cât și în policlinică, se stabilea o rotație (10, 12, 13).

Foarte importantă este organizarea muncii în clinicile de chirurgie, care are multe caracteristici specifice, în comparație cu organizarea altor departamente medicale. Pentru clinicile chirurgicale, combinate cu spital, Ministerul Sănătății a stabilit un sistem de lucru alternativ: la fiecare 1-1,5 ani fiecare chirurg trebuie să fie expedit pentru 3-4 luni la policlinică, el fiind înlocuit cu un alt medic în staționar (9, 14).

Erau stabilite norme de organizare a muncii. Pentru a asigura cea mai mare productivitate și cea mai bună utilizare a timpului personal și utilizarea la maximum a cunoștințelor de fiecare profesionist și stimularea acumularea de cunoștințe de lucru, și de prevenire a bolilor profesionale comune. Acest principiu al clinicilor ambulatorii trebuie să cuprindă toate aspectele legate de muncă: locuri de muncă, de gestionare a dispozitivelor, organizarea de pre-spital birouri de admitere și inspecții de rutină, simplificarea și raționalizarea dosarelor medicale, organizarea funcțională clară a responsabilităților între medici și asistente medicale, organizarea de diagnosticare și săli de tratament, cu o vedere de fluxul de pacienți și de sezonabilitate, etc. De toate aceste aspecte importante de mare creativitate și inițiativă trebuie să fie deținute de către angajații instituțiilor medicale. Institutul de Cercetare pentru Igiena Socială și Organizația de Sănătate Publică, conform căruia pacienții tratați de chirurghi consumă 73,5% din timpul lor de lucru și timpul de odihnă se scurge pentru a aborda

aspectele organizatorice și administrative implicate în reuniuni și conferințe, în scris locul de muncă, etc. Este semnificativ faptul, că pentru eliberarea de înregistrări medicale, chirurgii consumă 11,7% din timpul de lucru. Deoarece aceste date și multe altele indică necesitatea de raționalizare în continuare de muncă medicale în clinicile ambulatorii chirurgicale (2, 4, 7).

Potrivit datelor unor autori, pacienții frecvența clinicile chirurgicale, în fond, cu următoarele maladii: purulente - 20-30%, boli ale oaselor, mușchilor și articulațiilor - 21-29%, boli ale cavității abdominale - 23-26% și boala vaselor de sânge - 8-13%. Aproximativ aceleași relații dețin în alte clinici de ambulator urbane (1, 7).

În ceea ce privește mediul rural, conform unui sondaj efectuat pe un eșantion de 1000 de persoane/vizite: pentru leziuni - 201,7, boli ale oaselor, mușchilor și articulațiilor - 81,8, flegmonul și absces - 35,8, neoplasme - 33,8, dar pentru un an - 488,7 vizite cu boli chirurgicale. Potrivit unui alt studiu, de asemenea, procentul populației de participare din mediul rural la chirurg, oncolog, urolog și chirurg-traumatolog sunt după cum urmează: pentru o consultație a medicului - 589, ca o măsură profilactică - 291,5, și toate - 880,5 vizite la 1.000 de locuitori.

Studii speciale efectuate pentru a studia structura de vizite de ambulator pentru medici, chirurghi au arătat că sunt distribuite după cum urmează: "medical" vizite de - 71,9-78,6%, și de prevenire - 10,9% și de a obține dosarele medicale - 8,5-8,9%. Cel mai mare număr de vizite sunt, de obicei, la ora două a chirurgului.

Normele de muncă pentru chirurghi pentru o oră de muncă în clinicile ambulator erau reglementate de ordinele Ministrului Sănătății al URSS, nr. 321 din 20 iulie 1960 (tab. 3). Este de remarcat faptul că din cei 9 pacienți care a consultat un chirurg de 1h, 4 - și 5 primar - repetat, în timp ce traumatologul - de la 7 pacienți cu 3 repeta, primari - 4.

În conformitate cu studiile sus-menționate de construcții efectuate de calendarul privind o vizită medicală la chirurg petrece de fapt, 5 min 40 s, la o rată de 6 min 67 sec, pentru vizite preventive - 2,2 min și pentru eliberarea de documente medicale - 4,9 min.

Trebuie remarcat faptul că medicii șefi ai instituțiilor medicale aveau dreptul de a modifica standardele de pacienți, de servicii la domiciliu,

Tabelul 3

Normele medicilor pentru o oră de muncă în clinicile ambulatorii chirurgicale (bolnavi)

| <i>Departament</i> | <i>Policlinica</i> | <i>Ajutor la domiciliu</i> | <i>Normă timp de muncă pentru o vizită, min</i> |
|----------------------------|--------------------|----------------------------|---|
| Chirurgia | 9 | 1,25 | 6,67 |
| Traumatologie și ortopedie | 7 | 1,25 | 8,6 |
| Urologie | 5 | 1,25 | 12 |
| Oncologie | 5 | 1,25 | 12 |

în funcție de condițiile locale, disponibilitatea de transport, etc. De asemenea, este necesar să subliniem că buna organizare a muncii în departamentul de chirurgie sau de la birou nu numai accelerează procesul de primire a pacienților, dar, de asemenea, îmbunătățește semnificativ calitatea de îngrijire. Astfel, în cazul în care chirurgul este asistat de o asistentă medicală, apar probleme adăugător. În cazul în care chirurgul este asistat de două asistente medicale, una dintre ele produce un bandaj, și alta ajută medicul, are loc completarea parțială a înregistrărilor medicale. Un astfel de sistem nu numai că accelerează procesul de primire a pacienților, dar, de asemenea, permite chirurgului să se concentreze mai mult pe pacient, îmbunătățește calitatea de îngrijire (5, 7, 8).

Monitorizarea activității medicilor din clinicile de ambulator, în general, și chirurgii, în special, sugerează că mulți pacienți sunt tratați de mai mulți medici, și trebuie reglementată responsabilitatea personală în tratarea pacienților. Prin urmare, pentru a aborda și a îmbunătăți această schemă de tratament și chirurgii programul ar trebui să fie construit astfel încât pacientul să fie tratat de un medic de la începutul pînă la sfîrșitul bolii. Este important ca bolnavii secundari să fie consultați în a doua jumătate de primire medicală, astfel încît primele 2-3 ore să fie rezervate pentru intervenții chirurgicale și cazuri noi de adresare.

La îndreptarea pacienților în spital pentru intervenții chirurgicale într-o clinică trebuie să fie efectuate toate testele necesare de diagnostic: analiza de sânge, teste de urină, radiografia toracică, ECG. În cazul în care este indicat, trebuie să solicite consultația unui medic, neurolog și alți specialiști. Nu putem, desigur, subestima importanța de nutriție preoperatorie, oferind o creștere a nivelului de vitamine, și alte

minerale, care vizează creșterea imunității morganismului (1, 3).

Este necesar ca triajul pacienților pentru intervenții chirurgicale planificate, să fie efectuată de consiliul medicilor. Pe baza datelor clinice, investigațiilor de laborator și de acțiuni de remediere, bolnavii se internează examinați. Aceste reguli vor face ca intervențiile chirurgicale să poată fi efectuate chiar în ziua internării (adresării) pacientului, dar nu mai târziu de ziua următoare, ce micșorează durata aflării pacientului înainte de operație (4, 8).

În planificarea departamentului de chirurgie și dispozitivele medicale trebuie să țină cont de faptul că între numărul de pacienți primari și repetați e un raport de aproximativ 1:1,5 (adică din 10 pacienți supuși intervenției chirurgicale ar fi primari 4 și 6 repetați). Numărul maxim de vizite la instituțiile medicale sunt luni și vineri, iar cea minimă - sâmbătă. Cel mai mare număr de vizite la clinicile din mediul urban au, de obicei dimineața (orele 8-11) și de la 15 la 17. În timp ce pacienții tratați cu traumatism trebuie să fie examinat radiologic. Este important principiul de tratament preferențial și de programare preventivă a lucrătorilor industriali și celor de lucru sezonier.

Înscrierile făcute în actele medicale, fișe, jurnalul de operare, trebuie să fie complete și identice. În scopul de a maximiza eliberarea de documente medicale, unii autori propun ca operațiunea, protocolul să fie scrisă de medic, și apoi rescrise de o asistentă medicală, cu păstrarea semnăturii medicului curativ și operator (7, 8).

Un rol foarte important în clinicile de chirurgie aparține asistentelor medicale. Este cunoscut faptul că au nevoie să fie mai receptivi decât în alte ramuri de centre de sănătate. Cu toate acestea, această activitate trebuie să aibă limite rezonabile, astfel cum este adesea necesar

pentru a observa exemple în cazul în care chirurgul aproape niciodată nu iese din biroul lui și este implicat în activitatea de redactare, toate pansamentele, alte proceduri și manipulări le efectuează o asistentă medicală. Unii autori consideră că pentru fiecare chirurg trebuie invocate două infirmiere (9, 12).

Un compartiment esențial al managementului serviciului chirurgical de ambulator este munca în sala de pansamente. Deseori chirurgul, dar și asistenta medicală efectuează pansamente, bandaje, etc. Trebuie de menționat faptul că lucrul în sala de pansamente se efectuează în conformitate cu normele de aseptice. Dacă există două săli de pansamente "curate" și "septice", pansamentele sunt efectuate separat. Dacă există o singură sală, atunci la început se pansează bolnavii "curați". În cazul plăgilor infectate se culege cultura bacteriologică. Lucrul în sala de operație are specificul său. Trebuie să se ia în considerare unele aspecte generale referitoare la asistență operatorie în clinici. Experiența unor clinici a arătat, că atunci când organizarea departamentelor chirurgicale este optimală, există un număr suficient de personal calificat, instalații, echipamente, pansamente și alte materiale poate crește în mod semnificativ volumul de proceduri chirurgicale. Creșterea numărului de operații chirurgicale în clinicile ambulatorii – aceasta nu este numai o creștere a numărului și gama de intervenții chirurgicale reale, dar utilizarea mai largă a diferitor măsuri diagnostice și terapeutice.

Experiența multor clinici au demonstrat faptul, că pentru a extinde volumul asistenței medicale, trebuie să existe următoarele condiții de bază: 1) personalul calificat de medici și asistente medicale; 2) săli bine echipate, materiale, autoclava; 3) fonduri pentru transportarea acasă a pacienților după operațiile efectuate; 4) condițiile de gestionare postoperatorii și tratament în clinică și la domiciliu; 5) investigații, studii de laborator clinic și bacteriologic, diagnostic funcțional, histologie de laborator; 6) posibilitatea de a consulta alți medici. Asistență sporită operațională, de asemenea, contribuie la existența unui "spital la domiciliu" și să identifice pacienții care au nevoie de intervenții chirurgicale în ambulator.

Majoritatea autorilor invocă faptul că în cazul în care condițiile sunt optimale apare posibilitatea efectuării următoarelor operații: chist sebaceu, chist epidermoid, tumori mici, benigne ale țesuturilor moi (lipom, fibrom, papilom, venoase angiom, etc), ganglioni, hygrom, bursit cronic, deformari ale degetelor și picioarelor, unghiile încarnate, ligament stenozant, contractura Dupuytren, parafimoza și fimoza, unele boli ale rectului (hemoroizi externi unici, fisuri și polipi a anusului, etc), defecte ale pielii (cu răni proaspete, arsuri), organisme superficiale străine ale țesuturilor moi, precum și tije metalice, după cuie de oase antebraț și clavicula, etc. În ceea ce privește bolile septice, unii autori consideră că chirurgia clinică trebuie să stabească indicații mai largi pentru disecție de abces, flegmon, limfadenită, mastita intramamară, paraprocită, aprecierea de suturi secundare, etc. (5, 9).

Autorii atestă că la operațiile de ambulator trebuie să fie efectuate după o examinare amănunțită a pacientului, ținând seama de contraindicațiile posibile, boli concomitente, preponderent cardiovasculare, vârsta pacienților, pregătirea preoperatorie adecvată, alegerea metodei de anestezie (4, 11).

Majoritatea autorilor consideră că după operație pacientul trebuie monitorizat și să i se ofere recomandări necesare pentru perioada post-operatorie și de tratament, și dacă este necesar, supraveghere într-o cameră specială.

În cazul în care sunt create condiții adecvate, volumul de îngrijire în clinicile chirurgicale de ambulator pot fi majorate considerabil. Toți pacienții trebuie testați la un examen funcțional, trebuie să i se ofere teste de sânge și urina, examinări fluoroscopice, radiografie, electrocardiografie, etc.

Desigur, faptul că volumul de extindere a operațiilor în clinicile chirurgicale de ambulator trebuie să fie păstrate limite rezonabile, evitând "excese" și excluderea expunerii pacienților la riscuri majore și inutile.

Managementul serviciului chirurgical instituțional are specificul său. Fiecare chirurg prescris la pacienți pentru intervenții chirurgicale în setul de funcționare pentru câteva zile. În ziua de tranzacționare nu trebuie să fie numit mai mult de 4-5 intervenții chirurgicale (2-3 operații sub anestezie locală). În procesul de planificare a

timpului de lucru a chirurgului trebuie să fie conștienți de faptul că fiecare chirurg la o consultație de ambulator de rutină necesită în mediu 25-35 min., manipulații, chirurgie purulentă – 15-20 min. și la blocada locală - aproximativ 10 min. Toate intervențiile chirurgicale trebuie efectuate dimineața, înainte de a lua pe cei bolnavi un cabinet medical spre examinare. Prin atribuirea unui pacient pentru operație, chirurgul face o examinare a pacientului, care va cuprinde: diagnosticul, indicațiile pentru tratamentul chirurgical. În condiții de ambulator, pacienții necesită să facă înainte de operație baie igienică, haine speciale, iar în ziua de operație – o premeditație (2).

Pregătirea pentru intervenție chirurgicală este variată, începând cu hainele necesare, materiale de sutură, scule, dispozitive pentru durere. Se organizează o listă de operare care include numele pacienților, diagnosticul, tipul de anestezie. În conformitate cu acest plan se efectuează lucrările pregătitoare (de sterilizare, instrumentele, medicamentele necesare, analgezice și alte fluide) (1, 3).

Pregătirea participanților la intervenția chirurgicală în ambulator implică chirurgii, asistentele medicale și asistența medicală de operare. În funcție de operațiile speciale ale echipei uneori poate fi completată de către anesteziolog, asistent ș.a. În cazul când echipa de medici și personalul medical fac febră, rinite, sinusite, procese purulente, împiedică participarea lor la operații. Chirurgul trebuie să verifice ceea ce este necesar pentru operații sau pentru a cere asistentă medicală despre setul chirurgical, și apoi trece la pregătirea personală pentru operație (5, 9).

Vorbind de îngrijirile chirurgicale în clinici, chirurgii remarcă faptul că, în cazul în care este necesar, chirurgul poate apela stația, un echipaj de ambulanță, vehicule speciale pentru furnizarea de servicii de urgență specializată, stare de șoc, condiții terminale, leziuni cerebrale traumatiche și tromboză și să trimită pacienții în centre specializate, care sunt organizate în multe spitale din orașele mari.

În lucrul chirurgului de ambulator, un element esențial sunt și îngrijirile chirurgicale la domiciliu. Este o sarcină importantă a clinicii de ambulator oferirea îngrijirilor medicale pacienților supuși

intervențiilor chirurgicale aflați la domiciliu. Cota îngrijirilor la domiciliu reprezenta aproximativ 3-7 la 12-13% dintre pacienții cu afecțiuni medicale vizite la domiciliu.

Unii autori descriu o metodă inedită de asistență medicală. Brigada de cartier – o metodă ce implică medicii de mai multe specialități – “metoda de specialitate”. Fiecare ramură a clinicii terapeutice, care cuprinde 8.9 arii terapeutice (fiecare cu o populație de 2.000 de persoane), este atașat un număr de specialiști, inclusiv un chirurg. Toți specialiștii de o astfel de echipă unitară în districtul operațional subordonat șefului de secția de terapie combinată, și șefii de departamente specializate relevante în ceea ce privește exercitarea de către specialiști - membrii echipei – sfaturi și îndrumări generale de organizare.

Apelarea acasă a chirurgului se face direct de către pacienți (prin telefon), rude sau prieteni, asistența medicală urgentă. Numărul de vizite la domiciliu depinde de natura și istoria naturală a bolii și constituie în mediu 2-3 vizite. Introducerea metodei de întreținere brigadă-divizionare a populației a contribuit la îmbunătățirea semnificativă a asistenței chirurgicale și a îngrijirilor a pacienților la domiciliu. În planificarea și organizarea serviciului chirurgical pacienților la domiciliu poate avea o rată de 40,4 vizite la 1.000 de locuitori pe an.

O altă formă nouă și importantă de servicii chirurgicale de ambulator este “spitalul la domiciliu”. Având în vedere problemele existente, cu internarea în spital a unor contingente de pacienți care suferă de boli cronice, o serie de clinici practică pe scară largă spitalizarea și îngrijirea acestor pacienți de către medici și asistente medicale imediat la domiciliu. Ultima include nu numai supravegherea sistematică medicală și îngrijire medicală, și teste de laborator la domiciliu, furnizarea de pacienți cu medicamente gratuite și de îngrijire.

Printre pacienții care fac obiectul unei supravegheri medicale și de tratament, “spital la domiciliu”, se includ pacienții cu boli chirurgicale, cum ar fi tromboflebita, ulcere trofice, fracturi ale membrelor, tumori maligne după operații efectuate în spital. Pacienți spitalizați la domiciliu sunt supravegheați de medici și asistente medicale care au grijă pentru diagnostic și

tratament terapeutic, inclusiv unele manipulații (punții, blocade, etc). Când se tratează un pacient în "spital la domiciliu", chirurgii evidențiază și supraveghează bolnavul zi cu zi sau după cum este necesar.

Chirurgii care activează în ambulator trebuie să ofere consultații, asistență specializată, îndreptare în centre de tratament chirurgical. Medicii traumatologi-ortopezi oferă servicii specializate de gestionare și prevenirea accidentelor.

În concluzie, trebuie de menționat faptul, că activitatea personalului medical pentru îngrijirea pacienților cu boli chirurgicale și leziuni, atât în policlinică cât și la domiciliu trebuie să aibă loc în deplină conformitate cu normele de etică medicală.

Un compartiment deosebit al activității medicilor de profil chirurgical în condiții de ambulator este lucrul de profilaxie. Lucrul preventiv al medicilor chirurghi este o parte foarte importantă a diverselor activități în ambulator, care are loc anual pe baza unor planuri elaborate anterior. Planul include teme cum ar fi prevenirea prejudiciului, maladiilor septico-purulente, examenul clinic, etc. (2, 10, 12).

Personalul medical se implică în activități de prevenire a prejudiciilor în industrie, în agricultură, etc. Medicul chirurg trebuie să fie familiarizat cu procesul industrial de producție, agricultură, etc., precum și cu procesele de fabricație, care conduc la un prejudiciu oarecare. Pentru toate lucrările de prevenire trebuie să fie implicat pe deplin programa și sfaturi de îngrijire a sănătății în întreprinderi, firme colective, agricole, etc. (14).

În prevenirea prejudiciului, multor boli chirurgicale o parte importantă este educația pentru sănătate. E necesară o atitudine responsabilă, atingerea standardelor de sănătate pentru bunăstarea fiecărui individ și societate, creșterea gradului de conștientizare de sănătate a populației (12, 14).

Prevenirea traumatizmului de toate tipurile este de mare importanță națională, socială și economică. Este necesar să se amintească faptul că printre cauzele de deces în țările dezvoltate, accidentele se clasează printre primele locuri după bolile cardiovasculare și tumorile maligne. Obiective și orientări pentru

îngrijirea traumelor și de prevenire a lor sunt prevăzute în diferite acte legislativ-normative.

Un compartiment special de profilaxie a traumatizmului este prevenirea accidentelor industriale. Toate cauzele de accidente de muncă pot fi împărțite în două grupe principale și majore: de organizare și tehnice (1, 4, 10).

Principalele motive organizatorice, accidentelor industriale se numără: lipsa de supraveghere a respectării normelor de siguranță sau de încălcare (eșecul de a utiliza diverse dispozitive de siguranță - ochelari de protecție, mănuși, grile de baraj, neglijență în păstrarea locurilor de muncă, etc), lipsa calificării tehnice necesare a lucrătorilor și dispunerea lor neregulate, sanitare necorespunzătoare și ședințele de informare tehnică a noilor lucrătorilor, condiții precare de salubritate (iluminare insuficientă sau în exces, temperatură prea ridicată sau scăzută, ventilație slabă). Din motive tehnice, accidentele industriale sunt din vina și imperfecțiunea unor echipamente tehnologice - mașini, unelte de mână, garduri și alte dispozitive, echipamente de siguranță și a echipamentului individual de protecție, inconveniente sau aglomerarea de locuri de muncă, etc.

Majoritatea chirurgilor consideră aplicarea unor măsuri pentru eliminarea cauzelor accidentelor industriale, instituționale: supravegherea strictă și continuă, buna organizare a muncii și respectarea normelor de siguranță în calitate de administrator al întreprinderii sau a departamentului, precum și a lucrătorilor. Unii autori consideră că este necesar să se țină seama de faptul că lucrătorii care desfășoară lucrări tehnice complexe trebuie să dețină un minim obligatoriu de cunoștințe tehnice, inclusiv informații de bază și de siguranță. 2) de formare sistematică a lucrătorilor și dispunerea lor. Foarte importantă este formarea profesională a fiecărui lucrător pentru a preveni orice suplimentare sau lucru alocate. În acest sens, o mare importanță este supravegherea personalului din departamentele tehnice, și 3) crearea unui mediu favorabil habitual - iluminat adecvat, ventilație, temperatură normală, etc.

Măsuri pentru eliminarea cauzelor accidentelor industriale tehnice: 1) controlul asupra stării de functionare a tuturor echipamentelor tehnice - inclusiv unelte de mână, garduri și alte dispozitive,

echipamente de siguranță; 2) îmbunătățirea în proiectarea de mașini și echipamente de siguranță; 3) utilizarea fondurilor, echipament individual de protecție – ochelari de protecție, măști de protecție, mănuși, pantofi, etc.; 4) de monitorizare a echipamentelor de manipulare a materialelor. Pe lângă toate cele de mai sus, în domeniul prevenirii prejudiciului este controlul constant și esențial asupra stării de sănătate a lucrătorilor și prevenirea muncii a persoanelor care sunt în stare de ebrietate.

Vorbind de îngrijirile chirurgicale în clinici, trebuie remarcat faptul că, în cazul în care este necesar, chirurgul poate apela urgența, un echipaj de ambulanță pentru specializare urgentă în stare de șoc, terminale, leziuni cerebrale traumatice și tromboză și să trimită pacienții pentru centre specializate, care sunt organizate în multe spitale din orașele mari.

Prevenirea bolilor și proceselor purulente ocupă un loc special în activitatea chirurgului de ambulator.

Autorii consideră că dezvoltarea bolilor purulente depinde de următorii factori: pătrunderea bacteriilor în țesuturi, starea și condițiile de mediu în care oamenii trăiesc și muncesc. Prin urmare, o modalitate importantă de prevenire a bolilor purulente este acela de a preveni leziunile atât la locul de muncă cât și la domiciliu. Dacă există orice prejudiciu este deosebit de important să se acorde în timp util primul ajutor eficient în conformitate cu normele generale de asepsie, și tratamentul imediat al leziunilor. O serie de măsuri menite să prevină dezvoltarea infecției. Prevenirea de infecții ale plăgilor, complicațiilor septice, se reduce la respectarea tuturor normelor de asepsie chirurgicală, îngrijirilor de sănătate. Pentru a preveni pătrunderea bacteriilor în rană există mai multe moduri. Cea mai simplă dintre acestea este prelucrarea unor defecte minore ale pielii cu tinctură de iod sau o soluție alcoolică de verde strălucitor.

În prevenirea complicațiilor supurative de leziuni și în perioada postoperatorie autorii propun utilizarea de antibiotice sau sulfamide de importanță profilactică.

Administrarea de antibiotice în timp util după intervenții chirurgicale cu abcese poate preveni apariția flegmonului, precum și apariția limfangitei,

limfadenitei. Este de mare importanță și controlul profilactic al bolilor la locul de muncă și la domiciliu.

În prevenirea multor boli purulente este foarte important de îmbunătățit mediul în care oamenii trăiesc și lucrează, de exemplu, îmbunătățirea condițiilor de muncă și de viață. Acestea includ programul de igienă corespunzătoare, condițiile sanitare de la locul de muncă industriale și agricole, lupta împotriva prafului și murdărie de îmbrăcăminte curată, organizarea de dușuri, băi, spălătorii, măsuri de combatere a poluării din piele (diferite uleiuri și fluide), precum și lupta pentru viață sănătoasă. Un compartiment esențial al lucrului chirurgului în condițiile de ambulator este dispensarizarea bolnavilor cu maladii chirurgicale.

Una dintre cele mai importante măsuri de preventive a bolilor este examenul clinic, metode de monitorizare a sănătății anumitor populații pentru depistarea precoce a bolii, luând în înregistrare, urmărire și tratamentul pacienților pentru măsuri de îmbunătățire a condițiilor de muncă și de viață, de prevenire, dezvoltarea și răspândirea bolii, prin consolidarea capacității de muncă. Metoda de dispanserizare – o metodă medico-socială de bază de îngrijire preventivă. Este examinarea și monitorizarea istoriei naturale a maladiei tratamentul și vieții pacientului. Acest eveniment are drept scop prevenirea bolilor în stadii incipiente de detectare, de recuperare a pacienților din aceste stadii initiale ale bolii și de prevenire a complicațiilor sale. Metodologia prevede reducerea incapacității temporare de muncă, ocuparea forței de muncă și îmbunătățirea condițiilor de trai și a condițiilor de muncă. Scopul final al serviciului dispensarului sunt păstrarea și promovarea sănătății, restabilirea precoce și de întreținere a capacității de muncă, de reducere a incidenței și de prevenire a invalidității în rândul grupurilor, luate sub supraveghere medicală.

Efectuarea acestor sarcini este prevăzută diagnosticarea la timp a formelor incipiente ale bolii, tratamentul activ și efectuarea măsurilor pentru îmbunătățirea condițiilor de muncă și de viață a bolnavilor. Examenul clinic – aceasta este expresia cea mai concretă și reală a activităților de prevenire în munca unui chirurg. Autorii consideră doar principalele probleme legate de examinarea clinică a pacienților cu boli

chirurgicale. Examinările clinice și procedurile generale de dispensarizare a populației urbane și rurale sunt stipulate la diferiți savanți (7, 8).

Trebuie să constatăm că pînă în prezent nu există un singur principiu sau metode clinice definitive, principiile de bază de organizare, care ar fi aceleași pentru toate instituțiile medicale. Cu toate acestea, această circumstanță necesită o mulțime de inițiative și inovații de la profesioniștii din domeniul sănătății care se ocupă cu examinarea clinică. Examinarea clinică a pacienților care fac obiectul următoarelor boli chirurgicale: boli vasculare (boală ocluzivă și ateroscleroza, boala Raynaud, varicele membrelor inferioare, tromboflebita cronică recurentă sau post-trombophlebitic sindrom); boli ale organelor din cavitatea abdominală și peretele abdominal (forme complicate de ulcer gastric și ulcer duodenal, pancreatită cronică recidivantă, hernii); boli ale rectului (hemoroizi, fistule rectale și anale), maladii ale aparatului locomotor (osteoartroză, epicondilită, constricții de ligamente, periartrita de umăr, osteomieliță cronică, ulcer la nivelul extremităților inferioare, dislocarea obișnuită de umăr, fracturi de oase lungi, ș.a.)

Pe măsură ce cîștigă experiență și capacități, în prezența contingentelor pacienților dispanserizați poate fi extins și pot include pacienți cu tumori benigne, hidrocel, chist hidatic, gușă, boli ortopedice, etc. Trebuie amintit faptul că pacienții cu ulcer gastric și ulcer duodenal, colecistita cronică, boala cronică de etiologie pulmonare nontuberculoasă, trebuie să fie dispanserizați atunci când s-a epiuzat tratamentul conservator, în perioada postoperatorie sau pentru alte indicații, pacienții trebuie să fie trimiși la chirurg.

Activitatea chirurgului și a examenului clinic are trei etape principale: 1) selectarea contingentului de observare în ambulator; 2) control medical; 3) estimarea calității și eficienței examenului clinic.

I. Examinarea clinică a pacienților care suferă de boli chirurgicale se face de către medici și centrele de sănătate, clinici ambulatorii. În scopul de selecție pentru examen medical este foarte util să se examineze periodic bolnavii cu diagnosticul maladiilor cronice.

II. Autorii specifică organizarea și metoda supravegherii individualizate. Examenul clinic la pacienții supuși intervențiilor chirurgicale trebuie efectuat în instituții medicale: centre medicale de sănătate.

Chirurgi din unitățile sanitare, dispensare și centre de sănătate trebuie să efectueze examinarea medicală, selectarea pacienților pentru examene clinice, consultarea specialiștilor și investigațiile de laborator, instrumentale chirurgicale.

Stabilirea listei de tratament, măsuri de prevenire a complicațiilor pentru fiecare pacient, planul de reabilitare. Conduita supravegherii individualizate pentru pacienții tratați, examene repetate cu o abordare individuală – pacienții cu varice - 2-3 ori pe an, endarterită, plastron apendicular, osteomieliță cronică și tromboflebită – de cel puțin 3-4 ori pe an, etc.

Se stabilește periodicitatea consultațiilor pentru fiecare pacient în dependență de patologie. Unii autori consideră că fiecare chirurg sub supraveghere medicală ar putea să evidențieze aproximativ 80-120 pacienți, după unii autori - chiar 150-200 de persoane pe an. Un examen medical complet – această formă de servicii se face de obicei într-una din zilele de dispensarizare. Toate clinicile, laboratoarele de diagnostic asigură cercetările necesare, dacă acest lucru este necesar. După anchetarea pacienților dispanserizarea se efectuează de un comitet reprezentativ format din medici de toate specialitățile, care este condus de un medic cu experiență. În rezumatul președintelui, care se bazează pe avizul medicilor, laborator, radiologie, precum și alte date sunt prezentate recomandări specifice despre măsurile terapeutice și de prevenire. În concluzie, se recomandă planul medical de tratament și de măsuri preventive, setarea calendaristică specifică pentru punerea în aplicare a activităților identificate. Planul aprobat de către șeful de departament. Extrem de valoroase sunt vizitele active în dispensarizarea la domiciliu. Ea include recomandări terapeutice și a modului de viață pentru pacient, sfaturi cu privire la tratament, regimul de lucru, de trai, de recreere, etc. Atunci când chirurgul efectuează examinarea medicală a unui pacient, o atenție deosebită trebuie acordată educației pentru sănătate.

Supravegherea generală a examinării medicale profilactice trebuie să fie suportate de către specialiștii chirurghi, centrele de ambulator. Monitorizarea periodică a examenelor medicale efectuate în clinica medicală trebuie efectuată zi de zi atât de chirurg cât și de șeful secției de chirurgie.

Analiza indicatorilor de calitate și examinarea clinică a eficacității tratamentului pacienților supuși intervențiilor chirurgicale, pentru fiecare an și la 3-5 ani. Indicatorii principali determină starea de sănătate a bolnavilor și eficacitatea dispensarizării, inclusiv morbiditatea și dizabilitatea. Diferiți autori propun diferiți indicatori. Indicatorii de performanță ai dispensarizării, pentru un an sunt: a) date privind numărul de pacienți nou diagnosticați cu examenul clinic – boli chirurgicale; b) date referitoare la evoluția bolii (vindecare, ameliorare, agravare, nici o schimbare, mortalitate); c) date privind numărul de zile cu incapacitate temporară de muncă, a maladiilor principale și al bolilor asociate. Acesta este principalul indicator al eficacității examenul clinic (1, 9).

Bibliografie:

1. Burns L. Ambulatory surgery in the Unites States: Development and prospects / L.Burns, M.Ferber // J. Ambulat. Care Management. 1981.- Vol. 4.-P. 1-13.
2. D. Tentiuc, V. Savin, C. Moraru, L. Stedler // managementul asistentei medicale primare in RM // Chisinau, 2005.
3. Decaux A. Ambulatory or one day surgery: analysis of an experience in a French public hospital / A.Decaux, F.Demont, P.Legroux // J.Economic. Med.- 1991.- Vol.9.-P.17-25.
4. Ețco C. Managementul in sistemul de sănătate. Chișinău, 2006, 864 p.
5. Humzah M. D., Mc Gregor J. C. Performance indicators in surgery // J.R.Coll. Surg. Edind. - 1997. - Vol. 42. - P. 165 - 167.
6. Marks S. D., Greenlick M. R., Hurtado A. V. et al. Ambulatory surgery in an HMO. A study of costs, quality of care and satisfaction. Med Care. 1980; 18 (2): 127146.
7. Medical Technology Assessment and Efficiency in Health Care, policy Document from the Minister of Health - The Netherlands, 1996. - 36 p.
8. Mereuța I, Gherman V, Ciupercă V. Managementul sistemului medico – tehnic in Republica Moldova. Chișinău, 2009.
9. Sommer C., Roche B. From quality assurance to continuous quality im-provement in the American health care system. Personal experiences Gained through a 3-week educational stag // Swiss. Surg. - 1995. - Vol. 1. -P. 61 -66.
10. Вардосанидзе С. ЈІ. Теоретические и прикладные аспекты управления качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном стационаре. (Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук). - М., 2002.
11. Гаджиев Р. С., Назаралиева З. К. Качество медицинской помощи город-скому населению // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2002 г. - № 4. - С. 32.
12. Гройсман В. А. Современные технологии управления лечебно- профилактическим учреждением. - Тольятти, 2000.
13. Роль дневного стационара в повышении качества поликлинической помощи /А.А.Калининская, Е.Н.Полатайко, О.Ф.Лиман и др. // Сов. здравоохранение. М., 1988. - №12. - С.15-17.
14. Хромов Б. М., Шейко В. З. Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях. Л.: Медицина, 1980. - 520 с.

Ion Mereuță, Alin Bour, Veceslav Albot

MANAGEMENTUL CALITĂȚII SERVICIULUI CHIRURGIE DE AMBULATOR

Summary: Several management models for quality improvement are known: Teilor's model (quality control), Feigenbaun's model (quality assurance), Deoning's model (quality optimization). Quality management of medical assistance is directly related to socio-economic concepts for country development and organizational structure of health care: professional model, bureaucratic model, industrial model, and analyze quality appraisal – external and internal audit, institutional and ministerial control. The authors present arguments for a new quality management model – the complex quality system, the P-D and P-S-P-D clinical cyclical ways. The need of health system restructuring is argued in the article.

Key words: ambulatory surgery, quality models, quality management, clinical cyclic ways.

În literatura de specialitate sunt descrise câteva modele manageriale de dirijare a calității – modelul Teilor (de control al calității), modelul Feigenbaun (de asigurare a calității) și modelul de optimizare a calității – modelul lui Deoming. Modelul lui Teilor era bazat pe un principiu de satisfacție a celor ce muncesc, ce produc și de ridicare a productivității muncii. Controlul calității în acest caz este asigurat de controlul administrativ la etapa finală a producerii. La baza conducerii Calității asistenței medicale stă metoda administrativă de reprimare a vinovaților. Un model eficient de control al calității în producere este modelul Deoming, care inițial a fost testat în Japonia ulterior în SUA. Acest model este bazat pe trei principii – atitudine sistemică, optimizarea continuă a calității și participarea colectivității în autocontrolul tuturor proceselor. Anume acest concept de dezvoltare continuă a calității stă la baza științifică managerială de conducere. Ea a demonstrat că cel mai bun rezultat trebuie individualizat și identificat, determinarea devierilor și analiza cauzelor. Aceasta oferă posibilitatea de dirijare a rezultatului, de minimalizare a costurilor la o unitate de producere și majorarea satisfacției consumatorilor.

Principalele repere ale managementului calității asistenței medicale sunt corelate direct cu concepția dezvoltării social – economice a țărilor, cu structura organizațională a sistemului de sănătate .

Sistemul de sănătate necesită resurse materiale, financiare și umane și este supusă mecanizării, robotizării, tehnicizării. Asistența medicală, calitatea ei este mereu în schimbare. Cu cât mai intensă este specializarea asistenței medicale ce necesită ultraspecializare, cu atât mai mult e necesară o extraordinară coordonare a activității lor .

Până în prezent o formulă unificată specială de control a Managementului calității asistenței medicale nu există. Unii autori consideră că scopul final al Managementului calității asistenței medicale este îndeplinirea „standartului” instituțional sau național. Alții autori fac accent la micșorarea costurilor medicale și păstrarea eficacității. Alții consideră că scopul de Control al Managementului Calității este satisfacția pacienților.

O caracteristică a calității asistenței medicale sunt cheltuielile economice, dar în cazul când micșorarea lor nu duce la micșorarea calității asistenței medicale .

Satisfacția pacienților este subiectivă, deoarece pacientul nu poate efectua compararea. Unii autori argumentează atitudinea complexă a scopului, care include în sine – micșorarea zilelor de spitalizare, micșorarea numărului de iatrogenii și complicațiilor, letalității în staționar, costurilor pentru tratament și satisfacție maximală a pacientului.

În acest caz se ia în considerație atât aspectele clinice, sociale și economice. În cazul respectiv

scopul Managementului calității este îmbunătățirea rezultatelor clinice, eficacității economice și beneficiului social pozitiv al tratamentului. În conformitate cu specificul medicinei actualmente există 3 modele de control al managementului al calității în medicină – profesională, birocratică și industrială.

Modelul profesional a dominat timp îndelungat în medicină și s-a bazat integral pe profesionalismul medicilor iar administrația nu purta răspundere pentru calitatea asistenței medicale. Și acest model se mai practică în unele spitale. Acest model a fost bazat pe cunoștințele și intuiția medicului și în condițiile de diferențiere a asistenței medicale a implementării tehnologiilor moderne este depășit. În aceste condiții unii autori din Europa, SUA au argumentat și au implementat metodele de unificare și standartizare a serviciilor medicale care în mare măsură au dus la majorarea calității asistenței medicale și micșorarea resurselor financiare.

Metoda birocratică de conducere a Managementului Calității include în sine standartizarea volumului și a rezultatelor asistenței medicale cu implementarea auditului intern și extern. La baza modelului se află principiul ierarhizării.

Metoda industrială include folosirea modelului de adaptare la medicină a modelului de ridicare continuă a calității în producere (modelul Deomeng), inclusiv a serviciilor medicale. În conducerea medicinei permanent există 2 linii autoritare – conducerea administrativă și cea clinică (autoritatea medicală), de relațiile cărora depinde nivelul calității medicale.

În aceste condiții analize eficiente a lucrului organizator – metodic în policlinici nu se efectuează.

În condițiile de ambulator activează preponderent medici tineri, fără practică de lucru, și fără cunoștințe și abilități manageriale. Unii autori consideră și califică această situație ca „administrație neeficientă și fără randament”. Alți cercetători argumentează că în aceste condiții există o singură cale corectă – corelația administrației cu ierarhia clinică bazată pe standarte și pe dovezi. Alți autori argumentează implicarea în acest proces calitativ a unor factori individuali, factori externi și sistemici, economici. Unii cercetători argumentează necesitatea unui

organ special de calitate în policlinici. Acești autori subliniază, că standardele primite și adoptate devin depășite foarte repede și necesită să fie reînnoite și nu pot servi ca element de măsurare a calității. Sistemul birocratic de control al calității de asemenea nu asigură eficacitatea sistemului. În aceste cazuri apare diferența dintre „standard” și realități în acordarea asistenței medicale și evident al calității ei. În aceste condiții unii cercetători argumentează că situația poate fi rezolvată în 2 direcții – diminuarea calității și distrugerea sistemului, sau implementarea noilor metode, care ar asigura ridicarea permanentă a calității. Unii autori numesc această necesitate „nouă cultură de organizare”.

Un indice subiectiv al nivelului calității asistenței medicale este satisfacția pacienților. Mulți autori au studiat deja acest indice atât în condiții de staționar, cât și în ambulator. Au fost folosite diferite metode de studiu, dar cea mai eficace este anchetarea anonimă, care include – accesul la asistența medicală, calitatea (din perspectiva analizei pacientului – medicală și habituală), condiții sanitaro-igienice alimentația, relațiile cu personalul, etc. Un rol deosebit în analiza și deducțiile pacientului despre calitatea asistenței medicale are asigurarea cu medicamente, cu materiale de pansament, aparat medical, etc.

Actualmente noțiunea de calitate a asistenței medicale este una principială în sistemul de sănătate și chiar serviciile sociale. În ultimul timp atât în țările ex sovietice cât și în cele europene având la bază reformele social economice de implementare a asigurărilor medicale au apărut mecanisme de stimulare a calității lucrătorilor medicali. Pe de altă parte se impune și o responsabilitate în fața medicilor atât sub aspect moral, civil și chiar penal. Un rol important îl are adoptarea noilor prevederi legislative. Este evident și rolul procesului de decentralizare a sistemului de sănătate, personificarea juridică a instituțiilor medicale și ridicarea responsabilității lor, autonomiei profesionale, etc.

Implementarea medicinei prin asigurare, crearea fondurilor de asigurare medicală au determinat condiții atât pentru responsabilitatea financiară cât și medicală, impunerea noilor standarde de calitate medicală. Se oferă administrativ, al companiilor de asigurări cât și din

partea pacientului. În literatura de specialitate se menționează și faptul responsabilității morale în fața Colegiilor de specialitate a medicilor, a profilurilor medicale, cât și în fața legii. Unii autori subliniază mai multe nivele, verigi de control al calității asistenței medicale.

Auditul intern – o metodă de estimare a calității asistenței medicale prin formarea unor comisii sau a unor comitete de calitate a căror li se atribuie drepturi și responsabilități specifice. Alți cercetători subliniază necesitatea numirii unor responsabili administrativi, de regulă vice directori medicali, iar în clinicele instituționale sau universitare respectarea nivelelor de supraveghere medicală – medic curativ, șef de secție sau de departament, șef de clinică, de regulă profesorii sau conferențieri universitari. Auditul medical – este o analiză critică a calității serviciilor medicale, care include după părerea unor autori, proceduri de diagnostic și tratament, utilizarea resurselor, rezultatele obținute și calitatea vieții pacientului. Alți autori argumentează că procesul de audit trebuie să includă mai multe etape – identificarea priorităților, formularea standardelor, culegerea informațiilor, compararea performanțelor cu criteriile stabilite anterior, evaluarea criteriilor și a devierilor de la standart și evaluarea schimbărilor.

E de menționat faptul că în diferite țări se efectuează și auditul intern de către serviciul de audit intern al Ministerului Sănătății. Evident este că această procedură se efectuează și de către serviciul de audit intern al M. S. al R. Moldova. În baza ordinului Ministerului Sănătății „cu privire la Serviciul Audit Intern al Ministerului Sănătății” care a lansat și a aprobat Carta de Audit Intern al Serviciului Audit Intern. Prin ordinul M.S. se aprobă Planul anual al activității Serviciului Audit Intern M.S. și Planul Strategic de Audit.

Auditul Extern independent al CNAM se efectuează în conformitate cu planurile anuale ale CNAM. La fel se efectuează și auditul raportului Guvernului de către Curtea de Conturi. E de menționat faptul că controlul efectuează și companiile de asigurare medicală prin intermediul companiilor de asigurare și a fondurilor de asigurare teritoriale ce efectuează atât control economic cât și medical.

Controlul Ministerial – se efectuează de către ministere și departamente, din direcții municipale

și orașanești, de către comisiile de specialitate a consiliilor teritoriale. În controlul ierarhic superior este și supravegherea administrației de stat, a organelor de control și supraveghere, a sistemului judecătoresc.

Pentru serviciul de ambulator diferiți autori stabilesc așa elemente a managementului de calitate precum – structura, procesul și rezultatul. La structură - se referă certificatele de licențiere și acreditare și structura organizațională. Procesul include în sine mecanismele și pașii concreți de transformare și formare a rezultatului. Iar rezultatul sunt efectele serviciilor de sănătate asupra pacienților și populației. Unii autori consideră că pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale de ambulator trebuie luate în considerație 3 abordări distincte - inspecția prin care se identifică deficiențele, prevenția care include controlul și îmbunătățirea proceselor ce determină calitatea redusă a serviciilor și planificarea sau proiectarea proceselor. Alți autori subliniază importanța a 7 dimensiuni fundamentale ce determină calitatea serviciului de sănătate – competența profesională, accesibilitatea, eficacitatea, eficiența, relațiile interpersonale, siguranța și continuitatea serviciilor.

Proiectarea proceselor de diagnostic, de profilaxie, de tratament pentru medicii de ambulator, mulți autori recomandă metoda „drumului clinic ciclic”.

Este o planificare structurală și calendaristică a lucrului săptămânal, care răspunde întrebărilor – ce trebuie de făcut, cine va face, când se va face. Acest „drum clinic ciclic” include în sine supravegherea bolnavilor în policlinică, la domiciliu, de asemenea supravegherea rezultatelor de tratament și diagnostic în alte instituții medicale și cabinete. Unii cercetători au descris „drumul clinic ciclic” ca o structură anumită: intrarea în sistem a pacientului (starea somato-funcțională, diagnosticul, stabilirea și denumirea „drumului clinic ciclic”); posibilitatea de primire a informațiilor (adresare, consultație activă, ieșire la domiciliu); planificarea supravegherii bolnavului în policlinică; locul de acordare a serviciilor medicale (policlinică, staționar, domiciliu); volumul examinărilor clinice; monitorizarea indicilor clinici în procesul tratamentului; indicii de laborator și instrumentali la etapa de adresare și a examenului primar și în

procesul diagnosticului și a tratamentului; consultația altor specialiști; activitatea pacientului; tratamentul medica-mentos; manipulații; dietă; criteriile de eficacitate a tratamentului (capacitatea profesională și activitatea fizică); profilaxia după finisarea tratamentului; indicații pentru spitalizare; pronosticul: complicații posibile; indicatori de calitate; dispanserizarea.

Sistemul Sănătății necesită restructurare în condițiile noilor realități. Se cer reforme și noi metodologii inclusiv în medicina primară și, mai ales, în Serviciul chirurgie de ambulator. Așadar, căutarea de noi tehnologii pentru optimizarea Serviciului chirurgiei de ambulator în condiții urbane a determinat necesitatea cercetării noastre.

În concluzie: în țările Românești chirurgia de ambulator se atestă din secolul XV. Un rol important l-a avut medicina parohială, medicina de zemstvă, pregătirea cadrelor de către USMF "N. Testemițanu" succesoarea ISMC; actualmente în activitatea policlinicilor și Centrelor de ambulator nu satisface cerințele. Calitatea înaltă poate fi oferită în Centrele Chirurgie de ambulator în cazul în care personalul este pregătit, există tehnologii de diagnostic, tratament și supraveghere. Posibilitatea de a majora volumul de asistență medicală chirurgicală de ambulator poate avea loc doar prin 2 metode – a.) folosirea în policlinică a cadrelor calificate din staționar, b.) dezvoltarea Chirurgiei de ambulator (specialiști, tehnologii medicale și manageriale); există necesitatea dezvoltării bazei tehnico-materiale, bazei legislative și normative, crearea Centrelor Chirurgie de Ambulator, implementarea tehnologiilor medicale, manageriale și informaționale; fondarea în orașele mari și în

municipii a Centrelor Chirurgie de ambulator oferă posibilitatea de a reforma Serviciul Chirurgie de ambulator în condiții urbane.

Bibliografie:

1. Ababii I., Ghidirim Gh., Ciocanu M. Politica Națională de sănătate. În Buletinul Academiei de știință a Moldovei. Științe Medicale, Chișinău, 2006, Nr 2, p.7-17.
2. Adler M.W. Changes in local clinical practice following on experiment in medical care: evaluation of evaluation / M.W.Adler // J. Epidem. Com. Health. -1978.- Vol. 32.-P. 143.
3. Allen G., Josephson A. Meeting infection control standards in the OR // AORN J. - 1995. -Vol. 62. - P. 595 - 596, 599 - 602.
4. Balzer K. Ambulatory surgery in venous surgery / K.Balzer //Chirurg.-1991.- Vol. 62, a8. P.598-603.
5. Ciobanu M., Cecan M., Sava V., Totuni N., Organizarea asistenței medicale primare și remunerarea activității medicilor generaliști. Chișinău, 1996, p.46.
6. С.И.Знаменская, О.П.КоммунарOVA // Амбул. хирургия. Стационарзамещающие технологии.- 2005.- № 1.- С. 45.
7. Chauvin M. State of the art of pain treatment following ambulatory surgery. Eur. J. Anaesthesiol. 2003; 20 (28): 3-6.
8. Ețco C. Instruirea economică a medicului în condițiile contemporane.//Zilele USMF "N. Testemițanu" (21-21 octombrie, 1998).
9. Grosu Iu., Ghidirim Gh., Țîbîrnă C.Știința Nr.6, Chișinău, 2005, p.1-10.
10. Iulian Grossu, Gheorghe Ghidirim, Constantin Tabirna. Organizarea si dezvoltarea serviciului chirurgical in Republica Moldova// Stiinta// Nr.6 (6), 2005
11. Mereuță I, Gherman V, Ciupercă V. Managementul sistemului medico – tehnic in Republica Moldova. Chișinău, 2009.
12. Mitchell M. Summary of studies into adult patients' perceptions of day surgery. Ambulatory Surgery 1999; 7 (2): 75-100.
13. The European Foundation for Quality Management. // EFQM. - Brussels, 1999.
14. Кутин А. А. Однодневная хирургия. Москва, 2000. - 264 с.
15. Роль дневного стационара в повышении качества поликлинической помощи /А.А.Калининская, Е.Н.Полатайко, О.Ф.Лиман и др. // Сов. здравоохранение. М., 1988. - №12. - С.15-17.

Ion Vozian, doctorand
Universitatea de Medicină și Farmacie "N. Testemițeanu", Institutul Oncologic din Moldova

MANAGEMENTUL SERVICIULUI ONCOPEDIATRIC IN REPUBLICA MOLDOVA (actualități și perspective)

Summary: The article reveals some aspects of morbidity and mortality rates of tumors in children, epidemiological aspects, the background and development history of oncological service in the Republic of Moldova, the perspective of a complex managerial system.

Key words: tumors in children, epidemiology, management, oncological service, national and territorial register.

Dupa datele OMS la 100 de copii morți cuprinse între vârsta 1-14 ani 9,3%, la vârsta 5-14 ani 13,9%, la 15-18 ani 15,8% au revenit tumorilor maligne (1, 3, 7). Totodata OMS argumentează că în 23 de state economic dezvoltate mortalitatea la copii cauza de deces au fost tumorile maligne, pe locul secundar cedînd doar mortalității din cauza accidentală. În majoritatea țărilor lumii nu există Cancer Registre a copiilor cu tumori. În SUA datele Registrului Național arată că în grupa copiilor pînă la 15 ani - 14 copii se îmbolnăvesc de tumori la 100 mii copii, la vârsta 15-18 ani acest indice alcătuiește 20‰ (7, 8). Institutul Național de Cancer din SUA într-un program special a demonstrat că un cetățean din 330 de americani la vârsta pînă la 20 ani se îmbolnăvește de tumoare malignă. Spre exemplu, în Rusia nu există un Cancer Registu Național al copiilor cu tumori dar există cancer registre zonale și municipale în diferite orașe. În Moscova la 100 mii copii de cancer se îmbolnăvesc 14,5 băieți și 13,5 fete, ceea ce corespunde 250 copii în an. În Petersburg morbiditatea oncopediatică alcătuiește pentru băieți 22,9‰ iar pentru fete 15,5‰ (7, 8, 9). E de menționat faptul că în ultimul timp oncologia pediatrică a atins performanțe impunătoare, deși specialitatea de oncopediatru nu este atestată în Registrul specialităților. Aceasta se referă și pentru R. Moldova. În structura morbidității oncopediatică în R. Moldova prevalează hemoblastozele, tumorile creierului, tumorile țesuturilor moi și a oaselor, tumoarea lui Wilms (2, 5, 6). Cercetări științifice în domeniul oncoepidemiologiei analitice și descriptive nu au

fost efectuate. Nu există un management sistemic al serviciului de oncologie la copii, nu există un program de combatere teritorial și zonal, nu a fost emis un Ordin al Ministerului Sănătății în domeniul asistenței medicale a copiilor cu tumori (2, 4).

Actualitatea temei se determină și prin faptul că pînă în prezent nu a fost elaborat un studiu complex în domeniul organizării asistenței medicale a copiilor cu tumori, nici în domeniul studierii complexe a morbidității și mortalității prin tumori maligne, nu a fost fondat Cancerul Registu Național și Registrele raionale și municipale a copiilor cu tumori maligne și benigne. Toate acestea argumentează necesitatea elaborării și efectuării unui studiu în această direcție.

Problema tumorilor la copii este una din cele mai complicate probleme a pediatriei și a oncologiei. Patologia oncologică la copii se întâlnește rar. Morbiditatea fiind de 10 ori mai mică în comparație cu populația matură, dar ocupă locul doi în structura mortalității generale după traume și accidente (tab. 1).

După datele seminarului Internațional pe tumori maligne și leucemii la copii, incidența tumorilor maligne la copii depistate la vârsta pînă la 14 ani este de 9,2 la 100 000 populație prematură.

Tumorile maligne se întâlnesc la orice vîrstă, inclusiv și la noi născuți.

Sunt descrise multe cazuri a tumorilor înnăscute, cînd metastazarea a avut loc pînă la nașterea copilului.

Multe tumori se dezvoltă pe fonul de vicii, anomalii înnăscute.

Tabelul 1
Cauzele mortalității la copiii de la "0" până la 14 ani

| Cauzele | Mortalitatea |
|-----------------------|--------------|
| 0, Traume, accidente | 43,9% |
| 1, Tumori maligne | 10,4% |
| 2, Anomalii inascute | 8,4% |
| 3, Omoruri de copii | 4,6% |
| 4, Pneumonii și gripă | 1,8% |
| 5, Paraliciu cerebral | 1,5% |
| 6, Sinucidere | 1,5% |
| 7, Meningită | 1,1% |
| 8, Alte cauze | 22,0% |

50% din tumori la copii sunt de origine disontogenetică; 80% din tumori sunt benigne - hemangioame, limfangioame, nevi pigmentați, lipoame, fibroame, gamartaome fibrozate.

Din tumorile maligne o grupă semnificativă ocupă tumorile mezenhimale. Cancerul se întâlnește rar - 0,8%. Așa tumori ca cancer pulmonar, glandei mamare, vezicii urinare, prostatei sunt cazuistice.

Incidența prin tumori și decurgerea lor depinde de vârsta copiilor: la vârsta de la 1 an până la 5 ani predomină tumorile embrionale, de la 10-15 ani - sarcoamele, cancerul. Tumorile maligne la băieți se întâlnesc mai des decât la fete 1,3:1. Cea mai mare incidență a tumorilor maligne la copii se întâlnește la vârsta primelor 5 ani de viață și anume la vârsta de 3 ani, apoi are loc descreșterea până la 11-12 ani. Creșterea a doua începe de la 25 ani.

Cea mai nefavorabilă și periculoasă este vârsta de la 1 an până la 4 ani. Aceasta e necesar

de menționat pentru medicii pediatri, deoarece anume această grupă de copii nu este supravegheată sistematic ca și copiii la vârsta până la 1 an și școlară. În grupa menționată de copii des se întâlnesc tumoarea Wilms, retinoblastomul și sarcomul țesuturilor moi.

Analizînd structura morbidității oncologice în Republica Moldova în decurs de 10 ani, se poate de menționat, că primul loc în structura morbidității prin tumori la copii îl ocupă hemoblastozele 58,6%, *locul doi* tumorile creierului 17,8%, apoi tumorile neuro-blastomele și nefroblastomele (tab.3). Un loc important revine tumorilor țesuturilor moi și oaselor.

Tumorile maligne la copii, comparativ cu cancerul la maturi, au deosebiri clinice, histologice, în debutul procesului, etc.

Pentru copii sunt caracteristice tumori înnăscute. Sunt descrise în literatură 3800 cazuri tumori maligne depistate la momentul nașterii copilului.

Blastoamele înnăscute se diferă după localizare, și structura histologică. O grupă mare ocupă leucemiile înnăscute de diferit tip - mieloleucemii, hemocitoblastozele.

Tumori maligne primare la noi născuți au fost depistate în rinichi, oase, mușchi, creier, orbite, glandele suprarenale, mediastin, piele, intestin și alte organe.

Analizînd incidența tumorilor maligne la copii, născuți de la părinți, care au suportat tumori maligne, se poate face concluzia, că la ei mai des se întâlnesc tumori maligne, tumorile dezvoltîndu-se în aceleași organe ca și la părinți.

Tabelul 2
Structura morbidității prin tumori maligne la copii în R. Moldova

| Anii | Total | Hemoblastoze | % | Creier | % | Țesut. moi | % | Oase | % | Netroblastom | % | Alte localizări | % |
|------|-------|--------------|------|--------|------|------------|-----|------|------|--------------|------|-----------------|------|
| 2000 | 82 | 36 | 43,3 | 12 | 14,6 | 4 | 4,9 | 6 | 7,3 | 9 | 11,5 | 15 | 18,3 |
| 2001 | 63 | 41 | 65,1 | 6 | 9,5 | 3 | 4,8 | 1 | 1,6 | 6 | 9,5 | 6 | 9,5 |
| 2002 | 138 | 88 | 63,8 | 5 | 3,6 | 8 | 5,8 | 3 | 2,2 | 13 | 9,4 | 21 | 15,2 |
| 2003 | 153 | 96 | 62,7 | 9 | 5,9 | 7 | 4,6 | 10 | 6,5 | 8 | 5,2 | 23 | 15,0 |
| 2004 | 133 | 82 | 61,7 | 8 | 6,0 | 7 | 5,3 | 7 | 5,3 | 4 | 3,0 | 25 | 18,8 |
| 2005 | 106 | 62 | 58,5 | 15 | 14,2 | 3 | 2,8 | 11 | 10,4 | 2 | 1,9 | 13 | 12,3 |
| 2006 | 148 | 75 | 50,7 | 28 | 18,9 | | | 8 | 5,4 | 7 | 4,7 | 30 | 20,3 |
| 2007 | 120 | 63 | 52,5 | 20 | 16,7 | 6 | 5,0 | 11 | 9,2 | 6 | 5,0 | 14 | 11,7 |
| 2008 | 94 | 53 | 56,4 | 9 | 9,6 | 9 | 9,6 | 11 | 11,7 | 3 | 3,2 | 9 | 9,6 |
| 2009 | 117 | 53 | 45,3 | 6 | 5,1 | 8 | 6,8 | 11 | 9,4 | 5 | 4,3 | 34 | 29,1 |
| 2010 | 105 | 64 | 61,0 | 12 | 11,4 | 6 | 5,7 | 8 | 7,6 | | | 15 | 14,3 |
| 2011 | 101 | 51 | 50,5 | 8 | 7,9 | 7 | 6,9 | 8 | 7,9 | 2 | 2,0 | 25 | 24,8 |

Tabelul 3

Morbiditatea prin tumori maligne la copii pînă la 14 ani în R. Moldova

| Anii | Total | | Hemoblastoze | | Alte localizații | |
|------|-------|-----------------------------------|--------------|-----------------------------------|------------------|-----------------------------------|
| | c.a. | ⁰ / ₀₀₀₀ C. | c.a. | ⁰ / ₀₀₀₀ C. | c.a. | ⁰ / ₀₀₀₀ C. |
| 2000 | 82 | 6,9 | 36 | 3,0 | 46 | 3,9 |
| 2001 | 63 | 5,2 | 41 | 3,4 | 22 | 1,8 |
| 2002 | 138 | 11,5 | 88 | 7,3 | 50 | 4,2 |
| 2003 | 153 | 12,8 | 96 | 8,0 | 57 | 4,8 |
| 2004 | 133 | 11,1 | 82 | 6,8 | 51 | 4,3 |
| 2005 | 106 | 8,9 | 52 | 5,2 | 44 | 2,7 |
| 2006 | 148 | 12,6 | 75 | 6,4 | 73 | 6,2 |
| 2007 | 120 | 10,4 | 63 | 5,5 | 57 | 4,9 |
| 2008 | 94 | 8,4 | 53 | 4,8 | 41 | 3,7 |
| 2009 | 117 | 10,8 | 53 | 4,9 | 64 | 5,9 |
| 2010 | 105 | 10,1 | 64 | 6,1 | 41 | 3,9 |
| 2011 | 101 | 9,7 | 51 | 4,9 | 50 | 4,8 |

Cele sus menționate confirmă factorul genetic în dezvoltarea tumorilor la copii.

Copilul este permanent în creștere de aceea procesele de schimb a substanțelor (metabolismul) decurge cu o activitate mare și schimbătoare. Acest fapt acționează la debutul tumorilor la copii.

Evaluarea clinică a tumorilor maligne la copii diferă de la maturi. În primii ani a vieții copilului dezvoltarea procesului malign decurge ca un proces acut cu afectarea pronunțată a stării generale, cu temperatură înaltă, leucocitoză. Deseori așa stare se consideră ca o boală infecțioasă acută. Tumorile maligne la copii au tendință la creșterea rapidă, metastazarea agresivă, recidivantă și duce la o letalitate înaltă.

La majoritatea copiilor cu tumori maligne a rinichilor, țesuturilor moi, oaselor în decurs de 2-4 luni după primele simptome a evoluției tumorale tumora devine de mărime voluminoasă.

Metastazarea are loc pe căi limfo- și hematogenice în ganglionii limfatici regionali și în țesuturi îndepărtate de focarul primar.

Unele tumori la copii au tendință de metastazare în țesuturi și organe strict specifice. De exemplu, în pulmonii metastazează sarcomul osteogen, sarcomul Ewing, tumoarea Wilms, teratoamele maligne, rhabdomiosarcomul embrional. Des se întâlnesc metastaze în ganglionii limfatici mediastinali, hilul pulmonar, spațiului retroperitoneal.

Sistemul osos este organ țintă pentru metastazele neuroblastomului, tumorul Wilms.

Începutul metastazării în multe cazuri parcurge asimptomatic, latent, fără schimbarea

stării generale a copilului. Specific este că tumorile metastatice cresc foarte repede.

Cu cât vârsta copilului e mai mică, cu atât mai des și mai repede are loc metastazarea și generalizarea procesului.

Dezvoltarea acută, agresivă a tumorilor la copii, tendința la metastazarea și generalizarea procesului duce la decesul copiilor în decursul primului și al doilea an a maladiei.

Tumorile maligne atacă multe organe și țesuturi, deaceia tabloul clinic are multe și diferite simptome. Simptomele atipice a bolii, neeficacitatea tratamentului, trebuie să-l pună în gardă pe medic, cu deosebită precauție să se gîndească la un proces malign.

Copilul trebuie să fie sub controlul medicului sistematic. Se întîlnesc și greutăți în timpul examinării copilului: mărirea neînsemnată a rinichiului ori copilului e cu o trofică ridicată sau încordează mușchii presului la examenare.

Pentru medici pediatri și chirurghi trebuie să fie ca regulă în timpul examinării palparea abdomenului și să acorde atenție la acuzele, cauzele neobișnuite a copilului ca cefaleia de lungă durată.

Pentru a diagnostica tumorile maligne la copii este necesar de acordat atenție la:

1. Locul, regiunea afectată - 6 localizații principale a tumorilor la copii - organele hemopoetice, creierul, orbita și ochii, rinichii, sistemul osos, țesuturile moi.
2. Formele tumorului malign caracteristic pentru diferite perioade de vîrstă a copiilor.
3. Simptomele clinice specifice caracteristice pentru tumorile maligne.

În afară de tumorile intracraniene, la copii spre deosebire de maturi, în majoritatea cazurilor tumorile sunt vizibile și palpabile.

Pentru depistarea precoce a tumorilor maligne este necesar consultarea copilului de către specialiști: clinicistul, rengenologul, medicul patomorfolog.

Asistența oncologică specializată la copii în ex. URSS a fost organizată în anul 1960 (Moscova, Sanct-Petersburg). În aceste secții specializate la nivel unional, se acordă asistență medicală oncologică specializată la copii din toate republicile sovietice inclusiv și RM.

Secția de oncopediatrie în cadrul IOM a fost constituită prin ordinul Ministerului Sănătății din XII 1989, iar în februarie 1991 s-a deschis secția de hematologie pentru copii.

În policlinica oncologică a IOM cu cabinetul consultativ oncopediatic activează medicul oncopediateru-hematolog. În secția de hematologie de copii sunt în funcție 40 paturi, colaborează 5 medici - șeful secției, colaborator științific și 3 medici hematologi.

Secția de oncopediatrie activează cu 40 paturi, colaborează 5 medici - șeful secției, 3 medici chirurgi, și un medic pediatru.

Organizarea serviciului oncopediatic a creat condiții pentru precizarea indicilor morbidității și dinamicii ei. Dar în această perioadă ar fi util fondarea pe baza policlinicii și a staționarului IOM

a unui *Centru consultativ metodic al Serviciului Oncopediatric*, care ar coordona metodologic organizarea asistenței oncopediatrice, fondarea unui Registru oncologic special pentru copii, care ar analiza la nivel național aspectele epidemiologice analitice și descriptive, evidența factorilor de risc, ar pregăti și ar adopta ulterior un Program special de combatere a tumorilor la copii. Depistarea tumorilor în stadiile precoce este esența asistenței oncologice pediatrice. Rolul principal îl vor îndeplini, medicii generaliști, care vor poseda principiile vigilenței oncologice.

Bibliografie:

1. Cancer in the European Union in 1990. 240p.
2. Ețco C. Managementul sistemului de sănătate. Chișinău, 2006, 864 p.
3. Gheorghe Tibirna //Ghid Clinic de oncologie//, Chisinau, 2003.
4. Ion Mereuta, Ecaterina Tcacenco, Eugeniu Popusoi. Aspecte medico-sociale, managerial si clinice ale tumorilor la copii in R. Moldova. In Congresul I National de oncologie. Chisinau, 2000, p. 9-12.
5. Ion Mereuta, E. Tcacenco, I. Vozian, L. Rusu. Managementul in serviciul oncologic pediatru al R. Moldova. In : Congresul I National de oncologie. Chisinau , 2000, p.21-22.
6. Tentiuc D., Iu. Grossu, T. Grajdianu, Larisa Spinei, M. Ciocanu, s.a. Sanatate publica si management. Chisinau, 2007
7. Аксель Е. М., Двойрин В.В., Трапезников Н.Н. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения России и некоторых других стран СНГ в 1992г. М. 1994.
8. Алексеев Н.А., Воронцов И.М. Лейкозы у детей. Л.1988.
9. Детская онкология. Учебник для медицинских вузов, 2 издание. М., 2001.

Mereuță Ion, Gațcan Ștefan

TRATAMENTUL MASTOPATIILOR DIFUZE

In the article the authors focus their attention on the issue of diffuse mastopathia, its background, aspects of anatomic development of the breast, hormonal interdependence, including mammatogenesis and lactogenesis. There are described the main dishormonal changes in the mammary glands, methods of examination and diagnosis, authors' own classification of mastopathia, including the following forms: hormonally induced, neurogenic, thyroid, ovarian, adrenal, hepatic, idiopathic. There is argued the efficiency of etiopathogenetic method of treatment, proposed by authors.

Key words: diffuse mastopathia, etiopathogenesis, hormonal dependence, complex treatment.

Glanda mamară este o parte componentă a sistemului reproductiv. Țesutul mamar este o țintă pentru hormonii din organismul feminin. În așa

fel, sânul este cel mai neliniștit organ din corpul femeii din punct de vedere oncologic, al proliferărilor țesutului glandular și a altor țesuturi.

În procesul ciclului menstrual are loc o evoluție proliferativă. Experții OMS au stabilit prin termenul *mastopatie* – displazia glandelor mamare, maladia fibrochistică, un spectru larg de patologii care decurg cu proliferări și regresii ale țesuturilor mamare cu o corelare normală a componentelor epitelial și conjunctiv. Termenul mastopatie este un termen integral, care nu în întregime descrie etiopatogeneza proceselor ce se petrec în țesutul glandei mamare. Cercetătorii școlii rusești folosesc paralel cu termenul mastopatie, termenul fibroadenomatoză. Acest termen include în sine procesele etiopatogenetice ce au loc în țesutul glandular al sînului – fibroza, adenoza, scleroză pe fondalul de dereglări hormonale.

Pentru prima dată maladia fibrochistică a glandelor mamare a fost descrisă de Cooper, în 1829, pe baza a 12 cazuri, clasificându-le în: chisturi displastice, echinococite, papilare, „mastita intracavitară”. În 1840,

R. Brodi a denumit această maladie „tumoare chistică-seroasă a glandelor mamare”. În anul 1883, R. Reclus a descris clinica și schimbările patomorfologice ale mastopatiei. O perioadă îndelungată mastopatia în literatură se întâlnește sub denumirea de maladia Reclus. În anul 1882, Schimmelbusch a propus termenul „adenom chistes”, iar Bloodgood a clasificat maladia în 3 forme – adenomatoasă, ectatică și adeno-chistică, subliniind că ultima este precancer.

Actualmente, este cunoscut că procesele în glandele mamare pot fi – neproliferative – chisturi, modificări papilare și apocrine, calcificate epiteliale, hiperplazii minime și chiar fibroadenomul. În aceste cazuri riscul dezvoltării carcinomului este minimal, procese proliferative fără atipie – papiloame intraductale, adenoză, scleroză și hiperplazii atipice – lobulare și ductale.

Până în prezent o terminologie comună a mastopatiilor și chiar a utilizării termenilor ce determină aceste procese nu există.

În literatura de specialitate se folosesc diferiți termeni – mastopatia, maladia fibro-chistică, fibroadenomatoză, hiperplazia dishormonală a glandelor mamare etc.

În practica medicală se folosesc mai multe clasificări, inclusiv morfologice sau radiologice. Este cunoscută clasificarea Rojcov, 1983:

1. Forma fibro-chistică difuză
 - mastopatie difuză cu preponderență chistică

- mastopatie difuză cu preponderență fibroasă
- mastopatie difuză cu preponderență glandulară
- mastopatii mixte
- adenoză sclerozantă

2. Forma nodulară a mastopatiilor fibro-chistice

Clinicienii atrag o atenție deosebită mastopatiilor, pentru că este o maladie cu o incidență crescută la femeile în perioada fertilă și pentru profilaxia cancerului mamar. Dimorschi L. (1980), Pihut P. (1993) au demonstrat că formele nodule ale mastopatiilor fără proliferare induc un risc de dezvoltare a carcinomului egal cu 5, iar cele cu procese proliferative cu 30. Vigilența medicilor este argumentată și de pozițiile lui Cahaldin, care sublinia că carcinomul mamar se poate dezvolta din orice tumoare benignă, și că procesele benigne pot fi o fază a procesului tumoral malign, lucru confirmat și de Sabad.

Într-adevăr, procesele care au loc în glanda mamară sunt consecințe, cauza fiind – dereglările hormonale. În fiecare caz trebuie evidențiată veriga principală a etiopatogenezei. În această lucrare am încercat să aducem și o clasificare a etiopatogenetică a mastopatiilor.

Metode de tratament

Sunt cunoscute multe metode de tratament a mastopatiilor difuze cu administrarea diferitor medicamente, aplicații transcutane, cu factori fizici, donatori de energie etc. Cunoscute sunt și o multitudine de fitopreparate – mostodinin, Brest-CARE, mastoprofen, progestogel ș.a. În tratamentul complex sunt introduse și vitamine, metabolizi și alte preparate. În ultimul timp sunt cunoscute și metodele de administrare a antiestrogenilor și inhibitorilor aromatazei.

Noi, autorii, considerăm că pentru efectuarea tratamentului mastopatiilor e necesar de evidențiat veriga principală a etiopatogenezei și ulterior de indicat tratamentul complex etiopatogenetic.

Caracteristica metodelor de investigații folosite în cercetare

- Examenul clinic (oncolog, ginecolog)
- Termografie
- Ultrasonografia glandei tiroide, sînilor, organelor genitale
- Mamografia

- Puncția citologică (prin amprentă, în cazul glandei secretînde)

Este bine cunoscută puncția aspirativă cu ac fin, selectivă și ghidată ecografic. Pentru puncție se folosesc seringi getabile de 5, 10, 20 ml. Frecvent apar inconveniente tehnice în aspirația cu aceste seringi. Datele noastre atestă că în 25 procente cazuri nu dobîndim celulele epiteliale dar numai lipid. Din aceste considerente, pentru a mări posibilitatea dobîndirii celulelor epiteliale propunem de a folosi metodologia de vacuum aspirație. După efectuarea puncției ghidate de examenul ecografic la acul respectiv se unește o instalație cu vacuum aspirație. În aceste cazuri celulele se dobîndesc 95-96% cazuri. Metoda nu este sofisticată și poate fi utilizată uzual în orice caz de puncție citologie cu condiția existenței vacuumului.

Metodă de clasificare etiopatogenetică a mastopatiilor difuze

Metode de tratament elaborate de prof. univ. Ion Mereuță și coautorii.

Mastopatiile difuze, caracteristice pentru femeile tinere pîna la 35-39 ani se întîlnesc frecvent practic la fiecare a 2 femeie. Sunt diferite metode de determinare a mastopatiilor. Cunoscute sunt formele difuze, formele fibrochistice, formele nodulare. Avînd în vedere că aceste clasificări nu au la bază veriga principală a etiopatogenezei, noi propunem următoarele forme etiopatogenetice a mastopatiilor difuze:

1. Forma hormonal indusă (estrogen dependentă)
2. Forma neurogenă (Hipofizară, diencefalică, neuropatică)
3. Forma tiroidă (hipotiriodă, eu tiroidă, hiperteriodă)
4. Forma ovariană (anexite, polichistoza ovariană, tumori acive ale ovarelor)
5. Forma suprarenală (tumori hormonale active, hiperproducerea hormonală)
6. Forma hepatică (hepatite cronice persistente, insuficiență hepatică, etc.)
7. Forma metabolică (diabetică, fermentopatii, dereglări de aromatizare)
8. Forma idiopatică.

Metodă de remediu de tratament a telarhei la fetițe

Telarha care se începe la fetițe după 3 ani putem sa o tratăm cu următoarea metodă și

remediu – vitaminoterapia E și B în doze de vîrstă 3-4 luni, mastodinon 30 picături de 2 ori în zi 3 luni (cura se poate repeta de 3-4 ori), verosipron 25ml de 3 ori zi, 2-3 luni. Putem folosi și tinctură de mălină (6,0/200,0) cîte 1/4 pahar, 2-4 ori zi, 3-6 luni. Eficacitatea tratamentului analizat pe un eșantion de 23 fetițe, vîrstă 4 + 2 ani a fost cu eficacitate 95%. Metoda poate fi indicată fetițelor după consultația pediatrului, chirurgului și evident oncopediatrului. Supraveghere în dinamică pe tot parcursul tratamentului și fiecare 3 luni.

Metoda complexa de tratament a mastopatiilor difuze cu administrarea antiestrogenilor

Administrarea antiestrogenilor în tratamentul complex al mastopatiilor difuze a fost posibil hotărîrii Comisiei Naționale pentru Etica în domeniul cercetării clinice a preparatelor farmaceutice din 14.10.2002, sem. prof. V. Ghicavîi. Metoda propusă include tratamentul complex a mastopatiilor difuze cu administrarea (magnitoterapie, laseroterapie, flux de aeroioni încărcăți negativ asupra sînilor plus administrarea în curs de un ciclu menstrual a mini dozei de Fariston (torimifen). Cura de tratament se poate repeta de 3-4 ori pe an.

Rezultatele au arătat: eficacitate în grupa tratamentului complex cu Fariston de 90%. Metoda argumentează 2 mecanisme etiopatogenetice - metabolică și blocarea receptorilor de estrogeni în țesutul glandular al glandelor mamare.

Metoda de tratament a mastopatiilor difuze ale glandelor mamare secretînde

Glanda mamară secretîndă reprezintă un complex clinic evidențiat prin dishormonoza ce provoacă mastopatia și eliminări patologice din mamelon. Eliminări pot fi seroase, purulente și sangvinolente. Metoda de față se referă la glandele mamare secretînde cu secret seros. De obicei eliminările seroase sunt din ambele mameloane. După excluderea și infirmarea clinică, instrumentală și citologică (3 ori) a cancerului mamar vom purcede la tratamentul etiopatogenetic a mastopatiei glandelor secretînde. Vom administra și vom acționa la toate componentele verigilor etiopatogenetice dar preponderent la 2 – (1) asupra celulelor hipofizei ce induc producerea prolactinei cu preparate medicamentoase parlodol sau bromcreptin în doze crescînde, terapeutice și descrescînde în

timp de un ciclu menstrual și (2) asupra componentului metabolic și anume antioxidanți. Este important efectuarea renghenografiei Renghinografia Sela Turtica, Tomografia coputerizată și analiza prolactinei hipofizare. Eficacitatea metodei propuse este de 75%. Metoda poate fi utilizata pe larg.

Metoda de tratament a mastopatiilor diabetice și metabolice

La bolnavele cu diabet zaharat de tip I și II se dezvoltă procese specifice în organismul uman inclusiv și în glanda mamară. Metoda propusă de noi se referă la mecanismele etiopatogenetice – micșorarea glucozei cu A fa Herb – 1 capsula de 3, 4 ori pe zi cu 30 minute pînă la masă, cura de tratament 4 săptămîni. Se poate repeta de 3, 4 ori pe an. Detoxicarea organismului cu Glutathione Complex – 1 capsulă de 3 ori pe zi înainte de masă, cura de tratament 2 săptămîni, repetată de 2, 3 ori pe an, normalizarea sintezei insulinei la bolnavele cu diabet zaharat tip I – zinc 1 pastilă 1 dată în zi cu 30 minute înainte de masă, cura 3 săptămîni, repetată de 3 ori pe an, iar la bolnavele cu diabet zaharat tip II antioxidant și metaboliți pentru îmbunătățirea pătrunderii insulinei prin membrana celulară în celulă. Super C 2, 4 pastile 1 dată în zi cu 15 minute pînă la masă 4 săptămîni, cura repetată de 3, 4 ori pe an. Această metodă de tratament ne-a permis să tratăm mastopatiile diabetice în 75% cazuri. Rezultatele au fost confirmate clinic, termografic, ecografic, tomografie computerizată, rezonanță magnetică nucleară și investigații de laborator (clinice, biochimice, imunologice).

Metoda de tratament a mastopatiilor difuze cu administrarea factorilor fizici (laser, magnet, flux de aeroioni încărcăți negativ) în combinație cu mini doze de Tomirofen (Fariston).

Tratamentul mastopatiilor și rezultatele proprii

Este semnificativ faptul, că din punct de vedere a topografiei mastopatiei difuze cu tendința sau localizarea în 77,6% cazuri a fost afectat cadranul superior-lateral (tab. 1).

Examenul ecografic determinat mastopatiile în 68% cazuri, evidențiind doar în 11,5% cazuri procese de localizare în cadranul superior lateral.

Concluziile termografice au determinat mastopatiile preponderent la femeile de vîrsta 40-

49 ani (79%), iar tendința spre localizare la 25 bolnave.

Mamografia a fost efectuată numai la 44 bolnave, evidențiind mastopatii nodulare în 27,3%.

Pentru confirmarea diagnosticului s-au efectuat puncții cu ac fin și examene citologice la 66 bolnave, preponderent la bolnavele de vîrsta 40-49 ani. Rezultatele citologice au demonstrat în 27,3% fibroadenomatoză lobulară, iar în 31,8% forma chistică.

Analiza științifică a metodelor de investigație au demonstrat că informativitatea examenului clinic în diagnosticarea mastopatiilor difuze a fost de 82,8%, a termografiei în 100%, ultrasonografiei 100%, a mamografiei în cazul mastopatiilor difuze – 15,9%, și a maladiei fibrochistice în 31,8% cazuri.

Cercetarea subiectivă a efectului clinic la pacientele cu mastopatii tratate în diferite metode au evidențiat că efect a fost de la 3,3-16,6% cazuri, diminuarea parțială a sindromului algic a fost diferit de la 6,7% pînă la 23%, regresie totală – 47% - 86,7% și discomfortul 3,3% - 13%. Aceste date sunt confirmate și de alți cercetători – Tarutinov V. (2001), Semiglazov I. (2004), Pitserschii I. (2002), Pihut P. (1998) ș.a.

În studiu au fost incluse 122 femei cu mastopatii difuze, inclusiv 10 fetițe vîrsta cărora varia de la 9 la 12 ani, 20 tinere pînă la 19 ani, de la 20 pînă la 49 ani – 92 femei (Tab. 1). Cu scopul procesării statistice a materialului au fost elaborate anchete pentru studierea factorilor de risc, iar ulterior pentru studii selective.

Tabelul 1.

Raportarea bolnavilor grupei de cercetare după vîrstă

| Vîrsta | Abs. | % |
|-----------------|------|------|
| Fetițe 9-12 ani | 10 | 8,2 |
| Pînă la 19 ani | 20 | 16,4 |
| 20-29 ani | 80 | 65,6 |
| 30-39 ani | 2 | 1,6 |
| 40-49 ani | 10 | 8,2 |
| Total | 122 | 100 |

În studiul efectuat am obținut date referitor la 122 paciente. Cel mai frecvent mastopatiile difuze au fost depistate la vîrsta de 20-29 ani, ce prezintă 65,7%, mai rar se întîlnește la vîrsta de 30-39 de ani, ce constituie 1,6%.

Tabelul 2.

Raportul bolnavelor în dependență de afectarea sînului

| Topografia | Număr absolut | % |
|-----------------------------|---------------|------|
| Mastopatie difuză mastalgie | 87 | 77,6 |
| Cadranul superior-lateral | 12 | 10,7 |
| Cadranul superior-medial | 3 | 2,7 |
| Cadranul inferior-lateral | 2 | 1,8 |
| Cadranul inferior-medial | 2 | 1,8 |
| Cadranul central | 6 | 5,4 |
| Total | 112 | 100 |

Este semnificativ faptul, că din punct de vedere al topografiei mastopatiei difuze în 77,6% cazuri mai frecvent a fost afectat cadranul superior-lateral 10,7%.

Tabelul 3.

Variantele concluziei ecografice la bolnavele cu mastopatii difuze

| Concluzie ecografică | Vîrsta | | | | | | | | | | Total | |
|---------------------------|--------|-----|------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
| | 9-12 | | < 19 | | 20-29 | | 30-39 | | 40-49 | | Nr. | % |
| | Nr. | % | Nr. | % | Nr. | % | Nr. | % | Nr. | % | | |
| Mastopatii difuze | 9 | 7,4 | 18 | 14,8 | 26 | 21,3 | 32 | 26,2 | 11 | 9,0 | 83 | 68 |
| Mastopatii fibro-chistice | | | 2 | | | | | | | | 2 | 1,7 |
| Telarha | 10 | | | | | | | | | | 10 | 8,2 |
| Mastopatie nodulară | | | | | | | | | | | | |
| -cadranul sup/lat | | | | | | | 3 | | 11 | | 14 | 11,5 |
| -cadranul sup/med | | | | | | | 1 | | 2 | | 3 | 2,4 |
| -cadranul inf/lat | | | | | | | | | 2 | | 2 | 1,7 |
| -cadranul inf/med | | | | | | | 1 | | 1 | | 2 | 1,7 |
| -cadranul central | | | | | | | 3 | | 3 | | 6 | 4,8 |
| Total investigații | 10 | 8,2 | 20 | 15,4 | 26 | 20,3 | 40 | 32,8 | 29 | 23,6 | 122 | 100 |

Examenul ecografic a determinat mastopatiile în 68% cazuri, evidențiind doar în 11,5% cazuri de procese de localizare în cadranul superior lateral.

Tabelul 4.

Variantele concluziei termografice la bolnavele cu mastopatii difuze

| Concluzie termografică | Vîrsta | | | | | | | | | | Total | |
|--|--------|-----|------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|----|-------|-----|
| | 9-12 | | < 19 | | 20-29 | | 30-39 | | 40-49 | | Nr. | % |
| | Nr. | % | Nr. | % | Nr. | % | Nr. | % | Nr. | % | | |
| Mastopatii difuze | 10 | 10 | | | | | | | 87 | 90 | 97 | 100 |
| Mastopatii cu tendințe de localizare în cadranele: | | | | | | | | | | | | |
| cadranul sup/lat | | | 2 | | 6 | | 8 | | 9 | | 25 | |
| cadranul sup/med | | | 2 | | 4 | | 3 | | 3 | | 12 | |
| cadranul inf/lat | | | | | 1 | | 1 | | 1 | | 3 | |
| cadranul inf/med | | | | | 1 | | 1 | | 1 | | 2 | |
| cadranul central | | | | | | | 2 | | 3 | | 2 | |
| Total investigații | 10 | 9,1 | 2 | 1,2 | 6 | 3,6 | 8 | 7,1 | 96 | 79 | 122 | 100 |

Concluziile termografice au determinat mastopatiile preponderent la femeile de vîrsta 40-49 ani (79%), iar tendința spre localizare la 25 bolnave ce constituie 21%.

Tabelul 5.

Variantele concluziei mamografice la bolnavele cu mastopatii

| Concluzie mamografică | Vârsta | | | | | | Total | |
|--------------------------|--------|------|-------|-----|-------|------|-------|------|
| | 20-29 | | 30-39 | | 40-49 | | Nr. | % |
| | Nr. | % | Nr. | % | Nr. | % | | |
| Mastopatie difuză | 1 | 2,3 | 2 | 4,5 | 4 | 9,1 | 7 | 15,9 |
| Mastopatie fibroasă | 1 | 2,3 | 1 | 2,3 | 2 | 4,5 | 4 | 9,1 |
| Mastopatie fibrochistică | 2 | 4,5 | 2 | 4,5 | 5 | 11,4 | 9 | 20,5 |
| a. chist solitar | 1 | 2,3 | 1 | 2,3 | 1 | 2,3 | 3 | 4,5 |
| b. chisturi multiple | 1 | 2,3 | 2 | 4,5 | 6 | 13,6 | 9 | 20,5 |
| Mastopatii nodulare | 1 | 2,3 | 3 | 6,8 | 8 | 18,2 | 12 | 27,3 |
| Total investigații | 7 | 15,9 | 11 | 25 | 26 | 59,1 | 44 | 100 |

Mamografia a fost efectuată numai la 44 cazuri, dar mastopatii nodulare mai frecvente în bolnave, evidențiind mastopatii difuze în 15,9% și 27,3% cazuri.

Tabelul 6.

Variantele concluziei citologice la bolnavele cu mastopatii

| Concluzie mamografică | Vârsta | | | | | | Total | |
|---------------------------------------|--------|-----|-------|-----|-------|------|-------|------|
| | 20-29 | | 30-39 | | 40-49 | | Nr. | % |
| | Nr. | % | Nr. | % | Nr. | % | | |
| 1. Fibroadeno-matoză neproli-ferativă | | | | | | | | |
| a) lobulară | 3 | 4,5 | 6 | 9,1 | 9 | 13,6 | 18 | 27,3 |
| b) ductală | 1 | 1,5 | 2 | 3,0 | 4 | 6,1 | 7 | 10,6 |
| c) fibroasă | 1 | 4,5 | 2 | 3,0 | 6 | 9,1 | 9 | 13,6 |
| d) chistică | 3 | 4,5 | 6 | 9,1 | 12 | 18,2 | 21 | 31,8 |
| 2. Fibroadeno-matoză proli-ferativă | | | | | | | | |
| a) proliferativă | 1 | 4,5 | 2 | 3,0 | 3 | 4,5 | 6 | 9,1 |
| b) epitelială | 1 | 4,5 | 1 | 4,5 | 2 | 3,0 | 4 | 6,1 |
| c) chistadeno-popilem | 1 | 4,5 | 1 | 4,5 | - | - | 2 | 3,0 |
| d) adenoză | - | - | 1 | 4,5 | 2 | 3,0 | 3 | 4,5 |
| Total investigații | 11 | | 21 | | 28 | | 66 | 100 |

Pentru confirmarea diagnosticului s-au efectuat puncții cu ac fin și examene citologice la 40-49 ani. Rezultatele citologice au demonstrat în 27,3% cazuri fibroadenomatoză lobulară, iar în 66 bolnave, preponderent la bolnavele de vîrsta 31,8% – forma chistică.

Tabelul 7.

Informativitatea metodelor de investigație în mastopatiile difuze

| Concluzia | Metoda | | | | | | | |
|------------------------------|------------|------|-------------|------|-----------------|-----|------------|------|
| | Ex. clinic | | Termografia | | Ultrasonografia | | Mamografia | |
| | Nr. | % | Nr. | % | Nr. | % | Nr. | % |
| Mastopatie difuză | 101 | 82,8 | 122 | 100 | 122 | 100 | 7 | 15,9 |
| Mastopatie fibrochistică | 21 | 17,2 | | | | | 14 | 31,8 |
| Mastopatie cu localizare în: | | | | | | | | |
| - cadranul sup/lat | 12 | 9,8 | 14 | 11,5 | 10 | 8,2 | 12 | 27,3 |
| - cadranul sup/med | 3 | 2,5 | 4 | 3,3 | 3 | 2,5 | 3 | 6,8 |
| - cadranul inf/lat | 2 | 1,6 | 3 | 2,5 | 1 | 0,8 | 2 | 4,5 |
| - cadranul inf/med | 2 | 1,6 | 3 | 2,5 | 1 | 0,8 | 2 | 4,5 |
| - cadranul central | 6 | 4,9 | 8 | 6,6 | 3 | 2,5 | 4 | 9,1 |
| Total investigații | 122 | 100 | 122 | 100 | 122 | 100 | 44 | 100 |

Analiza științifică a metodelor de investigație au demonstrat că informativitatea examenului clinic în diagnosticarea mastopatiilor difuze a fost de 82,8%, a termografiei în 100%, ultrasonografiei

– 100%, a mamografiei în cazul mastopatiilor difuze – 15,9% și a maladii fibrochistice în 31,8% cazuri.

Tabelul 8.

Aprecierea subiectivă a efectului clinic la pacientele cu mastopatii tratate cu diferite metode

| Semne clinice | Metoda nr.1 (N=30) | | Metoda nr.2 (N=30) | | Metoda nr.3 (N=32) | | Administrarea mastodinomului (N=30) | |
|---|--------------------|------|--------------------|------|--------------------|-------|-------------------------------------|------|
| | c/a | % | c/a | % | c/a | % | c/a | % |
| Fără efect | 1 | 3,3 | 3 | 10 | 4 | 12,5 | 5 | 16,6 |
| Diminuarea parțială a simptomului algic | 2 | 6,7 | 4 | 13,3 | 3 | 9,37 | 7 | 23,0 |
| Regresia totală | 26 | 86,7 | 19 | 63,4 | 22 | 68,76 | 14 | 47 |
| Discomfort | 1 | 3,3 | 4 | 13,3 | 3 | 9,37 | 4 | 13 |
| Total | 30 | 100 | 30 | 100 | 32 | 100 | 30 | 100 |

Cercetarea subiectivă a efectului clinic la pacientele cu mastopatii tratate în diferite metode au evidențiat că efect a avut la 3,3 – 16,6% cazuri,

diminuarea parțială a sindromului algic a fost diferit de la 6,7% pînă la 23%, regresie totală – 47% – 86,7% și discomfortul 3,3% – 13%.

Bibliografie:

- Anyikam A, Nzegwu MA, Ozumba BC, Okoye I, Olusina DB. Benign breast lesions in Eastern Nigeria. Saudi Med J. 2008 Feb;29(2):241-4.
- Baudet J.: Chirurgie plastique et dysmorphoses mammaires, Gynecologie, 38, 2, 150-151, 1987.
- Beller F.K.: The Female Breast în Goldzieher J.W.: Pharmacology of the Contraceptive Steroids, Raven Press, 1994.
- Bodian C.A., Perzin K.H., Lattes R., et al. Prognostic significance of benign proliferative breast disease. Cancer 1993;71:3896.
- Bouissou H., Lokolo J., Thibaut L.: À propos des hypertrophies mammaires bilateralei, Gynecologie, 40, 6, 455-457, 1988.
- Chang C.H.J., Fritz S.L., Dwyer S.J.: Computed Tomographic Evaluation in Lewison E.F., Montague A.C.W.:

Diagnosis and Treatment of Breast Cancer, Williams & Wilkins, 1980.

7. Chen JH, Nalcioglu O, Su MY. Fibrocystic change of the breast presenting as a focal lesion mimicking breast cancer in MR imaging. J Magn Reson Imaging. 2008 Dec;28(6):1499-505.

8. Connolly J.L., Schnitt S.J., London S., et al. Both atypical lobular hyperplasia and atypical ductal hyperplasia predict for bilateral breast cancer risk. Lab Invest 1992;66:13.

9. Contesso G.: Anatomie pathologique du sein, Encycl. Med. Chir. (Paris-France), Gyne-cologie, 810 B10, 1990.

10. Costa M.J., Tadros T., Hilton G.: Breast Fine Needle Aspiration Cytology. Utility as a Screening Tool for Clinically Palpable Lesions, Acta Cytologica 37: 461-471, 1993.

11. David E., Simu G.: Valoarea biopsiei extemporanee în diagnosticul cancerului mamar în: Cancerul sânelui. Documentare, îndrumare. Metodologie, Cluj-Napoca, 1977.

12. Dixon J.M.: Cystic disease of the breast, în Smallwood J.A., Taylor I, (edit.): Benign breast disease, Edward Arnold, 1990.
13. Dudkiewicz-Sibony C.: Le sein voir, le sein boir, quel sein se vouer?, *Contracept. Fertil. Sex.*, 17, 375-380, 1989.
14. Dupont W.D., Page D.L.: Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease, *N. Engl. J. Med.*, 312: 146-151, 1985.
15. El Aouni N, Baileguier C, Mansouri D, Mathieu MC, Suci V, Delalogue S, Vielh P. Adenosis tumor of the breast: cytological and radiological features of a case confirmed by histology. *Diagn Cytopathol.* 2008 Jul;36(7):496-8.
16. Göblyös P, Nemeskéri C, Lellei I, Szabó E. [About mastopathy]. *Orv Hetil.* 2007 Nov 25;148(47):2211-8.
17. Gorins A., Perret F., Tournant B.: Modulation des traitements hormonaux chez les femmes haut risque de cancer du sein, *Contracept. Fertil. Sex.*, 17, 561-567, 1989.
18. Gros D.: Le sein dévoile, Ed. Stock/Laurence Pernaud, Paris, 1987.
19. Grumbach Y.: Pieges et artefacts en mammographie in Le Treut A. (direction): Diagnostic et depistage des petits cancers du sein, Editions-Arnette, 1991.
20. Guyper P.B.: Imaging in benign breast disease în Smallwood J. A., Taylor I. (edit): Benign Breast Disease, Edward Arnold, 1990.
21. Hali J. A., Hali B.R., Murphy D.C.: Surgical management of breast disease in an obstetric and gynecology group, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 162: 1526-1534, 1990.
22. Hameed M., Erlandson R., Rosen P. Capsular synovial hyperplasia around mammary implants similar to detritic synovitis: a morphologic and immunohistochemical study of 15 cases. *Am. J. Surg. Pathol.* 1995;19:433.
23. Ho Yuen B.: Prolactin in human milk: The influence of nursing and the duration of postpartum lactation, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 158: 583-586, 1988.
24. Honda M, Mori Y, Nishi T, Mizuguchi K, Ishibashi M. Diabetic mastopathy of bilateral breasts in an elderly Japanese woman with type 2 diabetes: a case report and a review of the literature in Japan. *Intern Med.* 2007;46(18):1573-6.
25. Houdebine L.M.: La physiologie de la lactation humaine, *Rev. Prat. (Paris)*, 36, 27, 1495-1507, 1986.
26. Isaacs J.H.: Diagnosis and Treatment of Benign Lesions of the Breast in Hildle W.H.: *Breast Disease for Gynecologists*, Appleton & Lange, 1990.
27. Kast RE. Some fibrocystic breast change may be caused by sexually transmitted H. pylori during oral nipple contact: supporting literature and case report of resolution after gut H. pylori eradication treatment. *Med Hypotheses.* 2007;68(5):1041-6. Epub 2006 Nov 17.
28. Khalifeh IM, Albarracin C, Diaz LK, Symmans FW, Edgerton ME, Hwang RF, Sneige N. Clinical, histopathologic, and immunohistochemical features of microglandular adenosis and transition into in situ and invasive carcinoma. *Am J Surg Pathol.* 2008 Apr;32(4):544-52.
29. Kingsley D.M.: The TGF-beta superfamily: new members, new receptors and new genetic tests of function in different organisms, *Genes & Dev.* 8: 133-146, 1994.
30. Kottler M-L., Gorins A.: Incidents et accidents de la lactation, *Rev. Prat.* 36, 27, 1538-1545, 1986.
31. Lavielle F.: La mammographie vue par le gynecologue, *Bordeaux Medical*, 17: 789-792, 1984.
32. Lefranc J.P., Rolet F., Blondon J.: Examen clinique des seins. Methodes et resultats, *Encycl. Med. Chir. (Paris, France), Gynecologie*, 810 E10, 12-1986.
33. Lethbridge D.J.: The Use of Breastfeeding as a Contraceptive, *J. Obstet. Gynec. Neonat. Nurs.*: 31-36, 1989.
34. Mant D: Should all women be advised to practice regular breast self-examination? *The Breast*, 1, 108, 1992.
35. Marree D.: La mammographie vue par le chirurgien, *Bordeaux Medical*, 17: 793-794, 1984.
36. Michaud Ph., Chave B., Lemaire B.: Les tumeurs phyllodes du sein, *Rev. fr. Gynecol. Obstet.* 84, 12, 944-949, 1989.
37. Miller W.R., Mullen P.: Factors influencing aromatase activity in the breast, *J. Steroid. Biochem. Molec. Biol.* 44, 597-604, 1993.
38. Mittra L: Breast screening: the case for physical examination without mammography, *Lancet*, 343:342-344, 1994.
39. Monticelli J., Machiavelic J.C., Char G.: Le_ lesions impalpables des seins, *Gynecologie*, 40, 2, 97-100, 1989.
40. Oka T., Yoshimura M. Paracrine Regulation of Mammary Gland Growth în Franchimont . P.: *Paracrine Control, Clin. Endocrinol. Metab.*, 15: 79-97, 1986.
41. Page D.L.: Benign neoplastic disease-pathological considerations for high risk, în Small-wood J.A. Taylor I. (edit.): *Benign Breast Disease*, Edward Arnold, 1990.
42. Palli D., Del Turco M.R., Simoncini R., et al. Benign breast disease and breast cancer: a case-control study in a cohort in Italy. *Int. J. Cancer* 1991;47:703.
43. Palmer M.L., Tsangaris T.N.: Breast Biopsy in Women 30 years Old or Less, *Am.J.Surg.* 165: 708-712, 1993.
44. Perret F., Nowak H., Gorins A.: Devant une mastodynie, *Contraception, Fertilite, Sexualite*, 18, 4, 297-298, 1990.
45. Porter-Jordan K., Lippman M.E.: Overview of the biologic markers of breast cancer, *Hematol./ Oncol. Clin. North Am.*, 8, 1; 73-100, 1994.
46. Preece P.E.: Mastalgia, în Smallwood J.A. Taylor I. (edit.): *Benign Breast Disease*, Edward Arnold, 1990.
47. Risc M.: Autoexaminarea în cancerul mamar în: *Cancerul sânuului. Documentare, îndrumare. Metodologie.*, Cluj-Napoca, 1978.
48. Sartorius O.W.: Contrast Ductography and Duet Fluid Cytology în Porra S.: *A multi-modality Approach to Breast Imaging*, Aspen Publishers Inc. 1986.
49. Sartorius O.W.: Physical Examination în Porra S.: *A Multimodality Approach to Breast Imaging*, Aspen Publishers Inc. 1986.
50. Scalli P., Contesso G.: Le_ lesions hyperplastiques du sein a haut risque. Definitions, problemes diagnostiques et therapeutiques, *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 21, 155-162, 1992.
51. Schaaps J-P.: Echotomographie mammaire în: *Echographie en gynecologie et obstetrique*, Edition Communication 95, 7* edition, 1987.
52. Schwartz G.F., Goldberg B.B., Rifkin M.D.: Ultrasonographic localization of non-palpable breast masses, *Ultrasound in Med. & Biol.*, 14, Sup.I, 23-25, 1988.
53. Seidman J.D., Schnapper L.A., Phillips L.E. Mastopathy in insulinrequiring diabetes mellitus. *Hum. Pathol.* 1994;25:819.
54. Surguci M. Rolul patologiei genitale și extragenitale în riscul apariției hiperplaziilor dishormonale ale glandelor mamare. *Autoreferat*, 2006.
55. Smith B.L.: Duet ectasia, periductal mastitis and breast infections în: Harris J.R., Hellmann S., Henderson I.C., Kinnc D.W.: *Breast Diseases*, J.B. Lippincott Company, 1991.
56. Smith B.L.: Fibroadenomas în Harris J.R., Hellmann S., Henderson I.C., Kinne D.W.: *Breast Diseases*, J.B. Lippincott Company, 1991.

57. Soares M.J., Faria T.N., Roby K.F.: Pregnancy and the Prolactin Family of Hormones: Coordination of Anterior Pituitary, Uterine and Placental Expression, *Endocrine Reviews*, 12:402-423, 1991.
58. Stoica T: Pubertatea normală și patologică, Ed. Meridiane, Buc., 1992.
59. Tavassoli F.A., Bratthauer G.L. Immunohistochemical profile and differential diagnosis of microglandular adenosis. *Mod. Pathol.* 1993;6:318.
60. Teo CH, Chuah KL, Yap WM. Test and teach. An uncommon but distinctive breast lesion. Diagnosis: Cystic hypersecretory lesion associated with pregnancy-like hyperplasia. *Pathology*. 2008 Apr;40(3):299-302.
61. Thijssen J.H.H., Daroszewski J., Milewicz A.: Local aromatase activity in human breast tissues, *J. Steroid. Biochem. Molec. Biol.*, 44, 577-582, 1993.
62. Thorncroft K, Forsyth L, Desmond S, Audisio RA. The diagnosis and management of diabetic mastopathy. *Breast J.* 2007 Nov-Dec;13(6):607-13.
63. Voiculescu C., Traila C., Bdulescu F.: *Imunologia sarcinii normale și patologice*, Ed. Acad. Române, Buc., 1993.
64. Wakefield L.M., Coletta A.A., McCune B.K.: Roles for transforming growth factors-beta in the genesis, prevention and treatment of breast cancer, în Dickson R.B., Lippman M.E. (eds), *Genes, Oncogenes and Hormones: advances in Cellular and Molecular Biology of Breast Cancer*, Kluwer Academic Publishers, 97-136, 1991.
65. Whitworth N.S.: Lactation in humans, *Psychoneuroendocrinology*, 13, 171-188, 1988.
66. Абу Салех Самир, Прогнозирование и профилактика доброкачественных дисплазий молочных желез у женщин с гинекологическими заболеваниями. Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. Код спец. 14.00.01 – 2004.
67. Адамян Л.В., Оразвалиева Д.Р., Бурдина Л.М., Озерова Е.О. Состояние молочных желез и эндометрия у больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников//*Акушерство и гинекология*. -1989. - № 4. - С.21-24.
68. Апанасевич В. И. Оптимизация диагностики заболеваний молочной железы. Автореф. дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук. Код спец. 14.00.14 – 2001.
69. Апанасевич В. И. Оптимизация диагностики заболеваний молочной железы. дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук. Код спец. 14.00.14 - 2001.
70. Бахлаев И. Е. Мастопатия и рак молочной железы. учебное пособие для студентов медицинского факультета, врачей-интернов и врачей различных специальностей, 2007.
71. Бурдина Л.М. Особенности состояния молочных желез и гормонального статуса у больных с доброкачественными гиперпластическими заболеваниями внутренних половых органов//*Маммология*. -1993. -№1. -С.4-11.
72. Василевский А.В., Путьрский Л.А., Семичковский Л.А. Возможные патогенные эффекты.
73. Волков Н. А. Мастопатия, состояние проблемы и подход к ней акушера-гинеколога – 1992. Красноярский мед. ин-т Вестник акушерства и гинекологии Красноярского медицинского института. 1992 С. 145-171.
74. Волков Н. А. Патология лактации и мастопатия - 1996.
75. Двойрин В. В., Медведев А. Б. Эпидемиология рака и предопухолевых заболеваний молочной железы в Кабардино-Балкарской АССР (сравнительные материалы). - Нальчик: "Эльбрус", 1977.-152с.
76. Закиров Р. Ф., Диагностика и комплексное лечение больных с доброкачественными внутрипротоковыми заболеваниями молочных желез. Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. Код спец. 14.00.27 – 2003.
77. Зеленюк И. И. Доброкачественные заболевания и рак молочной железы – 2000. Высокие технологии в онкологии. 2000, Т. 3. С. 80.
78. Зондерланд Г.М. Ультразвуковое исследование молочной железы//*Маммология*. -1995. - № 1. -С. 12-21.
79. Зубцовский В.Н., Соловьев В.А., Пуглеева и др. Результаты профилактического обследования женщин на выявление заболеваний молочных желез//*Вести, хирургии*. - 1977. - № 1. - С.53-56.
80. Ильин А. Б. Дисгормональные гиперплазии молочных желез у больных миомой матки : Автореф. дис.... канд. мед. наук. - М., 1998. -20с.
81. Ли Л. А., Диффузный фиброаденоматоз и профилактика рака молочных желез – 1999. Рос. семейный врач. 1999 №1. С. 36-39.
82. Путьрская Н.П., Путьрский Л.А. Лечение воспалительных заболеваний женских половых органов у женщин с фиброно-кистозными мастопатиями с помощью антигомотоксических препаратов.// *Сборник научных работ*. -Минск, 2001, стр. 353-357.
83. Путьрский Л.А. Дефицит В12: новый фактор риска РМЖ./ Акт. проблемы онкологии и медрдиологии. Сборник научных работ. -Минск, 2001, стр. 43 - 52.
84. Путьрский Л.А., Путьрская Н.П. Лечение предопухолевых заболеваний молочной железы с помощью гомеопатических средств.// *Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»*. Тез. докл., Москва, 1998, стр. 398.
85. Путьрский Л.А., Семичковский Л.А. Диагностика и лечение дисгормональных гиперплазии и доброкачественных заболеваний молочных желез. Мет. рекомендации. Минск, 1999, стр. 20.
86. Путьрский Л.А., Семичковский Л.А., Козловская Н.А., Путьрский Ю.Л. Этиология, клиника мастопатий и роль витаминов в их профилактике и лечении.// Акт. проблемы онкологии и медрдиологии. Сборник научных работ. - Минск, 1999, стр. 128-140.
87. Путьрский Л.А., Семичковский Л.А., Путьрский Ю.Л. Этиология, клиника мастопатий и роль витаминов в ее профилактике и лечении.// «Первичная профилактика нарушений репродуктивного здоровья женщин». Материалы научно-практического семинара. Минск, 1999, стр. 10-18.
88. Савинов А. Ю. Клиническое значение определения рецепторов стероидных гормонов, гормонального и иммунологического статуса у больных различными формами мастопатий. дис. канд. мед. наук :14.00.14 – 1987.
89. Семичковский Л.А., Путьрский Л.А. Первый опыт использования антиоксидантного комплекса витаминов С, Е, А в комплексном лечении больных с дисгормональными гиперплазиями молочных желез//Акт. проблемы онкологии и медрдиологии. Сборник научных работ.- Минск: НИИ ОМР, 1996, стр. 111-117.
90. Семичковский Л.А., Путьрский Л.А. Этиологические особенности развития мастопатии.//Акт. проблемы онкологии и медрдиологии. Сборник научных работ - Минск: НИИ ОМР, 1996, стр.79-84.
91. Сидоренко Л. Н. Мастопатия, 2007.
92. Сидоренко Л.Н. Мастопатия. -2-е изд. испр. и доп. - Л. : Медицина.- 1991.-264с.

Moraru Titus, Masterand la Limbi străine, Moraru Lilia, Șestacova Cristina
Centrul Național de Management în Sănătate, Chișinău

MANAGEMENT DES MÉDICALES HUMAINS RESSOURCES

Lucrarea noastră propune noi metode de formare a resurselor umane medicale la locul de muncă prin metodele de identificare a problemelor de sănătate, determinarea priorităților, formarea dexterităților (de diagnosticare, prescriere a tratamentului, îngrijirea bolnavilor, comportamentul la patul pacienților, participarea la brainstorming, grupurile de experți, luarea deciziilor, relațiile publice interioare și exterioare, formarea imaginii unității medicale și a sa proprie, marketingul serviciilor de sănătate și marketingul social, organizarea științifică a muncii).

Cuvinte cheie : determinarea priorităților, ierarhizare, formarea dexterităților, atitudinilor, comportamentului.

Les programmes d'études par matière et par discipline qui préparent à une médecine d'haute technicité sont les plus nombreux. Mais l'initiation aux soins de santé primaires nécessite un enseignement plus général qui rende les étudiants aptes à résoudre des problèmes.

En ce domaine, la compétence peut se définir comme une vaste gamme de connaissances, d'attitudes et de comportements qui, ensemble, permettent à quelqu'un d'exercer telle ou telle activité professionnelle.

Il est extrêmement difficile de faire entrer le type de l'éducation et d'apprentissage approprié dans un programme d'études cloisonné par matière et par discipline, où l'enseignement est dispensé sous forme de cours sanctionné par des examens pour l'acquisition des compétences, dextérités pratiques, expérience et haut professionnalisme.

Notre hypothèse est que la éducation du ressources humaine médicales postuniversitaire directement a l'organisationnels médicales pouvoir produire un nouveau type de médecins et procéder à une adaptation de l'ensemble de leurs activités notamment dans le domaine de la communication, comportement, mise en ouvre interrelations, perception de leur prédestination étique est d'ontologique, esthétiques, biostatisticiens, la domaine de la recherche psychologique, sociologique etc. Comme une stratégie nationale déterminer une fortement influencé par les spécialistes.

Notre scope il y a de réforme, nouvelles pratiques médicale de l'éducation extra

universitaire dans les médicale organisations en manière de travail en équipes multidisciplinaire et multisectorielles, comme la technologie éducative et les méthodes modernes de communications de satisfaisant des patients, de atteint une haute qualité est technicité, dextérité, l'efficacité, l'efficience, performance.

Les objective:

■ Elaboration d'un système éducative pour crée une responsabilité individuelle et collective, des attitudes est des comportements positives aux personnelle, médicale l'égard de la qualité de services, médicales, la satisfaction du patients, est l'égard de la protection de la santé du population.

■ Forme des formes de travailler au sein d'équipes de nombreux professionnels et multisectorielles.

■ Motivée les ressources humaines médicale pour l'action comme notaire menée en vue de découvrir et de combattre les principales causes de mauvaise santé et d'alléger les souffrances dues aux maladies chroniques et aux infirmités.

■ Place des siennes non médicales a l'apport à la santé : l'environnement, éducation, publique relations, marketing, sociologie, psychologie, anthropologie, économie sanitaire etc.

■ L'évaluation régulière du personnel médicale, leurs psychosocial qualités, tempérament en corrélations aux profesiogrames est capacité du étudie.

- L'amélioration du système d'information organisationnelle, le climat psychosocial, la technique –matériel basse.

- Evaluation des résultats de l'éducation.

Matériel et méthodes

Les objets d'étude vont les institutes médicales du pays, personnelle médicale en utilisation du spécial programme et méthodes de l'éducation.

Nous utilisons les méthodes psychologiques (les testes, socio-psycho-profesiograma, les caractéristiques psychosociales, détermination du tempérament, du névrotisme etc.) sociologique (forme du climat psychosocial, l'espace organisationnelle, motivation des l'attitudes, comportements, normal interrelations interindividuales et intergroupals etc.) médicales (productivité, l'efficience, dextérité, capacitaires, l'efficacité, standardisation, méthodes du examination, traitement, protocoles clinique etc.), publique relations (la communication horizontalement, verticale, verbale, corporal, les méthodes du persuasion, du formation de l'image, rating) d'analyse statistique- mathématique (la fréquence, la comparaison du groups d'étudiantes, l'échantillonnage, la corrélation etc.) pédagogique (training, pratique implémentation du technologique, formation du dextérité, compétences, créativité, brainstorming, le groupe nominale, le group communautaire etc.)

La réorientation de l'enseignement médicale dans le sens de l'éducation du ressources humains médicales aux l'espace du travaille, se heurte à divers facteurs qui, d'une part, s'apposent d'une manière générale à ce que les études de médecine soient modifiées et, d'autre part, empêchent que la gramme complète des soins de santé ait la place qui lui est due des programmes.

Aux Centre du Management Sanitaire nous préparons du formateurs, de législation est formerons de Conseil organisationnel est évaluative. En chaque médicale organisation nous establishment coordinateur, le Conseil médicale et le groupe du travaille, le climat éducatif ; la basse technico-matériale, les groups du training etc.

Les autorités sanitaires précisent pas, qu'elles attendent des études de médecine,

psychosociologique, éthique, anthropologie économie sanitaire, public relations etc. qu'elles fassent officiellement figurer les soins de santé dans les aptitudes requises pour obtenir les dextérités, professionnalisme, et capacités du l'adaptation organisationnelle le diplômes.

Souvent, ces études sont simplement considérées comme le préalable à une formation extra post-universitaire, de spécialisation pratique de communication inter organisationnel, interpersonnel, de forme une positive psychosocial climat, des formes du management du médicales personnels aux tous les étapes : prévision, sélection, adaptation, coordination, préparation, contrôle, financière, productive, recherche-action.

Si le système de santé privilégie la haute technicité et si la politique suivie en matière d'enseignement médical est déterminée ou fortement influencée par les spécialistes, il s'ensuivra que les études de médecine et l'application du méthodes éducatives mettrons le personnelle médicale d'étendre d'attitudes, du comportements qu'exigent mes soins de santé, responsabilité, productivité, qualité, l'efficacité.

Nous soigneusement planifié de situations concrètes, un échantillon représentatif, des problèmes de santé, la programme d'éducation à orientation communautaire, a population, et pédagogique méthodes de haute technicité, analyse des avantages et des désavantages, les indicateurs évaluatives, des formes du motorisation, d'intégration du collectives etc.

Nous implémenterons les formes pratiques de coopération multisectorielle (médecine, la pédagogiques, public relations physiciens etc.)

Nous entendrons par le territoire, et échantillon pilot l'implémentation du programme élabore et compares on du groups contrôle et fixe, compares on du naissant et final compétences.

Nous avons appliqué les méthodes traditionnelles : les discussions, les workshops, médicale conférences, les évaluative conférences, et le nouveau méthodes :

La détermination des priorités.

l'étude des besoins a permis recueillir une liste d'éléments problématiques. A l'analyse, certains de ces éléments se sont avérés définitivement plus importants que d'autres. L'exploration des alternatives d'intervention permet de répondre à

cette question, solutionne les problèmes, formée les méthodes de prévention, de traitement.

L'approche par recherche du consensus servir à l'identification des problèmes et des besoins.

cette approche s'appuie sur l'idée qu'un consensus, obtenu parmi un groupe de personnes, connaissant bien la communauté ou les problèmes à l'étude en mode de la réflexion individuelle.

Le brainstorming

la technique utilisée pour l'identification des problèmes de santé, les méthodes d'intervention.

Un nombre de 12 membre est doive être sont encourageant un feu roulant de suggestion et leur analyse. L'ensemble de la séance durerait 30 – 60 minutes.

L'approche par informateurs – clés

les participants doive être pressente leurs consentes des problèmes communautaire forme le groupe de travail ou d'étude. Il s'agir d'identifier des problèmes, des besoins, des groupes à risque, des pistes d'intervention.

La technique de Delphi

visé à connaître l'opinion de certaines personnes sur les problèmes prévalents. Ils ne communiquent pas directement entre eux et régissent à l'information émise par les autres participants, de telle sorte qu'ils en arrivent à un consensus sans qu'il y ait en discussion entre eux. Il génère d'idées et des solutions.

La technique du groupe nominal

visé à identifier les problèmes et les besoins et à les classer par ordre d'importance, développement du plans, l'évaluation du programmes.

La technique du brainwriting

fait appel à une séance de réflexion silencieuse. Les problèmes et solutions sont écrites préalablement et placées au centre de la table, pour d'inscrire leurs propres idées en silence, que suivie d'une discussion et l'ordonnancement des items.

L'inventaire des ressources

est une étape importante du processus de planification pour l'ajustement des ressources et services au besoins de santé.

L'analyse convergente des données

Il s'agit d'un nombre des donnés, on peut être tenté d'éliminer certain d'entre elles, en telle façon

de faire résulterait possiblement en un affaiblissement du dossier, le réduire, parle d'une information et de la structure.

L'analyse des indicateurs

set a dire l'analyse des indicateurs de santé pour à identifier des problèmes sanitaires, recueil d'information, perne des décisions, et planification des interventions.

La faisabilité de l'intervention

elle correspond à sa capacité de s'opérationnaliser dans le contexte qui lui est propre. Visé donc à évaluer les chausse de succès de son implantation, son acceptabilité.

Les stratégies d'intervention

set a dire l'existence des différentes méthodes de résolution de problème en question de solution et intervention.

La revue de la littérature

est la première source d'idées, réviser littérature, étudier les méthodes, les caractéristiques, groupe l'études, expériences d'intervention sur le sujet.

Les techniques de créativité

est la possibilité d'avoir recours à différentes techniques de créativité, combinaison, recombinaison des expériences passées et des idées, donnent lieu à un nouvel agencement de solutions. Les techniques de créativité: spécifiquement au associations d'idées, et celles utilisons les processus de groupe.

La mesure – linéaire (anchored rating scale)

Cette technique utilise une échelle lineare continue de 0 à 1.00 et accordées des valeurs à chaque problème par les membres du groupe et la ierarchicement final.

Détermination de la relation

entre un facteur de risque et une condition morbide : s'exprime par le risque relative que se détermine en forme de rapport de l'incidence chez les personnes exposées et de l'incidence chez les personnes non expose, et le risque attribuable, la différence du risque entre les sujets exposés et les sujets non exposés.

La méthode DARE (Décision Alternative Rational Evaluation)

est une méthode d'établissement de priorités qui met l'accent sur le poids relatif des critères choisis pour évaluer les alternatives, juger les alternatives, classer les critères par ordre d'importance. Cinq critères différents servent ici

à juger les trois alternatives. Le poids relatif attribué à chaque critère. L'alternative obtenant la plus grande valeur est considérée prioritaire.

La méthode des objectifs de prestations (service target method)

cette méthode met l'accent sur la fixation d'objectifs en termes de services produits et de volume de ressources. Ces normes ont trait au membre d'effectifs requis ainsi qu'à leur productivité. S'appliqué pour calculer la quantité de ressources pour dispenser les soins à domicile, détermine l'efficacité et la productivité.

La comparaison par paires

set technique générale permet de se concentrer sur deux problèmes seulement à la fois. Chaque problème est comparé à tour de rôle à chacun des autres problèmes. Les résultats sont introduit en tableau et se détermine la score ou pourcentage.

Le diagramme de Gantt

est un outil de planification et de contrôle. Il permet d'indiquer le temps prévu et le temps actuel de chacune des tâches, ce que permet de visualiser le progrès de travaux.

Résultats

La comparaison du l'accumulation du connaissance en groupes contrôle et du comparaison, les previous connaissances et les final connaissances, vont évalué par puniton note est non-parametric test Wilcoxon, et le "t" test Student.

Conclusions

Les programmes de l'éducation serait centré sur les caractéristiques sociables culturelles écologiques, comportementales, communautaires, permet de forme l'attitude, à tien performance, l'efficacité, qualité, productivité de la médicale assistance.

Les stratégies nationales de l'éducation du ressources humain médicale doive être

sustainable, axé sur la solution de problèmes plutôt que sur l'enseignement de matières, ses objectifs doit être clairement définis, jouer le rôle de catalyseur du créativité, inventivité, auto perfection.

Les courses et les pratiques exercices permetts acquérir la compétence professionnelle nécessaire, l'aptitudes à passer un diagnostic et à conduire un traitement en s'appuyant sur le raisonnement clinique, la réflexion logique, le savoir-faire pratique et les examens de laboratoire, accumule des dextérités.

La personnelle médicale pouvant analyse influencée les facteurs de risque physiques, psychologiques, sociaux, la participation active du communauté, la style de vie.

La système de éducation extra universitaires, permet la collaboration multidisciplinaire, travail en équipe, la collaboration des médecine, des sages-femmes, des travailleur sociaux, des éducateurs, crée une réputation positive des l'organisations de santé, déterminer les ressources matériels financiers, humaines et pratiquer d'un bon rapport cout-efficience, cout-utile, cout-benefit.

On formeront une climat sociale prédisposit, attachement à la system du santé, a son organisation, la satisfaction du travail, atteint une bon santé pour population axé à la premier prophylaxie du maladies.

References:

1. Dowe J. Towards value-based, science-informed public health policy: conceptual framework and practical guidelines. Geneva: Orld Halth organization, 2001 Report 2002.
2. Bickerstaff K., Ridgeon N. WHO and department of Health Conference on risk to Public Health. London.: 23-24 October 2001. Report 2002.
3. Slovic P. Informing and educating the public about risk. Risk analysis, 1986.
4. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford .: Oxford University Press, 1992.

Godovanciuc Stanislav

METODOLOGII DE CERCETARE A ASPECTELOR MANAGERIALE ȘI MEDICO-SOCIALE A SERVICIULUI ATI LA GRAVIDE, PARTURIENTE ȘI LĂUZE CU TEREN SOMATO-OBSTETRICAL GRAV

In the article, the author argues the problem of the ATI service to pregnant, calving and nursing with grave somatic-obstetric base, specifying the existent methods of study, and also proposing the proper vision of the methodology of different managerial and medico-social aspects investigation in relation to this contingent of sick. A special role is given to the maternal death rate and its determination. The author analyses particularly the methodological sequence of the studying in the present domain, determining the diverse methods: historical, mathematical, epidemiological, comparative, statistic, etc. The ATI studies of the National Obstetrical Centre have been aimed also on some amendments of the National C Guide of Perinatology. Is argued the creating of the CNO-ATI in the SCR.

Key words: *pregnant, calving and nursing, ATI service, maternal death rate, diminution rate.*

După cum menționează prof. D. Tintuc și coaut. 2007, mortalitatea maternă este fenomenul demografic al deceselor materne produse din cauza complicațiilor sarcinii, nașterii și lăuziei (42 de zile de la terminarea acesteia), raportat la 100 000 de născuți vii. Organizația Mondială a Sănătății nu consideră drept mortalitate maternă decesul matern neobstetrical, care rezultă din cauze accidentale și care nu au legătură cu supravegherea medicală a gravidei, parturientei sau lăuziei (de exemplu, otrăviri, sinucideri, accidente de circulație, accidente de muncă).

Decesele materne pot fi din cauze obstetricale directe, ca rezultat al complicațiilor obstetricale (ale sarcinii, nașterii și lăuziei) sau al tratamentelor și intervențiilor incorect aplicate.

Statisticile OMS arată că în lume, mor anual aproximativ o jumătate de milion de femei prin complicații ale sarcinii, nașterii și lăuziei, majoritatea deceselor fiind înregistrate în țările slab dezvoltate și în țările în curs de dezvoltare, unde cele mai frecvente cauze de deces matern le constituie hemoragiile și infecțiile puerperale. În țările standard de viață ridicat se înregistrează valori scăzute ale mortalității materne. Unii autori arată că există subraportări ale fenomenului chiar dacă decesele materne sunt corect înregistrate, motivul fiind clasificarea acestora drept o altă cauză de deces.

În toată lumea în timpul sarcinii, nașterii și în perioada postpartum decedează circa 536.000 femei, dintre care 90% în țările în curs de dezvoltare. Experții mondiali subliniază că mortalitatea maternă este determinată de un șir de factori, printre care: sociali, economici, medicali, educația femeilor, de pregătire profesională a medicilor ș. a. În RM mortalitatea maternă a atins în 2008 – 38,4 cazuri la 100 mii născuți vii, comparativ cu țările Europei – 13 cazuri la 100 mii născuți vii și respectiv în Europa de Vest – 7 cazuri la 100 mii născuți vii. Ministerul Sănătății RM denotă că cauzele mortalității materne în 2008 au fost: hemoragiile – 33%; gestoze severe, stări septice, trombembolii, patologii hepatice decompensate – câte 13%; câte un caz de complicație anestezică și postavort – 7%. Atât experții OMS cât și cei naționali demonstrează că complicațiile pot fi evitate – 55% hemoragii, 75% septicimii, 65% eclampsii, 80% pentru distocie, 75% avortul periculos, etc. Analiza arată că îmbunătățirea calității asistenței medicale obstetricale și ATI în timpul sarcinii, nașterii și lăuziei, evitarea erorilor, ar dimenua mortalitatea maternă. Cele menționate au determinat efectuarea cercetării date.

Concepția cercetării. Asigurarea asistenței ATI în perioada gravidității, travaliului și lăuziei influențează evoluția și diminuează complicațiile.

Suportul asistenței medicale specializate ATI adecvate reduce mortalitatea maternă.

Pentru a realiza conceptul cercetării, reieșind din scopul și obiectivele cercetării, am utilizat următoarele metode:

- istorică – bibliografică, care poate fi definită ca cercetare teoretică a surselor, conceptelor și abordărilor teoretice a metodei tradiționale;
- matematică – pentru calcularea indicatorilor în baza diferitor formule;
- statistică – analiza cantitativă și calitativă a datelor primare în cadrul cercetării;
- epidemiologică – care a permis analiza integrală a indicatorilor epidemiologici în cadrul cercetării;
- sociologică (anchetare, focus-grup, interviu etc.) – prin colectarea / sistematizarea informației de la diferite grupuri ale populației incluse în eșantionul de studiu.
- comparativă – care a fost utilizată practic la toate etapele cercetării și deducțiilor.

Cercetarea noastră prezintă un studiu complex transversal (în funcție de criteriul temporal), descriptiv / observațional (în funcție de criteriul reactivitate), atât integral cât și selectiv – reprezentativ (în funcție de eșantionare), de cohortă – retrospective și prospective realizat în câteva etape.

Cercetarea a fost organizată și desfășurată un algoritm de executare: studierea surselor bibliografice de specialitate --> determinarea conceptului și stabilirea obiectivelor --> calcularea eșantioanelor de studiu --> organizarea și desfășurarea studiilor --> colectarea datelor --> prelucrarea statistică a datelor --> analiza și descrierea lor --> aplicarea rezultatelor în practică și crearea CNO ATI.

La început a fost studiată bibliografia națională și internațională la tema cercetării. Au fost studiate cercetări realizate în republică și în alte țări referite la aspectele manageriale și medico-sociale a serviciului ATI în obstetrică. Am făcut cunoștință cu experiența existentă în lume la subiectul studiat, cu rezultatele obținute de diferiți savanți, precum și a unor practici și metode aplicate în cercetări similare din țară și de peste hotare. Drept surse au fost folosite articole publicate în reviste medicale, în special în cele europene și din SUA, precum și rapoarte ale studiilor anterioare efectuate în țara noastră.

În continuare au fost definite problemele și stabilite scopul și obiectivele studiului.

Pentru colectarea informației din teren au fost elaborate chestionarele de colectare a datelor din grupurile-țintă: (1) retrospective și prospective la gravide; (2) de la diferite nivele a asistenței medicale specializate I, II, III.

Colectarea datelor a fost efectuată în rezultatul colaborării cu specialiști de la:

- secțiile obstetricale și ATI din spitalele raionale și municipale;
- Catedra Medicină Socială și Management a USMF „Nicolae Testemițanu”;
- Alianța ONG-ilor active în domeniul Protecției Sociale a Copilului și Familiei.

Structura generală a cercetării este prezentată în tabelul 1.

Cercetarea în ansamblu a inclus câteva studii și o sinteză, inclusiv:

- Elaborarea unui model de monitorizare a acordării asistenței medicale specializate ATI gravidelor, parturiente și lăuze la diferite nivele.
- Elaborarea metodologiei de evaluare a riscurilor în triajul gravidelor, parturientelor și lăuzelor cu teren somato-obstetrical grav.
- Elaborarea metodologiei manageriale de diminuare a mortalității materne.
- Elaborarea metodologiei de strategie națională a serviciului ATI la gravide, parturiente și lăuze cu teren somato-obstetrical grav.
- Elaborarea criteriului integral de modelare a probabilității mortalității materne în primele 3 zile de aflare în secțiile ATI după o formulă specială.
- Elaborarea metodologiei și unui algoritm de apreciere, de pregătire, de transportare și evacuare interspitalicească a gravidelor, parturientelor și lăuzelor cu risc sporit.

Instrumentele de colectare a datelor.

- Studiul de identificare a determinantilor medico-sociali a asistenței ATI gravidelor parturientelor și lăuzelor. Modelul studiului: selectiv de tip transversal.

Metodologia de anchetare: au fost utilizate anchete elaborate de autor (Chestionar de studiu al aspectelor medico-sociale la gravide parturiente și lăuze cu teren somato-obstetrical grav; Chestionar de studiu: managementul diminuării mortalității materne pentru medicii obstetricieni și

Tabelul 1.

Materiale și metodologii de cercetare

| <i>Etapele cercetării</i> | <i>Metode de cercetare</i> | <i>Sursele de cercetare</i> | <i>Volumul cercetării</i> |
|---|---|---|--|
| I.Studierea aspectelor manageriale si medico-sociale a serviciului ATI a gravidelor, parturientelor si lauzelor cu teren somato-obstetrical grav (analiza literaturii de specialitate) | Analiza surselor bibliografice nationale si international cu utilizarea metodei istorice si de analiza. | Biblioteca USMF "N.Testimianu", bibliotecile electronice (Medline, Pubmed, www.statistica.md , www.ms.gov.md , Protocoalele nationale, Ordinile si disciplinele ale MSRM a IMSP ICSOMC. | Surse bibliografice nationale si internationale |
| II.Studierea asistentei obstetricale la diferite nivele I, II, III si evidentierea problemelor manageriale. | Sociologica, matematica, corelationala. | Centrele perinatologice de nivelul I, II, III, sectiile ATI raionale, municipale si republicane. | Interviuri cu medicii obstetriceni-ginecologi si anestziologi-reanimatologi (de respondenti). |
| III.Elaborarea Chestionarelor de cercetare si a tabelor | Sociologica, sondaj de opinie, corelationala. | Centrele perinatologice I, II, III; Darile de seama Nr. 32A privind asistenta medicala acordata parturientelor si lauzelor | Spitalele rationale, municipal, UTA GagauzEri, Centrele perinatologice IMSP cu paturi de profil obstetrical, Centrul National de Management in Sanatate. |
| IV.Studierea nosologiilor maladiilor concomitente si structura lor la gravide in grupurile de studiu. | Epidemiologica, analitica, comparativa. | Centrele perinatologice, sectiile ATI a IMSP | Datele IMSP rationale, municipale, Centrele perinatologice, Darile de seama MS a RM |
| V.Studierea complicatiilor nasterilor ce determina mortalitatea materna. | Epidemiologica, comparative, sinteza. | Centrele perinatologice, sectiile ATI a IMSP | Surse furnizate de la Centrele perinatologice I, II, III, sectiile ATI, medici obstetriceni si anestziologi-reanimatologi. |
| VI.Elaborarea unui model de monitorizare a acordarii asistentei medicale specializate ATI gravidelor, parturierelor si lauzelor la diferite nivele. -Elaborarea metodologiei de evaluare a riscurilor in triajul gravidelor, parturientelor si lauzelor cu teren somato-obstetrical grav. -Elaborarea metodologieimanageriala de diminuare a mortalitatii perinatale si materne. -Elaborarea metodologiei de strategie națională a serviciului ATI gravidelor, parturierelor și lăuzelor cu teren somato-obstetrical grav. -Elaborarea criteriului integral de modelare a probabilitatii mortalitatii materne in primele 3 zile de aflare in sectiile ATI dupa o formula speciala. -Elaborarea metodologiei si unui algoritm de apreciere, de pregatire, de transportare si evacuare interspitaliceasca a gravidelor, parturientelor si lauzelor cu risc sporit. | Sinteza, analitica, certificare si brevetare | Centrul de rationalizare si brevetare a USMF "N. Testimianu", AGEPE | Certificate USMF "N. Testimianu". |

Tabelul 1 (continuare)

| <i>Etapele cercetării</i> | <i>Metode de cercetare</i> | <i>Sursele de cercetare</i> | <i>Volumul cercetării</i> |
|--|--|-----------------------------|---------------------------|
| VII.Elaborarea strategiei naționale a serviciului ATI la gravide, parturiente si lauze la diferite nivele de acordare a asistentei medicale. | | | |
| VIII.Elaborarea recomandarilor practice in baza rezultatelor. | Rezultatele cercetării: Strategia Nationala a serviciului ATI la gravide, parturiente si lauze la diferite nivele a asistentei medicale specializate. Managementul monitorizarii acordarii asistentei medicale ATI la diferite nivele la gravide, parturiente si lauze cu risc sporit. Elaborarea unui model de monitorizare a acordarii asistentei medicale specializate ATI gravidelor, parturierelor si lauzelor la diferite nivele. Elaborarea metodologiei de evaluare a riscurilor in triajul gravidelor, parturientelor si lauzelor cu teren somato-obstetrical grav. Elaborarea metodologieimanageriala de diminuare a mortalitatii perinatale si materne. Elaborarea metodologiei de strategie națională a serviciului ATI gravidelor, parturierelor și lăuzelor cu teren somato-obstetrical grav. Elaborarea criteriului integral de modelare a probabilitatii mortalitatii materne in primele 3 zile de aflare in sectiile ATI dupa o formula speciala. Elaborarea metodologiei si unui algoritm de apreciere, de pregatire, de transportare si evacuare interspitaliceasca a gravidelor, parturientelor si lauzelor cu risc sporit. Standarte nationale. HTA indusa de sarcina Embolia cu lichid amniotic Trombembolia | | |

specialiștii ATI). Au fost anchetați 630 de medici obstetricieni ginecologi (206 din municipiu, 210 din raioane, 140 din instituții republicane, 74 din diverse instituții medicale ale altor ministere); 510 de anestziologi reanimatori (120 din municipii, 130 din raioane, 240 din republică, 40 din alte instituții medicale ale altor ministere).

Colectarea informațiilor anchetei retrospective si prospective a fost efectuată personal. Pentru lotul retrospectiv în baza fișelor de observație din secțiile ATI raionale, municipal, republicane. O parte din chestionare din grupul prospectiv au fost indeplinite de autor în secțiile ATI și la ieșirea din secție a gravidelor, parturientelor și lăuzelor.

Eșantionul de studiu, în funcție de mediu de reședință, a cuprins femei din:

- zona urbană (din 5 sectoare ale municipiului);
- zona rurală (localitățile din componența municipiului);
- fără locul permanent de trai.

Datele obținute au fost structurate în funcție de următoarele criterii: vârsta, venitul, locul de trai, starea civilă, studiile și rangul nașterii.

• Studiul de opinie printre mdici ATI și medicii obstetricieni-ginecologi privind aspectele manageriale de diminuare a mortalității materne a fost integral care a cuprins toți medicii de specialitate. Anchetarea a fost desfășurată în perioada mai-iunie 2009.

Metode de apreciere și determinare a riscurilor obstetrical-ATI.

Matrița criteriilor nosologice ATI conține:

- √ coma sau stuporul;
- √ șocul (hipovolemic, toxicoseptic, anafilactic, SIRS, etc.);
- √ necesitatea ventilației mecanice (asistate);
- √ patologia sarcinii: 1) gestozele primei perioade de sarcină (voma, sdr. de stimulare ovariană, etc); 2)HTA indusă de sarcină (preeclampsia si eclampsia); 3) embolia cu lichid amniotic; 4) trombozele și trombemboliile;
- √ boli cronice (maladii cardiovasculare, disfuncții renale, patologia hepatică, maladii respiratorie, etc.)
- √ boli acute (insuficiență renală acută, tulburări de ritm cardiac, vicii congenitale și

dobîndite, accidente cerebro-vasculare, apoplexii, ictusuri, TCC, hemoragiile G-I.

- √ vîrsta mai mare sau egal cu 40 ani.
- √ resuscitare cardiopulmonară în primele 24 ore.
- √ intervenții chirurgicale vitale (apendicita, apoplexie ovariană, chisturi torsionate, etc).
- √ maladii oncologice și sarcina.

Pentru fiecare criteriu se apreciaza un bal. Suma criteriului integral este egal maximal cu 10. Probabilitatea mortalității materne se determină la 24 ore, la 48 ore și 72 ore, după următoarea formulă:

$ProbMM/24 = S / (1 + S) * 100$. În așa fel probabilitatea materne în secțiile ATI luînd la baza criteriile enunțate mai sus poate fi la variația 50-50,9%.

Pentru fiecare bolnava acest criteriu se determină în primele 3 zile.

Metode de evaluare statistică a materialului cercetării. Toate datele studiului selectiv au fost prelucrate computerizat, utilizând soft-ul „Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows” versiunea 13. Pentru analiza datelor în cadrul studiului privind evaluarea rezultatelor intervențiilor în reducerea impactului factorilor sociali asupra sănătății mamei și a copilului a fost utilizat programul Microsoft Office Excel 2003.

Compararea variabilelor în diferite grupe independente a fost efectuată prin intermediul criteriului Student(t) > Standard(t). Analizei ulterioare au fost supuși doar indicatorii care se aflau în intervalul probabilității de 95% și mai mult ($p < 0,05$).

Metoda de experți și metodologia de evaluare a opiniei experților în scopul diminuării mortalității materne. În acest scop s-a realizat o cercetare, reviziune, ale literaturii de specialități - obstetrică, ATI, management în ultimii ani cu termenul “evitabilitatii mortalității materne”, “serviciile ATI la gravide, parturiente și lauze cu teren somato-obstetrical grav”. Au fost accesate date “BuBMED”, “Medline”, “ELDIS”, biblioteca OMS,

“EMBASE” s.a., articole cheie asupra problemei vizate și publicații la simpozioane, congrese, care au dezbatut problemele acestui contingent atît din punct de vedere ATI, obstetrical, cît și managerial. De asemenea în grupul de experți au fost incluși specialist – manageri în sănătate publică, obstetricieni – ginecologi, specialist anestziologi – reanimatologi, medici legiști. Scorurile au fost apreciate atît cu “dificiențe”, cît și apreciate ca “evitabilă”, “condiționate evitabile”, “inevitabilă”. În procesul evaluării prin experți au fost luate în considerație toate particularitățile obstetricale, ATI și manageriale, posibilitățile de diminuare a riscurilor și, evident, a mortalității materne.

Bibliografie:

1. Ețco C. Management. CEP, ASEM, Chișinău, 1998.
2. Ețco C. Managementul în sistemul de sănătate. Chișinău, 2006, 864 p.
3. Ețco L., Petrov V. Ocrotirea sănătății mamei și copilului în condițiile asigurărilor medicale obligatorii. Sănătate publică, economie și management în Medicină. – Chișinău, 1 (23)/2008.
4. Ghidul A Național de Perinatologie. “Principii de organizare și acordare a asistenței perinatale”. Ediția a II-a, Chișinău, 2006.
5. Ghidul B Național de Perinatologie. “Serviciul perinatal regionalizat: niveluri și conșinut”. Ediția a II-a, Chișinău, 2006.
6. Gramma R, Spinei L, Bivol A, Jemna S. Analiza stării de sănătate a populației Republicii Moldova prin prisma indicatorilor statistici. 100 p. Chișinău, 2010.
7. Procesele socio-demografice în societatea contemporană: de la meditații la acțiuni. Materialele conferinței statistice internaționale organizată de ASM și Fondul ONU pentru populație, Chișinău, 2009
8. Studiu demografic și de sănătate din Republica Moldova 2005. CNSP MP, ORC Macro, SUA, Chișinău, 2006.
9. Tintiuc D, Grosu Iu, Grajdian T. Sănătate publică și management. Chișinău, 2008, 896 p.
10. Ion Mereuță. Argumentarea științifică a implimentării Sistemului Mixt al Sănătății în Republica Moldova. Chișinău, 2001, 52 p.
11. Datele statistice ale Centrului Național de Management în Sănătate. Sănătatea publică în Moldova, 2009.
12. Maternal Mortality in 2005. Estimete developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Banc, www.who.int.

Caracterul și inteligența – virtuți ce dau strălucire acestui maraton de viață



Între oameni există „o solidaritate naturală”, dar prietenia dintre oameni nu e nici ea mai puțin naturală, căci există în adâncul inimilor o nevoie secretă de descărcare, de încredere în celălalt, care se cere satisfăcută.

M. Raimond

Mă bucură această clipă, primăvărată prin excelență, care-mi permite să vin cu gânduri calde și vorbe alese către mult stimatul profesor universitar Nicolae Ghidirim, doctor habilitat în medicină, laureat al Premiului de Stat al RM, conducătorul științific al Laboratorului chirurgie gastrică și toracică al Institutului Oncologic (IO) din RM, chirurg cu experiență, coleg de facultate și prieten, om de o aleasă noblețe sufletească, cu care ne cunoaștem de ani buni, putem spune de o viață. Nemilos de repede zboară timpul: parcă mai ieri ne-am întâlnit la examenele de admitere la ISMC, apoi ne-am cunoscut mai îndeaproape în cadrul muncilor agricole din satul Grătiești, unde am fost „mobilizați” chiar din primele zile de studii la cules de struguri.

Nicolae era un fel de argint viu pe acele coline; cu felul său mucalit de a fi, ne aduna și ne magnetiza parcă, laolaltă pe băieți și fete, noi străduindu-ne să-i ținem hangul. Cu o glumă, cu o vorbă isteasă, toate par mai lesnicioase în viață!

Studentia trecu cu greutate și farmecul ei. Dorința supremă era de a deveni medici, iar acestui scop îi erau supuse toate celelalte: asimilarea fenomenului cultural, practicarea sportului, prestarea diverselor activități sociale în comunitatea tineretului studios, participarea la cercurile științifico-practice studentești etc. Pe atunci, studentul muncea din răspuțeri, așa cum munceau părinții săi pe ogor, așa cum avea infiltrați în suflet „cei șapte ani de acasă”. Nicolae sau Colea Ghidirim, cum îl

dezmierdau amical colegii, urcase pe acest fuscel al destinului dintr-un sol foarte fertil, la propriu și la figurat. Satul său natal, Palanca, din inima Bugeacului, are o așezare foarte pitorească – cu Nistrul într-o coastă, cu limanul chiar aproape, cu Marea Neagră puțin mai departe; solurile de luncă, extrem de roditoare, sunt îngrijite de oameni harnici și onești, gospodari de viță. În curtea gospodarului Petru Ghidirim din Palanca, județul Cetatea Albă, creșteau odinioară zece copii. La acel 9 mai 1942, când apăru pe lume Nicolae, temutele canonade ale celui de Al Doilea Război Mondial își duceau adânc ecoul înfricoșător pe Terra. Situația era grea, epidemiile se țineau lanț și îi tot încolțeau, mai ales pe copii, deseori chiar din leagăn. Trei copilași dintre cei zece s-au dus pe calea neîntoarcerii, iar după ei, în 1943, și mama Tatiana căzu mistuită de tuberculoză în spitalul din Purcari.

...A rămas la doar un anișor complet lipsit de mângâierea mamei, a celei care i-a dat viață.

Iată aici tata Petru a trebuit să se adune în sine, să facă totul pentru a-i crește și a-i îndruma pe calea vieții pe cei șapte copii supraviețuitori. Credința întru Domnul și curata morală strămoșească i-au dat puteri și l-au făcut învingător! Copiii au fost deprinși să se ajute unii pe alții, să fie foarte solidari, ascultători față de tata, să învingă împreună toate obstacolele. Mari și mici. Munca era considerată ca un principiu existențial.

Cartea, ca și pâinea, a fost pusă în capul mesei.

Nicolae, după absolvirea a șapte clase în sat, urmează să învețe la școala medie din comuna Tudora, așezare vecină cu Palanca. Și dacă fratele Gheorghe, cu trei ani mai mare, era deja student la Medicină în Chișinău, Nicolae nu zăbovi să-l urmeze.

Noi, colegii, intuim de pe atunci că va avea un viitor frumos, deoarece se evidenția la învățătură, în activitatea clinică, prin toate se străduia să devină un bun profesionist. Îl interesau istoria, literatura, filozofia. Pasiunea

cititului și interesul pentru realizările de vârf ale literaturii naționale și universale îi și determinau acea factura în cultură: deși e scund, prin informația curentă era mai totdeauna cu un cap mai înalt decât alții, în rest, a fost și a rămas același muncitor din altarul medicinei, pe care o servește cu mult devotament de 46 de ani...

După finisarea facultății este repartizat la Spitalul Republican din or. Bălți, secția ortopedie și traumatologie, unde, în scurt timp, însușește și efectuează toate tipurile de operații pe diverse segmente ale aparatului locomotor. După doi ani, în bază de concurs, devine doctorand la Catedra chirurgie generală. Ulterior, la recomandarea rectorului și a Ministerului Sănătății, este transferat la Catedra chirurgie generală și anesteziologie a Institutului 2 „Nikolai Pirogov” din Moscova, condusă de renumitul chirurg Iuliu Efimovici Beriozov. Are posibilitatea să lucreze la Spitalul nr.13 din or. Moscova, care avea două secții destinate tratamentului chirurgical al cancerului esofagului, stomacului (gastric), ficatului (hepatic), pancreasului (pancreatic) și colorectal. Aici a sesizat pentru prima dată faptul că bolnavii oncologici, în multe cazuri, pot fi tratați, dându-le speranța de viață. A îndrăgit această profesie și a decis să se consacre tratamentului celui mai grav și complicat contingent de bolnavi oncologici.

Exact pe atunci făceam și eu doctorantura la Moscova, etapă care, prin acea muncă asiduă, însoțită de un vast program cultural, dar și de grija față de cei de acasă, de tot felul de lipsuri, ne-a apropiat și mai mult. În genere, toți solii Chișinăului de pe acel meridian moscovit eram foarte solidari și uniți – și la bine, și la greu. Cu umorul său fin, Nicolae putea înlătura ușor norii tristeții din sufletele noastre, făcându-ne mereu sensibili la viața social-politică, culturală și științifică a republicii noastre. Primea știri proaspete de la fratele său Gheorghe, care, prin studii aprofundate și talent de chirurg consacrat, devenise deja o somitate în universitate și în capitală, cucerind, treaptă cu treaptă, înălțimile carierei profesionale.

Cu certitudine, istoria medicinei va păstra în memorie activitatea fraților Anestiadi, fraților Testemițanu, fraților Coșciug, fraților Parii, fraților Ghidirim și a atâtor alți frați, deveniți, cu timpul, adevărați piloni ai universității. Ei au devenit parte integrantă a acestei istorii...

Nicolae Ghidirim a finalizat doctorantura cu susținerea tezei de doctor în medicină cu tema: „Evaluarea funcției renale în perioadele pre- și postoperatorie în cancerul gastric”, revenind tot atunci pe meleagurile natale. Ulterior, activează în calitate de colaborator științific superior în secția gastropulmonologie a Institutului Oncologic din Chișinău, unde efectuează multiple operații în oncologia tractului digestiv superior. În anul 1975 este transferat în secția chirurgie a Spitalului Căminului de Stat a Guvernului Republicii Moldova. Peste șapte ani este numit, în cadrul aceleiași instituții, șef al secției chirurgie septică, pe care o conduce până în 1989, când, având o bogată experiență clinică, este transferat la Catedra oncologie a ISM, în calitate de asistent, apoi de conferențiar. Aici își desfășurează lucrul asupra celei de a doua teze, de doctor habilitat, cu tema: „Actualități în epidemiologia, etiopatogeneza, diagnosticul, tratamentul și profilaxia tumorilor maligne. Tratamentul complicațiilor cancerului gastric”. Peste două decenii și-a onorat funcția de șef de studii al acestei catedre. Mai multe generații de studenți îi sunt recunoscătoare pentru munca depusă, pentru acele sfaturi și îndemnuri prețioase vizavi de rolul și importanța profesiei alese.

În timpul modernizării studiilor universitare și trecerii la noile programe de studii, Domina Sa se afla în epicentrul tuturor transformărilor, venind mereu cu contribuția sa. În acest sens i-au fost de mare folos stagiile în profesie pe care le-a urmat la Harkov (Ucraina), Moscova (FR), Cluj-Napoca (România), Anger (Franța) etc. Faptul că își prezintă prelegerile cu îndemănare și chiar cu mult har în trei limbi – română, rusă și franceză – de asemenea vorbește despre ceva.

În linii generale, activitățile Domniei Sale – clinică, științifică și didactică, desfășurate pe parcursul a aproape jumătate de secol, cuprind:

1. profilaxia, depistarea patologiilor oncologice ale stomacului, ficatului, veziculei biliare, pancreasului, căilor biliare extrahepatice, intestinului subțire, tumorilor retroperitoneale extraorganice;

2. tratamentul chirurgical al patologiilor hematologice, în special, la îndeplinirea proiectului instituțional, aprobat de către AȘM pe anii 2011-2014;

3. efectuarea procesului didactico-științific în cadrul instruirii studenților și în cel de al treilea ciclu postuniversitar – instruirea rezidenților oncologici, de la ciclurile conexe și în cadrul reciclării profesionale a medicilor oncologi, chirurghi, otorinolaringologi, toracaliști, interniști și a medicilor de familie.

Rodul activității îndelungate pe aceste trei direcții – clinică, științifică și pedagogică – sunt cele peste 100 de lucrări științifice, inclusiv 2 monografii, un manual, 2 compendii, un dicționar explicativ de oncologie, 5 îndrumări metodice. În cadrul Laboratorului chirurgie gastrică și toracică al IO, sub nemijlocita îndrumare a dlui profesor Nicolae Ghidirim au fost susținute trei teze de doctor în medicină; actualmente, este conducătorul a patru doctoranzi, dintre care doi din cadrul USMF și doi din cadrul IO. Sunt în curs de pregătire două teze de doctor în medicină în secția gastrologie a IO. Pe parcursul ultimilor 16 ani a pregătit peste 40 de rezidenți oncologi; sub conducerea dlui profesor universitar, au susținut tezele de diplomă 10 studenți, absolvenți ai USMF „Nicolae Testemițanu”.

Din anul 2007 este conducătorul Laboratorului chirurgie gastrică și toracică, urmându-l în această funcție pe renumitul profesor Gurie Coșciug, o somitate recunoscută în domeniul de referință. E cazul să menționăm că, pe parcursul întregii sale activități de până acum, dl profesor Nicolae Ghidirim a avut plăcerea și fericirea să colaboreze (și să învețe multe lucruri bune de

la ei) cu specialiști de mare reputație – prof. Iuliu Beriozov, nominalizat mai sus, prof. Gurie Coșciug, acad. Ion Corcimar, șef al Catedrei hematologie, oncologie și terapie de campanie. Anume cu ajutorul lor și al altor specialiști și colegi de muncă a deprins eficiența lucrului în echipă, a adus în sufletele multor pacienți bucuria speranței de viață, a învățat să-și repartizeze timpul.

Domnul profesor universitar participă deseori (ca referent) la discutarea tezelor științifice în comisiile de profil, ca referent oficial sau ca membru al consiliilor științifice de susținere a tezelor de doctor și doctor habilitat în medicină. Din anul 2011 este conducătorul proiectului instituțional din cadrul ASM „Evaluarea particularităților de diagnostic laparoscopic și a operațiilor miniinvazive în maladiile hematologice”. Deci, diapazonul activităților sale științifice cunoaște o arie tot mai largă de interese. Este de menționat că în anul 2010, Nicolae Ghidirim în colaborare cu V. Godoroja și alți discipoli ai săi au efectuat prima splenectomie celioscopică în Republica Moldova. Pentru a fi în pas cu timpul, laboratorul respectiv, prin contribuția dlui profesor, întreține relații de colaborare cu instituții științifice din București (România), Institutul „N.N. Petrov” din Sankt Petersburg, Centrul Oncologic „N.N. Blohin” din Moscova, Institutul „P.A. Herzen” din Moscova (Federația Rusă), cu alte centre de profil din Kiev (Ucraina), Minsk (Belarus), Anger (Franța) etc.

– Există pentru medicul Nicolae Ghidirim momente de bucurie în profesia pe care a îndrăgit-o? – I-a întrebat recent o jurnalistă într-o emisiune TV.

– Se întâmplă doar atunci când, după operațiile radicale, ne imaginăm că am mai câștigat o bătălie contra unui cancer, dându-i o șansa bolnavului de a supraviețui, – a răspuns fără echivoc profesorul.

Și e natural să fie așa! Pentru că a fost și a rămas devotat menirii sale de medic, punând mult suflet în tot ce face, fiind totdeauna alături de durerea și suferința pacientului, având

mereu treaz sentimentul că e ostaș al cetății medicale. Patriotismul său e materializat în fapte concrete, se mândrește cu strămoșii săi daco-romani, cu acea dulce limbă rămasă nouă drept zestre de la ei. În timpul liber consumă cu discernământ beletristică, poezie, istorie, vizitează teatrele din capitală. Îi place să lucreze în vie, să facă vin bun, pe care-l gustă rar, doar din plăcere. Concediile și le petrece „pe roate” – a vizitat, la volanul limuzinei sale, mai toate țările continentului european, și nu numai. Urmărește și ce se face pe scena politică: „Îmi place politica, dar îi urăsc pe politicieni, fiindcă nu au limite morale”, mărturisirea odată...

Dragă prietene, mă bucur că ai ajuns la aniversare cu același zâmbet nelipsit pe buze, cu aceeași tărie a credinței în bine, în prietenie. Toate florile acestei primăveri vin astăzi spre tine, pentru a te lumina și purifica prin prospețimea petalelor, prin respectul ce-l ai din partea atâtor rude, colegi, amici, discipoli. Fii sănătos și mereu sfătos, așa cum te-am știut și te știm! Primește cele mai cordiale urări din partea corpului profesoral, a tineretului studios și a întregii comunități universitare. Voie bună, fericire, noroc, bucurii și bunăstare în familie, realizări frumoase pe tărâmul profesional.

La mulți ani!

Ion ABABIL,

*rectorul USMF „Nicolae Testemițanu”,
profesor universitar, academician al AȘ RM*

Colegiul de redacție al revistei „Info-Med”, colegii de Catedră aduc sincere felicitări dlui profesor Nicolae Ghidirim cu ocazia jubileului.

Îi dorim sănătate, ani mulți și fericiți.

***În numele colegilor,
profesor universitar Ion Mereuță***

CERINȚELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR

Format A4, Times New Roman 14, Word 2000, două intervale, cîmpul de 2,5cm.

1. FOAIA DE TITLU este necesar să includă prenumele, numele, gradul științific al autorului, instituția ce prezintă lucrarea, adresa, numărul de telefon și adresa electronică.

2. ARTICOLELE ȘTIINȚIFICE (în volum de pînă la 15 pagini) vor fi structurate în funcție de schema standard: introducere, materiale și metode, rezultatele studiului, discuții, concluzii și recomandări. Publicațiile de reviu și cele farmaceutice nu vor depăși ca volum 20 de pagini și 50 de referințe.

3. REFERATELE (în volum de pînă la 200 cuvinte) se prezintă în limba originalului și, de asemenea, în engleză, și trebuie să includă 3-6 cuvinte-cheie, la final.

4. TABELELE se prezintă pe foi separate, la două intervale, numerotate prin cifre romane, legenda fiind plasată la baza tabelului.

5. DESENELE. Pe verso pozei se indică numărul de ordine, denumirea articolului și numele autorului. Legendele desenelor se prezintă pe foi separate în conformitate cu numărul pozelor.

6. BIBLIOGRAFIA se prezintă pe foi separate, în ordinea referințelor din text, la două intervale.

- Lucrările propuse pentru tipar se prezintă în trei exemplare.

- Pe dischetă anexată se indică datele despre autor, denumirea articolului și a fișierelor.

- Materialele prezentate spre publicare urmează să fie însoțite de o scrisoare de motivare a autorului responsabil, care vine să confirme acordul tuturor semnătarilor asupra conținutului și a caracterului inovator al publicației.

- Publicațiile vor fi prezentate pe numele redactorului șef, prof. Ion Mereuță.

ADRESA: MD 2025, Chișinău, str. Testemițanu, 30, Institutul Oncologic din Moldova,

Clinica oncologie generală, et.5

prof. Ion Mereuță, tel.: +37322852414, e-mail: info@ionmereuta.md.

ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ ПОДАЧИ РУКОПИСЕЙ

Формат А4, Times New Roman 14, Word 2000, 2 интервала, поля по 2,5 см.

1. ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ должен включать фамилию, имя, степени и звания автора, название учреждения, из которого работа выходит, адрес, номер телефона и электронный адрес.

2. НАУЧНЫЕ СТАТЬИ (до 15 страниц) должны включать: введение, материалы и методы, результаты, обсуждения, выводы и рекомендации. Обзорные и фармакологические статьи не превысят 20 страниц и 50 источников.

3. РЕФЕРАТЫ (до 150-200 слов) представляются на языке оригинала и на английском языке. В конце рефератов приводят ключевые слова, от 3 до 6.

4. ТАБЛИЦЫ подаются на отдельных листах, через 2 интервала, обозначены римскими цифрами, с пояснениями снизу.

5. РИСУНКИ. На оборотной стороне фотографии указывается порядковый номер, название статьи, фамилию автора. Пояснения к фотографиям приводятся на отдельных листах, в соответствии с номером.

6. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ приводят на отдельных листах, в соответствии с ссылками в тексте.

- Рукописи приводятся в трех экземплярах.

- На представленной дискете указывается имя автора, название статьи и файлов.

- Рукописи подаются с сопровождающим письмом от имени ответственного автора, которое содержит подтверждение о согласии всех авторов с содержанием и о первичном опубликовании материала.

- Рукописи подают на имя главного редактора, профессора И. Мереуцэ.

АДРЕС: MD 2025, Кишинев, ул. Тестемитану, 30, Онкологический Институт Республики Молдова,

Клиника общей онкологии, эт. 5

профессор Ион Мереуцэ, тел.: +37322852414, e-mail: info@ionmereuta.md.

PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS

Printing standards: A4, printing-type 14 Times New Roman, Word 2000, double line spacing, 2,5cm margins.

1. THE COVER PAGE should include the author's name and scientific degrees, name of the institution presenting the paper, address, telephone number and E-mail.

2. THE SCIENTIFIC ARTICLES (up to 15 pages) should be structured according to the standard scheme: - introduction, materials and methods, results of the survey, discussions, conclusions and recommendations. Review papers and pharmacy articles should not exceed 20 pages and 50 references.

3. EXECUTIVE SUMMARY (up to 200 words) should be in the original language and English and should include 3 to 6 key words in the end.

4. TABLES should be presented on separate sheets with double line spacing and Roman numerals numbering; the legend should be placed at the foot of the table.

5. FIGURES. The back of each photograph should have a label showing the number, the title of the article and the author's name.

Figure legends should be presented on separate sheets in accordance with the number of figures.

6. REFERENCES are listed on separate pages, as they appear in the text, with double line spacing.

- Three copies of the papers proposed for publication should be submitted;

- The floppy disk attached should contain data about the author, title of the article and files;

- Materials proposed for publication should be accompanied by the author's letter of intent confirming the approval of the signatories on the content and the innovative character of the publication.

- Manuscripts should be sent to Professor Ion Mereuta:

ADDRESS: Moldovan Oncology Institute, General Oncology Clinic

30 Testemitanu Street, Chisinau, MD 2025

Phone: +37322852414, email: info@ionmereuta.md.

Articolele vor fi publicate numai după recenziile specialiștilor de notorietate